胡氏消痤汤联合火针治疗肺胃湿热型痤疮临床研究

余凯琦[1]，严檬[1]，傅贝琳[2]，韩铝洲[3]，熊梦燎[1]

1. 余姚市中医医院皮肤科，浙江 余姚 315400
2. 温州医科大学第二临床医学院，浙江 温州 325000
3. 余姚市中医医院中医外科，浙江 余姚 315400

［摘要］**目的：**观察胡氏消痤汤联合火针治疗肺胃湿热型痤疮的临床效果。**方法：**选择2024年1—12月期间在余姚市中医医院皮肤科门诊就诊的80例痤疮患者，按简单排序法随机分为观察组与对照组各40例。观察组给予胡氏消痤汤联合火针治疗，对照组给予盐酸多西环素肠溶胶囊联合火针治疗。治疗4周后，比较2组临床疗效、不良反应发生率，以及2组治疗前后中医证候评分、皮损评分及皮肤病生活质量指数（DLQI）。**结果：**治疗后，观察组总有效率为90.00%（36/40），对照组为70.00%（28/40），组间比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。治疗后，2组中医证候评分均较治疗前下降（$P<0.05$），且观察组中医证候评分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组皮损评分、DLQI评分均较治疗前下降（$P<0.05$），且观察组皮损评分、DLQI评分均低于对照组（$P<0.05$）。治疗期间，观察组不良反应发生率为5.00%（2/40），对照组为2.50%（1/40），组间比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**胡氏消痤汤联合火针治疗肺胃湿热型痤疮疗效确切，可有效减轻中医证候，促进皮损修复，提高患者生活质量。

［关键词］痤疮；肺胃湿热型；胡氏消痤汤；火针；皮损评分；皮肤病生活质量指数
［中图分类号］R275.9；R758.73+3 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2026）06-0108-06
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.06.017

Clinical Study on HU's Xiaocuo Decoction Combined with Fire Needle in Treating Acne of Lung-Stomach Damp-Heat Type

YU Kaiqi[1], *YAN Meng*[1], *FU Beilin*[2], *HAN Lvzhou*[3], *XIONG Mengliao*[1]

1. Department of Dermatology, Yuyao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yuyao Zhejiang 315400, China; 2. The Second School of Clinical Medicine of Wenzhou Medical University, Yuyao Zhejiang 325000, China; 3. Department of Traditional Chinese Medicine Surgery, Yuyao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yuyao Zhejiang 315400, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of HU's Xiaocuo Decoction combined with fire needle in treating acne of lung-stomach damp-heat type. **Methods:** A total of 80 acne patients treated in the dermatology outpatient clinic of Yuyao Hospital of Traditional Chinese Medicine from January to December 2024 were selected and randomly divided into the observation group and the control group by a simple randomized ordering method, with 40 cases in each group. The observation group was treated with HU's Xiaocuo Decoction combined with fire needle, while the control group received Doxycycline Hydrochloride Enteric-Coated Capsules combined with fire needle. After four weeks of treatment, the clinical effects, incidence of adverse reactions, as well as traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, skin lesion scores, and Dermatology Life Quality Index (DLQI) before and after treatment were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 90.00% (36/40) in the observation group and 70.00% (28/40) in the control group, the difference being significant ($P<0.05$).

［收稿日期］2025-08-08
［修回日期］2025-12-11
［基金项目］余姚市科技计划项目（2024YZPT02）；浙江省中医药科技计划项目（2024ZF138）
［作者简介］余凯琦（1993-），女，主治中医师。

After treatment, the TCM syndrome scores in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and the scores in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). The skin lesion scores and DLQI scores in both groups were decreased compared with those before treatment ($P<0.05$), and the scores in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). During treatment, the incidence of adverse reactions was 5.00% (2/40) in the observation group and 2.50% (1/40) in the control group, there being no significant difference ($P>0.05$). **Conclusion**: HU's Xiaocuo Decoction combined with fire needle shows definite effect in treating acne of lung-stomach damp-heat type. It can effectively alleviate TCM syndromes, promote the repair of skin lesions, and improve the quality of life of patients.

