

• 病例报告 •

中西医结合治疗 5 例危重系统性 红斑狼疮成功的经验

苏州医学院附属一院中西医结合病区、实验室

卢君健 崔肖范 李文彩 李福民 熊佩华 潘肇荣 张 玲 钱 起

近几年来,我们对 5 例西医采用各种治法无效的危重系统性红斑狼疮(简称 SLE)患者,经针对病机中西医结合治疗获得近期缓解,报告如下。

病例一 庄××,女,25岁。住院号:173509。因不规则发热,关节酸痛半年,全身浮肿,尿少入我院某病区。1980年8月因 SLE 在我院治疗半月好转。1981年5月又发作,发热,关节疼痛。检查狼疮细胞阳性,抗核抗体阳性。用雷公藤治疗4个月病情恶化,加用皮质类固醇激素(简称“激素”)治疗无效。10月全身浮肿、尿少、腹胀伴咽痛、咳嗽、头晕,尿蛋白++++,管型++,红细胞++++,血沉98mm/h,于1981年11月5日入院。体检:体温39.2°C,脉搏110次/分,呼吸25次/分,血压140/100 mmHg,面部显著浮肿,咽充血,心率110次/分、律齐。肝剑突下3.5 cm。两下肢高度凹陷性浮肿。入院后用激素、抗生素、ATP、辅酶A、输新鲜血浆、利尿剂等治疗,病情日益恶化,浮肿日甚,尿量日减,血肌酐(简称Cr)从3.6 mg%增至6 mg%,尿素氮(简称BUN)增至88 mg%,血浆蛋白减低,显著腹水。转科后停用抗生素,并渐停速尿、利血生等药物,原地塞米松20mg/日减为5 mg隔日应用。加用肝素5,000 u或尿激酶20,000u,同时应用中医健脾、益肾、活血、清热、解毒、利水、抗敏、通腑之剂,药用:白术10 g 茯苓皮15 g 冬瓜皮15 g 仙灵脾10 g 菟丝子10 g 熟附片6 g 肉桂4 g 乌梅10 g 鸡血藤12 g 知母10 g 川芎10 g 银花10 g 生大黄6 g 后下 青蒿6 g 白花蛇舌草15 g等,其他视病情间歇应用利尿剂及免疫抑制剂,至1981年12月31日病情稳定,浮肿、腹水消失,BUN、Cr亦恢复正常,低补体血症(原CH50<6→47.2 u)显著改善,至1982年4月肾功能基本正常,尿蛋白少许出院,半年后随访良好。

病例二 钱××,女35岁。住院号:150564。因发热、关节痛、无力,于1979年6月11日入院。7年前因关节红肿疼痛,运动困难,“抗O”增高,诊断为风湿性关节炎。4年前因胸腔积液、LE细胞阳性诊断

为SLE,用激素治疗。近来虽激素加量但病情恶化,发热38~39°C,关节酸痛,纳减,消瘦,脱发,四肢麻木刺痛,遇寒更甚,并伴有胸痛咳嗽。检查:体温38°C,血压130/80 mmHg,神疲,鼻背两颧淡灰色色素沉着,背部18×18 cm大小暗红斑块,表面有不易剥脱灰白鳞屑,小指节背有小片鳞屑皮损。两肺叩诊稍浊,呼吸音低。心率100次/分、律齐。实验室检查:Hb7 g, RBC 252万, WBC 4,000, N74%,血沉37 mm/h。ZnTT20u,总蛋白6.82 g、A/G=3.5/3.31,蛋白电泳γ26.3%,抗核因子1:320阳性。尿蛋白+。EKG房性早搏,ST段改变。胸片报告两侧胸膜炎。IgG4,000 mg, IgA 630 mg, IgM 265 mg。入院后虽用大量激素、抗生素及妥拉苏林、多种维生素治疗15天,体温仍高达39°C,且并发口腔白色念珠菌感染,加用制霉菌素治疗无效。经我区会诊减激素量并停用上述西药,改用中医治疗,采用清热、解毒、益肾、抗敏、解肌诸法,药选:生石膏60 g 知母10 g 柴胡10 g 大青叶12 g 黄芩6 g 仙灵脾6 g 川朴6 g等。服中药后体温迅速降至正常,连服17剂,一般情况显著改善,关节酸痛乏力消失,胃纳增加,胸痛咳嗽减轻,背部皮损消失,胸腔积液吸收。ZnTT降为13u,γ球蛋白降为22%,血小板计数升至13.6万、Hb上升为8.5 g,继服中药17剂后并用维持量激素治疗,病情稳定出院,半月后随访良好。

