

•中医药美容•

•论著•

中药面膜联合5-氨基酮戊酸光动力疗法及异维A酸治疗中重度痤疮

高宇, 沈聪

(江苏省泰州市姜堰区皮肤病防治院皮肤科 江苏 泰州 225500)

[摘要]目的: 探究应用中药面膜联合5-氨基酮戊酸光动力疗法(ALA-PDT)及异维A酸治疗中重度痤疮的疗效。方法: 将笔者医院皮肤科2019年4月-2023年4月收治的86例中重度痤疮患者纳为研究对象, 根据随机数字表法将所有患者分为对照组与观察组, 每组43例患者, 对照组应用ALA-PDT加异维A酸药物治疗, 观察组在此基础上应用中药面膜联合治疗, 比较两组患者整体疗效、治疗前及治疗第2、4、6周痤疮分级评分(Global acne grading system, GAGS)、治疗前后皮损积分、美观度评分(Kwok's acne assessment scale, KAAS)、半年内复发率及不良反应。结果: 观察组整体疗效(95.35%)与对照组(86.35%)差异无统计学意义($P>0.05$); 治疗第2、4、6周, 两组GAGS评分显著降低, 组内不同时间点比较差异有统计学意义($P<0.05$), 且观察组治疗第2、4、6周的GAGS评分均显著低于对照组($P<0.05$); 治疗后, 两组各项皮损评分(粉刺、丘疹、脓疱、结节)均显著下降($P<0.05$), 且观察组各项评分均显著低于对照组($P<0.05$); 治疗第2、4、6周, 两组美观度评分显著降低($P<0.05$), 且观察组治疗第2、4、6周的美观度评分均显著低于对照组($P<0.05$); 观察组复发率显著低于对照组($P<0.05$); 观察组药物不良反应发生率(11.63%)与对照组(13.95%)差异无统计学意义($P>0.05$)。结论: 中药面膜联合ALA-PDT及异维A酸可有效治疗中重度痤疮, 修复损伤皮肤, 显著改善患者面部美观度, 安全性较高, 值得临床推广应用。

[关键词] 中药面膜; 5-氨基酮戊酸光动力疗法; 异维A酸; 中重度痤疮

[中图分类号] R758.73⁺4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1008-6455(2025)01-0087-04

Efficacy of Traditional Chinese Medicine Facial Mask Combined with 5-aminolevulinic Acid Photodynamic Therapy and Isotretinoin on Moderate-to-severe Acne

GAO Yu, SHEN Cong

(Department of Dermatology, Jiangyan District Dermatology Prevention and Control Hospital, Taizhou 225500, Jiangsu, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the efficacy of a traditional Chinese medicine facial mask combined with 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy (ALA-PDT) and isotretinoin in the treatment of moderate-to-severe acne. **Methods** A total of 86 patients with moderate-to-severe acne treated at the dermatology department of the author's hospital from April 2019 to April 2023 were enrolled. Patients were randomly divided into a control group and an observation group, with 43 cases in each. The control group received ALA-PDT combined with isotretinoin, while the observation group was additionally treated with a traditional Chinese medicine facial mask. The two groups were compared in terms of overall efficacy, Global Acne Grading System (GAGS) scores at baseline and on the 2nd, 4th, and 6th weeks of treatment, skin lesion scores, Kwok's Acne Assessment Scale (KAAS) scores before and after treatment, as well as recurrence rates and adverse events within six months. **Results** There was no significant difference in overall efficacy between the observation group (95.35%) and the control group (86.35%) ($P>0.05$). GAGS scores in both groups decreased significantly at the 2nd, 4th, and 6th weeks of treatment compared to baseline ($P<0.05$). The observation group had significantly lower GAGS scores at all time points compared to the control group ($P<0.05$). After treatment, skin lesion scores (acne, papules, pustules, nodules) were significantly reduced in both groups ($P<0.05$), with greater reductions observed in the observation group ($P<0.05$). The aesthetic evaluation scores in both groups also improved significantly over time ($P<0.05$), and the observation group demonstrated better outcomes than the control group at all time points ($P<0.05$). The recurrence rate in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P<0.05$). No significant difference was found in the incidence of adverse drug reactions between the observation group (11.63%) and the control group (13.95%) ($P>0.05$). **Conclusion** The traditional Chinese medicine facial mask combined with ALA-PDT and isotretinoin is effective in treating moderate-to-severe acne. It significantly improves facial aesthetics, promotes

skin repair, and has a high safety profile.

