



学校代码: 87801

学 号: 2015039

黑龙江省中医药科学院

硕士学位论文

祛风换肌丸治疗头面部干性型脂溢性皮炎的 临床观察

CLINICAL OBSERVATION ON THE TREATMENT OF
SEBORRHEIC DERMATITIS USING QUFENG HUAIJIN PILL

专 业: 中西医结合临床

研究生: 杨肖肖

导 师: 王学军 教 授

二〇一八年五月

目 录

缩略语表	I
摘 要	II
Abstract	III
前 言	1
文献综述	2
1 祖国医学对脂溢性皮炎的认识	2
2 现代医学对脂溢性皮炎的认识	9
临床研究	18
1 临床资料	18
2 研究方法	19
3 结果分析	21
讨 论	25
1 立题依据	25
2 药物组成及方药分析	25
3 现代药理学研究	27
4 有关疗效的分析	29
5 存在的问题和展望	30
结 论	31
致 谢	32
攻读硕士学位期间发表的论文	33
参考文献	34
学位论文原创性声明	39
关于论文使用授权的声明	39

缩略语表

缩略语	英文全称	中文全称
CP	Clocortolone Pivalate	氯可托龙新戊酸酯
HIV	Human Immunodeficiency Virus	人类免疫缺陷病
IGF-1	Insulin-like Growth Factors	胰岛素样生长因子
IL	Interleukin	白介素
MFF	Malassezia Furfer	糠秕马拉色菌
P. ovale	Pityrosporum Ovale	卵圆形糠秕孢子菌
SHBG	Sex Hormone-Binding Globulin	性激素结合球蛋白

摘要

目的：本课题以头面部干性型脂溢性皮炎久治不愈、伤阴化燥的患者为研究对象，观察祛风换肌丸方的临床疗效。

方法：选择符合头面部干性型脂溢性皮炎中医、西医诊断标准的患者64例，按就诊序号，用随机对照的方法将其分为治疗组和对照组，治疗组32例，对照组32例。治疗组口服祛风换肌丸5g，日2次，分别于早、晚饭后半小时各温服1次。对照组口服润燥止痒胶囊2g，日3次。治疗时间均为4周，嘱两组患者在治疗期间清淡饮食，忌食辛辣发物，23:00前入睡。4周治疗结束后，观察治疗前后两组红斑、瘙痒程度、鳞屑程度、皮损面积和脱发症状积分变化，进行疗效判定，并记录统计两组用药期间不良反应情况。

结果：两组在治疗前在年龄、性别、病程、治疗前症状积分的比较均有显著差异（ $p>0.05$ ），具有可比性；两组在治疗结束时红斑、瘙痒程度、鳞屑程度、皮损面积和脱发症状评分均低于治疗前（ $p<0.05$ ），说明两组均有一定的治疗效果，但治疗组各症状积分均明显低于对照组。治疗组和对照组疗效观察比较经检验 $p<0.05$ ，差异显著，具有统计学意义，治疗组愈显率为62.50%，总有效率为96.88%；对照组愈显率为3.13%，总有效率为93.75%，治疗组的愈显率和总有效率都明显高于对照组；治疗组不良反应发生率为3.13%，对照组不良反应发生率为6.25%，治疗组不良反应发生率小于对照组。

结论：祛风换肌丸方治疗头面部干性脂溢性皮炎安全有效，对红斑、瘙痒程度、鳞屑程度、皮损面积和脱发各项症状都有不同程度的改善，且均优于对照组。

关键词：脂溢性皮炎；祛风换肌丸；干性型

Abstract

Purpose: To evaluate the effect of Qufeng Huaji Pill to those patients who had Seborrheic Dermatitis on facial and head area for long time with seborrhea and dryness.

Method: Selected 64 patients who had Seborrheic Dermatitis with seborrhea and dryness on face and head area, and according to their serial number randomly divided to two groups. 32 patients in treatment groups and other 32 patients in control group. The treatment group treated with one dose of Qufeng Huaji Pill a day. Using one dose to decoct 300ml herbal medicine soup. Take 150ml half hour after breakfast and dinner. On the other hand, the control group treated with 2g of Runzao Zhiyang capsules for 3 times daily. All 64 patients are asked to take light diets, avoid to take stimulating food such as sea food, and fall asleep before 23:00. For the next 4 weeks, analyzed the results of the clinical observation were as follows: pruritus, scaly, greasy, skin lesion, area of skin lesions and discomfort. One month later, follow up the cured patients, and check the recurrence rate, then compared between the two groups.

Results: There were significant differences between the treatment group and control group in age, gender, course of disease and prior treatment symptoms, which were comparable ($p > 0.05$). After the treatment, the symptoms of erythema, itching degree, desquamation, steatorrhea degree and hair loss symptom scores were significant lower than prior treatment in both groups ($P < 0.05$), which means both groups have certain curative effect. However, the symptoms integral of treatment group were significantly lower than the control group. The observation and comparison of curative effectiveness between treatment group and control group were examined with $P < 0.05$, and had significantly and statistically differences. The cure rate of the treatment group was 62.50% and the total effective rate was 96.88%. The

control group had a efficacy rate of 3.13%, and the total effective rate was 93.75%. Based on these data, the recovery rate and total effective rate of treatment group was significantly higher than control group's. The incidence rate of adverse effects on treatment group was 3.13%, which was lower than the control group's 6.25%. The results had showed that the therapeutic effect of the treatment group was better than that of the control group.

Conclusion: It is safe and effective to treat the Seborrheic Dermatitis with seborrhea and dryness by using Qufeng Huaijin Pill. The symptoms of pruritus, erythema, scaling, lesion area, and hair loss were decreased, and the result were superior to the control group.

Keywords: Seborrheic dermatitis; Qufeng Huaijin Pill; Dryness.

前 言

脂溢性皮炎是发生在头皮、颜面和胸背部等皮脂溢出较多部位的慢性炎症性皮肤病，属于中医的“油风”、“白屑风”、“面游风”、“眉风癣”的范畴。不仅发病率较高，而且容易反复。统计发现该病发病人群以初生（10周内）婴儿、青壮年以及40~60岁的成年人为主（婴儿脂溢性皮炎多为自限性）。成人脂溢性皮炎发病率在5%左右，发病率方面男性患者多于女性，但接受治疗的女性患者居多。炎症性皮损典型表现为境界清楚的潮红斑，上覆鳞屑，多伴瘙痒，严重者还出现渗出、糜烂、脱发等症状。由于该病多发生在头面等暴露部位，不少患者因影响美观而过度治疗，导致病情愈发严重。

脂溢性皮炎病因至今尚不明确，西医认为其发病与皮脂的异常分泌、马拉色菌等的定值、皮肤屏障功能受损及真菌感染有关，除此以外还与饮食习惯、生活工作环境等因素有关。目前在治疗方面，没有特效药物，多应用抗真菌药物、抗雄激素药物、糖皮质激素制剂以及钙调磷酸酶抑制剂治疗，存在复发率高、不良反应发生率高缺点。中医认为脂溢性皮炎发病的外因与风、湿、热邪有关，风邪兼夹湿热邪气侵犯皮毛肌腠，浸淫血脉，或饮食不节，嗜食肥甘厚味，脾胃湿热蕴久化热，或素体阴血亏虚，血虚风燥，复感风热邪气外袭致使肺气宣发失司、肌肤失养，中医在治疗上以疏风清热、祛风止痒、除湿健脾、燥湿止痒或养血润燥为原则。

笔者通过临床观察，发现很多脂溢性皮炎患者失治误治，病情愈发严重，本课题针对久治不愈、伤阴化燥、燥湿同病的患者，依据《外科正宗》祛风换肌丸拟方，通过观察红斑、瘙痒程度、鳞屑程度、皮损面积以及脱发治疗前后指标的变化，探究祛风换肌丸方对头面部干性型脂溢性皮炎的治疗作用，为此方的推广应用打下基础。

文献综述

1 祖国医学对脂溢性皮炎的认识

1.1 病名

据该病发病特点及症状的描述，可以将其归属于中医“头风白屑”“钮扣风”“白屑风”“面游风”“眉风癣”的范畴。

在宋·《太平圣惠方》^[1]卷四十一和《圣济总录》^[2]卷第一百一均有“头风白屑”的记载。

《外科正宗》：“白屑风……初起微痒，久则渐生白屑，……”。^[3]

李氏在《皮科证治概要》载道《外科正宗》中关于“钮扣风”症状的描述，类似西医胸部脂溢性皮炎，是一种发于胸部系钮扣处的炎症性皮肤病，成片发红作痒，病久瘙痒似癣为特征^[4]。

《外科真诠》中则称此病为“面游风”，描述此病发于面部，引起面部浮肿瘙痒，继而干燥脱屑。

清·《病医大全》揭示此病的好发部位为眉间，将其命名为“眉风癣”。

1.2 病因病机

1.2.1 古代医籍对脂溢性皮炎病因病机的认识

《千金方》中关于“头风”的描述与本病相似，书中载道：“……头生白屑瘙痒不堪。……劳损伤肺……多生白屑……皆从肺来。”首先明确提出肺脏受损是本病的病因，并举出多首方剂治疗本病。

根据《太平圣惠方》：“夫头风白屑，由人体虚，诸阳经脉所乘也。诸阳之脉，皆上走于头，若运动劳役，阳气发泄，腠理开疏，风邪入于脑中，伏留不散”^[3]描述，认为本病由虚而致。

明代医家李梴称该病因风热袭肺所致，症状表现为燥痒、起白屑。

《医宗金鉴·外科心法要诀》曰：“初发面目皆浮肿^[5]，痒如虫行，肌肤干燥，起白屑，……热湿盛者流黄水，风燥盛者津血……”^[5]也认为本病初发热受风而成由于风热袭表，表现为瘙痒生屑，热与湿结则瘙痒伴流黄水，痛苦不堪。

《外科正宗》认为“钮扣风”源于风湿积聚。

《外科大成》：“……初发微痒，……，面目浮肿，……。”该文指出面游风乃阳明胃经受热所致，并用宣上泻下代表方剂一凉膈散治疗该病。

1.2.2 近代中医对脂溢性皮炎病因病机的认识

禰国维^[6]认为皮脂溢出性皮肤病临床以肾阴虚证多见，指出皮脂归属于中医“精”的范畴，肾主五液，肾的蒸腾气化功能把阴精输送到肌肤皮毛以润泽。病理状态下肾阴不足，水不制火，相火过旺，虚火上扰，迫精外溢，热郁肌肤则生疮。陆德铭^[7]教授也认为本病是阴虚导致，热为标。

王玉玺教授认为^[8]该病根据皮损特点分为有干性型和湿性型两种^[8]。干性皮损表现为皮肤干涩，毛发不荣等，多由血虚感邪而致；湿性皮损则出现油腻、流滋等症，多由于湿热久羁，脾胃失常而得。

董圣群^[9]认为本病患者体质多为偏阳质，平时食量大，喜食味厚之品，对湿、热阳邪易感，湿热熏蒸肌肤，发为湿性皮损表现的实证；病情随体质从化，化燥耗阴，则出现干性皮损表现的虚实夹杂证。

