清热解毒汤联合火针治疗湿热蕴结型痤疮临床研究

丁蓉，刘路星

绍兴第三医院皮肤科，浙江 绍兴 312000

［摘要］**目的：**观察清热解毒汤联合火针治疗湿热蕴结型痤疮的临床效果，并分析对患者皮肤屏障功能的影响。**方法：**选取118例痤疮患者，按随机数字表法分为观察组和对照组各59例。对照组给予常规西药治疗，观察组在对照组基础上加用清热解毒汤及火针治疗，疗程4周。比较2组治疗前后主症评分、皮损积分、皮肤病理学特征和皮肤屏障功能变化，评估2组临床疗效，随访6个月，记录第3个月、第6个月复发率。**结果：**治疗后，2组主症评分及皮损评分较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组主症评分及皮损评分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组红色区、紫质、棕色斑评分较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组红色区、紫质、棕色斑评分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组经皮水分丢失量、皮肤黏脱蛋白质含量较治疗前降低，角质层含水量较治疗前增多（$P<0.05$）；且观察组经皮水分丢失量、皮肤黏脱蛋白质含量低于对照组，角质层含水量高于对照组（$P<0.05$）。观察组总有效率为96.61%，高于对照组86.44%（$P<0.05$）。观察组第3个月、第6个月复发率均低于对照组（$P<0.05$）。**结论：**清热解毒汤联合火针治疗湿热蕴结型痤疮能减轻临床症状，改善皮肤病理学特征，提高皮肤屏障功能和临床疗效，减少复发。

［关键词］痤疮；火针；清热解毒汤；湿热蕴结型；皮损评分；皮肤屏障功能；复发率
［中图分类号］R758.73 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）15-0127-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.15.023

Clinical Study on Qingre Jiedu Decoction Combined with Fire Needling for Acne of Damp-Heat Accumulation Type

DING Rong, LIU Luxing

Department of Dermatology, Third Hospital of Shaoxing, Shaoxing Zhejiang 312000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Qingre Jiedu Decoction combined with fire needling for acne of damp-heat accumulation type, and to analyze its effect on skin barrier function. **Methods:** A total of 118 cases of patients with acne were selected and divided into the observation group and the control group according to the random number table method, with 59 cases in each group. The control group was treated with routine western medicine, and the observation group was additionally treated with Qingre Jiedu Decoction and fire needling based on the treatment of the control group. Both groups were treated for four weeks. The changes in main symptom scores, skin lesion scores, dermatopathological features, and skin barrier function in the two groups were compared before and after treatment, and the clinical effects in the two groups were evaluated. Both groups were followed up for six months, and the recurrence rates were recorded at the third and sixth months. **Results:** After treatment, the main symptom scores and skin lesion scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the main symptom score and skin lesion score in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the scores of red area,

［收稿日期］2022-12-15
［修回日期］2023-04-26
［作者简介］丁蓉（1976-），女，副主任中医师，E-mail：dr3104@163.com。

porphyrin，and brown spots of skin in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$)；the scores of red area，porphyrin，and brown spots of skin in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment，the percutaneous water loss and skin mucin contents were decreased when compared with those before treatment，and the stratum corneum hydration in the two groups was increased when compared with that before treatment ($P<0.05$)；the percutaneous water loss and skin mucin content in the observation group were lower than those in the control group，and the stratum corneum hydration in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). The total effective rate was 96.61% in the observation group，higher than that of 86.44% in the control group ($P<0.05$). The recurrence rates at the third and sixth months in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). **Conclusion**：Qingre Jiedu Decoction combined with fire needling for acne of damp-heat accumulation type can relieve clinical symptoms，improve dermatopathological features，enhance skin barrier function and clinical effect，and reduce recurrence rate.