Key words: traditional Chinese medicine facial mask; 5-aminolevulinic acid photodynamic therapy; isotretinoin; moderate-to-severe acne

痤疮是一类由毛囊皮脂腺发生炎症反应所引发的慢性皮肤病,其通常是由于遗传、激素分泌过剩、毛囊皮脂腺导管角质化、细菌感染或免疫炎症反应等因素引起^[1]。临床治疗痤疮方法较多,如光动力疗法、药物治疗等,其中5-氨基酮戊酸光动力疗法(5-aminolevulinic acid photodynamic therapy, ALA-PDT)是一种利用光化学反应对病变皮肤组织进行有效破坏,促进病变细胞凋亡,促进皮肤新生的物理疗法^[2];常用口服药物如异维A酸,可通过抑制皮脂腺活性,减少皮脂分泌,从而治疗中重度痤疮^[3]。但有专家认为,临床常用的西医治疗手段虽可明显改善痤疮症状,但治标不治本,复发率较高^[3]。研究显示,中医常在治疗痤疮方面具有诸多经验,可根据患者证型表现对症下药^[4]。中医认为,痤疮归于肺风粉刺,风、寒、湿邪侵犯肌表,则致经络闭阻,气血凝集;饮食不节,则至内郁化热,风热侵肺;热毒内蕴,上行至头面部,熏蒸于皮肤腠理,日久而成痤疮,治疗需疏风清热、活血逐瘀为主^[5]。中药面膜为中医疗法之一,由丹参、连翘、黄柏、马齿苋这几味磨粉制作而成的面膜,直接敷于皮损面处,可发挥清热解毒、活血化瘀、消炎止痛、疏风除湿等功效^[6]。本文为探究特制中药面膜联合ALA-PDT及异维A酸治疗中重度痤疮疗效,特做如下报道。

1 资料和方法

1.1 一般资料:将笔者医院皮肤科于2019年4月-2023年4月收治的86例中重度痤疮患者纳入研究对象。纳入标准:①符合《中国痤疮治疗指南(2014年修订版)》^[7]诊断标准,诊断为中重度痤疮;②符合《痤疮(粉刺)中医治疗专家共识》^[8]诊断标准,诊断为肺经风热证,主症:以黑头或白头粉刺为主伴红色丘疹;次症:伴有疼痛、瘙痒,舌红,苔薄黄,脉浮数或数,小便短赤,大便秘结;具备主症及2项或以上次症;③年龄18~35岁;④1个月内未服用过与本病相关药物;⑤自愿接受治疗且签署知情者协议。排除标准:①药物过敏;②手术不耐受;③妊娠或哺乳期女性;④合并心脑血管疾病;⑤不配合治疗或精神障碍。根据随机数字表法将所有患者分为对照组与观察组,每组各43例患者。对照组基本资料如下:男女比例为20/23;年龄18~33岁,平均年龄(25.73±3.29)岁;病程6个月~5年,平均病程(2.54±0.97)年;痤疮分级(中度/重度)比例为27/16。观察组基本资料如下:男女比例22/21;年龄19~35岁,平均年龄(25.95±3.21)岁;病程8个月~6年,平均病程(2.59±1.02)年;痤疮分级(中度/重度)比例为25/18。两组患者性别比例、平均年龄、平均病程及

