

益胃汤合玉女煎加减治疗脾胃阴虚型原发性干燥综合征 25 例

覃海

(河池市第三人民医院,广西 河池 547000)

摘要:[目的]观察运用益胃汤合玉女煎加减治疗脾胃阴虚型原发性干燥综合征的疗效。[方法]将 50 例患者随机分为对照组和治疗组,治疗组以益胃汤合玉女煎加水煎内服治疗,对照组运用白芍总苷治疗,30 天为 1 个疗程,治疗 3 个疗程。[结果]治疗组疗效优于对照组($P<0.01$),在眼科检查情况及实验室指标改善方面亦优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且治疗组药物副作用亦小于对照组($P<0.05$)。[结论]益胃汤合玉女煎加减治疗脾胃阴虚型原发性干燥综合征疗效较好,且无明显副作用。

关键词:原发性干燥综合征;益胃汤;玉女煎;中医药疗法

中图分类号:R442.8 **文献标识码:**A **文章编号:**1008-7486(2010)02-0013-03

原发性干燥综合征(primary Sjogren's syndrome,PSS)是一种主要累及全身外分泌腺的慢性自身免疫性疾病,以唾液腺和泪腺的症状为主,也可累及呼吸系统、消化系统、皮肤、阴道等外分泌腺等,临床以口、眼干燥为其主要表现,同时有多种血清学异常^{[1] 40},是临床中最常见的结缔组织病之一。笔者采用益胃汤合玉女煎加减对 25 例 PSS 患者进行治疗,取得较满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为 2004 年 1 月~2009 年 12 月我院风湿免疫门诊和住院患者,共 50 例,随机分成两组。治疗组 26 例,对照组 24 例,治疗期间治疗组脱落 1 例,对照组 2 例因严重药物副作用而自行退出。治疗组中女性 22 例,男性 3 例,年龄 46.7 ± 16.4 岁,病程 4.8 ± 5.5 年。对照组女性 20 例,男性 2 例,年龄 45.3 ± 15.6 岁,病程 4.5 ± 4.8 年。两组在性别、年龄、病程方面无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^{[1] 40-46} 符合 2002 年干燥综合征国际分类(诊断)标准中原发性干燥综合征的诊断标准:(1)口腔症状。至少具备一项或以上:①每日感到口干,持续性超过 3 个月;②成年后反复或持续腮腺肿大;③吞咽干性食物时需用水送下。(2)眼部症状。三项中至少具备一项以上:①每日感不能忍受的眼干持续超过 3 个月;②感到反复的砂子进眼或砂磨感;③每日需用人工泪液 3 次或 3 次以上。(3)眼部体征。下述检查任一项或以上:①Schirmer I 试验(+) (≤ 5 mm/5 min);②角膜染色(+) (≥ 4 van Bijsterveld 计分法)。(4)组织学检查。小唇腺淋巴细胞灶 ≥ 1 。(5)唾液腺受损。下述检查任一项或以上阳性:①唾液流量(+) (≤ 1.5 ml/15 min);②腮腺造影(+);③唾液腺同位数检查(+);(6)自身抗体。抗 SSA 或抗 SSB(+)(双扩散法)。

无任何潜在疾病情况下,符合以上 4 条或 4 条以上,但组织学检查和自身抗体需至少有一条呈阳性;(3)、(4)、(5)、(6)

四项中任三项阳性。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(中国医药科学技术出版社出版,2002 年版)以及《中华风湿病学》^{[1] 190}干燥综合征(燥痹—脾胃阴虚证)诊断标准:口干舌燥,唾液少,甚无唾液,或有眼干,纳呆食少,舌红少津,或有裂纹,脉细。

1.3 纳入标准 符合上述西医和中医(脾胃阴虚证)诊断标准,愿意配合本研究,按规定用药,并能完成整个疗程治疗者。

1.4 排除标准 ①合并严重心、肺、肝、肾等脏器或系统损害者。②正在服用激素及免疫抑制剂,或曾经服用激素停药未 3 个月者。③有服用抗胆碱类药物史,丙型肝炎病毒感染史者。④合并糖尿病、肺结核、艾滋病(AIDS)、淋巴瘤、结节病(GVH 病)等疾病者。⑤本病已累及内脏(肺、肾、血液等)系统者。

