

• 证候 · 诊断 •

艾滋病合并肺部感染治疗过程中证型演变规律探讨

屈 冰¹ 周桂琴² 徐立然^{3*} 王东旭⁴ 庞志勇¹ 谭行华⁵ 岑玉文⁵ 孙丽君⁶
蒙志好⁷ 蓝 珂⁷ 张世玺⁸ 郭长河⁹ 刘占国⁹ 何瑞丽⁹ 翟靖琦⁹

1. 河南省中医药研究院, 郑州市城北路 7 号, 450004; 2. 首都医科大学附属北京地坛医院;

3. 河南中医学院第一附属医院; 4. 河南中医学院; 5. 广州市第八医院;

6. 首都医科大学附属北京佑安医院; 7. 广西壮族自治区龙潭医院;

8. 河南省商丘市第一人民医院分院; 9. 河南省上蔡县中医院

基金项目: “十一五”国家科技重大专项资助(2008ZX10005-003G)

* 通讯作者: xuliran666@sina.com, (0371)66288898

[摘要] 目的 观察艾滋病(AIDS)合并肺部感染患者的证候学特点,探讨药物治疗(中西医或西医)对证型的影响。方法 观察 164 例 AIDS 合并肺部感染患者治疗前后证型的变化,总结 AIDS 并肺部感染证型变化特点。结果 AIDS 合并肺部感染患者治疗后较治疗前痰热壅肺证减少 15.3%,痰湿阻肺证减少 8.6%,肺肾两亏证增加 7.3%,气血亏虚增加 2.4%,气阴两虚证增加 0.6%,与 AIDS 合并肺部感染无关证型增加 14.0%。结论 AIDS 并肺部感染证型有虚有实、虚实夹杂,疾病前期为实多虚少,疾病后期为虚多实少。

[关键词] 艾滋病;肺部感染;中医证型

The Evolution Rule of Chinese Medical Syndrome in the Treatment Course of AIDS Complicated with Pulmonary Infection

QU Bing¹, ZHOU Guiqin², XU Liran³, WANG Dongxu⁴, PANG Zhiyong¹, TAN Xinghua⁵, CEN Yuwen⁵, SUN Lijun⁶, MENG Zhihao⁷, LAN Ke⁷, ZHANG Shixi⁸, GUO Changhe⁹, LIU Zhanguo⁹, HE Ruili⁹, ZHAI Jingqi⁹

(1. Henan Academy of Chinese Medicine, Henan Province 450004; 2. Beijing Ditan Hospital, Capital Medical University; 3. The First Affiliated Hospital of Henan University of TCM; 4. Henan University of TCM; 5. The Eighth Hospital of Guangzhou City; 6. Beijing Youan Hospital, Capital Medical University; 7. Longtan Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region; 8. Branch of Shangqiu First People's Hospital, Henan Province; 9. TCM Hospital of Shangcai County, Henan Province)

ABSTRACT Objective To observe syndrome characteristic of acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and discuss the effect of western medicine or combined with Chinese medicine on the syndrome. **Methods** The syndrome of 164 AIDS patients complicated by acute pulmonary infection was observed before and after the treatment. The syndrome characteristic of AIDS complicated by pulmonary infection was analyzed. **Results** After the treatment, the syndrome of phlegm-heat congesting the lung and phlegm-damp obstructing the lung decreased by 15.3% and 8.6% respectively. The syndrome of lung-kidney deficiency, qi-blood deficiency and qi-yin deficiency increased by 7.3%, 2.4% and 0.6% respectively. The independent syndrome that is not related to AIDS complicated by pulmonary infection increased by 14.0%. **Conclusion** There are deficiency syndrome, repletion syndrome and deficiency-repletion complex syndrome in AIDS complicated by pulmonary infection. At the earlier stage, the repletion syndrome rather than the deficiency syndrome is predominant. But it is exactly the contrary at the later stage.

