

# 中医药研究系统性红斑狼疮的新思维和方法

许善霖

(广西医科大学第六附属医院, 广西省玉林市教育中路 495 号, 537000)

关键词 红斑狼疮/中医药疗法

系统性红斑狼疮(SLE)为疑难的风湿免疫病,其多系统及多脏器损害的临床特点成为临床多学科相关的边缘性疾病,我国的发病率在近年有增加趋势。中医药治疗 SLE 的作用已受到国内外学者的关注和肯定,现将近年来中医药研究 SLE 的某些新思维及方法综述如下。

## 1 命名的统一

苏亚平<sup>[1]</sup>等认为 SLE 伴有较多的脏腑症候,很难明确地划属于某一具体病证,因此从临床角度出发中西医结合应统一病名,均以“系统性红斑狼疮”较为适宜。

## 2 病因病机的研究

2.1 体质学说 卞华<sup>[2]</sup>等认为 SLE 以肾阴亏虚为要,肾阴亏虚之体质也许是一套关联的易感基因,现代医学认为 SLE 与遗传有关,实为中医之禀赋不足。石建<sup>[3]</sup>等认为 SLE 多见于阴虚质,但还存在阳虚质和瘀血质。

2.2 狼毒致病学说 蔡辉<sup>[4]</sup>等在“阴阳毒”的启发下,认为“毒邪”是有别于六淫的特殊病因,是外界暴烈六淫、异常物质,或病理代谢产物,引起机体损害,耗伤正气,破坏阴阳平衡,出现危重证候和局部特殊体征的因素。邪气偏盛猛烈,或蕴藏蓄积、郁久顽恶使成毒,邪气蕴毒,毒存于邪,化为狼毒,环境因素与狼毒中的外毒相对应,遗传、免疫学异常、性激素等因素与狼毒中的内毒相对应,基本病机为狼毒痹阻血络,内侵脏腑,阴虚血热,虚实错杂。狼毒袭人,外至皮肤腠理,内至五脏六腑,无处不至,从而产生多系统损害。

2.3 伏气温病理论 刘叶<sup>[5]</sup>等介绍钟嘉熙教授经验:SLE 为内外综合因素所致,乃肾气先虚,邪气内伏,或化热化毒外发,或外邪引动而发,皮肤斑疹乃热毒外发所致,症状与伏气温病相似。

2.4 虚、瘀、毒立论 于健宁<sup>[6]</sup>等认为 SLE 发病因热毒深入血分所致,先天禀赋不足,肾阴亏虚的遗传易感性在发病中起重要作用,肺卫虚损则为疾病诱发的易感因素。邵杰<sup>[7]</sup>认为肾阴亏虚为发病内因,六淫毒邪为致病外因。王俊志<sup>[8]</sup>等介绍王玉玺教授经验:以毒立论,正虚为本,邪毒为标,本虚标实,肾阴亏虚是主

体,“毒”不只是一种特定的病因,而是各种病因的产物,皆为外感六淫、内生五邪、痰饮、瘀血者所化,SLE 的各种免疫复合物、抗体及各种有害的细胞因子视为一种“毒”。岳敏<sup>[9]</sup>介绍刘维主任医师经验:正虚为 SLE 发病之本,当外感六淫之邪或七情过极之时骤发本病,急性期多为热毒炽盛,稳定期多为正虚邪恋或邪退正虚。江东涛<sup>[10]</sup>等认为肾虚瘀毒为基本病机,肾虚是发病之本,血瘀毒蕴为发病之标,虚、瘀、毒三者并存,互为因果,肾虚阴亏,瘀毒内结贯穿病程的始终。王丽敏<sup>[11]</sup>等认为以气阴亏虚为本,血瘀为标,因瘀而致病。

