

中医辨证治疗幼年未分化脊柱关节病 66 例临床观察

么 远* 马嵩春*

摘要 目的:对 66 例幼年未分化脊柱关节病(JSpA)进行临床分析,阐述本病的中医发病机制及辨证论治特点。方法:采用清利湿热,补肾益精之法,对 66 例 JuSpA 患儿依据临床证候分期辨证论治。结果:66 例中显效 6 例,有效 50 例,无效 10 例。总有效率 84.8%。结论:提示中医对本病早期治疗具有重要意义,对本病应加强认识。

主题词 脊柱疾病/中医药疗法 辨证论治

幼年未分化脊柱关节病(Undifferentiated juvenile Spondyloarthritis, JSpA)的主要表现是:多在男性年长儿起病,以下肢关节受累为主,抗核抗体和类风湿因子阴性,组织相容抗原(HLA-B₂₇)常阳性,常伴有腰痛、肌腱端炎等。它具有脊柱关节病的临床特征,但不能确诊为其他脊柱关节病,如幼年强直性脊柱炎(JAS)、肠病性关节炎、银屑病性关节炎和赖特氏综合征等。JSpA 在儿童慢性关节炎中并不少见,但目前很多临床医师对本病还缺乏认识,未能做到早期诊断和早期治疗。而现代医学治疗本病多以非甾体类抗炎药为主,疗效并不令人满意,且副作用较大。近年来,我们探讨运用中医理论治疗本病,取得一些经验和体会,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:本组 66 例为 1996~1999 年门诊及住院患儿,其中男 60 例,女 6 例,男女比例为 10:1。发病年龄 4~6 岁 8 例,7~9 岁 15 例,>9 岁 43 例,平均 10.4 岁。病程 1 个月 6 例,1⁺~6 个月 14 例,6 个月⁺~1 年 20 例,1⁺~2 年 18 例,2⁺~3 年 6 例,>3 年 2 例,平均 1.2 年。

1.2 诊断标准:均符合 Amor 脊柱关节病诊断标准^[1]。

1.3 临床表现:下肢关节炎 59 例(89.4%),腰背痛、弯腰困难 23 例(34.9%),肌腱端炎 3 例(4.5%),急性虹膜睫状体炎 2 例(3.0%),有家族史者 6 例(9.1%)。

1.4 实验室检查:血沉增快 58 例,类风湿因子(RF)、抗核抗体(ANA)均阴性,64 例作了 HLA-B₂₇检查,阳性 56 例(87.5%)。骶髂关节 X 线检查,均未见明确的骶髂关节炎改变,45 例骶髂关节 CT 亦未见异常。

2 治疗及观察方法

2.1 早期:病变早期,病程较短或急性发作。证候特点:以下肢关节肿痛为主,活动受限或伴晨僵,或伴足跟痛,行走困难,痛处拒按,不怕冷,心烦急躁,口干喜饮,便干溲赤,或有发热,舌质红、苔薄黄或白腻,脉弦数或滑数。血沉增快,骶髂关节 X 线及 CT 均无异常。辨证:邪热闭阻经络。治则:清热利湿,祛邪通络。方药:忍冬藤 30g,青风藤 30g,威灵仙 10g,土茯苓 15g,虎杖 10g,桂枝 10g,豨莶草 10g,白花蛇舌草 10g,生薏苡仁 15g,牛膝 10g,生黄芪 15g。关节肿胀明显,局部皮温略高,舌苔白厚脉滑,湿热之象偏重者加知母、黄柏、防己、苍术;关节疼痛较重,触之发凉,舌苔薄白,脉沉细属寒湿偏盛者加制附子、细辛、干姜。

2.2 中晚期:病程已久,或经急性期治疗后,热势已去。证候特点:除下肢关节肿痛外,多伴有腰背酸痛及骶髂疼痛。四肢欠温,疲倦无力,喜卧怠动,面色无华,舌质淡,苔薄白,脉沉细。骶髂关节 X 线及 CT 可有轻微改变或无改变。部分可发展为 JAS。辨证:肝肾亏虚,筋脉失养。治则:补益肝肾,通经活络。方药:生黄芪 15g,桑寄生 30g,青风藤 30g,威灵仙 10g,川续断 10g,杜仲 10g,桂枝 10g,鸡血藤 30g,地龙 10g,全蝎 5g,蜈蚣 2 条。舌质暗或有瘀斑,脉弦细者属瘀瘀阻络加桃仁、红花、伸筋草。