Keywords: Acne; Lung-stomach damp-heat type; HU's Xiaocuo Decoction; Fire needle; Skin lesion score; Dermatology Life Quality Index

痤疮为临床常见皮肤科疾病，主要病理表现为毛囊皮脂腺的慢性炎症[1]。本病以青春期人群较为高发，临床表现为颜面、胸背等部位出现粉刺、丘疹、脓疱及结节，可伴有疼痛、瘙痒症状。痤疮不仅会损伤皮肤结构，部分患者愈后可遗留色素沉着、瘢痕等问题，给患者造成较大的困扰[2]。目前，西医治疗痤疮多以抗菌消炎为主，多西环素为常用抗生素，该药物对痤疮丙酸杆菌的生长有抑制作用，并能减轻炎症反应，在痤疮治疗中广泛使用[3]。但单一使用该药疗效有限，部分患者使用后效果不甚理想。

中医药治疗痤疮积累了丰富的临床经验，胡氏消痤汤见于《中医胡益平验方汇编》，是胡氏中医外科治疗痤疮的经典方，具有清泻肺胃、健脾燥湿、泻火解毒之效，适用于治疗肺胃湿热型痤疮[4]。火针疗法是一种中医外治疗法，其通过将针灸针烧红后迅速刺入特定部位，达到以热引热、引邪攻毒、软坚散结等功效[5]。本研究采用胡氏消痤汤联合火针治疗肺胃湿热型痤疮患者，收到较好疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 根据《中国临床皮肤病学》[6]有关痤疮的诊断标准。皮损特征：以黑头粉刺、白头粉刺、炎性丘疹、脓疱、结节、囊肿及瘢痕为主要表现；好发部位：常见于面颊、额部、下颌、上胸及背部，可伴轻度瘙痒；伴随症状：炎症明显时有疼痛感，伴皮脂溢出。痤疮Pillsbury分级标准[7]：Ⅰ级(轻度)：以粉刺为主，伴有少量的炎性丘疹和脓疱；Ⅱ级(较轻中度)：粉刺为主，局限于面部，丘疹、浅脓疱总病灶数31～50个；Ⅲ级(较重中度)：深在性炎性丘疹及脓疱为主，结节＜3个，丘疹、脓疱总灶数51～100个，可致颈、胸背部受累；Ⅳ级(重度)：在Ⅲ级基础上有脓肿、结节、囊肿。

1.2 辨证标准 参考《简明中医皮肤病学》[8]、《皮肤病性病中医治疗学》[9]中痤疮肺胃湿热型的辨证标准。主症(必备)：疼痛性丘疹和脓疱，皮肤油腻；次症(至少满足2项)：颜面潮红，结节，口干口臭，大便黏滞不畅，小便短赤；舌脉：舌质红，苔黄或黄腻，脉滑数。结合舌脉象即可辨为此证。

1.3 纳入标准 满足上述诊断及辨证标准；年龄18～45岁；依据Pillsbury分级为Ⅱ、Ⅲ级；患者对本研究知情并签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并过敏性皮炎，或伴有影响疗效评估的其他皮肤病；患有系统性疾病，如心脑血管疾病、造血系统疾病、免疫系统疾病、心肝肺肾等重要脏器功能障碍；属特殊人群，如患精神疾病，妊娠或哺乳期女性；对本实验药物过敏，或瘢痕体质者；不耐受火针治疗；7天内使用过抗痤疮外用药，30天内服用过抗痤疮药物。

1.5 剔除与脱落标准 擅自使用影响疗效评定的其他药物者；治疗期间出现不良事件者；有晕针反应者；因个人原因自行退出试验者；治疗依从性差者。

1.6 一般资料 纳入2024年1—12月余姚市中医医院皮肤科门诊收治的80例肺胃湿热型痤疮患者，采用简单排序随机化法将其分为观察组与对照组各40例。观察组男17例，女23例；年龄18～45岁，平均(27.73±6.79)岁；病程4～36个月，平均(19.85±

8.57)个月；体质量指数(BMI)15.80～29.40，平均20.39±2.45；Pillsbury分级：Ⅱ级19例，Ⅲ级21例。对照组男18例，女22例；年龄18～43岁，平均(28.08±5.60)岁；病程3～37个月，平均(20.54±8.87)个月；BMI 14.40～24.40，平均20.54±2.03；Pillsbury分级：Ⅱ级25例，Ⅲ级15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。本研究获得余姚市中医医院医学伦理委员会审批通过(2024伦审第011号)。

