

多发性肌炎和皮肌炎中医证候分布规律探讨

高长玉¹ 王彩娟¹ 韩淑芬² 刘桂宇¹ 贵莹¹ 段伟松¹

(1. 河北医科大学附属第二医院神经内科, 石家庄市和平西路 215 号, 050000;

2. 河北医科大学中医学院中医诊断教研室)

[摘要] **目的** 了解多发性肌炎(PM)和皮肌炎(DM)的中医证候分布特点。**方法** 对 80 例患者分期分型,同时进行中医辨证。**结果** 单证的发生率:气虚证 60.0%、阴虚证 56.3%、血瘀证 63.8%、痰湿证 75.0%和火热证 86.3%;证候组合形式以三证最多,证候组合形态最常见的为痰热瘀证;活动期血瘀证高于稳定期,而气虚证和阴虚证则低于稳定期;重型组阴虚证明显高于轻型组。**结论** 本病基本证候为火热证、痰湿证、血瘀证、气虚证、阴虚证,且与病情分期分型有一定相关性,辨证时多为复合证。**[关键词]** 多发性肌炎;皮肌炎;分期;分型;中医辨证

Chinese Medical Pattern Distribution of Polymyositis and Dermatomyositis

GAO Chang-yu¹, WANG Cai-juan¹, HAN Shu-fen², et al.

ABSTRACT **Objective** To study Chinese medical pattern distribution of polymyositis (PM) and dermatomyositis (DM). **Methods** Staging, typing and pattern identification were done to 80 patients. **Results** The incidence rates of qi deficiency, yin deficiency, blood stasis, phlegm-damp and fire-heat patterns were 60.0%, 56.3%, 63.8%, 75.0% and 86.3% respectively. Three-pattern combination was common in form especially phlegm-heat-stasis pattern. The incidence rate of blood stasis pattern at active stage was higher than that at stable stage. The incidence rates of qi deficiency pattern and yin deficiency pattern at active stage were lower than those at stable stage. The incidence rate of yin deficiency in serious cases was higher than that in slight ones. **Conclusion** Combination patterns are common in PM and DM such as fire-heat, phlegm-damp, blood stasis, qi deficiency and yin deficiency, and has certain relevance to stage and type.

Key Words Polymyositis; Dermatomyositis; Staging; Typing; Chinese medical pattern identification

多发性肌炎(PM)和皮肌炎(DM)是严重危害人类健康的自身免疫性疾病。PM以累及全身骨骼肌为主,若同时累及皮肤,则称为DM。PM和DM属中医“痿病”范畴,中医学对本病早在 2000 多年前即有较深刻的认识。《黄帝内经》设有专篇对痿病的病因、病机作了较为进一步详细的描述,提出了“肺热叶焦”为主要病机的观点和“治痿独取阳明”的基本治疗大法。了解 PM 和 DM 的中医证候规律,以增加对痿病辨证的认识,我们对 80 例 PM 和 DM 患者进行了临床与中医证候间分布规律的调查和分析,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 诊断、分期及评分标准

1.1.1 诊断标准 所有患者均符合 Bohan 等^[1](1975 年)提出、Hudgson 等^[2](1984 年)修订的诊断标准:(1)进行性对称的肢带肌及颈屈肌肌力弱,伴或不伴肌肉疼痛;(2)肌活检显示节段性肌肉变性坏死、再生以及单核细胞浸润;(3)血清肌酶谱升高;(4)多灶性肌病性肌电图改变;(5)典型的皮肤损害。

符合上述(1)~(4)项中 3 或 4 项为肯定诊断,符

合 2 项为很可能诊断,符合(5)则诊断 DM。

1.1.2 疾病的分期 按病情的控制情况分为活动期和稳定期^[3]。活动期:以上眼睑为中心的面部水肿性紫红斑皮损,主诉四肢无力,肌痛。检查时有肌功能不全,血清酶升高,血沉升高,泼尼松龙治疗用量超过 30mg/d,有时合用免疫抑制药。稳定期:皮损水肿消退,常遗有皮损异色及毛细血管扩张性皮损,肌无力,肌痛缓解,生活可以自理或开始工作,血清酶正常或个别酶略升高,血沉正常,泼尼松龙用量少于 15mg/d,不用免疫抑制药治疗^[4]。

