

中藥治療修格蘭氏症候群合併系統性紅斑狼瘡 病例報告

黃偉勝^{1,2}、林虹均¹、曾偉婷¹、張清賢^{1,3,4,*}

¹ 臺北榮民總醫院傳統醫學部，台北，臺灣

² 中國醫藥大學中醫學系，台中，臺灣

³ 國立陽明大學傳統醫藥研究所，台北，臺灣

⁴ 國立陽明大學醫學系，台北，臺灣

57歲女性患有修格蘭氏症候群（Sjögren's syndrome）合併系統性紅斑狼瘡（Systemic Lupus Erythematosus），併發抗磷脂抗體症候群（Antiphospholipid syndrome）及間質性肺病（Interstitial lung disease）。主要症狀表現為眼乾、口乾、慢性乾咳和運動性呼吸困難，該患者於2019年06月14日開始於臺北榮民總醫院傳統醫學部門診就診，主訴全身麻刺痛感症狀，遇熱、緊張時、排便前症狀會加重，範圍從舌頭開始有不適感並漫延至全身，持續時間長達8年。中醫辨證為肝腎陰虛、火熱傷津、風溼入絡瘀滯，治則為滋陰潤燥、清熱解毒、活血通絡。持續追蹤治療6次後，有效改善全身麻刺痛感症狀，並緩解眼乾、口乾症狀。本病例報告顯示合併中藥治療可以有效緩解修格蘭氏症候群併發系統性紅斑狼瘡患者之複雜症狀，可提供另一種中西醫整合療法之思維。

關鍵字：修格蘭氏症候群、系統性紅斑狼瘡、抗磷脂抗體症候群、間質性肺病、滋陰潤燥、活血通絡

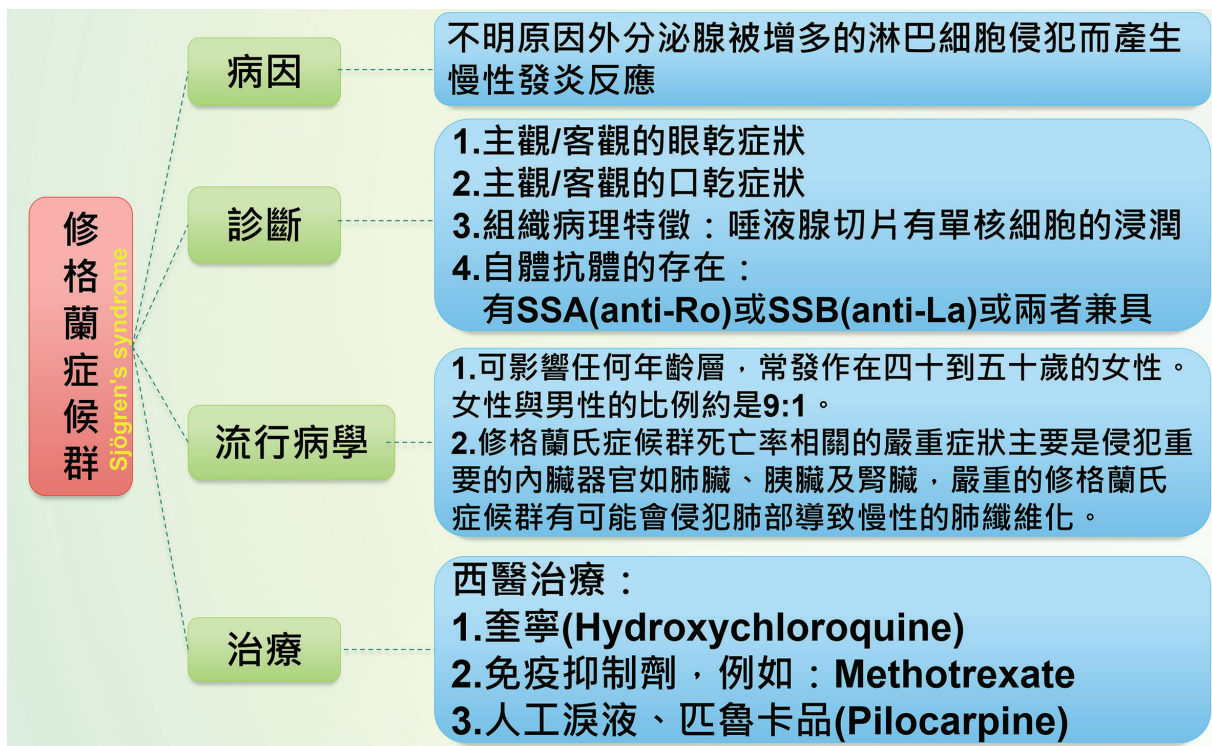
* 通訊作者：張清賢主治醫師，通訊地址：11217 臺北市北投區石牌路二段 201 號，臺北榮民總醫院傳統醫學部，
連絡電話：（02）2875-7453 #333，Email：magicbjp@gmail.com

109 年 3 月 31 日受理，109 年 6 月 17 日接受刊載

前言

修格蘭氏症候群（Sjögren's syndrome）是一種免疫失調的自體免疫疾病（圖一），主要病理機轉為人體外分泌腺被不正常增生的淋巴球細胞侵犯而產生慢性發炎反應 [1, 2]，正常的上皮細胞長期發炎被淋巴球細胞取代逐漸喪失其分泌功能，造成淚腺和唾液腺功能下降，出現口眼乾燥等症狀，也可能出現關節炎、肢體麻木或雷諾氏現象等 [3-6]。修格蘭氏症候群又分為原發性和繼發性 [2]，原發性修格蘭氏症候群確診標準以 2002 年美歐共識小組會議（American-European Consensus）診斷要件為主 [7]，主要評估口乾、眼乾、淚腺、唾液腺功能及 Ro、LA 抗體等主客觀項目，診斷要件中須符合四項，其中至少需要有一項唾液腺切片

