

中藥治療系統性紅斑性狼瘡 合併狼瘡腎炎病例報告

馬碩煒^{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 國立陽明交通大學傳統醫藥研究所，台北，臺灣

⁴ 國立陽明交通大學醫學系，台北，臺灣

26 歲男性患有系統性紅斑狼瘡 (Systemic lupus erythematosus) 合併狼瘡腎炎 (Lupus nephritis)，患者於 2019 年 5 月至臺北榮民總醫院傳統醫學部門診就診，主訴近兩月來感到倦怠、下肢水腫及嚴重蛋白尿 (836.4 mg/dL)，且接受脈衝類固醇合併 Cyclophosphamide 治療後噁心嘔吐加重。中醫辨證為肝腎陰虛、下焦溼熱、氣滯血瘀，採用祛風除溼、清熱育陰、活血化瘀治法。於中藥治療一個月後，患者自述疲倦、下肢水腫及身體瘀斑減輕，且觀察到尿蛋白減少至 342.9 mg/dl；中藥治療兩個月後疲憊持續改善，下肢水腫、身體瘀斑、噁心嘔吐感顯著改善至幾近無症狀，且尿蛋白、膽固醇及三酸甘油酯也顯著改善趨於穩定正常範圍。本病例報告發表整合中西醫療法治療系統性紅斑狼瘡合併狼瘡腎炎之經驗，可望提供替代之整合治療與中醫實證醫學指引。

關鍵字：系統性紅斑狼瘡、狼瘡性腎炎、祛風除溼、清熱育陰、活血化瘀

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

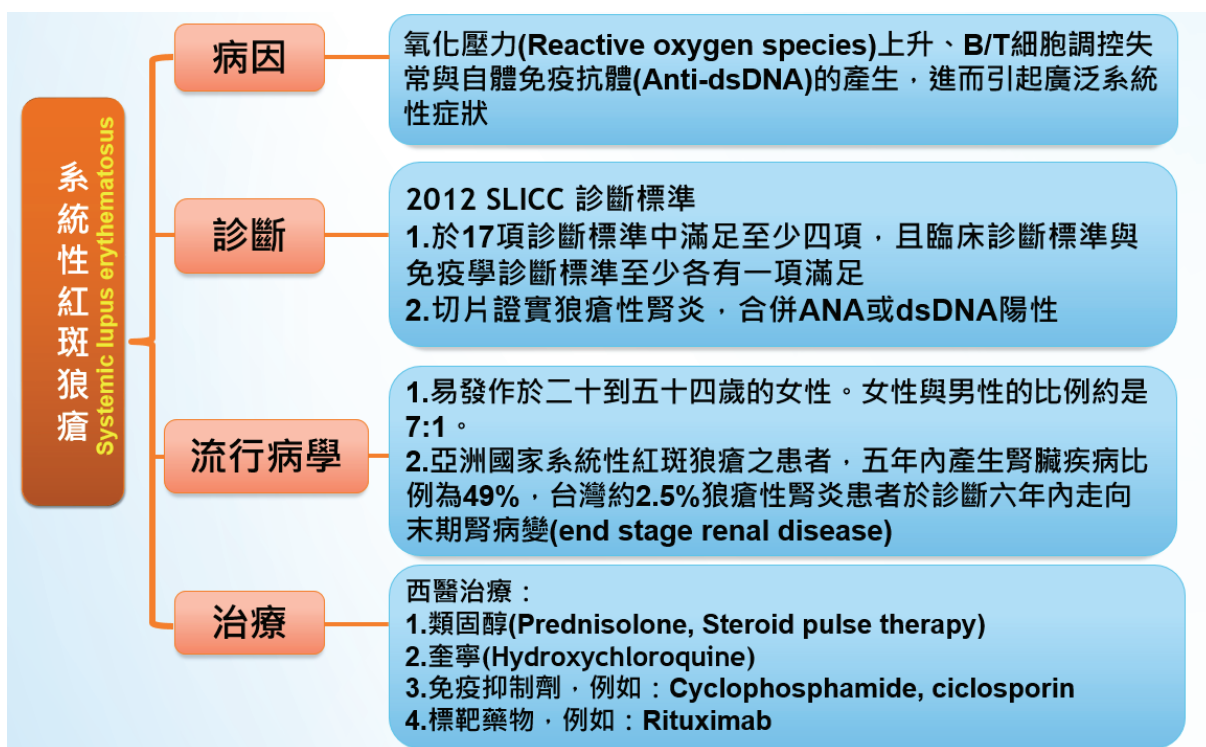
109 年 5 月 28 日受理，109 年 11 月 24 日接受刊載

前言

系統性紅斑狼瘡 (Systemic lupus erythematosus, SLE) 是一種女性患者多於男性的發炎性疾病，目前發病原因仍不明確 [1]，但可能因多種特定基因遺傳表現 [2] 或病毒感染 [3] 導致體內免疫調節異常，因而產生發炎反應 (圖一) [4, 5]。可觀察到患者體內氧化壓力 (Reactive oxygen species) 上升 [6]、B 細胞 T 細胞調控失常 [7, 8] 與自體免疫抗體 (Anti-dsDNA) 產生 [1, 9]，進而引發系統性症狀，包括皮膚黏膜、肌肉骨骼、血液、神經及腎臟疾患 [10]。臺灣的 SLE 盛行率為 72/ 每 10 萬人，發生率為 4.87—8.1/ 每 10 萬人，主要影響 20-54 歲女性 [11, 12]；而狼瘡性腎炎 (Lupus nephritis, LN) 是 SLE 最嚴重且易導致死亡的併發症之一 [13, 14]，根據不同

種族約有 10-30% 的 LN 患者會進展為末期腎病變 (End-stage renal disease, ESRD) [15, 16]，亞洲國家中 SLE 患者五年內產生腎臟疾病的比例更高達 49% [17]，臺灣 SLE 患者約有 2.5-4.85% 最終發展 ESRD [18, 19]。

SLE 併發 LN 的可能原因與免疫複合體沈積於腎臟有關 [20]，根據 2012 年 SLICC 診斷標準 [21]，確診 SLE 須符合下列兩項診斷標準之一：(1) 於 17 項診斷標準中符合至少四項，且至少符合臨床診斷標準 (clinical criteria) 與免疫學診斷標準 (immunologic criteria) 各一項。(2) 切片證實 LN，合併 ANA 或 Anti-dsDNA 陽性。目前西醫常規治療 [1, 13, 22] 以類固醇 (Prednisolone、Steroid pulse therapy)、奎寧 (Hydroxychloroquine) 及免疫抑制劑 (Cyclophosphamide、Azathioprine) 或生物製劑 (Rituximab) 為主；



圖一 系統性紅斑狼瘡介紹

但上述藥物常引發潮熱、盜汗、腸胃不適、疲倦、骨髓抑制、過敏反應及感染風險……等副作用 [13, 23]，故多數患者尋求中西醫整合醫學療法進行治療 [24, 25]。

