

翘荷汤合泻黄散加减治疗湿热蕴结证痤疮的临床观察

杨彩瑞¹, 薛思思², 周瑞荣¹, 曾雯芳¹, 周湘¹, 田子琦¹, 成秀梅^{2,3*}

(1. 河北中医学院 研究生院, 石家庄 050200;

2. 河北中医学院 中西医结合学院, 石家庄 050200;

3. 河北中医学院 国医堂, 石家庄 050200)

【摘要】 目的:观察翘荷汤合泻黄散加减治疗湿热蕴结证痤疮的临床疗效及对炎症因子和性激素水平的影响。方法:将168例符合要求的患者,按随机数字表法分为观察组和对照组各84例。两组患者均外用阿达帕林凝胶,1次/d。对照组口服金花消痤丸,4g/次,3次/d。观察组口服翘荷汤合泻黄散加减,1剂/d。两组疗程均为8周。进行治疗前后综合痤疮分级系统(GAGS)评分、皮损计数、湿热蕴结证评分和皮肤病生活质量指数量表(DLQI)评分;检测治疗前后白细胞介素-8(IL-8),IL-10,IL-17和干扰素- γ (IFN- γ),游离睾酮(FT),雌二醇(E₂)和性激素结合球蛋白(SHBG)水平;进行安全性评价。结果:治疗后观察组GAGS,湿热蕴结证和DLQI评分均低于对照组($P<0.01$);观察组炎性皮损(丘疹、脓疱)数、非炎性皮损数和总皮损数均低于对照组($P<0.01$);观察组IL-8,IL-17和IFN- γ 水平均低于对照组($P<0.01$),IL-10水平高于对照组($P<0.01$);观察组患者E₂和SHBG水平均高于对照组($P<0.01$),FT水平低于对照组($P<0.05$);观察组疾病疗效总有效率为93.67%(74/79),高于对照组的81.82%(63/77)($\chi^2=5.121, P<0.05$);观察组中医证候疗效总有效率为92.41%(73/79),高于对照组的79.22%(61/77)($\chi^2=5.595, P<0.05$);本研究未发现与服用中药相关的不良反应。结论:翘荷汤合泻黄散加减联合阿达帕林凝胶治疗痤疮湿热蕴结证患者可减少皮损数目,减轻皮损严重程度,改善中医症状,提高了生活质量,并能调节痤疮炎症反应和性激素,疾病疗效和中医证候疗效均显著,且安全。

【关键词】 痤疮; 湿热蕴结证; 翘荷汤; 泻黄散; 炎症反应; 性激素

【中图分类号】 R289;R75;R275 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1005-9903(2021)22-0119-06

【doi】 10.13422/j.cnki.syfjx.20210734

【网络出版地址】 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20210412.1649.010.html>

【网络出版日期】 2021-04-13 8:57

Modified Qiaohetang and Xiehuangsan in Treatment of Acne Due to Dampness-heat Accumulation

YANG Cai-rui¹, XUE Si-si², ZHOU Rui-rong¹, ZENG Wen-fang¹, ZHOU Xiang¹,
TIAN Zi-qi¹, CHENG Xiu-mei^{2,3*}

(1. Graduate School of Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang 050200, China;

2. School of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang 050200, China;

3. Traditional Chinese Hall, Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang 050200, China)

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of modified Qiaohetang and Xiehuangsan in the treatment of acne due to dampness-heat accumulation and its influence on the levels of inflammatory factors and sex hormones. **Method:** One hundred and sixty-eight eligible patients were divided into an observation group (84 cases) and a control group (84 cases) according to the random number table. Adapalene gel was applied

【收稿日期】 20210319(012)

【基金项目】 河北省中医药管理局科研计划项目(2020151)

