

王健 徐莲芝 编著

艾滋病临床病例图谱

AIZIBING LINCHUANG BINGLI TUPU



北京科学技术出版社

艾滋病临床病例图谱

王 健 徐莲芝 编著

北京科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

艾滋病临床病例图谱 / 王健, 徐莲芝编著. - 北京 : 北京科学技术出版社, 1999.1
ISBN 7-5304-2110-7

I. 艾… II. ①王… ②徐… III. 艾滋病 - 图谱 IV. R512.91-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 26710 号

北京科学技术出版社出版

(北京西直门南大街 16 号)

邮政编码: 100035

各地新华书店经销

北京印刷三厂印刷

*

787 × 1092 毫米 16 开本 6 印张 149 千字

1999 年 1 月第一版 1999 年 1 月第一次印刷

印数 1-3000 册

定价: 48.00 元

(凡购买北京科学技术出版社的图书, 如有
缺页、倒页、脱页者, 本社发行科负责调换)

序 言

艾滋病在全球的迅速传播已成为举世瞩目的、严重的公共卫生和社会问题，给世界各国带来了诸多新的挑战。

世界上，自1981年美国首次报告，截至1997年12月，已有近200个国家和地区报告发现艾滋病病例，联合国艾滋病规划署与世界卫生组织估计：全球累计有4 230万人感染了艾滋病病毒，其中1 170万人死于艾滋病，而且这一数字还在继续增长；1996年全世界平均每天约有8 500人感染艾滋病病毒，1997年已经上升为每天约有1.6万人感染艾滋病病毒，其中90%发生在发展中国家，10%是15岁以下的儿童。非洲是80年代艾滋病流行的重灾区，感染人数约占全球总数的68%。现在亚洲已成为继非洲之后艾滋病病毒感染者人数上升最快的地区。印度的艾滋病病毒感染者数从5年前估计的10万增加到1997年的250万，成为世界上艾滋病病毒感染人数最多的国家。泰国有生育能力人口的2%已感染了艾滋病病毒。泰国2.3%的孕妇和印度2.5%的产前检查妇女是艾滋病病毒感染者。预计下一个世纪，亚洲艾滋病病毒感染人数将超过非洲，而我国潜伏着大面积流行的严重危险。

我国自1985年第一例艾滋病病例发现以来，到1997年底累计对100余万人进行了艾滋病病毒检测，有30个省、自治区、直辖市报告发现艾滋病病毒感染者共9 333例，艾滋病病人281例，其中172例已经死亡。经血液、性接触和母婴3种传播途径均已存在。1994年以来，年报告病例数呈逐年倍增趋势，局部地区暴发流行不断，加之国内存在着诸多易使艾滋病传播的危险因素，有关专家分析认为：我国艾滋病流行已进入快速发展期。专家们以组分法和德尔非法测算，到1996年底，我国艾滋病病毒实际感染人数为15万~20万；用世界卫生组织推荐的艾滋病病毒感染人数加倍时间法推算，在我国现有控制艾滋病能力没有提高的情况下，到2000年，艾滋病实际感染人数有可能超过120万。许多国际人士提醒我们：目前是遏制我国艾滋病快速增长势头的关键时刻，如不能把握住已为时不长的防治艾滋病的有利时机，尽最大努力遏制疫情的发展，则很难逃脱像非洲国家及我们一些邻国所遭受的灾难。

目前，尽快提高我国预防与控制艾滋病的能力是当务之急，包括加强政府部门对艾滋病防治工作的领导、支持和投入，及有关部门和全社会的配合与参与；在广大人民群众中普及预防艾滋病、性病的知识；提高医疗保健系统为艾滋病控制服务的水平，

以适应艾滋病病毒感染者和病人日趋增多的需求。

由于我国艾滋病病毒感染率一直处于相对较低的水平，绝大多数医生没有见到过艾滋病病人，缺乏临床诊断和处理的经验。许多感染者尚未被检测发现，相当多的艾滋病病人被漏诊、误诊，实际感染人数和病人数远远超过疫情报告数。

本书的作者是从事艾滋病治疗研究的临床工作者。徐莲芝主任医师是北京市佑安医院感染科主任、我国预防和控制艾滋病专家委员会委员，也是我国最早从事艾滋病防治研究工作的专家之一，她全心全意为艾滋病患者服务的事迹广为人知。王健同志是中国中医研究院基础所艾滋病研究室的副主任医师，曾赴非洲的坦桑尼亚和我国云南进行过中医药治疗艾滋病的临床实践工作。几年来，他们在实际工作中拍摄、收集了一些图片资料。这些图片中的患者大部分是非洲人，症状、体征各式各样，也较典型。国内患者数量少，症状、体征的特点还不十分清楚，收集的图片数目不多。在目前的状况下，借鉴国外患者的症状表现形式，增加有关艾滋病症状、体征的间接认识，对于提高我国临床工作者认识和诊断艾滋病的能力无疑是十分必要的。作者在图片下配以简要的病例说明，结合个人临床诊治体会和文献对与艾滋病直接相关的症状、体征进行了阐述，但是由于病例有限，典型的症状、体征图片收集不够多，在一定程度上缺乏系统性。这些都有待于在今后工作中进一步完善。

