

DOI: 10.3969/j.issn.1004-4949.2026.04.038

清热利湿方对湿热型痤疮患者临床症状积分的影响

黎随燕

(连云港市第一人民医院, 江苏 连云港 222000)

[摘要]目的 探究在湿热型痤疮患者中应用清热利湿方对其临床症状积分的影响。方法 择取2024年8月-2025年8月于连云港市第一人民医院门诊就诊的52例湿热型痤疮患者,通过随机数字表法分为对照组、试验组,各26例。对照组予以维A酸乳膏联合克林霉素凝胶治疗,试验组在对照组基础上增加清热利湿方治疗,比较两组临床症状积分、VISIA测量结果、皮肤生理指标及不良反应发生率。结果 试验组治疗后丘疹、脓疱、皮肤油腻、疼痛评分均低于对照组 ($P<0.05$);试验组治疗后棕色斑、红色区、紫质、毛孔评分均低于对照组 ($P<0.05$);试验组治疗后油脂评分及pH值均低于对照组,水分评分高于对照组 ($P<0.05$);两组不良反应发生率比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论 在湿热型痤疮患者中应用清热利湿方治疗的效果良好,可缓解其多种症状表现,降低临床症状积分,同时能够改善患者的皮肤质地,优化其皮肤生理指标,且不会增加不良反应发生风险,应用安全性较高。

[关键词] 清热利湿方; 湿热型痤疮; 维A酸乳膏; 克林霉素凝胶; 临床症状积分; 皮肤生理指标

[中图分类号] R758.73+3

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-4949 (2026) 04-0154-05

Effect of Qingre Lishi Prescription on Clinical Symptom Scores in Patients with Acne of Damp-heat Type

LI Suiyan

(The First People's Hospital of Lianyungang, Lianyungang 222000, Jiangsu, China)

[Abstract]**Objective** To explore the effect of Qingre Lishi prescription on clinical symptom scores in patients with acne of damp-heat type. **Methods** A total of 52 patients with acne of damp-heat type who visited the outpatient department of the First People's Hospital of Lianyungang from August 2024 to August 2025 were selected, and they were divided into the control group and the experimental group by the random number table method, with 26 patients in each group. The control group was treated with tretinoin cream combined with clindamycin gel, and the experimental group was treated with Qingre Lishi prescription on the basis of the control group. The clinical symptom scores, VISIA measurement results, skin physiological indicators and adverse reaction rate were compared between the two groups. **Results** After treatment, the scores of papules, pustules, skin greasiness and pain in the experimental group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the scores of brown spots, red areas, porphyrin and pores in the experimental group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the sebum score and pH value of the experimental group were lower than those of the control group, and the moisture score was higher than that of the control group ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). **Conclusion** The application of Qingre Lishi prescription in the treatment of patients with acne of damp-heat type has a good effect. It can relieve various symptom manifestations, reduce clinical symptom scores, improve patients' skin texture, optimize their skin physiological indicators, and does not increase the risk of adverse reactions, with high application safety.

[Key words] Qingre Lishi prescription; Acne of damp-heat type; Tretinoin cream; Clindamycin gel; Clinical symptom scores; Skin physiological indicators

