

二陈汤合消瘰丸加减对痰湿互结证囊肿性痤疮患者的临床疗效

胡秀云, 王丽, 刘爱民*

(河南中医药大学第二临床医学院/河南省中医院, 河南 郑州 450002)

摘要: **目的** 考察二陈汤合消瘰丸加减对痰湿互结证囊肿性痤疮患者的临床疗效。**方法** 135例患者随机分为中药组(二陈汤合消瘰丸加减)、西药组(阿维A胶囊)和联合组(二陈汤合消瘰丸加减+阿维A胶囊), 每组45例, 疗程4周。检测临床疗效、复发率、临床指标(GAGS评分、Acne-QOL评分、TCM-S评分)、皮肤屏障功能指标(油脂含量、水分含量、pH值), 肠道菌群(肠球菌、葡萄球菌、双歧杆菌)、生长因子(KGF-23、PDGF、EGF)、炎性指标(NF- κ B、SP、NLRP3)、不良反应发生率变化。**结果** 治疗2、4周后, 联合组总有效率高于其他2组($P<0.05$), 第1、3个月随访复发率低于西药组($P<0.05$); 中药组第3个月随访复发率、不良反应发生率低于西药组($P<0.05$)。治疗后, 3组GAGS评分、TCM-S评分、油脂含量、pH值、肠球菌、葡萄球菌、KGF-23、PDGF、炎性指标降低($P<0.05$), Acne-QOL评分、水分含量、双歧杆菌、EGF升高($P<0.05$), 以联合组更明显($P<0.05$)。**结论** 二陈汤合消瘰丸加减可安全有效地缓解囊肿性痤疮患者痤疮症状, 改善皮肤屏障功能, 调节血清及皮肤组织皮损组织生长因子和炎性指标。

关键词: 二陈汤; 消瘰丸; 阿维A胶囊; 囊肿性痤疮; 痰湿互结; 皮肤屏障功能; 生长因子; 炎性指标

中图分类号: R287

文献标志码: A

文章编号: 1001-1528(2026)03-0831-06

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2026.03.017

Clinical effects of Modified Erchen Decoction combined with Xiaoluo Pills on patients with cystic acne due to Phlegm-Dampness Interjunction

HU Xiu-yun, WANG Li, LIU Ai-min*

(The Second Clinical Medical College of Henan University of Traditional Chinese Medicine/Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China)

KEY WORDS: Erchen Decoction; Xiaoluo Pills; Acitretin Capsules; cystic acne; Phlegm-Dampness Interjunction; skin barrier functions; growth factors; inflammatory indices

痤疮是指毛囊皮脂腺排泄不畅而引起的炎性皮肤病, 主要发病部位为颈面、前胸、后背等皮脂腺丰富的区域, 在我国发病率约为8.1%^[1]。囊肿性痤疮为严重的痤疮类型, 占比5%~15%, 在青春期男性中最常见, 可能与雄激素波动、皮脂腺代谢旺盛有关^[2-3], 本病表现为深性炎性囊肿和结节, 大多伴有红肿、瘙痒、疼痛, 易遗留色素沉着、窦道、萎缩性瘢痕、瘢痕疙瘩等, 影响患者生活质量, 并给其带来心理负担^[4-5], 西医主要采用异维A酸、抗菌药、抗雄激素药、生物制剂、肠道-皮肤轴调节剂治疗, 但长期使用疗效欠佳, 病情易复

发^[6]。中医药治疗囊肿性痤疮有着独特的理论基础和丰富的实践经验, 全国名老中医刘爱民教授认为, 痰湿互结、郁发肌肤为诱发本病的重要病因, 并采用二陈汤合消瘰丸加减治疗本病, 效果显著, 复发率低^[7], 本研究考察其对痰湿互结证患者的临床疗效, 以期对相关治疗提供新思路, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2024年1月至2024年12月就诊于河南省中医院/河南中医药大学第二附属医院的135例囊肿性痤疮患者, 随机数字表法分为3组。

