

# 皮肤炎中医药治疗研究进展

王江丽, 伍 镛\*

新疆医科大学第四临床医学院, 新疆 乌鲁木齐

收稿日期: 2023年11月25日; 录用日期: 2023年12月19日; 发布日期: 2023年12月26日

## 摘 要

皮肤炎是以皮肤和肌肉慢性炎症为特征, 是特发性炎症性肌病中最常见的一种亚型, 其临床主要表现为对称性的四肢近端肌无力、肌肉疼痛和特征性皮炎, 多数还可出现血清肌酸激酶升高及特异性自身抗体。本文章将围绕中医药对皮肤炎的病因病机、辨证论治、专方治疗等认识的文献归纳并整理如下。

## 关键词

皮肤炎, 中医药, 综述

# Progress in the Treatment of Dermatomyositis with Traditional Chinese Medicine

Jiangli Wang, Di Wu\*

The Fourth Clinical College of Xinjiang Medical University, Urumqi Xinjiang

Received: Nov. 25<sup>th</sup>, 2023; accepted: Dec. 19<sup>th</sup>, 2023; published: Dec. 26<sup>th</sup>, 2023

## Abstract

Dermatomyositis is characterized by chronic inflammation of skin and muscle, and is the most common subtype of idiopathic inflammatory myopathy. The clinical manifestations of dermatomyositis are mainly symmetrical muscle weakness, muscle pain and characteristic rash of the proximal extremities. In most cases, elevated serum creatine kinase and specific autoantibodies can also be seen. In this article, the literature on the etiology and pathogenesis of dermatomyositis, syndrome differentiation and prescription treatment of traditional Chinese medicine is summarized and sorted out as follows.

\*通讯作者。

## Keywords

### Dermatomyositis, Chinese Medicine, Review

Copyright © 2023 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 前言

特发性炎性肌病(Idiopathic Inflammatory Myopathies, IIM)是一种慢性近端肌肉炎症的自身免疫性疾病,该病可累及多个器官和组织,如骨骼肌、皮肤、肺、关节等[1]。皮肌炎(Dermatomyositis, DM)则是IIM中最常见的一种类型,其主要临床表现是特征性皮疹和对称性四肢近端肌无力,也可伴有肌肉疼痛,特征性皮疹包括向阳性皮疹、Gottron疹、V型征、披肩征、枪套征、技工手、银屑病样皮损、水肿等,肌无力可表现为抬头费力、抬腿困难、吞咽困难等,部分病人出现肌肉疼痛。皮肌炎的发病率为8/10万,通常发生在5岁~15岁的儿童和40岁~60岁的成人中,男女比例约为1:2 [2]。该病病因及发病机制至今尚不明确,西医治疗首选糖皮质激素联合免疫抑制剂为主,该病在激素减量过程中经常出现病情反复,长期激素使用过程中会出现较多的不良反应,已知不良反应有:骨髓抑制、肝肾功能损害、继发感染等,武涛[3]在临床上给予糖皮质激素及免疫制剂治疗12例DM患者,采用骨骼肌活检观察病理特点,发现其中有4例出现骨髓抑制,4例继发感染,6例出现不同程度的肝肾功能损害。中医药对皮肌炎的治疗能够减轻西药的副作用,具有独特的疗效,在临床中逐渐得到重视。本文就围绕中医药对皮肌炎的病因病机、辨证分型和专方治疗等的认识研究进展进行归纳及整理。

