穴位埋线联合阿达帕林凝胶治疗脾胃湿热型寻常性痤疮临床研究

潘焕焕，崔欢，白书雅，赵绛波

河南中医药大学第一附属医院整形美容科，河南 郑州 450000

［摘要］**目的：**观察穴位埋线联合阿达帕林凝胶治疗脾胃湿热型寻常性痤疮的临床疗效及对痤疮综合分级系统（GAGS）评分的影响。**方法：**选取60例脾胃湿热型寻常性痤疮患者作回顾性分析，根据治疗方式不同分为对照组和观察组各30例。对照组给予阿达帕林凝胶外用治疗，观察组在对照组基础上加用穴位埋线治疗。比较2组临床疗效、不良反应发生率、复发率，以及治疗前后中医证候评分、GAGS评分。**结果：**观察组总有效率为90.00%，对照组为83.33%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗前，2组红色丘疹脓疱、皮肤油腻、口臭口苦、纳呆、舌红苔黄腻等中医证候评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组上述各项中医证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组各项评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗前，2组GAGS评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2组GAGS评分均较治疗前下降（$P<0.05$），且观察组GAGS评分低于对照组（$P<0.05$）。治疗期间，观察组不良反应发生率为6.66%，对照组为16.66%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。随访3个月，观察组复发率为10.00%，对照组为23.33%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。**结论：**穴位埋线联合常规西药治疗脾胃湿热型寻常性痤疮可提高疗效，降低中医证候及GAGS评分，降低不良反应发生率和复发率。

［关键词］寻常性痤疮；脾胃湿热；穴位埋线；阿达帕林凝胶；痤疮综合分级系统评分

［中图分类号］R753.73+3 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）10-0143-04

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.10.029

Clinical Study on Acupoint Catgut Embedment Combined with Adapalene Gel for Acne Vulgaris of Spleen-Stomach Damp-Heat Type

PAN Huanhuan, CUI Huan, BAI Shuya, ZHAO Jiangbo

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of acupoint catgut embedment in point combined with Adapalene Gel on acne vulgaris of spleen-stomach damp-heat type and its effects on scores of Global Acne Grading System (GAGS). **Methods:** The clinical data of 60 patients with acne vulgaris of spleen-stomach damp-heat type were selected for retrospective analysis and divided into the control group and the observation group according to different treatment methods, with 30 cases in each group. The control group was given the external application of Adapalene Gel, and the observation group was additionally treated with acupoint catgut embedment based on the treatment of the control group. The clinical effects, adverse reactions and recurrence rates, as well as traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and GAGS scores for skin lesions were compared between the two groups before and after treatment. **Results:** The total effective rate was 90.00% in the observation group, and 83.33% in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). Before and after treatment, there was no significant difference being found in the comparisons of the TCM syndrome scores of red papulopustule, greasy skin, halitosis and bitter taste, torpid intake and red togue with yellow and slimy coating between the two groups ($P>$

［收稿日期］2022-04-06
［修回日期］2023-01-18
［作者简介］潘焕焕（1987-），女，主治医师，E-mail：panhh1127@163.com。
［通信作者］赵绛波（1960-），女，主任医师，E-mail：376590486qq.com。

0.05); after treatment, the above TCM syndrome scores were decreased compared with those before treatment ($P<0.05$), and each score in the observation group was lower than that in the control group ($P<0.05$). Before treament, there was no significant difference being found in the comparison of the GAGS scores between the two groups; after treatment, the GAGS scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the GAGS scores in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). During treatment, the incidence of adverse reactions was 6.66% in the observation group and 16.66% in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). After 3 months of follow-up, the occurrence rate was 10.00% in the observation group and 23.33% in the control group, the difference being significant ($P<0.05$). **Conclusion:** Acupoint catgut embedment combined with western medicine can enhance the clinical effect for acne vulgaris of spleen-stomach damp-heat type, decrease the TCM syndrome scores and GAGS scores, incidence of adverse reactions and occurrence rate scores.

