

火针联合“清热消痤方”治疗湿热蕴结型痤疮 30 例 临 床 研 究

崔 婧^{1,2} 魏明刚²

(1.溧阳市中医医院,江苏溧阳213300;2.苏州大学附属第一医院,江苏苏州215006)

摘 要 目的:观察火针联合清热消痤方治疗湿热蕴结型痤疮的临床疗效。方法:将64例湿热蕴结型痤疮患者随机分为治疗组和对照组各32例,最终治疗组完成30例,对照组完成32例。对照组予中药汤剂清热消痤方口服,每日1剂,连续服用8周;治疗组在对照组治疗的基础上于皮损处加用火针,每周治疗1次,当粉刺、丘疹、囊肿、结节变平消退即停止火针治疗。观察并比较2组患者治疗前与治疗2周、8周后皮损积分及血清睾酮(T)、胰岛素样生长因子-1(IGF-1)水平变化情况,并进行临床疗效比较和安全性指标分析。结果:治疗2周、8周后,2组患者的皮损积分均明显低于本组治疗前($P<0.05$),且治疗组皮损积分均明显低于同期对照组($P<0.05$);治疗8周后,2组患者皮损积分均明显低于治疗2周后($P<0.05$)。治疗2周、8周后,2组患者血清T、IGF-1水平均明显低于治疗前($P<0.05$),治疗组与对照组同期比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗2周后,治疗组愈显率和总有效率分别为6.67%和66.67%,高于对照组的0.00%和56.25%,但差异无统计学意义($P>0.05$);治疗8周后,治疗组愈显率和总有效率分别为96.67%和100.00%,与对照组的96.88%和100.00%接近,差异无统计学意义($P>0.05$),但2组患者愈显率、总有效率均明显高于治疗2周后($P<0.05$)。2组患者在治疗前后均监测心电图、血常规、肝肾功能等指标,未见明显异常,提示本研究口服药物安全可靠,且治疗组患者在火针治疗过程中未见明显不良反应。结论:火针联合清热消痤方治疗湿热蕴结型痤疮可在短期内快速改善患者皮损情况,降低患者血清T、IGF-1水平从而抑制痤疮患者皮脂腺的分泌,坚持治疗8周后,患者皮损改善及疗效提高均更为明显,且经济安全,值得临床推广。

关键词 火针;清热消痤方;湿热蕴结;痤疮;T;IGF-1

痤疮作为一种慢性毛囊皮脂腺炎症,常迁延反复,且具有一定的损容性,影响患者的心理健康和生活质量。因此,如何迅速改善痤疮患者的皮肤症状、提高疗效、减少复发是临床医生面临的主要问题。中医特色疗法治疗痤疮有一定优势^[1],其中火针疗法具有温经通脉、调和气血、软坚散结、消肿止痛的功效,对痤疮的治疗有很好的辅助作用。因长期熬夜、精神压力大及高糖高油饮食习惯等,痤疮患者的中医证型以湿热蕴结为主^[2]。笔者化裁《医宗金鉴》中五味消毒饮,并加入健脾祛湿之品,冠以“清热消痤”之名,联合火针治疗湿热蕴结型痤疮,临床疗效满意。本研究对比观察了火针联合清热消痤方与单用清热消痤方对湿热蕴结型痤疮患者皮损积分及血清睾酮(T)、胰岛素样生长因子-1(IGF-1)水平等指标的影响,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年9月至2020年7月于溧阳市中医医院皮肤科门诊就诊的64例湿热蕴结型痤疮患者,按照随机数字表法随机分为治疗