## 2. 西医学对皮肌炎的认识

皮肌炎是特发性炎性肌病的一种,该病在1863年由Wagner首次报道,称之为多发性肌炎,1887年Unverficht又将该病命名为皮肌炎[4]。2004年欧洲神经肌肉疾病中心和美国肌肉研究协作组将IIM分为:皮肌炎(Dermatomyositis, DM)、多发性肌炎(Polymyositis, PM)、包涵体肌炎(Sporadic Inclusion Body Myositis, sIBM)、非特异性肌炎(Non-Specific Myositis, NSM)和免疫介导性坏死性肌病(Immune-Mediated Necrotizing Myopathy, IMNM)。经过不断的探索及研究,2018年Selvaio' Callaghan等人又提出了IIM最新的分型即:DM、PM、sIBM、IMNM和重叠性肌炎(Overlap Myositis, OM),其中OM又包含了抗合成酶综合征(Antisynthetase Syndrome, ASS) [5]。在多种分类中,DM一直是IIM的重要亚型。皮肌炎病因尚未阐明,但已知与遗传易感性、环境因素、细胞免疫机制(主要包括是CD4<sup>+</sup> T细胞、B细胞、树突状细胞和巨噬细胞)、药物化学药品(如乙醇、西咪替丁、非甾体类抗炎药等)、恶性肿瘤(如乳腺癌、肺癌、胃癌等) [6]相关。近几年研究表明:本病与细胞免疫、体液免疫、先天性免疫密切相关,其中B细胞在DM发病机制中具有关键作用。DM肌活检显示浸润CD20<sup>+</sup> B细胞分布在肌周内[7]。另外,研究还发现在DM患者的皮肤和肌肉组织中发现了一种干扰素(IFN)调节蛋白的高表达,显示了该病具有“I型IFN特征”。Radke等人证明了I型干扰素(Type I Interferon, IFN-I)相关的基因表达水平与B细胞含量和结构组织相关,提示B细胞免疫活化与IFN-I型相关联。此外,非免疫介导因素也可能导致本病发生,如肌肉缺氧、热休克反应、细胞自噬异常等[8]。抗体早期激活补体C3,形成的补体沉积物导致局部毛细血管扩张,从而加速促炎细胞因子和趋化因子的释放,免疫内皮细胞上的粘附分子与免疫细胞上的整合素相互作用,导致免疫攻击和抗体产生。病理上显示,DM患者肌肉中的T细胞浸润以CD4<sup>+</sup> T细胞为主,主要浸润在肌

束膜和血管周围,从而导致束周萎缩[9]。束周萎缩(Perofascicular Atrophy, PFA)是DM的病理组织学特征,有研究者认为造成束周肌纤维缺血、I型干扰素诱导的基因转录是由于免疫介导的微血管损伤导致的[10]。STAT、转录因子(FoxP3)和pZAP70在DM活动期外周血CD4<sup>+</sup>T细胞中的表达受到抑制,但除FoxP3外,在缓解期间均有所改善。表达免疫组化分析显示,FoxP3调节性T细胞(Treg)主要位于皮肤炎肌肉的血管周围和心肌周围[11]。

治疗上,本病建议首选糖皮质激素联合免疫抑制剂,对伴有严重肌无力的DM患者采用甲基强的松龙冲击疗法,若激素治疗效果欠佳也可以选用注射免疫球蛋白(Intravenous Immunoglobulins, IVIGs),IVIGs对于治疗顽固性皮炎也具有一定的作用。对于伴有吞咽困难及皮疹的DM患者治疗免疫抑制剂经常使用的有甲氨喋呤(Methotrexate, MTX)、环磷酰胺(Cyclophosphamide, CTX)或硫唑嘌呤(Azathioprine, AZ)等;对伴有间质性肺病(Interstitial Lung Disease, ILD)的DM患者可选择口服他克莫司(Tacrolimus, TAC),相关研究表明利妥昔单抗对DM患者肌无力、皮肤损害及心肌酶水平有效;英夫利昔单抗针对部分难治性DM表现出良好的耐受性[12]。

### 3. 中医学对皮肤炎的认识

#### 3.1. 病名的认识

在中医古文献中没有“皮肤炎”的病名,但根据临床表现有相关性描述,结合现代医学认识,大多医家认为皮肤炎可以归属于中医学痹病中的“肌痹”、“痹证”、“痿证”等范畴,“肌痹”、“痿证”、“痹证”等病名均见于《内经》,如《素问·痹论》中曰:“风寒湿三气杂至,合而为痹也。……以至阴遇此者为肌痹”。又曰:“……脾气热,则胃干而渴,肌肉不仁,发为肉痿。……肌肉濡渍,痹而不仁,发为肉痿”。《内经·灵枢》中曰:“阖折则气无所止息而痿疾起矣,故痿疾者,取之阳明,视有余不足[13]。”开辟了“治痿独取阳明”等治痿之法,时至今日仍有临床指导意义。病情变化可有内脏或器官累及,可归属于“脾痹”、“肺痹”等脏腑痹描述的范畴。现代医家胡建东[14]认为,该病的发病特点和临床表现都可将其归于中医学中的“阳毒”的范畴。金相哲认为[15]根据DM的皮损症状,将其归于“阴阳毒”、“阳毒发斑”的范畴。郑宇然认为[16]该病属“热毒内伏”、“伏邪”的范畴。刘健[17]认为该病属于“脾痹”范畴,提出“从脾论治”治疗皮肤炎。高祥福[18]认为该病属于“皮痹病”范畴。

