

· 短篇论著 ·

10例新型布尼亚病毒致发热伴血小板减少综合征

患者的临床分析

常爱娜 王海涛

近年来,我国山东、河南以及安徽等多个省份发现多例发热伴血小板减少为主要临床表现的患者,其中少数重症患者因发生多脏器损害救治无效而死亡。早些年研究曾经认为,是嗜吞噬细胞无形体所致人粒细胞无形体病导致发热伴血小板减少,后根据中国疾病预防控制中心的研究结果,新型布尼亚病毒可能是发热伴血小板减少综合征的主要致病原。2013年6至10月本院共收治10例新型布尼亚病毒导致的发热伴血小板减少综合征患者,现将其临床资料报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料:10例患者中男性2例,女性8例,年龄46~82岁,其中2例为母女,发病第2~7天入院。

2. 流行病学资料:10例患者均来自农村,其中5例在家务农,居住在丘陵地带,居住地有蜱虫流行,其中1例患者有明确的蜱虫叮咬史;4例在家从事养殖业,养殖貂、貉,均有明确的貂、貉咬伤和抓伤史;1例患者在个体榨油作坊工作,但发病前1周曾与发热伴血小板减少综合征患者有密切接触。

3. 临床表现:10例患者中发热、乏力者占100% (10/10),热型不规则,热峰达38.8℃~39.5℃,部分伴有寒战;肌肉酸痛者占40% (4/10);有消化道症状者占100% (10/10),包括食欲不振、恶心、呕吐、腹泻、血便;有神经精神症状者占40% (4/10),包括头痛、头昏、口唇及下颌抖动、意识不清、烦躁不安;有颈部有抵抗感者占20% (2/10);有腹股沟淋巴结肿大者占10% (1/10);有皮肤瘀斑者占10% (1/10);肝脏增大者占10% (1/10)。

二、结果

1. 实验室检查:10例患者中,血白细胞减少者占100% (10/10),血小板减少者占100% (10/10),尿蛋白阳性者占100% (10/10),尿隐血阳性者占50% (5/10),死亡患者血WBC下降的程度、尿蛋白、尿隐血与其他患者差异无统计学意义,但血小板下降程度重于其他患者。10例患者均进行肝功和心肌酶检测,其中酶谱明显异常者占100% (10/10),其中丙氨酸氨基转氨酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转氨

酶(AST)、乳酸脱氢酶、 α -羟丁酸脱氢酶、肌酸激酶MB同工酶均不同程度升高,同一患者AST/ALT>1,除死亡病例外,其余患者在7~15 d酶谱检测指标达峰值,后逐渐下降至正常,死亡及病情较重的患者乳酸脱氢酶水平显著高于其他患者。10例患者中肾功能异常者占10% (1/10),伴凝血功能异常者占70% (7/10),伴电解质紊乱者占90% (9/10),其中低钠8例,低钾9例,其中1例死亡患者因后期肾功能不全导致高钾血症。有中枢神经系统损伤者占10% (1/10),其头颅CT检查见右侧额叶脑软化灶。并发呼吸系统感染者占50% (5/10),其中肺炎1例,支气管炎4例;心电图改变者占20% (2/10),其中频发房性早搏1例,快速型心房纤颤1例。血清新型布尼亚病毒核酸检测阳性者100% (10/10)。

2. 诊断与治疗:根据我国卫生部印发的《发热伴血小板减少综合征防治指南》(2010版)诊断标准,10例患者血清新型布尼亚病毒核酸检测均为阳性,结合临床表现诊断为发热伴血小板减少综合征^[1]。所有患者均行抗病毒治疗(利巴韦林0.5 g,2次/d,疗程7~10 d或中成药清热解毒),7例患者应用糖皮质激素(甲泼尼龙40 mg,或地塞米松10 mg,或氢化可的松100 mg/d,疗程3~5 d)。2例患者因合并肺炎、院内泌尿系感染予以抗菌药物治疗,其余患者在无明确感染征象的前提下未用抗菌药物治疗。所有患者均给予对症治疗(护肝、营养心肌、提升白细胞及血小板、保护胃肠黏膜、预防出血或止血等),并有4例患者输白蛋白,2例输血小板,2例输血浆、冷沉淀支持治疗。疗效判断标准:经治疗体温正常、症状消失、临床实验室检查指标基本正常或明显改善后,为治愈^[1]。经治疗后8例1~2周退热、症状好转,2~4周痊愈出院。2例老年患者病情危重,抢救无效死亡。

