

· 病例报告 ·

61 例肾综合征出血热患者的临床特征分析

赵文革 李美玉 范晓萍

肾综合征出血热(hemorrhagic fever with renal syndrome, HFRS)是由布尼亚病毒科汉坦病毒属感染所致,汉坦病毒为单链负性 RNA 病毒,可引起以啮齿鼠类为主要传染源的自然疫源性疾病,本病于世界许多国家流行,我国北方是该病的高发区,本病病情复杂且严重,目前尚无特效药物治疗,是我国重点防治的急性传染病之一。HFRS 以高热、低血容量休克、充血、出血和急性肾功能衰竭为主要临床特征,甚至导致机体发生多器官损伤或衰竭。近年来,肾综合征出血热临床特征不典型的病例较多,越来越受到重视,并发症多,多器官功能衰竭,颅内出血和弥散性血管内凝血(disseminated intravascular coagulation, DIC)是该病的主要死因。现将本院 2009 年 1 月~2010 年 12 月收治的肾综合征出血热患者共 61 例的临床资料进行系统性回顾性分析。

一、资料和方法

1. 一般资料:入组 61 例均为本院住院患者,诊断均符合 1997 年全国流行性出血热防治方案制订的标准。其中男性 46 例,女性 15 例,年龄 23~76 岁,平均年龄 39 岁,30~55 岁患者 52 例(85.25%)。临床分型为轻型者 15 例,中型者 35 例,重型者 8 例和危重型者 3 例。

2. 临床特征:39 例患者呈典型五期经过,20 例患者呈越期型(无低血压休克期),2 例患者呈重叠期型(发热、低血压和少尿)。合并有肺水肿者 15 例,腹水者 18 例,消化道出血者 5 例,见表 1。

3. 实验室及辅助检查:61 例患者均行血常规检查,其中白细胞计数(WBC)升高者 52 例(85.25%),其中 WBC($10 \sim 19$) $\times 10^9/L$ 者 33 例(54.10%),($20 \sim 29$) $\times 10^9/L$ 者 8 例(13.11%),($30 \sim 49$) $\times 10^9/L$ 者 7 例(11.48%), $> 50 \times 10^9/L$ 者 4 例(6.56%)。血小板计数(PLT)减少者 59 例(96.72%),其中 PLT $< 50 \times 10^9/L$ 者 37 例(60.66%), $< 30 \times 10^9/L$ 者 12 例(19.67%),最低水平为 $6.8 \times 10^9/L$ 。

61 例患者行尿常规结果显示,60 例(98.36%)患者伴有蛋白尿(+~++++),其中(+)者 12 例(19.67%),(++)者 18 例(29.51%),(+++)者 19 例(31.15%),(++++)者 12 例(19.67%),11 例(18.03%)患者伴有管型尿,5 例(8.20%)患者有镜下血尿。

肾功能检查结果显示血尿素氮(blood urea nitrogen, BUN)升高者 58 例(90.08%),为 $8.9 \sim 48.7$ mmol/L,肌酐(Cr)升高者 61 例(100%),为 $97 \sim 1123$ μ mmol/L。

肝功能检查结果显示,57 例(93.44%)患者血清 ALT 和 AST 均升高,分别为($47 \sim 1895$)U/L 和($56 \sim 760$)U/L,血

清总胆红素(TBil)升高者 17 例(27.87%),分别为 $25.6 \sim 79.3$ μ mol/L,血清白蛋白(ALB)下降者 49 例(80.33%),分别为 $21.4 \sim 32.6$ g/L。