清代劉吉人在其著作《伏邪新書》提到：「感六淫而不即病，過後方發者，總謂之曰伏邪」及「有已發治愈，而未能除盡病根，遺邪內伏後又復發亦謂之曰伏邪」[26]，可作為疫毒感染之誘發與病因的重要參考。SLE 可因外感邪毒治療未癒，伏邪於裏，加上勞倦、七情所傷，發為熱毒，可見皮膚發斑、舌紅、脈細等陰虛有熱表現 [27]。若熱毒 [27] 不解，進一步燔灼各臟，使得五臟六腑之精無法供腎，反賴腎以先天之精供養各臟所需 [28]，且熱毒又影響腎之分清泌濁功能，則發為溼熱證，可見身倦、腹脹、水腫等症狀。久則腎與各臟皆虛，且熱毒持續進展致使燒灼、消耗陰血，而溼滯氣行，氣虛不能推動血行，故發為血瘀證 [29, 30]；熱毒、溼熱、血瘀三者又會再傷腎陰與腎陽，產生以虛為本，熱毒為標，溼熱、瘀血並行，本虛標實的病理表現。由以上推論，可確立 SLE 的發病機轉，SLE 與 LN 病機之先後，以及 LN 在中醫以腎虛為主，熱毒為重要誘因，溼熱與血瘀串接先後的發病進程 [31, 32]；臨床治療則以祛風除溼、滋陰清熱、育陰利水、活血化瘀為主要治則 [31-33]，臨床更需視病程進展與證型虛實靈活調整比例。

本病例為一名患有 SLE 合併 LN 的 26 歲男性，主要症狀為大腿瘀斑、下肢水腫與蛋白尿，患者於 2019 年 05 月至臺北榮民總醫院傳統醫學部門診求診。本病例報告希望藉由整合中西醫療法治療 SLE 合併 LN 之經驗，提供替代之整合治療指引。

病例闡述

1. 基本資料：

姓名：許○○ 性別：男性 年齡：26 歲

病例號碼：3457 ○○○○

居住地：新北市板橋區

生日：1993/○○/○○

中醫初診日期：2019/05/03

2. 主訴：近兩月來感到倦怠、下肢水腫及嚴重蛋白尿已 2 個月，且近日藥物治療（Cyclophosphamide）後噁心嘔吐已 3 天。

3. 現病史：26 歲男性，15 歲起因大腿大塊瘀斑求診，經系列檢查為 SLE，實驗室檢查 Anti-dsDNA：+、ESR：+，合併中樞神經侵犯（無癲癇發作，但 18 歲時被診斷出雙極性疾患，西醫懷疑與 SLE 相關）及腎病症候群，2012 年 01 月 10 日腎臟切片診斷為 Class IV-G(A)，並以 Cyclophosphamide 50 mg、Azathioprine 50 mg 及 Prednisolone 5 mg 治療。2018 年 03 月開始，病人抱怨雙下肢腫與疲倦，實驗室數據追蹤顯示患者有嚴重蛋白尿（Protein：746.2 mg/dL、Crea：111.2 mg/dL、Pro/Cr：6.710），藥物調整後一度改善，但 2019 年 03 月開始又出現嚴重蛋白尿及腎功能惡化（urine protein: 1371.7 mg/dL、Crea: 59.8 mg/dL、Pro/Cr: 22.938），住院進行血漿置換後蛋白尿症狀減輕。因此於 2019 年 05 月至臺北榮民總醫院傳統醫學部就診，以中西醫合併治療 LN；就診時患者自述噁心嘔吐，身體無瘀斑，下肢水腫（pitting edema 3），頭昏暈時疲倦感，泛酸，心胸灼熱感，眠差不易入睡，眠淺易醒多夢，大便日一行質軟成形不易解，小便泡沫多。

4. 過去病史：

- 4.1. 系統性紅斑狼瘡 (Systemic lupus erythematosus) 合併狼瘡腎炎 (Lupus nephritis)，服用 Cyclosporin 100 mg QD + Mycophenolic acid 540 mg TID
- 4.2. 帶狀泡疹 (Herpes zoster)，2015 年發於右側 S4、S5 皮節，現無發作
- 4.3. 高血壓，已三年，服用 Amlodipine 5 mg QD + Telmisartan 80 mg QD 控制，血壓：130/85 mmHg
- 4.4. 高血脂症，已四年，服用 Atorvastatin 20 mg QD，Total Cholesterol: 194 mg/dl

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：媽媽患有橋本氏甲狀腺炎 (Hashimoto's disease)

7. 實驗室數據：Anti-dsDNA：+，ESR：+，2012/01/10 腎臟切片：class IV-G (A)，詳例如表一。

8. 中醫四診：

8.1. 望診：

8.1.1 體形：中樞型肥胖，身體多處瘀斑

8.1.2 神識：倦怠少神，意識清楚。

8.1.3 頭面：唇周痤瘡，鞏膜不黃。

8.1.4 舌診 (圖二)：舌略紅、苔稍黃厚膩，中根厚膩，朱點，齒痕，舌下絡脈稍瘀。

8.2. 聞診：語音低，少言猶豫感

8.3. 問診：

8.3.1 全身：少氣疲倦，身重。學齡前至青少年易感冒反覆不癒，時合併中耳炎

8.3.2 情志：躁鬱交作，平時較壓抑，超過臨界時易爭執發怒

8.3.3 睡眠：眠差不易入睡 (3~4 天 / 星期)，眠淺易醒，多夢 (2~3 天 / 星期)

8.3.4 頭項：無僵硬感，無瘀斑或水泡

8.3.5 五官：唇紅，額、鼻周痤瘡

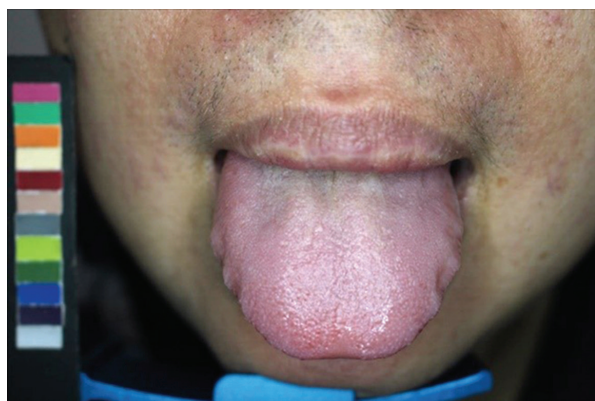
8.3.6 胸部：偶胸悶，無灼熱感

8.3.7 腹部：噁心嘔吐 (3~2 次 / 天)，無腹脹或泛酸

8.3.8 腰背四肢：雙下肢水腫 (pitting edema 3)，瘀斑暗紅，無局部紅熱

8.3.9 飲食：飲食量可

8.3.10 二便：大便日一行質軟成形不易解，小便泡沫



圖二 舌診圖

表一 實驗室數據

		2019														2020	
		—————→ 2019/05/03 中藥開始介入治療														01/17	02/09
		03/04	04/02	04/29	05/16	06/09	06/28	07/09	07/30	08/15	08/23	09/20	10/26	11/18	12/20		
Urine Protein (spot)	mg/dL	1371.7	471	836.4	342.9	385.4	539.2	596.6	582.5	494.7	416.4	645.1	456.9	350.6	420.3	563.3	276.7
Urine Cre	mg/dL	59.8	30.2	92.4	50.5	32.4	69	70.1	52.9	71.4	74.9	75.6	86.7	53.1	69.1	62.3	55.3
Urine Protein / Urine Cre ratio		22.938	15.596	9.052	6.79	11.895	7.814	8.511	11.011	6.929	5.559	8.533	5.27	6.603	6.073	9.042	5.004
GFR		21	18	27	23	19	23	26		24		28	27.55	35.64	29.5	25.23	26
Total Cholesterol	mg/dL		414			213	225						195				
Total Triglyceride	mg/dL		223			158	167										
C3	mg/dL	56.6	81.3	69.6	85.2	117.3	100.5	81.8	-	80.5		87.9	102.6	75.4	70.6	77.6	73.4
C4	mg/dL	9	26.2	24.8	30.8	35.4	31.3	24.4	-	23.4		26	37.7	22.1	20.2	23.7	31.5
White blood cells	10 ³ ul	12600	10600	6300	3200	4300	6700	8300	6700	3500	4600	6400	7200	5300	9400	7300	7600
Red blood cells	g/dl			2.85	2.68	2.57	2.46	-	3.74	3.51	3.64	3.18	2.96	2.95	3.68	3.69	3.91
Hemoglobin	g/dL	8.4	8.2	8.4	7.4	7.1	6.8	6.6	10.4	10	10.3	8.9	8.3	8.5	10.6	10.4	11
Platelet	10 ³ ul	170000	271000	165000	181000	187000	219000	231000	203000	184000	232000	191000	227000	189000	190000	266000	184000

