

中药为主治疗痤疮 350 例临床观察

马元生^{*} 魏富荣^{*} 马志平^{*}

摘要 运用内服痤疮丸和外用痤疮搽剂治疗痤疮 350 例效果良好,同时以外用氯霉素搽剂 100 例作对照,其疗效两者有显著性差异。

主题词 痤疮/中医药疗法

痤疮,属于西医痤疮、酒渣鼻之范畴。近年来我们应用以中药为主治疗该病取得了较满意的疗效,现将痤疮 250 例、酒渣鼻 100 例疗效分析如下:

1 临床资料

痤疮 250 例中男 90 例,女 160 例。年龄 30 岁以下 190 例,31 岁以上 60 例。250 例中丘疹型 87 例,脓疱粉刺型 94 例,囊肿结节型 69 例。酒渣鼻 100 例中男 31 例,女 69 例。年龄均为 30 岁以上者。100 例中红斑型 40 例,丘疹脓疱型 60 例。350 例病程最短为 20 天,最长为 10 年。

对照组 100 例,其中男 32 例,女 68 例。年龄 <30 岁 32 例,30 岁以上 68 例。其中痤疮 50 例,酒渣鼻 50 例。50 例痤疮中丘疹型 17 例,脓疱粉刺型 23 例,囊肿结节型 10 例。50 例酒渣鼻中红斑型 21 例,丘疹脓疱型 29 例。100 例中病程最短为 16 天,最长为 8 年。

2 治疗方法

口服痤疮丸:茵陈、桑白皮、蒲公英、连翘、生薏仁、白芷、当归、三棱、莪术、茯苓等药共为细面,炼蜜为丸,每丸重 10g,每日 3 次,每次 1 丸。

外用痤疮搽剂:红霉素、硫黄、马齿苋、大黄、羊蹄根、土茯苓、皂角、月石等药,经 95% 酒精浸泡后,取药液加蒸馏水 50% 而成,每晚搽 1 次。

对照组 100 例均外用氯霉素搽剂治疗。

3 疗效标准及结果

3.1 疗效标准:痊愈:皮损消退,不发生新的皮损;显效:皮损消退,时有少数皮疹出现;无效:与初诊时皮损程度相同,未见明显变化。两组均治疗半个月判定疗效。

3.2 治疗结果:表 1 示,痤疮治疗组总有效率为 98.0%,对照组为 82.0%,两组疗效比较有显著性差异($P < 0.05$)。表 2 示,酒渣鼻治疗组总有效率为 97.0%,对照组为 72.0%,两组疗效亦有显著性差异($P < 0.05$)。

表 1 两组痤疮疗效比较

分组	例数	治愈 例(%)	显效 例(%)	无效 例(%)
治疗组	250	167(66.8)	78(31.2)	5(2.0)
对照组	50	21(42.0)	20(40.0)	9(18.0)

表 2 两组酒渣鼻疗效比较

分组	例数	治愈 例(%)	显效 例(%)	无效 例(%)
治疗组	100	67(67.0)	30(30.0)	3(3.0)
对照组	50	19(38.0)	17(34.0)	14(28.0)

4 讨论与体会

痤疮是发生在面部、鼻尖或胸背部的常见皮肤病,属于现代医学痤疮、酒渣鼻之类。近年来随着人们物质生活水平的不断提高,饮食结构多以辛辣刺激、肥甘油腻为主,痤疮的发病率也日趋增多,由于人们美容意识的加强,痤疮也就成为皮肤科热门疾病之一。

笔者根据临床所见,痤疮的发生始见于青壮年,阳气偏盛,食纳颇佳,热邪有余,湿气偏重。有诸内必行诸外,故面部油湿发亮,疙瘩生成。运用祖国医学理论分析,本病是热毒壅盛,湿热上攻所致。立法遣药应以清热解毒、利湿散

* 山西省大同市中医医院皮肤科,山西大同市马王庙街 1 号(037004)

收稿日期:1994-01-08

结为主,方中桑白皮、蒲公英、连翘清肺热解毒;茵陈、生薏仁、黄芩、茯苓清热利湿;当归、白芷、三棱、莪术祛瘀散结。诸药合用,共奏其效。本方对囊肿脓疱愈后留下的增生性斑痕疙瘩,效果更佳,确能起到软化的作用。

根据临床观察,在采用内治法的同时,给以外用搽剂,临床效果尤为显著,痤疮搽剂具有清热解毒、燥湿杀虫的作用。据现代药理研究证明,马齿苋、大黄、土茯苓具有广谱抗菌作用,能抑制杀灭病原微生物,减轻炎性反应,改善临床症状。佐以有溶解角质,抑制皮脂腺分泌的硫磺、皂角、羊蹄根,软坚散结的月石,以及少量的红霉素,诸药合用,共同起到消斑散结,去脂消

