

施光其辨治皮炎并发肺间质纤维化经验

王晓亮¹, 宋志仁¹, 张烘钰¹, 孟欢欢², 张萍静² (指导: 施光其³)(1. 河北中医学院, 河北石家庄 050091; 2. 新疆维吾尔自治区巴州人民医院, 新疆库尔勒 841000;
3. 河北省中医院, 河北石家庄 050011)

摘要: 施光其教授认为皮炎并发肺间质纤维化的病机为正虚为本, 邪实为标; 正虚为肺脾气虚, 邪实为风、寒、湿、热乘虚侵袭人体, 六气化火, 内含肺脏。治疗皮炎肺间质纤维化可参考肺痿论治, 分为风伤皮毛、热伤血脉二型, 在祛风方(主要由荆芥、防风、地肤子等组成)的基础上加减治疗, 分别以祛风散寒、化痰散瘀及祛风止咳、清热化痰凉血为法, 辨证论治, 可取良效。

关键词: 皮炎肺间质纤维化; 祛风方; 风伤皮毛; 热伤血脉; 施光其

中图分类号: R275.9; R593.26

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)02-0436-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2022.02.036

SHI Guang-Qi's Experience in Differentiating and Treating Dermatomyositis Complicated with Pulmonary Interstitial Fibrosis

WANG Xiao-Liang¹, SONG Zhi-Ren¹, ZHANG Hong-Yu¹, MENG Huan-Huan²,
ZHANG Ping-Jing² (Advisor: SHI Guang-Qi³)

(1. Hebei University of Chinese medicine, Shijiazhuang 050091 Hebei, China; 2. Bazhou People's Hospital, Korla 841000 Xinjiang, China; 3. Hebei Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shijiazhuang 050011 Hebei, China)

Abstract: Professor SHI Guang-Qi believes that the pathogenesis of dermatomyositis complicated with pulmonary interstitial fibrosis is characterized by deficiency of healthy *qi* in the origin, manifesting as *qi* deficiency of both lung and spleen, while excess of the pathogenic *qi* in the superficiality, manifesting as the pathogens of wind, cold, dampness and heat invading the body as the body was at the weak state and then transforming into fire and retaining in the lung. The treatment of dermatomyositis complicated with pulmonary interstitial fibrosis can follow the therapeutic principle of pulmonary atrophy, which is differentiated into wind attacking skin and hair type and heat impairing blood vessel type. On the basis of *Qufeng* Formula (the wind-dispelling prescription mainly composed of *Herba Schizonepetae*, *Radix Saposhnikoviae*, *Fructus Kochiae*, etc.), the modified treatment with the herbs for dispelling wind and dispersing cold, resolving phlegm to dissipate stasis and herbs for dispelling wind to ease cough, clearing heat and resolving phlegm and cooling blood based on syndrome differentiation can achieve positive clinical effect for the treatment of dermatomyositis complicated with pulmonary interstitial fibrosis.

Keywords: dermatomyositis complicated with pulmonary interstitial fibrosis; *Qufeng* Formula; wind attacking skin and hair; heat impairing blood vessel; SHI Guang-Qi

皮炎(dermatomyositis)是一种主要累及皮肤和肌肉的自身免疫性结缔组织疾病, 以独特的皮肤损害(如眼睑周围紫红色斑疹、指关节伸侧紫红

色丘疹)和四肢近端对称性肌肉无力为特点。皮炎可并发多种疾病, 其中常见的严重并发症为肺间质纤维化。皮炎一旦并发肺间质纤维化, 则

收稿日期: 2021-04-30

作者简介: 王晓亮(1992-), 女, 硕士, 医师; E-mail: 275152000@qq.com

通讯作者: 施光其, 男, 博士, 主任医师; E-mail: shiguangi@126.com

基金项目: 河北省中医药管理局科研计划项目(编号: 2101018)