8.4. 切診：脈弦細 關尺弦滑

9. 時序圖：如圖三

10. 病因病機分析：

病因：中醫：

- 外因：外感未癒，伏邪內蘊

- 內因：五志化火

西醫：易感基因；反覆病毒感染、免疫失調

病位：中醫：肝、脾、腎

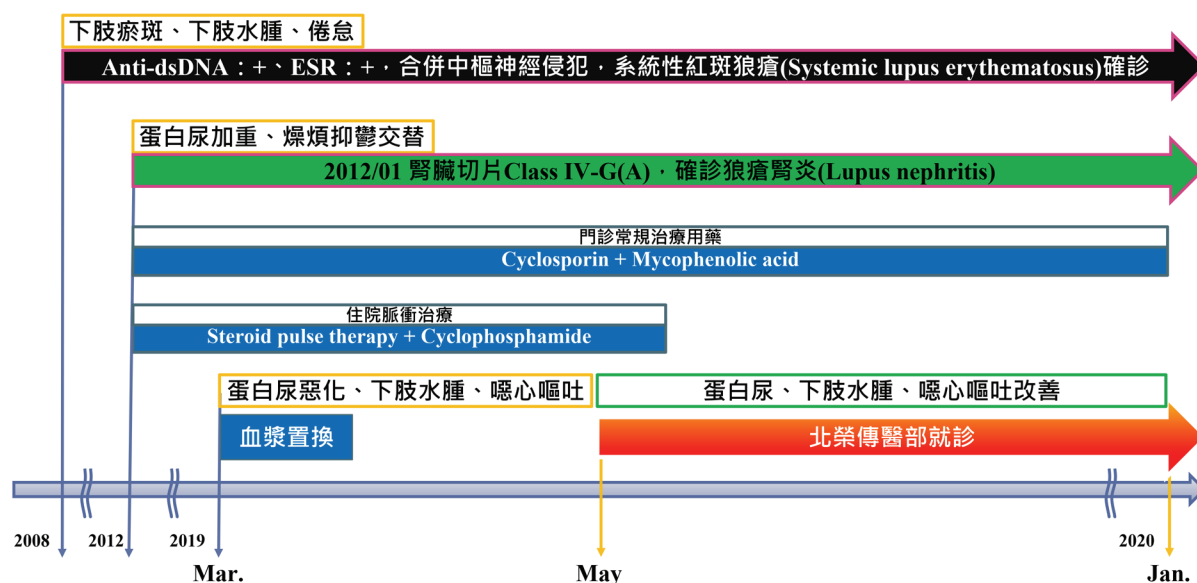
現代解剖：泌尿系統、免疫系統

病性：主症：尿液泡沫

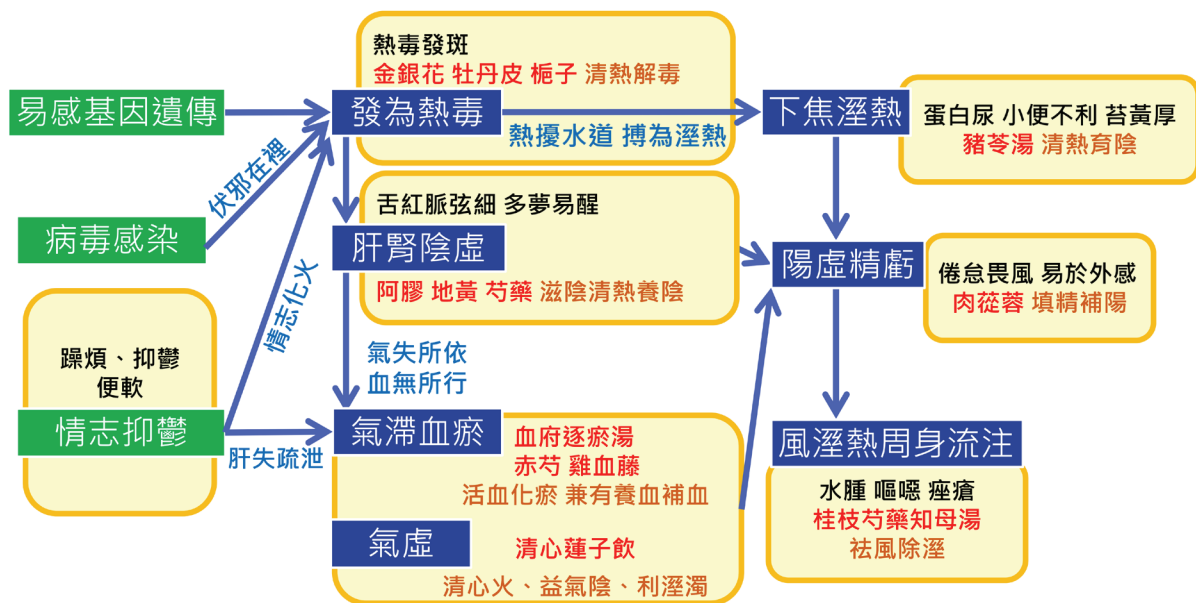
次症：倦怠嘔噦

病勢：以現行的治療常規，並不會為每位 SLE 病人檢查遺傳序列，但案母具有橋本氏甲狀腺炎病史（Hashimoto thyroiditis, HT），已知 SLE 與 HT 存在有共病關係 [34, 35]，而家族中具有 SLE 及 SLE 疾病者，其他成員發生 SLE、HT 或其他自體免疫疾病的發生率也會上升 [36]。其中亦有若干基因

序列，例如 PTPN22 的調控失常 [2]，均能在以上疾病中觀測到，佐證了基因表現與自體免疫疾病、共病的關係。基於上述理由，我們間接推測病人可能有易感基因遺傳。加之學齡前至青少年期感冒反覆不癒，可推論為邪湊其虛、不能外透，若正邪交爭於表裡之間，在上則發為中耳炎；若誤投寒涼藥物，正氣被折，邪陷留而不去，是中醫外感未能發越，留為伏邪的概念。至青少年時期，腎精陰陽水火再次變化時，伏邪應之而發為熱毒。情志方面，病人於病後因症狀之痛苦與醫院往返，影響學業，自信受挫，在外顯現抑鬱少言，實為心中有志不得伸，故平時較壓抑，一超過臨界時易爭執發怒，屬鬱在內，久則化火的情形。與伏邪不能透發的病機相類，可為伏邪發為熱毒的一個加重因子。受到肝鬱與熱毒病機影響，肝失疏泄，



