

中药消痤方内服结合西药外用治疗 男性轻中度面部痤疮的疗效评价

黄毓¹, 樊春笋², 王一飞³

(江苏省启东市人民医院, 1. 中医科; 2. 五官科, 江苏 启东, 226200;

3. 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 中医外科, 上海, 200437)

关键词: 面部痤疮; 克林霉素凝胶; 阿达帕林凝胶; 中药自拟方

中图分类号: R 758.73 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2013)23-184-02 DOI: 10.7619/jcmp.201323080

痤疮是青春期最常见的毛囊、皮脂腺慢性炎症性皮肤病,以颜面部最为多见,可表现为粉刺、炎性丘疹、脓疱、结节及囊肿等。临床上痤疮的治疗方案选择存在很大差异,目前仍未有公认的金标准。本研究选取本院2013年1—6月收治的男性轻中度面部痤疮患者,分别给予单纯西药外用治疗和中药自拟方口服联合西药外用治疗,并比较不同治疗方案的疗效差异,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2013年1—6月收治的男性轻中度面部痤疮患者60例,均符合下述纳入标准:①受试者均为男性,年龄18~40岁;②3个月内未接受任何药物治疗;③符合痤疮 Pillsbury 分类法中的轻度及中度诊断标准。1级:轻度,仅有粉刺;2级:中度,除粉刺外还有炎性丘疹;3级:中度,除有粉刺、炎性丘疹外,还有脓疱。排除标准:①同时患其他皮肤或全身疾病;②不能完成随访者。将上述患者根据治疗方案的不同分为西药组和联合组,每组30例。西药组患者年龄21~36岁,平均(25.21±4.3)岁;病程3~160个月,平均(38.78±24.51)个月;轻度痤疮9例,中度痤疮21例。联合组患者年龄19~40岁,平均(25.97±3.9)岁;病程2~152个月,平均(35.72±27.34)个月;轻度痤疮8例,中度痤疮22例。2组患者年龄、病程、痤疮程度等一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

西药组采用单纯西药外用治疗,于每日清晨清洁面部后,给予克林霉素凝胶(厦门金日制药

有限公司)均匀涂抹于皮损处;每日睡前清洁面部后,阿达帕林凝胶(海南全星制药有限公司)均匀涂抹于皮损处。联合组采用中药自拟方口服联合西药外用治疗,克林霉素凝胶、阿达帕林凝胶用法同西药组,采用中药自拟消痤方(枇杷叶15g、桑白皮12g、生地黄15g、黄芩12g、牡丹皮15g、赤芍15g、白花蛇舌草15g、山楂12g、生山栀12g、甘草3g)煎服,2次/d。2组均治疗4周,每周门诊随访一次并观察用药不良反应及皮损好转情况。

1.3 疗效评价标准

皮损改善程度:治疗后1个月随访时计数各种皮损数,与纳入研究时情况进行比较,并计算改善程度。皮损改善程度=(治疗前皮损数-治疗后皮损数)/治疗前皮损数×100%。总体改善程度分为4个级别,包括基本痊愈(皮损减少75%~100%),显效(皮损减少50%~74%),有效(皮损减少25%~49%)及无效(皮损减少24%以下)。总有效率=(基本痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.4 统计学分析

采用SAS 9.3软件进行数据处理和分析,计数资料组间比较采用卡方检验,计量资料组间比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗1个月后,联合组中基本痊愈者3例,显效15例,有效10例,无效2例,总有效率为93.33%(28/30);西药组中基本痊愈1例,显效8例,有效11例,无效10例,总有效率为66.67%(20/30)。联合组总有效率显著高于西药组,差异有统计学意义($\chi^2=6.6667, P=0.0098$)。4次随

访中, 2 组均未发现明显的药物相关性不良反应。

3 讨 论

痤疮是侵及毛囊、皮脂腺单位的疾病, 其主要临床体征有皮脂溢出、粉刺、丘疹、脓疱及不同程度的结痂。该病的发生部位与人体皮肤的毛囊、皮脂腺单位分布密度相符, 即多位于面部、颈部、上胸部、双肩及背部, 最好发部位为面部。几乎所有年龄在 15~17 周岁的人群均会不同程度地受到痤疮的困扰, 其中 15%~20% 为中重度痤疮患者, 这些患者的病程往往持续至成年后^[1]。相对于男性, 女性可在更小的年龄段患上痤疮, 但在青春期后, 男性患者更多见^[2]。本研究纳入的对象均为男性, 不仅考虑到 2 组疗效比较时一般情况的均衡性更好, 还考虑了纳入对象的周期不至于太长。