收稿日期: 2025-06-30

基金项目: 河南省中医药科学研究专项课题(豫卫中医函[2024]1号)

作者简介: 胡秀云(1986—), 女, 博士, 主治医师, 从事中医治疗皮肤病的研究。E-mail: wenzhong0319@126.com

*通信作者: 刘爱民(1961—), 男, 主任医师, 博士生导师, 从事中医药治疗皮肤病的临床、教学研究。E-mail: qiao666doctor@163.com

研究期间, 中药组 2 例依从性差, 1 例资料不全, 最终纳入 42 例, 其中男性 29 例, 女性 13 例; 年龄 14~35 岁, 平均年龄 (20.4 ± 5.5) 岁; 病程 0.6~6.7 年, 平均病程 (2.7 ± 0.9) 年, 西药组 2 例依从性差, 2 例资料不全, 最终纳入 41 例, 其中男性 30 例, 女性 11 例; 年龄 15~35 岁, 平均年龄 (21.2 ± 5.4) 岁; 病程 0.5~6.6 年, 平均病程 (2.6 ± 0.8) 年, 而联合组 1 例依从性差, 最终纳入 44 例, 其中男性 31 例, 女性 13 例; 年龄 14~34 岁, 平均年龄 (21.9 ± 5.4) 岁; 病程 0.6~6.4 年, 平均病程 (2.8 ± 0.8) 年, 3 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (1577-01)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医(囊肿性痤疮) 参照《中国临床皮肤病学》^[8], (1) 囊肿为红色或紫红色的圆形或椭圆形, 直径大多大于 5 mm; (2) 顶部伴有脓疱, 破溃后有脓液或血性分泌物流出; (3) 皮损局部表现为红肿、疼痛; (4) 好发于面部、颈部、胸背部; (5) 排除其他类型皮肤病。

1.2.2 中医(痰湿互结证) 参照《皮肤病中医诊疗思路与病例分析》^[7], 主证深在性柔软囊肿结节, 囊肿结节表面光亮、色淡红, 渗液和油腻痂皮, 囊肿胀痛剧烈; 次证皮肤毛孔粗大, 有黑头或白头粉刺, 头面油腻, 脘腹胀满, 口中黏腻, 肢体困重; 舌胖大, 苔腻, 脉滑。

1.3 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准; ②年龄 14~35 岁; ③入组前 30 d 内未使用过避孕药和激素; ④患者了解本研究, 签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①合并瘢痕体质、遗传代谢性疾病、高脂血症; ②怀孕期、哺乳期或 2 年内有生育计划的女性; ③合并严重心、肺、肝、肾功能不全; ④过敏体质或对维甲酸类药物过敏。

1.5 脱落标准 ①患者自行退出; ②依从性差; ③出现严重不良反应。

1.6 治疗手段

1.6.1 中药组 给予二陈汤合消瘰丸加减, 组方药材法半夏 15 g、橘红 12 g、茯苓 10 g、玄参 10 g、牡蛎 12 g、蜈蚣 1 条、全蝎 5 g、甘草 3 g, 采用自动煎药机煎制, 每天 2 次, 每次 1/2 剂 (200 mL), 疗程 4 周。

1.6.2 西药组 给予阿维 A 胶囊 (加拿大 Patheon Inc. 公司, 国药准字 H20090767, 10 mg/粒), 每天 30 mg, 餐间顿服, 疗程 4 周。

1.6.3 联合组 给予二陈汤合消瘰丸加减联合阿维 A 胶囊, 用法用量同上, 疗程 4 周。

1.7 指标检测

1.7.1 临床指标 采用痤疮综合分级系统 (GAGS)^[9]评价前额、面颊、鼻子、下巴、胸、上背部区域痤疮症状, 总分 44 分, 分值越高, 症状越严重。采用痤疮特异性生活质量评分 (Acne-QOL)^[10]评价疾病对自我感知、情感、社交、日常生活的影响, 总分 133 分, 分值越高, 症状越严重。采用中医症状评分 (TCM-S)^[7]评价中医证候, 包括囊肿胀痛、皮肤毛孔粗大、粉刺、头面油腻、脘腹胀满、口中黏腻、肢体困重、大便粘滞, 根据无、轻度、重度分别计为 0、2、4 分。

