

常见病 医方 医案 医论 系列丛书

瘰 疮 中医诊疗

本书或详于论述脏腑病机，或着眼论述处方用药，有对先贤理论的继承发挥，也有现代研究的成果运用

经验集

全书有论、有方、有案，内容丰富，理论和实践结合，切于实用，可谓瘰疮一本通，适合于基层医生和广大患者阅读参考。

◎ 丛书主编 高新彦 廖成荣 ◎ 本册主编 高新彦 廖成荣

白花蛇舌草

味苦、淡，性寒，有清热解毒、消痈散结之效。



梔子

味苦，性寒，入心、肺、三焦经，有清热利湿、凉血解毒之效。



黄芩

味苦，性寒，有清热燥湿、泻火解毒之功。



常见病 医方 医案 医论 系列丛书

瘰 疮 中医诊疗

本书或详于论述脏腑病机，或着眼论述处方用药，有对先贤理论的继承发挥，也有现代研究的成果运用

经验集

全书有论、有方、有案，内容丰富，理论和实践结合，切于实用，可谓瘰疮一本通，适合于基层医生和广大患者阅读参考。

丛书主编 高新彦 廖成荣

本册主编 高新彦 廖成荣

编委 马宽玉 程序 罗雁方 朱璋

李琼 李朝红 马艳春 苗琦

秦章辉 郝婷婷 白雪峰 史斐娟

陈维英 于佳莉 高新彦 廖成荣



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

《痤疮中医诊疗经验集》全书分基本知识、医方、医案、医论四部分。其中基本知识部分,是对痤疮流行病学、发病机制、临床表现、诊断治疗、护理预防的系统概述;医方部分,则集内治、外治、针灸、推拿按摩、食疗药膳等法于一体,是临床医家治疗痤疮的经验汇总;医案部分,是众医家辨证、立法、处方的临床记录,选取了四十位医家治疗痤疮的典型验案,虽不能统览全貌,但可窥一斑;医论部分,选取二十七位医家对痤疮的独特论述,或详于论述脏腑病机,或着眼论述处方用药,有对先贤理论的继承发挥,也有现代研究的成果运用。全书有论、有方、有案,内容丰富,理论和实践结合,切于实用,可谓痤疮一本通,适合于基层医生和广大患者阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

痤疮中医诊疗经验集/高新彦,廖成荣主编. —西安:
西安交通大学出版社,2018.5
(常见病医方·医案·医论系列丛书)
ISBN 978-7-5693-0625-5

I. ①痤… II. ①高…②廖… III. ①痤疮-中医学-
临床医学-经验-中国 IV. ①R275.987.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 104936 号

书 名	痤疮中医诊疗经验集
丛书主编	高新彦 廖成荣
本册主编	高新彦 廖成荣
责任编辑	秦金霞

出版发行	西安交通大学出版社 (西安市兴庆南路 10 号 邮政编码 710049)
网 址	http://www.xjtpress.com
电 话	(029)82668357 82667874(发行中心) (029)82668315(总编办)
传 真	(029)82668280
印 刷	陕西日报社

开 本	727mm×960mm 1/16	印张	13	字数	233 千字
版次印次	2018 年 8 月第 1 版	2018 年 8 月第 1 次印刷			
书 号	ISBN 978-7-5693-0625-5				
定 价	28.80 元				

读者购书、书店添货、如发现印装质量问题,请与本社发行中心联系、调换。

订购热线:(029)82665248 (029)82665249

投稿热线:(029)82665546

读者信箱:xjtpress@163.com

版权所有 侵权必究

前言

扁鹊曾曰：“人之所病病疾多，医之所病病道少。”就是说人们最苦恼的是所患疾病太多，而医生最苦恼的是治疗疾病的方法太少。可见，自古以来，人们都在不断探索和研究治疗疾病的效用之药。

