血流丰富的软组织影[10-11]；血流丰富可能不是促成甲状旁腺内钙化的决定因素，但可能加速钙化进程。PHPT患者病理结果多为甲状旁腺腺瘤，SHPT患者病理结果多为甲状旁腺增生，其次为甲状旁腺腺瘤，这与文献[12-13]报道一致。

综上，与PHPT患者相比，SHPT患者甲状旁腺易合并钙化灶。SHPT患者病理结果多为甲状旁腺增生，其次为甲状旁腺腺瘤，PHPT患者病理结果多为甲状旁腺腺瘤。

参考文献：

[1] 甄力莳，刘晓健，张凌，等. $^{99}Tc^{m}$-MIBI双时相显像对继发性甲状旁腺功能亢进症定位诊断的价值[J]. 中国血液净化，2011，10(5)：242-245.
[2] 郭佑民，陈起航，王玮. 呼吸系统影像学[M]. 上海：上海科学技术出版社，2011：85-86.
[3] Mekerl M, Mahajna A, Ish-Shalom S, *et al*. Minimally invasive surgery for treatment of hyperparathyroidism[J]. Isr Med Assoc J, 2005, 7(5): 323-327.
[4] 侯英萍，邓敬兰，乔宏庆，等. 甲状旁腺腺瘤和增生的$^{99}Tc^{m}$-MIBI甲状旁腺显像特点及其临床价值[J]. 中国临床医学影像杂志，2002，13(1)：6-9.
[5] 舒艳艳，韩志江，孙承. CT对原发性甲状旁腺功能亢进的诊断价值[J]. 中国临床医学影像杂志，2012，23(3)：198-200.
[6] Yeh S M, Hwang S J, Chen H C. Treatment of severe metastatic calcification in hemodialysis patients[J]. Hemodial Int, 2009, 13(2): 163-167.
[7] Moe S, Drueke T, Cunningham J, *et al*. Definition, evaluation, and classification of renal osteodystrophy: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)[J]. Kidney Int, 2006, 69(11): 1945-1953.
[8] Indridason O S, Quarles L D. Comparison of treatments for mild secondary hyperparathyroidism in hemodialysis patients. Durham Renal Osteodystrophy Study Group[J]. Kidney Int, 2000, 57(1): 282-292.
[9] Lund R J, Davies M R, Mathew S, *et al*. New discoveries in the pathogenesis of renal osteodystrophy[J]. J Bone Miner Metab, 2006, 24(2): 169-171.
[10] 扈利和. 结节性甲状腺肿及甲状腺腺瘤的超声与临床病理诊断对比分析[J]. 临床医学，2010，30(8)：91-92.
[11] 陈宏建，张松，王芳，等. 甲状腺腺瘤和结节性甲状腺肿的彩色多普勒超声诊断[J]. 临床超声医学杂志，2007，9(3)：154-156.
[12] 左庆瑶，刘宝岳，邓丽丽. 原发性甲状旁腺功能亢进症85例临床及病理分析[J]. 重庆医学，2012，41(20)：2027-2028，2031.
[13] 胡娜，金晓龙. 甲状旁腺肿瘤及增生的临床病理学研究进展[J]. 上海交通大学学报：医学版，2011，31(7)：1041-1046.

（**收稿**：2013-12-29；**修回**：2014-03-07）

（编辑　汪勤俭）

文章编号：1000-5404(2014)15-1629-01

个案与短篇

艾滋病合并播散性新型隐球菌病2例

林润英，陈耀凯　（400036 重庆，重庆市公共卫生医疗救治中心感染二科）

［**关键词**］ 艾滋病；隐球菌病
［**中图法分类号**］ R512.91　［**文献标志码**］ B

新型隐球菌感染多发生于免疫功能低下人群，特别是严重免疫功能低下的晚期艾滋病患者可发生播散性新型隐球菌病，此类患者病情复杂，累及全身多个器官，极易导致误诊、漏诊而延误治疗[1-2]。现总结分析本院收治的2例艾滋病合并播散性新型隐球菌病患者临床资料，以期提高临床医师对该病的认知。

