

耳尖放血联合桑苧合剂治疗湿热证痤疮 临床观察[※]

● 白姗姗¹ 边风华^{2▲} 何翔² 王静¹ 周粤芬¹

摘要 目的:观察耳尖放血联合桑苧合剂与单用桑苧合剂对湿热证痤疮的临床疗效。方法:选择2013年1月~2015年6月期间门诊收治的符合痤疮西医诊断标准及中医症候诊断标准的患者120例,随机分为对照组和治疗组各60例。对照组予口服桑苧合剂治疗,治疗组予耳尖放血联合口服桑苧合剂治疗,6周后观察两组疗效及生活质量改善情况。结果:治疗组总有效率93.33%,对照组总有效率80.00%,治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$);治疗后两组患者生活质量均有所改善,且治疗组优于对照组($P < 0.05$)。结论:采用耳尖放血联合桑苧合剂治疗痤疮的疗效显著,能改善痤疮患者的生活质量,值得临床进一步推广。

关键词 痤疮 耳尖放血 桑苧合剂 疗效 生活质量

痤疮是美容皮肤科最常见的病种之一,是累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,可表现为粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿及瘢痕等皮损^[1],通常好发于面部、颈部、胸背部、肩膀和上臂。该疾病青春期多见,但几乎所有年龄段的人都可以发病。患者焦虑危险率(26.2%)和抑郁危险率(29.5%)均显著高于健康志愿者(分别为0%和7.96%)^[2]。采用皮肤病生活质量指数(DLQI)量表对患者生活质量进行研究发现痤疮对患者的感觉、日常生活、人际关系等方面均带来不利的影响^[3],治疗后随着临床病情的改善,DLQI评分显著下降^[4]。我科运用耳尖放血联合桑苧合剂及单用桑苧合剂两种方法,对120名湿热证的痤疮患者进行治疗,现将观察结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

※基金项目 上海卫生系统先进适宜技术推广项目(No. 013SY026)

▲通讯作者 边风华,女,副主任医师,主要从事中医皮肤与性病诊疗与研究。E-mail: cldbty@163.com

• 作者单位 1.扬州大学医学院附属友好医院(225009);2.上海中医药大学附属曙光医院(200021)

期间门诊收治的符合纳入标准的患者120例,随机分成治疗组与对照组各60例。治疗组年龄13~39岁,平均(23.87±6.30)岁;病程3个月~9年,平均(2.43±1.10)年。对照组年龄12~36岁,平均(23.57±5.94)岁;病程2月~10年,平均(2.41±1.25)年。两组患者在年龄、病程等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照 Pill Sburv 及国际改良痤疮分级法^[6]:①青春期开始发病;②好发于面部、上胸及背部等皮脂腺发达部位,对称分布;③皮损为毛囊性丘疹、黑头粉刺、脓疱、结节、囊肿和疤痕,伴有皮脂溢出;④呈慢性经过。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语》^[7],具备主症及次症2项以上者即可辨为肺胃湿热证:①主症:皮肤油腻,以疼痛性丘疹和脓疱为主;②次症:间有结节,或伴口臭,便秘,尿赤,舌质红,苔黄腻,脉滑。

1.2.3 纳入标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(2003年版)^[5]:①符合西医诊断标准;②符合中医辨证标准;③年龄范围在10~40岁;④治疗前30日内未使用过与本病相关的内服药,7天内未使用过与本病相关的外用药;⑤签署知情同意书。

1.2.4 排除标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(2003年版)^[5]:①妊娠或哺乳期妇女;②过敏体质或对桑苧合剂、药物成分过敏者;③近30天内服用过治疗本病的药物;和/或7天内外用过治疗本病的药物;④合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病者或精神病患者;⑤化学物质所致的职业性痤疮患者,药物引起的痤疮患者。

1.3 治疗方法 ①对照组:口服桑苧合剂[为上海曙光医院皮肤科院内制剂,其为枇杷清肺饮加减方(枇杷叶,桑白皮,生甘草,黄芩,地骨皮,丹皮,生山栀,银花,蛇舌草等)],饭后约半小时服用,30mL/次,2次/天。6周后观察疗效。②治疗组:在对照组口服桑苧合剂基础上耳尖放血:酒精棉球消毒耳尖,取小静脉刺破,以血自然缓慢呈滴状溢出为佳,每次放血15~20滴,每周1次。6周后观察疗效。两组治疗期间均禁止使用治疗痤疮的内服或外用的中西药以及影响本治疗的化妆品。

