

# 以急性胰腺炎为主要特征的肾综合征出血热3例

易珍, 叶长根, 刘翠云, 刘佩佩, 张伟, 孙水林

易珍, 叶长根, 刘翠云, 刘佩佩, 张伟, 孙水林, 南昌大学第二附属医院感染科 江西省南昌市 330006

易珍, 南昌大学医学院在读硕士, 主要从事肝脏等传染性疾病的临床研究。

作者贡献分布: 孙水林负责诊治, 组织会诊; 易珍、叶长根、刘翠云、刘佩佩及张伟共同收集资料; 易珍与叶长根完成写作部分。

通讯作者: 孙水林, 教授, 主任医师, 330006, 江西省南昌市, 南昌大学第二附属医院感染性疾病科。sunshuilin2280@126.com 电话: 0791-88188380

收稿日期: 2011-10-22 修回日期: 2011-11-21

接受日期: 2011-11-28 在线出版日期: 2012-01-18

## Acute pancreatitis as the main feature of hemorrhagic fever with renal syndrome: a report of three cases

Zhen Yi, Chang-Gen Ye, Cui-Yun Liu, Pei-Pei Liu, Wei Zhang, Shui-Lin Sun

Zhen Yi, Chang-Gen Ye, Cui-Yun Liu, Pei-Pei Liu, Wei Zhang, Shui-Lin Sun, Department of Infectious Diseases, the Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330006, Jiangxi Province, China

Correspondence to: Shui-Lin Sun, Professor, Department of Infectious Diseases, the Second Affiliated Hospital of Nanchang University, Nanchang 330006, Jiangxi Province, China. sunshuilin2280@126.com

Received: 2011-10-22 Revised: 2011-11-21

Accepted: 2011-11-28 Published online: 2012-01-18

## Abstract

Hemorrhagic fever with renal syndrome mainly manifesting as acute pancreatitis is rarely seen and is easy to be misdiagnosed. Here we report three such cases of patients who presented with abdominal pain. Their hematuria amylase levels were significantly high. CT and ultrasonography revealed pancreatic enlargement. Based on these data, a diagnosis of acute pancreatitis was easily made. However, after comprehensive evaluation of epidemiology, clinical features and laboratory findings, hemorrhagic fever with renal syndrome was diagnosed. Clinicians should be aware of the possibility of hemorrhagic fever with renal syndrome when patients present with symptoms of acute pancreatitis.

Key Words: Hemorrhagic fever with renal syndrome; Acute pancreatitis; Fever

Yi Z, Ye CG, Liu CY, Liu PP, Zhang W, Sun SL. Acute pancreatitis as the main feature of hemorrhagic fever with renal syndrome: a report of three case. Shijie Huaren Xiaohua Zazhi 2012; 20(2): 171-173

## 摘要

肾综合征出血热以急性胰腺炎为主要特征表现较少, 表现特殊, 易造成误诊。本3例患者临床表现均以腹痛为主, 查血尿淀粉酶明显增高, CT及彩超胰腺肿大, 易误诊为“急性胰腺炎”。后经感染科会诊结合流病病学, 临床特征与实验室检查才得以确诊。临床医生需开阔思路, 在临床诊治过程中遇到类似病例不排除为肾综合征出血热。

关键词: 肾综合征出血热; 急性胰腺炎; 发热

易珍, 叶长根, 刘翠云, 刘佩佩, 张伟, 孙水林. 以急性胰腺炎为主要特征的肾综合征出血热3例. 世界华人消化杂志 2012; 20(2): 171-173

<http://www.wjgnet.com/1009-3079/20/171.asp>

## 0 引言

肾综合征出血热是一种自然疫源性疾病, 脏器损害以肾脏病变最明显, 其次为心、肝、脑、肺、胃肠及内分泌器官, 胰腺很少受累, 现将我院3例以急性胰腺炎为主要特征肾综合征出血热报道如下。

