

《皮科学》定义及国家学科分类征询

皮科学定义及国家学科分类关乎学科的发展方向和定位，是皮科学的第一要务和基础建设，遵照皮科的基础理论和临床，以 ICD-11 为指导原则，制定新定义：“皮科学，全称皮肤学，又称皮肤性病学，曾称皮肤科学、皮肤病与性病学、皮肤病学。研究皮肤黏膜的皮肤病证、性传播病证与皮肤美容基础和临床的学科。从远古疮疡蒿矢，历经商代疥病、周代疡医、宋代外科、晚清民国皮肤花柳病、现代皮肤性病学，逐渐形成了中医、西医和中西医皮科学体系，为中国医学的重要组成部分，亦为世界皮科学的重要组成部分。”向全国皮科同仁征询定义意见，同意者署名向国家学科分类机构呈报确定，共同铸造中国皮科学第六座里程碑。

现编辑《中华古今皮科名方四百首》《打黑扫黄肘后方——色素沉着性皮肤病防治》，向全国征集作者。继续举办全国皮科外用制剂研修班，择期举行。为加强皮科文化建设，马振友等制作中国皮科学史卷轴和文化廊展图源文件，可供各单位参考，详情请联系下方。

联系人：马巍巍手机 / 微信：13227015533；

马振友手机 / 微信：13379033002。

皮肤病与性病

第四十三卷第三期

二〇二一年六月

PIFUBING YU XINGBING

ISSN 1002-1310
CN 53-1082/R

皮肤病与性病

DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

2021年6月 第43卷 第3期

Vol.43 No.3 June 2021



皮肤病学和性病学类中文核心期刊
《中国核心期刊（遴选）数据库》收录期刊
《中国学术期刊（光盘版）》全文收录期刊
《中国学术期刊网络出版库》全文收录期刊
《中文科技期刊数据库（全文）》收录期刊
《CAJ-CD规范》执行优秀期刊

3
2021
(双月刊)



昆明报业传媒集团 主办

皮肤病与性病

(1978 年创刊、双月刊)
2021 年 6 月第 43 卷第 3 期
(总 188 期)

主 管 昆明报业传媒集团

主 办 昆明报业传媒集团

名誉主编 马红军

主 编 李玉叶

常务副主编 刘 淮

编辑部主任 何 俊

编辑出版 《皮肤病与性病》编辑部

地 址 云南省昆明市丹霞路
198 号

邮 编 650011

电 话 0871-67434176
0871-63321468

邮 箱 pfbyxb@vip.163.com
26345966@qq.com
pfbyxb@yeah.net

网 址 <http://pfbyxb.kmyxh.org.cn>

印 刷 云南民大印务有限公司

发 行 国内 云南省邮政局

国外 中国出版对外贸易公司
(北京 782 信箱)

订 阅 全国各地邮局

邮发代号 64—64

定 价 每期 15.00 元, 全年 90.00 元

中国标准连续出版物号

ISSN 1002-1310

CN 53-1082/R

广告经营许可证 5301005000017

编 务 王友兰 陈 盘

目 次

· 论 著 ·

- 水杨酸联合果酸治疗轻中度痤疮的临床疗效观察……………阙冬梅, 梁国雄, 杨 娟, 等 (313)
- 159 株淋球菌对 7 种抗生素的耐药性实验研究……………杨寒淞, 曹应葵, 曾志君, 等 (317)
- 复方参蓉汤加减治疗脾肾两虚型斑秃的临床疗效观察……………马 颖, 纳 猛, 杨恩品 (320)
- 2018—2019 年昆明市 191 例登革热患者临床特征分析……………刘 冰, 黄 瑛, 武 彦, 等 (325)
- 昆明市不同性角色 MSM 的性行为特征分析……………李彩霞, 王玉森, 李 琪, 等 (328)
- 临沧市艾滋病流行特征及变迁规律分析……………杨翠云, 朱琼美, 付廷早, 等 (333)
- 1 565nm 非剥脱点阵激光联合超分子水杨酸治疗面部轻中度痤疮的疗效观察
……………董玉洁, 李玉叶 (338)

· 综 述 ·

- 链球菌感染与银屑病相关性探究……………高 酥, 张家瑜, 陈 易, 等 (340)
- 慢性光化性皮炎发病机制及治疗……………孙思昊, 李 晔, 农 祥, 等 (343)
- 空气污染与特应性皮炎的相关性研究进展……………邱少博, 王 琼, 陈方如 (347)
- 儿童带状疱疹的研究进展……………刘根起, 程 方 (349)
- 皮肤镜在皮肤肿瘤诊断中的应用……………唐志铭, 傅宏阳, 荆梦晴, 等 (351)
- 高频超声在皮肤恶性肿瘤中的应用……………周 圆, 蔡 梅 (355)

· 性病、艾滋病防治 ·

- 尖锐湿疣患者感染 HPV 亚型的研究及临床分析……………孙 菲, 杨朝晖, 杨 岚, 等 (358)
- 重组人干扰素 α -2b 凝胶联合 ALA-PDT 治疗尖锐湿疣的疗效及复发率分析……………陈 栋 (360)
- ALA-PDT 联合卡介菌多糖核酸肌注治疗尖锐湿疣的效果观察……………蒋金毛, 夏武昌 (362)
- CO₂ 激光联合胸腺法新治疗尖锐湿疣疗效分析……………时晓玉, 王康民, 于小璇 (364)

· 临床研究 ·

- 米诺环素联合裸花紫珠治疗痤疮的疗效及不良反应分析……………叶巧园, 江浩波, 王 琳 (366)
- 手术联合 CO₂ 点阵激光、硅胶瘢痕贴治疗增生性瘢痕的疗效观察
……………吴树毅, 何仁亮, 黄桃源, 等 (368)
- CO₂ 点阵激光联合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子治疗痤疮凹陷性瘢痕的临床疗效观察
……………黄尾全, 黄银萍 (371)
- 甲氨蝶呤联合羟氯喹和泼尼松治疗系统性红斑狼疮对患者部分炎症指标的影响
……………黄林燕, 朱万寿, 刘小莲, 等 (373)
- 卡泊三醇倍他米松软膏联合 311nm 窄谱中波紫外线治疗寻常型银屑病疗效观察……………梁 静 (376)
- 窄谱紫外线联合阿维 A 胶囊和钙泊三醇倍他米松软膏治疗银屑病疗效观察
……………刘 燕, 刘 博, 王 威 (378)

129 例湿疹患者皮损部位细菌培养及耐药性分析	彭 攀 (380)
他克莫司联合超脉冲 CO ₂ 点阵激光治疗慢性湿疹的疗效观察	翟翊然, 曹丽楠, 郭冰心 (382)
荆防方加减联合富马酸卢帕他定治疗风热型慢性荨麻疹的临床观察	苏 孟, 王 彤 (384)
火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮疗效观察	宋道阳 (386)
抗病毒药物联合火针与刺血拔罐治疗带状疱疹肝经郁热证的疗效分析	曾丽华, 莫颖琳, 邓韵珊, 等 (388)
超短波联合穴位按摩治疗 Ramsay-Hunt 综合征的临床研究	苏蓓蓓, 甘 泉, 甘才斌 (390)
超脉冲 CO ₂ 点阵激光联合肉毒素治疗面部皮肤老化临床研究	李佩珍, 李婉贞, 袁文伟, 等 (392)
308nm 准分子激光联合 2 940nm 饵点阵激光、驱白铜治疗局限型白癜风的临床疗效	许丛丛, 刘 莎, 毕晓东 (394)
Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤治疗黄褐斑效果观察	秦 蕊, 张 苗 (396)
儿童过敏性紫癜 IL-17、HPV-B19 检测的临床意义	马光辉, 王 静, 付文静, 等 (398)
液氮冷冻与阿维 A 口服联合治疗多发性跖疣疗效观察	潘灵芝, 林映萍, 黄 洁, 等 (400)
光动力联合中药浸泡治疗泛发性跖疣的疗效观察	郑庆虎, 陈祯祥, 赖 平, 等 (402)
祛白胶囊联合脾氨肽治疗对白癜风患者 IL-10、IL-17、酪氨酸酶 IgG 的影响	居兴刚, 姚 莹, 贾雪平, 等 (404)
威伐光联合伐昔洛韦治疗带状疱疹的疗效观察	赵俊萍 (406)

· 医学教育探索 ·

医学生科研能力培养中人文精神教育策略的思考	况轶群, 赵浩钦, 王友兰, 等 (408)
皮肤性病学科型研究生培养方式的思考与探讨	丰 硕, 张梦迪, 吴佳纹, 等 (410)

· 护理之窗 ·

连续性心理干预对男男性行为艾滋病感染者自我管理能力的效果与评价	朱永年, 祝 达 (412)
综合护理干预对 HIV 感染孕妇的影响	荆文娟 (416)
焦点式心理护理在妊娠期梅毒患者中的干预效果分析	王攀伟 (419)
同伴互动支持护理对银屑病患者心理适应性及应对方式的影响	张 莹 (421)
皮肤黏膜系统护理对白血病化疗患儿感染的预防效果分析	赵 夏, 欧阳茜, 李红霞 (423)
艾滋病母婴阻断实施中的心理护理干预效果分析	刘小芳, 夏瑞红 (425)
早期母婴皮肤接触对新生儿护理效果的影响	颜美玉, 洪阿双 (426)
优质皮肤护理对恶性肿瘤化疗患者 PICC 置管术后医用粘胶相关皮肤损伤的预防效果	孔 燕 (428)
对面部寻常痤疮患者进行优质护理干预的效果分析	徐风华 (430)
个性化护理干预在老年带状疱疹中的应用效果	余建华, 宋晓依 (432)
量化评估策略护理管理模式对维持性血液透析合并皮肤瘙痒的价值分析	孟 松, 王 真 (434)

· 临床病例 ·

足部小汗腺汗管纤维腺瘤 1 例并文献复习	王 帅, 郝 峰, 刘国艳 (436)
急性发热性嗜中性皮病 1 例	覃 俊, 皮肖冰, 李洁华 (439)

《皮肤病与性病》杂志第八届编委名单 (2021 年 1 月 ~ 2025 年 12 月)

名誉主编 马红军

顾问 薛文昌 朱学骏

顾有守 吴志华

张学军 王正文

主 编 李玉叶

常务副主编 刘 淮

副主编 叶建州 冉玉平

白劲松 李红宾

李晓岚 肖 嵘

高兴华 曹 兰

编 委 (以姓氏笔画排序)

于 涛 王千秋 王 刚

王继华 王睿睿 木其日

尹光文 邓丹琪 龙 恒

卢凤艳 叶美萍 朱崇涛

乔建军 伦文辉 刘彤云

刘 俊 刘景桢 汤 葐

许晓光 孙东杰 孙建方

李发增 李 兴 李 明

李建明 李珊山 李 洪

李 娜 李彩霞 李筱芳

杨立刚 杨希川 杨雪松

杨 智 杨登科 杨 嘉

吴一菲 何利平 况轶群

汪习成 宋志强 张佩莲

张建波 张 韡 陈文颖

陈宏翔 陈明亮 纳 猛

林志淼 欧阳晓勇

金以超 周晓鸿 郑永唐

郑 捷 郑博文 段月勋

姜福琼 袁瑞红 顾 华

徐 丹 郭光萍 唐 慧

涂 颖 黄 瑛 曹文婷

曹 萍 常建民 梁作辉

董天祥 蒋 献 韩建文

舒 虹 鲁 莎 蔡丽萍

蔡 梅 樊翌明

英文编辑、校对 徐 丹

本期执行编委

刘 淮 李玉叶 李红宾

曹 兰 张建波

皮肤病与性病

中国学术期刊综合评价数据库来源期刊

中国学术期刊(光盘版)收录期刊

中文科技期刊数据库

万方数据库

中文生物医学期刊文献数据库收录期刊

皮肤病学与性病学类核心期刊

中国期刊方阵“双效期刊”

中国科技论文统计源期刊

中国生物医学核心期刊

A类学术期刊

《CAJ-CD 规范》执行优秀期刊

2021 年版权归昆明医学会所有

未经许可,不得任意转载

本刊所有文章不代表编委会的观点,

除非特别声明

本刊声明:

1. 所有来稿文责自负,本刊不承担因原稿引发的一切连带责任。

2. 投稿作者应自觉遵守国家有关著作权法律法规,请勿一稿多投,因违反此规定而引起的一切后果由作者承担。

3. 凡向本刊所投稿件,均视为作者同意本刊对来稿进行任何形式的编辑、修改,无需另行征求同意。

4. 凡稿件被本刊录用,均视为作者同意将文章的复制权、发行权、汇编权、翻译权以及信息网络传播权在全世界范围内转让给本刊,本刊有权将上述权利转授给第三方使用。

5. 凡是在本刊登出的文章均视为同意以上四点。

Biomonthly Established in Aug 1978 Vol.43 No.3(Gen No 188) Jun.2021

野生木耳致植物日光性皮炎 4 例..... 杨丽芳,刘爱民,杨 懂(441)

匍行性血管瘤 1 例.....宗祥广,谭福跃(443)

· 基层园地 ·

泼尼松联合伐昔洛韦对带状疱疹急性期患者细胞因子水平及疼痛程度的影响
.....翟齐航,段艳琼,刘更伟,等(445)

宁洱县 10 500 人次皮肤病患者情况分析 何卫国(447)

富马酸卢帕他定治疗皮肤划痕症的疗效观察.....肖 丽,王继湖(448)

308nm 准分子光联合皮肤屏障修复剂治疗稳定期面部白癜风的疗效评价
.....刘前进,崔荣哲,杨 娟,等(450)

卤米松乳膏联合维生素 E 乳膏治疗神经性皮炎的疗效分析 黄海生,邓东明,丘文苑,等(452)

润燥止痒胶囊联合依巴斯汀片治疗冬季皮肤瘙痒症临床疗效观察.....刘必庆,王 芳(453)

大汗腺修剪术与小切口微创搔刮术对腋臭患者术后创面美学效果及并发症的影响
.....张 娟,王大伟,赵林栋,等(455)

· 公告 ·

《皮肤病与性病》杂志在线投稿(审稿)网站开通公告 (目次 3)

《皮肤病与性病》杂志在线投稿(审稿)网站开通公告

为助力期刊质量提升,畅通作者投稿、查稿渠道,加强编辑与作者之间的交流,加快推进期刊“提质创核”工作有序开展,《皮肤病与性病》全面启用“在线投稿、审稿”官方网站。编辑部将完全依托该网站完成期刊的收稿、审稿、改稿和预发表等工作。作者登录此网站投稿后,可及时查询自己的稿件状态。请广大作者通过官方网站进行投稿。

官方网址: <http://pfbyxb.kmyxh.org.cn/> (目前仅支持输入网址登录)
特此公告!

《皮肤病与性病》编辑部
2021 年 6 月

Dermatology and Venereology
Vol. 43 No,3 2021-6
Main Contents

- Clinical observation on treatment of mild to moderate acne with salicylic acid combined with glycolic acid QUE Dong-mei,LIANG Guo-xiong,YANG Juan,et al(313)
- The resistance in 159 strains of neisseria gonorrhoeae to seven antimicrobial agents in vitro YANG Han-song,CAO Ying-kui,ZENG Zhi-jun,et al(317)
- Clinical observation of compound shenrong decoction in treating alopecia areata with deficiency of spleen and kidney MA Ying,NA Meng,YANG En-pin(320)
- Analysis of clinical characteristics of 191 cases of dengue fever in Kunming from 2018 to 2019..... LIU Bing,HUANG Ying,WU Yan,et al(325)
- Sexual risk characteristics of anal sexual role among men who have sex with men LI Cai-xia,WANG Yu-miao,LI Qi,et al(328)
- Analysis on the epidemic characteristics and changing law of AIDS in Lincang YANG Cui-yun,ZHU Qiong-mei,FU Ting-zao,et al(333)
- Effect of 1 565 nm Non-stripping dot matrix laser combined with supramolecular salicylic acid on mild to moderate facial acne DONG Yu-jie,LI Yu-ye(338)
- Study on the relationship between Streptococcus infection and Psoriasis(Review) GAO Su,ZHANG Jia-yu,CHEN Yi,et al(340)
- The mechanism and treatment of chronic actinic dermatitis(Review) SUN Si-hao,LI Ye,NONG-Xiang,et al(343)
- Advances in the study of air pollution and atopic dermatitis(Review) QIU Shao-bo,WANG Qiong,CHEN Fang-ru(347)
- Herpes zoster in children(Review) LIU Gen-qi,CHENG Fang(349)
- Application of dermoscopy in the diagnosis of skin tumors (Review) TANG Zhi-ming,FU Hong-yang,JING Meng-qing,et al(351)
- The application of high frequency ultrasound in skin malignant tumor(Review) ZHOU Yuan,CAI Mei(355)

Dermatology and
Venereology
Vol. 43 No,3 2021-6

Responsible Institution

Kunming Newspaper Media Group

Sponsor

Kunming Newspaper Media Group

Kunming Medical Association C.M.A

Honorary Editor MA Hong-Jun

Editor-in-Chief LI Yu-Ye

Standing Editor-in Chief LIU Huai

Managing Editor HE Jun

Publishing

Editorial Department of Dermatology
and Venereology

Address

243, ShuangLongXinCun, Huan-
chengnan Road, Kunming

Post code 650011

Tel 0871-67434176

0871-63321468

E-mail pfbyxb@vip.163.com

26345966@qq.com

http: //www.pfxb.org.cn

Printing

Yunnan Minda Printing Limited
Company

Overseas Distributor

China Publish Trading Corporation
(Beijing P.O.Box782)

·论 著·

水杨酸联合果酸治疗轻中度痤疮的临床疗效观察

阙冬梅, 梁国雄, 杨 娟, 唐渝璐

(广东医科大学附属中山医院 / 中山陈星海医院皮肤科, 广东 中山 528415)

【摘要】 目的 观察水杨酸联合果酸治疗轻中度痤疮的临床疗效及安全性, 以及对皮肤 VISIA 检测值的改善情况。**方法** 纳入 97 例轻中度痤疮患者, 随机分为三组, 其中治疗组 31 例采用水杨酸联合果酸换肤治疗, 果酸对照组 32 例采用果酸换肤单独治疗, 水杨酸对照组 34 例采用水杨酸换肤单独治疗。比较三组不同治疗时间点非炎症性痤疮皮损和炎症性痤疮皮损数量、治疗结束时总体有效率、皮肤 VISIA 检测指标的改善情况。**结果** 治疗结束时治疗组有效率为 74.2%、果酸治疗组有效率为 53.1%、水杨酸治疗组有效率为 55.9%, 治疗组与果酸治疗组及水杨酸治疗组比较差异均有统计学意义 ($\chi^2=4.25, P < 0.05$; $\chi^2=5.71, P < 0.05$), 但果酸治疗组与水杨酸治疗组比较差异无统计学意义 ($\chi^2=2.68, P > 0.05$)。治疗 6 周时及治疗结束 4 周治疗组非炎症性皮损数量均少于果酸治疗组和水杨酸治疗组, 两两比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 而果酸治疗组和水杨酸治疗组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗结束 4 周时 VISIA 检测斑点、红斑、紫质值治疗组均小于果酸治疗组和水杨酸治疗组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 但果酸治疗组和水杨酸治疗组之间差异无统计学意义。果酸和水杨酸治疗无全身不良反应, 可出现不同程度水肿性红斑, 灼热、刺痛、瘙痒或干燥脱屑等不适, 均可耐受, 全部患者完成疗程治疗。**结论** 果酸联合水杨酸治疗轻中度痤疮比单独使用果酸或水杨酸治疗有效率更高, 对 VISIA 检测的斑点、红斑、紫质值改善更为明显, 可为临床治疗轻中度痤疮提供更有利的选择且安全性好。

【关键词】 痤疮; 轻中度; 水杨酸; 果酸; VISIA

中图分类号: R751.05; R758.73⁺3 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.001

Clinical observation on treatment of mild to moderate acne with salicylic acid combined with glycolic acid

QUE Dong-mei, LIANG Guo-xiong, YANG Juan, TANG Yu-lu

(Department of Dermatology, Zhongshan Hospital affiliated to Guangdong Medical University/Zhongshan Chenxinghai Hospital, Zhongshan, Guangdong 528415, China)

【Abstract】 Objective To investigate the clinical efficacy and evaluate the security in the treatment of mild to moderate acne with salicylic acid combined with glycolic acid. While to investigate the improvement in testing index with skin VISIA. **Methods** 97 patients with mild to moderate acne were divided into three groups randomly. 31 cases in the treatment group was treated with salicylic acid combined with glycolic acid, while 32 cases in the glycolic acid control group was treated with glycolic acid and 34 cases in the salicylic acid control group was treated with salicylic acid alone. The noninflammatory lesions, inflammatory lesions, efficacy and skin VISIA testing index were compared in different timing. **Results** At the end of treatment, the effective rate of the treatment group was 74.2%, the effective rate of the glycolic acid treatment group was 53.1%, and the effective rate of the salicylic acid treatment group was 55.9%, the difference between the treatment group and the glycolic acid treatment group and the salicylic acid treatment group was statistically significant ($\chi^2=4.25, P < 0.05$; $\chi^2=5.71, P < 0.05$). Nonetheless the difference was not statistically significant between the glycolic acid control group and the salicylic acid control group ($\chi^2=2.68, P > 0.05$). After 6 weeks treatment and four weeks after treatment the noninflammatory lesions in treatment group were less than the two control groups with statistically significant difference ($P < 0.05$), however the difference was not statistically significant between the glycolic acid control group and the salicylic acid control group ($P > 0.05$). 4 weeks after the end of treatment, the freckle, erythema value and sclererythrin detected by VISIA of the treatment group were lesser than the two control groups, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$), but no difference between the two control groups. There were not systemic adverse reactions in the treats with glycolic acid and salicylic acid, but local adverse reactions including edematous erythema, scorching hot, pricking, itching and dry desquamation which could be tolerant. All the patients taking part in the experiment finished the treatment. **Conclusion** It was more effective when mild to moderate acne was treated with salicylic acid combined with glycolic acid than only with salicylic acid or glycolic acid, furthermore the improvement was greater in freckle, erythema and sclererythrin tested by VISIA. This method could provide a more effective clinical choice in treating mild to moderate acne with high security.

【Key words】 Acne; Mild to moderate; Glycolic acid; Salicylic acid; VISIA

痤疮是一种常见的累及毛囊皮脂腺单位的慢性炎症性皮肤病, 在青少年中的发病率达到 80% 以上, 全球疾病负担研究组估计痤疮的人群发病率可以达到

9.4%, 痤疮已成为全球第八大常见病, 给患者及家庭都会带来很多身体和经济上的负担^[1]。中国人群截面统计发病率为 8.1%^[2], 痤疮发病机制复杂, 到目前仍

未完全阐明,明确的是与遗传背景下激素诱导的皮脂腺过度分泌脂质、毛囊皮脂腺导管角化异常、痤疮丙酸杆菌等毛囊微生物增殖及炎症和免疫反应相关^[3]。痤疮的治疗主要包括口服药、外用药及物理治疗,但适宜的治疗应当根据患者痤疮类型和严重程度的不同而选择不同的治疗方案^[4]。对于轻中度痤疮而言,患者可能更倾向于非系统口服药物且治疗依从性对治疗效果影响很大,提供患者更多有效安全可供选择的物理治疗方法是相关人员需要解决的问题。

1 资料与方法

1.1 纳入与排除标准 纳入标准:符合寻常痤疮 Pillsbury 分级 I、II 和 III 级^[3]患者,且治疗前 2 个月未进行过痤疮治疗。排除标准:① Pillsbury 分级 IV 级痤疮患者;② 面部有过敏性疾病,如急性接触性皮炎、湿疹等皮肤敏感状态者;③ 面部真菌、细菌、病毒性感染性疾病及皮肤糜烂溃疡或外伤者;④ 对果酸制剂及其成分过敏者;⑤ 对水杨酸制剂及其成分过敏者;⑥ 妊娠及哺乳期妇女和 < 12 岁人群;⑦ 具有系统性疾病患者;⑧ 有光敏性疾病史或瘢痕体质者;⑨ 近 6 个月有口服维 A 酸类药物者;⑩ 对治疗效果期望值过高或者超越现实可能性患者。中止标准:① 试验期间不遵医嘱;② 自行进行其他治疗,不遵循正确护肤原则;不能耐受治疗方案者;③ 自动退出试验的患者。研究经本院伦理委员会批准,患者均签署知情同意书。

1.2 临床资料 97 例患者均来自本院皮肤科美容中心。将患者随机分为联合治疗组、果酸对照组及水杨酸对照组,其中联合治疗组纳入 31 例,男性 12 例,女性 19 例,年龄(16~33)岁,平均年龄(22.54±5.12)岁;果酸对照组纳入 32 例,男性 13 例,女性 19 例,年龄(16~32)岁,平均年龄(22.23±6.03)岁;水杨酸对照组纳入 34 例,男性 15 例,女性 19 例,年龄(14~33)岁,平均年龄(21.82±5.52)岁。三组患者在年龄、性别、皮损数、皮损炎症程度分级均无明显差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 联合治疗组:采用 30% 超分子水杨酸(博乐达,上海瑞志医药科技有限公司)和果酸护肤液护理包(昆明贝妮生物技术有限公司),分别于 0 周、2 周、4 周、6 周进行 4 次水杨酸和果酸间隔治疗。第一次和第三次为水杨酸治疗,第二次和第四次为果酸治疗。水杨酸浓度固位为 30%,果酸起始浓度为 20%,后续根据个体皮肤的耐受考虑是否增加浓度,最高浓度为 35%。果酸治疗组和水杨酸治疗组:分别于 0 周、2 周、4 周、6 周进行 4 次果酸或者水杨酸治疗。

果酸治疗操作流程:清洁面部,予凡士林保护破损处、眼周、鼻唇沟、口角及唇黏膜等敏感部位,均匀涂抹果酸,要求 1min 内完毕,根据患者的耐受程度停留时间为(2~6)min,密切观察患者红斑程度、白

霜情况,并询问患者自觉症状。观察到均匀性淡红斑或者白霜反应时或自觉刺痛明显不能耐受时,立即予中和液充分中和,随即予配套面膜冷敷 30min。水杨酸治疗操作流程:清洁面部,使用凡士林保护眼周、鼻周、口周;直接将 30% 水杨酸凝胶均匀点涂在全面部。用戴乳胶手套的双手将水杨酸从 T 区开始逐渐分布在全面部使其呈均匀的薄薄一层,似云雾状外观,并用生理盐水保持 30% 水杨酸凝胶呈稀释状态,轻揉按摩,在炎性丘疹上重点按摩,直到出现终点反应即均匀的红斑和点状白霜,按摩最初时间不超过 30min。出现终点反应后用清水清洗彻底,紧接着用修复面膜(4~10℃冰箱保存)冷敷 30min。

所有患者每次治疗前均清洁面部,建档拍照同时使用 VISIA 皮肤图像分析仪(Canfield 科技公司,USA)采集患者面部正侧位照片。术后做好基础保湿工作和防晒工作,规避刺激性及功能性成分。

1.3 疗效判定 分别于治疗前、第 6 周、第 10 周使用 VISIA 皮肤图像分析仪采集患者面部正侧位照片,后续统计各时间点面部非炎性(黑头或白头粉刺)和炎性皮损(丘疹、脓疱)的数目及其总数。

按照皮损类型分为非炎性皮损(黑头粉刺、白头粉刺)、炎性皮损(丘疹、脓疱),于治疗前后分别进行计数,依据治疗前后的皮损减退率进行疗效判定。皮损消退率=(治疗前皮损总数-治疗后皮损总数)÷治疗前皮损总数×100%。痊愈:皮损减退率≥90%;显效:60%≤皮损减退率<90%;好转:20%≤皮损减退率<60%;无效:皮损减退率<20%。总有效率=痊愈率+显效率。

另登记治疗前及治疗第 10 周(即停药后 4 周)VISIA 皮肤图像分析仪检测的斑点、红斑、紫质数值录入电脑,最后统计。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 19.0 统计软件分别对两组总的皮损治疗有效率进行卡方检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。对非炎性皮损和炎性皮损减少数量及 VISIA 皮肤图像分析仪检测的斑点、红斑、紫质数值采用方差分析即 F 检验,总体有差异基础上两组间比较再采用 Bonferroni 法,设定 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 治疗结束时联合治疗组有效率为 74.2%、果酸治疗组有效率为 53.1%、水杨酸治疗组有效率为 55.9%,联合治疗组与果酸治疗组及水杨酸治疗组比较差异均有统计学意义($X^2=4.25$, $P < 0.05$; $X^2=5.71$, $P < 0.05$),但果酸治疗组与水杨酸治疗组比较差异无统计学意义($X^2=2.68$, $P > 0.05$)。详见表 1。

2.2 不同治疗时段皮损数目比较 治疗 6 周时联合治疗组非炎性皮损(4.42 ± 6.33)个,果酸治疗组

表 1 三组轻中度痤疮患者疗效比较 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
联合治疗组	31	8 (25.8)	15 (48.4)	5 (16.0)	3 (9.7)	74.2
果酸对照组	32	5 (15.6)	12 (37.5)	9 (28.1)	6 (18.8)	53.1
水杨酸对照组	34	5 (14.7)	14 (41.2)	7 (20.6)	8 (23.6)	55.9

注:三组独立样本的总体 χ^2 为 7.56, $P < 0.05$ 。

非炎性皮损 (6.96 ± 7.68) 个,水杨酸组非炎性皮损 (6.87 ± 7.15) 个,联合治疗组分别与果酸治疗组和水杨酸治疗组比较均有差异 ($P < 0.05$),而果酸治疗组和水杨酸治疗组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 10 周即结束 4 周时联合治疗组非炎性皮损 (6.17 ± 7.12) 个,果酸治疗组非炎性皮损 (8.63 ± 8.54) 个,水杨酸组非炎性皮损 (8.37 ± 8.87) 个,联合治疗组分别与果酸治疗组和水杨酸治疗组比较均有差异 ($P < 0.05$),而果酸治疗组和水杨酸治疗组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。详见表 2。

2.3 VISIA 检测指标比较 治疗 10 周即结束 4 周时 VISIA 检测斑点、红斑、紫质值三个指标联合治疗组均小于果酸治疗组和水杨酸治疗组,差异均有统计学意义但果酸治疗组和水杨酸治疗组之间差异无统计学意义。治疗 10 周时斑点值联合组为 (25.56 ± 5.75),果酸组为 (29.16 ± 6.61),水杨酸组为 (28.97 ± 6.02);红斑值联合组为 (18.16 ± 5.32),果酸组为 (28.32 ± 4.88),水杨酸组为 (27.65 ± 5.22);紫质值联合组为 (5.78 ± 3.78),果酸组为 (7.25 ± 3.69),水杨酸组为 (7.95 ± 4.16),详见表 3。

2.4 不良反应统计 果酸和水杨酸治疗过程中未出现全身性不良反应,但有局部不良反应,主要表现为灼热、刺痛、瘙痒感,治疗结束后可出现水肿性红斑和干燥脱屑。水肿性红斑经冷敷及外用生长因子凝胶自行

消退,干燥脱屑予加强保湿,避免过度清洁均可自行缓解。如患者前一次治疗反应偏重,下一次治疗则考虑减低果酸浓度,减少停留或促渗时间等适当调整。果酸和水杨酸治疗总共有 388 人次,其中果酸有 5 人出现水肿性红斑,水杨酸有 8 人出现水肿性红斑;果酸 38 人、水杨酸 46 人出现明显灼热、刺痛、瘙痒感、干燥脱屑其中一项或几项,总体耐受性好,全部患者完成疗程治疗。

3 讨论

痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性疾病,适宜的治疗是根据痤疮类型及严重程度不同而选择不同的治疗方案。轻中度痤疮以粉刺、丘疹、脓疱等皮损为主,传统治疗方法以口服及外用药治疗为主,但用药时间长,对患者的依从性要求高,停药后复发及耐药现象影响了治疗的效果,许多国家研究表明超过 50% 的 P.acnes 出现了耐药性,尤其是对大环内酯类抗生素^[5]。此外,长期使用抗生素也会导致机体其他部位的细菌产生耐药及菌群失调,增加机会致病菌感染机会^[6]。近年来,关于痤疮的非药物治疗^[7]探讨得比较多,包括果酸及水杨酸治疗,非剥脱性点阵等激光、光动力治疗等为痤疮治疗提供了更多安全和有效的选择。本研究探讨果酸联合水杨酸治疗痤疮的有效性及安全性,为临床治疗提供更合理的选择。

水杨酸是一种多功能天然活性成分,属于非甾体类抗炎物质,具有抗炎、广谱抗菌、低浓度下双向调节角质细胞、松解剥脱角质细胞能力及美白的作用(抑制酪氨酸活性),因此在治疗痤疮上,水杨酸不仅具有角质剥脱、溶解粉刺的作用,还具有抗炎作用,对痤疮炎症后色素沉着也有淡化作用^[8]。超分子水杨酸利用超分子化学技术并具有控缓释能力,因不含有酒精,不需加入强碱中和剂,极大地降低了刺激性,提高了安全性和患者的依从性,为临床广泛应用提供了基础^[9]。

表 2 轻中度痤疮患者不同治疗时间点的皮损个数 ($\bar{x} \pm s$, 个)

组别	n	炎性皮损			非炎性皮损		
		治疗前	治疗 4 周	治疗 10 周	治疗前	治疗 4 周	治疗 10 周
联合治疗组	31	23.15 $\pm$ 9.15	5.62 $\pm$ 6.36	6.23 $\pm$ 7.12	21.35 $\pm$ 9.74	4.42 $\pm$ 6.33	6.17 $\pm$ 7.12
果酸对照组	32	22.82 $\pm$ 9.36	7.62 $\pm$ 7.17	10.52 $\pm$ 6.85	20.85 $\pm$ 9.25	6.96 $\pm$ 7.68	8.63 $\pm$ 8.54
水杨酸对照组	34	23.65 $\pm$ 8.97	8.12 $\pm$ 6.79	10.46 $\pm$ 7.33	21.19 $\pm$ 8.97	6.87 $\pm$ 7.15	8.37 $\pm$ 8.87

注: $F=1.67$, $P < 0.05$ 。

表 3 轻中度痤疮患者治疗前及治疗 10 周时斑点、红斑及紫质的数值比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前			治疗后 10 周		
		斑点	红斑	紫质	斑点	红斑	紫质
联合治疗组	31	32.36 $\pm$ 4.58	40.13 $\pm$ 6.35	17.48 $\pm$ 4.32	25.56 $\pm$ 5.75	18.16 $\pm$ 5.32	5.78 $\pm$ 3.78
果酸对照组	32	33.68 $\pm$ 4.17	41.82 $\pm$ 7.15	16.89 $\pm$ 4.14	29.16 $\pm$ 6.61	28.32 $\pm$ 4.88	7.25 $\pm$ 3.69
水杨酸对照组	34	33.15 $\pm$ 5.12	40.95 $\pm$ 6.98	18.21 $\pm$ 3.93	28.97 $\pm$ 6.02	27.65 $\pm$ 5.22	7.95 $\pm$ 4.16

注: $F=1.98$, $P < 0.01$ 。

果酸当中的甘醇酸,其相对分子质量小,水溶性和渗透力强,可以加快皮肤角质层代谢速度,避免角质层过度堆积,能清除堆积在皮脂腺开口处的死亡细胞,使皮脂腺排泄通畅。此外,也可以渗入真皮,促进胶原纤维和弹力纤维增生,透明质酸等保湿成分也会随之增加^[7]。

目前,关于果酸及水杨酸在治疗痤疮中的研究较多,比如果酸联合光子嫩肤治疗轻中度痤疮^[10]、果酸联合米诺环素治疗寻常性痤疮^[11]、超分子水杨酸治疗中度寻常痤疮^[12]、超分子水杨酸联合米诺环素治疗痤疮^[13]。但关于超分子水杨酸联合果酸治疗痤疮的研究相对较少,本研究设置了三个分组,果酸与水杨酸联合、果酸单独使用及水杨酸单独使用。研究结果显示,水杨酸与果酸的联合治疗相对于水杨酸、果酸单独治疗,治愈率更高,两两比较差异具有统计学意义,但水杨酸和果酸的单独治疗差异无统计学意义。此外,两者联合治疗效果更佳,且停止治疗1个月后联合治疗组相对于果酸对照组及水杨酸对照组炎性皮损及非炎性皮损更少。治疗结束后,皮肤VISIA检测指标显示红斑值在水杨酸治疗组更低,联合组次之,果酸组最高,两两比较差异具有统计学意义。这可能与水杨酸通过抑制前列腺素合成起到强大抗炎作用有关,而果酸是通过影响痤疮丙酸杆菌的生长和繁殖并起到一定的持续性抑菌作用,痤疮丙酸杆菌减少以后面部的炎症反应降低,炎症介质减少从而间接起到抗炎作用,相对于水杨酸而言,其抗炎作用会更弱,因此红斑值降低幅度更小。印证了部分容易反复双侧颊部发红、发烫且皮肤偏敏感的患者,接受水杨酸治疗后发红、发烫的不适感会得到明显改善。

综合以上结果可以初步得出以下结论,水杨酸联合果酸治疗相对于水杨酸或者果酸的单独治疗更为有效且可以减少后续的复发。水杨酸在抗炎方面较果酸

更强且耐受性更好,可改善患者面部敏感状态,为临床的应用提供一定思路。

参考文献:

- [1] Vos T, Flaxman A D, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 [J]. *Lancet*, 2012, 380(9859): 2163–2196.
- [2] Shen Y, Wang T, Zhou C, et al. Prevalence of acne vulgaris in Chinese adolescents and adults: a community-based study of 17,345 subjects in six cities [J]. *Acta Derm Venereol*, 2012, 92(1): 40–44.
- [3] 中国痤疮治疗指南专家组. 中国痤疮治疗指南(2019 修订版) [J]. *临床皮肤科杂志*, 2019, 48(9): 583–588.
- [4] 项蕾红, 马英. 痤疮治疗的进展 [J]. *皮肤性病诊疗学杂志*, 2017, 24(4): 227–231.
- [5] Dreno B, Thiboutot D, Gollnick H, et al. Antibiotic stewardship in dermatology: Limiting antibiotic use in acne [J]. *Eur J Dermatol*, 2014, 24(3): 330–334.
- [6] 张丽媛, 王奇飒, 朱纹懿, 等. 我国痤疮患者皮损中痤疮丙酸杆菌对抗生素耐药性的 Meta 分析 [J]. *中国麻风皮肤病杂志*, 2019, 35(9): 515–519.
- [7] 项蕾红. 痤疮的非药物治疗 [J]. *皮肤病与性病*, 2012, 34(1): 17–19.
- [8] 唐莉, 尹锐, 罗娜, 等. 超分子水杨酸外用治疗轻、中度痤疮疗效观察 [J]. *中国美容医学*, 2018, 27(9): 31–33.
- [9] 单偶奇, 田慧敏. 超分子水杨酸在医学美容中的应用与展望 [J]. *中国美容医学*, 2019, 28(3): 171–173.
- [10] 翟燕, 高艳, 栗艳丽, 等. 果酸换肤联合光子嫩肤治疗轻、中度寻常性痤疮临床观察 [J]. *中国美容医学*, 2018, 27(10): 39–41.
- [11] 王娟, 龚海波, 贾雪松, 等. 果酸联合盐酸米诺环素治疗寻常性痤疮疗效观察 [J]. *中国美容医学*, 2017, 26(8): 103–104.
- [12] 陆莉, 张训, 滕超, 等. 超分子水杨酸治疗中度寻常痤疮疗效观察 [J]. *皮肤病与性病*, 2019, 41(3): 399–401.
- [13] 李迪, 刘晶, 夏君, 等. 新型超分子水杨酸联合米诺环素胶囊与克林霉素磷酸酯凝胶治疗寻常性痤疮疗效观察 [J]. *中国美容医学*, 2019, 28(6): 51–55.

159株淋球菌对7种抗生素的耐药性实验研究

杨寒淞¹, 曹应葵¹, 曾志君², 王红梅¹, 李玉叶^{1*}

(1. 昆明医科大学第一附属医院, 云南 昆明 650032; 2. 云南省疾病预防控制中心, 云南 昆明 650022)

【摘要】 目的 通过实验研究了解本地区淋球菌对7种抗生素的耐药情况、产 β -内酰胺酶淋球菌(PPNG)和质粒介导高度耐四环素淋球菌(TRNG)流行情况。**方法** 用琼脂稀释法测定环丙沙星、四环素、青霉素、阿奇霉素、大观霉素、头孢曲松和头孢克肟的最低抑菌浓度(MIC), 根据世界卫生组织(WHO)的标准判定其敏感性; 用纸片法检测 β -内酰胺酶。**结果** 159株淋球菌检出PPNG为78.9%, TRNG为48.4%, 多重耐药菌株占比73.6%; 对环丙沙星、四环素、青霉素、阿奇霉素的耐药率分别是100%、89.9%、89.3%、14.5%; 对大观霉素、头孢曲松、头孢克肟的敏感率分别为100%、95.6%和92.5%。**结论** 本地区淋病患者不宜使用青霉素、四环素、环丙沙星和阿奇霉素, 大观霉素、头孢曲松和头孢克肟均可作为治疗药物。多重耐药菌株比例增高, 应长期动态监测耐药性变化。

【关键词】 淋球菌; 耐药监测; 抗生素

中图分类号: R959.3; R759.2 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.002

The resistance of neisseria gonorrhoeae to seven antimicrobial agents in vitro

YANG Han-song¹, CAO Ying-kui¹, ZENG Zhi-jun², WANG Hong-mei¹, LI Yu-ye^{1*}

(1. First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming, Yunnan 650032, China; 2. Yunnan Center for Disease Control and Prevention, Kunming, Yunnan 650022, China)

【Abstract】 Objective To analyze antimicrobial resistance of *Neisseria gonorrhoeae* (NG) to seven antimicrobial agents and the penicillinase-producing NG(PPNG) and tetracycline resistant NG(TRNG) in Kunming from 2019 to 2020. **Methods** One hundred fifty-nine NG strains were isolated and cultured from our clinical department. Minimum inhibitory concentration (MIC) of ciprofloxacin, tetracycline, penicillin, azithromycin, spectinomycin, ceftriaxone, cefixime were determined by agar dilution method; β -lactamase was measured by paper iodine quantitative method. **Results** PPNG and TRNG accounted for 78.9% and 48.4% of the NG isolates respectively, and the proportion of multiple drug-resistant strains was 73.6%. The resistant rate of ciprofloxacin, tetracycline, penicillin, azithromycin were 100%, 89.9%, 89.3% and 14.5%, respectively. The sensitivity rate of spectinomycin, ceftriaxone and cefixime were 100%, 95.6% and 92.5%, respectively. **Conclusion** Penicillin, tetracycline, ciprofloxacin and azithromycin should not be used in patients with gonorrhoeae in Kunming, while spectinomycin, ceftriaxone and cefixime can be used as treatment options for gonorrhoeae. The increasing proportion of multi-drug resistant strains suggests that the dynamic changes of drug resistance should be monitored for a long time.

【Key words】 *Neisseria gonorrhoeae*; Antimicrobial resistance; Antibiotics

淋病奈瑟菌(淋球菌)感染后引起的淋病,是我国最常见的性传播疾病之一,因临床滥用抗生素及不规范治疗,淋球菌的耐药性日趋严重。本研究旨在了解本单位于(2019~2020)年期间收集的159株淋球菌分离株对7种抗生素的耐药情况,及其产 β -内酰胺酶淋球菌(PPNG)和质粒介导高度耐四环素淋球菌(TRNG)的流行情况,为本地区淋病患者的治疗提供依据。

1 材料和方法

1.1 材料 159株淋球菌源于(2019~2020)年在本单位性病门诊就诊的淋病患者的泌尿生殖道分泌物培养男145株,女14株,年龄(15~61)岁。男性标本取自尿道口内(2~3)cm处分泌物,女性标本取自宫颈口内(1~2)cm处分泌物,获得的菌株培养(24~48)h后经革兰染色、菌落形态、氧化酶及糖发酵试验鉴定,分纯后洗脱于肉汤中, -70℃冰箱冻存备

用。确诊淋病患者签署知情同意书后,按要求登记各项临床资料。上述已通过相关伦理审查。

7种抗生素(环丙沙星、四环素、青霉素、阿奇霉素、大观霉素、头孢曲松、头孢克肟)以及WHO标准淋球菌菌株K、G、J、L、P、49226均由云南省疾病预防控制中心提供;淋球菌GC培养基(英国OXOID公司生产),10%脱纤维新鲜羊血(南京便诊生物科技公司生产)。

1.2 方法

1.2.1 制备菌悬液 实验菌株和标准菌株用巧克力平板培养(18~20)h,用生理盐水将淋球菌菌苔制成 10^7 CFU/ml菌悬液。

1.2.2 MIC 采用WHO西太区淋球菌耐药监测规划推荐的琼脂稀释法^[1],先将7种抗生素按要求配成原液,再倍比稀释成不同浓度,环丙沙星(0.015~8)mg/L,四环素(0.5~16)mg/L,青霉

【收稿日期】 2021-03-29 *通信作者 E-mail: yyeli2000@126.com 基金项目: 云南省防治艾滋病项目; 云南省“万人计划”名医专项; 云南省卫生和计划生育委员会医学领军人才(L-201613); 云南省皮肤免疫疾病临床医学研究中心(2019ZF012); 云南省皮肤与免疫性疾病临床医学中心(ZX2019-03-02); 云南省创新团队(2018HC005)

素 (0.015 ~ 8) mg/L, 阿奇霉素 (0.03 ~ 8) mg/L, 大观霉素 (4 ~ 128) mg/L, 头孢曲松和头孢克肟 (0.008 ~ 1) mg/L。将淋球菌基础琼脂高压灭菌, 水浴冷却至 50℃, 加入 10% 脱纤维新鲜羊血。取 0.2ml 倍比稀释好的 7 种抗生素工作液, 加入 20ml 淋球菌血液基础培养基, 混匀后倾倒入平板。从低浓度至高浓度配制各浓度平板。用接种器将实验和标准菌株菌悬液接种于各平板, 置 37℃、5%CO₂ 环境下培养 24h 后观察结果, 记录无菌落生长的 MIC。以 WHO 的 D、G、J、L、P、49226 标准菌株作质控。药物敏感性判断标准按照 WHO 西太区淋球菌耐药监测规划制定的标准^[1]。

1.2.3 PPNG 与 TRNG 测定 采用纸片酸度法测定菌株是否产 β-内酰胺酶, 其阴性和阳性对照分别为 L、J 标准菌株, 先将滤纸吸足青霉素溶液 (以溴甲酚紫为指示剂), 取待检菌涂于滤纸上, 置 37℃ 温育 30min, 滤纸上菌落颜色由紫色变为黄色即为 β-内酰胺酶阳性, 颜色无变化为阴性。采用琼脂稀释法测定, 当四环素 MIC ≥ 16mg/L 时判定为 TRNG 阳性株。

2 结果

2.1 患者信息资料 采集分泌物并培养出淋球菌的患者有 159 人, 男女比例为 10.3 : 1 (145 : 14), 47.8% 的患者年龄分布在 (20 ~ 29) 岁, 90.1% 为汉族, 70.4% 居住在本市, 35.3% 的文化程度是高中或中专, 23.7% 的职业是工人, 94.7% 的患者主诉泌尿生殖道有异常分泌物, 84.8% 的病程在 7d 以内, 67.7% 的患者在发生性行为时未坚持使用安全套。

2.2 淋球菌耐药性及 PPNG、TRNG 检出情况 所有菌株对大观霉素均敏感, 未发现头孢曲松和头孢克肟耐药菌株, 对环丙沙星、四环素、青霉素和阿奇霉素的耐药菌株分别有 159 株 (100%)、143 株 (89.9%)、142 (89.3%) 和 23 株 (14.5%)。检出 PPNG 为 124 株 (78.9%), TRNG 为 77 株 (48.4%)。详见表 1。

表 1 159 例淋球菌分离株对药物的抗菌活性结果统计 (n, %)

抗菌药物	敏感株	低敏株	耐药株	PPNG 株	TRNG 株
青霉素	0	17(10.7)	142 (89.3)	124 (78.9)	—
四环素	16 (10.1)	—	143 (89.9)	—	77 (48.4)
环丙沙星	0	0	159 (100)	—	—
大观霉素	159 (100)	—	0	—	—
头孢曲松	152 (95.6)	7 (4.4)	—	—	—
头孢克肟	147 (92.5)	12 (7.5)	—	—	—
阿奇霉素	136 (85.5)	—	23(14.5)	—	—

注: “—”表示未检测。

2.3 多重耐药性 检出多重耐药株 117 株 (73.6%)。三重耐药菌株中, 对环丙沙星、青霉素和四环素同时

耐药的有 106 株 (66.7%); 四重耐药菌株中, 对环丙沙星、青霉素、四环素和阿奇霉素同时耐药的有 14 株 (8.8%)。详见表 2。

表 2 159 株淋球菌的多重耐药 (n, %)

耐药种类	耐药率
环丙沙星 + 四环素 + 青霉素	106 (66.7)
环丙沙星 + 四环素 + 阿奇霉素	21 (13.2)
环丙沙星 + 青霉素 + 阿奇霉素	15 (9.4)
环丙沙星 + 四环素 + 阿奇霉素 + 青霉素	14 (8.8)
多重耐药	117 (73.6)

3 讨论

淋病作为全世界广泛流行的性传播疾病之一, 据 WHO 估计 2016 年世界范围内新增淋病 8 700 万例^[2], 我国 2019 年淋病报告发病率为 8.45/10 万^[3]。近年来, 抗生素的滥用及细菌染色体基因突变和耐药质粒的转移, 使淋球菌的耐药性在全球较为普遍。

本研究统计, 男女淋病发病比例为 10.3 : 1, 与国内报道类似^[4], 近年来男性发病率愈发高于女性, 可能原因是女性患者多无明显症状, 临床易漏诊, 或女性主动求医者少、性伴通知不到位等, 因此要加大对性病门诊女性患者的淋病筛查力度, 并重视确诊患者性伴侣的检测。患者年龄主要集中在 (20 ~ 29) 岁, 为性活跃人群, 与文献报道^[5、6]类似, 淋病发病年龄近年来呈年轻化趋势, 提示应重视青少年人群的性健康知识教育。患者多为低学历和低收入人群, 常发生无保护性行为, 应加强对患者的性健康知识科普。

本研究中 PPNG 检出率为 78.9%, 高于 2013—2016 年广西的 43.71%^[7] 和 2016—2018 年东莞的 38.5%^[8], 青霉素耐药率为 89.3%, 不能作为淋病治疗药物, 并应警惕与其他 β-内酰胺酶类抗生素交叉耐药的可能。

89.9% 菌株检出四环素耐药株, 其中 48.4% 为 TRNG, 高于 2019 年广州地区 13%^[9], 提示本地区 TRNG 已高于全国水平^[10]。四环素已不能作为本地区治疗淋病的药物, 用药时注意与其他四环素类药物 (如多西环素、米诺环素等) 交叉耐药的可能。

20 世纪开始喹诺酮类药物治疗淋病的成功率已不足 10%^[11], 本研究发现环丙沙星全部耐药 (100%), 与 2018 年成都 (100%)^[12]、2015—2019 年北海 (98.9%)^[13] 数据相近, 说明本地区环丙沙星已高度耐药, 可能与泌尿系统感染时广泛使用喹诺酮类药物有关。

阿奇霉素曾被推荐为治疗淋球菌感染的首选药物, 但由于临床使用广泛, 全国各地阿奇霉素耐药率逐年上升, 2016 年广州地区阿奇霉素耐药率为 14.7%^[14], 2018—2019 年武陵山区 78.7%^[15]。本研究中发现阿奇霉素耐药率为 14.5%, 已不适合作为淋病治疗药物。

本研究未发现大观霉素、头孢曲松及头孢克肟耐药菌株。但头孢曲松和头孢克肟的低敏率分别为4.4%和7.5%，其中头孢曲松低敏率和国内的平均水平接近^[16]，头孢克肟低敏率则低于广西地区^[17]。在我国其他地区已发现头孢曲松耐药菌株^[17]，因此应持续监测淋球菌对头孢曲松的敏感性，防止耐药菌株的暴发流行。大观霉素作为氨基糖苷类药物，国内外也有耐药菌株报道^[18、19]，使用大观霉素时应关注大观霉素的敏感性，及时发现耐药菌株。

本研究中73.6%为多重耐药株，高于2018年成都地区36.6%^[12]。其中，89.3%为三重耐药菌株，8.8%为四重耐药菌株，多重耐药使淋病治疗更加困难，可能与该地区患者自行用药或者用药不规范有关，建议各级卫生部门加强性病诊疗规范，同时动态监测抗菌药物的耐药状况。

综上，及时治疗及合理使用抗菌药物是控制淋病暴发流行的主要措施。本地区推荐大观霉素、头孢曲松、头孢克肟作为淋病的首选药物；阿奇霉素耐药率升高，已不再推荐为本地区的淋病治疗药物；对环丙沙星、四环素和青霉素的耐药性已极为严重，均不能作为淋病的治疗药物。本地区要持续加强对淋球菌耐药的监测，防止耐药株的暴发流行的同时，警惕“超级淋球菌”的出现。

参考文献:

[1] World Health Organization. Laboratory diagnosis of sexually transmitted infections, including human immunodeficiency virus[S]. World Health Organization, 2013. www.who.int.
[2] Rowley J, Vander H S, Korenromp E, et al. Chlamydia, gonorrhoeae, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates[J]. 2016. Bull World Health Organ, 2019, 97(8): 548–562.
[3] 岳晓丽, 龚向东, 李婧, 等. 2015–2019年中国淋病流行趋势与特征[J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(10): 769–773.

[4] 苏兴芳, 方清艳, 杨志芳, 等. 云南省2011–2016年淋病流行趋势分析[J]. 皮肤病与性病, 2017, 39(4): 271–274.
[5] 王哲. 北京市平谷区医院581例性传播疾病病例分析[J]. 实用皮肤病学杂志, 2016, 9(3): 186–188.
[6] 陈福亭, 郑熠, 石萍, 等. 2008–2016年武汉市性传播疾病流行状况及趋势分析[J]. 实用预防医学, 2018, 25(7): 805–809.
[7] 朱邦勇, 李伟, 甘泉, 等. 广西地区淋病患者淋病奈瑟菌对七种抗生素的耐药监测[J]. 中国皮肤性病杂志, 2018, 32(9): 1052–1056.
[8] 李明, 邹裕, 黄文丽, 等. 587株淋球菌对青霉素等7种抗生素耐药观察[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2019, 26(4): 210–214.
[9] 黎小东, 梁景耀, 曹文苓, 等. 100株淋球菌对7种抗生素的耐药性结果分析[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2020, 27(4): 237–240.
[10] 周海永, 张传领, 金百治. 淋病奈瑟菌的耐药性及分子流行病学观察[J]. 中国皮肤性病杂志, 2018, 32(12): 1400–1403.
[11] Unemo M, Shafer W M. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the 21st century: past, evolution, and future[J]. Clin Microbiol Rev, 2014, 27(3): 587–613.
[12] 罗才会, 李春花, 王有为, 等. 2018年成都地区淋病奈瑟菌对抗生素耐药性的结果分析[J]. 中国抗生素杂志, 2020, 45(6): 627–631.
[13] 陈镇, 钟永军, 朱邦勇, 等. 2015–2019年广西北海地区淋球菌耐药结果分析[J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(3): 325–327.
[14] 黎小东, 梁景耀, 毕超, 等. 2016年广州地区淋球菌耐药性结果分析[J]. 热带医学杂志, 2019, 19(8): 971–973.
[15] 向波, 向辉, 周卫华, 等. 武陵山区淋病奈瑟菌对7种抗菌药物的耐药情况及分子生物学特征分析[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(13): 1822–1825.
[16] Chen S C, Yin P P, Dai X Q, et al. First nationwide study regarding ceftriaxone resistance and molecular epidemiology of *Neisseria gonorrhoeae* in China[J]. Antimicrob Chemother, 2016, 71(1): 92–99.
[17] 钟娜, 郑文爱, 王芳乾, 等. 2006–2011年海南地区淋球菌耐药性监测分析[J]. 中国皮肤性病杂志, 2013, 27(1): 56–57+63.
[18] 李治清, 刘宏星, 谢江玲. 武鸣县182例淋球菌药敏检测结果分析[J]. 应用预防医学, 2016, 22(2): 155+158.
[19] Bala M, Kakran M, Singh V, et al. Monitoring antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in selected countries of the WHO South-East Asia Region between 2009 and 2012: a retrospective analysis[J]. Sex Transm Infect, 2013, 89(4): 28–35.

复方参蓉汤加减治疗脾肾两虚型斑秃的临床疗效观察

马颖^{1,2}, 纳猛¹, 杨恩品²

(1. 云南省开远市人民医院皮肤科, 云南 开远 661000; 2. 云南中医药大学第一附属医院, 云南 昆明 650021)

【摘要】 目的 观察复方参蓉汤对脾肾两虚型斑秃的疗效及安全性, 为健脾益肾法治疗脾肾两虚型斑秃提供临床依据。**方法** 将同期收治的66例脾肾两虚型斑秃患者61例随机分为两组, 试验组31例、对照组30例。试验组口服复方参蓉汤, 对照组口服健脾益肾颗粒; 两组均外擦0.1%他克莫司软膏。疗程共12周, 患者每周复诊1次, 在治疗前及每4周末记录患者皮损积分, 在治疗前及治疗结束时检测血清CD₄⁺、CD₈⁺T淋巴细胞的水平、皮肤镜下靶皮损改变并进行数据分析。**结果** 治疗后, 试验组总有效率为90.32%; 对照组为76.67%, 两组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 两组SALT评分、中医证候评分、终毛数密度、DLQI评分, 较治疗前有显著差异($P < 0.05$), 组间比较, 试验组优于对照组。试验组不良反应发生率、复发率显著低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 复方参蓉汤治疗脾肾两虚型斑秃疗效确切, 较健脾益肾颗粒有明显优势。皮肤镜在毛发性疾病的诊断、鉴别、判定疗效方面显示了良好的应用前景。

【关键词】 斑秃; 复方参蓉汤; 脾肾两虚; 临床观察

中图分类号: R243; R758.71 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.003

Clinical observation of compound shenrong decoction in treating alopecia areata with deficiency of spleen and kidney

MA Ying^{1,2}, NA Meng¹, YANG En-pin²

(1. Department of Dermatology Kaiyuan People's Hospital of Yunnan, Kaiyuan, Yunnan 661000, China; 2. The First Affiliated Hospital of Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming, Yunnan 650021, China)

【Abstract】 Objective To observe the efficacy and safety of compound Shenrong decoction on alopecia areata with deficiency of spleen and kidney, and to provide clinical basis for strengthening spleen and enriching kidney in the treatment of alopecia areata with deficiency of spleen and kidney. **Methods** 66 patients with alopecia areata with deficiency of both spleen and kidney were randomly divided into two groups. A total of 61 effective cases were obtained, including 31 cases in experimental group and 30 cases in control group. The experimental group was given compound Shengrong decoction orally. The control group received Jianpi Yishen Granules orally. Both groups were applied 0.1% tacrolimus ointment. The treatment course was 12 weeks, patients were visited once a week, and the skin lesion scores were recorded before treatment and every 4 weekends. The serum CD₄⁺ and CD₈⁺T lymphocyte levels were detected before and at the end of treatment, and the changes of target skin lesions under dermoscopic conditions were analyzed. **Results** After treatment, the total effective rate of the experimental group was 90.32%. The control group was 76.67%, and the difference between the two groups was statistically significant ($P < 0.05$); Salt score, TCM syndrome score, final hair density and DLQI score were significantly different between the two groups ($P < 0.05$), the experimental group was better than the control group. The incidence of adverse reactions and recurrence rate in the trial group were significantly lower than those in the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Compound Shenrong Decoction has definite curative effect on alopecia areata with deficiency of spleen and kidney, and has obvious advantages over Jianpi Yishen Granules. Dermoscopy has a promising application prospect in the diagnosis, differentiation and curative effect determination of hair diseases.

【Key words】 Alopecia areata; Compound shenrong decoction; Spleen and kidney deficiency; Observation of curative effect

斑秃 (alopecia areata) 是一种非瘢痕性脱发, 该病发病率国外报道为 0.1% ~ 0.2%, 我国为 0.27%^[1]。该病有一定自愈倾向, 但多限于轻型患者, 重度斑秃治疗困难, 复发率高。

斑秃的病因病机未完全明确, 目前现代医学多认为是遗传易感性基础上, 由复杂的多种激发因素介入, 导致细胞免疫为主的特异性自身免疫疾病^[2]。其中 CD₈⁺ 和 CD₄⁺T 淋巴细胞所起的作用尤为重要, CD₄⁺T 淋巴细胞主要是激活巨噬细胞, 同时产生 INF 和 TNF 等, 引起局部炎症反应; CD₈⁺T 淋巴细胞经活化后可分泌细胞毒素、诱导细胞凋亡以及杀死带抗原的靶细胞, 两者协同作用导致毛囊受损, 毛发脱落。

中医认为“发为血之余”, 毛发的健康生长有赖于气血精 (津) 液的荣养。脾胃为后天之本, 气血生化之源, 脾胃受损, 运化功能失常, 则气血生化乏源, 头发生长无基, 可发为斑秃; 肾其华在发, 为五脏阴阳之本, 藏精之处, 精化血, 精血旺盛, 则毛发粗壮而润泽, 精血亏虚, 则发枯脱落。因此, 毛发的生长与脱落, 与脾胃的关系尤为密切。

皮肤镜是一项无创性、简便的诊断技术, 它使肉眼不可见的形态学特征得以显现, 从而将传统视诊与微观观察紧密联系起来, 可以更准确地了解毛发微观变化, 提供决策依据。皮肤镜图像分析技术应用于毛发性疾病的辅助诊断及疗效判定国内的相关报道也比较

少。本课题在病证结合临床研究的同时,通过引入皮肤镜观测来提供更客观的证据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择同期收治符合脾肾两虚型斑秃诊断标准的患者61例。所有患者均符合《中国临床皮肤病学》第3版、1977年原卫生部《中药新药临床研究指导原则》中关于斑秃的诊断及分期标准。同时符合《中医诊断学》第10版中关于脾肾两虚的诊断标准。主症:①毛发干枯无泽;②食少纳呆;③体倦乏力;④腰膝酸软;⑤畏寒肢冷。次症:①面色萎黄,大便异常(溏、烂、先硬后溏、时溏时硬);②小便清长或夜尿多。舌脉象:舌质淡,苔薄白,脉细弱。具备主症2项、次症1项及舌脉象符合者即可诊断。

1.2 排除标准及终止标准 ①年龄<18岁或>65岁;②在孕期、准备妊娠或哺乳期妇女;③假性斑秃、瘢痕性秃发、某些疾病(梅毒、头癣)引起的秃发、有明确药物和理化因素引起的脱发;④合并严重心脑血管、造血系统疾病,严重肝、肾功能损伤者及精神病患者;⑤已知使用本试验所用药物出现过敏或严重不良反应者;⑥已知正在参加其他临床研究试验者。

1.3 试验方法 试验组口服复方参蓉汤(党参30g、肉苁蓉30g、茯苓30g、白术20g、当归15g、丹参30g、淮山药30g、黄芪30g、炙黄精30g、淫羊藿15g、菟丝子15g、防风15g、生甘草10g),煎6袋,每次1袋(150ml),3次/d,饭后服用。对照组口服健脾益肾颗粒(重庆希尔安药业有限公司),每次1袋(30g),3次/d,饭后服用。实验组及对照组同时使用0.1%他克莫司软膏[安斯泰来制药(中国)有限公司]外擦皮损处,1次/晚。用药期间注意精神放松,作息规律,饮食均衡,忌辛辣、油腻、刺激性食物。适度洗头,(2~3)天一次,洗头时水温不宜过高或过凉,不烫、染发。

1.4 疗程 每周复诊1次,共12周,治疗前及治疗后每4周末就诊时填写评分表,疗程结束进行疗效判断。疗程结束后随访3个月,统计复发情况。

1.5 观察指标及记录方法

1.5.1 脱发面积评分 治疗前后,采用SALT分数对患者予以评估。评分计算方法:①如图1所示,将头皮分为左颞区、右颞区、顶区、枕区,四个区域分别占总头皮面积的18%、18%、24%、40%(整个头部面积为100分,每个区域同比换算为18分、18分、24分、40分)。②如图2所示,将各个区域再等分为四个区域,左、右颞区按从左到右、自上而下的顺序每小块分别占5分、4分、4分、5分,项区各10分,枕区各6分。③以图3患者左颞区为例, SALT评分为 $5 \times [100 - 0 \text{ (剩余毛发百分数约为0)}] \% + 4 \times (100 - 0) \% + 4 \times (100 - 12.5) \% + 5 \times (100 -$

$15) \% = 5 + 4 + 3.5 + 4.25 = 16.5$ 分;最后将四个区域的分数相加即为该患者的SALT分数。④根据以上SALT评分对患者的病情进行分级,轻度:SALT分数 ≤ 25 ;中度: $25 < \text{SALT分数} \leq 50$;重度: $50 < \text{SALT分数} < 99$;完全性脱发:SALT分数=100。

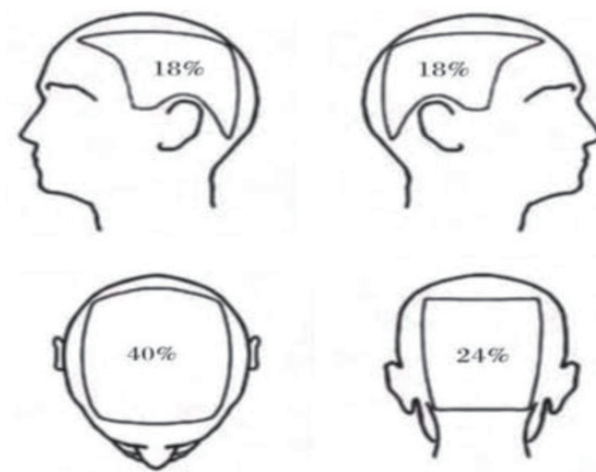


图1 脱发面积评分法

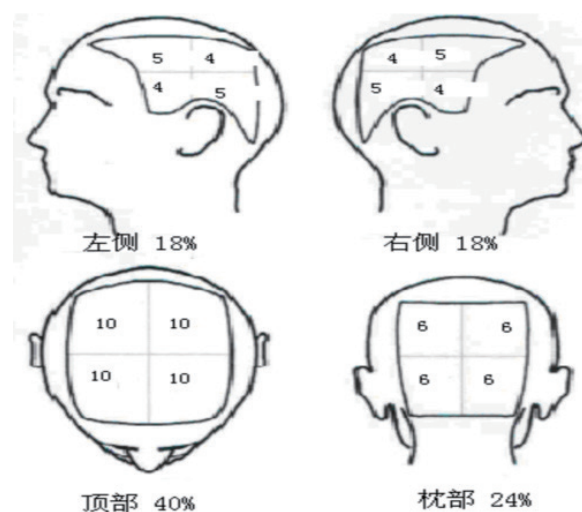


图2 各区脱发面积评分法



图3 脱发面积实例

1.5.2 中医证候积分 ①食少纳呆,无计0分,有计1分;②体倦乏力,无计0分,有计1分;③腰膝酸软,无计0分,有计1分;④畏寒肢冷,无计0分,有计1分;⑤大便异常,无计0分,有计1分;⑥小便异常,无计0分,有计1分;⑦舌、脉详细记录,不计分。

1.5.3 外周血T淋巴细胞亚群检测 治疗前及治疗

结束时各检查1次,统计血清 CD_4^+ 、 CD_8^+ T淋巴细胞的水平(正常参考值范围: CD_4^+ 为31%~60%; CD_8^+ 为13%~41%)。

1.5.4 皮肤镜疗效判定标准 皮肤镜疗效判定标准:纳入患者在治疗前及治疗结束时各检查1次,测得靶皮损内终毛数密度(毛发根数/靶皮损面积)的变化,经自身对照评价疗效(皮肤镜, Photomax, 生产制造商:奥地利 Derma Medical System)。采集与测量方法:随机选择一块脱发区域为靶皮损,在靶皮损区随机采集5副高清晰图像。将图片平均分成4份,取毛发密度分布居中的1份进行统计终毛根数,再乘以4份,采集的5幅图像计算总数后取平均值。如图4所示。



图4 皮肤镜疗效判定示意图

1.5.5 生活质量指数评分 DLQI量表中文版共有10个问题,内容主要是在过去1周内,皮肤疾病给患者带来的影响,分值与受试者生活质量受到的影响程度呈正性相关,分值越低说明对其生活影响越低;反之,则影响越高。

1.5.6 安全性观测 ① 生命体征等一般体检项目。② 血常规、大便常规、尿液分析。③ 肝、肾功能检测,心电图检查。以上指标,治疗前后各检测1次。

1.5.7 疗效判定 痊愈:毛发停止脱落,脱发区全部长出新生毛发,分布均匀,色泽与健康毛发一致,拉发试验阴性;显效:毛发停止脱落,脱发再生达70%以上,分布较均匀,色泽接近正常,拉发试验阴性;有效:毛发停止脱落,脱发再生达30%以上,分布较均匀,色泽接近正常,包括毳毛及白发,拉发试验阴阳皆可;无效:毛发再生不足30%或仍继续脱落,分布不均匀,毳毛及白发,拉发试验阳性。头发再生率=(治疗之前的SALT评分-治疗之后的SALT评分)÷治疗之前的SALT评分×100%,总有效率=(痊愈例数+

显效例数+有效例数)÷总例数×100%。

1.6 统计学方法 采用SPSS 23.0统计软件。计数资料以(n , %)表示,使用卡方检验;计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,使用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 经治疗后,试验组31例,痊愈4例,显效14例,有效10例,无效3例,总有效率为93.50%;对照组痊愈2例,显效11例,有效9例,无效8例,总有效率为73.30%,两组总有效率比较,试验组优于对照组。经秩和检验,差异具有统计学意义($Z = -1.29$, $P < 0.05$)。

2.2 皮损积分(SALT)比较 治疗8周后两组患者的SALT评分较治疗前开始显著降低,说明两种疗法起效时间基本相同,本研究两组患者在SALT评分下降方面,组间比较差异有统计学意义,试验组优于对照组。同时总有效率比较,试验组高于对照组,差异有显著差异($P < 0.05$),展示了复方参蓉汤在治疗脾肾两虚型斑秃方面的优势。详见表1、图5。

表1 皮损积分(SALT)治疗前、后比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗4周后	治疗8周后	治疗12周后
实验组	31	37.00±46.00	35.00±37.00	21.00±31.00	15.00±21.00
对照组	30	35.00±44.25	33.50±40.50	29.00±39.00	23.00±29.75
Z		0.01	-0.13	-2.01	-2.34
P		> 0.05	< 0.05	< 0.01	< 0.01

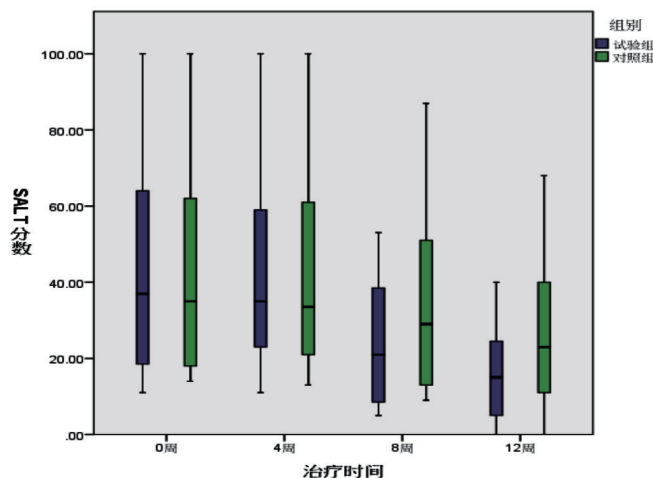


图5 两组患者治疗前后皮损积分(SALT)比较图

2.3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 治疗前实验组及对照组中医证候积分分别为(2.00±3.00)分及(2.00±2.00)分,两组比较差异无统计学意义($Z = -0.57$, $P > 0.05$)。治疗后两组中医证候积分分别为(2.00±2.00)分及(2.00±1.25)分,经秩和检验,两组治疗前后中医证候积分组内比较,差异具有统计学意义($Z = -3.10$, $P < 0.01$);两组组间比较,差异无统计学意义($Z = -0.97$, $P > 0.05$)。详见图6。

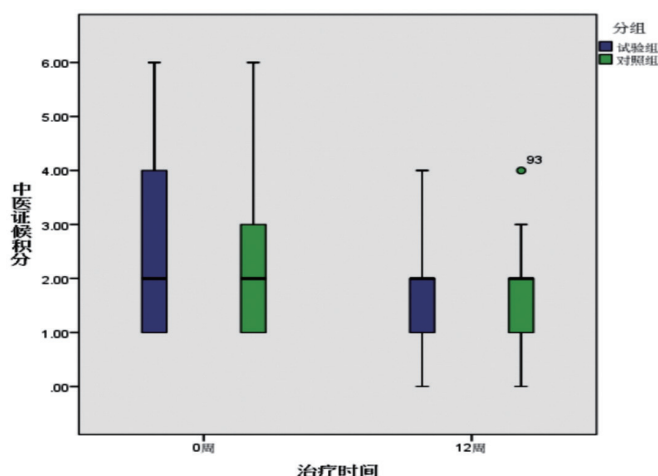


图6 两组患者治疗前后中医证候积分比较

2.4 两组患者治疗前后外周血清 CD_4^+ 、 CD_8^+ 水平检查结果比较 治疗前后两组外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞相对计数值组内比较,差异无统计学意义。两组治疗结束后外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞相对计数值两组组间比较,经 t 检验, $t=0.86$, $P > 0.05$,差异无统计学意义。详见表2。

2.5 两组患者治疗前后皮肤镜下终毛数密度比较 数据结果显示试验组治疗后终毛数密度高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.01$ 。详见表3、图7。

表2 治疗前、后外周血 T 淋巴细胞亚群数值比较表 ($\bar{x} \pm s$, %)

组别	n	CD_4^+		CD_8^+	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	31	44.57±9.45	43.30±9.36	29.13±6.85	28.91±6.19
对照组	30	42.30±7.36	42.33±7.10	28.55±6.46	29.03±6.25

表3 治疗前、后皮肤镜下终毛数密度比较表 ($\bar{x} \pm s$, 根/cm²)

组别	n	治疗前	治疗12周后	Z	P
实验组	31	33.00±18.00	155.00±35.001	-4.86	< 0.01
对照组	30	35.00±15.50	24.00±53.50	-4.78	< 0.01
Z		-0.37	-3.52		
P		> 0.05	< 0.01		

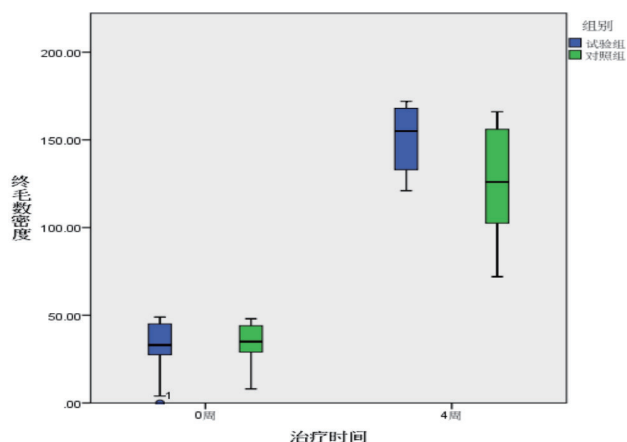


图7 治疗前、后皮肤镜下终毛数密度比较

2.6 两组患者治疗前后皮肤生活质量指数 (DLQI) 评分比较 两组治疗前后生活质量指数 (DLQI) 评分差异有统计学意义,具有可比性。两组间比较, $P > 0.05$,差异无统计学意义。详见表4、图8。

2.7 两组患者安全性观测 (不良反应发生率) 比较 试验组和对照组均无严重不良反应发生,试验组有2例患者,对照组有5例患者出现便秘,减少服药次数后症状消失。试验组不良反应发生率低于对照组。经卡方检验, $X^2=5.94$, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

2.8 两组患者复发情况比较 实验组痊愈及显效18例,复发2例;对照组痊愈及显效14例,复发6例,试验组复发率低于对照组。经卡方检验, $X^2=4.23$, $P < 0.05$,差异有统计学意义。

表4 两组患者治疗前后皮肤生活质量指数比较表 (DLQI) ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗12周后	Z	P
实验组	31	13.00±8.00	7.00±10.00	-4.88	< 0.05
对照组	30	13.00±8.25	8.00±8.75	-4.68	< 0.05
Z		-0.08	-0.88		
P		> 0.05	> 0.05		

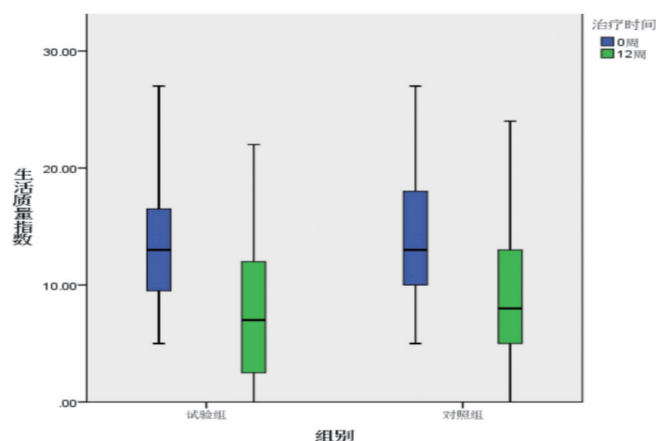


图8 两组患者治疗前后皮肤生活质量指数比较表

3 讨论

3.1 脾肾两虚与斑秃 脾运化功能健旺,则机体的消化吸收功能健全,为化生气、血、津液提供足够的养料,使脏腑、经络以及筋肉皮毛等组织得到充分的营养,而进行正常的生理活动。刁本恕重视脾胃在斑秃发病中的作用,认为脾胃为后天之本,气血生化之源,补脾胃是治疗斑秃的关键^[3]。现代社会,人们的饮食结构发生了明显改变,过食肥甘厚味、醇酒炙煿,导致以脾虚为基础的疾病越来越多。在斑秃的发病中,脾虚也是重要的原因之一,一方面,脾虚则气血生化无源,毛发失养;另一方面,脾虚日久,运化失司,水湿、痰饮留置体内,阻滞经络毛窍,导致脱发。中医认为肾其华在发,头发的营养虽然来源于血,但头发的生机,根源于肾气。青壮年肾气充盛的人,头发茂密光泽;年老

体弱、肾气虚弱的人,往往毛发容易枯槁脱落。未老先衰、头发枯萎、早脱早白者,与肾中精气不足和血虚有关。

复方参蓉汤以党参、肉苁蓉为君,党参甘温益气,健脾养胃;肉苁蓉补肾阳,益精血,两药相合,补而不燥,滋而不腻。臣以白术、黄芪、当归、丹参、炙黄精、淮山药。白术苦温,健脾燥湿,加强益气助运之力;黄芪大补脾肺之气,以资化源,使气旺血生,配以少量当归、丹参养血活血,则阳生阴长,炙黄精和淮山药皆为气阴双补之品,两药相合,加强君药健脾益肾之功。佐以茯苓、淫羊藿、菟丝子、防风。茯苓甘淡,健脾渗湿,苓术相配,则健脾祛湿之功益显,淫羊藿、菟丝子补益肝肾,加强君药之力,以防风外散风邪,与黄芪相配,补中寓疏,散中寓补,则达到益气祛风之效。使以甘草,益气和中,调诸药。全方温而不燥,补而不峻,共奏益气健脾补肾之功。

3.2 从免疫学角度探讨补脾肾的作用 现代医学认为斑秃是在遗传易感性基础上,由复杂的多种激发因素介入,导致细胞免疫为主的特异性自身免疫性疾病^[4]。相关研究认为,脾、肾功能的盛衰与机体免疫功能的强弱关系密切。现代对中医脾的研究认为,中医脾的概念不仅主管消化吸收,且与机体免疫功能密切相关^[5]。脾虚证与免疫器官、非特异性免疫、体液免疫以及免疫遗传学等方面异常改变均有极为显著的相关性^[6]。通过健脾能调整机体免疫器官及细胞免疫、体液免疫功能。肾中精气为机体正气之本,对机体的免疫功能起着重要的调节作用^[7]。肾虚患者免疫功能多有受损,应用补肾益精的药物可以明显改善病理状态^[8]。

现代药物机理研究显示,党参、肉苁蓉、茯苓、淮山药等药物能多方面对免疫功能进行调节。当归、白术、淫羊藿能促进血红蛋白及红细胞的生成,能增加心脑血管血流量。黄芪能增强非特异性免疫、特异性免疫功能。菟丝子有雌激素样作用和抗衰老作用。甘草有类似肾上腺皮质激素样作用,有抗炎、抗过敏作用。本课题通过临床观察,也初步验证了通过复方参蓉汤健治斑秃脾肾两虚型有明显疗效。展示了复方参蓉汤在治疗脾肾两虚型斑秃方面的优势。健脾益肾颗粒是临床常用中成药,大量文献报道了其对于肿瘤、COPD等疾病的疗效,复方参蓉汤则在健脾益肾的同时更注重对毛发的针对性治疗,为治疗脾肾两虚型斑秃的诊治提供了依据。

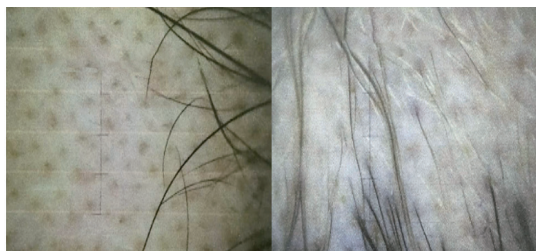
3.3 斑秃的发病机制探讨 斑秃的病因及发病机制复杂,现代医学多认为,该病是一种组织特异性的自身免疫性疾病,与毛囊周围的 CD_4^+ T及 CD_8^+ T淋巴细胞比例失衡有关。本研究两组治疗前后外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞水平检测结果比较显示:参与试验的少部分患者治在治疗前存在外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞水平数

值的异常,但大部分患者外周血 CD_4^+ 、 CD_8^+ 细胞水平未见明显异常,且治疗前后差异无统计学意义($P > 0.05$)。分析原因一方面可能是参与研究样本量较少,另一方面是检验取材为患者外周血而非脱发区头皮组织活检,本课题受条件所限,未能进一步作相关研究,今后可作更深入的探讨。同时关于T淋巴细胞与斑秃的相关性,近年也有新假说提出,如章星琪认为斑秃不是经典的自身免疫性疾病,而是免疫相关性疾病,斑秃的临床、病理和发病机制研究中都具有与其他自身免疫性疾病有不同的地方。其提出的相关假说提示免疫系统中异常的成分可能是在效应的炎症阶段,而不是主宰自身免疫的T或B细胞^[9]。

3.4 皮肤镜在毛发疾病中的应用探讨 皮肤镜在斑秃的诊断、鉴别诊断、病情评估、疗效评价中具有重要的价值,其中黄点征为斑秃诊断的初筛指标,黑点征、断发、感叹号样发是诊断斑秃的特异性指标,同时可作为判断斑秃病情进展情况及严重程度的重要指标^[10-12]。短毳毛出现可作为斑秃治疗显效的重要指标^[13]。本试验通过皮肤镜下靶皮损观察终毛数密度的变化以了解患者毛发恢复情况。两组患者治疗前后皮肤镜下终毛数密度差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。且试验组治疗后终毛数密度高于对照组,差异有统计学意义, $P < 0.05$ 。说明皮肤镜在斑秃微观检测上有明显优势,值得推广应用。详见图9。



进展期,可见感叹号样发 进展期,可见黑点征



静止期,以黄点征为主 恢复期,可见大量毳毛

图9 斑秃的皮肤镜下表现

4 小结

本课题采用随机对照的研究方法,初步探讨了复方参蓉汤对脾肾两虚型斑秃的疗效。从健脾益肾入手,先后天并重辨治斑秃,并从现代免疫学角度进行机理探讨,为斑秃临床研究提供新的思路。皮肤镜在毛发疾病中的应用在国内报道还较少,本研究应用皮肤镜动态观察斑秃毛发及毛囊情况,发(下转第332页)

2018—2019年昆明市191例登革热患者临床特征分析

刘冰¹, 黄瑛^{2*}, 武彦², 罗云², 李杨², 张燕玲²

(1. 大理大学公共卫生学院, 云南 大理 671000; 2. 昆明市第三人民医院, 云南 昆明 650041)

【摘要】目的 探讨登革热临床特征, 为登革热防治提供参考依据。**方法** 收集昆明市第三人民医院2018—2019年收治的登革热病例相关资料, 并进行描述性统计分析。**结果** 191例中, 东南亚输入约87.96% (柬埔寨占69.64%、缅甸占11.90%); 境内占12.04% (西双版纳占11.52%)。均有发热, 发热平均 (5.09 ± 2.10) d, 中等热、高热各占45.03%, 低热占9.95%; 头痛者75.35%, 眼眶痛者50.26%, 肌肉酸痛者81.68%, 乏力者50.26%; 平均住院天数 (10.58 ± 4.39) d。白细胞、血小板减少者62.30%、33.51%, AST、ALT、GGT升高者62.30%、49.21%、38.22%; CRP、IL-6升高者41.46%、46.07%; APTT延长者63.35%。**结论** 本组病例多来自东南亚, 以柬埔寨居多; 均以典型登革热临床表现为主, 高热与中等发热患者各占45.03%; 外周白细胞、血小板减少及AST、ALT、GGT、CRP、IL-6升高, APTT延长为实验室常见异常指标。

【关键词】 登革热; 流行病学; 临床特征

中图分类号: R51.04; R512.8 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.004

Analysis of clinical characteristics of 191 cases of dengue fever in Kunming from 2018 to 2019

LIU Bing¹, HUANG Ying^{2*}, WU Yan², LUO Yun², LI Yang², ZHANG Yan-ling²

(1. School of Public Health, Dali University, Dali, Yunnan 671000, China; 2. Kunming Third People's Hospital, Kunming, Yunnan 650041, China)

【Abstract】Objective Discuss the clinical characteristics of dengue fever, and provide reference for dengue fever prevention and treatment. **Methods** Collect relevant data of dengue fever cases admitted to Kunming Third People's Hospital from 2018 to 2019, and perform descriptive statistical analysis. **Results** Among the 191 cases, about 87.96% were imported from Southeast Asia, 69.64% were from Cambodia, and 11.52% were from Xishuangbanna. All patients had fever, with an average fever of (5.09 ± 2.10) days, moderate fever and high fever each accounted for 45.03%, low fever accounted for 9.95%; headache 75.35%, orbital pain 50.26%, muscle pain 81.68%, fatigue 50.26%; average the hospital stay was (10.58 ± 4.39) days. White blood cell and thrombocytopenia were 62.30%, 33.51%, AST, ALT, GGT were elevated 62.30%, 49.21%, 38.22%; CRP and IL-6 were elevated 41.46%, 46.07%; APTT prolonged 63.35%. **Conclusion** Most of the cases in this group are from Southeast Asia, mostly from Cambodia; they are mainly clinical manifestations of typical dengue fever, 45.03% of patients with high fever and moderate fever each; peripheral white blood cells, thrombocytopenia and AST, ALT, GGT, CRP, IL-6 levels High, prolonged APTT is a common abnormal index in the laboratory.

