

· 临床论著 ·

15 例艾滋病患者合并肿块临床分析

顾丽华 俞冲 徐海峰 朱勇根

【摘要】目的 通过分析 15 例艾滋病合并肿块患者的临床资料, 提高对该类患者临床实践中的认识。**方法** 回顾性分析南通市第三人民医院 2011 年 1 月至 2014 年 4 月因肿块住院的艾滋病患者的临床资料。**结果** 15 例患者中, 男性 12 例, 女性 3 例, 年龄 25 ~ 69 岁, 中位年龄 46 岁。7 例在实施高效抗逆转录病毒治疗 (HAART) 之后出现肿块, 其中淋巴瘤 2 例, 结核病 3 例, 胸壁软组织感染 1 例, 脂肪瘤 1 例; 6 例在肿块出现之后开始 HAART, 其中淋巴瘤 3 例, 细菌感染 1 例, 结核感染 1 例, 来源不明确硬腭恶性肿瘤 1 例; 1 例为肝脓肿不需要抗病毒治疗; 1 例为位于腋下 Burkitt 淋巴瘤, 未实施抗病毒治疗即死亡。淋巴瘤病例 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数为 $(86 \sim 533) \times 10^6/L$ 。结核病患者的 $CD4^+$ T 淋巴细胞计数为 $(37 \sim 260) \times 10^6/L$ 。3 例化疗的淋巴瘤患者中, 除 1 例诊断为败血症、肺炎和尿路感染发生死亡外, 另外 2 例化疗过程平稳, 主要的不良反应为骨髓抑制, 其中 1 例并发导管相关性感染。在 3 例未进行化疗的全部死亡淋巴瘤患者中, 死因分别为肺部感染并发呼吸衰竭、消化道出血及恶液质全身衰竭。结核及细菌感染患者均预后良好、疗效佳, 全部痊愈。**结论** HIV 感染者若出现肿块及淋巴结肿大, 应考虑可能罹患淋巴瘤或结核, 需要尽可能行病理活检明确。积极的 HAART 联合规范性化疗及针对病原治疗可改善其预后。

【关键词】 获得性免疫缺陷综合征; 淋巴瘤; 结核

A clinical analysis of 15 patients with acquired immunodeficiency syndrome complicated with mass
Gu Lihua, Yu Chong, Xu Haifeng, Zhu Yonggen. Department of Infectious Diseases, The Third People's Hospital of Nantong, 226006 Nantong, China

Corresponding author: Gu Lihua, Email: gooleehua@chinaren.com

【Abstract】Objective To analyze the clinical characteristics of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-related mass. **Methods** The clinical data of patients with AIDS-related mass admitted to the Third People's Hospital of Nantong from January 2011 to April 2014 were analyzed, retrospectively. **Results** Fifteen patients aged 25 to 69 years old were included in this retrospective study. Among them, seven patients were on regular highly active anti-retroviral therapy (HAART) for several weeks before the emergence of mass. Two patients were lymphoma. Three were tuberculosis. One was infection of chest wall and one was lipoma. Among 15 patients, eight patients were found to be HIV-positive for the first time. Six cases were on regular highly active anti-retroviral therapy (HAART) several weeks after the emergence of mass. Three were lymphoma, one case was with common bacterial infection, one case was with tuberculosis, and one case was with malignant tumor of hard palate. The patient with abscess of liver had no indication of HAART. The patient with Burkitt lymphoma (BL) of armpit died before HAART. The count of $CD4^+$ T cell of patients with lymphoma was $(86-533) \times 10^6/L$ at presentation. $CD4^+$ T cell count of patients with tuberculosis was $(37-260) \times 10^6/L$ at presentation. Three patients of lymphoma were treated with chemotherapy, with two remission and one death. The cause of death was infection. Bone marrow suppression was the main adverse effects of chemotherapy. Three patients of lymphoma without chemotherapy all died. The cause of death was respiratory failure, alimentary tract hemorrhage, and cachexia. Those patients with tuberculosis or common bacterial infection all got better. **Conclusions** Lymphoma should be considered in any HIV-infected patients complicated with unexplainable mass. Biopsy should be rigorously carried out. Appropriate chemotherapy, or anti-bacteria therapy, together with HAART, may improve the prognosis of those patients greatly.

