

艾滋病人的管理

原著 D. Miller

J. Weber

J. Green

译者 杜奋仁 林中昌 谭毅

韦挥德 陈琳贤

校者 王成义 崔君兆

学术期刊出版社

艾滋病人的管理

原著 D. Miller

J. Weber

J. Green

译者 杜奋仁 林中昌 谭毅

韦挥德 陈琳贤

校者 王成义 崔君兆

学术期刊出版社

编 审：谢炳耀

责任编辑：邹亚珍

艾 滋 病 人 的 管 理

杜奇仁 林中昌 谭 毅 译

韦挥德 陈琳贤

王成义 崔君兆 校

学术期刊出版社出版

(北京海淀区学院南路86号)

广西粮食学校印刷厂排版印刷

787×1092毫米 1/32开本 8印张 165千字

1989年1月第1版 1989年1月第1次印刷

印数：1—5,000

ISBN 7-80045-148-8/R.27

定价：2.30元

序

在附有性传播疾病保健门诊的医院里工作，常遇到一些令人关注的临床问题。在艾滋病毒引起的现代瘟疫之前，这些问题对综合医院工作人员的影响较小。我，一名医师，仅以有限的能力作为一名观察者，即使是在一个病人身上也会很容易看到大量有关临床、诊断、管理，以及心理学上的问题。当这些问题需要通过不断增加门诊和住院病人来解决时，很显然，不久，摆在我们面前的将是一种涉及到医院乃至整个社会的医学危机。特别是象在医院这样的一个封闭单位里，这种突然的冲击，在部分工作人员中有时会产生强烈的反响。除了病人及其家属外，尚需要对所有的人提供咨询服务。希望某些中心将获得有关这方面的经验，因为有关这种性质疾病的知识是社会上各种人均需知道的，而人们宁愿需要的是有证据的观点，而不是谣传和臆测。本书是由圣·玛丽医院和皇家福利医院的一个不同专业小组成员编写的，我相信本书对与上述各种问题有关的任何人都值得一读。阅读本书可使人们在广泛的医学人际关系和深奥复杂的医学感染和免疫系统方面得到教育。

伦敦圣·玛丽医院内科教授，医学博士，皇家内科科学会会员，皇家学会会员Stanley Peart爵士

(杜奋仁 译)

前 言

在过去的两年里，我们花费了大量的时间为许多中心的卫生人员和管理人员讲授了有关艾滋病（AIDS）和人类T淋巴细胞Ⅲ型病毒（HTLV-Ⅲ）感染的危害性问题。所得的反应表明，这是十分必要的。特别是对那些远离配有专家的、位于大城市的中心的人来说，他们更需要从有丰富经验者那里获取更多关于这方面的信息。这些信息，对于他们制订有效的管理计划，很有帮助；有利于控制AIDS及其相关综合症的广泛传播。

本书并不着重于叙述有关HTLV-Ⅲ感染这一尚有争论的理论问题（尽管某些章节提到抗体试验的可靠性以及男或女病人情况的报告等问题）。我们的目的，是根据近年来所取得的经验教训，论述有关病人管理方面的各种问题。因为目前尚未有可能提供在大范围（甚至是小范围）内对AIDS相关综合症进行处理的战略方案。本书主要是提供对具体问题的综合性处理方法，以便对AIDS病人和AIDS相关综合症（ARC）患者进行管理。

在这种情况下，我们试图对各种与AIDS有关的问题，在广泛范围的含义上进行解释。以利于制订出对部分病人进行管理和进行卫生宣传教育工作的合理计划。

本书是为医师、护士、实验室工作人员以及咨询服务人

员写作的。每一章节既可作为一篇独立的文章阅读；也可作为全书的一部分来阅读。在写作过程中，由于一开始便已经考虑到了专科人员可能仅限于细读与自己专业相关的章节，因此，允许各章节在内容上存在某些重复，以便于读者根据不同专业性质进行有所侧重的阅读。

鉴于本书写作的目的是叙述关于病人管理所需的各种实际信息，因此，书中仅为读者提供部分关键性的参考文献，有关研究成果的参考文献，读者可据此向作者索取（限于篇幅，原著所附参考文献本译本均未付印一译者）。

