



皮膚炎和多發性肌炎

曾瑋恩¹、李政育²、鄭淑鎂³

¹仰德中醫診所

²育生中醫診所

³培真中醫診所

摘要

皮膚炎和多發性肌炎，發病與自體免疫異常有關。病理主要的特徵是骨骼肌變性壞死和淋巴細胞浸潤。臨床主要的表現是對稱性四肢近端肌肉無力，血清肌肉酵素增高，肌電圖異常，及典型的皮膚症狀為特點。臨床上經常合併癌症出現。

皮膚炎和多發性肌炎的中醫隸屬，若四肢無力、肌肉萎縮為主要症狀屬痿症。以肌肉疼痛為主要症狀屬痺症。若肌痛和肢體痿軟同時存在則為痿痺。急性發作期，以「表風熱」兼「表裡三焦實熱」醫治。緩解期，以體質證候為主，加清熱養陰、疏肝、少量補氣養血。萎縮退化期，如進行性發展到皮膚炎末期的真寒假熱，或大熱轉寒，於前述方劑中加入少量的乾薑、附子、玉桂，補氣、補血、養陰等來修復肌細胞，並誘導肌細胞及肌纖維的再生。開立處方以實驗診斷的血檢為依據，已服用西藥免疫抑制劑者，不能立即停藥，西藥的驟停會造成反彈或功能突然消失產生各種「危象」。自體免疫系統透過血管內膜攻擊人體各器官、腦、組織的血管或細胞，所以在治療過程中，中醫的血的系統用藥應適度加入，及必須全人體器官全面觀照。免疫疾病急性期與重感冒很像，慢性化皆會日晡發熱、或盜汗、寒熱往來，應與結核病、肝膽疾病、腫瘤、腎炎、心肌炎、骨髓炎…鑑別診斷清楚。

關鍵詞：皮膚炎、多發性肌炎、自體免疫、血管炎、肌肉無力

第一部分 西醫概述

前言

皮膚炎 (Dermatomyositis, DM)，屬自體免疫性結締組織疾病之一，是一種主要侵犯肌肉，以淋巴細胞浸潤為主的非化膿性炎症病變，伴有皮膚損害，也可併發各種內臟損害。多發性肌炎 (Polymyositis, PM) 係指本組疾患而無皮膚損害者。



其確切病因尚不清楚，可能是病毒感染，機體免疫異常對自我的異常識別以及血管病變，三者亦可能有相互關聯，例如橫紋肌纖維的病毒感染可導致肌纖維抗原性的改變，被免疫系統誤認為「異己」，從而產生血管炎而發生本病。

臨床表現

可發生於任何年齡，女性占多數。部分病例發作有前驅症狀，如不規則發熱、雷諾氏現象、關節痛、頭痛、倦怠乏力等。發病多數呈緩慢起病或亞急性，少數呈急性發病。肌肉和皮膚是皮肌炎的主要症狀，皮損往往先於肌肉數周至數年發病，少數先有肌病，隨後出現皮損，部分患者肌肉和皮膚同時發病。另外有少數病人只有皮膚表徵，而無肌肉侵犯現象，其治療之預後較佳。

一、肌肉症狀

侵犯橫紋肌為主要表現，對稱性四肢近端（上臂大腿）肌肉無力為主要特點。通常患者感到肌肉乏力，隨後有肌肉疼痛、壓痛和運動痛，進而肌力下降呈現各種運動功能障礙。一般多數有肌肉無力，下蹲起立、上樓梯困難，雙手抬舉困難。由於肌力持續衰減，可呈特殊姿態，如頭部下垂、兩肩前傾等，重者全身不能動彈翻身；當侵犯咽、食道上部和顎部肌肉，可出現聲音沙啞和吞嚥困難；當侵犯膈肌和肋間肌，可出現氣急和呼吸困難；心肌受累，可產生心臟衰竭。

