

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

卢晓燕^{*}, 甘才斌, 张晓宁
(新乡市中心医院, 河南 新乡 453000)

[摘要] **目的:**观察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疗效作用及对血清白细胞介素-1 α (IL-1 α), 白细胞介素 8 (IL-8), 肿瘤坏死因子- α (TNF- α), 胰岛素样生长因子-1 (IGF-1) 水平的影响。**方法:**将符合要求的 152 例患者按就诊先后采用随机数字表法分为对照组 75 例和联合组 77 例。20 例受试者作为健康对照组。对照组 II 级患者使用他扎罗汀倍他米松乳膏, 适量外涂, 2 次/d; III 级患者在使用外涂的同时, 口服盐酸多西环素片, 100 mg/次, 2 次/d; IV 级患者, 在此基础上给予阿维 A 胶囊, 20 mg/次, 2 次/d, 服用 4 周。联合组在对照组治疗的基础上加用当归芍药散和薏苡附子败酱散加减治疗。两组疗程均为 8 周。进行治疗前后皮损严重程度评分 (GAGS) 和中医证候评分, 进行治疗前后痤疮患者特异性生活质量量表 (Acne-QOL) 评分; 检测治疗前后 IL-1 α , IL-8, TNF- α , IGF-1 水平。**结果:**联合组总有效率为 90.91%, 高于对照组的 78.67% ($P < 0.05$); 治疗后联合组 GAGS 评分和中医证候评分均低于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后联合组 Acne-QOL 量表 4 个维度 (自我感知、情感功能、痤疮症状、社会功能) 评分和总分均高于对照组 ($P < 0.01$); 与健康对照组比较, 两组患者血清 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平均明显升高 ($P < 0.01$); 治疗后两组 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平均较治疗前下降 ($P < 0.01$), 治疗后联合组 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平低于对照组 ($P < 0.01$), 但仍高于健康对照组 ($P < 0.01$)。**结论:**在常规西医分级治疗的基础上加服当归芍药散合薏苡附子败酱散加减治疗中、重度痤疮患者, 能减轻患者皮损程度, 改善中医症状, 提高疾病的临床疗效和生活质量, 其作用机制可能与下调血清 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平有关。

[关键词] 痤疮; 湿热瘀结证; 当归芍药散; 薏苡附子败酱散; 白细胞介素-1 α ; 白细胞介素-8; 肿瘤坏死因子- α ; 胰岛素样生长因子-1

[中图分类号] R287 [文献标识码] A [文章编号] 1005-9903(2016)23-0176-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2016230176

[网络出版地址] <http://www.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20160920.0912.012.html>

[网络出版时间] 2016-09-20 9:12

Clinical Efficacy on Modified Prescription of Danggui Shaoyao San Combined with Yiyi Fuzi Baijiang San in Treating Moderate or Severe Acne with Damp-heat Blood Syndrome

LU Xiao-yan^{*}, GAN Cai-bin, ZHANG Xiao-ning
(Xinxiang Central Hospital, Xinxiang 453000, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of modified prescription of Danggui Shaoyao San combined with Yiyi Fuzi Baijiang San in treating moderate or severe acne with damp-heat blood stasis syndrome, and its effect on levels of interleukin-1 α (IL-1 α), interleukin-8 (IL-8), tumor necrosis factor- α (TNF- α) and insulin-like growth factor-1 (IGF-1). **Method:** One hundred and fifty-two patients were randomly divided into control group (75 cases) and combination group (77 cases) by random number table, with the other 20 subjects in healthy control group. The grade II patients in control group took Tazarotene and Betamethasone Dipropionate Cream, 2 times/day. The grade III patients were additionally administered with Doxycycline Hyclate tablets, 100 mg/time, 2 times/day. The grade IV patients were additionally given Acitretin capsules, 20 mg/time, 2 times/

[收稿日期] 20160316(114)

[基金项目] 河南省中医药管理局医学基金项目(201302061)

