

# 新型复合酸联合维 A 酸乳膏治疗毛周角化症的临床疗效

喻深意

(漯河市源汇区人民医院 河南漯河 462000)

**摘要:**目的 研究新型复合酸联合维 A 酸乳膏对毛周角化症的临床效果和治疗安全性。方法 纳入我院毛周角化症患者 86 例,按照随机数字表法分为使用新型复合酸联合维 A 酸乳膏治疗的研究组 43 例和单独使用维 A 酸乳膏治疗的对照组 43 例,单独对照组每晚使用 1 次维 A 酸乳膏,连续使用 28 天;联合研究组每周治疗 1 次,每次治疗 3 天后每晚使用维 A 酸乳膏,4 次治疗为一个疗程,观察两组的临床效果和治疗安全性。结果 治疗后,研究组毛周角化症患者皮损好转临床效果显效率为 65.12%、总有效率为 95.35%、临床满意率为 81.40%均显著高于对照组;发生灼烧、红斑、脱屑的不良不良反应发生率为 13.95%、随访复发率为 6.98%均显著低于对照组,以上临床统计数据比较差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 新型复合酸可提高维 A 酸乳膏的临床治疗效果,患者满意度更高,且不良反应发生率和复发率显著降低,联合治疗对毛周角化症患者的治疗有重要意义。

**关键词:** 新型复合酸; 维 A 酸乳膏; 毛周角化症; 临床效果

毛周角化症 (keratosis pilaris) 即又称毛发苔藓, 俗称鸡皮肤, 是一种常染色体显性遗传病[1]。该病发病机制不明, 目前认为其形成的主要是因为死亡的皮肤细胞残留的角蛋白堵塞毛囊后形成, 可伴有或不伴有炎症。毛周角化症常好发于上臂、大腿和臀部, 病症影响了 50%~80% 的青少年和 40% 的成年人, 主要影响皮肤美观, 且对心理也有一定的影响。随着近年光电仪器的广泛推广使用, 多使用二氧化碳点阵激光等射频激光仪器治疗毛周角化症, 但其一疗效不如人意, 其二体验感受不佳, 其三价格昂贵推广范围有限[2]。但临床上除光电设备外, 化学剥脱术和维 A 酸类药物亦对毛周角化症具有治疗效果, 以上方法单一使用具有局限性, 笔者为提高疗效予以采用联合治疗手段, 纳入我院毛周角化症患者 86 例随机分组, 对新型复合酸联合维 A 酸乳膏治疗治疗的临床效果和治疗安全性进行观察, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般性资料

本研究选取我院 2021 年 4 月至 2021 年 9 月期间来治疗的毛周角化症患者 86 例, 按照随机数字生成法分为联合使用新型复合酸和维 A 酸乳膏治疗的研究组 43 例和单独使用维 A 酸乳膏治疗的对照组 43 例。研究组年龄范围 18~38 岁, 平均年龄 ( $23.36 \pm 1.52$ ) 岁, 女性 32 例, 男性 11 例; 病程时间 2~15 年, 平均病程时间 ( $7.52 \pm 0.60$ ) 年, 位于上臂部位 26 例, 位于大腿部位 17 例; 对照组年龄范围 18~39 岁, 平均年龄 ( $24.12 \pm 1.03$ ) 岁, 女性 33 例, 男性 10 例; 病程时间 1~16 年, 平均病程时间 ( $7.32 \pm 0.51$ ) 年, 位于上臂部位 24 例, 位于大腿部位 19 例。两组患者在年龄、性别、病程时间、发病部位的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在上臂或大腿的毛周角化症者, 均需符合“中国临床皮肤病学 (第 2 版)”的毛周角化症诊断标准[1]; ②患者沟通良好, 且配合完成临床研究。

排除标准: ①对新型复合酸或维 A 酸乳膏成分敏感者; ②近半年内接受过口服或外用维 A 酸治疗者; ③近三个月接受过剥脱性激光治疗者或冷冻、放疗及手术治疗者; ④妊娠或哺乳期女性; ⑤具有日晒伤、光防护不足或不能配合疗程治疗者。

