

- [5] SUNANDAN Y, RADHA G K, PRABHA O, et al. A prospective randomized double-blind study of pain control by topical calcium channel blockers versus placebo after Milligan-Morgan hemorrhoidectomy[J]. *Int J Colorectal Dis*, 2018, 33(7): 895-899.
- [6] LOHSIRIWAT V. Treatment of hemorrhoids: a coloproctologist's view[J]. *World J Gastroenterol*, 2015, 21(31): 9245-9252.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [8] 中华医学会外科学分会结直肠肛门外科学组, 中华中医药学会肛肠病专业委员会, 中国中西医结合学会结直肠肛门病专业委员会. 痔临床诊治指南(2006版)[J]. *中华胃肠外科杂志*, 2006(5): 461-463.
- [9] 陈伟特. 复方王氏痔疮膏应用于湿热下注型混合痔术后的疗效观察[D]. 福州: 福建中医药大学, 2020.
- [10] 黄德明, 梁鼎天. 基于快速康复外科理念的中医多模式镇痛在混合痔手术中的应用研究[J]. *中西医结合研究*, 2018, 10(3): 141-142.
- [11] 谭志平. 痔科消炎膏与马应龙痔疮膏治疗痔肿痛的疗效比较[J]. *广东医科大学学报*, 2020, 38(4): 466-468.
- [12] 刘俊. 内服消痔汤配合外用马应龙麝香痔疮膏治疗痔疮疗效分析[J]. *现代诊断与治疗*, 2017, 28(17): 3192-3193.
- [13] 杨合功. 加味止痛如神汤联合马应龙麝香痔疮膏在混合痔患者术后的应用效果分析[J]. *河南医学研究*, 2018, 27(3): 500-501.
- [14] 向广阳, 欧昌柏, 张晓威, 等. 混合痔行外剥内扎术后肛缘水肿的相关危险因素分析[J]. *中国医药指南*, 2020, 18(14): 38-40.
- [15] 陈洁. 加味槐花散治疗湿热下注型混合痔术后并发症的临床观察[D]. 福州: 福建中医药大学, 2020.
- [16] 石英晶. 加味止痛如神汤对混合痔(湿热下注证)术后疼痛影响的临床观察[D]. 长春: 长春中医药大学, 2020.
- [17] 王晓青, 傅静. 葛根的药理作用研究进展(综述)[J]. *北京中医药大学学报*, 1994, 17(3): 39-41.
- [18] 尹小明, 赵诗云, 饶丽华, 等. 鸡血藤不同成分抗AA诱导的血小板聚集作用的实验研究[J]. *实验与检验医学*, 2016, 34(4): 422-424.
- [19] 李佳, 刘继永. 中药威灵仙的化学成分及药理作用研究进展[J]. *特产研究*, 2011, 33(1): 67-71, 75.
- [20] 祁小桐, 蒋电明, 朱凤臣, 等. 姜黄素对大鼠急性脊髓损伤的保护作用及机制的初步研究[J]. *创伤外科杂志*, 2013, 15(3): 250-254.

【责任编辑: 陈建宏】

升阳益胃汤加减治疗脾肺气虚型慢性荨麻疹的临床观察

刘星显¹, 程旭阳¹, 宋文英²

(1. 广州中医药大学, 广东广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东广州 510405)

摘要:【目的】观察升阳益胃汤加减治疗脾肺气虚型慢性荨麻疹的临床效果。【方法】将80例脾肺气虚型慢性荨麻疹患者随机分为观察组和对照组, 每组各40例。对照组给予口服盐酸西替利嗪治疗, 观察组在对照组的基础上给予升阳益胃汤加减治疗, 疗程为4周。观察2组患者治疗前后症状、体征评分的变化情况, 评价2种治疗方案的临床疗效、复发情况和安全性。【结果】(1)治疗4周后, 观察组的愈显率和总有效率分别为72.5%(29/40)和87.5%(35/40), 对照组分别为32.5%(13/40)和52.5%(21/40)。组间比较, 观察组的愈显率和总有效率均明显高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的风团数量、风团大小、瘙痒程度、每周发作次数等症状体征评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且观察组的降

