

# 杨恩品教授运用加味五神汤治疗 掌跖脓疱病临床经验<sup>\*</sup>

段学香 朱建玲 张光红 翟曼吟 杨恩品<sup>\*\*</sup>

(云南中医药大学第一附属医院, 云南 昆明 650021)

**摘要:**掌跖脓疱病(palmoplantar pustulosis, PPP)作为一种难治性皮肤病,发病部位虽局限在掌跖部,但其病因病机复杂。杨恩品教授认为掌跖脓疱病的核心病机为湿热毒蕴,治疗宜采用清热利湿,凉血解毒之法。临床运用“加味五神汤”辨证治疗掌跖脓疱病,常获良效。现就杨恩品教授临床经验做出总结,并附上验案两则,为 PPP 的治疗提供新的辨治思路。

**关键词:**杨恩品;加味五神汤;掌跖脓疱病;湿热毒蕴证;名医经验

**中图分类号:**R275 **文献标识码:**A

**文章编号:**1672-0571(2023)02-0040-05

**DOI:**10.13424/j.cnki.mtem.2023.02.009

掌跖脓疱病(palmoplantar pustulosis, PPP)是一种慢性、复发性皮肤病,局限在掌跖,临床特点为红斑基础上周期性发生无菌性小脓疱,伴鳞屑、角化,患者常自觉瘙痒、灼痛<sup>[1-2]</sup>。皮损处真菌镜检阴性。有关 PPP 的流行病学资料匮乏,国内尚未查阅到相关流行病学资料,据日本学者 Kubota K 等<sup>[3]</sup>进行流行病学调查分析,日本银屑病患病率为 0.34%,PPP 患病率为 0.12%。而 Brunasso 等<sup>[4]</sup>进行的流行病学调查发现,PPP 与银屑病发病具有相关性。PPP 患者发病年龄中位数在多数报告中超过 45 岁,且表现出明显的性别差异,女性占受影响个体的 60%~90%<sup>[5]</sup>。

杨恩品教授系云南万人计划——名医、云南省高校教学名师,从事中医外科、皮肤科教学、科研临床工作 30 余年。杨恩品教授擅长皮肤激光诊疗、过敏性疾病、毛发疾病、银屑病、带状疱疹等疾病诊治,对皮肤病诊治积累了丰富的丰富经验。笔者有幸跟师学诊,现将其治疗 PPP 经验总结如下,以飨读者。

## 1 病因病机

本病病因不明,西医认为可能与遗传、免疫异

常、病灶感染、药物、金属致敏等因素有关<sup>[6]</sup>。有研究认为<sup>[7]</sup>PPP 的发病机制是一个由 T 细胞、树突状细胞(DCs)等免疫相关性细胞介导的,多种细胞因子、趋化因子及抗菌多肽参与的非感染性炎症应答过程。研究发现<sup>[8-11]</sup>,Th1 淋巴细胞分泌的 TNF- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$  和 CD4<sup>+</sup>T 细胞亚群所分泌的细胞因子 IL-17,与本病关系密切,检测其血清学指标,可用来判断病情或进行疗效评估。

PPP,中医古籍没有相应的病名。一般认为,古籍记载的“癩疮”可包括 PPP 和手足湿疹<sup>[12-13]</sup>。“癩疮”最早记载于东晋·葛洪《肘后备急方》:“腰脚以下名为癩,此皆有虫食之,虫死即瘥”。指出了癩疮主要是“感染虫毒”。隋朝·巢元方《诸病源候论》记载:“癩疮者……多著手足间,递相对,如新生茱萸子,痛痒,抓搔成疮,黄汁出,浸淫生长,坼裂,时瘥时剧。”并将其分为:“燥癩疮候、湿癩疮候和久癩疮候”,论述了其病机主要是“肤腠虚,风湿之气折于血气,结聚所生。”清代·吴谦《医宗金鉴·外科心法要诀》认识更加深入:“癩疮每发指掌中,两手对生茱萸形,风湿痒痛津汁水,时好时发久生虫。”“此证生于指掌之中,形如茱

<sup>\*</sup> 基金项目:云南省皮肤病重点学科资助项目(2017HC001)

<sup>\*\*</sup> 通讯作者:杨恩品,教授,主任医师。E-mail:yep3395@163.com

莫,两手相对而生,亦有成攒者,起黄白脓疱,痒痛无时,破津黄汁水,时好时发,极其疲顽,由风湿客于肌肤而成,若日久不愈,其痒倍增,内必生虫。”描述了本病的发病部位、皮损表现以及发病机理。

