

临床报道

中医药试治艾滋病 30 例临床报告

中国中医研究院试治艾滋病小组 苏诚炼(执笔)

我们于 1987 年 9 月~1988 年 10 月,在非洲某国使用中医药对 30 例艾滋病(AIDS)患者进行试治,现将试治情况简要报告如下:

临床资料

一、病例来源

经治 30 例均为该国国立医院通过临床与检验后确诊的艾滋病病人,其中住院患者 20 例,门诊患者 10 例。

二、诊断标准与病例选择

具有成年人免疫缺陷的症状和体征,且证明为原因不明的免疫抑制。凡具备下列主要标准中的三项、次要标准中的一项以上者,即符合艾滋病的临床诊断。主要标准:①明显的体重下降至少在 10%以上;②严重的体质虚弱;③慢性腹泻持续一个月以上;④持续或间歇发热至少一个月。次要标准:①进行性卡波希氏肉瘤(Kaposi Sarcoma);②口腔、咽部的念珠菌病;③残留的皮疹或持续性带状疱疹至少一个月;④全身性原因不明的皮肤瘙痒症;⑤咳嗽、肺炎;⑥全身性淋巴结病;⑦神经系统体征;⑧常见治疗无效的脑膜炎。

凡系全身性卡波希氏肉瘤或隐球菌脑膜炎者即可临床诊为艾滋病;经 ELISA 法检测示 HIV 阳性且符合本病之临床诊断者即可作为试治病例。

30 例中诊断为艾滋病相关综合征(ARC) 6 例, AIDS 24 例。

三、一般资料

本组 30 例中,男性 23 例,女性 7 例。年龄最大者 65 岁,最小者 23 岁,平均 34 岁。已

婚者 16 例,未婚者 14 例。

发热 30 例,消瘦(体重下降) 29 例,乏力 29 例,盗汗 23 例,咳嗽 19 例,腹泻 18 例,纳呆 17 例,腹痛 17 例,气短 19 例,胸痛 17 例,淋巴结肿大 28 例,毛发枯槁无华 21 例,皮疹瘙痒 16 例,贫血 15 例,头晕头痛 11 例,鹅口疮 10 例,口干 10 例,腹胀 9 例,局部脓肿溃疡 8 例,心悸 6 例,恶心呕吐 7 例,四肢抽搐颤动 6 例,神昏谵语 5 例,肠鸣 4 例,卡波希氏肉瘤 2 例,半身不遂 2 例。脉细数 16 例,细弱无力 7 例,弦数 2 例,细涩、细滑、弦滑、沉细各 1 例,大脉 1 例。舌苔薄黄 11 例,黄腻 5 例,薄白 10 例,白腻苔和舌红无苔各 2 例;舌质淡红 11 例,舌红 7 例,舌暗或有紫斑 5 例,舌质正常 7 例。本组病例并发症以肺结核、肺炎、鹅口疮、贫血、皮疹、疟疾较多见,少数可见周围神经损害及卡波希氏肉瘤。

四、实验室检查

血红蛋白检查 17 例,最高 13.7 克%,最低 4.2 克%,平均为 9.5 克%。血沉检查 12 例,最高 130 毫米/小时,最低 10 毫米/小时,平均为 79 毫米/小时。白细胞总数检查 13 例,最高 13000 /毫米³,最低 1500 /毫米³,平均为 5800 /毫米³;其中在 5000 /毫米³以下者 6 例。

辨证分型及治疗

有关艾滋病病因、病机以及我们的辨证施治体会在本刊 1990 年第 1 期中已有介绍。根据中医辨证本组病例可分为四型施治。

一、肺胃阴虚型(11 例)

多见于以出现呼吸系统症状为主或早、中

期患者。症见发热,干咳无痰或有少量粘痰,或痰中带血,气短,胸痛且有紧束感,全身乏力,消瘦,口干咽燥,盗汗,脉细数,苔薄黄或薄黄腻,舌质红或淡红。治则为益气养阴、清热化痰,处方选用参苓白术散、百合固金汤加减,或用扶正合剂加减。

二、脾胃虚损型(7例)

多见于出现以消化系统症状为主者。症见发热,消瘦,全身乏力,纳呆,恶心呕吐,吞咽困难,腹痛,腹泻频作(多为黄色水样便,少数有粘液),或腹胀,肠鸣,口腔粘膜及舌部疼痛并出现白斑或白色块状物(鹅口疮),脉濡细,苔黄腻或白腻、舌质淡。治则为健脾益气、和胃止泻,处方选用补中益气汤、小柴胡汤、温胆汤加减,并可加用香砂六君子丸、人参归脾丸等成药。

