

**会议信息**


[更多关注](#)

- (2012IAISC)第五届国际艾滋病临床
- 第五届国际艾滋病临床影像学术会
- “ (Congress information) Invi

 **会员中心**

用户名：

密码：

 [新会员注册](#)

[永久登录](#)

 **关于我们**

 本站是李宏军教授2006年3月创立的，李宏军教授留学回国后从事医学影像诊断工作(X、CT、MRI)，研究方向为传染病影像学的病理基础研究。现任首都医科大学附属北京佑安医院影像中心主任，获2008年北京市“十百千”百层次人才资助项目，2009年获北京市高层 [【详情】...](#)

## 我国艾滋病影像学研究现状及临床应用

来源：不详 时间：2009年06月07日 关注： [【字体：大 中 小】](#)

### 我国艾滋病影像学研究现状及临床应用

作者：李宏军

100069 首都医科大学附属北京佑安医院放射科

全国艾滋病影像学研讨会”于2008年11月12日至14日在北京大观园酒店胜利召开。由首都医科大学附属北京佑安医院和中华医学杂志英文版杂志社联合主办，参会代表来自全国26个省、市、自治区，达250余人。李宏军教授作了精彩的艾滋病临床应用基础研究专题报告并为会议开幕。中国艾滋病防治协会会长、卫生部艾滋病防治专家委员会主任委员戴志澄主任、中华医学会副会长戴建平教授、原中华放射学会主任委员祁吉教授、北京放射学会主任委员马大庆教授出席大会并讲话，著名的放射学家祁吉教授、马大庆教授为大会作了精彩的专题演讲；大会精心安排了来自全国26个省、市、自治区的参会代表就艾滋病影像学各种影像技术，诊断及质量控制进行广泛交流与探讨。还特邀了中央眼病保健专家，清华大学艾滋病综合治疗中心副主任、国务院艾滋病基础研究首席科学家张林琦教授，美国俄亥俄州大学陈德喜研究员，首都医科大学附属北京佑安医院吴昊教授，中国医学科学院协和医院金征宇教授，上海复旦大学华东医院放射科张国祯教授等22位来自全国的专家就艾滋病的病原学，发病机制，艾滋病影像学临床意义，分子影像学作了精彩演讲。通过这次会议摸清我国艾滋病影像学研究的成就和不足，现总结如下：

#### 一 什么是艾滋病直接死亡的原因？

艾滋病人死亡的主要原因是合并症的发生。合并症的发生导致器官功能病理损害，衰竭乃至死亡。

#### 二 为什么艾滋病人会发生合并症？

由于艾滋病人感染HIV，机体免疫受到抑制乃至摧毁，各种病原体乘虚而入导致艾滋病患者机体系统或器

- 会不会是感染了艾滋病啊?
- 期待
- 第五届会议
- 怎样开通VIP
- 请求帮助
- 肺结核病友社区(<http://www.city...>)
- 肺结核病友社区(<http://www.city...>)
- 不知是不是感染了爱滋
- 国家免费艾滋病抗病毒治疗药物手...
- 二线抗病毒治疗药物治疗失败后,发...
- 请问完全型艾滋病的定义是什么?
- 请求讨论这个病例发热、脾大、淋...

官病理损害,从而使合并症的发生。

### 三 艾滋病影像学特点

艾滋病有别于其它疾病,具有其特殊性,多重性,复杂性,对医务人员及科研工作者提出新的诊疗要求和挑战,迫切需要我们z对艾滋病临床影像与解剖、病理进行对照研究,从国内临床资料来看,大部分临床资料缺乏病理与病源学的证据,尸体病理解剖更为少见,诊断可靠性值得商榷,体现出我国艾滋病临床与基础研究的脱节,不利于全面理解和艾滋病合并症的防治。

### 四 艾滋病影像学研究的必要性

影像诊断对艾滋病合并机会型感染和相关性肿瘤的诊断和鉴别诊断有着不可替代的作用,对在其预防诊断合并症的发生有重要价值;早期预防诊断艾滋病合并症是改善病人生存质量和延长生命的重要措施;减轻病人经济负担和建设和谐社会具有重要意义。

### 五 艾滋病流行病学

1. 艾滋病,即人类获得性免疫缺陷综合症(Acquired Immune Deficiency Syndrome,AIDS)在全球广泛流行,已成为严重威胁人类健康的重大问题,从1981年报道人类免疫缺陷病毒和1983年分离出HIV病毒以来,世界范围内蔓延趋势严重。截至2007年底,全球感染艾滋病病毒人数仍高达3,320万人,2007年新增感染者250万人,210万人死于艾滋病,每天平均新增艾滋病感染者6800人。我国截止2007年12月底,全国累计报告艾滋病感染者和艾滋病病人230643例,其中艾滋病病人66,392例,死亡报告23,963例。中国卫生部、联合国艾滋病规划署和世界卫生组织联合对2007年中国艾滋病疫情进行估计,结果显示:截止2007年底,中国现有艾滋病毒感染者大约70万(55万~85万人),全人群感染率为0.05%。中国艾滋病疫情处于已经受到人们和政府的广泛关注和高度重视,疫情总体处于低流行,特定人群和局部地区高流行态势。到2010年,我国艾滋病感染人数将控制在150万人以内。艾滋病防治形势依然严峻,需要全社会积极参与作好防治工作。由于我国人口基数大,艾滋病患者的绝对数非常大。

