

· 临床经验 ·

小儿艾滋病 58 例

霍开明

(焦作市第二人民医院儿科,河南 焦作 454001)

[中图分类号] R512.91 [文献标识码] D [文章编号] 1008-8830(2008)03-0401-02

获得性免疫缺陷综合征(AIDS)即艾滋病是由人类免疫缺陷病毒(HIV)引起的严重危害人类健康的一种疾病。小儿患病自成人传播而来,1982 年报道了首例儿童 HIV 感染后,此病在小儿的发生日益增多,治疗困难,预后极差。有关小儿 AIDS 报告尚少见,作者 2005 年 2 月至 2007 年 2 月在援赞比亚医疗队工作期间收集了资料比较完整的 58 例小儿 AIDS,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2005 年 2 月至 2007 年 2 月在赞比亚共和国中央省 Kabwe 总医院儿科收住的 58 例小儿 AIDS;其中男 34 例,女 24 例;年龄最大 13 岁,最小 1 个月,<1 岁 19 例,1~3 岁 24 例,4~6 岁 6 例,7~10 岁 5 例,>10 岁 4 例;本组 58 例患儿母亲均为无症状 HIV 感染者或 AIDS,其中母亲死于 AIDS 者 12 例,母亲为 AIDS 者 25 例,母亲为无症状 HIV 感染者 21 例,49 例家庭双亲均为 HIV 感染者。

1.2 诊断标准

参照 2002 年中华医学会儿科学分会感染学组和免疫学组制定的标准^[1],本组 58 例均符合诊断。

1.3 临床表现

小儿 AIDS 临床表现无特异性,轻重差异悬殊。本组 58 例中 3 例患儿无任何感染的症状和体征;1 岁内出现症状者 23 例(39.7%),1~3 岁出现症状者 20 例(34.5%);长期反复发热(>1 月)者 43 例(74.1%);慢性反复腹泻(>1 月)42 例(72.4%),大便每日 3 次以上,为黄色稀便,量多少不等,时有粘液,同时伴有不同程度的脱水和水电解质紊乱;全身浅表淋巴结不同程度的肿大 49 例(84.5%);肝脏右肋下 2~6 cm,脾脏左肋下 1~3 cm,质硬或中

等 39 例(67.2%);反复或持续性上呼吸道感染、鼻窦炎或中耳炎 18 例(31.0%);腮腺炎 9 例(15.5%);反复发作迁延性肺炎 20 例(34.5%);卡氏肺囊虫肺炎 11 例(19.0%);结核病 10 例(17.2%);败血症 21 例(36.2%);贫血 32 例(55.2%);疱疹性口腔炎 33 例(56.9%);反复迁延性鹅口疮 24 例(41.4%);水痘或/带状疱疹 8 例(13.8%);肾病 8 例(13.8%);脑病(发育和智能滞后或倒退,运动障碍>2 月)18 例(31.0%);中枢神经系统感染 11 例(19.0%);有疟疾病史者 38 例(65.5%);卡波西肉瘤/淋巴瘤 3 例(5.2%);病毒性肝炎 17 例(29.3%);生长发育迟缓和体重下降 30 例,其中体重比正常平均体重下降>15%者 12 例(20.7%),下降>25%者 10 例(17.2%),下降>40%者 8 例(13.8%)。

按照美国疾病控制中心艾滋病分期^[2],本组患儿临床分期及免疫学状态^[3]见表 1。

1.4 实验室检查

用酶联免疫吸附法测 HIV 抗体均为阳性,其中 I 型 51 例,II 型 7 例(18 个月以下患儿阳性者同时用 PCR 法检测病毒核酸均阳性)。血常规:白细胞<4.0×10⁹/L 者 13 例,4.0~10.0×10⁹/L 者 29 例,>10.0×10⁹/L 者 16 例,血红蛋白<30 g/L 者 8 例,30~60 g/L 者 11 例,61~90 g/L 者 13 例。尿常规:白细胞(+~+++++)11 例;28 例大便常规示

表 1 58 例 AIDS 患儿临床分期及免疫学状况

分期	例	免疫学状态		
		无抑制	中度抑制	重度抑制
无临床表现期(N)	3	2	1	0
轻度临床表现期(A)	8	4	3	1
中度临床表现期(B)	14	3	6	5
重度临床表现期(C)	33	1	8	24
合计	58	10	18	30

[收稿日期]2007-11-24;[修回日期]2008-01-21
[作者简介]霍开明,男,硕士,副主任医师。主攻方向:新生儿和小儿神经和感染性疾病。

有感染。胸部 X 线片:可见网状和结节状影、斑片状影、条索状影、支气管淋巴结大、边缘模糊、心影增大、胸腔积液等多种表现,胸片报告支气管肺炎 20 例,胸膜炎胸腔积液 6 例,心包积液 1 例。38 例合并疟疾患儿血厚涂片检测均发现疟原虫,肝功能 SGPT 增高 26 例。

