

• 专家为基层服务 •

出疹性皮肤病的治疗经验

中国中医研究院广安门医院 朱仁康

出疹性皮肤病临床上十分常见,如荨麻疹、湿疹、药疹、带状疱疹、结节性痒疹、玫瑰糠疹、湿疹性皮炎、自家过敏性皮炎、癣菌疹等,患者往往非常苦恼。参前贤“外疡从内出”、“外病与内症异流同源”之说;合本人五十余载临症经验,认为治疗此类疾病有四大主要法则,现简介于下,供同道参考。

一、清热法 《素问·至真要大论篇第七十四》云:“诸痛痒疮,皆属于心”,《灵枢·痈疽篇》曰:“营卫稽留于经脉之中,则血泣而不行,……壅遏而不行故热”,故皮肤病与心火、血热关系极大。另因外感之热邪亦可和它邪相合,袭入肌肤致病,故我最喜用清热法,但在具体运用上,却视挟风、挟湿和热入营血及热甚化毒之异,分立以下四种不同治法。

1. 清热祛风: 多用以治急性荨麻疹、结节性痒疹、玫瑰糠疹及部分带状疱疹,见有疹出久不愈、色鲜痒痒、受热痒甚,舌偏红、苔薄黄者,自拟乌蛇祛风汤(乌蛇肉、羌活、荆芥、防风、银花、连翘、黄芩各9g,蝉蜕、白芷、黄连、生甘草各6g)。证较轻者,则将此方化裁为消风清热饮(即上方去乌蛇肉、羌活、银花、连翘、黄连、白芷,加浮萍、当归、赤芍、大青叶各9g)或疏风清热饮(即乌蛇祛风汤去乌蛇肉、羌活、白芷、黄连,加牛蒡子、梔子、刺蒺藜、生地、赤芍、丹参)。

2. 清热利湿: 多用以治急性湿疹、脂溢性湿疹及慢性湿疹急性发作期,皮肤起红斑水疱,痒甚搔破有黄腥粘水渗流,蛻皮、糜烂、结痂,便干、溲赤、舌红、苔黄或腻者,以龙胆泻肝汤为主方。若偏下肢用草薢渗湿汤;痒甚水多加白藓皮、地肤子,二妙丸;若感染加银花、连翘、蒲公英。

3. 清热凉血: 用于丘疹性湿疹,人工荨麻疹(皮肤划痕症),表现为皮肤灼热刺痒,搔后出血,舌红苔黄,脉弦滑数者。湿疹主方系凉血除湿汤(生地、丹皮、赤芍、苦参、忍冬藤、白藓皮、地肤子、豨莶草、海桐皮,六一散、二妙丸);荨麻疹则以凉血消风散(石生苻、知母、生草、当归、荆芥、蝉蜕、苦参、生地、白蒺藜)损益。

4. 清热解毒: 用以治药疹或带状疱疹,皮肤有灼热感,并见红斑、水疱、脓疱、糜烂、剧痛、舌红苔黄、

脉偏弦数者。治药疹我喜将白虎汤与犀角地黄汤合方;带状疱疹则予马齿苋合剂(马齿苋60g、大青叶、蒲公英各15g),加银花、连翘、黄芩、黄连、丹皮、赤芍,甚则加大黄。对湿疹流水较甚者,我还常配用生地榆煎水湿敷,内外合治以求速效。

二、祛风法 《金匱·中风历节病篇》曰:“邪气中经,则身痒而瘾疹”,故对风邪袭人而引发的出疹性皮肤病,则投以祛风法。然风有外、内之别,外风多兼湿邪,内风每因血虚,故临床上运用又有下面两种具体变化。

1. 祛风化湿: 此法用以治丘疹性荨麻疹每见丘疹水疱或大疱,焮肿起块,入暮痒甚,舌淡苔白腻者,主方为祛风胜湿汤(荆芥、防风、羌活、蝉蜕、银花、生甘草、陈皮、茯苓皮)。

2. 祛风养血: 此法用以治脂溢性湿疹,见皮肤潮红、痒痒、脱屑;或患人工荨麻疹,皮肤搔后呈红色条状隆起及玫瑰糠疹者。主方为凉血消风散(组成见前)和养血消风散(以苍术、麻仁易上方知母、生石膏、蝉蜕),若血瘀加活血药。有时还将此法配入润燥剂,作为湿疹、荨麻疹的收功之剂。

三、健脾法 脾主肌肉而恶湿,若脾虚失健,既易受外来湿毒,且内湿又易乘机泛于体表致生湿疹等渗水性的皮肤病。故我常用的健脾法临床中有不同之处:

1. 健脾化湿: 此法多用于亚急性或泛发性湿疹见有皮肤起水疱,暗淡不红,搔痒出水伴胃痛纳呆、白黄浮肿、便溏脉缓、舌淡苔白或腻者。主方为除湿胃苓汤(以滑石、白藓皮、地肤子易胃苓汤中桂枝)加藿香、佩兰;对胃肠型荨麻疹,又常用健脾祛风汤(荆芥、防风、羌活、泽泻、苍术、陈皮、茯苓、乌药、木香、生姜、大枣)。

2. 健脾实卫: 用以治冷激性荨麻疹,疹色淡红或苍白,脉紧或缓者,主方固卫御风汤(即桂枝汤去甘草合玉屏风散)加熟附子。

四、滋阴法 湿热引起的出疹性皮肤病多见滋水渗液,日久必伤阴;而热毒过甚引起的本病,又易见热毒伤阴,留连不去之症,故滋阴法临床又有以下两种具体方法:

1. 滋阴除湿：多用治脂溢性湿疹、亚急性湿疹、慢性阴囊湿疹终年不愈，伴皮肤潮红浸润、搔痒脱屑、或糜烂渗出，舌偏红苔少者。主方滋阴除湿汤（生地、玄参、当归、茯苓、泽泻、丹参、白藜皮、蛇床子），以收滋阴除湿双顾、气分、血分同疗之效。

2. 滋阴清解：用治药疹中的剥脱性皮炎，见有肌

肤弥漫性潮红脱皮，伴渴饮、舌红、苔光剥等阴伤症状，病势颇急。常用大剂滋阴清解，以图速效。如宁翁因皮肤瘙痒肌注卡古地钠两针，出现上述症状，因肌肤层层剥落而甲错，予龟龄增液汤合银花、生草、石斛、丹皮、地骨皮、茯苓皮，五剂大效。

（马继松 田爱华 朱 华整理）

安宫牛黄冰栓和冬眠Ⅱ号为主治疗 流行性乙型脑炎 180 例

湖北省钟祥县柴湖医院 刘万朝 王西印 杨瑞祥

自1975年以来，我院儿科用本院研制的安宫牛黄冰栓直肠给药，配合人工冬眠、物理降温等治疗流行性乙型脑炎 180 例（下称结合组）；并与1967~1974年用西药综合对症治疗 188 例（下称对照组）作对照。现将两组疗效分析如下。

一般资料 结合组 180 例，男 98 例，女 82 例。10 岁以下 171 例；对照组 188 例，男 102 例，女 86 例。10 岁以下 174 例。两组一般资料相近。入院时分型：结合组轻型 11 例，中型 90 例，重型 39 例，暴发型 10 例；对照组轻型 40 例，中型 96 例，重型 41 例，暴发型 11 例。入院时病程与病期：结合组 3~5 天入院者 128 例，对照组 137 例。结合组初热期入院者 58 例，极期入院者 122 例；对照组分别为 58 例及 130 例。

治疗方法 两组患儿均常规用皮质激素、东莨菪碱、脱水剂、液体疗法和吸氧等。结合组选用安宫牛黄冰栓（本院研制、外形为圆柱形、比一般栓剂略大，每粒含生药 3g，存放冰箱内备用）配合冬眠Ⅱ号为主进行治疗。患者一经确诊，立即置安宫牛黄冰栓于患儿肛门内 2~6 cm 处，深眠或深昏迷患儿需用手指阻住肛门 10~15 分钟，以防药水外溢。根据病情轻重于 6 小时、8 小时或 12 小时重复一次。3 岁以下半粒，4~10 岁 1 粒，11 岁~成人 1 粒半~2 粒。轻型、中型乙脑可用紫雪丹冰栓代替（安宫牛黄丸价昂）。与直肠给药的同时投用冬眠Ⅱ号（每支 2ml 含氯丙嗪与异丙嗪各 25mg），首次按各 1~2mg/kg 的剂量，用生理盐水或 5% 葡萄糖液稀释一倍后缓慢静脉注射。若惊厥未能控制，可于 20 分钟后重复上述剂量一次，或用水合氯醛 50~80mg/kg 一次，保留灌肠。如患儿进入深睡状，惊厥停止，开始以上述剂量维持，每 2 小时肌肉注射或稀释后加入滴管内滴注一次。观

察 4~6 小时，如患儿平静入睡，可延长间歇时间 4~6 小时给维持量一次。冬眠药物使用 2 次以后，若患儿仍不能安静或持续惊厥不能缓解，可另加辅助镇静止惊药物：对轻、中型多加用苯巴比妥钠 5~8mg/kg 一次，肌肉注射或稀释后静脉注射；对重型或暴发型常加用硫酸妥钠 10mg/kg 一次，肌肉注射或 10mg/kg 一次稀释后静脉注射，安定 0.3~0.5mg/kg 一次，肌肉注射或静脉注射，最大量不超过 10mg。在第一次注射冬眠药物后 5~10 分钟，开始实施物理降温。也可用不含药物的冰栓剂连续塞入患儿肛门内，以帮助物理降温。当实施上述降温措施时，若患儿出现寒战、紫绀等寒冷反应，说明冬眠药量不足，冬眠较浅，需另增加药量。

结果 结合组 180 例，治愈 160 例，其中轻型和中型 131 例。重型和暴发型 49 例中，痊愈 29 例，留有后遗症 3 例，死亡 17 例，总有效率为 90.6%（治愈+后遗症）。对照组 188 例，治愈 103 例，其中轻型和中型 136 例，治愈 90 例，分别有 12 例、34 例转为中型和重型；暴发型 52 例，治愈 13 例，留有后遗症 10 例，死亡 29 例，总有效率为 60.1%。两组经统计学处理 $P < 0.01$ 。

讨论 安宫牛黄丸：犀角、牛黄清热解毒，凉肝熄风；麝香、冰片透关通窍；朱砂镇心安神；郁金宣郁开窍；黄连、黄芩、山栀泻三焦实火；雄黄祛痰解毒；珍珠泻热、潜阳、安神定惊。以上诸药配合，则起清热解毒、镇惊开窍之功。安宫牛黄丸是乙型脑炎病因，病机和整体治疗的良药。在高热、抽搐、昏迷服药不便的情况下，冰栓剂直肠给药，一方面能很好发挥安宫牛黄丸治疗乙脑的作用，另一方面冰栓剂对物理降温也有帮助。