

辨证治疗复发性口腔溃疡临床观察

张映春

渭源县人民医院, 甘肃 渭源 748200

[摘要] 目的: 观察辨证治疗复发性口腔溃疡的临床疗效。方法: 将复发性口腔溃疡患者 480 例遵循患者意愿按照 1:1 分为 2 组各 240 例, 对照组采用西医疗法, 治疗组辨证分型治疗, 比较 2 组临床疗效、溃疡期改善、疼痛指数、单项证候积分、血清白细胞介素-2 含量及安全性。结果: 总有效率治疗组 97.92%, 对照组 85.42%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后中医伴随症状改善明显, 患者情况优于对照组, 单项证候积分治疗后低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后溃疡期改善、疼痛指数降低、血清白细胞介素-2 含量提高, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 复发性口腔溃疡的证候特点为虚实夹杂、虚实两端, 久病则表现为本虚标实, 结合辨证论治理论进行清热散寒、益气养阴、祛湿化瘀等治疗, 有效去除病因, 调理脏腑, 促进预后, 亦展现辨病、辨证结合治疗疾病的有效性。

[关键词] 复发性口腔溃疡; 证候分型; 辨证论治; 中医辨证

[中图分类号] R781.5*1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 07-0212-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.07.092

复发性口腔溃疡是口腔科高发病, 发生部位为唇部、舌体以及颊软腭等, 具有周期性和自限性, 是口腔黏膜常见疾病。病灶表面覆盖有边界清晰的假膜, 颜色呈灰白或灰黄, 周围红、微肿, 局部灼痛; 普通人的发病率高达 20.0%^[1]。复发性口腔溃疡属于中医学口糜、口疮、口疳、口疔等范畴; 其发病机制主要在三焦, 上、中、下三焦分别因实火熏灼、寒湿困脾、阴火上炎而诱发疾病。最终的病发是内因和外因共同作用的结果, 内因主要是因为禀赋不足, 或者是病程久导致身体虚弱而患病; 外因则是因为六淫侵袭、饮食不节、疲劳过度、情志起伏等, 最终引起脏腑功能失调, 火热上炎直达口腔而致病^[2]。目前, 中医药对复发性口腔溃疡的治疗研究取得一定进展, 分型辨治、针灸、局部给药等方面取得显著成效, 治疗呈现出多元化特点。中医治疗注重整体, 从脏腑偏胜、证候分型等进行辨证论治, 在缓解症状、促进疗效等方面有明显优势^[3]。本研究对 240 例复发性口腔溃疡患者展开中医不同证候分型的辨证施治, 并与 240 例西医治疗的患者进行比较, 取得显著疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2008 年 1 月—2015 年 8 月本院口腔门诊及住院部收治的复发性口腔溃疡患者 480 例展开调查研究, 遵循患者意愿按照 1:1 的比例分为 2 组, 对照组 240 例, 男 134 例, 女 106 例; 年龄 18~80 岁, 平均(34.6±7.5)岁; 病

程 2~10 年, 平均(5.4±1.7)年; 溃疡发作时间 5~8 天, 平均(6.8±1.1)天。治疗组 240 例, 男 130 例, 女 110 例; 年龄 18~80 岁, 平均(35.2±8.8)岁; 病程 2~11 年, 平均(5.8±1.9)年; 溃疡发作时间 5~8 天, 平均(6.6±1.2)天。2 组基线资料经统计学处理, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择 符合西医对复发性口腔溃疡的临床诊断标准, 西医诊断参照中华医学会 2000 年口腔黏膜病专业委员会制定的诊断标准: 口腔黏膜不定期、不定位发生溃疡, 局部表现为红肿、轻微凹陷、疼痛颜色泛白或黄, 无其他部位的糜烂或溃疡。中医诊断标准参照《复发性阿弗它溃疡疗效评价试行标准》^[4]中制定的口腔黏膜疾病相关诊断标准, 结合中医辨证理论进行诊断, 分为虚证和实证。①患者年龄在 18 周岁及以上, 符合临床西医和中医关于复发性口腔溃疡疾病的诊断标准; ②本次溃疡发病时间在 3~6 天, 病程在 3 月以上; ③近 1 月未使用过相关治疗药物; ④肝、肾、心、肺等重要脏器功能正常, 知情且自愿参与本次调研。排除标准: ①不符合临床西医和中医诊断的, 如创伤、癌症、应激等引发的溃疡; ②合并重要器官功能不全者、自身免疫系统疾病、血液系统疾病以及急性感染性疾病、精神异常者; ③资料欠缺、未能完成整个研究、妊娠及哺乳期女性、对治疗药物过敏等患者。

