

to atopic dermatitis[J]. Front Med (Lausanne), 2022,9:1022889.

中医药, 2021,40(11):1200-1203.

[22]Manti S, Brown P, Perez M K, et al. The role of neurotrophins in inflammation and allergy[J]. Vitam Horm, 2017,104(1):313-341.

[收稿日期]2023-10-17

[23]王陈忠, 周茹, 周静, 等. 酮替芬联合普米克令舒对哮喘患儿血清神经营养因子3和嗜酸性粒细胞CC趋化因子水平的影响[J]. 中国妇幼保健, 2023,38(13):2375-2378.

[24]孙占学, 朱慧婷, 郎娜, 等. 论特应性皮炎的中医治则治法[J]. 北京

本文引用格式: 曲靖, 何大伟, 吴哲, 等. 葛根苓连汤辅助西药治疗特应性皮炎对患者血清神经生长因子及NT-4水平的影响[J]. 中国美容医学, 2025,34(2):96-100.

•论 著•

中药冷湿联合1 064 nm Q开关Nd : YAG激光及透明质酸治疗玫瑰痤疮

李姗姗, 王瑞丽, 王晓云, 王 丽

(山东阳光融和医院皮肤科 山东 潍坊 261000)

[摘要]目的: 探究中药冷湿联合1 064 nm Q开关Nd : YAG激光及外涂透明质酸治疗玫瑰痤疮的临床效果。方法: 选取2021年6月-2023年6月笔者医院收治的玫瑰痤疮患者129例, 按随机数表法分为对照组(1 064 nmQ开关Nd : YAG激光及外涂透明质酸治疗)65例和治疗组(中药冷湿+1 064 nm Q开关Nd : YAG激光及外涂透明质酸治疗)64例, 比较两组临床疗效、中医症状积分、持续性红斑评估量表(CEA)、丘疹脓疱评估量表(IGA)、皮肤病生活质量指数评分(DLQI)、皮肤屏障指标[经表皮水分流失率、角质层含水量、皮脂含量、pH值、乳酸刺激实验阳性率]、血清炎症指标[γ 干扰素(IFN- γ)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白介素6(IL-6)、白介素17(IL-17)]和不良反应。结果: 最终纳入对照组和治疗组各62例, 共124例; 治疗组总有效率为93.55%, 高于对照组的80.65% ($P < 0.05$); 治疗12周后, 治疗组各项中医症状积分低于对照组 ($P < 0.05$); 治疗8、12周时, 治疗组CEA、IGA、DLQI评分低于对照组 ($P < 0.05$); 治疗8、12周时, 治疗组经表皮水分流失率低于对照组 ($P < 0.05$), 角质层含水量、皮脂含量、乳酸刺激实验阳性率高于对照组 ($P < 0.05$), 治疗12周时, 治疗组pH值低于对照组 ($P < 0.05$); 治疗8、12周时, 治疗组血清IFN- γ 、TNF- α 、IL-6、IL-17低于对照组 ($P < 0.05$); 两组治疗期间均未发生不良反应。结论: 中药冷湿联合1 064 nm Q开关Nd : YAG激光及外涂透明质酸治疗玫瑰痤疮的临床疗效较好, 能显著改善患者症状和皮肤屏障功能, 减轻炎症反应。

[关键词]玫瑰痤疮; 1 064 nm Q开关Nd : YAG激光; 中药冷湿; 透明质酸; 皮肤屏障; 炎症反应

[中图分类号]R758.733 [文献标志码]A [文章编号]1008-6455(2025)02-0100-05

Application of Traditional Chinese Medicine Wet Compress Combined with 1 064 nm Q-switched Nd : YAG Laser and Hyaluronic Acid in Treating Rosacea

LI Shanshan, WANG Ruili, WANG Xiaoyun, WANG Li

(Department of Dermatology, Sunshine Union Hospital, Weifang 261000, Shandong, China)