本书的可贵之处在于，它是应需而生的我国第一本《艾滋病临床病例图谱》，在于作者的“抛砖引玉”之意。希望我国广大临床工作者在诊治工作中，借鉴本书的同时，努力学习、探索、积累和总结自己的经验，为提高我国艾滋病临床诊断水平、服务能力作出贡献。



1998年4月13日于北京

前 言

艾滋病是一种全球性的传染性疾病,由于艾滋病病毒侵犯人体的免疫系统,使机体抵抗力下降,造成多种病原体(病毒、细菌、原虫、真菌等)对多系统、多器官的复合感染,以至于难以控制,最终导致死亡。

从艾滋病发现至今已经 16 年,全世界艾滋病病毒感染者已达 2 100 万人,艾滋病病人 600 万,已死亡 450 万人。感染的重点发生了转移,发达国家艾滋病的传播正逐步得到遏制,发展中国家正面临着由 HIV 感染者带来的严重问题。

我国从 1985 年发现第一例 HIV 感染者以来,截至 1997 年 10 月底,全国累计报告 HIV 感染者 8 303 例,其中病人 209 例,死亡 102 例。我国的感染途径主要是静脉吸毒、性接触、血液(血制品)和母婴传播。感染范围由过去的沿海、边境城市发展到内地中原地带。还出现了一家三口都被感染的情况,潜在的问题是严重的。

艾滋病的治疗一直是全世界所关注的,并投入了巨大的人力、物力和财力。在第十一届世界艾滋病大会上,有关联合疗法的大量报道使得人们在临床治疗方面看到了可喜的进展,它给艾滋病病人带来了希望。还有一些问题有待解决,如疗效的长期性、药物的副作用和昂贵的价钱等。

尽管目前尚无根治的办法,但并不等于人类在艾滋病面前束手无策,人们正在不断地努力,寻找有效的手段。要让已经感染的人群看到希望,得到救治。改善症状体征、提高免疫功能、提高生命质量、延长患者寿命已经成为现实。目前艾滋病被认为是一种慢性可控性疾病,“不治之症”的说法正在逐步改变。

由于我国大多数 HIV 感染者只是处于带毒状态,还未发病;或只有部分患者出现一些艾滋病相关症状,故我国艾滋病患者的发病类型和症状体征特点还不十分清楚,需要进一步地摸索。大多数临床医生对艾滋病的临床症状和体征亲自见过的不多,缺乏足够的感性认识。借鉴国外的流行地区患者的症状表现形式,对从事艾滋病防治工作的人员来说,也许是有一定帮助的。艾滋病的许多临床表现在初始阶段都是非特异性的,因此,增加有关艾滋病症状体征的间接认识,是很有必要的。有了这方面的相应知识,在临床上就会对一些按常规诊治效果不好的疑难病例,结合病史和症状体征,考虑是否有艾滋病的可能,并进行相应的检查,以免造成漏诊或误诊。

我们有幸作为从事艾滋病治疗研究的临床工作者,几年来,在实际工作中接触了一些 HIV/AIDS 患者,收集了一些资料,而且绝大多数图片是作者在诊治病人的过程中

所拍摄,均为第一手临床资料。这些图片中的病人都是确诊的感染者和艾滋病病人,经性接触(同性和异性)、静脉吸毒、输血(血制品)和母婴传播的,大部分是非洲的黑人。非洲的感染率是世界上最高的,他们感染的时间较早;因此,开始发病的较多。虽然症状、体征各种各样,但有一定的倾向性,也较典型;如皮肤粘膜损害、HIV 消瘦综合征等;多数患者免疫功能低下,病情较重。我国的感染者大多数尚处于病毒携带者阶段,只有少数患者发病,症状、体征的特点还不十分清楚,需要今后进一步地了解。

全书共计 249 张图片,分为 HIV/AIDS 患者的消瘦形体、皮肤损害、口腔疾患、淋巴结病、肿瘤、生殖器疾病以及艾滋病的传播方式和对艾滋病人临床接诊体会等诸方面的内容。每张图片下面均配有简要的病例说明,使读者感到直观、真实、可信。对与艾滋病直接相关的症状、体征,结合文献,尽量地阐述;而对于一些尚未清楚其相关性的表现,只是列举出病者的实际情况,有待今后进一步地探索。

本书的图片只是临床上 HIV/AIDS 患者的部分表现,典型的症状、体征还不够多。由于条件所限,没有病理切片,缺乏神经系统的表现,一定程度上缺乏系统性,还有的与 HIV 不一定有什么直接关系,有些症状、体征尚缺乏病因学诊断,这些都需要在今后的工作中进一步地完善。作者之意只是在于起一个抛砖引玉的作用。

