甘草瀉心湯加味配合苦參湯外洗治療白塞病32例臨床觀察

林永

（四川省南江縣中醫院 636600）

【摘要】目的：觀察益甘草瀉心湯加味配合苦參湯外洗治療白塞病的臨床療效。**方法**：將按標準納入的病例隨機分為治療組和對照組。治療組給予甘草瀉心湯加味配合苦參湯外洗治療，每次200ml，每日2次。對照組給予強的松10mg每日2次和硫唑嘌呤100mg每日1次，2個月為1個療程。療程結束後評定臨床療效和隨訪4個月。**結果**：兩組在總有效率、部分症狀和實驗室指標的改善、復發次數方面的差異均有統計學意義（P<0.05）。**結論**：甘草瀉心湯加味配合苦參湯外洗對白塞病有良好治療作用。

【關鍵詞】甘草瀉心湯加味　苦參湯　白塞病

白塞病（BD）是一種以口腔潰瘍、外陰潰瘍、眼炎及皮膚損害為臨床特徵，可累及多個系統的慢性疾病。病情呈反復發作和緩解交替過程。本病屬中醫學「狐惑病」範疇。張仲景在《金匱要略》中詳細描述了狐惑病的臨床表現及治療方藥，為後世診治該病提供了珍貴經驗。臨床中筆者採用甘草瀉心湯加味配合苦參湯外洗治療該病，報道如下。

1　臨床資料

將符合西醫和中醫診斷標準的60例白塞病患者隨機分為治療組和對照組。治療組32例，其中男12例，女20例；年齡15~54歲，平均30.2歲；病程15天~30年，平均7.6年。對照組28例，男10例，女18例；年齡11~58歲，平均29.6歲；病程1個月~30年，平均8.1年。兩組在性別、年齡、病程、治療前症狀體徵積分及實驗室相關檢查結果的平均值差異無統計學意義（P>0.05），具有可比性。

西醫診斷標準：參考1989年國際白塞病研究小組製定的國際分類標準[1]。（1）反復口腔潰瘍：阿弗他潰瘍或疤痕，1年內反復發作≧3次；（2）反復生殖器潰瘍：生殖器有阿弗他潰瘍，尤其是男性；（3）眼病變：前和（或）後色素膜炎，裂隙燈檢查時玻璃體內可見有細胞浸潤或視網膜血管炎；（4）皮膚病變：結節紅斑樣病變、假性毛囊炎、膿性丘疹、痤瘡樣皮疹（未服糖皮質激素而出現者）；（5）針刺反應陽性。凡有反復口腔潰瘍並伴有其餘4項中的2項者，可確診為本病。中醫診斷標準：參考1994年國家中醫藥管理局《中醫病証診斷療效標準》[2]，濕熱毒結：多見於急性發作期，下肢紅斑結節，症見高熱，心煩汗出，口舌生瘡，灼熱疼痛，關節酸痛，胸脅悶脹，口苦咽乾，婦女帶下黃稠，舌紅，苔黃，脈弦滑數。肝腎陰虛：口、眼、外陰部潰瘍時輕時重，反復發作，低熱纏綿，手足心熱，頭昏目眩，口乾咽燥，遺精盜汗，月經不調，腰膝酸軟，舌紅少津或裂紋舌、光面舌，脈細數。

2　方法

2.1　治療方法

治療組口服甘草瀉心湯加味，組成：生甘草30g，黃芩25g，人參25g，乾薑25g，大棗15g，半夏30g，前陰潰瘍者加地膚子，肛門蝕爛加炒槐角，眼部損害加密蒙花、草決明，肝經濕熱明顯加龍胆草、黃柏、赤小豆，水煎服，每日1劑，每次200ml，每日2次。口腔潰瘍外用冰硼散。同時前後陰蝕爛者用苦參湯熏洗，每日2-3次。對照組口服強的松10mg有每日2次，病情穩定後減量，每兩周減5mg，維持量為5mg/日；硫唑嘌呤100mg每日1次。兩組均以2個月為1個療程。

2.2　觀察指標及方法

觀察兩組治療前後的症狀體徵評分變化和隨訪4個月時復發次數，並測定治療前後血沉（ESR）及C反應蛋

本論文版權歸中醫學會所有 Copyright CMD All Rights Reserved

白（CRP）含量。症狀體徵的分級量化評分，參照《中藥新藥臨床研究指導原則》[3]中系統性紅斑狼瘡和類風濕性關節炎的量化評分方法並結合臨床症狀的主次自擬。

2.3 臨床療效標準

參考吳之伍製定的療效標準[3]。臨床治愈：臨床症狀全部消失。顯效：療臨床症狀消失70%以上。有效：臨床症狀消失30%以上。無效：臨床症狀消失30%以下或未減輕。

2.4 統計學方法

所有資料均採用《中國醫學百科全書．醫學統計學》統計軟件包PEMS 3.1 for Windows（四川大學華西公共衛生學院衛生統計學教研室研製）進行統計。計量資料用平均數±標準差表示，採用t檢驗；計數資料比較用V2檢驗；等級資料用Rid it分析。

3 結果

3.1 兩組臨床療效比較

治療組臨床治愈12例，顯效12例，有效6例，無效2例，總有效率94.10%；對照組臨床治愈6例，顯效8例，有效6例，無效8例，總有效率71.43%，兩組差異有統計學意義（P<0.05），治療組優於對照組。

