

· 中医药研究 ·

(文章编号) 1007-0893.2023.11-0051-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.11.015

刺穴放血联合消瘰活血汤治疗痤疮的临床疗效

杨培娜 张帅州

(河南中医药大学第三附属医院, 河南 郑州 450008)

〔摘要〕 目的: 观察刺穴放血联合消瘰活血汤治疗痤疮的临床效果。方法: 回顾性选取 2020 年 1 月至 2022 年 12 月期间在河南中医药大学第三附属医院接受治疗的痤疮患者, 从中选取采用单纯药物治疗的 46 例患者纳入药物组, 另选取在药物治疗的基础上联合应用刺穴放血治疗的 46 例患者纳入联合组。比较两组患者的临床疗效, 观察治疗前后两组患者临床指标的变化。结果: 联合组患者治疗总有效率高于药物组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后两组患者皮损积分、痤疮综合分级系统 (GAGS) 评分、卡迪夫痤疮指数 (CADI) 均有不同程度下降, 且治疗后联合组患者皮损积分、GAGS 评分、CADI 均低于药物组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后两组患者各项中医证候积分均有不同程度下降, 且治疗后联合组患者各项中医证候积分均低于药物组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后两组患者 C 反应蛋白 (CRP)、胰岛素样生长因子 1 (IGF-1) 均有不同程度下降, 且治疗后联合组患者 CRP、IGF-1 均低于药物组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 刺穴放血联合消瘰活血汤治疗痤疮可获得更好的临床疗效, 改善患者临床症状。

〔关键词〕 痤疮; 刺穴放血; 消瘰活血汤

〔中图分类号〕 R 758.73³ 〔文献标识码〕 B

痤疮是一种慢性毛囊皮脂腺炎症, 在各年龄阶段均有发病, 由于其发生与激素分泌水平相关, 更易发生于中青年群体当中^[1-2]。轻微与偶发的痤疮通常可以自愈。但较为严重或长期反复发生的痤疮则可给患者的健康与心理造成一定负担^[3-4]。且因其迁延不愈、反复发作可在患者皮损处形成不同数量的永久性瘢痕。因此积极控制痤疮的发生、发展对于预防严重的炎症反应及血液感染具有重要意义。同时也可预防减轻患者外貌损伤, 对患者的生活质量与心理健康均具有重要作用。刺穴放血疗法为中医特色疗法, 在痤疮治疗方面具有独特优势, 能够通过疏通经脉、活血清浊发挥良好的治疗效果^[5-6]。为客观评估刺穴放血疗法联合中医中药治疗痤疮的疗效, 特开展本研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选取 2020 年 1 月至 2022 年 12 月期间在河南中医药大学第三附属医院接受治疗的痤疮患者, 根据治疗方案的差异分为药物组与联合组, 各 46 例。药物组患者男性 24 例, 女性 22 例; 年龄 21 ~ 45 岁, 平均年龄 (26.87 ± 3.26) 岁; 病程 3 ~ 36 个月, 平均 (26.31 ± 8.92) 个月; 中度 (2 级) 21 例, 中度 (3 级) 24 例, 重度 (4 级) 1 例。联合组男性 25 例, 女性 21 例; 年龄

20 ~ 45 岁, 平均年龄 (26.91 ± 3.41) 岁; 病程 2 ~ 38 个月, 平均病程 (26.42 ± 9.13) 个月; 中度 (2 级) 19 例, 中度 (3 级) 25 例, 重度 (4 级) 2 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 诊断标准 诊断标准依据《中国痤疮治疗指南 (2019 修订版)》^[7]。中医辨证标准依据《中药新药临床研究指导原则 (试行)》中痤疮湿热蕴结型辨证标准^[8]。主症: 皮损色红的丘疹、有脓疱或囊肿, 或伴疼痛, 颜面与胸背部的皮肤油腻; 次症: 口苦、口臭、纳呆, 大便秘结或黏滞, 尿黄; 舌脉: 脉滑数, 舌红、苔黄腻。以上主症均有同时具备 2 项以上的次症, 符合结合舌脉即可辨证。痤疮分级依据《中国临床皮肤病学》中国改良分类法 Pillsbury 分级标准^[9]。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合上述痤疮的诊断与中医湿热蕴结辨证标准; (2) 年龄 18 ~ 45 岁; (3) 符合上述痤疮分级中度 (2 级) 至重度 (4 级); (4) 在河南中医药大学第三附属医院相关资料完整。