2 治疗方法

2.1 观察组 采用胡氏消痤汤口服联合火针治疗。胡氏消痤汤处方：藿香10 g，佩兰10 g，黄芩12 g，黄连6 g，厚朴6 g，茯苓10 g，苍术6 g，神曲9 g，麦芽9 g，乌药9 g，槟榔15 g，泽泻9 g，木香6 g。随症加减：油脂分泌过多者加山楂10 g；皮肤瘙痒者加白鲜皮10 g。每天1剂，水煎2次，共取药液200 mL，于早、晚餐后半小时口服，每次100 mL，连续服用4周。火针治疗器具：选择吴江市佳辰针灸器械有限公司生产的一次性无菌毫针(规格：0.3 mm×40 mm)、碘伏棉签、医用棉球及棉签、95%乙醇、冰袋、传统1号玻璃罐等。选穴：局部取穴，针刺点为皮损的顶部中央部、基底部。操作方法：①选穴处局部以碘伏棉签常规消毒，针柄以右手拇、食、中指握住，针尖加热至红炽状态后，在皮损顶部使用火针以垂直法快速刺入并出针，以有落空感为度；②针刺数量：囊肿者占刺5～6针，结节者点刺3～4针，粉刺者点刺1～2针；③刺后处理：点刺后将分泌物以棉签挤出，有脓血者可使用传统1号玻璃罐吸出，有红肿或出血者用冰袋外敷5 min。每周1次，共治疗4周。操作注意事项：①进针角度：为确保针刺精准，应采取垂直进针；②进针深度：应根据患者皮损深度决定，防止进针过浅或过深；③囊肿处理：刺入后以棉签轻压囊肿，使内容物排出，防止表皮破损；④针孔分布：各针孔应稀疏均匀，防止密集点刺；⑤针刺速度：每次0.5 s，做到快进快出；⑥火针温度：针尖加热至以白炽为度；⑦术后处理：叮嘱患者点刺处24 h内勿沾水及搔抓针孔，以防发生感染。

2.2 对照组 采用多西环素联合火针治疗。给予盐酸多西环素肠溶胶囊(永信药品工业股份有限公司，国药准字H20030627)口服，每次0.1 g，每天2次，治疗4周。火针治疗同观察组。

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。治疗前后对脾胃湿热证进行评分，包括主症(疼痛性丘疹和脓疱、皮肤油腻)及次症(颜面潮红、结节、口干口臭、大便黏滞不畅、小便短赤)，主症按症状按无(0分)、轻度(2分)、中度(4分)、重度(6分)计分，次症按症状按无(0分)、轻度(1分)、中度(2分)、重度(3分)计分，总评分=主症评分+次症评分，分值越高则症状越严重。③皮损评分。治疗前后参照《中国痤疮治疗指南(2014年修订版)》[10]对皮损情况进行评分，包括：粉刺(1分：稀疏可数，＜10个；2分：10～20个；3分：21～50个或密集不可数)、丘疹(1分：稀疏可数，＜10个；2分：10～20个；3分：21～50个或密集不可数)、肿痛(1分：轻微肿痛；2分：肿痛较低明显，但能忍受；3分：肿痛明显，难以忍受)、油腻(1分：面部三角区油腻；2分：面部额部和三角区油腻；3分：整个面部油腻)、颜色(1分：浅淡；2分：鲜红；3分：暗红)、结节(3分：1～3个；6分：4～6个；9分：＞6个或融合成片)、囊肿(3分：1～3个；6分：4～6个；9分：＞6个或融合成片)、脓疱(3分：1～3个；6分：4～6个；9分：＞6个或融合成片)，总分42分，分值越高则症状越严重。④生活质量。治疗前后采用皮肤病生活质量指数(DLQI)评估患者生活质量，该量表共包括10个条目，各条目分别计0～3分，总分30分，分值越低则生活质量越好。⑤不良反应。记录2组患者治疗期间不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件处理数据。计数资料以百分比(%)表示，组间比较行χ^2检验；满足正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较行独立样本t检验，组内治疗前后比较采用配对样本t检检。$P<0.05$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《中药新药临床研究指导原则(试行)》[11]拟定。痊愈：中医证候基本消失，疗效指数≥95%，皮损完全消退(仅留有疤痕或色素沉着)；显效：中医证候显著改善，70%≤疗效指数＜95%，皮损消退≥70%，皮肤油腻感减轻；有效：中医证候有所好转，30%≤疗效指数＜70%，皮损消退30%～69%，或有少量新发皮损；无效：中医证候无显著改

