

桑芎胶囊治疗肺胃湿热型痤疮 56 例临床观察

张园园

(山东省烟台市牟平区中医医院,山东 烟台,264100)

[摘要] 目的:观察桑芎胶囊治疗肺胃湿热型痤疮的临床疗效。方法:将痤疮患者 120 例随机分为 2 组各 60 例。治疗组采用桑芎胶囊治疗,对照组采用丹参酮胶囊治疗。观察 2 组综合疗效和痤疮皮损积分变化情况。结果:愈显率治疗组为 64.29%,对照组为 37.03%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组皮损积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:桑芎胶囊治疗肺胃湿热型痤疮的临床疗效优于丹参酮胶囊。

[关键词] 痤疮;肺胃湿热型;中医药疗法;桑芎胶囊

[中图分类号] R259.748 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.10.032

痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,好发于皮脂溢出部位^[1]。中医学称痤疮为“粉刺”,认为肺胃湿热型痤疮的病因病机为素体阳热偏盛,肺经蕴热,复感风邪或由过食辛辣肥甘厚味,助湿化热,湿热互结,不能下达,上蒸颜面所致^[2]。笔者应用桑芎胶囊治疗肺胃湿热型痤疮 56 例,取得了很好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2016 年 1~12 月皮肤科门诊患者 120 例,随机分为 2 组各 60 例。治疗组中,男 23 例,女 37 例;年龄 16~38 岁,平均 (24.0 ± 5.5) 岁;平均病程 (33.4 ± 2.05) 年。对照组中,男 26 例,女 34 例;年龄 15~40 岁,平均 (25.3 ± 5.5) 岁;平均病程 (3.19 ± 1.88) 年。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《临床皮肤病学》^[3]拟定。青春期开始发病,皮疹好发于面部及胸背部等皮脂腺发达的部位,皮损为毛囊性丘疹,黑头粉刺,脓疱,结节,囊肿,伴皮脂溢出,炎症明显可伴有疼痛。皮损严重程度分级参考痤疮综合分级系统(GAGS)为轻、中度。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]和《皮肤病中医诊疗学》^[5]辨证为肺胃湿热证。主症:(1)可见粉刺、丘疹,少许脓疱或结节;(2)炎性皮损初期可自觉肿痛。次症:(1)面色潮红;(2)平素感口苦、口干;(3)小便颜色发黄;(4)大便秘结。舌象:舌质嫩、淡红或暗红,苔薄黄或黄腻。脉象:脉弦滑或滑数。具备主症中的第(1)项

及次症 2 项以上,结合舌苔及脉象即可诊断。

1.3 排除标准 (1)肝肾功能不全;(2)近期有生育计划;(3)半年内曾服用维甲酸类药物及免疫调节剂;(4)职业性、药物性、化妆品性痤疮。

1.4 剔除与脱落标准 纳入后未曾用药或未按规定用药及疗程未滿停药的病例予以剔除;患者依从性差、发生严重不良反应、并发症或特殊生理变化等不能继续完成观察者,均视为脱落病例。治疗组 2 例拒绝再次抽血检查,2 例迁至外地;对照组 3 例拒绝再次抽血检查,3 例失联。均视为脱落病例,未列入结果统计。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用桑芎胶囊(本院自制剂,批准文号:1703001)治疗。处方:桑白皮、川芎、白芷、黄芩、黄连、栀子、连翘、山楂、浙贝母、北沙参、荆芥、甘草各 1000g,加入 10 倍量的清水,浸泡 1h,大火煎煮 2h,取药液待用。再加入 8 倍量的清水,大火煎煮 1h,取药液。2 次煎煮的药液合并,过滤,然后将滤液浓缩,待滤液浓缩至相对密度为 1.25~1.30 (50℃)时烘干,粉碎,过筛,再加入适量糊精,装入胶囊备用。每天 3 次,口服,每次 4 粒(7.36g)。

2.2 对照组 采用丹参酮胶囊(辰欣药业股份有限公司,批准文号:国药准字 Z13020110)治疗。每次 4 粒(1g)口服,每天 3 次。

2 组均以 4 周为 1 个疗程,治疗 3 个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 参照《中医外科学》^[2],根据皮损程度、皮损数量、皮损颜色及皮损肿痛的不同分别