二、皮膚症狀

1. 向陽性皮炎

典型皮膚症狀是於鼻樑上端、眼眶周圍，特別是上眼皮、臉部及身上出現淡紫紅色的皮疹，稱之向陽性皮炎，有時合併眼皮浮腫及對光敏感現象，是皮肌炎相當獨特表徵。

2. Gottron 丘疹

這是一種紅或紫紅色的皮膚丘疹，通常出現在手指關節背面或手肘、膝部之伸展側或踝部之內側面皮膚。

3. 在指甲周圍會有紅斑及微血管擴張或出血現象

4. 皮膚異色症

當紅斑逐漸消退後，會在陽光曝曬的部位出現微血管擴張，皮膚萎縮及深色或脫色等不同顏色變化。

5. Shawl sign 肩巾表徵

有些病人在頸、前胸、後頸及背部出現皮屑脫落狀紅斑，如同圍巾包裹之部位。



三、其他症狀與體徵

發熱可為本病的初發症狀。在急性病例中，約 40% 病例有發熱，熱度可能較高。亦可在病程發展中，呈現不規則低熱；同時伴有關節痛，肘膝肩和指關節發生畸形和運動受阻，多數繼發於鄰近肌肉病變的纖維攣縮所致。淺表淋巴結一般無明顯腫大，少數頸部淋巴結可成串腫大；侵犯心臟病例中，有心功能異常，心動過速或過緩，心臟擴大，心肌損害，房顫和心臟衰竭；亦有胸膜炎、間質性肺炎，約 1/3 病例肝輕度至中度腫大。部分可與 SLE 和硬皮病重疊發生，可伴隨惡性腫瘤。小兒發病前常有上呼吸道感染史，在皮膚、肌肉、筋膜中有瀰漫或局部鈣化沉著較成人常見。

四、常見併發症

有惡性腫瘤、間質性肺炎、心肌炎、真菌腦膜炎、敗血症、消化性出血和腸胃穿孔^{〔1〕}。

診斷標準

- 一、四肢近端肌肉群對稱性肌肉無力。
- 二、血清中肌肉酵素，如：CPK、LDH、GOT 上升。
- 三、肌電圖異常。
- 四、肌肉切片有發炎性病變。
- 五、典型的皮膚症狀。

若符合前四項中的三項以上，加上典型的皮膚症狀，即可診斷為皮肌炎；而多發性肌炎需符合前四項中的三項以上，且無皮膚症狀。

鑒別診斷

一、系統性紅斑狼瘡（SLE）

SLE 診斷主要是根據美國風濕病醫學會 11 項分類標準，其中 4 項以上呈現 (+) 反應，SLE 的顴骨蝴蝶斑不會發生在鼻唇溝，而皮肌炎的紅斑會發生在臉上任何部位。皮肌炎皮膚的劇烈搔癢不會發生在 SLE 患者身上。SLE 病變中以腎主要侵犯部位。皮肌炎以肢體近端肌肉侵犯為主，聲音沙啞和吞嚥困難常見；此外，皮肌炎血清肌酶和尿酸有明顯增高，必要時須加做肌電圖和肌肉切片檢查^{〔2〕}。

二、系統性硬皮病（SS）

皮肌炎的後期可出現皮膚硬化、皮下組織中鈣質沉積、腫脹、皮膚萎縮等，所以二者難以鑒別。但在 SS 初期，即有雷諾氏現象、顏面和四肢末端腫脹、硬化



以後萎縮為其特徵。肌肉病變方面，皮肌炎初期病變即已顯著，為實質性肌炎，而在 SS 病程中肌肉病變通常在晚期出現，且為間質性肌炎。

三、風濕性多肌痛 (polymyalgia rheumatica)

通常發生在 40 歲以上，上肢近端發生瀰漫性疼痛較下肢為多，伴全身乏力，患者無法說出疼痛來自肌肉還是關節，無肌肉無力現象；血清 CPK 正常，肌電圖正常或輕度肌病性變化。

四、嗜酸性肌炎 (eosinophilic myositis)

其特徵為亞急性發作肌痛和近端肌群無力，血清肌肉酵素可增高，肌電圖顯示肌肉病變，肌肉切片活組織檢查提示肌炎伴嗜酸性白血球浸潤，有時呈局灶性變化，為嗜酸性白血球增多疾病中的一個亞型。