圖三 時序圖



圖四 病因病機分析圖

若傳脾則易發便溏、倦怠、舌胖大等脾氣虛見症，是正規的肝鬱脾虛證。然而，再看熱毒方面，熱毒先燒灼血分，症見皮膚瘀斑。熱毒又續耗肝腎之陰，可見舌略紅脈細，多夢易醒見證；久則氣無陰血得依而耗，而陰血更無氣之推動而瘀，症見身重倦怠、肢體煩疼，是氣虛血瘀之證。若熱毒侵犯水道，使得腎無法分清泌濁，又熱與溼相搏，則為下焦溼熱，是腎炎蛋白尿之主因，在下水道不利，則水與熱更上擾於本虛之脾，脾更無從制水，見症水腫於四肢；腎不能分清泌濁，則一身之精不得後天之養，而氣血更為熱毒所耗，終致脾腎陽虛而精虧之證，陽虛則更難抗邪，脾腎兩傷亦更無以制身體之溼，最後風、溼、熱流注四肢而發腫脹、上行頭面則生瘡瘡、中阻則嘔噦的全身症狀。

11. 病因病機分析圖：如圖四

12. 診斷：

西醫診斷：全身性紅斑狼瘡（Systemic Lupus Erythematosus）合併狼瘡腎炎（Lupus nephritis）

中醫診斷：水腫

中醫證型：肝腎陰虛、下焦溼熱、氣滯血瘀

13. 治則：祛風除溼、清熱育陰、活血化瘀

14. 處方：桂枝芍藥知母湯 1.5 g、豬苓湯 1.75 g、清心蓮子飲 1.5 g、血府逐瘀湯 1 g、金銀花 0.25 g、丹參 0.5 g、赤芍 0.25 g、半夏 0.25 g、肉從蓉 0.25 g、旋覆花 0.25 g、青蒿 0.25 g（皆 QID）

方藥分析：中醫四診分析，主要證型為肝腎陰虛、下焦溼熱、氣滯血瘀。病人雖有肝腎陰虛的原始病機，但來診時已是下焦溼熱甚為標，而脾腎兩虛為本的

本虛標實之證；治以祛風除溼、清熱育陰、活血化癥法對應三大主證。方藥以桂芍知母湯為主方，方中桂枝湯調和周身營衛，加防風、麻黃祛風達表，而白朮、附子振脾腎之陽以行水，共成由裏達表之功，更加知母清下部之熱以養陰，對應病人本虛而風溼熱流注之本虛標實之證；現代研究亦發現桂枝芍藥知母湯能使 T 細胞之調控加速。豬苓湯則育陰清熱利水，主治下焦溼熱，並能保護以及改善腎臟內皮細胞損傷。血府逐瘀湯則用於久病之癥，藉由活血化癥重新調整免疫功能。餘則視每次回診不同症狀，兼證用藥以輔主方，如鬱重、納差、便澇則輔加味道遙散，兼能健脾與清解血熱；氣虛加清心蓮子飲，能益氣陰、利溼濁。而肉蓯蓉填精補陽，能防陰藥停滯但又不不至化燥傷津。經過兩次門診追蹤，患者水腫與癥斑明顯改善，長期蛋白尿症狀與腎功能指數亦得到控制。

15. 追蹤治療經過：病人自 2019 年 05 月 03 日起，在西醫門診及住院治療期間（表二），固定於本院傳統醫學部門門診追蹤治療（表三），下肢水腫的症狀最早緩解，於服藥二週後即有明顯改善（pitting edema grade 3 -> grade 1）；而病患的下肢癥斑也於治療後兩個月消退；噁心、嘔吐、泛酸等症狀也於治療後兩個月趨緩。客觀資料方面，病人蛋白尿量於治療後明顯下降（圖五 A），在長期趨勢中，亦可見蛋白尿量有逐漸下降之趨勢；中雖有蛋白尿惡化的情形，嚴重程度也無達到未服用中藥之前之程度。同時參考腎絲球過濾率，患者的腎功能並無持續惡化，甚至有逐漸改善之趨勢（圖五 B）。另一個追蹤指標則是病人的總膽固醇（Total Cholesterol, TC）與三酸甘油酯（Total Triglyceride, TG），當病人體內發炎加重，總膽固醇與三酸甘油酯的指數亦同時上升，可發現在中

表二 西醫住院脈衝治療追蹤及用藥

時間	追蹤資料	治療內容
2019/05/15	Urine protein: 342.9mg/dl Hb: 8.0 g/dl	Methylprednisolone 1000mg + Cyclophosphamide 450mg 輸血治療：packed RBC 1 units
2019/06/09	Urine protein: 385.4mg/dl Hb: 7.1 g/dl	Methylprednisolone 750mg + Cyclophosphamide 400mg 輸血治療：packed RBC 1 units
2019/07/09	Urine protein: 596.6mg/dl Hb: 6.6 g/dl	Methylprednisolone 750mg + Cyclophosphamide 450mg 輸血治療：packed RBC 2 units
2019/08/04	Urine protein: 494.7mg/dl Hb: 9.6 g/dl	Methylprednisolone 750mg + Cyclophosphamide 450mg 無輸血治療