1.1.3 疾病严重程度 按 Rose 等神经肌肉症状评分标准(正常为 60 分)^[5],评分 20~53 分,平均(35±9)分,>35 分为轻型,≤35 分为重型。

1.2 一般资料

PM 和 DM 患者共 80 例,均来源于河北医科大学第二医院的住院患者。PM 患者 43 例,男性 16 例,女性 27 例;年龄 10~77 岁,平均(41.6±16.1)岁;病程 25 天~3 年,平均(10±9.25)个月。其中合并重叠综合征患者 1 例,合并硬皮病患者 1 例,合并间质性肺炎患者 5 例,肺部感染 8 例,心肌病 2 例,无其他疾病者 26 例。DM 患者 37 例,男性 15 例,女性 22 例;年龄 15~

73 岁,平均(42.7±15.3)岁。病程 1 个月~4 年,平均(11±9.73)个月。其中,合并硬皮病患者 1 例,合并间质性肺炎患者 2 例,肺部感染 12 例,心肌病 2 例,无其他疾病者 20 例。

1.3 临床表现

43 例 PM 患者临床首发症状为下肢肌无力者 20 例,上肢肌无力者 4 例,肩胛带肌无力者 2 例,发热 7 例,肌肉疼痛 7 例,关节疼痛 3 例。在病程中,31 例患者有肌无力症状,以四肢近端为著,除肢体外,颈肌、肩胛带肌、腰肌和骨盆带肌也较常累及,3 例患者有咽喉肌无力,表现为吞咽困难、构音障碍,1 例患者伴有呼吸肌麻痹,19 例患者有肌痛或肌肉压痛,伴发热者 12 例,伴关节痛者 8 例。

37 例 DM 患者,临床首发症状为下肢肌无力者 15 例,上肢肌无力者 5 例,皮疹 7 例,发热 6 例,肌肉疼痛 2 例,关节疼痛 2 例。在病程中,23 例患者有肌无力症状,以四肢近端为著,除四肢外,颈肌、肩胛带肌、腰肌和骨盆带肌也较常累及,2 例患者有咽喉肌无力,表现为吞咽困难、构音障碍,13 例患者有肌痛或肌肉压痛,伴发热者 8 例,伴关节痛者 6 例。

1.4 中医辨证标准

参考全国高等医药院校试用教材《中医内科学》^[6]和《中医诊断学》^[7],对 PM 和 DM 患者进行辨证分型。根据 PM 和 DM 的临床表现,设立单证独立诊断,再进行证候组合。单证诊断标准:痰(湿)证:主症:肢体困重;痰涎壅盛;舌苔厚腻;脉滑或濡。次症:胸闷;纳呆;肢体酸痛;麻木。具备主症 2 项;或主症 1 项,次症 2 项。火热证:主症:发热(或自觉发热);口渴口干;舌质红;苔黄;脉数。次症:心烦;痰稠色黄;小便黄少;大便干燥;面红。具备主症 2 项;或主症 1 项,次症 2 项。气虚证:主症:神疲乏力;少气懒言;自汗;脉虚无力。次症:头晕目眩;声音低微;小便清,大便溏;舌淡;舌胖有齿痕。具备主症 2 项;或主症 1 项,次症 2 项。阴虚证:主症:五心烦热;盗汗;咽燥口干;手颤;肌肉萎缩;舌红、少苔或无苔。次症:午后颧红;便干尿短赤;脉细数。具备主症 2 项;或主症 1 项,次症 2 项。血瘀证:主症:疼痛(痛如针刺,固定不移,夜间加重);唇甲青紫;皮下紫斑;舌质紫暗(或见紫斑、紫点,或见舌下脉络曲张,或舌边有青紫色条状线)。次症:面色黧黑;脉象多细涩(或结、代);肌肤甲错。具备主症 2 项;或主症 1 项,次症 2 项。