杨恩品教授认为,PPP 发病部位虽局限在掌跖部,但病因复杂,系多种内外因素合而致病,认识上要从整体观念出发的。不仅要考虑到可能有外感六淫侵袭的因素,而且要重视内因七情以及饮食、劳倦等致病因素,并注意内因和外因的相互影响。因为机体在各种致病因素作用下,会导致邪正消长,阴阳失调,气血、津液和脏腑的功能紊乱,通过经络的联系,在体表出现皮肤病变<sup>[14]</sup>。该病从六淫致病因素分析多由“风、湿、燥、火”四邪密切相关。风为阳邪,其性燥烈,阳邪易于化火化热。热盛则致血燥,肌肤失养,故该病发病特点有皮肤皴裂、干燥脱屑及瘙痒不止等。此外,风常无形,有的患者初起皮肤表面没有皮损表现,只是会稍微发痒;湿为阴邪,其性黏滞,所以该病从病程上多缠绵难愈,病程持久,湿邪亦可合并其他邪气致病,且湿邪侵犯体表,可以热化或寒化,导致该病病情表现复杂,湿性趋下,故该病发病部位留滞于掌跖部位;燥胜则干,故皮损处多数有鳞屑、角化的表现。火属阳邪,易伤阴动血,患者在发病时掌跖部有红斑、脓疱,病情严重者自觉灼热、肿痛。六淫邪气过甚可或六淫之气久恋蕴结,皆可成为六淫毒邪,毒邪形成后,善窜络脉,滞气浊血,损伤络脉功能与结构而成毒损络脉之证,使掌跖部出现疼痛,还可使病情恶化,难治难愈,故该病程长,且病情容易反复<sup>[15]</sup>。此外在情志上思虑太甚或饮食失宜,都会影响脾的健运,致水湿停滞,则生内湿,久则化热,脾胃湿热焦灼,郁毒发于肌肤,导致该病的发生或加重<sup>[16]</sup>。《灵枢·寿夭刚柔篇》云:“人之生也,有刚有柔,有强有弱,有短有长,有阴有阳。”说明个人先天禀赋与遗传有一定关系,个人机体之间也存在差异,而这种差异会影响人体正气的强弱,对发病具有一定的意义。

因此杨恩品教授认为 PPP 致病因素有内外因,加之病邪作用于人体,正气奋起抗邪,引起正邪斗争,破坏了人体的阴阳平衡,从而产生了一系列的病理变化。外因主要与“风、湿、燥、火”相关,内因与先天禀赋差异及胃肠湿热有关。其致病多

由于禀赋不耐,外感湿热;或饮食不节,损伤脾胃,脾虚生湿,郁久化热,湿热相合,日久蕴毒,湿热毒邪郁积,留滞掌跖致病。正如《灵枢·痈疽》云:“热胜则肉腐,肉腐则为脓”,故掌跖部可出现红斑、小脓疱,甚者还有轻微渗出;鳞屑、角化过度是因为热甚伤津、肌肤失养,或余热未清所致。

2 诊治思路

在湿热毒蕴病机理论指导下,杨恩品教授以清热利湿、凉血解毒为法,经多年临床实践总结,配伍了经验方“加味五神汤”治疗 PPP。基本方:金银花 20 g,紫花地丁 15 g,茯苓 30 g,车前子 15 g,牡丹皮 15 g,赤芍 30 g,玄参 20 g,虎杖 30 g,川牛膝 30 g,苍术 15 g,黄柏 15 g,昆明山海棠 30 g,甘草 10 g。本方由清代医家陈士铎的五神汤<sup>[17]</sup>(茯苓一两、车前子一两、金银花三两、牛膝五钱、紫花地丁一两)加味而成。《辨证录》记载:“茯苓、车前以利水,紫花地丁以清热,又用金银花、牛膝补中散毒。”《外科真诠》说:“五神汤主治委中毒,湿热凝结,焮痛色赤。”杨老师认为本方切合 PPP 湿热毒蕴之病机,但原方缺少血分药物,且清热解毒之力不足,故在此基础上加入了丹皮、赤芍,以增清热凉血、活血散瘀止痛之功;再配伍虎杖、苍术、炒黄柏加强清热利湿解毒,昆明山海棠以祛风除湿、活血解毒,加玄参滋阴凉血,防燥盛伤阴。诸药合用,共奏清热利湿、凉血解毒之功,其组方思路见图 1。脓疱明显者,可加土茯苓、茵陈;干燥脱屑者,可加白鲜皮、蝉蜕、蜈蚣。经多年临床运用,常获良效。



