# 除湿胃苓汤加减治疗脾虚湿热型脂溢性皮炎的临床观察

林皆鹏
（福建省漳州市中医院皮肤科　漳州 363000）

**摘要**：目的：探讨除湿胃苓汤加减治疗脾虚湿热型脂溢性皮炎的临床效果。方法：选取 2013 年 7 月 ~2016 年 12 月我院皮肤科收治的 188 例脾虚湿热型脂溢性皮炎患者为研究对象，随机分为对照组和观察组各 94 例。对照组采用常规西医治疗，观察组给予除湿胃苓汤加减治疗。比较两组患者临床疗效、皮疹改善情况、中医证候改善情况及不良反应。结果：观察组患者治疗总有效率显著高于对照组（$P<0.05$）；治疗后观察组患者皮疹颜色、皮疹面积、瘙痒程度、皮疹潮红微肿等症状积分明显低于对照组，疲劳、尿黄、纳差、口渴便干等中医证候积分明显低于对照组（$P<0.05$）；观察组胃肠道不适、轻度嗜睡等不良反应发生率与对照组比较无明显差异（$P>0.05$）。结论：除湿胃苓汤加减治疗脾虚湿热型脂溢性皮炎疗效显著，可有效改善患者皮损症状及全身症状，具有积极的临床意义。

**关键词**：脂溢性皮炎；脾虚湿热型；除湿胃苓汤加减；临床分析
**中图分类号**：R758.736　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.029

脂溢性皮炎是临床常见的慢性炎症性皮肤病，以局部皮肤皮脂溢出为主要表现，好发于颜面部、头皮等皮脂腺较多的部位，临床可见皮肤红斑上覆油腻或干燥鳞屑为特征，伴瘙痒。男性发病高于女性，一般认为与皮脂分泌异常、真菌感染、微量元素缺乏及不良饮食习惯等有关[1]。中医对本病有丰富的治疗经验，认为湿邪外侵、饮食不节或禀赋不耐、脾胃虚弱、运化失职等引起痰湿内生，郁而化热，湿热蕴于肌肤而发，因此辨证多属于脾虚湿热型，治疗的关键在于健脾利湿、清热利水[2]。本研究采用除湿胃苓汤加减治疗脾虚湿热型脂溢性皮炎，疗效满意。现报道如下：

## 1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2013 年 7 月 ~2016 年 12 月我院皮肤科收治的 188 例脾虚湿热型脂溢性皮炎患者为研究对象，随机分为对照组和观察组各 94 例。观察组男 58 例，女 36 例；年龄 22~65 岁，平均年龄（34.6± 10.3）岁；病程 2~12 个月。对照组男 62 例，女 32 例；年龄 21~64 岁，平均年龄（35.1± 10.7）岁；病程 3~11 个月。所有患者均符合脂溢性皮炎诊断标准，中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》[3]相关标准，属于脾虚湿热型，症见脾气虚弱，湿热内蕴，食少，稍觉神疲乏力，便溏不爽，身热不扬，舌红胖，苔黄滑，脉滑数等；皮损为淡红或黄红色斑片，表面附有鳞屑或痂皮，皮损较为油腻，伴有不同程度瘙痒（按瘙痒程度分类：Ⅰ级 44 例、Ⅱ级 66 例、Ⅲ级 62 例、Ⅳ级 16 例。）；排除治疗前 2 周服用激素类药物者、药物过敏者。两组患者年龄、性别、病程、皮损严重程度、瘙痒程度等比较无明显差异，$P>0.0.5$，具有可比性。

1.2　治疗方法

1.2.1　对照组　给予口服维生素 $B_2$ 片 10 mg/ 次、3 次 /d，维生素 $B_6$ 片 20 mg/ 次、3 次 /d，西替利嗪片（国药准字 H19980014）10 mg/ 次、1 次 /d，并给予二硫化硒洗剂（国药准字 H10800003）涂抹于皮损处，根据面积一般一次涂抹 10~30 ml，保留 10~30 min 后温水冲洗，2 次 / 周。

1.2.2　观察组　给予口服除湿胃苓汤加减治疗。方剂包括苍术 10 g、厚朴 10 g、陈皮 10 g、滑石 30 g、茯苓 15 g、白术 15 g、泽泻 15 g、猪苓 10 g、白鲜皮 10 g、桂枝 6 g、浙贝 10 g、山楂 8 g、防风 10 g、栀子 10 g、蒲公英 10 g、白花蛇舌草 10 g、甘草 6 g。随症加减：瘙痒明显者加苦参 10 g、地肤子 10 g；湿重者加藿香 10 g、佩兰 10 g；大便干燥者加瓜蒌 10 g；日久不愈者加全蝎 6 g、威灵仙 10 g[4]。1 剂 /d，水煎 2 次，取汁 400 ml，早晚各服用 200 ml，最后再煎 1 次，取汁 2 000 ml 进行外洗。两组患者均以 3 周为 1 个疗程，连续治疗 2 个疗程。