西醫治療

一、口服類固醇

是治療的最重要藥物，應每天每公斤體重口服 1-2 毫克類固醇 (prednisolone)，使用期間約一到三個月後，醫師再依治療反應調降使用劑量。

二、免疫抑制劑

類固醇治療效果不佳或無法減量之病人，可考慮使用如：methotrexate (MTX)、Azathioprine (Imuran) 等免疫抑制劑，如病人的反應仍然不佳，則可考慮第三線用藥，如：Cyclophosphamide (Endoxan)、MMF、IVIG，Rituximab 等，但其可能的副作用較大，須定期抽血檢查，以提早發現及減少副作用發生。

三、類固醇藥膏或抗瘡疾藥

皮膚病變可以局部使用類固醇藥膏或抗瘡疾藥 (Hydroxychloroquine) 治療。

第二部分 中醫治療理念及方法

中醫隸屬

屬「痺症」和「痿症」範疇。突出特點表現為「肌痺」和「皮痺」，早期邪實偏盛多為「痺症」，後期虛實夾雜也可表現為「痿症」。

病因病機

中醫學認為稟賦不足，氣血虧虛於內，風濕熱邪侵於內是發病之因。氣血凝滯，經絡閉阻乃發病之理。初起多為外感風濕熱毒，而見壯熱肌痺，皮膚紅斑；



後期多為氣陰已虛，而見肌膚萎縮，內臟受損〔3〕。

《內經》《素問·痺論》指出：「風寒濕三氣雜至，合而為痺。其風氣勝者為行痺；寒氣勝者為痛痺；濕勝者為著痺。」邪氣留戀於筋骨，則疼痛難已；病久日深，營衛之行澀，皮膚不營，則麻木不仁；病邪深入，內傳於五臟六腑，則導致臟腑之痺。如「凡痺之客五臟者，肺痺者，煩滿喘而嘔。…腎痺者，善脹，尻以代踵，脊以代頭」等等。此外《痺論》還以邪氣所傷部位不同，分論皮痺、肌痺、脈痺、筋痺、骨痺等。

隋代《諸病源候論》對痺證病狀病因病機又進一步進行了闡述：「風濕痺病之狀，或皮膚頑厚，或肌肉酸痛，…內血氣虛則受風濕，而成此病。久不瘥，入於經絡，搏於陽經，亦變令身體手足不隨。」

《內經》《素問·痿論》指出痿症的症狀主要是肢體筋脈弛緩，手足痿軟無力的一種病症，以下肢不能隨意行走者較為多見。主要是由於邪熱灼傷陰液，筋脈失於濡養；或因濕熱浸淫筋脈肌肉，而弛縱不用；或因體虛久病，肝腎虧虛，精血不足，不能濡養肌肉筋骨，或瘀阻脈絡等因而成。

中醫治療注意重點

- 一、急性發作期，皆須先以「表風熱」兼「表裡三焦實熱」來醫治，但偏於少陽經。
- 二、應依實驗診斷的血檢為依據，不能憑病患的描述自覺有否改善做為開處方依據。如能將中醫辨證論治與實驗診斷之血檢相結合，以判斷疾病之吉凶逆順、寒熱虛實，疾病發展轉趨的依據，才能避免誤診與誤醫。
- 三、對於已服用西藥免疫抑制劑的患者，千萬不要叫病患立即停藥。小心一旦西藥驟停的反彈或功能突然消失的各種「危象」出現，例如腎上腺危象、低電解質危象、高電解質風暴、乙醯膽鹼危象、甲狀腺機能偏低的甲低（或稱甲減）危象、毒性甲狀腺風暴…。
- 四、自體免疫系統會攻擊人體各器官、腦、組織的血管或細胞，所以在治療皮肌炎和多發性肌炎的過程中，必須全人體器官全面觀照到，否則極易疏忽而導致疾病惡化。例如侵犯心臟有心肌損害，房顫和心臟衰竭。侵犯肺臟，間質性肺炎。
- 五、自體免疫系統攻擊，幾乎皆透過血管內膜的攻擊而產生各種不同的免疫症狀，因此在中醫的「血」的系統用藥應注意加入，例如血熱、血熱妄行、寒瘀、氣虛不攝血、熱瘀、血不歸經、膚衄、鼻衄、牙衄、肛裂、痔血、經血淋漓、血崩、咯或咳血…。
- 六、免疫疾病急性期與重感冒很像，慢性化皆會日晡發熱、或盜汗、寒熱往來。應與結核病、肝膽疾病、腫瘤、腎炎、心肌炎、骨髓炎…鑑別診斷清楚，還