1.7.2 皮肤屏障功能指标 随机取面颊 3 个部位皮肤, 采用 MC-880 型皮肤测试仪 (上海媚测信息科技有限公司) 检测油脂、水分含量, pH 试纸检测 pH 值, 取平均值。

1.7.3 肠道菌群数 取 2 组患者新鲜粪便各 0.5 g, 采用粪便 DNA 提取试剂法分离细菌 DNA, 相关试剂盒均由北京凡知医学科技有限公司提供, 对肠球菌、葡萄球菌、双歧杆菌进行 DNA 高通量测序, 计算相对丰度。

1.7.4 生长因子水平 取 2 组患者静脉血各 5 mL, 1 500 r/min 离心 5 min, 取血清; 抽取未破溃的囊肿组织液, 加入 2 mmol/L 乙二胺四乙酸溶液, 离心, 取上清液, 采用酶联免疫吸附试验检测血清和皮损组织角质形成细胞生长因子 (KGF)-23、血小板衍生生长因子 (PDGF)、表皮生长因子 (EGF) 水平, 相关试剂盒购自英国 Abcam 公司。

1.7.5 炎性指标 采用酶联免疫吸附试验检测血清和皮损组织核因子 κ B (NF- κ B)、P 物质 (SP)、NOD 样受体域蛋白 3 (NLRP3) 水平, 相关试剂盒均由意大利 DiaSorin 公司提供。

1.7.6 不良反应发生率 治疗期间, 检测 3 组心电图、肝肾功能、血便常规指标, 计算不良反应发生率。

1.8 疗效评价 参照文献 [7] 报道, (1) 临床痊愈, 皮损基本消失, GAGS 评分降低 $\geq 90\%$; (2) 显效, 皮损明显减少, $65\% \leq$ GAGS 评分降低 $< 90\%$; (3) 有效, 皮损有所减少, $25\% \leq$ GAGS 评分降低 $< 65\%$; (4) 无效, GAGS 评分降低 $< 25\%$ 。总有效率 = [(临床痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数] $\times 100\%$ 。

1.9 统计学分析 通过 SPSS 23.0 软件进行处

理, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 组间比较采用单因素方差分析, 组内比较采用配对 t 检验; 计数资料以百分率表示, 组间比较采用卡方检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗 2、4 周后, 联合组总有效率高于其他 2 组 ($P < 0.05$); 治疗 4 周后, 中药组总有效率高于西药组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 3 组临床疗效比较 [例 (%)]

Tab. 1 Comparison of clinical effects among the three groups [case (%)]

组别	例数/例	时间	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
中药组	42	治疗 2 周后	7(16.7)	12(28.6)	9(21.4)	14(33.3)	28(66.7)
	42	治疗 4 周后	11(26.2)	13(31.0)	10(23.8)	8(19.0)	34(81.0)*
西药组	41	治疗 2 周后	6(14.6)	7(17.1)	7(17.1)	20(48.8)	21(51.2)
	41	治疗 4 周后	5(12.2)	9(22.0)	11(26.8)	16(39.0)	25(61.0)
联合组	44	治疗 2 周后	15(34.1)	12(27.3)	11(25.0)	6(13.6)	38(86.4)**
	44	治疗 4 周后	23(52.3)	11(25.0)	8(18.2)	2(4.5)	42(95.5)**

注: 与西药组治疗同一时间点后比较,* $P < 0.05$; 与中药组治疗同一时间点后比较,# $P < 0.05$ 。

2.2 复发率 联合组 1、3 个月随访复发率低于西药组 ($P < 0.05$), 见表 2。
中药组 3 个月随访复发率低于西

表 2 3 组复发率比较 [例 (%)]

Tab. 2 Comparison of recurrence rates among the three groups [case (%)]

