

# 基于 102 例慢性荨麻疹用药特点分析

王丽新<sup>1,3</sup> 李建红<sup>1</sup> 贾苑凝<sup>2</sup> 陈兵<sup>1</sup> 赵艳<sup>1</sup> 王冲<sup>1</sup> 龙永香<sup>1</sup> 段行武<sup>1</sup>

(1 北京中医药大学东直门医院,北京,100700; 2 北京中医药大学东方医院,北京,100078; 3 宁夏医科大学,银川,750004)

**摘要** 以用药频率、常用药对和用药剂量为着眼点,对2015年10月、11月段行武教授治疗102例慢性荨麻疹患者的用药情况进行总结,筛选出用药频率较高的15种药物及主要药对,并分析其遣方用药特点,探讨段教授“辨病论治”慢性荨麻疹的临证思维,为临床治疗慢性荨麻疹提供参考依据。

**关键词** 慢性荨麻疹;专病专方;辨病论治;用药规律

## Analysis on Medication Features in Treating 102 Cases Chronic Urticaria

Wang Lixin<sup>1,3</sup>, Li Jianhong<sup>1</sup>, Jia Yuanning<sup>2</sup>, Chen Bing<sup>1</sup>, Zhao Yan<sup>1</sup>, Wang Chong<sup>1</sup>, Long Yongxiang<sup>1</sup>, Duan Xingwu<sup>1</sup>

(1 Dongzhimen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; 2 Dongfang Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China; 3 Ningxia Medical University, Yinchuan 750004, China)

**Abstract** Focused on medication frequency, drug combination and dosages, this paper is to summarize Professor Duan Xingwu's medication rules from 102 cases of chronic urticaria patients from October to November 2015. Fifteen kinds of commonly used drugs were screened and rules in the herbal prescription are analyzed. Exploring Professor Duan's clinical thoughts of "Disease differentiation and treatment" in treating chronic urticarial is to provide references for clinical treatment.

**Key Words** Chronic urticaria; Particular prescription for certain disease; Disease differentiation and treatment; Medication rule

中图分类号:R275.9;R249 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.03.048

荨麻疹是由于皮肤、黏膜小血管扩张及渗透性增加出现的一种局限性水肿反应。临床上特征性表现为大小不等的风团伴瘙痒,可伴有血管性水肿;慢性荨麻疹是指风团每周至少发作2次,持续≥6周者<sup>[1]</sup>。病因复杂,病情迁延不愈,不同程度地影响了患者的生活。段行武教授是北京中医药大学东直门医院的皮科主任、教授、博士研究生导师,在中医药治疗慢性荨麻疹方面具有丰富的经验,其观点独树一帜,用药不拘泥于成方成药,善于化裁中医各家用药特点,形成了自己的一套独特观念和和经验,临床疗效突出,颇受患者的信赖和认可。本文拟从治疗荨麻疹的用药特点出发,管中窥豹,对段教授的诊疗思维进行初步总结。

## 1 段教授治疗慢性荨麻疹用药特点

1.1 慢性荨麻疹用药整体情况 本文收集了2015年10月、11月段教授诊疗的102例慢性荨麻疹患者的中药方,对所涉及的大约90种中药材按照药物出现的频率、用药剂量进行了归纳,结果发现:用药频率较高的药物有:丹参、黄芩、白芍、乌梅、浮萍;其次是甘草、豨莶草、生白术、莪术;再次为生地黄、麻黄、桂枝、白鲜皮、防风;有52种药物用药频率在10%以

下,包括鸡血藤、忍冬藤、石决明等;仅出现1次(1.0%)的药物有酒萸肉、桑寄生、木贼等16味中药;仅出现2次(2.0%)的药物有远志、葛根、吴茱萸等10味中药(表1)。以上统计数据发现,段教授在药物的选择和取舍方面确实存在一定规律。

1.2 慢性荨麻疹主要药物使用频率 将段教授治疗慢性荨麻疹使用频率最高的前15味药进行总结,或可分析归纳出段教授用药的主要思路。见表2。

1.3 慢性荨麻疹主要药对总结 根据中医药“相须、相使”的配伍原则,对功能相近、或功效互补的2种药物同时出现的频率进行总结,得出段教授治疗慢性荨麻疹的常用药对。见表3。

