

范瑞强治疗湿疹用药分析

潘锡伟¹, 范建宁¹, 赵巍¹, 李红毅², 梁家芬² (指导: 范瑞强²)

(1. 广州中医药大学, 广东广州 510405; 2. 广东省中医院, 广东广州 510120)

摘要: 收集范瑞强教授运用中医药治疗 50 例湿疹患者的医案, 建立药物数据库, 采用频数分析方法进行用药统计分析。结果显示, 范教授治疗湿疹结合岭南地域特点, 提出湿疹多由外感风、湿、热诸邪相搏于皮肤而发病, 治疗采用“祛风二法”(驱散外风、平息内风)、“治湿六法”(清热利湿、苦寒燥湿、祛风胜湿、淡渗利湿、健脾除湿、芳香化湿); 治疗时注重固护脾胃, 善用引经药, 并辅以“治未病”思想指导患者的饮食生活调护。

关键词: 湿疹/中药疗法; 用药经验; 范瑞强

中图分类号: R275.823

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213 (2014) 04 - 0656 - 03

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2014.04.037

湿疹是由多种内外因素引起的一种具有明显渗出倾向的炎症性皮肤病, 常伴剧烈瘙痒, 急性期以红斑、丘疹、丘疱疹为主, 有渗出倾向, 慢性期以苔藓样变为主, 易反复发作。本病是皮肤科常见病, 其患病率有逐年增加的趋势^[1]。

范瑞强是广州中医药大学教授, 广东省中医院皮肤科主任医师, 博士研究生导师, 为全国名老中医禔国维的弟子。范教授从事中医皮肤科临床、教学、科研 30 余年, 对中医药治疗湿疹积累了丰富的临床经验。以下试通过分析范教授治疗湿疹的医案来深入挖掘其用药特色。

1 范瑞强教授治疗湿疹用药频率统计

从广东省中医院门诊电子病历系统中析取范教授在 2013 年 9 月至 2014 年 3 月期间治疗 50 例湿疹患者的医案, 将 50 例湿疹患者在此期间每次就诊的中药处方用药录入到 Excel 表中, 建立药物数据库。

运用 SPSS 17.0 对建立的药物数据库进行数据排序及统计分析, 50 例湿疹患者的病案共涉及中药 59 种, 出现频率为 1 629 次 (见图 1, 只列出使用频率>20 的中药名)。

图 1 显示: 使用次数高于 100 次的有 4 味, 使用频率居首位的为炙甘草, 其他依次为茵陈、白鲜皮、徐长卿; 使用次数在 80 ~ 100 的有 3 味, 分

别为防风、牡丹皮、荆芥穗; 使用次数在 40 ~ 80 次的有 9 味, 按频率高低排序, 依次为土茯苓、苦参、苍术、薏苡仁、生地黄、合欢皮、鱼腥草、黄精、丹参。

2 范瑞强教授治疗湿疹用药归类

整理 59 种药物, 对所用药物依据全国高等中医药院校第 5 版教材《中药学》的分类进行合并处理。范教授治疗湿疹所用中药归类后按使用频率高低排序, 依次为补气药、清热燥湿药、清热凉血药、发散风寒药、清热解毒药等, 结果见表 1。

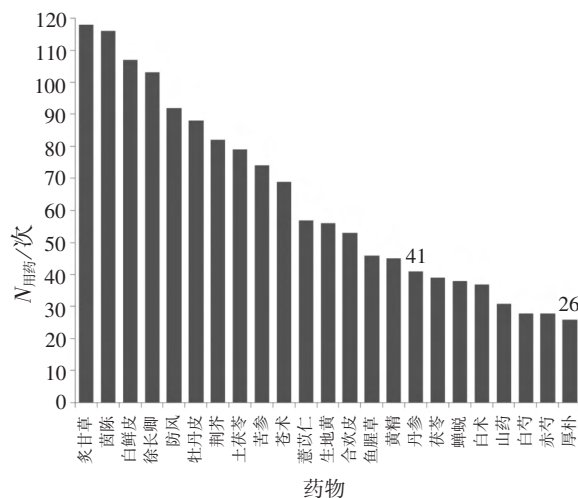


图 1 50 例湿疹患者的病案用药频数分析

收稿日期: 2014-04-01

作者简介: 潘锡伟 (1989-), 男, 硕士研究生; E-mail: panxiwei2012@126.com

通讯作者: 李红毅, 女, 教授; E-mail: lihongyich@126.com

基金项目: 国家中医药管理局中医学学术流派传承工作室建设项目——岭南皮肤病流派传承工作室

表1 范教授治疗湿疹所用59种药物归类

分类	$N_{\text{频次}}$	$p_{\text{频次}}/\%$ *	$p_{\text{累计频次}}/\%$
补气药	188	11.5	11.5
清热燥湿药	181	11.1	22.6
清热凉血药	180	11.0	33.6
发散风寒药	174	10.6	44.2
清热解毒药	163	9.8	54.0
利湿退黄药	116	7.1	61.1
祛风湿药	109	6.7	67.8
化湿药	105	6.4	74.2
利水消肿药	98	6.0	80.2
安神药	74	4.6	84.8
活血化瘀药	57	3.5	88.3
补阴药	54	3.4	91.7
发散风热药	39	2.4	94.1
补血药	31	1.9	96.1
理气药	22	1.4	97.5
固精缩尿止带药	17	1.1	98.6
平抑肝阳药	9	0.6	99.2
利尿通淋药	8	0.5	99.7
清虚热药	3	0.2	99.9
敛肺涩肠药	2	0.1	100.0 ^①