三、脾肾两亏型(10例)

多见于晚期患者。症见发热或低热缠绵,极度消瘦,神情倦怠,心悸气短,头晕目眩,腰膝痠痛,纳呆,恶心或呃逆频作,腹泻剧烈或五更泄泻,腹痛肢冷,盗汗,口干,毛发枯槁无华或易脱落,指甲苍白,或见鹅口疮,脉沉细无力或细数,舌红无苔或舌淡苔薄白,或有白色斑块状物覆盖。治则为益气健脾、温肾止泻,处方选用四君子汤、四神丸加减,或用扶正合剂等加减。

四、热盛痰蒙型(2例)

多见于艾滋病病毒侵及神经系统的晚期垂危者。症见发热头痛,恶心呕吐,神志不清或神昏谵语,项强惊厥,四肢抽搐或癫痫、痴呆,或见周围神经损害,肢体疼痛,行动困难,脉细数或滑数,苔黄腻或白腻。本型治则为清热化痰、熄风开窍,处方选用安宫牛黄丸、钩藤饮等加减。

以上各型均可见淋巴结肿大及皮疹瘙痒等皮肤症状。

根据该国国立医院提供的经过确诊的住院或门诊艾滋病患者,在征得患者本人自愿的情况下,停用西药,按辨证分型采用相应的中药治疗,或给予以扶正为主的扶正合剂(其主要

成分为人参、黄芪、甘草等),或给予以祛邪为主的分消合剂(其主要成分为柴胡、僵蚕、防风等),随证加减,每日一剂,每剂煎取药汁200毫升,分上、下午两次服用。对门诊患者,则将一周量之中药饮片,一次煎煮,浓缩取汁700毫升,每日两次,每次服50毫升,并视具体病情配服相应的中成药。

观 察 结 果

一、临床主要症状改善情况

30例患者中,住院者20例,住院时间最长75天,最短6天,平均住院33天;门诊者10例,门诊时间最长230天,最短1天,平均门诊时间73天。

经过中医药治疗,发热30例,消失16例,减轻6例;乏力29例,消失7例,减轻14例;消瘦(体重减轻)29例,体重增加5例;盗汗23例,消失10例,减轻12例;咳嗽19例,消失7例,好转10例;气短19例,消失7例,好转8例;胸痛17例,消失7例,好转9例;头晕头痛11例,消失7例,好转1例;腹泻18例,消失2例,好转9例;腹痛17例,消失2例,好转9例;纳呆17例,消失7例,好转4例;腹胀9例,消失3例,好转5例;恶心呕吐7例,消失2例,好转3例;口干10例,消失3例,好转2例;鹅口疮10例,消失1例,好转1例;心悸6例,消失5例;毛发枯槁无华21例,好转2例;皮疹瘙痒16例,消失5例,好转7例;四肢抽搐颤动6例,好转1例,其余均恶化;神昏谵语5例均恶化;淋巴结肿大28例,好转10例,其余无变化;局部脓肿溃疡8例,消失1例,好转5例;半身不遂2例,好转1例;卡波希氏肉瘤2例,好转1例。

二、血常规化验情况

有治疗前后检查记录,血红蛋白降低8例,治疗后6例升高。白细胞总数偏低6例,治疗后均有升高;因感染后白细胞总数升高1例,治疗后降至正常。血沉增高5例,治疗后4例降至正常。

讨论与体会

一、关于艾滋病的证治原则

本病的治疗原则,在疾病的早期属正虚邪实者,应以扶正与祛邪并用。体质尚好者以祛邪为主,扶正为辅;体质差者则以扶正为主,祛邪为辅。在中、晚期则以扶正为主。单纯祛邪者少用。本病宜分阶段治疗,视患者的具体情况而定。

本病临床所见,常寒热虚实错杂,临证须详加辨识。例如艾滋病腹泄一症,有的需用温补固涩,有的需用苦寒渗泄,有的则需投用分消清利之剂,也有不少患者后期出现伤寒“厥阴下利”证候而需用乌梅丸治疗者。总之,本病患者病情复杂多变,我们在临床证治中,不能拘泥于一法一方一药,应灵活变通,随证施治。

本病病到晚期,机体抗病能力极低,其所出现的证候多属虚劳表现。《素问》中有关“五劳所伤”“五虚死”、《难经》中有关“虚损”以及《金匱》中有关“虚劳”等的证治,均可作为我们临床试治中的参考。