1.5 统计学方法

所有资料均采用 SAS 6.12 统计软件进行分析。计数资料采用 χ^2 检验、确切概率法,所有统计学处理以

$P=0.05$ 为检验水准。

2 结果

2.1 PM 和 DM 患者中医证候分布规律

2.1.1 PM 和 DM 患者中医单证分布规律 表 1 示,PM 和 DM 患者中医单证的发生率由高到低依次为火热证→痰湿证→血瘀证→气虚证→阴虚证。

表 1 PM 和 DM 患者中医单证分布规律[例(%)]

组别	例数	火热	痰湿	血瘀	气虚	阴虚
PM	43	38(88.4)	33(76.7)	28(65.1)	25(58.1)	23(53.5)
DM	37	31(83.8)	27(73.0)	23(62.2)	23(62.2)	22(59.5)
合计	80	69(86.3)	60(75.0)	51(63.8)	48(60.0)	45(56.3)
$\bar{X}$		0.353	0.151	0.075	0.134	0.288
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.1.2 PM 和 DM 患者中医证候组合分布规律 表 2 示,PM 和 DM 患者复合证发生率依次为三证组合 40 例→四证组合 23 例→五证组合 9 例→两证组合 8 例。

表 2 PM 和 DM 患者中医证候组合分布规律[例(%)]

组别	例数	两证组合	三证组合	四证组合	五证组合
PM	43	6(14.0)	24(55.8)	10(23.3)	3(7.0)
DM	37	2(5.4)	16(43.2)	13(35.1)	6(16.2)
合计	80	8(10.0)	40(50.0)	23(28.8)	9(11.3)

2.1.3 PM 和 DM 患者证候组合形态分布规律 表 3 示,PM 和 DM 患者证候组合形态 12 种,其中最常见痰热瘀证出现率为 21.3%,其次气阴两虚痰热证出现率为 15.0%,气虚热瘀证 13.8%,气阴两虚痰热瘀证出现率为 11.3%,其余证型出现均较少。

表 3 PM 和 DM 患者证候组合形态分布规律[例(%)]

证候组合形态	活动期(43 例)	稳定期(37 例)	合计
气阴两虚证	1(1.3)	4(5.0)	5(6.3)
痰瘀证	3(3.8)	0	3(3.8)
痰热瘀证	15(18.8)	2(2.5)	17(21.3)
气虚热瘀证	6(7.5)	5(6.3)	11(13.8)
阴虚痰热证	2(2.5)	4(5.0)	6(7.5)
气阴两虚热证	1(1.3)	3(3.8)	4(5.0)
气阴两虚痰证	1(1.3)	1(1.3)	2(2.5)
气虚痰热瘀证	3(3.8)	1(1.3)	4(5.0)
阴虚痰热瘀证	2(2.5)	4(5.0)	6(7.5)
气阴两虚痰热证	6(7.5)	6(7.5)	12(15.0)
气阴两虚痰瘀证	0	1(1.3)	1(1.3)
气阴两虚痰热瘀证	3(3.8)	6(7.5)	9(11.3)

2.2 西医分期、分型结果与中医证候的关系

2.2.1 按照病情的活动性与稳定性分期结果 PM 活动期患者 29 例(67.4%),明显高于 DM 患者 14 例(37.8%),而 PM 稳定期患者 14 例(32.6%),明显低于 DM 患者 23 例(62.2%)。

2.2.2 PM 和 DM 患者分期与中医单证的关系 表 4 示,稳定期和活动期火热证和痰湿证的发生率基本相同,但活动期血瘀证的发生率(74.4%)高于稳定期(51.4%),而气虚证和阴虚证的发生率(48.8%、37.2%)则低于稳定期(73.0%、78.4%),差异均有显著性意义(均 $P < 0.05$)。

表 4 PM 和 DM 患者分期与中医单证的关系[例(%)]