随着工业化、全球化、人口老龄化进程的加快，人类社会和经济在迅速发展的同时，不利于人类健康和生存的社会因素也日益增多。一些古老传染病逐渐复苏，而新的传染病也开始出现并流行。据统计，近几十年来，全球新增传染病 40 多种，而老传染病如结核、疟疾等疾病发病率也呈上升趋势。人们在生活逐渐富裕以后，复杂的生物、社会及心理等综合因素引起的“现代文明病”亦随之而来。当前疾病谱已从感染性传染性疾病向非传染性疾病演变，不良生活方式引起的疾病越来越多，慢性病比例越来越大，意外伤害也有所增加，尤其是心脑血管病、癌症、糖尿病等已成为常见病、多发病，并成为威胁人类健康的主要杀手。

清代名医徐灵胎曾说：“一病必有一主方，一方必有一主药。”长久以来，对专病进行全面深入研究是医疗工作者面临的重要课题。特别是近几十年来，医学文献信息迅速增多，及时总结研究对专病防治具有重要意义。广大患者也迫切需要了解所患疾病的专门知识和防治方法。有鉴于此，我们组织编写了“常见病医方·医案·医论系列丛书”，本套丛书专病专书，突出中医，突出医方，突出实用。首批出版了《高血压病中医诊疗经验集》《高脂血症中医诊疗经验集》《冠心病中医诊疗经验集》《糖尿病中医诊疗经验集》《乳腺增生病中医诊疗经验集》《痛风病中医诊疗经验集》。本期（第二期）《失眠症中医诊疗经验集》《白癜风中医诊疗经验集》已出版，将出版《痤疮中医诊疗经验集》《不孕症中医诊疗经验集》《风湿性关节炎中医诊疗经验集》。

痤疮是毛囊皮脂腺的慢性炎症性疾病，好发于颜面、胸背等皮脂溢

出部位,临床上以粉刺、丘疹、脓疱或结节、囊肿为特征,易反复发作。痤疮在临床上常见多发病,主要与内分泌失调(尤其是雄激素)、毛囊皮脂腺导管异常角化、微生物感染以及免疫、炎症等因素有关,在青春期的人群中发病率更高。近年来随着人们物质和文化生活水平的提高,饮食结构的改善和社会心理压力的增加,其患病率已呈增高的趋势。

本书通过痤疮“基本知识”,力图使人们对痤疮有一个比较全面的认识。全书重点在于痤疮的“医方”,包括内治、外治、针灸、推拿按摩、食疗药膳、名医方、单验方等,突出实用性。列举若干名医“医案”与“医论”,目的在于对痤疮临床诊疗辨证论治思维方法的借鉴与应用。全书力求做到专病一本通,给医者以启示,给患者以指导。但疾病是复杂的,患者必须经过医生诊治,绝不可按图索骥,以免贻误病情。

本书编撰过程中,广泛查阅了有关文献资料,在此对原作者表示衷心的感谢。由于我们学术水平、编写时间以及收集资料所限,书中缺点和错误在所难免,敬请同道和读者不吝赐教。

高新彦

陕西中医药大学教授、硕士研究生导师

全国首届百名中医药科普专家

中华中医药学会名医分会常委

2017年12月3日

目 录

第一章 痤疮的基本知识

一、痤疮的流行病学概况	(001)
二、皮肤的基本解剖知识	(001)
三、痤疮的概念、病因及发病机制	(004)
四、痤疮的临床表现、分型及分级	(005)
五、痤疮的诊断	(007)
六、痤疮的西医治疗	(009)
七、痤疮的中医诊疗	(012)
八、痤疮的护理和预防	(019)
参考文献	(021)

第二章 医 方

内 治	(022)
一、辨证论治	(022)
二、名医方	(033)
三、单验方	(053)
四、中成药	(055)
外 治	(058)
一、倒膜法	(058)
二、面膜法	(060)
三、外涂法	(062)
四、中药熏洗法	(067)