由于我们的水平有限,编写中的错误和不足之处是难免的,希望同行批评指正。此书的出版,得到北京奇正新科技集团和沈阳市奇生生物研究所(安太滋系列药物)的大力支持和赞助;部分图片的拍摄得到了北京佑安医院声像室全体同志的帮助;此书的编写整理,得到了北京针灸骨伤学院李洪娟讲师的大力协助;作者的临床实践工作,得到了中国中医研究院、北京佑安医院有关领导、老师和同事们的大力支持和帮助;在此一并表示衷心地感谢。让我们一起携手,共同努力,为预防和控制艾滋病做出贡献,

编著者

1998 年于中国中医研究院

目 录

一、全身状况	(1)
(一) 艾滋病病人消瘦面容	(1)
(二) 艾滋病病人消瘦形体	(2)
(三) HIV 感染者的形体表现(ARC 和 AC 期)	(5)
(四) 小儿艾滋病	(6)
(五) 艾滋病病人肝脾肿大及腹水	(6)
二、皮损类	(7)
(一) 脂溢性皮炎	(7)
(二) 带状疱疹	(10)
(三) 单纯疱疹	(17)
(四) 结节性痒疹	(18)
(五) 单纯性痒疹	(19)
(六) 脓疱疮	(30)
(七) 湿疹	(31)
(八) 毛囊炎	(33)
(九) 疖肿	(36)
(十) 化脓性汗腺炎	(37)
(十一) 癣	(38)
(十二) 疣	(44)
(十三) 色素沉着斑	(45)
(十四) 色素减退(脱失)斑	(47)
(十五) 化脓性指端肉芽肿	(48)
(十六) 硬皮病	(49)
(十七) 其他	(50)
● 口腔病变类	(53)
(一) 口腔念珠菌病	(53)
(二) 口腔毛状白斑(毛样舌)	(58)
(三) 阿弗它口腔炎(口疮)	(59)
(四) 舌头皸裂	(61)

四、淋巴结病变类	(62)
(一) 颈部淋巴结肿大	(62)
(二) 颌下、耳前淋巴结肿大	(63)
(三) 腮腺、颌下、耳前淋巴结肿大	(65)
(四) 腹股沟淋巴结肿大	(66)
五、肿瘤类	(67)
(一) 面部、口腔卡波济肉瘤	(67)
(二) 眼睑、舌面肿物	(68)
(三) 额部、胸部皮肤卡波济肉瘤	(69)
(四) 腿部、足部皮肤卡波济肉瘤	(70)
六、生殖器疾病类	(71)
(一) 生殖器尖锐湿疣	(71)
(二) 生殖器溃疡	(72)
(三) 生殖器疱疹	(74)
(四) 睾丸肿瘤	(76)
(五) 阴囊积液	(77)
七、其他	(77)
(一) 脑 MRI 影像——脑白质病、脑萎缩	(77)
(二) 胸部 X 片——肺间质改变(PCP)	(77)
八、传播方式	(78)
(一) 性接触传播(同性和异性)	(78)
(二) 经血液或血制品传播	(78)
(三) 母婴传播	(78)
九、临床接诊体会	(81)
(一) 医患关系	(81)
(二) 医院护理	(81)
(三) 家庭病床	(82)
(四) 消毒隔离	(82)

一、全身状况

由于食欲不振、食物摄入减少、代谢率增高及吸收不良,因而体重下降及营养不良在艾滋病中很常见,消瘦是常见的体征之一。一般认为,慢性腹泻多于每日4~5次,3个月内体重下降大于10%,是艾滋病的临床表现之一。

HIV消瘦综合征(HIV-wasting syndrome)是指严重非自主性体重下降,超过原体重10%以上,还有慢性腹泻、慢性虚弱和发热,不能用HIV感染以外的并发症(如结核、隐孢子虫病等)来解释。

有资料表明,HIV感染者的蛋白质-能量不足(PEM)可能是由于摄入不足、营养吸收障碍或新陈代谢的变化而导致的结果。艾滋病患者体重减轻是明显而严重的机体肌肉物质的减少,与恶病质有关。恶病质是一种临床综合征,特点是多种复合的代谢异常,宿主组织消耗加快和营养摄入、吸收和利用的障碍而导致体重减轻。

HIV感染者的体重减轻有两种类型:①急性、快速的体重减轻普遍地与机会致病菌的感染有关,尤其是非胃肠性质的感染。体重减轻往往先于机会感染的出现,有效地控制感染,常常可使患者恢复到患病之前的体重;②慢性的、进行性的,且大多数与胃肠疾病有关。前者可能是由于分解代谢反应增强或恶病质的反应,后者是营养不良的结果。

(一) 艾滋病病人消瘦面容



图1. 男性, 53岁, 发现HIV阳性1年。 T_4/T_8 : 0.01; T_4 CC: 5 mm^3 。就诊3个月 after 死亡。图示: 消瘦面容。



图2. 男性, 44岁, 发现HIV阳性2个月。发热、咳嗽、腹泻, 体重下降了5kg。 T_4/T_8 : 0.04; T_4 CC: $8/\text{mm}^3$; $\text{WBC}: 3.5 \times 10^9/\text{L}$ 。就诊半年后死亡。图示: 消瘦面容。