图 1 加味五神汤方义图解

2.1 方药分析 方中金银花甘寒清热,又可消散痈肿,其解毒之力强,《雷公炮制药性解》载:“金银花解肌肤之毒,为疮科要药。”又有民国张山雷所

著《本草正》谓之：“善于化毒，故治痈疽肿毒、疮癣杨梅、风湿诸毒，诚为要药。毒未成者能散，毒已成者能溃。”车前子甘寒滑利，可清热利湿，《黄帝内经》言：“治湿不利小便，非其治也。”该药善于通利水道，正好符合湿性趋下的特性，可因势利导，导致湿热分离，两药合用具有清热利湿解毒之功效，共为君药。牡丹皮苦寒入心肝血分，善于清解营血分实热，长于清热凉血、活血散瘀；赤芍亦苦寒入肝经血分活血散瘀，止痛效良，又善清泻肝火，泄血分郁热。二者相须为用，以增强君药清热凉血解毒之力。昆明山海棠味辛散温通苦燥，祛风除湿、活血解毒，三药合用，在增强君药清热解毒之力的同时又增加了凉血活血的作用，共为臣药。川牛膝、苍术、黄柏为三妙散，可清热利湿止痒、活血散瘀止痛。张秉成于《本草便读》中论：“紫花地丁泻疔疮之毒壅，味苦性寒，入包络与肝经，通营破血。”虎杖为苦寒之药，正如《日华子本草》曰其：“排脓，主疮疖痈毒……扑损瘀血，破风毒结气。”二者配伍能清热利湿活血，又能凉血散瘀，茯苓味甘性平，功善淡渗利湿，健脾宁心，利水而不伤正气，能增强君药车前子利湿的作用，同时顾护脾胃，防寒凉药对脾胃的损伤。玄参咸寒入血分，能清热凉血、泻火解毒，滋阴，使利湿而不伤阴。诸药合用共为佐药，一者助君臣药清热利湿、凉血解毒；二者滋阴润燥、燥湿健脾，相辅相成，顾护正气。甘草为使药，缓和昆明山海棠之毒，兼调和诸药。《雷公炮制药性解》谓之：“入心脾二经，生则分身梢而泻火，炙则健脾胃而和中，解百毒，和诸药，甘能缓急……惟虚人多热及诸疮毒者，宜

倍用。”全方合用，共奏清热利湿，凉血解毒之效。

### 3 病案举例

**3.1 案一** 赵某，男，53 岁，2019 年 07 月 26 日初诊，因“双足跖反复红斑、脓疱、脱屑 5 年余，再发加重 1 月”前来就诊。患者平素喜饮酒，经常应酬，饮食不规律。5 年前双足跟及足弓处出现针尖至粟粒大小脓疱，周围色红，不易破溃；常干燥、脱屑伴轻度瘙痒，遇热痒甚。既往口服“阿维 A”、外用“卡泊三醇软膏”等治疗，病情时轻时重，反复发作。1 月前患者因饮酒及辛辣刺激饮食后皮损加重。刻下症见：双足跖内侧缘红斑、脓疱，伴角化、鳞屑，自觉瘙痒，夜间及遇热加重（见图 2A）。伴腹胀纳差，小便偏黄，大便粘滞不爽。舌暗红，苔黄厚腻，脉滑数。西医诊断为 PPP，中医辨证为湿热毒蕴证。治以清热利湿，凉血解毒，予加味五神汤：金银花 20 g，紫花地丁 15 g，茯苓 30 g，车前子 15 g，牡丹皮 15 g，赤芍 30 g，玄参 20 g，虎杖 30 g，川牛膝 30 g，苍术 15 g，黄柏 15 g，昆明山海棠 30 g，甘草 10 g。7 剂，水煎服，2 天 1 剂，1 天 3 次，每次 150 mL，饭后半小时温服。并嘱患者戒酒、清淡饮食，避免搔抓、烫洗。

2019 年 08 月 10 日二诊，患者皮损颜色变淡，脓疱大部分消退，留有轻度角化、鳞屑，已无明显瘙痒（见图 2B）。继予前方加白鲜皮 30 g，蝉蜕 15 g。7 剂，服药方法及注意事项同前。

2019 年 08 月 24 日三诊，患者皮损基本消失，皮肤颜色接近正常，无瘙痒（见图 2C）。舌淡红，苔薄白，脉弦滑。予上方减黄柏、苍术，加生黄芪 30 g，7 剂，调理而愈。半年后随访无复发。



