

# 肾综合征出血热致血小板减少1例

刘 杰, 景 蓉

延安大学附属医院, 陕西 延安  
Email: 2576471280@qq.com

收稿日期: 2020年8月20日; 录用日期: 2020年9月4日; 发布日期: 2020年9月11日

---

## 摘 要

肾综合征出血热(Hemorrhagic fever with renal syndrome, HFRS), 又称流行性出血热, 是由汉坦病毒属(HV)的各型病毒引起的, 以鼠类为主要传染源的一种自然疫源性疾病, 该病的主要临床特征为发热、渗出、出血、低血压休克及肾脏损害。

## 关键词

肾综合征出血热, 汉坦病毒, 血小板减少

---

# A Case Report of Thrombocytopenia Caused by Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome

Jie Liu, Rong Jing

Affiliated Hospital of Yan'an University, Yan'an Shaanxi  
Email: 2576471280@qq.com

Received: Aug. 20<sup>th</sup>, 2020; accepted: Sep. 4<sup>th</sup>, 2020; published: Sep. 11<sup>th</sup>, 2020

---

## Abstract

Hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS), also known as epidemic hemorrhagic fever, is caused by hantavirus (HV) each type of virus, with rodents as the main source of infection, a natural epidemic disease, the main clinical features of the disease for fever, exudation, bleeding, hypotensive shock and kidney damage.

## Keywords

Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome, Hantaviruses, Thrombocytopenia

---



## 1. 引言

我国是肾综合征出血热的主要疫区, 每年发病人数占世界总发病人数的 90% 以上, 根据国家卫生计生委数据, 自 1950 年以来中国已报告超过 1,650,000 例患者, 其中死亡病例超过 47,000 例, 总病死率约 2.89% [1]。关于汉坦病毒在肾综合征出血热致病机制方面的研究一直在进行, 尽管病毒诱导的免疫病理反应、宿主遗传与细胞凋亡、血小板减少与功能障碍、血管内皮损伤等临床已有一定的认识, 但 HFRS 发病机制仍存在疑虑, 该病在实际工作中缺乏特效治疗药物, 因此尽早识别不典型患者挽救其于并发症之前具有重要意义[2]。

## 2. 临床依据

- 1) 临床资料: 收集延安市 1 例肾综合征出血热病例的临床资料, 现场流行病学调查等资料。
- 2) 依据《流行性出血热诊断标准》、《肾综合征出血热诊疗陕西省专家共识》。
- 3) 该病例报道已获得病人及其家属的知情同意。

## 3. 病史

患者, 男, 45 岁, 四川绵阳人, 于 2019 年 7 月 9 日无明显原因出现发热, 夜间为著, 最高体温达 38℃, 腹部不适, 纳差, 于延安市中医院行胸片等检查, 建议至延安大学附属医院进一步就诊。为求进一步诊治, 7 月 11 日至延安大学附属医院急诊科, 以“发热伴腹痛不适 3 天”留观后请感染科会诊, 考虑不能排除肾综合征出血热, 于 7 月 12 日收住感染科。发病以来, 患者无恶心、呕吐, 无头痛、眼眶痛、腰痛, 无面部发红等, 未见皮肤出血点等皮疹, 精神欠佳, 饮食睡眠欠佳, 大小便正常。既往体健, 生于原籍, 近期在延安市居住活动板房, 无吸烟饮酒史。

体格检查: T 38.1℃; P 94 次/分; R 20 次/分; Bp 105/80 mmHg。球结膜水肿; 前胸部充血, 腹平软, 全腹无压痛及反跳痛, 肠鸣音正常, 胆囊未触及, 胆囊区无压痛, 肝脾肋下未触及, 肝及双肾区无叩痛, 肛门生殖器未查。脊柱四肢无畸形, 脊柱无压痛和叩击痛。双下肢无水肿。

实验室检查(2019-7-11 延安大学附属医院): 血常规: WBC  $5.08 \times 10^9/L$ , NEU 67.3%, RBC  $5.89 \times 10^{12}/L$ , HB 180 g/L, PLT  $36 \times 10^9/L$ ; 尿常规: 尿胆原 1+, 尿蛋白++++, 潜血+++ , 尿胆红素++; 超敏 C 反应蛋白定量 > 5.0 mg/L, C 反应蛋白 35.43 mg/L; 降钙素原 0.38 ng/ml; 肾功、电解质心肌酶: 肾功正常, 电解质钾 3.3 mol/L, 氯 95 mol/L, 钠 131 mol/L, 钙 1.76 mmol/L, AST 386 U/L, LD 1273 UL, HBDH 988 U/L, CK 349 U/L, CK-MB 47.1 U/L; 心电图正常; 胸片(2019-7-11 延安市中医医院): 双肺未见明显活动性病变。

实验室急查回报(2019-7-13): 血常规: WBC  $5.9 \times 10^9/L$ , NEU  $3.36 \times 10^9/L$ , RBC  $5.34 \times 10^{12}/L$ , HB 161 g/L, PLT  $39 \times 10^9/L$ ; 粪常规: 潜血实验(+); 尿常规: 蛋白 2+。肾功示: Urea 4.3 mol/L, TC<sub>02</sub> 23.1 mol/L, CRE 74 umol/L; 电解质示: 钙 1.72 mmol/L; 血糖 5.6 mol/L, PTA 92.3%, 降钙素原 0.9 ng/ml; 血沉: 37 m/h; 超敏 C 反应蛋白定量 > 5.0 mg/L。

实验室检查回报(2019-7-14): 血常规: WBC  $5.67 \times 10^9/L$ , NEU  $2.99 \times 10^9/L$ , RBC  $5.1 \times 10^{12}/L$ , HB 158 g/L, PLT  $53 \times 10^9/L$ ; 尿常规: 蛋白+; 肝功: ALB 31.6 g/L, GLB 24.4 g/L, ALT 244 U/L, AST 316 U/L, ALP 91 U/L, GGT 148 U/L, TB 27.3 umol/L, DB 20.2 umol/L, TBA 51.8 umol/L; 流行性出血热抗体 IgM(+).