Keywords acquired immune deficiency syndrome (AIDS); pulmonary infection; Chinese medical syndrome

艾滋病(AIDS)患者由于 T 淋巴细胞受损,容易继发机会性感染。在所有 AIDS 机会性感染中,呼吸系统是其侵犯的主要场所,HIV/AIDS 患者 80%有肺部病变,其中 90%是感染性疾病^[1],而肺部感染约占机会性感染的 50%~69.6%^[1-3],同时 AIDS 合并的肺部感染具有多样性、混合性、播散性

和难治性。为进一步研究 AIDS 合并肺部感染的临床特点,探讨在药物治疗的基础上中医证候的演变规律,我们在北京市、河南省、广东省、广西壮族自治区的住院患者中开展了此项研究。为中医药治疗 AIDS 合并肺部感染提供依据,进而形成相应中医辨证论治体系。

1 资料

164 例 AIDS 患者来自 2008 年 9 月至 2011 年 3 月北京地坛医院、河南省中医药研究院、广州市第八医院、北京佑安医院、广西壮族自治区龙潭医院。

1.1 纳入标准

AIDS 合并肺部感染诊断标准:①AIDS 患者新近出现的咳嗽、咯痰,或原有呼吸道疾病症状加重,并出现脓性痰;伴或不伴胸痛。②发热。③肺实变体征和(或)湿啰音。④白细胞(WBC) $>10 \times 10^9/L$ 或 $<4 \times 10^9/L$,伴或不伴核左移。⑤胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。以上 1~4 项中任何 1 项加第 5 项可建立临床诊断。

凡是患者 HIV 抗体阳性;符合肺部感染诊断;具有咳嗽、咯痰、发热、胸闷、气短等症状;年龄 18~65 岁;24 小时内 X 线胸片检查不考虑肺结核者,均可纳入。

1.2 排除标准

并发肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症、肺血管炎;患有精神疾病,包括严重的癔症等;对本试验观察的药物过敏或不能耐受者;妊娠或哺乳期妇女,或准备妊娠妇女;最近 3 个月参加过其他临床试验;据研究者判断可能干扰试验结果或增加患者治疗风险的任何病史。

1.3 脱落标准

所有签署知情同意书并筛选合格进入试验的受试者,均有权随时退出临床试验,无论何时因退出,只要未完成临床试验全过程观察,均为脱落病例。

1.4 人口学特征与基线资料

男性患者比率(73.2%)明显大于女性患者比率(26.8%);平均年龄为(44.6±10.5)岁,年龄在 38~47 岁发病率最高,占 34.3%,其次为 48~57 岁,占 24.7%;文化程度以小学(24.4%)、初中(31.1%)为主。疾病分期中,CD4 ≥ 500 cells/ μl 患者占 3.7%;CD4 为 200~499cells/ μl 患者占 32.3%;CD4 < 200 cells/ μl 患者占 64.0%。身高、体重、呼吸、脉搏、血压等基本情况见表 1。

2 方法

2.1 研究方法

将 AIDS 合并病肺部感染患者作为研究对象,参照《中医临床诊疗术语证候部分》(国家标准 GB/T16751.2-1997)、2005 年《11 省中医药治疗 AIDS

表 1 AIDS 合并肺部感染患者基本情况

项目	均数	标准差	中位数	最大值	最小值
身高(cm)	166.8	6.9	168.0	180	150
体重(kg)	58.0	9.4	59.5	85.0	39.0
呼吸(次/min)	20.7	5.2	20.0	80.0	16.0
脉搏(次/min)	84.8	13.3	82.0	124.0	20.0
收缩压(mmHg)	118.4	16.0	115.0	160.0	87.0
舒张压(mmHg)	76.7	13.2	75.0	140.0	50.0
24h 最高体温(℃)	37.3	0.9	37.0	39.8	35.3
24h 痰液计量(ml)	25.7	28.2	20.0	180	0