2.5 络病理论与 SLE 的内在联系 戚淑娟等<sup>[12]</sup>认为络脉分布广泛,遍及全身,故络脉受损,病变广泛,表现多样,与 SLE 的表现有诸多相似之处,SLE 患者体内大量的免疫复合物及致病性抗体,造成多组织、多器官的损害,符合络病致病广泛,变化多端,缠绵难愈的特点,SLE 的基本病理是结缔组织的纤维样变性、基质黏液性水肿及坏死性血管炎,而免疫复合物沉积引起组织反应是造成病变是主要原因,这与络病易滞、易瘀、易毒的病理特点相吻合。沈思钰<sup>[13]</sup>等提出神经精神狼疮病位在脑络,基本病机为久病入络,络病与神经精神狼疮之间具有高度的同一性。

## 3 辨证分型及微观化的研究

3.1 按系统损害分型 关彤<sup>[14]</sup>等提出 SLE 是多系统受累的疾病,不能按一般疾病的辨证方法进行辨证,应按系统损害分型,如分为无系统损害型、关节损害型、皮肤损害型、肾脏损害型、肺脏损害型、精神神经损害型、多系统损害型等,然后再按中医辨证方法分为若干亚型。

3.2 证型与免疫指标及活动指标的相关性 孙然<sup>[15]</sup>等对 93 例的研究,认为抗 ds-DNA 抗体可作为“虚实辨证”的参考,而 ENA 抗体和 ANA 滴度、肿瘤坏死因子(TNF)值对指导辨证分型都有指导意义。吴国琳<sup>[16]</sup>等对 79 例患者进行观察,辨证为热毒炽盛证、风湿热痹证、阴虚内热证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证,研究发现热毒炽盛证 SLE 活动指数(SLEDAI)积分、ANA 滴度、血沉、免疫球蛋白、类风湿因子明显高于其他 4 种证型( $P < 0.05$ ),补体低于其他 4 种证型( $P <$

0.05);所有患者SLEDAI积分与ANA滴度、血沉成正相关( $P < 0.05$ )。这说明SLE活动期以热毒炽盛证、风湿热痹证、阴虚内热证、脾肾阳虚证为主,稳定期以肝肾阴虚证为主,ANA滴度、血沉与疾病活动程度相关。可见免疫指标及活动指标可指导临床辨证用药。

3.3 证型与肾脏病理及局部凝血纤溶的相关性 王丽萍<sup>[17]</sup>等对狼疮性肾炎(LN)热瘀证、非热瘀证各30例进行肾脏病理分型、肾组织活动指数(AI)及慢性化指数(CI)、肾组织纤维蛋白原相关抗原(FRA)、组织型纤溶酶原激活物(tPA)和I型纤溶酶原激活物抑制物(PAI-1)对比分析。结果发现热瘀证与肾脏病理分型无相关性;热瘀证组肾脏病理的AI显著高于非热瘀证组( $P < 0.01$ );热瘀证组肾组织FRA沉积程度明显强于非热瘀证组( $P < 0.05$ );热瘀证组的tPA、PAI-1阳性强度平均积分显著高于非热瘀证组( $P < 0.05$ )。

#### 4 治则治法的研究

4.1 按狼毒致病学说治疗 以清热解毒、散瘀养阴为法<sup>[4]</sup>。

4.2 按伏气温病理论治疗 宜清热化湿、养阴透邪、化瘀解毒、标本兼治<sup>[5]</sup>。

4.3 按虚、瘀、毒立论治疗 治肾乃是固本以除内因,治肺则在于拒邪,从肺辨治可减少疾病复发及并发症的发生<sup>[6]</sup>,调理脾肾两脏是第一要务<sup>[8]</sup>,还有益气滋阴以固本,活血化瘀贯始终,随证加减是关键之三原则<sup>[11]</sup>,养阴清热、解毒化瘀为总则<sup>[18]</sup>,补肾化毒祛瘀为治法要旨<sup>[10]</sup>。

4.4 按络病论治 遵循“大凡络病,通补最宜”的原则而攻补兼施,还有飞升走降通络、清热解毒通络、扶正通络<sup>[12]</sup>,神经精神狼疮的辨治特点为“以通为用”,以通络为中心环节<sup>[13]</sup>。