分期	例数	气虚	阴虚	痰湿	火热	血瘀
活动期	43	21(48.8)	16(37.2)	35(81.4)	38(88.4)	32(74.4)
稳定期	37	27(73.0)	29(78.4)	25(67.6)	31(83.8)	19(51.4)
$\bar{x}$		4.827	13.697	2.028	0.353	4.579
P		<0.05	<0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.2.3 按照病情轻重分型结果 PM 患者轻型 27 例(60.5%),重型 16 例(37.2%),DM 患者轻型 22 例(59.5%),重型 15 例(40.5%)。PM 和 DM 患者轻重分型之间差异无显著性意义($P > 0.05$)。

2.2.4 PM 和 DM 患者分型与中医辨证的关系 表 5 示,PM 和 DM 重型患者阴虚证的发生率(74.2%)明显高于轻型患者的发生率(34.7%)($P < 0.05$)。

表 5 PM 和 DM 患者分型与中医单证的关系[例(%)]

分型	例数	气虚	阴虚	痰湿	火热	血瘀
轻型	49	27(55.1)	17(34.7)	41(83.7)	46(93.9)	30(61.2)
重型	31	16(51.6)	23(74.2)	24(77.4)	28(90.3)	21(67.7)
$\bar{x}$		0.093	11.85	0.488	0.356	0.349
P		>0.05	<0.05	>0.05	>0.05	>0.05

3 讨论

痿病是指肢体筋脉弛缓,软弱无力,日久不用,引起肌肉萎缩或瘫痪的一种病证。历代医家对痿病的认识不一,主要有以下几种观点:《素问·生气通天论》云:“湿热不攘,大筋软短,小筋弛长,软短为拘,弛长为痿。”《诸病源候论》提出“荣气虚,卫气实,风寒入于肌肉,使血气行不宣流”所致。《类证治裁》指出“痿者,软弱无力,筋弛而不收,为热伤血脉症”。纵观前人所述,对本病的病因病机多归为寒湿、湿热、气血亏虚、脉络瘀滞等方面。PM 和 DM 是一类以获得性肌无力为特征的慢性肌肉组织炎症性疾病,主要临床表现为颈部肌肉、肢带肌、四肢近端肌无力,属于中医痿病的范畴。我们采用以病代证,病证结合的方式对 PM 和 DM 进行了中医证候分布规律及其与分期分型关系探索。

PM 和 DM 患者中医辨证出现以下 5 种证候:气虚证、阴虚证、血瘀证、痰湿证和火热证,而且 PM 与 DM 两者 5 种证候的发生率基本相同,均以火热证(86.3%)最高,其次为痰湿证和血瘀证(分别为

75.0%、63.8%),气虚证和阴虚证的发生率(分别为 60.0%、56.3%)最低,说明火热证、痰湿证、血瘀证、气虚证、阴虚证是 PM 和 DM 共同的基本证候。

临床上 PM 和 DM 患者 5 种证候常兼夹出现,最常见的为三证组合,其次为四证组合,再次为五证组合,两证组合最少,未出现单证患者。两者中医证候组合的分布规律比较显示,PM 患者两证和三证组合的发生率(分别为 14.0%、55.8%)高于 DM 患者(分别为 5.4%、43.2%),而 DM 患者四证和五证组合的发生率(分别为 35.1%和 16.2%)高于 PM 患者(分别为 23.3%、7.0%),可能与上述单证出现率不同以及病情分期有关。PM 和 DM 患者证候组合形态计 12 种:痰瘀证、气阴两虚证、痰热瘀证、气虚热瘀证、阴虚痰热证、气阴两虚热证、气阴两虚痰证、气虚痰热瘀证、阴虚痰热瘀证、气阴两虚痰瘀证、气阴两虚痰热证、气阴两虚痰热瘀证。其中最常见的痰热瘀证为 21.3%,其次气阴两虚痰热证为 15.0%,气虚热瘀证为 13.8%,气阴两虚痰热瘀证为 11.3%,其余证型均较少。活动期痰瘀证和痰热瘀证等实证的发生率明显高于稳定期,而气阴两虚证、阴虚痰热证、气阴两虚热证、阴虚痰热瘀证、气阴两虚痰热瘀证等虚证或虚实夹杂证的发生率则明显低于稳定期,从 PM 和 DM 患者证候组合形态方面说明了患者中医证候的出现与 PM 和 DM 患者分期有一定相关性,与上述单证分布规律相符,活动期患者实证的发生率明显高于稳定期患者,而虚证(或虚实夹杂证)的发生率明显低于稳定期患者。病情活动期由于邪气亢盛,正气未衰,正邪相搏,出现一系列病理反应比较剧烈的证候表现,所以实证居多。病情稳定期,邪气渐去,正气已伤,故虚证或虚实错杂证较高多。