组与对照组,每组32例。治疗组2例患者因未能坚持用药和按期复诊而脱落,最终完成30例。治疗组男15例,女15例;平均年龄(26.77 ± 5.16)岁;平均病程(26.46 ± 17.75)个月;中度(Ⅱ级)13例,中度(Ⅲ级)17例。对照组男15例,女17例;平均年龄(25.91 ± 5.60)岁;平均病程(27.72 ± 17.83)个月;中度(Ⅱ级)14例,中度(Ⅲ级)18例。2组患者性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经溧阳市中医医院伦理委员会审查通过(2019Y-08-20-01)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 按照《中国临床皮肤病学》^[3]中的痤疮诊断标准。根据国际改良痤疮分级法划分严重程度:中度(Ⅱ级),主要为粉刺,并有中等数量的丘疹及潜在性脓疱,总病灶数31~50个,多局限在面部;中度(Ⅲ级),主要为大量丘疹、脓疱,偶见大的炎性皮损,总病灶数51~100个,结节<3个,分布广泛,可发病于颜面、颈、胸、背部。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^{[4]292}并结合临床经验拟定痤疮湿热蕴结型中医辨证标准。主症:皮损多为红色丘疹、脓疱或囊肿,可伴疼痛,颜面及胸背部皮肤油腻。次症:口臭、口苦,纳呆,大便秘结或黏滞不爽,尿黄。舌脉:舌红,苔黄腻,脉滑数。凡具备以上全部主症及2项以上次症,结合舌脉,即可辨证。

1.3 纳入标准 符合痤疮的西医诊断标准和湿热蕴结型中医辨证标准;年龄18~45岁,男女不限;临床严重程度分级为中度(Ⅱ、Ⅲ级);自愿接受本研究治疗方法,签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并有心、脑、肝、肾等严重原发性疾病者;精神病患者;职业性、药物性及其他特殊类型的继发性痤疮患者;治疗前1个月内服用过与本病相关的内服药物者,治疗前1周内使用过与本病相关的外用药物者;1个月内参加过其他临床试验者;不能耐受或拒绝火针治疗以及瘢痕体质者;备孕期、妊娠期或哺乳期女性患者;过敏体质者。

1.5 剔除及脱落标准 治疗过程中出现晕针者;自行要求终止治疗者;依从性差,未按规定治疗者;治疗期间出现严重不良事件,经研究者评判需退出者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予中药汤剂清热消痤方口服。药物组成:蒲公英30 g,白花蛇舌草15 g,连翘20 g,黄芩10 g,丹参20 g,橘叶6 g,生薏苡仁20 g,茯苓10 g,生甘草6 g。中药由溧阳市中医医院中药房统一提供,并指导患者带回自煎。每日1剂,水煎400 mL,早晚温服。2周为1个疗程,连续服用8周(4个疗程)。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上于皮损处加用火针。每周治疗1次,当粉刺、丘疹、囊肿、结节变平消退即停止火针治疗。

具体操作方法:患者取卧位,充分暴露皮损部位,选好进针点。常规消毒完毕后,操作者左手持酒精灯,尽量贴近施针部位,注意不要灼烧到患者,右手拇、食、中指持毫针(江苏奥珂普医疗器械有限公司,批号:20200301,规格0.30 mm×25 mm)置于酒精灯外焰,烧至发红,随后迅速垂直刺入皮损中心顶部,进针深度根据皮损情况而定,一般不超过1 mm。若皮损为粉刺、丘疹,常点刺一下即可;若为大的脓疱、囊肿或结节,可在其中心和周围点刺数下,稀疏均匀。进针

后快速出针,行针速度约0.5 s/次,不可在一个针孔反复刺激。若皮损处分泌物较多,则用棉签轻轻挤尽分泌物,再次消毒。

注意事项:术前向患者解释操作方法、效果及可能出现的情况,消除患者紧张、恐惧心理;避免患者空腹进行火针治疗,防止晕针;告知患者火针治疗当天皮损发红为正常现象,避免搔抓,结痂之前不宜沾水;操作时针刺不宜过深,以免留有瘢痕。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 皮损积分情况 于治疗前与治疗2周、8周后评价2组患者皮损积分情况,并做统计学比较。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^{[4]292}将患者的皮损性质、皮损数量、皮损颜色等客观表现以及自觉症状作为疗效指标进行评价,按照正常、轻度、中度、重度分别计0、2、4、6分,依次相加得到皮损积分。