A. 治疗前；B. 治疗 2 w 后；C. 治疗 4 w 后

图 2 患者治疗 4 周皮损变化

按语:该患者平素喜饮酒,导致素体蕴热,加之经常应酬,饮食不节,损伤脾胃。久之脾失健运,酿生湿热,湿性趋下,郁久化毒,故发病在足跖部。初诊服加味五神汤收效后,二诊加白鲜皮、蝉蜕增强疏风止痒之力,三诊加黄芪以加强扶正祛邪。

**3.2 案二** 陈某,女,62 岁,云南昆明人,2021 年 09 月 01 日初诊。患者诉 20 年前因工作环境改变,气温过热,正值雨季,左足底出现钱币大小脱屑伴瘙痒。外院就诊,真菌镜检阴性,诊断为“湿疹”。予“雷公藤”口服并外用“复方酮康唑软膏”“黑豆馏油抑菌软膏”治疗,瘙痒缓解,皮损无明显消退。3 月前,患者双足底出现片状暗红斑,脓疱、脱屑加重,再次院外就诊,诊断为“掌跖脓疱病”。现症见:双足底片状、密集粟粒大小脓疱,无渗出,局部干燥、脱屑,自觉瘙痒,伴腹胀、乏力,大便黏腻,小便正常。舌红,苔黄腻,脉滑数。细胞因子检测结果:白介素 2: $6.72\text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ ,白介素 4: $5.51\text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ ,白介素 17-A: $44.56\text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。西医诊断:掌跖脓疱病,中医辨证湿热毒蕴证。治以清热利湿,凉血解毒,方用加味五神汤加减:金银花 20 g,紫花地丁 15 g,茯苓 30 g,车前子 15 g,牡丹皮 15 g,赤芍 30 g,玄参 20 g,虎杖 30 g,川牛膝 30 g,苍术 15 g,黄柏 15 g,昆明山海棠 30 g,甘草 10 g,黄芪 30 g,白鲜皮 30 g,白术 20 g。7 剂,水煎服,2 天 1 剂,1 天 3 次,每次 150 mL,饭后半小时温服,并嘱患者避免搔抓,不使用刺激性清洁用品,注意休息,避免熬夜。

2021 年 09 月 17 日二诊,皮损暗红,脓疱明显消退,偶有瘙痒,无新发皮损,皮肤干燥、脱屑,范围较前缩小。予前方减苍术、黄柏,加莪术 15 g,生地黄 30 g,紫草 30 g,麸炒薏苡仁 30 g。10 剂。

2021 年 10 月 29 日三诊,皮损基本消退,留有淡红斑,轻度脱屑,纳眠可,二便调,舌淡红,苔白腻,脉平缓。复查白介素 17-A 已降至  $13\text{ pg} \cdot \text{mL}^{-1}$ 。予加味五神汤加苈麻根 30 g。10 剂,调理而愈。3 月后电话随诊,病情稳定,未再复发。

按语:该患者因居住环境改变,外感湿热,日久蕴毒,湿热毒邪郁积,留滞足底部致病。患者大便黏腻,舌红,苔黄腻,脉滑数等湿热征象明显。

但伴有腹胀、乏力,用药要兼顾脾胃,故一诊加白术健脾燥湿,黄芪益气托毒,白鲜皮祛风止痒;二诊时患者皮损暗红,加生地黄补益肝肾,养阴润燥,加莪术、紫草清热凉血消斑,薏苡仁健脾燥湿;三诊皮损大部分消退,加用苈麻根加强活血补肾的作用。

4 讨论

PPP 顽固难治,西医多采用口服维 A 酸类药物<sup>[18-19]</sup>,但有部分患者治疗效果不佳,且皮肤黏膜易出现干燥<sup>[20-21]</sup>。局部外用糖皮质激素起效快,但因本病病程较长,反复使用存在耐药及激素副作用,若长期使用需联合维 A 酸类、维生素 D3 衍生物合用来增效和减少不良反应<sup>[22-24]</sup>。中医治疗 PPP 多有报道,但疗效参差不齐<sup>[25-26]</sup>。对于湿热毒蕴型患者,杨老师使用加味五神汤治疗起效快,停药后复发率也低。笔者在跟师过程看到不少 PPP 患者,经治愈后因其他皮肤病再次就诊,多年病情稳定,有的已经完全看不出曾经的皮损。杨恩品教授认为临床上除了把握湿热毒蕴的病机外,还应结合病情随证加减,在用药上要讲究个体化,才能取得更好疗效,还要明确交代患者平素应该注意的事项,促进早日康复。

参考文献

[1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:1014-2015.