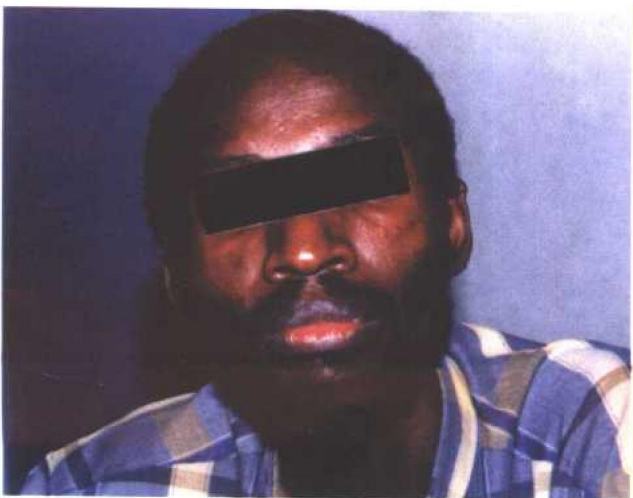


图3. 男性, 37岁, 发现HIV阳性半年。腹泻反复发作, 体重下降了12kg, 进餐时胸骨后疼痛, 食欲减退, 有消化道念珠菌感染。 T_4/T_8 : 0.14; T_4 CC: $38/\text{mm}^3$; $\text{WBC}: 1.9 \times 10^9/\text{L}$ 。其妻子、儿子均为HIV感染者。就诊3个月 after 因顽固腹泻、脱水、循环衰竭死亡。图示: 消瘦面容。

(二) 艾滋病病人消瘦形体



图4. 男性, 29岁, 发现 HIV 阳性半年。极度乏力、消瘦、体重下降了22kg。腹泻、水泻, 每日4~5次, 持续3个月; 进食吞咽疼痛, 有口腔念珠菌感染(图160~161); T_4/T_s : 0.02; T_4CC : $7/\text{mm}^3$; WBC : $2.2 \times 10^9/\text{L}$ 。伴消化道严重念珠菌感染。就诊2天后死亡。图示: 消瘦形体。



图5. 男性, 41岁, 发现 HIV 阳性3个月。腹泻2个月, 每日4~5次, 近1周来, 每日10余次。体重下降了21kg; 极度虚弱, 不能行走, 进食困难, 吞咽有堵塞感, 口腔念珠菌感染(图163)。手足麻木。 T_4/T_s : 0.02; T_4CC : $7/\text{mm}^3$; WBC : $3.2 \times 10^9/\text{L}$ 。就诊4个月后死亡。图示: 消瘦形体。



图6. 女性, 29岁, 发现 HIV 阳性2个月。形体消瘦、恶病质表现。腹泻、水泻, 每日5~7次, 呕吐, 不能进食、头痛, 体重下降了16.5kg。 T_4/T_s : 0.06; T_4CC : $28/\text{mm}^3$ 。其他有眼睑肿物(图201); 口腔念珠菌病(图167)。就诊2周后死亡。图示: 消瘦形体。



图7. 女性, 36岁, 发现HIV 阳性1个月。腹泻, 发热, 咳嗽, 消瘦。就诊1周后死亡。图示: 消瘦形体。

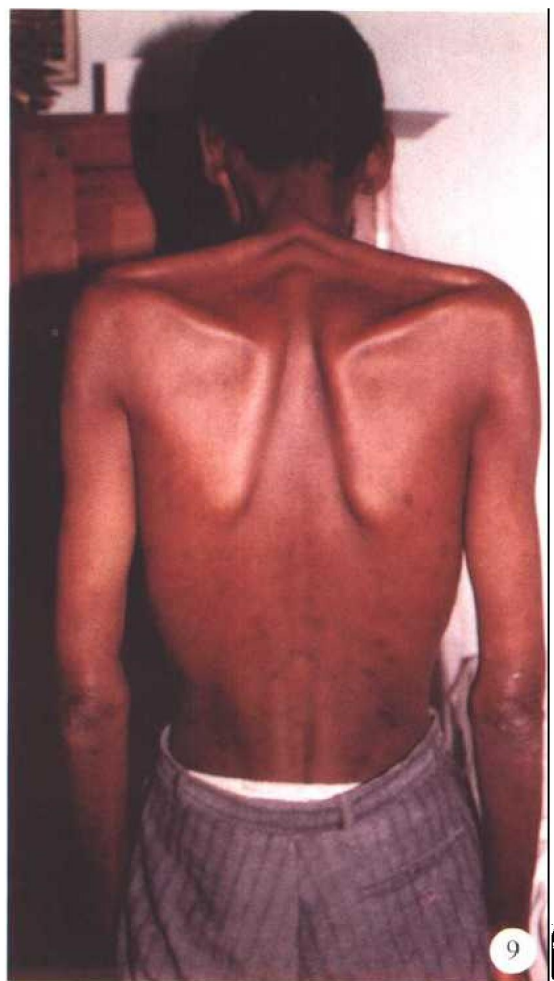
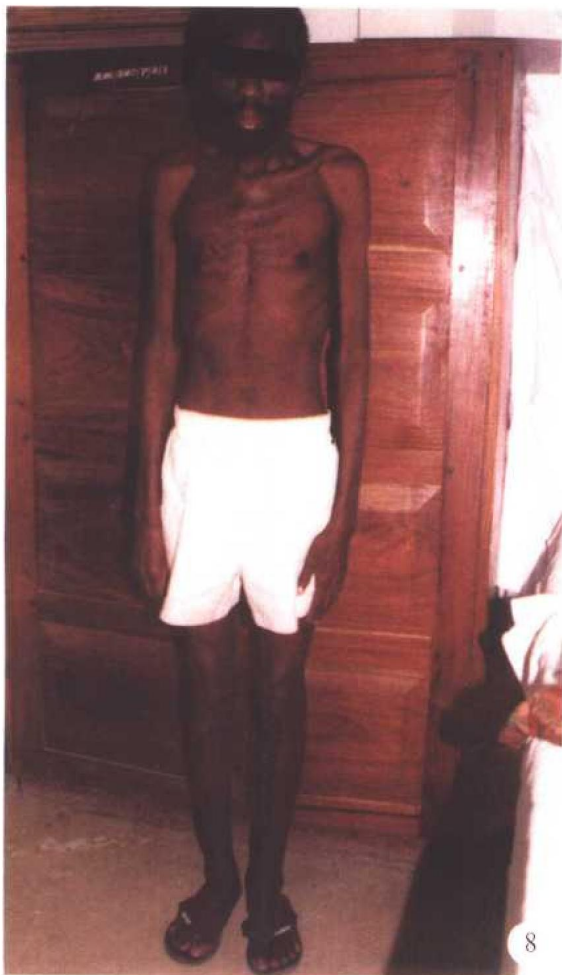


