

强直性脊柱炎患者骨密度、骨代谢指标 与中医辨证分型的关系

孔维萍 阎小萍 张卫 陶庆文 路平

中图分类号: R681 文献标识码: A 文章编号: 1006-7108(2011)04-0328-05

摘要: 目的 检测 1051 例强直性脊柱炎(AS)骨密度(BMD)、骨代谢指标,探讨其与五种中医辨证分型的关系。方法 酶联免疫法、放射免疫法检测 1051 例 AS 患者及 260 例同期健康体检者血清骨钙素、骨碱性磷酸酶、I 型胶原羧基端延长肽、I 型胶原交联 C 末端肽及尿脱氧吡啶啉水平。双能 X 线法检测对照组与 AS 组腰椎、股骨颈、股骨粗隆 BMD。并检测 AS 组 ESR、CRP 水平。探讨不同证型 AS 患者上述指标的异同。结果 五个证型患者的腰椎 BMD 均显著降低,除湿热伤肾证的股骨颈 BMD 与对照组相比无明显减低外,其余四个证型的股骨颈、股骨粗隆 BMD 及湿热伤肾证的股骨粗隆 BMD 均较对照组显著降低。AS 患者邪郁化热证、湿热伤肾证的 ESR、CRP 高于其他证型,尤高于肾虚督寒、邪及肝肺证。肾虚督寒、邪及肝肺、邪痹肢节证的骨生成指标低于湿热伤肾、邪郁化热证。湿热伤肾、邪郁化热证的骨吸收指标高于其他证型。与对照组比较各证型骨吸收水平均显著增高。结论 AS 患者的 BMD 的降低,是骨质受损的外在表现,与肾虚亏虚密切相关。五个证型均存在着肾虚督亏骨质受损的表现,并存在着正气的偏虚、邪气的偏盛。但湿热伤肾、邪郁化热证的邪气更盛,治疗应更注重于驱邪;肾虚督寒、邪及肝肺、邪痹肢节证的正气更虚,治疗应更偏重于扶正。

关键词: 强直性脊柱炎; 骨密度; 骨代谢; 辨证分型

The relationships among bone mineral density, bone metabolic parameters, and syndrome differentiation typing in Chinese medicine in ankylosing spondylitis patients KONG Weiping, YAN Xiaoping, ZHANG Wei, et al. Sino-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China

Corresponding author: YAN Xiaoping, Email: yanxiaoping1688@126.com

Abstract; Objective Bone mineral density (BMD) and bone metabolic parameters were measured in 1051 ankylosing spondylitis (AS) patients. The relationships among these and 5 syndrome differentiation types of Chinese medicine were explored. **Methods** Serum osteocalcin, bone specific alkaline phosphatase, C-telopeptide of type I collagen, and pyridinoline cross-linked carboxy-terminal telopeptide of type I collagen were determined using ELISA and immunoradiological methods in 1051 AS patients and 260 healthy people. BMDs of the lumbar spine, femoral neck, and the femoral tuberosity in both AS group and control group were measured using DXEA. ESR and CRP levels were also measured in AS group. The difference of the parameters in patients of varied syndrome differentiation types was explored. **Results** BMD of the lumbar spine in patients of all 5 syndrome differentiation types was significantly decreased. Except in damp heat and impairment of kidney type, BMDs of the femoral neck and the femoral rough in all other syndrome types, and the femoral tuberosity in damp heat and impairment of kidney type, were significantly decreased compared to the control. ESR and CRP levels in AS group of stagnant pathogen and heat-transmission and damp heat and impairment of kidney syndromes were higher than other syndromes, especially higher than nephraesthesia cold syndrome and pathogens impairing liver and lung syndrome. Bone formation parameters of nephraesthesia cold syndrome, pathogens impairing liver and lung syndrome, and exogenous deafness of extremities syndrome were lower than those of damp heat and impairment of kidney and stagnant pathogen and heat-transmission syndromes. Bone resorption parameters of damp heat and impairment of kidney and stagnant pathogen and

