

对系统性红斑狼疮的

认识与治疗

DUI XITONGXING HONGBANLANGCHUANG DE RENSHI YU ZHI LIAO

兰金初 著



只要还能呼吸、站立、行走，
我是将全部的生命用于
系统性红斑狼疮、皮肌炎、
硬皮病、白塞氏综合征、
复发性口腔溃疡等免疫性疾病的
研究和治疗！

兰金初

夏于北京



中国科学技术出版社

对系统性红斑狼疮的 认识与治疗

兰金初 著

中国科学技术出版社

·北 京·

图书在版编目(CIP)数据

对系统性红斑狼疮的认识与治疗/兰金初著. —北京: 中国科学技术出版社, 2003. 6

ISBN 7-5046-3548-0

I. 对... II. 兰... III. 红斑狼疮, 系统型-治疗 IV. R593. 240. 5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 045686 号

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码 100081

电话: 62179148 62173865

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京卫顺印刷厂印刷

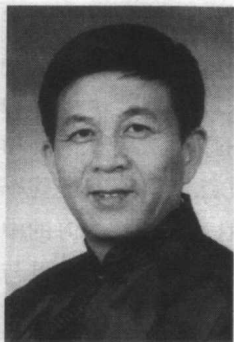
*

开本: 889 毫米×1194 毫米 1/32 插页: 8 印张: 6 字数: 160 千字

2003 年 6 月第 1 版 2003 年 6 月第 1 次印刷

印数: 1~2500 册 定价: 18.00 元

作者简介



兰金初,男,畲族、教授、主任医师,毕业于江西中医学院,现为中华中医药学会理事、中华中医药学会艾滋病防治分会副主任委员、中国医疗保健国际交流促进会免疫性疾病专业委员会主任委员、《首都医药》杂志编委。作者从事红斑狼疮等免疫性疾病的治疗和研究工作达 20 多年,先后研制出调节人体免疫功能,治疗系统性红斑狼疮、皮炎、硬皮病、干燥综合征的“狼疮缓宁颗粒”、“双虎冲剂”和“三归片”;治疗白塞氏综合征、复发性口腔溃疡的“三联片”和“双紫连片”;治疗特发性血小板减少性紫癜的“凉血消斑颗粒”(益髓养血颗粒)等药物。临床研究广泛地涉及人体五脏六腑等疑难杂症。作者现为首都医科大学中医药学院附属鼓楼中医医院(京城名医馆)专家,并出任大连红斑狼疮研究所所长,其著有《免疫概念新审视》、《红斑狼疮问题解答》、《免疫食品》等书。

SAB24/06

前 言

系统性红斑狼疮是与免疫相关的结缔组织病，随着现代医学的发展，检测水平不断地提高，使得中医诊断和治疗这种疾病都得到了很大的发展。但同时，人类社会的进步，人们作息节律的日趋紧张，使人体达到了人为持续地破坏免疫功能的限度，造成免疫功能失调的病例越来越多。据统计，近几年系统性红斑狼疮的发病率逐年呈上升趋势，严重威胁人类的健康。但遗憾的是在浩如烟海的中医古代文献中却无确切对症的同义病名，只有在该病不同阶段可与“红蝴蝶”、“鬼脸疮”、“鸦陷疮”、“日晒疮”，痹证、水肿、虚损等相对。

作者作为一名临床医生，与该病魔进行了长达 20 多年的斗争。根据自己长期大量的临床实践经验，并巧妙应用了我国中医 2000 多年来形成的独特理论体系和临床疗效，经漫长艰辛的临床探讨，终有所悟，摸索并逐渐形成了自己的一套独特治疗方法——这就是先进的“以脑论治”的观点。

“以脑论治”是根据“兰金初免疫模型”(本书附录里有专门的介绍)的实用性和科学性总结出来的临床实践应用的观点，是根据中医哲学中的整体观念和辨证论治体系实践证明安全有效的临床治疗方法。辨证论治是中医认识人体健康与疾病的整体观，是中医重视人体自身功能调节及对环境适应能力个体化治疗的科学内涵。中西医的病、证结合的辨证和专科(中医、中西医结合)专病(西医)临床诊治系统的建立，即是辨证论治的进一步完善，也是步入理论与实践上的中西医结合初始阶段的必然。

