

[文章编号] 1007-0893(2023)21-0049-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.21.014

# 加味土茯苓饮联合舒敏治疗仪治疗 颜面脂溢性皮炎的临床疗效

陈高飞 孟 娟 吴树毅

(中山市中医院, 广东 中山 528403)

**[摘要]** 目的: 探讨加味土茯苓饮联合舒敏治疗仪治疗脂溢性皮炎的临床疗效。方法: 选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月期间在中山市中医院皮肤科门诊就诊的脂溢性皮炎患者 81 例, 随机分为观察组 (40 例) 和对照组 (41 例)。对照组患者给予外用他克莫司软膏加口服维生素 B6 治疗, 观察组患者给予加味土茯苓饮联合舒敏治疗仪治疗, 比较两组患者治疗前后中医证候积分、氢离子浓度指数 (pH)、水分、油脂、皮肤弹性的变化。结果: 观察组患者治疗总有效率为 90.00%, 较对照组的 73.17% 高, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者治疗后中医证候各项积分显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者治疗后水分相比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组患者治疗后 pH、皮肤弹性显著高于对照组, 油脂显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者不良反应发生率相比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 加味土茯苓饮联合舒敏治疗仪治疗脂溢性皮炎临床效果好, 可以降低油脂分泌、提高 pH, 提高皮肤弹性。

**[关键词]** 脂溢性皮炎; 加味土茯苓饮; 舒敏治疗仪  
**[中图分类号]** R 758.73<sup>2</sup> **[文献标识码]** B

脂溢性皮炎是好发于头皮、颜面部的红斑鳞屑型疾病, 反复发作, 本病好发于暴露部位, 对患者的形象、社交带来影响<sup>[1]</sup>。现代医学常用口服异维 A 酸、螺内酯、维生素 B 等抑脂、补充维生素的方法治疗, 外用派瑞松临床运用限制较多, 特别是异维 A 酸对育龄期女性妊娠有致畸的风险, 派瑞松长期使用, 容易引起角质层变薄、痤疮、颜面激素依赖性皮炎, 且复发率较高, 在临床使用的局限性较多<sup>[2]</sup>。本病反复发作, 难于治愈, 中医学对脂溢性皮炎认识历史悠久, 属于“白屑风”“面游风”“纽扣风”等范畴, 明代医著《外科正宗》中有: “白屑风多生于头、面、耳、项、发中, 初起微痒, 久则渐起白屑, 叠叠飞起, 脱而又生”的描述, 则把发于头面部的皮疹称为“白屑风”<sup>[3]</sup>。笔者近年来研究古代文献, 结合现代医家经验, 根据岭南地区湿热的气候, 使用加味土茯苓饮联合舒敏红光治疗颜面脂溢性皮炎, 效果显著, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2022 年 1 月至 2022 年 12 月期间在中山市中医院皮肤科门诊就诊的脂溢性皮炎患者 81 例, 随机分为观察组 (40 例) 和对照组 (41 例)。观察组男性 25 例,

女性 15 例; 年龄 16~47 岁, 平均年龄 ( $27.4 \pm 5.6$ ) 岁; 病程 2~17 个月, 平均病程 ( $12.6 \pm 10.4$ ) 个月。对照组男性 27 例, 女性 14 例; 年龄 15~48 岁, 平均年龄 ( $28.7 \pm 5.4$ ) 岁; 病程 1~19 个月, 平均病程 ( $13.1 \pm 9.7$ ) 个月。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择

**1.2.1 西医诊断标准** 参照《中国临床皮肤病学》<sup>[4]</sup>中有关脂溢性皮炎的诊断标准: (1) 颜面潮红斑、油腻性鳞屑; (2) 边界不清晰、自觉瘙痒或灼热; (3) 反复发作; (4) 既往无头面部银屑病史。

**1.2.2 中医诊断标准** 参照《中医皮肤性病学》<sup>[5]</sup>中“面游风”湿热内蕴型, 主症为: (1) 皮肤潮红斑、油腻性鳞屑; (2) 色泽鲜红或暗红; (3) 自觉灼热瘙痒感; 次症为: (1) 口苦咽干; (2) 心烦、失眠、易怒; (3) 舌尖红、舌苔腻、脉弦滑。主证满足 3 点, 次证满足 2 点即可诊断。

