

引用:李凌,余佳骏,刘少芬,钱方.克癍胶囊联合火针治疗湿热夹瘀型痤疮 32 例临床观察[J].湖南中医杂志,2021,37(1):46-47.

克癍胶囊联合火针 治疗湿热夹瘀型痤疮 32 例临床观察

李 凌,余佳骏,刘少芬,钱 方
(深圳市中医院,广东 深圳,518000)

[摘要] 目的:观察克癍胶囊联合火针治疗湿热夹瘀型痤疮的临床疗效。方法:将湿热夹瘀型痤疮患者 64 例随机分为治疗组与对照组,每组各 32 例。对照组予火针治疗,治疗组在对照组治疗的基础上联合克癍胶囊治疗。疗程均为 4 周。观察 2 组综合疗效及皮损变化情况。结果:总有效率治疗组为 90.7%(29/32),高于对照组的 68.7%(22/32),差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗 2、4 周后 2 组的皮损积分均有下降,且治疗组下降程度优于对照组,组内及组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:克癍胶囊联合火针治疗湿热夹瘀型痤疮具有较好的疗效,值得临床推广应用。

[关键词] 痤疮;湿热夹瘀证;克癍胶囊;火针

[中图分类号] R246.7, R275.987.3⁺4

[文献标识码] A

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.016

痤疮是皮肤科一种常见的累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,患病率约为 88%~94%^[1],好发于面颊、额部、鼻颊沟、胸背等皮脂腺较丰富的部位,典型皮损包括粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿。西医常采用维 A 酸、过氧化苯甲酰、抗生素、果酸等联合治疗,但部分患者也会因病程长,停药易复发,致病情迁延不愈,遗留色素沉着或瘢痕等影响心理健康。克癍胶囊是一种清热解毒、化瘀散结的中成药,火针是一种常用于治疗痤疮的中医外治法。笔者运用克癍胶囊联合火针治疗湿热夹瘀型痤疮,收到满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 9 月至 2019 年 9 月期间就诊于我院皮肤科门诊的 64 例患者作为研究对象,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 32 例。治疗组中,男 20 例,女 12 例;年龄 20~26 岁,平均(23.25±1.59)岁;病程 3~32 个月,平均(14.5±6.63)个月。对照组中,男 18 例,女 14 例;年龄 20~28 岁,平均(23.81±1.96)岁;病程 6~32 个月,平均(15.06±6.04)个月。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 符合《皮肤性病学》^[2]中痤疮的诊断标准。发生于颜面、前胸和背部的散在性

的黑头粉刺、丘疹、脓疱、结节及囊肿等。按 Pillsbury 分级法分为中度痤疮(Ⅱ、Ⅲ级)^[3]。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中的有关标准拟定湿热夹瘀证的辨证标准。1) 湿热证。主症:皮肤油腻,皮损以疼痛性丘疹及脓疱为主;次症:可伴有口臭,便秘,尿黄,舌红,苔黄腻,脉滑。2) 血瘀证。主症:皮损可见结节、囊肿,色暗,反复发作;次症:囊肿质较硬,舌质暗,有瘀斑或瘀点,脉沉涩。具备以上主症并有 2 项及以上次症者即可明确辨证。

1.3 纳入标准 1) 符合上述西医诊断及中医辨证标准;2) 年龄 18~40 岁;3) 1 个月内未接受其他相关治疗;4) 签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 对本研究使用药物成分过敏;2) 妊娠或有妊娠计划及哺乳期妇女;3) 其他原因如服药或职业所致痤疮;4) 合并有心脑血管、肝肾和造血系统等严重疾病;5) 患有精神疾病或免疫缺陷性疾病;6) 1 个月内口服或外用过治疗痤疮的其他药物。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用火针治疗。操作方法:与患者充分沟通说明操作过程及注意事项,准备相应物品,选取合适体位,充分暴露皮损并对患处进行常规消毒,医者将一次性针灸针置于酒精灯外焰加热至发红、变白后,迅速刺于皮损并迅速出针,结节

