

重症获得性免疫缺陷综合征 26 例临床分析

魏洪霞, 姚文虎, 池云, 朱平, 成骏

(东南大学医学院附属江苏南京市第二医院 感染科, 江苏 南京 210003)

关键词: 获得性免疫缺陷综合征; 体征和症状; 治疗结果**中图分类号:** R512.91**文献标识码:** B**文章编号:** 1004-583X(2006)23-1729-01

我院自 2001 年 11 月以来, 共治疗重症获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)26 例, 现将临床总结报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 2001 年 11 月至 2005 年 8 月, 我院共治疗重症艾滋病 26 例, 男 12 例, 女 14 例, 年龄 14~67 岁, 平均(36.8±10.2)岁, 除 1 例为 14 岁、1 例为 67 岁外, 其余均为 22~48 岁青壮年。所有病例均符合艾滋病国家诊断标准^[1]。

1.2 临床表现 26 例艾滋病中合并卡氏肺孢子虫肺炎(PCP)15 例, 合并格林-巴利综合征 1 例, 合并巨细胞病毒视网膜炎 3 例, 颅内肿瘤 2 例, 胰腺肿瘤 1 例, 多发性脑脓肿 1 例, 多发性肝脓肿 1 例, 结核性脑膜炎 1 例, 原因不明的长期发热 2 例。

1.3 实验室检查 血清抗体检测: 每例均经初筛(酶联免疫吸附法)和确认试验(蛋白印迹法, 江苏省 CDC 检测)证实抗-HIV 阳性。T 细胞亚群分类: 23 例艾滋病患者检测了 T 细胞亚群, CD4⁺T 淋巴细胞均小于 200 个/μl, 为 1~156 个/μl, 平均(65.6±37.6)个/μl。

1.4 治疗及预后 抗机会性感染治疗: 15 例 PCP 均给予复方磺胺甲氧唑(复方新诺明, 内含磺胺甲氧唑 0.4 g, 甲氧苄氨嘧啶 0.08 g)治疗, 每次 3 片, 每日 3 次口服, 疗程 21 天。同时加用左氧氟沙星, 并予泼尼松 10~20 mg, 每日 3 次口服, 5~7 天症状缓解后减量, 疗程 14~21 天。其中 1 例因病情危重, 在院外应用甲泼尼龙每日 320 mg, 入院症状缓解后逐渐减量至停用, 共 2 个月。巨细胞病毒感染加用更昔洛韦或膦甲酸钠, 疗程 4~6 周。合并细菌感染加用抗菌药物。抗病毒治疗: 存活患者中 9 例应用高效抗逆转录病毒治疗(HAART), 主要方案有依非韦伦加齐多夫定和(或)拉米夫定加依非韦伦, 司他夫定加拉米夫定加依非韦伦, 齐多夫定和(或)拉米夫定加依非韦伦, 司他夫定加奈韦拉平加去羟肌苷。9 例 PCP 患者经复方新诺明, 并加用左氧氟沙星及泼尼松治疗后, 均在 7~10 天内症状改善, 体温正常, 咳嗽缓解, 呼吸困难、发绀消失。另 6 例死亡。1 例合并巨细胞病毒视网膜炎, 经更昔洛韦和膦甲酸钠治疗后, 疗效差, 最后失明。

9 例应用抗病毒药物的患者, 治疗效果较佳, 目前血浆中病毒载量明显下降或测不出。其中 1 例, HAART 后 2 个月, 血浆中即测不出病毒(病毒载量 < 400 copies/μl, NASBA 法, 上海 CDC 检测), 至今已治疗 3 年, 血浆中仍测不出病毒^[2]。但有 1 例患者病毒载量上升。余 3 例存活者因经济原因未行 HAART 治疗。

26 例重症艾滋病中死亡 14 例。其中 4 例入院后 24 小时内死亡; 合并肿瘤 3 例中, 2 例死亡, 1 例自动出院; 2 例反复间歇发热, 虽经积极抗感染、抗病毒治疗, 最终仍死亡; 1 例