痤疮程度差异均无统计学意义($P>0.05$),均衡可比。本研究符合医院伦理委员会要求。

1.2 方法

1.2.1 对照组:对照组患者应用ALA-PDT并施加异维A酸药物治疗,具体如下。①ALA-PDT:指导患者用清水清理面部后取仰卧位;随将浓度4%的5-氨基酮戊酸涂抹于痤疮处,用量可根据损伤程度酌情少量增加或减少,随后利用保鲜薄膜覆盖涂药部位避光敷药1~1.5 h;敷药结束后用清水彻底清理面部药物,随后指导患者佩戴护目镜进行光动力治疗,仪器采选LED光动力治疗仪(鄂械注准20132090940,武汉亚格光电技术有限公司),红光波长选择(633±10) nm,光照强度为70 J/cm²,光照距离患者皮损10 cm,持续照射20 min,治疗结束后嘱咐患者严格防晒,并用温水洗脸;ALA-PDT每周治疗1次,持续6周。②异维A酸治疗:口服异维A酸软胶囊(国药准字H20113060,重庆华邦制药有限公司,12粒/板,10 mg),剂量为10 mg/d,间隔1 d服用1次,持续3周后,改为20 mg/d,间隔1 d服用1次,持续6周。

1.2.2 观察组:观察组在对照组治疗方案基础上选用中药面膜敷治。面膜粉由连翘4 g、黄柏4 g、丹参各4 g,马齿苋3 g,共15 g研磨成粉另加少量淀粉,加入100 ml蒸馏水调成糊。指导患者用清水清理面部;随后均匀涂抹中药面膜,厚度约2 mm,倒模时可以纱布覆盖眼鼻口处;敷治30 min后用清水洗净面部。治疗周期:3次/周,2 d不得超过1次,持续治疗6周。

1.3 观察指标:以上所有患者在治疗6周后评价疗效。

1.3.1 整体疗效:统计两组患者治疗后整体疗效,根据尼莫地平算法^[9],以皮疹消退情况作为疗效评判标准,皮疹消退率:治疗前后皮疹总评分差值除以治疗前皮疹总评分,其中皮疹消退率≥90%记作痊愈;皮疹消退率≥70%而<90%记有效;皮疹消退率≥40%而<70%记作好转;皮疹消退率<40%记作无效。有效率计为痊愈率、有效率及好转率之和。

1.3.2 痤疮评分:统计两组患者治疗前及治疗第2、4、6周痤疮评分,采选痤疮综合分级系统(GAGS)^[10]评估,该量表将痤疮好发部位分为前额、鼻部、下颊等6个部位,根据痤疮面积及密度,对6个部位进行评分,分值为0~4分,共计24分,分值越高痤疮越严重。

1.3.3 皮损积分:统计两组患者治疗前后皮损情况,根据GAGS评估量表对患者面面粉刺、丘疹、脓疱、结节数目与面积进行评估。无症状记为0分;粉刺记为1分;丘疹记为2分;脓疱记为3分;结节记为4分,若一个区域存在多种

症状则皮损积分选取该区域最严重皮损症状；区域评分规则：前额、颊部记为1分；鼻部、下颌记为2分；胸部、上背部记为3分；分值算法计为症状评分与区域评分之积；分值越高皮损越严重。

1.3.4 美观度评分：统计两组患者治疗前及治疗第2、4、6周面部美观度，采选郭氏痤疮评分量表（KAAS）^[11]评估。该量表包含皮损面积、数目、颜色、大小、硬度、疼痛、瘙痒、脂溢8个条目，共计60分，分值越高面部美观度越差。

1.3.5 复发率：于治疗3、6个月后，分别统计痤疮复发情况，将随访时GAGS分值减去治疗完成后GAGS分值>9分的患者定义为复发病例，复发率=复发例数/总例数×100%。