陽性或 SSA/SSB 抗體陽性，若缺少唾液腺切片陽性或 SSA/SSB 抗體陽性兩項之一，即為一般俗稱的乾燥症（Sicca syndrome）。而繼發性常合併有其他自體免疫風溼或結締組織疾病 [8]，如：類風溼性關節炎（Rheumatoid arthritis）、系統性紅斑狼瘡（Systemic Lupus Erythematosus）、系統性硬皮病（Systemic Sclerosis）、多發性肌炎/皮肌炎（Polymyositis/Dermatomyositis）、抗磷脂抗體症候群（Antiphospholipid syndrome）及間質性肺病（Interstitial lung disease）……等。而其中又以修格蘭氏症候群合併系統性紅斑狼瘡最為常見。歐美國家每 10 萬人發生率為 3.9 到 5.3 人 [9-11]，2005 年到 2007 年臺灣調查每十萬人發生率為 6 人 [12]，2000 年至 2008 年臺灣另一項調查發修格蘭氏症候群為臺灣第三大自體免疫性疾，其中每十萬人盛



圖一 修格蘭氏症候群介紹

行率為 16 人，每十萬人發生率為 10.6 人 [13]，最常好發於 45 至 55 歲的女性，女性與男性的比例發病比率約是 9.9:1 [12]，且約有 5-10% 修格蘭氏症候群患者容易有腺體外侵犯，如：肺臟、胰臟及腎臟纖維化，最嚴重容易併發淋巴瘤。目前修格蘭氏症常規治療以免疫調節以 Hydroxychloroquine、眼藥水、人工淚液、Cevimeline、Pilocarpine、類固醇或生物製劑為主 [14]，但這些治療存在療效不佳、無法停藥，又有副作用等問題，許多患者尋求其他替代療法以改善常規治療之不足 [15, 16]。

修格蘭氏症其表現在中醫屬「燥證」或「燥痹」，病因為「素體陰虛或感染邪毒，導致津液生化不足……失其濡養」所致 [17]，病機為「陰虛、津虧、痹阻」[18]，表現以「陰虛」為本，「溼熱」為標 [19]，常見以「口乾」、「眼乾」及「外分泌腺乾燥」作為主要臨床表現，常伴有乾燥見症，如皮膚乾燥、黏膜乾燥、指甲乾枯、大便秘結、舌紅、苔少及脈細澀，辨證證型主要分成三種 [20, 21]：(1) 肝腎陰虛宜滋補肝腎為主；(2) 氣陰兩虛：養陰益氣；(3) 陰虛血瘀：滋陰活血通絡，此類自體免疫疾病患者因為其免疫系統長期攻擊自身上皮黏膜組織，容易耗傷陰液及血分，病久體虛更易生燥熱，造成惡性循環，必須在滋陰潤燥基礎上，同時兼顧益氣養陰及活血通絡，因此臨床治療以清熱宣痹、滋陰潤燥、活血化瘀為主 [22, 23]。

本病例報告為 57 歲女性，罹有修格蘭氏症候群合併全身性紅斑狼瘡，併發抗磷脂抗體症候群及間質性肺病。主要症狀表現為眼乾、口乾、慢性乾咳和運動性呼吸困難，持續時間長達 8 年。病患因而前來本院傳統醫學部尋求幫助。本病例報告藉此描述合併中藥治療可以有效緩解修格蘭氏症候群併發全

身性紅斑狼瘡患者之複雜症狀，可提供另一種中西醫整合療法之思維。

病例闡述

1. 基本資料：

姓名：許 OO 性別：女性
生日：1961/00/00 年齡：57 歲
病例號碼：33500005
中醫初診日期：2019/06/14
身高：153 cm 體重：45kg
婚姻：已婚 職業：家庭主婦
宗教：患者未透漏 旅遊史：無
群聚史：無
血壓：113/80 mmhg 脈搏：80 / 分

2. 主訴：全身麻刺痛感和慢性乾咳持續八年

3. 現病史：57 歲女性，有長期眼乾、口乾、慢性乾咳、運動性呼吸困難，2012 年經過風溼免疫科進一步檢查發現，SSA/SSB：+/-、Sialoscintigraphy：Grade I decreased、Saliva gland biopsy：Grade II infiltration、Schirmer's test：-，確診為修格蘭氏症候群，合併關節麻刺感和時常掉髮的情形，臉部無明顯紅斑，雖然當時抽血 ANA 顯示低效價、Anti-dsDNA ab 顯示 <0.5，但發現患者有抗磷脂抗體症候群（Anti-cardiolipin antibody: + 和昔日有流產病史）和間質性肺病（DLCO: 59%；Chest CT 顯示間質性肺病）的問題，因此診斷為修格蘭氏症候群合併全身性紅斑狼瘡（Systemic Lupus Erythematosus, SLE），目前西藥規則服用奎寧和類固醇，但依舊有慢性乾咳、眼乾和關節麻刺感情形。近日夏日炎熱，病患自覺口乾、眼乾，全身麻刺痛感多年情

形加重，麻刺的感覺從舌頭開始蔓延到四肢，遇到溫度上升、壓力緊張時會加重，平時自覺疲倦易累，壓迫四肢容易麻，偶暈眩，怕熱，冬天手腳易冰冷，納可，眠可，小便可，大便一週二行，大便呈羊屎狀。因上述症狀隨時間逐漸加重，故於2019/06/14，希望能緩解口乾、眼乾及全身麻刺痛感之症狀。

