

中医辨证治疗幼年强直性脊柱炎 40 例临床观察

胡 艳* 么 远* 甄小芳* 潘宇琛* 何 强*

摘要 目的:探讨中医中药治疗幼年强直性脊柱炎的疗效与优势。方法:回顾分析 1997~2004 年确诊为幼年强直性脊柱炎的 70 例住院患儿的临床资料,治疗组 40 例给予中药独活寄生汤合宣痹汤加减口服,对照组 30 例给予非甾体抗炎药双氯芬酸钠及二线慢作用药柳氮磺胺吡啶口服。两组均治疗 8 周。结果:两组间疗效比较差异无显著性($P>0.05$)。不良反应治疗组明显低于对照组。结论:中药副作用少,但辨证施治时必须结合小儿生理特点与病理变化。西药有良好的消炎止痛作用,但长期服用对消化系统、肝肾功能均有不良反应。临床必须重视。

主题词 脊柱炎,强直性/中医药疗法 辨证论治

Clinical Observation on Treatment Based on Syndrome Differentiation in 40 Cases of Juvenile Ankylosing Spondylitis

Hu Yan, Yao Yuan, Zhen Xiaofang, et al.

(Beijing Children's Hospital of Capital Medical University, Beijing 100045)

Objective: To probe into therapeutic effect and advantages of Chinese medicine for treatment of juvenile ankylosing spondylitis.

Methods: Clinical data of seventy inpatients diagnosed as juvenile ankylosing spondylitis from 1997~2004 were reviewed and analysed. Forty cases in treatment group were orally administered Duhuo Jisheng Decoction plus Xuanbi Decoction, and thirty cases in control group were given Diclofenac and Sulfasalazine orally. **Results:** After treatment of 8 weeks, there was no significant difference between the two groups in therapeutic effect ($P>0.05$), but the adverse effect in the treatment group was significantly less than that in the control group. **Conclusion:** Chinese medicine has less adverse effects, and long-term administration of western medicine has adverse effect on the digestive system and functions of the liver and kidney in treatment of juvenile ankylosing spondylitis.

Key Words Spondylitis, ankylosing/TCM therapy; Treatment based on syndrome differentiation

幼年强直性脊柱炎(JAS)是儿童常见的一种风湿性疾病,指 16 岁以前起病,病初先累及周围关节,尤其是以不对称的下肢关节为主,常在发病的 5~10 年后才出现以骶髂和腰椎等关节受累为特征的慢性炎症性疾病。对于 JAS 的治疗,目前现代医学采用非甾体消炎药加二线慢作用药物,而中医学则结合儿童自身的特点,采用辨证施治的方法,显示出了一定的优势,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准:70 例患儿均符合 JAS 的诊断标准^[1],即 X 线证实的骶髂关节炎加下列条件中至少两条:(1)有腰痛病史;(2)外周关节炎,尤其在下肢;(3)足跟痛或肌腱端炎;(4)人白细胞抗原 B27(HLA-B27)阳性;(5)脊柱关节病家族史。

1.2 一般资料:70 例均为 1997~2004 年住院患儿,随机分为两组。其中治疗组 40 例,男性 36 例,女性 4 例;年龄 6~16 岁,平均(12.32 ± 2.84)岁;病程 3 个月~7 年,平均(1.96 ± 1.71)年。对照组 30 例,男性 28

例,女性 2 例;年龄 6~14 岁,平均(11.75 ± 1.71)岁;病程 2 个月~5.5 年,平均(2.03 ± 1.65)年。70 例患儿中,有 4 例父亲已确诊为 AS,2 例其兄弟同时患 JAS。有 15 例家族中有腰背痛成员。两组症状、体征比较见表 1~3。两组差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:治疗组 40 例采用中药汤剂每日 1 剂,每剂两煎,分早晚两次服,饭后半小时至 1 小时服下。

表 1 两组关节症状比较(例)

组别	例数	关节肿胀及活动受限					骶髂关节损害分级		
		膝	踝	腕	髌	肩	1	2	3
治疗组	40	32	16	2	28	0	4	24	12
对照组	30	15	9	3	15	1	4	16	10

表 2 两组体征比较(例)

组别	例数	4 字试验(+)	Schober 试验(+)	肌腱附着点炎症
治疗组	40	36	19	23
对照组	30	26	15	17

表 3 两组关节外症状比较[例(%)]

