

· 临床报道 ·

艾滋病鼻出血患者分析

李祥昭¹, 李 燕², 刘加强³, 安保国⁴, 马 健¹, 乔秀军¹

(日照市人民医院 1. 耳鼻咽喉科; 2. 皮肤科; 3. 血液科; 4. 消化内科, 山东 日照 276826)

摘要: **目的** 探讨艾滋病鼻出血患者的临床特点及治疗对策。**方法** 回顾性分析 2009 年 8 月 ~ 2010 年 12 月在坦桑尼亚 KITETE 医院耳鼻咽喉科收治的 23 例鼻腔出血的艾滋病患者, 并与 25 例非艾滋病鼻腔出血患者作对比分析。**结果** ① 23 例艾滋病患者中无症状期和艾滋病期血液学检查血红蛋白、白细胞、血小板均出现不同程度的降低和凝血障碍; ② 艾滋病期患者往往呈反复、多次、剧烈的鼻出血。**结论** 治疗鼻腔出血的艾滋病患者, 在鼻腔局部治疗的同时, 亦应重视改善血液情况及并发症的治疗。

关键词: 艾滋病; 鼻出血; 血液学异常

中图分类号: R765.23

文献标识码: B

文章编号: 1007-1520(2012)02-0130-03

艾滋病又称获得性免疫缺陷综合征 (acquired immune deficiency syndrome, AIDS)。临床常表现为免疫功能低下和全身衰竭, 常伴有全身血液系统的异常。人类免疫缺陷病毒 (human immunodeficiency virus, HIV) 阳性患者 80.76% 伴耳鼻咽喉头颈部病症表现^[1], 不少患者由于鼻腔出血而就诊于耳鼻咽喉科, 笔者在坦桑尼亚 KITETE 医院工作期间, 收治 23 例鼻腔出血的 HIV 患者, 并与 25 例非艾滋病鼻腔出血患者作对比分析, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析 2009 年 8 月 ~ 2010 年 12 月在 KITETE 医院耳鼻咽喉科收治的鼻出血患者 48 例, 其中男 27 例, 女 18 例; 年龄 6 ~ 72 岁, 中位年龄 41.4 岁。其中非艾滋病鼻腔出血患者 25 例 (A 组); 艾滋病患者 23 例, 均经酶联免疫 (ELISA) 法筛选, 再经放射免疫沉淀实验 (KIP) 确诊。根据卫生部《艾滋病诊疗指南》诊断标准, 依据临床症状, 分为 HIV 无症状期 14 例 (B 组), 艾滋病期 9 例 (C 组)。

1.2 研究方法

所有病例均采用鼻腔填塞方法止血。常规检查血常规及凝血时间。贫血患者按照国家卫生部制定的《临床用血技术规范》进行输血。

1.3 统计分析

应用 SPSS 17.0 统计软件建立数据库并进行统计分析。

2 结果

2.1 血液学情况

入院后患者均行血常规和凝血时间检查见表 1, 2。应用 SPSS 17.0 单因素方差分析, 结果: ① 血红蛋白 3 组比较有显著性差异, 任意两组比较, A 组血红蛋白量高于 B 组和 C 组, B 组血红蛋白量高于 C 组, 差异比较具有统计学意义 ($P = 0.000$, $P < 0.05$); A 组失血性贫血 1 例 (4.0%); B 组失血性贫血 7 例 (50.0%); C 组失血性贫血患者 8 例 (88.9%), 其中重度贫血 3 例 (33.3%), 中度贫血 4 例 (44.4%), 轻度贫血 1 例 (11.1%); ② 白细胞计数 3 组比较, A 组白细胞计数高于 B 组 ($P = 0.029$); A 组白细胞计数高于 C 组 ($P = 0.000$); B 组白细胞计数高于 C 组 ($P = 0.001$)。A 组白细胞在正常范围; B 组白细胞减少 2 例 (14.3%); C 组白细胞减少 7 例 (77.8%); ③ 血小板计数 3 组

作者简介: 李祥昭, 男, 主治医师。
通讯作者: 李祥昭, Email: entlxzh@sina.com.

