

DOI: 10. 13288/j. 11-2166/r. 2020. 14. 019

从脾论治狼疮性脂膜炎

李妮¹, 姜泉^{2*}, 李凤珍¹, 魏齐³, 刘蔚翔²

1. 广西国际壮医医院, 广西壮族自治区南宁市五象新区秋月路 8 号, 530201; 2. 中国中医科学院广安门医院; 3. 宁夏回族自治区中宁县中医医院

[摘要] 狼疮性脂膜炎属中医学“结节病”范畴, 其发病与脾的关系密切, 以健脾化痰散结为主要治则能收到较好的疗效。探讨结节病“脾虚痰凝”的病机与“益气健脾, 化痰散结”的治法, 并以中药治疗的典型病例进行分析, 旨在进一步探究中医从脾论治该病的辨证思路与用法方药。

[关键词] 狼疮性脂膜炎; 从脾论治; 化痰散结

狼疮性脂膜炎, 又称深在性红斑狼疮, 为红斑狼疮的一个特殊类型^[1]。临床较为少见, 占全部红斑狼疮患者的 2% ~ 3%, 好发于女性, 女性与男性的比例为 2 : 1 ~ 4 : 1, 少数患者具有红斑狼疮或其他结缔组织病家族史^[2]。狼疮性脂膜炎好发于面部、上臂、股臀部和乳房等脂肪丰富的部位, 皮损表现为一个或多个深部皮下结节或斑块, 坚硬, 部分结节可吸收, 皮面凹陷或坏死、溃疡, 愈合后留有萎缩性疤痕, 严重者可伴发多脏器损害。临床上西医一线治疗药物为抗疟药如羟氯喹, 二线治疗药物为糖皮质激素或加用免疫抑制剂治疗。对于本病急性发作期疗效较好, 但慢性期疗效不明显, 且长期服用西药会产生胃肠道反应、肝肾功能损害、多毛、肥胖、高血压病、糖尿病、骨质疏松症等诸多不良反应。

中医治疗狼疮性脂膜炎有其独特的优势, 有些患者单独服用中药病情即可得到控制, 有些病情急重的患者虽需联合西药治疗, 但中药在其中仍发挥重要的作用, 可减轻西药的不良反应, 调节机体免疫力, 同时有助于西药的撤减。在临床中我们发现, 中医从益气健脾、化痰散结治疗狼疮性脂膜炎疗效较好, 现将治疗体会介绍如下。

1 脾虚痰凝为主要病机

《素问·经脉别论篇》云“饮入于胃, 游溢精气, 上输于脾, 脾气散精, 上归于肺, 通调水道, 下输膀胱, 水精四布, 五经并行。”中医认

为, 脾主运化, 具体体现在运化水谷和运化水液两个方面。脾运化水谷功能正常, 可为化生精、气、血、津液提供物质基础, 亦为五脏六腑及各组织器官提供充分的营养, 人体的机能活动有赖于脾运化水谷精微的滋养。脾运化水液功能正常, 可防止水液停滞, 若运化功能失常, 则导致水湿停留, 产生痰、饮、水湿等病理产物。正如《素问·至真要大论篇》所言“诸湿肿满, 皆属于脾”; 《脾胃论·脾胃虚实传变论》云“元气之充足, 皆有脾胃之气无所伤, 而后能滋养元气, 若胃气之本弱, 饮食自倍, 则脾胃之气既伤, 元气亦不能充, 而诸病之所由生也”, 故内伤脾胃, 为百病之源。

狼疮性脂膜炎属中医学“结节病”范畴, 是由于脾弱不运, 湿痰内生, 结聚于皮下, 或嗜食生冷、饮酒, 导致清气不能上升, 浊气不得下降, 气机升降失调, 脾之运化无力, 水湿不去, 积聚于内, 日久可使痰饮内生, 因气虚不畅, 则疏泄无力, 内痰不祛外发皮下而为痰核以致此病^[3]。《素问·举痛论篇》曰“百病皆生于气, 怒则气上, ……思则气结”; 《类证治裁·痹症》言“痹久必有瘀血”。由此可见, 因气化失常导致机体脏腑功能失常, 必然影响气血津液的运行和输布, 津停而成痰, 血滞而为瘀, 酿成痰浊瘀血, 痰瘀互结, 结而为癥, 聚积不散, 渐成结节。