## 2 从主要用药及常用药对分析段教授治疗慢性荨麻疹的临证思维

根据全国本科中医药十二五规划教材《中药学》第9版的分类标准<sup>[2]</sup>,将段教授最常用的15味中药材进行分类,其中,入血分的药物有5味,分别为丹参、莪术、白芍、当归、生地黄;清热燥湿药有2种,分别为黄芩、白鲜皮;解表药为4种,有麻黄、桂枝、防风、浮萍;祛风湿热药有豨莶草;补气健脾、解毒燥湿药有生白术、生甘草;收敛药有乌梅。

基金项目:2015首都市民健康项目培育(编号:440302)

作者简介:王丽新(1981.04—),女,博士研究生,讲师,研究方向:中医常见皮肤病的临床及实验研究 E-mail:wxy2008.oye@163.com

通信作者:段行武(1967.07—),男,博士研究生,教授,主任医师,研究方向:中医常见皮肤病的临床及实验研究,E-mail:xwduan@sina.com

表1 慢性荨麻疹用药频率表

序号	频数(次)	频率(%)	药物名	药物数(个)
1	86~72次	84.3%~70.6%	丹参、黄芩、白芍、乌梅、浮萍	5
2	57~47次	55.9%~46.1%	甘草、豨莶草、生白术、莪术	4
3	34~31次	33.3%~30.4%	生地黄、麻黄、桂枝、白鲜皮、防风	5
4	27~20次	26.5%~19.6%	当归、蝉蜕、鸡内金、佩兰、茯苓、苏梗、五味子、泽兰、龙胆草、柴胡、苍耳子	11
5	18~11次	17.6%~10.8%	茜草、生石膏、生黄芪、连翘、牡丹皮、陈皮、乌梢蛇、半夏、莱菔子、桑白皮、海桐皮、紫草、地肤子	13
6	10~3次	10%以下	鸡血藤、石决明、牛膝、威灵仙、忍冬藤、白茅根、藿香、赤小豆、决明子、金银花、酸枣仁、龙骨、苦参、合欢花、拳参、蒺藜、白花蛇蛇草、焦山楂、厚朴、鬼箭羽、焦神曲、槐花、炒栀子、桑螵蛸、白扁豆、海螵蛸	26
7	2次	2.0%	远志、葛根、吴茱萸、马齿苋、香橼、桃仁、瓜蒌、玄参、板蓝根、野菊花	10
8	1次	1.0%	酒肉苁蓉、桑寄生、木贼、皂角刺、草薢、紫花地丁、地龙、羌活、僵蚕、杏仁、地榆、苍术、桑枝、乳香、没药、薏苡仁	16
合计:	90			

表2 15种主要药物频率统计

序号	药名	频数(次)	频率(%)	序号	药名	频数(次)	频率(%)
1	丹参	86	84.3%	9	莪术	47	46.1%
2	黄芩	81	79.4%	10	生地黄	34	33.3%
3	白芍	75	73.5%	11	麻黄	34	33.3%
4	乌梅	74	72.5%	12	桂枝	34	33.3%
5	浮萍	72	70.6%	13	白鲜皮	31	30.4%
6	生甘草	57	55.9%	14	防风	31	30.4%
7	豨莶草	50	49.0%	15	当归	27	26.5%
8	生白术	47	46.1%				

表3 慢性荨麻疹主要药对频数表

序号	药对	频次(次)	频率(%)	序号	药对	频次(次)	频率(%)
1	丹参+黄芩	69	67.6%	13	浮萍+防风	28	27.5%
2	丹参+白芍	62	60.8%	14	麻黄+桂枝	27	26.5%
3	黄芩+白芍	62	60.8%	15	乌梅+防风	25	24.5%
4	白芍+乌梅	57	55.9%	16	黄芩+白鲜皮	24	23.5%
5	浮萍+乌梅	55	53.9%	17	丹参+当归	23	22.5%
6	丹参+莪术	47	46.1%	18	白芍+当归	23	22.5%
7	浮萍+豨莶草	42	41.2%	19	黄芩+当归	22	21.6%
8	黄芩+豨莶草	38	37.3%	20	浮萍+麻黄+桂枝	21	20.6%
9	黄芩+生白术	35	34.3%	21	乌梅+蝉蜕	18	17.6%
10	生地黄+白芍	30	29.4%	22	桂枝+防风	16	15.7%
11	黄芩+生地黄	29	28.4%	23	麻黄+防风	12	11.8%
12	麻黄+浮萍	28	27.5%				

