

以类白血病反应为首发表现的 小儿急性肾盂肾炎病例分析

黄桢¹ 易巍² 郑文彬² 吴智² 巢东风² 黄霖³ 鄢素琪²

华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院¹ 病理科,² 中西医结合科,³ 肾病内科, 湖北武汉 430016

通信作者: 鄢素琪, Email: yansuqi@sina.com

【摘要】 目的 探讨以类白血病反应(LR)为初始表现急性肾盂肾炎(APN)患儿的临床诊疗特点。**方法** 采用回顾性研究方法。收集华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院 2018 年 3 月至 2024 年 6 月收治的 7 例以 LR 为首发表现的 APN 患儿的临床资料,分析其临床症状、血常规、尿常规、影像学特征及治疗方法,观察临床预后。**结果** 7 例患儿中均以发热为主要首发表现,所有患儿外周血白细胞计数(WBC)均明显升高,集中在 $(30 \sim 50) \times 10^9/L$ 。就诊时均无典型尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状,入院时血、尿细菌培养均为阴性。影像学资料显示,7 例患儿肾脏功能均存在不同程度的损伤。经过抗菌药物治疗后,6 例患儿获得临床治愈,1 例好转。**结论** 以 LR 为起始表现的小儿 APN,极易合并血液感染。临床在排除血液肿瘤性疾病时,还须排查 APN。小儿 LR WBC 临界点有别于成人 LR,以 $(30 \sim 50) \times 10^9/L$ 为临界点作为诊断标准可能更符合临床现状。放射性核素肾静态显像(DMSA)检查有助于早期诊断、病情评估和预后判断。

【关键词】 类白血病反应; 急性肾盂肾炎; 发热; 小儿

基金项目: 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函〔2026〕17 号); 武汉儿童医院儿童肾病研究室建设项目(2025FEYJS004)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.04.012

Cases analysis of pediatric acute pyelonephritis with leukemoid reaction as the initial manifestation

Huang Zhen¹, Yi Wei², Zheng Wenbing², Wu Zhi², Chao Dongfeng², Huang Lin³, Yan Suqi²

¹Department of Pathology, ²Department of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, ³Department of Nephrology, Wuhan Children's Hospital Affiliated to Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430016, Hubei, China

Corresponding author: Yan Suqi, Email: yansuqi@sina.com

【Abstract】 Objective To explore the clinical and diagnostic characteristics of children with acute pyelonephritis (APN) presenting with leukemia-like reaction (LR) as the initial manifestation. **Methods** A retrospective study design was adopted. The clinical data from 7 pediatric APN patients with LR as the first presenting symptom, admitted to Wuhan Children's Hospital Affiliated to Tongji Medical College of Huazhong University of Science and Technology between March 2018 and June 2024 were collected. Clinical symptoms, complete blood counts, urinalysis, imaging characteristics, and therapeutic approaches were analyzed, and patient outcomes were followed up. **Results** Among all 7 children, fever was the main initial manifestation. The peripheral blood white cell count (WBC) significantly increased in all children, the range from $(30-50) \times 10^9/L$. At presentation, none of the children had typical symptoms of urinary tract irritation such as frequent urination, urgent urination, and painful urination. Bacterial blood cultures and urine cultures obtained upon admission were both negative. Imaging data demonstrated renal damage of varying severity in all cases. Following antimicrobial therapy, clinical cure was achieved in 6 patients, while 1 patient improved. **Conclusions** Pediatric APN presenting with LR as the initial manifestation is prone to concurrent blood infections. In clinical practice, when excluding hematological tumor diseases, APN should also be considered for differential diagnosis. The critical point of WBC for LR in children is different from that in adults, using a cut-off value of $(30-50) \times 10^9/L$ may better align with current clinical practice for diagnosis. Radionuclide renal static imaging (DMSA) examination is helpful for early diagnosis, disease assessment, and prognosis judgment.

