

中国痤疮治疗指南(讨论稿)

中国医师协会皮肤科医师分会《中国痤疮治疗指南》专家组

[关键词] 痤疮; 治疗指南

[中图分类号] R758.733

[文献标识码] A

[文章编号] 1000-4963(2008)05-0339-04

痤疮是一种皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,其发病率为 70%~87%,对青少年的心理和社交影响超过了哮喘和癫痫。皮肤科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,缺乏临床试验的文献支持;有些甚至对患者有伤害,产生了不好的社会影响,使患者的经济受损。因此,对目前正在从事临床皮肤科工作而又未经正规皮肤科专科训练的临床医师,有一套行之有效的治疗痤疮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,痤疮的治疗指南也需与时俱进,定期更新。

1 痤疮发生的病理生理学因素

痤疮的发生主要与皮脂分泌过多、毛囊皮脂腺导管堵塞、细菌感染和炎症反应等诸多因素密切相关。引起痤疮的病理生理基础是皮脂腺快速发育和皮脂过量分泌,而皮脂腺的发育是直接受雄激素支配的。进入青春期后雄激素特别是睾酮的水平快速升高,睾酮在皮肤中经 5- α 还原酶的作用转化为二氢睾酮,后者与皮脂腺细胞的雄激素受体结合发挥作用。雄激素水平的升高可促进皮脂腺发育,并产生大量皮脂。部分痤疮患者血中睾酮水平较无痤疮者高。此外孕酮和肾上腺皮质中的脱氢表雄酮也有一定的促皮脂分泌作用。皮脂主要由角鲨烯、蜡酯、三酰甘油和少量固醇及胆固醇酯组成,痤疮患者的皮脂中蜡酯含量较高,亚油酸含量较低,而亚油酸含量的降低可使毛囊周围的必需脂肪酸减少,并促进毛囊上皮的角化。

毛囊皮脂腺导管的异常角化是另一个重要因素。粉刺的形成始于皮脂腺毛囊的扩大,这种扩张继发于异常角化的角质细胞。在毛囊漏斗下部,角质形成细胞中板层颗粒减少,代之以大量张力细丝、桥粒和脂质包含体,这种角质细胞不易脱落,导致角质层增厚和角质物堆积,使毛囊皮脂腺导管堵塞、皮脂排出障碍,最终形成角质栓即微粉刺。

大量皮脂的分泌和排出障碍易继发细菌感染。毛囊中存在多种微生物如痤疮丙酸杆菌、白色葡萄球菌和马拉色菌,其中以痤疮丙酸杆菌感染最为重要。痤疮丙酸杆菌为厌氧菌,皮脂的排出受阻正好为其创造了良好的局部厌氧环境,使得痤疮丙酸杆菌大量繁殖,痤疮丙酸杆菌产生的脂酶可分解皮脂中的三酰甘油,产生游离脂肪酸,后者是导致痤疮炎症性损害的主要因素。此外,痤疮丙酸杆菌还可产生多肽类物质,趋化中性粒细胞、活化补体和使白细胞释放各种酶类,诱发或加重炎症。

除上述因素外,部分患者痤疮的发生还与机体的免疫功能

等有关,特别是在一些特殊类型的痤疮如聚合性痤疮和暴发性痤疮,免疫反应起着重要的作用。

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。根据痤疮皮损性质及严重程度可将痤疮分为 3 度、4 级:1 级(轻度):仅有粉刺;2 级(中度):除粉刺外还有炎性丘疹;3 级(中度):除有粉刺、炎性丘疹外还有脓疱;4 级(重度):除有粉刺、炎性丘疹及脓疱外还有结节、囊肿或瘢痕。

3 痤疮的局部治疗

3.1 局部清洗

用清水洗脸,去除皮肤表面的油脂、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。此外,忌用油脂类、粉类护肤美容化妆品及含有糖皮质激素成分的软膏及霜剂。