Keywords: Acne vulgaris; Spleen-stomach damp-heat; Acupoint catgut embedment; Adapalene Gel; Scores of Global Acne Grading System

寻常性痤疮为临床常见皮肤病，属于慢性毛囊皮脂腺炎症，颜面部、胸背部可出现粉刺、丘疹、脓疱、囊肿、结节等症状，给患者造成严重的心理负担[1]。本病临床常用治疗方式有局部或全身用药、痤疮疫苗、光疗等。中医学多采用中药熏蒸、湿敷，以及火针、穴位埋线、刮痧、耳穴、刺络放血、穴位注射等方法治疗本病。其中穴位埋线基于传统针刺理论，通过穴位刺激产生持久治疗作用，操作简便，且无毒副作用。既往研究表明，对特定穴位埋线治疗痤疮疗效较佳[2]。笔者应用穴位埋线结合常规西药治疗寻常性痤疮，观察其治疗效果及对痤疮综合分级系统(GAGS)评分的影响，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《临床诊疗指南：皮肤病与性病分册》[3]中寻常性痤疮的诊断标准。临床表现为病灶分布对称，毛囊性丘疹、粉刺、黑头、脓疱、囊肿、结节、瘢痕等皮损，伴皮脂溢出。

1.2 辨证标准 符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》[4]中脾胃湿热型辨证标准。主症：红色丘疹、脓疱皮损；次症：颜面部、胸背部皮肤油腻，伴口臭、口苦，纳呆，大便偏干或秘结，尿黄；舌脉：舌质红、苔黄腻，脉数或弦滑。符合主症加2项以上次症，结合舌脉即可诊断。

1.3 纳入标准 符合上述诊断和辨证标准；年龄16～50岁；患者或其家属签署知情同意书。

1.4 排除标准 伴有严重器质性心、肝、肺、肾功能不全者；伴有面部其他皮肤病者；伴有恶性肿瘤、免疫、造血系统、内分泌、精神类疾病者；过敏或瘢痕体质者；近期曾应用其他药物影响疗效者；妊娠或哺乳期妇女。

1.5 一般资料 选取2020年9月—2021年3月河南中医药大学第一附属医院收治的60例寻常性痤疮患者临床资料作回顾性分析，根据不同治疗方式分为对照组和观察组各30例。对照组男12例，女18例；年龄19～35岁，平均(26.06±4.07)岁；病程0.2～10年，平均(4.00±2.75)年。观察组男11例，女19例；年龄19～36岁，平均(26.00±4.48)岁；病程1～10年，平均(4.00±2.53)年。2组性别、年龄、病程等一般资料比较，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 阿达帕林凝胶(法国Laboratoires GALDERMA公司，国药准字HJ20160022)外用，睡前清洗患处，干燥后取适量凝胶薄涂，每天1次，连续治疗8周。外涂时注意避免药物接触眼、嘴唇。

2.2 观察组 在对照组基础上加用穴位埋线治疗。取穴曲池、合谷、足三里、阴陵泉、双肺腧、胃俞、脾俞；常规皮肤消毒，根据穴位深浅选取1～2 cm医用羊肠线线体(山东博达医疗用品股份有限公司)，将线体放入9号一次性埋线针(江西格斯兰医

疗器械有限公司），对准穴位斜向刺入，出现酸胀重针感后，针芯前推注入线体，同时退针管，出针后消毒干棉球按压针孔 6 h。前 2 次每周 1 次，后 3 次每 2 周 1 次，共治疗 8 周。嘱患者规律作息，清淡饮食。

3　观察指标与统计学方法

3.1　观察指标　①临床疗效。②中医证候评分。参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》[4]相关标准，对红色丘疹脓疱、皮肤油腻、口臭口苦、纳呆、舌红苔黄腻等证候，根据无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分，分数越高则证候越严重。③综合分级系统 GAGS 评分[5]。根据毛囊皮脂单位密度、分布、面积进行评分，如痤疮好发部位评分为：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区下颏部（1 分），Ⅵ区胸、上背部（1 分）；皮损严重程度评分为：0 分为无皮损，1 分为白头或黑头，2 分为丘疹型，3 分为脓疱型，4 分为结节。各区域总分值=因素分值×皮损分值。④不良反应发生率。治疗期间，记录腹泻、嘴唇脱皮干裂、皮下血肿、脱皮、瘙痒干燥等不良反应发生情况。⑤复发率。治疗结束后随访 3 个月，统计皮损复发率。复发标准：较治疗刚结束时皮损显著增多。

