

麦门冬汤合芍药甘草汤加减治疗老年人干燥综合征短期临床观察

谢锐龙, 李华锋, 谭永振

广州医科大学附属第二医院中医科, 广东 广州 510260

[摘要] 目的: 观察麦门冬汤合芍药甘草汤加减治疗老年人干燥综合征临床疗效。方法: 将 34 例老年人干燥综合征患者随机分为 2 组。西医组给予强的松 15mg, 雷公藤多甙片 20mg; 中西医结合组在西医组治疗基础上加用麦门冬汤合芍药甘草汤加减治疗; 2 组均治疗 8 周。结果: 中西医结合组总有效率 86.4%, 西医组总有效率 66.7%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。2 组治疗前后唾液流量、血沉 (ESR)、IgG 及疾病活动指数 (EULAR) 比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后中西医结合组唾液流量、EULAR 与西医组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 麦门冬汤合芍药甘草汤加减联合小剂量激素及小剂量雷公藤多甙片治疗老年人干燥综合征安全、有效, 能更好地缓解患者的口干症状, 降低患者的 EULAR 指数, 改善患者的生存质量。

[关键词] 干燥综合征; 老年; 麦门冬汤; 芍药甘草汤; 雷公藤多甙

[中图分类号] R442.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 01-0053-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.01.025

干燥综合征(Sjögren's syndrome, SS)是一种主要侵犯全身外分泌腺的慢性自身免疫性疾病。以唾液腺和泪腺受侵犯为主, 呼吸系统、血液系统、泌尿系统、阴道等外分泌腺均可累及, 且常出现腺外病变, 其患病率约 0.5%~5%^[1], 是临床上常见的一种风湿性疾病。随着我国老年人口的增多, 老年人干燥综合征的患病人群也迅速增多, 但目前国内文献对此研究的报道较少。笔者以麦门冬汤合芍药甘草汤加减治疗原发性 SS, 取得较好的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2013 年 1 月—2015 年 5 月本院住院及门诊 SS 患者, 共 34 例, 年龄 62~87 岁, 男 6 例, 女 28 例。将 34 例患者随机分 2 组, 中西医结合组 22 例, 男 4 例, 女 18 例; 年龄 62~87 岁, 平均(70.0±5.2)岁。西医组 12 例, 男 2 例, 女 10 例; 年龄 63~84 岁, 平均(71.8±6.7)岁。2 组年龄、性别比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 所有的患者均符合 2002 年修订的 SS 国际诊断(分类)标准, 并排除获得性免疫缺陷综合征、恶性淋巴瘤、毒性弥漫性甲状腺肿以及类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮等其它弥漫性结缔组织疾病。

2 治疗方法

2.1 西医组 给予强的松 15 mg, 每天早上口服。雷公藤多甙片(福建汇天生物制药有限公司)20 mg, 每天 1 次。

2.2 中西医结合组 在西医组治疗基础上加用中药方。处方: 党参、茯苓、薏仁肉各 10 g, 麦冬、白芍各 20 g, 法半夏 9 g, 葛根 15 g, 炙甘草 5 g(中药配方颗粒, 广东一方制药公司), 每天 1 剂, 分 2 次服。

2 组均治疗 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 按欧洲风湿病联盟提出的新的 SS 疾病活动指数(EULAR)进行评分^[2](0~30 分), 并记录患者治疗前后得分情况。唾液流量测定: 置小杯于腮腺导管口, 在舌边缘滴数滴柠檬汁, 15 min 内收集自然流出唾液, 并记录患者治疗前后唾液量。Schimmer 测定: 采用 5.0 mm×3.5 mm 滤纸 1 片, 距一端 5 mm 处折成直角, 将该端置入眼睑结膜内, 5 min 取下滤纸, 并记录患者治疗前后的值。实验室指标: 记录患者治疗前后的血常规、肝肾功能、血沉(ESR)、血清 IgG 值。

3.2 统计学方法 运用 SPSS13.0 软件统计分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以率表示, 采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效: 临床症状缓解, 唾液流量增加 $\geq 50\%$, ESR 下降 $\geq 50\%$, 或 IgG 下降 $\geq 20\%$ 。有效: 临床症状有所缓解, 唾液流量增加 $\geq 25\%$ (且 $<50\%$); ESR 下降 $\geq 25\%$ (且 $<50\%$), 或 IgG 下降 $\geq 10\%$ (且 $<20\%$)。无效: 临床症状缓解不明显, 唾液流量增加 $<25\%$, ESR 下降 $<25\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 中西医结合组显效 5 例, 有效 14 例, 无

[收稿日期] 2015-06-22

[基金项目] 广东省中医药局课题 (20131263)

[作者简介] 谢锐龙 (1969-), 男, 副主任医师, 主要从事中西医结合风湿病临床诊治工作。

[通讯作者] 谭永振, E-mail: xie_ruilong@sina.cn.

