

中西医结合治疗狼疮危象 10 例报告

上海中医学院附属龙华医院 内科风湿病专科 屠伯言 吴圣农 徐正福 陈湘君
临床免疫室 李培成

内容提要 本文用中西医结合方法治疗狼疮危象 10 例，并与西医治疗 10 例作对照。结果中西医结合组 7 例有效，西医组 5 例有效。危象缓解平均时间则分别为 7 天与 15 天。本文认为中西医结合治疗可以缩短病程，提高疗效。

系统性红斑狼疮(简称 SLE)发生狼疮危象则提示病情严重，预后不良。我们采用中西医结合方法治疗 10 例患者，现总结如下。

临床资料

一、一般资料：用中西医结合治疗者作为观察组，单纯西医激素治疗者作为对照组。观察组 10 例，男 2 例，女 8 例；年龄：17~50 岁。病程：自确诊 SLE 至发生危象为 1~8 年。其中 1 年 3 例，2~4 年 4 例，6~8 年 3 例。对照组 10 例，均为女性。年龄 19~45 岁。病程：2~10 年。其中 2 年 1 例，3~5 年 7 例，6~10 年 2 例。

二、病例选择：两组 SLE 的诊断系参照 1982 年中华医学会风湿病学学术会议拟定的诊断标准。当患者出现极度衰竭、高热、严重头痛、昏迷、癫痫发作、精神症状、显著胸腹痛，或有心肌炎、心力衰竭、肾功能衰竭以及败血症等即为狼疮危象。

三、实验室检查：(1)尿常规：观察组蛋白尿+++~++++ 5 例，±~++ 3 例，红细胞及白细胞在±~++之间，管型在+~++之间，有 2 例尿常规基本正常。对照组蛋白尿+++~++++ 4 例，++ 3 例，+ 3 例，红细胞及白细胞在+~++之间，管型+~++。(2)血常规：观察组白细胞均值 10340 ± 696.48 ，红细胞 272.2 ± 103.03 ，血红蛋白 6.99 ± 2.45 。对照组白细胞均值 12080 ± 398.23 ，红细胞 242.5 ± 98.38 ，血红蛋白 $5.86 \pm 1.78g$ 。(3)狼疮细胞：观察组 6 例阳性，对照组 5 例阳

性。(4)免疫荧光抗核抗体测定：两组均阳性，滴度 1:50~300。核荧光分型：均以均质型和周边型为主。(5)类风湿因子测定：观察组 8 例阳性，对照组 9 例阳性。(6)循环免疫复合物：观察组 7 例阳性，对照组 8 例阳性。(7)抗 SS-DNA 抗体：观察组 9 例阳性，对照组均阳性。(8)心电图示 S-T 段下降：观察组有 6 例，对照组有 7 例。两组病例其它生化检查结果见表 1。

表1 两组实验室检查结果 (M±SD)

	观察组(10例)	对照组(10例)
血沉(mm/h)	78.90 ± 39.40	82.12 ± 26.78
血浆白蛋白(g%)	2.75 ± 0.72	2.58 ± 0.60
血浆球蛋白(g%)	3.02 ± 0.52	3.21 ± 0.62
蛋白电泳α-球蛋白(%)	28.83 ± 9.04	30.21 ± 7.81
IgG(mg%)	1787.00 ± 742.22	1698.00 ± 528.00
IgA(mg%)	276.80 ± 88.47	290.00 ± 79.31
IgM(mg%)	222.60 ± 93.85	201.31 ± 79.86
总补体(CH ₅₀)(u/ml)	47.10 ± 8.10	52.00 ± 4.81
补体C ₃ (mg%)	62.00 ± 30.59	49.21 ± 26.31
肌酐(mg%)	2.73 ± 0.88	2.81 ± 0.48
尿素氮(mg%)	63.82 ± 34.16	71.81 ± 28.30
二氧化碳结合力(vol%)	28.66 ± 7.23	26.31 ± 8.91