3.2 外用药物治疗

3.2.1 维 A 酸类药物 ① 0.025%~0.1% 维 A 酸(全反式维 A 酸)霜或凝胶:此药可以调节表皮角质形成细胞的分化,使粉刺溶解和排出。开始用药 5~12 d 时皮肤有轻度刺激反应,如局部潮红、脱屑,有紧绷或烧灼感,但可逐渐消失。故应从低浓度开始使用,每晚应用 1 次,避免光照后增加药物刺激性,症状改善后每周外用 1 次。② 13-顺维 A 酸凝胶:调节表皮角质形成细胞的分化,减少皮脂分泌,每日 1 次或 2 次。③ 第 2 代维 A 酸类药物:0.1% 阿达帕林凝胶,每晚 1 次,治疗轻、中度痤疮有较好疗效。0.1% 他扎罗汀乳膏或凝胶,隔日晚上使用 1 次,以减少局部刺激。

3.2.2 过氧苯甲酰 此药为过氧化物,外用后可缓慢释放出新生态氧和苯甲酸,具有杀灭痤疮丙酸杆菌、溶解粉刺及收敛作用。可配制成 2.5%、5% 和 10% 不同浓度的洗剂、乳剂或凝胶,应从低浓度开始使用。含有 5% 过氧苯甲酰及 3% 红霉素的凝胶可提高疗效。

3.2.3 抗生素 红霉素、氯霉素或克林霉素(氯洁霉素)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。1% 克林霉素溶液也同样有效。

3.2.4 壬二酸 此药能减少皮肤表面、毛囊及皮脂腺内的菌群,尤其对痤疮丙酸杆菌有抑制作用及粉刺溶解作用,对不同类型的痤疮均有效。可配成 15%~20% 的霜剂外用,其不良反应为局部红斑与刺痛。

3.2.5 二硫化硒 2.5% 二硫化硒洗剂具有抑制真菌、寄生虫

收稿日期:2008-02-02

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明显的部位,约 20 min 后再用清水清洗。

3.2.6 硫磺洗剂 5%~10%硫磺洗剂具有调节角质形成细胞的分化、降低皮肤游离脂肪酸等作用,对痤疮丙酸杆菌亦有一定的抑制作用。

4 痤疮的抗生素治疗

口服抗生素是治疗痤疮特别是中、重度痤疮有效的方法之一。在众多定植的微生物(包括表皮葡萄球菌、痤疮丙酸杆菌、马拉色菌和其他革兰阴性杆菌等)中,只有活的痤疮丙酸杆菌与痤疮炎症反应加重有明确的关联,故选择针对痤疮丙酸杆菌敏感的抗生素是非常重要的。除感染引起的炎症外,免疫和非特异性炎症反应也参与了痤疮炎症性损害的过程,因此既能抑制痤疮丙酸杆菌繁殖又兼顾非特异性抗炎症作用的抗生素应优先考虑使用。

综合以上因素,结合抗生素药代动力学特别是选择性分布于皮脂溢出部位,应首选四环素类,其次大环内酯类,其他如磺胺甲噁唑-甲氧苄啶(复方新诺明)和甲硝唑也可酌情使用,但β内酰胺类抗生素不宜选择。四环素类中第1代四环素类药物如四环素口服吸收差,对痤疮丙酸杆菌的敏感性低;第2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,两者不宜相互替代。对系统性感染目前主要或常用的抗生素如克拉霉素、罗红霉素、左氧氟沙星等避免选择。

由于抗生素治疗痤疮主要是抑制痤疮丙酸杆菌繁殖,而不是非特异性抗炎作用,故防止或减缓痤疮丙酸杆菌产生耐药十分重要,这就要求在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,可以 1 次或分 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 6~12 周。

抗生素治疗痤疮应注意如何避免或减少耐药性的产生。包括:①避免单独使用治疗痤疮,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和区别革兰阴性杆菌性毛囊炎;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条件许可的情况下可监测痤疮丙酸杆菌的耐药性,指导临床合理用药。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和 16 岁以下的儿童。将米诺环素每日剂量分次口服,或使用缓释剂型每晚 1 次服用,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要及时停药,并对症治疗。大环内酯类和四环素类药物均易产生药物的相互作用,联合其他系统药

物治疗时要注意药物间的相互作用。

5 痤疮的维 A 酸治疗

口服异维 A 酸是治疗严重痤疮的标准方法,也是目前治疗痤疮最有效的方法。异维 A 酸作用于痤疮发病的所有病理生理环节,治疗效果虽显著,但考虑到其不良反应,故尽量不作为轻型痤疮的首选治疗。