比较, A组血小板计数高于B组($P=0.000$); A组血小板计数高于C组($P=0.000$); B组血小板计数高于C组($P=0.014$)。A组无血小板减少病例; B组血小板减少2例(14.3%); C组血小板减少5例(55.6%); ④凝血时间

3组比较, A组和B组比较无显著性差异($P=0.741$); A组凝血时间少于C组($P=0.005$); B组凝血时间少于C组($P=0.019$)。A组无凝血障碍患者, B组凝血障碍1例(7.1%), C组凝血障碍3例(33.3%)。

表1 鼻出血患者血液学情况

组别	例数	血红蛋白(g/L)		白细胞($\times 10^9/L$)		血小板($\times 10^9/L$)		凝血时间(s)	
		范围	$\bar{x} \pm s$	范围	$\bar{x} \pm s$	范围	$\bar{x} \pm s$	范围	$\bar{x} \pm s$
A组	25	9.80~14.80	13.532 \pm 1.038	4.20~8.70	6.524 \pm 1.219	120.00~290.00	229.640 \pm 47.396	5.20~9.00	6.796 \pm 0.912
B组	14	6.30~13.20	11.257 \pm 1.811	3.20~7.20	5.543 \pm 1.249	70.00~270.00	142.571 \pm 51.319	5.40~11.00	7.021 \pm 1.488
C组	9	3.70~11.60	7.400 \pm 2.722	1.80~6.80	3.544 \pm 1.616	40.00~230.00	108.444 \pm 67.108	4.60~16.70	9.133 \pm 4.133

表2 鼻出血患者血液学情况

组别	例数	贫血情况				白细胞情况		血小板情况		凝血情况	
		正常	轻度	中度	重度	正常	减少	正常	减少	正常	障碍
A组	25	24	1	0	0	25	0	25	0	25	0
B组	14	7	5	2	0	12	2	12	2	13	1
C组	9	1	1	4	3	2	7	4	5	6	3

2.2 治疗情况

患者治疗情况见表3。

①输血情况: B组患者中1例因血红蛋白为6.3 g/L, 输红细胞400 ml后血红蛋白上升至8.7 g/L, 抽出凡士林纱条后鼻腔未再出血; C组患者中5例患者输血200~1 000 ml, 3例患者多次输血; A组无输血患者; ②鼻腔填塞情况: C组患者中3例需行后鼻孔填塞, 2例住

院期间因鼻腔反复出血先后3次行鼻腔填塞; B组患者2例行后鼻孔填塞, 其中1例患者抽出凡士林纱条3周后再次鼻腔出血, 再次填塞后治愈; A组患者21例行前鼻孔填塞后治愈, 4例行后鼻孔填塞后治愈; ③HIV艾滋病期患者预后情况: C组患者中7例鼻腔出血治愈; 1例死于出血性休克, 1例死于肺部念珠菌感染及呼吸衰竭。

表3 鼻出血患者治疗情况

组别	例数	输血情况		鼻腔填塞次数			死亡例数
		输血	未输血	1次	2次	3次	
A组	25	0	25	21	4	0	0
B组	14	1	13	11	3	0	0
C组	9	5	4	2	5	2	2

3 讨论

艾滋病是由人类免疫缺陷病毒所致的传染病。根据联合国艾滋病署06年报告显示, 2005年全球共有HIV感染患者3 860万人。HIV感染后, 病毒主要破坏T辅助淋巴细胞使机体免疫功能下降, 导致一系列机会性传染病

和其他症状。AIDS在耳鼻咽喉科表现常见, 多见有颈部肿块、口腔咽喉白色念珠菌感染、中耳炎、耳部疱疹及鼻衄等表现。

3.1 死亡病例

本组病例死亡2例。1例患者因反复右鼻腔出血3 d收入院。入院查体: 一般情况差, 消瘦, 贫血貌, 血压110/75 mmHg, Hb 3.7 g/L, 白细胞 $2.3 \times 10^9/L$, 血小板 $40 \times 10^9/L$ 。入院

后给予鼻腔填塞治疗和输注红细胞 400 ml。治疗过程中,患者呕吐大量咖啡样胃内容物,血压消失,呼吸心跳停止,抢救无效死亡。另 1 例女患者因右侧鼻腔出血 1 d 收入院。入院查体:一般情况差,消瘦,贫血貌,血压 135/85 mmHg, Hb 7.2 g/L, 白细胞 $6.8 \times 10^9/L$, 血小板 $95 \times 10^9/L$ 。入院后给予前后鼻孔填塞,输注红细胞 400 ml,鼻出血控制。入院后第 3 天,发热 38.2℃,呼吸急促,胸片示双肺片絮状阴影,口腔检查大量点状白色假膜,去除假膜红斑样创面,咽拭子涂片见白色念珠菌。考虑肺部念珠菌感染,给予氟康唑治疗,效果不理想,于入院后 23 d 死于呼吸衰竭。

