

型慢性胰腺炎的手术主要包括胰十二指肠切除术(保留或不保留幽门的 Whipple 手术)和保留十二指肠的胰头切除术(Beger 手术和 Frey 手术)^[8]。保留十二指肠的胰头切除术的患者在术后并发症少,恢复快等优势,但两种手术方式的远期临床疗效相当^[9]。

(本文图 1~2 见光盘)

参考文献

- 1 Izbickei JR, Bloec C, Broering DC, et al. Extended drainage versus resection in surgery for chronic pancreatitis[J]. Ann Surg, 1998, 228(6): 771-779.
- 2 谢勇, 张太平, 赵玉沛. 酷似胰头癌的胰头部肿块型胰腺炎 1 例[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(8): 705-706.
- 3 赵玉沛. 胰头部肿块鉴别诊断和临床对策[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(8): 619-621.

曹卫刚, 邱宝安. Whipple 手术治疗胰头部肿块型慢性胰腺炎一例及文献分析[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2014, 8(6): 852-853.

- 4 陈汝福, 林青. 胰头癌与胰头肿块型慢性胰腺炎的鉴别和治疗[J]. 岭南现代临床外科, 2010, 10(6): 415-416.
- 5 张忠涛, 尹杰. 胰头肿块型慢性胰腺炎的治疗[J]. 中国实用外科杂志, 2011, 31(9): 797-800.
- 6 屈振, 江勇, 吴宝强, 等. 肿块型胰头良性病变 38 例诊治体会[J]. 肝胆胰外科杂志, 2011, 23(2): 132-134.
- 7 支永发. 胰头肿块型慢性胰腺炎合并胰管结石的外科治疗[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(23): 4445-4446.
- 8 刘允怡, 赖俊雄, 刘晓欣. 胰头部肿块治疗策略[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(8): 617-618.
- 9 Bachmann K, Jakob R, Emre F. Chronic pancreatitis: modern surgical management[J]. Langenbecks Arch Surg, 2011, 396(1): 139-149.

(收稿日期: 2014-02-11)

(本文编辑: 孙荣华)

艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎二例

刘长民 张雁

卡氏肺孢子菌肺炎(Pneumocystis pneumonia, PCP)又称卡氏肺囊虫肺炎,是艾滋病患者最常见、最重要的机会性感染之一,约占机会性感染的62%^[1-4],而在晚期艾滋病患者中合并卡氏肺孢子菌肺炎的几率可达85%^[5],其发病率高,病情进展快,未经及时有效的治疗可100%死于呼吸衰竭,早期诊断和治疗可有效降低病死率^[6],以下就2013年本院收治的2例艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎患者的诊治情况总结如下。

一、病历资料

病例1: 患者, 男性, 49岁, 于2013年8月19日以“发热伴咳嗽、胸闷10 d余”入院。入院查体: 双肺呼吸音粗糙, 可闻及湿啰音, 腹部平软, 无压痛及反跳痛。辅助检查: 胸部X线片: 两肺纹理不清、结构紊乱; 胸部CT: 双肺上叶及右肺中叶呈磨玻璃样改变, 提示: 两肺感染。C-反应蛋白: 101.5 mg/L。呼吸科按“肺感染”予以亚胺培南西司他丁钠抗菌治疗3 d病情无好转, 且进一步加重, 出现呼吸困难、胸闷症状; 2013年8月23日查抗-HIV阳性, 经本市疾控中心检测, HIV确认阳性。诊断“艾滋病”成立, 遂转入感染科系统治疗, 转入后情况: 患者有发热, 呼吸困难, 活动后喘憋症状明显。查体: 面色暗, 嘴唇发绀明显, 双肺呼吸音粗糙, 可闻及散在湿啰音。

查CD4⁺T淋巴细胞为12个/ μ l, 氧分压为55 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa), 乳酸脱氢酶552 U/L。肺部CT回报两肺毛玻璃样变, 双肺感染。诊断考虑“艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎”。

病例2: 患者, 男性, 29岁, 有艾滋病病史4年, 出现发热、干咳、胸闷1个月, 于2013年11月5日入院, 入院查体: 面色暗, 嘴唇发绀明显, 咽部充血, 双肺底可闻及少量散在湿啰音, 查CD4⁺T淋巴细胞为3个/ μ l, 氧分压为48 mmHg。生化检查: ALT 22.8 U/L, AST 66 U/L, 乳酸脱氢酶 885 U/L; 肺部CT回报两肺多发磨玻璃影, 与典型肺炎表现不符, 患者为艾滋病感染者, 结合临床表现及各项检查结果, 高度怀疑“艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎”。

二、诊断标准

依据2011年《艾滋病诊疗指南》制定的艾滋病的诊断标准^[7], 关于艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎的诊断标准: CD4⁺T淋巴细胞计数< 200个/ μ l; 起病隐匿或亚急性, 干咳、气短和活动后加重, 可有发热、紫绀, 严重者发生呼吸窘迫; 肺部阳性体征少, 或可闻及少量散在干性湿啰音, 体征与疾病症状的严重往往不成正比; 胸部X线或CT检查可见双肺从肺门开始的网格状结节样浸润, 有时呈毛玻璃阴影; 血气分析示低氧血症, 严重病例动脉血氧分压明显降低, 常在60 mmHg以下; 乳酸脱氢酶常升高; 确诊依靠病原学检查如痰液或肺泡灌洗液等发现肺孢子的包囊或滋养

