

## 从伏邪学说探讨硬皮病的治疗思路

秦松林 李绍林 张晓娜 张艳青 魏敏惠

**【摘要】** 本文从伏邪学说角度出发,探讨中医药治疗硬皮病的发病机制及治疗原则,笔者认为痰、瘀和毒是本病的内生伏邪,肺络是伏邪流窜的主要通路,阳虚寒凝是内生伏邪的主要机制,其与肺、脾及肾脏失调密切相关。治疗上以“化伏”为原则,通补肺络为先,佐以温肾健脾,贯以活血化痰解毒,还需结合脏腑辨证与临床分期。

**【关键词】** 伏邪学说; 硬皮病; 治疗思路

**【中图分类号】** R259 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.07.016

硬皮病是一种原因不明的自身免疫性疾病,以皮肤和内脏器官广泛纤维化为主要特征,可分为局限性硬皮病和系统性硬皮病,局限性硬皮病主要表现为皮肤肿胀、硬化,继而萎缩;而系统性硬皮病可累及心、肺、肝、肾等多种脏器,预后不佳<sup>[1]</sup>。近年来,有研究发现其发病与遗传基因、反复感染、精神情志、妊娠流产及环境因素等方面密切相关<sup>[2]</sup>。中医范畴,称本病为皮痹,皮痹主要的特点是病情迁延反复,病情难以控制,常累及多个脏器,这些都与中医的伏邪学说有一定的契合,本文以内生伏邪学说切入,探析中医从伏邪论治硬皮病。

### 1 伏邪学说

伏邪是指感邪后未立即发病,蛰藏体内,逾时即发的邪气。伏邪学说源于《黄帝内经》,“藏于血脉之中,分肉之间”。后世认为这是提出“伏邪致痹”的起源。张仲景首次在《伤寒论·平脉法》中提出“伏气”一词,“伏气之病,以意候之,今月之内欲有伏气。假令旧有伏气,当须脉之”。《王氏医存》中言“伏匿诸病,六淫、诸郁、饮食、瘀血、结痰、积气、蓄水、诸虫结有之”。风、寒、湿三气合至,郁而未发,久恋未去,蕴久成痰、瘀、毒,成为伏邪,当人体正气亏虚,外邪引动,伏邪即发;其次伏邪除感受外邪之引,又或因七情内伤、饮食失调等因素触动,导致伏邪加重,再次发病或引发他病。从物质相关性分析,结合现代理论,硬皮病本身是一种免疫功能紊乱导致自身抗体、细胞因子的沉积,最终导致血

管组织纤维化的产生<sup>[3]</sup>。这一点与“伏邪”之说有异曲同工之妙。

#### 1.1 痰、瘀和毒为皮痹主要伏邪

外感寒湿之邪留于肌表,或阳虚寒凝,或脾失健运,久可聚湿成痰,继而成痰湿、痰饮,蕴留肌表及关节,伏而后发。发病后可表现为早期肌肤、关节肿胀,皮紧而硬。叶天士在《临证指南医案》中指出“久病入络,气血不行”。笔者认为“痰瘀络阻”是导致皮痹的主要病机之一。患者素体亏虚,外邪侵袭,伏而后发,后气血凝滞,瘀结肌肤,久病阻络,进一步加重了气血运行不畅,肌肉日渐萎缩,皮毛不荣,皮色黧黑,久则坚如皮革,不易捏起;甚至晚期累及脏腑,脏腑络脉受损,导致脏腑阴阳失调,最终导致脏腑的功能受损。痰、瘀不仅是病理因素,也是病理产物,也是主要的伏邪,贯穿疾病的整个过程之中<sup>[4]</sup>。痰湿、瘀血日久可化为“伏毒”,此外六淫、疫疠之气侵袭人体也可产生毒邪,毒邪久蕴于肌表,关节及脏腑,导致关节强直畸形,引起气血、阴阳的偏虚而夹杂不同属性的毒邪出现一系列的“脏腑伏毒证”,表现为肺气虚则咳喘气逆、心气虚则胸闷心悸、肾气虚则月经不调、遗精、遗尿等症状。另外,结合现代分子理论,血管内皮细胞的损伤是本病重要机制之一,患者本身产生多种自身抗体导致免疫蛋白复合物的沉积,导致血管炎症以及组织纤维化<sup>[5]</sup>。由此可见,本病的主要伏邪有痰、瘀、毒(伏毒),是本病的病理基础,伏邪不化,病情反复难愈,甚或加重。

