

# 针药结合治疗湿热型痤疮的临床研究<sup>※</sup>

● 连林宇<sup>1</sup> 何其达<sup>1</sup> 沈佳成<sup>2</sup> 刘彩春<sup>2</sup> 杨宗保<sup>2▲</sup> 张 媛<sup>3</sup>

**摘要** 目的:观察并对比针药结合治疗与常规西药治疗湿热型痤疮的临床疗效。方法:将 100 例湿热型痤疮患者随机分为针药结合组( $n=50$ )和西药治疗组( $n=50$ ),针药结合组采用以口服中药为主并辅以针刺的疗法进行联合治疗,西药治疗组口服米诺环素胶囊,两组均连续治疗 4 周后观察疗效及皮损的类型、分级、评分和不良反应等。结果:针药结合组与西药治疗组总有效率分别为 92.00%、84.00%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );两组治疗后皮损的分级与评分较治疗前均明显降低,针药结合组的改善程度优于西药治疗组;不良反应发生率分别为 4.00%、6.00%, $P>0.05$ 。结论:针药结合疗法比常规西药治疗更能够显著提高湿热型痤疮的临床疗效。

**关键词** 痤疮;刺血疗法;临床疗效

湿热型痤疮多因饮食不节、劳逸失当而好发于青少年,由于其明显的皮损表现和发作部位,对青少年的日常社会交往和心理健康发展影响很大,属于毛囊皮脂腺单位的一种慢性炎症性皮肤疾病,容易反复发作。痤疮的皮损表现以粉刺、脓疱、红色丘疹和结节等多形性皮损为主要特点,多好发于胸背颜面等皮脂腺较丰富的部位<sup>[1]</sup>。祛风清肺方是本院在“银翘散”的基础上,加减制定的院内协定方,结合针刺形成了临床治疗痤疮疗效较为显著的综合方案。本研究采用祛风清肺方配合针刺治疗湿热型痤疮取得良好疗效,现做报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本研究 100 例病例皆是从 2013 年 6 月至 2016 年 6 月到厦门大学附属中山医院演武分院国医堂门诊就诊的痤疮患者,随机将其分为针药结合

组和西药治疗组,每组 50 例。针药结合组:男 19 例,女 31 例,年龄 16~35 岁,平均( $20.64 \pm 4.13$ )岁,病程 1 个月到 10 年,平均( $3.68 \pm 2.27$ )年;西药治疗组:男 21 例,女 29 例,年龄 14~30 岁,平均( $19.98 \pm 4.68$ ),病程 0.5 个月到 8 年,平均( $3.51 \pm 2.28$ )年。两组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较无统计学意义( $P>0.05$ )。

**1.2 诊断标准** 痤疮的诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]</sup>:于青春期开始发病,好发于头面、上胸部及背部皮脂腺发达的部位,多为对称分布。皮损表现以毛囊性丘疹、粉刺、脓疱、囊肿和结节等为主,伴有皮脂溢出,慢性反复发作。

中医证候诊断标准参照《中西医结合临床皮肤病学》<sup>[3]</sup>。湿热证:头身困重,午后潮热明显,且身热不扬,颜面与胸背部的皮损红肿热痛,下颌等部位多有脓疱,便溏或黏,口臭明显,女性可伴见月经量多,周期紊乱,舌红苔黄腻,脉滑数。

## 1.3 纳入标准与排除标准

**1.3.1 纳入标准** ①符合中医证候诊断标准中“痤疮”的诊断标准,(参照《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语》);②选择 14~35 岁之间的痤疮患者,男性或女性;③签署知情同意书,自愿参与实验,并随机纳入针药结合组或西药治疗组,确实配合

※基金项目 中国中医科学院“十三五”重点领域研究专项(No. ZZ10-011-1-2)

▲通讯作者 杨宗保,男,副教授。研究方向:针灸治疗神经症、痛症的研究。E-mail: yzbdq@163.com

• 作者单位 1. 福建中医药大学针灸学院(福建 福州 350122); 2. 厦门大学医学院中医系(福建 厦门 361000); 3. 湖南中医药大学(湖南 长沙 410208)

