

DOI: 10.3969/j.issn.1004-4949.2025.19.031

茯苓川芎汤联合常规西药、红蓝光照射对痤疮患者 皮损严重程度的影响

王飞飞

(江苏省南京市高淳下坝医院, 江苏 南京 211300)

[摘要]目的 探讨茯苓川芎汤联合常规西药、红蓝光照射对痤疮患者皮损严重程度的影响。方法 选取2022年1月-2025年3月江苏省南京市高淳下坝医院收治的62例痤疮患者,以随机数字表法分为对照组与观察组,各31例。对照组采用常规西药联合红蓝光照射治疗,观察组采用茯苓川芎汤联合常规西药、红蓝光照射治疗。比较两组皮损严重程度、临床疗效、炎症因子水平、皮肤屏障功能。结果 观察组治疗后皮损总积分低于对照组 ($P<0.05$);观察组总有效率 (96.77%) 高于对照组 (80.65%) ($P<0.05$);观察组治疗后炎症因子水平均低于对照组 ($P<0.05$);观察组治疗后TEWL低于对照组、SCWC高于对照组 ($P<0.05$)。结论 茯苓川芎汤联合常规西药与红蓝光照射可改善痤疮患者临床症状,减轻皮损程度,抑制炎症反应,并有助于恢复皮肤屏障功能。

[关键词] 茯苓川芎汤; 常规西药; 红蓝光照射; 痤疮

[中图分类号] R275

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-4949 (2025) 19-0123-04

Effect of Fuling Chuanxiong Decoction Combined with Conventional Western Medicine and Red and Blue Light Irradiation on Skin Lesion Severity in Patients with Acne

WANG Feifei

(Gaochun Xiaba Hospital, Nanjing 211300, Jiangsu, China)

[Abstract]**Objective** To explore the effect of Fuling Chuanxiong decoction combined with conventional western medicine and red and blue light irradiation on skin lesion severity in patients with acne. **Methods** A total of 62 patients with acne admitted to the Gaochun Xiaba Hospital from January 2022 to March 2025 were selected, and they were divided into the control group and the observation group by the random number table method, with 31 patients in each group. The control group was treated with conventional western medicine combined with red and blue light irradiation, and the observation group was treated with Fuling Chuanxiong decoction combined with conventional western medicine and red and blue light irradiation. The skin lesion severity, clinical efficacy, inflammatory factor levels and skin barrier function were compared between the two groups. **Results** The total score of skin lesions in the observation group after treatment was lower than that in the control group ($P<0.05$). The total effective rate of the observation group (96.77%) was higher than that of the control group (80.65%) ($P<0.05$). The levels of inflammatory factors in the observation group after treatment were lower than those in the control group ($P<0.05$). The TEWL of the observation group after treatment was lower than that of the control group, and the SCWC was higher than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Fuling Chuanxiong decoction combined with conventional western medicine and red and blue light irradiation can improve the clinical symptoms of acne patients, reduce the severity of skin lesions, inhibit inflammatory reactions, and help to restore skin barrier function.

[Key words] Fuling Chuanxiong decoction; Conventional western medicine; Red and blue light irradiation; Acne