[通讯作者] * 卢晓燕, 硕士, 副主任医师, 从事中西医结合治疗皮肤病临床工作, Tel:18336078078, E-mail:334026678@qq.com

day, for 4 weeks. In addition to the therapy of control group, the patients in combination group was additionally administered with modified prescription of Danggui Shaoyao San combined with Yiyi Fuzi Baijiang San. The courses of treatment were 8 months. Before and after the treatment, Global Acne Grading System (GAGS), traditional Chinese medicine (TCM) syndromes and Acne-quality of life (QOL) were scored. And levels of IL-1 α , IL-8, TNF- α and IGF-1 were detected. **Result:** The total clinical effective rate in combination group was 90.91%, which was higher than 78.67% in control group ($P < 0.05$). Scores of GAGS and TCM symptoms in combination group were lower than those in control group ($P < 0.01$). Scores of Acne-QOL scale (self-perception, emotional function, symptoms of acne and social function) and the total scores in combination group were higher than those in control group ($P < 0.01$). Combined with health control group, levels of IL-1 α , IL-8, TNF- α and IGF-1 increased in the two groups ($P < 0.01$). After the treatment, levels of IL-1 α , IL-8, TNF- α and IGF-1 decreased in the two groups ($P < 0.01$). And levels of IL-1 α , IL-8, TNF- α and IGF-1 in combination group were lower than those in control group ($P < 0.01$). But still higher than the healthy control group. **Conclusion:** In addition to the therapy of western medicine, modified prescription of Danggui Shaoyao San combined with Yiyi Fuzi Baijiang San can relieve injuries on the face, ameliorate TCM symptoms, improve clinical efficacy and quality of life, and the action mechanism may be correlated with down-regulation of levels of IL-1 α , IL-8, TNF- α and IGF-1.

[**Key words**] acne; damp-heat and blood stasis; Danggui Shaoyao San; Yiyi Fuzi Baijiang San; interleukin-1 α ; interleukin-8; tumor necrosis factor- α ; insulin-like growth factor-1

痤疮是一种毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病, 发病率高达 70% ~ 87%, 中、重度痤疮表现为炎性丘疹、脓疱、结节、囊肿等, 好发于青少年人群, 给青少年的身心健康、升学、就业及以后的婚姻均带来较大的影响, 影响程度甚至超过了哮喘和癫痫^[1-2]。现代医学治疗措施包括维甲酸类、抗生素、激光治疗、物理治疗、光动力疗法等, 但由于痤疮的发病机制复杂, 单一疗法往往难以起到明显效果, 且长期使用存在耐药、副作用明显、价格昂贵等缺点^[2]。

本病中医称之为肺风粉刺, 其病理要素主要包括风、热、湿、瘀、毒 5 个方面, 中、重度痤疮患者多因热毒阻滞经络、生痰化瘀、痰热瘀结而致囊肿、结节; 初起多因过食辛辣肥甘, 助湿化热, 湿热互结所致, 病久则血分而化为热毒, 瘀阻血脉, 湿热痰瘀互结并可导致肾阴不足, 冲任失调^[3]。当归芍药散和薏苡附子败酱散均出自《金匮要略》, 前方具有活血化瘀, 健脾利湿之功, 后者具有排脓消肿之功, 本研究以此二方加减, 配合西医常规分级疗法治疗中、重度痤疮取得了较好的临床疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择新乡中心医院皮肤科 2014 年 2 月—2015 年 10 月诊治的 160 例中、重度痤疮患者作为研究对象。按就诊先后采用随机数字表法分为对照组和联合组各 80 例。治疗期间对照组有 5 例患者多次联系未果而失访问, 完成 75 例, 男性 40 例, 女性 35 例; 年龄 16 ~ 35 岁, 平均(22.5 ± 8.2)

