

一、辨证施治

(一) 外邪入侵, 血热妄行

1. 症状

突然发病, 发热咽痛, 皮肤紫癜, 色红而密, 关节疼痛, 肉眼血尿或镜下血尿, 舌质红, 苔黄, 脉滑数。

2. 治法

散风祛邪, 清热凉血。

3. 方药

消风散合清热地黄汤加减:

荆芥 10 g	防风 10 g	黄芩 10 g	金银花 30 g
连翘 15 g	生地 30 g	丹皮 12 g	蝉蜕 6 g
赤芍 15 g	野菊花 30 g	玄参 30 g	

(二) 脾肾两虚

1. 症状

紫癜消退, 面色萎黄, 神疲乏力, 食欲缺乏, 便溏, 腰膝酸软, 尿蛋白增多, 可见水肿, 舌质淡有齿痕, 苔白滑, 脉沉细无力。

2. 治法

健脾补肾, 益气摄血。

3. 方药

参芪地黄汤加减:

生黄芪 30 g	党参 18 g	白术 10 g	茯苓 30 g
山药 30 g	熟地黄 15 g	山萸肉 10 g	丹皮 10 g
炙甘草 9 g			

(三) 气阴两虚

1. 症状

气短乏力, 头晕腰酸, 手足心热, 舌干燥, 镜下血尿, 舌红苔黄或少苔, 脉细数。

2. 治法

滋阴补肾, 益气养阴, 凉血和络。

3. 方药

生脉散加减:

党参 18 g	麦冬 30 g	五味子 6 g	知母 6 g
黄柏 6 g	熟地黄 30 g	丹皮 12 g	泽泻 12 g
茯苓 15 g	山萸肉 10 g	枸杞子 10 g	女贞子 15 g
旱莲草 15 g	益母草 9 g		

二、我科经验及各家学说

胡天成^[1]在治疗过敏性紫癜时主张辨病辨证论治,并根据是否伴关节肿痛、或腹痛便血、或血尿、或蛋白尿的情况将该病分为单纯型、混合型和肾型。对单纯型和混合型患者采用清热解毒、祛风胜湿、化瘀消斑治法,方用清热化斑汤随症加减;对肾型的患者采用清热渗湿、解毒化瘀、凉血止血治法,并根据患者情况选取黄芩滑石汤加减和银翘小蓟饮,并用加味玉屏风散调理善后。

杜雨茂^[2]教授自拟肾宁汤(生地、白芍、丹皮、白茅根、槐米、山萸肉、茯苓、泽泻、金银花、连翘、旱莲草、石韦、大小蓟)加减治疗过敏性紫癜性肾炎患者41例,其中痊愈22例,显效16例,有效3例,总有效率为100%。

裴宏彬、冀慧鹏^[3]等认为,过敏性紫癜性肾炎发病人群多为阳气未充之儿童,治疗上主张用益气升阳之法,佐以清热凉血,以升阳散火汤(药用党参、黄芪、葛根、羌活、防风、升麻、柴胡、赤芍、蝉蜕、茜草根据患儿体重、年龄分别取5~10g不等,腹痛明显者加元胡,关节肿痛者加鸡血藤、豨莶草,血尿明显者加白茅根、旱莲草,蛋白尿重者加芡实、金樱子、五倍子、煅牡蛎)加减配合西药治疗。用上述方法治疗小儿过敏性紫癜性肾炎患者37例,有效率94.59%,优于纯西药组的77.14%。

丁樱教授^[4]根据数十年的临床经验认为,紫癜性肾炎的中医辨证实质为本虚标实,并将其病机概括为热、虚、瘀三者的相互作用,尤以瘀为主。其临床辨证分型为:早期为风热夹瘀、血热夹瘀,以实证为主;后期多辨为阴虚夹瘀和气阴两虚夹瘀,以虚症为主。治疗上应当分期而治。早期邪盛而正气不弱,治疗以祛邪为主,佐以化瘀:风热伤络型治疗以疏散风热为主,佐以化瘀,方药为银翘散或连翘败毒散加减(金银花、连翘、淡竹叶、薄荷、防风、牛蒡子、黄芩、生地、玄参、赤芍、紫草、丹参、川芎、水牛角、地肤子、徐长卿);血热妄行型治疗以清热解毒为主,佐以凉血化瘀,方药为犀角地黄汤加减(水牛角、生地、丹皮、赤芍、紫草、玄参、黄芩、丹参、川芎、紫草、地肤子、徐长卿、甘草)。后期正气亏虚,则治疗时以扶正为主,佐以化瘀:阴虚火旺型治疗以滋阴降火为主,佐以凉血化瘀,方药为知柏地黄丸加减(熟地、龟板、鳖甲、黄柏、知母、地骨皮、生地、玄参、麦冬、丹参、川芎、紫草、旱莲草);气阴两虚型治疗以益气养阴为主,佐以活血化瘀,方药为玉屏风散合知柏地黄汤加减(黄芪、生地、山茱萸、山药、茯苓、泽泻、丹皮、丹参、益母草、川芎、紫草、蝉衣)。

郑珊等^[5]运用除湿化瘀方预防过敏性紫癜肾炎,早期让患者口服除湿化瘀汤(丹参、牡丹皮、生地、泽兰、三七、茯苓、白茅根、芦根)治疗6个月,结果治疗组仅发生过过敏性紫癜肾炎1例,发生率为5%(1/20)。

董志刚^[6]教授认为,过敏性紫癜性肾炎系正气不足、脏腑失司、外邪扰动影响肺肾功能所致,提出了“从肺肾着手,分期辨治,注重病后养生调护,医患共同治疗”的独到见解,强调预后,提倡医患共同治疗。董教授将本病分为急性活动期和慢性恢复期,急性活动期以祛邪为要,补益肺肾为辅,辨证以毒热蕴结、迫血妄行为关键,予自制紫癜肾汤(双花、连翘、桔梗、防风、丹皮、黄芪、丹参、穿山龙、赤芍、白术、生地)治疗。慢性恢复期分为阴虚火旺证和气不摄血证,阴虚火旺证治以滋补肺肾为主,佐以清热凉血,药用六味方

(太子参、黄芪、山药、生地、山茱萸、泽兰、丹参、小蓟、当归、三七粉);气不摄血证治以补肺健脾为主,佐以益气摄血,药用党参、白术、贝母、麦冬、五味子、当归、酸枣仁、远志、龙眼肉、黄芪等。

张新宇^[7]认为,过敏性紫癜性肾炎的中医治疗应依据病情发展的不同阶段而采取不同的辨证论治原则:早期风邪袭表、邪热内蕴,病在卫分、营分,应以祛风宣透为主,兼以清营凉血,使邪从表散;中期营热炽盛、迫血妄行,应以凉血解毒或凉血化斑为主,佐以清气透表;后期肾阴亏虚、阴虚火旺,当重在养阴清热,佐以凉血化瘀,若病情日久反复不愈,损及脾气,应佐以养血活血。