2. 关于艾滋病影像学检查的意义:艾滋病人死亡的主要原因是合并症的发生,因此,艾滋病患者具有适合影像学筛查的基本特征,包括:(1)具有高危人群;(2)有可靠的诊断方法;(3)有有效的治疗手段,合并症早期预防与早期诊断预后明显优于中晚期艾滋病患者。但目前我国除了部分地区对艾滋病合并症的预防与早期诊断有一定的认识和资金支持外,大部分地区缺乏认识与资金支持影像学筛查方案。因此,广泛推广影像学检查的临床应用影像学筛查方案,难以付诸实践;建议我国的艾滋病防治工作应创造条件,在部分经济条件较好地区建立筛查及早诊早治研究及示范基地,完善技术方案,制定临床影像学诊断标准。艾滋病合并症的早期诊断主要是以X线检查为主要诊断方法,合并症仍是我国艾滋病患者死亡的主要原因,这一问题得到很多学者的高度关注。与欧美发达国家比较,艾滋病患者至到死亡很少因合并症发生致死,大多自然衰竭死亡;生活质量接近正常人;这与对艾滋病患者的合并症预防诊断措施到位有密切的关系。因此,倡导利用影像学检查手段对艾滋病合并症的早期诊断对降低合并症发生及致死有重要意义。

衡量艾滋病合并症致死率高低主要是生存期的延长,生存期的延长与生活质量的提高,治疗成本降低是衡量早期预防与早期诊断的主要指标。致死率的比较大面积的人群的随机对照、长期观察。因此,在制定研究方案和早期预防诊断时,为了更为严谨科学,建议邀请流行病学和卫生统计学专家参与。

### 六 艾滋病患者影像诊断及其相关问题

按病变类型可分为:1) HIV本身所致的病变,2) 机会性感染,3) 相关性肿瘤

1. 艾滋病患者临床感染特点:依据感染或肿瘤发生的部位拟分为:呼吸系统,神经系统,消化系统,骨骼肌肉系统,眼病系统(眼眶、眼底),皮肤等。

2. 艾滋病患者在整个发病过程中多只感染一个系统,也可感染多个系统,但多以一个系统或器官感染为主。

3. 一个系统或器官在整个发病过程中多为多种病原体感染,也可单病原体感染,这与免疫水平逐渐减低及发病后存活时间长短有关系,存活时间越长,感染病原体相应会增多。

4. HIV感染之前病史情况与发病后系统或器官病变的关系。

5. HIV本身所致系统或器官的损害与发病后出现相关合并症之间的关系。

七 影像学检查对艾滋病影像诊断中的应用价值:影像诊断在艾滋病临床治疗过程中担负着重要角色,对机会性感染和相关性肿瘤具有不可替代的重要作用,众所周知,治疗容易,诊断难,只要诊断清楚,我们才能做好治疗方案;否则是没有目标的治疗,造成人力,物力,财力的极大浪费;如:肺部PCP感染,X线或CT检查可出现以两肺以肺门为中心对称性的磨玻璃状改变,向肺外带蔓延,外带出现“柳叶状”透亮带;神经系统的机遇感染或肿瘤运用CT或MRI检查发现脑内形态学变化,包括血管性病变和占位性病

变。肺外结核多发生在肠道如回盲部多见，通过钡剂灌肠检查了解肠管狭窄的范围和程度，以便确定治疗措施，发生肠管肿瘤时，可确定肿瘤的范围，大小，管壁浸润深度及周围器官浸润情况；骨骼肌肉系统病变可以通过X线、CT、MRI检查了解其范围，境界，密度，大小等；眼底病变可以通过眼底镜和免疫荧光造影来了解眼底血管的通透性及荧光渗漏情况；给临床提供制定治疗方案的可靠参考依据；