【Key words】 Acquired immunodeficiency syndrome; Lymphoma; Tuberculosis

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2015.02.016

作者单位: 226006 南通市, 南通市第三人民医院传染科六病区

通讯作者: 顾丽华, Email: gooleehua@chinaren.com

CD4⁺T 淋巴细胞进行性下降是人体感染 HIV 后的特征性改变。随着 CD4⁺T 淋巴细胞减少程度加重,感染者逐渐出现严重免疫缺陷,临床上除表现为机会性感染外,艾滋病相关性肿瘤的发病率可显著升高。以肿块为首发症状就诊的艾滋病相关的病例国内报道相对较少,诊治经验相对缺乏。本研究对 15 例合并有肿块的 AIDS 患者临床特点进行分析,并结合相关文献对艾滋病合并肿块此类患者的诊断和治疗新进展予以综述。

资料和方法

一、一般资料

研究对象选自 2011 年 1 月至 2014 年 4 月于本院住院诊治的 15 例合并有肿块的 AIDS 患者。回顾性分析入组患者的流行病学资料、临床症状及体征、辅助检查资料、治疗情况及临床转归等。

二、抗-HIV 的测定

抗-HIV 经酶联免疫吸附试验(enzyme linked immunosorbent assay, ELISA)法初筛阳性,再经江苏省疾病预防控制中心 AIDS 实验室免疫印迹法(Western blot)确证检测。

三、T 细胞亚群 CD4 和 CD8 的测定

CD4⁺T 和 CD8⁺T 淋巴细胞由南通市第三人民医院传染病研究所使用流式细胞仪测定。

四、诊断标准

艾滋病诊断标准参照中华医学会艾滋病诊疗指南(2011 版)^[1]。淋巴瘤诊断通过组织病理学检查结果,按 WHO(2001 年)的造血和淋巴组织肿瘤分型标准做出诊断,按 Ann Arbor 临床分期方案进行临床分期。

结 果

一、患者的临床资料

15 例患者中 12 例为男性,3 例为女性,中位年龄为 46(25~69)岁。在 15 例患者中,7 例在实施高效抗反转录病毒治疗(highly active anti-retroviral therapy, HAART)后出现肿块,其中淋巴瘤 2 例[1 例为肺部非霍奇金淋巴瘤,弥漫大 B 细胞性;1 例为腹股沟区淋巴瘤,介于弥漫大 B 细胞淋巴瘤(diffuse large B-cell lymphomas, DLBCLs)和伯基特淋巴瘤(Burkitt lymphoma, BL)之间,为不能分类的 B 细胞淋巴瘤];结核 3 例(1 例为颌下淋巴结结核,1 例为颈部淋巴结结核,1 例为

肠结核);另外 2 例分别为胸壁软组织感染和脂肪瘤。在 15 例患者中,6 例在肿块出现之后开始 HAART,其中 3 例为淋巴瘤(1 例为 BL,位于宫颈;1 例为腮腺非霍奇金氏淋巴瘤,弥漫性大 B 细胞性;1 例腋下及胸壁软组织淋巴瘤,未经病理明确);1 例为细菌感染(淋巴结炎);1 例为结核(颈部),1 例为硬腭恶性肿瘤(来源不明确)。在 15 例患者中,另外 2 例分别为肝脓肿(未达到抗病毒治疗指征)和位于腋下 BL(未实施抗病毒治疗即死亡)。淋巴瘤病例 CD4⁺T 淋巴细胞计数($86 \sim 533$) $\times 10^6/L$ 。结核病例 CD4⁺T 淋巴细胞计数($37 \sim 260$) $\times 10^6/L$,见表 1。