【Key words】 Dengue fever; Epidemiology; Clinical features; Serotype

登革热 (DF) 是登革病毒 (DENV) 引起急性虫媒传染病, 主要传播媒介为白纹伊蚊和埃及伊蚊, 登革病毒有四种血清型即 DENV-1、DENV-2、DENV-3、DENV-4。临床表现为发热、头痛、肌肉关节酸痛、眼眶痛、皮疹, 白细胞减少、血小板减少^[1-2]。登革热为自限性疾病, 目前无特效的抗病毒药物及疫苗, 临床治疗上以对症及支持为主。云南省地处西南边陲, 与东南亚多个国家接壤, 边境地区常因输入病例而导致本地病例流行, 四型登革热在云南省均有报告^[3]。昆明市作为云南省的省会城市, 为商贸及旅游的交通枢纽, 自2005年昆明市出现了首例输入性登革热病例后, 近几年报告病例逐年增加^[4-6]。昆明市第三人民医院常年收治登革热病例, 本文收集2018—2019年间收治的实验室确诊的登革热病例并进行回顾性分析, 为临床医生更好地诊断和治疗登革热提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 病例来源 经本院伦理委员会或患者同意, 收集

2018—2019年在本院就诊的疑似登革热患者的血清, 离心后转移至1.8ml冷冻管中, -80°C 冰箱冷冻保存。对所有疑似登革热患者采用免疫层析法检测登革病毒 NS1 抗原, 应用 IgM 捕捉酶联免疫吸附试验 (Mac-ELISA) 检测登革病毒 IgM 抗体, 本组病例均为实验室确诊病例, 诊断符合国家卫生和计划生育委员会印发的《登革热诊断标准》(WS216-2018)^[7]。

1.2 研究方法

1.2.1 一般资料收集 通过本院电子病例系统, 查阅病历收集患者的流行病学资料 (性别、年龄、感染时间、感染地点等)、临床表现 (体温、头痛、肌肉关节酸痛、眼眶痛、皮疹) 等相关资料。

1.2.2 实验室常规检查 所有患者住院期间均进行血常规、肝功、肾功、凝血功能等检查。

1.2.3 血清学检查 登革病毒 NS1 抗原检测试剂盒 (酶联免疫吸附法) 采用北京万泰生物药业股份有限公司生产的试剂盒, 登革病毒 IgM 抗体检测采用中山

生物工程有限公司生产试剂盒,检测操作步骤及结果判读均按试剂盒说明书进行。

1.3 统计学方法 用Excel软件对收集的数据进行整理,数据分析应用SPSS 20.0统计软件包进行统计学分析。计量资料用均数 $\pm$ 标准差表示($\bar{x}\pm s$),计数资料用例数和百分数($n, \%$)描述。以 $P < 0.05$,表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 流行病学特征分析 本组病例共纳入191例患者,其中2018年39例(20.42%),2019年152例(79.58%),2019年登革热病例报告明显增多;每个月均有登革热病例报告,主要集中在(6~11)月共153例(80.10%),报告病例数最多为6月38例(19.90%)。其中男性141例(73.82%),女性50例(26.18%),男女比例为2.82:1;发病年龄(19~66)岁,平均年龄(35.46 ± 10.14)岁,以(20~50)岁青壮年居多占170例(89.01%)。本组病例境外输入168例(87.96%):主要来自柬埔寨117例(69.64%),缅甸20例(11.90%),老挝13例(7.74%);境内23例(12.04%):西双版纳22例(占11.52%),临沧1例(0.52%)。

2.2 临床特征分析 本组登革热病例临床表现:发热191例(100%),平均体温(39.11 ± 0.68) $^{\circ}\text{C}$,86例高热 $> 39^{\circ}\text{C}$ (45.03%),86例中等热度(38~39) $^{\circ}\text{C}$ (45.03%),19例低热(37.5~38) $^{\circ}\text{C}$ (9.95%),发热持续时间平均为(5.09 ± 2.10)d,持续发热 < 7 天者最多153例(80.10%);头痛142例(75.35%),眼眶痛96例(50.26%),肌肉酸痛156例(81.68%),皮疹89例(46.60%),皮肤瘙痒81例(42.41%),乏力96例(50.26%);部分患者出现皮肤瘀斑15例(7.85%),呼吸道症状(咳嗽咳痰、流涕、咽痛等)44例(20.37%)、消化道症状(恶心、呕吐、腹痛、腹泻)24例(12.04%)等不具特异性的表现,详见表1。

表1 2018—2019年登革热患者临床特点($n=191$)

主要症状和体征	n	发生率(%)
头痛	142	75.35
眼眶痛	96	50.26
肌肉酸痛	156	81.68
乏力	96	50.26
皮疹	89	46.60
皮肤瘙痒	81	42.21
皮肤瘀斑	15	7.85
呼吸道症状	44	20.37
消化道症状	23	12.04
37.5~38	19	9.96
发热($^{\circ}\text{C}$)		
> 38~39	86	45.03
> 39	86	45.03
< 7	153	80.10
发热持续时间(d)		
7~14	37	19.37
> 14	1	0.52

2.3 实验室检查结果 191例登革热患者,外周白细胞减少119例(62.30%),血小板减少64例(33.51%);肝功能:门冬氨酸氨基转移酶(AST)升高119例(62.30%)、谷丙转氨酶(ALT)升高94例(49.21%)、谷氨酰基转移酶(GGT)升高73例(38.22%);凝血功能中活化部分凝血酶原时间(ATPP)延长121例(63.35%);感染指标:超敏反应蛋白(CRP)升高79例(41.46%),白介素-6(IL-6)升高88例(46.07%)。详见表2。

表2 2018—2019年登革热患者实验室检查结果($n=191$)

实验室检查项目	异常值范围	异常例数(n)	发生率(%)
白细胞减少($10^9/\text{L}$)	1.00~3.99	119	62.30
中性粒细胞减少($10^9/\text{L}$)	0.18~2.00	103	53.93
淋巴细胞减少($10^9/\text{L}$)	0.04~0.79	92	48.17
血小板减少($10^9/\text{L}$)	13~100	64	33.51
GGT升高(U/L)	> 50	73	38.22
AST升高(U/L)	41~484	119	62.30
ALT升高(U/L)	41~291	94	49.21
总胆红素升高($\mu\text{mol/L}$)	20.50~62.20	15	7.85
间接胆红素升高($\mu\text{mol/L}$)	12~101	26	13.61
直接胆红素升高($\mu\text{mol/L}$)	> 6.80	23	12.04
PT延长(s)	> 14	24	12.57
APTT延长(s)	> 38	121	63.35
CRP升高(mg/L)	7.00~100.30	79	41.36
IL-6升高(pg/ml)	7.00~284.30	88	46.07

2.4 治疗及预后 所有住院患者均需防蚊隔离,以对症及支持治疗为主,平均住院天数(10.58 ± 4.39)d,住院(7~14)d患者最多129例(67.54%)。高热患者应进行降温处理,血小板计数 $< 50\times 10^9/\text{L}$ 给予短期小剂量糖皮质激素治疗,90%以上患者能在一周内升至正常;血小板得不到缓解者,应用糖皮质激素和免疫球蛋白3d后均能使血小板逐渐恢复正常。ALT、AST异常者给予还原型谷胱甘肽治疗后均能在1个月内恢复正常;转氨酶不易下降者再加用甘草酸二胺治疗后均能逐渐恢复正常。经积极治疗,所有患者均好转出院,无死亡病例。

3 讨论

WHO在2019年时将登革热列为全球十大健康威胁之一,登革热已经成为世界,特别是东南亚、南亚地区日益关注的公共卫生问题。受人口流动增大、环境变化及蚊媒控制等因素的影响登革热涉及地区及人数呈现上升趋势^[8]。2021年1月除新型冠状病毒肺炎及流感外,登革热是涉及国家和地区最多的传染病^[9],也是除疟疾以外涉及国家和地区最多的虫媒传播疾病,广泛流行于热带和亚热带地区的东南亚国家^[10],近几年登革热逐渐涉及马德拉岛、日本、法国东南部、西班牙等高纬度地区^[11]。研究表明,全世界每

年大约有 3.9 亿人感染登革热,其中近 1 亿人有临床症状^[12]。云南省是登革热的高发地区,存在本地病例与输入病例两种流行方式,近几年逐渐演变成以本地流行为主^[3]。

本组病例 2018—2019 年间每月均有病例报告,2019 年报告病例数明显高于 2018 年,且本组病例以境外输入为主,主要来自柬埔寨、缅甸、老挝等东南亚国家。病例报告集中在(6~11)月,6 月份报告病例数最多。在本组 191 例登革热病例中男性病例数明显多于女性,男女比例为 2.82 : 1,发病年龄平均为(35.46±10.14)岁,以(20~50)岁青壮年为主,这与男性青壮年务工、商贸等因素有关。提示医生在接诊时可将南亚、东南亚入境发热患者作为登革热疑似病例进行排查,防止漏诊和误诊。

本组病例中主要的临床表现为发热、头痛、眼眶痛、肌肉关节酸痛、乏力、皮疹等,少数患者出现了恶心呕吐、腹痛腹泻、咳嗽咳痰、皮肤瘀斑等症状,与国内外报道一致^[13、14]。外周血象异常较常见,50% 以上的病例白细胞、中性粒细胞减少,约 1/3 的病例血小板减少;肝功能主要表现为 AST、ALT、GGT 升高,是常见的受损器官,与诸多研究一致^[15、16]。炎症指标升高也较常见,超敏反应蛋白(CRP)升高 79 例(41.46%),白介素-6(IL-6)升高 88 例(46.07%)。以上指标的异常均考虑为免疫损伤的结果^[17]。提示在临床治疗上要密切关注血常规、肝功能、CRP、IL-6 的变化,及时处理,阻止并发症的进展。特别应监测及及时处理血小板减少的问题,降低出血风险。

综上所述,本组病例以境外输入为主,临床表现为登革热典型临床表现,主要累及血液系统及肝脏,早期治疗以提升血小板,预防出血,降低出血风险,保肝治疗等为主。登革热已经成为我国不可忽视的传染病,与东南亚毗邻,边境线较长,防控困难。感染造成多组织器官受累,早期因血小板下降引起的出血风险较高。临床医生需要提高早期识别登革热的能力,结合流行病学史、临床表现、实验室检查特点分析病情,提高诊疗水平。

参考文献:

- [1] Parameswaran P,Wang C,Trivedi S B,et al.Intrahost Selection Pressures Drive Rapid Dengue Virus Microevolution in Acute Human Infections[J].Cell Host Microbe,2017,22(3):400-410.
- [2] 王宇明,李梦东.实用传染病学[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2004:530-540.
- [3] 李曼,周红宁.云南登革病毒研究进展[J].中国病原生物学杂志,2018,13(9):1035-1037.
- [4] 黄瑛,常国楫,罗云,等.不同型别登革热病例细胞因子及肝功能表达水平研究[J].中国热带医学,2019,19(12):1169-1172.
- [5] 黄瑛,罗云,陈海云,等.登革热伴血小板减少临床分析[J].昆明医科大学学报,2017,38(11):91-95.
- [6] 邓智杰,吴超,陈志辉,等.昆明市 2005~2010 年输入性登革热流行病学分析[J].现代预防医学,2013,40(3):411-412.
- [7] 国家卫生和计划生育委员会.登革热诊断标准:WS 216—2018[S].北京:中国标准出版社,2018.
- [8] Rolf H,Subhash G V.Dengue and Zika:Control and Antiviral Treatment Strategies[M].Singapore:Springer Singapore,2018.
- [9] 韩辉,伍波,李海山,等.2021 年 1 月全球传染病疫情概要[J].疾病监测,2021,36(2):104-106.
- [10] Guzman M G,Harris E.Dengue[J].Lancet,2015,385(9966):453-465.
- [11] Rashedul I,Mohammed S,MD.S A,et al.Dengue epidemiology and pathogenesis:images of the future viewed through a mirror of the past[J].Virologica Sinica,2015,30(5):326-343.
- [12] Bhatt S,Gething P W,Brady O J,et al.The global distribution and burden of dengue[J].Nature,2013,496(7446):504-507.
- [13] Daumas R P,Passos S R,Oliveira R V,et al.Clinical and laboratory features that discriminate dengue from other febrile illnesses:a diagnostic accuracy study in Rio de Janeiro,Brazil[J].BMC Infect Dis,2013(13):77.
- [14] 刘可可,刘小波,孙继民,等.2005—2017 年广东和云南省登革热高发区本地登革热流行病学特征比较研究[J].中国媒介生物学及控制杂志,2019,30(2):154-157.
- [15] 赖启南,李雯.2019 年江西省登革热病例的流行病学特征和实验室结果分析[J].江西医药,2020,55(4):485-486+490.
- [16] 程家喜,石梅彬,杨洁,等.登革热并肝损害的临床特征分析[J].中国处方药,2020,18(2):159-160.
- [17] Cavailler P,Tarantol A A,Leo Y S,et al.Early diagnosis of dengue disease severity in a resource-limited Asian country[J].BMC Infect Dis,2016,16(1):512.

昆明市不同性角色 MSM 的性行为特征分析

李彩霞¹, 王玉淼², 李琪³, 贾曼红², 马艳玲², 陆林^{4*}

(1. 昆明医科大学附属延安医院皮肤科, 云南 昆明 650051; 2. 云南省疾病预防控制中心, 云南 昆明 650022; 3. 昆明市疾病预防控制中心, 云南 昆明 650031; 4. 昆明医科大学, 云南 昆明 650500)

【摘要】 目的 了解昆明市不同性角色男男性行为者 (MSM) 的行为特点, 为制定个体化的干预措施提供科学依据。**方法** 在知情同意前提下, 由经过培训的调查员对 MSM 开展面对面问卷调查。采用 SPSS 17.0 软件包进行统计分析, 用 χ^2 检验对不同组间各种率进行分析比较。**结果** 根据问卷调查自我报告的性角色不同将 MSM 分为不同亚人群。根据 MSM 人群在肛交过程中的性角色不同, 将其分为三类: 1 号是指在与同性发生肛交时, 仅作为主动插入方; 0 号是指在与同性发生肛交时, 仅作为被动插入的一方; 0.5 号是指在与同性发生性行为时, 既可以作为主动插入的一方, 也可以作为被动插入的一方。在 224 名 MSM 中, 1 号 93 人, 占 41.5% (93/224); 0 号 64 人, 占 28.6% (64/224); 0.5 号 67 人, 占 29.9% (67/224)。0 号 MSM 具有以下性行为特征: 发生首次性行为的年龄更小, 首次性行为的性伴以男性更多, 最近 6 个月内与男性发生肛交的比例最大, 较少与女性发生性行为, 女性性伴数量相对更少。1 号具有以下性行为特征: 和女性结婚比例更高, 首次性行为性伴以女性为多。0.5 号有以下性行为特征: 在婚者最多, 首次性行为性伴以女性为多, 拥有更多女性性伴, 与女性发生性行为的比例最高。**结论** 不同性角色的 MSM 亚人群行为各具特点, 应针对具体的行为特点制定个体化干预策略。

【关键词】 男男性行为者; 性角色; 性行为特征

中图分类号: R512.91 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.005

Sexual risk characteristics of anal sexual role among men who have sex with men

LI Cai-xia¹, WANG Yu-miao², Li Qi³, JIA Man-hong², MA Yan-ling², LU Lin^{4*}

(1. YanAn hospital of Kunming Medical University, Kunming, Yunnan 650051, China; 2. Yunnan Center for Disease Control and Prevention, Kunming, Yunnan 650022, China; 3. Kunming Center for Disease Control and Prevention, Kunming, Yunnan 650031, China; 4. Kunming Medical University, Kunming, Yunnan 650500, China)

【Abstract】 Objective This study aims to explore the behavior characteristics of men with different sexual roles in MSM groups in Kunming, and then provides reference for the formulation of individual interference measures. **Method** With the prerequisite of interviewee's consent, our well-trained surveyors conducted face-to-face questionnaire surveys to MSM groups. SPSS17.0 was utilized in statistical analysis, and χ^2 -test was adopted to analyze and compare indexes of different groups. **Result** The entire MSM group was divided into different sub-groups based on their sexual roles in self-statements in the questionnaires. Among the totally 224 individuals in MSM group, 93 (41.5%) were categorized into Insertive group; 64 (28.6%) were categorized into Receptive group, and 67 (29.9%) were categorized into Both group (means these individuals could either be Insertive or Receptive). Sexual Behavior Characteristics of People in Receptive Group: these individuals had their first sexual contact in relatively young ages; their first sexual partners were mostly males; these people shew the highest frequency of conducting anal sex with male partners within the last six months; they rarely had sexual intercourses with female partners and had fewer female sexual partners. Homosexuals were more likely to be receptive in anal sex. Sexual Behavior Characteristics of People in Insertive Group: these individuals were more likely to get married with females; most of them conducted their first sexual contact with female partners. Sexual Behavior Characteristics of People in Both Group: people in this group were more likely to be married; most of them conducted their first sexual behaviors with females; they had more female sexual partners and shew the highest ratio of having sex with females. **Conclusion** MSM sub-groups of different sexual roles have distinct behaviors; it is necessary to design personalized intervention strategies based on the behavior characteristics of each sub-group.

【Key words】 MSM; Sexual role; Sexual risk characteristics

艾滋病在男男性行为者 (MSM) 中的快速传播蔓延引起了社会的极大关注^[1]。性角色是指 MSM 在肛交过程中所扮演的性行为角色。不同性角色的 MSM 在心理、生理以及行为特点上存有差异, 感染 HIV 的风险也不相同。

昆明市是云南省的经济、政治、文化中心, MSM 对昆明市 HIV 的疫情起着重要的影响, 因此, 有必要

根据性角色的不同, 将昆明市 MSM 划分为不同的亚群进行研究^[2]。该研究有助于根据不同 MSM 亚人群的行为特征进行针对性干预, 为制定个体化干预策略提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象 对昆明地区部分 MSM 人群进行的调查, 采用滚雪球抽样的方法对 MSM 人群进行招募, 通过

【收稿日期】 2021-03-15 * 通信作者 E-mail: lulin@yncdc.cn 基金项目: 国家科技重大专项 (2013ZX10004-906); 云南省科技厅-昆明医科大学应用基础研究联合专项资金面上项目 (2017FE467-202); 云南省高层次卫生计生技术人才培养专项经费 (H-2017042); 昆明市卫生科技人才培养项目 (2018-sw-backup-03); 昆明市卫生科技人才培养项目暨技术中心建设项目 (2020-SW(技) 002)

问卷调查的方法收集资料,通过昆明医科大学附属延安医院伦理委员会的批准。笔者根据 MSM 人群的自我报告,将 MSM 分为不同的亚人群。0号:在肛交过程中,以被插入方为主要角色,偶尔会客串插入方。1号:在肛交过程中,主要为插入方,偶尔客串被插入方。0.5号:在肛交过程中,作为被插入方和插入方的情况相当。

1.2 统计方法 采用 Excel 和 EpiData 3.1 软件建立数据库并进行双录入,经一致性检验后,使用 SPSS 17.0 软件包进行统计分析。用 χ^2 检验对不同组间的率进行分析比较, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 不同性角色 MSM 人群的基本特征 共调查 224 名 MSM,其中自我报告为 1 号的有 93 人,占 41.5% (93/224); 为 0 号的 64 人,占 28.6% (64/224); 为 0.5 号的 67 人,占 29.9% (67/224)。不同性角色的 MSM 在婚姻状况 ($\chi^2=28.646$, $P < 0.01$)、职业 ($\chi^2=43.59$, $P < 0.05$)、年龄 ($\chi^2=23.746$, $P < 0.01$)、首次性行为年龄 ($\chi^2=46.86$, $P < 0.01$) 和首次性行为的性别 ($\chi^2=9.545$, $P < 0.05$) 方面具有统计学差异。

0 号组的年龄及发生首次性行为的年龄比 1 号组和 0.5 号组小,首次性行为性伴的性别以男性居多。0.5 号组首次性行为的性伴多数为女性,0.5 号组和女性结婚的比例更高。职业方面,1 号组从事商业服务和餐饮业的居多,0 号组以商业服务者和学生为主,0.5 号组以商业服务者为多。详见表 1。

2.2 不同性角色 MSM 与男性发生性行为的情况 不同性角色的 MSM 在第一次与男性发生性行为的年龄 ($\chi^2=59.551$, $P < 0.01$)、最近 6 个月内是否与男性肛交 ($\chi^2=6.968$, $P < 0.05$) 方面具有统计学差异。0 号组第一次与男性发生性行为的年龄最小,最近 6 个月内与男性发生肛交的比例最大 ($P < 0.05$),但不同性角色的 MSM 在与男性肛交时,安全套的使用及最近 6 个月内的男性性伴数量无统计学差异 ($P > 0.05$)。详见表 2。

2.3 不同性角色 MSM 与女性发生性行为的情况 不同性角色的 MSM 在最近 6 个月内的女性性伴数 ($\chi^2=16.117$, $P < 0.01$)、最近 6 个月内是否与女性发生性行为 ($\chi^2=10.504$, $P < 0.01$) 方面具有统计学差异。0.5 号组最近 6 个月内与女性发生性行为的比例最高,并且,最近 6 个月内拥有 2 名以上女性性伴数的比例也最高,而 0 号组最低。不同性角色 MSM 在最近 6 个月内安全套使用上的差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。详见表 3。

3 讨论

艾滋病是威胁人类健康的重大公共卫生问题,目前仍无有效疫苗可预防,健康教育和行为干预仍是控制 HIV 流行的主要措施^[3]。作为高危人群,以往大多

数的研究将 MSM 作为一个整体来进行,但研究表明,不同性角色的 MSM,其行为特点差异较大^[4, 5],对传播 HIV 的风险也不同^[5],因此,有必要将 MSM 划分为不同的亚群,研究不同 MSM 亚群的行为特征,将有助于采取个体化干预措施,从而提高干预效果。笔者根据 MSM 的自我报告,将 224 例 MSM 分为 1 号、0.5 号和 0 号后发现,不同性角色的 MSM 具有以下行为特征。

0 号组:该组 MSM 发生首次性行为的年龄最小。由于年龄小,涉世不深,生活经验和阅历较浅,心智不够成熟,自我防范意识相对薄弱,并且,在性活动中一味地追求感官刺激,更容易发生无保护高危性行为。因此,发生首次同性性行为年龄越小,被 HIV 感染的风险则越大^[6]。另外,在肛交过程中,0 号为被动插入方,被动的角色使直肠血管的静脉丛更容易破裂、出血,被 HIV 感染的风险更高^[7]。类似的研究也表明,0 号的 HIV 感染率远远高于 0.5 号和 1 号^[8]。0 号发生肛交行为的年龄相对更小,风险意识低,被 HIV 感染风险更大^[9],因此,应针对 0 号 MSM 的行为特点开展健康教育,不断加大宣传教育和检测力度,使其充分认识风险,从而在肛交过程中加强自我保护意识。

1 号组:与 0 号组相比,1 号发生首次性行为时,其性伴以女性为多。在不同性角色的 MSM 中,1 号和 0.5 号和女性结婚的比例更高。研究发现,在生理和心理方面,1 号会更强烈地被别人所需要^[10],0 号则更需要被别人关心和照顾^[11]。相对于 0 号而言,1 号与女性交往的适应能力更强^[12],生活中与配偶的交往以及生儿育女等需求使其男子气概得以增强,因此,1 号在异性性行为中处于主导地位的模式有可能会潜移默化到同性性行为中^[13]。戴丽萍等^[14]发现,1 号 HIV 感染率明显高于其他性角色的 MSM。如果 1 号能充分意识到风险,则会在性过程中更容易坚持使用安全套,更容易接受 HIV 检测。因此,在干预过程中,要纠正 1 号不容易被 HIV 感染的片面性认识,督促其定期检测。同时,还要充分利用 1 号在性活动中的主导地位,增强风险意识,提高安全套使用,这将会对艾滋病的防控起到事半功倍的作用。

0.5 号:本研究发现,0.5 号与女性结婚的比例最大,并且,首次性行为的性伴以女性居多,最近半年内拥有更多的女性性伴,最近半年内与女性发生性行为的比例也最高。说明 0.5 号对各种性伴的适应能力更强,潜在性伴更多,对性伴的性别要求更少,而且,在性活动中,0.5 号可根据不同性伴的需求变换性角色。Li A 等^[15]发现,在不同性角色的 MSM 人群中,1 号、0 号、0.5 号的 HIV 的感染率依次增高。并且,0.5 号的安全套使用率最低,发生无保护性行为的情况更为突出^[16]。因此,0.5 号对传播 HIV 的作用尤为突出,

表 1 不同性角色 MSM 的人口学特征 (n, %)

特征	分类	1 号组		0 号组		0.5 号组		χ^2	P
		n	%	n	%	n	%		
年龄 (岁)	< 19	2	2.2	6	9.4	0	0	23.75	< 0.001
	20 ~ 29	39	41.9	43	67.2	33	49.3		
	30 ~ 39	32	34.4	11	17.2	25	37.3		
	40 ~ 49	20	21.5	4	6.3	9	13.4		
婚姻状况	未婚	59	63.4	54	84.4	35	52.2	28.65	< 0.001
	已婚	34	36.6	6	9.4	26	38.8		
	离异或丧偶	0	0	4	6.3	6	9		
民族	汉族	80	86	55	85.9	61	91	1.1	0.58
	其他	13	14	9	14.1	6	9		
	文盲	5	5.4	1	1.6	2	3		
文化程度	小学	14	15.1	5	7.8	13	19.4	8.48	0.39
	初中	9	9.7	10	15.6	8	11.9		
	高中或中专	28	30.1	20	31.3	24	35.8		
	大学及以上	37	39	28	43.8	20	29.9		
职业	学生	8	8.6	19	29.7	2	3	43.59	0
	教师	2	2.2	2	3.1	1	1.5		
	餐饮业	28	30.1	7	10.9	11	16.4		
	商业服务	29	31.2	19	29.7	29	43.3		
	医务人员	1	1.1	0	0	2	3		
	工人	11	11.8	6	9.4	8	11.9		
	民工	4	4.3	2	3.1	0	0		
	干部职员	0	0	1	1.6	1	1.5		
	家务及待业	5	5.4	5	7.8	3	4.5		
	其他	5	5.4	3	4.7	10	14.9		
	无收入	14	15.1	17	26.6	10	14.9		
	1000 及以下	7	7.5	5	7.8	6	9		
月收入 (元)	1001 ~ 2000	6	6.5	6	9.4	10	14.9	12.21	0.27
	2001 ~ 3000	29	31.2	17	26.6	14	20.9		
	3001 ~ 4000	21	22.6	6	9.4	12	17.9		
	4000 以上	16	17.2	13	20.3	15	22.4		
是否通过互联网寻找性伴	是	72	77.4	49	76.6	52	77.6	0.02	0.99
	否	21	22.6	15	23.4	15	22.4		
首次性行为年龄 (岁)	< 18	12	12.9	36	56.3	7	10.4	46.49	< 0.001
	18 ~ 24	71	76.3	24	37.5	55	82.1		
	≥ 25	10	10.8	4	6.3	5	7.5		
首次性行为性伴的性别	男	50	53.8	46	71.9	31	46.3	9.55	0.01
	女	43	46.2	18	28.1	36	53.7		
合计		93		64		67			

表 2 不同性角色 MSM 与男性发生性行为情况 (n, %)

特征	分类	1 号组		0 号组		0.5 号组		χ^2	P
		n	%	n	%	n	%		
最近 6 个月是否与男性肛交	是	82	88.2	63	98.4	61	91	6.968	0.031
	否	11	11.8	1	1.6	6	9		
最近 1 次与男性肛交时是否使用安全套	是	44	53.7	40	63.5	32	52.5	1.923	0.382
	否	38	46.3	23	36.5	29	47.5		
最近 6 个月与男性肛交时是否使用安全套	从未使用	33	40.2	23	25.8	33	54.1	8.257	0.083
	有时使用	21	25.6	19	40.4	7	11.5		
	每次都带	28	34.1	21	30.0	21	34.4		
最近 6 个月的男性性伴数 (名)	< 2	29	31.2	12	18.8	20	29.9	3.288	0.193
	≥ 2	64	68.8	52	81.3	47	70.1		
第一次与男性发生性行为的年龄 (岁)	< 18	7	7.5	34	53.1	3	4.5	59.551	< 0.001
	18 ~ 24	75	80.6	26	40.6	54	80.6		
	≥ 25	11	11.8	4	6.3	10	14.9		
合计		93		64		67			

表 3 不同性角色 MSM 与女性发生性行为情况 (n, %)

特征	分类	1 号组		0 号组		0.5 号组		χ^2	P
		n	%	n	%	n	%		
最近 6 个月是否与女性发生性行为	是	23	24.7	10	15.6	27	40.3	10.504	0.005
	否	70	75.3	54	84.4	40	59.7		
最近 6 个月的女性性伴数 (名)	< 2	74	79.6	61	95.3	47	70.1	16.117	< 0.001
	≥ 2	19	20.4	3	4.7	20	29.9		
最近一次与女性发生性行为时是否使用安全套	是	6	26.1	5	50	8	29.6	1.936	0.38
	否	17	73.9	5	50	19	70.4		
最近 6 个月与女性发生性行为的 安全套使用频率	从未使用	14	60.9	3	30	8	29.6	6.225	0.183
	偶尔 / 经常使用	7	30.4	5	50	16	59.3		
	每次都带	2	8.7	2	20	3	11.1		
合计		93		64		67			

在艾滋病防控工作应重点关注。在对 0.5 号的干预工作中,除了加强宣传教育,还可招募已婚并且身份认同较早的 0.5 号作为志愿者开展同伴教育,不断强化风险意识,使其充分意识到多性伴、无保护性交以及游离于两性之间的性行为对传播疾病存在的巨大风险。同时,还应规劝他们提高社会责任感及道德约束力,忠于配偶,减少性伴,坚持使用安全套。

不同性角色的 MSM,其行为各具特点,应针对不同亚人群的行为特点制定个体化的干预策略,以提高干预效果。

本研究根据性角色不同,首次将昆明市 MSM 分为不同亚人群进行研究,为制定针对性干预措施提供了依据。但受客观条件限制,我们仅仅对昆明彩云天空健康咨询服务中心的 MSM 进行了调查,样本量偏小。并且,目前对 MSM 亚人群的分类还缺乏客观的衡量标准,我们仅依赖于研究对象的自我报告对 MSM 亚人群进行分类,由于 MSM 人群特殊的社会性

及自身内部的复杂性,可能存在报告偏倚。

参考文献:

- [1] Salazar V L, Kusejko K, Schmidt A J, et al. Clusters of sexual behaviour in HIV-positive men who have sex with men reveal highly dissimilar time trends[J]. Clin Infect Dis, 2019, 22(1): 126-127.
- [2] 杨莉, 杨朝军, 陈会超, 等. 2008-2011 年云南省男男性行为人群 HIV 新发感染率调查 [J]. 现代预防医学, 2015, 42(1): 137-139.
- [3] Cheng W, Xu H, Tang W, et al. Online HIV prevention intervention on condomless sex among men who have sex with men: a web-based randomized controlled trial[J]. BMC Infect Dis, 2019, 19(1): 644.
- [4] Stansfield S E, Mittler J E, Gottlieb G S, et al. Sexual role and HIV-1 set point viral load among men who have sex with men[J]. Epidemiology, 2019, 26(2): 68-76.
- [5] Zeng X, Zhong X, Peng B, et al. Prevalence and associated risk characteristics of HIV infection based on anal sexual role among men who have sex with men: a multi-city cross-sectional study in Western China[J]. Int J Infect Dis, 2016, 49(1): 111-118.
- [6] Kaighobadi F, Knox J, Reddy V, et al. Age and sexual risk among Black

- men who have sex with men in South Africa: the mediating role of attitudes toward condoms[J]. *J Health Psychol*, 2014, 19(10): 1271–1278.
- [7] Rocha G M, Kerr L R, De B A M, et al. Unprotected receptive anal intercourse among men who have sex with men in Brazil[J]. *AIDS Behav*, 2013, 17(4): 1288–1295.
- [8] Pescatore N A, Pollak R, Kraft C S, et al. Short Communication: Anatomic Site of Sampling and the Rectal Mucosal Microbiota in HIV Negative Men Who Have Sex with Men Engaging in Condomless Receptive Anal Intercourse[J]. *AIDS Res Hum Retroviruses*, 2018, 34(3): 277–281.
- [9] Pines H A, Gorbach P M, Weiss R E, et al. Individual-Level, Partnership-Level, and Sexual Event-Level Predictors of Condom Use During Receptive Anal Intercourse Among HIV-Negative Men Who Have Sex with Men in Los Angeles[J]. *AIDS Behav*, 2016, 20(6): 1315–1326.
- [10] Chu J H, Huang J H. Psychosociobehavioral characteristics associated with high condomless anal intercourse intention: a comparison of receptive, versatile, and insertive MSM in Taiwan[J]. *AIDS Care*, 2019(2): 1–9.
- [11] Card K G, Lachowsky N J, Cui Z, et al. Exploring the role of sex-seeking apps and websites in the social and sexual lives of gay, bisexual and other men who have sex with men: a cross-sectional study[J]. *Sex Health*, 2017, 14(3): 229–237.
- [12] Sapsirisavatt V, Phanuphak N, Keadpudsa S, et al. Psychosocial and Behavioral Characteristics of High-Risk Men Who Have Sex with Men (MSM) of Unknown HIV Positive Serostatus in Bangkok, Thailand[J]. *AIDS Behav*, 2016, 20(3): 386–397.
- [13] 黄冰雪, 阿比旦·艾尼瓦尔, 田恬, 等. 不同性角色男男性行为人群的肛周人乳头瘤病毒感染及影响因素分析[J]. *中华疾病控制杂志*, 2017, 21(12): 1236–1240.
- [14] 戴丽萍, 姜宜海, 刘奇, 等. 2009年广州市越秀区1596名男男性接触者艾滋病相关危险行为及其影响因素分析[J]. *疾病监测*, 2011, 26(12): 972–975.
- [15] Li A, Varangrat A, Wimonasate W, et al. Sexual behavior and risk factors for HIV infection among homosexual and bisexual men in Thailand[J]. *AIDS Behav*, 2009, 13(2): 318–327.
- [16] 陈楚莹, 王曼, 汪涛, 等. 中山市不同性角色男男性行为人群艾滋病、梅毒感染及相关行为特征分析[J]. *公共卫生与预防医学*, 2016, 27(1): 53–56.

(上接第324页) 现比肉眼观察更加精确, 为皮肤镜在斑秃中的应用提供了临床依据。

参考文献:

- [1] 王婷琳, 沈佚薇, 周城, 等. 中国六城市斑秃患病率调查[J]. *中华皮肤科杂志*, 2009, 42(10): 668–670.
- [2] 章星琪. 重症斑秃的治疗策略[J]. *中国医学文摘(皮肤科学)*, 2016, 33(4): 471–474.
- [3] 李国臣. 刁本恕多元疗法治疗小儿斑秃经验[J]. *中国中西医结合儿科学*, 2010, 2(3): 219–220.
- [4] 王琳, 高琳, 王华. 斑秃患者外周血T淋巴细胞亚群及CD₄⁺/CD₂₅⁺调节T细胞的检测[J]. *中国皮肤性病学杂志*, 2008(11): 647–648+654.
- [5] 曾庆祥, 衷诚伟. 异功散及其加味方对小儿脾虚证患者临床疗效及免疫功能的影响[J]. *中医杂志*, 2003, 44(3): 197–198.
- [6] 修宗昌, 余绍源, 黄穗平. 脾虚免疫学机制[J]. *中国中医药信息杂志*, 2003, 10(4): 10–13.
- [7] 郑娜, 王奇, 尹琳琳. 补肾中药治疗多发性硬化的研究进展[J]. *中华中医药学刊*, 2017, 35(3): 573–575.
- [8] 杨黎青. 免疫学基础与病原微生物学[M]. 2版. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 105–110.
- [9] 章星琪. 斑秃发病机理探讨[J]. *皮肤性病诊疗学杂志*, 2015, 22(2): 144–147.
- [10] 赵莹, 蔡泽明, 巩毓刚, 等. 斑秃皮损的皮肤镜影像及其与临床病理的关系[J]. *中华皮肤科杂志*, 2011, 44(1): 30–34.
- [11] Ross E K, Vincenzi C, Tosti A. Videodermoscopy in the evaluation of hair and scalp disorders[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2006, 55(5): 799–806.
- [12] Inui S, Nakajima T, Nakagawa K, et al. Clinical significance of dermoscopy in alopecia areata: analysis of 300 cases[J]. *Int J Dermatol*, 2008, 47(7): 688–693.
- [13] 庄娘桥, 唐旭华, 李俊珊, 等. 96例斑秃皮肤镜临床表现分析[J]. *皮肤性病诊疗学杂志*, 2015, 22(5): 366–369.

临沧市艾滋病流行特征及变迁规律分析

杨翠云¹, 朱琼美^{1*}, 付廷早¹, 陈敏², 牛瑾², 郭庆², 李冬洁¹, 李碧艳¹

(1. 临沧市疾病预防控制中心, 云南 临沧 677000; 2. 云南省疾病预防控制中心, 云南 昆明 650022)

【摘要】目的 摸清临沧市艾滋病流行特征和变迁规律, 分析临沧市艾滋病流行趋势, 评估艾滋病防控效果, 为今后制定艾滋病防控策略和资源分配提供科学依据。**方法** 采用相关的统计学方法, 对临沧市 1990—2016 年艾滋病病例报告数据信息进行收集整理, 分析艾滋病流行特征。**结果** 临沧市艾滋病流行时间长, 疫情严重, 为一类流行地区, 艾滋病流行特征及变迁规律基本和全省、全国一致。2006 年以后性传播成为最主要的传播途径。艾滋病感染者、病人以青壮年为主, 近年来 50 岁以上感染者逐渐增多。在众多少数民族中佤族感染者所占比例最大。艾滋病感染者、病人以农民居多。**结论** 临沧市艾滋病流行时间长, 疫情严重, 为一类流行地区, 艾滋病流行特征及变迁规律基本和全省、全国一致。经过全市各级各部门近 30 年共同努力, 防治工作取得了阶段性成效, 疫情快速上升的势头得到有效遏制, 但当前临沧市艾滋病疫情仍然严重, 艾滋病防治工作依然任重道远。

【关键词】 艾滋病; 流行特征; 变迁规律

中图分类号: R512.91 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.006

Analysis on the epidemic characteristics and changing law of AIDS in Lincang

YANG Cui-yun¹, ZHU Qiong-mei^{1*}, FU Ting-zao¹, CHEN Min², NIU Jin², GUO Qing², LI Dong-jie¹, LI Bi-yan¹

(1. Lincang Center for Disease Control and Prevention, Lincang, Yunnan 677000, China; 2. Yunnan Center for Disease Control and Prevention, Kunming, Yunnan 650022, China)

【Abstract】Objective To analyze the epidemic trend and characteristics and HIV/AIDS in Lincang, and evaluate the effect of the prevention and control strategies, so as to provide scientific basis for prevention and control strategies and resource allocation in the future. **Methods** Data of AIDS case reports from 1990 to 2016 in Lincang were collected and analyzed by using relevant statistical methods. **Results** The epidemic of HIV/AIDS in Lincang has a long period and a serious situation, the epidemic characteristics and changing trends are basically the same as those in Yunnan province and China. Sexual transmission became the major mode of transmission after 2006. The majority of people infected with HIV/AIDS are young adults. In recent years, the number of people infected over the age of 50 has increased gradually. Of all ethnic groups, Va people has the largest proportion of infected people. The majority of people infected with HIV/AIDS are farmers. **Conclusion** Lincang has a long epidemic period and a serious epidemic situation. It is a type of epidemic area, and the epidemic characteristics and the law of change are basically the same as that of the whole province and the whole country. After nearly 30 years of joint efforts by all departments at all levels in the city, the prevention and control work has achieved phased results, and the fast-rising momentum of the epidemic situation has been effectively contained, but at present the AIDS epidemic in our city is still serious, AIDS prevention and control work is still a long way to go.

【Key words】 AIDS; Epidemic characteristics; Law of change

临沧市自 1990 年从静脉注射吸毒人群中首次发现艾滋病病毒感染者以来, 随着艾滋病疫情在临沧市范围内的蔓延, 临翔区、沧源县、耿马县艾滋病迅速流行, 并成为全市疫情最严重的地区。截至 2016 年年底, 临沧市累计报告现存活艾滋病感染者、病人 7 802 例^[1]。为摸清临沧市艾滋病流行特征和变迁规律, 分析临沧市艾滋病流行趋势, 评估艾滋病防控效果, 为今后制定艾滋病防控策略和资源分配提供科学依据, 现对临沧市 1990—2016 年艾滋病病例报告情况进行统计分析。

1 资料与方法

1.1 资料来源 资料源于国家“艾滋病综合防治数据信息管理系统”中临沧市 1990—2016 年 HIV/AIDS 的病例报告数据, 包括传播途径、发病年龄、性别、职业、民族等信息。

1.2 方法 对临沧市 1990—2016 年艾滋病病例报告

数据中的传播途径、发病年龄、性别、职业、民族等信息进行收集整理, 分析艾滋病流行特征及变迁规律。通过 EXCEL 2007 建立研究信息数据库, 应用 SPSS 15.0 的统计学方法, 对临沧市 1990—2016 年艾滋病病例报告数据进行描述性分析。

2 结果

2.1 临沧市艾滋病发现与流行 临沧市自 1990 年在耿马县静脉注射吸毒人群中首次发现艾滋病感染者以来, 截至 2016 年年底, 全市累计现存活艾滋病感染者、病人 7 802 例, 报告死亡 2 173 例, 累计存活人数占总人口比例居全省第三位, 属于艾滋病流行一类地区, 辖区内除凤庆县属于二类流行地区, 其余 7 个县(区)均属于一类流行地区。全市艾滋病疫情较为严重的是临翔区、沧源县和耿马县, 其现存活艾滋病感染者、病人数占全市累计现存活病例的 65.1%。详见表 1。

表1 临沧市1990—2016年累计报告现存活 HIV/AIDS 病例情况统计表

县(区)	HIV/AIDS	AIDS	死亡	现存活占当地人口比例 %	全省排位
临翔区	2 028	1 103	524	0.62	7
凤庆县	443	254	123	0.095	87
云县	717	378	193	0.16	56
永德县	566	259	182	0.15	55
镇康县	400	216	117	0.22	33
双江县	551	237	87	0.30	19
耿马县	1 467	686	584	0.48	12
沧源县	1 583	795	363	0.87	2
全市	7 802	3 929	2 173	0.32	3

2.2 临沧市艾滋病病例报告情况 1990年首次报告之后,临沧市艾滋病感染者报告数逐年增加。自2004年开始大筛查,2010年推广医疗机构医务人员主动提供艾滋病咨询检测服务以来,由于监测检测数量的增加,全市 HIV 感染者报告数迅猛增长,每年新报告病例数均在(800~1000)左右,截至2016年底,全市累计报告艾滋病病毒感染者、病人12 117例,1990—2016年 HIV 检测和报告病例情况。见图1。

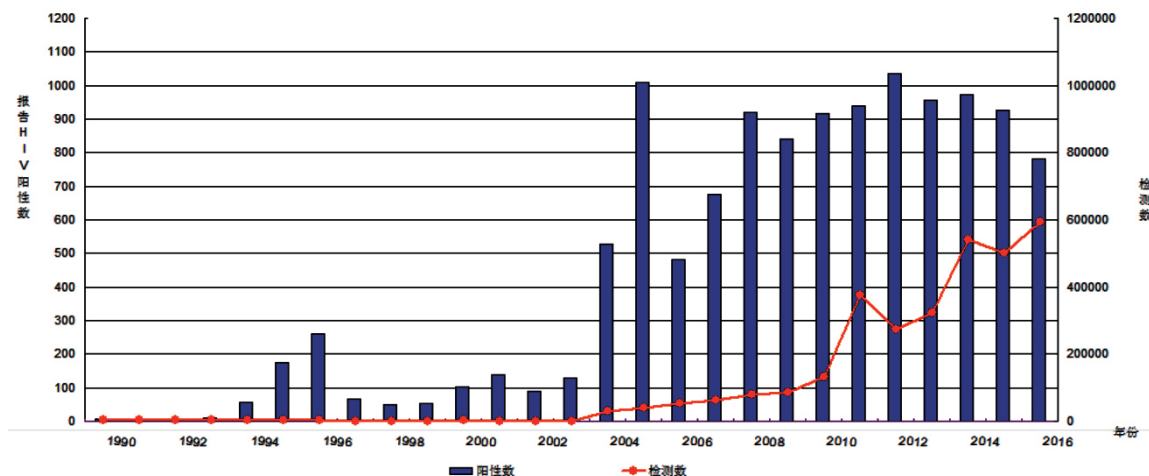


图1 临沧市1990—2016年 HIV 检测和报告病例情况

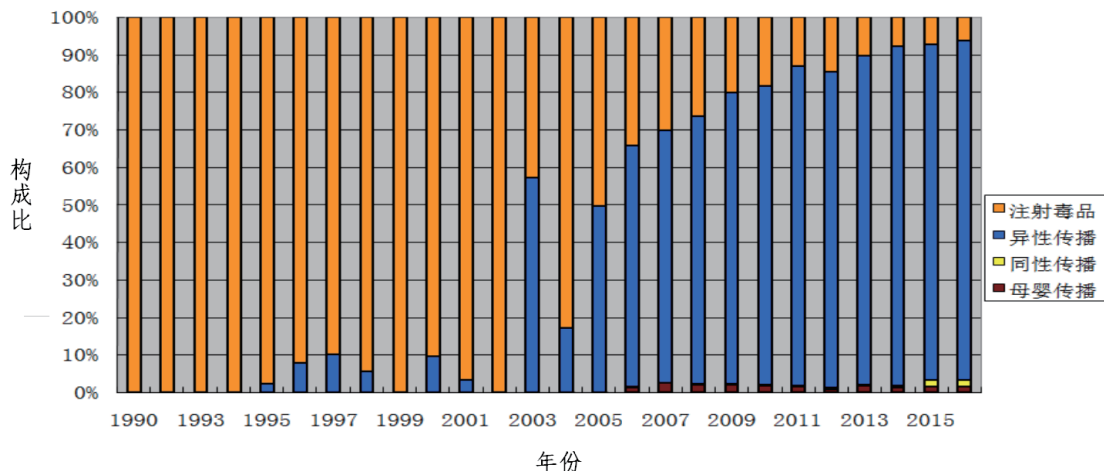


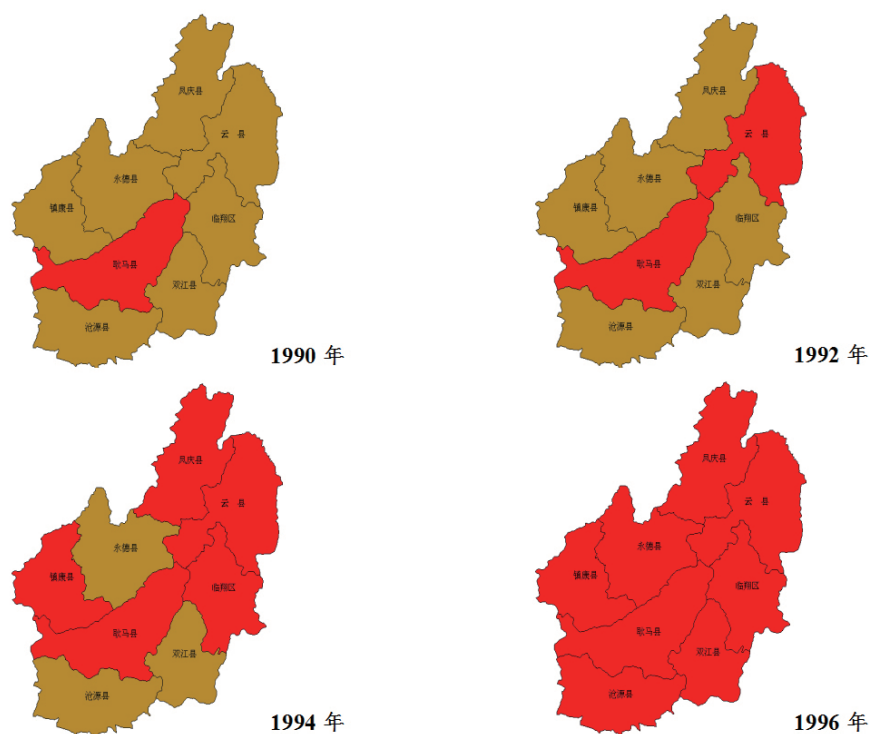
图2 临沧市1990—2016年 HIV 传播途径构成变化

2.3 临沧市艾滋病疫情情况

2.3.1 传播途径分布 临沧市艾滋病疫情在传播途径构成上有明显差异($\chi^2=1481.289$, $P=0.000$),1990—1994年发现的艾滋病感染者、病人全部都是静脉注射吸毒传播。1995年开始出现异性传播病例,但早期仍然以静脉注射吸毒传播为主;2004年以后静脉注射吸毒传播病例开始逐年减少,而异性传播病例开始逐年增加,2006年以后异性传播病例超过静脉注射吸毒传播,成为临沧市最主要的传播途径。2004年开始出现母婴传播病例,但所占比例很小;2006年开始出现同性传播病例,并有逐年增长的趋势。见图2。

2.3.2 地区分布 临沧市自首次发现艾滋病感染者以来,随后流行地区范围逐渐扩大,到1996年全市8县区均报告发现感染者。早期艾滋病感染者的地区分布和毒品危害范围基本一致,艾滋病疫情从与缅甸接壤的边境城镇向内地城镇,沿耿马—云县一线在临沧市内蔓延开来。见图3。

随着艾滋病疫情在全市范围内的蔓延,临翔区、沧源县、耿马县艾滋病迅速流行,并成为全市疫情最严重的地区。截至2016年底,临翔区、沧源县和耿马县报告艾滋病感染者、病人超过1000例,按现存活艾滋病



注:红色县(区)表示有病例报告,棕色县区表示无病例报告。

图3 临沧市艾滋病流行范围变化

感染者、病人数占总人口比例排位,在全省排位中沧源县居第2位,临翔区居第7位,耿马县居第12位。

2.3.3 人群分布 ① 性别。临沧市艾滋病疫情在性别构成上有明显差异,男性明显多于女性 ($X^2=344.034$, $P=0.000$)。见图4。1990—1993年发现的艾滋病感染者均为男性,自1994年首次发现女性艾滋病感染者后,随着异性性行为传播的流行,发现的女性病例逐渐增加,男女比例从早期1996年的13.5:1逐步变化为2016年的1.73:1。女性感染者增加致使艾滋病传播模式转变,通过异性性行为的传播,艾滋病经历了从高危人群向桥梁人群向一般人群扩散的过程。② 年龄。临沧市艾滋病疫情在年龄构成上有明显差异 ($X^2=1529.312$, $P=0.000$),感染者主要集中在(20~49)岁,占报告病例的85.7%,其中(20~29)岁占36.3%,(30~39)岁占34.5%,(40~49)岁占14.9%。自2005年首次报告50岁以上艾滋病病例之后,50岁以上病例逐渐增多,从最初的1.5%增加至2016年的19.0%。见图5。③ 民族。临沧市是个多民族聚集地艾滋病疫情有明显的民族分布差异 ($X^2=2301.959$, $P=0.000$)。临沧市艾滋病疫情首发于以傣族居多的耿马县,流行初期感染者中以汉族、傣族为主,随着疫情在全市范围内不断扩散,民族构成发生了很大变化。见图6。当艾滋病疫情蔓延至佤族居多的沧源县后,佤族感染者逐渐增多,成为仅次于汉族的最大感染群体,仅占全市总人口13.5%的佤族中,艾

滋病感染者却占全市总感染者数24.8%。截至2016年底,全市累计报告艾滋病感染者和病人中,汉族占58.6%,佤族占24.8%,傣族占7.6%,彝族占4.1%,其他少数民族占4.8%。④ 职业。临沧市艾滋病疫情有明显的职业分布差异 ($X^2=737.738$, $P=0.000$)。艾滋病流行初期,疫情主要集中在吸毒人群,吸毒人群多为无业者,因此在职业分布上早期以家政、家务及待业为主。见图7。随着时间的推移,艾滋病疫情从高危人群向一般人群传播,在农民群体中艾滋病疫情开始蔓延,每年新报告病例中农民所占比例越来越大,从最初1990年的33.3%增加到2016年的79.0%,逐渐成为临沧市艾滋病感染最多、疾病负担最重的群体,截至2016年底,农民占全部艾滋病报告病例数的67.4%,而家政、家务及待业只占11.8%。

3 讨论

临沧市1990—1994年处于艾滋病的传入阶段,1995—2004年处于艾滋病扩散阶段,2004—2012年处于艾滋病快速增长阶段,2012年以后艾滋病进入逐渐平稳阶段。经过全市各级各部门近30年共同努力,通力合作,防治工作取得了阶段性成效,疫情快速上升的势头得到有效遏制,但当前临沧市艾滋病疫情仍然严重,艾滋病防治工作依然任重道远。

临沧市艾滋病传播模式和全省、全国一致,均是始发于静脉注射吸毒人群,经不安全性行为在性乱人群中扩散,随后静脉注射吸毒、异性性行为、男男性行为

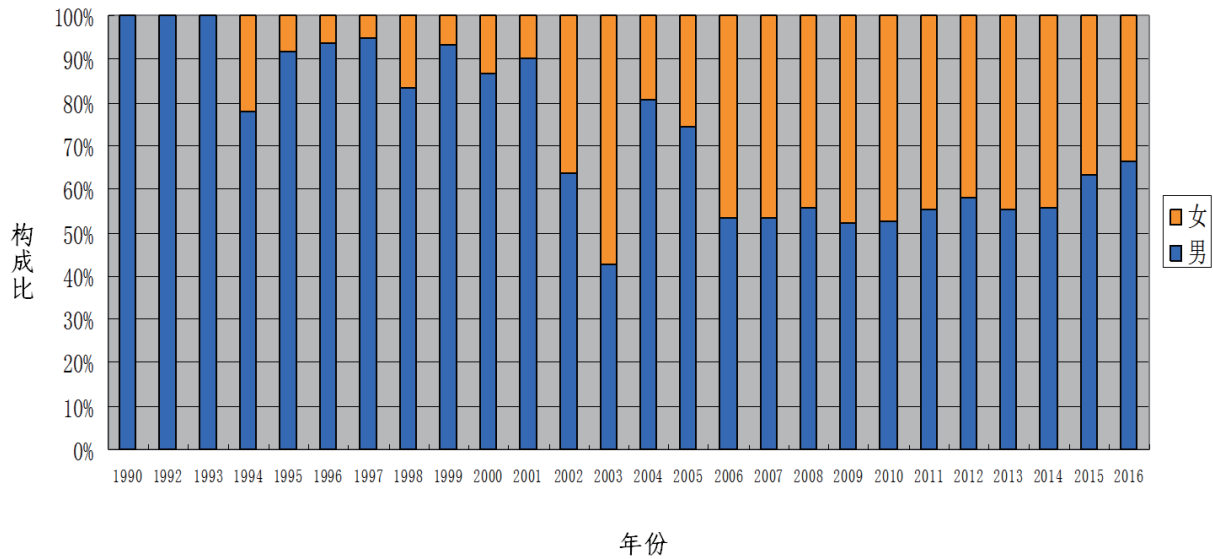


图 4 临沧市 1996—2016 年报告 HIV 感染者性别构成变化

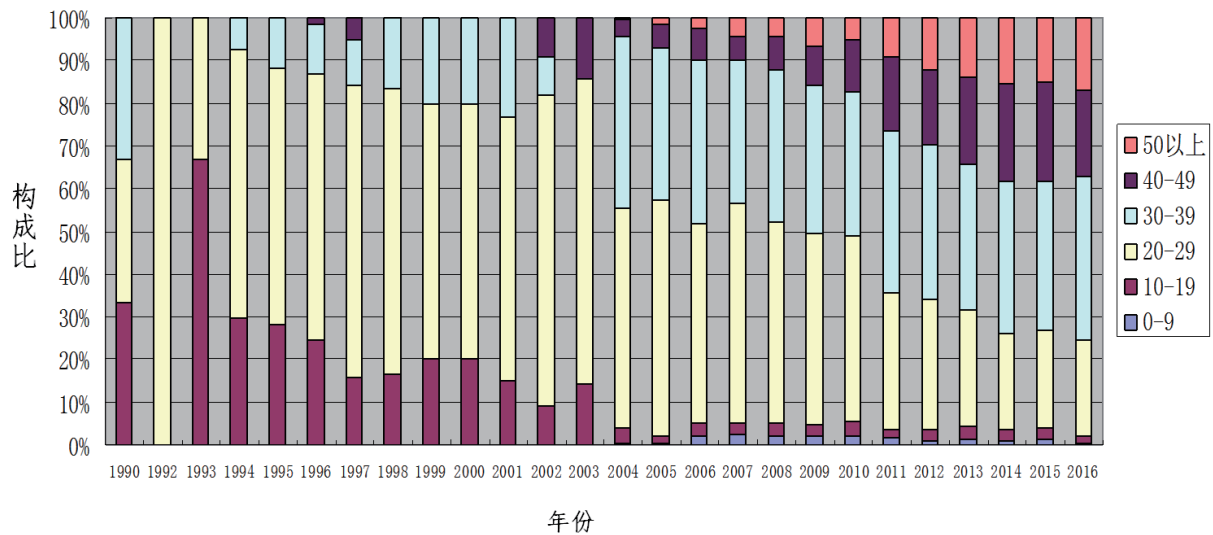


图 5 临沧市 1996—2016 年报告 HIV/AIDS 年龄构成变化

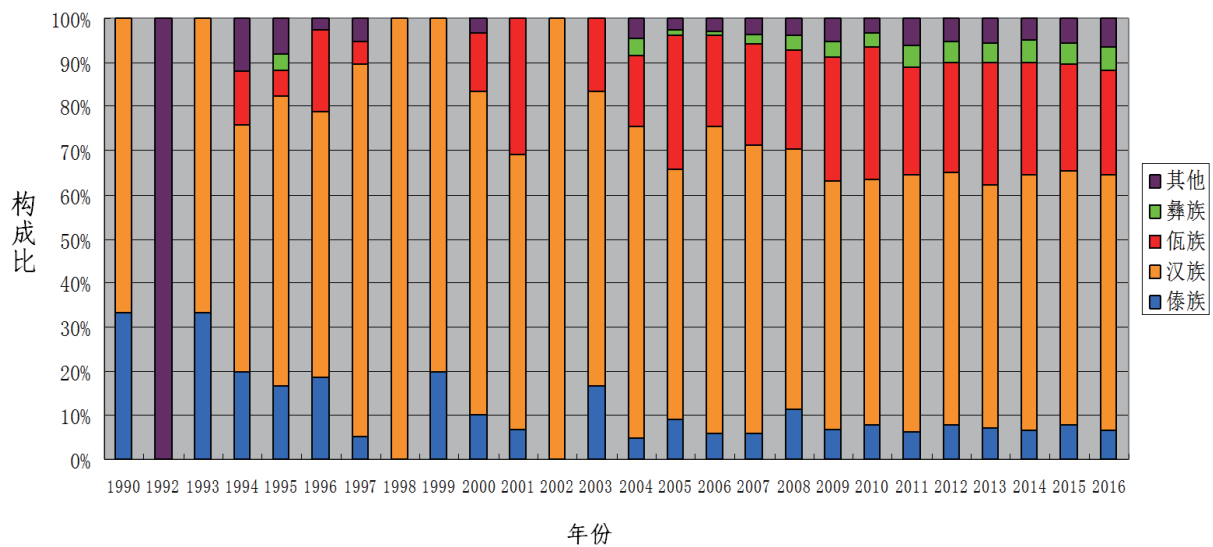


图 6 临沧市 1996—2016 年报告 HIV/AIDS 民族构成变化

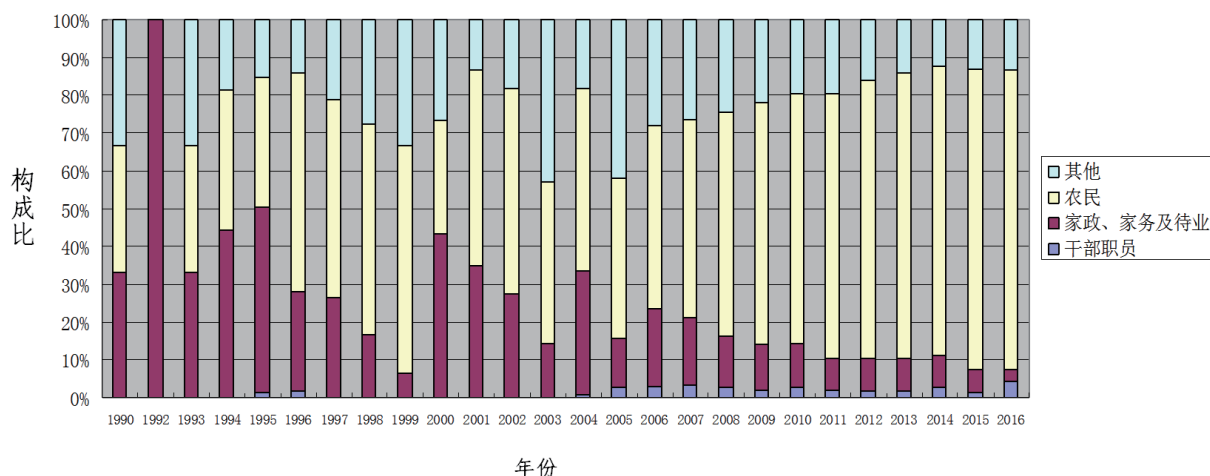


图 7 临沧市 1996—2016 年报告 HIV 感染者职业构成变化

及母婴传播等多种方式并存^[2-3]。近年来，静脉注射吸毒传播比例逐渐减少，但经性途径感染的比例逐年增加，2016 年占 94.5%，特别是男男性行为感染比例增加尤为明显。今后应该着力控制艾滋病的经性途径传播，积极倡导健康安全性行为，重视对暗娼、男同等群体的综合干预。

临沧市 8 个县（区）仅凤庆县属于二类流行区，其余均属于一类流行区，截至 2016 年底，临翔区、沧源县和耿马县报告中国籍感染者均超过 1 000 例，占全市报告总数的 65.08%，是全市疫情最严重的地区。今后应该加大这三个县区艾滋病防治工作的力度，从资金、人员编制、技术支持等方面给以适当的倾斜，促进艾滋病防治工作开展，着力提升艾滋病防治效果。

临沧市艾滋病流行初期男性病例较多，随着传播模式的转变，在女性静脉注射吸毒及暗娼中感染者增加、男性感染者配偶增多等高危背景下，女性感染者逐年增加；女性感染者增多，通过母婴传播感染风险也随之增高，增大了母婴阻断工作压力。今后应该加强暗娼及男性感染者的阴性配偶综合干预，遏制女性群体中艾滋病的流行蔓延。

临沧市艾滋病感染者、病人以青壮年为主，导致艾滋病疾病负担加重，影响地方经济社会发展^[4]；此外，近年来 50 岁以上感染者逐渐增多，给艾滋病防治工作带来了新的挑战。今后应该加强对青壮年及 50 岁以上人群的防控工作，注重宣传教育的针对性、有效性，宣传内容应侧重于艾滋病基本防治知识、安全的性行为、早检测的益处等方面。

在临沧市众多少数民族中佤族感染者所占比例最大，佤族主要集中于沧源县，严重的艾滋病疫情，对佤族同胞生存发展、沧源地方经济社会发展影响深远。今后应该创新开发针对佤族群众感染者的综合干预措施，充分考虑佤族文化习俗、生活习惯，通过佤族语言和佤族文化开展佤族同胞愿意接受，行之有效的宣传

教育、综合干预工作，提高自我保护意识，减少艾滋病的传播。

临沧市艾滋病感染者、病人以农民居多，农民群体因受教育程度低、医疗卫生条件差，缺乏对艾滋病的认识，致使艾滋病在农民群体中传播并流行蔓延。今后应该针对农民群体开展通俗易懂的宣传教育，提高艾滋病知晓率及自我保护意识，减少艾滋病传播。

4 结论

临沧市艾滋病流行时间长，疫情严重，为一类流行地区，艾滋病流行特征及变迁规律基本和全省、全国一致，也是经历了传入阶段、扩散阶段和快速增长阶段^[5-6]，只是时间前后有差别，临沧市 1990—1994 年处于艾滋病的传入阶段，1995—2004 年处于艾滋病扩散阶段，2004—2012 年处于艾滋病快速增长阶段，2012 年以后艾滋病进入逐渐平稳阶段。经过全市各级各部门近 30 年共同努力，通力合作，防治工作取得了阶段性成效，疫情快速上升的势头得到有效遏制，但当前临沧市艾滋病疫情仍然严重，艾滋病防治工作依然任重道远。

参考文献：

- [1] 联合国艾滋病规划署. 截止 2016 年 HIV 现存活人数 [R]. <http://aidsinfo.unaids.org/>.
- [2] 汪宁. 我国艾滋病预防控制的形势与面临的挑战 [J]. 中华预防医学杂志, 2004, 38(5): 291-293.
- [3] 吴尊友. 中国艾滋病疫情监测面临的挑战 [J]. 疾病监测, 2009, 24(11): 819-821.
- [4] 陆林, 贾曼红, 马艳玲, 等. 云南省 1989—2005 年艾滋病流行分析 [J]. 中国艾滋病性病, 2006, 12(6): 517-519.
- [5] 陆林. 云南省艾滋病流行 20 年 [J]. 昆明医科大学学报, 2013, 34(6): 1-4.
- [6] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心性病控制中心. 2016 年 12 月全国艾滋病性病疫情 [J]. 中国艾滋病性病, 2017, 23(2): 93.

1 565nm 非剥脱点阵激光联合超分子水杨酸治疗面部轻中度痤疮的疗效观察

董玉洁, 李玉叶^{*}

(昆明医科大学第一附属医院皮肤性病科, 云南 昆明 650032)

【摘要】 目的 探究 1 565nm 非剥脱点阵激光联合超分子水杨酸治疗面部轻中度痤疮的临床疗效。**方法** 收集 2018 年 3 月—2019 年 6 月就诊的 99 例面部轻中度痤疮患者, 随机分为超分子水杨酸组 (33 例)、1 565nm 非剥脱点阵激光组 (33 例) 和联合治疗组 (33 例)。其中超分子水杨酸组予以超分子水杨酸治疗, 1 565nm 非剥脱点阵激光组进行 1 565nm 非剥脱点阵激光治疗, 联合治疗组予以 1 565nm 非剥脱点阵激光及超分子水杨酸治疗。治疗 12 周后, 观察三组患者临床疗效及不良反应情况。**结果** 治疗 12 周后, 超分子水杨酸组与 1 565nm 非剥脱点阵激光组临床治疗总有效率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 联合治疗组临床治疗总有效率显著高于单一治疗组 ($P < 0.05$)。三组患者均无严重不良反应。**结论** 1 565nm 非剥脱点阵激光联合超分子水杨酸治疗面部痤疮临床疗效显著, 且安全性高。

【关键词】 痤疮; 超分子水杨酸; 1 565nm 非剥脱点阵激光; 治疗

中图分类号: R454.2; R758.73³ 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.007

Effect of 1 565 nm Non-stripping dot matrix laser combined with supramolecular salicylic acid on mild to moderate facial acne

DONG Yu-jie, LI Yu-ye

(Department of Dermatology, First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming, Yunnan 650032, China)

【Abstract】 Objective To investigate the clinical efficacy of 1 565 nm non-stripping lattice laser combined with supramolecular salicylic acid in the treatment of facial mild to moderate acne. **Methods** Ninety-nine patients with facial acne from March 2018 to June 2019 were collected and randomly divided into supramolecular salicylic acid group (33 cases), 1 565 nm non-stripping lattice laser group (33 cases) and combined treatment group (33 cases). The supramolecular salicylic acid group was treated with supramolecular salicylic acid, the 1 565 nm non-stripping lattice laser group was treated with lattice laser, and the combined treatment group was treated with 1 565 nm non-stripping lattice laser and supramolecular salicylic acid. After 12 weeks of treatment, the clinical efficacy and adverse reactions of the three groups were observed. **Results** After 12 weeks of treatment, there was no significant difference in the total effective rate between the supramolecular salicylic acid group and the 1 565 nm non-stripping lattice laser group ($P > 0.05$), and the total effective rate of the combined treatment group was significantly higher than that of the single treatment groups ($P > 0.05$). All three groups had no serious adverse reactions. **Conclusion** The clinical efficacy and safety of supramolecular salicylic acid combined with 1 565 nm non-stripping lattice laser in the treatment of facial acne are significant.

【Key words】 Acne; Supramolecular salicylic acid; 1 565 nm non-stripping lattice laser; Treatment

痤疮是常见的毛囊皮脂腺的慢性炎症性损容性皮肤病, 好发于面部和胸背部等皮脂溢出部位, 常见于青少年。临床表现为粉刺、毛囊性丘疹、脓疱、结节和脓肿, 常反复发作, 易遗留瘢痕以及色素沉着等, 损害容貌, 影响社交和身心健康。目前常用的治疗方法为口服给药和局部用药, 药物主要包括维 A 酸类药物、抗菌药物等。但由于药物适用人群及不良反应等问题, 导致部分患者依从性差。本文研究了非剥脱点阵激光联合超分子水杨酸治疗面部轻中度痤疮的疗效, 结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 收集 2018 年 3 月—2019 年 6 月就诊的 99 例面部痤疮患者, 按痤疮严重程度分类标准进行分类^[1], 纳入标准: 轻度 (I 级), 皮损仅有粉刺; 中度 (II 级), 皮损以炎性丘疹为主; 重度 (III 级),

皮损以脓疱为主。排除标准: 近 4 周内服用其他药物治疗者、哺乳期或妊娠期女性、瘢痕体质或有光过敏史者、对水杨酸过敏者以及严重皮肤疾病者。采用随机数字表法将所有患者随机分为超分子水杨酸组 (33 例)、非剥脱点阵激光组 (33 例) 和联合治疗组 (33 例)。本次研究经医院医学伦理委员会批准, 且所有患者均签署知情同意书。

1.2 方法 超分子水杨酸组: 予超分子水杨酸治疗。超分子水杨酸选用博乐达 (上海瑞志医药科技有限公司), 先使用清洁剂使面部皮肤油脂清洗干净, 增加渗透能力, 再将 30% 水杨酸焕颜面膜均匀涂抹面部, 注意避开眼部周围皮肤, 不停滴上灭菌注射用水, 揉搓面部并促进渗透, 根据患者自身皮肤耐受情况停留 (10 ~ 20) min, 治疗终点为局部红斑及白霜, 后用清水洗净, 2 周 1 次, 治疗总时间为 3 个月。非剥脱点

阵激光组：予非剥脱点阵激光进行治疗。面部常规清洁，使用 2% 利多卡因乳膏（清华紫光公司）均匀涂抹面部皮肤，面部皮肤表面麻醉（40 ~ 60）min，采用 M22-ResurFx 激光（美国 LUMENIS 科医人公司）治疗，激光波长 1 565nm，能量（35 ~ 40）mJ，光斑大小 12mm×12mm，点阵密度 200/cm²，扫描一次，光斑略有重叠，4 周治疗 1 次，共 3 次治疗。治疗终点为局部出现轻度红斑水肿及风团，治疗结束后给予冷敷 30min，治疗期间做好面部保湿防晒。联合治疗组：予超分子水杨酸联合非剥脱点阵激光治疗，治疗方法同前，两项治疗间隔时间为 2 周，治疗总时间为 12 周。

1.3 临床疗效判定 患者治疗前后进行 VISIA（美国 Canfield 公司皮肤图像分析系统）拍照，记录炎性皮疹（脓疱、丘疹、红斑）及非炎性皮疹（黑头粉刺、白头粉刺）的数量。依照患者治疗前后皮损总数计算皮损减退率，皮损减退率 = （治疗前 - 治疗后）皮损总数 ÷ 治疗前皮损总数 × 100%。临床疗效根据皮损减退率分为四种：痊愈（皮损减退率 ≥ 90%）、显效（皮损消退率 60% ~ 90%）、有效（20% ~ 59%）、无效（皮损减退率 < 20%），本次研究临床治疗总有情况包括痊愈及显效两种。

1.4 统计学分析 采用统计学软件 SPSS 22.0 处理数据，计数资料用例（%）表示，采用独立样本 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组一般资料比较 超分子水杨酸组男 15 例，女 18 例，年龄（18 ~ 28）岁，平均（21.78±5.06）岁，平均病程（6.66±2.82）个月；非剥脱点阵激光组男 16 例，女 17 例，年龄（18 ~ 28）岁，平均（22.75±5.93）岁，平均病程（7.18±2.04）个月；联合治疗组男 17 例，女 16 例，年龄（18 ~ 28）岁，平均（22.42±6.07）岁；平均病程（6.66±3.12）个月。三组患者痤疮分级、病程、年龄及性别等临床资料比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

2.2 三组患者临床疗效比较 超分子水杨酸组临床治疗总有效率为 45.94%；非剥脱点阵组患者临床治疗总有效率为 45.94%；联合治疗组患者临床治疗总有效率为 70.27%。12 周治疗后，进行单一治疗的两组患者临床治疗总有效率比较差异无统计学意义（ $P >$

0.05）；联合组患者临床治疗总有效率显著高于单一治疗组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表 1。

2.3 三组患者不良反应比较 超分子水杨酸组中不良反应有 4 例，包括 1 例红斑、1 例瘙痒以及 2 例干燥；非剥脱点阵激光组中出现 3 例不良反应，包括 2 例红斑、1 例瘙痒；联合治疗组中 4 例存在不良反应，包括 2 例红斑、2 例干燥。但患者均可耐受，红斑经冷敷后消失。三组患者均无严重不良反应情况，不良反应发生率比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

3 讨论

痤疮的发病机制主要为雄激素分泌异常、毛囊皮脂腺导管角化异常、痤疮丙酸杆菌的大量繁殖、炎症损害等。毛囊皮脂腺单位是由皮肤附属器毛囊和皮脂腺组成的皮肤结构，皮脂腺开口于毛囊并通过毛囊分泌脂质，构成皮脂的主要成分。毛囊皮脂腺单位不仅富含脂质，同时充满各种各样的微生物，包括丙酸杆菌、表皮葡萄球菌以及马拉色菌等。毛囊皮脂腺单位中富含脂质及厌氧环境使得丙酸杆菌成为优势菌群，约占微生物数量的 89%^[2]。皮脂腺中的雄激素受体（AR）对雄激素敏感性增加，可导致皮肤组织内 DHT（二氢睾酮）合成增多，导致痤疮^[3]。毛囊皮脂腺导管过度角化，其导管口径缩小，致上皮细胞和皮脂积聚于毛囊口，从而也会引发痤疮^[4]。

轻中度痤疮以外用药物治疗为主，外用药物包括过氧苯甲酰、夫西地酸乳膏、维 A 酸类外用，见效慢，可出现皮肤刺激反应。轻中度痤疮患者有快速疗效需求也可口服异维 A 酸，但该药可导致皮肤干燥、精神症状、头痛、头晕、胃肠道症状、肝酶升高、血脂升高及致畸作用等不良反应。所以，物理和化学治疗可作为辅助或替代选择^[1]。

水杨酸具有抗炎、抗菌、角质调节作用^[5]。超分子水杨酸是指利用分子与分子之间的相互作用，将原本不溶于水的水杨酸溶于并稳定于水中，避免了传统制剂中酒精及强碱中和剂对皮肤的刺激反应。水杨酸作为一种角质溶解剂，可通过作用细胞之胞间黏合物发挥增溶作用，从而降低角质细胞的附着力，故其具有较强的粉刺溶解作用。

随着激光技术的发展，1 565nm 非剥脱点阵激光是利用局灶性光热作用原理，在一定的能量密度下，

表 1 三组患者临床疗效比较（n，%）

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
联合治疗组	33	6 (15.15)	18 (54.54)	8 (24.24)	2 (6.06)	72.72
超分子水杨酸组	33	3 (9.09)	12 (36.36)	12 (36.36)	6 (18.18)	45.45
非剥脱点阵激光组	33	1 (3.03)	11 (33.33)	14 (42.42)	7 (21.21)	36.36
χ^2		3.502	2.243	2.271	3.106	5.876
P		0.061	0.134	0.132	0.078	0.01

链球菌感染与银屑病相关性探究

高 酥¹, 张家瑜², 陈 易¹, 李泳蓉¹, 吴一菲^{3*}

(1. 大理大学临床医学院, 云南 大理 671003; 2. 云南中医药大学第一临床医学院, 云南 昆明 650500; 3. 云南省第一人民医院皮肤科, 云南 昆明 650031)

【摘要】 银屑病是一种临床常见的慢性反复发作性皮肤病, 治疗困难, 常罹患终身, 病因复杂。研究发现, 链球菌感染与银屑病密切相关, 链球菌感染可参与银屑病遗传和免疫发病机制, 抗链球菌治疗可明显改善银屑病伴链球菌感染患者预后。本文就链球菌感染与银屑病相关性作一综述。

【关键词】 银屑病; 链球菌; 感染; 相关性

中图分类号: R751.02; R758.63 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.008

Study on the relationship between Streptococcus infection and Psoriasis

GAO Su¹, ZHANG Jia-yu², CHEN Yi¹, LI Yong-rong¹, WU Yi-fei^{3*}

(1. Clinical Medical College, Dali University, Dali, Yunnan 671003, China; 2. The First Clinical Medical College of Yunnan University of Traditional Chinese Medicine, Kunming, Yunnan 650500, China; 3. Department of Dermatology, the First People's of Hospital of Yunnan Province, Kunming, Yunnan 650031, China)

【Abstract】 Psoriasis is a common clinical chronic recurrent skin disease, which is challenging to treat, often suffers for life, and the etiology is complex. It has been found that streptococcal infection is closely related to psoriasis. Streptococcal infection can participate in the genetic and immune pathogenesis of psoriasis. Anti-streptococcal therapy can significantly improve the prognosis of patients with psoriasis with streptococcal infection. This article reviews the relationship between streptococcal infection and psoriasis.

【Key words】 Psoriasis; Streptococci; Infected; Correlation

银屑病是一种免疫介导的慢性反复发作性炎症性疾病, 典型临床表现为局限或广泛分布的鳞屑性红斑或斑块。正常情况下, 人体皮肤、呼吸道等被众多共生微生物定植, 维持免疫稳态而不引起临床症状^[1]。当机体免疫力低下, 病原体侵袭力强, 致病菌可诱导疾病发生。银屑病确切病因与发病机制尚未完全阐明, 研究发现链球菌感染与银屑病密切相关。

1 先天性免疫

链球菌是革兰氏阳性菌、厚壁菌门和链球菌属, 按溶血特征可分为甲型 (α) 溶血性链球菌、乙型 (β) 溶血性链球菌和丙型 (γ) 溶血性链球菌。其中, 以 A 组 β -溶血性链球菌致病性最强。

1.1 链球菌肽聚糖 肽聚糖是链球菌细胞壁主要成分, 可作为病原相关分子模式引发先天性免疫反应。肽聚糖通过 NOD₁、NOD₂ 和 TLR₂ 受体与未成熟单核细胞相互作用, 进而促进单核细胞成熟, 诱导 IL-8、IL-1 β 、IL-6、IL-23、TNF- α 、IL-12 以及抗菌肽人 β -防御素 2 分泌, 加速 Th₁₇、Th₁ 细胞增殖分化和中性粒细胞浸润^[2], 刺激角质形成细胞增殖引发银屑病^[3]。

1.2 抗菌肽 抗菌肽是由角质形成细胞、皮脂腺细胞、外分泌腺细胞和浸润的免疫细胞产生的一类多肽, 包括 LL-37、 β -防御素、S100 蛋白和 RNAse7 等, 具有抗菌和促炎双向作用。银屑病患者血清抗菌肽 LL-37 水平升高^[4]。点滴型银屑病患者 LL-37 与肽聚糖协同诱导高水平 CD₁₄⁺CD₁₆⁺ 单核细胞亚群产生, 高水平 CD₁₄⁺CD₁₆⁺ 单核细胞上调与银屑病面积和严重程度指数 (Psoriasis Area and Severity Index, PASI) 呈正相关^[5], 降低 CD₁₄⁺CD₁₆⁺ 单核细胞表达水平则可明显改善脓疱型银屑病患者预后^[6]。

2 适应性免疫

链球菌可产生侵袭性酶和外毒素而引起机体适应性免疫反应异常, 适应性免疫机制涉及 Th₁ 细胞、Th₁₇ 细胞异常活化以及细胞因子 TNF- α 、IL-23、IL-17 等显著升高, 大量免疫细胞在表皮或真皮层浸润和角质形成细胞增生导致银屑病皮损产生。A 组 β -溶血性链球菌又叫化脓性链球菌, 其产生的毒力因子链球菌热原外毒素 C 以及细胞壁成分 M 蛋白, 可作为超抗原参与银屑病细胞免疫发病机制。超抗原特异性高, 不需抗原提呈细胞呈递和主要组织相容性复合体 -II

分子识别,直接与T细胞受体V β 结合而广泛激活T细胞,从而引起众多细胞因子释放^[7]。链球菌热原外毒素C是一种蛋白质,可诱导T细胞表面特异性受体V β 上调^[8]。活化的T淋巴细胞产生并释放大量促炎细胞因子干扰素- γ ,干扰素- γ 刺激表皮产生趋化因子配体20,T细胞表达趋化因子受体6,促进Th₁₇向迁移表皮,Th₁₇细胞分泌细胞因子IL-22和IL-17驱动角质形成细胞过度增殖,从而诱发银屑病皮损^[9]。链球菌M蛋白是链球菌细胞壁中的蛋白质成分,具有很强的抗吞噬活性。Valdimarsson等^[10]研究表明银屑病急性期M6蛋白可作为超抗原激活V β 2⁺T细胞,刺激T细胞分泌干扰素- γ ,干扰素- γ 诱导I型角蛋白表达K14、K16和K17序列,这些序列与重组链球菌M6蛋白广泛序列同源。Th₁细胞可致人表皮角蛋白与链球菌M蛋白发生交叉反应,导致T细胞持续激活,进而促进点滴型银屑病向慢性斑块型银屑病发展^[11]。

IgA是体液黏膜免疫的主要抗体,调查研究发现,67%银屑病患者存在循环IgA免疫复合物,其水平与PASI呈正相关,抗化脓性链球菌IgA水平可保持较高水平数月甚至数年^[12]。IL-17可增强其他免疫细胞产生B淋巴细胞激活剂间接参与上调IgA^[13],IL-17A、IL-17RA轴调节B细胞在生发中心内的迁移^[14]。T淋巴细胞分泌IL-17F与斑块型银屑病患者IgA升高有关,IL-17A过表达与点滴型银屑病患者IgA升高相关^[15]。

此外,点滴型银屑病咽部链球菌可产生超抗原,超抗原诱导T淋巴细胞表面皮肤淋巴细胞抗原(Cutaneous Lymphocyte Antigen,CLA)表达上调,CLA是皮肤T淋巴细胞表面表达的一种碳水化合物,可介导T细胞向皮肤迁移,CLA⁺T淋巴细胞和中性粒细胞与内皮细胞结合并穿透血管壁,在IL-8介导下迁移至皮肤^[16]。

3 遗传因素

3.1 PGRP-3和PGRP-4 PGRPs是重要的模式识别受体,具有高度保守的PGRP结构域,PGRPs可识别并与细菌细胞壁肽聚糖结合而发挥杀菌作用,其选择性地角质形成细胞中表达,包括PGRP-1、PGRP-2、PGRP-3和PGRP-4,研究发现,链球菌肽聚糖识别蛋白PGRP-3和PGRP-4基因存在多样性,PGRP-3和PGRP-4基因与银屑病易感位点PSORS4共同位于染色体1q21,表明肽聚糖先天识别改变可能参与银屑病发病机制^[17]。

3.2 HLA-Cw6 HLA-Cw6基因是首个被证明与银屑病易感性显著相关的基因,位于染色体6p21.3^[18]。HLA-Cw6基因可编码HLA-Cw6分子,HLA-Cw6分子在角质形成细胞中表达^[19],T淋巴细胞识别HLA-Cw6分子,诱导Th₁₇细胞分化并分泌大量IL-

17A、IL-17F、干扰素- γ ^[20],促进银屑病发生。遗传学研究证实,HLA-Cw6是银屑病与慢性链球菌扁桃体炎共同致病基因^[21],表达致病基因HLA-Cw6的银屑病患者伴扁桃体化脓性链球菌感染,病情较未感染者严重^[22]。

4 治疗

4.1 扁桃体切除术 扁桃体是口咽部黏膜免疫系统关键组成部分,也是化脓性链球菌常见感染部位。研究表明儿童银屑病与链球菌感染扁桃体炎关系密切^[23]。Dagan等^[24]提出近期咽部感染的年轻人新发炎症性背痛和继发银屑病皮损应考虑急性银屑病脊柱关节炎。慢性吞咽可导致化脓性链球菌在小肠定植,银屑病患者血液中存在肠源化脓性链球菌DNA^[25]。Cohn等^[26]研究表明扁桃体切除术可明显改善银屑病伴复发性链球菌扁桃体炎患者预后。切除扁桃体可阻断链球菌在扁桃体内蓄积,显著降低血液中免疫细胞及细胞因子^[27]。

4.2 药物治疗 青霉素与链球菌细胞膜上青霉素结合蛋白结合,可抑制链球菌细胞壁合成。大环内酯类抗生素通过与链球菌核糖体50S亚基结合来抑制链球菌蛋白质合成,还可通过抑制IL-6、IL-8和TNF- α 分泌,降低中性粒细胞活性,抑制IL-1分泌、主要组织相容性复合体-II类分子表达和超抗原呈递等免疫调节作用来改善银屑病^[28]。利福平可降低TNF- α 和IL-1 β 分泌,增加IL-10分泌和抑制T淋巴细胞功能。甲砒霉素属氯霉素类,可逆性地与细菌核糖体50S亚基结合从而抑制细菌蛋白质合成和抗体产生。甲砒霉素可作为小儿泛发性脓疱型银屑病的首选药物^[29]。

5 结语

综上所述,链球菌感染影响银屑病免疫学发病机制,银屑病相关基因可调节人体对链球菌的免疫反应,抗链球菌治疗明显改善银屑病伴链球菌感染患者预后,证明链球菌感染与银屑病关系密切。然而,链球菌感染与银屑病发病机制之间的关联仍不明确。从免疫学和遗传角度深入研究链球菌感染触发或加重银屑病病情的具体机制,可以进一步了解银屑病的发病机理,并为银屑病合并链球菌感染提供新的治疗思路和方向,以更好地服务于临床。

参考文献:

- [1] 张钰,付鹤迎,李宗杰.共生微生物组对宿主免疫稳态的调控作用[J].生命的化学,2019,39(6):1107-1112.
- [2] Wang Z M,Liu C,Dziarski R.Chemokines are the main proinflammatory mediators in human monocytes activated by Staphylococcus aureus,peptidoglycan,and endotoxin[J].J Biol Chem,2000,275(27):20260-20267.
- [3] Fry L,Baker B S,Powles A V,et al.Psoriasis is not an autoimmune disease?[J].Exp Dermatol,2015,24(4):241-244.
- [4] Ogawa E,Sato Y,Minagawa A,et al.Pathogenesis of psoriasis and de-

- velopment of treatment[J]. *J Dermatol*, 2018, 45(3): 264–272.
- [5] Qian L, Chen W, Sun W, et al. Antimicrobial peptide LL-37 along with peptidoglycan drive monocyte polarization toward CD₁₄(high)CD₁₆(+) subset and may play a crucial role in the pathogenesis of psoriasis guttata[J]. *Am J Transl Res*, 2015, 7(6): 1081–1094.
- [6] Fujisawa T, Murase K, Kanoh H, et al. Adsorptive depletion of CD₁₄⁺CD₁₆⁺ proinflammatory monocyte phenotype in patients with generalized pustular psoriasis: clinical efficacy and effects on cytokines[J]. *Ther Apher Dial*, 2012, 16(5): 436–444.
- [7] Zeppa J J, Kasper K J, Mohorovic I, et al. Nasopharyngeal infection by *Streptococcus pyogenes* requires superantigen-responsive V β -specific T cells[J]. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2017, 114(38): 10226–10231.
- [8] Commons R J, Smeesters P R, Proft T, et al. Streptococcal superantigen: categorization and clinical associations[J]. *Trends Mol Med*, 2014, 20(1): 48–62.
- [9] Leung D Y, Travers J B, Giorio R, et al. Evidence for a streptococcal superantigen-driven process in acute guttate psoriasis[J]. *J Clin Invest*, 1995, 96(5): 2106–2112.
- [10] Valdimarsson H, Sigmundsdóttir H, Jónsdóttir I. Is psoriasis induced by streptococcal superantigens and maintained by M-protein-specific T cells that cross-react with keratin? [J]. *Clin Exp Immunol*, 1997, 107(Suppl 1): 21–24.
- [11] Yarwood J M, Leung D Y, Schlievert P M. Evidence for the involvement of bacterial superantigens in psoriasis, atopic dermatitis, and Kawasaki syndrome[J]. *FEMS Microbiol Lett*, 2000, 192(1): 1–7.
- [12] Kaufman B P, Alexis A F. Psoriasis in Skin of Color: Insights into the Epidemiology, Clinical Presentation, Genetics, Quality-of-Life Impact, and Treatment of Psoriasis in Non-White Racial/Ethnic Groups[J]. *Am J Clin Dermatol*, 2018, 19(3): 405–423.
- [13] Shibui A, Shimura E, Nambu A, et al. Th₁₇ cell-derived IL-17 is dispensable for B cell antibody production[J]. *Cytokine*, 2012, 59(1): 108–114.
- [14] Ferretti E, Ponzoni M, Doglioni C, et al. IL-17 superfamily cytokines modulate normal germinal center B cell migration[J]. *J Leukoc Biol*, 2016, 100(5): 913–918.
- [15] Carmen D J G, Lidia S S N, Ester R, et al. Specific IgA and CLA + T-Cell IL-17 Response to *Streptococcus pyogenes* in Psoriasis[J]. *Journal of Investigative Dermatology*, 2020, 140(7): 1364–1370.
- [16] Jessica E F, Lori J, Nelly R, et al. *Streptococcus sp.* and *Staphylococcus aureus* Isolates from Patients with Psoriasis Possess Genes That Code for Toxins (Superantigens): Clinical and Therapeutic Implications[J]. *Immunopharmacology and Immunotoxicology*, 2008, 30(2): 195–205.
- [17] Kainu K, Kivinen K, Zucchelli M, et al. Association of psoriasis to PGLYRP and SPRR genes at PSORS4 locus on 1q shows heterogeneity between Finnish, Swedish and Irish families[J]. *Exp Dermatol*, 2009, 18(2): 109–115.
- [18] Thomas M C, Nilmarie A F, David S. Current knowledge on psoriasis and autoimmune diseases[J]. *Psoriasis: Targets and Therapy*, 2016(6): 7–32.
- [19] Harden J L, Krueger J G, Bowcock A M. The immunogenetics of Psoriasis: A comprehensive review[J]. *J Autoimmun*, 2015(64): 66–73.
- [20] Ruiz-Romeu E, Ferran M, Sagristà M, et al. *Streptococcus pyogenes*-induced cutaneous lymphocyte antigen-positive T cell-dependent epidermal cell activation triggers TH₁₇ responses in patients with guttate psoriasis[J]. *J Allergy Clin Immunol*, 2016, 138(2): 491–499.
- [21] Haapasalo K, Koskinen L L E, Suvilehto J, et al. The Psoriasis Risk Allele HLA-C*06:02 Shows Evidence of Association with Chronic or Recurrent Streptococcal Tonsillitis[J]. *Infect Immun*, 2018, 86(10): e00304–18.
- [22] Borroni R G, Costanzo A. HLA-C*06 and psoriasis: susceptibility, phenotype, course and response to treatment[J]. *Br J Dermatol*, 2018, 178(4): 825.
- [23] Groot J, Blegvad C, Nybo A A M, et al. Tonsillitis and pediatric psoriasis: Cohort and cross-sectional analyses of offspring from the Danish National Birth Cohort[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2020, 82(3): 666–674.
- [24] Dagan A, Dahan S, Shemer A, et al. Acute onset of psoriatic spondyloarthritis as a new manifestation of post-streptococcal reactive arthritis: a case series[J]. *Clin Rheumatol*, 2019, 38(9): 2367–2372.
- [25] Ely P H. Is psoriasis a bowel disease? Successful treatment with bile acids and bioflavonoids suggests it is[J]. *Clin Dermatol*, 2018, 36(3): 376–389.
- [26] Cohn J E, Pfeiffer M, Vernose G. Complete resolution of guttate psoriasis after tonsillectomy[J]. *Ear Nose Throat J*, 2018, 97(3): 62–63.
- [27] João F S, João R, Bárbara R F, et al. The role of tonsillectomy in psoriasis treatment[J]. *BMJ Case Reports*, 2015(2015): 1–3.
- [28] Tsai Y C, Tsai T F. A review of antibiotics and psoriasis: induction, exacerbation, and amelioration[J]. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 2019, 12(10): 981–989.
- [29] 赵飞, 李红文, 何秋波. 甲砒霉素对小儿泛发性脓疱型银屑病的疗效观察[J]. *中国麻风皮肤病杂志*, 2004(3): 240–241.

慢性光化性皮炎发病机制及治疗

孙思昊, 李 晔, 农 祥^{*}, 何 黎

(昆明医科大学第一附属医院皮肤科, 云南 昆明 650032)

【摘要】 慢性光化性皮炎是与日光照射高度相关的慢性光敏性皮肤病, 发病机制暂未完全明确, 当前普遍认为与紫外线引起的迟发性超敏反应、免疫功能紊乱及炎症反应相关。治疗主要使用预防措施及局部使用糖皮质激素为主, 对急性期及重型患者也可使用硫唑嘌呤、环孢素及羟氯喹等进行治疗。可通过手术治疗达到对皮肤外观有严格要求者的期望。

【关键词】 慢性光化性皮炎; 发病机制; 紫外线; 免疫反应; 治疗

中图分类号: R751.02; R758.14 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.009

The mechanism and treatment of chronic actinic dermatitis

SUN Si-hao, LI Ye, NONG-Xiang^{*}, HE-Li

(The First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming, Yunnan 650032, China)

【Abstract】 Chronic actinic dermatitis is a chronic photosensitive skin disease that is highly related to sunlight. The pathogenesis is not yet fully understood. It is currently generally believed to be related to delayed hypersensitivity, immune disorder and inflammation caused by ultraviolet rays. The current first-line treatment mainly uses preventive measures and topical glucocorticoids, but acute and severe patients can also be treated with azathioprine, cyclosporine, and hydroxychloroquine. Surgical treatment can meet the expectations of those who have strict requirements on the appearance of the skin.

