

# 大气托毒法联合古九针(立新七针)及中药倒模治疗聚合性痤疮疗效观察

潘婉婉, 吴洁贞, 林燕群, 宋美华, 陈丽

东莞市第六人民医院, 广东 东莞 523800

**[摘要]** 目的: 观察大气托毒法联合古九针(立新七针)及中药倒模治疗聚合性痤疮的临床疗效。方法: 将60例聚合性痤疮随机分为2组。治疗组给予大气托毒方加减联合古九针(立新七针)治疗; 对照组予多西环素片连服1周, 再用异维A酸软胶囊口服; 2组均用本院自制中药搽剂, 继而石膏倒模; 疗程均为12周。分别于治疗初始和治疗4、8、12周时观察和记录患者面颈胸肩背部皮损评分、皮损改善程度、不良反应; 并于第16周时随访皮损反复的情况。结果: 治疗4周、治疗8周、治疗12周, 2组皮损情况比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗4周后, 治疗组总有效率50.00%, 对照组为33.33%, 经秩和检验, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗8周后, 治疗组总有效率93.33%, 对照组为60.00%, 经秩和检验, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗12周后, 治疗组总有效率93.33%, 对照组为83.33%, 经秩和检验, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组第16周时随访, 治疗组皮损反复25.00%, 对照组40.00%, 2组皮损反复率比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 大气托毒法联合古九针(立新七针)及中药倒模治疗聚合性痤疮具有起效更快, 临床治愈率和有效率更高, 皮损反复率更小, 不良反应少的特点。

**[关键词]** 聚合性痤疮; 大气托毒法; 古九针(立新七针); 中药倒模

**[中图分类号]** R758.73\*3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 10-0193-04

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2018.10.056

## Clinical Observation of Daqi Promoting Pus Discharge Method Combined with Nine Classical Needles (Lixi's Seven Needles) and Chinese Medicine Mold for Acne Conglobata

PAN Wanwan, WU Jiezheng, LIN Yanqun, SONG Meihua, CHEN Li

**Abstract:** **Objective:** To observe the clinical effect of Daqi promoting pus discharge method combined with nine classical needles(Lixi's seven needles) and Chinese medicine mold for acne conglobata. **Methods:** Divided 60 cases of patients with acne conglobata into two groups randomly. The treatment group was treated with modified Daqi promoting pus discharge method combined with nine classical needles(Lixi's seven needles), while the control group was given doxycycline tablets for one week and then treated with isotretinoin soft capsules. Both groups were given self-made Chinese medicine liniment first and plaster stone mold casting later. The course of the treatment was both 12 weeks. Observed and recorded the skin lesion scores of the face, neck, shoulder and back and skin lesions as well as adverse reactions at the beginning of treatment and 4<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup> and 12<sup>th</sup> week of treatment respectively. Followed up the recurrent skin lesions at the 16<sup>th</sup> week. **Results:** After 4, 8 and 12 weeks of treatment, compared the skin lesions in the two groups, difference was significant( $P < 0.05$ ). After 4 weeks of treatment, the total effective rate was 50.00% in the treatment group and 33.33% in the control group, evaluated by rank sum test, difference being insignificant( $P > 0.05$ ). After 8 weeks of treatment, the total effective rate was 93.33% in the treatment group and 60.00% in the control group, tested by rank sum test, difference being significant( $P < 0.05$ ). After 12 weeks of treatment, the total effective rate was 93.33% in the treatment group and 83.33% in the control group, evaluated by rank sum test, difference being significant( $P < 0.05$ ). Followed up the two groups at the 16<sup>th</sup> week of treatment, the recurrent lesions were 25.00% in the treatment group and 40.00% the control group, compared the rate of skin recurrent lesions, difference being insignificant( $P > 0.05$ ). **Conclusion:** Daqi promoting pus discharge method combined with nine classical needles(Lixi's seven needles) and Chinese medicine mold for acne conglobata is characterized by faster effect, higher clinical cure rate and effective rate and smaller recurrent skin lesions rate with less adverse reactions.

