

# HIV 感染者合并脓肿型肝结核 1 例

梁变香<sup>1</sup> 柴春维<sup>2</sup> 石亮<sup>1</sup>

1.太原市第四人民医院感染科, 山西 太原 030054

2.太原市第四人民医院一病区, 山西 太原 030054

**摘要:** HIV/AIDS 患者出现结核发病率比一般人群高出 30 倍<sup>[1]</sup>。研究显示, 超过 30% 的 HIV/AIDS 患者会并发肺结核<sup>[2]</sup>。而在 HIV/AIDS 患者中, 肺外结核的发病率尤为显著<sup>[3]</sup>。肝结核是肺外结核的一种罕见类型<sup>[1-2]</sup>。鉴于肝结核在早期缺乏明显的临床表现和影像学特征, 因此在临床实践中, 它很容易被忽视或误认为是其他类别的肝病<sup>[4]</sup>。

**关键词:** 艾滋病病毒; 肝结核; 肝脓肿; 病例报告

本研究中, 我们详述了一例 HIV 感染患者并发肝结核的临床情况。该病例最初被误判为普通细菌引起的肝脓肿, 尽管该患者接受了抗生素和肝脓肿穿刺术后临床症状有所缓解, 但在脓液培养中找到抗酸杆菌, 调整为抗结核药物治疗后, 患者临床症状和超声波检查结果均明显改善。为了提高对该病认识, 现报告如下。本研究经太原市第四人民医院伦理委员会批准(伦理审批号: KKYJ-2024-018)。

## 1 临床资料

患者, 男, 33 岁, 因“间断右上腹疼痛伴高热 2 周, 初筛 HIV 抗体可疑 2 天”于 2017 年 12 月 25 日在太原市第四人民医院接受治疗。院前未启动 ART 方案治疗。患者在 2 周前因受凉后出现发热, 体温最高 40℃, 伴畏寒、寒战, 伴右上腹隐痛, 感乏力、纳差, 咳嗽, 咳少许白色泡沫痰, 查腹部彩色多普勒超声检查提示肝脓肿形成, 使用头孢类抗生素, 症状并未得到改善, 同时 HIV 初筛结果可疑, 故至我院就诊, 门诊以“HIV? 肝脓肿”收治入院。患者自发病以来, 精神、食欲、睡眠差, 体重变化未不明显, 大小便正常。

体格检查: T36.4℃ P110 次/分 R23 次/分 BP118/85mmHg, 营养中等, 神清, 全身浅表淋巴结未触及, 全身皮肤粘膜及巩膜无黄染、出血, 口唇无紫绀, 口腔粘膜未见白斑, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿罗音, 心律齐, 腹部柔软, 右上腹压痛阳性, 余腹部压痛及反跳痛不明显, 肝脾肋触及不明显, 双下肢无浮肿。

实验室检查: 胸片示: 心肺膈未见明显异常。血肿瘤标志物、心肌酶谱、血钠尿酸、发热系列(伤寒、副伤寒)、水电解质、空腹血糖、肝肾功能各项均在正常范围; 血呼吸道感染病原体 IgM 九联检、风湿二项、乙肝五项、甲肝抗体、丙肝抗体、梅毒螺旋体抗体、戊肝抗体、血结核抗

体及蛋白芯片、PPD、TSPOT 均为阴性; 血 D-二聚体 1386ng/ml; 血常规: 白细胞 15.54 × 10<sup>9</sup>/L, 中性粒细胞百分比 78.1%, 血红蛋白 114g/L, 红细胞 3.61 × 10<sup>12</sup>/L; C 反应蛋白(CRP) 254.47mg/L; 降钙素原 31.72ng/ml; 血沉 95mm/h; 腹部彩超示: 肝内不均匀回声团, 范围约 8.2 × 7.9cm; 肝内钙化灶。