病例三 姜××,女,38岁。住院号:178203。1979年9月因发热,面浮,关节痛,纳减入院。1974年~1978年相继因“血小板减少性紫癜”,“肝炎”,“高热关节肿痛多脏器损害”三次住院,最后确诊为SLE。近两个月来虽一直应用激素并加用胸腺素,但病情日重再度入院。体温38°C,脉搏92次/分,血压136/100 mmHg,柯兴氏面容,面部及眼睑浮肿,两颧毛细血管扩张,淡红色。肝肋下1.5 cm,剑突下1.5 cm,手掌红色斑点,指末端深红色斑点。入院后西医用环磷酰胺、胸腺素、大蒜液、地塞米松、苯丙酸诺龙、青霉

素P₁₂，庆大霉素、止血敏、血宁1号、普鲁本辛、卡氟嘧啶、复方降压片、ATP、辅酶A以及大剂量氢化考的松300~1,000 mg/日。加用地塞米松10~20 mg/日。虽经上述治疗但病情日重危殆乃转中西医结合病区。转科后发热38.7°C，神萎呻吟，气急不能平卧，伴心前区疼痛，痛剧时出汗。面红赤、满月貌，心尖区Ⅲ级SM，两肺底湿罗音，腹部散在瘀点，肝肋下二指，足背踝关节斑片状出血性紫斑。实验室检查：EKG示心肌损害，血小板3万，WBC 15,100，N93%，大便隐血(+)。γ球蛋白25.4%，尿蛋白+++，RBC+++。抗核抗体阳性，CH₅₀2u，C₃50 mg%。患者处于SLE活动急性阶段，伴多系统损害血管炎合并夹杂症。我们采用中医清热凉血活血、益气养阴、清肝补肾止血之法，药用：鸭跖草12g 生地15g 银花藤20g 黄芩6g 玄参12g 赤芍12g 丹皮10g 丹参10g 黄芪15g 鸡血藤12g 仙灵脾10g 仙鹤草15g。发热高时加生石膏60g 柴胡10g 龙胆草6g 葛根10g 知母6g 大青叶10g 连翘10g 黄连2g 竹叶心10g 芦根30g 广角粉2g 白茅根12g；夹湿时加苍术6g 厚朴10g；阴盛时加天麦冬各10g 二至丸10g。热毒甚时加败酱草15g 黄柏10g，并以生大黄10~15g通腑排毒泄热解毒。治疗一开始即日减100~200 mg氢化考的松量，发热高时偶加氨苄青霉素静滴1~2天，上述中药每日一剂。在治疗过程中曾发生阵发性心动过速频繁发作，用西药过敏时以玉竹12g、苦参6g冲汤代茶日3~4次得到控制。以此治疗两月激素减为日用地塞米松2mg，但纳呆、脉细、苔黄白腻厚，乃加用温补肾阳益气健脾之品，用熟附片6g 肉桂6g 补骨脂10g 甘草6g 白术10g 山楂20g 淮山药15g 太子参10g 党参10g，与上述清热解毒药同用，又经一月调理，诸症悉减，出血停止，柯兴氏征显著减轻，心悸消失，发热亦退，于1980年3月22日出院继续门诊治疗。出院前实验室检查均正常。随访一年良好。

病例四 邹××，女，23岁。住院号：176426。因面部下肢显著浮肿两月于1982年2月25日入院。同年1月出现面部蝶形红斑、指趾红斑、关节酸痛，诊断为SLE。用激素治疗至2月下肢足背水疱肿胀口重，激素加量无效。尿蛋白+++，RBC+，管型+。加用硫唑嘌呤后腹泻、浮肿更著，尿少。体温37.5°C，面肿满月貌，面及下肢足背浮肿光亮，压之凹陷不起，并有水疱，无疱处有点状色素沉着及血痂。心率92次/分。1982年2月27日转中西医结合病区，复检腹水征(+)，肾区右侧叩击痛。舌苔白腻、质胖有齿