#### 1.2 阳虚寒凝是皮痹内生伏邪主要机制

中医学将硬皮病归于痹证范畴,“皮痹”一词,早在内经中提到“风湿三气杂至,合而为痹也……以秋遇此者为皮痹”。《内经·素问》<sup>[6]</sup>对皮痹的临床表现也作了介绍,如“病久入深,营卫之行涩,经络时疏,故不通,皮肤不营,故为不仁”;《诸病源候论》<sup>[7]</sup>中“风湿痹之状,或皮肤顽后”也对其表现进一步阐述。故皮痹临床主要以指端肌肤硬化、肿胀,进而硬化、无皱纹、无汗出,失去正常皮肤功能而麻木痹痛,甚至活动障碍;指端遇冷发白,甚至发紫;关节疼痛、僵硬时怕冷明显为主要特征。笔者认为本病是由于素体阳虚,复

作者单位: 712046 咸阳,陕西中医药大学基础医学院[秦松林(硕士研究生)、李绍林、张晓娜(硕士研究生)、张艳青(硕士研究生)、魏敏惠]

作者简介: 秦松林(1989-),2015级在读硕士研究生。研究方向:中西医结合治疗急性胰腺炎。E-mail:woshishu.xu@qq.com

通信作者: 魏敏惠(1961-),女,本科,副教授,硕士生导师。研究方向:中药作用的分子生物学机制研究。E-mail:3553159355@qq.com

感外邪,伏邪引动而发,正所谓“在于皮则寒”,则主要为寒邪。本虚标实是本病的特点,其中先天脾肾阳虚为本,标实是感受寒邪,伏邪触动,脉络受阻;阳虚则皮肤无以温煦而肤冷、发白、变紫、无汗;寒邪阻络,早期会导致气血运行不畅,表现为皮肤麻木不仁、关节酸疼;而伏邪痰湿、瘀血、伏毒加重会进一步导致脉络痹阻,则表现为皮肤肿胀、变硬甚至萎缩;关节疼痛、僵硬、甚至畸形、功能障碍等。因此,阳虚寒凝是本病的主要病机,也是伏邪引动、发展的病机。

### 1.3 伏邪存于肺络,流于脾肾

早在《素问·痿论》曾提到“肺主一身之皮毛”“肺朝百脉,输精于皮毛”肺和皮毛在生理和病理上是相互呼应,肺气通过宣发的作用,将精气布散皮毛,皮毛得以温养;皮毛即汗孔,是人体抵御外邪的第一道屏障,皮毛得常,外邪不得侵。《素问·痿论》中提到“皮痹不已,复感于邪,内舍于肺”。故笔者认为皮痹最先受侵的则为肺脏,肺为娇脏,且居为上,易受外邪侵袭,宣降失司,伏邪易生,导致肌肤失去濡润,出现指端硬化如革,干燥;肺气虚弱或郁闭之后,肺气得不到宣发,精气与卫气不能输布到皮毛,则皮毛憔悴、干枯;《素问·经别论》言“肺朝百脉”,辅心行血,若伏邪留于肺络,则肺气不利,血脉运行不畅,导致肌肤肿胀、黧黑。肾、脾两脏为先、后天之本,伏邪灌注于脾、肾两脏,导致其瘀毒内生,两脏亏虚;肾虚即先天禀赋不足,肾阴虚则肌肤无以滋润,肾阳虚则皮肤、肌肉得不到温煦,表现皮毛干枯、毛发脱落或见肢冷寒;脾虚则气血生化无源,肌肉得不到濡养,脾主肌肉,则肌肉瘦削,痿弱无力。故肺气宣降如常,肺络通畅,则伏邪无可留,皮痹发展至后期,多脏器的损伤是本病的治疗难点,也是预后不良因素之一,所以笔者在皮痹的治疗上特别强调伏邪流注各脏腑的重要性。

