

新型复合酸在玫瑰痤疮治疗中的临床应用研究

王林泽 陈丹 (通讯作者)

(乐清市人民医院 浙江 温州 325600)

摘要:目的 研究新型复合酸联合常规外用西药治疗玫瑰痤疮的临床疗效和安全性。方法 选取我院收治的玫瑰痤疮患者 132 例, 随机平均分为单独外用甲硝唑凝胶对照组和新型复合酸联合研究组, 由临床皮肤科主治医师评估玫瑰痤疮皮损好转率、皮肤屏障指标、不良反应发生情况和随访 1 个月的复发情况。结果 玫瑰痤疮患者治疗后, 研究组的皮损消退好转情况显效率 (62.12%) 和总有效率 (93.94%), 皮肤含水量、皮脂分泌量、红斑量的皮肤屏障指标, 均显著高于对照组; 皮肤红斑、干燥、潮红、灼烧感的不良反应发生情况和治疗后随访 1 个月的复发率, 均显著低于对照组, 以上比较两组差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 新型复合酸联合常规外用西药治疗玫瑰痤疮, 在恢复皮肤屏障指标上显著提高患者的疗效, 且极大降低了不良反应, 减少了随访复发患者, 为玫瑰痤疮患者治疗提供更加安全有效的方法。

关键词: 新型复合酸; 玫瑰痤疮; 临床效果; 皮肤屏障; 不良反应

玫瑰痤疮 (acne rosacea), 又被称为酒糟鼻, 是一种常见的面部皮肤血液及毛囊组织的慢性炎症性皮肤病。玫瑰痤疮的致病机制目前尚不清楚, 主要在临床表现出潮红、丘疹、脓疱、面热刺痛、脱屑、紧绷等不良主观感受^[1]。玫瑰痤疮的流行病学发病率为 1%~20%, 其中 80% 的玫瑰痤疮患者年龄在 30 岁以上^[2]。一般皮肤护理使用外用制剂如甲硝唑凝胶、壬二酸凝胶, 通过抑制抗菌肽酪蛋白酶和丝氨酸蛋白酶释放酶-5 来发挥抗炎作用, 但对持续性弥漫红斑和血管扩张通常无效, 其会破坏患者的皮肤屏障, 患者依从性和耐受性均不良^[3]。近年水杨酸成分亦广泛用于玫瑰痤疮患者治疗, 因水杨酸具有抗炎、调节角质、疏通毛孔、抗炎的作用, 然而传统水杨酸溶解性差, 刺激性较大, 极大限制了其使用。本研究采用了新型复合酸联合常规西药治疗玫瑰痤疮患者, 提高疗效的基础上极大降低了不良反应, 为玫瑰痤疮患者治疗提供更加安全有效的方法, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般性资料

本研究选取我院皮肤科 2020 年 6 月至 2021 年 3 月期间收治的玫瑰痤疮患者 132 例作为研究对象, 按照随机数字生成法分成单独外用甲硝唑凝胶治疗的对照组 66 例和新型复合酸联合甲硝唑凝胶治疗的研究组 66 例。对照组: 玫瑰痤疮患者男性 27 例, 女性 39 例, 年纪范围 26~47 岁, 平均年纪 (39.42 ± 1.47) 岁, 病程时间 1~6 年, 平均病程时间 (2.51 ± 0.63) 年, 红斑毛细血管扩张型 24 例、丘疹脓疱型 42 例; 研究组: 玫瑰痤疮患者男性 30 例, 女性 36 例, 年纪范围 25~48 岁, 平均年纪 (38.16 ± 1.53) 岁, 病程时间 1~6 年, 平均病程时间 (2.82 ± 0.71) 年, 红斑毛细血管扩张型 23 例、丘疹脓疱型 43 例。其他两组玫瑰痤疮患者的性别、年纪、病程、疾病类型等一般性资料比较差异没有统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合《中国玫瑰痤疮诊疗指南(2021 版)》的玫瑰痤疮的红斑毛细血管扩张型和丘疹脓疱型的诊断标准; ②患者沟通良好, 且配合完成临床研究者。

排除标准: ①对新型复合酸和甲硝唑凝胶成分过敏者; ②近期接受过激素、维 A 酸类药物、化学换肤术、光电治疗者; ③皮肤敏感或有未愈合创面者; 合并有皮炎、湿疹等其他皮肤病者; 患其他严重系统性疾病、器质性疾病者; ④妊娠或哺乳期者; ⑤晒伤者, 光防护不足者; ⑥不能遵医嘱、情绪不稳定者^[4]。