发病期间诊疗过程: ①在 B 超引导下进行经皮肝穿刺抽液并进行检测(包括分泌物抗酸杆菌涂片、TB-DNA、TB-RNA 均为阴性, 分泌物石蜡包埋组织中 TB-DNA 检测 0copy, 病理学检查未见瘤细胞及抗酸染色阴性), 同时抗感染(左氧氟沙星 0.4/日、头孢哌酮舒巴坦钠 2.0 Q12h, 替硝唑 0.4/日), 体温逐渐下降, 波动于 36.0-37.5℃, 肝区疼痛明显缓解, 治疗 1 周于 2018-1-2 查血常规: 白细胞 15.02 × 10<sup>9</sup>/L, 中性粒细胞百分比 85.6%, 血红蛋白 84g/L, 红细胞 2.59 × 10<sup>12</sup>/L; CRP200mg/L; 血沉 86mm/h; 血培养(三次)结果均为阴性; CD<sub>4</sub>741 个/ul, CD<sub>4</sub>/CD<sub>8</sub> 1.2; ②在原消炎治疗方案基础上加用血必净注射液 50ml Q12h 治疗 2 周, 复查血白细胞、中性粒细胞、PCT、CRP、肝功能各项在正常范围; 血沉 53mm/h; 血 D-二聚体 372ng/ml; 腹部彩超提示肝内混合回声区, 范围约 5.6 × 5.0cm; ③患者临床表现和炎性指标均得到改善, 初步采用替硝唑抗感染治疗, 2018 年 1 月 16 日启动抗 HIV 药物(3TC300mg/日, TDF300mg/, EFV 600mg/日)。⑤2018 年 1 月 18 日分泌物 BD960 结核菌培养出抗酸杆菌。此时感染科医师根据化验结果, 拟定 2HRZE/10HRE 方案治疗脓肿型肝结核(H:异烟肼、R:利福平、Z:吡嗪酰胺、E:乙胺丁醇)。经过 2 周的抗痨治疗, 患者的血常规、血沉、CRP、凝血系列、肝功能各项基本在正常范围; 腹部彩超示: 肝右叶等低回声区, 范围约 3.0 × 2.8cm。随后分泌物 BD960 结核

菌药敏试验: SM INH RFP EMB 培养阴性均敏感。④电话随访1年,复查上腹部CT提示未见明显异常。

## 2 讨论

结核病(TB)和人类免疫缺陷病毒(HIV)合并感染是全球最严重的传染性疾病组合。结核分枝杆菌(Mtb)和HIV在宿主体内具有协同关系,相互促进<sup>[5]</sup>。结核病不仅是HIV/AIDS患者中最常见的机会性感染,更是造成死亡的主要因素,在全球范围内约有1/3的艾滋病患者死于结核病<sup>[6]</sup>。

结核分枝杆菌(TB)感染引起的肝结核通常与免疫功能抑制有关,特别是HIV/AIDS患者、糖尿病患者和服用免疫抑制剂的人群中更为常见<sup>[7]</sup>。该疾病主要通过肝动脉或门静脉传播,使结核分枝杆菌侵入肝脏<sup>[8]</sup>,典型症状包括腹痛、肝肿大、发热、呼吸系统症状和体重减轻<sup>[9]</sup>,同时可能伴有碱性磷酸酶及转氨酶水平升高和血浆白蛋白减少<sup>[10]</sup>。鉴于单核-吞噬系统的复杂性以及肝脏对损伤的强力恢复能力,同时胆汁对结核分枝杆菌增长的有抑制作用,结核分枝杆菌侵入肝脏不一定能发病,只有当机体免疫力减低时才可能发生肝结核<sup>[11]</sup>。从病理类型来说,肝结核主要分为粟粒性肝结核、肝结核瘤和肝胆管结核<sup>[12]</sup>,其中粟粒型的发病率最高。

目前仍依靠影像学和基本实验室检测来诊断肝结核,存在明显局限性,易误诊为肝脓肿、肝脏肿瘤<sup>[13]</sup>。在本案例中,尽管患者入院时已经进行了多种辅助性检查,其确诊过程依旧充满挑战。鉴于肝结核的诊断难度,采用超声或CT引导的肝穿刺活检成为一种可行的诊断手段<sup>[14]</sup>。在本病例中患者没有结核中毒症状、肝脏未表现出肿大,同时未发现肺结核的存在,进行脓液组织抗酸染色、细菌培养、结核基因检测、病理组织学染色进行病原学检查,均未发现异常。可以看出结核性肝脓肿的CT表现和细菌性肝脓肿的CT表现相似,两者之间不易鉴别<sup>[15]</sup>,致使我们误判为细菌性肝脓肿。然而后续脓液结核菌培养出抗酸杆菌,故诊断结果修正为脓肿型肝结核。