痤疮 (ance) 属于毛囊皮脂腺产生的慢性炎症病变, 病因包括油脂过量分泌、雄性激素水平显著升高、毛孔周边角质代谢异常、细菌感染等, 患者主要临床症状为粉刺、丘疹、脓疱、皮脂溢出等, 重症患者还表现为皮下囊肿或硬结, 皮肤表面产生瘢痕。痤疮多发病于颜面部、胸背部, 可影响患者的容貌美观度, 为此需及早妥善治疗干预^[1]。西医治疗痤疮的主要方案为抗炎、控制油脂分泌、抑制痤疮丙酸杆菌、调节激素水平等, 用药后起效迅速, 但复发率较高, 长期用药容易产生副作用^[2]。中医认为, 痤疮主要证型为湿热型, 病机外邪侵入, 卫阳受困, 气郁化热, 湿热郁结于面部后形成痤疮。中医治疗湿热型痤疮以患者病机为基础, 采用清热利湿的中药组方治疗干预可获得理想的治疗效果^[3, 4]。目前, 清热利湿方尚未在湿热型痤疮治疗中得到广泛应用, 关于其治疗效果仍需要进一步深入探究分析。基于此, 本研究结合2024年8月-2025年8月于连云港市第一人民医院门诊就诊的52例湿热型痤疮患者临床资料, 旨在探究清热利湿方对湿热型痤疮患者临床症状积分的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 择取2024年8月-2025年8月于连云港市第一人民医院门诊就诊的52例湿热型痤疮患者, 通过随机数字表法分为对照组、试验组, 各26例。对照组男13例, 女13例; 年龄24~37岁, 平均年龄(30.22±3.41)岁; 病程5个月~4年, 平均病程(2.49±0.38)年。试验组男11例, 女15例; 年龄22~38岁, 平均年龄(30.19±3.48)岁; 病程7个月~4年, 平均病程(2.58±0.42)年。两组性别、年龄及病程比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 研究可比。患者均签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: 经综合检查符合《中国临床皮肤病学》中寻常型痤疮诊断标准; 参照《中成药治疗寻常痤疮专家共识》中标准, 中医证型为湿热型。排除标准: 近期接受其他药物治疗; 继发性痤疮、聚合性痤疮、囊肿型痤疮; 主要组织器官功能障碍; 认知理解能力异常; 治疗依从性过低。

1.3 方法

1.3.1 对照组 予以维A酸乳膏联合克林霉素凝胶治疗: 温水擦洗皮损部位, 取适量维A酸乳

膏(山东辰欣佛都药业股份有限公司, 国药准字H20063218, 规格: 15 g : 3.75 mg)、克林霉素凝胶[金日制药(中国)有限公司, 国药准字H20040314, 规格: 10 g : 0.1 g (以克林霉素计)]均匀涂抹在皮损部位, 待药物自然吸收即可, 指导患者日常生活中注意清淡饮食, 避免挤压皮损部位, 疗程为4周。

1.3.2 试验组 在对照组基础上增加清热利湿方治疗: 药物成分包括炙甘草6 g、生石膏30 g、知母12 g、粉草薢12 g、连翘12 g、麸炒苍术12 g。治疗期间结合患者病情特点调整药物组方及用药剂量, 加入适量水煎煮, 取浓缩药液400 ml, 每日早晚均口服200 ml, 疗程为4周。

1.4 观察指标

1.4.1 记录两组临床症状积分 治疗前后参照《中药新药临床研究指导原则》中标准, 测评两组临床症状积分, 条目为丘疹、脓疱、皮肤油腻、疼痛, 分值均为0~3分, 得分越高表示临床症状越严重。

1.4.2 记录两组VISIA测量结果 治疗前后采用VISIA面部图像分析系统拍摄两组患者面部照片, 记录棕色斑、红色区、紫质、毛孔绝对分值, 得分越高表示美肤效果越差。

1.4.3 检测两组皮肤生理指标 治疗前后对患者的皮肤生理指标进行检测, 包括油脂、水分、pH值, 将测量结果量化为评分, 油脂: 0~30分, 得分越高皮肤油脂分泌量越多; 水分: 0~100分, 得分越高则皮肤水分含量越高; pH值: 0~14分, 得分越高则碱性越强。

1.4.4 记录两组不良反应发生率 包括胃肠道不适、轻微发热、头晕。

1.5 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件进行数据分析, 计数资料以 $n(\%)$ 表示, 行 χ^2 检验; 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 行 t 检验; $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床症状积分比较 试验组治疗后丘疹、脓疱、皮肤油腻、疼痛评分均低于对照组($P<0.05$), 见表1。

