

· 面向 21 世纪的中国传统医学 ·

提高艾滋病疗效的难点和突破口

吕维柏

1 国内外艾滋病发病现状和治疗水平 艾滋病是世界性大流行病(Pandemic), 艾滋病毒(HIV)感染者 2100 万人(累计达 2790 万人), 其中北美 78 万, 西欧 47 万, 拉丁美洲 130 万, 次撒哈拉非洲 1400 万, 亚洲 480 万人。其中已发展为艾滋病者 600 万人, 其中次撒哈拉非洲 450 万, 南亚东南亚地区 33 万, 两地区相加竟占 80.5% 之多, 160 万儿童艾滋病人数中, 非洲占 140 万, 已死亡 450 万人, 其严重性较之过去, 有过之而无不及。

1.1 发展重点转移 由美洲向非洲渐向亚洲(由东南亚到南亚)。美欧艾滋病绝对数虽多, 但 HIV 感染者相对要少, 而且由于预防措施家喻户晓, 如避孕套在同性恋者中普遍使用, 因而新病人感染率已下降, 社会已趋相对稳定。而发展中国家, 正面临愈来愈严重

的社会和经济问题。在全球累计的 2790 万 HIV 感染人数中, 次撒哈拉非洲为 1900 万, 南亚和东南亚为 500 万, 两地区占全球的 86%。其中 270 万新感染者中, 次撒哈拉非洲 140 万, 南亚和东南亚 100 万, 工业化国家仅 5.5 万。在 50 万儿童 HIV 感染者中, 也是次撒哈拉非洲 33.5 万, 南亚和东南亚 15 万, 共占 97%, 其严重可见一斑。

1.2 中国和世界的发病 中国的人口最多, 艾滋病最少, 似与一般规律不符。吸毒感染者占 70%, 最近由于输血供血引起者增多而致总数增多, 但仍与一般分布规律(性关系引起者占 80%)有所不同。我国妓女阳性率和性病患者阳性率均较其他国家为低。主要的原因可能是与我国封建礼教的影响, 性开放程度较低, 性乱较少有关。泰国、印度、中国危险人群监测

附表 泰国、印度、中国危险人群监测比较 (以百万计)(1996.6)

	HIV 感染者	妓女	性病门诊	静脉注射毒品者	妇女产前门诊
泰国	0.75	0.25(33.00%)	0.06(8.60%)	0.26(35.00%)	0.017(2.30%)
印度	1.75	0.89(51.00%)	0.63(36.00%)		
中国	0.10	4*(0.41% [△])	4*(0.41% [△])	684*(70.59% [△])	

(据 UNAIDS 等三组织《全球 HIV/AIDS 大流行的情况和趋势》最后报告 1996.7)* 单位是“个”, [△] 为占阳性者总数 969 人的百分比(1992 年 12 月数字)

比较: 见附表。

1.3 第 11 届艾滋病国际大会七大成就 (1) 蛋白酶抑制剂; (2) 病毒载量检测(定量血浆 PCR 测定); (3) 联合疗法; (4) 趋化因子; (5) CD₈ 细胞重新评价; (6) 临床治愈结果; (7) 对艾滋病认识和治疗策略。在疗效上, 蛋白酶抑制剂 + 2 逆转录酶抑制剂 > 2 逆转录酶抑制剂 > 双脱氧肌苷(ddI) > 叠氮胸苷 AZT, 由 AZT 单独疗法时期已进入蛋白酶抑制剂联合疗法时期。

2 艾滋病治疗的发展趋势

2.1 早期 患者免疫功能受损不严重, 也没有机会性感染, 治疗对象比较简单, 就是如何对付艾滋病毒的问题。从过去的“抓早抓轻”(Hit early, hit softly with lowdoses), 因药物副作用大, 故用小剂量单药疗法。现发展为“抓早抓猛”(Hit early, hit hard) 的联合疗法。因病毒多变, 故需多点攻击, 以彻底阻断病毒的

