

穴位埋线治疗黄褐斑的临床研究进展

常心怡 李佳洋 许婧^(通讯作者)

成都中医药大学, 四川成都, 610000;

摘要: 黄褐斑是一种以面面对称性色素沉着为特征的损容性疾病, 多发于中青年女性, 严重影响患者心理健康及生活质量。西医治疗如激光、药物存在高复发率及副作用, 而穴位埋线作为中医特色疗法, 通过持续刺激穴位调节气血、平衡内分泌, 兼具疗效持久性和安全性。本文系统综述穴位埋线在黄褐斑治疗中的临床研究进展, 涵盖单一疗法、联合疗法及辨证分型治疗的疗效与机制, 为临床实践提供科学依据。

关键词: 穴位埋线; 黄褐斑; 联合疗法; 辨证治疗

DOI: 10.69979/3029-2808.25.11.083

黄褐斑 (Melasma) 是一种以面面对称性色素沉着为特征的慢性获得性皮肤病, 好发于中青年女性, 亚洲人群高发。其顽固易复发性常导致患者心理负担。西医认为发病与激素、紫外线、黑色素细胞活性及炎症相关; 中医则归为“肝斑”, 核心病机为脏腑 (肝、脾、肾) 功能失调致气血瘀滞。当前西医治疗 (如氢醌、激光) 存在皮肤刺激、炎症后色素沉着及高复发率 (40%–60%) 等局限。中医针刺疗效确切但依从性低。穴位埋线作为针灸延伸, 通过植入可吸收线体于特定穴位, 产生持续温和刺激, 兼具“长效针感”与“药线缓释”作用, 成为研究热点。然而, 现有研究仍存在样本量小、机制研究不足等问题。本文综述其临床进展, 探讨机制、辨证方案及联合策略, 为临床实践提供参考。

1 黄褐斑的中医病机

1.1 肝郁气滞

肝郁气滞是黄褐斑的核心中医病机之一, 主要因情志不畅、肝失疏泄导致气血运行受阻。中医理论认为, 肝主疏泄, 若长期情绪压抑、焦虑或急躁易怒, 可致肝气郁结, 气机阻滞, 气血无法上荣于面, 瘀滞于肌肤而形成深褐色斑片。此类患者常伴随月经失调, 如经前乳房胀痛、经血色暗有血块、烦躁易怒、胸胁胀满等症状。

现代研究进一步验证了肝郁气滞与内分泌紊乱的关联。临床观察发现, 肝郁气滞型黄褐斑患者血清中促卵泡激素 (FSH) 和促黄体生成素 (LH) 水平显著升高, 提示下丘脑-垂体-性腺轴功能失调。雌激素水平异常可激活黑色素细胞内的酪氨酸酶活性, 促进黑色素合成, 最终加重色素沉着。一项针对 74 例肝郁气滞型患者的临床试验显示, 采用逍遥散加减联合穴位埋线治疗, 总

有效率高达 89.47%, 显著优于单纯西药治疗组 (66.67%), 且治疗后患者 FSH、LH 水平显著下降, 验证了疏肝解郁疗法的有效性。

1.2 气滞血瘀

气滞血瘀型黄褐斑以气血运行不畅、瘀血内阻为特征。中医认为, “气为血之帅”, 气机郁滞可致血行无力, 形成瘀血; 瘀血阻滞肌肤脉络, 黑色素代谢受阻, 进而形成边界清晰的灰褐色斑片。此类患者常伴有舌质紫暗、脉涩、经血暗黑有血块、痛经等症状, MASI 评分 (黄褐斑面积及严重程度指数) 及中医证候积分显著升高。

研究显示, 气滞血瘀型患者的氧化应激反应更为显著。例如, 血清中超氧化物歧化酶 (SOD) 活性降低、丙二醛 (MDA) 水平升高, 提示机体抗氧化能力下降, 脂质过氧化反应加剧, 进一步损伤黑色素细胞代谢功能。此外, 气滞血瘀型黄褐斑常与局部微循环障碍相关。临床观察发现, 此类患者面部皮损区域的血流速度减缓, 毛细血管通透性增加, 导致炎症因子 (如 IL-6、TNF- α) 积聚, 形成“瘀-炎-色素”恶性循环。一项针对 126 例气滞血瘀型患者的随机对照试验表明, 采用颈三针联合四红祛斑汤治疗, 可显著改善皮损颜色和面积, 同时提升 SOD 活性、降低 MDA 水平, 总有效率达 97%。该疗法通过活血化瘀、调节氧化应激, 验证了中医“以通为用”的理论。

