

脂溢性皮炎的中西医外治进展

闵宗富¹, 王远红^{2*}

¹黑龙江中医药大学第一临床医学院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第一医院皮肤科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2024年7月5日; 录用日期: 2024年7月29日; 发布日期: 2024年8月7日

摘要

脂溢性皮炎(SD)是一种常见的慢性炎症性皮肤病, 好发于头面、胸背部等皮脂腺分布旺盛部位。是由毛囊及皮脂腺分泌过量皮脂堵塞毛孔引起, 少数轻者仅有头皮脱屑, 多数以红斑、鳞状斑块上覆鳞屑伴有瘙痒为特征, 鳞屑呈黄色或白色油腻状。SD属中医“白屑风”范畴, 古代医家认为白屑风发病与肺脾肾三脏密切相关, 多由风热、湿热、血热引起。

关键词

脂溢性, 中医外治, 西医外治, 综述

The Research Advancements in the Topical Treatment of Seborrheic Dermatitis Using Chinese and Western Medicine

Zongfu Min¹, Yuanhong Wang^{2*}

¹The First Clinical College of Medicine, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Dermatology, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: Jul. 5th, 2024; accepted: Jul. 29th, 2024; published: Aug. 7th, 2024

Abstract

Seborrheic dermatitis (SD) is a common chronic inflammatory skin disease, which occurs in the head, chest and back and other parts of the sebaceous gland distribution. It is caused by excessive

*通讯作者。

文章引用: 闵宗富, 王远红. 脂溢性皮炎的中西医外治进展[J]. 临床医学进展, 2024, 14(8): 259-263.

DOI: 10.12677/acm.2024.1482209

sebum secretion of hair follicles and sebaceous glands blocking pores. A few mild cases only scalp desquamation, most of which are characterized by erythema and scaly patches covered with itching, and scales are yellow or white greasy. SD belongs to the category of "white chip wind" in Chinese medicine. Ancient doctors believe that the incidence of white chip wind is closely related to the three viscera of lung, spleen and kidney, which are mostly caused by wind heat, damp heat and blood heat.

Keywords

Seborrheic, External Treatment of Traditional Chinese Medicine, Western Medicine for External Treatment, Summarize

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

目前 SD 的治疗多以外治为主, 中医外治法包括用药物洗、熏、擦, 中药软膏、针灸等。西医外治上多以抗真菌药物、皮质类固醇、钙调神经磷酸酶抑制剂及 UVB 光疗为主。现对近几年中西医外治法治疗脂溢性皮炎的研究做出一下总结。

2. 中医外治

张静[1]等采用加味皂柏洗方治疗头皮脂溢性皮炎(湿热证), 对照组外用 2.5%二硫化硒洗剂。治疗组予加味皂柏洗方, 组成: 花椒 6 g, 苍耳子、王不留行、大皂角各 10 g, 侧柏叶、苦参各 15 g, 地榆、透骨草各 20 g。两组均治疗 4 周。结果: 两组患者治疗后皮损程度评分、瘙痒 VAS 评分、ASFS 评分及 DLQI 评分与治疗前相比均有不同程度下降($P < 0.05$)。临床疗效总有效率治疗组 90.00%优于对照组 67.86%。陈清宇[2]研究复方黄柏液涂剂联合他克莫司软膏对脂溢性皮炎患者的影响, 试验组 42 例予复方黄柏液涂剂(1 次/d, 5~10 min/次)联合他克莫司软膏(2 次/d), 对照组 41 例单独外用他克莫司软膏(2 次/d)。研究结果表明: 临床疗效试验组 95.24%显著高于对照组 78.05% ($P < 0.05$), 治疗后皮肤屏障与炎症指标(TNF- α 、IFN- γ 、IL-8)试验组均优于对照组($P < 0.05$)。杜沂宸[3]等使用止痒洗剂治疗头皮脂溢性皮炎(湿热型), 治疗组 48 例用自拟止痒洗剂方, 组成: 黄芩、黄柏、苦参、炙百部、白鲜皮、地肤子各 15 g, 大黄 10 g, 泡洗头发和头皮 10 min, 3 次/周。对照组予 2%酮康唑洗剂抓洗发根及发梢 5~10 min, 每周三次两组均治疗四周。结果: 治疗组 95.8%疗效显著高于对照组 79.2%, 且治疗后皮损症状积分治疗组低于对照组($P < 0.05$)。邹纯燕[4]用苦参洗剂外洗治疗头部脂溢性皮炎与二硫化硒洗剂比较, 治疗组 36 例予苦参洗剂: 苦参、百部、白鲜皮、黄柏、蛇床子、花椒、紫花地丁、地肤子、芒硝、虎杖等。正常洗发后, 取苦参洗剂 150 mL 兑 3 倍温水浇洗头皮持续 3~5 min, 最后用清水冲洗 1 次, 3 次/周。对照组采用二硫化硒洗剂揉搓、按摩头皮, 5 min 后清水冲洗, 2 次/周。两组均使用 4 周。结果: 临床疗效两组无明显差异但复发率治疗组 9.09%远低于对照组 36.36%。黄曼欣[5]等用加味蛇黄膏治疗面部脂溢性皮炎, 观察组 36 例外用院内制剂加味蛇黄膏治疗。对照组外用 2%酮康唑乳膏治疗。两组药物均薄涂于患处后, 按摩至完全吸收, 2 次/天。两组均治疗 4 周。结果: 观察组临床疗效、治疗前后临床症状积分及治疗前后皮肤病生活质量指数(DLQI)评分均优于对照组($P < 0.05$)。底大可[6]等用中药外洗联合甘草油治疗婴儿脂溢性皮炎, 观察其临床疗效、不良率及复发率。对照组 32 例采用酮康唑洗剂外洗, 然后外抹丁酸氢化可的松乳

