

本文引用:罗丽娜,刘利红,张静,苟志莲.红蓝光联合中药面膜治疗玫瑰痤疮的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2017,37(12):1400-1403.

## 红蓝光联合中药面膜治疗玫瑰痤疮的临床观察

罗丽娜,刘利红,张静,苟志莲

(四川大学华西广安医院,四川 广安 638000)

**〔摘要〕** **目的** 探讨红蓝光联合中药面膜治疗玫瑰痤疮的临床治疗效果。**方法** 将纳入研究组的86例玫瑰痤疮患者按照完全随机分配的方法分为实验组与对照组,各43例。实验组患者给予红蓝光联合中药面膜治疗,对照组患者给予常规西药甲硝唑凝胶治疗,观察并记录实验组与对照组治疗后的临床治疗效果、临床症状积分、不良反应与复发情况。**结果** 治疗4周后,实验组患者的总有效率为83.7%高于对照组的53.5%,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗后实验组临床症状积分(红斑、丘疹脓疱、瘙痒、毛细血管扩张、总积分)均低于治疗前和对照组( $P<0.05$ ),实验组复发率低于对照组( $P<0.05$ ),不良反应两组差异无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论** 中药面膜联合红蓝光治疗玫瑰痤疮起效快,疗效好,维持疗效时间长复发率低,不良反应少,值得临床推广。

**〔关键词〕** 玫瑰痤疮;红蓝光;中药面膜;症状积分

**〔中图分类号〕** R285;R758

**〔文献标志码〕** B

**〔文章编号〕** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.12.024

### Clinical Effect of Red and Blue Light Combined with Traditional Chinese Medicine Facial Mask Therapy on Rose Acne

LUO Lina, LIU Lihong, ZHANG Jing, GOU Zhiliang

(West China Guang'an Hospital, Sichuan University, Guang'an, Sichuan 638000, China)

**〔Abstract〕** **Objective** To investigate the effect of red and blue light combined with traditional Chinese medicine facial mask on rose acne. **Methods** 86 cases of rose acne patients according to the completely randomized methods were randomly divided into the experimental group and control group, 43 cases in each group. The patients in experimental group were given red and blue light combined with traditional Chinese medicine facial mask, and the control group was treated with conventional Western medicine metronidazole gel. The clinical effect, symptom score, side effects and relapse rates of the experimental group and control group were observed and recorded after treatment. **Results** After treatment for four weeks, the total effective rate of the experimental group patients was higher than the control group (83.7% vs 53.5%), the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). After treatment, the clinical symptom scores (erythema, papulopustule, pruritus, angiotelectasis, aggregate score) of the experimental group were lower than control group and before treatment ( $P<0.05$ ). The relapse rates of experimental group was lower than the control group ( $P<0.05$ ). The side effects in two groups were not statistically significant ( $P>0.05$ ). **Conclusion** The red and blue light combined with traditional Chinese medicine facial mask acne mask shows faster and better effect on rose acne, with less adverse reaction. It is worth popularizing in clinic.

**〔Keywords〕** rose acne; red and blue light; traditional Chinese medicine facial mask; symptom integral

玫瑰痤疮是临床常见的一种好发于颜面部的慢性复发性炎症性皮肤病变,常发生于30~50岁群体,女性多于男性,临床表现为反复发作的以面部为主的红色斑点,并发丘疹性突起、脓性疱疹、组

织纤维化等<sup>[1]</sup>。患者常自觉有干燥、瘙痒、灼热、针刺、紧绷、肿胀、蚁行和疼痛等不适感觉<sup>[2-3]</sup>,该病给患者生理和心理带来极大影响,导致生活质量明显下降,因此亟需找寻有效、安全、可靠且便捷的治疗

**〔收稿日期〕** 2017-07-06

**〔基金项目〕** 四川省广安市科技创新项目(2016CX08)。

**〔作者简介〕** 罗丽娜,女,主治医师,硕士,研究方向:中西医结合皮肤美容,E-mail:xuyiluo@126.com。

方法。本研究组在2015年7月至2016年12月综合运用红蓝光联合经验中药面膜治疗玫瑰痤疮,获得了较满意的临床治疗效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

