

感应加热电火针与消痤温胆汤联合治疗 痰瘀湿滞型痤疮临床观察^{*}

高永杰 吴育婷 赵文杰[▲] 李晓霞 陈 华 于珊珊

摘要 目的:观察感应加热电火针联合消痤温胆汤对痰瘀湿滞型痤疮的治疗效果。方法:将90例痰瘀湿滞型痤疮患者随机分为3组,每组各30例,基础治疗组予消痤温胆汤口服,对照组予异维A酸口服,观察组予感应加热电火针联合消痤温胆汤治疗,总疗程为6 w。对各组患者的GAGS评分、临床疗效、不良反应发生情况进行观察。结果:疗程结束后观察组的GAGS分值低于基础治疗组与对照组($P<0.05$);观察组的疗效较好,愈显率(83.33%)优于对照组(50.00%)及基础治疗组(46.67%)($P<0.05$);与其他两组相比较,对照组不良反应发生率最高($P<0.05$)。结论:感应加热电火针联合消痤温胆汤的针药联合疗法对痰瘀湿滞型痤疮的疗效较好,感应加热电火针有很好的应用前景。

关键词 感应加热电火针;消痤温胆汤;痰瘀湿滞;痤疮;针药联合

痤疮是临床常见的损容性疾病。我国痤疮的患病率及发病率均高于全球平均水平,痤疮疾病负担呈上升趋势^[1-2],成为严重危害青少年生理、心理健康的重要疾病;成人痤疮亦逐年增加,女性多见^[3]。重度痤疮表现为皮肤结节、囊肿、窦道,极易形成疤痕,引发永久性损容。其西医治疗以抗生素、异维A酸、雄激素抑制剂为主,这些药物均存在一定的不良反应^[4],如异维A酸是中重度痤疮的一线用药,但其产生的肝脏损伤、高血脂、皮肤黏膜干燥等不良反亦备受关注^[5]。

近年来,火针疗法通过借火助阳、开门祛邪、以热引热等治疗机制,在重度痤疮的治疗中具有良好的效果^[6-8]。火针疗法虽具有简、效、廉等优势,但传统火针存在着一些明显的弊端,如:以酒精灯明火烧针的方式,偶因患者疼痛挣扎、医生紧张等因素引起酒精倾洒,引发火患;火针烧针多在近皮肤距离操作,可使患者产生恐惧感;酒精等燃料反复烧针后,针体可出现碳化,偶可引起皮肤刺青反应。为此,笔者团队研发了可控温的感应加热式电火针系统,采用电磁感应加热针体进行治疗,并将其联合消痤温胆汤治疗痰瘀湿滞型痤疮,现报道如下。

^{*}基金项目 厦门市科技计划项目(中医医疗器械)(No.3502Z20224002);福建中医药大学校管科研项目(No.XB2021106)

[▲]通讯作者 赵文杰,男,医学博士,主任医师。主要从事损容性皮肤病及皮肤真菌病的中西医结合临床研究。E-mail:1328131303@qq.com

• 作者单位 北京中医药大学厦门医院(福建 厦门 361009)

1 资料与方法

1.1 一般资料 90例均为2021年12月—2022年6月在北京中医药大学厦门医院皮肤美容中心门诊就诊的痤疮患者,采用随机数字表法将病例分为3组。基础治疗组:男16例,女14例;年龄15~24岁,平均年龄(21.23±4.42)岁;平均病程(2.50±1.42)年。对照组:男17例,女13例;年龄15~25岁,平均年龄(22.17±5.21)岁;平均病程(2.63±1.51)年。观察组:男17例,女13例;年龄15~24岁,平均年龄(21.67±4.71)岁;平均病程(2.53±1.45)年。三组病例的一般资料比较无统计学差异($P>0.05$)。本研究经北京中医药大学厦门医院伦理委员会2021年10月21日审核批准(伦理批号:20211021)。