2.3 服法及疗程:每日 1 剂,水煎,分 2 次服。连服 1 个月为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:根据《中医病证诊断疗效标准》制定。显效:关节疼痛肿胀消失,腰椎或关节活动恢复正常或有明显改善。有效:关节肿痛减轻,活动范围增大。无效:症状及体征无明显改善。

3.2 治疗结果:显效 6 例,有效 50 例,无效 10 例。总有效率 84.5%。

4 典型病例

曹某某,男,11 岁。因“关节疼痛 2 个月”就诊。双膝、双踝关节肿痛,局部微热,皮温稍高,活动受限。右髋关节疼痛,外展受限,腰背疼痛。发热心烦,便干溲赤。舌质红,苔薄黄,脉滑数。RF(-),ANA(-),HLA-B₂₇(+),血沉 120mm/h。骶髂关节 X 线片示:右骶髂关节面欠清晰。骶髂关节 CT 未见异常。西医诊断:

* 首都医科大学附属北京儿童医院中医科,北京复兴门外南礼士路 56 号(100045)

收稿日期:2001-11-19;修回日期:2002-02-05

幼年未分化脊柱关节病。中医辨证：邪热内蕴，闭阻经络。属本病早期阶段。治以清利湿热，祛邪通络。药用：忍冬藤 30g，青风藤 30g，生石膏 20g，知母 10g，威灵仙 10g，桂枝 10g，生苡苡仁 15g，稀莪草 10g，鸡血藤 30g。14 剂，水煎服，每日 2 次。二诊：热已退，膝、踝关节肿痛稍减轻，仍有腰背疼痛，活动不利。舌质淡红，苔白，脉细数。前方去生石膏、知母、加桑寄生 30g，川续断 10g，杜仲 10g。再服 14 剂，关节肿痛基本消退，腰背疼痛减轻，活动好转，复查血沉：45mm/h。继调整服药 1 个月，血沉正常，病情控制。随访 3 年，未再复发。

5 讨论

JSpA 是不同于幼年类风湿关节炎(JRA)的一组分类不十分明确的风湿性疾病，在临床上两者不易鉴别，以往多诊断为 JRA 少关节Ⅱ型。近年来，在对既往诊断为 JRA 少关节Ⅱ型的 82 例随访中，发现经过 4~12 年有 42.7% 发展为 JAS。另 1 例男孩，5 岁发病，反复出现下肢的不对称关节炎，9 年后出现腰椎活动受限和 X 线证实的骶髂关节炎，确诊为 JAS。由此可见，应将这一组不能确诊为特定脊柱关节病的病人归属于未分化脊柱关节病进行长期随访和相应治疗^[1,2]。

本组 66 例中平均发病年龄 10.4 岁，9 岁以上 43 例，可见本病多见于青少年。此年龄段正是肾气本应充旺之时，正值人的一生“长”“壮”之时，如果先天肾之精

气不足，全身脏腑百骸在此时得不到激发、温煦和荣养，就会导致全身气血虚少，筋骨失养而发病^[3]。从临床上，本病主要以下肢关节炎为主，多表现髋、膝、踝关节或足跟的肿胀疼痛，活动受限，腰背症状表现轻微，很少发生僵硬强直，多属脊柱关节病的早期阶段。由于肾气不足，筋脉失养，风寒湿邪乘虚而入，小儿体禀纯阳，感受风寒之邪，迅即化热，湿热毒邪痹阻经络，以致关节肿痛，活动不利。肾虚在先，体内生邪在后，本虚标实。此时以邪势嚣张为主，正虚之象尚未外露，故早期治疗应以清热利湿，解毒祛邪为主，重用忍冬藤、土茯苓、青风藤等，佐以桑枝、威灵仙、生苡苡仁等温通经络，消肿止痛。经早期治疗，邪热之势已去，清热解毒之剂不可再用，当补气益肾以扶正。如早期失治，邪气未祛，深侵入骨，或病程日久，均可伤及肝肾。治疗当以桑寄生、川续断、杜仲、熟地黄补益肝肾，扶助正气，辅以威灵仙、桂枝、地龙、桃红活血通络止痛。诸药合用，共奏清热祛邪通络、补肾益精强腰之功。