## 1 病例报告

患者1, 男, 56岁, 江西抚州农民, 8 d前受凉后出现畏寒, 发热5 d, 伴鼻塞流涕, 2 d后出现腹泻, 每日7-8次, 初为黄水样便, 带少许黏液, 无脓血, 无里急后重, 后期有柏油样便, 伴恶心, 伴呕吐, 脐周阵发性绞痛, 4 d后现面红肿, 尿量减少。于2010-12-23, 16:00拟“急性胰腺炎, 急性肾功能衰竭”急诊转入我院急诊科诊治。查体: 神志清楚, T: 36.7 °C, P: 78次/min, R: 21次/min, BP: 136/92 mmHg, 注射部位皮肤可见瘀斑, 球结膜充血及外渗水肿明显, 双肺呼吸音清, 心律齐, 未闻及杂音, 腹平, 全腹压痛, 反跳痛明显, 尤以

## ■背景资料

肾综合征出血热是一种自然疫源性疾病, 脏器损害以肾脏病变最明显, 其次为心、肝、脑、肺、胃肠及内分泌器官, 胰腺很少受累。本文收集的3例以急性胰腺炎为主要特征肾综合征出血热都有胰腺的明显损害同时伴有肾功能损害, 为广大医务工作者拓展临床思路提供依据。

## ■同行评议者

冯志杰, 主任医师, 河北医科大学第二医院消化内科

### ■创新盘点

本文突出了在肾综合征出血热发病过程也会造成胰腺的损害,为临床医生提供新的思路。

左上腹明显,肝脾未触及,肝肾区有叩痛. 实验室检查:生化:TBIL 16.5  $\mu\text{mol/L}$ , DBIL 4.7  $\mu\text{mol/L}$ , ALT 72 IU/L, AST 142  $\mu\text{mol/L}$ , 总蛋白58 g/L, 白蛋白32 g/L, 球蛋白26 g/L, BUN 35.3 mmol/L, Cr 467  $\mu\text{mol/L}$ , 尿酸 517  $\mu\text{mol/L}$ , 总胆固醇 2.48 mmol/L, 甘油三酯3.9 mmol/L, 葡萄糖7.7 mmol/L, 高密度脂蛋白0.57 mmol/L, 低密度脂蛋白0.14 mmol/L, 载脂蛋白A 0.55 g/L, 载脂蛋白B 0.45 g/L, 载脂蛋白比值1.22, 钾3.8 mmol/L, 钠130 mmol/L, 氯90 mmol/L, 钙1.8 mmol/L, 二氧化碳结合率16.5 mmol/L, 肌酸激酶681 U/L, 肌酸激酶同工酶81 U/L, 乳酸脱氢酶1149 U/L,  $\alpha$ -羟丁酸脱氢酶997 U/L, 血淀粉酶313 U/L, 总胆汁酸7.5  $\mu\text{mol/L}$ , 纤维蛋白原1.74 g/L, 凝血酶原时间10.6 s, 凝血酶时间26.4 s, D二聚体定量913.0  $\mu\text{g/L}$ , 血常规: WBC  $34.6 \times 10^9/\text{L}$ , RBC  $4.0 \times 10^{12}/\text{L}$ , PLT  $23 \times 10^9/\text{L}$ , HGB 115 g/L, 中性粒细胞百分比0.796, 尿液分析: 蛋白+++、血+++、白细胞+-, 镜检: 红细胞+++/高倍视野. CT示: (1)急性胰腺炎, 腹腔积液; (2)双侧胸腔积液并两肺下叶膨胀不全. 会诊后确诊: 肾综合性出血热并胰腺炎, 给予禁食, 稳定内环境, 促进利尿, 等对症处理后, 逐渐转为多尿期, 胰腺炎未给予特别处理, 胰腺功能与肾功能逐步好转, 患者痊愈出院。

