

形等^[2]。无三尖瓣下移畸形的先天性单纯三尖瓣关闭不全在临床上极为罕见。Aaron 等^[3]描述了先天性三尖瓣关闭不全特点如下:①局限性或弥漫性的瓣叶增厚;②腱索和乳头肌的发育不良,大多数总是粘合或圈合着瓣膜的边缘;③瓣叶从右室面不恰当地分离;④瓣膜组织的局限性发育不全。先天性单纯三尖瓣关闭不全与 Ebstein 畸形在临床表现上可能很相似,但是在解剖结构上却完全不同。Ebstein畸形的显著特征就是三尖瓣隔瓣的下移和右室房化。在先天性单纯三尖瓣关闭不全中,三尖瓣瓣叶都在正常水平,没有房化的右室,保留了右室肌性结构的整体完整性。先天性单纯三尖瓣关闭不全在术前确诊较为困难,确诊有赖于术中所见。本例患儿手术证实为先天性单纯三尖瓣关闭不全。

绝大多数先天性单纯三尖瓣关闭不全的自然病史很长,有相当长时间的代偿期,本例患儿无临床症状,但超声心动图提示三尖瓣前瓣脱垂并重度关闭不全,右房、右室显著扩大。胸片提示:右房、室扩大,心胸比率 0.73。患儿年龄幼小,但三尖瓣关闭不全程度重,进展快,右房、右室扩大明显,极易引起

右心功能不全,进而影响左心功能。患儿有手术适应证,鉴于患儿年龄幼小,处于生长发育中,手术选择三尖瓣成型术。术后复查心脏彩超:瓣膜活动改善,收缩期右房侧见轻度返流信号,右心较术前明显缩小。胸片:心影较术前小,心胸比 0.62。术后恢复顺利,手术效果确切。三尖瓣成型术对于儿童先天性三尖瓣关闭不全近期治疗效果是乐观的,但远期效果不太清楚,对于这类患者,应长期随访,动态观察,以为我们提供更多的临床资料作进一步的研究和分析。

[参 考 文 献]

[1] Hung MJ, Kuo LT, Wang CH, Cherng WJ. Reversible left ventricular function after tricuspid valve[J]. Echocardiography, 2002, 19(6):517-520.

[2] Sakai K, Inoue Y, Osawa M. Congenital isolated tricuspid regurgitation in an adult[J]. Am Heart J,1985, 110(3):680-681.

[3] Aaron BL, Mills M, Lower RR. Congenital tricuspid insufficiency: definition and review[J]. Chest, 1976, 69(5):637-641.

(本文编辑:吉耕中)

· 病例报告 ·

小儿组织胞浆菌病伴分枝杆菌感染 1 例报告

陈永新,李文仲

(广东省人民医院儿科,广东 广州 510100)

[中图分类号] R379 [文献标识码] E [文章编号] 1008-8830(2008)01-0092-02

1 临床资料

患儿,男,5 岁,散居农村儿童。因双侧颈部淋巴结肿大 1 月余,发热半个月于 2004 年 12 月 2 日入院。体查:T 38.4℃,P 120 次/min,R 27 次/min,血压 106/63 mmHg。神志清晰,中度贫血貌,双侧颈部、腋下及双侧腹股沟均可扪及成串大小不一淋巴结,以颈部淋巴结肿大明显,大小为 1 cm×1 cm 至 4 cm×6 cm,质硬,可移动,有轻压痛。心肺未见异常。肝右肋下 3 cm,脾左肋下 3 cm 可扪及,质

软,无压痛。实验室检查:WBC 14.63×10⁹/L,RBC 3.31×10¹²/L,HB 89 g/L,PLT 248×10⁹/L。ESR 48 mm/h,C 反应蛋白 123 mg/L,肝肾功能正常。人类免疫缺陷病毒、梅毒抗体和结核抗体均阴性。痰涂片:未见真菌及菌丝。血真菌培养阴性。胸部 X 线检查未见异常。左颈淋巴结活检,结果提示:淋巴窦及组织细胞胞浆内见大量孢子样物,少数组织坏死,形态改变符合组织胞浆菌病。予静脉滴注氟康唑 6 mg/kg,每日 1 次,口服伊曲康唑 3 mg/kg,每日 1 次,5 日后体温渐恢复正常。治疗 2 周,颈部淋巴结缩小到 0.5 cm×0.5 cm 至 3 cm×3 cm,肝右肋下

[收稿日期]2007-04-10;[修回日期]2007-05-12
[作者简介]陈永新,男,硕士,主治医师。主攻方向:小儿呼吸专业。

2 cm ,脾未扪及。给予伊曲康唑口服带药出院,定期返院复查血常规及肝肾功能。患者于2005 年2 月15 日因颈部淋巴结再次肿大返院治疗。该次入院体查:双侧颈部、腋下及双侧腹股沟均可扪及成串大小不一淋巴结,以左颈部淋巴结肿大明显,大小为2 cm×2 cm 至4 cm×4 cm,质硬,可移动,有压痛。肝脾肋下未扪及。再作颈部淋巴结活检,结果提示:淋巴组织中见多量肉芽肿样改变,中央见干酪样坏死,未见多核巨细胞(苏木精-伊红染色),特殊染色(PASM 染色)见多量圆形荚膜样菌,抗酸亦见数条阳性杆菌(图1A,B)。诊断:淋巴结组织胞浆菌病伴分枝杆菌感染。在给予静脉氟康唑及口服伊曲康唑基础上,加予异烟肼、利福平、吡嗪酰胺和乙胺丁醇治疗1 周后,颈部淋巴结较前缩小,予带药出院。其中氟康唑及伊曲康唑共用药12 周;异烟肼、利福平、吡嗪酰胺和乙胺丁醇联合使用2 个月,异烟肼和利福平继续使用4 个月,患者完全康复。

