

# 麻黄加术汤配合针灸刺络治疗结节囊肿型痤疮疗效观察

蔡国林

深圳市龙岗区第二人民医院, 广东 深圳 518000

**[摘要]** 目的: 观察麻黄加术汤配合针灸刺络治疗结节囊肿型痤疮的临床疗效。方法: 将结节囊肿型痤疮患者随机分为2组。治疗组19例采用麻黄加术汤配合针灸刺络治疗, 对照组20例单纯口服异维A酸胶丸治疗。观察2组治疗前后结节囊肿数目及大小的变化情况, 比较2组的临床疗效。结果: 临床疗效总有效率治疗组为78.9%, 对照组为45.0%, 2组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗2、3、4周后, 2组囊肿数目与同组治疗前比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 观察组治疗2、3、4周的囊肿数目与对照组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ )。结论: 麻黄加术汤配合针灸刺络治疗结节囊肿型痤疮确有疗效。

**[关键词]** 痤疮; 结节囊肿型; 麻黄加术汤; 针灸

**[中图分类号]** R758.73<sup>3</sup> **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0122-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.052

结节囊肿型痤疮是毛囊皮脂腺的慢性复发性炎症性皮肤病, 好发于青壮年, 临床症状主要表现为面部出现结节、囊肿, 质地坚硬, 呈暗红色, 部分形成囊状, 内含黏稠分泌物。愈后常形成瘢痕疙瘩, 且病程缓慢, 较难治愈。目前, 现代医学治疗本病主要以抗生素、抗雄性激素和维甲酸类药物为主, 但因这类药物存在较多副作用, 且长期服用会出现耐药性等问题, 在一定程度上限制了临床的广泛使用。而中医治疗结节囊肿型痤疮可采用内外并治之法, 内服药物可解表除湿、化痰祛毒, 与针灸刺络法配合治疗, 可取得较满意疗效<sup>[1]</sup>。笔者采用麻黄加术汤配合针灸刺络治疗20例结节囊肿型痤疮患者, 并与单纯口服异维A酸治疗20例相比较, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 40例结节囊肿型痤疮患者均为2013年3月—2015年12月于本院门诊就诊的患者, 采用随机数字表法将患者随机分为2组。治疗组有1例因出国而中止治疗, 最终纳入统计共39例, 其中治疗组19例, 对照组20例。治疗组男11例, 女8例; 平均年龄( $21 \pm 5$ )岁; 平均病程( $2.31 \pm 0.80$ )年。对照组男13例, 女7例; 平均年龄( $22 \pm 3$ )岁; 平均病程( $2.48 \pm 0.91$ )年。2组性别、年龄及病程比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入标准** ①年龄18~35岁, 参照PillSburv及国际改良痤疮分级法, 符合重度痤疮的诊断标准<sup>[2]</sup>。辨证属湿毒痰瘀互结型, 症见皮疹日久不愈, 色暗不鲜, 坚硬疼痛, 或伴结节囊肿、瘢痕与色素沉着, 舌暗红、苔腻偏黄或黄腻, 脉滑。性别不限; ②口头告知患者实情, 患者同意接受并参与本研究。

**1.3 排除标准** ①有生育要求者, 妊娠及哺乳期妇女; ②不符合纳入标准者; ③6个月内曾口服过维甲酸治疗者, 不能坚持治疗从而影响疗效评定者; ④合并心、脑血管及肝、肾、造血系统等严重原发性疾病及精神疾病患者; ⑤疤痕体质者。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 以麻黄加术汤加减配合针灸刺络治疗。针灸刺络取阿是穴(囊肿皮损顶部和底部), 患者充分暴露皮损部位, 碘伏常规消毒后, 用5~7号注射针头针刺硬结、囊肿部1~3针, 从顶部或上部刺入, 囊肿表面多处点刺, 要求稳、准、快, 速进疾出, 刺破囊壁时如有落空感, 需用消毒棉签轻轻挤出囊内脓血、皮脂栓; 小囊肿针刺1针即可; 大囊肿则需在囊肿表面稀疏均匀地行多次点刺(2~4针)。硬结、囊肿直径>1cm者用0.40mm×25mm的针在底部围刺2~3针。每周1次, 共治疗4次, 治疗1月后观察疗效。

针刺期间, 每天以麻黄加术汤加减方治疗, 处方: 麻黄、桂枝、苦杏仁各9g, 白术、连翘、金银花12g, 蝉蜕、川芎、炙甘草各6g, 每天1剂, 水煎后服用。连服1月。

**2.2 对照组** 异维A酸胶丸(特维丝, 上海东海制药股份有限公司东海制药厂), 每次10mg, 每天2次, 饭后口服。如患者出现口唇干裂脱屑或不能耐受, 则适当加减口服剂量。连续治疗4周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 治疗前后分别对2组患者的皮损部位进行照相, 记录囊肿的数目、大小、部位、质地及颜色变化。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》的标准, 皮损个数: 2

**[收稿日期]** 2016-04-02

**[作者简介]** 蔡国林 (1974-), 男, 主治中医师, 主要从事中医临床工作。

分, 1~3个; 4分, 4~6个; 6分, 6个以上或融合成片。皮损大小: 2分, 大皮损小于0.5 cm×0.5 cm; 4分, 大皮损介于2分和6分之间; 6分, 大皮损超过1 cm×1 cm。皮损部位: 2分, 面、颌、颈、背1个部位; 4分, 面、颌、颈、背2个部位; 6分, 面、颌、颈、背3个部位以上。皮损质地: 1分, 柔软; 2分, 中等硬度; 3分, 硬。皮损颜色: 1分, 浅淡; 2分, 暗红; 3分, 鲜红。总评分为上述5项积分之和。治疗结束后1月, 以复诊、电话的形式进行随访, 统计复发率。