二、临床试治中的一些粗浅体会

1. 艾滋病的治疗应着重于早、中期患者,即有轻度症状或有血象改变的早期患者,或中期的艾滋病相关综合征(ARC)者,这样,才有可能达到控制疾病发展的目的。对晚期艾滋病患者出现感染时,因其自身免疫系统功能已趋衰竭,此时即使应用扶正补剂,也往往是“虚不受补”,出现“攻之不宜,补之不受”的局面,患者常很快死亡。

2. 腹泻、咳嗽、鹅口疮、发热是本病最难控制的症状。腹泻多为黄色水样便,常伴有腹痛、腹鸣,便次频繁,严重者每小时可达2~3次,一般多由念珠菌等所引起,用苓、连等苦寒药常效果不佳,有时用之腹泻反而加剧。咳嗽多呈顽固性干咳,痰粘而少,常伴有胸痛,一般止咳化痰药难以奏效。鹅口疮的治疗效果也差,锡类散或冰硼散等药局部外用仅可暂时缓解。发热以低烧为多见,一般辛凉清

热剂难以控制。

3. 肺结核、疟疾、鹅口疮、贫血等是本病常见的并发症。患者病至后期均形体消瘦,神情疲惫,气短,盗汗,关节痠痛,低烧而心率快。血化验结果,血小板一般正常,但白细胞减少者多见,淋巴细胞多偏低,血红蛋白低,血沉快。如患者白细胞总数低于 $3000/\text{毫米}^3$ 以下者,预后极差。

4. 大多数患者可出现皮肤丘疹或水疱样皮疹,大小不等,瘙痒,或出现大片黑褐色苔藓样皮疹,经治疗可部分减轻或消退,但易复发。患者的头发多呈稀疏而枯槁无华,可能与患者贫血有关。大多数患者均有淋巴结肿大,多见于颌下、颈部、腋下及腹股沟部,无明显压痛,部分患者治疗后可缩小。

5. 多数患者脉、舌有变化。脉多细数无力,部分患者治疗后随着症状的改善而呈细脉。舌苔以薄黄多见,薄白次之,少数呈花剥苔或黄腻苔,白腻苔很少见(可能与当地气候炎热有关)。经治疗后,部分病例由薄黄苔转变为薄白苔,厚腻苔转变为薄腻或薄苔,花剥苔减轻或消失。舌质多淡红,少数为舌质红,或舌暗有瘀斑,或有白点及白色腐状物(鹅口疮),部分患者治疗后可获好转。但对舌有白点或白色腐状物者疗效较差,很难消除。

6. 因患者抵抗力差,出现脓肿溃瘍者亦颇多见。在试治的30例病人中,脓肿溃瘍的发生率占26.7%。脓液多呈清稀状,创口不易愈合。脓液培养有的有革兰氏阳性及阴性等多种细菌混合生长。对此脓肿溃瘍的治疗应以温阳益气、托里排脓为主,不宜单纯使用清热解毒的苦寒药。

7. 感染是本病临床常见的并发症之一。经治疗后虽可获暂时缓解或消失,但因本病病毒难于清除,免疫功能低下,故在本病的整个病程中,感染常可反复频繁发生,并常成为本病多见的致命原因之一。

8. 艾滋病患者易受到社会与其周围人们的冷漠与歧视,因此,患者常情绪低落,有孤独感及严重的失落感,多不愿暴露自己的病情,

尤其是无症状或症状轻微的患者，常不愿接受治疗。消除社会、心理因素的干扰，取得社会的同情和支持，这对开展本病预防和治疗也是非常重要的。

以上是我们在非洲某国用中医药试治艾滋病 30 例的临床报告，因该医院医疗条件较差，

有些常规化验及免疫指标检测在当时均无法开展，影响临床的全面观察。从我们的临床试治情况来看，经中医辨证治疗后，艾滋病的一些症状与体征可以获得部分缓解或减轻，从而可以减轻病人的痛苦，但能否延长患者生命尚有待于进一步的观察。

肺泡蛋白沉着症 1 例治验

解放军 376 医院 谭朝柱 王心昶

兰州军区乌鲁木齐总医院 韦南山 冯象武 刘旭明

Rosen 于 1958 年首先报道肺泡蛋白沉着症(PAP)。国内 1965 年始报告，至今例数极少，其中半数以上是死亡后尸检确诊的。本病见于各年龄组。起病隐袭，病程迁延，易误诊为肺炎，常因并发感染致呼吸衰竭死亡。PAP 发病机理不明，治疗非常棘手。我们以中医辨证施治为主，中西医结合治愈 1 例 PAP 患者，报告如下：