死亡率较高。皮炎并发肺间质纤维化主要病变部位为肺间质,可表现为咳嗽和活动后呼吸困难等症状,患者因肌肉受累而引起呼吸肌无力,表现为咳痰困难^[1]。皮炎在中医学中无对应的确切病名,据其临床表现,可归为中医的“痹证”“肌痹”“肺痿”等范畴。中医治疗皮炎有典籍可循,优势较明显,副作用少,安全性较高。施光其教授为河北省中医院风湿免疫科主任医师,河北省中西医结合学会风湿免疫专业委员会副主任委员,师承广州中医药大学陈纪藩教授、中国工程院吴以岭院士、北京协和医院赵岩教授^[2],临床研究风湿免疫性疾病20余载,深谙中医经典,擅长采用中西医结合疗法治疗风湿免疫性疾病,对皮炎的诊治亦有独到的见解,现总结如下。

1 皮炎并发肺间质纤维化的病因病机

现代医学对皮炎的病因目前尚未确定,认为皮炎可能与遗传、自身免疫及感染等因素相关。中医学中,对皮炎提出了“肌痹”的病名。中医学认为皮炎主要病位在肌肤,因正气虚弱、邪气侵犯所致,正如《黄帝内经》云:“病在肌肤,肌肤尽痛,名曰肌痹”(《素问·长刺节论》);“邪之所凑,其气必虚”(《素问·评热病论》)。皮炎患者肺脾之气血阴阳亏虚,加之风、寒、湿、热诸邪外袭导致发病。正如《素问·痹论》云:“风寒湿三气杂至,合而为痹”。总之,本病为内虚外邪共同致病,使皮肤、肌肉、脏腑受损,从而出现斑疹、肌肉萎缩无力等一系列症状。

肺间质纤维化主要病变部位在肺间质,可累及肺毛细血管内皮细胞、肺泡上皮细胞和肺的动静脉,临床表现为呼吸困难(渐进性)、咳嗽、气短、乏力等症状^[3]。中医认为肺间质纤维化是由于痰浊、瘀血停留于肺络导致的肺功能减弱^[4]。皮炎并发肺间质纤维化可参考中医“肺痿”论治。《金匱要略》中论述肺痿的成因为“或从汗出,或从呕吐,或从消渴,小便利数,或从便难,又被快药下利,重亡津液,故得之”,说明肺痿的病因与津液代谢有着密切的关系。《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七》:“问曰:寸口脉数,其人咳,口中反有浊唾涎沫者何?师曰:为肺痿之病,……脉数虚者为肺痿……”,提示肺痿为肺

部各种疾病迁延不愈而导致的一种慢性疾病;又言:“寸口脉微而数,微则为风,数则为热;微则汗出,数则恶寒。风中于卫,呼气不入;热过于营,吸而不出。风伤皮毛,热伤血脉”。施光其教授基于中医经典对肺痿的阐述并结合自身临床实践,将肺痿的病因归为“风”和“热”,分为风伤皮毛型与热伤血脉型,辨证论治施药。

2 皮炎并发肺间质纤维化的辨证论治

2.1 风伤皮毛型 此型皮炎并发肺间质纤维化的患者平素体质虚弱,因感受风寒之邪,卫外不固,邪犯肺脏,肺宣降功能失司,布津失常,不能濡润皮毛,日久水液化痰成瘀,痹阻肺络,肌肤经络失养,发为肌痹。临床表现主要如下:全身散在皮疹,呈暗红色,四肢肌肉酸痛无力,上下楼梯困难,眼周暗紫色皮疹,干咳,双手浸入4℃左右的冷水中1 min后变白或变紫,恶风怕冷,舌质紫暗,苔厚腻,脉弦涩。治宜祛风散寒,化痰散瘀。方选祛风方加减,处方用药主要包括防风、荆芥、地肤子、牡丹皮、桂枝、党参、干姜、制附子、路路通、陈皮、桑寄生、川芎等。方中防风、荆芥祛风散寒、解表邪,地肤子、牡丹皮、川芎祛风止痒、凉血活血,桂枝温通经络,干姜、制附子助桂枝温阳通络,路路通、桑寄生祛风活络通经,陈皮化痰理气散结,同时可入肺走胸,通行经络^[5]。本方为施光其教授治疗皮炎并发肺间质纤维化的常用加减方,疗效肯定。若患者寒湿郁而化热,皮疹红肿,加用白鲜皮清热祛风止痒;若全身乏力,加用黄芪、白术补养气血以充营卫^[6];若瘀血日久不愈,加桃仁、红花、地龙通经活络。