患者2, 女, 43岁, 江西弋阳农民, 因发热, 腹痛5 d, 低血压少尿1 d就诊; 伴头晕、畏寒及寒战, 无流涕及鼻塞, 有头痛及全身酸痛, 腰痛明显, 无咳嗽, 咽痛及腹泻, 在当地医院就诊未见好转, 出现胸闷、少尿, 血压低, 于2011-01-07, 18:00拟“急性胰腺炎, 急性肾功能衰竭”急诊转入急诊科诊治. 查体: T: 37.5  $^{\circ}\text{C}$ , P: 135次/min, R: 25次/min, BP: 110/70 mmHg; 神志清楚, 全身皮肤未见明显斑点, 球结膜充血及水肿, 双肺呼吸音清, 心律齐, 未及杂音, 腹平, 腹壁压痛反跳痛明显, 肝脾未及, 肝区无叩击痛, 双肾区有叩击痛. 实验室检查: 血常规: WBC  $32.00 \times 10^9/\text{L}$ , PLT  $18 \times 10^9/\text{L}$ , 见少量异常淋巴细胞, 心电图: 窦性心动过速, T波改变, 尿常规: 尿蛋白+++、RBC 1-3个/HP, 尿淀粉酶1300 U/L, 血淀粉酶302 U/L, 尿素氮15 mmol/L. CT示: (1)胰腺炎、少量腹腔积液; (2)两侧少量胸腔积液; (3)两肾肿大, 肾周积液. 会诊后确诊: 肾综合征出血热并胰腺炎. 给予禁食, 稳定内环境, 促进利尿, 血液透析等对症处理后患者逐步进入多尿期, 胰腺炎亦未做特别处理, 肾功能和胰腺功能逐步好转, 痊愈出院。

患者3, 男, 55岁, 江西崇仁县农民. 急性起病, 发热、腹痛、腰痛12 d, 腹泻3 d, 黑便1 d就诊, 体温最高至38.9  $^{\circ}\text{C}$ , 有畏寒及寒战, 无咳嗽、咳痰, 有腹泻, 为黄色稀便, 3-4次/d, 有呕吐、恶心, 解黑便1次, 量约50 g, 无眼眶痛, 感头痛、腹痛及腰痛, 病程中无少尿和低血压表现. 检查: WBC  $15.00 \times 10^9/\text{L}$ , 血小板 $69 \times 10^9/\text{L}$ , 血淀粉酶306 U/L, 尿淀粉酶1364 U/L, BUN: 40.2 mmol/L, Cr: 704.8  $\mu\text{mol/L}$ , 尿蛋白++, 拟“急性肾衰, 急性胰腺炎”于2011-11-16转入肾内科诊治. 查体: T: 36.5  $^{\circ}\text{C}$ , P: 75次/min, R: 20次/min, BP: 176/120 mmHg; 神志清楚, 精神差, 皮肤巩膜无明显黄染, 未见出血点及瘀斑, 球结膜有充血和轻度外渗水肿, 浅表淋巴结未触及肿大, 咽不红, 上颌可见散在出血点, 扁桃体无肿大, 无脓性分泌物, 颈软, 心肺听诊无异常, 腹稍隆, 有轻压痛及反跳痛, 肝脾肋下未触及肿大, 移动性浊音阴性, 双下肢无水肿, 双肾区轻叩痛. 实验室检查: TBIL 13.2  $\mu\text{mol/L}$ , DBIL 5.6  $\mu\text{mol/L}$ , ALT: 72 U/L, AST: 45 U/L, 腹部彩超示: 双肾体积增大, 胰腺肿大. 会诊后确诊: 肾综合性出血热并胰腺炎, 给予禁食, 稳定内环境, 促进利尿等对症处理后, 逐渐转为多尿期, 胰腺炎未给予特别处理, 胰腺功能与肾功能逐步好转, 患者痊愈。