好在中醫用藥皆廣效的，只須以少陽熱爲本，依症狀加減藥物，大都皆可觀照各種不同臟器的病變。

中醫治療

皮膚炎和多發性肌炎皆屬陽明肌熱，肌衄陽癱，中西合療如下：

一、急性期：CRP、ANA、ANTI-DS-DNA、LDH、CPK、ESR 皆極端高起。

1. 有外感表症，表風熱，即有「肌熱」，「肌衄」而發萎或痿，屬陽明經熱，陽明主肌肉，胃熱發爲痿躄不能行。

葛根湯加石膏，或葛根湯加黃芩、黃連、黃柏，或葛根湯合併黃連解毒湯，或葛根湯加黃連解毒湯再加青蒿、知母、地骨皮等方劑。

2. 無表症，就是陽明經入裡，或是入裡後演變成三焦的實熱證，則可有四種用藥思考方向：

(1) 爲葛根芩連湯加黃柏、梔子、丹皮、青蒿、知母、地骨皮、石膏。

(2) 爲白虎湯加黃連解毒湯再加丹皮、梔子、青蒿、地骨皮，當然此型之輕症，只須用白虎湯，但石膏要由一兩，快速在三到五週內加到四兩或四兩以上，而知母一開至少一、二兩才有效。

(3) 用藥方法爲黃連解毒湯加青蒿、知母、地骨皮、生石膏、葛根或白芷。這種處方中的藥物劑量，黃芩、黃連、黃柏、青蒿、知母、地骨皮，每味最少皆要八錢到一兩以上，生石膏至少要在三、五週內，加重到四兩或四兩以上，才能有效抑制皮膚炎的急性發作或西醫在大劑量類固醇仍無法控制下來的進行性惡化的皮膚炎，將 CPK 或 LDH 快速在一、二個月內由以千計的降到標準內。

(4) 爲用地骨皮飲或芩連四物湯加乳香、沒藥、知母、梔子、黃芩、黃連、黃柏、青蒿、生石膏，但其中芍藥要用赤芍，地黃要用生地。

青蒿、知母、地骨皮、丹皮、赤芍等，以清血分之熱或少陽熱。因爲自體免疫疾病攻擊的範圍通常不會侷限於一個範圍，很容易有結締組織或血管的內膜上的問題，這些都歸於中醫的少陽範圍，故與方中先加入這些藥物，一方面可截斷疾病深入進程，掃蕩血熱的部分；另一方面也同時清理已將進入少陽部分的少陽熱。

二、緩解期：LDH 或 CPK 逐漸正常。

在 LDH、CPK 已正常後，治療以體質證候爲主，加清熱養陰、疏肝、少量補氣養血。如仍腰足無力，可加入懷牛膝、生杜仲或木瓜、萆薢之類藥物，不准使用乾薑、附子、玉桂，一旦使用量稍多，皮膚炎幾乎會立即快速急性發作，甚至大茴、鹿茸、溫胸臍、辣椒、川椒亦不適合服用〔4〕。



三、萎縮退化期

如進行性發展到皮膚炎末期的真寒假熱，或大熱轉寒，亦只能於前述方劑中加入少量的乾薑、附子、玉桂。補氣、補血、補陰、少量補陽等來修復肌細胞，並誘導肌細胞及肌纖維的再生。

在治療同時要非常小心避免使用大熱或熱性藥物，連食補等中藥凡含有補氣血、陽氣等等都應避免，以避免誘發自體免疫攻擊的急性發作，在治療期間上述的免疫指數及發炎指數的檢查是最重要的參考，要避免受到「虛假脈象」及病人的主觀感覺自述的誘惑，而過早改變治療方向，導致疾病的大發^[5,6]。

