

中国痤疮治疗指南(2014 修订版)

Guideline for diagnosis and treatment of acne (the 2014 revised edition)

中国痤疮治疗指南专家组

[关键词] 痤疮; 诊疗指南; 中国

[中图分类号] R758.733

[文献标识码] A

[文章编号] 1000-4963 (2015) 01-052-06

痤疮是一种毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,发病率为 70%~87%,对青少年的心理和社交影响超过了哮喘和癫痫。临床医师对痤疮的治疗选择存在很大差异,有些治疗方法疗效不肯定,缺乏循证医学证据支持,个别方法甚至会对患者造成损害。因此,制定一套行之有效的治疗痤疮的指南来规范其治疗是非常必要的。当然,指南不是一成不变的,随着新的循证医学证据和新药的研发,痤疮的治疗指南还需与时俱进,定期更新。本指南是在 2008 年出版的痤疮指南基础上,根据使用者反馈及国内外痤疮研究进展进行了修订。

1 痤疮的病理生理学

痤疮是毛囊皮脂腺单位慢性炎症性疾病,发病机制仍未完全阐明。遗传、雄激素诱导的皮脂大量分泌、毛囊皮脂腺导管角化、痤疮丙酸杆菌繁殖、炎症和免疫反应等因素都可能与之相关。

雄激素作用下的皮脂腺快速发育和脂质大量分泌是痤疮发生的病理生理基础。进入青春期后肾上腺和性腺的发育导致雄激素前体如硫酸脱氢表雄酮(DHEAs)分泌增加,并在一系列雄激素代谢酶如 5 α -还原酶的作用下转化为有活性的二氢睾酮,刺激皮脂腺功能增强。遗传背景下的皮肤内雄激素受体或相关雄激素代谢酶的表达或活性增强也是导致皮脂腺对雄激素过度敏感及脂质过量分泌的重要因素之一。此外,痤疮患者皮脂中存在过氧化鲨烯、蜡酯、游离脂肪酸含量增加,不饱和脂肪酸的比例增加及亚油酸含量降低等脂质成分改变,这些变化可以导致皮肤屏障功能受损、毛囊皮脂腺导管的角化及炎症反应。

毛囊皮脂腺导管异常角化是痤疮发生另一重要因素和主要病理现象。上皮细胞角化使毛囊皮脂腺导管堵塞、皮脂排出障碍,最终形成显微镜下可见的微

粉刺及临床肉眼可见的粉刺,促炎症因子白介素(IL)-1 α 、雄激素、游离脂肪酸及过氧化脂质可能与导管角化异常有关。

痤疮丙酸杆菌与痤疮发生密切相关。微粉刺及粉刺的形成具有厌氧生长特性的痤疮丙酸杆菌增殖创造了良好的局部环境。目前认为,痤疮丙酸杆菌可能通过天然免疫、获得性免疫及直接诱导参与了痤疮炎症的发生发展。痤疮早期炎症可能是 Toll 样受体(TLR)介导的天然免疫反应所致,诱导促炎症因子尤其是 IL-1 α 释放,随着疾病发展,获得性免疫反应放大了炎症过程,进一步导致炎症因子释放及中性粒细胞聚集,痤疮丙酸杆菌还可产生多肽类物质,直接诱发或加重炎症。在疾病后期,毛囊壁断裂,毛囊中的脂质、毛发等物质进入真皮,进一步加重了炎症反应。

2 痤疮的分级

痤疮分级是痤疮治疗及疗效评价的重要依据。无论是按照皮损数目进行分级的国际改良分类法,还是按照强调皮损性质的痤疮分级法对痤疮进行分级,其治疗方案选择基本上是相同的。为临床使用简单方便,本指南主要依据皮损性质将痤疮分为 3 度和 4 级:轻度(Ⅰ级):仅有粉刺;中度(Ⅱ级):炎性丘疹;中度(Ⅲ级):脓疱;重度(Ⅳ级):结节、囊肿。