1.2.3 排除标准 (1) 合并恶性肿瘤、重要器官功能不全的患者; (2) 正处于妊娠期、产褥期、围绝经期等特殊生理阶段; (3) 正处于心脑血管不良事件急性期、各种慢性炎症急性发作期、重大创伤或手术后恢复期; (4) 由职业暴露、过敏性、药物性等其他诱因导致的特

〔收稿日期〕 2023 - 04 - 21

〔作者简介〕 杨培娜, 女, 主治医师, 主要研究方向是结节囊肿型痤疮患者应用中药治疗的效果。

殊痤疮类型；（5）合并免疫系统疾病；（6）正在应用激素类药物、免疫抑制类药物；（7）合并精神科疾病、沟通障碍、认知障碍；（8）合并血液系统、造血系统恶性肿瘤性疾病。

1.3 方法

1.3.1 药物组 给予单纯消痤活血汤治疗，组方：蒲公英、黄芪各 30 g，丹参、薏苡仁、连翘各 20 g，白花蛇舌草 15 g，黄芩、茯苓、桃仁各 10 g，橘叶 6 g，生甘草 6 g。每日 1 剂，水煎服，取汁 480 mL，分早晚服用，连续治疗 8 周为 1 个疗程。

1.3.2 联合组 在药物组的基础上联合刺穴放血治疗。选穴：大椎、双侧肺俞、双侧膈俞穴与背部反应点（隐含有凸出感的陈旧性痤疮印）2 个，如背部未见反应点则不取反应点；皮肤处常规局部消毒，使用三棱针挑刺约长 0.5 mm、深 1 mm 左右，以挤压可见出血为宜，于针刺处拔火罐，留罐 10 min 后取罐，使用酒精棉球清洁出血点与周围出血，每周 2 次，共治疗 8 周为 1 个疗程。女性患者遇经期顺延。

1.4 观察指标

治疗 1 个疗程后观察以下临床指标：（1）中医证候积分，皮损色红的丘疹、有脓疱或囊肿，或伴疼痛，颜面与胸背部的皮肤油腻等主症为无计 0 分、轻度计 2 分、中度计 4 分、重度计 6 分，口苦、口臭、纳呆，大便秘结或黏滞，尿黄；舌脉：脉滑数，舌红、苔黄腻等次症与舌脉均按无计 0 分、轻度计 1 分、中度计 2 分、重度计 3 分。（2）临床疗效依据《中药新药临床研究指导原则（试行）》评估^[8]，以主症（皮损色红的丘疹、有脓疱或囊肿，或伴疼痛，颜面与胸背部的皮肤油腻）、次症（口苦、口臭、纳呆，大便秘结或黏滞，尿黄）、舌脉（脉滑数，舌红、苔黄腻）为症状总分，以治疗后总分降幅≥95%为临床治愈，总分降幅≥70%~<95%为显效，总分降幅≥50%~<70%为有效，总分降幅<50%为无效，排除无效为总有效。（3）观察治疗前后两组患者皮损积分与病情程度，皮损按颜色、性质、数量，按无计 0 分、轻度计 2 分、中度计 4 分、重度计 6 分。病情程度依据痤疮综合分级系统（global acne grading system, GAGS）与卡迪夫痤疮指数（Cardiff, CADI）评估，均以得分越高提示患者痤疮病情越严重^[10-11]。

（4）检测两组患者血清 C 反应蛋白（C-reaction protein, CRP）、胰岛素样生长因子 1（insulin like growth factor-1, IGF-1）水平，采集患者空腹静脉血样 3 mL，以离心机按 3000 r·min⁻¹ 速度，离心半径 12.5 cm，离心 15 min，取得血清按免疫酶联吸附法检测，试剂盒购自上海酶联科技公司。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 25.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