依据表 1 可以看出两组患者的血沉均增快，白蛋白较低，球蛋白偏高，IgG 偏高，补体系统偏低，肌酐、尿素氮均增高，二氧化碳

结合力降低。

治 疗 方 法

观察组以中药为主，酌情配以短程激素治疗。对照组单纯用激素治疗为主。

一、观察组：危象主证：高热，汗出不止，神昏或神情烦躁，语无伦次，四肢抽搐，神疲乏力，周身肢节疼痛或红肿，两颧绯红或瘀紫，头痛头胀，泛恶吐食，手掌足底及臂腿红斑紫纹密布不退，色鲜红或瘀紫，脉细数，舌干红光绛如镜面。病机：阴竭阳脱，虚风内动。治则：扶正固脱，救阴敛阳为主，清营凉血熄风开窍为辅。基本处方：生晒参 9g 川石斛 30g 元参 30g 麦冬 15g 五味子 6g 赤白芍各 9g 鲜菖蒲 9g。另服神犀丹一粒。醒脑静 8 支加 5% 葡萄糖液 500ml 内静滴，每日一次。针刺人中、风池、风府、丰隆，十宣放血。如症见高热、神昏、抽搐改善，可在基本方基础上加清营凉血之品丹皮 9g 升麻 9g 紫草 12g 碧玉散包 30g 合成牛黄 1.5g 谷草河车 12g。在中药治疗期，8 例辅以地塞米松 10mg 静滴 4 天，1 例 20mg 6 天，另一例氢考 300mg 静滴 4 天。观察组的危象缓解时间在 4~10 天，平均 7 天。其中有 1 例并口腔霉菌感染，曾用中药一枝黄花液(含生药 3g/ml)作口腔护理而愈。

二、对照组：多采用激素、脱水剂、抗生素、维生素等治疗。6 例用地塞米松 20mg 静滴 10 天，4 例 30mg 静滴 20 天，3 例并用硫唑嘌呤。对照组的危象缓解时间为 10~20 天，平均 15 天。治疗期易并发感染，使危象反复发作。

结 果

一、疗效：观察组 7 例获得疗效，3 例无效而死亡。对照组 5 例获得疗效，5 例无效而死亡。危象缓解平均时间，观察组明显短于对照组，前者为 7 天，后者为 15 天。凡获得有效的病例，临床症状和体征基本上已消失，实验室指标部分已恢复正常或有进步。至于死亡病例，观察组 2 例死于尿毒症合并全身感染，1 例死于严重多脏器损害合并上消化道大出血。对照组 3 例死于败血症，1 例死于心衰，1 例死于尿毒症并全身感染。

二、实验室观察：两组有效病例治疗后狼疮细胞、类风湿因子、免疫复合物均已转阴。抗核抗体在观察组 3 例转阴，4 例滴度下降至 1:10，对照组 4 例转阴。抗 SS-DNA 抗体：两组各有 5 例转阴。蛋白尿：观察组 5 例基本转阴，2 例 $\pm \sim +$ ，对照组 3 例转阴，2 例 $+$ 。肌酐、尿素氮基本恢复正常。两组其它生化改变见表 2。

表2 两组有效病例治疗前后的生化改变 (M $\pm$ SD)

	γ -球蛋白	CH ₅₀	C ₃	IgG	血 沉
观察组(7例) 前后	27.30 $\pm$ 8.04	45.14 $\pm$ 6.02	53.57 $\pm$ 16.03	1832.86 $\pm$ 560.23	81.29 $\pm$ 20.40
	17.68 $\pm$ 7.05	73.71 $\pm$ 9.04	103.29 $\pm$ 20.30	1278.57 $\pm$ 230.40	19.14 $\pm$ 12.23
对照组(5例) 前后	28.21 $\pm$ 1.55	52.18 $\pm$ 14.15	47.43 $\pm$ 4.16	1972.27 $\pm$ 324.65	91.80 $\pm$ 23.61
	18.65 $\pm$ 2.21	73.67 $\pm$ 13.14	85.09 $\pm$ 7.22	1383.04 $\pm$ 110.91	20.80 $\pm$ 2.77

从表 2 可以看出两组的 γ -球蛋白、CH₅₀、C₃、IgG、血沉在治疗前后均有明显改变。观察组除 γ -球蛋白(P>0.05) 外，其它各项均有显著意义 (P<0.01)。对照组治疗前后统计学分析，各项生化指标均有显著意义 (P<0.02。) 但对照组与观察组相比较无明显改变 (P>0.05)。

讨 论

中医对 SLE 的辨证认识尚未完全统一，至于 SLE 发展为狼疮危象，多数为具有严重多脏器损害，所以病情就更加错综复杂。我们认为 SLE 的病机主要是肝肾先天不足，邪火内生，而脏腑津液俱损，终至阴竭阳脱危象丛生。我们抓住危象期的阴竭阳脱病机，以救阴敛阳法为主辅以短程适量激素，从观察组有效病例的