口服异维 A 酸的应用指征:①严重的结节囊肿性痤疮及其变异形式;②伴有瘢痕形成的炎性痤疮;③对以下治疗无效的中、重度痤疮;采用联合疗法治疗 3 个月,包括全身应用四环素类药物者;④伴有严重心理压力的痤疮患者(毁容恐惧症);⑤革兰阴性杆菌毛囊炎;⑥频繁复发的需要重复和长程全身应用抗生素者;⑦由于某种原因需要迅速痊愈的少数患者。使用剂量:常用剂量为 0.25~0.5 mg/(kg·d),为了减少不良反应,剂量不应超过 0.5 mg/(kg·d)。疗程决定于患者的体重和每日所用的剂量。最小累积剂量是以 60 mg/kg 为目标,但如果累积剂量达到 60 mg/kg 尚未取得满意疗效时,可以增加至 75 mg/kg。然而即使 1 级痤疮完全清除,在尚未达到 60 mg/kg 域值时就停止使用异维 A 酸,则永久性治愈的概率会显著降低。也有所谓的冲击疗法,就是每月的最初 7 d,使用异维 A 酸 0.5 mg/(kg·d),这种方法在曾经完成全疗程后仍然复发者、病程迁延和治疗抵抗的痤疮患者中有较好的疗效。

在某些条件下,如患有严重粉刺的青少年,可以采用连续低剂量的异维 A 酸进行治疗,在最初阶段这些患者粉刺溶解的效果很差,但是异维 A 酸 10~20 mg/d,使用 4~6 个月疗程能够较快清除皮损,然后外用维 A 酸以维持疗效。不提倡大剂量维 A 酸疗法,因为疗效提高并不明显,反而可能出现潜在的严重毒性反应。

系统使用维 A 酸前,对患者的辅导和解说是非常重要的,应向患者说明维 A 酸能引起很多不良反应,特别是致畸胎作用。患者在治疗前 1 个月应严格避孕,直至在治疗结束后 3 个月内也应避孕。如果在治疗过程中怀孕了,必须采取流产处理。少数患者使用维 A 酸后会产生抑郁症状。有抑郁病史或家族史的患者用药要谨慎,一旦发生情绪波动或出现任何抑郁症状,应立即停药。

异维 A 酸的其他不良反应主要是皮肤黏膜干燥。开始阶段会有暂时的痤疮加重。5%的患者会有光敏感,关节和肌肉疼痛,在夜间行驶时发生严重夜盲,重度脱发,血三酰甘油可能升高。治疗开始前进行肝功能和血脂检查,并在治疗 1 个月后复查。如果均正常,就不需要进一步的血液学检查。长期大剂量应用可引起骨骺畸形,如骨质增生、脊髓韧带钙化、骨质疏松。应注意异维 A 酸不能与四环素类药物同时应用,也不能系统应用糖皮质激素,因为异维 A 酸与糖皮质激素可能会协同诱发颅内压升高。维胺酯也可以替代异维 A 酸,但口服吸收略差,起效慢,不良反应相对较轻。

6 痤疮的激素治疗

6.1 雌性激素和抗雄激素类药物的应用

6.1.1 雌性激素 雌性激素包括雌激素和孕激素两大类。目前认为雄激素在痤疮发病中起一定作用,女性中、重度痤疮患者,如果同时伴有雄激素水平过高、雄激素活动旺盛的表现如皮脂溢出、痤疮、多毛、雄激素源性脱发(SAHA)或存在多囊卵巢综合征(PCOS),应及早采用雌、孕激素治疗。对于迟发型痤疮及在月经期前痤疮显著加重的女性患者也可以考虑联合使用避孕药。美国食品药品监督管理局(FDA)批准避孕药可用于治疗年龄>15 岁的女性痤疮患者。