2.2 热伤血脉型 此型皮炎并发肺间质纤维化的患者平素正气不足,卫外不固,因风热乘虚侵犯肺卫,肺失宣降,通调水道功能失司,津液失调,日久则化湿成热,湿热蕴结肺脏,伤及血脉,蕴蒸津液化为痰浊、瘀血,痹阻肺络,肺濡润皮毛功能减弱,发为此病^[7]。临床表现主要如下:发热,呼吸困难,咳痰,痰黄而黏,甚或痰中带血,全身皮肤散在皮疹,为紫红色,以眼周紫红色皮疹为著,出汗,四肢近端肌肉无力,胸闷干咳,咽干口渴,大便干,小便黄,舌质红,苔薄腻,脉滑数。西医治疗可口服改善病情的免

疫抑制剂硫酸羟氯喹。中医治宜祛风止咳，清热化痰凉血。方选祛风方加减，处方用药主要包括生地黄、山药、酒山茱萸肉、茯苓、牡丹皮、泽泻、地肤子、防风、荆芥、连翘、黄芩、鱼腥草、生甘草。方中荆芥、防风祛风胜湿，解在表之邪，茯苓、泽泻利水消肿，牡丹皮、地肤子清热凉血消斑，连翘、黄芩苦寒燥湿而不伤阳，鱼腥草清热化痰，生地黄、山药、酒山茱萸肉扶助正气，祛邪外出，生甘草调和诸药，缓解药物峻猛之性。全方配伍严谨，疗效显著。若患者痰多难咳，加用陈皮、半夏理气化痰散结，若痰中带血，加用白茅根清热止血化痰；若气息粗，加紫苏子、杏仁降气平喘，随证遣药。

3 病案举例

3.1 风伤皮毛型皮炎并发肺间质纤维化病案
患者王某，女，43岁，2020年5月29日初诊。患者主因全身散在暗红色皮疹伴眼周暗紫色皮疹1年，加重2d入院。现病史：患者缘于1年前无明显原因出现全身散在皮疹，于当地医院就诊，予输液及涂抹药物治疗，疗效尚可。2d前皮疹加重，呈暗红色，眼周暗紫色皮疹，呼吸困难，全身肌肉无力，故前来就诊。现症见：全身散在暗红色皮疹，眼周暗紫色皮疹，呼吸困难，全身肌肉无力，恶风怕冷，舌质紫暗，苔厚腻，脉弦涩。实验室辅助检查结果示：白细胞 $3.92 \times 10^9/L$ ，血红蛋白146 g/L，血小板 $157.00 \times 10^9/L$ ，红细胞沉降率58 mm/h，C反应蛋白80 mg/L，抗核抗体(++)，乳酸脱氢酶428.6 U/L，肌红蛋白143 ng/mL，肌酸激酶408 U/L，肌酸激酶同工酶86 U/L。肺CT检查结果示：双肺毛玻璃样改变。查体：双肺听诊可闻及Velcro音(湿性啰音的一种，指弥漫性肺间质纤维化患者吸气后期出现的声音)，四肢肌力2级，肌张力正常。西医诊断：(1)皮炎；(2)皮炎性肺间质纤维化。中医诊断：肌痹合并肺痿(风伤皮毛型)。治宜祛风散寒，凉血化瘀。予口服中药汤剂治疗，具体处方用药如下：防风10 g，荆芥15 g，地肤子15 g，牡丹皮15 g，桂枝20 g，党参20 g，干姜6 g，制附子12 g，路路通10 g，桑寄生15 g，川芎9 g，炙甘草6 g。14剂，每天1剂，水煎取汁约300 mL，分早晚两次温服。