第一作者: 王飞飞 (1982.10-), 男, 江苏南京人, 本科, 主管中药师, 主要从事中药学研究方向工作

痤疮 (acne) 是一种常见的毛囊皮脂腺慢性炎症性疾病, 好发于青春期, 不仅影响患者的外观形象, 还可能对其心理健康造成负面影响^[1]。目前研究认为, 痤疮的发病机制主要与雄激素水平升高引起的皮脂腺功能亢进、皮脂分泌过多及炎症反应等因素相关^[2, 3]。在临床治疗中, 常规方案多采用异维A酸等西药内服或外用, 并配合红蓝光照射等物理疗法。该类方法虽能有效抑制皮脂分泌、杀灭致病性微生物并迅速控制炎症, 但在调节患者内在体质及促进皮肤屏障长期修复方面作用有限, 部分患者仍面临病情易复发、皮肤干燥和敏感等问题^[4-6]。中医将痤疮多归之于肺胃热盛、痰湿瘀滞等病机, 强调从整体论治, 通过调整机体阴阳平衡与改善体质达到治疗目的。茯苓川芎汤作为中医经典方剂, 方中茯苓、薏苡仁健脾渗湿, 黄芩、黄柏清热燥湿, 川芎、丹参、牡丹皮、赤芍活血化瘀, 诸药合用, 共奏清热利湿、活血解毒之效, 与痤疮的核心病机高度契合。基于此, 本研究旨在探讨茯苓川芎汤联合常规西药、红蓝光照射治疗痤疮的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2022年1月-2025年3月江苏省南京市高淳下坝医院收治的62例痤疮患者, 以随机数字表法分为对照组与观察组, 各31例。对照组男17例, 女14例; 年龄16~32岁, 平均年龄 (22.56 ± 3.18) 岁。观察组男16例, 女15例; 年龄15~33岁, 平均年龄 (23.12 ± 3.05) 岁。两组性别、年龄比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。患者及家属自愿参与且愿意签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: ①结合患者的皮损形态与分布特点, 可确立痤疮的诊断; ②年龄为15~35岁。排除标准: ①对所使用的药物有过敏史; ②患有严重心血管、肝脏或肾脏等主要脏器疾病的患者; ③近期1个月内曾服用维A酸等治疗痤疮药物者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 予以常规西药联合红蓝光照射治疗: 常规西药: 异维A酸胶囊 (上海信谊延安药业有限公司, 国药准字H10930210, 规格: 10 mg/粒), 给药途径为口服, 10 mg/次, 2次/d; 同时每晚外用夫西地酸乳膏 (澳美制药厂有限公司, 国药准字HC20150044, 规格: 2%) 涂抹于皮损区域;

红蓝光照射: 采用红蓝光治疗仪 (武汉金莱特光电电子有限公司, 国械注准20173091262, 型号: JLT-MD500A) 进行照射治疗, 患者清洁面部后, 取舒适体位, 佩戴专用防护眼镜, 分别接受蓝光 (波长415 nm, 能量密度40 J/cm²) 和红光 (波长630 nm, 能量密度120 J/cm²) 各照射15 min, 每周治疗2次; 上述所有治疗均连续进行8周。

1.3.2 观察组 采用茯苓川芎汤联合常规西药、红蓝光照射治疗: 常规西药、红蓝光照射治疗同对照组一致, 茯苓川芎汤方剂组成: 茯苓15 g、川芎10 g、黄芩10 g、黄柏10 g、薏苡仁30 g、牡丹皮10 g、赤芍10 g、丹参15 g、甘草6 g; 1剂/d, 加水煎煮至400 ml药液, 分早晚两次空腹温服, 连续服用8周。

1.4 观察指标

1.4.1 评估两组皮损严重程度 痤疮的皮损主要分为粉刺、丘疹、脓疱及结节/囊肿4类, 以每种皮损的数量作为计分标准: 无皮损者记作0分; 1~9个记作1分; 10~19个记作2分; 20~29个记作3分; ≥ 30 个记作4分。皮损的总积分为所有类型皮损之和。

1.4.2 评估两组临床疗效 痊愈: 皮损完全消失, 仅有色素沉着或脱失痕迹存在, 且未见任何新的损害发生者, 积分减分率 $\geq 95\%$; 显效: 皮损消退程度达70%~94%, 虽有少量新疹但较原有数量明显减少者, 积分减分率为70%~94%; 有效: 皮损消退程度达30%~69%, 尚有一定量的新疹发生, 积分减分率为30%~69%; 无效: 皮损消退 $< 30\%$, 新疹仍较多甚至增加者, 积分减分率低于30%。总有效率=痊愈率+显效率+有效率。

1.4.3 测定两组炎症因子水平 于治疗前及治疗8周后, 分别采集两组患者的空腹肘正中静脉血约5 ml, 使用离心机 (离心半径10 cm, 转速3000 r/min, 离心时间10 min) 进行处理, 分离获取上层血清备用。血清中白细胞介素-6 (IL-6) 与肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 的水平通过酶联免疫吸附测定法进行测定。两者数值越高, 提示炎症反应程度越重。

1.4.4 评估两组皮肤屏障功能 分别于治疗前及治疗结束后, 使用皮肤屏障功能检测仪测定患者面颊部皮损旁正常皮肤区域的经皮水分流失量 (TEWL) 与角质层含水量 (SCWC)。TEWL值越低, 代表皮肤屏障结构越完整; SCWC值越高, 则反映皮肤保湿性能越佳。

