退红祛痤方辅助标准西药对血瘀痰凝型痤疮的疗效

张 敏[1]，邹 婕[2]，陈 蕾[1]*
（1. 安康市中医医院皮肤科，陕西安康 725002；2. 西安交通大学第二附属医院皮肤科，陕西西安 710004）

摘要：目的 探究退红祛痤方辅助标准西药治疗血瘀痰凝型痤疮患者的临床效果。**方法** 选取 2021 年 2 月至 2024 年 1 月安康市中医医院收治的 104 例血瘀痰凝型痤疮患者为研究对象，采用简单排序随机化法分为对照组及联合组，每组 52 例。对照组予以标准西药治疗，联合组予以退红祛痤方辅助标准西药治疗。比较两组临床疗效、中医证候积分、皮肤屏障、血清炎症因子、微小 RNA（microRNA，miR）、不良反应发生率及复发率。**结果** 联合组临床总有效率高于对照组（98.08% vs. 84.62%，$P < 0.05$）。治疗 3 个疗程后，联合组中医证候积分、经皮水分丢失、pH 值、皮肤皮脂分泌量、miR-5195-3p、miR-144-5p、白介素 -8、Toll 样受体 2、肿瘤坏死因子 -α 及复发率均低于对照组，角质层含水量高于对照组（$P < 0.05$）。两组不良反应发生率无显著差异（$P > 0.05$）。**结论** 退红祛痤方辅助标准西药治疗血瘀痰凝型痤疮疗效显著，不仅可改善临床症状、修复皮肤屏障，还能减轻体内炎症反应、降低复发率，且安全性较好。

关键词： 退红祛痤方；血瘀痰凝；痤疮
中图分类号： R758.73^{+}3　　**文献标志码：** A　　**文章编号：** 1672-9188（2026）07-0761-008
引用： 张敏, 邹婕, 陈蕾. 退红祛痤方辅助标准西药对血瘀痰凝型痤疮的疗效[J]. 世界临床药物, 2026, 46（7）: 761-768. DOI：10.13683/j.wph.2026.07.009

Therapeutic effect of the Tuihong Qucuo formula assisted standard Western medicine on acne of blood stasis and phlegm coagulation type

ZHANG Min[1], ZOU Jie[2], CHEN Lei[1]*
（*1. Department of Dermatology, Ankang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Ankang 725002, Shaanxi Province, China;*
2. Department of Dermatology, The Second Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an 710004, Shaanxi Province, China）

Abstract: ***Objective*** To explore the clinical effect of Tuihong Qucuo formula assisted standard Western medicine in the treatment of acne patients with blood stasis and phlegm coagulation type. ***Methods*** A total of 104 patients with acne of blood stasis and phlegm coagulation type from Ankang Traditional Chinese Medicine Hospital from February 2021 to January 2024 were selected as the study subjects. They were divided into the control group and the combined group by simple randomization method, with 52 cases in each group. The control group received standard Western medicine treatment,while the combined group received Tuihong Qucuo formula assisted standard Western medicine. The clinical efficacy, traditional Chinese medicine（TCM） syndrome scores, skin barrier, serum inflammatory factors, microRNA（miR）, incidence of adverse reactions, and recurrence rate were compared between the two groups. ***Results*** The total effective rate of the combined group was higher than that of the control group（98.08% vs. 84.62%, $P<0.05$）. After 3 courses of treatment, the TCM syndrome score, transcutaneous water loss, pH value, sebum secretion of skin, miR-5195-3p, miR-144-5p, the levels of interleukin-8, toll like receptor 2, tumor necrosis factor-α and recurrence rate in the combined group were lower than those in the control group, while the water content in the stratum corneum in the

收稿日期： 2026-01-27
作者简介： 张敏，主治医师，研究方向：中医皮肤病诊疗。
通信作者： 陈蕾，主治医师，研究方向：中医皮肤病诊疗。
基金项目： 陕西省重点研发计划项目（2019ZD-SF-055）

combined group was higher than that in the control group ($P<0.05$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the two groups ($P>0.05$). ***Conclusion*** Tuihong Qucuo formula assisted standard Western medicine has a significant effect on acne of blood stasis and phlegm coagulation type. It can not only improve the clinical symptoms, repair the skin barrier, but also reduce the inflammatory reaction in the body, reduce the recurrence rate, with a favorable safety profile.

