

证的研究

干燥综合征 106 例中医证候分类回顾性研究

郝伟欣* 董振华*

摘要 目的:探讨原发性干燥综合征(SS)中医证候学及病因病机的特点。方法:对 106 例 SS 患者进行回顾性调查和分析,将中医首诊时收集的临床资料进行证候分类,分别统计各证候类型与发病年龄、病程、临床症状、舌象、脉象及主要实验室指标的关系。结果:将 SS 分为阴虚内燥、气阴两虚、阴虚血瘀、阴虚湿热、气阴两虚血瘀、气阴两虚血瘀湿热 6 个证候类型。结论:SS 以肝肾阴虚为主,累及肺脾气虚,兼夹瘀血、湿热为患。虚实夹杂为 SS 的证候学特点,阴虚津亏为本,气虚、阳虚为其所累,瘀、痹、燥为标,属本虚标实之证。

主题词 干燥综合征/中医药疗法 证候

Retrospective Study on Classification of TCM Syndromes of 106 Cases of Sjogren Syndrome

Hao Weixin, Dong Zhenhua

(Beijing Union Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100730)

Objective: To explore characteristics of TCM syndrome, pathogenic factors and pathogenesis of primary sjogren syndrome(SS).

Methods: Retrospective investigation and analysis were carried out in 106 cases of SS. Syndromes of the collected clinical data in first visit were classified, and the relationship of all syndromes with attacking age, course of disease, clinical symptoms, tongue manifestation, pulse manifestation and main laboratory indexes were analyzed respectively. **Results:** SS were divided into 6 syndrome types, i.e. endogenous dryness due to yin deficiency, deficiency of both qi and yin, yin deficiency and blood stasis, yin deficiency and damp-heat, both qi and yin deficiency and blood stasis, both qi and yin deficiency and blood stasis and damp-heat.

Conclusion: For SS, yin-deficiency of both the liver and kidney is the main type, with qi-deficiency of the lung and spleen, intermingled with blood stasis, damp-heat. Syndrome of intermingled deficiency with excess is the characteristic of SS syndrome subject. Yin-deficiency and depletion of fluid is the essence involving qi-deficiency and yang-deficiency, blood stasis, stagnation syndrome, dryness are the superficiality aspect of the syndrome, belonging to syndrome of deficiency in origin and excess in superficiality.

Key Words Sjogren syndrome/TCM therapy; Syndrome

原发性干燥综合征(SS)是一种以累及唾液腺和泪腺等外分泌腺为主的慢性系统性自身免疫疾病,病因复杂,病情轻重不一,尤多见于女性,其发病率在结缔组织病中仅次于类风湿性关节炎,居第2位。目前西医对本病尚无特效疗法,而中医辨证施治对减轻临床症状、控制病情、调整异常的免疫功能等具有一定疗效。为进一步探讨 SS 中医证候学特点和分类情况,我们对近 20 年经治的 106 例患者进行了回顾性调查和分析,现将结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料:全部病例均来自中国医学科学院北京协和医院中医科 1983~2003 年诊治的 SS 患者,经本院风湿免疫科、口腔科、眼科检查并确诊,除外继发性 SS,其中有 26 例经下唇黏膜活检病理证实诊断。临床

资料较为完整的共计 106 例,其中门诊患者 64 例,住院患者 42 例;女性 105 例,男性 1 例;年龄 28~72 岁,平均 48 岁;合并肺间质性病变 26 例,肾小管酸中毒 14 例,慢性胃炎 10 例,肝功能损害 9 例,原发性胆汁性肝硬化 5 例,甲状腺病变 4 例;类风湿因子(RF)阳性 64 例,抗核抗体(ANA)阳性 77 例,抗 DNA 抗体阳性 40 例,抗 SSA 抗体阳性 77 例,抗 SSB 抗体阳性 46 例,抗核糖核蛋白(RNP)抗体阳性 24 例;血沉增快(>21mm/小时)74 例;血清 IgG 增高 66 例, IgM 增高 20 例, IgA 增高 21 例;血清白蛋白降低(<54%)90 例, γ 球蛋白增高(>21%)87 例。

