

中医内外协同治疗湿热瘀阻型大学生痤疮的疗效观察

朱芬芳¹, 罗琼花^{2*}, 伍小华¹, 黄歆波³

¹广东云浮中医药职业学院医学技术学院, 广东 云浮

²广东云浮中医药职业学院护理学院, 广东 云浮

³广东云浮中医药职业学院基础学院, 广东 云浮

收稿日期: 2025年10月14日; 录用日期: 2025年10月29日; 发布日期: 2025年11月17日

摘要

目的: 探讨中医内外协同疗法对湿热瘀阻型大学生痤疮的临床疗效。方法: 选取广东云浮中医药职业学院医务室就诊的诊断为湿热瘀阻型痤疮的学生68例, 随机分为观察组和对照组。观察组给予中药方剂内服加药液面膜外敷治疗, 对照组给予与观察组相同的中药方剂内服治疗。治疗4周后比较两组患者治疗前后皮损改善情况及临床疗效。结果: 观察组总有效率达94.1%, 明显高于对照组的76.6%, 患者中医证候积分明显降低($P < 0.05$)。结论: 中医内外协同疗法治疗湿热瘀阻型大学生痤疮疗效确切, 可改善皮损及全身证候, 值得临床推广。

关键词

痤疮, 湿热瘀阻型, 大学生, 中医内外治法, 疗效观察

Observation on the Curative Effect of TCM Internal and External Synergistic Therapy in Treating Acne of Damp-Heat Stasis Type in College Students

Fenfang Zhu¹, Qionghua Luo^{2*}, Xiaohua Wu¹, Xinbo Huang³

¹School of Medical Technology, Guangdong Yunfu Vocational College of Chinese Medicine, Yunfu Guangdong

²School of Nursing, Guangdong Yunfu Vocational College of Chinese Medicine, Yunfu, Guangdong

³School of Basic Studies, Guangdong Yunfu Vocational College of Chinese Medicine, Yunfu Guangdong

*通讯作者。

文章引用: 朱芬芳, 罗琼花, 伍小华, 黄歆波. 中医内外协同治疗湿热瘀阻型大学生痤疮的疗效观察[J]. 中医学, 2025, 14(11): 4977-4983. DOI: 10.12677/tcm.2025.1411718

Abstract

Objective: To investigate the clinical efficacy of an integrated internal and external Traditional Chinese Medicine (TCM) therapy for college students with acne of the dampness-heat stasis obstruction pattern. **Methods:** Sixty-eight students diagnosed with acne of the dampness-heat stasis obstruction pattern at the medical clinic of Guangdong Yunfu College of Traditional Chinese Medicine were selected and randomly divided into an observation group and a control group. The observation group received oral administration of Chinese herbal medicine combined with external application of a medicinal liquid mask, while the control group received only the same oral Chinese herbal medicine as the observation group. After 4 weeks of treatment, the improvement in skin lesions and clinical efficacy was compared between the two groups. **Results:** The total effective rate in the observation group was 94.1%, significantly higher than 76.6% in the control group. The TCM syndrome scores of patients in the observation group were significantly reduced ($P < 0.05$). **Conclusion:** The integrated internal and external TCM therapy demonstrates definite efficacy in treating college students with acne of the dampness-heat stasis obstruction pattern. It can improve both skin lesions and systemic symptoms, making it worthy of clinical promotion.

Keywords

Acne, Dampness-Heat Stasis Obstruction Pattern, College Students, Internal and External TCM Therapy, Efficacy Observation

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

痤疮，是一种慢性炎症性皮肤病，好发于青少年群体，故又名“青春痘”。大学生正处于青春期向成年期过渡的特殊阶段，皮脂腺分泌旺盛，加之学业压力、生活作息不规律、饮食结构不合理等因素影响，痤疮的发病率居高不下。广东属亚热带地区，常年高温高湿，刺激皮脂腺过度分泌，为痤疮丙酸杆菌繁殖创造条件；高强度紫外线刺激皮肤，加重痤疮炎症反应。陈敏[1]等对岭南地区 2945 名青少年痤疮情况研究，发现中医分型中湿热蕴结型痤疮最为多见。陈莹等在对广州大学生痤疮患病情况及相关因素的调查研究，发现广州市大学生痤疮患病率为 85.3% [2]。我校位于广东省中西部，气候湿热，大学生痤疮发病率较高。中医药治疗痤疮有悠久的历史，且治疗方式多样。近年来多项研究证实，中医内外协同治疗痤疮取得良好疗效[3]-[5]。本研究基于“清热解毒、活血化瘀”治则，运用五味消毒饮合桃红四物汤加减，通过内服外敷的方式治疗大学生湿热瘀阻型痤疮，取得良好临床效果，现总结如下。

