

中西医结合治疗系统性红斑性狼疮疗效观察

上海第二医科大学附属瑞金医院(上海 200025)

丁济南 施惠君 罗仁夏 曾 真 杨永华

吴兆洪 陈泽仪* 徐慧珍* 陈凤生**

我们认为系统性红斑性狼疮(简称SLE)系风寒湿之邪侵入所致,故从痹论治,用祛风温阳、散寒除湿法,疗效满意,颇具特色。为此,自1986~1988年用中药、西药、中西药共治疗该病患者90例,从而探讨最佳方药。

临 床 资 料

一、一般情况:90例中,女87例,男3例,男女比例为1:29,年龄:7~63岁,其中7~12岁11例,12~20岁4例,20~30岁16例,30~40岁39例,40~50岁14例,>50岁6例,以青壮年占多数。病程在1年以内16例,1~4年33例,4~10年27例,>10年14例,最短20天,最长35年,4年以内占50%,全部病例均符合1982年全国风湿病协会制定的系统性红斑性狼疮诊断标准,随机分成中药、西药、中药西三组,每组30例。

二、临床表现:90例中以关节痛(80例,占88.89%)、发热(75例,占83.33%)、皮肤红斑(67例,占74.44%)三项为多见,其次有口腔溃疡、脱发、腹泻、雷诺氏征、心、肺损害等。各组之间无区别,有可比性。

治 疗 方 法

一、中药组:祛风温阳,散寒除湿,调补阴阳。基本方:川桂枝3g,制川草乌、炒荆芥、炒防风、仙灵脾、伸筋草各9g,玄参9~12g,甘草3~4.5g。

分型论治:(1)风痹损及肌肤脉络:治以祛风温阳通络。雷诺氏征明显者,基本方去玄参,选加熟附子3~9g,羌活、独活、秦艽、晚蚕砂(包)、丹参、漏芦各9g;皮肤顽厚、麻木不仁者,加生黄芪9~12g,当归9g,郁金9~24g,威灵仙9~12g;关节红肿热痛者,选加桑枝、贯众各9g,石膏(先煎)9~15g等。(2)风痹损肾:治以祛风温阳,佐以益肾。基本方加黄芪9~12g,白术12g,玉米须、米仁根、黑料豆各18g,龙骨、牡蛎各15g,汉防己9~12g,以益气补肾利尿,消除蛋白尿;加宣木瓜、牛膝各9g,降低尿素

氮。损及肾阳而见腰膝酸软、浮肿、怯冷、舌淡,脉沉细迟者,基本方去玄参,加牛膝、杜仲、熟附子各9g,损及肾阴而见耳鸣、健忘、脉细数、舌红者,加生地9g。(3)风痹损心:治以祛风温阳,养心开窍。损及心阴而见心中烦热、夜寐不酣、脉细数、舌红者,基本方加党参、麦冬各9g,五味子3g,夜交藤15g;损及心阳而见心悸气促、唇绀、面色苍白、心绞痛、脉细结代、舌紫暗者,基本方去玄参,加熟附子、丹参、泽兰各9g,地鳖虫6~9g;邪蒙清窍,癫痫抽搐,神识昏糊者,加蜣螂虫(去头足)4.5g,水炙远志3g,石菖蒲9g。(4)风痹损肝:治以祛风温阳、柔肝理气。右胁疼痛,脘腹作胀者,基本方选加黄芩、丹皮、制香附各9g,大腹皮12g。肝功能异常或有肝脾大,肝硬化者,加党参、白术、生麦芽、炙鳖甲各9g,桃仁4.5~9g;肝阳上扰而致头晕目花、头胀痛者,加白芍、钩藤各9g,菊花4.5g,石决明(先煎)30g,女贞子12g,旱莲草9g。(5)风痹损脾:治以祛风温阳,健脾助运。纳呆、泄泻,舌淡苔润滑、脉细濡者。基本方去玄参加党参、白术各9g,炮姜炭4.5g,煨木香,条芩炭,焦六曲各9g,淮山药9~12g;苔厚腻加薏仁9~15g,苍术4.5~9g。(6)风痹损肺:治以祛风温阳开肺。复感外邪而见恶寒,身热,骨楚,舌淡苔薄,脉浮者,基本方加黄芪、紫苏、贯众各9g;咳嗽咽痒胸闷者,加麻黄3~6g,前胡9g,桔梗4.5g;痰多加水炙远志3g,葶苈子(包)9g;肺热炽盛、发热、胸膈闷塞、痰黄粘稠者,选加桑叶、桑皮各9g,冬瓜子、冬瓜皮各15g,丝瓜络、丝瓜络各15g,江剪刀草12g。

