

黄世林论治系统性红斑狼疮经验

陈楠楠* 方永光 指导:黄世林

(中国人民解放军第二一〇医院中医血液科,辽宁省大连市西岗区胜利路 80 号,116021)

基金项目:全军医药卫生科研基金重大专项资助(2006011003)

* 通讯作者:chnngax@hotmail.com,13387856109

[摘要] 总结黄世林教授治疗系统性红斑狼疮(SLE)的临床经验。认为本病为温热性疾病,病因为温毒,病性多变,并提出清温解毒、益肾健脾的治疗法则,创立了以清温解毒方、清温益肾方为代表的基础方药。

[关键词] 系统性红斑狼疮;清温解毒;益肾健脾;名医经验;黄世林

黄世林(1932—),男,1964年毕业于北京中医学院中医系,国家、军队第一、二、三、四、五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师。承担多项医药科研基金重点课题及国家自然科学基金课题,共获各类科技进步与医疗成果奖 29 项,其中国家科技进步二等奖 1 项,军队科技进步与医疗成果二等奖 9 项,中国中西医结合学会科技进步一等奖 1 项,辽宁省科技进步一等奖 1 项、二等奖 2 项。2007 年荣获全军“国医名师”称号。主编专著 6 部,发表论文百余篇。

系统性红斑狼疮(systemic lupus erythematosus, SLE)是一种常见的自身免疫性疾病^[1],好发于女性,育龄期妇女多见,患者血清中出现以抗核抗体为代表的多种自身抗体,损害全身各器官组织,严重危害人类健康。黄世林教授对 SLE 的中西医结合诊治积累了丰富的经验,现总结如下。

1 病因病机

现代医学认为, SLE 是自身免疫介导的、以免疫性炎症为突出表现的弥漫性结缔组织病。SLE 可归属于中医学“葡萄疫”、“阴阳毒”、“阳毒发斑”、“红蝴蝶斑”及“鬼脸疮”等范畴。黄老师结合多年的

临床经验提出, SLE 为正虚邪实之病,概因先天禀赋不足、七情内伤、饮食劳倦、房事过度或服药所伤,致脾虚肾损,阴阳俱亏。肾为先天之本,主元阴元阳,发病多为先天禀赋不足,常先出现肾阴亏损,水亏火旺而生内热,以致阴损及阳、阴阳失调,肾阳虚损则气血运行不畅。脾为后天之本,脾虚运化水湿无力,则湿浊内停,化生湿热,温毒内发。如外受温毒之邪或温毒内蕴而发,内灼阴血,瘀阻脉络,蚀于肌肤、关节,伤及脏腑,变生诸证。温毒之邪,损伤血络,凝滞于肌肤则为红斑;阻滞于关节经络则为关节肿痛;内攻脏腑,五脏俱摇,则出现相应脏腑的证候。黄世林教授指出, SLE 病因为温毒,病位在肌肤、关节及脏腑,病性多变,缠绵难愈,为温热性疾病。因面部红斑为 SLE 常见且特征性病变,同时其病因为温毒,故将其命名为“温毒红斑”。

2 治疗经验

黄老师提出, SLE 治疗总原则为清温解毒、益肾健脾,但还应根据患者疾病所处不同时期分别予以施治。

膈反胃、痰饮、恶疮等。食管下段—贲门部位应属脾胃,硃砂可引药入此部位,正如《本草纲目》言:“硃砂,大热有毒之物,噎膈反胃、积块内症之病,用之则有神功。盖此疾皆起于七情饮食所致,痰气郁结,遂成有形,妨碍道路,吐食痛胀,非此物化消,岂能去之”。由此可见,作为引经药的硃砂可使全方对噎膈有神奇的疗效。

参考文献

- [1] 向楠,周亚娜,邓阿黎,等.《本草纲目》对“归经学说”发展的贡献[J]. 亚太传统医药,2006,2(9):30-31.
- [2] 乔占兵,尹婷,李忠.王沛教授肿瘤论治及用药规律初探

[J]. 中国临床医生,2005,33(4):52-55.

- [3] 何秀兰,胡凯文.王沛肿瘤治验[M].北京:北京科学技术出版社,2012:17.
- [4] 徐大鹏.使药增效机制的探讨[J].陕西中医,2003,24(1):70-71.
- [5] 何秀兰,胡凯文.王沛教授应用虫类药治疗肿瘤经验[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2009,16(1):20-22.
- [6] 何俊余.引经药为何能引经报使[J].世界中医药,2011,6(6):521.

(收稿日期:2013-07-09;修回日期:2013-08-15)

[编辑:洪涛]

2.1 活动期

疾病活动期自拟清温解毒方:黄芩片 20 g,北柴胡 20 g,黄芪 30 g,炮附片 10 g,赤芍 20 g,白芍 20 g,丹参 20 g,党参片 30 g,白术 20 g,茯苓 20 g,甘草 10 g。方中黄芩苦寒清热,北柴胡和解其里而解其表,合而清温透热为方中君药;黄芪、炮附片益气温补肾阳,促进肾功能恢复为方中臣药;赤芍、白芍、丹参凉血活血为方中佐药;四君子汤具有和中、健脾与利湿作用,在方中为臣使之药。临床应用时尚需化裁,活动期 SLE 患者症见发热时,加用紫苏叶、板蓝根、金银花、玄参及生地黄等以增清热解毒、滋阴凉血之效;皮肤红斑明显时予白鲜皮凉血消斑;关节肿痛时加用鸡血藤祛瘀止痛、舒筋活络;肾脏损害明显时,用白茅根凉血止血,芡实补脾益肾;活动期 SLE 患者治疗常需应用大剂量糖皮质激素,酌加炮附片用量,予补骨脂 20~30 g,温肾助阳,预防股骨头坏死;疾病活动时重用赤芍、白芍,发挥白芍总苷较强的抗炎及免疫调节作用。