2.2 两组VISIA测量结果比较 试验组治疗后棕色斑、红色区、紫质、毛孔评分均低于对照组($P<0.05$), 见表2。

2.3 两组皮肤生理指标比较 试验组治疗后油脂评



分及pH值均低于对照组, 水分评分高于对照组 ($P < 0.05$), 见表3。

2.4 两组不良反应发生率比较 两组均未发生严重不良反应, 试验组发生1例胃肠道不适, 1例轻微

发热, 不良反应发生率为7.69% (2/26); 对照组发生2例胃肠道不适, 1例头晕, 不良反应发生率为11.54% (3/26)。两组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.221, P = 0.638$)。

表1 两组临床症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	丘疹		脓疱	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	26	2.25 ± 0.38	0.87 ± 0.12	2.04 ± 0.35	0.94 ± 0.15
对照组	26	2.19 ± 0.35	1.36 ± 0.28	2.11 ± 0.29	1.68 ± 0.27
t		0.592	8.202	0.785	12.216
P		0.556	0.000	0.436	0.000

组别	n	皮肤油腻		疼痛	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	26	2.11 ± 0.36	0.81 ± 0.12	1.89 ± 0.26	0.75 ± 0.09
对照组	26	2.09 ± 0.42	1.29 ± 0.31	1.96 ± 0.24	1.04 ± 0.18
t		0.184	7.363	1.009	7.348
P		0.854	0.000	0.318	0.000

表2 两组 VISIA 测量结果比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	棕色斑		红色区	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	26	6.88 ± 1.02	4.79 ± 0.84	4.26 ± 1.13	2.36 ± 0.45
对照组	26	6.93 ± 0.97	5.38 ± 1.12	4.19 ± 1.08	3.08 ± 0.72
t		0.181	2.149	0.228	4.324
P		0.857	0.037	0.820	0.000

组别	n	紫质		毛孔	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	26	1.49 ± 0.25	0.68 ± 0.11	2.38 ± 0.45	1.42 ± 0.23
对照组	26	1.53 ± 0.29	0.97 ± 0.23	2.42 ± 0.41	1.76 ± 0.38
t		0.533	5.800	0.335	3.903
P		0.597	0.000	0.739	0.000

表3 两组皮肤生理指标比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	油脂		水分		pH 值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
试验组	26	24.98 ± 3.76	18.84 ± 2.76	46.93 ± 6.17	55.98 ± 6.94	5.03 ± 0.48	4.26 ± 0.23
对照组	26	25.04 ± 3.65	21.17 ± 3.85	47.02 ± 6.13	51.27 ± 5.08	4.99 ± 0.56	4.71 ± 0.42
t		0.058	2.508	0.053	2.792	0.277	4.792
P		0.954	0.015	0.958	0.007	0.783	0.000

3 讨论

痤疮为临床常见皮肤炎性病变，主要指毛囊皮脂腺发生炎症反应所致面部或身体其他部位产生皮肤损伤，皮损部位以面部、胸背部等油脂分泌旺盛的部位为主，多表现为粉刺、脓疱、丘疹等症状。痤疮可导致皮肤产生不适感，影响颜面部容貌美观度，使患者的生活质量显著降低，为此需及早妥善治疗干预^[5]。临床治疗痤疮的主要方案为药物综合治疗，西医根据痤疮的发病机理采用抗炎、抑制痤疮丙酸杆菌、调节激素水平等外用药物治疗，维A酸类药物是痤疮的首选治疗药物，适用于轻度及中度痤疮的治疗，可调节皮肤表面细胞代谢，使毛孔处于通畅的状态，溶解粉刺，预防瘢痕形成。抗生素治疗可抑制痤疮丙酸杆菌，缓解炎症反应。西药治疗通过外用给药能够迅速透皮吸收，起效快，疗效显著，但长期用药易产生耐药性，部分患者合并药物相关不良反应，因此需要优化调整治疗方案^[6]。中医理论认为^[7]，痤疮属于粉刺、肺风粉刺，主要证型为湿热型，患者日常饮食不洁，过食肥甘，导致脾胃失健运，湿热内蕴，湿热经阳明经上攻面部，郁结于肌表，导致痤疮形成。部分中医研究认为^[8, 9]，外邪侵入，卫阳受困是痤疮的主要病机之一。中医治疗湿热型痤疮以清热利湿为主要原则，通过合理的中药组方配伍可清除病机，缓解多种症状，配合西药外用治疗能够获得理想的效果。

