黄褐斑的中医体质类型与皮损分布及严重程度相关性的临床研究

王羽侬[1]　林欢儿[2]　蔡玲玲[3]　张丰川[3]　李流云[4]　张　雪[4]　郭丽媛[4]　王　莹[4]　王家悦[4]

（1 北京中医药大学第三附属医院，北京，100029；2 北京中医药大学深圳医院，深圳，518172；
3 北京中医药大学皮肤病研究所，北京，100027；4 北京中医药大学，北京，100029）

摘要　目的：探讨黄褐斑患者中医体质与面部皮损分布及严重程度的相关性。方法：选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月北京中医药大学东方医院皮肤科门诊收治的黄褐斑患者 246 例，分析其中医体质类型与皮损分布及严重程度的相关性。结果：不同体质类型的黄褐斑患者间，其 MASI 总分分段情况类型差异有统计学意义（$P<0.05$）：0～10 分中，阳虚质所占比例最多；10～20 中，气郁质所占比例最多；20～30 分及 30～40 分中，血瘀质所占比例最多。不同体质类型间前额及颏部 MASI 评分的差异无统计学意义，而左颧、右颧部评分的差异有统计学意义。不同体质类型的 MASI 总分与不同部位 MASI 分数存在一定相关性，阳虚质、阴虚质、痰湿质、平和质患者的 MASI 总分与右颧部的 MASI 分数相关性最大，血瘀质、气郁质、湿热质、气虚质患者的 MASI 总分与左颧部的 MASI 分数相关性最大。未发现黄褐斑患者 MASI 总分与上颌部及颏部 MASI 评分相关的要素。结论：黄褐斑患者中医体质分型与皮损发生部位及严重程度评分存在一定的相关性，但仍需要大样本研究及更先进的技术进一步验证不同体质类型对黄褐斑皮损生理特征的影响。

关键词　黄褐斑；中医体质；皮损特征

Clinical Study on Relationship between Type of Traditional Chinese Medicine Constitution and Distribution and Severity of Skin Lesions in Melasma

Wang Yunong[1], Lin Huaner[2], Cai Lingling[3], Zhang Fengchuan[3], Li Liuyun[4], Zhang Xue[4], Guo Liyuan[4], Wang Ying[4], Wang Jiayue[4]

(1 *The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Chinese Medicine*, *Beijing* 100029, *China*; 2 *Shenzhen Hospital of Beijing University of Chinese Medicine*, *Shenzhen* 518172, *China*; 3 *Institute of Dermatology*, *Beijing University of Chinese Medicine*, *Beijing* 100027, *China*; 4 *Beijing University of Chinese Medicine*, *Beijing* 100029, *China*)

Abstract　**Objective**: To explore the correlation between traditional Chinese medicine (TCM) syndrome type and skin lesions site as well as the severity score of melasma. **Methods**: A total of 246 patients with melasma treated at Dongfang Hospital of Beijing University of Chinese Medicine from January 2016 to December 2017 were selected to analyze the correlation between TCM syndrome type and skin lesions site as well as the severity score of melasma. **Results**: Between the melasma patients with different TCM constitution types, the total MASI score segmentation was significantly different. Yang deficiency accounted for the largest proportion in 0-10 points. Constitution of qi stasis accounted for the largest proportion in 10-20 points. Blood stasis constitution accounted for the largest proportion in 20-30 and 30-40 points. There was no significant difference in MASI scores of forehead and chin among different types of constitution, while there were significant differences in left zygomatic and right zygomatic scores. There were correlated relationship between the total MASI scores and MASI scores in different parts of different types of constitutions. MASI scores of patients of yang deficiency constitution, yin deficiency constitution, phlegm-dampness constitution and harmonious constitution had the highest correlation with MASI scores of right zygomatic. The MASI scores of blood stasis constitutions, qi stagnation constitution, damp-heat constitution and qi deficiency constitution had the highest correlation with MASI score of left zygomatic. There was no evidence of total MASI score associating with MASI scores in maxillary and chin among patients with melasma. **Conclusion**: There is a certain statistical correlation between the TCM constitution of melasma patients and skin lesions site as well as the severity score. A large sample studies and more advanced technology are still needed to test and verify the effects of different types of constitutions on the physiological characteristics of melasma.

