

综 述

中医对口眼干燥综合征的认识及诊治概况

上海市中医文献馆 潘文奎

口眼干燥综合征即 Sjögren 综合征, 是一种自身免疫性疾病。近年来以中医药治疗的报道有所增多, 为探索中医治疗本病之规律, 今试将有关资料作一综述, 供同道们参考。

病因病机的探讨

本病因迄今尚无统一意见。从现代医学而论, 大体认为与自身免疫因素、慢性感染因素、遗传易感因素有关⁽¹⁾。在中医理论中, 近代大部分学者认为本病宜归属燥证范畴^(2,3), 大体有燥毒为害论、阴虚津亏论、气虚失运论、虚劳致病论、瘀血络阻论等论述。

一、燥毒为害论

燥为六淫之一, 本病决非外燥所致。然而其燥毒由何而来? 傅氏认为: 一是内在禀赋阴虚燥盛之质, 属“阴虚质”或“燥红质”者多见; 二是金石药毒所伤⁽⁴⁾。柯氏否认内燥是致病因素, 立“内燥非邪论”⁽⁴⁾。潘氏也指出干涩伤津等症是燥象的表现, 但非内燥的病理反应的结果⁽⁵⁾。

二、阴虚津亏论

干燥综合征皆由阴虚津亏, 究其原因: 一是患者以女性居多, 据 18 篇资料^(2,8~12)统计, 共 246 例, 其中 223 例女性, 占 90.6%; 二是发病年龄以更年期居多; 三是本病系侵犯泪腺、唾液腺等外分泌腺的疾病, 以干燥性角膜结膜炎及口腔干燥为主症, 是一派干涸的表现; 四是舌象, 以舌质红绛、舌面干燥、苔少舌裂为主要表现⁽¹¹⁾, 朱氏曾指出舌呈草莓状及紫红色是本病大多数病例所首先出现的征象⁽¹⁰⁾。

基于本病虚象主要表现在口、眼, 故病变脏腑多责之于胃燥津涸、肝肾阴虚。近年对脾阴的深入研究, 傅氏以“脾燥”立论, 并有以滋养脾阴治验之案例⁽²⁴⁾。

三、气虚失运论

本病是以口眼局部干燥为其主要见症。部分患者

未显阴虚之象, 究其因乃是气虚失运⁽¹⁰⁾。盖津液之敷布仰仗气之推送, 气虚失运则津失敷布, 故东垣曰: “气少则津液不行”。阳气虚馁, 水津不得上承, 口无津液之滋润, 涎无水液之来源, 则口干作燥, 泪液也属津液, 也赖气之升津敷布, 始能达其所, 溢其窍。故涎、泪皆少乃气不布津, 津不上承实乃脾不升津, 总由脾主升清之职失司所致。故气虚失运之因归咎于脾阳虚馁, 临床也见有补脾益气之验案报道⁽²⁵⁾。

四、虚劳致病论

基于本病病程长, 具有精神萎靡、整体机能低下的特点, 赵氏认为本病应归属于虚劳。随着病情的发展, 可由一脏虚损导致多脏的虚损⁽²⁶⁾。

五、瘀血络阻论

口眼干燥综合征有腮腺肿大, 肿大之腮腺当属瘀证, 属于中医癥瘕的范畴, 故有以瘀血络阻为本病病因病机者。傅氏、王氏均认为本病病理可概括为“虚、瘀、痹”^(3,8), 傅氏进一步阐述其病机云: “因虚(气虚抑或阴虚)可致瘀, 由瘀而成痹”。

此外, 章氏列有湿热型及风热型⁽¹⁴⁾, 提示本病有湿热、风热之致病因素。章氏指出, 此系湿热阻遏, 气机不畅, 津不上承所致, 以苔白腻、薄黄腻、黄厚腻为舌象见征。

辨证施治分类

口眼干燥综合征在现代医学中一般分为二类: 一是原发型, 又称单纯型, 仅有口眼干燥之症状; 二是继发型, 又称重叠型, 即合并有结缔组织等病变。关于中医辨证分型, 笔者根据多篇报道分析, 大体上可分为内燥型、阴伤型和阳虚型三类。

