

## · 病例报告 ·

## 发热伴多浆膜腔积液患者循证诊治报道一例

占国清 李刚 郭鹏 谭华炳

近年来,由于临床分科逐渐细化,临床医师对发热性疾病的诊疗常缺乏系统性的研究。不明原因发热(fever of unknown origin, FUO)成为临床难题。FUO是指发热持续3周以上,体温数次高于38.3℃,经详细询问病史、体检和实验室检查仍不能明确诊断者<sup>[1]</sup>。近年来,多发性浆膜腔积液在内科疾病中日益增多,其病因诊断较复杂,给治疗带来一定的困难<sup>[2]</sup>。特别是发热伴多浆膜腔积液时,更加棘手。本科室诊治1例发热、多发性浆膜腔积液患者,由于病情特殊,辗转甲状腺乳腺血管外科、骨关节外科、感染性疾病科3个科室,历经9周始得到确诊的病例,对其进行回顾性分析。

## 一、病例资料

1. 一般资料:患者,男性,49岁,农民,因“发热、左下肢疼痛伴活动受限14 d”于2013年9月18日入住甲状腺乳腺血管外科。患者14 d前无明显诱因渐起发热,体温维持在38.2℃~38.9℃,以午后为主,伴盗汗,无咳嗽、咯痰,无咯血,给予抗炎治疗疗效不佳。8 d前因左膝关节扭伤,左膝关节剧烈疼痛,晨起肿胀明显,左下肢活动受限;当地医师从左膝关节腔抽出少许积液,静脉输注“消炎药物”药物,疼痛肿胀无明显减轻。彩色多普勒超声检查结果显示:左下肢腘静脉以下有血栓形成,随转来本院甲状腺乳腺血管外科治疗。查体结果:T 38.0℃,P 92次/min,R 20次/min,BP 92/56 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。神志清楚,发育正常,营养良好,查体合作,全身皮肤及黏膜无黄染、淤斑、出血点。浅表淋巴结不大。右下肺闻及少许湿啰音,语音震颤增强。心率92次/min,心律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹平软,肝脾肋下未及,无压痛、反跳痛,肠鸣音正常。脊柱无畸形。生理反射存在,病理反射未引出。双下肢肿胀,凹陷性水肿,以小腿为重,以左下肢明显,双下肢皮温略高,双侧足背动脉搏动好,双下肢感觉正常。左下肢膝关节肿胀,屈曲活动受限。以“下肢静脉血栓形成?”给予活血化瘀治疗,效不佳。于9月25日以“关节炎”转骨关节科治疗。患者持续性发热、下肢疼痛无缓解,于10月2日以“FUO”转入本科室。本科室于10月11日以“结核性多浆膜腔积液?骨结核?”给予诊断性抗结核治疗。

治疗3周后患者发热、盗汗症状逐渐缓解,膝关节疼痛逐渐减轻。11月4日,该患者诊断为结核性多浆膜腔积液,骨结核。目前治疗随访患者病情稳定。

2. 既往史和个人史:该患者有“肾炎”病史,曾有多次颜面及下肢浮肿,治疗后水肿消失。无肝炎、结核病史。本次发病1周前曾被犬咬伤右小腿,肌肉注射狂犬疫苗3次。否认药物过敏史。