1.3　观察指标　（1）采用皮损积分观察皮损改善情况，内容包括：皮疹颜色、皮疹面积、瘙痒程度、皮疹潮红微肿，根据严重程度记为 0~4 分，得分越高表示皮损越严重。（2）采用中医证候积分评价临床症状改善情况，内容包括：疲劳、尿黄、纳差、口渴便干等，记为 0~4 分，得分越高表示症状越重。（3）观察两组患者治疗过程中有无胃肠道不适、嗜睡等不良反应发生。

1.4　疗效判定标准[5]　痊愈：皮损完全消退，自觉症状完全消失；显效：皮损消退超过 60%，自觉症状明显减轻；有效：皮损消退 30%~60%，自觉症状有所好转；无效：皮损消退不足 30%，自觉症状无明显改善或有所加重。总有效率 =（痊愈 + 显效 + 有效）/ 总例数× 100%。

1.5　统计学方法　采用 SPSS19.0 统计学软件进行数据分析，计量资料以（$\bar{x}\pm s$）表示，采用 $t$ 检验；计

数资料用率表示，采用 $\chi^2$ 检验，$P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组患者临床疗效比较** 观察组临床治疗总有效率明显高于对照组，$P<0.05$，差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

| 组别 | $n$ | 痊愈(例) | 显效(例) | 有效(例) | 无效(例) | 总有效率(%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 94 | 42 | 36 | 12 | 4 | 95.74* |
| 对照组 | 94 | 28 | 30 | 14 | 22 | 76.60 |

注：与对照组相比，*$P<0.05$。

**2.2 两组患者治疗后皮损积分比较** 治疗后观察组皮疹颜色、皮疹面积、瘙痒程度、皮疹潮红微肿等症状积分明显低于对照组，$P<0.05$，差异具有统计学意义。见表 2。

表 2 两组患者治疗后皮损积分比较(分，$\bar{x}\pm s$)

| 组别 | $n$ | 皮疹颜色 | 皮疹面积 | 瘙痒程度 | 皮疹潮红微肿 |
|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 94 | 0.98± 0.46 | 0.93± 0.36 | 0.91± 0.28 | 0.96± 0.45 |
| 对照组 | 94 | 1.72± 0.53 | 2.04± 0.45 | 1.59± 0.39 | 1.77± 0.48 |
| $P$ | | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

**2.3 两组患者治疗后中医证候积分比较** 治疗后观察组疲劳、尿黄、纳差、口渴便干等中医证候积分明显低于对照组，$P<0.05$，差异具有统计学意义。见表 3。

表 3 两组患者治疗后中医证候积分比较(分，$\bar{x}\pm s$)

| 组别 | $n$ | 疲劳 | 尿黄 | 纳差 | 口渴便干 |
|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 94 | 0.72± 0.41 | 0.92± 0.62 | 0.87± 0.37 | 1.02± 0.36 |
| 对照组 | 94 | 1.68± 0.39 | 2.01± 0.68 | 1.82± 0.54 | 1.75± 0.53 |
| $P$ | | <0.05 | <0.05 | <0.05 | <0.05 |

**2.4 两组患者不良反应情况比较** 观察组发生胃肠道不适 4 例，不良反应发生率为 4.26%；对照组发生嗜睡 2 例、胃肠道不适 4 例，发生率为 6.38%。两组不良反应发生率比较无明显差异，$P>0.05$。

## 3 讨论

脂溢性皮炎具有起病慢、病程长、反复发作的特点，皮疹多见于头面部皮肤及头皮，呈油腻状红色或黄红色斑片，表面有鳞屑或痂皮，多伴有不同程度瘙痒。本病的发病机制尚未明确，西医认为多与嗜酒、喜食辛辣食物、精神刺激、生活不规律等有关，导致皮脂分泌旺盛，皮脂化学成分改变，皮肤菌群失调[6]。若不及时治疗可蔓延至其他脂腺丰富的部位，给患者的生活带来负面影响。西医治疗主要给予内服 B 族维生素、抗组胺药，外用维甲酸类药物等，短期疗效尚可，但复发率较高，不良反应明显，临床使用受限制[7]。

