

皮肤病中西医特色治疗丛书

总主编 何清湖 杨志波

红斑狼疮

中西医特色治疗

主编 范瑞强

HONGBANLANGCHUANG
ZHONGXIYI TESE ZHILIAO

中华中医药学会皮肤科分会、中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会
十余位知名专家倾力编著。

中医、中西医结合皮肤性病学优势病种的学术成果集中展现。



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

国家中医药管理局科技项目成果

王卫华 廖建强 廖建强

红斑狼疮

中西医特色治疗

王卫华 廖建强

HEBENGLUANG HONGBANLANGUANG
ZHONGXIYI TESHU ZHILIAO

本书是作者多年临床经验的总结，也是作者多年从事中西医结合治疗红斑狼疮的临床心得，具有较高的学术价值。

本书可作为临床医生、科研人员、学生等的参考书。



中国医药出版社
CHINA MEDICAL SCIENCE PRESS

皮肤病中西医特色治疗丛书

红斑狼疮中西医特色治疗

HONGBANLANGCHUANG ZHONGXIYI TESE ZHILIAO

顾 问 禰国维 许德清

主 编 范瑞强

副主编 黄咏菁 吴元胜

编 者 (以姓氏笔画为序)

许 德 清 吴 玮 吴元胜

吴 晓 霞 范瑞强 欧阳杰

欧阳卫权 黄咏菁 程喜平

赖 梅 生 禰国维



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

红斑狼疮中西医特色治疗/范瑞强主编. —北京:人民军医出版社, 2011. 5

(皮肤病中西医特色治疗丛书)

ISBN 978-7-5091-3316-3

I. ①红… II. ①范… III. ①红斑狼疮—中西医结合疗法
IV. ①R593. 240. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 229046 号

策划编辑:黄建松 高爱英 文字编辑:雷荣强 责任审读:吴 然

出 版 人:石 虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300—8172

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:北京国马印刷厂

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:5.5 字数:138 千字

版、印次:2011 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~4000

定价:18.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书由具有临床经验的皮肤病专家编写,全书分为15章,在介绍红斑狼疮的流行病学、发病机制、临床表现的基础上,重点介绍了红斑狼疮的西医治疗、中医治疗和中西医结合特色疗法,并介绍了国内知名中医专家的临床经验和国内外对该病的最新研究进展,记录了他们的治疗思路、用药特色及效方、验案。另外,本书还介绍了红斑狼疮的食疗方法和自我保健疗法。本书内容新颖、实用,适合皮肤科中、低年资医师、医学院校学生、中医爱好者、皮肤病病人阅读参考。

序

皮肤病是临床的常见病、多发病,其中不少也属于疑难病,这些疾病若长期治疗不愈可极大地影响患者的身心健康,或损害病人的容貌。对皮肤病的诊治,西医有许多先进的方法,而中医重视整体观念,强调辨证论治,各有优势,如能取长补短、优势互补,一定能提高皮肤性病的诊疗效果。很多皮肤科临床医生采用中西医结合的特色疗法治疗皮肤病,取得了很好的疗效。但目前缺乏系统介绍中西医结合特色疗法治疗皮肤病的书籍,致使部分临床医生采用中西医结合的特色疗法治疗皮肤病存在着原则把握不准、思路不清、方法及药物使用不当等诸多问题。为此,我们在中华中医药学会皮肤科分会和人民军医出版社的大力支持下,组织国内从事中西医结合特色疗法治疗皮肤性病的相关专家编写了本丛书。

丛书共分银屑病、皮炎湿疹、白癫风、红斑狼疮、手足癣、皮肤性病、荨麻疹、疔疮痈毒的中西医结合特色治疗共8个分册,系统介绍这些皮肤病的概述、流行病学、病因、发病机制、临床表现、实验室检查、诊断与鉴别诊断、西医治疗、中医治疗、预防与护理、名家医案用方分析、研究进展等内容,目的在于帮助皮肤科医生掌握和熟悉皮肤性病中西医结合的特色疗法,提高皮肤病的诊疗效果。同时,也为皮肤病患者及其家属提供与疾病诊疗的相关指导。