效3例,总有效率86.4%;西医组显效1例,有效8例,无效4例,总有效率66.7%;2组比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.84, P>0.05$)。

4.3 2组治疗前后唾液流量、Schimmer I 试验、ESR、IgG及EULAR比较 见表1。2组治疗前后唾液流量、ESR、IgG及EULAR比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后中西医结合组唾液流量、EULAR与西医组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组治疗前后唾液流量、Schimmer I 试验、ESR、IgG及EULAR比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	唾液流量 (mL/15min)	Schimmer I (mm/5min)	ESR(mm/h)	IgG(L)	EULAR
中西医组	22	治疗前	1.07±0.57	3.23±1.90	45.50±24.59	19.15±3.20	10.86±3.69
		治疗后	1.47±0.33 ^①	3.32±1.58	28.41±10.38 ^②	17.28±2.39 ^②	6.64±3.42 ^②
西医组	12	治疗前	1.04±0.53	3.03±1.44	44.83±17.31	19.00±2.62	11.83±3.54
		治疗后	1.18±0.44 ^{②③}	3.58±1.73	27.00±10.90 ^②	16.96±2.53 ^②	9.33±3.03 ^{②③}

与本组治疗前比较,① $P<0.05$;与中西医结合组治疗后比较,② $P<0.05$

4.4 2组毒副作用 中西医结合组有2例出现腹部不适,纳差症状加重,其中1例患者谷丙转氨酶及谷草转氨酶轻度升高(2倍以内);西医组1例患者出现头晕、心悸、乏力症状加重。

5 讨论

由于SS病情进展缓慢,老年患者对于本病引起的临床症状表现为一定的耐受性,未能引起足够的重视并及时进行临床诊治,其发病时间(病程)难以统计。现代医学认为,羟氯喹、甲氨喋呤及环孢素A等药物对治疗SS具有缓解病情和减少患者血浆中的急性期蛋白的产生和降低已升高的免疫球蛋白水平^[1]。但由于以上药物毒副作用明显,老年人长期使用存在安全隐患,临床使用并不普遍。因此,寻找适合老年SS安全、有效的治疗方案,具有现实的临床意义。本研究使用小剂量强的松和小剂量雷公藤多甙片,并(或)结合中医药治疗老年SS,取得一定的临床疗效。雷公藤多甙片临床用上RA、SLE等风湿疾病较广泛,但有关治疗SS的报道并不多,本研究说明小剂量强的松和小剂量雷公藤多甙片联合治疗SS是有效的,老年人使用短期内较为安全。通过2组治疗前后的比较,虽然总有效率不存在显著差异,但唾液流量测定和EULAR指数存在显著差异,中西医结合组优于西医组,说明本中药(复方)对

改善老年SS患者的口干症状,提高生存质量具有积极作用。

SS属中医学燥痹、燥证范畴。其病机多被认为“阴虚之体,内伤积劳,精气内耗,渐至精血虚少,诸脏失濡,气阴亏虚;亦有热邪内积,日久阴津亏耗,化为内燥,精血津液亏损,机体孔窍无以濡润;或因三焦气化不利,中焦脾胃转枢失司,津液运化敷布失常”^[2]。正是基于以上发病机制,治疗上以滋补阴津为基本原则。本研究采用麦门冬汤合芍药甘草加减而成,方中麦冬养阴生津,清降虚火,润肺益胃为君药。人参益气生津,补中益肺;白芍滋阴养血,敛阴和肝,逐血痹,二者共为臣。半夏降逆和胃,通胃气;葛根生津止渴、升阳止泻,与白芍共用,具解肌止痛之效;菝葜仁肉养肝明目,治目暗羞明;茯苓益脾和胃,宁心安神;四味共为佐药,炙甘草补脾和胃,并起调和作用,为使药。诸药合用,共奏养阴生津、清燥布津之效。现代中药研究发现麦冬中所含麦冬多糖可降低干扰素- γ (IFN- γ)及白细胞介素-10(IL-10)的表达,防止颌下腺被淋巴细胞浸润,从而起到保护颌下腺的作用^[4];而白芍所含白芍总苷可以缓解SS患者的口干、眼干涩症状,并能降低患者的血沉和 γ 球蛋白的作用^[5]。综上,小剂量激素联合小剂量雷公藤多甙片治疗老年SS是安全、有效;联合中医药麦门冬汤合芍药甘草汤加减治疗,能更好地缓解患者的口干症状,降低患者的EULAR指数,改善患者的生存质量。

[参考文献]

- [1] 左晓霞,陶立坚,高洁生,等译. 凯利风湿病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:944-962.
- [2] 丁艳,何菁. 欧洲风湿病联盟提出新的干燥综合征疾病活动指数[J]. 中华风湿病学杂志,2010,14(8):567-568.
- [3] 孙丽英,吴晓丹. 中医学对干燥综合征病因病机的认识[J]. 中医药学报,2008,36(5):5-7.
- [4] 李成萌,汪悦,孙丽霞,等. 麦冬多糖对NOD小鼠颌下腺保护作用研究[J]. 中国免疫学杂志,2014,30(2):198-201.
- [5] 鲁静,沈晖,刘新宇,等. 白芍总苷治疗干燥综合征的临床观察[J]. 中国现代医学杂志,2006,16(1):78-80.

(责任编辑:马力)