

盘状红斑狼疮应该如何治疗临床执业医师考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/593/2021\\_2022\\_\\_E7\\_9B\\_98\\_E7\\_8A\\_B6\\_E7\\_BA\\_A2\\_E6\\_c22\\_593598.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/593/2021_2022__E7_9B_98_E7_8A_B6_E7_BA_A2_E6_c22_593598.htm)

治疗原则为消除炎症的抗炎疗法和纠正病理过程，使用免疫抑制或促进二方面药物进行免疫调节。（一）盘状红斑狼疮 治疗需及时以免毁容及继发性癌变，一般先用局部治疗，效果不显时再加用全身疗法。1.局部疗法 皮质类固醇的外用； 皮质类固醇如羟氟化泼尼松或醋酸氢化考的松混悬液，1~2周注射一次，可注射8~10次； 液体氮或CO<sub>2</sub>雪冷冻疗法。2.内用疗法 抗疟药如氯喹等，氯喹有防光和稳定溶酶体膜，抗血小板聚集以及粘附作用，口服开始剂量为0.25~0.5g/d，病情好转后减量； 酞咪呱啶酮，剂量为200~300mg/d；氯苯酚嗪； 中药六味地黄丸加减，大补阴丸或雷公藤制剂等。（二）亚急性皮肤型红斑狼疮和深部狼疮 可采用酞咪呱啶酮有一定疗效，氯喹、氯苯酚嗪或雷公藤制剂应用亦有效，无效病例可予皮质类固醇治疗。（三）系统性红斑狼疮 1.对轻型病例如仅有皮疹、低热或关节症状者只需应用非甾体类抗炎药，如水杨酸类、吲哚美辛等，然该类药物有时可损伤肝细胞，使肾小球滤过率降低，血肌酐上升，对肾病患者需慎用。如皮疹明显可用抗疟药如氯喹，0.25~0.5g/d，也可用小剂量的肾上腺皮质激素如泼尼松15~20mg/d，酞咪呱啶酮和六味地黄丸加减或雷公藤制剂等服用。2.重型病例 皮质类固醇：是目前治疗重症自身免疫疾病中的首选药物，可显著抑制炎症反应，能抑制中性粒细胞向炎症部位趋附，抑制其和单核细胞的吞噬功能及各种酶的释放，具有抗增殖及免疫抑制作用

，对淋巴细胞有直接细胞毒作用，使NK细胞的数量以及IL-1和IL-2水平皆降低，抑制抗原抗体反应。适应情况为：用于其他疗法治疗无效的轻型病例；急性或亚急性发作，有严重的“中毒症状”如高热、关节痛、无力和/或病变迅速累及浆膜、心、肺、肝、肾、造血器官和其他脏器组织者；慢性病例如伴有明确的进行性内脏损害者。泼尼松的剂量约为每日每千克体重0.5~1.5mg，轻型病例可用泼尼松15~20mg/d，重症病例可用泼尼松40~60mg/d，个别病情重笃的，可用泼尼松60~80mg/d，甚至120mg/d。一般认为开始用量宜大，因从小剂量开始，既不能迅速控制病情，使重要器官免受侵犯或使重要器官不致造成不可逆的损害，又反而使激素总量增加，产生更多的副作用。如初量已够，则在12~36小时内退热，1~2天内关节痛消失，发热引起的毒性症状明显好转。若2天内无好转，应将原剂量再增加25~100%，直到症状有明显进步为止。除每日给药外，也可采用隔日（间隔48小时）给药法，即隔日上午顿服2天之药。一旦病情好转稳定1~2周，则可开始逐步减量直至维持量约5~15mg/d。

脉冲疗法 采用上述剂量皮质类固醇激素效果不著时可改用脉冲疗法，以甲基泼尼松1g，加入250毫升作静脉内滴注，连续3日，然后每日泼尼松100mg，3~4周内遽减至维持量；需要时可于2周后重复一疗程，适用于弥漫性增殖性肾小球肾炎，明显神经精神症状，重症溶血性贫血及血小板显著减少等迅速恶化的病例。

免疫抑制药：如环磷酰胺和硫唑嘌呤，两者剂量为每日每千克体重1~4mg，前者主要利用烃基与DNA结合，最明显的是减少抗DNA抗体，血中DNA-抗DNA复合物及其在肾脏中的沉积减少。硫唑嘌呤能换嘌呤

核苷酸的合成，代替了DNA的嘌呤基质，从而抑制DNA和RNA的合成。其他有苯丁酸氮芥（2mg，每日2~3次），6巯基嘌呤（50mg，每日3次），氨甲喋呤（7.5~15mg，每周口服一次）等。这类药物常见的副作用有白细胞减少，甚至会骨髓抑制、胃肠道障碍和肝脏损害、易产生继发感染、长期应用可引起不育、畸胎，削弱免疫作用而发生癌肿。环磷酰胺可发生脱发和出血性膀胱炎，需谨慎使用。适应情况为：

- 单位使用类固醇无效；
- 对长期大量皮质类固醇治疗不能耐受；
- 为了更有效地控制SLE中的某些病损；
- 在急性症状得到控制后为进一步减少激素维持量或更顺利地逐渐递减激素。

