

中医辨证分型治疗系统性红斑狼疮118例疗效分析

解放军五一〇三六部队医院 朱楚汉 何云兰

自1971年1月~1988年12月,我们应用中医辨证论治原则,探讨辨证分型治疗方法,对4800多例门诊和住院红斑狼疮患者进行了治疗,获得了良好疗效。其中重点对118例住院患者作了系统观察,现总结分析报告如下。

临床资料

本组118例全部为住院患者,全部符合1982年美国风湿病学会对SLE修订的标准。其中男性26例,女性92例,年龄10至55岁,约半数在26~35岁之间。治疗前病程1~4年不等,3年以上者共占70例(59.3%),病情反复1~4次不等,反复3次以上者共占64例(54.2%)。入院前均经过中西医多种治疗,有117例均用过大小不同剂量的肾上腺皮质激素,其中大剂量者89例,小剂量者28例。中医辨证属于热毒两盛型15例,风湿热互结型32例,肾毒久蕴型51例,邪毒攻心型9例,瘀毒伤络型11例。主要临床症状和体征:带状疱疹40例,发热41例,浮肿34例,脱发67例,口腔溃疡31例,关节炎72例,血管炎44例,红斑83例,雷诺氏征39例,精神症状和肺损害各5例。实验室检查:蛋白尿64例,尿素氮增高25例,血小板减少22例,白细胞减少16例,血色素减少24例,血压增高者68例,肝功能异常者46例,抗核抗体(ANA)和抗DNA抗体(ds-DNA)阳性者各54例,血沉增快85例,狼疮细胞阳性者113例。免疫球蛋白(IgG)增高者12例。

治疗方法

全部患者入院后21例停用其它治疗,单用中药辨证治疗;97例逐步减少肾上腺皮质激素用量,同时采用中医辨证分型治疗。

一、热毒两盛型:起病急,高热,面部红色蝶斑或手足抽搐,大便秘结,小便短赤,舌质红绛或中剥苔黄腻,脉数。治则:祛风涤热,清心平肝。基本方:羚羊粉、麦冬、菖蒲、郁金、大黄炭、丹皮、枳实、滑石、竹叶、莲心。抽搐加硃砂、全蝎、胆南星;呕吐加代赭石、竹茹;鼻血加藕节、侧柏叶。

二、风湿热互结型:全身乏力,肌肉及大小关节游走性疼痛或肿胀,低热,手足烦热,腰背疼痛,脱

发,手足遇冷即发紫发白,随着病情的发展病毒侵入肝脏,肝脾肿大,舌质红,舌苔白、黄,脉数或洪大。治则:疏风泻热,健脾养肝。基本方:桑枝、威灵仙、雷公藤、山药、枳实、柴胡、大黄炭、白花蛇。脾虚加白术、茯苓;风寒加麻黄、天仙藤;血虚加当归、鹿含草。

三、肾毒久蕴型:多见于有肾损害或用激素病程较长者。头目晕眩,视物昏花,胸胁憋胀,咳嗽,心悸,水肿尿少,蛋白尿,或兼尿素氮高,舌体肿大,质紫黯,脉涩或弦紧。治则:宣肺泻肾、利湿解毒。基本方:麻黄、杏仁、厚朴、雷公藤、茯苓皮、乌蛇、鱼腥草、车前子。若腹胀加:沉香、法夏;咳嗽甚者加葶苈子、大枣、苏子。

四、邪毒攻心、邪蒙清窍型:邪毒困居上焦,阳气不达,湿浊不降,心阳受阻,则为胸痞、气短、心慌心悸,心损多为心包积液、心肌炎、心内膜炎等。治疗不及时,尤见于中晚期患者,瘀毒复加外邪风热互结,浊阴上逆,热协风势急进扰脑,脉络受损,清窍受阻,肝风内动,四肢抽搐,角弓反张,双眼上吊或半身偏瘫,血压升高,舌质偏紫或红,苔黄或中剥。治则:宁肝熄风、利湿降压护阴。基本方:麦冬、生地、犀角、白芍、代赭石、莲心、竹叶、全蝎、夏枯草、罗布麻叶。若热盛加天牛黄、生石膏;呕吐加竹茹、陈皮;便秘加制大黄、枳实。

五、瘀毒伤络型:面部对称性蝶形红斑或其它部位红斑,皮疹脱屑,皮疹高出皮肤、怕光,脱发,口腔溃疡,或见紫黯斑,或四肢末端破溃疼痛。治则:宣肺疏风解毒清热。基本方:枇杷叶、杏仁、大黄炭、山药、雷公藤、土贝母、白薇、当归、大青叶。若痒甚加苦参、地肤子;脱发甚加侧柏叶、首乌。

以上水煎服每日1剂,30天为1疗程,疗效不明显时,继续第二、三疗程。本组病例最短1个疗程,最长6个疗程,计1个疗程者38例,2个疗程者36例,3个疗程者25例,4~6个疗程者19例。治疗前全部作血、尿常规及心、肝、肾、肺功能检验,治疗后全面复查。治疗过程中除逐日临床观察外,每周检查1次血尿常规和肾功能,每2周复查1次肝功能、血沉,每4周复查1次免疫球蛋白、心电图、B超及自身抗体等。

