

中西药联用治疗中重度痤疮 60 例

徐萍, 陈力*

(1. 南京中医药大学第一临床医学院, 江苏 南京 210046; 2. 南京中医药大学附属医院, 江苏 南京 210029)

摘要:目的 探讨中西药联合治疗中重度痤疮的临床疗效。方法 将符合诊断标准的 120 例患者随机分为治疗组 and 对照组。2 组均予罗红霉素口服, 外用 0.1% 阿达帕林凝胶。治疗组加服痤疮灵颗粒, 外用青敷膏。2 周为 1 个疗程, 3 个疗程后评定疗效。结果 治疗组痊愈率 58.33%, 愈显率 81.67%, 均高于对照组(31.67%, 55.00%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 采用中西药联合方法治疗中重度痤疮疗效优于单用西药组。

关键词: 痤疮; 中药; 西药; 联合疗法; 疗效

中图分类号: R751 文献标志码: A 文章编号: 1672-0482(2011)04-0339-03

Observation on Clinical Therapeutic Effects of the Combination of Chinese and Western Medicine in Treating 60 cases of Moderate and Severe Acne

XU Ping, CHEN Li*

(1. The First Medical School, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210046, China; 2. The Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210029, China)

ABSTRACT: OBJECTIVE To explore therapeutic effects of the combination of Chinese and Western Medicine in treating moderate and severe acne. **METHODS** 120 patients conforming to diagnostic standards were randomly divided into treatment group and control group. Both groups took roxithromycin orally and got externally applied 0.1% adapalene gel. The treatment group was added to take Cuochuangling Granule and external Qingfu Paste. 2 weeks were 1 course of treatment and the therapeutic effects were evaluated after 3 courses. **RESULTS** The curative rate (58.33%) and cure-marked rate (81.67%) in treatment group were both higher than those in control group (31.67% and 55.00%), indicating that there existed statistical differences ($P < 0.05$). **CONCLUSION** The therapeutic effects of the combination of Chinese and Western medicine are better than those of merely Western medicine in treating moderate and severe acne.

KEY WORDS: acne; combined therapy of Chinese and Western medicine; therapeutic effects

痤疮, 俗称青春痘, 是一种有关皮脂腺的慢性炎症性皮肤病, 虽不会危及生命, 但作为损容性疾病可严重影响患者的生活质量。我国的发病率已达 70%~87%, 痤疮对青少年心理和社交影响超过了哮喘和癫痫^[1]。我们采用中西药联合的方法治疗, 取得较好疗效, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部资料来源于 2009 年 1 月—2010 年 12 月南京中医药大学附属医院皮肤科门诊患者。痤疮严重程度依据《中国痤疮治疗指南》^[1]分类法, 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; 4 级(重度): 除有粉刺、炎性丘疹及脓疱外还有结节、囊肿或瘢痕。治疗组 60 例, 女性 40 例, 男性 20 例, 年龄(22.73 ± 3.98)岁, 病程(24.95 ± 20.04)月, 2 级 25 例, 3 级 20 例, 4 级 15 例; 对照组 60 例, 女性 42 例, 男性 18 例, 年龄(22.38 ± 4.13)岁, 病程(24.53 ± 18.55)月, 2 级 24 例, 3 级 21 例, 4 级 15 例。经统计学处理, 2 组一般资料差异无显著性($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

所有病例符合《中国临床皮肤病学》^[2]中寻常痤疮的诊断标准。

收稿日期: 2010-12-28; 修稿日期: 2011-01-14

基金项目: 江苏省中医药局科研基金资助(200313)

作者简介: 徐萍(1975-), 女, 安徽和县人, 南京中医药大学 2010 级博士研究生。* 通信作者: wandyyf@sina.com

1.3 纳入标准与排除标准

纳入标准:符合痤疮诊断标准者;年龄在 18~45 岁之间;在近 1 个月未有系统或局部使用对痤疮有治疗作用的药物史。

排除标准:仅有粉刺的 1 级痤疮;妊娠及哺乳期妇女;合并有心、肝、肾、内分泌及造血系统疾病、精神病患者;职业性痤疮或碘、溴等引起的药物性痤疮;1 个月内已使用其他治疗痤疮的中西药物。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组口服罗红霉素(扬子江药业集团有限公司),每次 0.15 g,每日 2 次,外用 0.1%阿达帕林凝胶(法国高德美公司),每晚 1 次。

