

干燥综合征60例证治体会

北京中医学院东直门医院口腔科 赵丽娟 李振吉 黄颐玉 题兆魁 陈 颖

干燥综合征又称舍古林氏综合征(Sjögren's Syndrome),是以外分泌腺病变为主的全身性、慢性、炎症性自身免疫病。我科自1981年来开展了对本病中医辨证施治,进行中医药治疗60例,临床上获得一定的疗效,现报告如下。

临床资料

一、一般资料

本组病人共60例,全部为女性病人。年龄在30岁以下者2人,占3%,31~40岁者14人,占23%,41~50岁者16人,占27%,51~60岁者19人,占32%,60岁以上者9人,占15%。病史在5年以下者28人,占47%,5~10年者23人,占38%,10年以上者9人,占15%。

二、诊断依据

(一)施墨氏实验检查:其中两眼平均在5毫米/5分钟以下者32人,5~10毫米/5分钟20人,10~15毫米/5分钟6人,15毫米/5分钟以上者2人,阳性率为96.7%。

(二)腮腺造影:60例均表现为排空功能迟缓,主导管不规则扩张成腊肠状、葱皮状改变,末梢导管扩张成点状、球状、腔状,碘油显示阴影。

(三)唇腺活检:50例从下唇取材做活检,结果表现为腺体间质少量淋巴细胞浸润者5例,多量淋巴细胞浸润者17例,呈灶性浸润伴有导管炎症16例,灶性浸润伴腺泡萎缩12例。

(四)其他化验检查结果:血沉20毫米/小时以下者3人,20~49毫米/小时29人,50~99毫米/小时20人,100毫米/小时以上者8人。A/G(双缩脲法,正常值1.5~2.5:1)1.5~2.5:1者18人,1:1者25人,1:1.5~

2.5者17人。肝功能TFT++++者11人,+++者17人,++者5人,+者9人,正常者18人。60例患者均至少有两项化验不正常。

此外,半数患者做了免疫球蛋白检查,支持本病诊断。30例中有27例IgA升高,IgG升高,IgM降低;2例IgA、IgG正常,而IgM升高;1例IgA升高,IgG降低。

治疗方法

根据患者临床表现分为阴虚型(阴虚型中又分肺肾阴虚、肝肾阴虚、脾胃阴虚、脾肾阴虚等),气阴两虚型,脾胃气虚型及血瘀血虚型。

阴虚型:26例,占43%。临床症见口咽干燥,渴不欲饮或饮不解渴,进干食需水送下,面色潮红,五心烦热,失眠,头晕,阴虚火旺,迫血妄行,血溢脉外者,可见肌肤发斑,齿衄出血,鼻有血痂,舌体瘦、干红少津,少苔或无苔,脉细数。偏于肺阴虚、兼见咽干痛,干咳无痰或干痰难咯。治疗用百合固金汤或养阴清肺汤加减。偏于脾胃阴虚者多选用益胃汤加减,肝肾阴虚者多选用知柏地黄汤或左归饮加减。喉中凝唾难咯者酌加元参、青果、桔梗、天麦冬等药物。

以上阴虚之证虽侵及五脏,而以肝肾为根本,其他各脏的阴虚久延不愈,最终多侵及肝肾,故治疗上应多兼养肝肾之阴。

气阴两虚型:22例,占37%,临床症见形倦神疲,少气懒言,口干咽燥少津,口不渴不欲饮水,或饮不解渴,眼干涩无泪,手足心热或手足逆冷,胃脘胀痛,大便干结或溏稀,舌淡嫩,少苔,脉沉细弱。选用参苓白术散合右归饮加减。

脾胃气虚型:6例,占10%,临床症见口干咽燥、渴不欲饮或饮后胃脘胀闷不适,心烦

呕恶，腹胀便溏，纳谷不香，四肢浮肿，舌苔黄腻或白腻，脉细滑。选用参苓白术散合三仁汤加减。

血瘀血虚型：3例，占5%，临床症见口干咽燥，饮不解渴，头晕目眩，目干涩无泪，畏光眼红，面色黧黑，皮肤发斑色暗，胁痛或肋下症瘕，肢体末端遇寒后发红青紫。肝经支脉行颊里，肝血瘀滞可见两颧肿大结包块，身上可有红色斑点，可散在多发或成簇成片，以下肢多见。舌淡暗或青紫有瘀点，少津，脉细涩。治疗时选用桃红四物汤加减。