口服雌、孕激素治疗痤疮的作用机制:(1)雌激素:①通过减少卵巢和肾上腺皮质功能亢进引起的雄激素分泌过多,同时刺激肝脏的性激素结合球蛋白合成(SHBG),降低血清中活性雄激素的浓度,起到抗皮脂分泌作用。②雌激素可以增加 SHBG 合成量,减少游离睾酮量。③雌激素有缩小皮脂腺的体积并抑制皮脂腺细胞内脂质合成的作用。(2)孕激素:①为 5- α 还原酶的抑制剂,它可以通过负反馈抑制作用,使血浆中的睾酮和脱氢睾酮量降低。②可以抑制皮脂腺细胞和角质形成细胞转化睾酮的能力。③醋酸环丙孕酮还可以阻断雄激素与其受体结合。(3)雌激素和孕酮还可以直接作用在毛囊皮脂腺,减少皮脂分泌和抑制粉刺生成。

口服避孕药 口服避孕药是雌激素和孕激素的复方制剂,其种类选择也非常重要。

有的避孕药中含有雄激素成分,某些人工合成的孕激素与雄激素受体有交叉反应,可降低 SHBG,增加游离睾酮的量,从而加重或引起痤疮。目前常选择治疗痤疮的药物有复方醋酸环丙孕酮片(达因-35, Diane35, 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,连用 2-3 个月有效,疗程 3-4 个月。对于皮脂溢出特别多的患者,常规使用避孕药治疗效果往往不好,可以在口服达因-35 的基础上,在月经周期的 5-14 d 另外服用 50-100 mg 醋酸环丙氯地孕酮,疗效可以明显提高。不良反应有少量子宫出血、乳房胀痛、上腹部不适及面部皮肤发红、体重增加、深静脉血栓、出现黄褐斑等。

6.1.2 其他抗雄激素治疗

安体舒通 安体舒通又称螺内酯,是醛固酮类化合物。作用机制:①竞争性地抑制二氢睾酮与皮肤靶器官的受体结合,从而影响其作用,抑制皮脂腺的生长和皮脂分泌。②抑制 5- α 还原酶,减少睾酮向二氢睾酮转换。推荐剂量为 1-2 mg/(kg·d),疗程为 3-6 个月。不良反应为月经不调(发生概率与剂量呈正相关)、恶心、嗜睡、疲劳、头昏或头痛和高钙血症。孕妇禁用。不推荐男性患者使用,用后可能出现乳房发育、乳房胀痛等症。

甲氟咪胍(西咪替丁) 有弱的抗雄激素作用,能竞争性阻断二氢睾酮与其受体结合,但不影响血清雄激素水平,从而抑制皮脂分泌。推荐剂量为 200 mg,每日 3 次,疗程为 4-6 周。

6.2 糖皮质激素的应用

糖皮质激素具有抑制肾上腺皮质功能亢进引起的雄激素分泌、抗炎及免疫抑制作用。

口服糖皮质激素主要用于暴发性痤疮或聚合性痤疮,因为这些类型的痤疮往往与过度的免疫反应和炎症反应有关,短暂

使用糖皮质激素可以起到免疫抑制及抗炎作用。但应注意糖皮质激素本身可诱发痤疮。口服仅用于炎症较严重的患者,而且是少量、短期使用。

推荐剂量:①暴发性痤疮:泼尼松 20-30 mg/d,持续 4-6 周,之后 2 周内逐渐减量,加用维 A 酸口服。②聚合性痤疮或暴发性痤疮在口服维 A 酸治疗时出现病情加重,给予泼尼松 20-30 mg/d,持续 2-3 周,之后 6 周内逐渐减量;同时停用口服维 A 酸或减量至 0.25 mg/(kg·d),然后根据病情增加或减少剂量。③泼尼松 5 mg/d 或地塞米松 0.375-0.75 mg/d,每晚服用,可以抑制促肾上腺皮质激素清晨的高分泌,抑制肾上腺和卵巢产生雄激素,好转后逐渐减量。对于在月经前加重的痤疮患者,可以在月经前 10 d 开始服用泼尼松 5 mg/d 至月经来潮为止。Fisher 等认为大剂量糖皮质激素有抗炎作用,小剂量则有抗雄激素作用。