**1.2.3 纳入标准** (1) 符合西医诊断标准, 符合中医诊断标准及辨证标准; (2) 对本研究知情同意。

**1.2.4 排除标准** (1) 对日光过敏者或既往接受激光、强脉冲激光过敏者; (2) 近 2 月来有接受异维 A 酸治疗的患者; (3) 近 1 周来有接受其他治疗方法的脂溢

[收稿日期] 2023-09-21

[作者简介] 陈高飞, 男, 副主任医师, 主要从事皮肤科工作。

性皮炎患者；(4) 颜面激素依赖性皮炎患者、颜面红斑狼疮患者；(5) 妊娠或哺乳期妇女；(6) 有肝肾疾病、凝血障碍性疾病；有心理疾病、精神障碍性疾病的患者；(7) 其他系统性疾患者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 (1) 外用 0.03% 他克莫司软膏 (爱尔兰利奥制药有限公司, 国药准字 HJ20181015), 剂量为  $1\text{ g} \cdot (10\text{ cm}^2)^{-1} \cdot \text{次}^{-1}$ ,  $2\text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ ; (2) 口服维生素 B6 (华中药业股份有限公司, 国药准字 H42020613),  $10\text{ mg} \cdot \text{次}^{-1}$ ,  $3\text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ , 餐后服用, 嘱患者避光, 出行防紫外线。治疗 4 周。

1.3.2 观察组 (1) 口服加味土茯苓饮, 组方: 土茯苓 30 g, 玫瑰花 10 g, 牡丹皮 10 g, 侧柏叶 10 g, 凌霄花 10 g, 白花蛇舌草 10 g, 牛膝 10 g, 地榆 10 g, 荆芥穗 20 g, 丹参 20 g, 山楂 10 g。临证加减: 脓疱多加蒲公英 30 g; 粉刺多加皂角刺 15 g; 囊肿多加浙贝母 15 g。1 剂  $\cdot \text{d}^{-1}$ , 水煎煮取药汁 400 mL, 分早晚服用。每周 6 d, 连用 4 周。(2) 接受舒敏光电治疗仪 (重庆半岛医疗科技有限公司, 渝械注准 20152240052), 清水洁面面部后舒敏光电治疗仪照射 (波长 590 nm), 初次照射 5 min 后每次逐渐增加时间, 最长时间 10 min, 3 d 1 次, 连续治疗 10 次。接受治疗时佩戴防护眼镜, 治疗后给予冷 0.9% 氯化钠溶液冰敷 10 min, 治疗后禁止热水洗面。治疗后 2 个月内防晒。

1.3.3 注意事项 (1) 如患者在舒敏黄光治疗后如出现面部红肿瘙痒, 可给予液氮喷面或冰 0.9% 氯化钠溶液湿敷, 10 min 为宜, 时间勿过长; (2) 舒敏黄光治疗后皮肤少许干燥, 自行补水即可, 勿其他特殊处理; (3) 中药以寒凉药物居多, 宜餐后服用; (4) 两组患者均治疗 4 周后观察疗效, 治疗过程中, 注意防晒, 嘱患者勿过度劳累、焦虑紧张, 勿熬夜, 饮食宜少吃甜品、巧克力、肥腻及其他辛辣刺激食物, 除补水护理外勿用其他外用药物治疗, 勿使用酒精等刺激皮肤。

### 1.4 观察指标

1.4.1 中医证候积分 根据表 1 对患者的瘙痒程度、皮损面积、红斑、鳞屑等进行治疗前后评分<sup>[6]</sup>。

表 1 中医证候积分标准

评分	瘙痒程度	皮损面积	红斑	鳞屑
0 分	无瘙痒	无皮损	肤色	无鳞屑
2 分	轻度瘙痒	1~3 cm <sup>2</sup>	淡红	少量鳞屑
4 分	瘙痒明显	> 3~7 cm <sup>2</sup>	鲜红	中度鳞屑
6 分	瘙痒剧烈	> 7 cm <sup>2</sup>	暗红	厚积鳞屑

1.4.2 皮肤生理指标 采用 Callegari soft plus 多参数皮肤检测平台 (意大利 Callegari 公司) 检测患者治疗前后皮肤, 观察皮肤氢离子浓度指数 (pondus hydrogenii,

pH)、水分、油脂、弹性。治疗前后对皮肤油脂、水分和皮肤弹性进行评定, 其中皮肤油脂数值越大说明分泌油脂越多, 水分值越小说明皮肤越干燥, 弹性数值越大说明皮肤弹性越好。

