



本期內容：1. 藥品引起嚴重皮膚不良反應 SCAR 江羽柔 藥師
2. 痤瘡之中醫論述與治療方針 李昌紘/涂慶業 藥師

藥品引起嚴重皮膚不良反應 SCAR (Severe Cutaneous Adverse Reactions)

～ 江羽柔 藥師 ～

前 言

藥品造成的嚴重皮膚不良反應 SCAR (Severe cutaneous adverse reaction)，屬於不可預期的反應，一旦發生需付出額外的醫療花費、甚至導致死亡。嚴重皮膚不良反應主要包含有史帝芬強生症候群 SJS (Stevens-Johnson syndrome)、毒性表皮壞死溶解症 TEN (toxic epidermal necrolysis)、藥物反應合併嗜伊紅血症及全身症候群 DRESS (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms syndrome)、急性廣泛性發疹性膿皰症 AGEP (acute generalised exanthematous pustulosis)；這些嚴重型皮膚不良反應表現大部分為使用藥品導致，少數可能是疾病或其他原因，本篇內容將著重於探討藥品與 SCAR 之關係。

流行病學

根據全球皮膚不良反應報告資料統計，SJS、TEN、SJS/TEN 交疊(overlap) 症候的發生率為每百萬人 有 2-7 件/年¹。DRESS 的發生率為每十萬人 有 0.9-2 件/年²。AGEP 的發生率為每百萬人 有 1-5 件/年³。其死亡率分別約為 TEN: 40%、SJS: 10%、DRESS: 10%、AGEP: < 1%⁴。

臨床表徵與診斷

藥品使用後到發生嚴重皮膚不良反應發生日 (index day) 之相隔時間不盡相同，若是 SJS、TEN、SJS/TEN 交疊症候約為 4-28 天；DRESS 約 2-6 週；AGEP 約 1-11 天。有關 SJS、TEN、SJS/TEN 交疊症候、DRESS、AGEP 個別呈現的皮膚不良反應差異性整理如表一¹⁻⁴。此三種類型的嚴重皮膚不良反應一般症狀通常都會有發燒情況。SJS、TEN、SJS/TEN 交疊症候是屬同類型皮膚不良反應，其間差別在於體表面積範圍的不同；侵犯之體表面積分別為：SJS < 10%；TEN ≥ 30%；SJS/TEN 交疊症候有 10% - 30%。此類較特別的皮膚表徵為 Nikolsky's sign (註：用手指在皮膚脫落鄰近表面完好的皮膚橫向施壓時，會產生皮膚脫落面積展延；對水泡施加壓力時，水泡會向側邊擴散)。除此之外，還會侵犯到黏膜部位導致破損，常見如眼睛、口腔、泌尿生殖道黏膜等，嚴重者可能導致肺、肝、腎等的器官衰竭。

針對評估這些嚴重皮膚不良反應可以使用的方法有 SCORTEN (score of toxic epidermal necrolysis) 評分表，評估總分為 7 分，當侵犯之體表面積 ≥ 30% 或分數 ≥ 2 分者屬於較嚴重等級，應該轉至加護病房或燒傷中心照護。其評分細項內容參見表二⁵，在預測