Keywords：Acne；Fire needling；Qingre Jiedu Decoction；Damp-heat accumulation type；Skin lesion scores；Skin barrier function；Recurrence rate

痤疮是一种发病率较高的慢性炎症性毛囊皮脂腺疾病，发病部位以面部、胸背部为主，多见脓包、丘疹、粉刺等皮损症状，随着病情加重可造成皮肤屏障功能受损，部分患者愈后会留下色沉或瘢痕，影响外观形象。研究证实，毛囊内痤疮丙酸杆菌感染、毛囊皮脂腺导管角化异常、炎症等与痤疮发病相关[1]。西医治疗痤疮以抑制痤疮丙酸杆菌生长和毛囊上皮过度角化、抗炎等为主，但长期用药可能产生耐药性。痤疮属于中医学肺风粉刺、暗疮范畴，中医将痤疮大致分为痰瘀结聚、冲任失调、湿热蕴结、肺经风热四种证型，其中以湿热蕴结型最常见。中医认为，脏腑失调，运化失常，湿热内生，蕴久化热，蕴结于肌肤，发为本病[2]，故治疗以清热解毒、消肿排脓法为佳。火针属中医特色疗法之一，有软坚散结、消肿止痛功效。本研究中，用清热解毒汤联合火针治疗湿热蕴结型痤疮，并对治疗前后症状、皮肤性质及屏障功能等进行观察，评估该方案的有效性，为今后优化痤疮治疗方案提供依据。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《中国痤疮治疗指南(2019修订版)》[3]中诊断标准。青春期男女高发；好发于面部、背部、上胸等皮脂腺发达部位，且呈对称分布；皮损为脓包、丘疹、粉刺、囊肿及瘢痕，常伴皮脂溢出，易反复。

1.2 辨证标准 参考《痤疮(粉刺)中医治疗专家共识》[4]辨证为湿热蕴结型。主症：面部皮肤油腻、脓包、丘疹；次症：口苦、口臭、大便秘结或黏滞不爽、纳呆、尿黄；舌脉：舌红，苔黄腻，脉滑数。

1.3 纳入标准 年龄18～40岁；入组前4周未参加过其他临床研究；依从性良好，能积极配合治疗及相关检查；痤疮PILISBURY分级为Ⅱ～Ⅲ级；患者自愿参与，且签署《知情同意书》。

1.4 排除标准 继发性痤疮；入组4周内有激素用药史，入组7 d使用相关外用药；合并恶性肿瘤；不耐受火针治疗；备孕期、哺乳期或妊娠期女性；对本研究药物及相关成分过敏者。

1.5 剔除标准 治疗期间出现晕针；未遵医嘱治疗影响疗效；因个人原因自愿退出者；不配合相关检查及随访者。

1.6 一般资料 选取2021年4月—2022年4月绍兴第三医院收治的118例痤疮患者，按随机数字表法分为观察组和对照组各59例。观察组男31例，女28例；平均年龄(26.27±3.29)岁；平均体质量指数(BMI)23.53±2.04；平均病程(4.19±1.15)个月；痤疮PILISBURY分级：Ⅱ级26例，Ⅲ级33例。对照组男27例，女32例；平均年龄(25.92±3.17)岁；平均BMI 23.61±2.15；平均病程(4.27±1.23)个月；痤疮

PILISBURY 分级：Ⅱ级 24 例，Ⅲ级 35 例。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　给予常规西药治疗。异维 A 酸软胶囊（重庆华邦制药有限公司，国药准字 H20113060）口服，每次 10 mg，每天 1 次，治疗 4 周；患处涂抹盐酸克林霉素凝胶[金日制药（中国）有限公司，国药准字 H20040314)]，早晚各 1 次，见红色丘疹消退后停药。

2.2　观察组　在对照组基础上加用清热解毒汤及火针治疗。清热解毒汤处方：白花蛇舌草 30 g，生地黄 20 g，金银花、连翘、牡丹皮各 15 g，黄芩、黄柏、桑白皮、香附、赤芍各 10 g，柴胡、炙甘草各 6 g。每天 1 剂，由医院药房统一煎煮 300 mL，分早晚各 1 次温服，每次 150 mL，服用 5 d 后停药 2 d，之后继续服用，疗程为 4 周。火针治疗：取痤疮囊肿顶部及颊车、大椎、胃俞、脾俞及足三里穴，局部皮肤消毒，酒精灯加热一次性无菌针灸针的针尖并快速刺入囊肿顶部，之后迅速拔出，采用消毒粉刺针清理脓包、丘疹中内容物，治疗结束再次进行皮肤消毒。用刺络拔罐疗法对上述穴位快速点刺，每穴 5～10 次，留罐 5 min，结束后对局部皮肤消毒。每周 1 次，治疗 4 周。