#### 5 治疗用药的研究

5.1 中药增效及减少激素用量 吴国琳<sup>[19]</sup>等将对照组20例用泼尼松治疗,治疗组34例用养阴解毒活血方(生地黄、青蒿、炙鳖甲、升麻、水牛角、白花蛇舌草、牡丹皮、何首乌、枸杞子、红花、丹参等加减)加泼尼松治疗,治疗6个月后结果:总有效率治疗组为91.2%,对照组为70.0% ( $P < 0.05$ ),2组治疗后SLEDAI积分、泼尼松每日用量比较,治疗组低于对照组( $P < 0.05$ )。王嵩平<sup>[20]</sup>等把对照组50例用激素、免疫抑制剂等疗法,治疗组46例在对照组基础上加辨证施治:热毒炽盛型用清热解毒方(金银花、野菊花、知母、牡丹皮、生地黄、生白芍、炙鳖甲、北沙参、黄芩、黄连、黄柏、大黄),阴虚内热型用养阴解毒方(生白芍、生地黄、蒸何首乌、石斛、黄精、秦艽、胡黄连、银柴胡、熟地

黄、地骨皮、紫花地丁、紫草、僵蚕),气阴两虚型用益气养阴方(麦冬、党参、薏苡仁、黄芪、山药、玄参、丹参、茯苓、山茱萸、天冬、泽泻、柴胡、甘草、西洋参),脾肾阳虚型用温阳利水方(黄芪、车前子、山药、丹参、茯苓、党参、山茱萸、泽泻、制附片、桂枝、甘草)。治疗3个月后结果:总有效率治疗组为92.8%,对照组为80% ( $P < 0.01$ )。刘书珍<sup>[21]</sup>将对照组50例用激素治疗,治疗组60例在激素治疗的基础上加中药辨证施治,热毒炽盛型用二花四黄汤(金银花、野菊花、大黄、黄芩、黄连、黄柏),阴虚内热型用二胡四地汤(胡黄连、银柴胡、生地黄、熟地黄、地骨皮、紫花地丁),气阴两虚型用二冬四参汤(麦冬、天冬、西洋参、玄参、党参、丹参),治疗3个月后结果:总有效率治疗组为91.7%,对照组为80% ( $P < 0.01$ ),治疗组在临床症状改善、免疫指标及活动指标(ANA、抗ds-DNA、抗Sm、抗RNP、抗SSA、抗SSB、CIC、RF、IgG、C3、C4、CH50、血象、ESR、CRP、24h尿蛋白定量等)的好转均优于对照组( $P < 0.01$ 或 $P < 0.05$ ),治疗组复发率低于对照组( $P < 0.05$ )。温成平<sup>[22]</sup>等把西药组89例以激素治疗为主,中西医结合组123例在激素治疗的基础上结合解毒祛瘀滋阴法治疗(生地黄、赤芍、牡丹皮、升麻、炙鳖甲)为主加味治疗。治疗6个月后结果:中西医结合组的完全缓解率、显效率、总有效率分别为11.38%、30.08%、92.68%,均显著高于西药组(分别为5.62%、22.47%、86.52%) ( $P < 0.05$ ),临床症状和实验室指标(血象、ESR、抗ds-DNA、IgG、C3等)的改善均显著优于西药组(分别为 $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ ),治疗后第180d泼尼松的日用量( $12.8 \pm 7.6\text{mg}$ )显著低于西药组( $21.6 \pm 12.5\text{mg}$ ) ( $P < 0.05$ ),单例6个月泼尼松的总量也显著低于西药组( $P < 0.01$ )。杨晓砚<sup>[23]</sup>等把符合热毒炽盛型的144例随机分为2组各72例,对照组用激素、环磷酰胺治疗,治疗组用激素加扶正解毒汤(半枝莲、半边莲、赤芍、青蒿、黄芩、白花蛇舌草、重楼、黄芪、益母草、半夏、白术、红花、杜仲、陈皮)治疗。治疗3个月后结果:总有效率治疗组为94.44%,对照组为93.06% ( $P > 0.05$ ),2组抗ds-DNA、C3、ESR、24h尿蛋白定量等指标与治疗前比较均有显著改善( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ),治疗组24h尿蛋白定量改善优于对照组( $P < 0.05$ ),2组SLEDAI评分较治疗前均明显下降( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ),并发现扶正解毒汤能减少激素用量。

