

获得性免疫缺陷综合征患者耳部疾患的临床特征

张立松 房高丽 侯静 马爱民

【摘要】目的 探讨获得性免疫缺陷综合征(AIDS)患者耳部病变的临床特征。**方法** 回顾性分析2015年1月至2019年6月因耳部疾病于首都医科大学附属北京地坛医院就诊的91例AIDS患者的临床资料,并选取150例有耳部疾患的非AIDS患者为对照组。对患者耳部症状及体征进行分析,并比较不同CD4⁺T水平AIDS患者及对照组耳部疾患的治疗及转归。**结果** 91例AIDS患者中急慢性炎性疾病34例(37.4%);耳聋44例(48.4%),其中感音神经性聋25例,含突发性聋9例;耳疱疹10例(11.0%);耳部肿物5例(5.5%),其中卡波西肉瘤4例,表皮囊肿1例;单纯耳神经及前庭功能异常15例(16.5%),临床症状为单纯耳鸣7例,眩晕5例,神经性耳痛3例。72例AIDS患者接受HAART治疗,78例接受耳部疾病的针对性治疗,3例未行任何治疗;对照组150例患者均接受耳部疾病的针对性治疗。经耳部针对性治疗后,CD4⁺T > 200个/μl的AIDS患者耳部疾病治疗有效率显著高于CD4⁺T < 200个/μl AIDs患者,差异有统计学意义($\chi^2 = 7.734, P = 0.005$),而较对照组耳部疾病治疗有效率差异无统计学意义($\chi^2 = 0.003, P = 0.959$)。**结论** AIDS患者的耳部疾患以炎症性疾病为主,症状重、易反复发作、不易治愈。除炎症外,还可出现耳聋、疱疹及特异性疾病,如卡波西肉瘤等。其治疗以改善全身免疫状态为主,局部对症治疗为辅。

【关键词】 获得性免疫缺陷综合征;耳部疾患;临床表现;治疗

Clinical analysis of ear diseases in patients with acquired immunodeficiency syndrome Zhang Lisong, Fang Gaoli, Hou Jing, Ma Aimin. Department of Otolaryngology, Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University; The National Clinical Key Department of Infectious Diseases; Beijing Institute of Infectious Diseases of Combination of Chinese Traditional and Western Medicine, 100015 Beijing, China

Corresponding author: Zhang Lisong, Email: zlszls1234@126.com

【Abstract】Objective To investigate the clinical characteristics of ear diseases in patients with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). **Methods** From January 2015 to June 2019, the clinical data of 91 AIDS patients complicated with ear diseases were analyzed, retrospectively, while 150 patients with ear diseases but without AIDS were selected as the control group. The ear symptoms and signs of patients with AIDS were analyzed, and the treatment and outcome of ear diseases of AIDS patients with different CD4⁺T and control group were compared, respectively. **Results** Among the 91 patients with AIDS, 34 (37.4%) cases were with acute and chronic inflammatory diseases; 44 (48.4%) cases with deafness, including 25 cases with sensorineural deafness and 9 cases with sudden deafness; 10 (11.0%) cases with ear herpes, 5 (5.5%) cases with ear tumors, including 4 cases with Kaposi's sarcoma and 1 case with epidermic cyst; 15 (16.5%) cases with simple nerve and vestibular dysfunction, whose clinical symptoms were simple tinnitus (7 cases), vertigo (5 cases) and neuralgia (3 cases). Among the enrolled patients, 72 patients with AIDS received HAART, 78 patients received targeted treatment for ear diseases, and 3 patients did not receive any treatment. All 150 patients in control group received targeted treatment for ear diseases. The effective rate of ear diseases in AIDS patients with CD4⁺T > 200 cells/μl was significantly higher than those of cases with CD4⁺T < 200 cells/μl, with significant difference ($\chi^2 = 7.734, P = 0.005$); but without significant difference compared with the control group ($\chi^2 =$

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2020.04.007

作者单位: 100015 北京, 首都医科大学附属北京地坛医院耳鼻咽喉科, 感染病科国家临床重点专科, 北京市中西医结合感染性疾病研究所

通信作者: 张立松, Email: zlszls1234@126.com

0.003, $P = 0.959$). **Conclusions** The ear diseases of patients with AIDS were mainly inflammatory diseases with severe symptoms, easy to recur and difficult to cure. In addition to inflammation, deaf, herpes and specific diseases, such as Kaposi's sarcoma and so on may also appear. The treatment of this kind of disease was mainly to improve the immune status of the whole body, and local symptomatic treatment was complementary.