2.1 从血分论治,活血、凉血、补血——丹参、莪术、白芍、当归、生地黄

2.1.1 活血、补血并重——“丹参+白芍”“丹参+当归” 统计发现,丹参(86次)用药频率最高,白芍(75次)次之。“丹参+白芍”(60次,60.8%)为段教授第2个最常用药对,“丹参+当归”(23次,22.5%),为第17个常用药对,意均在活血、补血并治。

丹参性凉,入心、肝经,既可活血祛瘀,凉血消

肿,又可补血安神,清心除烦,古人常以“一味丹参,功同四物”来形容丹参的多种功效,可见段教授在治疗荨麻疹时注重从血分进行调治,由于荨麻疹发时风团疙瘩,反复发作,顽固难愈,段教授认为本病存在“内有瘀滞”,而活血化瘀之法应当作为治疗荨麻疹的主要法则之一。这一观点与中医“久病入络”“治风先治血,血行风自灭”的观点一致。现代药理学研究也证实了丹参酮对组胺等引起的血管通透性增加有明显抑制作用,减少渗出,促使风团消

退;减缓体内化学递质的释放<sup>[3-4]</sup>。

白芍性凉,补血柔肝、平肝止痛、通络止痹,现代研究认为具有免疫调节、抗炎、镇痛镇静、改善睡眠等多种药理作用。白芍总苷可通过促进诱导 Th 细胞诱生 IL-1、IL-2 和 TNF- $\alpha$  等细胞因子,调节巨噬细胞功能,调控机体的免疫功能<sup>[5-6]</sup>。段教授在治疗荨麻疹时应用白芍,意义有二:一,主要取其“补血柔肝”作用,荨麻疹病程较长,瘙痒反复发作,常暗耗阴血,病情虚实夹杂,因此治疗时应活血补血并用,补虚泄实并重;二,白芍还可兼治便秘,是段教授通调大便的主要药物之一,药性和缓,这一点在现代药理学中也得到佐证,如白芍总苷胶囊(帕夫林)作为一种抗炎免疫调节药物,其不良反应恰为“偶见大便变软或变稀,大便次数增多”,段教授反其道而行之,巧妙运用了“通解大便”之意,可见段教授在药物选择方面精益求精,临床思维之缜密可见一斑。

“丹参+白芍”配伍,意义有三:其一,能增强丹参的补血、活血功效,其二,通过平肝柔肝,与丹参之“清心除烦”功效相得益彰,荨麻疹患者大多因瘙痒、风团反复发作而影响睡眠,心情烦躁,或“因病而郁”,或“因郁而病”,根据段教授奉行的“一药多效”原则,丹参与白芍相配,可针对荨麻疹患者的心烦、失眠、急躁等兼症进行治疗;其三,二者性凉、无毒,具有和缓的清热、凉血作用,对血分虚热、实热均有治疗作用,又可防止寒凉过度。

当归(27次,26.5%)为段教授治疗慢性荨麻疹第15个常用药。当归味辛性温,具有补血和血,润燥滑肠的作用。现代研究认为当归多糖可以激活不同种类的免疫细胞,促进细胞因子生成,对免疫系统起恢复调节的作用<sup>[7]</sup>。“丹参+当归”配伍,当归可增强丹参的补血和血作用,是治疗荨麻疹“血虚风燥”证型的主要药对,通过补血养血之法,起到润燥止痒的作用。

### 2.1.2 活血为主,协同增效——“丹参+莪术”

莪术(47次,46.1%)为段教授治疗慢性荨麻疹第9个常用药。莪术味辛性温,破血力强,能够破血祛瘀,行气解郁。对于重症、顽固的荨麻疹患者,段教授习惯用莪术来增强丹参的活血化瘀功效。他认为,莪术虽然属于破血药,但其药性平和,不会引起破血过度而导致出血,而临床观察也证明了这一点。古代医家张锡纯在《医学衷中参西录》中也说到“……莪术性近和平,而以治女子瘀血,虽坚如铁石亦能徐徐消除,而猛烈开破之品转不能建此奇功,此……莪术独具之良能也。”同时,莪术可行气止痛,