常与皮质类固醇合用，例如治疗有肾损害的SLE，特别耐激素性肾炎，从临床应用和动物实验证明，环磷酰胺对狼疮性在肾功能、组织病理和病死率有一定疗效，又在大剂量皮质类固醇不能控制的中枢神经系统病变，急性狼疮性肺炎，亦可考虑并用此类药物，总的有效率约为30%~50%。近年来，这类药物在治疗SLE中有不少新的进展，Austin（1986）应用大剂量环磷酰胺静脉脉冲冲击治疗顽固性磷酰胺静脉冲击治疗的剂量为0.5~1g/m<sup>2</sup>体表面积，每月一次，待蛋白尿转阴后改为2~3月一次，大多数中层得经4~6次后蛋白尿明显减少，肾功能改善，如经9~12次仍不见效者，需终止治疗，其作用机制认为该疗法能减少肾组织纤维化，改善肾功能和防止衰竭。国内文献中亦陆续发情应用大剂量环磷酰胺冲击治疗SLE的报告：陈顺乐等应用每月冲击1次共19例的顽固性肾炎患者，平均治疗9次，结果尿蛋白有17例转阴或或显著减少（89.5%），9例肾功能有改善。张鸿逵等采用长期、间歇（每月1次，共8次，每2月1次，共3次，每3月1次，共3次，

每6月1次维持治疗) 静脉滴注大剂量环磷酰胺(0.5 ~ 0.75g/m<sup>2</sup>体表面积) 冲击治疗对激素无效难治性狼疮性肾炎20例获得良好效果; 史群等采用每周环磷酰胺1g静脉冲击治疗8例狼疮性肾炎患者, 初始环磷酰胺的剂量为400mg (加0.9%葡萄糖液20ml中静脉推) 第2周开始给1g (加0.9%葡萄糖液ml中静脉滴), 每周1次, 共4次, 其后改为每月1次作维持治疗, 亦获得良好效果; 杨岫岩等探索环磷酰胺冲击疗法治疗SLE冲击间期, 分2周、3周和4周冲击间期3组, 给药15mg/kg, 2周组和3周组冲击10次改为每月1次, 若病情缓解则每3个月1次, 4周组治疗6~12个月, 病情缓解后改为每3月1次, 获得结果认为环磷酰胺的冲击间期应灵活掌握, 对于较严重病例例如多系统损害, 神经精神损害, 胃病综合征等应该每2周冲击一次, 待病情逆转再改为3~4周一次。环孢菌素A是一种具有免疫抑制及免疫调节作用的新药, 它能干扰IL-1的释放及抑制T淋巴细胞的活化, 初始剂量以3~3.5mg/(kg.d)为宜(一次或分二次口服), 如经4~8周无效, 可间隔1~2月增加0.5~1mg/(kg.d), 最大剂量为5mg/(kg.d), 适用于经其他药物治疗无效的患者。 免疫增强剂: 企图使低下的细胞免疫恢复正常, 如左旋咪唑、胸腺素、转移因子等。 血浆交换疗法: 其原理是企图除去特异性自身抗体, 免疫复合物以及参与组织损伤非特异性炎症介质如补体、C-反应性蛋白、纤维蛋白原, 并能改善单核吞噬细胞系统清除循环免疫复合物的能力, 一般在多脏器损害, 激素效果不著、器质性脑综合征、全血细胞减少及活动性肾炎等重症病例进行。因作用短暂, 仍需配合激素和免疫抑制剂等治疗。文献中已报导有50余例采用长期间隙性血浆交换疗法合并免疫

抑制疗法，获得病情缓解。 透析疗法与肾移植：晚期肾损害病例伴肾功能衰竭，如一般情况尚好，可进行血液透析或腹膜透析，除去血中尿素氮及其他有害物质，以改善氮质血症等情况。肾移植需在肾外损害静止时进行，用亲属肾作移植，2年存活率据统计为60%~65%，用尸体肾移植为40%~45%。

中医中药：根据辨病与辩证相结合，本病可分成热毒炽盛、阴虚而虚、阴虚阳虚、毒邪攻心、肝郁血瘀等型施治。热毒炽盛型相当于急性和亚急性病例，治以清热解毒，滋阴凉血，方用犀角地黄汤加减；阴虚血虚型相当于轻度活动病例，治以养阴补血，凉血解毒，方用知柏地黄汤加减或大补阴丸。阴虚阳虚型见于肾病病例，治以滋阴壮阳，方用二仙汤和右归饮加减。毒邪攻心型见于心脏累及病例，治以养心安神，气血二补，方用养心汤加减。肝郁血瘀型见于肝脾肿大病例，治以疏肝理气，活血化瘀通络，方用逍遥散加减。此外，针刺疗法对皮疹、关节痛和消肿，音频电疗对消炎、消肿和止痛均有一定疗效；雷公藤制剂、红藤制剂以及复方金荞片均可应用，特别前者为一有相当疗效的抗风湿病药物。近有人应用溴隐亭治疗SLE亦取得一定效果；对病情活动伴严重感染时，有人试用大剂量 球蛋白静脉滴注治疗，曾获得良好的疗效。对无菌性股骨头坏死需要整形外科进行关节转换成形术或关节固定手术。 更多信息请访问：百考试题医师网校 医师论坛 医师在线题库 百考试题执业医师加入收藏 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)