组别	例数/例	1 个月随访		3 个月随访	
		复发	未复发	复发	未复发
中药组	34	2(5.9)	32(94.1)	3(8.8)*	31(91.2)
西药组	25	5(20.0)	20(80.0)	8(32.0)	17(68.0)
联合组	42	1(2.4)*	41(97.6)	3(7.1)*	39(92.9)

注: 与西药组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 临床指标 治疗后, 3 组 GAGS 评分、TCM-S 评分降低 ($P < 0.05$), Acne-QOL 评分升高 ($P < 0.05$), 以联合组更明显 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 3 组临床指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

Tab. 3 Comparison of clinical indices among the three groups $(\bar{x} \pm s)$

组别	例数/例	时间	GAGS 评分/分	Acne-QOL 评分/分	TCM-S 评分/分
中药组	42	治疗前	35.42±6.71	52.62±8.25	21.25±4.71
	42	治疗 2 周后	22.68±5.37**	75.64±9.21**	12.25±2.73**
	42	治疗 4 周后	14.39±5.16**	97.12±9.76**	6.51±1.51**
西药组	41	治疗前	34.37±6.52	52.08±8.23	21.15±4.76
	41	治疗 2 周后	27.43±6.32*	63.28±8.71*	17.62±4.05*
	41	治疗 4 周后	21.36±5.49*	85.15±9.16*	11.27±2.13*
联合组	44	治疗前	34.95±6.68	52.47±8.19	20.91±4.68
	44	治疗 2 周后	16.05±5.09*△#	84.29±9.59*△#	8.28±1.59*△#
	44	治疗 4 周后	8.28±4.53*△#	113.63±10.25*△#	3.38±1.35*△#

注: 与同组治疗前比较,* $P < 0.05$; 与中药组治疗同一时间点后比较,△ $P < 0.05$; 与西药组治疗同一时间点后比较,# $P < 0.05$ 。

2.4 皮肤屏障功能指标 治疗后, 3 组油脂含量、pH 值降低 ($P < 0.05$), 水分含量升高 ($P < 0.05$), 以联合组更明显 ($P < 0.05$), 见表 4。

表4 3组皮肤屏障功能指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 4 Comparison of skin barrier function indices among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	时间	油脂/%	水分/%	pH值
中药组	42	治疗前	31.62±4.18	47.62±6.26	4.71±0.51
	42	治疗后	16.38±3.75 ^{*#}	64.43±7.42 ^{*#}	4.65±0.47
西药组	41	治疗前	32.03±4.27	47.65±6.73	4.76±0.49
	41	治疗后	22.58±3.83 [*]	56.74±9.15 [*]	4.71±0.43
联合组	44	治疗前	31.83±4.23	48.02±6.81	4.73±0.53
	44	治疗后	11.27±2.15 ^{*△#}	73.69±9.15 ^{*△#}	4.62±0.34 ^{*#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与中药组治疗后比较,[△] $P<0.05$;与西药组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.5 肠道菌群数 治疗后,3组肠球菌、葡萄球菌高 ($P<0.05$),以联合组更明显 ($P<0.05$),见菌相对丰度降低 ($P<0.05$),双歧杆菌相对丰度升高 表5。

表5 3组肠道菌群数比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 5 Comparison of intestinal flora counts among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	时间	肠球菌/(lgCFU·g ⁻¹)	葡萄球菌/(lgCFU·g ⁻¹)	双歧杆菌/(lgCFU·g ⁻¹)
中药组	42	治疗前	12.09±0.91	13.11±1.02	8.81±0.79
	42	治疗后	9.38±0.75 ^{*#}	9.72±0.71 ^{*#}	10.93±0.93 ^{*#}
西药组	41	治疗前	12.13±0.93	13.18±0.97	8.85±0.76
	41	治疗后	11.95±0.83	10.26±0.81 [*]	9.06±0.83
联合组	44	治疗前	12.25±0.87	13.02±0.99	8.67±0.81
	44	治疗后	7.82±1.09 ^{*△#}	7.03±0.65 ^{*△#}	13.52±1.13 ^{*△#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与中药组治疗后比较,[△] $P<0.05$;与西药组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.6 生长因子水平 治疗后,3组血清和皮损组平升高 ($P<0.05$),以联合组更明显 ($P<0.05$),组织KGF-23、PDGF水平降低 ($P<0.05$),EGF水平升高 见表6~7。