由于时间匆促,我们的水平有限,缺点和疏漏之处恳请广大读者和同仁批评指正。

湖南中医药大学 何清湖 杨志波

前 言

红斑狼疮是与自身免疫有关的难治性疾病,尽管该病的确切发病机制尚不完全明了,目前还无理想的治疗方法,但长期以来西医、中医对该病的治疗均积累了一些经验,尤其是中西医结合治疗系统性红斑狼疮的研究在我国取得了长足的进展,积累了比较丰富的经验。实践证明,中西医结合治疗系统性红斑狼疮可以有效减少皮质激素的使用量、降低其毒性作用,从而提高系统性红斑狼疮的疗效和病人的生存质量。

为了推广我国中医、西医、中西医结合治疗红斑狼疮的经验和特色,我们参考了国内外有关文献并结合我们的临床经验编写了《红斑狼疮中西医特色治疗》这本书。全书分为15章,深入浅出地介绍了红斑狼疮的流行病学、发病机制、临床表现、实验室检查、诊断与鉴别诊断,以及西医、中医和中西医结合的诊疗方案,并介绍了国内知名中医专家治疗该病的经验和目前国内外对该病的最新研究进展。

作为该书的顾问,广东省中医院名老中医禤国维教授和中山大学第二医院著名红斑狼疮专家许德清教授在本书编写过程中给了我们许多指导,在此一并致以衷心的感谢!由于编者水平有限,对本书中出现的错误和不足之处,恳请读者批评指正。

编 者

目 录

第 1 章 概述	(1)
第 2 章 流行病学	(4)
第一节 发病情况	(4)
第二节 种族、年龄、性别对 SLE 发病的影响	(6)
第 3 章 病因及发病机制	(8)
第 4 章 临床表现	(27)
第 5 章 实验室检查	(35)
第 6 章 诊断与鉴别诊断	(41)
第一节 SLE 的诊断标准	(41)
第二节 药源性 LE 的诊断	(45)
第三节 LE 的鉴别诊断	(45)
第 7 章 治疗方案	(49)
第 8 章 中医治疗	(51)
第 9 章 西医治疗	(58)
第一节 红斑狼疮的治疗原则	(59)
第二节 一般对症用药与治疗	(61)
第三节 SLE 各阶段的治疗用药特点	(64)
第四节 SLE 糖皮质激素治疗	(65)
第五节 免疫抑制药治疗	(68)
第六节 静脉注射免疫球蛋白(IVIG)	(70)
第七节 其他药物治疗	(70)
第八节 血浆置换	(71)
第九节 自体造血干细胞移植治疗	(72)

第 10 章	中西医结合治疗	(74)
第 11 章	疗效标准	(79)
第一节	SLE 疾病活动性	(79)
第二节	累积损害	(82)
第三节	生命质量	(85)
第 12 章	预防与护理	(86)
第一节	预防措施	(86)
第二节	护理措施	(88)
第 13 章	预后与转归	(92)
第 14 章	名医经验	(94)
第 15 章	研究进展	(114)
第一节	西医研究进展	(114)
第二节	中医、中西医结合研究进展	(147)
参考文献		(158)

第1章 概 论

红斑狼疮(lupus erythematosus)为自身免疫性疾病之一,属结缔组织病范围,为一个病谱性疾病,病谱的一端为盘状红斑狼疮(DLE),另一端为系统性红斑狼疮(SLE),其间有播散性盘状红斑狼疮、亚急性皮肤型红斑狼疮、深部红斑狼疮等亚型。红斑狼疮中“狼疮”两字来自拉丁语 Lupus,原意是狼,用于描述在面部的红斑溃疡,也有顽固难治的意思。红斑狼疮正式的命名始于1851年,是从开始于皮肤性的红斑狼疮(盘状红斑狼疮),逐渐深入到红斑狼疮的全身性多系统性质的病变。红斑狼疮曾经被归属于胶原病,后改为结缔组织疾病,又是一种自身免疫病,在临床上归属于风湿性疾病,说明本病的复杂性以及人们认识的角度不同,红斑狼疮病人70%~85%有皮肤表现,因此红斑狼疮历来也是皮肤病学研究的重点。