4. 過去病史：

- 4.1. 系統性紅斑狼瘡（Systemic Lupus Erythematosus，SLE），服用 Plaquenil 200 mg BID 和 Prednisolone 5mg 0.5tab QD
- 4.2. 間質性肺病，慢性乾咳，服用類固醇 Prednisolone 5mg 0.5tab QD
- 4.3. 抗磷脂抗體症候群，後續無明顯血栓症狀，無再服用抗凝劑
- 4.4. 高血脂症，規則服用降血脂藥，1 Tab QD
- 4.5. 骨質疏鬆，規律於西醫施打玻尿酸
- 4.6. 胃食道逆流，之前服用 PPI，穩定，目

前停用

5. 個人史：

- 5.1. 抽菸史：無
- 5.2. 喝酒史：無
- 5.3. 過敏史：無
- 5.4. 藥物史：無

6. 家族史：姑姑 SLE

7. 實驗室數據：

- (1) 2012年初始診斷數據：ANA：negative；SSA/SSB：+/-、DLCO：59%、IgA：1370 mg/dl、IgM：216 mg/dl、C3：216 mg/dl、C4：20 mg/dl、RF：<20 iu/ml、Sialoscintigraphy：Grade 1 infiltraion、Anti-dsDNA ab: 13。
- (2) 2019年就診數據：ANA：Low titer positive speckled、SSA/SSB：+/-、Sialoscintigraphy：Grade I decreased、Salivary gland biopsy：Grade II infiltration、Schirmer's test：negative，其他血液及免疫相關功能檢驗追蹤如表一。

表一 血液及免疫相關功能檢驗追蹤

日 期	2019/05/07	2019/07/30	2019/10/24
WBC /CUMM	5500	5100	4900
RBC M/CUMM	4.36	4.47	4.19
HGB g/dl	14.1	14.1	13.4
HCT %	41.2	42.4	39.9
MCV Fl	94.6	94.8	95.2
MCH Pg	32.2	31.6	32.0
MCHC g/dl	34.1	33.4	33.7
RDW %	13.2	13.2	13.2
PLATELET /CUMM	214000	224000	215000

日 期	2019/05/07	2019/07/30	2019/10/24
C3 mg/dL	125.2	125.6	121.1
C4 mg/dL	29.4	28.8	27.8
CRP mg/L	0.07	0.03	0.07
Cholesterol mg/dL	247	262	152
Creatine mg/dL	0.79	0.81	0.82
Urine protein mg/dL	17.5	7.8	4.7
Anti-dsDNA	<0.5	<0.5	<0.5

8. 中醫四診：

8.1. 望診：

- 8.1.1 體形：消瘦。
- 8.1.2 神識：易顯疲態，意識清楚。
- 8.1.3 頭面：皮膚正常，白暗無紅絲，鞏膜不黃。
- 8.1.4 舌診：舌略紅，苔薄白，中根微膩，有朱點，微齒痕，舌下絡脈瘀。

8.2. 聞診：無特殊氣味，語音正常

8.3. 問診：

- 8.3.1 全身：意識清晰、平素較怕熱
- 8.3.2 情志：較焦慮易緊張
- 8.3.3 睡眠：眠可，無多夢情形
- 8.3.4 頭項：偶頭暈，無頭痛，無肩頸僵硬酸痛等特殊發現
- 8.3.5 五官：自覺口乾眼乾多年；無口苦；無鼻塞、流鼻涕或鼻癢
- 8.3.6 胸部：目前呼吸正常；無胸痛；無心悸
- 8.3.7 腹部：無腹脹，但有胃食道逆流病史，病患偶食道吞嚥卡澀感
- 8.3.8 腰背四肢：四肢刺麻感持續多年
- 8.3.9 飲食：飲食量可
- 8.3.10 二便：大便一周二行，大便呈羊屎