3.2　统计学方法　选择 SPSS24.0 统计学软件分析所有数据。性别、临床疗效、不良反应发生率、复发率等以百分比（%）描述，比较采用四格表 χ^2 检验；年龄、病程、中医证候评分、皮损 GAGS 评分等计量资料符合正态分布者以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）描述，比较采用两独立样本 t 检验或配对 t 检验。双侧检验水准 α=0.05，当 $P<0.05$ 提示差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》[4]拟定。痊愈：皮损消失，仅存少许色素沉着，无新生痤疮，证候评分减少≥90%；显效：大部分皮损消退，证候评分减少 70%～89%；有效：皮损消退≥30%，新生痤疮＜10 个，证候评分减少 30%～69%；无效：症状、体征无改善甚至加重，证候评分减少＜30%。

4.2　2 组临床疗效比较　见表 1。治疗后，观察组总有效率为 90.00%，对照组为 83.33%，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　例（%）

组　别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	8（26.66）	12（40.00）	5（16.66）	5（16.66）	25（83.33）
观察组	30	13（43.33）	8（26.66）	6（20.00）	3（10.00）	27（90.00）①

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.3　2 组治疗前后中医证候评分比较　见表 2。治疗前，2 组红色丘疹脓疱、皮肤油腻、口臭口苦、纳呆、舌红苔黄腻等中医证候评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2 组上述各项中医证候评分均较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组各项评分均低于对照组（$P<0.05$）。

表 2　2 组治疗前后中医证候评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

证　候	对照组（例数=30）		观察组（例数=30）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
红色丘疹脓疱	2.67±0.54	1.43±0.57①	2.70±0.54	0.70±0.46①②
皮肤油腻	2.50±0.73	1.20±0.71①	2.56±0.63	0.60±0.50①②
口臭口苦	2.26±0.74	0.80±0.55①	2.23±0.77	0.43±0.50①②
纳呆	1.46±0.86	0.70±0.53①	1.03±1.12	0.30±0.46①②
舌红苔黄腻	1.20±0.93	0.53±0.86①	1.23±0.97	0.16±0.38①②

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 GAGS 评分比较　见表 3。治疗前，2 组 GAGS 评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后，2 组 GAGS 评分均较治疗前下降（$P<0.05$），且观察组 GAGS 评分低于对照组（$P<0.05$）。

表 3　2 组治疗前后 GAGS 评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	15.13±6.48	8.02±9.84①
观察组	30	15.00±6.02	4.20±4.13①②

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 组不良反应发生率比较　见表 4。治疗期间，观察组不良反应发生率为 6.66%，对照组为 16.66%，2 组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表 4　2 组不良反应发生率比较　例（%）

组　别	例数	腹泻	嘴唇脱皮干裂	皮下血肿	脱皮	瘙痒干燥	合计
对照组	30	1（3.33）	1（3.33）	1（3.33）	1（3.33）	1（3.33）	5（16.66）
观察组	30	0	0	1（3.33）	1（3.33）	0	2（6.66）①

注：①与对照组比较，$P<0.05$

4.6　2组复发率比较　见表5。随访3个月，观察组复发率为10.00%，对照组为23.33%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表5　2组复发率比较　例

组　别	例数	未复发	复发	复发率(%)
对照组	30	23	7	23.33
观察组	30	27	3	10.00①

注：①与对照组比较，$P<0.05$

5　讨论

寻常性痤疮为常见于毛囊、皮脂腺的炎性反应性皮肤病，发病率高达70%。其发病机制与环境、饮食、精神状态等因素有关。患部毛囊口缩小、上皮过度角化，分泌大量角质层皮脂，淤积在毛囊，破坏菌群生态平衡；若痤疮丙酸杆菌增多，分解脂肪酸刺激毛囊，引起炎症[6]。寻常性痤疮起病于青春期，发展至成年阶段，迁延不愈、反复发作，严重影响患者容颜及心理健康。若得不到及时有效治疗，黑头、粉刺、脓疱、丘疹易形成囊肿、瘢痕、结节，还可留有沉着色素及红斑，从而影响患者容貌。有研究表明，应用化学剥落、物理治疗等均可改善本病症状，但治疗后易复发[7]。本研究应用阿达帕林治疗，其为人工合成的维A酸类药物，渗透性高、药理作用强。阿达帕林凝胶可对角质形成细胞产生作用，抑制皮脂腺分泌，降低炎性反应，改善毛囊角化，调节表皮角质细胞分化，促进粉刺溶解和排出，抗炎效果良好。西药外用短期效果良好，但易致皮肤干燥、瘙痒、红肿等，影响治疗效果及预后。

