

# 从脾论治 HIV 并发眼部机会感染致葡萄膜炎初探

郝小波 林柳燕 钟舒阳 黎海平 宋艳 王云 孔秀连 陈英雄

**【摘要】目的** 观察3例 HIV 并发眼部机会感染患者在西药治疗的同时从脾论治进行全身调理的疗效。**方法** 对1例 HIV 并发巨细胞病毒感染所致的葡萄膜炎患者,在“抗艾”、抗病毒及糖皮质激素治疗的同时,给予益气健脾中药内服;对2例 HIV 并发梅毒性葡萄膜炎患者,在“抗艾”、“抗梅毒”及糖皮质激素治疗的同时,给予益气健脾或联合清热利湿中药内服。**结果** 3例葡萄膜炎患者炎症得到控制,视力不同程度提高。**结论** 从脾论治 HIV 并发眼部机会感染可使患者症状体征改善,免疫功能与生存质量提高。

**【关键词】** 益气健脾利湿;艾滋病;眼部机会感染

中图分类号:R773.9;R512.91 文献标识码:B 文章编号:1002-4379(2008)03-0157-03

人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus, HIV)是一种嗜人 T 淋巴细胞病毒,它可引起获得性免疫缺陷综合征(acquired immune deficiency syndrome, AIDS)。由于该病毒选择性破坏 CD<sub>4</sub><sup>+</sup> 细胞,使宿主抵抗力下降而引起诸多机会感染,眼部的机会感染以病毒感染为主,其余的感染还有弓形体、梅毒、结核杆菌、隐球菌、念珠菌、霉菌感染等<sup>[1]</sup>,我科于 2006 年 11 月至 2007 年 9 月收治 3 例 HIV 并发眼部机会感染患者,在西药治疗的同时从脾论治进行全身调理初见成效,现报告如下。

例 1 女,43 岁,因右眼视物不清 20 余天,于 2006 年 11 月 13 日入院(住院号 176564)。患者 3 周前无明显诱因自觉右眼视物模糊,眼前幕状物遮挡,曾在外院就诊(具体诊断不详),服用“益脉康”等药治疗无效转我院门诊就诊,门诊以“葡萄膜炎”收入院。入院前 1 个月常感冒低热,四肢被蚊虫叮咬后出现大量散在红色皮疹。曾在缅甸生活半年。既往有尖锐湿疣病史。查体:T 37.8℃,心、肺、腹无特殊,四肢及肛门周围可见散在红色丘疹及色素沉着,无溃破及渗液。眼科情况:视力:右 0.02,左 1.0 右眼睫状充血(+),角膜下方可见大量灰白色尘状 KP,房水混浊(++),瞳孔散大(药物性),玻璃体大量点状、尘状混浊(++),隐见后极部大片黄白色渗出,周边视网膜黄白色渗出间杂片状出血(图 1),视网膜血管旁大量的白鞘如挂满冰霜的树枝(图 2);左眼屈光间质透明眼底无明显异常。荧光素眼底血管造影检查显示:右眼静脉广泛渗漏,晚期视盘轻微