实验室检查回报(2019-7-18): 血常规: RBC  $5.09 \times 10^{12}/L$ , HCT 44.7%, HB 161 g/L, PLT  $106 \times 10^9/L$ ; 尿常规: 尿胆原+; 肝功: ALB 34.7 g/L, ALT 195 U/L, AST 175 U/L; 肾功示: Urea 4.3 mol/L, TC0<sub>2</sub> 21.8 mol/L, CRE 79  $\mu\text{mol}/L$ ; 电解质示: 钙 2.05 mmol/L, 血糖 4.7 mol/L, PTA 112.4%; 心肌酶谱: LDH-L 825 U/L,  $\alpha$ -HBD 782 U/L; CK-MB < 3 ng/ml; 超敏 C 反应蛋白定量 > 9.65 mg/L; C 反应蛋白 < 15.9 mg/L。

实验室检查回报(2019-7-21): 流行性出血热抗体 IgM 弱阳性(+)-IgG(+)

#### 4. 诊断

肾综合征出血热(HFRS) 家鼠型。

#### 5. 治疗

本病目前尚无特异性病原学药物, 主要针对病理生理变化进行综合性和预防性治疗, 药物治疗以液体疗法和对症支持治疗为主, 抗病毒治疗为辅, 必要时进行抗菌治疗。

绝对卧床休息, 避免劳累, 给予利巴韦林抗病毒(使用 3 天后患者体温趋于正常, 病程超过 1 周)、保肝(还原型谷胱甘肽、复方甘草酸苷)、调节免疫(注射用胸腺法新)、降低血液粘滞性、补液营养等对症支持治疗。

#### 6. 讨论

肾综合征出血热是一种危害严重的自然疫源性疾病, 而中国是世界范围内受害最为严重的国家[3] [4] [5] [6], 陕西省特别是关中地区发病率尤为突出, 呈春季和秋季两个发病高峰[7]。随着社会整体卫生水平的提高, 肾综合征出血热的传播媒介啮齿类动物已经比以往减少很多, 这就会让很多基层大夫甚至是上级医院忽视该疾病的预防和甄别, 因此延误患者的最佳治疗期, 造成器官功能的损伤, 血小板减少症是汉坦病毒感染患者严重急性肾损伤的预测指标[8]。作为全科医生——健康的“守门人”, 抓好“三早一就(早发现、早休息、早治疗, 就近在有条件的 2 级以上医院治疗)”, “把好四关”(休克、少尿、出血和脏器损害), 加强 HFRS 疫区、新开发区的灭鼠与防鼠, 田间劳作、清整杂草秸秆和野外活动时加强个人防护, 预防吸入鼠粪排泄污染物和鼠体寄生虫叮咬, 有条件的 HFRS 疫区居民和外来人口的适龄人群接种出血热疫苗[9]。

#### 参考文献

- [1] Jiang, H., Du, H., Wang, L.M., et al. (2016) Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome: Pathogenesis and Clinical Picture. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 6, 1. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2016.00178>
- [2] 李璟, 杜虹, 王晓艳, 王平忠. 肾综合征出血热发病机制的研究进展[J]. 传染病信息, 2020(3): 193-197.
- [3] Wu, J., Wang, D.D., Li, X.L., et al. (2014) Increasing Incidence of Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome Could Be Associated with Livestock Husbandry in Changchun, Northeastern China. *BMC Infectious Diseases*, 14, 301. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-301>
- [4] Jiang, H., Du, H., Wang, L.M., et al. (2016) Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome: Pathogenesis and Clinical Picture. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 6, 1. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2016.00001>
- [5] Jiang, H., Zheng, X., Wang, L., et al. (2017) Hantavirus Infection: A Global Zoonotic Challenge. *Virologica Sinica*, 32, 32-43. <https://doi.org/10.1007/s12250-016-3899-x>
- [6] Schmaljohn, C. and Hjelle, B. (1997) Hantaviruses: A Global Disease Problem. *Emerging Infectious Diseases*, 3, 95-104. <https://doi.org/10.3201/eid0302.970202>
- [7] Zhang, S., Wang, S., Yin, W., et al. (2014) Epidemic Characteristics of Hemorrhagic Fever with Renal Syndrome in China, 2006-2012. *BMC Infectious Diseases*, 14, 384. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-384>
- [8] Wang, M., Wang, J., Wang, T., et al. (2013) Thrombocytopenia as a Predictor of Severe Acute Kidney Injury in Patients with Hantaan Virus Infections. *PLoS ONE*, 8, e53236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053236>
- [9] 黄长形, 姜泓, 白雪帆. 肾综合征出血热诊疗陕西省专家共识[J]. 陕西医学杂志, 2019(3): 275-288.