Key words: Tuihong Qucuo formula; blood stasis and phlegm coagulation; acne

痤疮是一种由皮脂大量分泌、雄激素分泌过多及毛囊皮脂腺导管角化异常等引发的慢性皮肤病，易对患者心理状态产生较大影响[1-3]。临床常予以激素、抗菌药物及维A酸类药物等治疗，缓解因感染引发的急性症状，其中抗菌药物为基础方案，是缓解炎症的有效方法；激素药物可通过抑制雄激素分泌与合成，削弱皮脂腺脂质分泌，进而改善痤疮症状；高浓度果酸可促进老化细胞脱落，并加速表皮更新，有效疏通堵塞的毛囊皮脂腺导管[4-5]。但多次治疗后效果可能会有所减退，且根治困难[6-7]。中医疗法为痤疮治疗提供了新方向，相关指南[8]建议采用中西医结合的治疗方案，但尚未形成统一指导意见。痤疮可归属于中医“肺风粉刺”范畴，多与湿热内蕴、肺经风热有关，因痰瘀互结致病，证型以血瘀痰凝型较为常见，应以消肿散结、清热解毒为主要治则[9]。基于此原则，本研究选取丹参、黄芪、白花蛇舌草及防风等自拟退红祛痤方，旨在观察该方应用于痤疮患者中的疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

基于主要观察指标临床疗效应用PEMS软件估算样本量。设定双侧检验$\alpha=0.05$，检验效能$1-\beta=0.90$，参考既往文献[10]并结合临床经验，预估标准西药治疗有效率为63.30%，退红祛痤方联合标准西药有效率为90.60%。经计算，每组所需最少样本量为46例，考虑到10%的脱落率，每组需52例患者，两组共104例。本研究已通过安康市中医医院伦理委员会审批（2020-AKZYLL-KY033-02）。选取2021年2月至2024年1月安康市中医医院收治的104例血瘀痰凝型痤疮患者为研究对象。

纳入标准：①西医符合痤疮诊断标准[11]。②中医符合痤疮诊断标准[12]，证型为血瘀痰凝型，主症为皮疹色暗，以瘢痕、囊肿、脓肿为主，经久难愈、反复发作；次症为纳呆，面色晦暗，腹胀或腹部包块，按之不移；女性月经量少色暗或有血块；舌有瘀斑、瘀点或暗，苔腻或白，脉滑或涩。③均对痤疮丙酸杆菌敏感，符合抗菌药物治疗标准。④患者及家属均签署研究同意书。⑤临床资料完整。

排除标准：①皮肤损伤及过敏等。②感染性疾病，如脓疱疮及活动性单纯疱疹等。③过敏性皮肤病，如湿疹及接触性皮炎等。④肝肾功能障碍。⑤近3个月内接受过皮肤磨削术、冷冻及放疗等治疗。⑥瘢痕体质，对光防护不够、日晒伤。⑦严重基础疾病。⑧精神疾病，如精神分裂症、双相情感障碍及抑郁症等。⑨妊娠期及哺乳期女性。

剔除标准：①依从性较差，中途退出。②中途接受其他方案治疗。

1.2 研究药物

多西环素（每片100 mg，安徽国正药业，20191120）；0.025%外用维A酸乳膏（10 g∶10 mg，四川明欣药业，211013）。退红祛痤方组成：丹参30 g，防风15 g，黄芪30 g，白花蛇舌草30 g，路路通12 g，赤芍9 g，皂角刺12 g，陈皮9 g，牡丹皮15 g。此外，背部皮损严重者加柴胡6 g、茵陈6 g；集中于面颊两侧者加茵陈12 g、柴胡9 g、郁金9 g、龙胆草15 g；鼻部、前额者加苍耳子9 g、白芷12 g、柴胡9 g；集中于口周者，加苍术25 g、薏苡仁15 g、白术6 g、茯苓9 g、山楂15 g。

