

引用:彭武斌,蔡宇浩.消痤汤联合红光照射治疗瘀热互结型痤疮 40 例疗效观察[J].湖南中医杂志,2022,38(4):18-20, 33.

消痤汤联合红光照射 治疗瘀热互结型痤疮 40 例疗效观察

彭武斌,蔡宇浩

(云浮市中医院,广东 云浮,527300)

[摘要] 目的:观察自拟消痤汤联合红光照射治疗瘀热互结型痤疮的临床疗效。方法:将 80 例瘀热互结型痤疮患者随机分为治疗组和对照组,每组各 40 例。治疗组采用内服消痤汤、外用红光照射治疗,对照组予以内服多西环素和西咪替丁、外用 0.1%阿达帕林凝胶外涂治疗,2 组疗程均为 4 周。比较 2 组综合疗效、皮疹情况及不良反应发生率。结果:治疗组治疗 2 周及 4 周的总有效率分别为 67.5%(27/40)、90.0%(36/40),明显高于对照组的 55.0%(22/40)、75.0%(30/40),差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,2 组皮损积分均较治疗前下降,且治疗组的积分下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。不良反应发生率治疗组为 2.5%(1/40),对照组为 10.0%(4/40),2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:消痤汤联合红光照射治疗瘀热互结型痤疮疗效显著,值得临床推广应用。

[关键词] 痤疮;瘀热互结证;消痤汤;红光照射

[中图分类号] R275.973⁺.3 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.04.005

Clinical effect of Xiaocuo decoction combined with red light irradiation in treatment of acne with intermingled stasis and heat:An analysis of 40 cases

PENG Wubin, CAI Yuhao

(Yunfu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yunfu 527300, Guangdong, China)

[Abstract] Objective:To investigate the clinical effect of self-made Xiaocuo decoction combined with red light irradiation in the treatment of acne with intermingled stasis and heat. Methods:A total of 80 patients with acne with intermingled stasis and heat were randomly divided into treatment group and control group, with 40 patients in each group. The patients in the treatment group were given oral administration of Xiaocuo decoction and external application of red light irradiation, and those in the control group were given oral administration of doxycycline and cimetidine and external application of 0.1% adapalene gel; the course of treatment was 4 weeks for both groups. The two groups were compared in terms of overall response, skin rash, and incidence rate of adverse reactions. Results: At weeks 2 and 4 of treatment, the treatment group had a significantly higher overall response rate than the control group [week 2:67.5%(27/40) vs 55.0%(22/40), $P<0.05$; week 4:90.0%(36/40) vs 75.0%(30/40), $P<0.05$]. After treatment, both groups had a significant reduction in skin lesion score, and the treatment group had a significantly greater reduction than the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence rate of adverse reactions between the treatment group and the control group [2.5%(1/40) vs 10.0%(4/40), $P>0.05$]. Conclusion:Xiaocuo decoction combined with red light irradiation has a marked clinical effect in the treatment of acne with intermingled stasis and heat and thus holds promise for clinical application.

[Keywords] acne; intermingled stasis and heat; Xiaocuo decoction; red light irradiation

第一作者:彭武斌,男,副主任医师,研究方向:中医药防治皮肤病

通信作者:蔡宇浩,男,医学硕士,主治医师,研究方向:中医药防治皮肤病, E-mail:649061855@qq.com

痤疮,中医学称之为“肺风粉刺”,是一种与内分泌失调有关的毛囊、皮脂腺慢性炎症性疾病。痤疮多发生于颜面部,病程缠绵,特别以结节型痤疮、囊肿型痤疮尤为顽固难治。笔者在诊疗过程中发现,临床上结节型、囊肿型痤疮多辨证为瘀热互结证。为寻找更为有效且安全的治疗方法,笔者从中西医结合角度出发,采用自拟消痤汤联合红光照射治疗瘀热互结型痤疮40例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2020年4~10月在本院皮肤科门诊诊治的80例瘀热互结型痤疮患者,将其随机分为治疗组和对照组,每组各40例。治疗组中,男21例,女19例;平均年龄 (23.14 ± 3.05) 岁;平均病程 (15.56 ± 6.35) 个月。对照组中,男22例,女18例;平均年龄 (24.79 ± 3.42) 岁;平均病程 (14.82 ± 6.39) 个月。2组性别、年龄、病程等方面比较,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《广东省常见病基本诊疗规范》^[1]中痤疮的诊断标准。皮损多发生于面颊、额、胸背部等部位,可见有粉刺、炎症性丘疹、脓疱、结节、色素沉着、囊肿及瘢痕等。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]及《中西医结合皮肤性病学》^[3]拟定瘀热互结证的辨证标准。面部皮损以红色或暗红色结节、囊肿为主,或伴有小脓疱、丘疹粉刺和色素沉着,舌红或暗红有瘀点、苔薄黄,脉弦滑或弦细。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)能按时规律复诊,并有良好的依从性,认真配合治疗及可定期随访。