荧光渗漏,边界不清;左眼颞上部分静脉血管节段性管壁渗漏,视盘及黄斑未见异常荧光。舌质淡暗,苔薄白微腻,脉沉细。初步诊断:①双眼葡萄膜炎(静脉周围炎?)②肛周湿疹,在等待实验室化验结果的同时,给予泼尼松 60 mg 口服,同时给予益气健脾,佐以清热除湿中药口服,黄芪 20 g 党参 12 g 太子参 15 g 枸杞子 15 g 白术 15 g 蒲公英 25 g 连翘 10 g 土茯苓 30 g 炙甘草 10 g 眼局部活动散瞳,复方妥布霉素、双氯芬酸钠滴眼液交替滴眼,每日各 4 次。11 月 16 日查视力 OD 0.5, OS ± 1.0 房水混浊、玻璃体混浊较前明显减轻,但视网膜病灶无改善,而且左眼周边网膜亦出现黄白色渗出,间断性视网膜血管旁白鞘。相关免疫学检查: IgA 5.66 g/L ↑, IgG 19.77 g/L ↑, C 反应蛋白 18.49 mg/L ↑, ESR 42 mm/n ↑, 补体 C<sub>3</sub> 2.26 g/L ↑, T 细胞亚群: CD<sub>3</sub><sup>+</sup> 63.00 % ↓, CD<sub>4</sub><sup>+</sup> 3.80 % ↓, CD<sub>8</sub><sup>+</sup> 56.40 % ↑, CD<sub>4</sub><sup>+</sup>/CD<sub>8</sub><sup>+</sup> 0.07 ↓;巨细胞病毒(CMV)抗体(+),艾滋病病毒(HIV-1)抗体(+). 诊断:①巨细胞病毒性葡萄膜炎;②获得性免疫缺陷综合征(因丈夫在缅甸,未查 HIV),加用更昔洛韦注射液 250 mg 静脉滴注,每日 2 次,同时口服广西疾病预防控制中心的抗“艾滋病”药物。11 月 29 日因经济原因而出院(视力右:0.6,左 1.2)。出院后继续口服上述中药及抗 HIV 药物,未再使用更昔洛韦注射液,2007 年 5 月 25 日最后一次门诊复查,视力右:0.4,左 0.6。双眼房水未见明显混浊,玻璃体絮状混浊(+),双眼后视网膜仍见黄白色渗出,部分血管白鞘,少许冰霜样树枝状改变,黄斑中心凹反光欠清。2007 年 9 月 24 日电话随访患者并与疾控中心联系,得知患者目前仅服用拉米夫定、茶韦拉平、施他氟定等抗“艾滋病”药物,继续服用益气健脾中药,视力维持稳定,右 0.4,

基金项目:广西自然科学基金立项课题(桂科计字 0342042)

作者单位:广西中医学院第一附属医院眼科,南宁 530023

通讯作者:郝小波, E-mail: hxb2468@sina.com.cn

左 0.6。

例 2 女, 26 岁, 因双眼视朦 1 月余, 加重 1 周, 于 2007 年 7 月 23 日入院(住院号 186664)。患者于 6 月中旬无明显诱因出现双眼视物模糊, 伴颈部、背部皮肤白色花斑, 外院诊为“双眼葡萄膜炎”曾用激素治疗未愈, 经人介绍到我院就诊。查体: 颈部、背部可见小指头大小灰白色斑疹, 界限清无脱屑, 心、肺、腹部无异常。眼科情况: 视力: OD 0.02, OS 0.1 (矫正 0.6), 右眼角膜下方灰白色细小尘样 KP (+), 房水混浊(++), 左眼角膜下方可见 3 个羊脂状 KP 及灰白细小尘状 KP (+), 房水清, 双眼瞳孔部分后粘连, 晶状体表面散在虹膜色素, 玻璃体絮状混浊(++), 眼底像欠清, 右眼隐见黄斑区扁平脱离, 中心凹反光消失。舌淡红, 苔白微黄腻, 脉沉细。相关免疫学检查: IgG 40.09 g/L ↑, IgM 2.45 g/L, 补体因子 C4 0.13 g/L ↓, 抗“O” 239.07 U/mL ↑, ESR 118 mm/h, T 细胞亚群: CD3<sup>+</sup> 54.90 % ↓, CD4<sup>+</sup> 19.50 % ↓, CD8<sup>+</sup> 30.10 % ↑, CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 0.65 ↓, 病毒检测全套(-), 梅毒筛选试验 RPR(+), 梅毒确定 TPPA(+), HIV-1 抗体(+)。后追问患者, 诉 1 年前她与性伴侣均已确诊为爱滋病。入院诊断: ①梅毒性葡萄膜炎; ②获得性免疫缺陷综合征。西医治疗: 青霉素钠注射液 480 万 u 静滴, 每日 4 次; 泼尼松 50 mg 口服, 每周递减 10 mg, 30 mg 后每周递减 5 mg。中药治疗: 益气健脾, 清热利湿, 黄芪 15 g 白术 12 g 茯苓 25 g 薏苡仁 30 g 黄连 6 g 黄芩 10 g 龙胆草 10 g 柴胡 10 g 炙甘草 10 g。8 月 3 日颈部、背部皮肤白色花斑消退, 患者因经济原因自动出院, 视力 OD: 0.06, OS: 0.6 (矫正), 后改用苜蓿青霉素 G240 万 u 肌肉注射, 5 天 1 次, 至泼尼松停药, 改服益气健脾中药参苓白术散加减, 同时接受抗艾滋病治疗。9 月 25 日复诊视力 OD: 0.12, OS: 0.8 (矫正),

