

中医治疗痤疮的研究进展

周锦航

内江市第一人民医院 四川 内江 641000

摘要：痤疮是皮肤科中的常见病、多发病，常反复发作、迁延难愈，对患者的身心健康起到极大影响，发病率逐年上升。中医特色疗法治疗痤疮，疗效确切，不良反应小，安全可行，值得临床大力推广。

关键词：中医外治；特色疗法；痤疮；治疗；研究进展

引言：

痤疮是一种毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病，好发于面部、胸背等皮脂分泌较多的地方，皮疹一开始多为粉刺、丘疹、脓疱，还会出现囊肿、结节、疤痕和色素沉着等，容易复发。痤疮是中医“肺风粉刺”的一种，其病因病机复杂，治疗效果不佳。国外研究显示，痤疮已成为世界十大常见病之一。已有的研究表明，青春痘（痤疮）的患病率分别为 10.2%、44.5% 和 50.2%。中医认为，青春痘多是由于素体阳气过盛，进而形成了“痰瘀”；又或者是由于吃了太多的辛辣油腻食物，导致肺、胃内的燥热之气，沿经脉而上，壅塞于面；也有可能是因为情绪受到了刺激，或者是因为情绪的原因，导致了情绪的低落，从而形成了一种叫做“火”的东西。也有可能是因为身体阳气不足，或者是因为治疗不当，导致元气亏虚，脾胃虚弱，下元虚寒，无法将津液输送到肺胃，导致虚阳上于面部，导致体内火郁，总之，痤疮的病因主要是肺、脾、胃、大肠等脏腑，并且与风、寒、湿、热等邪气，痰、瘀、湿、热以及禀赋、饮食、情志等有关。痤疮的辨证分型主要包括肺经风热、湿热蕴结、冲任失调、痰瘀互结等四种证型，临床上常用的内服方药有：枇杷清肺饮、茵陈蒿汤、丹栀逍遥散、仙方生还饮等。中医的外治法有两种，一种是药物治疗，一种是非药物治疗。治疗方法主要有中药湿渍、中药熏蒸和中药面膜等。中医有火针，针灸，针灸，自血疗法，穴位埋线，耳穴压豆，穴位注射等。由于现代医学对痤疮发病机理的了解还不够透彻，无论是西医还是单纯的中药，均有其局限性。目前，中医药治疗痤疮多采取内、外治法相结合的方法，其不仅具有快速有效、副作用小的特点，还可充分发挥中医药“内治”改善预后、降低复发率的优势，各治法取长补短，产生协同效应，收到较好效果。本文就近年来中药复方在治疗痤疮方面的研究进展进行了总结。

1 中医对痤疮病因病机的认识

《黄帝内经》中有一句话：“汗出而出，则生疮，大汗，大病，大病，大病。”《外科正宗》中有“肺风、痤疮、酒糟鼻”之义，痤疮在肺，渣鼻在脾，在外则在脾，都是因为气血凝滞。《石室秘录》中记载：“痤疮，为肺热盛，受风寒所致，故多有此病。”《洞天奥旨》中将青春痘称为“粉花疮”、“脸上生有粉花疮，是因为肺部受了风寒”，认为这是一种以女性为主的疾病，主要是因为受了风寒，导致血管闭塞，郁生热，闭而不活。气血不能得，则生痘，此为湿热二阻也。《医宗金鉴》中对痤疮的记载是：“颜面鼻端起小包，鲜红，疼痛，破裂，流白液，日久成白屑，以为为肺经瘀血所致。”综上所述，中医认为，青春痘的形成，主要是因为风寒壅塞，气血不畅，郁而生热。近代以来，不少医家对这一理论进行了系统的总结和总结。根据朱丹溪提出的“六郁”理论，进一步阐明了玄府阻滞的机理，提出了玄府阻滞，开窍不畅，气血不畅，经络不通，瘀血生成，热结于表，故有粉刺。基于“肾-天癸-冲任-胞宫”的生殖轴，我们提出痤疮的发病机制是：肾阴虚、冲任伏热、肾阴虚、命门火不足^[1]。

