

无效果,反而延误病情。张教授接诊后观其脉证,分析其症状及病情发展过程,考虑病初以风邪外受为主兼见痰浊,牵正散能化痰通络,但祛风之力不足,与病证不合。据其当下表现,除面瘫外还可见恶风、关节肌肉酸楚,考虑为太阳受邪;口苦欲呕、脉弦为邪犯少阳、枢机不利;苔白腻为痰湿之象。当前阶段应属太少两感为主兼有痰浊,故以祛除太少两经邪气为主兼清风痰,方选柴胡桂枝汤合牵正散加减。二诊时未见口苦欲呕,脉象转促,少阳证已解,仍见太阳中风证,予桂枝汤合牵正散加减。三诊见脉细,张教授考虑前方所致阴伤,予滋阴祛风化痰通络善后。病例诊治中张教授随证圆机活法,面瘫及伴随症状得愈。

总结张教授经验,从收集舌象、脉象、症状和现代医学检查结果入手,以六经为纲,活用经方、时方,重视分阶段辨证并及时转方,解决不同病期的主要矛盾,循序渐进地治疗疾病,是提高中医辨治面瘫疗效的关键。临证不拘泥一方治一病,充分根据六经辨证及辨病论治的方法,区别对待。

[参考文献]

- [1] 刘保延,王永炎. 证候、证、症的概念及其关系的研究[J]. 中医杂志, 2007, 48(4): 293-296, 298.
- [2] 朱文锋,刘莺. 病证症相结合的中医诊疗体系[J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(6): 2-4.

(责任编辑:刘淑婷)

刘晓玲教授治疗系统性红斑狼疮经验介绍

毛湄¹ 指导:刘晓玲²

1. 广州医学院荔湾医院, 广东 广州 510170; 2. 广州中医药大学, 广东 广州 510405

[摘要] 介绍刘晓玲教授治疗系统性红斑狼疮的经验,刘教授认为,系统性红斑狼疮属中医学“阴阳毒”的范畴,其基本病机为肝肾阴虚,兼热、湿、瘀。治疗以凉血解毒、祛湿活血、滋肝肾阴为法则;以犀角地黄汤为基本方加减,配合四妙散、桂枝茯苓丸、黄芪桂枝五物汤、五苓散、当归四逆汤等。临证要重视“急则治其标”、“用药如兵,惜药如金”,并关注患者的复查、心理、生活调护。

[关键词] 系统性红斑狼疮; 阴阳毒; 肝肾阴虚; 滋肝肾阴; 凉血解毒; 祛湿活血; 犀角地黄汤; 刘晓玲

[中图分类号] R593.24⁺1 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 10-0019-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.007

刘晓玲是广州中医药大学金匱教研室教授、硕士研究生导师,广州中医药大学第一附属医院风湿科主任医师,从事中西医结合治疗风湿病的医疗、教学、科研工作近30年,治学严谨,临床经验丰富。笔者侍诊年余,现将刘教授治疗系统性红斑狼疮的经验介绍如下。

1 对病因病机的认识

系统性红斑狼疮是一种弥漫性、全身性自身免疫

病,主要累及皮肤黏膜、骨骼肌肉、肾脏及中枢神经系统,同时还可累及肺、心脏、血液等多个器官和系统,有多种临床表现;血清中可检测到多种自身抗体和免疫学异常;多发于育龄女性。中医古籍无此病名,仅见类似相关疾病的描述。《金匱要略·百合狐惑阴阳毒病证治》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”。其描述与系统性红斑狼疮皮疹、

[收稿日期] 2014-03-20

[作者简介] 毛湄 (1982-),女,医学硕士,主治医师,研究方向:痛证的中医药治疗。

关节痛、发热、出血、口腔溃疡等表现极为相似^[1]。

刘教授认为,系统性红斑狼疮是现代医学的病名,根据其症状、表现,当属中医学“阴阳毒”范畴,内因先天禀赋不足,尤以肝肾阴亏为主,阴阳失衡,气血失和,气滞血瘀;外因热毒与湿热夹杂,侵袭肌表,流注于肌肤、肌肉、四肢关节,进而内伤五脏六腑。本病以肝肾阴虚为本,热、湿、瘀为标,互为因果,病性虚实夹杂,病情复杂多变。病位可在肌肤、肌肉、关节,亦可在脏腑,预后一般。临床上可有偏重阴虚、热毒、湿热或瘀血的表现。如使用糖皮质激素治疗的患者,因外源性超生理剂量的激素具有发越、耗损人体正气的副作用,“阳盛则阴病”,可导致机体燥热阴伤,临床多见手足心热、盗汗、潮热、口干、舌红少苔、脉细数等阴虚阳亢之症。