表 1 入组 61 例患者的症状和体征

症状或体征	例数(%)
发热	61(100)
头痛	39(63.93)
眼眶痛	28(45.90)
全身酸痛	57(93.44)
食欲不振	46(75.41)
恶心	42(68.85)
呕吐	27(44.26)
腰痛	56(91.80)
腹痛	14(22.95)
鼻衄	8(13.11)
嗜睡	25(40.98)
咳嗽胸闷	21(34.43)
颜面潮红	49(80.33)
颈胸充血	37(60.66)
软腭出血点	31(50.82)
皮肤出血点瘀斑	49(80.33)
球结膜充血水肿	51(83.61)
肝肿大	8(13.11)
脾肿大	2(3.28)
肾区叩击痛	43(70.49)
黄疽	5(8.20)
胸腔积液	24(39.34)
腹水	18(29.51)
呕血	5(8.20)
血尿	3(4.92)

入组的 61 例患者中心肌酶异常者 9 例(14.75%),糖代谢紊乱者 16 例(26.23%),顽固性低血糖者 4 例(6.56%),血糖水平最低达 0.47 mmol/L。电解质紊乱者 10 例(16.40%),以低血钠和高血钾为主。

本组患者中 HFRS-IgM 阳性者 53 例(86.89%)。

腹部彩超检查结果显示,本组患者中肝脏肿大者 8 例(13.11%),肝脏实质回声增粗者 19 例(31.15%),腹腔内有

腹水者 18 例 (29.51%), 双肾弥漫性增大者 57 例 (93.44%)。

胸部 CT 检查结果显示,肺部感染或伴胸腔积液者 24 例 (39.34%), 心包积液者 11 例 (18.03%)。

心电图检查结果显示存在心电图改变者 46 例 (75.41%), 其中窦性心动过缓者 21 例 (34.43%), 窦性心动过速者 25 例 (40.98%), I ~ II 度房室传导阻滞者 5 例 (8.20%), 肢体导联低电压者 4 例 (6.56%), 余 15 例 (24.60%) 患者心电图均无改变。

4. 治疗与转归:本组 61 例患者的治疗均以综合治疗为主,发热期前 5 天,患者须绝对卧床休息,予以抗感染、减轻外渗、改善中毒症状和预防 DIC 等综合治疗。发热期给予平衡盐、糖盐水等足够液体。低血容量休克期主要扩容、纠酸、改善微循环,根据病情不同用量各异。少尿期严格按照稳、促、导、透四字原则,稳定内环境,促进利尿及导泻等可反复应用,肾功能衰竭、肺水肿、高血钾和高血容量综合征者及时给予血液透析或血液滤过治疗。多尿期要维持水、电解质平衡,能口服药物的患者尽量以口服补充为主,以防多尿期延长。进一步防治继发感染,促进肾功能恢复,提高免疫力,在各期均需加强支持治疗和对症治疗及并发症的防治。

二、结果

本组 61 例肾综合征出血热患者在普通治疗的基础上,提倡早期静脉应用白蛋白,对提高体内血浆胶渗压、控制血浆外渗、稳定体内总的血容量、改善低血容量休克期、缩短病程,提高免疫力起到一定作用。血液透析联合血液滤过对肾功能衰竭、高血容量综合征、高血钾、急性肺水肿及严重内毒素血症患者安全度过危险期,为提高治愈率起到了举足轻重的作用^[1]。本组患者痊愈出院者共 58 例,治愈率高达 95.08%。但因早期诊断不明确,未及时卧床休息,多次转院,以致延误病情,发生多脏器功能衰竭,导致本组病例死亡 3 例,教训深刻,应该认真分析总结死亡原因,不断改进和提高。

讨论 肾综合征出血热病毒是布尼亚病毒科的汉坦病毒属,为单链负性 RNA 病毒,属于一种泛嗜性病毒,能够入侵人体的多个脏器组织,HFRS 危重患者并发腔道大出血、脑水肿、颅内高压、肺水肿及严重脏器感染等在临床较为常见,而 HFRS 并发肝脏损害在临床各期各型患者中均可见,已经广泛引起临床医生的高度重视。本组 61 例肾综合征出血热患者,经过积极有效的治疗,基本治愈出院 58 例,治愈率高达 95.08%。本组病例依发病年龄看,儿童少见,以青壮年发病为主,共 52 例 (85.25%);发病以男性为主,男女发病比例约 3:1。血常规检查以血小板计数减少和类白血病反应为主;尿中蛋白检测和血液中尿素氮、肌酐检查可反映出肾脏损伤的程度,除肾脏损伤以外,肝脏也是汉坦病毒侵袭损伤的重要组织器官之一,肝功能检查中血清总胆红素、丙氨酸氨基转移酶、天门冬氨酸氨基转移酶及白蛋白均可反映肝脏

