

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0459-03

中西医结合治疗痤疮疗效观察

马卫东

[摘要] 目的:比较西药维 A 酸霜外用、中药消痤汤二者联合治疗痤疮效果。方法:选择 2001 年 3 月~2002 年 8 月门诊痤疮患者,随机分为维 A 酸霜外用组(A 组)、消痤汤煎服组(B 组)及维 A 酸霜、消痤汤联合治疗组(C 组),进行治疗前后皮损改变情况的观察,判断三组治疗效果。结果:C 组总有效率高于一组、B 组($P < 0.05$)。A 组维 A 酸霜组对 6 例 I 级痤疮患者均有疗效。B 组消痤汤组对 II~IV 级痤疮患者有效率为 76.7%, C 组对 I~IV 级痤疮患者有效率为 97.2%。三组均无不良反应。结论:维 A 酸霜外用和中药消痤汤口服联合使用治疗痤疮疗效满意。

[关键词] 痤疮; 维 A 酸霜; 消痤汤

[中国图书资料分类号] R 758.733 [文献标识码] A

痤疮是皮肤科常见病、多发病,尤其在青春期男女发病率最高,是一种慢性毛囊皮脂腺炎症,好发于面部,有白头与黑头粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿及凹陷或增生性瘢痕并伴有皮脂溢出^[1]。目前治疗方法较多,但经治疗后复发也较常见。2001 年 3 月~2002 年 8 月,笔者采用外用维 A 酸霜(华邦制药股份有限公司生产,商品名迪维霜)结合口服自拟中药方剂消痤汤治疗痤疮,取得较满意的疗效,现作报道。

1 资料与方法

1.1 病例选择 96 例均来自门诊痤疮患者,男 58 例,女 38 例;年龄 14~46 岁,其中 ≤ 20 岁 9 例, 21~30 岁 4 例, 31~40 岁 38 例, > 41 岁 8 例。痤疮

[收稿日期] 2004-03-29

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 皮肤科, 233000

[作者简介] 马卫东(1963-),男,新疆喀什人,主治医师。

危重患者导致心肺功能衰竭^[2]。而且寒颤也给患者带来不舒服的主观不感觉。手术期间发生重症寒颤常有下列原因:

(1) 冬季手术室内温度过低,麻醉开始后快速静脉滴注较冷的液体及皮肤酒精、碘酒消毒致皮肤散热增加等因素,使得体温下降,下丘脑体温调节中枢为保持正常体温,而发出冲动出现寒颤。(2) 致热原反应,常在输液、输血后 30~60 min 发生寒颤,如寒颤控制不及时,常伴有体温升高达 38℃ 以上,是由于致热原使体温调节中枢失衡引起的。治疗麻醉手术期间寒颤有多种方法:静注哌替啶、地西洋、氟哌啶、异丙嗪等,对于较轻的寒颤是有效的,但对重症寒颤有时不甚理想。本组有 6 例于麻醉后静注哌替啶 75 mg、氟哌啶 2 mg 辅助麻醉,可仍有用药后 30 min 左右发生重症寒颤,而用氯胺酮后立即好转。6 例认为致热原反应者,立即更换所输液体和器具后,静注异丙嗪和地塞米松效果不明显,改用氯胺酮后寒颤停止。本组还发生 3 例首次氯胺酮治疗后,发作停止,间隔 30 min 后再出现寒颤,经再次给先前剂量后,至术毕

疮皮损主要发生于面部,少数发生于胸背部。随机将 96 例患者分为三组,维 A 酸霜组(A 组) 26 例,消痤汤组(B 组) 34 例,维 A 酸霜和消痤汤联合使用组(C 组) 36 例。按照痤疮皮损分级将痤疮分为轻中重不同的等级,轻(I 级):粉刺为主要的皮损,可有少量丘疹和脓疱,总病灶数少于 30 个;中(II 级):由粉刺伴有中等量的丘疹和脓疱,总病灶数在 31~50 之间;中(III 级):有粉刺,伴有大量的丘疹和脓疱,偶见大的炎性损害,分布广泛,总病灶数在 50~100 之间,有少数结节;重(IV 级):除上述皮疹外,又伴有结节与囊肿,多数有疼痛并形成囊肿,结节囊肿在三个以上^[2]。本组 I 级 15 例, II 级 30 例, III 级 42 例, IV 级 9 例。所选患者 1 个月内未经任何系统的痤疮药物治疗,妊娠、哺乳妇女、聚合性及坏死性严重类型痤疮不选为观察病例。