表一：嚴重皮膚不良反應症候群個別表現差異

分類	SJS/TEN	DRESS	AGEP
發生日 (Index day)	4 – 28 天	14 – 42 天	1 – 11 天
常見症狀	發燒、類流感症狀、呼吸道症狀	發燒、類流感症狀	發燒
皮膚症狀	水泡、大片皮膚剝離、紫斑、Nikolsky's sign、多處粘膜破損 (眼睛、口腔、生殖泌尿道等)。侵犯體表面積: SJS <10%、TEN ≥30%、SJS/TEN 交疊症候 10%-30%	斑丘疹、皮膚發紅、臉部或四肢水腫、紫斑、膿皰	紅斑、水腫、廣泛的非濾泡性無菌膿皰、脫屑
圖示			
生化數值	淋巴球減少、短暫性中性球減少、輕度細胞溶解、肝腎功能不全	嗜酸性球增多、非典型淋巴球、肝腎功能受損	白血球增多症、嗜中性球增多，輕度嗜酸性球增多
侵犯器官	耳朵、鼻子、喉嚨、肺、腸道、肝、腎	肝、腎、肺、肌肉、心臟、胰腺、髓質、兩個或多個部位的淋巴結	較少影響到器官
急性期死亡率	10 – 40 %	1 – 10 %	≤ 1 %
常見誘發藥品	<ol style="list-style-type: none"> 降尿酸藥: allopurinol 抗癲癇用藥: lamotrigine、carbamazepine、oxcarbazepine、phenytoin、levetiracetam 磺胺類 (sulfonamides) 抗生素/抗病毒: amoxicillin、ampicillin、ciprofloxacin、doxycycline、levofloxacin、rifampin、terbinafine / nevirapine nsaids: piroxicam, tenoxicam, etoricoxib, diclofenac 氫離子幫浦抑制劑: pantoprazole、omeprazole 	<ol style="list-style-type: none"> 降尿酸藥: allopurinol 抗癲癇用藥: lamotrigine、carbamazepine、phenytoin、oxcarbazepine 磺胺類 (sulfonamides) 抗生素/抗病毒: vancomycin、minocycline、beta-lactam / telaprevir、nevirapine 抗精神病用藥: olanzapine 	<ol style="list-style-type: none"> 抗感染劑 抗瘧疾藥 心血管用藥: diltiazem 免疫調節藥: hydroxyl – chloroquine

嚴重度及死亡率相關性，呈如圖一⁵。常見引起症狀之藥品包含降尿酸藥(allopurinol)、抗癲癇藥 (lamotrigine、carbamazepine、oxcarbazepine、phenytoin)、磺胺類、抗生素、抗病毒、NSAIDs、氫離子幫浦抑制劑等，可

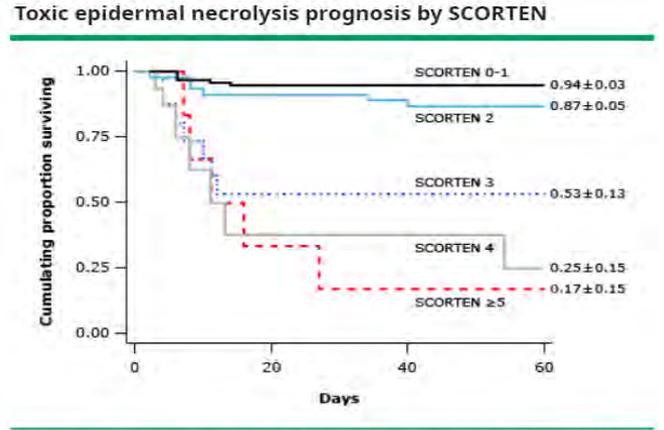
運算 SCORTEN 分數評估嚴重程度。倘若同時懷疑有多種藥品可能導致 SJS 或 TEN 皮膚反應狀況，則可使用 ALDEN (algorithm of drug causality for epidermal necrolysis) 評分表，評估事項詳見於表三⁶；在評分項目中所詢問的

表二：SCORTEN 評分表

獨立預後因子		分數
年齡	≥ 40 歲	1
惡性腫瘤*	Yes	1
體表面積侵犯程度	≥ 10%	1
心跳過快	≥ 120/min	1
血清尿素氮(BUN)	> 10 mmol/L = 28 mg/dL	1
血糖	>14 mmol/L = 252 mg/dL	1
血中碳酸氫鹽	< 20 mmol/L	1

*惡性腫瘤：不斷發展的癌症和血液惡性腫瘤

圖一：SCORTEN 分數與死亡率相關性



Kaplan-Meier analysis of survival of patients with TEN based upon SCORTEN score, calculated within 24 hours of hospital admission.