消食化积,用于食积不化之脘腹胀痛,如《证治准绳》中有莪术丸,治疗食积不化症。段教授认为慢性荨麻疹患者常伴有胃肠消化功能障碍,因此十分重视对胃肠功能的调理顾护,选用莪术既可活血,又可消食,对患者的主要兼症进行治疗。重庆名医王仁强也认为“莪术在脾胃病中的治疗如用之得当可获奇效”“具有独特的行气消积、祛瘀之功效”<sup>[8]</sup>。现代药理研究发现莪术能增强正常小鼠及免疫抑制小鼠的免疫功能,促进 T 淋巴细胞转化增殖能力<sup>[9]</sup>。

“丹参+莪术”同时出现的频次为47次,与莪术出现频次(47次)一致,提示“莪术必与丹参同现”。运用莪术,旨在增强丹参的活血调经作用,同时又因莪术药性缓和,不会引起出血等不良反应,故而二者合用,主要针对病程较长,血瘀明显,病情较重的情况。

### 2.1.3 暗耗阴血,补阴为要——“生地黄+白芍”

“当归+白芍”慢性荨麻疹病久气血不足,气虚卫外不固,血虚不能濡养肌肤,兼血虚生风,从而出现风团、瘙痒等症<sup>[10]</sup>。段教授认为阴血暗耗是慢性荨麻疹反复发作的必然病理过程,因此养阴补血法是治疗慢性荨麻疹的重要方面。

生地黄(34次,33.3%)为段教授治疗慢性荨麻疹的第10个常用药。生地黄甘、苦、凉,清热凉血,养阴生津,用于热病烦渴、发斑发疹、阴虚内热、衄血等症,既可清气分、血分实热,又可养阴生津以清虚热,故临床上无论虚热、实热,均可使用。慢性荨麻疹病情复杂,用生地黄可兼具多种治疗作用,气血同调,虚实皆治。现代药理发现生地黄含有的环烯醚萜甙可明显增强外周血 T 淋巴细胞的作用,降低毛细血管通透性,抑制血管内皮炎性反应作用<sup>[11]</sup>,最近有学者提出,改善机体胃肠屏障功能可能是治愈或延缓慢性荨麻疹复发的关键,而生地黄恰好又有保护胃黏膜的作用<sup>[12]</sup>。

“生地黄+白芍”(30次,29.4%)为段教授治疗慢性荨麻疹第10个常用药对,生地黄的养阴、生津功效,配伍白芍的养阴补血作用,可增强全方养阴补血作用,对于慢性荨麻疹血虚风燥、暗耗阴血,出现口干、皮肤干燥、疹色淡红、缠绵难愈的情况有良好的效果。“当归+白芍”(23次,22.5%)为第18个常用药对,同样为养血滋阴法的运用。

### 2.2 从气分论治,气血同调——黄芩、白鲜皮

黄芩(81次,79.4%)用药频率仅次于丹参,是段教授治疗荨麻疹最常用的清热燥湿药。黄芩苦寒,清热

燥湿,凉血解毒,主入肺经,善治上焦热邪,主治温热病、上呼吸道感染、高热烦渴等气分热证;黄芩还可入血分,治疗热盛迫血外溢之症,古文献记载,黄芩最初即被作为急救用的止血草使用。国外研究发现<sup>[13]</sup>,黄芩主要有效成分黄芩苷能抑制过敏性炎症反应渗出、降低毛细血管通透性,有抗组胺与抗乙酰胆碱作用;而黄芩苷为45%的黄芩提取物可有效抑制角叉菜胶导致的小鼠耳肿胀,且呈剂量依赖性<sup>[14]</sup>。

段教授在临床上使用黄芩,既可以气血同治,清热凉血,又可清热燥湿,而且与其他清热燥湿药如黄连、苦参相比,更具优势:苦参、黄连均大苦大寒,其味入口极苦,且苦参易伤脾胃,脾胃虚寒者不宜用,鉴于慢性荨麻疹患者体质虚实夹杂,故不宜使用黄连、苦参;而黄芩既可清热燥湿,清血分之热,又可避免以上不良情况,一举多得。

