

文章编号: 1672-3384 (2007)-01-0039-02

伏立康唑治疗难治性 AIDS 合并真菌感染 3 例报道

【作者】 黄峇緬 向青青 刘达

云南省个旧市传染病医院 (云南 661000)

【中图分类号】 R978.5; R512.91

【文献标识码】 C

真菌感染是获得性免疫缺陷综合征 (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) 病人常见的机会性感染, 治疗主要以氟康唑, 伊曲康唑, 两性霉素 B 为主, 但由于这些药物疗程长, 毒副作用大, 在临床应用中存在着诸多问题。我院从 2006 年 3 月份开始使用伏立康唑 (汇德立康) 治疗 3 例 AIDS 合并真菌感染病人, 均取得了满意效果, 现报道如下。

1 一般资料

1.1 病例一

患者 A, 男性, 42 岁, 因“发热, 腹痛伴恶心呕吐 1 月”入院。已被确诊抗-HIV 阳性, CD4 细胞为 34 个/ μL 。查体: 一般情况及精神差, 慢性病容, 颜面部、头部及颈部可见散在分布淡红色脐状皮疹, 皮疹中央有结痂, 部分已破溃, 口腔腭底可见黏膜破溃, 舌面有少许白色分泌物附着, 颈部可触及数枚蚕豆大小淋巴结, 双肺呼吸音减弱, 未闻及啰音, 心 (一), 腹部平坦, 下腹部可触及一 5cm×5cm 大小的包块, 质韧, 边缘不清, 有触痛, 余 (一)。辅助检查: 胸片提示“肺部感染”, 腹部 CT 示“腹腔多处淋巴结肿大, 肝脾肿大”。骨髓培养检出马尼尔氏青霉菌。初步诊断: 获得性免疫缺陷综合征 (AIDS), 青霉菌感染。入院后使用氟康唑 0.4g/d, 治疗 2 周, 病人仍有发热, 腹痛, 恶心呕吐, 皮疹消退不明显, 之后改用伏立康唑, 第一个 24h 给予负荷量, 6mg/kg, bid, 第二天起使用维持剂量, 4mg/kg, bid, 使用 2 周后, 患者皮疹明显消退, 热退, 腹痛消失, 恶心呕吐现象较前减轻, 骨髓培养未检出青霉菌。复查腹部 CT 提示

“腹腔肿大淋巴结较前缩小, 未见淋巴结转移病灶, 肝脾回缩”。

1.2 病例二

患者 B, 男性, 69 岁, 因“发热, 咳嗽咳痰, 胸痛伴呼吸困难半月”入院。已确诊抗-HIV 阳性, CD4 细胞为 93 个/ μL 。查体: 颜面部散在分布白色脐状皮疹, 中央有结痂, 口腔可见大量白色分泌物, 部分黏膜破溃, 锁骨上窝可及一枚 1cm×1cm 大小淋巴结, 双肺呼吸音稍粗, 未闻及啰音, 心, 腹体检 (一)。辅助检查: 口腔分泌物找到大量白色念珠菌, 胸片提示肺部感染。初步诊断: 获得性免疫缺陷综合征 (AIDS), 口腔白色念珠菌感染, 真菌性肺炎。入院后同样使用氟康唑 2 周, 0.4g/d, 后热退, 但口腔黏膜分泌物仍能检出白色念珠菌。之后改用伏立康唑, 用法用量同病例一, 2 周后, 患者口腔黏膜变光滑, 多次涂片未检出白色念珠菌, 复查胸片示肺部感染病灶较前有所吸收。

1.3 病例三

患者 C, 男性, 80 岁, 因“发热, 咳嗽, 纳差, 咽部疼痛 2 周”入院。已确诊抗-HIV 阳性, CD4 细胞为 92 个/ μL 。查体: 颜面部及颈部可见散在分布白色脐状皮疹, 中央未见结痂, 口腔黏膜及咽后壁见白色分泌物, 黏膜无破溃, 浅表淋巴结未及肿大, 双肺呼吸音减弱, 未闻及啰音。心腹体检 (一), 余无特殊。辅助检查: 口腔分泌物涂片检出白色念珠菌, 胸片提示肺部感染。初步诊断: 获得性免疫缺陷综合征 (AIDS), 口腔、食道白色念珠菌感染, 真菌性肺炎。入院后常规给予氟康唑 0.4g/d, 治疗 2 周, 咽痛症状无好转, 之后改用伏