【Key words】 Leukemoid reaction; Acute pyelonephritis; Fever; Children

Fund program: National Project for Establishing Workshops for Inheriting the Traditions of Senior Traditional Chinese Medicine Experts (National Ministry of Traditional Chinese Medicine Instructional Letter [2026] No. 17); Construction Project of Research Division of Children's Kidney Disease of Wuhan Children's Hospital (2025FEYJS004)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2026.04.012

小儿急性肾盂肾炎(acute pyelonephritis, APN)是一种常见的泌尿系感染性疾病,是终末期肾病(end-stage renal disease, ESRD)的主要原因^[1]。APN 的早期诊断和及时有效的治疗可减少不可逆

性肾损伤^[2]。相对成人而言,小儿 APN 初始症状多,且无特异性^[3],近年来对如何早期识别小儿 APN 的讨论较少。如何在复杂的症状中及时诊断、早期规范治疗、减少病情反复及不可逆肾损害的形成尤为

重要。基于此,本研究总结了华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院 2018 年 3 月至 2024 年 6 月 7 例初期以类白血病反应(leukemoid reaction, LR)为首发表现,最终确诊为 APN 患者的临床资料,旨在提高小儿 APN 复杂症状的早期识别能力。

1 资料与方法

1.1 病例来源:7 例患儿门诊就诊原因均为发热,其中 1 例伴有呕吐,1 例伴有咳嗽,1 例伴有腹泻和皮疹。全部患儿血常规检查均发现白细胞计数(white blood cell count, WBC) $>30\times 10^9/L$,采集病史未发现患儿有接触特殊药物史和毒物史。7 例患儿就诊时症状和体格检查结果如下。

1.1.1 病例 1:患儿男性,年龄 6 岁。主诉:发热 1 d,大便正常,小便无典型尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状。主要体征:体温 38.4℃,血压 95/56 mmHg (1 mmHg ≈ 0.133 kPa),颈部可扪及数枚浅表淋巴结,咽部充血,扁桃体双侧 II 度肿大,肝、脾肋下未触及,无肾区叩痛。

1.1.2 病例 2:患儿女性,年龄 95 d。主诉:持续发热 4 d,入院当日排黄稀糊样大便 4 次,伴有黏液,未见血丝。小便量正常,小便时无尿频、尿急等尿路刺激症状。主要体征:体温 36.8℃,浅表淋巴结无肿大,咽部充血,扁桃体未发育,腹部外形膨隆,肝脏右肋下 3.0 cm、质软,脾脏左肋下 3.0 cm、质软,后背部可见少许红色皮疹,尚不能配合肾区叩痛,24 h 尿量 820 mL。

1.1.3 病例 3:患儿女性,年龄 50 d。主诉:间断发热伴阵发性咳嗽 2 d,大便正常,小便无典型尿频、尿急等尿路刺激症状。主要体征:体温 37.7℃,血压 96/54 mmHg,浅表淋巴结无肿大,咽部无充血,扁桃体未发育,肝脏肋下 2 cm,脾脏肋下未触及,尚不能配合完成肾区叩痛。

1.1.4 病例 4:患儿男性,年龄 250 d。主诉:发热 1 d 余,呕吐 1 d,大便正常,小便无典型尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状。主要体征:体温 36.5℃,浅表淋巴结无肿大,咽部充血,扁桃体双侧无肿大,肝、脾肋下未触及,不能配合完成肾区叩痛。

1.1.5 病例 5:患儿男性,年龄 60 d。主诉:发热 7 d,大便正常,小便无典型尿频、尿急等尿路刺激症状。主要体征:体温 36.1℃,皮肤苍黄,巩膜轻度黄染,扁桃体未发育,咽部无充血,肝、脾肋下未触及,腹胀气,腹肌紧张,不能配合完成肾区叩痛。

1.1.6 病例 6:患儿女性,年龄 2 岁。主诉:间断发

热 1 个月,大便正常,小便无典型尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状。主要体征:体温 37.1℃,浅表淋巴结无肿大,咽部充血,扁桃体无肿大,肝、脾肋下未触及,不能配合完成肾区叩痛。

1.1.7 病例 7:患儿女性,年龄 159 d。主诉:持续发热 3 d,大便正常,小便无典型尿频、尿急、尿痛等尿路刺激症状。主要体征:体温 38.8℃,全身浅表淋巴结未扪及肿大,咽部无充血,双侧扁桃体未发育,肝、脾肋下未触及,不能配合完成肾区叩痛。