3 患者教育

3.1 健康教育

①饮食:限制可能诱发或加重痤疮的辛辣甜腻等食物,多食蔬菜、水果;②日常生活:避免熬夜、长期接触电脑、曝晒等,注意面部皮肤清洁、保湿和减少皮脂分泌,保持大便通畅;③心理辅导:痤疮患者,特别是重度痤疮患者较易引起焦虑、抑郁等心理问题,因此,对这类患者还需配合必要的心理辅导。

3.2 局部清洁

应选择清水或合适的洁面产品,去除皮肤表面多余油脂、皮屑和细菌的混合物,但不能过分清洗。忌用手挤压、搔抓粉刺和炎性丘疹等皮损。

3.3 日常护理

部分痤疮患者皮肤屏障受损,且长期口服或外用抗痤疮药物如维 A 酸,往往会加重皮肤屏障的破坏,导致皮肤敏感。因此,除药物治疗、物理治疗、化学剥脱外,有时也需要配合使用功效性护肤品,以维持和修复皮肤屏障功能。如伴皮肤敏感,应外用舒敏、控油保湿霜,局部皮损处可使用有抗痤疮作用的护肤品;如皮肤表现为油腻、毛孔粗大等症状,应主要选用控油保湿凝胶。

4 痤疮的局部治疗

4.1 外用药物

4.1.1 外用维 A 酸类药物 具有调节表皮角质形成细胞分化、改善毛囊皮脂腺导管角化、溶解微粉刺和粉刺及抗炎的作用,还具有控制痤疮炎症后色素沉着和改善痤疮瘢痕等功效,和抗炎抗菌药物联合使用可以增加相关药物的皮肤渗透性。外用维 A 酸类药物是轻度痤疮的单独一线用药,中度痤疮的联合用药以及痤疮维持治疗的首选药物。目前常用的外用维 A 酸类药物包括第一代维 A 酸类药物如 0.025%~0.1%全反式维 A 酸霜或凝胶和异维 A 酸凝胶,第三代维 A 酸类药物如 0.1%阿达帕林凝胶。阿达帕林在耐受性和安全性上优于全反式维 A 酸和异维 A 酸,对非炎症性皮损疗效优于全反式维 A 酸,可以作为外用维 A 酸类药物治疗痤疮的一线选择药物。外用维 A 酸类药物常会出现轻度皮肤刺激反应,如局部红斑、脱屑,出现紧绷和烧灼感,但随着使用时间延长可逐渐消失。建议低浓度或小范围使用,每晚 1 次,避光。

4.1.2 过氧化苯甲酰 为过氧化物,外用后可缓慢释放出新生氧和苯甲酸,具有杀灭痤疮丙酸杆菌、溶解粉刺及收敛的作用。可配制成 2.5%、5%和 10%不同浓度的洗剂、乳剂或凝胶,少数敏感皮肤会出现轻度刺激反应,建议敏感性皮肤从低浓度及小范围开始试用。过氧化苯甲酰可以减少痤疮丙酸杆菌耐药的发生,如患者能耐受,可作为炎症性痤疮的首选外用抗菌药物之一,本药可以单独使用,也可联合外用维 A 酸类药物或外用抗生素。

4.1.3 外用抗生素 常用的外用抗生素包括红霉素、林可霉素及其衍生物克林霉素、氯霉素或氯洁霉素等,用乙醇或丙二醇配制,浓度为 1%~2%,疗效较好。1%克林霉素磷酸酯溶液系不含油脂和乙醇的水溶性乳液,适用于皮肤干燥和敏感的痤疮患者。近年来发现外用夫西地酸乳膏对痤疮丙酸杆菌有较好的杀灭作用及抗炎活性,且与其他抗生素无交叉耐药性,也可作为外用抗生素用于痤疮治疗的选择之一。由于外用抗生素易诱导痤疮丙酸杆菌耐药,故不推荐单独使用,建议和过氧化苯甲酰或外用维 A 酸类药物联合应用。