3　观察指标与统计学方法

3.1　观察指标　①主症评分和皮损评分。参考《中药新药临床研究指导原则（试行）》[5]对主症进行评分，面部皮肤油腻、脓包、丘疹，每项按无、轻度、中度、重度分别计 0、2、4、6 分，总分 24 分，得分越高提示症状越严重。皮损评分：根据皮肤出油、皮损程度、颜色、数量、肿痛，每项按 0～3 分评估，总分 15 分，得分越高则皮损越严重。②皮肤病理学特征评分。治疗前后用美国 Canfield 科技公司的 VISIA 皮肤图像分析仪进行皮肤病理性定量分析及评估，包括皮肤红色区、棕色斑、紫质和毛孔 4 项，取绝对分值为最终结果。③皮肤屏障功能。分别于治疗前后采用皮肤检测仪对皮肤屏障功能进行检测，包括经皮水分丢失量、皮肤黏脱蛋白质含量以及角质层含水量。④复发率。随访 6 个月，记录第 3 个月、第 6 个月复发率。复发评判标准：根据痤疮综合分级系统（GAGS）评分评估，随访时 GAGS 评分减前期治疗完成后 GAGS 评分，所得评分＞9 分即评为复发。

3.2　统计学方法　采用 SPSS24.0 统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对 t 检验；计数资料以百分比（%）表示，采用 χ^2 检验。$P<0.05$ 表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　疗程结束后根据症状改善情况及疗效指数综合评价。疗效指数=（治疗前皮损积分−治疗后皮损积分）/治疗前皮损积分×100%。痊愈：经治疗，皮损完全消退，仅伴较小瘢痕或色素沉着，疗效指数≥95%；显效：皮损较治疗前消退＞75%，可见少量瘢痕或色素沉着，但不影响工作和生活，70%≤疗效指数＜95%；有效：皮损较治疗前减少 30%～75%，留有瘢痕和明显色素沉着，50%≤疗效指数＜70%；无效：皮损消退程度不足 30%，或出现新皮损，疗效指数＜50%。总有效率=（痊愈+显效+有效）例数/总例数×100%。

4.2　2 组治疗前后主症评分及皮损评分比较　见表 1。治疗前，2 组主症评分、皮损评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2 组主症评分及皮损评分较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组主症评分及皮损评分低于对照组（$P<0.05$）。

表 1　2 组治疗前后主症评分及皮损评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	时　间	例数	主症评分	皮损评分
观察组	治疗前	59	17.05±3.13	6.82±1.15
	治疗后	59	5.16±1.27①②	2.09±0.54①②
对照组	治疗前	59	17.14±3.21	6.76±1.08
	治疗后	59	7.04±1.43①	2.61±0.67①

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

4.3　2 组治疗前后皮肤病理学特征评分比较　见表 2。治疗前，2 组红色区、紫质、棕色斑和毛孔评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2 组红色区、紫质、棕色斑评分较治疗前降低（$P<0.05$）；且观察组红色区、紫质、棕色斑评分低于对照组（$P<0.05$）。

4.4　2 组治疗前后皮肤屏障功能比较　见表 3。治疗前，2 组皮肤屏障功能比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2 组经皮水分丢失量、皮肤黏脱蛋

白质含量较治疗前降低，角质层含水量较治疗前增多（$P<0.05$）；且观察组经皮水分丢失量、皮肤黏脱蛋白质含量低于对照组，角质层含水量高于对照组（$P<0.05$）。

表2 2组治疗前后皮肤病理学特征评分比较（$\bar{x}\pm s$） 分

组别	时间	例数	红色区	紫质	棕色斑	毛孔
观察组	治疗前	59	4.13±1.25	2.10±0.61	6.53±1.16	2.01±0.61
	治疗后	59	3.04±0.82①②	0.65±0.42①②	5.73±0.83①②	1.98±0.57
对照组	治疗前	59	4.09±1.13	2.18±0.65	6.62±1.24	2.07±0.63
	治疗后	59	3.42±0.91①	1.06±0.51①	6.04±0.90①	2.01±0.59

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

表3 2组治疗前后皮肤屏障功能比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	时间	例数	经皮水分丢失量[g(h·m²)]	皮肤黏脱蛋白含量(μg)	角质层含水量(%)
观察组	治疗前	59	25.86±4.68	42.51±7.13	30.34±5.01
	治疗后	59	15.31±0.36①②	29.81±4.69①②	49.81±6.19①②
对照组	治疗前	59	25.92±4.71	42.56±7.21	30.42±5.11
	治疗后	59	19.27±0.52①	33.07±5.09①	38.92±5.73①