五、中药外敷法	(069)
针 灸	(070)
一、针刺法	(070)
二、灸法	(071)
三、刺络拔罐法	(071)
四、耳穴法	(072)
五、火针疗法	(073)
六、梅花针疗法	(074)
推拿按摩	(075)
一、作用	(075)
二、推拿方法	(075)
三、注意事项	(076)
四、禁忌证	(076)
食疗药膳	(076)
一、痤疮患者常用的食物	(076)
二、痤疮患者宜常用药膳的配制	(083)
其他疗法	(096)
一、穴位埋线	(096)
二、穴位注射	(097)
三、蜂毒疗法	(097)
四、刮痧疗法	(098)
五、拔罐疗法	(098)
六、穴位贴敷	(098)
多法联用	(098)
一、中药内服联合外洗法	(098)
二、中药内服联合倒膜面膜法	(101)
三、中药内服联合外敷法	(101)
四、中药内服、外洗联合涂搽法	(103)
五、中药内服、外敷联合穴位按摩法	(103)

六、针刺拔罐法	(103)
七、针刺联合艾灸法	(104)
八、刺络放血联合针刺法	(104)
九、火针联合刺络拔罐法	(105)
十、围刺联合隔蒜灸法	(105)
十一、针刺联合火针法	(106)
十二、三棱针放血联合拔罐法	(106)
十三、针刺联合耳压法	(106)
十四、走罐联合耳穴贴压法	(107)
十五、针药罐联用法	(107)
十六、穴位埋线联合内服中药法	(108)
十七、穴位埋线联合中药外敷法	(108)
十八、耳尖放血联合倒膜法	(108)
十九、药针联合拔罐法	(109)
二十、面膜、耳穴联合涂搽法	(109)
二十一、自血穴位注射联合放血法	(110)
参考文献	(110)

第三章 医 案

一、黄祥武医案	(114)
二、黄煌医案	(114)
三、陈亮医案	(115)
四、朱其杰医案	(115)
五、郭立中医案	(116)
六、颜德馨医案	(116)
七、袁长津医案	(117)
八、李咏梅医案	(117)
九、崔德芝医案	(118)
十、高益民医案	(118)
十一、王晖医案	(119)

十二、喻文球医案	(119)
十三、马宽玉医案	(120)
十四、程益春医案	(121)
十五、倪诚医案	(121)
十六、冯志荣医案	(122)
十七、魏跃钢医案	(123)
十八、韩冰医案	(123)
十九、连建伟医案	(124)
二十、郭宝荣医案	(124)
二十一、赵泉霖医案	(125)
二十二、贺普仁医案	(125)
二十三、谷晓红医案	(125)
二十四、田淑霄医案	(126)
二十五、朱明芳医案	(126)
二十六、朱松毅医案	(127)
二十七、杜怀棠医案	(127)
二十八、崔云竹医案	(128)
二十九、徐珊医案	(129)
三十、李世增医案	(129)
三十一、张娟医案	(130)
三十二、唐红医案	(130)
三十三、钱秋海医案	(131)
三十四、张池金医案	(131)
三十五、黄秀深医案	(132)
三十六、魏品康医案	(132)
三十七、李超医案	(133)
三十八、徐经世医案	(134)
三十九、邬成霖医案	(134)
四十、梁萃茂医案	(135)
参考文献	(135)

第四章 医 论

一、艾儒棣医论	(138)
二、蔡英奇医论	(141)
三、曹毅医论	(142)
四、曾辅民医论	(143)
五、陈鳌石医论	(145)
六、陈汉章医论	(147)
七、陈宏医论	(149)
八、陈洪绪医论	(152)
九、陈力医论	(154)
十、程桂英医论	(156)
十一、储全根医论	(158)
十二、唐远山医论	(160)
十三、任朝霞医论	(162)
十四、翁丽丽医论	(163)
十五、范瑞强医论	(166)
十六、傅杰英医论	(168)
十七、高如宏医论	(171)
十八、高树中医论	(174)
十九、顾庆华医论	(176)
二十、何炳元医论	(179)
二十一、黄平医论	(181)
二十二、黄莺医论	(183)
二十三、贾敏医论	(185)
二十四、姜建国医论	(187)
二十五、李灿东医论	(189)
二十六、李超医论	(191)
二十七、李赛美医论	(193)
参考文献	(195)



