

徐宜厚诊疗痤疮经验

徐 爱 琴*

主题词 痤疮/中医药疗法

徐宜厚系中医皮肤病学教授。徐师治疗痤疮经验丰富,疗效卓著。为此,将其诊疗经验归纳为“四辨”、“十法”,予以简介。

1 治病必先识病

痤疮虽为小疾,但其病变严重时往往毁坏面容,不少青年男女为之烦恼。徐师常引用喻昌之言:“治病必先识病,识病然后议药,药者所以胜病者也。”以此告诫:识病本质是正确用药的先导。故而,对于这类皮肤病,仍然强调以皮损特点、发病部位、素质禀赋以及兼症等方面去辨析。

1.1 辨部位:《杂病源流犀烛》说:“凡面部所有之处,其脉俱有以维络之。”如足阳明胃经,络脾,循鼻挟口,环唇,止于前额,口周属脾,前额属胃。足少阳胆经,络耳、出耳、下颊;颊部属肝。任脉经沿胸上行,止于面部;胸部属任脉。督脉经沿脊柱上行,止于面部;背部属督脉。由此可见皮损发生于前额与胃有关,在口周与脾有关,在面颊两侧与肝有关,发于胸部与任脉有关,发于背部与督脉有关。这样为辨证论治提供了体内脏腑与体表经络有机联系网络的依据。

1.2 辨皮损:痤疮的基本皮损有粉刺、结节、囊肿等,而粉刺又有黑、白之分。黑头粉刺,为湿重于热;白头粉刺,为热重于湿。故而,前者郁于肤腠,缠绵难除;后者易于化毒成脓,脓出而愈。结节,通常为血瘀肤腠遂致气滞结块;囊肿则属痰湿血瘀互结。从病因而论,粉刺以肺经湿热郁滞为多,脓疱则因偏食辛辣、甘膩之物致使热毒炽盛,循经上壅于面、胸而成。总之,素体偏盛是发病的内因,饮食不节、血分有热则是致病的条

件,血郁痰结可加重病情。

1.3 辨体质:因个体间具有气血虚实之不同,脏腑禀赋之各异的特点,徐师根据中医学脏腑经络、阴阳气血津液理论,结合临床病例的观察分析,将痤疮患者的体质分为两类:一是湿热体质,二是燥热体质。

湿热体质:体型肥瘦均见,多数恣食甘肥厚味炙煿,面部皮肤油腻,润而有光,皮疹以脓疱、结节为主,伴口干微苦,大便时溏时结,尿赤,舌液多、舌质红、苔厚腻而黄。

燥热体质:见于形弱体瘦,面部皮肤潮红,皮疹以丘疹、粉刺为主,自觉口燥咽干,烦热,舌形瘦、舌涎少、舌质红、苔黄或微干。

1.4 辨兼症:痤疮一症的发生,与胃肠功能及妇女生殖生理有关,临证以辨大便与月经为主。鉴于本病病位多在肺胃,属阳证、热证居多。肺热移于大肠,或胃火偏盛,灼伤阴液则大肠失润,故见便秘,但其便秘又须辨明是阳明燥热便秘还是阴亏便秘,其治法迥然不同。生育期妇女应细究经产,因这段时期的妇女出现痤疮,多伴见月经不调、痛经、乳胀、附件炎等复杂痼疾,辨证之中除注意“热”、“瘀”之外,尚须重视一个“郁”字。总之,从脏腑、经络而论,大凡月经不调兼有乳胀者,治从肝;兼有腹痛,治从肾或从冲任入手。

2 治法务求多样

徐师常引用《医宗必读》之论:“病不辨则无以治,治不辨则无以痊。辨之之法,阴阳、寒热、脏腑、气血、表里、标本先后、虚实缓急,七者而已。”验之痤疮临床,辨之脏腑、寒热、缓急更为重要,故而将其针与药的大法归纳为十种,简述如下。

2.1 清泄肺胃法:适用于丘疹性痤疮,红色丘疹、丘疱疹和少许脓疱,彼此混杂而生,舌质红、苔黄,脉浮数。治拟清泄肺胃,方选白虎汤合枇

* 武汉市中医医院,湖北省武汉市江岸区黎黄陂路49号(430014)

收稿日期:1997-05-04

杷清肺饮化裁。处方：生石膏 30g，知母 6g，枇杷叶、地骨皮、桑白皮、银花、连翘各 12g，黄芩 6g，赤芍、山栀各 10g，生地 15g，熟川军 10g，甘草 3g。

2.2 解毒散结法：适用于脓疱性痤疮、结节性痤疮，皮疹以脓疱和结节为主，舌质红、苔薄黄，脉细数。治拟解毒散结，方选验方痤疮平。处方：茵陈、白花蛇舌草、虎杖、蒲公英各 15g，银花、夏枯草、赤芍、浙贝母、桃仁、玄参、黄芪、地丁草、连翘各 10g，生石膏 30g。

