

火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮疗效观察

宋道阳

(南阳市第三人民医院医疗美容科,河南 南阳 473000)

【摘要】 目的 观察火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的临床疗效。**方法** 选取2019年4月至2020年4月收治的86例玫瑰痤疮患者为研究对象,以随机对照实验分为对照组($n=43$,甲硝唑治疗)与观察组($n=43$,火针疗法联合甲硝唑治疗),对比两组皮损评分及临床疗效。**结果** 观察组治疗后脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒等临床症状评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗后总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的临床疗效理想,值得推广。

【关键词】 火针疗法;甲硝唑;玫瑰痤疮

中图分类号: R245.31⁺6; R 758.73⁺2 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.027

玫瑰痤疮是好发于面部、皮肤血管、毛囊皮脂腺的一种皮肤病,以疱疹、红斑、丘疹、毛细血管扩张为主要临床表现。该病不仅损害患者面部美观,还会伴有一定程度的刺痛和瘙痒感,给患者社会生活及其心理健康带来巨大影响。目前,玫瑰痤疮以硫磺制剂、甲硝唑霜等为主要治疗手段,但疗效欠佳,且极具刺激性,易造成患者肌肤出现过敏、干燥等不良反应^[1-2]。本院医疗美容科选取2019年4月至2020年4月收治的86例玫瑰痤疮患者为研究对象,观察火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年4月至2020年4月收治的86例玫瑰痤疮患者为研究对象,以随机对照实验分为对照组($n=43$,甲硝唑治疗)与观察组($n=43$,火针疗法联合甲硝唑治疗)。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁,且皮损真菌镜检均为阴性;②符合《中国临床皮肤病学》^[3]中玫瑰痤疮的诊断标准;③知情同意,签署知情同意书。排除标准:①处于哺乳期、妊娠期;②符合本研究药物禁忌症;③2周内曾使用四环素、维生素B族等相关药物。对照组男28例,女15例,年龄(20~35)岁,平均(27.52 $\pm$ 2.67)岁,病程(1~14)年,平均(6.28 $\pm$ 1.32)年,皮损区毛囊病原体检查结果:蠕形螨35例(81.40%)、小芽孢杆菌6例(13.95%)、棒状芽孢杆菌2例(4.65%);观察组男27例,女16例,年龄(20~36)岁,平均(27.67 $\pm$ 2.81)岁,病程(1~13)年,平均(6.80 $\pm$ 1.42)年,皮损区毛囊病原体检查结果:蠕形螨36例(83.72%)、小芽孢杆菌4例(9.30%)、棒状芽孢杆菌3例(6.98%)。两组一般资料经统计分析,无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究项目经本院伦理协会批准。

1.2 方法 对照组给予甲硝唑治疗。选用甲硝唑凝胶(天津市天药制药有限公司,国药准字H19990245),取适量蘸于棉签,行脸部外敷,3次/d,3周一疗程,

共1个月。

观察组在对照组基础上给予火针疗法。在患者丘疹、脓疱处取阿是穴(别称压痛点),选用盘龙火针。准备完毕后嘱患者取舒适体位,行常规消毒;准备酒精灯,倒入约1/3乙醇,

医生左手持酒精灯靠近患者阿是穴,右手用拇指、食指、中指持盘龙火针柄,放置至酒精灯上方火焰中部,顺序加热针体、针尖,烧至发白。腕部发力快、准、稳直线刺入患者肌肤损伤顶部,快速出针,刺入深度至肌肤损伤处基底部为宜;采用消毒棉签挤出脓疱脓血、脓栓、分泌物等。1次/7d,3次一疗程,共1个月。

1.3 观察指标 ①比较两组患者治疗前后脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒等临床症状评分;选取本院2名经验丰富医生进行效果评分,以无(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)为评判标准,评分越低代表临床症状越轻。②比较两组患者治疗后临床疗效。临床疗效以疗效指数为准,疗效指数=(治疗前皮损积分-治疗后皮损积分) $\div$ 治疗前皮损积分 $\times 100\%$;各项临床症状评分累积之和为皮损积分。痊愈:疗效指数100%;显效:疗效指数75%~99%;无效:疗效指数 $< 75\%$ 。总有效率以痊愈率和显效率之和为准。