纳入本研究组的86例玫瑰痤疮患者均为在本院皮肤科门诊就诊的病例,采用SAS软件获取随机数字,按病例入选先后顺序进行排列,按比例为1:1分为实验组和对照组,各43例。其中实验组男12例,女31例;年龄25~48岁,平均年龄(35.87±2.16)岁;病程2个月~5.5年,平均病程(4.65±0.45)年;红斑期10例,丘疹脓疱期33例。对照组男10例,女33例;年龄23~49岁,平均年龄(37.87±2.78)岁;病程1.5个月~5年,平均病程(4.12±0.56)年;红斑期11例,丘疹脓疱期32例。两组患者的性别、年龄、病程、皮损严重性等一般资料差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 临床诊断符合玫瑰痤疮,至少包括以下1条主要症状和1条次要症状:(1)主要症状:阵发性潮红、持久性红斑、丘疹、脓疱、毛细血管扩张;(2)次要症状:灼热刺痛感、干燥、斑块、肿胀、眼部症状、面部外症状、肥大增生<sup>[4]</sup>。

1.2.2 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)多种诱发因素加重患者的临床症状,主要包括温度变化、日晒、辛辣刺激食物、外用药物、精神因素等;(3)年龄20~50岁;(4)进入本研究半年内未使用治疗本病的药物;(5)签署知情同意书者<sup>[5]</sup>。

1.2.3 排除标准 (1)鼻赘期患者;(2)已知对红蓝光过敏患者,过敏体质及对试验药物过敏者;(3)妊娠、准备妊娠或哺乳期妇女;(4)有严重的心、肝、肾等基础性疾病及恶性肿瘤,精神异常患者<sup>[6]</sup>。

### 1.3 治疗方法

1.3.1 实验组 实验组所采用治疗仪器为欧德芬红蓝光脸部理疗仪(型号:Odefephe-R1m,瑞士欧德芬公司),其中高纯度蓝色光线(Odefephe blue R1m)的输出功率为(15±10) W,具体蓝色光线波长参数为(400±20) nm,聚焦能量密度50 J/cm<sup>2</sup>;高纯度红色光线(Odefephe red R1m)的输出功率为(35±15) W,具体红色光线波长参数为(600±15) nm,聚焦能量密度

150 J/cm<sup>2</sup>。实验组患者除采用红蓝光治疗外,同时联合经验方中药面膜进行治疗,具体组成中药为生石膏30 g,炒黄芩12 g,生地黄20 g,柏子仁12 g,赤芍6 g,鱼腥草6 g,大青叶6 g。

其红蓝光联合经验方中药面膜具体治疗步骤为:

(1)予患者颜面部清洁,如颜面部生长有脓性疱疹,进行清创,之后采用红霉素软膏防止污染;(2)患者平躺于治疗床,用眼罩遮蔽眼部,运用治疗仪照射患者颜面部患处,距离其颜面部约10~12 cm。按照上述规格蓝红交替照射患者颜面部,不可蓝红光同时照射;(3)中药面膜为药粉现制,与蒸馏水一起拌为米糊状,平敷于颜面部形成面膜,患者颜面部覆盖中药面膜约30 min,每次治疗时间约为20 min,1个星期行2次治疗,治疗间隔为2~3 d,1个月为1个疗程。

1.3.2 对照组 治疗方法:采用0.75%甲硝唑凝胶(法国高德美国国际公司,批号:8021087)外擦治疗,疗程与实验组一致。

### 1.4 评价指标及方法

1.4.1 临床疗效评价 实验组与对照组于治疗4周后观察并记录临床治疗效果、疗程时间与药物的副作用等临床指标,均按4级评分法评定。瘙痒程度按无、轻、中、重(轻:轻微痒感;中:有瘙痒,可以忍受;重:有瘙痒,难以忍受)度分别计为0~3分;客观症状以皮损面积按无、轻、中、重(轻:皮损面积为20 cm<sup>2</sup>;中:皮损面积为20~50 cm<sup>2</sup>;重:皮损面积>50 cm<sup>2</sup>)度分别计为0~3分。所有分值相加即为疾病积分,疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。其评判标准分为:痊愈:疗效指数>90%;显效:疗效指数60%~89%;好转:疗效指数20%~59%;无效:疗效指数<20%。有效率以“痊愈率+显效率+好转率”计算。

1.4.2 症状积分评价 观察实验组和对照组患者治疗前后的症状积分,包括红斑、丘疹脓疱、瘙痒、毛细血管扩张评分(每个单项总分10分)和总积分,得分越低,治疗效果越理想<sup>[7]</sup>。

1.4.3 观察两组患者的不良反应和复发情况

### 1.5 统计学处理

本研究数据整理后均采用SPSS 19.0软件进行统计分析,其中计量资料以“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,应用 $t$ 检验进行统计分析,计数资料采用 $\chi^2$ 检验进行分析,均以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床治疗效果比较

在本研究的治疗过程无中途退出患者。在接受治疗4周后,实验组患者的总有效率为83.7%,对照组患者的总有效率为53.5%,两组患者总有效率的差异有统计学意义( $\chi^2=4.54, P<0.05$ )。见表1。