#### 3.2. 病因病机的认识

##### 3.2.1. 古代医家的认识

古代医家对该病的病因、病机认识观点不一。《素问·痹论》曰:“肺热叶焦则皮毛虚弱急薄,则发为痿躄。”指出“肺热叶焦”是本病的主要病理,由于肺叶受热灼伤,造成津液损伤不能输精于五脏,使五体失养,产生痿软的一种证候。《素问·生气通天论》曰:“因于湿,首如裹,湿热不攘,大筋软短,小筋弛长,软短为拘,弛长为痿。”说明湿热也是痿证发病之一[19]。后世医家在《素问·痿论》的基础上,对其病因病机有了进一步的认识。如在《三因极-病证方论·五痿叙述》曰:“痿躄证属内脏气不足之所为也。”直接说明了脏腑气不足也可导致痿证的发生。《太平圣惠方》中记载:“脾胃者,水谷之精,化为气血,气血充盛,营卫流通,滋养身形,荣以肌肉也。”则说明脾气充足才能运化正常,将水谷转化为精微物质用来营养肌肉。反之若脾气不足,气血不足以濡养四肢肌肉,肌肉就会出现痿废不能用[20]。

##### 3.2.2. 现代医家的认识

现代医家对本病的病因、病机认识观点不一。当代医家张鸣鹤[21]主张“因炎致痹”,认为皮肤炎的

病理基础为热毒, 毒是本病的关键因素, 本病的关键因素必要条件是脾胃虚弱, 更指出本病的病位在气血。国医大师榻国维[22]认为, 皮炎乃禀赋不耐, 气血亏虚, 加上外邪风湿热入侵所致。认为本病以阴虚、真阴不足为本, 以郁热、湿热、风湿、瘀滞等病邪为标实。陆春玲等[23]认为造成肌痹反复发作、迁延难愈的最主要原因是络脉病变, 该病是由肌肤阳络沿经脉内传至脏腑阴络的一个过程, 由表入里、由实转虚是该病的病机转化特点。杨坤荣[24]则认为该病早期临床表现为肌肉无力, 肌肉疼痛及压痛等病因是由于脾失健运, 推动无力, 肌肉失去濡养, 经络不通, 从而导致气血不能畅达四肢; 因此该病机关键是脾失健运, 诸多因素叠加最终使四肢痿废不能用。周翠英教授[25]认为热毒是皮炎病因的关键, 脾气虚是皮炎病机的根本, 将皮炎分为急性期和缓解期, 急性期以热毒炽盛证为主, 缓解期以余热留恋证和气阴两虚证为主。卢芳教授[26]认为血分伏热为皮炎的发病之本, 皮炎为伏邪致病, 临床以发斑疹为特点, 与温病的斑疹十分相似, 因此皮炎可以通过温病学卫气营血辨证论治。