1.4 临床观察指标

1.4.1 临床症状观察 观察治疗前后皮损的面积、病灶数、结节脓肿情况,按4级评分,无为0分、轻度为2分、中度为4分、重度为6分。

1.4.2 生活质量评分 参照皮肤病生活质量指数(DLQI)评分表^[8]。见表1。

表1 皮肤病生活质量指数(DLQI)评分表

调查内容	影响程度评分			
	无	轻度	中度	重度
瘙痒和疼痛	0	1	2	3
尴尬	0	1	2	3
购物、家庭劳动	0	1	4	3
衣物、食物	0	1	2	3
社交、休闲	0	1	2	3
体育活动	0	1	2	3
学习、工作	0	1	2	3
个人关系	0	1	2	3
影响睡眠	0	1	2	3
治疗	0	1	2	3

1.5 疗效判断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(2003年版)^[5]:根据治疗前和治疗后的总积分判定疗效,计算公式和标准如下:总积分=面积评分+病灶数评分+结节脓肿评分;评分法下降指数=(治疗前总积分-治疗后积分)/治疗前总积分。①临床痊愈:皮损基本消退,或只留下少许的色素沉着,症状基本消失,实验室指标恢复正常,积分值的减少 $\geq 95\%$;②显效:皮损消退较明显,症状明显减轻,或实验室指标接

近正常,积分值的减少 $\geq 70\%$;③有效:皮损部分消退,症状改善,积分值的减少 $\geq 50\%$;④无效:皮损几乎无消退,或病情加重,积分值的减少不足50%。总有效率=临床痊愈率+显效率+有效率。

1.6 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行处理,数据以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料进行卡方检验,计量资料进行t检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者综合疗效评价 治疗6周后,治疗组总有效率为93.33%,对照组为80%,治疗组明显高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者综合疗效评价(n·%)

组别	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (n=40)	6(10%)	24(40%)	18(30%)	12(20%)	80%
治疗组 (n=40)	15(25%)	29(48.33%)	12(20%)	4(6.67%)	93.33% [▲]

注:与对照组比较,▲ $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者生活质量比较 两组患者经治疗后,皮肤病生活质量指数(DLQI)评分均有明显降低(均 $P < 0.01$),说明通过治疗两组患者的生活质量均得到了改善,且治疗组改善程度优于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者生活质量指数(DLQI)评分($\bar{x} \pm s$,分)

组别	治疗前	治疗后
对照组 (n=40)	12.43 \pm 6.38	6.17 \pm 4.13 [△]
治疗组 (n=40)	12.03 \pm 6.51	4.83 \pm 3.50 ^{△,▲}

注:与同组治疗前比较,△ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,▲ $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应 两组患者治疗过程均未出现明显不良反应。

3 讨论

桑苧合剂为上海曙光医院皮肤科院内制剂,其为枇杷清肺饮加减方(枇杷叶,桑白皮,生甘草,黄芩,地骨皮,丹皮,生山栀,银花,蛇舌草等)。组方中桑白皮可祛除湿热;黄芩清热燥湿,尤善清泄中上焦湿热及肺火;蛇舌草有清热、利湿、解毒、消痈之功;生山栀泻火除烦,清热利尿,凉血解毒。该方长期用于肺经风热

(下转第57页)

于所纳入的试验在质量、方法学上有诸多缺陷,仍需进一步开展更多多中心、大样本、随机对照、双盲临床试验,以提供高质量的论证依据。

参考文献

- [1]刘瑞芬,杨晓娜.盆腔炎颗粒对血瘀兼肾虚型慢性盆腔炎患者免疫学指标的影响[J].中国中西医结合杂志,2007,27(9):841.
- [2]温玲,付建国.慢性盆腔炎患者心理健康状况分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2009,30(24):3033.
- [3]Higgins JPT, Green S, editors. Assessment of Study Quality. Cochrane Reviews' Handbook 4.2.3 [Updated December 2004]; Part I, Chapter b: 49-58. In: The Cochrane Library.
- [4]潘炉群.桂枝茯苓丸加减治疗慢性盆腔炎200例临床分析[J].海峡药学,2013,25(3):239-240.
- [5]谢波.桂枝茯苓丸加减治疗慢性盆腔炎的疗效观察[J].临床合理用药杂志,2013,6(9):24-25.
- [6]雷建芬,李志明.中西医结合治疗慢性盆腔炎80例疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2014,24(2):167-168.
- [7]董莉,丁伟平,寿之炜,等.中西医结合治疗慢性盆腔炎临床疗效观察及安全性评价[J].中华中医药学刊,2014,32(9):2291-2293.
- [8]杜巧萍,邵梅,孙博.中西医结合治疗慢性盆腔炎患者临床观察[J].新中医,2015,47(6):156-157.