5.2 中药从肺论治降低感染率和抗生素使用 陶筱娟<sup>[24]</sup>等将治疗组、对照组各55例,均用相同西药,治疗组活动期以清肺凉血解毒为主,用狼疮I号协定方

(桑白皮、地骨皮、甘草、白芍、玄参、青蒿、知母), 静后期以养阴润肺为主, 用狼疮 II 号协定方(百合、天冬、麦冬、白芍、当归、玄参、贝母、桔梗、甘草、竹叶)。治疗 2 年期间感染率和抗生素使用率治疗组分别为 23.6%、55.0%, 对照组分别为 50.9%、100%, 治疗组均明显低于对照组( $P < 0.01$ )。

5.3 辨病治疗 并骨髓增生不良, 活动期配合狼疮方(白花蛇舌草、半枝莲、紫草、丹参、全蝎等)加减, 并根据证型变化选用知柏地黄汤或生脉饮加减<sup>[25]</sup>。并带状疱疹配合五味消毒饮加味或合桃红四物汤加减<sup>[26]</sup>。并病窦综合征配用香丹注射液、黄芪注射液、参附注射液, 麻黄附子细辛汤合保元汤加减<sup>[27]</sup>。

## 6 评价与展望

综上所述, 中医药研究 SLE 的新思维与方法令人鼓舞, 病因病机主要是虚、瘀、毒, 遗传因素与肾阴、肾阳虚之体质具有相关性, 瘀贯穿于 SLE 的始终, 对毒的认识进一步深化, 外毒与环境因素、六淫毒邪有关, 内毒与各种病理产物、免疫复合物、抗体及各种有害的细胞因子有关, 并且已经认识到络病理论与 SLE 具有内在相关性。目前按一般疾病用传统方法对 SLE 整体辨证分型的研究, 证型的不统一是中医研究的最大弱点, 必须打破常规, 按系统损害分型后再辨证分为若干亚型的研究势在必行, 这样更能反映 SLE“证”的定位及本质。证型与免疫指标、活动指数、肾脏病理及局部凝血纤溶的相关性研究, 是宏观与微观、定性定量相结合的辨证方法, 为临床辨证及用药提供了更为准确的参考。治疗用药的研究, 中药是增效剂, 又是激素的助减剂, 能减少 SLE 的感染率。抗凝、抗血小板聚集治疗 SLE 正在引起风湿学界的广泛关注, 而活血化瘀通络的治疗原则, 中西医是一致的。

SLE 的病因与遗传、环境因素、感染、内分泌激素、免疫学异常等有关, 其病理基础是全身性的栓塞性血管炎, SLE 的病因病理与气络、血络病变有相关性或同一性, 临床表现与络病有诸多相似, 络病的治则、治法、用药对 SLE 有很好的参考, 因此, SLE 符合“络病证治”体系。络病辨证论治是用于内伤疑难杂病诊治的新方法, 络病理论及证治与 SLE 的关系目前只是提出理论性探讨, 临床总结报道滞后, 今后还需要在临床诊疗中不断总结完善 SLE 的“络病证治”体系。

### 参考文献

[1] 苏亚萍, 朱建新. 系统性红斑狼疮中医命名之我见. 中国误诊学杂志, 2009, 9(3): 591-592.  
[2] 卞华, 温成平, 范永升. 系统性红斑狼疮中医诊治思路与方法. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(19): 2596-2597.