疗效分析

一、疗效判定标准：(1)治愈：临床症状、体征和各项检查指标恢复正常，经1年以上随访无复发者。(2)显效：临床症状、体征和各项检查指标，基本恢复正常者。(3)有效：临床症状、体征明显减轻，各项检查指标不正常项目中，至少有1/3以上恢复正常，其余各项亦有好转者。(4)无效：临床症状、体征和各项检查指标，均无好转者。

二、治疗结果：本组病例118例中治愈36例，显效42例，有效34例，无效6例。总计治愈率为30.5%，治愈及显效率为66.1%，有效率达94.9%。各分型治疗效果以瘀毒伤络型愈显率较高，但各型间疗效差别无显著性意义($P>0.05$)。详见表1。

表1 118例红斑狼疮中医辨证分型治疗效果

辨证分型	例数	治愈	显效	有效	无效	愈显率%
热毒两盛	15	4	5	3	3	60
风湿热互结	32	9	11	12	0	62
肾毒久蕴	51	12	23	14	2	68
邪毒攻心	9	3	2	3	1	55
瘀毒伤络	11	8	1	2	0	81
合 计 例 数		36	42	34	6	
%		30.5	35.6	28.8	5.1	66.1

红斑狼疮患者的主要临床表现和体征恢复情况见表2。

表2 红斑狼疮患者症状体征治疗恢复情况

	例数	恢复例数(%)
带 状 疱 疹	40	40(100.0)
发 热	41	40(97.6)
浮 肿	34	33(97.1)
脱 发	67	65(97.0)
口 腔 溃 疡	31	30(96.8)
关 节 炎	72	69(95.8)
血 管 炎	44	42(95.5)
红 斑	83	78(94.0)
雷 诺 氏 征	39	35(89.7)
精 神 症 状	5	3(60.0)
肺 损 害	5	3(60.0)

红斑狼疮患者主要检查、检验指标异常的复常及阴转情况见表3。

表3 患者实验室检查治疗后复常或阴转情况

	例数	复常或阴转例数(%)
尿蛋白	64	62(96.9)
血尿酸增高	25	24(96.0)
血小板减少	22	21(95.5)
白细胞减少	16	14(87.5)
血色素减少	24	20(83.3)
血压增高	68	53(77.9)
肝功异常	16	26(56.5)
IgG 增高	12	9(75.0)
ds-DNA 阳性	54	32(59.3)
ANA阳性	54	30(55.6)

讨 论

对于本病病因、病机的认识，目前的看法尚不一致，我们通过临床实践发现：(1)多数病例由病邪引起，并通过十几年的观察，发现本病发病季节性很强，一般在秋冬和冬春相交时发病率提高。(2)日晒或过多接受紫外线易引起发病。(3)药物也易诱发本病。过去认为西药磺胺类、苯类、抗生素类药物易引起发病，但通过本组病例分析，发现这类因素较过去大为减少。(4)经临床考察红斑狼疮患者有明显直接遗传因素的并不多，相反先辈患风湿、类风湿、肿瘤、结核者后代患红斑狼疮者多。(5)地理环境与发病的关系，通过大量的临床病例分析，北方比南方多，北方以东北、西北、华北三北地带发病率高。北方地区又以天气气候异常时患病率高，如唐山地震时，京、津、唐地区发病率比1975、1970年高1.4倍。

关于本病的病机，通过大量临床观察，我们认为正气内虚是患病的先决条件，在正气内虚，先天不足，机体抵抗力低弱，不能抵抗外邪的情况下，非时之气或风、湿、寒、暑邪乘虚而侵入经络肌肤，使之气血不通，不通则痛，遂成顽症。日久不愈，再次或多次感受病邪，或中于热或中于寒则引起周身气血紊乱，湿热阻滞而出现低热、关节痛、脱发、全血低下，牙周渗血，导致气滞血瘀，病邪蕴郁化热，随时间推延，必伤及脏腑脉络，首先累及肾、肺，继而心脑多脏腑。因此，在治疗上我们根据本病不同阶段的规律性，确定了以上分五个类型进行辨证论治的基本原则，通过多年来的实践和本文报告病例的结果，也说明这些方法是行之有效的。

在处方选药上，我们认为除活血化瘀外，配合重用清热、利湿、疏风等药物可能效果更佳。如大黄配

(下转第111页)

2. 大黄糖浆与蒽酸肌醇酯的随机对比治疗结果表明,二者对高胆固醇均有明显的治疗作用,它们的有效率相似(54~56%),但在治疗6周后大黄糖浆对高 β -脂蛋白的作用比较蒽酸肌醇酯为优。