岁; 病程 10 个月 ~ 6.5 年, 平均(2.5 ± 2.8)年; 痤疮的分级: II 级 16 例, III 级 39 例, IV 级 20 例。联合组有 3 例失访, 完成 77 例, 其中男性 38 例, 女性 39 例; 年龄 17 ~ 35 岁, 平均(21.7 ± 8.8)岁; 病程 8 个月 ~ 7.5 年, 平均(2.9 ± 3.2)年; 痤疮的分级: II 级 18 例, III 级 40 例, IV 级 19 例。两组患者性别、年龄、病程和病情程度等一般资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。另选择本院体检中心健康的 20 例受试者作为健康对照组, 其年龄、性别与病例组差异无统计学意义。

1.2 诊断标准

1.2.1 痤疮诊断标准 参照《临床皮肤病学》^[4]标准, 青春期开始发病, 好发于面部、上胸及背部等皮脂腺发达部位。皮损为毛囊性丘疹、黑头粉刺、脓疱、结节、囊肿和疤痕, 伴有皮脂溢出, 呈慢性病程。病情程度分级采用痤疮的 Pillsbury 分类法^[1], II 级(中度)为炎性丘疹, 总病灶数 31 ~ 50 个; III 级(中度)为脓疱为主总病灶数 50 ~ 100 个, 结节 < 3 个; IV 级(重度)为结节、囊肿, 总病灶数 > 100 个结节、囊肿 > 3 个, 容易形成疤痕。

1.2.2 湿热瘀结证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定。主证为皮损表现为炎性丘疹、脓疱、结节及囊肿等; 皮肤油腻; 色暗不鲜。次证为反复发作; 或伴口臭; 便秘; 尿赤; 舌质暗红, 脉涩或脉滑, 苔黄腻, 或有瘀斑或瘀点。皮损必备, 结合其主证或次证 3 项, 结合舌脉可进行确诊。

1.3 纳入标准 ①符合中、重度(Ⅱ级~Ⅳ级)痤疮的诊断标准;②符合湿热瘀结证辨证者;③年龄 16~40 岁,性别不限;④病程 > 6 个月;⑤患者同意配合治疗,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①轻度痤疮患者;②各种非寻常性痤疮,如迟发性痤疮、爆发性痤疮、药物性痤疮、化学物质所致的职业性痤疮等;③近一个月内采用维 A 酸类、皮质类固醇激素、抗生素系统治疗者;④对已经多种药物过敏和疤痕体质者;⑤合并严重心、肝、肾、造血等系统性疾病者,肿瘤和精神患者;⑥妊娠、准备怀孕和哺乳期妇女;⑦同期采用其他中西医疗法,影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 对照组少食油腻、辛辣、刺激及甜品,多吃新鲜蔬菜水果和富含维生素食物,保持大便通畅,避免阳光暴晒。Ⅱ级患者涂抹他扎罗汀倍他米松乳膏(重庆华邦制药有限公司,国药准字 H20150015),适量外用,2 次/d;Ⅲ级患者在外用的同时,口服盐酸多西环素片(上海信谊药厂有限公司,国药准字 H31021128),100 mg/次,2 次/d;Ⅳ级患者在此基础上给予阿维 A 胶囊(重庆华邦制药有限公司,国药准字 H20010126),20 mg/次,2 次/d,口服。

联合组在对照组治疗的基础上,采用当归芍药散合薏苡附子败酱散加减,药物组成为当归 10 g,赤芍 15 g,茯苓 20 g,白术 15 g,泽泻 15 g,川芎 10g,丹参 20 g,薏苡仁 30 g,制附子 6 g^(先煎),败酱草 20 g,皂角刺 15 g。根据病情变化进行加减,热毒较盛者加金银花 20 g,白花蛇舌草 30 g;湿热重者加虎杖、茵陈各 15 g;脓疱多者加蒲公英、紫花地丁各 20 g;大便不通者加生大黄 10 g;结节囊肿难消者加莪术、昆布、海藻各 10 g;冲任失调者加女贞子、旱莲草各 20 g。1 剂/d,饮片由新乡市中心医院中药房统一提供,将上药加水约 1 500 mL,浸泡 30 min,武火煎煮 10 min,文火煎煮 15 min,共煎煮 2 次,取药液约 400 mL,分早晚 2 次内服。两组疗程均为 8 周。