复制, 这符合中医复方思路。先抓疗效, 再探索价廉的、副作用小的药物。先解决能不能治愈问题。通过两个指标(CD₄ 细胞数和病毒载量)的测定, 证明是有可能的。中医药治疗的发展趋势: (1) 用有效的抗 HIV 中药, 参加扩大的中西医结合的联合疗法。(2) 用联合疗法和中药增效减毒, 象肿瘤的中西医结合疗法那样。(3) 单纯中医药疗法, 同时解决扶正祛邪两方面的问题, 这因为基础实验研究跟不上去, 可能性较小, 其中最现实的是第二种。

2.2 晚期 因晚期患者免疫功能受损较严重, 并且并发了机会性感染。单纯给针对艾滋病毒的联合疗法以消灭病毒是不够的, 可能联合疗法的毒副作用会进一步损害机体的免疫功能。因而应该用抗机会性感染药物如抗生素, 和中西医增强免疫保护机体的措施。

一般说, 西医重病毒, 有抗病毒疗法; 中医重病人, 有扶正疗法, 并有“扶正以祛邪”的思路, 扶正方药可以同时解决正邪两方面的问题。但西医在这次第 11 届艾滋病国际大会上, 免疫逐渐赢得国际重视, 而且由单

纯强调细胞免疫到强调体液免疫,或者两种免疫并重。免疫抑制细胞 CD₈ 淋巴细胞获得重新评价,体液免疫,包括中和抗体受到重视。特别是提出了由免疫细胞分泌的、特异性地对 1 型艾滋病毒(HIV-1)和 2 型艾滋病毒(HIV-2)有强力抑制作用的趋化因子。Kevin 在总结会议上说:“我们必须记住,我们治疗的是病人感染了病毒,而不是治疗在人外壳中的病毒”。这种观点是完全正确的。

3 在我国艾滋病治疗研究存在问题 研究机构、研究队伍、研究经费、研究方法、研究对象等方面都存在问题。

3.1 领导关系没有理顺 基本格局:西医预防,中医治疗(和任何既有西药也有中药治疗的疾病不同),一个疾病的防治被割裂了。整个艾滋病工作落实在卫生部疾病控制司,该司了解中医不多,掌握中医科研不够,中医药科研管理亟需加强。

3.2 国外艾滋病科研是建立在组织大协作的基础上,例如临床研究有所谓艾滋病临床试验组(ACTG)系列等。这个 ACTG 有一个主题,有经费、有研究计划、有统一的观察指标,以此来征集单位和患者,多中心地完成这个题目。而我国经费大大不足,而且国内各个搞艾滋病研究者各自为政,互相保密。八五攻关计划时,有的参与单位不具备条件,没有统一计划,协调行动,结果达不到预期目标。九五攻关计划规定过死,经费太少,只观察几十例,两个方剂,上述诸点都未解决,前途未可乐观。

3.3 经费不够 国外艾滋病研究经费非常充足,其来源包括:政府投资或大药厂资助两个方面,前者偏重于基础实验研究,后者则侧重于临床研究,两者均有充足的经费,科学家无后顾之忧。相反,我国国家投入不多,且呈大幅度递减之势,其指导思想为“可以边看病卖药,赚了钱来以医养研”!在国外这样做是根本没有可能的,因而不得不缩减任务:观察方剂减少,减少病例数,不给钱就不设对照组,而没有对照组,国际上是不会承认的;国内药厂急功近利,不能也不愿长期大量投入艾滋病科研,而国外药厂对中医学有偏见,根本不愿投入。

3.4 国内患者少,专家临床经验不够 因为是没有在大量实践的基础上,积累经验而成的专家,有必要选送临床科研人才到国外培训,提高临床诊断水平,提高临床科研设计水平,加强科研管理,加强科研工作的科学性和严密性。