所有患者治疗前均了解本研究临床方案要求和内容, 签署知情同意书。

1.3 治疗方法

对照组的玫瑰痤疮患者于局部外用甲硝唑凝胶 (商品名: 丽芙, 国药准字 H10980213, 江苏知原药业有限公司) 轻涂于患处, 每天

早晚各使用一次, 连续使用 28 天。研究组的玫瑰痤疮患者在对照组的基础上使用新型复合酸焕肤凝露 (水杨酸、辛酰水杨酸、甘醇酸、扁桃酸、柠檬酸、乳酸、乳酸菌发酵提取物) 进行化学剥脱术治疗, 使用方法为术前应使用卸妆产品或德菲林乳酸菌氨基酸洁面慕斯对治疗区进行卸妆和 1~2 次清洁, 清洁要温和可促进新型复合酸的渗透深度和均匀度。如果存在皮肤破溃区, 如新修眉、剃须后区域, 和口角、木偶纹、鼻唇沟、外毗等皮肤皱褶区域, 应涂抹凡士林覆盖, 避免新型复合酸对创面的刺激和复合酸液的聚集而治疗过度。用刷子蘸取新型复合酸均匀的涂抹于治疗区, 一般顺序为额头、鼻背、下颌、面颊部, 一般涂刷一遍即可, 重点治疗区可适当重复, 涂刷力度应均匀。蘸取清水均匀按摩治疗区, 对于重点部位要重点按摩预期治疗时间 15~20 分钟。当已出现理想的终点反应, 如出现伪霜反应, 或过度的治疗反应, 如强烈的不适感, 都可立即使用纱布蘸取清水擦去残留溶液 1~2 遍终止治疗。对于皮肤敏感的患者, 可用大量流动清水清洗残留新型复合酸。术后即刻使用德菲林医用皮肤修复敷料配合冷喷或冷敷使用 15~20 分钟, 缓解皮肤的刺激不适。术后注意严格的医学保湿和防晒护理。术后有忌口清淡饮食, 按照疗程每周治疗一次, 每次治疗 3 天后和下次治疗前期间每天早晚各使用一次甲硝唑凝胶, 治疗四次即 28 天为一个疗程。两组玫瑰痤疮患者日常护理均使用德菲林医用皮肤修复敷料, 同时每日注意严格保湿和物理防晒。

1.4 观察指标

1.4.1 临床效果: 由我院皮肤科主治医师根据患者的面部红斑、丘疹、脓疱、囊肿来比较两组玫瑰痤疮患者的治疗前后皮损好转情况, 计算皮损好转率 = (治疗前皮损总数量 - 治疗后皮损总数量) / 治疗前皮损总数量 × 100%, 显效为皮损好转率 ≥ 80%; 显效为皮损好转率 ≥ 50% 且 < 80%; 无效为皮损好转率 < 50% 或损害增多。

1.4.2 皮肤屏障相关指标: 根据 Visia 皮肤检测仪器对患者的皮肤屏障指标如皮肤含水量、皮肤皮脂分泌情况、红斑情况, 来比较两组玫瑰痤疮患者治疗前后的临床指标。

1.4.3 不良反应发生情况: 比较两组玫瑰痤疮患者的治疗过程中如皮肤红斑、干燥、潮红、灼烧感的不良反应发生情况。

1.4.4 随访与复发情况: 比较两组玫瑰痤疮患者的治疗结束后 1 个月玫瑰痤疮复发情况比较。

1.5 统计学方法

本研究的结果数据使用 SPSS 23.0 统计软件分析, 计数比较行卡方检验; 计量比较行 t 值检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床皮损好转情况比较

结果表明, 玫瑰痤疮患者的研究组治疗后较治疗前的皮损消退好转情况, 显效率 (62.12%)、总有效率 (93.94%) 均显著高于对照组 (28.79%、63.64%), 比较两组差异均具有统计学意义 ($P <$

0.05), 见表 1。

表 1 两组患者的临床皮损好转情况比较 [n,(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	好转率
研究组	66	41 (62.12%)	21 (31.82%)	4 (6.06%)	62 (93.94%)
对照组	66	19 (28.79%)	23 (34.85%)	24 (36.36%)	42 (63.64%)
χ^2 值	-	14.789	0.136	18.132	18.132
P值	-	0.000*	0.712	0.000*	0.000*

表 2 两组患者的皮肤屏障相关指标比较 (例, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	皮肤含水量 (%)		皮肤皮脂分泌量 (%)		红斑量 (cm ²)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	66	52.17 ± 6.30	73.26 ± 9.28	71.51 ± 9.66	54.72 ± 6.48	6.78 ± 1.85	2.10 ± 0.48
对照组	66	53.21 ± 6.02	65.91 ± 8.11	70.81 ± 7.65	65.82 ± 7.24	6.59 ± 1.12	4.52 ± 0.79
t值	-	1.492	3.319	0.567	9.146	0.823	4.989
P值	-	0.563	0.000*	0.628	0.003*	0.791	0.001*

注: *为两组玫瑰痤疮患者的皮肤屏障相关指标比较 P < 0.05, 具有统计学意义。

2.3 两组患者的不良反应发生情况比较

结果表明, 玫瑰痤疮患者的研究组患者在治疗过程中及治疗结束后发生的皮肤干燥、灼烧感、刺痛感、红斑搔痒的不良反应发生率 (4.55%) 显著低于对照组 (22.73%), 比较两组差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者的不良反应发生情况比较 [n,(%)]

