

· 病例报告 ·

艾滋病合并阿米巴肝脓肿及阿米巴肺脓肿一例

司炎辉 刘保池

阿米巴病是由溶组织内阿米巴原虫感染引起,病变发生于结肠,少数病原体可移行到肝、肺和脑,引起肝脓肿、肺脓肿及脑脓肿等严重并发症^[1]。本文对就诊于本院的1例获得性免疫缺陷综合征(acquired immuno deficiency syndrome, AIDS)合并阿米巴肝脓肿及阿米巴肺脓肿的患者的临床诊疗报道如下。

一、患者资料

患者,男性,51岁,上海人,因“发热、咳嗽、咯痰伴胸闷气促4个月,抗-HIV阳性确诊1周”于2010年6月6日入院,患者有冶游史。

4个月前无明显诱因出现发热,最高40℃,伴畏寒、寒战,咳嗽、咯脓血痰,活动后胸闷气促,右侧胸部闷痛;伴乏力、纳差,外院胸部CT提示肺部感染伴胸水,先后予青霉素、头孢美唑、左氧氟沙星抗感染治疗,症状进行性加重,体重下降5 kg。1周前自行到上海市疾病预防控制中心行抗-HIV检测阳性。为进一步诊治来本院。

入院查体:T 38.3℃,R 23次/min,轻度贫血貌,口唇无紫绀,右侧胸廓饱满,语音震颤增强,右下肺叩诊实音,呼吸音消失,左肺呼吸音粗,双上肺可闻及湿啰音。腹软,右上腹略饱满,轻压痛,无反跳痛及肌紧张,肝脏边缘触不清,脾脏未触及,莫非征阴性,移动性浊音阴性,肠鸣音4次/min。

辅助检查:血常规:白细胞计数为 $10.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数为67.5%,血红蛋白为98.5g/L,血小板计数为 $471 \times 10^9/L$;粪常规:白细胞计数为25~28/HP,潜血阴性;抗-结核阴性;肝功能:白蛋白为24.8 g/L,丙氨酸氨基转移酶(ALT)为54 U/L,天门冬氨酸氨基转移酶(AST)为53 U/L;痰抗酸杆菌涂片阴性;红细胞沉降率为125 mm/h;C-反应蛋白为139 mg/L;CD4⁺T细胞175 cell/ μl 。胸部CT:①右侧大量胸腔积液(局部包裹)伴右肺部分不张,考虑结核性胸膜炎可能。②左肺上叶炎症。③肝包膜下块状低密度灶。超声检查显示:肝右叶膈面及右侧胸腔脓肿(贯通膈面),肝脾肿大,胆囊壁水肿。

二、诊断和治疗

入院诊断:①肺部感染;②右侧胸腔积液性质待查(结核?);③肝包膜下积液,性质待查;④获得性免疫缺陷综合征。

给予利福平+异烟肼+乙胺丁醇+吡嗪酰胺+左氧氟沙星五联试验性抗结核治疗。入院第4天患者胸闷气促加重,查白细胞 $21.77 \times 10^9/L$,中性粒细胞81.2%,血小板 $649 \times 10^9/L$;行胸腔脓肿穿刺引流术,抽出脓血性液体约100 ml,混杂物样组织;加用美罗培南和万古霉素抗感染治疗,以及补充白蛋白、输血浆等营养支持治疗。入院第5天出现大汗淋漓,心率升至120次/min,呼吸急促,血压下降至90/60 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),血氧饱和度逐渐下降至30%,呼之不应,考虑感染性休克,行气管插管,呼吸机辅助呼吸,多巴胺维持血压,补液抗休克治疗。

因患者原胸腔脓肿引流管引流不畅,行右侧胸腔切开闭式引流术,引流出大量脓肉样及果酱样液体约500 ml,留置胸腔闭式引流瓶。引流物化验结果显示,间接免疫荧光法查抗-阿米巴阳性,未找到阿米巴滋养体;抗酸杆菌阴性;细菌培养阴性。

二、治疗

考虑患者肺部和肝脏病变为阿米巴肺脓肿和阿米巴肝脓肿,停用抗结核药物、美罗培南和万古霉素,应用甲硝唑抗阿米巴治疗,头孢哌酮舒巴坦抗感染,齐多夫定、拉米夫定及依非韦仑抗病毒,复方磺胺甲恶唑预防肺孢子菌肺炎,氟康唑预防真菌感染,以及营养支持等治疗。

