

· 皮肤美容 ·

Controlled Trial, 2017, 33(3):139-144. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.

[6] 田凌云,李映兰,吴英,等.压力疗法治疗增生性瘢痕患者有效性的荟萃分析[J].中华烧伤杂志,2019,35(9):668-675. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-2587.

[7] 刘昌玲,张志,刘志河,等.Smurf2对增生性瘢痕TGF-β1信号通路负向调节因子Smad7的影响及调控机制[J].中华整形外科杂志,2018,34(12):1059-1069. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1009-4598.

[8] 吕建平,付文华,王少华,等.低剂量5-氟尿嘧啶与曲安奈德对兔耳增生性瘢痕的作用[J].中华医学美学美容杂志,2018,24(3):202-205. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1671-0290.

[9] Sunil Srivastava, Aditya Nanasheh Patil, Chaitra Prakash, et al. Comparison of Intralesional Triamcinolone Acetonide, 5-Fluorouracil, and Their Combination for the Treatment of Keloids[J]. World J Plast Surg, 2018, 7(2):212-219. DOI: 10.1089/wound.

[10] 沈利,余扬,马娟.CO₂点阵激光联合硅酮凝胶喷雾剂治疗增生性瘢痕效果分析[J].中国医疗美容,2018,8(04):30-32. DOI: CNKI:SUN:YLMR.0.

[11] 马建斌,李红卫,王亚菲,等.瘢痕内注射曲安奈德联合超脉冲二氧化碳点阵激光治疗增生性瘢痕的效果观察[J].广东医学,2018,39(24):3714-3717. DOI: CNKI:SUN:GAYX.0.

[12] Xiao Liang, Bangda Chai, Ran Duan, et al. Inhibition of FKBP10 Attenuates Hypertrophic Scarring Through Suppressing Fibroblast Activity and Extracellular Matrix Deposition[J]. J Invest Dermatol, 2017, 137(11), 2326-2335. DOI: 10.1016/j.jid.

[13] 范娅琦,郭碧蓉,曾维惠,等.不同能量密度非剥脱点阵激光早期防治兔耳增生性瘢痕的疗效观察[J].中华皮肤科杂志,2018,51(10):752-755. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0412-4030.

[14] 王紫,孙婷也,陶筱婷,等.M2型巨噬细胞调控增生性瘢痕形成的权重基因共表达网络分析[J].组织工程与重建外科杂志,2019,15(3):146-151. DOI: 10.3969/j.issn.1673-0364.

[15] Shih-Yi Yang, Jui-Yung Yang, Yen-Chang Hsiao, et al. A Comparison of Gene Expression of Decorin and MMP13 in Hypertrophic Scars Treated With Calcium Channel Blocker, Steroid, and Interferon: A Human-Scar-Carrying Animal Model Study[J]. Dermatol Surg, 2017, 43(1):37-46. DOI: 10.1097/DSS.0000000000000990

面部刺血拔罐治疗痤疮 60 例的临床研究

陈华, 李晓霞, 赵晖

(厦门市中医院, 福建厦门, 361009)

【摘要】 目的 观察面部刺血拔罐治疗痤疮的临床疗效。方法 将60例痤疮患者随机分为2组,治疗组31例采用体针配合面部刺血拔罐法,对照组29例采用单纯体针法,观察比较两组疗效,连续治疗2个疗程。结果 治疗组与对照组均有改善痤疮的作用,两组临床疗效相比,有显著性差异($P < 0.05$)。结论 面部配合刺血拔罐法治疗痤疮的临床取效快,值得临床推广应用。

【关键词】 刺血; 拔罐; 痤疮; 临床研究

DOI: 10.19593/j.issn.2095-0721.2020.05.021

Clinical study on 60 cases of acne treated by pricking blood and cupping

CHEN Hua, LI Xiao-xia, ZHAO Hui (Xiamen Hospital of traditional Chinese medicine, Fujian Province, 361009, China)

[ABSTRACT] **Objective** To observe the clinical effect of facial pricking blood cupping on acne. **Methods** 60 patients with acne were randomly divided into two groups. 31 patients in the treatment group were treated with body acupuncture combined with facial pricking and cupping, and 29 patients in the control group were treated with simple body acupuncture. The curative effects of the two groups were observed and compared, and two courses of treatment were continued. **Results** Both the treatment group and the control group had the effect of improving acne, there was a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** The clinical effect of facial acupuncture combined with cupping is fast and worthy of clinical application.