4.1.4 二硫化硒 2.5%二硫化硒洗剂具有抑制真菌、寄生虫及细菌的作用,可降低皮肤游离脂肪酸含量。用法为洁净皮肤后,将药液略加稀释均匀地涂布于脂溢显著的部位,3~5 min 后用清水清洗。

4.1.5 其他外用药物 5%~10%硫磺洗剂和 5%~10%的水杨酸乳膏或凝胶具有抑制痤疮丙酸杆菌和轻微剥脱及抗菌作用,可用于痤疮治疗。外用抗菌、抗炎药物用法一般建议点涂于皮损处,而外用维 A 酸类药物由于具有抗微粉刺作用,建议在皮损处及痤疮好发部位同时应用。疗程通常需 8~12 周或更长。

4.2 化学疗法

果酸作为化学疗法在痤疮治疗中已获得了肯定的效果。果酸广泛存在于水果、甘蔗、酸乳酪中,分子结构简单,分子量小,无毒无臭,渗透性强且作用安全。其作用机制是通过干扰细胞表面的结合力来降低角质形成细胞的粘着性,加速表皮细胞脱落与更新,调节皮脂腺的分泌,同时刺激真皮胶原合成,黏多糖增加及促进组织修复。治疗方案:应用浓度 20%、35%、50%、70%的甘醇酸(又名羟基乙酸,来源于甘蔗)治疗痤疮,视患者耐受程度递增果酸浓度或停留时间。每 2~4 周治疗 1 次,4 次为 1 个疗程,增加治疗次数可提高疗效。对炎症性皮损和非炎症性皮损均有效。果酸治疗后局部可出现淡红斑、白霜、肿胀、刺痛、烧灼感等,均可在 3~5 d 内恢复,如出现炎症后色素沉着则需 3~6 个月恢复。治疗间期注意防晒。

4.3 物理治疗

光动力疗法(PDT):外用 5-氨基酮戊酸(ALA)富集于毛囊皮脂腺单位,经过血红素合成途径代谢生成光敏物质原卟啉,经红光(630 nm)或蓝光(415 nm)照射后,产生单态氧,作用于皮脂腺,造成皮脂腺萎缩,抑制皮脂分泌,直接杀灭痤疮丙酸杆菌等病原微生物,改善毛囊口角质形成细胞的过度角化和毛囊皮脂腺开口的阻塞,促进皮损愈合,预防或减少痤疮瘢痕。适应证:Ⅱ级和Ⅲ级痤疮,特别是伴有脂肪肝、肝功能损害或高脂血症的痤疮患者。术后需避光 48 h,以免产生光毒反应。轻、中度皮损患者可直接使用 LED 蓝光或红光进行治疗。

激光疗法:多种近红外波长的激光,如 1 320 nm 激光、1 450 nm 激光和 1 550 nm 激光常用于治疗痤疮炎症性皮损,根据皮损炎症程度选择适当的能量密度及脉宽,4~8 个治疗周期,每次间隔 2~4 周。强脉冲光和脉冲染料激光有助于炎症性痤疮后期红色印痕消退。非剥脱性点阵激光(1 440 nm 激光、1 540 nm 激光和 1 550 nm 激光)和剥脱性点阵激光 Q 940 nm 激光、10 600 nm 激光)对于痤疮瘢痕有一定程度的改善。临床应用时建议选择小光斑、较低能量和低点阵密度多次治疗为宜。

4.4 其他治疗

粉刺清除术:可在外用药物的同时,选择粉刺挤压器挤出粉刺。挤压时,注意无菌操作,并应注意挤压的力度和方向,用力不当,可致皮脂腺囊破裂,导致炎性丘疹发生。

囊肿内注射:对于严重的囊肿型痤疮,在药物治疗的同时,配合醋酸曲安奈德混悬剂+1%利多卡因囊肿内注射可使病情迅速缓解,每1~2周治疗1次。多次注射时需预防局部皮肤萎缩及继发细菌性感染。