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组临床疗效比较 见表4。观察组总有效率为96.61%，高于对照组86.44%，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

表4 2组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	59	21(35.59)	24(40.68)	12(20.34)	2(3.39)	57(96.61)
对照组	59	19(32.20)	22(37.29)	10(16.95)	8(13.56)	51(86.44)
χ^2值						6.667
P值						0.010

4.6 2组复发情况比较 随访6个月，观察组1例失访，对照组3例失访。观察组第3个月复发率为1.79%（1/56），对照组为10.42%（5/48），2组比较，差异有统计学意义（χ^2=6.496，P=0.011）；观察组第6个月复发率为7.14%(4/56)，对照组为18.75%(9/48)，2组比较，差异有统计学意义（χ^2=5.981，P=0.014）。

5 讨论

痤疮是皮肤科常见病，高发病，尤其在青少年群体中发病率较高。痤疮作为一种损容性疾病，给患者心理健康、生活及就业均会造成不同程度影响。西医治疗痤疮以维A酸、性激素、抗生素等为主，其中维A酸应用最多。异维A酸软胶囊属维A酸类制剂，能抑制皮脂腺活性，减少皮质分泌，缓解毛囊皮脂腺口胶质栓塞，同时还能抑制痤疮丙酸杆菌生长繁殖，现已成为治疗中重度痤疮首选药物[6]；联合外用抗菌药物克林霉素凝胶，能进一步抑制痤疮丙酸杆菌活性，减少皮肤表面脂肪酸。西药治疗痤疮有一定效果，但停药后易复发，且外用抗菌药物对皮肤刺激性大，局部皮肤易因耐受性差而出现皮肤屏障功能受损，因此，需进一步优化治疗方案。

痤疮属于中医学肺风粉刺、暗疮范畴，先天体热，后天素喜食肥甘厚味，日久则脾胃运化失常，聚湿成痰，壅结气血，热在腠理发于皮肤而令丘疹形成，湿邪阻滞，久之则粉刺生，湿热内蕴，腐肉为脓，发为脓疮。可见，湿热内生，脾胃运化失司，湿热蕴结成毒为痤疮根本病因病机，应以清热利湿、散结消壅法为佳。清热解毒汤由白花蛇舌草、金银花、生地黄、牡丹皮等中药组成，方中金银花、连翘为君，金银花有清热解毒、消痈散结、消炎退肿之效；连翘清热解毒、散结消肿，与金银花配伍可增强清热解毒之效。臣以黄芩清热除湿；桑白皮行水消肿，泻肺热火毒；生地黄解热消炎；牡丹皮和赤芍能清热凉血，散瘀止痛；柴胡与香附配伍能和解表里，行气止痛；白花蛇舌草有清热解毒、消痛散结之效；佐以炙甘草，可奏清热解毒、补脾益气之功，还可调和诸药。纵观全方，配伍得当，内清脏腑湿热，外透肌肤热结。现代药理学表明，金银花中黄酮类、水提取物、多糖类化学成分有抗菌、抗炎作用[7]。连翘中连翘苷、挥发油及水提取物等成分具有强效抗炎作用，与金银花配伍能增强清热解毒、疏散风热效果[8]。黄芩中黄芩苷、黄芩素有解热、消炎作用，同时对多种真菌、细菌有强效抑制作用[9]。研究表明，在异维A酸胶囊用药基础上，联合中药畅枢汤治疗中重度痤疮疗效优于单用异维A酸胶囊[10]。马腾飞等[11]研究结果显示，在西药治疗基础上联合清热消痘方，能进一步减轻湿热蕴结型痤疮症状，提高疗效。由此可推测，中西医结合治疗能进一步提高疗效。火针治疗指将针置于明火之上，烧红后迅速刺入指定穴位，以此达到治疗疾病的一种中医特色疗法。研究表明，湿热为痤疮发病基础，火针疗法可利用火针热力刺激达到以热

引热之效，引火热外散，令火针之热与肌腠表里之热毒结合，强开门户而泄热毒，发挥清热解毒、软坚散结、消肿止痛作用[12]。现代研究表明，火针能改善毛囊扩张和角化异常，并能促进脓血排出，同时还具有抗菌、抗炎、抑制微生物等作用，在治疗痤疮和粉刺方面效果较好[13]。本研究中，2组治疗4周后主症评分及皮损评分均降低，且观察组主症评分及皮损评分低于对照组，证实清热解毒汤联合火针治疗湿热蕴结型痤疮能进一步缓解症状，减轻皮损程度。