藥物過往惡名度 (notoriety) 部分，可以參考“The RegiSCAR Project”網站提供之“Drug Notoriety for ALDEN”⁷。若可疑藥物不只一個，進行評分方式以個別藥品先評分前五個項

目後，只要其中一個藥品之總分大於 3 分，則所有其他可疑藥物的分數皆要扣除 1 分才是最後的總分，當然分數越高者相關性就越高。

另外，藥物反應合併嗜伊紅血症及全身症

表三：ALDEN 評分表

評分項目	分數	評估原則
發生日 Index day (天)	Suggestive: +3	5 - 28
	Compatible: +2	29 - 56
	Likely: +1	1 - 4
	Unlikely: -1	> 56
	Excluded: -3	不良反應發生當日或之後才開始使用藥物
	過去曾經使用相同藥物且再發生過敏反應	
在不良反應發生日時藥物是否仍存在體內	Suggestive: +3	1 - 4
	Likely: +1	5 - 56
	Definite: 0	不良反應發生日時藥物仍持續使用，或是藥物停用時間點和不良反應發生日之相隔時間 < 藥物半衰期的五倍。
再度使用相同藥物 (rechallenge)/過去曾經使用同一成分或類似藥物的反應情況 (prechallenge)	Doubtful: -1	有肝、腎功能異常或懷疑有藥物交互作用存在，且藥物停用時間點和不良反應發生日之相隔時間 > 藥物半衰期的五倍。
	Excluded: -3	沒有肝、腎功能異常或懷疑有藥物交互作用存在，且藥物停用時間點和不良反應發生日之相隔時間 > 藥物半衰期的五倍。
	Positive specific for disease and drug: 4	再度使用相同藥物且引起 SJS/TEN
	Positive specific for disease or drug: 2	再度使用類似藥物引起 SJS/TEN，或是再度使用相同藥物引起其他非 SJS/TEN 的過敏反應。
	Positive unspecific: 1	再度使用類似藥物引起其他非 SJS/TEN 的過敏反應
SJS/TEN 進展過程中，是否仍持續使用該藥物 (dechallenge)	Not done/unknown: 0	沒有或不清楚過去是否使用相同藥物
	Negative: -2	使用相同藥品沒有任何不良反應
該藥物在過往的惡名度 (notoriety)	Neutral: 0	已停藥或不清楚
	Negative: -2	仍持續使用該藥物且未造成症狀惡化
	Strongly associated: 3	先前的 case-control studies 中證實為高風險
	Associated: 2	先前的 case-control studies 中風險已確定但屬於低風險藥物
	Suspected: 1	屬監視中藥物，有個案報告但流行病學尚未明確。
考量其他原因	Unknown: 0	未知
	Not suspected: -1	從之前的流行病學結果顯示無關聯性
	Possible: -1	若可疑藥物不只一個，只要其中一個藥物前五項之總分 > 3 分，則所有其他可疑藥物的分數皆要扣 1 分後才是最後的總分。

< 0：極不可能；0-1：不可能；2-3：可能；4-5：極有可能；≥ 6：非常極有可能

候群 DRESS 產生的皮膚表徵除了全身發紅、紅疹，還可能造成臉部及四肢水腫，兩處或以上淋巴結腫大。生化數據可見嗜酸性球會上升、非典型淋巴球表現、肝臟 GOT/GPT 上升、腎功能變差，可能導致心、肺、肝、腎等器官衰竭。RegiSCAR (European registry of severe cutaneous adverse reaction) 提供診斷評分表可審視其是否屬於 DRESS，內容可參見表四⁸⁻⁹，評分項目中一般直接看嗜酸性球是否 ≥ 700 顆或 ≥ 1500 顆，如果是白血球減少症的病人則需看嗜酸性球比例是否上升

$\geq 10\%$ 或 $\geq 20\%$ 。其他原因可能導致類似 DRESS 臨床表徵，需做鑑別診斷，執行檢驗項目如血液細菌培養、ANA、肝炎病毒、Mycoplasma、Chlamydia，以上至少 3 個沒有符合才會評給 1 分。

急性廣泛性發疹性膿皰症 AGEP 引起皮膚表徵為大片的非濾泡性無菌膿皰(non-follicular sterile pustules)，通常會慢慢自癒，病程後期會進展到脫屑。嚴重度較其他兩者輕微，鮮少影響到器官。RegiSCAR 一樣有診斷的評分表以審視其是否屬於 AGEP，評分表參見表五¹⁰。