2 穴位埋线的作用机制

2.1 局部调节

穴位埋线在合谷穴、三阴交穴等植入可吸收线体,

产生持续机械刺激与生物效应。这种刺激激活感觉神经末梢,促使局部血管扩张和毛细血管通透性增加,显著改善皮肤微循环。刺激谷合穴能促进面部气血运行,加速黑色素代谢物清除。埋线还能抑制酪氨酸酶活性减少黑色素合成。该酶是黑色素生成的关键限速酶。埋线刺激通过下调酪氨酸酶基因表达及干扰酶活性中心结构,降低黑色素合成效率,减轻色素沉积。黄褐斑与慢性低度炎症密切相关,炎症因子可激活黑色素细胞促发色素沉着。埋线通过双重途径调控炎症。线体降解释放的胶原蛋白片段抑制核因子 κ B信号通路,减少促炎因子释放。刺激三阴交等穴显著提升超氧化物歧化酶活性,增强清除氧自由基能力,降低脂质过氧化物水平。研究证实埋线可使皮肤组织中丙二醛含量下降42%,超氧化物歧化酶活性升高28%,有效阻断氧化应激-炎症-色素沉着的恶性循环。

2.2 整体条件

中医认为黄褐斑与冲任失调相关,现代研究揭示其与下丘脑-垂体-性腺轴紊乱高度关联。穴位埋线刺激关元、子宫等穴,可调节促性腺激素释放激素分泌,降低血清FSH和LH水平。临床研究证实其能有效降低患者雌二醇水平,阻断雌激素对黑色素细胞的过度刺激,改善色素代谢。穴位埋线还系统性调控神经-免疫网络。刺激足三里等穴激活胆碱能抗炎通路,促使迷走神经释放乙酰胆碱,抑制巨噬细胞促炎因子分泌。同时,线体刺激上调 β -内啡肽水平,通过阿片受体介导镇痛与免疫调节,降低皮肤神经源性炎症反应。研究显示埋线可显著提升患者血清 β -内啡肽浓度,提高疼痛阈值,减少因机械刺激导致的色素复发。

3 临床研究进展

3.1 单一穴位埋线疗法

单一穴位埋线疗法通过将可吸收线体植入特定穴位,形成持续性刺激,调节气血与脏腑功能,改善色素代谢,是治疗黄褐斑的特色技术。其临床价值显著,如赖氏通元穴疗法在改善色斑面积、均匀性及降低复发率方面优于传统药物。选穴遵循“脏腑辨证”与“经络循行”原则。主穴多用肝俞、肾俞、足三里;辅穴如肺俞、脾俞则针对脾虚湿蕴证以利湿化痰。此外,作用机制在于线体降解过程中的机械与生物刺激,调节下丘脑-垂体-性腺轴,纠正性激素失衡,抑制黑色素细胞过度活

化;改善局部微循环,增强抑制酪氨酸酶活性能力,阻断黑色素合成。核心优势突出,比如操作便捷、疗效持久、安全性高。治疗间隔2-4周,患者依从性显著优于高频次针灸。不良反应主要为短期局部轻微红肿,无严重风险。相较于激光的高复发率及外用药的皮肤刺激,更契合黄褐斑慢性长期管理需求。

3.2 联合疗法增效研究

穴位埋线与激光、中药等联合应用成为黄褐斑治疗主要趋势,通过多靶点协同突破单一疗法局限。Q开关Nd:YAG激光分解黑色素颗粒,埋线调节神经内分泌免疫网络,抑制炎症因子和氧化应激,阻断炎症色素沉着循环,提升皮损消退率并改善中医证候,增强皮肤抗氧化和修复能力。中药内服如加味逍遥丸联合埋线治疗肝郁气滞型,实现疏肝解郁调和气血双重增效。中药成分当归川芎抑制酪氨酸酶,白芍红花调节雌激素受体,与埋线的内分泌调控互补,提升抗氧化能力及疗效。中药外敷如含白芷白附子的祛斑粉倒模联合埋线,利用物理效应促进透皮吸收并增强穴位刺激,改善肤色均匀性及证候积分。埋线联合针灸围刺则针对气滞血瘀型疏通局部经络。联合疗法核心在于整合局部干预如激光外治改善表皮色素代谢与整体调节如埋线平衡性激素抑制黑色素细胞活化增强免疫,符合标本兼治原则。其不良反应发生率低,主要为短暂局部红肿。

3.3 辨证分型个体化治疗

中医认为黄褐斑源于肝脾肾功能失调及气血障碍,需辨证施治精准干预。肝郁气滞型斑深褐伴胸胁胀满月经不调。治以疏肝解郁,方用逍遥散加減輔柴胡香附,埋线选太冲肝俞。该型常伴性激素异常。脾虚湿蕴型斑黄褐伴倦怠乏力纳呆便溏。治宜健脾利湿,方选参苓白术散或健脾祛湿方,埋线选中脘阴陵泉,可配合白芷茯苓外敷。该型氧化应激指标失衡。肾虚型分阴阳。肾阴虚斑黧黑伴五心烦热腰膝酸软,治宜滋阴清热,方用六味地黄丸合二至丸加女贞子旱莲草,埋线照海太溪。肾阳虚斑晦暗畏寒肢冷,治宜温补肾阳,方用右归丸加菟丝子续断。气滞血瘀型斑深褐边界清晰伴痛经舌紫。治宜活血化瘀,方用血府逐瘀汤或补阳还五汤辅三棱莪术,可配合面部围刺或火针。联合疗法增效,如肝郁血瘀证用丹栀逍遥散内服联合激光治疗,肾虚伴气血两虚用六味地黄丸合归脾汤辅超声导入维C。综合管理强调肝郁