1.4 排除标准 1)妊娠期或哺乳期妇女;2)患有其他系统性疾病,如肝病、肾病、冠心病等;3)对本处方药物和红光照射治疗过敏;4)1个月内曾口服或外用其他治疗痤疮的药物。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予消痤汤联合红光照射治疗。消痤汤组成:桑白皮15g,黄芩10g,栀子10g,丹参30g,牡丹皮15g,地骨皮15g,红花10g,升麻15g,白花蛇舌草30g,山楂15g,厚朴10g。每天1剂,并根据患者皮疹情况进行加减。囊肿脓血多者加皂角刺、白芷;结节严重伴疼痛者加玄参、浙贝

母;瘢痕明显者重用丹参。采用光子治疗仪(Bioaer)[安徽航天生物科技股份有限公司,型号:GZM-B,红光波长: (640 ± 10) nm,输出功率:16W]进行红光照射,每次20min,每周2次。

2.2 对照组 予多西环素片、西咪替丁片、阿达帕林凝胶治疗。多西环素片(江苏联环药业股份有限公司,批准文号:国药准字H32021266,规格:0.1g/片)口服,0.1g/次,2次/d;西咪替丁片(特一药业集团股份有限公司,批准文号:国药准字H44020894,规格:0.2g/片)口服,0.2g/次,3次/d;阿达帕林凝胶(四川明欣药业有限责任公司,批准文号:国药准字H20065544,规格:15g/支)外用,睡前外涂1次。

2组均治疗4周。嘱患者戒酒,忌食辛辣热油腻之品,调畅情志,保持大便通畅。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)皮疹情况。参照文献[4]中的有关标准对2组治疗前、治疗2周、治疗4周的皮疹情况进行观察,并分类计数评分。粉刺计1分,丘疹计2分,脓疱计3分,结节计4分,囊肿计5分,瘢痕计5分。总皮损积分为各种类型皮损积分的总和。2)不良反应。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中的有关标准拟定。采用尼莫地平法计算疗效指数。疗效指数 $=$ (治疗前皮损积分-治疗后皮损积分)/治疗前皮损积分 $\times 100\%$ 。临床痊愈:皮损基本消退,仅有色素沉着或瘢痕,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 $< 70\%$;无效:临床症状未见改善,或病情加重,疗效指数 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件进行数据分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)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组治疗2周的临床疗效比较 总有效率治疗组为67.5%,对照组为55.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表1)

3.4.2 2组治疗4周的临床疗效比较 总有效率治疗组为90.0%,对照组为75.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表2)

表 1 2 组治疗 2 周的临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	5(12.5)	7(17.5)	15(37.5)	13(32.5)	27(67.5) ^a
对照组	40	3(7.5)	8(20.0)	11(27.5)	18(45.0)	22(55.0)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

表 2 2 组治疗 4 周的临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	9(22.5)	10(25.0)	17(42.5)	4(10.0)	36(90.0) ^a
对照组	40	5(12.5)	11(27.5)	14(35.0)	10(25.0)	30(75.0)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组皮损积分比较 2 组治疗后,患者的皮损积分均较治疗前下降,且治疗组的积分下降程度与同时间节点对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组皮损积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周
治疗组	40	19.34 $\pm$ 3.52	13.58 $\pm$ 3.07 ^{ab}	4.82 $\pm$ 2.75 ^{ab}
对照组	40	18.76 $\pm$ 4.73	15.13 $\pm$ 4.26 ^a	8.42 $\pm$ 3.91 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组同时间节点比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.4 2 组不良反应发生情况比较 不良反应总发生率治疗组为 2.5%,对照组为 10.0%,2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表 4)

