

· 临床论著 ·

艾滋病患者耳鼻咽喉-头颈部疾患的临床分析

张立松 姚玉廷

【摘要】目的 研究艾滋病患者耳鼻咽喉-头颈部的临床表现, 增强对艾滋病导致的耳鼻咽喉-头颈部疾病的认知能力, 探讨其治疗方法。方法 分析本院其他科室住院到耳鼻喉科会诊的艾滋病患者共136例的临床资料。结果 经局部及全身的积极治疗后多数患者症状有所好转, 但易复发, 少数患者治疗无效甚至死亡, 本组患者的治疗有效率为67.7%, 无效率为25.9%, 病死率为6.3%。结论 艾滋病患者免疫力下降, 易发生耳鼻咽喉-头颈部的机会性感染及肿瘤, 应引起高度警惕及重视, 早期诊断, 积极治疗, 预防传播。

【关键词】艾滋病; 耳鼻咽喉-头颈部感染

Clinical analysis on AIDS patients with diseases in otorhinolaryngology head and neck ZHANG Lisong, YAO Yuting. Department of Otolaryngology, Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100015, China

Corresponding author: ZHANG Lisong, Email: zlszls1234@126.com

【Abstract】Objective To investigate the clinical manifestations of AIDS cases with diseases in otorhinolaryngology head and neck, and enhance the cognitive ability of disease in otorhinolaryngology head and neck by AIDS, in order to investigate the curative method. Methods The clinical data of 136 cases with AIDS, who were consult patient from other division in our hospital were analyzed, retrospectively. Result Clinical symptom of majority patients become better through active treatment, but all of the symptom appear again easily, the treatment of minority patients is useless even die. The cases of AIDS, effective power was 67.7%, ineffective power was 25.9% and the death rate was 6.3%. Conclusions Opportunistic infection and tumor in otorhinolaryngology head and neck were appeared more facily on patients of AIDS due to the decrease of immunity. Therefore, we must think highly of it and early diagnosis, active treatment and precaution of spread are needed.

【Key words】Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS); Infection in otorhinolaryngology head and neck

艾滋病是由人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染导致的一种致死性传染病, 即“获得性免疫缺陷综合征(acquired immunodeficiency syndrome, AIDS)”, 感染该病的患者免疫功能缺陷, 丧失对微生物的抵御能力, 容易发生机会性感染。自1981年6月美国疾病预防控制中心(CDC)的首例报道以来, 其发病情况呈现逐年上升趋势, 本病传染性强, 分布广泛、预后差, 目前暂无根治方法, 已成为医学界的重点及难点。据资料统计, 30%~70%的艾滋病患者伴有耳鼻咽喉-头颈部症状与体征^[1], 本院位处首都北京, 且为本市最大的传染病医院, 因此, 认识艾滋

病患者合并耳鼻咽喉-头颈部机会性感染的临床表现、提高对艾滋病患者合并耳鼻咽喉-头颈部机会性感染的诊断意识, 具有重要的现实意义。现收集2009年9月至2013年9月本院其他科室住院到本科室会诊的136例艾滋病患者的临床资料进行分析, 旨在提高临床对本病的认识, 更准确及时地诊断及救治患者。

资料与方法

一、临床资料

本组136例患者均为AIDS确诊患者, 其中, 男性106例, 女性30例, 年龄18~80岁, 平均38.85岁, 发病时间为1d~10年。136例患者中, 伴有耳部疾患57例: 其中外耳的Kaposi肉瘤(KS)1例, 外耳道炎(部分为Carinii肺孢子菌感染)13