【第一作者】 杨彩瑞,在读硕士,从事中医治疗皮肤病及机制研究,E-mail:1292906265@qq.com

【通信作者】 *成秀梅,二级教授,博士生导师,从事中医治疗皮肤病及机制研究,E-mail:xiumeicheng@126.com

externally in both groups, one time per day. In the control group, Jinhua Xiaocuo pills was taken orally, 4 g per time, three times a day. In the observation group, the modified Qiaohetang and Xiehuangsan was provided for oral administration, one bag per day. The treatment lasted for eight weeks. The Global Acne Grading System (GAGS) score, skin lesion count, dampness-heat accumulation syndrome score, and Dermatology Life Quality Index (DLQI) score were recorded before and after treatment, followed by the detection of interleukin-8 (IL-8), IL-10, IL-17, interferon- γ (IFN- γ), free testosterone (FT), estradiol (E_2) and sex hormone binding globulin (SHBG) before and after treatment as well as the safety evaluation. **Result:** The GAGS, dampness-heat accumulation syndrome, and DLQI scores of the observation group were lower than those of the control group ($P<0.01$). The counts of inflammatory skin lesions (papule and pustule), non-inflammatory skin lesions, and total skin lesions in the observation group declined in contrast to those in the control group ($P<0.01$). The IL-8, IL-17, IFN- γ and FT levels of the observation group were decreased as compared with those of the control group ($P<0.05$, $P<0.01$), while the IL-10, E_2 , and SHBG levels were increased ($P<0.01$). The overall response rate in clinical symptom alleviation of the observation group was 93.67% (74/79), which was higher than 81.82% (63/77) of the control group ($\chi^2=5.121$, $P<0.05$). The overall response rate in dampness-heat accumulation syndrome relief of the observation group was 92.41% (73/79), still higher than 79.22% (61/77) of the control group ($\chi^2=5.595$, $P<0.05$). No adverse reactions occurred after the oral administration of Chinese medicinal preparations. **Conclusion:** The modified Qiaohetang and Xiehuangsan combined with adapalene gel can reduce the skin lesion count and severity, relieve both clinical symptoms and dampness-heat accumulation syndrome, regulate the inflammatory response and sex hormones, and improve the quality of life of patients with acne of dampness-heat accumulation syndrome without inducing side effects.

[Keywords] acne; dampness-heat accumulation syndrome; Qiaohetang; Xiehuangsan; inflammatory response; sex hormones

调查显示超过95%的人会有不同程度痤疮发生,我国痤疮患病率约为8.1%,病程慢性,部分患者可遗留瘢痕,虽然不会危及生命,但是影响美观,给患者心理和生活带来极大的影响^[1-2]。发病机制仍未完全阐明,可能与皮脂腺分泌增加、皮脂成分改变、毛囊皮脂腺导管角化异常、痤疮丙酸杆菌增殖及炎症和免疫反应有关^[1-2],临床对痤疮治疗措施差异较大,有些治疗方法疗效不肯定,且不良反应明显,中医药治疗手段多样,其疗效获得了较广泛的认可^[1,3]。

本病属于中医“粉刺”“面疮”等病证范畴,多因素体阳热亢盛,外受风热邪毒,熏蒸于面部,肺经郁热或嗜食辛辣油腻、肥甘厚味,湿热蕴阻中焦,郁而化热,循经上蒸面部而发,日久郁滞化痰,湿热化毒,毒热、痰瘀互结,聚于皮肤,使病情迁延难愈^[4-5]。《外科正宗》指出“血热郁滞不散”,凝结于面是其病机关键,因此临床多用清消之法治之。清者澄源固本,以内清其火热之邪,消者散结于标,外消其有形之结节、脓肿,从而使肿疡得以消散,邪毒难以结聚成脓,因此,笔者认为清消法为痤疮的治疗大法。翘荷汤出自吴鞠通《温病条辨》,能清上焦郁热、宣

散燥火,多用于风热邪毒外感肺经、上焦之证^[6];丁元庆教授以此方加减治疗太阳痤疮以郁热、湿热、火热为主者,可起到清散、消散之效^[7]。泻黄散出自钱乙《小儿药证直诀》,能泻脾胃伏火,治疗脾胃伏火之证,如口疮、口臭等,也推荐用于粉刺湿热蕴结者^[8]。翘荷汤合泻黄散正是清消法的体现,能清肺经郁热,消脾胃伏火,使湿热邪毒得以清散。笔者在临床中以翘荷汤合泻黄散加减治疗湿热蕴结证痤疮收到了较好的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经河北中医学院伦理委员会审查批准(批号BF.20190411-02)。共纳入2019年10月至2020年10月河北中医学院国医堂168例患者作为观察对象,采用随机按数字表法分为对照组和观察组各84例。对照组男性49例,女性35例;年龄16~40岁,平均(21.94 \pm 4.16)岁;病程6~39个月,平均(15.67 \pm 2.53)个月;痤疮分级为Ⅱ级37例,Ⅲ级47例;研究期间脱落5例,剔除2例,最终完成77例。观察组男性47例,女性37例;年龄16~40岁,平均(22.78 \pm 4.35)岁;病程8~45个月,平均(16.28 \pm 2.79)个月;痤疮分级为Ⅱ级35例,Ⅲ级