【Key words】 Chronic actinic dermatitis; Pathogenesis; Ultraviolet; Immune response; Treatment

慢性光化性皮炎 (Chronic Actinic Dermatitis, CAD) 旧称光线性类网织细胞增生症, 是一多见于中老年男性的以慢性光敏性为特征的病谱性疾病。临床上共分为四种类型: 持久性光反应、光敏性皮炎、光敏性湿疹及光线性类网织细胞增生症。本病病因机制不清, 使 CAD 的预防和治疗颇为困难。本文现对 CAD 的发病机制与治疗进展做一综述。

1 发病机制

目前 CAD 发病机制尚未完全阐明, 在临床上普遍认为与接触外源性光敏物质、紫外线辐射及自身免疫有关。

1.1 光敏物质 目前认为与外源性光敏物质的接触是诱发 CAD 发生的因素之一, 约 75% 患者存在光变应原敏感^[1]。皮肤吸收或接触外源光敏物质后, 在紫外线的作用下与皮肤中某些成分形成半抗原, 与机体内生蛋白共价结合形成全抗原, 引起湿疹样迟发超敏反应。随着疾病的进展, 人体任何部位的皮肤一旦处于紫外线照射下即能形成足够的内源性抗原而引起迟发性超敏反应, 在临床上避免接触光敏物质可减轻临床症状^[2]。国内学者研究发现云南省 CAD 病人光斑贴检测总体阳性率可达 66%, 前 5 位外源性光敏物质依次为四氯水杨酰苯胺、秘鲁香脂、6-甲基香豆素、盐酸异丙嗪和盐酸氯丙嗪^[3]。这与其他地区进行的统计存在差异, 考虑地域及生活习惯及进行光斑贴试验季节不同有关。

1.2 环境因素 CAD 分布广泛, 在世界范围内皆有发现^[4-5], 但在肤色深, 且日照时间长、气候温暖地区发生率更高^[6]。CAD 患者数量与空气湿度、日照时间呈正相关, 与 PM10 呈负相关^[7]; CAD 的发生可根据日照时间和日照强度的增加, 提示环境因素在其中的作用。日光主要有三种成分组成, 即紫外线 (UV)、可见光及红外线; 在 CAD 病人致病因素中 UV 及可见光占据主要部分^[8-9]。地面紫外线辐射的光谱及强度伴随着海拔变化, Prue H 等^[10]研究发现地面紫外线辐射约有 5% 为 UVB 其余则为 UVA。随着环境污染的加重, 少数 UVC 可通过臭氧层空洞到达地表。但部分研究表明短期照射 UVC 对皮肤的损害有限^[11]。

1.3 免疫反应与免疫应答 目前认为 CAD 的发生与机体接触光及光敏物质导致的 T 淋巴细胞介导的 IV 型迟发型变态反应有关。Dongyun L 等^[12]对 mRNA 及长链非编码核糖核酸 (Long non-coding RNA) 进行全基因分析, 首次应用核糖核酸测序 (RNA-Seq) 评估了 CAD 患者和健康个体的阳光照射部位皮肤 lncRNA 和 mRNA 谱。发现基于 lncRNA 的顺式调节靶 mRNA 的 KEGG 分析中的前 20 条途径与炎症和免疫反应有关, 提示 lncRNA 相关的炎症和免疫反应功能障碍在 CAD 的发生中起重要作用。Alafiatayo 等^[13]发现, 在经紫外线处理的正常人皮肤成纤维细胞中观察到趋化因子信号传导途径中 MAPK 途径相关

基因表达上调提示 CAD 与 UV 引起的皮肤免疫反应及炎症相关。此外通过免疫抑制药物如硫唑嘌呤、环孢素等对该疾病良好的治疗效果,也在一定程度上反映了本病与免疫反应高度相关。

UV 可刺激皮肤产生过量的活性氧 (ROS) [14], 导致多种受 MAPK 调节的细胞内信号传导途径和转录因子激活,从而严重破坏皮肤细胞中的氧化还原平衡,损害抗氧化系统。氧化应激则进一步引起脂质、蛋白质和 DNA 的氧化修饰,被氧化的蛋白质将被细胞蛋白水解系统降解,加剧细胞凋亡 [10、15、16]。MAPK 可影响 Caspase-14 的表达;而 Caspase-14 对可维持皮肤屏障稳定性的丝聚蛋白 (Filaggrin) 的合成起重要作用。研究表面 CAD 的发展可能与 Caspase-14 的异常表达有一定程度的相关。试验表明 Caspase-14 敲除小鼠对紫外线易感,而在 CAD 患病因素占主要地位的紫外线也可通过去甲基化的方式对 Caspase-14 mRNA 以及蛋白的表达产生影响 [17]。正常皮肤角质层细胞的细胞核及细胞质表达 Caspase-14,且表达最明显部位在角质层,但 CAD 患者通常在颗粒层及棘层表达 Caspase-14,在角质层中的表达不明显。CAD 患者角质层中的丝聚蛋白减少,皮肤屏障功能的受损,将进一步降低患者对 UV 的抵抗力,加重病情。有趣的是这与特应性皮炎 (AD) 患者在 Caspase-14 的表达上存在一定的相似性 [18、19]。且有研究表明 AD 病程中存在光敏性,10% 的患者可被日光照射后引起疾病加重,但这类患者大部分最小红斑量测定无明显异常,而其中 3% ~ 10% 患者会发生 CAD [20、21]。

2 治疗

2.1 预防措施 CAD 患者需减少 UV 暴露,减少接触可疑光敏物质及减少光敏性食物药物的使用。

2.1.1 一般措施 应避免在强烈日晒时间段外出,如因工作需要等特殊情况下,需进行物理防晒,如遮阳伞、太阳镜、口罩及穿戴长袖密织衣物,减少 UV 和可见光辐射。室内荧光灯的 UV 辐射也可加重患者病情,因此在室内使用灯光时也应使用 UVR 最低、带有灯罩的灯。对患者建议行光斑贴检测,嘱避免接触阳性表达的光敏物质,减少光敏性食物及药物的使用。

2.1.2 遮光剂 研究表明,紫外线可加重 CAD 患者病情,促进皮肤癌的发生。多数 CAD 患者对 UV 敏感,因地表紫外线主要有 UVA 及 UVB 两大类;在相同的 SPF 下广谱防晒剂对 UVA 及 UVB 的防护有更好的表现,减少了 UV 引起的免疫反应;因此推荐使用对 UVA 及 UVB 均有保护作用的广谱遮光剂 [22]。推荐每隔 (2 ~ 3) h 补涂一次在暴露部位、流汗、清洗等情况下也需重复涂抹遮光剂。需注意应根据患者光斑贴结果选择遮光剂,避免遮光剂内成分加重患者病情 [23]。

2.1.3 饮食建议 既往研究表明,许多成分可以抵抗 UV 的损害作用,且因成分天然,对患者有较好的吸引力。如水飞蓟素、姜黄、白藜芦醇及绿茶提取物等被证实具有抗氧化作用,胡萝卜素及白绒水龙骨提取物也被证实可预防光线性皮肤病。但植物提取物的治疗作用偏弱,食用相关成分食物,虽无法取代传统防晒措施,却可以作为辅助治疗手段使用 [24、25]。

2.1.4 心理及健康教育 CAD 患者病情常控制不佳、迁延不愈;CAD 属于慢性皮肤病,患者身心健康摧残较为严重,对自身病情恢复极不满意,并对诊疗医生持有怀疑态度。因此在对患者进行诊疗期间,需进行一定的健康教育及心理安抚,有助于患者配合治疗及病情恢复。

2.2 药物治疗

2.2.1 局部用药 CAD 的局部治疗药物,主要包括糖皮质激素软膏及钙调神经磷酸酶抑制剂软膏两种外用药物。外用糖皮质激素通过抑制免疫反应及炎症反应产生治疗作用,具有价格低、见效快等优点,是目前治疗 CAD 的一线用药。但长期使用激素类药物会导致涂抹药膏部位的皮肤出现菲薄、萎缩、及毛细血管扩张等不良反应。因此病情缓解后应减量使用或改用弱效激素。在使用激素的同时联合保湿剂治疗可有效降低激素药膏的不良不良反应。钙调神经磷酸酶抑制剂,如他克莫司可用于 CAD 患者治疗,通过阻断淋巴细胞和其他免疫系统细胞的活化,并抑制皮肤肥大细胞及嗜碱性粒细胞释放细胞因子来产生治疗作用 [26、27]。此外,长期使用钙调神经磷酸酶抑制剂不良反应少见,但因其价格较高,其使用受到限制。他克莫司局部使用安全年限被证明为 3 年,故长期使用,需对患者进行随访。其他外用药物如阿魏酸:广泛应用于皮肤科,可改善 L-抗坏血酸和 α -生育酚制剂的稳定性,消除自由基,对细胞内抗氧化体系具有一定的保护作用从而作为皮肤光老化延迟剂及光保护剂。但未在 CAD 领域进行规模性使用 [28]。

2.2.2 系统用药 CAD 患者可短期口服糖皮质激素进行短期治疗,如泼尼松 (30 ~ 50) mg/d,连用 2 周。欲行光硬化治疗的 CAD 患者可使用 5mg 复方倍他米松肌肉注射,预防不良反应发生。羟氯喹具有抗炎、抑制免疫反应及光保护的作用,但每日使用剂量如大于 6.5mg/kg 或使用总剂量大于 100g 有引发眼部损害的风险,因此使用前建议完善眼底检测,患者每次复诊时需计算药物使用剂量,避免副作用的发生。

在临床上使用沙利度胺 100mg/d 对治疗严重、难治性 CAD 有良好效果 [29]。严重 CAD 患者可以将硫唑嘌呤为治疗首选,150mg/d 即可产生良好治疗效果,且价格合理。但硫唑嘌呤可产生药物相关副作用:包括血液系统损伤、肝损伤、胃肠道功能紊乱、感染等。硫唑嘌呤不良反应多见于老年人群,在使用前

对患者进行 TPMT 酶活性检测,避免患者相关酶活性过低,引起严重药物不良反应;并需对患者进行血常规及肝功能检测,动态观察患者血常规/肝功能变化,避免严重副作用的发生^[30、31]。环孢素对大剂量激素治疗效果不佳 CAD 患者有良好治疗效果,且不良反应较硫唑嘌呤等降低,但价格偏高^[32]。值得注意的是,PUVA 治疗与环孢素联合使用存在光致癌风险,治疗 CAD 时应避免联合使用。据报道托法替尼对难治性慢性光化性皮炎疗效较好,每次 5mg,2 次/d,治疗 2 个月后,对阳光耐受增加;但停用药物后,再次出现相关临床症状,继续服用托法替尼后症状可再次好转^[33]。

2.2.3 生物制剂 国外报道在完善相关检查后(肝炎病毒学及结核相关)对使用口服药物无明显改善的 CAD 患者予以度普利尤单抗注射液(dupilumab)初始剂量 600mg 治疗,后每 2 周 300mg 维持治疗患者病情得到明显改善^[34]。

2.3 光硬化治疗 光硬化治疗对 CAD 患者有预防和治疗的效果^[30、35]。既往研究表明大剂量的紫外线辐射会破坏皮肤屏障,但反复低剂量的紫外线辐射会促使角质层和表皮增厚,增强屏障功能;同时下调皮肤抗原呈递细胞功能和抑制角质形成细胞促炎症细胞因子的分泌,从而阻止或降低 CAD 患者的异常免疫应答等。因此,光疗和光硬化疗法可有效治疗 CAD 改善 CAD 患者的生活质量^[36]。波长单一为 311nm 的 NB-UVB,可避免很多紫外线不良反应,如皮肤老化、皮肤晒伤等,现被广泛应用于皮肤科领域;但治疗前应进行测定 MED,根据患者 MED 值来决定的 NB-UVB 治疗初始剂量^[37]。

2.4 外科治疗 对各种药物疗效不明显或不耐受,且有强烈改善皮肤状况意愿的 CAD 患者,可选择外科手段进行治疗。Reichenberger 等^[38]通过人工磨削术对 1 例严重 CAD 患者进行了治疗,并取得了成功。

3 总结与展望

综上所述,虽然近年来对 CAD 的认识不断增加,但对其发生机制仍未认知完全;认为免疫反应、炎症反应及紫外线与该病相关。CAD 顽固难愈,需结合患者自身情况,以防晒为基础,辅以传统治疗。对有使用条件患者予含有抗氧化成分及光保护成分的植物提取物辅助治疗。虽然生物制剂在银屑病治疗方向取得了长足进步,但在 CAD 治疗方向我国暂无可使用的生物制剂,本文提及度普利尤单抗注射液在我国仅被批准用于特应性皮炎的治疗。本文总结了 CAD 近年来在发病机制上的研究及非常规药物治疗的介绍,以期未来对 CAD 发生机制及治疗手段的发展提供思路。

参考文献:

[1] Somani V K. Chronic actinic dermatitis--a study of clinical fea-

tures[J]. Indian journal of dermatology[J]. venereology and leprology, 2005, 71(6): 409-413.

[2] Lugović M L, Bulat V, Situm M, et al. Allergic hypersensitivity skin reactions following sun exposure[J]. Collegium antropologicum, 2008, 32(Suppl 2): 153-157.

[3] 李俞晓, 衣祥, 何黎, 等. 慢性光化性皮炎及多形性日光疹 102 例光斑贴试验分析[J]. 临床皮肤科杂志, 2014, 43(10): 598-600.

[4] Fujii S, Washio K, Masaki T. Case report of chronic actinic dermatitis accompanied by ultraviolet A photosensitivity in a Chrysanthemum farmer[J]. The Journal of dermatology, 2019, 46(7): e29-e30.

[5] Ko D Y, Choi S H, Ha S M, et al. The clinical severity score of chronic actinic dermatitis correlates with in vivo photoallergic reactions and the immunologic parameters related to a shift towards Th₂ immunity from the Th₂/Th₁ balanced status in patients with chronic actinic dermatitis[J]. Photodermatology, photoimmunology & photomedicine, 2016, 32(4): 199-206.

[6] Tan K W, Haylett A K, Ling T C, et al. Comparison of Demographic and Photobiological Features of Chronic Actinic Dermatitis in Patients With Lighter vs Darker Skin Types[J]. JAMA dermatology, 2017, 153(5): 427-435.

[7] Kim H J, Kim K H. Increased incidence of chronic actinic dermatitis in relation to climate changes and air pollution during the past 15 years in Korea[J]. Photodermatology, photoimmunology & photomedicine, 2018, 34(6): 387-392.

[8] Hu S C, Lan C E. Tungsten lamp and chronic actinic dermatitis[J]. The Australasian journal of dermatology, 2017, 58(1): e14-e16.

[9] Mohania D, Chandel S, Kumar P, et al. Ultraviolet Radiations: Skin Defense-Damage Mechanism[J]. Advances in experimental medicine and biology, 2017(996): 171-187.

[10] Prue H H, Mary N, Scott N B, et al. Exposure to Ultraviolet Radiation in the Modulation of Human Diseases[J]. Annual review of pathology, 2019(14): 55-81.

[11] Narita K, Asano K, Morimoto Y, et al. Chronic irradiation with 222-nm UVC light induces neither DNA damage nor epidermal lesions in mouse skin, even at high doses[J]. PLoS one, 2018, 13(7): e0201259.

[12] Dongyun L, Lechun L, Li Y, et al. Genome-Wide Analysis of mRNA and Long Noncoding RNA Profiles in Chronic Actinic Dermatitis[J]. BioMed Research International, 2017(2017): 7479523.

[13] Alafiatayo A A, Lai K S, Ahmad S, et al. RNA-Seq analysis revealed genes associated with UV-induced cell necrosis through MAPK/TNF- α pathways in human dermal fibroblast cells as an inducer of premature photoaging[J]. Genomics, 2020, 112(1): 484-493.

[14] Wolf S J, Estadt S N, Gudjonsson J E, et al. Human and Murine Evidence for Mechanisms Driving Autoimmune Photosensitivity[J]. Frontiers in immunology, 2018(9): 2430.

[15] Wang P W, Hung Y C, Lin T Y, et al. Comparison of the Biological Impact of UVA and UVB upon the Skin with Functional Proteomics and Immunohistochemistry[J]. Antioxidants (Basel, Switzerland), 2019, 8(12): 569.

[16] Kim J M, Kim S Y, Noh E M, et al. Reversine inhibits MMP-1 and MMP-3 expressions by suppressing of ROS/MAPK/AP-1 activation in UV-stimulated human keratinocytes and dermal fibroblasts[J]. Experimental dermatology, 2018, 27(3): 298-301.

[17] Ishitsuka Y, Roop D R. Loricrin Confers Photoprotective Function against UVB in Corneocytes[J]. The Journal of investigative derma-

- tology,2018,138(12):2684-2687.
- [18] Marsella R,Papastavros V,Ahrens K,et al.Decreased expression of caspase-14 in an experimental model of canine atopic dermatitis[J]. Veterinary journal (London,England:1997),2016(209):201-203.
- [19] Nagahara Y.Sphingoid Base-Upregulated Caspase-14 Expression Involves MAPK[J].Regular Article,2018,41(5):743-748.
- [20] Ten B O, Van W H, Bruijnzeel K C A F M, et al. Throwing a light on photosensitivity in atopic dermatitis: a retrospective study[J]. American journal of clinical dermatology, 2009, 10(2): 119.
- [21] Quatrano N A, Shvartsbeyn M, Meehan S A, et al. Chronic actinic dermatitis occurring in an adult with atopic dermatitis[J]. Dermatology online journal, 2015, 21(12): 19.
- [22] Moyal D D, Fourtanier A M. Broad-spectrum sunscreens provide better protection from solar ultraviolet-simulated radiation and natural sunlight-induced immunosuppression in human beings[J]. Journal of the American Academy of Dermatology, 2008, 58(5 Suppl 2): S149-154.
- [23] Monseau A J, Reed Z M, LAngley K J, et al. Sunburn, Thermal, and Chemical Injuries to the Skin[J]. Primary care, 2015, 42(4): 591-605.
- [24] Rabinovich L, Kazlouskaya V. Herbal sun protection agents: Human studies[J]. Clinics in dermatology, 2018, 36(3): 369-375.
- [25] Berman B, Ellis C, Elmets C. Polypodium Leucotomos—An Overview of Basic Investigative Findings[J]. Journal of drugs in dermatology: JDD, 2016, 15(2): 224-228.
- [26] Bhari N, Gupta S. Tacrolimus 0.1% ointment applied under occlusion using cling film clears chronic actinic dermatitis resistant to systemic treatment[J]. International journal of dermatology, 2017, 56(6): e139-e141.
- [27] Ma Y, Lu Z. Treatment with topical tacrolimus favors chronic actinic dermatitis: a clinical and immunopathological study[J]. The Journal of dermatological treatment, 2010, 21(3): 171-177.
- [28] Zduńska K, Dana A, Kolodziejczak A, et al. Antioxidant Properties of Ferulic Acid and Its Possible Application[J]. Skin pharmacology and physiology, 2018, 31(6): 332-336.
- [29] Lahouel M, Ben kahl A M, Aounallah A, et al. Severe chronic actinic dermatitis treated successfully with Thalidomide[J]. Photodermatology, photoimmunology & photomedicine, 2020, 36(6): 493-495.
- [30] Gozali M V, Zhou B R, Luo D. Update on treatment of photodermatoses[J]. Dermatology online journal, 2016, 22(2): 2.
- [31] Dawe R S, Ferguson J. Diagnosis and treatment of chronic actinic dermatitis[J]. Dermatologic therapy, 2003, 16(1): 45-51.
- [32] Nahhas A F, Oberlin D M, Braunberger T L, et al. Recent Developments in the Diagnosis and Management of Photosensitive Disorders[J]. American journal of clinical dermatology, 2018, 19(5): 707-731.
- [33] Vesely M D, Maeda S, King B A. Tofacitinib citrate for the treatment of refractory, severe chronic actinic dermatitis[J]. JAAD case reports, 2017, 3(1): 4-6.
- [34] Verma L, Pratt M. A case report of therapeutically challenging chronic actinic dermatitis[J]. SAGE open medical case reports, 2019(7): 2050313X19845235.
- [35] Jiang A J, Lim H W. Phototherapy in the Evaluation and Management of Photodermatoses[J]. Dermatologic clinics, 2020, 38(1): 71-77.
- [36] Chee S N, Novakovic L, Fassihi H, et al. Chronic actinic dermatitis: successful treatment with psoralen-ultraviolet A photochemotherapy[J]. The British journal of dermatology, 2018, 178(3): e189-e190.
- [37] Ma L, Zhang Q, Hu Y, et al. Evaluation of narrow band ultraviolet B phototherapy in the treatment of chronic actinic dermatitis in Chinese patients[J]. Dermatologic therapy, 2017, 30(6): 12528.
- [38] Reichenberger M A, Stoff A, Richter D F. Surgical management of chronic actinic dermatitis[J]. Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS, 2008, 61(9): e11-14.

(上接第339页) 直径为(15~150) μm 的激光光束穿透皮肤表皮进入真皮, 作用于真皮中的靶基—水, 致使皮肤中含水量多的组织, 如: 胶原、血管等吸收热量, 产生圆柱形三维结构的局灶性热损伤区域(Microscopic Thermal Zones, MTZ), 点阵排列的激光束将正常组织通过 MTZs 均匀分割, MTZs 周围正常的组织细胞受热刺激启动修复程序, 促使胶原合成增加, 从而达到修复、重塑皮肤组织的目的^[6]。有研究认为, 红外系统激光治疗寻常痤疮的机制是激光热效应作用于皮脂腺腺体, 减少皮脂的分泌, 从而减少痤疮皮损。

化学剥脱治疗与激光治疗, 已被越来越多的患者所接受。单一手段的治疗, 见效慢, 治疗周期长, 解决问题相对单一, 患者依从性差。联合治疗手段, 则可以缩短治疗周期, 不仅解决痤疮的问题, 同时可以协同改善痤疮并发的瘢痕、色素沉着等相关问题, 并且改善皮肤质地。其中激光及化学剥脱的种类选择, 根据其治疗原理还有很多的研究空间, 有待进一步的探索和发现。

本研究中, 超分子水杨酸组与 1 565nm 非剥脱点阵激光组治疗轻中度痤疮 12 周后, 总有效率比较差异无统计学意义, 联合治疗组治疗总有效率显著高于单

一治疗组。联合治疗组中 4 例存在不良反应, 包括 2 例红斑和 2 例干燥症状, 但患者均可耐受, 红斑经冷敷后消失。总之, 超分子水杨酸联合强脉冲光治疗面部轻中度痤疮疗效显著, 且安全性高, 当外用药物治疗疗效不佳或系统用药不良反应风险较高时, 可作为替代疗法。

参考文献:

- [1] 中国痤疮治疗指南专家组. 中国痤疮治疗指南 (2019 修订版)[J]. 临床皮肤科杂志, 2019, 48(9): 583-588.
- [2] Fitz-Gibbon S, Tomida S, Chiu B H, et al. Propionibacterium acnes strain populations in the human skin microbiome associated with acne[J]. J Invest Dermatol, 2013, 133(9): 2152-2160.
- [3] 黄善聪, 陈力. 血清性激素水平对痤疮发病的影响及治疗[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(11): 169-171.
- [4] Kircik L H. Advances in the understanding of the pathogenesis of inflammatory acne[J]. J Drugs Dermatol, 2016, 15(1 Suppl 1): S7-S10.
- [5] 姚露, 彭红霞, 周文瑞, 等. 超分子水杨酸联合粉刺挤压治疗寻常型痤疮疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(3): 377-379.
- [6] 易清玲, 曾维惠, 刘彦婷, 等. 非剥脱 1 550nm 钕玻璃点阵激光治疗活动性痤疮及痤疮瘢痕临床疗效观察[J]. 中国美容医学, 2013, 22(1): 77-79.

空气污染与特应性皮炎的相关性研究进展

邱少博, 王 琼, 陈方如[※]

(桂林医学院附属医院皮肤科, 广西 桂林 541000)

【摘要】 空气污染是当今全人类非常关注的问题, 许多疾病都与此密切相关, 特应性皮炎也是其中之一。目前空气污染诱导或加重特应性皮炎的机制仍有待研究, 相关问题还缺乏科学的预防和管理知识, 不利于控制病情、提升生活质量。笔者就空气污染诱发或加重特应性皮炎可能的机制及其预防和管理进行综述。

【关键词】 特应性皮炎; 空气污染; 发病机制; 预防; 管理

中图分类号: R751.02; R758.23 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.010

Advances in the study of air pollution and atopic dermatitis

QIU Shao-bo, WANG Qiong, CHEN Fang-ru[※]

(Department of Dermatology, Affiliated hospital of guilin medical university, Guilin, Guangxi 541000, China)

【Abstract】 As one of severe global problems with a great concern from human beings, air pollution is regarded as one of vital relevant inducements of many diseases including atopic dermatitis. However, presently, with a lack of supportive professional knowledge about its prevention, management and the mechanism of induction or aggravation of atopic dermatitis resulted from air pollution are unclear and remain to be argued, which may affect on controlling patients' conditions or enhancing their lives' equality. Therefore, the possible mechanism of atopic dermatitis caused by air pollution and its prevention as well as management will be discussed in this article.

【Key words】 Atopic dermatitis; Air pollution; Pathogenesis; Prevention; Management

特应性皮炎 (Atopic Dermatitis, AD) 是一种慢性、炎症性皮肤病, 近年来研究表明, AD 的患病率在工业化国家显著增加, 约有 15% ~ 30% 的儿童和 2% ~ 10% 的成人受此影响, 这与工业化国家空气污染程度较严重有关^[1], 说明空气污染也是与 AD 发展的重要因素之一, 本文就空气污染诱发或加重 AD 可能的机制及其预防和管理做一综述。

1 空气污染的分类

世界卫生组织将空气污染定义为室外或室内环境受到任何生物、物理或化学因素的污染, 其来源可以分为自然和人为两种, 自然来源有火山爆发、生物腐烂、森林火灾等, 人为来源有工业、火力发电、矿物燃料燃烧、烟草烟雾等。人为的空气污染时刻损害着人类的健康, 目前国内外学者研究较多的空气污染物有接触颗粒物 (Particulate Matter, PM)、甲醛、二氧化氮 (NO₂) 及挥发性有机化合物 (Volatile Organic Compounds, VOCs) 等。大量研究表明, 哮喘、过敏性鼻炎及 AD 等与空气污染相关。

2 空气污染对 AD 影响的作用机制

目前研究发现空气污染物导致表皮屏障功能受损以及引发过度神经活动反应和瘙痒加重 AD 病情。在孕期, 胎儿经胎盘接触环境中的烟草烟雾引起表观遗传变化, 如 microRNA-223 的上调或胸腺基质淋巴细胞生成素 (Thymic Stromal Lymphopoietin, TSLP) 基因 ICG (59-CpG island) 的低甲基化, 减少了调节性

T 细胞数量或增加 TSLP 蛋白表达, 导致 Th₂ 极化^[2]。出生后, 婴幼儿皮肤接触各种空气污染物, 产生活性氧 (Reactive Oxygen Species, ROS), 引起氧化和抗氧化之间的失衡, 诱导氧化应激, 导致人体皮肤角质层氧化蛋白、脂质和脱氧核糖核酸损伤, 以及破坏细胞器和促进细胞凋亡, 造成皮肤屏障受损^[3, 4]。皮肤屏障受损导致过敏原及病原体进入皮肤增加, 激活免疫系统, 引起 Th₂ 型细胞因子如 IL-4 和 IL-13 的表达增加, 下调如丝聚蛋白等表皮蛋白的表达, 可加重 AD 患者的皮肤屏障受损程度^[2]。由此可见, 空气污染可诱发免疫失调及氧化应激, 导致皮肤屏障功能受损, 使 AD 病情加重。还有研究提示, 空气污染会通过引发过度神经活动反应和瘙痒直接影响 AD; 受污染的空气中含有大量 PM, 其中含有多环芳烃 (Polycyclic Aromatic Hydrocarbons, PAHs), 这是 PM 的主要有机成分且具有亲脂性, 很容易进入角质层, 从而长期滞留于皮肤中; PAHs 通过与配体激活的转录因子芳基烃类受体 (Aryl Hydrocarbon Receptor, AHR) 结合进入角质形成细胞的细胞核内, 并激活多种基因, 包括编码神经营养因子 artemin 的基因等。角质形成细胞分泌的 artemin 会通过周围感觉神经诱导表皮神经活动反应, 激活神经上的香草酸受体 (Transient Receptor Potential Vanilloid 1, TRPV1), 从而导致皮肤瘙痒阈值降低, 引起瘙痒和搔抓, 导致皮肤炎症^[5, 6]。PAHs 可被皮肤中的微生物降解, 其部分代谢产物会

对皮肤组织及DNA造成损伤,从而改变皮肤微生态环境和理化性质,导致皮肤菌群失调,这正是AD发生发展的重要影响因素之一^[7]。此外,PM对于AD的影响程度还与颗粒大小有关,研究显示,PM_{2.5}较PM₁₀对AD症状的影响更大,因为PM_{2.5}较小,可以深入皮肤而产生更严重的症状^[8]。一些研究调查了其他气态空气污染物,如甲醛、NO₂和VOCs对AD症状加重影响,结果发现当受试者暴露于甲醛、NO₂和VOCs中,会增加AD患者的经皮失水量,而暴露于室内空气则无此变化,说明上述气态空气污染物会损害AD患者的皮肤屏障功能^[9]。

3 预防及管理

目前AD患者及家属对于空气污染预防及管理方面缺乏正确的认知,积极宣教才能促使患者及家属尽量避免诱发或加重因素,有利于缓解或消除症状。

3.1 恢复及维持皮肤屏障功能 空气污染物可导致皮肤屏障功能障碍,外用保湿润肤剂作为AD的基础治疗,不仅能阻止水分丢失,还能修复受损的皮肤屏障,减弱外源性不良因素的刺激。建议患者选用合适的保湿润肤剂,每日足量多次,儿童每周用量至少100g,成人每周用量250g。冬季根据皮肤干燥情况可选用富含脂类的润肤剂^[10]。

3.2 环境选择及改善 对于AD患者而言,学会减少室内污染物浓度及选择室外污染物浓度低的地方活动显得尤其重要。韩国的一项随机、双盲研究调查了墙纸对室内空气质量和AD的影响,结果显示AD患者特应性皮炎指数评分(Scoring Atopic Dermatitis index, SCORAD)与VOCs和甲醛等室内空气污染物浓度呈正相关,而环保型墙纸组比聚氯乙烯墙纸组在2周及8周后SCORAD降低更加显著^[11]。另一项研究表明,在婴儿期接触高浓度VOCs,到36个月时增加了患AD的风险^[12]。KIM等^[13]发现,幼儿园通过大扫除,能改善AD的临床症状和体征。LEE等^[14]临床观察也表明,低污染房间管理可使患者SCORAD由(42.0±11.5)降至(29.8±8.9)($P < 0.001$)。此外,烘烤室内环境可以有效地降低甲苯和总挥发性有机化合物的浓度,可预防AD患者搬进新房时病情加重^[15]。室外污染物来源众多,AD患者或者孕妇应尽量避免暴露在污浊的空气中。上海一项研究表明,孕期和终生暴露于NO₂环境中是儿童AD的危险因素,而且二氧化硫和PM₁₀可能会增强NO₂对儿童AD的影响^[16]。另一项前瞻性研究显示,当母亲在妊娠早期暴露于PM₁₀和NO₂环境下,会增加婴儿将来患AD的风险,而在有足够绿地的居住区生活,这种风险会降低。植被可以通过降低环境温度和过滤空气中的污染物来减少空气污染对AD的不利影响^[17]。

3.3 抗氧化剂 安全有效的天然抗氧化剂可以降低PM对于皮肤的不利影响。从绿茶、海藻等植物中提

取的酚类化合物对暴露于PM的细胞具有抗氧化作用,可以降低细胞中ROS的水平和/或增强细胞抗氧化能力^[18]。外用抗氧化剂可以防止环境污染以及紫外线对人体皮肤的损害,目前有效的配方包括L-抗坏血酸和 α -生育酚、阿魏酸等^[19]。但AD多发生于儿童, α -生育酚、阿魏酸对人体皮肤具有一定的刺激性,相关制剂是否适用于儿童有待更多的观察研究。还有新的抗氧化分子如糠醇棕榈酸酯或糠醇衍生物被认为是类固醇的真正替代物^[20],植物性光防护成分酚波克也被证明不仅能有效抵抗紫外线辐射引起的氧化应激,而且对颗粒污染物也有效^[21]。

4 小结

近年来中国AD的患病率明显上升,流行病学调查结果显示,2014年中国城市(1~7)岁儿童AD患病率为12.94%,而2002年仅为3.07%^[22]。AD不仅让患儿家庭承受巨大的经济负担,而且也严重影响患儿的心理,需要引起社会的高度重视。目前空气污染对AD的影响和作用机制仍需进一步研究,随着研究的不断深入,更多的治疗靶点及相关药物将会出现;如何有效去除ROS、减少PM进入角质层、阻断PAHs与AhR的结合等,都是值得关注的方向;一些新研发的抗氧化剂其治疗效果也待验证。总之,空气污染对于AD的影响不可忽视,在AD的预防管理中应给予患者相关教育指导,以达到最佳疗效。

参考文献:

- [1] Neill P, Anju T P. Atopic dermatitis[J]. Allergy Asthma Proc, 2019, 40(6): 433-436.
- [2] Ahn K M. The role of air pollutants in atopic dermatitis[J]. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2014, 134(5): 993-999.
- [3] Mei J P, Mee J A, Kyoung A K, et al. Particulate matter 2.5 damages skin cells by inducing oxidative stress, subcellular organelle dysfunction, and apoptosis[J]. Archives of Toxicology, 2018, 92(6): 2077-2091.
- [4] Lucrezia B, Fabrizio G, Serafinella P C, et al. Oxidative Stress and Atopic Dermatitis[J]. Antioxidants, 2020, 9(3): 196.
- [5] Hidaka T, Ogawa E, Kobayashi E H. The aryl hydrocarbon receptor AhR links atopic dermatitis and air pollution via induction of the neurotrophic factor artemin[J]. Nature immunology, 2017, 18(1): 64-73.
- [6] Kabashima K, Otsuka A, Nomura T. Linking air pollution to atopic dermatitis[J]. Nature immunology, 2016, 18(1): 5-6.
- [7] Leung M H Y, Tong X Z, Bastien P, et al. Changes of the human skin microbiota upon chronic exposure to polycyclic aromatic hydrocarbon pollutants[J]. Microbiome, 2020, 8(1): 100.
- [8] Nakhjirgan P, Mahmoodi M, Kashani H, et al. Air pollution and exacerbation of skin itching and sleep disturbance in Iranian atopic dermatitis patients[J]. Journal of Environmental Health Science and Engineering, 2019, 17(2): 811-816.
- [9] Kwangmi K. Influences of Environmental Chemicals on Atopic Dermatitis[J]. Toxicol Res, 2015, 31(2): 89-96.

(下转第375页)

儿童带状疱疹的研究进展

刘根起^{*}, 程 方

(山东省医学专科学校皮肤性病教研室, 山东 菏泽 274000)

【摘要】 儿童带状疱疹相对少见, 其发病情况国内尚缺乏大规模的调查研究。儿童带状疱疹发生的明确诱因仍不太清楚, 免疫功能受损或免疫缺陷相关疾病是其主要风险因素, 尤其是白血病和艾滋病。具有正常免疫力和水痘疫苗免疫后的健康儿童依然可发生带状疱疹 (包括疫苗株带状疱疹), 尽管总的病情较轻, 但少数患儿仍可表现为病情笃重、复发和出现严重并发症, 值得警惕, 因此, 宜尽早给予抗病毒治疗。

【关键词】 儿童; 带状疱疹; 疫苗株

中图分类号: R751.02; R758.1⁺2 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.011

Herpes zoster in children

LIU Gen-qi^{*}, CHENG Fang

(Heze Medical College, Heze, Shandong 274000, China)

【Abstract】 Compared with adults, herpes zoster in children is relatively rare, and its incidence is still lack of large-scale investigation and study in China. Similar to adults, the cause of herpes zoster is still unclear. However, immune dysfunction or immune deficiency-related diseases are the main risk factors for herpes zoster in children, especially leukemia and AIDS. Herpes zoster can still occur in children immunized with normal immunity and varicella vaccine, including vaccine strain herpes zoster. Although the disease is relatively mild in general, a few children can also show severe illness, relapse and serious complications, which are worthy of vigilance, so antiviral therapy should be given as soon as possible.

【Key words】 Children; Herpes zoster; Vaccine-strain

带状疱疹 (Herpes zoster) 可发生于水痘带状疱疹病毒 (Varicella-Zoster Virus, VZV) 原发感染 (隐性感染或水痘) 后或水痘疫苗免疫接种后的任何时期, 见于 30% 的正常人群和 50% 的免疫缺陷人群, 其中 2/3 为 > 50 岁的中老年人, < 15 岁的患者仅占 5% 左右; 儿童带状疱疹的年发病率约为 110/10 万人^[1-2]。在某些国家或地区, 水痘疫苗的广泛接种降低了儿童水痘和带状疱疹的发病率, 但部分疫苗株 VZV (vaccine-strain varicella zoster virus) 依然可被激活, 从而导致疫苗免疫后的儿童发生疫苗株带状疱疹 (Vaccine-strain herpes zoster)^[3]。以下对儿童带状疱疹的部分研究进展进行综述。

1 危险因素

水痘感染史和水痘疫苗接种史被认为是儿童带状疱疹的两项关键因素^[4]。妊娠 (25 ~ 36) 周的母体水痘感染史是 2 岁内婴幼儿带状疱疹的危险因素^[4-5]。在接种水痘疫苗后的儿童中, 疫苗株 VZV 可在数月或数年内激活, 可导致多达一半的儿童带状疱疹。Amaran Moodley 等^[6-7]在对一名疫苗接种后带状疱疹患儿的病毒分析表明, 引起带状疱疹的疫苗病毒是一种野生型病毒变体, VZV 基因组 70 多种开放编码框 (Open Reading Frame, ORF) 中的 ORF0 有突变。鉴于水痘疫苗在儿童人群的广泛使用, 对疫苗株 VZV 导致带状疱疹的可能性要予以关注^[3]。

带状疱疹的发生机制尚未完全阐明, 特异性细胞免疫功能抑制可能是 VZV 再激活的主要因素^[5]。赵玉磊等^[2]对 80 名儿童带状疱疹回顾性分析中, 发现 19 例患儿 (22.7%) 有睡眠不安及厌学情绪等负性生活事件、哮喘病史 (13.75%) 和环境温度升高等可能与发病有关, 这些因素是否降低患儿的细胞免疫功能尚未知。在一项针对整个台湾地区 4 432 名新诊癌症儿童和 17 653 名非癌症儿童的队列研究表明, 白血病、淋巴瘤和实体瘤等癌症儿童罹患带状疱疹的风险均增加, 其中白血病的关联度最高^[8]。急性淋巴细胞性白血病患儿的带状疱疹在采用高风险化疗后复发率明显升高, 且复发次数与化疗强度有关^[9]。在坦桑尼亚, < 10 岁带状疱疹患儿的艾滋病病毒几乎为阳性^[10]。国内杨时瀚等^[11]也报道了一例以复发性带状疱疹为首诊的 4 岁艾滋病患儿。

2 临床表现

与成人相比, 儿童带状疱疹的病情要相对温和^[1]。杨凤琼等^[12]对 50 例水痘疫苗免疫后的儿童带状疱疹进行回顾性分析, 发现 24% 的患儿有发热现象, 大多数患儿的皮损数量少、分布较分散, 无大疱、血疱和继发细菌感染, 均未发生带状疱疹后遗神经痛; 治疗药物简单, 病情 3d 即得到控制, 10d 内皮损干涸、结痂或消退, 病程短, 平均 (7.5 ± 1.8) d。皮损的好发部位依次是胸背部 (47.5%)、腰腹部 (31.25%)、四肢

(13.75%)、头面部(7.5%),与成人带状疱疹基本一致,但幼儿带状疱疹的皮损更倾向分布于颈部和骶尾区^[1、2、5]。疫苗株带状疱疹的皮损通常分布于注射疫苗的同一皮肤区域内,其病情更为温和^[1、6]。

复发性、特殊类型和有严重并发症的儿童带状疱疹时有报道,包括部分疫苗株带状疱疹。简晓清等^[13]报道了一例水痘疫苗免疫后的6岁男童发生了泛发性带状疱疹,伴发热,最高体温39.8℃,患儿平素易患上呼吸道感染。复发性带状疱疹更多见于免疫功能低下或艾滋病患儿,少数患儿还可出现播散性、出血性、坏疽性带状疱疹和继发感染^[5、10]。尽管少见,健康儿童依然可发生眼带状疱疹,重者可导致不同程度的视力丧失。Suraida等^[14]报道了1名10岁的马来西亚土著女孩,右眼疼痛、复视和视物模糊1周后于鼻右侧和同侧面部出现水疱,伴右上眼睑下垂,后因角膜瘢痕视力仅部分恢复。Ramsay Hunt综合征通常累及成人,但国内外均有儿童Ramsay Hunt综合征的报道,预后要好于成人^[15-16]。尽管风险很低,水痘疫苗免疫后的儿童带状疱疹依然有引发脑膜脑炎的可能^[6]。另据报道,VZV可引起罕见的儿童急性坏死性脑病(Acute Necrotizing Encephalopathy of Childhood, ANEC),后者是一种独特的致命性脑病,患儿出现抽搐、意识改变和呕吐,病情进展快,存活者可遗有痉挛和认知障碍^[17]。资料表明,具有正常免疫力的儿童反而更易发生儿童眼部带状疱疹、耳带状疱疹(包括Ramsay Hunt综合征)和脑膜脑炎等严重类型或并发症^[18]。后遗神经痛仍可发生于某些免疫抑制的儿童带状疱疹,如患有急性淋巴细胞性白血病和接受依那西普单抗治疗的幼年类风湿性关节炎的儿童^[10、19]。

3 诊断与鉴别诊断

依据簇集性水疱、基底红润、带状排列和单侧分布等特点,诊断不难,但相对于成人患者,儿童带状疱疹具有症状轻、皮损数量少且分布较分散等特点,有时需与单纯疱疹相鉴别,尤其是发生于面部者^[13]。对于儿童带状疱疹,在出现典型皮损之前可能会延误诊断从而错过恰当的治疗时机,最终会导致危及视力的并发症;通过多聚酶联反应鉴定病毒基因,有助于患儿的早期诊断和及时治疗^[13、20]。

4 治疗

对于健康儿童,带状疱疹的皮损少、症状较轻者通常不需要抗病毒治疗,而对皮损广泛、伴有基础性疾病的患儿应给予口服阿昔洛韦治疗,阿昔洛韦静脉注射适用于免疫功能低下、皮损有播散倾向和可能发生并发症的儿童,应于皮损发生后72h内给药^[1、9]。

5 结语

与成人相比,儿童带状疱疹相对少见,国内目前尚缺乏对其发病情况的大规模调查研究。免疫功能受损或免疫缺陷相关疾病是儿童带状疱疹的主要风险因

素,对于幼儿和艾滋病高度流行的国家或地区,免疫缺陷相关疾病的筛查是必要的^[4、11]。具有正常免疫力和水痘疫苗免疫后的健康儿童仍然可发生带状疱疹(包括疫苗株带状疱疹),尽管总体病情较轻,但少数患儿可病情笃重、复发和出现严重并发症,值得警惕,宜尽早给予抗病毒治疗。

参考文献:

- [1] Alexander K C, Leung B B. Herpes Zoster in Childhood[J]. Open Journal of Pediatrics, 2015, 5(1): 39-44.
- [2] 赵玉磊, 张晓荣, 周来来, 等. 儿童带状疱疹临床特征分析[J]. 实用皮肤病杂志, 2016, 9(5): 310-312.
- [3] Dreyer S, Hemarajata P, Hogeling M, et al. Pediatric vaccine-strain herpes zoster: a case series[J]. Pediatr Dermatol, 2017, 34(6): 665-667.
- [4] Barnalin M, Ajay C, Krishna T, et al. A clinico-epidemiological study of childhood herpes zoster[J]. Indian Dermatology Online Journal, 2018, 9(6): 383-388.
- [5] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 2版. 南京: 江苏凤凰科学技术出版社, 2017: 416-420.
- [6] Amaran M, Jack S, Charles G, et al. Severe Herpes Zoster Following Varicella Vaccination in Immunocompetent Young Children[J]. Journal of Child Neurology, 2019, 34(4): 184-188.
- [7] Weinmann S, Chun C, Schmid D S, et al. Incidence and clinical characteristics of herpes zoster among children in the varicella vaccine era, 2005-2009[J]. The Journal of Infectious Diseases, 2013, 208(11): 1859-1868.
- [8] Lin H C, Chao Y H, Wu K H, et al. Increased risk of herpes zoster in children with cancer: A nationwide population-based cohort study[J]. Medicine (Baltimore), 2016, 95(30): e4037.
- [9] Rosthøj S, Schröder H, Sørensen G V, et al. The epidemiology of herpes zoster in 226 children with acute lymphoblastic leukemia[J]. Pediatric blood & cancer, 2011, 57(6): 993-997.
- [10] Leppard B, Naburi A E. Herpes zoster and HIV infection in Tanzania[J]. International journal of STD & AIDS, 2000, 11(4): 254-256.
- [11] 杨时瀚, 李玉叶. 以复发性带状疱疹为首诊的儿童艾滋病一例[J]. 中华皮肤科杂志, 2013, 46(7): 465.
- [12] 杨凤琼, 谢雪冰, 邓骥. 儿童带状疱疹50例临床分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2011, 6(6): 446-447.
- [13] 简晓清, 张堃, 庞传超. 儿童泛发性带状疱疹1例[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2014, 28(1): 99.
- [14] Suraida A R, Evelyn-Tai L M, Madhusudhan L K, et al. Report of a child with acute herpes zoster ophthalmicus induced partial third nerve palsy[J]. Journal of Acute Disease, 2015(2): 162-164.
- [15] Kansu L, Yilmaz I. Herpes zoster oticus (Ramsay Hunt syndrome) in children: Case report and literature review[J]. International journal of pediatric otorhinolaryngology, 2012, 76(6): 772-776.
- [16] 葛小丽, 过毅, 陈洪敏. 儿童Ramsay-Hunt综合征1例报告[J]. 临床儿科杂志, 2013, 5(5): 474.
- [17] Remya B, Rajeswaran R, Rajakumar P. Magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopy in varicella zoster necrotizing encephalitis[J]. Neurology India, 2018, 66(3): 836-838.
- [18] Liese J, Von K R, Rosenfeld E, et al. Immunocompetent children account for the majority of complications in childhood herpes zoster[J]. The Journal of Infectious Diseases, 2007, 196(10): 1455-1458.

皮肤镜在皮肤肿瘤诊断中的应用

唐志铭^{1,2}, 傅宏阳¹, 荆梦晴², 曹毅³

(1. 浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310053; 2. 徐州市中医院, 江苏 徐州 221003; 3. 浙江省中医院, 浙江 杭州 310006)

【摘要】 皮肤镜是一种可以观察表皮下各种亚微观结构的辅助诊断工具, 它能够提高皮肤疾病诊断的准确率, 减少误诊, 同时还具有无创、简便等优点, 因此其在皮肤科尤其在皮肤肿瘤领域中的应用越来越广泛, 并显示了较大的临床诊断优势。笔者就皮肤镜在常见皮肤肿瘤性疾病诊断与鉴别诊断中的应用情况做一综述。

【关键词】 皮肤镜; 皮肤肿瘤; 临床诊断

中图分类号: R445; R739.5 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.012

Application of dermoscopy in the diagnosis of skin tumors

TANG Zhi-ming^{1,2}, FU Hong-yang¹, JING Meng-qing², CAO Yi³

(1. The First Clinical School of Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou, Zhejiang 310053, China; 2. Xuzhou Chinese Medicine Hospital, Xuzhou, Jiangsu 221003, China; 3. Zhejiang Provincial Hospital of Chinese Medicine, Hangzhou, Zhejiang 310006, China)

【Abstract】 Dermoscopy is an auxiliary diagnostic tool that can observe various sub-microscopic structures under the epidermis. It can improve the accuracy of skin disease diagnosis and reduce misdiagnosis. It also has the advantages of non-invasive and simple. Therefore, its application in dermatology, especially in the field of skin tumors, is becoming more and more widely, and it shows great advantages in clinical diagnosis. The author reviews the application of dermoscopy in the diagnosis and differential diagnosis of skin neoplastic diseases.

【Key words】 Dermoscopy; Skin tumor; clinical diagnosis

皮肤镜是近年来发展并用于皮肤疾病诊断的新型无创性辅助诊断工具, 已逐渐成为皮肤科医师的临床常规诊断工具, 相当于皮肤科医生的“听诊器”。由于皮肤镜可以对皮肤不同深度的组织结构进行二维表面投影, 从而能观察到表皮下各种亚微观结构^[1], 可以在很大程度上弥补肉眼观察的局限性, 能提高皮肤病诊断的准确性并避免不必要的皮肤活检^[2]。因此, 目前皮肤镜在皮肤科的应用日益广泛^[3], 从早期用于观察黑素瘤和其他色素性皮肤病, 现已扩展到血管性疾病、毛发及甲病、丘疹鳞屑性皮肤病、感染性皮肤病、炎症性、肉芽肿性及结缔组织病等多种皮肤疾病的诊断与鉴别诊断。当前皮肤镜在皮肤肿瘤性疾病诊治中的应用价值, 如提高诊断敏感性和准确性^[4]、鉴别良恶性肿瘤、确定肿瘤边界及手术切缘等日益受到重视。我国在这方面的研究也不断增多, 也制定了一些相关的专家共识, 如中国基底细胞癌皮肤镜特征专家共识(2019)、鳞状细胞肿瘤皮肤镜特征专家共识(2017)等。笔者就皮肤镜在常见皮肤肿瘤性疾病诊断中的应用进展情况作一概述。

1 皮肤镜原理及其临床应用优势

皮肤镜又称皮表透光显微镜, 是一种可以放大数十倍乃至数百倍并具有消除皮肤表面反射光的观测设备, 由放大镜和光源组成, 有些还配有图像采集系统, 包括便携式皮肤镜、台式皮肤镜工作站、智能手机专用

的手持式数字皮肤镜等多种类型。由于空气的折射率低于皮肤表层, 光线大部被反射离开皮肤表层, 进入视网膜而出现“眩光”现象, 从而掩盖了皮肤深层所反射的可见光。因此, 我们肉眼仅能看到皮肤最外层也就是角质层的形态学特征, 很难观察到皮肤深层的亚微结构^[5]。皮肤镜能有效地消除皮肤表面反射光的干扰, 继而最小化眩光, 使角质层更加透明, 同时借助其放大功能, 可以观察到皮肤更深层的亚微结构。根据消除皮肤表面反射光的方法不同, 皮肤镜分为偏振光皮肤镜和非偏振光皮肤镜两大类。非偏振光皮肤镜的技术原理是将透镜和被观察物之间的介质由空气换成液体(一般为矿物油、液状石蜡、超声耦合剂、乙醇、水等), 即将有反射的空气-皮肤界面代替为无反射的油-皮肤界面。偏振光皮肤镜不需要在皮肤表面应用相关的液体, 它是通过在光源后和镜头前放置偏振滤光片滤掉皮肤表面的漫反射光线^[6]。

皮肤镜在皮肤科临床诊治中显示了较大的优势。例如, 皮肤镜具有非侵袭性的特点, 而且操作简便、价格低廉, 患者接受度高; 提高诊断准确性并避免不必要的皮肤活检; 有助于良、恶性皮损及黑素细胞性皮损与非黑素细胞性皮损的鉴别; 帮助判断皮损的可疑病灶, 进一步指导病理学检查; 有助于术前更精确地界定病灶的边界; 能够增强临床医师对疾病诊断的信心; 有助于对疾病进行分期和分型等。

2 皮肤镜在常见皮肤肿瘤诊断中的应用

皮肤肿瘤在临床上主要分为两大类,即黑素细胞性和非黑素细胞性皮肤肿瘤。黑素细胞性皮肤肿瘤主要包括恶性黑色素瘤、色素痣、脂溢性角化病等,非黑素细胞性皮肤肿瘤主要包括基底细胞癌、鳞状细胞癌、鲍温病、日光性角化病、角化棘皮瘤等^[7]。皮肤镜在皮肤肿瘤性疾病的诊治中具有重要的临床应用价值,它能提供诊断线索,从而提高诊断的准确率,降低误诊发生率。此外,皮肤镜还有助于区分良、恶性皮肤肿瘤,以及确定肿瘤边界^[8-10],辅助精确手术切缘^[11],联合 Mohs 手术可以显著降低恶性皮肤肿瘤术后复发率^[12]。皮肤镜还能评估皮肤肿瘤非手术治疗效果^[13]。

2.1 黑素细胞性皮肤肿瘤

2.1.1 恶性黑色素瘤 恶性黑色素瘤是黑色素细胞来源的恶性肿瘤,恶性程度高,其组织学分型包括结节型黑色素瘤、浅表扩散型黑色素瘤、肢端黑色素瘤、恶性雀斑样痣黑色素瘤等。皮肤镜在恶性黑色素瘤的辅助诊断中有较高的应用价值,是皮肤镜最早的适应证之一。恶性黑色素瘤皮肤镜特异性表现如下。① 不规则点和球:形状、大小不一的圆形或椭圆形结构,分布不均匀;② 不典型色素网:出现黑色、棕色或灰色的增粗及分支状的线段;③ 蓝白结构:白色瘢痕样脱色素区或淡蓝色的无结构区,或两者均有;④ 不规则污斑:颜色可以从深褐色至黑色,形状大小不一,边缘不规则;⑤ 不规则条纹:皮损边缘粗细不同的线状条纹结构,包括放射状线条和伪足;⑥ 黑色素瘤的血管征象:点状不规则血管、不规则发夹状血管、粉红色区域^[6]。早期肢端黑色素瘤与肢端黑素痣在临床上肉眼很难区别,而皮肤镜可以进行鉴别诊断。肢端黑素痣皮肤镜下主要表现为平行沟、晶格样和纤维状模式,而肢端黑色素瘤在皮肤镜下最常见且最具特异性的表现是平行嵴模式^[14]。

皮肤镜在恶性黑色素瘤诊断中的应用较早,目前发展出了多种诊断方法以帮助诊断及区别其他良性色素痣。例如 ABCD 法:不对称 (asymmetry)、边界不规则 (border irregularity)、颜色不均匀 (color variegation) 和直径 $> 6\text{mm}$ (diameter $> 6\text{mm}$),出现这四项特征即可诊断为黑色素瘤;七分列表法:对三项主要指标 (蓝白结构、非典型色素网、非典型血管) 和四项次要指标 (不规则污斑、不规则条纹、退化结构、不规则点状和球状) 进行评分,每个主要指标为 2,而每个次要指标为 1, ≥ 3 分即诊断为黑色素瘤;三色法:镜下皮损颜色 ≥ 3 种时,诊断黑色素瘤的敏感性为 90% 左右,特异性为 50% 左右;三分测评法:蓝白结构、不规则网状模式、结构及颜色不对称,出现二项或三项表现时诊断黑色素瘤的敏感性可达 90% 以上,而特异性则为 30% 左右^[14]。此外,还有模式分析法、Menzies 法、皮肤镜 CASH 法等。

2.1.2 色素痣 色素痣在皮肤镜下常见的表现模式有 9 种^[15]。① 网状模式:弥散性浅褐色背景上的蜂窝状色素网,是色素痣最常见及最具特征性的皮肤镜表现模式;② 星爆模式:边缘有放射状分布色素条纹、点和球的结构;③ 均质模式:均匀无结构的弥漫性色素沉着 (灰蓝色、褐色、灰黑色);④ 纤维模式:色素沉着性线条斜行或垂直跨越皮纹;⑤ 平行嵴模式:色素沉着分布于皮嵴,色素线条比无色素线条宽;⑥ 平行沟模式:色素沉着分布在皮沟内,色素线条比无色素线条窄;⑦ 球状模式:圆形或椭圆形色素性团块 (大小不等、颜色不一);⑧ 网格模式:皮沟内平行与垂直的色素沉着线条交互连接形成网格状;⑨ 多元模式:上述模式有两种以上在同一皮损内不同区域出现。

各种不同类型的色素痣在皮肤镜下有各自的特征。Spitz 痣镜下最常见模式为球状模式及星爆模式,也可见到网状模式、均质模式及不典型模式,随着时间推移,可从一种模式渐变成另一种模式;交界痣通常为网状模式,色素网在皮损中央较密集,常呈深褐色;皮内痣通常为淡褐色的均质模式,偶尔为球状模式。当用皮肤镜镜头轻轻按压皮损时,皮内痣会出现滚动,这可与基底细胞癌相鉴别;复合痣通常为球状模式、网状模式,有时可见到鹅卵石结构,还可出现均匀分布的色素减退区;斑痣的斑疹皮损在皮肤镜下表现为均质网状结构 (浅色或褐色),而丘疹部分在皮肤镜下常表现为网状模式,也可与球状模式和均质模式并存;蓝痣在皮肤镜下最常见的是均质模式,常为一种 (灰色、蓝色或褐色) 或两种颜色 (蓝灰色、蓝黑色或蓝褐色)^[16]。

2.1.3 脂溢性角化病 脂溢性角化病是皮肤科常见一种皮肤良性肿瘤,可由日光性雀斑样痣转化而来,表现为扁平黑斑、均匀增厚隆起的棕色斑块、疣状黑色丘疹或疣状肿物等多种外观^[17]。脂溢性角化病的皮肤镜特征有以下几种。① 皮损边界清晰,可有虫蚀状边缘;② 发夹样血管:为脂溢性角化病的常见镜下特征,表现为平行的 2 条线状血管形成袢状或半环状结构;③ 粟粒样囊肿:为乳白色、淡黄色或橘色团块,其中较大的边界不清而呈云状,特异性较高,而小而亮的则呈星状,除脂溢性角化病外,也可见于基底细胞癌或恶性黑色素瘤;④ 粉刺样开口:为散在或簇集的点或团块,颜色呈橙色、棕色或黄色,见于 50% ~ 90% 脂溢性角化病^[18];⑤ 脑回状模式 (亦称沟嵴结构):为充满角质的沟和回组成的弯曲粗线;⑥ 摇晃试验中皮损整体移动:将皮肤镜镜头轻轻用力压住皮损并前后移动,皮损整体随皮肤镜接触部滑动,这可与皮内痣相鉴别,皮内痣是局部晃动而不会整体滑动。其中,粟粒样囊肿和粉刺样开口相对具有特征性,可见于大部分脂溢性角化病^[19]。

2.2 非黑素细胞性皮肤肿瘤

2.2.1 基底细胞癌 基底细胞癌好发于头面暴露部位,是皮肤科最常见的非黑素细胞性恶性肿瘤,其临床病理类型有硬斑病样型、浅表型、结节型等^[20]。在基底细胞癌的早期有时凭肉眼很难与脂溢性角化病、恶性黑色素瘤、色素痣等相鉴别,而皮肤镜有助于鉴别诊断,可显著提高临床诊断的准确率。

基底细胞癌的皮肤镜基本诊断模式有以下10种^[21]。①灰蓝色小球;②同心环状结构;③蓝灰色卵圆巢;④多发浅表糜烂;⑤轮辐状结构;⑥叶状结构,该特征对诊断基底细胞癌具有高度特异性;⑦聚集性小点;⑧溃疡;⑨白色条纹、蝶蛹样结构,其对非色素型基底细胞癌的诊断特异性高达91%;⑩亮红白色无结构区,主要见于浅表型基底细胞癌。皮肤镜下基底细胞癌血管结构主要有9种^[22]。①树枝状血管,是最常见的血管结构,其特异度在90%以上;②点状血管,直径(0.01~0.02)mm红色点状血管;③发夹样血管,弯曲的非闭合环状血管;④细短毛细血管扩张,多见于浅表型基底细胞癌中白色或红色的无结构区;⑤肾小球样血管,成簇分布的细小卷曲血管,类似肾小球;⑥螺旋状血管,多个“M”形血管相连;⑦逗号样血管,弯曲的短线状血管;⑧线性不规则血管,形状、大小、分布均不规则的线性血管;⑨多形性血管,包含≥3种形态的血管结构。

不同类型的基底细胞癌的皮肤镜模式各不相同。浅表型主要表现为叶状结构、亮白色或红色无结构区、浅表糜烂及细短毛细血管扩张。若细短毛细血管和叶状结构同时存在而无典型树枝状血管,则诊断为浅表型基底细胞癌的敏感性及特异性均为80%左右;结节型主要模式为典型的树枝状血管、灰蓝色小球、大的蓝灰色卵圆巢及溃疡。若出现2个或以上上述模式时,即可诊断为结节型基底细胞癌,若同时出现溃疡和树枝状血管,则表示很可能肿瘤局部复发;硬斑病样多表现为亮白色背景,其上可见树枝状血管、蓝灰色卵圆巢、灰蓝色小球、聚集性小点,部分可见溃疡^[21]。

2.2.2 鳞状细胞癌 鳞状细胞癌好发于老年人暴露部位,是常见的非黑素性皮肤肿瘤,多起源于表皮或附属器的角质形成细胞。鳞状细胞癌的特征性皮肤镜模式与疾病进展及分期相关^[23]。低分化鳞状细胞癌皮肤镜下表现为多形性血管模式(红色背景上大量祥状、盘绕状及细小线状血管),外周白色无结构区域偶见,但是重要的诊断线索^[24],常缺乏角化结构。中分化鳞状细胞癌皮肤镜下常见弥漫性浅棕色至黄色无结构区域及外周祥状血管,亦可见珍珠样结构和溃疡^[25]。高分化鳞状细胞癌的皮肤镜特征有中央黄白色角质物,周围祥状、不规则线状或盘绕状血管,有珍珠样结构,表现类似角化棘皮瘤。色素性鳞状细胞癌较罕见,其皮肤镜表现为不规则分布的蓝灰色颗粒及

弥漫均质性的蓝色色素沉着,若溃疡则可见深棕色至黑色结痂。特殊部位鳞状细胞癌,如唇部鳞状细胞癌皮肤镜主要表现为鳞屑、溃疡,散在分布的细小多形性血管,红色或黄白色结构^[26];甲鳞状细胞癌皮肤镜表现为不规则血管,纵行甲黑线或甲红线,片状出血^[27]。

2.2.3 鲍恩病 鲍恩病属于原位癌,为表皮内鳞状细胞癌,好发于中老年人,临床表现为境界清楚的棕红色鳞屑性斑块或斑片。鲍恩病的皮肤镜表现主要为黄白色鳞屑、簇集分布的多种血管结构(盘绕状血管、线状血管、分支状血管、点状血管)和红色背景^[28]。临床上色素性鲍恩病需与黑色素瘤相鉴别。黑色素瘤皮肤镜下常可见排列不规则的青灰色或褐色点状结构,以及发卡状、不规则点状或多形性血管结构。色素型鲍恩病皮肤镜表现除了黄白色鳞屑及血管结构,还可见到黑色或棕色的线状、球状或点状的色素模式及色素网。皮肤镜在鲍恩病中应用除了诊断及鉴别诊断,在治疗后的疗效评价及随访方面亦具有重要价值。鲍恩病治疗后,若皮肤镜下仍可见以上多种血管结构,则皮损未清除干净,需进一步治疗;若血管结构消失则皮损被完全清除,后续可规律随访^[29]。

2.2.4 日光性角化病 日光性角化病是紫外线损伤导致的一种上皮性癌前期病变,好发于老年人光暴露部位,临床表现为皮色至淡红褐色或淡黄色斑疹或丘疹,边界不清,表面有不易剥离黏着性鳞屑。日光性角化病的皮肤镜特征因其病变及分级程度不同而表现各异^[23]。Ⅰ级(轻度可触及)皮肤镜下表现为红色假网状模式,即红色背景上见无色素的毛囊开口,毛囊周围可见呈网状分布的线状及点状血管;Ⅱ级(中等厚度)皮肤镜下表现为草莓状模式,即红色背景上见黄白色及角化扩张的毛囊开口,毛囊口周围可见白晕及不规则线状、点状血管;Ⅲ级(明显角化过度)皮肤镜下表现为黄白色无结构区,可见毛囊口扩张并充满角栓,表面覆有黄白色鳞屑。日光性角化病的皮肤镜表现以红色假网状模式及毛囊口扩张为主要特征,具有较高的敏感性和特异性。色素性日光性角化病皮肤镜下还可见到毛囊周围呈假网状结构的灰褐色颗粒。

2.2.5 角化棘皮瘤 角化棘皮瘤属于鳞状细胞癌的一种亚型,是高分化型鳞状细胞癌(角化棘皮瘤型),其皮肤镜下特点如下:①火山口样溃疡中有黄白色无结构角质物,夹杂一些黑色无结构区,可能为结痂;②皮损边缘血管结构呈不规则线状、祥状或盘绕状,粗细不均,较少分支;③珍珠样结构,此为角化棘皮瘤和结节型鳞状细胞癌的特征性表现,对应组织病理上的表皮内角珠;④血管及珍珠样结构周围白色环;⑤血痂^[30]。对于高分化结节型鳞状细胞癌,皮肤镜下无法与角化棘皮瘤区分,但皮肤镜有助于二者与其他非色素结节型肿瘤相鉴别。

3 结语

综上所述,皮肤镜作为一种简便、无创的辅助诊断工具,能提高皮肤肿瘤性疾病,特别是恶性皮肤肿瘤的早期诊断率。此外,皮肤镜还能帮助确定皮肤肿瘤边界,从而有助于选择理想的病理取材部位和手术切除范围,同时它也有助于患者术后随访以及对非手术疗法效果进行评估。因此,皮肤镜在皮肤肿瘤性疾病的临床诊治中值得推广应用。相信随着计算机辅助诊断技术的进步,基于皮肤镜图像的疾病自动分类和识别系统的发展,今后皮肤镜将能极大地提高诊断效率和准确性,其在皮肤疾病尤其是皮肤肿瘤领域将会占有更加重要的地位,它的应用也会越来越广泛。

参考文献:

- [1] Jones O T, Jurascheck L C, Utukuri M, et al. Dermoscopy use in UK primary care: a survey of GPs with a special interest in dermatology[J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2019, 33(9): 1706–1712.
- [2] Bakos R M, Blumetti T P, Roldán-Marín R, et al. Noninvasive imaging tools in the diagnosis and treatment of skin cancers[J]. *Am J Clin Dermatol*, 2018, 19(Suppl 1): 3–14.
- [3] Shen X, Yu R X, Shen C B, et al. Dermoscopy in China: current status and future prospective[J]. *Chin Med J (Engl)*, 2019, 132(17): 2096–2104.
- [4] Wolner Z J, Yelamos O, Liopyris K, et al. Enhancing skin cancer diagnosis with dermoscopy[J]. *Dermatol Clin*, 2017(35): 417–437.
- [5] 徐峰, 周城. 皮肤镜图谱 [M]. 2版. 上海: 复旦大学出版社, 2016: 3.
- [6] 孙秋宁, 刘洁. 协和皮肤镜图谱 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 4–5.
- [7] Kato J, Horimoto K, Sato S, et al. Dermoscopy of Melanoma and Non-melanoma Skin Cancers[J]. *Front Med (Lausanne)*, 2019(6): 180.
- [8] Roldán M R, Toussaint C S. Imiquimod 5% as adjuvant therapy for incompletely excised infiltrative nodular basal cell carcinoma and dermoscopy to monitor treatment response[J]. *Dermatol Ther (Heidelb)*, 2015, 5(4): 265–272.
- [9] Lara F, Santamaría J R, Garbers L E. Recurrence rate of basal cell carcinoma with positive histopathological margins and related risk factors[J]. *An Bras Dermatol*, 2017, 92(1): 58–62.
- [10] Husein E H, Fernandez P M A. Dermatoscopy-guided therapy of pigmented basal cell carcinoma with imiquimod[J]. *An Bras Dermatol*, 2016, 91(6): 764–769.
- [11] Paoli J. Predicting adequate surgical margins for cutaneous squamous cell carcinoma with dermoscopy[J]. *Br J Dermatol*, 2015(172): 1186–1187.
- [12] Jayasekera P S A, Dodd J, Oliphant T, et al. Dermoscopy prior to Mohs micrographic surgery does not improve tumour margin assessment and leads to fewer Mohs stages [J]. *Br J Dermatol*, 2018(178): 565–566.
- [13] Lallas A, Apalla Z, Ioannides D, et al. Dermoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma[J]. *Future Oncol*, 2015, 11(22): 2975–2984.
- [14] 杨欣融, 袁定芬, 孙睿, 等. 皮肤镜在黑色素细胞肿瘤诊断中的应用 [J]. *临床皮肤科杂志*, 2015, 44(11): 756–760.
- [15] Marghoob A A, Usatine R P, Jaimes N. Dermoscopy for the family physician[J]. *Am Fam Physician*, 2013, 88(7): 441–450.
- [16] 中国中西医结合学会皮肤性病学会皮肤影像学组. 色痣皮肤镜诊断 [J]. *中国麻风皮肤病杂志*, 2017, 33(2): 65–69.
- [17] Squillace L, Cappello M, Longo C, et al. Unusual Dermoscopic Patterns of Seborrheic Keratosis[J]. *Dermatology*, 2016, 232(2): 198–202.
- [18] Alapatt G F, Sukumar D, Bhat M R A. Clinicopathological and Dermoscopic Correlation of Seborrheic Keratosis[J]. *Indian J Dermatol*, 2016, 61(6): 622–627.
- [19] 国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心. 日光性雀斑样痣、脂溢性角化病及扁平苔藓样角化病皮肤镜特征专家共识 [J]. *中华皮肤科杂志*, 2019(12): 878–883.
- [20] Marzuka A G, Book S E. Basal cell carcinoma: pathogenesis, epidemiology, clinical features, diagnosis, histopathology, and management[J]. *Yale J Biol Med*, 2015, 88(2): 167–179.
- [21] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会皮肤影像学组. 中国基底细胞癌皮肤镜特征专家共识 (2019)[J]. *中华皮肤科杂志*, 2019, 52(6): 371–377.
- [22] Lallas A, Apalla Z, Ioannides D, et al. Dermoscopy in the diagnosis and management of basal cell carcinoma[J]. *Future Oncol*, 2015, 11(22): 2975–2984.
- [23] 中国医疗保健国际交流促进会皮肤科分会皮肤影像学组. 鳞状细胞肿瘤皮肤镜特征专家共识 (2017)[J]. *中华皮肤科杂志*, 2018, 51(2): 87–91.
- [24] Lallas A, Pyne J, Kyrgidis A, et al. The clinical and dermoscopic features of invasive cutaneous squamous cell carcinoma depend on the histopathological grade of differentiation[J]. *Br J Dermatol*, 2015, 172(5): 1308–1315.
- [25] Zalaudek I, Argenziano G. Dermoscopy of actinic keratosis, intraepidermal carcinoma and squamous cell carcinoma[J]. *Curr Probl Dermatol*, 2015, 46(46): 70–76.
- [26] Benati E, Persechino F, Piana S, et al. Dermoscopic features of squamous cell carcinoma on the lips[J]. *Br J Dermatol*, 2017, 177(3): e41–e43.
- [27] Dika E, Fanti P A, Patrizi A, et al. Mohs surgery for squamous cell carcinoma of the nail unit: 10 years of experience[J]. *Dermatol Surg*, 2015, 41(9): 1015–1019.
- [28] Payapvipapong K, Tanaka M. Dermoscopic classification of Bowen's disease[J]. *Australas J Dermatol*, 2015, 56(1): 32–35.
- [29] 罗毅鑫, 刘洁. 鲍恩病 [J]. *临床皮肤科杂志*, 2017, 46(6): 381–383.
- [30] Kuonen F, Durack A, Gaide O. Clues in Dermoscopy: dermoscopy of keratoacanthoma[J]. *Eur J Dermatol*, 2016, 26(4): 419–420.

高频超声在皮肤恶性肿瘤中的应用

周 圆, 蔡 梅^{*}

(昆明医科大学第二附属医院皮肤性病科, 云南 昆明 650101)

【摘要】 高频超声技术是传统超声技术的延伸, 因其具有高分辨率, 可以更好评估浅表结构, 与传统超声相比, 在皮肤疾病的诊断中具有更广阔的应用前景。高频超声操作简单、具有无创性, 能够清晰地将皮肤病变部位显现出来, 并且对病变的形状、大小及浸润度进行测量, 进一步提升皮肤恶性肿瘤检测的准确率, 同时对手术切除提供病灶的详实数据。本文就高频超声在皮肤恶性肿瘤诊断、治疗中的应用进行综述。

【关键词】 高频超声; 皮肤恶性肿瘤; 术前评估; 诊断

中图分类号: R445.1; R739.5 文献标志码: A doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.013

The application of high frequency ultrasound in skin malignant tumor

ZHOU Yuan, CAI Mei^{*}

(Department of Dermatovenereology, Second affiliated hospital of Kunming medical university, Kunming, Yunnan 650101, China)

【Abstract】 As an extension of the traditional ultrasound technology, high-frequency ultrasound technology evaluates the superficial structure of skin malignant tumor better. It clearly show the skin lesion site and measure the shape, size and depth of infiltration of the tumor, and providing accurate data for surgery. With the development of technology, the advantages of high-frequency ultrasound in dermatology is prominent.

【Key words】 High frequency ultrasound; Skin cancer; Preoperative assessment; Diagnosis

高频超声因无创性、操作简便、立等可取, 同时又能够对患者的皮肤和病变部位进行立体观察等优点, 而得到广大欧美临床皮肤科医生和研究者的青睐^[1,2]。在部分发达国家中, 高频超声的技术水平已趋向于成熟, 对皮肤肿瘤进行初步诊断、术前评估、预后与治疗效果评估等方面, 高频超声均获得了较为理想的效果^[3]。国内对高频超声的临床研究较少。笔者围绕皮肤恶性肿瘤的诊治中高频超声所发挥的作用进行综述。

1 高频超声的概念与背景

高频超声 (High Frequency Ultrasound, HFUS) 指的是超声中心频率超过 10MHz。其成像机理如下: 超声脉冲的回波经不同组织反射后, 设备捕捉超声回波信号的强弱, 然后判断其与反射时长之间的相关性, 最后应用电子成像技术形成对应的超声影像^[4]。在 20 世纪八十年代中后期, 临床学者研制出第一台高频超声系统, 为皮肤病的诊断和化妆品的研发提供了帮助。近几十年, HFUS 不断优化, 在检测护肤品检测、整形美容、肿瘤等皮肤病方面获得了广泛应用; 在诊断等方面, HFUS 也发挥着尤为重要的作用^[5]。多数情况下, 普通超声检查中使用的常规扫描仪分辨率较低, 不宜用于评估皮肤的精细形态结构。HFUS 具有与组织学相当的高分辨率 [范围从 (80 ~ 160) μm], 在对皮肤病进行诊断时, 能够将表皮、真皮、皮下组织等组织结构特点完整、清晰地显现出来, 在临床检查与

组织学微观形态学研究之间构建起了桥梁^[6]。与其他皮肤科常用成像技术相比较, 近几年新兴的皮肤镜和皮肤 CT, 组织穿透深度为皮肤镜 (350 ~ 500) μm、皮肤 CT (200 ~ 250) μm, 两者仅能评估表皮及真皮乳头层, 无法看到更深层次, 对于较大、较深的皮肤肿瘤不能反映全貌。(20 ~ 100) MHz 的 HFUS, 检查深度范围在 (1.5 ~ 12) mm, 足以用于表皮、真皮及皮下组织病灶的检查, 能对肿瘤与周围组织的定位, 浸润深度和边界肿瘤内部血流情况提供详实的信息, 该优势是其他成像技术所无法比拟的^[7]。HFUS 频率越高, 分辨率越高而穿透深度越浅, (5 ~ 10) MHz 探头适用于检测脂肪、血管、淋巴结和肌肉组织; (10 ~ 30) MHz 探头适用于检测真皮、皮下脂肪组织; (50 ~ 100) MHz 适用于检测表皮和真皮浅层^[8-10]。针对部位、体积和浸润深度不同的肿瘤合理选用 HFUS 的探头频率, 更能获得满意的评估效果。

2 高频超声在皮肤恶性肿瘤中的应用

2.1 非黑素瘤皮肤恶性肿瘤

2.1.1 非黑素瘤皮肤恶性肿瘤的诊断及鉴别 皮肤基底细胞癌 (Basal Cell Carcinoma, BCC) 和皮肤鳞状细胞癌 (Squamous Cell Carcinoma, SCC) 是最为常见的皮肤恶性肿瘤, 临床症状通常较轻或无症状, 进展缓慢, 皮损颜色较浅和缺乏特征性, 加之临床类型及皮损的多样性, 易被误诊为良性, HFUS 的应用对于二者的诊断及鉴别有重要意义^[11]。Hernandez-Ibanez

C等^[12]对156名BCC患者进行了回顾性分析,发现HFUS的总诊断率为73.7% (敏感性74.5%; 特异性73%), 穿刺活检为79.9% (敏感性76%; 特异性82%)。两者的敏感性极为接近, HFUS可以作为诊断BCC的有效非侵入性技术。Crişan D等^[13]在其研究中应用HFUS与多普勒超声技术,对23例患者皮肤良恶性肿瘤的声像图特点进行观察,结果显示: 良性皮肤肿瘤可呈现出高、中和低回声信号, 血管较少且血流速度较慢; 恶性皮肤肿瘤均表现为边界不清的不均匀低回声信号, 血管丰富且血流速度较快, 了解以上超声图像特点, 在鉴别BCC与SCC时能够保证准确率更高。国外学者Moskovic E C等^[14]在对外阴SCC患者检测时发现, 应用HFUS对患者的淋巴结状态、假阴性和假阳性结果进行诊断时, 能够获得更高的准确率。Dinnes J等^[15]报道, 早期皮肤恶性肿瘤的诊断对于推荐合适的治疗方案并改善疾病和生存率非常重要。因此, HFUS与其他皮肤成像技术结合, 对皮肤恶性肿瘤的诊断将会提供更有价值的信息。

2.1.2 非黑素瘤皮肤恶性肿瘤的术前评估 目前, 皮肤恶性肿瘤的治疗主要依赖外科手术, 应用HFUS能对肿瘤的位置、内部回声、浸润程度、血供等进行观察, 同时还能够对肿瘤的大小和边界进行立体探查, 为外科手术提供重要的术前参考资料。Nassiri-Kashani M等^[16]将HFUS在BCC的深度和宽度中的准确性与组织病理学进行比较, 结果平均肿瘤深度通过HFUS测量为 $(1\ 353.68 \pm 656.456)\ \mu\text{m}$, 病理测量为 $(1\ 560.71 \pm 1\ 044.333)\ \mu\text{m}$, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。HFUS和组织病理学中最大肿瘤直径的平均测量值为 $(5\ 996.77 \pm 2\ 271.783)\ \mu\text{m}$ 和 $(3\ 891.07 \pm 1\ 995.452)\ \mu\text{m}$ ($P < 0.001$), 因此HFUS被认为是评估手术前BCC大小的有用方法。Pasquali P等^[17]认为, HFUS可以清楚地表明肿瘤的大小和深度, 应作为术前评估肿瘤和术后评估标本切缘的补充方法。Ruocco E等^[18]在对BCC进行检查时发现, HFUS具有另一优势, 即在对肿瘤的深度进行评估时, 能够对治疗方案选择提供参考, 即当肿瘤只存在于真皮中层时, 可应用冷冻进行治疗; 但是当肿瘤在真皮下层出现浸润时, 则需要手术治疗。Crisan M等^[2]在46例皮肤癌患者中发现了高频声波深度指数作为分期和手术指南, 超声可用于设计手术方案和进行肿瘤分期。Jovanovic D L等^[19]使用HFUS确定73例不同非黑素细胞性皮肤肿瘤的最大垂直肿瘤厚度, 和术后组织病理学检查比较, 在统计学上没有明显差异($P < 0.01$)。因此, 在手术前HFUS被认为可有效确定皮肤肿瘤的厚度, 提供肿瘤体积大小的可靠信息, 这对治疗策略的制定非常重要。Song W J等^[20]曾使用HFUS对40例皮肤肿瘤患者进行检查, 且与病理检查结果进行对比, 发现二者具有良好的相

关性。Bobadilla F等^[21]曾选取面部BCC患者作为研究对象, 结果显示在检测肿瘤边界上, HFUS与病理检测的符合度较高, 因此可为手术方案的选择提供参考。学者Kučinskienė V等^[22]在其研究中选取72例皮肤肿瘤患者作为研究对象, 将HFUS检测结果与病理检测结果进行对比, 结果显示, 当肿瘤的厚度超过1mm时, HFUS与病理检测的相关系数值是0.694, 当肿瘤厚度在1mm以下时, 二者的相关系数值是0.336, 结果并不理想。该研究中HFUS的中心频率仅为14MHz, 提示超声频率越低, 提供的组织穿透力越高, 但牺牲了分辨率, 这可能会影响皮肤肿瘤厚度测量的准确性。

2.2 黑素瘤

黑素瘤(MelanoMa, MM)是起源于黑素细胞的皮肤恶性肿瘤, 恶性程度极高, 易发生转移, 预后较差。手术时不仅要切除原发灶, 还需要将瘤体周围(0.5~1.0)cm的正常皮肤及脂肪整块切除, 但在临床开展的手术中常常难以切净^[23]。近年来HFUS在诊断率和确定肿瘤边界方面不断取得进展, 对于MM的早期诊断和及早切净有重要意义。Teresa P A等^[24]在其病例报告中, 介绍了两例临床上可疑为恶性的皮肤病变。其中一例表现为(5~6)mm界限清楚的结节。第一次用HFUS检查时未发现血管信号, 但6个月后再次检测发现病变内有许多血管血流信号, 切除活检后病变最终被诊断为MM。在此病例中, HFUS被证明可用于可疑皮肤病变的鉴别, 是诊断、随访皮肤黑素细胞病变的有用工具。Andrékutė K^[25]等的研究资料显示, 当HFUS的频率为22MHz时, 对MM以及色素痣进行定量分析, 获得85.8%的敏感度和79.6%的特异性, 由此可知, 在对皮肤良恶性肿瘤患者进行检查时, HFUS能够取得良好的确诊率, 且能够对肿瘤的浸润程度进行检测。MM长期生存率低, MM患者的预后多取决于肿瘤的厚度(Breslow指数)。Jid C B等^[26]的研究中曾选取42例MM患者作为研究对象, 将HFUS的频率设置为40MHz对患者进行检查, 结果发现MM厚度 $(2.53 \pm 1.54)\ \text{mm}$, 病理组织Breslow厚度为 $(2.78 \pm 1.38)\ \text{mm}$, 二者存在线性关系, 由此可知, 当HFUS检测频率在40MHz时, 能够对MM的厚度进行检测, 并且能够将其用作评估手术前肿瘤厚度的工具。学者Meyer N等^[27]曾选取131例MM患者作为研究对象, 分别应用HFUS和光学断层扫描成像技术对其进行检测, 并将检测结果与病理检测结果进行对比, 结果显示, 相对于光学断层扫描成像技术, HFUS的符合率更高, 由此证明在检测肿瘤大小时, HFUS的效果更为理想。Kozárová A等^[28]术前对50例MM患者进行了HFUS检查, 结果发现HFUS与组织学检查之间存在显著的正相关($r=0.92$)。这些结果表明HFUS可作为黑素瘤正确识

别手术切除边界以及是否有淋巴结转移的重要手段,有利于评估患者的预后。

3 小结

综上所述, HFUS 作为一种简单、经济且无创的筛查方法可以从形态、边界、与周围组织的关系以及肿瘤内部状况、血流情况等维度对皮肤恶性肿瘤进行评估,有助于临床诊断与治疗。随着超声技术的发展,专为皮肤科设计的 HFUS 设备将更具实用性,兼顾穿透性的同时,分辨率不断提高,在皮肤肿瘤领域发挥出更大的潜能。

参考文献:

- [1] Sciolla B, Delachartre P, Cowell L, et al. Improved boundary segmentation of skin lesions in high-frequency 3D ultrasound[J]. *Comput Biol Med*, 2017(87):302–310.
- [2] Crisan M, Crisan D, Sannino G, et al. Ultrasonographic staging of cutaneous malignant tumors: an ultrasonographic depth index[J]. *Arch Dermatol Res*, 2013, 305(4):305–313.
- [3] Vilas-Sueiro A, Alfageme F, Salguero I, et al. Ex Vivo High-Frequency Ultrasound for Assessment of Basal Cell Carcinoma[J]. *J Ultrasound Med*, 2019, 38(2):529–531.
- [4] Stratigos A, Garbe C, Lebbe C, et al. Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline[J]. *Eur J Cancer*, 2015, 51(14):1989–2007.
- [5] Barcaui Ede O, Carvalho A C, Valiante P M, et al. High-frequency ultrasound associated with dermoscopy in pre-operative evaluation of basal cell carcinoma[J]. *An Bras Dermatol*, 2014, 89(5):828–831.
- [6] Bezugly A. High frequency ultrasound study of skin tumors in dermatological and aesthetic practice[J]. *Med Ultrason*, 2015, 17(4):541–544.
- [7] Schneider S L, Kohli I, Hamzavi I H, et al. Emerging imaging technologies in dermatology: Part II: Applications and limitations[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2019, 80(4):1121–1131.
- [8] 谭丽. 高频超声成像技术应用于皮肤相关疾病及皮肤美容的研究进展[J]. *实用医院临床杂志*, 2016, 13(1):121–124.
- [9] Hernández C, Del B J, De T M. Can high-frequency skin ultrasound be used for the diagnosis and management of basal cell carcinoma?[J]. *Actas Dermosifiliogr*, 2014, 105(2):107–111.
- [10] Khlebnikova A N, Molochkov V A, Selezneva E V, et al. Ultrasonographic features of superficial and nodular basal cell carcinoma[J]. *Med Ultrason*, 2018, 20(4):475–479.
- [11] 段鳕芸, 钟桂书. 皮肤鳞状细胞癌和基底细胞癌 176 例回顾性分析[J]. *中国美容医学*, 2016, 25(8):64–66.
- [12] Hernandez-Ibanez C, Blazquez-Sanchez N, Aguilar-Bernier M, et al. Usefulness of high-frequency ultrasound in the classification of histologic subtypes of primary basal cell carcinoma[J]. *Actas Dermosifiliogr*, 2017, 108(1):42–51.
- [13] Crişan D, Badea A F, Crişan M, et al. Integrative analysis of cutaneous skin tumours using ultrasonographic criteria. Preliminary results[J]. *Med Ultrason*, 2014, 16(4):285–290.
- [14] Moskovic E C, Shepherd J H, Barton D P, et al. The role of high resolution ultrasound with guided cytology of groin lymph nodes in the management of squamous cell carcinoma of the vulva: a pilot study[J]. *Br J Obstet Gynaecol*, 1999, 106(8):863–867.
- [15] Dinnes J, Bamber J, Chuchu N, et al. High-frequency ultrasound for diagnosing skin cancer in adults[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2018(12):CD013188.
- [16] Nassiri-Kashani M, Sadr B, Fanian F, et al. Pre-operative assessment of basal cell carcinoma dimensions using high frequency ultrasonography and its correlation with histopathology[J]. *Skin Res Technol*, 2013, 19(1):e132–e138.
- [17] Pasquali P, Freitas-Martinez A, Fortuño-Mar A. Ex vivo high-frequency ultrasound: A novel proposal for management of surgical margins in patients with non-melanoma skin cancer[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2016, 74(6):1278–1280.
- [18] Ruocco E, Argenziano G, Pellacani G, et al. Noninvasive imaging of skin tumors[J]. *Dermatol Surg*, 2004(30):301–310.
- [19] Jovanovic D L, Pesic Z U. Preoperative skin tumours thickness determination by high-frequency ultrasound on head and neck region[J]. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2013, 27(2):251–253.
- [20] Song W J, Choi H J, Lee Y M, et al. Clinical analysis of an ultrasound system in the evaluation of skin cancers: Correlation with histology[J]. *Ann Plast Surg*, 2014, 73(4):427–433.
- [21] Bobadilla F, Wortsman X, Munoz C, et al. Pre-surgical high resolution ultrasound of facial basal cell carcinoma: correlation with histology[J]. *Cancer Imaging*, 2008, 8(1):163.
- [22] Kučinskienė V, Samulėnienė D, Gineikienė A, et al. Preoperative assessment of skin tumor thickness and structure using 14-MHz ultrasound[J]. *Medicina(Kaunas)*, 2014, 50(3):150–155.
- [23] 于瑞星, 薛珂, 沈雪, 等. 高频超声在皮肤黑素瘤的临床应用价值[J]. *皮肤科学通报*, 2018, 35(2):216–220.
- [24] Teresa P A, Dybiec E, Adamczyk M, et al. High frequency ultrasonography of the skin and its role as an auxiliary tool in diagnosis of benign and malignant cutaneous tumors—A Comparison of Two Clinical Cases[J]. *Acta Dermatovenereol Croat*, 2015, 23(1):43.
- [25] Andrėkutė K, Linkevičiūtė G, Raišutis R, et al. Automatic differential diagnosis of melanocytic skin tumors using ultrasound data[J]. *Ultrasound Med Biol*, 2016, 42(12):2834–2843.
- [26] Jid C B, Bolboacă S D, Cosgarea R, et al. Doppler ultrasound and strain elastography in the assessment of cutaneous melanoma: preliminary results[J]. *Med Ultrason*, 2015, 17(4):509–514.
- [27] Meyer N, Lauwers-Cances V, Lourari S, et al. High-frequency ultrasonography but not 930-nm optical coherence tomography reliably evaluates melanoma thickness in vivo: a prospective validation study[J]. *Br J Dermatol*, 2014, 171(4):799–805.
- [28] Kozárová A, Kozar M, Tonhajzerova I, et al. The value of high-frequency 20 MHz ultrasonography for preoperative measurement of malignant melanoma thickness[J]. *Acta Dermatovenereol Croat*, 2018, 26(1):15.