本研究结果显示，试验组治疗后丘疹、脓疱、皮肤油腻、疼痛评分均低于对照组 ($P < 0.05$)，提示对湿热型痤疮患者采用中药治疗可有效缓解多种临床症状。维A酸乳膏、克林霉素凝胶均为湿热型痤疮的常规治疗药物，可调节皮肤表面细胞代谢，疏通毛孔，溶解粉刺，抗菌消炎，外用给药后起效迅速，能够在短时间内缓解多种症状，但疗效维持时间较短，停药后复发率较高^[10]。中医多采用清热利湿之法治疗湿热型痤疮，本研究选用的清热利湿方，其中药组方中连翘被称为“疮家之圣药”，其主要功效为消痈散结，清热解毒。知母主要功效为清热化痰，散结开郁，使脓尚未形成时消散。苍术属于祛湿健脾类中药，用药后可清除体内湿气，改善脾胃功能，而脾胃

失调在湿热型痤疮发病及病情进展中能够具有重要作用，因此采用苍术治疗有助于清除致病诱因，缓解多种临床症状。萆薢性味苦，可入膀胱经与肾经，其主要作用是利水渗湿，促进清浊分泌，可祛除体内湿热，控制病情进展^[11, 12]。生石膏主要作用为清热泻火，止渴除烦，敛疮生肌，止血化湿，可加速皮损部位的修复^[13]。甘草能够调和药性，改善皮肤胃功能，止咳化痰，使组方达到清热化湿，散结开郁，调理脾胃功能的效果，配合采用西药综合治疗干预可获得满意的治疗效果，有效缓解多种临床症状^[14]。试验组治疗后棕色斑、红色区、紫质、毛孔评分均低于对照组 ($P < 0.05$)；试验组治疗后油脂评分及pH值均低于对照组，水分评分高于对照组 ($P < 0.05$)，提示湿热型痤疮患者采用中药治疗可改善多项皮肤生理指标，美肤效果良好。西药治疗的主要作用是抗菌消炎，调节皮肤代谢状态，抑制油脂形成。现代药理学研究表明^[15]，本研究选用的中药组方具有抗病原微生物的作用，可抑制痤疮丙酸杆菌、金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌等，并可解热及抗炎，提高白细胞的吞噬功能，提升机体免疫力。组方中连翘、萆薢等药物含有脂肪油，能够促进皮肤角质层软化，保护皮肤神经末梢血管，有效杀菌、抑菌，在酶水解后能够合成HCN等物质，可显著降低酪氨酸酶活性，进而缓解皮肤组织表面黑斑、雀斑、色素沉着等症状，改善皮肤美观度及生理状态^[16]。通过中西医结合治疗可多途径抗菌消炎，抑制油脂分泌，促进粉刺溶解，缓解皮肤相关症状，其美肤效果优于单一西药治疗模式。两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。中药组方均为纯天然药物，用药后对机体的刺激作用轻微，不会引发严重的不良反应，治疗安全性较高。此外，湿热型痤疮的治疗具有长期性，内服及外用药物治疗过程中需加强病情观察，及时调整用药剂量与用药方案。湿热型痤疮患者需注意合理饮食，减少乳制品、甜食摄入量，多摄入低糖水果、杂粮、新鲜蔬菜。日常生活中使用温和的洗面奶及温水清洁面部，选用无油配方的化妆品，注意休息，保证每日睡眠的时间充足，外出时注意防晒。湿热型痤疮患者多伴有心理问题，因此需要家属多陪



伴鼓励, 安抚不良情绪, 鼓励其树立康复信心, 引导患者积极参与各类社交活动, 以减轻疾病对心理健康造成的不良影响^[17, 18]。本研究属于单中心研究, 入选的湿热型痤疮患者总数比较少, 未进行多个医疗机构数据的横向比较分析, 研究开展的时间比较短, 湿热型痤疮患者采用中药治疗的机制及具体药物组方仍需要进一步深入的研究。