(上接第53页)

证痤疮的治疗,且疗效稳定,临床发现桑苓合剂对湿热证痤疮患者亦有较好的疗效。

《内经》提出“血实者决之”、“宛陈则除之者,去血脉也”的刺血原则,说明刺络出血可排出瘀血以祛毒,疏通经络,调节脏腑气血,协调人体功能^[9]。现代研究认为,刺络放血可以改善面部血液循环,加速炎性产物的排出,促使炎症吸收消退,能通过神经体液系统的调节作用,完成对血管舒缩、血液粘稠度、血管通透性、血液灌注等诸多系统的调节^[10-11]。本研究将痤疮的外治法(耳尖放血)与内治法(桑苓合剂)相结合,取得良好疗效。但是部分文献报道中的单用耳尖放血治疗痤疮的疗效比本研究治疗组疗效略好,其原因可能是文献报道中的耳尖放血疗法通常需要每周2次,甚至隔日1次,而本研究治疗组患者耳尖放血为每周1次。笔者在临床实践中发现,绝大多数患者难以接受或难以坚持每周2次以上的耳尖放血治疗。若按本研究治疗组的治疗方案治疗,嘱患者口服桑苓合剂并每周复诊时耳尖放血1次,可大大提高患者的依从性,并且取得了肯定的临床疗效,故此认为本研究治疗组的治疗方案或更适合临床推广。

参考文献

- [1]郭激,李咏梅.痤疮的中医药治疗研究述评[J].中医学报,2012,

- [9]朱名宸.桂枝茯苓丸加味治疗慢性盆腔炎38例[J].实用中西医结合临床,2007,7(2):34-35.
- [10]葛素侨,刘利.桂枝茯苓汤加减治疗慢性盆腔炎临床分析[J].中国实用医药,2007,2(12):80.
- [11]申学永,王红霞.加味桂枝茯苓丸治疗慢性盆腔炎76例[J].中医药临床杂志,2004,16(3):234-235.
- [12]钟晓玲,王霞灵,曹大农,等.温阳化痰法治疗慢性盆腔炎临床研究[J].新中医,2009,41(7):52-53.
- [13]刘艳云,翟瑶.桂枝消瘤颗粒治疗慢性盆腔炎50例疗效观察[J].河北中医,2010,32(6):834-835.
- [14]郭彦平.中药治疗湿热蕴结证慢性盆腔炎疗效观察[J].菏泽医学专科学校学报,2010,22(4):47,57.
- [15]王铁英,卢国友,李英,等.妇女慢性宫颈炎盆腔炎的相关危险因素及发病率临床研究[J].河北医学,2014,20(6):987-989.
- [16]王华,黄健萍,林芳,等.慢性盆腔炎患者生存质量及相关影响因素分析[J].辽宁中医杂志,2012,39(7):1325-1326.
- [17]张双,高月平.慢性盆腔炎的中西医研究进展[J].河南中医,2014,34(3):497-499.
- [18]周继红.中西医结合治疗盆腔炎性疾病护理体会[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(6):253-255.
- [19]欧爱华,老庸荣,李晓庆,等.多中心临床随机对照试验的Meta分析[J].中华流行病学杂志,2005,26(4):290-293.

27(6):759-761.

- [2]Ishida N, Nakaminami H, Noguchi N, et al. Antimicrobial susceptibilities of *Propionibacterium acnes* isolated from patients with acne vulgaris[J]. Microbiol Immunol, 2011, 52(12):621-624.
- [3]毕晓东,翟磊,杨波涛.中西医疗治痤疮的临床疗效及对患者负性情绪和生活质量的影响[J].中华实验方剂学杂志,2013,19(23):310-313.
- [4]Rizwan M, Aqil M, Talegaonkar S. Enhanced transdermal drug delivery techniques: an extensive review of patents[J]. Recent Pat Drug Deliv Formul, 2011, (2):105-124.
- [5]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:292-295.
- [6]赵辨.临床皮肤病学[M].江苏:科技出版社,2001:935.
- [7]国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语[M].北京:法律出版社,1997:62.
- [8]季梅,李明.痤疮患者生活质量调查[J].中国麻风皮肤病杂志,2008,24(8):624-625.
- [9]陈利华,晋松.刺络拔罐法治疗痤疮的临床研究进展[J].中医药学刊,2006,24(4):688-690.
- [10]何茂松.针刺、放血治疗周围性面神经炎临床观察[J].中国临床研究,2014,6(13):45-46.
- [11]Gold LS, Tan J, Cruz-Santana A, et al. A North American study of adapalene-benzoyl peroxide combination gel in the treatment of acne[J]. Cutis, 2012, 84(2):110-116.