注:基线定义为治疗前 3 天至治疗当天,试验中未观测的项目,以之前最后 1 次测量结果作为基线。

项目临床技术方案(试行)》、《中医病证诊断疗效标准》(行业标准 ZY/T001.1~001.9-94)进行中医证型诊断,同时设计中医证候调查问卷。整个临床试验严格按照《药物临床试验质量管理规范(GCP)》进行。在中医临床医师的指导下填表完成。

2.2 中医证型判断标准

①痰热壅盛:主症:身热;气粗;痰多黄稠或痰白黏稠难咯。次症:口干口苦;烦躁不安;大便秘结;小便短赤;舌红苔黄腻;脉滑数。咳嗽+2 项主症+2 项次症。②肺肾两亏:主症:咯痰、喘促,动则为甚。次症:自汗;五心烦热;腰膝酸软;舌淡苔白;脉细弱。咳嗽+主症+2 项次症。③痰湿阻肺:主症:气喘,甚则喘息不能平卧;咯痰量多;舌苔白腻。次症:面色苍白;形寒肢冷;头晕目眩;脉濡缓或滑。咳嗽+2 项主症+2 项次症。④其他:依据中医临床证候及舌、脉辨证为肺肾阴虚型或脾肾阳虚型等。

2.3 治疗方法

当受试者入组时,通过中央随机系统进行随机化和药物指定,根据系统给出的药物编号给予受试者相应的药物。中医药根据证型给予相应的药物,抗生素根据临床和实验室诊断给予相应的药物。

2.4 统计学方法

统计分析采用 SPSS 13.0 软件包进行,所有统计检验均采用频度统计描述。

3 结果

3.1 不同中医证型在治疗前后出现的频度变化

164 例患者入组时中医辨证为痰热壅肺证 78 例,占 47.6%;肺肾两亏证 37 例,占 22.6%;痰湿阻肺证 47 例,占 28.7%;肺脾两虚证 1 例,占 0.6%;风热袭肺证 1 例,占 0.6%。治疗第 7 天,痰热壅肺证 76 例,占 46.3%;肺肾两亏证 40 例,占 24.4%;痰湿阻肺证 45 例,占 27.4%;肺脾两虚证 1 例,占

0.6%；风热袭肺证1例，占0.6%；其他证型或无证可辨者1例，占0.6%。治疗第14天痰热壅肺证69例，占42.1%；肺肾两亏证44例，占26.8%；痰湿阻肺证40例，占24.4%；肺脾两虚证1例，占0.6%；气阴两虚证1例，占0.6%；与此病无关证型9例，占5.5%。治疗第21天痰热壅肺证61例，占37.2%；肺肾两亏证47例，占28.7%；痰湿阻肺证36例，占22.0%；肺脾两虚证1例，占0.6%；气阴两虚证1例，占0.6%；气血亏虚1例，占0.6%；其他证型或无证可辨者17例，占10.4%。治疗第28天痰热壅肺证53例，占32.3%；肺肾两亏证49例，占30.0%；痰湿阻肺证33例，占20.1%；肺脾两虚证1例，占0.6%；气阴两虚证1例，占0.6%；气血亏虚4例，占2.4%；其他证型或无证可辨者23例，占14.0%。

3.2 不同症状在 AIDS 合并肺部感染中出现的频度变化

在治疗前，咳嗽(97.6%)、咯痰(92.1%，其中白痰占52.4%，黄痰17.7%，黄白相兼20.1%)、胸闷(68.9%)、气短(72.0%)、气喘(56.7%)、身体困重(61.6%)、食欲不振(58.5%)、口渴(58.5%)等出现频率最高。经过治疗后，各症状均明显减少，但咳嗽(51.8%)、咯痰(40.2%，其中白痰28.7%)，身体困重(28.0%)、食欲不振(25.0%)、腰膝无力(20.1%)等仍占有较大比率，见表2。

表2 AIDS 合并肺部感染主要症状在各个
访视点频度变化[例(%)]

