

艾滋病临床医师指南

P. 埃布森等 主编

史久华 章谷生 向建之等 译

上海翻译出版公司



C0127247

艾滋病临床医师指南

P.埃布森等 主编

史久华 章谷生 向建之等 译

上海翻译出版公司

(上海复兴中路 597 号)

新华书店上海发行所发行 上海群众印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 12.375 字数 279,000

1988 年 2 月第 1 版 1988 年 2 月第 1 次印刷

印数 1—10,000

ISBN 7-80514-096-0/R·50 定价: 3.85 元

译 者 的 话

获得性免疫缺陷综合征(简称艾滋病)是近年来新发现的一种传染病。本病病情凶险,死亡率高,而且发病率在世界范围内不断增长。根据世界卫生组织报告,截止1987年9月2日,五大洲123个国家的总病例数为58880例,且有持续上升趋势,所以受到世界各国的高度重视。

虽然我国在报刊杂志对国外艾滋病发展情况有所报道,但还缺乏这方面的专著,为此我们将 Peter Ebbesen 等的原著《艾滋病临床医师指南》译成中文,供临床、防疫及基础医学工作者参考。原著由27位有关方面专家撰写,内容包括流行病学、临床症状和处理、病理学、实验室研究及血液制品的处理等方面,对艾滋病的临床表现和实验室诊断作了重点描述,系统性较好,同时附有大量文献索引和插图,有一定参考价值。

原著系1984年出版,而近两年来对艾滋病的研究和认识又有发展,例如对艾滋病的临床定义和引起艾滋病的病毒分类及命名,译者已根据最新材料加以补充。但是艾滋病研究进展很快,如诊断技术和试剂、病毒的细胞培养、病毒抗原基因重组及疫苗研制等,都另有论著在刊物上陆续发表,本书难以概全,特此说明。

本书译者有史久华、章谷生、徐大麟、向建之、吴长龙、冯健超、王盛水;审校者有章谷生、史久华、向建之。本书系集体翻译,虽经反复审校,疏漏谬误恐所难免,敬希读者批评指正。

承蒙我国驻丹麦大使馆文化处及时提供原著,使本书翻译工作得以顺利进行,谨此致谢。

向建之 1987年9月

目 录

第一篇 流行病学和危险因素1

第一章 美国艾滋病的流行病学1

第二章 欧洲和非洲艾滋病的
流行病学.....10

第三章 危险因素.....20

第二篇 临床症状和治疗.....28

第四章 艾滋病的临床问题.....28

第五章 艾滋病和艾滋病相关复
征的早期症状和体征.....35

第六章 机会性感染的治疗.....45

第七章 卡波济肉瘤.....56

第三篇 病理学.....64

第八章 机会性感染的病理发现.....64

第九章 卡波济肉瘤和其他肿瘤
的组织病理学.....70

第十章 细胞免疫.....75

第四篇 实验室研究.....86

第十一章 血清学.....86

第十二章 病毒在艾滋病病因中
的作用101

第十三章 猴艾滋病——综述和
逆转录病毒的病因学
证据108

第五篇 血液制品的处理和其他 公共卫生问题117

第十四章 输血相关艾滋病117

第十五章 公共卫生问题125

第六篇 艾滋病定义和文献目录129

第十六章 艾滋病定义129

附录 艾滋病文献总目录133

0376242-88/7/29-3.85-2

第一篇 流行病学和危险因素

第一章 美国艾滋病的流行病学

关于艾滋病 (AIDS) 是一种独特的疾病的认识

美国第1例获得性免疫缺陷综合征(简称艾滋病)患者的发病可能是在七十年代后期,但是直到1981年春天才认识到散发性卡氏肺囊虫肺炎和卡波济肉瘤是不寻常的疾病。洛杉矶、旧金山和纽约市的医学中心及卫生部门的医生和流行病学家几乎同时发现本病主要集中于年轻的男性同性恋者中,于是把这些病例向疾病控制中心(CDC)报告。1981年6月和7月的《发病率和死亡率周报》报道了26例卡波济肉瘤和15例卡氏肺囊虫肺炎病例,他们都是年轻的男性同性恋者,从1978年以来被诊断为上述疾病。

以后,疾病控制中心又收到另外70例病例的报告。资料表明,所有测定过免疫功能的患者都有胸腺依赖性淋巴细胞和体外的对有丝分裂原和各种抗原的增殖反应显著抑制。最初报告,其死亡率达40%,显示这些患者的机会性感染的严重性。

从1981年6月起,美国开始对这种疾病进行监测,到1983年2月(即发现首例艾滋病的5年后),疾病控制中心已收到1000例艾滋病报告。到1983年7月(即6个月以后),本病报告数达2000例;到1983年12月(即5个月以后),患者达