## 2 讨论

以上3例患者最大的特征都有胰腺的明显损害同时伴有肾功能损害、有生化及影像学的证实, 故入院后均首先考虑原发病为急性胰腺炎引起, 但随着病情的进展及治疗的深入, 临床上的一系列症状及体征无法完全用原发急性胰腺炎来解释, 可能上述多器官的损害都源于另外一种原发疾病, 后经感染科会诊, 根据流行病学如患者均来自肾综合征出血热疫区、又有老鼠接触史在该病高发季节发病; 临床特征方面又有发热等中毒症状以及毛细血管损害的出血和外渗体征及多期临床经过等; 实验室检查都有尿蛋白、肾功能损害以及血常规白细胞升高等表现故考虑肾综合征出血热为原发病可能性大, 转感染科并按该病治疗原则处理且效果佳, 3例患者的胰腺炎均未给予特别处理, 后都进入多尿期, 胰腺功能与肾功能都逐步好转并最终痊愈, 住院期间的临床诊断后来得到血清病原学结果证实并确诊, 3例患者肾综合征出血热特异性IgM均阳性。

肾综合征出血热是一种自然疫源性疾病, 为

病毒性出血热的一种,临床上以短暂发热,继之出现休克、出血、急性肾功能衰竭等症状群为其特征,病理变化以小血管水肿、变性、坏死为主。脏器损害以肾脏病变最明显,其次为心、肝、脑、肺、胃肠及内分泌器官。因此,临床上大多数患者以肾损害为主要表现,故该类患者也较易做出临床诊断;但临床上以胰腺损害为主要表现的肾综合征出血热患者鲜见报道,易导致误诊不易早期做出正确诊断以致延误患者的治疗。以上3例患者临床表现均以腹痛为主,查血尿淀粉酶明显增高,CT及彩超胰腺肿大,易误诊为“急性胰腺炎”,但患者同时出现高热,脐周皮肤无青紫,血小板明显减少,肝功能异常,尿蛋白(++)-(+++),单从急性胰腺炎不能完全解释上述情况,此时应结合流行病学,临床特征:

如“三红、三痛”及组织水肿和多期临床经过,实验室检查出现尿蛋白、肾功能损害以及白细胞明显升高等表现等做出肾综合征出血热的临床诊断。本病预后除与病情轻重有关外,与治疗早迟、措施是否恰当有关,治疗上主要是早诊断、早休息、早治疗,就近治疗。本病的早期诊断尤为重要,直接影响患者的愈后。因此,在以腹痛为主并伴有明显的胰腺损害的患者,若同时伴有不能完全用急性胰腺炎解释的临床特征时,应注意到本病的可能,可请感染科会诊并尽早做肾综合征出血热特异性抗体检测,以便能早诊断,早治疗,以免误诊、延误病情<sup>[1]</sup>。

### 3 参考文献

- 1 柴玉萍.流行性出血热误诊急性胰腺炎1例.临床荟萃 2002; 17: 235

编辑 曹丽鸥 电编 何基才

### ■同行评价

肾综合征出血热的胰腺损伤少见,以首发为急性胰腺炎表现者,在临床上易于误诊。本文对提高临床医师对两种疾病的认识,做好鉴别诊断具有一定临床意义。

ISSN 1009-3079 (print) ISSN 2219-2859 (online) CN 14-1260/R 2012年版权归世界华人消化杂志

### • 消息 •

## 中国科技信息研究所发布 《世界华人消化杂志》影响因子 0.694

**本刊讯** 2011-12-02,一年一度的中国科技论文统计结果由中国科技信息研究所(简称中信所)在北京发布。《中国科技期刊引证报告(核心版)》统计显示,2010年《世界华人消化杂志》总被引频次3458次,影响因子0.694,综合评价总分60.6分,分别位居内科学类49种期刊的第5位、第7位、第6位,分别位居1998种中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)的第79位、第320位、第190位;其他指标:他引率0.83,被引半衰期4.9,来源文献量712,文献选出率0.90,参考文献量17963,平均引文数25.23,平均作者数4.35,地区分布数29,机构分布数349,基金论文比0.45,海外论文比0.01。(编辑部主任:李军亮 2012-01-01)