3. 副作用:服蒽酸肌醇酯后无明显副作用,服大黄糖浆后大便次数平均每天增加1次,大便前略有脐周疼痛,随着排便而消失,故毋需处理。

讨 论

高脂血症服大黄糖浆后从第1周开始对高胆固醇有明显治疗作用,至第6周后效果更明显,且对 β -脂蛋白也有明显作用($P < 0.05$),与26例服蒽酸肌醇酯治疗的随机对比结果表明,二者对降高胆固醇的疗效相似,但大黄糖浆还有较显著的降高 β -脂蛋白作用。大黄糖浆制作简便、价廉,每天仅口服1次(蒽酸肌醇酯每天需服3次),同时大黄糖浆还具有减肥与增加耐力之能力,并且有增高高密度脂蛋白,降低低密度脂蛋白的双向调节脂质代谢的作用^[3],从而对冠状动脉粥样硬化起到防治作用,大黄糖浆还有缓泻与活血化痰作用。由于中年以上的高脂血症患者合并有湿热、阳亢及瘀血者较多见,因此使用大黄糖浆较为合适,故开发此种糖浆具有一定的价值。

经大黄提取所制成的此种大黄糖浆去除了大黄中的部分杂质,基本上保持了生大黄的主要成分,主要含有蒽醌类、儿茶素和没食子酸类及芪类等化合物,在考察大黄的蒽醌类化合物是否为其降脂的有效成分时,我们曾将大黄降脂有效部分分成二部分:(1)蒽醌类化合物;(2)去蒽醌的其余成分。动物试验表明,单独的蒽醌类化合物无降脂作用,但去蒽醌后的

部分,降脂作用也大大减弱,由此可说明,存在在大黄中的蒽醌类化合物对降脂也有协同作用。据文献报道,这些化合物在体内易被还原成酚。后者又被氧化成醌,所以在生物体内起着电子传导作用,容易参与或干扰某些生化反应,包括脂质的生物合成。故我们认为大黄糖浆降高血脂作用可能是大黄内多种化学成分的综合作用。大黄中含有芪类化合物,与虎杖中的白黎芦醇具有相似的结构,而后者是虎杖抑制血清胆固醇沉积、降脂的有效成分。大黄中的儿茶素能降低毛细血管通透性,增强内皮致密性,限制了有害脂质的进入,从而降低了血液粘滞度,提高了血浆渗透压,这种稀释血液的功效又可以减少脂质的沉积。此外,大黄还能增加肝小叶间的胆汁分泌,促进胆汁排出,这意味着通过肝脏酯化降价为胆汁酸的胆固醇,在肠内被还原成粪固醇排出体外的数量增加。因此减少了胆固醇在体内沉积。总之,大黄降低高胆固醇及低密度脂蛋白,升高高密度脂蛋白的脂质代谢调节作用是通过多因素、多途径的协同作用下而实现的,要把它们彻底搞清楚,有待今后作更艰巨的努力。

近代研究表明,糖浆能影响脂质代谢,为了避免过多糖类的摄入,我们已考虑用天然甜味剂代替蔗糖制成糖浆,以便起到更好的疗效。

参 考 文 献

1. 洪秀芳,等.天山大黄治疗高脂血症疗效观察.新疆医学院学报 1981; 4(1):13
2. 游金根.大黄治疗高脂血症30例临床观察.福建中医 1983; 1:19.
3. 孙爱贞,等.大黄提取液降血脂的临床应用及实验研究.中医药国际学术会议论文集,1987:461.

(上接109页)

肿节风,消斑解毒、修复粘膜和润便的作用较好(腹泻者加沉香曲);雷公藤配半枝莲、滑石,消炎、利尿、消肿、降压等作用更强;雷公藤配桑枝、天仙藤有较明显的止痛祛风湿作用,但有口、鼻、眼干燥症和胃肠虚弱的患者,宜轻量或隔日使用;雄黄配板蓝根消炎、降低异常增高之白血球疗效显著。此外,如红、白人参和西洋参功能有别,治疗本病以西洋参疗效较好。有提高机体免疫功能的中药也比较多,贵在按中医辨证,合理使用。在方剂配伍方面,用量也宜轻不宜重,且不宜大量长期久服。

在某些治则和方药的选用方面,我们也摸索出一些经验。譬如肾毒久蕴型(肾损为主)我们很少单用补肾的方法治疗,而较多采用解毒利湿法,常用八正

散、甘露消毒丹等方剂;对邪毒攻心型(心脏损害为主),也不单用温热滋补法,而多用轻泻疏通法,常用黄连泻心汤、葶苈大枣汤等治疗。

本组入院前服用肾上腺皮质激素117例,占99.2%。口服强的松最长4年,最短30天。最大剂量80~100mg/日,最小剂量20mg/日。入院后即停用强的松,仅服中药者20例,占本组的17%,即时停药者当时最大剂量20mg/日,最小10mg/日;停药当日即开始服用中药。入院后激素辅用原则是:入院前未曾使用者一律不用;用小剂量强的松(20mg/日)者,第一疗程即渐减至停用;用大剂量强的松(50~60mg/日)者,根据病情渐减至小剂量时酌情停用。由于减停前及时辨证论治,本组减量或停用激素后只服用中药者均未出现因停用或减量所致的反馈作用。