表6 3组血清生长因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 6 Comparison of serum growth factor levels among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	时间	KGF-23/(ng·L ⁻¹)	PDGF/(ng·L ⁻¹)	EGF/(ng·L ⁻¹)
中药组	42	治疗前	36.91±2.52	11.37±0.86	69.02±5.43
	42	治疗后	25.39±2.15 ^{*#}	7.03±0.68 ^{*#}	87.15±5.71 ^{*#}
西药组	41	治疗前	36.58±2.43	11.25±0.82	68.25±5.38
	41	治疗后	31.24±2.26 [*]	9.47±0.76 [*]	79.28±5.62 [*]
联合组	44	治疗前	37.14±2.37	11.31±0.85	69.13±5.41
	44	治疗后	19.28±2.08 ^{*△#}	5.14±0.61 ^{*△#}	96.27±5.73 ^{*△#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与中药组治疗后比较,[△] $P<0.05$;与西药组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

表7 3组皮损组织生长因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 7 Comparison of skin lesion tissue growth factor levels among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	时间	KGF-23/(ng·L ⁻¹)	PDGF/(ng·L ⁻¹)	EGF/(ng·L ⁻¹)
中药组	42	治疗前	142.38±12.03	13.17±0.96	81.53±7.79
	42	治疗后	102.62±11.25 ^{*#}	9.13±0.71 ^{*#}	113.52±10.26 ^{*#}
西药组	41	治疗前	143.25±11.58	13.24±0.91	81.28±7.76
	41	治疗后	120.16±9.47 [*]	11.26±0.84 [*]	96.58±9.93 [*]
联合组	44	治疗前	141.71±11.62	13.32±0.97	82.37±7.82
	44	治疗后	83.25±8.14 ^{*△#}	7.14±0.76 ^{*△#}	135.57±12.13 ^{*△#}

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与中药组治疗后比较,[△] $P<0.05$;与西药组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.7 炎症指标 治疗后,3组血清和皮损组织 NF- κ B、SP、NLRP3 水平降低 ($P<0.05$),以联合组更明显 ($P<0.05$),见表 8~9。

2.8 不良反应发生率 治疗期间,3组均未见心、肝、肾功能明显异常,中药组不良反应发生率低于西药组 ($P<0.05$),见表 10。

表 8 3组血清炎症指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 8 Comparison of serum inflammatory indices among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	时间	NF- κ B/(ng·L ⁻¹)	SP/(ng·L ⁻¹)	NLRP3/(ng·L ⁻¹)
中药组	42	治疗前	4.31±0.59	86.03±9.26	3.68±0.49
	42	治疗后	2.26±0.42*#	51.38±8.09*#	2.43±0.41*#
西药组	41	治疗前	4.26±0.62	86.24±9.42	3.71±0.51
	41	治疗后	3.35±0.53*	69.08±8.15*	3.04±0.37*
联合组	44	治疗前	4.29±0.64	85.17±9.37	3.69±0.48
	44	治疗后	1.48±0.41* Δ #	42.25±7.02* Δ #	1.97±0.26* Δ #

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与中药组治疗后比较, $\Delta P<0.05$;与西药组治疗后比较,# $P<0.05$ 。