3000例;到1984年5月,患者达5000例;到1985年4月,患者达10,000例;到1986年1月,患者达16,458例。

本章以监测系统发现的头3000例患者为基础,就艾滋病的流行病学作一概述。

艾滋病的监测定义

在建立艾滋病监测系统的初始阶段,首先要考虑制订艾滋病的定义,以保证监测有较高的敏感性,更重要的是要有极高的特异性,即能排除那些证据不足或不是本病的患者。目前所积累的资料,对艾滋病基本的病理过程,包括症状、体征、临床和实验室发现等,还不足以综合整理出对监测行之有效的定义。因此,从监测的要求出发,对艾滋病所下的最初定义只是依据一种或数种机会性感染的诊断而作出的。这种机会性感染常高度提示患者基本的细胞免疫缺损,而免疫功能正常的人很少发生这些感染,这些免疫学变化是辨认可能患艾滋病的人的有用指标。因此,艾滋病的监测定义应包括两个方面:(1)存在一种诊断确实的、反映细胞免疫缺损的疾病;(2)不存在引起细胞免疫缺损的基础疾病或导致抵抗力减低的其他确实原因。尽管艾滋病患者具有特征性的免疫功能缺陷,但由于免疫功能试验的不稳定和费用昂贵,因此,应严格地按照临床情况确

定监测定义。为诊断和报告规定做某些试验,可能使监测本身受到限制或出现偏差。对儿童艾滋病患者的监测定义与成人不同,因为对儿童患者,在诊断其是否患有本病之前,必须排除其先天性免疫功能缺陷的可能性。

从1982年确定艾滋病的监测定义以来,对艾滋病的临床和免疫学表现的认识有了扩展和加深,患者经常发生其他并发症,如持续性鹅口疮、严重结核病或某些细菌败血症。此外,还有许多非特异性临床表现如全身性淋巴结病,发热,体重减轻,疲乏不适,特发性血小板减少,淋巴细胞减少,或白细胞减少等,被认为是轻型疾病表现或重型艾滋病的前驱症状。在个人习性和生活方式上与符合艾滋病监测定义的患者相似的人通常都有上述症状,其中许多人也具有艾滋病的特征性的免疫功能异常。对上述病状,已经提出多种命名,但迄今还没有一种被接受。

由于许多恶性肿瘤或对其进行的化疗常常引起细胞免疫系统的抑制,因此具有艾滋病危险者(特别是男性同性恋者)肿瘤的诊断,需要排除艾滋病的监测定义。然而,研究人员发现在怀疑艾滋病为基础疾病的患者中,除了卡波济肉瘤外,伯基特淋巴瘤,弥散性未分化型非何杰金淋巴瘤和免疫母细胞肉瘤的发病明显增高,在有原发性免疫缺陷症患者或免疫抑制者亦可发生淋巴网状内皮细胞肿瘤,从而支持下述观点,即在艾滋病患者,这类肿瘤可作为机会性疾病而发生。

发病趋势和患者特征

从美国全国范围艾滋病病例诊断日期

的流行曲线看,从1981年开始有少量病例,随后迅速增加(图1-1)。由于1983年后几个月的病例还没有完全统计出,因此,这个时期发病曲线的压低是一种假象。然而,确诊病例的统计模式提示,每个月新诊断的病例数开始趋于稳定,以报告日为坐标的病例曲线也有相似结果(图1-1)。从多数州和大城市卫生部门进行的强化监测的结果看,这种变化并非人为所致。

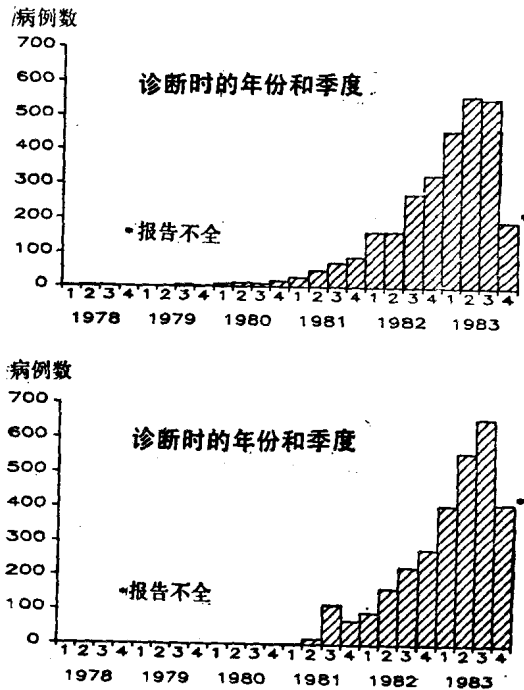


图1-1 美国艾滋病的流行状况:以季度为单位的诊断数或向疾病控制中心的报告数,共3000例患者。

病例的地理分布

最初,艾滋病在加利福尼亚州的洛杉矶、旧金山和纽约州的纽约市发病最为突出。在艾滋病作为一种独特的疾病被认识后的几个月内,50%以上患者是在纽约市发现的,25%患者发生在加利福尼亚州。