2. 资料与方法

2.1. 临床资料

选取 2022 年 5 月~2025 年 4 月广东云浮中医药职业学院医务室就诊的符合湿热瘀阻型痤疮诊断标准的学生患者 68 例，依照随机数字表法分为实验组和对照组。观察组 34 例，对照组 34 例；年龄区间为

17~22 岁，年龄均数为 19.4 岁；痤疮的总病程为 0.2~5 年，病程均数为 2.02 年。入选病例均符合以下标准。

2.1.1. 诊断标准

参照《中药新药临床研究指导原则》中湿热瘀阻型痤疮诊断。
主症：① 颜面密集红色丘疹、脓疱，伴疼痛或瘙痒；② 皮肤油腻；③ 舌质暗红，或有瘀斑、瘀点；④ 苔黄腻，脉滑数。次症：① 大便黏滞不爽；② 小便黄赤；③ 口苦口臭；④ 月经不调(女性)，经色暗红、有血块。辨证要求：具备主症①、④及任意 2 项次症，结合舌脉，即可诊断为湿热瘀阻型痤疮。

2.1.2. 纳入标准

① 年龄 18~25 岁；病程 ≥1 个月；② 符合西医痤疮诊断标准(II~III级)及中医湿热瘀阻型辨证标准；③ 年龄 18~25 岁在校大学生，性别不限；④ 近 1 个月内未接受过系统抗痤疮治疗，近 2 周内未外用抗痤疮药物；⑤ 患者知情同意，自愿参与本研究，并签署知情同意书，能配合完成治疗及随访。

2.1.3. 排除标准

① 不符合上述诊断标准及纳入标准者；② 对本研究使用中药过敏或有过敏体质者；③ 合并严重系统性疾病者或精神类疾病，无法配合研究者；④ 近 1 个月内参加过或正在参加其他药物临床试验者；⑤ 依从性差，不能配合完成治疗者。

2.2. 治疗方法

对照组：给予五味消毒饮合桃红四物汤加减内服。方药组成：白花蛇舌草 5 g，紫花地 15 g、白及 10 g，忍冬藤 30 g，泽兰 20 g，桃仁 12 g，川芎 10 g，艾叶 10 g，玉米须 5 g，毛冬青 10 g，车前草 15 g。湿重加薏苡仁；脾虚加白术、茯苓；女性伴月经不调加益母草；痘印明显加丹参、鸡血藤。用法：每日 1 剂，加水 600 ml，浸泡 30 分钟，大火煮沸转小火煎煮 30 分钟，滤取药汁 300 ml，分早晚两次温服，饭后 30 分钟服用，连续服用 4 周。

治疗组：在观察组治疗的基础上，加用中药液面膜外敷治疗。取上述中药方剂煎煮后的药渣，加水 200 ml 再次煎煮 20 分钟，过滤取药液晾至温热，将无菌纱布浸泡于药液中，制成中药液面膜。于每日晚上洁面后外敷 20 分钟。每周外敷 5 次，连续外敷 4 周。

注意事项：治疗期间保持清淡饮食，避免油腻、辛辣食物等；使用统一洁面产品，慎用化妆品。

2.3. 观察指标

2.3.1. 中医证候积分标准

(1) 主症评分(见表 1)

Table 1. Primary symptoms score sheet
表 1. 主症评分表

症状	0 分	1 分	2 分	3 分
皮疹红肿疼痛、脓疱	无	少量皮疹，轻微红肿	较多皮疹，红肿明显，有小脓疱	密集皮疹，红肿剧痛，大脓疱多
皮肤油腻	无油腻感	轻度油腻	中度油腻	重度油腻，油光发亮
舌质与瘀斑	舌质正常	舌质稍暗红	舌质暗红，有瘀点	舌质暗红显著，瘀斑多
苔黄腻	舌苔正常	舌苔微黄	舌苔黄腻，部分区域	舌苔黄腻，布满全舌