1.3.6 不良反应：统计治疗期间包括红肿、灼烧感、过敏、皮肤干燥等。

1.4 统计学分析：使用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析，年龄、病程、相关疾病积分等计量资料的描述采用（ $\bar{x} \pm s$ ），使用独立样本 t 检验进行组间比较，组内不同时间点相比采用单因素重复测量方差分析；性别、痤疮分级等计数资料用例和百分率表示，比较 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 整体疗效情况：观察组整体疗效（95.35%）与对照组（86.35%）比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表1。

表1 两组治疗整体疗效比较

[例（%）]

| 组别 | n | 痊愈 | 有效 | 好转 | 无效 | 总有效 |
|------------|-----|------------|------------|------------|-----------|------------|
| 观察组 | 43 | 15 (34.88) | 14 (32.56) | 12 (27.91) | 2 (4.65) | 41 (95.35) |
| 对照组 | 43 | 10 (23.26) | 9 (20.93) | 18 (41.86) | 6 (13.95) | 37 (86.05) |
| χ^2 值 | | | | | | 2.205 |
| P 值 | | | | | | 0.138 |

2.2 痤疮评分情况：治疗第2、4、6周，两组GAGS评分显著降低，组内不同时间点比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），且观察组治疗第2、4、6周的GAGS评分均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表2。

2.3 皮损积分情况：治疗后，两组各项皮损评分（粉刺、丘疹、脓疱、结节）均显著下降（ $P < 0.05$ ），且观察组各项评分均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表3。

2.4 美观度评估情况：治疗第2、4、6周，两组美观度评分显著降低，组内不同时间点比较差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），且观察组治疗第2、4、6周的美观度评分均显著低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表4。

2.5 复发率：观察组复发率显著低于对照组（ $P < 0.05$ ），见表5。

2.6 不良反应：所有患者照光治疗期间均有不同程度灼热感及肿胀感，经医用修复面膜冷敷后3~5 d消退；两组不良反应发生率比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表6。

表2 两组治疗前后GAGS评分比较

（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗第2周 | 治疗第4周 | 治疗第6周 | F 值 | P 值 |
|-------|----|--------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------|--------|
| 观察组 | 43 | 20.31 ± 1.64 | 15.52 ± 1.78 ^a | 13.84 ± 2.74 ^{ab} | 11.31 ± 2.28 ^{abc} | 133.383 | <0.001 |
| 对照组 | 43 | 20.29 ± 1.57 | 18.65 ± 1.83 ^a | 15.54 ± 2.21 ^{ab} | 13.42 ± 2.81 ^{abc} | 87.853 | <0.001 |
| t 值 | | 0.058 | 8.040 | 3.167 | 3.824 | | |
| P 值 | | 0.954 | <0.001 | 0.002 | <0.001 | | |

注：^a表示与同组治疗前比较， $P < 0.05$ ；^b表示与同组治疗第2周比较， $P < 0.05$ ；^c表示与同组治疗第4周比较， $P < 0.05$ 。

表3 两组治疗前后皮损积分比较

（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

| 组别 | 例数 | 粉刺 | | 丘疹 | | 脓疱 | | 结节 | |
|-------|----|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| | | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 观察组 | 43 | 1.97 ± 0.52 | 0.96 ± 0.16 [*] | 2.37 ± 0.66 | 1.25 ± 0.31 [*] | 2.43 ± 0.73 | 1.17 ± 0.19 [*] | 2.52 ± 0.42 | 1.22 ± 0.27 [*] |
| 对照组 | 43 | 1.99 ± 0.53 | 1.14 ± 0.26 [*] | 2.35 ± 0.69 | 1.54 ± 0.45 [*] | 2.38 ± 0.69 | 1.42 ± 0.27 [*] | 2.48 ± 0.41 | 1.57 ± 0.31 [*] |
| t 值 | | 0.177 | 3.866 | 0.137 | 3.480 | 0.326 | 4.965 | 0.447 | 5.583 |
| P 值 | | 0.860 | <0.001 | 0.891 | <0.001 | 0.745 | <0.001 | 0.656 | <0.001 |

