



议考虑完善相关因子检查，除外噬血细胞综合征。另外，患者应用乐松期间体温相对平稳，应考虑是否存在变态反应、药物热、肿瘤相关血管炎等，可尝试暂停现用抗炎药物，仅应用非甾体抗炎药物，观察病情变化。

妇科肿瘤病房 李秀琴教授（主持人）

患者入我科后，继续予抗炎、提高免疫力等对症治疗。但高热症状仍持续无缓解。完善院内会诊后考虑不排除噬血细胞综合征，给予美卓乐激素治疗后体温平稳，行根治性放射治疗，治疗过程中局部肿瘤未见明显缩小，考虑患者对放疗不敏感，并且放疗期间出现血小板减少并再次出现发热而暂停放疗。患者一般状态逐渐变差，最终未完成放疗计划。再次请各位专家指导：1. 患者是否存在噬血细胞综合征？2. 目前诊断是否需要修正？3. 当前需要给予的处置？

第二血液内科病房 杨威教授

患者各项检查不支持噬血细胞综合征诊断，但存在吞噬现象。因此考虑肿瘤合并感染可能性大，仍需明确感染部位。可考虑应用副作用相对较小的静脉化疗药物，如VP16。

第二呼吸与重症监护内科病房 谭明旗教授

考虑患者使用激素治疗后发热好转，但于放疗再次出现发热，考虑为肿瘤坏死引起细胞因子大量入血后，引起的非炎症的发热可能性大。

妇科肿瘤病房 高嵩副教授

患者本身存在肿瘤放射抗拒的因素，持续高热、感染是患者对放疗不敏感的重要原因，加之患者长期贫血缺氧状态，会造成放射抗拒，如继续给予患者腔内照射可一定程度上缩小肿瘤，但整体预后差。

病例总结

“发热待查”是临床诊治中的难点。主要病因构成有感染性发热（包括细菌、真菌、病毒、结核、支原体、立克次体、螺旋体、寄生虫等）、非感染性发热（无菌性坏死组织吸收热、血液病、肿瘤性疾病、变态反应和结缔组织病、内分泌性发热、中枢性发热、药物热等），本病病因复杂，需根据不同患者的个体病史、体征、检查结果及诊断性治疗结果，一一排查分析，但往往一些发热仍然最终不能确诊。为规范发热待查临床诊治流程，《中华传染病杂志》编辑委员会根据发热待查的特点、国内外最新的循证医学证据，于2016年组织国内有关专家对发热待查的诊治流程进行了讨论，并形成《发热待查诊治专家共识》。共识旨在帮助临床医师在发热待查的诊断与治疗中做出合理决策。本病例给予我们的启示：1. 临床上引起发热的病因很多，其中恶性肿瘤合并发热值得临床医生重视，要结合临床、影像、检验多角度去思考，早期诊断，避免漏误诊；2. 重视多学科协作，肿瘤相关疾病需要多学科综合治疗，制定诊疗方案；3. 要善于总结归纳同类相关病例，以提升医生的专业水平。

妇科肿瘤病房 / 李秀琴 王蕾 滑翔综合办公室 / 王伟 姚品