1.2 消痤汤组方 蒲公英 15 g, 金银花 12 g, 连翘

未再出现。提示小剂量氯胺酮治疗重症寒颤,必要时可以重复给药。

氯胺酮作为一种竞争性 NMDA 受体拮抗剂,抑制麻醉术后寒颤的药理作用颇为复杂,可能有几种药理学特性均与抗寒颤作用有关,包括作为 K 阿片受体激动剂;在下传的抑制性单胺疼痛通路中,抑制单胺类物质的重吸收;局部麻醉作用以及与 M 胆碱受体的相互作用等。

本组治疗结果表明:应用小剂量氯胺酮治疗麻醉手术期间重症寒颤,作用快,疗效肯定,但对少数致热原反应者,用氯胺酮的同时,复合异丙嗪、地塞米松,更换液体和器具等综合治疗,可以达到理想的效果。

[参 考 文 献]

- [1] 朱卫东, 靳冰. 氯胺酮作用机理研究进展[J]. 临床麻醉学杂志, 1994, 10(1): 47~49.
- [2] 薛富善. 体温与麻醉[J]. 临床麻醉学杂志, 1992, 8(3): 180~183.

12 g, 枇杷叶 12 g, 白芷 10 g, 桔梗 12 g, 桑白皮 9 g, 牛膝 15 g, 当归 12 g, 丹参 15 g, 生山楂 10 g, 黄芪 12 g, 甘草 6 g, 并随证加减; 大便秘结加生大黄 5 g 后下, 结疖、囊肿加昆布 12 g、海藻 12 g; 月经不调加益母草 15 g, 每剂水煎服, 每天分 2 次。

1.3 治疗方法 A 组每晚温水洗面后涂患处, 每日 1 次; B 组中药水煎 100 ml, 每日饭前早晚各服 1 次; C 组维 A 酸霜和消痤疮汤联合使用, 内服中药消痤疮汤同 B 组, 外用药同 A 组, 以上 3 组均 2 周为 1 个疗程, 一般治疗 2~4 周。

1.4 观察方法及疗效判断标准^[3] 记录每例患者初诊及治疗后 2~4 周总病灶数、炎性损害(丘疹、脓疱、结疖、囊肿)及非炎性损害(黑头粉刺、白头粉刺)皮损数目及出现的不良反应。基本痊愈: 皮损总数减少 > 90%; 显效: 皮损总数减少 60%~90%; 好转: 皮损总数减少 30%~59%; 无效: 皮损总数减少 < 30%。计算各组 2 周、4 周末的 I~IV 级的皮损数、炎性皮损数、非炎性皮损数、总皮损数的均数。以治疗前后炎性损害和非炎性损害总数减少的百分率来评价疗效。

1.5 统计学方法 采用多样本比较的秩和检验。

2 结果

联合组(C 组)疗效均高于 A、B 组($P < 0.05$) (见表 1)。

表 1 3 组痤疮患者临床疗效比较(n)

分组	n	基本痊愈	显效	进步	无效	总有效率 (%)	Hc	P
A 组	26	3	8	3	12	53.8 [△]		
B 组	34	3	15	5	11	67.6 [△]	8.99	<0.05
C 组	36	8	16	11	1	97.2		
合计	96	14	39	19	24	75.0		

与 C 组比较: $\Delta P < 0.05$

A 组对 I 级皮损均有效, 总有效率 53.8%。B 组对 II~IV 级有效率为 76.7%, 总有效率 67.6%。C 组对 I 级均有效, 对 II~IV 级有效率为 96.8%, 总有效率为 97.2% (见表 2)。

表 2 3 组痤疮患者按皮损分级比较(n)

分组	n	I 级		II 级		III 级		IV 级	
		有效	无效	有效	无效	有效	无效	有效	无效
A 组	26	6	0	6	3	2	7	0	2
B 组	34	0	4	7	4	13	3	3	0
C 组	36	5	0	10	0	17	0	3	1
合计	96	11	4	23	7	32	10	6	3

不良反应: 经 4 周观察消痤疮汤煎服的患者中, B 组和 C 组共 2 例服药后有胃部轻微不适。A 组有 10 例, II 组中有 12 例外用药局部有干燥、脱屑、不同程度的红斑伴瘙痒及灼热、疼痛, 一般在外用药 1 周内发生, 可自行消退, 不影响正常治疗。所有患者均未见任何全身不良反应。