[KEY WORDS] pricking blood; Cupping; acne; clinical research

痤疮是一种与性腺的内分泌功能有关的毛囊、皮脂腺的慢性炎症性皮肤病患^[1]。痤疮患者容易出现烦躁、焦虑和激动,其对患者的社会生活产生着许多潜在的影响,降低患者的生活质量^[2]。痤疮若失治、误治,则可能留下永久性瘢痕,因此对痤疮的治疗不可轻视。

目前的刺血拔罐法多为背俞穴叩刺加拔罐,查阅近二十年临床文献,面部痤疮的局部刺血拔罐治疗寥寥无几。大部分医者及患者考虑影响美观,故对面部刺血拔罐多有顾忌,但笔者在临床上观察到,掌握好适应症、拔罐的力度及时间,不但不会在面部留下罐印,还能获得事半功倍的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

患者均为2012.7-2019.6厦门市中医院皮肤美容科门诊的就诊患者,按随机数字表法分为两组。痤疮患者60例,面部皮疹表现为粉刺、丘疹、脓疱、结节和囊肿。治疗组31例中,男17例,女14例;年龄20-35岁,平均 26.48 ± 4.19 岁;病程3个月-6年,平均 2.45 ± 1.82 年。对照组29例中,男13例,女16例;年龄18-38岁,平均 27.69 ± 5.39 岁;病程1个月-10年,平均 3.79 ± 2.90 年。比较性别、年龄、病程,两组患者无显著性差异。

1.2 参照国际改良痤疮分级法、Pillsbury

I级:总病灶数少于30个,以粉刺为主,少量丘疹和脓疱。II级:总病灶数目在31~50个之间,有粉刺,中等数量的丘疹和脓疱。III级:总病灶数在51~100个之间,结节少于3个,大量丘疹和脓疱,偶见大的炎性皮损,分布广泛。IV级:病灶数多于100个,结节性、囊肿性或聚合性痤疮,伴疼痛并形成囊肿,结节或囊肿多于3个。

西医诊断标准: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,对称分布。皮损为毛囊性丘疹、黑头痤疮、脓疱、结节、脓肿,伴有皮脂溢出,呈慢性经过。(赵辨主编《临床皮肤病学》^[3])

中医诊断标准:痤疮多发于面部,以丘疹、脓疱、结节有时可挤出白色碎米样粉汁为特点^[4]。(国家中医药管理局1994年实施的《中医病证诊断疗效标准》)

1.3 纳入标准

参照Pillsbury、国际改良痤疮分级法、赵辨主编的《中国临床皮肤病学》,符合中西医诊断标准确

诊为痤疮患者,对有效的抗痤疮治疗1个月以上仍无满意效果者。受试年龄范围在14岁-40岁,性别不限;治疗前1个月内未服用过与本病相关的内服药,1周内未外用过与本病相关的外用药;愿意配合本临床研究,能够按计划的疗程完成治疗及观察的患者。

1.4 排除标准

不符合诊断标准者;年龄在14岁以下或40岁以上;治疗前一个月内服用过与本病相关的内服药,一周内用过与本病相关的外用药;妊娠或哺乳期妇女;不合作的患者,包括私自加用其他治疗或不能坚持完成治疗,导致影响资料收集和疗效评定。

2 方法

根据纳入标准收集病例,采用随机数字表的方法结合患者就诊顺序将患者分配到治疗组(刺血拔罐加体针组)和对照组(单纯针刺组)。

2.1 治疗组(刺血拔罐加体针组)

操作:患者仰卧,75%酒精消毒面部局部皮损后,取一次性注射器针头(4号针头)迅速准确地刺入痤疮中心,并在皮损局部红肿处点刺出血,每患处点3-4次;如有脓疱者,应刺破脓疱;再加拔火罐,留罐5~10 min,使出血8~10ml左右,不宜过多。刺血后局部外喷洁悠神(南京神奇科技开发有限公司制造,国食药监械(准)字2012第3640138号(更))。

同时配合体针,主穴:合谷、曲池、足三里、三阴交、血海,均常规毫针,(针刺针具采用直径0.30mm*40mm,华佗牌一次性针灸针),施捻转泻法,以病人有酸、麻、胀等针感为度,每隔10min行针1次,留针30min,隔日治疗1次,10次为1疗程。月经期停止治疗。共治疗2个疗程。

2.2 对照组(单纯体针组)

对照组采用单纯针刺,主穴:合谷、曲池、足三里、三阴交、血海,均常规毫针,(针刺针具采用直径0.30mm*40mm,华佗牌一次性针灸针),施捻转泻法,以病人有酸、麻、胀等针感为度,每隔10min行针1次,留针30min,隔日治疗1次,10次为1疗程。月经期停止治疗。共治疗2个疗程。