肝结核的治疗一般以内科治疗为主,最主要是规律、早期、联合、适量、足疗程应用抗结核药物。结合本病患者病史,既往曾使用“喹诺酮类”药物“抗炎”治疗,而氟喹诺酮类药物有很强的抗结核杆菌的能力<sup>[16]</sup>,从而掩盖了临床症状。因此,在处理不明原因的肝脏占位性病变时,即便考虑到可能存在并发的感染,我们尽可能地避免选用喹诺酮类药物,以防止其遮蔽病情和症状。

## 参考文献:

- [1]师金川,王梦嫣,谢传艺,等.HIV阳性合并肝结核1例[J].中国艾滋病性病,2022,28(11):1316-1317.
- [2]杨湘,余云艳,刘冬梅,等.HIV感染合并耐药性肝结核1例[J].中国艾滋病性病,2025,31(02):205-207.
- [3]姚正钢.艾滋病合并肺结核患者的临床特点与诊治分析[J].中国卫生标准管理,2022,13(03):20-23.
- [4]孙厚坦,康有香,滕红,等.肝结核误诊为肝肿瘤临床分析并文献复习[J].临床误诊误治,2023,36(10):1-4.
- [5]Mhango, D. V., Mzinza, D. T., Jambo, K. C., & Mwandumba, H. C. (2021). New management approaches to tuberculosis in people living with HIV. *Current opinion in infectious diseases*, 34(1), 25-33.
- [6]蔡长明,等.20例肝结核患者临床分析[J].实用肝脏病杂志,2009,12(4):295-296.
- [7]LIU YB, GUO W, GAO SC, et al. A case of hepatic tuberculosis with acquired immune deficiency syndrome [J]. *Am J Med Sci*, 2022, 363(6): 552-555.
- [8]陈鹏,唐少珊,苏梦雪,等.肝结核误诊为肝转移癌2例报道并文献复习[J].中国医科大学学报,2022,51(10):936-940.
- [9]Hickey AJ, Gounder L, Moosa MY, Drain PK. A systematic review of hepatic tuberculosis with considerations in human immunodeficiency virus co-infection[J]. *BMC Infect Dis*, 2015; 15:209
- [10]KALE A, PATIL PS, CHHANCHURE U, et al. Hepatic tuberculosis masquerading as malignancy[J]. *Hepatol Int*, 2022, 16(2): 463-472.
- [11]张福杰,尚红,吴昊. 艾滋病诊疗学[M].北京:人民卫生出版社,2009.319-330.
- [12]GENG L, LIN C, HU L, et al. Experience in diagnosis and treatment of liver tuberculoma: a report of 6 cases[J]. *Chin J Hepato-biliary Surg*, 2007, 13(1): 21, 31. (in Chinese) 耿利, 林川, 胡雷, 等. 肝结核瘤的诊治六例体会[J]. *中华肝胆外科杂志*, 2007, 13(1): 21, 31.
- [13]KALE A, PATIL PS, CHHANCHURE U, et al. Hepatic tuberculosis masquerading as malignancy [J]. *Hepatol Int*, 2022, 16(2): 463-472.
- [14]刘志全,范永刚.被误诊的肝结核1例报道[J].胃肠病学和肝病学杂志,2020,29(10):1199-1200.
- [15]张建,贾宏远,段建国.结核性肝脓肿1例[J].中国医学影像学杂志,2004,(06):477.
- [16]TONG HJ, CHENG Y, TAN C. Fluoro-quinolones in

the treatment of MDR-TB clinical efficacy studies[J]. Chin J Trauma Disability Med,2013,21(7): 48-49.(in Chinese)童海娟,程毅,谭川.氟喹诺酮类药物治疗耐多药结核病临床疗效研究[J].中国伤残医学,2013,21(7): 48-49.

**作者简介:** 梁变香(1988—),女,汉族,山西省晋中市人,本科,太原市第四人民医院,主治医师,传染病学。

石亮(1971—),男,汉族,山西省朔州市人,本科,太原市第四人民医院,主任医师,科主任,结核病及艾滋病学。

**基金项目:** 太原市卫健委“六个一批”专项行动科研项目,课题编号 Z2024004。