3.1.2 血清学指标 分别于治疗2周、8周后使用全自动生化分析仪(瑞士罗氏,型号:Cobas 8000)检测血清T水平;使用全自动生化分析仪(深圳市新产业生物医学工程股份有限公司,型号:MAGLUMI 2000 Plus)检测血清IGF-1水平。血清T试剂盒购自罗氏公司,批号:48879602;血清IGF-1试剂盒购自深圳市新产业生物医学工程股份有限公司,批号:1002000101。

3.1.3 不良反应发生情况 观察2组患者治疗期间药物不良反应发生情况,包括心功能、血常规和肝肾功能等指标。观察治疗组患者火针治疗的不良反应发生情况。

3.2 临床疗效判定标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^{[4]294}拟定临床疗效判定标准,于治疗2周、8周后分别判定2组患者临床疗效。运用尼莫地平法进行评价,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%。治愈:临床症状、体征消失,疗效指数≥95%;显效:临床症状、体征明显好转,疗效指数≥70%、<95%;有效:临床症状、体征有所好转,疗效指数≥50%、<70%;无效:临床症状、体征未见明显减轻,甚至加重,疗效指数<50%。愈显率=(治愈例数+显效例数)/总病例数×100%;总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件对数据进行统计学分析。组间计数资料比较采用 χ^2 检验,以例(百分比)表示。计量资料方差齐时行方差分

析,以($\bar{x} \pm s$)表示;方差不齐时采用秩和检验,以百分比表示。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果 治疗组患者经过最多4次、最少1次的火针治疗后,粉刺、丘疹、囊肿、结节变平消退,遂停用火针,继予中药汤剂清热消痤方口服,平均火针治疗次数为2.27次。

3.4.1 2组患者治疗前后皮损积分比较 治疗前,2组患者皮损积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗2周、8周后,2组患者皮损积分均明显低于治疗前($P < 0.05$),且治疗组皮损积分均明显低于同期对照组($P < 0.05$)。治疗8周后,2组患者皮损积分均明显低于治疗2周后($P < 0.05$)。见表1。

3.4.2 2组患者治疗前后血清T、IGF-1水平比较 治疗前,2组患者血清T、IGF-1水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗2周、8周后,2组患者血清T、IGF-1水平均明显低于治疗前($P < 0.05$),但2组患者组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表2。

3.4.3 2组患者治疗前后临床疗效比较 治疗2周后,治疗组患者愈显率和总有效率均高于对照组,但差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗8周后,2组患者愈显率和总有效率接近,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗8周后,2组患者愈显率、总有效率均明显高于治疗2周后($P < 0.05$)。见表3。

表1 治疗组与对照组患者治疗前与治疗2周、8周后皮损积分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

时间	例数	治疗前	治疗2周后	治疗8周后
治疗组	30	18.93±2.08	13.93±1.7 [#]	1.40±1.07 ^{*△#}
对照组	32	18.31±1.84	15.06±2.09 [*]	2.06±0.95 ^{*△}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与本组治疗2周后比较,[△] $P < 0.05$;与对照组同期比较,[#] $P < 0.05$ 。

表2 治疗组与对照组患者治疗前与治疗2周、8周后血清T、IGF-1水平比较($\bar{x} \pm s$) 单位:nmol/L

组别	例数	血清T水平			血清IGF-1水平		
		治疗前	治疗2周后	治疗8周后	治疗前	治疗2周后	治疗8周后
治疗组	30	0.82±0.35	0.69±0.24 [*]	0.57±0.16 [*]	425.47±142.32	378.20±120.63 [*]	317.43±125.45 [*]
对照组	32	0.83±0.37	0.59±0.19 [*]	0.57±0.22 [*]	423.72±99.39	395.38±97.65 [*]	316.29±100.39 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$ 。

