

干燥综合征合并间质性肺炎的中医证型分布研究

郑殷望 曲环汝 戴薇薇 曹左媛 苏 励

(上海中医药大学附属龙华医院, 上海 200032)

摘 要 目的:探讨干燥综合征(SS)合并间质性肺炎(ILD)的中医证型分布及与实验室指标的相关性。方法:调查41例SS合并ILD患者的中医证型分布情况,观察并比较不同证型之间血沉(ESR)、C-反应蛋白(CRP)、免疫球蛋白(IgA, IgG, IgM)、补体(C3, C4)及类风湿因子(RF)的表达情况。结果:41例SS合并ILD患者中气阴两虚证18例(43.9%),肝肾不足10例(24.4%),阴虚肺燥证4例(9.8%),肺脾气虚证6例(14.6%),痰热壅肺证3例(7.3%)。SS合并ILD患者中痰热壅肺证患者ESR、CRP水平明显高于其余证型($P<0.05$),气阴两虚证IgG水平明显高于肺脾气虚证($P<0.05$)。结论:SS合并ILD的中医证型以气阴两虚和肝肾不足为主,其次为阴虚肺燥、肺脾气虚与痰热壅肺;ESR、CRP、IgG或可作为SS合并ILD患者的辨证依据。

关键词 干燥综合征 间质性肺炎 辨证分型

中图分类号 R593.2

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)03-0045-03

干燥综合征(Sjogren's disease, SS)是一种常累及外分泌腺的全身性炎症性疾病^[1]。间质性肺炎(Interstitial lung disease, ILD)作为SS临床较常见并且影响预后的并发症,已越来越引起临床医生的重视^[2]。目前中医关于干燥综合征合并间质性肺炎的相关研究较少,本研究拟对SS合并ILD患者的中医证型分布进行分析,并探讨实验室指标在SS合并ILD患者中对于证型分布的提示作用,现将结果报道如下。

1 临床资料

本研究病例均来源于2014年12月至2016年3月上海中医药大学附属龙华医院风湿科专科病房住院的病史资料完整的干燥综合征合并间质性肺炎患者,选择符合2002年制定的干燥综合征的国际分类(诊断)^[3],结合临床症状、影像学、肺功能、病理综合诊断符合间质性肺炎的患者^[4],共41例。男4例,女37例;年龄38~81岁,平均年龄(57.7 ± 11.7)岁;病程1~25年,平均病程(9.32 ± 7.26)年。

2 研究方法

2.1 观察内容

2.1.1 中医辨证分型 参考2002版《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]、《中医虚证辨证参考标准》^[6],并结合临床经验及干燥综合征合并间质性肺炎临床特点将患者分为以下5种证型:

痰热壅肺证:咳嗽,痰多色黄质稠,或白黏稠厚,或咳血痰,或咳吐不爽,胸胁胀满,咳引胸痛,或伴发热,气粗息涌,喉中痰鸣,伴口干欲饮,溲黄便干。舌红,苔黄或黄腻,脉滑数。

气阴两虚证:咳喘气短,声音低怯,活动耐力下降,稍动即喘,心悸胸闷,自汗盗汗,口燥咽干,或呛咳,痰少质黏,或咳吐涎沫,或咳嗽,痰中夹血,面色㿔白,形体消瘦,精神萎靡,乏力懒言。舌淡红或有齿痕,苔薄,脉沉细或细数。

肝肾不足证:胸闷气短,活动耐力尚可,无明显气促,偶尔咳痰,乏力,视物昏花,筋脉拘急,麻木,爪甲不荣,腰膝酸软,偶见下肢水肿,齿摇发落,咽干口燥,五心烦热,潮热汗出,或夜间盗汗,虚烦不寐,尿黄便干,夜尿增多。舌红少苔,脉沉弦细。

肺脾气虚证:胸闷气短,咳喘日久,痰清晰量多色白,多汗,易于外感,食欲不振,腹胀便溏,声低懒言,倦怠乏力,面色㿔白,甚则面浮足肿。舌淡或有齿痕,苔白,脉细弱。

阴虚肺燥证:胸闷气短,干咳,痰少而稠,或咯痰带血,声音嘶哑,神疲消瘦,皮毛干枯,口干眼干,鼻干齿燥。舌红无苔或干裂或苔黄少津,脉细数。

2.1.2 观察指标 血沉(ESR),C-反应蛋白(CRP),免疫球蛋白(IgA, IgG, IgM),补体(C3, C4)及类风湿因子(RF)等。

2.2 统计学方法 数据采用SPSS 19.0软件分析。其中计量资料中正态分布数据以($\bar{x} \pm s$)进行统计描述,非正态分布数据以中位数(四分位数间距)[M(Q)]进行统计描述;满足正态分布及方差齐性,组间比较可采用方差分析; $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