1.4.3 不良反应 观察治疗过程中的胃肠道不良反应、有无面部灼伤、有无颜面过敏等不良事件。

1.4.4 疗效判定标准 根据治疗前后中医证候积分情况判定疗效。治疗指数 = (治疗前证候总积分 - 治疗后证候总积分) / 治疗前证候总积分  $\times 100\%$ 。治疗指数  $\geq 90\%$  为治愈;  $60\% \sim 90\%$  为显效;  $35\% \sim 59\%$  为有效;  $< 35\%$  为无效。总有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) / 总例数  $\times 100\%$ <sup>[6]</sup>。

### 1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 90.00%, 较对照组的 73.17% 高, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 2。

表 2 两组患者治疗总有效率比较 [n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	41	5(12.20)	5(12.20)	20(48.78)	11(26.83)	30(73.17)
观察组	40	10(25.00)	21(52.50)	5(12.50)	4(10.00)	36(90.00) <sup>a</sup>

注: 与对照组比较, <sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

两组患者治疗前中医证候各项积分相比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组患者治疗后中医证候各项积分显著低于观察组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	n	时间	瘙痒	皮损面积	红斑	鳞屑
对照组	41	治疗前	2.41 $\pm$ 1.08	4.93 $\pm$ 0.71	3.21 $\pm$ 0.79	4.65 $\pm$ 1.59
		治疗后	1.53 $\pm$ 0.73	2.31 $\pm$ 1.06	1.69 $\pm$ 0.76	2.35 $\pm$ 1.48
观察组	40	治疗前	2.32 $\pm$ 1.13	4.59 $\pm$ 0.53	3.17 $\pm$ 0.83	4.58 $\pm$ 1.68
		治疗后	0.32 $\pm$ 0.14 <sup>b</sup>	1.32 $\pm$ 0.16 <sup>b</sup>	0.81 $\pm$ 0.29 <sup>b</sup>	1.07 $\pm$ 0.27 <sup>b</sup>

注: 与对照组治疗后比较, <sup>b</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后皮肤指标指数比较

两组患者治疗前 pH、水分、油脂、弹性相比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 两组患者治疗后水分相比, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 观察组患者治疗后 pH、皮肤弹性显著高于对照组, 油脂显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后皮肤指标指数比较

( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	pH	水分	油脂	弹性
对照组	41	治疗前	4.91 ± 0.21	48.27 ± 2.71	77.83 ± 4.79	38.88 ± 2.61
		治疗后	5.23 ± 0.37	46.78 ± 2.21	61.28 ± 4.39	51.63 ± 2.53
观察组	40	治疗前	4.87 ± 0.24	48.73 ± 2.53	76.23 ± 4.83	39.64 ± 2.68
		治疗后	5.71 ± 0.34 <sup>c</sup>	46.59 ± 2.17 <sup>c</sup>	39.26 ± 3.57 <sup>c</sup>	62.42 ± 3.64 <sup>c</sup>

注：pH—氢离子浓度指数。  
与对照组治疗后比较，<sup>c</sup>*P* < 0.05。

### 2.4 两组患者不良反应情况比较

观察组中有 1 例患者面部灼热感明显；1 例患者服用中药诉腹胀。对照组中有 2 例患者痤疮少许增多。观察组不良反应率为 5.00%，与对照组的 4.87% 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。

### 3 讨论

脂溢性皮炎好发于皮脂溢出部位，是反复发作的炎症性疾病，临床病因复杂，与皮脂腺分泌、马拉色菌感染、精神压力、皮肤屏障破坏、饮食均有关系<sup>[7]</sup>。近年来，随着城市化进程的加快，饮食结构多油多盐多肉多辣多甜，竞争压力的增加，熬夜、滥用化妆品导致的皮肤屏障破坏，使本病的发病率不断提高，尽管现代医学对本病流行病学研究不断深入、治疗手段增多，但临床仍然反复发作，因此，从祖国医学发掘本病的治疗，尤为必要<sup>[8-9]</sup>。