病案介紹（以下皆為李政育醫師病案）

< 案 1 > 皮膚炎重疊硬皮症、雷諾氏症

女性，58 歲，102 年確診硬皮症、皮膚炎

初診（105/10/18）

先由舌頭、頭皮發病，目前兩肘以下皮膚緊硬，手指可正常屈伸，冬天手指容易發癢紫，左頭皮、耳、口、鼻麻。

Prednisolone 由 8 顆減至目前 1 顆。

處方：

一、免疫過亢方+黃芩 5 錢、黃連 5 錢、黃柏 5 錢、丹皮 5 錢、川芎 5 錢、青蒿 5 錢、仙楂 4 錢 共 14 帖（劑/日）

二、川七 1 錢 *3

三、育生丸 1 粒

二診（105/11/1）

自言下巴、左頭、左舌麻。

長庚血檢：WBC=9200（4000-9000 個/mm³）、RBC=431 萬（（女）350 萬~450 萬個/mm³）、PLT=247K（150~378）、Hb=12.9（（女）12-15g/dl）、CPK=246（女性：45~163U/L）、CR=0.55、eGFR>60、GPT=40。

西醫用藥：MTX2.5mg*4 顆/7 天、Vytorin*0.5 顆、Celebrex200mg*1、Aspartate Ca 200mg*1*2、Sennoside A+B 鈣鹽 12mg*2*1、Folic acid 5mg*1、Prednisolone*1。

處方：

一、多穿，加強營養

二、如初診處方+芩連柏各 5 錢、乾薑 3 錢、附子 3 錢，共 14 帖（劑/日）

三診（105/11/22）

近日身上皮膚各處發疹子（擦藥後很快消失），口唇麻範圍變大（原只在左半邊，



現在右邊也會)，吞嚥功能變差，易噎到。

處方：

- 一、如初診處方+芩連柏各 8 錢、乾薑 5 錢、附子 5 錢，共 14 帖（劑 / 日）
川七 3g、人參 3g*14
- 二、囑加強營養，保暖

四診（105/12/6）

脈浮弦澀芤數急而短，自己在馬祖易凍傷，寒流 18 度無皮膚變瘀紅紫，且能溫暖五指。

處方：

- 一、如初診處方+芩連柏各 1 兩 3、乾薑 5 錢、附子 5 錢，共 14 帖（劑 / 日）
川七 3g、人參 3g*14
- 二、囑多穿

五診（106/1/3）

下雨寒流仍穿薄衣，偶吃東西易噎到。

處方：

- 一、囑多穿，最好穿到手足入室內 5 分鐘就溫暖
- 二、如四診處方+玉桂子 5 錢，共 14 帖

六診（106/1/25）

手掌已見皺紋，手垂無紅再發冰冷與瘀紫黑，皮膚色仍微花，手指溫暖。

脈濡弱大芤

處方：

- 一、如五診處方，共 21 帖
- 一、囑多穿（褲），加強營養，努力服藥

七診（106/2/21）

手下垂仍溫暖，五指、掌、肌膚色紅活，指 1-2 節、節間不再黑。

長庚西醫用藥：MTX2.5mg*4 顆 *QW（無服）、Vytorin*0.5 顆 *QN、Aspartate Ca 200mg*1*BID、Sennoside A+B 鈣 鹽 12mg*2*HS、Folic acid 5mg*1*QD、Prednisolone 5mg*1*QW。

105/12/27 血檢：WBC=5500、RBC=438 萬、PLT=263K、Hb=13、CR=0.61、eGFR>60、ALT=24、ESR=14(0-30)、MCV=88.8。

處方：

如五診處方，共 14 帖



用藥思路：

皮膚炎重疊硬皮症、雷諾氏症，初診，主訴先由舌頭、頭皮發病，目前兩肘以下皮膚緊硬，手指可正常屈伸，冬天手指容易發瘀紫，左頭皮、耳、口、鼻麻。病重熱盛，李政育老師用免疫過亢方+黃芩 5 錢、黃連 5 錢、黃柏 5 錢、丹皮 5 錢、川芎 5 錢、青蒿 5 錢、仙楂 4 錢，大劑清熱養陰。二診 105/11/1，已進入冬天。冬天手指容易發瘀紫，左頭皮、耳、口、鼻麻，加入乾薑、附子各 3 錢，增加供血供氧，同時在初診處方，再加入芩連柏各 5 錢（總計各 15 錢），以防止免疫系統蠢動起來。三診 105/11/22、四診 105/12/6 乾薑、附子各 5 錢，人參 1 錢，芩連柏總計各 23 錢。五診 106/1/3，血檢 12/27 ESR=14，加玉桂子 5 錢，鞏固療效。