2 治疗

2.1 中药

2.1.1 中药内服

对照组采用复方米诺环素联合双氧水外用，观察组加小柴胡汤治疗。治疗后，观察组总有效率为 92.06%，较对照组为 77.68%，有显著性差异（ $P<0.05$ ）；观察两组患者的临床疗效，并与对照组比较。两组疗效比较，均有显著性差异（ $P<0.05$ ）。采用养阴清肺方对 16 例中度痤疮病人进行治疗，结果 4 例完全治愈，4 例显效，6 例有效，2 例无效，有效率 87.50%；治疗后 T 和 DHT 水均明显下降（ $P<0.01$ ）。采用潜阳封髓丹联合盐酸多西环素片，观察两组的疗效。治疗组和对照组的显效率分别为 90.48% 和 66.67%（ $P<0.05$ ），有显著性差异（ $P<0.05$ ）。

2.1.2 外用中药面膜

对照组口服维 A 酸乳膏、夫西地酸乳膏外涂。两组疗效比较，均有显著性差异（ $P<0.05$ ）。观察组在红光蓝光照下进行中药敷贴，而对照组则在红光蓝光照下，其总有效率明显高于对照组（ $P<0.05$ ）。首先采用氩氦激光加 LED 治疗仪进行治疗，对照组采用维胺

酯霜加米诺环素治疗,观察疗效。观察组采用自创银皂面膜配合刺络拔罐法进行治疗。治疗组的总有效率为95.0%,与对照组相比,显著提高了72.5% ($P<0.05$)。治疗组的复发率为6.9%,与对照组的复发率相比,均有显著性差异^[2]。

2.2 针灸治疗

2.2.1 火针

观察两组的临床疗效。两组患者的主要症状积分(皮损面积)和次要症状积分($P<0.05$)均有显著性差异($P<0.05$)。治疗组与对照组在主要症状积分上的差异有统计学意义;与对照组相比,治疗组的口干口苦、大便次数及其他次要症状得分均有显著性差异($P<0.05$)。在此基础上,我们进一步探讨了中药复方的作用机制。在此基础上,观察两组患者的临床疗效,观察两组患者的临床疗效,分别为85.56%和65.56%, $P<0.05$ 。对照组采用火针加闪罐法;对照组按传统针灸疗法进行。治疗组和对照组的总显效率分别为96.88%和86.72% ($P<0.05$)。将两组患者分别取耳尖、轮4进行放血,并与对照组进行耳穴贴压、多功能火针联合耳穴贴压疗法进行比较。治疗组的总有效率98.6%,治愈率88.7%,对照组93.2%,60.8%。

2.2.2 放血

在对36例面部痤疮患者进行大椎放血拔罐疗法进行治疗,20例治愈,有效率为55.56%;显效13例(36.11%),无效3例(8.33%);治疗组的总反应率为91.67%。刺血组以足大、中、次趾点刺、背痛点为主要治疗手段,针灸组以体针辨证法进行针刺。刺血组和针刺组的总有效率分别是96%和76%,两者之间有显著的差别($P<0.05$)。观察组与对照组的疗效差异,观察组与对照组的疗效差异,差异有统计学意义。目的:探讨针刺法与针刺疗法的临床疗效。结果:治疗组和对照组总显效率分别为94.0%和74.0%。对照组服用枇杷清肺饮;治疗组在上述基础上加刺、放血、拔罐等方法。治疗组和对照组的总有效率分别为94.44%和77.14%^[4]。

2.2.3 自血疗法

自血法是从病人肘部抽取微量血液(无抗凝血剂等),直接注射于指定穴位的一种无特异性刺激的天然治疗方法。“自血穴”是集针灸、放血和穴位注射于一体的一种疗法。提取少量的血,对人体的代谢有一定的促进作用,符合中医“化瘀生新”的传统学说;针灸可活化局部血液循环,调和气血;穴位注射是利用自身血液长期刺激腧穴,使经络通畅,调整体内阴阳平衡,从而消除青春痘。活血化瘀法可以通过对痤疮的免疫调控,减轻炎症反应,为临床防治痤疮炎症提供了一条新的途径。对痤疮合并自血法和刺络拔罐法的疗效进行了研究,并对其疗效进行了比较。两组患者均采用西医常规治疗,