善，疗效指数、皮损消退均＜30%，存在新发皮损。疗效指数=(治疗前中医证候评分−治疗后中医证候评分)/治疗前中医证候评分×100%。

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70.00%，组间比较，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	总有效率(%)
对照组	40	0	2	26	12	70.00
观察组	40	1	4	31	4	90.00
χ^2值						5.000
P值						0.025

4.3　2组治疗前后中医证候评分比较　见表2。治疗前，2组中医证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后，2组中医证候评分均较治疗前下降，且观察组评分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2　2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	40	22.85±2.73	16.30±3.38	11.350	＜0.001
观察组	40	21.70±3.01	14.65±3.61	10.541	＜0.001
t值		−1.788	2.110		
P值		0.078	0.038		

4.4　2组治疗前后皮损评分比较　见表3。治疗前，2组皮损评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组皮损评分均较治疗前下降，且观察组评分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表3　2组治疗前后皮损评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	40	21.75±5.50	13.33±3.44	14.590	＜0.001
观察组	40	23.99±5.61	11.28±2.82	19.004	＜0.001
t值		1.803	2.915		
P值		0.075	0.005		

4.5　2组治疗前后DLQI评分比较　见表4。治疗前，2组DLQI评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组DLQI评分均较治疗前下降，且观察组评分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.6　2组不良反应发生率比较　见表5。治疗期间，观察组不良反应发生率为5.00%，对照组为2.50%，组间比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表4　2组治疗前后DLQI评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

组　别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
对照组	40	22.38±5.43	16.83±4.26	9.617	＜0.001
观察组	40	20.10±4.97	10.98±2.87	13.636	＜0.001
t值		−1.959	−7.204		
P值		0.054	＜0.001		

表5　2组不良反应发生率比较　例

组　别	例数	食欲不振	恶心	疼痛出血	总发生率(%)
对照组	40	0	0	1	2.50
观察组	40	1	1	0	5.00
χ^2值					0.346
P值					0.556

5　讨论

现代医学认为，痤疮的发病机制与痤疮丙酸杆菌、毛囊皮脂腺导管角化堵塞及皮脂腺分泌亢进等导致毛囊皮脂腺炎症有关，且遗传、体内激素失调、不注意卫生等因素也与其发病密切相关[12]。因痤疮皮损症状及痤疮后瘢痕、色素沉着等后遗症严重影响患者身心健康，因此及早采取有效治疗措施至关重要。目前，现代医学治疗痤疮多采取口服抗生素类药物，其中多西环素为一种半合成四环素类抗生素，该药物可结合细菌核糖体30 S亚基，阻断mRNA与tRNA复合物的形成，从而对痤疮丙酸杆菌起到抑制作用，并能通过降低细菌负荷，发挥抗炎作用，有效减轻毛囊周围炎症[13]。但该病多发生在青春期，病情反复发作，缠绵难愈，长期使用可导致耐药，而降低治疗效果。

中医学将痤疮归属于肺风粉刺、面疱等范畴，认为其发生与肺、胃有关，病机为肺胃热盛、湿热熏蒸、气血壅滞。肺主皮毛，若肺经有热，或外感风热之邪，热邪循经达于肌肤，与肌肤气血相搏，导致皮肤局部气血凝滞，毛孔堵塞，从而引发痤疮，表现为面颊、额头出现红色丘疹、脓疱；加之患者长期饮食不节，过食辛辣甜腻之品，致湿热内生，脾胃运化功能失常，水湿不能正常代谢，郁而化热，形成湿热毒邪，循经上蒸面部，则加重面部痤疮，表现为痤疮囊肿或结节、皮肤油腻。痤疮以肺胃湿热证为临床常见证型，治疗宜以清泻肺胃、清热祛湿、解毒散结为主。胡氏中医外科理论是宁波市非