综上所述, 在湿热型痤疮患者中应用清热利湿方治疗的效果良好, 可缓解其多种症状表现, 降低临床症状积分, 同时能够改善患者的皮肤质地, 优化其皮肤生理指标, 且不会增加不良反应发生风险, 应用安全性较高。

[参考文献]

[1]王平,王丽. 芩连平胃散加减辅助痤疮脾胃湿热型疗效观察[J]. 实用中医杂志, 2025, 41(11): 2172-2174.

[2]丁宁, 吴敏, 王佳佳, 等. 竹叶石膏汤合除湿胃苓汤加减治疗湿热型玫瑰痤疮疗效观察[J]. 中医临床杂志, 2025, 37(7): 1445-1448.

[3]黄晓飞, 胡美凤. 加味三仁汤联合刺络拔罐治疗青春期湿热型痤疮疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40(11): 2116-2118.

[4]梁婉娜, 孔连委, 李薇婕, 等. 双黄消痤丸治疗脾胃湿热型痤疮的临床疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2024, 31(5): 855-857.

[5]刘美芳, 李妍. 痤疮一号方治疗脾胃湿热型痤疮的疗效分析[J]. 继续医学教育, 2024, 38(8): 180-183.

[6]刘伟. 清热除湿汤联合强脉冲光治疗用于脾胃湿热型玫瑰痤疮患者的疗效及其对皮肤屏障功能的影响[J]. 大医生, 2024, 9(8): 78-81.

[7]曾泉, 黄昌泉, 王晓鹏, 等. 火针结合龙胆泻肝汤治疗肝胆湿热型痤疮的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(7): 59-62.

[8]胡学军, 何艳. 中西医结合治疗湿热蕴结型中重度寻常型痤疮临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(19): 121-125.

[9]黄李婷, 李晓健, 陈小敏, 等. 中西医结合治疗中重度痤疮30例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2023, 32(15): 115-118.

[10]丁黎薇, 王春环, 袁兆毓, 等. 加减清热除湿解毒汤联合耳穴压豆治疗脾胃湿热型痤疮的效果研究[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2024, 30(1): 147-150.

[11]卢玢桦, 黄仁坤, 罗淑娟. 芩连平胃散加减治疗脾胃湿热型痤疮的理论初探[J]. 实用中医内科杂志, 2024, 38(1): 96-98.

[12]袁颢宸, 劳秋荣, 王宁. 茵陈蒿汤的药理作用及临床应用[J]. 河南中医, 2023, 43(7): 984-991.

[13]陈梦学, 姚赐玉, 张婧, 等. 清热利湿方联合紫草膏外用治疗小儿湿热蕴结型特异性皮炎的临床效果[J]. 医学理论与实践, 2025, 38(4): 632-634.

[14]李春燕, 隋秀林, 范玉, 等. 加味葛根黄芩黄连汤治疗湿热型痤疮的理论探讨[J]. 中国民间疗法, 2023, 31(6): 4-6, 11.

[15]宋丽萍, 杨磊, 肖翔, 等. 基于FangNet平台的陈彤云治疗脾胃蕴热型与肠胃湿热型痤疮的用药规律[J]. 北京中医药, 2022, 41(3): 305-308.

[16]蔡如惠. 芪母八味汤在药物流产中的应用效果观察[J]. 中国中医药科技, 2022, 29(1): 167-169.

[17]张更新. 三仁汤化裁联合红霉素软膏治疗脾胃湿热型痤疮的疗效观察[J]. 新疆中医药, 2021, 39(3): 15-18.

[18]杨矛, 方朝晖. 基于数据挖掘分析方朝晖教授治疗寻常痤疮脾胃湿热证用药规律[J]. 山西中医药大学学报, 2022, 23(6): 515-517, 525.

收稿日期: 2026-1-12 编辑: 扶田