计 0、2、4、6 分,计算治疗前后皮损积分减少率。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。痊愈:临床症状消失,皮损消退,或仅遗留有色素沉着,皮损积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状明显减轻,皮损大部分消退,皮损积分减少 $\geq 70\%$,但 $<95\%$;有效:临床症状有所减轻,皮损消退不明显,皮损积分减少 $\geq 50\%$,但 $<70\%$;无效:临床症状和皮损无明显变化,皮损积分减少 $<50\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析,计数资料采用 χ^2 检验,定量资料符合正态分布用 t 检验(方差不齐时进行校正 t 检验),计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,不符合正态分布用 Wilcoxon 秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 愈显率治疗组为 64.29%,对照组为 37.03%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[$n(\%)$]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率
治疗组	56	10(17.86)	26(46.43)	16(28.57)	4(7.14)	36(64.29) ^a
对照组	54	8(14.81)	12(22.22)	26(48.15)	8(14.82)	20(37.03)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后皮损积分比较 2 组皮损积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后皮损积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	56	16.607 $\pm$ 4.430	4.286 $\pm$ 3.672 ^{ab}
对照组	54	18.296 $\pm$ 5.527	6.037 $\pm$ 3.863 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

痤疮的发病年龄大多在青春期的。因饮食不节,过食辛辣、油腻等食物导致脾胃功能受损而形成的湿热证型患者所占比例较多。刘亚南等^[6]对 318 例寻常型痤疮患者的辨证结果表明,湿热质所占比例最大。研究表明,肺胃湿热证患者在就诊时临床症状较明显,易发生焦虑,影响其日常生活质量^[7],且大多集中在 20~29 岁的年龄段。

4.1 病因病机及治则 中医学认为痤疮的发病因素较多,但主要与寒、热、风、湿、瘀有关,其所涉及的病变脏腑主要有肺、脾胃、心、肝等,多因肺经蕴热,湿热上蒸,发于颜面所致。朱仁康认为痤疮发

病多与饮食不节制有关,其将痤疮辨证分为肺风湿热型和痰热瘀滞型。肺风湿热型治以清热祛风祛湿法,方用枇杷清肺饮加减;痰热瘀滞型治以活血化瘀,清热化痰之品^[8]。张若珺^[9]通过系统研读相关文献,认为“阳”与痤疮的发病密切相关,痤疮的好发人群多为青少年,正值阳气充沛时期,而阳主生发,加之外感阳邪的作用,导致上焦火热而发为本病。临床几个证型可以同时合并出现,主要有外邪犯肺、热毒炽盛、湿热蕴结、冲任失调、血瘀痰凝等,但往往以某一证型为主。

针对肺胃湿热的病因病机,大多数医家采用清肺胃湿热的方法进行治疗。杨柳等^[10]应用清肺愈疮丸治疗湿热型痤疮,总有效率达 96.7%,清肺愈疮丸的主要组成药物包括黄芩 15g、丹参 20g、夏枯草 15g、枇杷叶 15g、赤芍 15g、当归 10g、白花蛇舌草 20g、甘草 10g。施健健等^[11]采用由紫花丁地 6g、桑白皮 15g、连翘 9g 以及枇杷叶 12g 等药物组成的五味消毒饮合枇杷清肺饮进行加减治疗湿热型痤疮,总有效率达 86.76%。

4.2 丹参酮胶囊治疗痤疮的作用机制 丹参酮为中药丹参的乙醚提取物,属于丹参中的脂溶性成分,包括丹参酮 I、隐丹参酮、丹参酮 IIA、丹参酮 IIB、羟丹参酮等^[12]。丹参具有活血化瘀调经的作用,常用来治疗心血管疾病、妇科疾病,在皮肤科领域里,丹参酮胶囊被广泛地用于痤疮的治疗。彭蕾蕾^[13]认为丹参酮主要通过降低睾酮水平以减少皮脂腺的分泌。王昕^[14]认为丹参酮具有抗金黄色葡萄球菌、杆菌及真菌的作用,同时有抗炎及抗雄激素样作用。

4.3 桑苧胶囊的作用机制 桑苧胶囊为我院研发的中成药制剂,具有清肺胃湿热、泻火解毒的功效,用于治疗肺胃湿热型痤疮已数年,疗效确定。方中桑白皮甘寒,泻肺清热,为君药。川芎、白芷辛温,祛风解毒,消肿排脓、活血;黄芩、黄连、栀子苦寒,清热燥湿,泻火解毒,共为臣药。连翘、浙贝母苦微寒,清热化痰散结;山楂酸甘温,散瘀行滞;荆芥疏风清热;北沙参泻肺清热,共为佐药。甘草调和诸药,缓和药性为使药。本观察结果表明,桑苧胶囊治疗肺胃湿热型痤疮的临床疗效优于丹参酮胶囊,疗效明确且安全性好,同时,胶囊制剂便于携带,服用方便,值得进一步研究并在临床上推广应用。