痕。用清热、解毒、抗敏、清肝、利水、温阳、益肾之法。药用：黄芩4g 金银花10g 连翘6g 生地12g 柴胡10g 龙胆草6g 茯苓皮12g 猪苓15g 熟附片3g 肉桂2g 丹皮10g 淮山药12g 乌梅10g，效不著。但仍减激素量。3月12日全身高度浮肿，皮肤光亮，柯兴氏面容，腹水征+++，大腿紫纹。肌注后即有药液溢出。乃加用速尿80 mg/日，地塞米松4mg及培他米松4mg/日及CTX治疗，仍无效。3月16日左胸腰部大片带状疱疹，浮肿更甚，病情危殆。3月17日突然意识不清，四肢抽搐，频繁发作，口吐白沫，口唇青紫，诊断为SLE并发脑炎。3月18日大片疱疹红斑水肿，改用甲基强的松龙120mg静注3天，口服甘露醇，间歇静注甘露醇，加用黄连素0.2mg日3次，大蒜叶60mg静滴。继以清热解毒抗病毒利尿为主，兼以益肾活血抗敏法治疗，中药用：银花藤12g 大青叶12g 板蓝根12g 白芷6g后下 黄芩6g 无花果20g 白花蛇舌草15g 青蒿12g 冬瓜皮15g 生姜皮10g 丹皮10g 丹参10g 仙灵脾10g 菟丝子6g 乌梅15g 赤芍10g 川芎10g。三日情况转佳，甲基强的松龙改为40mg，隔日一次，4月19日停用，5月10日各项检查正常，浮肿消失。临床治愈出院，出院后二月恢复工作，1983年初随访病情稳定，但仍继续服中药。

病例五 刘××，女，24岁。住院号：177342。因发热、关节痛反复发作二年，下肢浮肿两月，于1982年3月22日入院。1980年1月开始发热体温40°C，关节疼痛，心慌气急，诊断为心包炎，治疗后好转，停药后再发全身浮肿。1981年5月检查LE细胞、抗核因子阳性，诊断为SLE，用激素治疗无效，病情日渐恶化，尿蛋白+++，乃来院治疗。体温37.5°C，脉搏82次/分，血压110/70 mmHg。明显柯兴氏面容。腹大，肝脾均肋下一指，腹水征阳性。臀部明显紫纹，下肢显著凹陷性水肿。3月29日转中西医结合科治疗，检有显著雷诺氏征(手指末端发凉，青紫苍白交替)，全身显著浮肿。总蛋白4.4g，A/G=2.6g/1.8g，血沉26mm/h，尿蛋白++++，管型+++，24小时尿蛋白12g。蛋白电泳α₂27.2%，IgA 184mg，IgG 410mg，IgM 126mg，CH₅₀48，C₃135mg%，PSP试验第一次1.16%，总量13.7%，内生肌酐清除率21.6ml/分，尿酸8mg。EKG示心肌损害。转科后仍用原治疗方法，但减少激素量，加用免疫抑制剂及清热解毒、活血利尿为主，并加益肾之品，药用：青蒿15g 黄芩6g 银花藤12g 白花蛇舌草15g 蛇莓10g 丹参

10g 赤芍10g 姜黄6g 怀牛膝19g 冬瓜皮15g 玉米须30g 车前子、草各10g 仙灵脾6g 菟丝子10g。5月27日,尿蛋白下降,内生肌酐清除率50ml/分。7月初尿糖++++,血糖365mg%,停用西药单纯用中药治疗。此时仍有全身浮肿及紫纹。治以益肾温阳理气健脾、清虚热之法,酌加活血之品,药用:熟附片6g 肉桂3g 菟丝子6g 益母草6g 当归6g 仙灵脾9g 制香附9g 枸橘李6g 青蒿10g 银柴胡6g 白术10g 淮山药12g 山楂10g 丹参10g 赤芍6g 丹皮6g。9月27日血糖正常,全身浮肿消退,尿蛋白+,但纳呆显著,重度无力,拟诊激素撤退综合征,检尿17-OHCS 3mg/24小时尿、17KS 1.9mg/24小时尿,血皮质醇0.35μg/dl,证实为肾上腺皮质机能减退现象。加用温补肾阳之鹿角胶、破故纸、巴戟天等及ACTH治疗,11月3日食欲转佳,24小时尿蛋白降至1g,11月12日临床治愈出院。

