
红斑狼疮中西医结合诊治

■ 卢君健 主编



人民卫生出版社

红斑狼疮中西医结合诊治

主 编 卢君健

副主编 孙孝洪

编写人员 (以姓氏笔画为序)

卢君健 苏州大学第一医院

孙孝洪 四川大学华西医院

李 平 北京中日友好医院

张 玲 苏州大学第一医院

陈 钢 北京中日友好医院

熊佩华 苏州大学第一医院

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

红斑狼疮中西医结合诊治/卢君健主编. —北京:
人民卫生出版社, 2007. 1
ISBN 978-7-117-08164-1

I. 红… II. 卢… III. 红斑狼疮-中西医结合疗
法 IV. R593.240.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 134205 号

红斑狼疮中西医结合诊治

主 编: 卢君健
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)
地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼
邮 编: 100078
网 址: <http://www.pmph.com>
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
印 刷: 北京铭成印刷有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 29.75 插页: 2
字 数: 708 千字
版 次: 2007 年 1 月第 1 版 2007 年 1 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-08164-1/R·8165
定 价: 57.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

主编简介



卢君健，男，1932年生，主任医师、研究员、教授，1954、1961年分别毕业于南通医学院内科系（5年制）及南京中医学院中医研究班（3年制）。毕业后在苏州医学院第二附属医院、第一医院工作。曾任第一医院中西医结合免疫病及肾病研究室、科、教研室主任，兼江苏省第一届中西医结合学会副会长，创建江苏省中西医结合免疫病肾病专业委员会并任主任委员，也是中国中西医结合学会肾病专业委员会委员。任职期间主编国内免疫病专著，即《实用结缔组织病学》、《结缔组织病中西医诊治学》，分别于1987、1992年在人民卫生出版社出版。并创建免疫病肾病研究室、病区、实验室，创设独有的中西医结合五辨（辨病、证、因、机、主要矛盾）优化理论和实践，对各种疑难病症有独特疗效，尤其是与免疫有关的免疫性疾病。1961年在研究血液病、免疫病时即在实验室内检测LE细胞，确诊红斑狼疮患者。1962~1969年在疑难、重危病种的治疗中，包括系统性红斑狼疮及其肾病综合征，在此期间用中西医结合（T-W）治疗系统性红斑狼疮（SLE）、狼疮性肾炎获得卓效，并体会到白蛋白、血浆、大量西药利尿剂治疗SLE存在的负面作用，而用T-W治疗纠正SLE西医药治疗的缺陷可获得显效，因之创设的T-W五辨优化治疗危重SLE100例论著获得科研奖。退休后，创建苏州市免疫病研究会并以该会名义召开了二次全国中西医免疫病研讨会，并受聘于苏州医学院附属第一医院高级医学专家会诊中心任高级中西医结合专家。此外，发表各种学术论文300余篇，编写各种医书11种，主编的《肾功能衰竭中西医结合诊治》于2004年3月出版（人民卫生出版社），曾任6种医学杂志编委，现仍任医学与哲学杂志理事会理事及《中西医结合肾病杂志》编委，兼任国际中华名医协会副会长（香港），并获江苏省著名中西医结合专家称号及卫生部中国医促会信誉度委员会“全国德艺双馨医务工作者称号”。

内 容 提 要

红斑狼疮 (LE) 或系统性红斑狼疮 (SLE) 是一个多科性的疾病, 为难治病之一。近年来随着对 SLE 基础免疫学研究进展及发病机制的了解, SLE 的存活率已显著提高。

全书 25 章, 包括中西医对红斑狼疮及类似疾病的认识, SLE 的定义、分类、活动度及损害指数环境影响因素及流行病学, SLE 发病机制的新认识与中医免疫理论实践的可联系性, SLE 类疾病抗原抗体检测的临床意义, 皮肤狼疮的发病机制与中西医辨治, 系统性红斑狼疮时应用中医治则治法的免疫机制及中药抗系统性红斑狼疮病变的免疫药理, 系统性红斑狼疮各种西医治则与免疫调节药物及其临床应用评价, SLE 时各种中西药合用的相互作用, 抗磷脂抗体综合征与红斑狼疮及狼疮抗凝物和中西医治则药物, 系统性红斑狼疮的其他临床实验室检查异常与早期诊断线索, 系统性红斑狼疮的全身临床表现与中西医辨治, 系统性红斑狼疮的各种类缘疾病的诊断及鉴别诊断, 系统性红斑狼疮的不同系统表现与辨治, 类狼疮肝炎与自身免疫性肝炎, 药源性红斑狼疮, 红斑狼疮肾损害, 以及系统性红斑狼疮发病过程中的各种问题和其他治疗方法等内容。