收稿日期: 2020-10-23

作者简介: 刘星显(1994-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: lx2695665128@163.com

通讯作者: 宋文英, 女, 硕士, 主任中医师, 硕士研究生导师; E-mail: 973048689bb@sina.cn

低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗结束1个月后, 观察组的复发率为10.34%(3/29), 明显低于对照组的53.85%(7/13), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)在治疗过程中及治疗后1个月的电话回访中, 2组患者均未发生明显的不良反应。【结论】升阳益胃汤加减治疗脾肺气虚型慢性荨麻疹疗效显著, 复发率低, 且安全性高。

关键词: 升阳益胃汤; 慢性荨麻疹; 脾肺气虚型; 临床研究

中图分类号: R275.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1154-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.06.014

Clinical Observation of Modified *Shengyang Yiwei* Decoction in Treating Chronic Urticaria with Syndrome of Spleen-Lung Qi Deficiency

LIU Xing-Xian¹, CHENG Xu-Yang¹, SONG Wen-Ying²

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China; 2. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of modified *Shengyang Yiwei* Decoction for the treatment of chronic urticaria with the syndrome of spleen-lung *qi* deficiency. **Methods** Eighty cases of chronic urticaria with the syndrome of spleen-lung *qi* deficiency were randomly divided into observation group and control group, 40 cases in each group. The control group was treated with Cetirizine Hydrochloride Tablets orally, and the observation group was given oral use of modified *Shengyang Yiwei* Decoction combined with Cetirizine Hydrochloride Tablets. The treatment for the two groups lasted for 4 weeks. Before and after treatment, the scores of the clinical symptoms and signs in the two groups were observed. After treatment, the clinical efficacy, recurrence rate and clinical safety of the two treatment regimens were evaluated. **Results** (1) After 4 weeks of treatment, the cured and markedly effective rate and the total effective rate of the observation group were 72.5% (29/40) and 87.5% (35/40) respectively, and those of the control group were 32.5% (13/40) and 52.5% (21/40) respectively. The intergroup comparison showed that the cured and markedly effective rate and the total effective rate of the observation group were significantly higher than those of the control group, and the differences being statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, the scores of symptoms and signs such as wheal count, wheal size, itching degree, and weekly attack frequency in the patients of both groups were significantly decreased in comparison with those before treatment ($P < 0.05$), and the effect on decreasing the scores in the observation group was superior to that in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (3) One month after the completion of the treatment, the recurrence rate of the observation group was 10.34% (3/29), and was much lower than that of the control group (7/13, 53.85%), the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (4) During the treatment and one month after treatment, the results of follow-up by phone calling showed that no obvious adverse reactions occurred in the patients of both groups. **Conclusion** The modification treatment of *Shengyang Yiwei* Decoction has significant curative effect, low recurrence rate and high safety in treating chronic urticaria with the syndrome of spleen-lung *qi* deficiency.

Keywords: *Shengyang Yiwei* Decoction; chronic urticaria; syndrome of spleen-lung *qi* deficiency; clinical research

慢性荨麻疹是由于皮肤、黏膜小血管扩张及渗透增加出现局限性水肿反应且病程超过6周的皮肤疾病^[1]。其发病机制尚未完全明确, 目前大多认为与自身免疫、凝血机制、缺乏维生素D、幽门螺

旋杆菌感染等因素相关^[2]。近年来, 随着社会环境及生活方式的不断发展变化, 慢性荨麻疹发病率显著上升, 给患者带来沉重的经济和心理负担。现代医学治疗本病多以口服抗组胺类药物为主,