1.5 统计学方法 采用SPSS 26.0统计学软件处理本

研究数据,计数资料用 $[n(\%)]$ 表示,组间比较行 χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较行 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组皮损严重程度比较 观察组治疗后皮损总积分低于对照组($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组临床疗效比较 观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组炎症因子水平比较 观察组治疗后炎症因子水平均低于对照组($P < 0.05$),见表3。

2.4 两组皮肤屏障功能比较 观察组治疗后TEWL低于对照组,SCWC高于对照组($P < 0.05$),见表4。

表1 两组皮损严重程度比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	31	10.56 ± 2.15	4.23 ± 1.25
观察组	31	10.48 ± 2.08	2.56 ± 1.02
<i>t</i>		0.149	5.763
<i>P</i>		0.882	0.000

表2 两组临床疗效比较 $[n(\%)]$

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	31	8 (25.81)	10 (32.26)	7 (22.58)	6 (19.35)	25 (80.65)
观察组	31	12 (38.71)	11 (35.48)	7 (22.58)	1 (3.23)	30 (96.77)*

注: *与对照组比较, $\chi^2=4.026$, $P=0.045$ 。

表3 两组炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$, pg/ml)

组别	<i>n</i>	IL-6		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	25.68 ± 4.23	15.23 ± 3.05	18.56 ± 3.12	11.23 ± 2.56
观察组	31	25.56 ± 4.18	10.56 ± 2.58	18.48 ± 3.08	8.56 ± 2.12
<i>t</i>		0.112	6.509	0.102	4.472
<i>P</i>		0.911	0.000	0.919	0.000

表4 两组皮肤屏障功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	TEWL[g/(h·m ²)]		SCWC(AU)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	22.56 ± 3.12	16.89 ± 2.56	35.23 ± 4.15	48.56 ± 5.23
观察组	31	22.48 ± 3.05	12.35 ± 2.12	35.18 ± 4.08	59.87 ± 5.68
<i>t</i>		0.102	7.605	0.048	8.156
<i>P</i>		0.919	0.000	0.962	0.000

3 讨论

痤疮是一种好发于青少年的慢性炎症性疾病,主要累及毛囊皮脂腺单位,其发病机制涉及多因素、多环节的复杂病理过程。中西医在认识该病的病理本质方面虽视角不同,却具有互补潜力^[7]。在常规西医疗法中,异维A酸作为维A酸类代表药物,通过激活核受体、调节相关基因表达,能够有效抑制皮脂腺活性、减少皮脂分泌,

并改善毛囊口异常角化过程。然而,该药物的作用机制主要聚焦于关键病理环节的靶向干预,对机体内在的整体失衡状态调节有限^[8-10]。与此相对应,茯苓川芎汤以清热利湿、活血解毒为治法,其配伍紧扣痤疮的中医核心病机,融合清热、祛湿与化瘀多法于一方,在调节机体内部环境、恢复功能平衡方面具有独特优势。二者联合使用,可构建局部精准治疗与整体机能调节相结合的协

同治疗模式,为痤疮的临床管理提供更全面的策略选择^[11-14]。

本研究结果显示,观察组治疗后皮损总积分低于对照组($P<0.05$),这一结果体现了中西医结合的协同机制,常规治疗通过抑制粉刺形成、控制病原微生物发挥作用,而茯苓川芎汤中薏苡仁可调节皮脂分泌,牡丹皮、赤芍则促进炎症性皮损消退,共同加速皮损修复进程。观察组总有效率高于对照组($P<0.05$),从中医“标本兼治”理论分析,常规西药与红蓝光治疗属于“治标”范畴,能够快速抑制炎症、控制皮损发展;而茯苓川芎汤则着眼于“治本”,其组方兼顾清热、利湿、活血三大治法,与常规治疗形成优势互补。方中茯苓健脾渗湿,薏苡仁辅助利湿且其脂溶性成分可调节皮脂分泌;黄芩、黄柏清解湿热,针对性改善“热盛”病机;川芎配伍丹参、牡丹皮、赤芍等活血之品,能够疏通局部气血,促进微循环,从而提高临床痊愈率及总有效率^[15]。观察组治疗后炎症因子水平均低于对照组($P<0.05$),这一结果反映了中西医联合治疗在抑制炎症反应方面的协同机制。常规治疗中,红蓝光照射能有效杀灭痤疮丙酸杆菌,从源头上减少炎症触发因素;异维A酸则通过调节免疫反应直接抑制炎症因子的释放。而茯苓川芎汤中的活性成分进一步强化了抗炎效果。黄芩苷能够靶向阻断NF- κ B信号通路的核转移,丹参酮则可下调AP-1转录活性,二者协同作用于炎症信号转导的关键节点,从多途径抑制炎症级联反应,从而更为有效地降低炎症因子水平。观察组治疗后TEWL低于对照组,SCWC高于对照组($P<0.05$),这一改善得益于中西医治疗的互补机制:常规治疗中,异维A酸在抑制皮脂分泌的同时可能引起皮肤干燥,而茯苓川芎汤中的茯苓多糖可增强角质层细胞间的黏合作用,改善皮肤水合能力;川芎则通过活血化瘀作用促进局部微循环,为皮肤屏障修复提供必要的营养支持。这些机制与红蓝光照射促进表皮细胞更新、加速屏障修复的作用相互协同,共同推动皮肤屏障功能的恢复与稳定。