随后,其他各州也相继发现病例,佛罗里达州发现的患者几乎全部集中在迈阿密地区。新泽西州发现的患者主要集中在纽瓦克市以及从纽约市起沿哈得逊河西岸的城市。在最初的 3000 例患者中,各州的发病数分布的变化是相当明显的(表 1-1)。纽约市和纽约州的病例比例呈现下降的趋势,除初期发病率较高的四个州之外,其他各州的发病率出现上升的趋势。值得注意的是,加利福尼亚、佛罗里达和新泽西三州的发病率,从发现本病开始,一直维持相对稳定的状态。到 1983 年底,美国几乎每个

州都发现了艾滋病病例,而且大多数集中在大城市或都市区(表 1-1)。

艾滋病患者的人群分布和危险性特征

艾滋病出现后不久就发现,艾滋病患者的人群分布有某些有助诊断的特点。病例中,男性同性恋者或两性恋者的比例最高,静注毒物成瘾者次之。美国发现的艾滋病患者中,这两种人几乎占 89% (表 1-2)。发现本病以来,以这两种人为特点的病例分布特征基本没有变化。

表 1-1 美国最初 3000 例艾滋病患者在各州的分布 (按每 1000 例作连续统计)

州 名	1—1000例 (%)	1001—2000例 (%)	2001—3000例 (%)	病 例 总 数 (%)
加利福尼亚	20.2	22.3	24.4	22.3
佛罗里达	7.2	6.0	7.8	7.0
新泽西	6.4	6.5	6.0	6.3
纽约	48.9	46.2	39.7	44.9
其他州	17.3	19.0	22.1	19.5

表 1-2 美国最初 3000 例艾滋病患者按人群特征的分布 (按每 1000 例连续统计)

病 例 的 人 群 特 征	1—1000例 (%)	1001—2000例 (%)	2001—3000例 (%)	病 例 总 数 (%)
男性同性恋者或两性恋者	72.7	69.8	71.5	71.3
静注毒物成瘾者	15.8	18.5	17.4	17.3
海地人	5.5	4.9	3.2	4.5
血友病患者	0.9	0.6	0.4	0.6
其 他	5.1	6.2	7.5	6.3

没有前两种主要危险因素的成年患者约占病例总数的 7%,它们可分为 4 组:海地人,血友病患者,接触艾滋病患者或具有艾滋病危险因素者的异性,输入艾滋病危险人群的供血或血液成分。后两者是最近

才认识到的危险因素。还有 4% 的美国艾滋病患者其接触和获得本病的方式不明,这些病人中有一半因早期死亡或其他原因使情况不得而知。另外 9% 为不具有任何危险因素和免疫学测值正常的卡波济肉瘤

患者，他们之中无一死亡，也无一发展为提示艾滋病的机会性感染。虽然患有的卡波济肉瘤符合监测定义，但这些人很可能不是艾滋病患者。

艾滋病的最显著的特点之一是其年龄分布，90%以上患者在 20~49 岁之间，30~40 岁之间的患者几乎占一半。男性同性恋者的平均年龄是 37 岁，而静注毒物成瘾患者和海地人患者更为年轻（表 1-3）。血

友病患者或具有其他艾滋病危险因素的患者的年龄较大一些，因输血而被感染的患者年龄最大。发现艾滋病以来，患者的年龄分布没有明显的变化。

患者的性别分布也有特征性：93%以上患者是男性（表 1-3）。具有一种不排除女性的危险因素的病例占 28%，在这部分患者中，76%是男性，24%为女性。女性的比例保持相对恒定。

表 1-3 美国最初 3000 例艾滋病患者的人群分布特征

患 者 特 征	患 者 数		年 龄		性 别 (%)		种 族 (%)			
	数量	(%)	平均年龄	范围	男	女	白人	黑人	拉丁美洲	其他
男性同性恋或两性恋者	2140	71.3	35	19-73	100.0	0.0	73.3	15.8	10.7	0.2
静注毒物成瘾者	517	17.2	33	19-62	79.1	20.9	20.8	47.4	31.7	0.2
海地人	136	4.5	29	17-57	86.0	14.0	0.7	99.3	0.0	0.0
血友病患者	19	0.6	46	10-74	100.0	0.0	89.5	5.3	5.3	0.0
其 他	188	6.3	37	15-73	61.8	38.2	40.7	36.3	20.3	2.8
合 计	3000	100.0	35	10-74	93.4	6.6	58.9	26.4	14.4	0.3