玻璃体混浊较前减轻, 右黄斑水肿减轻。

例 3 男, 37 岁, 因右眼视力下降 2 周, 左眼视力下降至失明 3 个月于 2007 年 9 月 5 日入院(住院号 188565)。患者于 3 个月前自觉左眼红痛, 视力下降, 诊为“左眼视网膜炎”、“左眼全葡萄膜炎”, 经口服泼尼松、硫唑嘌呤, 局部滴地塞米松滴眼液、氟美童滴眼液、阿托品眼用凝胶等治疗, 视力仍下降至完全看不见。患病 2 个月头发脱落较多, 双手、脚皮肤脱皮严重, 近 2 周来右眼视力亦下降, 时有眼胀, 经荧光素眼底血管造影检查, 诊为“右眼全葡萄膜炎”并收入院。个人史: 离异, 在工地有性伴侣。查体: 形体消瘦, 皮肤黧黑, 双手掌、足趾皮肤灼热, 可见暗红色斑块, 表面大小不等鳞屑脱落(外院诊为药物过敏), 心、肺、腹部无异常。眼科情况: 视力: OD 1.0, OS 无光感, 右眼结膜无充血, KP(-), 玻璃体絮状及尘样混浊(++), 眼底视盘边界清, 鼻上方视网膜血管呈白线状, 血管旁大量类圆形黄白色结节, 视网膜略水肿(见图 3), 中心凹反光尚见; 左球结膜无充血, 角膜后色素性 KP(+), 瞳孔欠圆, 虹膜大部分后粘连, 晶状体前色素沉着, 玻璃体混浊, 眼底窥不见。舌质淡, 苔白厚腻, 脉细无力。相关免疫学检查: IgG 18.24 g/L ↑, C 反应蛋白 10.93 mg/L ↑, T 细胞亚群: CD3<sup>+</sup> 46.20 % ↓, CD4<sup>+</sup> 1.80 % ↓, CD8<sup>+</sup> 42.50 % ↑ CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 0.04 ↓, HLA-B27(+), 病毒检测全套(-), RPR 阳性(1:32), 梅毒确定 TPPA(+), HIV-1 抗体(+)。入院诊断: ①梅毒性葡萄膜炎; ②获得性免疫缺陷综合征。西医治疗: 青霉素钠注射液 480 万 u 静滴, 每日 4 次; 泼尼松 50 mg 口服, 每周递减 10 mg, 30 mg 后每周递减 5 mg。中药治疗: 益气健脾利湿, 参苓白术散加丹参、砂仁, 治疗 10 天后, 右眼视力稳定, 双手掌、足趾皮肤光滑。2007 年 9 月 28 日因经济原因自动出院, VOD 1.0。



图 1 示后极部及周边视网膜黄白色渗出间杂片状出血 图 2 视网膜血管旁大量的白鞘如挂满冰霜的树枝 图 3 鼻上方视网膜血管呈白线状, 血管旁大量类圆形黄白色结节, 视网膜略水肿

后转无国界“抗艾”治疗,继续服用益气健脾中药参苓白术散加减。2007年11月3日复诊,精神好,已长胖,无发热,VOD 1.0,玻璃体混浊(+),眼底病灶未完全吸收,舌红,苔薄白,脉细有力,予参苓白术散加二至丸加减。