### 3.3. 中医辨证论治的认识

#### 3.3.1. 辨证分型

对于该病证候分类, 中医文献中有所描述。如《素问·痹论》中认为: ……发于春季的为筋痹, 发于夏季的为脉痹, 发于长夏的为肌痹……。《内经·痿论》中还将痿证分为皮、脉、筋、骨、肉五痿[27]。从中医学的角度我们更强调的是皮炎的辨证论治, 刘维[28]将皮炎分为湿热蕴结证、寒湿痹阻证、热毒炽盛证、肝肾阴虚证以及脾肾两虚证 5 种证型。王萍教授[29]将皮炎分为毒热型、寒湿证、阴阳失调、肺脾气虚、肾阳不足证 5 种证型。娄多峰[30]将皮炎分为湿阻肌证、毒热入络证、气血亏虚证、痰瘀气滞证 4 种证型。张皖东等[31]将皮炎分为湿热浸肺, 蕴结肌肤证、脾气亏虚, 湿热内蕴证、脾虚痰阻证、肾阴亏虚证、脾肾阳虚证 7 种证型。任北大等[32]将皮炎分为脾气虚证、热毒炽盛证、肾阴虚证、肺气虚证和肝阴虚证 5 种证型。王连祥[33]从络病学角度论治皮炎, 将皮炎分为热毒炽盛证、寒湿证、心脾两虚证、脾虚阳虚证 4 种证型。陈湘君等[34]认为皮炎的发生与患者素体脾胃虚弱有关, 湿、热、瘀、毒为该病的标, 因此主张急性发作期以清热、化湿、解毒为主, 缓解期以补益脾胃为主, 将皮炎分为风热犯肺证、湿热困脾证、热毒夹湿证、脾气亏虚证、气虚血瘀证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证 7 种证型。

#### 3.3.2. 分期治疗

临床上治疗皮炎除了辨证分型治疗外, 大多数医家还采用分期论治法, 即活动期和缓解期, 还有根据病情进行分期论治, 即急性期、慢性期和迁延期。其中分期论治法较常见, 还有部分医家采用早、中、晚期的分类方法, 也有将分期与分型相结合等, 这些都体现了中医的辨证论治。范永升[35]辨证论治皮炎将其分为活动期和缓解期, 活动期治疗应以祛邪为主, 用当归拈痛汤以清热止痛、凉血活血。缓解期治疗以扶正祛邪为主, 用四君子汤合青蒿鳖甲汤以健脾补肾, 解毒化瘀。金明秀[36]辨证论治将皮炎分为急性期和缓解期, 急性期以祛邪为主, 善用金银花、连翘等清热解毒, 生地黄、牡丹皮清热凉血, 络石藤、忍冬藤清热通络; 缓解期以健脾为主, 善用黄芪、党参等健脾益气, 白术、薏苡仁健脾祛湿。陈雪荣[37]辨证论治皮炎分为急性活动期、亚急性期和慢性期。针对急性活动期中的热毒证, 用清营解毒汤以清热解毒、滋阴凉血; 急性活动期中的湿热证, 用茵陈蒿汤以清热化湿解毒、利水消肿。针对亚急性期中的肺热津伤证, 用清燥救肺汤以清热润肺、养阴生津止渴; 亚急性期中的脾虚证, 用参苓白术散以益气健脾。针对慢性期中的气阴两虚证, 用益气养阴方以补气养阴; 慢性期中的气阴亏虚证, 用十全大补汤以补气养阴; 慢性期中的肝肾两虚证, 用虎潜丸以补益肝肾、滋阴清热; 慢性期中的脾肾两虚证, 用中药黄芪、党参、白术、山药等治以温补脾肾。陈丽莹等[38]从温病伏热论治疗皮炎, 将 DM 分为初期、急性期、缓解期; 初期治以辛凉疏散卫、气分伏热, 选药以银花、连翘辛凉透表, 荆芥、防风开宣肺气, 蝉蜕、僵蚕升清将浊, 散风清热; 急性期以清热解毒、清营凉血, 如牡丹皮、赤芍、生地



