

邓燕治疗慢性荨麻疹经验介绍

傅楷历, 耿忆薇 指导: 邓燕

南方医科大学中医药学院, 广东 广州 510515

[关键词] 慢性荨麻疹; 瘾疹; 经验介绍; 邓燕

[中图分类号] R758.24 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 06-0243-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.06.074

慢性荨麻疹是一种临床常见病, 发病率在 0.1%~3%^[1], 主要临床表现为: 皮肤反复出现风团伴瘙痒, 每周至少发作 2 次, 持续 6 周以上, 少数慢性荨麻疹患者也可表现为间歇性发作^[2], 相当于中医学的瘾疹^[3-4]。西医认为荨麻疹的发病机制尚不明确, 可能主要与自身免疫和慢性感染相关^[5]。致敏原是急性荨麻疹的常见病因, 而对于慢性荨麻疹来说, 寻找致敏原的意义并不大。中华医学会皮肤性病学分会制定的荨麻疹诊疗指南(2007 和 2014 版)中, 对于慢性荨麻疹的西医治疗推荐使用抗组胺制剂, 疗效不明显时可增加药量或多种药物联用, 甚至可使用环孢素、糖皮质激素等药物。邓燕教授是南方医科大学中医药学院中西医结合外科学教研室教授、副主任, 擅长中西医结合防治皮肤病, 她认为单纯用西医治疗慢性荨麻疹常常疗效不显著, 除此之外, 部分患者容易出现抗组胺制剂的“依赖现象”, 产生一系列的不良反应, 具有疗程长、容易复发、副作用大等缺点。中医认为瘾疹发病主要是由于素体禀赋不耐, 外加六淫之邪的侵袭; 或饮食不节、肠胃湿热; 或平素体弱、气血不足、卫外不固所致^[6]。中医药能有效防治慢性荨麻疹, 临床上主要通过中药内服, 兼以外治, 辅以针灸、耳穴等疗法, 具有一定的优势。因此, 明确瘾疹的中医病因病机、辨证论治以及配合抗组胺制剂的规范化使用, 显得格外重要。

1 析因探变——瘙痒不拘于风

早在《神农本草经》就提出了治疗瘾疹的药物, 至宋金元时期, 除外邪致病认识外, 脏腑辨证思想已逐步被临床运用。在清时期, 辨证论治治疗瘾疹处于重视高峰, 对瘾疹的中医病因病机的认识趋于成熟, 认为荨麻疹发病多与素体禀赋不耐, 风、湿、热诸邪侵犯皮肤有关^[7]。《伤寒论》分析: “脉浮而大, 浮为风虚, 大为气强, 风气相搏, 必成瘾疹, 身体为痒。”《千金要方》指出: “风邪客于肌肤, 虚痒成风疹瘙疮。”历代医家将“邪气”与“风者善行数变”联系, 皮肤瘙痒因“风”所致, 多用疏风止痒^[8-10]。部分医家更是极致, 遇

到慢性荨麻疹的病人一味使用祛风止痒药, 缺少辨证论治, 不细辨患者体质以及症候, 因此疗效欠佳。多版《中医外科学》教材在叙述瘾疹的内治法时, 多采用风寒束表、风热犯表、胃肠湿热、血虚生风四种证候。不难看出, 其中三个证型都与风邪致病密切相关。虽然教材记载的是临床上主要症候, 这点无可厚非, 但是值得注意的是, 慢性荨麻疹除了风邪致病, 其他致病因素也需得到重视。四诊合参, 多因素综合考虑, 辨证论治, 才能更有效地治疗瘾疹。邓教授临床上注重辨证论治, 认为痒以风为因者, 临床多见, 但治疗时应“痒不可拘泥于风”。风、湿、热、寒、虚等因素皆可引起慢性荨麻疹的反复发作。风邪侵入, 袭于腠理, 则可引起风血相搏, 应当“治风先治血, 血宁风自灭”; 火邪侵犯, 入于腠理, 则可进一步导致热入肝经或热入心经, 因此有记载“诸痛痒疮, 皆属于心”; 湿邪侵入, 郁于腠理, 或蒸熏化热, 热入心脾两经, 或黏腻不化, 湿入脾经, 则可导致“中焦湿热, 郁蒸腠理”; 不仅如此, 过食膏粱辛辣、厚味酒曲、生冷瓜果, 容易伤胃导致脾阳不运, 进而产生内湿, 湿滞脾经, 因此早已有“湿滞化热, 郁蒸腠理”的记载。总而言之, 瘙痒不拘于风, “肌表阴阳不交, 气血不和”则可引起慢性荨麻疹的发病。不管是物理化学刺激, 还是生物刺激, 袭于腠理, 都可进一步化风、化寒、化湿、化热, 导致瘾疹。