## 2 皮痹“化伏”论治

根据皮痹的病因病机、致病特点、病理因素以及中医传统的治疗观念,结合伏邪学说,以“化伏”为基本原则,拟通补肺络为先,佐以温肾健脾,贯以活血化瘀解毒,同时须注重临床分期与辨脏腑的治疗方法。

### 2.1 通补肺络为先

如前而言,皮痹首伤于肺,伏邪存于肺络,故治疗当以通补肺络为先。陈剑梅等<sup>[8]</sup>曾根据肺合皮毛理论,提出从肺论治硬皮病,认为硬皮病可分为寒凝气虚证、脾肾阳虚证、瘀血阻络证三种证型,重点强调肺脏的重要性。肺络受损,初则肺卫受损,久则肺气郁闭或肺气上逆,故提出所谓“通化伏邪”,应包含三个含义:第一,通肺络,络者络脉也,主运行气血,深入肺脏,联络脏腑;肺络不通,初则营卫不和,治以调和营卫;久则成痹入肺脏,治当活血化瘀通痹;第二,通调水道,肺络痹阻则痰湿壅盛,久则蕴于肌表、关节等处;第三,通降肺气,化伏邪,肺气痹阻则咳嗽气逆,胸闷喘息;所谓“补”,扶正以托邪而出,首以补气为主,病久入血,则补气活血,同时注重调和阴阳。治当以通补肺络为先,需深刻领悟通、补含义;药用麻黄、桂枝、赤芍、川芎、当归等调和营卫、活

血化瘀;若兼见湿邪、痰饮蕴肺,药用苍术、薏苡仁、半夏、南星、茯苓、泽泻、滑石等祛湿化饮;若兼见肺气上逆,药用苏子、杏仁、前胡降逆肺气;若存在气虚不固表现者,药用黄芪、白术、太子参等补肺气;血虚者,药用当归、鸡血藤等补血。注重多药配伍,谨守病机,使外邪、内湿得以宣散,肺络畅通,气血营卫相合,则皮痹可止。

### 2.2 佐以温肾健脾,兼以清热滋阴

皮痹伏邪基本病机是由于阳虚寒凝,化伏需以肾阳虚为本,治当以温阳散寒。治疗上药用制附片、鹿角片、细辛、肉豆蔻、淫羊藿、肉桂温补肾阳。皮痹虽以阳虚为本,病位主要在脾、肾两脏,但治疗上不宜过多使用大辛大热之品温阳散寒,注重顾护阴液,避免引动伏邪,热象较著时,兼以清虚热或湿热。本病多伴阴血之不足,甚至导致阴虚;或伴湿邪不化,郁久化热,导致湿热内蕴。若过度使用大辛大热之品,引动伏邪,则会加重病情的发展。治疗的同时加用麦冬、生地、黄、石斛、南沙参等顾护阴液;若虚热象明显,加用玉竹、青蒿、鳖甲等清虚热;若湿热象明显,加用黄柏、制大黄、黄连、黄芩等清利湿热。

脾为后天之本,脾气虚或脾阳虚则脾失健运,气血不畅、易生水湿,导致皮毛失养;脾属土,肺属金,肺为脾之子,脾病至肺,肺气虚则加重皮毛失养,后期形成肺痹,故提出“以脾治皮”之法,通过温补脾阳,补益脾气,培土生金,不仅生化运行气血,同时补益肺气,甚可润泽皮毛,可谓一举多得;临床上药用干姜、高良姜、吴茱萸等温补脾阳;山药、炒薏苡仁、白术等补益脾气。诸药相合,肾得温阳而散寒邪,脾得健运而化湿邪,阴血充足而虚热不得发,湿热得利而伏邪不可复。