以上六种类型并不能绝对分割,而是互有联系的,脏器损害以肾肝为主,几种类型的病损同时出现也属多见。

二、西药组:以皮质类固醇激素为主,分别选用强的松、地塞米松、氯化考的松。成人:地塞米松每日10~20mg;小儿:强的松每日1~2mg/kg体重,缓解时逐步递减。维持量治疗:强的松成人每日10~15mg,小儿5mg,隔日服;免疫抑制剂选用环磷酰胺;成人每日100~200mg,小儿每日2~3mg/kg;硫唑嘌呤,成人每日100mg;6-巯基嘌呤:成人每日6mg/kg等。对症治疗用消炎痛:成人每日50~

* 皮肤科; ** 儿内科

75mg, 小儿每日0.5~1mg/kg; 阿斯匹林: 成人每日1~1.5g, 小儿每日70~100mg/kg; 炎痛喜康: 成人每日20~40mg; 蔡普生: 成人每日250~750mg; 氯喹: 成人每日0.5g, 1周后每日0.25g等。辅助药用转移因子, 成人每周2ml皮下注射。

三、中西药组: 在按中药组辨证分型论治的同时, 加用同西药组相同的激素或免疫抑制剂, 或对症处理等。

以上三组均以半年为1个疗程。

四、观察项目: 观察三组治疗前后临床表现, 血常规、血沉、血尿素氮(BUN)、尿蛋白、血清免疫指标、心电图等, 并进行比较。

结 果

一、疗效标准: 显效: 临床症状、体征明显改善或消失, 实验室检查显著改善, 或恢复正常; 有效: 临床症状、体征改善或减轻, 实验室检查有改善; 无效: 临床症状、体征及实验室检查均无改善或恶化。

二、结果: 中药组30例中显效(63.33%), 有效9例(30.00%), 无效2例(6.67%), 总有效率93.33%。西药组30例中显效18例(60%), 有效9例(30%), 无效3例(10%); 总有效率90%。中西药组30例中显效21例(70.00%), 有效8例(26.67%), 无效1例(3.33%); 总有效率96.67%。三组疗效比较差异无显著性($P>0.05$)。

临床表现改善情况: 经治疗后, 三组病例的心包炎、胸膜炎, 精神、神经症状全部得到改善, 皮肤红斑、发热、关节痛、脱发、口腔溃疡等症状有90%以上得到改善; 雷诺氏征、光过敏、腹泻、心损害有80%以上得到改善; 中药组的关节痛、皮肤红斑、雷诺氏征、光过敏、心损害等症状几乎全部有改善, 其次是西药组、中西药组; 发热、脱发、腹泻、胸膜炎等症状的改善以中西药组最好, 其次是中药组、西药组。

三、各组治疗前后实验室指标比较: 见表1、2。三组对肝功能、心电图异常的恢复和改善是共同的, 而在升高血小板、 CH_{50} , 消除尿蛋白, 降低尿素

表1 各组治疗前后血Hb、白细胞、血沉及BUN比较 ($\bar{x}\pm S$)

