

2009 年上海市人类免疫缺陷病毒感染者/ 艾滋病患者中医证候调查

王江蓉* 孙建军 陈 军 沈银忠 郑毓芳 刘 莉 张仁芳 卢洪洲

上海市公共卫生临床中心感染一科,上海市金山区漕廊公路 2901 号,201508)

基金项目:“十一五”国家科技重大专项资助项目(2008ZX10005-001,2008ZX10005-002)

* 通讯作者:wjrwjr13@yahoo.com.cn,13818484496

[摘要] 目的 调研上海市人类免疫缺陷病毒(HIV)感染者/艾滋病(AIDS)患者的中医证候,为中西医结合诊疗艾滋病提供参考。方法 收集 HIV 感染者/AIDS 患者共计 398 例,填写症状体征调查表,并进行中医辨证,将患者分成气虚证、气虚兼挟阴虚证、气虚兼挟湿热证、气虚兼挟痰瘀证、气虚兼挟血瘀证和无证可辨 6 种证候。结果 HIV 感染者 110 例,AIDS 患者 288 例,两组患者平均年龄差异有统计学意义($P < 0.05$);HIV 感染者气虚兼挟湿热证以及无证可辨者比例均显著高于 AIDS 患者($P < 0.05$);而 AIDS 患者属气虚兼挟阴虚证、气虚兼挟血瘀证者显著高于 HIV 感染者($P < 0.05$)。结论 HIV 感染者以气虚兼挟湿热证为主,AIDS 患者以气虚兼挟阴虚证和气虚兼挟血瘀证为多见。

[关键词] 人类免疫缺陷病毒;艾滋病;中医证候;上海市

Survey of TCM Syndromes of Human Immunodeficiency Virus Infected Persons/AIDS Patients in Shanghai in 2009

WANG Jiangrong, SUN Jianjun, CHEN Jun, SHEN Yinzhong, ZHENG Yufang, LIU Li, ZHANG Renfang, LU Hongzhou (Shanghai Public Health Clinical Center, Shanghai 201508)

ABSTRACT **Objective** To investigate TCM syndromes of human immunodeficiency virus (HIV) infected persons and acquired immune deficiency syndrome (AIDS) patients in Shanghai in order to provide reference for the diagnosis of AIDS and its treatment with integrated Chinese and western medicine. **Methods** Totally 398 HIV infected persons and AIDS patients were collected. After filling in the questionnaire on symptoms and signs, the TCM syndrome differentiation was carried out for diagnosis. All subjects were differentiated into six syndromes, including qi deficiency, qi deficiency complicated with yin deficiency, qi deficiency complicated with damp heat, qi deficiency complicated with phlegm turbidity and blood stasis, qi deficiency complicated with blood stasis, and uncertain case. **Results** There were 110 HIV infected persons and 288 AIDS patients, and they had statistical difference in averaged age ($P < 0.05$). The percentage of qi deficiency complicated with damp heat and uncertain case of HIV infected persons was significantly higher than that of AIDS patients ($P < 0.05$), but the percentage of qi deficiency complicated with yin deficiency and qi deficiency complicated with blood stasis of AIDS patients was statistically higher than that of HIV infected persons ($P < 0.05$). **Conclusion** HIV infected persons are mostly of qi deficiency complicated with damp heat, whilst the AIDS patients are commonly of qi deficiency complicated with yin deficiency and qi deficiency complicated with blood stasis.