Key Words　Melasma; Traditional Chinese medicine constitution; Lesion characteristics

---

基金项目：北京中医药大学自主选题在读研究生项目（2015-JYB-XS167）——黄褐斑面部皮损分型与中医证候要素相关性研究；北京中医药大学青年教师专项课题（2013-QNJSZX015）——美容白玉膏外用治疗黄褐斑的临床疗效研究；北京中医药大学教育科研课题（XJY17001）——中医皮肤病辨病与辨证结合的数据库建立与新型教学软件研发；北京中医药大学横向科研项目（HX201706）——复方紫草油治疗慢性湿疹（血虚风燥证）的临床及动物实验研究

作者简介：王羽侬（1992.05—），女，硕士，医师，研究方向：中医皮肤病学，E-mail：yunongwang@163.com

通信作者：张丰川（1968.02—），男，博士，主任医师，教授，硕士研究生导师，北京中医药大学皮肤病研究所副所长，北京中医药学会皮肤科分会副主任委员，中华中医药学会皮肤科分会副主任委员，研究方向：中医皮肤病学，E-mail：bjzfc@sina.com

中图分类号:R275.9 **文献标识码**:A **doi**:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.11.004

黄褐斑是一种以面部色素沉着为主的易诊难治性皮肤病,往往由多因素综合致病,在影响美观的同时,给患者带来巨大的心理及社会压力。中医体质是指个体或群体身心特性的概括,是在先天禀赋的基础上,由遗传性和获得性因素所决定的,且在后天生长发育过程中所形成的脏腑阴阳和气血盛衰的偏倾及对某些病因和疾病的易感性。这种特殊性决定了机体对自然以及社会环境的适应力和对疾病的抵抗力,以及产生病变的类型与疾病转归都具有某种倾向性[1]。现代医学对黄褐斑中医体质相关研究较少,大多为黄褐斑中医体质与年龄、病程、辨证分型的相关性研究,对客观指标观察不足。因此,本研究着力于将主观症状与客观指标相结合分析,对符合黄褐斑中医体质分类标准的每例患者分析其皮损发生部位、MASI 评分,进一步研究这些因素与中医体质的关系,为黄褐斑中医体质分类的治疗提供一种客观的参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月至 2017 年 12 月北京中医药大学东方医院皮肤科门诊收治的黄褐斑初诊患者 246 例,其中男性仅 3 例,其余均为女性。年龄 22~56 岁,平均年龄(38.68±4.57)岁;平均发病年龄(32.93±3.55)岁,平均病程(2.79±0.35)年;平均身高(1.61±0.06)m,平均体重(52.45±8.91)kg;已婚者 213 例,占 86.56%,有妊娠史者 198 例,占 80.49%;文化程度以本科/大专为多,占 57.37%。

1.2 诊断标准

1.2.1 皮损发生部位 参照全国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组制定的黄褐斑诊疗标准(2010 版)将黄褐斑皮损发生部位分为:1)蝶形型:皮损见于面颊部,呈蝶形对称性分布;2)面中部型:皮损见于前额、颞部、鼻部、唇上和颊部;3)下颌型:皮损见于三叉神经下颌支区,颊下部;4)泛发型:皮损泛发于全面部[2]。

1.2.2 皮损严重程度(MASI 评分)对黄褐斑患者的面积(A)、颜色深度和颜色均匀性(H)进行定量。前额(F)、右面颊(MR)、左面颊(ML)、颏部(C)分别占 30%、30%、30%、10%。

1.2.3 颜色深度评分 0:无(正常肤色)、1:轻微(浅褐色)、2:中度(深褐色)、3:明显(灰褐色)、4:最大限度(黑褐色)。均一性评分为:0:无、1:轻微、2:中度、3:明显、4:最大限度。

1.2.4 黄褐斑面积评分 1:<10%,2:10%~29%,3:30%~49%,4:50%~69%,5:70%~89%,6:90%~100%。根据黄褐斑严重程度和面积评分,计算前额、右颧部、左颧部和刻部评分。其中前额、右颧和左颧的评分=0.3×(D+H)×A;刻部评分=0.1×(D+H)×A;最后 MASI 总分=所有分值总和。MASI 总分取值范围为 0~48,得分越高,表明黄褐斑的严重程度越高。

1.2.5 中医体质的判定 参考由国家中医药管理局主管,中华中医药学会体质分会编制完成的《中医体质分类及判定》标准,结合临床诊断体会,将黄褐斑患者的体质分为 9 型:阳虚质、阴虚质、气虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、特禀质、气郁质、平和质。体重表由 9 个亚量表,60 个条目组成,每个亚量表的评分均先计算原始分,再计算转化分,根据转化分数对研究人群的体质类型做出判定[3]。

1.3 纳入标准 1)西医诊断标准:符合全国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组制定的黄褐斑诊疗标准(2010 版);2)能清楚描述病情者并愿意接受调查。

1.4 排除标准 1)合并有重要心、肺、肝、肾、消化道等内脏疾病者;2)妊娠期、哺乳期妇女;3)患有精神心理疾病的患者;4)患其他疾病:颧部褐青色痣、黑变病及色素性光化性扁平苔藓等引起的面部色素沉着。

1.5 数据整理 照片采用佳能 EOS 70D 数码相机拍摄,于自然光照条件下,患者分别取正位,双侧位 45 度,拍摄皮损处照片,记录检测结果照片并存档。将收集的每位患者的临床资料表格与其照片资料进行综合整理。

1.6 统计学方法 应用 Excel 2007 软件将所收集黄褐斑患者的资料录入计算机,对患者资料进行审查、核对、形成原始数据库。采用 SPSS 22.0 统计软件进行统计分析,计量资料先行正态性检验,如服从正态分布,采用 T 检验,如不服从正态分布,采用非参数检验。计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。并采用多元线性回归的方法研究各指标的相关性。

2 结果

2.1 各项研究指标的情况

2.1.1 中医体质分布 对 246 例患者进行体质调

查,例数从大到小排列,阳虚质 47 例,血瘀质 40 例,气郁质 39 例,平和质 31 例,阴虚质 29 例,气虚质 25 例,湿热质 20 例,痰湿质 11 例,特禀质 4 例。黄褐斑患者以阳虚质、血瘀质、气郁质最多。

2.1.2　皮损发生部位　呈蝶型分布者最多,占 47.6%;其次为面中部型分布者,占 34.6%;12.2% 的患者皮损呈泛发型分布;5.6% 的患者皮损呈下颌型分布。

2.1.3　皮损严重程度(MASI)评分　0 ~ 10 分有 115 例,占 46.75%;10 ~ 20 分有 88 例,占 35.77%;20 ~ 30 分有 39 例,占 15.85%;30 ~ 40 分有 4 例,占 1.63%。

2.2　皮损分布与中医体质类型相关性分析　皮损呈蝶型分布的患者中,血瘀质及阳虚质最多;皮损呈面中部型分布的患者中,阳虚质及阴虚质最多;皮损呈下颌型分布的患者中,阴虚质最多。见表 1。9 种体质类型黄褐斑患者的皮损分布类型情况符合 χ^2 检验,不同体质类型的黄褐斑患者间,其皮损分布类型情况差异无统计学意义($\chi^2 = 24.417$, $P = 0.438 > 0.05$)。

表 1　各体质类型与皮损分布类型的关系(例)

体质类型	蝶型	面中部型	泛发型	下颌型	合计
平和质	16	12	0	3	31
气虚质	14	7	3	1	25
阳虚质	23	17	3	4	47
阴虚质	7	14	1	7	29
痰湿质	4	4	1	2	11
湿热质	8	7	3	2	20
血瘀质	24	9	1	6	40
气郁质	19	13	2	5	39
特禀质	2	2	0	0	4
合计	117	85	14	30	246

2.3　皮损严重程度与中医体质类型相关性分析

2.3.1　各体质类型与 MASI 总分分段的关系　9 种体质类型黄褐斑患者的 MASI 总分分段情况符合 χ^2 检验,不同体质类型的黄褐斑患者间,其 MASI 总分分段情况类型,差异有统计学意义($\chi^2 = 166.93$, $P = 0.000 < 0.05$)。0 ~ 10 分中,阳虚质所占比例最多,为 30.4%;10 ~ 20 中,气郁质所占比例最多,为 31.8%;20 ~ 30 分中,血瘀质所占比例最多,为 61.5%;30 ~ 40 分中,血瘀质所占比例最多,为 100%。见表 2。

2.3.2　各体质类型与各部位 MASI 评分的关系　患者的 MASI 评分总体分布趋势为:血瘀质 > 湿热质 > 气郁质 > 特禀质 > 阴虚质 > 阳虚质 > 痰湿质 > 气虚质 > 平和质。各体质类型黄褐斑患者的 MASI 总分不全服从正态分布,用非参数检验。不同体质类型间 MASI 总分差异有统计学意义($\chi^2 = 117.89$, $P = 0.00 < 0.05$)。各体质类型黄褐斑患者的前额 MASI 评分全都不服从正态分布,用非参数检验,不同体质类型间前额 MASI 评分的差异无统计学意义($\chi^2 = 9.899$, $P = 0.272 > 0.05$)。各体质类型黄褐斑患者的右颧 MASI 评分不都服从正态分布,用非参数检验,不同体质类型间患者前额 MASI 评分的差异有统计学意义($\chi^2 = 119.003$, $P = 0.00 < 0.05$)。各体质类型黄褐斑患者的左颧 MASI 评分不都服从正态分布,用非参数检验,不同体质类型患者间左颧 MASI 评分的差异有统计学意义($\chi^2 = 128.711$, $P = 0.00 < 0.05$)。各体质类型黄褐斑患者的颌部 MASI 评分全都不服从正态分布,用非参数检验,不同体质类型间颌部 MASI 评分的差异无统计学意义($\chi^2 = 7.590$, $P = 0.474 > 0.05$)。见表 3。

表 2　各体质类型与 MASI 总分分段的关系(例)

体质类型	MASI 分段类型				χ^2	P
	0 ~ 10 分	10 ~ 20 分	20 ~ 30 分	30 ~ 40 分		
平和质	24	7	0	0	166.93	0.000
气虚质	18	7	0	0		
阳虚质	35	11	1	0		
阴虚质	18	11	0	0		
痰湿质	8	2	1	0		
湿热质	4	9	7	0		
血瘀质	0	12	24	4		
气郁质	5	28	6	0		
特禀质	3	1	0	0		
合计	115	88	39	4		

2.3.3　不同体质类型与各部位 MASI 分数的相关性研究　采用多元线性回归的方法,包括“前进法”及“向后法”,令黄褐斑患者不种体质类型的 MASI 总分为因变量,各部位(包括前额、右颧、左颧、颏部)MASI 分数为自变量。因特禀质仅有 4 例,达不到统计学要求,难免造成误差,令结论可靠性降低,故本文仅对另外 8 种体质进行统计学相关性分析。在“Anova”中,满足 F 检验,差异有统计学意义($P = 0.000 < 0.05$),在“系数”一表中,给出了回归方程的系数值,得到结果:不同体质类型的 MASI 总分与不同部位 MASI 分数存在一定相关性,阳虚质、阴虚质、痰湿质、平和质患者的 MASI 总分与右颧部的 MASI 分数相关性最大,血瘀质、气郁质、湿热质、气虚质患者的 MASI 总分与左颧部的 MASI 分数相关性最大。未发现黄褐斑患者 MASI 总分与上颌部及颏部 MASI 评分相关的要素。见表 4。

表 3 各体质类型与各部位 MASI 评分的关系($\bar{x} \pm s$,分)