1.2 西医诊断标准 参照《临床皮肤病学》^[9]囊肿型痤疮的诊断标准,皮损为炎症丘疹、暗红色囊肿结节,在囊内有脓液,可见窦道或瘢痕。结合 Pillsbury 国际改良 I~IV级分类法,分为3度IV级法。轻度(I级):有粉刺;中度(II级):炎性丘疹、粉刺;中度(III级):粉刺、脓疱、炎症性丘疹;重度(IV级):聚合性损害伴结节、囊肿或溃疡。

1.3 中医辨证标准 参照《中医外科学》^[10]制定痰湿瘀滞型痤疮的辨证标准:皮疹以结节、囊肿瘢痕为主,颜色暗红,可见脓肿窦道,病程较长,反复发作;舌暗红苔黄腻,脉弦滑。

1.4 纳入标准 ①符合III、IV级痤疮的西医诊断标

准及中医辨证标准;②年龄为 15~25 岁;③近 1 个月之内无口服及外用药物史;④本人自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①药物过敏者或畏针者;②药物性痤疮、职业性痤疮、坏死性痤疮等严重型痤疮;③依从性较差的患者;④哺乳期、妊娠女性;⑤面部伴有其他活动期皮肤病患者;⑥精神病患者;⑦合并心、肝、肾等原发性疾病者。

1.6 剔除及脱落标准

1.6.1 剔除标准 入组后无法取得用药数据的受试者予以剔除。剔除病例不作疗效统计分析。

1.6.2 脱落标准 ①未完成疗程者;②发生严重不良反应者。将脱落病例末次指标结果作统计学分析。

1.7 治疗方法 3 组均治疗 6 w。

1.7.1 基础治疗组 予消痤温胆汤方口服,药用:半夏 10 g,竹茹 10 g,枳实 10 g,陈皮 10 g,茯苓 15 g,白花蛇舌草 15 g,积雪草 15 g,三棱 10 g,莪术 10 g,生姜 5 g,甘草 3 g。由北京中医药大学厦门医院中药房配药、代煎,每日 1 剂,每剂分煎 2 次,二煎混匀共 400 mL,分 2 袋包装,早、晚餐后 30 min 分服。

1.7.2 对照组 予异维 A 酸软胶囊(重庆华邦制药有限公司,规格:10 mg,国药准字 H20113060)口服,依据患者 GAGS 评分,剂量为 0.25~0.5 mg/(kg·d)^[14],分早、晚二次餐中服用。

1.7.3 观察组 在基础治疗组的基础上增加感应加热电火针治疗。操作方法:常规消毒皮疹,应用感应加热电火针系统(北京中医药大学厦门医院与华侨大学材料科学与工程学院联合研制),在系统感应加热线圈内将毫针(无锡佳健医疗器械股份有限公司,针体直径:0.4 mm,针体长度:40 mm)加热至红亮状态,而后将针体垂直快速刺入皮疹(颈部、颞部有大血管和眼睑等处可捏提起结节或囊肿后斜刺),操作要求稳、准、快进快出。①对于脓疱、闭合性粉刺,予火针浅刺破皮,每个皮损 1~2 针,再用棉签轻轻挤出脂栓和脓液;②对于丘疹、结节,自皮疹中点向周边密刺,针尖刺至丘疹、结节中下部,每个皮损 3~5 针;③对于囊肿,分散多点刺入囊腔,棉签轻挤排出脓血后,再

补刺 2~3 针以穿过深部囊壁。火针治疗后碘伏消毒皮损,24 h 内不接触水。每周治疗 1 次。

1.8 观察指标

1.8.1 临床疗效 疗效判定标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[12]制定。痊愈:皮损减少率≥90%;显效:60%≤皮损减少率<90%;好转:30%≤皮损减少率<60%;无效:皮损减少率<30%,或加重。皮损减少率=(治疗前皮损总数-治疗后皮损总数)/治疗前皮损总数×100%。愈显率=(痊愈例数+显效例数)/总例数×100%。