钟以泽^[10]从肺脾两脏辨证，肺脾虚症居多，虚则易感，初发为肺胃热盛的实证表现，久病表现为血虚风燥、肺脾气虚证。

喻文球^[11]从脾胃论治，脾胃属土，脾土之气向肺卫升发，并认为本病皮脂分泌旺盛是由湿热淫邪而来，脾虚湿热之气聚而向四周布散，肺胃不通降，水液代谢失司，热夹湿熏蒸于表，而皮脂过抗，强调湿热是致病关键。

王丽芬^[12]肺经风热辨证治疗本病，认为脂溢性皮炎好发于头面部，表现为淡红色斑片，皮肤油腻或干燥脱屑，受风或热加重，头发较油，头屑多或伴毛发干枯脱。脂溢性皮炎初期由于风热较盛，宣发过度，热邪熏蒸皮脂外溢；风热久积不去而后期出现内伤致燥的表现^[12]。

1.3 中医治法方药的研究

1.3.1 内治法

(1) 从风热论治

唐代《备急千金要方》^[13]就有对该病的描述和治疗，称其发在头首部，风淫热扰，出现痒如虫行等症，施以防风散和菊花散方，制成丸散久服。

《外科正宗》^[3]记载了消风散治疗“白屑风”，方以荆芥、牛蒡子、防风、蝉蜕各一钱，疏体表之风，石膏、知母各一钱，清泄内热，并加凉血清热的当归、生地。

赵炳南临床经验方土槐饮^[14]可用来治疗脂溢性皮炎，组成是：土茯苓、

生槐花各一两，生甘草三钱，煎汤代茶饮^[14]。方中土茯苓和生槐花一个清肺一个泻肠，还有清热解毒之功。

王丽芬^[12]用辛凉开的桑菊饮加减组方（桑叶、菊花、杏仁、连翘、薄荷、桔梗、生甘草、淡竹叶各 10g，芦根 30g，淡竹叶 10g，生薏米 30g）治疗本病肺经受风热致病。

（2）从湿热论治

王老^[8]针对脂溢性皮炎湿性皮炎表现的患者，常用苦参、黄芩等药清肺热燥脾湿，金银花、紫花地丁^[8]以解热毒，车前子利下泄热，油多者加生山楂^[8]，瘙痒明显加白鲜皮^[8]。

黄氏^[15]临床观察发现本病以胃肠湿热和肺胃湿热居多，湿浊入里化气，肺气化失司，肠胃湿热型治以清热健脾，燥湿止痒，方选藜渗湿汤、藿朴夏苓汤、黄连温胆汤合川芎茶调散加减。肺胃热盛型用清泻肺胃法，选三皮（桑白皮、地骨皮、牡丹皮）消痼汤。

董老^[9]用从清上、燥中、利下的思路，选用三仁汤加金银花轻疏肺热，连翘泻心经客热，黄芩清胃肠湿热，车前子、地肤子苦寒利下。

钟某治疗湿热型，从脾脏出发，因谷气通于脾，脾肺同属太阴，素耽膏粱，生热生湿，用泻黄散，方药分析：山栀、黄芩苦寒清心肺客热、生石膏清中焦邪热配辛温之品荆芥、防风，风药升散，畅达气机，解除郁遏，散热于上、于外，防风意在升散脾胃伏火；藿香除在表之湿和脾经风湿，土茯苓、薏苡仁利水以泻上焦热，甘草以泻火和中。

景氏^[16]治疗本病以利湿清热，热微宜分利，热甚宜清泄，活血化瘀为主，湿有从外来，由于素耽酒酪，易感外邪，湿多伤人肤腠，湿从内生由于水不化气，故在肌肤表则发热，久羁不除湿热夹瘀是关键，清热常用金银花、连翘、蒲公英等，除湿常用苍术、白术、薏苡仁、土茯苓等，活血化瘀常用丹参、赤芍、牡丹皮、红花等。

（3）从血虚论治

王老^[8]认为干性型皮损表现的患者是素体血虚风燥，外感风淫，治以养血和清热为要，血养则风自去，用制何首乌、川牛膝、当归、天花粉以养血润燥，生地黄、牡丹皮清热凉血，辛寒入血分的荆芥、防风疏散表里之风以凑止痒之功。

钟老^[10]治疗本病以甘补药为重，处以甘温补气的黄芪 30g，苦甘补血而不膩气的制何首乌，黄精、太子参各 20g，用子类药物收、敛藏之性女贞子、枸杞子、菟丝子、桑葚子各 20g，辛温行气的川芎 12g，山楂 10g 滋养肺津用黄精 20g。

陆德铭^[7]认为本病阴亏为本，素体阴虚或恣食肥甘导致脾胃湿热，湿邪化燥，耗伤阴液，而致阴亏，阴津亏损不能濡养皮毛及脏腑，肌肤失于滋养，则容易被外部所伤。故医以养阴清热为本，佐以和营。

欧阳恒^[17]临床从血虚和湿热辨证治疗，血虚则生风、生热，而出现内燥的表现，以凉血润燥的四物消风饮化裁，当归、熟地、川芎养血凉血，配柴胡、荆芥、薄荷、僵蚕轻宣肺热祛风痒，久病夹瘀故加桃仁、红花、赤芍；对湿热实证为主的患者拟脾胃清泄汤治疗，牡丹皮、生地、当归清血分热而又补血，石膏、川连、栀子、漏芦、甘草清肺胃、三焦热，白芷、藿香除胃肠风湿，加升麻、防风消风止痒，认为本病患者多食厚味，故加山楂。

孙虹^[18]从血热论治，使用五草汤治疗，孙教授认为本病主要由热入营血久而成毒，故治以清热解毒，活血凉血，五草分别为：以五草（旱莲草、紫草、茜草、仙鹤草、白花蛇舌草）为基础加减化裁：方中丹参、水牛角、青蒿均入血分而凉血；金银花、紫花地丁、黄连、知母、桑白皮、生槐花泻上中下热毒，最后加辛温去顽痰的皂刺。

（4）从阴虚论治

禰老^[6]认为，皮脂溢出非实证，皮脂属津液，是人体精微物质，由肾所主，肾阴虚才失调而成为致病因素。应重调肾阴，滋阴泻火，用女贞子和黄柏配伍，使肾阴得以滋养而相火得到潜降；热火扰肺导致的肺热用地骨皮、桑白皮清泄；热久致血瘀加丹参、生地以凉血祛瘀^[6]。

另外，针对脂溢性皮炎瘙痒的治疗，庄国康^[19]采用重潜搜风的方法对慢性顽固性皮肤病的瘙痒症状，针对重度脂溢性皮炎瘙痒的患者可以借鉴使用。庄老认为风痒乃肝木妄动而心神浮越，需用重潜药，常用代赭石等金石类药物以制约肝木，龙骨、牡蛎等介壳类药入心肺而宁心定魄。

1.3.2 外治法

（1）中药洗剂

朱仁康^[20]根据头皮脂溢性皮炎皮损的特点，辨证用药：苍耳子和王不留行各 30g，苦参 15g、明矾 9g，取名为脂溢洗方，全方以苦味药为重，苍耳子、苦参一个苦温一个苦寒，温燥的苍耳子软坚，寒燥的苦参清热，苦平的王不留行通利经络，对头皮脂溢性皮炎有即苍耳子、王不留行各 30g，苦参 15g，明矾 9g，煎水洗头皮，治头皮脂溢性皮炎（湿性）效显。

王玉玺教授^[8]善用苦寒入气分的白鲜皮、苦参、地肤子、紫花地丁、蒲公英和苦寒入血的侧柏叶，辛温的透骨草以及甘温的百部，嘱患者煎水去渣外洗，治疗本病湿热证效显。

喻老^[21]认为脱发的治疗应以外洗，外洗的辨证根据患者症状和中药寒热温凉属性，拟方如下：针对瘙痒的症状用润肺的方法治疗干性型脂溢性脱发，桑叶和生何首乌清润，麻叶与透骨草一个能解毒杀虫一个舒筋络，筋络疏通则血才能充养，侧柏叶入血乌发。桑叶、麻叶、路路通、侧柏叶、透骨皮、生何首乌各 30g，水煎滤渣后泡洗；

禰老^[6]认为鳞屑类皮肤病与湿热有关，用苦参、大黄、茵陈蒿各 30g，百部 20g、枯矾 15g，藿香 15g 外洗，用苦寒药佐以辛温的藿香，甘温且能杀虫的百部施治，疗效稳定。

杨岚等^[22]根据赵老透骨草辨证加减：透骨草 30g，皂角和生侧叶各 15g，明矾 10g；以虚为主加当归 10g、鸡血藤 15g、人参 10g；以实为主加苦参、马齿苋和蒲公英各 30g，煎泡。

孙氏^[23]认为脂溢性皮炎的外用药物在炎症较重阶段应该尽量单一、刺激小，因此用单药甘草 20g，煎煮放温、敷于面，治疗面部脂溢性皮炎，有效率为 93.75%，结果显示脱屑、皮损基本消失^[23]。

单某^[24]疗油风脱发临床上用海艾汤外洗，组成：艾叶、藁本、薄荷、荆芥、防风 and 甘松、蔓荆子以及藿香。从方药组成不难看出，油风脱发乃体内中焦湿热上蒸而致。嘱患者泡洗 15min 后自然晾干。

付氏^[25]临床配制颗粒洗剂（院内制剂）治疗头部脂溢性皮炎，针对湿热证患者拟槿柏方，用苦寒燥湿的苦参与辛温止痒的土荆皮为君，配以侧柏叶和丁香疗癣，嘱患者用消毒纱布蘸 10ml 湿敷头皮 15min，并进行头部按摩，隔日 1 次。结果示：槿柏洗剂抑脂油脂分泌、抗真菌方面疗效显著，

（2）中药其他剂型

中药外治法治疗脂溢性皮炎除了洗剂还有霜剂、搽剂及酊剂等。关于剂型的制备选择在此不作赘述。

刘某^[25]临床上自制中药霜，以凡士林、甘油等脂类为基质，将苦参、丹参、白鲜皮、黄柏、地肤子、冰片及百部水煎后，虑渣，与基质共制为霜，针对面部湿性脂溢性皮炎起效。数字显示 100 例患者有效率达 93.0%，无效虑仅为 7.0%。

王氏^[26]临床用浓度为 75% 的酒精作溶剂，将清热的白鲜皮、侧柏叶、大黄和去湿的透骨草、蔓荆子、白芷、猪苓以及血分药益母草、侧柏叶、和白芨和山楂粉碎共同，不过筛，加入 2000ml 溶剂，密闭泡 2 周，用棉球蘸取，搽于患部，临床治疗效显。

孟氏^[27]临床自制酊剂治疗脂溢性皮炎，将中药（荆芥、防风、白鲜皮各 300g）简单清洗后直接泡在 75% 的酒精溶液（10000ml），2 周后，将其过滤，分装，嘱患者每日用棉签涂抹 3 次，治疗 4 周后，患者皮损炎症减轻，84 例患者仅有 8 例无效，总有效率 80.9%。