狀；小便可

8.4. 切診：脈細弦、左右寸滑

8.5. 西醫身體檢查：雙眼乾澀、口乾伴隨四肢麻木刺痛，無明顯頭、身腸胃不適。

9. 時序圖：如圖二

10. 病因病機分析：

病因：中醫：

- 外因：溼熱、熱毒燥邪
- 內因 / 不內外因：素體陰虛而不足

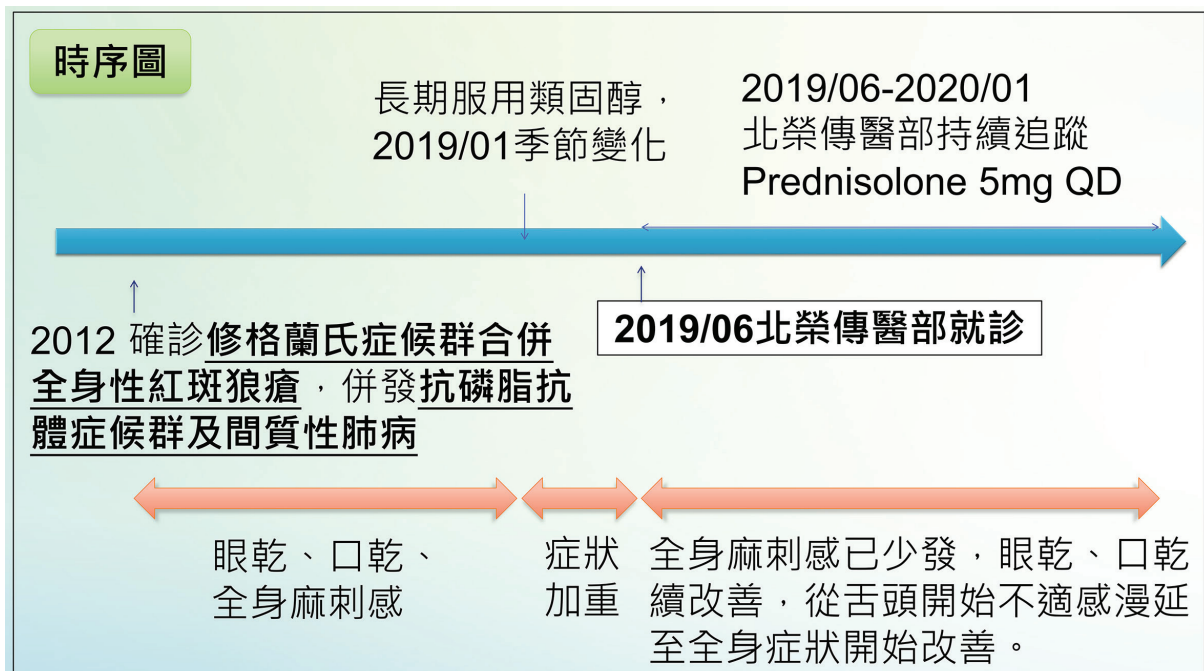
西醫：遺傳因素、免疫失調

病位：中醫：肝、腎

現代解剖：淚腺、唾液腺、皮膚、四肢

病性：主證：四肢麻木刺痛、乾咳不止
次證：雙眼乾澀、口乾、大便呈羊屎狀

病勢：患者本身先天稟賦不足（遺傳因素）、素體陰虛，不足以抗邪，當外感熱毒挾風溼侵襲，使其不得發越，久鬱化熱，進而直接燔灼陰血，阻滯氣血運行，造成血脈瘀滯、經絡痹阻，為患者臨床上手腳麻刺感的表現。另一方面，當患者因長期自體免疫疾病所困而耗傷



圖二 時序圖

陰液，久病陰虛，加上臺灣季節，夏日天氣燥熱多燥邪，燥邪趁患者虛不勝邪而入裡，日久便燥邪化熱，灼傷津液，導致津液生化不足，進而津液虧損，津不化血更加重血脈瘀滯、經絡痹阻的問題，手腳麻刺感更甚；同時也因津液虧損造成津不上承，眼乾口乾症狀隨之而來，食道也漸漸乾澀難以吞嚥，當津液虧損到一定程度後，胃陰也相對不足，若患者情志壓力因素加入影響，進而導致肝胃不和、胃失和降，這便是患者胃食道逆流的原因。同時，病患因久病陰虛、燥邪傷陰，導致陰虛內熱進而虛火上炎，向上灼傷肺陰，日久後便容易乾咳、肺部纖維化，造成間質性肺病。

11. 病因病機分析圖：如圖三

12. 診斷：

西醫診斷：修格蘭氏症候群 (Sjögren's syndrome) 合併全身性紅斑狼瘡 (Systemic

Lupus Erythematosus)、抗磷脂症候群 (Antiphospholipid Syndrome)、間質性肺病 (interstitial lung disease)

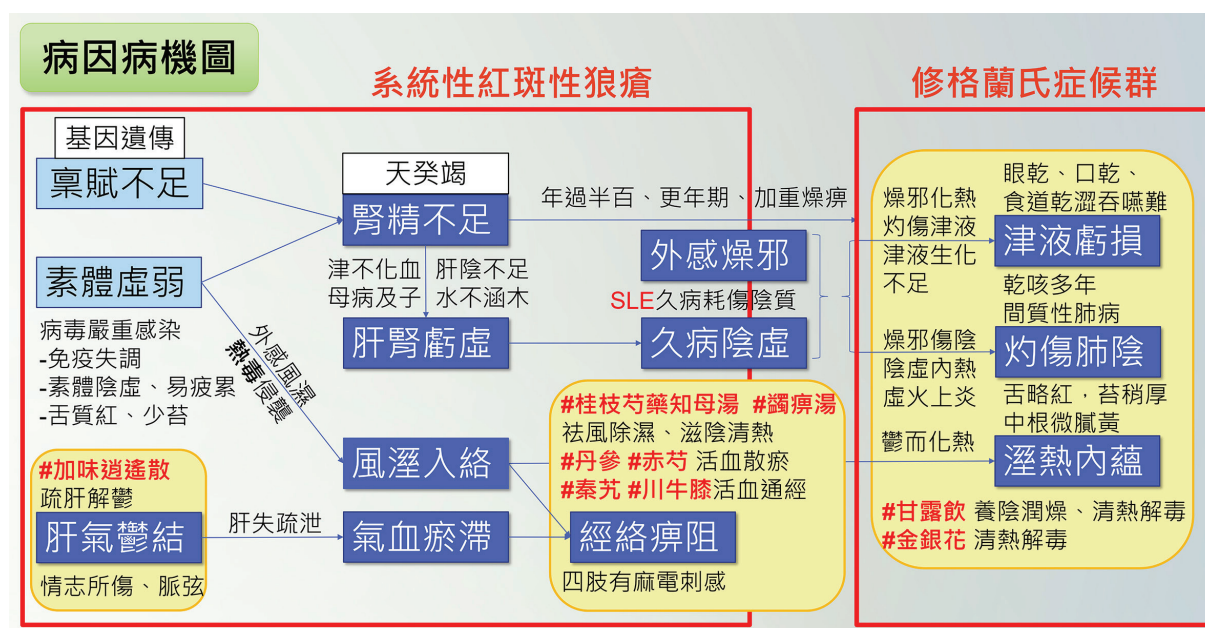
中醫診斷：燥痹

中醫證型：肝腎陰虛、火熱傷津、風溼入絡瘀滯

13. 治則：滋陰潤燥、活血通絡

14. 處方：桂枝芍藥知母湯 1 gm、加味逍遙散 1.5 gm、甘露飲 1.5 gm、蠲痺湯 1 gm、金銀花 0.25 gm、丹參 0.25 gm、赤芍 0.25 gm、三七 0.25 gm、秦艽 0.25 gm、川牛膝 0.25 gm，QID。

方藥分析：本病人在經過中醫四診歸納後，證型為肝腎陰虛、火熱傷津、風溼入絡瘀滯，治則以滋陰潤燥、活血通絡為主，病患長年為病痛所苦，情治不暢，治以加味逍遙散疏肝解鬱、清熱養血、調節氣機，再以甘露飲養陰潤燥、清熱利溼，甘露飲內的地黃可以養肝腎陰虛，