黄、紫草、生茜草等；缓解期需兼顾脾胃，治以健脾益气、清热燥湿，常用黄芪、茯苓、白术等补益脾气，太子参、甘草、半夏等益气健脾，薏苡仁、山药、佩兰等健脾利湿。

### 3.3.3. 专方和专药治疗

许多名老中医专家在经过多年的临床经验总结出的专方和专药对治疗皮损十分有效，且临床不良反应少，非常值得我们继承和学习。陈四文[39]使用专方治疗皮炎患者 17 例，其基础方为加味四妙散，辨证论治中对于体质虚弱者可加黄芪、当归等，对于疼痛较甚者可加地龙、红花等，还有湿重者也可加茯苓、泽泻等。王庆国[40]认为皮炎中辨证为寒闭阳郁，肺热脾寒者可选用麻黄升麻汤治疗清肺温脾；还可适当使用藤类药物以祛风除湿、通络止痛，常用的有穿山龙、忍冬藤或青风藤、海风藤等。冯兴华[41]针对 DM 治疗常用方剂有四妙勇安汤，认为此方具有清热解毒、活血止痛之效，与 DM 热毒炽盛、湿热内阻之证十分契合；另外，青蒿鳖甲汤也是常有方剂，此方具有养阴透热、祛邪而不伤正的功效，与 DM 的肝肾阴虚、阴虚火旺之证相适合；参苓白术散具有健脾益气、化湿和胃的功效，与 DM 的脾肾亏虚、气血不足之证相适合；补中益气汤补中益气、甘温除热的功效，与 DM 的脾肾两虚相适合；龟鹿二仙胶补气养血、填精益髓的功效，可以用于腰膝酸软等久病伤及元气的患者；二至丸具有补益肝肾的功效，与 DM 的肝肾阴虚证相适合；虎潜丸具有滋补肝肾、滋阴清热、强筋健骨的功效，可用于治疗痿证的肝肾不足、阴虚有热之证。同时冯兴华教授还总结了常用中药有青蒿，认为青蒿清退虚热、清热凉血的功效，可治疗皮炎的夜热早凉、手足心热等虚热之证的表现；补骨脂，认为可利用其气阴双补的功效来辨证论治皮炎的肾虚之证；黄芩、黄连，认为可利用两位药物配伍陈皮、砂仁等行气燥湿之品来辨证论治食少纳呆、脘腹痞满等症状；杜仲、牛膝及续断，可同时使用这三味药取其滋水涵木、平补肝肾的功效来辨证论治皮炎的阴虚有热、肝肾亏虚之证。多数现代医家根据多年经验总结出许多自拟方和随证加减的中药，李作强等[42]针对热毒炽盛型治以清热解毒、祛风凉血，方选清瘟败毒散加减，随证加减中有高热者，可加生石膏 30~60 g、石斛 10~15 g；有皮疹者可加青黛 10 g (包煎)、水牛角 15 g；有肌痛者可加大血藤。针对气虚血热证型，治以补中益气、养阴清热、活血化瘀，选用自拟方加减：黄芪 20 g、西洋参 6 g、楮实子 20 g、半支莲 20 g、垂盆草 10 g、连翘 20 g、石斛 10 g、女贞子 12 g、赤芍 20 g、红花 10 g，若伴有红斑扩大而加深者可加丹皮 20 g、生地榆 20 g；若皮下硬结者可加水蛭 6 g、莪术 12 g。更有学者从单味的研究中发现治疗 DM 有一定疗效，如杨丁友[43]以黄芪桂枝五物汤为基础方，随证加减过程中都以牛膝为主药，并且同时加川牛膝、怀牛膝、土牛膝各 15 g，患者服用 10 剂后肌肉疼痛好转；20 剂后面部皮损好转；30 剂后皮损、肌痛、肌力改善；继续加大川牛膝至 30g，120 剂后肌痛消失，肌力明显缓解，皮损明显减轻；继续加大怀牛膝 20 g、土牛膝 20 g，60 剂后肌痛消失、肌力恢复、皮损治愈。牛子长[44]主张从“湿热入络”论治皮炎，清脉络湿热可加木通、淡竹叶等清热利湿，木瓜、萆薢清热祛湿、舒筋通络，淡豆豉、茵陈利湿解毒；也可用虫类药物：僵蚕、地龙等活血通络。

### 3.3.4. 中药湿敷配合涂擦治疗

中药湿敷配合外涂止痛消炎软膏治疗皮炎有一定疗效。陈柱花等[45]发现中药湿敷可以使药物中的有效成分能够通过皮肤渗入病变部位的深部组织，促进吸收，最大限度的发挥药效，从而起到清热解毒，通络止痛的作用；对于肌痹初期伴有红斑皮疹的 DM 患者可在中药湿敷后将黄连膏直接涂于患处，这样不仅能够达到清热祛湿，消疹止痛，增强药效作用吸收，而且还使药效更加的持久[46]。