表 四: DRESS 評分表

項 目	有		無
發燒 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ (101.3°F)	0		-1
兩處或以上淋巴結腫大 ($>1\text{ cm}$)	1		0
嗜酸性球上升： ≥ 700 顆 或 $\geq 10\%$ (leucopenia) ≥ 1500 顆 或 $\geq 20\%$ (leucopenia)	1	2	0
非典型淋巴細胞	1		0
紅疹侵犯體表面積 $\geq 50\%$	1		0
≥ 2 項符合: facial edema, purpura, infiltration, desquamation	1		0
皮膚切片證實為其他診斷	-1		0
侵犯器官：1 個 ≥ 2 個	1	2	0
疾病進程超過 15 天	0		-2
排除其他原因，以下項目需至少 3 個沒有符合 (血液細菌培養、ANA、肝炎病毒感染、Mycoplasma、Chlamydia)	1		0

總分 < 2 : 排除；2-3 : 可能；4-5 : 極有可能； ≥ 6 : 確定

表 五: AGEP 評分表

形態學	缺乏	符合	典型
Pustules	0	+1	+2
Erythema	0	+1	+2
Distribution of erythema/pustules	0	+1	+2
形態學	缺乏	是	
Post pustule desquamation	0	+1	
進 程	缺乏/未知	是	
黏膜侵犯	0	-2	
急性發作 (≤ 10 天)	-2	0	
緩解 ≤ 15 天	-4	0	
發燒 $\geq 38^{\circ}\text{C}$	0	+1	
PNN $\geq 7000/\text{mm}^3$	0	+1	
組織學			
其他診斷			-10
無組織學檢驗			0
Exocytosis of PNN			+1
Subcorneal and/or intraepidermal non spongiform or not otherwise specified pustule(s) with papillary edema OR subcorneal and/or intraepidermal spongiform or not otherwise specified pustule(s) without papillary edema			+2
Spongiform subcorneal and/or intraepidermal pustule(s) with papillary edema			+3

≤ 0 : 排除；1-4 : 可能；5-7 : 極有可能；8-12 : 確定

雖然嚴重皮膚不良反應可以藉由臨床表徵及症狀診斷，但有需要時仍需透過皮膚切片之病理學來確診。當懷疑有多個的致過敏藥品時，應用相關評分表可評估關聯性高低，若再配合利用下列檢測方式就可更為準確：嗜鹼性白血球活化檢驗、體外淋巴球活化測試、皮膚貼片測試；但因為每種檢測法仍有極限，有時可能需多種檢驗同時進行。

治療原則

嚴重皮膚不良反應症發生的首要處置就是先將懷疑藥品停用，並且給予支持性療法，包含傷口照護、止痛、抗組織胺藥、類固醇，以及大片皮膚破損導致水分流失和營養缺乏，需要適時給予輸液及營養補充，通常不需給予預防性抗生素，如有明確感染時則要給予治療。除了以上基本的處置，目前文獻顯示 SJS、TEN、SJS/TEN 交疊症候給予全身性皮質類固醇、免疫球蛋白、腫瘤壞死因子 tumor necrosis factor 抑制劑可能有好處，但需要更多的研究證實。

DRESS 症候群一樣可依照嚴重度考慮給予局部或全身性皮質類固醇、免疫球蛋白等，現在仍需更多研究證實其療效。對於 AGEP 的治療以其嚴重度通常不高，建議局部類固醇使用即可，而在脫屑期間可以給予潤膚劑。

基因與嚴重皮膚不良反應

隨者醫療科技的進步發展，越來越多基因被定序出來，發現基因與藥品之關聯性，例如有些人的基因屬於肝臟代謝酵素 CYP450 快速代謝者或慢速代謝者等，對於需經過 CYP450 代謝之藥品可能就需要調高或減低劑量及監測療效、安全性等。美國食品藥物管理局 FDA 針對藥品與基因的關聯性制訂出相關建議處置並提供查詢¹¹。以下整理常見藥品與嚴重皮膚不良反應相關基因，使用藥品前可以先做基因檢測，如果帶有此表現基因就有較高機率發生嚴重皮膚不良反應，但沒有檢測出此表現基因，並不表示都不會發生，仍需小心使用。台灣在 2020 年發表一篇文獻提到，亞洲人對於有 HLA-B*13:01 表現基因使用抗生素 baktar 較容易發生嚴重皮膚不良反應¹²。