2 论治解析——临床上用消、和、补三法治疗慢性荨麻疹

临床上慢性荨麻疹并非千篇一律, 中医的辨证论治显得至关重要。结合病人的病史资料, 四诊合参, 辨清病因病机, 确立治法方药, 通过内服中药, 兼以外治, 辅以针灸、耳穴等疗法, 慢性荨麻疹取得一定疗效。邓教授认为慢性荨麻疹的治法总结起来无外乎消、和、补三法。此“消、和、补”三法区别于传统中医外科的“消、托、补”法, 不过亦有相似之处。在治疗慢性荨麻疹中, 邓教授认为有邪无虚适用于“消”法, 主要可通过疏风止痒、疏风散寒、清热解毒、宣通开窍、利湿化

[收稿日期] 2017-11-29

[作者简介] 傅楷历 (1993-), 男, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医外科学。

浊等办法,分别给予局方消风散、麻桂各半汤、柴胡疏肝散、防风通圣散以及藿香左金汤加减,临床取得一定疗效;有邪无虚或有虚有邪者适用于“和”法,可通过调和气机、治营理血、调理冲任、活血祛风等治法,对应采用丹栀逍遥丸、当归饮子、四物消风饮、血府逐瘀汤治疗瘾疹;而有虚无邪适用于“补”法,通过补气血、补脏腑或养津液,投以玉屏风散、理中丸、归脾汤或八珍汤等治法方谓谓之“补”法。邪主要与“风、湿、热、寒”等致病因素相关,而岭南地区多湿热,湿性重浊黏滞,与慢性荨麻疹反复难愈相合,临床重视以“湿”论治。除此之外,临床上治疗瘾疹可多用“入皮、藤类药物”,达到以皮入肺以藤达络的目的。皮类药物主要有白鲜皮、牡丹皮、地骨皮、桑白皮等;皮入肺,通调水道,下输膀胱,则可利水消肿;藤类药物主要有忍冬藤、钩藤、鸡血藤、夜交藤等;藤达络,络通经行,经行血运,则血行风灭。

3 戒断依赖——使用抗组胺制剂的经验体会

慢性荨麻疹在进行中医药干预之前,多采用抗组胺制剂治疗^[11-15]。临床上患者多采用抗组胺制剂或其他西药治疗无效后才选择进行中医治疗。大部分慢性荨麻疹病人病情反复,皮疹迁延难愈,服药期间症状缓解,停药后症状立即加重,程度重时甚至需要每天2~3种抗组胺制剂,甚至每晚需要第一代抗组胺制剂才能入睡,经常半夜惊醒,自行加服,大多有抗组胺药物“身心依赖”的特点。邓教授认为,对于慢性荨麻疹患者,可早期进行中医药干预。长期连续服用抗组胺制剂的患者,特别是超量服用,并产生一系列依赖症状时,在中医内服外治的疗程初期,应让患者不完全停用抗组胺药物。在疗程第1周根据患者发作耐受情况,更改服用频率,缓慢延长间隔期;疗程1~2周后,逐步缓慢减量,比如每天2片,减为每天1片;或每天1片,减为2天1片,以此类推,直至将中医药治疗完全替代抗组胺制剂;若患者瘙痒不甚明显,未曾每天服用,可根据患者皮疹及瘙痒情况,可选择抗组胺制剂备用或停药。抗组胺制剂的戒断疗法对于长期服用的病人来说意义重大,只有控制住患者对抗组胺制剂的使用情况,病情才能控制,从而有所改善,甚至治愈。因此,在治疗期间,疗效标准除减少发作频率,缓解瘙痒程度,减缓皮疹数目与大小外,抗组胺药物的“戒断”也需重视。