作者单位: 100029 北京, 中日友好医院中医风湿病科

通讯作者: 阎小萍, Email: yanxiaoping1688@126.com

heat-transmission syndromes were higher than those of other syndromes. Bone resorption parameters of all syndromes were significantly higher than those of control group. **Conclusion** The decrease of BMD in AS patients was the superior appearance of bone damage which was closely related to nephraesthesia cold. All the five syndromes existed nephraesthesia cold-related bone damage, and co-existed weak vital qi and strong pathogenic qi. The pathogenic qi was more obvious in damp heat and impairment of kidney and stagnant pathogen and heat-transmission syndromes. The treatment should pay more attention to eliminating pathogen. The weak vital qi was more obvious in nephraesthesia cold, pathogens impairing liver and lung, and exogenous deafness of extremities syndromes. The treatment should pay more attention to strengthening body resistance.

Key words: Ankylosing spondylitis; Bone mineral density; Bone metabolism; Syndrome differentiation

强直性脊柱炎 (Ankylosing Spondylitis, AS) 是一种慢性炎性疾病, 主要侵犯中轴骨骼, 以骶髂关节炎为标志。本病有明显家族聚集现象, 并与 HLA-B27 密切相关, 炎症累及滑膜关节和软骨关节以及肌腱、韧带附着于骨的部位 (肌腱端), 常引起纤维性和骨性强直^[1]。值得注意的是本病在存在纤维性骨化的同时还伴有不同程度的骨量丢失, 常导致骨密度的减低, 并伴有骨代谢的异常^[2]。祖国医学中多数医家认为本病病因病机是由肾督亏虚、感受外邪而发病。阎小萍教授继承焦树德教授学术思想, 将 AS 归为“大偻”, 提出 AS (大偻) 的病因病机主要是肾督正气不足, 风寒湿热之邪 (尤其是寒湿偏重者) 深侵肾督而致, 并根据多年临床经验将本病分为六个证型: 肾虚督寒证、邪郁化热证、湿热伤肾证、邪痹肢节证、邪及肝肺证和缓解稳定证。我们前期的研究显示不同证型的 AS 患者存在不同程度的骨密度减低, 我们认为以骨量减少为标志的骨密度下降是肾督亏虚的外在表现^[3]。但有关不同 AS 证型之间骨代谢指标、免疫炎症指标异同的研究尚未见报道。本研究进一步讨论 AS 各证型骨密度、骨代谢相关指标间的异同, 以探讨中医“证”在客观指标上的不同表现, 为探索“证”的实质提供依据。

1 资料和方法

1.1 临床资料

1051 例 AS 患者系 2003 年 1 月至 2008 年 8 月北京中日友好医院中医风湿病科的年龄 20~45 岁之间的门诊及住院患者, 均符合 1984 年修订的 AS 纽约分类标准。男性 852 例, 女性 199 例, 男女之比 4.28:1; 平均年龄 31.16 ± 6.14 ; 平均病程 7.30 ± 5.34 年; HLA-B27 阳性者 914 例, 阳性率 87%; 骶髂关节像分级, II 级占 22.93% (241 例), III 级占 55.95% (588 例), IV 级占 21.22% (222 例)。1051 例 AS 患者均排除曾使用激素患者; 内分泌疾病患

者或其他可引起继发骨质疏松疾病患者; 同时排除合并有其他血清阴性脊柱关节病及其他风湿病者。标本采集前 4 周均未使用免疫抑制剂。健康对照组 260 例来自同医院同期健康体检者, 男性 210 例, 女性 50 例, 男女之比 4.2:1; 平均年龄 31.14 ± 5.82 。疾病组与健康组性别、年龄比较无显著差异 ($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 AS 诊断标准: 依据美国风湿病学会 1984 年修订的 AS 纽约分类标准^[4]。

1.2.2 中医证候诊断标准: 参照《中药新药治疗痹病的临床研究指导原则》^[5] 中关于痹症的辨证分型及证候特点; 并结合焦树德教授和阎小萍教授长期临床辨证论治 AS (大偻) 的经验^[6], 综合拟定而成。