除了叙述治疗和控制感染问题外，本书重点是强调病人管理中的咨询作用。因为，咨询服务人员在这方面具有非常重要的责任：对危险人群进行必要的卫生教育；为已确诊的人提供必要的医学信息；协调诊断后护理人员的管理工作；在疾病的各个阶段对病人及其情侣、家庭及朋友进行鼓励和提供帮助。希望本书所建议的加强有效临床措施之方案，在制止这一灾难性疾病的影响和蔓延方面，发挥有益的咨询作用。

D. Miller

J. Weber

J. Green

1985年于伦敦

（林中昌 译）

目 录

序.....	(I)
前言.....	(II)
一、艾滋病和嗜人类T淋巴细胞Ⅲ型病毒感染的临 床管理.....	(1)
二、艾滋病免疫学：免疫学概况、发病机理和诊断 试验的作用.....	(43)
三、艾滋病病毒学.....	(67)
四、艾滋病性病学.....	(79)
五、血友病管理中与艾滋病相关的问题.....	(100)
六、艾滋病人的护理.....	(116)
七、心理学，艾滋病，艾滋病相关综合征和持续性 弥漫性淋巴腺病.....	(162)
八、为嗜人类T淋巴细胞Ⅲ型病毒血清阳性者提供 咨询服务.....	(189)
九、如何管理对艾滋病忧心忡忡的人.....	(215)
十、如何减少艾滋病高危人群的危险性.....	(221)
十一、艾滋病的医院咨询：机构和训练.....	(234)

一、艾滋病和嗜人类T淋巴细胞Ⅲ型病毒感染的临床管理

J. Weber and A. Pinching 著

杜 宿 仁 译

引 言

1981年6月,美国疾病控制中心报告了在加利福尼亚有5名男同性恋者得了卡氏肺囊虫肺炎(PCP)。7月纽约报告26例男同性恋者患PCP和卡波济氏肉瘤。这些患者细胞免疫反应均有明显损害,在外周血淋巴细胞中的T辅助细胞明显减少。

这是最早认识获得性免疫缺陷综合征(艾滋病)的两份报告。现已知此病是由一种独特的,新的逆转录病毒所引起,这种病毒现称之为嗜人类T淋巴细胞Ⅲ型病毒(HTLV-Ⅲ)。已描述过类似的与艾滋病(AIDS)有关的逆转录病毒,已知为淋巴腺病相关病毒(LAV)或艾滋病相关病毒(ARV)这三种病毒的分离株几乎是相同的,因此,为简化起见,本书中所提及的艾滋病病毒通称之为HTLV-Ⅲ〔第二届国际艾滋病会议决定,艾滋病病毒(AIDS Virus)一概用“HIV”(Human Immunodeficiency Virus)来表

示，而不再使用“HTLV”、“LAV”或“ARV”来表示。为尊重原著，译文仍用“HTLV”。（译者）。

感染是通过输血和性交传播的。目前，仅在短短的4年间，已经流行于整个西方世界和部分赤道非洲地区。至1985年4月，美国AIDS已近10000例，至1984年10月欧洲已报告559例。在英国报告了159例。欧洲早期的艾滋病例明显地与到美国的旅游史有关，与在纽约或旧金山的同性恋交媾有关。近年来大多数的欧洲病例没有报道这方面因素。这提示了，目前在欧洲同性恋人群中这种病毒已流行扩散，肯定也在英国扩散。

英国的AIDS病人幸而比美国少。但是，在英国大量的男同性恋者目前已受到这种病毒的感染，主要在伦敦，也在其他大都市。由于有了这样一种感染库，在今后五年内无疑将导致AIDS病例报告数的增加。在英国，大多数的早期AIDS病人到性病门诊部，或到伦敦市内医院就诊。但近来到普通开业医生，或到地区普通医院就诊的AIDS病人日渐增多。虽然，这种疾病当前似乎仅为专家们所关注，但是，对AIDS管理的充分认识，对于普通医生，普通开业医生，以及各医院和社团的工作人员来说，都将是很重要的。因为，它实际上涉及到几乎所有专业的许多普通症状和体征的鉴别诊断问题。

