

# 中西医结合治疗系统性红斑狼疮 38 例临床分析

□ 陈进春\* 邱明山 (厦门市中医院 福建 厦门 361001)

**摘要** 对我院近十年系统性红斑狼疮 (SLE) 的诊断和中西医结合治疗进行回顾性分析, 以进一步提高 SLE 临床诊断水平及疗效。

**关键词** 系统性红斑狼疮 临床观察 回顾分析

系统性红斑狼疮 (SLE) 是一种较为常见的自身免疫性疾病。以年轻女性多见, 男女之比为 1:7 - 10, 我国发病率较高于西方国家, 约为 70/10 万<sup>[1]</sup>。其临床表现复杂多样, 常侵犯多个系统, 多个器官, 几乎 100% 累及肾脏, 其中 50 - 80% 有肾炎表现, 即“狼疮性肾炎” (LN), 肾脏受累表现与肾外器官受累可不平行, 有些病人肾外表现 (特别是发热、皮疹等) 明显而肾脏受累轻; 有些病人有明显的肾病综合征或肾功能损害, 却无明显的多系统受累, 故临床上容易误诊、漏诊。本文就我院近十年来对系统性红斑狼疮 (SLE) 的诊断和治疗进行回顾性分析, 以提高 SLE 临床诊断水平及疗效, 减少误诊及死亡。

## 1 资料方法

回顾性地分析 1994 ~ 2003 年我院 38 例 SLE 住院

\* 作者简介 陈进春, 男, 副主任医师, 副教授, 中华中医药学会风湿病专业委员会常委, 厦门市医学会风湿病专业委员会副主任委员, 厦门市中医药学会理事, 从事临床工作 20 年, 擅长治疗风湿病、肝胆疾病。

及门诊患者的临床资料, 以 1982 年美国风湿病学会 (ARA) SLE 诊断标准为纳入标准, 中医证型方面主要分为 4 型: 热毒炽盛、阴虚内热、气阴两虚、阴阳两虚; 下列 4 个证型 6 个症状中, 凡具备其中任何 3 个症状者, 即可辨为该证型<sup>[2][3]</sup>。

(1) 热毒炽盛证: ①持续性高热; ②皮下瘀斑; ③血尿; ④烦渴饮冷; ⑤关节红肿疼痛; ⑥舌红绛, 脉洪大或洪数。

(2) 阴虚内热证: ①目睛干涩或视物模糊; ②腰脊酸痛; ③头晕、耳鸣; ④五心烦热, 口干咽燥; ⑤低热盗汗; ⑥舌红少苔, 脉弦细或细数。

(3) 气阴两虚证: ①腰酸痛, 水肿; ②少气乏力, 易感冒; ③午后低热或手足心热; ④口干咽燥或长期咽痛, 咽部暗红; ⑤大便先干后稀; ⑥舌质偏红, 少苔, 脉细或弱。

(4) 脾肾阳虚证: ①浮肿, 腰以下明显; ②畏寒肢冷; ③腰脊酸痛或胫酸腿软, 足跟痛; ④面白神疲, 纳呆或便溏; ⑤性功能失常 (遗精、阳痿、早泄) 或月经失调; ⑥舌嫩淡胖, 有齿痕, 脉沉细或沉

迟无力。

对 38 例 SLE 患者早期的治疗应用激素、雷公藤多苷联合中医辨证治疗（热毒炽盛证治以清泻热毒，方以清瘟败毒饮化裁；阴虚内热证治以滋阴清热，方以四妙勇安汤合增液汤化裁；气阴两虚证治以益气养阴，清热利湿，方以李氏清暑益气化裁；脾肾阳虚证治以温肾健脾，利湿解毒，方以济生肾气丸化裁），1998 年后加用环磷酰胺、环孢素 A 等免疫抑制剂，疗效较前明显提高。

