

中医外治法治疗痤疮临床观察和生活质量评估

李玉柱¹ 姜翠华² 李 苹²

(1. 山东中医药大学, 山东 济南 250001; 2. 乳山市乳山寨卫生院, 山东 乳山 264508)

摘要:目的 评价中医外治法治疗痤疮临床疗效和患者治疗后生活质量改善情况。方法 将60例痤疮患者随机分为治疗组、对照组各30例,治疗组给予挑刺配合克林霉素凝胶外用,对照组单纯给予克林霉素凝胶外用,均在治疗4周后判定临床疗效及安全性,并比较治疗前后用中文版皮肤病生活质量指数(DLQI)量表对两组患者的评价结果。结果 治疗组治愈率66.66%(20/30)明显优于对照组46.66%(12/30), $P < 0.05$,且治疗组生活质量评分改善情况明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。所有患者均无严重不良反应。结论 中医外治法治疗痤疮能更好的提高疗效和改善患者生活质量。

关键词:痤疮;挑刺;中医外治法;生活质量

中图分类号: R 758.73*3 **文献标识码:** A **文章编号:** 2096-1340(2016)03-0063-03

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctem.2016.03.025

痤疮是一种常见的发生于青春发育期的皮肤病,多发生于颜面暴露部位,影响容貌的同时,也明显降低了患者的生活质量,属于身心性疾病^[1]。挑刺作为一种传统的中医外治疗法,具有操作简单,起效快,疗效好,副作用少,病人负担小等优点,

值得临床大力推广。本研究站在患者角度,从临床疗效、安全性和生活质量三方面对本治疗方法做一个整体评估,笔者2012年4月~2013年2月采用挑刺疗法治疗痤疮30例,现将结果报道

本法为患者早期功能锻炼提供了可靠的临床基础,本组21例患者术后早期均在无痛下开始早期功能锻炼,要求2~3周后踝关节达到最大活动幅度,减少骨折并发症的发生几率,提高了临床疗效。

4 总结

尽管Rüedi-Allgöwer III型骨折临床固定方法、种类较多,但其治疗难度相对较大,并发症多,临床医生怎样以最小的代价和创伤,使患者获得最大限度的康复是值得思考的,笔者采用上述治疗方法,在临床观察中获得了较为满意的效果,在此仅为同道提供一种固定方法而已,但鉴于样本量少,难免存在不足之处,敬请同道纠之。

参考文献

[1] 徐希斌,储辉,俞航,等.应用四柱理论和微创经皮锁定钢板治疗Pilon骨折的疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2014,29(6):556.
[2] 王亦聰.骨与关节[M].北京:人民卫生出版社,2007:第4版.1469-1474.
[3] Boer PD, Metcalfe R. Pilon fracture of the tibia[J]. Current Orthopaedics, 2003, 17: 190-199.

[4] 方欣,谢金兔,顾晓民,等. Ruedi-Allgöwer III型Pilon骨折两种手术方法疗效分析[J].中国骨与关节损伤杂志,2012,27(10):947-948.
[5] Burwell HN, Charnley AD. The treatment of displaced fractures at the ankle by rigid internal fixation and early joint movement[J]. Bone Joint Surg Br, 1965, 47(4):634-660.
[6] Mazur JM, Schwartz E, Simon SR. Ankle arthrodesis: long-term follow-up with gait analysis[J]. Bone Joint Surg (Am), 1979, 61(7):964-975.
[7] 洒海涛,李瑞云.有限内固定结合超踝可动外固定架治疗pilon骨折[J].实用骨科杂志,2009,15(1):63-65.
[8] 张勤,庄卫平,陈军,等.延期锁定加压接骨板治疗高能pilon骨折[J].中国修复重建外科杂志,2010,24(2):254-255.
[9] 荣国威,翟桂华,刘忻,等.骨折内固定[M].北京:人民卫生出版社,1995:409.
[10] 刘志强,郭伟煌,郭颖彬,等.复杂型Pilon骨折内固定方式的探讨[J].中国骨与关节损伤杂志,2012,27(8):757-758.