2 辨证论治

2.1 主方 对本病的治疗,刘教授主张抓住肝肾阴虚,兼热、湿、瘀的基本病机,以凉血解毒、祛湿活血、滋肝肾阴为法则。基本方为犀角地黄汤加减:水牛角、茯苓各30g,生地黄、赤芍、牡丹皮、丹参、女贞子、旱莲草各15g,泽泻10g,路路通20g。每天1剂,水煎2次,分2次口服。方中水牛角、生地黄、赤芍、牡丹皮凉血祛斑,泽泻、茯苓祛湿,路路通、丹参活血通络,女贞子、墨旱莲滋阴补血。

2.2 对证处方 临床诊治患者,刘教授严格遵守中医辨证论治的原则,望闻问切四诊合参,尤重舌脉。不拘泥一方,亦不随意用方。若辨为湿热内蕴证,则用四妙散加减(苍术、茵陈、泽兰、黄柏、薏苡仁、路路通、萹藤、甘草);若为瘀血阻络证,则用桂枝茯苓丸(桂枝、茯苓、桃仁、赤芍、葛根、路路通、牡丹皮);若为气血两虚证,则用黄芪桂枝五物汤(黄芪、桂枝、白术、当归、鸡血藤、牛膝、路路通);若水肿明显,则用五苓散(泽泻、茯苓、白术、桂枝、萹藤、路路通、泽兰、薏苡仁、甘草);若雷诺现象明显,则用当归四逆汤(当归、桂枝、白芍、细辛、通草、炙甘草、鸡血藤、路路通)等。

2.3 急则治其标 在治疗过程中,刘教授奉行急则治其标的原则。因突发的其他疾病持续存在会引起原有病情的反复或加重,应积极针对“急”病进行治疗。如患者兼有外感,应先治表后治里,刘教授善用小柴胡汤(柴胡、苦杏仁、半夏、黄芩、太子参、甘草);若痰热壅肺用千金苇茎汤(苇茎、薏苡仁、桃

仁、冬瓜子、瓜蒌皮、鱼腥草、甘草);若患者出现胃脘胀痛、纳差、反酸暖气等,则调理脾胃为主,多用半夏泻心汤(法半夏、黄连、黄芩、干姜、甘草、党参、砂仁、柿蒂),脾胃强健有助于营养物质和药物的吸收,对疾病的治疗大有益处。

2.4 药材使用 刘教授“用药如兵,惜药如金”。在中药的使用上,多一证则添一药,少一证则减一药,有的放矢。如患者月经量少或后期,则加益母草30g;若患者下焦湿热减轻,则去苦寒之黄柏。对中药的剂量更是谨慎斟酌,尤其是贵重之品如三七、全蝎等,适可而止,减轻了患者的经济负担,又避免了药材的浪费,节约了资源。

3 注意事项及调护

3.1 早期诊断,注意追踪 刘教授认为,早期诊断是改善患者预后的关键。对于初诊病人,刘教授总是耐心地询问其发病过程及诊治经过、目前的症状、家族史等,结合查体及必要的检查后,尽快明确诊断。若临床证据不足者,尤其是年轻女性,应定期复查相关指标,跟踪病情发展情况。系统性红斑狼疮可继发干燥综合征,也可与其他风湿性疾病重叠出现,所以当患者出现眼干、口干,关节畸形等非狼疮典型症状及指标异常时,警惕有其他疾病的混合,随时修订诊断,调整治疗方案。

3.2 定期复查 一般要求门诊患者每3月复查血常规、肝功能两项、代谢四项(肌酐、尿毒氮、尿酸、血糖)、血沉(ESR)、C-反应蛋白(CRP)及狼疮的相关指标(如补体、自身抗体等),一可了解目前的病情,评价治疗效果,指导药物的使用如调整糖皮质激素的用量等;另可监测药物的副作用,是否影响肝肾功能、血液系统等,以便及时调整治疗方案。若病情变化较快的患者随时复查,如狼疮肾炎活动期的患者每月必查尿常规,以了解肾脏损害情况。

3.3 心理指导 系统性红斑狼疮是一种慢性疾病,可损害多个系统,患者又以青年女性居多,面临身体发育、结婚、妊娠、病情反复、药物副作用等诸多问题时,心理负担较重。刘教授面对患者,始终保持微笑,耐心倾听,细心答疑,对患者及家人进行心理疏导,鼓励患者乐观面对疾病,建立战胜疾病的信心。

3.4 生活调护 刘教授常常告诫患者:①注意避光,避免疲劳。狼疮患者多有光敏感,应尽量避免暴露于阳光下,白天出门着长衣长裤、戴帽子、打伞等。平

时注意休息, 饮食作息有度。②饮食上, 皮肤红斑明显者不吃蔬菜的花朵, 如西兰花、菜花、带花的青菜等; 关节痛者, 不吃鸡鸭鹅、狗肉、竹笋、芋头、菌类、豆类等; 水肿明显者, 少吃盐, 多用薏苡仁煲汤熬粥等。③注意预防感染, 若患感冒、咽炎、扁桃体炎、牙周炎等, 应积极治疗。④适当活动。病情稳定及轻症患者应适当运动, 如散步、广播体操等, 有助于增强胃肠动力, 防止肌肉萎缩及骨质疏松。