2020年6月13日二诊：患者精神可，全身散

在皮疹减轻，眼周暗紫色皮疹缓解，未诉咳嗽，偶有呼吸困难，肌力明显增强，可上下台阶，寐可，二便调。舌质紫暗，苔厚腻，脉弦涩。查体：双肺散在少量湿啰音，四肢肌力3级，肌张力正常。实验室辅助检查结果示：红细胞沉降率32 mm/h，C反应蛋白27 mg/L，肌酸激酶265 U/L，肌酸激酶同工酶34 U/L。处方用药在初诊方基础上加用当归12 g。继服30剂，观察疗效。

2020年7月13日三诊：患者精神可，全身散在皮疹几乎消失，未诉呼吸困难，眼周紫红色斑疹消失，四肢近端肌力逐渐恢复正常，寐安，二便调。舌质淡红，苔薄白，脉弦。查体：双肺呼吸音正常，四肢肌力4级，肌张力正常。实验室辅助检查结果示：红细胞沉降率16 mm/h，C反应蛋白8 mg/L，肌酸激酶205 U/L，肌酸激酶同工酶23 U/L。继服二诊方30剂以巩固疗效。随访1年，患者未复发。

按：此患者素体正气虚弱，初诊时外感风寒之邪侵犯人体，诱发肌痹，病性属虚实夹杂，以实为主。此时应以祛风为主，应用祛风方加减，效果尚可。二诊时患者恢复良好，诸症缓解，遂此时加用当归补血活血，消除皮肤散在斑疹。三诊时，患者逐渐恢复至正常，方剂不变，继服以维持治疗。

3.2 热伤血脉型皮炎并发肺间质纤维化病案
患者马某，女，61岁，2020年10月14号初诊。患者主因全身散在皮疹及咳嗽2个月入院。现病史：患者缘于2个月前受风后出现咳嗽、汗出症状，就诊于当地医院，予输液及口服药物治疗，效果不佳。继则出现眼周皮疹，呈紫红色，全身散在紫红色皮疹，伴四肢对称性肌肉无力，咳黄痰，痰中带血，呼吸困难。为求进一步系统诊治，遂就诊于我院门诊，后收入住院治疗。现症见：咳嗽，痰黄，痰中带血，全身散在紫红色皮疹，以眼周皮疹为著，呈紫红色，伴四肢近端肌肉酸痛无力，呼吸困难，口干口渴，大便干，小便黄，寐可，舌质红，苔薄腻，脉滑数。辅助检查结果示：白细胞 $6.92 \times 10^9/L$ ，血红蛋白133 g/L，血小板 $237.00 \times 10^9/L$ ；尿常规白细胞(+/-)；氯离子110.0 mmol/L，二氧化碳总量22.10 mmol/L，氧血红蛋白0.30%，动脉氧含量8.00 mL/dL；乳酸1.80 mmol/L；C反应蛋白76 mg/L；红细胞沉降

率 67 mm/h; 乳酸脱氢酶 398.9 U/L, 肌红蛋白 143 ng/mL, 谷氨酰转肽酶 78.00 U/L, 白蛋白 55.50%, α_2 球蛋白 12.30%, 肌酸激酶 605 U/L, 肌酸激酶同工酶 34 U/L; 抗核抗体(++); 抗核抗体荧光模型为颗粒型+均质型。肺功能检查结果示:(1)重度限制性通气功能障碍;(2)气道阻力正常;(3)肺总量、残气减低,残总百分比增高。肺部CT检查结果示:(1)双肺炎症,双肺间质病变;(2)右肺上叶结节状钙化灶;(3)左侧胸腔少量积液,心包少量积液。查体:眼睑水肿,上腹部皮肤破损,双手手指外侧皮肤增厚、裂纹、脱屑,双肺可闻及Velcro音,四肢肌力2级,肌张力正常。西医诊断:(1)皮炎;(2)肺间质纤维化;(3)肺结节;(4)胸腔积液;(5)心包积液。中医诊断:肌痹合并肺痿(热伤血脉型)。西药予甲强龙 500 mg(静脉滴注)冲击治疗,症状控制后,逐渐减为泼尼松 7.5 mg 口服(qd)。中药治疗宜祛风止咳,清热化痰凉血,具体用药如下:生地黄 15 g, 山药 15 g, 酒山茱萸肉 15 g, 茯苓 15 g, 牡丹皮 15 g, 泽泻 15 g, 地肤子 15 g, 防风 10 g, 荆芥 15 g, 连翘 15 g, 黄芩 15 g, 鱼腥草 15 g, 生甘草 8 g。14剂,每天1剂,水煎取汁约300 mL,分早晚两次温服。经治疗后,患者症状改善,予2020年10月24日准予出院,并嘱继续口服中药治疗。