3 研究结果

3.1 SS合并ILD患者中医证型分布情况 41例SS合并ILD患者中医证型分布由高到低依次为:气阴两虚18例(43.9%),肝肾不足10例(24.4%),阴虚肺燥4例(9.8%),肺脾气虚6例(14.6%),痰热壅肺3例(7.3%),其中气阴两虚证与肝肾不足证为分布比例最高的证型,而痰热壅肺证则为比例最低的证型。

3.2 SS合并ILD患者中医证型与实验室指标的关系 结果见表1。各证型间IgA、IgM、RF、C3、C4水平差异无统计学意义($P > 0.05$),痰热壅肺证患者CRP、ESR水平明显高于其余证型($P < 0.05$),气阴两虚证患者IgG水平明显高于肺脾气虚证($P < 0.05$)。

表1 各中医证型SS合并ILD患者实验室指标比较($\bar{x} \pm s$ /M(Q))

组别	CRP(mg/L)	ESR(mm/h)	RF(IU/mL)	C3(g/L)	C4(g/L)	IgA(g/L)	IgM(g/L)	IgG(g/L)
气阴两虚	1.54±1.38	40.7±22.6	17.40(86.6)	0.95±0.19	0.18±0.05	3.11±1.22	1.13±0.70	20.98±7.21 [#]
肝肾不足	1.60±1.15	42.8±35.8	9.75(113)	0.95±0.36	0.19±0.06	2.83±0.89	0.93±0.57	17.49±6.98
阴虚肺燥	1.60±1.15	41.3±29.2	25.05(78.5)	1.73±0.86	0.25±0.05	3.33±1.99	0.90±0.21	17.80±8.18
肺脾气虚	1.69±1.97	35.5±24.9	48.08(110)	1.11±0.13	0.25±0.07	2.97±1.24	0.58±0.33	14.18±6.65
痰热壅肺	58.22±58.09 [*]	76.0±36.9 [*]	14.83(16.1)	1.19±0.13	0.23±0.08	4.28±2.45	1.44±0.97	19.63±0.58

注: *与其他证型比较, $P < 0.05$; #与肺脾气虚证型比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

干燥综合征是一种全身多系统累及的自身炎症性疾病,肺部受累的发生率约为9%~75%^[1]。有研究显示,17%~37.5%的SS患者在肺功能检测中可发现存在一氧化碳弥散量的减退,临床上并发严重ILD的情况相对较少^[1-2]。本研究纳入41例病例中,间质性肺病主要影像学表现以肺大泡或毛玻璃影为主,且改变均集中在两下肺,肺功能检测以限制性通气功能障碍和弥散功能减退为主,与文献报道相符。在大多数情况下,SS合并ILD较为隐匿,多呈现轻度和缓慢自限性发展过程,故而尚未引起临床医生足够重视,一旦出现相关体征,常提示肺部病变较为严重,相关研究也发现,SS合并ILD患者发生感染的风险^[2],提示我们在临床工作中应重视筛查SS合并ILD的患者,早期诊断和治疗

可改善患者预后。

目前临床上各医家对于SS中医证型的论述很多,诸如姚重华等^[7]将SS的辨证归纳为四个基本证型,即气阴两虚、外感燥毒、湿热内蕴和瘀血阻滞;李贵安等^[8]则将本病分为燥气伤肺型、脾胃阴虚型、肝肾阴虚型与气阴两虚型四型;叶一萍等^[9]将本病分五型,分别是阴虚火旺型、气滞血瘀型、湿热郁遏型、气阴两虚型与阳虚寒凝型。可见临床各医家对于SS的辨证分型均有各自见解,但均包含气阴两虚的分型。马武开等^[10]对干燥综合征中医证候分类临床文献研究归纳总结发现SS的证候分布特点以阴虚和阴虚夹实为主,阴虚是主要证候类型。结合文献及从SS合并ILD患者临床症状及体征表现可总结发现患者病因多为燥痹日久,燥邪内舍于肺,肺燥伤津,肺络失于濡养,发为肺痹;或情志所伤,郁而化火,损伤肝肾;或因脾为肺之母,肺虚子盗母气则脾亦虚,脾虚不能化水谷精微,难以上输养肺,则肺亦虚,故肺脾气虚;或外感热邪,邪热郁肺,蒸液成痰,痰热壅滞郁肺。以上诸因导致痹阻肺络,肺气不宣,而发为本病。虽然临床对于SS证型方面研究很多,但是对于SS合并ILD的证型分布研究尚有欠缺。本研究纳入的41例SS合并ILD患者的证型以气阴两虚为主,与SS患者证型分布类似,主要由于燥邪伤及气阴。但由于SS合并ILD患者常伴有咳嗽咳痰等肺系症状,如出现感染后常伴有发热咳黄脓痰