3 讨论

祖国医学认为肺主皮毛, 与大肠相表里, 痤疮为素体阳热偏盛, 本病多由肺经血热, 循经上熏, 血随热行上壅于胸面, 热盛久蕴, 化湿生痰或过食肥甘厚味, 胃热炽盛, 又感受风毒之邪, 或脾湿化热, 化湿生痰, 湿热夹痰, 或月经不调, 瘀滞化热, 痰瘀互结所致, 病程缠绵加重。诚如《医宗金鉴·外科心法》肺风粉刺记载: “此证由肺经血热而成, 每发于面鼻, 起碎疙瘩, 形如黍屑, 色赤肿痛, 破出白粉汁”^[4]。故治法以清泄肺胃之热, 化痰除湿健脾, 活血散瘀, 方中枇杷叶、桑白皮、蒲公英、金银花、连翘清热解毒, 桔梗、白芷宣肺化痰, 牛膝、丹参、当归活血化瘀, 引药下行, 生山楂、黄芪消食健脾, 生大黄泻肠腑实热, 以清肺热。口服中药治疗痤疮, 对炎症性损害为主的患者, 尤其对炎症比较严重的 II~IV 级患者作用突出, 皮损恢复明显, 抗菌、消炎、解毒, 调节机体平衡, 长期服用不易产生耐药是其显著特点, 可用于早期预防治疗。

现代医学认为痤疮是一种多因素疾病, 其发病机制常与下列因素有关: (1) 皮脂腺的过多分泌; (2) 毛囊颈部异常角化及阻塞; (3) 异常菌群(主要是痤疮丙酸杆菌)和炎症的产生有关。0.1% 维 A 酸霜对痤疮的治疗作用可能由于: (1) 通过防止角质细胞互相粘连, 从而干扰了粉刺的形成; (2) 促进毛囊上皮细胞增生, 使闭合性粉刺更快地变成开放性粉刺; (3) 加速局部血流, 有助于丘疹结节的消退^[5]。

虽说中药有对抗粉刺的作用^[6], 但不能从根本上改善毛囊的角化程度和角化过程, 难以阻止微粉刺形成。维 A 酸类药物可抑制毛囊角化过度、角栓形成及过多的皮脂溢出, 阻止微粉刺形成, 减轻炎症损害, 直接外用于病损部位, 其药物活性产生的生物效应对非炎症损害为主的 I 级痤疮患者的皮损恢复更显著。中西医结合治疗可对炎症损害为主的 II~IV 级皮损及非炎症损害为主的 I 级皮损, 共同产生治疗作用, 起到相辅、叠加增效的作用。本文中药口服联合维 A 酸霜外用组疗效均高于单用消痤疮汤、维 A 酸霜组 ($P < 0.05$), 因此, 采用中西医结合治疗痤疮, 内外兼治, 疗效显著, 作用稳定持久, 无耐药性及

不良反应,值得临床广泛应用。

[参 考 文 献]

- [1] 王姣峰. 维 A 酸霜对痤疮的疗效观察[J]. 实用诊断与治疗杂志, 2003, 17(3): 202.
- [2] 靳培英. 痤疮的分型论治[J]. 中华皮肤科杂志, 2002, 35(2): 67~69.
- [3] 王雅娟, 董海林, 陈 琪. 中西医结合治疗寻常性痤疮的临床观

察[J]. 中日友好医院学报, 2003, 17(4): 226~228.

- [4] 王同庆. 自拟消痤疮汤治疗寻常痤疮 60 例[J]. 北京中医, 2000, 19(3): 25~26.
- [5] 王亚美, 李 季, 张 成, 等. 迪感霜治疗痤疮 100 例疗效观察[J]. 贵州医药, 2003, 27(5): 452~453.
- [6] 柴 宝, 黄 畋. 中药痤疮冲剂对兔耳实验模型抗角化作用的研究[J]. 中华皮肤科杂志, 1999, 32(5): 326~327.

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0461-01

· 祖国医学 ·

乳增宁胶囊治疗面部黄褐斑疗效观察

丁汉锦¹, 张建平²

[关键词] 黄褐斑; 乳增宁胶囊

[中国图书资料分类法分类号] R 758.42 [文献标识码] B

黄褐斑为发生于面部的呈对称性、淡褐色至深褐色斑, 病因不明, 多认为与内分泌紊乱、神经调节因素、紫外线照射及慢性消耗性疾病(如慢性肝、肾病等)有关。治疗较为困难。乳增宁胶囊(主要成分为艾叶、柴胡、川楝子、淫羊藿等)临床上主要用于治疗乳腺小叶增生, 在治疗该病的过程中, 发现该药对黄褐斑的治疗有效。为此, 我们在临床中选择了 50 例黄褐斑患者, 口服乳增宁胶囊治疗, 取得较好的效果, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2002 年 8~12 月经门诊治疗黄褐斑患者 50 例, 均为女性, 年龄 22~48 岁, 病程 0.5~10 年。均无慢性肝、肾病史。中医分型: 肝郁气滞型 20 例, 充任失调型 19 例, 肝肾两虚型 3 例, 其它 8 例。

1.2 治疗方法 口服乳增宁胶囊(安徽丰原药业股份有限公司涂山药厂产品)一次 4 粒, 1 天 3 次, 每 10 天记录观察 1 次, 30 天为一疗程, 连续服用 2 个月作疗效评价。

1.3 疗效判定标准 痊愈: 面部色素基本消退, 或仅有隐约可见的色素斑; 显效: 皮损消退 60% 以上; 有效: 皮损消退 30% 以上。无效为皮损无变化或色素消退 30% 以下。

2 结果

服药 60 天(2 个疗程)患者 43 例, 中途退出者 7 例。其中治愈 8 例(18.6%), 显效 10 例(23.26%), 有效 9 例(20.93%), 无效 16 例(37.21%); 总有效率 62.79%。

3 讨论

祖国医学认为黄褐斑总的病机为气机不畅、气血瘀滞, 颜面失于濡养^[1]。在脏腑之中, 本病与肝、脾、肾三脏关系密切, 一是肝气郁滞, 血瘀于面; 二是脾虚不能生化精微, 气血两亏, 肌肤失养; 三是肾水亏而不能制火, 虚热内蕴, 郁结不散, 阻于肌肤所致。脏腑失调, 污浊之气上蒸于面, 瘀滞而成

斑。因此, 有“无瘀不成斑”之说^[2]。现代医学发现黄褐斑患者存在血流动力学的异常, 与祖国传统中医所说血瘀相符合, 证实黄褐斑的发生与血液黏度增加而致血液瘀滞、微循环障碍有一定关系^[3]。故本病在治疗上则以疏肝理气、活血化瘀、调理冲任为主。

乳增宁胶囊由艾叶、淫羊藿和川楝子等十余味中药精炼加工而成, 主要功能为疏肝理气、活血化瘀、调理冲任, 能有效改善全身及面部皮肤血液循环^[4]。组方中艾叶、柴胡、川楝子疏肝解郁、理气调经, 解郁则气畅, 血和则斑渐消。艾叶、淫羊藿、天门冬温经补肾滋阴、调理冲任。且肾阴不足多致血热津枯、血热津燥, 面部皮肤得气血温煦滋养, 而天门冬、土贝母能滋阴清热、润燥生津。气血调、精津足则气血上荣于面, 则斑自消。经临床观察, 乳增宁胶囊对肝郁气滞、冲任失调、肝肾两虚所致面部黄褐斑痊愈率达 18.6%, 总有效率 62.79%, 观察中发现 30 例病程短者疗效优于病程长者, 其中 8 例因紫外线照射及化妆品等因素所致的黄褐斑, 使用该品治疗效果较差。

黄褐斑的临床治疗报道较多, 西医治疗重标, 多采用外治法, 虽有一定治疗效果, 但有一定毒副作用; 乳增宁胶囊作为中药, 治疗重本, 毒副作用小, 治疗效果较好, 这充分体现了中医治疗的整体观念及辩证施治的原则。本文两疗程后仍有 9 例效果不明显, 15 例无效。对这类患者再追加一个疗程的治疗, 其中 3 例显效, 5 例有效, 有效率为 18.60%。关于疗程长短问题, 可能与个体差异有关, 随着疗程的延长, 乳增宁胶囊活血化瘀作用增强, 气血、脏腑机能进一步改善, 所以黄褐斑得以消退。

[参 考 文 献]

- [1] 李秀萍, 李灵巧. 黄褐斑的辩证论治[J]. 河北中医, 2000, 22(6): 450~451.
- [2] 冯安吉, 海春旭. 黄褐斑病因及发病机理[J]. 第一军医大学学报, 2000, 20(2): 183~184.
- [3] 张素洁. 中医辩证治疗黄褐斑与血液流变学关系的研究与分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 1998, 4(11): 35~37.
- [4] 王本忠. 乳增宁胶囊治疗乳腺增生症 120 例报告[J]. 安徽医药, 2001, 5(1): 22.

[收稿日期] 2004-03-11

[作者单位] 1. 安徽丰原集团医学部, 安徽 蚌埠 233010; 2. 安徽省蚌埠市中医医院, 233010

[作者简介] 丁汉锦(1964—), 男, 安徽固镇县人, 主治医师, 副研究员。