4 病案举例

罗某,男,34岁,2017年5月16日初诊。患者全身反复风团伴瘙痒7月余,肝区隐痛、嘴唇紫绀1月余。去年国庆时患者无明显诱因开始全身泛发风团,瘙痒难忍。在外院就诊后,诊以“急性荨麻疹”并开具左西替利嗪常规服用,服药缓解,停药复发,连续服用5月余后,出现肝区隐痛,嘴唇紫绀,停药后,每天发出大片皮疹,频率3~4次/天。平素因为应酬,常有饮酒,未有忌口。烦躁不安,大便黏滞,每天1次;夜寐尚可;舌尖红,苔薄黄微腻,脉弦细。邓教授诊断为慢性荨麻疹,证属中焦湿热,肝血瘀滞,以柴胡疏肝汤加减,

处方:柴胡、白术、钩藤、刺蒺藜、白鲜皮各15g,白芍30g,鸡血藤、苍术各18g,黄芩、牡丹皮、苍耳子、防风、茵陈各12g,川芎9g,厚朴、陈皮、苦参、生甘草各6g,7剂,每天1及,水煎服。外用苦参洗剂。嘱咐治疗期间,皮疹大发作,瘙痒难忍时,可予地氯雷他定片短期内服缓解,若症状平稳,皮疹发出不多,瘙痒可耐受,无需服用。忌酒、鱼腥发物、辛辣之品。

2017年5月23日二诊:治疗7天后复诊,诉服用中药后的第2天,因饮酒后,皮疹大面积发出超过20处,瘙痒难忍,服用地氯雷他定片1片,缓解症状。后忌口,未再予服用西药。每天有发出皮疹,数目较前少,瘙痒可忍受。大便仍有黏滞不爽,余无特殊不适。于前方加苍术24g,黄连3g,酒大黄6g,7剂,其余同。

2017年5月30日三诊:诉第2周因外出时突发皮疹,稍有烦躁,为开车安全服用地氯雷他定1片。余皮疹、瘙痒缓解,自觉嘴唇紫绀变淡,肝区隐痛缓解,大便调。邓教授嘱沿用前方去黄连、酒大黄,续7剂,其余同。

2017年6月6日四诊:诉第3周末有大发作,自觉症状较第一次就诊缓解大半,因要出国考察,要求开具颗粒剂以便携带。前方转为颗粒剂,去苦参,加山茱萸10g,黄芪20g,中药内服14剂,停其余疗法。后随访6月,病人已痊愈,皮疹未再出。

按:患者厚味酒曲,湿滞脾经,化热郁蒸肌肤;久经药毒,损及肝脾,肝血瘀滞。治宜利湿化浊,养肝活血,熄风止痒。早期所用乃“消”法,予以柴胡疏肝汤加入皮、藤类药物,养肝药,活血药,熄风药。邓教授并非一味使用祛风止痒,患者中焦湿热,肝血瘀滞,主要通过利湿化浊,养肝活血,兼以祛风止痒。临床上做到“瘙痒不拘泥于风”,四诊合参,辨证论治,根据病人不同的临床特点,选择最适合患者的治法方药,才能肯定临床疗效。后期投以黄芪、山茱萸2味药,所用为“和”法。祛邪兼以固正,达到鼓邪外出的目的,纠正患者禀赋不耐的体质,从根本上解决慢性荨麻疹反复发作的特点。患者自觉西药之药毒,配合“戒断”,抵抗了每天持续服用抗组胺制剂的“依赖反应”,进一步提高临床疗效。

[参考文献]

- [1] 辛香玉. 慢性荨麻疹的西医治疗进展[J]. 中国民康医学, 2013, 25(5): 81-83.
- [2] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 中国荨麻疹诊疗指南(2014版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2014, 47(7): 514-516.
- [3] 中华中医药学会. 中医皮肤科常见病诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 47-49.
- [4] 宋坪. 中医临床诊疗指南释义皮肤病分册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 116-122.

