

## 台灣地區後天性免疫缺乏症候群病例報告

民國 75 年 1 月 28 日一位居住台北市的年輕男性同性戀者住進台大醫院，其主述是兩、三天來有嚴重頭痛、眩暈、嘔吐和記憶喪失等。理學檢查發現病人消瘦並呈慢性病態。神經學探查顯示有輕微兩側性視乳頭水腫，兩側性反射過強，及右側巴斑司基氏表象。腦部電腦斷層掃描發現，右額區、左額頂區，及枕葉區都有濃度較淡且可用對比劑增強的多發性腫塊。入院時的全血數檢查結果顯示：血色數 11.9 毫克/100 毫升，白血球 3800 個/立方厘米，淋巴球 304 個/立方厘米。腰椎穿刺檢查顯示腦脊髓液的蛋白質增加。腦脊髓液的墨汁試驗(India ink test)、抗酸性染色及細菌培養檢驗皆為陰性；且測試其弓形原蟲(*Toxoplasma*)、巨噬細胞病毒(CMV)、單純疱疹病毒、水痘一帶狀疱疹病毒、EB 病毒，及腺病毒的抗體效價也都是陰性。血清學檢查弓形原蟲和病毒抗原亦為陰性。血清電泳分析顯示 IgG 和 IgA 免疫球蛋白增加。血液培養則為陰性。皮膚試驗的結果，對於 Streptokinase / streptodornase、結核菌素、麴菌屬(*Aspergillus*)抗原都呈陰性反應；但對念珠菌(*Candida*)則呈陽性反應。以酵素免疫分析法(EIA)測試病人的抗 HTLV-III 抗體呈陽性反應(平均吸收值 0.954，陰性臨界值 0.167，吸收值比例 5.7 倍)\* 西方點墨法(western Blot)\* 檢驗結果於 pP41 和 p24 蛋白質帶皆呈陽性。病人幫助性 T 淋巴球和抑制性 T 淋巴球的比值為 0.37(正常值大於 1)。腦部切片結果，無法對腦部病變下任何診斷。

患者過去的病史並不顯著，直到去年 6 月，才注意到有腹痛和稀便，症狀斷續達一個月後，雖未經治療即自行緩解。去年九月，患者開始有間歇性發燒及頭痛；十一月份，並因高燒、畏寒和乾咳而住院。住院時，患者陳述在過去兩個月內，體重已減少 5-6 公斤。胸部 X 光片顯示右中葉及左上葉有浸潤性病變。痰液的抗酸性染色和細菌培養檢驗都是陰性。並未特別進行隆凸肺囊蟲肺炎的檢查，但曾用 TMP-SMX(trimethoprim - \*台大醫院莊哲彥醫師所做的檢驗結果 sulfamethoxazole)治療不明原因的肺炎，經 2-3 週後症狀雖已改

善，然而卻併發口腔·念珠菌感染。患者於 12 月 18 日出院後，又於 12 月 20 日因高燒而再度住院，並繼續使用 TMP -SMX 治療，至 12 月 25 日出院。出院後，患者在家中仍有輕度發燒及頭痛，這些症狀逐步惡化，終於住進台大醫院治療。

患者未婚，具有同性戀的行為超過 12 年以上，性伴侶達百人之譜，其中至少 3 位是外國人：瑞典、美國各一，另一位國籍不明。患者性交時，經常扮演接受者角色，並採直腸和口交方式，但否認使用拳頭或人造性器械來性交。

在台大醫院住院期間，患者曾用高劑量皮質類固醇、抗結核藥物，及 TMP -SMX 治療，但 TMP -SMX 僅用了一天，就因為疑似藥物反應而停藥。上述藥物使用期間，患者出現嚴重的口腔、咽部、食道念珠菌感染。其病況惡化十分迅速，於三月二日因腦壓增高的併發症而死亡。屍體解剖的初步結果顯示，有散佈性巨噬細胞病毒感染及大腦弓型原蟲症。