统计发现,清气分药常与血分药配伍使用以增强临床疗效。“丹参+黄芩”(69次,67.6%)为使用频率最高的药对,清热燥湿与凉血活血法并重;“黄芩+白芍”(62次,60.8%)配伍,白芍敛阴养血,黄芩清热凉血,共奏凉血、补血之效;“黄芩+生地黄”(29次,28.4%)配伍,黄芩清气分湿热,生地黄清血分热邪,气血两清,治疗慢性荨麻疹急性发作期,或热像明显,风团色红,瘙痒剧烈的证型;“黄芩+当归”(22次,21.6%)配伍,凉血、活血、补血。

白鲜皮(31次,30.4%)为第13个常用药物。白鲜皮苦寒,具有清热燥湿、祛风止痒、解毒之功效,主治风热湿毒所致的湿热疮疹,多脓或黄水淋漓、肌肤湿烂、皮肤瘙痒等症,是皮肤科常用的祛湿止痒药。“黄芩+白鲜皮”(24次,23.5%)配伍,共奏祛风湿清邪热之效。

2.3 解表透疹祛邪——浮萍、麻黄、桂枝、防风 祛风解表、发汗散水、透疹止痒是段教授治疗慢性荨麻疹的第三大法则。在用药频率上,浮萍72次,为祛风解表类药之首,麻黄、桂枝各34次,防风31次。其中“浮萍+麻黄+桂枝”同用达21次之多。

浮萍辛寒,不仅解表、散表邪,而且有良好的透疹、祛风止痒作用,是治疗风热瘾疹,皮肤瘙痒的主要药物;由于其为水生植物,在发汗利水、消散水肿方面也有突出疗效,鉴于荨麻疹发作时皮肤凸起风团疹块,肿势突出,因而通过发汗的方法,使水湿之邪顺势而出,达到治病目的。

麻黄辛温,发汗,平喘,利水,通过发汗之法达到消散水肿的目的。研究发现,麻黄多糖可以明显抑

制小鼠巨噬细胞的吞噬功能,缓解由抗体引起的自身免疫及变态反应<sup>[15]</sup>;麻黄提取物能抑制过敏递质释放,调节CD4/CD8的失调,具有免疫抑制作用<sup>[16]</sup>。桂枝辛温,发汗解表,温经通阳。研究发现,桂枝去油水煎液、乙酸乙酯萃取部位及水提部位能显著降低迟发型过敏反应模型小鼠的毛细血管通透性,对小鼠皮肤过敏反应有明显抑制作用<sup>[17]</sup>。防风辛温,可祛内、外风,为风中之润药;现代研究发现,防风醇提物可能通过抑制过氧化物酶体增殖因子活化受体-2(PAR-2)表达,阻断肥大细胞脱颗粒,达到抗过敏作用<sup>[18]</sup>。

“浮萍+麻黄+桂枝”(21次,20.6%)三药联用,取其发汗利水、发散热邪作用,且麻、桂可增强浮萍的透疹作用。另外,“麻黄+浮萍”(28次,27.5%)、“浮萍+防风”(28次,27.5%)、“麻黄+桂枝”(27次,26.5%)、“桂枝+防风”(16次,15.7%)、“麻黄+防风”(12次,11.8%)为段教授常用的祛风疹药对。

2.4 巧用现代药理,重视乌梅的抗过敏作用 乌梅(74次,72.5%)味酸,有涩肠止泻、生津止渴之效,现代研究证实乌梅有较强的抗过敏功效,能增强机体免疫功能。在诸多抗过敏方药中,都将乌梅作为主要药物使用;段教授认为随着慢性荨麻疹病程增加,阴血津液的消耗,必须及时补充人体之津液,故酸收敛阴药物应用较多。“白芍+乌梅”(57次,55.9%)合用,能增强全方收敛固涩、养阴生津之效;“浮萍+乌梅”(55次,53.9%)一散一收,调和营卫,促进邪气外透;“乌梅+蝉蜕”(18次,17.6%)相配,一收一散,收散结合,达到调理肌腠的目的。中医体质学专家王琦教授从现代药理学出发,将“乌梅+蝉蜕”作为纠正过敏体质的关键药对;而“防风+乌梅”(25次,24.5%)配伍也可发挥良好的抗过敏作用,最早出自《施今墨对药》<sup>[19]</sup>,是名老中医祝谌予之验方过敏煎中的君臣药,现代研究表明,抗过敏药对防风-乌梅有抑制肥大细胞脱颗粒作用,且在mNRA和蛋白质水平均可抑制肥大细胞PAR-2表达<sup>[20-21]</sup>。