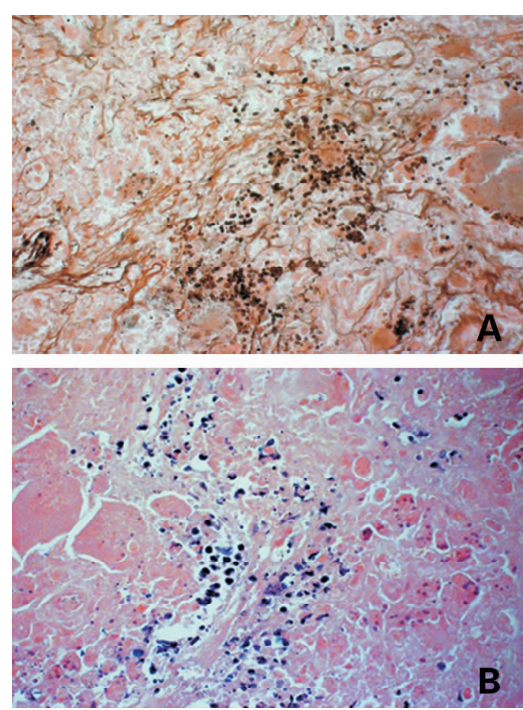


图1 颈部淋巴结病理图 A:六胺银染色(PASM),可见多量圆形荚膜样菌;B:苏木精-伊红染色,可见多量肉芽肿样改变,中央见干酪样坏死。

2 讨论

组织胞浆菌病是一种由组织胞浆菌引起的以侵犯网状内皮系统或肺部为主的深部真菌病。也是HIV 阳性者、AIDS、肺结核等病人的重要机会性感染疾病^[1]。我国并非组织胞浆菌病的流行区,文献资料也仅见散发病例报道,但近年来有增多的趋势。

其临床表现无特异性,诊断较困难,人们对该病的重视不够,误诊误治多见。

本病传染源为自然界带菌的禽鸟类如鸡、蝙蝠、鸽或被其粪便污染的土壤、尘埃等,以及被感染的动物如猫、犬、牛、马等。呼吸道是主要的传染途径^[2]。

根据临床表现,组织胞浆菌病大致分为以下4 型^[3]:①无症状型:临床无症状,仅组织胞浆菌素皮试阳性,组织胞浆菌感染95% 属此型。②急性肺型:有流感样症状,肺部有啰音,胸片见支气管肺炎改变。③慢性肺型:常发生于慢性阻塞性肺病患者,胸片早期可呈肺炎样改变,后期为空洞形成。④播散型:多见于婴幼儿及细胞免疫功能低下或缺乏者,除急性肺型症状外,表现为多脏器受损,肝、脾、淋巴结最常受累,贫血、白细胞减少和血小板减少等。本例基本符合播散型表现。

真菌染色、真菌培养及病理组织特殊染色检查对本病具有诊断价值。有报道治疗播散性组织胞浆菌病首选二性霉素B^[4],但其毒副反应较大,尤其在儿童较长时间应用时易造成肾脏损害及其他不良反应。本例采用静脉滴注氟康唑加口服伊曲康唑,既取得较好的临床疗效,又减少了不良反应的发生。本例初诊为组织胞浆菌病,经治疗后好转,但1 月后症状反复,淋巴结活检提示:组织胞浆菌病伴分枝杆菌感染。其发生可能与患者为幼儿,生活条件较差,患组织胞浆菌病后免疫力下降有关。亦有先诊断为肺结核再重叠感染组织胞浆菌病的报道^[5]。因此,我们在工作中应扩展诊断思维,当对单一疾病治疗无效时应考虑是否存在其他感染,特别是对于免疫功能低下或缺陷的患者,更应注意观察病情发展,及时诊断,及早给予相应治疗。

[参 考 文 献]

[1] 崔宜庆. 组织胞浆菌病近况概述[J]. 预防医学论坛,2005,12 (1):71-73.
[2] Jimenez RA, Uran ME, De Bedout C, Aranqo M, Tobon AM, Cano LE, et al. Outbreak of acute histoplasmosis in a family group: identification of the infection source [J]. Biomedica, 2002, 22 (2): 155-159.
[3] Cano MV, Hajjeh RA. The epidemiology of histoplasmosis: a review[J]. Semin Respir Infect, 2001, 16(2): 109-118.
[4] 朱焕玲,龚玉萍,刘霆. 组织胞浆菌病一例[J]. 中华内科杂志,2004, 43(9):708.
[5] 刘志刚,许竹生,蒋洪海. 肺结核重叠组织胞浆菌病1 例报告[J]. 新医学, 2004, 35(4):228-229.

(本文编辑:吉耕中)