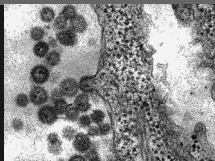


第十八章 南美出血熱

South American Hemorrhagic Fever

ICD-9 078.7 ICD-10 A96 A96.0 Junin (Argentine hemorrhagic fever), A96.1 Machupo (Bolivian hemorrhagic fever), A96.8 Guaranito (Venezuelan hemorrhagic fever), A96.8 Sabia (Brazilian hemorrhagic fever)

潘銘正/許清曉/秦淳 林錫勳



一、病原特性

本病依國家共有 4 種：Junin 病毒引起阿根廷出血熱 (Argentine hemorrhagic fever)，Machupo 病毒引起玻利維亞出血熱 (Bolivian hemorrhagic fever)，Guanarito 病毒引起委內瑞拉出血熱 (Venezuelan hemorrhagic fever；VHF)，Sabia 病毒引起巴西出血熱 (Brazilian hemorrhagic fever)，均屬於砂狀病毒 (Arenavirus)。第一個砂狀病毒是在 1933 年所分離的淋巴球性脈絡叢腦膜炎 (Lymphocytic choriomeningitis；LCM) 病毒，呈全球性分佈。依照自然動物宿主，砂狀病毒可分為 LCM/Lassa 和 Tacaribe 病毒二大群，前者之宿主為舊世界 Muridae 科 Murinae 亞科鼠類 (122 屬 529 種)，後者為新世界 Muridae 科 Sigmodontinae 亞科鼠類 (79 屬 423 種)。依照演化基因種系則分為舊世界、新世界 A、新世界 B、新世界 C 共 4 群。砂狀病毒科 22 個病毒 (舊世界病毒 5 種，新世界病毒 17 種) 中有 5 個可引起出血熱，除上述 4 種南美出血熱 (均屬於新世界 B 群病毒) 以外，尚有發生在非洲的拉薩熱 (Lassa fever)。

二、流行病學

本病只發生在南美洲。自然宿主為齧鼠類。傳染方式是由鼠類糞便分泌物中之病毒飛散到空氣中，被吸入、或經口、或由皮膚傷口接觸進入體內。偶爾會有人傳人的感染。

三、傳染窩

Junin 病毒的主要宿主為玉米鼠 (*Calomys musculus*；pampas)，

Machupo 病毒的主要宿主為 *Calomys callosus* 和 *Calomys laucha* ; Guanarito 病毒的主要宿主為短尾蔗鼠 (*Zygodontomys brevicauda* ; cane rats) ; Sabia 病毒的宿主則仍不明。

四、臨床診斷及鑑別

若懷疑病毒性出血熱 (VHF)，且具以下之臨床要件，必須連絡衛生單位：（一）發燒（101 °F）少於三個星期。（二）無誘發因素下之出血性重症。（三）有以下之出血性症狀兩項以上：出血性或紫色丘疹、鼻出血、吐血、咳血、腸胃道出血，及沒有其它足以解釋的出血性疾病。

所有出血熱最初的前驅症狀 (prodrome) 都是非專一性的症狀，例如頭疼、全身不適、疲憊、關節痛、肌肉痠痛、噁心、頭暈及非赤痢性的腹瀉。臨床表現反應了微血管通透性的增加，而使得血管功能受到影響。

阿根廷出血熱和玻利維亞出血熱在臨床表現上非常相似，且死亡率在 15% 至 30% 之間，被報告的委內瑞拉出血熱病例就稍微嚴重些。疾病的進行是漸進性的，病人會有進行性的發燒、頭疼、頭暈、全身不適、疲憊、關節痛及肌肉痠痛（經常局限於下背部）。上腹痛、眼窩後方疼痛、頭暈、畏光及便秘也會出現。結膜充血、臉部及軀幹潮紅及姿態性低血壓，亦是常見的表現。出血性紅疹及出血性水泡，會出現在大部份病人的顎部 (palate) 及咽喉，皮膚上會合併出現出血點（尤其在腋窩）及淋巴結腫大。病人若有經常性的頭暈、白血球低下症、血小板低下症、震顫及出血徵兆，則可提供早期診斷的線索。

發燒不會緩解，而且有些病人則會出現血管性或神經性症狀。血管性症狀包括：（1）微血管滲漏症候群 (capillary leakage syndrome) （2）尿蛋白、血比容上升、牙齦出色、腸胃道出血、鼻衄血或其它黏膜出血（3）血管脈壓變窄 (narrowing pulse pressure) （4）血管收縮及休克。血管滲漏或續發性肺炎都可能使肺浸潤增加，使此類病人特別難處理。血漿擴充劑 (plasma expander) 也可能造成頑固性的肺水腫。神經症狀頗為常見，會先出現反射降低 (hyporeflexia)，然後有步態不穩、Palmomental reflex、舌頭及上肢震顫及小腦的症狀，如果接著出現陣攣性抽搐及昏迷，則預後不佳。

恢復期需數週，但不會留下後遺症，禿髮、指甲凹陷及姿態性低血壓等症狀會持續一至二週。

五、實驗室及其他檢查

發現疑似病例時可由高燒期所採抗凝血來分離病毒（需要BSL-4操作）。由血清測得特異性IgM抗體，或配對血清檢體以ELISA或IFA，力價確實上升者可作為確診之依據。

六、治療及預後

假設足量的中和抗體，在疾病期的第九天內給予的話，恢復期的人體血清可以有效地治療阿根廷出血熱。接受此種治療的病人中，有10%會出現小腦方面的神經症狀，但這可能是因為病毒在中樞神經系統繁殖的緣故。出現在急性期後的神經症狀（late neurological syndrome），可能和體液性免疫反應（humoral immune response）有關。出現這些神經學症狀的病人，其體內的抗體濃度較高。此種免疫血漿是具專一性的治療，可成功用於阿根廷出血熱。Junin病毒的減毒疫苗，則可減少發生率。

新藥物的研究中，Ribavirin對被Arenavirus感染（包括拉薩熱病毒）的猴類具有療效。在獅子山（Sierra Leone）的拉薩熱病人中，該類病人GOT都至少增高150 IU以上，若在疾病期的第七天內給予的話，死亡率可從55%降至5%。在疾病的任何階段給予，其實都可以增加存活率。給予方法為Loading dose 30 mg/kg，然後每六小時15 mg/kg給予4天，接著7.5 mg/kg再給6天，唯一的副作用是可逆性的貧血，其並不需輸血治療。

支持性療法在出血熱的治療中是救命的，維持體液和電解質平衡相當重要，如果能從腸胃道給予，就儘量從腸胃道投予。謹慎的輸液補充及給予Colloid，在休克出現前即應進行。此外還必須矯正凝血疾病（coagulopathies）、避免使用抗凝劑、抗血小板藥物和肌肉注射。

七、預防及感染控制

（一）控制居家之老鼠。（二）病患住院應以負壓隔離室、嚴格實施呼吸道感染的隔離措施。（三）已有Junin減毒活毒疫苗，對Machupo也有效，但對Guanarito病毒則無效。（四）在發病八天內給予免疫血清對Junin有效。（五）Ribavirin可能可以用來治療上述四種疾病。

八、通報方式及時限

非現行法定傳染病，必要時可於「傳染病個案（含疑似病例）報告單」中「其他傳染病」項下勾選「其他」欄通報，並須註明病名。