2.5 祛风胜湿以止痒——豨莶草 豨莶草(31次,30.4%)为段教授治疗湿盛瘙痒的常用药。豨莶草苦寒,祛风除湿之力显著,又能清热化湿以治疗皮肤湿痒。段教授习惯将“黄芩+豨莶草”(38次,37.3%)作为常用配伍,治疗慢性荨麻疹风湿热证;此外“白鲜皮+豨莶草”(11次,10.8%)也是祛风胜湿、燥湿止痒的药对。

“浮萍+豨莶草”(42次,41.2%)配伍,浮萍利水消肿,豨莶草祛风除湿,二药合用,给湿邪以出路,尤其适用于慢性荨麻疹风团高突明显,皮色偏于正常的情况,段教授认为此种风疹块是体内有湿邪的突出表现。

**2.6 健脾祛湿,祛“湿”之本——生白术** 白术(47次,46.1%)苦、甘,温,归脾、胃经,功能健脾益气、燥湿利水,具有补而不滞、能守能走的两重性,为“补气健脾第一要药”。段教授治疗荨麻疹多用生白术,取其清热燥湿之力较强,常与黄芩配伍(“黄芩+生白术”35次,34.3%);且生白术是通过健脾来达到利湿、燥湿目的,可从源头上减少湿邪的生成;同时,脾虚所致的大便溏薄之兼症,也可通过生白术的健脾燥湿功能得以治疗。

生甘草(57次,55.9%)味甘偏凉,长于泻火解毒,解热抗炎。现代研究发现,生甘草有类似肾上腺皮质激素样作用,对组胺引起的胃酸分泌过多有抑制作用,还有抗炎、抗过敏作用。段教授治疗慢性荨麻疹多用生甘草,除了取其调和药性之外,还取其性凉、抗炎作用,与白术同用(“生白术+生甘草”27次,26.5%)有燥湿健脾益气,清热解毒之效。

### 3 段教授荨麻疹用药剂量统计及规律分析

段教授一贯注重通过药物之间的协同作用来增强疗效,而不主张大剂量用药,这样既可通过药物之间的协同作用增强疗效、减少药物的不良反应,又可减轻肠胃负担,提高患者对药物的耐受程度。将段教授的单味药常用剂量分为6g、10g、12g、15g、20g、30g六个层次进行统计,发现药物剂量在15g的次数最多,为589次,用量在10g的次之,为353次;用量在12g的次数最少,为25次。说明15g、10g为段教授治疗荨麻疹的常用药物剂量。

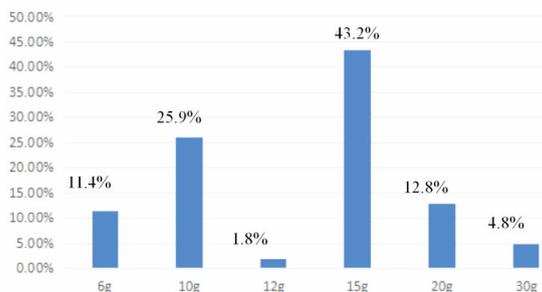


图1 102例慢性荨麻疹单味药单次用量频率统计

### 4 每剂药药味数统计及规律分析

段教授在用药上力求药味数少而精,“一药多效”,达到既可治疗主病主症,又可治疗兼症的目的。在102例药方中,由15味药组成的药方占46.1%,由13味药组成的药方占30.4%,由12味药

组成的药方占13.7%。

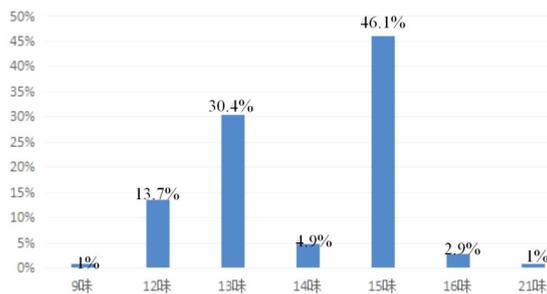


图2 102例慢性荨麻疹单付药药味数统计

### 5 讨论

虽然荨麻疹具有红斑、风团、瘙痒等皮肤疾病的共同表现,但又有其独特的发病机制及临床表现,因此在治疗慢性荨麻疹时,既重视对患者整体状况的“辨证用药”,也重视针对慢性荨麻疹的“辨病用药”。本次统计虽不能全面反应段教授临证用药特点,却是对慢性荨麻疹“辨病论治”的初步探索,与传统“辨证论治”思维相得益彰,互为补充。