二、病理检查

5 例患者经过病理检查明确为淋巴瘤,其中 2 例为 BL;2 例为 DLBCLs;1 例为不能分类的 B 细胞淋巴瘤,见表 1。

三、治疗及转归

1. 淋巴瘤治疗及转归:3 例进行了化疗,病例 1 在某院予 Hyper-CVAD 方案(甲泼尼龙+环磷酰胺+地塞米松+长春新碱+阿霉素)化疗 1 次,转至本院时查血常规提示白细胞、血小板计数及血红蛋白明显低下,其中白细胞计数为 $0.03 \times 10^9/L$ 、血红蛋白为 59 g/L、血小板计数为 $14 \times 10^9/L$ 。后未再行化疗。病例 3 第 1 次采取 CHOP 方案(环磷酰胺+多柔比星+长春新碱+泼尼松)化疗。随后将切片送至南通大学附属医院病理科,结果显示,符合中等大 B 细胞淋巴瘤,且鉴于细胞异型明显,核分裂指数高,肿瘤坏死明显伴“星空”现象,考虑为介于 DLBCLs 和 BL 之间,为不能分类的 B 细胞淋巴瘤。针对这一结果,病例 3 接着给予 DICE 方案化疗(地塞米松、依托泊苷、顺铂和环磷酰胺)。住院期间该患者出现导管相关感染,故拔除深静脉置管,加用替考拉宁抗感染治疗。且第 2 次化疗后血常规显示,白细胞计数、血红蛋白、血小板计数均明显偏低(白细胞 $0.95 \times 10^9/L$ 、血红蛋白 76 g/L、血小板 $31 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 $0.50 \times 10^9/L$ 和淋巴细胞 $0.41 \times 10^9/L$),考虑化疗引起的骨髓抑制,后未进一步化疗。病例 4 先后进行了 4 次以 CHOP 方案化疗,获得了完全缓解,临床随访 8 个月病情稳定,因 4 次化疗后粒细胞下降显著,第 5 次化疗前在不使用粒细胞集落刺激因子的情况下,中性粒细胞($0.97 \sim 1.50$) $\times 10^9/L$,未再进行第 5 次化疗。

2. 化疗的不良反应:3 例化疗的患者中,除 1 例死亡(诊断败血症、肺炎和尿路感染)外,另 2 例化疗过程平稳;不良反应主要为骨髓抑制。另外

3例未进行化疗的患者均死亡。其死因分别为肺部感染合并呼吸衰竭、消化道出血及恶液质合并全身衰竭。

3. 预后: 结核及细菌感染预后良好, 疗效佳, 全部痊愈。1例脂肪瘤患者停用司他夫定, 更换齐多夫定后出现严重贫血, 后又更改为替诺福韦酯。

4. AIDS 治疗情况: 6例淋巴瘤患者中, 2例在抗病毒治疗后发现淋巴瘤, 分别于治疗3个月和6个月后发现, 其抗病毒方案分别为3TC + AZT + NVP (拉米夫定 + 齐多夫定 + 奈韦拉平) 和3TC + AZT + EFV (拉米夫定 + 齐多夫定 + 依非韦伦), 后者在住院期间AZT改为TDF (替诺福韦酯); 1例在出现淋巴瘤随后的4个月但尚未诊断的情况下使用3TC + D4T + NVP (拉米夫定 + 司他夫定 + 奈韦拉平) 抗病毒治疗; 1例未抗病毒治疗即死亡;

另2例分别在出现淋巴瘤之后的1个月及4个半月给予3TC + TDF + EFV 抗病毒治疗, 考虑到化疗药物的不良反应而未使用齐多夫定和奈韦拉平。

1例硬腭恶性肿瘤患者在出现占位后4个月余开始3TC + AZT + NVP 抗病毒治疗。在3例细菌感染中, 1例未达到抗病毒治疗指征 ($CD4^+T$ 淋巴细胞计数 $> 500 \times 10^6/L$); 1例胸壁软组织感染在半年前已给予3TC + AZT + NVP 抗病毒治疗; 1例在出现淋巴结炎36 d后开始3TC + AZT + NVP 治疗。在4例结核病患者中, 其中3例分别在抗病毒治疗半个月 (3TC + AZT + NVP), 3个月 (3TC + AZT + NVP; 抗结核2周后改为3TC + TDF + EFV), 9个月 (3TC + D4T + NVP) 出现包块; 1例在出现淋巴结结核后3个月加3TC + TDF + EFV 治疗。1例脂肪瘤患者采用3TC + D4T + EFV 方案治疗6年后停D4T,