【Key words】 Acquired immunodeficiency syndrome; Ear diseases; Clinical manifestations; Treatment

获得性免疫缺陷综合征 (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) 是由人类免疫缺陷病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) 引起的致死性传染病, 严重危害人类的生命与健康。1985年, 我国首次报告AIDS病例, 截至2018年9月30日, 全国报告现存活HIV/AIDS患者84.9万例, 死亡26.2万例^[1]。因此, AIDS防治工作刻不容缓, 据相关研究报道, 30%~84% AIDS患者可出现耳鼻咽喉、头颈部的临床表现^[2], 因此AIDS患者耳鼻咽喉、头颈部疾病应引起重视, 既往对此类患者鼻部及咽喉头颈部疾病研究相对较多, 而单纯耳部疾患的研究鲜有报道, 现对2015年1月至2019年6月于首都医科大学附属北京地坛医院就诊的伴有耳部疾病的91例AIDS患者的临床资料进行分析, 现报道如下。

资料与方法

一、一般资料

选取2015年1月至2019年6月于首都医科大学附属北京地坛医院耳鼻喉科诊治耳部疾患的AIDS患者共91例, 入组患者均经酶联免疫吸附试验 (enzyme-linked immuno sorbent assay, ELISA) 筛选, 再经蛋白印迹法 (Western blot) 确诊为AIDS患者, 具有完整的临床资料, AIDS的诊断标准依据2015年中华医学会感染学分会艾滋病学组制定的《艾滋病诊疗指南第3版 (2015版)》^[3]。入组患者CD4⁺ T淋巴细胞应用流式细胞计数仪测定。选取同期有耳部疾患的非AIDS患者150例为对照组。

二、观察指标

入组患者性别、年龄、耳部疾患症状、体征 (耳部分物型涂片检查及细菌培养)、全身及局部治疗及转归, AIDS传播途径、免疫功能指标 (T细胞亚群) 等。

三、治疗方法

1. 全身治疗: 给予AIDS患者高效抗反转录病毒治疗 (highly active antiretroviral therapy,

HARRT), 即“鸡尾酒疗法”, 通常选取核苷 (酸) 类反转录酶抑制剂如司他夫定 (成人及体重30 kg以上儿童: ≥ 60 kg, 40 mg/次、2次/d, < 60 kg, 30 mg/次, 2次/d; 体重30 kg以下儿童: 1 mg/kg、2次/d)、拉米夫定 (成人: 150 mg/次, 2次/d或300 mg/次, 1次/d; 新生儿: 2 mg/kg、2次/d; 儿童: 4 mg/kg、2次/d)、齐多夫定 (成人: 300 mg/次, 2次/d; 新生儿/婴幼儿: 2 mg/kg, 4次/d; 儿童: 160 mg/m²体表面积、3次/d)、替诺福韦酯 (300 mg/次、1次/d) 中的两种及非核苷反转录酶抑制剂, 如依非韦伦 (成人: 体重 > 60 kg, 600 mg/次, 1次/d, 体重 < 60 kg、400 mg/次, 1次/d; 儿童: 体重15~25 kg, 200~300 mg/次, 1次/d, 体重25~40 kg, 300~400 mg/次, 1次/d; 体重 > 40 kg: 600 mg/次、1次/d, 睡前服用)、奈韦拉平 (1片/次, 2次/d)、克立芝 (未接受治疗的患者: 5 ml/次, 2次/d或10 ml/次, 1次/d; 已接受治疗的患者: 5 ml/次, 2次/d。与食物同服) 中的一种联合应用, 用药方式均为口服, 详见《中国艾滋病诊疗指南 (2018年版)》^[4]。

