

文章编号 1672-3384(2005)-05-0025-02

## 机会性寄生虫感染的病原学治疗

【作者】 甘绍伯

首都医科大学附属北京友谊医院热带医学研究所 (北京 100050)

【中图分类号】 R978.6

【文献标识码】 B

当今,免疫功能低下病人的机会性感染日益增多,其诊断和治疗亦引起广泛关注。免疫功能低下涉及的临床范围很广,例如:脏器移植者,艾滋病患者,某些血液病和恶性肿瘤患者,长期大量应用肾上腺皮质激素及其他免疫抑制剂的病人等等。机会性感染的病原体种类很多,包括病毒、细菌、真菌、寄生虫等,其中寄生虫感染占有重要位置,主要有卡氏肺孢子虫、弓形虫、隐孢子虫等。

本文介绍针对上述几种寄生虫的病原学治疗。

### 1 抗卡氏肺孢子虫药物

#### 1.1 复方新诺明[磺胺甲基异噁唑(SMZ)+甲氧苄氨嘧啶(TMP)]

复方新诺明为首选药物。但用于治疗卡氏肺孢子虫时,需明显大于常规剂量,用量为TMP 15~20mg/(kg/d),SMZ 75~100mg/(kg/d),分3~4次服用,疗程为3周。若按较低剂量计算,约60kg体重的人每天需服药12片,是常规剂量的3倍。因此,副反应发生率较高(正常人群约为8%,一般免疫功能低下者约为12%,艾滋病患者高达65%),相当一部分病人不能完成治疗。用药时需慎重考虑禁忌证,并密切观察药物的副作用(例如对肾、肝功能的损害)。

#### 1.2 戊脒脒(喷他脒)

戊脒脒是最早用来治疗卡氏肺孢子虫的药物。采用静脉滴注的方法给药:剂量为3~5mg/(kg/d),加入5%葡萄糖液中(配成1%的溶液)使用,每日一次,15~20d为一疗程。本品疗效较好,但副作用常见且比较严重,致使部分病人中止治疗。常见的副作用有恶心、呕吐、腹痛等,肝、肾损害少见。静注宜缓慢。

此外,为预防复发或治疗轻至中度患者,可用该药气雾剂吸入。虽全身性副反应轻微,但疗效低于静脉给药。本品国内无药。

#### 1.3 阿托喹酮

此药为国外研制的口服制剂,用于轻至中度患者。每次服750mg,每日4次,连服2~3周。疗效不及复方新诺明,但病人对该药的耐受性较好。

#### 1.4 氯林可霉素与伯氨喹联合疗法

前者每次口服500mg,每日3~4次;后者30mg,分两次服。连服3周。疗效与复方新诺明相似,但副作用相对较轻。

#### 1.5 氨苯砒与TMP联合用药

前者100mg,每日一次;后者15~20mg/(kg/d),分两次服用,连服3周。不能耐受氯林可霉素与伯氨喹联合疗法或用氯林可霉素与伯氨喹联合疗法无效时可采用,疗效不及复方新诺明,但副作用较轻。

### 2 抗弓形虫药物

#### 2.1 乙胺嘧啶和磺胺嘧啶

乙胺嘧啶和磺胺嘧啶是治疗弓形虫病的传统药物,两者联合应用可取得较好疗效。乙胺嘧啶每日25mg,分两次服用;磺胺嘧啶每日2~4g,分4次服用;两药均首日加倍。1个疗程3~4周,疗程数视病情而定,疗程间隔7~10d。药物的副作用较大,常使患者不能完成治疗。此外,该药药源缺乏。

#### 2.2 复方新诺明、螺旋霉素、阿奇霉素、氯林可霉素亦为治疗弓形虫病的有效药物。

2.2.1 复方新诺明 每日4~8片,分2~4次服用,疗程3~4周。

2.2.2 螺旋霉素 成人每日3~4g,儿童剂量为50

~100mg/(kg/d), 分3~4次服用。疗程3~4周, 首次加倍。

2.2.3 阿奇霉素 每日口服一次, 每次0.5~0.75g, 首日加倍, 连服2~3周。

2.2.4 氯林可霉素 每次口服0.5g, 每日3~4次, 连服3~4周。儿童30~60mg/(kg/d), 分3~4次服用。静点成人每次0.6g, 溶于200mL液体, 滴注1~2h, 每8~12h一次。儿童10~20mg/(kg/d), 分2~3次给药。

2.3 用药时需遵循以下原则: ①以上药物的疗程次数视病情而定; ②病情较轻者可单独用药, 但用药剂量宜偏大, 且这些药物可相继单独应用; ③病情重笃或免疫功能极低者(如艾滋病患者)需联合用药, 疗程宜长, 且需多疗程治疗。

还必须指出: 上述抗弓形虫药物只能杀灭弓形虫滋养体, 对包囊无效, 故均不能达到根治效果, 存在着复发的可能。

### 3 抗隐孢子虫药物

#### 3.1 螺旋霉素

每次1g, 每日3~4次, 连续服用2~4周。

#### 3.2 巴龙霉素

25~35mg/(kg/d), 分3次服用, 连服10~14d。

#### 3.3 大蒜素胶囊

成人每次40mg, 儿童每次10~20mg, 每日3次, 连服10~14d。

文章编号 1672-3384(2005)-05-0026-04

## 结缔组织病并发肺孢子菌肺炎7例分析

【作者】 曹彬 王澎 王辉

中国医学科学院中国协和医科大学北京协和医院 (北京 100730)

【中图分类号】 R519

【文献标识码】 B

肺孢子菌肺炎(Pneumocystis pneumonia, PCP) 2年前被称为卡氏肺孢子虫肺炎(Pneumocystis carinii pneumonia, PCP), 其病原菌过去一直被认为是一种原虫, 在发现其DNA结构与真菌非常接近后, 目前已经将PCP归类于真菌感染, 它是免疫缺陷患者严重并且致死性的感染, 它是艾滋病患者最重要的机会性感染之一<sup>[1]</sup>。另外, PCP还可以在接受免疫抑制剂治疗的其他免疫缺陷患者中出现(如: 恶性肿瘤, 器官移植)<sup>[2,3]</sup>。结缔组织病也是肺孢子菌感染的危险因素<sup>[4]</sup>, 但是其并发PCP的发病率较艾滋病低, 目前还没有大宗病例报道。本文介绍本院在2004年诊断的7例结缔组织病并发的PCP, 并对PCP发病前免疫抑制剂治疗情况、病人的临床表现、治疗和转归进行探讨。

### 1 研究方法和诊断标准

#### 1.1 研究方法

回顾性临床研究。

#### 1.2 研究时间

2004年2~11月。

#### 1.3 病例来源

皮肤科、免疫科、呼吸科、外科ICU、呼吸监护病房、普通内科、感染科。

#### 1.4 观察内容

年龄、性别、基础疾病、接受糖皮质激素和免疫抑制剂情况、临床表现、体格检查、血常规、淋巴细胞亚群、血气分析、胸X线、胸CT、肝肾功能、酶联免疫吸附法(ELISA)监测HIV抗体, 病人的治疗和预后。