1　临床资料

病例1，男性，46岁，因“咳痰、发热、气促40 d，头痛8 d”于2012年12月31日入院。40 d前因发热、咳嗽在院外行胸部CT示右下肺结核可能性大，诊断“肺结核”，经治疗发热无好转，伴头痛，体温在38.0～39.8 ℃之间波动，查抗HIV-1初筛试验阳性，以“肺结核、结核性脑膜炎”收入院。查体：体温37.3 ℃，脉搏89/min，呼吸20/min，血压104/74 mmHg。意识清楚，精神、行为无异常，消瘦，口腔黏膜、舌面可见白斑，颈阻阴性，全身浅表淋巴结未触及，右下肺叩浊，双肺呼吸音粗，未闻及湿啰音，心腹无异常发现，颅神经检查无异常，四肢肌力、肌张力正常，病理征阴性，感觉正常，共济运动正常，脑膜刺激征阴性。入院后辅助检查：胸部CT示右肺可见大量积气及多发液平面，左肺可见斑片状、斑点状不均密度增高影；头颅CT平扫及增强示脑室系统扩张，左侧脉络丛强化明显；脑脊液无色透明，压力400 mm H_2O，细胞计数350×10^6/L，单核30%，多核70%，葡萄糖2.47 mmol/L，Cl^- 111.6 mmol/L，微量蛋白142 mg/L；脑脊液抗酸杆菌涂片阴性，新型隐球菌涂片阳性，真菌培养阳性；CD_4T淋巴细胞计数10个/μL，HIV-1抗体确证试验阳性。入院诊断：艾滋病合并播散性隐球菌病。入院后予两性霉素B联合5氟胞嘧啶治疗8周，发热、咳嗽、头痛逐渐好转，多次测脑压正常，脑脊液常规及生化检验均正常，连续3次脑脊液真菌

（下转1634页）

［**通信作者**］ 陈耀凯，E-mail：yaokaichen@hot.mail
［**优先出版**］ http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140717.1610.004.html(2014-07-17)

[3] Giannoudis P V, Dinopoulos H T. Autologous bone graft: when shall we add growth factors? [J]. Orthop Clin North Am, 2010, 41(1): 85-94.
[4] Stafford P R, Norris B L. Reamer-irrigator-aspirator bone graft and bi Masquelet technique for segmental bone defect nonunions: a review of 25 cases[J]. Injury, 2010, 41(Suppl 2): S72-S77.
[5] Chong K W, Woon C Y, Wong M K. Induced membranes--a staged technique of bone-grafting for segmental bone loss: surgical technique [J]. J Bone Joint Surg Am, 2011, 93(Suppl 1): 85-91.
[6] Chotel F, Nguiabanda L, Braillon P, *et al*. Induced membrane technique for reconstruction after bone tumor resection in children: a preliminary study[J]. Orthop Traumatol Surg Res, 2012, 98(3): 301-308.
[7] Klaue K, Knothe U, Anton C, *et al*. Bone regeneration in long-bone defects: tissue compartmentalisation? *In vivo* study on bone defects in sheep[J]. Injury, 2009, 40(Suppl 4): S95-S102.
[8] Pelissier P, Masquelet A C, Bareille R, *et al*. Induced membranes secrete growth factors including vascular and osteoinductive factors and could stimulate bone regeneration[J]. J Orthop Res, 2004, 22(1): 73-79.
[9] Shinsako K, Okui Y, Matsuda Y, *et al*. Effects of bead size and polymerization in PMMA bone cement on vancomycin release[J]. Biomed Mater Eng, 2008, 18(6): 377-385.
[10] Sanders J, Mauffrey C. Long bone osteomyelitis in adults: fundamental concepts and current techniques[J]. Orthopedics, 2013, 36(5): 368-375.
[11] Gao Y S, Ai Z S, Yu X W, *et al*. Free vascularised fibular grafting combined with a locking plate for massive bone defects in the lower limbs: a retrospective analysis of fibular hypertrophy in 18 cases[J]. Injury, 2012, 43(7): 1090-1095.
[12] Masquelet A C, Begue T. The concept of induced membrane for reconstruction of long bone defects[J]. Orthop Clin North Am, 2010, 41(1): 27-37.
[13] Gouron R, Deroussen F, Plancq M C, *et al*. Bone defect reconstruction in children using the induced membrane technique: a series of 14 cases[J]. Orthop Traumatol Surg Res, 2013, 99(7): 837-843.
[14] Cierny G 3rd. Surgical treatment of osteomyelitis[J]. Plast Reconstr Surg, 2011, 127(Suppl 1): 190S-204S.