Abstract: Objective To evaluate the clinical efficacy of traditional Chinese medicine (TCM) wet compress combined with 1 064 nm Q-switched Nd : YAG laser and hyaluronic acid in the treatment of rosacea. **Methods** A total of 129 patients with rosacea admitted to the authors' hospital from June 2021 to June 2023 were randomly divided into a control group ($n=65$), receiving 1 064 nm Q-switched Nd:YAG laser treatment and hyaluronic acid, and a treatment group ($n=64$), receiving TCM wet compress in addition to the same laser and hyaluronic acid therapy. Clinical efficacy, TCM symptom scores, continuous erythema assessment scale (CEA), Investigator Global Assessment (IGA) for papulopustular lesions, dermatology life quality index (DLQI), skin barrier indicators (transepidermal water loss, stratum corneum water content, sebum content, pH value, positive rate of lactic acid stimulation test), serum inflammatory markers [interferon- γ (IFN- γ), tumor necrosis factor- α (TNF- α)],

基金项目: 潍坊市卫生健康委员会中医药科研项目(编号: WFZY2023-4-003)

通信作者: 王丽, 副主任医师; 研究方向为损容性皮肤病及性传播疾病。E-mail: 123987wangli@163.com

第一作者: 李姗姗, 主治医师、硕士研究生; 研究方向为损容性皮肤病、毛发疾病。E-mail: 13306360424@163.com

interleukin-6 (IL-6), interleukin-17 (IL-17)], and adverse reactions were compared between the two groups. **Results** A total of 124 patients completed the study, with 62 cases in each group. The total effective rate in the treatment group was 93.55%, significantly higher than 80.65% in the control group ($P<0.05$). After 12 weeks of treatment, TCM symptom scores were significantly lower in the treatment group than in the control group ($P<0.05$). At 8 and 12 weeks, CEA, IGA, and DLQI scores were significantly reduced in the treatment group compared to the control group ($P<0.05$). The transepidermal water loss rate was lower in the treatment group, while stratum corneum water content, sebum content, and the positive rate of the lactic acid stimulation test were higher ($P<0.05$). The pH value in the treatment group was lower than that in the control group at 12 weeks ($P<0.05$). Additionally, serum levels of IFN- γ , TNF- α , IL-6, and IL-17 were significantly lower in the treatment group at 8 and 12 weeks ($P<0.05$). No adverse reactions were observed in either group. **Conclusion** TCM wet compress combined with 1 064 nm Q-switched Nd : YAG laser and hyaluronic acid is more effective than laser and hyaluronic acid alone for treating rosacea. This combination significantly alleviates symptoms, improves skin barrier function, and reduces inflammatory responses, offering a safe and promising therapeutic approach.

Key words: rosacea; 1 064 nm Q-switched Nd : YAG laser; traditional Chinese medicine wet compress; hyaluronic acid; skin barrier; inflammatory response

玫瑰痤疮是一种多发生在青中年人群的慢性皮肤炎症,可由神经血管调节功能异常或气温、饮食等因素激活免疫反应引发,具体发生机制尚未明确,临床表现为面部中央持续性红斑、丘疹,毛细血管扩张等症状^[1]。目前治疗仅能够缓解症状并减少发作,可采用抗菌药物、异维A酸等药物减轻炎症反应,但口服药物不良反应较多。1 064 nm Q开关Nd : YAG激光能够作用于皮下深层血管,不愿口服用药患者接受程度较高,部分学者认为其与中药外治法联用治疗玫瑰痤疮的疗效增强^[2]。中医认为本病属“酒齄鼻”范畴,其病机为体内郁热,日久化为热毒,或有外邪侵袭,搏结于鼻,故见面中红斑,治疗上应以清热凉血解毒为主^[3]。中医外治法是目前临床常见的玫瑰痤疮中医治疗方法,中药塌渍是将中药汤液湿敷于皮肤上的一种外治法,具有疏通腠理、调气和血、收敛生肌之效,中药冷湿更是能发挥清热作用^[4]。基于此,本文探究了中药冷湿联合1 064 nm Q开关Nd : YAG激光治疗玫瑰痤疮的临床疗效以及对皮肤屏障和血清炎症指标的影响,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料:选取2021年6月-2023年6月笔者医院收治的玫瑰痤疮患者129例,按随机数表法分为对照组65例和治疗组64例。治疗期间对照组有1例未完成治疗,2例未完善检查,临床资料缺失,治疗组均完成治疗,2例未完善检查,临床资料缺失,上述患者在后续研究中予以剔除,最终纳入对照组和治疗组各62例,共124例。对照组男28例,女34例,年龄21~49(29.54±6.28)岁,病程8个月~5年,平均(2.36±1.32)年;治疗组男26例,女36例,年龄22~48(30.12±6.20)岁,病程11个月~6年,平均(2.51±1.46)年,两组差异无统计学意义($P>0.05$)。所有患者已签署知情同意书。本研究获得医院伦理委员会批准(编号:2023042601)。