(1) 肾虚督寒证: 证候特点: 腰骶胯僵硬不舒、俯仰受限, 颈椎脊背僵痛、活动不利, 甚则腰脊僵直或变形, 行走、坐卧不能, 畏寒喜暖, 得热则舒。四末不温, 小便清长或夜尿频多, 男子阴囊湿冷, 女子白带寒滑。舌苔薄白或白厚, 脉多沉弦或沉细, 尺弱。

(2) 邪郁化热证: 证候特点: 腰骶胯尻僵痛、困重, 甚则牵及脊项, 无明显畏寒喜暖, 反喜凉爽。伴五心烦热、口干咽燥、急躁易怒, 发热或午后低热、纳呆倦怠、大便干、小便黄。舌偏红, 舌苔黄白相间, 脉象多沉弦细数, 尺脉弱小沉弦。

(3) 湿热伤肾证: 证候特点: 腰骶胯尻酸痛、晨僵不适, 身热不扬、绵绵不解、汗出心烦, 或伴见关节红肿灼热痛, 或有积液, 屈伸活动受限。口苦黏腻或口干渴而不欲饮、腕闷纳呆, 大便溏软或黏滞不爽、小便黄赤。舌质偏红, 苔腻或黄腻, 脉滑细或滑数。

(4) 邪痹肢节证: 证候特点: 病变初起表现为髋、膝、踝、上肢、趾、足跟等关节疼痛, 沉僵、兼见腰脊颈僵痛不舒、活动不能, 或除腰脊胯尻疼痛以外并可累及下肢为主的大关节晨僵疼痛, 肿胀伴见倦怠

乏力,纳谷欠馨等。痛处多见畏寒喜暖(亦有无明显畏寒,反喜凉爽,发热者)。舌质暗红,苔白,脉沉弦或沉细弦。

(5)邪及肝肺证:证候特点:腰背疼痛,心烦易怒,锁骨、胸肋等疼痛或伴有压痛,或伴胸闷、气短、咳嗽、气喘等,或伴有腹股沟处疼痛,或伴双目干涩、疼痛、发痒,大便或干或稀,舌苔薄白或微黄,脉象多沉弦。

注:缓解稳定证为经治疗后病情控制稳定,无明显自觉症状及体征,故未纳入。

1.2 观察方法

1.2.1 标本及试剂:清晨空腹采集 AS 患者及健康对照组肘静脉血,标本取出后立即于 3000r/min 离心 15min,收集血清,于 -70℃ 冰箱保存备检。避光收集 AS 患者及健康对照组清晨空腹二次晨尿,于 -70℃ 冰箱保存备检。检测 AS 患者及健康对照组血清骨钙素(BGP)、降钙素(H-CT)、甲状旁腺激素(PTH)、I 型胶原羧基端延长肽(CICP)、血清骨碱性磷酸酶(BALP)、I 型胶原交联 C 末端肽(CTX)及尿脱氧吡啶啉(DPD)水平。BGP 采用放射免疫法检测,试剂盒由中国原子能研究院同位素研究室提供。尿 DPD、CICP、BALP 采用 ELISA 法检测,试剂盒由美国 Metra. Boissystem, Inc. 提供。CTX 采用 ELISA 法检测,试剂盒由丹麦 Osteometer 公司提供。

1.2.2 骨密度观察:检测 AS 患者及健康对照组腰椎、股骨颈、股骨粗隆骨密度,使用仪器为美国 LUNAR 公司生产的 DPX-L 型骨密度仪。其中腰椎骨密度取(L₁₋₄)平均值。

1.2.3 其他实验室检查:清晨空腹采集 AS 患者肘静脉血,检测 ESR、CRP 水平。

1.3 统计学方法

计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 应用 SPSS V11.5 软件进行统计分析。计量资料采用 *t* 检验,单因素方差分析。

2 结果

2.1 AS 中医辨证分型

1051 例 AS 患者中肾虚督寒证者 716 例

(68.12%),邪郁化热证者 91 例(7.71%),湿热伤肾证者 67 例(6.37%),邪痹肢节证者 82 例(7.80%),邪及肝肺证者 95 例(9.04%)。

