



龙胆泻肝汤加减联合中药熏洗治疗湿疹湿热证临床疗效观察

蔡亮 高如宏* (宁夏医科大学中医学学院 750004)

摘要:目的 对龙胆泻肝汤加减联合中药熏洗治疗湿疹湿热证的临床疗效进行探讨。方法 将我院2017年1月-2018年1月收治的76例湿疹湿热患者,应用数字表法随机分为研究组和对照组,对研究组的38位患者给予龙胆泻肝汤加减联合中药熏洗进行治疗;对照组38位患者只给予龙胆泻肝汤加减治疗,对两组患者进行3个疗程的治疗,其中每个疗程周期为7d,然后进行疗效观察。结果 研究组治疗的总有效率高于对照组($P<0.05$),研究组的治疗效果优于对照组($P<0.05$)。结论 龙胆泻肝汤加减联合中药熏洗治疗湿疹湿热证临床疗效显著。

关键词: 湿疹湿热 龙胆泻肝汤加减内服 中药熏洗

中图分类号: R758.23 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 05-149-02

湿疹是一种皮肤炎症反应性皮肤病,由真皮层出现的炎症或者其多种内外在因素引起的表皮炎症导致的,与变态反应存在着一定的联系。湿疹证临床特点表现为:瘙痒易复发、形式多样、对称、渗出,严重时明显影响患者的学习、工作和生活,严重者还可影响睡眠。其发病部位、发病年龄以及发病季节都没有局限性^[1]。但是在夏季和动机更易复发或溢出者病情加剧,湿疹湿热发病过程缓慢,不易控制,容易反复性发作。祖国医学对此病的论述甚多,根据发病部位的不同各有其名,如“湿疡”、“湿疮”、“湿漏疮”等都可归类于现代医学湿疹范畴。中医古代文献对湿疹的认识,首见于《金匱要略》,“浸淫疮,黄连粉主之”。《医方集解》一书有对龙胆泻肝汤注解,此汤配方中有其由黄芩、龙胆草等10多味中草药组成,具有利清湿热、泻肝火的功效,且其治疗效果显著,在也是通常用作治疗皮肤病湿热证的良方,经过临床研究证实也具有抗过敏、抑菌、消炎、的功效,更能调节人体的机体免疫力。治疗湿疹方面,龙胆泻肝汤多用在皮肤出现糜烂、渗出、肿胀以及皮肤破损潮红等急性症状时^[2]。任何急性发作期的湿疹都可以判定为湿热型湿疹,在对其治疗过程中都以利湿清热为主,均可采用龙胆泻肝汤加减治疗。通过本次实验证明显示,龙胆泻肝汤加减联合中药熏洗治疗湿疹湿热证在临床上有着显著的治疗效果疗效观察,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将我院2017年1月-2018年1月收治的76例湿疹湿热患者应用数字表法随机分为研究组和对照组,其中研究组38人,年龄1~65岁,平均年龄 (31.6 ± 1.3) 岁,病程1个月~17年,给予龙胆泻肝汤加减联合中药熏洗进行治疗;对照组患者38例,年龄2~71岁,平均年龄 (32.8 ± 1.4) 岁,患者病程为2个月~16年,给予患者龙胆泻肝汤加减治疗。所有参与研究的患者均为我科患者,主要发病部位在头部、面部以及四肢部位,症状主要为水泡成片密集、红斑、丘疹等,易渗出,且伴随剧烈瘙痒和境界不清,还有患者出现表明粗糙、颜色暗红和明显肥厚浸润且出现色素沉着、抓痕伴阵发性瘙痒。两组患者在一年内都没有服用等药物,患者均知情同意本研究,一般资料具有可比性($P>0.05$),同时经过医院伦理委员会批准。

1.2 方法

给予对照组38例患者龙胆泻肝汤加减内服治疗,组成药方为:龙胆草、栀子各10g,车前子12g,生地15g,生甘草3g,柴胡6g。将以上药方加水煎煮口服。每天1副。根据患者不同症状加减药物配方:湿证严重者加丹皮10g,并增加并加生地用量;热证严重者加苍术10g;瘙痒严重的患者可以增加白鲜皮、地肤子各10g。研究组的38例患者在以上龙胆泻肝汤加减联合治疗的基础上进行中药熏洗治疗。熏洗药物配方为:乌蛇、草红花、蛇床子各10g,黄柏、苦参、白鲜皮各

