

[文章编号] 1000-1182(2009)06-0683-03

3例艾滋病患者的口腔表征和诊断

李张维¹ 李晓英¹ 刘文钊² 王甲一¹ 曾昕¹

(1.四川大学华西口腔医院 黏膜科, 四川 成都 610041; 2.温州医学院附属口腔医院 口腔内科, 浙江 温州 325027)

[摘要] 对3例艾滋病患者的口腔表征进行分析, 并对艾滋病的诊断进行探讨, 以提高口腔医务工作者对艾滋病的警惕性, 做到早发现、早诊断、早治疗, 以控制疾病的进一步传播及加强医务工作人员的自身防护。

[关键词] 艾滋病; 口腔表征; 诊断

[中图分类号] R 781.6 [文献标志码] B [doi] 10.3969/j.issn.1000-1182.2009.06.027

The oral exosyndrome and diagnosis of 3 patients with acquired immune deficiency syndrome LI Zhang-wei¹, LI Xiao-ying¹, LIU Wen-zhao², WANG Jia-yi¹, ZENG Xin¹. (1. Dept. of Oral Mucosal Diseases, West China College of Stomatology, Sichuan University, Chengdu 610041, China; 2. Dept. of Oral Medicine, School of Stomatology, Wenzhou Medical College, Wenzhou 325027, China)

[Abstract] The aim of the report is to increase the dentists', vigilance to the acquired immune deficiency syndrome (AIDS) by means of analyzing the oral exosyndrome and discussing the experience of diagnosis to 3 patients with AIDS. Vigilance to AIDS can make us to discover, diagnose and treat it in the early stage, and prevent us from transmission of the disease.

[Key words] acquired immune deficiency syndrome; oral exosyndrome; diagnosis

艾滋病即获得性免疫缺陷综合征(acquired immune deficiency syndrome, AIDS), 是由人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)感染所致。艾滋病患者除全身症状外, 多数还有各种口腔损害, 其中口腔念珠菌病是最常见的症状之一^[1]。四川大学华西口腔医院黏膜科对收集的3例艾滋病患者的临床表现、口腔病损、实验室检查等情况进行综合分析, 并对艾滋病的诊断进行探讨。

1 病例报告

病例1 男, 40岁, 于2005年3月11日因舌苔脱落伴舌痛到四川大学华西口腔医院黏膜科就诊。患者5个月前发现舌背中央舌苔脱落, 疼痛明显, 舌苔脱落区域周围出现白色斑块, 且逐渐增多。在当地医院按“口腔溃疡”治疗, 服用抗生素等药物, 疗效不佳, 病情反复发作。近3个月常有低热、感冒、咳嗽、腹泻, 体重下降近5 kg。5年前曾有冶游史。口腔检查: 舌背正中后1/3处有菱状舌乳头萎缩区域, 表面呈结节状突起, 触之韧; 萎缩区域周围

有白色假膜形成, 假膜可拭去(图1)。实验室检查: 白细胞计数 $3.3 \times 10^9/L$, 红细胞计数 $4.48 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 $110 g \cdot L^{-1}$, 血小板计数 $115 \times 10^9/L$ 。酶联免疫吸附双抗原夹心法检测HIV抗体阳性。



图1 病例1可见正中菱形舌炎

Fig 1 The median rhomboid glossitis of the first patient

病例2 女, 33岁, 于2005年5月8日因口腔“白膜”3个月到四川大学华西口腔医院黏膜科就诊。患者3个月前咽喉部出现白膜, 继之扩散至口内多个部位, 疼痛明显。曾于当地口腔医院治疗, 诊断为“口腔溃疡”, 口服阿莫西林等药物, 治疗效果不佳, 白膜逐渐增多。患者6年前在当地个体血站有多次有偿献血史。近4个月来长期低热, 月经紊乱, 体重下降10 kg左右, 咳嗽咳痰, 间歇性腹

[收稿日期] 2008-10-21; [修回日期] 2009-03-18

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目(30772424和30672323)

[作者简介] 李张维(1978—), 男, 广东人, 硕士

[通讯作者] 曾昕, Tel: 028-85503480

泻,每天3~5次。口腔检查:口腔黏膜可见大量白色假膜覆盖,以舌背与上腭后份居多(图2),触痛明显。实验室检查:红细胞计数 $4.44 \times 10^{12}/L$,血小板计数 $285 \times 10^9/L$,白细胞计数 $11.5 \times 10^9/L$,血红蛋白 $106 g \cdot L^{-1}$,淋巴细胞计数 $1.9 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数 $0.9 \times 10^9/L$ 。HIV抗体检测阳性。



上:上腭;下:舌背。

图2 病例2可见上腭及舌背被覆白色假膜

Fig 2 Pseudomembrane covering in the upper palate and tongue dorsum of the second patient