藥品	基因型
Allopurinol	HLA-B*58:01
Baktar (trimethoprim/sulfamethoxazole)	HLA-B*13:01
Carbamazepine	HLA-B*15:02 HLA-A*31:01
Oxcarbazepine	HLA-B*15:02

藥害救濟與預防接種受害救濟

藥品引起的嚴重皮膚不良反應可能造成住院治療、永久殘疾，病人需支付額外醫療花費，甚至導致死亡而家庭頓失經濟來源。因此救濟制度秉持無過失責任的人道救濟精神，提供訴訟外解決醫療爭議事件的機制，分別有藥害救濟及預防接種受害救濟，提供救濟金使受害者獲得經濟上的幫助。

藥害救濟基金會之負責業務包含徵收金之收取及管理、藥害救濟申請案受理及調查、救濟金之給付、藥害救濟制度之諮詢與宣導、藥害及藥物副作用發生之相關研究及防制等。相關申請文件下載及申請流程可查詢藥害救濟基金會之官方網站，藥害救濟申請條件如下¹³：

合法藥物	正當使用	嚴重不良反應	申請權限
1. 領有許可證依法製造、輸入、販賣 2. 目前只補償西藥	依醫藥專業人員或藥物標示使用	1. 死亡 2. 障礙 3. 嚴重疾病(住院)	1. 由藥害受害人或其法定代理人提出申請 2. 請求權人自得知有藥害之日起三年內

如果為接種疫苗導致之不良反應救濟申請，則須向接種當地之衛生局提出申請，而非藥害救濟基金會負責業務事項。相關申請文件及流程可於衛生福利部疾病管制署網站搜尋。預防接種受害救濟申請條件如下¹⁴：

合法疫苗	給付範圍	申請權限
1. 領有許可證或專案核准進口並審查合格 2. 包含公費/自費疫苗	1. 死亡 2. 障礙 3. 嚴重疾病 4. 不良反應 5. 喪葬補助 6. 醫療補助 7. 孕婦死產或流產	1. 由受害人或其法定代理人提出申請 2. 得知"疑似有不良反應"兩年內或"受害情事發生後"五年內

結 語

藥品治療服用時，除了監測療效，也要注意用藥副作用，藥師需要了解藥品有哪些用藥特性與不良反應，尤其是嚴重不良反應的提醒，並適時提供用藥建議。預防勝於治療，檢測基因對於某些藥品使用是有其需要性！未來可能會有更多基因與疾病、藥品之關聯性被發掘，並且運用到臨床上。

假若不幸發生嚴重不良反應時，醫療人員可以主動協助，提供藥害救濟或預防接種受害救濟相關資訊，讓病人傷害減到最小，且獲得最大幫助！

參考資料

1. Uptodate – Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis
2. Uptodate – Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms
3. Uptodate – Acute generalized exanthematous pustulosis
4. Tu Anh Duong, Laurence Valeyrie-Allanore, Pierre Wolkenstein, Olivier Chosidow. Severe cutaneous adverse reactions to drugs. Lancet 2017; 390: 1996–2011.
5. Guegan S, Bastuji-Garin S, Poszepczynska-Guigne E, et al. Performance of the SCORTEN during the first five days of hospitalization to predict the prognosis of epidermal necrolysis. J Invest Dermatol 2006; 126:272.
6. Sassolas B, Haddad C, Mockenhaupt M, et al. ALDEN, an algorithm for assessment of drug causality in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: comparison with case-control analysis. Clinical Pharmacology and Therapeutics. 2010; 88:60.
7. The RegiSCAR Project
8. Kardaun SH, Sidoroff A, Valeyrie-Allanore L, et al. Variability in the clinical pattern of cutaneous side-effects of drugs with systemic symptoms: does a DRESS syndrome really exist? Br J Dermatol 2007; 156:609.
9. Kardaun SH, Sekula P, Valeyrie-Allanore L, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): an original multisystem adverse drug reaction. Results from the prospective RegiSCAR study. Br J Dermatol 2013; 169:1071.
10. J Cutan Pathol 2001; 28: 113–119
11. FDA- Table of Pharmacogenetic Associations Chuang-Wei Wang, Wichitra Tassaneeyakul, Chun-Bing Chen, et al. Whole genome sequencing identifies genetic variants associated with co-trimoxazole hypersensitivity in Asians. The Journal of Allergy and Clinical Immunology August 10, 2020.
12. Chuang-Wei Wang, Wichitra Tassaneeyakul, Chun-Bing Chen, et al. Whole genome sequencing identifies genetic variants associated with co-trimoxazole hypersensitivity in Asians. The Journal of Allergy and Clinical Immunology August 10, 2020.
13. 藥害救濟基金會
14. 衛生福利部疾病管制署