1.3.3 内外兼治

（1）中药内外兼治

王丽^[27]针对脾胃湿热证的面部脂溢性皮炎患者采用中药萆薢渗湿汤内服加颠倒散外敷的治疗方法，根据患者症状辨证加减，湿重者加生薏苡仁、泽泻；热重加黄芩、黄柏，大便干结者加大黄、桃仁，萆薢渗湿汤水煎口服，日 1 剂，早晚分服，并外用颠倒散均匀涂于患处，每日 2 次，每次 20-30min，疗程结束后总有效率为 87.5%。

吴氏^[28]临床辨证分型用口服中药汤剂和外用西药湿敷的方法治疗肺胃热盛型脂溢性皮炎，给治疗组口服石蓝草煎剂（生石膏、车前子、生地黄、马齿苋、滑石、白鲜皮各 30g，板蓝根、苍术、白术、薏苡仁、金银花各 20g，牡丹皮、赤芍、苦参各 15g，龙胆草 10g，甘草 6g）和氯雷他定片，外敷维生素 B6 等混合配制的湿敷液，4 周为 1 个疗程，2 个疗程后统计结果显示：治愈率为 91.3%。

潘氏辨脂溢性皮炎病为肺胃湿热，用三仁汤加减，利湿热的薏苡仁和滑石重用 20g，扁豆花 15g，杏仁、竹叶、半夏、佩兰各 10g，苦燥清热解毒用蒲公英和黄芩各 10g，加生地 10g 以清营血分实热，外洗则在三仁汤

基础上加清热解毒的野菊花 15g, 苦参、百部各 20g, 加水煎煮, 取 500ml, 放温后清洗患部, 80 例治愈率为 87.50%。

麦氏等^[29]针对头皮部位的脂溢性皮炎用中药方(苍耳子 30g, 王不留行 30, 苦参 15g, 明矾 9g)煎水, 毛巾蘸洗, 并嘱患者剪短头发, 配合口服中成药当归苦参丸, 对照组口服抗组胺药和 B 族维生素, 配合采乐外洗, 81 例治愈 25 例。

(2) 中西医结合内外兼治

王氏^[30]对治疗组以甘草竹叶汤为要, 加减施治, 药用清心经气分之热的竹叶配甘寒解毒的生甘草, 再配以血分的生地、丹皮、白茅根、紫草、地肤子, 薏苡仁淡利湿热, 菊花清散面部风热, 外用配合每天冷喷 VitC 和多塞平配制的溶液, 45 例治疗对象均取得疗效。

陈桂升^[31]用中药汤和红蓝 LED 光照射治疗本病, 药用配方颗粒枇杷清肺饮加味, 组成为生地 30g, 薏苡仁、地肤子各 30g, 枇杷叶 15g, 山楂 15g, 当归、大黄、黄连各 10g, 山楂 15g, 温水冲服, 每日 1 次, 联合 465nm 的蓝光和 632nm 波长的红光, 交替照 10min, 每周 3 次, 嘱病患照光前把皮损处的毛发剔干净, 对照组仅接受光疗, 结果对照组的愈显率第 2 周为 12.20%, 第四周 30.59%, 第 6 周疗程结束仅为 58.53%, 而试验组第 4、6 周愈显率分别为 48.78%、75.61%、95.12%。

牛氏^[32]临床用西药外搽和中药外洗对比治疗, 用哈西奈德和糠酸莫米松乳膏作对照, 治疗组以凉血清热为要, 处方: 生地黄、丹参、生石膏各 30g, 紫草、黄芩、连翘各 12g, 赤芍和丹皮各 9g, 淡竹叶 6g, 煎汤温服, 加燥湿杀虫的明矾、苦参、苍耳子、透骨草、王不留行加水煮开, 放温外洗, 中药组愈显率为 90.6%。

马某^[33]把脂溢性皮炎辨证为湿热、血燥和阴伤分别施以泻黄散、消风散和养阴和荣的中药治疗, 并配合外用普比特, 疗程结束后两组的愈显率分别为 97.5%和 82.5%。

(3) 其他疗法

赵氏^[34]临床观察西药联合针刺治疗脂溢性皮炎, 取主治消化疾病的中脘、下脘穴位, 培补下元的气海和关元, 利水作用的水分、水道, 以及上风湿点; 有便干、胃不适者加大横和天枢; 加京门、章门疏肝除烦; 女性

在月经来之前加归来、中极，留针 30min，隔日 1 次，每周 3 次，连续治疗 4 周，睡前口服盐酸左西替利嗪分散片 5mg，每晚睡前 1 片，连续 4 周，结果显示试验组愈显率 97.06%。

刘氏^[35]针对毛囊闭塞的脂溢性脱发采用梅花针叩刺治疗，组内患者每日治疗一次，一周为一疗程，坚持治疗 2-6 个疗程，疗程结束后治疗组显效率为 52.0%，愈显率 48.0%。

马氏^[35]临床治疗 SD 从经络辨证，并将调经活血的中药液体垂直刺入穴位，且次方法治疗该病取得较好的临床疗效，取曲池、合谷清阳明经热配合散瘀的肘髎穴，选用当归注射液注射，每个穴位注射药物 0.5~1ml，隔日一次，治疗十次结束，效显。

陈氏^[36]通过针刺治疗头皮脂溢性皮炎，选清胆经风热的风池，补益作用的百会、四神聪等穴，配梅花针叩击刺激督脉、以及肝肾二经治疗本病效果显著^[36]。

李恒临床上将维生素 B6 注射液 2ml 和 2%利多卡因 1ml 混合后分别注入曲池（清热祛风、凉血解毒）、合谷（清热解表、通经活络）两个穴位，隔日注射 1 次，10 次为一个疗程，并配合口服甘草锌冲剂，结果优于单纯肌肉注射维生素 B6 注射液。

有人用苦参、白鲜皮等煎水冷敷合红蓝光治疗仪交替照射，先用波长为（417±10）nm 蓝光照 30min，再用红蓝光交替照射红光波长为（633±10）nm，1 疗程后，25 例患者治愈 19 例。

临床上也常用中成药治疗，马坚池等口服比拜克胶囊（主要成分有熊胆、大黄、儿茶、胡黄连、冰片、玄明粉、香墨）外用 2.5%二硫化硒洗剂治疗 60 例头皮脂溢性皮炎患者，总有效率为 96.67%，复发率为 5%。

2 现代医学对脂溢性皮炎的认识

2.1 病因及发病机制

脂溢性湿疹即脂溢性皮炎 SD（Seborrheic Dermatitis），是一种临床常见的皮肤附属器疾病。临床典型的炎症表现是红斑、油腻性的鳞屑以及不同程度的瘙痒。有人认为，本病与头皮屑（非炎症性表现）同源。SD 发病人群集中在皮脂腺活跃的婴儿、青壮年以及 40~60 岁的成年人（患病率达 2%~5%）。婴儿 SD（好发于头部）不治可自愈，婴儿 SD 鳞屑皮损多

黏腻，附着在结痂性斑块上，面部、耳后、褶皱部和躯干及四肢近端皮损则表现为银屑病样外观^[37]。因 SD 病情进展缓慢，迁延难愈且多发生在颜面部，给患者心理带来负面影响，常出现焦虑、自卑等情绪。

造成脂溢性皮炎的原因有很多，例如微生物寄生、皮脂代谢异常、表皮屏障破坏、神经功能障碍、遗传和饮食习惯等。也有人推测皮脂内分泌增多和化学成分的改变，会造成原有的皮肤正常菌群大量繁殖，也能导致脂溢性皮炎并发。除此之外还有消化道功能紊乱、免疫缺陷、维生素等微量元素不足、女性月经周期及工作环境等均为本病发生发展的可能原因。近年来的研究表明，由于表皮生长过多，角质层细胞完全成熟缺乏足够的时间，导致细胞核残留在角质层。

2.1.1 皮脂分泌异常

SD 患者皮肤出油的主要原因皮脂腺细胞分泌的游离皮脂，它在雄激素（主要是睾酮）的刺激下大量分泌皮脂^[38]。此外，IGF-1 也可以促进皮脂细胞的分化而增加皮脂分泌。高糖饮食可能引起 SHBG（sex hormone-binding globulin）减少，游离睾酮增加而致皮脂分泌增多，SD 患者干性皮损可能与神经酰胺、角鲨烯等脂质减少有关。

皮脂腺的分泌受内分泌的影响，主要通过以下 3 个渠道：①下丘脑腺垂体通过分泌促甲状腺素激素而作用于甲状腺，产生甲状腺素，甲状腺素可促进皮脂分泌；②下丘脑分泌促肾上腺皮质激素作用于肾上腺皮质，产生肾上腺素从而促进皮脂分泌；③下丘脑分泌卵泡刺激素，作用于性腺产生雌激素和雄激素，通过雄激素刺激分泌皮脂。

2.1.2 发病与微生物的相关性

马拉色菌 (*M. furfur*) 是嗜脂的正常菌群，在一定条件下又可致病。有人在 SD 患者面颊最严重部位用胶带法取材，记录高倍镜下马拉色菌密度，并分析 SD 患者面部的严重程度，结果证明面部 SD 患者炎症的严重程度与马拉色菌密度呈正相关^[38-39]。目前认为 *M. furfur* 有七个种群，关于哪种马拉色菌占优势的研究显示出不同的结果。大量的研究显示 SD 的发病可能与糠秕马拉色菌感染关系密切^[40]。在特定环境下，糠秕马拉色菌可以作为一种条件致病菌或引起或加重一些皮肤病，如花斑癣、糠秕孢子菌性毛囊炎、脂溢性皮炎及特应性皮炎。McGinleg 等^[41]SD 患者孢子菌培养 82% 为阳性。

研究发现^[42]卵圆形糠秕马拉色菌(*P. ovale*)与SD有关,分析数据显示*P. ovale*占SD患者头皮屑中所有微生物总数比例的74%,而在与非SD患者比较时发现,*P. ovale*在非SD患者头皮屑中的含量不足SD患者的一半,且仅占总微生物量的46%,该结果显示SD的发病与*M. furfur*有一定的关系。痤疮丙酸杆菌(*Propionibacterium acnes*)是革兰氏阳性厌氧菌,属条件致病菌,它的增长速度取决于皮脂甘油三酯。痤疮杆菌可以将甘油三酯转化成游离脂肪酸,并渗透到皮脂加快分泌。在皮脂分泌旺盛的青春期人群感染率较高^[43]痤疮丙酸杆菌的作用机制一般认为是皮损特异酶物质的趋化作用。