5 痤疮的系统治疗

5.1 维A酸类药物

口服异维A酸具有显著抑制皮脂腺脂质分泌、调节毛囊皮脂腺导管角化、改善毛囊厌氧环境并减少痤疮丙酸杆菌的繁殖、抗炎和预防瘢痕形成等作用。因其能作用于痤疮发病的4个关键病理生理环节,故是目前最有效的抗痤疮药物,有明确适应证的痤疮患者宜尽早服用。

适应证:①结节囊肿型痤疮;②其他治疗方法效果不好的中、重度痤疮;③有瘢痕或有形成倾向的痤疮;④频繁复发的痤疮;⑤痤疮伴严重皮脂溢出过多;⑥轻、中度痤疮但患者有快速疗效需求的;⑦痤疮患者伴有严重心理压力;⑧痤疮变异型如暴发性痤疮和聚合性痤疮,可在使用抗生素和糖皮质激素控制炎症反应后使用。

口服剂量:小剂量0.25 mg/(kg·d)和1 mg/(kg·d)临床疗效相似,因此推荐从0.25~0.5 mg/(kg·d)剂量开始,可增加患者依从性。累积剂量的大小与痤疮复发显著相关,因此推荐累积剂量以60 mg/kg为目标,痤疮基本消退并无新发疹出现后可将药物剂量逐渐减少至停药。疗程视皮损消退的情况及药物服用剂量而定,通常应≥16周。

异维A酸为维生素A衍生物,因其在人体内广泛的生物学活性,能产生类似于维生素A过多症的不良反应,但停药后绝大多数可以恢复,严重不良反应少见或罕见。最常见的不良反应主要是皮肤黏膜干燥,特别是口唇干燥。较少见可引起肌肉骨骼疼痛、血脂升高、肝酶异常及眼睛受累等,通常发生在治疗最初的2个月,肥胖、血脂异常和肝病患者应慎用。长期大剂量应用有可能引起骨骺过早闭合、骨质增生、骨质疏松等,故<12岁儿童尽量不用。异维A酸具有明确的致畸作用,女性患者应在治疗前1个月,治疗期间及治疗后3个月内严格避孕,如果在治疗过程中意外怀孕,则必须采取流产处理。此外,异维A酸导致抑郁或自杀与药物使用关联性尚不明确,因痤疮本身也会导致患者产生自卑、抑郁,建议已经存在抑郁症状或有抑郁症的患者不宜使用。

5.2 抗生素类药物

痤疮丙酸杆菌在痤疮炎症反应中发挥重要作用,故针对痤疮丙酸杆菌的抗菌治疗是治疗痤疮特别是中、重度痤疮常用的方法之一。但无论是外用或口服抗生素,均可能引起痤疮丙酸杆菌及非痤疮丙酸杆菌耐药,这是十分值得关注的问题。因此,规范抗菌药物的选择及疗程,或联合其他疗法,对提高疗效及预防耐药性十分重要。

适应证:①中、重度痤疮患者首选的系统药物治疗;②重度痤疮患者,特别是炎症较重时早期阶段可先使用抗生素,再序贯使用异维A酸,或异维A酸疗效不明显时可以改用抗生素治疗;③痤疮变异型如暴发性痤疮和聚合性痤疮。

药物选择:选择口服的抗生素治疗痤疮基于以下4个条件:①对痤疮丙酸杆菌敏感;②兼有非特异性抗炎作用;③药物分布在毛囊皮脂腺中浓度较高;④不良反应小。按照上述条件应首选四环素类如多西环素、米诺环素等,不能使用时可考虑选择大环内酯类如红霉素、阿奇霉素、克拉霉素等。其他如磺胺甲噁唑-甲氧苄啶(复方新诺明)也可酌情使用,但β内酰胺类和喹诺酮类抗生素不宜选择。四环素口服吸收差,耐药性高,而新一代四环素类药物如米诺环素、多西环素和赖甲四环素应优先选择。口服四环素耐药的患者,通常对多西环素也会产生耐药,但米诺环素对这类患者多数仍有效。克拉霉素、罗红霉素、左氧氟沙星等是目前全身感染常用的抗生素,应避免选择用于痤疮的治疗,以减少耐药菌产生的机会。痤疮复发时,应选择既往治疗有效的抗生素,避免随意更换。