注：^{*}表示与同组干预前比较， $P < 0.05$ 。

表4 两组治疗后面部美观度比较

（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗第2周 | 治疗第4周 | 治疗第6周 | F 值 | P 值 |
|-------|----|--------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------|--------|
| 观察组 | 43 | 48.36 ± 3.45 | 40.03 ± 3.35 ^a | 34.23 ± 2.46 ^{ab} | 26.12 ± 2.12 ^{abc} | 449.766 | <0.001 |
| 对照组 | 43 | 48.52 ± 3.39 | 43.19 ± 3.52 ^a | 36.85 ± 2.61 ^{ab} | 28.43 ± 2.34 ^{abc} | 355.52 | <0.001 |
| t 值 | | 0.217 | 4.264 | 4.790 | 4.797 | | |
| P 值 | | 0.829 | <0.001 | <0.001 | <0.001 | | |

注：^a表示与同组治疗前比较， $P < 0.05$ ；^b表示与同组治疗第2周比较， $P < 0.05$ ；^c表示与同组治疗第4周比较， $P < 0.05$ 。

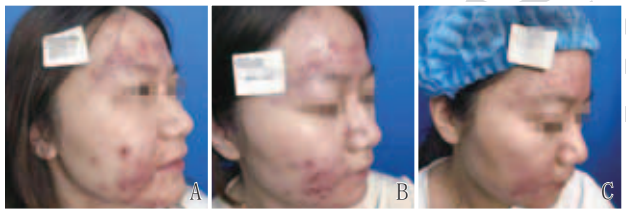
表5 两组治疗后3个月、6个月复发率比较 [例(%)]

| 组别 | 例数 | 治疗后3个月 | 治疗后6个月 | 总复发 |
|------------|----|----------|-----------|-----------|
| 观察组 | 43 | 0 (0.00) | 1 (2.33) | 1 (2.33) |
| 对照组 | 43 | 1 (2.33) | 5 (11.63) | 6 (13.95) |
| χ^2 值 | | | | 3.888 |
| P值 | | | | 0.049 |

表6 两组不良反应发生情况比较 [例(%)]

| 组别 | 例数 | 脓疱 | 色素沉着 | 轻度红斑 | 皮肤干燥 | 总不良反应 |
|------------|----|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 观察组 | 43 | 1 (2.33) | 1 (2.33) | 1 (2.32) | 2 (4.66) | 5 (11.64) |
| 对照组 | 43 | 2 (4.66) | 4 (9.30) | 0 (0.00) | 0 (0.00) | 6 (13.95) |
| χ^2 值 | | | | | | 0.091 |
| P值 | | | | | | 0.763 |

2.7 观察组典型病例：某女，23岁，诊断为重度痤疮。治疗前面部多发性粉刺、炎性丘疹、脓疱、囊肿，以双颊部最为明显（见图1A）；给予患者ALA-PDT每周治疗1次，持续6周，联合口服异维A酸软胶囊，10 mg/d，间隔1 d服用1次，持续3周后，改为20 mg/d，间隔1 d服用一次，持续6周；同时在此基础上予以中药面膜敷治，3次/周，不得连续治疗2 d。疗效观察：患者治疗3周后，颊部、额部、下颌部囊肿变平，粉刺、炎性丘疹、脓疱、囊肿明显好转，偶有散在新发皮疹（见图1B）；治疗6周后，患者皮疹明显消退，局部留有色素沉着，未见明显新发皮疹（见图1C）。