第一章 痤疮的基本知识

一、痤疮的流行病学概况

痤疮俗称青春痘,是一种毛囊皮脂腺的慢性炎症性疾患,是皮肤科的常见病、多发病。根据国内学者的一项调查,12~15岁年龄段的人群有85%的患者在不同时期发病。美国也进行过一项不完全统计,在发生痤疮的1700万人中,约85%为12~24岁的青少年,8%为25~34岁的成人,3%为35~44岁的中年人。几乎所有年龄段均可患病,但以青春期多见,而在青春期中女孩痤疮的发病率可达90.6%,男孩则为100%。Kaminer提出,痤疮与痤疮样发疹在任何年龄段均可出现,不同年龄组流行的各种特殊类型的痤疮会有明显的重叠,根据世界所有地区的流行病学调查结果,痤疮的患病率在70%~87%之间,各国不同人种无统计学差异。

表 1-1 痤疮不同年龄临床特点一览表

年龄段	痤疮类型	发病部位	形态学特点	性别分布差异
新生儿	新生儿痤疮	鼻、面颊、前额	粉刺、小丘疹和脓头	男性多见
婴儿	婴儿痤疮	面部	粉刺和炎性丘疹	男性多见
学龄前	寻常型痤疮	面部中心	粉刺	无差异
青少年	寻常型痤疮	面部、躯干	混合	无差异
成人	寻常型痤疮	口周至颈	炎性丘疹	女性多见

二、皮肤的基本解剖知识

(一)皮肤的基本解剖

皮肤是人体面积最大的器官,它是由表皮、真皮和皮下组织组成。表皮与



真皮之间由基底膜带连接。

1. 表皮

表皮由外胚层分化而来,属复层鳞状上皮,主要由角质形成细胞和树枝状细胞两大类细胞组成。树枝状细胞包括黑素细胞、朗格汉斯细胞和梅克尔细胞。

2. 真皮

真皮由中胚层分化而来,属于不规则的致密结缔组织,由纤维、基质和细胞成分组成,以纤维成分为主。

3. 皮下组织

皮下组织位于真皮下方,其下与肌膜等组织相连,由疏松结缔组织及脂肪小叶组成,又称皮下脂肪层。脂肪的厚度随所在部位、性别及营养状况不同而有所差异。

4. 皮肤附属器

皮肤附属器由毛发与毛囊、皮脂腺、小汗腺、顶泌汗腺和甲组成。其中毛发是由角化的上皮细胞组成;毛囊位于真皮和皮下组织中,组织学可分为上、下两段。皮脂腺属泡状腺体,由腺泡和短的导管构成。小汗腺属单曲管状腺,分为分泌部和导管部。顶泌汗腺曾称为大汗腺,属大管状腺体,由分泌部和导管组成。甲由多层致密的角化细胞构成,指甲生长速度约为每3个月长1cm,趾甲生长速度约为每9个月长1cm。

5. 皮肤的血管、淋巴管、肌肉和神经

皮肤的血管具有营养皮肤组织和调节体温的作用,主要有皮下血管丛、真皮下血管丛和乳头下血管丛。皮肤淋巴管的盲端起始于真皮乳头层的毛细淋巴管;毛细淋巴管管壁很薄,由一层内皮细胞及稀疏的网状纤维构成。皮肤内最常见的肌肉是立毛肌,由纤细的平滑肌及纤维束所构成,其一端起自真皮乳头层,另一端插入毛囊中部的结缔组织鞘。皮肤的神经有感觉神经和运动神经,通过它们与中枢神经系统联系,可产生各种感觉,支配肌肉活动及完成各种神经反射,皮肤的神经支配呈节段性,但相邻节段间有部分重叠,皮肤的神经纤维分布在真皮和皮下组织中。

(二)皮肤的生理功能

1. 保护作用

皮肤既可防止体内水分、电解质和营养物质的丧失,又可阻止外界有害物



质入侵,从而达到保护机体内环境的稳定。

2. 感觉作用

皮肤的感觉作用可分为两类:一类是单一感觉,皮肤内的多种感觉神经末梢将不同的刺激转化成神经动作电位,沿相应的神经纤维传入中枢,产生不同性质的感觉,如痛觉、触觉、温觉;另一类是复合觉,即皮肤中不同类型感觉神经末梢共同感受的刺激传入中枢后,由大脑综合分析形成的感觉,如干、湿、糙、硬、软等。另外,还有形体觉、定位觉、两点辨别觉等。这些感觉经过大脑分析判断,有利于机体做出反应,参与各项生产活动。