美国艾滋病患者的种族分布也是相对稳定的，没有明显的特点。白人约占 59%，黑人占 26%，拉丁美洲人占 14%，其他不到 0.5%。男性同性恋患者主要是白种人，静注毒物成瘾者病例常常发生在黑人和拉丁美洲人中。这些差异只能用接触机会的多少来解释，不说明某些人种对本病有遗传易感性或防御作用。值得注意的是，在最初的 3000 例病例中，只有 8 例是亚洲人。尽管居住在美国的亚洲人为数较少，但是这个数字远低于期望发病数（表 1-3）。

各类人群艾滋病患者的地理分布情况是：男性同性恋患者的地理分布大致是按比例的，但静注毒物成瘾者病例几乎 85%

集中在纽约州（特别是纽约市）和新泽西州（表 1-4）。海地人患者集中在佛罗里达州（特别是迈阿密和达德县）及纽约市。相反，尽管上述四个州集中了 80% 艾滋病患者，但几乎 74% 患血友病的艾滋病患者却分布在上述四个州之外。与输血有关的艾滋病患者主要分布在加利福尼亚州，但在其他各州也有广泛的地理分布（表 1-4）。

除了成人和较大儿童患者外，按照暂定的儿童艾滋病病例定义，到 1983 年 12 月，已经发现 42 例 5 岁以下的儿童艾滋病患者，他们都患有威胁生命的机会性感染，主要是卡氏肺囊虫肺炎。儿童患者的种族和性别分布与成年患者明显不同：几乎有

表 1-4 美国最初 3000 例艾滋病患者的地理分布

患 者 特 征	患 者 人 数	地 区 分 布 (%)				
		加利福尼亚	佛罗里达	新 泽 西	组 约	其 他
男性同性恋和两性恋者	2140	29.6	5.7	3.8	40.3	20.6
静注毒物成瘾者	517	3.1	2.1	15.9	68.7	10.2
海地人	136	1.5	45.6	6.6	31.6	14.7
血友病患者	19	0.0	10.5	5.3	10.5	73.7
其他	188	9.6	6.9	8.5	45.7	29.3
合 计	3000	22.3	7.0	6.3	44.9	19.5

一半儿童患者是黑人，而白人和拉丁美洲人约各占 25%，此外，约有一半儿童患者是女性。75% 以上的儿童患者分布在上述成人艾滋病患者集中的四个州内。儿童患者发病的危险因素与成人也不相同，约 40% 儿童患者的父母之一或双亲是静注毒物成瘾者；29% 的儿童患者的父母之一或双亲是海地人；有 3 例儿童患者的父母是艾滋病患者；有 17% 的儿童患者曾经接受过输血或血制品，其中有 1 名婴儿因输注了一名后来发生艾滋病而死亡的男子提供的血小板而染病。

与艾滋病相关的机会性疾病

卡波济肉瘤和卡氏肺囊虫肺炎与艾滋病有关，据早期报告，84% 以上的成人艾滋病患者患有这两种疾病（表 1-5），作为诊断艾滋病基础的其他机会性疾病只占 16% 以下。在具有各种不同危险因素的患者中，机会性疾病的分布情况也有明显差异。约 43% 男性同性恋或两性恋患者患卡波济肉瘤，而具有其他危险因素的患者只占 11% 以下（表 1-5）。非同性恋的静注毒

物成瘾患者卡波济肉瘤的发生率低于 4%，在血友病患者或具有异性接触或输血等危险因素的艾滋病患者中，只有 1% 患卡波济肉瘤。对男性同性恋的艾滋病患者发生卡波济肉瘤的原因，目前尚无满意的解释。有人认为与巨细胞病毒感染反复发作或经常使用亚硝酸盐刺激剂有关。

卡氏肺囊虫肺炎是与艾滋病有关的一种最多见的机会性疾病，58% 以上的艾滋病患者陆续地被诊断为此病。与具有其他危险因素的患者相比较，海地人患者发生此病较少（42%）。相反，约 46% 的海地人患者发生其他主要机会性疾病（表 1-5）。

报告较多的其他机会性疾病有：念珠菌食管炎（在没有卡氏肺囊虫肺炎和卡波济肉瘤的患者中占 31%），隐球菌病（23%），严重的弓形体感染（包括脑炎）（21%），严重的巨细胞病毒感染（15%），慢性溃疡性单纯疱疹病毒感染（12%）。艾滋病患者还可发生一些不常见的或缺乏特征性的严重机会性疾病：隐孢子虫引起的严重慢性腹泻；播散性非典型分枝杆菌感染（特别是胞内鸟型分枝杆菌株引起的感

表 1-5 美国最初 3000 例艾滋病患者按疾病类型与患者特征的分布

患 者 特 征	患 者 数	按 疾 病 类 型 分 布 (%)			
		卡波济肉瘤	卡氏肺囊虫肺炎	同时患卡波济肉瘤和卡氏肺囊虫肺炎	其他疾病
男性同性恋或两性恋者	2140	33.3	45.6	9.5	11.6
静注毒物成瘾者	517	3.7	71.5	0.8	24.0
海地人	136	11.8	41.2	0.7	46.3
血友病患者	19	0.0	94.7	0.0	5.3
其他	188	16.0	63.8	1.1	19.1
合 计	3000	25.9	51.3	7.0	15.8