30g,川椒20g,加入2000mL清水煎煮,药液入盆后,将患者用毛巾遮盖,进行热气熏蒸,药液降温后清洗患处,早晚各1次。对两组患者进行3个疗程的治疗,其中每个疗程周期为7d,然后进行疗效观察。

1.3 观察指标

症状显著减轻或者皮肤破损大部分或者全部消失为显效。症状出现好转或皮损出现部分消退有效;皮损没有出现明显的消退,病情恶化或者临床症状未见没有出现减轻或反见恶为无效。有效率=(治愈+显效)/总例数。

1.4 统计学方法

数据应用SPSS18.0进行分析,其中计数进行 χ^2 (%)检验,计量进行t检测($\bar{x}\pm s$)检验, $P<0.05$ 提示有显著差异。

2 结果

经过治疗,对两组患者的治疗效果进行对比发现研究组的总有效率显著高于对照组($P<0.05$),见表1。

表1: 两组临床疗效对比(例, %)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	38	22	13	3	92.1%
对照组	38	11	22	15	60.5%
χ^2	/	5.394	4.391	6.125	4.935
P	/	< 0.05	> 0.05	< 0.05	< 0.05

3 讨论

由于湿疹的病因多种多样,难以寻找,临床表现也多种多样,因此导致了诊断的困难和不一致性。中医认为湿疹的病因主要为风、湿、热邪侵袭,但有内、外之分。湿疹湿热证的发病与人的心、肝、脾胃关系密切,湿、热、风是其主要致病因素^[3]。脾胃即有内蕴之湿,复因心火内炽、血热内湿、湿热相结,通过脏腑关系,从里到表。经常食用油腻辛辣的实物会造成消化系统功能不能正常运行,因脾为湿土,则湿热内生;肝脏主管人体的毒素排泄,肝脏功能不正常运转,会造成肝气不顺,导致心火旺盛,血液湿热,心火交加有损肝脏,体内的湿热风气相互交叠,会显露在身体表面,使全身出现红斑、疱疹、渗液甚至糜烂^[4]。由此可见湿疹湿热证是体内的湿热之气过于旺盛导致的。依据中国传统的中医治疗法,应该使血液进行滋养,祛除燥热之气,祛除风湿就会止痒。现代医学认为,湿疹多是在机体内部因素如免疫功能异常、皮肤屏障功能障碍等的基础上,由多种内外因素综合作用的结果,治疗应当从整体考虑,兼顾近期疗效和远期疗效。而传统的中医学则认为:湿疹湿热证是由于饮食不规律不恰当,外加心绪迫害,给湿邪之气有可乘之机导致的。中医中药疗法可以内治也可以外治,应根据病情辨证施治。有科研人员认为心燥肝火大也是发病的主要原因,龙胆泻肝汤能够对肝胆湿热、肝火旺等症状进行调剂^[5]。内服配合外洗一起施用能有效祛湿热、敛疮止痒,效果甚好。

综上所述,龙胆泻肝汤加减联合中药熏洗治疗湿疹湿热证有良好的临床治疗效果,值得进一步推广应用。

参考文献

- [1] 朱相贡. 龙胆泻肝汤加减联合西药治疗急性湿疹(湿热内蕴) (下转第150页)

第一作者: 蔡亮,男,籍贯:宁夏银川,所在科室及职务:住院医师,研究方向:中医药,最高学历:硕士。

*通讯作者: 高如宏,男,籍贯:宁夏银川,所在科室及职务:主任医师,研究方向:中医药,最高学历:本科。



· 中西医结合 ·

牟淑敏从脾论治糖尿病肾病病案举隅

杨恩权¹ 牟淑敏² (1 山东中医药大学 2016 级硕士研究生 山东济南 250014 2 山东中医药大学附属医院 山东济南 250014)**摘要:** 糖尿病肾病为糖尿病重要并发症, 牟淑敏副主任医师认为脾在其发病过程中起到重要作用, 治疗上应重视健脾法的应用。**关键词:** 从脾论治 糖尿病肾病**中图分类号:** R249.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 05-150-01