症状	0d	7d	14d	21d	28d
咳嗽	160(97.6)	140(85.4)	116(70.7)	91(55.5)	85(51.8)
咯痰	151(92.1)	116(70.7)	110(67.1)	71(43.3)	66(40.2)
白痰	86(52.4)	78(47.6)	80(48.8)	57(34.8)	47(28.7)
黄痰	29(17.7)	18(11.0)	7(4.3)	2(1.2)	2(1.2)
黄白相兼	34(20.7)	17(10.4)	18(11.0)	12(7.3)	14(8.5)
喉中痰鸣	49(29.9)	31(18.9)	11(6.7)	8(4.9)	9(5.5)
胸闷	113(68.9)	66(40.2)	28(17.1)	29(17.7)	19(11.6)
气短	118(72.0)	66(40.2)	33(20.1)	27(16.5)	18(11.0)
气喘	93(56.7)	46(28.0)	22(13.4)	19(11.6)	10(6.1)
心悸	65(39.6)	24(14.6)	10(6.1)	13(7.9)	8(4.9)
身体困重	101(61.6)	82(50.0)	60(36.6)	52(31.7)	46(28.0)
口渴	96(58.5)	53(32.3)	38(23.2)	30(18.3)	26(15.9)
食欲不振	96(58.5)	72(43.9)	49(29.9)	45(27.4)	41(25.0)
汗出异常	48(29.3)	28(17.1)	22(13.4)	19(11.6)	13(7.9)
自汗	12(7.3)	25(15.2)	5(3.0)	5(3.0)	3(1.8)
盗汗	35(21.3)	18(11.0)	17(10.4)	11(6.7)	9(5.5)
腰膝无力	70(42.7)	54(32.9)	41(25.0)	38(23.2)	33(20.1)
腰痛	41(25.0)	22(13.4)	15(9.1)	13(7.9)	12(7.3)
恶寒发热	46(28.0)	9(5.5)	4(2.4)	5(3.0)	3(1.8)

3.3 各种症状在不同证型中出现的频度变化

痰热壅盛证治疗前以咳嗽(100%)、咯痰(91.0%，其中白痰30.8%，黄痰30.8%，黄白相兼29.4%)、胸闷(70.5%)、气短(74.4%)，气喘(57.7%)、身体困重(60.3%)、食欲不振(56.4%)等症状为主；经治疗后，上述症状明显减少，第28天症状表现为咳嗽(52.2%)、咯痰(54.8%，其中白痰35.8%，黄痰1.9%，黄白相兼15.1%)、身体困重(24.5%)、食欲不振(28.3%)、口渴(22.6%)、腰痛(22.6%)，见表3。

表3 痰热壅盛证各访视点主要症状频度变化[例(%)]

症状	0d(78例)	7d(76例)	14d(69例)	21d(61例)	28d(53例)
咳嗽	78(100.0)	70(92.1)	59(85.5)	45(73.8)	33(52.2)
咯痰	71(91.0)	56(73.7)	55(79.7)	32(52.5)	29(54.8)
白痰	24(30.8)	16(21.1)	34(49.3)	19(31.1)	19(35.8)
黄痰	24(30.8)	17(22.4)	6(8.7)	2(3.3)	1(1.9)
黄白相兼	23(29.5)	14(18.4)	15(21.7)	11(18.0)	8(15.1)
喉中痰鸣	26(33.3)	19(25.0)	7(10.1)	2(3.2)	1(1.9)
胸闷	55(70.5)	33(43.4)	13(18.8)	8(13.1)	7(13.2)
气短	58(74.4)	28(36.8)	13(18.8)	7(11.4)	7(13.2)
气喘	45(57.7)	17(22.3)	7(10.1)	6(9.8)	4(7.5)
心悸	35(44.9)	10(13.1)	3(4.3)	3(4.9)	2(3.8)
身体困重	47(60.3)	42(55.3)	26(37.7)	20(32.8)	13(24.5)
口渴	31(39.7)	27(35.5)	16(23.2)	10(16.4)	12(22.6)
食欲不振	44(56.4)	31(40.8)	30(43.5)	21(34.4)	15(28.3)
汗出异常	21(26.9)	18(23.7)	10(14.5)	9(14.8)	4(7.6)
自汗	1(1.3)	2(2.6)	1(1.4)	0	1(1.9)
盗汗	10(12.8)	10(13.2)	7(10.1)	4(6.6)	3(5.7)
腰膝无力	26(33.4)	15(19.8)	8(11.5)	11(18.0)	9(17.0)
腰痛	21(26.9)	13(17.1)	6(8.6)	3(4.9)	12(22.6)
恶寒发热	21(26.9)	6(7.9)	1(1.4)	3(4.9)	2(3.8)

