

加减甘露饮治疗复发性口腔溃疡 50 例疗效观察

陈非凡, 黄远峰

东莞市中医院, 广东 东莞 523000

[摘要] 目的: 观察加减甘露饮治疗复发性口腔溃疡的临床疗效。方法: 将 100 例患者随机分为 2 组各 50 例, 治疗组予加减甘露饮治疗, 对照组予维生素 C、甲硝唑片、西瓜霜喷剂治疗, 均治疗 7 天。结果: 随访 1 年, 治疗组失访 3 例, 对照组失访 4 例; 结果治疗组痊愈 15 例, 显效 14 例, 有效 11 例, 无效 7 例; 对照组痊愈 5 例, 显效 8 例, 有效 19 例, 无效 14 例。2 组治疗结果经 Mann-Whitney U 检验, 治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 加减甘露饮治疗复发性口腔溃疡疗效显著。

[关键词] 复发性口腔溃疡; 脾胃湿热; 阴虚气弱; 加减甘露饮

[中图分类号] R781.5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0162-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.064

复发性口腔溃疡中医学称之为口疮。该病是口腔黏膜疾病中常见的溃疡性损害疾病, 发作时疼痛剧烈, 灼痛难忍, 一年四季均可发生, 可出现于口腔黏膜的任何部位, 其中以唇、颊、舌较多见。现代医学认为, 复发性口腔溃疡与免疫、遗传、感染或伴有其他疾病有着密切的关系, 目前尚无理想的治疗方法控制其复发倾向。笔者应用《太平惠民和剂局方》甘露饮为基础方, 随证加减治疗复发性口腔炎, 获得较为满意的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 既往有口腔溃疡反复发作病史, 病史至少 2 年, 至少每隔 3 月发作 1 次; 临床表现为: 口腔黏膜或口唇、舌、上腭等不同部位有大小及深浅不一的溃疡, 呈圆形或椭圆形, 周围红润, 表面覆以灰黄色或浅黄白色纤维素性假膜, 可影响进食。辨证分型: 脾胃湿热型: 痛剧, 可伴口苦纳呆, 脘腹胀满, 便溏不爽, 溲赤, 舌红苔黄腻, 脉滑; 阴虚气弱型: 口疮反复发作或此愈彼起, 遇劳易增、迁延不愈, 可伴乏力, 五心烦热, 低热盗汗, 头晕耳鸣, 腰膝酸软, 便秘, 舌红、少苔, 脉细弱。

1.2 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准; 所有患者 1 年内未服过任何激素类药物以及进行免疫治疗; 全身一般情况较好。

1.3 剔除标准 符合上述诊断标准的复发坏死性黏膜腺周围炎; 不符合上述诊断标准的非复发性口疮, 如创伤性溃疡、癌性溃疡、感染性溃疡、白塞病及其他引起口腔溃疡的疾病; 兼有其他可能引起口腔溃疡或影响口腔溃疡治疗的疾病, 如结核、肿瘤、妊娠等; 不能配合完成临床治疗者。

1.4 一般资料 选取 2010 年 2 月 1 日~2013 年 2 月 1 日本院门诊就诊的复发性口疮患者, 所有病例均经中西药物治疗后仍反复发作, 未能控制者, 共 100 例, 随机分为 2 组各 50 例。治疗组男 22 例, 女 28 例; 年龄(32.60 ± 5.03)岁; 病程(2.73 ± 0.46)年; 脾胃湿热型 25 例, 阴虚气弱型 25 例。对照组男 20 例, 女 30 例; 年龄(31.93 ± 5.27)岁; 病程(2.62 ± 0.36)年; 脾胃湿热型 24 例, 阴虚气弱型 26 例。2 组患者性别、年龄、病程、辨证分型等比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予加减甘露饮治疗。处方: 生地黄、茵陈、石斛、麦冬各 15 g, 熟地黄、天冬、黄芩、枇杷叶、枳壳各 10 g, 甘草 6 g。加减: 脾胃湿热型去熟地黄, 加用藿香 10 g, 竹茹、薏苡仁各 15 g, 陈皮 5 g; 阴虚气弱型加黄芪、玄参各 10 g, 太子参、沙参各 15 g。每天 1 剂, 水煎 2 次, 早晚分服。