对于系统性红斑狼疮，西医一般是确定论断以定病，而且西药治疗疗程长、副作用大、并发症多，这些不足导致了一些病人诸法尽用，亦不免死亡的结果；中医是辨证论治以定证，病、证结合始终

指导该病的治疗,中药治疗更是灵活多变(脏腑辨证、三焦辨证、卫气营血辨证等分型达 30 余种方法),特别是作者倡导的“以脑论治”的理论与实践,明显提高了该病病人的生活自理率、工作效率、生育率等,大大减少了住院率及死亡率。

该书作者阅读了国内外大量医学文献资料,并结合长期临床经验与心得体会,系统阐述了中医对系统性红斑狼疮这一疑难病的认识,分别从中医西医两方面论述系统性红斑狼疮的治疗。全书共分九章,详尽探讨了系统性红斑狼疮的发病原因、诱发因素、复发及加重因素、病机病理研究新进展,对临床诊断、分型、鉴别诊断、临床检验诊断、诊断标准及疗效评定效果都分别从中西医角度分别详细做了介绍。其中着重介绍了糖皮质激素等的西药应用、中医的分类治疗及中西医的巧妙结合应用。力求做到中医传统理论与现代研究有机结合,临床诊治与基础研究成果有机结合,中医药诊治特色与西医常规用药有机结合。

本书内容新颖、资料翔实、阐述深入、实用性强,反映了国内对系统性红斑狼疮新的研究进展及治疗水平。该书是中医、中西医结合在教育、研究、临床及开发方面很好的参考专著。鉴于作者知识的局限,书中难免有疏漏与不妥之处,敬请各位同仁及读者指正!请将您的意见寄到:北京 100039 信箱 116 分箱(邮政编码:100039)。

相关专家唐景祥、李德益、卜绿萍等在此书的编著过程中给予了大力支持,在此表示感谢!



2003 年 5 月 9 日于北京市鼓楼中医医院

目 录

第一章 概述	1
第二章 西医病因、发病机理及病理改变	4
第一节 病因学认识	4
一、遗传背景	4
二、感染因素	5
三、药物诱发因素	5
四、内分泌因素	6
五、物理因素	7
六、其他因素	7
第二节 发病机理	8
第三节 病理变化	10
第三章 红斑狼疮的临床类型及临床表现	13
第一节 临床分型	13
第二节 临床表现	14
一、盘状红斑狼疮(DLE)	14
二、亚急性皮肤型红斑狼疮(SCLE)	14
三、深化性红斑狼疮(LEP)	15
四、系统性红斑狼疮(SLE)	16
(一) 全身症状	16
(二) 皮肤黏膜表现	16
(三) 骨、关节、肌肉表现	20
(四) 肾脏表现	21
(五) 呼吸系统表现	22
(六) 心血管表现	23



(七) 消化系统表现	25
(八) 神经系统表现	25
(九) 血液系统表现	27
(十) 眼部病变	29
(十一) 外分泌腺病变	29
第四章 中医病因病机认识	30
第一节 病因病机	31
一、病因	31
二、病机	31
(一) 发病	32
(二) 病位	32
(三) 病性	32
(四) 病势	32
(五) 病机转化	33
(六) 病机特点	41
第二节 证类及主要证候病机	45
一、证类病机	45
(一) 肝肾阴虚	45
(二) 阴虚内热	46
(三) 毒热炽盛	46
(四) 气滞血瘀	46
(五) 邪热伤肝	47
(六) 淤热痹阻	47
(七) 热淤积饮	47
(八) 脾肾两虚	47
二、主要证候病机	48
(一) 斑疹	48
(二) 发热	49