Key Words human immunodeficiency virus (HIV); acquired immune deficiency syndrome (AIDS); TCM syndromes; Shanghai

近年来上海市人类免疫缺陷病毒(HIV)感染者呈上升趋势,自 1987 年上海发现首例感染者,1996 年报告第一例艾滋病(AIDS)患者以来,HIV 感染者逐年增加。现将上海市公共卫生临床中心 2009 年收治的 HIV/AIDS 患者中医证候调查情况总结如下,旨在为开展中西医结合治疗该病提供参考。

1 资料及方法

1.1 研究对象

收集 2009 年 1—12 月在上海市公共卫生临床中心门诊和住院的 HIV 感染者/AIDS 患者 398

例。所有病例均符合我国 2006 年制定的 HIV/AIDS 诊断标准^[1]。HIV 感染诊断标准:HIV 抗体确诊试验阳性或血液中分离出 HIV 病毒,或有流行病学史,且不同时间的 2 次 HIV 核酸检测结果为阳性;AIDS 的诊断标准:HIV 感染和 CD4 细胞 $<200 \times 10^6/L(200/mm^3)$ 或至少 1 种 AIDS 指征性疾病。

1.2 资料收集方法

采用问卷调查方法,按照统一标准对患者进行详细询问,填写症状体征调查表(调查表是综合国家重大传染病防治专项课题中药对无症状 HIV 感染

者早期干预研究和中医证候学研究的调查表)。内容包括年龄、性别、感染途径、主要症状、体征等。

1.3 辨证方法

根据临床症状及体征将患者分为 6 个证型:气虚证、气虚兼挟阴虚证、气虚兼挟湿热证、气虚兼挟痰瘀证、气虚兼挟血瘀证和无证可辨。辨证标准参考《中医临床诊疗术语·证候部分》^[2]、《中医药治疗艾滋病临床技术方案(试行)》^[3]以及《艾滋病常见病症辨证治疗要点》^[4]等证型标准,制定为:①气虚证:倦怠乏力、神疲懒言、头晕目眩、面色无华、心悸、自汗,舌质淡或正常,脉象或虚或正常。②兼挟阴虚证:潮热盗汗、五心烦热、午后颧红、舌红少苔,脉细数。③兼挟湿热证:脘腹胀满、身体困重、便溏不爽、身热不扬、舌质红苔黄腻,脉濡数。④兼挟血瘀证:疼痛如刺、痛处不移、面色黯黑、肌肤甲错。舌质淡紫,或有瘀斑,脉涩。⑤兼挟痰瘀证:胁肋胀(或)刺痛、肢体麻木、脘腹痞闷。舌暗苔腻,脉弦滑。⑥无证可辨:临床上无明显的临床症状和中医证候表现。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据分析。计数资料采用 Pearson 卡方检验。

2 结果

2.1 HIV 感染者/AIDS 患者一般情况

398 例中 HIV 感染者 110 例,年龄 19~73 岁,平均年龄 30 岁;男 101 例,女 9 例;通过性接触感染(包括不明途径)101 例,静脉吸毒 3 例,输血感染 6 例。AIDS 患者 288 例,年龄 19~84 岁,平均年龄 42 岁;男 253 例,女 35 例;通过性接触感染(包括不明途径)256 例,静脉吸毒 13 例,输血感染 19 例。两组患者在性别、感染途径方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。但在平均年龄上差异有统计学意义($P<0.05$)。这也符合 HIV 感染后平均 5~8 年进入 AIDS 期的规律。

2.2 HIV 感染者/AIDS 患者证候分布情况

表 1 示,HIV 感染者气虚兼挟湿热证以及无证可辨者比例均显著高于 AIDS 患者($P<0.05$)。而 AIDS 患者属气虚兼挟阴虚证、气虚兼挟血瘀证者显著高于 HIV 感染者($P<0.05$)。两组患者在气虚证和气虚兼挟痰瘀证中分布差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

AIDS 是 HIV 感染引起的一种严重传染病,目前现代医学将其分为急性感染期、无症状期、AIDS

表 1 HIV 感染者/AIDS 患者中医证型分布[例(%)]

证候	HIV 感染者 (110 例)	AIDS 患者 (288 例)	P 值
气虚兼挟阴虚证	10(9.0%)	70(24.3%)	0.000
气虚证	1(0.9%)	1(0.3%)	0.477
气虚兼挟湿热证	51(46.4%)	65(22.6%)	0.000
气虚兼挟血瘀证	18(16.4%)	89(30.9%)	0.003
气虚兼挟痰瘀证	20(18.2%)	63(21.9%)	0.417
无证可辨	10(9.0%)	0	0.000