**報告者：**台大醫院、三軍總醫院、行政院衛生署 AIDS 防治小組。

**編者註：**該名患者是向衛生署報告，且符合美國疾病管制中心 AIDS 偵測系統所修正之定義的第一名病例。此定義的條件相當複雜，但可歸納如下：

(1)病人有診斷相當可靠的某種疾病，可以認為有潛在的細胞性免疫缺乏，且此種免疫缺乏並無已知的原因。(2)血清抗 HTLV-III 抗體檢驗結果為陽性。(3)幫助性 T 淋巴球數量少或其與抑制性 T 淋巴球的比值低。這名患者符合上述定義中的各項條件，因他具有:(1)多發性潛在伺機性感染(散佈性巨噬細胞病毒感染，食道念珠菌感染，大腦弓型原蟲

表 1、造成細胞性免疫缺乏的已知原因——診斷 AIDS 時，必須加以排除者\*

---

免疫抑制性治療

發病前一個月內使用皮質類固醇治療

發病前一年內使用其他細胞毒害性或免疫抑制性治療

淋巴網狀腫瘤

何杰金氏病 (Hodgkin's disease)

非一何杰金氏淋巴瘤 (侷限於腦部者除外)

淋巴球性白血病

多發性骨髓瘤

組織細胞增多症

Angioimmunoblastic 淋巴腺病

已知的原發性或先天性免疫缺乏疾病

嚴重的營養不良

---

\* 資料來源：見 參考文獻 3

表 2、與HTLV-III病毒感染有關的疾病\*

AIDS監視性定義中所包含的疾病	該病在CDC AIDS 病例中的分率(%)
<b>原蟲及蠕蟲感染</b>	
隆凸肺囊蟲肺炎 ( <i>Pneumocystis Carinii</i> )	61.0
Cryptosporidiosis——慢性腸炎	3.3
弓形原蟲病 (Toxoplasmosis) ——腦炎或散佈性	3.1
擬圓蟲病 (Strongyloidosis) ——肺、中樞神經或散佈性	0.1
<b>黴菌感染</b>	
念珠菌病——食道炎	10.2
隱球菌病——腦膜炎或散佈性	6.2
<b>細菌感染</b>	
非典型性分枝桿菌病	3.9
<b>病毒感染</b>	
巨噬細胞病毒——肺、腸胃道，或中樞神經系統	4.9
單純疱疹病毒-慢性皮膚粘膜或散佈性	3.7
腫瘤病毒——進行性多發性腦白質病變	0.6
<b>惡性腫瘤</b>	
卡波西氏肉瘤 (Kaposi's Sarcoma) (年齡60歲以下)	26.5
原發性淋巴瘤——侷限於腦部	0.5
<b>偶爾與HTLV-III病毒感染有關的疾病</b>	
慢性全身性淋巴腺膜病變	
自體免疫血小板缺少性紫癍	
廣泛性未分化性非何杰金氏淋巴瘤	
Burkitt's類似性淋巴瘤	

\* 資料來源：見 參考文獻3

症)，但沒有潛在免疫缺乏的已知原因。(2)抗 HTLV-III 抗體陽性，並經西方點墨法確定。(3)幫助性與抑制性 T 淋巴球比值低。其他支持性證據包括未確定診斷的肺炎，因此症對 TMP-SMX 的治療有效，故可能為隆凸肺囊蟲所引起；另外還具有常見於 AIDS 病人的其他伺機性感染。此外，這名患者又是屬於高危險群的同性戀者。

台灣，要診斷 AIDS 特別困難，因為(1)必須作廣泛的檢查，以排除造成潛在免疫缺乏的其他可能原因(表 1)。(2)伺機性病必須診斷出來，但僅少數醫生見過這些疾病，而實驗室也常常缺乏必需的檢驗設備(表 2)。為了能繼續偵測 AIDS，所有臨床醫師都應通力合作，