患者男性，67 岁。因持续咳嗽，咯白色粘痰，伴活动后气短进行性加重 4 个月来院就诊。X 线胸片发现右肺 2~4 肋间，左肺 3~5 肋间有融合成片边缘模糊的细结节状阴影。于 1988 年 3 月 21 日以“肺炎”、“肺结核待排除”收住院。查体：T 36℃，R 34 次/分，P 96 次/分，Bp 17.3/10.7 KPa。口腔粘膜紫绀，有杵状指。两肺呼吸音减低，无罗音。心界不大，律齐，无杂音。Hb 160 g/L，WBC $6.8 \times 10^9/L$ ，N 73%，L 24%，E 3%。多次痰涂片查抗酸杆菌阴性。先后应用抗菌、抗结核治疗 3 个多月无效，X 线胸片渐呈右肺横裂以上及左肺中下肺野大片云雾状阴影。于 8 月 8 日行纤维支气管镜检查，未见气管、支气管异常；于右肺上叶前段取肺组织活检。镜下见支气管粘膜、腺及透明软骨结构基本正常；肺泡腔内充满稠厚的嗜伊红蛋白样物质，有针形裂隙；过碘酸雪夫(PAS)反应强阳性。病理诊断 PAP。诊断明确后加碘化钾、乙酰半胱氨酸口服与 α -糜蛋白酶超声雾化吸入，并继续延用抗菌、抗结核药治疗。8 月 31 日体温升高至 39.5℃，痰变黄稠，外周血象 WBC $14.7 \times 10^9/L$ 。应用大剂量青霉素、头孢菌素及大蒜注射液静滴，5 天后体温降至 37℃左右，低热持续一个多月。患者体重较入院时减少 8 公斤，体力衰弱，情绪悲观，胸片阴影更加浓密。

笔者 10 月 6 日接管病员，停用所有抗菌、抗结核

药，保留乙酰半胱氨酸口服与 α -糜蛋白酶雾化吸入，改以中医辨证施治为主。症见咳嗽 10 月余，嗽吐油唾，其质粘稠，气促胸痛，形神俱衰。舌绛红无苔，脉弦滑数。此乃阴虚内热，痰浊壅肺之证。治以养阴清肺，散结涤痰。自制皂蛤丸（皂荚丸合黛蛤散），每日上午下午各服一粒；参蛤丸（西洋参、蛤蚧）每晚服一粒；另服汤剂（沙参、生地、麦冬、黄芩、半夏、瓜蒌、象贝、知母、桑白皮、桔梗、三七、藕节、海浮石、白薇），每周五剂。用药 10 天低热消失；20 天胸痛消失；一个月呼吸困难解除，活动耐力增加，X 线胸片有明显改善；一个半月恢复晨起锻炼，打太极拳后拍打胸背上百次；用药 94 天症状基本消除，体重增加 4 公斤。1989 年 1 月 9 日 X 线胸片两肺阴影全部消失。1 月 16 日测肺功能基本正常，痊愈出院。出院后继服滋阴理劳汤（《医宗必读》）巩固疗效，随访 9 个月未复发。

讨论：本例病理诊断为肺泡蛋白沉着症，中医辨证属“燥咳”“顽痰”“肺痿”范畴。究其病因病机，此因热蕴上焦灼烁肺阴，津液胶固酿成顽痰。

治疗 PAP 的关键在于清除沉积在肺泡内的蛋白样物质。中医把这种物质仍看作“痰”，且为“顽痰”。《金匱》肺痿篇云：“咳逆上气，时时吐浊，但坐不得眠，皂荚丸主之。”专任皂荚涤痰除垢。皂荚辛、温，阴虚内热、津液枯竭之体似当禁忌。然胶固不拔之痰非皂荚不可奏效。古人早有妙用之策，或蜜丸，或柿饼捣丸，枣膏汤送下，皆避免伤正，缓而图之是也。再以参蛤散补肺益肾、纳气定喘，并与养阴润肺之汤剂同用。如此，虚实兼顾，标本同治，皂荚不但无害，实对清除沉积在肺泡的蛋白样物质起重要作用。持续 8 个月 X 线胸片之两肺大片阴影，服药 3 个月便完全消失，此其功也。