# 清肺消痤方联合常规西医疗法治疗肺经风热型痤疮临床研究

林刚，余晨圆

玉环市中医院皮肤科，浙江 玉环 317600

［摘要］**目的：**观察清肺消痤方联合常规西医疗法治疗肺经风热型痤疮的临床疗效。**方法：**选择2023年2月—2025年1月玉环市中医院皮肤科收治的85例肺经风热型痤疮患者，按随机数字表法分为对照组43例和观察组42例。对照组采用常规西医疗法治疗，观察组在对照组基础上采用清肺消痤方治疗。2组均连续治疗4周。评价2组临床疗效，比较2组治疗前后痤疮综合分级系统（GAGS）评分、皮肤油脂量、中医证候评分，统计不良反应发生率。**结果：**观察组总有效率为90.48%（38/42），高于对照组69.77%（30/43）（$P<0.05$）。治疗后，2组GAGS评分、各项中医证候评分、皮肤油脂量较治疗前下降（$P<0.05$），且观察组GAGS评分、各项中医证候评分、皮肤油脂量低于对照组（$P<0.05$）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**清肺消痤方联合常规西医疗法治疗肺经风热型痤疮能够促进皮损消退，降低皮肤油脂量，提升临床疗效，安全性较好。

［关键词］痤疮；肺经风热型；清肺消痤方；痤疮综合分级系统评分；皮肤油脂量；中医证候评分
［中图分类号］R275.9；R758.733 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2026）09-0055-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.09.009

## Clinical Study of Qingfei Xiaocuo Prescription Combined with Conventional Western Medicine for Acne of Wind-Heat of Lung Channel Type

*LIN Gang, YU Chenyuan*

Department of Dermatology, Yuhuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Yuhuan Zhejiang 317600, China

**Abstract: Objective:** To observe the clinical efficacy of Qingfei Xiaocuo Prescription combined with conventional western medicine in treating acne of wind-heat of lung channel type. **Methods:** A total of 85 patients with acne of wind-heat of lung channel type, admitted to the Department of Dermatology at Yuhuan Hospital of Traditional Chinese Medicine from February 2023 to January 2025, were selected and randomly divided into a control group and an observation group using the random number table method, with 43 and 42 cases, respectively. The control group was treated with conventional western medicine, and the observation group was treated with Qingfei Xiaocuo Prescription combined with conventional western medicine. Both groups received continuous treatment for four weeks. Clinical efficacy was evaluated, and the Global Acne Grading System (GAGS) scores, skin sebum levels, and traditional Chinese medicine syndrome scores were compared between the two groups before and after treatment. The incidence of adverse reactions was also recorded. **Results:** The total effective rate was 90.48% (38/42) in the observation group, higher than that of 69.77% (30/43) in the control group ($P<0.05$). After treatment, GAGS scores, traditional Chinese medicine syndrome scores, and skin sebum levels decreased in both groups ($P<0.05$), with lower GAGS scores, traditional Chinese medicine syndrome scores, and skin sebum levels in the observation group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion:** Qingfei Xiaocuo Prescription combined with conventional western medicine can promote the regression of skin lesions, reduce

［收稿日期］2025-10-12
［修回日期］2026-02-15
［作者简介］林刚（1982-），男，主治医师。

skin sebum levels, improve clinical efficacy, and demonstrate good safety in treating acne of wind-heat of lung channel type.

Keywords: Acne; Wind-heat of lung channel type; Qingfei Xiaocuo Prescription; Global Acne Grading System score; Skin sebum level; Traditional Chinese medicine syndrome score

痤疮是青壮年时期较常见的慢性炎症性皮肤病，其临床表现为黑头、白头粉刺，部分患者伴随丘疹、脓疱、囊肿等炎症表现。痤疮发病机制常见的有皮脂腺亢进引起的油脂过多分泌；异常的角质蛋白在面部沉积；痤疮杆菌在面部增殖；局部炎性细胞因子释放过多；一些其他因素也会促进痤疮的生成，如家族遗传史、激素异常、饮食油腻等[1-4]。轻度痤疮经口服或外用药物治疗后能够控制症状，但中重度痤疮治疗难度大，而且容易复发[5]。痤疮属中医学粉刺、肺风粉刺范畴，常见肺经风热型，应以疏风宣肺、解毒清热为治疗原则[6-8]。本研究观察清肺消痤方联合常规西医疗法治疗肺经风热型痤疮的临床疗效，报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参考《中国临床皮肤病学》[9]中痤疮的诊断。好发于青少年，皮疹主要发生于颜面和胸背部，皮疹以黑头粉刺、白头粉刺、炎症性丘疹、脓疱为主，易于诊断。严重者可见结节、囊肿，部分愈后留有色素、疤痕，病程慢，伴皮脂溢出。