表1 患者的临床资料及转归

序号/性别/年龄	肿块特征	CD4 ($\times 10^6/L$)	LDH (109 ~245 U/L)	HIV确 诊时间	HAART 方案	HAART 时间	肿块 性质	治疗 方法	转归
1/女/25	左下腹7 cm \times 8 cm	200	2 272	20 d	3TC + TDF + EFV	6月	宫颈Burkitt淋巴瘤IV期B组	Hyper-CVAD 1次	死亡
2/女/53	肺部多发占位	533	321	18月	3TC + AZT + NVP	4月	非霍奇金淋巴瘤, 弥漫大B细胞性, III期B组	未治疗	死亡
3/男/66	右腹股沟肿块, 约5 cm \times 5 cm, 较硬, 皮温较高, 无波动感	86	364	9月	3TC + AZT + EFV, 住院期间改AZT为TDF	7月	介于弥漫大B细胞淋巴瘤和伯基特淋巴瘤之间, II期A组	CHOP方案化疗1次 + DICE方案化疗1次	淋巴结缩小
4/男/69	右腮腺肿块, 5 cm \times 6 cm, 较硬, 无压痛, 无波动感	147	正常	5 d	3TC + TDF + EFV	2周后开始	弥漫大B细胞淋巴瘤I期A组	手术切除腮腺后予CHOP方案化疗4次	肿块消失
5/男/44	右腋下肿块, 5 cm \times 4 cm, 软, 无压痛, 无波动感	267	1 297	7 d	未实施	--	非霍奇金淋巴瘤, B细胞性, Burkitt淋巴瘤I期B组	未治疗	消化道出血死亡
6/男/61	右腋前肿块9 cm \times 9 cm, 无压痛	140	1 486	4月	3TC + D4T + NVP	2月	淋巴瘤III期B组	未治疗	1月后死亡
7/男/51	左颌下肿块约4 cm \times 6 cm, 表面有溃破口伴渗出, 无明显波动感	182	404	6月	3TC + AZT + NVP	50 d	硬腭恶性占位, 向左侧鼻咽部浸润, 左侧颌下淋巴结转移	未治疗	自动出院
8/男/46	右颈部肿块5 cm \times 4 cm, 触痛, 发红, 无波动	109	正常	2 d	3TC + AZT + NVP	24 d后开始	淋巴结炎	抗感染	好转
9/男/43	左胸红色包块, 约12 cm \times 5 cm, 韧, 压痛, 中心有波动感	56	正常	2年	3TC + AZT + NVP	6月	胸壁软组织感染	抗感染	肿块消失
10/男/47	肝脓肿11.2~11.5 cm	650	正常	3 d	不需抗病毒治疗3TC + AZT + NVP,	--	细菌感染	引流; 抗感染	好转
11/男/33	右颌下8 cm \times 3 cm, 无触痛, 无波动感	90	376	18月	住院20 d改3TC + TDF + EFV	4月	淋巴结结核 (活检结果)	抗结核治疗	好转
12/男/38	左颈二枚淋巴结, 大小1 cm \times 1 cm、2 \times 1.5 cm, 稍红, 轻触痛	260	正常	11月	3TC + D4T + NVP	10月	淋巴结结核 (活检结果)	抗结核治疗	好转
13/男/43	右颈部7 cm \times 8 cm淋巴结, 较硬, 边界不清	157	正常	1 d	3TC + TDF + EFV	24 d后开始	CT示右侧颈部多发淋巴结结核	诊断性抗结核治疗	基本消失
14/男/62	阑尾包块5 cm \times 4 cm, 有压痛	37	259	5月余	3TC + AZT + NVP	2月	肠结核 结核性脑膜炎	抗结核治疗	好转
15/女/44	后颈部5 cm \times 5 cm, 软, 无触痛	未测	正常	6年	3TC + D4T + EFV	6年	司他夫定相关性脂肪瘤	替诺福韦酯	无变化

改用AZT, 随后因出现骨髓抑制改用TDF。

讨 论

AIDS的主要特征是免疫损害引起的严重免疫缺陷^[2], 最终导致机会性感染以及肿瘤的风险不断升高^[3]。其中肿瘤、结核和感染均可表现为局部肿块, 出现因肿块就诊的病例。

卢祥婵等^[4]研究中, 126例(11.8%)存在浅表淋巴结病, 研究提示, HIV/AIDS患者中最常见的浅表淋巴结病是结核, 其次是淋巴结反应性增生、AIDS相关性淋巴结病和青霉菌病; 低CD4⁺T淋巴细胞计数与浅表淋巴结病的发病率升高相关^[4]。本研究中淋巴瘤所占比例最多。