1.2 诊断标准

1.2.1 LR 的诊断标准:按照《诸福棠实用儿科学》^[3]中 LR 的诊断标准:①因感染、中毒、肿瘤等非白血病因素,引起外周血 WBC 显著升高(通常 $>50\times 10^9/L$)和(或)出现幼稚细胞,并存在严重感染、中毒、恶性肿瘤或大出血等诱因;②红细胞计数(red blood cell count, RBC)与血小板计数(platelet count, PLT)大致正常,无进行性贫血或 PLT 减少,中性粒细胞可见毒性改变,中性粒细胞碱性磷酸酶积分显著增高;③染色体检查为正常核型(无 Ph 染色体)。目前对小儿 LR 外周血 WBC 超过 $50\times 10^9/L$ 诊断临界点有不同观点,文献中使用过的数值有 $(25、30、40、50)\times 10^9/L$ ^[4-6],本组病例采用 $(30\sim 50)\times 10^9/L$ 。

1.2.2 7 例患儿血常规、骨髓穿刺情况:7 例患儿入院时外周血 WBC 在 $(31.19\sim 49.04)\times 10^9/L$,患儿入院时血常规、住院期间骨髓穿刺结果见表 1。

表 1 7 例患儿入院时血常规和住院期间骨髓穿刺结果

例序	入院时外周血常规				骨髓穿刺结果
	WBC ($\times 10^9/L$)	NEU ($\times 10^9/L$)	Hb (g/L)	PLT ($\times 10^9/L$)	
1	33.69	30.82	137	287	骨髓细胞学提示 粒系明显增生
2	49.04	33.88	100	626	
3	34.19	23.16		566	
4	31.19	24.33	110	305	
5	46.36	31.61	99	386	髓象粒系明显增生,比例 增高;红系比例降低
6	42.18	36.66	130	382	
7	31.45	15.54	113	470	

注:NEU 为中性粒细胞计数;空白代表无此项

1.2.3 小儿 APN 的诊断标准:按照《诸福棠实用儿科学》^[3]中 APN 的诊断标准:临床表现为①全身症状:突发高热、寒战、精神萎靡,可有头痛、恶心呕吐,婴幼儿常以高热惊厥或消化道症状起病。②泌尿系症状:年长患儿可有腰痛/叩击痛,以及尿频、

尿急等膀胱刺激征;婴幼儿这些症状不典型,常仅表现为排尿时哭闹。尿常规检查显示:白细胞尿(脓尿),镜下白细胞 5 个/HP,可见白细胞管型或有蛋白尿、血尿。尿培养检查显示:清洁中段尿培养菌落计数 $>10^5$ CFU/mL 可确诊, $(10^4 \sim 10^5)$ CFU/mL 为可疑,同时可明确病原菌。血常规显示:WBC 和中性粒细胞计数(neutrophil count, NEU)升高,血培养可能阳性, C-反应蛋白(C-reactive protein, CRP)和降钙素原(procalcitonin, PCT)常显著升高。影像学检查:B超检查主要是发现和诊断泌尿系统发育畸形;放射性核素肾静态显像(^{99}Tcm -dimercaptosuccinic acid, DMSA)是诊断 APN 的“金标准”和评估是否形成不可逆肾瘢痕的关键检查^[7]。

1.2.4 7 例 APN 患儿的实验室和影像学检测结果

1.2.4.1 病例 1:尿常规:尿蛋白(+),尿酮体,尿 pH 值 5.0,镜检白细胞 0~2 个/HP;炎症指标:CRP 191 mg/L, PCT 16.88 $\mu\text{g/L}$ 。尿培养 2 次正常。泌尿系彩色超声(彩超):双肾脏形态饱满,实质回声稍增强,左肾盂轻度充盈(前后径约 0.5 cm)。DMSA:左肾形态不规整,多处皮质功能明显受损(上下极为著),多考虑 APN 所致,肾瘢痕 Goldraich 分级 II 级;右肾形态规整,皮质功能未见明显异常;双侧分肾功能相对摄取比:左肾=40.43%,右肾=59.57%。逆行造影检查未见明显异常。

