



認識 — AIDS —

(Acquired Immunodeficiency Syndrome)

人類後天免疫不全症候群

北醫附醫外科病房護理師 林麗容

§ 何謂後天免疫不全症候群：

後天性指為非先天遺傳的，免疫缺乏則指對感染症的免疫能力有缺陷，症候群是指發生的一群病況症狀或徵象可用來確定某一特殊疾病，此即為 AIDS。

其實在 1979 年即有病例提出，但到 1981 年才引起醫界注意，首批愛滋病患被報告，據世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 1992 年 7 月 2 日報告，全球愛滋病患 (不含帶原者) 已超 50 萬例，但 WHO 承認若是將來被報告之病例包括實際恐有 3 倍或以上 (如下表)。

AIDS 流行演變：

全球愛滋病例 (WHO)

區域	報 告 例 (1992 年 7 月)	估 計 實 數 (1991 年 12 月)
非洲	152,463	970,000
美洲：	277,042	
北美洲		260,000
拉丁美洲		145,000
歐洲	66,545	85,000
亞洲	1,552	10,000
澳洲	3,670	5,000
共計	501,272	1,475,000

1980年代後期開始在亞洲帶原者遽增甚為驚人，至今帶原者已超過100萬，主要國家包括：印度、泰國與緬甸，在非洲、亞洲與拉丁美洲等開發中國家，男女比例為1：1。西方國家則男較女多，據WHO之估計，1991年底全球約有500～700萬男人已受感染，女性帶原者300～500萬人，小兒愛滋病達100萬例，尤其非洲小兒愛滋病最嚴重，父母死於愛滋病者多，WHO更預估西元2000年全世界將有四千萬人遭受感染。

〈在國內流行演變〉

台灣第一病例為美國籍同性戀過境者出現於1984年12月，而本國籍首例愛滋病人1986年2月正式被報告。到1992年8月7日為止國內已篩檢554萬檢體，證實321名抗體陽性其中52例發病成愛滋病，43例已死亡。

台灣地區衛生署防疫處至1992年1月8日統計，共260位感染到病毒。其中43位發病（16.5%）即典型AIDS，死亡人數35位佔發病者（81.3%），男女約為20：1，如發於0～49歲，約佔81.9%，在台灣：1987年以前，以血友病患為多，1988年後則多為男性同性戀者（28.85%）及男性雙性戀者（15.38%）。近年來異性戀者愈來愈多，感染趨勢，目前佔感染病例25%。

§ 病毒的起源

HIV對人類而言是新的病原，其原來可能是非致病生原始反轉病毒，生長

在非洲綠猴身上，由於「物種轉移跨越」（species jump）而轉到人類，有項證據證實綠猴於多年前已受到HIV病毒感染，但未造成任何疾病，病毒名為Simian T-lymphotropic virus Type III - STLV - III (AGM)，此種反轉病毒可能為HIV的前身，經突變或再組合進入人類人體中，病毒可能經由咬傷或食入未經烹煮的感染猴肉（特別是猴腦），非洲人可能早已受HIV感染直到歐美病患才被發現。

§ 潛伏期

AIDS潛伏期很長，有些人受HIV感染後首先出現急性、發熱性的淋巴腺熱（glandular fever）持續3到14天，病人主訴發燒、夜盜汗、全身無力、嗜睡、肌痛及關節痛，有些HIV感染病患還會主訴淋巴腫喉嚨痛、厭食、噁心及嘔吐、頭痛、懼光、腹瀉及類玫瑰疹，以上為HIV感染出現的急性症狀。HIV抗體大約在3到6個月內產生。陽性的檢驗結果表示該受檢者曾感染病毒且具傳染力。陰性的檢驗結果「通常」表示未受感染，通常從感染病毒到發生疾病及症狀長達數年，約50% HIV感染之同性戀者約10年左右才發生症狀即愛滋病（HIV(+)病人從帶原到發病期長可由5個月到10年不等）。

§ 致病機轉

人類正常的免疫系統：分T淋巴與B淋巴球，B淋巴球受T淋巴球或抗原

(Antigen) 刺激後，能製造出特異或非特異抗體 specific or Non-Specific Antibodies)，中和輔助吞噬細胞吞噬抗原，至於 T 淋巴球又分為輔助淋巴球 (Helper T cell) 殺手淋巴球 (killer T cell) 等，其中輔助淋巴球更是免疫系統中的主控者，經由它直接或間接把抗原訊息傳遞給殺手淋巴球，B 淋巴球單核細胞、巨吞細胞等，刺激並且活化上述這些免疫系統的防禦細胞，分解吞噬抗原抵抗疾病。