目前中医界普遍重视“辨证论治”,忽视了“辨病论治”的重要性,临床中“只知辨证而不知辨病”“重辨证而轻辨病”的现象普遍存在,这未免有些失之偏颇。

“辨病论治”历来是中医治疗疾病的重要理论之一,中医自古以来就重视辨病与方药的对应关系,如《五十二病方》记载了包括内、外、妇、儿、五官等52类疾病,基本上以病论治。张仲景《金匱要略》则以专病成篇,其所指“辨某某病脉证治”乃体现专病专方思想,如百合病主以百合剂,黄疸病以茵陈剂,蛔厥用乌梅丸,肠痈用大黄牡丹皮汤或薏苡附子败酱散等。岳美中先生是我国著名的中医药名老专家,他主张中医治病必须专病专方与辨证论治相结合的学术思想<sup>[17]</sup>,指出“对于确实有效的专方必须引起高度的重视”。当代著名中医体质学专家王琦教授认为,“专病专方”是对该具体疾病全过程的特点(病因、病机、主要临床表现)与规律(演变趋势、转归、预后等)所作的病理概括与抽象,抓住核心病机进行的论治<sup>[22]</sup>。其所著的《王琦方药应用31论(王琦医书十八种)》中“用方9论”突破传统的辨证立法、以法统方的主流格局,架构了“主病主方”的制方模式,并提出“辨证用方专病专方,无需形同水火”<sup>[23]</sup>。而现代学者通过文献、临床及实验研究,研制出许多十分有效的专方专药,如消瘰丸治淋巴结核长期不愈之证,强肝汤治疗慢性肝炎,青蒿素治疗疟疾,加味活络效灵丹治疗宫外孕,雷公藤治疗类风湿病等,无不彰显出“辨病论治”的杰出疗效。

因此,“辨病论治”作为一种重要的临证思维,必须引起中医工作者的高度重视。

参考文献

[1]中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 中国荨麻疹诊疗指南(2014版)[J]. 中国实用乡村医生杂志,2015,22(17):45-47.

[2]钟赣生. 中药学[M]. 9版. 北京:中国中医药出版社,2012.

[3]王德昌,穆天真,冯文莉,等. 复方丹参注射液对皮肤病治疗前后甲皱微循环变化对比观察的[J]. 新中医,1995,27(3):46.

[4]向莅芝,梅巍,余银霞,等. 复方丹参注射液对慢性荨麻疹血液流变学的影响[J]. 中国临床医学,2003,10(4):602-603.

[5]李平,李世根,刘永刚,等. 白芍总甙对慢性荨麻疹患者辅助T细胞和复发率的影响研究[J]. 今日药学,2013,23(3):135-137.

[6]邹敏,范林明,李晓蓉,等. 白芍总苷治疗慢性荨麻疹的疗效观察[J]. 现代生物医学进展,2013,13(20):3893-3895.

[7]刘医辉,杨世,马伟林,等. 当归药理作用的研究进[J]. 中国当代医药,2014,21(22):192-194.

[8]陈定玉,王仁强. 三棱、莪术在脾胃病治疗中的应用经验[J]. 中国中医急症,2015,24(12):2138-2139.

[9]徐燕萍,胡小庆,湛学军,等. 莪术对免疫抑制小鼠免疫功能的影响[J]. 山东医药,2012,52(4):51-53.

[10]梁雨时. 加味玉屏风颗粒治疗慢性荨麻疹表虚不固证的临床研究[D]. 北京:北京中医药大学,2014.

[11]刘钟,李东升. 润燥止痒胶囊治疗几种常见皮肤疾病的现状[J]. 中国医学文摘:皮肤科学,2015,32(6):690-693.

[12]马万里,潘慧宜,蒋淑明. 枸地氯雷他定片联合润燥止痒胶囊治疗慢性荨麻疹效果观察[J]. 中国医药,2013,8(12):1784-1785.