*: 该类药物在总频率1629次中所占的百分比

3 范瑞强教授治疗湿疹经验及用药分析

3.1 病因病机的认识 范教授认为广州地处岭南, 不仅气候炎热, 而且长年受偏东风或偏南暖湿气流的影响, 潮湿多雨。湿疹多由外感风、湿、热诸邪相搏于皮肤而发病, 正如《太平圣惠方》曰: “岭南土地卑湿, 气候不同, 夏则炎热郁蒸, 冬则温暖无雪, 风湿之气易伤人”。湿疹初期以风湿热毒邪流窜肌肤为主; 病情进展后, 湿热之邪内侵, 蕴结于内, 困阻于脾, 熏蒸于外; 本病后期, 湿热化燥, 伤阴耗液, 且湿阻成瘀, 阴虚血燥, 肌肤失养。

3.2 治则治法 根据对湿疹病因病机的认识, 范教授提出急性发作期宜以祛风清热利湿凉血解毒为主, 迁延期当以健脾祛湿清热为主, 发病后期或缓解期宜以滋阴祛风、养血润燥为主。范教授通过多年的临床观察到, 湿疹患者皮疹难愈, 瘙痒难忍, 与风邪、湿邪密切相关。在实践中讲究“祛风”及“治湿”, 提出了“祛风二法”及“治湿六法”。

3.2.1 祛风二法 (1) 驱散外风。“风邪为百病之长”, 常与湿邪夹杂, 治疗湿疹配伍祛风药物可以达到祛风止痒之效。祛风包括祛风散寒和发散风热两方面。祛风散寒多采用辛香透散、微温而不燥、药性和缓之荆芥、防风、紫苏叶等药物; 发散风热多采用柴胡、蝉蜕、连翘等药物。(2) 平熄内风。部分顽固性瘙痒导致患者情绪烦躁。肝风内动, 常需配伍平肝熄风止痒药物, 如白蒺藜、合欢皮、煅牡蛎、乌梅等以镇肝柔肝、熄风止痒。

3.2.2 治湿六法 (1) 清热利湿。对于热象明显者, 可使用清热利湿之药, 常用茵陈、地肤子、车前草、木棉花等药物。(2) 苦寒燥湿。湿疹急性期, 湿热较重, 需配伍茵陈、苦参、白鲜皮等药物。(3) 祛风胜湿。此类药物既能祛湿, 又有祛风止痒之功, 常用徐长卿、防己等药物。(4) 淡渗利湿。“治湿不利小便, 非其治也”, 故配合甘、淡渗湿之品使得水湿从下焦而出, 故使用的药物有茯苓、薏苡仁、猪苓等。(5) 健脾除湿。脾主运化, 通过运用益气健脾的方法, 使得脾胃得以运化而湿邪自除, 可用炙甘草、白术、莲子、黄芪等药物。(6) 芳香化湿。岭南气候长夏时节常阴雨连绵不断, 此时需配合用藿香、佩兰、苍术等芳香化湿之品。

范教授同时指出, 脾主运化, 是人体津液代谢的枢纽, 若脾健则湿热之邪不易内侵, 病情不易转为慢性, 因此在湿疹急性期与迁延期尤当固护脾胃, 不宜使用过于攻伐和过于苦寒伤脾的药物; 脾为气血生化之源, 湿疹后期滋阴养血时应兼顾健脾, 以使阴血易复^[2]。范教授在治疗湿疹时健脾护脾贯穿于整个病程中, 这也是炙甘草、白术、茯苓、薏苡仁、莲子等健脾类药使用频率最高的原因。

综上所述, 表1中中药归类及使用频率与范教授对湿疹病因病机、治则治法的认识基本一致。

3.3 辨证特点 范教授临证重视皮疹的辨证, 若皮疹广泛, 红斑遍及全身, 自觉瘙痒, 辨为风热为主, 药用荆芥、防风、蝉蜕、连翘、白鲜皮、徐长卿等; 若渗出浸淫, 糜烂较重, 辨为湿热为主, 药用金银花、薏苡仁、土茯苓、茵陈、猪苓、木棉花、藿香、佩兰、马齿苋、车前草等; 若皮疹肥厚、鳞屑较多, 辨为阴虚血燥, 药用麦冬、北沙参、百合、玉竹、丹参、当归、熟地黄、生地黄、黄精等。

3.4 引经药的运用 湿疹可发生于人体头面、躯干、四肢等全身各个部位, 治疗上除根据辨证分型治疗外, 亦可结合发病部位不同佐加引经药以增强疗效。如病变以头面为主者, 可加用疏风清三阳经热的中药, 如白芷、柴胡、蔓荆子; 病在外阴宜加

(下转第674页)