同时采用自血法和刺络拔罐法作为观察组。自血法的具体操作是:先从病人肘部抽出4mL的静脉血,在双曲泉穴、足三里等处进行严密的消毒,随后迅速扎入穿刺针,采用提插行针法,当针刺出气,抽出无血后,迅速将抽到的静脉血注入上述穴位,每穴1mL。取出针头后,用消过毒的棉棒压住针眼。本研究发现,将自血法与刺络拔罐法相结合,能使痤疮病人的皮损等症状得到明显的改善,其效果是安全的,值得关注。

2.2.4 穴位埋线

在实验研究中,治疗组采用穴位埋线与普通针刺相结合的治疗方法,而对照组则选用口服异维A酸胶囊进行治疗。研究结果显示,治疗组的有效率达到了93.62%,相较于对照组的85.42%,差异具有统计学意义($P<0.05$)。在后续的实验中,对照组采用外用夫西地酸乳膏配合口服西药维胺酯胶囊的治疗方式,治疗组则运用穴位埋线配合背部走罐疗法。经过治疗,治疗组的总有效率达到了90.00%,而对照组仅为63.33%,两组间的差异同样具有统计学意义($P<0.05$)。

在另一项随机分组实验中,患者被分为治疗组和对照组。治疗组采用针刺与穴位埋线相结合的治疗方法,对照组则仅采用针刺疗法,穴位选择与治疗组相同。研究结果显示,治疗组的有效率高达95.59%,明显高于对照组的79.03%,两者之间存在显著性差异($P<0.05$)^[5]。

2.2.5 穴位注射

鱼腥草注射液或丹参注射液2mL,可选择两个穴位1mL,连续2天或3天1次,1个疗程。对青春痘患者进行了穴位注射和耳穴压豆法的疗效观察。针灸治疗粉刺,通过对穴位进行泻法,可以发挥散邪疏热的作用,并结合大椎、肺俞、心俞等穴位注射,发挥清热泻火、活血化血的作用。医护人员探讨了口服消痤汤与丹参配伍对痤疮的治疗作用,发现其具有调控性激素分泌、改善临床症状的作用。而足三里是胃之要穴,具有调节人体免疫的作用,注射丹参注射液后,可以影响各种内分泌激素的分泌,从而达到治疗痤疮的目的。同时,应用丹参注射液对痤疮患者进行足三里注射,辅以中药敷贴治疗,取得了良好的疗效。

2.3 中药口服联合治疗

2.3.1 联合耳穴压豆治疗

采用疏肝解郁滋肾汤结合耳穴压豆及外用阿达帕林凝胶治疗寻常型痤疮,实验组口服盐酸多西环素片配合外用阿达帕林,经过6周治疗,实验组总有效率达到了91.80%,而对照组为78.69%。在中医症候积分、皮损程度积分以及治疗后DLQI方面,实验组均低于对照组。此外,实验组治疗后的痤疮丙酸杆菌菌落计数少于对照组,TNF- α 、IL-4和IL-7水平明显低于对照组,这可能为其作用机制之一。

另外,将A组口服五味消毒饮加减联合耳穴压豆及颠倒散外搽与B组仅口服五味消毒饮加减的对比研究,以及与C组耳穴压豆联合颠倒散外搽的对比研究,发现三组有效率分别为88.3%、70.0%、66.7%。研究结果显示,中医内外合治疗法在寻常型痤疮治疗中具有明显优势,相较于单一内治或外治方法。