本书可供中医、中西医结合内科、皮科及专门研究红斑狼疮的临床科研人员参考。

前 言

红斑狼疮 (lupus erythematosus, LE) 或系统性红斑狼疮 (systemic lupus erythematosus, SLE) 是一个不恰当的病名, 但因历史沿革已久, 直至目前仍然采用此病名, 有人曾诙谐地称它为“免疫学癫病”。由于该病最早发现是皮肤科医师, 因此, 一直多归属皮肤科诊治。实质上是一个多科性的疾病, 该病比较正确的名称应称之为“经典自身免疫病”, 是全身系统性多科性综合征, 而不是单一因素的疾病, 近年来随着对 SLE 基础免疫学研究进展及发病机制的了解, SLE 的存活率已显著提高。作者 1953 年从医后即接触到 SLE 患者, 以后不断的研究该病如 1961 年作者从实验室中检出 LE 细胞。可是治疗仅根据内科学内容机械搬用治法, 疗效甚差。至文革时作者将 SLE 患者采用中西医结合治疗, 有的迄今仍健在。有的从死亡边缘获得重生或治愈, 或治疗后不再用中西药者并不少见。作者将 SLE 作为中西医结合重点突破临床治疗研究已数十年。发现从免疫学基础理论和中医经典理论相融合指导临床, 这种医学科学与哲学的结合对临床 SLE 制定策略方案有极大的帮助, 有的患者从昏迷中霍然痊愈。不论中医药或西医药对 SLE 的诊治都会出现非优甚至恶化致死的治法或药物, 很多中医药应用违反免疫学基本原理常是使 SLE 恶化或致死的因素。但每一位 SLE 患者的恶化或致死原因可以完全不同。公式化的治疗, 尤其是白蛋白氨基酸, 同种异体生物因子的治疗或中药中光敏感药物或以毒攻毒论的雷公藤均是对 SLE 不利的致病因子。作者在 1987、1992 分别出版的《实用结缔组织病学》及《结缔组织病中西医诊治学》两书已将 SLE 作为较为详尽的叙述, 尤其是 1992 年出版的, 其中有作者创设的 SLE 中西医结合五辨优化疗法, 并作了与单纯辨病加辨证的单纯中西药相加疗法对比。此法在本书则更加详尽的叙述并加以评价。本书除收集 Dubois SLE 世界名著 2002 年出版部分内容外加上国内外杂志及主编者多年的经验和创设的新理论与实践。使本书在 1992 年出版的“结缔组织中西医诊治学”中 SLE 内容更加发展, 成为目前叙述 SLE 为新而实用的中西医诊治一书。当然中西医结合是一门前人没有走过的探索性的创新医学, 许多论点可能一时不能被接受, 希望读者谅之。更有甚者, 作者将 SLE 分为真假两类, 即使符合 ARA 国际诊断标准者中, 也有约 15% 为假性 SLE。原先认为提出 SLE 分真假两类是作者的创见。然而事实上在 20 世纪 60 年代即有人提出真假 SLE 的不同分辨法, 因为其预后截然不同, 惜未能引起世人的重视。当然通过作者 40 余年来的仔细观察, SLE 的真假是

前 言

相对的，而且可以共存或转变，有的假性 SLE 确立的恶化病原消除再继续服用中药 3~6 个月，改变体质，可以一如常人。

总之，在近 20 年 SLE 其部分本质逐步阐明以后不再是“谈狼色变”，将 SLE 作为肯定绝症看待，相信在不久的将来中西医优化结合，SLE 的预后会更加得到改善。

卢君健

2006 年 8 月于

苏州市免疫病研究会

苏州大学附属一院中西医免疫病肾病研究室

电话/传真：0512-65224091

手机：13606217802

目 录

第一章 中西医对红斑狼疮及类似疾病的认识	1
第一节 中医对系统性红斑狼疮病因病机的认识.....	1
第二节 红斑狼疮的西医认识.....	5
第二章 SLE 的定义、分类、活动度及损害指数环境影响因素及流行病学	8
第一节 系统性红斑狼疮的定义、分类、活动度及损害指数.....	8
第二节 系统性红斑狼疮及其相关疾病的可能环境因素	13
第三章 SLE 发病机制的新认识与中医免疫理论实践的可能联系性	24
第一节 SLE 发病机制免疫新认识	25
第二节 SLE 免疫机制研究进展	32
第三节 系统性红斑狼疮发病机制与中医调节免疫理论的可能联系性	40
第四节 中医药双向调节的机制与系统性红斑狼疮免疫失衡双向 调节可治疗性	50
第五节 SLE 免疫发病机制西医治法与中医药双向适应原样作用 的相关性探索	53
第四章 SLE 类疾病抗原抗体系统检测的临床意义	56
第一节 系统性红斑狼疮类疾病自身抗原抗体的分类	56
第二节 各 SLE 类疾病时抗原抗体检测结果特征及意义.....	58
第五章 皮肤狼疮的发病机制与中西医辨治	65
第一节 光敏感与皮肤狼疮发病机制	65
第二节 皮肤狼疮发病机制中的多种免疫因素	69
第三节 红斑狼疮的皮肤表现	71
第四节 皮肤狼疮的中西医辨治	80
第六章 系统性红斑狼疮时应用中医治则治法的免疫机制及中药抗系统性 红斑狼疮病变的免疫药理	88
第一节 SLE 时清热解毒法（清解法）的应用及其机制与适应证	88
第二节 SLE 时活血化瘀法的应用及其机制与适应证	91
第三节 SLE 时补气健脾法的应用及其机制与适应证	95