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2014.04.019

作者单位: 100015 北京, 首都医科大学附属北京地坛医院耳鼻喉科

通讯作者: 张立松, Email: zlszls1234@126.com

例, 分泌性中耳炎3例, 急、慢性化脓性中耳炎7例, 感音神经性听力下降19例, 神经性耳鸣16例, 眩晕6例, 面神经麻痹1例; 鼻部疾患者40例: 鼻出血10例, 慢性鼻炎、鼻窦炎28例, 反复复发性疱疹性鼻溃疡4例, 鼻腔KS2例; 咽喉部疾患者44例: 急慢性扁桃体炎7例, 慢性咽炎及咽部白斑22例, 口咽部KS4例, 口腔、咽喉部溃疡8例, 咽痛而无阳性体征者1例, 喉部KS和非霍奇金淋巴瘤各1例, 喉梗阻及声带麻痹各1例; 头颈部疾患者3例: 颈部无痛性肿块1例, 颈部淋巴结核1例, 腮区脓肿1例。

二、临床表现

1. 耳鼻咽喉部 KS: KS 是艾滋病的特异性病变, 1 例患者外耳的 KS 呈红蓝色结节, 活检为皮下血管结节, 有特征性血管腔隙夹杂于梭形纤维肉瘤样细胞群之中, 血管壁无上皮; 2 例鼻腔 KS 患者 1 例发生于左侧鼻腔中鼻道位置, 另 1 例发生于右侧总鼻道, 2 例局部检查病变均呈结节状紫红色肿瘤, 鼻甲为暗红色, 表面不光滑, 触之易出血, 鼻腔干痂较多, 鼻中隔前方利特尔区均有黏膜糜烂溃疡; 4 例口咽部 KS, 分布于硬腭、咽后壁、软腭、舌根等处, 呈大小不等的紫红色或粉红色结节状隆起, 如扁平苔藓状; 1 例喉部 KS 发生于会厌喉面, 呈特征性的红蓝色结节。

2. 耳部疾患: 13 例外耳道炎患者表现为外耳道皮肤红肿、破溃、黏性分泌物, 6 例表现为多核性囊肿, 病检发现原虫; 3 例分泌性中耳炎患者双侧 2 例, 单侧 1 例, 均为亚急性, 穿刺抽液可使病情好转, 但出现反复发作; 7 例化脓性中耳炎患者的脓液培养均发现有多种常见细菌生长, 并发现真菌、病毒、原虫、分枝杆菌等, 鼓室黏膜充血, 急性期抗感染治疗有效, 但反复发作或迁延不愈; 57 例耳部疾患的 AIDS 患者中, 面神经麻痹 1 例, 感音神经性听力下降、耳鸣、眩晕 41 例, 可能与中枢或脑神经原发性感染或被继发性病变波及所致^[1-2], HIV 对神经有亲和性, 可因急性中枢神经系统感染和脑神经损害波及听神经, 也可直接侵犯听神经, 既往研究结果: 在 HIV 阳性者颞骨病理标本中发现显著的病毒颗粒存在于毛细胞及 Deiter 细胞内, 大量病毒沿着界膜集聚并内陷, 说明内淋巴液能帮助病毒生长, 因此, HIV 感染所致的耳神经学表现可以被耳蜗病理学及明显的病毒样颗粒的发现所解释^[3-4]。

3. 鼻部疾患: 10 例鼻出血患者出血部位多发生于鼻中隔前端利特尔区位置, 少部分因鼻腔黏膜

广泛糜烂, 均呈贫血貌, 血红蛋白、出凝血时间及血小板均显示异常; 28 例鼻炎、鼻窦炎患者鼻分泌物量多, 常呈脓性, 黏稠, 病程迁延, 且进行性加重; 4 例疱疹性鼻溃疡由鼻前庭向外扩展至鼻翼、上唇、整个鼻尖及鼻周围面部, 局部病变反复复发, 部分患者病变迁延不愈。