参考文献

- 1 张乃峥. 脊柱关节病的分类和未分化型脊柱关节病. 中华风湿病杂志, 1998, 2(4): 187—188.
- 2 施桂英. 幼年脊柱关节病的早期特征. 中华风湿病杂志, 1999, 3(3): 131—132.
- 3 王为兰. 中医治疗强直性脊柱炎. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 44—90.

中西医结合治疗磷酸肌酸激酶持续升高 1 例

杜金行* 史载祥*

患者，男，68 岁。因饮食呛咳 9 年，加重伴下肢活动受限、言语不利 1 周，于 1995 年 9 月 15 日以“脑梗塞”入院。既往有前列腺肥大病史 5 年。查体血压 160/90mmHg，心肺听诊无异常，右侧鼻唇沟变浅，闭目时右眼裂增大，上下肢肌力、肌张力正常，生理反射正常，病理反射未引出。心电图示：窦律，偶发室早，左室高电压。头颅 MRI 示：左侧豆状核及左额叶皮层下多发腔隙性脑梗塞。肌电图示：广泛神经原性损害。心电图检测无异常。化验检查：血、尿、便常规正常；丙氨酸氨基转氨酶(ALT)14 IU/L，总胆红素 13.68μmol/L，直接胆红素 3.42μmol/L；尿素氮 6.64mmol/L，肌酐 79.56μmol/L，肌酐 79.56μmol/L；电解质正常；乳酸脱氢酶(LDH)548 IU/L，磷酸肌酸激酶(CPK)4289 IU/L，天冬氨酸转氨酶(AST)62 IU/L，α-羟丁酸脱氢酶(α-HBDH)224 IU/L；CPK 同工酶 101 IU/L；LDH 同工酶正常；总胆固醇 6.11mmol/L，甘油三酯 3.44mmol/L，高密度脂蛋白 0.73mmol/L，低密度脂蛋白 4.26mmol/L；肌钙蛋白 0.42ng/ml。西医诊断：多发性脑梗塞，球麻痹，神经原性肌病、高血压

病。中医诊断：中风(中经络)，肝肾阴虚，风痰阻络型。

治疗经过：静脉点滴爱维治 20ml，川芎嗪 80mg 1 个疗程、大蒜素 60mg 2 个疗程，每疗程为 15 天。中药拟滋养肝肾、化痰通络之法，以天麻钩藤饮加减：天麻 15g，钩藤 15g，川牛膝 15g，杜仲 12g，生龙骨、牡蛎各 30g(先下)，生龟甲 12g(先下)，当归 12g，生地黄 15g，每日 1 剂，水煎内服。用药过程中，CPK 持续下降。81 天后，复查 CPK 770 IU/L，LDH、AST、α-HBDH 降至正常，CPK 同工酶正常，咳嗽、言语不利、下肢活动受限均明显减轻，病情稳定，带药出院。出院后继续服上述中药加减治疗，45 天后复查 CPK 178IU/L，降至正常。

体会：CPK 主要存在于心肌、骨骼肌和脑内，尤以心肌损害时增高为主，本病例针对原发病采用改善脑功能、扩管改善微循环药物静点，并辅以中药。方中天麻、钩藤平肝潜阳，牛膝、杜仲补肝肾，茯神养心安神，加入龙骨、牡蛎重镇潜阳，当归、龟甲、生地黄补养肝肾，育阴潜阳，丹参活血通络。辨证与辨病相结合，达到改善病症、降低 CPK 的目的。结果提示，本例 CPK 持续升高可能与脑梗塞密切相关，中医药对难以定性的酶谱增高可能具有较好的治疗效果，值得重视。

* 中日友好医院心肾科，北京市和平里樱花东路(100029)

收稿日期：2001-08-16