[收稿日期] 2016-01-12

[作者简介] 张映春 (1974-), 女, 主治医师, 主要从事口腔科工作。

2 治疗方法

2组在治疗期间均采用淡盐水漱口,保证口腔的洁净度。

2.1 对照组 采用临床西医治疗,采用维生素B₂片(山西康立生药业有限公司,批准文号:H14023519,每片5mg),每次10mg。维生素C片(天津世纪药业有限公司,批准文号:H12021214,每片0.1g),每次0.2g。甘露聚糖肽片(贵州神奇药业股份有限公司,批准文号:H52020862,每片5mg),每次10mg。上述药物均为每天3次,持续治疗3周。并给予转移因子肌肉注射治疗,每次2mL,持续治疗4周。

2.2 治疗组 采用中医辨证治疗:①实证遵循清热解毒、健脾祛湿的原则,处方:地榆、赤芍、牡丹皮、栀子、牛蒡子、生地黄、黄芩、知母各12g,白花蛇舌草、当归、连翘、木瓜、泽泻、土茯苓、石膏、白花蛇各15g,炙甘草3g。每天1剂,水煎服,于早晚空腹状态下服用,1疗程为10天。②虚证遵循清热滋阴的原则,处方:熟地黄、山茱萸各20g,茯苓、牡丹皮各15g,山药、泽泻、麦冬、知母、五味子、黄柏各10g。每天1剂,水煎服,于早晚空腹状态下服用,7天为1疗程,治疗4疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 2组临床疗效、溃疡期改善、疼痛指数、单项证候积分、血清白细胞介素-2含量及安全性;中医证候积分评定标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]症状分级评分制定:①溃疡数目为0,无充血、烧灼感;口不干,大小便正常,舌质淡红、苔薄白评0分;②溃疡数目为1处或2处,直径在3mm以下,颜色略显红色,仅在溃疡处发生水肿,轻微烧灼感,口稍干,小便微黄,大便偏干且1~2天1行,舌尖稍红、舌苔微黄评1分;③溃疡数目在3~5处,直径3~5mm,溃疡部位呈深红色,局部为淡白色,边缘稍高,明显的灼痛感,口干欲饮,小便黄,大便干燥,数日1行,舌尖红、苔稍黄腻评2分;④溃疡数目超过5处,直径均在5mm以上,呈紫红色,隆起呈淡白色,强烈灼痛感,含冰水缓解,口干、饮不解渴,小便黄赤,大便需通便才可解出,舌尖红、苔黄腻评3分。疼痛指数采用视觉模拟评分法(VAS)测定,作一长度为10cm的直线,让患者根据自身疼痛在对应长度作标记,0分为无疼痛,10分为剧痛难耐。血清白细胞介素-2则通过抽取静脉血检测,取患者肘正中静脉抽取静脉血约5mL,维持3000r/min离心15min,取上层清液采用酶联免疫吸附法(试剂为配套试剂)检测白细胞介素-2水平。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0统计学软件进行检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用*t*检验;计数资料以(%)表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[6]相关标准,患者溃疡周期显著缩短,疼痛转为无痛或减轻,临床伴随体倦乏力、口渴、尿赤便

秘等症状消失,体格检查均恢复无异常,随访半年无复发评为治愈;患者溃疡周期缩短,疼痛减轻,临床伴随体倦乏力、口渴、尿赤便秘等症状缓解,随访半年复发次数减少评为有效;未达到上述评价指标者均评为无效。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组97.92%,对照组85.42%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	有效	无效	总有效
治疗组	240	114(47.50)	91(37.92)	5(2.08)	235(97.92)
对照组	240	83(34.58)	122(50.83)	35(14.58)	205(85.42)
Z ² 值					10.810
P值					0.001

4.3 2组治疗单项证候积分比较 见表2。治疗组治疗后中医伴随症状改善明显,患者情况优于对照组,单项证候积分治疗后低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗单项证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

证候	治疗组	对照组	<i>t</i> 值	P值
溃疡数量	0.4±0.1	0.8±0.2	27.713	0.000
直径	0.3±0.2	0.6±0.1	20.785	0.000
充血程度	0.6±0.2	0.9±0.3	12.890	0.000
水肿程度	0.5±0.1	0.7±0.2	13.856	0.000
灼痛感	0.3±0.1	0.8±0.3	24.495	0.000
口干	0.7±0.2	0.9±0.2	10.955	0.000
小便	0.4±0.1	0.6±0.2	13.856	0.000
大便	0.3±0.2	1.1±0.3	34.373	0.000
舌象	0.2±0.1	1.3±0.4	41.331	0.000

4.4 2组溃疡期改善、疼痛指数、白细胞介素-2含量比较 见表3。治疗组治疗后溃疡期改善、疼痛指数降低、血清白细胞介素-2含量提高,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组溃疡期改善、疼痛指数、白细胞介素-2含量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	溃疡期改善	疼痛指数	白细胞介素-2含量(ng/mL)
治疗组	240	0.4±0.2	1.5±0.4	56.9±7.3
对照组	240	1.6±0.5	2.6±0.7	50.7±6.4
<i>t</i> 值		34.521	21.137	9.894
P值		0.000	0.000	0.000