49例;研究期间脱落3例,剔除2例,最终完成79例。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 ①西医诊断标准^[2],青春期发病,皮损多见于面部,其次为胸背部、肩膀和上臂,以红色炎性丘疹,黑头或白头粉刺,脓疱,紫红色结节、囊肿、脓肿,甚至破溃,窦道和瘢痕等,并伴有皮脂溢出,可有瘙痒、疼痛。痤疮分级为轻度(I级),仅有粉刺;中度(II级),有炎性丘疹;中度(III级),出现脓疱;重度(IV级),有结节、囊肿。②湿热蕴结证^[2,8],主证为丘疹、脓疱;次证为皮疹红肿疼痛,皮肤油腻,或伴有口臭,纳呆,便秘,尿黄;舌红,苔黄腻,脉滑数。证型确定为丘疹、脓疱具备,加任意症状2项,结合舌脉可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合痤疮的诊断标准;②皮损主要位于颜面部,痤疮分级为II级或III级者;③符合湿热蕴结证辨证标准;④年龄16~40岁,性别不限;⑤病程超过6个月;⑥患者自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①儿童,药物性痤疮、职业性痤疮、妊娠或哺乳期痤疮、迟发性痤疮、爆发性痤疮者;②痤疮分级I级或IV级患者;③近4周使用过抗菌药物、维A酸类制剂治疗,近8周使用过激素类药物治疗者;④合并严重的肝、肾功能异常,心肺功能不全者及消化道、血液系统严重疾病者;⑤严重过敏体质,对研究已知药物过敏或有使用禁忌者;⑥精神病、肿瘤病、免疫缺陷性患者;⑦同期采用其他疗法,影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 两组患者均外用阿达帕林凝胶(规格15g/15mg,四川明欣药业有限责任公司,国药准字H20065544),睡前清洁皮损后,涂一薄层于皮损处,1次/d。观察组口服翘荷汤合泻黄散加减,药物组成为金银花20g,连翘15g,防风10g,黄芩10g,栀子15g,广藿香15g,赤小豆15g,石膏30g,半枝莲10g,浙贝母12g,知母10g,丹参15g,牡丹皮10g,薄荷10g^(后下),甘草片5g;随证加减,便秘加生大黄5g^(后下);口臭,纳呆加苍术10g,炒山楂15g,陈皮10g;皮疹多见于颊部加北柴胡、香附各10g;胸背部有皮损加莲子心、淡竹叶各10g;以上饮片由国医堂中药房统一提供,经王超主任药师鉴定符合2015年《中华人民共和国药典》标准,每剂药物均由患者自行煎药2次,加入适量清水,先用武火煮沸后改为文火煎煮30min,混合药液至400mL,200mL/次,分早、晚饭后30min温服。对照组口服金花消痤疮丸(规格4g/袋,昆明中药厂有限公司,国药准字

Z53021120),4g/次,3次/d。两组疗程均为8周。两组患者治疗期间清淡饮食、规律作息、避免熬夜,注意皮肤清洁,忌挤压和搔抓。

1.6 观察指标

1.6.1 主要疗效指标 ①综合痤疮分级系统(GAGS)评分^[9]评价皮损严重程度,将本病的好发部位分为6个区域评分,前额(2分),右颊部(2分),左颊部(2分),鼻部(1分),下颊区(1分),胸及上背(3分);皮损评分,没有为0分,1个粉刺为1分,1个丘疹为2分,1个脓疱为3分,1个结节为4分。总分0~44分,得分越高表示皮损越严重;治疗前后各评价1次。②皮损计数,记录治疗前后炎症性皮损(丘疹、脓疱)和非炎症性皮损(闭合性或开放性粉刺)的数目。

