

栓塞治疗,栓塞成功率为 100%,无严重并发症。金筱筱等^[3]在利用子宫动脉栓塞术终止前置胎盘中期妊娠 10 例中发现无一例发热、腹痛,无一例下肢动脉栓塞。这些研究结果与本组的观察结果一致。赵计端^[4]观察 512 例子宫切除术患者中有 49 例出现阴道出血,最严重者>500 ml,出血原因主要是阴道残端出血、术后宫颈内出血、阴道霉菌感染,说明子宫切除术后亦可造成阴道出血。赵峻等^[5]在 3 722 例接受子宫切除术的患者中发现有术后发热 114 例,盆腔血肿或阴道残端出血 46 例,伤口裂开或伤口感染 24 例,邻近脏器损伤 20 例,术后尿潴留 20 例,术后感染 20 例,下肢深静脉血栓 10 例。本组研究中有 1 例患者在子宫切除术后再次出现大量阴道出血。这些均证明子宫切除术有着不可忽视的并发症。我们认为子宫动脉栓塞术处理非手术治疗无效的产后出血,并发症明显要轻于子宫切除术。

3.3 有学者^[6]认为子宫动脉栓塞术会影响子宫动脉卵巢支对卵巢的血供,从而影响生育能力。本组在随访中发现 15 例有再次妊娠要求的患者中,13 例实现再孕。说明子宫动脉栓塞术对卵巢功能并无明显影响,不影响患者以后的生育。而子宫切除术让有再生育要求的患者彻底失去希望。在术后 12

个月内的随访中,我们发现采用超选择性子宫动脉栓塞术治疗非手术处理无效的产后出血,患者的生活质量明显优于子宫切除术患者,且接近正常人。这与手术损伤轻、还能再生育等各种生理、心理、社会等因素有关。

我们认为,子宫动脉栓塞术处理非手术治疗无效的产后出血疗效显著,快捷,创伤少,副作用轻,后期生活质量更佳,尤其对有继续生育要求的患者,有较大的临床推广价值。

参考文献

1 丰有吉,沈 铿. 妇产科学[M]. 第 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2005:209.

2 徐圣强,徐新建,邵国良,等. 子宫动脉栓塞术治疗子宫肌瘤[J]. 浙江临床医学,2007,9(11):1453-1454.

3 金筱筱,任虹平. 子宫动脉栓塞在终止前置胎盘中期妊娠的临床应用[J]. 实用医学杂志,2008,24(1):135.

4 赵计端. 子宫切除术后阴道出血的临床分析[J]. 山西临床医药, 2001,10(11):870.

5 赵 峻,谭先杰,郎景和,等. 子宫切除术并发症的临床分析[J]. 中华医学杂志,2009,89(41):2931-2933.

6 刘新民. 妇产科手术学[M]. 第 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2003:1166.

[收稿日期 2011-10-24][本文编辑 宋卓孙 吕文娟]

学术交流

艾滋病继发卡氏肺囊虫肺炎 28 例影像学表现

李权灵

作者单位: 535400 广西,灵山县中医医院 CT 室
作者简介: 李权灵(1969-),男,大学专科,主治医师,研究方向:影像学诊断。E-mail:okokoki@163.com

[摘要] **目的** 探讨艾滋病患者继发卡氏肺囊虫肺炎影像学的表现。**方法** 回顾性分析 2009-01 ~ 2011-12 经临床确诊为艾滋病合并卡氏肺囊虫肺炎 28 例患者的影像学表现。**结果** 典型的肺部影像学表现为双侧肺野弥漫性渗出性病变更分布于肺门两侧周围肺野,病灶呈磨砂玻璃状、网格状、地图样或碎石路征。**结论** 胸部 X 线片及 CT 扫描对艾滋病继发卡氏肺囊虫肺炎有重要诊断价值。

[关键词] 艾滋病; 肺部合并症; HIV 抗体; 卡氏肺囊虫肺炎

[中图分类号] R 563.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)05-0452-03
doi:10.3969/j. issn. 1674-3806. 2012. 05. 23

Imaging manifestation of secondary pneumocystis carinii pneumonia in 28 AIDS patients LI Quan-ling. CT Room, Lingshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangxi 535400, China

[Abstract] **Objective** To explore the imaging manifestation of secondary pneumocystis carinii pneumonia in

AIDS patients. **Methods** A retrospective analysis of imaging manifestation of 28 AIDS with secondary pneumocystis carinii pneumonia diagnosed in our hospital from January 2009 to December 2011 was performed. **Results** The typical imaging manifestation of secondary pneumocystis carinii pneumonia included the diffuse and exudative lesions distributing over the bilateral lung fields surrounding hilum of lung, lesions were ground-glass shape, grid, map-like or gravel sign. **Conclusion** The chest X-ray and CT scan have important value in the diagnosis of secondary pneumocystis carinii pneumonia in AIDS patients.