膏, 日 1 次。观察组 30 例外用甘草油联合中药外洗, 中药外洗方组成: 白鲜皮 15 g, 侧柏叶 30 g, 黄芩 10 g, 桑叶 10 g, 皂角刺 10 g, 何首乌 10 g, 川芎 10 g, 透骨草 30 g。甘草油由茶籽油与生甘草 10:1 浸泡 1 昼夜, 先武火后文火, 煎至甘草焦枯, 过滤即得。结果: 临床疗效观察组 93.3% 显著高于对照组 78.1% ($P < 0.05$)。不良反应率和复发率观察组均低于对照组 ($P < 0.05$)。张雪[7]用自拟中药方外洗治疗头皮脂溢性皮炎, 对照组 50 例用 2% 酮康唑洗剂治疗, 2 次/周。观察组 50 例采用自拟中药方外洗, 药方组成: 黄芩、苦参、黄柏、侧柏叶、透骨草、百部、皂角各 30 g, 川椒 20 g。使用方法: 药液煎煮完成后, 将头部放在药液上方进行熏蒸, 水温降低后冲洗头部并按摩共进行 10 min, 2 次/周。结果: 治疗总有效率观察组 94% 高于对照组 78% ($P < 0.05$), 复发率观察组 4% 低于对照组 18%。吴卿[8]等采用双柏外洗剂治疗头部脂溢性皮炎, 对照组外用 1% 浓度酮康唑洗剂, 2 次/周, 同时服用维生素 B, 1~3 片/次, 3 次/天。研究组口服维生素 B 用法同对照组联合双柏外洗剂, 组成: 黄柏 30 g、侧柏叶 30 g、马齿苋 20 g、金银花 20 g、甘草 10 g。煎煮出 200 ml 药汁加 1 倍温水稀释备用, 隔日一次。两组均治疗 1 个月。结果: 总有效率研究组 91.67% 优于对照组 79.17% ($P < 0.05$), 且研究组受试者治疗后的鳞屑、瘙痒、红斑及脂溢积分均低于对照组 ($P < 0.05$)。孔宇虹[9]等使用香柏酊外用治疗头部脂溢性皮炎, 90 例患者分为 3 组。治疗组 36 例外用香柏酊, 组成: 侧柏叶、苦参、百部、香附、皂刺、薄荷、土槿皮各 10 g, 研磨成粉, 加入 100 ml 65% 乙醇, 浸泡 2 周, 滤出药液外擦, 2 次/日。联苯苄唑组 36 例外用联苯苄唑, 2 次/日。安慰剂组 18 例采用主要成分为焦麦芽、食用色素、乙醇制作的安慰剂, 制备方法同香柏酊, 2 次/日。结果: 治疗组综合疗效总有效率高于其余两组 ($P < 0.05$)。且治疗组对皮损各指标(面积、红斑、鳞屑、脂溢、瘙痒)的疗效均高于其余两组, 特别是在改善皮损瘙痒与鳞屑方面。但在真菌清除率比较中, 联苯苄唑组优于治疗组 ($P < 0.05$)。孔宇虹[10]等研究复方香柏颗粒外用治疗头部脂溢性皮炎, 对比观察治疗前后临床疗效及各症状积分情况。78 例受试者随机分为两组, 对照组外用 2% 酮康唑洗剂洗头。观察组外用复方香柏颗粒洗头, 成分: 香附、侧柏叶、苦参、百部、皂刺、薄荷、土槿皮。两组均取 10 ml 药液涂抹在浸湿的头发上, 按摩 5 min 并停留 10 min 后, 用温水洗净, 隔日洗头一次, 共治疗 4 周。结果: 治疗 4 周后, 总有效率观察组 90% 显著高于对照组 65.8% ($P < 0.05$), 且各症状积分改善情况观察组优于对照组。结论: 复方香柏颗粒外用治疗头部脂溢性皮炎疗效有显著优势, 安全性高, 无毒副作用。