**[收稿日期]** 2018-06-07

**[基金项目]** 广东省中药药局中医药常规科研项目立项资助课题 (20161259)

**[作者简介]** 潘婉婉 (1981-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 中医皮肤性病学、古中医、立新七针。

**Keywords:** Acne conglobata; Daqi promoting pus discharge method; Nine classical needles (Lixi's seven needles); Chinese medicine mold

聚合性痤疮是痤疮类疾病中最严重也是最难治的一型,多见于中青年男性,病变常位于面、肩、胸、背及后颈部,同时也可在大腿等部位发生。临床上皮损以黑头粉刺、结节、囊肿、脓疱居多,脓疱多呈聚合状,破溃后可能形成流脓的窦道。该病病程较长,并且愈后仍可能留下明显瘢痕或疙瘩,影响面容,给患者的身心都带来伤害。西药多采用维A酸和抗生素类药物治疗此病,虽可取得一定治疗效果,但抗生素类药物长期服用会造成耐药和严重肝肾毒性,维A酸类药物具有皮肤黏膜反应和致畸性<sup>[1]</sup>、肌痛、关节痛、神经症状和月经失调<sup>[2]</sup>,甚至会带来严重眼毒性、光毒性<sup>[3]</sup>,故均不可长期大剂量使用。近年,笔者用大气托毒法联合古九针(立新七针)及中药倒模治疗聚合性痤疮疗效显著,现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选择2016年1月—2018年3月在本院皮肤科就诊的聚合性痤疮患者60例,将其随机分为2组;治疗组30例,男23例,女7例;年龄15~30岁,平均21岁;病程0.25~10年,平均(3.0±2.1)年。对照组30例,男24例,女6例;年龄15~30岁,平均22岁;病程0.08~10年,平均(2.5±2.2)年。2组年龄、性别、病程及皮损严重程度经统计学处理,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** 符合《中国临床皮肤病学》<sup>[4]</sup>聚合性痤疮诊断标准;所有患者对本观察知情同意、依从性好。

**1.3 排除标准** 研究过程中,受试者自动退出研究;研究过程中出现严重事件或不良反应者;由于受试者本身或医疗方面原因造成完全(或部分)不稳定依从者;在临床观察中,合并其他疾病影响疗效观察者;妊娠或哺乳期妇女等;2年内有生育计划的妇女。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组** 大气托毒法,处方:黄芪250~300g,薏苡仁、当归各45g,金银花240g,蒲公英60g,白芷20g,木芙蓉叶30g,炮穿山甲粉10g(冲服),肉桂15g(后下),随证加减。煎药方法:加水3000mL,中度白酒100mL,一起浸泡40min,文火煮取400mL,每2天1剂,每天分2次服。古九针(立新七针)治疗:针具为圆利针、粗毫针、0.3毫针、锋针、7.5号针头;取穴及刺法:腰俞、腰阳关、至阳、大椎——中号圆利针提插治疗后立即出针,外贴胶布;百会、厥阴俞、肝俞、胃俞、神阙、关元、气海,双合谷、足三阳井穴、双血海,用0.3毫针留针30min,四缝则用小号粗毫针挑刺即可,每次选取8~10穴位。

**2.2 对照组** 予多西环素片每次0.1g,每1次,口服,连服1周;再予异维A酸软胶囊,20mg,每天2次,口服。

2组均用本院自制中药搽剂(主要含黄芩、黄柏、丹参、苦

参、大黄、野菊花各100g,金银花120g,栀子、白芷、升华硫各80g,天花粉150g),继而石膏倒膜0.5h,每周1次。

2组均治疗12周。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 分别于治疗初始和治疗4、8、12周时观察患者面颈胸肩背部皮损炎症丘疹、脓疱、结节、囊肿、脓肿、黑头粉刺、白头粉刺,评价皮损改善程度,观察和记录不良反应,并于第16周时随访皮损复发的情况。

**3.2 统计学方法** 所有数据采用SPSS22.0统计学软件进行分析,对各组数据进行正态性检验和方差齐性检验。一般资料两组间比较采用独立样本 $t$ 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,计数资料以率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验,等级资料采用秩和检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》相关标准,皮损改善程度=(治疗前皮损数-治疗后皮损数)/治疗前皮损数 $\times 100\%$ 。痊愈:皮损消退 $>90\%$ 或完全消失,患者满意;显效:皮损消退 $60\% \sim 90\%$ ,患者较满意;有效:皮损消退 $20\% \sim 60\%$ ,患者不太满意;无效:皮损消退 $<20\%$ ,或增多,患者不满意。总有效率为痊愈+显效。