(2) 次症评分(见表 2)

Table 2. Secondary symptoms score sheet
表 2. 次症评分表

症状	0 分	1 分	2 分	3 分
大便异常	正常	微黏滞或干结	黏滞需多次冲厕或干结	严重黏滞或干结难排
小便黄赤	颜色正常	微黄	深黄	黄赤如浓茶
口干口苦	无	偶尔轻微	经常, 程度轻	明显, 影响生活
女性月经不调	正常	周期/经量微变	周期紊乱, 有血块	严重紊乱, 血块大

(3) 治疗前后分别进行中医证候积分评定, 对比评分差异, 评估疗效。

2.3.2. 痤疮分级系统(GAGS)评分(见表 3)

从痤疮好发部位及皮损情况进行综合评估: 将痤疮好发部位划分为 6 个区, 各区域对应不同的因素分值; 各区域依据炎症反应最重的皮损确定该区皮损分值。

Table 3. Global Acne Grading System (GAGS) score sheet
表 3. 痤疮分级系统(GAGS)评分表

因素分值		皮损分值	
好发区域	赋分	皮损情况	赋分
前额	2	无皮损	0 分
右颊	2	≥1 个粉刺	1 分
左颊	2	≥1 个丘疹	2 分
鼻部	1	≥1 个脓疱	3 分
下颌	1	≥1 个结节	4 分
胸及上背	3		

总分 = 各区域因素分值×皮损分值之和, 得分越高表示痤疮越严重。以此为依据对痤疮严重程度进行分级: 1~18 分为轻度, 19~30 分为中度、31~38 分为重度、≥39 分为极重度。首次治疗前及末次治疗结束后 2 周分别给予评分。

2.3.3. 安全性指标

记录两组患者治疗期间的不良反应。

2.4. 临床疗效评价标准

疗效指数(%) = (治疗前 GAGS 评分 - 治疗后 GAGS 评分)/治疗前 GAGS 评分 × 100%。疗程结束后进行疗效评价, 分为 4 级: 痊愈、显效、有效、无效。

痊愈: 皮损消退, 症状消失, 疗效指数 ≥ 90%;

显效: 皮损大部分消退, 症状明显好转, 60% ≤ 疗效指数 < 90%;

有效: 皮损部分消退, 症状改善, 30% ≤ 疗效指数 < 60%;

无效: 皮损消退不明显, 或临床症状反见加重, 疗效指数 < 30%;

总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效)例数/总例数 × 100%。

2.5. 随访观察

疗程结束后，于第 4 周对治疗有效患者进行随访，评估复发情况。

2.6. 统计学方法

采用 SPSS SPO 软件分析，计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 一般资料

68 例患者中，男 4 例，女 64 例，观察组、对照组各 34 例。观察组年龄 17.5~20.6 岁，平均(19.07 ± 0.77)岁；病程 3~21 个月，平均(10.74 ± 4.45)个月；对照组年龄 17.6~20.5 岁，平均(19.01 ± 0.75)岁；病程 3~22 个月，平均(10.62 ± 4.43)个月。两组患者年龄对比($T = 0.335, P = 0.739$)、病程对比($T = 0.109, P = 0.913$)，差异均无统计学差异($P > 0.05$)，具有可比性。

3.2. 临床疗效

治疗 4 周后，观察组总有效率(94.1%)；对照组总有效率(76.6%)，两组组间对比差异有统计学意义($P < 0.05$) (见表 4)。

Table 4. Comparison of clinical treatment effects between the two groups
表 4. 2 组病例的临床治疗效果对比

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	34	14	9	9	2	94.1%
对照组	34	8	12	6	8	76.6%

注： $X^2 = 4.221, P = 0.04$ 。

3.3. 中医证候积分变化(见表 5)

Table 5. Comparison of TCM syndrome scores between the two groups before and after treatment
表 5. 2 组病例治疗前后中医证候积分对比