3.2 统计学方法 所有数据采用SPSS19.0软件进行统计分析。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )进行统计描述, 采用 $t$ 检验; 计数资料采用 $\chi^2$ 检验。

#### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据患者囊肿的数量、大小、质地、颜色的评分计算治疗前后总评分, 评价临床疗效。疗效指数=[(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分]×100%。痊愈: 皮损全部消退, 仅有色素沉着, 无新发皮损, 疗效指数≥95%。显效: 皮损大部分消退, 无新发皮损, 疗效指数为70%~94%。好转: 皮损部分消退, 偶有少许新发皮损, 疗效指数为30%~69%。无效: 皮损消退不明显、无变化或加重, 仍有新发皮损, 疗效指数<30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为78.9%, 对照组为45.0%, 2组比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	$n$	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	19	5	10	3	1	78.9 <sup>①</sup>
对照组	20	3	6	7	4	45.0

与对照组比较, ① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后囊肿数目比较 见表2。2组治疗前囊肿数目比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗2、3、4周后, 2组囊肿数目与同组治疗前比较, 差异均有统计学意义( $P<0.01$ ); 观察组治疗2、3、4周的囊肿数目与对照组比较, 差异均有统计学意义( $P<0.01$ ,  $P<0.05$ )。

表2 2组治疗前后囊肿数目比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	$n$	治疗前	治疗1周后	治疗2周后	治疗3周后	治疗4周后
治疗组	19	9.38±3.08	7.17±2.98 <sup>②</sup>	5.03±2.34 <sup>③④</sup>	3.28±1.67 <sup>③④</sup>	2.13±1.65 <sup>③④</sup>
对照组	20	9.55±4.14	8.45±3.28	7.57±3.10 <sup>②</sup>	6.48±2.33 <sup>①</sup>	5.64±2.09 <sup>①</sup>

与同组治疗前比较, ① $P<0.01$ , ② $P<0.05$ ; 与对照组同期比较, ③ $P<0.01$ , ④ $P<0.05$

4.4 2组复发情况比较 治疗后1月进行随访, 治疗组15例痊愈、显效患者中有9例出现复发, 以炎性丘疹及小结节为主, 复发率为60.0%。对照组9例痊愈、显效患者中有7例复发, 以炎性丘疹及小结节为主, 复发率为77.8%。2组复发率比较, 差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

#### 5 讨论

现代医学认为, 痤疮的发病机制为雄性激素绝对或相对升高, 使皮脂分泌亢进, 毛囊漏斗部及皮脂腺导管角化异常导致皮脂排泄障碍而滞留, 加之丙酸杆菌大量增殖, 共同作用引起皮脂腺局部的炎症反应而致发病<sup>[1]</sup>。国外文献报道, 异维A酸治疗痤疮通常需要累积剂量达到12~150 mg/kg时才能发挥显著疗效, 最佳疗程需15~20周或更长时间<sup>[4]</sup>。临床发现长期服用异维A酸的患者出现皮肤黏膜的不良反应发生率较高, 其中唇炎最为常见, 会导致骨肥大, 肌腱韧带钙化, 骨质疏松, 骨骺闭锁, 在一定程度上影响青少年的成长, 使得其治疗的依从性受到限制。

中医学认为, 痤疮多由风热之邪客于肺经, 汗出玄府而未离肌表, 汗滞玄府与肌表之间, 阻滞经络导致气血郁滞, 阻于颜面肌肤而发; 肺经血热熏蒸肌肤, 日久则热毒阻滞经络, 生痰生瘀, 痰凝血瘀, 生成粉刺, 痰热瘀结而致囊肿、结节; 湿毒痰瘀交互为患, 共为病之源起。麻黄加术汤是张仲景治疗“湿家身烦疼”的一张名方。笔者以麻黄加术汤加减治疗痤疮, 旨在解表化湿以达祛毒之效。方中麻黄祛风以发表, 加白术以除湿而固里, 麻黄得白术, 则虽发汗而不至多汗, 白术得麻黄可行表里之湿。又有桂枝和营达卫, 解肌发表, 松动分肉, 透邪外达, 助麻黄以发表; 苦杏仁疏肺降气, 导白术以宣中; 连翘、金银花清热解毒, 蝉蜕透疹, 川芎活血化痰, 更加甘草调和诸药, 使行者行, 守者守, 并行不悖, 诸药共奏解表化湿、化痰祛毒之功。针灸刺络可“开门祛邪”以泻实, 治疗痤疮, 在于借助针穿刺之力, 开门祛邪, 引热外达, 给人体以针刺的机械性刺激, 使毛囊口、囊壁张开, 促使皮脂炎性物排出, 病灶逐渐变性、坏死、脱落, 从而起到穿刺引流、化腐生新、祛瘀消肿、软坚散结的作用。

本临床观察结果显示, 采用麻黄加术汤配合针灸刺络治疗结节囊肿型痤疮确有疗效, 且这种治疗方式的安全性高, 不易引发严重不良反应, 副作用率低, 是一种理想的治疗方式, 值得临床借鉴运用。

#### [参考文献]

- [1] 刘涛, 李东生, 李丽. 针灸配合中药治疗结节囊肿型痤疮的疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2007, 26(5): 21-22.
- [2] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 1165-1167.
- [3] 莫秋红, 梁丽嫦, 廖建琼, 等. 针灸治疗痤疮随机对照临床研究文献的Meta分析[J]. 中医药导报, 2015, 21(12): 76-83.
- [4] Thielitz A, Krautheim A, Gollnick H. Update in retinoid therapy of acne[J]. Dermatol Ther, 2006, 19(5): 272-279.

(责任编辑: 吴凌)