- [5] 王朵勤, 徐金华. 慢性荨麻疹发病机制研究进展[J]. 中国医师杂志, 2017, 19(1): 25-27.
- [6] 中华中医药学会皮肤科分会. 瘾疹(荨麻疹)中医治疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2017, 16(3): 274-275.
- [7] 蒋燕杨, 文思, 尤海燕. 古代中医治疗荨麻疹的用药特点[J]. 北京中医药大学学报, 2010, 33(1): 68-72.
- [8] 刘景玲, 李建忠. 疏风解表治疗荨麻疹[J]. 山西中医, 2010, 26(4): 4.
- [9] 王娟, 崔志军. 祛风法治疗荨麻疹的初步探讨[J]. 陕西中医, 2016, 37(10): 1390-1391.
- [10] 王热闹, 钱爱云. 慢性荨麻疹的辨治体会[J]. 四川中医, 2003, 21(9): 80.
- [11] 吴国勤, 金岚, 李明, 等. 咪唑斯汀治疗慢性特发性荨麻疹临床研究[J]. 临床皮肤科杂志, 2001, 30(3): 181-183.
- [12] 王卫兰. 盐酸氮卓斯汀治疗慢性荨麻疹临床疗效观察[J]. 当代医学, 2008(145): 144-145.
- [13] 刘元林, 杨闰平, 李晓鹏, 等. 地氯雷他定治疗 320 例慢性荨麻疹的临床研究[J]. 海军总医院学报, 2005, 18(3): 149-151.
- [14] 陈海兵. 评价 3 种抗组胺药治疗慢性特发性荨麻疹的疗效[J]. 中国继续医学教育, 2015, 7(2): 148-149.
- [15] 周大千. 西替利嗪治疗慢性荨麻疹的临床疗效观察[J]. 中外医疗, 2011, 30(31): 114.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)

周继友治疗脾胃病用药经验介绍

吕琳

济南市中医医院保健科, 山东 济南 250012

[关键词] 脾胃病; 用药经验; 周继友

[中图分类号] R256.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 06-0245-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.06.075

周继友是济南市中医医院医务科主任, 主任医师, 教授, 济南市名老中医, 全国著名中医学家陈伯咸教授嫡传弟子, 近代北京四大名医之一施今墨先生第三代传人。周教授从医五十余载, 始终坚持临床、教学、科研并举, 对中医内科疾病颇具造诣, 尤其对脾胃肝胆病的诊治潜心研究, 屡起沉痾, 其学术思想被载入《中华当代名人辞典》。脾胃病多因饮食自倍, 感受外邪, 情志所伤所致, 虚实寒热, 尤当详辨。脾胃病之治法: 脾宜升则健, 胃宜降而和^①, 脾贵在调, 胃贵在养。现代医学表明: 中医学脾胃病理论与现代医学中免疫、遗传学等方面有极为显著的相关性^②。

1 调治脾胃, 重在通补

对于脾胃病, 其总的治疗原则应包括温、清、攻、补 4 个方面。温者治其寒, 清者治其热, 攻者治其实, 补者治其虚, 而通与补往往是相辅相成的统一体。

1.1 温者治其寒 主要适用于脾胃之虚寒证、湿证、痰饮等

病症, 也适用于寒性气逆、气滞、疝病和寒性便秘者。脾胃病中最多见寒湿困脾证, 证见口淡纳呆, 腹胀便秘, 脘闷嗜睡, 脘冷便溏, 苔白腻, 脉濡缓等证, 当用散寒燥湿健脾法。“脾为生痰之源”, 寒湿滞于胃肠, 可致痰饮, 证见腹满、口舌干燥、小便不利、恶心呕吐、食欲不振等, 用温化痰饮法治之。对于寒性呕逆引起胃气上逆之呃逆, 恶心呕吐者, 可用祛寒降逆法治之。对于寒性胃肠气滞引起的气滞疝病, 腹痛腹胀, 麻痹性肠梗阻, 大便不通, 可用温通气滞法治之。

1.2 清者治其热 对于脾胃热证或湿热之证, 见有口臭, 牙龈肿痛, 口腔溃疡, 呃逆, 吐酸, 脘腹痞满, 泻痢, 舌苔黄厚腻, 脉弦滑数等, 以清热为总原则。可用燥湿泻火法治胃火上攻之牙龈肿痛, 口腔溃疡; 用湿热两清法治脾胃胃热之呃逆, 吞酸, 下痢; 用清气平热法治阳明胃热之痞满燥实; 用清热凉血法治胃肠道血热妄行。

1.3 攻者治其实 胃肠属腑, 腑当以通为用, 腑气不通, 是

[收稿日期] 2017-12-07

[作者简介] 吕琳 (1973-), 女, 副主任医师, 山东省五级中医师承继承人, 研究方向: 中西医结合消化。