中医认为，本病属“白屑风、面游风”等范畴。《医宗金鉴•外科心法》记载：“此证生于面上，初发面目浮肿，痒若虫行，肌肤干燥，时起白屑，次后极痒，抓破，热湿盛者津黄水，风燥盛者津血，痛楚难堪”。提出本病症状特点，初生于面，伴明显瘙痒，随之发于耳、头等，患者痛苦较大。《外科正宗•白屑风》记载：“风邪侵入……肌肤失养……过食辛辣……”提出本病的发病与淫邪外侵、饮食不节、血虚生风有关。总结历代医家的论述，我们认为，本病主要发病机制为脾虚湿盛，酿生湿热，湿热内蕴，蕴阻肌肤而致[8]。或饮食不节，伤及脾胃，脾失健运，水湿停滞，化热生湿浸淫肌肤；或因湿热邪气内蕴，化热动风，内不得疏泄，外不得透达，郁于皮毛膜理。在辨证时应结合全身症状，舌、脉之象综合考虑，治疗以健脾燥湿、清热止痒为大法，调节饮食、避免情志刺激、规律作息，继而缓解症状，防止复发[9]。

除湿胃苓汤是清代吴谦《医宗金鉴》中的经典方剂，最早为“缠腰火丹”的脾肺二经湿热偏盛而设，方中以平胃散(苍术、厚朴、陈皮、甘草)和五苓散(白术、泽泻、茯苓、猪苓、肉桂)为基础，前者燥湿运脾、行气和胃，后者健脾助阳、化气利水渗湿，加栀子、木通、滑石、防风清热利湿、祛风胜湿，使全方获得清热除湿、健脾利水之功效。笔者根据多年临床经验在原方的基础上加减，去木通及肉桂，加桂枝、蒲公英、白花蛇舌草，方中苍术最善运脾除湿，厚朴行气化湿，两药相伍同治中焦湿阻，兼健脾行气为君药；滑石清热利水，白术、茯苓健脾利湿，泽泻、猪苓淡渗利湿，五药共奏健脾利湿之效为臣药；陈皮燥湿化痰，白鲜皮祛风燥湿、清热解毒，桂枝温化膀胱之气，外解太阳之表，栀子善清三焦湿热，兼制苍术、桂枝温燥之性，防风祛风胜湿，浙贝、山楂软坚散结化湿，蒲公英、白花蛇舌草清热解毒、消肿散结，九药共为佐药，增强清热利湿之力；甘草调和诸药为使。全方以健脾利湿、清热利水为主，兼顾祛风止痒，以治病求本，使邪气从大小便中排出，达到消肿止痒、祛斑护肤的作用[10]。现代药理研究表明，本方具有良好的抗变态反应、抗炎、止痒效果，从而起到调节皮脂腺机能的作用，减少皮脂分泌，抑制炎症，促进皮损消退，且无明显不良反应，安全性高。在内服的同时采用本方外洗，直接作用于皮损局部，可促进药效的渗透和发挥。

本研究结果显示，观察组患者临床治疗总有效率明显高于对照组，皮疹颜色、皮疹面积、瘙痒程度、皮疹潮红微肿等症状积分明显低于对照组，疲劳、尿黄、纳差、口渴便干等中医症候积分明显低于对照组($P<0.05$)；两组不良反应发生率比较无明显差异($P>0.05$)。说明除湿胃苓汤加减可有效改善脂溢性皮炎患者皮疹症状，促进皮疹消退，减少皮疹面积，淡化皮肤颜色，改善全身症状，且不良反应少。综上

所述，除湿胃苓汤加减治疗脾虚湿热型脂溢性皮炎临床效果确切，通过健脾祛湿，达到缓解机体湿热内盛的状态，以促进整体症状的消除，从根本上调整身体机能，促进患者康复，且安全性高。

**参考文献**

[1]钟新忠,李可.加减除湿胃苓汤治疗脂溢性皮炎临床疗效观察[J].亚太传统医药,2010,6(9):31-32
[2]黄瑾.自拟清热除湿汤治疗脂溢性皮炎（湿热内盛型）疗效分析[J].四川中医,2015,34(6):132-133
[3]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,1994.158
[4]邢建军,杨光艳,段逸群.除湿胃苓汤加减方联合复方甘草酸苷治疗脾虚湿蕴型亚急性湿疹 30 例[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2011,10(6):369-370
[5]李桂香.龙胆泻肝汤加减治疗脾胃湿热型面部脂溢性皮炎疗效观察[J].内蒙古中医药,2012,31(5):12
[6]林春生.湿热内盛型脂溢性皮炎的临床中医药治疗方法及疗效评价[J].中外医疗,2017,36(4):20-22
[7]江丽莹,顾民华,陈惠娟,等.知柏地黄汤加减治疗脂溢性皮炎临床研究[J].中医学报,2015,30(6):898-900
[8]王丽,林少健.中药内服加颠倒散外敷治疗面部脂溢性皮炎脾胃湿热证 40 例疗效观察[J].四川中医,2008,26(5):103-104
[9]秦录.中西医结合治疗血热风燥型面部脂溢性皮炎 63 例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(12):61-62
[10]康兰瑞,李雪冬.清热除湿汤治疗湿热内盛型脂溢性皮炎 48 例疗效观察[J].北京中医药,2011,30(12):940-941

