

• 病例报告 •

中西医结合治疗 SLE 多系统 脏器衰竭 2 例报告

辽宁省鞍钢铁西医院(辽宁 114011) 姚少吾

系统性红斑狼疮(SLE)发生多系统脏器功能衰竭(MSOF),尤其是合并心衰和肾衰,在治疗上非常棘手。我科近年来用中西医结合方法治疗5例这类患者,获得近期缓解,特将其中典型的2例报告于下。

例1 舒某某,女,34岁,住院号8434628,因发热、腹痛、关节疼痛、尿少、浮肿一月余于1984年10月7日入院。患者有光过敏、口腔粘膜溃疡、脱发。查体:体温 38.6°C ,脉搏112次/min,血压23/15kPa,颜面浮肿、颜面及周身四肢皮肤可见密集的紫红色出血性或充血性小斑疹,咽后壁有小溃疡灶,心率112次/min,心尖部Ⅱ级收缩期杂音,两肺可闻及湿性罗音。腹平软,肝剑突下5cm,质软,有压痛,脾未触及,双下肢浮肿。实验室检查:血红蛋白(Hb)85g/L,白细胞(WBC) $4.3 \times 10^9/\text{L}$,血小板 $40 \times 10^9/\text{L}$,尿蛋白++,红细胞(RBC)3~5/HP, WBC 2~3/HP, 24h尿蛋白定量2.26g;血沉(ESR)130mm/h(魏氏法),血中找到狼疮细胞;类风湿因子1:20(+),抗核抗体(ANA)1:10(+),血 C_3 350mg/L,抗链球菌溶血素O 200u;血清蛋白电泳: A γ 33.7%、 α_1 5.9%、 α_2 10.9%、 β 11.9%、 γ 37.6%、A/G 17/35;TTT 10.5u, Z η TT 25u, IT+++, GPT 正常,胆固醇4.09mmol/L, Cr186 $\mu\text{mol/L}$, Ccr30ml/min, 血液尿素氮(BUN)15mmol/L。给予强的松30mg/日口服,后又加环磷酰胺50mg/日静脉注射,硫唑嘌呤50mg,日服2次,效果不显著。

11月12日,患者咳嗽、气短、头痛、心胸胀闷,出现左心功能不全。脉沉细数,舌体胖,舌苔微黄腻。中医认为肺气不宣,治宜开上利下。方用杏苏散加减:杏仁、苏叶、桔梗、陈皮各5g,枳壳10g,云苓20g,车前子30g,碧玉散50g,生姜1片。每日1剂,水煎服。服药后患者呼吸渐趋平稳,且延期10多天的月经在当夜来潮。

11月19日患者尿少、心悸、气短、咯粉红色泡沫痰、胸闷、心前区疼痛、日尿量<300ml,全身浮肿,不能平卧,再次出现左心衰竭。血压21/15kPa,脉搏130次/min,心有奔马律,血Cr371 $\mu\text{mol/L}$, BUN 27mmol/L, CO_2CP 13mmol/L,用激素冲击疗法,以

甲基强的松龙800mg/日静脉滴注,连用3天,用后尿量仍少,白天尿量<100ml,给速尿360mg,小剂量多巴胺、甾普钠静脉滴注仍见效不著。邀中医再诊,认为系水气冲肺,治宜泻肺利水,药用麻黄10g,桑白皮、葶苈子各25g,以宣肺泻肺;另用木香、香附、云苓各5g,枳壳10g,车前子30g,以行气利水;加山楂、牛膝各15g,炒麦芽5g。每天1剂水煎服,未加用速尿,服药2天后,尿量增至1200ml/日、1350ml/日、1700ml/日,心悸气短症状明显缓解。