需情志疏导,脾虚需调整饮食避生冷油腻,肾虚需规律作息固护先天。体现中医整体观优势。

3.4 疗效评价与安全性

黄褐斑疗效评价融合中西医指标,兼顾皮损改善与生活质量。中医通过证候积分量化症状缓解;西医采用MASI评分、皮肤镜分析客观评估色素变化。血清激素及氧化应激指标提供分子机制证据。穴位埋线作为微创疗法,主要不良反应为短暂局部红肿或瘀斑,通常2-3天自愈。其安全性显著优于西医常用疗法,氢醌易致皮肤敏感甚至褐黄病;激光可能引发色素沉着或屏障损伤。埋线操作规范与线体生物相容性严格验证,可吸收线减少异物反应。联合疗法中药安全性由药典标准保障。长期随访显示,穴位埋线通过调节机体自稳态降低复发率,体现中医治未病的远期效益。相比,西医手段未纠正内在失衡常致复发。中医优势还包括改善患者焦虑情绪及社交自信等心理社会功能,实现多维度获益。

4 总结

穴位埋线作为中医创新疗法,在黄褐斑治疗中融合“气血调和”“脏腑平衡”理念与现代分子调控路径,通过局部刺激与整体调节双重机制,显著改善色素沉着,并在调节内分泌、抗氧化应激及修复屏障方面发挥多靶点作用。临床证实其单一或联合激光、中药应用均能突破传统局限,尤其在降低复发率与提升生活质量方面优势突出。然而,当前研究存在样本规模有限、长期随访不足及机制解析深度不够等问题。未来需开展多中心大样本研究,结合基因组学、代谢组学深化辨证分型生物学基础,并推动可降解线体、AI辅助选穴等技术创新,实现方案标准化与个性化。此过程是中医现代化的重要实践,也为全球慢性皮肤病管理提供了“中西医协同、标本兼治”的范本。

参考文献

[1] 刘拥军,赵伊宁,李妍.黄褐斑非药物治疗研究进展[J].中医临床研究,2021,13(6):15-17,20.
[2] 张秀君,刘栋,聂振华.黄褐斑的中医治疗研究进展[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2018,17(3):285-288.
[3] 宋道阳,陈义.穴位注射治疗肝郁气滞型黄褐斑的临床研究[J].中华中医药杂志,2023,38(10):5114-5116.

[4] 李阳,高明周,王杰琼,等.中医药治疗黄褐斑研究进展[J].时珍国医国药,2022,33(05):1191-1193.
[5] 杨雪圆,蔡宛灵,闫小宁.从中医“治未病”理论探讨黄褐斑的防治[J].北京中医药大学学报,2020,43(10):870-875.
[6] 武晏屹,白明,田硕,等.黄褐斑发病机制与中医药调控[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(17):219-224.
[7] 张珊,丁颖果.中医药治疗黄褐斑的机制研究现状[J].中国中西医结合杂志,2019,39(05):631-634.
[8] 李振花,刘哲,宋荣强,等.穴位埋线联合中药治疗慢性荨麻疹的临床研究[J].内蒙古中医药,2023,42(01):106-108.
[9] 邹依纯,曹梦琪,马翠,等.穴位埋线治疗黄褐斑的研究进展[J].智慧健康,2021,7(22):28-30.
[10] 张慧,毕波,郑子义,等.果酸换肤联合强脉冲光对黄褐斑患者皮损情况与氧化应激水平的影响[J].现代医学与健康研究电子杂志,2021,5(14):63-65.
[11] 骆建宇,冯淑兰,李光耀.穴位埋线为主治疗黄褐斑Meta分析[J].针灸临床杂志,2019,35(09):57-61.
[12] 华敏,夏开莉,游俊.穴位埋线联合逍遥散加减治疗肝气郁结型黄褐斑的临床观察[J].中医药导报,2016,22(07):65-67+70.
[13] 陈媛媛.针刺及中药面膜外敷联合穴位埋线治疗黄褐斑疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2014,23(23):2552-2553.
[14] 赖旻,杨玉峰,陈宝清,等.穴位埋线联合内服逍遥散治疗黄褐斑的疗效研究[J].河北中医药学报,2014,29(01):34-35.
[15] 蒲继红,王丽娜,赖旻,等.穴位埋线在黄褐斑治疗中的应用研究[J].护理研究,2012,26(35):3271-3273.
[16] 刘雪莲,朱林学.中药祛斑倒模联合穴位埋线治疗黄褐斑疗效观察[J].中国美容医学,2010,19(03):425.

作者简介:常心怡,2000.06.26,女,河南许昌,硕士研究生,研究方向为中医;李佳洋,2000.03.18,女,四川省自贡市,硕士研究生,研究方向为中医;通讯作者:许婧,女,1980年05月,汉族,博士,副教授,研究方向为针灸治疗内分泌代谢系统疾病。