体质类型	MASI 总分	前额 MASI	右颧 MASI	左颧 MASI	颏部 MASI
平和质	7.79 ± 3.71	0.77 ± 1.61	3.77 ± 1.81	3.71 ± 1.64	0.31 ± 1.03
气虚质	8.13 ± 3.26	0.94 ± 1.94	3.89 ± 1.63	3.95 ± 1.54	0.30 ± 1.03
阳虚质	8.76 ± 4.25	0.88 ± 1.75	4.32 ± 1.83	4.09 ± 1.87	0.36 ± 1.13
阴虚质	9.61 ± 4.01	2.42 ± 2.67	4.40 ± 1.72	4.48 ± 1.39	0.73 ± 1.53
痰湿质	8.64 ± 6.69	1.53 ± 1.88	3.85 ± 2.46	3.71 ± 2.45	1.08 ± 1.90
湿热质	15.91 ± 6.67	1.83 ± 3.19	7.23 ± 2.63	7.44 ± 2.87	1.24 ± 2.21
血瘀质	21.75 ± 5.47	2.38 ± 4.55	10.37 ± 2.39	10.35 ± 2.30	1.04 ± 2.27
气郁质	14.62 ± 5.28	2.40 ± 3.73	6.80 ± 2.64	7.18 ± 2.53	0.65 ± 1.32
特禀质	11.70 ± 3.82	1.20 ± 1.70	5.85 ± 1.91	5.85 ± 1.91	0.00

表 4 黄褐斑患者不同体质类型的 MASI 总分与不同部位 MASI 评分相关性分析

体质类型	MASI 的回归系数 β			
	前额	右颧	左颧	颏部
阳虚质	0.182	1.226	1.024	0.235
血瘀质	0.384	0.893	0.943	0.182
气郁质	0.103	0.657	1.374	0.332
阴虚质	0.287	1.247	1.030	0.193
湿热质	0.393	0.671	1.254	0.298
痰湿质	0.378	1.203	1.120	0.167
气虚质	0.297	0.802	0.928	0.218
平和质	0.341	1.661	1.562	0.524

3 讨论

根据历代医家的观点,十二经络皆荣于面,外受风邪,经络受阻,气血不调[4];肾阴不足[5]与肝气郁结[6]导致气血亏虚为黄褐斑的主要病因,本病与肝、脾、肾关系密切。而本研究中以阳虚质、血瘀质、气郁质最为多见。阳虚质患者阳气虚弱,无力运行气血,津液无法正常输布,日久成瘀,留滞经脉,遏阻脾阳,形成黄褐斑。根本在于阳气虚弱,不能荣泽面部,反为阴气上乘,治疗上以培补脾胃之气,生发阳明为主。血瘀质患者以血行不畅为主要病机,以肤色晦暗、舌质紫暗等血瘀表现为主要特征,气血运行不畅,不能上荣于面,肌肤失养而瘀涩发斑。斑与瘀同为有形之质,斑在外而瘀在内,瘀显于外即成斑,可谓是"有斑必有瘀,无瘀不成斑",说明斑与瘀的关系之密切。有西医研究[7]发现黄褐斑患者的血液流变学存在异常,血液中纤维蛋白原、血浆黏度、全血黏度等指标差异均有统计学意义。从而进一步证实黄褐斑与血瘀的关系密切。气郁质患者以气机郁滞为主要病机。当今社会工作和生活节奏不断加快,人们面临的压力较大,气机升降失调,气血紊乱。中医认为情志致病,气与血密切相关,气行则血行,气滞则导致血瘀,形成血瘀体质,故血瘀质可为气郁质日久而成。此外,气滞无法布津可导致痰湿,体内湿邪长期聚积后化热,湿热蕴结,熏蒸于头面而成黄褐斑。历代医家治疗本病主张实证用活血化瘀通络[8],虚证用健脾补益肝肾,与本研究中瘀血质、气郁质、阳虚质有患黄褐斑的倾向相呼应。