非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin's lymphoma, NHL)的发病率随着HAART成为AIDS的标准处理办法后有所下降^[5]。HAART促进了HIV感染者的发病率以及因AIDS引起的病死率的下降^[6]。而资料显示, 即使经过数年持续的病毒抑制治疗, 约50%接收HAART的患者无法达到正常的CD4计数^[7], 这是导致其他肿瘤的发生持续上升的原因^[8]。卡波济肉瘤和NHL随着HAART的引入有所下降, 其他肿瘤则较前增加, 包括一些很少和HIV感染相关的肿瘤, 如霍奇金淋巴瘤^[8]。在印度的某项研究中, 250例AIDS相关性肿瘤患者中30.8%伴有NHL^[9]。美国的某项研究中, 441例AIDS相关性肿瘤中, 51.5%的患者伴有卡波济肉瘤, 18.6%的患者伴有NHL^[10]。研究提示, 95%的AIDS相关性淋巴瘤是B细胞来源^[11], 属于高度恶性淋巴瘤, 比如BL占60%。其他属于中度恶性淋巴瘤, 主要包括DLBCLs, 低度恶性的淋巴瘤较罕见^[12]。本研究中经病理证实的NHL均来源于B细胞, 其中2例为BL, 2例为DLBCLs。有1例是仅以白带增多及异常起病, 曾一度诊断为妇科炎症和宫颈癌, 后因疗效不佳经积极的病理活检证实为BL。另一例为持续发热、盗汗和出现肺部占位性病变, 抗细菌及真菌治疗疗效欠佳, 后行肺组织活检明确为DLBCLs。

HIV阳性的患者更短生存期的主要提示因子包括国际预后指数 ≥ 2 、大块病灶、升高的乳酸脱氢酶(LDH)、较低的淋巴细胞计数($< 1\,000 \times 10^6/L$)、B组症状的出现^[8]。45%的NHL患者CD4⁺T淋巴细胞计数低于 $200 \times 10^6/L$ ^[7]。本研究中存活的2例淋巴瘤患者均未有B组症状, LDH仅轻度升高, 与报道相符, 但CD4⁺T淋巴细胞计数 $< 200 \times 10^6/L$ 。

HAART应用于临床实践之前, 治疗AIDS相

关性淋巴瘤使用较低的化疗药物剂量, 以避免化疗毒性, 2年生存率约为10%^[13]。1996年后HAART被广泛应用后, 艾滋病相关性NHL患者得以承受化疗的标准剂量, 不良反应不会增加^[14-15]。化疗联合HAART成为AIDS相关性淋巴瘤的标准治疗, 患者寿命明显延长, 较单用HAART的患者预后好^[16]。本研究中, 3例患者选择了化疗, 均在使用HAART后进行化疗; 2例病情缓解, 1例死于机会性感染。2例单独使用HAART的患者死亡。1例未进行任何治疗的病例死亡。本组病例由于例数较少, 无法对治疗方案进行充分评价, 但获得缓解的2个病例均采用了联合方案, 事实初步验证了此点。

免疫重建炎症反应综合征是指HIV感染者接受HAART后, 之前存在的机会性感染出现加重现象, 而CD4⁺T淋巴细胞计数显著改善, 病毒载量明显下降。常出现在晚期HIV感染者, CD4⁺T淋巴细胞计数 $< 50 \times 10^6/L$ 。免疫重建炎症反应综合征可以表现为潜伏感染的再激活, 如肺结核、隐球菌病或麻风病。有时, 恶性肿瘤比如卡波济肉瘤、NHL、子宫颈、颈部或支气管来源的肿瘤均可成为免疫重建炎症反应综合征的临床表现^[17-18]。免疫重建炎症反应综合征发生的危险因子包括高基线CD4⁺T淋巴细胞计数, $CD4/CD8 > 0.15$, HAART后90 d病毒载量下降大于2 lg, 机会性感染后较早开始HAART^[19]。本研究中有7例患者在抗病毒治疗后出现肿块, 需考虑部分病例可能为免疫重建炎症反应综合征。

有研究者在158例艾滋病合并结核的患者中发现有11例为肠系膜淋巴结结核, 其中3例表现为腹部包块, 腹部CT扫描中可以看到典型的加强的印戒征。11例患者经过6个月的抗结核治疗和5个月的HAART, 肠系膜淋巴结缩小消失^[20]。本研究中的肠结核患者反复发热、右下腹痛, CT提示阑尾部包块形成, 病初诊断急性阑尾炎, 反复抗感染疗效不佳, 后予以诊断性抗结核治疗后缓解。

综上所述, 艾滋病相关性淋巴瘤以及淋巴结核仍是影响HIV/AIDS患者生存的常见疾病, 对于HIV/AIDS患者, 若出现不明原因的淋巴结肿大、肿块、不明原因发热和占位等, 应尽可能行手术或组织活检以明确诊断。尽早开始积极、规范化的HAART及病原学治疗或化疗, 对改善患者的预后有积极意义。

参 考 文 献

- 1 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, 12(4): 321-330.
- 2 Phillips AN, Youle M, Lampe F, et al. CD4 cell count changes in

