

· 病例报道 ·

艾滋病合并卡氏肺孢子菌肺炎、马尔尼菲青霉病 1例并文献复习

王伟华 郑逸华 毛毅然

当今社会艾滋病发病率逐年上升,有关艾滋病合并机会性感染如卡氏肺孢子菌肺炎或马尔尼菲青霉病的报道并不少见,但是艾滋病同时合并上述两种机会致病菌感染的病例罕见报道。现报道江山市人民医院收治的1例艾滋病合并卡氏肺孢子菌肺炎、马尔尼菲青霉病病例并结合相关文献进行复习。

1 临床资料

患者男性,48岁,农民,因“乏力1年,消瘦3月,发热1周”于2015年4月17日入院。患者1年前出现乏力,近3月来体重下降5 kg,在外院查肿瘤全套、甲状腺功能、血常规、血糖等指标正常。1周前出现发热,胸闷呼吸困难进行性加重,遂来我院就诊,拟诊“肺部感染”收住入院。既往体健,否认冶游史。入院查体:体温38.6℃、脉搏125次/分、呼吸25次/分、血压98/68 mmHg,氧饱和度87%。神志清,精神软,呼吸急促,轻度贫血貌,皮肤巩膜无黄染,口腔黏膜无出血,扁桃体无红肿,未触及浅表淋巴结肿大,双肺呼吸音粗,未闻及啰音,心律齐,各瓣膜区未闻及病理性杂音,腹平软,全腹无压痛,无反跳痛,肝脾肋下未及,移动性浊音阴性,肠鸣音3~5次/分,神经系统阴性。辅助检查:血气分析:pH 7.44,氧分压76.0 mmHg,二氧化碳分压36.1 mmHg;降钙素原0.069 ng/ml;血常规:白细胞计数 $4.3 \times 10^9/L$,中性粒细胞79.9%,血红蛋白105 g/L,红细胞计数 $3.90 \times 10^{12}/L$,血小板计数 $270 \times 10^9/L$,网织红细胞1.1%;B型脑钠肽前体7 pg/ml;凝血酶原时间12.50 s,活化部分凝血活酶时间30.6 s;类风湿因子4 IU/ml;抗核抗体全套正常。淋巴细胞亚群:

CD⁴⁺T淋巴细胞 $32.0 \times 10^6/L$ (正常410~884 $\times 10^6/L$),CD⁸⁺T淋巴细胞 $433.10 \times 10^6/L$ (正常190~658 $\times 10^6/L$),CD⁴⁺/CD⁸⁺ 0.08,总B淋巴细胞 $31.3 \times 10^6/L$,总T淋巴细胞 $478 \times 10^6/L$;胸部CT提示两肺弥漫性渗出(见图1、2)。肺部感染使用哌拉西林舒巴坦治疗后,效果差,患者持续高热,呼吸困难加重。根据患者体重下降、不规则发热、CD⁴⁺/CD⁸⁺倒置以及胸部CT表现、常规性检测人类免疫缺陷病毒提示阳性,考虑在气管镜肺泡灌洗液培养卡氏肺孢子菌同时进行血培养马尔尼菲青霉菌,结果显示两者均为阳性。诊断:艾滋病合并卡氏肺孢子菌肺炎及马尔尼菲青霉病。针对肺孢子菌肺炎给予复方磺胺甲恶唑片剂1.44 g口服,每天三次,疗程3周;针对马尔尼菲青霉病给予伊曲康唑胶囊200 mg口服,每天二次,8周后改伊曲康唑胶囊200 mg口服,每天一次,直至CD⁴⁺T淋巴细胞计数 >100 个/ μl ,再持续口服6个月。治疗后患者体温恢复正常,呼吸困难逐渐缓解,病情恢复出院。5月13日复查胸部CT提示渗出病变较前明显吸收(见图3);6月10日复查胸部CT病灶基本吸收(见图4)。

2 讨论

马尔尼菲青霉病为青霉菌之一。自1973年第1例自然感染马尔尼菲青霉病病例被报道以来,马尔尼菲青霉病已成为艾滋病患者最常见的机会性感染之一^[1]。艾滋病合并马尔尼菲青霉病感染表现以不同程度的贫血、消瘦、咳嗽、脾大、皮疹为主,感染呈多部位播散^[2]。其胸部CT表现为多发性浸润性病灶或者局限性肺实变,有部分患者甚至会出现磨玻璃密度影,肺门或纵隔淋巴结增大,胸腔积液,肺间质病变即网织纹理等现象^[3]。本例患者患有艾滋病,以发热咳嗽入院,血培养马尔尼菲青霉菌阳性,符合马尔尼菲青霉病诊断。在治疗方面,对于轻中