(三) 关节肌肉痹痛	50
(四) 乏力	50
(五) 水肿	50
(六) 心悸	52
(七) 血症	52
第三节 中西医结合病机探讨	52
一、热毒病机	53
二、肾虚病机	55
三、血瘀病机	57
四、痰饮病机	58
五、邪毒痹阻病机	59
第五章 诊断与鉴别诊断	60
第一节 实验室检查	60
一、狼疮细胞(LEC)	60
二、抗核抗体(ANA)	60
三、抗脱氧核糖核酸(DNA)抗体	61
四、抗核蛋白(DNA)及组蛋白的抗体	62
五、抗可提取核抗原(ENA)抗体	62
六、狼疮带试验(LBT)	63
七、补体检查	64
(一) 总补体活性的测定	64
(二) 补体单一成分 C_3 测定	64
八、皮肤试验	65
九、细胞免疫功能测定	65
十、毛细血管镜检查	65
十一、血液流变学测定	66
十二、其他检查	66
(一) 血液检查	66



(二) 尿液检查	73
(三) 肾脏功能检查	75
(四) 肝脏病常用的实验室检查	75
(五) 免疫功能检查	76
第二节 西医诊断及疗效判定标准	76
一、诊断标准	77
(一) ARA 诊断标准	77
(二) 中华风湿病学会诊断标准	79
(三) 中华风湿病学会上海分会诊断标准	80
二、SLE 病情活动性的判断	82
三、疗效判定标准	83
四、对诊断 SLE 的不同看法	84
第三节 中医诊断标准	85
一、系统性红蝴蝶疮	85
二、盘状红蝴蝶疮	86
三、亚急性皮肤型红斑狼疮	86
第四节 鉴别诊断	87
一、主要与 SLE 相鉴别的疾病	87
二、常易误诊的几种情况	89
第六章 系统性红斑狼疮的治疗	91
第一节 一般治疗	91
一、患者教育	91
二、心理治疗	92
三、自我保护	93
第二节 西医治疗	94
一、盘状红斑狼疮的治疗	94
二、系统性红斑狼疮的治疗	94
(一) 常用药物	95



(二) 分期治疗	106
(三) 其他治疗	108
(四) 常见并发症的治疗	109
(五) 系统性红斑狼疮的急诊治疗	110
第三节 中医药治疗	117
一、辨证分型治疗	117
(一) 辨证要点	117
(二) 辨证分型治疗	118
二、治疗参考	126
(一) 治则治法	126
(二) 随证用药	127
(三) 中药制剂	129
(四) 狼疮性肾炎的中医辨证治疗	129
(五) 方药分析	131
第七章 舌脉症辨析	138
一、辨舌验齿	138
(一) 辨舌	138
(二) 验齿	148
二、辨常见脉象	149
(一) 浮脉、洪脉、数脉、滑脉	149
(二) 濡脉、缓脉、弦脉、沉脉、伏脉	150
三、辨斑疹	150
四、辨常见症状	153
(一) 辨发热	153
(二) 辨肢体温冷	154
(三) 辨汗出异常	155
(四) 辨头身疼痛	156
(五) 辨咳嗽	156



(六) 辨口渴	157
(七) 辨呕吐	158
(八) 辨胸腹胀痛	159
(九) 辨大小便异常	160
(十) 辨神志异常	161
第八章 中西医结合与中西药结合的探讨	162
第九章 附录	170
一、光、生物学的医学分析	170
二、维生素 D 的产生	177
三、皮肤病的治疗	178



第一章 概述

红斑狼疮是一种侵犯结缔组织、血管、内脏、皮肤等多种器官,并伴有免疫异常的自身免疫病。Bielt 于 1922 年最早对该病进行了描述。1955 年 Cazanave 首次引用红斑狼疮(LE)这个名词来描述该病的临床表现,特别指出这种表现类似一种叫做寻常性狼疮的皮肤结核,狼疮一词在拉丁语中的含义是狼咬的溃疡,有顽固难治的意思。1872 年 Kaposi 报告了本病的急性型,1895 年 Osler 强调本病的系统病变性质,描述了它的大脑、肺、心脏、胃肠、肾脏、关节和血液学的表现,并认为是以脉管炎为病理基础。Hargraves(1948)、Miescher(1953)等描述了红斑狼疮细胞,并证实这种细胞是由抗核抗体所致,促使人们认识到该病是一种自身免疫性疾病。