表 9 3组皮损组织炎症指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

Tab. 9 Comparison of skin lesion tissue inflammatory indices among the three groups ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数/例	时间	NF- κ B/(ng·L ⁻¹)	SP/(ng·L ⁻¹)	NLRP3/(ng·L ⁻¹)
中药组	42	治疗前	6.91±0.87	116.85±10.92	6.53±0.82
	42	治疗后	3.28±0.46*#	73.68±8.58*#	3.01±0.43*#
西药组	41	治疗前	7.02±0.93	117.36±11.74	6.48±0.86
	41	治疗后	5.16±0.62*	90.24±8.35*	4.53±0.52*
联合组	44	治疗前	6.97±0.97	118.24±10.51	6.51±0.91
	44	治疗后	2.35±0.53* Δ #	51.28±7.41* Δ #	2.23±0.36* Δ #

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与中药组治疗后比较, $\Delta P<0.05$;与西药组治疗后比较,# $P<0.05$ 。

表 10 3组不良反应发生率比较 [例 (%)]

Tab. 10 Comparison of incidence of adverse reactions among the three groups [case (%)]

组别	例数/例	食欲不振	腹痛	头痛	皮肤红斑	眼干	口干	总发生
中药组	42	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2.4)	1(2.4)*
西药组	41	3(7.3)	1(2.4)	1(2.4)	1(2.4)	0(0)	0(0)	6(14.6)
联合	44	1(2.3)	0(0)	0(0)	0(0)	1(2.3)	0(0)	2(4.5)

注:与西药组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

囊肿性痤疮属中医“痤疮”“痈疽”“粉刺”等范畴,痰湿互结型为其最常见证型^[7],患者嗜食肥厚辛膩之品致素体脾虚,损伤脾胃,脾失健运,水湿运化无力,阻碍气机,津液输布不畅,郁久生热,热灼津液,化毒生痰,痰湿互结阻滞肌肤腠理,气血运行受阻,毛窍闭塞,痰湿热毒腐肉化脓,形成囊肿,治则除湿化痰、散结消痈。二陈汤出自《太平惠民和剂局方》,消瘰丸出自《医学心悟》,刘爱民教授将两者合方并进行加减,方中半夏燥湿化痰、散结消痈,为君药;陈皮行气化滞、燥湿消痰,配伍半夏可增强燥化湿痰之功,体现了治痰先理气、气顺则痰消的理念,而茯苓除湿健

脾,可除湿以助祛痰,健脾以防痰液再生,两者合为臣药;佐以玄参滋阴降火、败毒散结,牡蛎消散壅滞肿块,并且去贝母加蜈蚣和全蝎以加强穿透力,可攻毒散结,活血通络,化解深部痰瘀浊毒;甘草解毒健脾、调和药性,为使药,诸药合用,共奏燥湿化痰、健脾理气、活血消痈之功,可化解已生痰液,使痰湿不能内蕴脏腑,郁发腠理肌肤,辅以行气活血之品,从整体上调节机体气血津液运行,透脓散结,缓解痰湿瘀结病理状态,促进囊肿吸收。

生长因子在维持和修复皮肤天然屏障方面发挥重要作用,通过复杂的信号转导网络来参与调控角质形成细胞增殖分化、细胞重塑、组织修复等^[11],其中 KGF-23 可诱导角质形成细胞异常增生,引起

毛囊组织角化异常,生成囊肿囊壁结构,加重毛囊导管堵塞;PDGF参与成纤维细胞的增殖与迁移,可诱导毛囊周围纤维化,引起囊肿壁增厚和持久性损伤,加剧囊肿性痤疮患者炎症后增生性瘢痕形成^[12];EGF与表皮细胞相关受体结合,可通过细胞传导作用来促进角质细胞的新陈代谢,诱导透明质酸分泌,滋养肌肤,参与毛囊皮脂腺修复。另外,囊肿性痤疮是一种严重的炎性皮肤病,其发病及病情进展与肠道菌群及全身慢性炎症密切相关^[13],其中肠道菌群可通过“肠-皮肤轴”途径影响痤疮发病和进展^[14],其失衡会影响肠道屏障功能,产生内毒素和代谢产物,引起系统性炎症反应,使肠道通透性增加,同时炎症因子通过微生物迁移或免疫调节影响脂质代谢,间接影响皮肤微环境^[15]。NF- κ B、SP、NLRP3共同调控炎症反应交互及皮肤组织重塑,协同影响囊肿性痤疮的发病及病程进展。本研究分析,中药组治疗后面颊局部皮肤油脂含量,肠球菌、葡萄球菌数及血清、皮损组织KGF-23、PDGF、NF- κ B、SP、NLRP3水平降低,水分含量、EGF水平及双歧杆菌数升高,皮肤表面pH值恢复至正常水平,提示二陈汤合消瘰丸加减具有修复皮肤屏障的功能,可调节皮肤相关生长因子和肠道菌群,减轻炎症感染。