4 病案举例

程某, 女, 53 岁。2013 年 3 月 18 日初诊, 反复口腔溃疡 10 余年, 伴面部红斑 3 年, 四肢关节肿痛半年。在外院查抗核抗体(ANA)、抗双链 DNA 抗体(抗 ds-DNA 抗体): 阳性; 补体 C4: 0.06 mg/mL, ESR: 18 mm/1h, CRP: 40 mg/L, 予强的松片、雷公藤片、柳氮磺嘧啶、美洛昔康等药物治疗半年, 效果欠佳。就诊时见颜面红斑, 双手小关节肿痛, 双手皮肤紫暗, 伴瘙痒及雷诺现象, 脱发明显, 无口腔溃疡, 余关节无明显不适, 纳差眠可, 二便调。舌红、苔白, 脉滑数。结合患者病史、体征及辅助检查, 西医诊断: 系统性红斑狼疮; 中医诊断: 阴阳毒(热毒血瘀证)。治以凉血解毒、祛湿消斑, 以犀角地黄汤为主方加减治疗, 处方: 水牛角、薏苡仁、萹藤各 30 g, 生地黄、赤芍、牡丹皮、丹参各 15 g, 泽兰 10 g, 路路通 20 g, 砂仁(后下)6 g, 上方加水 1 500 mL, 煎取 200 mL, 饭后分 2 次温服, 复煎, 每天 1 剂, 连服 7 剂。院内制剂通痹灵片, 每次 6 片, 每天 3 次; 硫酸羟氯喹片, 每次 0.2 g, 每天 2 次; 强的松片维持剂量, 每次 40 mg, 每天 1 次。

二诊(2013 年 3 月 25 日): 患者诉面部红斑消失, 无关节肿痛, 双手皮肤暗红, 伴雷诺现象, 无瘙痒感, 口腔溃疡, 胃脘部时有闷胀不适, 纳眠可, 二便调。舌红、苔白腻, 脉滑。即查尿组合正常。药后患者症状改善, 效不更方, 守前方不变, 加茯苓 30 g 健脾利湿。继服 28 剂。强的松片减量为每次 35 mg, 每天 1 次; 2 周后改为每天 30 mg, 每天 1 次; 通痹灵片、硫酸羟氯喹片同前。

三诊(2013 年 4 月 22 日): 患者诉面部红斑消失, 无关节肿痛, 双手皮肤呈散在点片状暗红色, 时

伴雷诺现象, 无瘙痒感, 无口腔溃疡, 胃脘部胀满, 时暖气反酸, 纳差眠可, 二便调。舌红苔白, 脉滑。即查尿组合正常。药后患者症状缓解, 皮疹减退, 但患者胃脘部不适, 影响药物及食物的吸收, 以半夏泻心汤为主方加减, 处方: 黄连 5 g, 法半夏、黄芩、干姜、党参、砂仁(后下)、柿蒂、陈皮各 10 g, 紫苏叶 15 g, 甘草 6 g, 海螵蛸 30 g, 连服 7 剂。强的松片减量为每次 27.5 mg, 每天 1 次, 余药同前。

四诊(2013 年 4 月 29 日): 患者诉胃脘部胀满基本消失, 无暖气反酸, 双手皮肤红斑变浅变少, 时伴雷诺现象, 无瘙痒感, 无口腔溃疡, 无面部红斑, 无关节肿痛, 纳眠一般, 小便调, 大便偏烂, 排出不畅。舌红、苔白腻, 脉滑数。即查尿组合正常。药后胃脘部不适已缓解, 仍采用 2013 年 3 月 18 日方, 去丹参, 加莱菔子 30 g 降气除胀, 茵陈 30 g 清热利湿, 继服 28 剂。强的松片减量为每次 25 mg, 每天 1 次; 2 周后改为每次 22.5 mg, 每天 1 次, 余药同前。此后患者间断至门诊调理, 现强的松已减量至每次 15 mg, 每天 1 次, 患者颜面及双手皮色基本恢复正常, 关节肿痛消失, 双手雷诺现象偶有出现, 复查 ESR、CRP 恢复正常。

按: 本例患者为中老年女性, 因 10 余年前诊断不明, 病情逐渐发展加重, 出现口腔溃疡、面部皮疹、光敏感、脱发、双手红斑及雷诺现象、多关节肿痛等典型系统性红斑狼疮表现, 乃外感湿热火毒之邪, 侵袭皮肤及黏膜, 故见口腔溃疡、面部皮疹及双手红斑; 内有肝肾阴虚则滋养不足, 发根不固, 见脱发; 邪滞关节则关节肿痛。处方以犀角地黄汤加减, 方中以凉血解毒药为主, 又兼祛湿、活血、养阴之品。期间又予半夏泻心汤加减调理患者脾胃。经半年治疗, 患者症状缓解, 激素用量减少, 生活质量提高。

[参考文献]

- [1] 刘晓微. 中医治疗系统性红斑狼疮临证体会[J]. 吉林中医药, 2008, 28(2): 105-106.

(责任编辑: 刘淑婷)