治疗组在对照组的基础上再给予口服痤疮灵颗粒(由蒲公英、制大黄、丹参、橘叶等组成,由南京中医药大学附属医院制剂室提供),每次 20 g,每日 3 次。外用青敷膏(大黄 250 g,姜黄 250 g,黄柏 250 g,白及 180 g,白芷 120 g,赤芍 120 g,天花粉 120 g,青黛 120 g,甘草 120 g,共研细末,用饴糖调成糊状制成,由南京中医药大学附属医院制剂室提供),将药膏涂于 2 层薄绵纸中,敷于结节、囊肿处,每晚 1 次,晨揭除。

2 组均详细交待外用药物使用时需注意事项。2 周为 1 个疗程,3 个疗程后评定疗效。治疗期间,所有患者忌辛辣刺激食物,禁用其它药物及

化妆品。治疗前后检测血、尿常规及肝肾功能。

2.2 统计学方法

采用 χ^2 检验,进行统计学处理。

3 结果

3.1 疗效标准

参照文献制定^[3]。治疗前后分别计数粉刺、炎性丘疹、脓疱、结节、囊肿的数目及皮损总数。公式如下:

$$\text{皮疹消退率} = \frac{\text{治疗前皮损总数} - \text{治疗后皮损总数}}{\text{治疗前皮损总数}} \times 100\%。$$

临床治愈:皮疹消退率 90% 以上;有效:皮疹消退率 60%~89%;改善:皮疹消退率 20%~59%;无效:皮疹消退率 20% 以下。

3.2 治疗结果

3.2.1 2 组临床临床疗效比较

结果见表 1。

表 1 2 组疗效比较($n=60$)

组别	痊愈	显效	有效	无效	痊愈率/%	愈显率/%
治疗组	35	14	5	6	58.33*	81.67 Δ
对照组	19	14	16	11	31.67	55.00

注:治疗组 $\chi^2_{痊愈率}=8.62$, * $P<0.05$, $\chi^2_{愈显率}=9.86$, $\Delta P<0.05$ 。

3.2.2 2 组不同病情程度疗效比较

结果见表 2。

表 2 2 组不同病情程度疗效比较

组别	级别	例数	痊愈	显效	有效	无效	痊愈率/%	愈显率/%
治疗组	2 级	25	14	8	1	2	56.00	88.00*
	3 级	20	14	2	2	2	70.00 Δ	80.00
	4 级	15	7	4	2	2	46.67	73.30 $\blacktriangle$
对照组	2 级	24	9	5	7	3	37.50	58.33
	3 级	21	8	6	4	3	38.10	66.70
	4 级	15	3	2	5	5	20.00	33.33

注:与对照组比较,治疗组 2 级 $\chi^2_{愈显率}=5.53$, * $P<0.05$; 3 级 $\chi^2_{痊愈率}=4.19$, $\Delta P<0.05$; 4 级 $\chi^2_{愈显率}=4.82$, $\blacktriangle P<0.05$ 。

3.2.3 不良反应

所有患者口服药物未出现任何不良反应。外用 0.1%阿达帕林凝胶治疗共有 10 例出现局部皮肤潮红,脱屑,但未影响治疗。治疗前后 2 组血、尿常规及肝肾功能检测均无异常。

4 讨论

痤疮是一个多因素性疾病,发病机制较为复杂,现代医学认为其发病主要与性激素水平、皮脂大量分泌、痤疮丙酸杆菌增殖、毛囊皮脂腺导管的角化异常及炎症反应等因素相关^[2]。

痤疮灵颗粒^[4]是由蒲公英、丹参、白花蛇舌草、制大黄、山楂、橘叶、葛根、补骨脂等 8 味传统中药组成。蒲公英,《滇南本草》曰:“入胃经,……祛风,消诸疮毒”^[5];《随息居饮食谱》曰:“清肺,散结消痈”^[6]。丹参,《日华子本草》谓之能“排脓止痛,生肌长肉,破宿血,瘰赘肿毒。”^[7]痤疮灵颗粒方中,重用蒲公英清热解毒、散结消痈,丹参活血祛瘀、凉血消痈,共为君药;臣用清热解毒之白花蛇舌草、凉血活血之大黄、山楂以增强清解消散之功;再用橘叶、葛根辛开透散以助痈结消退为佐;更用补骨脂温行脾土,以制约方中大苦大寒药物损伤胃气而司反佐之责。诸药共成清解热毒、活血消痈之剂。我们前期的实验研究证实痤疮灵颗粒大小剂量组均对具有雄激素依赖性器官作用的金黄地鼠侧腹部的皮脂腺斑有显著抑制作用。因而推测痤疮灵颗粒的治疗作用与调节内分泌、抑制皮脂腺的增生作用有关^[8]。

青敷药膏亦为院内制剂,长期用于痤疮的临床治疗,取得了较好疗效^[9]。其中大黄、黄柏、赤芍、天花粉性苦寒,功用清热解毒凉血;姜黄、白及、白芷、青黛、甘草清热解毒消肿,外敷用于痈肿疔疮。诸药配合外敷,达到清热解毒消肿之功。

罗红霉素是新一代大环内酯类抗生素,与红霉素相比,具有体内活性高,生物利用度好,亲脂性高,半衰期长,服药次数少等优点^[10]。除了抗菌以外,罗红霉素还有显著的抗炎作用,主要通过抑制痤疮丙酸杆菌产生的脂肪酶和中性粒细胞趋化因子,以及拮抗痤疮丙酸杆菌抑制单核细胞产生 IL-8 的作用^[11]。阿达帕林为第三代维 A 酸类药物,其特点是引入了多芳香环状结构使其具有受体的选择性,药物作用的针对性提高,同时减少了不良反应^[12]。阿达帕林凝胶作用于角质形成细胞的分化,使毛囊角化正常化,抑制粉刺形成并溶解粉刺,减少毛囊直径,使角质层疏松,加速粉刺排出,抑制皮脂腺增生和炎症反应,从而达到治疗痤疮的目的^[13]。口服抗生素与局部外用维 A 酸为《中国痤疮治疗指南》^[1]推荐的联合治疗原则,对痤疮有肯定疗效。

在本观察中,治疗组采用中西药联合的方法,从痊愈率和愈显率来看,疗效均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示中西药联用安全、有效,体现了中医辨证及辨病论治相结合的优势。中西药联用患者易于接受,临床推广行之有效。在不同严重程度患者的治疗中,各级患者中西药联用疗效明显高于对照组。值得一提的是,对于临床表现伴有结节、囊肿重度痤疮的 4 级患者疗效亦优于对照组,有必要进一步研究。

参考文献:

- [1]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):339-342.
- [2]赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科技出版社,2010:1165.
- [3]刘源,叶秋华,莫衍石,等.中医辨证治疗重度痤疮的临床研究[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2009,8(5):278-281.
- [4]陈力,王晨,徐萍.痤疮灵颗粒治疗寻常痤疮的临床研究[J].南京中医药大学学报,2009,25(6):467-469.
- [5]兰茂.滇南本草:第三卷[M].昆明:云南人民出版社,1978:209.
- [6]王士雄.随息居饮食谱[M].南京:江苏科学技术出版社,1983:54.
- [7]吴越日华子.日华子本草[M].合肥:安徽科学技术出版社,2005:49.
- [8]陈力,徐萍,郭顺.痤疮灵颗粒对金黄地鼠皮脂腺斑组织形态的影响[J].南京中医药大学学报,2010,26(6):459-460.
- [9]陈力,吴淞.中药青敷膏外用治疗痤疮 121 例[J].陕西中医,2002,24(9):828-829.
- [10]任雁威,陆星宇,唐承伟,等.罗红霉素联合消痤汤治疗痤疮 50 例疗效观察[J].海南医学院学报,2010,16(8):1056-1057.
- [11]邬暑滨.口服罗红霉素治疗痤疮 80 例疗效评价[J].皮肤病与性病,2006,28(1):41.
- [12]靳培英.皮肤病学药物治疗学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2009:579.
- [13]靳培英.维 A 酸在皮肤病治疗中应用的进展[J].中华皮肤科杂志,2000,33(6):448-451.

(编辑:周建英)