等症状,故可有痰热壅肺为标,阴虚为本的证型表现,或患者因久病咳喘,耗伤肺气,子病及母,影响脾气,或饮食不节,脾胃受损,上不生金,累及于肺所致肺脾两虚,或患者久病出现肺阴耗损,而出现胸闷气短、干咳、痰少而稠或咯痰带血、声音嘶哑、神疲消瘦、皮毛干枯等阴虚肺燥的症状,故此类证型可多见于SS合并ILD患者,与SS患者略有不同。本研究中发现SS合并ILD患者中痰热壅肺证患者CRP水平明显高于其余证型,提示痰热壅肺证患者可能处于间质性肺炎急性加重期,治疗上可予以清热化痰止咳为主。此外不同证型间IgG表达水平存在差异,提示其可作为SS合并ILD患者的辨证依据。由于本次研究纳入样本量有限,今后仍可通过纳入更多SS合并ILD患者扩大研究范围,获取更有借鉴意义的结果。

动力型外固定支架结合小夹板治疗中老年桡骨远端粉碎性骨折 30 例临床研究

严培军 王培民 张惠法 茆 军 魏成建 陈巨鹏

(南京中医药大学附属医院, 江苏省中医院, 江苏南京 210029)

摘要 目的:观察动力型外固定支架结合小夹板治疗中老年桡骨远端粉碎性骨折的临床疗效。方法:选出符合纳入标准的患者 60 例,随机分为对照组与治疗组,每组 30 例。对照组采用动力型腕关节外固定支架外固定治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用小夹板外固定治疗。分别于复位前、术后 2d、术后 4 周、术后 8 周行 X 线摄片测量并比较 2 组患者掌倾角、尺偏角和桡骨高度,于术后 12 周行 Gartland-Werley 腕关节功能评分。结果:术后各时期 2 组患者掌倾角、尺偏角、桡骨高度均较术前有明显改善 ($P < 0.05$),其中治疗组掌倾角改善明显优于对照组 ($P < 0.05$);2 组患者治疗后 Gartland-Werley 腕关节功能评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论:运用动力型外固定支架结合小夹板固定治疗中老年桡骨远端粉碎性骨折,在维持腕关节掌倾角方面优于单纯使用外固定支架,值得进一步研究。

关键词 桡骨远端骨折 外固定支架 小夹板 中年人 老年人 骨折固定术

中图分类号 R683.410.5 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2018)03-0047-03

桡骨远端骨折 (distal radius fracture) 是指距离桡骨远端关节面 3cm 以内的骨折,是骨伤科常见病之一,多发于中老年女性。对于无明显移位或移位较小的稳定性骨折,闭合复位夹板或石膏外固定仍是

目前主要的治疗方法。但对于不稳定的桡骨远端骨折,特别是涉及关节面的粉碎性骨折,很多学者主张首选外固定支架治疗^[1-2]。但临床使用发现对于粉碎性骨折患者,外固定支架也有一定的局限性,有时常

参考文献

- [1] HANSEN A, LIPSKY P E, DÖRNER T. New concepts in the pathogenesis of Sjögren syndrome: many questions, fewer answers[J]. Curr Opin Rheumatol, 2003, 15 (5): 563.
 - [2] NANNINI C, JEBAKUMAR A J, CROWSON C S, et al. Primary Sjögren's syndrome 1976-2005 and associated interstitial lung disease: a population-based study of incidence and mortality[J]. BMJ Open, 2013, 3 (11): e003569.
 - [3] 董怡. 论 2002 年干燥综合征分类 (诊断) 标准[J]. 中华风湿病学杂志, 2003, 7 (1): 1.
 - [4] 林莉, 张光峰, 张晓, 等. 结缔组织病肺间质病变的临床、影像和病理诊断[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2009, 3 (4): 272.
 - [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 342.
 - [6] 沈自尹. 中医虚证辨证参考标准[J]. 中西医结合杂志, 1983 (2): 117.
 - [7] 姚重华, 苏励, 田雨, 等. 干燥综合征辨证新悟[J]. 上海中医药杂志, 2010, 44 (4): 54.
 - [8] 李贵安, 陈爱林, 王素芝. 中医辨证分型治疗干燥综合征 56 例[J]. 陕西中医, 2007, 28 (2): 168.
 - [9] 叶一萍. 试述干燥综合征的分型辨证[J]. 浙江中医杂志, 2010, 45 (8): 572.
 - [10] 马武开, 唐芳, 王莹, 等. 干燥综合征中医证候分类临床文献研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28 (2): 482.
- 第一作者:** 郑殷望 (1991—), 女, 硕士研究生, 研究方向为风湿病的基础与临床。
- 通讯作者:** 曲环汝, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师. 13761438852@163.com
- 修回日期: 2017-11-11
- 编辑: 吴 宁