3. 调节体温作用

皮肤对体温的调节作用,可分为两种:一是作为外周感受器,向体温调节中枢提供环境温度的信息;二是作为效应器,是物理性体温调节的重要方式,使机体温度保持恒定。

4. 分泌和排泄作用

皮肤的分泌和排泄作用是通过汗腺和皮脂腺完成的。皮脂腺分泌直接受内分泌系统的调控。

5. 吸收作用

皮肤具有吸收外界物质的能力,这种吸收功能在皮肤病外用药物治疗作用上和化妆品使用上有着重要的意义,皮肤的吸收作用主要是通过以下3条途径:①角质层细胞;②角质层细胞间隙和毛囊;③皮脂腺和汗管。如果角质层甚至全表皮丧失,物质可几乎完全通过真皮,吸收更完全。

6. 代谢作用

代谢作用包括糖代谢、蛋白质代谢、脂类代谢、水和电解质代谢、黑素代谢等。

7. 免疫作用

皮肤的免疫系统由两部分组成,即细胞成分和分子成分。细胞成分包括角质形成细胞、内皮细胞、肥大细胞、巨噬细胞、真皮成纤维细胞。皮肤免疫系统的分子包括细胞因子、免疫球蛋白、补体、神经肽。皮肤组织内含有的这些免疫相关细胞分泌多种细胞因子组成网络系统。因此,皮肤应被看作是免疫系统的一个部分,即皮肤免疫系统。

(三) 毛囊、皮脂腺解剖学

1. 毛囊

毛囊由表皮下陷而成,从皮脂腺开口部至毛囊漏斗部,共分为两部分,短的



部分约为漏斗部的 $\frac{1}{5}$,称为漏斗端部;而长的部分约占漏斗部的 $\frac{4}{5}$,称为漏斗下部。此部的角化作用与端部的不同之处是角质层不紧密,细胞间很少粘连,因此在正常情况下能很快将皮脂排出。

2. 皮脂腺

皮脂腺大多开口于毛囊漏斗下部,腺泡外层为一较小的幼稚细胞,其外层有基底膜和纤维组织包裹,基底细胞不断增殖、分化、成熟、膨胀,充满脂滴形成分泌细胞,最后腺体细胞解体与脂滴一同排出,称为全浆分泌腺。皮脂腺分为以下三型。

(1) I型皮脂腺:在睫毛、眉毛、须部的皮脂腺,又称为须部皮脂腺,此处腺体相对较小,毛比较长,突出于皮面。

(2) II型皮脂腺:与毳毛相连,称为毳毛相连皮脂腺,此腺体容积相对较大。

(3) III型皮脂腺:III型皮脂腺又称为毛囊皮脂腺,此腺体导管比较宽,几乎看不见毛发,腺体容积很大,有多个小叶和数个腺体导管。此腺体只分布在面部、躯干上部,肉眼可见毛孔。以额和颊部面积最大,背部面积也很大,较多的导管中充满皮脂与细胞碎片,是痤疮丙型杆菌最好的滋生地。此腺体是唯一可以形成痤疮皮损的腺体,一般在头和面部,每平方厘米有 400~900 个皮脂腺,而在痤疮患者中III型皮脂腺的数目最多。

三、痤疮的概念、病因及发病机制

(一) 概念

痤疮是一种毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,临床常见于青春期男女,好发于面、胸、背等皮脂腺丰富的部位。临床以粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿和瘢痕等多种损害为特征,易反复发作。其病因与雄性激素、皮脂腺分泌增加、毛囊皮脂腺腺管的过度角化、堵塞腺管内痤疮丙酸杆菌移行、炎性介质及炎症有关。