2 以益气健脾、化痰散结为主要治法

《素问·至真要大论篇》曰“谨守病机, 各司其属, 有者求之, 无者求之”, 即抓住病机, 以补不足而损有余作为治疗原则。中医学认为, 结节

* 通讯作者: doctorjq@126.com (010) 88001060

病与痰的关系至为密切,患者久病正虚,脾弱不运,则湿痰内生。《景岳全书》曰“五脏之病,虽俱能生痰,然无不由乎脾生。盖脾主湿,湿动则生痰,故痰之化,无不在脾。”结节病常表现为皮下结节,或伴发热、红斑,困倦乏力,食少便溏等,舌质淡胖、苔白或白腻,脉濡细或滑。治疗上多以益气健脾、化痰散结为主要治法,药用黄芪、茯苓、白术、山药健脾益气,胆南星、法半夏、皂角刺、穿山龙、僵蚕等化痰散结。早期急性发病时,加用四妙勇安汤以清热解毒、活血止痛;湿盛久蕴化热,湿、热、毒并重,常加苍术、土茯苓、秦艽、白花蛇舌草、忍冬藤、虎杖、山慈菇以清热解毒、利尿除湿,或加用四妙丸;阴血不足明显,常加石斛、生地黄、女贞子、枸杞子、山萸肉、百合以养阴生津、补益肝肾;阳虚明显,常加桂枝、白芥子以温阳化饮;久病瘀血明显,常加鸡血藤、当归、莪术、牛膝、丹参、桃仁、红花、三七粉以活血化瘀,或加用瘀血痹胶囊;气滞明显,常加枳实、香附、郁金、佛手以行气解郁。

查阅近 40 年狼疮性脂膜炎及结节病相关文献,多以西医治疗为主,中医治疗报道极少。随着结节病的增多,西医治疗效果不理想,该病逐渐得到中医学者的重视。如张鸣鹤认为,本病的发病机制为痰核流注,蕴于血络肌肤,导致血瘀湿困;治疗上宜健脾化湿、祛痰逐瘀,血热有瘀者宜清热凉血、软坚活血,同时结合患者体质、病程发展阶段等随证加减,方能取得疗效^[4]。冯兴华在临床中以小柴胡汤、三仁汤、秦艽鳖甲散三方化裁治疗结节性脂膜炎,共收和解少阳、清热除湿之功^[5]。房定亚^[6]以四妙勇安汤和/或犀角地黄汤为底方,酌加解毒散结之品,治疗狼疮性脂膜炎,疗效较好。

3 脾胃为本

国医大师路志正将脾胃、温病学说在前人的基础上做了更进一步的阐述与发展,在治疗很多慢性病和疑难病方面疗效卓著^[7]。我们传承路老“持中央、运四旁、怡情志、调升降、顾润燥、纳化常”调理脾胃的学术思想,运用健脾和胃、内外合治、生活调摄“三部曲”,在临床中以此思路治疗狼疮性脂膜炎。

3.1 健脾和胃

经验用药三阶梯:谷芽、麦芽、神曲、甘草,用于脾胃无明显不适、方中有石膏等大寒之品或动

物药等刺激成分时,属于“治未病”理念;炒三仙、鸡内金用于纳差、胃阴不足等证以和中消食、健脾开胃,必要时佐以行气、止呕、消痞、通便等药;白术、山药、茯苓、薏苡仁用于胃强脾弱或脾虚湿盛等证,是将治湿与顾护脾胃有机结合的典型药味。

3.2 内外合治

外治与内治同理,通过穴位贴敷、药物熏洗,可使药力直达病所,能使玄府畅达,排故布新,气血流通,使痹证自除。此外,通过代茶饮小量频服,使药力持久发挥作用,祛湿不伤正,正复不留邪,从而达到驱除痼疾的目的。疑难重症,用以辅佐之。湿难速去,药以缓化之。久病胃伤,时时调护之。以茶代饮调护脾胃,刚柔相济,升降有序,常可收事半功倍之效^[8]。

