

# 益气健脾除湿汤联合光动力疗法治疗中重度痤疮的效果观察

施小萌

(河南省南阳市中心医院皮肤科 南阳 473000)

**摘要:**目的:探究益气健脾除湿汤联合光动力疗法治疗中重度痤疮的效果。方法:选取 2017 年 1 月~2018 年 12 月收治的中重度痤疮患者 102 例为研究对象,采用随机数字表法分为观察组与对照组,各 51 例。对照组予以光动力疗法治疗,观察组在对照组治疗基础上采用益气健脾除湿汤治疗。比较两组治疗 2 周后的临床疗效,不同严重程度患者治疗 3 个月后的疗效及不良反应发生情况。结果:治疗 2 周后,观察组治疗总有效率为 47.1%,与对照组的 41.2%比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗 3 个月后,观察组 II~III 级患者总有效率明显高于对照组( $P<0.05$ ),两组 IV 级患者总有效率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );两组术后不良反应总发生率比较无显著性差异( $P>0.05$ )。结论:益气健脾除湿汤联合光动力疗法治疗可明显改善中重度痤疮患者症状,疗效理想且安全性高。

**关键词:**痤疮;光动力学疗法;益气健脾除湿汤

**中图分类号:**R758.733

**文献标识码:**B

**doi:**10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.030

痤疮是发生于毛囊皮脂腺单位的一种炎症反应,患者主要表现为面部粉刺、暗疮及丘疹等,影响自身形象。痤疮多发于青少年,发病率高达 87%<sup>[1]</sup>。若不及时治疗,随着病情的发展,易产生面部瘢痕,会对患者生活质量及社交活动产生不利影响。光动力学疗法治疗痤疮主要通过光敏化合物经过特定波长的激光照射后产生光化学反应,生成具有细胞毒性的一系列物质,达到杀菌效果。随着中医药在皮肤疾病治疗中的广泛应用,临床常联合中药治疗痤疮。痤疮属于中医学“肺风粉刺”等范畴,中医学认为痤疮病因为脾胃湿热、痰瘀凝结,治疗以疏风清热、化痰散结为主<sup>[2]</sup>。我院采用益气健脾除湿汤联合光动力疗法治疗中重度痤疮取得了良好的效果。现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取我院 2017 年 1 月~2018 年 12 月收治的中重度痤疮患者 102 例为研究对象,采用随机数字表法分为观察组与对照组,各 51 例。观察组男 28 例,女 23 例;年龄 19~26 岁,平均 $(23.24\pm 2.29)$ 岁;病情分级(Pillsbury 分级)<sup>[3]</sup> II 级 4 例, III 级 25 例, IV 级 22 例;病程 1~5 年,平均 $(3.41\pm 1.48)$ 年。对照组男 26 例,女 25 例;年龄 20~27 岁,平均 $(23.18\pm 2.11)$ 岁;病情 Pillsbury 分级 II 级 7 例, III 级 24 例, IV 级 20 例;病程 2~6 年,平均 $(3.37\pm 1.26)$ 年。两组一般临床资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:Pillsbury 分级 $\geq$  II 级;意识及沟通无障碍;病程 $\geq 3$ 个月;中医符合肺经风热证诊断<sup>[4]</sup>。排除标准:合并其他皮肤疾病者;哺乳及妊娠期妇女;合并活动性白癜风者;治疗依从性差者。

**1.3 治疗方法** 对照组给予光动力学疗法治疗:盐

酸酮戊酸散(国药准字 H20070027)外敷,使用前加入注射用水混合成 3%的药液,清洁患处后均匀涂抹,药液保存时间 $\leq 4$  h,且避光 1.5 h;随后使用武汉华睿创鑫科技有限公司的 LED 光动力学治疗仪治疗,选择 633 nm 红光,能量密度 60~100 J/cm<sup>2</sup>,距离患处 10 cm 照射 30 min,7 d 为 1 个治疗周期,3 次治疗后间隔 14 d。观察组在对照组基础上予以益气健脾除湿汤口服治疗。益气健脾除湿汤组成:白术、生地黄各 30 g,枇杷叶、红花、桃仁、桑白皮、黄芪、虎杖、丹参、浙贝母各 15 g,蒲公英、金银花、甘草、皂角刺各 10 g。大便秘结者加生大黄,有高热症状者加连翘。水煎后分为 200 ml/袋,早中晚各服用 1 袋,30 d 为 1 个疗程。两组持续治疗 3 个月。