自缢。5 例因经济原因放弃治疗, 出院后死亡。

2 讨论

艾滋病患者在我国逐年增加, 但艾滋病的诊断仍常被忽视。尤其是合并 PCP 的患者, 常被误诊为严重肺炎、肺结核等, 在多家医院就诊, 应用大量 β-内酰胺类抗生素而无疗效。本组 15 例均反复在多家医院的呼吸科就诊。我们的临床经验是: 在不知道患者是否患有艾滋病的情况下, 当患者有较长期发热, 消瘦, 出现呼吸道症状并进行性加重而体征相对较轻, 胸片或 CT 不能明确诊断时要高度怀疑本病可能, 应做人类免疫缺陷病毒(HIV)及相关检查, 必要时予复方新诺明试验治疗^[3]。

艾滋病患者 CD4⁺T 淋巴细胞小于 200 个/μl 时要高度注意有无 PCP 发生。最典型的临床表现是发热, 进行性呼吸急促和呼吸困难, 甚至发绀, 动脉血氧分压或血氧饱和度下降, 两肺可能闻及湿啰音。X 线及 CT 显示间质性肺炎而无特征性改变; 复方新诺明治疗有效即可临床诊断。PCP 的确诊需做支气管-肺泡灌洗液行姬姆萨染色或六胺银染色后找卡氏肺孢子虫或应用 PCR 法检测痰或血中的卡氏肺孢子虫。因后两种方法在一般医院进行时较困难, 因此临床诊断更为重要。

PCP 最常用的治疗方法是应用复方磺胺甲氧唑(SMZ 100 mg·kg⁻¹·d⁻¹), 每次 3~4 片, 每日 3 次, 一般治疗后 1 周可获明显疗效, 疗程 3 周。症状严重时, 因有混合感染可能, 可加用氟喹诺酮类药物或阿奇霉素。严重病例亦可加用泼尼松口服以改善症状。

抗病毒治疗是艾滋病最主要的治疗^[4], 目前广泛应用 HAART。实施 HAART 治疗后, 大大降低了艾滋病机会性感染的发病率和艾滋病的病死率^[5,6]。本组 9 例应用 HAART 后, 一般情况均明显改善, 机会性感染未再复发。经检测部分病例血浆中病毒载量明显下降或达测不出水平, 但有 1 例患者虽然一般情况改善, 但病毒载量却在上升, 考虑因自行停药引起。HAART 系终身治疗, 要告诫患者必须听从医师指导, 耐药者应予换药。

参考文献:

- [1] 白雪帆, 张树林. 艾滋病的诊断与治疗[M]. 北京: 人民军医出版社, 2000. 6.
- [2] 姚文虎, 赵伟, 叶正青, 等. 高效抗逆转录病毒治疗艾滋病一例[J]. 江苏医药, 2002, 28(12): 888.
- [3] 姚文虎, 赵伟, 赵红, 等. AIDS 合并卡氏肺孢子虫肺炎 8 例报告[J]. 中国艾滋病性病, 2004, 10(5): 383-384.
- [4] 姚文虎, 赵伟, 赵红, 等. 高效抗逆转录病毒治疗艾滋病的临床研究[J]. 江苏医药, 2004, 30(10): 772-773.
- [5] Hentrich M, Marett L, Chow KU, et al. Highly active antiretroviral therapy (HAART) improves survival in HIV-associated Hodgkin's disease: results of a multicenter study[J]. Ann Oncol, 2006, 17(6): 914-919.
- [6] Chan KC, Wong KH, Lee SS. Universal decline in mortality in patients with advanced HIV-1 disease in various demographic subpopulations after the introduction of HAART in Hong Kong, from 1993 to 2002[J]. HIV Med, 2006, 7(3): 186-192.

收稿日期: 2006-04-18 修回日期: 2006-09-20 编辑: 姜恒丽