4. 咽喉部及颈部疾患: 37 例咽喉部、口腔炎症及溃疡患者中, 急性扁桃体炎患者急性咽痛、发热、吞咽疼痛明显, 咽部黏膜及扁桃体急性充血, 扁桃体表面可见脓苔, 细菌培养发现葡萄球菌、溶血性链球菌、流感嗜血杆菌等, 咽部白斑患者表现为口腔、扁桃体及咽喉部黏膜假膜形成, 去除假膜后可见粗糙的红斑样创面, 实验室检查发现白色念珠菌, 咽喉部溃疡患者表现为咽部巨大溃疡, 位于舌咽后壁侧, 表现为坏死组织, 多次活检报告为慢性炎症伴坏死组织, 部分患者述咽部不适, 如咽痛、咽干、咽痒、咽部异物感等, 咽部检查未发现明显异常; 1 例喉梗阻患者声嘶、喉鸣, 实验室检查喉部白色念珠菌感染; 1 例喉部非霍奇金淋巴瘤经病理确诊; 1 例声带麻痹患者左侧声带麻痹固定, 右侧声带活动度可, 喉部未见明显肿物及新生物; 1 例颈部无痛性肿块、1 例颈部淋巴结核及 1 例腮区脓肿分别由分枝杆菌感染、颈淋巴结核及病毒性腮腺炎所致。

三、实验室检查

136 例患者采用 ELISA 法检测血清抗-HIV 抗体均为阳性, 流式细胞计数仪测定 CD4⁺ T 淋巴细胞为 1~1 007 cells/ μ l, 平均 149.34 cells/ μ l (正常值: 706~1 125 cells/ μ l), 其中 < 100 cells/ μ l 者 77 例 (占 57.46%), 所有患者 Th/Ts < 1 (正常值: 1~2); 血液化验结果: 白细胞计数低于正常者占 47.41% [正常值: (4~10) $\times 10^9$ /L], Hb 低于正常者占 60% (正常值: 120~160 g/L), 血沉平均 51.48 mm/h (正常值: 0~15 mm/h), 增快者占 85.48%, 淋巴细胞计数低于正常者占 57.78% [正常值: (1~5) $\times 10^9$ /L]; 卡波西肉瘤者均经病理证实。

结 果

一、治疗方法及疗效

本组艾滋病合并有耳鼻咽喉-头颈部疾患的 136 例患者因于感染科住院, 基础疾病需要治疗的患者均已进行了全身的系统治疗, 主要应用抗 HIV 药物、免疫调节药物及机会性感染疾病的防治, 以抑制变异病毒的复制、繁殖, 从而改善机体防御机

能,减少机会性感染的发生。耳鼻咽喉-头颈部的疾病,对于感染性疾病,主要应用足量、针对性强的抗感染措施(抗细菌、抗病毒、抗真菌、抗结核等)及局部治疗,对于革兰阳性感染选用青霉素,对于革兰阴性感染选用庆大霉素,真菌感染选用制菌霉素,同时选择性地应用中医药治疗、营养支持疗法提高患者免疫力,除死亡病例外,均追踪观察治疗结果3个月以上,具体治疗方法及转归详见表1。

本组136例患者中,部分患者同时合并耳鼻咽喉-头颈部两个部位病变,部分患者一个部位同时患两种及多种疾病,多数患者经积极治疗后症状有所好转,但易复发,当出现全身并发症时治疗效果差,部分治疗无效甚至死亡。

二、入组患者死亡病例分析

本组10例死亡病例大部分已发展到晚期,全身免疫功能紊乱,继发了各种机会性感染,导致全身多个脏器感染、功能衰竭而死亡。

1. 耳部疾病死亡病例:1例耳聋患者因“发热9个月”入院,入院后述听力下降2个月,纯音测听检查结果示双耳感音神经性听力下降,中重度,高频听力下降明显,给予前列地尔改善微循环、鼠神经生长因子及腺苷钴胺营养神经治疗,患者病情无明显好转,同时给予氟康唑抗真菌、拉米夫定+司他夫定+依非韦伦抗病毒、复方氨基酸及唐悦等营养支持,住院期间曾发生心脏骤停两次,给予气管插管、呼吸机辅助通气及积极抗感染、血滤等抢救治疗,后出现腹胀,进食后恶心呕吐,检查发现胃肠道穿孔,感染性休克,抢救无效,心跳呼吸停止死亡;另1例耳聋患者因“发现抗-HIV阳性半年,反复头痛及意识丧失4个月”入院,患者述右耳听力下降2个月余,测听检查结果右耳感音神经性听力下降,重度,高频下降较重,全身