如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 一共收集 60 例患者,采用随机数字表法随机分为治疗组和对照组,治疗组 30 例,其中男 17 例,女 13 例;年龄 15 ~ 32 岁,平均年龄(23.8±4.64)岁,病程 0.5 ~ 18 月,平均病程(8.83±4.47)月,治疗前平均皮损积分(15.13±5.96);对照组 30 例,其中男 14 例,女 16 例,年龄 17 ~ 31 岁,平均年龄(24.36±3.58)岁,病程 0.7 ~ 17 月,平均病程(9.13±4.33)月,治疗前平均皮损积分(16.30±6.73)两组的年龄、性别、病程、病情程度比较均无统计学意义($P>0.05$),即具有可比性。

1.2 诊断标准 发生于青春期男女颜面及胸背部位的米粒大小红丘疹,逐渐形成硬结样白头、黑头粉刺,最后可变成脓疱、囊肿,青春期过后,多数可自然减轻;女性多伴有月经不调,经前加重。

1.3 纳入标准 符合《临床皮肤病学》^[2]中对痤疮的诊断标准;年龄分布在 15 至 35 岁之间,男女不限;治疗期间,未用与本病相关的其他药物;非瘢痕体质;同意被纳入研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 严重的聚合性痤疮、坏死性痤疮;入选前 3 个月曾接受糖皮质激素或其他免疫抑制剂治疗;合并心脑血管等严重器质性疾病及精神病患;处于妊娠或哺乳期;不符合纳入标准的其他病例。

2 治疗方法

治疗组采用挑刺配合克林霉素凝胶(国药准字 H10970006,苏州第四制药厂)外用,于患者面部皮损处外用适量克林霉素凝胶,每日早晚各一次;挑刺疗法:在大椎穴及其附近位置选取灰色或暗红色皮疹作为施术部位,施术者双手及施术部位消毒后,用左手拇、食指捏起施术部位皮肤,右手持三棱针(泉河牌三棱针 1.6×0.65 mm)于施术部位皮肤,垂直进针,刺入深度约 1 mm,针尖向对侧挑起皮下白色纤维,若纤维较粗,可分别挑断,随后用 75%酒精消毒,覆盖敷料,胶布外固定。每 7 天治疗 1 次,每次选择 1 至 2 个反应点,2 次为 1 疗程,治疗结束后,嘱患者保持针孔干燥,3 天内治疗处不沾水;对照组仅给予克林霉素凝胶外用,方法同治疗组。

3 疗效观察

3.1 观察指标 分别对治疗前后患者皮损情况进行评估,同时记录不良反应情况。参照《中药新药临床研究指导原则》^[3],皮损症候评分包括粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿的数量及分布范围、局部肿痛、颜色和皮肤油腻等 8 个方面,共分为 4 级,0 级最低,3 级最高,级别越高,分值越高,其症状越严重。应用皮肤病生活质量指数(DLQI)量表^[4],对两组患者分别于治疗前和治疗结束后进行 DLQI 问卷调查。

3.2 疗效评价指标 疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%;痊愈:≥90%;显效:70%~90%;有效:30%~70%;无效:<30%,有效率=痊愈率+显效率。

3.3 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件,计量资料进行 t 检验,配对资料进行方差分析,治愈率及有效率比较进行卡方检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

4 结果

4.1 两组患者的治疗结果比较 治疗结束后,治疗组与对照组的治愈率分别为 66.66% 和 40.00%,有效率分别为 83.33% 和 73.33%,两组患者的治愈率差异有统计学意义($\chi^2 = 4.28, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗结果比较 (n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	治愈率	总有效率(%)
治疗组	30	20	5	3	2	66.66	83.33
对照组	30	12	10	4	4	40.00	73.33

4.2 两组患者皮损积分比较 治疗前两组皮损积分经 t 检验, $t=-1.04, P=0.30>0.05$,无显著差异性,有可比性;治疗后两组皮损积分经 t 检验, $t=-3.51, P=0.01<0.05$,有显著性差异;治疗前后,皮损积分差值经 t 检验, $t=2.11, P<0.05$,有显著性差异,治疗组改善程度优于对照组。见表 2。

表 2 皮损积分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	皮 损 积 分		
		治疗前	治疗后	治疗前-治疗后
治疗组	30	15.13±5.96	3.00±6.48	12.30±4.49
对照组	30	16.30±6.73	5.70±8.39	10.26±3.95

4.3 两组患者生活质量评分比较 治疗前两组

患者生活质量评分经 t 检验: $t=0.207, P>0.05$, 无显著性差异, 具有可比性; 治疗后两组患者生活质量评分经 t 检验: $t=-3.11, P<0.05$, 有显著性差异, 且治疗组改善程度优于对照组。见表 3。