染);原发性脑部淋巴瘤;进行性多灶性白质脑病。艾滋病患者还可能发生许多其他感染,包括严重播散性结核病,但是这些病并不局限发生于艾滋病患者。

艾滋病患者的死亡率

美国符合艾滋病监测定义的艾滋病患者中, 43%已经死亡(表 1-6)。患者死亡的危险性因所患主要疾病的类型而有较大变化, 没有机会性感染仅有卡波济肉瘤的患者病死率为 23%, 发生卡氏肺囊虫肺炎的患者病死率为 49%; 发生其他主要机会性感染的患者病死率为 52%。对疾病控制中心收到报告的患者进行初步分析表明: 16%的患者在诊断后 3 个月内死亡; 23%在 6 个月内死亡; 35%在 1 年内死亡; 在 2 年内死亡者达 57%; 3 年以前报告的患者, 已有 81%死亡。卫生部门或疾病控制中心接到最初的艾滋病病例报告后, 经过数月或数年内死亡的患者可能没有全部作死亡报告, 结果使发生主要机会性疾病的艾滋病患者的存活率人为地提高了。

表 1-6 美国最初 3000 例艾滋病患者的机会性疾病的分布和病死率

疾 病 类 型	病 例		死 亡 率		病 死 率
	数目	(%)	数目	(%)	(%)
卡波济肉瘤	778	(26)	175	(14)	23
卡氏肺囊虫肺炎	1540	(51)	735	(57)	48
同时患卡波济肉瘤和卡氏肺囊虫肺炎	210	(7)	128	(10)	61
其他机会性感染	472	(16)	244	(19)	52
合 计	3000	(100)	1282	(100)	43

艾滋病的传播方式

越来越多的流行病学资料有力地说明, 本病由一种传染因子(最可能是病毒)引起。虽然感染时患者基本健康状况的意义和协同因素在介导各类感染反应中的重要性, 尚未明了, 但是, 具有选择性危险因素者对本病的严重类型的高度易感性, 表明这些因素可能是非常重要的。协同因素

的存在还可以解释为什么男性同性恋或两性恋患者卡波济肉瘤的发病率比具有其他危险因素的患者高。

在分离到传染因子,建立起满意的检测方法和进行系统的流行病学研究之前,不能充分确定艾滋病确实的临床范围、各类疾病发作前的潜伏期以及患者的感染程度和传染性持续时间。根据输入具有艾滋病危险因素、慢性淋巴腺病和免疫功能异常的供血者的血液或血液成分后发生艾滋病的报告,可以推断:艾滋病可从症状轻微或尚未发展为机会性疾病的患者发生传播,传染性的期限可能较长。

机会性疾病发生前的潜伏期很长,而且变化也很大。接受输血或血制品后发病的患者可提供最准确的信息,因为其中多数患者仅暴露过1次,这方面的资料提示,从暴露到诊断机会性疾病的时间约为1~3年或以上,暴露到发生非特异性症状的时间可能更短。输血后发病的婴儿的潜伏期比成人短。

艾滋病传染因子的传播方式是多种多样的,可能与乙型肝炎的传播方式相似。传染因子存在于患者的血液内,也可能存在于其他体液中。在男性同性恋者中,性行为是一种最常见的传播方式。性对象众多和混杂,导致直肠损伤的鸡奸都可使传染和发病的可能性增大。异性间的性行为无疑也是艾滋病传播的一种可能方式,与具有艾滋病危险因素者或以后发生艾滋病的人有过异性接触可能导致感染,尚不能确定引起或促进这种传播的具体性行为。与异性性接触传染相比,男性同性恋者的发病率较高,说明异性性接触引起的传播是次要的。

一般认为,艾滋病在静注毒物成瘾者

之间传播是通过使用没有消毒或污染过的注射器(尤其是针头)引起的,共用麻醉药注射器会促进传染。输注血液、血液成分及血制品(如冷沉淀或因子Ⅷ和因子Ⅸ浓缩物),都有可能将艾滋病病毒传播给受者,其相对危险性还不很清楚。需要用抗血友病因子治疗者发生艾滋病的危险性较大;接受输血或血制品者的感染危险性较小。与此相似,目前尚无证据说明注射免疫球蛋白,乙型肝炎免疫球蛋白(HBIG)或者乙型肝炎疫苗会增加艾滋病暴露的危险性。

海地人中间的艾滋病传播方式,目前还不很清楚。虽然海地人发生艾滋病的早期报告还不能确定同性恋或静注毒物成瘾是否主要危险因素,但是这两种危险因素或两者之一至少可以解释某些病例。