八 影像学检查对艾滋病影像鉴别诊断价值：影像学检查对艾滋病影像鉴别诊断中有重要作用，可以辨别不同免疫水平下肺结核的表现及转归，评估预后情况；如：正常免疫的肺结核患者可历经结核的渗出，浸润，增殖增生，纤维化，钙化的病理演变过程，而艾滋病免疫抑制后，自身免疫应答能力极低，肺结核的病理演变过程发生变化，在CD4细胞水平大于200/UL时，肺结核的表现仍可见肺内浸润灶，增生增殖灶甚至纤维化但很少看到钙化灶；在CD4细胞水平小于200/UL时，肺结核的表现多以淋巴结肿大、液化、坏死、囊性变，肺内病变多表现为渗出性病变，可融合实变类似大叶性肺炎表现；若CD4细胞水平更低时，仅表现为粟粒性肺结核。肺外结核的发病率随着艾滋病患者的病程延长，发病率增加，多发生在回盲部，腹膜后淋巴结、肝、脾、胰。艾滋病并发的细菌性肺炎可出现弥漫性非典型密度增高影，也可表现为一叶浸润、实变，实变区出现支气管充气征；非霍奇金淋巴瘤多为进展期，根据李宏军教授对艾滋病患者尸体解剖及病理证实非霍奇金淋巴瘤肿瘤细胞具有较强的侵袭性，可以表现为多器官，多部位，多组织淋巴瘤细胞浸润。卡波西肉瘤同样具有多部位器官受侵的特点。

九影像学检查对艾滋病影像诊断的研究现状：艾滋病影像诊断是对患者进行个性化治疗的前提，首先是要确定病变的部位，性质，大小，多少，范围及周围组织受累及情况；在以往的研究中，一些作者大致区分认识了一些疾病的范围与单病种病原体所致的影像表现，实际上，随着艾滋病患者的病程延长及免疫水平的高低，器官组织可伴发多种病原体感染或肿瘤发生，可谓“雪上加霜”，影像表现呈现多层次，变得更复杂，给影像诊断和鉴别诊断带来一定的困难。李宏军教授在对艾滋病影像与活检、解剖尸检、病理的对照研究中，进一步证明了艾滋病合并症的病原体多发性，影像表现多元化，患者病变累及多以某一系统或器官组织为主。在我国综合性医院和传染病医院临床及放射科医师对艾滋病影像尚缺乏更深的认识及更深的研究，随着艾滋病患者的身份隐匿性，逐渐出现渗透在综合性大医院，往往在手术前或特殊检查前常规化验检查时，发现HIV阳性，结果回过头来对影像诊断结果分析，原来我们思维活动中没有艾滋病影像的认识，导致疏漏；如一个三甲医院外科转来一会诊患者，因胸部CT检查发现肺部肿块考虑肺癌手术前免疫8项检查HIV阳性，后来回顾分析及CT引导下穿刺确诊是一个隐球菌脓肿。说明艾滋病人群不仅仅局限在传染病医院，也可能出现在其他综合性医院，那么提示我们在影像鉴别诊断疾病谱中，要多一个思维；在病人不知道HIV感染或不愿告知医生的情况下，我们可以通过影像检查逆向推理，是否该病人为HIV/AIDS患者，建议临床HIV检测是有必要的，帮着鉴别诊断是有益的。

十 影像学检查对治疗效果的评估：艾滋病影像诊断可以评估艾滋病合并症治疗前后效果；我国艾滋病合并症治疗多缺乏影像诊断，盲目治疗，多药并用，即使治愈也未必知道患者是何种病原体感染，那一种药物治疗有效，缺乏病原学及病理支持诊断，也有个别通过疗效观察进一步验证影像诊断的正确性，因艾滋病影像表现受免疫抑制水平、病程、多重感染、HAART药物敏感性及炎症、肿瘤并存有关；在艾滋病患者HAART治疗后，免疫水平提升后受损免疫系统恢复了对病原和抗原的识别机能，器官组织感染会进一步加重，但主要是表现为淋巴结肿大，在影像诊断对治疗效果的评价时要考虑到免疫重建因素对影像表现的暂时性影响。我们还是提倡要有尽可能创造条件，有充分的病原学检查和病理检查，制定个性化治疗方案，对有效治疗及减少人力、物力、财力的浪费有重要意义。

艾滋病影像诊断比较困难，需要全面了解艾滋病临床病史及疾病谱系的影像学知识，认真总结影像诊断和鉴别诊断的经验，充分发挥影像学检查手段的优势，为临床治疗提供可靠参考依据，降低艾滋病患者病死率。

作者单位：100069 首都医科大学附属北京佑安医院放射科

联系方式：Office:010-83997337

Fax:010-63051182

Mobile phone:13520278511

E-mail:Lihongjun00113@126.com

上一篇：关于艾滋病痴呆脑病的各种研究论点

下一篇：AIDS complicated by intestinal lymphoma: X-ray radiology, CT scanning and pathological findings

版权所有 中国艾滋病影像网 Copyright © 2008-2009 www.aidsimage.com All rights reserved

地址: 首都医科大学附属北京佑安医院影像中心艾滋病临床应用基础研究中心 电话: 010-83997337 Email: aidsimage@yahoo.com.cn