1.2 诊断标准:西医诊断标准符合《中国玫瑰痤疮诊疗指南(2021版)》^[5],面中部存在周期性加重的持续性红斑、增生肥大改变,可有阵发性潮红等玫瑰痤疮的主要特

征。中医诊断标准符合《中医外科学(第10版)》^[6]中酒齄鼻热毒蕴肤证。主证为红斑上痤疮样丘疹、脓疱,毛细血管扩张,局部灼热;次证为口干,便秘,舌红苔黄,脉数。

1.3 纳入标准:①符合中西医诊断标准;②年龄>18岁;③既往未经玫瑰痤疮相关治疗;④自愿参与本研究,可接受治疗方案。

1.4 排除及脱落标准:①合并皮肤破损、感染、光敏感性疾病;②由于药物、光电治疗、系统疾病等其他因素导致阵发性潮红或持续性红斑;③合并恶性肿瘤、重要器官功能障碍及精神类疾病;④对本研究使用药物过敏;⑤孕期、哺乳期女性;⑥未完成完整治疗方案或检查患者。

1.5 治疗方法:对照组采用1 064 nm Q开关Nd : YAG激光及透明质酸治疗(武汉奇致激光技术股份有限公司,ML-3080Q),每4周治疗1次,连续3次;治疗后涂抹透明质酸修护生物膜(昆明贝泰妮生物科技公司,滇械注准20152640009,规格50克/支),每日2次。治疗组在对照组基础上加用中药冷湿治疗,组成:黄芩、茯苓、金银花、连翘、丹参、川芎、白芷、蒲公英各30 g,用500 ml清水煎煮,收集药液,冷却分装备用。将6层纱布浸透药液,敷于面部,20分钟/次,每日2次。两组均持续治疗12周。

1.6 观察指标

1.6.1 临床疗效:根据《中药新药临床研究指导原则》^[7]和其他文献^[8]制定临床疗效评价标准。痊愈:丘疹、脓疱等症状消失,或仅遗留痘痕、少许色素沉着斑,中医症状积分减少 $\geq 95\%$;显效:丘疹、脓疱等症状明显减轻,中医症状积分减少70%~95%;有效:丘疹、脓疱等症状改善,中医症状积分减少50%~70%;无效:症状未见明显减轻或加重,中医症状积分减少 $< 50\%$ 。

1.6.2 中医症状积分:于治疗前、治疗第12周评估患者中医症状积分。评分方法:红斑上痤疮样丘疹、脓疱,毛细血管扩张,局部灼热3项,0分为无症状,2分为轻度症状,4分为中度症状,6分为重度症状;口干,便秘,舌红苔

黄,脉数4项,0分为无症状,2分有症状但不严重,4分为症状严重。比较两组中医症状积分差异。

1.6.3 CEA、IGA、DLQI评分:分别评估两组持续性红斑评估量表(CEA)^[9]、丘疹脓疱评估量表(IGA)^[10]、皮肤病生活质量指数评分(DLQI)^[11],其中CEA、IGA评分的分数范围均为0~4分,分数越高表明红斑、丘疹脓疱越严重,DLQI总分30分,分数越高表明生活质量越低,比较两组治疗前、治疗第4、8、12周时的差异。