在家庭环境中,家庭成员如儿童或成人的艾滋病传染问题目前尚未充分研究,但显然很少发生。未输过血或血制品的婴儿传染本病的确切方式还不很清楚,由于绝大多数婴儿是在出生后6个月以内发病的,所以很可能在子宫内或分娩期内感染的。

目前,一般人对艾滋病的接触传染甚为关注,但是尚无证据说明本病可以通过偶然接触、空气、污染物或污染环境的表面传播。

艾滋病的监测

美国有关艾滋病流行过程的资料大多来自向疾病控制中心报告的监测数据。从1981年首次发现这种新的疾病以来,艾滋病的监测方法已经作了改变。在头6个月内,疾病控制中心所收到的病例报告是由

主治医师或地方卫生部门通过电话汇报的。此外还收集了纽约、加利福尼亚和佐治亚等地 1980 年以前卡波济肉瘤患者的资料。

以后,疾病控制中心建立了艾滋病的常规监测系统,在艾滋病发病率较高的地区和州的卫生部门与收治艾滋病患者的大医院以及为大量同性恋者治病的医师和医学中心建立联合的监测系统,同时鼓励发病率低的地区的医院和医师在发现艾滋病患者后,直接向疾病控制中心报告。到 1983 年初,由于艾滋病继续蔓延,纽约市卫生局建立了正式的艾滋病监测程序,以后其他城市和州把本病列为法定报告疾病。因此,疾病控制中心要求医师发现患者后直接报告给州和地方的卫生当局,而不再直接向疾病控制中心报告。这样就在美国各地建立了一个具有广泛基础的艾滋病监测网。除了常规的监测活动外,疾病控制中心还与血友病治疗中心和国立血友病基金会合作,建立了特殊的血友病患者监测程序。

为了保护公民的隐私权,疾病控制中心拟订了一种密码系统,用字母和数字构成患者的名字和出生日期,使人不能了解患者的全名和身份。疾病控制中心的报表资料也很仔细,不致于从中泄漏患者的情况。为了得到有关本病死亡率的材料,疾病控制中心还选择了一些典型的艾滋病患者,对他们进行定期随访。

美洲的艾滋病

显然绝大多数美洲艾滋病患者发生在美国,但加拿大、加勒比地区和南美的不少国家都发现了本病患者,其中加拿大已经建立了正式的国家艾滋病监测系统。最近,

泛美卫生组织已经发表了许多确诊或疑似艾滋病病例,这些病例符合疾病控制中心的监测病例定义或其修订标准。到 1983 年 8 月 1 日,报告数为:加拿大 33 例、阿根廷 6 例、巴西 8 例、海地 157 例、牙买加 2 例、墨西哥 4 例、苏里南 1 例、特立尼达和多巴哥 1 例。(到 1985 年年底,报告数为:加拿大 435 例、阿根廷 26 例、巴西 540 例、海地 616 例、牙买加 2 例、墨西哥 33 例、苏里南 7 例、特立尼达和多巴哥 16 例——译校者注)。

以上患者大多是男性同性恋者,其中许多人曾到美国旅游过。加拿大所发现的艾滋病患者,绝大多数居住在蒙特利尔和多伦多,其中同性恋者或海地人占很大比例。加拿大艾滋病患者的典型症状和人群特征与美国相似。

到 1983 年 8 月 1 日为止,海地发现 157 例患者,73% 为男性。约 14% 患者有同性恋史,而且许多人曾到美国旅行过。海地人艾滋病患者胃肠道表现比呼吸道症状多见。37% 患者发生播散性结核病。

预 防

迄今提出的预防建议主要是切断可能的传播途径,特别要防止与艾滋病患者或可疑患者发生性接触。此外,性伙伴众多使暴露于艾滋病的机会增加。为了确保血液供应的安全,在发展更可靠,更特异的测试手段对供血者进行筛选之前,应禁止具有艾滋病危险因素的人供血或血浆。由于许多医护人员、实验室工作人员、殡仪业者或其他人员可能直接与艾滋病患者接触而感染艾滋病病毒,因此,已经制定了他们的安全操作规程。为避免潜在性传染物质经

胃肠道外意外接种、进入粘膜和防止环境污染,在处理血液或其他体液时应特别小心。为消除工作台表面的污染,应用合适的消毒剂进行消毒(如 5.25% 次氯酸钠的 1:10 稀释液)。医务人员使用过的针头和注射器,用完后立即扔到不能刺穿的专用容器内;使用过的针头不能弯曲,在丢弃之前也不能重新插入针套内,以免引起针刺伤。需要进行处理的东西应焚化,或者按照传染性废弃物的处理手续进行处置。需重复使用的东西,应按照处理乙型肝炎病毒