7 痤疮的中药治疗

中药疗法应分型论治,随症加减。红色丘疹型痤疮治疗宜清泄脾胃;脓疮性痤疮治疗宜解毒散结;月经前痤疮治疗宜调冲任法;对聚合性痤疮、愈后色素沉着或瘢痕者宜活血散瘀法。

针灸疗法:常选穴大椎、脾俞、足三里、合谷、三阴交等,平补泻法,针刺得气后留针 30 min,每日 1 次,7 次为 1 个疗程。

耳针疗法:以患者双侧耳部肺穴为主穴,配以神门、交感、内分泌、皮质下穴埋王不留行籽,外用胶布固定,每日按摩上穴 3 次,每次约 10 min。

饮食疗法:患者宜少食高糖、高脂肪、酒、辛辣等刺激性食物,多食蔬菜(豆芽、青菜、蓬蒿菜、冬瓜、丝瓜、苦瓜、荸荠)及水果。常饮绿豆汤有清肺热、除湿毒之功效。多食含长纤维的食品,保持大便通畅,对防治痤疮有良效。此外,忌用油脂类、粉类护肤美容化妆品及含有激素成分的软膏及霜剂,每日宜用温水洗脸 2 次,不要用碱性强的肥皂,洗时用力擦去面部脂垢,禁用手指挤压面部丘疹、粉刺、脓疱,以防遗留瘢痕,保证睡眠充足,调整消化系统功能,这些均有助于痤疮的治愈。

8 痤疮的物理治疗

对于不能耐受药物治疗或不愿接受药物治疗的痤疮患者,物理治疗是最好的选择。目前,常用的有效治疗痤疮的物理疗法有光动力疗法、激光治疗和果酸疗法等。

8.1 光动力疗法(PDT)

使用特定波长的光激活痤疮丙酸杆菌代谢的卟啉,通过光毒性反应、诱导细胞死亡以及刺激巨噬细胞释放细胞因子、促进皮损自愈来达到治疗痤疮的目的。目前临床上主要使用单纯蓝光(415 nm)、蓝光与红光(630 nm)联合疗法以及红光+5-氨基酮戊酸(5-ALA)疗法治疗各种寻常痤疮。治疗方案:每周 1-2 次,蓝光能量为 48 J/cm²,红光为 126 J/cm²,治疗 4-8 次为 1 个疗程。治疗过程中有轻微的瘙痒,治疗后部分患者出现轻微脱屑,未发现有明显的不良反应。实验证明光动力疗法可不同程度地抑制皮脂腺分泌、减少粉刺和炎性皮损数量、促进组织修复。

8.2 果酸疗法

果酸在自然界中广泛存在于水果、甘蔗、酸乳酪中,分子结构简单,分子量小,无毒无臭,渗透性强,作用安全,不破坏表皮屏障功能。果酸的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,同时刺激真皮胶原合成,增强保湿功能。果酸浓度越高,作用时间越长,其效果越好,但相对不良反应也越大。治疗方案:应用浓度 20%、35%、50%、70%的果酸(羟基乙酸)治疗痤疮每 2~4 周 1 次,4 次为 1 疗程。炎性皮损和非炎性皮损具有不同程度减退,消退率为 30%~61%。增加治疗次数可提高疗效。

8.3 激光疗法

1 450 nm 激光、强脉冲光(IPL)、脉冲染料激光和点阵激光是目前治疗痤疮及痤疮瘢痕的有效方法之一,也可与药物联合治疗。1 450 nm 激光是美国食品药品监督管理局(FDA)批准用于治疗痤疮的激光。强脉冲光可以帮助炎症性痤疮后期红色印痕消退。点阵激光对于痤疮瘢痕有一定程度的改善。

8.4 其他治疗

①粉刺挑除 这是目前粉刺治疗的有效方法之一,但必需同时使用药物治疗,从根本上抑制粉刺的产生和发展。②结节和(或)囊肿内糖皮质激素注射 有助于炎症的迅速消除,是治疗较大的结节和囊肿非常有效的办法。③囊肿切开引流:对于大的囊肿,切开引流是避免日后皮损机化并形成瘢痕的有效方法。

9 痤疮的分级治疗

痤疮的分级体现了痤疮的严重程度和皮损的性质,故痤疮的治疗应根据其分级选择相应的治疗药物和手段。无论是按照根据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,其治疗方案的选择基本上是相同的。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掌握,充分体现个体化的治疗原则。