每个疗程后评定一次疗效,治疗后观察3个月。治疗期间停用一切对皮肤病有作用的其他药物或治疗方法。详细观察皮损的变化。

治疗期间嘱咐患者注意健康饮食,不吃辛辣煎炸油炸等食物,多吃五谷杂粮配合蔬菜水果,不熬夜,每日大便通畅,多饮水,适当运动,调整好心态。禁

· 皮肤美容 ·

止自行用手或其他器械挤压皮疹。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

采用皮损计数法^[5],此法将面部分为5区,即额区、左面颊区、右面颊区、鼻区及下颌区,分别记录每区的皮损数目,根据皮损数目减少的百分率评定疗效。

疗效(皮损减少百分率):皮损减少百分率=(治疗前皮损数-各个疗程后皮损数)/治疗前的皮损数。

疗效评定标准:痊愈:皮损减少 $\geq 90\%$;显效:皮损减少 $60\% \sim 89\%$;有效:皮损减少 $20\% \sim 59\%$;无效:皮损减少 $\leq 19\%$ 。

皮损数量评分包括囊肿、结节,0分为 ≤ 4 个,1分为5-14个,2分为15-24个,3分为 ≥ 25 个,比较两组治疗前后的积分变化。

3.2 统计学方法

数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,应用 SPSS 23.0 统计软件进行统计,疗效评定采用秩和检验,计量资料符合正态分布的采用方差分析,不符合正态分布的采用秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验。

4 结果

4.1 两组总疗效比较

两组总疗效比较见表1、表2、表3。

4.2 不良反应

治疗组病人中面部刺血拔罐未见留有紫色瘀斑和瘢痕,疗程开始到结束未见明显不适;全部病例未发现其它不良反应。

5 讨论

痤疮是毛囊皮脂腺的慢性炎症,发病的主要因素包括雄性激素、皮脂的瘀积,微生物感染,内分泌因素、甜食、便秘、精神紧张、使用化妆品以及某些药物^[1]。皮损表现包括粉刺、丘疹、结节、囊肿型。《医宗金鉴·外科心法要诀》对肺风粉刺的记载曰:“此证由肺经血热而成。每发于面鼻,起碎疙瘩,形如黍屑,色赤肿痛,破出白粉汁”。中医认为素体阳热偏盛,肺经蕴热,复受风邪,熏蒸面部而发;或过食辛辣肥甘厚味,助湿化热,湿热互结,上蒸颜面而致;或脾气不足,运化失常,湿浊内停,郁久化热,热灼津液,煎炼成痰,湿热痰瘀凝滞肌肤

表1 1个疗程时两组疗效比较(n)

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|---------|
| 治疗组 | 31 | 1 | 8 | 14 | 8 | 74.19% |
| 对照组 | 29 | 0 | 4 | 13 | 12 | 58.62% |

表2 2个疗程时两组疗效比较(n)

| 组别 | 例数 | 痊愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|---------|
| 治疗组 | 31 | 5 | 15 | 7 | 4 | 87.09% |
| 对照组 | 29 | 2 | 8 | 13 | 6 | 79.31%* |

注:与对照组相比,差异有统计学意义($P < 0.05$)

表3 治疗前后皮损数量评分比较n(%)

| 组别 | 例数 | 时间 | 囊肿 | 结节 |
|---------|----|-----|-----------------|-----------------|
| 治疗组 | 31 | 治疗前 | 1.39 \pm 0.72 | 1.23 \pm 0.76 |
| | | 治疗后 | 0.65 \pm 0.49 | 1.29 \pm 0.69 |
| 对照组 | 29 | 治疗前 | 1.38 \pm 0.78 | 0.93 \pm 0.70 |
| | | 治疗后 | 1.10 \pm 0.72 | 1.07 \pm 0.75 |
| 治疗后两组相比 | | | $P=0.01$ | $P=0.12$ |

而成^[6]。其中囊肿多由于粉刺日久,毒热之邪直接侵入,或热邪、湿热之邪郁久化毒,毒热之邪互结于粉刺部位,导致化脓,红肿热痛而形成^[7]。结节多由于湿邪日久凝而化痰,湿热或痰热郁久阻滞气血运行不畅,瘀血内停,再与痰邪相结,痰瘀阻于局部而形成^[8]。囊肿和结节在临床上治疗周期长,较为棘手。

《素问·针解篇》云:“菟陈则除之者,出恶血也”。《灵枢·九针十二原篇》云:“菟陈则除之”,即活血化瘀软坚。《针灸大成》亦云:“人之气血凝滞不通,可用刺血法以祛除其凝滞,活血化瘀。”瘀血是病理产物,祛瘀血,则经络通,新血乃生^[9]。刺血疗法主要是通过调和气血、活血化瘀、消肿散结、泻热解毒等作用来调理人体脏腑,使脏腑和谐,经脉畅通,气血和调,阴阳平衡,以治病祛疾^[10]。现代医学研究表明,通过局部刺血排出瘀血,改善血液循环,皮脂腺的活动经过调节趋于正常,消散炎症,消除痤疮红斑,光洁肌肤^[11]。拔罐疗法主要有平调阴阳、扶正祛邪、疏通经络、活血止痛、调和脏腑、托毒排脓等作用^[12]。洪寿海等^[13]总结拔罐疗法具有调整免疫功能,增强自身抵抗力;促进体内代谢物的排出,加快新陈代谢等作用。刺血与拔罐相结合,可调节体内性激素达到相对平衡的水平,既可治疗同时又能预防痤疮^[7]。