2. 耳部疾病针对性治疗: 给予常规的对症及对因治疗; AIDS患者耳廓皮肤的卡波西肉瘤 (Kaposi's sarcoma, KS) 对HARRT疗效不佳时, 辅助放化疗或局部激光治疗。随访3个月至半年。

四、疗效判定

1. 有效: 治疗后耳闷、耳痒、流脓等好转或消失; 听力下降患者自觉听力有所好转、纯音测听检查结果支持主观症状, 耳部淋巴结肿大患者淋巴结缩小或消失; 耳部带状疱疹患者疱疹缩小、结痂、脱落、面瘫减轻或恢复; 耳鸣、眩晕、耳痛等患者主观症状减轻或消失; 肿瘤患者肿瘤缩小、局限或消失。

2. 无效: 治疗后, 患者症状及体征无明显改善; 症状及体征加重并因原发病加重等原因导致死亡。

五、统计学处理

运用SPSS 20.0软件进行统计学分析, 计量资料中患者年龄呈正态分布, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 采用独立

样本 t 检验; $CD4^+$ T细胞计数及 $CD4^+/CD8^+$ 比值为非正态分布的计量资料,以[中位数(四分位间距)]描述;计数资料(不同耳部疾病种类及治疗后不同转归例数比例)以率表示,采用卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

一、入组患者的基本资料

91例AIDS患者均处于艾滋病期,男性占比远高于女性(92.3% vs. 7.7%),年龄8~76岁,平均(40.7 ± 12.6)岁。感染途径:性传播43例中同性性传播者30例;因血液和血制品传播27例,其中手术或外伤输血23例,吸毒4例;母婴传播1例;不详20例。入组患者发现HIV阳性时间为就诊当天至16年,耳部病史为1 d~30余年。 $CD4^+$ T淋巴细胞数为2~906个/ μ l,中位数(四分位间距)为[78(28, 188)]个/ μ l(正常值:706~1 125个/ μ l)。 T 淋巴细胞 $CD4^+/CD8^+$ T为0.01~1.9[0.15(0.06~0.36)](正常值:1~2),81.3%(74/91)患者 < 0.5 。72例患者接受HAART治疗。

150例对照组患者中男女占比基本一致(48.7% vs. 51.3%),年龄1~96岁,平均(41.0 ± 17.1)岁。

两组患者年龄差异无统计学意义($t = 0.188$, $P = 0.851$),而性别差异有统计学意义($\chi^2 = 47.5$, $P < 0.001$),提示AIDS更易发生于男性,见表1。

二、AIDS组和对照组合并耳部疾病

(一) 91例AIDS患者合并耳部疾病

1. 化脓性中耳炎:多为双侧发病(11/16),中耳分泌物细菌培养结果主要为革兰阳性球菌及革兰阴性杆菌,如表皮葡萄球菌、变形杆菌、铜绿假单胞菌及奇异变形杆菌等,多合并两种及以上细菌感染,且部分曲霉菌、毛霉菌、白色念珠菌等真菌培养结果阳性,并发现巨细胞病毒、单纯疱疹病毒、带状疱疹病毒等及弓形虫、阿米巴等。

2. 外耳道炎及湿疹感染:细菌谱与化脓性中耳炎一致,曲霉菌、毛霉菌、白色念珠菌等真菌感染较多,并发现卡氏肺孢子菌(*Pneumocystis Carinii*, PC)感染3例,4例涂片发现弓形虫。

3. 分泌性中耳炎:多为亚急性炎症。

4. 卡波西肉瘤:耳廓皮肤暗紫红色圆形或椭圆形隆起,似血管瘤外观,触之质软,压痛(一)。

5. 耳部淋巴结肿大:耳前及耳后淋巴结肿大2例,均表现为多个淋巴结肿大,无明显压痛,触之质韧,活动度差,穿刺结果为结核病。

6. 听力下降:44例有听力下降主述患者中伴炎性疾病19例,25例为感音神经性听力下降,纯音测听曲线多数呈中重度感音神经性或混合性听力下降。

7. 耳部带状疱疹:10例带状疱疹患者中4例随后出现周围性面瘫体征。

(二) 150例对照组合并耳部疾病

对照组患者化脓性中耳炎、外耳道炎、湿疹的细菌包括变形杆菌、铜绿假单胞菌、大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌、链球菌,其中革兰阴性杆菌较多,可见两种以上细菌混合感染;分泌性中耳炎主要致病菌为流感嗜血杆菌和肺炎链球菌;真菌性外耳道炎的致病菌为曲霉菌、青霉菌及念珠菌。