疗效观察

一、疗效标准：

显效：口干及其他粘膜干燥明显好转，化验指标（指A/G、肝功能TTT、TFT，血沉）有两项以上恢复正常或有明显改善。

有效：口干及其他粘膜干燥明显好转，但化验指标改善不明显，或改善后又有反复。

无效：口干及化验指标均无明显改善，甚至仍继续发展。

二、治疗结果：

本组60例中，显效12例，占20%，有效者43例，占72%，无效5例，占8%，总有效率为92%。

病例介绍

王××，女，57岁，门诊号：口腔00250，1986年11月1日初诊。

患者1983年出现口干口渴，症状逐渐加重，进干性食物需汤水送下，伴二目干涩，鼻咽干燥，少气懒言，身倦乏力，纳谷不香，五心烦热，头晕耳鸣，关节疼痛，平素易感冒，时常咳嗽，痰粘不易咯吐，大便干燥，三、四日一行，47岁绝经，前阴干涩无白带。

检查：口唇干燥，双口角皲裂、糜烂并有结痂，牙齿大部分龋坏，舌瘦质暗，舌苔黄厚而燥，脉象沉细弦。施墨氏试验，左眼0毫米/5分钟，右眼1毫米/5分钟，血沉47毫米/小时，类风湿因子阳性，血红蛋白12.5克%，红细胞416万/立方毫米，SGPT正常，TTT16单位，TFT+，A/G比值为1.17:1，IgA

122.5毫克%，IgM114.1毫克%，IgG353.7毫克%。

腮腺造影：主、分支导管不规则扩张，末梢导管呈点状、腔状改变，造影剂排空迟缓。

唇腺活检：粘液腺间质有多量淋巴细胞浸润，部分腺体萎缩消失，导管周围有较多淋巴细胞浸润。

临床诊断：干燥综合征。证属气阴两虚，燥热内生，治拟益气养阴，生津润燥法。处方：太子参、麦冬、山药、黄芪、生地、元参、茯苓、泽泻、丹皮、葛根、丹参、牛膝。随症加减，并加服生脉饮，石斛夜光丸等药，治疗5个月，患者口、眼、鼻干燥症状明显减轻，食欲体力增加，进食干性食物已基本不需水送下，五心烦热，头晕耳鸣基本消失，关节疼痛明显减轻，舌质淡暗，舌苔薄白，配丸药继续治疗。复查，施墨氏试验：左右眼均为9毫米/5分钟，血沉26毫米/小时，血红蛋白14.5克%，红细胞472万/立方毫米，SGPT正常，TTT8单位，TFT+，A/G比值为1.55:1(4.5/2.9)，IgA141毫克%，IgM241毫克%，IgG160毫克%，其他化验指标各项均有改善。疗效判定为显效。

讨论与体会

一、祖国医学理论一般认为本病属燥证范围，阴虚虚损，阴虚生热，故多采用甘凉濡润、滋养阴液、填补精血之大法，临床上确有一定疗效，但此只讲明本病的主要病机。本组病例中除阴虚外，尚可见到气虚、血瘀血虚、气阴两虚之例，对此类患者纯用甘凉养阴，补血填精之品不能奏效。本组病例中属气阴不足者22例，占37%，这是因为本病病程较长，缠绵难愈，迁延日久，阴损及阳，导致阴阳俱虚，阳气不能化水，津液难以敷布，燥象益显，症状越重，治疗中应以气阴兼顾，阴阳双补，方能奏效。

二、从本组病例中阴虚型只占43%来看，本病的病理变化似不能仅用阴虚内燥来概括，本病可以侵犯到全身多个系统，导致多脏器的损害。本组病例中见到患者伴发其他系统损害

有肾小管性酸中毒, 导致低血钾性瘫痪, 萎缩性胃炎, 肺纤维性变, 紫癜, 红斑狼疮, 雷诺氏现象, 这些和虚劳证的病程长, 整体机能低下, 从一脏器的虚损到多脏器的虚损也很有相符合之处。

本组病例中 40 岁以上患者占总人数的 74%, 该年龄天癸将竭, 生理机能正在减退, 加上本病不易早期诊断, 患者就诊时往往已有数年及数十年的病史, 容易造成阴阳气血的虚损。