痤瘡之中醫論述與治療方針

～ 李昌紘/涂慶業 藥師 ～

前 言

青春痘在醫學上的學名為「痤瘡」，因為常發生在青春期的，所以俗稱「青春痘」。不過青春痘從來就不是年輕人的專利，從嬰兒到老年都有可能發生。痤瘡是一種毛囊、皮脂腺的慢性炎症，因體內性激素改變或胃腸功能紊亂，刺激皮脂腺分泌過多而堵塞毛孔，進一步滋生細菌感染所致之慢性化膿性囊炎。而為何痤瘡好發於青春期？實因青少年在成長發育期，荷爾蒙分泌旺盛，故容易滋長青春痘，一

般到三十歲左右可逐漸痊癒，發生部位則以臉部為多見，胸背上部及肩胛部也都可以看到。痤瘡雖非致命性疾病，但因好發於人類身心發展的關鍵期，患者常因痤瘡影響儀表容貌，感受莫大的身心壓力，而嚴重影響他們對社會環境的適應。

近期為因應新冠肺炎肆虐，舉國民眾皆長時間配戴口罩，進而引起臉部的肌膚問題，像是出油、濕疹、過敏、爆痘等情況接踵而來。戴口罩成為痤瘡惡化的原因，主要是因為口罩製造了一個密閉、悶熱、潮濕的環境，加上口水、汗水讓細菌量變多，菜渣、口紅、殘妝的

刺激，還有摩擦弱化皮膚屏障，所以對於如何預防以及治療痤瘡，也變成大家所關注的議題。

中醫認為「有諸於內，必形之於外」說明每種臟腑有關的疾病都會呈現在身體的表面。如《靈樞·本臟》曰：「視其外應，以知其內臟，則知所病矣。」，臟腑與體表內外相應，觀察體表的表癢，得以測知臟腑的生理與病理機轉與人體肌膚所出現的毛病，肯定與體內的臟腑有關。

中醫文獻記載

痤瘡在中醫學文獻中雖早有記載，但名稱眾多，如唐宋以前稱為粉刺、面地、面渣皰、面粉渣；明代以後又稱酒刺、粉花瘡、肺風粉刺等。隋代《諸病源候論-面瘡候》對痤瘡的症狀描述：「面瘡者，謂面上有風熱氣生瘡，頭如米大，亦如穀大，白色者是。」；明代《外科正宗-肺風粉刺酒渣鼻》則提出該病的病因和治法：「肺風、粉刺、酒渣鼻三名同種，粉刺屬肺、酒渣鼻屬脾，總皆血熱鬱滯不散所致，內服枇杷葉丸，黃芩清肺飲。」；清代《醫宗金鑑-外科心法要訣》則提出較為完整之論述，此證由肺經血熱而成，「每發於面鼻，起碎疙瘡，形如黍屑，色赤腫痛，破出白粉汁，日久皆成白屑。宜內服枇杷清肺飲，外敷顛倒散，緩緩自收也。」，指出痤瘡其病因與風熱、血熱、肺熱蘊結有關，治療主要以散風、宣肺、清熱為主。

中醫證型

中醫認為痤瘡由肺經風熱，薰蒸於肌膚或過食油膩食品，脾胃蘊濕積熱，外犯肌膚而成，故將痤瘡略區分為以下五種之證型：

(一) **肺胃蘊熱型**：面、鼻屬肺，肺經血熱，肺熱薰蒸，風熱蘊阻皮膚所致；常見於青少年族群的前額、頰或鼻旁。痤瘡以丘疹為主，膚色微紅、黑白粉刺，粉刺內含乳白色液體，多為密集小顆粒，肌膚較油膩。其他症狀：口乾、大便硬、小便黃、舌質紅、口臭。