组别	例数	发热	乏力	食欲下降	发育障碍
治疗组	40	12(30.00)	23(57.50)	21(52.50)	4(10.00)
对照组	30	9(30.00)	15(50.00)	17(56.67)	3(10.00)

基金项目:北京市中医管理局中医药科技发展基金资助项目(J-33)

*首都医科大学附属北京儿童医院北京市复兴门外南礼士路 56 号(100045)

收稿日期:2005-09-12;修回日期:2005-10-26

表 4 两组实验室指标比较[例(%)]

组别	例数	HLA-B27(+)	血沉升高	C 反应蛋白升高	血红蛋白下降	血小板升高
治疗组	40	38(95)	33(82.50)	35(87.50)	9(25.00)	31(77.50)
对照组	30	30(100)	26(86.67)	26(86.67)	7(23.33)	24(80.00)

关节疼痛难忍时可临时或短期加服非甾体抗炎药。中药基本方为独活寄生汤合宣痹汤加减:独活 5~10g, 桑寄生 15g, 秦艽 10g, 知母 9g, 黄柏 6g, 牛膝 10g, 生薏苡仁 30g, 炙鳖甲 15g, 青风藤 12g, 威灵仙 10g, 伸筋草 15g, 骨碎补 12g, 补骨脂 9g, 延胡索 9g, 木瓜 10g, 千年健 10g, 丝瓜络 10g, 茯苓 9g, 白术 4g。加减:发热加生石膏 12~15g, 地骨皮 9g, 白薇 9g;面黄白、纳差加黄精 9g, 神曲 9g, 草豆蔻 4g, 砂仁 4g;腰痛者加杜仲 9g, 金毛狗脊 15g, 川续断 9g;关节痛甚者加乳香 4g, 没药 4g, 蜈蚣 1 条, 地龙 9g;发僵者加桑枝 12g, 姜黄 9g, 羌活 9g。对照组 30 例均口服非甾体抗炎药双氯芬酸钠 2~3mg·kg⁻¹·d⁻¹, 最大量 75mg/d, 以及二线慢作用药物柳氮磺氨吡啶 30~40mg/kg, 最大量 2g/d。疗程 8 周。

2.2 观察指标:(1) 关节肿胀、疼痛及关节活动度情况;(2) 血沉恢复情况;(3) 髌髌关节骨质破坏进展情况;(4) 药物副作用:消化道症状及血液系统、肝肾功能损害情况。每周复查 1 次血、尿、便常规,每两周复查 1 次肝、肾功能及心电图。

2.3 统计学方法:应用 SPSS 统计软件,采用 *t* 检验、 χ^2 检验与秩和检验。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准:显效:经治疗后受累部位疼痛消失,活动功能改善或恢复正常,血沉恢复正常,X 线显示骨质病变有改善或无进展;好转:受累部位疼痛减轻,活动范围增大,血沉下降;无效:经治疗 1~2 个疗程病变部位无改善。

3.2 两组临床疗效比较:治疗组显效 7 例,好转 33 例。对照组显效 9 例,好转 21 例。两组间比较差异无显著性(*P*>0.05)。

3.3 不良反应:消化道症状治疗组出现 2 例,对照组 11 例,主要表现为上腹部不适、恶心及呕吐。对照组出现白细胞减少 3 例,减至 (3.4~4.0) × 10⁹/L;脱发 1 例;转氨酶升高 8 例,最高达 434IU/L;血尿 3 例;BUN 升高 1 例。

3.4 随访:随访了 29 例患儿,治疗组 16 例,对照组 13 例,随访时间 3 个月~2 年。治疗组有 2 例病情反复、控制不满意而加服了柳氮磺氨吡啶。对照组有 1 例出现胃溃疡,4 例出现肝功能损害而减少了西药用量并加服了中药。有 13 例于发病 1 年后复查髌髌部 CT,