表3 治疗组与对照组患者治疗2周、8周后临床疗效比较

时间	组别	例数	治愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	愈显率/%	总有效率/%
治疗2周后	治疗组	30	0	2	18	10	6.67	66.67
	对照组	32	0	0	18	14	0.00	56.25
治疗8周后	治疗组	30	10	19	1	0	96.67 [*]	100.00 [*]
	对照组	32	6	25	1	0	96.88 [*]	100.00 [*]

注:与本组治疗2周后比较,^{*} $P < 0.05$ 。

3.5 安全性指标 2组患者在治疗期间均监测心电图、血常规、肝肾功能等指标,未见明显异常,提示本研究口服药物安全可靠;治疗组患者在火针治疗的过程中未出现明显疤痕增生等不良反应。

4 讨论

痤疮的发病机制尚不明确,学术界统一认为与雄激素分泌或代谢异常、痤疮丙酸杆菌感染、皮脂腺过度分泌、毛囊皮脂腺堵塞、饮食、环境因素等有关^[5]。传统治疗包括外用维A酸、抗生素等^[6],系统使用维A酸类、抗生素、抗雄激素、糖皮质激素等。中医学关于痤疮的记载最早可追溯到《素问·生气通天论》,可将其证型归纳为肺经风热、湿热蕴结、肝郁血热、痰瘀互结、冲任失调以及肝肾阴虚等^[7]。我们临证发现,由于现代人生活作息及饮食习惯改变,湿热蕴结型痤疮更为多见,此类患者嗜食辛辣肥甘,导致脾胃功能受损,运化失常,湿热内生,蕴久化热,蕴结于肌肤引发痤疮。

本次研究选用清热消痤方治疗湿热蕴结型痤疮。方中蒲公英、白花蛇舌草清热解毒、消肿散结、利湿通淋,连翘清热解毒、疏散风热,三药共为君药;黄芩清热燥湿、泻火解毒,为臣药;丹参活血祛瘀、凉血消痈止痛,橘叶功擅行气、化痰散结,二药共佐君药,可清散热毒、消除痈结;生薏苡仁健脾渗湿、利水消肿,亦可佐助君药清热排脓,与茯苓合用共奏健脾利湿之功;生甘草调和诸药,为使药,与蒲公英、连

翘、白花蛇舌草等同用亦有清热解毒之功。诸药合用,共奏清热祛湿、消肿散结之效。现代药理学研究表明,黄芩、丹参、白花蛇舌草等中药不仅有较为广泛的抗炎作用,还具有雌激素样作用,可降低体内血清T水平^[8-10]。

火针利用“火郁发之”“以热引热”原理,可起到软坚散结、消肿止痛的作用^[11]。现代医学研究发现,火针疗法的主要机制为促进局部组织的循环代谢,使受损组织在高温的作用下启动应激性自我修复,产生较好的抗炎、抗菌、抑制微生物等作用,火针还能改善毛囊扩张及角化异常,加速毛囊脂栓、脓血排出,加快皮肤新陈代谢及减轻疤痕的产生,对痤疮、粉刺有着预防和治疗作用^[12]。

研究指出,痤疮患者的皮脂腺中所含雄激素受体(AR)数量及敏感性明显高于非痤疮患者^[13]。游离T本身即有较强的生物活性,进入皮肤组织后,经AR和5 α 还原酶协同作用,变成具有更强活性的双氢睾酮(DHT),能促进皮脂腺的分泌。IGF-1由肝脏合成,具有促进细胞生长、分化、成熟的作用^[14],在痤疮的发病过程中,IGF-1的作用机制主要表现在促进皮脂分泌这一环节。以上2个指标的升高均会造成皮脂腺分泌旺盛,过多的油脂堆积在毛囊皮脂腺开口,同时引起导管角化异常,进而形成痤疮,在痤疮的内分泌变化中是较为直观的指标。