3.3 生活调摄

在中医辨证论治的基础上,也应注重生活调摄。常用食疗方:生薏苡仁 30 g,山药 30 g,防风 10 g(包),粳米 30 g。此方有健脾祛湿、祛风止痛之效。雷余明^[8]认为,服药期间患者的饮食直接影响到药物的疗效,应按治疗需要辨证选择食物,使之与药物起协同增效、减毒或纠偏作用,如湿热重者可食用赤小豆粥等,以协助药物加强清热利湿、健脾除痹功效。饮食调养方面,提醒患者忌食辛辣刺激食物及羊肉,慎用烟酒等。适当锻炼也十分必要,以平缓柔和为原则,活动期可适当休息,病情稳定时太极拳、慢走、骑车、游泳等都是有效锻炼方式。狼疮性脂膜炎引起皮面凹陷或坏死、溃疡,愈合后留有萎缩性疤痕,会给部分患者带来精神压力和消极情绪,并因担心医疗费用、药物疗效及其副作用而影响治疗效果,加重其临床症状。因此,临证也应注重心理调护及健康指导,将调理患者情志作为一种治疗手段,与中医药治疗二者相结合,从身心调整患者整体状态,调动脏腑功能的恢复,使气血通畅,结节乃除。

4 典型病例

患者,女,30岁,2018年3月26日初诊。主诉:面部红斑、结节15年,加重伴双上臂、腹背部结节1年。患者于2003年无明显诱因出现面部红色斑块、皮下结节,无痒痛不适,伴脱发,行肌肉活检、病理检查结果提示:小叶性脂膜炎,狼疮性脂膜炎不排除,具体诊疗不详。服药半年后面部

红斑消失，结节未见明显改善，未继续治疗，后逐渐出现面部皮下结节硬化、萎缩。2017 年患者双上臂、腹背部多发皮下结节，再次行肌肉活检、病理检查结果提示：表皮未见明显异常，真皮血管周围淋巴浸润，皮下脂肪小叶内淋巴组织细胞及少量浆细胞，小叶性脂膜炎。实验室检查：血常规、肝肾功能、大小便常规、C 反应蛋白（CRP）、血沉（ESR）、类风湿因子（RF）、补体均未见异常，ANA 抗体谱提示：抗 ANA 抗体（IgG 型）阳性颗粒型 1：180，抗 Sm 抗体、抗 dsDNA、Scl-70 抗体等均为阴性。胸部 X 线片示：左上肺钙化点。心电图未见明显异常。诊断：狼疮性脂膜炎。服用硫酸羟氯喹片每次 0.2 g，每日 2 次口服；脉管复康片每次 3 片，每日 3 次口服。治疗半年，疗效不明显。刻下症见：面部、双上臂、腹背部多处皮下结节硬化萎缩，无面部红斑，无发热，无关节疼痛，时有腹泻，余无明显不适。月经周期规律，量少、色暗红，舌尖红、舌体胖大、边有齿痕、苔白稍腻，脉滑数。西医诊断：狼疮性脂膜炎；中医诊断：结节病。中医辨证为脾虚气滞、痰湿积聚，治以益气健脾、化痰散结。处方：黄芪 30 g，茯苓 30 g，山药 30 g，麸炒白术 12 g，法半夏 10 g，橘皮 9 g，胆南星 12 g，升麻 6 g，炒白芍 20 g，熟地黄 12 g，生地黄 12 g，白花蛇舌草 15 g，石斛 30 g，木瓜 12 g，伸筋草 15 g，甘草 6 g。28 剂，每日 1 剂，水煎分早晚两次温服。嘱患者饮食宜清淡，少食温燥腥辣之品，忌食冬虫夏草、人参等增强免疫之品，以免加重病情。

2018 年 5 月 7 日二诊：皮下结节未见新发，原有结节硬化萎缩基本同前，晨起时下肢肌肉隐痛，月经量少，色偏黑，舌红、舌体胖大、苔黄腻，脉滑数。处方：黄芪 30 g，茯苓 30 g，山药 30 g，炒苦杏仁 9 g，炒薏苡仁 30 g，当归 15 g，川芎 15 g，丹参 15 g，鸡血藤 30 g，胆南星 15 g，皂角刺 15 g，炒白芥子 9 g，橘皮 9 g，竹茹 10 g，僵蚕 12 g，甘草 6 g。28 剂，水煎服，每日 1 剂。瘀血痹胶囊每次 2 g，每日 3 次口服；四妙丸每次 6 g，每日 3 次口服。