痤疮分级[9]。Ⅰ级：以粉刺为主，少量丘疹和脓疱，总病灶数少于30个；Ⅱ级：有粉刺和中等数量的脓疱，总病灶数31～50个；Ⅲ级：大量丘疹和脓疱，偶见大的炎性皮损，分布广泛，总病灶数51～100个，结节少于3个；Ⅳ级：结节性、肿性或聚合性痤疮，伴疼痛并形成囊肿，病灶数多于100个，结节或囊肿多于3个。

**1.2 辨证标准** 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[10]中肺经风热型痤疮的辨证标准。主症为黑头或白头粉刺居多，伴红色丘疹；次症为颜面潮红，皮肤烘热或灼热，鼻息气热，可有痒痛；舌红、苔薄黄，脉浮或数。

**1.3 纳入标准** 符合诊断及辨证标准；痤疮分级Ⅰ～Ⅲ级；年龄18～40岁；近2周无治疗史。

**1.4 排除标准** 处于哺乳或妊娠阶段女性；合并其他皮肤病；合并精神疾病；合并严重躯体疾病。

**1.5 一般资料** 选择2023年2月—2025年1月玉环市中医院皮肤科收治的85例肺经风热型痤疮患者，按随机数字表法分为对照组43例和观察组42例。对照组男18例，女25例；平均年龄(26.55±4.80)岁；平均病程(28.13±4.62)个月；Ⅰ级5例，Ⅱ级21例，Ⅲ级17例。观察组男20例，女22例；平均年龄(26.90±4.77)岁；平均病程(28.67±4.13)个月；Ⅰ级6例，Ⅱ级23例，Ⅲ级13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。本研究经玉环市中医院伦理委员会批准(20250601)。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 采用常规西医治疗。盐酸多西环素肠溶胶囊[德全药品(江苏)股份有限公司，国药准字H20030627]口服，每天1次，每次0.1 g。使用红蓝光治疗，清洁皮肤后佩戴护目镜，能量密度40～100 J/cm$^2$，每次20 min，每周2次。连续治疗4周。

**2.2 观察组** 在对照组基础上采用清肺消痤

方治疗。处方：白茅根30 g，枇杷叶、桑白皮、焦栀子、赤芍、苦参、野菊花各10 g，炒槐花15 g，黄芩12 g，黄连6 g。每天1剂，水煎分早晚服用。连续治疗4周。

## 3　观察指标与统计学方法

**3.1　观察指标**　①临床疗效。②痤疮综合分级系统(GAGS)评分[11]。因素分值为前额、右颊、左颊各2分，鼻部、下颏各1分，胸及上背各3分；皮损分值由轻到重计为0～4分；GAGS评分=因素分×皮损分，总分越高说明皮损越严重。③皮肤油脂量[12]。油脂测试仪检测皮肤油脂量。④中医证候评分。主症粉刺居多、伴红色丘疹按严重程度评分0～6分，次症面部潮红、皮肤烘热、鼻息气热、痒痛按严重程度评分0～3分，得分越高说明症状越严重。⑤不良反应。记录便秘、恶心呕吐、头晕等药物不良反应。

**3.2　统计学方法**　采用SPSS23.0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，组内比较采用配对样本$t$检验；计数资料以百分比(%)表示，采用$\chi^2$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**　参考皮损消退率制定疗效标准。皮损消退率=(治疗前GAGS评分−治疗后GAGS评分)/治疗前GAGS评分×100%。痊愈：皮损消退率≥95%；显效：70%≤皮损消退率＜95%；有效：50%≤皮损消退率＜70%；无效：皮损消退率＜50%。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

**4.2　2组临床疗效比较**　见表1。观察组总有效率为90.48%，高于对照组69.77%($P<0.05$)。

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 42 | 18(42.86) | 16(38.10) | 4(9.52) | 4(9.52) | 38(90.48) |
| 对照组 | 43 | 13(30.23) | 10(23.26) | 7(16.28) | 13(30.23) | 30(69.77) |
| $\chi^2$值 | | | | | | 5.695 |
| $P$值 | | | | | | 0.017 |

**4.3　2组治疗前后GAGS评分、皮肤油脂量比较**　见表2。治疗前，2组GAGS评分、皮肤油脂量比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组GAGS评分、皮肤油脂量较治疗前下降($P<0.05$)，且观察组GAGS评分、皮肤油脂量低于对照组($P<0.05$)。

表2　2组治疗前后GAGS评分、皮肤油脂量比较($\bar{x}\pm s$)

| 组　别 | 时　间 | 例数 | GAGS评分(分) | 皮肤油脂量(μg/cm²) |
|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 治疗前 | 42 | 22.23±4.05 | 98.35±12.95 |
| | 治疗后 | 42 | 7.79±1.87①② | 76.86±6.45①② |
| 对照组 | 治疗前 | 43 | 22.84±4.12 | 99.06±11.79 |
| | 治疗后 | 43 | 11.16±2.06① | 84.53±8.05① |