- individuals with counts above 500 cells/mm³ and viral loads below 50 copies/ml on antiretroviral therapy[J]. *AIDS*,2002,16(7):1073-1075.
- 3 Gil L, Martínez G, González I, et al. Contribution to characterization of oxidative stress in HIV/AIDS patients[J]. *Pharmacol Res*,2003,47(3):217-224.
- 4 卢祥婵, 邓建宁, 黄爱春, 等. 人免疫缺陷病毒感染者/艾滋病患者浅表淋巴结肿大与CD4⁺ T淋巴细胞计数的相关性[J]. *中华病理学杂志*,2011,40(9):622-625.
- 5 Wood C, Harrington W Jr. AIDS and associated malignancies[J]. *Cell Res*,2005,15(11-12):947-952.
- 6 Otieno MW, Banura C, Katongole-Mbidde E, et al. Therapeutic challenges of AIDS-related non-Hodgkin's lymphoma in the United States and East Africa--a review[J]. *J Natl Cancer Inst*,2002,94(10):718-732.
- 7 Levine AM. Acquired immunodeficiency syndrome-related lymphoma: clinical aspects[J]. *Semin Oncol*,2000,27 (4):442-453.
- 8 Luz E, Marques M, Luz I, et al. Survival and prognostic factors for AIDS and non-AIDS patients with non-Hodgkin's lymphoma in Bahia, Brazil: a retrospective cohort study[J]. *ISRN Hematol*,2013,904201:1-7.
- 9 Dhir AA, Sawant S, Dikshit RP, et al. Spectrum of HIV/AIDS related cancers in India[J]. *Cancer Causes Control*,2008,19(2):147-153.
- 10 Crum-Cianflone N, Hullsiek KH, Marconi V, et al. Trends in the incidence of cancers among HIV-infected persons and the impact of antiretroviral therapy: a 20-year cohort study[J]. *AIDS*,2009,23 (1):41-50.
- 11 Knowles DM. Etiology and pathogenesis of AIDS-related non-Hodgkin's lymphoma[J]. *Hematol Oncol Clin North Am*,2003,17(3):785-820.
- 12 Besson C, Goubar A, Gabarre J, et al. Changes in AIDS-related lymphoma since the era of highly active antiretroviral therapy[J]. *Blood*,2001,98(8):2339-2344.
- 13 Kaplan LD, Straus DJ, Testa MA, et al. Low-dose compared with standard dose m-BACOD chemotherapy for non-Hodgkin's lymphoma associated with human immunodeficiency virus infection[J]. *N Engl J Med*,1997,336(23):1641-1648.
- 14 Ratner L, Lee J, Tang S, et al. Chemotherapy for human immunodeficiency virus-associated non-Hodgkin's lymphoma in combination with highly active antiretroviral therapy[J]. *J Clin Oncol*,2001,19(8):2171-2178.
- 15 Ribera JM, Oriol A, Morgades M, et al. Safety and efficacy of cyclophosphamide, adriamycin, vincristine, prednisone and rituximab in patients with human immunodeficiency virus-associated diffuse large B-cell lymphoma: results of a phase II trial[J]. *Br J Haematol*,2008,140(4):411-419.
- 16 Uday A. Phatak. Immune reconstitution inflammatory syndrome in AIDS-related non-hodgkin's lymphoma[J]. *Indian J Med Paediatr Oncol*,2009,30(4):153-155.
- 17 Miceli MH, Maertens J, Buvé K, et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome in cancer patients with pulmonary aspergillosis recovering from neutropenia: Proof of principle, description and clinical and research implications[J]. *Cancer*,2007,110(1):112-120.
- 18 Huruy K, Mulu A, Mengistu G, et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome among HIV/AIDS patients during highly active antiretroviral therapy in Addis Ababa, Ethiopia[J]. *Jpn J Infect Dis*,2008,61(3):205-209.
- 19 Dhasmana DJ, Dheda K, Ravn P, et al. Immune reconstitution inflammatory syndrome in HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy: pathogenesis, clinical manifestations and management[J]. *Drugs*,2008,68(2):191-208.
- 20 刘艳, 余卫业, 陆普选, 等. 艾滋病合并肠系膜淋巴结结核11例临床分析[J]. *中华结核和呼吸杂志*,2009,32(11):835-837.

(收稿日期: 2014-07-28)

(本文编辑: 孙荣华)

顾丽华, 俞冲, 徐海峰, 等. 15例艾滋病患者合并肿块的临床分析[J/CD]. *中华实验和临床感染病杂志: 电子版*, 2015, 9 (2): 221-225.