尖锐湿疣患者感染 HPV 亚型的研究及临床分析

孙 菲, 杨朝晖, 杨 岚, 杨建娣

(南方医科大学附属花都医院, 广东 广州 510800)

【摘要】 目的 观察尖锐湿疣 (CA) 患者感染人乳头状瘤病毒 (HPV) 亚型及其与临床关系, 为临床治疗提供理论依据。
方法 采用核酸分子快速导流杂交基因芯片技术, 对 1 515 例患者皮损组织进行 21 种 HPV 亚型检测, 并统计其与患者临床的关系。
结果 本研究 CA 患者 HPV 阳性率为 86.4%, 感染率前三位 HPV 亚型均为低危型, 存在多重感染, 以二重感染为主。经统计学分析, CA 患者年龄与感染 HPV 的数量和类型均有统计学意义。性别与感染 HPV 亚型类型有统计学意义, 与数量无统计学意义。
结论 CA 患者以单一低危型 HPV 感染为主, 女性检出的高危型 HPV 更多, 年龄与 CA 患者感染 HPV 亚型数量及类型相关。

【关键词】 尖锐湿疣; HPV 亚型; 临床关系

中图分类号: R446.62; R752.5³ 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.014

尖锐湿疣 (CA) 是由 HPV 感染引起的性传播性疾病, 占性传播性疾病的第二位, 且仍有不断增加的趋势。笔者收集本院皮肤科 1 515 例临床诊断为 CA 的患者, 采用核酸分子快速导流杂交基因芯片技术检测其感染的 HPV 亚型, 并采用 SPSS 19.0 统计学软件对 HPV 与患者临床间关系进行统计分析, 为临床治疗提供理论依据, 现将结果报告如下。

1 材料与方法

1.1 研究对象 本院皮肤科门诊诊断为 CA 患者 1 515 例, 均在生殖器或肛周有明显赘生物。均已明确告知检查事宜。

1.2 仪器和试剂 PCR 扩增仪 GeneAMP PCR System 9600、HybriMax 医用核酸分子快速杂交仪 (HC II)、DNA 提取试剂盒、21 种人乳头状瘤病毒分型检测试剂盒。

1.3 标本采集及基因分型检测 充分暴露患者疣体部位, 用棉拭子拭去皮损表面过多的分泌物, 使用试剂盒提供的宫颈刷稍用力来回刷取疣体组织表面脱落细胞, 然后把宫颈刷放入装有专用细胞保存液的保存管中, 保存于 4℃ 冰箱中, 并于 3d 内检测。男性患者标本取自于尿道口、冠状沟、系带、包皮、阴茎和肛周部位疣体; 女性患者标本取自阴阜、会阴、尿道口、大小阴唇、阴道、宫颈和肛周部位疣体。采用 HybriMax 技术, 检测的 21 种 HPV 亚型, 高危型包括 HPV16、18、31、33、35、39、45、51、52、53、56、58、59、66 和 68 共 15 种亚型; 低危型包括 HPV6、11、42、43、44 和 CP8304, 共 6 种亚型。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 19.0 软件进行数据分析。计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 HPV 亚型检测结果 1 515 例临床诊断为 CA 的

患者, HPV 阳性 1 309 例, 阳性率为 86.4%。其中男 1 004 例, 阳性 862 例 (85.9%); 女 511 例, 阳性 447 例 (87.5%)。感染率前三位的亚型为 6 型 (43.5%), 11 型 (41.8%), 16 型 (14.7%)。其中高危型感染占 8.1%, 低危型占 91.9%。

检出 HPV 的 CA 患者中单一感染 832 例 (63.6%), 二重感染 303 例 (23.1%), 三重感染 109 例 (8.3%), 四重感染 40 例 (3.1%), 五重感染 15 例 (1.1%), 六重感染 7 例 (0.5%), 七重感染 3 例 (0.2%)。

2.2 HPV 亚型与患者临床的关系 将纳入患者按年龄分成五组, 对每个年龄段单一感染和多重感染人数进行统计分析, $P < 0.05$ 。可认为 CA 患者感染 HPV 的数量与年龄相关 ($\chi^2=18.728$, $P=0.001$)。见表 1。

表 1 CA 患者感染 HPV 亚型数量与年龄的关系 (n, %)

年龄 (岁)	单一	多重
≤ 20	104	64
21 ~ 30	446	246
31 ~ 40	222	74
41 ~ 50	82	34
≥ 51	18	19

研究统计了性别与感染 HPV 亚型数量的关系, 发现性别与感染 HPV 亚型数量之间无统计学意义 ($\chi^2=3.85$, $P=0.69$)。见表 2。

表 2 CA 患者感染 HPV 亚型数量与年龄的关系 (n, %)

HPV 亚型	男	女
单一	559	273
多重	302	175

分析发现 CA 患者的性别与感染的 HPV 类型之间的差异有统计学意义: 男性的低危型 HPV 感染率 (95.0%) 高于女性 (85.9%), 而女性的高危型 HPV

感染率(14.1%)高于男性(5%)($\chi^2=31.58$, $P=0.00$)。见表3。

表3 CA患者HPV亚型与性别的关系(n, %)

HPV亚型	男	女
高危型	43	63
低危型	819	384

经统计分析,不同年龄段感染HPV亚型高危、低危型上有统计学意义。经两两比较,(21~30)岁及(31~40)岁性活跃期HPV高危型和低危型均明显高于<20岁组。但(41~50)岁及>50岁组与其余各组间差异均无统计学意义($\chi^2=18.733$, $P=0.001$)。见表4。

表4 CA患者HPV亚型与年龄的关系(n, %)

年龄	低危型	高危型
≤20	65	48
21~30	375	122
31~40	175	57
41~50	63	24
≥51	15	11

3 讨论

人类乳头瘤病毒(HPV)至今已分离出130多种。本研究1515例CA患者HPV检出阳性率为86.4%,低于东莞地区的95.1%^[1]。可能与取材手法、取材部位、检测方法不同或HPV感染的地区差异有关^[2]。

本研究男性CA患者HPV阳性率为85.9%,高于北京地区的72.6%^[3];女性患者阳性率为87.5%,高于江苏省的86.4%^[4]。上述两地区与本研究检测的21种HPV亚型相一致。可见本研究CA患者无论男性女性HPV阳性率较高。其中,女性CA患者的HPV检出率高于男性,也与国内对3489例CA患者的流行病学调查显示一致^[5]。可能与女性阴道、宫颈处较为潮湿、HPV更易感染有关,也与女性在就诊阴道炎或备孕以及生育时及时检出CA并积极治疗有关。

本研究HPV阳性患者中低危型感染占91.9%,而高危型感染仅占8.1%,检出HPV排名前三位的亚型是6型、11型和16型。与国内多地区^[6-8]研究结果一致,也与国外相关研究表明90%的生殖器疣是由HPV低危型中的6和11型所引起相一致^[9]。本研究不同性别间感染HPV高危、低危型之间差异有统计学意义,与Potocnik M^[10]的结果一致。由于目前已证实高危型HPV感染是宫颈癌及生殖道癌变的诱发因素之一,因此对于女性加强高危型HPV感染的预防和健康宣教尤为重要。

纳入研究的CA患者HPV单一亚型感染占63.6%,多重感染中二重感染最多,占总HPV阳性患者的23.1%,与陈泽宇等^[11]的研究结果一致。经统计,本研究男女在感染HPV亚型数量上无显著性差异。本

研究最多重感染为七重感染,是一位19岁的女性患者。有研究发现,多重型别感染可使宫颈癌的发病风险增加31.8倍^[12]。多重HPV型别感染使细胞的病毒载量增加,自然清除时间更长,使HPV持续感染的时间更长,导致疾病复发率更高,细胞异变的风险也更高^[13]。因此对于HPV多重感染的患者,应引起重视并密切随访。

本研究大部分患者集中在30岁以下(62.8%),与龙秀荣等^[4]的结果一致,可能与该年龄段性生活活跃有关。感染HPV亚型型别和数量在不同年龄段患者间差异有统计学意义,可能与各年龄段患者的性生活程度及免疫状况有关。

总之,本地区CA患者以单一低危型HPV感染为主,女性患者高危型HPV感染率较高,因高危型HPV感染为宫颈癌的原因之一已得到证实,因此,对于患者进行健康宣教及疾病预防教育尤为重要。

参考文献:

- [1] 凌勇活,孙菲,张霞,等.347例尖锐湿疣患者人乳头瘤病毒基因型检测及分析[J].皮肤性病诊疗学杂志,2016,23(3):164-167.
- [2] 张钰颖,宋晓彬,郝世超,等.尖锐湿疣患者人乳头瘤病毒感染状况及影响因素研究[J].中国全科医学,2017,20(4):443-447+453.
- [3] 王克迪,徐东江,苏建荣.1074例性病门诊男性外生殖器脱落细胞人乳头瘤病毒基因型分析[J].中华检验医学杂志,2016,39(8):625-628.
- [4] 龙秀荣,姜锦贵,耿建祥,等.691例女性外阴尖锐湿疣组织HPV感染基因分型的研究[J].国际检验医学杂志,2017,38(17):2350-2352.
- [5] 杨戈,林昭春,杨建文,等.3489例尖锐湿疣流行病学分析[J].中国艾滋病性病,2007(2):143-145.
- [6] 姚明珠,李俊兰,赖洪涛.尖锐湿疣亚临床感染HPV分型与预后的关系[J].海南医学,2017,28(24):3999-4001.
- [7] 高广程,崔羽立,许颖.性病门诊尖锐湿疣和高危性行为患者人乳头状瘤病毒亚型检测结果及临床分析[J].临床和实验医学杂志,2016,15(12):1216-1219.
- [8] 陆小琴,未万东.外阴、阴道和宫颈尖锐湿疣(CA)组织中乳头瘤病毒(HPV)感染型别的分布状况以及临床意义分析[J].中国性科学,2018,27(10):90-93.
- [9] MOSCTCKJ A.Impact of HPV mtectionin adolescent populations[J]. Journal of Adolescent Health,2005,37(6):3-9.
- [10] Potocnik M,Kocjan B,Seme K,et al.Distribution of human papillomavirus(HPV)genotypes in genital warts from males in Slovenia[J]. Acta Dermatovenereol Alp Panonica Adriat,2007,16(3):91-98.
- [11] 陈泽宇,王娟,王丽娜,等.尖锐湿疣患者组织HPV基因型分布及分析[J].农垦医学,2016,38(1):23-25.
- [12] 施启丰,韩春荣,耿建祥,等.女性宫颈人乳头状瘤病毒多重感染的基因型对比研究[J].中华医院感染学杂志,2014,24(19):4708-4710+4713.
- [13] Manawapat A,Stubenrauch F,Russ R,et al.Physical state and viral load as predictive biomarkers for persistence and progression of HPV16-positive cervical lesions:results from a population based long-term prospective cohort study[J].American Journal of Cancer Research,2012,2(2):192-203.

重组人干扰素 α -2b 凝胶联合 ALA-PDT 治疗尖锐湿疣的疗效及复发率分析

陈 栋

(河南大学第一附属医院皮肤科, 河南 开封 475000)

【摘要】 目的 探讨重组人干扰素 α -2b (rhIFN α -2b) 凝胶联合 5-氨基酮戊酸光动力疗法 (ALA-PDT) 在尖锐湿疣 (CA) 患者治疗中的效果。**方法** 选取 2017 年 3 月至 2019 年 8 月某医院收治的 107 例 CA 患者, 随机数字表法分两组。对照组 (53 例) 接受 ALA-PDT 治疗, 联合组 (54 例) 接受 rhIFN α -2b 凝胶联合 ALA-PDT 治疗, 比较两组疗效、6 个月内复发率、不良反应。**结果** 联合组总有效率 (92.59%) 高于对照组 (77.36%) ($P < 0.05$); 联合组复发率 (4.08%) 低于对照组 (20.00%) ($P < 0.05$); 两组不良反应发生率比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。**结论** rhIFN α -2b 凝胶联合 ALA-PDT 治疗 CA, 能提高治疗效果, 降低复发率, 安全性好。

【关键词】 重组人干扰素 α -2b; 5-氨基酮戊酸光动力疗法; 尖锐湿疣; 治疗

中图分类号: R751.05; R758.5⁷³ 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.015

目前, 尖锐湿疣 (CA) 已发展为我国性传播疾病的第二位, 其为人乳头瘤病毒 (HPV) 感染所致, 好发于肛门生殖器部位, 表现为皮肤增生性损害, 不仅严重影响患者生活质量, 若未及时治疗, 部分患者还可诱发癌变^[1,2]。临床 CA 的治疗多以物理疗法或药物治疗。5-氨基酮戊酸光动力疗法 (ALA-PDT) 已广泛应用于生殖系统 HPV 感染的治疗, 并取得一定治疗效果, 但单纯物理治疗患者易出现复发。引入重组人干扰素 α -2b (rhIFN α -2b) 凝胶, 可以抑制病毒复制, 增强免疫调节, 减少复发。本研究探讨 rhIFN α -2b 凝胶联合 ALA-PDT 在 CA 患者治疗中的效果及复发情况。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 3 月至 2019 年 8 月本院收治的 107 例 CA 患者, 随机数字表法分两组。联合组 54 例, 男 28 例, 女 26 例, 年龄 (20~49) 岁, 平均 (33.97±6.96) 岁; 对照组 53 例, 男 29 例, 女 24 例, 年龄 (21~50) 岁, 平均 (35.21±7.05) 岁。两组基线资料均衡可比 ($P > 0.05$)。

1.2 选取标准 纳入标准: ① 经典型症状、醋酸白试验阳性、组织病理综合诊断为 CA; ② 疣体直径 $< 0.5\text{cm}$, 皮损数目 (1~5) 个, 肉眼可见菜花样赘生物, 均分布在肛周及会阴部位; ③ 病变处未发生皮肤糜烂; ④ 入院前未做任何治疗; ⑤ 患者知情同意本研究。排除标准: ① 伴有带状疱疹等感染性疾病者; ② 认知功能障碍者; ③ 伴有皮肤光过敏症、自身免疫性疾病者; ④ 合并代谢性疾病者。

1.3 方法 对照组予以 ALA-PDT 治疗, 将 5-氨基酮戊酸粉末与无菌 0.9% 氯化钠注射液配制成浓度 20% 的溶液; 常规消毒患者皮损处, 将配置好的药物均匀涂抹于患处 (疣体及其 1.0cm 以内皮肤), 无菌塑料薄膜避光封包, 3h 后暴露患处, 擦除皮肤黏膜药物, 使用光动力治疗仪 (天津市雷意激光技术有限公

司, LH-300 型) 照射患处, 设置功率密度为 (75~105) mW/cm^2 , 波长 $635 \pm 3\text{nm}$, 光斑直径 2.0cm, 照射距离 15.0cm, 照射时间 (20~30) min, 1 次/周, 治疗 4 次。联合组予以 rhIFN α -2b 凝胶 [兆科药业 (合肥) 有限公司, 国药准字 S20010054] 联合 ALA-PDT 治疗, ALA-PDT 治疗方法同对照组, 在治疗间隔期间使用 rhIFN α -2b 凝胶均匀涂抹于患处 (以疣体为中心, 覆盖疣体边缘 2cm), 按摩患处 2min, 利于药物吸收, (2~3) 次/d, 注意皮肤红肿时禁止按摩患处, 连续用药 4 周。两组治疗后禁止性生活, 并预防创面感染。

1.4 观察指标 ① 疗效。治愈: 治疗后疣体完全消失, 患处无皮损现象; 显效: 治疗后疣体完全消失, 患处皮损面积减少 60%~99%; 有效: 疣体完全消失, 患处皮损面积减少 20%~59%; 无效: 治疗后疣体未消失, 且患处皮损面积减少 $< 20\%$ 。② 复发率。统计比较两组 6 个月内复发率 (排除无效病例与脱落病例), 复发: 原皮损处或其周围再次出现新生赘生物, 或醋酸白试验阳性。③ 不良反应。包括水肿、灼烧感、红斑、下腹部坠胀。

1.5 统计学分析 采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验; 计数资料以 ($n, \%$) 表示, 行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效 联合组 54 例, 临床痊愈 23 例 (42.59%), 显效 19 例 (35.19%), 有效 8 例 (14.81%), 无效 4 例 (7.41%), 总有效率为 92.59% (50/54); 对照组 53 例临床痊愈 15 例 (28.30%), 显效 16 例 (30.19%), 有效 10 例 (18.87%), 无效 12 例 (22.64%), 总有效率为 77.36% (41/54)。联合组总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($\chi^2=4.881, P < 0.05$)。

2.2 复发率 随访 6 个月内, 排除治疗无效者, 联

表 1 两组临床有效率比较 (n, %)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组 (n=53)	15 (28.30)	16 (30.19)	10 (18.87)	12 (22.64)	77.36 (41/54)
联合组 (n=54)	23 (42.59)	19 (35.19)	8 (14.81)	4 (7.14)	92.59 (50/54)
χ^2					4.881
P					< 0.05

合组脱落 1 例,复发 2 例; 对照组脱落 1 例,复发 8 例。联合组复发率 (4.08%) 低于对照组 (20.00%) ($\chi^2=5.595$, $P < 0.05$)。

2.3 不良反应 联合组灼烧感 3 例,红斑 2 例,水肿 2 例,下腹部坠胀 1 例,不良反应发生率为 14.81% (8/54); 对照组灼烧感 1 例,红斑 2 例,水肿 2 例,下腹部坠胀 2 例,不良反应发生率为 13.21% (7/53)。两组不良反应发生率比较,无显著性差异 ($\chi^2=0.057$, $P=0.811$)。

3 讨论

CA 作为一种高发病率的性病,给患者及社会带来严重影响,积极采取有效的治疗手段,妥善解决 CA 病症、降低复发风险,对患者生殖系统恢复意义重大。

近年光动力疗法应用较多,治疗效果确切,ALA-PDT 的光敏剂能选择性聚集于增生活跃疣体细胞上,经过一段时间后光敏剂大量聚积于皮损内,此时予以特定波长的光照射病灶,可促进光敏剂吸收光能,引起光化学反应,选择性破坏或根除病灶。正常组织几乎不吸收光敏剂,光敏剂浓度低,故而较为安全^[3]。rhIFN α -2b 是一种外用干扰素制剂,可充分发挥抗病毒与免疫调节作用,通过与疣体细胞表面受体结合,增强 T 细胞、NK 细胞活动度,产生多种抗病毒蛋白,

激活细胞免疫,发挥免疫功能,于 ALA-PDT 后应用,能清除病灶,促进疣体细胞凋亡,降低复发风险^[4, 5]。本研究结果显示,联合组总有效率高于对照组,复发率低于对照组 ($P < 0.05$),表明 rhIFN α -2b 凝胶联合 ALA-PDT 能提高 CA 患者治疗的效果,降低复发。此外,本研究结果发现,两组不良反应发生率比较,无显著性差异 ($P > 0.05$),提示增加 rhIFN α -2b 凝胶未明显增加不良反应,安全性好。

综上所述, rhIFN α -2b 凝胶联合 ALA-PDT 应用于 CA 患者,疗效显著,可降低复发率,且未增加不良反应发生风险。

参考文献:

- [1] 翁讯, 张璃. CO₂ 激光联合阿维 A 治疗复发性尖锐湿疣的疗效分析 [J]. 中国药物与临床, 2019, 19(11): 1828-1829.
- [2] 张娟. 5-氨基酮戊酸光动力疗法联合微波治疗尖锐湿疣临床观察 [J]. 山西医药杂志, 2018, 47(11): 1318-1320.
- [3] 潘慧仙, 李军华, 诸靖宇, 等. 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗复发性尖锐湿疣的疗效观察 [J]. 浙江医学, 2019, 41(7): 686-687+690.
- [4] 张怡, 郭振生, 杨春. 重组人 α -2b 干扰素凝胶对尖锐湿疣患者免疫功能及炎症指标的影响 [J]. 海南医学, 2019, 30(23): 3015-3017.
- [5] 张海燕, 郑美云, 令狐华. 重组人干扰素 α -2b 凝胶联合光动力对外阴尖锐湿疣患者的疗效观察 [J]. 中国性科学, 2019, 28(1): 125-128.

(上接第 350 页)

- [19] Nimmrich S, Horneff G. Incidence of herpes zoster infections in juvenile idiopathic arthritis patients [J]. Rheumatology international, 2015, 35(3): 465-470.

- [20] Bhatnagar A, Tomlins P, Parulekar M V. Role of polymerase chain reaction in early diagnosis of herpes zoster ophthalmicus in children [J]. Journal of AAPOS, 2009, 13(2): 213-214.

ALA-PDT 联合卡介菌多糖核酸肌注治疗尖锐湿疣的效果观察

蒋金毛, 夏武昌

(江苏省靖江市疾病预防控制中心, 江苏 泰州 214500)

【摘要】 目的 观察尖锐湿疣患者进行 ALA-PDT 联合卡介菌多糖核酸肌注治疗的临床疗效。**方法** 应用随机抽样法将某疾控中心治疗的 45 例尖锐湿疣患者分为两组, 对照组行 ALA-PDT 治疗, 研究组行 ALA-PDT 与卡介菌多糖核酸肌注治疗, 对比两组治疗前后血清 T 细胞亚群水平、血清 NGF 水平、不良反应情况、疾病复发情况。**结果** 治疗后 3 个月时研究组患者 CD_3^+ 水平、 CD_4^+ 水平、 CD_4^+/CD_8^+ 比值均高于对照组 ($P < 0.05$), 而 CD_8^+ 水平低于对照组 ($P < 0.05$); 研究组患者治疗总有效率为 95.45% (21/22) 显著高于对照组 73.91% (17/23), 研究组复发率为 0% (0/22) 显著低于对照组 17.39% (4/23) ($P < 0.05$)。

结论 尖锐湿疣患者采用 ALA-PDT、卡介菌多糖核酸肌注联合治疗效果明显, 具有一定的临床应用价值。

【关键词】 尖锐湿疣; ALA-PDT; 卡介菌多糖核酸; 治疗

中图分类号: R751.05; R758.5³ 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.016

尖锐湿疣属于常见的性传播疾病。近年来, 该疾病的发病率呈逐年上升趋势, 已经成为性病临床研究工作所高度关注的问题之一^[1]。当前, 临床针对尖锐湿疣主要采用 5-氨基酮戊酸光动力疗法 (ALT-PDT) 进行治疗, 虽具有一定效果, 但也具有一定的局限性^[2]。随着临床研究工作深入, 有报道表示, 尖锐湿疣的发生、转归与患者机体免疫功能有一定关系^[3]。卡介菌多糖核酸属于一种多糖核酸类物质, 在加强细胞免疫、体液免疫方面效果理想, 用来治疗尖锐湿疣具有较好效果。本次研究对收治的尖锐湿疣患者行 ALA-PDT 联合卡介菌多糖核酸肌注治疗, 观察疗效及血清 T 细胞亚群的变化, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2017 年 1 月至 2019 年 12 月在本疾控中心接受治疗的尖锐湿疣患者。纳入标准: ①符合尖锐湿疣确诊标准^[4], 病理学检验确诊; ②年龄 18 岁以上; ③参与本次研究前 3 个月内未接受全身免疫治疗或局部免疫治疗者; ④了解研究内容自愿加入。排除标准: ①自身免疫系统缺陷; ②心肝肾等功能严重性功能异常; ③体质过敏; ④对本次研究所用药物有相关禁忌或过敏; ⑤妊娠期或哺乳期女性; ⑥其他传播性疾病、恶性肿瘤等。使用随机抽样法将其分为两组, 对照组 23 例患者中, 男 13 例, 女 10 例, 年龄 (22 ~ 59) 岁, 平均年龄 (38.10 ± 2.40) 岁, 病程 (2 ~ 15) 个月, 平均病程 (7.1 ± 1.40) 个月, 皮损数 (3 ~ 14) 个, 皮损数均值 (6.60 ± 1.90) 个, 皮损部位: 女性外阴部位 4 例, 女性阴道内 6 例, 男性生殖器表面 10 例, 尿道口 3 例; 研究组 22 例患者中男 12 例, 女 10 例, 年龄 (22 ~ 60) 岁, 平均年龄 (38.50 ± 2.50) 岁, 病程 (2 ~ 16) 个月, 平均病程 (7.50 ± 1.50) 个月, 皮损数 (3 ~ 15) 个, 皮损数均值 (7.05 ± 1.95) 个; 皮损部位: 女性外阴部位 5 例, 女性阴道内 5 例, 男性生殖器表面 8 例, 尿道口 4 例。两

组患者一般资料差异不明显 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经院伦理委员会审核同意。

1.2 方法 对照组接受 ALA-PDT 治疗。护士根据患者皮损位置面积使用生理盐水配置浓度 20% ALA (宝鸡市方晟生物开发有限公司, 国药准字 H54170027) 溶液备用; 皮损位置常规消毒处理, 再将配置成的 20% 的 ALA 在患处均匀涂抹, 使用保鲜膜做避光封包处理, 药物作用 3h 左右后将患处暴露。使用半导体激光照射, 波长为 632.08nm, 光斑直径为 2cm, 能量密度保持在 100J/cm, 每次照射 (20 ~ 40) min, 1 周照射 1 次, 持续 4 次。

研究组患者行 ALA-PDT (照射方法同对照组) 联合卡介菌多糖核酸 (湖南斯奇生物制药有限公司, 国药准字 S20020019) 治疗。肌注卡介菌多糖核酸, 隔日注射 1 次, 每次 1mg, 持续治疗 3 个月。

1.3 观察指标 ①两组患者治疗前后对比血清 T 细胞亚群水平。使用自动多色分析流式细胞仪对患者血清 T 细胞亚群水平进行检测。指标包括 CD_3^+ (人体总 T 细胞)、 CD_4^+ (T 辅助细胞)、 CD_8^+ (T 抑制细胞)、 CD_4^+/CD_8^+ 比值。②临床疗效: 痊愈: 治疗后疣体彻底消失, 皮损均恢复, 治疗后 ≥ 6 个月无新发皮损; 显效: 皮损面积减少 ≥ 80%, 疣体清除 > 90%; 有效: 治疗后患者皮损面积减少 40% ~ 79%, 疣体清除 50% ~ 79%; 无效: 治疗后无任何变化。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) ÷ 总病例数 × 100%, 并对比 6 个月后疾病复发情况。

1.4 统计学分析 数据均用 SPSS 20.0 软件分析。计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验; 计数资料用 (%) 表示, 行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后血清 T 细胞亚群水平比较 治疗前两组 CD_3^+ 水平、 CD_4^+ 水平、 CD_4^+/CD_8^+ 比值差异不明

显,无统计学意义,治疗后 3 个月时研究组患者 CD_3^+ 水平、 CD_4^+ 水平、 CD_4^+/CD_8^+ 比值均高于对照组 ($P < 0.05$),而 CD_8^+ 水平低于对照组 ($P < 0.05$),详见表 1。
2.2 有效率及疾病复发率比较 研究组患者治疗总有效率为 95.45% (21/22) 显著高于对照组 73.91%

(17/23),研究组复发率为 0% (0/22) 显著低于对照组 17.39% (4/23) ($P < 0.05$) 详见表 2。

3 讨论

尖锐湿疣是指患者皮损部位的良性增生物,高危型病情发展同多种类型的生殖系统肿瘤的发生、发

表 1 两组患者对比治疗前后血清 T 细胞亚群水平 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	CD_3^+		CD_4^+		CD_8^+		CD_4^+/CD_8^+	
		治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月	治疗前	治疗 3 个月
对照组	23	61.66±9.61	64.24±7.17	33.65±7.20	36.81±6.30	29.87±6.85	29.32±8.13	1.12±0.57	1.31±0.44
研究组	22	61.64±9.63	67.79±8.22	33.63±7.22	40.37±6.95	29.88±6.84	25.26±6.50	1.10±0.59	1.59±0.65
t		0.007	1.546	0.009	1.802	0.005	1.845	0.116	1.699
P		0.994	0.000	0.993	0.000	0.996	0.000	0.908	0.000

表 2 两组患者治疗有效率及疾病复发率 (n, %)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	复发率
对照组	23	2 (8.696)	8 (34.78)	7 (30.43)	6 (26.09)	17 (73.91)	4 (17.39)
研究组	22	17 (77.27)	3 (13.64)	1 (4.56)	1 (4.56)	21 (95.45)	0 (0.00)
χ^2		—	—	—	—	3.972	4.199
P		—	—	—	—	0.046	0.040

展、预后有着密切关系^[5]。过往针对尖锐湿疣多使用电灼、冷冻及 CO_2 激光照射等方法进行治疗,虽然取得一定疗效,但是上述治疗方法均为侵袭性治疗。尤其是针对男性患者,因其尿道解剖学的特殊性,局部神经丛丰富、血管丰富,上述治疗方式治疗后极易出现术后感染、尿道狭窄、组织缺损等多种不良后果,对患者生理、心理健康会造成影响,患者存在一定抵触情绪,且整体治疗效果并不突出^[6]。

此次研究显示,治疗后 3 个月时研究组患者 CD_3^+ 水平、 CD_4^+ 水平、 CD_4^+/CD_8^+ 比值均高于对照组 ($P < 0.05$),而 CD_8^+ 水平低于对照组 ($P < 0.05$)。结果提示,尖锐湿疣患者接受 ALA-PDT 联合卡介菌多糖核酸治疗,在改善患者血清 T 细胞亚群水平方面效果理想。分析认为,目前国内针对尖锐湿疣主要通过 ALA-PDT 治疗,该治疗结合光敏剂、对应光源,促使大量的单态氧与自由基产生,通过细胞坏死与凋亡对靶细胞进行灭杀,起到治疗疾病的目的^[7]。ALA-PDT 疗法治疗尖锐湿疣具有以下几方面优势:首先,良好的治疗靶向性,对病变组织可选择性地进行破坏,病变周围组织的损伤性较小;其次,在足够的光照强度照射下与一定浓度的光敏剂结合,才可促发光敏剂动力学反应,因此毒性极小。卡介菌多糖核酸属于一种免疫调节剂,可有效调节机体免疫功能,对机体免疫系统失衡能够有效纠正,对 T 淋巴细胞生成、干扰素生成均有较好的诱导作用,使机体免疫力得到增强,有效预防疾病复发;同时可将单核-巨噬细胞功能激活,提高中性粒细胞活性,让机体消除人乳头瘤的能力提高,

利于增强治疗效果^[8]。此次另项研究显示,研究组患者治疗总有效率为 95.45% (21/22) 显著高于对照组 73.91% (17/23),研究组复发率为 0% (0/22) 显著低于对照组 17.39% (4/23) ($P < 0.05$)。结果提示,将 ALA-PDT 作为基础治疗,联合肌注使用卡介菌多糖核酸疗效显著,应用后可有效减少疾病的复发。

综上所述,尖锐湿疣患者接受 ALA-PDT、卡介菌多糖核酸肌注联合治疗;临床治疗效果显著,具有较高临床应用价值。

参考文献:

- [1] 王东,王珺,任凯芳,等. ALA-PDT 疗法联合卡介菌多糖核酸肌内注射治疗 46 例尖锐湿疣患者的中期随访研究及血清 NGF、T 细胞亚群水平分析 [J]. 中国性科学, 2019,28(3):127-131.
- [2] 贺迎霞,张庆田,王冬梅,等. 重组人干扰素 α -2b 凝胶联合 ALA-PDT 疗法对尖锐湿疣患者血清 T 细胞亚群、GM-CSF 水平变化及生活质量的影响 [J]. 中国性科学, 2019,28(1):131-135.
- [3] 王万伟,薛世彦. ALA-PDT 联合 CO_2 激光治疗女性尖锐湿疣的疗效及对生活质量的影响 [J]. 中国医师杂志, 2019,21(12):1884-1887.
- [4] 杨自荣,陈卫卫. ALA-PDT 联合氩离子束凝固术对女性外阴巨大尖锐湿疣的临床疗效探究 [J]. 中国性科学, 2018,27(9):113-115.
- [5] 尹光文,刘聪,王小云,等. 氨基酮戊酸-光动力学疗法对尖锐湿疣组织中血管内皮生长因子和增殖细胞核抗原表达的影响 [J]. 中华皮肤科杂志, 2020,53(1):48-50.
- [6] 毛辉,叶敏欢. CO_2 激光联合 ALA-PDT 治疗男性尿道内尖锐湿疣的临床研究 [J]. 中国性科学, 2018,24(3):78-80.
- [7] 潘慧仙,李军华,诸靖宇,等. 5-氨基酮戊酸光动力学疗法治疗复发性尖锐湿疣的疗效观察 [J]. 浙江医学, 2019,41(7):78-79.
- [8] 陈爱丽. CO_2 激光联合中药坐浴治疗妊娠期尖锐湿疣疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2020,42(2):214-216.

CO₂激光联合胸腺法新治疗尖锐湿疣疗效分析

时晓玉, 王康民, 于小璇

(郑州颐和医院皮肤科, 河南 郑州 450003)

【摘要】 目的 观察 CO₂ 激光联合胸腺法新治疗尖锐湿疣的临床有效性。**方法** 选取 2018 年 1 月至 2019 年 10 月期间在某医院治疗的 62 例尖锐湿疣患者, 随机分为对照组 (30 例) 和治疗组 (32 例)。对照组行 CO₂ 激光治疗, 治疗组在对照组基础上增加胸腺法新治疗, 观察两组病灶清除效果及临床有效性, 并对比两组并发症及血清炎症因子情况。**结果** 治疗组疗效 (93.75%) 显著优于激光组 (73.33%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组治疗后并发症发生率 (9.38%) 显著低于对照组 (30.00%), 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前两组 TNF- α 、IL-6、IL-8 水平均无显著性差异, 治疗后, 治疗组 TNF- α (176.69 ± 28.67) fmol/ml 高于对照组 (102.03 ± 18.69) fmol/ml; IL-6 (76.38 ± 16.03) Pg/L 和 IL-8 (70.52 ± 11.05) Pg/L 指标水平显著低于对照组 (125.02 ± 23.43) Pg/L、(98.69 ± 12.63) Pg/L, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** CO₂ 激光联合胸腺法新治疗, 可有效降低并发症风险, 提升抗感染效果, 提高疣病灶治疗效果, 临床应用价值较高。

【关键词】 CO₂ 激光; 胸腺法新; 尖锐湿疣; 有效性; 炎症因子

中图分类号: R751.05; R758.5³ 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.017

尖锐湿疣是一种常见的性传播疾病, 其病因主要为人乳头瘤病毒感染, 该病的危害较大, 难治愈、易复发, 是我国性传播疾病监控与管理的重点和难点^[1]。尖锐湿疣的临床治疗措施, 包括物理疗法、手术切除、局部用药等, 但是该病难治愈、易复发, 且缺乏特效药物^[2]。CO₂ 激光是尖锐湿疣治疗的常用方法, 但是其疗效仍有待提升。胸腺法新是人体内存在的一种胸腺肽类物质, 可有效增强人体免疫功能, 广泛应用于乙型肝炎病毒感染辅助治疗中, 近年来开始应用于尖锐湿疣辅助治疗中, 但是其疗效尚不明确。为此, 本次研究选取 2018 年 1 月至 2019 年 10 月期间在本院治疗的 62 例尖锐湿疣患者, 对比分析了 CO₂ 激光联合胸腺法新治疗方案的应用效果, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取 2018 年 1 月至 2019 年 10 月期间在本院治疗的 62 例尖锐湿疣患者, 随机分为对照组 (30 例) 和治疗组 (32 例)。治疗组男 19 例, 女 13 例, 年龄 (19 ~ 52) 岁, 平均 (35.62 ± 16.42) 岁, 病程 (1 ~ 7) 个月, 平均 (4.82 ± 2.16) 个月; 对照组男 18 例, 女 12 例, 年龄 (19 ~ 51) 岁, 平均 (35.02 ± 15.96) 岁, 病程 (1 ~ 7) 个月, 平均 (5.02 ± 1.96) 个月。两组在一般资料方面差异不显著 ($P > 0.05$), 具有可比性。本研究经本院伦理委员会批准通过。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: ① 经临床检查和醋酸白试验确诊为尖锐湿疣; ② 病变集中在外阴部; ③ 患者自愿参与本次研究, 并签署知情同意书。排除标准: ① 入组前 4 周实施抗病毒、抗炎或免疫治疗者; ② 患宫颈湿疣者; ③ 无法配合治疗者; ④ 肝肾功能严重衰竭者等。

1.3 治疗方法 对照组行 CO₂ 激光治疗: 患处消毒后, 局部麻醉 (利多卡因), 采用 CO₂ 激光治疗仪清除

疣病灶及其周围 5mm 的正常皮肤, 治疗深度为皮下 (0.3 ~ 0.5) mm, 使疣病灶及其周围组织炭化结痂, 痂皮脱落后可以长出新的皮肤, 术后疣病灶重新长出者, 重复该治疗 (1 ~ 2) 次。治疗组在对照组基础上增加胸腺法新治疗: 注射用胸腺法新 (Patheon Italia S.p.A, 注册证号 H20171177), 1.6mg/ 次, 每隔 3d 注射 1 次, 持续治疗 8 次。

1.4 观察指标

1.4.1 治疗效果评估 两组患者治疗后 1 个月按病变清除率 = (完全清除数量 ÷ 疣总数) × 100.00% 统计疗效, 同时观察患者临床症状、体征改善情况。评估治疗效果: 治愈, 疣病变全部清除, 局部外观恢复正常, 6 个月内未复发; 显效, 疣病变清除率 > 60%, 局部外观复常或显著改善, 6 个月内复发者; 有效, 疣病变清除率 30% ~ 59%, 局部外观改善; 无效, 未达到上述指标或疣病变增加者。总有效率 = (样本数 - 无效) ÷ 总数 × 100%^[3]。

1.4.2 并发症监测 统计两组患者治疗期间是否出现瘢痕、出血、色素沉着等并发症, 对比两组发生率。

1.4.3 血清炎症因子比较 治疗前和结束后两组患者均采集外周血样, 检测白细胞介素 -6 (IL-6)、白细胞介素 -8 (IL-8)、肿瘤坏死因子 (TNF- α) 变化情况。

1.5 统计学方法 本次研究采用 SPSS 20.0 统计软件分析所有数据, 以 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 并采用 t 检验; 计数资料以 ($n, \%$) 表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 治疗组 32 例, 治愈 11 例, 显效 12 例, 有效 7 例, 无效 2 例, 总有效率 93.75% (30/32); 对照组 30 例, 治愈 4 例, 显效 10 例, 有效 8 例, 无效 8 例, 总有效率 73.33% (22/30), 治疗组疗效优于对照

组,差异具有统计学意义 ($X^2=6.712$, $P < 0.01$)。

2.2 治疗后并发症比较 对照组治疗后出现瘢痕形成者 2 例,出血 1 例,色素沉着 4 例,疼痛 2 例;治疗组出现瘢痕形成者 1 例,出血 1 例,色素沉着 1 例。治疗组治疗后并发症发生率 (9.38%) 显著低于对照组 (30.00%),差异具有统计学意义 ($X^2=5.689$, $P < 0.05$)。

2.3 血清炎症因子指标水平比较 治疗前两组 TNF- α 、IL-6、IL-8 指标均无显著性差异,治疗后,两组的上述指标均有不同程度的下降,组间比较差异显著,均有统计学意义。详见表 1。

3 讨论

尖锐湿疣为人乳头瘤病毒感染引发的传染性疾病,该病原体与宫颈癌等生殖系统恶性肿瘤密切相关,

表 1 血清炎症因子指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

分组	TNF- α (fmol/ml)		IL-6 (Pg/L)		IL-8 (Pg/L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	338.65 $\pm$ 41.03	176.69 $\pm$ 28.67	178.79 $\pm$ 23.05	76.38 $\pm$ 16.03	269.61 $\pm$ 45.23	70.52 $\pm$ 11.05
对照组	340.21 $\pm$ 36.05	102.03 $\pm$ 18.69	179.14 $\pm$ 24.67	125.02 $\pm$ 23.43	269.02 $\pm$ 44.96	98.69 $\pm$ 12.63
<i>t</i>	0.636	13.719	0.431	20.862	0.131	14.231
<i>P</i>	0.562	0.000	0.573	0.000	0.869	0.000

需尽早干预治疗。当前,临床尚无可靠的抗病毒药物,同时也缺乏治疗人乳头瘤病毒的高效疗法。免疫疗法、切除、局部治疗等常规治疗措施的疗效有限,复发率较高,且多具有创伤性,治疗效果不佳。CO₂ 激光是一种临床常用的尖锐湿疣病灶清除方式,但是较多患者的疗效仍不理想,且存在较高的并发症风险,亟待改善^[4]。

胸腺法新是一种天然的免疫系统增强剂,可提升机体免疫应答,主要应用于免疫功能损害者或慢性乙型肝炎患者,但是近年来其使用范围逐渐扩大,广泛应用于病毒、细菌感染辅助治疗中,通过免疫增强作用提升抗感染效果。胸腺法新相关文献报道显示,其临床应用已经超出说明书适应症范围,可应用于说明书建议以外的其他病毒感染治疗,临床应用效果较好,但是其治疗尖锐湿疣文献报道较少;尖锐湿疣临床治疗相关文献报道显示,胸腺法新可提升尖锐湿疣病灶清除效果,总有效率可达到 80%~95%,而单纯 CO₂ 激光总有效率仅为 60%~80%,CO₂ 激光联合胸腺法新的临床有效性良好,但有待进一步明确^[5、6]。本次研究也发现,CO₂ 激光联合胸腺法新组尖锐湿疣疗效 (93.75%) 显著优于 CO₂ 激光组 (73.33%),可知联合胸腺法新治疗可有效提升疗效。追踪两组患者炎症因子变化也显示,治疗后,治疗组

TNF- α 指标降幅不及对照组,但是 IL-6 和 IL-8 指标水平显著低于 CO₂ 组,可知联合胸腺法新治疗可有效降低血清炎症因子水平,对患者炎症反应控制效果更佳,抗感染效果较好。此外,本次研究还发现,治疗组治疗后并发症发生率 (9.38%) 显著低于对照组 (30.00%),提示 CO₂ 激光联合胸腺法新治疗可有效降低 CO₂ 激光后并发症风险,有助于改善患者预后,疗效可靠。

综上所述,CO₂ 激光联合胸腺法新治疗方法可有效降低并发症风险,提升抗感染效果,提高疣病灶治疗效果,临床应用价值较高。

参考文献:

- [1] 李涛. 胸腺肽肠溶胶囊联合 CO₂ 激光治疗尖锐湿疣的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2018,3(5):36-37.
- [2] 何晶. CO₂ 激光 + 重组人干扰素 α -2b 凝胶治疗女性生殖器尖锐湿疣的临床评价 [J]. 中国医疗器械信息, 2019,25(24):78-79.
- [3] 张莹. CO₂ 激光结合不同剂量重组人干扰素 α -1b 治疗尖锐湿疣疗效对比 [J]. 中国烧伤创疡杂志, 2020,32(2):135-138.
- [4] 刘亚美, 谌素素, 曹育春. CO₂ 激光治疗的时序选择对尖锐湿疣疗效的影响 [J]. 华中科技大学学报 (医学版), 2018,47(4):90-93.
- [5] 蔡青青, 沈赞, 吴薇. 注射用胸腺法新的超说明书使用分析 [J]. 药学与临床研究, 2019,27(3):221-223.
- [6] 陈爱丽. CO₂ 激光联合中药坐浴治疗妊娠期尖锐湿疣疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2020,42(2):214-216.

米诺环素联合裸花紫珠治疗痤疮的疗效及不良反应分析

叶巧园¹, 江浩波², 王琳²

(1. 广东医科大学第二临床医学院皮肤性病学教研室, 广东 东莞 523808; 2. 中山大学附属东华医院皮肤科, 广东 东莞 523110)

【摘要】 目的 分析痤疮应用米诺环素联合裸花紫珠胶囊治疗的效果及不良反应。**方法** 将2017年6月至2018年6月作为研究时段, 选择此时段某医院收治的82例痤疮患者, 将其随机分为对照组(41例)、治疗组(41例)。给予对照组米诺环素治疗, 给予治疗组米诺环素联合裸花紫珠胶囊治疗, 分析两组治疗总有效率、不良反应、皮损评分指数、复发率。**结果** 治疗总有效率对比显示治疗组高于对照组($P < 0.05$); 皮损评分指数、复发率对比显示治疗组低于对照组($P < 0.05$); 两组患者均出现局部红斑、瘙痒、干燥等不良反应, 经正确处理, 不良反应均消失, 且不会影响治疗效果, 组间对比差异不明显($P > 0.05$)。**结论** 在痤疮患者的临床治疗中, 应用米诺环素联合裸花紫珠胶囊治疗效果显著, 既可改善皮损情况, 又可降低复发率, 临床应用价值较高, 值得推广。

【关键词】 痤疮; 米诺环素; 裸花紫珠胶囊; 治疗效果; 不良反应

中图分类号: R751.05; R758.73⁺3 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.018

痤疮是指毛囊皮脂腺的一种慢性炎症性皮肤病, 好发于青少年, 临床表现为面部出现粉刺、丘疹、脓疱、结节等多形性皮损, 主要与毛囊皮脂腺导管堵塞、皮脂分泌过多、细菌感染、炎症反应等因素密切相关。当患者进入青春期后, 人体雄激素会迅速升高, 从而促使皮脂腺产生大量的皮脂, 再加上毛囊皮脂腺导管角化出现异常, 阻碍皮脂排出, 形成粉刺, 对患者身心健康造成严重影响。在临床治疗中, 多采用药物治疗, 其中米诺环素、裸花紫珠胶囊较为常用, 但由于不同药物所产生的药效不同, 故治疗效果也有所不同。本次研究基于以上背景, 分析痤疮应用米诺环素联合裸花紫珠胶囊治疗的效果及不良反应, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 基本资料 将2017年6月至2018年6月作为研究时段, 选择此时段82例本院收治的痤疮患者, 所有患者均符合痤疮诊断标准。将82例患者随机分为对照组(41例)、治疗组(41例)。对照组男21例, 女20例, 年龄(14~32)岁, 平均年龄(23.5 ± 6.0)岁, 病程(0.8~3.5)年, 平均病程(2.2 ± 1.0)年, 其中重度15例、中度26例; 治疗组男22例, 女19例, 年龄(14~33)岁, 平均年龄(24.0 ± 6.2)岁, 病程(0.9~4.0)年, 平均病程(2.5 ± 1.3)年, 其中重度16例、中度25例。将两组患者年龄、病程等基线资料进行对比分析, 差异不明显($P > 0.05$)。纳入标准: ①所有患者均为脓疱、丘疹、囊肿、结节炎症性皮损; ②均签署知情同意书者。排除标准: ①药物引起的痤疮; ②化学物质引起的痤疮; ③药物禁忌症者; ④心、肝、肾功能异常者; ⑤孕妇及哺乳者;

⑥不愿参与研究者^[1]。

1.2 方法 两组患者入院后, 完善相关检查, 确诊病情后, 对照组应用米诺环素(惠氏制药有限公司, 国药准字H10960010)治疗, 口服, 每次100mg, 1次/d^[2]。治疗组在对照组治疗基础上联合裸花紫珠胶囊(江西杏林白马药业有限公司, 国药准字Z20063569)治疗, 口服, 每次(2~3)粒, (3~4)次/d^[3]。两组患者均连续治疗28d。

1.3 分析指标 分析两组治疗总有效率、不良反应、皮损评分指数、复发率(治疗6个月后)。治疗总有效率评价标准: 治疗后, 患者的皮肤破损全部消退, 临床症状及体征全部消失为治愈; 治疗后, 患者的皮肤破损消退程度 $> 70\%$, 临床症状及体征基本消失为显效; 治疗后, 患者皮肤破损消退程度在 $50\% \sim 70\%$ (包括 50%)为有效; 治疗后, 临床症状及体征、皮损程度较治疗前无变化, 同时还存在不同程度的加重趋势为无效。治愈率+显效率+有效率=治疗总有效率。皮损评分=炎性皮损数量+皮损程度, 皮损评分越低证明治疗效果越好, 总分为10分。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0的统计学软件分析统计本文研究数据, 计量资料(皮损评分指数)采用($\bar{x} \pm s$)表示、 t 检验; 计数资料(治疗总有效率、不良反应、复发率)采用($n, \%$)表示, χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示两组间的数据具有明显的差异, 具有统计学意义。

2 结果

2.1 比较治疗总有效率 治疗组41例, 治愈29例(70.00%), 显效6例(14.60%), 有效4例(9.80%),

无效2例(4.90%),总有效率为95.10%(39/41);对照组41例,治愈23例(56.10%),显效5例(12.20%),有效4例(9.80%),无效9例(22.00%),总有效率为78.0%(32/41)。治疗总有效率对比,治疗组高于对照组,差异具有统计学意义($X^2=5.1447$, $P<0.05$)。

2.2 皮损评分比较 治疗后,治疗组皮损评分指数(5.1 ± 2.3)分,对照组皮损评分指数(7.2 ± 2.3)分,组间对比差异较明显($t=4.1340$, $P=0.0001$)。

表1 两组临床有效率比较(n, %)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (n=41)	23 (56.10)	5 (12.20)	4 (9.80)	9 (22.00)	78.0 (32/41)
治疗组 (n=41)	29 (70.00)	6 (14.60)	4 (9.80)	4 (4.90)	95.1 (39/41)
X^2	5.1447				
P	< 0.05				

2.3 复发率比较 治疗6个月后,治疗组复发患者3例,复发率为7.3%(3/41);对照组复发患者11例,复发率为26.8%(11/41),组间对比差异较明显($X^2=5.5126$, $P=0.0189$)。

2.4 不良反应发生率比较 治疗组出现局部红斑1例、瘙痒1例、干燥2例,不良反应发生率为9.8%(4/41);对照组出现局部红斑2例、瘙痒2例、干燥2例,不良反应发生率为14.6%(6/41)。所有不良反应经正确处理,可有效缓解,且不会影响治疗效果,组间对比差异不明显($X^2=0.4556$, $P=0.4997$)。

3 讨论

痤疮是一种与性腺内分泌功能失调有关的皮脂腺、毛囊慢性炎症性皮肤病,在皮肤科属于常见病、多发病,好发于青壮年时期^[4]。痤疮的发病与局部免疫或人体全身免疫有直接的关系,主要表现在细胞免疫与体液免疫共同作用于痤疮炎症反应发生的病理过程。随着人们生活习惯的不断变化,脂肪酸的日益增加、异常角化、炎症反应、微生态失常等均会引发痤疮。在临床治疗上,主要以杀灭痤疮丙酸杆菌、减轻炎症、减少皮脂分泌、溶解毛囊角栓等为治疗原则。目前,临床常用药物治疗,常规药物长期应用后,会增加耐药性,且对患者皮肤屏障功能产生损伤,严重时还会造成肝、肾功能的损伤,降低患者治疗依从性,从而影响治疗及预后效果。因此,寻找有效的治疗措施至关重要。临床实践表明,米诺环素联合裸花紫珠胶囊治疗痤疮,效果显著,且不良反应较少,可促使患者病情尽快恢复。

米诺环素是一种新型的半合成四环素类药物,具有广谱、高效的抗菌活性,在痤疮治疗中对痤疮内的丙酸杆菌产生较高的抗菌作用。同时,此药物还具有较高的亲脂性,能快速进入痤疮病皮脂下组织中,从而抑

制皮脂的分泌,降低皮肤中游离脂肪酸水平,抑制补体C₃系统的同时,还可对中性粒细胞的趋化作用产生抑制效果,从而缓解局部炎症,达到治疗痤疮的目的^[5,6]。裸花紫珠胶囊中的裸花紫珠属于马鞭草科小灌木植物,其上的花、皮、叶、根、茎均可有效作为药材入药,可发挥清热解毒、止血、凉血的功效;同时,裸花紫珠能明显抑制二甲苯引发的耳廓肿胀及角叉菜引发的足跖肿胀现象,从而发挥较高的抗炎作用;裸花紫珠还可增加碳粒廓指数,有效增强患者机体的免疫力^[7,8]。裸花紫珠片可在一定程度上发挥抑菌作用,即抑制伤寒沙门氏菌、金黄色葡萄球菌、炎球菌等,增加冰醋酸引发的腹部毛细血管通透性^[9,10]。由此可知,裸花紫珠胶囊具有较高的抗菌消炎药性,具有广泛的药理作用。米诺环素联合裸花紫珠胶囊联合治疗痤疮具有较高的协同作用,可进一步提高治疗效果。故本次研究显示:治疗组治疗总有效率为95.1%、对照组为78.0%, $P<0.05$ 。治疗后,可发挥较高的药物作用,缩短药物起效时间,使患者皮损快速缓解。治疗组皮损评分明显低于对照组, $P<0.05$ 。联合治疗后,在抗菌的过程中,快速改善患者临床症状,进一步提高治疗效果,对病灶进行根治,进一步降低复发率。治疗组复发率为9.8%、对照组为14.6%, $P<0.05$ 。两组患者在治疗过程中出现的不良反应经有效处理后,均可有效缓解,用药安全性较高。

综上所述,痤疮应用米诺环素联合裸花紫珠胶囊治疗,效果显著且不良反应较少,安全性较高,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 陈伟, 吴一菲. 裸花紫珠片联合夫西地酸软膏治疗寻常型痤疮临床观察[J]. 皮肤病与性病, 2015, 37(5): 284-286.
- [2] 范宏生, 廖志霖. 清热消炎宁胶囊合裸花紫珠片治疗痤疮60例[J]. 中国民族民间医药, 2017, 26(6): 86-87.
- [3] 胡文斌, 钱武. 裸花紫珠胶囊联合姜黄搽剂治疗痤疮45例疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2013, 13(1): 44-45.
- [4] 方陶, 李汝珊. 裸花紫珠胶囊内服外擦治疗痤疮60例疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2014, 14(12): 67.
- [5] 陈文慧, 刘乐, 曹煜. 黄地养阴颗粒联合米诺环素胶囊治疗中重度痤疮[J]. 贵阳医学院学报, 2016, 41(1): 118-120.
- [6] 陈鹏, 刘海青, 李芳. UPLC法测定黄地降糖胶囊中盐酸小檗碱的含量[J]. 陕西中医, 2017, 38(9): 1301-1302.
- [7] 徐晓云, 章伟, 吴琰瑜, 等. 果酸治疗寻常痤疮疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2015(1): 47-49.
- [8] 岳振. 595nm脉冲染料激光联合米诺环素治疗轻中度玫瑰痤疮的效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(16): 2918-2919.
- [9] 谢顺珍, 邓微, 米宁, 等. 盐酸米诺环素联合壬二酸凝胶治疗玫瑰痤疮的疗效观察及安全性评价[J]. 北方药学, 2020, 17(8): 136-138.
- [10] 张任贤, 陈碧秀. 米诺环素联合光动力治疗重度痤疮疗效分析[J]. 中外医疗, 2019, 38(34): 89-91.

手术联合 CO₂ 点阵激光、硅胶瘢痕贴治疗增生性瘢痕的疗效观察

吴树毅¹, 何仁亮^{2*}, 黄桃源², 朱定衡², 敖 贤²

(1. 中山市中医院皮肤科, 广东 中山 528400; 2. 南方医科大学皮肤病医院皮肤外科与皮肤肿瘤科, 广东 广州 510091)

【摘要】 目的 观察手术联合 CO₂ 点阵激光、硅胶瘢痕贴治疗增生性瘢痕的临床效果。**方法** 43 例皮肤增生性瘢痕患者随机分为 3 组, A 组 (13 例) 给予单纯手术治疗, B 组 (14 例) 手术后联合硅胶瘢痕贴外用, C 组 (16 例) 手术后每月予 CO₂ 点阵激光治疗一次及外用硅胶瘢痕贴。采用温哥华瘢痕量表 (Vancouver Scar Scale, VSS) 对三组治疗前和治疗后评分并分析统计, 评价疗效和记录不良反应。**结果** A、B、C 三组总有效率分别为 38.46%、64.29%、87.5%, 三组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); A、B、C 三组治疗前 VSS 评分分别为 (9.85 ± 2.51)、(8.86 ± 3.68)、(10.00 ± 3.54), 治疗后评分为 (6.92 ± 3.86)、(4.21 ± 3.62)、(4.19 ± 3.31), 三组差异无统计学意义 ($P > 0.05$); A、B、C 三组患者治疗前后 VSS 评分下降差值分别为 (2.92 ± 2.02)、(4.64 ± 1.45)、(5.81 ± 1.64), 三组差异有显著统计学意义 ($P < 0.01$), 组间比较: A 组与 B 组、B 组与 C 组差异无统计学差异 ($P > 0.05$), C 组显著高于 A 组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。皮肤浸渍是常见不良反应。**结论** 增生性瘢痕手术及时联合 CO₂ 点阵激光和硅胶瘢痕贴外用, 可有效改善瘢痕的特性, 减少瘢痕的增生, 不良反应少, 临床应用价值高。

【关键词】 增生性瘢痕; 手术; CO₂ 点阵激光; 硅胶瘢痕贴

中图分类号: R454.2; R739.5 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.019

瘢痕是创伤愈合过程的必然结果, 增生性瘢痕属于病理性瘢痕, 影响容貌, 可以出现瘙痒、疼痛等症状, 甚至发生瘢痕挛缩导致肢体的功能障碍^[1]。目前治疗方法很多, 如手术治疗、加压疗法、药物注射、激光治疗、放射治疗等, 但因增生性瘢痕发病机制复杂, 单一治疗手段疗效欠佳, 多手段综合治疗是优选治疗策略。手术具有短期见效快, 可矫正畸形及肢体功能障碍等优点, 是重要治疗手段, 但术后高复发率限制了其应用。近年来 CO₂ 点阵激光及硅胶瘢痕贴等新手段对抑制瘢痕组织增生, 促进胶原纤维重建有一定的优势^[2], 目前对手术联合两者治疗增生性瘢痕的研究较少^[3], 基于此, 本研究旨在探讨手术联合 CO₂ 点阵激光、硅胶瘢痕贴治疗增生性瘢痕的临床价值, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2019 年 1 月中山市中医院和南方医科大学皮肤病医院接收的 43 例头面部和躯干部增生性瘢痕的患者, 按完全随机分组原则分为 A、B、C 三组, A 组 13 例, B 组 14 例, C 组 16 例。A 组男 5 例, 女 8 例, 年龄 (24~60) 岁, 平均 (36.62 ± 11.48) 岁, 病灶面积 (4~11) cm², 平均 (7.15 ± 2.27) cm²; B 组男 8 例, 女 6 例, 年龄 (24~58) 岁, 平均 (38.50 ± 12.48) 岁, 病灶面积 (5~12) cm², 平均 (8.00 ± 2.35) cm²; C 组男 9 例, 女 7 例, 年龄 (22~63) 岁, 平均 (40.63 ± 13.53) 岁, 病灶面积 (5~14) cm², 平均 (7.81 ± 2.83) cm²。对比三组基础资料, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。经医学伦理委员会审核同意, 所有患者均签署知情同意书。

1.2 入选标准 纳入标准: ① 临床表现为瘢痕质

硬, 突起皮面, 充血, 潮红, 伴有瘙痒或疼痛, 牵拉瘢痕可导致周围组织移位的患者; ② 无意识障碍及其他严重性疾病者; ③ 均签署知情同意书。排除标准: ① 合并心脏或肝肾疾患、糖尿病、高血压凝血障碍、免疫性疾病及急性感染期患者; ② 对研究药物过敏的患者; ③ 剔除术后病理提示为鳞癌、隆突性皮肤纤维肉瘤等皮肤肿瘤的患者; ④ 依从性差, 不能配合研究的患者。

1.3 方法

1.3.1 A 组 依据瘢痕的形状和大小予手术切除, 彻底止血后创面予减张缝合或皮瓣修复。

1.3.2 B 组 手术治疗方法同 A 组, 待切口愈合 1 周后将硅胶瘢痕贴 (比利时 Tricolast NV 生产, 规格: 标准款, 批号 1409AN0043) 裁剪成比瘢痕稍大的尺寸, 贴于瘢痕表面, 轻轻揉按使之平整。使用过程中, (1~2) 次/d 清洗硅胶瘢痕贴, 待干后, 黏性恢复, 重新平整地粘贴在干燥、干净的瘢痕表面, 疗程 6 个月。

1.3.3 C 组 手术治疗方法同 A 组, 待切口愈合后 1 周予 CO₂ 点阵激光 (成都国雄光电技术有限公司生产, 型号 JZ-2) 治疗, 1 次/d, 根据患者术口的部位、大小设定合适的治疗参数, 能量以 (30~50) mJ/cm², 点间距为 1mm, 于术口及边缘 5mm 范围皮肤均匀扫描 (2~3) 次至治疗创面出现轻微渗血渗液, 激光术后创面常规予美宝湿润烧伤膏 (国药准字 Z20000004, 汕头市 MEBO 制药有限公司) 外涂修复。待创面表皮完整后予硅胶瘢痕贴外用, 直到下一次激光治疗, 疗程 6 个月。

1.4 评价指标 临床疗效^[4]: 根据瘢痕消退面积和症状, 采用四级评分法。痊愈、显效、有效和无效。痊愈: 消退面积 $\geq 90\%$, 无瘙痒、疼痛; 显效: $60\% \leq$

消退面积 $< 90\%$,无或偶有轻微瘙痒、疼痛;有效: $30\% \leq$ 消退面积 $< 60\%$,瘙痒、疼痛减轻;无效: 消退面积 $< 30\%$,瘙痒、疼痛等症状无缓解。总有效率= $(痊愈+显效) \div$ 总人数 $\times 100\%$ 。采用温哥华瘢痕量表(Vancouver Scar Scale,VSS)从色泽、厚度、血管分布、柔软度四方面评价瘢痕的改善情况,总分为15分,分值与瘢痕严重程度成正比。不良反应: 观察并记录三组不良反应发生的情况,包括红肿、灼热、疼痛、活动性出血、继发感染、皮肤浸渍等。

1.5 统计学处理 采用SPSS 19.0软件,计数资料以百分数表示,采用 χ^2 检验;计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;多组样本资料之间比较采用非参数检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 三组患者瘢痕情况均有改善,A、B、C三组总有效率分别38.46%、64.29%、87.5%,组间比较:A组与B组疗效相当($\chi^2=1.851, P=0.40$),B组与C组疗效相当($\chi^2=1.409, P=0.49$),C组疗效优于A组($\chi^2=6.589, P=0.04$)。详见表1。

表1 三组患者临床疗效比较($n, \%$)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率($\%$)
A组	13	2	3	4	4	38.46
B组	14	4	5	3	2	64.29
C组	16	6	8	2	0	87.50

2.2 VSS评分比较 A、B、C三组治疗前VSS评分分别为 (9.85 ± 2.51) 、 (8.86 ± 3.68) 、 (10.00 ± 3.54) ,三组差异无统计学意义($\chi^2=1.654, 5.397, P > 0.05$)。治疗后评分为 (6.92 ± 3.86) 、 (4.21 ± 3.62) 、 (4.19 ± 3.31) ,A、B、C三组患者治疗后VSS评分下降差值分别为 (2.92 ± 2.02) 、 (4.64 ± 1.45) 、 (5.81 ± 1.64) ,三组差异有显著统计学意义($\chi^2=13.112, P < 0.01$),组间比较:A组与B组、B组与C组差异无统计学差异($\chi^2=-1.993, -1.596, P > 0.05$),C组与A组差异有显著的统计学意义($\chi^2=-3.620, P < 0.01$)。详见表2。

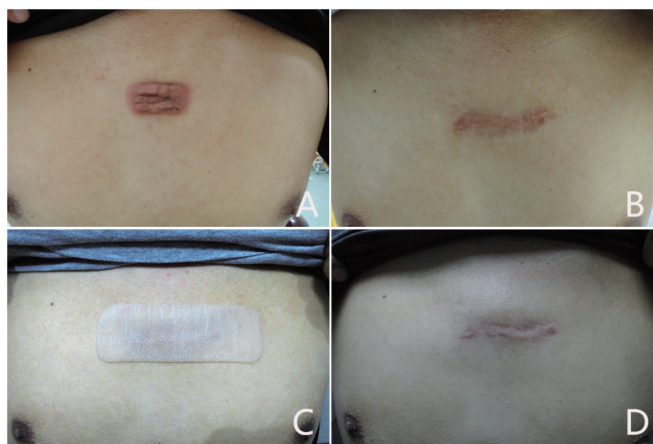
表2 三组患者治疗前后VSS评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后	治疗前后差值
A组	9.85 ± 2.51	6.92 ± 3.86	2.92 ± 2.02
B组	8.86 ± 3.68	4.21 ± 3.62	4.64 ± 1.45
C组	10.00 ± 3.54	4.19 ± 3.31	5.81 ± 1.64
χ^2	1.654	5.397	13.112
P	0.437	0.067	0.001

2.3 不良反应 治疗过程中三组患者均未出现活动性出血和继发感染,无严重不良事件出现。手术后患者有不同程度的疼痛感,均可忍受,无须药物干预可自行缓解。C组患者激光治疗有一过性的红肿灼热感,

对症治疗(3~6)h后均可自行缓解。皮肤浸渍是B组和C组患者常见的不良反应,通过减少硅胶瘢痕贴的粘贴时间可改善。

2.4 典型病例 某男,52岁,外伤后胸部增生性瘢痕伴痒痛5年,予手术切除瘢痕病灶,拆线后1周予 CO_2 点阵激光治疗每月1次,创面表皮恢复完整后持续予硅胶瘢痕贴外用,直到下一次激光治疗,共治疗6次,术后随访1年,患者胸部切口瘢痕无明显增生,颜色与周围差异不大,无痒痛不适,患者对治疗效果满意(见图1)。



A:术前;B、C:手术切除后联合 CO_2 点阵激光与硅胶瘢痕贴治疗;D:术后1年

图1 增生性瘢痕治疗前后对比

3 讨论

各种皮肤创伤均有可能诱发瘢痕形成,当胶原合成过度时可能会出现增生性瘢痕或瘢痕疙瘩,它除了影响美观,还影响机体功能。手术技术可通过皮下减张缝合、Z成形、W成形及各种皮瓣成形术改善成熟的增生性瘢痕^[5-6]。文中A组总有效率为38.46%,这表明单一手段疗效有限。三组比较,C组效果最好($P < 0.05$),但C组与B组比较、B组与A组比较疗效及VSS评分差值有提高,但组间差异无统计学意义($P > 0.05$),笔者认为三联疗法联合效果优于单一或双联疗法。临床上手术联合药物、激素封闭、放射核素等多种手段以提高疗效,但常面临皮肤萎缩、坏死或放射性皮炎等风险^[7-9],因此探索手术后预防增生性瘢痕有效又安全的方法是临床医师努力的方向。

在观察手术(A组)、手术后联合硅胶瘢痕贴外用(B组)、手术后联合 CO_2 点阵激光和硅胶瘢痕贴外用(C组)治疗增生性瘢痕的研究中,结果显示C组总有效率(87.5%)优于A组(38.46%),C组治疗前后VSS差值为 (5.81 ± 1.64) 大于A组 (2.92 ± 2.02) ,差异具有统计学意义($P < 0.05$),说明手术后联合 CO_2 点阵激光和硅胶瘢痕贴外用能有效提高增生性瘢痕的疗效及预防瘢痕的再形成。对已成形的增生性瘢痕治疗非常棘手,手术可迅速将瘢痕

病灶去除,重新塑形,将治疗的焦点转到预防干预上,降低了瘢痕的治疗难度。创伤早期应尽早开始干预,抑制和减少瘢痕形成,硅酮类制剂作为一线治疗和预防方案,通过水合作用,抑制毛细血管再生,减少毛细血管充血,减少胶原沉积,抑制瘢痕肿胀和缓解瘙痒不适,从而起到防治瘢痕的作用^[10]。Lei等^[11]报道多次CO₂点阵激光治疗能降低增生性瘢痕的VSS评分,CO₂点阵激光通过光热作用可将部分瘢痕组织消融,同时对成纤维细胞产生杀伤效应,可下调I型胶原表达,上调III型胶原的表达,改善胶原结构,强烈的光热效应可封闭瘢痕内部的微血管,改善瘢痕红斑状态^[12],从而达到改善瘢痕外观,减少瘢痕厚度,增加瘢痕柔韧度的效果。此外CO₂点阵激光可纠正细胞外基质(Extra Cellular Matrix,ECM)的代谢异常,治疗后上调基质金属蛋白酶-1的表达,加速ECM的溶解,预防增生性瘢痕的形成^[13]。基于上述理论基础,这是笔者选择硅胶瘢痕贴和CO₂激光作为手术后早期预防和治疗增生性瘢痕的依据。国外一项研究表明增生性瘢痕完全成熟时间平均在22个月或以上^[14],有学者在手术拆线后即时行CO₂点阵激光治疗,对切口瘢痕增生取得了较好的预防效果^[3],但长期疗效仍未明确,再者激光治疗的时机、能量和密度、疗程等具体参数尚无统一的意见,对于标准化指南的制定尚需要大样本的临床观察。

在不良反应观察方面,所有患者均无皮肤萎缩和凹陷,耐受性和安全性良好。因此,增生性瘢痕手术后及时联合CO₂点阵激光和硅胶瘢痕贴外用,可有效改善瘢痕的特性,减少瘢痕的增生,不良反应少,临床应用价值高。

参考文献:

- [1] Ziolkowski N,Kitto S C,Jeong D,et al.Psychosocial and quality of life impact of scars in the surgical,traumatic and burn populations:a scoping review protocol[J].BMJ open,2019,9(6):e021289.
- [2] 代强,肖蓓.早期激光干预在预防手术后瘢痕中的临床应用进展[J].中国激光医学杂志,2020,29(1):44-47.
- [3] 杨天赤,王震,李卫华.CO₂点阵激光预防面部整形术后早期切口瘢痕增生的疗效观察[J].中国美容医学,2019(4):35-38.
- [4] 林玲,张丽丹,张文君,等.超脉冲CO₂点阵激光联合曲安奈德封闭注射治疗增生性瘢痕的疗效观察[J].中国医疗美容,2020,10(2):42-45.
- [5] Ogawa R,Akaishi S,Kuribayashi S,et al.Keloids and Hypertrophic Scars Can Now Be Cured Completely:Recent Progress in Our Understanding of the Pathogenesis of Keloids and Hypertrophic Scars and the Most Promising Current Therapeutic Strategy[J].J Nippon Med Sch,2016,83(2):46-53.
- [6] 陈立彬,武晓莉,陈宗安,等.瘢痕整形手术中的减张缝合技巧[J].组织工程与重建外科杂志,2019,15(2):63-64.
- [7] 马倩玉,武晓.增生性瘢痕和瘢痕疙瘩的最新治疗进展[J].组织工程与重建外科杂志,2020,16(1):1-5.
- [8] 朱志娟,任娟,宋凤敏.高浓度曲安奈德局部注射联合手术切除对面面部瘢痕疙瘩患者VSS评分的影响[J].中国医疗美容,2020,10(5):80-83.
- [9] 魏敬军,俞平,法琼,等.³²磷联合手术切除治疗耳部瘢痕疗效分析[J].中外医疗,2017,36(16):59-61.
- [10] 张春阳,李云飞,宋静卉,等.类人胶原蛋白疤痕修复硅胶贴(可痕TM)治疗增生性瘢痕的研究[J].医药论坛杂志,2019,40(3):11-13.
- [11] Lei Y,Li S F,Yu Y L,et al.Clinical efficacy of utilizing Ultrapulse CO₂ combined with fractional CO₂ laser for the treatment of hypertrophic scars in Asians-A prospective clinical evaluation[J].J Cosmet Dermatol,2017,16(2):210-216.
- [12] Azzam O A,Bassiouny D A,El-Hawary M S,et al.Treatment of hypertrophic scars and keloids by fractional carbon dioxide laser:a clinical,histological,and immunohistochemical study[J].Lasers Med Sci,2016,31(1):9-18.
- [13] 徐晨,郭芳芳.增生性瘢痕治疗的研究进展[J].东南大学学报(医学版),2019,38(1):195-198.
- [14] Kant S, Van D K E, Colla C, et al. Duration of scar maturation: retrospective analyses of 361 hypertrophic scars over 5 years[J]. Advances in Skin & Wound Care, 2019, 32(1): 26-34.

CO₂点阵激光联合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子治疗痤疮凹陷性瘢痕的临床疗效观察

黄尾全^{*}, 黄银萍

(东莞市厚街医院皮肤科, 广东 东莞 523945)

【摘要】 目的 探讨CO₂点阵激光联合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子治疗痤疮凹陷性瘢痕的临床有效性和安全性。**方法** 76例患者分为对照组和治疗组, 对照组采用点阵激光治疗, 治疗组联合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子。**结果** 治疗组治疗有效率为92.1%, 对照组有效率为68.4%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。**结论** CO₂点阵激光联合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子治疗痤疮凹陷性瘢痕疗效确切, 安全性好, 术后恢复快。

【关键词】 痤疮瘢痕; 点阵激光; 临床疗效

中图分类号: R454.2; R758.73⁺3 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.020

痤疮是皮肤科最常见的慢性炎症性皮肤病, 好发于青少年面部、胸背部等皮脂腺分布丰富的部位, 易形成色素沉着、毛孔粗大、瘢痕样损害, 不仅影响美观, 严重的甚至可导致毁容, 给青少年造成巨大的心理压力及伤害。本研究通过对本院2016年10月至2018年9月期间门诊就诊的38例痤疮凹陷性瘢痕患者应用CO₂点阵激光联合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子进行治疗, 取得了显著疗效, 结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院皮肤科2016年10月至2018年9月期间门诊就诊的76例痤疮凹陷性瘢痕患者为研究对象。采用随机数字表法分为对照组和治疗组各38例。对照组, 男18例, 女20例, 年龄(16~31)岁, 平均年龄(19.2±5.1)岁, 病程(1~4)年, 平均病程(2.1±1.3)年, 皮损面积(24.2±10.3)cm²; 治疗组, 男15例, 女23例, 年龄(16~34)岁, 平均年龄(20.4±5.4)岁, 病程(1~6)年, 平均病程(2.2±1.8)年, 皮损面积(25.1±11.3)cm²。两组患者性别、年龄、病程和皮损面积等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①所有患者均符合痤疮诊断标准^[1]; ②凹陷性痤疮瘢痕皮损均位于患者面部, 且皮损稳定; ③Fitzpatrick皮肤分型Ⅲ~Ⅳ型; ④本研究方案均取得患者同意, 并签署激光治疗知情同意书。

1.3 排除标准 ①近半年已经接受过瘢痕注射、外科手术、化学剥脱术、填充疗法及其他激光等治疗者; ②妊娠、备孕和哺乳期妇女; ③有明显色素代谢紊乱, 如白癜风; ④瘢痕体质者; ⑤合并其他全身活动性疾病不适合激光治疗者; ⑥神经疾患或者精神异常者; ⑦局部有湿疹、带状疱疹、脓皮病等。

1.4 仪器及参数 采用CO₂点阵激光治疗仪(由吉林省科英激光技术有限责任公司生产, 型号为KLC216393A01), 光斑间距:(1~2)mm; 穿透程

度:(1~2)mm, 光斑直径:(3~5)mm; 能量密度:(45~60)MJ/cm²; 频率:300Hz; 时间间隔:0.5s。每次由同一名医生进行操作。间隔1.5个月1次, 共3次。根据患者病变范围及性状, 光斑图形以方形或圆形为主, 根据严重程度选择能量及脉宽模式。外用重组人碱性成纤维细胞生长因子溶液[盖扶, 广东省佛山市南海朗肽制药有限公司]。

1.5 治疗方法 对照组采用CO₂点阵激光治疗, 治疗组采用CO₂点阵激光联合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子治疗, 1次/d, 连用1周; 对每位就诊患者详细询问病史并记录, 每次治疗均由第三者拍照留底并进行病情评估, 告知患者术前、术中、术后注意事项, 并签署知情同意书; 治疗前, 用清水清洁患者皮肤, 外涂复方利多卡因乳膏, 外敷保鲜膜(30~60)min。清掉乳膏, 在痤疮瘢痕处用洗必泰溶液进行清洁。患者及主治医生戴上保护性目镜, 治疗时, 让患者保持平卧位, 用点阵激光平扫痤疮面部瘢痕, 瘢痕类型均为凹陷性瘢痕。间隔1.5个月重复进行一次治疗, 3次为一个疗程。治疗结束后, 患处局部冰敷(20~30)min, 治疗后5d内最好用清水洗脸, 3个月内应注意防晒, 涂抹防晒霜, 避免暴晒治疗区; 1周内不涂抹任何化妆品等, 治疗后3d创面会形成微小痂皮, 需待痂皮自行成熟脱落, 不可自行剔除。

1.6 治疗效果评判 在经过3次治疗后, 对比治疗前及3次治疗后的照片, 显效为凹陷性瘢痕修复程度76%~100%, 有效为51%~75%, 进步26%~50%, 无效为1%~25%。总有效率=(显效+有效)÷总例数。

1.7 统计学处理 采用SPSS 19.0统计分析软件, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验; 计数资料用(%)表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异显著有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较, 治疗后观察组显效

15例,有效20例,进步2例,无效1例,总有效率为92.1%;对照组显效11例,有效15例,进步8例,无效4例,总有效率为68.04%。观察组临床总有效率显著高于对照组,组间比较差异有统计学意义($X^2=6.782$, $P=0.009$)。

表1 两组临床有效率比较(n, %)

组别	显效	有效	进步	无效	总有效率
对照组 (n=38)	11	15	8	4	68.04
观察组 (n=38)	15	20	2	1	92.10
X^2					6.782
P					< 0.05

2.2 不良反应 所有患者治疗时均有疼痛、灼烧感,但在可忍受范围内,治疗后即刻有红斑、红肿等,冰敷后消退,治疗组有1例出现色素沉着,对照组有2例患者出现红斑、色素沉着,可能与患者未严格做好防晒有关,给予维生素C及维生素E等处理4个月后消退。

3 讨论

痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性疾病,多见于青少年,主要与遗传、皮脂腺分泌增加、毛囊角化过度、痤疮丙酸杆菌定植和炎症免疫反应有关。由于现在人们生活水平的提高,物质生活、精神生活都更加丰富,饮食习惯、生活习惯的改变,生活压力、精神压力的加大,熬夜增加,都导致痤疮的发病率上升,发病年龄上也趋于年轻化。痤疮因为治疗时间长、容易复发,且容易遗留瘢痕,尤其是面部瘢痕,对患者的生活、工作、学习均造成很大的影响,甚至引起其自卑心理,故痤疮瘢痕的治疗对患者后期的康复、信心恢复显得尤其重要,临床上迫切需要找到一种好的治疗手段解决这一难题。痤疮瘢痕主要分为增生性瘢痕、凹陷性瘢痕,痤疮凹陷性瘢痕的形成往往由于炎症恢复过程中胶原纤维、弹性纤维被破坏,胶原产生障碍,呈现凹陷性的特征。既往国内外学者多应用化学剥脱术、注射填充术、激光磨削术、外科手术、外用药物等手段,但效果均不甚理想^[2],并且容易遗留副作用,如色素沉着、红斑不易消退,治疗次数多、时间长,治疗后恢复时间长,对患者工作学习造成较大影响,故无法广泛应用于临床。 CO_2 点阵激光^[3、4]是一种通过局灶性光热作用原理达到治疗目的新型激光,无数个激光小光束作用到皮肤组织,皮肤吸收激光能量后形成多个微小热损伤,即微治疗区,这种微小热损伤可造成表皮组织的热凝固变性,形成柱状微小表皮坏死碎片,与传统剥脱

性激光治疗不同,因点阵激光每一个微治疗区周围都有未损伤的正常组织,角质细胞可以迅速爬行,使治疗区很快修复,激光能量作用于真皮层,使真皮胶原收缩变性,刺激胶原蛋白增生,从而形成新的胶原组织。本研究主要研究二氧化碳点阵激光联合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子治疗痤疮凹陷性瘢痕的临床疗效,治疗组有效率为92.1%,对照组有效率为68.4%,治疗组的治疗效果明显高于对照组,两组间比较差异具有统计学意义。治疗后反应即刻表现为红肿、感觉灼痛,但均在患者承受范围内,对照组采用 CO_2 点阵激光治疗,激光能量能刺激真皮胶原的增生及重新排列,从而起到修复瘢痕的作用,但同时也对表皮造成了一定程度的损伤,患者激光后表皮的修复需要一定的时间,并且有可能导致炎症后色素沉着,导致治疗不满意,治疗组配合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子,促进创面恢复,减少红斑反应和色素沉着;同时促进真皮胶原增生和细胞再生,增加真皮水分,改善皮肤质地,有利于皮肤快速完成再生修复,恢复时间短,创伤小,有利于痤疮凹陷性瘢痕的更好修复。外用重组人碱性成纤维细胞生长因子有助于点阵激光治疗的恢复和增强治疗效果。误工期明显缩短,3d左右结痂,约1周就可以基本恢复。但也有极少数病例有红斑色素沉着的问题,与患者没有严格做好术后护理,术后防晒及有效应用防晒霜有很大的关系。因此, CO_2 点阵激光联合外用重组人碱性成纤维细胞生长因子治疗痤疮凹陷性瘢痕,是一种方便有效的治疗手段^[5、6],治疗副作用小、疼痛感小,患者容易接受,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 中国痤疮治疗指南专家组. 中国痤疮治疗指南(2014修订版)[J]. 临床皮肤科杂志, 2015, 44(1): 52-57.
- [2] 郑椿, 欧健梅, 张秀芬. 超脉冲 CO_2 点阵激光治疗中重度凹陷性痤疮瘢痕的疗效及安全性评价[J]. 皮肤病与性病, 2019, 41(1): 77-79.
- [3] 宋杰, 纳猛, 钟庆坤, 等. 盐酸氨基酮戊酸动力疗法联合 CO_2 点阵激光治疗重度痤疮3例[J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(3): 381-382.
- [4] 徐泓, 张昇华, 张爱珍. 超脉冲 CO_2 点阵激光联合微针疗法治疗痤疮凹陷性瘢痕的效果分析[J]. 中国医疗美容, 2018, 8(5): 54-56.
- [5] 丁克云, 黄丽丽, 潘永正. 点阵超脉冲 CO_2 激光联合重组人表皮生长因子凝胶治疗痤疮萎缩性瘢痕的临床观察[J]. 中国激光医学杂志, 2016(3): 144-147.
- [6] 易敏. 基于超脉冲 CO_2 点阵激光联合微针疗法治疗痤疮凹陷性瘢痕的效果分析[J]. 医学美容, 2020, 29(22): 41.

甲氨蝶呤联合羟氯喹和泼尼松治疗系统性红斑狼疮对患者部分炎症指标的影响

黄林燕, 朱万寿, 刘小莲, 成红青, 何智莹, 张岳汉

(广东省高州市人民医院风湿免疫科, 广东 高州 525200)

【摘要】 目的 观察羟氯喹、泼尼松、甲氨蝶呤对系统性红斑狼疮部分炎症指标的影响。**方法** 研究对象为2018年6月至2019年6月入院的62例系统性红斑狼疮患者, 参考随机数字表法分为两组, 分别为对照组与研究组, 每组各31例。对照组选用泼尼松联合羟氯喹治疗, 研究组联用羟氯喹、泼尼松、甲氨蝶呤治疗, 比较两组治疗前后炎症因子、肝肾功能指标、免疫功能指标水平变化。**结果** 研究组较对照组治疗后C反应蛋白、血沉、免疫球蛋白A、免疫球蛋白G、免疫球蛋白M与肝肾功能指标水平更低, 白细胞计数与补体C₃、C₄水平更高, 差异均具统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 羟氯喹、泼尼松、甲氨蝶呤联合治疗系统性红斑狼疮具有显著疗效, 可有效缓解患者炎性应激反应, 促使其免疫功能快速恢复及改善补体水平, 且减少对肝肾功能的影响, 值得推广应用。

【关键词】 甲氨蝶呤; 羟氯喹; 泼尼松; 系统性红斑狼疮; 免疫功能

中图分类号: R751.05; R593.24¹ 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.021

系统性红斑狼疮是一种风湿免疫性疾病, 女性患者人数明显多于男性, 临床上以脱发、关节疼痛、乏力及体温异常等为主要症状, 对患者身心健康有严重影响^[1]。现阶段, 临床治疗系统性红斑狼疮多选用药物方式, 如羟氯喹、泼尼松等。其中, 泼尼松作为一种糖皮质激素药物, 具有抗过敏、抗炎及抗免疫等功效, 羟氯喹具有修复受损皮肤功效, 但长期应用糖皮质激素可能出现不良反应, 疗效不佳。甲氨蝶呤作为一种免疫抑制剂, 可调节异常免疫功能, 其在系统性红斑狼疮治疗中的应用受到了广泛关注^[2-3]。笔者选取62例系统性红斑狼疮患者作为研究对象, 分析羟氯喹、泼尼松、甲氨蝶呤联合治疗对系统性红斑狼疮部分炎症指标的影响。结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为2018年6月至2019年6月入院的62例系统性红斑狼疮患者。纳入标准: ①与系统性红斑狼疮分类标准^[4]相符者; ②治疗前近3个月无激素、免疫抑制剂治疗史者; ③知情并签署知情同意书者; ④系统性红斑狼疮分类标准中病情程度为轻型(SLEDAI < 10分)、中度活动型狼疮[SLEDAI (10 ~ 14)分]者。排除标准: ①伴有严重精神病症者; ②对本研究使用药物过敏者; ③处于哺乳期或者妊娠期者; ④伴发其他类型风湿性病症者; ⑤合并重要脏器功能不全者, 如肾脏、肝脏等。参考随机数字表法分为两组, 每组各31例。对照组: 男性7例, 女性24例, 年龄(23 ~ 64)岁, 平均年龄(43.52 ± 7.94)岁, 病程(4 ~ 47)个月, 平均病程(26.82 ± 5.14)个月; 研究组男性与女性患者分别为8/23例, 年龄(22 ~ 64)岁, 平均年龄(43.28 ± 7.72)岁, 病程(4 ~ 47)个月, 平均病程(26.82 ± 5.14)个月。两组一般情况无差异, 有可比性($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组联用羟氯喹、泼尼松治疗, 即口服羟氯喹(上海上药中西制药有限公司, 国药准字H19990263), 每次口服0.2g, (0.2 ~ 0.4) g/d; 泼尼松(浙江仙琚制药股份有限公司, 国药准字H33021207), 每次口服(5 ~ 10) mg, (10 ~ 60) mg/d, 当患者病情稳定后逐渐减少用药剂量, 以每周减少5mg用药量为标准, 并以用药量(5 ~ 10) mg/d为止, 1个疗程为3个月, 共1个疗程。研究组联用羟氯喹、泼尼松、甲氨蝶呤治疗, 即羟氯喹、泼尼松使用剂量、方法与对照组完全一致; 同时, 口服甲氨蝶呤(上海上药信谊药厂有限公司, 国药准字H31020644), 每次口服10mg, 1次/周, 1个疗程为3个月, 共1个疗程。

1.3 观察指标 观察两组治疗前后炎症因子(血沉、白细胞计数、C反应蛋白)、肝肾功能指标(尿素氮、血肌酐、谷草转氨酶、谷丙转氨酶)、免疫功能指标(免疫球蛋白A、免疫球蛋白G、免疫球蛋白M、补体C₃及C₄)水平。两组患者均于治疗前与治疗后清晨空腹状态下抽取5ml外周静脉血液样本, 离心半径与离心转速分别为15cm、3 000r/min, 离心10min后分离血浆, 于-70℃冰箱内储存待测; 其中, 血沉、白细胞计数与肝肾功能指标选取日立7600-020型生化分析仪与上海荣盛生物公司提供的试剂盒进行检测, 操作严格按说明书进行; C反应蛋白选取ELISA法测定; 免疫功能指标选取美国贝克曼库尔特双光径免疫浊度分析仪机配套试剂测定。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件处理数据, 分别行 t 检验与 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组炎症因子水平比较 两组治疗前炎症因子水平无差异($P > 0.05$); 两组治疗后C反应蛋白、血沉均降低, 白细胞计数均升高($P < 0.05$); 研究

组较对照组治疗后C反应蛋白、血沉更低,白细胞计数更高($P < 0.05$),详见表1。

2.2 两组肝肾功能指标水平比较 两组治疗前肝肾功能指标水平无差异($P < 0.05$); 两组治疗后较治疗前肝肾功能指标水平更高($P < 0.05$); 研究组较对照组治疗后肝肾功能指标水平更低($P < 0.05$),详见表2。

2.3 两组免疫功能指标水平比较 两组治疗前免疫功能指标水平无差异($P > 0.05$); 两组治疗后较治疗前免疫球蛋白A、免疫球蛋白G、免疫球蛋白M水平更低,补体C₃、C₄水平更高($P < 0.05$); 研究组较对照组治疗后免疫球蛋白A、免疫球蛋白G、免疫球蛋白M水平更低,补体C₃、C₄水平更高($P < 0.05$),详见表3。

3 讨论

系统性红斑狼疮作为一种免疫系统疾病,发生机理尚未明确,多与遗传、内分泌、环境及感染等一系列因素有关,临床上以体温异常、口腔溃疡、肌无力、关节肿胀疼痛、乏力及脱发等为主要表现,若治疗不及时极易对身体器官、骨骼及肌肉产生不良影响,严重者可出现严重病变,严重影响患者身心健康,因此应重视有效治疗^[5, 6]。

系统性红斑狼疮的病理改变以炎症反应为主,而血沉、白细胞计数、C反应蛋白作为常见炎症指标,可反映炎症反应改善情况;而尿素氮、肌酐、谷草转氨酶、谷丙转氨酶作为常见肝肾功能指标,可用于辅助判断肝肾功能是否出现损伤,还可反映损伤程度。免疫功能指标与系统性红斑狼疮的发生、发展有着十分密切关联^[7]。相关研究^[8]表明,系统性红斑狼疮患者血清内的免疫球蛋白水平显著高于正常人群,且补体C₃、C₄水平显著更低,提示系统性红斑狼疮患者体内的免疫球蛋白A、免疫球蛋白G、免疫球蛋白M呈高表达。其表达水平越高,且补体C₃、C₄水平越低代表患者的病情严重程度则越高,因此应重视免疫球蛋白及补体C₃、C₄水平的有效控制。

本研究结果显示,研究组较对照组治疗后C反应蛋白、血沉更低,白细胞计数更高($P < 0.05$),提示羟氯喹、泼尼松、甲氨蝶呤联合治疗系统性红斑狼疮可进一步缓解患者机体炎症反应,可能与甲氨蝶呤可上调抗炎因子,并对促炎因子予以下调的作用有关。研究组较对照组治疗后肝肾功能指标水平更低($P < 0.05$),提示甲氨蝶呤可有效降低对患者肝肾功能产生的损伤,联用羟氯喹、泼尼松治疗安全性高。研究组较对照组治疗后免疫球蛋白A、免疫球蛋白G、免疫球蛋白

表1 两组炎症因子水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	血沉(mm/h)		白细胞计数($\times 10^9/L$)		C反应蛋白(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	31	29.73±8.45	8.95±3.26*	3.19±0.43	5.23±1.11*	17.87±4.96	6.24±2.05*
对照组	31	30.08±8.62	13.57±4.48*	3.17±0.45	4.46±0.49*	17.73±4.58	7.83±2.58*
t		0.129	3.429	0.144	2.838	0.093	2.158
P		0.898	0.001	0.887	0.007	0.927	0.037

注:比较治疗前,*表示 $P < 0.05$ 。

表2 两组肝肾功能指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	尿素氮(mol/L)		血肌酐(mol/L)		谷草转氨酶(U/L)		谷丙转氨酶(U/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	31	4.01±1.82	5.58±1.81	79.41±14.25	116.28±20.03	27.07±8.81	49.32±10.38	28.63±8.85	47.36±10.75
对照组	31	4.12±1.77	7.53±3.51	80.64±13.38	144.16±23.22	27.46±8.75	72.14±15.03	28.51±8.92	70.01±15.94
t		0.194	2.208	0.281	4.066	0.140	5.587	0.043	5.268
P		0.847	0.033	0.779	0.000	0.889	0.000	0.966	0.000

表3 两组免疫功能指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	免疫球蛋白A(g/L)		免疫球蛋白G(g/L)		免疫球蛋白M(g/L)		补体C ₃ (mg/L)		补体C ₄ (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	31	3.95±0.63	3.32±0.34*	21.69±5.52	12.23±3.86*	2.57±0.43	1.80±0.21*	0.39±0.08	0.87±0.16*	0.11±0.02	0.33±0.08*
对照组	31	3.98±0.65	3.69±0.43*	21.53±5.41	17.01±4.08*	2.61±0.48	2.17±0.29*	0.40±0.09	0.66±0.13*	0.10±0.03	0.20±0.05*
t		0.148	3.018	0.093	3.806	0.278	4.621	0.374	4.556	1.240	6.163
P		0.883	0.005	0.927	0.001	0.783	0.000	0.712	0.000	0.223	0.000

注:比较治疗前,*表示 $P < 0.05$ 。

白M水平更低,补体C₃、C₄水平更高($P < 0.05$),提示羟氯喹、泼尼松、甲氨蝶呤联合治疗系统性红斑狼疮可有效改善患者免疫功能,主要原因在于泼尼松作为一种糖皮质激素类药物,可有效抑制免疫应答,减轻炎症反应,其通过对结缔组织增生予以抑制,以控制细胞膜通透性,使炎性渗出减少,还可对毒性物质及组胺的释放予以抑制^[9];羟氯喹作为一种喹诺酮类药物,可对淋巴细胞产生阻滞,减轻炎症反应,维持淋巴细胞、细胞膜溶酶体等稳定,进而发挥免疫调节、消炎作用,促使受损皮肤快速修复;甲氨蝶呤作为一种二氢叶酸还原酶拮抗剂,具有不良反应少、使用便捷、价格低廉等优势,可调节机体异常免疫功能,还可有效控制系统性红斑狼疮的皮损,降低长时间应用激素治疗所引起的血脂异常等不良状况发生率。甲氨蝶呤辅助羟氯喹、泼尼松治疗系统性红斑狼疮可进一步提升疗效,三种药物联用具有协同效应,不仅可以进一步控制疾病,还可以降低复发率,减少对肝肾功能产生的损伤,提升患者炎症反应、免疫功能改善效果^[10]。

综上所述,羟氯喹、泼尼松、甲氨蝶呤联合治疗系统性红斑狼疮具有显著疗效,可有效缓解患者炎性应激反应,促使其免疫功能快速恢复及改善补体水平,且减少对肝肾功能的影响,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 闵月. 糖皮质激素联合羟氯喹治疗系统性红斑狼疮效果观察[J]. 皮肤病与性病, 2018,40(6):834-835.
- [2] 刘永真. 他克莫司胶囊联合醋酸泼尼松龙片治疗系统性红斑狼疮效果分析[J]. 皮肤病与性病, 2018,40(3):313-314.
- [3] 李娟, 黄兴永, 王晶晶, 等. 甲氨蝶呤治疗系统性红斑狼疮疗效及安全性的Meta分析[J]. 中南药学, 2020,18(7):1247-1251.
- [4] 杨航, 刘毅. 2019年EULAR/ACR系统性红斑狼疮分类标准解读——先“入围”再“分类”, 诊断治疗更精准[J]. 西部医学, 2019, 31(11):1643-1645.
- [5] 霍爱鑫, 李静, 刘宇宏, 等. 血浆置换联合小剂量环磷酰胺、糖皮质激素治疗重型系统性红斑狼疮的临床效果[J]. 延安大学学报(医学科学版), 2018,16(4):14-17.
- [6] 文锐, 李芊, 覃娇, 等. 环磷酰胺联合泼尼松在系统性红斑狼疮治疗中的疗效及安全性探讨[J]. 医学理论与实践, 2018,31(17):2596-2598.
- [7] 李广科, 李娟, 赵亚伟, 等. 小剂量激素联合甲氨蝶呤治疗系统性红斑狼疮的临床效果分析[J]. 现代诊断与治疗, 2018,29(20):3240-3242.
- [8] 钟仕卿, 李群苑. 甲氨蝶呤治疗系统性红斑狼疮的实验室检查结果及临床疗效分析[J]. 广州医药, 2017,48(2):92-95.
- [9] 时祥音. 环磷酰胺联合泼尼松治疗老年系统性红斑狼疮的临床分析[J]. 临床研究, 2018,26(3):99-100.
- [10] 牛东燕, 梁卓文, 杨元花. 小剂量甲泼尼龙联合甲氨蝶呤和羟氯喹治疗系统性红斑狼疮的临床疗效及安全性分析[J]. 药物评价研究, 2018,41(4):611-614.