给予扩血管、营养神经药物治疗,听力好转不明显,因患者合并新型隐球菌脑膜脑炎、巨细胞病毒(cytomegalovirus, CMV)血症等疾病,给予两性霉素B脂质体联合5-FC等抗真菌治疗,住院4 d出现肺部感染、反复癫痫发作,后病情进展出现高热达40℃,逐渐出现休克,抗感染基础上积极补液扩容、升压,效果不佳,心率进行性下降,因感染中毒性休克抢救无效死亡;第3例耳聋患者因“发现抗-HIV(+)半年余,腹泻10 d”入院,自述双耳听力下降半年余,测听检查结果双耳混合型听力下降,中度,高频神经性听力下降,因患者患病时间较长,积极治疗基础病,听力方面未特殊治疗,入院后予哌拉西林舒巴坦钠防感染,胸腺五肽调节免疫,异烟肼、利福平、乙胺丁醇、吡嗪酰胺四联抗结核治疗,患者进食少,每日恶心呕吐数次,便秘数次,后出现左下腹压痛、反跳痛,次日因重度贫血、恶液质、营养状态极差抢救无效死亡;1例分泌性中耳炎患者因“发现抗-HIV(+)11个月,喘息1个月”入院,确诊以来反复发生肺部感染、肺孢子菌肺炎,入院后患者述近日左耳堵塞感、耳鸣、听力下降,检查见左耳鼓膜呈淡黄色,光锥移位,中耳未见明显积液,口服抗菌药物及激素后症状好转不明显,后病情加重,憋气明显,伴喘息,予膦甲酸钠抗CMV治疗,复方新诺明联合强的松抗卡氏肺囊菌肺炎(*Pneumocystis carinii* pneumonitis, PCP)治疗,头孢美唑抗感染,3 d后病情恶化,改用比阿培南抗感染,呼吸机辅助呼吸,但血氧饱和度未见改善,次日因肺部感染,全身衰竭抢救无效死亡。

2. 鼻部疾病死亡病例:1例鼻出血患者因“皮疹1年,发热6 d”入院,入院检查结果示:低钾、低钠、低钙血症,粒细胞缺乏症,贫血,血小板

表1 136例AIDS患者的治疗方法与转归

| 耳鼻咽喉 - 头颈部疾患 | 例数 | 治疗方法 | 转归（例） | | |
|----------------|----|--|-------|----|----|
| | | | 好转 | 无效 | 死亡 |
| 耳鼻咽喉部 KS | 8 | 电凝烧灼、放化疗，无症状放弃治疗者未治 | 3 | 5 | |
| 外耳道炎 | 13 | 细菌培养及药敏试验，局部及口服敏感抗菌药物，发现 Carinii 肺孢子菌应用复方新诺明 | 11 | 2 | |
| 分泌性中耳炎 | 3 | 穿刺抽液、鼓室切开引流，口服抗菌药物及激素 | 2 | | 1 |
| 急性化脓性中耳炎 | 7 | 过氧化氢洗耳，氧氟沙星滴耳，口服抗菌药物，2 例手术治疗 | 4 | 3 | |
| 耳鸣、耳聋、眩晕、面神经麻痹 | 42 | 急性者全身应用扩血管、营养神经、改善微循环药物治疗，积极抗病毒治疗基础病 | 25 | 14 | 3 |
| 鼻出血 | 10 | 局部烧灼，前后鼻孔填塞，全身输血补液 | 6 | 2 | 2 |
| 鼻炎鼻窦炎 | 28 | 收缩鼻黏膜，口服促排药、抗菌药物，手术治疗 | 24 | 3 | 1 |
| 疱疹性鼻溃疡 | 4 | 局部用药，口服抗病毒、抗细菌、抗真菌药物 | 2 | 1 | 1 |
| 急性慢性扁桃体炎 | 7 | 急性者全身抗菌药物及激素，慢性者手术治疗 | 6 | | 1 |
| 口及咽喉部炎症、溃疡、白斑 | 30 | 漱口、含片，分泌物涂片、硝酸银烧灼、口服抗真菌药、激素、维生素 B | 21 | 8 | 1 |
| 喉梗阻、声嘶麻痹 | 2 | 喉梗阻气管切开、声带麻痹未特殊治疗 | 1 | 1 | |
| 颈部耳后腮腺肿块 | 3 | 穿刺脱落细胞学确诊，放化疗及切开排脓、抗菌药物、激素对症治疗 | 1 | 2 | |
| 非霍奇金淋巴瘤 | 1 | 化疗及放疗 | 1 | | |

