

热敏灸联合火针治疗阳虚型中度痤疮的临床观察

戴品 胡凤鸣 丁世伟 王鹏 张晨芳 (江西省皮肤病专科医院 南昌 330001)

[摘要] 目的:观察热敏灸联合火针疗法治疗阳虚型中度寻常痤疮的临床疗效。方法:将 120 例阳虚型中度寻常痤疮患者随机分为观察组与对照组,各 60 例。观察组患者运用热敏灸联合火针治疗;对照组患者使用盐酸米诺环素胶囊治疗。疗程均为 4 周。比较两组患者治疗前、入组后 4 周、入组后 8 周的 GAGS 评分,评价临床疗效,并观察治疗期间不良反应发生情况。结果:两组患者入组后经治疗 4 周,观察组患者有效率为 76.7%,优于对照组的 60.0% ($P < 0.05$)。两组患者入组后第 8 周,观察组患者有效率为 68.3%,优于对照组的 48.3% ($P < 0.05$)。两组患者的不良反应发生率比较无明显差异 ($P > 0.05$)。结论:热敏灸联合火针治疗能够降低阳虚型中度寻常痤疮患者皮损评分,改善皮损症状,具有较好的安全性。

[关键词] 热敏灸;火针;阳虚型;寻常痤疮;中度

中图分类号:R275.9 文献标识码:A

寻常痤疮是皮肤科最为常见的一种慢性、炎症性、毛囊皮脂腺疾病,好发青春期男女,流行病学研究表明,约 80%~90% 的青少年曾罹患痤疮^[1]。其临床表现为白头及黑头粉刺、炎症性丘疹、脓疱、结节、囊肿等,可导致炎症后色素沉着斑和瘢痕,严重者可导致毁容^[2]。根据 2019 年中国痤疮治疗指南,依据皮损性质将寻常痤疮分为 3 度 4 级,其中中度痤疮的治疗西医多采用口服或外用抗生素、维 A 酸类药物等,但由于其易产生不良反应等原因,限制了其临床中的广泛使用。在中医学方面,寻常痤疮属于“肺风粉刺”范畴,辨证分型主要有肺经风热证、痰瘀凝结证、脾胃湿热证、冲任不调证^[3]。但在实际临床工作中,笔者遇到不少阳虚证痤疮患者,运用热敏灸联合火针治疗该型患者,取得了较为满意的疗效,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本临床研究采取前瞻、对照、随机的研究方法,选取 2017 年 5 月—2019 年 3 月就诊于江西省皮肤病专科医院的 120 例阳虚型中度寻常痤疮患者,使用 SPSS 18.0 统计软件将其随机分为观察组与对照组,各 60 例。观察组男性 31 例,女性 29 例;病

程 1~9 年,平均病程 (4.13 ± 2.68) 年;年龄 18~37 岁,平均年龄 (27.31 ± 3.85) 岁;治疗前 GAGS 评分为 (16.26 ± 3.21) 分。对照组男性 28 例,女性 32 例;病程 1~8 年,平均病程 (3.85 ± 2.31) 年;年龄 18~35 岁,平均年龄 (26.59 ± 3.63) 岁;治疗前 GAGS 评分为 (15.98 ± 2.98) 分。两组患者性别、病程、年龄、病情严重度评分等基线资料比较,差异均无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准

1.2.1 西医诊断标准 参考赵辨教授《中国临床皮肤病学》诊断标准:青春期开始发病,好发面、前胸及背等皮脂腺功能旺盛区域,对称分布。皮损为开放性或闭合性粉刺、炎性丘疹、脓疱、结节、囊肿和瘢痕,伴皮脂溢出,慢性病程^[1]。

1.2.2 中医证候标准 参考《中药新药临床研究指导原则》及相关文献制定^[4-5]。(1) 主要症状:以脓疱、丘疹为主,丘疹大多顶不出脓头。(2) 次要症状:①肢冷、畏寒、小腹冷,尤其以双下肢怕冷常见,女性患者多伴有痛经;②腹胀、纳差、便溏;③小便频数,常伴有夜尿;④部分患者伴随以遇冷则发作或加重为特征的各种痛证。(3) 舌象:舌淡,或伴有齿痕,苔白,或可见腻苔。须具备主症及次

基金项目:江西省卫生计生委中医药临床研究项目(2017A154)。

症 2 项, 结合其他症状、舌象, 可诊断。

1.2.3 病情严重度分级标准 主要依据皮损性质将痤疮分为 3 度 4 级^[3]。轻度 (I 级): 仅有粉刺; 中度 (II 级): 炎性丘疹; 中度 (III 级): 脓疱; 重度 (IV 级): 结节、囊肿。