第四节	SLE 时温阳祛寒法的应用及其机制与适应证	97
第五节	SLE 时渗湿利水法的应用及其机制与适应证	100
第六节	SLE 时滋阴法的应用及其机制与适应证	102
第七节	SLE 时通腑泻实法的应用及其机制与适应证	106
第八节	SLE 时祛风法的应用及其机制与适应证	109
第九节	SLE 的免疫复合体 (IC) 及中医药可能对 IC 的效应	112
第十节	中医药抗 SLE 血管损害的作用	114
第七章	系统性红斑狼疮各种西医治则与免疫调节药物及其临床应用评价	119
第一节	盘状狼疮的局部治疗	120
第二节	非激素 (甾体) 抗炎药物治疗系统性红斑狼疮的临床及其评价	121
第三节	SLE 时抗疟药的应用	126
第四节	类固醇糖皮质激素治疗 SLE 的临床评价	133
第五节	免疫抑制剂治疗狼疮的临床评价	147
第六节	系统性红斑狼疮现代医学的治疗策略与不常用药物	157
第八章	SLE LN 时各种中西医药 (T-W) 合用的相互作用原理 及其临床意义	165
第九章	抗磷脂抗体综合征与红斑狼疮及狼疮抗凝物和中西医治则药物	174
第一节	抗磷脂抗体综合征的概念及各种抗凝物质	174
第二节	抗磷脂抗体检测阳性的发生率	177
第三节	抗磷脂抗体的临床诊断分类标准及临床表现	180
第四节	系统性红斑狼疮及 (或) 合并抗凝脂抗体综合征的中西医治则	186
第五节	抗磷脂抗体综合征合并 SLE 及中西医治疗的某些论述	189
第十章	系统性红斑狼疮的其他临床实验室检查异常与早期诊断线索	193
第一节	非特异性多种实验室检查指标在 SLE 发病过程中的临床意义	193
第二节	补体 (C) 及其在系统性红斑狼疮发病中的临床意义	197
第十一章	系统性红斑狼疮的全身临床表现与中西医辨治	203
第一节	系统性红斑狼疮的全身临床表现	203
第二节	系统性红斑狼疮的中医、中西医结合辨治	209
第三节	红斑狼疮常用方及参考选用方	215
第四节	红斑狼疮的中西医结合治疗	218
第十二章	系统性红斑狼疮的各种类缘疾病的诊治及鉴别诊断	221
第一节	应与系统性红斑狼疮区别的常见结缔组织病的鉴别诊断	221
第二节	各种应与系统性红斑狼疮鉴别的类缘疾病	224
第三节	系统性红斑狼疮与其他少见类似 SLE 结缔组织病的鉴别诊断	235

第十三章	系统性红斑狼疮的心血管病变表现与中西医辨治 ·····	240
第一节	系统性红斑狼疮的心血管临床表现·····	240
第二节	系统性红斑狼疮的心脏病变与抗磷脂抗体及动脉粥样硬化·····	243
第三节	系统性红斑狼疮心脏病变中西医诊治原则·····	245
第四节	SLE 心血管病变中西医治则治法 ·····	247
第十四章	系统性红斑狼疮的肺部表现及其中西医治则 ·····	253
第一节	系统性红斑狼疮肺部表现的认识·····	253
第二节	系统性红斑狼疮的肺部病变的各种表现·····	256
第三节	系统性红斑狼疮肺部病变中西医治则治法·····	261
第四节	系统性红斑狼疮肺部病变中西医结合诊治的要领及注意点·····	264
第十五章	SLE 的神经系统表现与中西医辨治 ·····	266
第一节	SLE 神经系统的现代医学表现与西医治则 ·····	266
第二节	SLE 神经系统病变中西医治则治法 ·····	284
第十六章	血液和淋巴系统的临床异常表现 ·····	289
第一节	系统性红斑狼疮的淋巴系统表现·····	289
第二节	系统性红斑狼疮的血液系统表现·····	292
第三节	中西医治则·····	305
第十七章	系统性红斑狼疮的肌肉骨骼系统表现及中西医辨治 ·····	310
第一节	系统性红斑狼疮关节病变表现·····	310
第二节	SLE 的肌肉病变 ·····	313
第三节	SLE 的无血管性骨坏死 ·····	314
第四节	SLE 肌肉骨骼病变中西医治则治法 ·····	317
第十八章	系统性红斑狼疮的胃肠系统和肝脏表现 ·····	322
第一节	系统性红斑狼疮的胃肠病变·····	322
第二节	系统性红斑狼疮的肝脏异常·····	328
第三节	系统性红斑狼疮胃肠病变中西医治法和原则·····	331
第十九章	类狼疮性肝炎与自身免疫性肝炎 ·····	335
第一节	类狼疮性肝炎与自身免疫性肝炎·····	335
第二节	类狼疮肝炎-自身免疫性肝炎的中医和中西结合治疗 ·····	342
第三节	狼疮性肝炎及自身免疫性肝炎中西医药治疗·····	349
第二十章	药源性系统性红斑狼疮 ·····	352
第二十一章	SLE 的肾损害发病机制、临床与中西医辨治和评价 ·····	368