### 3.3.5. 针灸治疗

针刺疗法是中医学的重要组成部分，其特点为“简、便、廉、易”。张运良[47]对 DM 辨证为风寒阻络证，治以祛风散寒通络，浅刺局部腧穴：丝竹空、颊车等穴；颈背腧穴取风池、风府、肺俞等穴；髋部腧穴取居髂、环跳等穴；其他选穴：针刺太冲、三阴交、阴陵泉、足三里、气海等。梁林球[48]对

DM 辨证为痿证 - 脾肾两虚血瘀证, 治以补益脾肾, 活血化瘀, 方选四君子汤合肾气丸加减, 同时配合针灸治疗, 体针选穴: 内关、公孙、阳陵泉、阴陵泉等; 腹针选穴: 下脘、中脘、关元、气海、天枢等; 对 DM 辨证为肌痹 - 痰瘀阻络证, 治以祛痰化瘀, 通络止痛, 方选麻黄加术汤合玉屏风散加减, 同时配合针灸治疗, 体针选穴: 郄门、地机、太白、束骨、大陵等。

### 3.3.6. 综合治疗

皮肤炎是自身免疫性疾病, 西医治疗主要以糖皮质激素联合免疫抑制剂为主, 其特点是能够快速缓解及稳定病情, 并且能够控制病情的发展。刘爱民[49]则认为中医药对改善皮肤炎的临床症状、充分发挥西药作用以及减少激素的毒副作用都是有益的, 主张从脾论治, 以益气健脾为主, 不仅能够帮助皮肤炎患者更好地减停西药, 还对停药后的病情反复有很好的帮助作用。但是临床上单纯的使用西药治疗存在副作用大、病情反复等缺点, 而单纯的使用中医药治疗 DM 又相对缓慢[50], 因此中西医结合治疗 DM 不仅能更好的发挥中医药的优点, 更能有助于激素的平稳撤减。杨晔颖等[51]发现临床上口服甲泼尼龙片联合甲氨喋呤等免疫制剂同时配合滋阴补气、清热解毒的方药用来治疗 DM, 与单纯的西药实验组进行对比, 通过观察患者的肌肉疼痛症状、实验室指标如肌酶水平、红细胞沉降率等以及常见不良反应的改善情况, 研究结果表明无论是临床症状还是实验室指标改善等情况都优于单纯的西药实验组。王彦华等[52]也发现临床上口服甲泼尼龙片配合中药双藤清痹丸用来治疗皮肤炎的热毒瘀阻证, 通过观察治疗前后的临床疗效, 例如肌肉关节疼痛、肌力、肌酶水平、激素毒副作用等, 结果发现配合中药的双藤清痹丸实验组对治疗皮肤炎的热毒瘀阻证有一定的疗效, 它不仅改善了皮肤炎的临床症状, 还能够稳步撤减激素, 减少了激素的不良反应, 使并发症的发生率降低了。

## 4. 小结

中医和西医对皮肤炎的病理和本质有着不同的理解, 认识仍然存在有一定的局限, 西医治疗首选的糖皮质激素联合免疫抑制剂的治疗疗效并不理想。中医药对皮肤炎的治疗研究进展可体现在多方面, 如病因病机、辨证分型、专药专方治疗、分期治疗等, 目前中医药治疗皮肤炎大多是以个人经验为主、组方用药等基于个人认识, 对于皮肤炎中医的证候分型, 无论是从古代医家、现代各医家还是到专业指南的分型都没有统一的标准, 因此, 研究皮肤炎的中医证候特征, 中医内治、外治联合西药综合治疗为今后指导总结皮肤炎的治疗和预后评估具有重要的临床意义。