1.2.4 病情严重度评估 寻常痤疮病情轻重的程度使用日本学者 Doshi 于 1997 年提出的痤疮综合分级系统 (GAGS) 进行评估。将痤疮好发部位分为 6 个区域。I 区: 前额 (因素分值 2), II 区: 左颊 (因素分值 2), III 区: 右颊 (因素分值 2), IV 区: 鼻 (因素分值 1), V 区: 颏 (因素分值 1), VI 区: 胸及上背 (因素分值 3)。每个区域分值 (最严重的皮损决定该区的分值): 0 分 = 无皮损, 1 分 \geq 1 个粉刺, 2 分 \geq 1 个炎性丘疹, 3 分 \geq 1 个脓疱, 4 分 \geq 1 个结节或囊肿; 该区总分值 = 因素分值 \times 皮损分值。各区总分之和为综合分值, 根据后者分值进行痤疮分级: 1~18 分为轻度, 19~30 分为中度, 31~38 分为重度, 大于 39 分为极重度。

1.2.5 纳入标准 (1) 符合中度痤疮 (II 级、III 级) 诊断标准及中医证候诊断标准; (2) 病程 $>$ 1 年; (3) 年龄 \geq 18 周岁; (4) 1 个月内未使用治疗痤疮的相关药物; (5) 无肝肾功能异常和糖尿病、高血压等系统性疾病; (6) 女性为非妊娠期、哺乳期; (7) 患者知情同意, 并签署知情同意书。

1.2.6 排除标准 (1) 患有其他面部损容性疾病可能影响疗效判断者; (2) 哺乳期或妊娠期妇女; (3) 肝肾功能异常者; (4) 患有精神障碍、恶性肿瘤者; (5) 不适宜用此临床研究方法进行治疗的

患者。
1.2.7 脱落标准 符合纳入标准进入临床试验的受试者在研究过程中拒绝继续参与临床试验, 不能按要求完成所有相关记录内容者。

1.3 治疗方法

观察组和对照组疗程均为 4 周。观察组患者使用热敏灸联合火针治疗。对照组患者使用盐酸米诺环素胶囊 (瀚晖制药有限公司, 国药准字 H20174080, 50 mg/粒) 治疗, 每次 50 mg, 口服, 每日 2 次。另外, 观察组和对照组均使用 5% 过氧化苯甲酰凝胶 (法国高德美国国际公司, 注册证号 H20140076) 治疗, 外涂患处, 每日 2 次。患者在入组后第 4 周及入组后第 8 周均需空腹检查肝肾功能。

热敏灸治疗主要在阳白、颧髻、曲池、合谷、内庭、足三里、中脘、气海、命门、大椎、肾俞、至阳等穴位寻找热敏点, 选取以上 1~2 个穴位热敏点施行艾条灸, 使得穴位局部出现腧穴热敏化, 待经

络感传现象消失后停止治疗。热敏灸时间因人而异, 以腧穴热敏化现象消失为佳, 每周 2 次。火针取穴: 阿是穴, 主要取炎性丘疹或脓疱顶部中央。火针针具: 盘龙牌火针 (0.5 mm \times 50 mm)。操作: 暴露面部、胸背部需治疗部位, 选择好进针点, 用 0.5% 碘伏消毒液常规消毒, 右手持火针针柄, 左手持酒精灯, 将火针置于火焰的外焰, 针体前 2/3 部烧至发红后, 垂直、快速刺入皮损顶部, 要求准、稳、快。皮损处常规点刺一次, 必要时用消毒棉签挤压, 将皮损中的脓栓、脂栓及脓血清除干净。每周 1 次。

1.4 疗效评价

(1) 入组前、入组后第 4 周及入组后第 8 周进行 GAGS 综合分值评定。(2) 疗效评价方法: 病情改善率 = (治疗前 GAGS 综合分值 - 治疗后 GAGS 综合分值) / 治疗前 GAGS 综合分值 \times 100%。(3) 参考《中药新药临床研究指导原则》^[4] 制定疗效评价标准: ①治愈: 病情改善率为 90%~100%; ②显效: 病情改善率为 60%~89%; ③好转: 病情改善率为 20%~59%; ④无效: 病情改善率小于 20%。有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 好转例数) / 总例数 \times 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 18.0 软件处理相关数据。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 若符合正态分布, 运用 t 检验; 计数资料以率表示, 运用 χ^2 检验; 等级资料运用 Wilcoxon 秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者入组后 4 周临床疗效比较