1 级:一般采用局部治疗。如果仅有粉刺,外用维 A 酸类制剂是最佳的选择。一些具有角质剥脱、溶解粉刺、抑制皮脂分泌、抗菌等作用的医学护肤品也可作为辅助治疗的方法。

2 级:通常采用 1 级痤疮的治疗方法,但对炎症性丘疹和脓疱较多,局部治疗效果不佳者可使用口服抗生素治疗。此类痤疮也可采用联合治疗,如口服抗生素联合外用维 A 酸类制剂,或联合应用蓝光、光动力疗法、果酸疗法等物理疗法。

3 级:此类患者常常采用联合治疗的方法,其中系统使用抗生素是其基础治疗的方法之一,且要保证足够的疗程。最常使用的联合疗法是口服抗生素联合外用维 A 酸类制剂,也可同时外用过氧苯甲酰。对要求避孕或有其他妇科指征的女性患者激素疗法的应用也有很好的效果。本指南介绍的其他联合治疗方法也可采用,如红蓝光、光动力疗法等,但要注意四环素类和异维 A 酸药物间的相互作用和配伍禁忌,以及光敏感的产生。效果不佳者可单独口服异维 A 酸治疗,也可同时外用过氧苯甲酰。对系统应用抗生素需要 3 个月以上者,联合应用过氧苯甲酰这类不引起细菌耐药的抗菌制剂很有必要,可防止和减少耐药的产生。

4 级:口服异维 A 酸是这类患者最有效的治疗方法,可用作一线治疗。对炎症性丘疹和脓疱较多者,也可先系统应用抗生素联合过氧苯甲酰联合治疗,待皮损明显改善后再改用口服异维 A 酸治疗囊肿和结节等皮损。也可试用上述第 3 级痤疮所使用的方法和本指南中介绍的联合治疗方法。

无论哪一级痤疮,待症状改善后予以维持治疗均是非常重要的。

10 痤疮的联合治疗

口服抗生素与外用维 A 酸可通过各自不同的作用途径产生协同作用,这两种方法联合治疗对炎症性损害和粉刺比单用抗生素清除皮损快。同时外用维 A 酸可以缩短抗生素的治疗时间、增加抗生素的穿透和增加毛囊细胞的更替,从而使更多的抗生素进入皮脂腺单位,并降低耐药的发生率。

联合治疗目前是轻、中度痤疮的标准疗法,联合治疗的优势:①抗生素联合外用维 A 酸临床疗效显著优于抗生素单独使用;②对炎症性损害和粉刺起效更快;③能针对不同的病理生理因素;④局部使用维 A 酸能增加抗生素的穿透性和促使抗生素尽快起效。

联合治疗的原则:①口服抗生素联合维 A 酸局部外用能作用于 3 种发病因素;②口服抗生素不应与局部抗生素联用(可增加细菌耐药而不增加疗效);③过氧苯甲酰或局部用维 A 酸与口服抗生素联合使用,可降低耐药的发生率;④当需要长时间使用抗生素时应联合外用过氧苯甲酰;⑤外用维 A 酸与过氧苯甲酰联合应用可以每日用一种或两种药物早、晚交替用。

11 痤疮的维持治疗

11.1 维持治疗的重要性

系统应用异维 A 酸和抗生素疗程结束后,在急性期痤疮症状得到改善的情况下(改善率 > 90%),应尽可能考虑维持治疗以防复发,因为目前所有针对痤疮的治疗方法仅仅是抑制其发病过程,而不是治愈痤疮。因此,有必要在治疗后进行维持治疗。在最初的系统治疗完成后,局部使用维 A 酸是维持治疗的主要方法,当伴有炎症性损害时,可考虑联合应用过氧苯甲酰。

11.2 维持治疗的必要性

①微粉刺是所有痤疮损害的早期病理过程;②痤疮清除后微粉刺的形成过程仍然是永久和持续的;③避免微粉刺的形成具有预防痤疮的效果;④维 A 酸的主要作用机制是干预微粉刺的病理过程。

11.3 维持治疗方案

①局部外用维 A 酸:局部外用维 A 酸是维持治疗的主要选择;②维持治疗的时间:6~12 个月;③过氧苯甲酰:与局部维 A 酸联合应用可降低抗生素治疗后的耐药性;④第 2 线治疗药物的选择:壬二酸和水杨酸。