物质文化遗产，其始于清末民初，迄今已有一百多年历史，历经五代传承，在皮肤科疾病诊疗方面积累了独到的经验。其中，胡氏消痤汤是该流派治疗痤疮的经典方剂，以清热、泻火、解毒、燥湿为核心治法，专用于肺胃湿热型患者的治疗。方中以藿香、佩兰、黄芩、黄连为君药，藿香醒脾化湿，运化湿浊而不燥热；佩兰化湿、醒脾和胃，与藿香合用可化湿解郁，共助脾胃运化；黄芩、黄连清热燥湿、泻火解毒，其中黄芩偏清上焦肺热，黄连偏清中焦湿热，二者协同可泻肺胃之火。厚朴、苍术、茯苓、泽泻为臣药，厚朴行气化湿，苍术健脾燥湿，两药配伍燥湿行气、健脾除满，同助君药增强祛湿之效；茯苓利水渗湿，泽泻可泻热、利水渗湿，两药配伍可利水渗湿，导湿热下行。乌药、木香、神曲、麦芽为佐药，乌药可温散下焦寒湿；木香可调中焦气滞，木香辛可行气，与黄连配伍能以寒温相制，使湿热郁火之毒泄而不滞；神曲、麦芽健脾开胃、消食助运。槟榔为使药，可引药下行，通利二便，导邪外出。同时，根据患者症状进行随症加减可进一步缓解临床症状，如油脂分泌过多者加生山楂以消食化积、健脾祛湿，减少湿浊内生；皮肤瘙痒者加白鲜皮以祛风止痒。诸药配伍，共奏清泻肺胃、清热祛湿、泻火解毒之效，切合本病肺胃湿热的病机。现代药理研究表明，苍术中酚类化合物可减轻氧化应激对皮肤屏障的破坏，有利于修复痤疮导致的皮损[14]。黄芩中含活性成分黄酮、黄酮苷类、黄芩苷等成分，具有抗炎、抗菌、抗过敏等作用，可调节炎症因子水平，有利于促进痤疮消退[15]。黄连含小檗碱、黄连碱及药根碱等活性成分，有广普抗菌作用，对痤疮丙酸杆菌有抑制作用，且能多靶点、多通路起到抗病原微生物等作用[16]。木香挥发油对表皮葡萄球菌和金黄色葡萄球菌等痤疮致病菌有抑制作用，且对小鼠皮肤炎性浸润有改善作用[17]。

火针为一种传统的中医外治疗法，通过火针焠刺痤疮基底，可疏泄内热、湿热及瘀热之邪，开腠理，助邪外出，发挥清热泻火、行滞散结、化瘀新生之效，是治疗面部脓疱、囊肿型痤疮的重要疗法[18]。现代针灸学研究表明，火针治疗痤疮的作用机制主要体现在以下几个方面：①火针的高温热效应能直接杀灭局部痤疮丙酸杆菌等致病微生物，抑制病原体繁殖[19]；②通过扩大毛囊开口，加速皮脂及炎性分泌物排出；③可破坏增生的结缔组织及囊壁，发挥祛腐生肌作用，促进皮肤组织重建与修复[20]；④可增加病灶局部血管管壁的渗透力和扩张血管，有利于局部微循环，对组织新陈代谢有促进作用[21]。本研究结果显示，治疗4周后观察组临床疗效优于对照组，中医证候评分低于对照组。可见胡氏消痤汤联合火针治疗肺胃湿热型痤疮可进一步缓解中医证候，提高临床治疗效果。

痤疮后皮损是炎症性痤疮常见后遗症，多数患者痤疮后出现红色丘疹、脓疱、囊肿及结节等，皮损较严重，加之本病病程较长，病情易反复，不仅造成患者容貌受损，还导致患者心理与精神上承受较大的压力，故在一定程度上影响患者生活质量[22]。DLQI量表是一种简单有效的皮肤病生活质量测评工具，可从多个维度评估患者生活质量，具有较高的信效度，适用于多种皮肤病的评估[23]。本研究结果显示，治疗4周后观察组皮损评分、DLQI评分均低于对照组，提示胡氏消痤汤联合火针治疗可改善患者皮损情况，提高患者生活质量。在安全性方面，治疗期间2组不良反应发生率均较低，且组间比较无统计学差异，提示胡氏消痤汤联合火针的治疗方案安全性良好。

综上所述，采用胡氏消痤汤联合火针治疗肺胃湿热型痤疮疗效显著，可改善中医证候，促进皮损修复，提高患者生活质量，且安全性较高，值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 叶文君，谢巧娥，袁曼，等. 自拟痤疮汤配合粉刺去除术治疗痤疮的临床疗效探讨[J]. 中国现代药物应用，2024，18(15)：32-35.