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2014.06.030

作者单位: 150088 哈尔滨市, 黑龙江省农垦总局总医院感染科(刘长民), 检验科(张雁)

通讯作者: 刘长民, Email: wschangmin@163.com

体。

三、治疗方案

上述两例病例均按艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎积极治疗。具体治疗方案为：①一般治疗：卧床休息，吸氧，改善肺通气，选用鼻导管或面罩吸氧。②病原治疗：首选复方磺胺甲噁唑（SMZ-TMP）2片，3次/d，共21 d。同时联合卡泊芬净50 mg（首次70 mg），1次/d静脉输注，疗程2周。③激素治疗：甲强龙40 mg，2次/d静脉输注，1周后改为40 mg，1次/d静脉输注，疗程为1周。④抗逆转录病毒治疗（highly active anti-retroviral therapy, HAART），患者病情稳定后予以HAART治疗。⑤辅助治疗，予以提高免疫力和抗其他机会性感染治疗。

四、治疗结果

2例患者经治疗2周后热退，胸闷和咳嗽症状明显改善。复查氧分压上升，治疗3周后两例患者感觉良好，上述不适症状消失，复查氧分压分别为88 mmHg和82 mmHg，肺部CT提示：肺部感染病灶较前明显好转，继续巩固治疗1周后出院。

讨论 肺孢子菌肺炎（PCP）是由卡氏肺孢菌引起的一种间质性肺炎。卡氏肺孢菌是一种常见的微生物，分类为真菌，但很多生物学特点和原虫类似，多在人体的肺泡内寄生，人体可通过细胞免疫和活化巨噬细胞的共同作用，将其清除体内。本病常发生于CD4⁺T淋巴细胞计数<200个/μl的晚期艾滋病患者^[8]，严重者或不及时治疗可因呼吸衰竭而死亡。

在HIV感染者中，PCP最常见的临床表现是亚急性进行性呼吸困难发作、发热、干咳，数天至数周内胸部不适的症状恶化^[9]，症状轻者，早期症状不明显，多于活动后出现呼吸急促、心悸，大多病例有发热，肺外疾病不多见，实验室检查主要为低氧血症表现，可有动脉血氧分压降低，乳酸脱氢酶水平常>500 U/L。肺部影像学典型的表现为双肺弥漫性或局限性磨玻璃样改变，对诊断PCP有一定的意义，但要确诊需要在支气管肺泡灌洗液、痰液或组织标本中找到病原体，而在临床工作中，由于PCP患者的病情较

重，不适合或不能耐受支气管镜等检查，故病原学诊断较为困难；通常在艾滋病诊断明确的基础上，依据患者干咳、发热及呼吸困难等表现，结合典型的影像学特点及实验室检查，即可诊断为PCP。

在治疗方面，复方磺胺甲噁唑是治疗PCP的首选药物，也是预防PCP复发的常用药物，此外，卡泊芬净和氨苯砒等也可作为选择，同时，待病情控制稳定后，开始抗反转录病毒治疗，可有效抑制病毒复制，使患者维持或重建免疫功能，预防复发。

终上，早发现、早治疗是降低艾滋病并发卡氏肺孢子菌肺炎病死率的关键，据报道，及时、规范的治疗可有效降低病死率15%~20%^[10]，从事艾滋病等相关专业的临床医师应当学会并掌握PCP的诊疗知识，一旦确诊一定要积极给予治疗。

参考文献

- 1 沈比先. 艾滋病卡氏肺囊虫肺炎的影像学诊断[J]. 临床放射学杂志, 2009, 28(5): 278-280.
- 2 邹学广, 荣阳, 荣根满, 等. 肺炎支原体肺炎的X线诊断与影像追踪分析[J]. 中国当代医药, 2010, 17(12): 71-72.
- 3 方圻主编. 现代内科学[M]. 北京: 北京人民军医出版社, 2005: 811-815.
- 4 刘彬, 荣阳, 荣根满, 等. 周围型肺癌的X线诊断与影像学动态分析[J]. 中国当代医药, 2013, 20(6): 120-122.
- 5 白人驹, 张雪林主编. 医学影像诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 210-211.
- 6 李丽华. 30例艾滋病并发卡氏肺囊虫的诊治[J]. 中外医疗, 2013, 32(14): 78-79.
- 7 中华医学会感染病学分会艾滋病学组. 艾滋病诊疗指南(2011版)[J]. 中华临床感染病杂志, 2011, 4(6): 321-330.
- 8 关艳丽, 曹晓英. 关于AIDS并肺孢子菌肺炎的临床诊断及治疗分析[J]. 中国医学工程, 2013, 21(6): 177-178.
- 9 张福杰, 卢洪洲主译. 美国疾病预防控制中心. HIV感染者机会性感染防治指南(2009)[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2011: 8-9.
- 10 张可, 黄春, 姚勤伟主编. 艾滋病临床诊断与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 41-42.

(收稿日期: 2014-03-16)

(本文编辑: 孙荣华)