1.6.4 皮肤屏障指标:用皮肤分析仪检测两组皮肤屏障指标(经表皮水分流失率、角质层含水量、皮脂含量、pH值),并进行乳酸刺激试验^[12],10%乳酸隔滤纸贴于患处,在0.5、2.5、8 min时询问患者疼痛感,0、1、2、3分别对应无疼痛、轻、中、重度疼痛,2.5 min和8 min时评分相加超过3分记为乳酸刺激试验阳性,比较两组治疗前、治疗第4、8、12周各项皮肤屏障指标及乳酸刺激试验阳性率差异。

1.6.5 血清炎症指标:采集患者空腹静脉血,3 000 rpm/min 15 min收集血清,酶联免疫法检测血清炎症指标 γ 干扰素(IFN- γ)、肿瘤坏死因子 α (TNF- α)、白介素6(IL-6)、白介素17(IL-17),比较两组治疗前、治疗第4、8、12周各项血清炎症指标水平差异。

1.6.6 不良反应:记录并比较两者治疗期间中药冷湿敷或激光治疗后面部疼痛、色素沉着、水疱等不良反应差异。

1.7 统计学分析:分析采用SPSS 24.0软件,计量资料用($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较采用独立样本 t 检验,两组内不同时间点比较采用配对样本 t 检验,多时间点比较采用重复测量方差分析,计数资料用 n (%)表示,两组间比较采用 χ^2 检验或Fisher精确概率法, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较:治疗组总有效率为93.55%,高于对照组的80.65%($P<0.05$),见表1。

2.2 两组中医症状积分比较:治疗12周后,治疗组各项中医症状积分低于对照组($P<0.05$),见表2。

2.3 两组CEA、IGA、DLQI评分比较:两组治疗前后CEA、IGA、DLQI评分组间、时间差异有统计学意义($P<0.05$),

表1 两组临床疗效比较

[n (%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组($n=62$)	31(50.00)	12(19.35)	7(11.29)	12(19.35)	50(80.65)
治疗组($n=62$)	42(67.74)	10(16.13)	6(9.68)	4(6.45)	58(93.55)
χ^2 值	4.593				
P 值	0.032				

交互差异无统计学意义($P>0.05$),治疗12周期间均为逐渐降低趋势($P<0.05$),治疗8、12周时,治疗组CEA、IGA、DLQI评分低于对照组($P<0.05$),见表3。

表3 两组治疗前后CEA、IGA、DLQI评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间	CEA	IGA	DLQI
对照组($n=62$)	治疗前	2.74 \pm 1.14	2.20 \pm 1.18	20.72 \pm 5.96
	治疗4周	2.11 \pm 0.85 ^a	2.03 \pm 0.78	17.88 \pm 4.94 ^a
	治疗8周	1.60 \pm 1.09 ^{ab}	1.69 \pm 1.15 ^{ab}	11.26 \pm 2.06 ^{ab}
	治疗12周	1.19 \pm 0.82 ^{abc}	1.08 \pm 0.84 ^{abc}	7.70 \pm 1.43 ^{abc}
治疗组($n=62$)	治疗前	2.68 \pm 1.06	2.37 \pm 1.13	19.96 \pm 5.94
	治疗4周	1.98 \pm 0.80 ^a	1.87 \pm 0.82 ^a	16.29 \pm 4.22 ^a
	治疗8周	1.17 \pm 1.14 ^{ab*}	1.24 \pm 0.97 ^{ab*}	9.35 \pm 2.50 ^{ab*}
	治疗12周	0.74 \pm 0.82 ^{abc*}	0.79 \pm 0.77 ^{abc*}	4.92 \pm 1.99 ^{abc*}
$F_{\text{组间}}$ 值, $P_{\text{组间}}$ 值		9.318/0.002	4.398/0.036	23.731/ <0.001
$F_{\text{时间}}$ 值, $P_{\text{时间}}$ 值		76.193/ <0.001	45.712/ <0.001	310.324/ <0.001
$F_{\text{交互}}$ 值, $P_{\text{交互}}$ 值		1.320/0.267	2.288/0.078	1.335/0.262

