

痤疮患者生活质量评估与综合治疗效果分析

乔福萌

天津市武清区人民医院 天津 301700

摘要：目的：探讨痤疮患者生活质量受损情况，并比较综合治疗与单一治疗对患者生活质量及临床症状的改善效果。方法：选取2022年3月至2024年9月在我院皮肤科就诊的中重度痤疮患者120例，采用随机数字表法分为观察组和对照组各60例。对照组采用常规外用药物治疗，观察组在对照组基础上联合口服药物及心理干预。治疗前及治疗8周后采用痤疮生活质量量表(Acne-QoL)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评估患者生活质量，记录临床疗效及不良反应。结果：治疗后两组患者各项生活质量评分均较治疗前改善，观察组改善幅度更为显著。观察组总有效率明显高于对照组，不良反应发生率较低($P < 0.05$)。综合治疗在改善患者心理状态、社交功能等方面具有明显优势。结论：痤疮严重影响患者生活质量，综合治疗方案能够显著改善患者临床症状和生活质量，值得临床应用。

关键词：痤疮；生活质量；综合治疗；心理干预

痤疮是一种常见的慢性炎症性皮肤病，主要累及面部、胸部和背部的毛囊皮脂腺单位。该疾病多发于青春期，但也可延续至成年期，具有发病率高、病程长、易复发等特点^[1]。随着社会对容貌重视程度的不断提高，痤疮不仅造成皮肤损害，更对患者的心理健康、社交活动和学习工作产生深远影响。现代医学研究表明^[2]，痤疮患者普遍存在焦虑、抑郁等心理问题，严重者甚至出现社交恐惧、自卑等心理障碍。传统的单一治疗模式往往只关注皮肤症状的改善，忽视了患者心理和社会功能的恢复，治疗效果有限。因此，如何全面评估痤疮对患者生活质量的影响，并制定个体化的综合治疗方案，成为当前临床研究的重要课题。本研究通过前瞻性对照研究，系统评估综合治疗对痤疮患者生活质量的改善效果，旨在为临床实践提供科学依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2022年3月至2024年9月在我院皮肤科门诊就诊的中重度痤疮患者120例。采用随机数字表法分为观察组和对照组各60例。观察组男32例，女28例，年龄16-34岁，平均(22.8±4.2)岁；对照组男30例，女30例，年龄17-35岁，平均(23.2±4.5)岁。两组一般资料比较($P > 0.05$)，具有可比性。纳入标准：符合寻常性痤疮诊断标准；年龄16-35岁；痤疮严重程度为中度(Ⅲ级)或重度(Ⅳ级)；病程≥6个月；签署知情同意书。排除标准：合并其他严重皮肤疾病；近3个月内使用过系统性抗痤疮药物；有严重心、肝、肾功能不全；妊娠或哺乳期妇女；

精神疾病患者；对研究药物过敏。

1.2 治疗方法

对照组：采用常规外用药物治疗。具体方案为：

①0.1%阿达帕林凝胶，每晚睡前薄涂患处，连续使用8周；②2.5%过氧化苯甲酰凝胶，晨起清洁面部后薄涂患处，连续使用8周；③根据皮损情况配合使用抗生素软膏。

观察组：在对照组治疗基础上联合综合干预措施。

①口服药物：多西环素100mg，每日1次，餐后服用，连续4周后减量至50mg，再服用4周；②心理干预：由专业心理咨询师进行每周1次的心理疏导，每次30-45分钟，共8周；③健康教育：向患者详细讲解痤疮的发病机制、治疗原理、注意事项等，提高治疗依从性；④生活方式指导：建议规律作息、清淡饮食、适度运动等。

1.3 观察指标

(1) 临床疗效评价。采用痤疮皮损计数法评估临床疗效。记录治疗前及治疗8周后炎性皮损(丘疹、脓疱)和非炎性皮损(粉刺)的数量。疗效评定标准：痊愈：皮损消退≥90%；显效：皮损消退70%-89%；好转：皮损消退30%-69%；无效：皮损消退<30%。(2) 生活质量评估。采用痤疮生活质量量表(Acne-QoL)评估患者生活质量。该量表包含4个维度：情绪、社交、症状、日常生活，共21个条目，采用5级评分法，总分21-105分，分数越高表示生活质量越好。(3) 心理状态评估。采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评估患者心理状态。SAS标准分≥50分为焦虑，SDS标准分≥53分为抑