注：A. 治疗前；B. 治疗3周后；C. 治疗6周后

图1 观察组典型病例治疗前后

3 讨论

痤疮临床常表现为面部粉刺、丘疹、脓疱或结节等皮损症状，痤疮成因主要为皮脂分泌异常、细菌感染、激素分泌过剩等，导致毛囊皮脂腺导管角质化形成角质栓，进而引发毛囊堵塞或发生炎症反应^[12]。西医基于痤疮发病机理，常采取物理疗法或药物治疗，常见物理疗法如ALA-PDT可通过在患者皮损处外敷光敏剂5-氨基酮戊酸，并联合632 nm波长红光对患处皮肤组织细胞进行破坏，杀死增生细胞，抑制病毒感染，降低炎症反应，进而有效改善面部痤疮^[13]。异维A酸为痤疮常用口服药物，可作用于患皮皮脂腺处，抑制皮脂腺异常增生，降低其分泌活性，从而达到减轻上皮细胞角质化进度、抑制痤疮丙酸杆菌滋生繁殖，从调节脂质代谢的角度着手，有效改善皮损^[14]。

中医将痤疮称为肺热粉刺，好发于青少年，多由风、

热、痰、瘀、毒引发，与肺脏密切相关，以肺经风热证为主要证型表现；患者素体阳热偏盛、肺经蕴热，又外感风邪，侵犯肌表，则致经络闭阻，气血凝集；或因饮食辛辣、过食肥甘厚味，致肠胃湿热互结，热毒内蕴，上蒸于颜面，可见面生黑头、粉刺，伴红色丘疹，颜面潮红，皮肤灼热，伴瘙痒疼痛，治疗当以疏风清热、活血逐瘀为主^[15-16]。针对肺经风热型痤疮，本文采用中药面膜外敷于面部，以清肺解毒、疏风除湿，中药观察组方包括丹参、连翘、黄柏、马齿苋，经研磨成粉后，水调成糊，敷于皮肤损伤处，其中丹参清凉除烦，消炎止痛，主治血瘀、血热，兼治热毒疮痈肿痛，为凉血活血、祛瘀生新之品^[17]；连翘微寒性苦，入肺、心、小肠经，可散结利尿，凡热、湿、肿、毒、瘀皆宜，常称为“疮家圣药”^[18]；黄柏清热去火，解毒除湿，集清实火、湿热、退虚热于一体，凡实热火毒、湿热、虚弱皆可用之^[19]；马齿苋善治血瘀、热痢，兼治淋痛、出血，导热毒、湿气从大小便出，可为清热祛湿药^[20]，以上中药配方共奏清热解毒、疏风退湿之效。本研究中，加以中药面膜外敷的患者，相较于西医ALA-PDT+异维A酸方案治疗的患者，其整体疗效差异无统计学意义，观察组无效率稍少，可能由于中药面膜药物功能缓和，短期内改善幅度较小，也可能与本文研究选取样本量相对偏少有关。然本研究继续评价相关症状评分发现，观察组皮损评分更低、美观度评分更高，说明加用中药面膜能更有效改善患者皮肤痤疮，提升修复美学效果。

GAGS评分是痤疮评估的“黄金标准”^[21]。本研究比较了两组患者GAGS评分及相关皮损积分，发现观察组两项评分均显著低于对照组，说明中药面膜能有效改善患者痤疮症状。现代药理学研究显示，丹参含有的丹酚酸B具有舒张血管的作用，可促进皮肤微血管的血液流动，改善炎症及代谢异常；连翘中含大量连翘酚、连翘甙及多种烃类、醛酮类、醇酯醚类物质，可以起到抑菌消炎的作用，改善患皮病变细胞环境，此外，其挥发类物质还可以起到调节体温的作用，有效缓解机体激素紊乱与炎症反应；黄柏中的黄柏内酯可作用于皮下血管，促进瘀血吸收，改善痤疮肿胀、疱疹；马齿苋中的醇类物质亦具有抑菌消炎的作用，可有效改善因皮脂腺代谢异常或细菌感染引发的皮下免疫炎症反应^[22-24]，故而本文所用中药面膜在修复患者皮损部位更具优势。此外，本研究还评估了两组患者复发率与药物不良反应，结果显示观察组半年内复发率较低，而两组治疗方案不良反应发生率较低且差异无统计学意义，说明中药面膜联合ALA-PDT可有效降低痤疮复发率，稳定病情且安全可行，临床可根据患者具体病情给予相应治疗。

