

玫芦消痤膏联合米诺环素治疗寻常痤疮疗效观察

黄丽萍

(江西省丰城市皮肤病医院 丰城 331100)

摘要:目的:观察玫芦消痤膏联合米诺环素治疗寻常痤疮的疗效及安全性,寻求有效治疗痤疮的方法。方法:采用随机对照的方法,应用玫芦消痤膏联合米诺环素口服治疗 64 例寻常痤疮患者,并与单纯口服米诺环素的 52 例患者对照,8 周后观察疗效。结果:64 例试验组患者总有效 46 例,有效率 71.88%;52 例对照组患者总有效 17 例,有效率 32.69%。两组有效率比较,有显著性差异($P<0.05$)。结论:玫芦消痤膏外涂联合米诺环素口服治疗寻常痤疮安全、有效,值得临床推广使用。

关键词:寻常痤疮;玫芦消痤膏;米诺环素

中图分类号:R 758.733

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.05.029

我科于 2009 年 10 月~2010 年 10 月采用玫芦消痤膏联合米诺环素治疗寻常痤疮,取得满意疗效。现将治疗结果报告如下:

1 资料和方法

1.1 临床资料 寻常痤疮 120 例,均为门诊就诊

自觉症状明显减轻。用药 6 次后结节基本变平,留有色素沉着斑,自觉症状完全消失。部分患者继续延长用药时间至完全治愈。两组疗效比较见表 1,治疗组明显优于对照组($P<0.01$)。

表 1 治疗组与对照组临床疗效比较 例

组别	n	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	96	44	29	18	5	94.8
对照组	89	0	12	26	51	42.7

2.3 不良反应 两组患者在治疗过程中,未发现局部或全身明显不良反应。

3 讨论

结节性痒疹有瘙痒或结节或浸润肥厚的症状,病因不明,病程较长,在临床上治疗方法甚多,但大多都反复难愈,治疗较困难,控制瘙痒是主要的治疗目的,避免搔抓有助于疾病的治疗。火针是一种传统的治疗方法,中医学称之为燔针焮刺,《灵枢·官针》篇中载:“凡刺有九,以应九变……九曰焮刺,焮刺者,刺燔针则取痹也。”火针具有开门祛邪、引热外出、消肿散结之效,利用火针温热助阳、激发经气的作用,可疏通经络,行气活血,使气血运行加速流通,使疮口周围瘀积的气血得以消散,增加了病灶周围的营养,促进了组织再生,使疮口自然愈合。火针又能助阳化气,使气机疏通,津液运行,凝滞之痰都因温而化解。火针疗法有引气和发散之功,可“以热引热”,因而针刺结节可使结节内火热毒邪外散,达到清热解毒的作用。从现代医学看,一方面基于热效应能改善微循环的理论,热力通过皮肤神经的调节作用,促使皮损区微循环加快,有利于炎症和代谢物的吸收,可达到增强免疫力、消炎的作用。另一方面,火针的高温可直接杀灭结节内的微生物,从而达到消炎的作用。中医认为“风动则痒”,即

者,其中男 62 例,女 58 例,年龄 16~39 岁,平均 22.7 岁,病程 1 周~8 年,平均 2.61 年。诊断参照临床诊疗常规中痤疮的诊断标准^[1],所有患者近 1 个月内未采用任何内、外用药物治疗,均无妊娠、肝功能及血脂异常等。采用随机抽签方法,将 120 例患

痒是一种风动的表现,而引起痒的既可来源于外风,又可来源于体内的血虚风燥。火针以其开门祛邪之功,速刺皮损局部,可直接疏泄腠理,使风邪从表而出,又可借罐温热之性,使血热而行,血循正常,体表腠理得养而燥除风熄,痒自停,无论新病后病,均能立竿见影。在具体应用时注意避开血管,掌握适当进针深度。中药熏蒸治疗使药物通过皮肤表层吸收角质层渗透和真皮层运转进入血液循环而发挥药效。皮肤的吸收渗透与温度有关,药气的温度正好增强吸收渗透的效果,由皮肤给药,可以避免药物对口腔黏膜、消化道及胃肠的刺激,减轻肝脏、肾脏负担,提高药物的利用度。熏蒸治疗在药气的温热刺激作用下,会使皮肤温度升高,皮肤毛细血管扩张,促进血液及淋巴液的循环,促进新陈代谢,使周围组织营养得以改善,让体内“邪毒”随汗排出体外;药气的温热刺激还使毛孔打开,直接透过肌肤、孔穴、经络吸收药物,并通过扩散、辐射等途径,深入到内部器官,达到祛风散寒、除湿通络、清热利湿、活血化瘀、软坚散结的作用,同时又能刺激皮肤的神经末梢感受器,通过神经系统形成新的反射,从而破坏原有的病理反射联系,达到治愈疾病的目的。药物熏蒸治疗结节性痒疹能触发调动增强机体自身组织能力,对肌肤起到综合调节作用,使人体各系统组织器官和机体免疫功能增强,达到整体治疗作用。中医火针加中药熏蒸治疗方法新颖独特,治疗效果理想显著,辨证施治,疗效独到,有内服药及单纯外抹药物不能发挥的医疗作用,能在较短时间内使皮肤病变症状消失,色素斑淡化或完全消退,且疗效持久,不易复发。