(三) AIDS组和对照组并发耳部疾病比较

AIDS组患者更易出现听力下降($\chi^2 = 4.426$, $P = 0.035$),而对照组耳部更易患炎症性疾病($\chi^2 = 22.625$, $P < 0.001$);两组感音神经性聋的发生率差异无统计学意义($\chi^2 = 2.158$, $P = 0.142$);两组耳部肿物及外周神经病发生率差异无统计学意义(P 均 $>$

表1 AIDS患者和对照组耳部疾病的一般资料

一般资料	AIDS组	对照组
性别[例(%)]		
男	84(92.3)	73(48.7)
女	7(7.7)	77(51.3)
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	40.7 ± 12.6	41.0 ± 17.1
传播途径[例(%)]		
性	43(47.3)	
血液	27(29.7)	
母婴	1(1.1)	
不详	20(22)	
$CD4^+$ T淋巴细胞		
< 200 个/ μ l	72(79.1)	
> 200 个/ μ l	19(20.9)	
$CD4^+/CD8^+$ T		
< 0.5	74(81.3)	
> 0.5	17(18.7)	
行HAART		
是	72(79.1)	
否	19(20.9)	

注:性别:AIDS组 vs. 对照组: $\chi^2 = 47.5$, $P < 0.001$;性年龄:AIDS组 vs. 对照组: $t = 0.188$, $P = 0.851$

0.05)；AIDS患者可发生卡波西肉瘤、耳部带状疱疹、耳部淋巴结肿大（结核分枝杆菌感染所致）等特异性疾病，见表2。

三、患者全身情况及并发机会性感染

91例AIDS患者中有65例出现AIDS特异性全身症状或体征，71例伴机会性感染；而150例对照组患者全身情况良好，无机会性感染，详见表3。

四、AIDS组和对照组患者的治疗及转归

1. 两组患者治疗及转归：AIDS组患者中72例接受HAART治疗，78例接受耳部疾病的针对性治疗，3例未行任何治疗。因病毒、真菌、结核分枝杆菌感染所致的炎症性疾病有效率为（84.8%，39/46），但停药后易复发；感音神经性耳聋及耳鸣患者经积极治疗后有效率为12.5%（4/32）；眩晕和耳痛等临床症状经积极对症治疗后多可缓解。

150例对照组患者均接受耳部疾病针对性治疗，有效率为84.7%（127/150），但外耳道炎、湿疹及化脓性中耳炎易反复发作，见表4。

2. 不同CD4⁺T水平AIDS患者及对照组耳部疾病转归：CD4⁺T > 200个/μl AIDS患者疗效显著高于CD4⁺T < 200个/μl患者，差异有统计学意义（ $\chi^2 = 7.734, P = 0.005$ ）；而CD4⁺T > 200个/μl的AIDS患者与对照组治疗有效率差异无统计学意义（ $\chi^2 = 0.003, P = 0.959$ ），见表5。

表3 91例AIDS患者的感染类型

感染类型	例 (%)
全身状况	65 (71.4)
长期发热	44 (48.4)
慢性咳嗽	18 (19.8)
淋巴结肿大	10 (11.0)
乏力	7 (7.7)
慢性腹泻	6 (6.6)
体重明显下降	3 (3.3)
机会性感染	71 (78.0)
肺部感染	40 (44.0)
肺结核	20 (22.0)
PCP	17 (18.7)
口腔念珠菌感染	16 (17.6)
(新型)隐球菌感染	14 (15.4)
EB病毒感染	12 (13.2)
CMV感染	12 (13.2)
结核分枝杆菌感染	11 (12.1)
深部真菌感染	10 (11.0)
鹅口疮	9 (9.9)
疱疹病毒感染	6 (6.6)
CMV视网膜炎	5 (5.5)
CMV血症	4 (4.4)
淋巴瘤	2 (2.2)
糠皮孢子菌毛囊炎	2 (2.2)
马尔尼菲蓝状菌感染	1 (1.1)
难辨梭状芽胞杆菌感染	1 (1.1)
恶性肿瘤	1 (1.1)