研究表明,两组在1个疗程总有效率方面无统计学意义,但是在2个疗程结束时,总疗效有显著性差

异,配合刺血拔罐的方法在皮损改善方面尤其是囊肿、结节等取效更快,疗程更短。

在研究中笔者观察到局部刺血法对各种程度的痤疮均可取效,尤其适用于痤疮急性炎症期的各类型皮损如丘疹、脓疱、脓肿和囊肿,同时也可改善痤疮炎症后的色素沉着。但是治疗前后结节皮损的评分无统计学差异,可见刺血拔罐对于结节的的治疗有一定的局限性。

轻中度的痤疮单纯采用面部刺血法即可快速取效。而在刺血的基础上加拔火罐,则适用于中重度的痤疮,如较大的脓疱、脓肿、囊肿或炎症皮损密集于一处。刺血后局部皮损出血量不够多,或排出不畅的,又不宜过度挤压,此时若配合拔罐的负压吸力可吸出脓、血等物质,起罐后囊肿部分甚至完全变平,炎症更快消除,不易留下色素沉着,疗程大大缩短^[13]。治疗结束后,可观察到有些患者面部的皮疹即由鲜红变暗红,随访后有些患者反映治疗结束24-48小时内面色即由浊转明,皮脂溢出也得到明显控制。

痤疮皮损炎症重时在局部采用刺血拔罐法是否会刺激炎症加重导致感染,一直为许多医者所担心。笔者认为如若患者的炎症较重,临床又无法把握治疗的时机,也可以先选择其他疗法如中药面膜配合体针或口服药物,等待患者炎症减轻,再配合刺血拔罐法,可增加临床操作的安全性。只要掌握好刺血和拔罐的适应症,把握好治疗时机,根据患者的情况灵活选择治疗方法,并注意无菌操作,嘱咐患者护理得当,不但不会引起炎症感染,而且大大缩短取效时间,明显缩短疗程。甚至患者无法接受口服药物或体针治疗,局部单纯刺血拔罐治疗亦可达到良好的疗效。以往治疗囊肿多采用庆大霉素冲洗法,虽可取效,但易复发;和光动力疗法相比,刺血拔罐法则经济价廉。若囊肿较大,脓血较多的,还可多次拔罐^[14]。刘锦^[11]将刺血拔罐的方法运用于临床,经过长期观察后发现点刺后的部位均愈合良好,治疗结束后罐印较浅,皮

损恢复快,患者的日常生活未有不便,且治疗过的患处很少复发,未见留下瘢痕。

综上所述,局部配合刺血拔罐在临床治疗痤疮的方法中疗效好,起效快,疗程短,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 刘宁主编. 中医美容学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006:225.
- [2] 叶海洪. 痤疮的临床用药研究 [J]. 广西医学, 2005, 27(10):1655.
- [3] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 江苏科学技术出版社, 2010, 第一版: 1166.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994:158.
- [5] 郭静, 李林峰. 痤疮临床分级方法及其评价 [J]. 中华医学美容杂志, 2002, 8(5):273. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-0290.2002.05.025.
- [6] 李曰庆. 中医外科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007 第二版: 190-191.
- [7] 杨兆民, 郭恩吉. 刺灸灸法 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1996:37.
- [8] 陈华, 傅杰英. 温针治疗囊肿结节型痤疮临床研究 [J]. 上海针灸杂志, 2008; 27(11): 18.
- [9] 仁增多杰, 仁青东主, 娘毛加, 等. 《黄帝内经》与《四部医典》放血疗法理论研究 [J]. 陕西中医, 2014, 35(10): 1421-1423. DOI:10.3969/j.issn.1000-7369.2014.10.077.
- [10] 陈秀华. 刺血疗法 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [11] 戴芳, 刘锦. 面部刺血拔罐治疗痤疮 [J]. 中国民族民间医药, 2012; 17(9): 101. DOI:10.3969/j.issn.1007-8517.2012.17.078.
- [12] 王富春. 刺灸灸法 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2009.
- [13] 洪寿海, 刘阳阳, 郭义. 拔罐疗法作用机理的研究进展 [J]. 河南中医, 2012, 32(2): 261-263.
- [14] 陈华, 李晓霞. 三种针灸外治法在痤疮治疗中的甄选与体会 [J]. 光明中医, 2017; 32(15): 2254-2256.