图8~9. 图1 患者的消瘦形体。

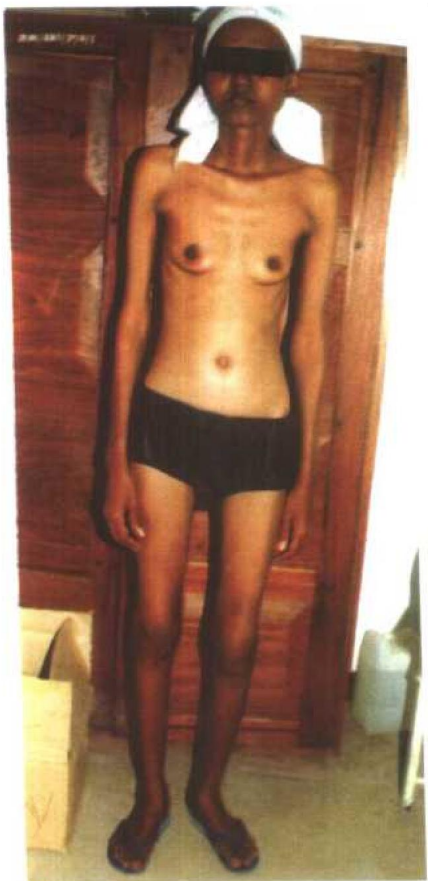


图10. 女性, 30岁, 发现 HIV 阳性1年。经常咳嗽、发热、胸痛, 诊为肺结核; 腹泻2个月, 消瘦, 体重下降了10kg。左、右颌下淋巴结肿大, 心前区可闻及双期杂音。 T_4/T_s : 0.16; T_4CC : $99/\text{mm}^3$; WBC : $3.4 \times 10^9/\text{L}$; Hb : 85g/L 。就诊4个月后死亡。图示: 消瘦形体。

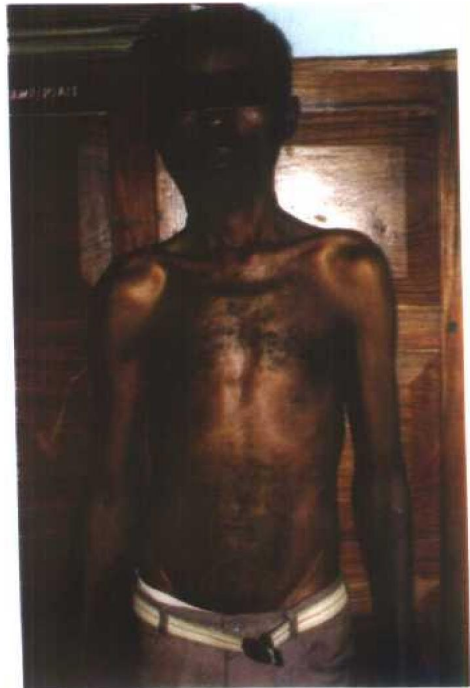


图11. 男性, 42岁, 发现 HIV 阳性半年。经常发作疟疾, 有咳嗽、低热、盗汗等症, 被诊为肺结核。腹泻1个月, 消瘦, 体重下降了7kg; 颌下、颈下、腋下淋巴结均肿大, 压痛, 时间半年以上; 有灰指甲(甲癣)。 T_4/T_s : 0.07; T_4CC : $23/\text{mm}^3$; WBC : $1.6 \times 10^9/\text{L}$ 。后出现口腔念珠菌病, 腹泻加重, 极度衰弱, 卧床不起, 就诊3个月后死亡。图示: 消瘦形体。