刘涛^[8]通过回顾并总结近5年内发表过名老中医治疗过敏性紫癜性肾炎的经验类文献发现,过敏性紫癜性肾小球肾炎发生的因素有内外之分:内因多为阴虚血热、气虚不固、湿热内蕴,外因多为感触六淫、饮食刺激、接触过敏源。其病理因素主要为风、热、毒、瘀、湿、积之邪,脏腑定位多为肺、脾、肾。治疗注重分期辨治,急性期可分为风热犯表证、血热妄行证,治以疏风清热、清热凉血法;慢性期分为瘀血内阻证、湿热内蕴证、阴虚内热证,可予活血化瘀、清热利湿、滋阴清热疗法;迁延期又分为气虚不摄证、气阴两虚证、脾肾阳虚证,分别采用补气摄血、益气养阴、温补脾肾治法。各医家多偏重于活血化瘀、清热、顾护脾胃等疗法,以及现代药理研究表明有抗过敏作用的中药的运用。

王淑君^[9]采用西药加清热凉血化瘀中药(方药组成为水牛角10g并先煎,鲜生地、丹皮、赤芍、白茅根、黄芩、紫草各15g,菊花、连翘、小蓟、茜草、当归、丹参各10g,大枣3枚)的方法对42例过敏性紫癜性肾炎患儿(5.3~14.5岁)进行了治疗,结果发现临床总有效率为95.2%。

吴永、曾春野等^[10]对37例过敏性紫癜性肾炎患儿(2~16岁,中医辨证分型为血热夹瘀证、风热夹瘀证、气阴两虚夹瘀证、阴虚夹瘀证)选取滋阴凉血化瘀止血方辨证加味治疗,方药为牡丹皮、赤芍、小蓟、生地黄、墨旱莲、丹参各3g,三七0.75g,根据患者的不同证型进行加味:气阴两虚夹瘀型加用黄芪、黄精、女贞子各3g,太子参6g;风热夹瘀者加用银翘散(连翘、金银花各3g,桔梗、薄荷、竹叶、生甘草、荆芥穗、淡豆豉、牛蒡子各1g),白花蛇舌草、紫草各3g;阴虚夹瘀型加用黄柏1.5g、知母3g、黄精4.5g。

梁成^[11]认为,过敏性紫癜性肾炎早期多为风热之邪从口鼻而入,与气血相搏,灼伤血络,血不循经,渗于脉外、溢于肌肤出现紫癜;紫癜性肾炎病机又是风热毒邪与湿其同为害。治疗上宜用清热燥湿、祛风湿类中药配伍。临床上采用清湿热祛风湿方(苦参、黄柏、续断、寄生、独活、丹皮、赤芍、地肤子、茜草各10g,秦皮、虎杖、穿山龙各15g,黄芪、仙鹤草各20g)治疗1~3个月,有效率为92.5%。

叶景华^[12]认为,过敏性紫癜性肾炎多属于风热或者湿热伤肾、肾气不固,或者邪毒瘀于血分,络破血溢所致。患者常有表证存在,或常因外受风邪诱发加重。治疗上主张上下同治,表里同治,而保护肾功能是治疗的关键所在。

闻名等^[13]认为,过敏性紫癜性肾炎属祖国医学“发斑”“血证”等范畴。其发病原因不外风、热、毒、虚,多因血热壅盛兼感风邪,而风热搏结于血分,聚者迫血妄行,致血溢于肌肤而发斑。对于本病的治疗,初起多由风热毒内侵,治当疏风清热,抗敏凉血;病久伤及营血,治当清降,且治血证勿忘行瘀,活血化瘀当贯穿始终。由此辨证组成“抗敏解毒

汤”(生地、丹皮各 15 g,乌梅 9 g,防风 6 g,蝉蜕 9 g,紫草、赤芍各 15 g,益母草 30 g,黄芩 20 g,蒲黄 10 g)加减治疗 30 例患者,总有效率为 93.33%。

参考文献

- [1]周江.胡天成教授分型论治过敏性紫癜经验[J].四川中医,2015,05:5-7.
- [2]吴永钧,张海芳,董正华.杜雨茂教授自拟肾宁汤加减治疗过敏性紫癜性肾炎 41 例[J].国医论坛,2015,02:35-36.
- [3]裴宏彬,冀慧鹏.升阳散火汤配合西药治疗小儿过敏性紫癜性肾炎 37 例[J].实用中医内科杂志,2011,08:61-62.
- [4]郑海涛,尚东方,韩姗姗,等.丁樱教授扶正祛邪活血化瘀治疗紫癜性肾炎思辨[J].中国中西医结合儿科学,2014,06:510-512.
- [5]郑珊,文仲渝,曹霞.除湿化痰方预防过敏性紫癜 20 例分析[J].重庆医学,2015,03:395-397.
- [6]徐春宇,董志刚.董志刚从肺肾分期辨治过敏性紫癜性肾炎[J].实用中医内科杂志,2015,06:17-18.
- [7]张新宇.中医辨证治疗紫癜肾 57 例临床疗效观察[J].中外医疗,2010,16:128.
- [8]刘涛.当代名老中医治疗过敏性紫癜性肾炎近 5 年文献回顾[J].环球中医药,2015,10:1275-1280.
- [9]王淑君.清热凉血化瘀类中药结合西药治疗小儿过敏性紫癜性肾炎临床研究[J].亚太传统医药,2015,18:126-127.
- [10]吴永,曾春野,赵明雷.滋阴凉血化瘀止血方辨证加味治疗小儿过敏性紫癜性肾炎 37 例[J].安徽中医药大学学报,2015,04:36-39.
- [11]梁成.清湿热祛风湿方治疗过敏紫癜性肾炎 40 例[J].陕西中医,2008,12:1594-1595.
- [12]张新民,盖云,陈敏,等.跟名师做临床·内科难病(五)[M].北京:中国中医药出版社 2011 年版.
- [13]闻名,王佩芳,马骏.抗敏解毒汤治疗过敏紫癜性肾炎 30 例[J].辽宁中医学院学报,1999,03:189-190.