两组患者入组后经治疗 4 周, 观察组患者有效率为 76.7%, 优于对照组的 60.0% ($P < 0.05$)。见表 1。

表1 两组患者入组后4周临床疗效比较 (n=60) 例

组别	治愈	显效	好转	无效	有效率/%
观察组	8	15	23	14	76.7*
对照组	5	12	19	24	60.0

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者入组后 8 周临床疗效比较

两组患者入组后第 8 周, 即治疗结束后 4 周, 观察组患者有效率为 68.3%, 优于对照组的 48.3% ($P < 0.05$)。见表 2。

表2 两组患者入组后8周临床疗效比较 (n=60) 例

组别	治愈	显效	好转	无效	有效率/%
观察组	5	11	25	19	68.3*
对照组	2	8	19	31	48.3

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

2.3 不良反应

对照组患者在治疗期间发生皮肤轻度灼热伴瘙痒 3 例、轻度腹泻 1 例、恶心 1 例，不良反应发生率为 8.3%；观察组患者治疗期间发生皮肤轻度灼伤 1 例，皮肤轻度灼热伴瘙痒 3 例，不良反应发生率为 6.6%。两组患者不良反应发生率比较，经 χ^2 检验，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3 讨论

现代人夏季惯用空调、喜饮冰镇饮料、经常熬夜、加之苦寒类中药滥用等，阳虚质的患者趋于增多^[6]。笔者在临床工作中亦发现，痤疮患者辨证除了经典的肺经风热、脾胃湿热、痰瘀凝结及冲任不调四种证型外，阳虚证痤疮患者近年来在逐渐增多，其临床表现主要为炎性丘疹、脓疱，对常规的抗感染治疗远期疗效不佳，病情反复发作容易引起结节、囊肿、瘢痕等重度痤疮表现，因此，在其发病早期采用有效的治疗方法干预对降低其重度痤疮发生率具有重要的意义。

热敏灸疗法为使用燃烧之艾条所产生热量悬灸于热敏化穴位上，激发热敏化穴位产生透热、传热、扩热等一系列效应，诱发“小刺激、大反应”作用，从而提高临床疗效的一种新治疗方法^[7]。热敏灸目前常用于治疗皮肤科一些常见病、多发病，如寻常痤疮、带状疱疹、慢性荨麻疹及湿疹等，能显著提高相关疾病临床治疗效果^[8]。热敏灸治疗的关键步骤是寻找热敏点，笔者在临床中发现痤疮患者在阳白、颧髻、曲池、合谷、内庭、足三里、中脘、气海、大椎、命门、肾俞、至阳等穴位较易找到热敏点。然而在临床治疗时发现，单纯运用热敏灸治疗阳虚型中度痤疮患者存在起效较慢、患者依从性不高等缺点。但火针治疗阳虚型痤疮起效快，对一些炎性丘疹、脓疱性皮炎能起到立竿见影的效果，

并能起到行气、发散、温阳等作用，使邪气有所出路^[9]。为了兼顾近期及远期效果，提高患者依从性，遂把热敏灸和火针有机结合起来，通过热敏灸逐步调理阳虚型患者体质，再运用火针快速起效，从根源上治疗阳虚型痤疮，取得了较好的临床效果，值得临床推广应用。

本临床研究以痤疮皮损变化为主要结局指标，显示热敏灸联合火针能够有效改善阳虚型中度痤疮患者的症状 ($P<0.05$)。但观察组入组 8 周后的效果较入组 4 周后的疗效有所下降，提示可能与热敏灸治疗周期偏短、患者的阳虚体质未达到预期改善程度有关，在以后的临床工作中，本课题组将进一步延长部分患者的热敏灸治疗周期。另外，本临床研究还存在非多中心、样本量不够大、观察指标偏少等局限性，研究结果有待进一步深入探讨。

参考文献

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 2 版. 南京: 江苏凤凰科学技术出版社, 2017:1288-1293.
- [2] 张天博, 白彦萍. 寻常痤疮的治疗研究进展 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(2):180-182.
- [3] 中国痤疮治疗指南专家组. 中国痤疮治疗指南 (2019 修订版) [J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(9):583-588.
- [4] 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, 2002:292-295.
- [5] 李岩, 何亮, 刘保红, 等. 火针配合阳和汤治疗阳虚型痤疮的临床研究 [J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(4):11-13.
- [6] 杨涛, 冯兴志, 徐虎军, 等. 从现代疾病基本态势看推广扶阳法之必要性 [J]. 河南中医, 2017, 37(1):35-36.
- [7] 闫泓池, 马铁明. 论热敏灸临床疗效优势 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(1):147-149.
- [8] 张世鹰, 王万春, 周胜强, 等. 腧穴热敏灸在皮肤科中的应用概况 [J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(6):88-90.
- [9] 邓丽娟, 马晓薇, 伦志坚. 火针配合隔附子片灸治疗阳虚型痤疮的临床研究 [J]. 中医临床研究, 2014, 6(4):51-52.

(收稿日期:2021-09-09) 编辑:宋楠楠