糖尿病肾病是严重糖尿病微血管并发症之一, 以肾小球硬化为主要特征并最终发展成肾衰, 成为患者死亡的主要原因。因此, 对于本病早期诊断及干预治疗对预后起到重要作用。

1 中医的认识

传统中医并无此病名, 往往根据其症状归结为“水肿”“尿浊”“关格”等, 现代多数医家将之命名为“肾消”、“下消”^[1]。其总的病机乃为本虚标实, 虚实错杂, 而现代医家又根据临床经验提出了各自观点: 南征等^[2]指出糖尿病肾病最主要的病机是毒损肾络; 赵进喜等^[3]等认为血淤、湿浊在糖尿病肾病中发挥着重要作用; 胡志辉等^[4]提出糖尿病肾病乃多种证型混合, 前期主要为阴虚燥热, 进而发展成气阴两虚, 加之肝郁、瘀血共同影响, 形成恶性循环; 吕仁和等提出“微型癥瘕”学说, 认为消渴日久, 伤阴耗气, 痰瘀热互结致肾络受阻, 形成“微型癥瘕”^[5]。

2 牟师总结前人经验并结合临床, 认为糖尿病肾病是由于先天及后天因素综合作用而引起。

其病机主要为气阴两虚、脾肾不足、血瘀阻络, 但三者皆与脾关系密切, 治疗上应从整体调节入手, 辨证施治, 并注重健脾益气, 化湿利水。

2.1 脾虚则生化乏源。“脾胃者, 仓廪之官, 五味出焉”(《素问》), 饮食靠脾胃运化为水谷精微而营养五脏、洒陈六腑, 脾虚则气血生化不足; 且“脾气散精, 上归于肺”(《素问》), 若脾虚无以散精, 肺不能输布津液, 致机体阴津不足。故多见倦怠乏力, 头晕耳鸣, 目涩昏花等症。

2.2 脾病传肾。“五脏受气于其所生, 传之于其所不胜”(《素问》), 故脾病易传肾。且肝肾同源, 二者功能正常有赖于中焦脾土的运化。肝藏血, 肾藏精。肝藏之血除从肾精得到涵育外, 主要依赖脾脏化生阴血以营养补充才得以充盈而不亏。若脾日病久, 一则不能化生精血滋补肝肾, 其次脾病传肾, 故见肝肾不足, 出现尿浊等症, 即“中气不足, 溲便为之变”(《灵枢》),

2.3 脾虚日久致本虚标实。随着病情进展, 脾虚加重, 而脾阳不足导致温煦功能减退, 血液凝固, 形成瘀血, 淤浊阻络, 遂形成本虚标实之症, 症见腰酸膝软, 面色晦暗, 即所谓“失时反候, 五治不分, 邪僻内生”(《素问》)。

病案举例:

患者, 女, 64 岁, 2017.4.24 初因“发现血糖升高 10 年伴小便多泡沫半个月”于山东省中医院内分泌门诊就诊, 10 年前查空腹血糖 10.0mmol/L, 口服“二甲双胍、格列吡嗪片”, 血糖空腹 8.0mmol/L, 餐后血糖未监测。现症见多汗, 偶有视物模糊, 纳眠可, 小便多泡沫舌质淡胖有齿痕, 脉弱。高血压病史 2 年, 血压最高 160/180/90mmHg, 未服用药物。门诊查尿微量白蛋白 894.0mg/L, 尿 α1 微量球蛋白 19.5, 尿免疫球蛋白 IgG23.7, 糖化血红蛋白示: 7.8%, 尿蛋白 1+。中医诊断消渴肾病, 脾虚湿盛证。给予中西医结合治疗,

口服复代文 80mg QD, 亚莫利 2mg QD, 中药以健脾益气, 利水渗湿为原则, 方选参苓白术散加减, 整方如下: 党参 12g, 茯苓 15g, 黄芪 30g, 炒山药 15g, 炒白术 12g, 防风 9g, 白扁豆 15g, 陈皮 9g, 莲子肉 30g, 桂枝 9g, 丹参 30g, 益母草 30g, 三七粉 3g (冲), 车前子 15g, 决明子 15g, 桑叶 15g, 14 剂, 水煎服, 日一剂。

