



痤疮的发病机制与治疗

痤疮的分级



Tai Ji Sun
泰 济 生

根据痤疮皮损性质及严重程度可将痤疮分为三度、四级：

轻度（I级）		粉刺为主要皮损，可有少量丘疹和脓疱。总病灶数少于30个
中度	II级	有粉刺，并有中等数量的丘疹和脓疱，总病灶数在31—50个之间
	III级	大量丘疹和脓疱，偶见大的炎性皮损，分布广泛。总病灶数在51—100个之间，结节少于3个
重度（IV级）		结节 / 囊肿性或聚合性痤疮，多数有疼痛并形成囊肿，病灶数在100个以上。结节 / 囊肿在3个以上

不同类型痤疮的治疗选择

- I级痤疮：较轻。以粉刺为主，皮损数目少，故治疗主要为祛除粉刺。主要选择抗角化和去脂药物：局部抗角化药物可用维甲酸类药物，全反式维甲酸霜、达芙文凝胶、阿达帕林、他扎罗汀等。去脂可嘱患者多洗脸，保持皮肤清洁，或用5%硫磺洗剂。





Ji Sun
齐生

- II级痤疮：粉刺和炎症性皮损数目较多，应以抗角化、去脂和抗感染。以外用维甲酸和抗菌素为主，如达芙文凝胶+1%红霉素溶液或过氧化苯甲酰。





Tai Ji Sun
齐生

- Ⅲ级痤疮：主要为炎性损害，抗感染为主，抗粉刺为辅：
口服抗菌素+外用维甲酸。
有效的口服抗菌素有：
四环素类：四环素、强力霉素、多西环素、美满霉素
大环内酯类：红霉素、罗红霉素等
磺胺类：磺胺甲基异恶唑等
头孢菌素类、喹诺酮类、氨基糖苷类、氯霉素等一般不选用。





Tai Ji Sun
生

- IV级痤疮：主要损害为结节 / 囊肿，由于病变炎症较重，外用药物往往难以奏效，因此应以内用药为主并采取联合用药。
异维甲酸 + 抗菌素
雌激素（皮质类固醇激素） + 抗菌素





Tai Ji Sun
,泰 济 生

- 巩固治疗：各级痤疮经恰当的治疗病情控制好转后，都应给予巩固治疗。因为形成痤疮的因素大多还存在，一时难以祛除，所以巩固治疗对于防止病情反复有重要作用。

巩固治疗原则：去脂+抗角化

外用维甲酸类药物

勤洗脸、洗澡，保持皮肤清洁

避免刺激性饮食

保持充足的睡眠及愉快的心情

痤疮治疗的新进展



(一)、维甲酸类

1、口服13—顺维甲酸：

应用指证：严重的一般疗法无效的；结节、囊肿型痤疮

用法：0.5mg/kg/d，每4周用药1周，×6个月

有效率：88%

副作用：皮炎、鼻出血、血脂升高。

新发现的副作用：精神错乱、抑郁、自杀倾向

2、外用维甲酸：1%阿达帕林、0.1%他扎罗丁

新剂型：

- (1)、0.1%全反式维甲酸凝胶微球，是为减少维甲酸的刺激性而设计的一种缓释剂。
- (2)、全反式维甲酸溶于多元醇前聚物—2 (pp-2) 的液态多聚化合物中，可制成霜及凝胶，刺激性小。

(二)、抗生素:

1、米诺环素：是治疗痤疮最有效的抗生素之一，易穿透皮脂腺的亲脂性药物。50~200mg/d

副作用：易穿透血脑屏障，有潜在的危险：假性脑瘤综合征、色素沉着、自身免疫性肝炎、血清病样反应、药物性狼疮。

最常见的副作用：头痛、短暂的视力障碍、眩晕、耳鸣、呕吐

但在医生高度警惕下应用，可安全有效地治疗痤疮。

2、阿奇霉素：是红霉素的9—甲基衍生物，半衰期长达68h，可有效的抑制细胞内病原菌，对痤疮丙酸杆菌有效，已成功的应用于痤疮。

250mg/d×3/w，4wk后疗效优于四环素、红霉素、多西环素、米诺环素

(三)、激素：
常用的是口服小剂量的避孕药
，疗效优于安慰剂。
常见的副作用：头疼、恶心、
出血、体重↑少见的有：高血压
、血栓性静脉炎

（四）、光疗：

蓝—红光照射：通过光动力学破坏痤疮丙酸杆菌及减轻炎症反应，且可避免UV的潜在放射性损害。

机理：痤疮丙酸杆菌可产生内源性卟啉（粪卟林Ⅲ），可吸收415nm波长的可见光，从而在兰色可见光照射后产生光动力学反应，但兰色光透皮深度浅，红色光透皮深度较深，，但对光活化卟林效果差，，故混合应用蓝—红（660nm）光，比单纯应用蓝光副作应小。

(五)、其它
皮脂腺5 α -还原酶抑制剂
、细胞因子阻止剂等有望
应用于痤疮的治疗。