

肺组织胞浆菌病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/307/2021_2022__E8_82_BA_E7_BB_84_E7_BB_87_E8_c22_307710.htm 名称肺组织胞浆菌病
所属科室呼吸内科病因 本病由荚膜组织胞浆菌感染引起。该菌属双相性真菌，在组织内呈酵母型，在室暖和泥土中呈菌丝型。有人认为只有酵母型致病，而菌丝型无致病性。当人们吸入本菌的孢子后，首先引起原发性肺部感染，健康人常不治自愈。但免疫功能低下或缺损者，如恶性病，或用大量皮质激素和免疫抑制剂，或吸入大量孢子后，形成肺部病灶，通过淋巴或血行播散到全身。病理 在肺及其他组织器官形成上皮样肉芽肿、结核样结节、干酪样坏死及钙化，部分变为空洞，但很少化脓临床表现 通常分为四型。（一）无症状型 占90%~95%。组织胞浆菌素皮肤试验呈阳性反应。肺部出现多发性钙化。（二）急性肺型 有畏寒、发热、咳嗽、胸痛、肌肉痛及体重减轻。X线呈弥漫性结节状致密影。（三）播散型 大多数由急性肺型恶化引起。除上述症状外，尚可出现贫血，白细胞减少，进行性肝、脾肿大，皮肤、粘膜溃疡，全身淋巴结肿大。胸部X线通常呈粟粒型肺浸润、空洞形成及肺门淋巴结肿大。病程1~30个月。在二性霉素B问世前死亡率较高。1985年前国内报告的3例均属此型，全部死亡。（四）慢性肺型 约20%患者无任何症状。本型常见症状为咳嗽、咳痰、发热、胸痛、咯血、呼吸困难、盗汗、消瘦。X线示早期常为边缘清楚的肺实变，后期呈结节状肿块，部分患者常在肺尖部出现空洞。诊断 本病不能单凭病史和临床表现作出诊断。胸部X线检查、电子计算机体层照相术有

诊断价值。血清学试验阳性对诊断有帮助。对菌丝型抗原测定为1/4和对酵母型抗原为1/16，是疾病活动的有力证据。组织胞浆菌素皮内试验阳性表示过去或现在有感染，适用于普查。琼脂凝胶双相扩散试验比补体结合试验更具有特异性，但与芽生菌和球孢子菌病有交叉反应，因此必须同时作组织胞浆菌素、芽生菌素及球孢子菌素皮肤试验，以便鉴别。痰、尿、血、骨髓、胸水及其他分泌物涂片或培养分离出荚膜组织胞浆菌，或病理组织切片发现酵母型真菌，可以确诊。纤支镜活检和灌洗物培养有确诊价值，更适用于未钙化结节病灶和空洞型病变。浅表淋巴结活检，肝、脾、肺等穿刺活检对确诊很重要，但内脏穿刺宜慎重。临床上易将本病误诊为肺结核、肺炎、肺癌、结节病、淋巴瘤、马氏青霉菌病及败血症等。在组织切片上要与新型隐球菌、申克氏孢子丝菌、芽生菌、球拟酵母菌、粗球孢子菌、黑热病原虫及弓形体的包囊相鉴别。HE染色、PAS反应结合Gridley等非凡染色法，能清楚地显示本真菌，并可与其他真菌或原虫鉴别。治疗大多数患者无需治疗而自愈。重症者以两性霉素B疗效最佳，但也可用氟胞嘧啶、酮康唑及克霉唑等。急性肺型患者，症状持续2周以上，用两性霉素B，总剂量0.8~1.0g；肺部病变伴严重肺功能减退者，予强的松60~80mg/d。播散型给予两性霉素B，成人一个疗程（10周），总量2.0g，分次静滴；儿童1mg/kg/d，至少6周。慢性肺型，尤其是有空洞者，治疗同播散型；化疗无效伴持续咯血或继发感染，或因肺组织破坏引起症状，宜手术切除。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com