病情缓解半月后,患者因生气又出现头痛,头晕,心悸,气短,下肢浮肿,呼吸困难,两肺底布满中小湿性罗音,再次出现左心衰竭,不能平卧。舌淡不红,脉细数、弦。12月13日邀中医三诊,分析病机为肾阴不足,阴亏火旺,水不涵木,木旺反侮肺金,乘克脾土,影响脾土运化水湿,致水液停聚,水气凌肺,故而气喘,下肢浮肿。治宜调肝、运脾,药用白芍5g,夏枯草30g,苏叶、丹皮各15g,白术20g,云苓、防己、木瓜各15g,牛膝15g。每天1剂,水煎服。服药2剂,呼吸平稳,患者能在床边散步,各项化验指标明显好转,血Cr132.6 $\mu\text{mol/L}$, BUN11mmol/L, CO_2CP 16mmol/L,血中狼疮细胞、类风湿因子、ANA转阴,ESR降至20mm/h,血 C_3 升至860mg/L, A/G29/15, γ 球蛋白降至18.9%。患者获近期缓解。

例2 冯某某,女,56岁,住院号873694。1987年4月27日因关节痛5~6年,口腔粘膜溃疡反复出现3~4年,脱发、浮肿2个月入院。曾有面部红斑、雷诺氏现象。2个月前咽痛、咳嗽、发热,而后即尿少、浮肿,出现肾衰的表现,虽经利尿药等治疗无效,病情加重。近1周来呼吸困难,不能平卧。查体:体温 36.8°C ,脉搏140次/min,血压21/11kPa,慢性贫血貌,全身浮肿,心率140次/min,律整,无杂音,两肺可闻及少量小湿性罗音,肝脾未触及。实验室检查: Hb80g/L, WBC $5 \times 10^9/\text{L}$;尿蛋白+++, RBC 6~8/HP, WBC10~15/HP, 尿Na38mmol/L;血Cr256 $\mu\text{mol/L}$, Ccr2.8ml/min, BUN 24mmol/L,

CO₂CP15mmol/L, C₃820mg/L, A/G29/31, TTT4u, Z₀TT 10 u, IT(-), 血清蛋白电泳A20.5%, α₁6.8%, α₂13%, β15.5%, γ44.2%, IgG31.5 g/L, IgA 2.2 g/L, IgM1.65g/L, 血中未找到狼疮细胞, 肾衰指数2.68, 滤过钠排泄分数10.12。B超检查示双肾轻度增大, 肾皮质略增厚。

入院后, 给予肾必氨 250ml/日静脉滴注; 潘生丁 50mg, 日服 3 次; 心痛定 10mg, 日服 3 次; 病情加重, 5 月 1 日尿量 300ml, 5 月 6 日无尿, 到 5 月 7 日已 27 h 不排尿, 用速尿 100mg 静脉注射 2 次, 利尿合剂静脉滴注无效, 血钾已达 6.7mmol/L, 遂给予地塞米松 80mg 静脉滴注, 随之给予速尿 200mg、多巴胺 20mg 加葡萄糖溶液 100ml 静脉滴注, 连用 3 天, 于尿闭 33h 后排尿 300ml, 冲击疗法后无尿 4 天、少尿 1 天。除了静脉滴注复方丹参注射液, 同时用中药驱毒汤(大黄、牡蛎、蒲公英)加甘露醇保留灌肠外, 5 月 9 日开始, 又根据中医辨证, 认为证属风邪外袭, 肺气失宣, 不能通调水道, 下输膀胱, 致小便不利。给予大腹皮 15g, 茯苓皮 25g, 陈皮、桑白皮、生姜皮各 10g, 每天 1 剂水煎服。药后尿量逐渐增多, 于 5 月 13 日达 850ml, 但于 5 月 13~15 日皮质激素冲击第二疗程期间, 尿量又减少 3 天。在激素冲击后又用肝素 25mg 每天 2 次静脉滴注, 尿量逐渐增多。

5 月 22 日患者出现腹水, 24 日出现心包摩擦音, 28 日浅昏迷, 血压 11/8kPa, 心率 124 次/min, 两肺可闻及湿性罗音, 以小剂量多巴胺静脉滴注, 6 月 2 日心源性休克解除, 血压 13/9kPa, 能平卧, 肾功能逐渐好转。因患者舌光滑而红, 口干喜饮, 恶心呕吐, 大便干燥, 中医认为系胃阴受伤, 胃失所养, 治以养阴益胃, 给养胃汤加减: 沙参、麦冬、花粉、玉竹、石斛、扁豆、竹茹各 20g, 川楝子、甘草、半夏、焦三仙各 15g, 白芍 25g, 每天 1 剂, 水煎服。服药 1 周后病情缓解出院。出院时心包摩擦音消失, 尿蛋白 ++, 血 Cr80μmol/L, BUN1.54mmol/L, CO₂CP14 mmol/L, C₃1064mg/L。