表2 AIDS 和对照组患者的耳部疾病 [例 (%)]

耳部疾病种类	AIDS组 (91例)	对照组 (150例)	χ^2 值	P值
炎症性疾病	34 (37.4)	103 (68.7)	22.625	< 0.001
化脓性中耳炎	16 (17.6)	12 (8.0)		
外耳道炎、湿疹	11 (12.1)	69 (46.0)		
分泌性中耳炎	7 (7.7)	20 (13.3)		
耳前瘻管感染	0 (0.0)	2 (1.4)		
听力下降	44 (48.4)	52 (34.7)	4.426	0.035
感音神经性聋	25 (27.5)	29 (19.3)	2.158	0.142
耳部肿物	5 (5.5)	3 (2.0)	2.155	0.142
卡波西肉瘤	4 (4.4)	0 (0.0)		
耳部囊肿	1 (1.1)	3 (2.0)		
外周神经病	15 (16.5)	15 (10.0)	2.185	0.139
耳鸣	7 (7.7)	9 (6.0)		
眩晕	5 (5.5)	4 (2.7)		
耳痛	3 (3.3)	2 (1.3)		
耳带状疱疹	10 (11.0)	0 (0.0)		
耳部淋巴结肿大	2 (2.2)	0 (0.0)		

表4 入组患者耳部疾病的治疗及转归(例)

耳部疾病	针对性治疗	有效		无效		死亡	
		AIDS组	对照组	AIDS组	对照组	AIDS组	对照组
化脓性中耳炎	全身及局部抗菌药物治疗	13	12	3	0	0	0
外耳道炎或湿疹	清洁后针对病因药膏涂抹	9	69	2	0	0	0
分泌性中耳炎	去除病因,必要时局部穿刺	5	20	2	0	0	0
耳前瘻管感染	全身局部抗感染,病灶切开引流	0	2	0	0	0	0
结核性耳前淋巴结肿大	抗结核治疗	2	0	0	0	0	0
感音神经性聋	扩血管、营养神经、改善微循环	3	11	21	18	1	0
神经性耳鸣	营养神经	1	4	6	5	0	0
眩晕	对症抗眩晕治疗	4	4	1	0	0	0
神经性耳痛	止痛药物对症治疗	2	2	1	0	0	0
耳廓KS	化疗,局部激光	2	0	2	0	0	0
耳廓带状疱疹	抗病毒、激素冲击、营养神经	10	0	0	0	0	0
耳部囊肿	未行针对性治疗	0	3	1	0	0	0
合计		51	127	39	23	1	0

表5 不同CD4⁺T水平AIDS患者及对照组耳部疾病转归[例(%)]

组别	例数	有效	无效/死亡
CD4 ⁺ T < 200个/μl AIDS患者	72	35 (48.6)	37 (51.4)
CD4 ⁺ T > 200个/μl AIDS患者	19	16 (84.2)	3 (15.8)
对照组	150	127 (84.7)	23 (15.3)
χ ² 值			33.901
P值			< 0.001

注: CD4⁺T < 200个/μl vs. CD4⁺T > 200个/μl AIDS患者: $\chi^2 = 7.734$ 、 $P = 0.005$, CD4⁺T > 200个/μl AIDS患者 vs. 对照组: $\chi^2 = 0.003$ 、 $P = 0.959$; CD4⁺T < 200个/μl vs. 对照组: $\chi^2 = 32.067$ 、 $P < 0.001$