所有淋巴球表面上有許多標誌 (Markers)。不同的淋巴球表面標誌迥異，例如輔助淋巴球，表面有許多 CD 4、殺手淋巴球有 CD8、B 淋巴球有 CD20，其中當然並非專一，只是某種標誌在某種細胞表面較明顯且數目較多，我們亦可利用這些細胞表面標誌把淋巴球分類，計算各自含量。

• 愛滋病免疫學：

人類免疫缺乏病毒 HIV 表面套膜 (Envelope) 其中一醣蛋白 gp120，認為是以淋巴球表面標誌的 CD4 為接受體 (Receptor) 與它結合後，病毒藉以入侵，並且在細胞內繁殖，結果造成標的淋巴球 (Target Cells)，尤其是輔助 T 淋巴球大量減少。人類免疫系統中的主控者數目減少的後果，先是細胞免疫系統 (Cellular Immunity) 缺陷，到末期抗體免疫系統 (Humoral Immunity) 也呈缺陷。病人出現各種伺機性感染包括病毒、寄生蟲、黴菌、結核菌、細菌等，侵入人體各器官系統。更因無法偵測變性細胞 (Transforming cells) 出現惡性腫瘤，

如卡波氏肉瘤 (Kaposi's Sarcoma)、淋巴瘤 (Non-Hodgkin's Lymphoma) 等等。

§ HIV 的病毒性質：檢驗方法及臨床檢驗數值：

HIV 是反錄病毒科 (Retroviridae) 的一種，因含有反轉錄酶 (reverse transcriptase)。成熟病毒顆粒大小 100 ~ 120 nm 左右，含圓錐狀核，核抗原分子量 24000 的蛋白質構成稱 p24 核內含兩條 RNA (各約 35S)、RNA 上連有反轉錄酶，這些酶是檢驗測定病毒方法之一。

聚合酶基因除控制反轉錄酶外尚有蛋白酶 (proteinase or protease) 及結合酶 (Integrase)，基蛋白質分別為 p31、p51、p66。病毒的套膜基因則控制醣蛋白 gp41、gp120 / gp160。這些在①西方墨跡法的判讀都很有關係。

檢驗人體後天免疫不全病毒 (HIV) 之感染通常用②酵素免疫法 (EIA) 測試抗體二次。除了高危險群懷疑有病毒感染之外，二次 EIA 陽性者均得以西方墨跡法 (Western blot: WB) 再做確認，因為 WB 法可以測到 HIV 的各種蛋白質，但有 10 ~ 20% 用 EIA 測二次陽性的檢體用 WB 無法確認為陽性，蓋陽性的判定依美國疾病控制中心 (CDC) 的規定為 p24、Gp41 or Gp120 / Gp160 三者至少二個是陽性才算。

除了上述二種方法外尚有③膠粒凝集法，④其他快速法，⑤螢光免疫抗體法。

臨床檢驗值

1. 淋巴細胞減少
2. T淋巴球減少，特別是週邊血液中的輔助細胞 (T4)
3. 輔助細胞 (T4) 及抑制細胞 (T8) 比例相反。在其他疾病特別是病毒感染及部份 AIDS 無症狀者，通常是抑制細胞 (T8) 增加，在 AIDS 病患則輔助細胞 (T4) 明顯減少。
4. 皮膚應變力缺失—— AIDS 病患給予各種抗原皮膚試驗，無法產生延遲過敏反應 (細胞性免疫功能之一)
5. IgG 及 IgA 值上升
6. 對 AIDS 病毒 (HIV) 抗體反應可為陽性或陰性

§ 愛滋病的傳染途徑

1. 有性交，若與已被愛滋病毒感染過的人作口交、肛交或陰道性交等性行為或有其他體液交換時，均有受感染之可能 (被動肛交是最危險的行為)。
2. 與已受感染之人共用注射或注射筒。
3. 受感染母親生出愛滋病嬰。
4. 血友病亦可因使用第 VIII IX 因子受感染。