本书的目的是介绍圣·玛丽医院和圣·普雷德门诊部在诊治AIDS以及其他与HTLV—Ⅱ相关疾病中所取得的经验。其中包括医疗、护理和心理学的问題。我们的经验系来自这里管理的60名AIDS病人，以及1982年以来所研究的600名感染HTLV—Ⅱ的门诊病人。

英国的大多数AIDS病人为男同性恋者，这些人群将成为未来AIDS发生的疫源地。有性主动的男同性恋者各种性传播疾病的发生率都很高，特别是梅毒、淋病、肛周单纯疱疹、疣病毒感染以及肠道寄生虫感染。论述男同性恋中非AIDS感染的问题已超出本书范围，但仍将有关进一步阅读的文獻列于本章的末尾。

艾滋病的流行病学

AIDS病例的报告见于有性主动的男同性恋者；AIDS病人的女性性伴；已受感染母亲的孩子；以及通过共同静注针头，或输入全血或血友病人输入浓缩的第V因子而暴露于血液或血制剂的人群。

在美国，70%的AIDS病人发生于男同性恋者或两性恋者，这个比例在英国还要大，这代表着目前的主要危险人群。而在中非发生的与性接触有关的（AIDS）病例在美国是罕见的，但在法国这些患者占有所有AIDS病人的三分之一。AIDS病常出现在扎伊尔、赞比亚、乌干达、卢旺达，以及其它赤道非洲的国家，当前这些国家应看作HTLV-Ⅱ感染的高流行区，这些地区中的传播系通过异性性交，男女病例数相等。

这种传播分式与乙型肝炎病毒感染相似，通过血液和性交传播，并在男同性恋者中发生率较高。因此AIDS为一种性传播疾病。

艾滋病的临床表现

导言

AIDS是由HTLV—Ⅲ逆转录病毒引起的免疫抑制状态。此病毒感染外周血液淋巴细胞之一种亚型T辅助淋巴细胞，这种细胞的功能是调整细胞免疫。被感染的细胞丧失了这些免疫功能并过早死亡。这种细胞免疫的缺陷即可导致机体对各种机会感染因子的易感性增高，这些因子常常是病毒、原虫或自然界的真菌。这种细胞免疫缺陷也导致某些特殊类型肿瘤的发生，尤其是卡波齐氏肉瘤和非何杰金氏淋巴瘤。这些机会感染和肿瘤与其他先天性或获得性细胞免疫缺陷病人中所见到的相似。这些机会感染和肿瘤的种类和表现将在下面详细讨论。

越来越多地发现，HTLV—Ⅲ感染的患者，可发生多种其他并非由机会感染引起的疾病，而认为是病毒感染的直接或间接的结果。这些情况最常见的是持续性弥漫性淋巴腺病（PGL）；部分PGL病人（5～25%）最终发展为AIDS。这些“前驱”紊乱与后来出现的AIDS之间的确切关系仍不明。追踪3～4年大部分PGL患者并未发展为明显的艾滋病。由于这种感染的高度潜伏性，因此，在相当长的时期内对这种疾病的自然史还不能作出全面的评价。

对HTLV—Ⅲ感染的研究仍处在初期阶段，新的综合征仍在不断出现。这种长期（大于10年）感染的后果还不清楚。但有理由设想，未来的肿瘤和其他合并症最终可能将会

出现。

艾滋病的识别

虽然AIDS是前所未有的，但在医学上细胞免疫缺陷患者并不少见。从AIDS病人身上见到的机会感染类型与先天性免疫缺陷（如严重联合免疫缺陷）或医源性免疫抑制（如肾移植时）患者的多种感染模式相仿。由于AIDS引起的细胞免疫耗竭，感染主要是由病毒、真菌、原虫和兼性的细胞内细菌所引起。机会感染的共同特征是宿主不能正常地清除感染因子。虽然有些感染者出现怪状杂症，从免疫损伤的全过程来看，异常表现模式是可预测的。AIDS病人可以出现急性持续性的溃疡性单纯疱疹感染，而这种感染在正常宿主却是自限性的疱疹。同样地，AIDS病人几乎普遍不能清除粘膜念珠菌病，口腔念珠菌病斑成为免疫缺陷的一种简单的生物学标志。因此，当患者不能正常清除通常由细胞免疫处理的各种因子所引起的感染时，应考虑患AIDS的可能。