1.6 观察指标 ①皮损情况采用痤疮综合分级评分系统(GAGS)评分^[5],将本病的好发部位分为 6 个区,0 = 无皮损;1 分 > 1 个粉刺;2 分 > 1 个丘疹;3 分 > 1 个脓疱;4 分 > 1 个结节或囊肿。该区总分值 = 因素分值 × 皮损分值;面部痤疮总分 1~36 分,治疗前后各评价 1 次。②中医证候评分,0 分为无;2 分为仅见粉刺, < 30 个;4 分为粉刺、丘疹、脓疱并见, 31~50 个;6 分为粉刺、丘疹、结节并见, > 50 个;8 分为粉刺、丘疹、结节、囊肿并见, > 100 个,其

他症状根据有无分别记录 0, 1 分;治疗前后各评价 1 次。③生活质量采用痤疮患者特异性生活质量量表(Acne-QOL),包括自我感知、情感功能、痤疮症状、社会功能 4 个维度,前 3 个维度均为 0~30 分,社会功能 0~24 分,得分越高,生活质量越好;治疗前后各评价 1 次。④血清炎症因子检测,于治疗前治疗后空腹抽取静脉血 4 mL,室温下静置 10 min, 3 000 r·min⁻¹, 20 min,于 -80 ℃保存待测。白细胞介素-1α(IL-1α),白细胞介素-8(IL-8),肿瘤坏死因子-α(TNF-α),胰岛素样生长因子-1(IGF-1),采用双抗体夹心酶联免疫吸附法(ELISA)法检测,试剂盒(上海华医生物科技有限公司,批号 20151037)。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定。痊愈为皮损全部消退,或仅留有色素沉着,无新皮损发生。显效为 > 70% 皮损消退,新起皮疹少于 5 个。有效为 30% ≤ 皮损消退 < 70%,新起皮疹少于 10 个。无效为皮损消退不足 30% 或经治疗后症状无改善。

1.8 统计学处理 数据软件采用 SPSS 17.0 统计分析软件,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间采用 *t* 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疾病疗效比较 联合组总有效率为 90.91%,高于对照组的 78.67%,差异有统计学意义(*P* < 0.05),见表 1;疗效结果见图 1。

表 1 两组患者疾病疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy between two groups

| 组别 | 例数 | 临床治愈 /例 | 显效 /例 | 有效 /例 | 无效 /例 | 总有效率 /% |
|----|----|------------|----------|----------|----------|---------------------|
| 对照 | 75 | 23 | 20 | 16 | 16 | 78.67 |
| 联合 | 77 | 31 | 26 | 13 | 7 | 90.91 ¹⁾ |

注:与对照组比较¹⁾*P* < 0.05。

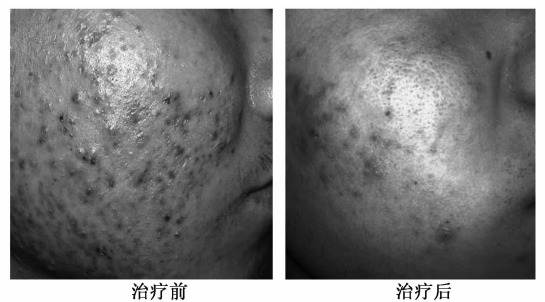


图 1 联合组治疗前后的疗效

Fig. 1 Results before and after treatment in combination group

2.2 两组患者治疗前后 GAGS 评分和中医证候评分比较 与治疗前比较,治疗后两组患者 GAGS 评

分和中医证候评分均明显下降 ($P < 0.01$); 治疗后联合组评分均低于对照组 ($P < 0.01$), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 GAGS 评分和中医证候评分比较 ($\bar{x} \pm s$)
Table 2 Comparison of scores of GAGS and TCM symptoms between two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | GAGS | 中医证候 |
|----|----|-----|-----------------------------|-----------------------------|
| 对照 | 75 | 治疗前 | 28.65 ± 4.27 | 16.31 ± 2.59 |
| | | 治疗后 | 8.28 ± 2.26 ¹⁾ | 7.05 ± 1.14 ¹⁾ |
| 联合 | 77 | 治疗前 | 28.92 ± 4.41 | 17.16 ± 2.60 |
| | | 治疗后 | 6.79 ± 1.08 ^{1,2)} | 3.29 ± 0.95 ^{1,2)} |

