清热除湿凉血方加减辅助治疗湿热型面部痤疮临床研究

过科烨[1,2]，卢忠明[2]，梁春[2]，邓华舟[2]

1. 浙江中医药大学，浙江 杭州 310053
2. 嵊州市人民医院（浙江大学附属第一医院嵊州分院）皮肤科，浙江 嵊州 312400

［摘要］**目的：**观察清热除湿凉血方加减辅助治疗湿热型面部痤疮的临床疗效。**方法：**采用随机数字表法将96例湿热型面部痤疮患者分为治疗组与对照组各48例。对照组给予常规西药治疗，治疗组在对照组基础上辅助清热除湿凉血方加减治疗。比较2组治疗前后中医证候积分、皮损症状评分、皮肤生理指标（表皮皮脂含量、角质层含水量、经表皮失水量）；评估2组临床疗效及病情复发情况。**结果：**治疗后，治疗组总有效率93.75%，高于对照组79.17%（$P<0.05$）。治疗后，2组中医证候积分及皮损数量、皮损程度、皮损肿痛、皮损颜色等皮损症状评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且治疗组治疗后中医证候积分及皮损症状评分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组表皮皮脂含量、经表皮失水量均较治疗前降低（$P<0.05$），角质层含水量升高（$P<0.05$），且治疗组治疗后表皮皮脂含量、经表皮失水量低于对照组（$P<0.05$），角质层含水量高于对照组（$P<0.05$）。随访6个月，治疗组复发率4.44%，低于对照组21.05%（$P<0.05$）。**结论：**清热除湿凉血方加减辅助治疗湿热型面部痤疮疗效显著，能够有效改善患者皮损症状及皮肤生理指标，减少疾病复发。

［关键词］面部痤疮；湿热型；清热除湿凉血方；皮损症状；皮肤生理
［中图分类号］R751 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）05-0155-04
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.05.032

Clinical Study on the Treatment of Facial Acne of Damp-Heat Type with Modified Qingre Chushi Liangxue Prescripetion

GUO Keye, LU Zhongming, LIANG Chun, DENG Huazhou

Abstract：Objective：To observe the clinical efficacy of modified Qingre Chushi Liangxue Prescripetion in the auxiliary treatment of facial acne of damp-heat type. **Methods：**96 patients with facial acne of damp heat type were randomly divided into the treatment group and the control group with 48 cases each. The control group was treated with conventional western medicine, and the treatment group was treated with modified Qingre Chushi Liangxue Prescripetion on the basis of the control group. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, skin lesion symptom score and skin physiological indexes (epidermal sebum content, cuticle water content and transcutaneous water loss) were compared between the two groups before and after treatment; the clinical efficacy and relapse of the two groups were evaluated. **Results：**After treatment, the total effective rate of the treatment group was 93.75%, which was higher than that of the control group (79.17%, $P<0.05$). After treatment, the scores of TCM syndromes and skin lesions such as the number, degree, swelling and pain, color of skin lesions in the two groups were lower than those before treatment ($P<0.05$), and the scores of TCM syndromes and skin lesions in the treatment group were lower than those in the control group after treatment ($P<0.05$). After treatment, the content of

［收稿日期］2022-03-09
［修回日期］2022-12-23
［作者简介］过科烨（1986-），女，主治医师，E-mail：guokeye146@126.com。

epidermal sebum and the amount of transcutaneous water loss in both groups were lower ($P<0.05$), and the moisture content in the stratum corneum was higher than those before treatment ($P<0.05$). The content of epidermal sebum and the amount of transcutaneous water loss in the treatment group were lower than those in the control group ($P<0.05$), and the moisture content in the stratum corneum was higher than that in the control group ($P<0.05$). Six-month follow-up showed that the recurrence rate in the treatment group was 4.44%, which was lower than 21.05% in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** The modified Qingre Chushi Liangxue Prescripetion has a significant effect on the treatment of facial acne of damp-heat type, which can effectively improve the skin lesion symptoms and skin physiological indicators of patients, and reduce the recurrence of the disease.

