

· 临床论著 ·

12 例行耳鼻咽喉手术的 HIV/AIDS 患者临床分析

张立松 蔡超 倪志立 房高丽 赵红心

【摘要】 目的 探讨 HIV/AIDS 患者合并需手术治疗的耳鼻咽喉科疾病而行手术治疗的可行性。**方法** 对 12 例行耳鼻咽喉科手术的 HIV/AIDS 患者入院情况、治疗方法及疗效进行回顾性总结分析。**结果** 1 例患者因血管畸形术中与术后止血失败而死亡,1 例患者术后 2 个月病变复发,余患者术后均恢复良好,生活质量明显提高。**结论** 对于 HIV/AIDS 患者合并耳鼻咽喉科需手术疾病,如果各项主要辅助检查结果正常,在严格掌握手术适应证的情况下可实施手术,可提高患者的生存质量及自信心,延长患者生命。

【关键词】 获得性免疫缺陷综合征;耳鼻咽喉外科手术

Clinical analysis on 12 HIV/AIDS patients with otolaryngology surgery ZHANG Li-song, CAI Chao, NI Zhi-li, FANG Gao-li, ZHAO Hong-xin. Department of Otolaryngology, Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100015, China

Corresponding author: ZHANG Li-song, Email: zlszls1234@126.com

【Abstract】 Objective To explore the feasibility of otolaryngology surgery on HIV/AIDS patients. **Methods** The clinical data of 12 HIV/AIDS patients undergoing otolaryngology surgery were reviewed, retrospectively. **Results** Among 12 cases, one case died of failing to stop bleeding during and after operation due to vascular malformation, one case recurred two month after operation, the others recovered and their quality of life improved obviously. **Conclusions** If the result of general auxiliary examinations are normal, the otolaryngology surgery under strict indication could improve the life quality, enhance the self-confidence and increase the survival rate in HIV/AIDS patients.

【Key words】 Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS); Otorhinolaryngologic surgical procedures

艾滋病(acquired immunodeficiency syndrome, AIDS)是当今世界范围内的一种危及人类健康及社会发展的严重传染病,是由人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染引起的造成人体免疫功能严重障碍的一种致死性传染病。自 1981 年 6 月美国疾病控制中心(CDC)首例艾滋病报道以来,其发病情况呈逐年上升趋势,据世界卫生组织估计,艾滋病的流行正在以每天约 16 000 个新感染者的速度增长。截至 2008 年,我国 HIV/AIDS 患者约 70 万例,据报道, AIDS 患者并发耳鼻咽喉-头颈部疾病的发病率为 40%~60%^[1-2], Barzan 等^[3]发现 210 例抗-HIV 阳性者中患有耳鼻咽喉-头颈部疾病高达 84%,严重影响患者的生存质量。HIV/AIDS 患者同时合并的耳鼻咽喉科疾患很大一

部分需要手术治疗,随着 HIV/AIDS 患者的增多,需行耳鼻咽喉手术治疗且同时合并 HIV/AIDS 的患者在临床中较为常见,现对 2009 年 2 月至 2011 年 7 月就诊于本科室行耳鼻咽喉手术的 12 例 HIV/AIDS 患者的临床资料进行总结分析,报道如下。

资料与方法

一、临床资料

选取 2009 年 2 月至 2011 年 7 月就诊于本科室行耳鼻咽喉手术的 HIV/AIDS 患者 12 例,均为男性;年龄 11~58 岁,平均年龄 35.7 岁;4 例患者来自农村,8 例来自城镇;患者职业分布为:个体老板 1 例,退休 1 例,学生 2 例,警察 1 例,无业者 7 例。

二、方法

所有病例均符合美国 CDC 发布的 HIV/AIDS 诊断标准,均进行酶联免疫吸附试验(ELISA)检查,抗-HIV 均阳性,再经 Western blot 确认试验结果;采用单克隆免疫荧光抗体染色技术,应用流式细胞仪测定外周抗凝血标本中的 CD4⁺ T 淋巴细胞数。12 例患者术前除行抗-HIV 检查及免疫 T 淋巴细胞检查