完成实验所需步骤者;④1 个月内未使用过与治疗本病相关的口服药,1 周内未使用与治疗本病相关的外用药。

1.3.2 排除及剔除标准 ①患处有除痤疮以外的其它皮肤疾病不适合进行实验治疗者;②患有急需优先治疗的其它慢性或严重性疾病者;③处于妊娠期或哺乳期的妇女,3 个月内曾系统治疗过痤疮或两周内有应用糖皮质激素和抗生素的病史;④对实验所用药物过敏或对治疗不能耐受者;⑤对于纳入后合并使用实验以外疗法或中途更改治疗方案者和依从性不良者。

#### 1.4 治疗方法

1.4.1 针药结合组 采用中药、针刺、放血三种治疗手段进行联合治疗,具体如下:

祛风清肺方是本院在“银翘散”的基础上,加减制定的院内协定方,中药方剂以银翘散为主配合四物汤加减:金银花、连翘各 15g,黄芩 9g,黄连 6g,茯苓 15g,薏仁 15g,淡竹叶 10g,薄荷 9g,甘草 3g,桔梗 12g,芦根 20g,归尾 10g,赤芍 15g,生地黄 15g,牡丹皮 15g。上述药每日 1 剂,水煎,分两次早晚饭后温服,连续服用 4 周。

针刺取穴以阿是穴,手、足阳明经及督脉为主。选穴:阿是穴(痘点)、大椎、曲池、合谷、风池、太冲、鱼际。操作:患者根据采用的穴位选择相应的体位,经 75% 酒精消毒后,四肢及躯干部用 1.5 寸毫针进行常规针刺,采用提插捻转的方式进行补泻,实证用泻法,虚证用补法,以局部酸麻胀感为度,并留针 30min;其中面部阿是穴(痘点)采用 5 根美容针(长 10mm,直径 0.19mm)对面部的皮损处进行围刺,平刺即可,间隔适中以包围病灶为宜,其余散在的皮损部位予散刺数针,不予施手法,留针 30min。上述针刺治疗隔日 1 次,连续治疗 4 周。

放血部位为三个主穴:大椎、少商(双)、耳尖(双)。操作:选择一次性三棱针进行放血治疗,以 75% 酒精常规消毒后,用三棱针对准穴位迅速刺入 2~4mm,立即出针,因太阳经多血少气,所以第一次放血量宜大些,以后可略少些。放血治疗两侧穴位交替进行,隔日 1 次,连续治疗 4 周。

1.4.2 西药治疗组 单独服用米诺环素胶囊(商品名:玫满,50mg×20 粒/盒,由惠氏制药有限公司生产,国药准字 H10960011),口服,每次 50mg,每日 2 次。治疗期间不使用其它治疗痤疮的药物。

两组患者均连续治疗 4 周,期间观察记录皮损类

型及数量、症状变化及不良反应的发生情况。上述针药结合组和西药对照组均嘱清淡饮食,慎食油炸、高热量食物等。

1.5 观察指标 比较两组治疗前后的皮损等级、积分及疗效。

1.5.1 皮损等级标准 参照 Pillsbury 分级法:一级的主要皮损为粉刺,发生皮损的数目不超过 30 个;二级的皮损以粉刺为主,并多伴有丘疹和脓疱,皮损数目在 30~50 个之间;三级痤疮的丘疹和脓疱数目较多,皮损数目为 50~100 个,或伴有结节,但数目不超过 3 个;四级皮损数目较多,大于 100 个且结节或囊肿数目在 3 个以上。

1.5.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]294</sup>,并据此进行临床疗效判定<sup>[5]</sup>。治愈:无新皮损出现且大于 90% 的皮损消失,或仅留粒性大小隐性瘢痕和少许色素沉着斑。显效:症状明显好转,没有新发皮损出现,且皮损消退率在 70% 与 90% 之间。有效:皮损消退率大于 50% 而小于 70%,灼热疼痛感等症状改善。无效:症状加重,皮损消退率未达到 30%,甚至连续治疗 1 个月后仍有新发皮损出现。