综上所述,中药口服联合耳穴压豆、围刺治疗寻常型痤疮成效显著。此外,中药口服联合耳穴压豆治疗痤疮的作用机制研究已取得一定进展,为未来研究奠定了基础。

2.3.2 联合中药塌渍治疗

中药复方“膏肓法”的作用机制为经皮给药系统(TDDS)促进药物经皮肤吸收而起作用。经皮给药系统既能消除首过,又能延长药效,且毒副作用小。本课题组在前期工作基础上,以中药塌方组和单纯应用5%双氧水为对照,发现中药塌方组的总有效率和中医证候的疗效明显优于西药对照组。回顾性研究90例痤疮患者,采用中药内服配合中药抗炎面膜外涂,总有效率为91.11%。中药“软坚散结”的作用机制已有一定的研究基础,但目前尚无与中药配伍应用于痤疮防治的报道。

2.3.3 联合中药熏蒸治疗

有学者将清热消痤汤加中药熏蒸疗法和维甲酸+米诺环素胶囊治疗肺热证患者进行了比较,发现该方治疗后血清TNF- α 、IL-6、IL-8水平较对照组降低,两组的总有效率没有差别,但中医药治疗组疗效更快,复发率更低。目前,中药与中药联用在痤疮防治中的应用

研究还很少,尚存在大量的数据缺口。

2.3.4 联合刺络拔罐

大椎穴是《甲乙经》中所说的“三阳督脉之会”,主全身之阳,是退热证的要穴。肺俞既有清肺风热证的功效,又有凉血化瘀的功效。在体内实热之时,依据“实则泻之”的治法,可采用刺络拔罐法,选择大椎穴、肺俞穴等穴位,以大椎穴、肺俞穴等为主要治法,其实质是刺络放血和拔罐法的结合,刺络疗法可以加快人体代谢,提高局部血液循环,同时对网状内皮系统的吞噬功能有增强,从而促进炎症的消退。拔罐疗法的负压吸引作用,会引起局部组织的高度充血和瘀血,从而引起自身溶血,从而生成类组胺物质,从而刺激各个器官,增加功能活动,从而增强人体的免疫能力。应用消痤汤、刺络拔罐法治疗寻常型痤疮,疗效较单纯使用消痤汤要好,而且治疗后血中睾丸激素和白细胞介素-6的含量显著下降,这可能是其作用机理之一。本研究以普通型痤疮为研究对象,选取正常对照组,采用自拟方,观察组在常规治疗基础上加用刺络拔罐疗法,通过对两组的疗效进行比较,结果显示:观察组的生存质量、皮损积分、总有效率和复发率明显高于对照组。我们前期研究发现,清肺汤加刺络拔罐法治疗风热证痤疮,并与口服异维甲酸对照,疗效为80.0%,而对照组疗效仅57.5%。中药内服与刺络拔罐治疗痤疮亦是目前的热点,并已深入探讨其对血清睾酮和白介素-6的影响,未来需进一步深化和细化,完善其作用机理^[6]。

结 语:

总之,中医外治特色治疗技术源远流长,始于远古时期。当时,人们运用植物、石块以及火烤等方式直接作用于人体,以达到治病和缓解疼痛的目的。随着社会的发展和中医的进步,中医特色疗法得到了广泛应用,以其简单、便捷、经济的优势,效果显著,已被纳入国家中医药管理局推广的中医临床适宜技术之列。

痤疮是一种常见的皮肤病,易反复发作,难以痊愈。长期服用西药会导致诸多不良反应,如肝功能异常、血脂升高等,而中医外治特色疗法则具有较小的不良反应,便捷迅速,直接作用于病灶,疗效显著。在痤疮治疗中,

中医外治特色疗法可单独使用,也可与其他方法配合,展现出极大的优势。

参考文献:

- [1] 支旭仲.黄帝内经[M].李郁,任兴之编译.西安:三秦出版社,2018:13-14.
- [2] 梁娜,徐国梅,袁姣姣,等.徐国梅基于“肾-天癸-冲任-胞宫”理论治疗多囊卵巢综合征合并痤疮经验[J].中医药导报,2022,28(5):171-174.
- [3] 肖斌,汤红燕,宋凡君,等.痤疮相关易感基因多态性的研究进展[J].实用皮肤病学杂志,2019,12(2):98-101.