

支气管镜下透壁肺活检确诊肺孢子菌肺炎3例

香松林, 寿志南, 彭 宁, 高 奇, 黄 美

(贵阳市第一人民医院 呼吸内科, 贵州 贵阳 550004)

[关键词] 肺孢子菌; 肺炎; 透壁肺活检; 人类获得性免疫缺乏综合征; 支气管镜

[中图分类号] R563.1 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2013)02-0218-01

肺孢子菌肺炎,是由肺孢子菌(*pneumocystis*, PC)引起的肺部感染,又称卡氏肺囊虫肺炎(*pneumocystis carinii pneumonia*, PCP),是免疫功能低下患者最常见、最严重的机会性感染性疾病。2011年12月~2012年5月收治3例人类获得性免疫缺陷综合征合并PCP病例,报告如下。

1 临床资料

3例PCP患者均为住院患者。男1例,女2例,年龄23~50岁;临床表现有高热、干咳、气促,肺部听诊正常;胸部CT表现为双肺不同程度磨玻璃影,肺弥散功能不同程度受损,经正规抗感染治疗临床症状无好转。3例均为酶联免疫吸附试验初筛和疾病预防控制中心(CDC)蛋白印迹试验确认证实HIV阳性。为明确肺部病灶性质,3例均行支气管镜下透壁肺活检及肺泡灌洗检查。

支气管镜下见支气管黏膜正常,未见分泌物,透壁肺活检组织于4%中性甲醛固定4h,脱水、透明、浸蜡、包埋,切片(3~5 μm 厚),常规HE染色,见肺泡腔闭塞、塌陷;过碘酸六胺银染色(periodic acid-silver methenamine, PASM),高倍镜下3例肺泡腔内见棕色卡氏肺囊虫包囊(图1),1例肺泡灌洗液(tranbronchil lung biopsy, TBLB)中找到卡氏肺囊虫滋养体,确诊PCP。3例确诊断为艾滋病伴卡氏肺孢子虫肺炎。

2 讨论

PCP易感人群分为两类,一类为HIV感染人群,尤其是外周血 CD4^+ 细胞 $<200/\text{mm}^3$ 者^[1];另一类为免疫功能低下的患者,如恶性肿瘤、器官移植、长期使用免疫抑制药物治疗的患者。本组3例

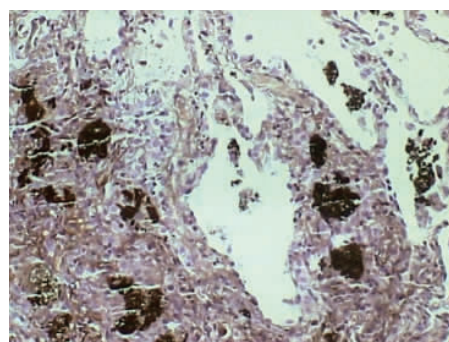


图1 肺泡腔内卡氏肺囊虫包囊(PASM $\times 400$)

Fig. 1 Cyss of pneumocystis in alveolar cavity

PCP患者均为符合文献[2]标准的HIV感染的AIDS患者。合并PCP的艾滋病患者的病死率达10%~20%,如不治疗,常死于呼吸衰竭^[3]。PCP早期诊断、及时治疗对预后有重要意义。高危人群一旦出现发热、干咳、进行性呼吸困难、低氧血症及影像学表现为双肺弥漫的磨玻璃影时,临床上应警惕PCP。PCP的症状、体征及影像学表现均无特异,确诊依靠病原学检查,如痰液、支气管肺泡灌洗或肺组织活检发现肺孢子菌的包囊或滋养体。

本组3例PCP病人均表现为干咳无痰,伴气促,取得痰标本需通过高渗盐水诱导排痰,但本地医院未开展诱导痰检查,故不能通过诱导痰标本检查明确诊断。支气管肺泡灌洗(bronchoalveolar lavage, BAL)对PCP的诊断有重要价值,是一种可靠的检查方法,支气管肺泡灌洗液(BALF)检查有阳性发现,即可做出诊断^[4]。3例PCP患者中,只有肺部病灶最弥漫、病情最重的1例患者BALF中找到卡氏肺囊虫包囊,说明通过BAL来确诊PCP除与支气管肺泡灌洗回收率、灌洗部位选择有关外,与肺部病灶严重程度也密切相关。本组3例PCP病例肺部病灶严重程度不同,但均通过支气管