### 2.3 贯以化痰活血解毒

痰、瘀是本病早中期的重要病理因素,疾病后期,产生另一致病因素即毒,同时也是本病的伏邪。因此,在治疗本病的过程中,注重这三类伏邪,因其与疾病的发展、预后转归均有一定的关联。因此化痰活血解毒是“化伏”治法的重要手段,其在疾病的早期,主要以祛湿邪为主,用药以苍术、薏苡仁、滑石等;疾病后期,酿湿为痰,此时注重利气化痰,加半夏、南星、白芥子等药化痰,适当配伍木香、陈皮等行气药助化痰湿;血瘀是本病的一重要病机,正所谓“瘀不祛则气血不通”,且现代研究证明活血化瘀中药对硬皮病患者皮肤成纤维细胞胶原具有一定的影响<sup>[9]</sup>,所以活血化瘀应贯穿该病治疗的始终,但本病在临证之时,根据病情轻重、病程长短,而选择用药有所侧重,血瘀之象不显者,可适当选择加入青皮、陈皮、木香、青木香等行气药助气血运行,若血瘀征象明显者,可加丹参、红花、桃仁、赤芍等活血;若病久瘀象明显者,可选择加虫类活血药,加大活血化瘀力度,如三棱、莪术、穿山甲、僵蚕等,此类药物药性峻猛,擅祛瘀软坚散结;故解毒是风湿性疾病后期一种重要的治疗方法,主要是由于疾病后期多种病理因素蕴结成毒或前中期长期使用激素及免疫抑制剂,对皮痹而言,适当加入金银花、土茯苓、牡丹皮、白花蛇舌草、雷公藤等药物以解毒抗炎、调节免疫,有利于该病的治疗。

## 2.4 皮痹“化伏”需注重临床分期和辨脏腑的结合

辨证论治一直是中医药诊疗的特色,是中医认识疾病与治疗疾病的基本原则,辨脏腑是中医辨证体系中重要组成部分,主要是辨脏腑的阴阳、气血、虚实和寒热。硬皮病在早期主要累及局部皮肤,中期累及范围明显扩大累及关节、肌肉,在晚期伏邪可累及肺、心、肾、胃等多个脏器,随着病情的进展,各脏腑成为中西医治疗的重点。故该病的治疗应根据其临床分期、累及脏腑的不同分五脏六腑分治,并根据伏邪入侵后阴阳、气血、虚实、寒热的不同,结合辨证论治原则,确立具体的治法。硬皮病一旦病传入脏腑,其预后不佳,故对于该病的证治目前尚无定论,但应早诊断、早治疗,是延长患者存活期,该病病情趋于稳定和临床缓解的关键。

## 3 验案举隅

患者,女,32岁,公司职员,2012年12月8日因“双手雷诺现象2年,指端皮肤肿胀变硬1年”就诊。2年前双手开始出现遇冷发白、变紫,无明显关节疼痛。1年前开始出现双手指端皮肤肿胀、变硬,面部紧绷感。曾就诊查总抗中性粒细胞浆抗体:1:1000;类风湿因子、红细胞沉降率C-反应蛋白升高,抗RNP/sm、抗着丝点抗体(+).刻下症:双手指端雷诺现象明显,指端皮肤肿胀变硬,面部紧绷感明显,关节无明显肿胀疼痛,怕风怕冷明显,汗出正常,偶有干咳,大小便可,夜寐安,月经正常。查体:双手指端皮肤肿胀、变硬,无皮损,双手皮肤颜色较他处变暗,全身多关节无明显压痛,双手指端雷诺激发试验(+),皱眉、鼻唇沟存在。舌质红,苔薄白,有瘀点,脉弦细。西医诊断:局限性硬皮病。中医诊断:皮痹(脾肾阳虚,痰瘀痹阻)。方药如下:麻黄10g、桂枝10g、赤芍10g、白芍20g、红花6g、熟地黄15g、金银花10g、细辛3g、丹参10g、生地黄20g、白术10g、胆南星10g、土茯苓20g、炙甘草6g,28剂,水煎250mL,早晚饭后服用。二诊:服上方28剂,双手雷诺现象较前无明显改善,指端皮肤肿胀较前稍好转,硬化改善不显,面部紧绷感稍缓解,大便稍稀,每日2~3次,舌质淡红,有瘀点,苔薄白,脉弦细,月经正常。调方如下:原方去生地黄、细辛,改白芍为炒白芍20g,金银花减为6g,加生薏苡仁20g、当归10g、淫羊藿10g、雷公藤<sup>先煎</sup>10g。上方28剂,水煎250mL,早晚饭后服用。三诊:继服上方28剂后,双手雷诺现象较前好转,指端皮肤肿胀硬化较前好转,面部紧绷感亦好转。三年后随诊该患者,病情控制可,未有特殊不适,自觉症状改善明显,至今病情平稳。