4.5 安全性比较 所有患者都完整参与整个研究,无退出和脱落病例,血、尿、便常规检查,心电图以及肝肾功能检测与治疗前均无明显差异,且无明显不良反应发生,提示安全性高。

5 讨论

复发性口腔溃疡在目前的临床治疗中尚无具体的根治方法,主要是针对病因进行治疗,消除疼痛,缩短溃疡期,避免

继发感染,降低复发率,西医主要分为局部治疗或与全身治疗联合进行。中医学理论对其亦有相关记载,相关文献记载,《内经》中首次出现“口疮”的说法,《素问》中注明:“岁金不及,炎火乃行……民病口疮,甚则心痛。”发病原因为外感六淫、情志失调、饮食不节、素体阴虚、心脾积热、脾肾阳虚等。口腔溃疡初始发生大部分是因为实火,病程久且迁延不愈,反复多次发作属虚火,部分病情严重的患者出现虚实夹杂之症。目前的文献记载中西医结合对复发性口腔溃疡尚无根治的方法,单纯采用西药治疗效果欠佳^[7]。中医学根据患者病症结合辨证论治理论分型进行全身调理,体现中医特色并能够有效控制病情,促进预后。

中医学认为“脾开窍于口,其华在唇”、“心开窍于舌”,因此复发性口腔溃疡的发病与心脏和脾脏有密切关联。心脏、脾脏以及肾脏等重要脏腑机能失去调养,火炎上蒸于口故而发病生成口疮,且火炎表现为实证和虚证。本院结合多年的中医临床治疗经验,严格掌握患者的发病原因和发病机制,将辨证结合辨病,以患者的实际病情出发,分为实证和虚证2大类,实证主要是针对心脾积热患者,虚证则是针对阴虚火旺患者,分证型进行治疗。治疗组患者治疗后治疗总有效率显著高于对照组,且单项证候积分显著降低,溃疡期缩短,疼痛明显缓解,血清白细胞介素-2升高抵抗力增强,与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$),提示基于中医辨证论治理论对患者进行辨证分型的治疗效果显著,且能够促进患者血清白细胞介素-2的分泌,加速病情痊愈。实证患者好发于中青年人群,具有典型的临床症状,疼痛剧烈,治疗遵循清心火,解脾胃热毒的原则,方剂组成为地榆、赤芍、牡丹皮、栀子、牛蒡子、生地黄、黄芩、知母、当归、白花蛇舌草、白花蛇、连翘、木瓜、泽泻、土茯苓、石膏、炙甘草。其中当归、生地黄、牡丹皮等有清热凉血、化腐生肌的功能,栀子、地榆、黄芩、白花蛇舌草、连翘等药物相互配伍,有效滋阴清热,清理三焦火

热,重点对上焦之火进行清理,甘草对诸药进行调和,有效达到凉血消疮的目的。虚证好发于体弱者,针对治疗原则为滋阴清热,方剂为:熟地黄、山萸肉、茯苓、牡丹皮、山药、泽泻、麦冬、知母、五味子、黄柏。山萸肉滋养肝肾,黄柏与知母配合使用增强清热滋阴的功效,泽泻淡泄肾浊,茯苓利水渗湿联合泽泻使用引浊下行,推陈出新;山药补益脾脏,有助于运化;牡丹皮凉肝泻火;诸药合用,滋阴清热,补泻并举,敛疮败火,以治疗疾病。

[参考文献]

- [1] 张莉,吕霞.复发性口腔溃疡中医药治疗近况[J].中国中西医结合外科杂志,2014,16(6):678-679.
- [2] 周桂英,房玉涛.益气养阴解毒利湿中药治疗复发性口腔溃疡体会[J].中国中医药信息杂志,2013,20(6):85-86.
- [3] 阳国英,吴滨荣.辨证施护在复发性口腔溃疡患者中的应用[J].湖北中医药大学学报,2015,18(3):97-99,100.
- [4] 中华口腔医学会口腔黏膜病专业委员会.复发性阿弗它溃疡疗效评价试行标准[J].临床口腔医学杂志,2001,17(3):209.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [6] DS Halim, NIBA Khalik, H Taib, et al. Novel material in the treatment of minor oral recurrent aphthous stomatitis[J]. International medical journal, 2013, 20(3):392-394.
- [7] 王任明,洪芳玲.徐学义教授治疗复发性口腔溃疡的经验[J].贵阳中医学院学报,2013,35(4):1.

(责任编辑:骆欢欢,李海霞)