中医学将痤疮归属于粉刺、暗疮等范畴。暗疮与肺、脾、胃有关，脾胃湿热型为常见证型。患者气血郁滞，血热外壅，肺胃湿热，外感毒邪；肺主皮毛、司腠理开合，肺热上熏、肌肤疏泄失畅，致面发痤疮；脾胃主运化，湿热内生、脾胃蕴热，加重痤疮[8]。治疗宜通腑燥湿、清热活血、宣肺开郁。依据脾胃湿热证型特点，本研究观察组应用穴位埋线治疗，收到较好疗效。穴位埋线把动物羊肠线植入穴位，从而产生刺激而起到治疗作用，具有创伤小、刺激强、作用持久，且操作简便的特点。有临床研究结果显示，穴位埋线治疗痤疮可促进皮损局部血液循环及营养代谢，产生良性诱导，改善皮损，消除痘印[9]。对曲池、合谷、肺腧穴行穴位埋线，可清肺热、疏风解毒；足三里、脾俞、胃俞穴可通腑泄热、调理脾胃、清热祛湿；阴陵泉可健脾益气、清热燥湿。诸穴合用，共奏健脾调胃、清热祛湿、活血化瘀之效。本研究结果显示，治疗后观察组总有效率高于对照组，各项中医证候评分均低于对照组。提示穴位埋线结合阿达帕林凝胶外用治疗寻常性痤疮疗效显著，可显著改善患者中医证候。

本研究结果显示，治疗后2组GAGS评分均下降，且观察组低于对照组，提示穴位埋线结合阿达帕林凝胶外用治疗可减轻皮肤损害，减少皮损数目、修复皮损颜色、缓解痤疮肿胀破溃。本研究结果还显示，观察组不良反应发生率、复发率均低于对照组，提示联合治疗可减少寻常性痤疮患者不良反应及复发率，具有良好的远期疗效。

综上所述，穴位埋线结合常规西药治疗寻常性痤疮可提高疗效，改善中医证候及皮肤损伤，降低不良反应发生率及复发率，值得临床推广应用。

［参考文献］

[1] OGE´ L K，BROUSSARD A，MARSHALL M D. Acne Vulgaris：Diagnosis and Treatment[J]. Am Fam Physician，2019，100(8)：475-484.
[2] 任俊荣，张理涛. 中医特色疗法治疗痤疮临床研究进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2021，20(3)：325-328.
[3] 中华医学会. 临床诊疗指南：皮肤病与性病分册[M]. 北京：人民卫生出版社，2006：150-151.
[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.
[5] 郭樱，钱方，杨玉峰，等. 清热化痰散结方治疗痰瘀互结型痤疮的临床研究[J]. 河北中医药学报，2020，35(3)：18-20.
[6] 黄健婷，罗晓舟，唐纯志. 穴位埋线结合普通针刺治疗痤疮：一项临床随机对照试验[J]. 中华中医药杂志，2017，32(8)：3825-3828.
[7] 侯新芳，李丹丹，李红霞，等. 毫火针联合自血疗法治疗痤疮疗效及对患者血清炎症因子和免疫功能的影响[J]. 陕西中医，2021，42(7)：951-953.
[8] 于璐璐. 基于“阳明主面”揿针治疗寻常性痤疮的临床疗效观察[D]. 晋中：山西中医药大学，2021.
[10] 董佩晶，谢俊，吴松. 穴位埋线治疗脾胃湿热型寻常性痤疮临床观察[J]. 湖北中医药大学学报，2019，21(5)：92-94.

（责任编辑：冯天保，邓乔丹）