目前, 在痤疮临床诊治方面, 至今还没有各方公认的治疗方案金标准, 但综合治疗被普遍认为疗效更佳。根据 2008 年发布的中国痤疮治疗指南(讨论稿)^[3], 常用的外用治疗药物有维 A 酸类、过氧苯甲酰、红霉素、氯霉素或克林霉素等抗生素、壬二酸、二硫化硒洗剂和硫磺洗剂等。口服四环素或大环内酯类抗生素、异维 A 酸等方法因副作用较大或容易导致抗生素耐药, 一般仅限于治疗重度痤疮。本研究中西药组采用克林霉素凝胶及阿达帕林凝胶的组合作用, 疗效与国内蔡林等^[4]报道的较为接近。

痤疮在中医药学上称之为“粉刺”, 如《外科正宗》载:“肺风、粉刺、酒渣鼻, 三名同种, 粉刺属肺, 酒渣属脾, 总皆血热郁滞不散所致”。传统中医理论认为本病多由于肺经风热或血热所致, 因青春期患者气血旺盛, 加之阳热偏盛, 日久营血渐热, 络脉充盈, 血热伤肺, 肺热薰蒸, 蕴阻肌肤而成。如《医宗金鉴·外科心法》载:“此证由肺经血热而成, 每发于面鼻, 起碎疙瘩, 形如黍屑, 色赤肿痛, 破出白粉汁, 日久皆成白屑”; 又如《诸病源候论·面疱候》曰:“面疱者, 谓面上有风热气生疱”; 《外科启玄》曰:“肺气不清, 受风而生, 或冷水洗面结于面而成”。中医药治疗痤疮为中国特有, 国内已经有较多相关研究报道^[5-6], 也有中西医结合治

疗痤疮的尝试^[7], 疗效均较为确切。常用的中药方剂不外乎针对红色丘疹的清泻肺胃, 针对脓疱性痤疮的解毒散结以及针对瘢痕的活血散瘀等方法^[3]。本研究采用的中药自拟消痤方以清肺凉血为治则, 主要成分为枇杷叶、桑白皮、生地黄、黄芩、牡丹皮、赤芍、白花蛇舌草、山楂、生山栀、甘草等, 与国内周敏等^[8]报道的清肺祛脂方成分较为接近。方中生地、黄芩清解肺热, 共为君药; 枇杷叶、白花蛇舌草、桑白皮、生山栀清肺泄热, 丹皮、赤芍凉血行瘀, 共为臣药; 佐以生山楂健胃消积、清解油腻, 共奏清肺凉血之功。

痤疮虽不至于引起严重的器官功能障碍, 但长期不愈会影响患者的心理健康, 尤其是在青少年患者^[9-10], 因而及时且有效的治疗便显得尤为重要。本研究结果证实, 在男性轻中度痤疮患者中, 克林霉素凝胶 + 阿达帕林凝胶外用结合中药自拟消痤方口服的疗效优于单纯的西药外用药治疗, 值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] Williams H C, Dellavalle R P, Garner S. Acne vulgaris[J]. Lancet, 2012, 379(9813): 361.
- [2] Do J E, Cho S M, In S I, et al. Psychosocial aspects of acne vulgaris: a community-based study with Korean adolescents [J]. Ann Dermatol, 2009, 21: 125.
- [3] 中国医师协会皮肤科医师分会《中国痤疮治疗指南》专家组. 中国痤疮治疗指南(讨论稿)[J]. 临床皮肤科杂志, 2008, 37(5): 339.
- [4] 蔡林, 张建中, 李邻峰, 等. 0.1%阿达帕林凝胶和 1%克林霉素溶液联合外用治疗寻常痤疮临床观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2003, 32(10): 614.
- [5] 陶迪生, 孙兆圣, 梅令兰. 清肝消座冲剂治疗痤疮 30 例 [J]. 中华皮肤科杂志, 2006, 39(10): 608.
- [6] 朱周. 中药痤疮方治疗寻常痤疮 40 例疗效观察[J]. 中国皮肤性病杂志, 2007, 21(5): 310.
- [7] 欧其平, 林维山. 中西医结合治疗痤疮[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(9): 557.
- [8] 周敏, 耿琳, 张明, 等. 清肺祛脂方治疗寻常痤疮的临床疗效和质量控制[J]. 上海中医药大学学报, 2007, 21(3): 31.
- [9] Ayer J, Burrows N. Acne: more than skin deep [J]. Postgrad Med J, 2006, 82: 500.
- [10] 乔杰, 陆涛, 孙玉鲁, 等. 痤疮的严重程度与患者焦虑及抑郁相关性研究[J]. 临床皮肤科杂志, 2012, 41(11): 663.