本研究目前仍存在几点不足，一是研究样本量较少，后期可适当增加样本量以求数据的准确性，二是随访时间较短，后期可以延长随访时间，以观察中药面膜治疗中重度痤疮的远期疗效。

综上，中药面膜联合ALA-PDT及异维A酸可有效治疗中重度痤疮，显著改善患者面部美观度，修复损伤皮肤，安

全性较高, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1]张小芳, 高军, 姜慧, 等. 严重程度痤疮患者血清25羟维生素D水平及其与IL-8、TNF- α 、TLR2的相关性[J].河北医学, 2023,29(4):578-582.
- [2]冯倩, 宋印娥. 不同浓度5-氨基酮戊酸光动力疗法对中重度痤疮患者的疗效比较[J].实用临床医药杂志, 2020,24(23):11-14.
- [3]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.
- [4]赵旭明, 温杰, 吴远慧, 等. 低剂量异维A酸治疗难治性丘疹脓疱型玫瑰痤疮的临床疗效[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2021,20(6):557-560.
- [5]北京中西医结合学会医学美容专业委员会. 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.
- [6]马莉, 黄咏梅, 王萍. 自拟养阴益气祛邪汤结合火针及刺络放血治疗玫瑰痤疮肺胃热盛证临床研究[J].国际中医中药杂志, 2022,44(5):521-525.
- [7]崔希宣, 洪锡京, 李欣, 等. 中药面膜治疗痤疮的研究进展[J].中华中医药杂志, 2019,34(9):4179-4182.
- [8]中国痤疮治疗指南专家组. 中国痤疮治疗指南(2014年修订版)[J].临床皮肤科杂志, 2015,44(1):52-57.
- [9]中华中医药学会皮肤科分会. 痤疮(粉刺)中医治疗专家共识[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2017,16(4):382-384.
- [10]陈薇, 秦璇, 田二云. 夫西地酸乳膏联合阿达帕林凝胶治疗寻常痤疮的疗效[J].武警医学, 2022,33(6):510-511, 517.
- [11]刘根起, 陈树民. 痤疮综合分级系统和皮损计数法的一致性评价[J].中华皮肤科杂志, 2004,37(7):403-405.
- [12]Wang Q, Ghimire D, Wang J, et al. Desmoplastic trichoepithelioma: a Clinicopathological study of three cases and a review of the literature[J]. Oncol Lett, 2015,4(10):2468-2476.

(上接第44页)

- hepatocellular carcinoma treatment: How and when to use it based on clinical evidence[J]. Cancer Treat Rev, 2019, 72(1): 28-36.
- [2]Dai C M, Jin S, Zhang J Z, et al. Effect of Dahuang Zhechong Pills combined with TACE on VEGF, MMP-2, TGF- β_1 and immune function of patients with primary liver cancer (blood stasis and collaterals blocking type)[J]. J Tradit Chin Med, 2021, 46(3): 722-729.
 - [3]张同韩, 刘晓玲, 吴纪楠, 等. 大型颌骨囊性病变的开窗减压治疗[J].中华口腔医学研究杂志(电子版), 2018,12(6):354-359.
 - [4]薛江, 孙丽莎, 李铁军. 牙源性肿瘤的WHO(2022)新分类[J].遵义医科大学学报, 2023,46(1):1-6.
 - [5]Tamiolakis P, Thermos G, Tosios K I, et al. Demographic and clinical characteristics of 5294 jaw cysts: a retrospective study of 38 years[J]. Head and Neck Pathology, 2019,13(4):587-596.
 - [6]陈轩, 支强, 费亦凡, 等. 引导骨再生技术联合颌骨囊肿刮治术治疗牙源性颌骨囊肿的临床疗效观察[J].广西医学, 2021,43(20):2389-2392, 2396.
 - [7]努尔艾拉·努尔买买提. 颌骨囊肿刮治术与开窗减压术治疗颌骨囊肿的效果比较[J].中国实用医药, 2021,16(24):62-64.
 - [8]陈博, 郭传波, 张斌. 开窗减压术在口腔颌面部骨囊肿疾病患者中