1.6.2 次要疗效指标 ①湿热蕴结证评分,参照《中药新药临床研究指导原则》^[10],皮损数量、形态、颜色、性质、肿痛及出油情况按无、轻、中、重分别记0分,2分,4分,6分;其他口臭,纳呆,便秘,尿黄等症状按有、无分别记2分和0分。各症状评分相加为湿热蕴结证积分;治疗前后各评价1次。②皮肤病生活质量指数量表(DLQI)^[11],评价痤疮对生活质量的影 响,共10个条目,每项记0~3分,共分0~30分,分值越高表示患者生活质量越差;治疗前后各评价1次。

1.6.3 作用机制 ①炎症因子,检测治疗前后白细胞介素-8(IL-8),IL-10,IL-17和干扰素- γ (IFN- γ)水平,采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒(南京建成生物工程研究所有限公司,批号分别为J120118, J19463, J20724, J82065)。②性激素水平,检测治疗前后游离睾酮(FT),雌二醇(E₂)和性激素结合球蛋白(SHBG)水平,采用化学发光免疫分析法检测,试剂盒(上海然泰生物科技有限公司,批号分别为202011706, 20204581, 20208728)。

1.6.4 安全性评价 记录治疗期间的不良反应,检测治疗前后肝肾功能、血常规和心电图。

1.7 疗效标准 参照文献^[10]制定。①疾病疗效标准,临床痊愈为皮损消退疗效指数>90%,仅有少许色素沉着,无自觉症状;显效为皮损明显消退60%≤疗效指数<90%,自觉症状消失;有效为皮损消退20%≤疗效指数<60%;无效为皮损消退疗效指数<20%,甚至加重。皮损消退率=(治疗前皮损指数-治疗后皮损指数)/治疗前皮损指数×100%。

②中医证候疗效标准,临床痊愈为症状、体征消失或基本消失,湿热蕴结证积分减少≥90%;显效为症

状、体征明显改善,湿热蕴结证积分减少 $\geq 60\%$;好转为症状、体征均有好转,湿热蕴结证积分减少 $\geq 30\%$;无效为症状、体征均无明显改善,甚或加重,湿热蕴结证积分减少 $< 30\%$ 。

1.8 统计学方法 数据采用SPSS 22.0统计学软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,符合正态分布采用 t 检测,偏态分布采用秩和检验,均以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后GAGS,湿热蕴结证和DLQI评分比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者GAGS,湿热蕴结证和DLQI评分均显著下降($P < 0.01$);治疗后,观察组GAGS,湿热蕴结证和DLQI评分均显著低于对照组($P < 0.01$)。见表1。

2.2 两组患者治疗前后皮损计数比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者炎性皮损(丘疹、脓疱)

表1 两组患者治疗前后GAGS,湿热蕴结证和DLQI评分比较($\bar{x} \pm s$)

Table 1 Comparison of GAGS, damp-heat accumulation syndrome and DLQI scores before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	时间	GAGS	湿热蕴结证	DLQI
对照	77	治疗前	29.47 \pm 3.86	23.15 \pm 3.27	21.78 \pm 2.80
		治疗后	12.86 \pm 2.49 ¹⁾	11.04 \pm 2.18 ¹⁾	9.19 \pm 1.73 ¹⁾
观察	79	治疗前	29.16 \pm 3.75	23.64 \pm 3.12	21.92 \pm 2.86
		治疗后	7.24 \pm 1.35 ^{1,2)}	6.31 \pm 1.05 ^{1,2)}	5.85 \pm 0.93 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与治疗前对照组比较²⁾ $P < 0.01$ (表2~3同)。

数、非炎性皮损数和总皮损数均显著下降($P < 0.01$);治疗后,观察组炎性皮损(丘疹、脓疱)数、非炎性皮损数和总皮损数均显著低于对照组($P < 0.01$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后皮损计数比较($\bar{x} \pm s$)

Table 2 Comparison of skin lesion counts between two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$) 个