DOI:10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2012.02.016

作者单位:100015 北京,首都医科大学附属北京地坛医院耳鼻咽喉科(张立松、蔡超、房高丽),感染科(赵红心);首都医科大学宣武医院耳鼻咽喉科(倪志立)

通讯作者:张立松,Email:zlszls1234@126.com

外均常规进行了血常规、尿常规、凝血功能、肝功能、电解质+肾功+血糖、乙型肝炎病毒表面抗体、丙型肝炎病毒定量、快速梅毒抗体、血型、心电图和胸片等检查。初检结果回报异常者进一步行相关检查,如相应器官超声、CT等。

待各项辅助检查结果回报后,请相关科室会诊确认无手术禁忌证,完善术前准备后对12例患者均在全麻下施行耳鼻咽喉方面的手术治疗,经电话、信件和来院复查等方法随访其术后情况,无失访病例。

结 果

一、患者入院及术前情况

12例患者入院时HIV感染发现时间不等,最短为入院当天检查结果回报时发现,最长发现时间为8年;感染途径以性传播为主,1例疑为医源性传播,1例为母婴传播,4例传播途径不详;CD4⁺T淋巴细胞为103~893个/ μ l,所有患者当CD4⁺T淋巴细胞数下降到须临床药物治疗干预的程度时(除1例经各科会诊,决定先行耳鼻咽喉手术解决专科问题,待术后病情平稳后尽快抗病毒治疗,以防先行的抗病毒治疗导致机体不良反应,如发热等影响手术正常进行)均及时进行了病毒治疗,使CD4⁺T淋巴细胞数得以提高,增强了机体免疫力,其中1例患者7年前初次确诊为AIDS时CD4⁺T淋巴细胞数达17个/ μ l,积极行抗病毒治疗7年后其CD4⁺T淋巴细胞数达893个/ μ l,且机体一般状态良好;所有患者术前除耳鼻咽喉疾病外,多数合并有全身其他系统疾病,但全身情况、免疫状况尚可,见表1~2。

二、患者治疗方法与结果

12例患者均进行了完善的术前相关检查并由感染科会诊,均在手术适应证明确、无手术禁忌证的前提下实施手术,术后随访2个月~2年6个月,其

中10例患者痊愈,生活质量均明显提高,对手术结果满意;1例喉部肉芽肿患者术后2个月复发,但复发病灶较术前缩小,且不适症状较术前明显好转,喉部肉芽肿易复发是此疾病本身的特点,与HIV感染无显著相关性,术后生活质量也有所提高;1例扁桃体患者术后死于失血性休克,源于血管畸形、术中及术后止血失败及可能因反复输血而发生溶血等综合因素有关,导致凝血功能障碍,术区广泛性渗血,反复止血无效,因出血过多抢救无效死亡,与HIV感染相关性不大,见表3。

讨 论

HIV/AIDS患者同时合并耳鼻咽喉疾病的几率较高,且很大一部分需要手术解决,如鼻炎、鼻窦炎保守治疗效果不佳时应手术切除病灶;胆脂瘤型中耳炎需行乳突根治术才能切除病灶以防止颅内并发症的发生;扁桃体反复感染、肿大影响呼吸吞咽时只有手术才能解决问题;喉部有肿物生长时需手术切除;颈部脓肿需手术排脓;发生在耳鼻喉相应部位的Kaposi肉瘤等严重影响该器官功能时考虑手术切除以恢复器官功能。而我国目前对此类患者的相关宣教工作及认识上的不足造成了HIV/AIDS患者诊疗方面的诸多困难:一些HIV/AIDS患者认为手术风险大,有促发艾滋病感染加重的可能,或担心被别人知晓病情产生歧视而不敢就医;部分医院对接诊HIV/AIDS患者并提供相关医疗帮助存在顾虑,从而出现对HIV/AIDS患者拒诊、拒治、推诿现象,普通科室向传染科推、下级医院向上级医院推等现象^[4-5];诸多耳鼻咽喉科医生对HIV/AIDS患者有恐惧心理,更没有掌握正确的防护知识;部分医生惧怕患者术中及术后感染,生存率降低及再次感染率增