## 二、实验室和影像学检查结果

2013年9月18日至20日检查与检验结果:左膝关节X片示:左膝关节未见明显骨折。左膝关节MRI示:①左股骨下段骨质异常信号,考虑骨坏死可能,建议进一步检查;②前后交叉韧带、膝周软组织损伤;③左膝关节腔中量积液;内外侧半月板退行性变。胸腹部CT及双侧膝关节CT示:双侧胸腔积液并双下肺膨胀不全。心包少量积液。肝左叶钙化首先考虑,肝脏及脾脏增大,少量腹水。胆囊小,囊壁增厚,双肾螺旋CT平扫未见明显病变。心脏和下肢血管彩色多普勒超声:心脏结构无异常,下肢血管无异常。血液化验:WBC  $4.4 \times 10^9/L$ , N 57%, RBC  $2.14 \times 10^{12}/L$ , HGB 77 g/L, PLT  $73 \times 10^9/L$ , AST 57.0 U/L, ALT 44.0 U/L, TBil 23.4  $\mu\text{mol/L}$ , DBil 17.2  $\mu\text{mol/L}$ , 白蛋白 27.4 g/L, 血尿素氮(BUN) 6 mmol/L, 肌酐(Cr) 67  $\mu\text{mol/L}$ 。9月25日查红细胞沉降率(ESR) 85 mm/h。10月2日至4日辅助检查结果:关节腔积液常规:低度黏稠,未见结晶,红色浑浊,有凝块, WBC  $4\ 817.7 \times 10^6/L$ , N 90%, L 10%, 关节积液细胞学和结核DNA阴性。PPD实验(-)。骨髓细胞学检查:红系增生,粒、巨系增生减低骨髓象;骨髓细菌培养阴性。ESR 89 mm/h; CRP 10.7 mg/L; 自身免疫性抗体均阴性。肿瘤标志物:癌胚抗原(CEA) 5.66 ng/ml, 糖类抗原CA125为88.1 U/L。乙型肝炎标志物:HBcAb(+). 血常规:WBC  $6.44 \times 10^9/L$ , N 53.2%, L 37.1%, RBC  $3.43 \times 10^{10}/L$ , HGB 111.0 g/L, PLT  $176.0 \times 10^9/L$ 。关节腔液经5 d培养无细菌生长。11月6日辅助检查结果:左膝关节MRI:①左股骨下段骨质异常信号,较前减轻;②左膝关节腔少量积液。胸腹部CT:双肺心膈正常,肝脏及脾脏正常。红细胞沉降率为40 mm/h。肝肾功能正常。

## 三、治疗

9月18日,予抗感染及中药活血化瘀(红花、红霉素、克林霉素、哌拉西林钠他唑巴坦钠)等治疗。根据病情,在患者知情同意下,于10月11日予“异

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2015.01.029

作者单位: 442000 十堰市, 湖北医药学院附属医院人民医院感染性疾病科

通讯作者: 谭华炳, Email: renmthb@163.com

烟肼0.4 g + 利福霉素0.5 g + 链霉素0.75 g + 吡嗪酰胺”诊断性抗结核治疗。临床确诊后给予规范抗结核治疗。

**讨论** 本例患者符合多浆膜腔积液(关节腔、胸腔、腹腔、心包腔)和FUO的诊断。多浆膜腔积液并不是独立的一种疾病,而往往是全身疾病的一种表现<sup>[3]</sup>。其发病机制是通常与毛细血管静脉压增高,微血管通透性增高,血浆胶体渗透压降低,淋巴回流障碍等因素有关。各种疾病引起上述因素变化可导致多浆膜腔积液的发生<sup>[4]</sup>。多浆膜腔积液首要原因为恶性肿瘤引起(占24.5%),其次为及结核病及结缔组织病<sup>[2,5]</sup>,其他原因有心功能不全、肝硬化、肾功能不全、缩窄性心包炎、甲状腺功能低下和寄生虫病等。但也有报道认为,在多浆膜腔积液病因分析中,结核分枝杆菌感染占大多数(62.5%),其次为肿瘤(31.2%)和结缔组织病(6.3%)<sup>[6]</sup>。提示多浆膜腔积液的病因非常复杂,作出病因诊断前,必须经过详细询问患者的病史并进行详细检查,仔细进行鉴别。恶性积液的特点有:①年龄较大;②进行性消瘦;③抽液后积液增长速度快,积液增多后疼痛不减轻反而加重;④治疗预后差;⑤血性积液。有助于结核性积液的特点为:①既往有结核病史或结核密切接触史;②午后低热,盗汗;③年龄较轻;④红细胞沉降率明显增快,PPD试验强阳性。⑤黄色积液;⑥抗结核治疗有效<sup>[7]</sup>。结缔组织病性积液有如下特点:①女性,年龄较轻;②渗出性积液,黄色为主;③细胞学检查以单核细胞为主,含有大量免疫活性物质,如狼疮细胞、抗核抗体等;④伴随其他器官结缔组织疾病表现。临床中多浆膜腔积液病因复杂,尽快找出病因是治疗的关键。本例患者由于病程中有左膝关节扭伤和犬咬伤史,且彩色多普勒超声结果提示下肢静脉血栓形成史,增加了鉴别诊断的难度,通过关节腔液检测等多种检测措施,未能明确原因,通过诊断性治疗始临床诊断为结核性多浆膜腔积液。