圖三 病因病機分析圖

補先天之本，並以天冬、麥冬養肺胃之陰，使後天之陰得養，治療病本。針對患者四肢手腳麻木情形，用桂枝芍藥知母湯和蠲痺湯為主，因患者長年風溼淤邪阻滯經絡，利用這兩方來達到祛風除溼、滋陰清熱、益氣活血，再配合金銀花加強清熱解毒之效；丹參、赤芍來活血散瘀輔以三七來活血定痛，最後加上秦艽、川牛膝活血通經，補肝腎，強筋

骨，去風溼止痹痛。經過多次的門診追蹤和治療，患者眼乾、口乾的症狀緩解，同時全身麻木刺痛的情形也減緩。

15. 追蹤治療經過：自2019年6月14日起開始治療，固定每月前來傳統醫學部門診進行治療（表二）。整體治療過程中病患在本院傳統醫學部門診追蹤治療下，全身麻刺痛感情形續改善，VAS由10分改善幾乎為0-1分，尤其從舌頭

表二 追蹤治療經過

日期	主觀描述	客觀資料	方藥記錄
2019/6/14	傳統醫學部第1次進行治療，全身麻刺痛感持續8年，氣溫升高、緊張時、大便前，從舌頭開始不適感漫延至全身。	舌淡紅伴隨薄白苔 脈細弦、右寸滑上越、左寸滑	桂枝芍藥知母湯 1gm、加味逍遙散 1.5gm、甘露飲 1.5gm、蠲痺湯 1gm（皆 QID）
2019/6/28	傳統醫學部第2次進行治療，麻刺感依舊，遇熱、緊張時、大便前症狀加重，從舌頭開始不適感漫延至全身。	舌紅伴隨薄白少苔 脈細弦、右寸滑上越、左寸滑	桂枝芍藥知母湯 1gm、加味逍遙散 1.5gm、甘露飲 1.5gm、蠲痺湯 1gm、金銀花 0.25gm、丹參 0.25gm、赤芍 0.25gm、三七 0.25gm、秦艽 0.25gm、川牛膝 0.25gm（皆 QID）

日期	主觀描述	客觀資料	方藥記錄
2019/7/26	傳統醫學部第 3 次進行治療，全身麻刺痛感減，遇熱、緊張時、大便前症狀加重，從舌頭開始不適感漫延至全身依舊。	舌紅伴隨薄白少苔 脈細弦、右寸滑上越、左寸滑	桂枝芍藥知母湯 1gm、加味道遙散 1.5gm、甘露飲 2gm、蠲痺湯 1gm、金銀花 0.25gm、丹參 0.25gm、赤芍 0.25gm、三七 0.25gm、秦艽 0.25gm、川牛膝 0.25gm、葶藶子 0.25gm（皆 QID）
2019/8/23	傳統醫學部第 4 次進行治療，全身麻刺痛感續減，從舌頭開始不適感漫延至全身症狀開始改善。	舌紅伴隨薄白少苔 脈細弦、右寸滑上越、左寸滑	桂枝芍藥知母湯 1gm、加味道遙散 1.5gm、甘露飲 2gm、蠲痺湯 1gm、金銀花 0.25gm、丹參 0.25gm、赤芍 0.25gm、三七 0.25gm、秦艽 0.25gm、川牛膝 0.25gm、蒲公英 0.25gm（皆 QID）
2019/10/4	傳統醫學部第 5 次進行治療，全身麻刺痛感續減，眼乾、口乾發做作頻率稍減，從舌頭開始不適感漫延至全身症狀開始改善。	舌紅伴隨薄白少苔 脈細弦、右寸滑上越、左寸滑	桂枝芍藥知母湯 1gm、加味道遙散 1.5gm、甘露飲 2gm、蠲痺湯 1gm、金銀花 0.25gm、丹參 0.25gm、赤芍 0.25gm、三七 0.25gm、秦艽 0.25gm、川牛膝 0.25gm、蒲公英 0.25gm、杏仁 0.25gm、紅花 0.25gm、高良薑 0.25gm（皆 QID）
2019/11/8	傳統醫學部第 6 次進行治療，全身麻刺感已少發，眼乾、口乾續改善，從舌頭開始不適感漫延至全身症狀開始改善。	舌紅伴隨薄白少苔 脈細弦、右寸滑上越、左寸滑	桂枝芍藥知母湯 1gm、加味道遙散 1.5gm、甘露飲 2gm、蠲痺湯 1gm、金銀花 0.3gm、丹參 0.25gm、赤芍 0.25gm、三七 0.25gm、秦艽 0.25gm、川牛膝 0.25gm、蒲公英 0.25gm、杏仁 0.25gm、紅花 0.25gm、高良薑 0.25gm（皆 QID）
2019/12/6	傳統醫學部第 7 次進行針刺治療，療程期間眼乾、口乾發做作頻率減少，全身麻刺痛感續改善，從舌頭開始不適感漫延至全身症狀改善。	舌紅伴隨薄白少苔 脈細弦、右寸滑上越、左寸滑	清燥救肺湯 1gm、加味道遙散 1.5gm、甘露飲 2gm、蠲痺湯 1.25gm、金銀花 0.3gm、丹參 0.25gm、赤芍 0.25gm、三七 0.25gm、秦艽 0.25gm、川牛膝 0.25gm、蒲公英 0.25gm、杏仁 0.25gm、紅花 0.25gm、高良薑 0.25gm（皆 QID）