一、内燥型

此型是以病人口眼干燥呈现一派干涸燥热的表象为其主要症状, 尚无明显阴虚、阳衰之病理征兆。本

病在临床上以口干唇燥、干食难以下咽、舌裂碎痛、口腔溃破、眼干泪少、目涩麻痛、视物模糊等症为主,间有面部烘热、颜面泛红、皮肤瘙痒、形体干瘦,伴有低热、汗液减少等症状,舌质干红苔少或有碎裂,脉多细涩。

内燥之证虽基于阴虚津伤,但其与阴虚型见证不同。潘氏认为可从三方面分辨⁽²⁴⁾:一是燥者干而涩也,症见干燥粗糙,其眼睛干涩有异物摩擦感,部分有分泌物粘稠,可呈拉丝现象,眼睑可被粘连;而阴虚型者则以眼部泪少、视物昏糊为主,罕有粘连涩滞者,肌肤则失之滑润,罕有粗糙起刺之感。二是燥者热之渐也,内燥型病人面红为烘热之感,浮露于外;阴虚型者则为两颧发红,伴有潮热。三是燥者枯而裂也,其皮肤及舌面可见皲裂,舌裂燥痛,裂如直槽,宛如刀割、剪碎之状;而阴虚型皮肤干瘪起皱,罕见燥裂且痛者,舌之裂纹则破碎如“冰片纹”,且无痛涩之感。

治内燥当以清解润燥为法,兼以宁络护阴。取甘凉濡润以清燥,甘辛流湿以润燥,苦下平热以护阴,实是以剿代抚,以清促滋。傅氏以自拟之三紫汤(紫草、紫竹根、紫丹参)及犀角地黄汤(犀牛角一广角或水牛角代、丹皮、生地、赤芍、大黑豆、玄参、土茯苓、升麻、贯仲、生槐米,山慈菇、绿豆衣、生甘草等)为代表方⁽⁶⁾。对合并有类风湿性关节炎时可投金剛刺、鹿衔草、土茯苓、威灵仙等燭痹之品⁽²⁴⁾。潘氏立润燥流津法,予甘凉、微苦、辛酸之品,药遣天花粉、葛根、芦根、玉竹、石斛、甜柿霜、乌梅、金剛刺、宜木瓜、鹿衔草等⁽⁹⁾。薛氏认为《清代名医医案精华》中张千里医案之燥证病例类似本病⁽²⁾,用甘凉濡润以存津液、化虚燥,药用鲜生地、知母、胡麻仁、夏枯草、茅根、驴皮胶、麦冬、杭黄菊、西洋参等,可供参考。蔡氏以润燥解毒法治验因误服燥热补品引致本病发生一例⁽⁹⁾,药用生山药30克研末,早空腹服,配蜂蜜60克,于临睡前开水调服。吴氏指出,治本病应避免运用温燥耗液之品,主张不用参芪;润燥宜忌粘滞碍胃,主张不用冬、地⁽¹⁹⁾。

二、阴伤型

此型是口眼干燥综合征中最常见的证型,临床表现主要是唾液、泪液等外溢之津液不足,以症见口眼干燥、口虽干渴欲饮但饮而不解其渴为其特征。除少数病例见有多饮(曹氏报道一例每天饮水7000毫升⁽¹⁴⁾)外,大多口干以饮漱、含漱为主,干食不能下咽,常须饮水以伴送之,舌象以见舌红干瘦为主,阴虚甚者可见舌质红绛或有裂纹,脉多细弦。

阴伤之脏腑主要涉及脾、肝、肾,间有涉及肺、胃。其阴伤及脾者,是以口干舌燥为主,因口为脾之窍,涎为脾之液,今口干涎少当为脾阴不足。费氏报告部分病例有神经系统合并症⁽²⁰⁾。董氏报告有并发周期性麻痹者⁽¹⁸⁾,症见手指活动不灵、四肢麻木、软瘫、下肢失之平衡而不能行走等,此肢麻不用也是脾阴不足之征象。肝开窍于目,目干泪少、视物昏糊应责之肝阴不足⁽⁴⁾。本病妇女更年期患者多伴有肾阴不足诸证,久病入肾,从肾论治常可获效⁽¹⁶⁾。至于涉及肺胃,是基于肺具有通调水道之职,据侯氏报告,本病引起各种肺部病变的发病率为9~72.4%,有肺功能异常者亦在60%左右⁽¹⁹⁾;胃恶燥,脾不能为胃行其津液而见胃燥之象,但单纯胃燥者少见。部分病例也可呈阴虚内热之象⁽¹⁴⁾。