综上所述,二陈汤合消瘰丸加减可缓解痰湿互结证囊肿性痤疮患者痤疮症状,改善皮肤屏障功能及血清、上清液生长因子、炎症指标水平,调节肠道菌群,安全性良好,并且联合阿维A时具有协同增效作用。

参考文献:

[1] 鞠强. 中国痤疮治疗指南(2019修订版)[J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(9): 583-588.
[2] Durairaj A, Elumalai K, Shanmugam A. Cystic acne treatment: a comprehensive review[J]. *Med Adv*, 2023, 1(4): 318-329.
[3] Wu H E, Liu Y B, Xu G J, et al. ALA-PDT and pulsed dye laser combined with oral antiandrogen drug in the treatment of

cystic acne in a patient with hyperandrogenism[J]. *Photodermatol Photoimmunol*, 2021, 38(2): 184-187.

[4] Soysal Ç M, Akçah C. Comparison of 70% and 100% concentration of trichloroacetic acid peeling efficacy with chemical reconstruction of skin scars technique in atrophic acne scar treatment[J]. *Arch Derm Res*, 2025, 317(1): 547.
[5] Ke R, Cai B, Ni X, et al. Efficacy and safety of non-ablative vs. ablative lasers for acne scarring: A meta-analysis[J]. *J Dtsch Dermatol Ges*, 2025, 81(1): 216-228.
[6] 中华医学会医学美学与美容学分会激光美容学组, 中华医学会皮肤性病学会美容激光学组, 中国医师协会美容与整形医师分会激光学组. 中国痤疮瘢痕治疗专家共识(2021)[J]. 中华皮肤科杂志, 2021, 54(9): 747-756.
[7] 刘爱民. 皮肤病中医诊疗思路与病例分析[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 108-113.
[8] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3版. 南京: 江苏科技出版社, 2001: 941-947.
[9] Doshi A, Zaheer A, Stiller M J. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system[J]. *Int J Dermatol*, 1997, 36(6): 416-418.
[10] Gürel R C, Yıldırım M, Erturan İ, et al. Measurement of acne severity, dietary habits, and blood zonulin levels in acne patients[J]. *J Cosm Derm*, 2025, 24(3): e700839.
[11] Zhu J J, Zhang Y X, Wang W, et al. Treatment of acne scars using subcision combined with concentrated growth factors versus subcision monotherapy: a retrospective cohort study[J]. *Arch Dermat Res*, 2025, 317(1): 481.
[12] Yanisa R, Punyaphat S. The efficacy and safety of epidermal growth factor combined with fractional carbon dioxide laser for acne scar treatment: a split-face trial[J]. *J Clin Aesth Dermat*, 2022, 15(7): 44-48.
[13] Wu A K, Wang Y Y, Mao R, et al. Naturally-occurring carnosic acid as a promising therapeutic agent for skin inflammation via targeting STAT₁[J]. *Phytomedicine*, 2025, 139: 156442.
[14] Zhu Y H, Liu W G, Wang M, et al. Causal roles of skin and gut microbiota in skin appendage disorders suggested by genetic study[J]. *Front Immun*, 2024, 15: 1427276.
[15] Ilari S, Nucera S, Morabito L, et al. A systematic review of the effect of polyphenols on alterations of the intestinal microbiota and shared bacterial profiles between metabolic syndrome and acne[J]. *Nutrients*, 2024, 16(21): 3591.