[**Key words**] AIDS; Pulmonary complications; HIV antibody; Pneumocystis carinii pneumonia

艾滋病即获得性免疫缺陷综合征(acquired immunodeficiency syndrome, AIDS)是人感染了人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)所导致的传染病。HIV 病毒攻击感染者免疫系统,大量吞噬、破坏 T_4 淋巴细胞,从而破坏人的免疫系统,使人的抵抗能力丧失,最终感染者会因感染其他的疾病导致各种复合感染而死亡^[1,2]。其中以肺部感染最为常见,约占 50%^[3],并以卡氏肺孢子虫感染引起的卡氏肺囊虫肺炎(pneumocystis carinii pneumonia, PCP)最常见,约占 AIDS 肺部感染的 60% ~ 85%^[4]。笔者对本院 2009-01 ~ 2011-12 收治的 28 例 AIDS 患者合并 PCP 的影像学资料进行回顾性分析,旨在探讨 AIDS 患者继发肺部感染的影像学表现。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2009-01 ~ 2011-12 经我院 HIV 抗体检查阳性确诊为 AIDS 继发 PCP 的患者 28 例,其中男 19 例,女 9 例,男女比例为 2.1:1.0,年龄 35 ~ 73 岁,平均 41.5 岁。感染途径:吸毒 18 例,性生活紊乱史 10 例。病程 3 ~ 10 年。肺部感染病程 < 7 d 6 例,7 ~ 14 d 15 例,另 7 例病程反复,病程超过 14 d 以上,最终难以控制肺部感染,因呼吸衰竭而死亡,平均病程长达 16 d。全部病例确诊为 AIDS 后(以 HIV 抗体检测阳性为准)1 ~ 10 年出现肺部感染症状。

1.2 临床表现 本组 28 例患者主要的临床症状有持续低热、全身乏力、长期腹泻、消瘦、头痛、恶心、关节肌肉疼痛、红斑样皮疹、夜间盗汗、咳嗽气促等。主要体征有两肺听诊可闻及湿啰音或干啰音 13 例,其中 2 例伴有哮鸣音;9 例一侧肺呼吸音减弱;另 6 例肺部听诊未闻及异常呼吸音。全身浅表淋巴结肿大 5 例,以腋下淋巴结、颈部淋巴结肿大为主,大小为 2 ~ 6 cm。

1.3 检查方法 28 例患者均行 CT 扫描和 X 线平片检查,CT 扫描采用 GE LEGAT 单排螺旋 CT 扫描,层厚 5 mm,层间距 10 mm,扫描 16 ~ 23 层。平片

采用 SEDECAL X PLUS DR 系统摄影。

1.4 病原学检查 28 例患者血清 HIV 抗体初筛阳性后均经广西壮族自治区疾控中心实验室检查 HIV 阳性。20 例行支气管内镜取检,5 例行肺部穿刺取检,3 例尸检,病理证实均为 PCP。

2 结果

2.1 X 线胸片表现 18 例双侧肺野呈渗出性淡薄的磨砂玻璃样、云絮状阴影、病灶边缘模糊,病灶局限于 1 ~ 2 个肺叶或累及整个肺野,占 64.3%。6 例病变自肺门区向中外带肺野蔓延,周围肺野尚清晰,双肺野呈网状表现,占 21.4%,其中 2 例伴有斑片状渗出病灶,病灶边缘模糊不清,分布于两侧中肺野邻肺门周围。2 例为局限的单叶间质性或肺泡性浸润,呈小结节地图样或碎石路征。2 例多个肺野呈大叶性实变表现。

2.2 CT 表现 20 例表现为双侧肺野对称性或不对称的弥漫性渗出性病灶,病灶表现为磨砂玻璃样边缘模糊的大片状或斑片状高密度灶,其中 1 例合并肺囊肿。6 例表现为大片状融合肺实变,肺泡含气消失,实变灶中可见充气支气管征,且其中 2 例并见肺不张,2 例纵隔和(或)肺门淋巴结肿大。2 例双侧肺野呈现出密集细小的网织状结节改变,网织结节分布均匀边界不清,呈小结节地图样或碎石路征,肺野透光度减低,并见间质纤维化的结节索条影。

3 讨论

3.1 AIDS 是由 HIV 病毒感染引起的全身性疾病,基本特征是 CD_4 淋巴细胞的耗竭,导致一系列免疫缺陷综合征。HIV 相关性肺部感染是 AIDS 患者最重要的并发症,同时,肺部感染也是导致患者病死率上升的主要原因。引起 HIV 相关性肺部感染的病原体主要包括真菌、寄生虫、病毒、分枝杆菌以及弓形体等。PCP 是 HIV 感染者最常发生和最严重的肺部机会性感染,发病率高达 60% ~ 85%,当前随着抗逆转录病毒药物的治疗及预防措施的应用,PCP 发病率有所下降;但在未知感染 HIV 病毒的患