(下转第220页)

APS 的筛查包括 AIRE 突变位点的检测、HLA 易感基因检测及相关自身抗体的检测(肾上腺皮质自身抗体、甲状旁腺自身抗体、甲状腺自身抗体、胰腺内分泌细胞自身抗体等)^[1,5]。临床应注意了解患者有无性腺功能减退,钙、磷代谢异常及 Addison 病的临床表现,必要时行性激素、PTH、ACTH 及皮质醇检查。甲状腺过氧化物酶抗体阳性患者多会发生甲状腺功能减低,TSH 水平是评估甲状腺功能的一项敏感指标。如果成人抗体阴性,TSH 水平正常,可以每 5 年筛查 1 次;如果抗体阳性,则必须每年筛查。每年评估皮质激素水平,并用 ACTH 兴奋实验来评估肾上腺功能,以避免危象的发生^[6]。

治疗 APS(除了 Graves 甲亢外)主要是采取激素替代疗法^[2]。APS 合并 Graves 甲亢时,需用同位素或他巴唑治疗,其中¹³¹I 疗效较好,因为 APS 患者免疫反应强,药物治疗易复发;合并甲减时,则需用甲状腺片、左旋甲状腺素片等替代治疗;合并 1 型糖尿病予胰岛素治疗。APS 患者内分泌系统及非内分泌系统的受累常呈序贯性,而非同时发生,故需要早期认识、定期监测,以避免漏诊、误诊^[1,5]。本组 9 例病人目前尚无肾上腺皮质功能减退的依据,但因各病因发病间隔可长达 20 年,故仍需定期随访。

3 参考文献

- [1] 管胡琰,李阳阳,刘煜. 自身免疫性多内分泌腺病综合征的临床进展[J]. 国际内分泌代谢杂志,2011(3):62-65.
- [2] George J Kahaly. Polyglandular autoimmune syndromes [J]. European Journal of Endocrinology,2009(161):11-20.
- [3] Amerio P,Tracanna M,De Remigis P,et al. Vitiligo associated with other autoimmune diseases:polyglandular autoimmune syndrome types 3B + C and 4[J]. Clin Exp Dermatol, 2006(315):746-749.
- [4] 曾跃平,孙秋宁,王宏伟,等. 自身免疫性多内分泌综合征 3C 型:白癜风. 普秃并发亚临床甲状腺功能减退[J]. 临床皮肤科杂志,2011(40):1564-1565.
- [5] Manuela Dittmar, George J. Polyglandular autoimmune syndromes:immunogenetics and long-term follow-up[J]. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 2003(88):2983-2992.
- [6] 陈家伦,宁光,潘长玉. 临床内分泌学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2011:1564-1565.

(2012-12-01 收稿,2013-01-15 修回)

编辑:潘 娅

(上接第 218 页)

镜下透壁肺活检, PASM 染色肺泡腔内见卡氏肺囊虫包囊而明确 PCP 诊断,表明支气管镜下透壁肺活检为诊断 PCP 的有效方法之一。

PCP 治疗的关键在于早期诊断、早期治疗,临床上不明原因发热患者,有免疫功能低下病史、胸部影像学提示散在或弥漫分布磨玻璃影时,需高度怀疑 PCP^[5]。因目前无肺孢子菌体外培养技术,应立即取呼吸道标本查找病原体。呼吸道标本中找到卡氏肺囊虫滋养体或包囊,均可确诊。

3 参考文献

- [1] 李永辉,敖丽英,詹静,等. 艾滋病继发卡氏肺孢子菌肺

炎的临床特点及影像表现[J]. 贵阳医学院学报,2011(1):71-72.

- [2] 中华医学会感染病学分会艾滋病学组. 艾滋病诊疗指南[J]. 中华临床感染病杂志,2011(6):321-330.
- [3] 刘又宁. 呼吸内科学高级教程[M]. 北京:人民军医出版社,2009:208-213.
- [4] 李强. 呼吸内镜学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2003:118.
- [5] 姚文虎,赵红,魏洪霞,等. 艾滋病合并卡氏肺孢子虫肺炎的临床诊断和治疗[J]. 江苏医药杂志,2004(6):480.

(2012-11-12 收稿,2012-12-19 修回)

编辑:周 凌