

รายงาน การเฝ้าระวังโรค ประจำสัปดาห์

AUGUST 29, 1986

WEEKLY EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE REPORT

Human Immunodeficiency 401
Virus

การวินิจฉัยและการรักษาการติดเชื้อ
Mycobacterium ในผู้ป่วยติดเชื้อ 402

HTLV-III/LAV

รายงานกามโรค-มิถุนายน 2529 409

สถานการณ์โรค 410

บทบรรณาธิการ

รายงานประจำสัปดาห์ฉบับนี้รายงานความเคลื่อนไหวของโรค AIDS 2 เรื่อง คือ "Human Immunodeficiency virus" และการวินิจฉัยและการรักษาการติดเชื้อ Mycobacterium ในผู้ป่วยติดเชื้อ HTLV-III/LAV

Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)

Human immunodeficiency virus

ฝ่ายบริหารในคณะกรรมการระหว่างชาติ ว่าด้วยการจำแนกประเภทของไวรัส (ICTV) ได้บัญญัติศัพท์คำว่า "Human immunodeficiency virus" เป็น Retrovirus ซึ่งเกี่ยวข้องเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ และได้แนะนำว่าควรเปลี่ยนชื่อซึ่งเคยเรียกกันมาแต่เดิม มาเป็นชื่ออื่น ๆ ภาษาอังกฤษใหม่ว่า "Human Immunodeficiency virus" โดยจะใช้เรียกในเอกสารและสิ่งพิมพ์ขององค์การอนามัยโลกทุกประเภทให้ยกเลิกคำเดิมคือ "Lymphadenopathy-associated virus" (LAV) และ "Human T-cell lymphotropic virus type III" (HTLV-III) และคำย่อรวมคือ "LAV/HTLV-III" แม้ว่า ICTV จะไม่ได้แนะนำให้ใช้คำย่อใด ๆ เลยก็ตาม คำว่า "HIV" ก็น่าจะนำมาใช้ได้ เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ชื่อยาว ๆ ซ้ำ ๆ กันหลายครั้ง อย่างไรก็ตามชื่อนี้เมื่อเขียนในเอกสารบทความใด ๆ ครั้งแรกควรเขียนคำเต็มไว้ก่อน ดังนั้นจึงควรใช้ว่า "Human immunodeficiency virus (HIV)" ต่อไปจึงใช้คำย่อใด ๆ ได้ โดยไม่ต้องอ้างอิงชื่อดังกล่าวว่า "ได้รับการรับรองจาก ICTV"

ICTV ได้แนะนำเพียงแต่ชื่อสั้น ๆ ของ virus ชนิดนี้ในภาษาอังกฤษเท่านั้น ส่วนในภาษาฝรั่งเศสและภาษาสเปนนั้น องค์การอนามัยโลกได้แนะนำศัพท์ที่มีความหมายใกล้เคียงกันคือ "Virus de L'immunodeficiencie humaine" และ "Virus de la inmunodeficiencia humana" ตามลำดับ

ถอดความจาก Weekly Epidemiological Record No. 30, 1986; 229

การวินิจฉัย และการรักษาการติดเชื้อ Mycobacterium ในผู้ป่วยติดเชื้อ HTLV III/LAV

Diagnosis and Management of Mycobacterial Infection and Disease in Persons with Human T-Lymphotropic Virus Type III/Lymphadenopathy-Associated Virus Infection

In 1985, the number of new tuberculosis cases reported to CDC was essentially the same as that reported in 1984 (1). In contrast, the average annual decline in morbidity during the past 32 years has been 5%. The failure of tuberculosis morbidity to decline as expected in 1985 is probably related to the occurrence of tuberculosis among persons with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus (HTLV/LAV)* infection. Several reports have indicated that mycobacterial disease is common among AIDS patients and among persons at risk for AIDS (2-9). The most common mycobacterial species isolated from patients with diagnosed AIDS is *Mycobacterium avium* complex (MAC), although in some groups in which tuberculous infection is highly prevalent, disease caused by *M. tuberculosis* is more common (10-12). Even among groups in which MAC is the most common mycobacterial pathogen, *M. tuberculosis* accounts for a substantial proportion of the mycobacterial isolates. The association between mycobacterial disease and AIDS raises several important clinical and public health issues that are addressed below.

DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS IN PATIENTS LIKELY TO HAVE HTLV-III/LAV INFECTION

Clinicians should consider the diagnosis of tuberculosis in patients with, or at risk of, HTLV-III/LAV infection, even if the clinical presentation is unusual (4, 13, 14). Available data indicate that extrapulmonary forms of tuberculosis, particularly lymphatic and disseminated (miliary), are seen much more frequently among patients with HTLV-III/LAV infection than among those without such infection. Pulmonary tuberculosis in patients with HTLV-III/LAV infection cannot readily be distinguished from other pulmonary infections, such as *Pneumocystis carinii* pneumonia, on the basis of clinical and radiographic findings. Patients with tuberculosis may have infiltrates in any lung zone, often associated with mediastinal and/or hilar lymphadenopathy. Cavitation is uncommon. Appropriate specimens to establish a culture-confirmed diagnosis of tuberculosis include respiratory secretions, urine, blood, lymph node, bone marrow, liver, or other tissue or body fluid that is indicated clinically. All tissue specimens should be stained for acid-fast bacilli and cultured for mycobacteria. In the presence of undiagnosed pulmonary infiltrates, bronchoscopy with lavage and transbronchial biopsy (if not contraindicated) may be needed to obtain material for both culture and histologic examination. A tuberculin skin test should be administered, but the absence of a reaction does not rule out the diagnosis of tuberculosis because immunosuppression associated with HTLV-III/LAV infection may cause false-negative results.

*The Human Retrovirus Subcommittee of the International Committee on the Taxonomy of Viruses has proposed the name human immunodeficiency virus (HIV) for this virus (Science 1986, 232: 697)