阴伤型当以滋阴生津为其治法,但此阴伤非重剂滋填所能速效,且燥证尤防滋腻,故吴氏指出务须防止养阴生津药之滋腻以碍脾运⁽¹⁹⁾,临床常用甘淡化阴或酸甘养阴之法。肝肾阴虚者药以一贯煎、六味地黄丸或左归饮、增液汤等为主^(4,14)。兼燥火内热者可加知母、黄柏、丹皮以清热;骨蒸潮热者可选地骨皮、白薇、银柴胡以除蒸;口干咽燥者可佐甜柿霜、芦根、淡秋石、乌梅以生津⁽⁷⁾。脾胃阴虚者投益胃汤、石斛清胃汤、玉女煎、五汁饮、牛乳饮等^(2,11),常用沙参、麦冬、石斛、生地、白芍等甘凉寒润生津之品。对阴伤型患者在用药上宜不取参、芪、术、草,不用芩、连、柏、知⁽²⁸⁾;理气不用陈皮、木香,而择橘饼、佛手;升散不用升麻、柴胡,而取通草、荷叶⁽¹⁹⁾;兼有肺阴不足者可以养阴清肺汤、麦门冬汤滋阴,杏苏饮润燥治之⁽²⁷⁾。傅氏指出阴虚型也可配合食疗,常食鸭、鳖、火腿、淡菜、木耳、梨、柿等甘寒清润养阴之品以佐之⁽⁷⁾。

三、阳虚型

此型在口眼干燥综合征中较为少见,主要见于禀赋阳虚气弱素质的患者,或由于病程迁延日久,燥邪郁热损阴耗气或阴损及阳转化而成⁽⁷⁾。临床除见一派内燥证候外,多伴见纳少便溏、懈惰无力、肢端欠温或畏寒怯冷等阳虚、脾气不足之证。部分病例尚可兼有水湿中阻⁽²²⁾或上燥下湿之象⁽²⁵⁾,出现诸如便溏漫频、指胀腿肿、肢节困重、白带绵绵等症。此型虽口腔干燥,但舌质大多淡胖,边有齿痕,苔见薄腻,鲜有裂纹舌者,脉多沉濡而细。

阳虚之治,当宗“气旺津生”之旨,对此也是基于“善补阴者,必于阳中求阴”之理,方选四君、七味白术散、参苓白术散、补中益气汤等。

其他,傅氏立涩滞型,治以活血化痰通络,代表方有血府逐瘀汤、大黄蛰虫丸、瘰癧丸等⁽⁷⁾。章氏立湿热型,治以化湿清热,以平胃散合二妙散加减;风热型治以疏风清热、宣肺布津,以桑杏汤加减⁽¹⁴⁾。

讨论与展望

一、关于本病的早期诊断问题

Bloch及Manthorpe分别于1965、1981年提出了本病的诊断标准,国内叶氏于1985年提出了诊断意见⁽²⁰⁾,认为凡具口腔干燥及眼睛干燥的症状和有关体征,及哭泣时无泪水,特别是下唇小唾液腺病理阳性,再伴有以下口眼检查项目(唾液量的测定、腮腺导管造影、Schirmen试验、荧光素角膜染色试验、虎红结膜染色试验及泪膜破裂时间)中的任何三项阳性者即可以诊断为本病。中医必须结合现代科学的诊断和检查方法予以及时确诊,当可进一步摸索和总结出对本病的中医特有的诊治规律。

二、关于辨证施治的问题

辨证施治是中医的特色,对每一疾病均有规律可循。临床上常以病为纲,以证为目。本病临床虽分三型,但在此三型中,阴虚津亏是其本质,是为主因;燥象是其表象;阳虚是其所累。治疗上虽有不同治则,但万变不离其宗,均宜投以滋阴生津之品,故养阴生津当为中医治疗本病之大法。一贯煎、六味地黄丸等滋阴方剂,现代研究均具有增强或调整机体免疫功能的作用,此是否是中医药能缓解本病之作用所在,值得今后研究。