本组资料显示,活动期和稳定期患者火热证发生率最高,其次是痰湿证,但两证在活动期和稳定期之间没有明显差异。说明火热和痰湿是贯穿疾病过程中的主要病机。活动期血瘀证的发生率(69.6%)高于稳定期(55.9%),而气虚证和阴虚证的发生率(48.8%、37.2%)则低于稳定期(73.0%、78.4%)。活动期患者湿热之邪初侵入人体,壅于经络、肌肤、关节,痹阻血脉,气血郁滞不通,临床上常伴有血瘀的症状。经过一段时间的治疗,病情日渐好转,外邪渐去,但津已伤,气已耗,至稳定期,虽然病情得到控制但患者正气亏虚,在临床上多表现为皮损水肿消退、常遗有皮损异色及毛细血管扩张性皮损、肌无力、肌痛缓解、神疲乏力、自汗、五心烦热、盗汗、脉虚等,故而稳定期患者气虚证和阴虚证发生率高于活动期患者。

(下转第 353 页)

体形成;实验初期随鼠龄增加,成熟卵泡和黄体形成呈增加趋势;至实验 12 周,仍有较多的黄体形成,但各级卵泡均有减少趋势,尤其是成熟卵泡。同期比较,肥胖组大鼠较对照组和中药组有更多的成熟卵泡和黄体形成,但成熟卵泡的形态明显劣于对照组和中药组。参照潘键等^[5]所述,将卵巢黄体出现率定义为:沿卵巢缔冠状切,显微镜下每只卵巢出现的黄体数。黄体出现率随鼠龄增加而增多;同期比较,肥胖组明显高于对照组和中药组,3、6、9 周时差异有显著性意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3.7 各组大鼠下丘脑 GnRH 表达情况比较

随鼠龄增加,下丘脑 GnRH 的表达呈逐渐增加趋势,肥胖组高于对照组,实验 9~12 周(13~16 周龄)时达高峰,以后逐渐接近对照组。灌喂中药后 GnRH 的表达下降,低于肥胖组,但差异无显著性意义。

4 讨论

中医学认为,肥胖症多为虚实相间,本虚标实,本多为气虚,标多为痰湿和瘀血,以脾肾两虚为内因,饮食失调、运动过少为外因,肝失疏泄是其发生的重要环节,痰瘀互阻是其主要病机,虚损变证是其不良后果。本实验观察到,青春期前肥胖组大鼠卵巢较同期对照组趋于成熟,血中 E_2 水平随年龄的增长曲线较对照组左移,均提示雌性肥胖大鼠性成熟早于正常大鼠。田占庄等^[6]以滋阴泻火中药方剂(组成:生地黄、炙龟甲、黄柏、知母等)治疗儿童性早熟,研究发现,滋阴泻火中药能使患儿下丘脑-垂体-卵巢轴功能亢进的程度显著好转。我们在上述研究的基础上,重新组方,以滋阴益气、清热燥湿、活血化瘀为治,试图从调整内分泌和代谢的角度干预肥胖。结果显示,灌喂中药后,实验大鼠体重、血脂、脂肪肝的发生和耐疲劳能力均有不同程度