者中,初发 PCP 仍将继续发生。卡氏肺囊虫在过去认为是属于原虫,最近研究者根据其超微结构和对卡氏肺囊虫核糖体 RNA 种系发育进行研究分析,认为肺囊虫是属于真菌类,它对肺组织有高度的亲和力^[5]。PCP 早期在胸部平片及 CT 肺部扫描均表现为双肺门周围弥漫基本对称或不对称的网状或网织结节状影和对称的毛玻璃影,病灶自肺门向两侧肺间质浸润,由中肺向下肺发展,大片状融合肺实变,实变灶中可见充气支气管征,肺尖部通常受累较晚,肺野外带透光度增强,可见典型代偿性肺气肿的征象——“柳叶征”或“月弓征”。这种影像学的变化特点可能为病原体沿支气管行走方向逐渐侵袭发展的结果。在早期,弥漫性渗出病灶呈肺腺泡状分布于肺门两侧周围肺野,类似于间质性病变,呈网织状、斑片状,但病灶进展较快,大约 2~4 d 后病变融合即会出现明显的肺泡渗出性实变特征。以往通常认为是间质性肺炎,但实际上应该是肺泡和含气腔隙的渗出,实变伴有浆细胞的少量浸润。PCP 晚期多以一种影像表现为主多种影像并存的弥漫性全肺浸润,后发展为整个肺弥漫性病变。非典型的影像表现通常有空洞性结节和多发性小结节、纵隔肺门淋巴结肿大、肺不张、肺囊肿、胸腔积液、肿块影等,它们可同时发生,亦可单独存在。多数学者^[6]认为 PCP 一般不会导致胸腔积液,认为并发胸腔积液是由于合并了其他的感染所导致,通常纵隔肺门淋巴结肿大和肺不张的出现也较少。本组表现为典型的双侧肺野磨砂玻璃样边缘模糊的大片状或斑片状高密度灶 20 例,其中 1 例合并肺囊肿;大叶实变 6 例,其中 2 例合并肺不张,2 例合并肺门淋巴结肿大;多发网织状小结节型 2 例。全部病例均未出现气胸和胸腔积液的影像学表现。

3.2 PCP 的影像学检查通常有胸部平片和胸部 CT 扫描,但胸片的分辨率相对较低,对 PCP 的早期诊断受限。早期病变胸片往往无阳性发现,或者仅表现为肺纹理增粗、模糊,肺野透光度减弱,CT 检查能发现早期微小病变或更细致的肺内改变,特别是高

分辨率 CT(HRCT)的应用,能大大提高病变的检出率,国外报道^[7]接近有 10% 的 PCP 病人胸部平片表现正常而 HRCT 表现有异常改变。PCP 患者最常见的肺部症状是胸痛、干咳、呼吸增快、呼吸困难、发绀、通气功能障碍和长期低发热,也可中度发热,尽管肺内病灶较多但很少有高热。临床症状与肺部体征、影像学表现常常分离,往往自觉症状较重而体征较轻,大多数患者肺部听诊无明显异常,或仅有少量干、湿性啰音,这是 AIDS 合并 PCP 的典型临床表现。另外可伴有 AIDS 的其他症状,全身乏力、长期腹泻、消瘦、头痛、恶心、关节肌肉疼痛、红斑样皮疹等。AIDS 合并 PCP 患者由于机体内免疫功能降低,大部分患者治疗效果欠佳,病程往往难以控制,病灶不但不吸收反而扩大,这是 PCP 的另一特点。总之,当影像学检查发现双侧肺野弥漫性渗出性病变分布于肺门两侧周围肺野,病灶自肺门向两侧肺间质浸润,由中肺向下肺发展,呈磨砂玻璃状、网格状、地图样或碎石路征等典型的影像学表现时,应考虑到 AIDS 合并 PCP 的可能。结合血清 HIV 抗体阳性并排除其他并发症后,AIDS 合并 PCP 的诊断可以成立。

参考文献

- 1 李明毅. AIDS 病人的肺部并发症[J]. 中国实用内科杂志, 2002, 22(6): 346.
 - 2 柳学国, 译. 艾滋病临床影像诊断[M]. 天津: 天津科技翻译出版社, 2002: 50.
 - 3 徐莲芝. 实用艾滋病防治指南[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2001: 1269.
 - 4 沈比先. 爱滋病人卡氏肺囊虫肺炎的影像学诊断[J]. 临床放射学杂志, 2000, 19(5): 278-280.
 - 5 宋文艳, 李宏军. 艾滋病合并肺部巨细胞病毒感染的影像学与管理对照[J]. 放射学实践, 2010, 25(1): 44-46.
 - 6 莫定彪. 艾滋病合并肺部感染的影像学分析[J]. 右江医学, 2005, 33(3): 267-268.
 - 7 Kaplan JE, Benson C, Holmes KH, et al. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV - infected adults and adolescents[J]. MMWR Recomm Rep, 2009, 58(RR-4): 1-207.
- [收稿日期 2012-01-18][本文编辑 杨光和 蓝斯琪]

欢迎 订 阅

欢迎 投 稿

欢迎 刊 登 广 告

本刊地址:广西南宁市桃源路6号,邮编:530021,电话:(0771)2186013

E-mail: zglexyzz@163.com

万方数据

《中国临床新医学》杂志编辑部