開始不適感蔓延至全身的感覺也減緩，VAS 也由 10 分改善幾乎為 0-1 分。眼乾、口乾的情形在中藥的調理下症狀也趨緩解，VAS 改善 10 分至 3 分，乾咳和運動性呼吸困難的發作頻率也明顯減緩，VAS 改善 10 分至 3 分。過程中，病患也規則的接受西醫治療，領取慢性處方 Prednisolone、Plaquenil 一同控制，在合併中藥治療過程中，類固醇劑量逐漸減低，由原本的每天服用一顆改為半顆。病患於整個治療過程，狀態穩定，乾燥症狀和咳嗽發作次數也明顯減少。可知在西醫的處置合併中醫治療對其自體免疫疾病的狀況確有一定的助益。

討論

繼發性的修格蘭氏症候群常常合併其他免疫疾病如系統性紅斑狼瘡（15-36%）、風溼性關節炎（20-32%）或系統性硬化症（11-24%）[8, 24]，其中又以系統性紅斑狼瘡合併修格蘭氏症候群最為常見。在一篇探討修格蘭氏症候群和系統性紅斑狼瘡之間的相關性之回顧研究中，研究發現被診斷為系統性紅斑狼瘡患者中，年齡和性別為併發修格蘭氏症候群的重要因子 [25]，且修格蘭氏症候群併發系統性紅斑狼瘡患者相比原發性修格蘭氏症候群，常見有白血球細胞減少、周邊神經麻木、血小板低下症狀，相對的侵犯腎臟導致的腎炎在這類病患較為少見。雖然目前對修格蘭氏症候群相關的病理機轉還未很明確，但是已有一些學者提出 type I interferon 和 B cell 在修格蘭氏症候群的病理機轉中扮演重要的角色 [3]。另一篇研究中更指出，基因、環境和賀爾蒙等因素可能是影響系統性

紅斑狼瘡併發修格蘭氏症候群的原因 [2, 8]。

本病例報告即為一位 57 歲女性自從 2012 年診斷為系統性紅斑狼瘡的患者伴隨出現眼乾、口乾和四肢麻木的現象，是一位屬於系統性紅斑狼瘡併發繼發性修格蘭氏症候群的患者，但目前表現以修格蘭氏症候群為主。一般修格蘭氏症候群的患者在西藥常會給於奎寧（Hydroxychloroquine）來治療，其免疫調節效果在乾燥、疲倦、關節痛或是肌肉疼痛的症狀上可得到緩解。然而，近期也有大型研究指出服用 24 週奎寧後，症狀並沒有明顯減緩改善 [26]。大部分的外分泌腺體症狀也是依靠 Pilocarpine 或 Cevimeline 等症狀治療藥物控制，但這類藥物也常常會造成腸胃不適、臉潮紅或是視力模糊的情況，因此，也越來越多民眾選擇中醫治療 [27-29]。

從中醫理論來說，修格蘭氏症候群屬中醫「燥證」或「燥痺」範圍。中醫名家路志正首創「燥痺」一說，並將其治病因素分為內燥、外燥兩大方向。外燥常因六淫外邪、疫毒疾病或飲食不節導致，其中以肝、肺、腎影響為主，陰液不足便會導致眼乾症狀，肺失津液便會引起燥咳；內燥則由七情、氣陰兩虛、陰虛血虛、瘀血痰濁溼熱等原因導致，久病導致陰液不足，便會造成氣陰兩虛，或陰損及陽，陽氣虧虛而氣陰兩虛，甚則陰陽俱虛，形成血瘀、痰濁、溼熱導致經脈阻滯不適，關節、筋骨絡脈失養導致關節痺痛。燥痺一病，是路氏根據臨床病因病機結合自身經驗而得到的，雖無法完全與西醫病名相匹配，但許多西醫臨床疾病如修格蘭氏症候群、類風溼關節炎或紅斑性狼瘡皆有「燥痺」的影子。對比西醫臨床症狀，修格蘭氏症候群常見的眼乾、口乾甚至肺部纖維化的慢性乾咳都有中醫「燥痺」的概念。在中醫的治

療方面，金實教授根據多年風溼病研究的臨床經驗，也將修格蘭氏症候群歸類在燥證範疇，症狀發作機制主要是肺、脾、胃、經絡失常造成津液輸布不正常，因此金實教授把治療思路分為養陰潤肺、開肺輸津；清胃瀉火、慎用苦寒；健脾化溼、益氣升津與祛瘀通絡、疏通津道等四大方向來治療[30]。另外，周仲瑛教授則認為修格蘭氏症候群以陰虧液耗為本，但須鑑別是肺胃還是肝腎的陰液虧耗，同時也可以和路氏「燥痹」概念相呼應[31]，也就是認為患者臨床上的口乾、眼乾或皮膚乾燥……等症狀皆是陰津的虧耗、化生和輸布失常，導致津液不能正常濡養所產生的一系列病理症狀。周教授認為，雖以陰虧液耗為本，但須鑑別是肺胃、肝腎主次，病程短者，局部的口燥、咽乾的症狀表現為主而無明顯系統性疾病者可以沙參麥門冬湯為主，輔以蘆根、天花粉等滋養肺胃之陰；若病程日久遷延，影響到先天肝腎之陰者，則可以用六味地黃丸或左歸丸等方藥。患者多屬於素體陰虛或感染邪毒而致津液生化不足，陰血虧虛，津液枯涸致使清竅關節、經絡失於濡養，加上反覆感染溫燥之邪，干擾了人體津液的生成轉化和輸布，引起皮膚、黏膜乾燥、指甲乾枯、眼乾鼻燥、口燥咽乾、大便秘結，舌質乾瘦而紅、苔少、脈細澀……等，根據《素問·至真要大論》：「燥者潤之，濡之」的治則，此類病人治療多以「滋陰潤燥」為基礎作延伸[19]。而系統性紅斑狼瘡則是以陰虛為本、溼熱為標，治法上以滋補陰液、調理肝腎、活血化瘀、通經活絡治其本；清利溼熱治其標[32]。綜觀上述名醫家經驗，不論是修格蘭氏症候群或是系統性紅斑狼瘡，長時間的自體免疫攻擊容易耗傷人體津液及陰血，其病機關鍵共同點在於陰虛