尽管HTLV-Ⅰ感染通过血液或性交可影响到社会上任何人，但该病的分布仍主要见于特定的高危人群（见表1·1）。与多个伴侣进行肛门性交的男同性恋者是最危险的，而仅仅相互手淫的男同性恋者则无任何感染危险。性行为的方式很重要，必须进行详细了解。应详细询问性交方式（例如，是否有过肛门性交，是采取主动或被动方式），和以往性传播疾病史。静脉注射药物的药物滥用者感染AIDS是通过共用污染的针头或其它器具，而不是药物滥用者通过自用药物所引起。对可疑AIDS患者应探询其性行为史、药物滥用史，到性活动盛行区（如赤道非洲）旅游、冶游史，

或多次输血史。旅游史对机会性感染的鉴别诊断也十分重要。因为热带地区的旅游或居住增加了各种潜伏性热带感染的可能性。

因此，AIDS相关问题的判别，取决于病人的发现及其相应流行病学模式（见表1·1）。

表1·1 易患艾滋病的危险人群

人群	危险的活动
男同性恋者	多个性伴 肛门性交（主动或被动）
女性性伴	与已感染的性伴经阴道性交
感染母亲的子女	胎盘传播
静脉药物滥用者	共用针头或器具
血友病患者	混合血液制品（第8因子）
输血的受血者	已感染供血者的血液 通常多次输血
海地人	同性恋或异性恋传播？
中非人	在赤道非洲国家主要为异性恋传播

HTLV-Ⅱ感染的结果

感染可以引起急性发病伴有血清学变化。经一段潜伏期后，可以发展为持续性弥漫性淋巴腺病（PGL），接着出

现衰弱症状（AIDS相关综合征—ARC），最后发展为伴有机会感染的症状明显的AIDS。但需强调指出，并不是所有AIDS病人都有这些早期表现。许多PGL和ARC病人并不发展为症状明显的AIDS。

感染

HTLV—Ⅱ病毒以整合和非整合形式存在于感染的T辅助淋巴细胞内。这种病毒可能不断地从细胞表面芽生，导致持续的病毒血症。这种病毒可从精液和唾液中分离出来。精液的传染性是可能存在的，但还没有证据表明唾液能传播HTLV—Ⅱ感染。推测病毒是在性交时通过少量血液的转移而传播的。肛门性交出血可能性很大，解释了男同性恋者比较容易传染，以及手指插入直肠的男性感染发生率较高的原因。病毒的传播可能发生于主动（阴茎插入者）和被动（接受阴茎者）的肛门性交，但流行病学研究表明以被动肛门性交者感染的相对危险性较大。血友病患者的妻子和AIDS病人的女性性伴发生AIDS的事实，仅仅通过阴道性交也可将病毒从男性传给女性。流行病学已提示，病毒从女性传给男性的可能性，但尚未得到病毒学的证实。人工受精对传播AIDS的作用尚不清楚，但由于血液和精液带有病毒，持续使用如阴茎套等保护屏障方法可减少传播。尚无证据表明经口性行为可传播AIDS病毒。这种通过插入性交的传染模式与乙型肝炎病毒感染的传播相似。

性交时暴露于HTLV—Ⅱ未必一定引起感染。血清学测定表明，即使与AIDS病人经常活动的性伴，只有60%感染。通过性交而未发生感染的免疫学或血清学机理还不清楚。

楚，其机理可能与大多数其它传染性因子一样。

急性HTLV-Ⅰ感染

感染后，在IgG抗体出现前这一段时间为潜伏期。目前报告，推测4~6周出现急性症状。有一名护士被AIDS病人污染的针头刺破手指而感染，针刺感染后42天发生短暂性发作。

这种急性逆转录病毒感染疾病的特征是：发热、不适、头痛、一过性关节痛、皮肤斑丘疹和短暂性的淋巴结肿大。圣·玛丽医院一名患者，在病毒血症症状期出现具非典型淋巴细胞的、短暂的淋巴细胞增多症。多数病人表现为T8淋巴细胞增多，这种细胞的增多在单核细胞增多综合症中是典型的。症状在2—3周后缓解，这种缓解与抗此病毒的P24表面糖蛋白的非中和性IgG抗体的出现有关。