减少症,肺部感染明显,入院第3天,出现右侧鼻腔出血不止,急行前鼻孔填塞,全身应用止血药,并补充凝血因子,次日再次出现右鼻出血,血压达96/60 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa),心率145次/min,立即全身应用止血药,因患者处于艾滋病晚期合并感染,红细胞、白细胞、血小板均降低,多脏器功能不全,35 min后抢救无效死亡;另1例鼻出血患者因“腹胀、乏力4个月”入院,患者入院后多次鼻出血,行局部填塞及全身补血补液治疗,鼻出血好转,因患者电解质紊乱、肾功能衰竭尿毒症期,并发肾性贫血、低钙血症,后出现急性肺水肿、高钾血症、代谢性酸中毒、肾性高血压、心包积液、腹水、腹腔感染等多脏器衰竭抢救无效死亡;1例鼻炎鼻窦炎患者因“乏力、纳差、消瘦1年,加重2月,发现抗-HIV(+)1周”入院,反复鼻塞、脓涕1年余,检查见鼻腔黏膜部分糜烂,鼻腔内脓涕较多,经全身应用抗菌药物、促排药,局部收缩鼻腔药物的应用症状好转,但反复发作,迁延不愈,入院确诊为肺部、泌尿系、口腔、脑部等多个脏器感染及衰竭、感染中毒性休克、I型呼吸衰竭,予吸氧纠正I型呼吸衰竭、复方新诺明抗PCP、强的松减轻炎症反应、哌拉西林舒巴坦和去甲万古霉素抗细菌、营养支持疗法,病情一度好转,后病情再次进展出现高热、昏迷、血压和心率下降,因感染中毒性休克抢救无效死亡;1例巨大疱疹性鼻溃疡患者,因“发现HIV(+)10余年,发热、咳嗽、咯痰伴呼吸困难6d”入院,外鼻及鼻腔前部反复溃疡、糜烂3个月余,予生理盐水清洗创面,涂重组人干扰素凝胶,当出现感染情况时涂百多邦软膏,症状缓解,入院后确诊为“肺部感染、肺孢子菌肺炎、高乳酸血症、脂肪肝、末梢神经炎、慢性丙型肝炎”入院3d后因循环衰竭抢救无效死亡。

3. 咽喉部疾病死亡病例:1例慢性扁桃体炎,行手术治疗,因血管畸形,术中及术后术区广泛性渗血,反复止血无效,并反复输血,可能发生溶血导致凝血功能障碍,最后因出血过多导致失血性休克抢救无效死亡;1例口咽部溃疡患者因“间断性乏力、发热2个月,加重1周余”入院,患者反复咽痛3个月余,检查见口咽部巨大溃疡面,反复活检报告均为慢性炎症伴坏死组织,因患者合并有肺结核,因此全身应用抗菌药物、抗病毒、抗结核及全身支持疗法,局部硝酸银烧灼,病情好转,反复发作,后痰中培养出马尔尼非青霉菌,给予伊曲康唑注射液抗真菌治疗,后出现消化道出血,间断给