1.2.4.2 病例 2:尿常规:白细胞酯酶(+),尿葡萄糖(+),镜检白细胞 1~2 个/HP;炎症指标:CRP 186 mg/L, PCT 0.97 $\mu\text{g/L}$ 。尿培养 3 次正常。泌尿系彩超 2 次:双肾未见明显异常;床旁彩超:双侧输尿管未见明显异常,膀胱充盈欠佳。DMSA:左肾形态欠规整,上极内侧缘及外侧缘皮质功能受损降低,多考虑 APN 所致, Goldraich 分级 I 级;右肾形态规整,皮质功能未见明显异常;双侧分肾功能相对摄取比:左肾=48.74%,右肾=51.26%。逆行造影检查:膀胱输尿管未见反流。排尿相未见异常。

1.2.4.3 病例 3:尿常规:尿潜血(++),尿蛋白($\pm$),白细胞酯酶(+++),镜检红细胞 0~2 个/HP,镜检白细胞 >40 个/HP;炎症指标:CRP 169 mg/L, PCT 2.14 $\mu\text{g/L}$ 。尿培养 4 次正常。泌尿系彩超:双肾盂充盈,分离前后径约 0.4 cm(右)、0.7 cm(左),双侧输尿管未见明显扩张,膀胱未见明显异常。DMSA:右肾形态较规整,上极皮质功能轻度受损,多考虑为 APN 所致, Goldraich 分级 I 级;左肾形态较规整,皮质功能未见明显异常;双侧分肾功能相对摄取比:

左肾=54.18%,右肾=45.82%。未行逆行造影检查。

1.2.4.4 病例 4:尿常规:白细胞酯酶(+),镜检白细胞 0~1 个/HP;炎症指标:CRP 177 mg/L, PCT 9.7 $\mu\text{g/L}$ 。尿培养 3 次正常,泌尿系彩超:双肾未见明显异常,双侧输尿管未见明显扩张,膀胱充盈欠佳。DMSA:左肾形态不规整,多处皮质功能受损降低,多考虑膀胱输尿管反流所致 ANP, Goldraich 分级 II 级;右肾形态规整,皮质功能未见明显异常;双侧分肾功能相对摄取比:左肾=48.45%,右肾=51.55%。逆行膀胱造影未见明显异常。

1.2.4.5 病例 5:尿常规:白细胞酯酶(+),尿 pH 值 5.0,镜检红细胞 0~1 个/HP,镜检白细胞 9~15 个/HP;炎症指标:CRP 168 mg/L, PCT 3.2 $\mu\text{g/L}$ 。尿培养 3 次正常。泌尿系彩超:右肾盂稍充盈(前后径约 0.3 cm),左肾未见明显异常,双侧输尿管未见明显扩张,膀胱未见明显异常。DMSA:双肾形态欠规整,上极、下极皮质功能受损,多考虑 APN 所致或膀胱输尿管反流所致 APN, Goldraich 分级 II 级;双侧分肾功能相对摄取比:左肾=53.8%,右肾=46.2%。逆行造影检查未做。

1.2.4.6 病例 6:尿常规:尿蛋白(+),尿酮体(+),白细胞酯酶(++),镜检白细胞 8~10 个/HP;炎症指标:CRP 88.8 mg/L, PCT 3.03 $\mu\text{g/L}$ 。尿培养 3 次正常。泌尿系彩超:双肾体积增大,双肾盂充盈(右肾盂见内径 0.8 cm、左肾盂见 1.0 cm 的无回声区),双侧输尿管未见明显扩张,膀胱未见明显异常。DMSA:双肾形态稍欠规整,右肾中部外侧缘、左肾下极局部皮质功能轻度减低, Goldraich 分级 I 级;双侧分肾功能相对摄取比:左肾=52.47%,右肾=47.53%。逆行造影检查:III 度膀胱输尿管反流(双侧),双肾肾内反流(左侧稍明显),排尿相未见异常。

1.2.4.7 病例 7:尿常规:尿潜血(+),白细胞酯酶(++),镜检红细胞 1~2 个/HP,镜检白细胞 8~12 个/HP;炎症指标:CRP 73 mg/L, PCT 0.69 $\mu\text{g/L}$ 。尿培养 13 次正常。泌尿系彩超:双肾未见明显异常,双侧输尿管未见明显异常。DMSA:左肾形态稍欠规整,右肾形态尚规整,左肾上下极及右肾上极皮质功能下降。逆行膀胱造影未见明显异常。