(上接第348页)

- [10] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组与特应性皮炎协作研究中心. 中国特应性皮炎诊疗指南(2020版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2020,53(2):81-88.
- [11] Kim J, Kim H J, Lim D, et al. Effects of Indoor Air Pollutants on Atopic Dermatitis[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2016,13(12):1220.
- [12] Jung H K, Eunjeong K, Moon H C, et al. Indoor total volatile organic compounds exposure at 6 months followed by atopic dermatitis at 3 years in children[J]. Pediatric Allergy and Immunology, 2015,26(4):352-358.
- [13] Kim H O, Kim J H, Cho S I, et al. Improvement of Atopic Dermatitis Severity after Reducing Indoor Air Pollutants[J]. Annals of Dermatology, 2013,25(3):292.
- [14] Lee J H, Kim J, Lee S W, et al. The clinical effects of hospitalization in a low pollutant room on atopic dermatitis[J]. Asia Pacific allergy, 2011,1(2):87-92.
- [15] Kim E H, Kim S, Lee J H, et al. Indoor air pollution aggravates symptoms of atopic dermatitis in children[J]. PloS one, 2015,10(3):e0119501.
- [16] Liu W, Cai J, Huang C, et al. Associations of gestational and early life exposures to ambient air pollution with childhood atopic eczema in Shanghai, China[J]. Science of The Total Environ-

ment, 2016,572:34-42.

- [17] Lee J Y, Lamichhane D K, Lee M, et al. Preventive Effect of Residential Green Space on Infantile Atopic Dermatitis Associated with Prenatal Air Pollution Exposure[J]. International journal of environmental research and public health, 2018,15(1):102.
- [18] Yong C B. Can Plant Phenolic Compounds Protect the Skin from Airborne Particulate Matter?[J]. Antioxidants, 2019,8(9):379.
- [19] Burke K E. Mechanisms of aging and development—A new understanding of environmental damage to the skin and prevention with topical antioxidants[J]. Mechanisms of Ageing and Development, 2018(172):123-130.
- [20] Paolo D P, Marco D. Beneficial Effects of Antioxidant Furfuryl Palmitate in Non-pharmacologic Treatments(Prescription Emollient Devices, PEDs) for Atopic Dermatitis and Related Skin Disorders[J]. Dermatology and Therapy, 2018,8(3):339-347.
- [21] Pablo d, Azahara R L, Yoshifumi I, et al. Fernblock® Upregulates NRF2 Antioxidant Pathway and Protects Keratinocytes from PM2.5-Induced Xenotoxic Stress[J]. Oxidative medicine and cellular longevity, 2020,2020(2):1-12.
- [22] Yi f G, Ping L, Jian P T, et al. Prevalence of Atopic Dermatitis in Chinese Children aged 1-7 ys[J]. Scientific Reports, 2016,6(1):1483-1494.

卡泊三醇倍他米松软膏联合 311nm 窄谱中波紫外线治疗寻常型银屑病疗效观察

梁 静

(新乡医学院第三附属医院皮肤性病科, 河南 新乡 453000)

【摘要】 目的 分析卡泊三醇倍他米松软膏联合 311nm 窄谱中波紫外线 (NB-UVB) 治疗寻常型银屑病的临床效果。**方法** 选取 2017 年 11 月至 2019 年 10 月某医院收治的 94 例寻常型银屑病患者, 按随机数字表法分为研究组 ($n=47$) 与对照组 ($n=47$)。对照组采用 311nm NB-UVB 治疗, 研究组在对照组基础上加用卡泊三醇倍他米松软膏。对比两组疗效、复发率及治疗前后银屑病面积与严重性指数 (PASI) 评分。结果 研究组总有效率为 95.74% (45/47), 对照组 78.72% (37/47), $P < 0.05$; 治疗后, 两组 PASI 评分均较治疗前降低, 且研究组 PASI 评分较对照组低, $P < 0.001$; 经确切概率法计算, 研究组不良反应发生率 0.00% (0/47) 与对照组 2.13% (1/47) 对比无显著性差异 ($P=1.000$); 研究组复发率 4.44% (2/45) 与对照组 6.52% (3/46) 对比无显著性差异 ($P=0.980$)。结论 卡泊三醇倍他米松软膏联合 311nm NB-UVB 治疗寻常型银屑病患者可提高疗效, 减轻病情严重程度, 且具有一定安全性, 值得临床推广应用。

【关键词】 寻常型银屑病; 卡泊三醇倍他米松软膏; 窄谱中波紫外线; 银屑病面积与严重性指数评分; 复发率

中图分类号: R751.05; R758.63 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.022

银屑病为难治性慢性皮肤病, 具有病程长、易复发等特点, 寻常型银屑病为银屑病常见类型, 在银屑病全部类型中占比高达 90% 以上^[1]。311nm 窄谱中波紫外线 (NB-UVB) 为临床常用物理疗法, 操作简便、安全性高, 可缓解患者临床症状, 但易引发灼烧、红斑、瘙痒等不良反应, 导致部分患者无法耐受, 依从性差。临床应积极联合其他方法, 以提高治疗效果, 加快患者症状改善。本研究选取本院收治的 94 例寻常型银屑病患者, 经随机分组对比, 探讨卡泊三醇倍他米松软膏联合 311nm NB-UVB 治疗的临床效果, 具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选取 2017 年 11 月至 2019 年 10 月本院收治的 94 例寻常型银屑病患者为观察对象, 按随机数字表法分为研究组 ($n=47$) 与对照组 ($n=47$)。研究组: 男 23 例, 女 24 例, 年龄 (23 ~ 59) 岁, 平均年龄 (35.16 ± 4.03) 岁; 对照组: 男 22 例, 女 25 例, 年龄 (24 ~ 61) 岁, 平均年龄 (33.74 ± 4.39) 岁。两组基线资料均衡可比 ($P > 0.05$)。本研究经我院伦理委员会批准。

1.2 选取标准 纳入标准: ① 经病理检查及临床确诊为寻常型银屑病; ② 病程 > 6 个月; ③ 皮疹主要分布在躯干四肢。排除标准: ① 近 3 个月内应用过免疫抑制剂、激素药物者; ② 近 1 个月内接受过光疗者; ③ 钙代谢失调者。

1.3 方法 对照组采用 311nm NB-UVB 治疗, 使用 SIGMA 公司生产的 SS-10 型全仓紫外线光疗仪或 SS-01 型半仓紫外线光疗仪, 每次照射前佩戴好防护镜, 保护隐私部位, 照射波长 311nm, 照射起始剂量男性 0.3 J/cm^2 , 女性 0.2 J/cm^2 , 后每次照射增加 0.1 J/cm^2 , 单次最大照射剂量 $< 3.0 \text{ J/cm}^2$, 每周 3 次。若光疗过

程中皮肤出现轻微红肿, 则维持原剂量照射; 若存在红斑水疱, 则暂停照射, 在症状消退后, 以最后一次照射剂量的 90% 实施光疗照射。研究组在对照组基础上加用卡泊三醇倍他米松软膏, 将适量药膏涂抹在皮损处, 一般一个指节单位涂抹患者本人两个手掌大小面积的皮损, 1 次/d, 每日使用剂量应 $\leq 15 \text{ g}$ 。两组均治疗 8 周。

1.4 疗效评估标准 临床治愈: 治疗 8 周后, 银屑病面积与严重性指数 (PASI) 评分较治疗前降低 $\geq 90\%$; 显效: PASI 评分较治疗前降低 $60\% \sim 89\%$; 缓解: PASI 评分较治疗前降低 $20\% \sim 59\%$; 无效: PASI 评分较治疗前降低 $< 20\%$ 。临床痊愈、显效、缓解计入总有效率。

1.5 观察指标 ① 疗效。② 采用 PASI 评分评估两组治疗前后病情严重程度, 总分 (0 ~ 72) 分, 评分越高, 病情严重程度越高。③ 不良反应。包括双小腿非皮疹部位出现疼痛性红斑。④ 复发率。对两组临床治愈患者随访 3 个月, 统计两组复发情况。复发标准为病变皮损累及全身皮肤面积 $> 10\%$, 复发率 = 临床治愈患者中复发例数 $\div$ 治疗后临床治愈患者 $\times 100\%$ 。

1.6 统计学方法 采用 SPSS 22.0 分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内比较采用配对 t 检验, 组间比较采用独立样本 t 检验; 计数资料以 ($n, \%$) 表示, χ^2 检验; 秩和检验用 Z 表示; 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 疗效 研究组 47 例, 临床治愈 22 例 (46.81%), 显效 16 例 (34.04%), 缓解 7 例 (14.89%), 无效 2 例 (4.26%), 总有效率为 95.74%; 对照组 47 例, 临床治愈 10 例 (21.28%), 显效 15 例 (31.91%), 缓解 12 例 (25.53%), 无效 10 例 (21.28%), 总有效率为

78.72%。研究组总有效率高于对照组,差异具有统计学意义 ($Z=3.266$, $P<0.01$)。

2.2 PASI 评分 组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,治疗前,两组 PASI 评分对比无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后,两组 PASI 评分均较治疗前降低,且研究组 PASI 评分较对照组低 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组 PASI 评分对比 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗后	t	P
研究组	47	26.98 $\pm$ 3.21	5.74 $\pm$ 0.85	43.851	< 0.001
对照组	47	27.46 $\pm$ 3.08	8.31 $\pm$ 1.02	40.464	< 0.001
t		0.740	13.270		
P		0.461	< 0.001		

2.3 不良反应 研究组未发生不良反应,对照组出现 1 例双小腿非皮疹部位疼痛性红斑。经确切概率法计算,研究组不良反应发生率为 0.00% (0/47),与对照组的 2.13% (1/47) 对比无显著性差异 ($P=1.000$)。

2.4 复发率 研究组剔除脱落病例 2 例,对照组剔除脱落病例 1 例; 研究组复发 2 例,对照组复发 3 例。研究组复发率为 4.44% (2/45),与对照组的 6.52% (3/46) 对比无显著性差异 ($\chi^2=0.001$, $P=0.980$)。

3 讨论

当前,临床尚未对寻常型银屑病发病机制作出全面阐述,但普遍认为和遗传、免疫、环境、感染等因素相关,患者多存在白色磷屑、点状出血等症状,严重者会并发关节病变、眼部病变^[2, 3]。当前,临床针对其治疗原则以控制症状、缓解病情、提高生活质量为主。311nm NB-UVB 能抑制 IL-23/Th₁₇、Th₁ 细胞和朗格汉斯细胞抗原呈递功能,减少炎症因子分泌释放,减轻炎症反应和炎症细胞真皮浸润,并能促进血管形成、缓解症状、改善皮损^[4]。但随照射剂量增加,易导致患者出现红斑、水疱等不良反应,影响患者依从性,降低临床效果。

卡泊三醇倍他米松软膏主要成分为卡泊三醇、倍他米松,将卡泊三醇免疫抑制活性作用和倍他米松的抗炎作用进行结合,不仅能抑制 T 细胞介导的免疫应

答,并可有效抗炎、抗过敏和抗细胞增殖,能通过两种药物成分不同机制发挥协同作用,调节细胞增殖,减少血管生成,纠正皮肤角质细胞异常分化和增生皮损,改善红斑、磷屑等症状^[5, 6]。本研究针对寻常型银屑病患者采用卡泊三醇倍他米松软膏联合 311nm NB-UVB 治疗,结果显示,研究组总有效率 95.74% 较对照组 78.72% 高 ($P<0.05$),与石庆等^[6] 研究结果相似。同时,本研究中治疗后,两组 PASI 评分均较治疗前降低,且研究组 PASI 评分较对照组低 ($P<0.05$),表明二者联合较单纯中波紫外线治疗可以更好地缓解银屑病病情。此外,311nm NB-UVB 能有效减轻表皮炎症反应和局部刺激,卡泊三醇倍他米松软膏能抑制皮肤角质形成细胞大量增生,促使皮肤角质细胞正常分化,二者联合可显著提高整体效果,避免复发,促使患者远期获益。本研究数据表明,研究组不良反应发生率、复发率与对照组对比无显著性差异 ($P>0.05$),可见卡泊三醇倍他米松软膏、311nm NB-UVB 联合治疗方案具有一定安全性。

综上所述,卡泊三醇倍他米松软膏联合 311nm NB-UVB 治疗寻常型银屑病患者可提高疗效,减轻病情严重程度,且具有一定安全性,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 王俊伟,张斌,高丽,等. 银屑胶囊联合阿维 A 治疗寻常型银屑病患者的疗效及对血清 IL-4、IL-10 和 INF- γ 的影响 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2017,16(2):116-118.
- [2] 马梅,孟军. 复方氟米松软膏联合消银颗粒治疗寻常型银屑病效果及其对外周血嗜酸性粒细胞 P 物质和 NK1R 的影响 [J]. 河北医科大学学报, 2019,40(12):1421-1425.
- [3] 王颖娟,曹伟. 寻常型银屑病患者外周血单个核细胞 miR-26a、TLR 表达及其与疾病活动相关性 [J]. 中国医师杂志, 2020,22(3): 403-406+411.
- [4] 季刚. 紫丹银屑胶囊联合窄谱中波紫外线 (NB-UVB) 治疗寻常型银屑病血虚风燥证临床研究 [J]. 中医学报, 2017,32(10):2001-2004.
- [5] 白云,张茹. 钙泊三醇倍他米松软膏联合卡泊三醇软膏序贯治疗寻常型银屑病临床疗效观察 [J]. 中国药物与临床, 2018,18(10):163-165.
- [6] 石庆,赵静,郭清芝,等. 卡泊三醇联合 308nm 准分子激光治疗寻常型银屑病疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2019,41(2):220-221.

窄谱紫外线联合阿维 A 胶囊和钙泊三醇倍他米松软膏治疗银屑病疗效观察

刘燕, 刘博, 王威

(中国人民解放军联勤保障部队第九九〇医院, 河南 驻马店 463000)

【摘要】 目的 观察窄谱紫外线联合阿维 A 胶囊、钙泊三醇倍他米松软膏治疗银屑病患者的疗效。**方法** 选取 2018 年 3 月至 2020 年 5 月某医院收治的 84 例银屑病患者, 按随机数字表法分为研究组 ($n=42$) 与对照组 ($n=42$), 对照组采用阿维 A 胶囊和钙泊三醇倍他米松软膏治疗, 研究组在对照组基础上联合窄谱紫外线治疗。对比两组疗效及治疗前后银屑病面积与严重性指数 (PASI) 评分、血清炎症因子水平、白细胞介素-17 (IL-17)、白细胞介素-22 (IL-22) 变化。**结果** 研究组总有效率 (92.86%) 较对照组 (73.81%) 高 ($\chi^2=5.486$, $P<0.05$); 治疗后, 研究组 PASI 评分较对照组低 ($t=17.157$, $P<0.01$); 治疗后, 研究组血清 IL-17、IL-22 水平较对照组低 ($t_{IL-17}=11.970$, $t_{IL-22}=8.285$, P 均 <0.01)。**结论** 窄谱紫外线治疗联合阿维 A 胶囊、钙泊三醇倍他米松软膏治疗银屑病患者效果显著, 可抑制炎症反应, 减轻疾病严重程度。

【关键词】 银屑病; 窄谱紫外线; 血清炎症因子

中图分类号: R751.05; R758.63 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.023

银屑病为慢性复发性炎症性皮肤病, 具有病程长、易反复等特点^[1]。若未得到及时有效治疗, 易引起并发症, 增加临床治疗难度, 严重威胁患者健康。口服、外用药物为临床常用治疗方法, 但药物不良反应较多, 且在改善皮肤症状中整体效果不理想。窄谱紫外线治疗属于理疗方法, 在减轻局部刺激、改善炎症反应中具有良好作用。本研究选取本院收治的 84 例银屑病患者, 观察窄谱紫外线治疗联合阿维 A 胶囊、钙泊三醇倍他米松软膏的治疗效果。具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 3 月至 2020 年 5 月本院收治的 84 例银屑病患者, 按随机数字表法分为研究组 ($n=42$) 与对照组 ($n=42$)。研究组男 23 例, 女 19 例, 年龄 (21 ~ 65) 岁, 平均年龄 (48.71 ± 4.26) 岁, 病程 (2 ~ 10) 年, 平均病程 (7.13 ± 1.02) 年, 病情严重程度: 轻度 13 例, 中度 24 例, 重度 5 例; 对照组男 24 例, 女 20 例, 年龄 (21 ~ 66) 岁, 平均年龄 (49.05 ± 4.63) 岁, 病程 (1 ~ 10) 年, 平均病程 (7.19 ± 1.05) 年, 病情严重程度: 轻度 14 例, 中度 22 例, 重度 6 例。两组基线资料均衡可比 ($P>0.05$)。

1.2 选取标准 纳入: ① 符合《中国银屑病诊疗指南 (2018 完整版)》^[2] 中银屑病诊断标准; ② 经皮肤活检、体格检查及临床确诊为银屑病; ③ 存在鳞屑、斑丘疹等症状。排除: ① 紫外线治疗禁忌者; ② 近 1 个月内接受过系统性治疗者; ③ 急性发作期者。

1.3 方法 对照组采用阿维 A 胶囊和钙泊三醇倍他米松软膏治疗, 阿维 A 胶囊 (重庆华邦制药有限公司, 国药准字 H20010788) 口服, 起始剂量为 25mg/次, 1 次/d, 根据耐药性 1 周后增加至 50mg/次, 1 次/d, 在病情好转后减少剂量至起始剂量; 钙泊三醇倍他米松软膏 (LEO Laboratories Limited, 批准文号 H20120218) 外涂, 取适量药膏涂抹患处表面, 每天早

晚各 1 次。研究组在对照组基础上采用窄谱紫外线治疗, 使用上海力勤生物科技有限公司生产窄谱紫外线治疗仪, 结合患者病变部位进行局部照射或全身照射, 照射前为患者佩戴眼罩, 确保照射部位完全暴露, 嘱患者治疗过程中闭眼, 首次剂量为 ($0.3 \sim 0.5$) J/cm², 后按照 0.2J/cm² 速度递增, 或患者存在轻度红斑, 则按照 0.1J/cm² 速度递增, 若存在严重红斑、瘙痒、疼痛, 则下次照射不可递增剂量, 严重者需延长两次照射间隔时间, 一般每周 3 次。两组均治疗 2 个月。

1.4 检测方法 取空腹静脉血 5ml, 离心, 取血清, 以酶联免疫法测定白细胞介素-17 (IL-17)、白细胞介素-22 (IL-22) 水平, 检测试剂盒由上海康郎生物科技有限公司提供, 严格按照检测试剂盒说明书执行操作。

1.5 疗效评估标准 显效: 治疗 2 个月后, 银屑病面积与严重性指数 (PASI) 评分较治疗前降低 $>70\%$; 缓解: PASI 评分较治疗前降低 $30\% \sim 70\%$; 无效: 未达上述标准。显效、缓解计入总有效率。

1.6 观察指标 ① 疗效。② 采用 PASI 量表评估两组治疗前后银屑病严重程度, 总分 (0 ~ 72) 分, 评分越低, 疾病严重程度越低。③ 血清炎症因子水平, 记录对比两组治疗前后血清 IL-17、IL-22 水平变化。

1.7 统计学方法 采用 SPSS 22.0 分析, 计量资料 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验; 计数资料 ($n, \%$) 表示, χ^2 检验, 检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 疗效 研究组显效 22 例, 缓解 17 例, 无效 3 例, 总有效率为 92.86%; 对照组显效 13 例, 缓解 18 例, 无效 11 例, 总有效率为 73.81%。研究组总有效率较对照组高, 差异具有统计学意义 ($\chi^2=5.486$, $P=0.019$)。

2.2 PASI 评分 治疗前, 两组 PASI 评分对比无显著

性差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 研究组 PASI 评分较对照组低 ($P < 0.01$)。见表 1。

表 1 PASI 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
研究组	42	19.67±2.84	5.38±1.02
对照组	42	20.06±3.17	9.41±1.13
<i>t</i>		0.594	17.157
<i>P</i>		0.554	< 0.001

2.3 血清炎性因子水平 治疗前, 两组血清 IL-17、IL-22 水平对比无显著性差异 ($P > 0.05$); 治疗后, 研究组血清 IL-17、IL-22 水平较对照组低 ($P < 0.01$)。见表 2。

表 2 血清炎性因子水平 ($\bar{x} \pm s$, pg · ml⁻¹)

组别	<i>n</i>	IL-17		IL-22	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	42	29.67±3.58	11.52±1.69	218.67±31.26	126.31±21.43
对照组	42	30.07±3.91	16.47±2.08	220.95±32.84	169.85±26.47
<i>t</i>		0.489	11.970	0.326	8.285
<i>P</i>		0.626	< 0.001	0.745	< 0.001

3 讨论

据相关数据统计, 我国银屑病发病率约 0.123%, 但呈逐年上升趋势^[3]。阿维 A 胶囊、钙泊三醇倍他米松软膏虽可调节表皮细胞分化、增殖, 改善免疫细胞异常活化, 但足量给药、足疗程治疗仍与临床预期效果存在一定差距^[4]。探讨一种理想治疗方案, 如何提高治疗效果, 缓解患者症状, 成为临床研究重点。

窄谱紫外线可通过紫外线照射, 有效抑制表皮细胞 DNA 合成, 抑制细胞增殖, 改善皮损部位细胞异常分化和异常增殖状态, 缓解临床症状, 并能照射至真皮层, 释放多种能量, 改善皮损症状, 且不会灼伤皮肤, 具有应用安全性^[5]。其与阿维 A 胶囊、钙泊三醇倍他米松软膏联合应用, 可发挥协同作用, 提高临床治疗效果。本研究针对银屑病患者采取窄谱紫外线联合阿维

A 胶囊、钙泊三醇倍他米松软膏治疗, 结果显示, 研究组总有效率 (92.86%) 较对照组 (73.81%) 高 ($P < 0.05$), 提示该治疗方案可提高疗效。同时, 本研究中治疗后研究组 PASI 评分较对照组低 ($P < 0.01$), 表明该方案可减轻患者疾病严重程度, 进一步证实该治疗方案的应用价值。

在此基础上, 本研究观察两组炎症状态改善情况, 结果显示, 治疗后研究组血清 IL-17、IL-22 水平较对照组低 ($P < 0.01$), 提示窄谱紫外线、阿维 A 胶囊、钙泊三醇倍他米松软膏联合治疗可下调血清炎性因子水平。正常情况下, IL-17、IL-22 表达水平较低, 但银屑病患者机体免疫功能障碍易促进 Th₁₇ 等免疫失衡, Th₁₇ 会分泌 IL-17、IL-22, 导致机体炎性因子水平高表达, 而 IL-17、IL-22 表达水平升高, 诱发角质分化异常, 参与疾病发生进展^[6]。窄谱紫外线能诱导 T 细胞凋亡, 加快免疫球蛋白分泌, 抑制炎症反应, 降低血清 IL-17、IL-22 水平。

综上所述, 窄谱紫外线治疗联合阿维 A 胶囊、钙泊三醇倍他米松软膏治疗银屑病患者效果显著, 可抑制炎症反应, 减轻疾病严重程度。

参考文献:

- [1] 曾菁莘, 张锡宝, 朱慧兰, 等. NB-UVB 联合甲氨蝶呤治疗银屑病疗效与安全性的 META 分析 [J]. 中国激光医学杂志, 2018, 27(1): 18-25+59.
- [2] 中华医学会皮肤性病学分会银屑病专业委员会. 中国银屑病诊疗指南 (2018 完整版) [J]. 中华皮肤科杂志, 2019, 52(10): 667-710.
- [3] 宋欣, 陈欢, 周雯露, 等. 桐油联合阿维 A 酸对银屑病的疗效及其对 IL-23/Th₁₇ 信号通路的影响 [J]. 中国现代应用药学, 2019, 36(22): 2843-2847.
- [4] 冯娇娜, 肖卫棉, 余群英. 钙泊三醇倍他米松软膏联合窄谱紫外线治疗寻常型银屑病的临床观察 [J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(10): 151-152.
- [5] 杨德勇. 卡泊三醇软膏联合卤米松 / 三氯生乳膏治疗寻常型银屑病临床疗效及预后分析 [J]. 皮肤病与性病, 2019, 41(6): 819-820.
- [6] 龙振利. 单一外用与外用联合窄谱中波紫外线对轻度斑块状银屑病治疗的效果研究 [J]. 黑龙江医药, 2020, 33(4): 924-926.

129例湿疹患者皮损部位细菌培养及耐药性分析

彭攀

(濮阳市疾病预防控制中心西医内科, 河南 濮阳 457000)

【摘要】 目的 分析湿疹患者皮损部位标本细菌培养及耐药性。**方法** 选取某中心皮肤科收治的129例湿疹患者(2018年7月至2019年12月)作为观察组,另选同期62例健康体检者作为对照组,对观察组皮损部位与对照组前臂皮肤实施采样,均行细菌培养、药敏试验,比较两组金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率以及菌群总检出率,统计观察组检出的金黄色葡萄球菌药敏试验结果。**结果** 观察组菌群总检出率、金黄色葡萄球菌检出率为88.37%、58.14%,高于对照组的67.74%、6.45%,表皮葡萄球菌检出率(11.63%)低于对照组(50.00%)($P < 0.05$);两组大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率比较无明显差异($P > 0.05$)。金黄色葡萄球菌对青霉素、四环素、红霉素等耐药性较高,耐药性 $> 60\%$;对万古霉素、夫西地酸、呋喃妥因、米诺霉素等十分敏感,敏感性达100%;对大部分药物如克林霉素、替考拉宁、利福平、左氧氟沙星、复方新诺明、苯唑西林、奎奴普汀-达福普汀等高度敏感,敏感性 $\geq 80\%$ 。**结论** 湿疹患者皮损部位细菌特别是金黄色葡萄球菌感染与疾病发生关系密切,监测湿疹细菌耐药性,可为临床用药提供指导,有助于提升治疗效果,促进康复。

【关键词】 皮肤科;湿疹;皮损部位;细菌培养;耐药性;药敏试验

中图分类号: R758.23 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.024

湿疹是皮肤科常见的慢性、瘙痒性皮肤病,急性期主要表现为丘疹、红斑、疱疹,慢性期多表现为皮肤肥厚、皮肤浸润^[1]。湿疹病因复杂,缺乏特效治疗方案,抗组胺及皮质类固醇药物目前应用广泛,但激素治疗会带来皮肤萎缩、感染加重、色素沉着等现象,且疾病迁延难愈,复发率高。相关研究指出,湿疹患者皮损部位金黄色葡萄球菌、马拉色菌等微生物检出率高,且细菌感染可加重病情,故临床加强对微生物、湿疹关系的关注^[2]。随着抗菌药物的广泛使用,抗菌药物耐药性出现变化,治疗效果欠佳,为提升抗菌效果,需选择敏感性较高抗菌药物。现阶段,临床对于特应性湿疹皮炎皮损部位细菌培养研究较多,但缺乏对湿疹的研究。本研究选取本中心皮肤科收治的129例湿疹患者,分析湿疹患者皮损部位标本细菌培养及耐药性。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本中心皮肤科收治的129例湿疹患者(2018年7月至2019年12月)作为观察组,另选同期62例健康体检者作为对照组。对照组女33例,男29例,年龄(20~67)岁,平均年龄(42.86 ± 11.35)岁;观察组女70例,男59例,年龄(19~69)岁,平均年龄(44.32 ± 11.74)岁,病程(1~23)个月,平均病程(11.36 ± 5.08)个月,55例慢性期,53例亚急性期,21例急性期。两组年龄、性别等基线资料均衡可比($P > 0.05$)。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:①均知情、自愿并签署同意书;②观察组符合《湿疹(湿疹)中医诊疗专家共识(2016年)》^[3]中湿疹诊断标准。排除标准:①近期接受过皮质类固醇药物或抗菌药物治疗;

②继发感染;③临床资料不完善。

1.3 方法 ①取材、培养:观察组使用浸泡无菌生理盐水的无菌棉签反复擦拭靶皮损部位,即皮损最严重部位,后于无菌状态接种在平板培养基,置于35℃恒温箱(1~2)d。②菌落鉴定:选择待检菌落实施革兰染色,借助显微镜大致划分革兰阴性或阳性、杆菌或球菌,制作0.5麦氏单位浓度的细菌悬液,根据显微镜检测结果把细菌悬液接种于相应组合反应鉴定板完成酶生化反应,1d后观察结果,若为阳性,行药敏试验。对照组取前臂皮肤进行细菌培养、药敏试验。

1.4 观察指标 ①比较两组金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌、大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率、菌群总检出率。②统计观察组检出的金黄色葡萄球菌药敏试验结果。

1.5 统计学分析 通过SPSS 22.0分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验;计数资料用(%)表示, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异显著,有统计学意义。

2 结果

2.1 两组细菌检出率 观察组菌群总检出率、金黄色葡萄球菌检出率为88.37%、58.14%,高于对照组的67.74%、6.45%,表皮葡萄球菌检出率(11.63%)低于对照组(50.00%)($P < 0.05$);两组大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率比较无明显差异($P > 0.05$)。见表1。

2.2 观察组检出的金黄色葡萄球菌药敏试验结果 金黄色葡萄球菌对青霉素、四环素、红霉素等耐药性较高,耐药性 $> 60\%$;对万古霉素、夫西地酸、呋喃妥因、米诺霉素等十分敏感,敏感性达100%;对大部分药物如克林霉素、替考拉宁、利福平、左氧氟沙星、复

表 1 两组细菌检出率 (n, %)

组别	n	金黄色葡萄球菌	表皮葡萄球菌	大肠杆菌	模仿葡萄球菌	溶血性葡萄球菌	沃氏葡萄球菌	总检出细菌
观察组	129	75 (58.14)	15 (11.63)	0 (0.00)	6 (4.65)	9 (6.98)	9 (6.98)	114 (88.37)
对照组	62	4 (6.45)	31 (50.00)	3 (4.84)	2 (3.23)	0 (0.00)	0 (0.00)	42 (67.74)
χ^2		46.126	33.723	3.598	0.006	3.119	3.119	11.908
P		< 0.001	< 0.001	0.058	0.940	0.077	0.077	0.001

方新诺明、苯唑西林、奎奴普汀-达福普汀等高度敏感,敏感性 $\geq 80\%$ 。见表 2。

表 2 观察组检出的金黄色葡萄球菌药敏试验结果 (n, %)

抗菌药物	耐药株数	中介株数	敏感株数
四环素	47 (62.67)	5 (6.67)	23 (30.67)
红霉素	51 (68.00)	0 (0.00)	24 (32.00)
青霉素	64 (85.33)	0 (0.00)	11 (14.67)
庆大霉素	30 (40.00)	22 (29.33)	23 (30.37)
复方新诺明	11 (14.67)	0 (0.00)	64 (85.33)
米诺环素	0 (0.00)	0 (0.00)	75 (100.00)
万古霉素	0 (0.00)	0 (0.00)	75 (100.00)
克林霉素	15 (20.00)	0 (0.00)	60 (80.00)
左氧氟沙星	8 (10.67)	2 (2.67)	65 (86.67)
利福平	0 (0.00)	3 (4.00)	72 (96.00)
诺氟沙星	30 (40.00)	0 (0.00)	45 (60.00)
替考拉宁	7 (9.33)	0 (0.00)	68 (90.67)
呋喃妥因	0 (0.00)	0 (0.00)	75 (100.00)
夫西地酸	0 (0.00)	0 (0.00)	75 (100.00)
苯唑西林	8 (10.67)	3 (4.00)	64 (85.33)
奎奴普汀-达福普汀	7 (9.33)	0 (0.00)	68 (90.67)

3 讨论

湿疹发病机制复杂,与接触过敏物体、食物肠道过敏、细菌感染等相关,易反复发作,极大影响患者的正常生活与工作^[4]。临床治疗湿疹多使用抗菌药物,但随着细菌耐药性增加,治疗效果受到影响,故分析湿疹患者皮损部位标本细菌培养及耐药性意义突出。相关研究指出,皮损部位细菌感染,特别是金黄色葡萄球菌的感染极易导致湿疹的发生^[5]。金黄色葡萄球菌分泌多种外毒素,可引发、加重湿疹病情,并可使炎症反复、持续发作^[6, 7]。本研究发现,观察组菌群总检出率、金黄色葡萄球菌检出率高于对照组,表皮葡萄球菌检出率低于对照组 ($P < 0.05$); 两组大肠杆菌、模仿葡萄球菌、溶血性葡萄球菌、沃氏葡萄球菌检出率比较无明显差异 ($P > 0.05$)。表明皮损部位细菌感染定植,特别是金黄色葡萄球菌,是引发湿疹重要因素。近年来,

以抗菌药物治疗湿疹重要性逐渐得到临床关注,有必要对迁延难愈、反复发作的患者给予抗菌治疗,对主要病原菌(金黄色葡萄球菌)进行药敏试验可为准确选择药物提供参考^[8]。本研究结果显示,金黄色葡萄球菌对青霉素、四环素、红霉素等耐药性较高,耐药性 $> 60\%$; 对万古霉素、夫西地酸、呋喃妥因、米诺环素等十分敏感,敏感性达 100%; 对大部分药物如克林霉素、替考拉宁、利福平、左氧氟沙星、复方新诺明、苯唑西林、奎奴普汀-达福普汀等高度敏感,敏感性 $\geq 80\%$ 。表明金黄色葡萄球菌对抗菌药物敏感性、耐药性差异较大,需加强监测湿疹患者皮损部位金黄色葡萄球菌耐药性,指导临床用药。

综上可知,湿疹患者皮损部位细菌特别是金黄色葡萄球菌感染与疾病发生关系密切,监测湿疹细菌耐药性,可为临床用药提供指导,有助于提升治疗效果,促进康复。

参考文献:

- [1] Simpson E L, Flohr C, Eichenfield L F, et al. Efficacy and safety of lebrikizumab (an anti-IL-13 monoclonal antibody) in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis inadequately controlled by topical corticosteroids: A randomized, placebo-controlled phase II trial (TREBLE)[J]. J Am Acad Dermatol, 2018, 78(5): 863-871.
- [2] 宗宝生, 宋颖劼, 徐月明. 斑贴试验对皮炎湿疹类患者变应原检测分析[J]. 实用预防医学, 2017, 24(4): 476-478.
- [3] 中华中医药学会皮肤科分会. 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识(2016 年)[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2018, 17(2): 89-91.
- [4] Kim H S, Lee J H, Roh K H, et al. Clinical Trial of Human Umbilical Cord Blood-Derived Stem Cells for the Treatment of Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis: Phase I/IIa Studies[J]. Stem Cells, 2017, 35(1): 248-255.
- [5] 吴春, 陈俊儒, 陈绵平. 住院患儿皮肤软组织感染金黄色葡萄球菌临床特征及耐药性分析[J]. 中国消毒学杂志, 2019, 36(3): 215-217.
- [6] 王倩, 汪国生, 汪凯. 金黄色葡萄球菌显著增加系统性红斑狼疮患者中性粒细胞 NETs 产生[J]. 免疫学杂志, 2017, 33(6): 497-504.
- [7] 唐栋, 覃媛媛, 李萌, 等. 临床分离金黄色葡萄球菌生物膜动态观察及药物敏感性研究[J]. 中华检验医学杂志, 2019, 42(2): 140.
- [8] 王伟, 李凤琴. 金黄色葡萄球菌中可移动遗传元件与耐药传播机制研究进展[J]. 中华预防医学杂志, 2018, 52(10): 1067.

他克莫司联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗慢性湿疹的疗效观察

翟翊然, 曹丽楠, 郭冰心

(南阳市中心医院皮肤科, 河南 南阳 473000)

【摘要】 目的 观察他克莫司联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗慢性湿疹的疗效。**方法** 选取2018年6月至2020年6月期间某医院收治的78例慢性湿疹患者, 根据治疗方式的不同分为观察组和对照组, 各39例。对照组给予他克莫司软膏治疗, 涂抹适量于患处, 观察组在对照组基础联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗。记录并比较两组患者治疗前后瘙痒程度评分、疼痛(VAS)评分、皮损情况(红斑、皴裂、皮损面积)、临床治疗有效率和不良反应发生率。**结果** 治疗前两组患者瘙痒程度评分、VAS评分和皮损情况评分比较无差异($P > 0.05$), 治疗后与对照组相比, 观察组瘙痒程度评分、VAS评分和皮损情况评分明显更低($P < 0.05$)。与对照组(64.10%)相比, 观察组临床治疗有效率(92.31%)更高($\chi^2=9.10, P=0.00$)。观察组不良反应发生率(10.26%)略低于对照组(12.82%)($\chi^2=0.13, P=0.72$)。**结论** 他克莫司联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗慢性湿疹, 能够有效缓解患者皮肤瘙痒和疼痛, 改善患者皮损情况, 临床治疗效果良好, 不良反应少, 值得临床推广应用。

【关键词】 他克莫司; 超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗; 慢性湿疹; 治疗效果

中图分类号: R751.05; R758.23 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.025

慢性湿疹作为一种慢性炎症性皮肤病, 可由环境、感染、过敏等多种因素引起, 病程长, 易复发, 且迁延不愈^[1]。患者临床表现为局部皮肤明显瘙痒、苔藓样变、皮肤粗糙肥厚并伴有明显潮红, 多发于患者手、足、小腿、大腿等部位, 常呈对称分布。患慢性湿疹部位伴有不同程度的瘙痒和疼痛感, 且难以治愈, 长期瘙痒易使患者出现焦躁、不安等情绪。此外, 暴露部位会影响美观, 损害患者生理和心理健康, 对患者日常生活产生不良影响。临床上治疗慢性湿疹的关键是缓解临床症状并控制病情发展, 有效预防和减少病情复发, 以提高患者生活质量, 减轻患者因长期皮损造成的心理负担^[2, 3]。目前, 临床上治疗慢性湿疹一般根据患者皮损严重程度给予针对性治疗, 他克莫司作为一种钙调神经磷酸酶抑制剂, 能够有效抑制T细胞活性, 具有一定的特异性, 能够有效缓解患者瘙痒、疼痛等临床症状^[4, 5]。但单独用药作用缓慢, 效果不佳。超脉冲 CO₂ 点阵激光已广泛应用于皮肤科治疗, 具有一定的选择性, 高效、安全, 且依从性高。基于此, 本研究以本院收治的78例慢性湿疹患者为观察对象, 单独采用他克莫司软膏治疗及他克莫司软膏联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗, 观察患者临床疗效, 以期临床治疗慢性湿疹提供更优的治疗方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年6月至2020年6月期间本院收治的78例慢性湿疹患者。纳入标准: ①患者特定部位皮肤自觉瘙痒, 皮肤增厚, 表面粗糙, 呈苔藓样外观, 褐色或棕红色; ②无瘢痕体质; ③患者皮损面积不超过体表面积的3%; ④与患者沟通后自愿参与本研究并签署知情同意书。排除标准: ①精神异常, 无法配合完成治疗者; ②入选前用过抗过敏药物者; ③患有自身免疫性疾病者; ④严重肝肾功

能异常者。依据治疗方式不同分为观察组和对照组, 各39例。观察组患者年龄(22~68)岁, 平均年龄(37.11 ± 7.28)岁, 男20例, 女19例, 病程为11个月~19年, 平均病程(9.94 ± 4.35)年; 对照组患者年龄(22~69)岁, 平均年龄(38.96 ± 7.11)岁, 男21例, 女18例, 病程为10个月~20年, 平均病程(10.02 ± 4.53)年。两组患者性别、年龄、病程均衡可比($P > 0.05$)。

1.2 方法 给予对照组患者他克莫司软膏(杭州中美华东制药有限公司, 国药准字H20094027)治疗, 对患处进行常规消毒处理, 保持干燥清洁, 取适量膏体轻轻涂抹于患处, 2次/d, 连续治疗2周。观察组在此基础上给予超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗, 先对患者皮损区进行常规消毒后, 使用M-2010型 CO₂ 点阵激光器(武汉金鑫谷科技有限公司)照射, 调节至点阵扫描模式, 将单脉冲能量调节至7.0mJ, 连续(1~2)个脉冲, 将功率维持在3.5W左右, 持续(3.5~5.0)ms, 治疗后, 立即涂抹适量他克莫司软膏于患处, 保持患处干燥清洁, 避免沾水, 2次/d, 连续治疗2周。

1.3 观察指标 ①比较两组患者治疗前和治疗2周后瘙痒程度评分和疼痛程度(VAS)评分。瘙痒程度根据其对生活造成的影响和瘙痒持续时间进行评分, 包括无瘙痒感(0分), 瘙痒感轻微且不常出现(1分), 瘙痒感明显且经常发生(2分), 瘙痒感强烈且持续时间较长且对生活造成严重影响(3分), 分值越高瘙痒程度越严重。疼痛程度评分用VAS评分表评定, 共10分, 疼痛感越强烈分值越高。②比较治疗前后皮损情况评分。红斑: 无红斑记0分, 颜色较浅红斑记1分, 暗色或深色红斑记2分; 皴裂: 无皴裂记0分, 微小皴裂记1分, 皴裂较宽且血液渗出记2分; 皮肤受损面积: <20%记0分, 20%~40%记1分, >

40% 记 2 分。③ 比较两组患者临床治疗有效率。判定标准：临床症状基本消失，患处基本愈合为显效；临床症状改善，患处缩小、颜色变浅为有效；临床症状未改善甚至加重，患处颜色加深或面积扩大为无效。治疗有效率 = (总例数 - 无效例数) ÷ 总例数 × 100%。④ 比较瘙痒、皮肤过敏、灼伤等不良反应发生率。

1.4 统计学方法 应用 SPSS 22.0 软件处理数据。行 t 检验和 X^2 检验。 $P < 0.05$ 表明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后瘙痒程度评分和 VAS 评分 治疗前，两组患者瘙痒程度评分和 VAS 评分相比无明显差异 ($P > 0.05$)；完成治疗后，与对照组相比，观察组瘙痒程度评分、VAS 评分明显更低 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 比较治疗前后瘙痒程度评分和 VAS 评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	瘙痒程度评分		VAS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	39	6.10 ± 2.09	2.51 ± 0.22	2.62 ± 1.37	0.61 ± 0.08
对照组	39	5.97 ± 2.17	3.37 ± 0.99	2.59 ± 1.41	0.92 ± 0.55
t		0.27	5.30	0.10	3.78
P		0.79	0.00	0.92	0.00

2.2 两组患者皮损情况比较 治疗前，两组患者皮损情况各项评分相比无明显差异 ($P > 0.05$)；治疗后，与对照组相比，观察组皮损情况各项评分均更低 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 比较两组患者皮损情况 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	红斑		皲裂		皮损面积	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	39	2.32 ± 0.48	0.36 ± 0.13	1.89 ± 0.52	0.24 ± 0.15	1.67 ± 0.53	0.81 ± 0.22
对照组	39	2.29 ± 0.45	0.64 ± 0.29	1.86 ± 0.47	0.58 ± 0.19	1.59 ± 0.41	1.19 ± 0.32
t		0.28	5.50	0.27	8.77	0.14	6.11
P		0.78	0.00	0.79	0.00	0.46	0.00

两组患者瘙痒程度评分、VAS 评分和皮损情况各项评分较治疗前均下降，且观察组下降程度显著大于对照组，表明联合他克莫司和超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗慢性湿疹可有效缓解患者瘙痒、疼痛程度，改善患者皮损情况，促进患处愈合，这与王希香等^[10]的研究结果一致。由于皮肤本身的结构特点，皮肤角质层可形成屏障作用，他克莫司作为一种外用药物，仅有 1% ~ 5% 可被透皮吸收。超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗采用的是一种波长为 10 600nm 的激光，水分可以使波长被高度吸收，在微小光束作用下，可在皮肤上形成垂直通道直达真皮层，从而有效去除受损部位的坏死组织，并在其周围形成薄层热凝组织，在热效应作用下形成微治

2.3 临床治疗有效率 观察组 39 例，显效 22 例 (56.41%)，有效 14 例 (35.90%)，无效 3 例 (7.69%)，总有效率为 92.31% (36/39)；对照组 39 例，显效 18 例 (46.15%)，有效 7 例 (17.95%)，无效 14 例 (35.90%)，总有效率为 64.10% (25/39)。观察组临床治疗有效率高与对照组，差异具有统计学意义 ($X^2=9.10$, $P=0.00$)。

2.4 不良反应发生率 观察组共发生 4 例不良反应，对照组共发生 5 例，观察组不良反应发生率 (10.26%) 略低于对照组 (12.82%)，采用无统计学意义 ($X^2=0.13$, $P=0.72$)。

3 讨论

慢性湿疹是由患者个体因素和环境因素共同作用导致的慢性反复性炎症疾病。有研究显示，慢性湿疹可能与患者代谢及内分泌、过敏史、感染等多种因素有关，饮酒、热水烫洗、搔抓等外界刺激均会加重患处瘙痒、疼痛和皮损程度，严重时会影响患者睡眠质量^[6,7]。他克莫司是临床治疗慢性湿疹的常用药物，具有一定的特异性，可将淋巴细胞作为靶细胞抑制其免疫活性，从而可有效抑制患者皮损部位炎症反应，减轻临床症状。但单独外用他克莫司疗效不佳，可能是因为他克莫司分子量较大，不易渗入皮肤，发挥作用缓慢。有研究显示，超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗具有较强的热效应并能有效促进组织修复重建，可广泛用于治疗各种皮肤病^[8,9]。

为提高临床治疗效果，本次研究采用他克莫司联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗。研究结果显示，治疗后

疗区。此外，超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗也可为外用药物的传输提供通道，在治疗后立即涂抹他克莫司于患处，加强了药物渗透作用和皮肤与药物的接触面积，有效增强了药物作用。进一步研究结果显示，与对照组治疗有效率 (64.10%) 相比，观察组临床治疗有效率 (92.31%) 更高，观察组不良反应发生率 (10.26%) 略低于对照组 (12.82%)。表明联合他克莫司和超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗可以有效提高临床治疗效果，且不良反应少。可能是因为超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗具有一定的选择作用，患处周围的健康皮肤组织在点阵激光治疗后恢复正常屏障功能的时间较短，因此对皮肤造成的损伤较小，不良反应少。(下转第 391 页)

荆防方加减联合富马酸卢帕他定治疗风热型慢性荨麻疹的临床观察

苏 孟¹, 王 彤^{2*}

(1. 中国人民解放军总医院第七医学中心皮肤科, 北京 100700; 2. 北京中医药大学中医学院, 北京 100029)

【摘要】 目的 观察荆防方加减联合富马酸卢帕他定片治疗风热型慢性荨麻疹的临床疗效。**方法** 将72例符合风热型慢性荨麻疹的患者随机分成对照组和观察组, 对照组给予常规抗组胺药治疗, 观察组在对照组基础上联合荆防方加减治疗。**结果** 观察组总有效率明显高于对照组, 两组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者治疗后临床症状评分、中医证候积分及观察指标均低于治疗前, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 荆防方加减联合富马酸卢帕他定片治疗风热型慢性荨麻疹疗效明显, 值得临床借鉴。

【关键词】 荆防方加减; 慢性荨麻疹; 风热型

中图分类号: R4/78; R758.24 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.026

荨麻疹 (Urticaria) 为皮肤科常见病, 是一种多因素导致周身24小时内出现风团或/和血管性水肿, 病程发作6周以上, 且每周至少发作2次, 通常被定义为慢性荨麻疹 (Chronic Urticaria, CU)^[1]。目前临床上常规治疗CU的方法主要是应用抗组胺药物, 然而此类药物仅能对患者的瘙痒不适等症状进行改善, 停药后复发率高, 极大地影响了患者的生活质量, 至此, 为进一步改善治疗效果, 笔者主要对荆防方加减联合富马酸卢帕他定片治疗风热型慢性荨麻疹的临床效果及相关变态反应指标的影响进行分析, 现归纳报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 筛选2018年12月至2019年10月我中心皮肤科诊治的符合风热型慢性荨麻疹患者72例, 按照随机数字表法将其随机分为对照组和观察组各36例。对照组男16例, 女20例, 平均年龄 (37.5 ± 2.5) 岁, 平均病程 (2.2 ± 0.5) 年; 观察组男15例, 女21例, 平均年龄 (39.7 ± 3.4) 岁, 平均病程 (2.5 ± 0.3) 年。2组患者一般比较差异无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者给予口服富马酸卢帕他定片 (江苏紫龙药业有限公司) 治疗。观察组在对照组基础上加服荆防方, 基本药物组成如下: 荆芥穗10g、防风10g、薄荷8g、蝉蜕8g、牛蒡子10g、浮萍10g、僵蚕10g、金银花15g、黄芩10g、牡丹皮15g、生地10g、甘草10g。水煎, 1剂/d, 早晚口服, 每次200ml, 疗程4周。瘙痒剧烈者加地肤子、白鲜皮; 气虚者加黄芪; 血虚者加当归、鸡血藤; 大便难下者加大黄。

1.3 观察指标 按临床症状轻重采用4级评分法, 分别统计两组患者的瘙痒程度、风团数量、风团直径。采集患者治疗前后的空腹静脉血, 应用血常规分析仪和酶联免疫法检测患者血清中嗜酸性粒细胞 (EOS) 和特异性免疫球蛋白 IgE 抗体。

1.4 疗效判断标准 参照《中药新药临床研究指导

原则》, 根据患者的临床症状积分进行评价, 症状评分下降指数 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) ÷ 治疗前总积分 × 100%。基本治愈: 疗效下降指数 ≥ 90%; 显效: 疗效下降指数 60% ~ 89%; 好转: 疗效指数 30% ~ 59%; 无效: 疗效指数 < 30%。有效率 = 痊愈率 + 显效率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行各组数据分析。计量资料数据符合正态分布, 采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 描述, 各组间比较采用独立样本 t 检验, 治疗前后相同组间采用配对 t 检验, 计数资料采用例数和百分比进行描述, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 观察组治疗总有效率 (94.4%) 显著高于对照组治疗总有效率 (61.1%), 差异具有统计学差异 ($\chi^2=11.57$, $P < 0.01$)。

2.2 治疗前后积分比较 治疗后, 两组患者的临床症状及中医证候积分治疗前总积分比较无统计学意义 ($P > 0.05$), 两组治疗后总积分比较有统计学意义 ($P < 0.05$), 且观察组的各项评分指标均低于对照组, 详见表1。

2.3 治疗前后 IgE、EOS 比较 治疗后, 两组患者 IgE、EOS 数值均明显降低 ($P < 0.05$), 且观察组治疗后明显低于对照组 ($P < 0.05$), 详见表2。

2.4 治疗8周后复发情况对比 对照组复发15例 (41.67%), 观察组复发3例 (8.33%)。复发率比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2=10.66$, $P < 0.01$)。

3 讨论

CU 中医上属于瘾疹、风疹块等范畴, 《诸病源候论·风瘙身体瘾疹候》中曰: “邪气客于皮肤, 复逢风寒相折, 则风起瘾疹”。荨麻疹或为禀赋不受, 饮食失节; 或因平素亏虚, 复感风邪; 或因肝郁气滞, 郁而化火, 内生风邪而发病。因此治疗上常遵循疏风清热, 发散风邪的原则^[2]。现代医学多采用具有拮抗组胺作

表 1 两组治疗前后临床症状评分、中医证候积分情况比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	瘙痒程度		风团数目		风团水肿程度		中医证候积分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	72	2.62±0.24	0.87±0.06 ^{ab}	2.23±0.25	0.74±0.22 ^{ab}	2.50±0.23	1.10±0.17 ^{ab}	8.77±2.49	0.74±0.28 ^{ab}
对照组	72	2.64±0.19	1.41±0.21 ^a	2.19±0.27	1.08±0.16 ^a	2.52±0.22	1.30±0.29 ^a	9.26±2.12	3.50±1.22 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后对比,^{ab} $P < 0.05$ 。

表 2 两组风热型慢性荨麻疹患者治疗前后的 IgE、EOS 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	IgE (IU/ml)		EOS ($\times 10^9/L$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	72	215.62±48.74	88.30±7.18 ^{ab}	0.51±0.12	0.25±0.03 ^{ab}
对照组	72	228.23±55.55	122.83±10.73 ^a	0.50±0.13	0.45±0.09 ^a

注:与同组治疗前对比,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后对比,^{ab} $P < 0.05$ 。

用的第二代抗组胺药进行常规治疗,而症状的持续性和严重性往往与自身免疫相关,单独应用抗组胺药不能控制症状时,常联合糖皮质激素、免疫抑制剂等治疗^[1、3]。长期使用糖皮质激素与免疫抑制剂有较多副作用。

荆防方为赵炳南先生治疗风热型荨麻疹的临床用方,方中荆芥穗、防风、蝉蜕、薄荷四药合用具有解表散热、透邪解毒之功;僵蚕、牛蒡子、浮萍可辅助上述四药透疹解毒、止痒;金银花、黄芩疏风清热,内泻毒邪;牡丹皮、生地黄清热凉血,泻血中郁火,正所谓治风先治血,血行风自灭;甘草调和诸药。原方为赵老主要用于风热型急性荨麻疹,同时对风热型慢性荨麻疹也具有满意的临床治疗效果^[2]。此方大量用药,即荆芥穗、防风、僵蚕、金银花、蝉衣、牛蒡子、浮萍、薄荷,而风药为李东垣继承其师张元素“药类法象”理论发展而被后世广泛应用于临床^[4]。以上药物合用,共奏辛凉透表、祛风清热、止痒之功。但风药辛散走窜,多用易耗气、伤津等,“如病去,勿再服,以诸风之药,损人元气,而益其病故也”。在临床应用中,应结合患者实际情况,适当加减,辨证论治。

IgE 在免疫球蛋白中具有独特的特性,在遗传易感人群中,暴露于特定的过敏原导致机体的 IgE 升高,并在肥大细胞和嗜碱性粒细胞中表达^[5]。当 IgE 再次与特定变应原接触时可诱导肥大细胞颗粒中储存的活性介质组胺等释放,从而导致超敏反应。肥大细胞与

嗜酸性粒细胞分别介导速发相和迟发相炎症反应。目前多数研究认为 IgE 及 EOS 均是临床上常见的变态反应性指标,检测患者血清中的 IgE 及 EOS 两项指标数值的变化,可进一步获得本次两组患者的客观指标及验证荆防方的治疗疗效^[6]。本次结果显示,虽然两组的 IgE 及 EOS 的水平数值较治疗前均有所降低,但观察组的变态反应指标下降程度更加明显。

综上,本次研究发现荆防方加减联合富马酸卢帕他定片治疗风热型慢性荨麻疹的临床疗效优于对照组,可有效改善患者临床症状,减轻疾患痛苦,具有临床价值。

参考文献:

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 742-748.
- [2] 龚志妍, 张俊麒, 马戟, 等. 荆防方加减对慢性荨麻疹患者嗜酸性粒细胞变化的影响 [J]. 云南中医学院学报, 2018, 41(6): 54-57.
- [3] Serra E, Campo C, Novák Z, et al. Efficacy and safety of bilastine in reducing pruritus in patients with chronic spontaneous urticaria and other skin diseases: an exploratory study [J]. The Journal of dermatological treatment, 2020, 31(3): 270-278.
- [4] 张真全. 风药概论 [J]. 光明中医, 2019, 34(4): 530-534.
- [5] Hans C O. Fifty years later: emerging functions of IgE antibodies in host defense, immune regulation, and allergic diseases [J]. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2016, 137(6): 1631-1645.
- [6] Yanase Y, Takahagi S, Hide M. Chronic spontaneous urticaria and the extrinsic coagulation system [J]. Allergol Int, 2018, 67(2): 191-194.

火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮疗效观察

宋道阳

(南阳市第三人民医院医疗美容科,河南 南阳 473000)

【摘要】 目的 观察火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的临床疗效。**方法** 选取2019年4月至2020年4月收治的86例玫瑰痤疮患者为研究对象,以随机对照实验分为对照组($n=43$,甲硝唑治疗)与观察组($n=43$,火针疗法联合甲硝唑治疗),对比两组皮损评分及临床疗效。**结果** 观察组治疗后脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒等临床症状评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组治疗后总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的临床疗效理想,值得推广。

【关键词】 火针疗法;甲硝唑;玫瑰痤疮

中图分类号: R245.31⁺6; R 758.73⁺2 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.027

玫瑰痤疮是好发于面部、皮肤血管、毛囊皮脂腺的一种皮肤病,以疱疹、红斑、丘疹、毛细血管扩张为主要临床表现。该病不仅损害患者面部美观,还会伴有一定程度的刺痛和瘙痒感,给患者社会生活及其心理健康带来巨大影响。目前,玫瑰痤疮以硫磺制剂、甲硝唑霜等为主要治疗手段,但疗效欠佳,且极具刺激性,易造成患者肌肤出现过敏、干燥等不良反应^[1-2]。本院医疗美容科选取2019年4月至2020年4月收治的86例玫瑰痤疮患者为研究对象,观察火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的临床疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年4月至2020年4月收治的86例玫瑰痤疮患者为研究对象,以随机对照实验分为对照组($n=43$,甲硝唑治疗)与观察组($n=43$,火针疗法联合甲硝唑治疗)。纳入标准:①年龄 ≥ 18 岁,且皮损真菌镜检均为阴性;②符合《中国临床皮肤病学》^[3]中玫瑰痤疮的诊断标准;③知情同意,签署知情同意书。排除标准:①处于哺乳期、妊娠期;②符合本研究药物禁忌症;③2周内曾使用四环素、维生素B族等相关药物。对照组男28例,女15例,年龄(20~35)岁,平均(27.52 $\pm$ 2.67)岁,病程(1~14)年,平均(6.28 $\pm$ 1.32)年,皮损区毛囊病原体检查结果:蠕形螨35例(81.40%)、小芽孢杆菌6例(13.95%)、棒状芽孢杆菌2例(4.65%);观察组男27例,女16例,年龄(20~36)岁,平均(27.67 $\pm$ 2.81)岁,病程(1~13)年,平均(6.80 $\pm$ 1.42)年,皮损区毛囊病原体检查结果:蠕形螨36例(83.72%)、小芽孢杆菌4例(9.30%)、棒状芽孢杆菌3例(6.98%)。两组一般资料经统计分析,无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究项目经本院伦理协会批准。

1.2 方法 对照组给予甲硝唑治疗。选用甲硝唑凝胶(天津市天药制药有限公司,国药准字H19990245),取适量蘸于棉签,行脸部外敷,3次/d,3周一疗程,

共1个月。

观察组在对照组基础上给予火针疗法。在患者丘疹、脓疱处取阿是穴(别称压痛点),选用盘龙火针。准备完毕后嘱患者取舒适体位,行常规消毒;准备酒精灯,倒入约1/3乙醇,

医生左手持酒精灯靠近患者阿是穴,右手用拇指、食指、中指持盘龙火针柄,放置至酒精灯上方火焰中部,顺序加热针体、针尖,烧至发白。腕部发力快、准、稳直线刺入患者肌肤损伤顶部,快速出针,刺入深度至肌肤损伤处基底部为宜;采用消毒棉签挤出脓疱脓血、脓栓、分泌物等。1次/7d,3次一疗程,共1个月。

1.3 观察指标 ①比较两组患者治疗前后脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒等临床症状评分;选取本院2名经验丰富医生进行效果评分,以无(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)为评判标准,评分越低代表临床症状越轻。②比较两组患者治疗后临床疗效。临床疗效以疗效指数为准,疗效指数=(治疗前皮损积分-治疗后皮损积分) $\div$ 治疗前皮损积分 $\times 100\%$;各项临床症状评分累积之和为皮损积分。痊愈:疗效指数100%;显效:疗效指数75%~99%;无效:疗效指数 $< 75\%$ 。总有效率以痊愈率和显效率之和为准。

1.4 统计学分析 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析,计数资料用率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者治疗后评分 两组治疗前脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒等临床症状评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);观察组治疗后脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒等临床症状评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

2.2 临床疗效对比 对照组痊愈9例(20.93%),显效16例(37.21%),无效18例(41.86%),总有效率

表 1 比较两组患者皮损评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	脓疱		面部红斑		色素沉着		瘙痒	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	43	2.61±0.21	1.16±0.21	2.47±0.31	1.48±0.32	1.98±0.28	0.45±0.06	2.69±0.24	1.26±0.28
观察组	43	2.59±0.23	0.98±0.17	2.44±0.35	1.18±0.31	1.96±0.30	0.41±0.02	2.68±0.22	1.06±0.22
t		0.421	4.368	0.420	4.415	0.319	4.147	0.201	3.683
P		0.674	0.000	0.675	0.000	0.750	0.000	0.840	0.000

为 58.14% (25/43); 观察组痊愈 14 例 (32.56%), 显效 22 例 (56.16%), 无效 7 例 (16.28%), 总有效率为 83.72% (36/43)。观察组治疗总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义 ($X^2=6.823$, $P < 0.01$)。

3 讨论

玫瑰痤疮病因尚不明确, 可能是皮脂溢出与体外有害因子作用, 致患者毛细血管扩张、少数血管神经功能失调。内分泌失调、饮食辛辣、情绪激动或冷热刺激等是玫瑰痤疮诱发或加重的重要因素。目前, 临床多采用甲硝唑凝胶、霜剂、壬二酸乳膏、硫磺洗剂等消炎杀菌药或激光疗法治疗玫瑰痤疮, 但消炎杀菌药刺激性较大, 且疗效不甚理想, 故建议联合其他治疗手段。

中医认为玫瑰痤疮属“酒皰鼻”范畴, 认为其发病机理是肺胃积热, 热邪上升于鼻, 致肌肤阻滞、血瘀凝结, 故治疗应以宣泄积热为主。火针疗法具有针刺、艾灸等功效, 一方面, 针刺可直接作用于损伤肌肤, 使热邪有所出路; 另一方面, 艾灸的温通作用还能耗散余邪, 疏通气血。本研究发现, 观察组脓疱、面部红斑、色素沉着、瘙痒评分明显低于对照组, 说明火针疗法联合甲硝唑可显著改善玫瑰痤疮临床症状。这可能是因为火针疗法除耗散热邪、疏通气血外, 还能帮助损伤肌肤自我修复, 消退皮损^[4]。孟凡征^[5]也从现代医学角度分析火针疗法, 认为其可直接作用于脓疱、红斑或丘

疹处, 使皮肤内部炎性物质得以有效排除, 促使炎症症状消退。本研究还发现, 观察组治疗总有效率明显高于对照组, 说明火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的效果突出。分析原因可知, 甲硝唑羟化代谢产物具有较好的抑菌效果, 结合火针疗法的耗散热邪、疏通气血、消退皮损, 促进新肌肤生成等作用, 可发挥增强疗效的作用。值得一提的是, 治疗后所叮嘱的注意事项均为保障治疗效果的前提, 具体如下: ① 治疗后 5d 内皮损及其周边肌肤不得碰水; ② 皮损肌肤结痂后不得抓挠; ③ 遵行清淡饮食原则, 忌油腻、辛辣。

综上所述, 火针疗法联合甲硝唑治疗玫瑰痤疮的疗效显著, 可有效改善患者临床症状。

参考文献:

- [1] 童丹丹, 张颜. 火针加放血疗法治疗丘疹脓疱期玫瑰痤疮疗效观察 [J]. 四川中医, 2016, 5(8):162-164.
- [2] 袁春蓉. 复方木尼孜其颗粒联合甲硝唑凝胶治疗玫瑰痤疮的疗效观察 [J]. 现代药物与临床, 2019, 34(9):2799-2802.
- [3] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 65-68.
- [4] 李丽霞, 谢丽琴, 黄文盖, 等. 基于“火郁发之”探讨火针疗法在带状疱疹急性期治疗的应用 [J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(5):65-68.
- [5] 孟凡征. 火针治疗痤疮的临床进展 [J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2017, 6(4):182-183.

抗病毒药物联合火针与刺血拔罐治疗带状疱疹肝经郁热证的疗效分析

曾丽华, 莫颖琳, 邓韵珊, 余宣霖, 范玉华

(佛山市三水区疾病防治所皮肤病防治科, 广东 佛山 528000)

【摘要】 目的 观察火针结合刺血拔罐治疗带状疱疹肝经郁热证的疗效。**方法** 回顾性分析2018年1月至2020年1月某疾病防治所医治的300例带状疱疹患者的临床资料, 将其中150例采用刺血拔罐治疗的患者纳入对照组, 另外150例采用火针+刺血拔罐治疗的患者纳入观察组。比较两组症状改善情况、睡眠质量以及带状疱疹后遗神经痛发生率。**结果** 与对照组相比, 观察组停止出疱时间、疼痛消失时间、水疱结痂时间以及水疱脱落时间均较短, 带状疱疹后遗神经痛发生率较低, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗后, 两组匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表评分均下降, 且观察组降低较对照组更明显, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 火针结合刺血拔罐治疗带状疱疹效果显著, 可促进患者恢复, 改善其睡眠质量, 同时减少带状疱疹后遗神经痛的发生。

【关键词】 带状疱疹; 火针; 刺血拔罐; 疗效

中图分类号: R751.05; R752.1² 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.028

带状疱疹为临床常见急性炎症性皮肤病, 好发于成人。该症主要由水痘-带状疱疹病毒引发, 典型症状为身体单侧出现带状分布水疱, 同时伴有不同程度的神经性疼痛^[1]。如若不能及时予以有效的治疗, 可造成神经细胞损伤, 从而出现带状疱疹后遗神经痛, 严重影响患者日常生活质量^[2]。西医治疗该症的主要措施有药物治疗、物理治疗。笔者采用抗病毒药物联合火针结合刺血拔罐治疗带状疱疹肝经郁热证取得满意的疗效, 明确火针结合刺血拔罐的应用价值, 从而为临床治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经本院医学伦理委员会批准, 回顾性分析2018年1月至2020年1月医治的300例带状疱疹患者的临床资料, 将其中150例采用火针治疗的患者纳入对照组, 另外150例采用火针+刺血拔罐治疗的患者纳入观察组。对照组男85例, 女65例, 年龄(40~70)岁, 平均(58.96±5.02)岁, 病程(2~7)d, 平均(4.13±1.07)d; 治疗组男89例, 女61例, 年龄(41~70)岁, 平均(59.01±5.03)岁, 病程(2~7)d, 平均(4.14±1.10)d。比较两组基线资料无显著性差异($P > 0.05$), 具有可对比性。

1.2 诊断标准 西医诊断参照《带状疱疹中国专家共识》^[3]相关诊断标准; 中医诊断参照《中医外科学》^[4]内肝经郁热证, 即皮损鲜红、疱壁紧张、灼热刺痛; 心烦易怒、口苦咽干; 舌质红、苔黄厚或薄黄, 脉弦滑数。

1.3 入选标准 纳入标准: ①符合上述诊断标准; ②受累神经包括胸神经、骶神经、颅神经、腰神经以及颈神经; ③发病后未接受过其他抗病毒药物治疗; ④近期末服用过皮质类固醇激素、免疫抑制剂等药物; ⑤患者临床资料完善。排除标准: ①严重器质性病变者; ②有晕针史, 或病变部位有溃疡、水肿等

症状者; ③合并血液系统、免疫系统疾病者; ④精神疾病、沟通障碍者; ⑤有光敏性皮肤病史者。

1.4 方法 两组均行常规抗病毒治疗: 口服盐酸伐昔洛韦片(山东新时代药业有限公司, 国药准字H20073866), 0.3g/次, 2次/d, 连续服用10d。对照组行刺血拔罐治疗: 带状疱疹四周常规消毒, 采用梅花针叩刺疱疹区域皮肤, 以微微渗血为宜, 随后迅速以闪火法加拔火罐; 约10min后起罐, 给予局部消毒, 预防感染。隔日1次, 疗程10d。观察组于对照组基础上加用火针治疗: 患者取卧位或坐位, 将细火针加热至红亮, 随后快速、多次点刺水疱或阿是穴, 深度为(1~2)mm; 点刺患侧夹脊穴, 深度为(2~3)mm, 留针30min。隔日1次, 疗程10d。

1.5 观察指标 ①症状改善: 比较两组停止出疱时间、疼痛消失时间、水疱结痂时间以及水疱脱落时间。②睡眠质量: 以PSQI量表^[5]评估两组治疗前、治疗10d后睡眠质量, 共计21分, 分值越高, 睡眠质量越差。③比较两组带状疱疹后遗神经痛发生率。

1.6 统计学方法 采用SPSS 24.0软件进行数据处理, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, t 检验; 计数资料用(%)表示, χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异显著有统计学意义。

2 结果

2.1 症状改善 与对照组相比, 观察组停止出疱时间、疼痛消失时间、水疱结痂时间以及水疱脱落时间均较短, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2.2 睡眠质量 治疗后, 两组PSQI评分均下降, 且观察组下降更加明显, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

2.3 带状疱疹后遗神经痛 比较两组带状疱疹后遗神经痛发生率, 观察组5.33%(8/150)低于对照组13.33%(20/150), 差异有统计学意义($\chi^2=5.672$, $P=0.017$)。

表 1 两组症状改善情况对比 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	停止出疱时间	疼痛消失时间	水疱结痂时间	水疱脱落时间
对照组 (n=150)	3.41±0.92	6.05±1.78	4.59±1.13	8.12±1.75
观察组 (n=150)	2.08±0.76	4.12±1.34	3.36±0.85	6.50±1.61
t	13.650	10.609	10.654	8.344
P	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 两组 PSQI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前(分)	治疗后(分)	t	P
对照组(n=150)	13.08±2.75	8.31±1.64	18.246	0.000
观察组(n=150)	13.06±2.70	6.58±1.29	26.522	0.000
t	0.064	10.155		
P	0.949	0.000		

3 讨论

人是水痘-带状疱疹病毒的唯一宿主,儿童感染后,常可发生水痘,而成人则易产生隐性感染,病毒潜藏于脊髓后根或颅神经感觉神经节内,当机体受疲劳、创伤等刺激致抵抗力下降时,水痘-带状疱疹病毒被激活,继而经感觉神经轴索下行,在该神经所支配区域的皮肤内繁殖,引发皮肤及神经病变,产生水疱及神经痛^[6]。虽然该症具有自限性,但随着年龄的增长,机体免疫力降低,出现重症病例及遗留顽固性神经痛的可能性增加,因此,在发病初期采取有效干预措施是控制病情进展、预防并发症的关键。

常用抗病毒药物伐昔洛韦水溶性好,进入机体后可迅速水解成阿昔洛韦,抑制 DNA 聚合酶及细胞激酶,同时通过与增长的 DNA 链结合,阻碍病毒复制,继而发挥抗病毒效果^[7]。但该药毒副作用较大,且停药后复发率较高,临床应用效果欠佳。本研究显示,采用综合方式后,与对照组相比,观察组停止出疱、疼痛消失、水疱结痂以及水疱脱落时间均较短,带状疱疹后遗神经痛发生率较低,治疗后,两组 PSQI 评分均下降,且观察组下降更加明显,表明火针结合刺血拔罐治疗带状疱疹效果显著,可促进患者恢复,改善其睡眠质量,同时减少带状疱疹后遗神经痛的发生。分析其原因:中医认为,带状疱疹属“蛇串疮”范畴,发病机理

为外感风湿毒邪、肝郁气滞、湿热内生等致气血阻滞不通、久病入络,治疗应注重行气活血、通络止痛^[8]。刺血拔罐疗法以梅花针叩刺疱疹区域皮肤,利于刺激经络系统,调节组织气血,改善皮下神经末梢营养状态,促进皮损修复。拔罐则有利于瘀血的排出,防止皮损区域的扩大。火针疗法通过快速、多次点刺阿是穴,可有效激发气血运行,达到通经止痛的效果^[9]。通过点刺患侧夹脊穴,可有效调节植物神经功能,改善血液循环及血管功能,进而调节机体免疫力;此外,针刺可激活 5-羟色胺能神经元,促进中枢镇痛递质释放^[10]。联合伐昔洛韦及刺血拔罐,利于提高细胞活性,阻碍病毒复制,同时调节机体痛阈,从而抑制炎症渗出,缓解疼痛程度,进而改善患者睡眠质量,减轻其临床症状。

综上所述,抗病毒药物联合火针结合刺血拔罐治疗带状疱疹效果显著,可促进患者恢复,改善其睡眠质量,同时减少带状疱疹后遗神经痛的发生,值得推广使用。

参考文献:

- [1] 杨池梅,汪千红,李永双. 泛昔洛韦联合半导体激光照射治疗带状疱疹疗效观察[J]. 海南医学, 2018,29(10):1463-1465.
- [2] 袁艳丽,宋立婷,焦来文. 威伐光与加巴喷丁对带状疱疹后神经痛疗效及 VAS 评分作用分析[J]. 陕西医学杂志, 2017,46(5):660-661.
- [3] 郝玉玲. 威伐光联合药物治疗带状疱疹疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2019,41(1):129-130.
- [4] 李日庆. 中医外科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2002:150-152.
- [5] 刘妍,赵梦楠,韩杰,等. 短疗程眶上神经电刺激治疗三叉神经 1 支带状疱疹性神经痛的疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2017,23(8):580-583.
- [6] 罗东平,徐淑萍,盛虹. 半导体激光联合胸腺肽 $\alpha 1$ 治疗带状疱疹后遗神经痛的疗效观察[J]. 浙江临床医学, 2019,21(2):213-214.
- [7] 付全芳,王捷虹. 除湿补气活血汤联合盐酸伐昔洛韦治疗带状疱疹 44 例[J]. 西部中医药, 2018,31(12):104-106.
- [8] 兰思杨. 刺络拔罐放血、围刺加电针针刺治疗带状疱疹的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2017,26(1):100-102.
- [9] 姜开洋,董莉丽. 瓜蒌全蝎汤联合火针治疗老年带状疱疹后神经痛的疗效评价[J]. 重庆医学, 2017,46(31):4411-4413.
- [10] 李晶晶,周鹏,秦烨,等. 林国华教授基于“火郁发之”理论探讨岭南火针治疗带状疱疹及其后遗神经痛机理[J]. 四川中医, 2019,37(2):9-11.

超短波联合穴位按摩治疗 Ramsay-Hunt 综合征的临床研究

苏蓓蓓^{*}, 甘泉, 甘才斌

(新乡市中心医院皮肤科, 河南 新乡 453100)

【摘要】 目的 探讨超短波联合穴位按摩治疗拉姆齐-亨特综合征(Ramsay-Hunt Syndrome, RHS)患者的临床疗效。**方法** 选取84例RHS患者作为研究对象,分为观察组和对照组,各42例,对照组给予常规治疗,观察组在对照组的基础上给予超短波联合穴位按摩治疗。评估两组患者治疗后VAS评分、PSQI评分、肌电图潜伏期及波幅的差异。**结果** 治疗后,与对照组相比,观察组总有效率显著升高,两组VAS评分、PSQI评分、肌电图潜伏期同各组治疗前均显著降低,肌电图波幅显著升高;与对照组相比,观察组VAS评分、PSQI评分、肌电图潜伏期均显著降低,肌电图波幅显著升高。**结论** 超短波联合穴位按摩治疗RHS临床疗效显著。

【关键词】 拉姆齐-亨特综合征;超短波;穴位按摩;临床疗效

中图分类号: R751.05; R752.1² 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.029

拉姆齐-亨特综合征(Ramsay-Hunt syndrome, RHS)患者主要以外耳道疱疹、耳痛及同侧周围性面瘫为典型表现^[1]。超短波和穴位按摩是常用的物理疗法,超短波穿透力强,具有抗炎和止痛作用^[2],穴位按摩具有疏通经络、活血化瘀及增加组织修复等功能^[3]。笔者发现采用超短波联合穴位按摩治疗RHS临床疗效显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年1月至2019年6月间在本院皮肤科住院的84例初次发病的RHS患者作为研究对象。RHS诊断明确,参考《面神经疾病》中诊断标准^[4],无其他疾病导致的面神经麻痹。患者随机分为观察组($n=42$)和对照组($n=42$),观察组男20例,女22例,平均年龄(54.12 ± 9.97)周岁,平均病程(3.02 ± 0.86)d;对照组男24例,女18例,平均年龄(53.78 ± 11.23)周岁,平均病程(3.52 ± 1.08)d。两组患者一般资料比较无显著性差异,所有患者知情同意且均签署知情同意协议书。

1.2 治疗方法 对照组给予阿昔洛韦、泼尼松、甲钴胺片、双氯芬酸钠肠溶片等常规治疗。观察组在对照组的基础上额外给予超短波联合穴位按摩治疗。两组均治疗15d。

1.3 疗效评估标准和检测指标

1.3.1 疗效评估标准 参考吴芳等^[5]文献,患者面部表情肌肉随意活动,面部阳性体征消失,眼睑闭合正常定义为痊愈;面部表情肌肉随意活动,面部阳性体征好转,额纹及鼻唇沟稍浅,口角歪斜明显好转,眼睑闭合良好定义为显效;面部表情肌肉较前稍微好转,额纹明显不对称,口角歪斜定义为好转;面部体征与治疗前相比无明显变化或加重定义为无效。总有效率=(痊愈+显效)例数÷总例数×100%。

1.3.2 疼痛评分 疼痛程度采用目测类比法(Visual Analogue Scale, VAS)评分。

1.3.3 睡眠质量评分 睡眠质量采用匹兹堡睡眠质量评分法(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)评分。

1.3.4 肌电图检查 面神经采用肌电图检查,主要采集潜伏期和波幅参数化。

1.4. 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件进行数据分析。采用 t 检验、Mann-Whitney检验和 χ^2 检验进行数据分析,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效的比较 观察组42例,痊愈14例,显效21例,好转7例,无无效病例,总有效率83.33%;对照组42例,痊愈9例,显效17例,好转16例,无无效病例,总有效率为61.90%。观察组治疗后总体有效率显著高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 治疗前后VAS评分、PSQI评分及肌电图潜伏期和波幅变化的比较 治疗后,与对照组相比,观察组疼痛程度、睡眠质量及面神经受损改善情况更加显著,结果见表1。

3 讨论

RHS常规首选抗病毒治疗,同时给予小剂量泼尼松抑制机体炎症介质的释放,减轻血管通透性,改善面神经水肿及减轻脱髓鞘^[6]。超短波和穴位按摩等物理疗法对带状疱疹疗效显著^[7, 8],本研究结果显示,治疗后,与对照组相比,观察组总体有效率显著升高,面部肌电图潜伏期显著降低而波幅显著升高。结果提示,超短波联合穴位按摩治疗能显著改善RHS患者的面瘫症状,且面神经在受损后能得到有效恢复。超短波是波长为(1~10)m的电磁波, Zhu Y等^[9]证实富含血小板血浆联合超短波能显著促进挤压伤兔模型的周围神经的再生。穴位按摩能使面部表情肌肉得到有效锻炼,改善局部组织及神经的血氧供应,减少缺氧对面神经的损伤。刘瑞^[3]发现,穴位按摩能显著缩短脑卒中患者神经功能恢复时间。因此,研究认为超

表 1 两组治疗前后 VAS 评分、PSQI 评分、肌电图潜伏期和波幅的比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS 评分		PSQI 评分		潜伏期 (ms)		波幅 (mV)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	42	8.53±1.13	3.18±1.02 ^{ab}	16.55±3.44	7.54±2.37 ^{ab}	5.31 (4.85, 5.98)	3.59 (2.84, 4.12) ^{ab}	0.65 (0.24, 0.98)	1.39 (0.67, 1.85) ^{ab}
对照组	42	9.14±2.62	6.69±0.84 ^a	15.43±2.87	11.98±2.35 ^a	5.20 (4.82, 5.78)	4.66 (4.23, 5.02) ^a	0.59 (0.21, 0.85)	0.99 (0.83, 1.75) ^a

注:与同组治疗前相比,^a $P < 0.05$;与对照组相同时间点相比,^{ab} $P < 0.05$ 。

短波和穴位按摩在 RHS 患者面瘫症状改善及面神经损伤后得到有效恢复中均发挥了显著作用。本研究进一步发现, RHS 患者经过超短波联合穴位按摩治疗后, VAS 评分和 PSQI 评分均显著降低,说明两者联合治疗后能显著改善 RHS 患者的疼痛程度并提高睡眠质量。

综上所述,超短波联合穴位按摩治疗对 RHS 患者疼痛、睡眠质量及面瘫症状的改善情况良好,疗效显著。

参考文献:

- [1] Jeon Y, Lee H. Ramsay Hunt syndrome[J]. J Dent Anesth Pain Med, 2018, 18(6):333-337.
- [2] 张爱萍, 朱登嵩, 杨青春, 等. 超短波治疗膝关节滑膜炎的临床疗效及对关节液和血清瘦素的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 9(37):

4371-4373.

- [3] 刘瑞. 穴位按摩结合康复护理对卒中恢复期患者神经功能缺损及日常生活能力的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(16):4-6.
- [4] 迟放鲁. 面神经疾病[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2007:243-247.
- [5] 吴芳, 杨万章, 陈传煌, 等. 面瘫分级评定量表的信度与效度研究初探[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4(11):984-985.
- [6] 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组. 带状疱疹中国专家共识[J]. 中华皮肤科杂志, 2018, 51(6):403-408.
- [7] 张友杰, 丘小媚. 超激光联合超短波治疗带状疱疹的疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2019, 30(6):58-59.
- [8] 李君. 带状疱疹后遗神经痛的综合护理干预效果[J]. 皮肤病与性病, 2019, 41(6):911-912.
- [9] Zhu Y, Jin Z, Fang J, et al. Platelet-Rich Plasma Combined with Low-Dose Ultrashort Wave Therapy Accelerates Peripheral Nerve Regeneration[J]. Tissue Eng Part A, 2020, 26(3-4):178-192.

(上接第 383 页)

综上所述,他克莫司联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗慢性湿疹,能够有效缓解患者皮肤瘙痒和疼痛,改善患者皮损情况,临床治疗效果好,不良反应少,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 李小燕, 聂磊, 刘科峰. 复方丙酸氯倍他索软膏联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗慢性湿疹的临床研究[J]. 实用药物与临床, 2018, 7(2):187-189.
- [2] 尚佩生, 詹明峰, 沈晓峰. 八味润肤洗剂联合他克莫司软膏治疗手部慢性湿疹疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(4):500-501.
- [3] 陈培元. CO₂ 点阵激光联合他克莫司软膏治疗白癜风的疗效观察[J]. 中国医刊, 2018, 53(4):433-435.
- [4] 曹洋, 周冬梅, 曲剑华, 等. 超脉冲 CO₂ 点阵激光联合高能紫外线及他克莫司软膏治疗手部白癜风 1 例自身对照观察[J]. 中国激光

医学杂志, 2017, 9(1):46-47.

- [5] 王香春, 石年, 昌玲. 他克莫司联合半导体激光照射治疗面部湿疹性皮炎的疗效[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2018, 17(3):256-258.
- [6] 席海英, 米希婷, 章培军, 等. 强脉冲激光联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗青年痤疮瘢痕临床效果观察[J]. 中国药物与临床, 2017, 17(5):700-702.
- [7] 马虎, 陈函宏, 张朝霞, 等. 氦氖激光联合药物治疗创伤后湿疹的疗效及安全性研究[J]. 中华皮肤科杂志, 2016, 45(49):55.
- [8] 陈文慧, 刘乐, 赵玢, 等. 硫酸羟氯喹联合他克莫司软膏治疗慢性光化性皮炎的疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2019, 9(5):77-78.
- [9] 李庆贤, 种树彬, 周婉云. 点阵激光联合氟米松治疗慢性湿疹的临床疗效观察[J]. 河北医学, 2018, 26(4):140-143.
- [10] 王希香, 张信江, 朱月玲, 等. 他克莫司软膏联合氢化可的松乳膏治疗儿童慢性湿疹的疗效和安全性评价[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2017, 32(17):1348-1350.