[3] 石建, 冯丽. 谈中医体质学说与系统性红斑狼疮疾病的防治. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(8): 23-24.  
[4] 蔡辉, 张永文, 沈思铎. 系统性红斑狼疮与张仲景阴阳毒探讨. 安徽中医学报, 2008, 27(6): 5-7.  
[5] 刘叶, 石建. 钟嘉熙教授应用伏气温病理论治疗系统性红斑狼疮经验介绍. 新中医, 2008, 40(6): 12-13.  
[6] 于建宁, 陶筱娟. 系统性红斑狼疮辨治浅谈. 新中医, 2006, 38(8): 1-2.  
[7] 邵杰. 系统性红斑狼疮中医病因病机探析. 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(10): 20-21.  
[8] 王俊志, 程振中, 赵玉娟, 等. 王玉玺治疗红斑狼疮经验. 中医药学刊, 2006, 24(8): 1417-1419.  
[9] 岳敏. 刘维主任医师治疗系统性红斑狼疮稳定期经验. 中医研究, 2007, 20(1): 41-42.  
[10] 汪尔涛, 沈鹰. 从“肾虚瘀毒”论治系统性红斑狼疮. 云南中医学院学报, 2008, 31(3): 21-23.  
[11] 王丽敏, 高明利. 系统性红斑狼疮中医诊治体会. 中国中医急症, 2006, 15(9): 1000-1001.  
[12] 戚淑娟, 钟嘉熙. 络病理论与系统性红斑狼疮. 新中医, 2006, 38(1): 8-10.  
[13] 沈思铎, 傅晓东, 张永文, 等. 中医络病理论与神经精神狼疮相关性的探讨与分析. 天津中医药, 2007, 24(4): 272-274.  
[14] 关彤, 赵威, 林昌松. 对中医药治疗系统性红斑狼疮临床研究现状的思考. 中国中医药科技, 2007, 14(1): 44-45.  
[15] 孙然, 侯云峰, 于秀明, 等. 93 例系统性红斑狼疮中医辨证分型的抗核抗体谱与肿瘤坏死因子分析. 中华中医药杂志, 2008, 23(12): 1125-1128.  
[16] 吴国琳, 李天一, 韩咏梅, 等. 系统性红斑狼疮患者中医辨证与疾病活动指数的相关性研究. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12(11): 853-854.  
[17] 王丽萍, 杨丽丽, 张勇, 等. 狼疮性肾炎热瘀证与肾脏病理及局部凝血纤溶的相关性分析. 中医杂志, 2009, 50(11): 996-998.  
[18] 卜绿萍, 岑金初. 中医治疗系统性红斑狼疮的思路. 世界中西医结合杂志, 2006, 1(2): 107-110.  
[19] 吴国琳, 李天一, 范永升. 养阴解毒活血方治疗系统性红斑狼疮临床观察. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(9): 851-852.  
[20] 王嵩平, 白琳, 陈爱林, 等. 辨证论治系统性红斑狼疮 56 例. 陕西中医, 2010, 31(1): 65-66.  
[21] 刘书珍. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮 60 例疗效观察. 世界中医药, 2009, 4(1): 14-16.  
[22] 温成平, 范永升, 李永伟, 等. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮的增效减毒作用研究. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(3): 305-309.  
[23] 杨晓砚, 刘晓亚. 中西医结合治疗活动期系统性红斑狼疮 72 例疗效观察. 新中医, 2008, 40(3): 43-44.  
[24] 陶筱娟, 郑红霞, 于建宁, 等. 从肺论治降低系统性红斑狼疮感染率的临床研究. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(1): 33-36.  
[25] 石咏军, 刘滢, 刘冠贤. 中西医结合治疗以骨髓增生不良为特征的系统性红斑狼疮疗效观察. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(5): 415-417.  
[26] 王品, 刘维, 王熠, 等. 系统性红斑狼疮合并带状疱疹验案二则. 山东中医杂志, 2010, 29(2): 137-138.  
[27] 任培华, 冼绍祥. 中西医结合治疗系统性红斑狼疮致病窦综合征案 1 例. 江苏中医药, 2010, 42(1): 48-49.

(2010-09-19 收稿) ©