剂量和疗程:使用抗生素治疗痤疮应规范用药的剂量和疗程。通常米诺环素和多西环素的剂量为100~200 mg/d(通常100 mg/d),可以1次或2次口服;四环素1.0 g/d,分2次空腹口服;红霉素1.0 g/d,分2次口服。疗程6~8周。

注意事项:抗生素治疗痤疮时应注意避免或减少耐药性的产生,措施包括:①避免单独使用,特别是长期局部外用;②治疗开始要足量,一旦有效不宜减量维持;③治疗后2~3周无疗效时要及时停用或换用其他抗生素,并注意患者的依从性;④要保证足够的疗程,并避免间断使用;⑤痤疮丙酸杆菌是正常皮肤的寄生菌,治疗以有效抑制其繁殖为目的,而不是达到完全的消灭,因此不可无原则地加大剂量或延长疗程,更不可以作为维持治疗甚至预防复发的措施;⑥有条件可监测痤疮丙酸杆菌的耐药性,指导临床合理应用;⑦联合外用过氧化苯甲酰可减少痤疮丙酸杆菌耐药性产生;⑧有条件可联合光疗或其他疗法,减少抗生素的使用。此外,治疗中要注意药物的不良反应,包括较常见的胃肠道反应、药疹、肝损害、光敏反应、

前庭受累(如头昏、眩晕)和良性颅内压增高症(如头痛等)。罕见的不良反应有狼疮样综合征,特别是应用米诺环素时。对长期饮酒、乙型肝炎、光敏性皮炎等患者宜慎用或禁用。四环素类药物不宜用于孕妇、哺乳期妇女和<16 岁的儿童,此时可考虑使用大环内酯类抗生素。将米诺环素每日剂量分次口服,或使用缓释剂型每晚 1 次,可部分减轻不良反应。出现严重不良反应或患者不能耐受时应及时停药,并对症治疗。大环内酯类和四环素类药物联合其他系统药物治疗时要注意药物的相互作用。

5.3 激素

5.3.1 抗雄激素 雄激素在痤疮的发病机制中有着重要作用,但大部分痤疮患者外周血中雄激素水平均正常,因此无需常规进行内分泌检查。对于病史及体格检查提示有高雄激素表现(如青春期前儿童痤疮、性早熟、女性患者出现男性化体征和症状以及有月经稀少、多毛症、雄激素源性脱发、不孕或多囊卵巢巢)的患者,可进行游离睾酮、DHEAs、黄体生成素和卵泡刺激素等实验室检查以辅助诊断。适应证:痤疮激素治疗包括两个部分:一是抗雄激素治疗,仅针对女性患者,适应证为:①伴有高雄激素表现的痤疮,如皮疹常好发于面部中下 1/3,尤其是下颌部位,重度痤疮伴有或不伴有月经不规律和多毛;②女性青春期后痤疮;③经前期明显加重的痤疮;④常规治疗如系统用抗生素甚至系统用维 A 酸治疗反应较差,或停药后迅速复发者。药物选择、剂量、疗程及注意事项:①避孕药:是抗雄激素治疗中最常用的药物。避孕药主要由雌激素和孕激素构成,其中孕激素成分如果有抗雄激素作用可用于痤疮治疗。口服避孕药治疗痤疮的作用机制:雌、孕激素可以对抗雄激素的作用,还可以直接作用在毛囊皮脂腺,减少皮脂的分泌和抑制粉刺的形成。目前常用的避孕药包括炔雌醇环丙孕酮和雌二醇屈螺酮等。炔雌醇环丙孕酮每片含醋酸环丙孕酮 2 mg+炔雌醇 35 μ g,在月经周期的第 1 天开始每天服用 1 片,连用 21 d,停药 7 d,再次月经后重复用药 21 d。口服避孕药的起效时间需要 2~3 个月,通常疗程>6 个月,一般要求皮损完全控制后再巩固 1~2 个月再停药,停药过早会增加复发的概率。口服避孕药绝对禁忌证包括妊娠、静脉血栓或心脏病病史、年龄>35 岁且吸烟者。相对禁忌证包括高血压、糖尿病、偏头痛、哺乳期妇女、乳腺癌及肝癌患者。可能的不良反应有:少量子宫出血、乳房胀痛、恶心、体重增加、深静脉血栓及出现黄褐斑等,在经期的第 1 天开始服药有利于减少子宫出血。体重增加与雌激素导致的水钠潴留有关,使用含屈螺酮的避孕药会减少该不良反应发生的概率。深静脉血栓和心脑血管疾病发生概率与患者年龄、是否吸烟、吸烟量、阳性家族史(即兄弟姐妹或双