2 治疗方法

2.1 对照组 服用白芍总苷(商品名:帕夫林,由深圳朗生公司生产,每粒 0.3 g),每次 0.6 g,每天 3 次,口服。

2.2 治疗组 服用益胃汤合玉女煎加减治疗。方药组成:沙参 15 g,麦冬 15 g,石斛 20 g,黄芪 15 g,太子参 15 g,生地黄 10 g,天花粉 15 g,知母 10 g,玄参 10 g,白芍 15 g,甘草 10 g,陈皮 6 g。每日 1 剂,水煎分 2~3 次口服。加减:纳呆食少者加炒麦芽 15 g,白术 10 g;舌暗者加丹参 15 g,川芎 10 g;腮肿者加连翘 10 g,浙贝母 15 g,桔梗 10 g。

两组均以 30 天为 1 个疗程,治疗 3 个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 ①证候疗效的观察参照《中药新药临床研究指导原则》(中国医药科学技术出版社出版,2002 年版)进行观察记录。②每两周检查血沉(ESR)、免疫球蛋白(IgG、IgA、IgM)、Schirmer I 试验、角膜染色指数并进行记录。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(中国医

药科学技术出版社出版,2002年版)中干燥综合征的疗效判定标准。临床痊愈:症状全部消失,理化检查结果正常。显效:主要症状消失,理化检查结果明显改善。有效:主要症状部分消失,理化检查结果有所改善。无效:主要症状及理化检查结果无改善。

3.3 统计方法 全部资料均应用 SPSS13.0 软件进行统计分析。计数资料用 χ^2 检验或确切概率法,计量资料用 t 检验,等级资料间比较采用秩和检验。

3.4 结果

3.4.1 两组疗效比较 治疗组总有效率 92.00%, 对照组为 45.50%, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组疗效比较 (例 %)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	25	0	6	17	2	92.00
对照组	22	0	2	8	12	45.50

注:经两样本比较的秩和检验, $u=3.1696$, $P < 0.01$

3.4.2 主要症状体征改善情况 治疗组对口眼干燥症状的改善优于对照组 ($P < 0.05$), 而两组在关节肿痛及腮腺肿大方面比较改善无明显差异 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2 两组主要症状体征改善情况 (例)

组别		口干	眼干	关节肿痛	腮腺肿大
治疗组	治疗前	17	15	7	6
	治疗后	6 ^①	5 ^②	3 ^③	2 ^④
对照组	治疗前	15	12	6	5
	治疗后	11	9	4	3

注:两组治疗后比较,经 χ^2 检验,① $\chi^2=4.63$, $P < 0.05$;② $\chi^2=4.63$, $P < 0.05$;③ $\chi^2=0.09$, $P > 0.05$;④ $\chi^2=0.08$, $P > 0.05$

3.4.3 两组眼科检查情况及实验室指标变化比较 见表 3、表 4。

表 3 两组治疗前后眼科检查情况比较

组别	n	时间	Schirmer I 试验 (mm/5 min)	角膜染色试验 阳性(例)
治疗组	25	治疗前	5.74±2.65	18
		治疗后	8.68±2.93 ^①	8 ^②
对照组	22	治疗前	5.28±2.25	12
		治疗后	5.63±2.68	11

注:①经 t 检验, $t=3.705$, $P < 0.01$;②经 χ^2 检验, $\chi^2=1.5743$, $P > 0.05$

表 4 两组治疗前后实验室指标比较

组别	n		ESR(mm/h)	IgG(g/L)	IgA(g/L)	IgM(g/L)
治疗组	25	治疗前	36.87±23.70	21.58±7.58	5.72±3.10	2.23±1.13
		治疗后	21.33±13.66 ^{①②}	19.41±6.65 ^①	5.25±3.57 ^①	2.21±1.01
对照组	22	治疗前	46.28±29.36	21.69±6.67	5.93±2.07	2.74±1.11
		治疗后	45.46±30.82	21.17±5.47	5.87±2.58	2.76±0.93