(**收稿**: 2013-12-25;**修回**: 2014-02-03)
(编辑 龙 亮)

(上接1629页)

培养均阴性,改为氟康唑400 mg/d维持治疗。2013年2月15日开始抗HIV治疗(替诺福韦+依非韦伦+拉米夫定),2013年3月1日复查CD_4T淋巴细胞计数155个/μL,2013年3月25日复查胸部CT示右肺完全复张,左肺病灶吸收好转。

病例2,男性,50岁,因"发热、咳嗽1个月"于2013年9月4日入院。患者1个月前开始出现发热、咳嗽、咳黄色粘痰、体温不详,无畏寒、头痛、呕吐。在当地医院就诊,因考虑"肺结核"转来我院。查体:体温38.4 ℃,脉搏96/min,呼吸22/min,血压110/72 mmHg。意识清楚,精神无异常,口腔黏膜及舌面见少许白斑,唇无发绀,双肺呼吸音稍低,未闻及明显干湿罗音,心腹无异常发现,神经系统检查无异常。辅助检查:胸部CT提示双肺散在斑点状、斑片状模糊影,双肺见多发空洞形成,右肺上叶空洞内液平形成,纵膈内见肿大淋巴结,双侧少量胸腔积液;反复查痰抗酸杆菌涂片均阴性;头颅CT平扫及增强示顶叶可见斑片状低密度影,顶叶可见结节、环形强化,基底池可见异常强化、模糊,考虑颅内感染;脑脊液示无色透明,压力大于400 mmH_2O,细胞计数0.49×10^9/L,单核62%,多核38%,葡萄糖0.4 mmol/L,Cl^- 103.9 mmol/L,蛋白1 366 mg/L,抗酸杆菌涂片阴性,新型隐球菌涂片阳性。CD_4 T淋巴细胞计数46个/μL,HIV-1抗体确证试验阳性,血、痰及脑脊液真菌培养均阳性。入院诊断:艾滋病合并播散性隐球菌病。给予两性霉素B联合5氟胞嘧啶治疗4周,患者发热、咳嗽逐渐好转,多次测脑压在200 mmH_2O左右,脑脊液生化及常规均正常,连续4次脑脊液真菌培养均阴性,改为氟康唑400 mg/d维持治疗。2013年10月8日开始抗HIV治疗(替诺福韦+依非韦伦+拉米夫定),2013年12月11日复查胸部CT提示病灶吸收好转,2014年1月13日复查CD_4T淋巴细胞计数188个/μL。

2 讨论

隐球菌属是广泛存在于自然界的腐生菌,对人类致病的主要是新型隐球菌。隐球菌病是由新型隐球菌感染引起的真菌病,通过吸入空气中的真菌孢子引起感染,主要侵犯肺和中枢神经系统。有基础疾病者约占1/3,影像学表现随宿主免疫状态不同表现不一,误诊率为50%,其中误诊为结核者为50%[1]。肺内病灶以单发和(或)多发结节影、肿块病变,常位于胸膜下,可伴有纵隔淋巴结肿大,少见表现有间质性肺炎症、空洞型、合并钙化、胸腔积液[2]。

本组2例患者病变播散到脑膜、肺部、胸膜及血液,在病程中均被误诊为肺结核;两者在胸部CT上有相似之处,均混淆,致漏诊,从而延误了病原治疗;另外,肺隐球菌病可并发肺结核,即使肺结核诊断明确,也不应忽略肺隐球菌病[3]。故艾滋病患者及时进行新型隐球菌涂片检查及真菌培养是最有效的鉴别手段。

参考文献:

[1] 赖菁, 林云崖, 黄丽芬,等. 空洞型肺隐球菌病并脑膜炎1例报告[J]. 新医学, 2011, 42(10): 691-692,封3.
[2] 董亚琼, 杜娟. 不典型隐球菌病3例临床分析[J]. 山东医药, 2011, 51(32): 101-102.
[3] Kishi K, Homma S, Kurosaki A, *et al*. Pulmonary cryptococcosis combined with pulmonary tuberculosis[J]. Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi, 2003, 41(1): 30-34.

(**收稿**:2014-06-06;**修回**:2014-06-16)
(编辑 王 红)