注: 与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 3 同)。

2.3 两组患者治疗前后 Acne-QOL 量表评分比

表 3 两组患者治疗前后 Acne-QOL 量表评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | 自我感知 | 情感功能 | 痤疮症状 | 社会功能 | 总分 |
|----|----|-----|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 对照 | 75 | 治疗前 | 19.26 ± 3.17 | 14.06 ± 2.83 | 13.21 ± 2.07 | 15.88 ± 2.19 | 64.09 ± 10.32 |
| | | 治疗后 | 23.71 ± 3.45 ¹⁾ | 19.96 ± 3.32 ¹⁾ | 22.60 ± 3.14 ¹⁾ | 19.59 ± 2.76 ¹⁾ | 89.16 ± 12.45 ¹⁾ |
| 联合 | 77 | 治疗前 | 18.74 ± 2.89 | 14.27 ± 2.95 | 21.74 ± 3.06 | 12.36 ± 2.22 | 63.16 ± 9.89 |
| | | 治疗后 | 26.82 ± 3.51 ^{1,2)} | 24.35 ± 3.19 ^{1,2)} | 25.19 ± 3.35 ^{1,2)} | 21.07 ± 2.87 ^{1,2)} | 101.28 ± 14.50 ^{1,2)} |

表 4 两组患者治疗前后血清 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 例数 | 时间 | IL-1 α /ng·L ⁻¹ | IL-8/ng·L ⁻¹ | TNF- α /ng·L ⁻¹ | IGF-1/mg·L ⁻¹ |
|------|----|-----|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 健康对照 | 20 | - | 16.41 ± 2.06 | 15.08 ± 1.94 | 19.27 ± 2.51 | 251.67 ± 20.48 |
| 对照 | 75 | 治疗前 | 91.62 ± 25.83 ¹⁾ | 96.48 ± 23.07 ¹⁾ | 44.26 ± 9.13 ¹⁾ | 364.39 ± 28.63 ¹⁾ |
| | | 治疗后 | 41.76 ± 12.17 ²⁾ | 49.52 ± 13.92 ²⁾ | 33.13 ± 6.59 ²⁾ | 319.82 ± 23.72 ²⁾ |
| 联合 | 77 | 治疗前 | 95.57 ± 23.74 ¹⁾ | 93.06 ± 26.37 ¹⁾ | 46.39 ± 10.45 ¹⁾ | 358.74 ± 30.91 ¹⁾ |
| | | 治疗后 | 25.22 ± 5.16 ^{1,2,3)} | 31.47 ± 6.78 ^{1,2,3)} | 25.36 ± 5.28 ^{1,2,3)} | 292.05 ± 26.43 ^{1,2,3)} |

注: 与健康对照组比较¹⁾ $P < 0.01$; 与本组治疗前比较²⁾ $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较³⁾ $P < 0.01$ 。

3 讨论

痤疮的发病机制仍然不清, 主要与痤疮丙酸杆菌繁殖、雄激素诱导的皮脂大量分泌、毛囊皮脂腺导管角化及免疫炎症反应等四大因素有关^[6], 其他还与饮食、情绪、某些化学因子及药物等有关。痤疮的好发部位为颜面、胸背部等含皮脂腺较多的皮肤, 面部最为好发, 影响容貌, 并可导致炎症后色素沉着, 重度痤疮愈后遗留凹陷性瘢痕乃至毁容, 给患者的自尊心造成伤害, 产生自卑和抑郁等负性情绪, 给患者生活质量造成了严重的影响^[7]。