脂溢性皮炎属于中医学“面游风”范畴，本病辨证多分为湿热内蕴与血虚风燥，笔者临床实践中发现，本病湿热内蕴者居多，这是由于当代脂溢性皮炎患者禀赋不足，后天又饮食辛辣刺激，酿湿生热，且脂溢性皮炎患者熬夜者居多，深夜不眠，伤神则心火亢盛，火性炎上则上浮于面，更助火势呈燎原之向<sup>[10-11]</sup>。城市化进程导致生存竞争剧烈，容易肝郁化火，亦可加重本病。

加味土茯苓饮方中土茯苓清热祛湿解毒，且性味平和和无毒，在岭南地区是祛湿的食用药材之一，可大剂量使用至 30 g，且可健脾益津，行卫气而祛肌肤之湿，重用本药取其可解肌表湿邪的功效，方中土茯苓淡渗利湿，复有健脾的功效，可修复因辛辣刺激之物损失的脾胃，山楂与侧柏叶协同降浊祛脂，祛脾胃之湿浊、解肌表的脂浊，白花蛇舌草具有清热解毒除湿功效，牛膝解毒祛湿，有引热下行的作用，可将头面湿热通过小便排出，牡丹皮、地榆均有清热凉血的功效，二者协同，清血热之毒，荆芥入肺经，走表，取肺主皮毛之义，因大剂量清热祛湿药物、凉血解毒药物入表，直达病灶，更用清扬上浮的玫瑰花、凌霄花上走头面，直袭病灶，丹参凉血活血祛瘀，大量寒凉药物有寒积血脉之嫌，丹参活血，防止药物阻碍气血运行。现代药理证实土茯苓中落新妇

昔有抑制超敏反应的作用，孟庆芳等<sup>[12]</sup>研究表明落新妇对活化的 T 细胞具有抑制作用，副作用较低，土茯苓可能是通过调节下丘脑—垂体—肾上腺代谢来提高机体分泌皮质醇，皮质醇有抑制炎症过度反应作用。有研究表明，山楂中的山楂核醇提取物能抑制一氧化氮和肿瘤坏死因子- $\alpha$  的生成；丹参中含有的丹参酮有雌性激素样活性，有广谱抗菌的作用，其对皮脂腺分泌和马拉色菌均有抑制作用，故可用于脂溢性皮炎的治疗。丹参宜后下，不宜久煎，否则破坏其有效成分丹参酮。通过本临床研究可看出，加味土茯苓饮对红斑、鳞屑改善明显，与清热祛湿解毒有关系，这与现代药理学研究的抗炎、抑制超敏反应相符合。与舒敏黄光联合，治疗总有效率达 90.00%。

舒敏治疗仪是新型的综合性治疗平台，其有两大主要作用，（1）通过电场修复皮肤角质形成细胞功能、重建皮肤砖墙结构，促进皮脂乳化、使水油平衡，修复皮肤屏障，减少马拉色菌、皮脂溢分解游离脂肪酸对皮肤的刺激；（2）舒敏治疗仪发射的 590 nm 黄光，照射皮肤后减少油脂分泌，并刺激真皮胶原的生成。王燕等<sup>[13]</sup>研究表明，黄光也能够刺激淋巴及相关的神经系统的代谢，提高相关肌肉和免疫系统的能力，改变毛细血管的韧性，进而使皮肤的免疫能力得到提升，黄光改善水油平衡，减少油脂分泌，这与本研究治疗后油脂减少，皮肤弹性增强相符合，对比对照组，改善显著，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。加味土茯苓饮与舒敏治疗仪联合治疗对脂溢性皮炎的患者皮肤水分影响不明显，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。这要求临床中嘱患者自行保湿，皮肤水分含量下降，皮肤的砖墙结构破坏，造成炎症的高表达状态，因此补充角质是改善皮肤炎症的关键。研究显示：脂溢性皮炎患者头皮角质层脂质消耗、结构紊乱与经表皮失水率升高<sup>[14]</sup>，这些结果表明脂溢性皮炎患者存在角质层屏障结构的破坏。而脂溢性皮炎患者屏障功能破坏表现为对局部刺激的高敏感性。

本研究结果显示，观察组患者治疗后临床疗效 (87.80%) 显著高于对照组 (72.50%)，且患者中医证候积分、皮肤生理指标况均显著优于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。提示加味土茯苓饮能显著改