第十五章 狼疮性肾炎

第一节 狼疮性肾炎的常规诊疗

系统性红斑狼疮(SLE)可累及全身各处组织器官,其中以肾脏受累最为常见。约80%的SLE患者可出现肾脏受累的临床表现,若行肾组织活检,则几乎所有的患者均有不同程度的肾脏病理改变。SLE患者发生蛋白尿和(或)血尿或肾功能减退者可诊断为狼疮性肾炎(LN)。肾脏病变的严重程度是直接影响SLE预后的重要因素,肾损害和进行性肾衰竭是SLE患者的主要死亡原因之一。

一、发病机制

SLE的病因及发病机制尚不甚明了。大多数患者可能是具有一定遗传素质的人群,他们在某些环境因素(如病毒感染、紫外线照射、药物等)或(和)雌激素的作用下发生了异常的免疫应答,产生了持续的致病性自身抗体和免疫复合物,最终导致本病的发生。

虽然狼疮性肾炎的发病机制错综复杂,但目前已公认LN是一种免疫复合物介导性肾炎。

抗DNA抗体(特别是抗双链DNA抗体)是SLE的标志性抗体。大量的实验和临床研究证实,血清抗dsDNA抗体和SLE的发生发展密切相关。并不是所有的抗DNA抗体均有致病性,其是否具有致病性与多种因素有关,包括电荷、同型、亲和性、交叉反应性、独特型等。LN发病机制的作用和地位目前仍不十分清楚,需作进一步的研究。

二、病理改变

(一)分型

狼疮肾炎的病理改变复杂多变,肾小球内固定细胞增生及单核巨噬细胞、T细胞浸润是本病的基本病变。其病变不均一,可呈弥漫性、节段性或局灶性,弥漫性病变时细胞数目和种类在各个肾小球及肾小球各节段也是不均一的。免疫荧光可见到上皮、内皮下、系膜区及基膜上有大量免疫复合物沉积。免疫病理可见IgG荧光染色,且常伴有IgG、IgM,补体C3、C4、C1q荧光亦常呈强阳性。多数患者的免疫荧光改变呈“满堂亮”表现,有时可见到“白金耳”现象,即光镜下肾小球毛细血管袢呈铁丝圈样。有时在毛细血管腔内可见“透明样血栓”,即嗜伊红蛋白。本病的另一个基本病变是肾小球毛细血管袢

呈节段性坏死。鉴于LN病理学的变化多样,世界卫生组织(WHO)于1982年根据肾小球组织学病变和免疫复合物沉着部位的不同将LN的病理学改变归纳为以下6种:

(1) I型(正常肾小球型):本型甚为少见,光镜、电镜及免疫荧光均未见病变及免疫复合物沉积,电镜下偶尔可见基膜呈不规则增厚等非特异性的微小病变。

(2) II型(系膜增生型):病变局限于系膜区,根据光镜下系膜病变的严重程度分为II a型和II b型:II a型光镜下无结构异常或仅有轻度系膜增生;II b型系膜区有一定程度的系膜增生。本型免疫荧光显示系膜区IgG、C3、C4、C1q及备解素沉着,有时伴有IgA和IgM颗粒沉积。电镜下系膜区有电子致密物沉积,肾小球上皮细胞足突呈节段性消失。本型肾小管、肾间质及血管的病变很少见。

(3) III型(局灶节段型):本型可分为活动性坏死性损害型、坏死性和硬化性损害型和单纯硬化性损害型3个亚型,光镜下呈局灶性节段性肾小球肾炎改变,但范围较局限,仅少于50%的肾小球受累。节段性病变可呈增生、坏死、硬化改变,或三者皆有之。除了常见的系膜病变外,肾小球毛细血管袢也同时受累。免疫荧光表现为系膜区和毛细血管壁少量IgG、IgM、IgA、C3、C4、C1q、备解素等呈颗粒状沉积,电镜下可见内皮下、系膜区电子致密物沉积。本型还可见新月体形成。

(4) IV型(弥漫增殖型):本型基本病变类似局灶节段型,但病变更为严重和广泛,有超过一半的肾小球受累。免疫荧光检测可见系膜区及毛细血管袢有颗粒状的免疫蛋白(IgG、IgA、IgM甚至IgE)和补体(C3、C4、C11、C5-9)沉积,尤其多见于毛细血管壁内皮下。纤维素沉积更为常见,主要见于肾小囊,这可能与新月体形成有关。光镜下几乎所有的肾小球都有严重病变,出现广泛的细胞增生(主要是系膜细胞和内皮细胞增生)和细胞浸润,许多细胞出现退行性变和核固缩,间或可见苏木素小体。毛细血管壁增厚明显,出现“白金耳”现象,某些患者甚至所有的肾小球中均有大小不一的节段性或环状新月体出现。当绝大部分肾小球中出现大量新月体时,则称为“狼疮性新月体型肾炎”。电镜下可见电子致密物沉积于肾小球的各个结构,以内皮下沉积物最多且突出。基膜外和基膜内沉积物也常见,但其数量和分布均少于内皮下。肾小球毛细血管内血栓(纤维索性)形成提示肾小球硬化的发生。

(5) V型(膜型):本型的病理改变类似于原发性膜型肾小球肾炎,其特点是免疫球蛋白和补体沿着所有的毛细血管壁呈颗粒状沉积,其中以IgG和C1q最为多见,这种沉积亦可见于系膜区。光镜下表现形式多样,分为4个亚型:①特发性膜性肾小球肾炎相似型(V a型);②伴弥漫性系膜病变型(V b型);③伴局灶性细胞增生和硬化型(V c型);④伴弥漫性增生性肾小球改变型(V d型)。其中,V a、V b型的预后较V c、V d型要好。电镜下可见系膜区、内皮下、小管间质等处有电子致密物沉积。

(6) VI型(硬化型):以肾小球硬化为主,常伴有局灶性节段性或弥漫性增生等病变。

需要注意的是,LN的各型病理改变并不是一成不变的,LN的各种病理类型之间可以自发转化。这种转化可以由坏转好,但更多见的是由好转坏。由III型向IV型转化的发生率最高。

(二)血管损害

虽然 WHO 病理分型中没有提及血管损害,但在 LN 中血管损害普遍存在,包括血管内血栓形成、动脉和小动脉硬化以及坏死性动脉炎等。特别重要的是,肾小球毛细血管内血栓形成预示着血管内凝血异常。与成人溶血尿毒综合征类似,多发性的纤维蛋白原性毛细血管和小叶间动脉血栓与肾衰竭的急速进展密切相关,因此称之为“狼疮性血管炎”。这是一种免疫原性微血管病,而无血管炎症反应。

(三)小管间质病变

间质炎症、纤维化和小管上皮改变在 LN 中并不少见,发生严重的活动性间质性肾炎最常见于Ⅳ型和Ⅲ型 LN。虽然绝大多数病例间质炎症浸润中含有淋巴细胞和浆细胞,但也常发现中性粒细胞和嗜酸性粒细胞,而且后者更能反映病变的活动性。免疫荧光有时显示小管内存在颗粒状沉积物,甚至存在线条状沉积物,提示可能有抗肾小管基膜抗体存在。但肾小管间质沉积物的量与炎症程度并不一致。