病例3 男,30岁,于2005年2月23日因咽喉部疼痛11个月,复发加重10 d到四川大学华西口腔医院黏膜科就诊。患者11个月前感冒后咽喉部出现疼痛,于当地医院治疗,诊断为慢性咽炎,行静脉滴注、口服抗生素治疗,无效,且病情逐渐加重。4个月前到本院就诊,诊断为真菌性口炎,予以口服氟康唑、维酶素,小苏打漱口,局部用制霉菌素糊剂涂抹。治疗有效但未遵医嘱按时复诊。3个月前曾因鼻咽部疼痛、出血于外院反复3次行纤维支气管镜检查、组织病理和免疫组织化学检查,疑为鼻咽部NK/T细胞淋巴瘤,被建议密切随访观察。10 d前因咽喉进食疼痛、口内多处出现“白膜”和撕去疼痛于当地医院就诊,行艾滋病抗体检测和梅毒抗体检测均为阴性。因在该院抗炎治疗无效再次于本院就诊。口腔检查:上腭、悬雍垂处大面积充血发红,糜烂,上覆白色假膜(图3)。经详细询问,患者诉有同性恋史近6年,半年来时有低热。复查HIV抗体呈阳性。血常规检查:红细胞计数 $3.41 \times 10^{12}/L$,

白细胞计数 $6.2 \times 10^9/L$,血小板计数 $126 \times 10^9/L$,血红蛋白 $101 g \cdot L^{-1}$,中性粒细胞0.84,淋巴细胞0.22。



图3 病例3可见悬雍垂处红肿糜烂,被覆假膜

Fig 3 The erosion and flare in the uvula which covering pseudomembrane of the third patient

2 讨论

在艾滋病患者日益增多且较多以口腔表征为首发的情况下^[2],口腔医务人员对艾滋病的早期发现与诊断就尤为重要。在口腔黏膜科的临床工作中,对就诊患者的全身表现、口腔表征等综合分析,并及时对其进行HIV抗体检测,可以确认及防止AIDS的误诊或漏诊。

2.1 口腔念珠菌病

经久不愈的口腔念珠菌病是AIDS患者出现最多的临床症状和早期征兆。其白色假膜较一般口腔白假丝酵母菌感染更加致密,且不容易消退,病损部位可波及颊、舌、腭、唇黏膜,甚至发展至咽喉、食管等部位。艾滋病患者免疫功能受到抑制,是口腔念珠菌病发病的主要原因,加之因误诊而长期应用各种广谱抗生素,从而造成了口腔菌群失调,二重感染随之增加。此外,艾滋病患者普遍存在唾液腺疾病,唾液的流速降低和成分改变直接或间接地影响口腔环境,有利于白假丝酵母菌的生长^[3],进一步加重口腔念珠菌病的病情。本文中3例艾滋病患者的口腔念珠菌病损害均存在持续时间较长、经久不愈、口内假膜致密的特点,且年龄均为30~40岁,而这一年龄段本不属于口腔念珠菌病的好发年龄。对此年龄段的口腔念珠菌病患者,如果经仔细排查仍不能找到如长期应用广谱抗生素或皮质激素等诱因或其他系统性疾病等诱因,就有必要引起高度警惕,此时应进行艾滋病抗体的筛查。本文3例患者经HIV抗体检查后得到确诊。其中第3例患者确诊过程较为复杂,这提示临床上如果患者的临床表现符合艾滋病的相关综合表征,即使第1次HIV抗体检测呈阴性,也不能因此而排除其HIV感染的可能性,应重复对其进行检测,以避免漏诊。

2.2 正中菱形舌炎

正中菱形舌炎在成人中的发病率不到1%，其病因不明，可能由未萌牙、滥用抗生素、抽烟以及免疫缺乏等原因造成，在其周围一般会伴有口腔念珠菌病^[4]。本文第1例患者由于临床同时观察到口腔念珠菌病和正中菱形舌炎，再结合全身表征，通过实验室检查得出诊断。但如果只是单独出现正中菱形舌炎，也应该引起重视，避免漏诊。

2.3 鼻咽部NK/T细胞淋巴瘤

鼻咽部NK/T细胞淋巴瘤属于非霍奇金淋巴瘤，是艾滋病的机会性感染表征之一，与EB病毒关系密切^[5]。本文第3例患者经过反复检查后疑为鼻咽部NK/T细胞淋巴瘤，及时对该患者进行HIV相关检测，进一步诊断为AIDS。

