

· 病例报告 ·

肾综合征出血热再感染一例

杨延梅 杜秀菊 徐永升 徐忠 马玉珍 刘大川

肾综合征出血热(epidemic hemorrhagic fever, EHF)是由汉坦病毒引起的一种自然疫源性疾。该病在我国流行范围广,病死率高,危害较大,是国家重点防治的传染病之一。本病的主要病理变化是全身小血管和毛细血管广泛性损害、临床上以发热、低血压、出血、肾脏损害等为特征。该病一旦痊愈,一般不会再发病,但我们收治了 1 例 EHF 6 年后再发的患者,现将其临床特点分析如下。

一、临床资料

患者男,38 岁,因发热、头痛、腰痛 4 d 于 2000 年 10 月 23 日入院。患者家居农村,有鼠类接触史。4 d 前无明显诱因始发热,同时伴有头痛、腰痛,体温不详,口服扑热息痛后热退。但次日仍发热,到当地诊所就诊,测体温 38.1℃,按“感冒”治疗 3 d 不见好转(具体用药不详),同时头痛、腰痛加重,到市中心医院就诊,急检血、尿常规,以“出血热”转入我院。发病以来食欲减退,无尿急、尿频、尿痛等症状,大便色黄、成形,睡眠不佳。

二、临床表现及辅助检查

1. 入院时体格及辅助检查:体温 39.3℃,脉搏 80 次/min,呼吸 19 次/min,血压 90/50 mm Hg。急性病容,酒醉貌,双侧球结膜轻度充血水肿,双肾区叩痛阳性,余无阳性体征。辅助检查:血常规:白细胞总数 $8.9 \times 10^9/L$,血小板 $80 \times 10^9/L$ 名;尿常规:蛋白(+),红细胞、白细胞偶见/Hp;肾综合征出血热特异性抗体(抗-EHF-IgM)阳性(间接免疫荧光法);心电图示窦性心律,正常心电图;超声多普勒提示双肾明显肿大。

2. 临床诊断:诊断肾综合征出血热(EHF),发热期。

3. 治疗及转归:按 EHF 住院治疗 11 d,症状、体征消失,复查血常规、尿常规、肝功能、肾功能等正常,于 2000 年 11 月 3 日出院。但患者于 2006 年 5 月 20 日再次出现发热、头痛、腰痛症状,于 2006 年 5 月 23 日入我院。

体格及辅助检查:体温 38℃,脉搏 60 次/min,呼吸 16 次/min,血压 105/60 mm Hg。急性病容,酒醉貌,双侧球结膜轻度充血水肿,左腋下可见条索点状出血点,肝脏右肋缘下 2.0 cm,质软,边锐,双肾区叩痛阳性,余无阳性体征。辅助检查:血常规:白细胞总数 $12.3 \times 10^9/L$,血小板 $62 \times 10^9/L$;尿常规:蛋白(4+),红细胞、白细胞偶见/Hp;抗-EHF-IgM(+);心电图示窦性心动过缓;超声多普勒提示肝脏增大,双肾形态饱满,集合系统分散,被膜不光滑,双肾周边可见带状无回声暗区。

作者单位:113015 辽宁抚顺,抚顺市传染病医院(杨延梅、杜秀菊、徐永升);抚顺市肝病研究所(徐忠、马玉珍、刘大川)

通讯作者:杨延梅 Email:fscr999@sina.com

诊断 EHF, 发热期。按 EHF 住院治疗 11 d 痊愈, 于 2006 年 6 月 3 日出院。

讨论 一般认为流行性出血热患者在痊愈后可获得终身免疫, 不会再发病。但上述病例在 6 年后又发病, 具体原因不明, 可能与下列因素有关: (1) 汉坦病毒 (HV) 可能存在变异, 产生的特异性抗体不能预防变异病毒的感染; (2) 同一地区可能存在 2 型以上 HV 的叠加感染; (3) HV 感染后产生的特异性抗体 IgG 滴度低或未产生特异性 IgG 抗体; (4) HV 感染后可能存在所谓抗体依赖增强现象 (antibody dependent enhancement, ADE); (5) HV 感染后可能存在“假愈期”, 特别是应用肾上腺皮质激素后, 机体内某些部位的 HV 未完全清除而引起复发。本组病例首次发病时应用 2 d 氢化考的松, 100 mg/d。本组病例的报道为流行性出血热的诊治工作及其疫苗的研制提供了新的基础。

(收稿日期: 2007-06-19)

(本文编辑: 温少芳)