亲在早年发生过静脉或动脉血栓栓塞)、肥胖、高脂血症、高血压、偏头痛等因素有关,因此对于存在这些因素的患者尽量避免使用。服药期间要注意防晒,以减少黄褐斑的发生。②螺内酯:商品名:安体舒通,是醛固酮类化合物,也是抗雄激素治疗常用的药物。作用机制:竞争性地抑制二氢睾酮与皮肤靶器官的受体结合,从而抑制皮脂腺的功能;抑制 5 α 还原酶,减少睾酮向二氢睾酮转化。推荐剂量每日 1~2 mg/kg,疗程为 3~6 个月。不良反应有月经不调(发生概率与剂量呈正相关)、恶心、嗜睡、疲劳、头昏、头痛和高钾血症。孕妇禁用。男性患者使用后可能出现乳房发育、乳房胀痛等症状,故不推荐使用。

5.3.2 糖皮质激素 生理性小剂量糖皮质激素具有抑制肾源性雄激素分泌作用,可用于抗肾上腺源性雄激素治疗,较大剂量糖皮质激素具有抗炎及免疫抑制作用,因此疗程短、较高剂量的糖皮质激素可控制重度痤疮患者的炎症。推荐使用方法:①暴发性痤疮:泼尼松 20~30 mg/d,可分 2~3 次口服,持续 4~6 周后逐渐减量,并开始联合或更换为异维 A 酸;②聚合性痤疮:泼尼松 20~30 mg/d,持续 2~3 周,于 6 周内逐渐减量至停药;③生理剂量泼尼松 5 mg 或地塞米松 0.75 mg,每晚服用,可抑制肾上腺皮质和卵巢产生雄激素前体。对于经前期痤疮患者,每次月经前 7~10 d 开始服用泼尼松至月经来潮为止。应避免长期大剂量使用糖皮质激素,以免发生不良反应,包括激素性痤疮或毛囊炎,使病情复杂化。

6 痤疮的中医药治疗

6.1 内治法

应根据发病时间长短、皮损形态等不同表现分型论治,随证加减。

肺经风热证:皮损以红色或肤色丘疹、粉刺为主,或有痒痛,小便黄,大便秘结,口干,舌质红,苔薄黄,脉浮数,相当于痤疮分级中的Ⅰ、Ⅱ级。应疏风宣肺,清热散结,方药为枇杷清肺饮或泻白散加减,中成药可选栀子金花丸等。

脾胃湿热证:皮损以红色丘疹、脓疱为主,有疼痛,面部、胸背部皮肤油腻,可伴口臭、口苦,纳呆,便溏或粘滞不爽或便秘,尿黄,舌红苔黄腻,脉滑或弦,相当于痤疮分级中的Ⅲ、Ⅳ级。治法应清热利湿,通腑解毒,方药为茵陈蒿汤或芩连平胃散加减。便秘者可选用中成药连翘败毒丸、防风通圣丸等;便溏者可选用中成药香连丸、参苓白术散等。

痰瘀凝结证:皮损以结节及囊肿为主,颜色暗红,也可见脓疱,日久不愈,可有纳呆、便溏,舌质淡暗或有瘀点,脉沉涩,相当于痤疮分级中的Ⅴ级。治法应活血化瘀,化痰散结,方药为海藻玉壶汤或桃红四物汤