郁。(4)安全性评价。记录治疗期间出现的不良反应，包括胃肠道反应、皮肤刺激反应、过敏反应等。

1.4 统计学方法

通过SPSS26.0处理数据，计数（由百分率（%）进行表示）、计量（与正态分布相符，由均数±标准差表示）

资料分别行 χ^2 、 t 检验； $P < 0.05$ ，则差异显著。

2 结果

2.1 临床疗效比较

观察组总有效率显著高于对照组($P < 0.05$)。见表1。

表1 临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
观察组	60	18	24	15	3	95.0%
对照组	60	12	19	18	11	81.7%
χ^2 值						5.194
P 值						0.023

2.2 生活质量评分比较

改善幅度更大($P < 0.05$)。见表2。

治疗后两组各项评分均较治疗前显著改善，观察组

表2 治疗前后Acne-QoL评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	情绪维度	社交维度	症状维度	日常生活	总分
观察组($n = 60$)	治疗前	12.3±2.8	11.7±3.1	10.8±2.6	11.2±2.9	46.0±8.7
	治疗后	18.7±3.2*#	19.2±2.8*#	17.8±3.1*#	18.3±3.0*#	74.0±9.2*#
对照组($n = 60$)	治疗前	12.1±2.9	11.5±3.2	10.6±2.7	11.0±3.0	45.2±9.1
	治疗后	15.8±2.9*	16.3±3.1*	15.2±2.8*	15.7±2.9*	62.9±8.8*
t 值		0.362	0.331	0.389	0.354	0.467
P 值		0.718	0.741	0.698	0.724	0.641
治疗后 t 值		5.237	5.189	4.892	5.034	6.782
治疗后 P 值		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

注：与同组治疗前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，# $P < 0.05$

2.3 心理状态评分比较

治疗后两组评分均较治疗前显著降低，观察组改善更为明显($P < 0.05$)。见表3。

表3 治疗前后心理状态评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	SAS评分	SDS评分
观察组($n = 60$)	治疗前	58.3±8.7	61.2±9.2
	治疗后	42.8±6.9*#	45.7±7.3*#
对照组($n = 60$)	治疗前	57.9±8.9	60.8±9.4
	治疗后	48.6±7.4*	51.3±8.1*
t 值		0.243	0.231
P 值		0.808	0.817
治疗后 t 值		4.326	4.187
治疗后 P 值		0.000	0.000

注：与同组治疗前比较，* $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，# $P < 0.05$

2.4 不良反应比较

两组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表4。

表4 不良反应发生情况比较[n(%)]

组别	例数	胃肠道反应	皮肤刺激反应	过敏反应	总发生率
观察组	60	3(5.0)	2(3.3)	0(0.0)	5(8.3)
对照组	60	0(0.0)	5(8.3)	1(1.7)	6(10.0)
χ^2 值					0.169
P 值					0.681

3 讨论

痤疮作为一种常见的慢性皮肤病，其发病机制复杂，涉及皮脂腺过度分泌、毛囊角化异常、痤疮丙酸杆菌增殖以及炎症反应等多个环节。该疾病不仅造成皮肤损害，更重要的是对患者心理和社会功能产生深远影响。现代心理学研究表明^[3]，面部痤疮由于其暴露性特点，容易引起他人注意，导致患者产生羞耻感和自卑心理。特别是在青春期这一心理发展的关键时期，痤疮患者更容易出现社交回避、学习效率下降等问题。

传统的痤疮治疗多采用单一的外用药物或口服药物，虽然能在一定程度上改善皮损，但往往忽视了患者

心理和社会功能的恢复^[4]。本研究采用综合治疗模式,在常规外用药物基础上联合口服抗生素、心理干预和健康教育,取得了显著效果。从临床疗效来看,观察组总有效率达到95.0%,明显高于对照组的81.7%。这一结果提示综合治疗能够更全面地针对痤疮的多个发病环节,提高治疗效果。口服多西环素通过抑制痤疮丙酸杆菌、减少炎症介质释放等机制发挥作用,与外用药物产生协同效应,从而提高整体疗效^[5]。生活质量的改善是衡量治疗效果的重要指标。本研究通过Acne-QoL量表从四个维度全面评估患者生活质量变化。结果显示,治疗后两组各项评分均显著改善,但观察组改善幅度更大,差异具有统计学意义($P < 0.001$)。在情绪维度方面,观察组治疗后评分达到18.7±3.2分,较对照组的15.8±2.9分提高显著。这表明综合治疗中的心理干预措施有效缓解了患者的焦虑、抑郁情绪,提高了情绪调节能力。心理疏导帮助患者正确认识疾病,建立治疗信心,从而改善了情绪状态^[6]。社交维度的改善同样显著,观察组评分提高至19.2±2.8分,明显优于对照组的16.3±3.1分。心理干预通过增强患者社交信心、改善人际交往能力,有效缓解了患者的社交回避行为。同时,临床症状的快速改善也为患者积极参与社交活动提供了基础。症状维度和日常生活维度的改善也呈现出相似的趋势,观察组在疼痛、瘙痒等主观症状感受以及日常护理、睡眠质量等方面的改善均优于对照组。这说明综合治疗不仅关注皮损的客观改善,更注重患者主观感受的缓解。