1.3 分组及治疗方法

应用简单排序随机化法分组，预设 104 个编号与患者入组时间对应，利用电脑随机表导出 104 个随机数，为每个编号赋予 1 个随机数，将随机数降序排列，前 52 个随机数对应的患者纳入对照组，后 52 个随机数对应的患者纳入联合组。

两组均给予标准西药治疗，具体如下：口服多西环素（一日 1 次、每次 100 mg）；每晚清洁面部后，于痤疮皮损处涂抹 0.025% 外用维 A 酸乳膏，使用初期需先建立耐受，前 2 周每周使用 2 ～ 3 次，耐受良好后，一日 1 次；同时，每两周 1 次涂抹 30% 果酸，晚间清洁面部后使用，眼周、口周及鼻孔等敏感部位涂抹凡士林，湿敷棉保护眼部，将果酸均匀、迅速涂抹于面部，停留 3 ～ 5 min，治疗途中若出现明显红斑、白霜或刺痒难忍，立即使用中和液清除酸液，直至泡沫消失，治疗结束后立即使用保湿面膜并配合冷喷 15 min。期间根据皮肤耐受性调整果酸停留时间（不超过 5 min），出现疼痛即停止治疗，且治疗结束后 1 个月忌晒太阳，日常外出需采用口罩、帽子、遮阳伞进行防晒。联合组在对照组基础上予以退红祛痤方，所有中药由本院中药房配药代煎，每剂取汁 300 mL，一日 2 次，早、晚餐后温服，每次 150 mL。所有治疗 2 周为 1 个疗程，连续治疗 3 个疗程、共 6 周。两组均于月经来潮后 1 ～ 2 周内开始用药，月经期停药，疗程顺延。

1.4 主要观察指标

以临床疗效为主要观察指标，具体标准如下。基本治愈：自觉症状基本消失，中医证候积分降低≥ 95%，皮损改善≥ 90%；显效：95% ＞中医证候积分降低≥ 70%，90% ＞皮损改善≥ 60%；有效：70% ＞中医证候积分降低≥ 30%，60% ＞皮损改善≥ 20%；无效：中医证候积分降低＜ 30%，皮损改善＜ 20%[12]。有效率计算公式为 $R = (n_x + n_y + n_z)/n_{tot} \times 100\%$，式中：$R$ 为总有效率，n_x 为基本治愈例数，n_y 为显效例数，n_z 为有效例数，n_{tot} 为总例数。

1.5 次要观察指标

1.5.1 中医证候积分

分别在治疗前后评定中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》[12] 拟定，根据证候表现，分无、轻、中及重，分别计 0、2、4 及 6 分。本研究选取患者共性证候进行平均，主症包括皮疹、色暗，次症包括纳呆、面色晦暗、腹胀或腹部包块。

1.5.2 血清炎症因子

分别在治疗前后采集患者空腹静脉血 3 mL，以 3 000 *g* 离心 10 min，取上清液，用酶联免疫吸附法测定白介素（interleukin，IL）-8、Toll 样受体（toll like receptor，TLR）2 及肿瘤坏死因子（tumor necrosis factor，TNF）-α 水平。

1.5.3 皮肤屏障

分别在治疗前后测定患者皮肤屏障功能。在恒温恒湿环境等待 30 min 后，用皮肤检测仪（SOFT5.5，意大利 Callegari 公司）测定患者角质层含水量（stratum corneum，SCH）、经皮水分丢失（transcutaneous water loss，TFWL）、pH 值及皮肤皮脂分泌量水平。

1.5.4 微小 RNA（microRNA，miR）

治疗前后采集患者空腹静脉血 5 mL，离心取上清液，提取总 RNA，采用荧光定量聚合酶链反应技术测定 miR-144-5p 及 miR-5195-3p 表达量。

1.5.5 不良反应

观察并记录治疗期间两组皮肤干燥、色素沉着及胃肠道反应等不良反应发生情况，计算并比较两组不良反应发生率。

1.5.6 复发率

随访 6 个月，统计两组复发情况，并进行对比。随访任一时间，患者自觉临床症状复发或加重，入院后经临床评估，中医证候积分回升至治疗前水平或高于治疗前水平，即为复发。