讨 论

HIV是上世纪80年代初被美国、法国科学家发现、分离并命名的^[5-6], HIV进入人体后, 主要攻击免疫系统中CD4⁺T淋巴细胞, 破坏机体的免疫功能, 使机体失去对各种细菌、真菌、病毒和原虫等的抵抗能力, 易导致各种机会性感染及恶性肿瘤的发生。本研究患者均已进入艾滋病期, 免疫力明显低下, 78% (71/91) 病例发生了多器官多种类的机会性感染。HIV传播途径主要有3种: 性传播、血液或血制品传播、母婴传播。本研究中以性传播为主 (47.3%), 病因不详患者 (22%) 不能排除性传播, 考虑为不愿意透露隐私可能, 入组患者以男性患者为主, 占全部患者的92.3% (84/91), 与对照组差异有统计学意义, 考虑与同性性传播感染方式有关^[7]。

既往研究显示, AIDS合并耳鼻咽喉疾病以感染性疾病为主, 慢性化脓性中耳炎所占比例较大^[2],

是AIDS患者耳部疾病的重要临床表现, 本研究中感染性疾病34例 (37.4%), 其中慢性化脓性中耳炎患者16例, 所占比例最大, 此类患者CD4⁺T淋巴细胞计数显著偏低, 提示可能与机体的免疫功能显著下降相关; 外耳道炎及湿疹亦常见, 并常合并真菌及原虫感染, 有国外研究显示85%~90% HIV感染者可并发真菌感染^[8-9], 本研究11例外耳道炎患者中4例合并真菌感染, 3例并发卡氏肺孢子菌感染, 4例分泌物涂片发现原虫, 表现为多核性囊肿, 属于基础疾病相关性机会性感染; AIDS早期临床表现, 可出现耳前及耳后的淋巴结肿大, 部分可检出结核分枝杆菌^[10], 本研究中2例患者均检出结核分枝杆菌。

AIDS患者还可发生听力改变, 并可突发耳聋, 是神经系统受累的表现。王英等^[11]对350例HIV阳性者听力与健康对照组听力进行比较, HIV感染者中听力损失者 (45.5%) 显著多于健康对照组听力损失者 (19.7%)。本研究中AIDS

病患者中听力损失者(48.4%)占比高于对照组(34.7%),与既往研究一致,而两组患者感音神经性聋的发生率差异无统计学意义,提示AIDS患者炎症性疾病后果更为严重,更易导致听力下降。刘雪冰等^[12]和史绍鹏等^[13]研究发现,突聋患者经积极治疗后听力无改善。带状疱疹病毒具有亲神经特点,易侵犯感觉神经及神经节,当机体免疫力下降时,病毒被激活导致皮肤产生疱疹而发病。本研究AIDS患者感音神经性听力下降者25例,其中突聋者9例,耳廓带状疱疹者10例,经积极治疗后面瘫症状均恢复,耳聋多数无好转,与既往研究一致^[13]。AIDS患者神经系统发生异常的可能原因如下: HIV直接侵犯听神经,或急性中枢神经系统感染和原发性颅神经病变波及听神经^[11];病毒进入内耳后大量增殖,黏附于红细胞使血液流动变缓而处于高凝状态,还可因致使水肿的血管内膜形成血栓,从而内耳发生微循环障碍,影响内耳功能^[14];机会性感染及耳毒性药物(如逆转录病毒药物、抗结核药物等)^[15]的影响。

KS是与人类疱疹病毒8(human herpesvirus 8, HHV-8)相关的多中心肿瘤^[16],好发于皮肤,可累及内脏,其组织细胞标志物HHV-8、CD31或CD34在免疫组织化学中显示(+),因此可根据免疫组织化学结果确诊此病^[17-18]。研究发现KS与HIV感染密切相关,在AIDS患者中发病率达到1 397/10万,显著高于普通人群KS的发病率(1.53/10万),美国报道在实施抗病毒治疗前,15%AIDS患者以KS来定义基础疾病^[19]。KS按流行病学分型为经典型、非洲型、AIDS相关型(acquired immune deficiency syndrome-associated kaposi sarcoma, AIDS-KS)和移植相关型。目前认为卡波西肉瘤发病机制与自身免疫系统功能缺陷有关^[20]。AIDS-KS可发生在HIV感染者的任何阶段,是AIDS相关肿瘤中发病率最高的恶性肿瘤^[21],较其他类型,AIDS-KS病情更为凶险,疗效差、病死率高。AIDS-KS易侵及口腔、舌体、咽喉部及鼻面部,单纯耳部发病较少见,多表现为多发性紫红色或暗褐色斑片、结节和赘生物等,可长期维持不变,或数日内迅速生长,发展为中央坏死性溃疡,也可发生于内脏,如肺部、胃肠道和淋巴结等。本研究4例耳廓KS患者表现为耳廓皮肤红蓝色结节,同时伴有头面部、口腔及肢体皮肤多发性暗紫色结节。AIDS-KS的预后在很大程度上取决于患者自身的免