受损程度。据报道,汉坦病毒感染引起肝脏损伤的发生率为 56.5% ~ 81.4%, 而经肝组织活检发现有肝细胞变性、肿胀和浸润的炎性细胞及坏死者高达 97.6%^[2]。可见,肝脏损伤也是肾综合征出血热常见的临床表现之一。肾综合征出血热引发肝脏损伤的发病机制同肾综合征出血热发病机制均较复杂,至今尚未明确,可能与病毒的直接致病及免疫应答作用有关。本组资料证明,肝脏损伤程度与病情轻重有直接关系,危重型、重型和少尿期患者发生肝脏损伤的比例较高,提示肝脏损伤与肾脏损伤程度一致。研究发现肝脏损伤大多数是可逆性的,随着病情及肾脏功能的好转可逐渐恢复,慢性化倾向至今尚未发现,肝功能的恢复时间与临床分型和肝脏损伤的程度有关^[3]。与病毒性肝炎主要区别是高热、休克、中毒症状、尿少及渗出以及五期经过。抗-HFRS-IgM 检测具有很高的特异性和敏感性,临床表现不典型的患者,抗-HFRS-IgM 检查对诊断具有重要意义^[4]。“三早一就”(早发现、早诊断、早治疗和就近治疗)仍然是目前本病治疗的原则,综合治疗、抗病毒、预防性治疗及对症处理是当前治疗肾综合征出血热的主要手段,血液滤过和血液透析治疗是少尿期氮质血症、肺水肿、高血钾、高血容量综合征以及内毒素血症明显的患者治疗的主要措施,在很大程度上降低了患者的危险因素,减低了病死率^[5]。笔者认为,近年来本地区肾综合征出血热发病率控制不理想,危重患者较多,应该引起卫生行政部门、防疫部门和疾病控制中心以及社会各界等高度重视,积极主动有效动员全社会的力量,深入进行广泛爱国卫生运动,倡导有效的灭鼠工作,最大程度降低老鼠密度是有效控制本病流行的主要措施之一。开展和积极有效推广肾综合征出血热疫苗的预防接种工作,也是控制本病流行的基本保障^[6-7]。

参 考 文 献

- 1 张怀录,张玉玲. 流行性出血热 151 例临床分析. 吉林医学, 2011,6(32):1193.
- 2 姚立君,邓国安,黄蓓,等. 肾综合征出血热病毒对肾小管上皮细胞损伤的研究. 中华肾脏病杂志,2000,16(3):173-176.
- 3 苗丽娟. 肾综合征出血热并发肝损害 56 例临床分析. 吉林医学,2011,5(32):2661.
- 4 任益红,陈金余,楼祥云. 250 例肾综合征出血热临床特征与实验室检查分析. 疾病监测,2010,9(25):729-731.
- 5 续元慧,邹娟,谭忠萍. 流行性出血热 208 例流行特点,临床特征,实验室检查分析. 中国乡村医药,2003,7(10):18-19.
- 6 李美玉,赵文革. 肾综合征出血热并发肝损伤 57 例临床分析. 中国社区医师,2012,6(14):129.
- 7 王昌源,杜磊,张立华,等. 济南市传染病医院 1997 ~ 2006 年肾综合征出血热 2164 例分析. 中华实验和临床感染病杂志:电子版,2008,2(2):41-44.

(收稿日期:2012-03-16)

(本文编辑:孙荣华)

赵文革,李美玉,范晓萍. 61 例肾综合征出血热患者的临床特征分析[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志:电子版,2012,6(5):471-472.