2.1.3 与免疫因素的关系

有统计显示HIV感染者中脂溢性皮炎的发病率最高可达50%^[44],且皮损的严重程度与淋巴细胞计数成反比,计数越低皮损程度越重,提示脂溢性皮炎的发病可能与机体免疫功能缺陷有关^[45]。针对糠秕马拉色菌免疫反应的致病作用从未得到证实。有人对308例肾移植患者感染皮肤病的情况进行调查统计,发现SD是肾移植患者最常见的感染性皮肤病,肾移植患者SD患病率(9.5%),仅低于HIV感染者^[46]。例如,在脂溢性皮炎患者及正常人中出现糠秕马拉色菌抗体的频率相同,而直接针对糠秕马拉色菌抗原的IgE抗体可见于特应性皮炎患者,细胞免疫研究却得出相反的结论。脂溢性湿疹患者的淋巴细胞在用糠秕马拉色菌提取物刺激后,产生的IL-2及干扰素- γ 明显下降,而产生的IL-10增加,这反映了细胞免疫反应的紊乱。

2.1.4 与微量元素的关系

用原子吸收光谱仪器对SD患者血清微量元素检测,将静脉2ml血与40ul稀释混匀冷冻,分析发现300例脂溢性皮炎患者血锌、铜、铁、钙、镁均低于对照组,其中血锌低的有108例。分析认为SD的发生与微量元素相关,Zn量不足皮脂代谢障碍,嗜脂菌大量繁殖,同时屏障遭到破坏皮肤失水,诱导表皮细胞因子加速分化,角化过度,形成鳞屑。

通过电镜观察脂溢性皮炎患者头皮角质层,发现细胞内起屏障作用的有效脂质水平明显降低,患者头皮角质层脂质消耗结构紊乱与经表皮失水率升高。硒能抑制皮脂膜内自由基的产生,SD的发生可能与硒元素的不足

有关，临床常用二硫化硒治疗 SD。

2.1.5 与肠-脑-皮肤轴的关系

肠道的正常菌群较为敏感，宿主肠道功能器质性改变，或精神方面以及外界环境中理化或生物性的改变均能够引起它的变化，进一步影响到整个消化系统，扰乱机体正常生理代谢，从而导致脂溢性皮炎发生或加重。

王氏等^[47]对国外关于肠-脑-皮肤轴假说进行探讨，并认为该轴与皮肤炎症存在一定关系，精神情致因素导致肠道菌群繁殖，从而使肠粘膜 MC(肥大细胞)释放组胺，刺激末梢神经产生 P 物质。有报道，用中药调节肠道菌群有效缓解皮肤瘙痒，其作用机制与肠-脑-皮肤轴相似。因此推断肠道菌群失调可能是诱发 SD 的因素。

2.1.6 与精神神经因素的关系

研究发现 SD 会伴发神经系统疾病，此时皮肤的皮脂分泌会增加，常见于帕金森、癫痫等。临床中发现帕金森患者常伴有脂溢性皮炎，且伴随帕金森的有效治疗脂溢性皮炎的症状会减轻。过度焦虑会加重脂溢性皮炎，长期精神紧张会导致雄性激素分泌增多，从而加重脂溢性皮炎。有研究表明，脂溢性皮炎的发生与女性月经周期有关。竺氏^[48]临床探究 SD 发病相关因素，在观察 62 名女性 SD 患者时发现，62.9%的女患者发病情况与月经周期有关，并认为雌激素水平与 SD 发病有关。

2.1.7 其他因素

有人对脂溢性皮炎患者健康生命质量进行调查研究，调查内容包括 SD 患病过程、是否吸烟饮酒、是否熬夜、是否锻炼、是否抑郁、是否过食辛辣以及治疗过程、性别、年龄、职业等一般情况。结果显示，SD 的发病与年龄大、睡眠时间短、过食辛辣、吸烟饮酒有很大关系，部分患者有抑郁情绪，导致病情加重。

脂溢性皮炎还可能与遗传、药物成分以及环境因素有关，遗传因素仍不明确。一些药物会引起脂溢性皮炎样的损害，如金制剂、砷剂、以及神经安定剂等。用荧光抗体法检测患部鳞屑，检测结果为阳性，推测脂溢性皮炎的发生可能与鳞屑自体过敏有关。

2.2 诊断及鉴别诊断

2.2.1 诊断

组织病理特点：表皮海绵水肿，颗粒层减少或消失，棘层轻度增生肥厚，真皮浅层单一淋巴细胞浸润，毛囊口角化不全。

皮肤镜特点：淡红或黄红色背景，毛囊角化，少有脓包；毛囊口黄红色油性点滴；散布点线状或线状分支状血管。

2.2.2 鉴别诊断

鉴别	湿疹	头皮银屑病	接触性皮炎	圆癣	风热疮
家族遗传史	无	有	无	无	无
发病部位	全身任何部位都可发病，以四肢屈侧居多	头皮	发于接触部位	股部、外阴多发	颈、躯干及四肢近端
皮疹特点及鳞屑	多形、对称性后期肥厚粗糙	淡红色斑片多层白色鳞屑	皮损局限单一且边界清楚	圆形红斑，薄碎屑，中心向四周扩张	红斑为椭圆形，长轴与肋骨或皮纹走向一致
毛发损伤	无	束发征	无	无	无
传染性	无	无	无	有	无
瘙痒程度	瘙痒剧烈	轻微瘙痒	痒，且有灼烧感	瘙痒在夜间严重	瘙痒较为剧烈

2.3 治疗

2.3.1 糖皮质激素及联合用药

糖皮质激素作为机体重要的调节因子，它对机体的发育、生长代谢和免疫功能中起重要作用，是激素调节应激反应中最为重要的因素。糖皮质激素具有抗炎、抗过敏、免疫抑制等多种作用。它是通过基因效应和非遗传效应介导的。基因效应是细胞质受体的结构变化介导的，它进入细胞核并影响基因转录。抗炎作用主要通过抑制基因转录实现。非基因效应是由生物膜介导的，但它在应答时时间较长，通常 30min 以上。

糖皮质激素在皮肤病治疗中较为普遍，治疗 SD 多采用局部外用的方式。外用剂型多种多样，常用的有霜剂、搽剂、软膏、硬膏等。外用糖皮质激素的核心结构是氢化可的松，随着对氢化可的松的结构的不不断修饰产生了众多的外用肾上腺糖皮质激素，在选择外用糖皮质激素时多从它的强度考虑。皮肤科常用糖皮质激素类药物分级（四级法）如下：

作用强度	药物名称	常用浓度 (%)
弱效	醋酸氢化可的松	1.0
弱效	醋酸甲泼尼龙	0.25
中效	醋酸泼尼松龙	0.5
中效	醋酸地塞米松	0.05
中效	丁酸氯倍他索	0.05
中效	曲安奈德	0.025-0.1
中效	丁酸氢化可的松	1.0
中效	醋酸氟氢可的松	0.025
中效	氟氢松	0.01
强效	丙酸倍氯米松	0.025
强效	糠酸莫米松	0.1
强效	氟氢松	0.025
强效	氯氟舒松	0.025
强效	戊酸倍他米松	0.05
超强效	丙酸氯倍他索	0.02-0.05
超强效	氯氟舒松	0.1
超强效	戊酸倍他米松	0.1
超强效	卤米松	0.05
超强效	双醋二氟松	0.05

有人认为,革兰氏阳性球菌(尤其是金葡菌)SPA与IgG产生的复合物能刺激皮肤损伤,对其定值进行检测,发现定值越高皮损越严重,并有减弱糖皮质激素的作用,因此在外用糖皮质激素治疗的同时应加用抗菌药物。刘辉等^[49]用复合制剂治疗派瑞松霜治疗面部脂溢性皮炎愈显率达95.6%。张开发等^[50]用皮炎平作对照,临床观察曲安奈德益康唑乳膏的治疗效果,两组均日2次外抹于患处,分别在治疗1周、2周、3周后对其记录评分,结果示:治疗组在1周、2周、3周时愈显率分别是83.3%、88.1%、89.3%。近来Kircir和Del Rosso用0.1%氯可托龙新戊酸酯(clocortolone pivalate)分别对婴儿、青少年、成年人进行治疗,每日3次,3周后评价指标(红斑、水肿、渗出物、脱屑等),有68%的患者有较好的治疗效

果，氯可托龙新戊酸酯是一种甾体抗炎药，并且研究表明氯可托龙的使用没有年龄限制^[51]。

2.3.2 抗真菌药及联合用药

由于脂溢性皮炎多出现在皮脂腺发达的部位，糠秕孢子菌属亲脂性微生物，因此抗真菌药物已成为治疗脂溢性皮炎成为重要手段之一。一般来说，外用抗真菌药物是轻中度脂溢性皮炎患者的首选，而严重的病患一般考虑口服。合成抗真菌药抗真菌谱广，可有效抑制 *Malassezia* 的繁殖，对脂溢性皮炎有一定的治疗效果。有人临床观察 2% 酮康唑洗剂对头皮 SD 的治疗效果，结果示：鳞屑愈显率 71.1%，油腻愈显率 60.0%，潮红斑愈显率 33.3%，总有效率 68.8%。钱氏^[52]收集 96 例头皮 SD 患者，分两组治疗观察，治疗组每日口服 200mg 伊曲康唑，联合每周 2 次采乐洗剂外洗的方法治疗脂溢性皮炎，结果治疗组的有效率为 91.43%，对照组愈显率为 46.87%，但两组半年内均有复发，复发率分别为 10.42%、43.75%。王氏等^[53]观察对比萘替芬酮康唑乳膏和地奈德乳膏对面部 SD 的治疗效果，方法是第一周按 1:1 比例混合均匀后涂于面部患处，第二比例为 2:1 涂抹，第三周改为 3:1，均为每日 2 次，早晚各用 1 次，第四周停地奈德乳膏，单用萘替芬酮康唑，1 周后停药，分别于一、二、三、四周后复诊，观察治疗前及治疗 7、14、21、28 天后的症状和体征，结果显示：治愈率为 86.7%，总有效率为 100%，无复发。国外研究发现舍他康唑的临床疗效优于克霉唑、甲硝唑、氢化可的松和他克莫司，而且耐受性较好，但是本研究并未对停药后该病的复发情况进行调查分析。

2.3.3 外用钙调神经磷酸酶抑制剂

吡美莫司软膏（商品名：爱宁达）和他克莫司软膏（商品名：普比特）是目前临床常用来治疗脂溢性皮炎的大环内酯类的新型免疫抑制剂。

爱宁达治疗机制可能是通过阻断 T 淋巴细胞炎症因子的合成抑制使钙调神经磷脂酶受抑制而发挥抗炎作用。早在上世纪就有研究表明他克莫司分子量小，对 T 淋巴细胞具有较强的免疫抑制效果。目前，在治疗特应性皮炎、系统性红斑狼疮等自身免疫性疾病中发挥着积极作用。张洁等^[54]在临床上应用 0.1% 他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎患者 40 例，疗程为 28 天，结果示治疗组有效率高达 87.5%，明显高于对照组的 60.53%。赖旭峰^[55]

采用随机开放、自身对照的方法，观察 0.03%他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎的临床有效性和安全性，4 周后根据患者面部皮疹大小、脂溢情况、脱屑情况和瘙痒程度进行评价，统计结果显示治疗前后以上情况均有不同程度的改善，72 例患者中只有个别患者用药后出现烧灼感和瘙痒感，推测可能与药物浓度剂量加大和光的照射时间的关系密切。有人将糖皮质激素和吡美莫司对表皮细胞的影响进行对比，结果显示吡美莫司治疗组表皮结构完整，而对照组出现皮肤萎缩，角质层结构遭到破坏等不良反应。目前由于他克莫司价格较高，未能普及。