**4.2 2组皮损情况比较** 见表1。治疗4周、治疗8周、治疗12周,2组皮损情况比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组皮损情况比较 $(\bar{x} \pm s, n=30)$

时 间	治疗组	对照组	$t$ 值	$P$ 值
治疗前	66.93±12.45	62.43±11.47	1.456	0.151
治疗4周	19.13±16.33	35.47±16.33	-3.873	0.000
治疗8周	14.74±10.20	21.47±13.04	-3.135	0.003
治疗12周	12.76±5.47	11.70±9.67	-2.132	0.037

**4.3 2组治疗4周后疗效比较** 见表2。治疗组总有效率50.00%,对照组为33.33%,经秩和检验,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表2 2组治疗4周后疗效比较

组 别	$n$	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	$Z$ 值	$P$ 值
治疗组	30	10	5	13	2	50.00	-1.213	0.225
对照组	30	2	8	15	5	33.33		

**4.4 2组治疗8周后疗效比较** 见表3。治疗组总有效率93.33%,对照组为60.00%,经秩和检验,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

**4.5 2组治疗12周后疗效比较** 见表4。治疗组总有效率93.33%,对照组为83.33%,经秩和检验,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表3 2组治疗8周后疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	Z值	P值
治疗组	30	22	6	0	2	93.33	-3.333	0.001
对照组	30	8	10	11	1	60.00		

表4 2组治疗12周后疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	Z值	P值
治疗组	30	26	2	1	1	93.33	-5.145	0.000
对照组	30	14	11	5	0	83.33		

4.6 2组皮损反复情况比较 见表5。2组第16周时随访,治疗组28例痊愈及显效患者中有7例(25.00%)皮损反复,对照组25例痊愈及显效患者中有10例(40.00%)反复。2组皮损反复率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表5 2组皮损反复情况比较

组别	n	稳定	新发皮损	皮损反复率(%)	$\chi^2$ 值	P值
治疗组	28	21	7	25.00	0.762	0.383
对照组	25	15	10	40.00		

4.7 不良反应 经过12周治疗,治疗组轻度腹泻8例,但是自觉泻后全身舒坦,并且均发生于服药4周内,继服则症状消失;对照组出现胃部不适、恶心5例,口干唇干15例,皮肤粗糙4例,1例转氨酶轻度升高(43~50 U/L),停药后逐渐减轻。

## 5 讨论

聚合性痤疮发病机制比较复杂,目前尚未完全明确,与遗传、雄激素诱导的皮脂大量分泌、毛囊皮脂腺导管角化、痤疮丙酸杆菌繁殖、炎症和免疫反应等因素有关,其中免疫学因素可能更主要,机体对病原微生物的高敏感可能是因素之一<sup>[4]</sup>。盐酸多西环素属于四环素类抗生素,它可通过杀灭痤疮丙酸杆菌,减少因补体系统或白细胞对痤疮丙酸杆菌破坏而产生的游离脂肪酸,从而减少皮脂腺中游离脂肪酸的浓度,进而减轻毛囊及周围的炎症,增加疗效<sup>[5]</sup>。口服异维A酸具有显著抑制皮脂腺脂质分泌、调节毛囊皮脂腺导管角化、改善毛囊厌氧环境并减少痤疮丙酸杆菌的繁殖、抗炎和预防瘢痕形成等作用,是目前临床上治疗聚合性痤疮最有效的药物<sup>[6]</sup>,根据中国痤疮治疗指南建议,本次研究对照组采用西药与中药倒膜治疗联合运用。