期。因急性感染期患者很难确诊,症状轻微,故临床上就诊的患者多数是无症状期和 AIDS 期的患者。李芹等^[5]通过对 168 例 HIV 感染者/AIDS 患者证候进行研究,发现气阴两虚为主要证型。但从病毒感染到 AIDS 期,气血逐渐被耗损,气血亏虚及湿、痰、瘀做为病理产物和致病因素间接影响患者的预后。因此不同感染阶段其常见证型可能不一样,故本研究将不同感染阶段的患者分为 HIV 感染者和 AIDS 患者。本次研究过程中,所有入组患者均进行详细的一对一医患沟通,患者辨证至少由 2 名中医学专业的研究生或者工作多年的临床医师共同辨证,得出一致结论。在和患者询问后按照课题设计的表格进行填写,并有专人核对信息的准确性。

本研究显示,HIV 感染者气虚兼挟湿热以及无证可辨者显著高于 AIDS 患者。蒋心悦^[6]认为病毒感染之起病类于湿热之邪侵袭机体,损伤机体津液,造成阴虚生内热而发展至疾病中晚期。李发枝等^[7]指出,HIV 病毒之发病特点较中医学所记载之外邪性质有所不同,此种病邪起病多损伤脾脏,脾为后天之本,气血化生之源,脾脏受损可致运化失常,一方面食物中的水谷精微不能吸收输布,进而气血生化无源,渐致五脏气血阴阳俱虚。另一方面,脾主运化水谷,脾失健运可致水湿内停,湿邪内生。由此可见,患者感染 HIV 后而尚未进展至 AIDS 时,患者或处于机体与病邪交争之际,临床湿热证候明显;或者患者病在脾胃,临床症状不显而无证可辨,因而此期 HIV 感染者无证可辨或者气虚兼挟湿热者明显多于 AIDS 患者。而随着病情的进一步发展,湿热内生而灼伤阴液,致使患者出现气虚兼挟阴虚之临床表现;或者脾失健运终致五脏气血虚衰,临床出现痰饮瘀血等病理产物而诱生新病。此外,黄剑雄等^[8]指出,根据久病致瘀的中医理论,在 AIDS 阶段,气虚血瘀表现多较明显。因而在 AIDS 患者中间,出现气虚兼挟阴虚或者气虚兼挟血瘀者显著多

(下转第 1127 页)

非穴点进行针刺对照研究,非经非穴点的选取目前尚无统一规范,方法各异,本研究取旁开 0.5cm 意在避开经络、穴位基础上尽量保证取穴位置的统一。发现对照组 8 周后患侧额、颞叶代谢较针刺前减低,课题进展过程中我们发现有的患者理解力和判断力有所减退,且注意力明显不集中,考虑可能与 VD 患者自身疾病的进展性恶化^[13]有关。此外,针刺后治疗组患者 MMSE 得分以及感兴趣区双侧颞叶、双侧尾状核、健侧丘脑和患侧额叶葡萄糖代谢均明显高于对照组,说明了该针刺法对 VD 患者疗效确切,有明显的腧穴特异性,而非简单的安慰剂效应。

总之,“益气调血,扶本培元”针刺法作为一种有效改善痴呆症状的干预方法,已经广泛应用于痴呆的临床治疗中。由于 PET 检查价格昂贵,收集合适的病例也有难度,加之经费有限,本试验仅对有限的样本进行了观察研究,初步证实了该针刺法改善 VD 患者认知功能与提高患者认知相关脑区的葡萄糖代谢有关,其获效的信号转导机制还有待进一步研究。