(二) 病因

1. 雄激素

青春期雄激素分泌增多,使皮脂分泌亢进。

2. 毛囊皮脂腺导管角化异常

毛囊皮脂腺导管角化异常导致皮脂排泄障碍、皮脂潴留,形成粉刺。

3. 微生物作用

丙酸杆菌大量繁殖导致炎症改变和毛囊上皮的破坏并最终破裂。



4. 炎性介质及炎症

粉刺中的物质通过毛囊壁“漏出”启动炎症,痤疮丙酸杆菌产生许多酶,包括3种蛋白酶,即酯酶、磷酸酶和透明质酸裂解酶。腺管角质形成细胞产生白细胞介素(包括IL-1 α 和IL-1 β)和肿瘤坏死因子(TNF)。炎症启动后接着发生毛囊壁毁坏,可产生丘疹、脓疱、结节和囊肿。

5. 遗传及其他

遗传、药物(糖皮质激素、避孕药、锂、异烟肼、环孢素和促同化激素类)、饮食、胃肠功能障碍、月经、机械性刺激、化妆品等可诱发本病。

(三)发病机制

发病机制包括皮脂腺导管角化过度、皮脂分泌增加和痤疮丙酸杆菌的定植及随之发生的炎症改变。该过程是通过角质形成细胞和T淋巴细胞产生的白细胞介素-1 α (IL-1 α)和肿瘤坏死因子 α (TNF- α)介导,致角质形成细胞过度增殖、凋亡减少,继而颗粒层增加。皮脂腺毛囊被致密堆积的角蛋白堵塞形成微粉刺。

四、痤疮的临床表现、分型及分级

(一)临床表现

痤疮的基本皮损为毛囊炎性丘疹,多数呈黑头粉刺,周围色红。用手指挤压,小米或米粒样白色脂栓排出;少数呈灰白色的小丘疹,大多色红,顶部发生小脓疱,破溃痊愈,遗留暂时的色素沉着或有轻度凹陷的瘢痕;有的形成结节、脓肿、囊肿及瘢痕等多种形态的损害,甚至破溃后形成多个窦道和瘢痕,严重者呈“橘皮脸”。临床常以一两种损害较为明显,油性皮脂溢出往往同时存在。

发病部位以颜面为多,亦可见于胸背上部及肩胛处,胸前、颈后、臀部等处亦可发生。自觉稍有瘙痒或疼痛,病程缠绵,往往此起彼伏,新疹不断继发,有的可迁延数年或十余年,一般到30岁左右可逐渐痊愈。但30~50岁,甚至50岁以上亦可见到。近年来,十一二岁的儿童亦可发生。女性患者多伴有月经前加重,或月经不调、痛经等。

(二)分型

(1)寻常型痤疮:多发生于颜面部,尤其是前额、双颊和颞部,也可见于前胸、肩胛间背部及肩部等皮脂腺丰富部位,偶尔也可发生于其他部位,呈对称分



布。但在颜面部中央尤其是鼻部及眼眶周围常无损害。

皮肤损害:①最早损害为微粉刺、黑头粉刺。②典型的为黑头粉刺,见于扩大的毛孔中。毛囊开口的脂栓氧化变成黑色,呈点状黑色,可挤出脂栓。③白头粉刺为针尖至针头大小圆锥形丘疹,呈皮色或灰白色,不易挤出脂栓。④炎性丘疹。⑤脓疱。⑥结节。⑦囊肿及蜂窝织炎等损害,愈合后遗留浅的凹坑状瘢痕,甚至形成凹陷性瘢痕疙瘩。⑧皮脂溢出,多数患者油性皮肤,即使痤疮消退,皮脂溢出仍可能存在。⑨自觉症状、炎症显著时可有疼痛和触痛,吃刺激性食物皮损加重,大多数患者在 25~30 岁或以后逐渐痊愈。