2017.5.15 复诊, 下肢水肿减轻, 视物模糊减轻, 仍多汗, 查尿微量白蛋白 294.0mg/L, 尿 α1 微量球蛋白 19.5, 尿免疫球蛋白 IgG23.7。上方加黄连 6g, 地骨皮 30g, 夏枯草 12g, 28 剂, 水煎服, 日一剂, 西药继服。

2017.6.12 复诊, 双下肢未见明显水肿, 汗出缓解, 查尿微量白蛋白 126.0mg/L, 尿 α1 微量球蛋白 6.08, 尿免疫球蛋白 IgG 6.07, 由于患者要求, 遂停服中药。

分析: 患者初诊, 双下肢水肿, 小便多泡沫, 乃为脾运化失常, 清气不能上输至肺, 长期壅滞下焦致水湿聚集, 形成水肿, 视物模糊为脾不升清, 目睛失养, 舌质胖大边有齿痕为脾虚的典型舌象, 脾气虚, 气血生化乏源, 加之湿邪阻滞, 故脉见弱象, 治疗上给予参苓白术散加减。方中党参、茯苓、炒白术、黄芪益气健脾渗湿为君, 配伍炒山药、莲子肉助君药以健脾益气, 并用白扁豆、陈皮助君健脾渗湿, 均为臣药, 防风、桂枝温经助君祛湿; 丹参、益母草、三七粉活血化瘀, 决明子、桑叶明目, 车前子补肾明目, 利水祛湿, 均为佐药。方中诸药, 健脾为主意在治本, 兼顾温经、化湿、明目在治标。主次分明, 恰切病机。通过健脾气养脾阴而达到益气、活血、利水、明目的目的。现代药理研究表明茯苓^[6] 山药^[7] 黄芪^[8] 等均可以明显改善肾功能, 降低尿蛋白, 白术多糖^[9] 具有降低血糖的作用。

参考文献

- [1] 张蕾, 刘旭生. 糖尿病肾病中医病名源流探索性研究[J]. 辽宁中医杂志 2012, 39(1): 52-54
- [2] 米佳, 朴春丽, 王秀阁等. 南征教授基于“络病”理论治疗消渴肾病的经验[J]. 国医论坛 2016, 31(5): 24-26
- [3] 王颖辉, 赵进喜, 王世东等. 糖尿病肾病不同分期证候演变研究[J]. 中华中医药杂志 2012, 27(10): 2687-2690
- [4] 胡志辉, 晏子友. 早期糖尿病肾病的病因病机探讨[J]. 亚太传统医药 2008, 4(9): 3-4
- [5] 李俊美, 吕仁和教授治疗糖尿病肾病的经验[J]. 四川中医 2009, 27(5): 1-3
- [6] 张慧儒, 吕会新, 康希等. 茯苓多糖抗 2 型糖尿病肾病大鼠肾间质纤维化作用研究[J]. 当代医学 2016, 22(8): 1-2
- [7] 谭春琼. 山药多糖对大鼠糖尿病肾病的治疗作用[J]. 中国应用生理学杂志 2014, 30(5): 437-438
- [8] 陈国辉, 黄文凤. 黄芪的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中国新药杂志 2008, 17(17): 1482-1485
- [9] 李燕, 陈素红, 吉星等. 白术多糖对自发性 2 型糖尿病小鼠血糖及相关指标的影响[J]. 中国实验方剂学杂志 2015, 21(10): 162-165

(上接第 149 页)

证)的临床观察[J]. 中国中医急症, 2016, 25(5):881-883.

[2] 刘艳梅, 冯秋敏, 王庆美. 龙胆泻肝汤加味配合中药熏洗治疗急性外阴溃疡 20 例[J]. 中国实用医药, 2017, 12(4):145-146.

[3] 周俊琳. 龙胆泻肝汤联合壮医药线灸治疗湿热浸淫型慢性

湿疹临床观察[J]. 广西中医药大学学报, 2017, 20(1):32-33.

[4] 牟明鸥. 分析加减龙胆泻肝汤治疗带下病湿热下注的临床疗效[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 12(70): 66-67.

[5] 王立政. 加减龙胆泻肝汤治疗湿热下注型带下病的临床疗效[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(15):114-115.