讨论 新型布尼亚病毒属于布尼亚病毒科白蛉病毒属^[2],该病毒引起的感染性疾病主要表现为发热伴血小板减少。病例主要分布在山区和丘陵地带的农村,传播途径尚不明确。本组病例中有1例有明确的蜱叮咬史,另4例务农患者均有野外作业史,本地多年一直有蜱虫流行,有与蜱虫接触的可能性,目前认为人类可通过蜱虫叮咬而得病。本组病例中有4例患者在家从养殖貂、貉,且发病前均有明确的貂、貉咬伤和抓伤史,结合文献报道新型布尼亚病毒可感

染牛、羊和狗等脊椎动物^[3], 不排除人因接触感染的貂、貉而传染。本组有1例患者发病前护理过发热伴血小板减少综合征患者, 期间接触过患者的血液和排泄物, 提示新型布尼亚病毒能经血液、排泄物和分泌物接触引起人与人之间传播, 这与文献报道相一致^[4-7]。该病的发病机理尚不明确, 从本组病例看, 该病毒具有泛嗜性, 主要表现为肝、肾、肺、心脏、血液、神经以及肌肉等多系统受累。

目前新型布尼亚病毒感染尚无公认的特异性治疗手段。现常用治疗手段主要有病原学治疗和对症支持治疗。病原学治疗, 即利巴韦林抗病毒治疗, 继发或伴发细菌感染者, 应选择敏感抗菌药物予以治疗。对症支持治疗, 即患者应卧床休息; 高热者给予物理降温, 必要时行药物降温; 有明显出血或血小板明显减少者可输注血小板、血浆、冷沉淀予以纠正; 粒细胞数严重低下者, 可采用粒细胞集落刺激因子治疗; 同时注意肝肾等重要器官的保护, 防止发生多脏器功能衰竭, 还应注意保持水、电解质和酸碱平衡。我国卫生部指南建议慎重使用糖皮质激素, 临床发现早期、小剂量、短期应用糖皮质激素可减轻毒血症状, 尤其当患者病情快速进展时, 可减缓病程的进展。

对该病预后, 本研究观察发现, 若治疗及时, 绝大多数发热伴血小板减少综合征患者预后良好。早期出现神经、精神症状的患者病情较重, 预后差。另外, 老年患者、既往有基础疾病者、延误治疗的患者, 病情多较重, 预后较差, 与以往文献报

道一致^[2,7]。

该病在预防控制方面, 目前尚无有效的疫苗可供注射, 主要预防措施是加强个人防护。在野外劳作或活动时减少暴露部位, 减少蜱叮咬的机会。养殖户做好防护, 减少被家畜咬伤、抓伤。医务工作者和患者的家庭成员需采取必要的防护措施, 降低感染风险。关于该病目前仍有诸多问题有待广大的临床医护人员和科研工作者进一步研究、发现。

参考文献

- 1 中华人民共和国卫生部. 卫生部办公厅关于印发《发热伴血小板减少综合征防治指南(2010版)》的通知[EB/OL]. 2010. <http://www.nhfpc.gov.cn/mohwsyjbg/s8348/201010/49272.shtml>
- 2 吕沐天, 孙颖, 刘沛, 等. 发热伴血小板减少综合征布尼亚病毒研究进展[J]. 微生物学杂志, 2013, 33(2): 86-88.
- 3 李德新. 发热伴血小板减少综合征布尼亚病毒概述[J]. 中华实验和临床病毒学杂志, 2011, 25(2): 81-84.
- 4 滕海凤, 李爱君, 徐宁, 等. 家庭内同患新型布尼亚病毒感染四例临床分析[J]. 中国全科医学, 2012, 15(5A): 1529-1530.
- 5 唐晓燕, 崔宁, 康锴, 等. 一起聚集性新布尼亚病毒感染病例的诊断与治疗分析[J]. 中华预防医学杂志, 2012, 46(2): 110-113.
- 6 陶文元, 陶欣. 新型布尼亚病毒感染致发热伴血小板减少综合征8例报告[J]. 江苏大学学报(医学版), 2011, 21(1): 91-92.
- 7 Deng B, Zhou B, Zhang S, et al. Clinical features and factors associated with severity and fatality among patients with severe fever with thrombocytopenia syndrome Bunyavirus infection in Northeast China[J]. PLoS One, 2013, 8(11): e80802.

(收稿日期: 2014-02-13)

(本文编辑: 孙荣华)

常爱娜, 王海涛. 10例新型布尼亚病毒致发热伴血小板减少综合征患者的临床分析[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2014, 8(5): 696-697.