1.2 诊断标准:西医诊断标准参照 1992 年制定的欧洲诊断标准^[1];中医辨证标准参照卫生部制定的《中药新药治疗干燥综合征的临床研究指导原则》^[2]、全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会 1986 年修订的《中医虚证辨证参考标准》^[3]、第二届全国活血化瘀研究学术会议制订的《血瘀证诊断标准》^[4]和国家技术

* 中国医学科学院 2006 年 10 月 10 日,中国协和医科大学北京协和医院中医科,北京市东城区帅府园 1 号(100730)

收稿日期:2005-08-29;修回日期:2005-10-11

监督局 1997 年发布的《中医临床诊疗术语·证候部分》^[5]。

将 SS 分为 6 个证候类型:(1) 阴虚内燥:口咽干燥,咽干食用水送,口角干裂,舌体碎裂,双目干涩有异物感,鼻腔干燥,干咳无痰,皮肤干燥、皲裂、脱屑,五心烦热,妇女阴道干涩,小便黄赤,大便干燥,舌红少苔、无苔或舌苔干燥,脉细数。(2) 气阴两虚:除上述阴虚内燥证候外,又见乏力,气短,面色苍白,易患感冒,头晕耳鸣,自汗盗汗,舌质红少津,苔少而干,脉细数无力。(3) 阴虚血瘀:除阴虚内燥证候外,又出现口腔经常溃疡,多发龋齿,皮肤紫癜,肢体麻木,雷诺现象,面色晦暗,妇女月经后期,量少色暗有血块,舌质暗红,有瘀点瘀斑,苔少或无苔,舌下静脉青紫迂曲,脉弦细涩。(4) 阴虚湿热:除阴虚内燥证候外,又有口黏不爽,眼中有黏性分泌物,视物模糊,皮肤瘙痒,关节肿痛,胃脘胀闷,恶心呕吐,大便黏滞不爽,舌质红,苔白腻或黄腻,脉弦滑数。(5) 气阴两虚血瘀:除气阴两虚证候外,兼见腮腺反复肿痛,关节疼痛,结节红斑,肢体麻木,雷诺现象,肝脾肿大,月经紊乱,舌质淡红或红暗,舌苔薄白或无苔,舌下静脉紫暗,脉沉细涩无力。(6) 气阴两虚血瘀湿热:除气阴两虚血瘀证候外,又见口黏不爽,面垢多眵,皮肤瘙痒,肌肉酸痛沉重,大便秘结或不畅,舌质红暗而干,舌苔黄腻或白腻,舌下静脉迂曲青紫,脉沉细滑。

1.3 观察方法:中医首诊时收集观察病例的临床资料并进行证候分类。分别统计各证候类型与发病年龄、病

程、临床症状、舌象、脉象及主要实验室指标的关系。

1.4 统计学方法:采用 *Ridit* 分析、方差分析、*t* 检验。所有统计处理采用 SPSS 11.0 软件完成。

2 结果

2.1 中医辨证结果:根据上述辨证标准,将 106 例 SS 患者分为 6 个证型,即阴虚内燥证 12 例(11%)、气阴两虚证 17 例(16%)、阴虚血瘀证 32 例(30%)、阴虚湿热证 9 例(8%)、气阴两虚血瘀证 29 例(27%)、气阴两虚血瘀湿热证 7 例(7%)。106 例患者均具有口干咽燥、眼干无泪、烦热、舌红、脉细等阴虚证候(100%);伴乏力、气短、汗出、易感冒等气虚证候者 53 例(50%);伴面色晦暗、腮腺反复肿痛、雷诺现象、关节疼痛、肢体麻木、皮肤紫癜或出现红斑、舌质紫暗或舌体瘀斑、瘀点、舌下静脉曲张等血瘀证候者 68 例(64%);伴口干黏不爽、脘痞便溏、关节肿胀、尿少水肿、舌苔厚腻等湿热证候者 16 例(15%)。106 例中单纯虚证 29 例(27%),虚实夹杂证 77 例(73%),显示本病以虚实夹杂证为多。