1.5.3 皮损积分标准 分别在治疗前和治疗后对皮损进行评估,对皮损的种类:丘疹、粉刺、脓疱、结节等,及其数量和大小进行记录,评分标准参考《中药新药临床研究指导原则》<sup>[2]292</sup>制定。1 个丘疹或粉刺:1 分;1 个脓疱:2 分;1 个结节(直径≤0.3cm:3 分;0.3~1cm:5 分;直径>1cm:7 分;1 个囊肿:直径≤1cm:8 分;1~1.5cm:10 分;直径>1.5cm:12 分)。疗效指数=(治疗前皮损评分-治疗后皮损评分)/治疗前皮损分值×100%。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 19.0 软件对统计结果进行分析,计数资料采用卡方检验,用百分率(%)表示。计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,若服从正态分布,组内采用配对 *t* 检验,组间采用单因素方差分析;不服从正态分布,采用非参数检验,组间的有效率比较采用秩和检验。以  $P < 0.05$  代表有统计学差异。

## 2 结果

2.1 综合疗效比较 研究比较统计结果发现:针药结合组的有效例数为 46 例,总有效率为 92.00%;而西药治疗组的有效例数为 42 例,占整组案例的 84.00%。组间有效率比较,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患者疗效比较[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
针药结合组	50	29(58.00)	13(26.00)	4(8.00)	4(8.00)	46(92.00*)
西药治疗组	50	15(30.00)	16(32.00)	11(22.00)	8(16.00)	42(84.00)

2.2 治疗前后皮损评分比较 两组患者治疗后的皮损评分均低于治疗前,且联合治疗组改善明显优于针刺对照组, ( $P < 0.05$ ), 组间差异具有统计学意义, 说明联合治疗组治疗痤疮疗效明显优于针刺对照组。详见表 2。

表 2 两组治疗前后皮损评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
针药结合组	50	26.94 ± 8.46	7.22 ± 7.38 <sup>△</sup>
西药治疗组	50	25.78 ± 7.97	8.56 ± 6.14 <sup>△</sup>

注:与西药组比较,\* $P < 0.05$ ;与治疗前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

2.3 治疗前后皮损分级比较 见表 3。

表 3 两组治疗前后皮损等级比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
针药结合组	50	2.94 ± 0.77	1.50 ± 0.81 <sup>△</sup>
西药治疗组	50	2.96 ± 0.78	1.58 ± 0.69 <sup>△</sup>

注:与西药组比较,\* $P < 0.05$ ;与治疗前比较,<sup>△</sup> $P < 0.05$ 。

2.4 不良反应 针药结合组 1 例患者出现腹痛腹泻,去掉牡丹皮与生地黄后症状消失,1 例患者在针刺过程中出现晕针现象,予取针饮用温水平躺后缓解;西药组中 3 例出现头晕头痛,但坚持治疗完整个疗程。针药结合组、西药组的不良反应发生率分别为 4.00%、6.00%,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

### 3 讨论

痤疮是多发于青少年的一种毛囊皮脂腺慢性疾病,经常会对患者的容貌美观产生极大影响,同时也给其带来了许多精神和心理上的负担<sup>[11]</sup>。研究表明痤疮的发病机理与体内激素水平的失调、代谢紊乱、机体的免疫力下降和细菌感染等有关<sup>[6]</sup>。祖国医学则认为此病或由于不节饮食,过量食用厚味肥甘,内蕴湿热,上薰颜面,血热郁滞,受阻于肌肤;或素体阴虚,又劳心好色,或阳病日久,最终伤及真阴,并引起肺经之热上蒸;或肝郁化火,阳热受遏,继而侵犯肌表,肺经疏泄异常,腠理开阖失调而成<sup>[8]</sup>。