< 案 2 > 皮膚炎 / 高血壓

男性，65 歲，皮膚炎 6 年

初診（100/11/9）

主訴：頭皮、耳後皮膚癢。

血檢：BUN=13、CR=0.61、NT-pro=7.6（上限為 14）、Na=134（135-145 mEq/L）、K=3.8（3.5-5.1）、Cl=96（98-107）、AST=18、ALT=13、Hb=11.8、ANA IFA(+）、ANA TITER=1:160、CRP=3.5（< 1mg/dL）。

西醫用藥：類固醇 2mg*1、CellCept 500mg、奎寧 *1.5*1、Co-diovan*1.5*1、Norvasc*1、Clonidine0.1mg*0、Nifedipine300mg*1*2。

脈弦澀數

處方：

- 一、免疫過亢方 + 仙楂 4 錢、青蒿 5 錢、丹皮 5 錢，鹽 1g，共 7 帖
- 二、川七 4g*3，7 天
- 三、育生丸 1 粒
- 四、囑吃鹹一點

用藥思路：

皮膚炎，血壓偏高，低血鈉患者，李政育老師用免疫過亢方+仙楂 4 錢、青蒿 5 錢、丹皮 5 錢，清熱養陰，鹽 1g，醫囑吃鹹一點，提高血鈉。

< 案 3 > 幼年型多發性肌炎

男性，7 歲，多發性肌炎

初診（99/7/3）

主訴：不能完全蹲下，上樓梯腳沒力。納佳。體重 24KG。



舅舅因肌肉營養失調症，22 歲去世。

99/6/19 長庚血檢：Total CPK=26290 (20-200)、CK~BB=0 (0)、CK~MB=2.9 (0~4)、CK~MM=92.5 (96~100)、atypical type 1=4.6、atypical type 2=0。

處方：

- 一、免疫過亢方+仙楂 4 錢、黃耆兩半，2 帖（一帖分二天服）
- 二、三七 3g，調下

二診 (99/7/13)

處方：如初診處方，5 帖

三診 (99/8/17)

爬樓梯較無力，下樓梯有力。

處方：如初診處方，7 帖

四診 (99/12/17)

處方：如初診處方，7 帖

五診 (100/3/5)

爬樓梯仍無力。

處方：如初診處方+黃耆 5 錢，7 帖

六診 (100/5/18)

處方：如五診處方，7 帖

七診 (100/7/5)

處方：如五診處方，7 帖

八診 (100/8/3)

處方：如五診處方，7 帖

九診 (100/10/27)

走、坐有力且快，但仍需撐腰，無背與膝腕畸形。

處方：如五診處方，2 帖。初診至今共服 51 帖

十診 (100/11/1)

血檢：CPK=14104

處方：如五診處方，7 帖

十一診 (101/1/10)

體重 29KG。



處方：免疫過亢方+黃連 5 錢、黃芩 5 錢、黃柏 5 錢、仙楂 5 錢、牛膝 5 錢，共 7 帖，一帖吃二天

十二診 (101/2/29)

告知有服薑黃素，囑不准補。體重 31KG。

處方：如十一診處方，10 帖，一帖一天半

十三診 (101/4/24)

處方：如十一診處方 7 帖

十四診 (101/5/15)

前陣子曾咳幾聲，昨天跌倒。

處方：如十一診處方，10 帖

十五診 (101/6/13)

偶咳 2 聲，其父以為外感，而予停藥，改服西藥。

處方：

- 一、囑此症會攻擊肺部，其偶咳並非外感，請他續服中藥
- 二、如十一診處方，10 帖
- 三、診斷書多發性肌炎。不耐體力勞動

用藥思路：

幼年型多發性肌炎，屬先天不足，免疫識別差，CPK=26290。李政育老師 1-4 診用免疫過亢方+仙楂 4 錢、黃耆兩半（一帖分二天服）。抑制免疫，加黃耆調先天不足。