图12. 女性, 37岁, 发现 HIV 阳性2年。经常发作疟疾, 有肺结核病史, 停经1年余, 半年内体重下降了13kg。左、右颌下淋巴结肿大, 有触痛。 T_4/T_s : 0.19; T_4CC : $246/\text{mm}^3$; WBC : $7 \times 10^9/\text{L}$; Hb : 95g/L 。图示: 消瘦形体。



图13. 艾滋病晚期消瘦综合征患者。



图 14. 危重病人。

(三) HIV 感染者的形体表现(ARC 和 AC 期)

一般认为, HIV 在体内的潜伏期通常是 8~10 年, 长的可达 15 年。在没有发病时, 除了血中带有病毒外, 患者基本没有什么症状和体征, 或只有一些轻微感染。从外表上看与正常人完全一样, 但这种带毒者是具有传染性的。



图 15. 男性, 38 岁, 发现 HIV 阳性 3 年。皮肤感染破溃, 不能行走。经中药治疗后, 体力恢复, 能下地行走。属艾滋病相关综合征(ARC 期)患者。

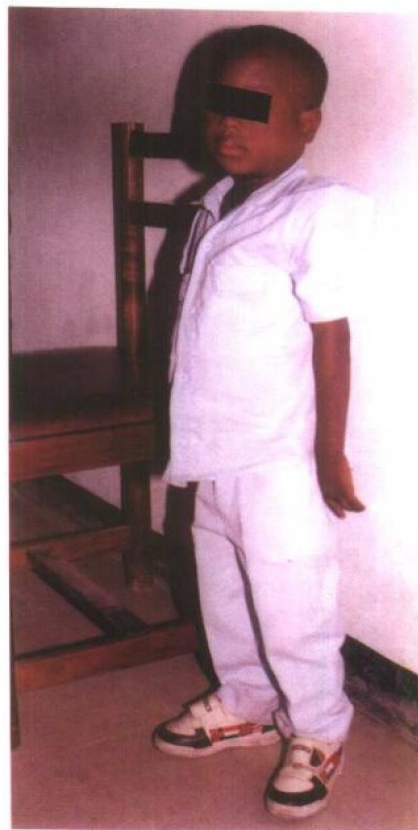


图 16. 男性, 35 岁, 因静脉吸毒感染, 发现 HIV 阳性 4 年。无任何症状, 属艾滋病病毒携带者(AC 期)。

(四) 小儿艾滋病

主要临床特点包括虚弱、体重不增、发育迟缓、反复的细菌感染、持久的口腔念珠菌感染、慢性腹泻、淋巴结病、唾液腺肿大、腮腺炎、肝脾肿大、间质性肺炎及脑病等。

图 17. 小男孩, 7 岁, 身高 79cm, 体重 16kg。发现 HIV 阳性 5 年。患者 3 个月时, 因流鼻血而输血, 之后出现发热、食欲不好、生长缓慢; 10 个月时出现腮腺淋巴结肿大、疼痛, 有皮疹出现。2 岁时查 HIV 阳性。平素易疲劳、纳呆, 但智力正常。就诊时症见乏力、气短、盗汗、身痒、指甲苍白、唾液腺、腮腺部浅深淋巴结群、耳前、颌下淋巴结肿大(图 192)、腹股沟淋巴结肿大(图 193); 四肢散在痒疹损害(图 88)。T₄/T_s: 0.09; T₄CC: 124/mm³; WBC: $11.2 \times 10^9/L$ 。治疗 4 个月后, 体重降至 12kg, 出现了肺结核。T₄/T_s: 0.10; T₄CC: 39/mm³; WBC: $7.2 \times 10^9/L$ 。后该病例中断治疗。



(五) 艾滋病病人肝脾肿大及腹水

有人报道, 68% 的成年艾滋病患者有肝肿大。Plamer 等提出, 尸体解剖时肝脏重量超过 1800g 即为肝肿大。Glasgow 等在艾滋病尸解时发现, 肝脏平均重量在 1900 ~ 2400g 者占 61% ~ 84%。KS 及淋巴瘤累及的肝脏病损, 或病毒(HAV、HBV、HSV、EBV、CMV 等)、细菌(鸟型分枝杆菌、组织胞浆菌等)、霉菌的感染均可使肝脏发生肿大。有人对脾脏肿大患者尸体解剖后发现, 脾脏肿大、充血、重量增加(平均 300g), 脾小结生发中心缺如, 缺乏 B 细胞带, 淋巴鞘 T 细胞减少或伴有纤维化、浆细胞增多, 巨噬细胞内含铁血黄素沉着。



图 18 ~ 19. 男性, 40 岁, 发现 HIV 阳性 2 年。现腹胀, 乏力, 消瘦, 食欲差, 皮疹。体重 70kg。图示: 腹部膨隆, 肝脾肿大, 有腹水。