痰湿阻肺证在治疗前以咳嗽(91.5%)、咯痰(95.7%，其中白痰74.5%，黄白相兼17.0%)、胸闷(59.6%)、气短(63.8%)、气喘(55.3%)、身体困重(61.7%)、食欲不振(48.9%)为主要表现。治疗第28天，则以咳嗽(63.6%)、咯痰(45.5%，其中白痰39.4%)、身体困重(33.3%)、食欲不振(30.3%)、胸闷(24.2%)为主要表现，见表4。

肺肾两亏证在治疗前以咳嗽(97.3%)、咯痰(占86.5%，其中白痰占67.6%)、胸闷(78.4%)、气短(73.0%)、食欲不振(75.7%)、腰膝无力(62.2%)、气喘(51.4%)、汗出异常(48.6%)等症状出现频度较高，经过28天治疗后，肺肾两亏证呈增长趋势，但主要症状的表现程度则明显减轻，以身体困重(36.8%)、咳嗽(38.8%)、咯痰(28.6%)、腰膝无力(24.5%)、食欲不振(22.4%)为主，见表5。

表 4 痰湿阻肺证各访视点主要症状频度变化[例(%)]

症状	0d(47 例)	7d(45 例)	14d(40 例)	21d(36 例)	28d(33 例)
咳嗽	43(91.5)	38(84.4)	28(70)	22(61.2)	21(63.6)
咯痰	45(95.7)	36(80.0)	28(70)	19(52.8)	15(45.5)
白痰	35(74.5)	32(71.1)	27(67.5)	17(47.2)	13(39.4)
黄白相兼	8(17.0)	1(2.2)	1(2.5)	1(2.8)	2(6.1)
喉中痰鸣	9(19.1)	6(13.3)	3(7.5)	1(2.8)	2(6.1)
胸闷	28(59.6)	17(37.7)	4(10.0)	5(13.9)	8(24.2)
气短	30(63.8)	1(37.8)	5(12.5)	3(8.3)	4(12.1)
气喘	26(55.3)	15(33.3)	5(12.5)	4(11.1)	3(9.1)
心悸	15(32)	8(17.8)	0	1(2.8)	1(3.0)
身体困重	29(61.7)	20(44.5)	16(40)	11(30.6)	11(33.3)
口渴	20(42.6)	16(35.6)	12(30)	9(25.0)	5(15.2)
食欲不振	23(48.9)	19(42.2)	15(37.5)	13(36.1)	10(30.3)
汗出异常	18(38.3)	5(11.1)	4(10.0)	3(8.3)	5(15.2)
自汗	5(10.6)	2(4.4)	0	0	0
盗汗	13(27.7)	6(13.3)	5(12.5)	2(5.6)	4(12.1)
腰膝无力	20(42.6)	19(42.2)	10(25.0)	7(19.5)	7(21.2)
腰痛	12(25.5)	13(28.9)	8(20.0)	5(13.9)	2(6.1)
恶寒发热	7(14.9)	2(4.4)	1(2.5)	1(2.8)	1(3.0)