2.2 不同证型 AS 患者骨密度的比较

AS 患者五个证型腰椎骨密度较对照组相比均有显著降低,肾虚督寒证($P < 0.001$),邪郁化热证($P < 0.01$),邪痹肢节证($P < 0.05$),湿热伤肾($P < 0.001$),邪及肝肺证($P < 0.001$)。各证型间比较无显著性差异。

股骨颈骨密度邪痹肢节证较肾虚督寒、湿热伤肾证比较显著性减低($P < 0.05$, $P < 0.01$),其他证型间无显著性差异。与对照组比较肾虚督寒证、邪郁化热证、邪痹肢节证、邪及肝肺证均显著降低($P < 0.01$, $P < 0.001$, $P < 0.001$, $P < 0.001$),湿热伤肾证无显著性差异。

股骨粗隆骨密度各组间比较无显著性差异。与对照组比较均有显著性差异($P < 0.001$, $P < 0.001$, $P < 0.001$, $P < 0.001$, $P < 0.01$)。见表 1。

表 1 各证型骨密度比较($\bar{x} \pm s$)

组别	腰椎 BMD	股骨颈 BMD	粗隆 BMD
对照组	1.14 ± 0.13	0.96 ± 0.12	0.82 ± 0.12
肾虚督寒	1.02 ± 0.21***	0.91 ± 0.17***	0.73 ± 0.13***
邪郁化热	1.07 ± 0.18**	0.87 ± 0.12***	0.70 ± 0.13***
湿热伤肾	1.05 ± 0.10***	0.93 ± 0.12**	0.69 ± 0.12***
邪痹肢节	1.10 ± 0.22*	0.80 ± 0.16***	0.67 ± 0.11***
邪及肝肺	1.03 ± 0.22***	0.87 ± 0.16***	0.68 ± 0.14**

注:与对照组比较 * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$;与邪痹肢节证比较 * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$

2.3 不同证型 AS 患者 ESR、CRP 的比较

AS 患者五个证型中邪郁化热证 ESR 与肾虚督寒证、邪及肝肺证比较有显著性差异($P < 0.01$, $P < 0.01$),其余证型间无显著性差异。

AS 患者五个证型中湿热伤肾证 CRP 较邪及肝肺证、肾虚督寒证显著增高($P < 0.01$, $P < 0.001$)。邪郁化热证 CRP 较肾虚督寒证比较显著增高($P < 0.05$)见表 2。

表 2 各证型 ESR、CRP 比较($\bar{x} \pm s$)

项目	肾虚督寒	邪郁化热	湿热伤肾	邪痹肢节	邪及肝肺
ESR	34.37 ± 26.31**	48.50 ± 29.74	45.50 ± 27.88	42.95 ± 31.40	34.38 ± 25.82**
CRP	1.92 ± 2.38***	3.17 ± 2.78	4.29 ± 6.30	2.93 ± 2.29	1.79 ± 1.63**

注:与邪郁化热证比较 * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$;与湿热伤肾证比较 ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$

2.4 不同证型骨代谢指标比较

2.4.1 骨生成指标比较:AS 患者五个证型中 BGP 水平湿热伤肾证较肾虚督寒证、邪及肝肺证显著增高($P < 0.05$),并较对照组显著增高($P < 0.05$)。其余证型间及与对照组间无显著差异。

AS 患者五个证型的 CICP、BAP 水平各证型间及与对照组间无显著差异。见表 3。

表 3 不同证型 BGP、CICP、BAP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	BGP	CICP	BAP
对照组	2.32 ± 1.04	6.85 ± 3.34	26.82 ± 8.14
肾虚督寒	2.57 ± 1.99 [*]	7.23 ± 3.16	27.12 ± 8.71
邪郁化热	2.84 ± 2.12	8.42 ± 3.97	30.48 ± 8.52
湿热伤肾	4.16 ± 3.87 [*]	7.69 ± 3.06	29.30 ± 7.63
邪痹肢节	2.63 ± 2.18	7.52 ± 2.99	27.98 ± 8.17
邪及肝肺	2.54 ± 2.51 [*]	7.49 ± 3.18	28.56 ± 8.45