VISIA皮肤图像分析仪能对面部皮肤性质进行定量分析，通过分析棕色斑、红色区、紫质及毛孔等检测数据，可直接反映皮肤病理特征。研究表明，痤疮患者皮肤红色区、棕色斑、紫质及毛孔评分均明显高于健康皮肤[14]。本研究中，2组治疗4周后，皮肤红色区、棕色斑、紫质评分均明显下降，且观察组各项评分低于对照组，而2组治疗后毛孔评分变化不明显，提示清热解毒汤联合火针治疗在控制炎症、减轻色素沉着方面有突出优势，而在改善毛孔方面作用不明显。从皮肤屏障改善状况来看，2组治疗4周后经皮水分丢失量、皮肤黏脱蛋白质含量均减少，角质层含水量增多，与对照组相比，观察组水分丢失量和皮肤黏脱蛋白质含量更低，角质层含水量更高，提示清热解毒汤联合火针能显著提高湿热蕴结型痤疮患者皮肤屏障功能，分析原因是联合中药内服及火针治疗发挥协同增效作用，从而增强皮肤屏障功能。本研究中，观察组总有效率高于对照组，随访第3个月、6个月的复发率低于对照组，提示清热解毒汤联合火针治疗湿热蕴结型痤疮疗效突出，且复发率低。在西药治疗基础上，联合清热解毒汤口服，可内调湿热体质，重在治“本”；火针可抗炎、抗菌，并能促进粉刺、丘疹、结节等皮损在早期消退，重在治“标”，二者联合，标本兼治，疗效突出，并能减少复发。

综上所述，针对湿热蕴结型痤疮患者，采用清热解毒汤联合火针治疗能减轻皮损程度，改善皮肤病理性特征，增强皮肤屏障功能，减少复发，疗效确切。

[参考文献]

[1] 郭潋，彭明霞，陈春兰，等. 自拟清热解毒汤联合针灸治疗湿热蕴结型痤疮疗效观察及对患者皮肤屏障功能的影响[J]. 中国美容医学，2022，31(4)：117-120.
[2] 黄朝卫，解翠林，石年，等. 针刺联合凉血消疮饮治疗湿热蕴结型痤疮的临床疗效及对TNF-α和IL-6的影响[J]. 世界中医药，2017，12(12)：3106-3108，3113.
[3] 中国痤疮治疗指南专家组. 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.
[4] 中华中医药学会皮肤科分会. 痤疮(粉刺)中医治疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2017，16(4)：382-384.
[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[J]. 北京：中国医药科技出版社，2002：292-295.
[6] 刘大伟，张海颖. 异维A酸胶囊与阿达帕林凝胶联合治疗痤疮的效果观察[J]. 中国地方病防治杂志，2016，31(8)：947.
[7] 关秀锋，王锐，李晓龙，等. 金银花的化学成分与药理作用研究新进展[J]. 化学工程师，2020，34(4)：59-62.
[8] 丁晓彦，林志军，王岱. 金银花-连翘药对的成分和药理作用研究进展[J]. 山东科学，2019，32(3)：36-41.
[9] 姜希红，刘树民. 黄芩药理作用及其化学物质基础研究[J]. 中国药师，2020，23(10)：2004-2010.
[10] 卢改会，李涛，朱克彬，等. 畅枢汤对异维A酸治疗中重度痤疮的“减毒增效”作用[J]. 中国皮肤性病学杂志，2021，35(11)：1289-1294.
[11] 马腾飞，孙丽蕴，钱佳丽，等. 清热消痘方湿敷治疗湿热蕴结型痤疮[J]. 吉林中医药，2021，41(8)：1033-1037.
[12] 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.
[13] 孙洋武，刘云贞，陈莉，等. 火针联合英花枇杷颗粒治疗寻常型痤疮临床观察[J]. 四川中医，2020，38(6)：192-194.
[14] 杨岚，曹洋，姜希，等. 清热除湿汤对湿热型痤疮患者面部皮肤性质的改善作用[J]. 北京中医药，2019，38(4)：325-328.

(责任编辑：郑锋玲)