注: ^a表示与治疗前比较, $P<0.05$; ^b表示与治疗4周比较, $P<0.05$; ^c表示与治疗8周比较, $P<0.05$; *表示与同期对照组比较, $P<0.05$ 。

2.4 两组皮肤屏障指标比较:经表皮水分流失率、角质层含水量、皮脂含量和pH值组间、时间差异有统计学意义($P<0.05$),交互差异无统计学意义($P>0.05$),治疗12周期间,经表皮水分流失率和pH值降低($P<0.05$),角质层含水量和皮脂含量升高($P<0.05$),治疗8、12周时,治疗组经表皮水分流失率低于对照组($P<0.05$),角质层含水量、皮脂含量、乳酸刺激实验阳性率高于对照组($P<0.05$),治疗12周时,治疗组pH值低于对照组($P<0.05$),见表4。

2.5 两组血清炎症指标比较:两组治疗前后血清IFN- γ 、TNF- α 、IL-6、IL-17组间、时间、交互差异有统计学意

表2 两组治疗前后中医症状积分比较

($\bar{x}\pm s$,分)

组别	时间	红斑、丘疹、脓疱	毛细血管扩张	局部灼热	口干	便秘	舌红苔黄	脉数
对照组($n=62$)	治疗前	4.32 \pm 1.74	4.03 \pm 1.76	3.32 \pm 1.49	2.94 \pm 1.00	3.03 \pm 1.01	2.90 \pm 0.99	2.74 \pm 0.97
	治疗12周	2.10 \pm 1.68	2.16 \pm 1.54	1.84 \pm 1.67	1.94 \pm 1.66	1.64 \pm 1.60	1.80 \pm 1.72	1.77 \pm 1.66
t 值		10.222	8.924	7.376	5.920	8.386	6.392	5.875
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
治疗组($n=62$)	治疗前	4.19 \pm 1.68	4.00 \pm 1.65	3.54 \pm 1.60	2.83 \pm 0.99	2.96 \pm 1.00	3.06 \pm 1.00	2.77 \pm 0.98
	治疗12周	1.19 \pm 0.98 [*]	1.06 \pm 1.00 [*]	1.12 \pm 0.99 [*]	0.80 \pm 0.98 [*]	0.77 \pm 0.96 [*]	0.54 \pm 0.89 [*]	0.61 \pm 0.87 [*]
t 值		17.760	17.471	14.714	16.228	17.596	20.997	18.386
P 值		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注: ^{*}表示与对照组比较, $P<0.05$

义 ($P<0.05$), 均呈降低趋势 ($P<0.05$), 治疗8、12周时, 治疗组血清IFN- γ 、TNF- α 、IL-6、IL-17水平低于对照组 ($P<0.05$), 见表5。

2.6 两组不良反应比较: 治疗期间两组均未出现明显不良反应。

2.7 典型病例: 某女, 62岁, 面中部红斑、脓疱伴烧灼感3年, 诊断: 玫瑰痤疮。予以中药冷塌联合1 064 nm Q开关Nd:YAG激光及透明质酸治疗。治疗后, 面中部红斑逐渐改善, 未新发皮疹, 无明显不适。见图1。