(中国医师协会皮肤科医师分会《中国痤疮治疗指南》专家组成员:郑志忠,朱学骏,曾凡钦,朱文元,李恒进,郝飞,何黎,张建中,郑敏,赖维,刘建航,项蕾红,吴艳)

作者: [中国医师协会皮肤科医师分会《中国痤疮治疗指南》专家组](#)
作者单位:
刊名: [临床皮肤科杂志](#) **ISTIC PKU**
英文刊名: [JOURNAL OF CLINICAL DERMATOLOGY](#)
年, 卷(期): 2008, 37(5)
被引用次数: 34次

引证文献(36条)

1. 马福生, 梁志明, 莫家亮. 青春期痤疮患者抑郁状况的初步研究[期刊论文]-[皮肤性病诊疗学杂志](#) 2011(2)
2. 许红梅, 马立军, 高影, 丁续荣, 王玉玲. 局封联合半导体激光治疗炎性痤疮60例临床观察[期刊论文]-[中国医药导刊](#) 2011(2)
3. 陆雯丽, 陈向东. 痤疮的发病机制及其治疗[期刊论文]-[国际皮肤性病学期刊](#) 2011(1)
4. 马琼, 孙素姣, 王燕, 段静娴, 陈丽华. 强脉冲光联合医学护肤品治疗面部寻常型痤疮临床观察[期刊论文]-[中国美容医学](#) 2011(1)
5. 林燕, 苗晓玲. 痤疮合剂配合周期疗法治疗女性青春期痤疮48例临床观察[期刊论文]-[云南中医中药杂志](#) 2011(2)
6. 郑任山, 杨凤翔, 刘显光, 朱华江. 克林霉素凝胶和维A酸乳膏联合治疗2级痤疮疗效观察[期刊论文]-[吉林医学](#) 2011(1)
7. 尹锐, 郝飞, 邓军, 周春丽, 阎衡. 不同浓度氨基酮戊酸光动力治疗中重度痤疮疗效观察[期刊论文]-[中华皮肤科杂志](#) 2010(4)
8. 郭建辉, 郭雯, 赵丽, 刘玉华, 刘建, 闫淑云, 张金鑫. 清肺消痤疮配合中药面膜治疗寻常痤疮临床观察[期刊论文]-[中国中西医结合皮肤性病学期刊](#) 2010(2)
9. 叶霞, 刘黎明. 水氧联合异维A酸丸治疗中、重度痤疮疗效观察[期刊论文]-[中国社区医师\(医学专业\)](#) 2010(8)
10. 徐萍, 陈力. 疏肝滋肾法治疗女性寻常性痤疮的临床疗效观察[期刊论文]-[中国美容医学](#) 2010(1)
11. 林松洲, 陈立恭, 杨阳. 二氧化碳激光治疗中重度痤疮疗效观察[期刊论文]-[实用皮肤病学杂志](#) 2010(1)
12. 孙葳, 夏阳. 丹栀逍遥散加减治疗痤疮60例[期刊论文]-[吉林中医药](#) 2010(2)
13. 黄伟. 联合疗法治疗痤疮138例疗效观察[期刊论文]-[当代医学](#) 2010(4)
14. 车斌, 谢为民, 于剑辉. 皮肤科用药中几则药物相互作用的处方分析[期刊论文]-[中国药师](#) 2010(4)
15. 施军. 美他环素联合新癬片治疗寻常痤疮临床观察[期刊论文]-[中国皮肤性病学期刊](#) 2010(4)
16. 王水电. 消痤疮汤外熏内服治疗寻常型痤疮35例[期刊论文]-[中医研究](#) 2010(7)
17. 周鸿立, 张扬, 王晓丹. 口服痤疮治疗药物的应用现状[期刊论文]-[吉林化工学院学报](#) 2010(2)
18. 马琼, 孙素姣, 王燕, 段静娴, 陈丽华. 强脉冲光联合医学护肤品治疗面部寻常型痤疮临床观察[期刊论文]-[中国美容医学](#) 2011(1)
19. 游鹏. 常规治疗联合中药倒膜对寻常性痤疮的疗效观察[期刊论文]-[医学临床研究](#) 2010(4)
20. 沈征宇, 苏文婷, 陈向东, 汪蓓青, 刘健航, 费焯, 徐慧. 羟基乙酸治疗寻常型痤疮的疗效评价[期刊论文]-[中国美容医学](#) 2010(11)
21. 任晓红, 亓春花, 郭辉. 联合疗法治疗痤疮的疗效及对患者三种细胞因子水平的影响[期刊论文]-[中国麻风皮肤病学杂志](#) 2010(12)
22. 张燕, 张国娣. 异维A酸凝胶联合过氧苯甲酰凝胶治疗寻常痤疮疗效观察[期刊论文]-[皮肤性病诊疗学杂志](#) 2010(3)