1.8.2 治疗前后痤疮综合分级(global acne grading system, GAGS)评分^[9] GAGS 评分标准:①无皮损为 0 分,粉刺评 1 分,丘疹评 2 分,脓疱评 3 分,囊肿评 4 分;②根据痤疮好发部位分为 6 个区,各区不同加权分值,Ⅰ区(前额)2 分,Ⅱ区(右颊部)2 分,Ⅲ区(左颊部)2 分,Ⅳ区(鼻部)1 分,Ⅴ区(下颌部)1 分,Ⅵ区(胸上背)3 分;③多种形态皮损在同分区内出现时,则取分值最高的皮损计分。局部皮损分值=该区域皮损分值×位置加权分值;总分为各局部皮损分值之和。

1.8.3 不良反应 观察各组出现唇干燥脱皮、胃肠不适、肝功能异常等不良反应的发生情况。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用方差分析,若非正态分布,采用非参数检验;组内比较采用配对 *t* 检验;等级资料采用秩和检验。*P*<0.05 有统计学差异。

2 结果

2.1 剔除及脱落情况 纳入的 90 例痤疮患者中有 1 例脱落;三组均未出现剔除情况。

2.2 三组临床疗效比较 基础治疗组、对照组、观察组的愈显率分别为 46.67%、50.00%、83.33%。观察组疗效高于基础治疗组与对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

2.3 三组患者治疗前后 GAGS 评分比较 三组患者治疗前的 GAGS 评分比较,无统计学差异(*P*>0.05)。三组患者治疗后 GAGS 评分均低于治疗前(*P*<0.05);与基础治疗组及对照组同期比较,治疗后观察组的 GAGS 评分更低,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 1 三组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总愈显
基础治疗组	30	2(6.67)	12(40.00)	11(36.67)	5(16.67)	14(46.67)
对照组	30	1(3.33)	14(46.67)	12(40.00)	3(10.00)	15(50.00)
观察组	30	8(26.67)	17(56.67)	3(10.00)	2(6.67)	25(83.33) ^{#Δ}

注:与基础治疗组比较,[#]*P*<0.05;与对照组比较,^Δ*P*<0.05

表 2 三组患者 GAGS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
基础治疗组	30	33.67±4.76	15.23±2.64 [*]
对照组	30	34.33±4.95	14.93±2.52 [*]
观察组	30	33.23±4.64	7.60±1.61 ^{*#Δ}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组同期比较,^Δ $P<0.05$;与基础治疗组同期比较,[#] $P<0.05$

2.4 各组不良反应发生情况比较 基础治疗组与观察组各有 2 例出现胃肠不适症状;对照组有 25 例出现唇干燥脱皮,1 例出现胃肠不适症状,1 例出现肝功异常。与观察组及基础治疗组比较,对照组的不良反应发生率高($P<0.05$)。

3 讨论

痤疮是临床常见病,重度痤疮并发的永久瘢痕、色素沉着等给患者带来了巨大的心理问题及社交障碍。痰瘀湿滞型痤疮临床表现多为重度的囊肿、结节型痤疮。中医学认为,该型痤疮多因过食膏粱厚味,痰湿内生,或脾虚失运,水湿内停,日久积聚成痰,或感受湿热之邪,酿津成痰,阻滞脉络,血运不畅而为瘀,痰、湿、瘀搏结凝滞肌肤所致。由于闽南地域气候湿热,患者更容易出现化热倾向,或者兼夹热邪,且《医宗金鉴·外科心法要诀》对于痤疮的发生强调热毒的作用:“此证由肺经血热而成……”《外科正宗·肺风粉刺酒糟鼻》认为该病乃热、瘀共同为病:“总由血热瘀滞不散所致。”庄国康等^[13]亦认为湿热酿痰是重度痤疮的成因。因此,对于痰瘀湿滞型痤疮患者,治疗上不仅需除湿化痰、活血散结,还常需清热,故笔者常予自拟消痤温胆汤进行治疗。