组 别		Hb (g/L)	白细胞 ($\times 10^9/L$)	血沉 (mm/h)	BUN (mg%)	尿 蛋 白(例)			
						+	2+	3+	4+
中 药 (30例)	治前	107.3 $\pm$ 16.3	4744.0 $\pm$ 1995.0	28.26 $\pm$ 22.86	15.56 $\pm$ 7.43	13	6	4	1
	治后	106.0 $\pm$ 14.8	5075.5 $\pm$ 2039.2	45.15 $\pm$ 27.96 ^{$\Delta\Delta$}	13.59 $\pm$ 3.65	15	8	2	1
西 药 (30例)	治前	101.7 $\pm$ 7.8	5747.7 $\pm$ 686.3	65.96 $\pm$ 35.36	21.23 $\pm$ 9.03	7	11	3	4
	治后	111.9 $\pm$ 13.5	5645.5 $\pm$ 527.6	30.13 $\pm$ 22.38 ^{$\Delta\Delta$}	20.34 $\pm$ 18.29	12	7	4	2
中西药 (30例)	治前	102.2 $\pm$ 19.5	5482.9 $\pm$ 2231.0	66.82 $\pm$ 44.94	22.22 $\pm$ 12.03	9	4	9	2
	治后	105.6 $\pm$ 14.8	6769.4 $\pm$ 1075.0 ^{$\Delta\Delta\Delta^*$}	31.21 $\pm$ 27.98 ^{$\Delta\Delta\Delta$}	17.65 $\pm$ 7.20 ^{Δ}	11	5	4	4

注: 与治疗前比较 $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$; 与中药组比较 $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$; 与西药组比较 $*P<0.01$

表2 各组治疗前后免疫指标比较 ($\bar{x}\pm S$)

组 别		IgG (mg%)	抗ds-DNA抗体 (%)	CH_{50} (比例)	C_3 (mg/ml)	CIC (OD值)
中 药 (30例)	治前	1667.85 $\pm$ 601.00	13.32 $\pm$ 8.49	1:20 $\pm$ 10.78	102.71 $\pm$ 45.00	1015.87 $\pm$ 592.48
	治后	1523.08 $\pm$ 586.35	24.88 $\pm$ 14.99 ^{$\Delta\Delta$}	1:29 $\pm$ 17.93	85.48 $\pm$ 28.79 ^{Δ}	1019.57 $\pm$ 568.84
西 药 (30例)	治前	2053.17 $\pm$ 1298.41	24.20 $\pm$ 7.51	1:13.07 $\pm$ 9.38	67.25 $\pm$ 26.68	1108.33 $\pm$ 749.95
	治后	1287.50 $\pm$ 488.10	27.46 $\pm$ 13.68	1:23.47 $\pm$ 16.13 ^{Δ}	81.47 $\pm$ 26.23	919.44 $\pm$ 336.13
中西药 (30例)	治前	2367.88 $\pm$ 1439.75	22.09 $\pm$ 18.97	1:17.25 $\pm$ 15.90	75.74 $\pm$ 39.99	1030.50 $\pm$ 564.17
	治后	1510.38 $\pm$ 107.47	19.81 $\pm$ 3.31	1:20.50 $\pm$ 14.87	71.55 $\pm$ 25.98	730.00 $\pm$ 366.49 ^{Δ}

注: 与治疗前比较 $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.05$

氮,改善肾功能方面以中药组最好;在降低血沉、IgG,升高血红蛋白、C₃、CH₅₀方面以西药组最好;在升高白细胞,降低抗ds-DNA抗体、CIC、尿素氮、血沉方面以中西药组最好。

讨 论

一、系统性红斑狼疮的病因病机是风寒湿三邪入侵机体所致。有的学者认为该病是由于肾虚、热毒、血瘀等原因引起,采用滋阴、活血、清热解毒等治法^[1]。也有人认为该病属“痹证”范畴。人体感受风寒湿之邪后,使经脉气血不畅,累及皮、肌、筋、脉、骨,而致皮肤红斑、肢体、关节、肌肉痠麻肿胀疼痛;因肝合筋、心合脉、脾合肌、肺合皮、肾合骨,故痹证迁延日久不已,内含于五脏,发展成五脏痹。故临床上分为风痹损及肌肤脉络以及心、肝、脾、肾、肺等六种类型^[2]。