## 参考文献

- [1] 潘蕾, 谢娟, 李嘉欣, 等. 特发性炎性肌病的评估与监测[J]. 临床内科杂志, 2023, 40(3): 148-151.
- [2] 顾有守. 皮肤炎诊断和治疗进展[J]. 临床皮肤科杂志, 2006, 35(6): 407-409.
- [3] 武涛, 何晓, 谢卫龙, 刘建军. 皮肤炎 12 例临床与病理分析[J]. 陕西医学杂志, 2015(11): 1542-1543.
- [4] 王慧. 皮肤炎中医药治疗进展[J]. 天津中医药, 2004(5): 435-436.
- [5] 孙瑜, 宋学琴. 特发性炎性肌病的临床研究进展[J]. 临床荟萃, 2022, 37(1): 81-86.
- [6] 夏邢宇, 高名士, 朱雯华. 特发性炎性肌病的分子病理研究进展[J]. 临床内科杂志, 2023, 40(3): 145-148.
- [7] Marianne, V.D., et al. (2022) Pathophysiological Mechanisms and Treatment of Dermatomyositis and Immune Mediated Necrotizing Myopathies: A Focused Review. *International Journal of Molecular Sciences*, 23, Article No. 4301. <https://doi.org/10.3390/ijms23084301>
- [8] Yang, S., Chang, C. and Lian, Z. (2019) Polymyositis and Dermatomyositis—Challenges in Diagnosis and Management. *Journal of Translational Autoimmunity*, 2, Article ID: 100018. <https://doi.org/10.1016/j.jtauto.2019.100018>
- [9] 范慧. 皮肤炎 30 例临床病理分析[D]: [硕士学位论文]. 石家庄: 河北医科大学, 2012.
- [10] 刘美蓉. GSDME 依赖的线粒体焦亡途径在皮肤炎中的机制: 束周萎缩形成的可能机制[D]: [博士学位论文]. 苏州: 苏州大学, 2019.