合二陈汤加减,中成药可选丹参酮胶囊、大黄蛰虫丸、化癥散结丸、当归苦参丸等。

冲任不调证:皮损好发于额、眉间或两颊,在月经前增多加重,月经后减少减轻,伴有月经不调,经前心烦易怒,乳房胀痛,平素性情急躁,舌质淡红苔薄,脉沉弦或脉涩,相当于有高雄激素水平表现的女性痤疮。治法应调和冲任、理气活血,方药为逍遥散或二仙汤合知柏地黄丸加减,中成药可选用逍遥丸、知柏地黄丸、左归丸、六味地黄丸等。

6.2 外治及其他疗法

中药湿敷:马齿苋、紫花地丁、黄柏等水煎湿敷,每日 2 次,每次 20 min,用于炎性丘疹、脓疱皮损,起到清热解毒、减轻炎症的作用。

中药面膜:颠倒散(大黄、硫磺等量研细末),用水或蜂蜜调成稀糊状,涂于皮损处,30 min 后清水洗净,每晚 1 次。用于炎性丘疹、脓疱、结节及囊肿皮损,起到破瘀活血、清热散结的作用。

耳穴贴压:取内分泌、皮质下、肺、心、胃等穴,用王不留行籽贴在穴位上,并嘱患者每天轻压 1 min 左右,每 5 日更换 1 次。

耳尖点刺放血:在耳郭上选定耳尖穴或耳部的内分泌穴、皮质下穴,常规消毒后,用三棱针在耳尖穴上点刺,然后在点刺部位挤出瘀血 6~8 滴,每周治疗 1~2 次。

针灸:主穴为百会、尺泽、曲池、大椎、合谷、肺俞等穴,配穴为四白、攒竹、下关、颊车及皮损四周穴。方法:施平补平泻手法,针刺得气后留针 30 min,每日 1 次。

火针:常选背俞穴,如肺俞、膈俞、脾俞、胃俞,热重加大椎,便秘加大肠俞,月经不调加次髎,皮肤常规消毒后,取火针在酒精灯上将针尖烧红后,迅速直刺各穴,每穴点刺 3 下,隔日 1 次。

刺络拔罐:取穴多为肺俞、大椎穴、脾俞、胃俞、大肠俞、膈俞、肾俞等。每次取背俞穴 4~6 个,三棱针刺破皮肤,然后在点刺部位拔罐,留罐 10~15 min,3 日 1 次,10 次为 1 个疗程。

7 痤疮的分级和联合治疗

痤疮的分级体现了痤疮的严重程度和皮损性质,而痤疮不同的严重程度及不同类型的皮损对不同治疗方法的反应也是不同的,故痤疮的治疗应根据其分级选择相应的治疗药物和手段。此外,不同药物的作用机制往往针对痤疮不同发病环节,因此不同治疗方法的联合使用可以产生治疗的协同作用,从而增加疗效。当然,痤疮的治疗方案并不是一成不变的,应该根据患者的实际情况灵活改变,以充分体现个体化的治疗原则。

级治疗:主要采用局部治疗。首选外用维 A 酸类药物,必要时可加用过氧化苯甲酰或水杨酸等以提

高疗效。一些具有角质剥脱、溶解粉刺、抑制皮脂分泌和抗菌等作用的功效性护肤品也可作为辅助治疗手段。同时可以采用粉刺去除术等物理疗法。

级治疗:通常在外用维 A 酸类药物治疗的基础上,联合过氧化苯甲酰或其他外用抗菌药物。为避免局部不良反应,维 A 酸联合过氧化苯甲酰治疗时,可隔日使用一种药物或两种药物早、晚交替使用。局部治疗效果不佳者可增加使用口服抗生素,或加上蓝光照射、果酸疗法等物理治疗方法。