2.2 各证候类型与年龄分布、病程的关系:经统计学处理,各证候类型与年龄分布、病程之间无明显相关性($P>0.05$)。

2.3 各证候类型与临床症状的关系:SS 出现症状的频率依次为口干 101 例(95%)、眼干 84 例(79%)、咽干食用水送 76 例(72%)、乏力 69 例(65%)、咽干 48 例(45%)、皮肤干燥 44 例(42%)、频繁饮水 41 例(39%),口干几乎为 SS 的必备症状。

表 1 各证候类型免疫球蛋白、蛋白电泳结果比较($\bar{x} \pm s$)

证候类型	例数	IgG(g/L)	IgM(g/L)	IgA(g/L)	白蛋白(%)	γ球蛋白(%)
阴虚内燥证	12	18.88±4.79	1.50±0.93	3.25±0.89	51.64±3.35	25.73±6.80
阴虚血瘀证	32	28.37±10.20**	2.11±1.12*	4.00±1.96	45.27±5.71**	33.30±7.83**
阴虚湿热证	9	20.00±6.56△△	3.86±3.89**△	2.71±0.76*△△	49.11±4.76*△△	27.11±5.46△△
气阴两虚证	17	23.07±9.32*△	1.53±0.64△▲▲	3.93±2.23▲▲	45.76±7.43**▲	33.00±8.21**▲▲
气阴两虚血瘀证	29	23.71±8.36**	1.90±1.35▲	3.66±1.67▲▲	47.45±7.10**	31.17±7.46**▲
气阴两虚血瘀湿热证	7	19.33±6.89△△★	1.60±0.89▲▲	3.67±1.51▲▲	49.25±6.95△	29.00±9.56

与阴虚内燥证比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与阴虚血瘀证比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$;与阴虚湿热证比较,▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$;与气阴两虚血瘀证比较,★ $P<0.05$

表 2 各证候类型的舌象和脉象情况比较(例)

证候类型	例数	舌质			舌体干燥	舌苔					脉象		
		淡红	红	红暗		薄白	无苔	黄	白腻	黄腻	沉细	细滑	弦滑
阴虚内燥证	12	0	10	2	4	3	6	3	0	0	9	1	2
阴虚血瘀证	32	1	21	10	17	14	17	1	0	0	23	4	5
阴虚湿热证	9	3	3	3	3	2	0	0	6	1	7	2	0
气阴两虚证	17	2	12	3	11	6	9	2	0	0	10	4	3
气阴两虚血瘀证	29	9	12	8	14	11	10	1	6	1	20	5	4
气阴两虚血瘀湿热证	7	2	1	1	1	2	1	1	2	2	5	1	1
合计	106	17	59	30	50	37	43	8	14	4	74	17	15

2.4 各证候类型免疫球蛋白、蛋白电泳检测结果比较:表1示,阴虚血瘀证的IgG、 γ 球蛋白高于其他证型,且IgG水平明显高于阴虚湿热证、气阴两虚证, γ 球蛋白明显高于阴虚湿热证组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),阴虚血瘀证、阴虚湿热证的IgM水平明显高于其他证型($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),阴虚湿热证的IgA水平明显低于其他证型($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

2.5 各证候类型的舌象和脉象情况比较:表2示,106例中红舌59例(56%)、红暗舌30例(28%)、淡红舌仅17例(16%),提示SS舌质以红舌和红暗舌为主;舌体干燥无津者50例(47%),反映了本病阴津不足的特点;无苔者43例(41%),薄白苔37例(35%),白腻或黄腻苔共18例(17%),黄苔8例(8%),提示SS舌苔以无苔和薄白苔为主。106例中沉细脉74例(70%),细滑脉17例(16%),弦滑脉15例(14%),提示SS的脉象以沉细脉多见。

3 讨论

SS多属中医学燥证、痹病范畴,也有学者认为应属于燥毒、燥痹或虚劳。自1979年吴伯平^[6]首次报道应用中医药治疗SS以来,迄今相关文献已达百篇以上,在治疗上取得了一定进展。但对SS中医证候类型的认识各家不一,多数是根据个人经验进行分型,诊断和分类标准混乱,不利于中医证候分类标准的规范化和客观化。