参 考 文 献

- (1) 曾筱生.干燥综合征.新医学1985;16(7):352.
- (2) 薛芳.干燥综合征与燥胜则干.辽宁中医杂志1982;6(7):7.
- (3) 傅宗翰.干燥综合征初探.中医杂志1983;24(5):4.
- (4) 柯新桥.内燥非邪论.陕西中医1986;7(6):141.
- (5) 潘文奎.内燥泛论.陕西中医1987;8(9):403.
- (6) 葛民泽,等.干燥综合征25例临床与免疫分析.中华内科杂志1980;19(1):3.
- (7) 傅宗翰.干燥综合征的辨证施治规律探讨.南京中医学院学报1987;(3):11.
- (8) 王延邦,等.中药治疗口眼干燥综合征两例体会.天津中医1986;3(5):17.
- (9) 蔡杭四.口眼干燥和关节炎综合征治验.新中医1985;17(7):33.
- (10) 侯杰,等.干燥综合征的肺部表现.中华内科杂志1985;24(6):350.
- (11) 张绪磊.40例干燥综合征的阴虚舌象分析.江苏中医杂志1982;(1):28.
- (12) 董怡,等.原发性干燥综合征36例临床分析.中华内科杂志1984;23(11):697.
- (13) 赵家良.干燥综合征的眼部表现和诊断.中华眼科杂志1985;21(4):222.
- (14) 章翠霞.口眼干燥关节炎综合征的中医治疗.中医杂志1987;28(2):44.
- (15) 董怡,等.干燥综合征并发周期性麻痹5例报告.中华内科杂志1983;22(11):685.
- (16) 潘开明,等.从肾论治干燥性角、结膜炎.中医杂志1982;23(4):40.
- (17) 王德馨,等.中西医结合治疗Sjögren综合征.天津医药1985;13(3):180.
- (18) 曹履先,等.干燥综合征合并紫癜及肾小管性酸中毒.中华医学杂志1978;58(1):36.
- (19) 吴伯平.口眼干燥和关节炎综合征1例治验.新医药学杂志1979;(4):38.
- (20) 费亚新,等.原发性干燥综合征的神经系统合并症.北京医学1985;7(2):77.
- (21) 藏吾.口眼干燥关节炎综合征治验.四川中医1985;(2):53.
- (22) 赵丽娟,等.补脾益气及阴阳双补法治疗干燥综合征.中医杂志1985;26(6):41.
- (23) 朱瑞文.Sjögren氏综合征.中华口腔科杂志1963;9(2):85.
- (24) 潘文奎.关节酸痛、口干舌裂、面色泛红案.中医杂志1980;21(10):32.
- (25) 潘文奎,等.脾主升津论.中医杂志1987;28(2):53.
- (26) 潘文奎.滋脾阴八法.新疆中医药1987;(2):12.
- (27) 时振声.燥证的辨证和治疗.江苏医学(中医分册)1979;(1):6.
- (28) 叶尚金,等.Sjögren综合征临床诊断标准的探讨.上海免疫学杂志1985;5(6):342.

痔瘻病治疗技术短训班招生

河北省巨鹿县个体痔瘻医院继续举办痔瘻病治疗技术短训班,主要学习注射“消痔灵”治疗各期内痔和学习治疗外痔、混合痔、肛瘻、肛裂、直肠息肉和脱肛病的治疗技术。方法简便安全,痛苦小,无并发症和后遗症。95%以上的病人可不作手术。学期不限,学费900元。保证学员期满时能够掌握以上七种病的治疗技术,并与学员签订教学协议,两年内负责继续给学员技术指导。住宿免费,生活费自理。开学日期

每月1日,凡工作五年以上的医生均可报名。具有初中以上文化程度的无职业残疾人(上肢无严重残疾,生活可自理者)免费学习,并酌情每月给予20元的生活补助并赠送医疗器械和路费。已从事医务工作的残疾人可酌情免费学习。请与我院联系经批准后方可到参加学习。

地址:河北省巨鹿县城贸易街

联系人:刘恒均