與溼熱，故常相兼發病，故治療即以滋陰潤燥、清熱利溼為本，祛風養血、益氣活血為輔，再加以疏肝解鬱調暢氣機。

本論文的不足之處在於缺乏明顯客觀的標準來衡量患者臨床症狀的改善，僅能透過患者 VAS 評估改善程度，但在合併中藥治療過程中，類固醇劑量逐漸減低，由原本的每天服用一顆改為半顆，可視為另一種客觀改善指標。未來可加入中醫舌診與脈診診斷儀一起評估，可觀察客觀化舌象與脈象在服用中藥前後之變化，並可搭配相關修格蘭氏症問卷量化患者臨床口乾、眼乾及麻刺痛感症狀程度，期許中醫未來在治療修格蘭氏症候群等複雜免疫疾病的病人更可以有有效的幫助病患。

結論

此修格蘭氏症候群合併系統性紅斑狼瘡病例報告在西醫風溼免疫科常規處置加上中藥治療，可有效緩解複雜症狀，與病患昔日症狀相比，慢性乾咳和全身麻刺感情形緩解許多，雖然沒有明顯的實驗數值或客觀標準佐證，但據患者描述症狀有明顯的緩解與進步，中醫輔佐西醫治療使其複雜病情可以得到控制改善。因此，適當且對證之中藥調理也能做為一項輔助治療，可提供另一種中西醫整合療法之思維。未來可利用客觀化中醫舌診儀及脈診儀進行評估，可實際觀測患者服用中藥治療前後舌象與脈象之改善情形，同時也可利用修格蘭氏症及生活品質問卷量化主觀感受，並期許中醫未來治療修格蘭氏症候群等複雜免疫疾病，可以更有效幫助患者改善病情及不適。

參考文獻

- Henkin R. I., Talal N., Larson A. L., Mattern C. F. Abnormalities of taste and smell in Sjogren's syndrome. *Ann. Intern. Med.*, 1972; 76: 375-383.
- Brito-Zeron P., Baldini C., Bootsma H., Bowman S. J., Jonsson R., Mariette X., Sivils K., Theander E., Tzioufas A., Ramos-Casals M. Sjögren syndrome. *Nat. Rev. Dis. Primers.*, 2016; 2: 16047.
- Nocturne G., Mariette X. Advances in understanding the pathogenesis of primary Sjogren's syndrome. *Nat. Rev. Rheumatol.*, 2013; 9: 544-556.
- Kroese F. G., Bootsma H. Biomarkers: new biomarker for Sjogren's syndrome--time to treat patients. *Nat. Rev. Rheumatol.*, 2013; 9: 570-572.
- Kramer J. M. Early events in Sjogren's Syndrome pathogenesis: the importance of innate immunity in disease initiation. *Cytokine*. 2014; 67: 92-101.
- Ambrosi A., Wahren-Herlenius M. Update on the immunobiology of Sjogren's syndrome. *Curr. Opin. Rheumatol.*, 2015; 27: 468-475.
- Vitali C., Bombardieri S., Jonsson R., Moutsopoulos H. M., Alexander E. L., Carsons S. E., Daniels T. E., Fox P. C., Fox R. I., Kassan S. S., Pillemer S. R., Talal N., Weisman M. H., European Study Group on Classification Criteria for Sjogren's Syndrome. Classification criteria for Sjogren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann. Rheum. Dis.*, 2002; 61: 554-558.
- Ramos-Casals M., Brito-Zeron P., Siso-Almirall A., Bosch X. Primary Sjogren syndrome. *BMJ*, 2012; 344: e3821.
- Pillemer S. R., Matteson E. L., Jacobsson L. T., Martens P. B., Melton L. J., 3rd, O'Fallon W. M., Fox P. C. Incidence of physician-diagnosed primary Sjogren syndrome in residents of Olmsted County, Minnesota. *Mayo. Clin. Proc.*, 2001; 76: 593-599.
- Novljan M. P., Rozman B., Hocevar A., Grmek M., Kveder T., Tomsic M. Incidence of primary Sjogren's syndrome in Slovenia. *Ann. Rheum. Dis.*, 2004; 63: 874-876.
- Goransson L. G., Haldorsen K., Brun J. G., Harboe E., Jonsson M. V., Skarstein K., Time K., Omdal R. The point prevalence of clinically relevant primary Sjogren's syndrome in two Norwegian counties. *Scand. J. Rheumatol.*, 2011; 40: 221-224.
- Weng M. Y., Huang Y. T., Liu M. F., Lu T. H. Incidence and mortality of treated primary Sjogren's syndrome in Taiwan: a population-based study. *J. Rheumatol.*, 2011; 38: 706-708.
- Yu K. H., See L. C., Kuo C. F., Chou I. J., Chou M. J. Prevalence and incidence in patients with autoimmune rheumatic diseases: a nationwide population-based study in Taiwan. *Arthritis. Care. Res. (Hoboken).*, 2013; 65: 244-250.
- Ramos-Casals M., Brito-Zeron P., Siso-Almirall A., Bosch X., Tzioufas A. G. Topical and systemic medications for the treatment of primary Sjogren's syndrome. *Nat. Rev. Rheumatol.*, 2012; 8: 399-411.
- Luo H., Li X., Liu J., Andrew F., George L. Chinese Herbal Medicine in Treating Primary Sjogren's Syndrome: A Systematic Review of Randomized Trials. *Evid. Based. Complement. Alternat. Med.*, 2012; 2012: 640658.
- Wang S. Q., Zhang L. W., Wei P., Hua H. Is hydroxychloroquine effective in treating primary Sjogren's syndrome: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord.*, 2017; 18:

- 186.
17. 朱文鋒，中醫臨床診療術語·疾病部分，國家技術監督局，北京，pp. 61，1997。
18. 路志正，焦樹德，閻孝誠，痺病論治學，人民衛生出版社，北京，pp. 281-283，1989。
19. Zhang S. Y. The TCM etiology, pathogenesis and differential treatment for Sjogren's syndrome. *J. Tradit. Chin. Med.*, 2011; 31 (1) : 73-78.
20. 中華人民共和國衛生部，中藥新藥臨床研究指導原則（第二輯），中國醫藥科技出版社，北京，pp. 188，1995。
21. 婁玉鈴，中國風溼病學，人民衛生出版社，北京，pp. 209-216，2001。
22. 王禮門，乾燥綜合徵的中醫治療。實用中醫內科雜誌。2000；14：15。
23. 鄧穎萍、董振華，董振華治療乾燥綜合徵陰虛夾溼的中醫治療經驗。北京中醫藥雜誌。2010；29：339-341。
24. Stefanski A. L., Tomiak C., Pleyer U., Dietrich T., Burmester G. R., Dorner T. The Diagnosis and Treatment of Sjogren's Syndrome. *Dtsch. Arztebl. Int.*, 2017; 114: 354-361.
25. Ruacho G., Kvarnstrom M., Zickert A., Oke V., Ronnelid J., Eketjall S., Elvin K., Gunnarsson I., Svenungsson E. Sjogren's syndrome in Systemic Lupus Erythematosus - a subset characterized by a systemic inflammatory state. *J. Rheumatol.*, 2019; 2019: 190250.
26. Gottenberg J. E., Ravaud P., Puechal X., Le Guern V., Sibilia J., Goeb V., et. al. Effects of hydroxychloroquine on symptomatic improvement in primary Sjogren syndrome: the JOQUER randomized clinical trial. *JAMA*. 2014; 312:249-258.
27. Wu G. L., Li T. Y., Fan Y. S., Yu G. Y. Therapeutic effect of Chinese herbal medicine for strengthening qi, nourishing yin, and removing stasis on serum osteopontin and quality of life of patients with primary Sjogren's syndrome. *Chin. J. Integr. Med.*, 2011; 17:710-714.
28. Wu G. L., Li T. Y., Fan Y. S., Yu G. Y., Chen J. Effect of Chinese herbal medicine for nourishing yin, supplementing qi, and activating blood on the Th1/Th2 immune balance in peripheral blood in patients with primary Sjogren's syndrome. *Chin. J. Integr. Med.*, 2013; 19:696-700.
29. Li B., Hou J., Yang Y., Piao X., Chen Y., Xue L., Wang D., Hu J., Li G., Wu X., Sun Y., Jin R. Effectiveness of Traditional Chinese Medicine Compound JieDuTongLuoShengJin Granules Treatment in Primary Sjogren's Syndrome: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Evid. Based. Complement Alternat. Med.*, 2017; 2017:1315432.
30. 金實，金實教授治療乾燥綜合徵經驗選粹。中醫藥學刊。2004；22：1388。
31. 周仲瑛，周仲瑛教授治療乾燥綜合徵經驗介紹。新中醫雜誌。2002；34：7-8。
32. Liu C. Y., Wu W. H., Huang T. P., Lee T. Y., Chang H. H. A novel model for exploring the correlation between patterns and prescriptions in clinical practice of traditional Chinese medicine for systemic lupus erythematosus. *Complement Ther. Med.*, 2014; 22:481-488.

Case Report

The Therapeutic Effect of Chinese Herbal Medicine for Sjögren's syndrome Combined with Systemic Lupus Erythematosus: A Case Report

Wei-Sheng Huang^{1,2}, Hong-Chun Lin¹, Wei-Ting Tseng¹, Ching-Mao Chang^{1,3,4,*}

¹Center for Traditional Medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan

²School of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

³Institute of Traditional Medicine, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

⁴Faculty of Medicine, National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan

A 57-year-old female who has Sjögren's syndrome combined with Systemic lupus erythematosus, and also has the complication of Antiphospholipid syndrome and Interstitial lung disease. Her initial symptoms included dry eyes, dry mouth, chronic cough and dyspnea on exertion. The first time she came to Taipei Veterans General Hospital was on June 14th, 2019 for Tradition Chinese Medicine (TCM) therapy, and her chief complaint was numbness with tingling sensation through the whole body. The symptom could exacerbate by anxiety, high temperature, or defecation, the numbness started from tongue and then spread through the whole body, which has lasted for over 8 years. TCM pattern diagnoses include "Liver and kidney yin deficiency", "Body fluid impairment by fire and heat", and "Wind-dampness blocking collateral with stasis", and the following treatments are "Nourishing yin and moistening dryness", "Clearing heat and resolving toxin", and "Promoting blood and resolving stasis". After following up for 6 times, the symptoms of which numbness and tingling sensation relieved profoundly, and symptoms of dry eyes and dry mouth were also relieved. This case report shows that TCM therapy not only could relieve the complicated symptoms of Sjögren's syndrome combined with Systemic lupus erythematosus, and it could also provide another new concept for integrated TCM and Western medicine therapy.

Key words: Sjögren's syndrome, Systemic Lupus Erythematosus, Antiphospholipid syndrome, Interstitial lung disease, Nourishing yin and moistening dryness, Promoting blood and resolving stasis

*Correspondence author: Ching-Mao Chang, Center for Traditional Medicine, Taipei Veterans General Hospital, No. 201, Sec. 2, Shih-Pai Road, Beitou District Taipei 112, Taiwan, Tel: + 886-2-2875-7453 #333, Fax: +886-2-2875-7452, Email: magicbjp@gmail.com