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评分比较**　见表3。治疗前，2组各项中医证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组各项中医证候评分较治疗前下降($P<0.05$)，且观察组各项中医证候评分低于对照组($P<0.05$)。

**4.5　2组不良反应发生率比较**　见表4。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表3　2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)　分

| 组　别 | 时　间 | 例数 | 粉刺居多，伴红色丘疹 | 面部潮红 | 皮肤烘热 | 鼻息气热 | 痒痛 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 治疗前 | 42 | 3.74±0.45 | 1.57±0.24 | 1.41±0.20 | 1.05±0.23 | 1.17±0.30 |
| | 治疗后 | 42 | 1.02±0.24①② | 0.46±0.15①② | 0.39±0.06①② | 0.45±0.07①② | 0.52±0.11①② |
| 对照组 | 治疗前 | 43 | 3.80±0.43 | 1.55±0.22 | 1.42±0.21 | 1.06±0.24 | 1.19±0.28 |
| | 治疗后 | 43 | 1.56±0.30① | 0.70±0.18① | 0.54±0.09① | 0.60±0.09① | 0.70±0.12① |

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4　2组不良反应发生率比较　例(%)

| 组　别 | 例数 | 便秘 | 恶心呕吐 | 头晕 | 合计 |
|---|---|---|---|---|---|
| 观察组 | 42 | 2(4.76) | 2(4.76) | 1(2.38) | 5(11.90) |
| 对照组 | 43 | 1(2.33) | 2(4.65) | 0 | 3(6.98) |
| $\chi^2$值 | | | | | 0.605 |
| $P$值 | | | | | 0.437 |

## 5　讨论

中重度痤疮与轻度痤疮相比症状更严重，治疗难度更大，除了粉刺、炎性丘疹以及脓疱外，还伴随不同程度的结节、囊肿甚至瘢痕[13]。对于严重的痤疮，外用药物疗程较长，治疗依从性差，且无法阻止新发皮疹，通常需要联合多种治疗手段，但不外乎口服加外用药物或物理治疗手段[14]。口服药物多为抗生素、维A酸类药物，但疗效有一定的局限性，而且可能出现细菌耐药、肝肾功能损害，长期运用受到一定的限制[15]。中医认为，痤疮虽症见于肌肤，但其发病与肺、胃有关，诱发因素包括湿、风、热邪，病机常见外邪侵袭肺经，中焦脾胃受损，痰湿蕴结，发为皮损[16]。肺经风热型是痤疮常见证型，《石室秘录》记载："粉刺之症，乃肺热而风吹之。"风热邪气，经口鼻进入，循经上行，导致风热上壅，发为粉刺[17]。

本研究中2组均给予常规西药治疗，多西环素主要发挥抗菌作用，干扰细菌肽链增长以及蛋白质合成，抑制面部皮脂腺的细菌增殖，减轻毛囊炎症[18]。红蓝光治疗时，蓝光具有抗菌消炎作用，红光促使细胞分泌胶原蛋白再生[19]。本研究结果显示，2组治疗后GAGS评分、皮肤油脂量均明显改善，但观察组各项指标更优，而且观察组治疗总有效率更高，说明联合清肺消痤方治疗能够促进皮损消退，降低皮肤油脂量，提升临床疗效。

清肺消痤方中枇杷叶、桑白皮清泄肺热，为君药。黄连、焦栀子合用能够清三焦以及心胃之火，协助君药发挥泻火解毒的功效；黄芩清除湿热、降火排毒，共为臣药。赤芍、炒槐花活血、凉血，多用于治疗血热瘀滞；野菊花、苦参主要发挥清热解毒作用，还有一定的燥湿功效；白茅根清热、生津、利湿，还能防燥伤阴；共为佐药。炒槐花兼引药入血分，达肌肤郁热处，为本方使药。全方清肺热、解热毒、化瘀滞，改善肺主宣发肃降功能，泄热邪，调和气血，肌肤得养。本研究结果显示，治疗后观察组各项中医证候评分低于对照组($P<0.05$)，说明清肺消痤方配伍得当，标本兼顾，肺经风热证候得以减轻。胡君等[20]采用清肺解热中药联合西药治疗肺经风热型痤疮，与本研究获得了相近的结论。

西医认为，痤疮与成纤维细胞功能异常、痤疮丙酸杆菌、炎症等相关。清肺消痤方中黄连提取物含有槲皮素，能刺激人类皮肤成纤维细胞增生，维持透明质酸水平，对痤疮起到治疗作用[21-22]。方中野菊花提取物具有广谱抗菌作用，降低炎症反应[23]。苦参提取物也有一定的抗菌作用，例如有研究以复方苦参洗剂为研究对象，结果显示苦参醇提物具有显著的抑菌作用[24]。本研究结果显示，2组不良反应发生率差异不明显，说明清肺消痤方临床运用相对安全。