所有患者治疗前均了解本研究临床方案要求和治疗方法, 并签

署知情同意书。

### 1.3 治疗方法

单独使用维 A 酸乳膏 (商品名: 迪维, 国药准字 H50021817, 重庆华邦制药有限公司) 治疗的对照组每晚使用药物 1 次, 睡前轻涂于患处, 连续使用 28 天; 联合使用新型复合酸与维 A 酸乳膏治疗的研究组每周使用德菲林复合酸焕肤凝露 (II 型) (浓度 60%, 成分为乳酸、甘醇酸、苹果酸、水杨酸、乳酸菌发酵提取物) 治疗 1 次, 新型复合酸治疗方法为清洁治疗部位, 均匀涂抹新型复合酸于治疗部位, 使酸液均匀停留于治疗部位 10 分钟左右, 或当停留期间出现白霜/红斑, 或感受较剧烈者即刻停止, 治疗终点结束后用水清洗并擦干皮肤, 术后即刻并每天需外涂德菲林医用皮肤修复敷料, 在每次治疗 3 天后每晚外涂维 A 酸乳膏, 直到下次治疗前再停止使用, 以此往复, 4 次 (28 天) 治疗为一个疗程。

### 1.4 观察指标

1.4.1 临床效果: 由主治医师来判定皮损好转率情况, 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  $\times 100\%$ , 显效为皮损好转率  $\geq 70\%$ ; 显效为皮损好转率  $\geq 30\%$  且  $< 70\%$ ; 无效为皮损好转率  $< 30\%$  或损害增多。

1.4.2 临床满意度评价: 疗程结束 28 天后, 根据患者对治疗效果、皮肤状态、治疗感受情况来评价临床满意度, 评分指标为 0~6 分, 5~6 分为非常满意, 3~4 分为满意, 1~2 分为不太满意, 0 分为不满意, 满意率 = (非常满意 + 满意) / 总例数。

1.4.3 不良反应发生情况: 观察并记录毛周角化症患者在治疗过程中和治疗结束后的不良反应发生情况。

1.4.4 术后随访与复发率情况: 疗程结束 28 天后, 随访患者毛周角化症复发情况。

### 1.5 统计学方法

本研究的数据使用 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 两组患者的临床效果比较

结果表明, 毛周角化症患者的研究组治疗后较治疗前的皮损好转治疗结果显效率 (65.12%) 和总有效率 (95.35%) 均显著高于对照组 (25.58% 和 72.09%), 比较差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者的临床效果比较 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
研究组	43	28 (65.12%)	13 (30.23)	2 (4.65%)	41 (95.35%)
对照组	43	11 (25.58%)	20 (46.51%)	12 (27.91%)	31 (72.09%)
$\chi^2$ 值	-	13.559	2.409	8.532	8.532
P 值	-	0.000*	0.121	0.003*	0.003*

注: \*为两组毛周角化症患者临床效果比较  $P < 0.05$ , 具有统计学意义。

## 2.2 两组患者的满意度评价比较

结果表明,毛周角化症患者的研究组临床满意率(81.40%)显著高于对照组(34.88%),比较差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表2。

表2 两组患者的满意度评价比较 [n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	不太满意	不满意	满意率
研究组	43	21 (48.84%)	14 (32.56%)	5 (11.63%)	3 (6.98%)	35 (81.40%)
对照组	43	7 (16.28%)	8 (18.60%)	12 (27.91%)	16 (37.21%)	15 (34.88%)
$\chi^2$ 值	-	10.379	2.199	3.592	11.417	19.111
P值	-	0.001*	0.138	0.058	0.001*	0.000*

注: \*为两组毛周角化症患者临床满意度比较  $P < 0.05$ , 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,毛周角化症患者的研究组不良反应发生情况,如灼烧、红斑、脱屑,不良反应率(13.95%)显著低于对照组(34.88%),比较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	烧灼感	红斑	干燥/脱屑	不良反应率
研究组	43	3 (6.98%)	1 (2.33%)	2 (4.65%)	6 (13.95%)
对照组	43	1 (2.33%)	5 (11.63%)	9 (20.93%)	15 (34.88%)
$\chi^2$ 值	-	1.049	2.867	5.108	5.103
P值	-	0.306	0.090	0.024*	0.024*

注: \*为两组毛周角化症患者不良反应发生情况比较  $P < 0.05$ , 具有统计学意义。

## 2.4 两组患者随访与复发情况比较

结果表明,研究组患者治疗28天后随访复发3例,复发率6.98%;对照组患者治疗28天后随访复发16例,复发率37.21%,比较差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ) ( $\chi^2=11.417$ ,  $P=0.001$ )。