联合组患者治疗总有效率高于药物组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较（*n* = 46, *n* (%)）

组别	临床治愈	显效	有效	无效	总有效
药物组	13(28.26)	14(30.43)	11(23.91)	8(17.39)	38(82.61)
联合组	27(58.70)	15(32.61)	3(6.52)	1(2.17)	45(97.83) ^a

注：与药物组比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后皮损积分、GAGS 评分、CADI 比较

治疗后两组患者皮损积分、GAGS 评分、CADI 均有不同程度下降，且治疗后联合组患者皮损积分、GAGS 评分、CADI 均低于药物组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 2。

表 2 两组患者治疗前后皮损积分、GAGS 评分、CADI 比较（*n* = 46, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	时间	皮损积分	GAGS	CADI
药物组	治疗前	18.69 ± 1.82	26.27 ± 2.73	10.71 ± 1.09
	治疗后	2.07 ± 0.29 ^b	14.69 ± 1.64 ^b	6.62 ± 0.72 ^b
联合组	治疗前	18.74 ± 1.86	26.31 ± 2.79	10.74 ± 1.11
	治疗后	1.39 ± 0.14 ^{bc}	7.16 ± 0.73 ^{bc}	2.08 ± 0.21 ^{bc}

注：GAGS 一痤疮综合分级系统；CADI 一卡迪夫痤疮指数。与同组治疗前比较，^b*P* < 0.05；与药物组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后各项中医证候积分比较

治疗后两组患者各项中医证候积分均有不同程度下降，且治疗后联合组患者各项中医证候积分均低于药物组，差异具有统计学意义（*P* < 0.05），见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较（*n* = 46, $\bar{x} \pm s$, 分）

组别	时间	主症	次症	舌脉
药物组	治疗前	16.37 ± 1.85	7.21 ± 0.73	6.13 ± 0.62
	治疗后	8.05 ± 0.83 ^d	3.62 ± 0.35 ^d	3.07 ± 0.31 ^d
联合组	治疗前	16.41 ± 1.92	7.23 ± 0.74	6.16 ± 0.64
	治疗后	4.63 ± 0.49 ^{de}	2.09 ± 0.21 ^{de}	1.92 ± 0.19 ^{de}

注：与同组治疗前比较，^d*P* < 0.05；与药物组治疗后比较，^e*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后血清指标比较

治疗后两组患者血清 CRP、IGF-1 水平均有不同程度下降，且治疗后联合组患者 CRP、IGF-1 水平均低于

药物组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后血清指标比较
($n = 46, \bar{x} \pm s, \text{nmol} \cdot \text{L}^{-1}$)

组别	时间	CRP	IGF-1
药物组	治疗前	7.89 ± 0.69	425.79 ± 42.67
	治疗后	5.41 ± 0.57 ^f	318.25 ± 31.36 ^f
联合组	治疗前	7.92 ± 0.71	426.02 ± 43.12
	治疗后	4.83 ± 0.49 ^g	246.87 ± 24.75 ^g

注：CRP — C 反应蛋白；IGF-1 — 胰岛素样生长因子 1。
与同组治疗前比较，^f $P < 0.05$ ；与药物组治疗后比较，^g $P < 0.05$ 。

3 讨论

痤疮是一种临床上常见的皮肤疾病，目前多认为其发病与患者的激素分泌紊乱、代谢功能异常、痤疮丙酸杆菌感染、毛囊皮脂腺堵塞、皮脂腺分泌过度以及饮食结构、环境因素等相关。中医学中关于痤疮的记载最初可见于《素问·生气通天论》中，认为本病主要与湿热蕴结、肝郁血热、痰瘀互结而使冲任失调等机制相关^[12-13]。经过多年临床实践发现，目前我国人民的饮食结构发生较大改变，使痤疮患者以湿热蕴结型占比更高。患者多有过食厚味肥甘、夜晚不寐、肝郁气滞、贪凉喜寒等习惯，而使脾胃失常、运化失功，导致湿热内生、蕴结化热，于肌肤处诱发痤疮。