**1.4 疗效评估标准**<sup>[4]</sup> 根据治疗前后患者皮肤状态评估疗效,包括粉刺、丘疹、脓疱等的数目。治愈:皮肤颜色及质地均恢复正常;显效:皮肤颜色稍有改善,皮损面积消退 $\geq 70\%$ ;有效:皮损面积消退 $\geq 30\%$ ,无明显瘢痕,但患处与正常皮肤颜色存在差异;无效:临床症状未改善或加重,皮损面积消退 $<30\%$ 或形成瘢痕。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.5 观察指标** (1)比较两组治疗 2 周后的临床疗效;(2)比较不同严重程度患者治疗 3 个月后的疗效;(3)比较两组不良反应发生情况,包括红斑、水肿、色素沉着等。

**1.6 统计学方法** 采用 SPSS18.0 统计学软件分析数据。计数资料用%表示,采用 $\chi^2$ 检验;计量资料用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,采用  $t$  检验。以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组治疗 2 周后临床疗效比较** 治疗 2 周后,

观察组治疗总有效率 47.1%，与对照组的 41.2% 比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗 2 周后临床疗效比较[例(%)]

| 组别       | n  | 治愈      | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效       |
|----------|----|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组      | 51 | 1 (2.0) | 15 (29.4) | 8 (15.7)  | 27 (52.9) | 24 (47.1) |
| 对照组      | 51 | 0 (0.0) | 10 (19.6) | 11 (21.6) | 30 (58.8) | 21 (41.2) |
| $\chi^2$ |    |         |           |           |           | 1.120     |
| P        |    |         |           |           |           | 0.263     |

2.2 两组不同严重程度患者疗效比较 治疗 3 个月 后，观察组 II~III 级患者总有效率明显高于对照组 ( $P<0.05$ )，两组 IV 级患者有效率比较，差异无统计学意义 ( $P>0.05$ )。见表 2、表 3。

表 2 两组 II~III 级患者疗效比较[例(%)]

| 组别       | n  | 治愈        | 显效       | 有效       | 无效       | 总有效        |
|----------|----|-----------|----------|----------|----------|------------|
| 观察组      | 29 | 20 (69.0) | 8 (27.6) | 1 (3.4)  | 0 (0.0)  | 29 (100.0) |
| 对照组      | 31 | 13 (41.9) | 9 (29.0) | 5 (16.4) | 4 (12.9) | 27 (87.1)  |
| $\chi^2$ |    |           |          |          |          | 4.009      |
| P        |    |           |          |          |          | 0.045      |

表 3 两组 IV 级患者疗效比较[例(%)]

| 组别       | n  | 治愈        | 显效       | 有效       | 无效       | 总有效       |
|----------|----|-----------|----------|----------|----------|-----------|
| 观察组      | 22 | 11 (50.0) | 5 (22.7) | 3 (13.6) | 3 (13.6) | 19 (86.4) |
| 对照组      | 20 | 6 (30.0)  | 6 (30.0) | 1 (5.0)  | 7 (35.0) | 13 (65.0) |
| $\chi^2$ |    |           |          |          |          | 2.636     |
| P        |    |           |          |          |          | 0.104     |

2.3 两组不良反应发生情况比较 两组不良反应总发生率比较无显著性差异 ( $P>0.05$ )。见表 4。

表 4 两组不良反应发生情况比较[例(%)]

| 组别       | n  | 红斑      | 水肿      | 色素沉着     | 总发生       |
|----------|----|---------|---------|----------|-----------|
| 观察组      | 51 | 2 (3.9) | 1 (2.0) | 5 (9.8)  | 8 (15.7)  |
| 对照组      | 51 | 4 (7.8) | 2 (3.9) | 6 (11.8) | 12 (23.5) |
| $\chi^2$ |    | 0.177   | 0.000   | 0.102    | 0.995     |
| P        |    | 0.674   | 1.000   | 0.750    | 0.318     |