1.6 统计学方法

采用 SPSS22.0 软件进行数据分析，计数资料用 n(%) 表示，组间比较采用 χ^2 检验，等级资料采用秩和检验；计量资料指标经 K-S 检验均符合正态分布，用 ($\bar{x}\pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

两组性别、年龄、病程、病情严重程度及体质量指数 (body mass index，BMI) 等一般资料比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性，见表 1。

表 1 两组一般资料比较

Table 1 Comparison of baseline characteristics between the two groups

指标	对照组 (n=52)	联合组 (n=52)	χ^2/t值	P值
性别 (男/女) / n(%)	25 (48.08) / 27 (51.92)	23 (44.23) / 29 (55.77)	0.155	0.694
年龄/岁	26.49±4.83	27.81±3.75	1.557	0.123
病程/个月)	14.73±3.04	13.63±3.12	1.821	0.072
痤疮Pillsbury分级 (Ⅲ级/Ⅳ型) / n(%)	21 (40.38) / 31 (59.62)	24 (46.15) / 28 (53.85)	0.353	0.553
BMI/kg·m^{-2}	21.94±1.31	21.52±1.67	1.427	0.157

2.2 临床疗效

联合组治疗总有效率高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 [n(%)]

Table 2 Comparison of clinical efficacy between the two groups [n(%)]

组别	基本治愈	显效	有效	无效	总有效
联合组 (n=52)	16 (30.77)	30 (57.69)	5 (9.62)	1 (1.92)	51 (98.08)
对照组 (n=52)	10 (19.23)	27 (51.92)	7 (13.46)	8 (15.38)	44 (84.62)
χ^2/Z值		2.068			4.379
P值		0.039			0.036

2.3 中医证候积分

治疗前，两组各项中医证候积分比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后，两组皮疹、(皮疹) 色暗、面色晦暗、纳呆及腹胀或腹部包块积分较治疗前降低，且联合组低于对照组，差异均有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

表 3 两组中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$，单位：分)

Table 3 Comparison of traditional Chinese medicine syndrome scores between the two groups

($\bar{x}\pm s$, unit: point)

指标		对照组 (n=52)	联合组 (n=52)	t值	P值
皮疹	治疗前	4.19±0.33	4.25±0.39	0.847	0.399
	治疗后	1.03±0.25	0.57±0.18	10.768	<0.001
	t值	55.041	61.780	–	–
	P值	<0.001	<0.001	–	–
(皮疹) 色暗	治疗前	4.05±0.40	4.11±0.41	0.755	0.452
	治疗后	1.17±0.32	0.62±0.17	10.945	<0.001
	t值	40.543	56.701	–	–
	P值	<0.001	<0.001	–	–
面色晦暗	治疗前	3.79±0.32	3.86±0.28	1.187	0.238
	治疗后	0.84±0.26	0.61±0.16	5.433	<0.001
	t值	51.594	72.672	–	–
	P值	<0.001	<0.001	–	–
纳呆	治疗前	3.04±0.38	3.10±0.31	0.882	0.380
	治疗后	0.90±0.27	0.64±0.16	5.974	<0.001
	t值	33.104	50.850	–	–
	P值	<0.001	<0.001	–	–
腹胀或腹部包块	治疗前	3.19±0.34	3.24±0.37	0.718	0.475
	治疗后	1.20±0.36	0.68±0.15	9.615	<0.001
	t值	28.980	46.238	–	–
	P值	<0.001	<0.001	–	–

2.4 血清炎症因子

治疗前，两组 TLR2、IL-8 及 TNF-α 水平比较，差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后，两组 TLR2、IL-8 及 TNF-α 水平均较治疗前降低，且联合组低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 4。

表 4 两组血清炎症因子比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 4 Comparison of serum inflammatory factors between the two groups（$\bar{x}\pm s$）