笔者以《医宗金鉴》所载五味消毒饮为基础拟订消痈活血汤治疗痤疮。方中的蒲公英、白花蛇舌草具有散结消肿、清热解毒、利湿通淋功效；黄芪可去腐生肌促进皮损恢复；连翘清热败毒、散风去热，诸药共为君药。黄芩清热燥湿、解毒泻火为臣药。丹参、桃仁活血化瘀、凉血消癥镇痛；橘叶化浊散结、行气导滞；薏苡仁可利水化湿、健脾消肿，可佐君药发挥清热排浊之功效，其与茯苓共用能够健脾化湿。生甘草在方内可调和诸药，为使药。诸药共用能够清热化湿、消肿散结、活血化瘀、调达气机。现代药理学研究认为黄芩、丹参、白花蛇舌草均具有广谱抗炎功能，能够拮抗痤疮患者皮损后的炎症反应，促进创面恢复。

刺络放血疗法为中医传统特色疗法，是从《灵枢·官针》的九针刺络法发展形成的，《灵枢·九针十二原》认为虚则实之，满而应泄，宛陈则当除之^[14-15]。针刺大椎、肺俞、膈俞与背部反应点能够发挥活血化瘀、泻热清毒的功能，能够通过放血引邪外出，从而调达气机、疏通经络，促进血液循环以便清除肌肤血液内的毒素，发挥从根本上治疗痤疮的作用。

本研究结果表明，刺穴放血联合消痈活血汤能够进一步提高痤疮的临床疗效，降低患者湿热蕴结证积分，更好的促进患者痤疮皮损恢复，改善患者痤疮症状。CRP

是反映患者炎症程度的重要血清标志物，IGF-1 是反映患者激素分泌水平的重要血清标志物。本研究结果表明，通过治疗联合组患者血清 CRP、IGF-1 水平均低于单纯组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。提示联合治疗或可通过拮抗患者炎症反应与激素分泌水平发挥从根本上治疗痤疮的作用，可为预防痤疮复发提供良好保障。

综上所述，刺穴放血联合消痈活血汤治疗痤疮可获得更好的临床疗效，进一步缓解患者主要证候、减轻皮损、抑制炎症反应及调节激素分泌水平。

〔参考文献〕

- (1) Wang YY, Li SW, Luo S, et al. How to evaluate acne in reproductive-age women: An epidemiological study in Chinese communities (J). Bio Med Research International, 2019, 2(3): 1-5.
- (2) 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): 63-65.
- (3) 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): 788-798.
- (4) Alanazi MS, Hammad SM, Mohamed AE. Prevalence and psychological impact of acne vulgaris among female secondary school students in Arar city, Saudi Arabia, in 2018 (J). Electron Physician, 2018, 10(8): 7224-7229.
- (5) 谭汶键, 吴家民, 蔡焕昭, 等. 刺络拔罐法结合清肺汤治疗肺经风热型痤疮疗效观察 (J). 广州中医药大学学报, 2018, 35(6): 1038-1041.
- (6) 张卫平. 消痈汤配合刺络拔罐法治疗寻常型痤疮的疗效观察 (J). 中医临床研究, 2017, 9(28): 19-21.
- (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) 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.
- (9) 赵辨. 中国临床皮肤病学 (M). 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 1165.
- (10) 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, 52(7): 25-27.
- (11) 黄青, 翁家俊, 黄港, 等. 基于 TLR2 介导的炎症通路探讨温清饮对湿热体质寻常性痤疮的疗效及作用机制 (J). 中华中医药杂志, 2021, 36(9): 5677-5682.
- (12) 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): 329-335.
- (13) 李思琪, 俞若熙, 姜厚望, 等. 痤疮的从湿热体质论治 (J). 世界中医药, 2018, 13(1): 236-240.
- (14) 黄青, 洪婷, 彭胜男, 等. 热敏灸联合枇杷清肺饮加减方治疗寻常性痤疮的临床观察 (J). 中国药房, 2018, 29(2): 229-232.
- (15) 钮静, 申青艳, 肖竹青, 等. 韦云运用“五分法”论治痤疮经验 (J). 中华中医药杂志, 2020, 35(1): 251-253.