中医学古典医籍中并无红斑狼疮的病名,也未见确切的记载与较为系统的论述。红斑狼疮当以皮肤损害为主,表现出斑疹红赤如丹涂之状,形如蝴蝶,应属中医的“红蝴蝶疮”“马缨丹”“茺萸丹”等。本病经烈日曝晒后出现皮疹或加重,似属“日晒疮”的范畴。而盘状红斑狼疮亦有“鬼脸疮”“流皮漏”之称。面部有赤斑或彩色的花纹斑以及发热、全身疼痛,即所谓“阴阳毒”。关节肌肉疼痛症状为主时,属“痹证”范畴。其内脏病变则见于“水肿”“悬饮”“虚劳”“虚损”“心悸”“喘证”“胁痛”“血证”等不同病证中。系统性红斑狼疮在临床上以温病的卫、气、营、血来辨证施治,故

有“瘟毒发斑”“热毒发斑”“阴虚发斑”“血热发斑”之别。按病机归类亦有“血热发斑”“阴虚发斑”“血瘀发斑”之分。系统性红斑狼疮病情多变，虚实夹杂，症状多样，如以浮肿为主，可称为“水肿”，以胁肋胀满、胸痛气憋为主者可称为“悬饮”。总之，由于病情发展的阶段不同，累及脏腑各异，病人临床表现有别，尚可有各种不同的名称，如“痹证”“心悸”“肾着证”“脑损证”“虚劳”等病名。

中医对本病的认识散见于历代文献，如《金匱要略·百合狐蜜阴阳毒病脉证治》记载：“阳毒之为病，面赤斑斑如锦纹，咽喉痛，唾脓血。”“阴毒之为病，面目青，身痛如被杖，咽喉痛。”均与系统性红斑狼疮皮疹、关节痛、发热、溃疡、咽喉痛、出血等表现极为相似。《素问·痹论》中“五脏皆有合，病久而不去者，内舍于其合也。故骨痹不已，复感于邪，内舍于肾；筋痹不已，复感于邪，内舍于肝；脉痹不已，复感于邪，内舍于心；肌痹不已，复感于邪，内舍于脾。皮痹不已，复感于邪，内舍于肺。”所述痹证与系统性红斑狼疮颇多相似。《诸病源候论·伤寒阴阳毒候》更形象地描述了系统性红斑狼疮由病初的手足雷诺现象，皮肤和关节病变逐渐累及全身多个脏器，直至发生循环衰竭的病情演变过程，“阴阳毒病无常也，或初得病，便有毒……或十余日后不瘥，变成毒者。其候身重背强，咽喉痛，糜粥不下，毒气攻心，心腹烦痛，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。”还指出皮疹面部转向全身，毒邪由皮肤转向内脏的过程。《诸病源候论·温病发斑候》则对阴阳毒发病机制作了阐述：“表症未罢，毒气不散，故发斑疮……至夏遇热，温热始发于肌肤，斑烂隐疹如锦纹也。”明代《疮疡经验全书》则认识到阴阳毒总有体质素虚的内在基础，“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，日久损伤难治”。

关于本病的诊断，目前《中华人民共和国国家标准中医临床诊疗术语》中，将其命名为“蝶疮留注”，临床有时也可根据出现的

主要症状而分属不同疾病。以关节疼痛为主者,属于“痹证”;肾脏损害,出现肾功能不全者,属“水肿”“关格”;有肝脏损害出现相关症状者,属“黄疸”“胁痛”;损及心肺,又可从“心悸”“悬饮”“积饮”“喘证”等辨证论治。

红斑狼疮作为一种自身免疫性疾病,以多系统损害及血清中有多种自身抗体特别是抗核抗体(ANA)为其特征性标志。本病临床表现多样、变化多端,盘状红斑狼疮损害以局部皮肤为主,系统性红斑狼疮常累及多个脏器。近年来,由于免疫检测技术的不断进步、临床医师对此病认识的逐渐普及,对早期、轻型和不典型病例的诊断水平明显提高,暴发型并迅速死亡的病例已很少见,多数病人的病情呈慢性过程,部分病人可有短时间的完全自行缓解,有些病人呈一过性发作,经过数月的短暂病程后可完全恢复。现代医学主要用糖皮质激素、免疫抑制药、血浆置换术等治疗,可缓解病情,但易出现许多不良反应及一系列夹杂症与并发症,甚至使病情恶化而死亡,是世界公认的难治病。近年来,随着中西医结合疗法的开展、糖皮质激素和免疫抑制药的合理应用,本病并发症常能得到及时而正确的处理,使本病的预后有了较大的改善,病人的生活质量有了较明显的提高。红斑狼疮死亡率或存活率的高低与当地人群的经济及医疗水平有关,目前我国红斑狼疮的10年存活率可达到84%以上,达国际先进水平,中医及中西医结合治疗取得了很大成绩,但也存在着许多亟待解决的问题,在有些领域还需要达成一定的共识,为中医药治疗红斑狼疮奠定更为坚实的基础。