讨 论 我们把现代医学的皮质激素冲击疗法、小剂量多巴胺静脉滴注、扩血管药物、肝素抗凝疗法和中医辨证论治、活血化瘀、中药驱毒汤加西药甘露醇保留灌肠等方法结合起来, 相互取长补短, 提高了对 SLE 合并 MSOF 的疗效, 使危重患者得以近期缓解。

1976 年 Cathcart 使用甲基强的松龙冲击治疗 7 例弥漫性增殖性狼疮性肾炎, 每天静脉注射 1g, 连续 3 天, 随后小剂量维持治疗, 结果 5 例肾功能迅速恶化的患者 3 天内得到改善, 7 例严重的免疫学异常

均恢复正常, 包括血清结合脱氧核糖核酸、降低的血清 C₃ 水平及减少的周围血中 T 淋巴细胞数^①。有人对有血清学活动指标兼有肾功能不全的弥漫增殖性狼疮性肾炎患者, 用激素冲击治疗与一般口服组对照观察 6 个月, 疗效有明显差别, 前者有 1 例血肌酐达 9mg/dl, 亦获得明显改善^②。Kimberly 等报告用甲基强的松龙冲击治疗 34 例狼疮性肾炎中 12 例, 肾功能得到改善, 诸如血清肌酐、内生肌酐清除率, 有的尿蛋白也减少^③。本文报告 2 例也证实了皮质激素冲击疗法确能缓解症状, 改善肾功能, 并使免疫学指标好转。此疗法的作用机制是通过皮质激素的免疫抑制作用及抗炎作用, 减少丁球蛋白, 也减少了抗 DNA 抗体的生成, 阻滞新的免疫复合物形成; 使肾小球血管扩张, 肾血流量明显增加及蛋白尿等化验检查明显改善。

据文献资料, 激素冲击疗法的副作用有面部潮红、头痛、一过性高血糖、糖尿、血压增高、少尿及带状疱疹等^④。本文报告 2 病例用皮质激素冲击疗法后也出现少尿更明显, 甚至无尿, 例 2 在第 2 次冲击期间再次出现少尿, 而且这时用速尿静脉注射也不能利尿, 我们据中医辨证论治应用中药, 调整了机体的阴阳失衡, 使器官功能恢复。狼疮性肾炎常见血凝亢进及肾小球内纤维蛋白血栓, 患者血中纤溶活性明显减少, 抗纤溶酶活性增高, 冲击疗法超大剂量的皮质激素往往进一步促进血凝。这也是引起冲击后少尿的因素。为此我们配合应用中药丹参活血化瘀和西药肝素抗凝疗法, 解决了少尿问题, 也改善了肾功能。

小剂量低浓度多巴胺静脉滴注, 可直接兴奋心脏的 β-受体, 间接作用于交感神经末梢释放去甲肾上腺素使心排血量增加, 对肠系膜、冠状动脉和脑血管, 尤其是肾小动脉有扩张作用。另外因其剂量小, 故输液量也便于控制, 在合并肾衰、心衰时应用最为合适。

(本文承蒙中国医科大学周希静教授指导, 谨此致谢)

参 考 文 献

1. Cathcart ES, et al. Beneficial effects of methylprednisolone "pulse" therapy in diffuse proliferative lupus nephritis. *Lancet* 1976; 7952 (1): 163.
2. 王丽琛. 狼疮性肾炎的治疗. *实用内科杂志* 1984; 4(6): 286.
3. Kimberly RP, et al. High-dose intravenous methylprednisolone pulse therapy in systemic lupus erythematosus. *The American Journal of Medicine* 1981; 70 (4): 823.
4. 杨福海, 等. 大剂量氢化泼尼松磷酸钠冲击疗法冲击“难治性肾病综合征”13例报告. *实用内科杂志* 1983; 3 (5): 262.