痤疮的治疗是根据痤疮的分级, 采用局部与系统治疗结合, 给予不同作用机制的药物联合使用。对于中、重度患者指南强调推荐使用异维 A 酸、抗生素、过氧化苯甲酰、光动力疗法及中医药等不同药物联合使用, 以提高临床疗效^[1]。痤疮的发生与痤

较 与治疗前相比较, 治疗后两组患者 Acne-QOL 量表 4 个维度 (自我感知、情感功能、痤疮症状、社会功能) 评分和总分均明显升高 ($P < 0.01$), 治疗后联合组 Acne-QOL 量表 4 个维度评分和总分均高于对照组 ($P < 0.01$), 见表 3。

2.4 两组患者治疗前后血清 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平比较 与健康对照组比较, 两组患者治疗前血清 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平均明显升高 ($P < 0.01$); 治疗后两组患者血清 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平均较治疗前下降 ($P < 0.01$), 治疗后联合组血清 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平均低于对照组 ($P < 0.01$), 但仍高于健康对照组 ($P < 0.01$), 见表 4。

疮丙酸杆菌等细菌的感染密切相关, 抗炎治疗贯穿始终。异维 A 酸具有显著抑制皮脂腺脂质分泌、调节毛囊皮脂腺导管角化、改善毛囊厌氧环境并减少痤疮丙酸杆菌的繁殖、抗炎和预防瘢痕形成等作用^[1], 是治疗中、重度痤疮首选药物, 但由于其带来的唇炎、血脂升高、致畸等不良反应限制了使用, 且不良反应与药物剂量呈正比^[6]。

中医对本病的认识颇为久远, 积累了丰富的临床经验和特色疗法, 如中药辨证内服、中药湿敷、中药面膜、耳穴贴压、耳尖点刺放血、针灸、火针、刺络拔罐、刮痧疗法、埋线等等, 在改善症状, 缩短病程, 减少复发率方面有着显著的优势, 获得了中西医学者的广泛认可, 并写进了我国痤疮的治疗指南^[1,8]。学者对中药口服治疗痤疮的系统评价结果显示中药单独口服或联合西药治疗痤疮的效果优于西药, 且

不良反应轻微,容易为患者接受^[9]。中药治疗痤疮的机制包括抑制毛囊皮脂单位微生物(如痤疮丙酸杆菌及金黄色葡萄球菌)的生长,抑制皮脂分泌,抑制毛囊皮脂腺导管角化过度,抗炎、调节免疫,调节内分泌,补充微量元素等,其治疗痤疮的机制与现代医学治疗本病的机制是一致的^[10]。

本组当归芍药散合薏苡附子败酱散加减方中,当归活血养血补肝,丹参、赤芍凉血活血,茯苓、白术健脾化湿,泽泻淡渗利湿,川芎活血通络止痛,薏苡仁清热利湿,败酱草清热解毒、消痈排脓、祛瘀止痛,皂角刺消肿托毒、排脓,制附子温阳散结,并制诸药之寒凉。全方共奏化湿清热,活血化瘀,解毒消疮之功。现代研究认为当归芍药散具有调节神经内分泌系统,改善血液流动性的作用,近来多有学者将其加减用于痤疮的治疗收效颇佳^[11]。学者认为治疗本病无论是西医抗感染治疗,还是中医清热解毒的常法施均易出现中阳受损、寒凝气滞、脾胃失运,导致延缓不愈,薏苡附子败酱散寒热并用,附子既顾护脾胃之阳,又可消除清热解毒药物寒凝冰伏之虞^[12]。

本研究显示治疗后联合组 GAGS 评分和中医证候评分均低于对照组,联合组总有效率为 90.91%,高于对照组的 78.67%,说明了在常规西医分级治疗的基础上加服当归芍药散合薏苡附子败酱散加减汤,能进一步的减轻患者皮损程度,改善中医症状,提高疾病的临床疗效。