者,多在皮损中心及周围多处点刺,不挤压;丘疹脓疱可稍加挤压;囊肿者可刺破囊壁用消毒棉签辅助挤出分泌物;挤出分泌物后应进行局部消毒。1 周治疗 1 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上配合克癩胶囊治疗。克癩胶囊(深圳同安药业有限公司,批准文号:国药准字 Z10960065,规格:0.4 g/粒)口服,4 粒/次,3 次/d。

2 组均治疗 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)皮损数量及积分变化情况。计分方法:1 个粉刺计 0.5 分,1 个丘疹计 1 分,1 个脓疱计 2 分,1 个囊肿/结节计 3 分。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]中的有关标准拟定。临床痊愈:皮损基本消退,仅有色沉或瘢痕,无新发皮损,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:皮损大部分消退,无新发皮损,70% $\leq$ 疗效指数 $<95\%$;有效:皮损部分消退,偶有少许新发皮损,30% $\leq$ 疗效指数 $<70\%$,临床症状改善;无效:疗效指数 $<30\%$,或皮损反见增多,临床症状未见改善。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,服从正态分布用 t 检验,不服从则采用非参数检验;计数资料用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

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 90.7%,高于对照组的 68.7%,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	4(12.5)	10(31.3)	15(46.9)	3(9.3)	29(90.7) ^a
对照组	32	1(3.1)	4(12.5)	17(53.1)	10(31.3)	22(68.7)

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 治疗后,2 组患者皮损积分均下降,且治疗组的下降程度优于对照组,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	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
治疗组	32	52.44 $\pm$ 5.71	29.13 $\pm$ 5.91 ^{ab}	18.38 $\pm$ 9.15 ^{ab}
对照组	32	52.31 $\pm$ 5.81	34.84 $\pm$ 6.32 ^a	24.22 $\pm$ 9.79 ^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

玄府理论首见于《黄帝内经》,经金代刘完素及后世医家不断完善后发展为中医基础理论的一部分,在很多疾病的治疗上发挥了重要的指导作用。玄府狭义指汗孔,广义指全身微观孔窍,司全身气机升降出入之平衡,津液运行代谢之调畅,是使人体周身内外通达的重要通道和场所。若玄府开阖失司,气液不能正常升降代谢,病理产物堆积,则会变生多种疾病,如郁闭毛窍发为痤疮。

中医学亦认为,痤疮的发病与血热炽盛,肺经郁热,胃肠湿热,外感风热,气血凝滞,毒、瘀、湿、热互结及冲任失调,阴虚火旺有关。青少年喜食肥甘厚腻,湿热内生,久郁成瘀,故湿热夹瘀型在临床中常见。克癩胶囊中黄芩、黄连、黄柏、金银花、白花蛇舌草、牛黄、蛇胆汁清热利湿解毒;三七走气分,郁金走血分,行气开郁、活血化瘀定痛;石菖蒲、麝香、冰片芳香走窜,引药上行,兼能通络散瘀、清热解毒、化腐生肌;防风、石菖蒲祛风除湿,同皂角刺开毛窍,透邪外出。

火针疗法源远流长,是传统的针刺疗法之一,目前广泛应用于皮肤科疾病的治疗中,如痤疮^[4]。火针疗法既有针的刺激,又有温热效应,既能扶正助阳、温通经络,还能让体内有形之邪通过针孔直接排出体外,驱除邪气,从而疏畅经络气血,清泄郁热,软坚散结,止痛消肿,排脓解毒,促进局部新陈代谢。

本疗法借助克癩胶囊清热利湿、化瘀散结之力,肃清胶结在玄府通道的湿热瘀邪,并以火针引热入体,起大开毛窍门户、振奋阳气、透邪外出之功。本观察结果显示,克癩胶囊联合火针治疗湿热夹瘀型痤疮,有良好的临床疗效,且简便、廉价,有一定临床推广意义。

参考文献

- [1] 于瑞星,薛珂,崔勇. 痤疮瘢痕流行病学、发病机制及治疗学研究进展[J]. 中日友好医院学报,2019,33(1):29-31.
- [2] 张学军. 皮肤性病学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2015:175-176.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:292-293.
- [4] 傅锦程. 火针治疗痤疮研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘,2019,19(8):104,107.

(收稿日期:2020-04-21)