参考文献

- [1]李涛,田桂杰,韩景献. 血管性痴呆的中西医临床研究现状与展望[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2008,6(3):333-336.
- [2]丁素菊. 血管病痴呆[J]. 中华老年学杂志,2003,23(4):200-202.
- [3]Yu JC, Zhang XZ, Liu CZ, et al. Effect of acupuncture treatment on vascular dementia[J]. Neurol Res, 2006, 28(1):97-103.
- [4]Yu JC, Liu CZ, Zhang XZ, et al. Acupuncture improved cognitive impairment caused by multi-infarct dementia in rats[J]. Physiol Behav, 2005, 86(4):434-441.
- [5]Liu CZ, Yu JC, Zhang XZ, et al. Acupuncture prevents cognitive deficits and oxidative stress in cerebral multi-infarction rats[J]. Neurosci Lett, 2006, 393(1):45-50.
- [6]McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease[J]. Neurology, 1984, 34(7):939-944.
- [7]Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, et al. "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician[J]. J Psychiatr Res, 1975, 12(3):189-198.
- [8]Alavi A, Newberg AB, Souder E, et al. Quantitative analysis of PET and MRI data in normal aging and Alzheimer's disease: atrophy weighted total brain metabolism and absolute whole brain metabolism as reliable discriminators [J]. J Nucl Med, 1993, 34(10):1681-1687.
- [9]李德鹏,马云川,苏玉盛,等. 老年性痴呆与血管性痴呆的¹⁸F-FDG PET 显像分析[J]. 中风与神经疾病杂志,2001, 18(4):213-214.
- [10]王瑞民,田嘉禾,贾建军,等. 阿尔茨海默病与血管性痴呆的¹⁸F-FDG PET 脑显像[J]. 中华核医学杂志,2004, 24(1):30-32.
- [11]汤慈美. 神经心理学[M]. 北京:人民军医出版社,2001:82-90.
- [12]Peter Duus, Duus 神经系统疾病定位诊断学[M]. 8 版. 北京:海洋出版社,2006:222-230.
- [13]Erkinjuntti T. Cerebrovascular dementia: pathophysiology, diagnosis and treatment[J]. CNS Drugs, 1999, 12(1):35-48.

(收稿日期:2010-11-17;修回日期:2011-03-03)

[编辑:崔京艳]

(上接第 1123 页)

于 HIV 感染者。综上所述,HIV 感染者以及 AIDS 患者之间,常见的中医证型分布存在差异,临床中西医结合诊疗中应注意不同感染阶段,其证候特点不同,以期能够对证用药,提高临床疗效。

本研究亦存在一些不足,如入组患者多来自江浙以及上海本地人口,尚待多中心、大样本的数据证实支持。

参考文献

- [1]康来仪,潘孝彰. 艾滋病防治学[M]. 上海:复旦大学出版社,2008:508-518.
- [2]国家中医药管理局. 中医临床诊疗术语·证候部分[S]. 北京:国家技术监督局,1997:1-3,12-13.
- [3]中华人民共和国卫生部. 中医药治疗艾滋病临床技术方案(试行)[EB/OL]. 2005[2010-05-01]. <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohyzs/pg-zdt/200804/18535.htm>
- [4]李发枝,徐立然,何英. 河南省中医药治疗艾滋病常见病症辨证治疗要点[J]. 中医学报,2010,25(1):1-5.
- [5]李芹,王艳丽,王玉海. 168 例 AIDS/HIV 感染者流行病学及中医证型分布情况分析[J]. 福建中医药,2007,38(5):4-6.
- [6]蒋心悦. 浅析爱滋病的病因病机[J]. 中国医药学报,2001,16(6):41.
- [7]李发枝,徐立然,李柏龄. 中医学对艾滋病病因病机的认识[J]. 中医杂志,2006,47(5):395-396.
- [8]黄剑雄,李峰,倪量. 艾滋病的中医病因病机研究[J]. 中国医药学报,2009,37(2):1-3.

(收稿日期:2010-05-14;修回日期:2011-04-02)

[编辑:邓媛]