表 5 肺肾两亏证各访视点主要症状频度变化[例(%)]

症状	0d(37 例)	7d(40 例)	14d(44 例)	21d(47 例)	28d(49 例)
咳嗽	36(97.3)	30(75.0)	26(59.1)	17(36.2)	19(38.8)
咯痰	32(86.5)	22(55.0)	19(43.2)	16(34.0)	14(28.6)
白痰	25(67.6)	19(47.5)	17(38.6)	16(34.0)	8(16.3)
黄痰	3(8.1)	1(2.5)	0	0	1(2.0)
黄白相兼	2(5.4)	2(5.0)	2(4.5)	0	4(8.2)
喉中痰鸣	13(35.1)	6(15.0)	1(2.3)	1(2.1)	4(8.1)
胸闷	29(78.4)	15(37.5)	11(25.0)	15(31.9)	3(6.1)
气短	27(73.0)	19(47.5)	14(31.8)	12(25.5)	5(10.2)
气喘	19(51.4)	11(30.0)	10(22.7)	9(19.1)	3(6.1)
心悸	13(35.1)	6(15.0)	7(15.9)	8(17.0)	4(8.2)
身体困重	24(64.9)	19(47.5)	16(36.4)	18(38.3)	18(36.8)
口渴	17(45.9)	11(27.5)	9(20.5)	10(21.3)	7(14.3)
食欲不振	18(75.7)	21(52.5)	11(25.0)	9(19.1)	11(22.4)
汗出异常	18(48.6)	4(10.0)	7(15.9)	6(12.7)	2(4.0)
自汗	6(16.2)	2(5.0)	3(6.8)	3(6.4)	1(2.0)
盗汗	12(32.4)	2(5.0)	5(11.4)	4(8.5)	2(4.1)
腰膝无力	23(62.2)	19(47.5)	21(47.7)	19(40.4)	12(24.5)
腰痛	8(21.6)	6(15.0)	5(11.4)	7(14.9)	5(10.2)
恶寒发热	16(43.2)	1(2.5)	1(2.3)	1(2.1)	0

4 讨论

AIDS 患者因其免疫功能缺陷易发生各种机会性感染。这种机会性感染易反复发作,患者最终因感染不能控制引起死亡,尤其是合并肺部感染是其死亡的主要疾病之一^[4]。近年来的研究证实,中医药在治疗 AIDS 合并肺部感染取得了一定的成效^[5-7]。但是尚需建立系统的辨证施治体系和方

案,因此,对其中医证候规律的探讨更为迫切。

本研究对 164 例 AIDS 合并肺部感染的患者中医辨证和症状的观察,发现其临床表现符合中医“风温肺热病”、“咳嗽”等疾病。初期的主要证型为“痰热壅肺”和“痰湿阻肺”,与非 AIDS 的肺炎不同点在于,AIDS 合并肺部感染很少有表证,而大多都有一些虚证的存在;在治疗结束时则虚证更为多见。

在治疗过程中,我们注意到临床症状的改善直接影响到证型的变化。因此,随着治疗效果的出现,各证型主要症状的出现频率明显减少,其中以咳嗽为例,肺肾两亏证的咳嗽症状改善最明显,痰热壅肺证次之,痰湿阻肺证又次之。随着症状的改善,其证型也随之有所变化,部分证型明显减少,例如痰热壅肺证减少 25 例(15.3%);痰湿阻肺证减少 14 例(8.6%);而肺肾两亏证增加 12 例(7.3%);其他证型或无证可辨增加 23 例(14.0%)。说明随着治疗使病情好转,实证数量逐渐减少,虚证数量逐渐增多,无证可辨的数量亦逐渐增多。