二、皮 损 类

皮肤是人体的天然屏障，起着抵御各种病原微生物的作用。皮肤中的朗格汉斯细胞具有免疫保护和监视的功能，完整而无损伤的皮肤、粘膜对 HIV 具有抵抗力。一旦 HIV 进入人体，就可以通过血液循环到达皮肤、粘膜，皮肤、粘膜中的朗格汉斯细胞是 HIV 的靶细胞，由于皮肤的朗格汉斯细胞受到 HIV 的损害，使皮肤的细胞免疫功能降低，抵抗力下降，故易造成各种感染，出现皮肤、粘膜的疾患。其特点为：年轻人易感，易于复发，难以治疗。

引起皮肤、粘膜感染的主要病原体是：各种病毒、细菌、寄生虫、真菌(霉菌)等。

艾滋病的皮肤及粘膜表现主要分为感染性和非感染性的：感染性皮肤病常见的有单纯疱疹、带状疱疹、脓疱病(脓疱疮)、癣、毛囊炎、疖肿；非感染性皮肤病常见的有脂溢性皮炎、各种皮疹、结节性痒疹、单纯性痒疹、疣、湿疹、皮肤干燥病、皮肤肿瘤等；其他可有毛细血管扩张、营养缺乏症、色素沉着或色素脱失等。

(一) 脂溢性皮炎

为发生于皮脂溢出部位的一种慢性皮炎。病因至今不完全清楚，一般认为是在皮脂溢出较多基础上的继发性皮肤炎症。由于皮脂分泌增多和化学成分的改变，使原存于皮肤表面的正常菌群如圆形糠秕孢子菌，大量繁殖成为机会性病原菌，侵犯皮肤。

正常人群中，脂溢性皮炎的发生率一般为1%~3%，而艾滋病人中的发生率却为22%~46%，患者的平均年龄一般在32~35岁。皮损可发生于艾滋病的前驱期，但多见于病程中、晚期，其严重程度与患者全身状况恶化的程度和 T_4 细胞数量有关。皮损为边缘清楚的红斑，上面覆盖有光泽的黄色厚腻鳞屑，鳞屑常常堆积成痂，皮脂溢出严重。皮损好发于额部、双颊、颧部、头皮、耳后、腋下、肘部、腿部。长期存在的皮损处往往皮纹消失，并有萎缩和脱色；头皮损害可引起脱发。严重而迅速的脂溢性皮炎是一个坏征兆，预示着病情的进展恶化，免疫功能的极度低下。有资料表明，脂溢性皮炎的发生被认为与艾滋病有密切的关系，临床上应引起充分注意。

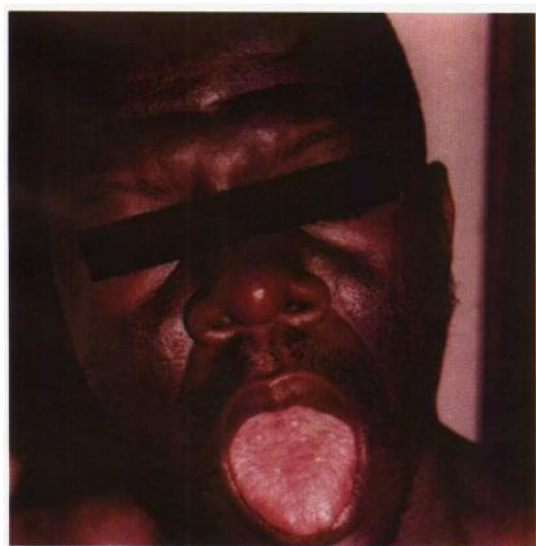


图 20. 男性，39 岁，发现 HIV 阳性 1 年半。有腹泻、发热、乏力、多汗、皮肤瘙痒，有时皮肤往外流水，有臭味。体重下降了 14kg。 T_4/T_8 : 0.09; T_4CC : $66/mm^3$; WBC : $3.5 \times 10^9/L$ 。图示：头面部脂溢性皮炎。

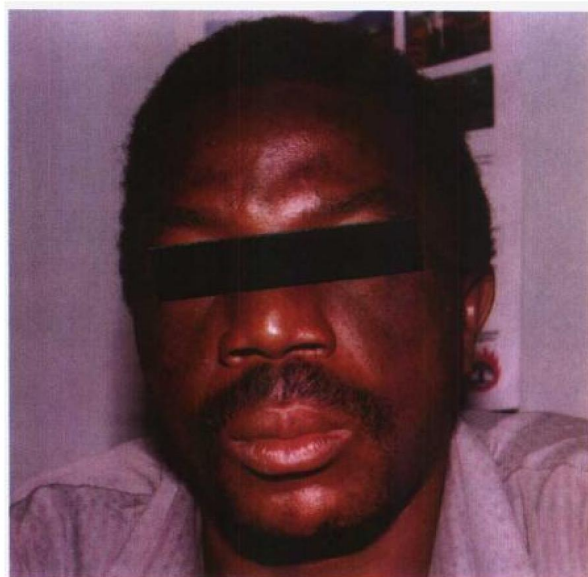


图 21. 男性，33 岁，发现 HIV 阳性 3 年。病情较稳定，有咳嗽、肌肉痛、头痛、关节痛等症状。 T_4/T_8 : 0.35; T_4CC : $195/mm^3$ 。图示：头面部脂溢性皮炎。