Keywords: Facial acne; Damp-heat type; Qingre Chushi Liangxue Prescripetion; Symptoms of skin lesions; Skin physiological

面部痤疮是好发于年轻人群的一种慢性炎性皮肤病，临床以头面部、颈部及前胸后背等出现粉刺、炎性丘疹、脓疱、结节囊肿及痛痒等为主要表现，严重影响患者外观及身心健康[1]。西医治疗面部痤疮多采取抗菌、维A酸类药物治疗，可在一定程度上改善症状，但远期疗效不理想，停药后易复发。研究发现中医药治疗面部痤疮能够有效改善患者皮损、皮肤生理指标，降低痤疮复发率[2]。中医认为面部痤疮与火毒热甚、风湿邪热密切相关，以风、热邪为主要病因，肺卫受风热之邪入侵，肺经风热熏蒸蕴阻肌肤而引发痤疮，治疗应以清热解毒凉血为主要原则。本研究采用清热除湿凉血方加减辅助治疗湿热型面部痤疮，观察其临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合文献[3]中面部痤疮诊断标准。以皮脂腺发达区域较为多发，呈对称分布；多从青春期开始发病；皮损为毛囊性、脓疱丘疹；有皮脂溢出。

1.2 辨证标准 符合文献[4]中寻常痤疮湿热型的辨证标准。主症：疼痛性丘疹，脓疱，皮肤油腻；次症：间有结节，口臭，大便秘结，小便赤；舌脉象：舌质红，苔黄腻，脉滑。

1.3 纳入标准 符合上述诊断与辨证标准；年龄18～50岁，病程≥1个月；无心、肝、肾功能不全；患者自愿参与研究。

1.4 排除标准 近期使用糖皮质激素乳膏治疗；对本研究所使用药物过敏；处于妊娠或哺乳期妇女；治疗依从性差或中途退出本研究者。

1.5 一般资料 将2019年6月—2020年6月嵊州市人民医院收治的96例湿热型面部痤疮患者按随机数字表法分为治疗组及对照组各48例。治疗组男13例，女35例；年龄18～42岁，平均(29.40±7.56)岁；病程3个月～8年，平均(4.12±1.30)年。对照组男11例，女37例；年龄18～45岁，平均(30.52±8.10)岁；病程1个月～10年，平均(4.76±1.23)年。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予异维A酸软胶囊(上海信谊延安药业有限公司，国药准字H10930210)治疗，每次0.25 mg/kg，每天2次；患处涂抹克林霉素甲硝唑搽剂(江苏晨牌邦德药业有限公司，国药准字H20063565)治疗，每天3次。

2.2 治疗组 在对照组基础上给予清热除湿凉血方加减治疗。处方：蒲公英、金银花、白花蛇舌草各30 g，草河车15 g，龙胆草、黄柏、牡丹皮、知母、酒大黄、皂角刺、地骨皮、急性子各10 g，炙甘草6 g。随症加减：女性月经前加重者，加栀子6 g，柴胡10 g；大便稀者加薏苡仁20 g。每天1剂，加水煎煮，取药汁300 mL，分早晚2次温服。

2组均以2周为1个疗程，均治疗2个疗程。治疗期间叮嘱患者避免搔抓、挤压，保持皮肤干净；饮食清淡，忌辛辣、海鲜等食物；保持良好心态，避免熬夜，劳逸结合。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候积分。评估内容主症(疼痛性丘疹，脓疱，皮肤油腻)按症状无、轻、中、重分为0、2、4、6分，次症(间有结节，口臭，大便秘结，小便赤)按症状无、轻、中、重分为0、1、2、3分，分值越高则症状越严重[4]。②皮损症状评分。采用皮损症状评分评估2组皮损情况，内容包括皮损数量、皮损程度、皮损肿痛、皮损颜色，根据症状的无、轻、中、重度严重程度计为0、2、4、6分，分值越高皮损症状越严重[5]。③皮肤生理指标。采用皮肤油脂测试仪检测2组治疗前后表皮皮脂含量，采用皮肤角质层水分测试仪检测2组治疗前后角质层含水量、经表皮失水量。④复发率。疗程结束后，对2组治疗有效及以上患者进行为期6个月的随访，观察2组痤疮复发情况，复发率=复发例数/(治愈+显效+有效)例数×100%。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0软件进行数据处理，计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)描述，组间及组内比较，行独立样本t检验与配对样本t检验；计数资料以百分比(%)描述，行χ^2检验，$P<0.05$为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[4]拟定。治愈：症状基本消失，皮损消退，皮损症状评分降低＞90%，仅存在局部色素沉着；显效：症状明显改善，皮损大部分消退，70%≤皮损症状评分降低≤90%；有效：症状有所好转，皮损部分消退，30%≤皮损症状评分降低＜70%；无效：症状无明显改善或加重，皮损未见消退，皮损症状评分降低＜30%。总有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，治疗组总有效率93.75%，高于对照组79.17%($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	48	11(22.92)	14(29.17)	13(27.08)	10(20.83)	38(79.17)
治疗组	48	19(39.58)	17(35.42)	9(18.75)	3(6.25)	45(93.75)①