指标		对照组（n=52）	联合组（n=52）	t值	P值
TLR2/ng·mL^{-1}	治疗前	1.75±0.49	1.78±0.50	0.309	0.758
	治疗后	1.40±0.28	1.14±0.38	3.972	＜0.001
	t值	4.472	7.349	–	–
	P值	＜0.001	＜0.001	–	–
IL-8/pg·mL^{-1}	治疗前	40.97±10.57	42.22±9.78	0.626	0.533
	治疗后	34.15±9.60	26.35±6.50	4.852	＜0.001
	t值	3.444	9.745	–	–
	P值	0.001	＜0.001	–	–
TNF-α/pg·mL^{-1}	治疗前	47.88±9.53	49.21±8.44	0.753	0.453
	治疗后	27.50±8.02	18.20±7.16	6.238	＜0.001
	t值	11.799	20.204	–	–
	P值	＜0.001	＜0.001	–	–

2.5 皮肤屏障

治疗前，两组 SCH、TEWL、pH 值及皮脂分泌量比较，差异无统计学意义（P ＞ 0.05）。治疗后，两组 SCH 较治疗前升高，且联合组高于对照组，TEWL、pH 值及皮脂分泌量较治疗前降低，且联合组低于对照组，差异均有统计学意义（P ＜ 0.05），见表 5。

2.6 miR-144-5p、miR-5195-3p

治疗前，两组 miR-144-5p 及 miR-5195-3p 表达量比较，差异无统计学意义（P ＞ 0.05）。治疗后，两组 miR-144-5p 及 miR-5195-3p 表达量均较治疗前降低，且联合组低于对照组，差异有统计学意义（P ＜ 0.05），见表 6。

2.7 不良反应

联合组不良反应发生率为 7.69%，对照组为 11.54%，两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（P ＞ 0.05），见表 7。

2.8 复发率

随访 6 个月时，联合组失访 1 例，对照组失访 3 例。联合组复发 1 例，对照组复发 10 例。联合组复发率为 1.96%（1/51），对照组为 20.41%（10/49），联合组复发率低于对照组，差异有统计学意义

表 5 两组皮肤屏障比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 5 Comparison of skin barrier between the two groups（$\bar{x}\pm s$）

指标		对照组（n=52）	联合组（n=52）	t值	P值
SCH/U	治疗前	35.42±5.17	35.10±4.26	0.344	0.731
	治疗后	39.36±4.50	44.26±5.77	4.829	＜0.001
	t值	4.145	9.210	–	–
	P值	＜0.001	＜0.001	–	–
pH值	治疗前	5.97±0.23	5.99±0.24	0.434	0.665
	治疗后	5.53±0.17	5.16±0.15	11.769	＜0.001
	t值	11.094	21.148	–	–
	P值	＜0.001	＜0.001	–	–
TEWL/g·(h·m^2)$^{-1}$	治疗前	24.00±6.35	23.78±5.49	0.189	0.850
	治疗后	19.57±4.88	16.23±4.70	3.555	0.001
	t值	3.989	7.533	–	–
	P值	＜0.001	＜0.001	–	–
皮脂分泌量/μg·cm^{-2}	治疗前	50.88±8.54	51.40±7.80	0.324	0.746
	治疗后	44.73±6.11	40.01±5.63	4.097	＜0.001
	t值	4.223	8.538	–	–
	P值	＜0.001	＜0.001	–	–

表 6 两组 miR-144-5p 及 miR-5195-3p 表达量比较（$\bar{x}\pm s$）

Table 6 Comparison of miR-144-5p and miR-5195-3p expression levels between the two groups（$\bar{x}\pm s$）

指标		对照组（n=52）	联合组（n=52）	t值	P值
miR-144-5p	治疗前	3.49±1.05	3.66±1.12	0.799	0.426
	治疗后	1.95±0.46	1.03±0.25	12.672	＜0.001
	t值	9.687	16.527	–	–
	P值	＜0.001	＜0.001	–	–
miR-5195-3p	治疗前	2.49±0.73	2.54±0.60	0.382	0.704
	治疗后	1.30±0.28	0.86±0.21	9.065	＜0.001
	t值	10.975	19.058	–	–
	P值	＜0.001	＜0.001	–	–