2.3 调理冲任法：适用于月经前痤疮，即在月经前皮损加剧或诱发，皮损好发于额、眉间或面颊部，部分病人主要集中在口唇四周，尤以下颌更为明显，其程度往往随月经周期的变化而加重。常伴有痛经或夹瘀块，舌淡红、苔少，脉细涩。治拟调理冲任法，方选益母胜金丹合二仙汤化裁。处方：仙茅、仙灵脾、乌药、香附、黄柏各 6g，干地黄、益母草、元胡、当归各 10g，银花、白花蛇舌草各 12g。

2.4 疏肝清解法：适用于脓疱性痤疮或月经前痤疮，皮疹多发于面颊两侧，甚至连及颈项等，以炎性丘疹、脓疱为主，伴有乳胀不适、心烦易怒，脉弦数，舌质红、苔薄黄，治拟疏肝清解法，方选丹栀逍遥散加减。处方：炒丹皮、炒山栀、黄芩、山楂、苏梗各 6g，当归、生地、茯苓、白术各 10g，白花蛇舌草、茵陈、蒲公英各 12g。

2.5 活血散瘀法：适用于聚合性痤疮和痤疮愈后遗留色素沉着或瘢痕，舌暗红、苔少，脉细数。治拟活血散瘀法，方选桃红四物汤加减。处方：桃仁、红花各 6g，归尾、赤芍、桔梗、蒲公英、玄参各 10g，虎杖 12g，蜈蚣 2 条。

2.6 湿敷除痤疮法：在痤疮的各个不同阶段均可配合湿敷除痤疮法，不仅有利于皮疹的恢复而且还会给收缩毛孔与嫩面带来好处，常用药物如下：(1)清热解毒类：槐花、蒲公英、山豆根、草河车、大青叶等；(2)消肿散结类：芒硝、马齿苋、芫花、凌霄花、陈皮等；(3)减轻皮脂类：芦荟、地榆、虎杖、山楂、荷叶；(4)减轻色素沉着类：僵蚕、杏仁、天冬、冬瓜仁、白蔹、食醋、白扁豆衣等。按需要取上药若干，加水用小火煮沸取药

汁，临睡前用纱布 6~8 层，蘸药汁呈饱和度，湿敷在面部(留出眼、鼻、口孔)持续 30 分钟，每日 1 次，长期坚持消痤疮面效果尤佳。

2.7 面膜洁肤法：处方组成和制法：白蔹、杏仁、菟丝子、白及、穿心莲各 40g，白芷 10g，冰片、薄荷各 3g，将上药混合烘干打碎，过筛 100 目 2 次，密封备用。用法：(1)用洗面奶清洗面部，有脓疱者按常规无菌操作切开排脓。(2)将中药粉 20g 左右，用水适量加热煮成糊状，待温度降至 38℃ 左右时将药均匀地涂于面部，使之形成一层厚约 0.05cm 左右的药膜，再敷上一层厚约 0.5~1cm 的石膏膜，约 30~40 分钟后取下。(3)洗净面部，外涂收缩水。通过中药对皮肤的直接渗透作用，促使痤疮消失，开的粗大毛孔也会逐渐吸缩或恢复，使之皮肤更具有明亮光泽和滋润之外观。

2.8 毫针法：(1)辨证取穴：肺经风热证：取大椎、脾俞；脾胃湿热证：取足三里、合谷；冲任失调证：三阴交、肾俞。(2)循经取穴：曲池、合谷、三阴交、迎香、攒竹。(3)邻近取穴：太阳、攒竹、迎香、颧髻、印堂、颊车。方法：施平补平泻法。针刺得气后留针 30 分钟，1 天 1 次，7 次为一疗程。

2.9 耳针法：徐师根据清代沈金鳌提出：“五脏六腑十二经脉有终于耳”的论述，运用耳针治疗不同类型的痤疮。主穴：肺(双)肾(双)；加减法：脓疱者加刺心；皮脂溢出较重者加刺脾，大便秘结加刺大肠；痛经者加刺肝、内分泌区；皮损集中在某一区域时加刺其表面投影反应点。方法：快速刺入反应点，留针 15~30 分钟，其间轻巧捻转 3~6 次，隔日针 1 次，7~10 次为一疗程，其中以炎症性、丘疹性、脓疱性痤疮疗效最佳。

2.10 挑刺法：主穴：大椎。配穴：委中。方法：常规消毒后，三棱针点刺大椎、委中，放血或挤血少许，随之消毒棉球拭干污血，5 天 1 次，7 次为一疗程。徐师常用此法治疗聚合性痤疮，效验恒多。但需注意：体质虚弱或者有出血倾向者禁用。