入院第8天,患者呼吸逐渐平稳,拔出气管插管。入院第10天,体温恢复正常,咳嗽、咯痰明显减轻,胸闷、胸痛好转。入院第13天,患者咳嗽时水封瓶出现气泡,考虑有支气管胸膜瘘,胸部CT显示:右侧局限性液气胸伴右肺部分不张,膈上见结肠,考虑膈肌损伤(穿孔)可能性大,与入院时片相比,胸部病变明显加重。入院第18天行超声检查:肝右后叶脓肿(贯通横膈,内显示引流管)。入院第24天患者咳嗽时未见水封瓶有气泡,考虑支气管胸膜瘘自行愈合。引流管内无液体流出,共引流出果酱样液体2 500 ml,拔出胸腔闭式引流管。入院第30天,患者经脓液引流及抗阿米巴治疗,症状消失,病情好转出院,院外继续用药并定期复查。

讨论 阿米巴病是AIDS患者常见的机会性感染,本院曾对92例就诊的HIV/AIDS患者进行检测,发现5例有溶组织内阿米巴感染,远高于普通人群溶组织内阿米巴感染水平,与国内外的研究一致^[2-4]。HIV/AIDS患者更容易罹患溶组织内阿米巴感染的可能

机制是溶组织内阿米巴与AIDS有共同的传播途径——经性途径传播,尤其是同性性行为,有较多机会接触粪便中的阿米巴包囊,从而感染阿米巴原虫^[5]。

由于AIDS患者免疫力严重低下,易并发多种机会性感染,机体对感染的应答减弱,虽然该患者并发多处脓肿,因缺乏典型的症状,导致延误诊治^[6-7]。分析本病例误诊、漏诊的原因:①近年阿米巴病发病率逐步下降,由多发病变为少见病,临床对本病认识不足或缺乏经验,警惕性下降^[8];②本例患者起病隐匿,无明确阿米巴原虫接触病史;③本例患者无典型阿米巴感染后症状,而以呼吸系统症状为主,影像学也支持胸部病变,误导临床过分重视胸部症状及胸部CT表现,而忽视了肺部病灶与周围脏器的关系,缺乏全面综合判断而误诊;④诊断思维局限,未从整体考虑。当CT和超声均提示有多脏器病变时,临床未对所有症状和病变进行严密的推理,造成误诊;⑤胸部CT检查将阿米巴肺脓肿、脓胸的影像误诊为结核性胸膜炎,对临床诊断产生误导。

从本误诊病例中应吸取的教训:①掌握特殊疾病的特征性临床表现:巧克力或咖啡样脓液是阿米巴病特征,对诊断阿米巴脓肿有指导意义;②临床查体要仔细认真,不能过分依赖辅助检查。即使辅助检查提供一定信息时也要进行认真细致的体格检查,必要时可进一步检查,尽可能确保所获病情信息的准确性;③对浆膜腔积液除了行常规及生化检查,特殊的积液一定要进行病原微生物的检查,避免漏诊。

司炎辉, 刘保池. 艾滋病合并阿米巴肝脓肿及阿米巴肺脓肿一例[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志: 电子版, 2015, 9(4): 555-556.

本例患者延误诊治,导致整个右肺破坏,功能丧失,给患者带来了严重损伤。

提示临床遇有类似发热、果酱样胸腔积液的AIDS患者,应考虑到阿米巴病的可能,尽快行相关检查,避免误诊、漏诊。

参考文献

- 1 李树奇, 薛青, 焦维克, 等. 胸腔阿米巴合并厌氧菌感染性脓胸的诊治体会[J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(3): 575.
- 2 齐唐凯, 付永锋, 张云智, 等. HIV/AIDS合并溶组织内阿米巴感染患者5例临床分析[J]. 中华临床感染病杂志, 2009, 2(2): 112-113.
- 3 Chen Y, Zhang Y, Yang B, et al. Semprevalence of *Entamoebahistololytica* infection in HIV-infected patients in China[J]. Am J Tmp Med Hyg, 2007, 77(5): 825-828.
- 4 Hailemariam G, Kassu A, Abebe G, et al. Intestinal parasiticinfections in HIV/AIDS and HIV seronegative individuals in ateaching hospital, Ethiopia[J]. Jpn J Infect Dis, 2004, 57(2): 41-43.
- 5 程丹颖, 韩宁, 赵红心. 无症状HIV感染者合并阿米巴肠病及阿米巴肝脓肿1例[J]. 中国寄生虫学与寄生虫病杂志, 2006, 24(4): 246-248.
- 6 王爱华, 包东武. 18例溶组织内阿米巴致肝脓肿误诊分析[J]. 现代预防医学, 2008, 35(18): 3623-3624.
- 7 王玲芬. 艾滋病合并肝脓肿, 胸腔脓肿及膈下脓肿一例[J]. 中国卫生产业, 2012, 10(30): 91.
- 8 林江, 毕丽娜, 赵怡, 等. 巨大阿米巴肝脓肿误诊一例[J]. 临床误诊杂志, 2005, 18(12): 870-871.

(收稿日期: 2014-10-30)

(本文编辑: 孙荣华)