予立止血、止血敏及奥美拉唑等内科止血治疗,出血未停止,并出现喘息、血压下降、心率上升,重度贫血,因家属放弃有创检查及药物抢救治疗而因失血性休克死亡。

讨 论

我国于1985年发现首例艾滋病患者,至2003年9月30日,全国报告HIV感染者共28 133例,其中艾滋病患者1 208例,死亡641例,我国大陆的31个省、自治区及直辖市已全部发现了艾滋病病毒感染者,在个别地区的特殊人群中间,艾滋病病毒的传播速度已达到世界最高水平,可见,我国的艾滋病流行趋势已相对严峻^[5]。HIV感染后,首先累及淋巴系统,由于耳鼻咽喉部是淋巴组织最丰富的部位,所以耳鼻咽喉部病变是AIDS的重要特征之一。艾滋病在耳鼻咽喉-头颈部的表现,是全身多器官、多部位发病,属全身机会性感染的一部分,由于耳鼻咽喉-头颈部属易感区,很多患者以首发症状就诊,但其临床症状多无特异性,与普通耳鼻咽喉疾病难以区分,故对于耳鼻咽喉-头颈部炎性病变,治疗效果差,难以治愈,即使治疗病情仍继续发展者应高度重视,并应了解艾滋病的全身特征性体征:长期不规则发热、持续性咳嗽、细菌反复感染,体重明显下降、反复腹泻、带状疱疹或全身淋巴结病变及肝、脾肿大等,对可疑病例应仔细询问有无艾滋病可疑接触史,极早进行免疫功能及血清HIV等相关检测以明确诊断,实验室检查方法主要有ELISA及Western印迹分析,保持对艾滋病的高度警惕,做到早发现、早治疗、早管理,尽可能挽救及延长患者的生命,并防止疾病的进一步传播,同时医务人员一定要加强自身防护。

本组患者中各种感染性疾病较多,鼻炎鼻窦炎发病率较高,且迁延不愈,这可能与艾滋病患者鼻黏膜纤毛清洁功能异常有关^[6],由于患者免疫功能低下,各部位容易反复感染,长期应用抗菌药物,而抗菌药物的长期应用易导致菌群失调,从而导致真菌感染,口腔及咽喉部发生率较大,分泌物涂片或培养可确诊,经治疗后多数症状可以得到控制,但易反复发作,当出现如贫血、结核^[7]、腹泻^[8]、恶病质等全身相关病症时治疗效果不佳、无效甚至病情加重。慢性扁桃体炎患者经手术后除1例死亡外,其余患者症状均明显好转,无再次感染病史。

艾滋病由HIV感染引起,艾滋病患者及HIV携带者是艾滋病的传染源,HIV存在于艾滋病患者

和 HIV 携带者的血液、精液、唾液、乳汁和其他体液中, HIV 的传播主要有 3 个途径^[9]: ① 80% 以上是性传播^[10](同性或异性); ② 血液传播: 包括输血、使用消毒不严的注射器, 甚至将带病毒的器官、组织移植; ③ 母婴传播。HIV 进入人体后侵入淋巴细胞、巨噬细胞、朗格罕细胞及中枢神经系统细胞, 主要的靶细胞是其表面有 CD4 表位的辅助 T 细胞, 这种细胞是免疫系统的基本组成部分, HIV 侵袭后通过大量不断地复制与释放, 导致 CD4 淋巴细胞大量死亡, 感染者免疫功能遭到严重破坏, 导致一系列机会性感染性疾病及全身性疾病(AIDS 相关综合征), 耳鼻咽喉-头颈部发生很常见, 单纯根据耳鼻咽喉-头颈部的病变, 难以鉴别诊断 AIDS, 如发现耳、鼻、咽、喉、头颈部 KS、口腔及咽喉部念珠菌感染、不明原因的淋巴结肿大者, 要特别警惕艾滋病发生的可能^[11]。病程长、难治愈的口腔白色念珠菌病是艾滋病患者出现最多的临床症状和早期征兆^[12]; KS 是艾滋病的特异性病变, 其发生率仅次于白色念珠菌病和毛状白斑, 表现为紫红色或紫色的丘状、斑状、水疱、结节、糜烂等; 口腔病变以牙龈处、腭部多见, 呈单个或多个褐色、红色、蓝色或紫色斑块或结节, 初期病变平坦, 以后逐渐增大, 可突出于黏膜^[13], KS 临床特征多样化, 可误诊为皮肤挫伤、痣、扁平苔藓、溃疡、淋巴瘤、血管瘤, 确诊需要靠活检病理证实; 艾滋病颈部淋巴结病变不同于炎症和肿瘤, 其既有炎症淋巴结特点又有肿瘤转移的特点, 肿块轻度疼痛, 常为迅速增大的多发性淋巴结, 偶尔为单个淋巴结肿大, 质韧活动, 无压痛或轻度压痛。