3. 中西医结合外治

高凤[11]使用梅花针联合西药治疗头皮脂溢性皮炎, 60 例受试者随机分为 2 组, 两组均治疗两周。对照组外用 0.1% 他克莫司软膏涂抹患处, 2 次/天, 2.5% 二硫化硒洗剂 5~10 g 擦洗患处, 2 次/周。治疗组在对照组基础上增加梅花针, 皮损治疗顺序按从前到后、从中间到四周进行, 中强刺激扣刺, 以患者能耐受为度, 至皮损处微微渗血为度, 频率 70~90 次/min, 2 次/周。结果: 愈显率两组结果无统计学意义 ($P > 0.05$)。但复发率治疗组 12.50% 远低于对照组 87.50% ($P < 0.05$)。张丽[12]采用中西医结合治疗面部脂溢性皮炎, 120 例受试者分为两组, 两组均治疗 2 周。对照组口服盐酸左西替利嗪片, 1 天 1 片, 加外用浓度为 0.03% 他克莫司软膏, 2 次/天。治疗组在对照组基础上用肤康合剂(院内制剂)。1 次 20ml, 3 次/天。结果: 两组患者治疗前后症状体征总积分(红斑、鳞屑、脂溢、脱屑、面积、瘙痒)均有明显改善 ($P < 0.05$), 临床疗效有效率治疗组高于对照组 ($P < 0.05$), 复发率治疗组低于对照组 ($P < 0.05$)。许珊[13]研究复方黄柏液联合曲安奈德益康唑乳膏在儿童脂溢性皮炎治疗中的应用效果, 对照组 40 例患儿外用曲安奈德益康唑乳膏(规格: 0.1% 曲安奈德; 1% 硝酸益康唑), 2 次/天。观察组在对照组基础上, 外用复方黄柏液涂剂冲洗患处, 2 次/周。两组均治疗 1 个月。结果: 临床治疗总有效率观察组高于对照组 ($P < 0.05$); 治疗后两组炎症因子(IFN- γ 、IL-10)较治疗前均有不同程度改善, 且观察组 IFN- γ 低于对照组, IL-10 高于对照组 ($P < 0.05$)。胡朋雨[14]使用除湿止痒洗液联合曲安奈德益康唑治疗头面部脂溢性皮炎, 对照组 37

例单独外用皮炎平, 2 次/天。实验组 37 例在对照组基础上加用除湿止痒洗剂及曲安奈德益康唑乳膏, 乳膏 2 次/天, 除湿止痒洗剂与清水按照 1:10 比例稀释, 稀释后洗头并按摩, 药液在头皮浸润 5 min 后洗掉, 15min/次, 2 次/周。两组均治疗 1 个月。结果: 治疗总有效率实验组 91.89% 显著高于对照组 67.56% ($P = 0.009$), 不良反应发生率及复发率实验组均低于对照组。陶琳[15]用中药冷湿敷联合红蓝光治疗面部脂溢性皮炎, 对照组 25 例口服丹参酮胶囊, 3 次/天。治疗组 25 例在对照组基础上联合红蓝光治疗加中药煎汁冷湿敷, 首先清洁面部皮肤; 其次进行红蓝光治疗, 单次治疗时间 30 min, 2 次/周, 间隔 2~3 天 1 次, 以红蓝光交替照射为主, 4 次为 1 疗程; 最后进行冷湿敷。中药煎汁组方: 苦参、黄柏、白鲜皮、地肤子、紫草、地榆、马齿苋、野菊花各 20 g, 煎煮放凉后, 冷藏备用。取脱脂棉浸湿药液(以药液不滴落为度)均匀湿敷于面部, 1 次/日, 1 次 20~30 min。结果: 总有效率治疗组 92% 显著高于对照组 76% ($P < 0.01$)。高凤[16]采用梅花针联合他克莫司软膏治疗头部脂溢性皮炎, 西药组 84 例采用 0.1% 他克莫司软膏, 2 次/天。梅花针组 84 例在西药组的基础上联合梅花针治疗。两组均治疗 3 个月后随访 1 年。结果: 梅花针组治疗有效率高于西药组($P < 0.05$)。梅花针组复发率, 低于西药组($P < 0.05$)。