其中治疗组 6 例中 1 例有好转,4 例前后无变化,1 例病情有进展;对照组 7 例中 5 例前后无改变,2 例较前有进展。

4 讨论

JAS 患儿不同于成人,多是先累及周围关节,在发病早期常常与幼年类风湿性关节炎(JRA)相混淆。随着遗传学的发展和临床观察的深入,目前已将此病作为一个独立的疾病从 JRA 中分离出来,其特点为男性年长儿多发,男女之比为 6:1~9:1,早期常表现为周围关节或肌腱附着点的炎症病变。周围关节病变常呈间断性发作^[2]。肌腱附着点处炎症是 JAS 的典型临床表现,50% 患儿在发病过程中有此症。儿童时期有肌腱附着点处炎症,HLA-B27 阳性,成年后约 70% 成为典型的 AS。中轴病变多在起病的数月至数年出现,表现为腰骶部、髋部疼痛,逐渐出现腰椎活动受限,弯腰困难。在病程早期或发病时即有髋关节受累者则易发生破坏性病变,少数患儿最终需进行髋关节置换^[3]。5%~10% JAS 患儿可有高热、体重下降、肌无力、肌萎缩及全身衰竭状态,少数患儿有淋巴结肿大和严重贫血。14%~27% 的患儿有反复发作的虹膜睫状体炎,多为单侧受累,持续 4~6 周缓解,很少留有后遗症。关于 IgA 肾病、肾淀粉样变性和继发于肾乳头坏死临床也有极个别报道。

JAS 是慢性致残性疾病,可能与遗传、感染等因素有关。多数学者认为其发病机制与细胞因子表达有关,其中 IL-6 水平与疾病的活动性更为密切相关^[4]。JAS 早期治疗不可轻视。现代医学治疗方案为一线非甾体抗炎药(NSAIDs)如消炎痛(吲哚美辛)、扶他林(双氯芬酸钠)、布洛芬等与二线慢作用药物(DMARDs)如柳氮磺氨吡啶(SASP)、甲氨蝶呤(MTX)等联合应用。临床结果显示,治疗后可以消除或减轻患儿关节疼痛的症状,改善关节活动,提高生活质量,但临床尚未证实能改善骨质破坏。我们在儿科临床中发现,二药合用后其胃肠道的不良反应占 36.70%,肝功能损害则占 26.67%,远远高于成人肝损害 2% 的报道。少部分患儿还可出现肾脏、血液系统损害及性腺抑制、脱发等副作用。

JAS 属中医痹证范畴,病因多为先天禀赋不足,肾精、肾气虚亏,或后天脾胃失于调养而致五脏六腑气血不足,筋脉失于濡养,风、寒、湿、痰、瘀、浊着于经脉,阻

于血络,流注关节所致。治疗上应注重培补脾肾,益气养血,舒筋活络。因小儿为纯阳之体,生机旺盛,感邪后邪气极易从阳化热,故在发病时多数出现一派热象,表现为关节肿胀、热痛,舌红、脉数。因此组方用药需灵活变通,因人而异。本着“治病求本”、“急则治标”的原则,方中以桑寄生、牛膝、骨碎补、补骨脂、茯苓、白术等益肾健脾治其本,以知母、黄柏、生薏苡仁、鳖甲等清热除湿治其标。又因小儿脾常不足,故治疗时应时时注意呵护脾胃,不要过多使用苦寒、滋腻之品,即脾胃旺则五脏六腑俱旺,气血充盈,筋脉关节得以濡养,四肢肌肉有所禀受。另因小儿阴常不足,故治疗时还应处处顾护阴液,慎用或少用风药及虫类等辛燥之品,即“保护一

份阴液,则保护一份生机。”总之小儿脏腑娇嫩,血气未平,若只重温补,则必生燥化火,酿生湿毒;反之一味滋阴清热,必碍脾胃而伤及后天之本。故用药时应“标本兼顾”、“温清并用”、“虚实相合”,方能除病收功。

志谢:本文承蒙中日友好医院阎小萍老师指导,在此谨表感谢。

参考文献

- 胡艳,柳静,马松春,等.幼年强直性脊柱炎 23 例临床分析.风湿病学杂志,1997,2(4):74~75.
- 王伟琳.幼年型强直性脊柱炎.国外医学儿科学分册,1996,23(2):92~95.
- 袁国华,郭军华,施桂英.强直性脊柱炎髋关节的危险因素.中华风湿病学杂志,1998,2(4):192~195.
- 黄烽,张江林,施桂英.幼年与成年强直性脊柱炎的对比研究.军医进修学报,1997,18(1):17~19.