3 讨论

玫瑰痤疮患者面中部红斑、丘疹脓疱等反复发作, 严重影响患者日常生活。但本病难以根治, 目前以控制症状为主要治疗目的, 且口服药物相关不良反应不利于临床疗效。

本研究中, 中药冷塌联合激光及外涂透明质酸治疗玫瑰痤疮的总有效率为93.55%, 且中医症状积分CEA、IGA、DLQI评分均显著降低, 贾婕等^[13]认为长脉冲1 064 nm Q开关Nd:YAG激光联合其他光电治疗能降低玫瑰痤疮患者IGA和GEA评分, 与本研究结果相似, 表明中药冷塌联合1 064 nm Q开关Nd:YAG激光可改善玫瑰痤疮患者红斑、丘疹等症状, 亦能够提高患者生活质量。分析原因, 1 064 nm Q开关Nd:YAG激光的作用深度能够到达皮下4~5 mm, 对于毛细血管扩张具有较好的治疗效果^[14], 透明质酸具有保护皮肤, 修复屏障等作用, 对激光治疗具有辅助作用^[15]。本研究用于冷塌的方剂由黄芩、茯苓、金银花、连翘等药物组成, 其中黄芩、金银花、连翘、蒲公英清热解毒, 茯苓利水消肿渗湿, 丹参祛瘀凉血止痛, 川芎活血行气止痛, 白芷祛风止痛消肿止痒, 具有清热解毒, 疏散风热, 理气活血, 消肿散结的功效, 冷塌法也在一定程度上加强了药物的清热作用, 能够增强激光治疗的抗炎效果。

本研究中, 在治疗8、12周时, 采用中药冷塌联合激光及透明质酸治疗的患者皮肤屏障指标均优于对照组患者, 与王璐等^[16]研究的结果相似, 表明联合疗法对玫瑰痤疮患者皮



注: A. 治疗前; B. 治疗4周后; C. 治疗8周后; D. 治疗12周后

图1 治疗组典型病例治疗前后

肤屏障的改善作用更佳。分析认为, 玫瑰痤疮造成的慢性炎症导致表皮水分丢失等皮肤屏障损伤, 在1 064 nm Q开关Nd:YAG激光治疗后, 局部病灶炎症反应减轻, 在治疗后持续涂抹透明质酸修护生物膜, 能够促进皮肤屏障修复^[17], 而中药冷塌既可以发挥药物清热解毒、活血消肿的作用, 亦能够通过药液浸润局部皮肤来达到增加皮肤角质层含水量和局部保湿的作用, 故患者皮肤屏障功能恢复更为显著。

表4 两组皮肤屏障指标比较

[$\bar{x} \pm s$, n (%)]

组别	时间	经表皮水分流失/ (g/h·m ²)	角质层含水量/%	皮脂含量/ (μg/cm ²)	pH值	乳酸刺激实验阳性
对照组 (n=62)	治疗前	15.71±4.42	35.29±8.54	12.16±5.25	6.21±0.24	56 (90.32)
	治疗4周	14.64±4.93	36.78±9.46	12.91±4.92	6.15±0.36	46 (74.19) ^a
	治疗8周	12.85±3.96 ^{ab}	37.54±8.08 ^a	13.73±4.27 ^a	6.06±0.27 ^{ab}	29 (46.77) ^a
	治疗12周	12.00±2.74 ^{abc}	39.79±9.70 ^{abc}	14.34±5.02 ^{ab}	5.95±0.40 ^{abc}	12 (19.35) ^a
治疗组 (n=62)	治疗前	15.48±5.13	34.97±9.83	12.57±4.50	6.19±0.29	58 (93.55)
	治疗4周	13.07±4.08 ^a	36.20±8.52	13.56±5.13	6.07±0.23 ^a	36 (54.55) ^a
	治疗8周	11.26±3.12 ^{ab*}	40.93±9.25 ^{ab*}	15.66±4.80 ^{ab*}	5.98±0.29 ^{ab}	15 (24.19) ^{a*}
	治疗12周	9.85±2.99 ^{abc*}	43.35±7.19 ^{abc*}	16.98±3.85 ^{abc*}	5.80±0.34 ^{abc*}	4 (6.45) ^{a*}
$F_{\text{组间}}$ 值, $P_{\text{组间}}$ 值		14.793/<0.001	3.954/0.047	10.938/0.001	8.921/0.003	/
$F_{\text{时间}}$ 值, $P_{\text{时间}}$ 值		32.433/<0.001	13.539/<0.001	11.962/<0.001	25.187/<0.001	/
$F_{\text{交互}}$ 值, $P_{\text{交互}}$ 值		1.282/0.280	2.192/0.088	1.547/0.202	0.926/0.428	/

注: ^a表示与治疗前比较, $P<0.05$; ^b表示与治疗4周比较, $P<0.05$; ^c表示与治疗8周比较, $P<0.05$; *表示与同期对照组比较, $P<0.05$ 。