在湿热型痤疮的治疗上,西医采用的方法不多,

且无针对不同的证型进行相应的治疗手段,主要是药物内服加外涂两种,常选择的药物有激素、抗生素和异维 A 酸等,然而长期用这些药物将导致体内激素分泌失调、耐药性的产生等诸多不良反应;另外药物涂抹的方法亦有仅能缓解表面症状而持久疗效较差的弊端<sup>[7]</sup>。祖国传统医学则能根据湿热证型的病机,首选清热解毒祛风、活血化瘀消肿的治疗方法,因此本研究采用针药结合的方法进行治疗:中药内服,祛风清肺方以祛风清热解毒为主,针对郁于气分肺胃的热邪、湿毒淤滞效果颇佳;四物汤善于补血活血,取“治风先治血,血行风自灭”之意,并重用生地黄、丹皮凉血活血,清血分余毒,诸药切合病机紧扣治则,共奏奇功;佐以针刺,阳气过多则为热,热甚则为火,火盛则聚而为毒,因此当把过剩的阳气清除掉方为清泄火毒的首选,而阳明经气血皆盛,属三阳经之最,故治疗本病选择手、足阳明经和督脉的穴位为主,针刺大椎、曲池、合谷三穴可以泄阳气清火毒,清热凉血解毒,局部取穴,针对病灶,鱼际清肺泄热,太冲清肝解郁;痘点为阿是穴,属于局部取穴,用以宣散患部气血热毒的蕴结,通畅血道改善面部的气血循环,迫使风邪阳毒无所留存。现代人不良的饮食生活习惯,是导致许多常见病的根源,而使用联合疗法在治愈痤疮的同时,患者伴有的口臭、咽痛、便秘、月经不调等症状皆有不同程度的减轻。

中医学的精髓在于辨证论治,不同的医家对于痤疮的治疗,各有其独到的见解,无论是从风、肺、脾胃、肝和冲任方面皆可进行治疗<sup>[9]</sup>。然而,由于每个人的体质都不尽相同,所以对疾病的易感程度也不一样,感受疾病所表现出来的证型亦有不同,进而对于各种治疗手段的自我择取和干预应答都不一样,而这直接影响到疾病的疗效<sup>[10]</sup>。针药结合疗法是中医治疗疾病的核心手段,重视体质差异和身体的自我调节能力,在辨证的基础上内外兼施,以通过多重途径和多个靶点来提高临床疗效,效果显著,复发率低。中医的针药结合疗法已逐渐成为痤疮治疗的一大趋势,值得临床推广使用。

(下转第 58 页)

处也”。唐·孙思邈云：“凡人无子，当为夫妇具有五劳七伤，虚羸百病所致，故有绝嗣之殃。”所以，肾虚是生殖损害的主要病机之一，肾阴虚及肾阳虚统称肾虚。此外，痰湿、血瘀同样不可忽视，关于痰湿影响男性生殖损害的论述在中医学上早有阐述，清朝大医陈士铎在《石室秘录》中阐述“男子不能生子有六病：精寒，气衰，痰多，相火盛，精少，气郁。”因此痰湿是男性生殖损害中非常重要的一个病理因素。另外李海松教授认为<sup>[8]</sup>，“百病多由痰作祟”对于男性生殖损害具有一定的指导意义，气郁、脾虚、寒凝、虚火等皆可以生痰，“痰”作为病理产物和致病因素的结合体贯穿男性不育症发病的全过程。血瘀同样作为一种病理因素对于男性生殖损害有着一定的影响，周安方<sup>[9]</sup>认为，男性不育原因众多，往往呈虚实夹杂之候，其中 2 个主要原因分别为肾精不足及肝实（湿热、痰浊、瘀血结聚肝经）造成精道阻塞形成“瘀”，并且生殖系统慢性炎症、精索静脉曲张及输精管梗阻也可归于“瘀”。王琦<sup>[10]</sup>则认为，随着时代的变迁，人们生活方式的改变以及所处的社会生活环境的改变，“肾虚夹湿热瘀毒”是现代男性不育的主要病机。“瘀血不去，新血不生”，对于相当一部分患者来说，在补肾培元、填精益髓的基础上，加用了适量的活血化瘀中药通畅气血，往往可以改善患者的精子质量，提高不育治愈率。