（收稿日期：2017-07-01）

# 鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术的临床分析

孙爱东　练状　程泽星#　庄远岭
（扬州大学附属医院耳鼻咽喉科　江苏扬州 225000）

**摘要**：目的：分析鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术的临床效果。方法：选取 2016 年 2 月 ~2017 年 2 月在我院进行鼻中隔矫正术治疗的患者 160 例，按照随机数字表法分为切除组和保留组，每组 80 例。切除组采用鼻中隔软骨切除矫正术治疗，保留组则采用鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术治疗。比较两组的手术治疗效果、手术操作时间、手术过程出血、术后拆线时间和患者鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔黏膜反应等并发症的发生率。结果：保留组的手术治疗效果优于切除组，差异有统计学意义，$P<0.05$；保留组的手术操作时间、手术过程出血、术后拆线时间均少于切除组，差异有统计学意义，$P<0.05$；保留组患者的鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔黏膜反应等并发症的发生率低于切除组，差异有统计学意义，$P<0.05$。结论：鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术临床效果确切，可有效缩短手术操作时间和术后拆线时间，减少手术过程出血，降低鼻中隔穿孔、鞍鼻、鼻腔黏膜反应等并发症的发生率，提升治疗效果。

**关键词**：鼻中隔矫正术；鼻内镜；鼻中隔软骨；临床效果
**中图分类号**：R765.9　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.08.030

鼻中隔偏曲是指鼻中隔偏离中线，向局部或一侧、双侧弯曲、突起的疾病，是一种常见的鼻功能障碍疾病，患者会出现鼻塞、头晕等各种临床症状。鼻中隔矫正术可对鼻中隔偏曲进行有效治疗。随着微创技术的不断发展，鼻内镜手术也得到了相应的发展，具有术野清晰、操作灵活和适用性强等特点和优势，鼻内镜下鼻中隔矫正术逐渐取代了传统额镜下鼻中隔矫正术，成为了治疗鼻中隔偏曲的首选术式[1]。本研究分析了鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术的临床效果。现报告如下：

## 1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2016 年 2 月 ~2017 年 2 月在我院进行鼻中隔矫正术治疗的患者 160 例，按照随机数字表法分为切除组和保留组，每组 80 例。保留组中男 44 例，女 36 例；年龄 21~65 岁，平均年龄（37.18± 4.12）岁；骨部偏曲 26 例，混合性偏曲 10 例，软骨部偏曲 44 例。切除组中男 46 例，女 34 例；年龄 22~65 岁，平均年龄（37.65± 4.92）岁；骨部偏曲 26 例，混合性偏曲 11 例，软骨部偏曲 43 例。两组患者的一般资料比较，差异无统计学意义，$P>0.05$，具有可比性。

1.2　手术方法

1.2.1　切除组　采用鼻中隔软骨切除鼻中隔矫正术。采用全身麻醉，鼻腔用生理盐水、肾上腺素收缩，在鼻内镜下对患者鼻中隔偏曲的情况进行观察，并在鼻中隔左侧作一切口，将鼻中隔左侧的黏软骨膜前后彻底分离，并在软骨前端将软骨切开，并将对侧黏软骨膜彻底分离，暴露鼻中隔处偏曲骨嵴，去除骨质后，用生理盐水完成对术腔的冲洗，最后对切口进行间断缝合。

1.2.2　保留组　采用鼻内镜下完整保留鼻中隔软骨的鼻中隔矫正术。收缩鼻腔的方法同切除组，于鼻中隔前端凹陷处作一切口，并将同侧中隔软骨膜和软骨连接分离，从切口处将软骨切透，进入对侧，将鼻中隔黏软骨膜彻底分离，形成鼻中隔软骨顶端连接。若软骨自身不弯曲，可将其顶端作为旋转轴，移到中间位置；若软骨自身弯曲，可不进行间断切割，在降低张力后移到中间位置。用切削钻头打磨筛骨垂直

# 通讯作者：程泽星，E-mail：3227954127@qq.com