第一节	狼疮肾炎病理、发病机制、临床和预后	368
第二节	狼疮肾炎的临床实验室表现与治疗	372
第三节	狼疮肾炎肾病理、临床与实验室检查的相关性	375
第四节	狼疮肾炎的现代医学治疗	381
第五节	系统性红斑狼疮时肾损害的中西医结合治则治法	383
第二十二章	系统性红斑狼疮中西医结合五辨优化疗法	391
第一节	SLE 中西医结合治疗的原则、矛盾及方法	391
第二节	中西医结合五辨优化理论的形成及其发展	395
第三节	辨证——疾病的生物物理特性分类	401
第四节	系统性红斑狼疮卢氏中西医结合五辨优化疗法	402
第五节	早期系统性红斑狼疮中西医结合五辨优化诊治病案举例	406
附:	早期危重 SLE 中西医结合五辨优化疗法的疗效分析	413
第二十三章	系统性红斑狼疮中五辨优化疗法的临床治疗评价及其展望	422
第二十四章	系统性红斑狼疮发病过程中的各种问题	435
第一节	感染与系统性红斑狼疮	435
第二节	系统性红斑狼疮 SLE 患者在妊娠或分娩产后时各种问题	440
第三节	系统性红斑狼疮患者的胎儿问题	442
第四节	新生儿狼疮综合征	447
第二十五章	系统性红斑狼疮的其他治疗方法	451
第一节	一般治疗	451
第二节	营养疗法	453
第三节	心理疗法	455
第四节	物理疗法和医疗体育	457
第五节	按摩、导引和针灸、药物外治疗法	459
主要参考文献		464

中西医对红斑狼疮及类似疾病的认识

第一节 中医对系统性红斑狼疮类疾病的认识

系统性红斑狼疮 (systemic lupus erythematosus, SLE) 临床见症复杂多样, 有肌表骨节损害, 又有内脏多种病变; 有的高热斑疹, 急发急变; 有的潜隐损害, 隐匿发展; 或一过性发作, 自然顿挫缓解, 差别很大。现中医古籍并无特定病名和与之对应的系统记载, 但对 SLE 主要病症病情转归和有关预后论述, 并不乏端倪。

一、中医对 SLE 症征的认识

(一) 斑疹皮损方面

早在东汉张仲景《金匱要略》提出阴阳毒病名, “阳毒之为病, 面赤斑斑如锦纹, 咽喉痛”, “阴毒之为病, 面目青, 身痛如被杖, 咽喉痛”。面部红斑、网状青斑、身痛、咽痛都是 SLE 常见表现, 阴阳毒“五日可治, 七日不可治”指出其严重性。阴阳毒是以证候分阴阳。隋代《诸病源候论》说: “夫欲辨阴阳毒病者, 始得病时, 可看手足, 逆冷者是阴, 不冷者是阳”。指通过手足冷暖察寒热别阴阳属性, 而临床所见, 雷诺现象在 SLE 早期发生率为 44%, 这类患者多有冷球蛋白血症, 对寒冷特别敏感, 阴证阳虚居多。《诸病源候论》继述“阴阳毒病无常也”, 既指受多种因素的影响, 阴阳的机体反应性可转化, 又指病情变化无常, “或初得病, 便有毒。或服汤药, 经五六日以上, 或十余日后不瘥, 变成毒者。其候身重背强, 喉咽痛, 糜粥不下, 毒气攻心, 心腹烦满, 短气, 四肢厥逆, 呕吐, 体如被打发斑, 此皆其候, 重过三日则难治”。此段描述颇似 SLE 皮疹已由面部转向全身, 且由皮肤转向内脏, 并描述 SLE 从肌肉、关节、咽喉、内脏直至循环衰竭得病时病情演变过程。“阳毒者, 面目赤, 或便脓血; 阴毒者, 面目青而体冷, 若发赤斑, 十生一死, 若发黑斑, 十死一生。”阳毒急性炎症充血, 出血, 机体亢盛反应, 阴毒机体反应低落, 循环差, 通过斑色可以反映出来, 预后各异。“若病身重腰痛, 烦闷, 面赤斑出, 咽喉痛, 或下利狂走, 此为阳毒”。似 SLE 急性发作, 有胃肠、中枢神经系统症状。“若身重背强, 短气呕逆, 唇青面黑, 四肢逆冷, 为阴毒, ……皆宜依证急治, 失候则杀人”此描述似有心肺功能衰竭症状, 指出本病预