本研究结果显示,2组患者治疗2周、8周后血清T和IGF-1水平均有所降低,提示口服中药汤剂清热消痤方能降低血清T和IGF-1的水平,治疗痤疮确切有效,这也印证了血清T与IGF-1是促进、诱发痤疮发生的重要因子。治疗2周、8周后,2组患者皮损积分均逐渐降低,治疗8周后,2组患者皮损积分均明显低于治疗2周后,提示随着治疗时间的增加,皮损情况不断好转;且治疗组的皮损改善情况均明显优于对照组,提示火针联合清热消痤方能够有效治疗湿热蕴结型痤疮,且疗效更为明显。治疗组患者平均接受火针治疗2.27次,以2~3次能改善皮损者居多,即以火针联合清热消痤方的最佳获效时间为2~3周。治疗8周后,2组患者的愈显率、总有效率均明显高于治疗2周后,提示坚持完成8周的治疗疗程,有利于取得更满意的疗效。清热消痤方从“本”着手,通过内调湿热体质,解决痤疮发生的源头问题,防止病情反复;火针则是以“标”为主,促使局灶性的粉刺、丘疹、囊肿、结节等皮损在早期快速消退,有利于树立患者对治疗的信心。二者内外相合、标本兼顾,能更好地改善痤疮患者的症状,提高患者的满意度和依从性。并且本次研究过程中,患者未见明显不良反应,心电图、血常规和肝肾功能等指标均无明显异常,火针应用过程中也未发现遗留疤痕等损容性后遗症,说明火针联合清热消痤方的治疗方法是安全可靠的,值得临床推广使用。

由于本次研究纳入的样本量不足,虽然在治疗2周后可见治疗组愈显率和总有效率高于对照组,但差异并无统计学意义。计划在今后的临床实践中进一步扩大样本量,并在条件允许的情况下,开展局部皮损细菌培养等项目,更具针对性地为治疗方案有效性提供证据支持。

参考文献

[1] 中国痤疮治疗指南专家组.中国痤疮治疗指南(2019修訂

版)[J].临床皮肤科杂志,2019,48(9):583.

- [2] 林宰亨.痤疮的中医证型以及影响因素调查研究[D].南京:南京中医药大学,2019.
- [3] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2010:1165.
- [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.
- [5] 潘清丽,邵蕾,陈丽洁,等.痤疮发病机制的研究进展[J].皮肤性病诊疗学杂志,2018,25(6):377.
- [6] 冯娜.夫西地酸乳膏在常见皮肤病中的应用[J].医学信息,2019,32(4):63.
- [7] 杨星哲.中西医痤疮病因病机研究摘要[J].天津中医药大学学报,2019,38(4):329.
- [8] 郑勇凤,王佳婧,傅超美,等.黄芩的化学成分与药理作用研究进展[J].中成药,2016,38(1):141.
- [9] 万新焕,王瑜亮,周长征,等.丹参化学成分及其药理作用研究进展[J].中草药,2020,51(3):788.
- [10] 韦胤宸.白花蛇舌草研究进展[J].山西中医,2018,34(12):53.
- [11] 傅锦程.火针治疗痤疮研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(8):104.
- [12] 周建英,李梦,朱林林,等.火针作用机理及临床应用概况[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(7):86.
- [13] 于中蛟,陆洁,段昕所,等.痤疮患者皮损处雄激素受体的表达[J].中国麻风皮肤病杂志,2008,24(6):433.
- [14] 黄善聪,陈力.血清性激素水平对痤疮发病的影响及治疗[J].辽宁中医药大学学报,2013,15(11):169.

第一作者:崔婧(1987—),女,医学硕士,主治医师,研究方向:中西医结合皮肤病学。

通讯作者:魏明刚,医学博士,主任中医师,博士生导师。weiminggang@suda.edu.cn

修回日期:2022-06-10

编辑:吴宁 张硕秋