- [13]中国痤疮治疗指南专家组. 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.
- [14]刘永斌, 秦朋, 单云辉, 等. 5-氨基酮戊酸光动力疗法联合脉冲染料激光治疗重度痤疮临床观察[J].临床皮肤科杂志, 2019,48(7):440-443.
- [15]张宁, 李敬, 丁伟芳, 等. 黄柏胶囊联合异维A酸红霉素凝胶治疗轻中度痤疮的疗效观察[J].现代药物与临床, 2021,36(1):139-142.
- [16]马庆韬, 米建平, 谢少华, 等. 从温阳透发法论治难治性痤疮[J].中医学报, 2020,35(4):769-772.
- [17]任俊荣, 张理涛. 中医特色疗法治疗痤疮临床研究进展[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2021,20(3):325-328.
- [18]杨彦洁, 黄尧洲, 郎娜. 疏风清肺汤联合中药药膜治疗痤疮肺经风热证32例临床研究[J].中医药导报, 2014,20(2):19-21.
- [19]赵大敏, 王学东, 翟春涛. 祛痘中草药的筛选及其在治疗痤疮中的应用[J].日用化学工业, 2021,51(6):522-527.
- [20]康梦娇, 张伟, 赵林华, 等. 重构本草一连翘[J].吉林中医药, 2023,43(3):331-334.
- [21]谭静文, 李虹, 杨连娟. 复方黄柏液在皮肤科临床应用[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2020,19(6):617-619.
- [22]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.
- [23]廖恒利, 林新瑜, 黄湘宁, 等. 中药水提物对痤疮丙酸杆菌的体外抑制作用[J].中华医学美容杂志, 2016,22(1):49-52.
- [24]王艳雨. 中药面膜联合中药内服治疗肺经风热型痤疮临床观察[J].辽宁中医药大学学报, 2016,18(9):135-137.

[收稿日期]2023-11-30

本文引用格式: 高宇, 沈聪. 中药面膜联合5-氨基酮戊酸光动力疗法及异维A酸治疗中重度痤疮[J].中国美容医学, 2025,34(1):87-91.

的应用效果分析[J].当代医学, 2021,27(15):22-24.

- [9]徐国勇, 左明晏. 腭护板在上颌骨腭部囊肿术后的临床应用[J].内蒙古中医药, 2014,33(9):36.
- [10]任利, 王黎, 陶坤丽, 等. 口腔腭护板对结缔组织移植术后腭侧供区恢复效果评价[J].现代医药卫生, 2023,39(4):572-575.
- [11]谢国芳, 王志刚, 刘建勋. 压膜保持器应用于腭裂患者[J].山西医药杂志(下半月刊), 2009,38(8):698-699.
- [12]张林娜. 485例颌骨囊肿临床病例分析[D].合肥: 安徽医科大学, 2022.
- [13]向国昌, 塞雪春. 自体碎骨结合Bio-OSS骨粉修复颌骨囊肿术后骨缺损疗效观察[J].中国美容医学, 2021,30(4):55-58.
- [14]樊星, 白振西, 肖霞, 等. 植骨修复上颌骨囊肿术后骨缺损的临床研究[J].实用口腔医学杂志, 2020,36(1):127-128.

[收稿日期]2023-12-12

本文引用格式: 刘艳春, 封兴华, 韦彦锋, 等. 一种简便的悬吊贯穿缝合在改善上颌腭部肿物术后外形及功能恢复中的应用[J].中国美容医学, 2025,34(1):43-44, 91.