(四)肾脏活动性和慢性病变的评估

临床上采用半定量分析方法评估狼疮肾炎的活动性和严重程度。与疾病活动性相关的指标有肾小球节段性坏死、新月体形成、毛细血管内皮细胞和系膜细胞增生、肾小球白细胞浸润、透明血栓、肾小球和间质炎症等,这些都是激素及免疫抑制剂治疗的重要指标;慢性病变的有关指标包括肾小球硬化和纤维化、间质瘢痕形成、小管萎缩、肾小囊粘连等。

(五)“静止”型狼疮肾炎

虽然一般认为绝大部分无肾脏损害表现的患者的肾脏病理改变较轻,但亦有不少报道称无蛋白尿和尿沉渣检查异常的患者肾脏病理改变为严重的增生性肾小球肾炎并伴有内皮下复合物沉积。

三、临床病理联系

有 50%~80% 的成年 SLE 患者会出现肾损害的临床特征。研究表明, LN 患者的临床表现与其组织病理学之间存在显著的相关性。

肾小球硬化和间质纤维化在提示肾衰竭发展方面有重要的意义。此外,与长期预后有关的指标包括血肌酐、24 小时尿蛋白排泄量、血压和血尿。肾脏病理活检在狼疮肾炎诊治中的临床价值已得到了充分的肯定,其可为 LN 患者提供是否使用细胞毒性药物的基本依据,这有助于降低病死率和延缓肾功能的恶化。

四、临床表现

(一)肾外表现

1. 发热

SLE 患者常常出现发热,这既可能是 SLE 的表现,也可能是感染所致,临床上须注意鉴别。SLE 患者发热往往提示疾病处于活动期,高热则常常是疾病急进期的表现。凡有发热的 SLE 患者必须做常规细菌学检查,在免疫抑制治疗中出现的发热尤需警惕,以防感染。

2. 疲乏

狼疮患者疲乏现象很常见,但在临床上常被忽视。疲乏的出现往往早于其他症状,患者主诉疲乏时常是狼疮活动的先兆。

3. 皮肤与黏膜改变

SLE 患者可出现多种多样的皮肤损害。约半数患者可出现面部蝶形红斑,病变局限于面颊和鼻梁,呈轻度的水肿性红斑,可见毛细血管扩张和鳞屑;重度炎性渗出时可有水疱和痂皮,红斑消退后一般不留瘢痕和色素沉着。SLE 患者皮疹多无明显瘙痒,亦可见网状青斑、荨麻疹、盘状红斑、紫癜等。约一半的患者发生脱发,头发硬而脆,易于折断,这多是狼疮活动的表现。

口腔溃疡或黏膜糜烂也是 SLE 患者常见的表现,口腔和口唇黏膜糜烂伴明显水肿往往是 SLE 进行性加重的预兆。

4. 关节和肌肉表现

约 90% 的 SLE 患者可见关节痛,多呈对称性,可为游走性,也可有晨僵现象,但非侵蚀性,多不引起骨质破坏。肌痛和肌无力也较常见,少数合并肌炎者肌酸磷酸激酶可明显增高。

5. 血液系统表现

SLE 患者常出现贫血、白细胞减少或血小板减少,短期内出现的重度贫血常是自身免疫性溶血所致。SLE 本身便可出现白细胞减少,治疗 SLE 的免疫抑制剂也常会引起白细胞减少,二者需认真鉴别。SLE 本身引起的白细胞减少一般发生在治疗前或疾病复发时,多数对激素治疗敏感。约 50% 的患者起病初或活动期有淋巴结和(或)脾大。

6. 浆膜炎

SLE 患者常出现胸膜炎、心包炎和腹膜炎。SLE 的浆膜腔积液为渗出液,临床上常见以浆膜炎为主要症状的 SLE 被误诊误治者。年轻人(尤其是女性)有渗出性浆膜腔积液者,除结核外应注意 SLE 的可能性。

7. 肺部表现

约 10% 的 SLE 患者可发生狼疮性肺炎。狼疮性肺炎肺间质的浸润有时在胸片上酷似粟粒性肺结核,应仔细鉴别。

8. 心脏表现

SLE 患者常出现心脏增大、心肌炎、心律失常,少数出现二尖瓣脱垂、心绞痛或心肌

梗死。多数情况下, SLE 的心肌损害不太严重, 但是重症的 SLE 患者常常伴有心功能不全, 而且心功能不全往往是预后不良的重要指征。

9. 消化系统表现

SLE 患者可出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻或便秘, 其中以腹泻较为常见, 可伴有蛋白丢失性肠炎, 是继狼疮性肾炎之后导致 SLE 低蛋白血症的另一个主要原因。

SLE 患者常见肝酶增高, 仅少数出现严重肝损害和黄疸。以急腹症为主要表现的 SLE 患者相对不常见, 活动期 SLE 患者有时可出现严重腹痛、腹膜炎、肠系膜血管炎等类似急腹症的表现, 往往被误诊为胃穿孔、肠梗阻而手术探查。

10. 神经系统损害

虽然 SLE 患者神经系统损害多表现为癫痫和精神症状, 但实际上患者神经系统的任何部分均会受累, 引起各种神经精神损害的表现。轻者仅有偏头痛、性格改变、记忆力减退或轻度认知障碍; 重者可出现狼疮危象而危及生命。脑血管意外、昏迷、癫痫持续状态等是预后不良的指征需要积极治疗。SLE 出现新的中枢神经系统损害时, 往往提示病情正在加重, 需要积极治疗。

11. 眼部病变

SLE 患者可发生结膜炎、葡萄膜炎、眼底改变、视神经病变等。眼底改变包括出血、视盘水肿、视网膜渗出等, 视神经病变可在一夜间突然致盲。

12. 继发性干燥综合征

患者表现为口干、眼干、阴道干, 这主要是由于外分泌腺受累所致, 常伴有血清抗 SSA 和抗 SSB 抗体阳性。

(二) 肾脏病变表现

SLE 患者肾脏受累的表现包括肾小球、小管间质和肾血管性病变等一系列症状, 起病快慢不一, 病程一般较长, 有或无自觉症状, 有时肾损害也可能是唯一的临床表现。根据临床表现可将其分为以下六种类型:

1. 肾病综合征型

本型最为常见, 有 40%~60% 的患者表现为此型。狼疮性肾炎的肾病综合征可分为单纯型和肾炎型。

(1) 单纯型: 患者存在大量蛋白尿(超过 3.5 g/L)、低蛋白血症及水肿, 但不一定有血胆固醇增高。此型在病理上多属膜型, 少部分呈系膜增生型。

(2) 肾炎型: 患者除了肾病综合征表现外, 还有血尿、高血压和肾功能损害, 且常伴明显的狼疮全身性活动表现。约 50% 的弥漫增生型患者可出现此表现。如不治疗, 多数患者可于 2~3 年内发展成尿毒症。