2020年10月28日二诊:患者精神可,咳嗽减轻,咳痰,痰黄,全身散在皮疹减轻,偶有呼吸困难,眼周紫红色斑疹缓解,四肢近端肌力较前增强,寐差,二便调。舌质红,苔黄腻,脉滑。查体:眼睑水肿减轻,上腹部皮肤破损明显减少,双手手指外侧皮肤仍有增厚、裂纹、脱屑,双肺散在少量湿啰音,四肢肌力3级,肌张力正常。辅助检查结果示:红细胞沉降率 46 mm/h, C反应蛋白 27 mg/L, 肌酸激酶 304 U/L, 肌酸激酶同工酶 26 U/L。处方用药在初诊方基础上去鱼腥草,加用黄芪 30 g、夜交藤 15 g、薏苡仁 20 g。继服30剂,观察疗效。

2020年11月28日三诊:患者精神可,未诉咳嗽,全身散在皮疹基本消失,未诉呼吸困难,眼周紫红色斑疹消失,四肢近端肌力逐渐恢复正常,寐安,二便调。舌质淡红,苔薄白,脉弦。查体:眼睑水肿消失,上腹部皮肤破损明显减

轻,双手手指外侧皮肤缓解,双肺呼吸音正常,四肢肌力4级,肌张力正常。辅助检查:红细胞沉降率 20 mm/h, C反应蛋白 13 mg/L, 肌酸激酶 198 U/L, 肌酸激酶同工酶 16 U/L。在二诊方基础上去夜交藤,继服30剂,巩固疗效。随访半年,患者病情稳定。

按:该病案患者为中老年女性,施光其教授认为患者平素正气亏虚,卫外不固,风热趁虚侵袭体表,入里化湿化热,发为此病。病性属虚实夹杂,以实为主。邪气旺盛,正气亏虚,根据中医理论“虚则补之,实则泻之”,治疗上采取补虚泻实之法,取得了良好的效果。患者一诊时邪气方盛,湿热侵肺,此时采用经典方剂祛风方加减,重在祛风解表,清利湿热。二诊时患者皮疹及水肿减轻,咳嗽减轻,此时去除鱼腥草清肺化痰之品,加用黄芪补气固表,促进正气恢复,祛邪外出,夜交藤养心安神,薏苡仁助茯苓等利湿。病情逐渐缓解,三诊时患者各种症状明显缓解,稍调方,继服,改善愈后,巩固疗效,以防复发。

4 小结

皮炎的病程较漫长,且呈慢性渐进性。皮炎患者早期诊断并经及时有效的治疗后可在2~3年内逐渐恢复,但若失治误治或恶性进展并发肺间质纤维化,则可引起呼吸衰竭,甚至死亡。施光其教授治疗皮炎合并肺间质纤维化时,辨病与辨证相结合,抓住风热之发病根本,依据经典的肺痿理论,认为该病初病为外伤皮毛,病程日久可逐渐化痰成瘀,痰浊、瘀血阻滞经络,六气化火,内舍肺脏,致使热伤血脉。采用祛风方加减治疗皮炎并发肺间质纤维化,疗效显著,预后良好,副作用少,安全性高,可明显减少死亡率,减轻患者病痛。在应用中医药治疗的基础上,同时建议患者进行心理治疗,提醒家人给予患者足够的关心和理解;日常饮食应营养丰富易于消化,加强体育锻炼,劳逸结合,保持心情愉悦,增强治病信心,则治疗能事半功倍^⑧。皮炎因有皮损,因此对阳光也很敏感,日常应注意防晒。至目前为止,有关皮炎合并肺间质纤维化的临床报道不多,多为临床经验总结,中医也尚无统一的病名,亦缺乏统一的诊断标准和辨