### 2.2 两组临床症状积分比较

治疗前实验组与对照组患者红斑、丘疹脓疱、瘙

痒、毛细血管扩张症状积分及总积分比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后两组患者的症状积分和总积分均低于本组治疗前,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且实验组显著低于对照组( $P<0.05$ )。见表2。

表1 两组临床治疗效果比较 (例)

| 组别  | n  | 痊愈 | 显效 | 好转 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|----|---------|
| 实验组 | 43 | 13 | 15 | 8  | 7  | 83.7*   |
| 对照组 | 43 | 4  | 10 | 9  | 20 | 53.5    |

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

表2 两组临床症状积分比较 ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

| 组别  | n  | 时间  | 红斑                      | 丘疹脓疱                    | 瘙痒                      | 毛细血管扩张                  | 总积分                     |
|-----|----|-----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 实验组 | 43 | 治疗前 | 8.24±2.21               | 4.32±1.10               | 4.25±0.56               | 5.12±1.12               | 17.12±2.12              |
|     |    | 治疗后 | 1.59±0.86 <sup>△*</sup> | 0.89±0.22 <sup>△*</sup> | 0.85±0.21 <sup>△*</sup> | 1.02±0.23 <sup>△*</sup> | 2.11±0.51 <sup>△*</sup> |
| 对照组 | 43 | 治疗前 | 8.51±2.05               | 4.11±0.98               | 4.32±0.61               | 4.98±1.15               | 17.22±1.98              |
|     |    | 治疗后 | 3.26±1.12 <sup>△</sup>  | 1.23±0.35 <sup>△</sup>  | 1.52±0.33 <sup>△</sup>  | 2.39±0.51 <sup>△</sup>  | 6.14±0.63 <sup>△</sup>  |

注:与同组治疗前比较, $\Delta P<0.05$ ;与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

### 2.3 两组不良反应比较

实验组与对照组的不良反应发生率分别是4.6%(2/43)、6.9%(3/43),两组比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。其不良反应的临床具体表现为治疗处的肌肤红肿,指按有痛感,在停止用药后的1d内症状减轻或消失;实验组与对照组均未发现严重的不良反应病例。

### 2.4 两组复发情况

实验组与对照组患者在停止治疗1个月后进行随访,实验组患者复发3例,复发率6.9%;对照组患者复发10例,复发率23.3%,两组复发率差异有统计学意义( $\chi^2=5.47, P<0.05$ )。

## 3 讨论

玫瑰痤疮是好发于颜面部的慢性炎症性病变,临床表现为红色斑点、丘疹性突起、脓性疱疹等<sup>[8]</sup>,现阶段众多文献研究表明玫瑰痤疮的病因是颜面部的微小血管网伸缩舒张调节功能失常,产生微小血管怒张,甚至由于血流受阻产生瘀血导致<sup>[9]</sup>。中医学认为玫瑰痤疮一般为肺胃脏腑郁热,加之外邪风热、气滞血瘀导致<sup>[10]</sup>。但在本研究中,对本病的病因病机有了跟进一步的认识:湿热毒邪蕴结,聚于脏腑三焦,外发肌肤不得,内攻导致气滞血瘀是该病的最主要病理机制<sup>[11]</sup>。三焦为六腑之一,有总理全身诸气,顺导机体气化之功,《黄帝内经》有云:“三焦膀胱者,

腠理毫毛其应也。”湿热毒邪结合外感风热之邪蕴结内里,三焦气化功能失常,气机不畅,邪蕴结于三焦,疏泄不能,外发为颜面部玫瑰痤疮<sup>[9]</sup>。

玫瑰痤疮的传统治疗方法多为系统或局部使用抗生素,多数患者皮肤对外界的刺激因素尤其对多种化学制剂的敏感性增高<sup>[12]</sup>,该病在治疗过程中易于复发或者迁延不愈,对本病患者的生活质量造成诸多影响,因此寻求有效、安全性高、复发率低的治疗方法很有必要。

采用红蓝光治疗玫瑰痤疮,其中红色高纯度光线可穿透深度约12~16nm的颜面部肌肤,对加快皮肤组织新陈代谢、细胞分裂修复肌肤有正向作用;蓝色高纯度光线可激活颜面部的内源性光敏物质,从而增加单态氧分子数量,增强肌肤的自洁能力<sup>[13]</sup>;经研究发现,红蓝色高纯度光线交替使用有消除炎症、减少疼痛、增加颜面部肌肤白细胞的吞噬作用,从而提高颜面部肌肤的免疫功能;此外,红蓝色高纯度光线交替使用还可刺激纤维细胞分裂,加速胶原蛋白生成,很大程度上可改善颜面部肌肤的光泽<sup>[14]</sup>。