23. [王军](#). [维胺酯胶囊联合清肺消痤疮汤治疗痤疮67例临床观察](#)[期刊论文]-[临床合理用药杂志](#) 2010(24)
24. [刘伦飞](#). [严建良](#). [方红](#). [程浩](#). [潘卫利](#). [丁颖果](#). [陆威](#). [郑敏](#). [异维A酸红霉素凝胶治疗寻常痤疮的多中心随机对照临床研究](#)[期刊论文]-[中华皮肤科杂志](#) 2010(12)
25. [陈楚雄](#). [覃逢超](#). [叶琳](#). [我院门诊处方点评及用药分析](#)[期刊论文]-[国际医药卫生导报](#) 2010(15)
26. [刘源](#). [叶秋华](#). [莫衍石](#). [李多茹](#). [贺勤](#). [陈加媛](#). [中医辨证治疗重度痤疮的临床研究](#)[期刊论文]-[中国中西医结合皮肤性病学杂志](#) 2009(5)
27. [陈楚雄](#). [伍俊妍](#). [李国成](#). [治疗痤疮药物使用情况分析](#)[期刊论文]-[中国实用医药](#) 2009(23)
28. [张晓东](#). [于清宏](#). [张庆瑞](#). [黄河清](#). [自制中药痤疮饮治疗炎症性痤疮疗效观察及对患者血清IL-8及TNF- \$\alpha\$ 水平影响](#)[期刊论文]-[实用皮肤病学杂志](#) 2009(3)
29. [林滔](#). [王德坚](#). [林葳](#). [痤疮的药物治疗及常见处方合理性分析](#)[期刊论文]-[海峡药学](#) 2009(9)
30. [王江涛](#). [克林霉素磷酸酯凝胶联合盐酸多西环素肠溶胶囊治疗寻常性痤疮疗效观察](#)[期刊论文]-[中国现代医生](#) 2009(10)
31. [谢长才](#). [钟建能](#). [杨政雄](#). [针刺联合中药面膜治疗寻常痤疮的临床观察](#)[期刊论文]-[岭南皮肤性病科杂志](#) 2009(3)
32. [马智江](#). [韦云臻](#). [周明扩](#). [米诺环素联合清肺消痤疮汤治疗痤疮33例临床观察](#)[期刊论文]-[岭南皮肤性病科杂志](#) 2009(3)
33. [尹锐](#). [何黎](#). [项蕾红](#). [骆丹](#). [李利](#). [郝飞](#). [含木瓜蛋白酶及马齿苋医学护肤品辅助治疗寻常痤疮临床观察](#)[期刊论文]-[临床皮肤科杂志](#) 2009(6)
34. [胡彬](#). [王琳](#). [刘胜](#). [雷观鲁](#). [清肺消痤疮饮加减联合阿达帕林治疗肺经风热型痤疮的疗效分析](#)[期刊论文]-[中国现代医生](#) 2009(29)
35. [吴卫平](#). [景慧玲](#). [中药与中药面膜、针灸联合治疗面部重度痤疮52例](#)[期刊论文]-[中国美容医学](#) 2008(9)
36. [郑任山](#). [杨凤翔](#). [刘显光](#). [朱华江](#). [克林霉素凝胶和维A酸乳膏联合治疗2级痤疮疗效观察](#)[期刊论文]-[吉林医学](#) 2011(1)

本文链接: http://d.g.wanfangdata.com.cn/Periodical_lcpfzz200805038.aspx