

3.01*10¹²/L; 血红蛋白88g/L; 血小板计数211*10⁹/L。降钙素原检测(发光法): 降钙素原 0.109ng/mL; CRP: C-反应蛋白89.7mg/L。肝功能: 白蛋白26.1g/L; 丙氨酸氨基转移酶13U/L; 门冬氨酸氨基转移酶18U/L; 乙肝表面抗原>250.00IU/mL; 乙肝e抗原6.024s/co; 乙肝核心抗体10.19s/co; 乙型肝炎病毒DNA定量<1.00E3IU/mL。肺炎支原体抗体(IgG+IgM)~肺炎衣原体抗体(IgG+IgM): 肺炎支原体抗体-IgG阳性*RU/mL; 肺炎衣原体抗体-IgG 阳性*LU/mL。

11月6日骨髓穿刺: 髓像分析: 1.取材, 涂片, 染色良好。2.骨髓增生活跃。无核细胞: 有核细胞=1000: 54, 其中粒系占66.00%, 红系占14.40%, 粒: 红= 4.58: 1。3.粒系增生明显活跃, 各阶段比值呈核右移, 大部分粒细胞胞浆颗粒增多、增粗, 分布密集, 偶见中毒颗粒。4.红系增生减低, 形态未见明显异常。5.淋巴细胞占11.20%, 形态大致正常。6.浆细胞比值升高占3.20%。7.分数内可见吞噬细胞占1.20%, 多吞噬色素颗粒, 偶见吞噬晚幼红细胞及血小板。8.环片一周见到巨核细胞20个, 视片三张未见产板巨核细胞, 分数外偶见小巨核细胞, 血小板成小堆聚集。9.未见寄生虫。血像: 部分粒细胞胞浆颗粒增多、增粗, NAP积分值增高。印诊: 增生活跃骨髓像, 粒、红比例偏高, 粒系示有轻度感染表现, 请结合临床及相关检查。

11月8日胸部CT: 双肺散在少许炎症(图1)。腹部CT: 宫颈占位, 请结合专科检查及病理; 双侧盆壁及左侧髂血管旁淋巴结增大。盆腔少量积液。不除外肝硬化, 脾脏被膜下改变, 梗死?(图2)

入院诊断: 1.肺部感染; 2.慢性乙型病毒性肝炎; 3.乙型肝炎肝硬化; 4.贫血; 5.低蛋白血症。

讨论

妇科肿瘤病房 李秀琴教授(主持人)

复习该患病史同前。妇科检查: 宫颈暴露不清, 阴道内可见一范围约6*7cm大小质地糟脆肿物。三合诊: 左侧宫旁增厚, 未达盆壁。SCC: 3.1ng/ml。患者发热, 考虑不除外宫颈坏死肿物继发感染所致。11月13日转入我科治疗。继续给予抗炎等对症治疗, 同时宫颈肿物活检。11月28日病理: 宫颈恶性肿瘤, 倾向低分化鳞状细胞癌。诊断: 宫颈癌IIB期。请各位专家指导: 1.是否需要补充检查? 2.发热可能的原因? 3.当前需要给予的处置?

第二呼吸与重症监护内科病房 谭明旗教授

患者发热伴咳嗽, 4代头孢升级泰能联合拜复乐抗炎效果欠佳, 胸部CT与发热症状不符合, 应积极排查发热原因。应考虑以下几方面: 感染性发热: 肺部感染、盆腔感染、宫腔感染, 泰能及拜复乐联合应用已覆盖除G+阳性球菌及真菌大部分致病菌, 但治疗效果欠佳, 因此可考虑加用利奈唑胺、伏立康唑等; 非感染性发热: 肿瘤坏死吸收热、变态反应发热、风湿免疫相关发热、血管炎等。

第二血液内科病房 杨威教授

患者发热原因待查, 应逐步全面排查, 包括感染性和非感染性发热, 检查过程中腹部CT提示宫颈恶性肿瘤可能大, 应注意癌性发热, 恶性肿瘤患者, 如淋巴瘤可出现B症状(体温超过38.3℃或体温未超过38.3℃但达38℃超过1小时、夜间盗汗、体重下降超过10%), 但患者持续高热达39℃以上, 考虑肿瘤发生在特殊部位, 亦不能完全除外感染性发热, 结合检查, 现已应用泰能及拜复乐抗炎, 应考虑加用万古霉素或利奈唑胺, 同时考虑手术减少肿瘤负荷以及抗肿瘤综合治疗。

第一感染性疾病肝病病房 张琳教授

感染性发热: 经治疗效果不理想, 各项检查感染性发热的支持佐证不够有力, 应注意非感染性发热, 患者合并妇科恶性肿瘤, 伴有淋巴结肿大, 应注意肿瘤相关性发热, 抗生素建议加用抗球菌药物。

第一风湿免疫病房 郭韵教授

从风湿科角度考虑, 局部肿瘤所致的癌性发热少见高热症状, 患者骨穿结果提示可见少量嗜血细胞, 建