级治疗:这类患者常采用联合治疗,其中系统使用抗生素是基础治疗的方法之一,要保证足够的疗程。推荐口服抗生素,外用维 A 酸类药物、过氧化苯甲酰或其他抗菌药物。对有适应证并有避孕要求的女性患者可选择抗雄激素药物治疗,个别女性患者可考虑口服抗雄激素药物联合抗生素治疗。其他治疗方法(如红、蓝光及光动力疗法等)也可联合应用。效果不佳者可单独口服异维 A 酸治疗,也可同时外用过氧化苯甲酰。对系统应用抗生素超过 2 个月者,加用过氧化苯甲酰这类不引起细菌耐药的抗菌剂很有必要,可防止和减少耐药性的产生。

级治疗:口服异维 A 酸是一线治疗方法。对炎性丘疹和脓疱较多者,也可先采用系统应用抗生素和外用过氧化苯甲酰联合治疗,待炎症改善后改用口服异维 A 酸治疗,目前无循证医学证据支持口服异维 A 酸联合抗生素治疗。也可同时使用上述级痤疮治疗方案和本指南中介绍的各种联合治疗的方法。

8 痤疮的维持治疗

维持治疗的意义:由于痤疮的慢性过程和易复发的临床特点,因此无论哪一级痤疮,症状改善后的维持治疗都是很重要的。维持治疗可减轻和预防复发,提高患者的依从性,改善患者生活质量,是一种更为积极和主动的治疗选择,也被认为是痤疮系统和完整治疗的一部分。方法:循证医学证据表明,外用维 A 酸是痤疮维持治疗的一线首选药物。外用维 A 酸可以阻止微粉刺的形成,从而防止粉刺和炎性皮损的发生。目前还没有任何已知的药物在维持治疗的疗效和安全性方面优于外用维 A 酸。对有轻度炎性皮损需要抗菌药物治疗的,可考虑联合外用过氧化苯甲酰。一些经过临床功效验证的抗粉刺类医学护肤品也可用于辅助维持治疗。疗程:目前临床试验的疗程多为 3~4 个月,在预防复发和减轻症状方面取得了明显疗效,停止治疗后症状很快复发,提示更长时间的治疗是有益的,但目前无更长疗程治疗的循证医学资料。

9 痤疮推荐治疗方案

见表 1。

表 1 中国痤疮患者推荐治疗方案

痤疮严重程度	临床表现	治疗方案				
		一线推荐	二线推荐	不推荐	女性可选择	维持治疗
轻度 (级)	粉刺	外用维 A 酸	过氧化苯甲酰、水杨酸、粉刺去除、果酸、中医药	口服和外用抗生素		
中度 (级)	炎性丘疹	外用维 A 酸+过氧化苯甲酰/外用抗生素,或过氧化苯甲酰+外用抗生素	口服抗生素+外用维 A 酸和 (或)过氧化苯甲酰/外用抗生素、蓝光、果酸、中医药	单一口服或外用抗生素	口服抗雄激素药物	
中度 (级)	丘疹、脓疱	口服抗生素+外用维 A 酸+过氧化苯甲酰/外用抗生素	口服异维 A 酸、果酸、红 (蓝)光、光动力、激光疗法、中医药	单一系统疗法或局部单一疗法	口服抗雄激素药物	单独外用维 A 酸或+过氧化苯甲酰
重度 (级)	结节、囊肿	单独口服异维 A 酸或+过氧化苯甲酰/外用抗生素。炎症反应强烈者可先口服抗生素+过氧化苯甲酰/外用抗生素后,再口服异维 A 酸	口服抗生素+外用维 A 酸和 (或)过氧化苯甲酰、光动力疗法、系统用糖皮质激素 (聚合性痤疮早期可以和口服异维 A 酸联合使用)、中医药	局部单一疗法,口服抗生素单一疗法	口服抗雄激素药物	

(参与制定本指南的专家有车敦发、陈力、崔荣、段岚华、范卫新、樊昕、郭庆、郝飞、何黎、鞠强、李恒进、刘建航、劳力民、李铁男、赖维、马翠玲、宋坪、温

海、王玮蓁、吴艳、徐涵、谢红付、项蕾红、张福仁、张国毅、郑捷、张建中、郑敏、章伟、郑志忠 执笔 项蕾红)