我们认为,证型的变化可能与 AIDS 的病因病机有关。有研究认为,AIDS 合并肺部感染是由于 AIDS“疫毒”首先侵犯脾脏^[8],导致气血虚衰,脏腑受损。肺虚则吐纳不利、宣降失司;脾虚则痰浊内生、壅阻于肺;肾虚则失于温煦、气失摄纳。复感外邪之时,更有痰浊、湿热、瘀血等壅滞气道,从而出现咳嗽、咯痰、胸闷、气喘等症状,为本虚标实之征。由此看出,“虚”是 AIDS 合并肺部感染的一个重要病机,“实”亦非大实盛候之状。所以从证型表现可以证实疾病始终贯穿虚实夹杂的情况,病本为虚,病标为实。

从观察过程可以看出,“痰”是 AIDS 并肺部感染中最明显的一个症状,也是导致发病和复发的最重要病理因素。我们认为,当先从辨病入手,根据疾病的特点和特征,寻找疾病证候和证型规律,按照“辨病与辨证相结合”的思路进行探索,也是我们探讨 AIDS 合并肺部感染证型变化的关键。通过本次研究发现,AIDS 合并肺部感染证型有虚有实、虚实夹杂,疾病前期为实多虚少,疾病后期为虚多实少,为中医药治疗和评价 AIDS 合并肺部感染提供了理论依据和临床数据。

参考文献

- [1] 蔡柏蓓,李龙芸.协和呼吸病学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2005:703-711.

系统,单一靶点的调控很难实现其功能的改变,然而中医药的优势就在于其具有“多靶点”的特性,以往研究也证实,中医药在肺癌治疗过程中的作用显而易见,无论是术前及术后的辅助治疗以及抗复发转移及改善患者生活质量等方面,中医药的治疗效果功不可没。因此,深入地研究中医药多靶位效应对肺癌干细胞的调控作用,控制肿瘤干细胞的增殖和分化,开展中药或中药有效成分干预肺癌干细胞的实验研究,进一步开发以肺癌干细胞为靶点的抗癌新药^[24],将成为今后科研工作的重点之一。