(吴元胜 范瑞强)

第2章 流行病学

第一节 发病情况

系统性红斑狼疮广泛分布于世界各地,全世界系统性红斑狼疮的患病率是 17.0/10 万~50.8/10 万,根据有些报道认为不同种族、宗教信仰、地区的发病率与流行情况相差较大。而在牙买加、乌干达、英国、马来西亚、新西兰、澳大利亚、伊拉克、挪威、中国、津巴布韦、荷兰、瑞典则发病与流行情况相差不大。

美国报告的总人群患病率为 14.6/10 万~50.8/10 万。欧洲调查发现,英国诺丁汉 1989—1990 年的患病率为 25.0/10 万,发病率为 4.0/10 万,其中男性为 1.5/10 万,女性为 6.5/10 万,男女之比为 1:4.33。系统性红斑狼疮在非洲并不常见,在西非更为少见,但是生长在美国或英国的西非裔黑种人的患病率却显著高于白种人,可高达 400.0/10 万。虽然有些报道称美国黑种人患病率较高,但据南非的报道则黑种人很少患此病,而马来西亚人、中国人中病人较多。也有报道称新西兰的其他种族的 SLE 患病率高于白种人。Dubois 认为,在美国尚缺乏有关患病率的可靠报道,所以种族患病率的出入可能与取材于不同的部门、来源和治疗目的有关。种族的患病倾向性尚缺乏可靠的证据。据美国明尼苏达州的估计,女性的患病率为 53.8/10 万,如不分性别包括各年龄组则患病率为 40.0/10 万。有认为除黑种人外,拉丁美

洲人包括波多黎各人和亚裔人(中国人和菲律宾人)可能比北美白种人罹患 SLE 的危险更大。

亚洲人系统性红斑狼疮的患病率和发病率与欧洲人相近。1972 年日本调查的 SLE 患病率为 6.5/10 万人~8.5/10 万人,而家族患病率为 3%~5%。1971~1991 年 Iseki 等在日本冲绳收集了 566 例新发系统性红斑狼疮病人,结果发现女性、男性和男女总发病率分别为 5.3/10 万人、0.6/10 万人和 3.0/10 万人。叶冬青等通过对安徽淮南潘集区 204 345 人进行调查得出,系统性红斑狼疮的总患病率为 4.4/10 万人,总发病率为 1.0/10 万人,其中 40~50 岁女性患病率高达 28.3/10 万人。黄铭新等通过对上海 32 000 名纺织工人的调查得出,该人群总患病率为 70.4/10 万人,其中女性患病率为 113.3/10 万人,但该项调查是在纺织系统工厂进行的,不能代表自然人群。许德清等在 1989 年对广州邮电职工及南海市桂城镇的职工学生家属共 25 692 人做了调查, SLE 的患病率为 11.67/10 万人, DLE 的患病率为 31.14/10 万人,女性 SLE 患病率为 22.07/10 万人 (3/13 590),与上海相比似乎广州地区 SLE 患病率较低,而 DLE 病人的比例较高。另外广州与桂城镇,两地在同一纬度,相距 20 千米,一为大城市,一为乡镇,红斑狼疮患病率前者为 71.16/10 万人,后者为 113.33/10 万人,相差近 1 倍,这与印度的调查情况类似,乡村的 SLE 患病率较低。Malaviya 通过 ANA 的检查,乡村居民 13 407 人中仅 3 人 ANA 阳性,德里妓女 701 人均为 ANA 阴性,发函调查的 5 万人有 2 例 SLE,1 例 DLE,但他认为在印度的大城市 SLE 并不少见。他估计北印度乡村的 SLE 患病率为 1/25 000,与美国的患病率(三藩市 1/1 969,明尼苏达州 1/2 400)和新西兰的患病率 1/6 780 相比,则印度患病率很低。