3 讨论

美国 Hongcharu 首次提出的光动力学疗法为中重度痤疮患者带来了福音，我国也于 2007 年开始采用该疗法治疗痤疮。通过外源性给予 ALA，使其被皮肤吸收进毛囊皮脂腺单位，转化为强光敏物质，随后给予特定波长的激光照射，引发光动力学反应，进而产生强作用力的自由基团，发挥杀伤杆菌，抑制皮脂腺分泌等作用，达到最终治疗目的<sup>[9]</sup>。值得注意的是，该疗法中各参数的设置也同样重要，我国皮肤科医师协会 2011 年提出 2.5%~10% 的 ALA 治疗效果最佳，且提出了配合 0.5~2 h 封闭，能量 72~126 J/cm<sup>2</sup>，治疗一段时间后间隔 7~14 d 的治疗方法<sup>[9]</sup>。本研究中采用 3% 的药液，低浓度的药液可达到疗效的同时，减轻患者经济负担。药液避光 1.5 h，选择能量密度为 60~100 J/cm<sup>2</sup>，距离患处 10 cm 照射 30 min，7 d 为 1 个治疗周期，3 次治疗后间隔 14 d，各

参数均符合指标规定。

中医学中将痤疮称作“面疱、肺风粉刺、酒刺”等，《外科正宗》也曾提到过，称以上三名同种，而“粉刺属肺、酒渣鼻属脾，总皆血热郁滞不散”，详细的描述了该病的病因及病机，归纳总结即为肺胃血热及阴虚火旺，前者为标，后者为本<sup>[7]</sup>。中医治疗兼顾标本，发挥对症治疗的独特优势。本研究中采用自拟益气健脾除湿汤，方中白术健脾益气、燥湿利水，中医“脾胃学说”创始人李杲提倡“去诸经中湿而理脾胃”；生地黄清热凉血、养阴生津；枇杷叶清肺止咳、和胃利尿；红花生津益气，温通经脉，助阳化气，解表发汗；桃仁具有活血化瘀、润肠通便的功效，可治血闭不通，五心烦热；黄芪为补气良药，以补虚为主，可增强机体免疫功能且具有较广泛的抗菌作用；丹参具有活血调经，祛瘀止痛，凉血消痈之能；蒲公英、金银花清热解毒，宣肺化痰；再加以炙甘草调和诸药，共奏凉血解毒、化痰软坚之功效。

本研究两组治疗 2 周后的短期疗效及治疗过程中的不良反应发生率相当，提示两组治疗方案均可用于临床治疗中重度痤疮，快速控制病情发展的同时安全性较高，但观察组联合中药治疗后远期疗效更佳，且更适合中度痤疮的治疗。魏淑相等<sup>[8]</sup>采用自拟方消痤疮联合光动力学疗法治疗痤疮，中药方采用生石膏、丹参、甘草、黄芩等，疗效较好，且治疗后的不良反应均较轻微，这与本研究结果一致。

综上所述，益气健脾除湿汤联合光动力学疗法可明显改善痤疮患者皮损状态，短期及长期疗效均较好，不良反应轻微。

参考文献

[1]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

[2]张天博,白彦萍.寻常痤疮的中医证候研究进展[J].江苏中医药, 2018,50(12):83-86

[3]毕良华,吴建博.青春期痤疮和成人型痤疮临床分析比较[J].现代仪器与医疗,2017,23(1):73-74,87

[4]中华中医药学会皮肤科分会.痤疮(粉刺)中医治疗专家共识[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2017,16(4):382-384

[5]李育胜,袁定芬.氨基酮戊酸光动力学疗法在皮肤科的临床应用进展[J].应用激光,2016,36(4):496-500

[6]中华医学会皮肤性病学会分会光动力治疗研究中心.氨基酮戊酸光动力学疗法临床应用专家共识[J].中华皮肤科杂志,2015,48(10):675-678

[7]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

[8]魏淑相,范国娟.中药自拟方消痤疮联合艾拉光动力治疗中重度痤疮临床研究[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2019,18(4):340-342

(收稿日期: 2020-02-18)