5-10 診，免疫過亢方+仙楂 4 錢、黃耆 2 兩。（一帖分二天服）。10 診，CPK=14104（共服 51 帖）。

11-15 診，恢復本態，免疫過亢方+芩連柏各 5 錢、仙楂 5 錢、牛膝 5 錢（12 診起，一帖一天半）。

15 診偶咳 2 聲，其父以為外感，而予停藥，改服西藥。囑此症會攻擊肺部，其偶咳並非外感，請他續服中藥。

其看診時間從 99/7/3-101/6/19，共服 105 帖，若服藥接續，療效會更好。

< 案 4 > 皮膚炎（結節）

女性，72 歲

主訴：足水腫已 2-3 天，趾第二、三中間癢，耳裡癢，上樓喘，膝以下肌肉有瘀黑硬結如鈕扣。



脈弦澀三五不調

初診 (95/11/18)

處方：

- 一、乳沒四物湯+芩連柏各 5 錢、青蒿知母地骨皮各 5 錢，7 帖
- 二、川七粉 1 錢 *3*7

用藥思路：

皮膚炎，膝以下肌肉有瘀黑硬結如鈕扣，乳沒四物湯，活血化瘀，芩連柏各 5 錢、青蒿知母地骨皮各 5 錢，清熱養陰。

< 案 5 > 皮膚炎保養

女性，43 歲

初診 (93/12/28)

主訴：保養身體，無特別不適，臥起腰痠。

91/10/9 慈濟：CPK=549、LDH=823。

91/10/28 慈濟：CPK=121、LDH=349。仍服類固醇。

今年吃一個月類固醇，今已近 3 個月未吃。

處方：

- 一、知柏地黃湯+黃芩 3 錢、生杜仲 4 錢、生石膏 1 兩、青蒿 8 錢、地骨皮 8 錢，7 帖
- 一、囑多睡、多穿

用藥思路：

緩解期，LDH、CPK 已正常，治療以體質證候為主，加清熱養陰、疏肝。李政育老師以知柏地黃湯+黃芩 3 錢、生杜仲 4 錢、生石膏 1 兩、青蒿 8 錢、地骨皮 8 錢。

結語

所以我們認為大部分皮膚炎和多發性肌炎都是「熱症」，極少有寒症出現。當所有免疫的指數都恢復正常且已經穩定時，經過一段時間才可考慮改變治療方向及方劑，來修復、重建受損肌肉的部分，再修補部分優先考慮以補氣血為主，慢慢的才能加入少量的補陽，且苦寒藥物仍要有相當的量，以防止穩定的免疫系統又蠢動起來。



參考文獻

1. BRAUNWALD FAUCI, KASPER HAUSER, LONGO JAMESON 主編，王德炳主譯，哈里森內科學（第 15 版）。北京，人民衛生出版社，2003 年 5 月，P3105-3111。
2. Ruth Ann Vleugels. Cutaneous dermatomyositis in adults: Overview and initial management. UpToDate.
<https://www.uptodate.com/contents/cutaneous-dermatomyositis-in-adults-overview-and-initial-management>
3. 陳達燦、禰國維主編，皮膚性病科專病中醫臨床診治（第二版）。北京，人民衛生出版社，2005 年 2 月，P245-267。
4. 鄭淑鏐，111 年中西醫結合之純中醫治療系列講座講義。社團法人新北市中醫師公會，2022 年 9 月 18 日。
5. 李政育，常見免疫系統、結締組織、關節炎的中西醫結合療法初探。
http://www.yrsheng.com.tw/column_detail.php?Fullkey=3
6. 程維德，漫談多發性肌炎 PM 與皮肌炎 DM（五）中醫治療新思維，2017 年 4 月 20 日。
<http://bbs.5151.tw/cmedbbs/articleview.php?ID=2456>

通訊作者：曾瑋恩

聯絡地址：新北市淡水區民權路 187 巷 30 弄 5 號 7F

聯絡電話：0981481849

E-mail：tathagata.tseng@gmail.com

受理日期：2022 年 10 月 20 日；接受日期：2022 年 11 月 8 日