疫功能,积极抗HIV治疗尤为重要^[22],因此首先应积极治疗基础病,其次是KS的治疗,对发生于皮肤孤立的KS,为减轻症状及改善外貌可施行放疗及局部激光、冷冻、手术等治疗。对于此病的化疗,体外实验发现,有抗HHV-8作用的更西洛韦、磷甲酸钠、西多福韦等药物有效^[23];近两年来,此病的主要化疗方案为紫杉醇和脂质体蒽环类药物的联合应用,机体对上述两种药物耐受性较好^[24]。相关研究报道,通过积极抗病毒治疗,辅以系统性化疗及局部治疗,可有效缓解病情,治疗有效率为86.96%^[25],本研究4例耳廓KS患者中3例接受治疗,除1例因基础疾病危重肺部感染死亡外,其余2例经全身及局部的治疗后病情好转,病变缩小,治疗有效率为66.67%,但本研究KS病例数少,尚待大样本研究加以验证。

本研究中对照组耳部更易患炎症性疾病,不易发生卡波西肉瘤、结核性淋巴结肿大、带状疱疹等特异性疾病;两组耳部肿物发生率差异无统计学意义,AIDS患者更易患恶性肿瘤及基础疾病相关的特异性肿瘤,而对照组则伴非特异性的常规肿物。比较不同CD4⁺T淋巴细胞计数AIDS患者组别耳部疾病的疗效,CD4⁺T > 200个/ μ l组患者疗效显著优于CD4⁺T < 200个/ μ l AIDS组,而CD4⁺T > 200个/ μ l AIDS组与对照组的预后差异无统计学意义,提示AIDS患者发生耳部相关疾病时,应积极行抗病毒治疗,从而提高机体免疫力,提高CD4⁺T淋巴细胞计数,可提高疗效及预后。

综上,AIDS患者耳部疾病病情的发展及预后与机体免疫功能密切相关,临床表现部分缺乏特异性,易引起误诊或漏诊,不容忽视。对于感染性疾病,当患者病程长、易复发、疗效差、迁延不愈时,需保持高度警觉,应仔细询问有无可疑AIDS接触史,是否存在AIDS全身特异性症状或体征,并进行必要的实验室检查,以期早确诊、早治疗,改善患者生活质量,延长其生存时间,并防止进一步传播。

参 考 文 献

- [1] 中国艾滋病性病预防控制中心. 2018年第3季度全国艾滋病性病疫情[J]. 中国艾滋病,2018,24(11):1075-1075.
- [2] 薛明学,黄祖仁,乔宁生. HIV感染阳性104例在耳鼻咽喉头颈部的表现[J]. 中国耳鼻咽喉颅底头颈外科杂志,2001,7(2):117-118.
- [3] 中华医学会感染病学分会艾滋病学组. 艾滋病诊疗指南(第三版)[J]. 中华传染病杂志,2015,33(10):577-593.
- [4] 中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组. 中国疾病预防