组别	例数	时间	炎性皮损		非炎性皮损	总皮损
			丘疹	脓疱		
对照	77	治疗前	11.72 \pm 2.53	9.95 \pm 2.29	13.95 \pm 2.78	35.61 \pm 5.19
		治疗后	3.49 \pm 0.94 ¹⁾	3.87 \pm 0.82 ¹⁾	4.14 \pm 0.85 ¹⁾	11.50 \pm 1.76 ¹⁾
观察	79	治疗前	11.60 \pm 2.45	10.11 \pm 2.34	14.22 \pm 2.83	35.93 \pm 5.46
		治疗后	2.11 \pm 0.63 ^{1,2)}	2.23 \pm 0.68 ^{1,2)}	2.37 \pm 0.59 ^{1,2)}	6.71 \pm 1.15 ^{1,2)}

2.3 两组患者治疗前后IL-8, IL-10, IL-17和IFN- γ 水平变化比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者IL-8, IL-17和IFN- γ 水平均显著下降,IL-10水平

均显著升高($P < 0.01$);治疗后,观察组IL-8, IL-17和IFN- γ 均显著低于对照组,IL-10水平显著高于对照组($P < 0.01$)。见表3。

表3 两组患者治疗前后IL-8, IL-10, IL-17和IFN- γ 水平变化比较($\bar{x} \pm s$)

Table 3 Comparison of IL-8, IL-10, IL-17 and IFN- γ levels before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s$) ng·L⁻¹

组别	例数	时间	IL-8	IL-10	IL-17	IFN- γ
对照	77	治疗前	83.77 \pm 9.65	11.35 \pm 1.47	24.61 \pm 3.18	46.74 \pm 6.83
		治疗后	36.18 \pm 4.92 ¹⁾	16.74 \pm 2.28 ¹⁾	19.22 \pm 2.46 ¹⁾	33.95 \pm 4.57 ¹⁾
观察	79	治疗前	84.42 \pm 9.79	11.41 \pm 1.52	24.82 \pm 3.25	47.32 \pm 4.69
		治疗后	28.31 \pm 3.75 ^{1,2)}	20.53 \pm 2.89 ^{1,2)}	16.35 \pm 2.07 ^{1,2)}	28.16 \pm 3.82 ^{1,2)}

2.4 两组患者治疗前后FT, E₂和SHBG水平变化比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者E₂和SHBG水平均显著升高($P < 0.01$),FT水平明显下降($P < 0.05$);治疗后,观察组患者E₂和SHBG水平均显著高于对照组($P < 0.01$),FT水平明显低于对照组($P < 0.05$)。见表4。

2.5 两组患者疾病疗效比较 治疗后,观察组疾病疗效总有效率为93.67%(74/79),明显高于对照组

的81.82%(63/77)($\chi^2 = 5.121, P < 0.05$)。

2.6 两组患者中医证候疗效比较 治疗后,观察组中医证候疗效总有效率为92.41%(73/79),明显高于对照组的79.22%(61/77)($\chi^2 = 5.595, P < 0.05$)。

2.7 安全性评价 本研究未发现与服用中药相关的不良反应。

3 讨论

痤疮是一种好发于青春期,主要累及面部的毛

表4 两组患者治疗前后FT, E₂和SHBG水平变化比较($\bar{x} \pm s$)
Table 4 Comparison of FT, E₂ and SHBG levels before and after treatment between two groups ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FT	E ₂	SHBG
对照	77	治疗前	1.25±0.25	44.35±5.83	50.67±6.87
		治疗后	1.11±0.16 ¹⁾	52.63±6.50 ²⁾	57.49±7.22 ²⁾
观察	79	治疗前	1.28±0.21	43.91±5.74	51.02±6.74
		治疗后	0.93±.14 ^{1,3)}	59.26±6.81 ^{2,4)}	64.91±8.26 ^{2,4)}

注:与本组治疗前比较¹⁾P<0.05,²⁾P<0.01;与治疗后对照组比较³⁾P<0.05,⁴⁾P<0.01。

囊皮脂腺单位的慢性炎症性皮肤病,部分患者病程后期可出现不同程度的萎缩性和(或)增生性瘢痕,甚至出现瘢痕疙瘩^[1,12]。现代研究认为痤疮的发生、发展是脂质、常驻菌、炎症、基因等多种因素共同作用的结果,外用药物治疗是痤疮的基础治疗,中重度痤疮还要给予系统治疗,临床主要给予维生素A类药物外用或内服,感染明显者联合使用抗生素,但药物靶点单一,停药易复发,疗效并不理想等不足^[1,5]。