立康唑，用法用量同前，使用2周后，患者热退，咽痛症状改善，能适量进食，咳嗽较前减轻，无明显咳痰和呼吸困难。口腔涂片未见白色念珠菌，复查胸片提示肺部感染病灶吸收。

以上3例患者在使用伏立康唑期间均未出现明显的毒副反应，在完成治疗疗程，机会性感染得以控制后，3例患者均开始了高效能抗爱滋病毒疗法(HAART)，目前尚未出现重复真菌感染，也未见新的机会性感染。HAART治疗3周后，其CD4细胞计数均有不同程度的上升，而且均未出现免疫重建综合征。

2 讨论

伏立康唑是一种新合成的三唑类药物，为第二代合成的氟康唑衍生物。作为一种新型的抗真菌药，其具有抗菌谱广，抗菌效力强的特点，主要用于抑制或杀死隐球菌属，曲霉菌属及念珠菌属（包括耐氟康唑的克柔念珠菌，近平滑念珠菌等）^[1]。有研究表明，伏立康唑作为新合成的化合物比起其他抗真菌药对念珠菌属（包括耐氟康唑的克柔念珠菌，光滑念珠菌和白色念珠菌耐药株）具有更强的抗菌作用，对所有检测的曲霉属真菌有杀菌作用，其疗效优于氟康唑和伊曲康唑，而且其毒副反应相对较

小，安全性高。

伏立康唑主要抑制对真菌细胞色素P450有依赖的羊毛甾醇14 α -去甲基化酶，进而抑制真菌细胞膜麦角甾醇的生物合成过程，使真菌细胞膜的结构和功能丧失，最终导致真菌的死亡^[2]。

我院治疗的3例患者，入院初均使用了氟康唑，但疗效不佳，这可能与本地区长期使用氟康唑后对真菌敏感性下降有关。3例患者中，2例口腔白色念珠菌感染合并真菌性肺炎，1例青霉菌感染均得到了很好控制，表明伏立康唑不仅对念珠菌所致感染具有良好疗效，对马尼尔青霉菌感染的治疗也同样有效，这与现有相关文献资料是相一致的。但由于我们目前所掌握的病例较少，该药的抗真菌疗效还值得进一步探讨。

【参考文献】

- [1] 王英, 顾军. 伏立康唑抗致病真菌的研究进展. 国外医学皮肤性病学分册, 2002, 28 (4): 205-208
- [2] Sanali H, Belanger P, Fraati R, et al. A new triazole, vericonazole (UK-109, 496), blocks sterol biosynthesis in *Candida albicans* and *Candida krusei*. Antimicrob Agents Chemother, 1997, 41: 2492

文章编号: 1672-3384 (2007) -01-0040-03

顿服普罗帕酮转复房颤 16 例报道

【作者】 王瑞玲 刘迎午

天津市第三中心医院 (天津 300250)

【中图分类号】 R972.2

【文献标识码】 C

心房纤颤是最常见的心律失常之一，初发的房颤常常伴有快速的心室率，造成患者出现心悸、胸闷等症状。而且，房颤持续时间越长，会使房颤变成持续性甚至永久性房颤，严重影响心脏功能，为此，转复房颤可以说是阵发性房颤的首选

治疗。总的来说，抗心律失常药分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ类。可以用于转复房颤的药物包括ⅠA类（如奎尼丁）、ⅠC类（如普罗帕酮、莫雷西嗪）和Ⅲ类（胺碘酮、索他洛尔）抗心律失常药物。它们主要作用于心房，延长心房不应期或减慢心房内传导。