3.5 现代西医界对中医学存在偏见,不愿承认中医疗效 艾滋病是难治病,不相信中医能治好。如中

医治疗后血清抗体转阴 8 例,本来是好事,也是不足为奇的事情,但遇到的阻力很大,有来自国际上的,有来自本国西医界,奇怪的是,甚至也包括中医科研领导机构,长期不愿承认中医治疗取得良好效果!结果这一苗头被扼杀在萌芽之中。

3.6 中医治疗 有的领导强调中医特色,要求复方,辨证论治,其视野不够开阔,不是探索一切有效药物,包括单方单药单一成分。

3.7 应同时强调病毒和免疫两个方面 国外重病毒,轻免疫,轻整体,但渐纠正;国内则重免疫,轻病毒,主要是病毒实验研究设备跟不上。

3.8 科研人员不稳定,我国赴坦桑尼亚中医专家组成员年年轮换,不少成员实际上都是从未见过艾滋病患者的新手,等到稍微积累了一些临床经验时,却又到了换班时间。

4 艾滋病治疗的难点和突破口

4.1 从认识上,有两种倾向 一种强调艾滋病是“不治之症”、“绝症”,宣扬恐怖,造成“恐艾症”,严重歧视,官方是入境歧视,民间则草木皆兵,拒绝承认艾滋病感染者(PWA)的一切权利;一种是领导上的麻痹思想:“不就是千把个患者吗?”必须同时反对这两种错误倾向,树立积极热情进行观察研究的思想。

4.2 争取资金 四个来源:(1)国家拨款;(2)国内药厂资助;(3)国际组织资助;(4)爱国华侨华人资助。其中第三、四两条迄今还是空白,值得努力争取。只有争取到资金,并合理分配使用,才有可能取得成功。

4.3 建立防治统一的领导机构 吸收中西医专家参加,统一领导起艾滋病的科研、医疗、培训、药物开发(包括研制、生产、销售)等方面工作。

4.4 三项基本建设 (1)建立国内的临床研究基地,组织中国的 ACTG 系列,相信科学家和专家,调动他们的积极性,对他们进行宏观领导,具体的业务工作不要进行过多的干预。(2)调集精兵强将,建立一支稳定的专业研究队伍,有组织地分期分批地送出去进行培训,提高科研素养。(3)建立艾滋病研究中心。对一个重点研究课题,没有相应的常设的固定基地、队伍、机构,一切都依靠临时性的力量来完成,是无法持久的完成这一艰巨任务的。

4.5 重点在药物 在抗病毒药中,加入增强病人免疫功能的药物,发挥中西医学取长补短的作用。研究各种增强免疫制剂和抗病毒制剂的作用机理和有效成分。建立现代化的国际通用的指标如病毒载量和 CD₄ 细胞计数。明确免疫与病毒的关系,加强增强免

疫药物的研究,这是符合整体观的思想的。

4.6 艾滋病临床研究的指导思想首先应是取得疗效,只要在中医中药的领域范围内,不论是草药、针灸、气功、单方、复方等,只要是对提高疗效有好处,都可列入研究范围,而不一定用强调辨证论治体系来加以约束。同时考虑到病毒的多变性和病毒与细胞核的整合,取得疗效的艰巨性极大,因此,目前的重点任务还是寻找能确实提高疗效的方剂和药物。有了疗效,才能谈得上其他。

4.7 加强政治思想教育,树立不怕艰难困苦,敢于攀登科学高峰,和为艾滋病事业甘愿献身的精神。以此作为精神动力,来对待当前具体的艾滋病临床研究工作。

4.8 突破口应是领导重视,先向决策人做宣传教

育工作,决策人思想通了,则经费、机构、人员、设备等工作,都要容易解决得多。同时领导应该充分信任科研人员,调动科研人员的积极性,宏观上加以控制,具体的则应充分放手,决不要干涉过多过死。