组别	例数	中医证候积分	
		治疗前	治疗后
观察组	34	12.62 ± 2.95	4.12 ± 2.91
对照组	34	12.38 ± 3.28	6.32 ± 3.34
T 检验		$T = 0.311, P = 0.757$	$T = -2.905, P = 0.005$

治疗前，两组患者中医证候积分情况无统计学差异($P > 0.05$)。治疗后，观察组中医证候积分明显低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

3.4. 痤疮分级系统(GAGS)评分变化(见表 6)

治疗前，两组患者 GAGS 评分对比无统计学差异($P > 0.05$)；治疗后，观察组和对照组 GAGS 评分差异有统计学意义($P < 0.01$)。

Table 6. Comparison of GAGS scores between the two groups before and after treatment
表 6.2 组病例治疗前后痤疮分级系统(GAGS)评分对比

组别	例数	GAGS 评分	
		治疗前	治疗后
观察组	34	25.03 ± 6.50	10.74 ± 5.10
对照组	34	25.32 ± 5.32	14.85 ± 5.07
T 检验		T = -0.204, P = 0.839	T = -3.34, P = 0.001

3.5. 不良反应发生情况

对照组在治疗第 3 日出现轻微腹泻 1 例，未中止治疗，予调整药物剂量后，于第 5 日腹泻缓解，余未发现明显不良反应。不良反应的总发生率为 2.94%。

3.6. 复发情况

观察组有效 32 例中，复发 3 例，复发率 12.5%；对照组有效 29 例中，复发 5 例，复发率 19.2%。

4. 讨论

当代大学生痤疮高发实质是“社会 - 生理 - 心理”三重因素共同作用的结果。长期熬夜致阴虚火旺，嗜食辛辣油腻助湿热内生，学习压力大则肝郁气滞、气血瘀阻。湿热瘀毒互结于面部皮肤，导致毛囊皮脂腺导管阻塞、炎症反应加重，形成丘疹、脓疱等皮损。因而，湿热瘀阻是大学生痤疮的主要病机。在中医辨证治疗的基础上，增加中药局部外敷的方式，可使药力直达病所，对痤疮具有一定的治疗效果[6]。

五味消毒饮是清热解毒，消散疔疮的经典方剂，研究发现其具有抗病毒、消炎、抗菌的功效，抑制炎症因子，促进皮损组织再生、修复，整体疗效显著[7]。临床多应用于外科、内科、妇科、五官科、皮肤科等疾病[8]。桃红四物汤是活血化瘀的经典名方，具有抗炎镇痛、提高免疫、改善微循环、抗氧化等药理作用，临床广泛用于皮肤科、妇科、骨科、内科疾病等[9]。本方以五味消毒饮的清热解毒为“清法”基础，叠加桃红四物汤的活血化瘀为“通法”基础，形成“清透热毒 + 活血化瘀”的治疗主线。方中紫花地丁及忍冬藤善清血分热毒，消疮肿毒，针对痤疮红肿热痛、毛囊炎症。现代药理研究发现紫花地丁可抑制痤疮丙酸杆菌；忍冬藤具抗炎、调节免疫作用。白花蛇舌草可清热解毒、消痈散结，具有抗炎、抑菌、抗氧化、调节免疫作用[10]，可作用于痤疮发病的多个环节。毛冬青活血清热解毒，还具有抗凝、扩张血管、抗炎及免疫作用等生物活性[11]，可改善微循环，减轻毛囊周围炎症浸润。白及收敛止血、消肿生肌，可促进痤疮创面修复，其提取物可抑制痤疮致病菌[12]。桃仁擅破血逐瘀，善消结节囊肿；川芎活血行气，改善局部循环，缓解皮疹暗红、痘印；泽兰祛瘀消痈，利水消肿；毛冬青与川芎协同，适用于炎症后期色素沉着与纤维化。车前草、玉米须清热利湿，改善湿热症状；艾叶可制约清热解毒药的寒凉之性，增强活血效果。诸药合用，共奏清透热毒、活血化瘀之功。