多数学者认为,SS本质是阴津亏虚,燥为其貌。本文结果显示,106例中具有阴虚证候者占100%,证实了这一观点。但从其兼夹证候看,单纯的阴虚内燥证仅12例,大多兼夹气虚、瘀血、湿热证候,提示SS燥象的产生原因不能仅用阴虚内燥来解释。SS的虚证表现为阴虚内燥和气阴两虚,阴虚的部位五脏皆有,但以肝肾阴虚、脾肺气虚为主。各证候类型与年龄分布、病程长短无明显相关性。SS兼夹瘀血和湿热证候的比率分别为64%和15%,说明病理产物在其发生发展过程中具有重要作用。SS的舌体干燥无津,舌质以红舌和红暗舌为主,舌苔以无苔和薄白苔为主,脉象以沉细脉最为多见,均是津亏液燥的病理反映。综上所述,SS是以肝肾阴虚为主,累及脾肺气虚,兼夹瘀血、湿热为患,以虚实夹杂为证候学特点,属本虚标实之证。

中医学对原发性SS的病因迄今尚无统一认识,大体有燥毒为害论、阴虚津亏论、气虚失运论、虚劳致病论和瘀血络阻论等。我们认为,素体肝肾精血不足,脾胃津液匮乏,脏腑孔窍失润是其根本;正虚感邪,燥毒外袭,煎熬津液是其变证;阴虚累及于气,气虚不能化津,气阴两虚是其发展;瘀血、痰湿痹阻经络,津液敷

布障碍是其病理产物。归纳起来本病以虚、瘀、痹、燥为特点,阴虚津亏为本,气虚、阳虚为其所累,瘀、痹、燥为标。

SS病变部位广泛,涉及五脏六腑、四肢百骸。瘀血在SS的发生发展过程中亦具有重要意义,本文观察SS兼夹瘀血者占64%,系由阴虚津亏,血液浓缩黏稠,复加气虚无力运血,血行涩滞不畅而成。瘀血形成之后,一方面可阻碍气机升降,使津液敷布失常,一方面瘀而化热,进一步耗伤津液,加重口眼干燥等症状,提示活血化瘀是SS重要治则之一。

本文观察还发现,某些患者既有燥象,又有湿象,对此燥湿相兼、寒热错杂的病情,推测其病机乃燥郁不能行水挟湿或湿郁不能布津化燥使然。治疗时如纯用温热辛燥之品虑更伤其阴,而纯用甘寒生津之药又恐有碍湿邪,必须因人因证燥湿同投、寒热并用,灵活化裁以取效。

高丙球蛋白血症是SS的突出特征,多以血清IgG、IgM多克隆增加为主,反映出患者B细胞的高活跃状态。本文结果显示,阴虚血瘀证的IgG、 γ 球蛋白显著高于其他证型组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),推测其原因可能与血浆中大分子蛋白增加导致血液黏稠度增高有关。有关湿热证与免疫的研究,有人观察到脾胃湿热证循环免疫复合体(CIC)显著升高且与血清IgG升高呈正相关^[7],认为湿热证是患者机体对致病因素综合反应的一种病理表现,包括血液中的球蛋白及补体与邪抗争的现象。本文阴虚湿热证的IgM较其他证型组明显增高,其原因可能为IgM是湿热在体内的病理产物,这种产物又导致炎症的发展。

参考文献

- 唐福林主编.风湿免疫科医师效率手册.北京:中国协和医科大学出版社,2001:99~100.
- 中华人民共和国卫生部制定发布.中药新药临床研究指导原则.第2辑.1995:188~191.
- 沈自尹.中医虚证辨证参考标准.中西医结合杂志,1989,9(2):11.
- 中国中西医结合研究会活血化瘀研究专业委员会.血瘀证诊断标准.中西医结合杂志,1987,7(3):129.
- 国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语·证候部分.北京:中国标准出版社,1997:4~8.
- 吴伯平.口眼干燥和关节炎综合征1例治愈.新医药学杂志,1979,(4):38.
- 杨春波,柯晓,李秀娟,等.脾胃湿热证的临床研究.福建中医学院学报,1999,9(4):1~6.

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951~1986年(4张光盘)480元,1995~2004年(1张光盘)280元,汇款地址:北京东直门内南小街16号中医杂志医海林音像书店,邮编:100700。

电话:010-64035632。