中医学治疗聚合性痤疮的临床报道中,辨证思路非常丰富,以“湿热毒痰瘀虚”立论为主,多以“清热解毒、活血化瘀、软坚散结”为法,到后期多辨为正虚邪实;亦有“冲任不调”“郁乃瘰”“阳虚邪结”等辨证,具体方法上有中药内服与针灸或外用中药相结合;此外还有藏医综合疗法。从皮损上看,聚合性痤疮不仅仅是对应中医学的面疱、肺风粉刺和酒刺了,且是对应头面颈的瘰、疔、疮范畴。“大气托毒法”是吕英教授临床常用的治疗大法之一,用于疮疡病疗效尤其显

著。李可老中医说:“皮肤病虽在皮肤肢节,却内连脏腑,并与情志变动,气血失和息息相关。一切皮肤病的根本原因,首先是整体气血失调,邪之所凑,其气必虚”,然后风寒湿暑燥为六淫之邪,或长期接触有害物质,诸多外因乘虚而入致病。”<sup>[7]</sup>大气不运,元阳亏虚,三焦火衰,三阴本气内匿,无力托邪外出或寒邪内生,则营卫不调,经脉不通,气血瘀滞,郁而化热,加之或火不生土,土不伏火,或水寒龙火飞产生之离位相火,或厥阴中化太过之火,灼伤脉络肉腠,邪陷阳明,导致局部湿、热、毒、痰、死血交结,蕴结头面胸背(阳位),致成痼疾。由于头面位居南方,乃诸阳之会,阴阳交接之处,手足三阳经交汇之所,乃阳明所主,多气多血,所以本病发于头面。综上所述,聚合性痤疮属寒热虚实夹杂,主要表现为阳明界面,实则来源于六经界面,就是《伤寒论》183条:“阳明居中主土,万物所归,无所复传。”治法运大气,益元阳,通经络,清热解毒,消肿排脓,托腐生肌,托透伏邪。方选吕英教授大气托毒方为基础方。方药首选黄芪250~300g,运大气,定中轴,健中气,厚土气,充里气,实肉气,托腐气。黄芪生于黄土高原,气味甘而微温,吕师谓其禀赋“少火生气”之意,藏聚“厚德载物”之能,土德最厚,可使医者方药上升至“中轴”及“大气”层面,如此,暗合《素问·五运行大论》“大气举之”之理<sup>[8]</sup>。临床上,根据患者病机的主要矛盾和矛盾的主要方面,可选加不同方药。合当归为当归补血汤,补气生血;丹参活血化瘀散结;破格重用疮毒圣药金银花,善治一切大小痈疽、肿毒恶疮;木芙蓉叶消肿排脓止痛;蒲公英,禀土气兼能散滞气,为解毒而不伤正之凉药;炮穿山甲、皂角刺、生薏仁、白芷清热解毒祛湿排脓透邪;肉桂温命门火,灵动下焦,引火下行;可加细辛抽通腠理,邪有出路;合四逆汤以收“坚定中轴、深固阳根、举运大气”之功;麻黄开表闭,通毛窍之气;合阳和汤则可强健督脉,增强阴阳和合、阳主温煦之功;合吴茱萸汤则能温化厥阴寒冰;加麻黄附子细辛汤则可以托透深伏之邪毒。加桂枝、赤芍能打开因厥阴下陷而出现的血脉郁热、调和营卫。

立新七针乃重庆陈立新先生通过十余载的皓首穷经及大量临床研究,探索出《内经》之“古九针”,即鍤针、圆针、圆利针、锋针、毫针、大针、长针的奥妙,将失传已久的“古九针”逐步挖掘,还其原貌,依据气血、河流、上下游立论,以调卫气为根本,恢复经络气血的畅通,用于治疗聚合性痤疮再适合不过。

本科室2006年自行研发的中药搽剂主要含黄芩、黄柏、丹参、大黄、野菊花、栀子、金银花、白芷、升华硫、苦参、天花粉,为棕褐色液体,气香、味苦,可以清热宣肺解毒、活血化瘀,消炎散结为主的石膏倒膜能释放热量加速面部血液循环,有利于炎症吸收,还可促进中药搽剂的吸收;另一方面石膏有收敛黏膜、减少分泌的作用,加速了创面的愈合<sup>[9]</sup>。