总之,艾滋病是新病,研究基础(基地、队伍、中心)薄弱,思想认识复杂,恐惧与麻痹并存,经费缺口很大,研究难度极大。但只要领导重视,将各方面的关系理顺,决心大,措施得力,坚持中西医结合,相信科学家,放手调动专家和群众的积极性,树立持久战的观点,再加上加强国内外的学术交流,相信在 21 世纪一定能较好地解决这一世界性难治病,为中医事业和医学科学的发展,为中国和世界人民造福。

(收稿:1998-03-30)

中药结肠安胶囊治疗慢性结肠炎 205 例

郑利华¹ 焦素珍²

自 1993 年 1 月~1995 年 10 月,我们同时在河北省立医院、河北省胸科医院、石家庄市第一医院、石家庄市第三医院应用科研新中药结肠安胶囊治疗慢性结肠炎,取得了较显著的疗效,现报道如下。

临床资料 我们将符合有关慢性结肠炎诊断标准[全国慢性非感染性肠道疾病学术讨论会纪要,中华消化杂志 1993;6(13):354]的 355 例患者随机分为两组,结肠安胶囊治疗组(A组)205 例,男 135 例,女 70 例;年龄 17~70 岁,平均 38.4 岁;病程 2~16 年,平均 5.4 年。水杨酸偶氮磺胺吡啶片加灭滴灵片对照组(B组)150 例,男 92 例,女 58 例;年龄 18~71 岁,平均 38.7 岁;病程 2~15 年,平均 5.5 年。两组资料有可比性($P>0.05$)。

治疗方法 A组口服结肠安胶囊(石家庄市第四制药厂加工,成分:五倍子、黄连、三七、元胡、人参、肉桂,每粒含生药 0.3g),每次 4 粒,每日 3 次。B组口服水杨酸偶氮磺胺吡啶片(上海第九制药厂生产,批号 930528,每片 0.25g),每次 1.0g,每日 4 次。同时口服灭滴灵片(天津第二制药厂生产,批号 930120,每片 0.1g),每次 0.2g,每日 3 次。各组疗程均为 8 周,各组患者治疗前后均作结肠镜检查及肠粘膜病理活检。

结果 疗效参照全国慢性非感染性肠道疾病学术讨论会纪要的疗效标准分:临床治愈、有效、无效。临床治愈:临床症状消失,大便性状及镜检均正常,便次少于每日 2 次;结肠镜检查所见肠粘膜病变消失,血管纹理清晰,色泽正常;肠粘膜活检无炎细胞浸润,腺体无异常,随访 1 年无复发。有效:临床症状明显减轻,结肠镜检查粘膜病变明显缩小。无效:临床症状及结肠镜检查均无明显变化。治疗结果:A组 205 例中临床治愈 132 例(64.39%),有效 61 例(29.76%),无效 12 例(5.85%)。B组 150 例中临床治愈 63 例(42.00%),有效 69 例(46.00%),无效 18 例(12.00%)。两组的临床治愈率经统计学处理, A 组疗效明显优于 B 组($P<0.001$)。

讨论 慢性结肠炎虽然肠粘膜局部产生水肿、充血瘀血、出血点、糜烂面、溃疡等改变,但全身免疫力下降,存在着“气、血、水液”三大物质代谢障碍的全身性病理变化,单纯辨证疗效不佳。我们将辨证与辨病相结合,从泄泻标证入手,选用固涩燥湿的五倍子为主药,兼以治本,选用人参健脾气、肉桂温肾阳为佐药。针对局部脏腑的“湿阻、气滞、瘀血”之病机,选用黄连、三七、元胡为辅药,共奏固涩燥湿祛瘀益气温阳之效。该药已于 1995 年通过省级鉴定,在结肠炎专科门诊已治疗 3000 余例患者,取得了满意的效果。

(收稿:1997-06-23 修回:1997-12-14)

1. 河北省石家庄市第一医院(河北 050011);2. 河北省石家庄市第三医院