3.2 兩組患者治療前後症狀體徵積分比較

表1示，在改善口腔潰瘍、外生殖器潰瘍、眼炎、皮膚病變、發熱、關節症狀體徵方面，兩組治療後積分值均降低，治療前後比較差異均有統計學意義（P<0.05）；治療後組間比較的差異也均有統計學意義（P<0.05）。說明兩組在改善上述症狀體徵方面均有效，且治療組顯著優於對照組。針刺反應在兩組治療前後及治療後組間比較的差異均無統計學意義（P>0.05）。

3.3 兩組患者治療前後實驗室檢查指標比較

表2示，兩組的ESR、CRP數值治療前比較差異均有統計學意義（P<0.05）；治療後組間比較差異亦有統計學意義（P<0.05）。說明兩組均有效降低了ESR、CRP，且治療組優於對照組。

3.4 兩組復發次數比較

在治療後4個月隨訪時，治療組無復發者18例，復發1~2次者8例，復發3次者4例，復發＞3次者2例，平均復發（0.42±0.76）次；對照組無復發者4例，復發1~2次者6例，復發3次者12例，復發＞3次者6例，平均復發（1.69±1.02）次，兩組比較差異有統計學意義（P<0.05），治療組優於對照組。

4 討論

白塞病早在張仲景的《金匱要略》中就詳細描述了狐惑病的臨床表現及治療方藥，「狐惑之為病，狀如傷寒，默默欲眠，目不得閉，臥起不安，蝕於喉為惑，蝕於陰為狐，不欲飲食，惡聞食臭，其面目乍赤、乍黑、乍白。蝕於上部則聲喝（一作嘎），甘草瀉心湯主之。」該病與濕熱化生蟲毒有關，亦與稟賦不足、外感濕熱、嗜食辛辣肥甘、情緒不遂、勞倦過度、產後郁熱及婦女月經不調等有關[5]。病機多為臟腑功能失調，過食膏粱厚味、辛辣肥甘、醇酒滋膩，或五志過極，肝郁化火，或肝脾不調，導致濕熱蘊結，伏藏於內。遇外感濕熱之邪，內外合邪，濕熱蘊毒，郁滯血脈，濕熱毒瘀上蒸下注於諸竅而發病。因此，脾虛失健是白塞病發生的內在基礎，感受邪氣、內外合邪是白塞病發病的外在條件，濕熱毒瘀膠結，耗氣傷津，正氣虛弱，無力托毒外出是白塞病的病機關鍵。所以，治療上應以清熱化濕，安中解毒為主。甘草瀉心湯加味方中芩、連苦寒，清熱解毒，乾薑、半夏辛燥化濕，佐參、棗、甘草以和胃扶正，共成清熱化濕，安中解毒之功。臨証根據不同的情況，隨証施治，結合苦參湯外洗以局部治療加快症狀的緩解。現代藥理學研究[6]顯示甘草瀉心湯能顯著提高小鼠的體液免疫、細胞免疫和非特異性免疫機能。白塞病病的發病機制在現代醫學認為多涉及體液免疫、細胞免疫等。故作者採用甘草瀉心湯治療白塞病是有其理論依據的，其臨床效果也是比較顯著的。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

參考文獻
[1] 施桂英，栗占國.關節炎概要.北京：中國醫藥科技出版社，2001: 472.
[2] 國家中醫藥管理局.中醫病証診斷療效標準.南京：南京大學出版社，1994: 173.
[3] 鄭筱萸.中藥新藥臨床研究指導原則（試行）.北京：中國醫藥科技出版社，2002: 113-117.
[5] 曲麗芳，張再良.《金匱》狐惑病証治源流探討.上海中醫藥大學學報，2001, 15 (1): 12-14.
[6] 張守峰，郝莉萍等.甘草瀉心湯對小鼠的免疫機能和常壓缺氧耐受力的影響，中藥藥理與臨床，1997, 13 (2): 12-13.

（編委：游向前審校 2010.12.29）

表1 兩組患者治療前後主要症狀體徵積分比較（分，xq±s）

組別	時間	例數	口腔潰瘍	外生殖器潰瘍	眼炎	皮膚病變	針刺反應	發熱	關節病變
治療組	治療前	32	5.90±1.89	4.87±1.62	2.23±1.22	4.34±2.51	1.51±1.52	1.56±0.70	1.48±0.60
	治療後	32	1.12±1.60△	1.13±1.25△	0.57±0.64△	0.69±1.23△	1.11±1.46	0.25±0.46	0.41±0.49
對照組	治療前	28	5.35±1.43	4.54±1.31	2.89±1.37	4.89±1.80	1.61±1.56	1.39±0.49	1.79±0.43
	治療後	28	2.25±1.81*	2.19±1.59*	1.49±1.08	1.89±1.80*	1.19±1.49	0.76±0.45*	1.01±0.71

與本組治療前比較，* P<0.05；與對照組治療後比較，△P<0.05

表2 兩組患者治療前後實驗室檢查指標變化比較（xq±s）

組別	時間	例數	ESR(mm/h)	CRP(mg/L)
治療組	治療前	16	29.29±4.79	6.00±4.10
	治療後	16	19.08±4.12*△	8.69±3.41*△
對照組	治療前	14	29.01±4.35	20.01±4.89
	治療後	14	23.08±4.61*	12.25±3.75*

與本組治療前比較，*P<0.05；與對照組治療後比較，△P<0.05

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved