

引用:姜银平,林海燕,覃学斌,龙友红,张武德. 锋勾针排脓放血结合中药内服治疗重度痤疮 45 例总结[J]. 湖南中医杂志,2022,38(3):61-63.

锋勾针排脓放血结合中药内服治疗 重度痤疮 45 例总结

姜银平,林海燕,覃学斌,龙友红,张武德

(中国科学院大学深圳医院中医科,广东 深圳,518106)

[摘要] 目的:观察锋勾针排脓放血结合中药内服治疗重度痤疮的临床疗效。方法:将 90 例重度痤疮患者随机分为治疗组和对照组,每组各 45 例。对照组采用五味消毒饮合仙方活命饮加减方治疗,治疗组在对照组基础上加用锋勾针排脓放血治疗,2 组疗程均为 6 周,观察 2 组治疗前后粉刺、丘疹、脓疱、囊肿、结节各类型皮损的数量变化,并比较 2 组临床疗效及不良反应发生情况。结果:总有效率治疗组为 100.00% (45/45),对照组为 68.89% (31/45),2 组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.01$);治疗组治疗前后各类型皮损数量组内比较,差异有统计学意义 ($P < 0.01$);对照组治疗前后粉刺、丘疹、脓疱、囊肿数量组内比较,差异有统计学意义 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$);2 组各类型皮损数量治疗后组间比较,差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。2 组均未出现明显不良反应,治疗组锋勾针治疗过程中,患者面部出现持续红晕、轻度灼热及疼痛,经休息后在 24 h 之内消失。结论:锋勾针排脓放血结合中药内服治疗重度痤疮的临床效果明显,对粉刺、丘疹、脓疱、囊肿及结节各类型痤疮皮损修复能力显著。

[关键词] 重度痤疮;锋勾针;排脓放血;五味消毒饮;仙方活命饮

[中图分类号] R275.987.3⁺3 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.03.017

痤疮是一种在青少年和成人中常见的毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,可导致炎症后色素沉着和永久性瘢痕^[1]。寻常性痤疮临床以粉刺、丘疹、脓疱、炎性结节及囊肿等皮损类型为主要表现,而重度痤疮以结节和囊肿型皮损为主,愈后常留有瘢痕。重度痤疮具有病程长、易复发和难以治愈的特点,严重影响患者心理健康和人际交往^[2]。痤疮的发病机制包括皮脂分泌过多、毛囊皮脂腺导管堵塞、细菌感染与炎性反应等^[3]。西医多采用对症治疗,目前常用的抗痤疮药物包括抗雄激素药物、抗生素、维 A 酸、过氧化苯甲酰等^[4],重度痤疮治疗以系统性维 A 酸为主,并联用抗生素类药物,严重时可用激素类药物联合治疗^[5]。本研究采用锋勾针排脓放血结合中药内服治疗重度痤疮,临床效果显著,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2019 年 4 月至 2020 年 10 月于我院中医科痤疮专病门诊就诊的痤疮患者 90

例,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 45 例。治疗组中,男 12 例,女 33 例;年龄 16~38 岁;病程 36 个月以内;痤疮轻重程度:7 级 11 例,8 级 16 例,9 级 18 例。对照组中,男 8 例,女 37 例;年龄 17~42 岁;病程 36 个月以内;痤疮轻重程度:7 级 16 例,8 级 13 例,9 级 16 例。2 组性别、年龄、病程、皮损轻重程度分级等一般资料比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。本临床研究已通过医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 符合《中药新药临床研究指导原则》^[6]中痤疮的诊断标准。好发于面部、上胸及背部皮脂腺发达部位,对称分布;皮损为毛囊性丘疹、脓疱、结节、囊肿、黑头粉刺和瘢痕,伴有皮脂溢出,呈慢性进展。

1.2.2 分级标准 采用改良的 Samuelson 9 度分级法进行病情分级。1 级为少量粉刺 (<25 个),2 级为中量粉刺 (25~50 个),3 级为粉刺伴少量炎性丘

疹(<25个),4级为粉刺伴少量脓疱与炎性丘疹(<25个),5级为大量粉刺(>50个)伴少量丘疹、脓疱(<25个),6级为中量脓疱与炎性丘疹(25~50个)伴粉刺,7级为大量脓疱与炎性丘疹(>50个),8级为炎性结节、囊肿伴少量丘疹、脓疱(<25个),9级为炎性结节、囊肿伴较多量丘疹、脓疱(>25个)。其中1~3级属于轻度,4~6级属于中度,7~9级属于重度^[7]。

1.2.3 中医辨证标准 参照《22个专业96个病种中医诊疗方案(合订本)》^[8]中痰瘀互结证的有关标准制定。皮疹颜色暗红,以结节、脓肿、囊肿、瘢痕为主,或见窦道,经久难愈;伴纳呆腹胀;舌质暗红、苔黄腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 1)符合上述中医诊断及中医辨证标准,并且分级属于7~9级的重度痤疮患者;2)年龄16~45岁,性别不限;3)治疗前1周内未用过与本病相关的药物及外治法;4)自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)妊娠或哺乳期妇女;2)化学物质所致的职业性痤疮,药物引起的痤疮;3)正在口服抗抑郁药、镇静药物者;4)合并有心脑血管、肝肾和造血、凝血系统等严重原发性疾病,或精神病患者;5)日常生活因外来因素而受到明显干扰者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用中药治疗。处方:五味消毒饮合仙方活命饮加减方。方药组成:金银花20g,野菊花30g,连翘30g,蒲公英30g,紫花地丁30g,白芷15g,当归15g,赤芍10g,皂角刺15g,天花粉15g,浙贝母15g,生甘草10g。大便干结、舌红者,加大黄10g、全瓜蒌30g;结节较多者,加夏枯草15g、薏苡仁30g;囊肿色暗、久不消退者,加鸡内金10g、丹参15g、山楂15g^[9]。以上中药均由康美公司中药房代煎,每天1剂,水煎400ml,分2次(200ml/次)饭前服用。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用锋勾针排脓放血治疗。操作手法:右手拇指、食指和中指持锋勾针,左手持止血钳夹棉球,定位痤疮皮损毛囊口处,针尖从毛囊口进入,深达毛囊底部,然后从毛囊底部向毛囊口方向迅速挑割,在毛囊内壁漏斗部形成线性切口,用勾针弯曲背面从外围皮肤向毛囊口方向推压,排出毛囊内的脂栓、脓液、瘀血等内容物,左手以止血钳持75%乙醇棉球随时擦净排出物^[10]。

每周治疗1次。

2组均连续治疗6周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)将面部分为5区,即额、左颊、右颊、鼻及下颌,即时观察并准确记录治疗前后患者面部皮损类型及个数。2)观察2组不良反应情况。

3.2 疗效标准 根据治疗前后Samuelson 9度分级评定临床疗效。显效:皮损分级下降3级以上;良效:皮损分级下降2级;有效:皮损分级下降1级;无效:皮损等级无变化。

3.3 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行统计。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 总有效率治疗组为100.00%,对照组为68.89%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。(见表1)

表1 2组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	良效	有效	无效	总有效
治疗组	45	43(95.56)	2(4.44)	0	0	45(100.00) ^a
对照组	45	10(22.22)	2(4.44)	19(42.23)	14(31.11)	31(68.89)

注:与对照组比较,^a $P < 0.01$ 。

3.4.2 2组治疗前后各类型皮损数量比较 治疗组治疗前后各类型皮损数量组内比较,差异有统计学意义($P < 0.01$);对照组治疗前后粉刺、丘疹、脓疱、囊肿数量组内比较,差异有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$);2组治疗后各类型皮损数量组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表2)

表2 2组治疗前后各类型皮损数量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	粉刺	丘疹	脓疱	囊肿	结节
治疗组	45	治疗前	71.67±3.83	25.36±1.68	13.82±1.44	6.93±0.85	8.31±1.01
		治疗后	17.89±1.93 ^{ac}	4.69±0.53 ^{ac}	1.38±0.35 ^{ac}	0.20±0.05 ^{ac}	0.27±0.09 ^{ac}
对照组	45	治疗前	73.96±3.08	28.29±1.38	10.76±1.67	5.18±0.66	8.13±1.23
		治疗后	41.07±2.61 ^a	11.96±1.18 ^a	4.76±0.82 ^a	3.13±0.56 ^b	5.60±1.00

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$,^b $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^c $P < 0.01$ 。

3.4.3 2组不良反应情况比较 2组均未出现明显不良反应,治疗组锋勾针治疗过程中,患者面部出现持续红晕、轻度灼热及疼痛,主要是因锋勾针挑割排脓放血所引起的局部组织应激性反应,疼痛均在患者能够忍受的范围内,未影响治疗,局部出现轻微的水肿也经休息后在24h之内消失。

4 讨 论

痤疮皮损初起以非炎症性的白头粉刺和黑头粉刺为主,随后因炎症反应的深浅、大小不同而表现出不同类型的炎症性皮肤损害,主要为丘疹型、脓疱型、结节型和囊肿型等。重度痤疮患者面部皮损多以结节和囊肿为主,根据其病因病机特点,治疗当以清热解毒、消肿排脓、活血化瘀为法。临床研究报道,仙方活命饮和五味消毒饮两方加减治疗中重度痤疮确有疗效^[9,11-13],故采用两方联合加减为中药治疗方案。皮损的类型和数量是寻常痤疮最主要的诊断和疗效判定指标,临床上应用各种疗法,均是以皮损消失为最终目标。