辨识体质对于预防及治疗黄褐斑非常重要,体质是各种疾病作用于人体的"共同土壤",在治疗黄褐斑时,也应考虑患者的体质偏颇,明确患者体质类型,对于存在血瘀质、气郁质和阳虚质的患者,应及早应用活血化瘀或疏肝解郁或益气温阳等调治法,采取中药内外治疗等方法提前加以干预,即所谓辨质治未病,早期防治,从而减轻黄褐斑的程度,提高患者的生命质量。

根据中医"五行"理论,描绘出面部不同部位所述的经络及脏腑。宽泛而言,发于面颊、耳前、眼周者属肝;发于颧部、鼻侧、口周者属脾;发于前额者属肾;若颜面弥漫黑斑,多属肾虚或瘀血所致。即蝶型分布患者与肝、脾最为密切;面中部型患者与肝、肾最为密切;下颌型及泛发型与肾最为密切。本研究皮损呈蝶型分布的患者中,血瘀质及阳虚质最多,故在临床中呈蝶型分布的患者应注重疏肝健脾,活血化瘀。皮损呈面中部型分布的患者中,阳虚质及阴虚质最多,故在临床中呈面中部型分布的患者应注重四诊合参来补益肝肾,温阳或养阴。皮损呈下颌分布的患者中,阴虚质最多,故在临床中呈泛发型分布的患者宜加入补肾益精之品。

临床中所见到黄褐斑的大小不等,形态不规则,或长或圆,对称分布,斑色深则边界清楚,斑色淡则边界模湖不清,斑与皮肤相平,与 MASI 评分计算中斑色越深、边界越清晰,则评分越高相一致。病色即人体在患病状态时面部出现的不同于健康常色的色泽。病色可为赤、白、黄、青、黑 5 种,《灵枢 · 五色》将五色分属于五脏,其对应关系为"肝主青,脾主黄,肾主黑"。故中医辨证中色斑略带青色,病在肝;斑色黄褐,病在脾;面色黧黑、晦黯不泽,为肾之

本色外现,或为瘀血内阻。

本研究中血瘀质者 MASI 评分最高,可见肾虚导致的血瘀之“瘀”程度最深。导师张丰川教授恰认为黄褐斑的病机多为肾虚血瘀,主要是肝肾亏虚,气血不足,络脉空虚,光毒内侵,络脉受损,气滞血瘀。治疗上以补肾养血,化瘀通络为法,予美白玉容汤为主方加减用药,主张平和用药,和缓久服。本研究中气郁质者评分处于中间段,符合“斑色黄褐,病在脾”之说,肝气不舒,克犯脾土致本病,导师张丰川教授多在临证中加入越鞠丸理脾气而解肝郁。本研究中阳虚质患者面部皮损程度最小,阳虚则不能推动气血运行;肝藏血,肝血虚则无法使气血荣润颜面;或阳虚蒸腾气化无权,浊阴弥漫颜面肌肤,故色斑颜色较浅。一项研究[9]分析黄褐斑皮损颜色与中医证型及脏腑证素的相关性,得到肝郁气滞型与淡褐色相关、肝肾不足型与深褐色相关、脾虚湿蕴型与灰褐色相关、气滞血瘀型与黑褐色相关的结论,与本研究结论大体一致。而这项研究中分析黄褐斑中医证型与面颈部分区图部分皮损部位存在相关性,差异有统计学意义:1)肝郁气滞型患者(即病性属实者)与双颧骨区及左颞区、左颧弓、左眶下区相关;2)肝肾不足型患者(即病性属虚者)的皮损部位与额区、右颊区、左颊区相关。与本研究中血瘀质、气郁质、湿热质(实性体质)与左颧部的 MASI 分数相关性最大、阳虚质、阴虚质(虚性体质)与右颧部的 MASI 分数相关性最大的结果相一致。在临床中,发于颧部的患者占大多数,可根据体质类型,对于左颧部较重的患者加强活血化瘀之药力[10],而右颧部较重的患者加强补益肝肾之药力[11]。

综上所述,不同中医体质类型的黄褐斑患者皮损分布类型及皮损严重程度各有差异,在黄褐斑临床辨证时,必须充分考虑体质特征,并针对不同体质而采取有针对性的治疗措施,以达到调整脏腑阴阳气血偏颇的目的,将疾病消除在萌芽状态。对不同体质的患者采用不同的用药、饮食禁忌、养生保健等调控体质的方法,符合当今医学发展模式,也进一步诠释了《黄帝内经》“治未病”的思想。

参考文献

[1]江崇民,张一民. 中国体质研究的进程与发展趋势[J]. 体育科学,2008,28(9):25-32,88.