2. 无症状蛋白尿或(和)血尿型

该型亦称为轻型, 较为常见。患者没有水肿、高血压等表现, 主要表现为轻、中度蛋白尿(24 小时尿蛋白小于 1 g)或(和)血尿。病理改变多属系膜增生型或局灶节段型。本型患者预后良好。

3. 急进性肾炎综合征型

该型较为少见,临床表现酷似急进性肾小球肾炎,起病急,发展迅速,表现为少尿甚至无尿,可有血尿、蛋白尿、管型尿,有时出现水肿,高血压不明显,病理改变呈新月体性肾炎,严重弥漫性增生伴间质及血管病变。患者预后较差,血肌酐在3个月内增加超过1倍,常在几周至几个月内发展成尿毒症。

4. 慢性肾炎综合征型

患者表现为不同程度的高血压、蛋白尿、血尿、管型尿、贫血及肾功能不全。病理改变多为弥漫增生型。本型病程漫长,迁延不愈,预后差。

5. 肾小管综合征

患者表现为肾小管性酸中毒、水肿、高血压及夜尿增多,约50%的患者出现肾功能减退。

6. 抗磷脂抗体型

此型见于抗磷脂抗体阳性患者,主要表现为大、小动静脉血栓形成及栓塞,习惯性流产和血小板减少。患者肾脏除了合并大血管栓塞外,也可出现肾小球毛细血管血栓性微血管病,常导致急剧的肾功能损害,特别是急性肾衰竭。产后患者尤易出现本型病变,病死率较高。

五、诊断

(一) 系统性红斑狼疮的诊断

美国风湿病学会(ACR)在1982年修订的系统性红斑狼疮的诊断标准如下:

- (1) 蝶形皮疹:颧部隆起的或不高出皮肤的固定性红斑。
- (2) 盘状红斑:红色隆起斑片,表面附有角化性鳞屑及角质栓,陈旧损害可见萎缩性瘢痕。
- (3) 光过敏:有光过敏史或检查时发现对光异常反应所引起的皮损。
- (4) 口腔溃疡:口腔或鼻咽部溃疡,常无痛,由医师检查发现。
- (5) 关节炎:累及两个或更多的周围关节,非糜烂性关节炎,特征为关节触痛、肿胀或积液。
- (6) 浆膜炎:①胸膜炎:有胸痛史,体检可闻及胸膜摩擦音,发现胸腔积液;②心包炎:听及心包摩擦音,或心电图、超声心动图证实有心包积液。
- (7) 肾损害:①持续性蛋白尿或蛋白尿(+++)以上;②细胞管型为红细胞、血红蛋白、颗粒或混合管型。
- (8) 神经系统病变:①癫痫:排除药物和代谢紊乱如尿毒症、酮体血症或电解质紊乱;②精神症状:排除药物和代谢紊乱如尿毒症、酮体血症或电解质紊乱。
- (9) 血液学异常:①溶血性贫血伴网织红细胞增多;或②白细胞低于 $4 \times 10^9/L$ ($4000/mm^3$);或③淋巴细胞低于 $1.5 \times 10^9/L$ ($1500/mm^3$);或④血小板低于 $100 \times 10^9/L$ ($10^5/mm^3$),排除药物所致。
- (10) 免疫学异常:①LE细胞阳性;或②抗dsDNA抗体滴定度升高;或③抗Sm抗体

阳性;或④梅毒血清试验假阳性,至少持续6个月,并由苍白螺旋体制动试验(TPI)或荧光螺旋体抗体吸附试验(FTA)证实非梅毒感染。

(11)抗核抗体阳性。

由于上述11项标准的敏感性及特异性都很高,比较适合SLE的诊断,故被选出。患者具备上述11项中的任何4项或4项以上即可诊断为SLE。上述方法诊断的敏感性及特异性均在96%左右。

1992年,ACR的诊断和治疗标准委员会重新评定了1982年对SLE的修订标准,建议对其中的第10项作如下修订,且已获得研究理事会及指导委员会的批准:取消第①项“狼疮细胞阳性”,将第④项改为“抗心磷脂抗体阳性,对抗磷脂抗体的检测应使用标准方法”。

国内系统性红斑狼疮诊断标准是在1982年ACR制订的11项标准的基础上,增加了“狼疮带试验阳性”和“补体C3低于正常”两个条件,13项中符合4项者即可确诊。有检验条件的单位对患者(特别是早期症状不典型的患者)可使用这一标准,据报道其敏感性为97.5%,特异性为93.6%。

(二)狼疮肾炎的诊断

在确诊SLE并排除其他泌尿生殖系统疾病的基础上,符合下列条件之一者即可诊断为狼疮肾炎:

- (1)肾活检示病理为WHO分型Ⅱb型、局部增生或弥漫增生性肾炎、膜性肾病。
- (2)1年后肌酐清除率下降30%。
- (3)24小时尿蛋白定量大于1g。
- (4)持续性血尿且尿红细胞大于5个/HP。

由于狼疮肾炎的临床表现复杂,不典型病例的误诊率较高(国内报道约30%),因此在临床上必须与原发性和继发性肾小球疾病、慢性活动性肝炎、痛风、感染性心内膜炎、特发性血小板减少性紫癜、混合性结缔组织病等相鉴别。

狼疮活动性的判断目前缺乏统一的标准,可用下面的简单计分法粗略地判断疾病活动情况:①发热;②关节炎;③浆膜炎;④典型皮疹;⑤神经精神症状;⑥脱发;⑦全身中毒症状;⑧尿常规异常;⑨血沉大于50mm/h;⑩贫血;⑪白细胞减少;⑫血小板减少;⑬心电图显示心肌受损;⑭低补体血症;⑮LE细胞阳性;⑯ANA大于等于1:80;⑰血中抗dsDNA(+).以上每项计1分,若总分低于3分则表示没有活动;4~5分表示轻度活动;6~7分表示中度活动;大于等于9分表示重度活动。

六、治疗

(一)常规治疗

1. 激素

激素目前仍然是治疗LN的传统药物。一般选择标准疗程的泼尼松治疗,即在开始治疗阶段给予患者泼尼松每日1mg/kg,每日晨顿服,8周后开始减量,每周减原用量的

10%，至小剂量时(每日 0.5 mg/kg)改为隔日晨顿服，视情况维持一段时间后继续减量至维持量(隔日晨 0.4 mg/kg)。对暴发型狼疮或出现急性肾衰竭者，可先予甲泼尼龙(0.5~1.0 mg/kg 入生理盐水中静脉滴注)冲击治疗 3 天，再改为标准疗程泼尼松口服治疗。据笔者和其他医务工作者的经验，在应用激素治疗的同时，配合中药可明显减轻激素的不良反应并防止反跳。