表1 入组患者入院时情况汇总

病例编号	疾病	HIV感染 发现时间	HIV感染途径	CD4 ⁺ T淋巴 细胞数(/ μ l)	是否抗病毒治疗	抗病毒治疗时间
1	慢性扁桃体炎	2年	双性恋	346	否	
2	喉部肉芽肿	23天	不洁性交	227	是	入院后
3	胆脂瘤型中耳炎	2个月	不详	578	否	
4	慢性扁桃体炎	1天	性乱史	238	是	入院后
5	鼻窦炎、鼻息肉	8年	不详	893	是	7年5个月
6	胆脂瘤型中耳炎	3年	可疑医源性	251	是	4个月
7	先天性甲舌囊肿	5年	母婴传播	609	是	5年
8	声带息肉	7个月	不详	284	否	
9	声带乳头状瘤	1年	性乱史	250	否	
10	扁桃体炎伴肥大	10天	同性恋	394	否	
11	扁桃体炎伴肥大	1个月	同性恋	112	否	
12	鼻窦炎、鼻息肉	3年	不详	103	是	3年

表 2 入组患者术前情况

病例编号	疾病名称	术前症状	术前检查结果异常项及合并的其他疾病	耳鼻喉疾病发现及持续时间
1	慢性扁桃体炎	反复咽痛、发热	无	15 年,加重 3 年
2	喉部肉芽肿	咽痛、异物感	肝功能轻度异常、肝囊肿	3 个月
3	胆脂瘤型中耳炎	耳流脓、头痛、眩晕	轻度贫血	20 年,加重 2 月
4	慢性扁桃体炎	咽痛、发热、夜眠打鼾	OSAHS、梅毒	3 年,加重 1 年
5	鼻窦炎、鼻息肉	鼻塞、脓涕、头痛	周围神经炎	20 年,加重 1 年
6	胆脂瘤型中耳炎	耳流脓、听力下降	鼻窦炎鼻息肉、贫血、肺炎、肝血管瘤、胆囊结石、肾结石	2 年
7	先天性甲舌囊肿	颈前肿物、反复溢脓	贫血	11 年,加重 3 年
8	声带息肉	反复声嘶	无	3 个月
9	声带乳头状瘤	反复声嘶	肝功能轻度异常、轻度脂肪肝	3 个月
10	扁桃体炎伴肥大	反复咽痛、发热	无	2 年,加重 2 月
11	扁桃体炎伴肥大	咽痛、异物感	红细胞沉降率略高	20 年,加重 3 月
12	鼻窦炎、鼻息肉	鼻塞、脓血涕	贫血	4 个月

注:OSAHS:阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征

表 3 入组患者的治疗方法与结果

疾病	例数	手术方法	随访时间	治疗转归(例)		
				痊愈	复发	死亡
先天性甲舌囊肿	1	甲状舌管囊肿切除术	27 个月	1		
慢性扁桃体炎	4	双侧扁桃体切除术	3.5 ~ 14 个月	3		1
喉部肿物	3	喉部肿物切除术	5 ~ 30 个月	2	1	
鼻息肉、鼻窦炎	2	鼻息肉切除、鼻窦开放术	7 ~ 21 个月	2		
胆脂瘤型中耳炎	2	乳突根治术	2 ~ 11 个月	2		

高的可能,而不愿意施行手术^[6]。因此,关于 HIV 感染者及 AIDS 患者的外科手术治疗一直处于谨慎及探索阶段^[7]。手术所带来的益处与手术对机体的不良影响之间的权衡、HIV/AIDS 传染的特殊性以及社会、心理等诸方面的因素使 HIV/AIDS 患者的诊疗过程存在着相当多的困难,使很多 HIV/AIDS 患者患有须手术的耳鼻咽喉疾患却得不到及时恰当的诊治,生活质量大大降低。

其实 HIV/AIDS 患者应该完全拥有和非 HIV/AIDS 患者相同的医疗权利^[8-9],在临床医疗工作中,各临床科室都有可能参与到 HIV/AIDS 患者的诊治工作中,外科手术相关的耳鼻咽喉科也不例外,对于 HIV/AIDS 合并有耳鼻咽喉疾病需手术时,其处理甚至和其他普通患者无不同,在全身情况允许、各项辅助检查结果特别涉及影响麻醉、手术的辅助检查结果均正常即可以耐受手术且无艾滋病症状时可以施行耳鼻咽喉科手术治疗^[10-12]。应走出传统的单纯凭 CD4⁺ T 淋巴细胞的多少来决定是否手术、CD4⁺ T 淋巴细胞低作为绝对手术禁忌证的误区。本实验组患者有 5 例(占 41.7%) CD4⁺ T 淋巴细胞 ≤ 250 个/ μl ,且很多患者均合并有其他全身疾病或术前辅助检查结果多项轻度异常,但在不影响麻醉及手术的前提下实施手术不会影响手术效果,对耳