采用经验方中药面膜治疗玫瑰痤疮,其原理是中药面膜的透皮给药系统可使皮肤充分吸收药物从而达到最佳治疗效果。中药面膜的透皮给药系统可最大程度上减少中药有效成分的首过效应<sup>[15]</sup>,我研究组经过多次试验,总结出3个途径来增强中药的透皮吸收量,从而大大地提高临床治疗效果:(1)面

部均匀喷雾法:将中药面膜组方制成喷雾剂,均匀地喷洒于颜面部,雾化中药具有低渗作用,可快速地使颜面部肌肤角质层的含水量增加从而促进药物的吸收;(2)颜面部清创:颜面部清创有两大作用,一个是清创时产生的疼痛有利于局部新陈代谢及血流加快,可促进药物吸收效率;另一个是减少炎性物质对皮肤的破坏作用<sup>[6]</sup>;(3)中药面膜敷面:本研究经验方中药面膜药物为生石膏、炒黄芩、生地黄、柏子仁、赤芍、鱼腥草、大青叶,诸药合用有宣泄三焦郁热、清降肺胃湿火、凉血祛斑解毒的作用;同时加入的生石膏在面膜成型阶段有先发热后成型的特点,可加快颜面部气血经络的流通,冷倒膜加速湿热清除、软坚散结,取得较好疗效,且方法简单,易为患者接受。

本研究结果显示实验组总有效率高于对照组,治疗后红斑、丘疹脓疱、瘙痒、毛细血管扩张症状积分及总积分显著低于对照组,且复发率低于对照组,差异均有统计学意义( $P<0.05$ ),说明红蓝光联合经验方中药面膜治疗玫瑰痤疮起效快,疗效好,维持疗效时间长复发率低,不良反应少,适合应用于红斑期和丘疹脓疱期玫瑰痤疮患者的治疗,值得临床推广应用。

#### 参考文献:

- [1] 朱仁康. 中医外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987: 675.
- [2] Li J, Li M, Chen Q, et al. Quality of life among patients with rosacea: an investigation of patients in China using two structured questionnaires[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2016, 30(10):98-99.
- [3] Yamasaki K, Gallo RL. The melocular pathology of rosacea[J]. J Dermatol Sci, 2009, 55(2):77-81.
- [4] Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standard classification of rosacea: Report of the national rosacea society expert committee on the classification and staging of rosacea[J]. J Am Acad Dermatol, 2002, 46(4): 584-587.
- [5] 林 笛, 蒋 娟. 酒渣鼻病因及发病机制的研究进展[J]. 国际皮肤性病学杂志, 2013, 39(4): 235-238.
- [6] Rizwan M, Aqil M, Talegaonkar S, et al. Enhanced transdermal drug delivery techniques: an extensive review of patents[J]. Recent Pat Drug Deliv Formul, 2009, 3(2):105-124.
- [7] Shibata M, Katsuyama M, Onodera T, et al. Glucocorticoids enhance Toll-like receptor 2 expression in human keratinocytes stimulated with Propionibacterium acnes or proinflammatory cytokines[J]. J Invest Dermatol, 2014, 129(2):375-382.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 中药临床研究指导原则(第三辑)[S]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 87-89.
- [9] 赵 辨. 中国临床皮肤性病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 1166.
- [10] 陈志蓉, 董银卯, 孟 宏, 等. 10种中草药提取物对痤疮致病菌的体外抑菌活性研究[J]. 中医药学报, 2011, 39(6): 24-26.
- [11] 刘 俐, 于 颖, 孙海歌, 等. 化痰消结法治疗中重度痤疮 60例临床观察[J]. 环球中医药, 2013, 6(S2): 142.
- [12] Yamamoto A, Takenouchi K, Ito M. Impaired water barrier function in acne vulgaris[J]. Arch Dermatol Res, 1995, 287(2): 214-218.
- [13] Sugino M, Todo H, Sugibayashi K. Skin permeation and transdermal delivery systems of drugs: history to overcome barrier function in stratum comeum[J]. Pharmac Soc Japan, 2009, 129(12):1453-1458.
- [14] Gupta AK, Ryder JE. Photodynamic therapy and topical aminolevulinic acid: an overview[J]. Am J Clin Dermatol, 2003, 4(10): 699-708.
- [15] Scheinfeld NS. Melasma[J]. Skinmed, 2007, 6(1):35-37.
- [16] 吴溯帆, 石杭燕, 陈 永, 等. 口服氨甲环酸治疗黄褐斑的临床观察[J]. 国美容整形外科杂志, 2008, 4(19): 106.

(本文编辑 匡静之)