已明确观察到HTLV-Ⅰ感染后短期内可出现急性“腺热”型疾病，但大多数病人在血清学阳转时期却不能询问出疾病史。在男同性恋者发生这种急性病毒性疾病时，均应进行病毒血清学检测，现在，HTLV-Ⅰ是致病因子之一，应进行排除。

潜伏期

感染后，不论有无急性自限性疾病，均有潜伏期。在此时期采末梢血淋巴细胞进行培养，分离出病毒且IgG抗体出现阳性是可能的。细胞免疫系统可能完全正常，淋巴细胞亚群分布和绝对数以及淋巴细胞功能也可能是正常的。

潜伏期的持续时间尚未完全清楚。从输血引起的AIDS

的研究来看，此潜伏期可长达5年。男同性恋者和静脉药物滥用者的潜伏期则可能短一些。已知某些复合因素可能影响潜伏期限。病人在此潜伏期内看来可能是有传染性的。目前推想，由于淋巴细胞内存在着传染性病毒颗粒或整合病毒基因，潜伏期可持续许多年，甚至终生。

持续性弥漫性淋巴腺病

1982年，Mildvan等指出，有AIDS危险的男同性恋者发生持续性弥漫性淋巴腺病（PGL）。这种病后来经血清学证实病原学上与HTLV-Ⅲ有关。随访纽约市的这种PGL病人，表明在36个月内为25%将发展为症状明显的AIDS。其他地区由PGL发展为AIDS的发生率则较低。

部分淋巴腺病患者进一步出现HTLV-Ⅲ感染的症状和体征，如发热、盗汗、体重减轻和口腔念珠菌病。这些病人出现症状明显的AIDS的发生率较高，这组症状称之为AIDS相关综合征（ARC）。部分ARC病人实际上是AIDS的前驱期患者，并存在潜在机会性的感染。而其他病人，症状学的表现可仅由于HTLV-Ⅲ感染所致。

关于这些不同类型疾病的命名，目前仍比较混乱，不同的中心对这些临床综合征采用不同的名称。为明确起见，本书所指的PGL是只有淋巴腺病而无症状者，ARC是指有症状及实验室检查异常者，参见表1·4。

需强调指出，ARC病人不一定出现淋巴腺病，ARC病人若不出现淋巴结肿大，可能表示预后不良。

定义：

在流行病学上PGL的定义是，至少在2个或更多的不同

解剖部位触及直径为1 cm以上的肿大淋巴结，持续至少3个月，无其他已知能引起淋巴腺病的原因者。取淋巴结作组织学检查一般只发现良性反应性增生。

颈部（前后三角）、腋窝和腹股沟部淋巴结肿大易于触及，较少发现锁骨上窝的淋巴结肿大，肱骨内上髁淋巴结肿大则更罕见，肺门淋巴结肿大仅见于1%（2/180）的病例。这些淋巴结单个分散，无压痛，可活动，质硬。其体积大小在短时期内，几乎每日都有明显改变。间发性感染可引起其急剧增大，80%病例的脾可能及，但肝肿大则并不是其特征。淋巴结肿大多为双侧，呈明显对称。显著的单侧淋巴结肿大应作为早期活检的指征。淋巴腺病可无症状，病人可能不发觉淋巴结肿大，而常在体检时发现。枕部淋巴结肿大是例外，它可引起颈部疼痛和不适。

值得注意的是，在一般人群中常见到孤立的腹股沟淋巴结肿大，尤其多见于有多个性伴的性主动的男性。一旦发现孤立的腹股沟淋巴结肿大，应及时进行尿道或直肠性传播感染的检查，特别是单纯疱疹，早期梅毒和罕见的性病淋巴肉芽肿感染。

PGL可合并血液学异常、皮疹和粘膜白斑病。血液学改变包括血细胞总数的降低、淋巴细胞和血小板计数减少。血小板数的减少将在下面讨论，在患PGL病期间，约有10% PGL病人有轻度或中度的血小板计数减少。

诊断：

PGL的诊断，系根据临床表现和可能的鉴别诊断疾病的排除（见表1·2）。近来，HTLV-Ⅲ抗体阳性有助于PGL的诊断，但应指出，即使HTLV-Ⅲ抗体存在（此抗体在高