注:与对照组比较^{*} $P < 0.05$;与湿热伤肾证比较^{*} $P < 0.05$

2.4.2 骨吸收指标比较:AS 患者五个证型尿 DPD、CTX 水平较对照组均显著增高($P < 0.001$),各证型之间无显著差异。见表 4。

表 4 不同证型尿 DPD、CTX 比较

组别	DPD	CTX
对照组	4.30 ± 2.06	0.63 ± 0.30
肾虚督寒	9.96 ± 8.04 ^{***}	0.93 ± 0.83 ^{***}
邪郁化热	11.81 ± 6.19 ^{***}	1.15 ± 0.62 ^{***}
湿热伤肾	10.07 ± 4.49 ^{***}	1.16 ± 0.23 ^{***}
邪痹肢节	9.90 ± 6.47 ^{***}	0.97 ± 0.29 ^{***}
邪及肝肺	8.59 ± 4.17 ^{***}	0.98 ± 0.57 ^{***}

注:与对照组比较^{***} $P < 0.001$

2.4.3 钙调激素水平比较:AS 患者五个证型的 PTH、H-CT 水平较对照组比较无显著差异,各证型之间比较无显著差异。见表 5。

表 5 不同证型 PTH、H-CT 水平比较

组别	PTH	H-CT
对照组	61.44 ± 20.63	18.23 ± 26.92
肾虚督寒	47.68 ± 29.01	18.21 ± 25.49
邪郁化热	56.76 ± 32.29	19.27 ± 24.63
湿热伤肾	47.83 ± 20.59	17.35 ± 28.90
邪痹肢节	48.94 ± 36.40	19.34 ± 21.26
邪及肝肺	45.85 ± 28.11	17.56 ± 23.78

3 讨论

祖国医学中诸医家根据 AS 的发病和临床表现将其归属为“骨痹”、“顽痹”、“尪痹”等,多数医家

认为本病病因病机是由肾督亏虚、感受外邪、内外合邪而发病。阎小萍教授在学习继承前贤理论的基础上,继承焦树德教授学术思想,认为“大倮”主指 AS,提出 AS(大倮)^[6]的病因病机主要是肾督阳气不足或因风寒湿热诸邪(尤其是寒湿偏重者)深侵肾督而致。督行于脊背通于肾,总督人身诸阳,督脉受邪则阳气开阖不得,布化失司。肾藏精主骨生髓,肾受邪则骨失淖泽,且不能养肝荣筋,血海不足,冲任失调,脊背腰膝之阳失布化,阴失营荣,加之寒凝脉涩,必致筋脉挛急,脊柱僵曲可生大倮之疾;或因久居湿热之域及素嗜辛辣伤脾蕴湿,化热交结,湿热之邪乘虚入侵痹阻肾督,阳之布化失司,阴之营荣失职,湿热蕴结,伤骨则痹痛僵曲而不遂,损筋则“软短”、“弛长”而不用,亦可生大倮之疾;或因肾督虚,邪气实,寒邪久郁,或长服温肾助阳药后阳气聚旺,邪气从阳化热,热盛阴伤,阳之布化受抑,阴之营荣伐源,筋脉挛废,骨痹病僵,还可生大倮之疾。若兼邪痹胸胁、筋骨、四肢关节,而见胸胁疼痛不展,肢体关节肿痛僵重,曲伸不利等等。此外,膀胱、肝、胆、脾、胃、冲、任、带、阳跷、阴跷、阳维、阴维等经循行与肾督相贯通,且各经脉又通过众多的交会穴而息息相联系,因而病变不仅表现在肾督,还会波及肝、脾、肺、肾、心、胃、肠、膀胱等脏腑和殃及目、口、前后二阴等窍而产生病变。总之肾督亏虚,外邪深侵肾督是本病的主要原因。关于肾与骨的关系,古代文献中论述颇丰,如《素问·逆调论》说:“肾者水也,而生于骨,肾不生则骨髓不能满,故寒甚至骨也。”《素问·宣明五气篇》明确指出:“肾主骨”。清代唐宗海《中西医经精义·脏腑所合》在总结前人基础上指出:“肾藏精,精生髓,髓生骨,故骨者肾之所合也;髓者,肾精所生,精足则髓足,髓在骨内,髓足则骨强。”导师认为,肾精不足,无以化生肾阳、肾阴,肾阳不足,肾失温煦,骨之生长失其动力;肾阴不足,骨失濡养,而质松质脆。且督脉与肾密切相关,《内经》中记载了其分支与足少阴肾脉相通。《医学衷中参西录》说:“凡人腰痛,皆脊梁处作痛,此实督脉主之……肾虚者,其督脉必虚……”《东医宝鉴》说:“老人伛偻乃精髓不足而督脉虚也。”肾督亏虚,外邪深侵肾督而致骨质受损,关节变形乃生“大倮”,关节变形与脊柱关节强直乃至脊柱竹节样变相一致,骨质受损与 AS 引起的骨质疏松表现相符。研究表明肾虚证与 BMD 之间存在密切相关,肾虚证患者骨矿含量普遍低于正常人^[7]。在对骨质疏松症患者的研究中均发现了不同程度的肾虚症状^[8]。