污染的方法处置。检查艾滋病患者用的光学仪器应进行严格的消毒。

现在已分离出一种引起艾滋病的病毒。流行病学专家和实验室工作人员将能提出防止传染和表面消毒的特效措施。此外,特异性血清学试验的应用将促进各种流行病学研究,无疑会显著改变人们对艾滋病的自然史和流行病学的认识。

(王盛水 徐大麟 译 史久华 校)

第二章 欧洲和非洲艾滋病的流行病学

1981年初,美国两个独立的研究机构同时提出了艾滋病的概念。时过6个月,欧洲就发现第1例艾滋病患者。现在,全世界范围包括北美、南美、欧洲、非洲、亚洲和澳洲都发现了艾滋病,到1983年底,已记载有3000多例患者。到1985年9月,全世界已报告15,000多例。这种突然发生和分布广泛的新疾病向人们提出了许多有待解决的新问题。现在,还不了解这种疾病起源于哪里,又是如何传染的,更重要的是,目前还不清楚艾滋病是一种人类的新疾病,还是原先就存在于孤立地区或不发达地区、但尚未被认识的一种老疾病。

定 义

在欧洲,由于缺乏必要的集中的义务报告制度及各国所使用的诊断标准不同,因此限制了对艾滋病流行病学的深入研究。

有一个时期,在法国和德国存在一种把淋巴结病综合征(LAS)当作艾滋病的某个阶段的倾向。但正象美国疾病控制中心所确定的,只有少数淋巴结病综合征患者会进一步发展成艾滋病,因此应当把这种疾病单独归类。在欧洲其他国家,把免疫学指标如辅助性T细胞/抑制性T细胞比例倒置作为艾滋病定义的一部分,而疾病控制中心提出的艾滋病定义单纯依据临床情况作为诊断标准。在发展中国家还存在

一个特殊问题,即大部分人群的健康和营养水准较低,因而容易引起多种感染,有些感染也会引起短时的免疫抑制,如真菌感染、结核病和不同病原体引起的严重寄生虫血症比较常见,其表现与疾病控制中心所确定的临床标准难以区分。在中非洲,还存在另一个问题,当地卡波济肉瘤发病率较高,一些患者可迅速恶化导致死亡,这与艾滋病患者的卡波济肉瘤难以区分。在非洲,尚未弄清卡波济肉瘤与免疫功能抑制之间的关系。显然,在这些地区对艾滋病的诊断,需要修正疾病控制中心的定义。然而迄今世界卫生组织(WHO)仍然建议使用1983年11月疾病控制中心提出的定义。

欧洲艾滋病的现状

数据收集

表2-1是欧洲各国艾滋病委员会和研究组收集到的资料,时间到1985年年底为止。

病例的时间和地区分布

到1985年12月31日为止,在欧洲共发现1998例艾滋病患者。其中只有10例是1980年以前登记的、由研究者回忆追溯的早期患者(表2-1)。自从1980年以来,欧洲艾滋病的流行曲线表明,1983年一年所发现的患者数占历年病例数的65%(图2-1)。而1985年一年所发现的患者

表 2-1 欧洲发现的艾滋病病例数按时间和国家的分布 (至 1985 年 12 月 31 日止)

国 家	诊 断 年 份								
	79 年前	79	80	81	82	83	84	85	总 数
奥地利						7	6	15	28
比利时			2	6	7	32	18	74	139
捷克斯洛伐克									0
丹麦			1	2	4	10	17	34	68
西德	1	1			8	37	88	242	377
芬兰						2	3	5	10
法国	6	1	5	6	26	63	153	313	573
希腊						1	5	7	13
东德									0
冰岛									0
意大利	1				2	4	7	126	140
匈牙利									0
卢森堡								3	3
荷兰				1	4	8	29	56	98
挪威						2	3	12	17
波兰									0
葡萄牙								18	18
西班牙				1	1	6	10	65	83
瑞典						5	11	26	42
瑞士			2	3	5	8	23	59	100
英国				4	9	18	77	179	287
苏联									0
南斯拉夫								2	2
合 计	8	2	10	23	66	203	450	1236	1998

数又占历年病例数的 61.9%。病例数的 88% 是男性患者 (表 2-2), 而且大多数女性患者不是欧洲人, 主要是非洲人。其中有 6 个儿童患者, 但大多数患者的年龄分

布在 30~39 岁年龄组之间 (表 2-2), 其年龄分布与美国相似。患者的地区分布极不平衡 (表 2-1, 图 2-2), 东欧仅发现 2 名患者, 其中 1 名为非洲人; 西欧发现的艾滋病

表 2-2 欧洲发现的艾滋病患者的年龄
和性别分布 (1984年1月1日为止)