- 控制中心. 中国艾滋病病诊疗指南(2018年版)[J]. 中华内科杂志,2018,57(12):867-884.
- [5] 张涛源, 王福祥. 耳鼻喉HIV感染和艾滋病[J]. 中国人兽共患病杂志,2000,16(1):113.
- [6] 贾文波, 王德君. 艾滋病儿童耳鼻喉科疾患的诊治初步探讨[J]. 河南诊断与治疗杂志,2000,14(4):234-234.
- [7] Kanno T, Sato Y, Nakamura T, et al. Genotypic and linicopathological characterization of Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus infection in Japan[J]. J Med Virol,2010,82(3):400-406.
- [8] Chong VH, Lim CC. Human immunodeficiency perience of a general hospital in Singapore[J]. J Gastroenterol Hepatol,2005,20(5):722-726.
- [9] Klaus E, Mnkemuller MD, Stephanie A, et al. Declining prevalence of opportunistic gastrointestinal disease in the eta of combination antiretroviral therapy[J]. Am Coll of Gastroenletology, 2009,95(2):457-462.
- [10] Hoare S. HIV infection in children-impact upon ENT doctors[J]. Int J Pediatr Otorhinolaryngol,2003,67(Suppl 1):S85-S90.
- [11] 王英, 杨海波, 董明敏. 350例人类免疫缺陷病毒感染者的听力表现[J]. 临床耳鼻喉科杂志,2006,20(22):1020-1021.
- [12] 刘冰雪, 马伟, 李彦利. 以突发性聋首诊的HIV感染患者两例报告[J]. 听力学及言语疾病杂志,2013,21(1):78-79.
- [13] 史绍鹏, 沈峰. 首诊于耳鼻喉科的HIV感染者临床特征分析[J]. 中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2015,23(6):443-445.
- [14] 刘丹, 万浪, 刘维荣, 等. 不同年龄段突发性耳聋的特征和转归[J]. 中国耳鼻喉颅底外科杂志,2012,18(3):215-217.
- [15] Araujo Eda S, Zucki F, Corteletti LC, et al. Hearing loss and acquired immune deficiency syndrome:systematic review[J]. J Soc Bras Fonoaudiol,2012,24(2):188-192.
- [16] Bhutanim M, Polizzotto MN, Uldrick TS, et al. Kaposi sarcoma-associated herpesvirus-associated malignancies: Epidemiology, pathogenesis, and advances in treatment[J]. Semin Oncol,2015,42(2):223-246.
- [17] 王鹏, 冯海燕, 张泽高, 等. 维吾尔族Kaposi's肉瘤患者组织中KSHV-vFLIP表达水平与患者临床特征相关性[J]. 中国皮肤性病学杂志,2016,30(11):1120-1122.
- [18] 李兆丽, 王辉, 邓妮, 等. 足部经典型卡波西肉瘤2例临床病理观察[J]. 诊断病理学杂志,2017,24(2):92-95.
- [19] Liu Z, Fang Q, Zuo J, et al. The world-wide incidence of Kaposi's sarcoma in the HIV/AIDS era[J]. HIV Med,2018,19(5):355-364.
- [20] 龚宏霞, 刘杰, 林洪生. 艾滋病相关性肿瘤研究进展[J]. 中国中药杂志,2013,38(15):2539-2541.
- [21] 伍国伟, 莫辉. 免疫缺陷相关性卡波西肉瘤的研究进展[J]. 临床医学研究与实践,2016,1(13):192-193.
- [22] Cattelan AM, Calabro ML, De Rossi A, et al. Long- term clinical outcome of AIDS-related Kaposi's sarcoma during highly active antiretroviral therapy[J]. Int J Oncol,2005,27(3):779-785.
- [23] Li S, Bai L, Dong J, et al. Kaposi's Sarcoma-associated herpesvirus: epidemiology and molecular biology[J]. Adv Exp Med Biol,2017,1018:91-127.
- [24] Hoffmann C, Sabranski M, Esser S. HIV-associated Kaposi's sarcoma[J]. Oncol Res Treat,2017,40(3):94-98.
- [25] 陈昌伟, 果海娜, 黄锦叶, 等. 卡波西形血管内皮瘤1例报道并文献复习[J]. 当代医学,2012,18(1):105-107.

(收稿日期: 2020-01-03)

(本文编辑: 孙荣华)

张立松, 房高丽, 侯静, 等. 获得性免疫缺陷综合征患者耳部疾患的临床特征[J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2020,14(4):301-307.