恢复,说明该类中药对肥胖的及时干预非常有效。应用中药后,大鼠无食欲不振、腹泻、活动减少等不适表现,耐疲劳能力不但没有降低,反而有所提高,说明该类中药无明显副作用。同时,服用中药后,不仅大鼠的肥胖症状得到控制,性成熟提前的现象也趋于好转,说明一些能够调整下丘脑-垂体-性腺轴的中药可能对能量平衡、性发育有着双重的直接或间接调节作用,但其确切机制,有待进一步研究。

另外,已有报道提出肥胖男孩的性发育情况与女孩不同,有延迟的倾向^[7],我们的另一项研究也发现,雄性肥胖大鼠睾丸发育不良^[8]。针对这种倾向,应如何应用调整性发育和代谢的中药进行干预,亦有待进一步研究。

参考文献

- [1] 丁宗一. 儿童期单纯肥胖症防治常规. 中华儿科杂志, 2000, 38(9): 39~41.
- [2] 孙玉茹. 全国肥胖防治专题学术会议纪要. 中华医学杂志, 2003, 13: 1183~1184.
- [3] 张卫明, 吴国荣, 赵伯涛. 银杏种仁保健功能的研究. 南京师范大学学报(自然科学版), 1998, 21(3): 72~75.
- [4] 中华医学会肝病学分会脂肪肝和酒精性肝病学组. 非酒精性脂肪肝诊断标准(草案). 中华肝脏病杂志, 2000, 9(6): 325.
- [5] 潘键, 李海浪, 郑意楠. 雌性大鼠真性性早熟发生模型的实验研究. 中华内分泌代谢杂志, 2004, 20(1): 84~85.
- [6] 田占庄, 赵宏, 陈伯英. 滋阴泻火中药对性早熟模型大鼠促性腺激素释放激素及其受体 mRNA 表达的影响. 中国中西医结合杂志, 2003, 23(9): 695~698.
- [7] 孟国柱, 李正秋, 曾志伟, 等. 男性单纯性肥胖患儿性发育的变化. 实用儿科临床杂志 2003, 18(3): 209~210.
- [8] 杨爱君, 崔红, 崔雁, 等. 营养性肥胖对大鼠睾丸发育的影响. 卫生研究, 2005, 34(4): 477~478.

(收稿日期: 2006-01-23; 修回日期: 2006-03-30)

(上接第 350 页)

本组资料显示, PM 和 DM 重型患者阴虚证的发生率(74.2%)明显高于轻型患者的发生率(34.7%), 可能与重型患者湿热之邪较重, 热易伤阴有关。另外, 由于中医的阴虚证与患者肌肉病理损害的程度有一定的相关性, 重证患者病理损害较严重, 患者阴虚症状表现较为明显。重型患者气虚证、痰湿证、火热证和血瘀证的发生率与轻型患者比较没有显著差异, 表明气虚证、痰湿证、火热证和血瘀证的发生率与患者病情轻重没有明显关系。

参考文献

- [1] Bohan A, Peter JB. Polymyositis and Dermatomyositis. N Engl J Med, 1975, 292(7): 344~347.

- [2] Hudgson P, Peter JB. Inflammatory disorders of muscle classification. Clin Rheum Dis, 1984, 10(1): 3~8.
- [3] 徐继琴, 李德淳, 王丽萍, 等. 皮炎患者血清肌红蛋白检测的初步分析. 临床皮肤科杂志, 1996, 25(6): 377~378.
- [4] 俞宝田, 李洪迥, 姚富英. 皮炎患者血 CPK, LDH 同工酶的初步研究. 中华医学杂志, 1983, 63(1): 6~8.
- [5] Dalakas MC, Illa I, Dambrosia JM, et al. A controlled trial of high-dose intravenous immune globulin infusions as treatment for dermatomyositis. N Engl J Med, 1993, 329(27): 1993~2000.
- [6] 王永炎. 中医内科学. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 363~369.
- [7] 朱文峰. 中医诊断学. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 85~100.

(收稿日期: 2006-11-15; 修回日期: 2007-01-16)