表三 中醫追蹤治療及用藥

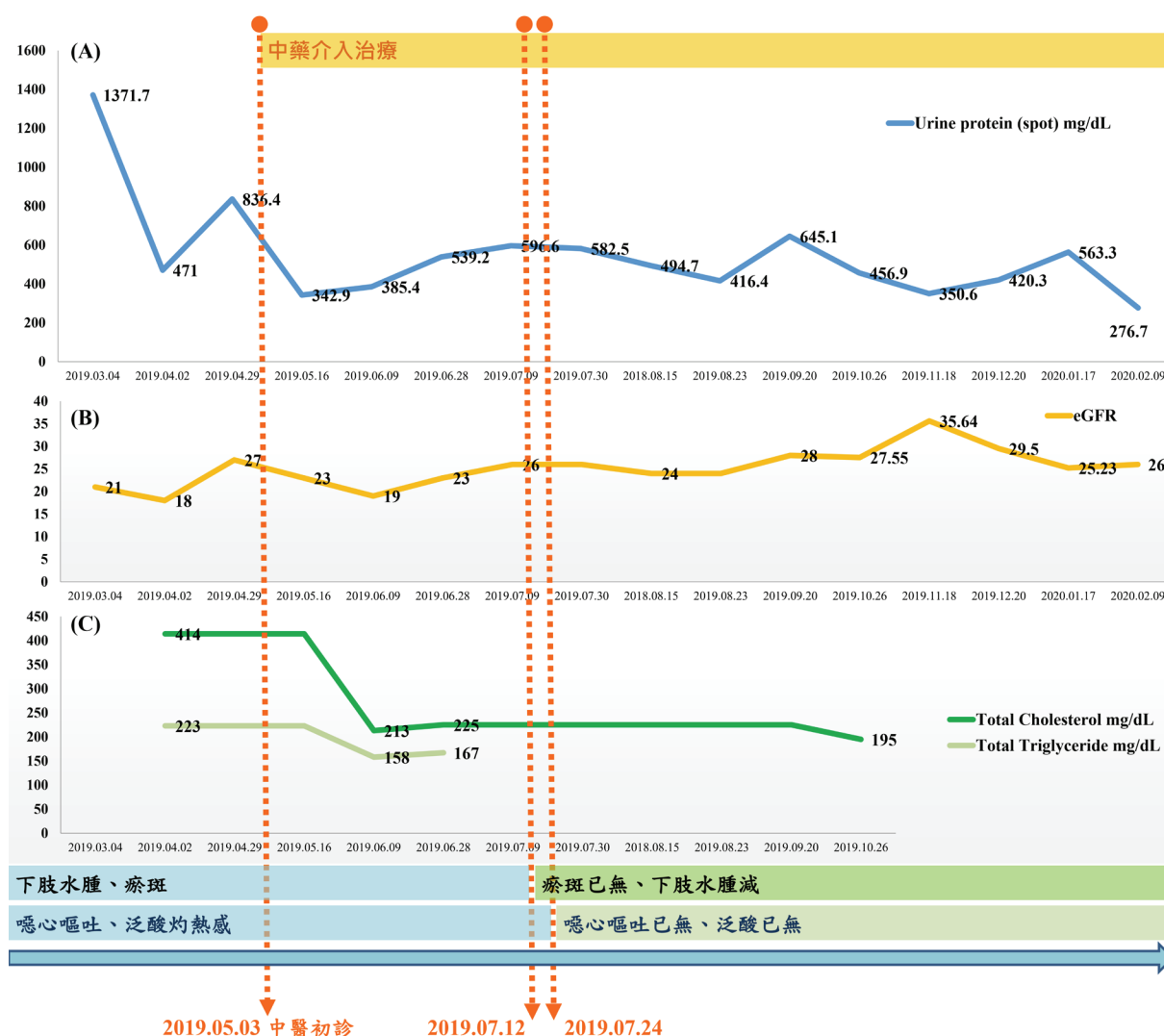
時間	主觀資料	客觀資料	中醫方藥
2019/5/3	疲倦感，身體瘀血，四肢腫，頭昏暈 泛酸，心胸灼熱感，眠差不易入睡，眠淺易醒，多夢，大便日一行質軟成形，小便不利，泡沫	舌略紅苔薄白朱點齒痕 瘀斑 舌下絡脈瘀脈弦澀數	桂枝芍藥知母湯 1.5gm、加味道遙散 1.5gm、赤芍 0.25gm、半夏 0.25gm、丹參 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、金銀花 0.25gm、肉蓯蓉 0.25gm、豬苓湯 2gm（皆 QID）
2019/5/31	疲倦感於住院施打脈衝藥物（Methylprednisolone 1000mg + cyclophosphamide 450mg）治療後加重，身體瘀血減，四肢腫減，頭昏暈減 泛酸減，心胸灼熱感減，眠差不易入睡，眠淺易醒，多夢，大便日一行質軟成形，小便不利減，泡沫	舌略紅苔薄白朱點齒痕 瘀斑 舌下絡脈瘀脈弦澀數	守方
2019/6/14	疲倦減，身體瘀血續減，四肢腫減，頭昏暈續減 泛酸減，心胸灼熱感減，眠差不易入睡減，眠淺易醒減，多夢減，大便日一行質軟成形，小便不利續減，泡沫	舌略紅苔薄白朱點齒痕 瘀斑 舌下絡脈瘀脈弦澀數	桂枝芍藥知母湯 1.5gm、三七 0.25gm、清心蓮子飲 1.5gm、豬苓湯 1.75gm、肉蓯蓉 0.25gm、金銀花 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、丹參 0.5gm、半夏 0.25gm、赤芍 0.25、柏子仁 0.25gm（皆 QID）
2019/6/28	噁心嘔吐二次，疲倦，身體瘀血續改善，四肢腫續減，頭昏暈續減 泛酸續減，心胸灼熱感減，眠差不易入睡減，眠淺易醒減，多夢減，大便日一行質軟成形，小便不利續減，泡沫	舌略紅苔薄白朱點齒痕 瘀斑 舌下絡脈瘀脈弦澀數	桂枝芍藥知母湯 1.5gm、三七 0.25gm、清心蓮子飲 1.5gm、豬苓湯 1.75gm、肉蓯蓉 0.25gm、金銀花 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、丹參 0.5gm、半夏 0.25gm、赤芍 0.25gm、旋覆花 0.25gm（皆 QID）
2019/7/12	噁心嘔吐減，疲倦感稍減，身體瘀斑已淡，無新發。四肢腫已微，頭昏暈持平 眠差不易入睡減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟成形不易解，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩微齒痕 舌下絡脈右脈弦 左脈滑	清心蓮子飲 1.5gm、豬苓湯 1.75gm、肉蓯蓉 0.25gm、金銀花 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、丹參 0.5gm、半夏 0.25gm、赤芍 0.25gm、桂枝芍藥知母湯 1.5gm、旋覆花 0.25gm、青蒿 0.25gm（皆 QID）

時間	主觀資料	客觀資料	中醫方藥
2019/7/24	噁心嘔吐已無，疲倦，身體瘀斑淡，無新發。四肢腫微，頭昏暈減 眠差不易入睡減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟成形不易解，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩 微齒痕 舌下絡脈 右脈弦 左脈滑	清心蓮子飲 1.25gm、豬苓湯 1.75gm、肉蓯蓉 0.25gm、金銀花 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、丹參 0.5gm、半夏 0.25gm、赤芍 0.25gm、桂枝芍藥知母湯 1.5gm、旋覆花 0.25gm、雞血藤 0.25gm、青蒿 0.25gm（皆 QID）
2019/8/14	疲倦，身體瘀斑淡，四肢腫微，頭昏暈續減 眠差不易入睡續減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟成形不易解，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩 微齒痕 舌下絡脈 右脈弦 左脈滑	守方
2019/9/4	疲倦稍減，身體瘀斑淡，四肢腫微，頭昏暈續減 眠差不易入睡減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟成形不易解，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩 微齒痕 舌下絡脈 右脈弦 左脈滑	守方
2019/9/25	疲倦，身體瘀斑已緩，四肢腫微，頭昏暈續減 眠差不易入睡減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟成形不易解，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩 微齒痕 舌下絡脈 右脈弦 左脈滑	清心蓮子飲 1gm、豬苓湯 1.75gm、肉蓯蓉 0.25gm、金銀花 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、丹參 0.5gm、半夏 0.25gm、赤芍 0.25gm、桂枝芍藥知母湯 1.5gm、雞血藤 0.4gm、青蒿 0.25gm、篇蓄 0.25gm（皆 QID）
2019/10/23	鼻塞，噴嚏，流清涕，疲倦，無新發身體瘀斑，四肢腫微，頭昏暈續減 眠差不易入睡減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟散，腹瀉，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩 微齒痕 舌下絡脈 右脈弦 左脈滑	清心蓮子飲 1gm、豬苓湯 1.75gm、肉蓯蓉 0.25gm、金銀花 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、丹參 0.5gm、半夏 0.25gm、赤芍 0.25gm、銀翹散 1.5gm、雞血藤 0.4gm、青蒿 0.25gm、篇蓄 0.25gm（皆 QID）