参考文献

- [1]朱明德,石应康.临床医学概要[M].北京:人民卫生出版社,2004:333-335.
- [2]Takebe N, Ivy SP. Controversies in cancer stem cells: targeting embryonic signaling pathways[J]. Clin Cancer Res, 2010, 16(12): 3106-3112.
- [3]杨玥. 纳米雄黄对肺癌和肝癌细胞及其肿瘤干细胞的凋亡诱导作用[D]. 甘肃:兰州大学, 2010.
- [4]Ho MM, Ng AV, Lam S, et al. Side population in human lung cancer cell lines and tumors is enriched with stem-like cancer cells[J]. Cancer Res, 2007, 67(10): 4827-4833.
- [5]Eramo A, Lotti F, Sette G, et al. Identification and expansion of the tumorigenic lung cancer stem cell population[J]. Cell Death Differ, 2008, 15(3): 504-514.
- [6]Jiang F, Qiu Q, Khanna A, et al. Aldehyde dehydrogenase 1 is a tumor stem cell-associated marker in lung cancer[J]. Mol Cancer Res, 2009, 7(3): 330-338.
- [7]Kawaguchi T, Sho M, Tojo T, et al. Clinical Significance of prostate stem cell antigen expression in non-small cell lung cancer[J]. Jpn J Clin Oncol, 2010, 40(4): 319-326.
- [8]Levina V, Marrangoni A, Wang T, et al. Elimination of human lung cancer stem cells through targeting of the stem cell factor-c-kit autocrine signaling loop[J]. Cancer Res, 2010, 70(1): 338-346.
- [9]陈亮. 贾英杰治疗肺癌经验[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(2): 227-228.
- [10]张进, 徐志伟, 杜少辉, 等. “精”学说与干细胞辨识[J]. 中医药学刊, 2004, 22(7): 1198-1200.
- [11]刘柏炎, 蔡光先. 试论中医学精气与干细胞生物学的关系[J]. 湖南中医学院学报, 2003, 23(6): 29-30.
- [12]肖党生, 俞玲娣, 余国友, 等. 试探干细胞与五行相生的相关性[J]. 浙江中医杂志, 2007, 42(11): 669-671.
- [13]徐志伟, 张进, 张明. 从心肾相关探讨干细胞移植治疗冠心病心衰的中医理论内涵[J]. 云南中医学院学报, 2009, (5): 1-4.
- [14]邓海滨, 徐振晔, 王中奇, 等. 抗癌增效方对非小细胞肺癌化疗患者的近期疗效及其对免疫功能的影响[J]. 中医杂志, 2011, 52(10): 848-851.
- [15]田菲, 贾英杰, 陈军, 等. 肺一丸对肺癌血管生成及转移影响的实验研究[J]. 天津中医药, 2003, 20(5): 56-58.
- [16]贾英杰, 田菲, 陈军, 等. 解毒祛瘀法对肿瘤血管生成影响的实验研究[J]. 天津中医药, 2004, 21(6): 467-469.
- [17]刘嘉湘, 丰红梅. 益气养阴解毒方对肺癌患者血清血管内皮生长因子及免疫功能的影响[J]. 中医杂志, 2006, 43(1): 190-192.
- [18]熊露, 田少霞. 肺癌中医抗血管生成研究的几个关键问题[J]. 中医杂志, 2009, 50(11): 965-967.
- [19]Bertolini G, Roz L, Perego P, et al. Highly tumorigenic lung cancer CD133⁺ cells display stem-like features and are spared by cisplatin treatment[J]. Proc Natl Acad Sci USA, 2009, 106(38): 16281-16286.
- [20]杨玥, 陈静, 易娟, 等. 纳米雄黄对肺癌 A549 细胞及其肿瘤干细胞的凋亡诱导作用[J]. 中药药理学与临床, 2010, 26(6): 38.
- [21]盛良翮. 高乌甲素联合多西他赛和奥沙利铂抑制肺癌的机制研究[D]. 广东: 暨南大学, 2010.
- [22]Nakashima T, Liu D, Nakano J, et al. Wnt1 overexpression associated with tumor proliferation and a poor prognosis in non-small cell lung cancer patients[J]. Oncol Rep, 2008, 19(1): 203-209.
- [23]石锦萍, 钟柏松, 高丽元, 等. 乌三颗粒体外对恶性肿瘤细胞核酸合成的抑制作用[J]. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(理论研究特集): 142-143.
- [24]徐振晔, 龚亚斌. 未来 10 余年肺癌中西医诊疗展望[J]. 上海中医药大学学报, 2011, 25(1): 10-14.

(收稿日期: 2011-08-25; 修回日期: 2011-12-15)

[编辑: 侯建春]

(上接第 684 页)

- [2]汪习成, 黄晓婕, 张彤, 等. HIV/AIDS 患者机会性感染特点分析[J]. 中医内科杂志, 2007, 46(5): 379-382.
- [3]刘泽明, 李芹, 邹永胜. 艾滋病 46 例分析[J]. 寄生虫病与感染性疾病, 2007, 5(2): 67-68.
- [4]宝福凯. 艾滋病发病机理研究中的十大热点问题[J]. 生命科学, 1994, 6(5): 20-24.
- [5]徐立然, 程广书. 痰热清注射液治疗艾滋病肺部感染 32 例[J]. 中医研究, 2005, 18(11): 35-36.

- [6]徐立然, 董少群, 何英, 等. 胆龙咳喘平胶囊治疗艾滋病肺部感染 36 例[C]. // 中华中医药学会防治艾滋病学术研讨会暨 2006 年年会论文集. 广州: 中华中医药学会, 2006: 207-208.
- [7]刘占国. 丹参注射液在艾滋病肺部感染中的应用[R]. 河南中医学院学报, 2008, 9(5): 4-5.
- [8]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.

(收稿日期: 2011-04-27; 修回日期: 2011-10-18)

[编辑: 黄健]