2.3.4 角质剥脱剂

角质剥脱剂可以抑制角质细胞过快增长，维持细胞正常角化，还有非特异性抗炎作用。临床上用来治疗脂溢性皮炎的角质剥脱剂包括水杨酸，硫酸锌、吡硫翁锌等锌制剂，维 A 酸类药物等。迄今为止，已有多种文献记载锌剂治疗炎症性皮肤病，常用锌剂包括氧化锌、硫酸锌、吡硫翁锌等。吡硫翁锌喷雾剂常用于治疗头皮脂溢性皮炎。锌剂并非 SD 的一线治疗药物，但可以作为多种皮肤病的辅助治疗。维 A 酸用于治疗寻常痤疮、银屑病、鱼鳞病、扁平苔癣、毛发红糠疹、毛囊角化病、鳞状细胞癌及黑色素瘤等疾病。余氏^[56]临床运用维 A 酸霜（迪维霜）治疗脂溢性皮炎 35 例，痊愈率达 42.9%，总有效率为 74.3%。

2.3.5 紫外线疗法

紫外线疗法可调动皮肤的自我修复功能从而达到治疗目的，不同波长的紫外线能起到抑制糠批马拉色菌生长的作用。有人应用高能窄谱红光照治疗 SD，4 周后观察疗效，有效率为 87.5%^[57]。早在上世纪就有激光治疗皮肤病的记载，用 CO₂-He-Ne 激光治疗仪对发生在头皮部位的脂溢性皮炎患者进行垂直照射，配合外用酮康唑洗剂清洗和氢化可的松外擦，结果安全有效。强脉冲激光治疗不仅用于皮肤美容中，在抑制皮脂方面也有较好疗效，临床上也用于治疗 SD。还有人用皮肤止痒脱敏膜外敷治疗 SD，有减轻瘙痒、红斑丘疹等炎症的效果。

2.3.6 其他

有研究称，成人全身性瘙痒的患者中，10%以上是由心理性因素引发的。据笔者观察脂溢性皮炎患者多有紧张、焦虑不安，情绪波动大的心理

问题，这可能与当今社会生活节奏快，精神压力大有关。心理治疗早已经成为疾病的一种治疗手段，但由于心理医生的缺乏以及人们观念的影响，当前心理治疗未能得到普及。音乐能愉悦身心，使人得到放松，《黄帝内经》就有五音对应人体五脏的记载，美国有音乐治疗师称音乐治疗是系统的干预。并认为乐疗对人体器官活动有调节作用，音频不同产生的治疗效果各不相同，声波振动能通过调节神经体液分泌活性物质再传导到各器官，规律的声波振动来纠其偏。有人临床运用五行音乐治疗焦虑症，疗程结束后观察患者的焦虑自评量表、抑郁自评量表评分均较治疗前降低，差异具有统计学意义($P < 0.05$)^[58]。针对瘙痒症状，用音乐疗法调节免疫机制，抑制组胺、前列腺素等释放，尽管这个机制还没有得到确切证实，但从临床观察可以得知，通过聆听音乐，分散对瘙痒的注意力，确实减少了瘙痒的感觉。

2.3.7 预防与调护

脂溢性皮炎的防护，注意以下几个方面：

(1) 生活中平衡膳食。多吃水果蔬菜，少吃脂肪含量过多的食物、多糖饮食，忌食辛辣、羊肉、狗肉等发物；

(2) 每天用温水涂少量硫磺香皂或硼酸皂清洁面部，以减少马拉色菌的数量和代谢产物。减少化妆频次，防止其对皮肤的过度刺激。

(3) 积极调整心态，戒骄戒躁，保持心情舒畅；适当运动，增强体质；保持充足的睡眠。

临床研究

1 临床资料

1.1 病例来源

64 例头面部干性脂溢性皮炎患者均来自黑龙江省中医医院（南岗分院）皮肤科门诊病人，就诊时间在 2017 年 3 月至 2018 年 5 月。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参考《皮肤性病学》拟定脂溢性皮炎诊断标准：

（1）客观症状：面部皮损边境清楚，形态大小不一，初发为毛囊周围红色小丘疹，继而融合成片，典型皮损为黄红色或淡红色斑片，覆以油腻性或干性鳞屑或痂皮，甚至有不同程度的渗出；伴有毛发脱落；

（2）主观症状：瘙痒；

（3）病程久，反复发作，时轻时重；

（3）发于头面部；

1.2.2 中医诊断标准

参考《中医外科学》和《中药新药临床研究指导原则》^[59]（郑筱英，北京，中国医药科技出版社，2002 年）稍作修改拟定：

（1）主症：发于头皮、颜面部，皮损颜色浅红，肌肤干燥，瘙痒，程度不同的白色糠秕样鳞屑；

（2）次症：毛发失泽或焦黄干枯；咽干、口唇干；大便干燥；

（3）舌脉：舌质淡红，有裂痕，舌苔薄白而干，脉弦数或涩；

中医纳入标准：符合主症和舌脉、次症 1-2 项症状的即可纳入诊断。

1.2.3 纳入标准

（1）结合西医脂溢性皮炎的诊断标准和上述中医纳入标准的患者；

（2）年龄在 20 岁至 54 岁的门诊病人，男女不限；

（3）病程在 6 至 36 个月之间；

（4）接受观察治疗前 10 天没有对本病进行任何干预；

（5）本人知情，同意参加研究，依从性好；

1.2.4 排除标准

（1）正在备孕或正处在妊娠、哺乳期妇女；

- (2) 伴有其他丘疹鳞屑类等与本病相关的皮肤病患者；
- (3) 对实验药物成分过敏者；
- (4) 受试期间未按规定服用药物，或自行退出导致无法判定疗效者；
- (5) 合并有心血管、脑血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病；
- (6) 受试前 1 个月之内，未曾内服或外用过糖皮质激素制剂或免疫抑制药物，或结束上述药物治疗不足 2 周者；

1.2.5 脱落标准

- (1) 治疗期间出现不良事件导致无法继续治疗者；
- (2) 因故自行退出者；

2 研究方法

2.1 病例分组

将纳入上述标准的 64 例头面部干性脂溢性皮炎患者的就诊卡号进行编号（1-64），根据随机数字表法产生 64 个数，并将就诊卡放入病案袋保存，当临床出现符合标准的受试者时，按出现的先后顺序，放入数字序号对应的档案袋。并将其简单随机分为治疗组和对照组，其中治疗组 32 例，对照组 32 例。其中男性 10 例，女性 22 例，年龄在 20~50 岁之间；对照组 32 例，男性 12 例，女性 20 例，年龄在 22~54 岁之间。病程最短 6 个月，最长 3 年。

2.2 治疗药物

治疗组：制何首乌、胡麻仁、牛膝、苍术（麸炒）、威灵仙、苦参、石菖蒲、天花粉各 200g，当归、川芎、生甘草各 100g，共粉碎研末过筛，做成绿豆大小水丸。

药物制备：由黑龙江省中医院南岗分院制剂室加工制作。

服用方法：口服，一日 2 次，早晚饭后半小时各温水冲服一次，一次 5g（大约 20 粒）；

对照组：润燥止痒胶囊，日 3 次，一次 2g（4 粒）

成分：制何首乌、苦参、生地黄、桑叶、红活麻、何首乌（具体药不详）

规格：每粒装 0.5 克

批号：国药准字 Z20025030

药物来源：由贵州同济堂有限公司生产

疗程：4周为一个疗程，一个疗程后进行疗效判定。

注意事项：两组患者均清淡饮食，忌食辛辣发物，23:00前入睡。

2.3 观察指标

2.3.1 临床观察指标

临床疗效观察从红斑、瘙痒程度、鳞屑程度、皮损面积及脱发症状方面综合评分（参考2002年版《中药新药治疗白疮的临床研究指导原则》^[59]和湿疹皮炎严重指数评分法拟定）

临床观察指标评分表

项目	0分	1分	2分	3分
红斑	无	少量淡红色或黄红色斑片	大量黄红色斑片或伴丘疹	浸润性红斑或伴丘疹
鳞屑程度	无鳞屑	轻度鳞屑	中度鳞屑	鳞屑堆积
皮损面积	无	直径 \leq 2cm	2cm<直径 \leq 5cm	直径>5cm
瘙痒程度	不痒	轻微瘙痒	中度瘙痒，影响工作学习但不影响睡眠	重度瘙痒且频作，影响睡眠
脱发	无脱发（脱发量<100根/日）	少量脱发（100根/日<脱发量<150根/日）	中等量脱发（150根/日<脱发量<200根/日）	大量脱发（200根/日<脱发量）

2.3.2. 安全性观察指标

（1）观察并记录两组受试者服药期间是否发生如腹痛腹泻，胃部不适，皮肤瘙痒加重等不良反应；（2）血、尿、便常规，肝、肾功能，心电图；

2.4 疗效评定

2.4.1 疗效判定标准

根据《中药新药临床研究指导原则》^[59]（2002年版），稍作改动自拟如下：

疗效评定标准

	痊愈	显效	有效	无效
瘙痒程度	痒感消失	瘙痒明显减轻	瘙痒减轻	几乎未减轻
皮损恢复程度	皮肤大部分恢复正常	皮损面积减少70%	皮损消退30%以上	皮损减轻较多但不断出现较多新皮
疗效积分指数	大于等于95%	70%以上	30%以上	30%以下

2.4.2 评分计算

根据观察指标评分表，分别记录并统计两组治疗前和治疗后积分，计算疗效积分指数：

$$\text{疗效积分指数} = \frac{\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}}{\text{治疗前总积分}} \times 100\%$$

根据疗效评定标准，计算总有效率：

$$\text{总有效率} = \frac{\text{痊愈例数} + \text{显效例数} + \text{有效例数}}{\text{总例数}} \times 100\%$$

2.4.3 用药安全性评估

根据上述安全性观察指标，嘱患者每周复诊一次，观察两组有无发生不良反应的患者，并对其作详细记录。

$$\text{不良反应率} = \frac{\text{不良反应例数}}{\text{总例数}} \times 100\%$$

2.5 统计学处理

将所收集的数据录入 Excel 表，再转入 SPSS 19.0 软件，进行统计分析，同组间计量资料治疗前后效果用配对样本 t 检验，不同组之间的比较用独立样本 t 检验；计数资料分析比较用 χ^2 检验；取 $\alpha=0.05$ ，则当 $P < 0.05$ 时，为差异显著，具有统计学意义。