2.2 缓解期

活动期病情得到有效控制,患者进入疾病缓解期,黄老师又拟清温益肾方:黄芩片 20 g,北柴胡 20 g,黄芪 30~80 g,党参片 30~60 g,茯苓 20~30 g,白术 15~30 g,芡实 30 g,漏芦 30 g,丹参 20 g,蛇莓 20 g,白芍 15~30 g。全方重用黄芪、四君子汤和芡实,有健脾益肾固精之效,具后天补养先天之功;续以黄芩片、北柴胡、漏芦、蛇莓清温解毒;丹参凉血活血,白芍养血滋阴,二药合用以滋补温毒耗伤之阴血;方名益肾,实以健脾为主,以后天补先天,辅以解毒清热之品以清温祛浊。对于偏肾阳虚者或有股骨头坏死者酌加炮附片、补骨脂、续断以温补脾肾、强筋骨,脾虚甚者加苍术或重用四君子汤。

总之,黄老师在 SLE 疾病活动期治疗上着重清温解毒以控制病情进展,病情缓解期强调益肾健脾以巩固疗效,防止复发。

3 病案举例

患者,女,28 岁,2012 年 3 月 10 日初诊。患者 SLE 病史近 5 年,曾应用甲泼尼龙、强的松、来氟米特、羟氯喹等药物。就诊时患者间断发热,疲乏少力,关节疼痛,中度贫血貌,舌质红、苔腻微黄,脉象滑数。血常规示白细胞 $4.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞 70%,血红蛋白 77 g/L,血小板 $211 \times 10^9/L$,网织红细胞 1%;尿常规示白细胞 13 个/HP,红细胞 25

个/HP,潜血(++),尿蛋白(+++);尿蛋白定量 2.9 g/24 h;总蛋白 36 g/L,白蛋白 18.5 g/L;尿素 9.38 mmol/L,尿酸 551.3 $\mu\text{mol/L}$;补体 C3 0.23 g/L, C4 0.02 g/L;血沉 103 mm/h;自身免疫抗体谱:ANA 1:1000(+),核均质+胞浆颗粒型, nRNP/Sm(±), dsDNA(++),核小体(+),组蛋白(+), SSA(+);超声示双肾弥漫性改变,双侧胸腔、腹腔、心包腔积液;CT 示左肺下叶少许炎性病变。诊断:SLE(活动期)、狼疮性肾炎。治以清温解毒,健脾祛浊,活血凉血。方用:北柴胡 25 g,黄芩片 30 g,紫苏叶 20 g,金银花 30 g,太子参 20 g,白术 20 g,茯苓 20 g,车前草 20 g,甘草 10 g,白芍 20 g,赤芍 25 g,白茅根 30 g,芡实 20 g,姜半夏 20 g。水煎 200 ml,早晚分服。疗程中随症调整,加黄芪益气健脾;加冬瓜皮利尿逐水;加补骨脂、炮附片、续断温肾助阳等。中医治疗基础上予免疫抑制剂长春新碱、环磷酰胺、甲氨喋呤及强的松。

治疗 1 周后,患者总蛋白升至 42.1 g/L,白蛋白升至 25.5 g/L;尿素正常,尿酸降至 495.3 $\mu\text{mol/L}$;补体 C3 升至 0.46 g/L, C4 正常;血沉降至 52 mm/h;双侧胸腔、腹腔积液吸收;左肺下叶炎性病变消失。治疗 2 周后,血红蛋白升至 91 g/L;尿中白细胞消失;总蛋白、白蛋白及尿酸恢复正常;补体 C3 进一步上升至 0.56 g/L;血沉进一步下降至 41 mm/h;超声结果示双肾未见异常,心包腔未见积液。治疗 4 周后,患者血红蛋白 103 g/L;尿中红细胞消失,潜血转阴;尿蛋白定量 0.9 g/24 h;补体 C3 0.78 g/L;血沉 29 mm/h;自身免疫抗体谱:ANA 1:100(+), nRNP/Sm(+), dsDNA(+). 治疗 6 周后,患者血红蛋白正常;尿蛋白定量 0.10 g/24 h;补体、血沉恢复正常;dsDNA 转阴,ANA 1:100(+), nRNP/Sm(+);活动期病情得到有效控制,患者进入疾病缓解期。继以清温益肾方口服巩固治疗,门诊随诊 1 年病情无反复。

参考文献

- [1] Garcfa-Carrasco M, Jimenez-Hernandez M, Escarcega RO, et al. Use of rituximab in patients with systemic lupus erythematosus: all update [J]. Autoimmun Rev, 2009, 8(4): 343-348.

(收稿日期:2013-07-04;修回日期:2013-08-17)

[编辑:洪涛]