者分为试验组和对照组。试验组男 38 例,女 26 例,平均年龄 21.32 岁 (16~37 岁), 平均病程 2.06 年 (0.5~7 年)。对照组男 24 例, 女 32 例, 平均年龄 23.12 岁 (18~39 岁),平均病程 2.03 年 (1 周~8 年)。所有患者皮损均累及面部, 约有 1/3 的患者皮损波及颈部、胸部和背部, 临床表现以黑头粉刺、白头粉刺、炎性丘疹及脓疱为主, 23 例患者伴有结节及囊肿, 36 例患者伴有不同程度的瘙痒及疼痛。根据患者的病情严重程度, 参考文献 [2] 的分级标准将患者皮损分为 4 度, 本观察主要入选 I、II 度 (即中度和较重度) 患者。两组患者的年龄、性别、病程差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 治疗方法 试验组患者面部外用玫芦消痤膏, 每日 3 次, 同时口服米诺环素片, 每日 1 次, 每次 100 mg, 总疗程为 8 周。对照组患者口服米诺环素片, 每日 1 次, 每次 100 mg, 总疗程为 8 周。两组患者均每 2 周观察记录疗效 1 次, 连续观察 8 周。治疗期间嘱患者不得外用和内服其他药物, 分别观察 15、30、45、60 d 的复发情况 (再次出现粉刺、丘疹、脓疱等)。

1.3 疗效判定标准 根据治疗前后皮损 (粉刺、丘疹、脓疱等) 减少情况进行疗效判定。治愈: 皮损消退 $\geq 90\%$, 无新的皮损出现, 仅遗留少量色素沉着; 显效: 皮损消退 60%~89%, 无新的皮损出现, 遗留少量色素沉着; 好转: 皮损消退 30%~59%, 偶有新的皮损出现, 遗留少许色素沉着; 无效: 皮损消退 $<30\%$, 仍有新的皮损出现, 遗留色素沉着。有效率 = (治愈例数 + 显效例数) $\div$ 总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 所有数据采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗中对照组有 4 例患者因不良反应较重退出治疗, 未列入疗效评价, 最终试验组 64 例、对照组 52 例患者完成治疗。两组患者治疗结果见表 1。试验组疗效优于对照组, 两组患者疗效经统计学分析差异有统计学意义 ($\chi^2 = 20.77, P < 0.05$)。试验组患者治疗 8 周后皮损明显消退, 与对照组相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组寻常痤疮患者疗效比较 例 (%)						
组别	n	痊愈	显效	好转	无效	有效率 (%)
试验组	64	28 (43.75)	18 (28.12)	10 (15.62)	8 (12.50)	71.88
对照组	52	6 (11.54)	11 (21.15)	16 (30.77)	19 (36.54)	32.69

2.2 不良反应 试验组皮肤轻微发红 8 例, 发热 3 例, 持续时间均很短暂, 且在 1~2 h 内消失; 有 4 例患者出现面部干燥、脱屑现象, 色素沉着 2 例, 恶心、食欲减退 16 例, 眩晕 12 例, 经口服维生素 B₆ 片等对症处理后上述症状消失, 不影响继续治疗。对照组恶心、食欲减退 22 例, 眩晕 14 例, 头痛 3 例, 色素沉着 7 例, 出现光敏反应 2 例, 其中 4 例患者因不良反应较重而终止治疗。

2.3 复发情况 试验组 15 d 复发 1 例, 30 d 复发 3 例, 45 d 复发 5 例; 60 d 复发 9 例, 复发率为 39.13%; 对照组 15 d 复发 1 例, 30 d 复发 2 例, 45 d 复发 4 例, 60 d 复发 5 例, 复发率为 70.59%。试验组复发率明显低于对照组。

3 讨论

寻常痤疮是毛囊皮脂腺的慢性炎症性疾病, 一般认为与体内雄激素水平、皮脂腺分泌状态和毛囊内微生物密切相关。青春发育期雄激素分泌增多, 促进皮脂的合成排泄和增加, 并使毛囊漏斗部角质增殖, 形成角栓, 造成毛孔堵塞; 毛囊内存在的微生物分解淤滞的皮脂, 产生游离脂肪酸, 后者有致炎作用, 使毛囊壁损伤破裂, 产生炎症性丘疹、脓疱、结节和囊肿等损害。基于上述发病机制, 笔者采用玫芦消痤膏联合米诺环素治疗寻常痤疮疗效较好, 有效率为 71.88%。玫芦消痤膏是由芦荟、玫瑰、苦参等研制而成的纯中药制剂, 现代医学研究证明, 芦荟、玫瑰具有抑制细菌、加强皮肤新陈代谢、营养皮肤细胞、促进皮肤生长的作用, 且兼有抑制黑色素生成的效果。苦参具有清热燥湿、杀虫止痒等功效。本药通过皮肤给药, 药物直接涂于皮损部, 不影响皮肤的正常通透功能, 其作用多在皮肤表面通过局部皮肤的渗透, 使药物发挥其抗炎、抑菌、止痒的作用。同时米诺环素能抑制痤疮丙酸杆菌繁殖, 又兼顾非特异性抗炎作用, 使表浅皮损及创面的恢复较好。笔者认为玫芦消痤膏联合米诺环素是治疗寻常痤疮的一种安全有效的好方法, 值得临床推广使用。

参考文献

[1]赵辨.临床皮肤科学[M].第 3 版. 南京:江苏科学技术出版社,2001. 935-936
[2]靳培英.痤疮的分型论治[J].中华皮肤科杂志,2002,35(1):67-69
(收稿日期: 2011-04-20)