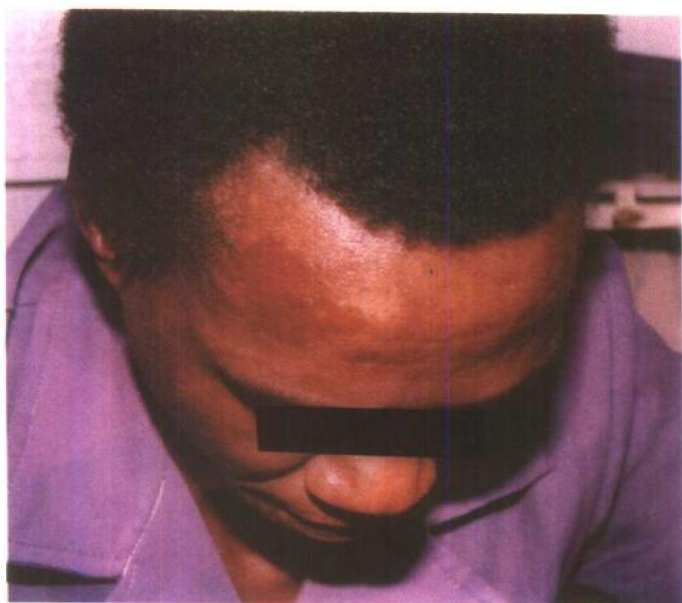


图22. 男性, 38岁, 发现HIV阳性2年。曾患肺结核, 有咳嗽、乏力、身痒、腹泻、消瘦等症, 体重下降了13kg。T₄/T_s: 0.09; T₄CC: 31/mm³; WBC: 3.9×10^9 /L。其他体征有四肢痒疹损害(图66~67); 手臂、臀部疖肿破溃(图107~108), 腹股沟淋巴结肿大。图示: 额部脂溢性皮炎。



图24. 男性, 44岁, 发现HIV阳性4年。曾患食道念珠菌病, 有吞咽不利、关节疼痛等症。T₄/T_s: 0.08; T₄CC: 47/mm³; WBC: 3.4×10^9 /L。就诊1年后死亡。图示: 头面部脂溢性皮炎。

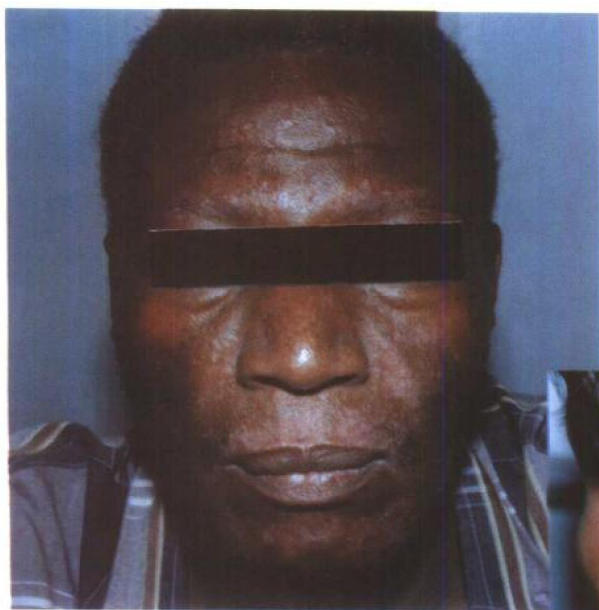


图23. 男性, 42岁, 发现HIV阳性1年。图示: 头面部脂溢性皮炎。

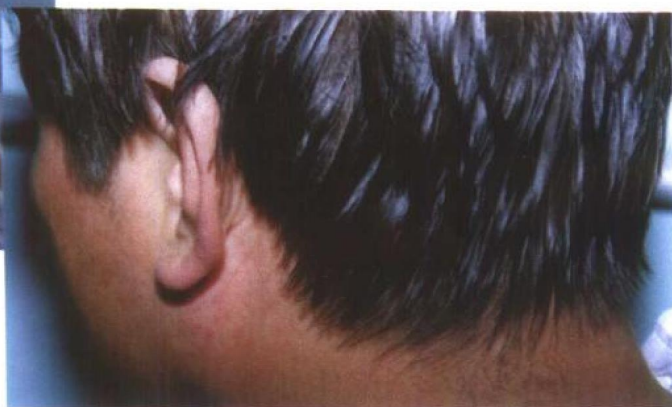


图25. 男性, 36岁, 发现HIV阳性3年。近1年来, 高热、咳嗽、气喘、紫绀, 胸部X线检查怀疑卡氏肺囊虫肺炎(PCP)。近2月出现脱发、皮屑、油脂增加, 瘙痒。有足癣(图127)。T₄CC: 55/mm³。图示: 耳后、后枕部脂溢性皮炎, 头发开始脱落。