讨论 通过5例中西医结合治疗体会到,对难治性SLE必需掌握其每一例的原因和特点。

一、SLE病程迁延,反复发作,在晚期多脏损害并大量激素应用时常合并多种并发症,如例3并发心肌损害、血友病、肾肝肺损害、高热、胃肠道出血、柯兴氏综合征等。此时宜果断撤除或减少激素量,否则易招致感染、菌群失调、败血症及霉菌感染死亡。例2霉菌感染后即减激素量,改用中医辨证治疗而缓解。目前单纯西医治疗者多因上述原因死亡,SLE肾脑心受累后预后最差。例1肾功能衰竭尿毒症为主,经活血化瘀法加抗敏、益肾清解等法,并停用可诱发SLE的药物终使尿毒症扭转缓解出院。例4神经系受侵,频繁抽搐,立即以抗敏药物及大蒜叶黄连素等结合抗脑水肿疗法而转危为安。

二、在针对难治性重危SLE病机的中西医结合治疗中,要根据各类型病例特征用药,并撤除可疑致敏药,改用清热解毒药。在严重心律失常心衰时用西

药过敏者可以玉竹、苦参冲汤代茶。在减“激素”过程中出现脾肾阳虚、继发肾上腺皮质机能减退时(例5)则重用温补肾阳之品,仍不能达理想效果时加用ACTH。本病辨病辨证论治原则上虽宜灵活掌握。但应遵循“标本兼顾”、“治病必求于本”、“急则治标”、“缓则治本”的原则,并需在掌握病机的基础上,针对病因并随病期不同看准解决主要矛盾,使次要矛盾迎刃而解。如本病以肝肾阴虚,毒热炽盛为主,但病程长,抵抗力差,临床见虚损诸象,应加健脾温肾利水化湿之品。

三、SLE的发病机理与免疫机能紊乱、慢性感染密切相关,且常易继发感染。故应重视抗感染及调整免疫机能紊乱,针对病因治疗,如加用大青叶、银花藤、白芷、七叶一枝花、大蒜素等以控制感染,并以益气药黄芪、党参之类辅助之。用丹参、川芎、尿激酶、肝素类活血化瘀,阻止栓塞或血栓形成,似有助于肾功能恢复。免疫机能紊乱类似中医阴阳失衡,以寒温并用,水火共济,调和阴阳之法似有得益,可使免疫机能稳定。

四、SLE患者常对多种药物过敏,某些西药包括抗生素可引起恶化,某些中成药亦有此可能如青黛粉、雷公藤。但大青叶煎后却无此反应。此外,判断SLE合并感染与否十分重要。SLE本身也可引起高热,是细菌病毒感染还是疾病本身活动所致,不易确定。通过有限病例观察,如系疾病本身所致之发热,撤除已阶段应用的抗生素似对病情好转起一定作用。例1、2、3似均与之有关。

五、有些药物包括中药用之不当,可引起类狼疮综合征,使SLE恶化。如SLE肾炎尿毒症常致患者死亡,故易引起肾间质病变的药物,一般应慎用和禁用,某些中成药或生药含铝、汞、硫及植物蛋白未经煮沸者,或毒性较大的中药及动物药,也应慎用或禁用。

《河北中医》改刊征订启事

《河北中医》是以临床实用为主的综合性中医刊物。内容包括临床经验交流、理论研究、自学辅导、试题解答及中医急症等专栏。供中医临床工作者、教学及科研参考。从1985年起,改为双月刊。欢迎单位和个人届时到当地邮局订阅。

全国各地邮局(所)均可订阅。本刊代号18—30,每册定价0.25元,全年1.50元。

《河北中医》编辑部启