2018 年 7 月 16 日三诊：皮下结节未见新发，原有结节变软，数量减少，面积明显缩小，下肢肌肉无疼痛，月经量少，色暗红，舌淡红、舌体胖大、苔白厚腻，脉沉滑。辅助检查：血尿常规、肝

肾功能未见异常。处方：黄芪 30 g，茯苓 30 g，山药 20 g，麸炒白术 15 g，炒苦杏仁 9 g，炒薏苡仁 30 g，胆南星 15 g，皂角刺 15 g，法半夏 10 g，丹参 15 g，鸡血藤 30 g，熟地黄 15 g，通草 15 g，山萸肉 15 g，橘皮 6 g，鸡内金 9 g。28 剂，水煎服，每日 1 剂。

2018 年 10 月 22 日四诊：原有结节变软，腹背部结节数量明显减少，面积明显缩小。效不更方，守方加减。28 剂，水煎服，每日 1 剂。

2019 年 1 月 7 日五诊：腹背结节全部消退，面部及双上臂留萎缩性瘢痕。辅助检查：血尿常规、CRP、ESR 未见明显异常；ANA 抗体谱提示：抗 ANA 抗体（IgG 型）阳性颗粒型 1：100、抗 RNP/Sm 弱阳性、抗 Ro-52 弱阳性。效不更方，守方加减。28 剂，水煎服，每日 1 剂。随访至 2019 年 6 月，病情平稳，未有复发加重。

按语：本例患者为中青年女性，病程长达 15 年。患者就诊时以面部、双上臂、腹背部皮下结节为主要特点，结合病理检查，西医明确诊断为狼疮性脂膜炎。初诊时患者舌尖红、舌体胖大、边有齿痕、苔白稍腻，脉滑数，辨证为脾虚气滞，痰湿积聚。缘于患者脾虚气弱，脾失健运，致使痰湿内停，流窜脉络，结于肌肤，发为结节。方用黄芪、茯苓、山药、炒白术健脾益气；法半夏、橘皮、胆南星化痰散结；湿蕴化热，甘草生用，泻火解毒，配以生地黄、白花蛇舌草、石斛清热凉血解毒；久病必有瘀，久病入络，以木瓜、伸筋草祛风除湿、舒筋活络；时有腹泻、月经量少，故以炒白芍、熟地黄柔肝和脾、滋阴补血，少佐升麻引脾胃清阳之气上升，使全方降中有升。二诊时，患者症状改善不明显，月经量少，色偏黑，结合舌脉象分析，瘀热加重，故加以炒杏仁、炒薏苡仁、皂角刺、炒白芥子、竹茹、僵蚕加强化痰散结之功，当归、川芎、丹参、鸡血藤加强活血化瘀之功，并配以中成药瘀血痹胶囊、四妙丸口服加强活血化瘀、清热利湿。三诊时患者症状较前明显改善，热象已退，方中加鸡内金顾护脾胃，停服瘀血痹胶囊、四妙丸。四诊时原有结节变软，腹背部结节数量明显减少，面积明显缩小，效不更方，守方加减。五诊时患者基本治愈，面部、双上臂留萎缩性瘢痕。

（下转第 1285 页）

内经》云 “风气通于肝”；李杲《脾胃论》言：“禀少阳春生之气”。木者，肝也，“肝主敷和”，肝木禀春生之气，其化生荣，阳舒阴布。“风药”的运用可以顺应肝木曲直升发之特性，促进肝木条达升发。因此，风药的升发作用可以很好地启发肝胆的春升作用，而这正是肝胆功能的根本所在。

若肝木升发不畅，则风滞而表现出各种郁证，如情志抑郁、胸胁苦满、少腹胀满、善太息、默默不欲饮食，从《伤寒论》六经的角度来看，是“少阳病”；从脏腑辨证的角度来看，是肝郁证。治疗方法便是疏肝，经典方剂是小柴胡汤。柴胡用量是八两，主要针对的是肝木气机郁滞的病理状态。与李杲柴胡用量小，起到“启阴交阳”的作用是两种状态。因此，柴胡量小，可以起到“风药”的作用；柴胡量大，和解少阳，属于和肝；若肝气郁滞程度更重，用到青皮、川楝子等则是发挥泄肝气作用。