4. 西医外治

方培炫[17]等使用强脉冲光联合红光及他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎, 201 例患者分为对照组、试验组 A、试验组 B、试验组 C。对照组单独外用 0.03% 他克莫司软膏治疗, 试验组 A 用强脉冲光(IPL)、红光及他克莫司软膏治疗, 试验组 B 用 IPL 联合他克莫司软膏治疗, 试验组 C 用红光联合他克莫司软膏治疗。IPL 2 周 1 次, 4 次 1 个疗程。红光一次 20 min, 每周 2 次。IPL 和红光疗程均为 8 周。结论: IPL、红光联合他克莫司软膏在改善面部脂溢性皮炎红斑、面积、瘙痒及脱屑, 均有良好的疗效及较高的安全性。于宇[18]等采用异维 A 酸联合他克莫司软膏治疗脂溢性皮炎研究其治疗效果及复发情况, 单一组 45 例予他克莫司软膏。联合组 45 例予异维 A 酸联合他克莫司软膏。口服异维 A 酸, 10 mg/次, 2 次/天, 两组他克莫司软膏均涂抹在皮损处, 2 次/天。结果: 治疗联合组总有效率 100.00% 高于单一组 84.44%, 且联合组不良反应发生率及复发率均低于单一组, 以上差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。陈曦[19]等研究复合喷剂敷料治疗头皮脂溢性皮炎的有效性及安全性, 36 例患者采用治疗前后自身对照研究, 受试者入组前 2 天内不洗头, 分别于入组当天(D0)、第 14 天(D14)和第 28 天(D28)到院随访。入组后第 1~7 天, 每天使用域发去屑洗剂清洗头皮、头发 1 次; 第 8~28 天, 每 2 天使用域发去屑洗剂清洗头皮、头发 1 次。用法: 先用温水浸湿头发和头皮, 挤出约 5 ml 试验产品, 涂抹于头皮揉搓起泡用温水洗净, 然后再取该试验产品约 5 ml 涂抹于头皮起泡, 停留 3 min 后用温水冲洗, 毛巾擦拭后自然晾干。结论: 域发去屑洗剂可有效改善头皮脂溢性皮炎患者头屑、红斑、丘疹及瘙痒症状, 安全性良好。邓涵[20]用复合酸治疗头皮脂溢性皮炎, 将 90 例受试者分为三组, 每组 30 例, 均治疗 4 周。复合酸治疗组(成分: 4% 果酸、2% 水杨酸、1.5% 壬二酸)将复合酸均匀涂抹于皮损处, 按摩 30 min 后用温水洗净, 1 次/周。复合酸精华治疗组(成分: 2% 果酸、2% 水杨酸)将复合酸精华均匀涂抹于皮损处, 2 次/天。对照组外用丙酸氟替卡松软膏与阿莫罗芬软膏均匀涂抹于皮损处, 2 次/天。三组受试者每周随诊 1 次并拍照记录。结果: 复合酸治疗组头皮红斑、鳞屑、炎症痊愈, 临床疗效优于其余两组, 复合酸精华组临床评分在三组中最低。常海龙用他克莫司软膏联合丁酸氢化可的松软膏治疗面部脂溢性皮炎, 对照组单独外用 0.1% 丁酸氢化可的松软膏治疗, 2 次/天。观察组在对照组基础上联合 0.1% 他克莫司软膏外治, 2 次/天。丁酸氢化可的松在治疗 7 日后停用, 7 日后只使用他克莫司软膏, 药物使用次数应随着皮损消退而减少, 2~3 周/次。两组均治疗 8 周。结果: 临床疗效观察组 88.46% 显著高于对照组 65.38% ($P < 0.05$)。白雪[21]用强脉冲光联合果酸治疗面部脂溢性皮炎并对其疗效与安全性进行分析。对照组外用倍他米松软膏, 2~4 次/天, 症状明显改善后, 减少涂抹次数, 直至停用。观察组采用强脉冲光治疗, 2 周/次, 连续治疗 2 个月, 患处涂抹果

酸透明质酸凝胶, 2 次/天。结论: 面部脂溢性皮炎患者采用联合治疗, 临床疗效优于单纯治疗, 且无一例出现复发。说明联合疗法在治疗对光不敏感的面部脂溢性皮炎患者是一种可行的治疗方案。