第二节 种族、年龄、性别对 SLE 发病的影响

SLE 发病存在明显种族地区因素差异性,目前已基本肯定黑种人 SLE 患病率和发病率明显比白种人高(3~4 倍),平均发病年龄比白种人轻;亚洲人 SLE 患病率和发病率是否比白种人高尚存有争议。SLE 以生育期女性发病占多数,男女发病之比可高达 1:13,平均为 1:9;在 14 岁以下和 65 岁以上的年龄组,女性发病的优势不明显。

在白种人女性,报道 SLE 发病高峰年龄主要在 15~54 岁,在白种人男性,Michet 和 Siegeldeng 分别报道 SLE 发病高峰年龄在 50~59 岁和 65 岁以上,白种人男性 SLE 发病年龄较女性晚。1950—1979 年明尼苏达州的年发病率在白种人男性、白种人女性与不分性别组中,分别为 0.9/10 万人、2.5/10 万人和 1.8/10 万人。在马里兰州、巴尔的摩,按年龄作统计处理后的平均年发病率,在 1970—1977 年,白种人男性、白种人女性、黑种人男性、黑种人女性和不分性别组,分别为 0.4/10 万人、3.9/10 万人、2.5/10 万人、11.5/10 万人和 4.6/10 万人。

在黑种人女性,纽约报道 SLE 发病高峰年龄在 15~44 岁;匹兹堡报道在 20~39 岁;巴尔的摩报道在 25~34 岁;Nossent 等报道库拉索岛非洲加勒比海人 SLE 发病高峰年龄较大,在 45~64 岁组。在黑种人男性,Hochberg 等报道 SLE 发病高峰年龄在 45~64 岁;Nossent 等报道在 65 岁以上。

在亚洲,报道 SLE 发病高峰年龄主要在 16~45 岁。日本 1983 年全国 SLE 病人 4 227 人,估计患病率为 4.9/10 万人,与 1972 年相比,似有减低,但 1994 年全日本皮肤病学术会议认为 SLE 的构成比有所增加,而 DIE 则减少。李结华等对 1990 年 1 月至 2001 年 6 月 690 例安徽医科大学第一附属医院 SLE 住院病人的病案资料进行分析,结果是 SLE 病人高峰年龄在 20~40 岁,

以农民最多,女性多于男性,男女性别比为 1:7.73,但 40 岁以后两性差别显著缩小。

临床研究一致证实,系统性红斑狼疮病人中,女性占绝大多数,约为 90%,特别是 15~64 岁女性的发病率比男性高出 5~9 倍。

谢尚葵等在 1995 年对近 32 年在上海华山医院诊治并具有上海市户口的 566 例 SLE 病人进行了生存率研究,以发病时间为计算起点,第 1 年、第 5 年和第 10 年的生存率分别为 92.6%、72.7%和 60.1%。

(欧阳杰)

第 3 章 病因及发病机制

一、西医认识

SLE 的病因及发病机制尚不完全清楚。目前的一些假说仍然不够完善且缺乏足够的科学证据,迄今为止现代医学知识所阐明的仅是这个超级复杂系统的一小部分。目前一般认为 SLE 是由于人体的自稳平衡网络失衡所致,而并非由于免疫细胞或分子结构出现缺陷。

(一) 病毒等微生物的感染

虽然从未从 SLE 病人分离出微生物病原体,但人们有一些间接证据说明病毒等微生物可能参与 SLE 的病理变化。这些证据主要包括以下内容。

1. 在 SLE 病人组织中发现过病毒样颗粒及管状结构的包涵体,并相继在组织器官中发现有 C 型病毒。

2. SLE 的发病过程有表位扩展现象,即先在身体一个部位出现病症,逐渐地疾病侵染到其他器官和系统,如皮肤、肾(循环系统)、关节、心脏和眼睛。这如同微生物在身体内不断增殖、扩散与扩大破坏。

3. 实验证实对实验动物(如鼠)接种某种病毒后,会出现狼疮样(Lupus-like)病症。

4. 病人体液中有抗病毒抗体,如抗麻疹病毒、抗副流感病毒、抗腮腺炎病毒、抗风疹病毒和抗 EB 病毒抗体,EBV 感染可能与