

· 病例报告 ·

儿童艾滋病4例分析

文玲莉

(武汉市儿童医院血液科, 湖北 武汉 430016)

[中图分类号] R512.91 [文献标识码] E

艾滋病即获得性免疫缺陷综合征(AIDS),是由人类免疫缺陷病毒(HIV)感染所致的一种传播迅速、病死率极高的疾病。小儿 HIV 感染主要由母婴传播途径获得,其次由输入的血液(全血或血浆)和血液制品获得^[1]。由于儿童 AIDS 表现多样,无特异性,往往造成辗转多家医院后仍不能确诊的情况。因此,当务之急是提高对儿童艾滋病的认识,减少漏诊、误诊。现对本院4例儿童艾滋病临床资料分析、探讨如下。

1 临床资料

例1,男,7岁8个月,因持续发热咳嗽7d,于2004年1月入院,入院前数月有反复呼吸道感染,全身皮肤有破溃结痂病史,治疗效果不好。查体:消瘦,精神差,双眼结膜充血,咽红,双侧扁桃体Ⅰ°肿大,全身散在点片状暗红色斑丘疹,局部皮肤增厚,部分破溃结痂。双肺有干、湿啰音,肝右肋下3cm,脾左肋下2cm,肌力减低。血常规白细胞 $4.0 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对计数 $0.7 \times 10^9/L$,淋巴细胞绝对计数 $3.1 \times 10^9/L$,血红蛋白96g/L,血小板 $90 \times 10^9/L$ 。EB病毒抗体IgM,IgG阴性,肥达反应、结核抗体、血培养阴性,C反应蛋白162.9mg/L。X线胸片示两下肺野淡薄片状模糊影,肝功能异常,心电图窦性心动过速。因考虑病人反复感染,病情迁延不愈,淋巴细胞计数减低,做HIV筛查发现抗体阳性,后经省疾控中心确认为艾滋病。追问病史,患儿父母未外出打工,无输血、献血史,但患儿1岁6个月时因“肠梗阻”住院,有输血史,时隔近6年发病。

例2,男,12岁,因反复咳嗽、间断发热两年余,反复多次患肺炎,曾在结核病院治疗排除肺结核,于2004年6月住院。查体:消瘦,慢性面容,心肺未发现异常,肝脾不大。前颈部有大片植皮后疤痕,浅表

淋巴结不大,血常规白细胞 $4.9 \times 10^9/L$,淋巴细胞绝对计数 $2.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对计数 $1.9 \times 10^9/L$,血红蛋白121g/L,血小板 $143 \times 10^9/L$ 。血沉25mm/h,肝功能正常,C反应蛋白30.85mg/L,免疫球蛋白IgG12.460g/L,IgA4.121g/L,IgM0.706g/L。结核抗体、血培养阴性,血支原体、衣原体抗体阴性。胸片示两肺纹理增强,左下肺野内见条状影,肺CT左下肺纹理增强、模糊,间质改变。HIV抗体阳性。省疾控中心确认为艾滋病,追问病史,患儿2岁时因颈部烫伤输过血,7年后发病。

例3,男,7岁10个月,因乏力、嗜睡3月余,伴咳嗽、发热于2004年6月住院,在当地医院诊断“支气管哮喘合并感染”,多次治疗效果不好。查体:消瘦,精神差,双肺有哮鸣音,心音低钝,肝右肋下3cm,脾不大,肌力差,未发现神经系统其他异常。血常规:白细胞 $10.6 \times 10^9/L$,淋巴细胞绝对计数 $1.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞绝对计数 $8.0 \times 10^9/L$,血红蛋白115g/L,血小板 $485 \times 10^9/L$ 。C反应蛋白17.12mg/L,免疫球蛋白IgM0.712g/L,IgG7.832g/L,IgA0.781g/L,IgE133.22IU/mL。血培养、结核抗体阴性。血气分析I型呼吸衰,肝功能ALT102U/L,GGT240U/L,心肌酶谱LDH1548U/L,LDH-11298U/L。X线胸片右上肺、左下肺可见密集细条纹状、小片状模糊阴影,肺CT双上肺及下肺可见小片状及斑片状密度增高影,“毛玻璃状”及“云絮状”,其透亮度减低。HIV抗体阳性。经省疾控中心确认为艾滋病。追问病史,患儿3岁时有输血浆史,4年后发病。

例4,男,8岁,因持续发热,阵发性咳嗽4个月,于2005年3月住院。查体:消瘦,慢性面容,口腔黏膜见白色膜状物,不易擦去,四肢皮肤有色素沉着,双肺有湿性啰音,颈部浅表淋巴结黄豆大小,血常