表 4 2 组不良反应发生情况比较[例(%)]

组别	例数	过敏反应	胃肠道反应	总发生
治疗组	40	0	1(2.5)	1(2.5) ^a
对照组	40	1(2.5)	3(7.5)	4(10.0)

注:与对照组比较,^a $P>0.05$ 。

4 讨 论

西医学认为痤疮的发病主要与皮脂分泌过多、毛囊皮脂腺导管阻塞、细菌感染及炎症反应等有关,治疗上多以抗感染、抗菌、抑脂、抗角化为主,临床上虽能取得一定的疗效,但疗程长,毒副作用较多。中医学认为,痤疮的发病机制与肾阴不足、肺胃血热、痰瘀互结、冲任不调等息息相关,肾阴不足、相火过旺,生活失调、饮食失节等,均可致肺胃内火熏蒸头面,血热郁滞而成。《外科正宗》谓肺风粉刺“总皆血热郁滞不散”,《外科大成》云“肺风由肺经血热郁滞不行而生酒刺也”,均强调了血热郁滞 在痤疮发病成因中的重要性。笔者在临床中观察发现结节型痤疮、囊肿型痤疮患者大多属于瘀热互结证,应治以清热解毒、化瘀散结,基于此,笔者临床常自拟消痤汤治疗,疗效颇佳。

消痤汤方中桑白皮性寒降泄,善清泻肺火,《本草纲目》谓之“肺火有余者宜之”。地骨皮甘寒清润,善清肺热,《汤液本草》谓之能“降肺中伏火”。桑白皮、地骨皮均善清肺热,二者合用直面肺风粉刺的病因病机,亦正契合肺主皮毛、从肺论治痤疮之意。黄芩苦寒,可清热消肿、泻火解毒,其提取物对痤疮有抗感染、抑菌的作用^[5]。栀子善清三焦之火、凉血解毒。白花蛇舌草味苦,性甘寒,可清热解毒、消散痈肿,乃治热毒疮痍之常品,李秀玉^[6]研究发现白花蛇舌草治疗痤疮除可抗感染、抗菌外,还有调节免疫的作用。上三者合用,既能清热解毒,又能散结消肿,在痤疮炎症性结节和囊肿的治疗中功效显著。丹参凉血消痈,《重庆堂随笔》云其“血热而滞者宜之”,研究表明丹参酮具有减轻痤疮患者皮脂溢出、抗雄性激素的作用^[7]。红花辛行温通,有祛斑消癥、化滞消斑之功。牡丹皮既可清热凉血,又可活血散瘀,常用于血热瘀滞所致的疮痍肿毒。山楂既可消食化积,亦能行气散瘀,研究发现山楂除具有降脂作用外,还可抑制金黄色葡萄球菌的生长^[8]。上四者合用,重在化瘀散结,兼能清热凉血,直中痤疮瘀热互结、血热瘀滞之病机。厚朴苦温辛散,能行气消滞,与化瘀之品共用,可加强行气解郁散结之功。升麻辛散甘寒,既能解表透疹,又能清热解毒,在本方中重取其透疹之意,直击痤疮顽固性粉刺、结节欲出不出、透发不畅之要害,发挥其透疹散结的作用。诸药合用,共奏清热解毒、化瘀消痈、行气散结之功效。

红光可促进细胞增殖,加强创面的愈合,防止瘢痕形成^[4],对于结节型痤疮、囊肿型痤疮皮损的减轻以及炎症消退后皮肤的修复,具有良好效果。红光照射的治疗方法相比痤疮的其他疗法如局部注射疗法、火针疗法、穴位注射疗法等,操作更为方便、安全,且无痛苦,在临床上患者也较易接受,易于配合,依从性更好。

本次研究采用消痤汤联合红光照射治疗瘀热互结型痤疮,治疗组治疗 2 周及 4 周总有效率分别为 67.5%、90.0%,明显高于对照组的 55.0%、75.0%,差异均有统计学意义($P<0.05$)。经治疗 2 周、4 周后,2 组皮损积分均下降,且治疗组低于同时间节点的对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2 组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。综上所述,消痤汤联合红光照射治疗瘀热互结型痤疮的疗效显著,且安全、简便,值得临床推广应用。(下转第 33 页)