组别	例数	皮肤干燥	红斑搔痒	灼烧感	刺痛感	不良反应发生率
研究组	66	1 (1.52%)	1 (1.52%)	1 (1.52%)	0 (0.00%)	3 (4.55%)
对照组	66	7 (10.61%)	4 (6.06%)	3 (4.55%)	1 (1.52%)	15 (22.73%)
χ^2 值	-	4.790	1.871	1.031	1.008	9.263
P值	-	0.029*	0.171	0.310	0.315	0.002*

注: *为两组玫瑰痤疮患者的不良反应发生情况比较 P < 0.05, 具有统计学意义。

2.4 两组患者的随访与复发情况比较

治疗后 1 个月进行随访, 研究组的玫瑰痤疮患者复发 3 例, 治疗后复发率为 10.61%; 对照组的玫瑰患者复发 24 例, 治疗后复发率为 36.36%, 比较两组差异具有统计学意义 ($\chi^2=12.184, P=0.000$)。

3 结论与讨论

玫瑰痤疮 (acne rosacea) 是一种好发于面部中位, 主要累及面部血液及毛囊组织单位的慢性炎症性皮肤病, 过去又被称为酒糟鼻。玫瑰痤疮的发病机制目前尚未明确, 一般认为在遗传的基础上, 多与血管舒缩能力、神经血管功效、天然免疫能力所致[1]。玫瑰痤疮患者皮肤屏障多被破坏, 具有一系列炎症反应, 延缓皮肤修复, 提高皮肤敏感性[5]。因此对于玫瑰痤疮的治疗多加强面部保湿, 修复皮肤屏障最为重要。德菲林复合酸焕肤凝露 (I 型) 除含有水杨酸、辛酰水杨酸、甘醇酸、扁桃酸、柠檬酸、乳酸 6 种酸类成分, 能有效抑制炎症, 还可保湿肌肤; 还含有乳酸菌发酵提取物, 一种良性益生元可建立抑菌膜提高皮肤微生态屏障, 改善皮肤耐受性, 以上新型复合酸配方内容针对玫瑰痤疮具有良好的针对性作用[6]-[7]。

本研究即采用联合治疗方法, 结果显示玫瑰痤疮患者治疗后, 研究组的皮损消退好转情况显效率 (62.12%) 和总有效率 (93.94%), 皮肤含水量、皮脂分泌量、红斑量的皮肤屏障指标, 均显著高于对照组, 表明新型复合酸液改善玫瑰痤疮炎症和皮肤角质情况; 皮肤红斑、干燥、潮红、灼烧感的不良反应发生情况和治疗后随访 1 个月的复发率, 均显著低于对照组, 表明新型复合酸增加皮肤角质层含水量, 改善西药的干燥脱屑等现象。

综上, 新型复合酸联合常规药物可显著提高玫瑰痤疮患者的皮肤屏障指标, 促进皮损好转的临床效果, 不良反应发生率显著减少, 且术后随访复发率显著降低, 但本次临床研究纳入病例有限, 其扩

注: *为两组玫瑰痤疮患者的治疗前后皮损消退好转情况比较 P < 0.05, 具有统计学意义。

2.2 两组患者的皮肤屏障相关指标比较

结果表明, 治疗后玫瑰痤疮的研究组患者在治疗区检测皮肤含水量、皮肤皮脂分泌量、红斑区域量均显著优于对照组, 比较两组差异均具有统计学意义 (P < 0.05), 见表 2。

大样本量及远期疗效仍需进一步深入研究, 望对临床治疗具有参考意义。

参考文献

- [1] 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(04): 279-288.
- [2] Tan J, Sch fer H, Araviiskaia E, et al. Prevalence of rosa- cea in the general population of Germany and Russia-The RISE study [J]. J Eur Acad Dermatol, 2016, 30(3): 428-434.
- [3] 汪彝, 李吉, 杨赛, 等. 1090 例玫瑰痤疮患者临床特征分析及玫瑰痤疮新诊断标准探讨 [J]. 中华皮肤科杂志, 2017, 50(3): 162-166.
- [4] 中华医学会皮肤性病学分会皮肤激光医疗美容学组, 中华医学会皮肤激光技术应用研究中心, 中国医师协会美容与整形医师分会激光亚专委会, 等. 化学剥脱术临床应用专家共识[J]. 实用皮肤病学杂志, 2020, 12(5): 257-262.
- [5] Del Rosso JQ, Diane Thiboutot, Richard Gallo, et al. Consensus Recommendations From the American Acne & Rosacea Society on the Management of Rosacea, Part 1: A Status Report on the Disease State, General Measures, and Adjunctive Skin Care[J]. Cutis, 2013, 92(5): 234-240.
- [6] 李向花, 郭静, 杨璐, 刘霞. 复合酸治疗中度痤疮临床疗效及安全性观察[J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(05): 645-648.
- [7] 谢宜彤, 夏志宽, 祝贺, 安康乐, 魏薇, 安俞熙, 岳丹霞, 杨蓉娅. 复合酸治疗痤疮的临床疗效观察 [J]. 实用皮肤病学杂志, 2019, 12(06): 348-351.