1.4 统计学分析 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析,计数资料用率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者治疗后评分 两组治疗前脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒等临床症状评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组治疗后脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒等临床症状评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 临床疗效对比 对照组痊愈9例(20.93%),显效16例(37.21%),无效18例(41.86%),总有效率

表 1 比较两组患者皮损评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	脓疱		面部红斑		色素沉着		瘙痒	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	2.61±0.21	1.16±0.21	2.47±0.31	1.48±0.32	1.98±0.28	0.45±0.06	2.69±0.24	1.26±0.28
观察组	43	2.59±0.23	0.98±0.17	2.44±0.35	1.18±0.31	1.96±0.30	0.41±0.02	2.68±0.22	1.06±0.22
t		0.421	4.368	0.420	4.415	0.319	4.147	0.201	3.683
P		0.674	0.000	0.675	0.000	0.750	0.000	0.840	0.000

为 58.14% (25/43); 观察组痊愈 14 例 (32.56%), 显效 22 例 (56.16%), 无效 7 例 (16.28%), 总有效率为 83.72% (36/43)。观察组治疗总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($X^2=6.823$, $P < 0.01$)。

3 讨论

玫瑰痤疮病因尚不明确, 可能是皮脂溢出与体外有害因子作用, 致患者毛细血管扩张、少数血管神经功能失调。内分泌失调、饮食辛辣、情绪激动或冷热刺激等是玫瑰痤疮诱发或加重的重要因素。目前, 临床多采用甲硝唑凝胶、霜剂、壬二酸乳膏、硫磺洗剂等消炎杀菌药或激光疗法治疗玫瑰痤疮, 但消炎杀菌药刺激性较大, 且疗效不甚理想, 故建议联合其他治疗手段。

中医认为玫瑰痤疮属“酒皰鼻”范畴, 认为其发病机理是肺胃积热, 热邪上升于鼻, 致肌肤阻滞、血瘀凝结, 故治疗应以宣泄积热为主。火针疗法具有针刺、艾灸等功效, 一方面, 针刺可直接作用于损伤肌肤, 使热邪有所出路; 另一方面, 艾灸的温通作用还能耗散余邪, 疏通气血。本研究发现, 观察组脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒评分明显低于对照组, 说明火针疗法联合甲硝唑可显著改善玫瑰痤疮临床症状。这可能是因为火针疗法除耗散热邪、疏通气血外, 还能帮助损伤肌肤自我修复, 消退皮损^[4]。孟凡征^[5]也从现代医学角度分析火针疗法, 认为其可直接作用于脓疱、红斑或丘

疹处, 使皮肤内部炎性物质得以有效排除, 促使炎症症状消退。本研究还发现, 观察组治疗总有效率明显高于对照组, 说明火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的效果突出。分析原因可知, 甲硝唑羟化代谢产物具有较好的抑菌效果, 结合火针疗法的耗散热邪、疏通气血、消退皮损, 促进新肌肤生成等作用, 可发挥增强疗效的作用。值得一提的是, 治疗后所叮嘱的注意事项均为保障治疗效果的前提, 具体如下: ① 治疗后 5d 内皮损及其周边肌肤不得碰水; ② 皮损肌肤结痂后不得抓挠; ③ 遵行清淡饮食原则, 忌油腻、辛辣。

综上所述, 火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的疗效显著, 可有效改善患者临床症状。

参考文献:

- [1] 童丹丹, 张颜. 火针加放血疗法治疗丘疹脓疱期玫瑰痤疮疗效观察 [J]. 四川中医, 2016, 5(8):162-164.
- [2] 袁春蓉. 复方木尼孜其颗粒联合甲硝唑凝胶治疗玫瑰痤疮的疗效观察 [J]. 现代药物与临床, 2019, 34(9):2799-2802.
- [3] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 65-68.
- [4] 李丽霞, 谢丽琴, 黄文盖, 等. 基于“火郁发之”探讨火针疗法在带状疱疹急性期治疗的应用 [J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(5):65-68.
- [5] 孟凡征. 火针治疗痤疮的临床进展 [J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2017, 6(4):182-183.