5. 小结

从上述的文献中可以看出, 治疗脂溢性皮炎的中医外治法和西医外治法多种多样, 西医常用糖皮质激素、钙调磷酸酶抑制剂、激光治疗及光动力治疗等疗法, 中医常用梅花针、外洗汤药、中药软膏等方法, 均取得不错的疗效。在临床诊治过程中, 医者可根据患者的具体情况选择适合的诊疗方案。但相关研究均存在纳入病例较少、缺乏长期随访追踪等问题, 若日后研究能扩大样本量、增加随访观察时间, 并且加强相关作用机制的研究, 则能为临床用药提供更有力的依据。

参考文献

- [1] 张静, 段行武, 陈广山, 等. 加味皂柏洗方治疗头皮脂溢性皮炎(湿热证)的疗效观察[J]. 中医药导报, 2023, 29(12): 49-52.
- [2] 陈清宇, 李剑峰. 复方黄柏液涂剂联合他克莫司软膏对脂溢性皮炎患者的影响[J]. 中外医学研究, 2024, 22(1): 39-42.
- [3] 杜沂宸, 万水, 严静. 止痒洗剂治疗头皮脂溢性皮炎湿热型临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(2): 360-362.
- [4] 邹纯燕, 周鹭, 程荣仙, 等. 苦参洗剂外洗治疗头部脂溢性皮炎疗效观察[J]. 山西中医, 2024, 40(3): 44-45.
- [5] 黄曼欣, 段德鉴, 甘海芳, 等. 加味蛇黄膏治疗面部脂溢性皮炎疗效观察[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(1): 110-115.
- [6] 底大可, 乐娅, 罗光浦. 中药外洗联合甘草油治疗婴儿脂溢性皮炎 30 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2018, 27(16): 101-102.
- [7] 张雪. 中药外洗治疗头皮脂溢性皮炎的临床疗效观察[J]. 中国继续医学教育, 2018, 10(33): 155-157.
- [8] 吴卿, 景慧玲, 赵巍. 双柏外洗剂治疗头部脂溢性皮炎的疗效观察[J]. 贵州医药, 2020, 44(12): 1952-1953.
- [9] 孔宇虹, 李元文, 姜颖娟, 等. 香柏酊外用治疗头部脂溢性皮炎湿热证疗效观察[J]. 北京中医药, 2019, 38(2): 146-150.
- [10] 孔宇虹, 姜颖娟, 蔡玲玲, 等. 复方香柏颗粒外用治疗头部脂溢性皮炎的研究[J]. 世界中医药, 2018, 13(11): 2693-2696.
- [11] 高凤, 周荣新, 刘姝晨. 梅花针联合西药治疗头皮脂溢性皮炎临床观察[J]. 河北中医, 2023, 45(3): 454-457.
- [12] 张丽, 王伦. 中西医结合治疗面部脂溢性皮炎 60 例[J]. 河南中医, 2017, 37(6): 1070-1071.
- [13] 许珊. 复方黄柏液联合曲安奈德益康唑乳膏在儿童脂溢性皮炎治疗中的应用效果[J]. 当代医学, 2021, 27(35): 151-152.
- [14] 胡朋雨. 除湿止痒洗液联合曲安奈德益康唑治疗脂溢性皮炎 37 例[J]. 实用中西医结合临床, 2018, 18(12): 57-59.
- [15] 陶琳. 中药冷湿敷联合红蓝光治疗脂溢性皮炎 25 例[J]. 中医外治杂志, 2018, 27(1): 12-13.
- [16] 高凤, 刘姝晨, 周荣新. 梅花针联合他克莫司软膏治疗头部脂溢性皮炎的有效性和安全性研究[J]. 中国美容, 2023, 32(9): 168-171.
- [17] 方培炫, 朱璐, 冯雷, 等. 强脉冲光联合红光及他克莫司软膏治疗面部脂溢性皮炎疗效观察[J]. 应用激光, 2023, 43(3): 169-174.
- [18] 于宇, 宋维芳, 欧阳玲. 异维 A 酸联合他克莫司软膏对脂溢性皮炎的治疗效果及复发情况分析[J]. 中外医疗, 2023, 42(4): 127-130.
- [19] 陈曦, 殷玥, 王幼学, 等. 复合喷剂敷料治疗头皮脂溢性皮炎的有效性及安全性研究[J]. 实用皮肤病学杂志, 2023, 16(5): 279-283.
- [20] 邓涵, 张旭冉, 方蕊馨, 等. 复合酸治疗头皮脂溢性皮炎的临床疗效研究[J]. 中国医疗美容, 2023, 13(9): 37-41.
- [21] 白雪, 马涛. 强脉冲光联合果酸治疗面部脂溢性皮炎的疗效与安全性分析[J]. 贵州医药, 2023, 47(4): 544-545.