3 体会

痤疮以青年男女居多，肺胃热证尤为明显，

初期治法宜清宜通,后期宜补宜托,至于当归、红花、赤芍、桃仁之类,按活血散瘀之力的强弱,选入诸方而贯串其间,这样既利于控制皮疹的发展,又能促使炎性病灶的消失。

女性患者常与月经不调关系密切,徐师十分强调经期前5~7天的治疗。凡经期伴腹痛,常予益母胜金丹加减;兼见乳胀疼,可服逍遥散;皮疹加重则给丹栀逍遥散,据此施治,不仅

疮疮见愈,而且兼症亦平。

“外科之法,全在外治”。疮疮外治诸证不可不知。凡见急性炎症阶段,施湿敷法为妥,连续1周左右见效,一旦炎症控制,则可施用面膜之法。不过,炎热盛夏之时,可将石膏倒膜之硬膜,改用软膜更为适宜,即取黄瓜鲜汁调药粉如糊状,外涂患处,1日1次,保留60分钟后,再用温水洗涤。坚持一段时间,除疮嫩面之效甚佳。

久嗽一服饮治疗喉源性咳嗽 138 例

李 景 昌*

近年来喉源性咳嗽患者日益增多,是内科门诊的常见病和多发病。笔者自1994年2月~1996年10月期间,运用白拟久嗽一服饮治疗本症,效果满意,现报告如下。

1 临床资料

本组210例均来自中医内科门诊。治疗组138例,其中男45例,女93例;年龄最大86岁,最小7岁,平均38.5岁;病程最长1年,最短5天,平均17.5天。对照组72例,其中男25例,女47例;年龄最大72岁,最小10岁,平均36.4岁;病程最长6个月,最短7天,平均16.9天。全部病例在应用本方治疗前均应用过中西药治疗。两组病例从性别、年龄、病程比较,无显著性差异。

病例选择标准:全部病例均有近期上呼吸道感染或感冒病史,经治疗后其他症状消失,唯遗下咳嗽未愈或较前加重。其特点是喉痒则咳,或咳必喉痒,甚者呛咳连续不断,以致面红耳赤,努力咳出少许痰液方稍止。偶遇冷热或异味刺激,或大声说话即喉痒咳嗽又作。经胸部X线透视和血常规检查均无异常发现,检查咽部可见粘膜慢性充血,或咽后壁有淋巴滤泡增生。兼有其他合并症者除外。

2 治疗及观察方法

治疗组以久嗽一服饮为基本方治疗。方药组成:紫菀15g,款冬花10g,北杏仁12g,法半夏12g,紫苏叶10g,阿胶10g,乌梅10g,谷芽10g,百部12g,甘草5g,生姜10g。咽干痰黄稠者加麦冬12g,黄芩12g,川贝10g;咽痒甚者加射干12g,蝉蜕10g;咽喉充血疼痛者去生姜,加板蓝根15g,牛蒡子10g;口淡,咳嗽欲呕者

生姜加至15g。

对照组:给予先锋霉素VI胶囊,每次0.5g,每日3次;抗病毒口服液,每次10ml,每日3次;咳特灵片,每次2片,每日3次。均为口服,儿童酌减。

3 治疗结果

疗效标准:服药1周内主症及兼症消失,停药后不再复发者为治愈;服药超过1周,于两周内主要症状及兼症消失,但遇异味等刺激偶有轻度复发,继续服药又能很快控制症状者为好转;服药超过两周症状没有改变,或改用他法治疗者为无效。

结果:治疗组138例,治愈89例(64.5%),好转38例(27.5%),无效11例(8.0%),总有效率为92%;对照组72例,治愈14例(19.4%),好转23例(31.9%),无效35例(48.6%),总有效率为51.4%。治疗组治愈率和总有效率均高于对照组,经统计学处理有非常显著性差异($P < 0.01$)。此外,治疗组主症消失时间亦明显短于对照组,经统计学处理有非常显著性差异($P < 0.01$)。

4 讨论

久嗽一服饮乃笔者据《本草图经》治久嗽不瘥方及《沈氏尊生书》一服散加减化裁而成。方中紫菀、款冬花、百部能温润肺气,下气化痰,止咳,且其性温而不热,润而不躁,对于温热之邪郁于肺经不得疏泄而咳嗽不止者,亦能治之,三药合用,寒热皆宜,为本方主药。辅以宣肺祛痰止咳之北杏仁,辛散消痞、化痰散结之法半夏,使肺气得以肃降,壅结纠缠之邪可化而散之;紫苏叶理气散寒,行气宽中,消痰利肺,与生姜合用,最善祛喉间风邪;阿胶、乌梅、谷芽敛肺和血补中,与紫苏叶、生姜配伍,一收一散,收者扶正,散者祛邪,标本兼治,邪去而正安,咳嗽可除。

* 广东省中山市工人医院(528403)

收稿日期:1997-07-15