年龄组	男性	女性	总计
<20岁	5	1	6
20-29岁	49	21	70
30-39岁	122	12	134
40-49岁	68	3	71
≥50岁	20		20
不明	13		13
合 计	277	37	314

患者几乎都分布在大城市, 与各国危险人群的规模和国际交往的多少有关。

危险人群

欧洲发现的艾滋病危险人群与美国略有不同。欧洲男性同性恋者和两性恋者占60% (如不包括在欧洲的非洲人患者则占77%), 美国则占71%。在欧洲居住或就诊的非洲人中还有新的一类患者(72例, 占23%)。除1名男性患者外, 其余都否认是同性恋者或者静注毒物成瘾者(表2-3)。非洲人患者主要分布在比利时和法国, 此外, 瑞士、英国和希腊也有发现(表2-4)。在比利时所发现的47例患者中, 有41例(85.4%)是非洲黑人, 其余6例白人患者中, 3例未发现其他危险因素, 但在近期与非洲有过关系: 1名妇女曾与1个健康的扎伊尔人生活过; 1名男子曾与1个扎伊尔妇女结过婚, 后者死于卡波济肉瘤; 另1名希腊人曾在扎伊尔住过20年。大多数欧洲的非洲人患者来自扎伊尔(76.3%), 也有一部分病例来自刚果、马里、加蓬、卢旺达、布隆迪、乍得和喀麦隆。最近发现个

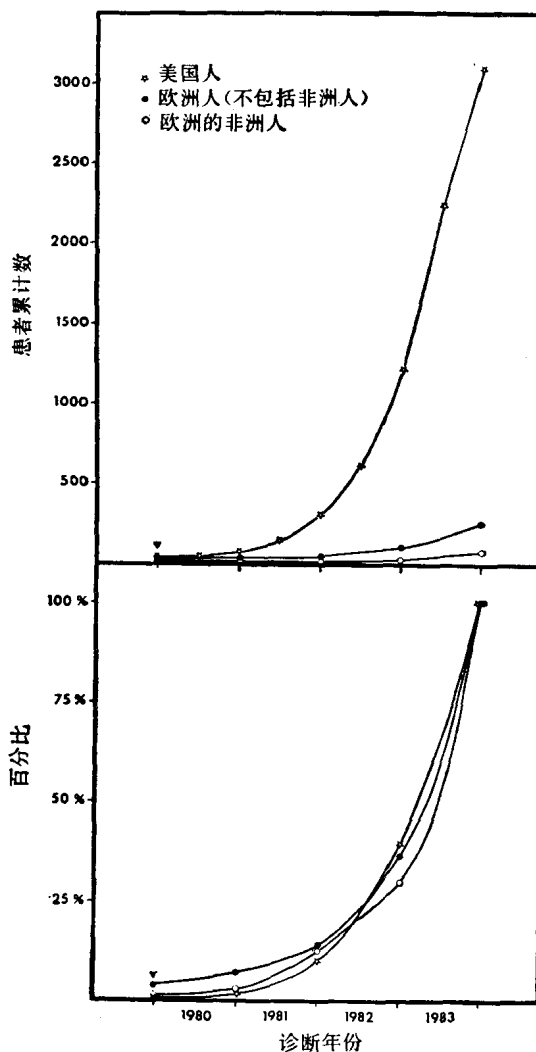


图 2-1 上图表示美国和欧洲(欧洲人和在欧洲的非洲人)发现的艾滋病患者累计数; 下图表示每年艾滋病患者累计数占总数的百分比(到1984年1月1日)。

别患者来自乌干达。大多数欧洲的非洲人患者是来自当地的上层社会, 可能与他们易于接触高级医疗条件有关。此外, 值得注意的是: 40%非洲人患者是妇女, 而欧洲人艾滋病患者中, 女性只占12%。

表 2-3 欧洲的艾滋病患者按危险人群分布 (1984 年 1 月 1 日为止)

	诊 断 年 份						
	79年以前	79	80	81	82	83	总 计
欧洲人患者							
同性恋/两性恋者	4	1	3	12	39	123	182
静注毒物成瘾者						2	2
兼有以上两项者					1	1	2
血友病患者					2	6	8
其他/未知	3	1	6	3	5	14	32
非洲人患者							
同性恋/两性恋者						1	1
静注毒物成瘾者							
兼有以上两项者							
血友病患者							
其他/未知	1		1	7	12	50	71
美国人患者							
同性恋/两性恋者					2	1	3
静注毒物成瘾者						1	1
兼有以上两项者							
血友病患者							
其他/未知							
海地人患者							
同性恋/两性恋者						1	1
静注毒物成瘾者							
兼有以上两项者							
血友病患者							
其他/未知				1	5	3	9
其他地区患者							
同性恋/两性恋者					1		1
静注毒物成瘾者							
兼有以上两项者							
血友病患者							
其他/未知						1	1
合 计	8	2	10	23	67	204	314