该病的病因迄今不明,其发病与免疫、遗传、感染、激素分泌及生活环境有关。本病多见于青年女性,罹患年龄以 20~40 岁最多,但幼儿和老人亦可发病。近年来,本病的发病率有逐渐增高的趋势。据报道通过对美国纽约和旧金山市人群调查,患病率分别为 13.4/10 万和 50.8/10 万;我国的发病率也比较高,据上海市纺织系统所属 10 万职工进行普查,结果表明,患病率为 70.41/10 万,女性患病率为 113.33/10 万,这一结果对于反映中国人群发病率,具有参考意义。

由于该病病因不明,病情复杂多变等,为根治本病带来极大的困难,因此,被列为世界难治病之一。但随着近年来免疫学的飞速发展,对本病的发病机制有了较为深入的了解。同时,先进的免疫诊断技术、诊断标准和免疫治疗措施在临床上的广泛应用,显著提高了该病的早期诊断率和早期治疗率。1963 年 Jessar 等报道,系统性红斑狼疮的 5 年生存率仅为 20%。1973 年 Fubois 等报道 10 年的生存率为 57%。1990 年 Reville 等及 1993 年陈乐顺等分别报道





10年生存率皆达84%。这些报道说明20年来本病的预防有了显著改善。但是,总体而言,对于红斑狼疮的治疗目前尚不能令人满意,有诸如病因探讨、治疗方案确定、如何减轻药物毒副作用等问题,都需要予以解决,在这方面,更能突出中西医结合治疗本病的必要和优势。

红斑狼疮在中医古代文献中无确切对症的同义病名。根据病本的不同形态和病情发展的不同阶段,有不同的命名。如“红蝴蝶”、“鬼脸疮”、“鸦陷疮”、“流皮漏”等形象称谓则基本对应于盘状红斑狼疮。而系统性红斑狼疮由于病情复杂多变,临床症状也变化多端,虚实错综复杂,据其不同症状和累及脏腑不同可归属于不同的病症范畴。有以症状为主命名的,如以关节症状为主的,属“痹证”;有以水肿症状为主者,属“水肿”;以肝脏受损症状为主者,属“黄疸”、“胁痛”;有胸水者,属“悬饮”;有心肌损害症状者,可属于“心悸”;在病程后期出现虚象较明显者,则属“虚劳”范畴。从温病的卫气营血辨证来看,则有“温毒发斑”“热毒发斑”、“血热发斑”,此外,还有“阴阳毒”、“日晒疮”等病名。在古代医籍上有不少记述,如《金匱要略·百合狐惑阴阳病脉证治》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”。阴阳毒的主要病状为皮疹,关节痛、发热、出血、咽喉疼痛,与系统性红斑狼疮很相似。明代《疮疡经验全书·鸦陷疮》则对皮损,尤其是面部皮损描述较细,“鸦陷者,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,后烂似鸦陷,日久损伤难治。”最近发布的《中华人民共和国中医药行业标准》(ZY/T001.1-001,9-94)正式将红斑狼疮对应于中医病名“红蝴蝶疮”,指出:“红蝴蝶疮是一种面部常发生状似蝴蝶形之红斑,并可伴有关节疼痛、脏腑损伤等全身病变的系统性疾病。相当于系统性红斑狼疮。”该标准也将红斑狼疮分为系统性红蝴蝶疮和盘状红蝴蝶疮来论述。病证名的统一和规范化,无疑地有利于中医临床诊断、治疗和科研





观察。

多年来,大量的临床和实验室资料证实,中医中药或中西医结合在本病的治疗中有着重要的地位,它不仅疗效比单用西药好,而且还可减少西药的用量和所带来副作用,减少反跳几率,稳定病情,延长缓解期。系统性红斑狼疮是一种危害人体健康的比较严重的全身性疾患,目前从总的药疗思路上普遍认为,治疗本病必须辨病与辨证相结合,先运用现代医学检验手段,对本病进行确诊,然后再运用中医四诊八纲进行辨证分型施治。西医治疗其原则为消除变应性炎症的抗炎疗法和纠正根本的病理过程,使用免疫抑制或促进两方面药物进行免疫调节,尤其重视合理应用激素。可以相信,随着中医、西医及中西医结合医学的发展,新方法、新药物的应用,必将大大提高系统性红斑狼疮的临床疗效。