[13]Jung HS, Kim MH, Gwak NG, et al. Antiallergic effects of scutellaria

baicalensis on inflammation in vivo and invitro[J]. Journal of ethnopharmacology,2012,141(1):345-349.

[14]王斌,赵晓静,吕腾,等. 黄芩提取物对小鼠耳肿胀和足肿胀的抗炎作用研究[J]. 陕西中医学院学报,2014,37(5):70-72.

[15]孙黎,程建贞,刘春霞,等. 麻黄果多糖对小鼠免疫功能的影响[J]. 张家口医学院学报,2000,17(4):11.

[16]张梦婷,张嘉丽,任阳阳,等. 麻黄的研究进展[J]. 世界中医药,2016,11(9):1917-1921.

[17]武志强,何敏,阙昌田,等. 桂枝不同萃取部位抗过敏作用的研究[J]. 中药药理与临床,2014,30(6):74-77.

[18]吴贤波,金沈锐,李世明,等. 防风醇提物对肥大细胞 PAR-2 及相关细胞因子的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2016,22(5):123-126.

[19]吕景山. 施今墨对药[M]. 3版. 北京:人民军医出版社,2008:418.

[20]吴贤波,朱海燕,李向,等. 基于蛋白酶激活受体2表达研究药对防风-乌梅抗过敏的配伍机制[J]. 北京中医药大学学报,2015,38(10):682-685.

[21]吴贤波,唐宋琪,王明宜,等. 药对防风-乌梅调节蛋白酶激活受体2表达阻断肥大细胞脱颗粒的新机制研究[J]. 中华中医药杂志,2016,31(3):1089-1092.

[22]王琦. 学习岳美中老师“专病专方与辨证论治相结合”学术思想[J]. 中国中西医结合杂志,2012,32(7):875-876.

[23]王琦. 王琦方药应用31论(王琦医书十八种)[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:19-21.

(2016-04-14 收稿 责任编辑:白桦)

(上接第 670 页)

表的整体评价,因此在条目筛选后还应对量表进行可信度、可行性及效度等评价。最终由于符合样本量数最大变量数 5~10 倍<sup>[14]</sup>的证素仅有湿、热、气滞、肝,核心小组决定结合临床实际,在证素研究的基础上将临床常见的湿热证及气滞证作为初量表考评的维度。鉴于篇幅,初量表考评的相关内容另文报道。

参考文献

[1]中华中医药学会. 中医妇科常见病诊疗指南[S]. 北京:中国中医药出版社,2012:117.

[2]罗颂平. 中医妇科学[M]. 北京:高等教育出版社,2008:252-254.

[3]刘敏如,欧阳惠卿. 实用中医妇科学[M]. 2版. 上海:上海科学技术出版社,2010:261-263.

[4]蒋逸民译. 调查问卷的设计与评估[M]. 重庆:重庆大学出版社,2010:3.

[5]魏艺婕. 浅析调查问卷的设计要点[J]. 商界论坛,2015,23(1):289.

[6]何庆勇,王阶,张允岭. 基于患者报告的临床结局评价量表的条

目筛选方法[J]. 中华中医药杂志,2011,26(1):112-114.

[7]马兴华,张晋昕. 数值变量正态性检验常用方法对比[J]. 循证医学,2014,14(2):123-128.

[8]刘凤斌,杨小兰. 中医肝病(肝硬化)PRO量表的研制[A]. 第二十次全国中西医结合消化系统疾病学术会议论文集[C]. 2008:373-376.

[9]米兰,刘朝晖. 盆腔炎性疾病后遗症[J]. 实用妇产科杂志,2013,29(10):731-733.

[10]谢锂岑,王永宏. 盆腔炎性疾病后遗症中医研究进展[J]. 中医药导报,2013,19(3):103-104.

[11]张晓磊. 中医治疗慢性盆腔炎临床研究进展[J]. 内蒙古中医药,2014,33(5):112-113.

[12]张卫国. 管理统计学[M]. 广州:华南理工大学出版社,2014:52.

[13]武志娟. 慢性盆腔炎中医常见证候规范化及 PRO 量表的研究[D]. 济南:山东中医药大学,2014.

[14]方积乾,陆盈. 现代医学统计学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:129.

(2016-04-27 收稿 责任编辑:白桦)