超脉冲 CO₂ 点阵激光联合肉毒素治疗面部皮肤老化临床研究

李佩珍, 李婉贞, 袁文伟, 翟润林

(东莞市人民医院医学美容科, 广东 东莞 523000)

【摘要】 目的 观察超脉冲 CO₂ 点阵激光联合肉毒素治疗面部皮肤老化的临床效果。**方法** 选取2018年7月至2020年3月某医学美容科收治的50例皮肤老化患者作为研究对象, 随机分为对照组(注射除皱治疗, $n=25$)、研究组(超脉冲 CO₂ 点阵激光辅助注射除皱治疗, $n=25$), 总疗程3个月。比较两组间面部皮肤皱纹、纹理、水分、弹性评分, 临床治疗有效率。**结果** 足疗程后, 研究组皮肤皱纹、纹理评分低于对照组, 而皮肤水分、弹性评分高于对照组 ($P < 0.05$)。研究组患者治疗总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 对于面部皮肤老化患者, 予以超脉冲 CO₂ 点阵激光联合注射除皱治疗可改善患者面部老化评分, 提高疗效。

【关键词】 超脉冲 CO₂; 点阵激光; 注射除皱; 皮肤老化; 疗效

中图分类号: R454.2; R758.14 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.030

皮肤老化属于皮肤衰老损伤, 伴皮肤分泌调节、防护功能减退, 并对外界环境刺激的适应性下降, 而且整体外观出现明显变化^[1]。其中, 因年龄的增长出现皮肤老化称为内源性老化, 而因不良生活方式、外界环境过度刺激以及过度护肤美容导致的称为外源性老化^[2]。皮肤老化不仅引起皮肤暗淡无光、松弛、粗糙, 影响美观; 而且因皮肤各项功能减退, 引起各种皮肤疾病, 影响日常生活。临床上肉毒素注射除皱用于皮肤动态皱纹效果较好, 但治疗皮肤老化效果不甚理想。随着激光技术的发展, 以微桥点阵技术为特点的超脉冲 CO₂ 点阵激光也用于局部皮肤治疗^[3], 但临床应用数据尚较少, 其疗效、安全性有待进一步探讨。本研究选取50例面部皮肤老化患者作为研究对象, 观察超脉冲 CO₂ 点阵激光联合注射除皱治疗面部皮肤老化的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年7月至2020年3月本医学美容科收治的50例皮肤老化患者作为研究对象, 随机分为对照组($n=25$)、研究组($n=25$), 总疗程3个月。对照组男10例, 女15例, 年龄(29~56)岁, 平均年龄(39.52 ± 4.41)岁, 病程(1~10)个月, 平均病程(5.13 ± 0.38)个月; 研究组男8例, 女22例, 年龄(27~54)岁, 平均年龄(39.02 ± 4.23)岁, 病程(1~12)个月, 平均病程(5.21 ± 0.41)个月。两组间一般资料具有可比性 ($P > 0.05$)。所有患者家属均知情同意, 并经医院伦理委员会批准。

1.2 方法 对照组进行注射除皱治疗, 嘱患者仰卧位, 明确并标记治疗注射点, 选用A型肉毒毒素(兰州生物制品研究所, 国药准字S10970037) 100U加入2ml 0.9%NaCl中稀释, 进行标记点注射。注射方法: 额纹, 于皱纹处进行多点对称注射, 2U/点, 点与点之间间隔1.5cm; 眉间, 选择5个点进行注射, 3U/点, 点与点之间间隔1.5cm; 鱼尾纹, 两眼眶外缘处1cm

左右选取4点进行注射, 3U/点, 点与点之间间隔1cm。研究组在对照组基础上辅以超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗, 完善治疗前准备, 清洁局部皮肤, 并外敷利多卡因乳膏1h, 选取CO₂激光治疗仪(上海市激光技术研究所)检测患者皮肤老化程度, 系统进行分析根据不同老化程度的皮肤选取不同强度的治疗。每次治疗完成后, 局部冷敷10min后, 再注射A型肉毒毒素, 注射方法同对照组。两组患者均治疗6次, 每次治疗结束后间隔4周。所有患者于治疗后24h内禁止洗脸, 48h内禁止面部涂抹化妆品, 治疗期间尽可能防止阳光直射。

1.3 观察指标 ①采用VISIA皮肤检测仪于治疗前后对所有患者面部皮肤进行光学成像技术检测, 详细记录皮肤皱纹、纹理、水分、弹性情况, 并进行自动计算各项绝对分值。②计算治疗有效率。疗效评估标准: 症状完全消失, 即治愈; 症状缓解超过80%, 即显效; 症状缓解30%~80%, 即有效; 症状缓解<30%甚至加重, 即无效。有效率 = $(n - \text{无效}) \div n \times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 统计学处理软件采用SPSS 21.0, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 计数资料以(%)表示; 组间比较分别采用 t 检验、 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 皮肤各指标评分 治疗前, 两组间皮肤皱纹、纹理、水分、弹性比较无显著性差异 ($P > 0.05$); 足疗程后, 两组患者上述皮肤指标评分均较治疗前明显改善, 且研究组患者改善更显著 ($P < 0.05$)。见表1。

2.2 疗效比较 对照组治愈6例(24.00%), 显效7例(28.00%), 有效5例(20.00%), 无效7例(28.00%), 总有效率72.00%(18/25); 研究组治愈10例(40.00%), 显效8例(32.00%), 有效7例(28.00%), 无效0例, 总有效率100.00%(25/25)。研究组治疗有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 比较皮肤各指标评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	皮肤皱纹		皮肤纹理		皮肤水分		皮肤弹性	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	25	86.15±9.12	65.65±7.68	59.12±5.37	50.01±4.98	45.35±5.68	56.01±6.81	20.31±3.04	29.46±4.07
研究组	25	87.01±9.09	52.37±5.32*	58.72±5.67	41.78±4.15*	46.12±5.65	67.92±7.19*	21.23±3.35	37.53±4.79*

注:足疗程后较对照组,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

皮肤长期受环境刺激、阳光照射、分泌物的刺激,常出现皱纹、增粗扩张的毛细血管,同时光泽暗淡、松弛干燥,导致皮肤老化。病理改变为表皮层、真皮层受损,纤维排列无序,皮下胶原出现异常结构,毛细血管变形等^[4]。因此,治疗上不仅需改变皮肤外观,而且需延缓皮肤病理性改变。软组织填充法、肉毒杆菌注射法、荷尔蒙刺激法等是以往常用的皮肤除皱的方法,但对于皮肤老化等可能无法保证疗效。近年来,随着点阵激光治疗手段的快速进展,利用激光技术除皱、保湿效果更优,为临床治疗提供更优的选择。

本研究显示足疗程后,研究组皮肤皱纹、纹理评分低于对照组,而皮肤水分、弹性评分高于对照组($P < 0.05$)。说明辅以超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗可减少患者皮肤皱纹,增加皮肤水分和光泽,提高皮肤弹性。姚翠英等^[5]对 58 例皮肤老化患者进行研究,采用超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗明显降低皮肤老化评分,增加皮肤光泽。李真真^[6]采用 CO₂ 点阵激光治疗皮肤光老化患者,结果提示研究组患者皮肤 VISIA 评分显著高于对照组,改善皮肤老化,效果极佳。分析原因:超脉冲 CO₂ 点阵激光处于长波,光热作用强,可迅速脱落坏死的表皮,改善皮肤皱纹、粗糙等问题;另外,激光点阵技术光谱宽、强度高,对面部皮肤色素颗粒能有效分解,提高皮肤质量,还能进行光化学作用,促进皮肤胶原蛋白基质的合成,使得皮肤皱纹被抚平,皮肤更紧致,恢复皮肤弹性。

本研究结果显示研究组患者治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$),说明超脉冲 CO₂ 点阵激光可提高皮肤老化患者的疗效,与患者皮肤老化程度被改善有关。陈金超等^[7]采用 755nm 激光联合 560 光子技术治疗

老化的面部皮肤,发现其皮肤改善效率超过 90%,进一步证实激光技术的疗效,与本研究结果基本一致。CO₂ 点阵激光有利于皮肤胶原蛋白新生及排列,而肉毒毒素对皮肤肌肉张力有减少作用,降低其活性,在激光照射治疗后进一步重排新生的胶原蛋白,使得皮肤更平滑、避免复发。另外,超脉冲 CO₂ 点阵激光主要作用于静脉皱纹、有效改善皮肤纹理,而肉毒毒素主要作用于动态皱纹,两者结合使得疗效更佳。

综上所述,对于面部皮肤老化患者,在肉毒素治疗的基础上予以超脉冲 CO₂ 点阵激光辅助治疗可改善患者面部老化评分,提高疗效,为临床治疗方案选择提供一定参考。

参考文献:

- [1] 曾鸣,徐良.皮肤老化机制及老化状态评估方法的研究进展[J].中国美容医学,2014,23(23):2025-2028.
- [2] Zhang S,Duan E.Fighting against Skin Aging:The Way from Bench to Bedside[J].Cell Transplantation,2018,27(5):729-738.
- [3] 任向桐,肖潇,汪霖,等.DNA 甲基转移酶 1 在小鼠皮肤衰老中的作用[J].中南大学学报(医学版),2018,43(4):415-420.
- [4] Gunin A G,Golubtsova N N.Thyroid hormone receptors in human skin during aging[J].Advances in gerontology=Uspekhi gerontologii,2018,31(1):82-82.
- [5] 姚翠英,陈芳.超脉冲二氧化碳点阵激光联合注射除皱治疗对皮肤老化患者面部老化改善程度分析[J].河北医学,2019,25(9):1529-1532.
- [6] 李真真.红光联合类人胶原蛋白敷料对 CO₂ 点阵激光治疗术后色素沉着的改善作用[J].皮肤病与性病,2019,41(6):875-877.
- [7] 陈金超,田宇虹,周文武,等.755nm 激光联合 560 光子治疗面部皮肤老化及色素沉着的疗效观察[J].淮海医药,2020,38(2):163-165.

308nm 准分子激光联合 2 940nm 铒点阵激光、驱白铜治疗局限型白癜风的临床疗效

许丛丛, 刘 莎, 毕晓东

(南阳市第一人民医院, 河南 南阳 473000)

【摘要】 目的 观察 308nm 准分子激光联合 2 940nm 铒点阵激光、驱白铜治疗局限型白癜风的临床疗效。**方法** 回顾性分析经某医院治疗的局限型白癜风患者资料, 从中随机抽取 100 例为研究对象, 根据患者意愿分为观察组、对照组, 各 50 例, 其中对照组给予 308nm 准分子激光及驱白铜外用治疗, 观察组给予 308nm 准分子激光及驱白铜外用治疗外, 再加以 2 940nm 铒点阵激光治疗。2 个月为一个治疗周期, 观察两组的临床疗效和不良反应。**结果** 观察组的总有效率为 96%, 对照组的总有效率为 74%, 观察组明显高于对照组, 组间差异具有显著性 ($t=4.662, P<0.05$)。**结论** 308nm 准分子激光联合 2 940nm 铒点阵激光、驱白铜治疗局限型白癜风疗效显著, 不良反应较小, 值得推广。

【关键词】 308nm 准分子激光; 2 940nm 铒点阵激光; 驱白铜; 局限型白癜风; 临床疗效

中图分类号: R751.05; R758.4⁺1 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.031

白癜风 (vitiligo) 是一种常见的后天性色素脱失性疾病, 累及皮肤及黏膜, 全世界的发病率为 0.5% ~ 1%^[1], 以学龄期儿童及青壮年多见。由于其病因和发病机制较复杂^[2], 传统的治疗方案如口服或外用糖皮质激素、光疗、表皮移植、免疫抑制剂外用等效果均较缓慢且差, 大大增加了治疗周期, 从而导致患者的依从性差, 极大影响患者的身心健康, 导致其生活质量下降, 产生自卑心理^[3]。随着医学技术日新月异的发展, 点阵激光对于治疗白癜风有其独特的优势, 通过其点阵式光热作用促进黑素细胞活化增殖, 促进药物更进一步的渗透吸收作用, 成为白癜风治疗的有效手段。笔者采用 308nm 准分子激光联合 2 940nm 铒点阵激光、驱白铜外用观察其临床疗效, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2019 年 1 月至 2020 年 1 月在本科室接受治疗的局限型白癜风患者, 随机抽取 100 例, 按患者意愿随机分为观察组和对照组各 50 例, 纳入标准: ① 年龄在 (7 ~ 45) 岁; ② 所有患者均为稳定期局限型病例; ③ 皮损面积不超过 10%, 且皮损片数在 4 块以内; ④ 近 2 个月内未口服或外用糖皮质激素类药物。排除标准: ① 患有严重的系统性疾病及严重的皮肤性疾病; ② 对光疗过敏者; ③ 依从性差, 未能按时进行复诊的患者。对照组男性 27 例, 女性 23 例, 年龄 (7 ~ 43) 岁, 平均年龄 (30 ± 5.61) 岁, 病程为 1 个月 ~ 15 年, 平均病程为 (6.3 ± 2.0) 年; 观察组男性 25 例, 女性 25 例, 年龄 (10 ~ 45) 岁, 平均年龄 (32 ± 6.01) 岁, 病程为 1.2 个月 ~ 22 年, 平均病程为 (6.5 ± 2.5) 年。两组患者的一般资料差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

1.2 方法 观察组则每周给予一次 2 940nm 铒点阵激光, (新辉煌激光光子, 以色列飞顿医疗激光公司), 皮肤上可出现 49 个微孔道, 每个部位可重叠 20%, 终

点反应为即刻小白点, (3 ~ 5) min 有轻度的红斑、水肿, 若皮损处有色素岛及色素带, 需遮盖此处, 避免黑素细胞的破坏, 然后将驱白铜 (15ml/支, 吉林森屹医药科技有限公司) 涂抹在点阵患处, 保鲜膜封包 30min 后, 给予 308nm 准分子激光治疗 (武汉奇致激光技术股份有限公司), 24h 内不碰水, 在光疗的其他时间继续给予驱白铜外用, 2 次/d, 1 周后接受第二次联合治疗。对照组患者则每周给予 308nm 准分子激光治疗一次, 驱白铜外用, 2 次/d。两组患者均接受 2 个月治疗。

1.3 观察指标及评定标准 对比两组治疗后的临床疗效及不良反应的发生情况。临床疗效根据两组患者治疗后皮损的范围及皮损颜色的恢复情况分为显效、有效、无效三种, 显效: 白斑消失, 皮损颜色恢复正常或复色面积 $\geq 80\%$, 有效: 白斑颜色变红, 复色面积 $> 50\%$, 无效: 白斑颜色及面积均无变化。总有效率 = $100\% - \text{无效率}$ 。不良反应包括红斑、水疱、瘙痒、灼热、疼痛等。

1.4 统计学方法 研究数据采用 SPSS 17.0 软件分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 行 t 检验; 计数资料用 (%) 表示, 行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 观察组显效 37 例 (74.00%), 有效 11 例 (22.00%), 无效 2 例 (4.00%), 总有效率为 96.00% (48/50); 对照组显效 25 例 (50.00%), 有效 12 例 (24.00%), 无效 13 例 (26.00%), 总有效率为 74.00% (37/50), 两组总有效率比较有统计学意义 ($\chi^2=4.662, P<0.05$)。

2.2 两组治疗后不良反应发生率 观察组中有 1 例水疱、瘙痒, 4 例红斑伴疼痛, 2 例疼痛, 不良反应发生率为 14.00%; 对照组中 3 例瘙痒, 2 例水疱, 4 例

表 1 两组临床有效率比较 (n, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组 (n=50)	37 (74.00)	11 (22.00)	2 (4.00)	96.00 (48/50)
对照组 (n=50)	25 (50.00)	12 (24.00)	13 (26.00)	74.00 (37/50)
χ^2	4.662			
P	< 0.05			

红斑,不良反应发生率为 18.00%。两组的不良发发生率差异无统计学意义 ($\chi^2=0.2976$, $P > 0.05$)。

3 讨论

白癜风是一种色素脱失性皮肤病,其发病机制复杂,尚未明确。有研究表明^[4],该病是由免疫系统障碍引起的黑素细胞脱失所致的脱色性皮肤病,且与氧化应激、遗传因素、酪氨酸酶缺乏等有关,可累及各个年龄,身体皮肤及黏膜都可累及。治疗周期长,效果差,且易反复。

近年来,传统的外用药物治疗外,光疗的联合治疗已成为焦点。研究表明^[5],点阵激光对治疗白癜风有较好的疗效,操作简单,创伤小,恢复快。通过其光热作用及促进药物渗透吸收的原理,采用 2 940nm 铒点阵激光作用在皮肤上可提高酪氨酸酶的活性,加速黑素细胞的增殖、活化,促进黑色素的产生及促进黑素细胞向表皮迁移,提高复色率^[6]。另外,本次研究所使用的驱白铜,其主要成分医用硫酸铜和蓝铜胜肽中的酮离子可以提高黑素细胞中酪氨酸酶的活性,促进黑色素的形成,故利用点阵激光作用于皮肤,可产生多个细小的微孔道,促进外用药物的吸收和渗透,驱白铜为凝胶制剂,更进一步提高了其渗透吸收,减少药物剂量,提高生物利用度^[7]。有研究表明^[8],点阵激光联合 308nm 准分子激光治疗白癜风,疗效显著,故此次研究将三者联合,大大提高了治疗效果,患者的依从性也

大大提高,在点阵激光治疗期间 24h 不碰水,皮肤上会出现多个小血痂,(5~7) d 可自行脱落,不良反应较小^[9]。

综上所述,308nm 准分子激光联合 2 940nm 铒点阵激光、驱白铜联合治疗局限型白癜风疗效显著,不良反应少,值得临床推广。

参考文献:

- [1] Ezzedine K, Lim H W, Suzuki T, et al. Revised classification/nomenclature of vitiligo and related issues: The vitiligo global issues consensus conference[J]. *Pigment Cell Melanoma Res*, 2012(25): E1-13.
- [2] 秦凯炜. 413 例儿童和成人白癜风患者临床特点比较[J]. *安徽医药*, 2015, 19(1): 146-147.
- [3] Taieb A, Alomar A, Bohm M, et al. Guidelines for the management of vitiligo: the European Dermatology Forum consensus[J]. *Br J Dermatol*, 2013(168): 5-19.
- [4] Dillon A B, Sideris A, Hadi A, et al. Advances in vitiligo: an update on medical and surgical treatments[J]. *J Clin Aesthet Dermatol*, 2017(10): 15-28.
- [5] 苏湘川, 石青青, 任小丽, 等. 308nm 准分子光联合 CO₂ 点阵激光治疗白癜风的疗效观察[J]. *现代实用医学*, 2017, 29(1): 90-91.
- [6] Silpa A N, Griffith J L, Williams M, et al. Prospective comparison of recipient site preparation with fractional carbon dioxide laser vs dermabrasion and recipient site dressing composition in Melanocyte-Keratocyte transplantation Procedure in vitiligo: a preliminary study[J]. *Br J Dermatol*, 2016, 174(4): 895-897.
- [7] Vachiramon V, Chaibutr C, Rattanaumpawan P, et al. Effects of a preceding fractional carbon dioxide laser on the outcome of combined local narrowband ultraviolet B and topical steroids in patients with vitiligo in difficult-to-treat areas[J]. *Lasers Surg Med*, 2016, 48(2): 197-202.
- [8] Spencer J M, Noss R, Ajmeri J, et al. Treatment of vitiligo with the 308-nm excimer laser: a pilot study[J]. *J Am Acad Dermatol*, 2002, 46(5): 727-731.
- [9] 黄亚华, 叶向阳. 他克莫司软膏联合激光治疗对寻常型白癜风疗效及细胞免疫的影响[J]. *皮肤病与性病*, 2020, 42(1): 6-8.

Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤治疗黄褐斑效果观察

秦蕊, 张苗

(武警北京总队医院, 北京 100027)

【摘要】 目的 探讨 Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤治疗黄褐斑的美容效果。**方法** 采用随机数字表法将在某医院 2018 年 1 月至 2019 年 1 月就诊的 80 例黄褐斑患者分为两组, 各 40 例。对照组采用光子嫩肤治疗, 观察组采用 Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤治疗, 比较两组临床疗效、美容效果。**结果** 观察组治疗总有效率为 92.50%, 高于对照组的 75.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 术后, 两组皮损颜色、皮损面积评分均比术前低, 且观察组比对照组低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 黄褐斑患者采用 Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤治疗的效果显著, 可减少皮损颜色及面积, 具有较好的美容效果。

【关键词】 黄褐斑; Q 开关 1 064nm 激光; 光子嫩肤; 美容效果

中图分类号: R751.05; R758.4² 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.032

黄褐斑是一种色素沉着性皮肤病, 皮损为不规则的淡褐色、黑斑色、褐色斑疹, 在中青年女性中较为常见^[1]。目前尚未明确该病的发病机制, 但有学者指出, 雌激素水平增多刺激细胞色素沉着是导致黄褐斑发生的原因^[2]。此外, 患者妊娠、肝功能异常、遗传、内分泌失调等也是诱发的因素, 严重影响患者的面部美观, 使患者的心理及精神负担加重。光子嫩肤治疗对黄褐斑治疗效果较为明显。近年来, Q 开关 1 064nm 激光在临床上广泛应用, 并取得一定的疗效, 但关于二者联合使用对黄褐斑的效果暂无相关报道^[3]。鉴于此, 本研究旨在探讨 Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤对黄褐斑患者的治疗效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经本院医学伦理委员会批准, 采用随机数字表法将 2018 年 1 月至 2019 年 1 月就诊于本院的 80 例黄褐斑患者分为两组, 各 40 例。对照组年龄 (24 ~ 62) 岁, 平均年龄 (41.23 ± 5.48) 岁, 病程 (1 ~ 8) 年, 平均病程 (3.47 ± 0.42) 年; 观察组年龄 (23 ~ 61) 岁, 平均年龄 (41.46 ± 5.74) 岁, 病程 (2 ~ 9) 年, 平均病程 (3.44 ± 0.48) 年。比较两组一般资料, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准: ① 均符合《黄褐斑的临床诊断和疗效标准 (2003 年修订稿)》^[4] 中相关诊断标准; ② 患者及其家属均自愿签署知情同意书; ③ 黄褐斑分布于面颊、额部, 且对称分布。排除标准: ① 过敏体质; ② 皮肤性病变; ③ 伴有严重心肝肾功能不全; ④ 依从性较差; ⑤ 伴有糖尿病; ⑥ 月经周期诱发黄褐斑。

1.3 方法 对照组采用光子嫩肤治疗: 清洁面部, 去角质, 取平卧位, 涂抹耦合剂在患者面部, 采用光子嫩肤仪 (美国科医人公司生产 IPL) 治疗。根据皮损、肤质特点, 选择相应的脉冲波长, 面部皮肤偏暗选择 570nm, 面部较白选择 540nm; 淡褐色选择双脉

冲, 脉宽 (3 ~ 6) ms, 时间间隔 (25 ~ 40) ms, 能量 (24 ~ 28) J/cm²; 深褐色采用双脉冲或三脉冲, 脉宽 (2 ~ 5) ms, 间隔时间 (25 ~ 40) ms, 能量 (20 ~ 23) J/cm²。并根据皮损变化调整参数, 结束后面部灼热患者冰敷 25min, 30d 一次, 连续治疗 3 个月。观察组采用 Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤治疗, 光子嫩肤同对照组; 选择美国 Medlite C6 激光治疗仪, 根据患者的肤质、病变面积及深度, 设置参数, 选择 1 064nm, 频率 (5 ~ 10) Hz, 光斑大小 (6 ~ 8) mm, 波长 1 064nm, 能量 (1.8 ~ 2.5) J/cm², 根据皮损变化调整参数, 治疗头与皮肤呈 90° 垂直照射, 间距 5cm, 均匀照射 (2 ~ 3) 遍, 治疗后冰敷 20min。每周 1 次, 连续治疗 1 个月。经激光治疗后指导患者正确使用防晒工具及外涂防晒霜, 并在治疗期间禁止采用其他治疗黄褐斑的药物及化妆品。

1.4 评价指标 治疗 3 个月后比较两组临床疗效, 疗效参照《黄褐斑的临床诊断和疗效标准 (2003 年修订稿)》^[4] 制定标准, ① 基本治愈: 色斑面积消退 > 90%, 肉眼观察颜色基本消失; ② 显效: 色斑面积消退 60% ~ 90%, 肉眼观察颜色变淡; ③ 好转: 色斑面积消退 30% ~ 60%, 肉眼观察颜色变浅; ④ 无效: 未达上述标准。总有效率 = 基本治愈率 + 显效率。治疗前、治疗 3 个月后, 比较两组的美容效果, 包括颜色、面积, 其中颜色 (0 ~ 3) 分, 0 分为正常, 3 分为深褐色; 面积 (0 ~ 3) 分, 0 分为无斑块, > 4cm² 为 3 分。

1.5 统计学方法 采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验; 计数资料用 (%) 表示, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组基本痊愈 25 例 (62.50%), 显效 12 例 (30.00%), 好转 2 例 (5.00%), 无效 1 例 (2.50%), 治疗总有效率 92.50% (37/40); 对照组基

本痊愈 10 例 (25.00%), 显效 20 例 (50.00%), 好转 6 例 (15.00%), 无效 4 例 (12.50%), 治疗总有效率 75.00% (30/40)。观察组治疗总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($X^2=4.501, P < 0.05$)。

2.2 美容效果 术前, 两组皮损颜色、皮损面积评分对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 术后, 两组皮损颜色、皮损面积评分均比术前低, 且观察组比对照组低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组美容效果对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	皮损颜色		皮损面积	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	2.55±0.36	1.81±0.42 ^a	2.33±0.42	1.85±0.52 ^a
观察组	40	2.53±0.35	1.52±0.13 ^a	2.34±0.38	1.33±0.25 ^a
t		0.252	4.172	0.112	5.700
P		0.802	0.000	0.911	0.000

注: 与同组治疗前相比, ^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

黄褐斑是一种病因较为复杂的难治性色素代谢障碍, 不仅对患者的容貌造成影响, 还会影响患者的心理健康^[5]。目前, 临床治疗黄褐斑以药物治疗为主, 但见效较慢, 且多伴有不良反应^[6]。光子嫩肤治疗不会损伤患者的正常皮肤, 特定波长的强脉冲光透过表皮, 利用光热、光化学作用对色素细胞及色素颗粒进行分解破坏, 形成薄片在皮肤表层自然脱落, 另一部分由吞噬细胞处理, 排出体外, 皮损区颜色减淡、恢复正常, 可在短时间内达到较好的美容效果^[7]。但其是一种非剥脱的物理疗法, 高强度脉冲光产生化学作用, 易损伤周围皮肤组织, 产生炎症反应, 造成术后炎症反应性色素沉积, 美容效果欠佳。

本研究结果显示, 观察组治疗总有效率高于对照组, 且皮损颜色、皮损面积评分均低于对照组, 表明黄褐斑患者采用 Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤治疗的效果显著, 具有较好的美容效果。光子嫩肤有效改善浅层色斑, 包括雀斑、浅表的脂溢性角化斑等。Q 开关 1 064nm 激光利用选择性光热作用及光机械作用, 将一定波长的激光照射在病变皮损处, 使黑色素颗粒受热而发生瞬间爆破, 成为小碎片, 被组织中的吞噬细胞吞噬并排出体外, 使患者的黄褐斑逐渐淡化, 且在治疗时将能量集中在黑色素细胞, 对周围正常组织无

损伤, 有效提升美容效果^[8, 9]。面部色斑、皮损部位对光子的吸收系数较大, 短时间即可将患者的光损皮肤进行有效改善; 1 064nm 波长激光可透过皮肤, 照射皮下黑色素细胞到达最强光, 对色素破坏、分解, 促进吸收^[10]。但 Q 开关 1 064nm 激光对浅层的色素作用较差, 祛斑效果较光子嫩肤治疗效果较差。因此, Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤治疗可产生协同作用, 可促进黄褐斑弹性纤维及胶原蛋白增生, 对各层的色素颗粒均有作用, 增强祛斑效果, 达到较好的美容效果。但鉴于本研究样本量有限, 随访时间较短, 后期应加大样本量, 延长随访时间, 进一步分析 Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤对黄褐斑的效果。

综上所述, 黄褐斑患者采用 Q 开关 1 064nm 激光联合光子嫩肤治疗的效果显著, 可减少对皮肤的影响, 具有较好的美容效果。

参考文献:

- [1] 张玉洁, 刘瑜, 陈阳美, 等. 微针导入人类胶原蛋白联合 Q 开关 1064nm 激光治疗黄褐斑疗效观察 [J]. 中国美容医学, 2019, 28(5): 8-10.
- [2] 权腾, 郭碧蓉. 水光注射三联疗法联合大光斑低能量 Q 开关 1064nm Nd:YAG 激光治疗黄褐斑疗效观察 [J]. 中国美容医学, 2018, 27(2): 66-68.
- [3] 杨洪秋, 何国慧, 邓映, 等. Q 开关 1064nm Nd:YAG 激光联合氨甲环酸巴布剂治疗黄褐斑的疗效分析 [J]. 重庆医学, 2018, 47(4): 530-532.
- [4] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 黄褐斑的临床诊断和疗效标准 (2003 年修订稿) [J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(7): 440-443.
- [5] 迟晓君, 刘华绪. Q 开关 1064nm Nd:YAG 激光治疗黄褐斑所致点状色素减退研究进展 [J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2017, 33(4): 241-244.
- [6] 李卉. 复方当归注射液穴位注射联合光子嫩肤仪、调 Q 激光治疗面部黄褐斑临床观察 [J]. 湖北中医药大学学报, 2019, 21(5): 97-100.
- [7] 李季. 维生素 C 离子导入联合光子嫩肤治疗面部黄褐斑的效果观察 [J]. 检验医学与临床, 2019, 16(15): 2216-2218.
- [8] 李俞晓, 韩婷梅, 芦洁, 等. 大光斑低能量 Q 开关 1064nm 激光联合复合酸及中药治疗黄褐斑疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(5): 717-719.
- [9] 顾锐龙, 赵婧. Q 开关 Nd:YAG 1064nm 激光联合口服氨甲环酸片治疗黄褐斑疗效观察 [J]. 海南医学, 2016, 27(1): 145-147.
- [10] 刘宁, 秦瑞雨, 孙晓琦, 等. 调 Q 开关激光联合氨甲环酸巴布贴治疗黄褐斑的疗效观察 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学期杂志, 2019, 18(5): 464-466.

儿童过敏性紫癜 IL-17、HPV-B19 检测的临床意义

马光辉^{*}, 王 静, 付文静, 李 媛, 舒春梅, 李 娜

(滨州医学院附属医院皮肤科, 山东 滨州 256600)

【摘要】 目的 探讨 IL-17、HPV-B19 在儿童过敏性紫癜发病机制中的作用。**方法** 采用 ELISA 方法检测 60 例过敏性紫癜患儿(患者组)及正常对照组 60 例的外周血血清 IL-17 浓度, 采用 PCR 法检测血清 HPV-B19DNA 的表达情况。**结果** 过敏性紫癜患儿外周血血清 IL-17 浓度及 HPV-B19DNA 的表达均高于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** IL-17、HPV-B19 异常在儿童过敏性紫癜的发病过程中起重要作用。

【关键词】 IL-17; HPV-B19; 过敏性紫癜; 免疫系统

中图分类号: R446.62; R554.73 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.033

过敏性紫癜(anaphylactoid purpura)是皮肤科常见疾病之一,能引起多种脏器损害,尤以(7~9)岁的儿童最常见。在过敏性紫癜免疫学研究中,该病起病初期有多项免疫学指标异常,随着患儿病情的恢复,这些免疫学指标逐渐趋于正常,当出现某些脏器损伤时,这些免疫指标又会再次发生异常,因此这些指标可以作为判断过敏性紫癜预后的良好指标。IL-17、HPV-B19 均能影响机体的免疫功能,本研究旨在研究儿童过敏性紫癜 IL-17、HPV-B19DNA 各自的表达水平,从而进一步研究过敏性紫癜患者的免疫学指标变化。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者组 60 例过敏性紫癜的患儿选自滨州医学院附属医院皮肤科确诊病例(入选患者均符合 2005 年欧洲儿童肾脏病防治委员会和欧洲风湿病防治委员会及美国风湿协会共同制定的 HSP 诊断标准^[1]),年龄(2~14)岁,平均年龄 8.7 岁,其中男性 25 例,女性 35 例。正常对照组 60 例选自本院儿外科皮肤血管瘤患儿,年龄(5~14)岁,平均年龄 9.2 岁,其中男性 27 例,女性 33 例。两组性别、年龄等一般资料比较,差异无统计学意义。

1.2 仪器与试剂 IL-17 酶联免疫分析试剂盒;血清病毒 DNA 提取试剂盒;TapDNA 聚合酶, 6×loading buffer, dNTPs, DL100DNA Marker, TP600 梯度 PCR 扩增仪, ELx808 全自动酶标仪, Syngene 凝胶成像系统。

1.3 方法

1.3.1 外周血 IL-17 浓度检测 分别抽取实验组和对照组清晨空腹静脉血 5ml, 收集上清液备用。按照试剂盒说明书要求,采用双抗夹心酶联免疫吸附法测标本中 IL-17 浓度。

1.3.2 HPV-B19DNA 检测 分别抽取实验组和对照组清晨空腹静脉血 5ml, 收集上清液, 提取血清标本 DNA, 进行 PCR 扩增反应体系 30μl, 共 35 个循环。

PCR 扩增后, 取 5μl 扩增产物, 加入 1μl 6×loading Buffer 混匀, 将其加入 2% 的琼脂糖凝胶加样孔中, EB 染色, 两端加入 6μl DL100DNA Marker, 在 0.5×TBE 缓冲电泳液中电泳 40min, 电泳结束后在凝胶成像系统中观察并拍照。以 59bp 处出现特异荧光区带者为阳性, 比较实验组与对照组阳性率的卡方值。

1.4 统计学处理 IL-17 浓度以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 应用 SPSS 18.0 统计软件进行统计学分析。HPV-B19DNA 的表达符合正态分布。

2 结果

2.1 IL-17 浓度结果比较 患者组 IL-17 浓度为(3.8049±2.57) ng/ml, 正常对照组 IL-17 浓度为(2.5141±1.56) ng/ml, 两组比较, $t=4.398$, $P < 0.05$; 患者组血清 IL-17 浓度较正常对照组显著升高, 见表 1。

表 1 血清 IL-17 浓度 ($\bar{x} \pm s$, ng/ml)

组别	IL-17
患者组	3.8049±2.57
正常对照组	2.5141±1.56
<i>t</i>	4.398
<i>P</i>	< 0.05

2.2 HPV-B19DNA 阳性率比较 患者组 HPV-B19DNA 阳性率为 61.67%, 正常对照组 HPV-B19DNA 阳性率为 3.33%, 两组比较, $\chi^2=66.91$, $P < 0.05$; 患者组外周血 HPV-B19DNA 阳性率较正常对照组显著升高。

3 讨论

过敏性紫癜是一种由免疫复合物介导的过敏性系统性毛细血管和细小血管炎^[2]。与细胞免疫相关指标功能低下、多克隆 B 淋巴细胞活化、炎性介质分泌增多等有关^[3]。目前, 过敏性紫癜的病因及发病机制尚未完全清楚, 本研究通过对过敏性紫癜患儿与儿外科皮肤血管瘤患儿的外周血 IL-17、HPV-B19 含量相比较, 研究结果显示过敏性紫癜患儿外周血血清 IL-17 含量明显升高, HPV-B19DNA 表达亦明显升

高。提示过敏性紫癜的发病可能与人体血清 IL-17 含量升高及 HPV-B19 感染有关。推测该地区 IL-17、HPV-B19 引起过敏性紫癜可能的相关发病机制为 IL-17A (又名 IL-17)^[4], 它能诱导 IL-6、IL-8、TNF- α 等表达, 是诱导和维持 Th₁₇ 细胞的关键因子, HSP 发生时调节性 T 细胞亚群数量明显降低, Th₁₇ 细胞过度活化, 能通过分泌前炎性细胞因子或通过分泌 IL-17, 诱导单核/巨噬细胞、内皮细胞、上皮细胞产生多种前炎性细胞因子及趋化因子, 引起免疫抑制效应不足, 从而导致机体炎症反应或自身免疫反应^[5]。HPV-B19 是 1975 年由英国学者偶然发现, 是近年来发现的人细小病毒属中对人类致病的单链线状 DNA 病毒。研究证明, 感染 HPV-B19 病毒可引起一系列疾病, 如原发性血小板减少性紫癜、类风湿性关节炎、急性关节炎/关节痛、暂时性再生障碍性贫血危象等。在各种血管炎性综合症的发病中, HPV-B19 病毒也可能起着重要作用。关于 HPV-B19 病毒感染与 HSP 的关系, 国内报道较少。唐宁波等^[6]检测的 28 例过敏性紫癜患儿中, 4 例 HPV-B19DNA 阳性, 阳性率 14%。对照组 18 例, 无阳性病例, 两组比较, 差异无显著性。因所检测例数较少, 认为 HPV-B19 感染虽不是过敏性紫癜的主要原因, 但很可能是重要原因之一。本次研究结果显示, 过敏性紫癜患儿外周血血清 HPV-B19DNA 表达明显高于正常对照人群,

提示 HPV-B19 可能是导致过敏性紫癜发生的病原体之一。

IL-17 在机体内浓度升高及 HPV-B19 感染均能引起机体免疫功能紊乱, 与黄河三角洲地区过敏性紫癜发病密切相关, HPV-B19 是过敏性紫癜发病的重要原因之一^[7]。因此临床工作中, 监测该地区过敏性紫癜患儿的相关免疫学指标及进行 HPV-B19 的检测, 能更好地指导治疗控制病情, 防止病情复发并改善预后。

参考文献:

- [1] Ozen S, Ruperto N, Dillon M I, et al. EULAR/PRReS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides[J]. Ann Rheum Dis, 2006, 65(7):936-941.
- [2] 张学军. 皮肤性病学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2004:156-157.
- [3] 邵传森. 医学免疫学[M]. 杭州: 浙江大学出版社, 2003:78-622.
- [4] Bloch D A, Michel B A, Hunder G G, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of vasculitis. Patients and methods[J]. Arthritis and rheumatism, 1990, 33(8):1114-1121.
- [5] Zhou L, Littman D R. Transcriptional regulatory networks in Th₁₇ cell differentiation[J]. Curr Opin Immunol, 2009, 21(2):146-152.
- [6] 唐宁波, 李爱敏, 姜兴华, 等. 过敏性紫癜患儿人微小病毒 B19-DNA 的检测及其临床意义[J]. 中华儿科杂志, 2000, 38(5):314-315.
- [7] Mcmillan R. The pathogenesis of chronic immunethrombocytopenic purpura[J]. Semin Hematol, 2007, 44(4 Suppl 5):S3-S11.

液氮冷冻与阿维 A 口服联合治疗多发性跖疣疗效观察

潘灵芝¹, 林映萍², 黄洁¹, 叶聪¹

(1. 东莞仁康医院皮肤科, 广东 东莞 523000; 2. 东莞市第六人民医院职业病科, 广东 东莞 523000)

【摘要】 目的 观察液氮冷冻与阿维 A 口服联合治疗多发性跖疣对患者疼痛程度及远期疗效的影响。**方法** 选择 2016 年 1 月至 2019 年 12 月期间在某医院门诊部就诊的 95 例多发性跖疣患者为观察对象, 随机分为两组。对照组 47 例进行单纯液氮冷冻治疗, 观察组 48 例实施阿维 A 胶丸联合液氮冷冻治疗。比较两组的皮损评分、疼痛评分、临床疗效、不良反应发生情况、复发情况。**结果** 观察组患者治疗后的皮损评分、疼痛评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后的临床总有效率高于对照组, 复发率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者的皮肤瘙痒、皮肤干燥、红斑、口干四项不良反应发生率进行比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 对多发性跖疣患者采用液氮冷冻联合阿维 A 治疗安全有效, 可减轻疼痛程度, 降低复发率。

【关键词】 多发性跖疣; 液氮冷冻; 阿维 A; 疼痛; 疗效

中图分类号: R751.051; R752.5⁺4 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.034

跖疣是常见的皮肤科疾病^[1], 一般多发于足底, 主要由人类乳头瘤病毒 (HPV) 感染而引起^[2], 且在外伤、摩擦等因素的影响下会导致跖疣数目增加, 出现较多皮损, 即多发性跖疣。多发性跖疣患者在活动、行走时会出现疼痛感^[3], 对患者的日常生活产生影响。临床常用于治疗多发性跖疣的方法包括激光、微波、冷冻等物理疗法以及中医疗法、药物等, 其中物理疗法中的冷冻疗法由于存在操作简单、经济有效的优势, 广泛应用于该病治疗中, 但其具有较高的复发率, 远期疗效欠佳。阿维 A 是维生素 A 的衍生物, 常用于治疗皮肤角化性疾病。为提升多发性跖疣患者的近、远期疗效, 笔者就液氮冷冻联合阿维 A 的治疗效果进行探究, 现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 根据就诊先后顺序将本院接收的 95 例多发性跖疣患者分为对照组、观察组, 病例选取时间为 2016 年 1 月至 2019 年 12 月。

纳入标准: ① 所有患者的临床症状表现均与《皮肤性病学》关于多发性跖疣的诊断标准相符合; ② 年龄在 18 岁以上的成人患者; ③ 疣体数目 ≥ 3 个, 皮损直径 $> 5\text{mm}$; ④ 所有患者均已签署知情同意书。排除标准: ① 存在重要脏器功能损害、脂质代谢异常的患者; ② 存在循环系统、呼吸系统、消化系统等系统疾病者; ③ 存在恶性肿瘤、自身免疫性疾病的患者; ④ 存在传染性疾病或足部存在严重感染者; ⑤ 处于妊娠期、哺乳期的女性患者; ⑥ 近期使用过免疫抑制剂、抗病毒药物的患者; ⑦ 对相关药物存在过敏反应或为过敏体质者。

对照组 47 例, 其中男性 27 例, 女性 20 例, 年龄 (19 ~ 44) 岁, 平均年龄 (30.11 ± 2.46) 岁, 病程 (1 ~ 7) 年, 病程均值为 (3.80 ± 1.06) 年; 观察组 48 例, 其中男性 29 例, 女性 19 例, 年龄 (20 ~ 46) 岁, 平均年

龄 (30.16 ± 2.53) 岁, 病程 (1 ~ 9) 年, 病程均值为 (3.87 ± 1.12) 年。研究对象间的一般资料进行比较, 存在均衡性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 对照组: 液氮冷冻。治疗前使用温水浸泡疣体, 在其软化后使用消毒后的刀片将疣体表面的角质层去除。使用棉签蘸取液氮并对疣体进行压迫, 时间为 (15 ~ 20) s, 反复多次, 直至疣体周边 (2 ~ 3) mm 正常组织发白; 针对疣体较小的情况, 使用冷冻喷头对疣体进行喷射, 直至变白区域大于疣体 2mm。完成液氮冷冻后自然复温, (2 ~ 4) 周治疗一次, 连续治疗 4 次。观察组: 液氮冷冻 + 阿维 A。先予以阿维 A 治疗, 即中餐、晚餐后立即口服阿维 A, 10mg/次, 2 次/d, 连续治疗 4 周; 然后进行液氮冷冻治疗, 方法步骤与对照组一致。两组患者若是在治疗期间出现皮肤干燥及瘙痒、口干等情况, 则指导患者正确使用润肤保湿剂、唇膏。

1.3 评价指标及判定标准 根据皮损数目、大小、疼痛程度评价两组患者治疗前、治疗 4 周后的皮损状况, 严重程度按照无、轻、中、重依次计为 0 分、1 分、2 分、3 分, 分值越低, 表示皮损改善情况越好。同期采用视觉模拟评分法 (VAS) 评价两组患者的疼痛程度, 分值区间为 (0 ~ 10) 分, 分值越高, 表示疼痛感越强烈。两组患者治疗 4 周后的临床疗效判定标准: 临床症状消失且疣体全部消退, 3 个月内未出现复发情况为治愈; 临床症状在治疗后改善明显, 疣体消退超过 75% 为显效; 临床症状稍有好转, 疣体消退数 $< 30\%$ 为无效。临床总有效率 = (总例数 - 无效例数) $\div$ 总例数 $\times 100\%$ 。记录两组患者治疗期间出现的不良反应情况, 随访 3 个月, 观察复发 (治疗后 3 个月内皮损部位、邻近皮肤再次出现疣体) 情况。

1.4 统计学处理 将临床资料录入 SPSS 21.0 统计

软件中进行处理。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, t 检验; 计数资料用 (%) 表示, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 皮损评分、疼痛评分 观察组患者治疗前的皮损评分、疼痛评分与对照组相差不大 ($P > 0.05$); 观察组患者治疗后的皮损评分、疼痛评分均比对照组低, 且两组治疗后数据均较治疗前降低, $P < 0.05$ 。见表 1。

2.2 临床疗效 对照组 47 例, 治愈 16 例 (34.04%), 显效 14 例 (29.79%), 有效 8 例 (17.62%), 无效 9

例 (19.15%), 总有效率为 80.85% (38/47); 观察组 48 例, 治愈 30 例 (62.50%), 显效 11 例 (22.92%), 有效 6 例 (12.50%), 无效 1 例 (2.08%), 总有效率为 97.91% (47/48)。观察组患者的临床总有效率, 明显比对照组数据更高, 差异具有统计学意义 ($\chi^2=7.343$, $P < 0.01$)。

2.3 不良反应、复发情况 两组患者的不良反应轻微, 组间对比各项不良反应发生情况差异较小 ($P > 0.05$); 观察组患者的复发率比对照组更低 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 对比两组患者的皮损评分、疼痛评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	皮损评分 (分)			疼痛评分 (分)		
	治疗前	治疗后	t/P	治疗前	治疗后	t/P^{**}
对照组 ($n=47$)	11.14 $\pm$ 2.37	5.46 $\pm$ 1.18	14.392/0.001	6.21 $\pm$ 1.35	2.40 $\pm$ 0.73	17.019/0.001
观察组 ($n=48$)	11.20 $\pm$ 2.41	3.05 $\pm$ 0.69	22.524/0.001	6.24 $\pm$ 1.40	1.32 $\pm$ 0.56	22.606/0.001
t	14.708	12.183		0.106	8.101	
P^*	0.903	0.001		0.916	0.001	

注: * 两组疗效比较; ** 治疗前后疗效比较。

表 2 对比两组的不良反应发生情况、复发情况 (n , %)

组别	n	皮肤瘙痒	皮肤干燥	红斑	口干	复发率
对照组	47	1 (2.13)	1 (2.13)	1 (2.13)	4 (8.51)	9 (19.15)
观察组	48	2 (4.17)	2 (4.17)	1 (2.08)	10 (20.83)	2 (4.17)
χ^2		0.323	0.323	0.001	2.870	5.207
P		0.570	0.570	0.988	0.090	0.023

3 讨论

跖疣是一种良性的表皮损害, 该病的发生、消退均与机体的免疫功能存在密切关系^[4], 处于免疫缺陷状态的患者出现跖疣的风险比正常人更高。在机体细胞免疫功能减弱的情况下, T 细胞减弱或丧失了对病毒的监视应答、杀伤作用^[5], HPV 入侵表皮组织细胞, 而真皮组织内的免疫细胞不能作用于 HPV, 故 HPV 会出现复制、播散, 引起多发性跖疣。足部是多发性跖疣的常发部位^[6], 会对患者日常活动产生较大的影响, 降低其生活质量, 临床应根据疾病特点及时采取有效的治疗方案。

物理疗法在多发性跖疣的治疗中比较常用, 其中液氮冷冻通过低温作用能够使病变组织中的水分迅速形成冰晶, 引起细胞缺水, 在自然复温后, 疣体组织变性坏死后脱落^[7], 且低温能够对病毒活性进行抑制, 可发挥诱导免疫、抗病毒的效果, 有助于患者机体免疫功能的改善。液氮冷冻同其他物理疗法进行比较, 存在疗程短、作用范围广、未损伤软骨、经济有效等优势, 但其对操作者技术水平的要求较高, 且单纯液氮冷冻治疗易复发^[8]。

维 A 酸类药物可双向调节上皮细胞的增殖, 缩短

正常上皮细胞的有丝分裂周期, 可去除表皮角质以及抗增殖; 维 A 酸类药物还可有效调节细胞及体液免疫功能, 发挥抗炎效果。本文研究表明, 在经过治疗后, 观察组患者的皮损评分、疼痛评分明显下降, 且具有较高的临床总有效率, 不良反应轻微且复发率均较低, 提示液氮冷冻 + 阿维 A 联合治疗多发性跖疣的效果比单纯液氮冷冻治疗更加显著, 近期、远期疗效均更优, 有助于改善患者的预后。分析其原因在于, 阿维 A 属于第二代维甲酸类药物, 具有半衰期短、生物利用度高的特点, 即使长期用药也不易在组织中蓄积。阿维 A 可减少表皮角质形成细胞的体积, 降低其黏聚力, 对其渗透屏障进行破坏, 加剧皮肤失水, 通过改变 HPV 感染所需环境对疣体生长进行限制^[9-10]; 另外, 阿维 A 可加快角质细胞角化脱落速度, 有利于缩短病毒疣体消退时间, 降低疣体的复发率。先采用阿维 A 治疗一个月能够有效阻止疣体生长, 促进疣体消退, 再联合液氮冷冻治疗能够改善患者机体免疫功能, 两者联合应用可解决单纯液氮冷冻治疗复发率高等问题。

总而言之, 液氮冷冻与阿维 A 联合应用于多发性跖疣患者的治疗中, 具有较高的有效性和安全性。

(下转第 409 页)

光动力联合中药浸泡治疗泛发性跖疣的疗效观察

郑庆虎, 陈祯祥^{*}, 赖 平, 伦宪鹏, 潘 芳, 王和平, 王 浩, 李 彬

(中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院皮肤科, 河南 郑州 450042)

【摘要】 目的 探讨光动力联合中药浸泡治疗泛发性跖疣的疗效。**方法** 选取 2017 年 9 月至 2019 年 9 月某医院收治的 76 例泛发性跖疣患者作为研究对象, 以随机数字法分为对照组和观察组, 各 38 例。对照组采用光动力治疗, 观察组则在光动力治疗基础上联合中药浸泡, 比较分析两组疗效及复发情况。**结果** 观察组治疗总有效率为 94.74%, 与对照组 78.95% 的总有效率相比明显更高 ($P < 0.05$), 观察组复发率为 5.26%, 与对照组 7.89% 的复发率相比无明显差异 ($P > 0.05$)。**结论** 临床治疗泛发性跖疣采用光动力联合中药浸泡能够有效提高治疗效果, 值得推广。

【关键词】 光动力; 中药浸泡; 泛发性跖疣

中图分类号: R751.051; R752.5⁺4 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.035

跖疣是临床常见皮肤病, 主要由人乳头瘤病毒感染引起, 受自身重力及足部角质层较厚等因素影响, 疣体多向深部发展, 导致患者行走、持重劳动时出现明显疼痛感, 对其生活质量造成严重影响^[1]。目前治疗跖疣多采用冷冻、激光等物理疗法, 复发率较高, 而且对于皮损范围大的泛发性跖疣, 会给患者带来巨大痛苦, 光动力学疗法可弥补传统物理疗法的缺陷^[2]。近年来, 中药浸泡疗法也逐渐受到广泛关注, 为进一步提高泛发性跖疣的疗效, 本研究将光动力与中药浸泡联合应用, 比较分析其对泛发性跖疣的影响, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 9 月至 2019 年 9 月本院收治的 76 例泛发性跖疣患者作为研究对象, 以随机数字法分为对照组和观察组, 各 38 例。研究经医院伦理委员会批准。对照组: 男性 27 例, 女性 11 例, 年龄 (16 ~ 54) 岁, 平均年龄 (29.37 ± 4.98) 岁, 病程 1 个月 ~ 3 年, 平均病程 (10.35 ± 2.29) 个月; 观察组: 男性 26 例, 女性 12 例, 年龄 (15 ~ 57) 岁, 平均年龄 (29.65 ± 5.13) 岁, 病程 2 个月 ~ 3 年, 平均病程 (10.45 ± 2.61) 个月。两组性别、年龄等一般资料比较无明显差异 ($P > 0.05$), 存在可比性。

纳入标准: ① 临床确诊为泛发性跖疣; ② 近 1 个月内未使用过调节免疫、抗病毒等相关药物; ③ 精神、认知正常, 治疗依从性好; ④ 签署知情同意书。

排除标准: ① 合并肝肾等重要脏器功能障碍; ② 存在免疫缺陷、严重营养不良; ③ 妊娠期、哺乳期女性; ④ 皮疹瘙痒、红肿; ⑤ 未按规定治疗。

1.2 方法 对照组采用光动力治疗: 治疗前对皮损及周围皮肤进行清洁处理, 取盐酸 5-氨基酮戊酸散以注射用水配制成浓度 20% 的溶液, 以无菌脱脂棉敷于皮损处及周围 1cm 范围, 然后于敷好的脱脂棉上滴入配制好的药液, 以塑料薄膜封包。封包 4h 后将皮损处暴露, 采用光动力治疗仪 (武汉亚格光电技术有限公司, LED-IA) 进行照射, 波长 (633 ± 10) nm, 功

率密度 100mw/cm², 照射 20min, 进行一次治疗后隔 (7 ~ 10) d 左右进行下次治疗。观察组则在光动力治疗基础上联合中药浸泡: 光动力治疗后 3d 左右, 取鸡血藤、薏苡仁、白术各 60g、红花、桂枝、威灵仙、桑寄生各 30g, 加入 3 000ml 水中煎煮, 取汁浸泡双足, 温度保持在 (45 ~ 50) °C, 光动力治疗后 3d 左右每晚浸泡 1 次, 联合光动力治疗, 共持续治疗 5 个疗程。

1.3 观察指标 观察评估两组治疗效果。显效: 疣体减少 70% 以上, 疣体缩小、变软, 症状明显缓解; 有效: 疣体减少 30% 以上, 症状有所缓解; 无效: 未达上述标准。对两组患者进行 3 个月的随访, 调查统计两组复发情况。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 23.0 分析, 计数资料以率表示, 采用卡方检验。

2 结果

2.1 两组治疗效果 观察组 38 例, 显效 23 例 (60.53%), 有效 13 例 (34.21%), 无效 2 例 (5.26%), 治疗总有效率为 94.74% (36/38); 对照组 38 例, 显效 19 例 (50.00%), 有效 11 例 (28.95%), 无效 8 例 (21.05%), 治疗总有效率为 78.95% (30/38)。观察组总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($X^2=4.146$, $P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗效果对比 (n, %)

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	23 (60.53)	13 (34.21)	2 (5.26)	36 (94.74)
对照组	19 (50.00)	11 (28.95)	8 (21.05)	30 (78.95)
X^2	4.146			
P	< 0.05			

2.2 两组复发情况 观察组复发率为 5.26% (2/38), 与对照组 7.89% (3/38) 的复发率相比无明显差异 ($X^2=0.214$, $P > 0.05$)。

3 讨论

在泛发性跖疣的治疗上,光动力疗法是一种重要手段,该技术通过联合光敏剂及相应光源,在光动力学反应下对病变组织选择性破坏,虽然早期实验发现单次光动力治疗取得的效果欠佳,但后继研究发现重复治疗及局部应用角质层分离剂预处理可提高临床疗效^[3]。

近年来,中医学在泛发性跖疣的治疗上也取得了明显进展,多项研究表明中药浸泡治疗泛发性跖疣具有重要价值^[4]。跖疣在现代医学上属于乳头瘤病毒感染所致,中医学上属“疣目”范畴,多由外感风热邪毒于肌肤凝聚,或皮肤外伤染毒等病因所致,该病多见于足部多汗、体质偏虚者,故内有寒湿、湿热,加之腠理不固,致湿邪易感,湿蕴血瘀,是引发跖疣的主要病机,当以温经通络、健脾除湿等为治则^[5]。本次研究所用中药浸泡方剂由鸡血藤、薏苡仁、白术、红花等中药组成,方中鸡血藤、红花具有止痛、活血祛瘀之功,薏苡仁、白术具有健脾除湿之效,威灵仙、桑寄生可祛风湿,桂枝能温经化湿,诸药共奏活血化瘀、健脾除湿、止痛通络等功效。将该方煎水以较高水温浸泡,可促使局部血管扩张,改善血液循环,使药力直达病变位置。现代药理学研究表明,鸡血藤具有抑制血小板聚集、扩张血管作用;薏苡仁可清热、消肿、利湿;白术可提高机体对自由基的清除能力,还具有抗凝血、增强免疫作用;红花可抗炎镇痛、改善微循环,还具有调节免疫等作用;桂枝、桑寄生可抗炎镇痛、抑制多种病原微生物,桑寄

生还能增加T细胞数量、增强T细胞功能^[6]。

本研究将光动力与中药浸泡联合应用,结果显示观察组治疗后的总有效率明显高于对照组,说明联合治疗有助于提高疗效。究其原因,在于两者功能机制不同,在不同机制作用下可发挥协同作用,提高对病变的作用效果,而且泛发性跖疣的发生与细胞免疫功能低下密切相关,而中药方剂中白术、红花、桑寄生等药物有助于调节免疫、增强免疫,解决了根本病因。研究中观察组复发率与对照组相比无明显差异,考虑可能受到样本量小的影响,后续还需加大样本量,以深入分析远期效果。

临床治疗泛发性跖疣采用光动力联合中药浸泡能有效提高治疗效果,值得推广。

参考文献:

- [1] 陈霞. 咪奎莫特乳膏联合冷冻治疗泛发性跖疣临床观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2016,26(7):82-83.
- [2] 韩冯, 李建勤, 徐翔, 等. 光动力联合火针治疗多发性跖疣疗效分析[J]. 湖北中医杂志, 2016,38(12):60-61.
- [3] 卢秀芹. 中西医结合治疗泛发性跖疣临床观察[J]. 山东医学高等专科学校学报, 2015,21(3):169-170.
- [4] 裴宇, 董洁. 中药浸泡疗法联合点阵激光、免疫调节剂治疗多发性跖疣临床研究[J]. 河北中医, 2018,40(9):1348-1351.
- [5] 薛晓东, 宋红霞, 祝守敏, 等. 中药浸泡疗法治疗多发性跖疣的效果探究[J]. 当代医药论丛, 2017,15(17):55-57.
- [6] 何大伟. 除跖疣汤泡足治疗多发性跖疣 50 例疗效观察[J]. 湖南中医杂志, 2016,32(4):68-69.

祛白胶囊联合脾氨肽治疗对白癜风患者 IL-10、IL-17、酪氨酸酶 IgG 的影响

居兴刚, 姚莹, 贾雪平, 史金龙, 齐志峰, 杨元元, 陈琳

(河南科技大学第二附属医院皮肤性病科, 河南 洛阳 471000)

【摘要】目的 分析白癜风患者中应用祛白胶囊联合脾氨肽冻干粉对改善白介素 10、白介素 17、酪氨酸酶 IgG 水平的效果。**方法** 选取 2018 年 8 月至 2020 年 1 月在某医院接受治疗的 60 例白癜风患者, 随机将所有患者等分为常规组与治疗组。将两组治疗前后的白介素 10、白介素 17、酪氨酸酶 IgG 水平进行对比, 再选取 60 例健康体检者进行对比分析。**结果** 较之常规组, 治疗组的白介素 10 水平明显升高 ($P < 0.05$); 较之常规组, 白介素 17 水平明显降低 ($P < 0.05$); 较之常规组, 治疗组酪氨酸酶 IgG 水平明显降低 ($P < 0.05$)。**结论** 祛白胶囊联合脾氨肽冻干粉在治疗白癜风患者中能够发挥较好的作用, 患者的免疫细胞水平得以改善, 促进了患者白斑的复色, 值得临床应用。

【关键词】 祛白胶囊; 脾氨肽冻干粉; 白癜风; 治疗

中图分类号: R751.05; R758.4⁺1 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.036

白癜风发生的原因与皮肤的黑素细胞功能障碍有关, 其属于后天性、泛发性或局限性的皮肤色素脱失病。该疾病好发于阳光照射以及摩擦损伤的部位, 比如颜面、指背、前臂、颈项、腕及生殖器周围等。越来越多的研究证明^[1], 细胞因子与白癜风自身免疫发病机制有着一定的相关性, 且参与了脱色过程。本研究通过对其进行治疗, 且通过对比治疗前、后的细胞因子等情况, 分析其与白癜风的关系, 为治疗该疾病提供更多的思路。现将研究结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取本院接受治疗的 60 例白癜风患者, 收治的时间为 2018 年 8 月至 2020 年 1 月, 随机将所有患者等分为常规组与治疗组, 再选取 60 例健康体检者进行对比分析。治疗组中, 男 16 例, 女 14 例, 年龄 (20 ~ 52) 岁, 平均 (30.45 ± 2.61) 岁, 其中局限性 11 例, 节段性 8 例, 泛发性 7 例, 散发性 5 例; 常规组中, 男 17 例, 女 13 例, 年龄 (19 ~ 51) 岁, 平均 (30.16 ± 2.18) 岁, 其中局限性 12 例, 节段性 8 例, 泛发性 6 例, 散发性 4 例; 健康体检者中, 男 35 例, 女 25 例, 年龄 (21 ~ 53) 岁, 平均 (31.45 ± 2.62) 岁。三组的资料对比, 无显著性差异 ($P > 0.05$)。

1.2 方法 常规组接受复合维生素 B 片 (海南制药有限公司, 国药准字 H46020061) 口服, 2 片/次, 3 次/d; 他克莫司软膏 (浙江万晟药业有限公司, 国药准字 H20133244) 外用, 于皮损处涂抹 2 次/d; 叶酸片 (江西制药有限责任公司, 国药准字 H36020872) 口服, 2 片/次, 3 次/d; 并接受脾氨肽冻干粉 (大连百利天华制药有限公司, 国药准字 H20055105) 口服, 2mg 用 10ml 凉开水溶解后服用, 1 次/d。治疗组接受脾氨肽冻干粉 (厂家、用法等同常规组), 并联合本院自制的祛白胶囊, 方剂组成: 黄芪、鸡血藤、旱莲草、白附子、红花、当归、香附、龙胆

草、补骨脂、白蒺藜、川芎、枸杞子等, 将其按照一定的比例制作成胶囊, 0.37g/粒, 5 粒/次, 3 次/d。两组连续治疗 8 个月。

1.2 观察指标 统计并分析两组治疗前、后的白介素 10、白介素 17 以及酪氨酸酶 IgG 水平。试验方法: 应用酶联免疫吸附试验法检测抗酪氨酸酶 IgG 抗体、白介素 10、白介素 17 水平。

1.3 统计学分析 使用 SPSS 20.0 分析数据, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验; 计数资料用 (%) 表示, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 对比健康体检者与白癜风患者的白介素 10、白介素 17、酪氨酸酶 IgG 水平 经分析, 健康体检者与白癜风患者的白介素 10、白介素 17、酪氨酸酶 IgG 水平相比具有差异性 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 健康人与白癜风患者的白介素 10、白介素 17、酪氨酸酶 IgG ($\bar{x} \pm s$, $n=60$)

组别	白介素 10	白介素 17	酪氨酸酶 IgG
白癜风患者	9.11 ± 2.46	40.22 ± 3.10	16.15 ± 2.10
健康体检者	16.77 ± 3.10	11.64 ± 1.23	21.33 ± 2.01
t	14.993	66.379	13.803
P	0.001	0.001	0.001

2.2 白癜风患者治疗前、后的白介素 10、白介素 17 比较 治疗前两组白介素 10、白介素 17 水平无显著性差异, 治疗后, 较之常规组, 治疗组的白介素 10 水平明显升高 ($P < 0.05$); 较之常规组, 白介素 17 水平明显低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 白癜风患者两组治疗前、后的酪氨酸酶 IgG 水平对比 治疗前两组酪氨酸酶 IgG 水平无显著性差异, 治疗后, 较之常规组, 治疗组的酪氨酸酶 IgG 水平明显低, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 治疗前、后的白介素 10、白介素 17 ($\bar{x} \pm s$, $n=30$)

组别	白介素 10		白介素 17	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常规组	10.36 $\pm$ 2.11	13.44 $\pm$ 2.71	40.11 $\pm$ 3.20	31.33 $\pm$ 3.20
治疗组	10.88 $\pm$ 2.09	15.23 $\pm$ 2.05	39.87 $\pm$ 2.96	24.56 $\pm$ 2.88
<i>t</i>	0.959	2.885	0.302	8.613
<i>P</i>	0.171	0.008	0.382	0.002

表 3 对比两组治疗前、后的酪氨酸酶 IgG ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后
常规组	21.33 $\pm$ 1.36	18.22 $\pm$ 1.44
治疗组	21.06 $\pm$ 1.41	16.10 $\pm$ 1.34
<i>t</i>	0.755	5.903
<i>P</i>	0.227	0.004

3 讨论

相关研究文献显示^[2],白癜风的形成是由于黑色素的缺失,继而形成皮肤白斑。研究中还认为,黑色素缺失的一个较为重要的原因为酪氨酸酶降低,换言之,酪氨酸酶活性的高低能够控制黑素细胞。

在中医中,白癜风属于白驳风范畴,患者外感风邪,风邪由外而内以致经络浮瘀、正气阻滞,再热邪由内而外,风热两邪互为依托,搏于表而生白驳风,目前尚无法治愈,应以延缓病情,控制皮损为主。虽然西药具有一定的治疗效果,但作用单一,副作用明显,可遭遇用药困境,中医可发挥整体治疗优势。本研究对 60 例白癜风患者进行分析,结果表明白癜风患者的酪氨酸酶 IgG 较健康对照组显著降低,经治疗后升高明显。酪氨酸酶是一种含铜酶,源于胚胎神经鞘细胞,也是合成黑色素的关键酶,而白癜风患者中血清酪氨酸酶抗体产生,提示白癜风患者的发病因素与自身免疫密切相关^[3]。

白介素 17 具有机体防御机制以及促炎症等功能,

有着强大的募集中性粒细胞、促进细胞增殖、促进多种细胞炎性因子的释放,并且抑制部分肿瘤生长等。该因子已被证实存在于多种免疫性疾病,如银屑病、系统性红斑狼疮等。本研究中,白癜风患者的白介素 17 水平较健康对照组升高明显,经治疗后明显降低,提示疾病因素可能通过不同的途径激活了白癜风患者的免疫应答反应^[4]。

本研究在治疗白癜风患者时,使用本院自制的祛白胶囊联合脾氨肽冻干粉。脾氨肽冻干粉主要可以调节患者的免疫机制,用于治疗细胞免疫功能低下且自身免疫功能紊乱性疾病。祛白胶囊具有祛风活血、养血益气、滋养肝肾的作用,方剂中的当归可以补血活血,补骨脂能够滋补肝肾,其中含有的补骨脂素等香豆素类物质可以提高酪氨酸酶的活性^[5]。诸药合用,具有祛风和血的效用,可以明显改善白癜风患者的症状,而且能够改善细胞的免疫水平。

综上所述,给予白癜风患者脾氨肽冻干粉联合祛白胶囊治疗,患者的免疫水平改善明显,也相继改善了其临床症状,促进患者的复色,值得临床推广应用,也为进一步探讨祛白胶囊在白癜风免疫调节中发挥的作用提供了研究基础。

参考文献:

- [1] 卢娜,许爱娥,周妙妮,等.白癜风患者白介素-17 和转化生长因子- β 水平的检测[J].中华皮肤科杂志,2012,45(6):433-435.
- [2] 余艳丽,汪建军,石晓霞,等.白癜风胶囊联合卤米松乳膏治疗白癜风患者免疫功能相关指标分析[J].实用临床医药杂志,2018,22(24):83-86.
- [3] 王鲁梅,卢婉娇,莫瑞玲,等.白癜风患者血清白介素-25 和白介素-7 的检测及临床意义[J].中国皮肤性病杂志,2017,31(31):3.
- [4] 郭莹.他克莫司联合窄谱中波紫外线对白癜风患者免疫功能的影响[J].皮肤病与性病,2019,41(5):705-706.
- [5] 郭中华,李伶,吴金燕,等.白癜风胶囊对白癜风患者的临床效果研究[J].中药药理与临床,2016,32(2):208-211.

威伐光联合伐昔洛韦治疗带状疱疹的疗效观察

赵俊萍

(广东省江门市皮肤医院, 广东 江门 529000)

【摘要】 目的 观察带状疱疹患者采取威伐光联合伐昔洛韦治疗的疗效。**方法** 抽取某医院2018年1月至2019年3月就诊的90例带状疱疹患者纳入研究, 将其随机分组分为对照组及观察组, 对照组采取常规治疗措施(盐酸伐昔洛韦分散片), 观察组在对照组的基础上加用威伐光照射治疗, 观察治疗后两组患者的疗效、止痛时间等指标。**结果** 观察组患者有效率93.33%(42/45), 对照组是75.56%(34/45), 组间数据差异具有统计学意义, ($X^2=5.2231, P<0.05$); 观察组患者的止痛时间、结痂时间、止疱时间、总病程均显著低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 带状疱疹患者采取威伐光联合伐昔洛韦治疗的疗效显著, 值得临床推广。

【关键词】 威伐光; 伐昔洛韦; 带状疱疹

中图分类号: R751.05; R752.1² 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.037

带状疱疹是由潜伏在体内的水痘-带状疱疹病毒(VZV)再激活所致, 以沿单侧周围神经分布的簇集性水疱为特征, 常伴明显的神经痛。带状疱疹的发病率较高, 且随着年龄而增加。60岁以上的老年人约50%发生带状疱疹后遗神经痛(PHN), 严重影响患者的身体健康和生活质量。因此及早诊断以及迅速治疗十分重要。如何有效地减轻临床症状, 缓解患者疼痛, 是医护人员需要重点解决的问题。威伐光是近年由德国引进的光治疗系统, 该治疗系统可提供(780~1400)nm光能量, 促进局部血液循环, 缓解血管痉挛, 降低局部交感神经紧张度, 具有减轻疼痛的效果^[1-3]。笔者抽取2018年1月至2019年3月本院门诊90例带状疱疹患者为观察对象, 观察采取威伐光联合伐昔洛韦治疗的疗效与临床价值, 详细报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 纳入本院门诊90例带状疱疹患者作为研究对象, 研究开展时间是2018年1月至2019年3月, 采取随机法分为对照组、观察组, 各45例。对照组年龄(26~68)岁, 平均年龄(56.17±4.23)岁, 男性24例, 女性21例, 病程(1~15)d, 平均病程(7.17±1.61)d; 观察组年龄(27~65岁), 平均年龄(56.27±5.31)岁, 男性23例, 女性22例, 病程(3~10)d, 平均病程(7.26±1.50)d。以SPSS 22.0软件对患者的一般资料进行数据统计分析, 分析结果得到 $P>0.05$, 显示无统计学意义。

纳入标准: ①患者均由临床诊断确诊为带状疱疹, 诊断标准参考第8版《皮肤性病学》; ②患者的视觉模拟评分(VAS)均>3分; ③试验已通过本院医学伦理协会的审批, 且患者在治疗过程中依从性较好; ④病情稳定, 病历资料完整; ⑤患者无相关药物过敏史、药物禁忌症等; ⑥患者在试验开展前1个月内未接受同类型治疗。**排除标准:** ①严重肝肾、心肺或神经系统功能障碍患者; ②药物禁忌症、药物过

敏、循环系统功能障碍患者; ③精神障碍、精神疾病患者; ④哺乳期、妊娠期患者; ⑤光疗禁忌症、光过敏、光敏性皮炎患者; ⑥依从性差, 未按时接受相关治疗患者。

1.2 方法 对照组采取常规治疗方案: 盐酸伐昔洛韦分散片(湖北科益药业股份有限公司, 国药准字H20050095)口服治疗, 2次/d, 每次0.3g, 于饭前服用, 连续服用10d。观察组在对照组的基础上加用威伐光(德国制造Hydrosun TM 500H威伐光wIRA®光治疗系统; 注册证编号: 国械注进20142265685)照射治疗, 1次/d, 每次照射治疗20min, 连续治疗2周。

1.3 观察指标 观察治疗后两组患者的疗效、止痛时间、止疱时间、结痂时间、总病程等指标。痊愈: 患者的疼痛情况、皮损全部消失; 显效: 患者疼痛状况基本消失, 皮损消散面积>75%; 有效: 患者疼痛状况显著缓解, 皮损消散面积50%~75%; 无效: 患者疼痛状况无显著改善甚至加重, 皮损消散面积<50%^[4]。有效率=100%-无效率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学标准软件处理数据。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示, 行 t 检验; 计数资料用(%)表示, 行 X^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效对比 治疗后, 观察组患者显效30例, 有效12例, 无效3例, 总有效率为93.33%(42/45); 对照组显效23例, 有效11例, 无效11例, 总有效率为75.56%(34/45), 观察组患者的治疗有效率更为显著, 相比于对照组, 总有效率提高了15%以上, 差异存有统计学意义($X^2=5.2231, P<0.05$)。

2.2 各项临床指标对比 两组患者的止痛时间、止疱时间、结痂时间、总病程, 观察组显著低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表 1 两组患者治疗期间的各项临床指标对比 ($\bar{x} \pm s$, d)

组别	n	止痛时间	止疱时间	结痂时间	总病程
观察组	45	5.32±0.13	3.64±1.23	4.16±0.29	9.34±1.64
对照组	45	8.28±1.52	6.21±1.75	7.11±1.22	14.56±2.28
t		13.0158	11.1127	15.7809	12.4679
P		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

带状疱疹是一种发病率较高的病毒感染性疾病,任何感染水痘-带状疱疹病毒(VZV)的人都可能患上带状疱疹。病毒经呼吸道黏膜进入血液形成病毒血症,发生水痘或呈隐性感染,后病毒潜伏于脊髓后根神经节或脑神经感觉神经节内;当机体受到某种刺激(如创伤、疲劳、肿瘤、病后虚弱、使用免疫抑制剂等)导致患者机体抵抗力下降,潜伏病毒被激活,沿感觉神经轴索下行,到达该神经所支配区域的皮肤内复制,产生水疱,同时受累神经发生炎症、坏死,产生神经痛。部分带状疱疹患者疼痛剧烈,严重影响日常生活^[5-6]。

关于带状疱疹的治疗,应尽早使用核苷类抗病毒药物,且抗病毒治疗应在皮疹出现后 72h 内开始。在临床上常用的抗病毒药物伐昔洛韦,口服吸收快,在体内可迅速转化为阿昔洛韦,血药浓度较口服阿昔洛韦高(3~5)倍。伐昔洛韦可以终止病毒 DNA 链的合成,并灭活病毒 DNA 聚合酶,抑制病毒复制,促进皮损愈合,减轻疼痛^[7]。

随着医疗技术的不断更新发展,研究发现,理疗与药物治疗相结合的干预措施可以提升常规治疗的疗效,其中威伐光理疗就是现阶段应用最为广泛的措施之一^[8-9]。威伐光照射治疗可以促进细胞新陈代谢,增强细胞线粒体过氧化氢酶(CAT)的生物活性,促进细胞增殖生长,加速机体溃疡的愈合,增强白细胞吞噬清除作用,改善局部血液循环,达到镇痛、消肿、消炎、促进伤口愈合等效果,还能抑制神经的兴奋性,有助于受损神经再生,疗效显著^[10-11]。威伐光联合伐昔

洛韦治疗,药物进入体内后抑制病毒复制,威伐光照射治疗可以促进细胞新陈代谢,促进皮损愈合,改善局部血液循环,最终达到治疗疾病的目的。

本次研究结果显示,观察组患者有效率为 93.33%,显著比对照组(75.56%)高出 15% 以上,数据的差异存有统计学意义($P < 0.05$);此外,观察组患者的止痛时间、止疱时间、结痂时间、总病程均显著低于对照组,显示威伐光联合伐昔洛韦治疗应用前景较广,具有病程短、起效快、疗效佳的优势。

综上所述,带状疱疹患者采取威伐光联合伐昔洛韦治疗的疗效显著,可有效缩短病程,改善患者临床症状,值得临床推广。

参考文献:

- [1] 马立娟,赵尚懿,顾礼忠.大剂量伐昔洛韦治疗带状疱疹有效性和安全性的临床观察[J].中国处方药,2020,18(3):94-96.
- [2] 董怡君.红光照射联合伐昔洛韦与护理干预对糖尿病合并带状疱疹患者的干预效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(4):149-150+168.
- [3] 李丽.盐酸伐昔洛韦片和阿昔洛韦注射液治疗带状疱疹的临床疗效比较[J].中国医药指南,2019,17(32):66.
- [4] 闫晓倩.威伐光联合阿昔洛韦治疗带状疱疹的疗效观察及护理[J].中国药物与临床,2019,19(7):1219-1220.
- [5] 郝玉玲.威伐光联合药物治疗带状疱疹疗效观察[J].皮肤病与性病,2019,41(1):129-130.
- [6] 周书会.醋酸泼尼松联合阿昔洛韦及甲钴胺治疗带状疱疹的疗效观察[J].皮肤病与性病,2020,42(1):112-113.
- [7] 王娟.威伐光联合药物治疗带状疱疹 52 例疗效观察与护理[J].齐鲁护理杂志,2018,24(9):93-95.
- [8] 胡瑾瑾.威伐光辅助药物治疗急性期带状疱疹后遗神经痛临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2018,21(2):203-205.
- [9] 柏学顺.浅析威伐光照射联合药物治疗 2 型糖尿病合并带状疱疹神经痛的临床效果[J].糖尿病新世界,2017,20(12):74-75.
- [10] 陈雪青,张红芹,吴玮,等.威伐光联合药物对老年人急性期带状疱疹的疗效研究[J].老年医学与保健,2016,22(5):306-308+312.
- [11] 梁玉华,范红玲,赵春静.海特光联合伐昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察[J].皮肤病与性病,2016,38(4):307-308.

医学生科研能力培养中人文精神教育策略的思考

况轶群¹, 赵浩钦¹, 王友兰², 胡继红¹, 李红宾¹, 梁红敏^{1*}

(1. 昆明医科大学第一附属医院, 云南 昆明 650031; 2. 昆明市医学科学研究所, 云南 昆明 650011)

【摘要】 医学是与生命健康密切相关的学科, 医学的发展离不开科研的推进。科研能力的培养是医学生培养目标的重要内容, 但对于临床科研过程中人文精神的培养, 较少涉及。本文就临床医学科研过程中, 医学生人文精神的教育提出思考与对策。

【关键词】 医学生; 科研能力; 人文精神

中图分类号: G644; R751 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.038

党的十九大报告中明确提出实施健康中国战略是新时代卫生健康工作的纲领, 将人民的生命健康作为一个重要战略的内容提出, 将生命健康提升到前所未有的新高度。医学作为与生命健康息息相关的重要学科, 它的发展直接影响一个国家的未来。医学的发展离不开科研的推进, 医学生科研创新能力的培养是我国加快建设创新型国家的需要, 培养科学思维和创新能力, 也是医学生培养目标的一部分。国内较多医学院校对于如何培养医学生科研能力进行了积极探索^[1-8]。科研能力和人文精神是医学生必备的素质。然而, 在实际工作中, 对两者的培养是割裂的, 对在科研中人文精神的要求和培养较少涉及。加强医学科研道德建设, 强化医学科研过程中人文精神培养, 将其作为医学科研进步发展的重要保障, 是十分必要的^[9]。本文将重点提出几点解决方案, 探讨科研中人文精神培养的策略, 以促进医学生临床医学科研中的人文精神培养。

1 科研设计必须首先考虑“利他主义”

医学的服务和研究对象是“人”, 医学科研必须贯穿人文精神^[10]。一个优秀的临床科研工作者, 不仅要具备良好的科学素质与科学思维, 还必须具有在医学科研中充分考虑人类生存意义和利益的素养, 同时还要引导学生向富有人文情怀的前辈学习, 汲取各种人文学科的营养^[11], 培养坚持生命和健康利益第一、忠实实验数据、维护受试者的权益、善于团队合作、富有创造性思维等方面的医学人才。当前在科学技术研究不断进步发展的同时, 也显现出“双刃剑”效应: 一方面, 科技研究的进步发展为人类生活质量及健康水平的提升提供了更好的支持和保障; 另一方面, 科技研究所具有的复杂性及其后果的不可控性也使得人类处于难以预测的风险中^[12]。利他主义是根植于医学人文精神中的重要内容, 是始终贯彻于医疗卫生公共事业中的风向标, 也是全体医务人员所必须遵守的

伦理尺度。利他主义是指某一个体在一定的条件下, 以牺牲自己的利益性及适应性来提升另一个体的利益性及舒适性, 它包含五个要素: ① 必须使他人获利; ② 必须是自愿行为; ③ 必须有行为意图; ④ 他人所获利益必须是行为目的本身; ⑤ 必须不期望任何回报^[13]。正是因为利他主义的存在, 才使得所有医务工作者将患者生命和疾病康复当作自己毕生的奋斗目标, 不断推动医学的发展和前进。因此, 在培养过程中, 需要教育医学生在科研设计中遵从利他主义原则, 坚持生命和健康利益第一, 维护受试者的权益, 不得将个人利益作为首要考量标准, 切忌为了科研而科研。

2 对研究对象应秉承伤害最小化原则, 包括实验动物在内

在临床诊治过程中, 很多时候难免进行一些有创性治疗, 或者是一些可能对患者身体有副作用的治疗。在临床科研过程中, 也会出现相同的情况。因此, 科研设计中必须提前预判可能的不良反应, 提前制定有效措施, 将实验对象可能受到的伤害降到最低, 包括实验动物。

实验动物是医学科研中最常用的研究对象, 对待实验动物必须遵循 3R 原则。① 最小化原则 (Reduction): 指在科学研究中, 使用最少的动物获取最大的实验结果; ② 替代原则 (Replacement): 指使用其他方法而不用动物所进行的试验, 或是使用没有知觉的试验材料代替以往使用神智清醒的活的脊椎动物进行试验的一种科学方法; ③ 优化原则 (Refinement): 指在符合科学原则的基础上, 通过改进条件, 善待动物, 提高动物福利或完善实验程序和改进实验技术, 减轻或避免给动物造成与实验目的无关的疼痛和紧张等痛苦的科学方法^[14]。在医学生进行临床科研之前应该进行严格培训, 强调对实验动物的伦理保护。

3 加强科研伦理审核

随着时代发展, 医学临床科研的要求和内容越来越

越多,这就对于科研伦理审核提出了新的要求。2019年12月,李克强总理第一次提出“大力弘扬科学家精神”以及“严肃查处违背科研道德和伦理的不端行为”,表明国家对于科研伦理审核的重视程度迈上了新的台阶。科研伦理审核的核心是从伦理角度对科学研究及其成果应用提供应该和不应该的标准,预防和消除科研活动中可能存在的隐患^[15]。医学院校医学生进行的科研项目一部分是导师申报的课题,都有伦理审核,另一部分则是自主课题。由于自主课题的自主性,常常出现伦理审核不到位的问题。针对这一问题,除了医学院校要加强宣传与管理,更需要加强对医学生伦理审核重要性与意义的教育,让医学生养成主动申请伦理审核的自觉性,对于维护临床医学科研的严谨与规范具有重要意义。

参考文献:

- [1] 付瑶,姜冠潮,石淑育,等.北京大学医学部八年制临床医学专业毕业生临床和科研能力调查分析[J].中华医学教育杂志,2021,41(2):122-126.
- [2] 刘爽,杨悻,伍洁,等.北京协和医学院八年制临床医学专业学生科研经历及认知现状调查[J].基础医学与临床,2018(10):1505-1508.
- [3] 周芙玲,庞雯文,刘盼,等.高校实验室开放加快八年制医学生科研能力培养[J].医学教育研究与实践,2021,29(2):185-189.

- [4] 陈妍洁,赖燕妮,吴昊,等.八年制临床医学专业毕业生科研能力培训成效的调查[J].中华医学教育杂志,2021,41(3):209-212.
- [5] 梁佳,郑艳燕,罗彬,等.“5+3”一体化医学生科研思维和实践能力的培养探讨[J].基础医学教育,2021,23(2):89-91.
- [6] 钱成,潘林鑫,肖凤丽,等.某医学院校本科生科研现状的问卷调查及思考[J].中国高等医学教育,2021(2):31-32.
- [7] 尹琦,吴振,胡彦建,等.以高校教师科研平台为依托加强医学生创新能力培养的探讨[J].中华医学教育探索杂志,2021,20(1):47-49.
- [8] 王淳秀,方向华.循证医学在临床医学专业本科生科研能力培养中的作用[J].中华医学教育探索杂志,2016,15(9):940-943.
- [9] 李若熙,郭玉.基于马克思主义科技观对当下医学科研道德的审视[J].中国医学伦理学,2020,33(9):1041-1045.
- [10] 秦岭,吴建国.科研管理视角下某医学院校人文社科研究现状分析及发展路径探讨[J].徐州医科大学学报,2019,39(11):827-831.
- [11] 陈凯.高等医学院校学生科研素质培养模式研究[J].思想教育研究,2012(3):66-68.
- [12] 李若熙,郭玉.基于马克思主义科技观对当下医学科研道德的审视[J].中国医学伦理学,2020,33(9):1041-1045.
- [13] 杜书伟,郑大喜.医患关系中医务人员行为的利他主义经济学分析[J].医学与社会,2009,22(6):40-42.
- [14] Kirk R G W.Recovering the Principles of Humane Experimental Technique:The 3Rs and the Human Essence of Animal Research[J].Sci Technol Human Values,2018,43(4):622-648.
- [15] 关键.现代医学研究伦理审核的管理探讨与经验分享[J].中华医学科研管理杂志,2012,25(4):281-283.

(上接第401页)

参考文献:

- [1] 王玉玲,张峰,李俊杰,等.点阵激光联合派特灵外用治疗多发性跖疣疗效观察[J].临床皮肤科杂志,2019,48(1):55-57.
- [2] 张丹露,季梅,钱季鑫,等.中药祛疣方温热疗法联合他扎罗汀治疗多发性跖疣的临床研究[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2019,18(1):38-39.
- [3] 阴亚坤,尹光文,李冬芹.脉冲染料激光治疗多发性跖疣的临床疗效观察[J].皮肤性病诊疗学杂志,2019,26(5):300-302.
- [4] 胡沁雨,陈永昌,高艳青.液氮冷冻联合咪喹莫特乳膏封包治疗跖疣疗效观察[J].解放军预防医学杂志,2019,37(5):107-108.
- [5] 刘国银.液氮冷冻联合中药浸泡治疗多发性跖疣的临床观察[J].

中医临床研究,2018,10(27):67-68.

- [6] 葛进满.苦参素穴位注射联合液氮冷冻治疗多发性跖疣63例临床观察[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2018,17(3):252-253.
- [7] 刘丽琴,焦婷,韩长元,等.自拟祛疣汤联合液氮冷冻治疗多发性跖疣疗效观察[J].中国中西医结合皮肤性病学杂志,2017,16(5):440-441.
- [8] 吴苗,刘永林,蔡云雅.氟尿嘧啶外涂与干扰素注射联合液氮冷冻治疗多发性跖疣的疗效及对患者免疫功能的影响[J].中国临床药理学与治疗学,2017,22(3):312-315.
- [9] 俞一丹.五倍子枯矾方加减外洗联合维A酸乳膏治疗多发性掌跖疣的疗效分析[J].中国医药导刊,2019,21(9):555-559.
- [10] 童海涛,刘夕琳.阿维A联合冷冻治疗多发性跖疣的疗效观察[J].皮肤病与性病,2018,40(5):715-717.

皮肤性病学科型研究生培养方式的思考与探讨

丰 硕, 张梦迪, 吴佳纹, 汪 炜, 郑 焱[※]

(西安交通大学第二附属医院皮肤科, 陕西 西安 710004)

【摘要】 科研型研究生的培养是加强皮肤性病学科人才队伍建设的重要环节。笔者从皮肤性病学科型研究生的培养现状与问题入手, 并从编制个性化培养方案、双轨提升科研和临床能力、关注研究生心理健康发展等角度对解决问题的策略和方案进行了深入的分析与探讨。

【关键词】 皮肤性病学科; 科研型研究生; 培养方式

中图分类号: G662.0; R751 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.039

目前, 已知的皮肤性病有 3 000 余种, 大多数发病机制不清, 临床治疗常只限于对症处理, 这些是制约学科发展的重要瓶颈, 而加强科学研究正是突破这一瓶颈的关键之举^[1]。医学教育改革之后, 我国的临床专业研究生分为临床型和科研型两类, 两者在培养目的和模式上有很大的差别, 后者的培养主要是为国家输出医学高级科研人才, 以突破临床工作中的问题。但是由于医生紧缺, 大多数科研型研究生毕业后通常选择从事临床工作, 这无疑对其培养模式提出了更高的要求。故培养单位应双轨提升其科研和临床能力, 从而达到培养目的。笔者拟对皮肤性病学科型研究生的培养方式中目前存在的问题和解决策略进行探讨。

1 皮肤性病学科型研究生培养现状与问题

1.1 教育背景有差别, 未来规划不明确 我国皮肤性病学科型研究生生源背景多种多样。从学制上看, 有五年制本科毕业生和长学制临床医学士; 从招生方式上看, 有推荐免试、全国统考和长学制直接攻读三种模式; 从培养方式上看, 分为全日制和非全日制研究生。首先, 就读研的动机而言, 一项面向大五本科生的调查结果表明, 学生报考专业或者科学学位主要受就业情况影响, 而兴趣爱好排在其后^[2]。由此可见, 部分学生对科研工作缺乏正确的认知从而盲目选择攻读科研型研究生, 甚至有的学生继续深造只是为了“混文凭”或“晋职称”。其次, 就本科院校背景而言, 各院校教学模式和资源的差别不仅会导致科研认知层次的不同, 还会导致医学基础理论的掌握程度参差不齐。最后, 就工作背景而言, 即使都有临床工作经历, 有的来自大型三甲医院, 临床和科研经验都较为丰富; 有的来自基层医院, 不仅缺少科研实践机会, 而且多数基层医院只设有皮肤性病门诊, 没有专科病房, 使得这部分研究生在危重皮肤性病方面的认识和实践不足, 而科学研究的选题和开展与临床实践是密不可分的。为此, 导师应对学生进行充分的了解, 依据不同的自身条件采取不同的培养方案。

1.2 科研压力与日俱增 科研工作中极易遇到困难,

比如临床研究中, 无论是调查问卷的设计还是信息的采集都需要一定的技巧, 而研究生往往缺乏经验, 有时采集了上百个患者信息后才发现研究设计的不足, 只好从头再来, 不断完善研究方案以获得更真实的数据。目前, 我国依旧以论文的数量和质量作为研究生考核评价标准, 这意味着没有论文的产出就无法顺利毕业。一项针对临床专业科研型研究生的调查结果显示, 97.9% 的研究生承受着程度不等的压力, 其主要来源是论文的发表和毕业, 这侧面反映了毕业要求高和就业形势严峻易导致研究生群体产生不良情绪的现实问题^[3]。黄禹锡事件和小保方晴子事件都只不过是学术界所揭露造假丑闻的冰山一角, 和韩国、日本一样, 中国的学术不端行为也层出不穷。虽然大多数科研人员都能坚守诚信的科研作风, 但是在巨大的科研压力和急功近利的社会风气下, 极少数人的学术不端行为就能引起整个学术界的“血雨腥风”。因此, 良好科研作风的培养显得尤为重要^[4]。

1.3 科研创新能力薄弱 当下, 科研型研究生教育中最突出的问题就是创新能力的不足, 主要原因如下。第一, 我国传统医学教育是以教师为导向的、灌输式的教育, 被动的教育模式使得很多研究生缺乏独立思考的能力, 这就很难在日后的科研工作中独立解决实际问题。第二, 研究生科研选题多源于导师申请的课题, 且部分研究生导师常常因临床和科研工作自顾不暇, 无法对研究生提出的问题及时给出反馈意见, 长此以往, 研究生的积极性也就大大减弱^[5]。因此只有改变学生的学习动机, 发挥导师的言传身教作用, 才能从根本上解决问题。

1.4 基础理论局限, 临床技能薄弱 由于皮肤性病学科型研究生本科基本上就读于临床医学专业, 其对皮肤性病的基本知识、基本理论、基本技能掌握不到位, 且皮肤性病病种繁多, 多数临床表现无特异性, 需要扎实的基本功才能对诊断和鉴别诊断有基本的把握。研究生教育往往忽视“三基”的教授, 这对后续的临床实践和科学研究有巨大的阻碍作用。而且皮肤性病科诊疗

操作繁多,科研型研究生学习时间有限,三年时间要从零起步,掌握“三基”技能、独立完成科研课题设计与实施并撰写毕业论文,这对科研型研究生是一个良好的锻炼过程,但同时也是一个巨大的挑战。

2 皮肤性病学科型研究生的培养策略

2.1 编制个性化培养方案 研究生生源背景多样,导师应在入学时全面了解其读研动机、本科学习情况和对科研的想法等,鼓励研究生为自己拟订培养计划,导师要认识到学生拟订的方案不一定是最佳方案,但一定是其为自己量身而做的。导师在拿到这份方案之后,应结合自己的教学经验和科室条件,与学生就科研选题和临床实践进行深入探讨,编制出符合其自身情况的最佳培养方案。导师应遵循“以学生为本”的教学理念,因材施教,选择适应学生的学习模式,而非选择适应教育者的学生^[6]。

2.2 疏导科研压力,树立诚信作风 压力也并非只有坏处,相较于鼓励,压力能给研究生更大的约束性和紧迫感^[7]。导师应严格把控选题、开题、课题实施以及论文撰写四个阶段,鼓励学生化压力为动力,在科研道路上不断前进。但是过大的压力会对其心理健康造成不良影响,甚至有些研究生为达毕业要求不择手段而误入歧途。因此,导师应加强与学生的思想沟通,及时了解其生活、学习方面的动态,重点培养学生诚信、严谨的科学态度;导师还应当帮助其调节情绪,循循善诱,逐渐引导学生解决科研中的问题,走上正轨。

2.3 提高科研创新能力,培养学术交流能力 皮肤性病研究生应具备的基本科研能力主要包括文献检索与阅读能力、实验操作能力、统计分析能力、论文撰写能力等。第一,导师要鼓励研究生积极参加图书馆举办的相关讲座或者充分利用互联网教学资源,系统学习文献检索的方法,保证其具备高效查阅本领域文献的能力。研究生通过研读优秀硕博论文、皮肤性病领域中文核心期刊以及英文 top 期刊的文献,每周组会汇报所了解的最新进展,为科研选题打基础;第二,务必让科研型研究生熟练掌握实验室基本操作;进行临床研究的学生尽早参与到课题组中,熟悉临床课题开展的流程,切身参与到每一个环节中去;第三,科研型研究生应认真学习医学统计学等课程,通过课堂教授或者课下自学熟练掌握 SPSS 等统计分析软件的应用,能够对基础实验结果或者临床研究数据进行正确的汇总分析;第四,要求学生在入学之初按照拟定的研究大方向撰写一篇英文文献综述,通过对中外相关文献的梳理,了解国内外该方向学术成就的最新进展,为接下来的选题和课题设计提供方向,同时锻炼其专业英文写作能力,但是论文撰写能力不是一蹴而就的,需要在三年乃至更长的时间内,通过阅读文献不断积

累、不断练习才能写出规范的高质量论文。在掌握基本科研技能之后,导师要敢于放手,鼓励学生独立思考、大胆创新,锻炼其自主科研能力和逻辑思维能力,将创新意识的培养贯穿始终。科研事业绝不能单打独斗,要加强科研型研究生的团队协作意识;研究生教育也绝不能“闭门造车”,要鼓励其多进行学术交流,在课题组内每个月定期举办学术研讨会,鼓励研究生走上讲台。此外,研究生还应积极参加国内外学术会议,踊跃投稿,努力创造机会展示自己的科研成果。

2.4 加强基础理论学习和临床技能培训 皮肤性病学科是一门以形态学为主、实践性极强的学科,且有“大门诊、小病房”的特点。导师应在研究生第一学期课余时间安排学生跟随自己或者老教授出门诊,在掌握常见皮肤病的诊疗规范后,安排学生在第二学期初到病房轮转(2~3)个月,并鼓励其主动发现临床中有价值的问题。通过循证医学实践,培养学生独立发现问题、分析问题和解决问题的能力,最大程度上调动学习的主动性^[8]。由于皮肤性病科临床操作种类多,可对科研型研究生实行弹性轮转制,研究生可以自主选择时间在临床操作诊室轮转,学习皮肤镜检查、皮肤病理阅片等基本技能。多数科研型研究生未来要从事临床工作,因此,必须重视其对于皮肤性病“三基”的学习,并定期组织考核,以实现科研型研究生与临床医生的顺利接轨。

综上所述,皮肤性病学科型研究生的培养是一个循序渐进的过程。在培养中,导师只有结合学生自身情况,并抓住皮肤性病学科特点,深入落实转化医学理念,在临床实践与科学研究之间架设起桥梁,才能适应我国皮肤性病学科长期发展的要求。

参考文献:

- [1] 顾华,李玉叶,刘玲,等.浅论皮肤性病研究生科研精神及能力的培养[J].皮肤病与性病,2011,33(2):89-90.
- [2] 初乃惠,聂文娟.首都医科大学科学学位与专业学位培养比较[J].基础医学教育,2015(2):162-164.
- [3] 高鹏骥,于亚宁,汪磊,等.临床专业科研型研究生学业、思想状况分析[J].中国高等医学教育,2014(2):110-111.
- [4] 安宁.研究生科研压力的疏导和诚信作风的培养[J].医学教育探索,2008(2):180-181.
- [5] 崔鹏程.医学科学学位研究生培养的几点做法[J].医学教育研究与实践,2018(5):801-803.
- [6] 王建春,黄静,钱桂生.导师在研究生培养过程中应重视的几个关键问题[J].医学研究生学报,2005(8):765-766.
- [7] 周越男.制约硕士研究生科研能力的三重因素解析[J].黑龙江教育学院学报,2017,36(11):7-9.
- [8] 徐哲.循证医学在皮肤科研究生教育中的重要性[J].继续医学教育,2016,30(10):36-38.