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.3 2组治疗前后皮损症状评分比较 见表2。治疗前，2组皮损数量、皮损程度、皮损肿痛、皮损颜色等皮损症状评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组皮损数量、皮损程度、皮损肿痛、皮损颜色等皮损症状评分均较治疗前降低($P<0.05$)，且治疗组治疗后皮损症状评分低于对照组($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后皮损症状评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	皮损数量	皮损程度	皮损肿痛	皮损颜色
对照组	治疗前	48	4.15±1.21	5.04±0.62	3.26±0.35	4.74±0.42
	治疗后	48	2.32±0.35①	2.65±0.40①	1.48±0.29①	1.82±0.34①
治疗组	治疗前	48	4.06±1.18	4.98±0.58	3.12±0.40	4.55±0.52
	治疗后	48	1.10±0.23①②	1.23±0.35①②	0.71±0.25①②	1.04±0.29①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.4 2组治疗前后中医证候积分及皮肤生理指标比较 见表3。治疗前，2组中医证候积分、表皮皮脂含量、角质层含水量、经表皮失水量比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组表皮皮脂含量、经表皮失水量及中医证候积分均较治疗前降低($P>0.05$)，角质层含水量升高($P<0.05$)，且治疗组治疗后中医证候积分及表皮皮脂含量、经表皮失水量低于对照组，角质层含水量高于对照组($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后中医证候积分及皮肤生理指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	中医证候积分(分)	表皮皮脂含量(μg/cm²)	角质层含水量(%)	经表皮失水量[g/(cm²·h)]
对照组	治疗前	48	17.57±3.76	144.82±23.57	27.51±5.34	35.80±6.04
	治疗后	48	11.60±3.27①	129.34±21.55①	35.65±6.21①	23.48±5.94①
治疗组	治疗前	48	18.25±4.10	147.86±25.60	26.60±5.45	37.06±7.18
	治疗后	48	8.32±2.05①②	112.06±19.42①②	43.07±7.28①②	16.75±4.10①②

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.5 2组复发率比较 随访6个月，治疗组复发2例，复发率为4.44%；对照组复发8例，复发率为21.05%。2组复发率比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

5　讨论

现代研究认为面部痤疮的发生机制与雄激素过剩引发皮脂分泌过量、免疫失衡、炎症、遗传及生活饮食不规律等因素有关[6]。目前，西医治疗多采用异维A酸、抗生素等药物治疗，但该类药易产生不良反应，不宜长期使用。近年来，随着中医对本病研究的不断深入，有研究表明中医药治疗面部痤疮具有满意疗效[7]。中医将面部痤疮归属于面疮等范畴，认为病机为湿热内蕴，体内火毒热甚，外感风邪，夹杂湿邪，气血壅盛，经络瘀阻，加之饮食辛辣刺激性食物，致湿热上扰，循经上犯于面部而引发痤疮，以湿热证为主要证型，治疗应遵循清热祛湿、凉血解毒、消瘀通络为原则[8]。清热除湿凉血方为嵊州市人民医院近年来治疗湿热型面部痤疮的自拟方，方中龙胆草、蒲公英、金银花配伍清热燥湿、泻火解毒，共为君药。牡丹皮清热凉血，知母滋阴润燥、清热泻火，白花蛇舌草清热除湿、利尿解毒、散结止痛，地骨皮清热凉血，共为臣药。皂角刺活血消肿，草河车清热解毒、止血消肿，黄柏、酒大黄泻火解毒，急性子软坚散结、解毒消肿，共为佐药；炙甘草缓急止痛、调和诸药，为使药。诸药起清热祛湿、凉血解毒、消肿散结功效。本研究结果发现，治疗组总有效率高于对照组，中医证候积分、皮损症状评分均低于对照组，提示清热除湿凉血方加减辅助治疗湿热型面部痤疮疗效显著，有利于减轻患者临床症状，消退面部痤疮，改善皮损情况。