各项化验指标改善,危象缓解平均时间的缩短,以及有效例数与对照组相比,中西医结合治疗本病既可明显缩短病程又可提高疗效。

关于SLE发生危象的诱因是一个值得探讨的问题。据我们手头涉猎的文献资料,尚未发现对此问题有比较满意的论述。我们依据两组病例的资料认为有如下几个可能性:(1)长期误诊:两组病例中有5例SLE患者误诊肾炎长达2~3年之久,入院时病情已急剧恶化。(2)不规则用药:有6例已确诊为SLE,平时用强的松15mg/日,但未经医师许可擅自停药数月而使病情恶化。(3)合并感染未及时处理:9例

有严重多脏器损害,低蛋白血症明显,合并感染后病情急剧恶化。以上几点,似乎与两组病例发生危象有关。

在危象期,西医一般采用较大剂量的激素来挽救生命,但副作用大,我们体会主要是感染难以控制,使病情反复发作,我们在对照组每日用20~30mg的地塞米松,其中有二例患者的危象似有缓解的趋势,但终因败血症无法控制而死亡。观察组以中药为主辅以每天10mg地塞米松的短程治疗,疗效较好,副作用少。因此,我们认为在危象期采取中西医结合治疗本病是有价值的,方法是可取的。

肾小管性酸中毒 1 例治验

江西医学院九江分院附属医院内科教研室 彭汉基 李蓉蓉 邱 平

病历摘要 患者××,女性,25岁,已婚,农民,住院号:13927,住院日期:1983年8月29日。因烦渴、多尿、乏力二月余而入院。患者于二个月前步行10华里后突感四肢乏力,翌日清晨卧床不起,四肢乏力加重并有麻胀感,经当地针刺治疗后好转,但出现口干渴思饮,每天需饮5~6暖水瓶水,尿频而量多,每晚一痰盂(约2000ml),大便干结,纳差思睡,当地医院诊为“低血钾”,用氯化钾治疗后,四肢乏力改善,烦渴及多尿亦有好转,但停药后口干多尿病情如旧。既往无类似病史,家族中亦无类似患者。已妊娠6+月。

体 检: 体温36°C,脉搏96次/分,血压110/70mmHg,神志清楚,营养中等,发育正常,全身皮肤干燥。五官端正,颈软,甲状腺中度肿大,无杂音。两肺呼吸音清晰。心界不扩大,心率96次/分,律齐,心尖第一心音较低钝,无杂音。腹部稍膨隆,肝脾均未触及,子宫底平脐。四肢可自由活动,膝腱反射消失,未引出病理反射。脉弦细数,舌质红,苔薄白中剥。

实验室检查: Hb9.5g, WBC7600,中性多核73%,淋巴26%,嗜酸细胞1%。尿常规:尿蛋白弱阳性,白细胞0~1,尿比重1.008,尿糖阴性,尿pH6.8,24小时尿量3200ml。血钾2.40mEq/L,血氯120mEq/L,血钠255mg%,血钙9.2mg%,血糖114mg%,二氧化碳结合力31.36容积%,尿素氮11.62mg%,PSP总量68%,血沉25mm/h,碱性磷酸酶9.8μ(金氏)。心电图检查:心肌损害(提示低血钾),X线胸透未见异

常。临床诊断:1.肾小管性酸中毒,2.妊娠6+月。

入院后口服氯化钾,碳酸氢钠片2天,口干多饮好转,尿量亦较前减少,但患者诉说服氯化钾后出现恶心,呕吐及胃部烧灼不适,自觉难于坚持,而要求服中药治疗,故停用氯化钾及碳酸氢钠,采用中医辨证论治。根据上述主证以烦渴而多饮,为上消,属肺燥,尿频数而量多,为下消,属阴虚。以肾阴虚为本,肺燥为标,乃拟以滋阴补肾,清热润肺,生津止渴之法调治,药用山萸肉6g 山药20g 泽泻6g 复盆子9g 生地30g 麦冬15g 天冬12g 五味子9g 太子参12g 黄芩9g 黄连3g 生黄芪15g 石斛12g,服5剂后诸证大减。原方再进5剂,服至7剂后诸证皆除,舌中剥消失。实验室检查:血钾4.8mEq/L,二氧化碳结合力44.8容积%,血氯108mEq/L,尿常规正常,尿pH6,服9剂时,患者自诉一切如常,要求出院,乃带原方7剂以巩固疗效。出院后随访5个月,患者健好。于1983年12月顺产一男婴。