## 3 结论与讨论

毛周角化症(keratosis pilaris)是一种常染色体显性遗传病。该病发病机制与原因暂未明确,目前大多认为以表皮角化过度,毛囊口有细小角质栓或呈丘疹性损害。临床上主要表现为皮肤表面的小型突起,呈常色、淡红色或淡褐色状,可伴有或不伴有炎症[1]。临床中以皮肤干燥粗糙、皮肤屏障受损如皮炎湿疹、儿童青少年中皮肤屏障脆弱者为毛周角化症的主要发病人群,毛周角化症好发部位为92%上臂、59%大腿和30%臀部,病症影响了50%~80%的青少年和40%的成年人,主要影响皮肤美观,且对心理也有一定的影响[4]。毛周角化症临床治疗措施一般有日常皮肤保湿敷料护理、外用维A酸类药物、化学剥脱术治疗、激光治疗。单独外用维A酸类药物是临床一线推荐方法,维A酸类结构多有极性尾端、疏水头端和链接共轭键组成,此类药物具有免疫调节、抑制炎症、降低皮脂腺分泌等作用,广泛应用的同时副作用亦较常发生,如局部刺激、潮红、烧灼、干燥脱屑等发生,且患者耐受性较差、依从性不佳[5]~[6]。近年光电射频如二氧化碳点阵激光、皮肤磨削术广泛用于治疗毛周角化症,主要是利用选择性光热作用,吸收激光能量温度升高,导致毛囊热损伤,上皮细胞坏死,体积缩小,但疗效不如人意且易于出现色素沉着的并发症,患者普遍体验感不佳,临床价格昂贵推广有限[7]~[8]。

果酸是多从水果中提取的成分,为20%~70%的 $\alpha$ -羟基酸,因其多分子量小,渗透力强,故具有剥脱角质,纠正毛周角化,促进胶原再生,抑制酪氨酸酶活性,同时具有极佳的深层保湿补水作用[9]~[10]。德菲林新型复合酸采用4+1复合酸酵母配方体系(乳酸、甘醇酸、苹果酸、水杨酸、乳酸菌发酵提取物),以新型材料与核心成分制备采用三层微囊包裹技术制的微囊形式的60%浓度制剂,三层微囊包裹技术可延长作用时间,降低皮肤刺激性,促进大分子乳酸菌发酵提取物的渗透,复合酸配方可纠正毛周角化,立体保湿效果,改善皮肤干燥粗糙,对毛周角化的治疗具有加成作用,复配乳酸菌发酵提取物则可在皮肤表面形成湿性保护膜,强效补水,改善

微生态,新型复合酸酵母配方体系可实现肌肤由外而内的保湿润泽,兼具美白、淡斑、祛痘、改善细纹的综合性功效。

本研究结果表明,治疗后研究组毛周角化症患者皮损好转临床效果显著率为65.12%、总有效率为95.35%、临床满意率为81.40%均显著高于对照组;发生灼烧、红斑、脱屑的不良反应发生率为13.95%、随访复发率为6.98%均显著低于对照组,以上临床统计数据比较差异均具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

新型复合酸可提高维A酸乳膏的临床治疗效果,患者满意度更高,且不良反应发生率和复发率显著降低,联合治疗对毛周角化症患者的治疗有重要意义。

## 参考文献

- [1] 赵辨主编.中国临床皮肤病学(第2版)[M].南京:江苏科学技术出版社,2017.04.
- [2] Vasanop V,Pattarin A,Silada K,et al.Fractional carbon dioxide laser for keratosis pilaris:a single-blind, randomized, comparative study[J].Bio Med Res Int,2016, 2016(3):1-6.
- [3] 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.
- [4] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 3版. 南京:江苏科学技术出版社.
- [5] 王鸿飞.阿达帕林凝胶与维A酸乳膏治疗痤疮的疗效对比[J].中国实用医药,2021,16(28):153-155.
- [6] 刘菊花,李彦.阿达帕林凝胶联合异维A酸胶囊治疗寻常型痤疮的疗效及安全性观察[J].药品评价,2020,17(19):19-21.
- [7] 何秀娟,陈爱军.毛发苔藓的治疗[J].临床皮肤科杂志,2017,46(06):461-464.
- [8] Issey. 换肤新生首选点阵激光[J].医学美容,2019(Z3):56-59.
- [9] 汪倩,王英,鲜燕,文翔,李咏.羟基乙酸联合维A酸乳膏治疗毛周角化症临床观察[J].中国美容医学,2020,29(01):26-29.
- [10] 李晓欣,张姣姣,张思,田燕.高浓度羟基乙酸治疗毛周角化病的临床疗效[J].临床皮肤科杂志,2019,48(12):769-771.