连续性心理干预对男男性行为艾滋病感染者自我管理能力的效果与评价

朱永年, 祝 达

(广东省中山市第二人民医院肝病综合科爱心门诊, 广东 中山 528400)

【摘要】 目的 观察连续性心理干预对男男性行为艾滋病感染者的服药依从性及自我管理能力的效果。 **方法** 选取在中山市第二人民医院爱心门诊2017年1月1日至2018年12月30日首次行抗病毒治疗的70例男男性行为艾滋病感染者为观察对象, 按照首次就诊时间随机分为常规组(35例)与干预组(35例)。常规组按照医院管理患者抗病毒治疗, 进行常规指导用药、健康宣教、常规护理, 干预组在常规医院管理上医院联合疾控中心、家庭、社工对男男性行为艾滋病感染者在抗病毒治疗中进行连续性、个性化心理干预。 **结果** 管理6个月的干预组患者自我管理能力的评分: 社会支持和帮助(24.86 ± 1.881)分、情绪认知管理(26.14 ± 1.556)分、治疗依从性管理(33.37 ± 1.003)分、症状管理(40.54 ± 1.930)分、疾病知识管理(18.6 ± 1.117)分、生活行为规范(24.2 ± 1.208)分、日常生活管理(34.74 ± 2.536)分, 均高于同期常规组(20.94 ± 1.893)分、(21.4 ± 1.631)分、(27.34 ± 2.828)分、(29.17 ± 3.601)分、(12.29 ± 0.710)分、(17.4 ± 2.614)分、(26.83 ± 2.629)分; 管理3个月后, 干预组服药依从性(97.14%)明显优于常规组(65.71%); 治疗满2年, 干预组病毒成功抑制率(97.14%)明显高于常规组(68.57%), 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。 **结论** 医院联合疾病预防控制中心、社工、家庭对男男性行为艾滋病感染者抗病毒治疗中进行连续性心理干预, 可以提高患者的自我管理能力和生活质量, 疏导不良情绪, 同时提高患者的服药依从性、病毒抑制率, 值得在艾滋病抗病毒管理中推广应用。

【关键词】 艾滋病男男性行为患者; 连续性心理干预; 自我管理; 病毒抑制

中图分类号: R473.75; R512.91 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.040

艾滋病, 即获得性免疫缺陷综合征(Acquired Immuno Deficiency Syndrome, AIDS), 其病原体为人类免疫缺陷病毒(Human Immunodeficiency Virus, HIV), 亦称艾滋病病毒, 主要侵犯人体的免疫系统。目前, 艾滋病已成为严重威胁我国公众健康的重要公共卫生问题。一旦确诊HIV感染, 无论CD₄⁺T淋巴细胞水平的高低, 均建议立即开始治疗。启动HAART(抗病毒治疗)后, 需终身治疗^[1]。随着国家加大艾滋病人群的筛查力度, 男男性行为艾滋病患者的确诊病例越来越多, 且呈现年轻化。青少年男男性行为(MSM)者焦虑、抑郁症状检出率高, 心理健康状况较差^[2], 而一旦确诊艾滋病, 心理承受能力会更差。社会对艾滋病男男性行为者这类人群的歧视、排斥, 加上他们自身的社会生活环境、家庭教育、学校教育、婚姻状况等导致的严重心理障碍, 使他们在接受艾滋病抗病毒治疗时受各种因素影响服药依从性极差或者自行中断治疗, 使得抗病毒治疗失败。本院爱心门诊对艾滋病男男性行为者抗病毒治疗中实行医院常规管理, 再联合家庭、社工对其进行连续性心理干预, 跟踪2年的治疗及自我管理能力的情况, 现报告如下。

1 对象与方法

1.1 基本资料 选取2017年1月1日至2018年12月30日在本院爱心门诊初次行抗病毒治疗的70例艾滋病男男性行为者, 跟踪患者2年的治疗及自我管理能力的情况。纳入标准: ①明确确诊男男性行为艾

滋病患者; ②思路清晰, 表达沟通能力好; ③自愿同意加入本次研究。排除标准: ①羁押人员; ②有精神病史; ③有严重报复社会心理。70例男男性行为艾滋病感染者的平均年龄(30.671 ± 9.465)岁, 按照首次就诊时间随机将其分为常规组(35例)与干预组(35例)。常规组平均CD₄⁺T淋巴细胞水平(319.029 ± 177.610)个/ μ l, 年龄(19~58)岁, 平均年龄(31.400 ± 10.746)岁; 干预组平均CD₄⁺T淋巴细胞水平(344.514 ± 221.680)个/ μ l, 年龄(18~53)岁, 平均年龄(29.943 ± 8.076)岁。两组在年龄、户籍、感染途径、文化程度、性伴侣、工作情况等基本资料无明显数据差异($P > 0.05$), 具有可比性。基本资料见表1。

1.2 方法 常规组采用医院常规管理方式, 包括主动了解病人的基本情况, 如性格、生活环境、工作环境、教育情况、心理状态、家庭情况、过敏史等, 根据基本情况评估结果为患者制订个性化的服药计划、告知国家相关管理制度。对患者进行用药指导及健康宣教、日常饮食注意事项。干预组在医院常规管理上联合疾控中心、社工、家庭再给予连续性心理干预。①尊重患者的性取向。保持非评判的态度, 不歧视、排斥患者, 绝对保密患者的病情。医务人员真心、耐心地服务患者, 取得患者的信任, 提高患者的积极自我肯定的能力。②讲解艾滋病相关知识, 包括传播途径、发展状况、防护知识及日常同家人生活的注意事项, 免费派发安全

表 1 两组患者一般资料比较 (n, %)

基本情况		常规组	干预组
户籍	中山	7 (20.00)	6 (17.14)
	非中山	28 (80.00)	29 (82.86)
感染途径	异性传播	1 (2.86)	3 (8.57)
	同性传播	27 (77.14)	27 (77.14)
	静脉吸毒	7 (20.00)	5 (14.29)
文化程度	义务教育	8 (22.86)	5 (14.28)
	高中中专	12 (34.29)	15 (42.86)
	大学	15 (42.85)	15 (42.86)
性伴侣	有	31 (88.57)	29 (82.86)
	无	4 (11.43)	6 (17.14)
工作	有	30 (85.71)	28 (80.00)
	无	5 (14.29)	7 (20.00)

套以预防传播,详细告知国家“四免一关怀”政策。③ 按照服药的计划制定严格的随访制度。在最初第一个月内,一个星期随访一次,主要了解药物的副作用及患者服药的依从性及心理状况。强调> 95% 的依从性对抗病毒治疗的重要性,并强调一定不要与他人分享抗病毒药物,不能随意自行停药^[3]。让患者养成按时按量的服药习惯,利用手机、闹钟设置时间提醒。详细告知患者出现哪些症状需要及时回医院就诊,哪些轻微的症状是可以在家处理的。第(2~6)个月,半个月随访一次,6个月后每月随访一次,及时了解患者的全部情况并对出现的问题及时进行有针对性的干预。④ 注意沟通技巧。采取倾听与交谈的方式,倾听是最有效的交流技巧之一,通过积极的倾听,可以更好地理解对方的境况,才有可能使其心理问题得到解决^[4]。解决患者出现的心理问题,医务人员应主动向患者解答疑问,耐心听取患者内心的想法,鼓励患者自我倾诉。用成功的案例鼓励患者战胜病情的信心勇气。⑤ 建立良好的咨询关系。告知自愿咨询电话号码,建立工作微信,实行一对一咨询,患者有问题可在微信咨询并进行互动,对咨询问题要及时回应,让患者全程参与管理自身的问题,达到重视自己、减轻心理压力的目的。⑥ 寻求社会情感支持。让患者关系最好、能接纳患者的家人或者朋友督促患者的服药情况,如发现患者不良情绪波动时,家人朋友要及时告知医务人员,医务人员及时了解患者的心理问题及困惑,找出影响服药的心理因素,减轻心理压力。⑦ 鼓励患者日常自行调节不良情绪,比如听轻音乐、看喜欢的书籍、适量的有氧运动等使身心放松。保持良好的作息习惯、饮食习惯、生活卫生习惯。⑧ 对有静脉吸毒的患者告知中山市针具交换点以及中山市第二人民医院南区分院美沙酮维持治疗门诊的地址及咨询电话,并与分院美沙酮维持治疗门诊专科医生做好转介,减少患者静脉途径传播艾滋病风险的行为;对伴有其他性病

的患者,要告知必须到皮肤专科医院积极就诊。⑨ 在门诊设置咨询访谈单间室,由医务人员与中山市疾病预防控制中心驻点医院的社工共同参与,利用个案管理模式针对患者的心理活动建立个案心理档案。内容含有患者的一般基本资料、患者近期出现的心理问题、针对其心理问题需要进行的心理干预措施、针对干预措施制定的严格的随访表,随访形式为电话、微信、门诊访谈。干预后1个月,医务人员同社工举行一次总结会,主要讨论患者的个案心理干预计划执行的情况以及评估干预后患者的心理问题是否得到解决,如有出现新的心理问题,再制订新的心理干预计划。

1.3 评价标准 服药依从性的判定:对治疗依从性的研究显示,高度的依从性和良好病毒学结果与治疗有效性有关,为确保抗病毒治疗的有效性,应至少保证95% 以上的治疗依从性^[5],服药依从性 $\geq 95\%$ 判定为依从性良好,反之判定为依从性差。病毒抑制率:治疗优先采用病毒学指标(病毒载量)作为诊断与确定抗病毒治疗失败的检测方法,接受抗病毒治疗24周后连续两次血浆 HIV RNA > 400 拷贝/ml 定义为治疗失败^[6]。HIV/AIDS 患者自我管理评分表:采用针对 HIV/AIDS 患者的自我管理量表,该量表内容效度为 0.939,内容一致性信度(Cronbach's α)为 0.853^[7]。包含日常生活管理[8个问题,(8~40)分]、生活行为规范[6个问题,(6~30)分]、疾病知识管理[4个问题,(4~20)分]、症状管理[9个问题,(9~54)分]、治疗依从性管理[8个问题,(8~40)分]、情绪认知管理[6个问题,(6~30)分]、寻求社会支持和帮助管理[8个问题,(8~40)分],每个问题设没有(1分)、很少(2分)、有时(3分)、经常(4分)、总是(5分)5个选项。

1.4 统计学方法 应用 Excel 建立数据库,用 SPSS 22.0 进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以百分比(%)

表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的自我管理能力的评分比较 在干预前,两组患者自我管理能力评分的差异均无统计学意义($P > 0.05$)。在干预后3个月、6个月,患者自我管理能力在7个项目的总分均高于同组干预前,且以干预组升高更为显著($P < 0.05$)。详见表2。

2.2 两组患者服药依从性的比较 两组患者在管理

1个月后,服药依从性($\chi^2=4.629$, $P > 0.05$),无明显差异;管理3个月后,服药依从性($\chi^2=11.43$, $P < 0.05$),干预组服药依从性(97.14%)明显优于常规组(65.71%)。见表3。

2.3 两组患者治疗满2年队列保持率与病毒抑制率的比较 两组患者治疗满2年队列保持率干预组(97.14%)高于常规组(77.15%);治疗满2年病毒抑制成功率干预组(97.14%)高于常规组(68.57%),差异均有统计学意义($P < 0.01$)。见表4。

表2 两组干预前后自我管理能力评分比较($\bar{x} \pm s$)

时间	评分项目	常规组	干预组	<i>t</i>	<i>P</i>
干预前	社会支持和帮助	17.26±2.105	17.46±2.924	-0.328	> 0.05
	情绪认知管理	18.09±1.138	17.80±1.132	0.956	> 0.05
	治疗依从性管理	23.71±3.121	24.23±1.987	-0.822	> 0.05
	症状管理	17.20±1.158	17.80±1.302	-2.007	> 0.05
	疾病知识管理	5.74±1.502	6.03±1.424	-0.817	> 0.05
	生活行为规范	12.40±2.780	13.26±1.379	-1.904	> 0.05
	日常生活管理	22.29±3.025	22.66±2.326	-0.576	> 0.05
干预后3个月	社会支持和帮助	17.77±1.972	20.57±2.279	-5.497	< 0.05
	情绪认知管理	20.37±1.352	23.51±1.616	-8.825	< 0.05
	治疗依从性管理	25.49±2.801	30.43±0.739	-10.095	< 0.05
	症状管理	24.77±1.699	31.29±2.480 ^a	-12.819	< 0.05
	疾病知识管理	10.54±0.701	13.14±1.785 ^a	-8.023	< 0.05
	生活行为规范	15.40±2.158	19.114±1.658	-8.072	< 0.05
	日常生活管理	24.51±2.759	29.40±3.574	-6.402	< 0.05
干预后6个月	社会支持和帮助	20.94±1.893	24.86±1.881 ^a	-8.677	< 0.05
	情绪认知管理	21.40±1.631	26.14±1.556 ^a	-12.45	< 0.05
	治疗依从性管理	27.34±2.828 ^b	33.37±1.003 ^{ab}	-11.887	< 0.05
	症状管理	29.17±3.601 ^{ab}	40.54±1.930 ^{ab}	-16.464	< 0.05
	疾病知识管理	12.29±0.710 ^a	18.60±1.117	-28.228	< 0.05
	生活行为规范	17.40±2.614	24.20±1.208	-13.969	< 0.05
	日常生活管理	26.83±2.629 ^{ab}	34.74±2.536 ^{ab}	-12.818	< 0.05

注:与同组干预前比较,^a $P < 0.05$;与同期常规组比较,^b $P < 0.05$ 。

表3 两组患者服药依从性比较(*n*, %)

组别	<i>n</i>	完全依从		不依从	
		管理1个月后	管理3个月后	管理1个月后	管理3个月后
常规组	35	25 (71.43)	23 (65.71)	10 (28.57)	12 (34.29)
干预组	35	32 (91.43)	34 (97.14)	3 (8.57)	1 (2.86)

注: $\chi^2_{\text{管理1个月}}=4.629$, $P < 0.05$; $\chi^2_{\text{管理3个月}}=11.43$, $P < 0.01$ 。

表4 治疗满2年后队列保持率、病毒抑制率比较(*n*, %)

组别	<i>n</i>	队列保持率			病毒抑制结果	
		在治	失访	转治	成功	失败
常规组	35	22 (62.85)	8 (22.85)	5 (14.3)	24 (68.57)	11 (31.43)
干预组	35	32 (91.43)	1 (2.86)	2 (5.71)	34 (97.14)	1 (2.85)
χ^2		8.582		10.057		
<i>P</i>		< 0.01		< 0.01		

3 讨论

MSM人群艾滋病患者相关羞辱和歧视状况较为严重,应根据不同影响因素采取有针对性的防治措施^[8],MSM焦虑、抑郁普遍存在,心理健康状况差,增加了HIV感染风险,应强化心理干预^[9]。家庭关怀和社会支持与男男性行为者心理弹性密切相关^[10],可见艾滋病男男性行为者的心理问题涉及个人、家庭、社会、学校等多方面复杂的问题。抗病毒治疗是目前控制艾滋病最有效的临床治疗方法,需要终身服药,而良好的服药依从性是艾滋病病毒成功抑制的关键。服药依从性受多种因素影响,但以药物不良反应和经济原因是病人停药退出治疗的主要原因^[11]。

本研究打破了单纯医院针对患者的抗病毒治疗的心理干预,充分发挥了医院、疾控中心、社工、家庭多方面的支持优势。首先利用个案管理模式建立患者的心理活动档案,联合医院、疾控中心、家庭、社工的功能尽可能全方位及时了解男男性行为艾滋病患者的心理问题及困惑,找出影响服药依从性的心理因素,再制订一对一、有针对性、个性化、连续性、周期性的心理干预计划,严格执行心理随访计划,及时有效地解决了患者在抗病毒治疗中遇到的各种问题。研究结果显示,管理6个月的干预组患者自我管理评分:社会支持和帮助、情绪认知管理、治疗依从性管理、症状管理、疾病知识管理、生活行为规范和日常生活管理分值,均高于同期常规组;管理3个月后,干预组服药依从性(97.14%)明显优于常规组(65.71%);治疗满2年病毒成功抑制率干预组(97.14%)明显高于常规组(68.57%),差异均有统计学意义($P < 0.01$)。由此可见,连续性心理干预大大提高了患者日常生活自我管理的能力,疏导了男男性行为艾滋病患者的不良情绪,减轻了心理压力,提高了治疗效果。这与吕敏等^[12]观点一致:连续性的心理干预可更有效地降低

患者的抑郁、焦虑程度,促进患者自理能力及生活能力的提高。

综上所述,医院联合疾控中心、家庭、社工的连续性心理干预可以提高男男性行为艾滋病感染患者在抗病毒治疗中的自我管理能力、生活质量,疏导不良情绪,同时提高患者的服药依从性、病毒抑制率,值得在艾滋病抗病毒管理中推广应用。

参考文献:

- [1] 中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组,中国疾病预防控制中心.中国艾滋病诊疗指南[J].中华内科杂志,2018,57(12):1-8.
- [2] 王毅,李六林,周万明,等.年轻男男性行为者焦虑和抑郁症状与社会行为的关系[J].华南预防医学,2018,44(5):401.
- [3] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心.国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册[M].4版.北京:人民卫生出版社,2016:22.
- [4] 吴均林.艾滋病相关心理问题及干预策略[M].北京:人民卫生出版社,2010:137.
- [5] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心.国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册[M].4版.北京:人民卫生出版社,2016:156.
- [6] 中国疾病预防控制中心性病艾滋病预防控制中心.国家免费艾滋病抗病毒药物治疗手册[M].4版.北京:人民卫生出版社,2016:47.
- [7] 伍春燕,刘媛航,曾志励,等.HIV感染者/AIDS患者自我管理量表的编制[J].护理学杂志,2016,31(1):35-38.
- [8] 谢莉,罗淑星,周海龙,等.男男性行为者艾滋病患者相关羞辱和歧视影响因素研究[J].预防医学情报杂志,2018,34(9):1158.
- [9] 王毅,徐浩天,李六林,等.绵阳市年轻男男性行为者焦虑、抑郁症状现状调查[J].中国热带医学,2019,19(4):339.
- [10] 宋秀萍,丁心平,杨鲁光,等.男男性行为者心理弹性及其影响因素研究[J].现代预防医学,2018,45(23):4369-4371+4391.
- [11] 周超,陈宗良,吴国辉,等.264例艾滋病抗病毒治疗病人停药原因及其影响因素[J].中国艾滋病性病,2019,25(10):1022.
- [12] 吕敏,杨祎,侯瑞华,等.连续性心理干预对脑卒中患者的疗效[J].国际精神病学杂志,2016,43(4):658.

综合护理干预对 HIV 感染孕妇的影响

荆文娟

(郑州市第六人民医院妇产科, 河南 郑州 450000)

【摘要】 目的 探讨综合护理干预对人类免疫缺陷病毒(HIV)感染孕妇的影响。**方法** 收集2018年1月至2020年10月入院的150例HIV感染孕妇。按时间先后顺序,将前30例采用奥马哈问题分类系统分析HIV感染孕妇存在问题;将随后的120例HIV孕妇随机分为实验组和对照组各60例。对照组患者给予常规HIV孕妇护理,实验组患者则加施针对性综合护理。比较两组患者HIV一般预防知识和母婴传播知识得分、药物依从性。**结果** 奥马哈问题分类系统分析发现HIV孕妇存在社会心理和心理等问题;干预后实验组HIV一般预防知识和母婴传播知识得分、药物依从性显著高于对照组,存在显著性差异($P < 0.05$)。

结论 针对性综合护理对于改善HIV孕妇心理及健康行为等效果显著,对阻断HIV母婴传播具有积极意义。

【关键词】 综合护理;人类免疫缺陷病毒;孕妇

中图分类号: R473.75; R512.91 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.041

母婴传播是HIV三个主要传播途径之一,主要通过妊娠、分娩和产后哺乳等途径将HIV传染给婴儿^[1]。在我国,HIV感染疫情逐年扩散,育龄女性感染HIV的增加,导致母婴传播成为15岁以下儿童感染HIV的最主要途径^[2-3]。因此,HIV阳性孕妇已成为预防和控制艾滋病流行的重大公共卫生难题和医学问题^[4-5]。良好的医疗服务和护理质量有助于降低HIV母婴传播率,提高母婴健康水平。本研究首先通过应用奥马哈问题分类系统分析以往临床护理记录,发现HIV孕妇护理可改善的方向,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2018年1月至2020年10月入院的HIV感染孕妇150例。其中2018年1月至2018年5月的30例感染孕妇的临床护理记录用于回顾性奥马哈系统分析,所有护理记录清晰完整并符合河南省护理病历书写要求。2018年5月至2020年10月的120例患者随机分为对照组和实验组各60例。对照组孕妇,年龄(18~33)岁,平均(25.4±3.8)岁,孕周(5~21)周,平均(12.0±2.7)周;实验组孕妇年龄(20~35)岁,平均(26.0±4.2)岁,孕周(6~25)周,平均(11.4±3.0)周。两组孕妇的年龄、孕周等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 HIV孕妇主要存在的问题 应用奥马哈问题分类系统分析出HIV孕妇主要存在的问题,以便进行针对性综合护理^[6]。主要回顾性分析前30例HIV感染孕妇临床护理记录,提取护理记录中有关孕妇症状、体征、护理问题和护理措施与护理效果等孕妇问题记录进行分析。按照奥马哈问题分类系统中环境、社会心理、生理和健康相关行为的四个领域,与前述护理记录中的孕妇问题进行匹配,考察与奥马哈问题分类系统有无相应条目。相应程度等级如下:①完全不相

应;②部分相应;③完全相应。并且将与奥马哈问题分类系统完全不相应的条目整理。从奥马哈系统分析出HIV孕产妇存在的问题,以便采用综合护理方法对孕产妇进行针对性护理。

1.2.2 护理方法 对照组孕妇主要给予常规护理干预,包括孕期知识科普、保健工作、消毒防护等。实验组孕妇则在常规护理基础进行针对性综合护理。具体措施如下。①护理人员应进行专业培训:需建立健全规章制度,强化院感知识培训,树立标准防护的意识;护理过程严格管理,避免交叉感染;分娩过程中,医务人员应当做好自身防护;严格按照要求处理医疗废弃物和污染物;在护理及接生过程中防止针刺伤等锐器损伤,预防职业暴露的发生,如发生职业暴露,应即刻现场处理,按制度汇报院感科,尽早开始药物预防,做好动态监测HIV抗体。②健康教育:定期开展知识讲座。定期由感染病和产科的专家讲解有关艾滋病母婴传播的途径、危害以及防护措施等相关知识,对孕妇提出的问题尽量做到全面回答,以提高孕产妇对HIV母婴传播知识的知晓率。通过发放宣传画报,播放录像等途径,让孕产妇更加深刻了解HIV母婴传播相关知识。定期电话随访,帮助孕产妇加强生活中的HIV母婴传播认识。③心理护理:孕妇查出HIV感染,并知晓HIV的传染性和危害性后,会同时面对来自社会各方的歧视和担心胎儿能否顺利产下的压力。因此,护理人员更应该对HIV感染孕妇进行心理护理。护理人员应当主动积极与他们沟通,及时满足孕妇的需求,给他们一个放松的环境。帮助孕妇熟悉分娩流程,详细解释HIV感染孕妇遇到的困惑。严格遵守保密原则,保护孕妇的隐私。

1.3 观察指标 孕妇服药依从性,完全遵医嘱:孕妇从服药、饮食和生活方式等均按医嘱执行;不完全遵医嘱:孕妇偶尔不按时服药或存在不遵守医嘱的生活方式;完全不遵医嘱:完全未达到上述标准。

1.4 统计学分析 采用 IBM 公司 SPSS 19.0 软件分析全部数据。一般预防知识和母婴传播知识得分等计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 依从性等计数资料以 ($n, \%$) 表示, 组间比较采用卡方检验。 $P < 0.05$ 为统计学差异显著。

2 结果

2.1 HIV 感染孕妇围生期临床护理问题与奥马哈问题分类系统相应程度 奥马哈问题分类系统的四个领域(环境、社会心理、生理和健康相关行为)分别有条目 38、83、80 和 54 条。详见表 1。

2.2 HIV 感染孕妇围生期临床护理问题与奥马哈问题分类系统完全不相应的条目 奥马哈问题分类系统总共发现关于 HIV 感染孕妇的五个问题: ① 患者自诉自责对不起孩子; ② 患者坚持母乳喂养; ③ 患者提供的姓名和身份证不是本人的; ④ 患者拒绝剖宫产术的术前准备; ⑤ 患者无家人探视。详见表 2。

2.3 两组艾滋病一般预防知识和母婴传播知识得分

对比 干预后, 实验组孕妇艾滋病一般预防知识和母婴传播知识得分明显高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。详见表 3。

2.4 患者服药依从性对比 实验组孕妇依从性评价结果显著好于对照组患者, 差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。详见表 4。

3 讨论

HIV 是一种全球流行的传染病, 目前尚无治愈方法或预防疫苗。据最新流行病学报道, 全球每年约 250 万 HIV 感染孕妇分娩, 新增约 80 万 HIV 感染婴儿, 艾滋病造成超过 50 万名儿童死亡^[7]。对感染 HIV 的孕妇或在怀孕期间感染 HIV 的妇女而言, 如果对病毒控制不力, 则有孕产妇和围产儿发病和死亡的风险。在妊娠分娩和产后通过母乳喂养同样可能会垂直传播给婴儿^[8]。妊娠合并 HIV 感染造成的母婴传播成为全球关注的公共卫生问题。因此, 有必要探讨针对性综合护理干预对 HIV 感染孕妇的影响。

表 1 HIV 感染孕妇围生期临床护理问题与奥马哈问题分类系统相应程度 ($n=30$)

类别	环境		社会心理		生理		健康相关行为		合计	
	条	%	条	%	条	%	条	%	条	%
3 (完全相应)	31	12.16	51	20.00	65	25.49	34	13.33	181	70.98
2 (部分相应)	3	1.18	28	10.98	15	5.88	16	6.27	62	24.31
1 (完全不相应)	4	1.57	4	1.57	0	0.00	4	1.57	12	4.71
合计 (条)	38	14.90	83	32.55	80	31.37	54	21.18	255	100.00

表 2 HIV 感染孕妇围生期临床护理问题与奥马哈问题分类系统完全不相应的条目

奥马哈系统	护理记录	条	%
问题分类系统	患者自诉自责对不起孩子	4	1.57
	患者坚持母乳喂养	3	1.18
	患者提供的姓名和身份证不是本人的	2	0.78
	患者拒绝剖宫产术的术前准备	2	0.78
	患者无家人探视	1	0.39

表 3 两组艾滋病一般预防知识和母婴传播知识得分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	一般预防知识得分		母婴传播知识得分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
实验组 ($n=60$)	35.25 $\pm$ 3.45	85.42 $\pm$ 2.54	28.26 $\pm$ 2.68	86.66 $\pm$ 5.47
对照组 ($n=60$)	34.24 $\pm$ 3.36	68.78 $\pm$ 3.14	27.46 $\pm$ 2.57	68.54 $\pm$ 4.64
t	1.625	31.914	1.669	17.628
P	> 0.05	< 0.01	> 0.05	< 0.01

表 4 患者服药依从性对比 ($n, \%$)

组别	n	完全遵医嘱	不完全遵医嘱	完全不遵医嘱	总效果
实验组	60	32 (53.33)	16 (26.67)	12 (20.00)	48 (80.00)
对照组	60	24 (40.00)	12 (20.00)	24 (40.00)	36 (60.00)

注: $\chi^2=5.714, P < 0.05$ 。

奥马哈系统是经北美护理协会认可的一种标准化护理语言,香港的黄金月教授团队将其翻译并应用于社区护理,促进了其在国内的推广使用^[6]。对于HIV感染孕产妇,继续妊娠带来的是生理和心理的双重压力,不仅面临母婴传播的风险,还有或多或少会遭到社会和家人的抛弃^[9]。因此,从奥马哈问题分类系统分析中发现,HIV感染的孕产妇应当接受包括心理和生理多方面的综合护理,帮助患者树立信心达到良好的HIV母婴传播阻断效果。

一旦确诊妊娠妇女感染了HIV,医护人员应以平等态度对待HIV阳性孕妇,始终坚持有利于患者,保护后代的原则^[10]。在综合护理过程中,护理人员应当做到特殊护理、精细护理;尊重患者、鼓励患者;恪守原则、保护隐私;发扬职业精神、做好健康宣教等^[11]。同时,应当综合考虑HIV感染孕产妇的年龄、教育、家庭、信仰、经济和社会阶层等方面,采取个性化的方式进行心理疏导,帮助HIV感染孕妇战胜焦虑、抑郁和无助等负面情绪,以树立成功阻断HIV母婴传播的信心。

为探讨探讨综合护理干预对HIV感染孕妇的效果,在进行奥马哈分类系统分析后,将我院120例临床患者进行随机对比。数据显示,奥马哈问题分类系统分析发现HIV孕妇存在社会环境和心理等问题;实验组HIV一般预防知识和母婴传播知识得分、药物依从性显著高于对照组。可以看出,针对性综合护理可明显纠正HIV感染孕妇的社会心理问题,改善抑郁与焦虑状态,树立阻断HIV母婴传播的信心。

综上所述,针对性综合护理对于改善HIV感染孕

妇心理状态、依从性等效果显著,对阻断HIV母婴传播具有积极意义。

参考文献:

- [1] 中华医学会感染病学分会艾滋病丙型肝炎学组,中国疾病预防控制中心. 中国艾滋病诊疗指南(2018版)[J]. 中华传染病杂志, 2018, 36(12):705-724.
- [2] 庄柯,桂希恩,骆嘉拉,等. 艾滋病高发农村儿童人类免疫缺陷病毒感染与艾滋病发病的关系[J]. 中华儿科杂志, 2003(8):30-33.
- [3] 郭光萍,李燕,王俊,等. HIV感染孕产妇及丈夫生育意愿调查[J]. 中国艾滋病性病, 2008(2):175-176.
- [4] 乔亚萍,王爱玲,王临虹,等. 艾滋病高发地区预防HIV母婴传播项目实施效果分析[J]. 中国艾滋病性病, 2014, 20(5):343-345.
- [5] 冯婧,代容,梁翼,等. 我国HIV感染孕产妇妊娠、分娩及婴儿喂养方式的meta分析[J]. 第二军医大学学报, 2014, 35(11):1220-1231.
- [6] 黄金月,王少玲,周家仪. 奥马哈系统在社区护理和延续护理中的应用[J]. 中华护理杂志, 2010, 45(4):320-323.
- [7] 覃寿学,谭燕萍,农燕丽,等. 预防艾滋病母婴传播工作常见的医学伦理学问题与对策[J]. 中国艾滋病性病, 2016, 22(8):668-671+675.
- [8] Chilaka V N, Konje J C. HIV in pregnancy—An update[J]. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2021(256):484-491.
- [9] 何丹,梁家智,蒲杰,等. HIV感染与艾滋病孕产妇社会支持模式研究[J]. 中华预防医学杂志, 2011(11):1049-1051.
- [10] 李尚为,李小红,康倍佳. 辅助生殖实施过程中生育权和生殖伦理问题的探讨[C]//中华医学会妇产科学分会妇科内分泌学组. 第七次全国妇科内分泌学术会议论文汇编. 北京:中华医学会, 2013:1.
- [11] 黄丹,张素英. 妊娠合并HIV感染继续妊娠的治疗障碍与伦理思考[J]. 中国医学伦理学, 2019, 32(2):235-237.

焦点式心理护理在妊娠期梅毒患者中的干预效果分析

王攀伟

(襄城县人民医院门诊妇产科, 河南 许昌 461700)

【摘要】 目的 探讨焦点式心理护理在妊娠期梅毒患者中的干预效果。**方法** 从某医院收治的妊娠期梅毒患者中选取96例作为研究对象, 按照随机分为对照组(48例)与观察组(48例), 起止时间为2019年5月至2020年5月。对照组行常规护理, 观察组行焦点式心理护理, 比较两组不良情绪评分、护理满意度。**结果** 观察组患者不良情绪评分低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组护理满意度高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对妊娠期梅毒患者实施焦点式心理护理能够缓解患者的不良情绪, 提高护理效果, 值得推广。

【关键词】 焦点式心理护理; 妊娠期; 梅毒; 干预效果

中图分类号: R473.75; R758.1⁺54 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.042

梅毒是由苍白螺旋体感染引起的一种慢性性传播疾病, 其主要的传播方式为血液、母婴以及性传播, 若梅毒患者处于妊娠期时, 则可能会使胎儿感染上梅毒, 影响胎儿的正常发育, 甚至出现早产、死产、流产的情况, 使患者产生较大的情绪波动。因此临床上对梅毒患者的情绪给予更多的关注是非常重要的^[1-2]。本研究主要就探讨焦点式心理护理在妊娠期梅毒患者中的干预效果进行以下分析, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 从本院收治的妊娠期梅毒患者中选取96例作为研究对象, 按照随机分为对照组(48例)与观察组(48例), 起止时间为2019年5月至2020年5月。在观察组中, 年龄范围(20~36)岁, 平均(28.32±2.08)岁, 孕周范围(12~20)周, 平均(16.24±1.23)周; 在对照组中, 年龄范围(21~35)岁, 平均年龄(28.334±2.04)岁, 孕周范围(11~19)周, 平均(16.26±1.21)周。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P < 0.05$), 具有可比性。纳入标准: 经诊断, 患者符合妊娠期梅毒判断标准。排除标准: 存在精神疾病或者护理时配合度低的患者。

1.2 方法 对照组实施常规护理, 针对病情对患者进行健康知识宣讲, 关注患者病情变化情况。观察组实施焦点式心理护理, 具体如下。①成立焦点式护理小组: 由医护人员组成焦点式护理小组, 选出组长负责对组员工作进行统一安排, 制订出焦点式护理方案, 规范护理的流程, 在护理工作开展前, 对组员进行全面的护理培训, 提高医护人员对于护理知识的了解以及提升护理质量水平。②进行疾病宣教: 详细了解患者的病情情况, 通过沟通了解患者的家庭、工作等基本信息, 根据不同的情况开展疾病宣教, 其中包括对疾病发病原因、产生的危害及治疗方式等进行详细讲解, 告知患者疾病并不可怕, 让患者保持良好的情绪状态面对疾病。③分析患者的心理状态: 当患者感染梅毒后,

会出现自卑甚至厌世的心理状态, 害怕别人异样的眼光, 会产生抑郁、焦躁等情绪; 在面对医生的治疗时的配合度较低, 同时又想尽早治好此疾病。因此, 医护人员在面对拥有不同情绪状态的患者时, 要尊重患者并保护患者的隐私, 缓解患者的情绪波动情况。④展开心理护理: 面对焦虑情绪严重的患者, 要鼓励患者保持积极乐观的情绪, 多进行身体锻炼, 不断增强自身免疫力; 对于严重否定自己的患者, 医护人员要多与患者进行交流, 要站在患者的角度思考, 指导患者将内心的压力释放出来, 帮助患者正视疾病; 对于产生极度悲观情绪甚至放弃治疗的患者, 医护人员应耐心地聆听患者的倾诉, 及时对患者进行心理疏导; 对于情绪过于压抑的患者, 医护人员要告知患者家属多与患者聊天, 让患者感受到家人陪伴的温暖, 支持和鼓励患者积极面对治疗; 对于患此疾病产生罪恶感的患者, 要持有宽容的态度并理解患者, 让患者对疾病有正确的认识, 减轻患者产生的情绪负担。

1.3 效果判定 采用SAS和SDS情绪评分表, 将两组患者不良情绪评分加以比较, SAS评分标准: < 50分为正常, (50~59)分为轻度焦虑, (60~69)分为中度焦虑, > 70分为重度焦虑。SDS评分标准: < 53分为正常, (53~62)分为轻度抑郁, (63~72)分为中度抑郁, > 72分以上为重度抑郁。采用自制满意度调查表, 对两组患者护理满意度加以比较, 其中> 80分以上为满意, (60~80)分为较满意, < 60分为不满意。

1.4 统计学方式 采用SPSS 19.0进行统计学分析, 计数资料采用($n, \%$)和 χ^2 检验, 计量资料采用($\bar{x} \pm s$)和 t 检验, 以($P < 0.05$)具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者不良情绪评分比较 观察组患者不良情绪评分低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组患者不良情绪评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	119	56.21±2.16	31.21±1.45	56.32±2.32	31.16±1.21
对照组	119	56.27±2.19	42.15±1.86	56.35±2.35	38.21±1.30
t		0.135	32.138	0.063	27.503
P		0.893	0.000	0.950	0.000

2.2 两组患者护理满意度比较 观察组患者护理满意度高于对照组,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组患者护理满意度比较 (n, %)

组别	n	满意	较满意	不满意	满意度
观察组	48	30 (62.50)	17 (35.42)	1 (2.08)	47 (97.92)
对照组	48	24 (50.00)	17 (35.42)	7 (14.58)	41 (85.42)
χ^2		3.175	0.000	10.231	10.231
P		0.075	1.000	0.001	0.001

3 讨论

流行病学研究表明,梅毒的发病人数逐年增长,不同的地区梅毒发病率也存在较大的差异,其中以珠江三角等沿海地区为高发区域,高发人群的年龄也维持在(21~40)岁^[3]。根据传播途径的不同,梅毒可分为先天性和后天性,先天性梅毒是由母体带给胎儿的;后天性梅毒则是由性接触或者血液传播等途径感染的^[4]。先天性梅毒不仅会伤害母体,同时也会对胎儿的生命安全造成一定的威胁,因此对于处于妊娠期的梅毒患者进行有效的护理是非常重要的。常规护理重

点关注患者的病情情况,而忽视了患者的情绪变化情况,造成了众多患者的治疗效果欠佳。随着医疗水平的提高,护理服务也更加强调对患者的情绪进行有效的疏导,焦点式心理护理通过医护人员对患者的情绪特点进行分析,针对不同心理状态的患者采取不同的护理措施,让患者的焦躁不安情绪得到有效缓解,并且让患者正确了解疾病的相关知识,对治疗充满信心^[5]。

本次研究结果表明,观察组不良情绪评分低于对照组,说明焦点式心理护理能够让患者不良情绪得到有效释放,以更加积极的情绪状态战胜疾病;观察组护理满意度高于对照组,说明焦点式心理护理通过医护人员的耐心护理,让患者对护理工作更加满意。

综上所述,对妊娠期梅毒患者实施焦点式心理护理能够消除患者消极情绪,给予患者更多积极情绪,值得推广。

参考文献:

- [1] 刘真秀,莫多,林岚.心理护理对脑卒中合并梅毒、艾滋病患者焦虑、抑郁情绪的影响[J].长春中医药大学学报,2018,34(6):1180-1183.
- [2] 蒋丽君,覃桂玲,赵玉芳,等.桂北地区育龄期女性梅毒病人心理感受的质性研究[J].护理研究,2019,33(9):1590-1592.
- [3] 王瑀.对梅毒孕产妇实施心理护理干预的效果评价[J].黑龙江医药科学,2018,41(5):204-205.
- [4] 付丽君.个性化护理对育龄期女性梅毒患者负性心理及护理满意度的改善效果[J].黑龙江医学,2020,44(4):563-564.
- [5] 乔亚娟,谢丹,兰新宇,等.聚焦解决护理模式对妊娠合并梅毒患者遵医行为及自我主观感受的影响[J].山西医药杂志,2019,48(21):2692-2693.

同伴互动支持护理对银屑病患者心理适应性及应对方式的影响

张莹

(解放军第八十三集团军医院皮肤科,河南 新乡 453000)

【摘要】 目的 探讨同伴互动支持护理对银屑病患者心理适应性、应对方式的影响。**方法** 选取某医院2019年2月至12月期间收治的60例银屑病患者,按入院先后顺序分为对照组和实验组。对照组给予常规护理,实验组在对照组基础上实施同伴互动支持护理,对比两组护理前后SAS、SDS评分及TCQS评分。**结果** 两组干预前SAS评分、SDS评分及TCQS评分无较大差异($P > 0.05$);护理干预后实验组SAS评分、SDS评分低于对照组,且TCQS评分高于对照组,差异明显($P < 0.05$)。**结论** 同伴互动护理支持可通过消减负性情绪提升银屑病患者心理适应性,并改善应对方式,有临床推广价值。

【关键词】 同伴互动支持护理;银屑病;心理适应性;应对方式;负性情绪

中图分类号: R473.75; R758.63 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.043

目前对于银屑病的研究多集中于生物学角度及医学角度的治疗方面,近年来,逐步出现关于心理学角度探索皮肤病患者病因、治疗及护理策略的报道,且证实了个性特征、社会及心理因素对慢性皮肤疾病发病、治疗及复发的影响^[1]。本研究对本院银屑病患者开展同伴互动支持护理,旨在从心理学角度探讨其对患者适应性及应对方式的影响,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院2019年2月至12月期间收治的60例银屑病患者,按入院先后顺序分为对照组和实验组。对照组30例,男17例,女13例,年龄19~59岁,平均年龄(41.36 ± 8.47)岁,文化程度:初中及以下16例,高中及大专8例,本科及以上6例;病程(1~15)年,平均病程(5.24 ± 0.93)年,严重程度:轻度10例,中度12例,重度8例;实验组30例,男18例,女12例,年龄(18~57)岁,平均年龄(41.28 ± 8.51)岁,文化程度:初中及以下14例,高中及大专10例,本科及以上6例,病程(1~16)年,平均病程(5.28 ± 0.95)年,严重程度:轻度11例,中度11例,重度8例。两组一般资料无较大差异($P > 0.05$),可对比。

1.2 方法 对照组实施常规护理,包含用药指导、健康宣教等基础性护理内容。实验组在对照组基础上实施同伴互动支持护理模式,具体如下。① 组建同伴支持教育小组。依照患者自愿原则,对应选取积极性高、文化教育水平及家庭环境背景相似的患者组成同伴支持教育小组,30例患者共分为6个小组,每组5名成员。② 同伴互动支持教育方法。通过案例分享、动机访谈、社区活动、健身娱乐等方式进行,每周开展1次小组活动,借助微信群聊建立护患沟通平台,小组活动结束后对此次活动内容进行评价性总结。③ 教育内容,主要分两部分。一是自我管理,包含日常病情观察、饮食用药情况记录等,每日记录相关情况后发送至小组群聊,以实现共同监督,同时便于护理人员依照

各患者情况进行针对性指导及行为纠正。二是心理干预,小组互动交流因银屑病疾病带来的社交障碍或消极心理问题,讨论并借鉴其他患者应对方法,分享自身治疗效果及日常自我管理心得,通过共勉作用提升患者期望水平。同时,引导小组成员培养共同兴趣爱好,以促进其建立积极向上的生活心态。

1.3 观察指标 参照焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评定两组患者护理前后心理适应性,SAS、SDS量表分别包含20条对应性症状的评定,采用4级评分法,粗分 $\times 1.25$ 即得总分值,焦虑、抑郁界定分值为50分,总分值同焦虑、抑郁严重程度呈正相关。应对方式评定参照应对问卷(TSCQ)评分标准,包含10个积极应对条目、10个消极应对条目的评定,反应患者应对态度及行为特征。

1.4 统计学处理 采用SPSS 20.0统计学软件进行数据分析,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料采用率表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者护理干预前后SAS、SDS评分、TCSQ评分情况 护理干预前,两组患者SAS评分、SDS评分及TCSQ评分对比,无较大差异($P > 0.05$);干预后两组患者SAS评分、SDS评分及TCSQ评分差异明显($P < 0.05$)。见表1。

3 讨论

银屑病为临床常见难治性、慢性皮肤炎症。该病治愈难度大,当前临床亦无特效药物可根治,患者病情反复发作,且多数病程较长,对身心健康均产生众多不利影响^[2]。患者表现为皮肤红色丘疹、银色屑等,且多数患者伴有瘙痒症状。研究表明,银屑病的发生同遗传、感染、代谢障碍、内分泌及免疫因素等均具关联性,且患者精神状态及持续性心理压力亦可导致病情迁延不愈^[3]。在相关皮肤病患者的心理状态调查中,多数患者存在悲观想法,长时间负性心理情绪的存在致使

表1 两组患者护理干预前后 SAS、SDS 评分、TCQS 评分对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	SAS 评分		SDS 评分		TCQS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组 (n=30)	59.43±7.12	54.63±5.17	56.72±6.94	52.33±4.68	67.35±8.17	72.33±8.29
实验组 (n=30)	59.41±7.09	48.55±4.96	56.81±6.97	47.62±4.31	67.28±8.13	80.16±8.54
t	0.011	4.648	0.050	4.055	0.033	3.603
P	0.496	0.000	0.480	0.000	0.487	0.000

患者滋生自责、焦虑、抑郁等心理问题,治疗期望水平进一步降低,且部分患者产生回避等负面应对方式。

同伴互动支持护理是一种新型的护理模式,是将相同疾病类型及环境背景下的患者组建为护理单元,借助成员之间的监督指导和共勉作用改善患者的消极情绪^[4]。有多项研究表明,同伴互动支持模式可在丰富患者社交生活的同时增加患者社会支持得分^[5]。通过定期小组活动,各成员在相互传递生活技巧的同时,有抒发自身困顿的渠道,利于患者压抑心理的释放。银屑病患者大都存在一定程度的负性情绪,心理适应性较差^[6]。本次对实验组患者实施同伴互动支持护理模式,结果显示实验组护理后焦虑、抑郁等不良心理情绪明显改善,且 TCQS 量表评分高于对照组。通过各项护理措施的开展,提升了患者的心理适应性,帮助其正确认识并积极应对银屑病疾病引发的心理、生活及社交方面的各项问题。该护理方法的开展应建立在严格的同伴挑选制度上,以确保同伴互动支持护理的积极引导性及示范性作用。

综上所述,同伴互动支持护理在银屑病患者中的干预效果显著,可提升患者心理适应性,同时促使患者建立积极应对方式,对改善患者生活质量具有重要价值,可临床推广。

参考文献:

- [1] 史伟敏,李艳,赵宁. 过敏性皮肤病患者心理状况及护理干预价值评估 [J]. 皮肤病与性病, 2020,42(1):111-112.
- [2] 陈小兰,郑丽英,张昊,等. 银屑病患者疾病负担和生存质量调查:基于网络的问卷调查 [J]. 中华皮肤科杂志, 2019(11):791-795.
- [3] 廖秋玲,万萍. 同伴支持护理对系统性红斑狼疮患者自我效能、心理弹性及生活质量的影响 [J]. 临床护理杂志, 2019,18(2):33-35.
- [4] 李立双,温美兰,王彩虹. 同伴互动支持模式对初产妇产后抑郁和母婴保健知识掌握情况的影响 [J]. 护理实践与研究, 2020,17(1):155-157.
- [5] 卜博英. 银屑病患者诊疗过程心理体验及应对方式的质性研究 [J]. 当代护士(下旬刊), 2017,24(8):109-112.
- [6] 车玲玲,耿雨晴,裴理辉,等. 情绪释放疗法对急性胰腺炎患者疾病不确定感及社会心理适应性的影响 [J]. 临床护理杂志, 2020,19(5):39-41.

皮肤黏膜系统护理对白血病化疗患儿感染的预防效果分析

赵 夏, 欧阳茜, 李红霞

(漯河市中医院血液科, 河南 漯河 462000)

【摘要】 目的 探讨皮肤黏膜系统护理在白血病化疗患儿感染预防中的应用效果。**方法** 选择2018年6月至2020年4月于某医院行化疗的72例白血病患者,按随机数字表法分为两组,各36例。对照组实施常规护理,观察组采取皮肤黏膜系统护理。对比两组患儿感染发生率与家属护理满意度。**结果** 观察组感染发生率为5.56%,低于对照组的22.22%;观察组家属护理满意度为94.44%,高于对照组的75.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 皮肤黏膜系统护理能够减少白血病化疗患儿感染的发生,利于提升患儿家属护理满意度。

【关键词】 白血病;化疗;感染;护理;满意度

中图分类号: R473.73; R733.7 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.044

白血病作为一种预后差、病死率高的恶性肿瘤性疾病,在小儿中发病率逐年上升。化疗是白血病患者常用的治疗手段,但由于患儿本身机体免疫力低下,化疗过程中大量使用化疗药物、抗菌药物等,降低患儿免疫能力,易并发局部及全身感染,延长患儿化疗时间,增加身心痛苦,降低治疗效果^[1-2]。因此,化疗后应采取积极感染预防措施。皮肤黏膜等与外界接触部位发生的感染是化疗后感染的主要原因,做好皮肤黏膜系统的护理是防止病菌入侵机体的重要前提。本研究探讨皮肤黏膜系统护理在白血病化疗患儿感染预防中的应用效果。报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年6月至2020年4月于本院行化疗的72例白血病患者,按随机数字表法分为两组,各36例。观察组男20例,女16例,年龄(3~13)岁,平均年龄(8.86 ± 1.10)岁,病程(2~11)个月,平均病程(6.55 ± 1.17)个月;对照组男21例,女15例,年龄(3~14)岁,平均年龄(8.78 ± 1.08)岁,病程(2~12)个月,平均病程(6.59 ± 1.20)个月。比较两组一般资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),有可比性。

1.2 方法 对照组实施常规护理,注意做好患儿感染的保护性隔离措施,护理人员进行护理操作时应严格遵循无菌理念,保证病区清洁、通风,减少感染风险;给予患儿高蛋白、低脂、易消化食物,避免粗糙、刺激性食物对口腔黏膜造成刺激;嘱患儿家属做好患儿全身清洁工作。观察组采取皮肤黏膜系统护理,具体如下。一是健康教育。向患儿及家属耐心讲解皮肤黏膜护理相关措施,告知其黏膜破损是化疗常见并发症,消除其心理顾虑;邀请成功治疗案例与其进行密切交流,协助患儿及家属树立治疗信心。在交流过程中,护理人员注意观察家属心理变化,及时进行心理疏导,告知其会尽力照顾患儿,缓解患儿家属的焦虑情绪。二是化疗护理。① 化疗前护理:指导家属为患儿进行温水

浴后,再使用洗必泰溶液擦拭患儿肛门、会阴、腋下、腹股沟等部位,1次/d;做好患儿口腔清洁,早中晚使用漱口液漱口;化疗前治疗患儿龋齿,如果难以及时治疗,可使用0.2%甲硝唑溶液漱口;化疗前检查指甲、头发、肛门黏膜、口腔黏膜等可能存在感染隐患的部位并进行针对性处理,减少感染发生。② 化疗中护理:结合患儿实际情况,对外周血液中中性粒细胞绝对数低于 $0.5 \times 10^9/L$ 的患儿,将漱口液更换为0.2%甲硝唑溶液,并使用高锰酸钾坐浴2次/d,10min/次;护理人员应严格遵守无菌操作标准,对针眼、穿刺部位进行严格的消毒工作,注射后针眼使用0.5%碘伏擦拭,如有必要可使用乙醇纱布覆盖局部皮肤。每日早晚使用洗必泰溶液涂抹于患儿鼻前庭,以减少感染发生。三是呼吸道护理。指导患儿每天进行呼吸训练与咳嗽排痰训练,可结合患儿病情,每日进行(3~4)次的排痰护理;注意保持病区空气流通,保证患儿呼吸道清洁。四是肛周日常护理。指导患儿进行提肛训练,指导患儿家属协助患儿睡前、清晨、便后使用0.05%新洁尔灭清洗肛周,预防便秘、肛周感染。两组均干预3个月。

1.3 观察指标 感染发生率:对比两组干预3个月内,患儿败血症、皮肤损伤、肛门直肠炎及口腔炎等感染发生情况。护理满意度:采用本院自制护理满意度调查表,从服务态度、操作技能等方面评价两组干预3个月后患儿家属护理满意度,其Cronbach's α 系数为0.852,重测效度为0.862,不满意: ≤ 60 分;部分满意:(61~89)分;非常满意: ≥ 90 分。

1.4 统计学方法 采用SPSS 20.0软件分析数据,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 感染发生率 观察组感染发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组感染发生情况对比 (n, %)

组别	肛周直肠炎	败血症	口腔炎	皮肤损伤	感染率
对照组 (n=36)	3 (8.33)	1 (2.78)	3 (8.33)	1 (2.78)	8 (22.22)
观察组 (n=36)	1 (2.78)	0	1 (2.78)	0	2 (5.56)

注: $\chi^2=4.181, P < 0.05$ 。

2.2 护理满意度 观察组护理满意度高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组护理满意度对比 (n, %)

组别	不满意	部分满意	非常满意	满意度
对照组 (n=36)	9 (25.00)	12 (33.33)	15 (41.67)	27 (75.00)
观察组 (n=36)	2 (5.56)	15 (41.67)	19 (52.78)	34 (94.44)

注: $\chi^2=5.258, P < 0.05$ 。

3 讨论

化疗是白血病患者常用的治疗手段之一, 但化疗药物和长期使用抗生素会降低患儿免疫能力, 易因感染而出现口腔及肛周黏膜破损, 影响化疗的顺利进行, 降低治疗效果, 使白血病难以治愈或复发^[3]。常规化疗护理措施简单, 缺乏针对性的皮肤黏膜护理, 增大了感染发生的风险。

本研究中, 观察组感染发生率低于对照组, 提示皮肤黏膜系统护理能够提升白血病化疗患儿的感染预防效果, 利于减少皮肤黏膜损伤, 提升患儿家属护理满意度。皮肤黏膜屏障的破坏给致病菌提供入侵途径, 一旦发生感染, 则易形成败血症, 威胁患儿生命安全。皮肤黏膜系统护理通过在患儿化疗前及化疗中针对其口腔、肛门、腋下等常见病原菌繁殖部位进行针对性的

清洁与消毒工作, 有效抑制微生物在局部皮肤黏膜的生长繁殖, 利于减少口腔、肛门等皮肤黏膜感染风险, 降低感染发生率^[4-5]。化疗会引起皮肤损伤等不良反应, 不仅增加患儿痛苦, 且易引发患儿家属的不满及焦虑等负性情绪, 降低护理满意度, 增大护患纠纷发生风险。本研究通过强化疾病宣教, 使家属充分认知可能存在的不良反应, 提升疾病认知, 辅以适当的心理疏导, 缓解其负性情绪, 以乐观的态度面对患儿治疗情况, 利于提升护理满意度。日常护理时, 针对患儿呼吸道、肛门等重点感染部位进行重点感染预防护理, 通过开窗通风以及保持肛周清洁干燥等强化措施, 以防外来细菌对皮肤黏膜造成感染, 确保患儿安全度过化疗不良反应期, 减少不良反应对治疗的影响, 促进早期康复。

综上所述, 皮肤黏膜系统能够有效预防白血病化疗患儿感染, 减轻疾病给患儿带来的痛苦, 利于提升家属护理满意度。

参考文献:

- [1] 田金满, 丹海永, 史楠, 等. 循证护理在白血病患者化疗期间感染护理中的应用效果及对患者生活质量的影响 [J]. 中华医院感染学杂志, 2018, 28(2): 295-297+308.
- [2] 于巧, 张亚琳, 林姗姗, 等. 急性白血病患者化疗期间医院感染的病原学特点及影响因素分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2019, 29(1): 67-70.
- [3] 赵继鸥, 袁玉芳, 张荣荣, 等. 儿童急性淋巴细胞白血病诱导缓解化疗期间院内感染危险因素分析 [J]. 华西医学, 2019, 34(4): 370-374.
- [4] 高玉红, 刘会玲, 王波, 等. 1例白血病合并多处皮肤软组织感染并发败血症患者的护理 [J]. 中华护理杂志, 2018, 53(6): 749-752.
- [5] 魏艳荣, 董婕. 白血病化疗后感染护理干预效果的研究 [J]. 华南国防医学杂志, 2018, 32(1): 35-37+62.

艾滋病母婴阻断实施中的心理护理干预效果分析

刘小芳¹, 夏瑞红²

(1. 河南省安阳市龙安区疾病预防控制中心, 河南 安阳 455000; 2. 河南省安阳市第五人民医院, 河南 安阳 455000)

【摘要】 目的 在艾滋病母婴阻断实施中开展心理护理干预, 并分析其应用效果。**方法** 选取2019年2月至2020年2月, 在安阳市第五人民医院定期产检的60例艾滋病孕产妇, 将其分为两组。对照组30例, 进行母婴阻断+常规护理; 观察组30例, 在此基础上, 开展心理护理干预。**结果** 经过随访, 观察组新生儿均阻断成功, 对照组阻断失败4例(13.33%), 差异明显($P < 0.05$); 干预后, 观察组孕产妇的SAS评分、SDS评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。**结论** 实施心理护理干预可改善艾滋病孕产妇心理状态, 提高母婴阻断成功率。

【关键词】 母婴阻断; 艾滋病; 心理护理

中图分类号: R473.75; R512.91 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.045

艾滋病(AIDS)是世界范围内的重大社会问题及公共卫生难题, 同时也严重威胁患者的生命健康。母婴传播是艾滋病病毒传播的重要途径, 在妊娠期、分娩过程及分娩后, 艾滋病病毒均可能经母亲感染新生儿, 若不采取特殊干预措施, 母婴垂直传播风险可超过半数^[1]。因此, 母婴阻断是预防和控制艾滋病流行的一项重要措施, 但在实际开展中, 由于孕产妇心理负担较重, 且对母婴阻断的信心不足, 严重影响其配合度。因此, 本研究将在艾滋病母婴阻断实施中, 开展心理护理干预, 并分析其应用效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2019年2月至2020年2月, 在安阳市第五人民医院定期产检的60例艾滋病孕产妇。采取随机数字表法, 将其分为两组。观察组30例, 年龄(23~36)岁, 平均(29.68±4.12)岁; 对照组30例, 年龄(22~35)岁, 平均(28.89±3.99)岁。

1.2 方法 所有孕产妇均实施母婴阻断, 妊娠14周后, 开始接受“三联法”抗病毒治疗(齐多夫定+拉米夫定+依非韦伦); 新生儿自分娩后2h内, 开始给予齐多夫定糖浆; 孕期在安阳市第五人民医院定期产检; 妊娠38周前后, 建议剖宫产, 婴儿采取奶粉人工喂养; 分别于婴儿出生后1个月、4个月, 进行HIV-DNA测定。期间, 对照组孕产妇接受常规指导, 在此基础上, 观察组孕产妇接受心理护理干预, 分娩前: HIV病毒感染不仅会对孕产妇造成生理上的影响, 还会影响其心理健康, 孕产妇多心理负担较重, 例如担忧母婴垂直传播、担心新生儿健康、畏惧剖宫产手术、担心产后人工喂养、担心社会歧视及不公正待遇等; 因此, 在与艾滋病孕产妇接触时, 应保持更加细心、友善的态度, 向其传递积极乐观的信息, 给予孕产妇足够的同情、理解、关怀和尊重, 使孕产妇感到自己未被歧视和区别对待; 分娩后: 做好基础护理细节, 理解产妇希望亲近婴儿的心情, 给予产妇健康宣教, 劝导产妇尽量避免亲子密切接触过程, 防止造成垂直传播; 强调

人工喂养的重要性, 指导产妇正确的人工喂养方法; 在产妇知情同意的情况下, 对家庭成员进行母婴阻断知识科普教育, 嘱咐家庭成员给予产妇和婴儿足够的爱护和关怀, 降低新生儿出院后感染风险。

1.3 评价标准 随访(6~30)个月, 评价阻断成功情况。使用抑郁(SDS)、焦虑(SAS)自评量表评价孕产妇的心理状况。

1.4 统计学方法 数据使用SPSS 22.0处理, 计数资料、计量资料分别以(n , %)($\bar{x} \pm s$)表示, 采取 χ^2 、 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异, 有统计学意义。

2 结果

经过随访, 观察组新生儿连续HIV-DNA检测结果均为阴性, 未发生母婴垂直传播, 阻断成功。对照组新生儿出现4例(13.33%)阻断失败, 发生母婴垂直传播, 差异明显($\chi^2=4.29$, $P < 0.05$)。干预后, 观察组孕产妇的SAS评分、SDS评分均明显低于对照组($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组孕产妇焦虑、抑郁情况对比($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	SAS评分		SDS评分	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	65.78±5.16	41.46±5.79	67.45±4.65	43.33±5.79
对照组	64.88±4.89	54.65±4.77	66.67±5.05	55.90±6.12
t	0.693	9.630	0.622	8.172
P	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

艾滋病病毒主要通过体液传播, 目前应用的抗病毒药物尚无法做到完全清除其体内病毒。近年来, 我国艾滋病女性感染比例呈现出上升趋势, 且孕产妇占比日益增加, 部分地区的产检人群艾滋病感染率已经达到1%, 属于高流行水平^[2]。在艾滋病孕产妇中, 母婴垂直感染率可达到30%~60%, 全世界范围内, 每年约有80万儿童感染艾滋病病毒, 其中9成以上为母婴垂直传播^[3]。由此可见, 为控制艾(下转第429页)

早期母婴皮肤接触对新生儿护理效果的影响

颜美玉, 洪阿双

(中国人民解放军陆军第七十三集团军医院, 福建 厦门 361000)

【摘要】 目的 研讨早期母婴皮肤接触对新生儿护理效果的影响。**方法** 本次研究的主题是早期母婴皮肤接触, 样本为某医院2019年2月至2019年12月纳入的100例足月新生儿, 按随机数字表法将样本分成常规组50例和试验组50例。常规组采取产科常规护理, 试验组在产科常规护理基础上给予早期母婴皮肤接触, 对比两组新生儿不同时间点的体温情况、啼哭次数、啼哭持续时间、开始母乳喂养时间以及吸吮持续时间。**结果** 试验组出生后1h、2h以及4h体温值均高于常规组($P < 0.05$); 试验组啼哭次数比常规组少, 啼哭持续时间和开始母乳喂养时间比常规组短, 吸吮持续时间比常规组长($P < 0.05$)。**结论** 新生儿护理中采取早期母婴皮肤接触能够有效维持新生儿体温, 减少啼哭次数, 缩短啼哭持续时间和开始母乳喂养时间, 延长吸吮时间。

【关键词】 早期母婴皮肤接触; 新生儿; 护理效果; 体温

中图分类号: R473.72 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.046

胎儿从母体分娩出来到新生儿的这个阶段, 是其变化最大的阶段, 这时新生儿体内的皮质激素会受到刺激, 可大量分泌儿茶酚胺, 从而使得新生儿出现应激反应, 表现为长期处于觉醒的状态, 使得更多的机体能力被消耗, 对新生儿的身体发育产生不利影响^[1]。若新生儿出生后出现间断性的啼哭, 有可能导致成年之后发生脑缺血或脑栓塞^[2], 因此应探寻有效的方法来改善这一情况。有研究表明, 对新生儿采取早期母婴皮肤接触能够促进母乳喂养的成功, 缩短新生儿啼哭时间, 提高睡眠质量, 护理效果显著^[3]。基于此, 本研究选择本院2019年2月至12月期间收治的50例足月新生儿, 给予早期母婴皮肤接触, 取得较为不错的效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究样本为本院2019年2月至2019年12月纳入的100例足月新生儿, 按随机数字表法分成常规组50例和试验组50例。两组新生儿基本资料比较无差异($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组基本资料比较

组别	女(例)	男(例)	胎龄(周)	胎龄平均数(周)
常规组 (n=50)	25	25	37~40	38.56±3.18
试验组 (n=50)	24	26	37~40	38.92±3.09

1.2 方法 常规组新生儿出生后, 护理人员快速地帮助其清理呼吸道, 擦拭血迹、消毒脐带、测量体重身长等, 根据产妇和新生儿的具体情况做好相应的护理工作。试验组给予母婴皮肤早接触早吸吮, 助产士在分娩之前要将相关情况告知产妇, 获得产妇同意后, 于分娩之前将产妇内衣脱去, 娩出胎儿后, 指导产妇取仰卧位, 把上衣解开。保持室内温度为(26~28)℃, 在新生儿娩出、清理呼吸道后将新生儿裸体进行皮肤早期接触前, 将新生儿衣物脱去, 保持裸体的状态, 戴好

帽子和纸尿裤, 然后将其以俯卧位的姿势睡在产妇裸露的胸前, 脸偏向一侧, 用衣服或毯子轻轻地盖在婴儿的背部。告知产妇一手将新生儿臀部托住, 另一手将新生儿背部固定住。早期母婴皮肤接触要保持时间在1h内, 并且接触不要停, 接触的时候还要告知产妇如何与新生儿进行沟通, 可以采取哼唱儿歌或者用温柔的语调讲话, 还可以采取让产妇轻轻地抚摸新生儿的身体等方式。助产士还要保持和产妇的有效沟通, 对产妇展开相应的健康教育, 帮助其树立产后正确的认知, 树立母乳喂养的信心; 帮助产妇按摩乳房, 擦洗乳头, 有利于乳汁的分泌。

1.3 观察指标 比较两组新生儿出生时、出生后1h、2h以及4h的体温变化情况; 对比两组啼哭次数、啼哭持续时间、开始母乳喂养时间、吸吮持续时间。

1.4 统计学处理 数据采用SPSS 19.0统计软件进行计算分析, 其中($\bar{x} \pm s$)用于表达计量资料, χ^2 用于检验计数资料, 其中 $P < 0.05$ 表示数据具有统计学意义。

2 结果

2.1 新生儿出生时、出生后1h、2h以及4h的体温变化情况比较 出生时, 两组新生儿体温相比较无差异($P > 0.05$), 试验组出生后1h、2h以及4h体温值均比常规组高($P < 0.05$)。见表2。

表2 新生儿出生时、出生后1h、2h以及4h的体温变化情况($\bar{x} \pm s$, °C)

组别	出生时	出生后1h	出生后2h	出生后4h
常规组	34.19±0.11	35.18±0.31	35.19±0.26	35.43±0.51
试验组	34.21±0.12	36.47±0.51	36.51±0.29	36.93±0.53
<i>t</i>	0.869	15.284	23.964	14.420
<i>P</i>	0.387	0.001	0.001	0.001

2.2 两组啼哭次数、啼哭持续时间、开始母乳喂养时间以及吸吮持续时间比较 试验组啼哭次数少于常规

组,啼哭持续时间和开始母乳喂养时间短于常规组,吸吮持续时间长于常规组 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组啼哭次数、啼哭持续时间、开始母乳喂养时间以及吸吮持续时间 ($\bar{x} \pm s$)

组别	啼哭次数 (次)	啼哭持续时间 (min)	开始母乳喂养 时间 (min)	吸吮持续 时间 (min)
常规组	13.92±2.34	35.68±3.17	78.28±10.92	10.98±3.11
试验组	6.71±1.37	14.28±2.08	36.71±6.02	23.48±7.02
<i>t</i>	18.802	39.911	23.573	11.512
<i>P</i>	0.001	0.001	0.001	0.001

3 讨论

新生儿分娩之后体内的有些激素含量会增多,例如皮质激素、儿茶酚胺等,这些增多的激素会使得其机体出现各种应激反应,另外,新生儿调节神经行为的功能还不够稳定,使得其很容易受到环境变化的影响^[4]。

本研究得出试验组出生后1h、2h以及4h体温值均较常规组高 ($P < 0.05$); 试验组啼哭次数较常规组少,啼哭持续时间和开始母乳喂养时间较常规组短,吸吮持续时间较常规组长 ($P < 0.05$)。新生儿的皮肤比较薄,散热会很快,因此及时、早期进行母婴皮肤接触能够有效减少由于体温调节功能低下对新生儿产生的影响,母婴皮肤接触能够有效为新生儿保暖,使得新生儿的体温达到相对稳定的状态^[5]。虽然新生儿出生时啼哭表示生命力,但是在出生后的生长过程中,再次啼哭便代表其不舒服,并且啼哭是有一定生物学意义的,有很多体温调节不成熟的哺乳动物和母亲的身体分开之后会发出特殊的信号,便是啼哭^[6-7]。母

婴皮肤接触指的是新生儿在出生后和母亲实施皮肤接触,母亲的声音、气味以及心脏搏动等均会对新生儿产生抚慰的作用,这个原理源于动物实验。人类同样如此,胎儿在产后脱离母体之后,仍然需要母体的环境,从而诱发新生儿和母亲的必要先天性行为,以此提高母乳喂养的有效性和新生儿的存活率,缩短开始母乳喂养的时间,使吸吮时间延长^[8]。

综上所述,早期母婴皮肤接触应用于新生儿护理中能维持新生儿体温,减少啼哭次数,缩短啼哭持续时间和开始母乳喂养时间,延长吸吮持续时间,值得临床应用和推广。

参考文献:

- [1] 杨秀秀. 分析PDCA循证护理理论在新生儿皮肤护理中的效果[J]. 皮肤病与性病, 2018,40(2):290-291.
- [2] 黄婉崧. 早期母婴皮肤接触对新生儿及产妇的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2016,22(4):26-27.
- [3] 谭彩云, 冯礼娟, 梁婷婷, 等. 早期母婴皮肤接触在新生儿护理中的应用价值探究[J]. 中国继续医学教育, 2020,12(21):174-175.
- [4] 梁秋霞, 符白玲, 殷彩欣, 等. 早期母婴皮肤接触对新生儿睡眠、母乳喂养及母亲子宫复旧的影响[J]. 护士进修杂志, 2019,34(22):2076-2078.
- [5] 郭冰星, 黄婕妤. 早期母婴皮肤接触对剖宫产术后母乳喂养影响的研究进展[J]. 当代护士(下旬刊), 2020,27(3):8-10.
- [6] 张英. 产后持续性质量改进护理模式预防新生儿皮肤脓疱疮感染效果分析[J]. 皮肤病与性病, 2019,41(2):275-276.
- [7] 管瑶瑶. 实施早期母婴皮肤接触对首次母乳喂养成功率的影响[J]. 中国乡村医药, 2019,26(20):74-75.
- [8] 丁欢欢, 魏莹莹, 王素辉. 优质护理干预在妇产科的应用效果[J]. 皮肤病与性病, 2018,40(3):464-465.

优质皮肤护理对恶性肿瘤化疗患者 PICC 置管术后医用粘胶相关皮肤损伤的预防效果

孔 燕

(郑州市第三人民医院体检科, 河南 郑州 450001)

【摘要】 目的 探讨优质皮肤护理对恶性肿瘤化疗患者 PICC 置管术后医用粘胶相关皮肤损伤 (MARS) 的预防效果。**方法** 选取 2019 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 PICC 置管术后患者 166 例, 按随机数字表法分为两组, 各 83 例。对照组采用常规护理, 观察组加优质皮肤护理, 比较两组 MARS 发生情况。**结果** 观察组 MARS 发生率 3.61% 低于对照组 14.46% ($P < 0.05$)。**结论** 优质皮肤护理能够有效预防恶性肿瘤化疗患者 PICC 置管术后 MARS 的发生。

【关键词】 优质皮肤护理; 恶性肿瘤; 化疗; PICC 置管术; 医用粘胶相关皮肤损伤

中图分类号: R473.75; R739.5 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.047

恶性肿瘤患者在实施化疗前会行经外周静脉置入中心静脉导管 (PICC) 进行辅助输药, 但因带管时间长, 每周必须维护, 加之恶性肿瘤患者自身抵抗力减弱, 皮肤屏障保护作用降低, 患者穿刺处皮肤在贴膜反复撕贴过程中会引起皮肤黏膜损伤, 导致医用粘胶相关皮肤损伤 (MARS) [1]。MARS 是移除医用粘胶后, 皮肤出现持续 $\geq 30\text{min}$ 的红斑或不伴水疱、糜烂或撕裂等, 数据显示, MARS 发生率约 8% ~ 41%, 不仅会造成皮肤疼痛, 增加局部感染风险, 严重者可引起非计划性拔管 [2-3]。本研究观察皮肤护理对恶性肿瘤化疗患者 PICC 置管术后 MARS 的预防效果, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 PICC 置管术后患者 166 例, 纳入标准: ① 恶性肿瘤经组织病理学首次确诊; ② 首次行 PICC 置管术, 且置管部位位于肘上; ③ 血常规正常; ④ 年龄 ≥ 18 岁。排除标准: ① 合并其他皮肤疾病; ② 合并精神系统疾病; ③ 带管期间失访者。

1.2 方法 对照组采用常规护理: 常规留置 PICC, 向患者发放 PICC 维护手册, 并加强心理、饮食、运动及个人卫生指导, 严格执行无菌操作, 穿刺处用 3M 透明贴膜固定, 密切观察 PICC 置管周围皮肤状态, 若出现穿刺部位渗血、皮肤过敏样改变、机械性静脉炎等皮肤异常, 及时对症处理。观察组在常规护理基础上加优质皮肤护理。① 针对性选择固定的粘胶产品。根据患者的经济条件、PICC 导管种类、敷贴产品性质选择粘胶产品, 对于穿刺点有少量渗出者选用 3M 抗菌型透明贴膜; 对于局部皮肤潮湿多汗者选用高透性的 IV 3000 透明贴膜; 对于局部皮肤肿胀、存在输液外渗者选用水胶体敷料。选用丝绸胶带固定输液接头, 并固定于透明敷料上, 而对于敏感性皮肤者选用黏性温和的硅胶胶带。② 规范操作。按照清洁粘贴区

域—使用无乙醇皮肤保护剂—采用无张力粘贴透明贴膜—固定输液接头的顺序粘贴贴膜, 移除医用胶粘产品时采用粘胶去除剂, 敷料移除手法采用 0° 或 180° 缓慢移除, 并用手指反方向固定皮肤, 并妥善固定导管。③ 操作后检查。操作完成后观察患者皮肤, 询问患者贴膜处皮肤是否存在不适感, 指导患者做屈肘实验, 确认导管固定的牢固度。④ 加强健康教育。采用视频、图片、手册等方式向患者讲解 PICC 维护的注意事项, 教会患者掌握自我观察 PICC 的技巧, 嘱咐患者穿刺部位的皮肤每天至少要检查一次, 重点监测穿刺点有无发红、肿胀、疼痛、渗液、渗血, 观察敷料是否移位松动, 贴膜处有无瘙痒及皮疹, 输液接头有无松动及脱落, 导管体外部分有无破损或打折等, 一旦发现异常应立即就诊。

1.3 观察指标 评价两组 MARS 发生率, 包括皮炎型 (过敏性或接触性皮炎)、机械型 (表皮剥脱、水疱、皮肤剥脱、张力性损伤)、其他型 (浸渍或毛囊炎)。

1.4 统计学分析 使用 SPSS 25.0 统计学软件分析, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验; 计数资料以率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料比较 两组性别、年龄、肿瘤部位、肿瘤分期差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

2.2 两组 MARS 发生率比较 观察组 MARS 发生率 3.61% 低于对照组 14.46% ($P < 0.05$), 见表 2。

3 讨论

PICC 置管操作简便、并发症少, 可在体内留置数月甚至 1 年, 适用于中长期输液的恶性肿瘤化疗患者 [4]。但 PICC 需每周维护, 维护过程中穿刺处皮肤反复去除贴合敷贴长达 1 年, 会造成松弛的表皮细胞剥脱、皮肤角质层剥离, 引起皮肤的屏障功能减弱, 诱发 MARS, 增加血流感染、脱管、非计划拔管的风险,

表 1 两组一般资料比较

组别	n	性别		年龄 (岁)	肿瘤部位				肿瘤分期		
		男	女		消化系统	呼吸系统	血液系统	其他	I 期	II 期	III 期
观察组	83	43	40	64.25±6.17	23	30	18	12	21	30	32
对照组	83	44	39	63.98±6.14	22	31	17	13	22	29	32
χ^2/t			0.024	0.283			0.107			0.040	
P			0.877	0.778			0.991			0.980	

表 2 两组 MARSII 发生率比较 (n, %)

组别	n	皮炎型	机械型	其他型	总发生率
观察组	83	2 (2.41)	1 (1.20)	0	3 (3.61)
对照组	83	7 (8.43)	4 (4.82)	1 (1.20)	12 (14.46)
χ^2					4.662
P					0.031

影响 PICC 的使用寿命^[5]。

优质皮肤护理通过针对性选择固定的粘胶产品、规范操作、操作后检查,其中正确选择粘胶产品能够避免因贴膜选用不当而引起的过敏性与接触性皮炎;贴膜前采用皮肤保护剂,能够保护皮肤,预防张力性水泡发生;规范护士操作能够避免因操作手法不当引起的皮肤撕裂、张力性水泡等发生。此外,皮肤护理重点把控 PICC 维护操作中残胶的去除、贴膜的移除、贴膜和胶带的选择、粘贴等环节,能够使 PICC 置管术后维护过程更加细节化、系统化、专业化,同时注重对患者加强健康教育,能够教会患者掌握自我观察 PICC 的技巧,增强维护效果。本研究中,观察组 MARSII 发生率 3.61% 低于对照组 14.46%,与徐寅等^[6]的研究结果相

吻合。

综上所述,优质皮肤护理能够有效预防恶性肿瘤化疗患者 PICC 置管术后 MARSII 的发生,其对于减轻患者皮肤疼痛,减少非计划性拔管风险,促进化疗的顺利开展意义重大,值得推广应用。

参考文献:

- [1] 卜伶俐,杨金娜,赵益,等. 双腔 Power PICC 置管部位医用粘胶剂相关性皮肤损伤的风险预防管理[J]. 护理学报,2019,26(6):64-66.
- [2] 何华,刘利,杨靖,等. 改良移除和粘贴敷贴方法预防 PICC 患者医用粘胶相关性皮肤损伤的效果观察[J]. 护理学报,2019,26(7):61-64.
- [3] 方洁,张和. 薄型泡沫敷料在 PICC 术后医用粘胶相关皮肤损伤中的应用效果观察[J]. 全科护理,2019,17(16):2003-2004.
- [4] 尹欣欣,朱玉欣,张欣. PICC 改良固定方法保护特殊皮肤损伤患者皮肤再损伤的效果研究[J]. 河北医药,2020,42(9):1422-1425.
- [5] 巫素青,宋应群,贺成红. 黏胶祛除剂在肿瘤患者 PICC 置管皮肤医用黏胶性皮肤损伤中的应用效果[J]. 实用临床医药杂志,2018,22(20):134-135.
- [6] 徐寅,谢士芳,夏冬云,等. 预防老年患者医用粘胶相关性皮肤损伤的皮肤管理策略[J]. 护理学杂志,2019,34(19):53-55.

(上接第 425 页) 滋病流行,阻断母婴垂直传播非常重要。但研究发现,由于艾滋病孕产妇精神、心理负担较重,对母婴阻断的重要性及方法认知不足,可能影响母婴阻断效果^[4]。

为帮助艾滋病孕产妇缓解焦虑、抑郁情绪,帮助其走出无助、忧虑、抗拒的心理阴影,树立阻断母婴传播的必胜信念,本文对艾滋病孕产妇实施了心理护理干预,结果显示,观察组新生儿均阻断成功率明显高于对照组 ($P < 0.05$),干预后,观察组孕产妇的 SAS 评分、SDS 评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$),可见通过恰当的心理护理,可缓解孕产妇的负性情绪,使其得到心理慰藉,提高其母婴阻断过程中的接受度和依从性。尤其是对部分教育程度较低的艾滋病孕产妇,通过健康科普教育,可提高其认知程度及接受程度,减少

阻断失败情况发生。

综上所述,实施心理护理干预可改善艾滋病孕产妇心理状态,提高母婴阻断成功率。

参考文献:

- [1] 林和先,符爱贞,韩曼琳,等. 艾滋病母婴阻断治疗对 HIV 阳性孕妇产后 HGB 和 ALT 与 CD₄⁺T 淋巴细胞的影响[J]. 中华医院感染学杂志,2020,30(13):2043-2047.
- [2] 刘琳. 艾滋病、梅毒和乙型肝炎检测在母婴阻断中的临床价值[J]. 中国医药指南,2020,18(5):62.
- [3] 蒲晓斌. 对 HIV 感染的女性在孕前启动艾滋病抗病毒治疗后艾滋病母婴阻断的效果研究[J]. 中国社区医师,2020,36(2):59+61.
- [4] 覃寿学,谭健坤,施容光,等. 广西部分艾滋病高流行区人类免疫缺陷病毒母婴阻断效果及及时性、依从性研究[J]. 第三军医大学学报,2018,40(18):1704-1711.

对面部寻常痤疮患者进行优质护理干预的效果分析

徐风华

(聊城市人民医院, 山东 聊城 252000)

【摘要】 目的 分析优质护理干预模式对石膏面膜联合红蓝光照射治疗面部寻常痤疮患者的效果。**方法** 纳入本次研究的对象总计 56 例, 源于某医院收治的面部寻常痤疮患者, 收集时间为 2019 年 1 月至 2020 年 9 月, 随机分为观察组和对照组, 每组 28 例。所有患者均选择石膏面膜联合红蓝光照射治疗。在治疗中, 对照组患者进行常规护理, 观察组应用优质护理干预, 观察不同方案对患者的影响。**结果** 观察组患者的依从性优于对照组, 观察组患者的焦虑、抑郁评分低于对照组, 生活质量高于对照组, 均有统计学差异 ($P < 0.05$)。**结论** 石膏面膜联合红蓝光照射是治疗面部寻常痤疮的有效方案, 在治疗中, 需要做好优质护理干预工作, 提升依从性, 改善患者的心理状况和生活质量, 从而提高面部寻常痤疮的治疗效果。

【关键词】 石膏面膜; 红蓝光照射; 面部寻常痤疮; 优质护理干预

中图分类号: R473.75; R758.73⁺3 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.048

面部寻常痤疮常见于青少年, 主要发病部位为面部, 该疾病是发生于毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病, 疾病发展缓慢, 但容易复发, 可对患者的正常生活以及心理带来非常显著的影响。对于该疾病的治疗, 石膏面膜联合红蓝光照射是常用的治疗方式, 可有效改善面部状况。在治疗中发现, 如果在石膏面膜联合红蓝光照射的基础上, 再结合优质护理干预模式, 不仅能提高治疗效果, 提升患者治疗的依从性, 还可减少不良因素对患者的影响, 改善患者的生活质量^[1]。为此, 本研究对比两种护理方法的实际效果, 相关内容报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 本次试验时间节点为 2019 年 1 月至 2020 年 9 月, 抽取 56 例面部寻常痤疮患者作为对象, 随机分为观察组和对照组, 每组 28 例。对照组: 女性患者 13 例, 男性患者 15 例, 年龄 (42 ~ 17) 岁, 平均年龄 (26.3 ± 2.1) 岁, 病程时间 (2 ~ 16) 个月, 平均病程 (8.2 ± 1.4) 个月; 观察组: 女性患者 12 例, 男性患者 16 例, 年龄 (43 ~ 16) 岁, 平均年龄 (26.2 ± 2.4) 岁, 病程时间 (2 ~ 17) 个月, 平均病程 (8.1 ± 1.5) 个月。基线资料无统计学差异 ($P > 0.05$)。选择标准^[2]: 所选对象符合面部寻常痤疮诊断标准, 选择石膏面膜联合红蓝光照射治疗方案; 具有一定的沟通能力; 患者家属对本试验知情, 同意参加研究。排除标准: 凝血功能障碍、严重心脑血管疾病患者; 中途退出实验者。

1.2 治疗方法 两组患者均应用石膏面膜联合红蓝光照射方案治疗, 面部喷雾离子蒸汽, 做好清洁之后, 开展治疗工作, 患者为平卧位, 在距离面部 25cm 处进行红蓝光照射, 每次时间为 20min, 一周 2 次。

对照组采用常规方案: 对患者进行治疗方面指导; 对患者的病情进行定期检查, 做好对应的评估; 给患者提供优质、舒适的住院场所, 并做好卫生清洁等方面的工作。

观察组应用优质护理干预。① 对患者进行皮肤护理, 根据患者的面部情况, 指导患者选择适宜的洁面乳, 告知患者每天清洁皮肤 2 次, 每次 (2 ~ 3) min, 对于皮肤粉刺和脓肿, 要适当扩张毛孔, 并使用痤疮针清除脓液, 使用双氧水软化粉刺, 使用粉刺挤压器将乳白色皮质清除, 并清除毛囊中的残留物。每天对皮肤进行轻揉按摩 10min^[3]。② 对患者进行健康宣教。将痤疮相关知识告知患者, 讲述疾病发生的病因、知治疗方案及注意事项等, 尽可能地提升患者对痤疮的认知水平。在宣教中, 重视以视频、图片等方式对患者进行行为指导, 帮助患者树立正确的治疗观点, 增强患者配合度和信任度。还可以借助案例对患者进行宣教^[2]。③ 对患者进行科学饮食指导, 减少高脂肪、辛辣等刺激食物摄入量, 一定要忌烟酒, 以清淡易消化食物为主, 多吃新鲜的蔬菜和水果。并嘱咐患者养成良好的睡眠习惯, 尽量不要熬夜, 提升睡眠质量^[4]。④ 对患者进行心理上的安慰和指导, 增强患者对治疗的信心, 给予患者更多的安慰和鼓励, 嘱咐患者要保持乐观、积极向上的态度; 另外, 在护理过程中, 要重视沟通技巧, 让患者感受到被照顾与被重视, 与患者建立良好的医患关系, 提高患者的依从性^[5]。

1.3 观察指标 参考依从性评分量表对患者的依从性进行评估, 完全依从分数 > 85 分, 依从患者评估分数在 (70 ~ 85) 分, 不依从分数 < 70 分, 对比两组患者的依从性。依据焦虑、抑郁自评量表 (SAS、SDS) 进行心理状态的自我评分, 每一项满分 10 分, 分数越高, 说明患者的焦虑、抑郁程度越深。按照生活质量评分量表 (DLQI) 对两组患者的生活质量进行评价, 包括身体健康程度、生理功能、生活状态、心理状态, 每一项满分为 100 分, 分数越高, 说明患者的生活质量越高。

1.4 统计学分析 采用统计学软件 SPSS 20.0 软件分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, t 检验; 计数资料用

(%)表示, χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者依从性比较 观察组患者的依从性明显优于对照组, 组间差异显著 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 依从性对比 (n, %)

组别	n	完全依从	依从	不依从	依从率
观察组	28	17	10	1	27 (96.43)
对照组	28	12	9	7	21 (75.00)
χ^2					5.250
P					0.022

2.2 两组心理状态评分 护理前, 两组患者的心理状态评分无较大差异; 护理后, 观察组患者的焦虑、抑郁评分较对照组低, 组间差异明显 ($P < 0.05$)。见表2。

表2 心理状态评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	焦虑自评分		抑郁自评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	28	7.4 $\pm$ 1.6	3.0 $\pm$ 1.2	7.5 $\pm$ 1.2	2.9 $\pm$ 1.1
对照组	28	7.3 $\pm$ 1.4	3.8 $\pm$ 1.6	7.4 $\pm$ 1.0	3.6 $\pm$ 1.3
t		0.249	2.117	0.339	2.175
P		0.804	0.039	0.736	0.034

2.3 两组患者生活质量评分 观察组患者的身体健康程度、生理功能、生活状态、心理状态评分高于对照组, 具有统计学差异 ($P < 0.05$)。见表3。

表3 生活质量评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	身体健康程度	生理功能	生活状态	心理状态
观察组	28	80.2 $\pm$ 2.4	81.6 $\pm$ 1.7	80.3 $\pm$ 2.5	81.1 $\pm$ 3.2
对照组	28	77.5 $\pm$ 2.2	76.8 $\pm$ 1.5	77.2 $\pm$ 2.1	76.5 $\pm$ 2.5
t		4.388	11.203	5.024	5.994
P		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

痤疮是一种常见的疾病, 其出现的原因与细菌感染、毛囊皮脂腺堵塞等有很大的关系, 主要患病人群为青少年, 容易在面部发病。面部寻常痤疮给患者带来的生理以及心理上的负面影响非常大。石膏面膜和蓝光照射是治疗该疾病的常用方案, 在治疗中, 疗效较为显著, 不仅对患者的皮肤损伤非常小, 而且不会产生痛苦, 还可有效地杀死病菌^[6]。在治疗中对患者进行优质护理能提升治疗效果, 也能对患者进行认知和行为上的干预和指导, 加快患者伤口的愈合速度^[7]。优质护理干预在应用中能对患者的认知和行为进行指

导。对患者进行疾病宣教, 讲述疾病以及治疗方面的相关知识, 可提高患者对相关因素的重视, 缩短疾病的病程, 提高疗效, 降低复发; 通过多种方式对患者开展宣教, 能引导患者正确认识疾病, 让患者以更乐观的态度正视疾病, 提升患者治疗疾病的信心; 对患者进行面部清洁指导, 能提升患者的面部清洁度, 更好地清除毛囊中的脓液, 保持皮脂腺的通畅; 指导患者正确处理粉刺等问题, 能有效排出炎症物质, 减轻皮肤炎症; 指导患者对面部进行按摩, 能加快创口的愈合速度, 提升治疗效果, 帮助患者恢复正常的面部光泽; 对患者进行饮食指导, 能帮助患者建立良好的习惯, 在满足身体物质需要的同时, 也能加快面部皮肤的恢复速度^[8]。

本次研究结果显示, 观察组患者的依从性高于对照组。采用优质护理后, 焦虑、抑郁心理状态评分低于对照组, 生活质量评分高于对照组, 组间数据均存在统计学差异, 说明通过优质护理的干预, 不仅能提升患者对疾病的认知水平, 在生活中重视对疾病的防治, 还可有效地改善疾病病情及预后, 避免治疗的盲目性, 提升患者治疗的依从性和积极性, 缩短疾病的治疗时间, 加快病情的康复速度^[9]。因此, 在临床工作中, 要重视对患者进行优质护理方面的干预, 改善患者的生活状况, 增强治疗的依从性, 避免不良因素对患者的影响, 从而提高治疗效果。

参考文献:

- [1] 周洁仙, 莫柳娟, 梁凤. 中药面膜联合红蓝光照射治疗面部寻常性痤疮的护理体会 [J]. 内蒙古医学杂志, 2019, 51(4): 491-492.
- [2] 杨春, 林金祥, 王维, 等. 中药内服外用联合 LED 红蓝光治疗痤疮 50 例 [J]. 陕西中医学院学报, 2018, 41(4): 71-72+77.
- [3] 黎宇, 廖福道. 新型中药面膜联合红蓝光照射对痤疮的疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2020, 42(3): 373-374.
- [4] 萧叶, 孙艳. 对接受石膏面膜联合红蓝光照射治疗的面部寻常痤疮患者进行综合护理的效果 [J]. 当代医药论丛, 2019, 17(23): 277-278.
- [5] 崔倩倩, 霍慧. 红蓝光在面部美容以及痤疮治疗中的应用效果评价 [J]. 饮食保健, 2018, 5(16): 25-26.
- [6] 魏文丽. 认知行为疗法在药物治疗面部皮肤寻常痤疮患者中的应用效果 [J]. 国际护理学杂志, 2018, 37(19): 2640-2643.
- [7] 陈知英, 何丹华, 赵利梅. 心理护理结合面部护理在提高中重度寻常型痤疮患者治疗效果及降低不良反应中的作用 [J]. 中国医药科学, 2019, 9(8): 185-187+194.
- [8] 申静. 枇杷清肺饮联合强脉冲光对面部寻常型痤疮患者痤疮综合分级系统量表评分及生活质量的影响 [J]. 中国民间疗法, 2019, 27(18): 55-57.
- [9] 牛娟娟, 靳海莹, 张萌萌. 基于冰山理论的个性化护理干预在中重度寻常痤疮患者中的应用观察 [J]. 河南医学研究, 2018, 27(20): 190-191.