表 7 两组不良反应比较［n（%）］

Table 7 Comparison of adverse reactions between the two groups［n（%）］

组别	色素沉着	皮肤干燥	胃肠道反应	总发生率
联合组（n=52）	2（3.85）	1（1.92）	1（1.92）	4（7.69）
对照组（n=52）	4（7.69）	2（3.85）	0（0）	6（11.54）
χ^2值				0.443
P值				0.506

（$\chi^2 = 8.687$，$P = 0.003$）。

3 讨论

在中医学中，痤疮的早期论述出自《黄帝内经》，称之“皶”，又有“粉刺”“酒皶”“皶疱”“面疱”等称谓[13-15]。《素问·生气通天论》曰：“汗出见湿，乃生痤痱，高粱之变，足生大丁，受如持虚，劳汗当风，寒薄为皶，郁乃痤”。后隋代巢元方《诸病源候论》又曰：“饮酒热未解，以冷水洗面，令人面发疮，轻者皶疱”“此由饮酒，热势冲面，而遇风冷之气相搏所生，故令鼻面生皶，赤疱币币然也”。由此可知，汗出不畅易致湿邪积聚，湿邪瘀滞体表而难以宣散，进而阻塞毛孔，致使经络气血运行受阻；皮脂与邪气相搏凝聚，最终引发病症，病机为血瘀痰凝，以清热活血、化痰散结为治则大法，可予以大黄牡丹汤治疗，然其虽功邪力强，但补虚有所欠缺，对于痤疮中的常见证型血瘀痰凝型，其病程较长，本质为虚实夹杂，应攻补兼施，清热活血、化痰散结以泻实，益气健脾以补虚[16-19]。

本研究选取黄芪、茯苓及白术等补气中药自拟退红祛痤方，联合标准西药治疗血瘀痰凝型痤疮患者，结果显示，联合组治疗总有效率高于对照组。分析原因，中医认为痰瘀易阻塞经脉，其化成火，火可炼津生痰，退红祛痤方中丹参性微寒、味苦，有活血化瘀通络之功效，可清肝、心经之热邪，其活血之效可防清消太过而致正虚邪恋，针对痰瘀化火、阻塞经脉之病机尤为关键。现代药理学研究[18-20]证实，其有效成分丹参酮对痤疮棒状杆菌具有抑制作用。另有研究[18,21]报道，丹参提取物不仅可抑制IL-2、IL-4及IL-10等细胞因子产生多糖，还能抑制细胞毒性T淋巴细胞及自然杀伤细胞的活性，以及IL-6和TNF等促炎因子的分泌；黄芪补虚扶正，可助丹参补血养气之力；白花蛇舌草有清热解毒、利湿通淋之效，可消未成形之脓；赤芍具有凉血逐瘀之功效；陈皮、路路通具有行气消滞之功效；皂角刺通经络，溃坚透脓，可促使脓成即溃；防风与牡丹皮相配，具有通滞散结之功效。此外，黄芪可托毒排脓、利水消；防风可祛风解表；赤芍有散瘀止痛、清热凉血之效；三味药材配伍使用时，《医林改错》中曾记载“能使周身之气通而不滞，血活而不凝”，亦有黄芪赤风汤之意。因此诸药合用，可共奏消肿溃坚、清热解毒之功效。本研究显示，退红祛痤方治疗3个疗程后症状改善较为显著，SCH、TEWL、pH值及皮脂分泌量等皮肤屏障功能指标情况较好，且对患者进行为期6个月的随访，发现联合组复发率显著低于对照组，说明联合退红祛痤方可促进临床症状改善、修复皮肤屏障功能，有助于降低复发率。其原因在于，联合治疗可通过优势互补，实现内外兼治，进一步促进临床症状的改善，并通过中药治疗的标本兼治，控制远期复发率，且中药汤剂不良反应较少，说明联合治疗具有较高的临床应用价值及可行性。