鼻咽喉相关疾病术后的预后也影响不大。

对于 HIV/AIDS 疾病本身,主要的传播途径为性接触传播、血液及血制品传染、母婴传播,而性接触是本病传播的最常见方式,本实验组的 12 例患者中就有 6 例(50%)为性传播,4 例(33.3%)传播途径不详,但不能排除为性传播;医护人员应加强 HIV/AIDS 相关知识的学习,提高 HIV/AIDS 疾病的诊断及鉴别能力,对于一些具有相应临床表现(严重感染、溃疡、不明原因发热等)的患者,尤其对性传播高危人群,应建议作 HIV 相关检测。对于明确诊断的患者,应及时鼓励其到感染病科就诊,使其基础病得到及时、恰当的治疗,提高患者免疫力,延长患者生命,防止错过最佳治疗时机。及时发现病情、定期复诊、适时治疗是保证 HIV/AIDS 患者生存质量、延长生命的关键^[13-14]。

当 HIV/AIDS 患者手术适应证明确,无手术禁忌证,准备实施手术时,其基础疾病在病理生理等多方面的特殊性不可忽略,为使 HIV/AIDS 患者手术得以顺利进行,在制定治疗方案、具体实施过程中,需做好术前、术中、术后及围手术期的各项工作;医务人员应加强艾滋病相关疾病知识的学习培训,增加防护知识及意识,降低甚至消除恐惧心理;术前应关注患者的心理状态,加强心理疏导,减轻其心理压

力、消除其自卑心理,增加其战胜病魔的自信心;术前检查应全面彻底;持全面的术前检查结果请相关科室会诊,评估手术耐受能力;术前与患者及家属的谈话内容要详尽,重点详谈 HIV 感染所造成的一些病理生理方面变化可增加术后感染、伤口愈合困难等并发症方面的发生几率,即 HIV/AIDS 患者的手术风险应该更高^[15],使其做好充足的心理准备,防止或尽量减少医疗纠纷;手术均应在全身麻醉下施行,减轻患者的恐惧心理,避免患者因疼痛而挣扎,尽量避免医务人员职业暴露的发生,急诊手术除外;手术室的消毒要彻底,以防交叉感染;根据具体情况,预防应用抗菌药物的剂量可适当加大;麻醉师在术中应密切监测患者的心肺功能,因 HIV/AIDS 患者的心肺功能可能有不同程度的损害,因部分对成瘾药物依赖的 HIV/AIDS 患者对麻药的易感性异常,术中应调整麻醉用药的剂量;医务人员要做好充足防护:穿戴具有防渗透性的隔离衣、口罩、眼镜,戴双层手套,手术时确保充足的光线,特别注意防止被利器刺伤或划伤,一旦发生了 HIV 职业暴露,应紧急采取一系列规范的处理措施,避免感染^[16-17];重视术后抗感染、营养支持和采取适当的防护措施,尽量避免并发症的发生,注意抗菌药物的合理应用,防止用量不足而导致的术区感染及用量过度致菌群失调及真菌感染。

近年来,HIV/AIDS 患者的诊治受到了越来越多的重视,倡导更加人性化地对待 HIV/AIDS 患者^[18],同时,医疗模式的转变、卫生事业的发展都迫切要求相关的规范化诊疗行为模式的建立^[19]。研究发现,影响规范化诊疗程序主要有 4 类因素^[4]:医务人员对 HIV/AIDS 的正确认知和态度及对临床心理学的掌握;医务人员对 HIV/AIDS 患者外科相关技能的掌握和正确的临床思维;规范化的 HIV 职业暴露相关防护和暴露后处理及良好的工作心理状态;对医疗费用的控制和减少浪费、合理控制医疗成本。随着规范化诊疗行为模式的建立,HIV/AIDS 患者的救治过程将更加规范、顺畅。