3 结果分析

3.1 完成情况

符合纳入标准的头面部干性脂溢性皮炎患者 64 例均配和完成治疗，无剔除及脱落，病情均有不同程度的改善，具体情况如下。

3.2 基线分析及结论

3.2.1 两组患者性别、年龄、病程、治疗前积分方面比较。

治疗组年龄分布范围 20~50 岁，平均年龄 29.53 ± 6.46 ；对照组年龄范围 22~54 岁，平均年龄 32.81 ± 8.10 ，经统计学处理 $P=0.078 > 0.05$ ，无显著性差异，有可比性；对照组病程最长 3 年，最短 6 个月，平均病程 19.91 ± 8.34 ；治疗组病程最长 3 年，最短 7 个月，平均病程 20.53 ± 8.65 ，经统计学处理 $P=0.394 > 0.05$ ，无显著性差异；两组在治疗前总积分，经统计学处理 $P=0.966 > 0.05$ ，无显著性差异，有可比性；64 例患者中，男 23 例，女 41 例，两组患者经 χ^2 检验比较 $P=0.434 > 0.05$ ，无显著差异，具有可比性。具体情况见如下表 1

表 1 对照组与治疗组年龄、病程、治疗前积分比较

组别	例数	年龄	病程 (月)	治疗前积分	性别	
		($\bar{x} \pm S$)	($\bar{x} \pm S$)	($\bar{x} \pm S$)	男	女
对照组	32	32.81 ± 8.10	19.91 ± 8.34	11.78 ± 2.86	13	19
治疗组	32	29.53 ± 6.46	20.53 ± 8.65	11.81 ± 2.90	10	22

注:两组患者年龄、病程及病情积分比较经独立样本 t 检验均无显著性差异 ($P > 0.05$)，具有可比性，性别比较经过卡方检验，无显著性差异 ($P > 0.05$) 有可比性。

3.2.2 两组在治疗前后的总积分情况，见表 2

表 2 两组治疗前治疗后积分

组别	例数	治疗前积分	治疗后积分
对照组	32	11.78 ± 2.86	5.84 ± 2.02
治疗组	32	11.81 ± 2.90	3.25 ± 1.68

注:治疗前两组症状总积分比较 $p=0.966 > 0.05$ ，无显著差异，具有可比性；治疗后症状总积分比 $p=0.000 < 0.05$ ，有差异性，说明两组均有一定的治疗效果。

3.2.3 两组治疗前后各症状积分比较情况，见表 3-1、3-2、3-3、3-4、3-5

表 3-1 两组治疗前后瘙痒程度比较情况

组别		瘙痒程度	t 值	p 值
对照组	治疗前	2.57 ± 0.63	9.280	0.000
	治疗后	1.33 ± 0.76		
治疗组	治疗前	2.71 ± 0.60	12.800	0.000
	治疗后	0.93 ± 0.67		

表 3-2 两组治疗前后鳞屑程度比较情况

组别		鳞屑程度	t 值	p 值
对照组	治疗前	2.79 ± 0.49	10.207	0.000
	治疗后	1.41 ± 0.63		
治疗组	治疗前	2.89 ± 0.31	13.584	0.000
	治疗后	1.00 ± 0.82		

表 3-3 两组治疗前后红斑比较情况

组别		红斑	t 值	p 值
对照组	治疗前	2.85 ± 0.45	8.944	0.000
	治疗后	1.48 ± 0.64		
治疗组	治疗前	2.82 ± 0.55	12.853	0.000
	治疗后	0.79 ± 0.74		

表 3-4 两组治疗前后皮损面积比较情况

组别		皮损面积	t 值	p 值
对照组	治疗前	2.80 ± 0.57	10.314	0.000
	治疗后	1.27 ± 0.72		
治疗组	治疗前	2.73 ± 0.53	11.867	0.000
	治疗后	0.62 ± 0.70		

表 3-5 两组治疗前后脱发比较情况

组别		脱发	t 值	p 值
对照组	治疗前	2.65 ± 0.56	12.362	0.000
	治疗后	1.27 ± 0.71		
治疗组	治疗前	2.73 ± 0.45	14.809	0.000
	治疗后	0.62 ± 0.70		

注：两组各症状积分经 t 检验，p 均 < 0.05，差异显著，有统计学意义。从表 3-1 到表 3-5 分析得出以下结论，治疗组和对照组在治疗治疗前后各症状积分经检验 p 均 < 0.05，有显著性差异，具有统计学意义；且治疗前后治疗组各症状积分变化都大于对照组。

3.2.4 临床疗效分析

两组临床疗效比较示：治疗组仅有 1 例痊愈，对照组无痊愈；治疗组

32 例，显效 19 例（59.38%），有效 10 例（34.38%），无效 1 例（3.13%），总有效率 96.88%；对照组 32 例，显效 1 例（3.13%），有效 29 例（90.63%），无效 2 例（6.25%），总有效率 93.75%。治疗组和对照组临床疗效经卡方检验 $p < 0.05$ ，差异显著，有统计学意义。结果显示治疗组和对照组均有治疗效果，但治疗组的愈显率和总有效率明显高于对照组，见表 4

表 4 临床疗效比较分析

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率	总有效率
对照组	32	0	1	29	2	3.13%	93.75%
治疗组	32	1	19	11	1	62.50%	96.88%

注：治疗组与对照组临床疗效经卡方检验， $p < 0.05$ ，有显著差异，具有统计学意义。

3.2.5 不良反应及安全性分析，见表 5

表 5 不良反应比较分析

组别	总例数	不良反应例数	发生率
对照组	32	2	6.25%
治疗组	32	1	3.13%

注：治疗组和对照组不良反应率经卡方检验， $p > 0.05$ ，无明显差异，无统计学意义。

两组病例治疗前后血、尿、便常规，肝肾功能，以及心电图的检测指标均无异常，治疗组患者 1 例，在服用中药丸后出现大便次数增多，日行 3-4 次，大便形状与往日无常，但每次排出量少于往常，无肠鸣腹痛，但在第 2 天自行好转，不影响进一步观察治疗。对照组有 2 例患者出现轻微呃逆，胃脘部位发凉的症状，喝热水后缓解，其余患者未出现不良症状反应。

讨 论

1 立题依据

西医认为，脂溢性皮炎属浅表炎症性皮肤病，初发炎症反应比较典型，患者多采纳西医对症治疗的方案，主要有：抑制皮脂分泌异常、减轻皮损炎症反应、防止组织胺和受体的释放，缓解瘙痒。外用抗真菌药与糖皮质激素的联合制剂，非激素类抗炎药主要以吡美莫司为代表。初期疗效快，效果明显，但容易反复，导致发展成慢性、反复性皮肤病。

中医认为该病根据发生部位的症状和表现不同，而病名也不尽相同，发生在头皮、面部的可称为“油风”、“面游风”、“白屑风”，位于眉间的称为“眉风癣”，发生于胸前系扣处的则称作“纽扣风”。对该病的认识也不尽相同，有的认为外因是由六淫邪气之首一风淫导致，内因则根据个人体质的不同所表现出的症状也不尽相同，据该病临床症状表现分析，偏阳性体质之人外感风淫患该病时，体质壮实之人易生湿热，而体质虚弱者易化燥热。风与火合犯肌凑则出现潮红或红斑丘疹。关于本病溢脂的分析记载不多，有称是由于阳明经湿热上蒸所致，也有归于阴虚的说法，阴虚则阳热上扰；对于干性乏脂的症状，则认为是素体营阴不足，病久化为燥症，本有液涸津少、皮毛不泽之症，感邪后同化，阴液更亏，故而迁延不愈。对于脱发的分析，一般认为是毛孔受邪风而乘，以至血虚不能上荣毛发；治疗应以养血润燥为主，兼以祛风止痒。又有过食辛辣味厚之人，阳明大肠经积湿热，浊邪困脾，脾不升清，固不能生肺津，火热复乘，则出现脂溢性皮炎湿热证的表现。中药治疗一般用清泄肺胃，养血润燥，祛风清热，健脾除湿之法。

2 药物组成及方药分析

2.1 药物组成

祛风换肌丸出于《外科正宗》，本方据原方稍作改动拟定，药物组成及用量如下：

制何首乌、胡麻仁、牛膝、苍术（麸炒）、威灵仙、苦参、石菖蒲、天花粉各 200g，当归、川芎、生甘草各 100g，共粉碎研末过筛，做成绿豆大小水丸（由黑龙江省中医院南岗分院制剂室加工制作）

用法用量：口服，一日 2 次，早晚饭后半小时各温水冲服一次，一次

5g。

2.2 方药分析

何首乌—甘—苦—平—肝肾经	苍 术—辛—苦—温—脾胃肝经
牛 膝—甘—苦—平—肝肾经	石菖蒲—辛—苦—温—心胃经
天花粉—甘—苦—寒—肺胃经	威灵仙—辛—咸—温—膀胱经
胡麻仁—甘—平—肺脾肝肾经	苦 参—苦—寒—心肝胃大肠膀胱经
当 归—甘—辛—温—心肝脾经	川 芎—辛—温—肝胆心包经
甘 草—甘—平—心肺脾胃经	

病因病机分析：患者由于素体营阴亏虚，复感湿热，蕴久化燥伤阴，阳气受阻，气机被遏，气不化津，肌体失濡。热耗肾阴（《外感湿热论》：“热邪不燥胃津，必耗肾液”），导致水亏血不畅，血不畅则肝木不疏，木郁生风化燥，水亏则太阳小肠（因足太阳膀胱和手太阳小肠同为寒水之脏，但手太阳小肠属火）不能蒸熟胃中水谷，水谷不能蒸化成脾液，而脾湿胃燥之症。六经辨证属太阳、少阴、太阴、阳明同病。《伤寒说意》：“木为水火之中气，病则土木郁迫，水火不交，外燥而内湿，下寒而上热”，《医源》：“天地之气，阴阳之气也，阴阳之气，燥湿之气也…水火则燥湿所变…燥郁则不能行水，而又生湿，湿郁不能布津而又化燥”。

中医辨证：肝肾阴伤，血燥津亏，风湿郁表

治 法：养血润燥，祛风除湿止痒

解 析：君药：制何首乌

臣药：胡麻仁、麸炒苍术、牛膝；苦参、威灵仙

佐药：当归、川芎；天花粉、石菖蒲

使药：生甘草

本证患者为久病营阴亏虚，中焦脾胃皆伤，燥湿同病，脾土乃伤，故用药须以甘缓为主，虽素有湿热，但现以化燥，热气渐退，湿病在脾，燥病在肺、胃、肝、肾，木不得养而病风，因此养血、除湿、润燥、解郁是治疗的关键。中焦脾胃已伤，故补血滋阴不可用黏腻碍气之品，久病津液亏必有阴结，气不通津液不行，故行以辛温之品；针对中焦蕴久的湿热，不可过用苦寒燥烈，以防苦寒伤胃气，胃津更不能复而阴伤更甚；故以制何首乌为君药，制何首乌养血补肝益肾；胡麻仁既能滋燥，又润肠腑，补

脏通腑，补不足而泄有余；麸炒苍术和牛膝，补木疏土解郁，苍术外散风湿，内健脾胃，牛膝补肝肾，逐血中之湿气；威灵仙和苦参，辛散苦燥咸软，温通苦下并施以祛湿；石菖蒲，化湿醒脾通窍，以上六药为臣，共凑燥湿、化湿、祛风除湿之功。佐使药有：天花粉，甘寒生津又散五脏郁热；当归、川芎补血活血通经，防止病久生瘀血。甘草生用，微寒能清热，又有补益之功，甘平调和诸药。本方名曰“祛风换肌”，全方以辛甘苦温与甘苦寒为用，燥润相合，滋阴而不助湿，燥湿而不伤阴，湿去则津自生，血养则风自去，滋养营阴的同时又温通气阳，气机通畅则病消。