本病多因相火天癸过旺,外受风邪,肺经蕴热,肺经郁热而发,如《医宗金鉴》有云:“此证由肺经风热而成,每发于面鼻,起碎疙瘩,形如黍屑,色赤肿痛,破出白粉汁”。若肺经郁热不得以宣发,上焦之邪尚有残留,加之中下焦湿热内生,形成湿热蕴结之证^[13]。国医大师张震教授和禩国维教授均指出现代青少年人群,多喜食辛辣肥甘厚味,助热生湿,湿热郁积于中焦,肺与大肠相表里,湿热熏蒸于上,凝滞于颜面、胸背而发,湿热互相交结,迁延日久,形成囊肿、结节,病情变得复杂^[14-15]。笔者认为本病基本病机为“郁乃痤”,或因邪热郁肺卫,使玄府不通,卫气郁闭而生痤疮;或因青少年,生长发育阶段,相火天癸过旺,怫郁化火,循经上扰,发为粉刺、丘疹等;或饮食不节,脾胃生湿化热,湿热郁积,上蒸于面部而成;郁久热化,湿热化毒,蓄积皮肉,酿生痈肿(脓疱、疮疖),日久火毒凝滞,变生痰瘀,则结节、囊肿丛生;因此以清消法之法治疗本病。

翘荷汤合泻黄散加减正是以清消法而设,方中金银花、连翘清热解毒、疏散风热,防风、薄荷外散肺经风热,黄芩清泻上焦火热邪毒,栀子泻三焦湿热邪毒、凉血除烦,半枝莲清热解毒,化痰散结,石膏、知母清泻肺胃火热,广藿香芳香化浊、和胃止呕、祛暑解表,赤小豆利水消肿、解毒排脓,牡丹皮清热凉血、活血散瘀,丹参活血散瘀、清心除烦、凉血消痈,浙贝母清热化痰、解毒散结消痈,甘草片清

热解毒,全方共奏疏风清热解毒,除湿凉血散瘀,化毒散结消痈之功。金花消痤丸具有清热泻火、解毒消肿的功效,用于湿热蕴结证中偏热盛的痤疮^[3,8],与本研究治则、治法、适应范围基本一致,因此选择作为阳性对照药物。

本组结果显示治疗后观察组GAGS,湿热蕴结证和DLQI评分均低于对照组,炎性皮损(丘疹、脓疱)数、非炎性皮损数和总皮损数均低于对照组,疾病疗效总有效率和中医证候疗效总有效率均优于对照组,结果提示了翘荷汤合泻黄散加减联合阿达帕林凝胶外治湿热蕴结型痤疮可有效减少皮损数目,减轻皮损严重程度,改善中医症状,提高了生活质量,且使用安全。

研究显示痤疮丙酸杆菌能与Toll样受体(TLR)结合,释放各种免疫炎症因子,引起炎症反应,导致组织的炎性损伤,并且还释放脂酶、蛋白酶和透明质酸酶等,破坏毛囊周围组织,使炎症扩散,加重病情^[2,5]。炎症反应贯穿于痤疮的始终,炎症反应始于毛囊口角化及微粉刺形成之前,并最终加重病情^[16]。本研究证实角质形成细胞和皮脂腺细胞的TLR2和TLR4在痤疮丙酸杆菌的作用下,可诱导IL-8, IFN- γ , IL-6, IL-1等炎症促炎介质表达增加,IL-10水平降低,而为IL-10为炎症抑制因子,可以下调炎性细胞因子IFN- γ 和IL-17的表达,对机体起保护作用^[17-18]。近来研究证实辅助性T细胞17(Th17)细胞及其效应因子IL-17与痤疮发生和皮损严重程度均密切相关^[19]。

雄激素在痤疮的发展和病情严重程度中起关键作用,多数的睾酮与SHBG结合,并不具有生物活性,FT的生物活性很强,进入组织后可转变为活性更强的双氢睾酮(DHT),后者与雄激素受体结合,影响皮脂腺的发育和分泌,皮脂腺内导管异常角化,使脂质堆积堵塞毛囊诱发痤疮^[2]。E₂可抑制皮脂分泌,减少卵巢及肾上腺雄激素的产生,促进SHBG合成,从而降低FT水平,雌激素水平下降与痤疮的发生也有密切相关^[20]。本组结果显示治疗后,观察组IL-8, IL-17, IFN- γ 和FT水平均低于对照组,IL-10, E₂和SHBG水平均高于对照组,结果提示了翘荷汤合泻黄散加减可调节痤疮炎症反应和性激素,从而起到减轻痤疮皮损的作用。