注:同组治疗前后比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

3.4.4 不良反应 对照组 24 例中有 2 例因严重腹泻,停药退出治疗;4 例轻度腹泻,未退出治疗。治疗组 25 例中无一例发生药物不良反应。两组比较治疗组优于对照组 ($\chi^2=4.9855$, $P < 0.05$)。

4 讨论

干燥综合征在中医属“燥痹”范围,其起因多端,机理复杂,多为先天禀赋不足,阴津匮乏,或后天感受天行燥邪或温热病毒,损伤津液;或过服辛热燥烈而耗伤阴津。津液耗夺亏损,正常敷布运行代谢失调,津液枯竭则脏腑组织失运、失荣,人体皮肤、四肢、脏腑失于濡养,导致内外津涸液干则周身失于敷布润泽,燥邪内生,其根本为阴亏液耗^[2]。胃为“水谷之海”,胃阴不足,则失受纳、腐熟水谷精微,故津液生成不足,津液枯竭,肺阴不足则失宣发、肃降,津液不能输布周身,而脏腑肌肤失濡养而为燥痹。益胃汤润肺益胃,合用玉女煎清胃滋阴,两方合用达到润肺养阴之功效。方中重用麦冬、石斛为君药,以清热滋阴润燥,防燥热阴伤之患,且沙参、麦冬、天花粉、石斛、玄参、知母有润肺、益胃、滋肾的作用。生地黄清热滋阴、

凉血止血、生津止渴为臣药,与麦冬、石斛合用,金水相生,畅利三焦。白芍有敛阴益营之力,合用敛阴凉血而不恋邪。黄芪、太子参、陈皮、甘草健脾益气助运,气运则津行,阴充则燥解。以上诸药合用,共奏润肺益气养阴、清热布津之功效。临床研究中证实,麦冬、生地黄、石斛、白芍等对免疫功能也有良好的调节作用,能促进血中免疫复合物的清除,并可以治疗 PSS 的高球蛋白血症^[3]。此外, PSS 大多存在血液的高粘滞性,清热活血养阴中药能降低血液的粘滞性,从而改善腺体的血供,促进腺体分泌^[4]。本方除具有良好的安全性,在疗效方面最突出的优势是明显改善口干、眼干症状,临床已证实可降低患者升高的 IgG、ESR 水平,从另一个侧面反映本方通过调节细胞、体液免疫,达到有效治疗本病的作用。白芍总苷为亳白芍干燥根中提取物,其有抗炎、调节免疫功能的作用,其治疗 PSS 主要是通过对 T 细胞、B 细胞的影响达到治疗效果^{[1] 1810-1812}。

总之,中药养阴益气等药在 PSS 的治疗中有肯定的疗效,值得进一步深入研究。

参考文献

- [1] 蒋明, David Yu, 林孝义, 等. 中华风湿病学[M]. 北京: 华夏出版社, 2004.
- [2] 王海隆, 张显彬. 冯兴华治疗干燥综合征经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2007, 14(5): 85.
- [3] 沈丕安. 现代中医免疫病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 85.
- [4] 晏婷婷, 汪悦. 麦冬地芍汤治疗干燥综合征 20 例临床观察[J]. 南京中医药大学学报, 2008, 24(1): 63-64.