時間	主觀資料	客觀資料	中醫方藥
2019/11/13	鼻塞已無，噴嚏已無，流清涕已無，疲倦，無新發身體瘀斑，四肢腫微，頭昏暈續減，眠差不易入睡減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟散，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩 微齒痕 舌下絡脈 右脈弦 左脈滑	清心蓮子飲 1gm、豬苓湯 1.75 gm、肉蓯蓉 0.25gm、金銀花 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、丹參 0.5gm、半夏 0.25gm、赤芍 0.25gm、雞血藤 0.4gm、青蒿 0.25gm、篇蓄 0.25gm、當歸拈痛湯 1gm、茵陳蒿 0.25gm、阿膠 0.25gm（皆 QID）
2019/12/11	疲倦，無新發身體瘀斑，四肢腫微，頭昏暈續減，眠差不易入睡減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟散，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩 微齒痕 舌下絡脈 右脈弦 左脈滑	清心蓮子飲 1gm、豬苓湯 1.75 gm、肉蓯蓉 0.25gm、金銀花 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、丹參 0.5gm、半夏 0.25gm、赤芍 0.25gm、雞血藤 0.4gm、篇蓄 0.25gm、當歸拈痛湯 1gm、茵陳蒿 0.25gm、阿膠 0.25gm、砂仁 0.25gm（皆 QID）
2020/1/8	噁心嘔吐，已一天，疲倦，無新發身體瘀斑，四肢腫微，頭昏暈微，眠差不易入睡減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟散，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩 微齒痕 舌下絡脈 右脈弦 左脈滑	清心蓮子飲 1gm、豬苓湯 1.75 gm、肉蓯蓉 0.25gm、金銀花 0.25gm、血府逐瘀湯 1gm、丹參 0.5gm、半夏 0.25gm、赤芍 0.25gm、雞血藤 0.4gm、篇蓄 0.25gm、當歸拈痛湯 1gm、茵陳蒿 0.25gm、阿膠 0.25gm、三七 0.25gm（皆 QID）
2020/1/22	噁心嘔吐已無，疲倦，無新發身體瘀斑，四肢腫微，頭昏暈微，眠差不易入睡續減，眠淺易醒續減，偶多夢，大便日一行質軟散，腹瀉，小便泡沫	舌略紅舌根苔厚黃膩 微齒痕 舌下絡脈 右脈弦 左脈滑	守方

藥介入後明顯降低，回到正常值以下（圖五 C）。此外，病人接受中醫治療過程中，亦規律接受西醫治療，使用類固醇、Mycophenolic acid、Cyclosporin 控制。

病患於整個治療過程中，蛋白尿漸減、維持腎功能無持續惡化，主觀症狀的水腫與噁心嘔吐控制情形佳，可見中西醫合併治療對其腎炎狀況控制有所幫助。



圖五 蛋白尿量、腎絲球過濾率、總膽固醇及三酸甘油酯於中藥介入治療前後比較

討論

LN 是 SLE 最嚴重並易導致死亡的併發症之一 [14]，當發展為 ESRD 時死亡率更為增加 [37]。根據 Aspreva Lupus Management Study (mALMS) 定義 [38]：LN 完全緩解 (complete remission) 的標準是血中肌酸酐 (creatinine) 回到正常值且全日累積尿蛋白量小於或等於 0.5 克；以上二項中有任一項符合則是部分緩解 (partial remission)。若患

者於確診 LN 後第二年，疾病處於緩解狀態，其該患者預後與存活率較佳 [39]。因此，本病例患者雖未達到疾病緩解狀態，但尿蛋白量與腎功能仍是其治療 LN 之重要追蹤指標。LN 患者也較容易細菌性泌尿道感染，增加菌血症或死亡的風險 [40]。目前西藥多以抑制免疫法作為主要治療方法，然而免疫抑制的狀態下又易引發感染。研究指出 LN 患者若併發泌尿道感染，將影響西藥的治療計畫（如 cyclophosphamide 靜脈注射），並讓 LN 病情

惡化 [41]。本病例的患者即於 2019 年 07 月因泌尿道感染導致蛋白尿上升，因而增加病情控制的難度。此外，噁心嘔吐是本病患在使用免疫抑制劑後最明顯的副作用，合併其原有的食道逆流症狀，大幅影響患者之生活品質。疾病持續進展、因免疫抑制的感染風險、以及治療藥物的副作用，皆是中醫合併西醫整合治療 SLE 或 SLE 合併 LN 的重要目標。

從中醫觀點，SLE 可與中醫古籍中「陰陽毒」、「丹疹」、「日晒瘡」、「葡萄疫」、「周痺」、「五臟痺」等連結，卻又沒有任何病名可以完全概括 SLE 的各系統表現 [42]，《金匱要略》指出「陽毒之為病，面赤斑斑如錦文，咽喉痛…」，「陰毒之為病，面目青，身痛如被杖，咽喉痛…」，與 SLE 的皮疹、關節痛、發熱、出血等症狀相似。2002 年中國《中藥新藥臨床研究指導原則》將 SLE 分為熱毒熾盛、陰虛內熱、瘀熱痺阻、風溼熱痺、脾腎陽虛、肝腎陰虛和氣血兩虛七型 [43]。臺灣 SLE 體質研究則發現，國內 SLE 患者，以陰虛質、瘀滯質和血虛質為主，其中，腎病症候群又與血虛體質之關係最密切 [44]，再進一步分析，陰虛為本，溼熱為標是 SLE 的特徵 [45]。而 LN 則可分為脾腎兩虛與血瘀兩部分做討論，脾腎兩虛與水腫、關格相類，因腎不能分清泌濁、藏精失利，且腎不能制水，氣化失利而不能升騰資脾，亦影響脾之運化，故可見噁心嘔吐、納少、便溏、水腫倦怠、小便淋濁、蛋白尿等症 [28]。然而與 SLE 的陰虛、濕熱兩項條件相結合，就增加了治療的複雜性。分析本患者之病勢，情志抑鬱、倦怠、納呆、便軟，舌胖大齒痕、舌苔白膩，極易聯想至肝鬱脾虛證，但治以疏肝健脾，在初期見到療效後，則易遇到治

療的瓶頸，可思考功能的表現（陽）需依附在形質（陰）的完整。SLE 病性屬火、熱、毒，產生全身性發炎反應導致臟腑陰虛，當我們以強化功能性諸如健脾、行水、行氣之法，使在標之水腫能消、在胃之水穀得納、脾能運化後，仍需截斷火、熱、毒的形成、並修補受熱毒損害之臟器，方能期待整體功能的回復。若從症狀緩解的角度來看，以本患者為例，周邊水腫為標，是脾腎不能治水溢於四肢的表現，維持西醫治療並予中藥後最先緩解，在於熱毒的發炎與免疫複合產物傷之於腎，是發病之本因，雖並未直接健脾利濕，其改善之原因可能為溼熱為標影響脾胃氣機，而眠差多夢則是患者較無明顯改善的症狀之一，所謂「胃不和則臥不安」，需脾氣充足方能運化水濕、衛氣得降、胃陰不傷方能納穀化穀，而若濕熱相搏於脾胃，則需分濕重、熱重依比例調治。此外，睡眠更需考量衛氣出入，若臟屬陰虛，陽氣無所依附，則亦有睡眠障礙，而陰虛在此患者屬本，可預期需更長時間的治療。綜上所述，治標在於緩解症狀與減少治本之干擾，而未緩解之症狀需考慮與本病之關聯、順逆，並確立本病之治療方向。血瘀方面，配合現代醫學概念，LN 與免疫複合體沈積有關，亦有近代醫家認為瘀血內阻不僅是疾病過程中的病理產物，更是直接損傷腎臟以及加速病程的關鍵 [46]；整體方面，亦可由舌、脈診辨病人整體之瘀證，而使用活血化瘀藥，有去瘀以生新之效，再配合滋陰與補血藥物更能達到協同效果。患者求診時雖無陳述下焦濕熱症狀，但診察後發現患者苔稍黃厚膩、中根厚膩，且小便具泡沫、蛋白尿及下肢水腫嚴重可知其下焦溼熱；且雖然該患者就診時自述身體無瘀斑，但望診發現身體具多處瘀血且

舌下絡脈具瘀象，可知其有血瘀；而患者情志躁鬱交作，平時性情較壓抑，偶與親人爭執超過臨界時易爭執發怒，且切診後患者脈弦，故可知其有肝鬱氣滯之象。而肝鬱氣滯血瘀久病累及下焦肝腎，易於化火煉灼肝腎陰，加上舌紅脈弦細，可知其肝腎陰虛。患者求診時所敘述之症狀為患者之主觀意識，經四診合參後，可得出患者乃肝腎陰虛、下焦溼熱、氣滯血瘀之證型。