按语 本病属中医“皮痹”范畴,从伏邪切入,笔者认为本病由于风、寒、湿三气杂至,久伏体内,久酿成痰、瘀、

毒三种病理产物,这三种病理产物是本病发生发展的重要因素,故将其列为主要伏邪,将化痰活血解毒贯穿本病始终;皮痹首伤于肺,伏邪存于肺络,故治疗当以通补肺络为先,阳虚寒凝为主要病机,故应辅温肾助阳。故上方君用麻黄、桂枝、淫羊藿温阳散寒,熟地黄补肾益精,赤芍、红花、丹参、当归活血化瘀通脉,金银花、土茯苓、生薏苡仁清热解毒,白芍、生地黄、雷公藤凉血解毒、调节免疫,白术、炙甘草健脾补气,胆南星化痰通络,诸药合用助阳而鼓邪外出,调和气血以通脉。

## 4 结语

硬皮病患者病情复杂,迁延不愈,病情反复,日久损伤内脏。皮痹主要是因为先天禀赋不足;或饮食情志、劳倦内伤损伤脾胃,以致伏邪,伏而成痹。本文主要从伏邪学说出发,认为痰、瘀和毒是本病的内生伏邪,肺络是伏邪流窜的主要通路,阳虚寒凝是内生伏邪的主要机制,其与肺、脾及肾脏腑失调密切相关。治疗上以“化伏”为主要原则,以通补肺络为先,佐以温肾健脾,贯以活血化瘀解毒这三种治法,注重其临床分期与辨脏腑的结合,同时强调早诊断,早治疗,防止传变,这对于临床疗效的提高具有较大的意义。

## 参 考 文 献

- [1] 李扬,邓丹琪. 系统性硬皮病的研究进展[J]. 中国皮肤性病学杂志,2011,25(5):393-396.
- [2] 陈卫,杨蓉娅. 硬皮病的治疗现状与展望[J]. 实用皮肤病学杂志,2015,8(5):367-370.
- [3] 高地,朱鹭冰,李明. 细胞因子TGFβ1,CTGF和IFN-γ对系统性硬皮病克隆成纤维细胞胶原代谢的影响[J]. 中国皮肤性病学杂志,2012,26(1):10-11,35.
- [4] 陈曦,张润田,段行武. 中医治疗硬皮病研究进展[J]. 中国麻风皮肤病杂志,2013,29(5):331-333.
- [5] 曹玉璋,董彬. 中医药治疗硬皮病的思路与方法探讨[J]. 北京中医药大学学报,2010,17(5):32-34.
- [6] 黄帝内经素问[M]. 北京:中医古籍出版社,1997:3-80.
- [7] 巢元方. 诸病源候论[M]. 北京:人民军医出版社,2006:197.
- [8] 陈剑梅,郭峰,钱先. 从肺论治硬皮病探讨[J]. 南京中医药大学学报,2013,29(6):507-509.
- [9] 朱鹭冰,李明. 活血化瘀中药对系统性硬皮病患者皮肤成纤维细胞胶原合成的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期杂志,2004,3(4):205-207.

(收稿日期:2016-12-18)

(本文编辑:王馨瑶)