可以较快缓解症状,但停止服药后皮疹容易复发,并且长期口服此类药物易产生不良反应。中医认为,慢性荨麻疹属“瘾疹”“风疹”“赤白游风”等范畴。临床研究证明,中医药治疗该病疗效确切,可综合改善患者全身症状,且具有副作用小、复发率低的特点,临床运用更有优势^[3]。升阳益胃汤载于李东垣《脾胃论》,临床实践过程中发现,运用此方加减治疗慢性荨麻疹可取得良好疗效。基于此,本研究采用随机对照试验方法,观察升阳益胃汤加减治疗脾肺气虚型慢性荨麻疹的临床疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2019年1月~2020年8月在广州中医药大学第一附属医院皮肤科就诊的80例脾肺气虚型慢性荨麻疹患者为研究对象。采用随机数字表将患者随机分为对照组和观察组,每组各40例。本研究符合医学伦理学要求并通过医院伦理委员会审核批准。

1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照《中国荨麻疹诊疗指南(2018版)》^[4]中有关慢性荨麻疹的诊断标准。中医诊断标准:参照《中医病证诊断疗效标准》^[5],通过望闻问切四诊采集症状、舌脉等病历资料,中医诊断为瘾疹,证型为脾肺气虚证。
①主症:风团色淡淡红或与肤色相近,伴皮肤瘙痒,反复发作,迁延数月或数年不愈;②次症:疲劳易倦,纳差,口干口苦,大便不调,稀溏或见完谷不化,面色淡白;③舌脉:舌淡苔白腻,脉细。

1.3 纳入标准 ①符合上述中、西医诊断标准;②中医证型为脾肺气虚证;③自愿接受治疗并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①合并有心脑血管、肝、肾等其他严重原发性疾病患者;②精神病患者;③孕妇或哺乳期妇女;④年龄在6岁以下的患者;⑤依从性差,未按规定接受治疗,从而影响疗效判定的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 健康宣教 2组患者均进行健康宣教,嘱患者注意日常调护,避免接触花粉、粉尘等,忌食易致过敏的食物如海鲜、牛羊肉、竹笋、酒类等,避免精神刺激及过度劳累,养成良好的作息

习惯并进行适当的体育锻炼。

1.5.2 对照组 给予盐酸西替利嗪口服治疗。用法:盐酸西替利嗪片(广东彼迪药业有限公司生产,批准文号:国药准字H20103387;规格:10 mg/粒),口服,每晚1次,每次1粒,连续治疗4周。

1.5.3 观察组 在对照组的基础上给予升阳益胃汤加减治疗。方药组成:黄芪50 g、党参20 g、白术15 g、柴胡15 g、防风20 g、茯苓20 g、泽泻15 g、黄连9 g、羌活15 g、独活15 g、白芍20 g、防己15 g、升麻15 g、甘草15 g。中药饮片均来自广州中医药大学第一附属医院中药房。每日1剂,水煎后分2次于早晚饭后温服,连续治疗4周。

1.6 观察指标

1.6.1 症状体征评分 观察2组患者治疗前及治疗4周后症状、体征评分的变化情况,包括风团数量、风团大小、瘙痒程度、每周发作次数4个方面,分为无、轻、中、重4个等级,每个等级分别对应0、1、2、3分。分数越高,表示症状越严重。

1.6.2 复发情况 治疗结束1个月后进行随访,观察2组患者的复发情况。

1.6.3 安全性评价 观察2组患者治疗期间的不良反应发生率,并以此进行安全性评价。

1.7 疗效评定标准 参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[6]制定疗效评价标准,分为治愈、显效、有效、无效4个等级。疗效指数(症状评分减少率) = (治疗前评分 - 治疗后评分) / 治疗前评分 × 100%。治愈:症状评分减少 ≥ 90%。显效:70% ≤ 症状评分减少 < 90%。有效:30% ≤ 症状评分减少 < 70%。无效:症状评分减少 < 30%。总有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

1.8 统计方法 采用SPSS 26.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料以率或构成比表示,组间比较采用卡方检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 治疗组40例患者