(二) **脾胃濕熱型**：飲食不節制，內生濕熱，阻於脾胃，脾胃納運失常，上犯皮膚所致，常見於喜愛吃多油脂且辛辣食物的人。主要集中在全臉，次為胸背部，以丘疹型、膿皰型痤瘡為

主，有紅腫疼痛、膿皰的狀況。其他症狀：胃脹不適，飲食不佳，便秘，舌質紅、舌苔白或黃、脈濡數或滑數

(三) **血熱內蘊型**：患者大多體內氣血熱盛，痤瘡表現以丘疹、膿皰為主，其次為結節、硬塊、膿腫或疤痕，痤瘡佈滿全臉，周圍紅赤、患者皮膚色暗紅，除丘疹、膿皰外、還可見到結節、膿腫或疤痕。其他症狀：常口渴、喜歡冷飲、易煩躁、體溫較高、便秘且尿色微黃、口臭、女子常有月經不調、舌質暗紅、苔白或白膩。

(四) **肝腎陰虛型**：痤瘡以丘疹為主，有紅腫痛等症狀，多因家族遺傳而形成，痤瘡多長在上額及下巴處最多，消了又長，難以完全消除，但臉部其他部位的痤瘡較易痊癒。其他症狀：形體消瘦、頭暈耳鳴、盜汗失眠、口燥咽乾、腰痠遺精、潮熱顴紅、五心煩熱、舌紅少苔、脈細數。

(五) **衝任不調型**：腎陰不足，肝失疏泄，使女子衝任不調，為女性常見的痤瘡類型，以丘疹居多，分佈於下巴周圍。中醫認為衝為血海，任主胞胎，當血海不能按時滿盈，臉部容易長出痤瘡且出現月經失調、月事前後粉刺增多及內分泌紊亂的狀況，嚴重者會有多囊性卵巢症的傾向。其他症狀：在月經前數天痤瘡會增多，月經後則減輕，月經不調、經前心煩易怒、乳房脹痛不適、痛經，少部分較嚴重患者會伴隨著多毛、肥胖。

內服方劑

中藥治療痤瘡的內服方劑依不同辯證型加以配伍，主要作用有清熱涼血、化濕通腑、清熱解毒、疏肝補陰、養陰疏肝、調理衝任等，依照臨床症狀調配藥材使用；

(一) **肺胃蘊熱型**：治法以清熱涼血為主，方如：枇杷清肺飲加減（大便不通加大黃、肺胃熱盛加石膏、地骨皮）。

(二) **脾胃濕熱型**：治法以清熱化濕通腑為主，方如：防風通聖散加減。

(三) **血熱內蘊型**：治法以清熱解毒為主，藥如：金銀花、紫花地丁、黃芩、知母、白芷、赤芍、連翹、生甘草、黃連、黃柏（囊腫膿血加皂刺、白芷；結節囊腫加海藻、生牡蠣）。

(四) **肝腎陰虛型**：治法以清熱疏肝、補陰為主，藥如：連翹、柴胡、金銀花、五味子、女真子、蛇床子等。

(五) 衝任不調型：治法以養陰疏肝、調理衝任為主，方如：柴胡疏肝湯、清上防風湯(腎陰不足加女貞子、旱蓮草，經期間可加益母草、香附調經清熱)。

外用方劑

痤瘡之外用中藥成分主要包括：(1) 強力收濕- 枯礬、煅石膏；(2) 收斂止癢- 硫磺、大黃；(3) 清熱解毒、防腐生肌- 冰片、煅石膏；(4) 抗菌- 青黛；(5) 蘆薈- 減少黑色素的含量、收濕、止癢，常用製劑有如下者：

1. 顛倒散：成分：大黃、硫磺；主治：肺風粉刺，面鼻疙瘩。
2. 青春痘藥膏(本院製劑)：成分：枯礬、硫磺、冰片、薄荷腦、軟膏基劑；主治：面部痤瘡。
3. 青珠膏(本院製劑)：成分：青黛、珍珠母粉、煅石膏、冰片、軟膏基劑；主治：面部痤瘡、淺層外傷傷口、過敏性鼻炎、鼻竇炎。
4. 蘆薈凝膠(本院製劑)：成分：蘆薈、凝膠劑；主治：皮、面部搔癢。