研究发现痤疮会因皮脂腺过度分泌导致皮肤菌群改变、毛孔堵塞，致面部皮肤暗黄、粗糙，含水量及弹性降低，且大量堆积的脂类物质使表皮功能发生障碍，最终导致角质层量含水量下降，表皮皮脂含量、经表皮失水量升高[9]。本研究结果显示，治疗组治疗后表皮皮脂含量、经表皮失水量低于对照组，角质层含水量高于对照组。结果提示清热除湿凉血方加减辅助治疗湿热型面部痤疮有利于改善患者皮肤生理指标。现代药理研究表明，蒲公英含有多种氨基酸和抗微生物成分，对粉刺、痤疮及面部感染均有较好的治疗效果，且能促进肌肤新陈代谢，减少色素沉着[10]；金银花含黄酮类、皂苷、忍冬苷等成分，具有抑制病菌、增进炎性细胞吞噬及抑制变态反应作用[11]；白花蛇舌草有效成分有抑菌、抑制炎症反应及抑制皮脂分泌作用[12]；牡丹皮含丹皮酚、芍药苷、丹皮酚苷等活性成分，有抗炎、抗病原微生物等作用，对痤疮、皮肤瘙痒症、慢性湿疹及荨麻疹等皮肤病均有较好的效果[13]。此外，本研究对2组治疗有效及以上患者进行6个月随访，发现治疗组复发率低于对照组，提示清热除湿凉血方加减辅助治疗有利于降低疾病复发率。

综上所述，清热除湿凉血方加减辅助治疗湿热型面部痤疮患者临床疗效显著，可有效减轻皮损症状，改善皮肤生理指标，降低复发率。

［参考文献］

[1] 陆玲玲，周翘楚，许洁，等. 火针联合420 nm强脉冲光治疗面部中重度痤疮疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志，2021，41(12)：1517-1519.
[2] 樊兰英. 清热凉血汤治疗毒热内蕴型面部痤疮的临床观察[J]. 南昌大学学报(医学版)，2018，58(5)：70-71，74.
[3] 中国医师协会皮肤科医师分会. 中国痤疮治疗指南：讨论稿[J]. 临床皮肤科杂志，2008，37(5)：339-342.
[4] 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.
[5] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京：江苏科学技术出版社，2010：23-25.
[6] 孙欣荣，刘志宏，黄爱文，等. 痤疮发病机制及其药物治疗的研究进展[J]. 中国药房，2017，28(20)：2868-2871.
[7] 杨岚，李元文，王萍，等. 清热除湿汤治疗湿热型痤疮及对皮肤生理指标影响观察[J]. 中华中医药杂志，2018，33(2)：784-787.
[8] 熊国荣. 清热除湿汤治疗湿热型痤疮及对皮肤生理指标影响评价[J]. 光明中医，2018，33(23)：3506-3508.
[9] 黄咏梅. 高原地区面部痤疮、玫瑰痤疮、湿疹及黄褐斑皮肤屏障功能评价及其临床意义[J]. 中国激光医学杂志，2021，30(1)：36.
[10] 郭瑾，曹佳颖，郭晗，等. 蒲公英治疗痤疮的研究概况[J]. 中国民族民间医药，2020，29(15)：62-65.
[11] 马红杰. 复方金银花治疗轻度与中度寻常痤疮的临床效果观察[J]. 中国医药，2013，8(10)：1488-1489.
[12] 吴买平. 白花蛇舌草霜治疗寻常痤疮临床研究[D]. 长沙：湖南中医学院，2005.
[13] 李方军. 牡丹皮化学成分及药理作用研究进展[J]. 安徽医药，2004，8(1)：9-10.

（责任编辑：冯天保，沈崇坤）