焦虑和抑郁是痤疮患者常见的心理问题。本研究采用SAS和SDS量表评估患者心理状态变化。治疗前两组患者SAS评分均超过50分,SDS评分均超过53分,符合焦虑和抑郁的诊断标准。治疗后,观察组SAS评分降至42.8±6.9分,SDS评分降至45.7±7.3分,均恢复至正常范围;而对照组SAS评分为48.6±7.4分,SDS评分为51.3±8.1分,仍处于轻度异常水平。组间比较差异具有统计学意义。心理状态的改善主要归因于以下几个方面:首先,心理干预帮助患者建立正确的疾病认知,减少对疾病的恐惧和焦虑;其次,专业心理咨询师的指导提高了患者的应对能力和自我调节能力;再次,临床症状的快速改善增强了患者的治疗信心;最后,健康教育使患者掌握了科学的护肤知识,减少了因不当护理导致的症状反复^[7]。安全性是评价治疗方案的重要指标。本研究中,观察组不良反应发生率为8.3%,对照组为10.0%,两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$),说明综合治疗具有良好的安全性。观察组出现的不良反应主要为轻微的胃肠道反应

和皮肤刺激反应,均能耐受,无需停药。良好的治疗依从性是取得理想疗效的重要保障。综合治疗中的健康教育和心理干预有效提高了患者的治疗依从性。通过详细解释治疗原理和注意事项,患者对治疗方案的理解和接受度显著提高,从而保证了治疗的连续性和规范性。

本研究结果表明,综合治疗在改善痤疮患者临床症状和生活质量方面具有显著优势。这一治疗模式体现了现代医学"生物-心理-社会"医学模式的要求,不仅关注疾病的生物学治疗,更注重患者心理和社会功能的全面恢复。在临床实践中,建议对中重度痤疮患者采用综合治疗方案。具体实施时,应根据患者具体情况个体化调整治疗方案,如年龄、性别、病情严重程度、心理状态等因素。同时,应加强医患沟通,充分告知患者治疗方案和预期效果,提高治疗依从性。

结束语

综上所述,痤疮严重影响患者的生活质量,传统的单一治疗模式效果有限。综合治疗通过整合药物治疗、心理干预和健康教育等多种手段,能够显著改善患者的临床症状和生活质量。该治疗模式具有疗效确切、安全性好、患者依从性高等优点,值得在临床实践中推广应用。未来应进一步优化综合治疗方案,为痤疮患者提供更加全面、个体化的医疗服务。

参考文献

- [1]刘秋月,陶伊丽,杨宇恒.封包疗法对滑膜炎-痤疮-脓疱病-骨肥厚-骨髓炎综合征皮肤病变的治疗效果[J].实用临床医药杂志,2025,29(9):86-90,96.
- [2]周嘉晖,陶茂灿.中医治疗多囊卵巢综合征痤疮的临床研究进展[J].基层中医药,2025,4(4):13-18.
- [3]李庆娟,门波,夏如意,等.基于数据挖掘探讨门波教授治疗多囊卵巢综合征合并痤疮的用药规律分析[J].河南医学高等专科学校学报,2025,37(3):254-258.
- [4]钟芹锋,周艳,袁冰峰,等.火针联合耳穴综合治疗面部寻常痤疮的临床疗效及对皮肤屏障功能的影响[J].中国美容医学,2023,32(12):78-82.
- [5]王悦,郭书萍.司库奇尤单抗治疗滑膜炎-痤疮-脓疱病-骨肥厚-骨髓炎综合征1例并文献复习[J].安徽医药,2024,28(11):2306-2310,后插10.
- [6]桑靖雅,郑祖峰.郑祖峰教授治疗多囊卵巢综合征痤疮经验[J].中国中医药现代远程教育,2024,22(14):75-78.
- [7]张霞.点阵CO2激光综合模式治疗面部痤疮凹陷性瘢痕的效果[J].山西卫生健康职业学院学报,2024,34(4):19-21.