可以认为 AS 患者以骨量减少为标志的 BMD 的降低,是骨质受损的外在表现,同时与肾虚亏虚密切相关。

阎小萍教授根据多年临床经验将 AS(大偻)分为六个证型:肾虚督寒证、邪瘀化热证、湿热伤肾证、邪痹肢节证、邪及肝肺证和缓解稳定证。我们观察了前五个证型患者骨密度、免疫炎症指标、骨代谢相关指标的异同,对中医证的微观表现进行了探讨。结果显示五个证型患者的腰椎骨密度均显著降低说明五个证型患者均存在着肾虚督亏骨质受损的表现。腰为肾之府,督行于背,五个证型中腰椎骨密度降低是肾虚亏虚程度的外在表现,故治疗中应更重视补肾强督壮骨。

研究显示 AS 患者除湿热伤肾证的股骨颈骨密度与对照组相比无明显减低外,其余四个证型的股骨颈、股骨粗隆骨密度及湿热伤肾证的股骨粗隆骨密度均较对照组显著降低。股骨乃足太阳膀胱经所行,足太阳膀胱起于目内眦,上额,交会于巅顶,其支脉回出分开下行项后,沿肩胛部内侧,挟脊贯腰……至股外缘,经下行至阴与足少阴肾经相交。从脏腑来看,肾与膀胱相表里,故足太阳膀胱经与肾密切相关,肾虚,则其经脉之气亦虚。我们认 AS 的五个证型均存在不同程度的股骨密度减低,是肾虚而致足太阳经气亏虚的一种表现。邪痹肢节证的股骨颈、股骨粗隆骨密度均较其他证型更低,则是该证患者足太阳经气亏虚更重、邪气痹阻于膀胱经的外在表现,这也恰与该证的临床表现相符。所以治疗 AS 时应在注重补肾壮督的同时注重实太阳经正气,祛太阳经邪气,尤其在治疗邪痹肢节证时更应注重这一点。

AS 患者五个证型中邪郁化热证、湿热伤肾证的 ESR、CRP 高于其他几个证型,尤其高于肾虚督寒、邪及肝肺证。我们认为 ESR、CRP 的增高可以看作邪气偏盛的表现,邪郁化热证、湿热伤肾证邪气盛于其他证型,而肾虚督寒、邪及肝肺证邪气相对较轻。我们对不同证型的骨代谢指标比较发现,肾虚督寒、邪及肝肺、邪痹肢节证的骨生成指标低于湿热伤肾、邪郁化热证。同时湿热伤肾、邪郁化热证的骨吸收指标高于其他三个证型。与对照组比较各证型的骨吸收水平均显著增高。我们认为骨吸收的加速