综上所述,茯苓川芎汤联合常规西药与红蓝光照射可改善痤疮患者临床症状,减轻皮损程度,抑制炎症反应,并有助于恢复皮肤屏障功能。

[参考文献]

- [1]王薇,龚金星.茯苓川芎汤联合常规西药、红蓝光照射治疗痤疮的临床效果分析[J].中国社区医师,2025,41(15):76-78.
- [2]魏孔熙,眭岩.二氧化碳点阵激光联合富血小板血浆及皮下分离术治疗痤疮凹陷性瘢痕的临床研究[J].中国医疗美容,2025,15(6):1-4.
- [3]王挺,金晶晶.托里消毒汤联合红蓝光照射治疗聚合型痤疮的疗效观察[J].现代实用医学,2021,33(3):402-403.
- [4]雷东春,刘鸿伟,李建国.桂枝茯苓丸联合多西环素治疗血瘀型玫瑰痤疮的疗效及皮肤镜特征变化研究[J].海南医学,2025,36(17):2465-2468.
- [5]宋红娟,马国安,闫婷,等.金花消痤丸联合克林霉素甲硝唑搽剂治疗玫瑰痤疮的临床研究[J].现代药物与临床,2025,40(8):2063-2067.
- [6]黄圣波,朱定衡,许教雄,等.点阵CO₂激光联合异维A酸治疗炎症性痤疮的临床研究[J].中国美容医学,2025,34(8):109-112.
- [7]陈晓芬,陈辉,陈丽梅.红光照射疗法联合皮肤护理对痤疮患者皮肤生理参数的影响分析[J].基层医学论坛,2024,28(6):30-33.
- [8]李珊,吴乃超,姜渭,等.米诺环素外用制剂在痤疮和玫瑰痤疮中的应用[J].临床皮肤科杂志,2025,54(5):310-313.
- [9]欧阳钟石,黄剑锋.Periostin、TGF- β_1 在痤疮瘢痕形成过程中的作用及相关性研究[J].中国实验诊断学,2025,29(6):682-686.
- [10]张晨,李宏军,周国秀.中药面膜联合红光疗法治疗面部寻常型痤疮的效果分析[J].中国医疗美容,2025,15(6):27-31.
- [11]谢显明,胡越,黄俊可,等.紫外线在玫瑰痤疮发病机制中作用的研究进展[J].中南大学学报(医学版),2025,50(3):396-401.
- [12]韩斌,施慧,姚晓东,等.联合治疗前后炎症性痤疮患者皮肤菌群特征及与炎症水平的相关性[J].中国微生态学杂志,2025,37(2):207-214.
- [13]赵氏淳,陶颖,卢艺,等.金银花-蒲公英提取液不同相态主要成分含量测定及其对痤疮丙酸杆菌抑制作用的有效相态筛选[J].中草药,2024,55(18):6167-6173.
- [14]陈蕾,马艳梅,张敏.自拟银翘清解汤联合强脉冲光治疗玫瑰痤疮患者的效果研究[J].国际医药卫生导报,2025,31(8):1283-1287.
- [15]奚爱妮,胡晶晶,单洪强,等.甘草泻心汤加减联合毫针治疗颜面部痤疮对皮损积分及免疫功能的影响[J].辽宁中医杂志,2024,51(7):165-168.

收稿日期: 2025-9-16 编辑: 张蕊