综上,翘荷汤合泻黄散加减联合阿达帕林凝胶治疗痤疮湿热蕴结证患者可减少皮损数目,减轻皮损严重程度,改善中医症状,提高了生活质量,并能调节痤疮炎症反应和性激素,疾病疗效和中医证候

疗效均显著,且安全。

[利益冲突] 本文不存在任何利益冲突。

[参考文献]

- [1] 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.
- [2] 潘清丽, 邵蕾, 陈丽洁, 等. 痤疮发病机制的研究进展[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2018, 25(6): 377-380.
- [3] 中国医师协会皮肤科医师分会, 中西医皮肤科亚专业委员会. 中成药治疗寻常痤疮专家共识(2016)[J]. 中华皮肤科杂志, 2016, 49(8): 533-536.
- [4] 黄港, 严张仁, 陈沛泽, 等. 刘巧治疗痤疮经验[J]. 江西中医药, 2020, 51(12): 22-23, 30.
- [5] 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.
- [6] 吴筱枫. 《温病条辨》翘荷汤方证探析[J]. 甘肃中医药大学学报, 2016, 33(1): 30-32.
- [7] 陈玉状, 温雅, 张安玲, 等. 丁元庆从三阳论治痤疮经验[J]. 中医杂志, 2018, 59(18): 1550-1553.
- [8] 王玮蓁, 曾宪玉. 痤疮(粉刺)中医治疗专家共识[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2017, 16(4): 382-384.
- [9] 卢晓燕, 甘才斌, 张晓宁. 当归芍药散合薏苡附子败酱散加减治疗中重度痤疮湿热瘀结证的临床作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(23): 176-180.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 292-295.
- [11] FINLAY A Y, KHAN G K. Dermatology life quality index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use [J]. Clin Exp Dermatol, 1994, 19(3): 210-216.
- [12] 汤红燕, 肖斌, 刘鑫, 等. 寻常痤疮发病机制相关信号通路的研究进展[J]. 中国医学科学院学报, 2020, 42(4): 559-561.
- [13] 赵东瑞, 赵杭. 新析痤疮因证论治[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(10): 949-952, 955.
- [14] 普文静, 张震. 国医大师张震治疗痤疮经验总结[J]. 云南中医中药杂志, 2019, 40(7): 1-3.
- [15] 梁家芬, 张靓, 李红毅, 等. 国医大师禡国维“三因制宜”辨治岭南地区痤疮经验[J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37(6): 1155-1158.
- [16] ZOUBOULIS C C, JOURDAN E, PICARDO M. Acne is an inflammatory disease and alterations of sebum composition initiate acne lesions [J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2014, 28(5): 527-532.
- [17] SHIN J, KIM K P, AHN H Y, et al. Alterations in IL-4, IL-10 and IFN- γ levels synergistically decrease lipid content and protein expression of FAS and mature SREBP-1 in human sebocytes [J]. Arch Dermatol Res, 2019, 311(7): 563-571.
- [18] ASKARI N, GHAZANFARI T, YARAE R, et al. Association between acne and serum pro-inflammatory cytokines (IL-1 α , IL-1 β , IL-1Ra, IL-6, IL-8, IL-12 and RANTES) in mustard gas-exposed patients: sardasht-iran cohort study [J]. Arch Iran Med, 2017, 20(2): 86-91.
- [19] EBRAHIM A A, MUSTAFA A I, EL-ABD A M. Serum interleukin-17 as a novel biomarker in patients with acne vulgaris [J]. J Cosmet Dermatol, 2019, 18(6): 1975-1979.
- [20] 姜群群, 许燕, 王冰, 等. 自拟柴郁汤治疗肝郁气滞型痤疮患者临床疗效观察及对血清睾酮、雌二醇水平的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2016, 15(6): 361-364.

[责任编辑 何希荣]