治疗后联合组 Acne-QOL 量表 4 个维度(自我感知、情感功能、痤疮症状、社会功能)评分和总分均明显升高,并高于对照组,提示了中药的使用在减轻皮损程度的同时,显著的提高了患者的生活质量。

如前所述痤疮不是一种单纯的感染性疾病,炎症反应贯穿痤疮发病过程的始终。IL-1 α 在患者的皮损和血清均明显升高,其对毛囊皮脂腺漏斗部角质形成细胞终末分化而引起导管过度角化和粉刺形成的过程有重要调节作用。痤疮丙酸杆菌通过 toll 样受体能诱导巨噬细胞产生 IL-8, TNF- α , TLR2 因子等,IL-8 和 TNF- α 因子不但参与痤疮的炎症过程,还与疾病严重程度密切相关^[13]。本研究显示治疗后联合组 IL-1 α , IL-8 和 TNF- α 水平均显著下降,并低于对照组,提示了当归芍药散合薏苡附子败酱散加减的使用能降低患者血清炎症因子,从而减轻皮损程度。

IGF-1 通过刺激 5 α -还原酶,诱导激活雄激素,刺激皮脂腺毛囊细胞增殖;IGF-1 可促进细胞增殖引

起毛囊皮脂腺内的基底角质细胞急速增加,导致异常的毛囊角化与脱屑现象,形成皮脂腺的堵塞^[14]。本组资料显示治疗后联合组 IGF-1 明显下降并低于对照组,提示了当归芍药散合薏苡附子败酱散加减能下调 IGF-1 水平,从而改善了痤疮患者皮损严重程度。

综上,在常规西医分级治疗的基础上加服当归芍药散合薏苡附子败酱散加减治疗中重度痤疮,能减轻患者皮损程度,改善中医症状,提高患者生活质量和提高疾病的临床疗效,其作用机制可能与下调 IL-1 α , IL-8, TNF- α 和 IGF-1 水平有关。

[参考文献]

- [1] 中国痤疮治疗指南专家组. 中国痤疮治疗指南(2014 修订版)[J]. 临床皮肤科杂志, 2015, 44(1): 52-57.
- [2] 刘思汛, 吴景东. 试分析中、重度痤疮治疗方法及进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(11): 96-98.
- [3] 王蒙蒙, 翟晓翔. 中医药治疗重度痤疮研究进展[J]. 福建中医药, 2014, 45(1): 59-62.
- [4] 赵瓣. 临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科技出版社, 2001: 935-938.
- [5] 刘根起, 陈树民. 痤疮严重程度分级系统及其研究进展[J]. 国外医学: 皮肤性病学分册, 2003, 29(6): 361-363.
- [6] 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.
- [7] 高晓敏, 安金刚, 肖生祥. 230 例痤疮患者生活质量调查分析[J]. 海南医学, 2012, 23(13): 121-123.
- [8] 李贤俏, 杨金生. 痤疮的病因病机和外治法研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(6): 713-716.
- [9] 孙艳, 吴严, 肖碧环, 等. 中药口服治疗痤疮随机对照试验的系统评价[J]. 华西医学, 2013, 28(5): 676-683.
- [10] 刘雁, 蔡建伟. 中医药治疗痤疮作用机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2010, 12(4): 81-82.
- [11] 冯世纶. 经方治疗面部痤疮[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(2): 499-503.
- [12] 李宏军. 加味薏苡附子败酱散治疗女性持久性痤疮[J]. 中医临床研究, 2011, 20(3): 82-83.
- [13] 熊霞, 陈宁园, 先德群, 等. 十味平痤方治疗痤疮临床疗效及对血清肿瘤坏死因子- α , 白细胞介素-8 的影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊, 2015, 14(2): 107-108.
- [14] Melnik B C, Schmitz G. Role of insulin, insulin-like growth factor-1, hyperglycaemic food and milk consumption in the pathogenesis of acne vulgaris[J]. Exp Dermatol, 2009, 18(10): 833-841.

[责任编辑 何希荣]