[收稿日期] 2014-04-12

[作者简介] 陈非凡 (1982-), 女, 主治医师, 研究方向: 脾胃病。

2.2 对照组 予维生素C,每次0.2g,每天3次,口服;甲硝唑片,每次0.4g,每天3次,口服。西瓜霜粉剂适量喷患处,每天3次。

2组均治疗7天为1疗程,共治1疗程。

3 统计学方法

采用SPSS19.0 for Windows 进行统计分析,2组疗效比较采用Mann-Whitney U检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 依据《复发性阿弗他溃疡疗效评价试行标准》^[1]拟定。痊愈:口腔溃疡终止复发1年以上;显效:总间歇时间延长,总溃疡数减少;有效:总间歇时间延长,但总溃疡数未减少,或总间歇时间无改变,但总溃疡数减少;无效:总间歇时间及总溃疡数均无改变。

4.2 2组临床疗效比较 2组所有患者均完成治疗。随访1年,治疗组失访3例,对照组失访4例,失访率7%。治疗组47例中,痊愈15例,显效14例,有效11例,无效7例。对照组46例中,痊愈5例,显效8例,有效19例,无效14例。2组治疗结果经Mann-Whitney U检验,治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

4.3 不良反应 2组治疗过程中均无患者出现不良反应。

5 讨论

笔者观察发现,本病临床以脾胃湿热型、阴虚气弱型最为常见。在治疗本病过程中,应当重视湿邪致病在口疮发生发展中的作用。南方气候炎热多雨,人群恣食生冷,均为湿邪致病的直接原因。湿性黏滞,湿与热合,熏灼口腔,缠绵难愈,导致口疮反复发作;湿邪留滞,首先犯脾,脾虚不运,易生口疮。《寿世保元·口舌》曰:“口疮者,脾气凝滞加之风热而然也。”《医学摘粹》云:“脾胃湿寒,胆火上炎,而生口疮。”脾开窍于口,阳明经脉,夹唇环口,络于牙龈;湿浊困脾,滞于中焦,壅滞化热,清气不

升,浊气不降,浸淫唇舌则口腔溃烂;湿浊黏腻,不易速除,脾失健运,则湿浊难化,故反复发作,难以根治。这些都说明脾运正常与否、湿热均与口疮有密切的关系。明·张景岳云:“口疮连年不愈者,此为虚火也。”清·齐秉慧在《齐氏医案·口疮》中进一步指出:“口疮上焦实热,中焦虚寒,下焦阴火,各经传变所致,当分辨阴阳虚实寒热而治之。”肺脾胃三脏阴津亏虚,阴不制阳,可致虚火上炎,阴虚气弱为口疮反复不愈的原因之一。

甘露饮出自《太平惠民和剂局方》,方中生地黄、熟地黄滋阴补肾、清除虚热;天冬、麦冬、石斛清养肺胃、益胃生津;甘草补中益气,缓和上炎之火,解毒生肌以愈溃疡;黄芩、茵陈清热利湿;枳壳疏畅气机,枇杷叶开宣上焦,气行则湿行,气化则湿随之而化。此方以养阴为主,清热为辅,佐以宣肺利湿,滋阴与利湿同用,养阴不助湿,利湿不伤阴,共奏养阴清热利湿之功。阴津复、湿热清,则口疮不易复发,故较单纯外治或苦寒清热诸方效果优越。

滋阴降火是治疗口疮的常用法则,然而对于脾胃湿热的患者,如过用滋腻,往往碍脾生湿。故笔者在原方中去熟地黄,恐其过于滋腻脾胃;加用藿香、陈皮、竹茹、薏苡仁等药,以求芳香化湿和胃。目前多数学者认为口疮发病与人的免疫功能低下有关,且临床上其以虚证及虚实夹杂证多见,故在治疗过程中勿忘扶正,以提高人体免疫功能。对于阴虚气弱的患者,笔者则在原方的基础上,加用太子参、黄芪、沙参、玄参等药以加强其健脾益气养阴之功效。观察表明,辨证加减甘露饮用于治疗证属脾胃湿热、阴虚气弱的复发性口腔溃疡,疗效显著。

[参考文献]

- [1] 中华口腔医学会. 复发性阿弗他溃疡疗效评价试行标准[J]. 实用口腔医学杂志, 2001, 17(4): 277.

(责任编辑:冯天保)