雄激素水平过高已被证实是痤疮发病的关键诱因，其会增强皮脂腺功能，加速皮脂分泌，该过程导致皮脂与表皮碎屑混合，形成可堵塞毛囊的脂栓，继而为炎症发生创造条件，促进痤疮形成[22]。另有研究[23-24]显示，性激素水平、体内炎症进展均与痤疮患者病情程度有关，当皮脂过量溢出后，会加剧皮肤炎症，使得炎症丘疹进展为囊肿，加重皮损程度。近来研究[25-26]表明，重度痤疮患者循环外泌体通过miR-144-5p介导皮脂腺细胞增殖及TNF-α、IL-6上调，而环状RNA circ_0086376可通过调控miR-5195-3p水平以抑制痤疮相关炎症因子表达。TNF-α为常见炎症因子，通过激活核因子-κB通路促进IL-6及IL-1β等促炎因子释放，并诱导角质形成细胞增殖及毛囊角化异常，可作为炎症缓解的敏感指标；IL-8为中性粒细胞趋化因子，可诱导中性粒细胞向炎症部位聚集，并释放活性氧，加剧毛囊皮脂腺的炎症反应[27-28]。宋莎莎等[29]研究发现，痤疮丙酸杆菌会激活转录因子蛋白家族信号通路，诱导IL-8及TNF-α等炎症因子表达，引发炎

症反应。袁嘉晨等[30]提出，TLR 是角质形成细胞表面广泛存在的蛋白因子，其在皮肤外源性病原体侵袭过程中发挥重要作用，TLR2 是角质形成表面存在的 TLR 中的一个亚型，与玫瑰痤疮的发生密切相关，亦是重要治疗靶点。本研究显示，治疗前两组 IL-8、TLR2 及 TNF-α 水平均处于高表达状态，证实炎症反应处于异常激活状态，进一步对比发现，治疗后联合组 IL-8、TLR2、TNF-α 水平及 miR-144-5p、miR-5195-3p 表达量均低于对照组，表明联合治疗可减轻体内炎症反应。其原因为，退红祛痤方内含白花蛇舌草及赤芍等清热药，具有良好的抗炎作用，同时与标准西药联合，内服外用，可标本兼治，进一步改善患者临床症状。

本研究仅针对单一证型，未来还需探索适合其他证型的有效干预方案，且研究样本量小、单中心选例，可能在普适性方面存在一定限制，未来还需进一步论证。

4 结论

退红祛痤方辅助标准西药治疗血瘀痰凝型痤疮患者的疗效可靠，能有效改善患者临床症状，修复皮肤屏障功能，抑制体内炎症反应，并降低复发率。

参考文献：

[1] 张学军. 皮肤性病学[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 175.

[2] Kutlu O, Karadag A S, Wollina U. Adult acne versus adolescent acne: a narrative review with a focus on epidemiology to treatment[J]. An Bras Dermatol, 2023, 98(1): 75-83.

[3] 胡曼淇, 孙子文, 陈洁, 等. 复方银翘解毒合剂联合针清术对中度痤疮热毒壅盛证的临床疗效[J]. 世界临床药物, 2024, 45(1): 53-58.

[4] 苏孟, 李海涛, 王欢, 等. 青春期寻常性痤疮患者皮损分离菌株及其对常用抗菌药物的耐药性[J]. 中华医院感染学杂志, 2025, 35(12): 1809-1813.

[5] 陈菁, 李玉良, 丁福荣, 等. 西黄丸联合果酸换肤治疗面部中度寻常痤疮临床研究[J]. 陕西中医, 2021, 42(12): 1713-1716.

[6] Mavranezouli I, Daly C H, Welton N J, *et al*. A systematic review and network meta-analysis of topical pharmacological, oral pharmacological, physical and combined treatments for acne vulgaris[J]. Br J Dermatol, 2022, 187(5): 639-649.

[7] Tan J, Chavda R, Baldwin H, *et al*. Management of acne vulgaris with trifarotene[J]. J Cutan Med Surg, 2023, 27(4): 368-374.

[8] 赵俊英. 中西医结合痤疮诊治专家共识[J]. 实用皮肤病学杂志, 2021, 14(5): 257-260.

[9] 汪梦情, 眭道顺. 越鞠丸解郁组方思路及其在痤疮治疗中的应用[J]. 广州中医药大学学报, 2023, 40(6): 1532-1535.