3 现代药理学研究

制何首乌，有白赤之分，赤色入血分，用赤首乌为佳，制首乌填精益肝肾。现代药理研究认为，苦味药能提高人体机能，帮助机体消除体内病理产物，推测可能与坚阴的作用有关。有实验研究将新鲜的何首乌榨汁先后泡在丙酮、乙醇、丙酮，然后去渣沉淀，提取出的滤饼成分经过检测发现有葱肽以及卵磷脂，用凡士林为基质，把滤饼调入敷在筛选出来的重量物 2.3-2.8 之间的实验家兔皮肤，观察提取物对皮肤含水量的影响，在 2h、12h、24h 角质层水分增高分别为 8.27%、65.65%、70.50%，不断增高，说明何首乌（卵磷脂和葱肽）对皮肤有保湿效果，对 40 只喂养高脂饲料，灌胃 20ml，30d 后观察，酶试剂 GOP-POD 法检测高脂饲料组 TG 升高，并提取何首乌水煎液观察高脂组治疗效果，发现治疗后高脂组的 TG 数值下降，阻止脂质沉积，它的提取成分还对 D53 等因子起抑制作用，能改善代谢^[60]。

现代研究发现，牛膝 COPS3 因子含有 β -脱皮松甾酮，多糖类、总皂甙等成分，牛膝多糖试验将牛膝注射液（0.5ml/20g）注入 30 只小鼠体内发现能抗炎，提高免疫活性；牛膝总皂苷能减轻小鼠耳肿胀度、大鼠足肿胀的炎性反应，小鼠热板舔足时间加长，提高痛阈值，牛膝总皂甙有明显的抗炎镇痛效果。用牛膝提取液给小鼠灌胃，观察高血脂模型组小鼠血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白和低密度脂蛋白均有降低，它的降脂功能可能与蜕皮甾酮有关^[61]。

苍术生用辛烈而温燥，麸炒后能缓和其烈性。本品既能健脾又可燥湿，脾健则可升清以泽皮毛，本病患者以久治不愈，湿邪蕴久较为顽固，该药有去死肌，延年益寿的效果。现代药理学研究认为麸炒苍术研究认为苍术

中所含的挥发油是其健脾燥湿之功的主要成分，西医认为空气湿度能引起真菌、杆菌、疥虫等的滋生繁殖。碳末推进实验发现挥发油中的茅术醇和 β -桉叶醇可以促进胃肠蠕动，增加钠钾的排泄，有明显的利尿作用^[62]。

石菖蒲（1：3）浸剂对多种皮肤真菌（同心性毛癣菌等）都能起到抑制的作用， β -细辛醚是石菖蒲挥发油的成分，它能扩展冠状动脉，临床用来治疗胸痹。挥发油是石菖蒲的主要成分。有研究称石菖蒲对中枢神经系统可双向调节，兴奋作用可以醒神开窍，抑制作用能够镇静安神。石菖蒲的镇静作用可以缓解瘙痒症状^[62]。

天花粉即栝楼根，疗疮疡热毒，又可以补肺胃津，治疗虚热内燥，该药甘寒凉润，无伤脾胃之弊。现代药理研究称栝楼根的化学成分主要为氨基酸、糖类化合物、蛋白质、多肽类化合物、多种酶、皂苷、多糖类化合物等，其药理作用主要是增强免疫力、抗病毒，治热病口渴，消肿排脓降血糖等^[63]。

威灵仙，辛咸之性既可以散在表之风，又可以祛在里之湿。祛风湿之功，可内服亦可外洗，治疗皮肤瘙痒。有研究认为威灵仙成分复杂，可以用来治疗类风湿关节炎，肿瘤等疾病，具有解热镇痛、消炎利尿等作用^[64]。其中具有抗炎活性和免疫抑制的皂甙类占主要成分。威灵仙多糖可促进BGC—823细胞核Be17402细胞凋亡，抑制MCF—7细胞生长，能显著降低血尿酸和反应蛋白水平，因此有抗急性反应，抗菌消炎驱除原发病的效果^[64]。

胡麻仁，性平质润，常用来治疗血燥津亏等症。现代研究发现，胡麻仁中含有亚麻酸，对白三烯、PAF有抑制作用，有较好的抗炎、抗过敏作用，其含粘胶和油，有润滑、缓和刺激的作用，可用于治疗局部炎症^[62]。

西医认为瘙痒可能与内外因素刺激神经肽产生致敏物质有关，中医认为瘙痒与风、湿热、毒虫外界因素有关，或由于血虚、阴虚导致的虚痒，苦参有杀虫止痒之功。可抗过敏抗炎，对I、IV型变态反应均有抑制作用，其提取物有良好的抗溃疡效果，还有利胆功能，但是大剂量服用可导致肝脏损伤^[65]。苦参水浸剂具有抑制多种皮肤致病性真菌的作用。苦参是治疗皮肤疾病的常用药，具有美容护肤的作用，能平衡油脂分泌，疏通毛孔，清除皮肤内毒素杂质，促进受损血管神经细胞生长修复，恢复毛细血管活

力，使肌肤重现紧致细滑^[65]苦参碱抗炎机制是直接抑制免疫反应，与垂体系系统无关^[65]。

针对本证患者血虚导致的脱屑瘙痒症状，选用当归和川芎配伍，当归现代药理学研究表明，当归多糖提高小鼠巨噬细胞的吞噬功能，当归水煎灌胃能抑制豚鼠皮肤血管炎和过敏反应；当归成分萜类化合物有抑制平滑肌、促凝、抗血小板聚集、抗炎、补血、增强免疫功能，还可以保护脑免受缺血损伤，抗肿瘤，促进细胞增殖，保护肝肾等^[66]。川芎散温通，通肢节，既活血，又行气，川芎含生物碱类、川芎嗪以及酚类阿魏酸等成分。有实验证明，川芎及川芎嗪对离体大鼠或豚鼠心脏均有显著增加冠脉流量的作用，还可以增强小鼠单核巨噬细胞的吞噬功能，提高淋巴细胞转化率，有抗组胺作用，对部分杆菌和某些致病性皮肤真菌也有抑制作用^[66]。

综上述药物现代药理研究发现，本方治疗脂溢性皮炎的作用机制从以下几个方面：调节免疫，抗炎，抗过敏止痒。其中具有免疫功能的药物有当归、制何首乌、牛膝；发挥抗炎作用的主要有威灵仙、胡麻仁、生甘草；抗组胺药有川芎、天花粉、苦参、石菖蒲。

4 有关疗效的分析

采用祛风换肌丸方治疗头面部干型脂溢性皮炎患者共 32 例，4 周后观察疗效，两组在治疗前症状总积分比较 $p > 0.05$ ，无显著差异，具有可比性；治疗结束时瘙痒程度、红斑、鳞屑程度、皮损面积和脱发症状评分均低于治疗前 ($p < 0.05$)，说明两组均有一定的治疗效果，但治疗组各症状积分均明显低于对照组。治疗组和对照组疗效观察比较经检验 $p < 0.05$ ，差异显著，具有统计学意义，治疗组愈显率为 62.50%，总有效率为 96.88%；对照组愈显率为 3.13%，总有效率为 93.75%，治疗组的愈显率和总有效率明显高于对照组，说明治疗效果优于对照组。从不良反应发生率来看，治疗组不良反应发生率为 3.13%，对照组不良反应发生率为 6.25%，治疗组不良反应发生患小于对照组。综合分析证明祛风换肌丸治疗头面部干性脂溢性皮炎的疗效优于消风止痒胶囊。

对照组润燥止痒胶囊与治疗组祛风换肌丸同属润燥剂，证型相符，其主要成分有：制何首乌、何首乌、苦参、生地黄、桑叶、红活麻，与治疗组相比多了生地黄和桑叶，少了辛温通散祛风湿的苍术、威灵仙，补血活

血的当归、川芎，还有甘寒生津润燥的天花粉，补肝肾通络且能引热下行的牛膝。红活麻，辛寒，有祛风除湿消肿之功；生地黄清热凉血，桑叶疏散表热，清肺还能平肝凉血，由于本证患者病尚在阳经，血热的表现不明显，用清热凉血之品恐会引邪入里。

现代药理分析其有效机制可能与方中大多数药类含有皂甙、多糖等成分有关，它们都有改变细胞膜通透度，对酶活性起作用，T淋巴细胞受抑制而起到止痒作用；还有一些药物含有黄酮类化合物，能杀灭皮肤癣菌、霉菌等真菌。何首乌、牛膝都有降脂的作用。

5 存在的问题和展望

5.1 存在的问题

由于脂溢性皮炎病因尚不明确，一些食物药物等诱因有的可以避免，但遗传、免疫及精神因素很难回避，因此很难从病因上根治，增加了治愈的困难。在治疗方面，西医传统的激素类及抗真菌药虽然随着更新换代减少了不少副作用，但仍然存在停药后复发更加严重的现象，而且只是临时缓解症状，对于长期的治愈效果欠佳，进入不断治疗不断犯病的恶性循环中。中医药有不少成方验方治疗脂溢性皮炎的经验，临床疗效较为确切，而且复发率较低，但服用中药疗效缓慢，疗程长，患者大多难以坚持，有些患者还会因为中药的特殊味道而拒绝服用，单独依靠中药想真正根治所有的脂溢性皮炎也很难达到。因时间短样本来源局限，故样本量较小，痊愈患者量少无法进行随访，对复发率不能做出判断。数据统计可能会出现偏差，疗效判定的准确性可能会受到影响。现代医学对药物的研究资料不足，而且成分复杂，难以明确哪种成分具体起效。

5.2 展望

- (1)尽可能制出有统一观察指标和疗效标准的多中心、大样本的临床观察；
- (2)加强药理成分的研究和临床试验的研究，加大实验室指标的检测，进一步完善本课题；加强实验室的基础研究及实验室指标的检测，进一步研究完善本课题。
- (3)加强脂溢性皮炎患者身心的护理，稳定病人情绪；加强对患者生活方面的指导。

结 论

综上所述祛风换肌丸治疗头面部干性型脂溢性皮炎疗效确切，治疗前后瘙痒、鳞屑、皮损面积、红斑和脱发症状积分均有明显降低，且无明显不良反应，治疗效果优于对照组，所以笔者认为，祛风换肌丸方治疗头面部干性脂溢性皮炎安全有效。

致 谢

转眼间，三年研究生学习生涯即将结束，期间笔者有幸跟随导师王学军教授出诊学习，时间短暂不能完全领悟导师丰富的诊治经验，但重要的是学会了临床科研方法，以及从医、做人的道理，导师严谨的治学态度、高尚的医德、和蔼的待人方式对我产生了深远的影响，也为我树立了榜样。本论文是在王学军教授的悉心指导下完成的，在此，向导师表示衷心的感谢。

此外，特别对皮肤四科李怀军主任、李孜怡师姐和周永嘉师兄表示感谢，他们为我的论文研究提供了宝贵的病例资料和写作方面的指导。

同时，感谢研究院付老师和班老师对我学习和生活上的关心和帮助。

感谢本论文所引用的资料的原著作者，他们为我的研究及为论文提供了理论支持，帮助我最终完成写作。

衷心的感谢如各位老师专家在百忙之中在阅读我的论文参与我的答辩，如对论文有任何各意见，请批评指正，你们辛苦了。

攻读硕士学位期间发表的论文

杨肖肖, 王学军. 清肺散加减治疗脂溢性皮炎风热证的 60 例的临床观察. 黑龙江中药, 2017, 46(4):19-21.