表5 两组治疗前后血清炎症指标比较

($\bar{x} \pm s$, pg/ml)

组别	时间	IFN- γ	TNF- α	IL-6	IL-17
对照组 (n=62)	治疗前	58.80 \pm 5.04	20.48 \pm 4.63	10.85 \pm 3.44	3.43 \pm 0.95
	治疗4周	52.29 \pm 4.98 ^a	18.92 \pm 4.74 ^a	9.14 \pm 3.27 ^a	2.86 \pm 0.72 ^a
	治疗8周	47.07 \pm 4.59 ^{ab}	13.08 \pm 3.61 ^{ab}	7.32 \pm 1.76 ^{ab}	1.91 \pm 0.54 ^{ab}
	治疗12周	40.26 \pm 5.28 ^{abc}	10.98 \pm 2.26 ^{abc}	6.25 \pm 1.16 ^{abc}	1.24 \pm 0.26 ^{abc}
治疗组 (n=62)	治疗前	59.34 \pm 5.92	20.92 \pm 4.83	11.07 \pm 3.13	3.58 \pm 0.82
	治疗4周	51.78 \pm 3.48 ^a	17.42 \pm 4.03 ^a	8.44 \pm 2.02 ^a	2.61 \pm 0.69 ^a
	治疗8周	38.32 \pm 5.83 ^{ab*}	10.86 \pm 2.96 ^{ab*}	6.28 \pm 1.80 ^{ab*}	1.58 \pm 0.35 ^{ab*}
	治疗12周	34.40 \pm 5.24 ^{abc*}	6.18 \pm 1.85 ^{abc*}	3.93 \pm 0.71 ^{abc*}	0.61 \pm 0.19 ^{abc*}
$F_{\text{组间}}$ 值, $P_{\text{组间}}$ 值		66.441/ <0.001	35.574/ <0.001	20.503/ <0.001	22.572/ <0.001
$F_{\text{时间}}$ 值, $P_{\text{时间}}$ 值		446.732/ <0.001	269.811/ <0.001	142.835/ <0.001	409.336/ <0.001
$F_{\text{交互}}$ 值, $P_{\text{交互}}$ 值		23.208/ <0.001	10.243/ <0.001	6.147/ <0.001	8.298/ <0.001

注: ^a表示与治疗前比较, $P < 0.05$; ^b表示与治疗4周比较, $P < 0.05$; ^c表示与治疗8周比较, $P < 0.05$; *表示与对照组比较, $P < 0.05$ 。

本研究中,治疗8、12周时,与对照组患者比较,采用中药冷湿联合及透明质酸治疗的患者血清IFN- γ 、TNF- α 、IL-6、IL-17水平更低,与既往研究结果相似^[18-19],表明联合治疗改善炎症反应的效果更好。既往研究发现,玫瑰痤疮的发病与辅助T细胞亚群失衡引起的细胞因子水平升高相关,且观察到玫瑰痤疮大鼠血清IFN- γ 水平升高^[20]。1 064 nmQ开关Nd:YAG激光的局部抗炎以及减轻毛细血管扩张的效果较好,中药冷湿所用方中黄芩、金银花、连翘等药物均被证实有抗氧化、抗炎的药理作用。因此,中药冷湿联合及透明质酸疗法降低血清细胞因子的作用可能与中药冷湿与及透明质酸发挥协同抗炎作用相关。本研究中两组患者均未出现不良反应,表明联合治疗方案安全性较高。

综上所述,中药冷湿联合1 064 nmQ开关Nd:YAG激光及透明质酸治疗玫瑰痤疮能显著改善患者症状和皮肤屏障功能,减轻炎症反应。本研究的局限性在于未进行随访来探讨联合疗法对减少玫瑰痤疮复发是否具有积极作用,未来将进一步探究。

[参考文献]