綜上所述，陰虛、溼熱、脾腎兩虛與血瘀是當 SLE 患者走向 LN 時的四大病機，依病情之急性、慢性發展，將有不同方向之複合與偏重調整，例如當病人陰虛重至血虛時，血球消耗將急遽消耗且血小板亦會低下；當病人併發泌尿道感染或蛋白尿惡化時，則是溼熱與脾腎兩虛加重的表現。另外，根據臺灣健保資料庫的統計，生地黃、牡丹皮、丹參、知柏地黃丸、赤芍可作為預防 SLE 患者併發 LN 惡化之核心藥物與方劑 [47]，該團隊利用上述核心處方加減治療 LN 患者 [48]，可有效降低 LN 患者之水腫，並使 24 小時尿液蛋白明顯減少（1367.9 mg/24 h 減少至 143.6 mg/24 h）。故依上述四大病機歸納出治則，可確立以清熱養陰、調理肝腎、活血化瘀治其本，清利溼熱治其標的架構。

因本病之複雜病機，治療處方也展現了寒熱並用的特色 [49]，以本病例報告為例，在以豬苓湯加減清利溼熱之時，亦須藉助桂枝芍藥知母湯中的附子溫賦腎陽，以及桂枝溫通血脈推動藥力；但何時須使用溫通或溫陽的藥物，則需視病程進展以及各醫家習慣，故須依患者之病況，訂定循序步驟的治療計畫，如患病初期病人足腫甚，服清熱利溼藥一段時間後，則須檢視病人原有或服藥後陽虛的表現，如：畏寒、少氣或脈沉，更須注

意標證之溼熱一旦清利至一定程度後，原本陰陽兩虛之本即浮現；故治法中亦應視其本虛或溼熱退後顯現的陽虛，選寒熱並用之方，或酌加補陽藥，如肉蓯蓉進行調整。使用活血化瘀療法時，亦須參照病人皮膚瘀斑、血液檢驗數據、補體指數等變化，調整滋陰補血藥物劑量。本患者水腫及蛋白尿症狀也有可能是脾胃中土受損及土虛不能制水引起，可能與 Prednisolone、Mycophenolic acid、Cyclosporin 藥物引起之副作用相關，但本病例著重於清利下焦溼熱方面，未來可補充中焦脾胃虛之思考，可使病機思考與治療更為全面。病人的複雜病機，是病因與疾病轉歸的累加，造成醫生看診當下呈現的不穩定平衡；故，中醫治療複雜性免疫疾病時，需兼顧本虛標實之病機，注意藥物劑量，並針對服藥後的變化行動態調整。

結論

本 SLE 合併 LN 病例在風溼免疫科常規治療下，加上中醫祛風除溼、清熱育陰、活血化瘀的治療處方，可改善水腫、降低蛋白尿及穩定控制腎功能使其不持續惡化。本病例著重於清利下焦溼熱方面，未來可補充中焦脾胃虛之思考，可使病機思考與治療更為全面。並可觀察到西醫合併中藥治療，可延緩 LN 病人走向 ESRD 之進程，提供 SLE 合併 LN 另一種中西醫整合療法之方向。

參考文獻

1. Kaul A., Gordon C., Crow M. K., Touma Z., Urowitz M. B., van Vollenhoven R., Ruiz-Irastorza G., Hughes G. Systemic lupus erythematosus. *Nat.*

- Rev. Dis. Primers.*, 2016; 2: 16039.
2. Ghodke-Puranik Y., Niewold T. B. Immunogenetics of systemic lupus erythematosus: A comprehensive review. *J. Autoimmun.*, 2015; 64: 125–136.
3. Jog N. R., Young K. A., Munroe M. E., Harmon M. T., Guthridge J. M., Kelly J. A., et. al. Association of Epstein-Barr virus serological reactivation with transitioning to systemic lupus erythematosus in at-risk individuals. *Ann. Rheum. Dis.*, 2019; 78: 1235–1241.
4. Tsokos G. C. Systemic lupus erythematosus. *N. Engl. J. Med.*, 2011; 365: 2110–2121.
5. Tang X., Huang Y., Deng W., Tang L., Weng W., Zhang X. Clinical and serologic correlations and autoantibody clusters in systemic lupus erythematosus: a retrospective review of 917 patients in South China. *Medicine (Baltimore)*., 2010; 89: 62–67.
6. Perl A. Oxidative stress in the pathology and treatment of systemic lupus erythematosus. *Nat. Rev. Rheumatol.*, 2013; 9: 674–686.
7. Talaat R. M., Mohamed S. F., Bassyouni I. H., Raouf A. A. Th1/Th2/Th17/Treg cytokine imbalance in systemic lupus erythematosus (SLE) patients: Correlation with disease activity. *Cytokine.*, 2015; 72: 146–153.
8. Tsokos G. C., Lo M. S., Costa Reis P., Sullivan K. E. New insights into the immunopathogenesis of systemic lupus erythematosus. *Nat. Rev. Rheumatol.*, 2016; 12: 716–730.
9. Yuan W., Cao H., Wan P., Shi R., Zhou S., Zheng J. Clinical evaluation of total and high-avidity anti-dsDNA antibody assays for the diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Lupus.*, 2019; 28: 1387–1396.
10. Tsokos G. C. Autoimmunity and organ damage in systemic lupus erythematosus. *Nat. Immunol.*, 2020; 21: 605–614.
11. Chiu Y. M., Lai C. H. Nationwide population-based epidemiologic study of systemic lupus erythematosus in Taiwan. *Lupus.*, 2010; 19: 1250–1255.
12. Yeh K. W., Yu C. H., Chan P. C., Horng J. T., Huang J. L. Burden of systemic lupus erythematosus in Taiwan: a population-based survey. *Rheumatol. Int.*, 2013; 33: 1805–1811.
13. Anders H. J., Saxena R., Zhao M. H., Parodis I., Salmon J. E., Mohan C. Lupus nephritis. *Nat. Rev. Dis. Primers.*, 2020; 6: 7.
14. Danila M. I., Pons-Estel G. J., Zhang J., Vila L. M., Reveille J. D., Alarcon G. S. Renal damage is the most important predictor of mortality within the damage index: data from LUMINA LXIV, a multiethnic US cohort. *Rheumatology (Oxford)*., 2009; 48: 542–545.
15. Contreras G., Lenz O., Pardo V., Borja E., Cely C., Iqbal K., et. al. Outcomes in African Americans and Hispanics with lupus nephritis. *Kidney Int.*, 2006; 69: 1846–1851.
16. Almaani S., Meara A., Rovin B. H. Update on Lupus Nephritis. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.*, 2017; 12:825–835.
17. Mok C. C., Tang S. S., To C. H., Petri M. Incidence and risk factors of thromboembolism in systemic lupus erythematosus: a comparison of three ethnic groups. *Arthritis. Rheum.* 2005; 52: 2774–2782.
18. Lin W. H., Guo C. Y., Wang W. M., Yang D. C., Kuo T. H., Liu M. F., Wang M. C. Incidence of progression from newly diagnosed systemic lupus erythematosus to end stage renal disease and all-