2. 细胞毒性药物

近年来的临床实践表明，细胞毒性药物联合激素治疗较单纯应用激素治疗的疗效要好得多。常用的细胞毒性药物有：

(1)环磷酰胺(CTX)：在众多用于治疗 LN 的细胞毒性药物中，CTX 的应用最为广泛。与单纯使用激素治疗相比，狼疮性肾炎患者用激素加 CTX 治疗在保存肾功能、减少死亡率方面的疗效明显更佳。大剂量静脉注射 CTX 冲击治疗对肾脏的保护效果比口服为好，并且各种不良反应更轻。方法是在进行标准激素治疗的同时，予以 CTX 16~20 mg/kg 入生理盐水 200 mL 行静脉点滴或静注，滴注时间不少于 1 小时，一般 4 周冲击 1 次，病情较重者每隔 2 周冲击 1 次，至累积总量为 150 mg/kg 后改为每 3 个月冲击 1 次，直至病情稳定 1~2 年后方可考虑停止 CTX 冲击治疗。当患者 Ccr 低于 30 mL/min 时要适当减少用药剂量。另外，CTX 不能被透析完全清除，因此透析患者用量要减少，约为原量的 75%。

(2)硫唑嘌呤(Aza)：Aza 具有免疫抑制作用，能直接抑制 B 细胞的功能，耗竭 T 淋巴细胞，并能减少狼疮肾炎患者免疫复合物在肾脏的沉积，还有非特异性抗炎作用。有资料显示，激素加口服 Aza 治疗与激素加大剂量静脉注射 CTX 治疗具有相同的疗效，而且不良反应更少。但目前对本药的研究报道相对较少，因此有待进一步的研究。另外，Aza 对急性或严重 SLE 患者的疗效不及大剂量静脉注射 CTX。近年来多主张用 CTX 冲击治疗 6~8 次后改为口服 Aza 治疗，待病情稳定后再考虑撤药。在常规免疫抑制剂量(每日 2~2.5 mg/kg)下长期应用 Aza 的不良反应少见，甚至在妊娠期应用也较安全。

(3)环孢霉素 A(CsA)：目前，CsA 在 SLE，特别是 LN 的治疗中应用越来越多。CsA 在早期即可缓解 LN 患者的临床症状，减少激素和 CTX 的用量及其相应的不良反应。在临床中对某些激素加 CTX 治疗无效或因种种原因不能使用 CTX 治疗的患者，采用 CsA 联合激素治疗较为成功。

(4)骁悉：该药物是一种免疫抑制剂，主要成分为霉酚酸酯。其可以选择性地抑制淋巴细胞鸟嘌呤合成途径，抑制 T、B 细胞的增殖，抑制抗体生成，还可阻断细胞表面黏附分子的合成，抑制血管平滑肌细胞增殖。

(5)雷公藤制剂：该类物质有抑制淋巴、单核细胞及抗炎作用。本药有不同的剂型，如雷公藤总苷每日剂量为 60 mg，分 3 次服用，病情稳定后可酌情减量。不良反应为性腺毒性，如月经减少、停经、精子活力及数目降低、皮肤色素沉着、指甲变薄软、肝损害、胃肠道反应等。

3. 静脉注射大剂量免疫球蛋白

该疗法剂量目前尚未统一，多为每日 0.4 g/kg，每天静脉点滴，连用 3~5 天为一个疗程，1 个月后可重复。

4. 血浆置换(PP)与免疫吸附法(IAT)

对危及生命的 SLE、暴发型狼疮、急进性 LN、迅速发展的肾病综合征、高度免疫活动者、常规治疗无效、对激素免疫抑制剂治疗无效或有应用禁忌者可考虑应用该法。IAT 对致病性免疫物质的清除率更高,目前多用蛋白作吸附剂。一般每次每千克体重用 40 mL 血浆,每周 3 次,共治疗 2~6 周。此疗法须同时使用免疫抑制剂,以预防或改善血浆置换后患者体内抗体产生反跳。

除上述方法外,可用于 LN 常规治疗的方法还有:

- (1) 全身淋巴结放射治疗。
- (2) UVA-1 放射。该法疗效较好,且无不良反应,但尚待进一步研究。
- (3) 抗 CD4 单克隆抗体治疗,可能有效。
- (4) 抗凝治疗,包括肝素和其他抗凝药物、蛇毒 Ancrod、TXA₂ 拮抗剂等。
- (5) 雄激素治疗:可能有效。
- (6) LN 患者,尤其是膜型患者可配合使用双嘧达莫、阿司匹林等抗凝药物。对合并水肿和高血压的患者应予以积极的对症处理。

(二) 个体化治疗

狼疮肾炎的病理、临床表现多种多样,因此治疗时要注意区分不同情况,实现治疗的个体化。其中肾活检在判断疾病活动性、制订治疗方案中有非常重要的作用。

(1) 仅有血清学检查异常,无 SLE 临床表现,尿常规无异常,肾活检为 I 或 II 型改变者,不用激素等免疫抑制剂,应密切追踪病情发展。

(2) 无肾脏受累,临床上仅表现为肾外症状,或肾活检为 I、II 型者,可作症状性治疗,如非类固醇抗炎药、阿司匹林等或加用小剂量泼尼松隔日顿服。对肾外症状明显、需用大剂量激素才能控制者,可加用 CTX 等细胞毒性药物。

(3) 轻中度肾损害者,临床上表现为血尿或(和)蛋白尿(24 小时尿蛋白大于 1.0 g),或肾病理分型为 WHO 的 III 型,轻者可隔日口服泼尼松 30~40 mg,较重者可用标准激素疗法,必要时加用 CTX。对此型患者应密切追踪。

(4) 膜型狼疮肾炎患者临床上呈肾病综合征表现,一般无高血压,肾功能较为稳定。患者病情多呈良性改变,不应过分积极治疗。但对于有狼疮活动或病理性改变增生明显者,或发生病理类型转变时,应进行积极的治疗,可选用标准激素疗法加 CTX 冲击治疗。值得注意的是,本型经治疗后尿蛋白难以完全消除,因此应防止追求尿蛋白完全消失而过度治疗,从而增加药物发生毒副作用的危险性。此外,本型易致肾静脉血栓形成,必要时可视情况给予肝素等抗凝剂。