§ 高危險群

1. 同性或雙性戀男人。
2. 合用相同針筒的靜注藥物癮者。
3. 受輸污染血液的血友病患者。

4. 受輸污染血液的病患。
5. AIDS 病患的異性伴侶。
6. AIDS 病患的孩童。
7. 與中非洲有關者。
8. 海地人。

§ 治療

目前被美國食品與藥物管理局 (Food and Drug Administration, FDA) 認可之治療 HIV 感染唯一藥物①發現 AZT (azidothymidine) 治療 8 ~ 24 星期後，可明顯降低 AIDS 死亡率與續發性感染症，但 AZT 可引起不算輕微之骨髓抑制副作用而需輸血。②另一種新藥—— dideoxyinosine (DDI) 於 1991 年 8 月經美國 FDA 認可，但只限對 AZT 產生抗藥性而治療無效或無法忍受 AZT 副作用病人才可使用。③ DDC。④ D4T。

如今 AZT、DDI、DDC 已於美國上市，國內於 1992 年 7 月間 AZT、DDI 使用中。

其次伺機性感染之預防性治療抗生素 (Antibiotic)，及伺機性感染之治療包括下列療法

免疫治療、局部放射療法、化學療法
 ↑ ↑ ↑
 (α干擾素) (Gy20) (VP-16)

另外減少使用亞硝酸鹽吸入劑可減少同性戀 AIDS 發生卡波西肉瘤之機會，疫苗仍在發展中。

§ AIDS 臨床表現症狀

1. 急性 HIV 感染症——發燒、關節痛、肌肉痛、腹瀉、皮疹無菌性腦膜炎、全身淋巴結腫大，CSF 中可分離出病毒。
2. 無症狀 HIV 帶原者——T cell 細胞數目及功能降低，免疫球蛋白升高 WBC ↓、Hb ↓、Bone marrow 正常、血小板 ↓、紫斑、出血。
3. 持續性全身性淋巴結腫大——最常出現的表現是 HIV 可由淋巴結分離出，發燒、盜汗、疲倦、脾臟腫大、WBC ↓、血小板 ↓。
4. 全身性症狀——疲倦、盜汗、無力、發燒、BW ↓、diarrhea、視網膜神經纖維血管梗塞、面部脂漏性皮膚炎、睪丸萎縮及吸收不良性腹瀉、口腔念珠菌感染。
5. 神經系統疾病——腦脊髓末梢神經 CSF 中可找到病毒，其中血清及 CSF 中可測到特異性病毒抗體、大腦病變症狀、精神混亂、健忘、抑鬱神志呆滯、痴呆、失禁、全身性則淋巴結腫大，血小板 ↓，Brain CT scan 可見明顯皮質萎縮，脊椎可見空泡性退化病變。
6. 續發性感染——特性為多種感染、持續感染、進行性感染，易再發不易治療、AIDS 特定感染如肺囊蟲肺炎毒漿體感染症、隱球菌感染、巨大細胞病毒感染、非典型結核病、散佈性帶狀疱疹、沙門氏桿菌、菌血症、結核病、口腔念珠菌感染、口腔毛樣白斑症。
7. 其他情況——併慢性淋巴性間質性肺炎、霍杰金氏病、口腔與腔門之

鱗狀細胞癌、非類風濕性關節炎。

§ 愛滋病的護理

目標：

- 一 護理人員應了解及評估此類病人整體身體狀況。
- 二 護理活動是保護病人及保護工作同仁。
- 三 使病人合併症降至最低程度，並提高他們的生活品質。

護理計劃：

一 針對病人：

I、加護護理 (Intensive Care)

- ① 生理上之照顧 (physical care)
- ② 心理上之照顧 (psychological care)

II、居家護理 (Home care)：提高生活品質延長生命

III、衛生教育 (Education for AIDS p'ts)：包括病患、家屬、病患朋友。

二 針對工作同仁：

1. 在職教育 (In charge to educate)：保護工作同仁。
2. 提高並維持病患生活品質。
3. 組成工作小組，共同參與 (Workers as team)。
4. 樹立工作同仁對愛滋病有正確的認識與觀念。

(1) 工作同仁害怕照顧之因素

- ① 怕被感染
- ② 怕被嘲笑
- ③ 傳播媒體過度渲染
- ④ 新聞報導的誤導
- ⑤ 無知。

(2) 除去害怕之方法

- ①實施在職教育：a. 了解 AIDS 之流行病學及其整個病程經過。b. 實施全面性預防措施。
- ②臨床隔離技術及溝通方式的指導。
- ③指導工作人員正向的態度。

5. 保握 3C 及 5 心的原則：

3C：Care — physical + precaution。

- 1. compassion —— Contain
- 2. Control —— Behavior Change
- 3. Infection Control —— Protection、Disinfection、Disposal