[2]中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 黄褐斑和白癜风的诊疗标准(2010 年版)[J]. 中华皮肤科杂志,2010,43(6):373.

[3]中华中医药学会. 中医体质分类与判定[S]. 北京:中国中医药出版社,2009.

[4]隋・巢元方. 诸病源候论[M]. 沈阳:辽宁科技出版社,1997:131-146.

[5]明・陈实功著,清・徐灵胎评. 徐评外科正宗(一)//曹炳章原编. 中国医学大成[M]. 上海:上海科学技术出版社,1990:36.

[6]清・许克昌,毕法. 外科证治全书・卷一[M]. 北京:人民卫生出版社,1961:23.

[7]何黎. 黄褐斑诊治新思路[J]. 皮肤病与性病,2012,34(1):13-14.

[8]姚海强,崔红生,郭刚,等. 王琦运用血府逐瘀汤治验[J]. 中医杂志,2016,57(5):375-378.

[9]杨琳琳. 女性黄褐斑皮损“微观”与中医辨证分型的相关性研究[D]. 广州:广州中医药大学,2012.

[10]邢椿伟,崔凯,董丽娟,等. 血瘀体质养生与养颜[J]. 黑龙江科学,2016,7(18):22-23.

[11]陈敏. 加味六味地黄汤联合八白散治疗肝肾不足型黄褐斑的临床观察[J]. 天津中医药,2017,34(3):170-172.

(2018-10-10 收稿　责任编辑:徐颖)

(上接第 2726 页)

参考文献

[1]姜颖娟,蔡玲玲,张妙良,等. 甘石青黛膏治疗神经性皮炎疗效观察[J]. 北京中医药,2017,36(10):926-928.

[2]姜颖娟,蔡玲玲,汤化琪,等. 不同药物配伍与不同基质对甘石青黛膏经皮吸收的影响[J]. 环球中医药,2017,10(5):532-535.

[3]陈雪燕,李元文,聂晶,等. 青石止痒软膏外用治疗神经性皮炎临床观察[J]. 中医临床研究,2016,8(27):103-105.

[4]蒋静,李元文,张丰川,等. 甘石青黛膏对大鼠亚急性湿疹模型皮损淋巴细胞和角质形成细胞 Bcl-2 与 Bax 蛋白表达变化的影响[J]. 环球中医药,2015,8(6):697-701.

[5]姜颖娟,付蓉,李元文,等. 青石止痒软膏的皮肤安全性试验[J]. 中医临床研究,2016,8(36):144-146.

[6]国家药典委员会. 中华人民共和国药典:2010 年版[S]. 北京:中国医药科技出版社,2010.

[7]杜立阳,刘悦,宗士群,等. 青黛颗粒抗炎、镇痛作用的实验研究[J]. 中国医科大学学报,2003,32(5):456-457,475.

[8]周灵君,张丽,丁安伟. 炉甘石敛口生肌的药效学研究[J]. 中药新药与临床药理,2013,24(4):333-337.

[9]张明发,沈雅琴. 苦参碱抗炎和免疫抑制药理作用的研究进展[J]. 抗感染药学,2018,15(5):737-743.

[10]邱全瑛,谭允育,赵岩松,等. 黄柏和小檗碱对小鼠免疫功能的影响[J]. 中国病理生理杂志,1996,12(6):664.

[11]尚坤,李敬文,常美月,等. 冰片化学成分及药理作用研究[J]. 吉林中医药,2018,38(1):93-95.

(2018-10-10 收稿　责任编辑:徐颖)