2.4 全身临床表现

艾滋病患者由于免疫功能低下，容易发生多种机会性感染和肿瘤，虽然服用抗生素会使某些细菌感染所致的症状减轻，但抗生素对病毒和真菌并无完全抑制和杀灭作用；而且，服用抗生素后还可能引起菌群失调，诱发二重感染，继之导致患者厌食，肺部、肠道等感染加重，从而出现长期发热、反复腹泻、体重下降，以及咳嗽、胸闷等症状。本文中前2例患者均有长期发热、体重下降、咳嗽、腹泻等症状，而第3例患者也出现长期低热症状。

2.5 接触史

HIV感染主要是通过性接触、血液和母婴传播，而一般生活接触和蚊虫叮咬不会造成传染。医务人员在发现患者具有相关口腔表现和全身症状之后，

应详细询问患者的性接触史和血液接触史等，为诊断艾滋病提供有力的依据。本文中第1和第3例患者均有性混乱史，考虑系性传播所致；第2例患者为女性，务农，曾有卖血史，可能系血源性感染。

无论在“窗口期”亦或“潜伏期”，HIV感染者均具有传染性。患者家属、朋友甚至为其治疗的医务工作者均有感染HIV的可能。因此，这就要求每个医务人员都必须提高对该类疾病的警惕性以及严格的防护措施，以预防自身的职业性感染；同时，对该类患者做到早发现、早诊断、早治疗，以控制疾病的进一步传播。

[参考文献]

- [1] Owotade FJ, Shiboski CH, Poole L, et al. Prevalence of oral disease among adults with primary HIV infection[J]. Oral Dis, 2008, 14(6) :497-499.
- [2] Ranganathan K, Hemalatha R. Oral lesions in HIV infection in developing countries : An overview[J]. Adv Dent Res, 2006, 19(1) :63-68.
- [3] Vucicevic-Boras V, Brozovic S, Cekic-Arambasin A, et al. Salivary peroxidase levels in patients with AIDS[J]. Eur J Med Res, 2003, 8(2) :81-84.
- [4] Leite R, Leite A, Friedman H, et al. Median rhomboid glossitis associated with esophageal candidiasis. A possible etiologic relation with *Candida albicans*[J]. An Bras Dermatol, 2002, 77(5) :579-583.
- [5] Cobo F, Talavera P, Busquier H, et al. CNK/T-cell brain lymphoma associated with Epstein-Barr virus in a patient with AIDS [J]. Neuropathology, 2007, 27(4) :396-402.

(本文编辑 李彩)

(上接第682页)

起，并帮助患者戒除这种行为。临床可给予患者少量局部用药以缓解患者的粗糙感。如患者存在明显的抑郁、紧张等心理状态，应建议患者到精神科进一步做检查和治疗。咬唇颊症的预后较好，戒除不良习惯后病损可完全消失。

[参考文献]

- [1] Sewerin I. A clinical and epidemiologic study morsicatio buccarum-labiorum[J]. Scand J Dent Res, 1971, 79(2) :73-80.
- [2] Van Wyk CW, Staz J, Farman AG. The chewing lesion of the cheeks and lips : Its features and prevalence among a selected group of adolescents[J]. J Dent, 1977, 5(3) :193-199.
- [3] Glass LF, Maize JC. Morsicatio buccarum et labiorum(excessive cheek and lip biting)[J]. Am J Dermatopathol, 1991, 13(3) :271-274.
- [4] Damm DD, Fantasia JE. Bilateral white lesions of buccal mucosa. Morsicatio buccarum[J]. Gen Dent, 2006, 54(6) :442, 444.
- [5] 殷操. 自伤性溃疡的临床研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2001, 17

(4) :297-298.

- YIN Cao. Clinical study on automutilation ulcers[J]. J Clin Stomatol, 2001, 17(4) :297-298.
- [6] Jackson RM, Tucker SB, Abraham JL, et al. Factitial cutaneous ulcers and nodules : The use of electron-probe microanalysis in diagnosis[J]. J Am Acad Dermatol, 1984, 11(6) :1065-1069.
- [7] Lodi G, Sardella A, Bez C, et al. Interventions for treating oral leukoplakia[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2006, 18(4) :CD001829.
- [8] Sugerman PB, Savage NW. Oral lichen planus : Causes, diagnosis and management[J]. Aust Dent J, 2002, 47(4) :290-297.
- [9] Nichols GE, Cooper PH, Underwood PB Jr, et al. White sponge nevus[J]. Obstet Gynecol, 1990, 76(3 Pt 2) :545-548.
- [10] Samaranyake LP. Oral candidosis : An old disease in new guises [J]. Dent Update, 1990, 17(1) :36-38.
- [11] Dagistan S, Goregen M, Miloglu O, et al. Oral pemphigus vulgaris : A case report with review of the literature[J]. J Oral Sci, 2008, 50(3) :359-362.

(本文编辑 李彩)