三、从现代医学的观点, 本病属于自身免疫性疾病, 本组部分病例的免疫学检查也支持这点, 经采用中医治疗, 有效率为 92%, 说明中医药对本病的治疗是有广阔前途的。我们选用的治则分别有温补、甘凉育阴、活血等法, 目前认为温补之方药多具有免疫增强作用, 甘凉育阴之方药多具有免疫抑制作用, 活血之方也多有免疫抑制作用, 故本组病例病情得到改善, 是因为中药从不同角度, 调整机体免疫状

态, 抑制自身抗体, 使病情得到改善。

关于疗程问题, 由于患者外分泌腺受到侵犯, 已有器质性的破坏, 故要想使患者自觉症状及化验指标均有所改善, 这尚需要一个过程, 本组病例中一般均服中药 3 个月, 重者服药 6 个月, 个别甚者需服药 1 年。

四、本组病例用药治疗后, 患者症状的改善一般多先表现为全身情况的改善, 例如食欲、睡眠的改善, 腹胀便溏消失, 手足心热或手足逆冷改善等, 继而出现舌苔的改善, 并且腮腺肿胀及紫癜均减少, 口干、眼干改善出现的稍晚一些, 这和本组所选病例中, 泪腺涎腺破坏较重, 代偿功能差有关。其化验指标改善中, 又以血沉改善最为迅速和明显, 而肝功能若破坏尚不属十分严重时, 是可以逐渐改善的, 但若 $TTT > 20$, $TFT + +++$ 时, 治疗后多改善不大, 在治疗中, 笔者也遇到少数病例肝功能有所恶化, 这可能是中药未能控制住继续发展的病情的缘故。

针刺陷谷透涌泉治疗急性结膜炎的经验介绍

湖南中医学院第一附属医院针灸科 王松荣

急性结膜炎是由病毒感染所引起的一种急性传染性眼病, 多因风热邪毒乘虚侵袭于目, 闭阻经络, 导致局部气血壅滞而成。笔者于 1976 年以来经临床反复筛选, 确定采用针刺陷谷透涌泉方法治疗, 效果满意。共治疗 28 例, 均于针刺 1~2 次后痊愈, 现举例介绍如下:

例一: 周××, 女, 38 岁, 于 1976 年 9 月 14 日觉两眼刺痒, 有异物感, 次日眼科诊断为急性结膜炎。查双眼球结膜发红, 眼睑水肿充血, 自觉沙涩羞明, 头痛, 纳差, 脉浮数, 舌质淡红, 苔白中心夹黄, 二日未大便, 小便黄。诊为暴发火眼。即用消毒过的 2 寸 26 号毫针 2 根分别刺入双足陷谷透涌泉穴 (勿穿透涌泉穴皮肤, 以在涌泉穴皮肤处可触到搏动的针尖为宜), 用透天凉手法反复运针。18 分钟后患者称眼睛几乎无刺痒、沙涩感; 运针半小时后头痛消失, 乃出针。针后第 2 天自觉无不适感, 经眼科复查病愈。

例二: 法杜玛达·巴丽, 女, 24 岁, 护士。于 1980 年 8 月 7 日下午 5 时突感两眼刺痒、烧灼, 眼科诊断为急性结膜炎, 予抗生素类药物治。当晚因头

痛、眼痛、烦躁不安而不能入睡。翌晨患者因头痛邀余诊治。检查双眼睑红肿, 眼皮灼热, 流泪, 羞明剧痛, 有大量粘稠稍带黄白色脓性分泌物, 部分睫毛被分泌物粘着, 球结膜水肿高于角膜, 球结膜下可见散在点状出血点, 边缘不清。脉浮数, 舌质红, 苔黄腻, 小便赤, 大便干燥。诊为暴发火眼。即用消毒过的 2 寸 26 号毫针 2 根, 分别刺入双足背上已常规消毒之陷谷透涌泉穴, 运用透天凉手法, 反复进行手法 8 次后, 患者顿觉眼部凉爽舒适。留针半小时, 每隔 10 分钟行透天凉手法运针一次, 其后头痛、眼痛消失, 搦大针孔后出针。8 月 9 日眼科复查痊愈。

按: 陷谷系足阳明胃经“输”穴, 能治面目浮肿、头身痛、热病等症, 具有清热解毒消神镇痛作用。用陷谷透涌泉更可治疗头痛、头目昏花、便秘溲赤诸症。由于阳明经脉和它的经别、经筋均分别分布到鼻根和眼眶下部眼后与脑相连的目系、网膜于眼胞, 取它的“输”穴陷谷能通上达下以疏泄经络之风热湿邪, 结合透刺肾经之“井”穴涌泉以通利小便, 使清火泻热之功改更著。