1.2.4.8 7 例 APN 的实验室和影像学检测显示:
① 7 例患儿尿液镜检均见白细胞, 3 例镜检有不同程度的红细胞, 3 例出现尿蛋白, 7 例尿培养均正常。
② 3 例患儿出现尿微量白蛋白升高, 5 例患儿出现尿微量白蛋白/肌酐比值升高, 1 例出现尿 N-乙

酰- β -D-氨基葡萄糖苷酶升高。③泌尿系彩超示 1 例左肾盂充盈, 1 例右肾盂充盈, 2 例双肾盂充盈。④DMSA: 7 例患儿均有不同程度的异常。⑤逆行造影示 1 例Ⅲ度膀胱输尿管反流(双侧), 双肾肾内反流(左侧稍明显)。

1.3 抗菌药物治疗及转归: 7 例患儿均采用抗菌药物治疗, 用药前按指南^[8]要求, 在细菌学培养阴性的情况下, 首选第二代或第三代头孢菌素。例 1 患儿选用第三代头孢菌素, 72 h 发热不退, 全身出现散在皮疹, 经会诊改用美罗培南、替考拉宁, 住院治疗 12 d; 例 2 头孢类抗菌药物皮试阳性, 经会诊选用美罗培南、替考拉宁, 住院治疗 8 d; 例 3 患儿发现其伴有呛奶, 首选第二代头孢菌素拉氧头孢, 抗感染治疗 3 d 后, 发热不退, 加用替考拉宁治疗 4 d, 住院治疗 7 d; 例 4 患儿首选第二代头孢菌素, 住院治疗 7 d; 例 5 患儿有头孢类抗菌药物过敏史, 当地已经用美罗培南治疗 3 d 仍发热, 来本院后加用万古霉素治疗, 确诊为 APN 后, 改用替考拉宁, 住院治疗 9 d; 例 6 患儿家长 2 周前自行给予头孢克肟、罗红霉素后, 能间断退热, 入院后给予头孢唑肟治疗, 住院治疗 8 d; 例 7 患儿首选第二代头孢菌素, 住院治疗 6 d。治疗后 6 例临床痊愈, 出院后继续口服第二代或第三代头孢菌素序贯治疗, 其中 1 例于出院后行预防性抗菌药物治疗, 所有病例均未使用激素; 1 例好转。7 例患儿出院检查外周血 WBC 均恢复正常; 尿常规 6 例恢复正常, 1 例镜检白细胞 1~2 个/HP。

2 讨论

2.1 小儿 LR 是机体受到髓外因素刺激后造血系统出现的一种异常血液反应。LR 的发病机制目前尚不明确^[9]。在《诸福棠实用儿科学》^[3]中, 通常将外周血 WBC $>50\times 10^9/L$, 并出现幼稚细胞, 排除白血病后诊断为 LR, 对出生后 1 周内 NEU $>30\times 10^9/L$, 则诊断为新生儿 LR。本研究观察到, WBC 很少达到 $50\times 10^9/L$, 多集中在 $(30\sim 50)\times 10^9/L$ 。本院确诊 LR 的 129 例患儿中, 70.5% 的患儿 WBC 集中在 $(30\sim 50)\times 10^9/L$, 因此将 WBC $(30\sim 50)\times 10^9/L$ 作为诊断临界点更符合临床现状。

2.2 APN 是小儿时期严重的细菌感染性疾病^[10], 主要是由细菌侵犯肾盂导致肾盂黏膜及肾实质损伤的急性感染性疾病, 少数患儿最终可发展为 ESRD^[8], 是晚期肾病透析的人群之一。典型的 APN 起病急骤, 临床表现为发作性发热、寒战、腰背痛(肋脊角处有明显叩击痛), 通常还伴有腹部绞痛、恶心、呕