温胆汤收录于《备急千金要方》,现今已演化成治疗疑难杂病的名方,黄莺^[14]应用黄连温胆汤合消瘰丸加减治疗热盛痰瘀型痤疮,谢千等^[15]用加味温胆汤加减治疗痰热瘀结型痤疮,皆取得了较好的疗效。本研究所用之消痤温胆汤,方中半夏长于燥湿化痰、降逆和胃,竹茹清胆和胃、除烦止呕,二者一温一凉,有中和之妙,共为君药;白花蛇舌草清热解毒、利湿通淋,积雪草清热利湿、解毒消肿,共为臣药;治痰当理气,祛瘀应活血,化痰当制水,故枳实、陈皮理气化痰,茯苓渗湿制水,三棱、莪术活血破瘀,共为佐药;生姜可温中化痰止呕,甘草健脾缓和诸药,共为使药。全方共奏除湿化痰、活血散结、清热解毒之功。本研究结果显示,其疗效与异维 A 酸相当,但不良反应发生情况较少。

火针重要的治疗机理在于通经络、行气血,经络

以通为畅,经脉通则血气和,则无病^[6]。皮肤有形之物如结节、囊肿,多属痰、瘀为病,火针疗法可通络、化痰、祛痰、除湿,故对痰瘀湿滞型痤疮疗效明显。

为了克服传统火针由于明火烧针产生的诸多弊端,笔者团队研发了感应加热电火针系统,其仍以市售针灸作为针体材料,在电磁感应线圈内加热针体,不仅可同时升温多根火针,而且针体温度可控、升温速度快,不会产生刺青反应。本研究显示,感应加热电火针联合消痤温胆汤对患者 GAGS 评分的改善、疗效均优于单纯使用消痤温胆汤或异维 A 酸治疗。感应加热电火针系统的研发,将为火针这一中医适宜技术的现代化发展提供高效、安全的仪器设备,可在今后临床中推广应用。

参考文献

- [1] SHEN Y, WANG T, ZHOU C, et al. Prevalence of acne vulgaris in Chinese adolescents and adults: a community-based study of 17, 345 subjects in six cities[J]. Acta Derm Venereol, 2012, 92(1): 40-44.
- [2] 陈林姣,涂绍忠,张小敏,等. 1990~2019 年中国痤疮疾病负担变化的分析[J]. 中国循证医学杂志, 2021, 21(11): 1252-1258.
- [3] DRÉNO B. Treatment of adult female acne: a new challenge [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2015, 29(Suppl 5): 14-19.
- [4] 鞠强. 中国痤疮治疗指南(2019 修订版)[J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(9): 583-588.
- [5] BAGATIN E, FREITAS THP, RIVITTIMACHADO MC, et al. Adult female acne: a guide to clinical practice[J]. An Bras Dermatol, 2019, 94(1): 62-75.
- [6] 李敬,韩凤娟,石晶,等. 火针联合超分子水杨酸治疗面部寻常痤疮的疗效对比研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊, 2022, 21(4): 333-336.
- [7] 胡金凤,王建湘. 火针联合桃红四物汤治疗痰湿瘀滞型痤疮 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(2): 77-78.
- [8] 王庆兴,郭雪枫. 中药联合火针治疗囊肿结节型痤疮临床观察[J]. 光明中医, 2018, 33(2): 243-245.
- [9] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 2 版. 南京:江苏凤凰科技出版社, 2017: 1288-1293.
- [10] 陈红凤. 中医外科学[M]. 10 版. 中国中医药出版社, 2016: 207.
- [11] 卜晓琳,张玲玲,邬思远,等. 序贯疗法治疗结节囊肿型痤疮的疗效观察[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2022, 29(5): 451-456.
- [12] 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.
- [13] 刘婧,宋坪,陈岩. 庄国康从痰瘀热互结论治囊肿型痤疮临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(8): 1036-1037.
- [14] 谢千,朱鹏,郑婷,等. 三黄凝胶联合加味温胆汤加减治疗痰热瘀结型寻常性痤疮 34 例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2019, 36(6): 62-65.
- [15] 张亚梅,项立明,杨文峰,等. 黄莺从痰邪论治难治性痤疮经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(3): 430-431.
- [16] 许明辉. 贺氏火针的创新发展和临床应用[J]. 微创医学, 2017, 12(5): 587-591.

(收稿日期:2022-07-06)

(本文编辑:蒋艺芬)