对于艾滋病合并耳鼻咽喉-头颈部疾患的治疗, 目前尚无安全可靠且理想的特效治疗方法, 主要治疗方法为足量、对菌种敏感性强的抗细菌、病毒、结核、真菌的抗感染药物及局部的对症治疗, 但治疗效果差, 治疗时间长, 且易反复发作, 因此预防基础病特别重要, 主要措施及方法是普及艾滋病预防的基本知识, 积极控制传染源、切断传播途径。对于具有耳鼻咽喉科手术适应证, 并发症少, 全身

情况尚可, Hb 不低于 9 g/L 及 HIV 阳性的 I ~ II 期患者, 可积极手术治疗^[14], 临床疗效好, 可提高患者的生存质量并延长患者的生存时间, 同时全身的对症治疗、支持疗法及中医药治疗对调节机体免疫机能、增强免疫力、改善临床症状有一定作用^[15]。

参考文献

- 1 卢永德译. AIDS在耳鼻咽喉-头颈部的表现[J]. 国外医学耳鼻咽喉科分册, 1995, 19(3): 142-144.
- 2 Ho DH, Pomerantz RT, Kaptan JG, et al. Pathogenesis of infection with human immunodeficiency virus[J]. N Eng J Med, 1987, 317(5): 278-286.
- 3 Pappas DG Jr, Chandrasekhar HK, Lim J, et al. Ultrastructural findings in the cochlea of AIDS cases[J]. Am J Otol, 1994, 15(4): 456-465.
- 4 Mata CN, Yebra BM, Tutor UP, et al. Hearing loss and human immunodeficiency virus infection. Study of 30 patients[J]. Rev Clin Esp, 2000, 200(4): 271-274.
- 5 田勇泉, 孙爱华主编. 耳鼻咽喉-头颈外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 447.
- 6 Milgram LM, Rubin JS, Small CB. Mucociliary clearance abnormalities in the HIV-infected patient: a precursor to acute sinusitis[J]. Laryngoscope, 1995, 105(11): 1202-1208.
- 7 Lucas SB, Cock DE. Contribution of tuberculosis to silt disease in Africa[J]. Br Med J, 1994, 308(6943): 1531-1533.
- 8 Colebunders R, Francis H. Persistent diarrhea, strongly associated with HIV infection in Kinshasa, Zaire[J]. Am J Gastroenterol, 1987, 82(9): 859-864.
- 9 N'Galy B, Ryder RW. Epidemiology of HIV infection in Africa[J]. J AIDS, 1988, 1(6): 551-558.
- 10 Musungu J. Women and AIDS: are women at increased risk and what are the implications?[J]. E Afr Med J, 1993, 70(2): 245-248.
- 11 魏新邦, 陆书昌, 刘秉寿主编. 耳鼻咽喉科医师进修必读[M]. 北京: 人民军医出版社, 1997: 34-35.
- 12 范雪莉, 刘玉峰, 王文清. 以口腔念珠菌感染为主要表现的艾滋病一例[J]. 中华皮肤科杂志, 1999, 32(1): 160.
- 13 陈建钢, 向攀, 桂希恩, 等. HIV感染及AIDS患者常见的口腔损害[J]. 华西口腔医学杂志, 2002, 9(24): 2555-2556.
- 14 薛明学, 黄祖仁, 乔宁生. HIV感染阳性104例在耳鼻咽喉-头颈部的表现[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2001, 7(2): 117-118.
- 15 徐光, 周文学. 艾滋病儿童耳鼻咽喉科疾患的诊治体会[J]. 中华耳鼻咽喉科杂志, 1998, 33(4): 251-252.

(收稿日期: 2014-01-13)

(本文编辑: 孙荣华)