炎,改善局部循环的作用。

古人云:治病必求其本,我们采用痤疮丸治其本,祛其病源,调整内分泌;外用搽剂治其标,起到消除皮损,去脂收敛,杀虫止痒作用,内外并治,相得益彰。

另外,随着人们生活水准的提高,各种化妆品广泛使用,我们发现相当数量的青年女患者,素有痤疮疾患,不是求医问疾,而用外搽化妆品掩盖疾患,致使皮脂腺分泌排泄受阻,痤疮更趋严重,其结果面容愈加不美,这可能是近年来痤疮发病率增高的原因之一。对此,治疗痤疮时,应要求患者注意饮食起居,这样能够起到事半功倍的效果。

脊髓蛛网膜炎治验

田 志 高*

患者潘某,女,32岁,农民,1988年3月23日门诊。主诉:四肢痿软无力伴肌肤麻木不仁9年余。1979年11月上旬,觉得双腿软弱无力,双膝以下麻木。病情渐重,起病不久,麻木即上升至腰部,且双手亦觉软弱麻木。至1980年1月上旬,双膝步行困难。于2月25日到某医院就诊。检查:颅神经(-),脊柱无畸形及压痛,呈痉挛步态,上肢肌力及肌张力无特殊,双下肢肌张力增高,轻瘫试验(+),胸椎12节以下两侧各种感觉迟钝,下肢远端感觉消失,双下肢深反射均(+++),踝阵挛(+),腹壁反射:左侧可引出,右侧中下腹壁反射迟钝。下段胸椎及腰椎片提示:腰椎生理曲度过曲,其他无异常。腰椎穿刺检查:脑脊液无色透明,滴出顺畅,压力1.5kPa,奎克氏试验通畅,脑脊液常规:白细胞总数 $156 \times 10^6/L$,红细胞“0”,脑脊液生化:蛋白总量0.45g/L,葡萄糖2.94mmol/L,氯化物116mmol/L。最后诊断:脊髓蛛网膜炎。经多方求医,中西药轮番治疗数年,因病情渐重,双腿不能行走,由家人车送我院门诊。

诊见:神清体惫,面色萎黄,声低语怯,倚坐曲背,肢体瘦削,足不任身,步态踉跄,且需扶搀,皮毛枯槁无泽,两腿肌肉萎缩,唇甲色淡,舌体瘦薄、质嫩稍暗、尖部少苔、根部薄黄腻,脉象细弱。四诊合参,中医诊断为

痿证。脾肝肾亏虚为其根本病理,盖脾主后天,为气血之源,其充在肌,而主四肢;肝主藏血,其充在筋,为罢极之本,而主运动;肾主先天,为藏精之脏,发育之源,又主骨生髓,而为身体之支架。三脏俱虚,气津精血皆亏,筋骨经脉肌肉缺乏滋养,乃成痿证。然而,至虚之疾必有瘀滞,苔根薄黄腻,下焦微蕴湿热,故又为虚中夹实之候。治疗本当脾肝肾补益并举,但因脾胃虚甚,不耐滋腻,有“虚不受补”之虞,故遵《内经》“治痿独取阳明”之旨,首先注重健脾益胃,辅以壮筋骨、活血脉、祛湿热,方用补中益气汤加减:黄芪20g,党参、茯苓、鸡血藤、续断、巴戟天各15g,白术、山楂、当归、黄柏各10g,陈皮、汉防己各6g,红花4g。每日1剂,水煎服。10剂后,胃纳增加,大便成形,精神有振。脾胃方醒,不宜早用滋腻,守方令患者再服10剂,食欲胃纳大振,气色初泽,肢力渐复。

4月15日复诊,以滋肝肾、填精髓之熟地、枸杞、制首乌、杜仲入方,嘱另以紫河车粉每日6g,分3次与煎药同服。6月20日再诊,见患者气色、精神、肢力明显好转,能在诊室缓行而不需扶搀。惟腹中有些胀气,遂减去方中黄芪、熟地,加炒麦芽15g、厚朴10g以行气化滞。7剂后胀消。继守4月15日方作丸,嘱患者坚持每日服12g以缓图取效,两个月后来诊,四肢已能随意活动,患者面色红润,步态稳健,舌脉复常,嘱继续服药,以巩固疗效。两年后信访,病未复发,尚能参加农业劳动。

* 湖北省中医药研究院,湖北省武昌县华林(430073)

收稿日期:1994-08-04