证论治体系。今后应继续深入研究皮肤炎的中医发病机制,探讨其临床中医治疗^[9],以提高中医在皮肤炎诊治上的疗效,减少西药的副作用,充分发挥中医药治疗皮肤炎的优势。

参考文献:

- [1] 玄春艳,田宝文,刘春威,等.延续性护理对皮肤炎合并间质性肺炎患者的影响[J].黑龙江医药科学,2020,43(6):25-27.
- [2] 宋志仁,赵亚云,侯冬杰,等.施光其三分辨证治疗系统性红斑狼疮经验[J].湖北中医杂志,2020,42(4):33-36.
- [3] 何兆春,李正富,吴德鸿,等.范永升治疗皮肤炎合并间质性肺病经验探析[J].中华中医药杂志,2020,35(4):1835-1839.
- [4] 崔启东.肺痹汤治疗肺间质纤维化的临床研究[D].北京:北京

中医药大学,2012.

- [5] 张艺,孙丽蕴,陈维文,等.王萍教授中医治疗皮肤炎经验[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2019,18(5):487-491.
- [6] 宋志仁,左广,张烘钰,等.青风汤对类风湿性关节炎临床疗效影响的研究[J].河北中医药学报,2021,36(1):23-26,29.
- [7] 王鑫鑫,薛静.王宝亮从肺脾肾论治皮肤炎经验介绍[J].新中医,2020,52(11):213-215.
- [8] 陈泳森,马二卫,施光其.施光其教授痹治心法[J].河北中医药学报,2017,32(3):43-45.
- [9] 毕向雁.皮肤炎中医治疗研究进展[J].长春中医药大学学报,2014,30(1):182-184.

【责任编辑:贺小英】

《广州中医药大学学报》投稿须知

《广州中医药大学学报》是由广州中医药大学主办,面向国内外公开发行的综合性中医药学术类期刊。为配合刊物的规范化编排,来稿必须符合以下要求:

(1) 来稿要求立意新颖、资料真实、数据准确、方法科学、统计合理、结论合乎逻辑,文字使用规范,全文段落分明、标点符号规范、图表清晰、参考文献出处明确,缩略语第1次出现在正文时请注明中文全称。来稿请采用在线投稿,投稿网址为<http://xb.zyxy.com.cn>。

(2) 为保证稿件资料来源真实,来稿应经作者工作单位审核,并附单位科研办公室介绍信,注明无抄袭、无重复发表、署名排序无争议、无一稿多投、不涉及保密、无与相关单位有版权争议等项。来稿在收到本刊收稿回执后3个月未接到稿件处理通知者,可向编辑部查询。如欲改投他刊,请先与本刊联系,切勿一稿多投。来稿超过6个月未与作者联系,可另投他刊。

(3) 依照《著作权法》有关规定,本刊将按相关的规范和标准对来稿进行文字修改、删节,凡有涉及原意的修改、补充或删节等则提请作者考虑,并退回原稿请作者修改。作者应遵守《著作权法》,避免侵犯他人知识产权,引用他人的资料应以参考文献或注释等形式标明出处。作者修改后的稿件电子版应于30 d内返回编辑部,逾期3个月不返回者,视作自动撤稿。对决定录用的稿件,本刊酌情收取论文版面费,并用正式函件发出录用通知,由作者签署《论文著作权转让协议》等,同意在本刊发表,保证论文内容真实,文责自负。稿件刊出后酌致稿酬(为方便作者,稿酬已于收取版面费时扣除),稿酬包括各类文摘、数据库、光盘版等应付予作者的作品使用费,并赠当期杂志2册。

·《广州中医药大学学报》编辑部·