(编辑 刘 强)

普济消毒饮合青黛治疗流行性腮腺炎疗效观察

农志新¹, 兰日程²

(1. 崇左市大新县疾病预防控制中心, 广西 崇左 532300;

2. 广西壮族自治区民族医院, 广西 南宁 530001)

摘 要: [目的] 观察普济消毒饮合青黛治疗流行性腮腺炎的临床疗效。[方法] 100 例流行性腮腺炎患者按就诊顺序分成两组, 治疗组 50 例服用普济消毒饮, 外敷青黛; 对照组 50 例静脉注射利巴韦林注射液, 1 周后观察疗效。[结果] 治疗组治愈 40 例, 好转 8 例, 无效 2 例; 对照组治愈 15 例, 好转 20 例, 无效 15 例。治疗组的疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$)。[结论] 中药普济消毒饮合青黛治疗流行性腮腺炎临床疗效较好。

关键词: 流行性腮腺炎; 普济消毒饮; 青黛; 中西医结合疗法

中图分类号: R512.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1008-7486(2010)02-0015-02

流行性腮腺炎是一种由流行性腮腺炎病毒感染所致, 以腮腺无菌性肿胀及疼痛为特点的非化脓性炎症, 冬春季节多见, 可并发胰腺炎、睾丸炎、卵巢炎或脑炎。笔者自 2000 年以来, 采用普济消毒饮合青黛治疗流行性腮腺炎, 并与单纯的西药对比, 取得较好的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例均来自大新县疾病预防控制中心门诊部, 100 例流行性腮腺炎患者, 按就诊顺序分成两组。治疗组 50 例, 男性 30 例, 女性 20 例; 年龄 3~13 (6.54±5.62) 岁; 病程 1~5 (2.23±1.50) 天; 一侧腮腺肿大者 35 例, 两侧肿大者 15 例; 伴有发烧头痛者 41 例, 恶心呕吐者 10 例, 伴有睾丸炎者 2 例。对照组 50 例, 男性 32 例, 女性 18 例; 年龄 2~14 (6.96±4.23) 岁; 病程 1~6 (2.35±1.96) 天; 一侧腮腺肿大者 40 例, 两侧肿大者 10 例; 伴有发烧头痛者 39 例, 恶心呕吐者 8 例, 伴有睾丸炎者 4 例。两组病例性别、年龄、病程和并发症无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 所有患者均参照《中医病证诊断疗效标准》中“腮”的诊断标准^[1]确诊。临床表现: 发热, 以耳垂为中心弥漫性肿大, 表面不红, 边缘不清, 腮腺肿大或见颌下腺肿大, 血常规提示白细胞计数正常或偏低。

1.3 治疗方法 治疗组给予普济消毒饮, 药物组成: 黄芩 10 g, 黄连 4 g, 连翘 10 g, 板蓝根 10 g, 马勃 10 g, 牛蒡子 8 g, 玄参 10 g, 柴胡 10 g, 桔梗 10 g, 僵蚕 10 g, 升麻 8 g, 陈皮 8 g, 甘草 5 g。水煎服, 日服 1 剂。12 岁以内患儿用量减半。同时治疗组

给予青黛 3 g 水调外敷颈部, 每日 1 次。发烧头痛者予柴胡针或布洛芬片退烧。对照组给予利巴韦林注射液 5~10 mg·kg⁻¹·d⁻¹, 发烧头痛者予复方氨基比林针或布洛芬片退烧。两组伴睾丸炎病例者, 均予内服盐酸左氧氟沙星胶囊和甲硝唑片。两组病例均予隔离休息, 注意口腔清洁, 以流质清淡饮食为宜, 避免腥酸刺激性食物。治疗 7 天后对比观察两组临床疗效。

1.4 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]拟定。治愈: 热退, 腮肿及疼痛消失。好转: 热退, 腮肿及疼痛明显改善。无效: 发热、腮肿无改善, 或症状加重。

2 结果

见表 1。

表 1 两组疗效比较 (例 %)

组别	n	治愈	好转	无效	有效率
治疗组	50	40	8	2	96
对照组	50	15	20	15	70

注: 经 Ridit 检验, $u=4.6073$, $P < 0.01$

3 讨论

流行性腮腺炎是病毒经呼吸道侵入, 引起腮腺急性发炎的传染病, 好发于幼儿及学龄前儿童, 该病属中医学“痄腮”、“蛤蟆瘟”范畴。中医学认为, 小儿为纯阳之体, 易受热疫病毒侵害, 时邪疫毒从口鼻而入, 壅阻少阳阳明, 与气血相搏, 结于