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2018.05.033

作者单位:324100 浙江江山,江山市人民医院呼吸科

通讯作者:郑逸华,Email:wwhzhuren@126.com



图1 右肺上叶尖段及左肺上叶尖后段CT图



图2 两肺上叶及肺下叶背段CT图



图3 两肺上叶及肺下叶背段CT图



图4 两肺上叶及两肺下叶背段CT图

度马尔尼菲青霉病感染患者,首选伊曲康唑治疗,对于重症马尔尼菲青霉病患者,予两性霉素、伊曲康唑贯续治疗^[4]。本例患者经伊曲康唑治疗后病情好转,后血培养复查马尔尼菲青霉病转阴性,效果良好。

卡氏肺孢子菌肺炎为艾滋病最常见、危及患者生命的最严重的机会性感染^[5]。该病以发热、咳嗽、进行性呼吸困难和不同程度的消瘦为主要的临床表现,多合并其他病原体感染^[6]。和本病例所表现的特征相符合。胸部CT表现为毛玻璃样改变、索条伴网状纤维影、结节灶及斑片状影^[7]。艾滋病合并卡氏肺孢子菌肺炎的诊断标准:①痰检、支气管镜活检或支气管肺泡灌洗化验卡氏肺孢子菌阳性;②符合艾滋病诊断标准或其他严重免疫力低下;③ $CD^{4+} < 200$ 个/ μl ;④具有干咳、呼吸困难、发热、胸痛或体重下降,而胸部体征不明显;⑤有典型的胸部X线表现;⑥经验性抗卡氏肺孢子菌肺炎治疗有效;⑦连续三次化验血清乳酸脱氢酶逐渐升高。具备以上第1项或第2~7中的4项者即可确诊。本例病例患有艾滋病,长期体重下降,发热咳嗽起病,并呈进行性的呼吸困难,胸部CT表现为弥漫性的毛玻璃样改变,血 $CD^{4+}T$ 淋巴细胞 $32.0 \times 10^6/L$,纤支镜肺泡灌洗液培养卡氏肺孢子菌阳性,与上述诊断标准相符,艾滋病合并卡氏肺孢子菌肺炎诊断明确。艾滋病合并卡氏肺孢子菌肺炎首选治疗药物为复方磺胺甲恶唑。该患者使用复方磺胺甲恶唑后病情改善,疗效确切。但是复方磺胺甲恶唑的药物毒副作用相对较多且耐药率有所上升。目前,注射用醋酸卡泊芬净临床应用于治疗卡氏肺孢子菌肺炎的安全性和有效性值得肯定,尤其是联合复方磺胺甲恶

唑应用时,起效快且不良反应明显少于复方磺胺甲恶唑单药治疗^[8]。对于不能耐受复方磺胺甲恶唑的卡氏肺孢子菌肺炎患者,建议选用注射用醋酸卡泊芬净。

总之,艾滋病合并马尔尼菲青霉病及卡氏肺孢子菌肺炎感染症状重,两者互为因果,易累及呼吸系统、循环系统,加快疾病进展,病死率高。随着艾滋病发病率逐年提高,临床医师要提高对艾滋病合并马尔尼菲青霉病及卡氏肺孢子菌肺炎认识,拓宽思路,早期诊断和治疗,提高生存率。

参考文献

- 1 杨丽梅. 艾滋病合并结核、梅毒、马尔尼菲青霉菌感染1例[J]. 中国感染控制杂志, 2014, 13(11):697.
- 2 莫容荣, 周明钊, 何叶球, 等. 艾滋病并发马尔尼菲青霉病215例诊断分析[J]. 中国医药科学, 2013, 3(11):193.
- 3 陈碧华, 刘晋新, 李子平, 等. 艾滋病合并马尔尼菲青霉菌感染的胸部影像表现及治疗后随访分析[J]. 中华放射学杂志, 2012, 42(21):655-657.
- 4 周国强, 肖钢, 王敏. 艾滋病合并马尔尼菲青霉菌病33例临床研究[J]. 中国感染控制杂志, 2012, 11(6):416.
- 5 王善昌. 首诊为耶氏肺孢子虫肺炎的艾滋病71例临床分析[J]. 中国基层医药, 2015, 22(1):64.
- 6 蒲德红, 郝卫刚, 陈思源. 艾滋病合并重症卡氏肺孢子虫肺炎25例临床病例分析[J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(7):1219.
- 7 陈卫, 鲍亚星, 殷红. 30例艾滋病合并卡氏肺孢子虫肺炎的CT表现[J]. 中国使用医药, 2012, 7(35):121.
- 8 付雪莹, 王超, 齐文杰, 等. 卡泊芬净在肺孢子菌肺炎治疗中的应用[J]. 临床和实验医学杂志, 2016, 15(6):615.

(收稿日期 2018-06-06)

(本文编辑 蔡华波)