第二章 西医病因、发病机理及病理改变

第一节 病因学认识

西医认为,本病病因尚不清楚,一般认为本病是以各种免疫反应异常为特征的疾病,造成免疫障碍的因素是多方面的。

一、遗传背景

大量的临床及实验材料表明该病具有明显的遗传倾向。文献报告家族发病率高达 3%~12%。家中可有数个成员发病,多者一家中有七个成员发生红斑狼疮(LE),有连续三代患盘状 LE,四代连续高 γ 球蛋白血症,也有发生于同卵双生,发病率一般达 62.9%;系统性红斑狼疮(SLE)发病中,涉及遗传因素,如患者直系亲属父母、子女可同时有此病,家族中也常有患各类结缔组织疾病或高丙球蛋白血症,无临床症状的亲族血中抗核因子阳性,生物假阳性梅毒反应,高价类风湿因子,Coomb's 试验阳性等也较多见:单合子孪生中两人均患 SLE,而双合子孪生中则无此一致性。此外,组织相容性抗原(HLA)的研究提示 SLE 的发生与 HLA 的 D 位点密切相关:DRW2 和 DRW3 在 SEL 患者中出现的几率较正常人显著增加。SLE 中 DNA 抗体高效价者与 A11、BW35、B40 相关。据此研究报告 LE 与 HLA-A1,DRW2, DRW3 有关。DLE 转为 SLE 的妇女有 HLA-B8 者为多。有些患者可合并某些补体成分如 C_{12} 、 C_{18} 、 C_2 和 C_4 的缺陷,影响机体有效地消除感染因子。



二、感染因素

不少学者认为 SLE 的发病与某些病毒(特别是慢病毒)感染有关。从患者肾小球内皮细胞浆、血管内皮细胞,皮损中都可发现为类似包涵体的物质。在患者血清中亦可测得某些病毒(如麻疹、副流感、单纯疱疹、EB、风疹等)抗体滴度增高。另外,患者血清中有 ds-RNA、ds-DNA 和 RNA-DNA 抗体存在,前者通常只有在具有病毒感染感的组织中才能找到,电镜下观察这些包涵体样物质呈小管网状结构,20~25 μm 直径,成簇分布,但在皮炎、硬皮病、急性硬化性全脑炎中也可见到。在 SLE 动物模型 NZB/NZWFI 小鼠的组织中可分离出 C 型病毒。并在这些小鼠的肾小球沉积物中能够测得大量的抗 C 型病毒相关抗原的抗体。但迄今尚未能够在 SLE 患者组织中分离到病毒。

亦有人认为系统性红斑狼疮的发病与结核或链球菌感染有关。

三、药物诱发因素

自 1953 年发现肼苯达嗪诱发狼疮样综合征以来,有关药物性红斑狼疮(DIL)的报道越来越多。其临床表现及实验室检查与系统性红斑狼疮(SLE)不完全相同,一般认为,药物性红斑狼疮是指因服用了某种药物所致的红斑狼疮,而狼疮样综合征则是指除药物外,其他因素如食物、烟草、化妆品、染发剂等化学物质所致的类似狼疮病人的临床症状,许多临床免疫学家认为药物性红斑狼疮并非少见,有此研究报告证明在 1193 例 SLE 中,发病与药物有关者占 3%~12%,如美国 50 万 SLE 患者中,有 10% 的患者是由药物所致。已知引起药物性红斑狼疮的药物有抗心律失常药物、降压药、抗癫痫药、抗疟药及抗甲状腺素药物等,共达 57 种。对诱发 DIL 有高度危险性的药物有普鲁卡因酰胺、肼苯达嗪等;低危险药物有异烟肼、心得安、奎尼丁、硫脲嘧啶、苯妥英钠、乙琥胺、三甲双酮、碳酸