后差，除辨病外宜结合辨证施治。虽然，阴阳毒可能还包括一些发疹急性传染病，如斑疹伤寒，感染中毒败血症，弥散性血管内凝血（disseminated intravascular coagulation, DIC）急性皮炎，甚至急性白血病等，但从总体描述看似与 SLE 最为相近。所谓“阴阳毒病无常也”，也与 SLE 多样性，变化不定性相符。后世温病发展，论述温病斑疹者甚多，由于范围广，反不如阴阳毒贴切。此外，散在古籍及民间流传中还有“茱萸丹”、“马缨丹”、“日晒疮”、“蝴蝶丹”等病名，盘状红斑狼疮类似“鬼脸疮”、“鸦喙疮”等记载。治疗上，《金匱要略》阴阳毒用升麻鳖甲汤加减治疗，提倡解毒凉血活血大法，以后《太平圣惠方》、《三因极一病证方论》、《丹溪手镜》治阳毒发斑多方皆遵其法，《诸病源候论》指出“凡发斑不可用发表药，令疮开泄，更增斑烂，表虚故也”。对于今天中医治疗 SLE 仍有指导意义。

（二）关节和内脏损害方面

SLE 患者关节，肌肉疼痛属于中医“痹病”及“风湿”范畴。痹病种类多，不少学者认为，关节肌肉疼痛部位不定，周身上下皆可，与“周痹”更相近，早在《灵枢·周痹》有这样的记载：“周痹者，在于血脉之中，随脉以上，随脉以下，不能左右，各当其所。”这类似 SLE 在不同部位反复发生的血管炎描述，故称之“十二经脉阴阳之病也”，“此内不在脏，而外未发于皮，独居分肉之间，真气不能固，故命曰周痹。”分肉之间即结缔组织，支撑组织形成联络网络，SLE 关节肌肉疼痛可出现在全过程中，全身大小关节，四肢腰背肌肉均可累及，这是表现的另一面。“风寒湿气客于外分肉之间，迫切而为沫。沫得寒则聚，聚则排分肉而分裂也，分裂则痛，痛则神归之，神归之则热，热则痛解，痛解则为厥，厥则他痹发，发则如是。”SLE 结缔组织炎症可因环境因素诱发肌痛、发热、肢端发冷（似雷诺现象）加重，并可交替发作，反复迁延。《黄帝内经》论痹的病因，主要为风寒湿邪，但也提到热痹，《素问·痹论》：“其热者，阳气多，阳遭阴，故为痹热”。《素问·四时逆从论》：“不足病生热痹”。痹病发热既有阳盛燔热，也有阴虚内热的病机，这在 SLE 急性发作期和慢性期可分别见到。宋代《太平圣惠方》、《圣济总录》专立热痹门，治痹多用升麻、犀角（现用水牛角代）、生地、石膏、羚羊角、大黄、麦冬类清热解毒凉血药，这些都是 SLE 急性发作期常用药物。《黄帝内经》（注：以后简称《内经》）特别强调痹病有内外，不单纯是皮肉筋脉骨的病，病情加重内舍五脏，导致多脏损害，《素问·痹论》说：“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也”。“诸痹不已，亦益内也”。“此常与复感于邪”有关，损及内脏则预后不同，“痹，其时有死者，或痛久者，或易已者……其入脏者死，其留连筋骨间者痛久，其留连皮肤间者，易已”。狼疮系统性与盘状转归不一致，关键在前者累及内脏，后者病多在肌表。现在看来，所谓肺痹“烦满，喘而呕”颇似 SLE 肺、胸膜病变，呼吸障碍；心痹“脉不通，烦则心下鼓，暴上气而喘，啞干善噫，厥气上则恐”，似为肺动脉高压、心肌炎、心律失常、心力衰竭的表现；肝痹“夜卧则惊，多饮数小便，上为引如杯”，似 SLE 引起中枢及周围神经系统病变，可有躁狂、癔症、焦虑、幻觉表现。脾痹“四肢懈惰，发咳呕汁，上为大塞”，似 SLE 患者多有肌无力、累及消化道表现。肾痹“善胀，尻以代踵，脊以代头”“淫气遗尿”狼疮血管炎可致股骨头坏死，慢性肾功能不全多有腹胀、夜尿频、骨质损害，这些都与《内经》记载有相近之处。