本观察结果显示,2组均采用联合疗法,疗效都是确切

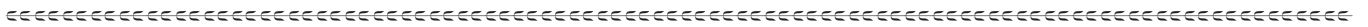
的,但是治疗组的具有起效更快,临床治愈率和有效率更高,皮损反复率更小。临床应用口服异维A酸治疗聚合性痤疮,需6~8周起效,在皮损控制后,还需用维持量治疗预防复发<sup>[1]</sup>,患者常会不堪忍受其副作用而停止治疗,大气托毒法联合古九针(立新七针)及中药倒模治疗法,则不良反应极少,患者易于坚持。在治疗组中,有2例自始至终均无效,推测此2例不属于大气不运的证型范畴,所以治疗效果不能与治疗时间成正比,这种现象,恰好反证了中医辨证论治的特点。同时还发现,如果加用囊肿搔刮术等相关外科小手术,再中药倒膜,能更进一步缩短聚合性痤疮的皮损消退时间,对此笔者将会做出进一步的观察研究。综上所述,大气托毒法联合古九针(立新七针)及中药倒模治疗聚合性痤疮,标本兼顾,见效快,疗效确切,不良反应少,复发率低,具有良好社会效应,值得临床推荐应用。

**[参考文献]**

[1] 鞠强. 口服异维A酸治疗痤疮的研究[J]. 临床皮肤科杂志, 2015, 44(1): 58-61.  
 [2] 罗瑞静, 彭勇, 李淑. 养阴清热法联合异维A酸治疗痤疮的理论探讨[J]. 时珍国医国药, 2017, 28(9): 2198-

2199.  
 [3] 严昉, 陈连军. 维甲酸类药物在皮肤科疾病治疗中的应用[J]. 上海医药, 2010, 31(4): 156.  
 [4] 赵辨, 中国临床皮肤病学[M]. 3版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 289, 1166.  
 [5] 牛伴伴, 刘桂英. 盐酸多西环素联合泼尼松治疗聚合性痤疮的疗效观察[J]. 中西医结合心血管病杂志, 2017, 5(5): 90-91.  
 [6] 樊延红, 王怀成, 刘丹. 异维A酸软胶囊联合中医药治疗中重度痤疮60例疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊, 2018, 17(1): 43-44.  
 [7] 李可. 李可老中医急危重疑难病经验专辑[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2002: 315.  
 [8] 吕英, 林明欣, 刘钊汝. 大剂量北芪四逆汤治疗晚期癌症经验[J]. 中医杂志, 2012, 53(24): 2135-2136.  
 [9] 彭晓云, 彭建梅. 中药倒膜联合外搽治疗痤疮的疗效观察[J]. 中华医学美学美容杂志, 2006, 12(4): 198-200.  
 [10] 张威. 维A酸类在治疗痤疮中的体会[J]. 中国医药指南, 2017, 15(13): 135-136.

(责任编辑: 吴凌, 李海霞)



## 《新中医》杂志稿约 (2019年)

《新中医》是由国家中医药管理局主管、广州中医药大学与中华中医药学会共同主办的国家级学术期刊, 1969年创刊。标准刊号: ISSN 0256-7415, CN 44-1231/R, 月刊, 期刊代号: 国内: 46-38, 国外: M186。根据国家的有关标准和科技期刊的编排规范, 对来稿做出如下要求: 一、**征稿内容:** 本刊设有方药研究、临床研究、针灸研究、名家经验、思路研究、文献研究、护理研究、医案研究等专栏。二、**来稿要求:** 主题鲜明, 论点明确, 论据充分, 文字精炼, 内容真实, 资料可靠, 数据准确, 数据比较应做统计学处理。三、**来稿格式:** 参照本刊格式。四、**投稿方式:** 在线投稿。网址: <http://xzy.ijournal.cn>。五、**文责自负:** 作者如有侵权行为, 本刊不负连带责任。署名人的顺序由作者决定。依照《著作权法》, 本刊对文稿有修改权、删节权, 修改稿未按时寄回视作自动撤稿。六、**稿件采用:** 需与编辑部签订论文著作权转让书, 并及时寄回《新中医》编辑部档案室。编辑部地址: 广州市番禺区广州大学城外环东路232号广州中医药大学办公楼《新中医》编辑部。邮编: 510006。电话: 020-39359588。