综上所述，清肺消痤方联合常规西医疗法治疗肺经风热型痤疮能够促进皮损消退，改善皮肤生理功能，提升临床疗效，安全性较好。

[参考文献]

[1] 张波涛，熊鹰．荆州市高中生寻常痤疮流行病学调查及危险因素分析[J]．中国美容医学，2025，34(4)：129-132．
[2] 樊浩东，温路路．1 199名高中生痤疮患病率、危险因素及Cardiff痤疮残疾指数调查[J]．广东医科大学学报，2021，39(6)：732-734．
[3] 张潇予，宁陶，冯燕艳．玫瑰痤疮神经生理发病机制研究进展[J]．中国皮肤性病学杂志，2025，39(10)：1176-1180．

[4] 高峰，孙立. 玫瑰痤疮的发病机制及其相关治疗新进展[J]. 中国美容医学，2025，34(11)：194-197.
[5] 陆丹艳. 中西医治疗痤疮后遗症研究进展[J]. 河北中医，2023，45(11)：1920-1923，1928.
[6] 张鸣飞，唐志坤. 中医治疗痤疮的作用机制及研究进展[J]. 中国美容医学，2023，32(12)：195-199.
[7] 黄挽肖，张淼，刘力溶，等. 基于中药经典方治疗寻常痤疮的临床研究进展[J]. 中国美容医学，2025，34(4)：193-197.
[8] 赵颖，石红乔，邹悦，等. 中医中药治疗痤疮的研究进展[J]. 中国医院用药评价与分析，2024，24(8)：1020-1024.
[9] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京：江苏科学技术出版社，2010：913-920.
[10] 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，2002：307-310.
[11] 刘根起，陈树民. 痤疮综合分级系统和皮损计数法的一致性评价[J]. 中华皮肤科杂志，2004，37(7)：403-405.
[12] 吴越，薛文静，石伟娜. 强脉冲光联合壬二酸治疗玫瑰痤疮的临床效果及对皮肤生理功能的影响[J]. 中国医疗美容，2025，15(2)：1-4.
[13] 李珊珊，赵旭，刘纪朋，等. 寻常痤疮皮损炎症程度与外周血IL-8、TNF-α水平的相关性研究[J]. 中国现代医药杂志，2025，27(1)：47-50.
[14] 卿红. 夫西地酸乳膏外用联合异维A酸内服对寻常痤疮患者皮肤生理指标的影响[J]. 山西医药杂志，2025，54(1)：53-56.
[15] 张任娟，何春峰，宿丽娜，等. 玫瑰痤疮的外用药物治疗进展[J]. 医学综述，2024，30(8)：990-994.
[16] 李桂云，王雅乐，许苗，等. 枇杷清肺饮加减治疗肺经风热型痤疮48例疗效观察[J]. 江西中医药大学学报，2024，36(3)：46-49.
[17] 刘晓璐，陈昭宇，宋业强. 宋业强教授临床论治痤疮经验总结[J]. 中医临床研究，2023，15(7)：138-142.
[18] 陆晓君，施林林，高远，等. 口服多西环素及外用异维A酸治疗痤疮的疗效观察及机制研究[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志，2020，19(4)：353-355.
[19] 宫宇红，何劼. 痤疮清除术联合光动力疗法与红蓝光交替照射治疗中重度痤疮的疗效观察[J]. 海军医学杂志，2023，44(10)：1095-1096.
[20] 胡君，毕鸣晔，黄海峰，等. 枇杷清肺饮加减联合壬二酸凝胶治疗肺经风热型轻中度寻常痤疮的疗效观察[J]. 中国医疗美容，2023，13(7)：40-43.
[21] 苏婷婷，翟莹，陈玖久，等. 基于网络药理学探讨黄连治疗痤疮的主要化学成分及作用机制[J]. 广东化工，2023，50(9)：70-73.
[22] 詹雪芬，司鹤南，姚海舟，等. 槲皮素对人成纤维细胞增殖及胶原合成的影响[J]. 中国老年学杂志，2017，37(8)：1845-1846.
[23] 郑璐璐，张贵君，王晶娟，等. 野菊花药效组分抗炎的生物效应研究[J]. 天津中医药，2011，28(3)：251-253.
[24] 蒋建兰，庞汐伦，冯佳，等. 基于SVR模型的MIV法的复方苦参抗菌成分的辨识研究[J]. 天津大学学报(自然科学与工程技术版)，2025，58(2)：138-146.

[责任编辑：郑锋玲，蒋维超(英文)]