[收稿日期]2005-05-09; [修回日期]2005-07-05

[作者简介]文玲莉(1954-),女,大学,主任医师。主攻方向:血液肿瘤疾病。

规白细胞 $6.5 \times 10^9/L$, 淋巴细胞绝对计数 $0.7 \times 10^9/L$, 中性粒细胞绝对计数 $5.0 \times 10^9/L$, 血红蛋白 $130 g/L$, 血小板 $81 \times 10^9/L$, 胸片右下内见浅薄片状阴影, 痰培养铜绿假单胞菌、白色念珠菌, 肝功能、体液免疫球蛋白正常, EB 病毒抗体、结核抗体、血培养阴性, HIV 抗体阳性。经省疾控中心确认为艾滋病。追问病史, 患儿 2 岁因疑诊“脑炎”在当地医院住院, 用过血液制品, 6 年后发病。

2 讨论

机体从感染 HIV 到发展为艾滋病通常经历急性感染期、无症状潜伏期和严重免疫缺陷综合征 3 个时期。HIV 感染后潜伏期长短和病程进展速度在不同个体间存在较大差异^[2]。据近年报道, 一般认为成年人潜伏期 8~9 年, 儿童时间短些, 约 1~2 年。我院这 4 例病人潜伏期较长, 外周血淋巴细胞绝对值降低 $<2 \times 10^9/L$, 患儿已进入了严重免疫缺陷期, 也出现反复细菌、病毒感染, 累及多部位、多系统, 临床久治不愈。文献报道^[5] 儿童一旦发病, 进展很快, 死亡率高。追踪本院这 4 例病人, 第 1 例、第 3 例出院后不久死于感染。第 2 例由居住地的省疾控中心监控管理, 第 4 例病人回当地免费治疗, 但患儿病情危重。患儿从发病到确诊经历漫长, 辗转就医, 短者数月, 长者数年。其原因主要是该病具有反复多样的表现形式及临床对该病缺乏足够的认识所致, 因此, 必须加强对儿童艾滋病的认识, 特别是 HIV 破坏 CD4 T 细胞, 使免疫功能遭到严重损伤, 各种继发感染是 AIDS 的主要临床表现^[3]。这 4 例病人都有全身症状, 发热、消瘦、疲乏无力、体重下降, 不能支持正常的体力活动, 有皮肤损害(如皮疹、皮炎、全身瘙痒等)、口腔病变(如口腔炎、白色

念珠菌病)和肺部损害。

肺部疾病是儿童艾滋病发病和死亡的主要原因, 有超过 80% 的病例有肺部表现, 最常见的是卡氏肺囊虫肺炎(PCP), 淋巴细胞间质性肺炎(LIP)及包括细菌性肺炎、肺结核在内的反复细菌感染^[4]。肺部反复细菌感染表现持久的或不典型的过程, 经医院治疗后多易复发。其机制通常认为机体免疫功能低下造成多种机会菌入侵。此 4 例均有反复咳嗽、发热, X 线主要表现为急慢性感染。

儿童艾滋病传播途径主要为母婴传播, 其次为血液传播。我们确诊的 4 例病人, 3 例有确切的输血史, 1 例有用血液制品史。追问用血液及血制品的时间, 均在国家颁布输血法之前。对于出现以下情况的儿童应特别警惕: ①不明原因反复病毒或细菌感染, 进行性消瘦、乏力; ②不明原因反复肺部感染及肺部表现多样复杂化; ③曾有输血或血液制品史, 后有反复感染, 久治不愈者; ④来自艾滋病感染高发区者。应尽快及时做 HIV 抗体检测, 提高对艾滋病的认识, 避免误诊。

[参 考 文 献]

- [1] 王宏伟, 杨锡强, 朱启箴. 小儿 HIV 感染和艾滋病诊断及处理建议[J]. 中华儿科杂志, 2003, 41(8): 611-612.
- [2] 李良成, 冯铁建. 中国艾滋病人群中 HIV-1 抗性基因多态性及其与病程发展关系分析[J]. 中国性病艾滋病防治, 2001, 7(4): 206-208.
- [3] 杨锡强. 儿科医生应重视艾滋病的防治工作[J]. 中华儿科杂志, 2003, 41(8): 563-564.
- [4] 王维, 申昆玲. 儿童艾滋病三例分析[J]. 中华儿科杂志, 2002, 40(7): 391-39.
- [5] 王立秋. 全球艾滋病流行进展[J]. 中国性病艾滋病防治, 2002, 8(1): 3-6.

(本文编辑: 吉耕中)