可以视为邪盛的表现,骨生成的减少可以视为正气虚的表现,AS 的五个证型均存在着正气的偏虚、邪气的偏盛,但湿热伤肾、邪郁化热证的邪气更盛,肾虚督寒、邪及肝肺、邪痹肢节证的正气更虚。

综上所述,AS(大偻)的五个证型中肾虚督寒证最为多见,所占比例达 68.12%。五个证型患者的腰椎骨密度显著降低可以视为肾虚亏虚,骨质受损的外在表现。足太阳膀胱经循于股外侧,并与足少阴肾相表里,肾虚则足太阳经气亦虚,故股骨密度减低可以视为肾虚而致足太阳经气亏虚,邪气聚集乃至骨质受损的一种表现。邪痹肢节证的股骨颈、股骨粗隆骨密度均较其他证型更低,则是该证患者足太阳经气亏虚更重、痹阻于膀胱经之邪气更强的外在表现。我们认为治疗 AS 时应在注重补肾壮督的同时注重实太阳经之正气,祛太阳经邪气,由其在治疗邪痹肢节证时更应注重这一点。ESR、CRP 及骨吸收指标的增高可以看作邪气偏盛的表现,骨生成指标的降低可以视为正气虚的表现。因此在 AS 的治疗上对于肾虚督寒、邪及肝肺、邪痹肢节证应以扶正祛邪的基础上更重扶正,而湿热伤肾、邪郁化热证应在扶正祛邪的基础上更重驱邪。

【参 考 文 献】

- [1] 蒋明. 中华风湿病学. 北京: 华夏出版社, 2004: 1010.
- [2] 孔维萍, 阎小萍. 强直性脊柱炎并骨质疏松 97 例临床观察. 中医正骨, 2005, 17(11): 3-6.
- [3] 陶庆文, 阎小萍, 金笛儿, 等. 强直性脊柱炎骨密度变化与中医辨证分型关系探讨. 中国中西医结合杂志, 2004, 24(9): 843.
- [4] Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. Arthritis Rheum, 1984, 27(4): 361-368.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 115-118.
- [6] 阎小萍, 王昊, 孔维萍. 强直性脊柱炎与大偻. 中国医药学报, 2002, 17(10): 612-614.
- [7] 许志奇, 郭寰华, 杨定焯. 肾虚证骨矿含量的初步研究. 中西医结合杂志, 1991, 11(3): 222.
- [8] 谢可永. 补肾法治疗骨质疏松症 55 例疗效观察. 中医杂志, 1986, 27(6): 40.

(收稿日期: 2010-11-15)

强直性脊柱炎患者骨密度、骨代谢指标与中医辨证分型的关 系

作者：[孔维萍](#)，[阎小萍](#)，[张卫](#)，[陶庆文](#)，[路平](#)
作者单位：[中日友好医院中医风湿病科, 北京, 100029](#)
刊名：[中国骨质疏松杂志](#) 
英文刊名：[CHINESE JOURNAL OF OSTEOPOROSIS](#)
年，卷(期)：2011, 17(4)

参考文献(8条)

1. [谢可永](#) [补肾法治疗骨质疏松症55例疗效观察](#) 1986(06)
2. [许志奇](#); [郭素华](#); [杨定焯](#) [肾虚证骨矿含量的初步研究](#) 1991(03)
3. [阎小萍](#); [王昊](#); [孔维萍](#) [强直性脊柱炎与大楼](#) 2002(10)
4. [郑筱萸](#) [中药新药临床研究指导原则\(试行\)](#) 2002
5. [Van der Linden S](#); [Valkenburg HA](#); [Cats A](#) [Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria](#) 1984(04)
6. [陶庆文](#); [阎小萍](#); [金笛儿](#) [强直性脊柱炎骨密度变化与中医辨证分型关系探讨](#) 2004(09)
7. [孔维萍](#); [阎小萍](#) [强直性脊柱炎并骨质疏松97例临床观察](#) 2005(11)
8. [蒋明](#) [中华风湿病学](#) 2004

本文链接：http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_zggzsszz201104011.aspx