中,男22例,女18例;平均年龄(49.37 ± 8.98)岁;平均病程(63.17 ± 25.26)个月。对照组40例患者中,男21例,女17例;平均年龄(50.43 ± 9.64)岁;平均病程(63.96 ± 25.68)个月。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后症状体征评分比较 表1结果显示:治疗前,2组患者的风团数量、风团大小、瘙痒程度、每周发作次数等症状体征评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比

性。治疗后,2组患者的各项症状体征评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且观察组的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 2组患者临床疗效比较 表2结果显示:治疗4周后,观察组的愈显率和总有效率分别为72.5%(29/40)和87.5%(35/40),对照组分别为32.5%(13/40)和52.5%(21/40)。组间比较,观察组的愈显率和总有效率均明显高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组慢性荨麻疹患者治疗前后症状体征评分比较

Table 1 Comparison of the scores of symptoms and signs in the two groups of chronic urticaria patients before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	时间	风团数量	风团大小	瘙痒程度	每周发作次数
观察组	40	治疗前	2.65 ± 0.53	1.98 ± 0.62	2.28 ± 0.75	2.08 ± 0.69
	40	治疗后	1.03 ± 0.62^{①②}	0.83 ± 0.38^{①②}	0.93 ± 0.47^{①②}	1.08 ± 0.66^{①②}
<i>t</i> 值			12.741	10.984	9.561	6.982
<i>P</i> 值			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05
对照组	40	治疗前	2.58 ± 0.50	1.93 ± 0.53	2.23 ± 0.69	2.13 ± 0.65
	40	治疗后	1.73 ± 0.59^{①}	1.23 ± 0.48^{①}	1.38 ± 0.54^{①}	1.48 ± 0.59^{①}
<i>t</i> 值			10.077	8.573	9.276	7.706
<i>P</i> 值			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

① $P < 0.05$,与治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

表2 2组慢性荨麻疹患者临床疗效比较

Table 2 Comparison of clinical efficacy in the two groups of chronic urticaria patients [例(%)]

组别	例数(例)	治愈	显效	有效	无效	愈显	总有效
观察组	40	13(32.5)	16(40.0)	6(15.0)	5(12.5)	29(72.5) ^①	35(87.5) ^①
治疗组	40	3(7.5)	10(25.0)	8(20.0)	19(47.5)	13(32.5)	21(52.5)

① $P < 0.05$,与对照组比较

2.4 2组患者复发率比较 表3结果显示:治疗结束1个月后,观察组的复发率为10.34%(3/29),明显低于对照组的53.85%(7/13),差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组慢性荨麻疹患者复发率比较

Table 3 Comparison of recurrence rate in the two groups of chronic urticaria patients

组别	愈显例数(例)	复发[例(%)]
观察组	29	3(10.34) ^①
对照组	13	7(53.85)

① $P < 0.05$,与对照组比较

2.5 安全性分析 在治疗过程及治疗后1个月的电话回访中,2组患者均未发生明显的不良反应,具有较高的安全性。

3 讨论

慢性荨麻疹是皮肤科常见病、难治病,辨证多属本虚标实,正虚是其迁延难愈、反复发作的根源。本病往往于吸入、食入及皮肤接触相关变应原后起病,这些病邪进入人体的部位主要为脾肺所主区域^[7]。肺主皮毛,脾主肌肉,皮肉相连,合为肌腠,以护人体^[8]。慢性荨麻疹迁延反复,与脾肺虚损密切相关。但临床中发现,辨证为脾肺