痹病包括多种风湿病，但 SLE 累及多系统比较突出，有一定典型性，有的学者结

合皮损提出“红斑痹”、“斑痹”的中医病名。

（三）浆膜腔积液和水肿

《金匱要略》指出悬饮“饮后水留在胁下，咳唾引痛”，支饮“喘满，心下痞坚，面色黧黑”，“咳烦，胸中痛”，“水在心，心下坚筑”，似为胸腔、心包积液的描述。患者饮逆喘满肿，若“面热如醉，此为胃热上冲熏其面”，在原温化寒饮方中“加大黄以利之”。这种寒温两用在 SLE 浆膜炎积液治疗上，确有实用价值。《金匱要略》中记载水气病的种种症征，如面目四肢皆肿，腹大脐肿，腰痛，不得溺或足逆冷，面反瘦等，似狼疮肾炎患者水肿、低蛋白血症、肾功能不全常见现象，而所提出“温药和之”治疗法则，创制防己黄芪汤、防己茯苓汤、五苓散、肾气丸等方剂，迄今仍为广大临床医生推崇，取得良好的实效。特别是点明“血不利则为水，名曰血分。”水肿、水饮可因血脉瘀阻引起，对后世医家启发很大，活血化瘀，抗凝溶栓、改善血液循环，调节毛细血管通透性，在治疗慢性浆膜腔积液、狼疮肾炎水肿，肾静脉血栓形成，伴发心力衰竭，肝硬化腹水水肿及脏器水肿病上有广泛的适应性。

总之，红斑狼疮病名在中医文献中虽无记载，但早在《内经》及汉唐医家著作对其相关症征已有若干深刻的论述，有关病因病机，辨证治疗的认识，对今天探索总结 SLE 治疗仍有非常重要的价值，1997 年颁布的国家标准《中医临床诊疗术语》将 SLE 统一命名为“蝶疮流注”。

二、中医对于 SLE 病因病机的认识

（一）正虚不足是内因

SLE 发病有体质易感倾向，多因先天禀赋不足（包括遗传因素），后天调养失当，形成肝肾阴亏体质，加上情志内伤，劳倦过度或房室不节，使阴阳失去平衡，脏腑失和，气血运行不畅，气滞血瘀，经络阻隔，容易形成病理物质，成为发病的内因。年轻人气火亢旺，阴血易亏，“女子以血为本”，经期孕育最易伤阴耗血，火动阳亢，皆易发生或诱发病情加重。但 SLE 发病也有偏于阳（气）虚体质者，如冷球蛋白、冷凝集血症雷诺现象，某些狼疮病水肿常见虚寒证，病情发展规律不同，《素问·阴阳应象大论》说：“阴胜则阳病，阳盛则阴病。阳盛则热，阴盛则寒”。因各种因素导致阴阳失衡，邪毒乘虚而入，表现为“阳”者为“阳毒”，表现为“阴”者为“阴毒”。“阴阳毒无常也”。“阴”“阳”表现又可发生转化，明代《疮疡经验全书》说：“鸦喙者，久中邪热，脏腑虚寒，血气衰少，腠理不密，发于皮肤之上，相生如钱窍，后烂似鸦喙，日久损伤难治。”阳毒伤阴，阴损及阳，久病致阳虚，也可表现为阴毒，说明体质阴阳盛衰变化是内在基础。

（二）热毒、湿热是主要外因

所谓热毒和湿热有因风寒、风湿内舍，不得发越，久郁化热所致，或因盛火毒湿热，直接燔灼阴血，阻滞气血运行，或日光灼灼，药物酿成热毒，引起内（虚）外（邪）相召，外火引动内火，外毒激发内毒，狼疮发作，邪伏内窠，随经流传，发热、烦热，外伤肌肤骨节，斑疹肌痛，骨节肿痛，内损脏腑气血；遍及三焦。在上焦肺气不利，喘咳胸满，悬饮心水；在中焦则脾胃失和，呕恶黄疸，腹满腹痛；在下焦肾、膀胱

气化不利，为水肿尿少。当毒热炽盛，气血两燔，高热斑疹，动血耗血，攻心入脑则谵妄神昏，引动肝风则抽搐癲病头痛。久病失治，阴损及阳，终致阴阳两虚，阴阳离绝，也有因三焦否隔，清浊相并或内闭外脱，导致正气消亡者。

（三）瘀血贯穿始末

《医林改错》说：“血受寒则凝结成块，血受热则熬炼成块”。SLE 因邪热致瘀居多，邪热熬炼阴血又迫血妄行，血溢脉外亦成瘀血。湿热粘滞会血气瘀滞。病久正虚，气无力帅血运行，阳虚寒凝，血失温煦，阴血亏损，血与脉失于濡润，都会造成瘀血的后果，表现皮肤紫癜、瘀点、青斑、结节，肢端疼痛溃疡，骨节肿痛，健忘狂躁，偏瘫失语、心痛唇青、腰痛血尿，妇女死胎、经行不调，或在脏腑，或伏经络，显隐各具。另一方面，瘀血又成致病之因，如留瘀化火，瘀热相搏，病情多反复，有称之“热附血而愈觉缠绵，血得热而愈形胶固”。瘀血可以化水，瘀水互结，引起悬饮、心水、水臌、肿胀、喘满等气化失利，气机郁逆，或者浊毒内生之变，加重病情复杂和难治性。

此外，SLE 病程漫长，病邪多合并兼夹，如身痛、骨节痛、寒热、咳喘，病在肌表筋骨肺卫，多有风邪（湿）相并引发；而邪热入侵肺、脾、肾，影响水液三焦气化决渎代谢，则滋生水湿、痰饮，积于心下，聚于两胁，引起动悸喘满，眩晕呕痞，腰重腹胀，尿少水肿。

SLE 病机属本虚标实，本虚在早期主要为肝肾阴血亏虚，肺肾气阴两虚，后期五脏阴阳俱虚；标实为热毒（湿热）、瘀血、痰饮、风湿、浊毒（若病损及肾，后期不能分清泌浊，升清排浊，致浊毒内聚攻逆，浊邪害清）。正虚与邪实互为因果，正虚是导致邪盛之本，邪盛是抑杀正气之因。正虚各因素之间以及邪实各因素之间，也有相互连带影响的关系。随不同体质、不同病期阶段、所伤不同脏腑及病情轻重缓急不同、有无合并病等，其正虚邪实的性质、范围、程度，都有许多差异，因此，采取治疗原则和治疗方法有所区别。大多数学者认为，急性暴发期高热斑疹、目赤唇红、神昏抽搐、咳喘胸满或吐血便血、口舌生疮，主要为阴虚毒热炽盛，气血两燔，治宜大剂清热解毒、凉血养阴；亚急性期低热缠绵，斑疹时隐时现，腰酸肌痛，五心烦热，颧红咽干，舌红脉数，主要为阴虚火旺，治宜滋阴泻火。慢性期及稳定期，不发热或低热，潮热，腰腿酸软，目眩耳鸣，毛发脱落，心悸气短，或盗汗自汗，畏风乏力，舌红脉细，主要为肝肾阴虚或气阴两虚。滋养肝肾、益气养阴为治疗大法。狼疮引起肝炎、肾炎、肺炎、心肌炎、脑损害，有的学者归类瘀热伤肝、脾肾阴虚、瘀热犯肺、瘀毒攻心、瘀毒窜脑等证候类型，反映不同脏器损害的证治特殊性，但 SLE 病理变化及机体反应都存在众多复杂因素的相互作用，且又有变动性，因此，这种归类也是笼统的，如狼疮肾炎水肿不一定脾肾阳虚，还有湿热浸淫、阴虚瘀毒，尤其血尿、高血压、肾功能不全者。SLE 病情多变，多脏受累，阴阳交错，往往有上实下虚、上热下寒、内热外寒、内干外肿、燥湿相并、清浊交混、闭脱相兼主客（邪）互见，水火不济、矛盾对立的病变，治疗要善于反药并用，纠偏理倾，相反相成。临床上，应当根据患者情况，考虑全局，综合分析，动态观察，将直观辨证与微观病因病理认识结合，善于运用标本治则，抓住主要矛盾，灵活应变，将辨病辨证治疗有机结合，才能提高针对性和主动性，收到预期效果，也有利于中西医治法发挥自身优势，互补增效的理论和实践，达到一个新的水平。

（孙孝洪）

第二节 红斑狼疮的由来认识

红斑狼疮 (lupus erythematosus, LE) 是一种较常见的自身免疫性疾病, 在中国的发病率有逐年增高的趋势, 为 6~8/万, 不论中国古代和西方对本病的认识是一个漫长的过程。目前认为 LE 是在遗传素质的普遍性的基础上, 许多因素, 尤其是环境中化学、异物物质等刺激下综合作用, 加上神经内分泌免疫网络失调, 最后导致抗原抗体复合物及补体等沉积引起全身各器官系统的症状、体征。随着各种化学药物, 包括保健品和中药服用及病毒疾病的发病率增高, 以及各种抗生素不合理的应用, LE 的发病率日趋增加。且变化多端, 并易伴发各种并发症, 如结核、败血症、高敏反应、其他自身免疫病或结缔组织病 (connective tissue disease, CTD) 等, 然而正如序言中所述本病征并非过去所认为的绝症。

世界各国对本病的认识也是经历了一个漫长的过程。远在科学发展前时代、大约在公元前 600 年 Lupus (wolf 狼) 是法兰西中部古罗马一个家族的名称, 为什么这个食肉动物“狼”的名称与此家族和疾病联系在一起就不清楚。但较明确将“Lupus”与医学表现记载的是见于 10 世纪 St. Martin 所写的有关高卢人的传记, 其描述内容是在祀奉时所述他为严重疾病痛苦所折磨, 这种疾病称为“狼疮 Lupus”几乎使他逼近死亡……此病是局限性的, 虽然没有看见, 然而仍然留着一种薄红条纹作为伤痕的标记。在 12 世纪末外科医师 Rogerius Frugardi 介绍此病称之为“noli me tangere”其原意是耶稣复活后遇上玛利亚的图, 是不可接触的意思, 实际上是“禁止接触的警告。”并描述为一面部溃疡。他还写到有时狼疮可发生在臀部或大腿及小腿, 并以之与癌肿相区别。以后逐步将 LE 从其相类似的疾病中分出, 首先是结核。随着时间推移, 人们对 LE 全貌的认识也逐步完善, 如 SLE 可首先表现为关节痛、肾炎等, 或以某一系统或全身某一种表现为主, 而实验室检查具特征性的标志也进一步添加新的指标, 这些内容可见表 1-1。

表 1-1 狼疮各种症状、体征、实验室特异性指标发现年代, 人名及地址

表现特征内容	人名	年代	地址
临床: 蝶状面部皮疹	Von Hebra	1845	Vienna
脂膜炎	Kaposi	1869	Vienna
关节痛	Kaposi	1872	
淋巴结痛	Kaposi	1872	
关节炎	Philippson	1892	Hamburg
肾炎	Osler	1895	Baltimore
紫癜	Osler	1895	
精神病	Bowen	1896	New York
肺炎	Kraus, Bohac	1908	Prague
雷诺现象	Macleod	1908	London
光敏感	Pulay	1921	Vienna
心内膜炎	Libman, Sack	1923	New York
视网膜病	Pillat	1935	Vienna

续表

表现特征内容	人名	年代	地址
腹膜炎	Friedberg	1936	New York
脑病	Daly	1945	Minneapolis
脊髓病	Piper	1953	Madison, WI
实验室：生物学假阳性 (biologic false-positive, BFP)	Reinhart	1909	Hamburg
白细胞减少	Goeckeman	1923	Rochester, MN
贫血	Keefer, Felty	1924	Baltimore
苏木精小体	Gross	1932	New York
血小板减少	Lyon	1933	Philadelphia
肾小球金属丝环状体	Baehr	1935	New York
洋葱皮肤样脾病变	Kaiser	1942	Baltimore
高丙种球蛋白血症	Coburn, Moore	1943	Baltimore
狼疮细胞	Hargraves	1948	Rochester, MN
狼疮抗凝物质	Conleg, Hartman	1952	Baltimore
抗核抗体	Miescher	1954	Geneva

从上表 1-1 所列内容可见 SLE 的全貌的发现不是简单的，而是通过许多世纪，悠悠漫长的过程中才从其他类似疾病中分辨出来。当然近二百年来是发现内容最多而最迅速的时代，尤其是近 20 年，不论在西医、中医、中西医结合均有显著的进步。然而从另一个角度看，SLE 原是少见的疾病，可是近来随着工业化、现代化的发展，环境污染、化学产物的增多，过分医疗，拜金主义的流行，病毒免疫性疾病未能控制和发展，自身免疫性疾病，包括系统性红斑狼疮也随之增多。总之，从西方许多历史文献中的描述对 SLE 认识有一个曲折的过程，疾病命名也经常混淆，同样的疾病命名，概念内涵也有时混淆，明确理顺 SLE 在历史上的疾病名称，概念是困难的，但也不一定需要，因为类似疾病在当时尚无法分辨。开始在 1851 年的会议中 Cazenave 将各种狼疮描述为“离心性红斑”而称之为“Lupus erythemateux”。他描述在广泛的皮肤表现外，有显著的“发热和疼痛”，Cazenave 在此次会议中首次提出显著的秃发是该病的症状之一。但并未强调蝶形红斑，而是叙述红斑在面和鼻梁部十分常见。着重提出该病灶痊愈是结痂或疱疹而不是溃疡，并强调它是与寻常狼疮“皮肤结核”的重要区别点。这在尚未发现结核菌时从临床角度进行确立鉴别诊断是不容易的判断。1869 年 Kapsi (1837~1962) 强调该病多见于女性，且病情严重并说明它可与结核并存，但两者并非一种疾病。1872 年 Kapsi 叙述四例 LE 有肺炎，3 例有淋巴腺病。3 例尸检者有肺炎，其中 1 例合并淀粉样变性，1888 年 Hutchinson 将结核性狼疮与 LE 作了临床上的原则的鉴别标准，6 年后发现了结核菌，更有利于两者的区别。1870 年以后开始对 LE 有了较全面的认识。Osler 于该年将 LE 称之为“渗出性多形红斑” (erythema exudativum multiforme, EEM)。并指出 LE 皮肤外内脏病变的重要性，1904 年他总结 29 例 LE，17 例伴关节痛，14 例有肾炎。虽然他未指出病因，但叙述其主要发病机制特别是血管病变伴有血或血浆或两者的渗出。并认为某些表现如过敏性紫癜是 SLE 的一部分。1928 年 Kraus