[2] Sarıkaya Solak S, Kara Polat A, Kilic S, et al. Clinical characteristics, quality of life and risk factors for severity in palmoplantar pustulosis: a cross-sectional, multicentre study of 263 patients[J]. Clinical and Experimental Dermatology, 2022, 47(1): 63-71.

[3] Kubota K, Kamijima Y, Sato T, et al. Epidemiology of psoriasis and palmoplantar pustulosis: a nationwide study using the Japanese national claims database[J]. BMJ Open, 2015, 5(1): e006450.

[4] Huang CM, Tsai TF. Reply to drs brunasso and massone about palmoplantar pustulosis and psoriasis[J]. The Journal of Dermatology, 2021, 48(1): e48.

[5] Benzian-Olsson N, Dand N, Chaloner C, et al. Association of clinical and demographic factors with the severity of palmoplantar pustulosis[J]. JAMA Dermatology, 2020, 156(11): 1216-1222.

[6] 吕正涛, 牟子君. 掌跖脓疱病致病因素及发病机制研究

- [J]. 亚太传统医药,2014,10(6):49-51.
- [7] 李娜,吕新翔. 掌跖脓疱病发病机制研究进展[J]. 内蒙古医学杂志,2018,50(1):16-19.
- [8] 谢艳秋,赵平,李莹,等. 白细胞介素-17 在掌跖脓疱病发病中的作用及其他临床因素的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2015,14(2):93-94.
- [9] 张大雷,和翠霞,张恒坡,等. 大青叶洗剂治疗掌跖脓疱病的临床疗效和作用机制的初步研究[J]. 皮肤病与性病,2019,41(4):476-478.
- [10] 陈溪. 环孢素对掌跖脓疱病的疗效及作用机制的研究[D]. 长春:吉林大学,2018.
- [11] 孙昂远,刘越阳,李铁男,等. 掌跖脓疱汤治疗掌跖脓疱病的临床疗效和作用机制的初步研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2015,14(4):242-244.
- [12] 李室春,宋坪,李博鉴,等. “癰疮”源流考[J]. 北京中医药,2010,29(10):760-761.
- [13] 马振友,李雨璇,马毳毳,等. 癰疮源流之考证[J]. 中国美容医学,2014,23(3):249-251.
- [14] 杨恩品.《内经》脏腑气血理论在皮肤病诊治中的运用[J]. 云南中医学院学报,2008,31(3):45-47.
- [15] 张惜燕,邢玉瑞,胡勇. 中医毒邪研究及相关问题探讨[J]. 陕西中医药大学学报,2022,45(1):48-52.
- [16] 刘美丽,李晓强,闫小宁. 从湿热论治银屑病文献研读[J]. 现代中医药,2022,42(3):27-31.
- [17] 祁亚慧,陈卫东,武明月,等. 陈明岭运用五神汤加味治验举隅[J]. 湖南中医杂志,2016,32(1):102-103.
- [18] Adışen E, Tekin O, Gülekon A, et al. A retrospective analysis of treatment responses of palmoplantar psoriasis in 114 patients [J]. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV, 2009, 23 (7): 814-819.
- [19] Obeid G, Do G, Kirby L, et al. Interventions for chronic palmoplantar pustulosis [J]. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2020, 1: CD011628.
- [20] 贾雪松. 阿维 A 联合白芍总苷治疗掌跖脓疱病疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20 (21): 2638-2639.
- [21] 宋翠豪,张钧芬,马亮,等. 环孢素联合卡泊三醇倍他米松治疗 32 例掌跖脓疱病临床疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志,2021,50(7):401-405.
- [22] 玉男. 掌跖脓疱汤联合阿维 A 胶囊治疗掌跖脓疱病的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2020, 18 (2): 165-166.
- [23] 黄欣,姚越,曾琳茜,. 掌跖脓疱病的治疗进展[J/OL]. 中国皮肤性病学杂志:1-8 [2022-12-15]. [http://kns.cnki.net/kcms/detail/61.1197. R. 20220309. 1117. 005. html](http://kns.cnki.net/kcms/detail/61.1197.R.20220309.1117.005.html).
- [24] Adışen E, Gürer MA. Therapeutic options for palmoplantar pustulosis [J]. Clinical and Experimental Dermatology, 2010, 35 (3): 219-222.
- [25] 乔宏,刘灵,马栓全. 无菌性脓疱类皮肤病中医治疗体会[J]. 现代中医药,2006,26(1):13-14,22.
- [26] 王倩,杨晓丽. 中医治疗掌跖脓疱病研究进展[J]. 实用中医药杂志,2021,37(5):901-903.
- (修回日期:2022-12-13 编辑:蒲瑞生)