综上，令气机“敷和舒启”，禀“春生之气”的“风药”才是疏肝的正药，张元素言“风升生”，是对“肝主疏泄”的真正理解。

参考文献

- [1] 王月娇,赵波,马健. 李东垣风药运用探析[J]. 中国中医基础医学杂志 2015 21(11):1352-1353,1360.
- [2] 郑洪新,李敬林,张元素对中药分类、药性、归经报使理论的创新[J]. 中国中医基础医学杂志 2013 19(12):1377-1378.
- [3] 孙飞,周海虹. 风药调肝探讨[J]. 中医杂志 2014 55(5):446-449.
- [4] 张桐,李今垣,王园园. 新议柴胡升降[J]. 环球中医药, 2014 7(8):610-612.
- [5] 甯金蓉,吴婷婷,杨逸,等. 基于数据挖掘的李东垣组方配伍规律的研究[J]. 无线互联科技 2017 10(1):103-104,134.
- [6] 王乐鹏,龙晓华,单体亮,等. 肝主疏泄与人体昼夜调控机制[J]. 中医杂志 2015 56(7):547-550.
- [7] 于宁,张银柱,车轶文,等. “肝主疏泄”概念的演进[J]. 中国中医基础医学杂志 2014 20(1):9-10,22.
- [8] 赵迪,任杰,安海燕. 肝主疏泄的源流追溯及现代研究[J]. 中国中医基础医学杂志 2017 23(2):289-291.
- [9] 黄博韬,朱邦贤. 肝木曲直论[J]. 上海中医药杂志, 2018 52(1):36-39.

(收稿日期:2019-12-16;修回日期:2020-01-25)

[编辑:黄健]

(上接第1279页)

5 讨论

狼疮性脂膜炎西医治疗无法控制病情反复,且存在着多种副作用,其中消化道反应临床常见。中医学认为,脾胃为后天之本,气血生化之源,肾之精气、肝之阴血均有赖于水谷精微的不断腐熟生化和输布,同时药物的吸收也有赖于脾胃的运化^[9]。根据路老的临证指导思想,脾胃作为气血、津液的枢纽,脾升胃降纳化如常则气和血畅、邪热不起^[10],所以在治疗过程中,立足中焦为根本,调补脾胃、调畅气机非常重要。在临床中我们以益气健脾、化痰散结为原则治疗本病,能有效地改善病情、控制症状。由此可见,从脾论治狼疮性脂膜炎的辨证思路值得进一步探讨与挖掘。

参考文献

- [1] PARK HS,CHOI JW,KIM BK,et al. Lupus erythematosus panniculitis: clinicopathological, immunophenotypic, and molecular studies[J]. Am J Dermatopathol 2010 32(1):24-30.
- [2] TSUZAKA S,ISHIGURO N,AKASHI R,et al. A case of lupus erythematosus profundus with multiple arc-shaped

erythematous plaques on the scalp and a review of the literature[J]. Lupus 2012 21(6):662-665.

- [3] 罗宇田,艾儒棣,宋根信. 中医外科学临床精要[M]. 成都:四川科学技术出版社 2007:90.
- [4] 李艳,付新利. 张鸣鹤教授治疗结节性脂膜炎验案 2 则[J]. 风湿病与关节炎 2017 6(1):44-45.
- [5] 杨丽娟,孙仲伟,陈仲汉,等. 冯兴华治疗结节性脂膜炎发热验案 1 则[J]. 北京中医药 2016 35(11):1085-1086.
- [6] 张颖,房定亚. 凉血活血、解毒散结治疗狼疮性脂膜炎治验 2 例[J]. 世界中医药 2010 5(6):415-416.
- [7] 姜泉,周新尧. 从湿热瘀论治类风湿关节炎[J]. 世界中西医结合杂志 2010 5(4):279-280,287.
- [8] 雷余明. 浅谈风湿病的饮食干预[J]. 中国社区医师, 2008 24(358):53.
- [9] 赖斯宏,阎小萍教授治疗风湿病运用脾肾双调法之药对经验[J]. 中国中医急症 2011 20(3):400-444.
- [10] 张维骏,路洁,刘喜明,等. 路志正教授调升降学术思想之治湿调升降法初解[J]. 世界中西医结合杂志, 2012 7(11):931-933.

(收稿日期:2019-11-09;修回日期:2019-12-15)

[编辑:黄健]