- Pharmacy, 2012, 38 (10): 1200.
- [17] 陶丽丽, 姜同英, 郑力, 等. 复方自乳化半固体珍珠降压胶囊剂的制备及其性质考察[J]. 沈阳药科大学学报, 2011, 28 (1): 1.
- [18] Kang B K, Lee J S, Chon S K, et al. Development of self-microemulsifying drug delivery systems (SMEDDS) for oral bioavailability enhancement of simvastatin in beagle dogs [J]. International Journal of Pharmaceutics, 2004, 27 (4): 65.
- [19] 高永荣, 张鹤鸣, 苏隼, 等. 中空栓的研究进展[J]. 河北北方学院学报, 2005 (4): 79.
- [20] 温向娟, 方昆, 仝立国, 等. 枳椇中空栓制备工艺的研究[J]. 中医药学报, 2012, 40 (3): 103.
- [21] 袁汀, 张振秋, 王海波, 等. 月硃中空栓提取工艺研究[J]. 实用药物与临床, 2009, 12 (2): 102.
- [22] 杨美燕, 范云周, 高春生. 双层片双相释药系统研究进展[J]. 中国药理学杂志, 2011, 12 (46): 1777.
- [23] 彭常春, 郑琴, 胡鹏翼, 等. 复方丹参多元释药双层片的处方优化[J]. 中成药, 2009, 31 (11): 1673.
- [24] 马俊玲, 宋金春, 冯晓东. 芎归双层片制备工艺的研究[J]. 中国药师, 2011, 14 (10): 1444.
- [25] 朱肖肖, 牟志刚, 姚小娟, 等. 正交试验优选复方甘草双层片片芯的制备工艺[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19 (18): 45.
- [26] 陈秦娥, 梁金龙. 中药提取、分离与纯化新技术进展[J]. 医药工程设计, 2012, 33 (4): 65.

【责任编辑：贺小英】

(上接第 657 页)

利肝胆湿热之药, 如茵陈、车前草; 病发于下肢者宜加强利湿解毒之品的运用, 如土茯苓。

3.5 经验配对用药 白鲜皮配伍徐长卿:《本草纲目》载, 白鲜皮气寒善行, 味苦性燥, 足太阴、阳明经祛湿热药也; 徐长卿味辛性温, 有祛风止痒, 活血通络之功。范教授认为两药合用其妙处有: (1) 辛温之徐长卿可防苦寒之白鲜皮伤脾; (2) 风胜则痒, 治风先治血, 血行风自灭, 湿疹患者常感瘙痒难耐, 两药合用具有加强祛风止痒之效。临床用于湿疹急性期及迁延期疗效显著。

苦参配伍苍术: 苦参味苦性寒, 具有清热燥湿、杀虫的功效; 苍术味辛、苦, 性温, 有燥湿健脾、祛风散寒之功。范教授认为两药配伍药性互制, 既可防苦寒之苦参伤脾, 又可防苦温之苍术助热; 两者相配内可清热燥湿, 外可驱散风邪, 使风湿热之邪尽去。

3.6 注意饮食和生活起居的调护 范教授在药物治疗的同时, 常叮嘱患者应注意避免食入鲤鱼、鲮鱼、虾、蟹、鹅、鸭、牛肉、榴莲、菠萝、竹笋等易过敏的食物; 避免经常搔抓皮损部位, 以免引起苔藓样变导致病情加重; 避免热水或刺激性药物用于皮损部分, 以免引起急性病变。并嘱患者注意休息, 避免过劳、紧张, 治疗与调理并举, 才能获得较好疗效。

参考文献:

- [1] 陈达灿, 范瑞强. 皮肤性病科专病中医临床诊治[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 101.
- [2] 范瑞强, 廖元兴. 中西医结合临床皮肤性病病学[M]. 广州: 广东世界图书出版公司, 2003: 451.

【责任编辑：贺小英】

(上接第 660 页)

- [4] 李群, 李禾. 清代广东中医医家研究[J]. 江西中医学院学报, 2008, 20 (2): 32.
- [5] 刘小斌. 广东中医育英才[M]. 广州: 广东省卫生厅, 1988.
- [6] 刘柏龄, 邓树福. 中医骨伤科各家学说[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 115-116.
- [7] 陈蔚文, 徐鸿华. 岭南道地药材研究[M]. 广州: 广东科技出版社, 2007: 4-5.
- [8] 刘成丽, 刘小斌. 关于广州地区名中医验方的调查与整理研究[D]. 广州中医药大学博士学位论文, 2010.
- [9] 岑泽波, 黄宪章, 何应华, 等. 广东省中医骨伤科名家何竹林[J]. 新中医, 1984, 16 (2): 7.
- [10] 黄美亮. 蔡荣副教授学术思想及治疗经验简介[J]. 新中医, 1989, 21 (4): 8.
- [11] 郑晓辉, 黄枫. 陈基长教授治疗骨关节感染性疾病经验介绍[J]. 新中医, 2006, 38 (4): 18.
- [12] 徐险峰. 忆岭南名医何竹林, 思骨伤医师成才路[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013 (2): 100.

【责任编辑：贺小英】