本研究入组对象因患有须手术的耳鼻咽喉疾病同时合并有 HIV/AIDS,总结病例时间较短,故病例数量有限,且本组患者绝大多数处于 HIV 感染阶段,进入 AIDS 期者为少数,所以研究具有局限性,其临床疗效说服力尚不强,结论可能存在偏倚。所以,对 HIV/AIDS 合并须行耳鼻咽喉手术疾病患者的手术可行性及临床疗效仍需要进一步深入研究,符合耳

鼻咽喉手术适应证的 HIV/AIDS 患者的手术还需进一步推广。通过对此类患者手术的不断完善及研究,HIV/AIDS 同时合并耳鼻咽喉科需手术疾病的患者预后会更好并获得更高的生活质量。

参 考 文 献

- 1 Truitt To, Tarni TA. Otolaryngologic manifestations of human immunodeficiency virus infection. *Med Clin North Am*, 1999, 83 (1):303-315.
- 2 李永强,黄健,张文山. 人类免疫缺陷病毒感染及艾滋病在耳鼻咽喉头颈外科的临床表现. *中华耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2011,46(3):232-234.
- 3 Barzan L, Tavio U, Comoretto R. Head and neck manifestation during HIV infection. *J Laryngol Otol*, 1993, 107(2):133-136.
- 4 杨震,高燕宁,杨志寅. HIV 感染者和 AIDS 患者的外科问题及诊疗行为模式. *中国行为医学科学*, 2006, 15(4):289-293.
- 5 施加政,李明武,王忠平,等. HIV/AIDS 围手术期的管理. *中国艾滋病性病*, 2007, 13(5):470.
- 6 Mielke J, Kalangu KK. The surgeon and human immunodeficiency virus. *World J Surg*, 2003, 27(8):967-971.
- 7 徐强,孙伟. HIV 携带者的耳鼻咽喉科手术疗效观察. *临床耳鼻咽喉科杂志*, 2004, 18(10):604-605.
- 8 刘保池,刘立,陈辉,等. HIV/AIDS 外科合并症的手术治疗. *国际外科学杂志*, 2009, 36(9):602-605.
- 9 刘保池,刘立,李垒,等. HIV 感染者的手术和疗效. *传染病信息*, 2010, 23(6):343-346.
- 10 Wheeler DW, Baigrie RJ. Palliative surgery for acute bowel obstruction caused by Kaposi's sarcoma in a patient with AIDS. *Int J Clin Pract*, 2003, 57(4):347-348.
- 11 郑刚,成永达,寸新华,等. 艾滋病患者外科手术 80 例体会. *昆明医学院学报*, 2010, 31(5):146-148.
- 12 韦永忠. HIV/AIDS 合并外科疾病 18 例手术治疗体会. *现代保健医学创新研究*, 2008, 5(32):19-20.
- 13 陈坚,肖宗位,李海林,等. HIV 阳性患者的胸外科疾患的手术治疗. *华西医学*, 2008, 23(4):706-707.
- 14 钱南平,马超,冯秀岭,等. HIV/AIDS 患者外科手术的安全性评估及职业防护. *中国现代医生*, 2010, 48(25):95-96.
- 15 Dodson TB, Perrott DH, Gongloff L, et al. Human immunodeficiency virus serostatus and the risk of postextraction complications. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 1994, 23(2):100-103.
- 16 成永达,吴磊,寸新华,等. 医护人员在普外手术中对 HIV 的防护. *中华现代护理杂志*, 2009, 33(2):78-79.
- 17 刘保池,刘立,李垒,等. HIV 感染者的外科治疗与医务人员职业暴露防护分析. *中国全科医学*, 2010, 13(4):448-449.
- 18 武英,张富杰,闪雷华. 关怀与心理支持——中国预防与控制艾滋病的重要环节. *中国性病艾滋病防治*, 2002, 8(4):244-246.
- 19 杨志寅,苏中华,孔令斌,等. 诊疗行为的影响因素与对策. *中国行为医学科学*, 2005, 14(10):865-868.

(收稿日期:2011-09-28)

(本文编辑:孙荣华)