## 2 结果

38 例 SLE 住院及门诊病人中，其中男 4 例，女 34 例，平均年龄  $31.08 \pm 11.75$  岁（12 - 68 岁）。病程 1/2 个月至 8 年。首发症状出现关节痛 18 例，皮疹 16 例，浮肿 15 例，头痛 4 例，癫痫 2 例，淋巴结肿大 3 例。曾误诊为：风湿热、类风湿性关节炎、痛风、淋巴瘤、静脉炎；出现并发症：真菌、细菌感染各 3 例，带状疱疹 2 例，上消化道出血 2 例，股骨头坏死 1 例。实验室检查：血 ANA 阳性 37 例，抗 ds-DNA 抗体阳性 34 例，抗 Sm 抗体阳性 33 例，低补体血症 37 例（CH50 降低 35 例，C3 降低 31 例，C4 降低 20 例，CH50 及 C3 降低 31 例），尿常规异常 35 例（尿蛋白阳性 35 例，红细胞阳性 30 例，白细胞阳性 15 例），血常规异常 18 例（白细胞降低 12 例，贫血 10 例，血小板降低 7 例，三系均降低 6 例）。其中热毒炽盛 3 例，阴虚内热 12 例，气阴两虚 19 例，脾肾阳虚 4 例。另热毒炽盛病人在疾病演变中随着 SLE 活动指数下降过渡为阴虚内热、气阴两虚型。

临床转归：临床治愈 11 例，好转 22 例，无效 5 例，死亡 0 例。

## 3 讨论

SLE 是一种病因未明的自身免疫性疾病，可有广泛免疫损伤所致的系统病变，临床表现复杂，诊断困难，误诊率高。关节痛往往是 SLE 最常见、最早出现的临床表现，疼痛多为对称性，近端指间关节、腕关节和膝关节最易受累，也有约 25% 的患者为非对称游走性疼痛<sup>[4]</sup>，因病人可有类风湿因子阳性和抗链球菌溶血素“O”增高，易与风湿或类风湿性关节炎混淆。另有资料表明 SLE 患者中 50% 有血液系统异常，50 - 80% 有肾脏受损的临床表现，它们的改变可以是

SLE 早期的唯一症状<sup>[5]</sup>，临床上常误诊为肾病综合征、肾盂肾炎、淋巴瘤、血小板减少性紫癜等。由于这些疾病在治疗上与 SLE 有相同之处，使用糖皮质激素往往使症状缓解而不易确诊。

分析误诊原因可归纳为：①对 SLE 缺乏系统、全面的认识，只对某一症状或某一化验指标做出片面诊断，忽视详细询问病史及查体；②临床表现复杂，早期症状不典型，SLE 特征性症状如红斑、光过敏、脱发、口腔溃疡等已越来越少见；③糖皮质激素的广泛应用缓解了某些临床症状，掩盖了实验室指标。

由于激素和免疫抑制剂的应用抑制机体细胞免疫和体液免疫功能，加之患者本身的某些免疫缺陷，容易发生感染<sup>[6]</sup>。感染是 SLE 常见而重要的促发因素，亦是最常见的并发症，并且是死亡的常见原因。SLE 的感染多是细菌所致，但激素、免疫抑制剂及抗生素的广泛应用使得霉菌感染并不少见。

在治疗上早期偏重于激素、雷公藤多苷应用。对使用 CTX 等免疫抑制剂有一定顾虑。近几年来，随着肾穿刺活检的开展，根据肾脏病理，加用 CTX 等免疫抑制剂及活血抗凝联合中医辨证施治（热毒炽盛证治以清泻热毒，方以清瘟败毒饮化裁；阴虚内热证治以滋阴清热，方以四妙勇安汤合增液汤化裁；气阴两虚证治以益气养阴，清热利湿，方以李氏清暑益气汤化裁；脾肾阳虚证治以温肾健脾，利湿解毒，方以济生肾气丸化裁；考虑到 SLE 发病机制多有瘀、湿、毒之患，故临床处方用药常加活血利湿解毒之品如地龙、大黄、半枝莲、积雪草、上杞菜、蛇舌草、玉米须）。SLE 的肾脏损害多呈慢性经过，在某些因素作用下可以急剧恶化，常见的因素有 SLE 疾病的复发或加重、血容量不足、严重感染、肾毒性药物的应用、严重高血压未能控制等。急剧恶化的肾功改变虽行血液透析，但效果不佳。从上述死亡原因分析中可以看出 SLE 死亡主要是在多脏器受累的基础上合并感染，脏器受累以肾脏多见。SLE 临床表现各异，易于误诊，因而实验室检查非常重要，尤其具有较高特异性的血清免疫学检查。因此对年轻女性不明原因的发热、关节疼痛或肾脏病变都要考虑是否为 SLE 所致，应及时做血清免疫学检查，早期诊断，早期治疗。总