因此男性生殖损害的中医病因病机可总结为肾虚为本，痰湿、瘀血为标，本次中医证候调查中由中医证候要素分布率可知生殖异常组痰湿、血瘀、肾虚分布率显著高于 NC 组 ( $P < 0.05$ )，表明男性肝豆状核变性合并生殖损害的中医病因总结为肾虚、痰湿、血

瘀为主，而随着生殖损害的进行和发展证候也将变得复杂。而中医证候积分也显示 RD 组痰湿、血瘀、肾阴虚、肾阳虚中医证候积分显著高于 NC 组 ( $P < 0.05$ )。在显著的神、精神系统症状面前，生殖系统损害症状常常被忽视，因此本次中医证候调查可以为中药治疗男性肝豆状核变性合并生殖损害提供一定的依据，就本次调查而言及对对照中医历代医家对生殖损害的认识，对于肝豆状核变性合并生殖损害患者可以灵活运用补肾、化痰、祛瘀中药，或许对于改善生殖损害有一定的效果。

### 参考文献

[1] Ala A, Walker Ap, Ashkan K, et al. Wilson's disease [J]. Lancet, 2007, 369(9559): 397 - 408.  
 [2] 赵连旭, 杨任民, 等. 男性肝豆状核变性下丘脑 - 垂体 - 睾丸轴功能研究 [J]. 中华神经科杂志, 1998, 31(2): 26 - 27.  
 [3] 杨任民. 肝豆状核变性 [M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 1999: 28 - 31.  
 [4] 郭应禄, 胡礼泉. 男科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 934.  
 [5] 姚文亮, 吴飞华. 男性不育发病原因的研究进展 [J]. 现代诊断与治疗, 2006, 17(4): 228 - 229.  
 [6] 国家技术监督局. 中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分 [S]. 北京: 中国标准出版社, 1997: 3.  
 [7] 朱文峰. 中医诊断学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 12.  
 [8] 刘洋, 李海松, 王彬, 等. 李海松教授从脾、肾、肝论治男性精液不液化不育的学术思想 [J]. 中国性科学, 2015, 24(4): 84 - 86.  
 [9] 曹继刚. 周安方治疗不育症从精液微观辨证用药经验 [J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(3): 29 - 30.  
 [10] 孙自学, 陈建设. 王琦教授治疗男性不育经验介绍 [J]. 四川中医, 2004, 22(1): 7 - 8.

(收稿日期: 2018 - 08 - 14)

(本文编辑: 金冠羽)

(上接第 55 页)

### 参考文献

[1] 陈然, 黎波, 杜元灏, 等. 针灸治疗寻常痤疮的疗效综合判定 [J]. 辽宁中医杂志, 2012, 02: 331 - 333.  
 [2] 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 - 295.  
 [3] 臧海洋. 赵云芳治疗青春期痤疮经验 [J]. 世界中医药, 2010, 5(1): 71 - 71.  
 [4] 刘炼, 李龙, 赵建华. 耳穴贴压治疗寻常痤疮对血清睾酮雌二醇的影响 [J]. 中国针灸, 2004, 24(1): 57 - 58.  
 [5] 顾春英, 黄嘉琪, 车竹梅. 拨针为主综合针灸疗法治疗痤疮临床观

察 [J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(2): 132 - 134.  
 [6] 吕湘宾. 痤疮验案五则 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(7): 838 - 838.  
 [7] 刘慧玲. 痤疮的中西医治疗方法比较 [J]. 环球中医药, 2015, 8(S1): 121.  
 [8] 李光宇, 王萍. 痤疮的中医治疗进展 [J]. 北京中医, 2006, 25(12): 756 - 758.  
 [9] 顾炜, 张小卿, 吴景东. 从中医病因病机与常用药探讨痤疮的中医治疗特色 [J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(4): 24.  
 [10] 张新普, 薛丹, 童亚男, 等. 针灸改善体质状态治疗阴虚内热型痤疮临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(8): 741 - 744.

(收稿日期: 2018 - 04 - 04)

(本文编辑: 金冠羽)