**讨论**

自1981年人类首次发现AIDS病以来,它就以前所未有的速度在全世界广泛地传播。截止2005年10月,我国累计发现HIV/AIDS病例63万多<sup>[2]</sup>。艾病毒的传播途径有三条:即性传播、血液传播和母婴传播。该病毒主要攻击人体内CD<sub>4</sub><sup>+</sup>T淋巴细胞,使宿主抵抗力降低而引起各种机会感染,本组3例患者均为性传播所致HIV并发眼部机会感染,均有典型的CD<sub>4</sub><sup>+</sup>T细胞数量减少,其中2例梅毒性葡萄膜炎患者在外院均有大量使用糖皮质激素而未能控制病情,到我院后因CD<sub>4</sub><sup>+</sup>T细胞数量明显减少反查HIV-1证实阳性,例1患者是因典型的巨细胞病毒性葡萄膜炎眼底表现及CD<sub>4</sub><sup>+</sup>T细胞数量明显减少而引起我们的高度重视,最后查HIV-1亦证实阳性。临床上T淋巴细胞亚群对大多数葡萄膜炎的诊断虽无特异性,但它却能反应患者的细胞免疫功能,以便指导我们更好的进行中医辨证治疗<sup>[3]</sup>。在人类免疫缺陷病毒及其所致的葡萄膜炎或合并各种眼部机会感染所致的葡萄膜炎中,CD<sub>4</sub><sup>+</sup>T细胞数量至关重要,它不仅反映了机体的免疫状态,又可提示临床医师注意患者是否患有HIV-1感染,因此在诊治葡萄膜炎患者时,眼科医师应对CD<sub>4</sub><sup>+</sup>T细胞数量高度重视,以尽早尽快发现病因并对其进行治疗。

HIV/AIDS是一种严重的传染病,从该病的发病及临床表现来看,属中医“伏气瘟疫”和“劳损证”的范畴<sup>[4]</sup>。脾为后天之本,气血生化之源,主运化升清,主统血。脾气虚弱,失于健运,不能升清,则目失濡养,视物昏朦;不能降浊,则水湿停留,瘀滞结聚,见广泛性视网膜血管旁大量的白鞘如挂满冰霜的树枝,视网膜大片黄白色渗出或大量类圆形黄白色结节;气血乏源,统摄无力,血溢脉外,则见出血;土不生金,肺气不宣,痰瘀互结,则玻璃体混浊。因此益气健脾应是治疗艾滋病的大法之一<sup>[5]</sup>。我们初步的观察显示3例患者经过中西医结合治疗后全身及眼部症状均改善,CD<sub>4</sub><sup>+</sup>T细胞数量有所增加,其中例1增加至9.02%,例2增加至9.54%,例3增加至7.98%,说明从脾论治HIV并发眼部机会感染可使患者症状体征改善,免疫功能与生存质量有所提高。但大样本的临床资料观察尚有待于进一步研究。

**参考文献**

- 1 王寅威. 艾滋病眼部机会性感染的资料分析[J]. 中国中医眼科杂志, 2007, 17(6): 161-162.
- 2 杨小平, 周立华. 试述艾滋病的中医病理基础[J]. 中医研究, 2007, 20(4): 7-8.
- 3 郝小波, 王桂红, 钟舒阳, 等. 健脾利湿、填精补肾法治疗Vogt-小柳原田综合征临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2007, 34(7): 910-911.
- 4 袁长津. 艾滋病的中医临床证治研究概要[J]. 中医药导报, 2006, 12(11): 8-10.
- 5 张清奇, 孟军礼, 郭会军. 从脾论治HIV/AIDS患者67例临床观察[J]. 河南中医学院学报, 2007, 22(3): 1-2.

(收稿日期: 2007-12-04)

· 消息 ·

**第七次全国中医、中西医结合眼科学术会议征文通知**

中华中医药学会眼科分会、中国中西医结合学会眼科专业委员会定于2008年10月18~19日在贵州省贵阳市召开第七次全国中医、中西医结合眼科学术会议,有关事项通知如下:

一、征文内容:1 中医和中西医结合眼科基础研究、临床研究的成果和思路;2 中医、中西医结合临床诊疗新技术在眼科的应用;3 眼科名老中医经验总结及师承经验交流;4 介绍眼科专科专病建设成果、特色病种综合治疗方案及疗效评价标准;5 中医、中西医结合眼科发展战略的探讨。

二、征文要求:符合上述征文内容尚未公开发表的论文,以全文或论文摘要形式投稿,摘要应包括题目、作者、单位、目的、方法、结果及结论。截稿日期2008年8月20日(为方便反馈信息,请在稿件最后注明联系地址、邮编、电子信箱和联系电话)。本次大会不接受书面投稿,以网上投稿为唯一投稿方式。投稿电子信箱:chaoguojun@sohu.com

中华中医药学会眼科分会

中国中西医结合学会眼科专业委员会