表 3 生活质量评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	n	生活质量评分		
		治疗前	治疗后	治疗前-治疗后
治疗组	30	37.13±6.74	15.46±4.42	21.67±2.32
对照组	30	32.37±4.55	25.30±3.68	7.07±0.87

4.4 两组不良反应情况比较 不良反应发生情况: 治疗组有 3 例患者在进行挑刺治疗后, 局部出现红肿, 给予对症处理后症状逐渐消失, 未影响治疗; 对照组治疗期间未见明显不适。

5 讨论

《理瀹骈文》开卷便提出: “外治必如内治者, 先求其本。本者何? 明阴阳, 识脏腑也。”挑刺, 作为传统外治疗法, 以脏腑经络理论为指导, 亦是遵循“治病求本”的原则, 正所谓“外治之理即内治之理, 外治之药即内治之药, 所异者, 法耳。”中医学认为痤疮的发生多是由于素体肺胃热盛, 加之平素饮食不规律, 生湿化热, 湿热化毒, 湿热熏蒸于面, 气血瘀滞, 久而不解, 蕴积肌肤所致。大椎穴属督脉, 总督一身之阳气, 在其循行过程中与手三阳经相交会, 脏腑功能活动与督脉有关, 挑刺大椎穴加拔罐可清泄肺胃蕴热, 调节脏腑功能^[5]。正如《素问·气穴论》中云“血有余则泻其盛经, 出其血……刺留血奈何? 歧伯云: 视其血络, 刺出其血, 无令恶血得入于经, 以成其疾。”说明挑刺具有开达抑遏, 宣通气血, 畅气机, 通经脉, 去恶浊的作用, 正所谓“内病外治”。痤疮的发病主要是痤疮丙酸杆菌感染所致^[6], 克林霉素凝胶具有抗炎和调节免疫作用^[7], 因此是针对痤疮治疗的常用药物。

本研究采用挑刺结合克林霉素凝胶外用治疗痤疮, 取得了满意疗效。治疗 4 周后, 治疗组皮损积分(3.0±6.48)明显低于对照组(5.70±8.39), 差异有统计学意义($P<0.05$), 这与国内文献^[8]单独使用克林霉素凝胶治疗相比, 疗效更优。治疗组治愈率为 66.66%, 与对照组相比, 差异有统计

学意义($P<0.05$)。现代医学研究表明^[9]: 挑刺有改善局部血液循环, 加快新陈代谢, 调节免疫和神经内分泌网络的功能; 挑刺产生的机械刺激通过反射途径传到中枢神经系统, 发挥对神经、精神的调节, 改善血管机能, 改变血液成份, 促进有害有害物质的排泄, 进而加快新陈代谢, 达到治疗疾病的目的。治疗组仅有 3 例患者局部出现轻度红肿, 但未影响治疗, 且治疗组 DLQI 评分改善情况明显优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 提示挑刺结合克林霉素凝胶治疗痤疮能有效改善患者生活质量, 提高治疗依从性。

通过本项临床观察我们可以看到, 传统的中医外治法在治疗痤疮方面不但疗效显著, 而且没有毒副作用, 简便易行, 患者也易于接受, 值得在临床推广。本项临床研究主要是针对临床疗效观察, 注重短期疗效, 长期疗效有待于进一步观察, 本研究样本量较少, 结果存在一定误差, 因此有待于今后作进一步的研究。

参考文献

- [1] 张学军, 刘维达, 何春涤. 现代皮肤病学基础[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1675.
- [2] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1990, 第 2 版: 841.
- [3] 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: 292-294.
- [4] Martin AR, Looking bill DP, Botek A, et al. Health-related quality of life among patients with facial acne—assessment of a new acne-specific questionnaire[M]. Clin Exp Dermatol, 2001; 26: 380.
- [5] 许金华, 佟雪梅. 中药内服配合大椎穴拔罐治疗痤疮 393 例[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(16): 77.
- [6] 罗继英. 自血疗法治疗寻常性痤疮 67 例疗效观察[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2008, 25(4): 505.
- [7] 涂平. 痤疮治疗新进展) 中国痤疮治疗共识会推荐治疗方案[J]. 中华皮肤科杂志, 2003, 36(7): 421-422.
- [8] 陈兴平, 李慎秋, 李家文. 盐酸克林霉素凝胶治疗寻常性痤疮的临床研究[J]. 医药导报, 2002, 21(6): 346-347.
- [9] 范瑞强. 实用皮肤病性病验方精选[M]. 广州: 广东科学技术出版社, 1994: 322.