(2)丘疹型痤疮、脓疱型痤疮和结节型痤疮:也较常见。

(3)囊肿型痤疮:是聚合型痤疮的最轻型。

(4)萎缩型痤疮:腺体破坏形成凹状萎缩性瘢痕。

(5)月经前痤疮:月经前发病或加剧。

(6)聚合型痤疮:是指团块或环状损害,为严重的囊肿性痤疮,受累区域可出现相连的粉刺、丘疹、脓疱、连通的囊肿、脓肿和窦道,最终出现严重的凹陷性或萎缩瘢痕。多有家族史,与遗传有关。

(7)暴发型痤疮:多见于青春期的男孩(年龄 13~17 岁)。本病急性发病,皮损以胸背部为主,其次为面颈部,多为毛囊炎性丘疹、脓疱,炎症反应剧烈,结节囊肿性损害较少,局部疼痛明显,易糜烂、溃疡,愈合后有浅表瘢痕。同时也存在不适、疲劳、发热、全身关节疼痛、白细胞增多和血沉升高。

(8)成年女性痤疮:患者多为多毛、伴或不伴有月经不调的女性,痤疮皮损较持久。需要对患者分泌过多的肾上腺源性的和卵巢的雄激素,如总睾酮、游离睾酮和(或)硫酸脱氢表雄酮(DHEAS)进行检测(如多囊卵巢综合征患者)。

(9)新生儿痤疮:好发于新生儿或婴儿的鼻或颊部,与腺体发育相关,皮损呈暂时性。

(10)职业型痤疮:由于暴露于焦油物、切割油、氯化烃类所致,如氯痤疮。皮损呈大粉刺、炎性丘疹和囊肿,不仅限于痤疮的好发部位,也可出现于其他的体表位置。

(11)化妆品型痤疮:由形成粉刺的化妆品所致。

(三)分级

根据痤疮皮损性质及严重程度可将痤疮分为 4 级(寻常型痤疮国际改良分级法)。



(1)轻度(I级):以粉刺为主,少量丘疹和脓疱,总病灶少于30个。

(2)中度(Ⅱ级):有粉刺,中等数量的丘疹和脓疱,总病灶数为31~50个。

(3)中度(Ⅲ级):大量丘疹和脓疱,偶见大的炎性皮损,分布广泛,总病灶数为51~100个,结节少于3个。

(4)重度(Ⅳ级):结节性、囊肿性或聚合性痤疮,伴疼痛并形成囊肿,病灶数多于100个,结节或囊肿多于3个。

五、痤疮的诊断

(一)诊断要点

患者多为青年男女,好发于皮脂腺丰富的颜面部及躯干上部,附有粉刺、毛囊炎性丘疹、脓疱及结节等多型损害,不难诊断。

(1)发病年龄:青春期始发,也有青中年持续或迟发者,好发于15~30岁的青年男女。

(2)发病部位:多发于皮脂腺分布较多的部位,如头面、颈部、前胸与后背部,多为对称分布。

(3)皮损特点:皮损具有多样性,常见黑白头粉刺、丘疹、脓疱、囊肿和结节等,少见有窦道、瘰管、瘢痕疙瘩等,常伴皮脂溢出。

(4)自觉症状:一般无自觉症状或仅有轻微痒感,继发感染时可有疼痛。

(5)病程:慢性病程,易反复发作,可持续数年或十余年。

(二)鉴别诊断

(1)酒糟鼻:好发于中年人,损害多见于鼻部及面部中央,患部潮红充血,常伴有毛细血管扩张,无黑头粉刺。

(2)毛囊炎:是由不洁感染引起的,好发于成人的多毛部位,如头部、颈部、四肢。皮损为沿着毛囊发生的炎性丘疹、结节和脓疱。此起彼伏,呈慢性经过,愈后可有浅表凹陷性瘢痕。

(3)脂溢性皮炎:好发于面部、前胸、后背及腹股沟处。皮损为红斑、脂溢性鳞屑,有少许丘疹、水疱或结痂。皮肤稍有潮红,皮脂溢出甚多,自觉有瘙痒,偶有渗出。

(4)黑头粉刺痣:属于遗传性疾病,主要见于青少年。皮损好发于躯干或颈项部等处。为簇性“橘皮样”毛囊口扩大,其间被密集的黑头粉刺样物所充