[2] 曲靖，何大伟，吴哲，等. 大黄甘草汤外敷联合多西环素对中重度丘疹脓疱性玫瑰痤疮患者症状及皮肤屏障功能的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2024，23(5)：413-417.

[3] 刘洋，王晓慧，刘春霞，等. 盐酸多西环素序贯异维A酸治疗丘疹胞疱型玫瑰痤疮的临床疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2023，22(6)：539-542.

[4] 赵虹. 浙派中医系列丛书：外科卷[M]. 北京：中国中医药出版社，2024：67-69.

[5] 鲍希静，刘屹，李向阳. 祛疤平痕汤联合火针及痤痕散治疗痤疮后瘢痕疙瘩疗效及对患者MAPK信号通路的影响[J]. 陕西中医，

2024，45(5)：650-653.
[6] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京：江苏科学技术出版社，2017：1288-1293.
[7] 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.
[8] 赵炳南. 简明中医皮肤病学[M]. 北京：中国展望出版社，1983：120-122.
[9] 雷鹏程. 皮肤病性病中医治疗学[M]. 北京：北京医科大学出版社，2001：180-185.
[10] 中国痤疮治疗指南专家组. 中国痤疮治疗指南(2014年修订版)[J]. 临床皮肤科杂志，2015，44(1)：52-57.
[11] 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.
[12] 杨文志，潘锡伟，甘海芳. 加减仙方活命饮治疗重度痤疮的疗效及与血清IL-1α和IL-4表达的相关性分析[J]. 广州中医药大学学报，2022，39(7)：1536-1541.
[13] 沈云佳，郝阳阳，杨建强. 超分子水杨酸联合多西环素治疗中重度痤疮的疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志，2024，38(2)：188-191，219.
[14] 付蕾，杜欣柯，林逸君，等. 关苍术的化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药信息，2024，41(12)：72-87.
[15] 胡延申. 基于数据挖掘和网络药理学探究中药治疗痤疮的作用机制[D]. 郑州：河南中医药大学，2022.
[16] 付琳，付强，李冀，等. 黄连化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报，2021，49(2)：87-92.
[17] 孙露瑶，余倩，王代波，等. 黄连总生物碱与川木香挥发油配伍对痤疮小鼠的改善作用研究[J]. 中药药理与临床，2024，40(1)：35-41.
[18] 王丽，刘爱民，方玉甫. 火针联合清肺健脾方预防中重度痤疮患者版恒形成的作用机制研究[J]. 河南中医，2024，44(8)：1241-1246.
[19] 付双杏，张宝军，周蜜，等. 三皮消痤汤联合火针对肺经风热证寻常型痤疮患者血清脱氢雄酮胰岛素样生长因子-1白细胞介素-4水平及预后的影响[J]. 中国药物与临床，2024，24(14)：885-889.
[20] 杨明，柯友辉. 火针焠刺联合非剥脱点阵激光治疗痤疮的疗效观察[J]. 浙江临床医学，2024，26(1)：111-113.
[21] 钱轶雯，宋瑜，蔡茂庆，等. 桃红四物汤联合毫火针点刺治疗结节囊肿型痤疮临床疗效观察[J]. 湖北中医药大学学报，2024，26(1)：72-74.
[22] 奚爱妮，胡晶晶，单洪强，等. 甘草泻心汤加减联合毫针治疗颜面疗痤疮对皮损积分及免疫功能的影响[J]. 辽宁中医杂志，2024，51(7)：165-168.
[23] 王晓玲，赵天恩，张喜芹，等. 简体中文版皮肤病生活质量指标信度和效度初探[J]. 中华流行病学杂志，2004，25(9)：791-793.

[责任编辑：冯天保，蒋维超(英文)]