- [1] Van Zuuren E J, Arents B W M, van der Linden M M D, et al. Rosacea: new concepts in classification and treatment[J]. Am J Clin Dermatol, 2021, 22(4):457-465.
- [2] 冯静, 周慧. 中西医结合联合强脉冲光治疗玫瑰痤疮的临床疗效[J]. 中国激光医学杂志, 2022, 31(5):281-287.
- [3] 朱慧婷, 李伯华, 杨岚, 等. 赵炳南凉血活血法治疗玫瑰痤疮的中医经验[J]. 中华医学美容杂志, 2022, 28(1):65-66.
- [4] 李鹏英, 李斌, 刘虹霞. 依巴斯汀联合马齿苋治疗特应性皮炎的临床观察[J]. 中国现代应用药学, 2020, 37(6):736-740.
- [5] 中华医学会皮肤性病学分会玫瑰痤疮研究中心, 中国医师协会皮肤科医师分会玫瑰痤疮专业委员会. 中国玫瑰痤疮诊疗指南(2021版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2021, 54(4):279-288.
- [6] 陈红风主编. 中医外科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016:444-447.
- [7] 中华人民共和国卫生部. 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, 2002:361-390.
- [8] 刘萍, 姚倩, 徐琳, 等. 裸花紫珠片结合羟氯喹治疗红斑毛细血管扩张型玫瑰痤疮疗效分析[J]. 中国美容医学, 2023, 32(4):88-91.
- [9] Tan J, Liu H, Leyden J J, et al. Reliability of Clinician Erythema Assessment grading scale[J]. J Am Acad Dermatol, 2014, 71(4):760-763.
- [10] Kim J, Ahn J W, Ha S, et al. Clinical assessment of rosacea severity: oriental score vs. quantitative assessment method with imaging and biomedical tools[J]. Skin Res Technol, 2017, 23(2):186-193.
- [11] 邓青, 刘芳芬, 施为, 等. 长沙地区玫瑰痤疮患者的支付意愿调查及影响因素分析[J]. 中华皮肤科杂志, 2021, 54(4):352-355.
- [12] 吕静, 刁庆春, 唐海燕, 等. 面部敏感性皮肤防晒化妆品的筛选与评价[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(8):623-628.
- [13] 贾婕, 张荣, 鲁东平, 等. 精准脉冲光联合长脉冲1 064 nm Nd:YAG激光治疗玫瑰痤疮的疗效观察[J]. 中国皮肤性病杂志, 2021, 35(12):1359-1364.
- [14] 萧瑜晔, 宋继权, 谢君. 调Q激光联合氨甲环酸治疗红斑毛细血管扩张型玫瑰痤疮的疗效观察[J]. 中国美容医学, 2024, 33(4):83-87.
- [15] 张婷婷, 王珍, 魏群, 等. 抗菌肽与透明质酸复合剂联合羟氯喹治疗红斑毛细血管扩张型玫瑰痤疮疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2021, 20(6):600-602.
- [16] 王璐, 王永琴, 毛颖, 等. 光电协同技术联合中药面膜治疗轻中度玫瑰痤疮的疗效及安全性分析[J]. 中国现代医学杂志, 2023, 33(4):62-65.
- [17] 赵俊平, 李雪, 张洁. 强脉冲光联合伤口凝胶敷料治疗老年面部激素依赖性皮炎患者疗效及对皮肤屏障指标的影响[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(21):4751-4754.
- [18] 檀龙海, 王俊霞, 黄晶, 等. 当归苦参丸联合克林霉素磷酸酯凝胶治疗玫瑰痤疮的临床研究[J]. 现代药物与临床, 2023, 38(7):1733-1736.
- [19] 李腾龙, 张红梅, 尹婧. 益气养阴散邪法治疗肺胃热盛证玫瑰痤疮的疗效及机制研究[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(10):223-226.
- [20] 毛辉, 石年. 红细胞分化调节因子1对小鼠玫瑰痤疮模型Th1/Th2细胞分化的作用及影响[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2023, 22(1):23-26.

[收稿日期] 2023-11-15

本文引用格式: 李姗姗, 王瑞丽, 王晓云, 等. 中药冷湿联合1 064 nm Q开关Nd:YAG激光及透明质酸治疗玫瑰痤疮[J]. 中国美容医学, 2025, 34(2):100-104.