清咽滴丸含服治疗急性咽炎 30 例

刘 大 新*

急性咽炎是咽部常见病,笔者采用天津第六中药厂生产的清咽滴丸对急性咽炎患者进行治疗,并设置对照组进行临床观察,现将观察结果介绍如下。

1 临床资料

治疗组 30 例中男性 19 例,女性 11 例;对照组 30 例中男性 17 例,女性 13 例。治疗组 20 岁以下 3 例,20~30 岁 8 例,31~40 岁 10 例,41~50 岁 4 例,51~60 岁 3 例,60 岁以上 2 例;对照组 20 岁以下 2 例,20~30 岁 11 例,31~40 岁 12 例,41~50 岁 3 例,51~60 岁 1 例,60 岁以上 1 例。治疗组年龄 14~66 岁,平均 36.6 岁;对照组 15~64 岁,平均 38 岁。

诊断辨证标准:(1)急性咽炎诊断标准:病史:起病急。症状:①主症:咽痛、咽干、灼热、吞咽痛。②次症:恶风或发热、口渴欲饮、咳嗽、食欲不振。体征:①咽部黏膜充血。②咽后壁淋巴滤泡和咽侧索红肿,或有脓点散布于咽后壁。③悬雍垂、软腭红肿。(2)风热喉痹辨证要点:咽干、咽痛、口微渴、微恶风或发热、舌边尖红、舌苔薄白或微黄、脉浮数或滑数。诊断时必备急性发病史,主症中 2 条兼体征中任何 1 条或次症任何 1 条(慢性咽炎急性发作也可选入)。

2 治疗方法

治疗组使用清咽滴丸,每次 6 丸(2 丸连续含服),每日 3 次。对照组选用杜灭芬片,每次 3 片(1 片连续含服),每日 3 次。伴有发热的患者给予解热药。5 天为 1 个疗程,两组均观察 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:痊愈:症状及体征全部消失。显效:主症消失,次症中恶风发热消失,体征明显减轻。有效:主症明显减轻,体征中脓点消失、黏膜充血水肿减轻。无效:主症及体征无变化或加重。

3.2 两组总疗效比较:治疗组 30 例,痊愈 12 例,显效 10 例,

有效 6 例,无效 2 例,总有效率为 93.3%,愈显率为 73.3%;对照组 30 例,痊愈 7 例,显效 9 例,有效 12 例,无效 2 例,总有效率为 93.3%,愈显率为 53.3%。两组愈显率比较,差异有显著性($P < 0.05$)。

3.3 咽痛起效时间与痊愈时间比较:治疗组咽痛起效及痊愈时间分别为(1.5 ± 0.58)天、(3.53 ± 1.31)天,对照组分别为(2.4 ± 0.58)天、(4.25 ± 2.07)天,治疗组明显短于对照组($P < 0.05$)。

4 典型病例

患者张某,男,24 岁。咽痛伴吞咽痛 2 天,发热微恶风,口渴欲饮,咽干咳嗽。检查:咽部黏膜急性充血,咽后壁淋巴滤泡肿胀,体温 37.6°C ,舌边尖红,苔薄白,脉浮数。实验室检查:白细胞计数 $10.5 \times 10^9/\text{L}$ 。诊断:急性咽炎。中医辨证:外感风热,上攻咽喉。治法:疏风清热,解毒利咽。处方:清咽滴丸,每次 6 丸(2 丸连续含服),每日 3 次。连服 3 天。同时用多贝尔氏液漱口。用药 1 天后体温 36.8°C ,咽痛明显好转,咽部充血减轻。用药 3 天后症状消失,体征改善,白细胞计数 $8.2 \times 10^9/\text{L}$ 。

5 讨论

急性咽炎中医称之为喉痹,辨证属于肺经风热,循经上犯,上攻咽喉。初起微恶风发热,咽微痛或灼热痛,继之咽痛加剧,吞咽困难等。选用清咽滴丸,其主要成分为薄荷脑、青黛、冰片、诃子、甘草、人工牛黄等,有较好的清热疏风、解毒利咽的作用。适用于喉痹(风热证)。西药治疗本病多以抗生素为主,而对于病毒所致的急性咽炎尚无满意的西药。故对照组采用具有抗菌消炎作用的杜灭芬含片。在症状缓解和痊愈时间上,清咽滴丸治疗组的疗程及咽痛缓解的时间均比杜灭芬治疗组短。清咽滴丸具有疏风清热,解毒利咽的功效,用于喉痹(风热证)符合中医辨证论治的原则,从药理实验结果表明,本品经大鼠抗炎试验,显示具有消炎作用,对金黄色葡萄球菌和白色念珠菌有一定的抗菌效应;但清咽滴丸对病毒抑制的药理作用机制及长期使用能否造成咽部菌群的紊乱尚需进一步探讨。

* 北京中医药大学东方医院耳鼻喉科,北京市丰台区方庄芳星园一区 6 号(100078)

收稿日期:2006-06-06