- [11] Zhu, H.Y., Wu, C.Y., Jiang, N., *et al.* (2019) Identification of 6 Dermatomyositis Subgroups Using Principal Component Analysis-Based Cluster Analysis. *International Journal of Rheumatic Diseases*, **22**, 1383-1392. <https://doi.org/10.1111/1756-185X.13609>
- [12] 白若冰. 特发性炎性肌病特异性抗体与中医证候的相关性[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2019.
- [13] 王玉娇. 多发性肌炎与皮肌炎(PM/DM)中医辨证分型与相关因素研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2016.
- [14] 徐玲霞, 胡建东. 胡建东教授从肺论治临床无肌病性皮肌炎经验[J]. 光明中医, 2018, 33(6): 780-782.
- [15] 金相哲. 皮肌炎和多发性肌炎的中医辨证治疗[J]. 中国当代医药, 2012, 19(1): 95-97.
- [16] 郑宇然, 刘喜明, 付守强, 朱晓云. 从"热毒内伏"论治皮肌炎经验探讨[J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(12): 1506-1508.
- [17] 鲍丙溪, 刘健, 黄旦, 张颖, 龙琰, 孙广瀚, 孙艳秋. 刘健中医药治疗皮肌炎用药规律数据挖掘研究[J]. 中医药临床杂志, 2022, 34(12): 2317-2323.
- [18] 柳锐凡. 高祥福分期论治皮肌炎经验介绍[J]. 新中医, 2022, 54(24): 207-211
- [19] 高长玉, 王彩娟, 韩淑芬, 刘桂宇, 贲莹, 段伟松. 多发性肌炎和皮肌炎中医证候分布规律探讨[J]. 中医杂志, 2007, 48(4): 348-350, 353.
- [20] 毕向雁. 皮肌炎中医药治疗研究进展[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(1): 182-184.
- [21] 杨峰, 付新利. 张鸣鹤教授辨治皮肌炎验案 2 例[J]. 风湿病与关节炎, 2016, 5(2): 31-32.
- [22] 熊佳, 朱培成, 李红毅, 等. 国医大师榻国维论治皮肌炎经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2019, 26(1): 116-118.
- [23] 杨会军, 李兆福, 彭江云. 中医药治疗肌痹的研究进展[J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(3): 67-70.
- [24] 杨昆蓉, 舒然. 益气健脾法治疗早期皮肌炎探讨[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(11): 16-17.
- [25] 孙亦鹏, 孙素平. 周翠英教授治疗皮肌炎经验举隅[J]. 中国民族民间医药, 2015, 24(12): 39-41.
- [26] 潘国雄, 刘庆南, 张福利, 等. 国医大师卢芳运用消斑益力汤治疗皮肌炎经验[J]. 风湿病与关节炎, 2022, 11(12): 27-30.
- [27] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015.
- [28] 雷畅. 基于聚类分析的特发性炎性肌病中医证候规律初探[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2018.
- [29] 张艺, 孙丽蕴, 陈维文, 等. 王萍教授中医治疗皮肌炎经验[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(5): 487-491.
- [30] 李满意, 刘红艳, 娄玉铃. 娄多峰教授治疗皮肌炎经验总结[J]. 风湿病与关节炎, 2022, 11(4): 37-39.
- [31] 郭明蔚, 张皖东. 张皖东治疗皮肌炎经验特色[J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(1): 71-73.
- [32] 任北大, 赵欣, 蔡大勇, 等. 皮肌炎脏腑辨证及传变规律初探[J]. 中医杂志, 2017, 58(7): 565-567.
- [33] 王连祥. 从络病学说新视角论治皮肌炎[J]. 实用皮肤病学杂志, 2014, 7(4): 296-298.
- [34] 胡建国, 陈湘君. 陈湘君治疗皮肌炎经验[J]. 中医杂志, 2010, 51(8): 684-686.
- [35] 何兆春. 范永升治疗皮肌炎经验摘要[J]. 浙江中西医结合杂志, 2009, 19(9): 530-531.
- [36] 陈虹宇, 于静, 金明秀. 金明秀教授分期论治皮肌炎经验[J]. 云南中医中药杂志, 2023, 44(5): 45-47.
- [37] 赵艳霞, 陈学荣. 陈学荣教授治疗皮肌炎、多发性肌炎中医辨证思想[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2010, 9(5): 274-275.
- [38] 陈丽莹, 王伟杰, 冯波, 陆定其, 王新昌. 浅谈疏散伏热法治疗皮肌炎[J]. 浙江中医杂志, 2021, 56(8): 596-597.
- [39] 饶媛. 中医药治疗多发性肌炎和皮肌炎概况[J]. 中医杂志, 2002, 43(6): 471-472.
- [40] 任北大, 高颖, 谭令, 杜欣, 连雅君, 张双, 王雪茜, 程发峰. 王庆国教授运用麻黄升麻汤治疗皮肌炎验案一则[J]. 中医临床研究, 2022, 14(9): 4-6.
- [41] 杨佳乐. 冯兴华教授辩证论治皮肌炎经验浅析[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2017.
- [42] 李作强. 张鸣鹤教授治疗多发性肌炎/皮肌炎的临床经验[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2013.
- [43] 郭望, 牛子长, 王恒和. 从"湿热入络"论治皮肌炎[J]. 江苏中医药, 2022, 54(12): 60-62.
- [44] 杨丁友. 牛膝治疗原发性皮肌炎[J]. 中医杂志, 2004, 45(3): 170-171.
- [45] 陈柱花, 马明菊. 中药湿热敷配合涂药治疗皮肌炎的疗效观察及护理[J]. 中国民族民间医药, 2012, 21(15): 95, 97.

- 
- [46] 中华中医药协会. 肌痹[J]. 风湿病与关节炎, 2012, 1(4): 77.
- [47] 张运良, 刘方铭, 万红棉. 针刺治疗皮炎验案[J]. 世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊), 2018, 18(38): 226.
- [48] 梁林球. 针药并治法治疗皮炎验案[C]//广东省针灸学会. 广东省针灸学会第十一次学术研讨会论文集. 2010: 293-294.
- [49] 徐胜东. 刘爱民教授辨证论治皮炎经验[J]. 风湿病与关节炎, 2018, 7(12): 40-41, 72.
- [50] 夏农. 中西医结合治疗皮炎的疗效及对肿瘤坏死因子- $\alpha$  的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(16): 317-319.
- [51] 杨晔颖, 苏励. 中医药治疗皮炎近况概述[J]. 世界中医药, 2015(8): 1284-1287
- [52] 王彦华, 赵玉伟. 针刺联合振痿解郁汤治疗卒中后抑郁 27 例[J]. 中医研究 2013, 26(6): 53-55.