二、治疗中强调用辛温药。风寒湿三邪中,“风者,百病之长也”。寒湿均为阴邪,阴邪最易损伤机体之阳,阳不足则气血运行受阻,血脉闭塞不通,不通则痛,成为痹,必须采用祛风温阳,散寒除湿,调补阴阳之法。基本方中桂、乌、荆、防、仙、伸等性味均属辛温,辛能发散,祛逐风湿,温能驱散寒湿之邪,达到既能祛风解表,又能入骨肉搜风通络,外则除表寒,里则温下元,祛邪又扶正^[3]。因此,临床上遇见伴有身热、烦躁、口渴、尿赤、便干等热象,或舌红少苔,口干咽燥、低热颧红等阴虚内热之证,仍宜用乌头、桂枝,仅对不同兼证力用清热解毒或养阴生津之品^[3],为防止辛温药耗阴伤津之弊,故用苦寒的玄参监制,为防止川草乌的毒性,用甘平的甘草解毒,调和诸药。

现代医学认为,SLE与病毒感染,或由细胞来源的抗原、抗体在血液中形成的可溶性免疫复合物引起的炎症,纤维粥样坏死有关。据现代药理研究报道:祛风药(荆、防、桂)有抗病毒作用;川草乌、仙灵脾、甘草等有激素样作用,配合玄参等都有抗炎、抗过敏,抑制变态反应,改善机体应激能力;仙灵脾还能促进蛋白质合成,有利于抵抗力的提高和损伤组织的愈合^[4]。实践证明,用中药治疗后,大多数患者的症状改善,精神好转,各项免疫指标如IgG、CH₅₀、C₃、CIC等都有较显著的改善。许多重症病例,本以大剂量激素方能控制,而加用中药后症状缓解快,激素用量亦随之逐渐减少。因此,运用中药能减少激素用量,或停用激素;能增强激素的疗效,减轻副作用。

三、总体疗效以中西药组最好。各组有其长处,如SLE的三大主要症状中的关节痛、皮肤红斑的疗效以中药组最好,对发热的疗效以中西药组最好。所以我们主张SLE在急性活动期宜中西药同用,以西药激素为主控制炎症和变态反应,同时用中药,施以祛风温阳通络之法,辨证分型治之。待病情好转后,可逐步递减或停用激素。对轻型病例或病情稳定阶段,应以中药治疗为主,适当配合激素,以提高和巩固疗效,防止复发。

参 考 文 献

1. 张 仁. 中医治疗红斑性狼疮概况. 浙江中医杂志 1987; (4):187.
2. 曾 真, 等. 著名老中医丁济南从痹论治红斑狼疮的经验. 上海中医药杂志 1983; (12): 8.
3. 施惠君, 等. 乌头桂枝等祛风药治疗结缔组织病的体会. 辽宁中医杂志 1985; (1):20.
4. 危北海. 中医中药有关免疫学研究的初步观察. 中医药学报 1981; (2):62.

· 消 息 ·

第三届全国中西医结合血液病学术会议在上海召开

第三届全国中西医结合血液病学术会议于1991年11月6~10日在上海召开。出席会议的有来自全国23个省、市、自治区的近200名代表。上海市科协、卫生局有关领导出席会议并讲了话。会议特邀7位专家作了国内外有关血液病诊断治疗研究进展的专题报告。大会共收到学术论文316篇,其中会议交流181篇。论文内容涉及有关红细胞、白细胞疾病以及出血性疾病的临床与实验研究。涉及面较前两届广泛,水平有所提高,集中反映了近年来血液病中西医结合临床及实验研究方面的成果。会议组织讨论了再生障碍性贫血、白血病及血小板减少性紫癜的中医辨证分型标准。通过交流经验,代表们明确了中西医结合研究血液病发展的前景和方向。会议期间还进行了中国中西医结合学会血液病专业委员会换届改选,成立了第二届中国中西医结合学会血液病专业委员会,由周霭祥教授任主任委员,张之南、梁骅、张亭栋、王镜任副主任委员。

(赵 玫)