结核性多浆膜腔积液首先与结核菌的血行传播有关,结核分枝杆菌血行播散至胸膜、腹膜、心包感染而引起,浆膜腔积液是全身结核的一部分<sup>[6]</sup>,本例患者的骨质病变也与结核感染有关。

本例患者另一突出问题是FUO。感染性疾病是FUO的最主要、最常见的病因,其中结核分枝杆菌、

病毒感染比例呈上升趋势。上世纪90年代后,结核发病率呈现回升,各年龄段的发病率明显升高,需提高警惕性<sup>[8]</sup>,临床上典型的结核中毒症状缺乏,尤其是肺外结核,很难获得病原学依据。结核肺外感染中,以脑膜、淋巴和骨等感染更多见<sup>[9-10]</sup>,临床应注意对这些部位的重点检查。本例患者PPD、关节腔积液结核DNA检测均没有明确病因。通过MRI回顾性诊断,患者的关节病变可能就是在骨结核病变的基础上发生的病理性损伤。

根据以上分析,给予患者抗结核诊断性治疗。诊断性抗结核治疗依旧是日前诊断肺外结核的主要方法,如无特殊禁忌证,疗程以4~6周为宜,高度怀疑者可至8周<sup>[1,9]</sup>,但应与患者与家属充分沟通,签订知情同意书,以避免医疗纠纷的发生。本例患者施以抗结核治疗后多浆膜腔积液吸收且关节疼痛明显减轻、发热停止。

本例患者提示,对发热伴多浆膜腔积液患者,注重“重复与动态”和“完整与重点”的结合,系统分析,及时施以诊断性治疗,是本例患者得以确诊的原因。

## 参考文献

- 1 李刚,李儒贵,谭华炳.长期不明原因发热性疾病的临床诊断思维[J/CD].中华实验和临床感染病杂志:电子版,2014,8(1):117-119.
- 2 张弘,蔡柏蔷.多浆膜腔积液241例临床分析[J].临床内科杂志,2003,20(12):644-646.
- 3 朱旭,李辉安.多浆膜腔积液112例临床分析[J].现代医药卫生,2009,25(16):2438.
- 4 赵兰艳.50例多浆膜腔积液临床分析[J].浙江临床医学,2004,6(3):227.
- 5 杜秋波,刘洁,姚朝阳,等.多浆膜腔积液167例临床分析[J].临床研究杂志,2006,14(3):213.
- 6 彭吉军,钟嘉惠,蒋建勇.结核性多浆膜腔积液25例临床分析[J].中华结核和呼吸杂志,1998,21(5):283.
- 7 王廷焱,冯磊,乔冬梅,等.多发性浆膜腔积液162例分析[J].医学理论与实践,2008,21(9):1056-1058.
- 8 马锦玲,曹剑,王玉堂,等.不明原因发热的病因分布及临床特征[J].中国医学科学院报,2011,33(1):83-87.
- 9 马小军,王爱霞,邓困华,等.不明原因发热449例临床分析[J].中华内科杂志,2004,43(9):682-684.
- 10 赵珊,张云辉,杨芸.不明原因发热118例病因谱分析[J].新医学杂志,2010,41(2):110-112.

(收稿日期:2014-04-20)

(本文编辑:孙荣华)

占国清,李刚,郭鹏,等.发热伴多浆膜腔积液患者循证诊治报道一例[J/CD].中华实验和临床感染病杂志:电子版,2015,9(1):109-110.