参考文献

- [1] 宋·王怀隐. 太平圣惠方[M]. 北京: 人民卫生出版社.
- [2] 宋·郑金生校点. 圣济总录[M]. 北京: 人民卫生出版社.
- [3] 明·陈实功. 外科正宗[M]. 天津: 天津科学技术出版社出版, 1993: 293, 275-285.
- [4] 李博鉴. 皮肤科证治概要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001:157-158.
- [5] 清·张年顺, 张弛等校注. 医宗金鉴[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011. 8, 703-704.
- [6] 禩国维, 候君, 等. 国医大师禩国维教授中医皮肤病临证思辨观浅析[J]. 四川中医, 2017, 35(6): 1-3.
- [7] 陆德铭, 毛佳琳. 陆德铭教授治疗脂溢性皮炎经验[J]. 中医教育, 1999(03): 51-53.
- [8] 王玉玺, 潘学东. 王玉玺教授治疗脂溢性皮炎的经验[J]. 吉林中药, 2008, 28(8):557
- [9] 董圣群, 何飞. 董圣群辨治脂溢性皮炎经验[J]. 浙江中西医结合杂志 2010 20(3): 136
- [10] 钟以泽, 张静, 林莹宣, 冉宁晶. 钟以泽教授治疗脂溢性皮炎的经验[J]. 云南中医药杂志, 2009, 30(8):1-2.
- [11] 喻文球, 王丹, 邹国明, 梁育. 喻文球从湿热论治脂溢性皮肤病经验[J]. 江西中医药大学学报, 2015, 27(03): 29-32.
- [12] 王丽芬, 等. 从肺经风热辨治面游风经验举隅[J]. 中国民族民间医药, 2016, 6(25): 47.
- [13] 唐·孙思邈著. 焦振廉等校注[M]. 中国医药科技出版社.
- [14] 北京中医医院. 赵炳南临床经验集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005. 248-374.
- [15] 朱艳灵, 左小红, 褚宏飞, 王泽辉, 李华, 高媛媛. 黄芩治疗脂溢性皮炎经验[J]. 山东中医杂志, 2012.
- [16] 景欣, 刘磊, 高晔, 陈大双. 景洪贵治疗脂溢性皮炎经验[J]. 中医药导报, 2017, 23(2): 109.
- [17] 欧阳恒. 中医皮肤临床经验集[M]. 人民卫生出版社, 2007:253-254.

- [18] 孙虹, 宁艳洁. 孙虹教授五草汤治疗皮肤病血热证的临床经验介绍[J]. 皮肤病与性病, 2013, 35: 92-94.
- [19] 庄国康. 庄国康教授运用重镇搜风法治疗顽固性皮肤瘙痒的经验[J]. 环球中医药, 2015, 8(1): 63.
- [20] 王锁杏. 脂溢洗方在皮肤科的应用[J]. 陕西中医, 2012, 33(06): 761.
- [21] 丁雄飞. 喻文球治疗脂溢性脱发经验[J]. Journal Of Traditional Chinese Medicine, 2005, 46(7): 497-498.
- [22] 杨岚, 李元文, 曲剑华. 透骨草方在皮肤病治疗中的辨证应用[J]. 北京中医药, 2016, 35(7): 698.
- [23] 孙虹. 孙虹教授应用甘草洗剂治疗面部脂溢性皮炎 32 例疗效观察[J]. 皮肤与性病, 2017, 39(5): 363.
- [24] 单敏洁. 海艾汤外洗治疗头部脂溢性皮炎例[J]. 江西中医药, 2006, 37(280): 31.
- [25] 刘喜福, 付爱华, 陈世义, 等. 中药参柏霜外用治疗脂溢性皮炎的临床应用研究[J]. 中国中医基础学杂志, 2006, 12(5): 370-371.
- [26] 王治国. 四白生发搽剂治疗脂溢性脱发 230 例[J]. 四川中医, 1999(2): 36.
- [27] 孟德华荆防酊治疗脂溢性皮炎疗效观察[J]. 2002, 16(5): 34
- [28] 吴景东. 石蓝草煎剂治疗肺胃热盛型面部脂溢性皮炎疗效观察[J]. 中国美容医学杂志, 2012, 21(1): 127-128.
- [29] 麦丽霞, 杨广智. 脂溢洗方外洗加当归苦参丸内服治疗头部脂溢性皮炎的疗效观察[J]. 北方药学, 2012, 09(7): 67-68.
- [30] 王东海, 董子帅. 复方甘草竹叶汤联合冷喷治疗面部脂溢性皮炎疗效观察[J]. 新中医, 2017, 5(49): 94.
- [31] 陈桂升. 枇杷清肺饮加减联合红蓝光治疗头部脂溢性皮炎[J]. 江苏中医药, 2018, 50(4): 36-38.
- [32] 牛朝志. 中西医结合治疗脂溢性皮炎疗效观察[J]. 中国美容医学杂志, 2011, 20(3) 471-482.
- [33] 马新华. 中药辨证联合他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎临床观察[J]. 新中医, 2015(03): 123-124.

- [34] 赵君. 腹针联合抗组胺药治疗面部脂溢性皮炎的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2015
- [35] 马绍尧. 现代中医皮肤性病学[J]. 2001, 387.
- [36] 李恒, 皮先明. 维生素 B6 穴位注射联合甘草锌治疗脂溢性皮炎疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2013, 35 (10) : 58.
- [37] Gupta AK, Madzi SE, Batra R. Etiology and management of seborrheic dermatitis. *Dermatology*. 2004, 208 (2) : 89-93.
- [38] 吴小红, 刘瓦利. 脂溢性皮炎发病机理的中西医研究现状[J]. 中国中西医结合皮肤病学杂志, 2003, (3) : 193-197.
- [39] Rudramurthy SM, Honnavar P, Dogra S, et al. Association of Malassezia species with dandruff[J]. *Indian J Med Res*, 2014,139 (3) : 431-437.
- [40] Barac A, Pekmezovic M, Milobratovic D, et al. Presence, species distribution, and density of Malassezia yeast in patients with seborrhoeic dermatitis-a community-based case-control study and review of literature[J]. *Mycoses*, 2015,58 (2) : 69-75.
- [41] McGinley KJ, et al. *J Invest Dermatol*, 1981, 12: 852.
- [42] McGinley KJ, Leyden JJ, Marples BN, et al. Quantitative Microbiology of the scalp in non-dandruff, dandruff and seborrheic dermatitis. *J Invest Dermatol* 1975, 04:401-405.
- [43] 张雪梅, 姚占非, 张晓梅. 金梳洁龈含漱液熏蒸联合洁悠神治疗寻常型痤疮疗效观察 [J]. 中国美容医学, 2013, 22 (13) : 1440-1443.
- [44] Rudramurthy SM, Honnavar P, Dogra S, et al. Association of Malassezia species with dandruff[J]. *Indian J Med Res*, 2014,139 (3) : 431-437.
- [45] Barac A, Pekmezovic M, Milobratovic D, et al. Presence, species distribution, and density of Malassezia yeast in patients with seborrhoeic dermatitis-a community-based case-control study and review of literature[J]. *Mycoses*, 2015,58 (2) : 69-75.
- [46] 刘中华, 张慧敏. 脂溢性皮炎与马拉色菌的关系及相关治疗研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14 (5) : 82-85.
- [47] 王晓萌, 等. 肠-脑-皮肤轴与特应性皮炎[J]. 中国中西医结合皮肤病学

杂志, 2018, 17 (1) : 83.

[48] 竺炯, 赖用贤. 面部脂溢性皮炎的相关性因素分析[J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30 (2) : 106-107.

[49] 刘辉, 赵博, 等. 派瑞松霜治疗面部脂溢性皮炎 46 例疗效观察[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2004, 20 (2) : 191-191.

[50] 张开发, 何春峰, 杜华. 曲安奈德益康唑乳膏治疗脂溢性皮炎 78 例临床观察[J]. 中国医学文摘·皮肤科学, 2014, 31 (2) : 71-72.

[51] 刘文宝, 刘岩, 游松. 氯可托龙新戊酸酯及其有关物质的结构鉴定[J]. 沈阳药科大学学报, 2012, 10:770-776.

[52] 钱桂萍, 高宇. 伊曲康唑治疗头皮部脂溢性皮炎疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2011, (2) : 114.

[53] 王爱平, 等. 2%酮康唑洗剂治疗头皮脂溢性皮炎和花斑癣随机双盲对照临床试验[J]. 中国临床药理学杂志, 1995, 11 (4) : 200-205.

[54] 张洁, 李冬芹, 代永霞. 0.03%他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎临床疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2009, 23 (5) : 289-290.

[55] 赖旭峰. 0.03%他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎临床疗效观察[J]. 中国实用医药, 2015, 10 (6) : 215-216.

[56] 余扬林. 维 A 酸霜 (迪维霜) 治疗扁平疣、脂溢性皮炎和痤疮的疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2001, 30 (05) : 322.

[57] 蔡宏伟, 纪青. 二氧化碳-氦氛激光治疗脂溢性皮炎头部损害的临床观察[J]. 岭南皮肤性病科杂志, 12 (3) : 231-232.

[58] 黄华. 中医五行音乐在治疗混合性焦虑抑郁障碍中的应用[J]. 中国现代药物应用, 2017, 11 (09) : 183-184.

[59] 国家中医药管理局. 中药 (新药) 临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002:291-295.

[60] 蔡伟杰, 吴兆怀. 何首乌的功效及临床应用[J]. 中国临床研究, 2016, 8 (03) : 139.

[61] 田硕, 苗明三. 牛膝的化学药理及应用特点探讨[J]. 中医学报, 2014, 8: 1184-1188.

[62] 宋立人, 等. 现代中药学大辞典. 人民卫生出版社, 2001, 5.

[63] 游维丽. 浅论栝楼皮、栝楼种子和栝楼根的化学成分及药理作用[J]. 当代医药论丛, 2017, 15(23):163-164.

[64] 闫山林, 等. 威灵仙的化学成分及生物活性的研究进展[J]. 天津药学, 28(2)

[65] 张少少. 苦参化学成分和药理研究现状[J]. 中国民族民间医药, 2008, 11: 8-9.

[66] 夏泉, 张平, 李召平, 王一涛. 当归的药理作用研究进展[J]. 时珍国医国药, 2004, 15(3): 164-165.