气虚的患者, 仅以补益脾肺之剂治疗, 常常难以达到理想的治疗效果。荨麻疹在急性起病期采用药物干预可明显控制病情, 但治疗不当容易导致停药后病情反复、迁延而成慢性病程^[9]。其初发时多为外风致病, 病位较浅, 应疏泄透散, 此谓“表而出之”^[10], 若治疗不当, 使表邪不得发散而郁滞, 邪气入里, 伤脾生湿, 湿无出路, 久郁化热, 湿热郁蒸肌表则时发风团、斑疹; 也有初起即表现为一派实热证者, 此时若过服清热利湿苦寒之药而未顾护脾胃, 致使脾虚湿留, 阳气不张, 也会导致皮损迁延难愈, 转为慢性。因此, 宋文英教授认为, 脾胃虚弱、湿热内蕴是慢性荨麻疹形成的重要原因, 单纯补益脾胃往往疗效欠佳, 应同时注意到湿热内蕴之实的表现以及因脾胃升降失调导致的中焦气机不畅。脾虚日久及肺, 而肺为华盖, 外邪由皮毛或口鼻而入, 首先侵袭的就是肺脏。肺气虚损, 卫外不固, 风、湿等外邪入侵, 肌表皮毛即易感邪起病, 则是慢性荨麻疹反复发作的主要因素。因此, 治疗时不仅要补脾益肺, 更要注重调畅中焦气机, 益气升阳除湿, 使气足阳升, 则正旺邪祛。

基于该病证的病因病机, 选用李东垣升阳益胃汤加减治疗。方中黄芪补气固表, 人参补脾益肺, 白术健脾祛湿, 茯苓淡渗利湿, 陈皮、半夏行气降浊, 黄连清热燥湿而消郁火, 共图健脾补肺、清热除湿之效; 柴胡、羌活、独活、防风助升清阳、祛风发表; 白芍、甘草酸甘养阴, 制风药辛散, 又调和营血; 生姜、大枣调和脾胃; 炙甘草调和诸药。补益药与风药相须为用, 补中有散, 发中有收, 使元气得充而阴气自降, 温补而无呆滞之虞, 升散而无耗气之弊^[11]。临床应用时还可根据患者实际情况灵活随症加减, 若皮损明显者可加荆芥、蝉蜕; 瘙痒剧烈者可加白鲜皮、土茯苓; 食欲不振、纳差甚者可加山楂、神曲等。

本研究结果显示: 观察组的愈显率和总有效

率均明显高于对照组, 且观察组对风团数量、风团大小、瘙痒程度、每周发作次数等各项症状体征评分的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 同时, 在治疗结束1个月后, 观察组的复发率明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 并且在治疗过程中, 2组患者均未发生明显的不良反应, 说明升阳益胃汤加减治疗脾肺气虚型慢性荨麻疹的疗效显著, 且复发率低、副作用少, 值得临床上进一步推广应用。

参考文献:

- [1] ZUBERBIER T, ABERER W, ASERO R, et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urtica [J]. *Allergy*, 2018, 73(7): 1393-1414.
- [2] 袁佳沁, 陆蓉, 陈春光, 等. 慢性荨麻疹的发病及诊治研究进展[J]. *中国处方药*, 2019, 17(3): 22-23.
- [3] 郭静, 周策. 自拟消风散治疗血虚风燥型慢性荨麻疹的临床疗效观察[J]. *广州中医药大学学报*, 2014, 31(4): 514-517.
- [4] 中华医学会皮肤性病学分会荨麻疹研究中心. 中国荨麻疹诊疗指南(2018版)[J]. *中华皮肤科杂志*, 2019, 52(1): 1-5.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [6] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 北京: 人民军医出版社, 1998.
- [7] 赵坤, 李婧, 郭彦荣. 小儿顽固性荨麻疹中医治疗辨析[J]. *中国中西医结合儿科学*, 2015, 7(1): 15-16.
- [8] 鄢小君, 张毅, 张艳. 浅论皮肤病发病与肺脾的关系[J]. *新中医*, 2016, 48(5): 16-17.
- [9] 高萌, 展照双. 慢性荨麻疹中医及中西医结合治疗进展[J]. *山东中医杂志*, 2018, 37(2): 174-177.
- [10] 刘瑶, 刘驰, 史正刚. 史正刚教授治疗小儿荨麻疹经验探析[J]. *中国中西医结合儿科学*, 2019, 11(6): 474-476.
- [11] 封银曼, 任小巧. 李东垣升阳益胃法临床运用[J]. *中国医药学报*, 2003(8): 483-484.

【责任编辑: 陈建宏】