5 心：愛心、耐心、誠心、細心、平常心

三預防的層次 (Levels of prevention)：

- 第一：教育—避免感染 HIV 病毒 (預防疾病)
- 第二：了解愛滋整個病程發展，並能早期發現 (早期發現)
- 第三：評估愛滋 (AIDS) 維持病人最良好健康狀況 (預防合併症)

§ Universal precaution 有關保護醫護人員之要點：

一處理病患之血液、體液、排泄物、接觸病人之黏膜或有破損之皮膚以

及執行侵入人體組織器官血管時均需戴手套。

二執行醫療過程中如有血液、體液濺出時視情況配戴護目鏡、口罩或隔離衣。

三接觸血液或體液後應澈底洗手

四工作人員應避免針頭、手術刀、尖銳物造成之傷害。

五避免口對口急救。

六工作人員有滲出液傷口或濕性皮膚炎時應以不透水敷料包裹，照顧病人時應戴手套，但不應直接照顧病人。

七懷孕之醫護人員應避免照顧愛滋患者。

八醫護人員應定期健康檢查。

九護理人員如被針頭刺傷、割傷或黏膜與病患之血液、體液接觸，其處理方法如下：

(一)被針頭刺傷或割傷時：

- ①傷口處擠壓血管使血液流出。
- ②在流動水下清洗傷口五分鐘。
- ③黏膜與病患之血液、體液接觸時——口腔—流動水清洗，眼睛—流動水或 0.9% NaCl 水沖洗眼睛。

(二)向有關主管單位報備並填寫報告單。

(三)詳查來源抗體：若為陰性不必追蹤；若無檢驗報告，就醫並作 Anti-HIV 血清學檢查；若為陽性有愛滋病毒感染症狀①立即作抗體檢驗。②服用 AZT。③第六、十二、二十四、四十八週作定期檢查。④觀察期間避免性交及肛

交。

§ 工作人員萬一被扎到怎麼辦？

1. 立刻在水龍頭上沖洗傷口，一面擠血，一面沖。
2. 報感管會，感管會接獲消息以密件處理。
3. 通報以代號密件處理，立刻抽血送病查室作檢查。
4. 按時3個月、6個月、9個月追蹤並抽血檢查。
5. 囑此工作人員平時注意傷口，保養自己，睡眠充足，營養均衡，預防感染……等。
6. 依醫囑指示給予 AZT，如拒服亦要填拒服藥治療之志願書。
7. 一定要知道 AZT 之作用及副作用。
8. 隨時與感管會或感染科保持聯絡。

§ 愛滋病毒感染病患之管制措施：

(一) 工作人員的保護裝備：

1. 手套——直接接觸病人檢體、血液、體液時、換藥或處理大小便失禁時需戴之。
2. 隔離衣——一般不需要，除非大部位傷口換藥，嚴重腹瀉，失禁處理污物才穿。
3. 口罩——病人有嚴重咳嗽、預期空氣污染如 TB（伺機性感染）初期治療中，病患離開病房或醫護人員進入病房時需戴，協助侵

人性檢查或治療有體液飛濺時。

4. 護目鏡——任何治療過程中有體液、血液飛濺時。

(二) 洗手：

1. 護理前後須洗手即使戴手套脫除手套後仍需洗手。
2. 最好加上消毒劑洗手為佳 (Hibiserub Hibisol Beta-Iodine)。

(三) 單獨房間：原則上可不用單獨房間，但如有嚴重腹瀉、咳嗽、出血、出血傾向、開放性傷口、意識混亂、病況危急達末期、個人衛生差、隱私問題時考慮單獨房間。

(四) 針頭注射器及尖銳物：以鐵罐裝、以焚化或滅菌後壓碎處置。

(五) 沾有血液、體液、排泄物之布類品：

1. 置雙層污衣袋避免運送中污染到工作人員。
2. 以 CDC 建議：溫度 71 °C 熱肥皂水清洗 25 分鐘即可處理，感染性布類品，若溫度增加可縮短清洗時間，漂白水為常用消毒劑。

(六) 廢棄物：

1. 沾染血液、體液、排泄物之廢棄物應密封再焚燬。
2. 未污染到血液或其他體液之廢棄物可視同一般垃圾處理。

(七) 餐具：若病人有嚴重口腔感染或腸胃感染最好有自己固定餐具。

(八) 醫療儀器與器材

1. 可丟式用具或無法焚化者，可以以高壓滅菌再丟。
2. 不宜丟棄者，以高壓滅菌為宜，不宜滅菌者，以消毒劑消毒。

☆對愛滋效果最好的消毒劑有：

- ① 5.25 %次氯酸鈉（漂白水）含氯高達 10000ppM 即一般家用漂白劑稀釋成一份漂白劑對 10 份水。
- ② 2 % glutaraldehyd（戊二醛）：如 cidex Sonocide。
- ③ 其他：25 % 的乙醇 (ethanol)、過氧化氫 (hydrogen peroxide)、部份石碳酸溶液 (phenolics)。

(九)環境之污染：

1. 工作檯、桌面等可用濃度低的次氯酸鈉溶液 (1 : 100) 擦拭。
2. 大面積之污染以 1 : 10 之次氯化鈉置於污染面 30 分鐘後再擦拭。
3. 次氯化鈉（漂白水）應於稀釋後 24 hrs 內使用。

§ 感染 HIV 病毒患者的營養問題及護理

(1) HIV 患者臨床與研究

- 一、體重減輕——（不是均勻消瘦）腸胃道感染所致。
- 二、代謝變化——體細胞質喪失 > 體脂肪喪失，似惡病體質營養不良、低代謝率、五碳糖脂肪吸收量差、肝解毒差、低白蛋白、高血脂。

三維他命與礦物質缺乏：Vit B1 2、B6、鋅、鋇、鐵。

(2) 感染 HIV 病毒患者發生營養不良的機轉

1. 進食量減少：食慾不振（體內化

學物質、藥物副作用）、噁心感、口腔潰瘍、咽喉食道感染、腹瀉引起厭食、情緒因素。

2. 藥物影響：副作用（同上）。
3. 腸道吸收力差：絨毛膜萎縮吸收面積小，續發性腸胃道感染。
4. 代謝變化：飢餓型—BMR ↓ 體脂肪消耗。壓力型—BMR ↑ 體蛋白消耗、面脂高、血糖高（受 → cytokines 影響，非 catecholamines）。

☆必要時以 TPN 治療

(3) 對 HIV 患者營養評估包括：

- ① 理想體重百分比（85 %）
- ② 上臂中點肌圍
- ③ 上臂中點皮下脂肪厚度
- ④ 血漿中白蛋白質
- ⑤ 完整的血球計數及患者的胃口。

§ 愛滋病人人的心理社會問題

1. 信任感——愛滋病患者都會暫時失去對身體自衛能力的信任，若不信任持續很久，他可能會不斷對別人有適應不良性懷疑。
2. 自尊——病人會覺得自己很髒，因而使自我價值感降低（因社會所不容）。
3. 控制感——主要控制問題是被監禁，病人必須絕對的遵從醫囑。
4. 失落感——無法與所愛的人再維持正常的互動關係是被隔離病人主要的失落。
5. 罪惡感——愛滋病部份病人自己的錯誤導致的，罪惡感將會發生，此外他可能把病傳染給他人，更加深

罪惡感，更因此造成家庭角色的功能改變影響其他家人。

愛滋病患的心態：

一積極的態度：珍惜每一天，勤奮工作。

二樂觀的態度：期待疫苗發明，按時服藥合作。

三消極的態度：過一天算一天，漠不關心。

四悲觀的態度：自殺一了百了。

五不知如何自我安排：沒有明天的人。

六報復的態度：要到處傳染給每個人，心態不平衡。

心路歷程五個階段：

1. 否認 (Denial)：「不，不是我」。

2. 憤怒生氣 (Anger)：「為什麼是我」？

3. 磋商 (Bargaining)：「好吧！是我，但是……」。

4. 抑鬱 (Depression)：「好吧！是我」。

5. 接受 (Acceptance)：「好吧！就是我，我該……」。

§ 如何適應護理愛滋病人之壓力

1. 有申訴傾聽的管道。
2. 增加知識及對疾病的了解：多看有關書籍，參加演講。
3. 熟練各項技術操作：減低受傷感染率。
4. 遵守各項防護措施：洗手、手套、

護目鏡、口罩、隔離衣，勿以手套處理過排泄物後，再接靜脈注射，而造成間接感染的機會。

5. 與別人分享經驗。

6. 支持性組織和心理諮商。

§ 特別門診主要任務〔台北市立性病防治所篩檢〕

一臨床醫療、身體的檢查

二血液的篩檢 (ELISA、PCR、WB、T4 / T8 ……)

三傳染病的調查

四家庭生長環境的探討

五性行為型態：性生活史的分析

六藥物的控制 (AZT)

七衛生教育、醫療諮商

八個案及家屬的心理輔導

九其他性病的治療、伺機性感染的治療

十個案轉介 (環署指定團) 應診時間：每週四上午 8:30 ~ 12:00 台大莊哲彥教授，下午 1:30 ~ 4:00 林華貞所長。

§ 如何給予愛滋病患輔導

- (一) 結合醫師、心理學家、社工人員、護理人員共同的照顧，瞭解他、仔細傾聽他獨特需求。
- (二) 照顧到個案的父母、配偶、子女、朋友等需求，傾聽他們的感受。
- (三) 接納但不批評，尊重個案的隱私權及維護其自尊。
- (四) 適時的衛教

1. 協助接觸者的檢查。
 2. 安全性行為教導如保險套，固定性伴侶，減少性接觸機會。
 3. 家庭生活的感染控制。
 4. 健康的維護。
 5. 勿再捐血。
- (五) 付出持續性，不變而肯定的諮詢輔導。
- (六) 面對生活的一切生命的意義，家庭的責任。
- (七) 對於死亡的準備。
- (八) 必要時協助利用社會資源，解決經濟問題。
- (九) 隨時與醫護人員保持密切連繫。
- (十) 提供全省諮詢機構。

§ 篩檢工作推展的障礙

1. 低危險群者不會懷疑自己會被感染而不會自動做篩檢及改變行為。
2. 很多人拒絕篩檢是因為社會對同性戀者、吸毒者的輕蔑，視之為反社會行為，視之為非法行為，社會歧視，使高危險群者裹足不前，害怕被暴光而遭到羞辱。
3. 保險制度的限制也影響到篩檢工作的推行，美國目前健康保險中並未納入愛滋病的保險，無法負擔龐大的醫療費用或被資方解聘直接影響生計。
台灣目前在防治條款中訂定愛滋病患者接受免費治療，病患無經濟困擾但此法造成病患增加後，將造成政府很大負擔且免費付費似有鼓勵作用。但愛滋病患是否該為自己的

行為負責？愛滋龐大費用一對一般納稅義務人是否公平？引起很多爭議。

§ 結論

愛滋者 _____ 心聲

我雖然有愛滋，

但我仍需要你的擁抱

——擁抱不會得愛滋。

§ 參考資料

1. 李小妹等·（民國 78）·醫院工作人員對愛滋病所應具備之認識·護理雜誌，36(4)，87-93。
2. 愛滋病護理研討會（行政院環署主辦，台北榮總承辦）。
3. 愛滋病護理研討會（台北護理師護士公會主辦，地點仁愛醫院）。
4. 長庚醫院護理人員編譯·AIDS 及其護理·台北：偉華。

愛滋病調查——個案定義

A. 癰疽徵可由其他病因導致，故需
A. 做HIV 抗體或CD4 檢驗確認。

念珠菌症 (氣管, 支氣管, 肺)
隱球菌症 (肺以外部位)
隱孢子蟲病 (併下痢, 一個月以上)
巨細胞病毒症 (散佈性, 一個月以上)
帶狀疱疹 (散佈性)
單純性疱疹 (慢性潰瘍, 支氣管, 肺及食道, 一個月以上)
淋巴瘤 (腦部之初發性而發生於 60 歲以下者)
鳥型分枝桿菌群或堪薩斯分枝桿菌 (散佈性)
骨髓炎症 (再發性)
進行性多發性白質腦症
結核 (肺部初發性)

B:

念珠菌症 (食道)
巨細胞病毒性網膜炎
卡波西氏肉瘤
淋巴球間質性肺炎 (限於小兒)
肺囊蟲肺炎
弓形蟲症 (腦部一個月以上)
結核分枝桿菌症 (散佈性)

若有B癰疽徵, 可作
假定性診斷, 仍需做
HIV 抗體檢驗確認。

C:

多發性或再發性嚴重細菌性感染 (限於小兒)
球狀孢子蟲病 (肺部以外部位)
愛滋病毒性腦症
組織胞漿菌症 (肺以外部位)
同形孢子蟲症 (下痢, 一個月以上)
卡波西氏肉瘤
淋巴瘤 (腦部初發性或非何杰金氏性者)
結核分枝桿菌症 (散佈性)
結核 (肺部以外)
沙門氏菌血症 (再發性)
消耗性症候群

C癰疽徵可作確定性診斷,
但仍需作HIV 抗體檢驗
確認。