《灵枢·官针》云:“九针之宜,各有所为,长短大小,各有所施也,不得其用,病弗能移。”本研究采用师怀堂新九针之一的锋勾针排脓放血治疗寻常痤疮,是综合了锋勾针的针形特点、痤疮的病因病机以及人体面部毛囊结构特点三方面因素,运用经络系统的皮部理论和刺络理论而独创的治疗方法。多项临床研究显示,锋勾针排脓放血治疗寻常痤疮效果显著^[14-17]。痤疮皮损修复的条件之一是彻底清除毛囊内皮脂栓及脓栓,否则依然会反复感染,皮损难以愈合^[14]。锋勾针排脓放血疗法是在面部毛囊内侧壁漏斗部位划割,形成1~1.5 mm的“1”字型规则切口,漏斗部位的切口可使毛囊迅速开放并减压,利于毛囊皮脂栓及脓栓的彻底排出。

《素问·针解》曰:“菟陈则除之,是出恶血也。”痤疮皮损局部创面内存留的瘀滞脓血不仅妨碍创伤的愈合,也为细菌繁殖创造了有利条件。用此法治疗面部痤疮皮损,可彻底排出毛囊内瘀滞脓血,并充分放血,在排尽恶血的同时给皮损局部带来大量新鲜血液,新鲜血液富含中性粒细胞和充足的氧气,从根本上抑制丙酸杆菌的生长,控制炎症反应。此外,新鲜血液中还含有大量各种生长因子,可产生协同作用,促进皮损修复。生理学的有关理论指出:放血治疗就是直接把富含致病物质的血液放出,同时放血形成的负压可促使新鲜血液向病灶流动,稀释了致病物质的浓度,改善了局部微循环,并有利于损伤组织修复^[18],可以“给邪以出路”,达到“祛瘀生新”的目的,故皮损修复起效快,修复能力强。

本研究结果显示,单用口服中药疗法对重度痤疮确有疗效,但其总有效率并不理想,对囊肿及结节型皮损的消退作用有限。锋勾针排脓放血联合

中药治疗重度痤疮不仅有显著的临床疗效,而且对粉刺、丘疹、脓疱、囊肿、结节各类型皮损均有显著的修复能力,在消退囊肿、结节方面的疗效显著,弥补了中药内服不能在短期内消退囊肿和结节皮损的不足。综上所述,在配合中药内服的基础上,应用锋勾针排脓放血疗法治疗重度痤疮临床效果明显,值得临床深入挖掘并推广。

参考文献

- [1] 马英,项蕾红. 痤疮发病机制及治疗目标的新认识[J]. 临床皮肤科杂志,2015,44(1):66-69.
- [2] 朱世文. 复方甘草酸苷联合ALA-PDT治疗中、重度痤疮44例临床观察[J]. 中国皮肤性病学杂志,2016,30(10):1098-1100.
- [3] SHINJITA DAS. Recent advances in acne pathogenesis: Implications for therapy[J]. American Journal of Clinical Dermatology, 2014,15(6):479.
- [4] 王光明,孙世成. 痤疮研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报,2013,15(3):239-243.
- [5] 陈伟,马晓燕,侯海利. 中西医结合疗法治疗重度痤疮的疗效观察[J]. 武警医学,2017,28(2):191-194.
- [6] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:292.
- [7] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 2版,南京:江苏科技出版社,2002:65.
- [8] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案(合订本)[M]. 北京:中国中医药出版社,2011:298.
- [9] 张明,赵晓广,刘巧. 五味消毒饮联合仙方活命饮治疗重度痤疮临床观察[J]. 实用皮肤病学杂志,2014,7(6):453-454,457.
- [10] 徐佳. 锋勾针治疗寻常痤疮临床特色技术[C]//中国针灸学会. 第四届国际针灸推拿技法演示暨2016年腧穴耳穴应用与针灸教育学术年会论文集. 北京:中国针灸学会,2016:5.
- [11] 马新华,陈仕胜,金宛宛. 加味五味消毒饮治疗中重度痤疮疗效观察及对Th17细胞的影响[J]. 浙江中西医结合杂志,2014,24(11):958-959,963.
- [12] 甘海芳,杨文志,李广莹,等. 加减仙方活命饮治疗肺胃热毒型中重度寻常痤疮的疗效及对患者血清细胞因子白介素-1 α 与白介素-4的影响[J]. 四川中医,2018,36(7):172-175.
- [13] 陈刚. 化痰散结汤联合五味消毒饮加减治疗中重度寻常型痤疮40例[J]. 浙江中医杂志,2018,53(7):502.
- [14] 徐佳,吕瑛. 锋勾针排脓放血对面部寻常痤疮皮损修复作用的观察[J]. 上海针灸杂志,2010,29(6):357-359.
- [15] 张靖怡,吕瑛,刘巧,等. 锋勾针治疗寻常性痤疮疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2013,32(11):929-930.
- [16] 万怡. 锋勾针排脓放血对结节型痤疮皮损修复作用的研究[J]. 上海针灸杂志,2015,34(12):1204-1207.
- [17] 张靖怡,吕瑛,徐佳. 锋勾针与美容针对寻常性痤疮皮损修复作用的比较研究[J]. 中国针灸学会,2015,29(6):357-359.
- [18] 吴峻,沈晓柔. 刺血治疗前后微循环变化33例对照观察[J]. 中国针灸,2001,21(9):42-43. (收稿日期:2021-06-28)