(5) 弥漫增生性肾小球肾炎型临床上多表现为肾病综合征、慢性肾炎综合征、急性甚至急进性肾炎综合征伴肾功能损害,应予以积极的治疗。常采用激素标准疗法加 CTX 冲击治疗。此疗法对大部分患者有效,但有 10%~40% 的患者,特别是那些表现为肾病综合征的患者,对泼尼松和 CTX 有抵抗性,最多见的是开始 4~6 个月内有反应,但至 9~15 个月开始出现反应变差,病情复发。对于这种情况,有人认为可采用以下方法:①每个月重复使用大剂量静脉注射 CTX,持续 6 个月;②每个月用甲泼尼龙冲击替代大剂量

静脉注射 CTX；③改为口服硫唑嘌呤或 CTX，或两药联用；④加大每日激素用量。

(6)本病伴血栓性血小板减少、溶血尿毒综合征或血清抗磷脂抗体阳性血栓性微血管病时，应加用小剂量阿司匹林等抗凝药物。

(7)病情呈慢性过程，肾病理改变也以慢性病变为主者，不要盲目长期大剂量使用激素和细胞毒性药物治疗，否则有可能出现严重的药物毒副作用。

(8)LN 患者出现的肾衰竭不一定是由于肾小球硬化、肾单位废用等解剖学病变所致，反而有可能是 LN 发作时的活动性炎症，如急性肾小管间质性炎症、肾小管细胞坏死以及炎症引起的肾内血管收缩等因素导致肾组织血供减少而引起的肾功能恶化。经妥善治疗促使肾组织炎症消退后，上述功能性异常可消失，肾功能可好转达到停止透析的程度。笔者的经验是，在下列情况下的 LN 应予以积极治疗：①短期内进展至肾衰竭的患者；②影像学显示肾脏未缩小者；③LN 病史未超过 2 年者；④有明显活动性病变的 LN 透析患者。有条件的单位应对上述患者行肾穿刺活检，如有明显的狼疮活动的组织学改变，则是予以积极治疗的强烈指征。笔者曾报告过，在透析治疗的支持下，标准激素疗法配合 CTX 和中药治疗可使患者的肾功能得到明显改善，84% 的患者能脱离透析，其中约半数患者能恢复正常工作。因此，临床上应提醒每位医生注意对这部分患者的治疗，以免丧失良机。

(9)终末期(慢性)狼疮性肾炎所致的不可逆性尿毒症患者仅能依靠透析和肾移植治疗。透析不仅能缓解尿毒症症状，而且还能减轻狼疮活动性，减少激素及免疫抑制剂的用量。对 LN 所致的不可逆性尿毒症患者，在病情活动完全静止的情况下也可进行肾移植治疗，一般移植肾很少再发生狼疮肾炎。

(10)狼疮性肾炎患者在病情控制后，还需接受长期的维持性治疗，目的在于应用最小不良反应的药物(如隔日晨服泼尼松 15 mg)达到抑制疾病复发的目的。有人主张维持治疗 4~5 年才可停药，也有人认为 LN 患者应终身服药。

第二节 狼疮性肾炎的中医辨证施治

中医里无“系统性红斑狼疮”这一病名，对该病症状的描述散见于阴阳毒、血风疮、日晒疮、面游风、蝶疮流注、温毒发斑等记载中；对狼疮性肾炎的描述见于水肿、虚损、关格等病证中。1997 年颁布的国家标准《中医临床诊疗术语》将“系统性红斑狼疮”称为“蝶疮流注”，认为其主要病因是先天禀赋不足，肝肾阴虚；或因七情内伤、劳累过度，或日晒，或药物所伤等，导致热毒入里，燔灼阴血，充斥于上中下三焦。如发病日久或屡用激素类西药则出现阴虚阳亢或气阴两虚、阴损及阳、阴阳俱虚。其基本病机是阴阳失衡，毒热为患，瘀血阻络。其中阴阳失调为本，毒热淤血为标，病变涉及五脏六腑，而又以肾脏病变最为常见。基本治疗原则为调整阴阳治其本，清热解毒、活血化瘀治其标，扶正与祛邪兼顾标本兼治。应注意本病症候常随治疗而变化，特别是使用中西医结合方法治疗时，应抓主要矛盾，随证治之。

一、辨证施治

(一)热毒炽盛

1. 症状

高热或高热不退,面部及其他部位皮肤红斑、出血斑,日光照射后病情转剧或骤发,红斑色紫红,烦躁口渴喜冷饮,关节酸痛,肌肉疼痛无力,肢体水肿,目赤唇红,精神恍惚,严重时神昏谵语,手足抽搐。并可见吐血、衄血、便血等出血症状。可有口舌生疮,大便秘结、小便短赤或浊。舌质红或紫暗或苔黄或黄干,脉弦数或洪数。本型多见于系统性红斑狼疮的活动期。

2. 治法

清热解毒,凉血活血。

3. 方药

清瘟败毒散加减:

生石膏 30 g	水牛角 15 g	生地黄 30 g	丹皮 9 g
赤芍 12 g	知母 10 g	玄参 30 g	黄芩 10 g
黄连 6 g	栀子 10 g	半枝莲 15 g	土茯苓 30 g
全蝎 6 g	白花蛇舌草 15 g	紫草 15 g	

(二)阴虚内热型

1. 症状

持续低热,手足心热,心烦,面颧潮红,自汗盗汗,口干舌燥,尿黄便干,腰膝酸软,脱发。舌质红、苔少或镜面舌,脉细数。本型多见于系统性红斑狼疮的亚急性期或轻度活动期。

2. 治法

滋阴降火。

3. 方药

知柏地黄丸加减:

知母 12 g	生地黄 30 g	山药 30 g	山萸肉 12 g
泽泻 12 g	茯苓 15 g	丹皮 9 g	半枝莲 15 g

(三)肝肾阴虚型

1. 症状

不发热或偶有低热,两目干涩,腰酸腿痛,毛发脱落,月经不调或闭经,或头晕目眩,耳鸣,口干咽燥,大便偏干。舌红少津,脉沉细。此型多见于系统性红斑狼疮的缓解期。

2. 治法

滋补肝肾。

3. 方药

六味地黄丸加减:

生地黄 30 g	山药 30 g	山萸肉 12 g	泽泻 12 g
茯苓 12 g	丹皮 6 g	女贞子 15 g	旱莲草 15 g

(四)脾肾阳虚型

1. 症状

面色苍白,面目、四肢水肿,气短无力,腹胀纳呆,肢冷面热,腰膝酸软疼痛,尿少或清长,便溏,拒食或呕吐,甚则四肢拘急,短气喘促,动则喘甚。舌胖质淡有齿痕,苔白薄或厚腻,脉沉细小或沉滑无力。此型是系统性红斑狼疮侵及肾脏发生狼疮性肾炎或狼疮性肾病综合征的常见类型。

2. 治法

温补脾肾,利尿解毒。

3. 方药

实脾饮加减:

厚朴 12 g	白术 12 g	木瓜 12 g	木香 9 g
草果仁 6 g	大腹皮 12 g	附子 6 g	茯苓 15 g
炮姜 6 g	炙甘草 6 g		

二、我科经验及各家学说

治疗狼疮性肾炎时,周乃玉教授^[1]在诱导缓解期常以清除热毒为大法,方药常选择清热解毒的药物,如蒲公英、紫花地丁、白花蛇舌草、半枝莲、土茯苓、苍术、黄柏等;热毒伤营时选择清热解毒凉血的药物,如羚羊角粉、生地黄、连翘、元参、竹茹等;热毒伤肾,尤其是出现血尿时以知柏地黄、小蓟饮子加减,如盐知母、盐黄柏、熟地黄、小蓟、金钱草、白茅根、藕节炭、侧柏炭;水肿明显者应用茯苓皮块、桑白皮、车前子、泽泻、土茯苓等;蛋白尿增多者应用莲须、金樱子等;舌苔腻者加用藿香、佩兰、砂仁、佛手等,皮损明显者选加金银花、苦参、白鲜皮、蝉蜕;口腔溃疡明显者加凤凰衣、玉蝴蝶;热毒伤肺者常以清燥救肺润肺为主,选用北沙参、枇杷叶、杏仁、生石膏、生熟地、百合、麦冬、山药等;狼疮性胸膜炎、胸腔积液者以泻肺利水为主,以葶苈大枣泻肺汤合五苓散加减,常用药为葶苈子、大枣、半夏曲、猪苓、茯苓、炒白术、苏子、泽泻、桑白皮等。维持缓解期常以补肾强肾为大法,脾肾阳虚为主者以真武汤、乌头汤、桂枝附子汤加减,方药应用麻黄、芍药、生黄芪、甘草、黑附片、茯苓、炒白术、土白芍、干姜、车前子;气阴两虚者治以熟地黄、生黄芪、生甘草、怀牛膝、北沙参、生白术、龟板;肝郁脾虚者治以柴胡加龙骨牡蛎汤、丹桅逍遥散加减;心脾两虚者治以归脾汤加减。

张鸣鹤教授^[2]提出了“清热解毒法作为一切风湿性疾病治疗的基础”的观点,认为狼疮性肾炎急性期重清热解毒,缓解期重补肾调理,病程中贯穿活血化瘀。张教授应用参芪地黄汤合五子衍宗丸加减,贯众可清解潜伏之余毒,褚实子补肝肾之阴、助生肾气,益气滋补肝肾取参芪地黄汤。覆盆子、菟丝子取义于五子衍宗丸,更以水陆二仙丹之金樱

子、芡实合桑螵蛸、莲须加强固涩之力，可迅速控制蛋白尿；鸡血藤功善行血补血，舒筋活络；尿中潜血加强、涩精则改熟地为五味子；换用茜草可通经络行瘀滞，凉血止血功效更甚。

夏嘉等^[3]选取了95例患者观察中西医结合疗法治疗阴虚内热、水瘀互结型狼疮性肾炎的临床疗效及安全性。对照1组予环磷酰胺静脉滴注，每30天1次，每次0.6~1.0g；泼尼松片口服，用量根据SLEDAI积分及患者病情变化调整，中重度患者激素每日用量为（以泼尼松计算）1mg/kg，轻度患者每日用量不超过0.5mg/kg，疗程为1年。对照2组予自拟狼疮肾炎方口服，基本方为生地黄30g、丹参30g、接骨木15g、猫爪草15g、积雪草9g，随证加减。每日1剂，水煎，分2次口服。泼尼松片用量根据SLEDAI积分及病情变化调整，疗程为1年。治疗组为1、2组结合。结果表明：中西医结合疗法治疗阴虚内热、水瘀互结型狼疮性肾炎可显著改善患者的临床症状及体征，减少激素的用量及不良反应，从而提高患者的生活质量，值得在临床上推广应用。

唐怡、宋卫国^[4]选取了60例患者随机分为实验组和对照组，以观察温肾健脾、利湿化痰法治疗维持期狼疮性肾炎中医辨证为脾肾阳虚、湿瘀内结证患者的临床效果。两组均予以西医常规治疗，对照组采用MMF方案（强的松10mg/d+骁悉1.0~0.75mg/d）治疗，实验组采用MMF方案结合中医温肾健脾、利湿化痰法治疗，处方为党参10g、黄芪30g、生地10g、山药20g、山茱萸10g、茯苓15g、泽兰10g、川芎10g、青风藤30g、鬼箭羽10g、巴戟天10g、补骨脂10g，12个月为一疗程。结果表明：中医温肾健脾、利湿化痰法结合西药治疗维持期狼疮性肾炎脾肾阳虚、湿瘀内结证能明显控制狼疮性肾炎的复发，延缓慢性肾脏病的进程。

温成平等^[5]强调，在激素大剂量阶段治以清营凉血、滋阴降火之法，方用犀角地黄汤加减；减量阶段，治以滋阴清热、益气养阴之法，方用二至丸合大补阴丸或杞菊地黄丸等加减；维持量阶段，治以益气养血、健脾温肾之法，方用真武汤加减。

许正锦等^[6]等对激素撤减期的狼疮性肾炎患者予以加味黄芪桂枝五物汤治疗，结果显示治愈率有了明显的提高，同时复发率有所减少。

洪钦国、汤永福^[7]通过现代药理研究手段证实：白花蛇舌草能刺激网状内皮系统，增强白细胞的吞噬功能；丹参可抑制肾成纤维细胞的生长和促进其死亡，从而消除肾炎症，防止肾小球的纤维化和向终末期肾病方向发展。若同时配合激素应用，既可增强疗效，又会减少激素的不良反应，因而具有重大的临床意义。系统性红斑狼疮多表现为体液免疫亢，实验证明生地黄、玄参、天冬、麦冬等养阴药能对形成抗体的B细胞产生一定的抑制作用。

夏嘉等^[8]自拟养阴清热、活血利水中药组方治疗狼疮性肾炎，结果表明养阴清热、活血利水中药组方具有一定的免疫抑制作用，联合环磷酰胺可以更有效地控制蛋白尿，有利于激素快速撤减，减少并发症的发生。

温伟强等^[9]运用益肾化痰透邪方联合强的松、环磷酰胺治疗狼疮性肾炎，可以提高治疗狼疮性肾炎的总有效率，降低狼疮性肾炎患者的感染率。

李明等^[10]选用黄芪、生地黄配合糖皮质激素治疗狼疮性肾炎，发现激素的用量及其引起的失眠、潮热、虚汗、肥胖等不良反应均有所减少，即有利于激素的撤减及病情的