1.5 治疗及转归

①控制感染:根据感染原因给以抗细菌,抗真菌及针对机会性感染的治疗;②对症和支持治疗:输血,营养支持,补充多种维生素等;③高效联合抗逆转录病毒治疗(HAART):指征为婴儿患者及临床 C 期或/免疫状态重度抑制的病儿且严重机会性感染已控制,有结核感染者抗结核治疗 2 月后。一般采用 3 联治疗:使用 2 种核苷类逆转录酶抑制剂(NRTI)齐多夫定(AZT)或司他夫定(d4T)+拉米夫定(3TC)加一种非核苷类逆转录酶抑制剂(NNR-TI)依法韦伦(EFV)或奈韦拉平(NVP),即 AZT(或 d4T)+3TC+EFV(或 NVP)。本组开始 HAART 者 21 例,13 例患儿 HAART 治疗后机会性感染减少,3 例治疗后免疫状态明显好转,2 例患儿因显著肝毒性停止治疗;本组 58 例,死亡 23 例,其中婴幼儿 16 例,死亡原因为肺炎 15 例,败血症 5 例,中枢感染 3 例。

2 讨论

我国 AIDS 疫情呈上升趋势,地区差异大,存在艾滋病疫情进一步蔓延的危险^[4]。

近年研究发现 HIV 使 CD₄⁺T 淋巴细胞被大量破坏,细胞免疫功能低下或衰竭,引起的各种机会性感染,常是致死的原因;同时 CD₄⁺T 细胞大量破坏,丧失辅助 B 淋巴细胞分化的能力,使体液免疫功能亦出现异常,表现为易患严重化脓性病变。

小儿 AIDS 潜伏期较成人为短,发病急,病情进展快,临床表现无特异性,非常复杂,其症状和体征的发生与发展和免疫系统受损程度及病儿机体器官功能状态相关,累及多系统,以呼吸、消化、血液和淋巴系统为主。本组病例 2 个系统同时受累者 43 例(74.1%),3 个系统同时受累 24 例(41.4%),4 个系统同时受累 11 例(19.0%)。各种机会性感染是 AIDS 的主要临床表现,特点为反复、严重、持久,不常见和致病力低的病原体常为感染原;多于婴幼儿期发病(74.1%);感染部位以呼吸道最常见(46 例,79.3%),其次为消化道(42 例,占 72.4%)。生长发育迟缓和体重下降(51.7%)是小儿 AIDS 特殊表现,但非特异性表现;婴幼儿易发生脑病综合征(本组

18 例),且出现早,预后差。恶性机会性肿瘤如卡波西肉瘤/淋巴瘤小儿不常见,本组 3 例(5.2%)。

儿童感染 HIV 主要经母婴垂直传播,其中以宫内感染最为多见^[5,6],因此儿童 AIDS 是可以预防的。预防儿童 AIDS 的关键在于阻断母婴传播,感染 HIV 的妇女应避免怀孕,已怀孕的应尽快中止妊娠,HIV 感染的孕妇可应用抗病毒药物预防,从妊娠 14~34 周开始服用 AZT 100mg/kg,1 次/每 6 h,其新生儿在出生后使用 AZT 6 周,可使非母乳喂养妇女的围生期母婴传播率减少 2/3 以上。在分娩过程中应避免损伤性操作,如羊膜穿刺术、胎头吸引术等;阴道分娩传播率较高,而剖宫产传播率较低。HIV 感染母亲应采用人工喂养,可使婴儿 HIV 感染减少约 1/2^[5]。

HAART 可抑制 AIDS 病儿的 HIV 复制,保存和恢复免疫功能,降低病死率和 HIV 相关性疾病的发病率^[7,8]。本组病儿治疗表明,HAART 可改善部分 HIV 感染患儿机体免疫状况,减少机会性感染的发生,但 HAART 须长期不间断治疗,其依从性对治疗结果很重要。并发症是 AIDS 病儿就诊、入院、致死的最重要原因,是 AIDS 诊断与分期的主要依据,因此,在 AIDS 治疗中,除了 HAART 外,处理好相关并发症对延长 AIDS 病儿生存时间和提高生活质量十分重要。

[参 考 文 献]

[1] 中华医学会儿科学分会感染学组和免疫学组. 小儿 HIV 感染和艾滋病诊断及治疗建议[J]. 中华儿科杂志, 2003, 41(8): 611-613.

[2] Centers for Disease Control. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults[J]. MMWR Recomm Rep, 1992, 41(RR-17): 1-19.

[3] 杨锡强,易著文. 儿科学[M]. 第 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2004, 228-232.

[4] 中华人民共和国卫生部,UNAIDS,WHO. 2005 年中国艾滋病疫情与防治工作进展[R]. 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心, 2006, 1.

[5] 方峰. 人类免疫缺陷病毒的母婴传播与预防[J]. 实用儿科临床杂志, 2004, 19(7): 534-536.

[6] Boland M. Overview of perinatally transmitted HIV infection[J]. Nurs Clin North Am, 1996, 31(6): 155-164.

[7] Gona P, Van Dyke RB, Williams PL, Dankner WM, Chernoff MC, Nachman SA, et al. Incidence of opportunistic and other infections in HIV-infected children in the HAART era[J]. JAMA, 2006, 296(3): 292-300.

[8] Resino S, Resino R, Micheloud D, Gurbindo Gutiérrez D, León JA, Ramos JT, et al. Long-term effects of highly active antiretroviral therapy in pretreated, vertically HIV type 1 infected children: 6 years of follow-up[J]. Clin Infect Dis, 2006, 42(6): 862-869.

(本文编辑:吉耕中)