吐、尿痛、尿频和夜尿增多。小年龄儿童通常缺乏典型症状, 而婴幼儿的特异性更差, 有时可仅以发热为唯一症状^[11]。由于儿童, 尤其是婴幼儿 APN 的临床表现多不典型, 常易被漏诊或误诊, 故《儿童泌尿道感染诊治规范》^[7]中推荐患儿出现首次发热的尿路感染需行泌尿系统检查。本研究表明 DMSA 有助于 APN 的早期诊断、病变程度及预后的评估。

2.3 以 LR 为起始表现的小儿 APN 的治疗: 革兰阴性菌被认为是小儿 APN 的主要致病菌^[11]。本组 7 例 APN 患儿血、尿培养均未见细菌, 仅 1 例培养出腺病毒、1 例培养出支原体, 凸显出以 LR 为起始表现小儿 APN 的另一特点, 由于早期运用抗菌药物, 导致血液、尿液细菌培养均为阴性。故临床选择抗菌药物时需结合临床, 强调个体化用药。

2.4 婴幼儿以 LR 为起始表现的 APN 早期全身感染症状明显, 病情危重。7 例患儿中 4 例病重、3 例病危, 2 例因脓毒性休克转入重症监护病房。由于婴幼儿免疫功能低下及肾脏耐受能力不足, 极易合并血液感染。故临床出现 LR 时, 经抗炎治疗, 即使病情好转, 在排除血液肿瘤性疾病时, 还须警惕排查 APN, 避免 APN 的误诊和漏诊。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] Anumudu S, Eknayan G. Pyelonephritis: a historical reappraisal [J]. J Am Soc Nephrol, 2019, 30 (6): 914-917. DOI: 10.1681/ASN.2019010017.
- [2] 施磊峻, 徐丽特, 周利心, 等. 肾皮质显像仅后位成像对儿童急性肾盂肾炎的诊断价值 [J]. 标记免疫分析与临床, 2024, 31 (11): 1983-1986. DOI: 10.11748/hjmy.issn.1006-1703.2024.11.005.
- [3] 王天有, 申昆玲, 沈颖. 诸福棠实用儿科学 [M]. 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2022: 1983-1987.
- [4] 宋宇雷, 罗海燕, 范江花, 等. 儿童类白血病反应临床特点分析 [J]. 中国中西医结合儿科学, 2023, 15 (6): 531-535. DOI: 10.3969/j.issn.1674-3865.2023.06.015.
- [5] 凌生涛, 姚启盛, 黄力, 等. 膀胱癌合并类白血病反应患者临床诊治分析(附 2 例报告) [J]. 国际泌尿系统杂志, 2024, 44 (2): 345-347. DOI: 10.3760/cma.j.cn431460-20221121-00085.
- [6] 饶小平, 邹涛, 蔡丹. 儿童重症监护室类白血病反应患儿的临床特征及预后分析 [J]. 中国当代医药, 2024, 31 (31): 71-74. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4721.2024.31.018.
- [7] 沈茜. 儿童泌尿道感染诊治规范 [J]. 中华实用儿科临床杂志, 2021, 36 (5): 337-341. DOI: 10.3760/cma.j.cn101070-20210127-00115.
- [8] Bryant PA, Bitsori M, Vardaki K, et al. Guidelines for complicated urinary tract infections in children: a review by the European society for pediatric infectious diseases [J]. Pediatr Infect Dis J, 2025, 44 (6): e211-e223. DOI: 10.1097/INF.0000000000004790.
- [9] 姚秋艳, 施荣杰. 重症酒精性肝炎合并类白血病反应 3 例报告 [J]. 临床肝胆病杂志, 2020, 36 (7): 1598-1600. DOI: 10.3969/j.issn.1001-5256.2020.07.031.
- [10] Munoz JA, Uhlemann AC, Barasch J. Innate bacteriostatic mechanisms defend the urinary tract [J]. Annu Rev Physiol, 2022, 84: 533-558. DOI: 10.1146/annurev-physiol-052521-121810.
- [11] 赵际娜. 探讨高频超声在小儿急性肾盂肾炎诊断中的应用价值 [J]. 现代医学影像学, 2023, 32 (7): 1344-1346. DOI: 10.3969/j.issn.1006-7035.2023.07.041.

(收稿日期: 2026-01-15)

(责任编辑: 邸美仙)