[10] 胡阳, 姚岚, 高飞, 等. 蜂针加自血疗法治疗痤疮临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(11): 40-43.

[11] 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.

[12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 292-295.

[13] 邓欢欢, 段行武, 吴治民, 等. 寻常型痤疮中医证素及其与皮损特征的相关性分析[J]. 四川中医, 2023, 41(11): 88-93.

[14] 张华超, 白彦萍, 杨皓瑜. 基于“郁乃痤”从气血火湿郁论治寻常型痤疮[J]. 中日友好医院学报, 2023, 37(1): 40-41.

[15] 陈曦, 仝小林. 从脏腑风湿理论探讨痤疮的辨治[J]. 吉林中医药, 2022, 42(9): 1037-1039.

[16] 郝英利, 顾炜, 徐琳. 痤疮中医诊治源流考[J]. 中国美容医学, 2020, 29(11): 178-182.

[17] 冯皓月, 岳仁宋, 张晓晴, 等. 从“阳气怫郁-玄府-气液”探讨“郁乃痤”的发病机理[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(10): 1466-1468.

[18] 许沁慧, 余土根. 余土根治疗血瘀痰凝型聚合性痤疮经验介绍[J]. 新中医, 2023, 55(8): 206-209.

[19] 蒋睦圆, 郑赛文, 余土根. 余土根治疗脾虚湿热型青春期后痤疮临床经验[J]. 浙江中西医结合杂志, 2022, 32(8): 774-775.

[20] Tang X H, Liu Y, Yuan H L, *et al*. Development of a self-assembled hydrogels based on carboxymethyl chitosan and oxidized hyaluronic acid containing tanshinone extract nanocrystals for enhanced dissolution and acne treatment[J]. Pharmaceuticals(Basel), 2022, 15(12): 1534.

[21] 陈芳宁, 王秀丽, 许蕊蕊, 等. 丹参酮ⅡA-甘草次酸固体脂质纳米粒的制备及其对痤疮的抑制作用研究[J]. 中国中药杂志, 2022, 47(9): 2449-2456.

[22] 李臻臻, 周星, 孙兆伟, 等. 女性寻常性痤疮与性激素的相关性研究[J]. 中国美容医学, 2020, 29(3): 3-8.
[23] Cruz S, Vecerek N, Elbuluk N. Targeting inflammation in acne: current treatments and future prospects[J]. Am J Clin Dermatol, 2023, 24(5): 681-694.
[24] Monib K M E D, El-Fallah A A, Salem R M. Inflammatory markers in acne vulgaris:Saliva as a novel diagnostic fluid[J]. J Cosmet Dermatol, 2022, 21(3): 1280-1285.
[25] 张淑娟, 梁毅敏, 钟洁敏, 等. 重度痤疮患者循环外泌体通过miR-144-5p调控皮脂腺细胞增殖及TNF-α、IL-6水平[J]. 中国实验诊断学, 2025, 29(6): 671-675.
[26] 叶瑞贤, 薛如君, 梁景耀, 等. circ_0086376靶向miR-5195-3p对痤疮丙酸杆菌介导的HaCaT细胞炎症因子表达的调控作用研究[J]. 中华皮肤科杂志, 2025, 58(4): 340-346.
[27] 韩伊杨, 胡浩, 王丹. 超分子水杨酸外涂治疗玫瑰痤疮的临床效果及对炎症因子的影响[J]. 中国医药导报, 2023, 20(31): 92-96.
[28] 王亚玲, 谢红付, 李吉, 等. JAK-STAT信号通路与玫瑰痤疮[J]. 中华皮肤科杂志, 2023, 56(2): 169-172.
[29] 宋莎莎, 王永芳, 陈毅, 等. 壬二酸和水杨酸对痤疮丙酸杆菌诱导的细胞炎症因子及TLR4蛋白表达的影响[J]. 现代药物与临床, 2024, 39(2): 296-303.
[30] 袁嘉晨, 高阳, 南美兰, 等. AOPT-LTL模式强脉冲光治疗玫瑰痤疮的疗效观察[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2023, 37(5): 535-541.

（编辑：王　佳）