验;计数资料以%表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为95.0%,对照组为72.5%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	12(30.0)	14(35.0)	12(30.0)	2(5.0)	38(95.0) ^a
对照组	40	7(17.5)	13(32.5)	9(22.5)	11(27.5)	29(72.5)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组ADL评分比较 2组ADL评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组ADL评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	11.90 ± 2.09	78.03 ± 11.00 ^{ab}
对照组	40	11.85 ± 2.17	64.49 ± 9.54 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.5 2组不良反应比较 治疗过程中对照组出现头晕1例、恶心2例、呕吐1例,不良反应发生率为10.0%。治疗组出现恶心1例、呕吐2例,不良反应发生率为7.5%。2组患者不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

中医辨证理论认为中风后遗症主要是由阴阳失调、气血逆乱引起的气虚血瘀、经脉阻滞。气血不畅则肢体废而无力,因此中风后遗症的治疗原则应以“补气行气、活血化瘀”为主,同时应兼顾“提升心脾肾阳,消除肝肾之阴虚”,标本兼顾,方能药到

病除。本研究所选补阳还五汤是治疗中风后遗症的经典方剂,方中黄芪提升阳气,补气血;赤芍、川芎活血化瘀、行气补气;地龙、红花、桃仁通经活络;当归润燥、止痛、滑肠。诸药合用通经活络、益气活血。针刺治疗可激活人体大脑皮层兴奋,促进神经功能恢复。足三里、关元、百会穴能改善脑局部血液循环,改善脑细胞缺血缺氧状态^[5-6]。诸穴交替针刺,可减少刺激疲劳,显著降低血浆纤维蛋白原,达到改善症状、调节神经功能的功效,能有效增强脑动脉弹性,扩张血管,提高血流量,这对患者脑局部供血及病灶周围缺血性缺氧状况的恢复都极为有利^[7-8]。综上所述,脑中风后遗症患者采用针刺联合补阳还五汤治疗疗效显著,可明显改善患者症状,有效改善患者神经功能,提高患者生活质量,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 陈巧明,潘林平. 脑中风后遗症患者中医护理干预康复效果[J]. 青岛医药卫生,2016,48(3):234-236.
- [2] 秦春洁. 补阳还五汤联合针灸治疗脑中风后遗症临床观察[J]. 中国城乡企业卫生,2017,32(5):115-116.
- [3] 中华医学会神经科学分会. 各类脑血管疾病诊断要点[S]. 中华神经科杂志,2010,29(6):379-380.
- [4] 刘艳阳,刘佩军,郑艳华,等. 脑中风后遗症中医治疗的研究概述[J]. 国际中医中药杂志,2016,38(6):569-572.
- [5] 张克飞,王旋旋,王兵. 补阳还五汤加味联合针刺治疗脑中风后遗症期疗效观察[J]. 陕西中医,2017,38(9):1170-1171.
- [6] 吕寅生. 补阳还五汤联合针灸治疗脑中风后遗症50例临床观察[J]. 实用中医内科杂志,2013,27(14):55-56.
- [7] 孟庆伟. 针灸联合康复训练在治疗脑中风后遗症方面的临床疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(9):178.
- [8] 周波. 血府逐瘀汤加减配合功能锻炼治疗中风后遗症临床观察[J]. 中华中医药杂志,2012,27(6):1724-1726.

(收稿日期:2018-03-28)

(上接第74页)

参考文献

- [1] 张学军. 皮肤性病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:164.
- [2] 陈红风. 中医外科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2005:370.
- [3] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2001:935.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:292-294.
- [5] 徐宜厚,王保方,张赛英. 皮肤病中医诊疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,1997:105.
- [6] 刘亚南,黄青,赵慧娟. 318例寻常痤疮患者中医体质类型分析[J]. 中医杂志,2015,56(3):223-227.
- [7] 石云. 与中医体质类型的相关性研究[J]. 西部中医药,2015,25(5):87-88.

- [8] 中国中医研究院广安门医院. 朱仁康临床经验集:皮肤外科[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:203-205.
- [9] 张若珺. 痤疮病因病机探析[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(92):30.
- [10] 杨柳,钱江,庞卿强,等. 清肺愈疮丸治疗湿热蕴结型痤疮临床研究[J]. 四川中医,2005(2):71-72.
- [11] 施健健,陶茂灿. 五味消毒饮和枇杷清肺饮治疗肺经风热型痤疮60例[J]. 甘肃中医学院学报,2015,38(5):44-45.
- [12] 刘慧颖,姜长涛,冯娟,等. 丹参酮类化合物研究进展[J]. 中国药理学通报,2016,32(12):1643-1647.
- [13] 彭蕾蕾. 丹参酮对痤疮患者血清性激素水平的影响[J]. 河南中医,2017,37(6):1062-1064.
- [14] 王昕. 丹参酮药理研究及临床应用进展[J]. 光明中医,2011,26(7):1514-1517.

(收稿日期:2018-04-04)