体 会 中医学中论述的消渴是以多饮、多食、多尿为特征的一类病证,历代医家论述消渴的重点侧重于现代医学的糖尿病,本例肾小管性酸中毒主证以烦渴而多饮,口干舌燥,尿频数而量多等,根据中医辨证属于消渴范畴。尿频数而量多,乃肾虚精亏,封藏失职。肾阴不足而导致肺燥,肺燥伤津则口渴多饮,故阴虚为本,燥热为标。两者又可互为因果。据此,乃以滋阴补肾,清热润肺,生津止渴之法调治而获效验。

10 years of age, 17 patients were 10~17, 84 cases were 18~40, while 13 patients were over 41 years old. The short-term effective rate was 92%. A follow-up of 132 patients in Apr.~Jun. 1984 for investigation on long-term efficacy of this therapy, 76 cases (57.6%) have sustained remission and resumed their work.

Three different therapeutic programme groups were worked out according to the disease condition, the course of disease and the previous treatment. The 13 patients belonged to the TCM group, 23 cases with TCM and steroid hormone, and 106 cases with TCM, corticosteroid and cyclophosphamide or nitrogen mustard. An integrated "syndrome and disease differentiation" method was used in TCM therapy, mainly "invigorating the spleen and nourishing the kidney" and "promoting the blood circulation and diuresis". On this basis 30 gm *Lysimachia clethroides* was used daily. Treating course of western drugs varied from 1.5 to 4 months; that of TCM: 3 months~1 year, the longest one was over 3 years. For 15 cases of refractory nephrotic type of chronic glomerulonephritis with hypofunction of cellular immunity phytohemagglutinin (PHA) was added.

(Original article on page 208)

Pathological Observation on Various Types of Spleen-Deficiency in Gastropathy

Hua Peixian (华培显), et al

The 157th Hospital of PLA

This paper reports the result of observation on pathological changes of gastric membrane of 40 cases, in which subtotal gastrectomy were performed for different reasons. The authors found that all cases have various degrees of chronic gastritis and 60% of patients with chronic atrophic antral gastritis. This may be the pathological basis of spleen-deficiency. In the types of spleen-deficiency with blood stasis, spleen-stomach with dampness and heat and disharmony of the liver and the stomach, 85% of the cases show acute inflammation of stomach. This fact shows that the associated acute inflammation of stomach may be the pathological fundament of symptoms and signs of dampness and heat and blood stasis. The patients with prolonged typical hypofunction of the spleen and stomach of cold manifestation may be complicated by chronic atrophic gastritis.

(Original article on page 213)

Combined Treatment of TCM and WM of Lupus Crisis: A Report of 10 Cases

Tu Boyan (屠伯言), et al

Longhua Hospital, Shanghai College of TCM, Shanghai

This paper reports 10 cases of lupus crisis treated with TCM and WM combined. Another 10 cases were treated with WM alone as control. In the first group, herb drugs were administered mainly to strengthen the patients' resistance and prevent them from exhaustion (扶正固脱, Fuzheng Gutuo) and to save Yin and consolidate Yang (救阴敛阳, Jiuyin Lianyang). Acupuncture and smaller doses of steroids were also used. In the second group, greater doses of steroids were mainly used. Therapeutic effects of these two groups were compared. The results were as follows: In the first group, 7 cases improved, average remission time of crisis being 7 days; 3 cases died. In the second group, 5 cases improved, average remission time of crisis being 15 days, 5 cases died. In the 7 cases of the first group improved the laboratory findings (including erythrocyte sedimentation rate, Lupus erythematosus cell, antinuclear antibody, rheumatoid factor, immunoglobulin, complements (CH_{50} , C_3), anti DNA antibody, gamma globulin, circulating immune complex, urine protein) were found much better than before, particularly, complements (CH_{50} , C_3), IgG and ESR ($P < 0.01$). Therefore, TCM-WM treatment of lupus crisis appeared to be more effective than WM treatment, and the side-effects of steroids weaker.

(Original article on page 215)

Regulating Effect on Hypothalamic-Pituitary-Ovarian Axis Observed During the Process of Treating Polycystic Ovarian Disease by Tonifying the Kidney and Resolving Phlegm

Yu Jin (俞瑾), et al

Obstetrics Gynecology Hospital, Shanghai Medical University, Shanghai

For studying the effect of tonifying the kidney and resolving phlegm on polycystic ovarian disease (PCOD), serum FSH, LH, E_2 , T, PRL, C, assays were taken prior to and in 90-days' treatment for 9