（下转第 42 页）

脾胃,运化失调,日久不愈,气阴两伤,气虚则无力推动血液运行,血瘀脉络不通而致肢体疼痛,气虚至甚则阳微,不能达于四末而见肢末发凉,如《素问·逆调论》曰:“荣气虚则不仁,卫气虚则不用,营卫俱虚则不仁且不用。”《王旭高医案》记载:“消渴日久,但见手足麻木,肢凉如冰。”若病情反复难愈,邪客络脉或脏腑虚损,则脏腑功能紊乱,气血津液运行失常,生痰生瘀,痰瘀相互胶固,痰阻血难行,血瘀痰难化,痰瘀交阻化毒为害,败坏形体,终至络脉,使气血无以渗灌。总之,本病气阴两虚为本,痰浊瘀毒为标,是本虚标实之证。据此,确定了益气养阴、活血通络、解毒化浊为治疗原则,选用黄精,其性平味甘,归脾、肺、肾经,具有补气养阴,健脾润肺益肾之功;配以生黄芪,甘温入肺脾,加强补气之力,用于脾胃虚弱,体倦乏力,口干食少,精血不足,内热消渴;鹰嘴豆维吾尔医认为:具有解毒,治消渴,清除异常体液,开通体液闭阻,调补机体,用于身体瘦弱,性欲低下,食欲不振,皮肤瘙痒及糖尿病。诸药合用而达气阴得充,中焦得助,消渴得除,瘀浊邪毒得祛,经脉得养而通畅,从而麻木、疼痛之症得解。

现代药理证实:黄芪含有黄芪苷类,多糖类,黄酮,氨基酸,微量元素等,可降低血糖,且具有改善血流变,微循环的效果,同时可促进神经细胞生长,

修复;黄精提取物能较强烈地抑制肾上腺素诱发高血糖小鼠的血糖值,并认为有抑制肝糖酵解的功能,并可降低高脂血症大鼠血清胆固醇、甘油三酯含量。

总之,该复方对于糖尿病及并发周围神经病者,属气阴两虚、痰瘀阻络、挟毒挟风者,有积极的预防和治疗作用。

本临床试验证实:络必通胶囊具有明显改善糖尿病多发性周围神经病变患者气阴两虚兼瘀毒阻络证临床症状,提高周围神经传导速度,降低血糖、果糖胺和血流变、血脂等疗效,总有效率优于糖脉康对照组。其治疗机理可能与改善血管病变,直接修复受损神经有关。临床应用中未发现任何毒副作用,表明该立法处方治疗糖尿病多发性周围神经病变安全有效。

由于病例数较少,观察时间较短、观察指标有限,对此方法的远期疗效、治疗机理等研究,尚待在今后的工作中不断深入和完善。

## 参考文献

- [1] 钱肇仁. 糖尿病神经病变. 上海医学, 1984, 7 (7): 426.
- [2] 宋晓敏. 中药黄葛丸治疗神经血管病变对多元醇通路的影响. 全国第二届中西医结合糖尿病会议论文汇编, 1994, 21.
- [3] WHO DePt. of Noncommunicable disease Surveill - snce. Geneva. 1999.
- [4] 郑筱萸主编. 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, 233 - 237.

## (上接第 44 页)

之, SLE 是一临床表现错综复杂, 误诊率及病死率较高的疾病, 系统地了解其临床特点, 准确诊断, 减少误诊率, 延长患者寿命是临床医生努力的方向。

## 参考文献

- [1] 叶任高主编. 内科学. 第 5 版, 北京: 人民卫生出版社, 2000, 909.
- [2] 陈可冀主编. 高级医师案头丛书·中医内科学. 第 1 版, 北京:

中国协和医科大学出版社, 2002: 284 - 289.

- [3] 郑筱萸主编. 中药新药临床研究指导原则 (试行). 第 1 版, 北京: 中国医药科技出版社, 2002, 111 - 115.
- [4] 蒋明, 朱立平, 林孝义主编. 风湿病学. 北京: 科学出版社, 1995. 1006 - 1010.
- [5] 李建东. 系统性红斑狼疮诊治中的几个问题. 临床荟萃, 1992, 7 (5): 19.
- [6] 程蓉, 单秀霞, 董怡. 44 例系统性红斑狼疮患者死亡原因分析. 风湿病学志, 1966, 1 (2): 73.