值得注意的是，這些外用藥膏除了蘆薈凝膠屬於偏向鎮靜效果外，其他類的外用藥物雖可以預防青春痘繼續惡化，但較偏向刺激肌膚的效果，應按照醫囑指示以正確的頻次使用，不宜在短時間內頻繁的塗抹，避免對皮膚過於刺激，造成脫屑、局部紅腫的反效果。再者，中藥外用藥也應注意，藥物需為無菌消毒後再使用，以免傷口二次感染，這也是臨床應用時特別要考慮的重要事項。

注意事項

痤瘡治療期間也應當配合保持良好的生活習慣，如(1) 臉部清潔：選擇合適肌膚性質的洗臉用品；(2) 情緒方面：保持身心愉快、減少心理壓力及情緒波動不過於頻繁；(3) 飲食控制：避免食用高脂肪、高熱量及刺激性食物、辛辣、冰品、菸酒、花生等的食物，以清淡為主；(4) 睡眠方面：睡滿七個小時，不可熬夜，生活作息正常；(5) 生活習慣：保持乾爽，貼近皮膚的生活用品經常洗滌或更換，適度運動，出門時避免日曬時間過長，規律排便；(6) 化妝品應用：避免油性化妝品，避免上妝，卸妝要完全，沒卸乾淨會導致痘痘、粉刺、痤瘡

更加嚴重，以上都可以降低治癒後的復發機率。

至於因疫情造成的 maskne (是由 mask (口罩)+ acne(痤瘡)合併而來；意指因為戴口罩而引起痘痘或痘痘惡化的情形)除了遵循上述諸項良好的保養習慣之外，也須注意口罩的使用注意事項：(1) 經常更換新口罩；(2) 選擇內襯較柔軟的不織布製材；(3) 利用口罩支架來減少臉部肌膚與口罩的摩擦；(4) 每 30 分鐘拿掉口罩讓肌膚透氣，也可以達到緩解的效果。

結語

整體而言，痤瘡多屬熱邪，在生活作息調整上應放鬆身體，維持氣血運作及平衡，以增加熱邪排出體外，避免因熱邪聚集在體內及體表而影響病情。初期形成的粉刺、丘疹還可以由生活方式調整來自我保養，若已紅腫化膿，火熱亢盛期的治療方法應以內治和外治相結合，標本兼顧，才能達到較好的效果。中醫治療痤瘡，前期除了需要 1~2 個月的時間耐心用藥來控制症狀外，並視狀況持續 3~6 個月的治療時間來鞏固療效。症狀輕微的痤瘡可以單用外用藥來治療，中重度者宜內服加上外用，並按時安排回診評估現況，依照改善或惡化的程度調整藥物，千萬不可擅自停藥、半途而廢，否則痤瘡反覆發作，留下疤痕的機會將大增。

參考資料

1. 中國醫藥學院附設醫院中醫常備藥品手冊 第八版
2. 陳文娟：對抗青春痘，中醫有妙招。彰基院訊，27(2)，2010
3. 梁婷(Chu-Ting Liang)，陳曉萱，葉家豪(Chia-Hao Yeh)：青春痘之病例報告。北市中醫會刊，2010:16(1)
4. 李宜貞：青春痘論治。中醫婦科醫學雜誌，2005(5)
5. 林宗輝，王育琇，萬昀柔，黃雅君：休閒保健第十二期-皮膚疾病反映人體健康之研究-以痤瘡例-103
6. 郭曉利，郭曉峰：青春痘病因治療是關鍵。全科口腔醫學電子雜誌 2019:6(13)
7. 李采珍，蔡金川，洪裕強：以實證研究及相關文獻探析痤瘡之中醫-「辨體」「辨病」「辨證」治療觀 TJ TCM. 2016:19(2):p75-88,
8. 林怡君，林立偉，吳龍源：痤瘡辨證論治的中醫文獻探討。中醫內科醫學雜誌，2018：16(2)