本疗法通过内外协同的方式，构建了“系统调节 - 局部干预”的双循环模式。通过内服方药靶向调节脏腑功能，根除湿热瘀毒源头，为皮肤修复扫清障碍、筑牢内环境基础；而外用药液直击面部痤疮病灶，抑制细菌与炎症、改善毛囊导管堵塞、保护皮肤屏障与促进药液渗透、提升局部效果，从而精准解决局部病理问题，实现症状快速缓解。内服外敷双向清除病邪，互促药效发挥，提升整体药效，还能长效巩固防复发，二者结合既缩短病程，又长期巩固治疗效果。故而能通过功能互补形成协同效应，实现“标本兼治”的治疗目标。

综上所述，基于“清热解毒、活血化瘀”治则的中医内外协同疗法，在本研究中显示出对湿热瘀阻

型大学生痤疮的良好疗效,尤其在改善皮损与中医证候方面优于单纯内服治疗。此外,研究还发现,女性患者月经不调与痤疮加重有密切关联性,提示下丘脑-垂体-卵巢轴功能异常可能成为新的干预靶点,这为后续“调经消痤”的个体化治疗提供了理论依据。然而,受限于样本量、性别比例与研究设计,结论仍需更大规模、更严谨设计的临床试验进一步验证。未来可开展更大样本、多中心、随机双盲对照试验,并延长随访时间,进一步验证该疗法的远期效果与稳定性。

参考文献

- [1] 陈敏, 吴凡伟. 岭南地区痤疮发病特点的中医流行病学调查分析[J]. 中医研究, 2016, 29(2): 13-15.
- [2] 陈莹, 吴婧, 杨柳, 等. 广州大学生痤疮患病情况及相关因素分析[J]. 岭南皮肤病科杂志, 2009, 16(2): 131-132.
- [3] 宋会会, 王薪茹, 李建明, 等. 强脉冲光联合化痰除瘀汤与中药面膜治疗结节囊肿性痤疮的疗效[J]. 世界复合医学(中英文), 2025, 11(3): 35-39.
- [4] 曲靖, 冯浩, 何大伟, 等. 退红舒缓中药面膜联合丹栀逍遥散治疗玫瑰痤疮患者的疗效及对其皮肤屏障功能、BDNF、TrKB 表达的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2024, 19(10): 2061-2066.
- [5] 林萧萧, 陈冲, 黄春华, 等. 丹栀逍遥散联合中药面膜治疗青春期痤疮肝经郁热证临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(13): 147-151.
- [6] 罗丽娜, 刘利红, 苟志莲, 等. 丹芷祛痘中药外敷治疗青少年肺胃湿热型痤疮临床随机对照研究[J]. 成都中医药大学学报, 2018, 41(2): 38-40, 67.
- [7] 沈映君. 中药药理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 817-823.
- [8] 李娜, 南楠, 谢耀慧, 等. 经典名方五味消毒饮化学成分、药理作用、临床应用研究进展及质量标志物(Q-Marker)预测分析[J/OL]. 中华中医药学刊, 1-21.
https://kns.cnki.net/kcms2/article/abstract?v=hQtzlo_70oGE8aRdHXSDcm1IEAX-BHOVr15w58yLfDkaeVg0NK5qC3S1rq5b4-n10vC8G0DFEGgaQfGvMi2C4ZBbsqlgNSYCW2Aw3om-B3UH-klfz9w3SEKvR1Q_FrgSkTz_qMBz4kEAVS7eyY4KgdDPcjYRtJczF5cU2a-smAtKMlYmN3Keh_sQ==&uniplatform=NZKPT&language=CHS, 2025-11-12.
- [9] 李茜, 吴景东, 张小卿, 等. 桃红四物汤治疗皮肤科疾病的药理作用及临床应用进展[J]. 实用中医内科杂志, 2023, 37(8): 65-68.
- [10] 黄岚, 陈碧莲, 罗镭. 白花蛇舌草的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 中国药事, 2023, 37(12): 1451-1460.
- [11] 梅丽, 牛瑞娟, 蒋玲, 等. 毛冬青化学成分及药理活性研究进展[J]. 生物化工, 2018, 4(2): 129-131.
- [12] 刘佳雯, 李菲菲, 张洪怡, 等. 白及抗痤疮药效物质筛选及其作用机制初探[J]. 中国药理学杂志, 2025, 60(6): 589-603.