善湿热内蕴型脂溢性皮炎临床症状,降低油脂分泌、提高pH,提高皮肤弹性。

#### [参考文献]

- [1] 中华中医药学会皮肤科分会. 脂溢性皮炎中医治疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2020, 19(3): 283-284.
- [2] 许洪波, 唐志书, 刘澳昕, 等. 山楂核化学成分与药理活性研究进展[J]. 中成药, 2018, 40(3): 674-680.
- [3] 莫友, 方锐华, 吴江, 等. 1%吡美莫司乳膏联合红蓝光治疗面部脂溢性皮炎的疗效观察[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2017, 24(2): 89-91.
- [4] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 741.
- [5] 杨志波, 范瑞强, 邓丙戌. 中医皮肤性病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 214.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013.
- [7] 朱相贡. 丹参酮联合酮康唑治疗头皮脂溢性皮炎疗效观察[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2014, 30(11): 690-691.
- [8] 黄茂芳, 戴京萍, 陈丽莉, 等. 黄光对面部脂溢性皮炎患者皮肤生理指标的影响[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(14): 15-17.
- [9] 陈艳, 许速, 何国强, 等. 强脉冲光联合医学护肤品治疗面部脂溢性皮炎22例疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2013, 42(1): 48-49.
- [10] 李谦, 孙东杰, 何黎. 薇诺娜柔润保湿霜对慢性湿疹辅助治疗作用的观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(7): 601-604.
- [11] 祝行行, 蒋文静, 朱威. 脂溢性皮炎病因机制的研究进展[J]. 实用皮肤病学杂志, 2017, 10(2): 41-43.
- [12] 孟庆芳, 李衍滨. 土茯苓及其单体落新妇苷的免疫抑制作用[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(10): 94-95.
- [13] 王燕, 孙素姣, 段静娴, 等. 强脉冲光联合超声波药物导入和保湿面膜治疗激素依赖性皮炎疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2012, 26(6): 499-500.
- [14] 刘跃. 湿热内盛型脂溢性皮炎临床中医药治疗的临床效果分析[J]. 母婴世界, 2021, 21(5): 50.

[文章编号] 1007-0893(2023)21-0052-05

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.21.015

## 滋肾育胎丸联合黄体酮胶囊治疗先兆流产患者的临床疗效

杨翠云 吕琳媛

(上饶卫校附属医院 广丰区妇幼保健院, 江西 上饶 334699)

**[摘要]** 目的: 探讨滋肾育胎丸联合黄体酮胶囊对先兆流产患者的临床疗效。方法: 选取上饶卫校附属医院2021年4月至2023年1月期间收治的89例先兆流产患者, 按患者入院单尾号, 单号设为对照组(45例)、双号设为观察组(44例)。对照组患者予黄体酮胶囊治疗, 观察组患者予滋肾育胎丸联合黄体酮胶囊治疗, 连续治疗2周; 比较两组患者疗效、血清激素水平[ $\beta$ -人绒毛膜促性腺激素( $\beta$ -HCG)、孕酮(P)]、血液流变学指标、子宫螺旋动脉动力学指标[血流搏动指数(PI)、阻力指数(RI)]、阴道免疫细胞因子[白细胞介素-2(IL-2)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、 $\gamma$ 干扰素(IFN- $\gamma$ )、分泌型免疫球蛋白A(sIgA)]及不良反应。结果: 观察组患者治疗总有效率较对照组高; 治疗后两组患者血清 $\beta$ -HCG、P水平均升高, 且观察组血清 $\beta$ -HCG、P水平更高; 治疗后两组患者血浆黏度、全血高切黏度、全血低切黏度均降低, 且观察组血浆黏度、全血高切黏度、全血低切黏度更低; 治疗后两组患者子宫螺旋动脉血流PI、RI均降低, 且观察组子宫螺旋动脉血流PI、RI更低; 治疗后两组患者阴道宫颈灌洗液IL-2、TNF- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 水平降低, sIgA水平升高, 且观察组阴道宫颈灌洗液IL-2、TNF- $\alpha$ 、IFN- $\gamma$ 水平更低, sIgA水平更高, 上述差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 先兆流产患者采用滋肾育胎丸联合黄体酮胶囊治疗效果较好, 可提高激素水平, 改善血液流变学与子宫螺旋动脉血流动力学指标, 调节阴道免疫细胞因子, 且安全性好。

**[关键词]** 先兆流产; 滋肾育胎丸; 黄体酮胶囊

**[中图分类号]** R 714.21 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2023-09-13

[作者简介] 杨翠云, 女, 主治医师, 主要研究方向是妇产科学。