- cause mortality: a nationwide cohort study in Taiwan. *Int. J. Rheum. Dis.*, 2013; 16: 747–753.
19. Yu K. H., Kuo C. F., Chou I. J., Chiou M. J., See L. C. Risk of end-stage renal disease in systemic lupus erythematosus patients: a nationwide population-based study. *Int. J. Rheum. Dis.*, 2016; 19: 1175–1182.
20. Ortega L. M., Schultz D. R., Lenz O., Pardo V., Contreras G. N. Review: Lupus nephritis: pathologic features, epidemiology and a guide to therapeutic decisions. *Lupus.*, 2010; 19: 557–574.
21. Petri M., Orbai A. M., Alarcon G. S., Gordon C., Merrill J. T., Fortin P. R., et. al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.*, 2012; 64: 2677–2686.
22. Bertsias G. K., Salmon J. E., Boumpas D. T. Therapeutic opportunities in systemic lupus erythematosus: state of the art and prospects for the new decade. *Ann. Rheum. Dis.*, 2010; 69:1603–1611.
23. Appel G. B., Cohen D. J., Pirani C. L., Meltzer J. I., Estes D. Long-term follow-up of patients with lupus nephritis. A study based on the classification of the World Health Organization. *Am. J. Med.*, 1987; 83:877–885.
24. Chou C. T. Alternative therapies: what role do they have in the management of lupus? *Lupus.*, 2010; 19:1425–1429.
25. Haija A. J., Schulz S. W. The role and effect of complementary and alternative medicine in systemic lupus erythematosus. *Rheum. Dis. Clin. North Am.*, 2011; 37:47–62.
26. 劉吉人，伏邪新書，上海科學技術出版社，上海，pp. 45，1992。
27. 王麗萍、陳揚榮，狼瘡性腎炎從熱瘀論治。中國中醫藥信息雜誌。2008；6：92–93。
28. 方明、艾儒棣，溫脾補腎法在治療重型狼瘡腎炎中的體會。美中醫學。2010；7：39–41。
29. 李興銳、李傳平、陳茂紅、王和融，清熱活血化瘀方藥治療狼瘡腎炎臨床研究。中醫藥臨床雜誌。2011；23：601–603。
30. 顧左寧、鍾卓衡、葉任高，中西醫結合治療狼瘡性腎炎的經驗。江蘇中醫。1998；12: 10。
31. 盛梅笑、王鋼，狼瘡性腎炎中醫病機與治法探討。中國中醫基礎醫學雜誌。2003；12：55–57。
32. 李寶麗、莊鴻賢，狼瘡性腎炎的病因病機及分期論治。山東中醫雜誌。2002；4：199–201。
33. 魯盈，試論從風濕辨治狼瘡性腎炎。中國中西醫結合腎病雜誌。2010；4：286–288。
34. Ferrari S. M., Elia G., Virili C., Centanni M., Antonelli A., Fallahi P. Systemic Lupus Erythematosus and Thyroid Autoimmunity. *Front. Endocrinol (Lausanne).*, 2017; 8: 138.
35. Kausman D., Isenberg D. A. Thyroid autoimmunity in systemic lupus erythematosus: the clinical significance of a fluctuating course. *Br. J. Rheumatol.*, 1995; 34:361–364.
36. Kuo C. F., Grainge M. J., Valdes A. M., See L. C., Luo S. F., Yu K. H., Zhang W., Doherty M. Familial Aggregation of Systemic Lupus Erythematosus and Coaggregation of Autoimmune Diseases in Affected Families. *JAMA Intern. Med.* 2015; 175: 1518–1526.
37. Yap D. Y., Tang C. S., Ma M. K., Lam M. F., Chan T. M. Survival analysis and causes of mortality in patients with lupus nephritis. *Nephrol. Dial. Transplant.*, 2012; 27: 3248–3254.

38. Sinclair A., Appel G., Dooley M. A., Ginzler E., Isenberg D., Jayne D., Wofsy D., Solomons N. Mycophenolate mofetil as induction and maintenance therapy for lupus nephritis: rationale and protocol for the randomized, controlled Aspreva Lupus Management Study (ALMS). *Lupus.*, 2007; 16: 972–980.
39. Davidson J. E., Fu Q., Ji B., Rao S., Roth D., Magder L. S., Petri M. Renal Remission Status and Longterm Renal Survival in Patients with Lupus Nephritis: A Retrospective Cohort Analysis. *J. Rheumatol.*, 2018; 45: 671–677.
40. Tsai Y. C., Hou C. L., Yao T. C., Chen L. C., Jaing T. H., Huang J. L. Risk factors and bacterial profiles of urinary tract infections in patients with systemic lupus erythematosus. *Asian Pac. J. Allergy Immunol.*, 2007; 25:155–161.
41. Manuel Miranda J., Mendoza L., Javier Jara L., Angeles U. [Influence of non-complicated urinary tract infection on renal relapses in proliferative lupus nephritis]. *Reumatol. Clin.*, 2007; 3: 25–32.
42. 洪強，紅斑狼瘡古今中醫病名探源。中醫文獻雜誌。2008；2：13–15。
43. 鄭筱莢，中藥新藥臨床研究指導原則，中國醫藥科技出版社，北京，pp. 111–115，2002。
44. 蘇奕彰，系統性紅斑狼瘡患者體質研究，行政院衛生署中醫藥年報，1997; 15：178–265。
45. 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.
46. 王付民，活血化癥治療狼瘡性腎炎。遼寧中醫雜誌。1994；21：454。
47. Chang C. M., Wu P. C., Chiang J. H., Wei Y. H., Chen F. P., Chen T. J., Pan T. L., Yen H. R., Chang H. H. Integrative therapy decreases the risk of lupus nephritis in patients with systemic lupus erythematosus: A population-based retrospective cohort study. *J. Ethnopharmacol.*, 2017; 196: 201–212.
48. Wu PW, Shih PH, Kung YY, Chen FP, Chang CM. Integrated therapy improve urinary total protein in patients with lupus nephritis: A case report. *Complement. Ther. Med.*, 2018; 39: 87–91.
49. 李鳴九、禰國維，紅斑狼瘡的治法探微。中華中醫藥學刊。2006；24：332–333。

Case Report

Chinese Herbal Medicine for Treating the Patient with Systemic Lupus Erythematosus Combined with Lupus Nephritis: A Case Report

Shuo-Wei Ma^{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 Chiao Tung University, Taipei, Taiwan

⁴Faculty of Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University, Taipei, Taiwan

A 26-year-old male patient who had systemic lupus erythematosus combined with lupus nephritis came to Center for Traditional Medicine, Taipei Veterans General Hospital for first visit in May, 2019. The patient suffered from feeling tiredness, bilateral lower limb pitting edema and severe proteinuria (836.4 mg/dl) in recent 2 month, and he also felt nausea and vomiting worse after receiving pulse steroid therapy plus cyclophosphamide. After taking his history and making a Traditional Chinese Medicine (TCM) diagnosis, TCM patterns were identified as “Liver and kidney yin deficiency”, “Dampness-heat in lower Jiao”, and “Qi stagnation and blood stasis”. Hence, we prescribed Chinese herbal medicine (CHM) with the principle of “Expelling wind and dampness”, “Clearing heat and nourishing yin”, and “Promoting blood and resolving stasis” for him. After taking CHM for 1 month, the patient told about that his symptoms about fatigue, edema improved and proteinuria decreased to 342.9 mg/dl. After 2 months of treatment, the subjective symptoms including fatigue, edema, bruise, nausea and vomiting relieved, while the objective sign about the urine protein, total cholesterol and total triglyceride all significantly decreased to nearly normal range. Through the integrated TCM and Western medicine therapy in treating with this case, we could provide the evidence-base concept for Systemic lupus erythematosus combined with lupus nephritis case.

Key words: Systemic lupus erythematosus, Lupus nephritis, Expelling wind and dampness, Clearing heat and nourishing yin, 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