3.2 血液学情况

HIV 感染者外周血异常很常见,表现为贫血、白细胞减少、血小板减少和凝血障碍。HIV 感染患者贫血和白细胞减少可能是多种因素引起,主要原因似乎是无效造血^[2]。已有证据表明,HIV 可感染骨髓祖细胞,引起骨髓细胞表面病毒抗原的表达,而针对病毒抗原的抗体可直接作用于祖细胞,抑制其造血或对造血生长因子的增殖活性反应。同时其血清亦缺乏集落刺激活性。血小板的免疫性破坏可能是其减少的主要机制^[2],血小板被免疫球蛋白包裹,继之被脾脏扣留和破坏。凝血障碍与患者血清显示狼疮样抗凝物质活性有关,后者又与活动性机会性感染有联系^[3]。本组病例显示,贫血、白细胞减少、血小板减少在 3 组病例中依次加重,艾滋病期患者也有不同程度的凝血障碍。

3.3 HIV 感染患者鼻出血治疗

HIV 感染患者,特别是艾滋病期患者,由于有不同程度的血液学异常及凝血障碍,鼻出血一般较重。9 例艾滋病期患者仅 2 例鼻腔填塞 1 次性成功,7 例患者多次鼻腔填塞,表现为鼻腔填塞后的反复鼻腔渗血及抽出凡士林纱条数天后的鼻腔再次出血。对于鼻腔填塞已控制住的鼻出血患者,笔者适当的延长凡士林纱条的留置时间及延长患者的住院观察时间。艾滋病期患者,全身状况较差,多伴有全身多系统的疾病,鼻腔局部治疗的同时,应积极改

善患者的血液学情况,多学科的协作治疗合并症。Obirikorang 等^[4]研究认为贫血情况可以反映艾滋病的严重程度和进展情况。笔者的结果也显示,随着艾滋病的进展,贫血情况进一步恶化。对于贫血的治疗,红细胞输注是最常用的方法,笔者按照国家卫生部制定的《临床用血技术规范》输注红细胞。Henry 等^[5]认为应用红细胞生成素能够减少患者的输血要求,且可长期使用而无明显副作用。血小板减少的治疗与血小板减少性紫癜一样,激素、丙种球蛋白静注和脾切除是 3 个主要的治疗措施,采用强的松治疗有使免疫抑制进一步加重的潜在危险。Pollack 等^[6]认为 88% 的患者静注丙种球蛋白治疗有效,并指出这是一种在 4 d 内提高 HIV 相关血小板减少性紫癜患者血小板计数最有效的方法,适合于 HIV 感染者发生急性大出血或伴有血小板减少的 HIV 感染需行手术治疗患者。

参考文献:

- [1] 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]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2001, 7(2): 117-118.
- [2] Ballem PJ, Belzberg A, Devine DV, et al. Kinetic studies of the mechanism of thrombocytopenia in patients with human immunodeficiency virus infection [J]. N Engl J Med, 1992, 327(25): 1779.
- [3] Hoxie JA. Hematologic Manifestations of AIDS[M]//Hoffman Ronald ed. Hematology. 2nd ed, New York: Churchill Livingstone Inc, 1995: 2171-2200.
- [4] Obirikorang C, Yeboah FA. Blood haemoglobin measurement as a predictive indicator for the progression of HIV/AIDS in resource-limited setting[J]. J Biomed Sci, 2009, 18(16): 102.
- [5] Henry DH, Beall GN, Benson CA, et al. Recombinant human erythropoietin in the treatment of anemia associated with human immunodeficiency virus (HIV) infection and zidovudine therapy. Overview of frou clinical trials [J]. Ann Intern Med, 1992, 117(9): 739-748.
- [6] Pollack AN, Janinis J, Green D. Successful intravenous immune globulin therapy for human immunodeficiency virus-associated thrombocytopenia [J]. Arch Intern Med, 1988, 148(3): 695-697.

(修回日期:2011-12-01)