个性化护理干预在老年带状疱疹中的应用效果

余建华¹, 宋晓依²

(1. 中山大学附属第三医院皮肤科, 广东 广州 510000; 2. 中山大学附属第三医院介入科, 广东 广州 510000)

【摘要】 目的 探讨个性化护理干预在老年带状疱疹中应用对患者疼痛程度和负面情绪的影响。**方法** 选取某医院2016年7月至2019年7月期间因带状疱疹需治疗的94例老年患者, 随机分为观察组和对照组, 每组47例。观察组予以个性化护理干预, 对照组予以常规护理, 比较两组护理后视觉模拟疼痛评分(VAS)、焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)和治疗效果。**结果** 观察组VAS评分在护理后1周、3周和5周均低于对照组, SAS评分和SDS评分低于对照组, 止疱时间、疼痛消失时间少于对照组, 后遗神经痛发生率低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 个性化护理干预在老年带状疱疹患者中应用可明显减轻治疗后疼痛程度, 改善焦虑、抑郁情绪, 促进预后, 推荐临床推广应用。

【关键词】 个性化护理; 带状疱疹; 疼痛; 负面情绪

中图分类号: R473.75; R752.1² 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.049

带状疱疹属于皮肤科最常见疾病一种, 因受水痘-带状疱疹病毒感染而发病, 发病率较高, 病毒多在机体免疫力低下时沿神经纤维表现于皮肤, 临床表现为身体水疱、皮肤红斑为主, 且腰腹部最为常见, 多伴随剧烈疼痛感。患者年龄越大, 疼痛感越明显, 且大多数患者在治愈后会遗留神经痛, 严重影响患者生活质量^[1]。因此, 在患病后, 老年患者多存在焦虑、抑郁等情绪, 影响患者依从性, 不利于预后。科学、合理的护理方案对患者预后十分重要, 本研究就个性化护理干预在老年带状疱疹中应用进行研究, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取本院2016年7月至2019年7月期间因带状疱疹需治疗的94例老年患者, 随机分为观察组和对照组, 每组47例。观察组患者男29例, 女18例, 年龄(65~74)岁, 平均年龄(70.45±4.98)岁, 病程(1~8)d, 平均病程(5.54±3.50)d; 对照组患者男25例, 女22例, 年龄(63~77)岁, 平均年龄(71.08±6.04)岁, 病程(2~7)d, 平均病程(4.97±2.89)d。两组患者性别、年龄、病程无统计学意义($P > 0.05$), 具有一定可比性。纳入标准: ①所有患者均符合第8版《皮肤性病学》中关于带状疱疹诊断标准^[2], 且符合临床表现; ②年龄>60岁; ③经患者及家属同意自愿参与本次研究, 签署知情同意书。排除标准: ①合并严重心、脑、肝、肾等脏器器质性病变者; ②血液系统疾病、恶性肿瘤以及长期应用激素或免疫力低下等疾病者; ③妊娠、哺乳期者; ④精神、神经异常, 不能配合治疗或其他原因依从性差者; ⑤药物过敏者。

1.2 治疗方法 对照组患者予以常规护理, 包括知识宣教、指导饮食以及如何避免感染发生等。观察组予以个性化护理干预, 具体如下。①制定责任护理制度, 护理人员一对一针对性进行护理指导, 定期进行考核, 考核通过后上岗。②增加心理护理, 始终保持热

情、真诚的服务态度, 保持亲和的口吻耐心回答患者提出的疑问, 鼓励患者勇敢面对疾病, 缓解患者紧张情绪。③刊印并发放宣传教育手册, 详细介绍疾病可能造成的并发症, 邀请已治愈患者定期讲座, 讲述治疗过程及与治疗中患者进行面对面沟通交流。④加强局部皮肤护理工作, 保持皮肤干燥清洁, 指导严禁搔痒时用手抓, 禁止自行使用有皮质激素的软膏, 避免疱疹复发、散播; 口腔内疱疹发生糜烂时, 指导使用西瓜霜等防腐消毒药物涂抹; 嘴角疱疹发生破溃时予以纱布浸润消毒水湿润贴敷, 待渗出停止结痂后再予以消毒软膏继续治疗; 当患者头部出现疱疹时, 需及时指导患者进行眼部护理, 以防病毒侵犯加重病情; 身体水疱未破溃时指导应用阿昔洛韦乳膏和炉甘石洗剂, 对于形成水疱者, 根据水疱发展具体情况予以无菌抽液、用青鹏软膏涂抹, 若水疱破溃, 指导患者每天按时使用威伐光激光疗法进行患处治疗, 同时予以3%硼酸溶液进行湿敷, 若疱疹发生感染, 予以百多邦软膏消炎治疗, 同时使用安尔碘消毒液湿敷。⑤加强缓解疼痛的护理措施, 除遵医嘱进行镇痛治疗外, 指导患者每日进行温水足浴以改善睡眠, 指导患者进行按摩, 以缓解疼痛, 同时予以相应的倾听和安慰。⑥加强饮食护理, 指导合理饮食, 增加高蛋白质、维生素食物摄入, 禁食辛辣、油腻、咖啡等食物, 多食新鲜水果、蔬菜, 嘱患者和家属穿全棉、柔软内衣, 衣物、床单勤换洗。

1.3 疗效分析 疼痛程度采用视觉模拟疼痛评分(VAS)进行评估, 分别于护理前、护理后1周、3周和5周进行评估, 分数越高, 疼痛越剧烈; 采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)进行焦虑、抑郁程度评估, 分数越高, 程度越重^[3]。分析对比两组患者临床治疗效果。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0软件对所有数据进行统计学处理, 组间计量资料结果用($\bar{x} \pm s$)表示, 两组之间以及组内治疗前后的比较采用 t 检验。以 $P <$

0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组护理后 VAS 评分比较 观察组 VAS 评分在护理后 1 周、3 周和 5 周均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组护理后 SAS、SDS 评分比较 护理干预后, 观察组 SAS 评分和 SDS 评分低于干预前和对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 两组护理后治疗效果比较 观察组止疱时间、疼痛消失时间少于对照组, 后遗神经痛发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

老年人群大多患有基础疾病, 且身体较差, 免疫功能明显下降, 一旦被水痘-带状疱疹病毒感染后极易发病, 且临床表现明显, 疼痛剧烈, 且易出现多种并

表 1 两组护理后 VAS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	护理前	护理后 1 周	护理后 3 周	护理后 5 周
观察组	47	7.30 ± 1.21	4.79 ± 0.26*	3.83 ± 1.42*	2.03 ± 0.53*
对照组	47	7.26 ± 1.08	6.09 ± 0.31*	4.90 ± 1.38*	3.45 ± 1.65*
<i>t</i> (<i>P</i>)		0.169 (0.866)	22.028 (0.000)	3.075 (0.000)	5.617 (0.000)

注: * 为与护理前比较, $P < 0.05$ 。

表 2 两组护理后 SAS、SDS 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	SAS		SDS	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	47	52.38 ± 9.03	31.76 ± 7.31*	56.25 ± 7.03	34.87 ± 4.72*
对照组	47	51.96 ± 8.87	39.24 ± 8.05*	55.98 ± 6.57	41.09 ± 6.18*
<i>t</i> (<i>P</i>)		0.227 (0.821)	4.710 (0.000)	0.192 (0.848)	5.484 (0.000)

注: * 为与护理前比较, $P < 0.05$ 。

表 3 两组护理后治疗效果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	止疱时间 (d)	疼痛消失时间 (d)	后遗神经痛发生率
观察组	47	4.08 ± 0.60	19.93 ± 4.55	3 (6.4)
对照组	47	5.90 ± 1.22	48.75 ± 7.25	21 (44.7)
<i>t</i> (<i>P</i>)		9.177 (0.000)	23.083 (0.000)	18.129 (0.000)

发症, 治疗难度相对较大, 严重影响患者生活质量。

以往常规护理多为机械化护理模式, 缺乏科学性, 随着我国医疗领域的不断发展, 临床对护理工作的要求也越来越注重科学化、人性化和个性化, 个性化护理干预在临床工作中得到一致认可。其是以患者为中心的护理方式, 更加重视患者的生存状态和个性化需求, 在保证护理质量的前提下加强对患者内心需求的关注, 了解患者不同的文化水平、生活背景、性格特征、具体需求, 结合疾病特点, 采取针对性、有效性的干预措施, 从常规护理、制度设定、心理护理、皮肤护理、疼痛护理和饮食护理等方面加强护理具体方法, 提高患者治疗依从性, 从而增加患者和护理人员之间的信任感, 建立良好关系, 既能够提高护理质量, 又可提高预后康复效果^[4]。

从本研究结果中可见, 观察组 VAS 评分在护理后 1 周、3 周和 5 周均低于对照组, 表明个性化护理干预可明显降低患者因带状疱疹引发的疼痛感, 继而提高生活质量; 观察组护理后 SAS 评分和 SDS 评分低于

对照组, 表明个性化护理干预可有效减轻患者的抑郁、焦虑等不良情绪, 提高患者治疗依从性, 并可缓解医患和护患之间的紧张关系; 观察组止疱时间、疼痛消失时间少于对照组, 后遗神经痛发生率低于对照组, 表明个性化护理干预可有效辅助治疗过程使治疗时间明显缩短, 降低后遗神经痛发生率, 以促进预后的改善。

综上所述, 个性化护理干预在老年带状疱疹患者中应用可明显减轻治疗后疼痛程度, 改善焦虑、抑郁情绪, 促进预后, 推荐临床推广应用。

参考文献:

- [1] 郑路敏. 综合护理干预对老年带状疱疹患者神经痛及焦虑、抑郁情绪的影响 [J]. 皮肤病与性病, 2019, 41(6): 867-869.
- [2] 吴爱蕊, 王焯. 个性化护理干预对老年带状疱疹患者疼痛症状及满意度的影响 [J]. 医学理论与实践, 2019, 32(9): 1419-1420.
- [3] 程欣. 个性化护理在老年带状疱疹后遗神经痛患者中的应用效果 [J]. 皮肤病与性病, 2018, 40(6): 890-891.
- [4] 李红. 整体护理模式在带状疱疹治疗中的效果及患者满意度分析 [J]. 基因组学与应用生物学, 2018, 37(11): 5057-5062.

量化评估策略护理管理模式对维持性血液透析合并皮肤瘙痒的价值分析

孟松, 王真

(郑州市第六人民医院, 河南 郑州 450061)

【摘要】 目的 探析为持续性血液透析合并皮肤瘙痒患者提供量化评估策略下护理干预的积极影响。**方法** 分析对象来自某医院2017年2月至2019年2月间收治应用血液灌流联合血液透析治疗患者相关数据, 在满足选择标准群体中抽取100例并通过随机数字表完成分组, 设为对照组、观察组, 各组有50例, 对应配合常规持续性血液透析护理、量化评估策略下护理干预。比较两种治疗护理模式下皮肤瘙痒控制情况及生活质量。**结果** 观察组患者皮肤瘙痒情况缓解率显著高于对照组且有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者干预后生活质量各方面评价所得数据均显著高于对照组且有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 为维持性血液透析合并皮肤瘙痒患者在治疗期间配合量化评估策略干预, 能降低并发症对患者健康、生活影响, 保障整体依从性, 值得临床推广。

【关键词】 量化评估策略; 护理干预; 维持性血液透析; 皮肤瘙痒

中图分类号: R459.5; R75; R758.3¹ 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.050

血液净化技术作为对肾脏功能衰竭患者首选治疗手段, 在临床应用过程中不断得到完善与提升^[1], 已经逐渐成为肾脏功能衰竭患者的主要治疗措施。随着近年来接受持续性血液透析治疗患者例数的不断增加, 各种因治疗所引发的相关后遗症比例也有所提升^[2], 对患者整个治疗过程和正常生活都造成了严重的影响。常规护理已经难以满足维持性血液透析患者的关于皮肤瘙痒的处理需求, 本院自2017年对收治维持性血液透析治疗患者在常规护理基础上联合量化评估策略引导护理干预措施, 取得了理想的症状干预及生活质量改善效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 分析对象来自本院2017年2月至2019年2月间收治应用血液灌流联合血液透析治疗肾脏功能衰竭患者且在治疗期间出现皮肤瘙痒并发症群体临床数据, 在满足纳入研究标准患者中从中随机抽取100例, 根据对患者具体临床护理措施将其分为对照组与观察组。其中对照组患者中男性31例, 女性19例, 年龄在(33~75)岁, 平均年龄为(54.21±8.31)岁, 血液透析时间在3个月~151个月间, 平均为(53.71±4.58)个月; 观察组患者中男性28例, 女性22例, 年龄在(31~72)岁, 平均年龄为(53.51±7.95)岁, 血液透析时间在4个月~153个月间, 平均为(54.27±4.35)个月。为确保分组后相关临床基线数据分布情况不影响研究公正性, 对两组上述数据输入统计学软件SPSS 20.0分析, 提示无明显差异($P > 0.05$), 可作对比。

1.2 护理方法 所有患者所使用的灌流器型号为健帆HA~130, 在进行持续性血液净化治疗前30min给予患者肝素(江苏万邦生化医药集团有限责任公司)预冲, 对照组在透析过程中做好对导管的观察工作, 根据患者病情给予适当护理, 及时处理出现的并发

症, 做好皮肤护理和心理疏导。

观察组患者在量化评估策略下进行针对皮肤瘙痒并发症护理干预, 其中量化评估内容主要从以下部分进行。①评估患者的病情状态, 根据症状、体征、自觉感受以及客观状态划分为一级、二级、三级三个层次, 每个层次都需要给予针对病情的护理干预措施。②对应病情分层的患者, 对护理人员也需要从专业素质、临床实践经验、护理操作情况等方面考虑进行分级, 其中由主管护师和护士为一级护士, 而护士和资深护师组成二级护士, 三级护士为进修护士、低年资护士。对于病情评估为一级的患者, 由1名一级护士和1名三级护士管理; 病情评估为二级的患者, 由1名二级护士管理; 病情评估为三级的患者则由1名三级护士管理。在量化评估之下如果患者的管理护理人员存在短缺情况, 进行弹性工作时间安排。

对于维持性血液透析皮肤瘙痒预防护理措施具体内容如下。①制定个人健康档案。该档案包含患者年龄、病情控制状况、病史、瘙痒程度等, 根据档案数据评价瘙痒病情程度并分配护理人员。②观察病情。在患者接受持续性血液净化治疗期间要对其各项生命体征密切观察, 如发生低血压症状应及时调整体位; 如发生吸附剂生物相容性差导致的各种症状如呼吸困难、胸闷、脸红等则应立即报告医生并进行处理。③皮肤护理。由于皮肤瘙痒的影响, 患者会下意识使用双手搔抓皮肤, 应该指导患者穿上宽松、棉质的内衣内裤, 在洗澡的时候有意识地控制水温, 不宜使用碱性香皂或者沐浴液。④心理疏导。和患者保持主动的沟通并了解其心理状态、需求, 在交流过程中让患者感受到被尊重, 消除由于原发病或者各种不适感而导致的不良情绪。详细说明尿毒症发病诱因、治疗手段、不良反应的处理方法等, 让患者充分了解后积极配合。对照组在常规管理模式下进行皮肤瘙痒针对性护理。

1.3 观察指标 在两组患者接受为期2个月护理干预后,对其皮肤瘙痒控制情况及生活质量进行评估并用统计学软件分析。

皮肤瘙痒改善依据:干预后皮肤瘙痒情况得不到有效缓解,在进入夜晚后症状更加严重,破坏患者睡眠,皮肤可发现抓痕为重度;在干预后患者瘙痒症状得到控制,不对患者睡眠造成影响,皮肤并无发现明显抓痕为轻度;干预后患者瘙痒症状有效缓解,白天无瘙痒感,夜晚瘙痒感轻微,睡眠质量,为缓解^[3]。

生活质量评价依据:选择世界卫生组织生存质量测量量表对两组患者干预后质量进行评价,该量表维度包括心理、生理、社会、生活、环境,共有26个项目,评价所得分数越高,提示患者自觉生活舒适程度越高^[4]。

1.4 统计学方法 对研究中需要对照分析数据输入专业软件SPSS 20.0进行处理。对计算所得数据应用均数、标准差完成描述性统计,还有检验、回归分析等

内容,所得结果 $P < 0.05$ 则提示统计学处理数据存在显著性差异。

2 结果

2.1 瘙痒改善情况 观察组患者皮肤瘙痒情况缓解率显著高于对照组且有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1 两种护理模式配合下患者皮肤瘙痒改善情况比较(n, %)

组别	缓解	轻度	重度	缓解率
对照组	9	27	14	72.0
观察组	21	24	5	90.0
χ^2				12.658
P				0.001

2.2 生活质量 观察组患者干预后生活质量各方面评价所得数据均显著高于对照组且有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 两种护理模式配合下患者生活质量评估情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	心理	生理	社会	生活	环境
对照组	15.02±2.32	16.51±2.14	17.51±1.68	17.25±1.35	18.61±2.25
观察组	22.15±1.56	23.41±1.52	21.93±1.52	22.12±1.62	25.31±2.52
t	7.568	7.521	7.612	6.251	7.568
P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

皮肤瘙痒是维持性血液透析治疗患者的常见并发症,在治疗过程中有部分患者因难以耐受皮肤瘙痒所带来的不适感而导致治疗依从性下降,不利于对病情的整体干预效果,常规护理措施过于机械化且重视患者症状影响,忽略了灵活性以及患者身心需求,量化评估策略则有效改善了上述问题,根据患者情况进行评估并划分,从而确保护理措施的针对性。

本研究中接受量化评估策略引导下制定的护理服务观察组患者,其皮肤瘙痒得到缓解例数显著高于常规护理干预患者,量化评估策略护理严格遵循个性化原则,重视患者个体之间的差异,与现代医学循证要求更加符合。表1数据比较说明了个性化的针对性护理对于患者出现的各种问题可及时解决,掌握患者生理、心理方面各种问题,积极寻找病因并给予健康教育、心理疏导、生活调整等,让患者能够正视疾病、并发症,树立积极心态,战胜疾病负面影响^[5]。

表2数据通过生活质量量表比较,可知量化评估策略引导下持续性血液透析合并皮肤瘙痒患者生活质量明显高于接受常规护理的对照组患者。量化评估策略引导下护理措施具备系统性、个体性、全面性、针对性和覆盖广等优点,疾病对患者生活所造成的影响得

到有效控制以直接提高生活质量,为其顺利回归社会生活打下基础,且护理过程极为重视患者反馈,对内容进行调整,让其中护理细节与患者习惯更加契合,对护理质量起到持续改进作用^[6]。

综上所述,对持续性血液透析出现皮肤瘙痒并发症患者提供量化评估策略引导护理干预有积极、突出的影响价值,控制皮肤瘙痒症状,降低对患者正常生活影响,值得其他类型疾病推广实践。

参考文献:

- [1] 王洲. 血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的护理[J]. 中外医学研究, 2017,15(2):75-76.
- [2] 高玄, 张超. 中药熏蒸治疗血液透析患者尿毒症性皮肤瘙痒临床护理观察及机制探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017(12):211-213.
- [3] 范艳丽. 血液灌流联合血液透析在治疗尿毒症致皮肤瘙痒的护理应用[J]. 基层医学论坛, 2018,22(12):1642-1643.
- [4] 范芳芹. 血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的护理干预[J]. 中国继续医学教育, 2017,9(21):216-218.
- [5] 王淑萍. 血液透析联合血液灌流治疗尿毒症皮肤瘙痒患者的临床护理观察[J]. 实用临床医药杂志, 2017,21(4):71-73.
- [6] 彭燕, 孙仕娟, 杨彩玲. 血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的临床观察与护理[J]. 中国实用医药, 2017,12(17):176-177.

足部小汗腺汗管纤维腺瘤 1 例并文献复习

王 帅¹, 郝 峰², 刘国艳^{1*}

(1. 潍坊医学院附属医院, 山东 潍坊 261000; 2. 潍坊医学院, 山东 潍坊 261000)

【摘要】 患者女, 61岁, 左足外侧缘浸润性斑片伴反复渗出结痂5年。皮肤科检查: 左足外侧缘见长约1.0cm×1.3cm类椭圆形红色浸润性斑片, 中央可见暗红色局部糜烂, 触之可出血, 伴角化过度性黏着性鳞屑覆着, 周边呈淡红色, 边界欠清。皮肤镜表现为淡红色不均匀背景, 糜烂处呈乳红色, 中央淡黄色痂样区, 周围白色圈样层状鳞屑, 高倍镜下(70倍)可见聚焦欠佳的多形性血管(螺旋状血管/不典型弯曲线状血管等)。组织病理: 表皮角化过度。棘细胞层增生肥厚, 可见增生的上皮细胞条索向真皮内浸润性生长, 相互交织吻合呈网状, 细胞胞浆嗜伊红, 核大深染, 无明显异形性; 局部向管腔分化。免疫组化: CK7(+), CK8(+), CK19(+), 肿瘤细胞阳性; P40(+), P63(+), 鳞状上皮和肿瘤边缘的肌上皮阳性; AR(-), CEA(-), Bcl-2(-), Ki-67 阳性细胞约占3%。结合组织病理和临床表现, 诊断为小汗腺汗管纤维腺瘤, 给予根治性手术切除治疗。

【关键词】 小汗腺汗管纤维腺瘤; 孤立性; 皮肤镜

中图分类号: R739.5 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.051

1 临床资料

患者女, 61岁, 左足外侧缘浸润性斑片伴反复渗出结痂5年来我科就诊。患者5年前无明显诱因左足外侧缘出现绿豆大小淡红色丘疹, 无明显疼痛瘙痒等不适, 皮疹缓慢增大, 伴反复渗出、结痂。于当地诊所就诊, 间断不规则外用药物(具体不详), 无效, 皮损继续增大。自发病以来, 睡眠饮食可, 二便正常, 近期体重无明显改变, 既往体健, 家族中无类似疾病患者。体检: 一般情况好, 各系统检查无异常。皮肤科检查: 左足外侧缘见单发的1.0cm×1.3cm类椭圆形红色浸润性斑片, 表面粗糙伴角化过度, 中央呈暗红色, 局部糜烂, 触之可出血, 表面覆以黏着性鳞屑, 周边呈淡红色, 边界欠清, 如图1(a)所示。

实验室及辅助检查: 血常规、肝肾功能、电解质等未见明显异常。皮肤镜检测: 淡红色背景, 中央

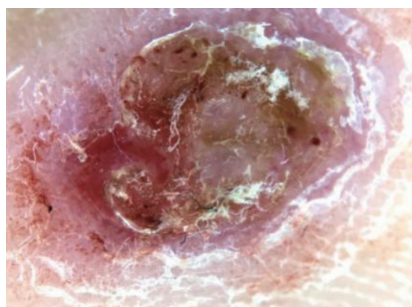
黄痂及乳红色区域, 周边白色圈样脱屑, 可见多血管形态模式(螺旋状血管/不典型弯曲线状血管等, 如图1(b)、图1(c)所示。组织病理: 表皮角化过度。镜下可见与表皮相连的细长上皮细胞条索, 上皮细胞较小, 胞浆嗜酸性, 核深染, 局部可见向导管分化, 细胞无明显异形性, 如图2(a)、图2(b)所示。免疫组化: CK7(+), CK8(+), CK19(+), 肿瘤细胞阳性; P40(+), P63(+), 鳞状上皮和肿瘤边缘的肌上皮阳性; AR(-), CEA(-), Bcl-2(-), Ki-67 阳性细胞约占3%。诊断: 小汗腺汗管纤维腺瘤。治疗: 初次手术切除后组织病理示切缘局部有病变组织残留, 随后进行扩大切除手术, 术中冰冻示切缘净, 患者目前在随访。

2 讨论

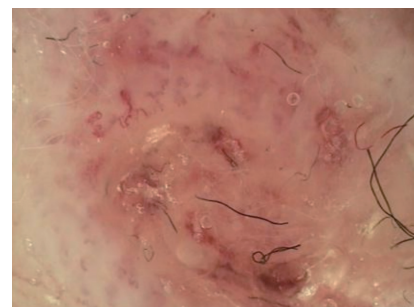
小汗腺汗管纤维腺瘤(Eccrine Syringo Fibroadenoma, ESFA)是起源于小汗腺并向汗腺导管分化的少



(a) 孤立性红色浸润性斑片, 表面粗糙, 周边淡红色, 边界欠清

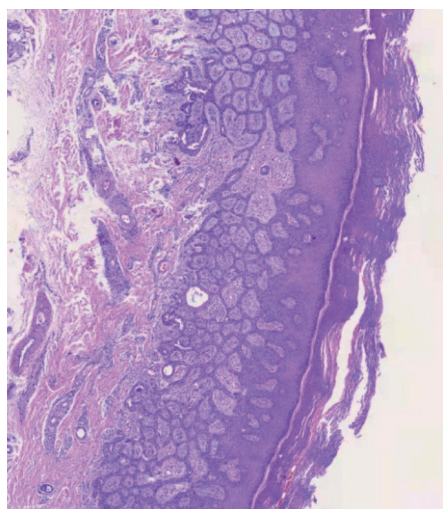


(b) 皮肤镜(20倍)偏振模式图像

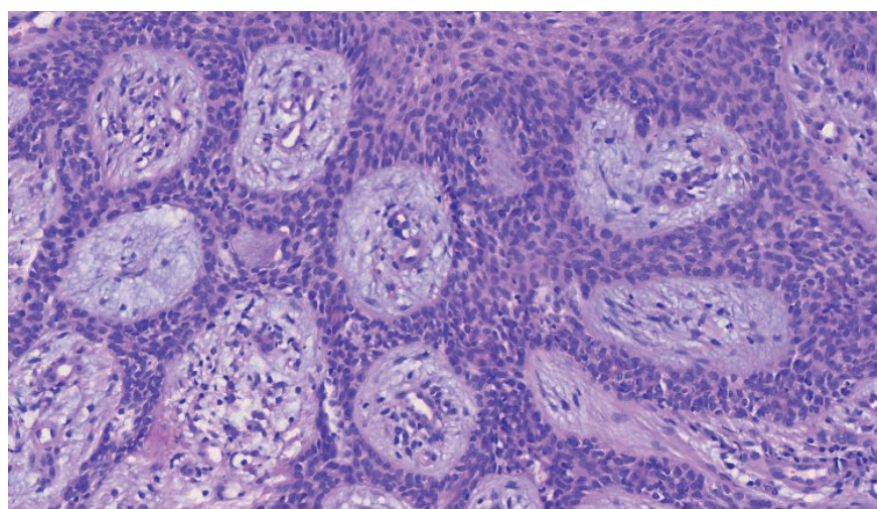


(c) 皮肤镜(70倍)浸润模式, 淡红色背景, 中央黄痂及乳红色区域, 可见多血管形态模式(螺旋状血管/不典型弯曲线状血管等)

图1 临床及皮肤镜图像

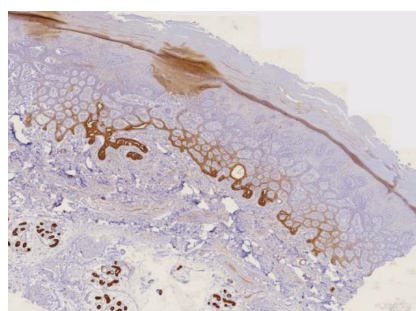


(a) 皮肤组织病理(20×)镜下可见与表皮相连的细长上皮细胞条索,相互交织呈网状,向真皮内浸润性生长

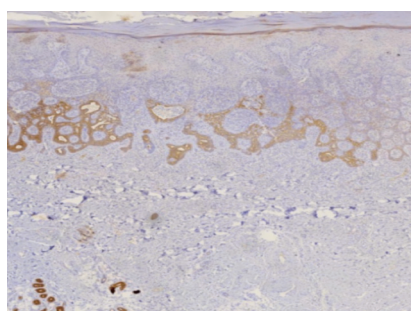


(b) 皮肤组织病理(200×)上皮细胞较小,胞浆嗜酸性,核深染,呈双层结构,局部可见向导管分化,背景较多黏液沉积

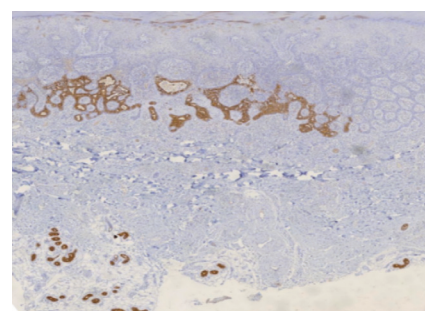
图2 皮肤组织病理



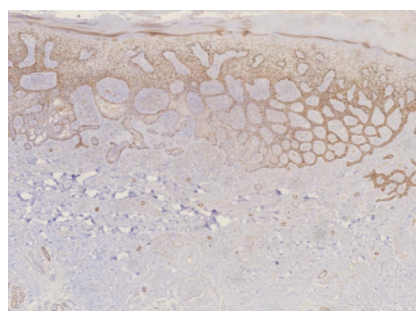
(a) 免疫组化染色(20×) CK7(+)



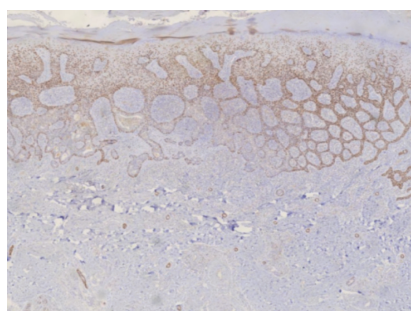
(b) 免疫组化染色(20×) CK8(+)



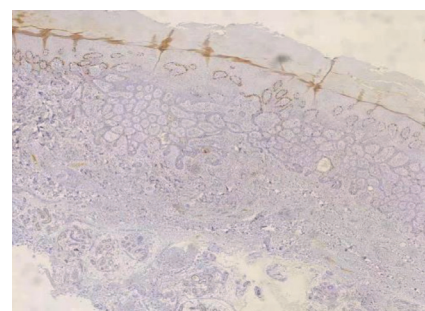
(c) 免疫组化染色(20×) CK19(+)



(d) 免疫组化染色(20×) P40(+)



(e) 免疫组化染色(20×) P63(+)



(f) 免疫组化染色(20×) Ki-67(+) 阳性细胞约占 3%

图3 免疫组化染色

见良性病变,该病于 1963 年由 Mascaro 首次报道^[1]。发病年龄从(16~80)岁不等,大多在(70~80)岁^[2]。本病临床表现多样,共有五种公认的 ESFA 亚型:① 孤立型 ESFA,通常表现为老年人四肢的单个结节;② 不伴皮肤表现的多发性 ESFA,又称 syringofibroadenomatosis,以多发性病灶呈线状对称排列或掌跖分布为特征,不伴皮肤的其他异常;③ 多发性 ESFA 与汗腺外胚层发育不良相关,皮损表现为多发

的红斑性丘疹,四肢多发,以头发、指甲和牙齿的个体和/或家族性异常为特征,青春期发病,可伴有眼睑汗腺囊瘤、少毛、牙发育不全和指趾甲发育不良等外胚层发育不良表现;④ 非家族性单侧线状 ESFA,无家族史,单侧性,常表现为多发的丘疹、斑块呈线性排列,好发于四肢;⑤ 反应性 ESFA 并不少见,约占所有报告病例的 24%^[3],伴炎症性或肿瘤性病变,包括糜烂性扁平苔藓、大疱性天疱疮、麻风、慢性糖尿病足溃疡、烧

伤疤痕、静脉瘀滞、回肠造口、鳞状细胞癌和皮脂腺痣等^[4-6]。ESFA 确诊主要依靠其特征性的组织病理学表现:与表皮相连、形态相对一致的上皮细胞条索,纵横交错,形成网格状结构,常延伸至真皮中层,可见汗腺导管分化,腔缘往往有完整的护膜包绕,上皮条索之间为疏松的纤维血管性间质。也有透明细胞亚型的报道^[7]。

ESFA 表现多样,但通常表现为无症状的孤立或多发粉色或肤色结节、丘疹、斑块,2017年,国外有人报道1例EFA,描述为外观脆皮奶酪蛋糕样外观,在角化过度区边缘,伴或不伴溃疡。本例病人表现为足部单发孤立性丘疹,病史5年,皮损表现为长约1.0cm×1.3cm类椭圆形红色浸润性斑片,表面粗糙伴角化过度,中央呈暗红色,局部糜烂,触之可出血,表面覆以黏着性鳞屑,周边呈淡红色,边界欠清。患者既往皮损处无基础皮肤病,无家族史,查体无其他器官系统的异常,无外胚叶发育不良,且组织病理表现典型,符合孤立型ESFA亚型。本例病人皮损皮肤镜表现为淡红色不均匀背景,糜烂处呈乳红色,中央淡黄色痂样区,周围白色圈样层状鳞屑,高倍镜下(70倍)可见聚焦欠佳的多形性血管(螺旋状血管/不典型弯曲线状血管等),目前未有国内外文献总结ESFA的有意义的皮肤镜下特征。

小汗腺汗管纤维腺瘤需要同以下肿瘤鉴别。

① Pinkus 纤维上皮瘤:同为自表皮向真皮延伸的交错的基底细胞样条索,其条索更加纤细,周边成栅栏状排列,有一定的异型性,但无管腔分化,有时可见原始毛囊胚芽,大多为AR阳性。② 汗孔瘤:皮损典型表现为孤立、无蒂、肤色或红色的结节,好发于足底和足

侧缘。肿瘤虽从表皮下层延伸到真皮,并常见小导管,但多形成宽叶或团块状结构,且由一致的小立方形细胞构成与周围鳞状上皮间的界限清晰。

较少报道的治疗方法是冷冻治疗、刮除、电脱术、激光和放射治疗,患者的预后不同^[8]。切除ESFA是预防恶变的明确治疗方法,考虑到发生恶变的风险,每个病例都应予以跟踪^[9]。本例病人行根治性切除术后正在随访中。

参考文献:

- [1] Mascaro J M.Considerations on fibro-epithelial tumors.Exocrine syringofibroadenoma[J].Ann Dermatol Syphiligr(Paris),1963,90(4):143-153.
- [2] 常建民.毛囊漏斗部肿瘤[J].临床皮肤科杂志,2012(1):65.
- [3] Cho E,Lee J D,Cho S H.A case of reactive eccrine syringofibroadenoma[J].Ann Dermatol,2011,23(1):70-72.
- [4] Mascaro J M.Considerations on fibro-epithelial tumors:exocrine syringofibroadenoma[J].Ann Dermatol Syphiligr.1963(90):143-153.
- [5] Starink T M.Eccrine syringofibroadenoma:multiple lesions representing a new cutaneous marker of the Schöpf syndrome,and solitary nonhereditary tumors[J].J Am Acad Dermatol,1997,36(4):569-576.
- [6] French L E.Reactive eccrine syringofibroadenoma:an emerging subtype[J].Dermatology,1997(195):309-310.
- [7] Hodson J J.An intra-osseous tumour combination of biological importance-invasion of a melanotic schwannoma by an adamantinoma[J].J Pathol Bacteriol,1961(82):257-266.
- [8] Morganti A G,Martone F R,Macchia G,et al.Eccrine syringofibroadenoma radiation treatment of an unusual presentation[J].Dermatol Ther,2010(23):S20-23.
- [9] Katane M,Akiyama M,Ohnishi T,et al.Carcinomatous transformation of eccrine syringofibroadenoma[J].Journal of cutaneous pathology,2003(30):211-214.

急性发热性嗜中性皮病 1 例

覃俊, 皮肖冰, 李洁华

(广东省佛山市第一人民医院皮肤科, 广东 佛山 528000)

【摘要】 患者女, 34岁, 反复颜面、上肢红色斑块、水疱4月, 再发4天。皮肤科检查: 前额、面部、左前臂、左腕部、右肘部、手背、指背关节处可见多发散在鲜红色、水肿性斑块, 表面可见多发小脓疱、水疱。皮损以右面部为重, 边缘稍隆起, 表面结黄色浆液痂或脓痂。触之有浸润感, 压痛。皮损组织病理检查: 真皮乳头水肿, 真皮浅、深层弥漫性中性粒细胞浸润, 综合临床、组织病理和实验室检查结果诊断为急性发热性嗜中性皮病。

【关键词】 急性发热性嗜中性皮病; 诊断; 报告

中图分类号: R751; R557^{+.3} 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.052

1 临床资料

患者女, 34岁, 因反复颜面、上肢红色斑块、水疱4月, 再发4天。于2019年6月4日收入我科。患者4个月前疲劳后出现前额、面部、上肢红色斑块, 红斑表面局部可见小水疱, 伴瘙痒、疼痛, 逐渐出现脓疱, 余无不适。到外院就诊治疗(具体用药不详)后皮疹渐可消退。4天前患者疲劳后再次出现皮疹, 部位及性质基本同前, 伴口腔溃疡。1天前患者出现发热, 体温最高达38.5℃, 排黄色稀烂大便3次。自起病以来, 患者精神、睡眠、胃纳可, 小便正常, 体重未见明显下降。既往史: 4年前曾因“右侧乳腺癌”于外院行手术治疗, 术后行化疗。余无特殊。

体格检查: 右侧乳房缺如, 右侧胸部可见一长约16cm陈旧性瘢痕, 余系统检查无异常。皮肤科检查: 前额、面部、左前臂、左腕部、右肘部、手背、指背关节处可见多发散在鲜红色、水肿性斑块, 形态呈圆形、椭圆形及不规则形。皮损表面可见多发小脓疱、水疱, 以红斑边缘明显, 部分脓疱融合。皮损以右面部为重, 边缘稍隆起, 表面结黄色浆液痂或脓痂, 触之有浸润感、压痛(见图1)。下唇可见数个红斑。舌背可见1芝麻大小溃疡。

辅助检查: 血常规检查: 白细胞计数: $9.48 \times$

$10^9/L$ [正常值 $(3.5 \sim 9.5) \times 10^9/L$], 中性粒细胞绝对值 $7.46 \times 10^9/L$ [正常值 $(1.8 \sim 6.3) \times 10^9/L$], 中性粒细胞比值0.787(正常值0.40~0.75)。超敏C反应蛋白62.3mg/L[(正常值 $(0 \sim 10) \text{ mg/L}$)]。生化常规、女性肿瘤指标8项、风湿指标、免疫功能6项等检查均未见明显异常。抗HIV、TPPA、抗结核抗体、抗核抗体、抗双链DNA抗体、多肽抗体谱ENA均阴性。皮肤分泌物培养示: 表皮葡萄球菌。PPD皮试阴性。胸片、心电图、腹部B超大致正常。左前臂皮损组织病理检查示: 镜下表皮大致正常, 真皮乳头水肿, 真皮浅、深层弥漫性中性粒细胞、淋巴细胞和组织细胞浸润, 并见核尘。详见图2。

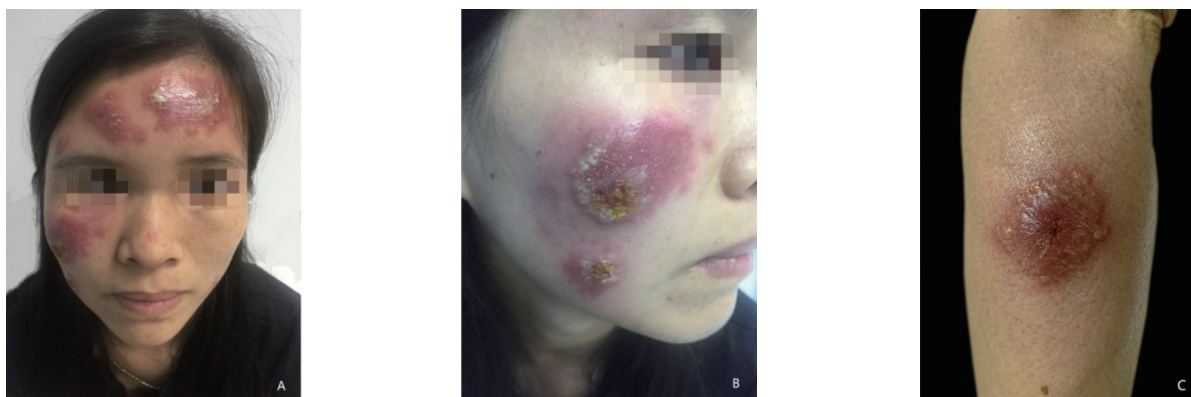
结合患者病史、体征及相关检查, 患者确诊为急性发热性嗜中性皮病。

治疗: 口服甲泼尼龙(8mg, 3次/d), 羟氯喹片(100mg, 2次/d), 及臭氧油外敷, 外涂卤米松/三氯生乳膏等治疗。治疗4天后皮损明显好转出院, 出院后激素逐步递减。

目前仍在随访中。

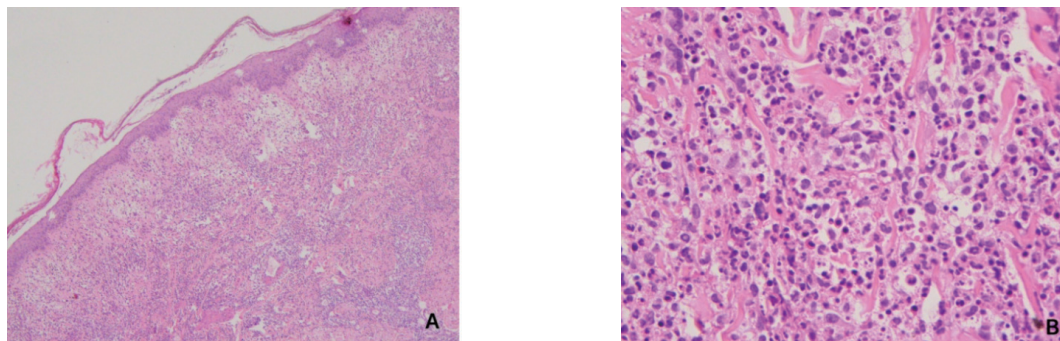
2 讨论

急性发热性嗜中性皮病, 又称为Sweet综合征(Sweet Syndrome, SS)。该病的首次提出是在1964



A~C: 前额、面部、左前臂鲜红色、水肿性斑块, 表面多发小脓疱、水疱

图1 急性发热性嗜中性皮病患者面部、左前臂皮损



A、B: 真皮乳头水肿, 真皮浅、深层弥漫性中性粒细胞浸润(A: $\times 40$, B: $\times 100$)。

图2 急性发热性嗜中性皮病患者左前臂皮损组织病理像(HE染色)

年,由英国的皮肤科医师 Sweet 提出^[1]。虽然临床将 Sweet 视为一种慢性炎症反应性疾病,但病因尚不确定。可能是一种超敏反应,主要是通过肿瘤抗原、药物或感染性病原体产生。相关的细胞因子包括干扰素- γ 、白介素 1、白介素 6、白介素 8、粒细胞集落刺激因子、肿瘤坏死因子等。Th₁/Th₂ 型细胞因子失衡可能也发挥了一定作用^[2]。根据发病机制的不同,国际上将 Sweet 综合征主要分为以下几种:副肿瘤性 Sweet 综合征、药物诱发的 Sweet 综合征和特发性 Sweet 综合征。特发性与感染、溃疡性结肠炎等有关。副肿瘤性包括癌症与癌前病变。其中 85% 为血液病,以 MDS (骨髓增生异常综合征) 和 AML (急性髓细胞性白血病) 最为常见^[3-4]。实性肿瘤多与肠道腺癌、泌尿生殖道腺癌、乳腺癌相关^[5]。药物诱发 Sweet 综合征:最常见的是粒细胞集落刺激因子,亦与维 A 酸、复方磺胺甲恶唑、硫唑嘌呤等相关^[6]。本病多见于中年以上女性,男女比例为 1 : 3。典型皮损为突然发作的具有触痛的红色或紫红色斑块或结节,常对称分布,好发于上肢、面部和颈部,皮损有透明水疱样外观,触之为实质性的“假性水疱”。诊断 Sweet 综合征的标准:确诊条件应满足主要标准两条,以及四条次要标准中的任意两条。主要标准:① 突发性、疼痛性红色斑块或结节,偶有水疱、脓疱;② 真皮内无白细胞碎裂性血管炎表现,以中性粒细胞浸润为主要表现。次要标准:① 全身不适或发热体温不低于 38℃;② 有先于本病的预防接种、感染或相关疾病,包括血液系统增生性疾病、实体恶性肿瘤、炎症性疾病、妊娠;③ 患者发病时实验室检查结果符合以下四条中的三条:白细胞计数大于 $8 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞比例大于 70%, CRP 升高, ESR 超过 20mm/h;④ 碘化钾或糖皮质激素治疗疗效显著^[7]。目前治疗 Sweet 综合征,糖皮质激素仍为一线用药。常用剂量为泼尼松(0.5~1) mg/(kg·d)。碘化钾、秋水仙碱及雷公藤制剂亦可获满意效果,可作为治疗轻症患者的主要方法^[8]。另外也可使用四环素、非甾体类抗炎药、干扰素(IFN)- α 、阿维 A 酯、免疫球蛋白、氨苯砜等治疗

Sweet 综合征,但这些药物的治疗和相关研究报道较少,因此无法确定治疗疗效。

本例患者为青年女性,反复突然发作的疼痛性红斑、水疱。皮损以颜面、上肢为主,结合皮肤病理检查结果符合主要诊断标准中的两项。患者既往史有右侧乳腺癌病史。发病前有发热,腹泻病史。中性粒细胞计数、CRP 均明显升高。糖皮质激素的应用取得显著疗效。与上述的次要标准要求相符。患者诊断明确。本例患者采用糖皮质激素联合羟氯喹治疗取得良好效果。羟氯喹能调节淋巴因子的释放,诱导外周血淋巴细胞的凋亡,抑制自身抗原的加工与提呈;对白细胞的趋化性予以抑制,使中性粒细胞的吞噬作用下降,具有抗炎和免疫抑制的作用。文献中也有使用羟氯喹治疗 Sweet 综合征取得良好效果的报道^[9]。并发肿瘤的 Sweet 综合征可发生于肿瘤之前、之后或与肿瘤同时出现。患者既往有乳腺癌病史,目前仍在随访治疗,并定期检测相关肿瘤指标、血常规、乳腺相关检查,及时防治肿瘤疾病。

参考文献:

- [1] Sweet R D. An acute febrile neutrophilic dermatosis[J]. Br J Dermatol, 1964(67):349-356.
- [2] 韩跃东,魏凯军. 16 例 Sweet 综合征临床分析[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2018,34(4):197-210.
- [3] Chen S, Kuo Y, Liu Y, et al. Acute myeloid leukemia presenting with Sweet syndrome: a case report and review of the literature[J]. Pediatr Neonatol, 2017, 58(3):283-284.
- [4] Guarneri C. Sweet's Syndrome(SS) in the Course of Acute Myeloid Leukemia(AML)[J]. Open Access Maced J Med Sci, 2018(6):105-107.
- [5] Cunquero T A J. Sweet syndrome as the leading symptom in the diagnosis of gastric cancer[J]. Chin Clin Oncol, 2018(7):11.
- [6] Villarreal V C D, Ocampo C J, Villarreal M A. Sweet Syndrome: A Review and Update[J]. Actas Dermosifiliogr, 2016, 107(5):369-378.
- [7] Anzalone C L, Cohen P R. Acute febrile neutrophilic dermatosis(Sweet's syndrome)[J]. Curr Opin Hematol, 2013, 20(1):26-35.
- [8] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2010:875-878.
- [9] 翟亚杰,李玉叶. 局限性 Sweet 综合征 1 例[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2019,33(2):240-241.

野生木耳致植物日光性皮炎 4 例

杨丽芳, 刘爱民, 杨 懂

(弥勒第一医院, 云南 弥勒 652399)

中图分类号: R758.14 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.053

植物-日光性皮炎是指患者过多服用或直接接触具有光敏性的植物, 在经受长期日晒后引起的以光毒反应为主要表现的皮肤病变^[1]。故皮疹以面部和手背等暴露部位为主, 表现为局部皮肤红肿、丘疹、水疱、血疱或坏死等。笔者近期遇到四例, 报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 4 例患者年龄 (22 ~ 51) 岁, 2 男 2 女。入院前 4 天集体进食自采野生新鲜木耳煮鸡, 进食量多少不等, 其中 51 岁女性进食量相对较多, 51 岁男性次之, 23 岁男性及 22 岁女性进食较少。51 岁女性及 51 岁男性于食用野生木耳次日到田间劳动, 23 岁男性及 22 岁女性于食用野生木耳第 3 天到田间劳动, 4 人先后出现双手、足、面部水肿性红斑伴疼痛, 集体来诊收住院。4 名患者平素身体健康, 否认特殊病史。

1.2 临床表现 患者女, 51 岁。因面部及双手红斑、水肿伴疼痛 4 天就诊。4 天前患者进食自采野生木耳煮鸡, 次日到田间劳动后双手出现水肿性红斑, 自觉疼

痛, 随后面部及左足踝部裸露部位陆续出现片状红斑, 疼痛加剧, 伴腹泻。昨日到我院急诊科就诊, 考虑“菌类中毒”, 予“甲泼尼龙琥珀酸钠 80mg”静滴治疗后病情好转。既往体健, 家族中无遗传病史, 否认药物及食物过敏史。体检: 一般情况可, 各系统检查未见异常。皮肤科检查: 右手背水肿明显, 双手手背、面部及左足外踝见水肿性红斑, 皮损边界清楚, 无水疱、破溃、糜烂, 全身其他部位未见类似皮损 (见图 1 ~ 图 3)。实验室检查: 血常规、肝肾功、血脂、心肌酶、电解质检查未见明显异常。心电图检查未见明显异常。同时进食野生木耳的还有患者的小叔、女儿及侄子。其中小叔也是进食野生木耳次日到田间劳动后双手及面部出现局限性水肿性红斑, 自觉疼痛 (见图 4 ~ 图 5)。女儿是在进食野生木耳后第 3 天到田间劳动 (穿拖鞋), 随后面部出现红斑, 自觉指 (趾) 甲疼痛 (见图 6 ~ 图 8)。侄子也是在进食野生木耳后第 3 天到田间劳动, 面部及双手出现水肿性红斑, 自觉疼痛 (见图 9 ~ 图 10)。

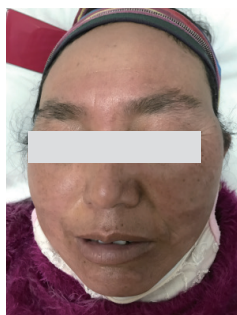


图 1 ~ 图 3 植物日光性皮炎临床患者皮损 (51 岁女性)

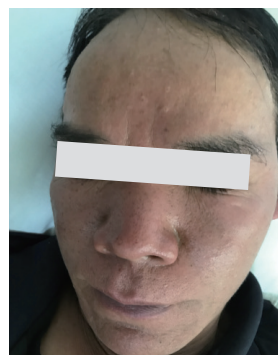


图 4 ~ 图 5 植物日光性皮炎临床患者皮损 (51 岁男性)

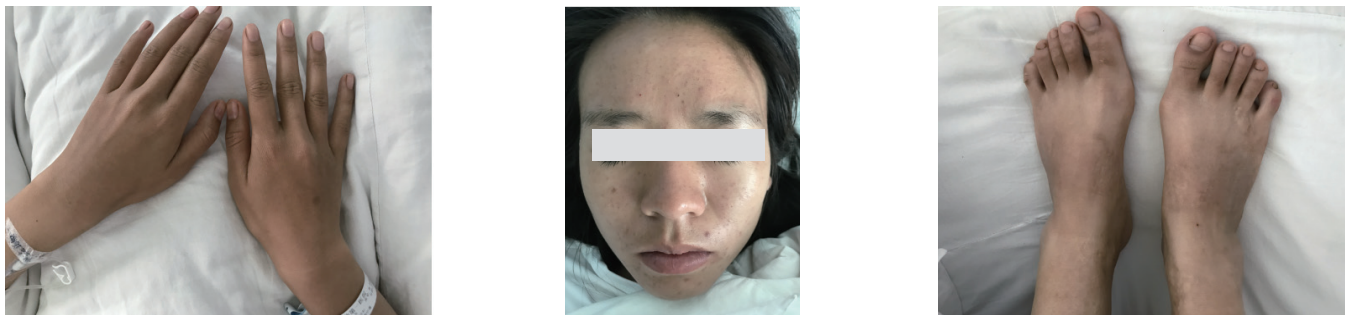


图6~图8 植物日光性皮炎临床患者皮损(22岁女性)



图9~图10 植物日光性皮炎临床患者皮损(23岁男性)

4名患者根据病史及皮疹特点,诊断:植物日光性皮炎。

治疗:四位患者均立即停服致病蔬菜,避免日光照射。甲泼尼龙琥珀酸钠 80mg 静滴,1次/d,复方甘草酸单铵 S80mg 静滴,硫酸羟氯喹片 0.2g 口服,2次/d,治疗后3天,患者皮损基本消退,予激素减量停药,2周后随访无复发。

2 讨论

植物日光性皮炎的发病机制尚不清楚,其发生常与体质、食用光敏性植物和长久日晒三者同时作用有关。文中前两例患者食用野生木耳后次日在田间劳动,长时间日晒后发病,潜伏期短;后两例患者食用野生木耳后第3天在田间劳动后发病,潜伏期相对长,因此该病的发病和日光照射有很大的关系。其中,某些植物中含有光敏物质,被食用吸收后经血液循环到达皮肤,日晒吸收光能后形成半抗原,与蛋白质结合和产生抗原,或者光敏物吸收光能后使载体蛋白结构改变产生抗原,刺激机体产生抗原或激活细胞免疫,产生光变态反应^[2]。

本文中致病的植物为野生新鲜木耳,别名黑木耳、云耳、黑菜、木菌、树鸡、木蛾、树花等,含有一种叫卟啉的光敏物质,食用后这种物质随血液循环分布到人体表皮细胞中,被太阳照射可引起皮肤瘙痒、水肿,严重会致皮肤坏死,体内该光感物质的多少与疾病的严

重程度存在正相关关系。卟啉在暴晒过程中会大量分解,且溶于水,故水发的干木耳一般无毒^[3]。

引起本病的物质很多,国外报道^[4]常见的有灰菜、酸柚、柠檬、芹菜。国内有食用油菜、香椿、灰菜、蒲公英、苋菜、木耳、香菇等植物引起者。文中4例患者居住在山区,起病前集体食用自采野生新鲜木耳,加上春末夏初是皮肤对UV最敏感的季节,食用致敏物质加上长时间田间劳动日光照射后发病,诊断植物日光性皮炎明确,但需和日晒伤、接触性皮炎、烟酸缺乏症相鉴别。本病虽有自限性,但重症患者若不及时治疗,易遗留瘢痕,影响美观及肢体活动功能。早期足量使用糖皮质激素可有效抑制过敏反应,迅速控制病情。上述4例患者病情轻重不一,经抗炎、抗过敏治疗后痊愈。

参考文献:

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:704-705.
- [2] 唐吉云,瞿锐,钟文俊,等. 植物日光性皮炎14例临床分析[J]. 中国皮肤性病学杂志,2008,22(5):287-288.
- [3] 吴倩希,王友龙. 集体患植物日光性皮炎11例诊治体会[J]. 云南医药,2008,29(6):610-611.
- [4] Solis R R, Dotson D A, Trizna Z. Phytophotodermatitis: A Sometimes Difficult Diagnosis[J]. Arch Fam Med, 2000, 9(10):1195-1196.

匍行性血管瘤 1 例

宗祥广, 谭福跃

(文山州皮肤病防治所, 云南 文山 663000)

【摘要】 患者女, 16岁, 学生。自诉1年前无明显诱因出现左侧颈、肩部皮肤起暗红色斑点、丘疹, 针尖至粟粒大小, 密集性成簇状分布, 无痛痒等自觉症状。病理检查提示: 角化过度, 表皮略增生; 真皮乳头及浅层可见扩张、充盈的毛细血管, 部分管壁增厚, 血管周围少许单一核细胞浸润。综合临床、组织病理和实验室检查结果诊断为匍行性血管瘤。

【关键词】 匍行性血管瘤; 诊断; 报告

中图分类号: R732.2²; R751 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.054

匍行性血管瘤是一种病因不明, 常累及真皮浅层的少见血管组织肿瘤, 男女均可发病, 但90%发生于16岁以下的女孩。我科近日收集到1例, 报告如下。

1 临床资料

患者女, 16岁, 学生。患者自诉1年前无明显诱因及原因出现左侧颈、肩部皮肤起暗红色斑点、丘疹, 针尖至粟粒大小, 密集性成簇状分布, 无痛痒等自觉症状, 患者曾用草药煎液外洗和购买药膏外搽(具体药名不详), 但未见好转, 同样的皮损扩展到左上臂, 于是患者在朋友的陪同下到我所就诊。

患者出生原籍, 未到过流行病疫区, 家族中无类似病人。体格检查: T37℃, P76次/min, R20次/min, BP106/75mmHg, 神清, 自动体位, 系统检查未见异常。皮肤科检查: 左侧颈、肩(见图1)及上臂屈侧部(见图2)皮肤可见密集性成簇分布的紫色或暗红色斑点、丘疹, 互不融合, 约针尖至粟粒大小, 压之褪色, 丘疹似半球形, 边界清楚, 左上臂部分皮损基底有淡褐色色素沉着。



图1 左侧颈、肩部皮肤见密集性分布的紫色或暗红色斑点、丘疹, 约针尖至粟粒大小, 压之褪色, 境界清楚

辅助检查: 全血细胞分析、尿液分析正常; 凝血



图2 左上臂屈侧部皮肤可见成簇分布的紫色或暗红色斑点、丘疹, 互不融合, 部分皮损基底有淡褐色色素沉着

四项及肝、肾功能未见异常; 输血前五项: HBsAg(-)、TP - Ab(-)、Hcv - Ab(-)、HIV - Ab(-); 心电图提示: 窦性心律; 病理检查提示: 角化过度, 表皮略增生。真皮乳头及浅层可见扩张、充盈的毛细血管, 部分管壁增厚, 血管周围少许单一核细胞浸润(见图3、图4)。

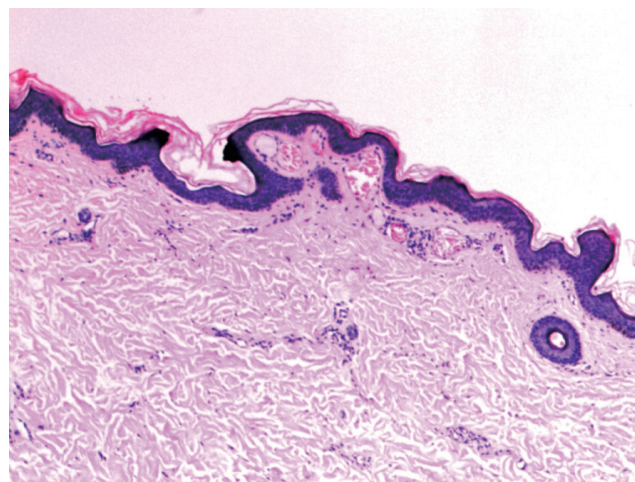


图3 角化过度, 表皮略有增生。真皮乳头及浅层可见明显扩张、充盈的毛细血管(HE×40)

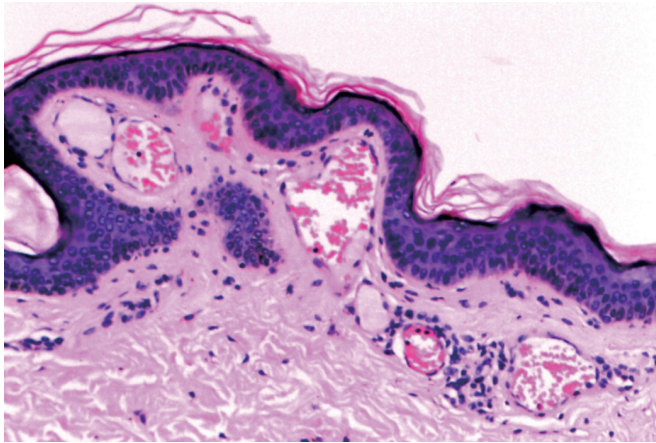


图 4 真皮乳头及浅层可见成簇扩张的毛细血管,部分管壁增厚,血管周围少许单一核细胞浸润(HE×100)

临床诊断: 匍行性血管瘤。

治疗: 建议患者避光,忌服含雌激素类药物,条件允许到上一级医院行脉冲染料激光治疗。

2 讨论

匍行性血管瘤由 Hutchinson 于 1889 年首次报道^[1]。大多数学者认为匍行性血管瘤是一种毛细血管痣,发病机制尚不清楚。鉴于本病好发于女性,过去曾认为雌激素水平升高为本病病因^[2],研究证实皮疹

表现为散在或成簇出现的红色、暗红色斑疹、丘疹,匍行或环形发展模式,皮损多为单侧。全身任何部位皮肤都可能受累,手掌,足底很少受到影响,多无自觉症状。病程缓慢,但通常是持续性的,一边消退,一边发生,一般不能完全消退。本病需与色素性紫癜性苔藓样皮病、毛细血管扩张性环状紫癜和毛细血管瘤鉴别。有文献报道用可调的脉冲染料激光、可调脉宽的长脉冲 1 064nm Nd:YAG 激光治疗匍行性血管瘤有明显的疗效^[3-6]。

参考文献:

- [1] Katta R, Wagner A. Angioma serpiginosum with extensive cutaneous involvement[J]. J Am Acad Dermatol, 2000, 42(2Pt2): 384-385.
- [2] Stevenson J R, Lincoln C S. Angioma serpiginosum[J]. Arch Dermatol, 1967, 95(1): 16-22.
- [3] Long C C, Lanigan S W. Treatment of angioma serpiginosum using pulsed tunable dye laser[J]. Br J Dermatol, 1997, 136(4): 631-632.
- [4] 董秀芹, 王红燕. 匍行性血管瘤 10 例的激光治疗[J]. 中国美容医学, 2009, 5(18): 682-683.
- [5] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 1606-1607.
- [6] 朱学骏, 涂平. 皮肤病的组织病理诊断[M]. 北京: 北京医科大学出版社, 2001: 10.

《皮肤病与性病》杂志在线投稿(审稿)网站开通公告

为助力期刊质量提升,畅通作者投稿、查稿渠道,加强编辑与作者之间的交流,加快推进期刊“提质创核”工作有序开展,《皮肤病与性病》全面启用“在线投稿、审稿”官方网站。编辑部将完全依托该网站完成期刊的收稿、审稿、改稿和预发表等工作。作者登录此网站投稿后,可及时查询自己的稿件状态。请广大作者通过官方网站进行投稿。

官方网址: <http://pfbbyxb.kmyxh.org.cn/> (目前仅支持输入网址登录)

特此公告!

《皮肤病与性病》编辑部

2021 年 6 月

·基层园地·

泼尼松联合伐昔洛韦对带状疱疹急性期患者细胞因子水平及疼痛程度的影响

翟齐航, 段艳琼, 刘更伟, 王 沛

(中国人民解放军联勤保障部队第九九〇医院皮肤科, 河南 驻马店 463000)

【摘要】 目的 观察泼尼松联合伐昔洛韦对带状疱疹急性期患者细胞因子水平及疼痛程度的影响。**方法** 选择2018年5月至2019年5月于某医院治疗的98例带状疱疹急性期患者, 采用盲抽法分为观察组($n=49$)和对照组($n=49$)。对照组给予盐酸伐昔洛韦片+甲钴胺片+阿昔洛韦乳膏治疗, 观察组在对照组基础上, 加用醋酸泼尼松片治疗。于治疗1周结束时比较两组临床疗效, 并对比两组治疗前、治疗1周时疼痛程度及细胞因子水平。**结果** 观察组治疗总有效率为95.92%, 高于对照组的83.67%, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗1周后, 两组视觉模拟评分法(VAS)评分均降低, 且观察组较对照组低, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 治疗1周后, 两组肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平降低, 白介素-2 (IL-2)水平升高, 且观察组优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 泼尼松联合伐昔洛韦治疗带状疱疹急性期的临床疗效确切, 可减轻患者疼痛程度, 降低机体炎症反应。

【关键词】 带状疱疹; 泼尼松; 伐昔洛韦; 疼痛程度; 细胞因子水平

中图分类号: R751.05; R752.1² 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.055

带状疱疹是临床常见的病毒感染性皮肤病, 发病的主要原因为患者背根神经节处潜伏着幼年时期感染的水痘带状疱疹病毒, 当机体出现感冒、劳累、感染或抵抗力下降时, 潜伏病毒再次繁衍, 并且沿着神经纤维移动到皮肤上, 所涉及的神经和皮肤产生强烈的炎症反应, 会在皮肤表面形成水疱, 并伴有神经痛^[1]。故有效减轻机体炎症反应、缓解神经痛对改善带状疱疹患者预后至关重要。鉴于此, 本研究探讨泼尼松联合伐昔洛韦对带状疱疹急性期患者细胞因子水平及疼痛程度的影响。具体报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2018年5月至2019年5月于本院治疗的98例带状疱疹急性期患者, 经本院医学伦理委员会批准, 采用盲抽法分为观察组($n=49$)和对照组($n=49$)。对照组男25例, 女24例, 年龄(50~75)岁, 平均年龄(62.06 ± 5.45)岁, 病程(1~5)d, 平均(2.79 ± 0.85)d; 观察组男23例, 女26例, 年龄(52~76)岁, 平均年龄(63.23 ± 5.81)岁; 病程(1~5)d, 平均(2.84 ± 0.81)d。组间上述资料对比, 差异不显著($P > 0.05$), 具有可对比性。

1.2 入选标准 纳入标准: ①患者均符合《中国临床皮肤科学》^[2]中关于带状疱疹的诊断标准; ②患者知情本研究并自愿签署同意书, 且依从性较高; ③对本研究药物无过敏。排除标准: ①合并严重脏器功能损伤患者; ②合并其他类型疱疹所致神经痛患者; ③合并有感染性疾病患者; ④合并精神异常患者。

1.3 方法 对照组口服盐酸伐昔洛韦片(福建省泉州海峡制药有限公司, 国药准字H20093863)治疗,

0.3g/次, 2次/d; 口服甲钴胺片(四川德峰药业有限公司, 国药准字H20041229)治疗, 0.5mg/次, 3次/d; 外涂阿昔洛韦乳膏(悦康药业集团股份有限公司, 国药准字H20103530), 5次/d, 连续治疗1周。观察组在对照组基础上, 口服醋酸泼尼松片(陕西孙思邈高新制药有限公司, 国药准字H61020333)治疗, 10mg/次, 3次/d, 连续治疗1周。

1.4 评价指标 ①临床疗效^[3]: 参照带状疱疹病情严重程度评分制定疗效标准, 对患者水疱簇数、水疱数目、红斑面积、瘙痒疼痛、水疱变化及烧灼感等6个方面进行评分, 根据严重程度分别评(0~4)分, 疗效指数=(治疗前评分-治疗后评分)÷治疗前评分×100%。显效: 疗效指数≥90%, 皮损消退70%以上, 疼痛消失; 有效: 疗效指数≥30%, 皮损消退≥30%, 疼痛明显减轻; 无效: 疗效指数<30%, 皮损消退<30%, 疼痛无明显改善; ②疼痛程度: 采用视觉模拟评分法(VAS)^[4]评估两组患者治疗前、治疗1周后疼痛程度, 分值为(0~10)分, 评分越高表明患者疼痛越剧烈; ③细胞因子水平: 采取两组患者治疗前、治疗1周后清晨空腹静脉血5ml, 低速离心取血清, 置于-20℃冰箱内备测, 采用酶联免疫吸附法检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)与白介素-2 (IL-2)水平。

1.5 统计学方法 采用SPSS 23.0统计学软件, 计数资料、计量资料分别用 t 、 X^2 检验, 等级资料采用秩和检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 对照组49例, 显效12例(24.49%),

有效29例(59.18%),无效8例(16.33%),总有效率83.67%(41/49);观察组49例,显效19例(38.78%),有效28例(57.14%),无效2例(4.08%),总有效率95.92%(47/49)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($X^2=4.009$, $P<0.05$)。

2.2 疼痛程度 治疗前,两组VAS评分比较,差异不显著($P>0.05$);治疗1周后,两组VAS评分均降低,且观察组较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组VAS评分对比($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗1周后	t	P
对照组	49	6.90±1.06	3.13±0.78	20.052	0.000
观察组	49	6.85±1.04	2.28±0.46	28.131	0.000
t		0.236	6.571		
P		0.814	0.000		

2.3 细胞因子水平 治疗前,两组细胞因子水平比较,差异不显著($P>0.05$);治疗1周后,两组TNF- α 水平降低,IL-2水平升高,且观察组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者细胞因子水平对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	TNF- α (mg/L)		IL-2 (μ g/L)	
		治疗前	治疗1周后	治疗前	治疗1周后
对照组	49	12.35±1.99	9.84±1.50*	3.46±0.78	4.22±0.47*
观察组	49	11.83±2.15	6.53±1.29*	3.53±0.53	5.49±0.58*
t		1.243	11.711	0.520	11.909
P		0.217	0.000	0.605	0.000

注:与本组治疗前相比,* $P<0.05$ 。

3 讨论

带状疱疹是一种由受累的神经节点沿受感染的神经纤维向皮肤扩散的变性改变,其发病率呈逐渐上升趋势,且多发于老年人。目前多采用药物治疗带状疱疹,但对是否使用激素类药物仍存在争议。

TNF- α 分布于外周和中枢神经系统,在神经损伤早期,TNF- α 水平升高可激活炎症因子的瀑布效应,容易引起异常疼痛和痛觉过敏;IL-2可促进T细胞和B细胞的成熟分化,使T淋巴细胞的活性增强,

从而增强患者免疫力,在抗病毒和抗肿瘤方面具有良好的功效。本研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组,且治疗1周后,观察组VAS评分较对照组低,表明泼尼松联合伐昔洛韦治疗带状疱疹急性期的临床疗效确切,可减轻患者疼痛程度。分析其原因在于,伐昔洛韦是鸟嘌呤类似物的抗病毒药物,使用后可转化为阿昔洛韦,可与细胞激酶和DNA竞争性结合,进一步磷酸化为三磷酸酯,且对病毒DNA聚合酶有干扰作用,终止病毒的复制和繁殖,从而发挥抗病毒的作用^[5]。泼尼松是临床上常用的口服糖皮质激素,对治疗自身免疫性疾病有较好的疗效,同时还具有较强的抗过敏、抗炎作用,可对细胞膜和毛细血管壁的通透性产生作用,对结缔组织增生产生抑制作用,减少炎症因子、组胺或其他有毒物质的形成和释放^[6]。因此,在带状疱疹病毒感染急性期服用高效抗病毒药物伐昔洛韦的基础上联合小剂量糖皮质激素泼尼松,不仅能有效抑制病毒繁殖,而且能显著降低急性期炎症反应,预防病毒对神经节和神经纤维的损伤,具有减轻疼痛、缩短病程、减少神经痛发生的优点。如本研究结果显示,治疗1周后,观察组TNF- α 水平均较对照组低,IL-2水平较对照组高,表明泼尼松联合伐昔洛韦可调节机体细胞因子水平,减轻机体炎症反应。

综上所述,泼尼松联合伐昔洛韦治疗带状疱疹急性期的临床疗效确切,可减轻患者疼痛程度,降低机体炎症反应,值得临床应用。

参考文献:

- [1] 伍小敏,于泳健,蔡放.带状疱疹后遗神经痛的发病相关因素分析[J].中华全科医学,2016,14(3):352-354.
- [2] 赵辩.中国临床皮肤科学[M].南京:江苏科技出版社,2010:395-399.
- [3] Dayan R R, Peleg R. Herpes zoster—typical and atypical presentations[J]. Postgrad Med, 2017, 129(6):567-571.
- [4] 陈俭波,于碧慧,罗帅寒天,等.伐昔洛韦联合膦甲酸钠治疗带状疱疹急性神经痛的回顾性分析[J].中国医师杂志,2016,18(5):695-698+701.
- [5] 张丽,陈启红,丁小珍.加巴喷丁联合泼尼松治疗带状疱疹性疼痛疗效观察[J].海南医学,2016,27(16):2651-2653.
- [6] 郑旭,姜薇.加巴喷丁联合伐昔洛韦治疗带状疱疹神经痛的效果观察及对视觉模拟评分的影响[J].中国医刊,2018,53(8):915-918.

宁洱县 10 500 人次皮肤病患者情况分析

何卫国

(宁洱县人民医院皮肤性病科, 云南 宁洱 665199)

【摘要】 目的 了解宁洱县(2015~2017)年3年内皮肤病流行情况,为皮肤病治疗策略制定提供依据。**方法** 通过皮肤科每日诊治患者病种人次统计分析。**结果** 3年内共诊治各类皮肤病10 500人次,其中湿疹皮炎类2 670人次,荨麻疹类1 196人次,真菌性皮炎1 113人次,三类疾病占所诊治皮肤病人次的47.42%。**结论** 宁洱县医院皮肤科应以上述三类疾病为主,应加强落实相应诊治措施。

【关键词】 基层;医院;皮肤病种分类;诊治措施

中图分类号: R181.8; R751 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.056

为了解我县皮肤病流行情况,为科室皮肤病治疗措施的制定提供依据,对我科3年内每日诊治病例数进行分类,总结我县皮肤病的流行情况,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 资料源于2015年至2017年3年内我科就诊患者门诊日志,统计病种包括湿疹皮炎类(急性慢性湿疹、过敏性皮炎、接触性皮炎、神经性皮炎);真菌感染类(手癣、足癣、甲癣、体癣、股癣、头癣、花斑癣);荨麻疹类(急性慢性荨麻疹、胆碱能性荨麻疹、丘疹性荨麻疹);带状疱疹;性传播性疾病类(梅毒、淋病、尖锐湿疣、生殖器疱疹、生殖道沙眼衣原体感染、阴虱病);药物过敏类等。诊断标准参照《中国临床皮肤病学》及《皮肤性病学》的有关标准^[1,2]。

1.2 方法 采用回顾性描述性流行病学方法进行分析。

2 结果

皮肤病流行概况:3年全县通过县医院皮肤科门诊共诊治各类皮肤病10 500人次,其中男性患者为6 131人次,女性患者为4 369人次,男女比例为1.4:1。宁洱县人口为19.4万人,发病率为5 412人次/10万人;其中皮炎湿疹类发病率为1 376人次/10万人;真菌性皮肤病为615人次/10万人;荨麻疹类为573人次/10万人;三类皮肤病例数达到4 976人次,占总病例人次47.42%,近一半,各病种分布情况详见表1。

3 讨论

3年共诊治病人10 500人次,从表1可看出,湿疹皮炎类、真菌感染类和荨麻疹类皮肤病人次占47.42%,将近一半。说明我县医院皮肤病就诊患者以上述三类为主,针对皮炎湿疹类和荨麻疹类疾病应开展食入性过敏原和吸入性过敏原的检测,针对真菌性疾病应开展荧光暗视野显微镜的检验。为临床开展治疗项目提供依据,并有针对性地购入相应治疗药品,解决基

表1 2015年-2017年宁洱县医院皮肤科就诊情况表

病种	2015	2016	2017	合计	构成比(%)
皮炎湿疹类	929	714	1027	2670	25.43
真菌类疾病	387	315	494	1196	11.37
荨麻疹类	324	336	454	1113	10.60
性传播疾病	247	166	158	571	5.44
带状疱疹	117	98	72	287	2.73
痤疮(粉刺)	81	86	110	277	2.61
疣类	90	44	67	201	19.1
瘙痒症	58	38	40	136	13.0
药物性皮炎	54	26	33	112	10.7
瘢痕疙瘩	27	25	38	90	0.86
疥疮	16	22	48	86	0.82
银屑病	14	26	17	57	0.54
白癜风	13	13	19	45	0.43
鸡眼胼胝	22	7	11	40	0.38
血管瘤	10	6	9	25	0.24

层医院缺乏专用药品的困境,才能提高治疗效果,赢得良好的社会和经济效益。

性传播性疾病类构成比5.44%,患病率为301人次/10万人,虽然年患病逐渐有所下降,但仍然高于我市平均水平,有必要加强性传播疾病的健康教育,提高防护措施。

瘢痕疙瘩就诊人数有逐渐增高的趋势,表明由于非专业的美容机构逐渐增多,不规范的美容操作易形成过度损伤,导致瘢痕增生,应对要求美容的患者进行医学美容与生活美容有关知识的健康教育,避免爱美者到一般美容店接受非专业美容操作,造成不良后果。

疥疮的就诊人数有逐年增加的趋势,而且增加的幅度还较大,说明在某些群居性人群中,对疥疮的防护意识很低,存在一定范围内疥疮爆发流行的风险,故应在农民工、寄宿学校学生等人群中开展疥疮防治知识的健康教育,提高疥疮预防意识,避免造成流行。

(下转第451页)

富马酸卢帕他定治疗皮肤划痕症的疗效观察

肖 丽, 王继湖

(建湖县疾病预防控制中心, 江苏 盐城 224700)

【摘要】 目的 观察富马酸卢帕他定治疗皮肤划痕症的疗效。**方法** 将92例皮肤划痕症患者随机分为两组, 观察组($n=46$)口服富马酸卢帕他定片, 10mg/次, 1次/d; 对照组($n=46$)口服氯雷他定口腔崩解片, 10mg/次, 1次/d。疗程均为4周。**结果** 观察组和对照组临床有效率分别为93.5%、73.9%, 差异有统计学意义($P=0.024$); 皮肤病生活质量指数(DLQI)积分, 两组治疗前后组内比较, 差异均存在统计学意义($P<0.001$), 治疗后组间比较, 差异有统计学意义($P<0.001$); 不良反应率分别为10.9%、13.0%, 两组间比较无显著性差异($P>0.05$)。**结论** 富马酸卢帕他定可安全有效控制皮肤划痕症临床症状, 提高生活质量。

【关键词】 富马酸卢帕他定; 皮肤划痕症; 疗效; DLQI

中图分类号: R751.05; R758.24 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.057

皮肤划痕症亦称人工荨麻疹, 是物理性荨麻疹的常见类型, 是皮肤受到机械性切力后(1~5) min内局部形成条状风团^[1], 并伴明显瘙痒。本病累及2%~5%的人群^[2], 多见于青壮年, 病程较长, 对患者生活工作造成严重影响, 目前临床治疗主要应用抗组胺类药物。笔者选取本中心诊治的皮肤划痕症患者为对象, 观察富马酸卢帕他定的临床疗效, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2017年3月至2019年8月在本中心诊治的皮肤划痕症病例92例, 随机分为两组。观察组46例, 对照组46例。观察组: 男17例, 女29例, 年龄(20~59)岁, 平均年龄(32.70 ± 8.33)岁, 病程8个月~8年, 平均病程(3.00 ± 1.72)年; 对照组: 男20例, 女26例, 年龄(25~56)岁, 平均年龄(30.83 ± 5.63)岁, 病程6个月~10年, 平均病程(3.70 ± 1.85)年。两组间病例的性别、年龄、病程等基础数据比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 用药前临床症状和生活质量评分组间比较差异也无统计学意义, 具有可比性。

1.2 病例选取标准 入组标准: ①符合《中国荨麻疹诊疗指南(2018版)》^[1]中皮肤划痕症的诊断标准: 机械性切力后(1~5) min内局部形成条状风团; ②病程>6周; ③年龄(18~65)周岁; ④知晓并签署知情同意书。排除标准: ①对他啶类药物过敏者; ②并发心肝肾等严重疾患; ③孕妇、哺乳期妇女; ④从事危险或精密操作的工作人员; ⑤2周内服用过抗组胺药、类固醇激素、孟鲁司特。

1.3 治疗方法 治疗前, 患者均进行血常规、肝肾功能、心电图检查和常规体检。观察组给予富马酸卢帕他定片(四川海思科制药有限公司, 国药准字H20140026) 10mg/次, 1次/d, 口服。对照组给予氯雷他定口腔崩解片(四川新斯顿制药有限责任公司, 国药准字H20080527) 10mg/次, 1次/d, 口服。两

组疗程均为28d。

1.4 疗效评价

1.4.1 临床症状评分 分别对划痕横径、持续时间、风团数目、发作频率、瘙痒程度按(0~3)分四级评分法^[3]进行评分, 总分(0~15)分。症状积分下降指数(SSRI) = (治疗前症状积分 - 治疗后症状积分) ÷ 治疗前症状积分 × 100%。痊愈: SSRI ≥ 90%; 显效: SSRI在60%~89%; 进步: SSRI在30%~59%; 无效: SSRI < 30%。总有效率 = 痊愈率 + 显效率。

1.4.2 生活质量评分 采用皮肤病生活质量指数(DLQI)量表, 从十个方面对患者的感受及本病对其生活、工作的影响进行评分, 总分(0~30)分^[4]。积分越高表示病情越严重。

1.4.3 安全评估 对口干、嗜睡、头痛、心律失常等可能不良反应进行记录并计算不良反应率。

1.5 统计方法 用SPSS 23.0软件处理分析数据, 用($\bar{x}\pm s$)表示计量资料, 并用 t 检验; 用(n 、%)表示计数资料, 并用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率为93.5%, 不良反应发生率为10.9%; 对照组总有效率为73.9%, 不良反应发生率为13.0%。治疗后观察组划痕横径、持续时间、风团数目明显低于对照组, 总有效率明显高于对照组, 差异有统计学意义($\chi^2=5.098$, $P<0.05$); 两组不良反应发生率无显著性差异($\chi^2=0.000$, $P>0.05$)。详见表1~表3。

2.2 皮肤病生活质量 观察组治疗前皮肤病生活质量评分为(13.07 ± 3.45)分, 治疗后下降为(2.37 ± 1.39)分; 对照组治疗前皮肤病生活质量评分为(12.98 ± 3.14)分, 治疗后下降为(4.22 ± 1.80)分。治疗前两组DLQI评分对比, 无显著性差异($t=0.127$,

表 1 观察组治疗前后症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	划痕横径	持续时间	风团数目	发作频率	瘙痒程度
治疗前	46	2.13±0.75	2.13±0.75	2.20±0.75	2.24±0.71	2.31±0.70
治疗后	46	0.33±0.52	0.30±0.51	0.48±0.55	0.61±0.61	0.51±0.55
<i>t</i>		17.813	19.260	16.178	17.146	22.045
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 2 对照组治疗前后症状评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	划痕横径	持续时间	风团数目	发作频率	瘙痒程度
治疗前	46	2.13±0.75	2.17±0.83	2.20±0.72	2.39±0.71	2.17±0.74
治疗后	46	0.52±0.62	0.46±0.55	0.63±0.71	0.61±0.68	0.46±0.59
<i>t</i>		15.988	12.789	11.985	15.375	15.526
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

表 3 两组症状评分 SSRI 比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	划痕横径	持续时间	风团数目	发作频率	瘙痒程度
观察组	46	87.32±20.24	88.77±18.94	79.72±24.82	75.72±24.01	81.88±20.13
对照组	46	78.62±28.03	72.83±35.20	67.75±42.37	75.00±29.97	79.71±28.96
<i>F</i>		6.975	18.815	5.614	1.108	3.723
<i>P</i>		0.010	0.000	0.020	0.295	0.057

$P=0.900$); 两组组内治疗前后比较均有显著性差异 ($t_{\text{观察}}=23.366$ 、 $t_{\text{对照}}=16.433$, P 均 < 0.01); 治疗后 DLQI 评分观察组低于对照组, 差异有统计学意义 ($t=-5.531$, $P=0.000$)。

2.3 安全性 两组患者用药过程中均有轻度不良反应发生, 但均未发生严重不良反应, 均无患者因不良反应而中断治疗。观察组有口干 3 例, 嗜睡 2 例, 不良反应率为 10.9%; 对照组有口干 3 例, 嗜睡 3 例, 不良反应率为 13.0%。不良反应率两组间比较, 差异无统计学意义。

3 讨论

皮肤划痕症的病因很难确定, 发病机制尚未完全清楚。目前多认为肥大细胞是发病中的主要效应细胞, 刺激使肥大细胞脱颗粒, 也可增加释放炎症介质组胺、5-羟色胺、白三烯、血小板活化因子 (PAF) 等, 其中最主要的是组胺。炎症介质可作用于血管内皮细胞, 使血管通透性增加, 组织液外渗, 产生风团; 作用于感觉神经, 产生瘙痒。H₁ 抗组胺药可以阻断组胺与 H₁ 受体结合, 使风团消退、瘙痒减缓, 《中国荨麻疹诊疗指南》^[1] 等多国权威指南一致推荐第二代 H₁ 抗组胺药作为荨麻疹治疗的一线用药。

富马酸卢帕他定是吡啶类富马酸盐, 体内转化为三羟基地氯雷他定起作用, 不仅可显著拮抗组胺 H₁ 受体活性, 还具有拮抗 PAF 受体的作用。Merlos M 等^[5] 在动物实验中发现, 富马酸卢帕他定抗组胺活性比特非那定、氯雷他定、西替利嗪更强, 其对肥大细胞脱颗

粒, 中性粒细胞、嗜酸粒细胞迁移等均有抑制作用。PAF 也是重要的炎症介质, 在晚期变态反应中起重要作用, 因而富马酸卢帕他定可在不同环节抵制变态反应的发生^[6]。本次观察治疗使用相同剂量的富马酸卢帕他定和氯雷他定, 观察组治疗有效率为 93.5%, 对照组为 73.9%, 富马酸卢帕他定能有效减轻瘙痒, 缩短风团持续时间, 减少风团数量, 使风团消退, 其对皮肤划痕症临床症状的缓解程度明显好于氯雷他定; 治疗前后 DLQI 评分, 各组组内差异 ($P < 0.01$) 均有统计学意义, 两组患者的生活质量在治疗后均得到了明显提高。同时, 观察组治疗后 DLQI 评分低于对照组 ($P < 0.01$), 富马酸卢帕他定治疗皮肤划痕症更能提高患者生活质量。本次观察结果与李柯旻等^[7] 的文献报道结果基本一致。

富马酸卢帕他定与氯雷他定均是亲脂性大分子, 可广泛结合蛋白, 血脑屏障通透性均小, 治疗剂量给药不易产生中枢镇静作用。有文献报道称, 富马酸卢帕他定和二代抗组胺剂相似, 有轻微中枢不良反应, 不过属于正常耐受范围, 属于非镇静剂^[8]。本次观察治疗剂量给药, 观察组嗜睡 2 例 (4.3%), 对照组嗜睡 3 例 (6.5%), 也显示对富马酸卢帕他定和氯雷他定对中枢神经系统影响较小, 且两组间无显著性差异 ($P < 0.01$)。

综上, 本次对照观察表明, 富马酸卢帕他定治疗皮肤划痕症疗效好, 安全性高, 服用方便, 耐受性好, 依从性高, 比氯雷他定更具优势, 值得作为治疗皮肤划痕症的一线药物使用。

(下转第 454 页)

308nm 准分子光联合皮肤屏障修复剂治疗稳定期面部白癜风的疗效评价

刘前进¹, 崔荣哲¹, 杨娟², 肖波¹, 张勇³, 曹洪警¹, 尚进¹

(1. 中国人民解放军陆军第七十九集团军医院, 辽宁 辽阳 111000; 2. 山东省立医院南院, 山东 济南 250000; 3. 忻州市妇幼保健院, 山西 忻州 034000)

【关键词】 308nm 准分子激光; 拜瑞格皮肤屏障修复剂; 白癜风; 临床疗效

中图分类号: R454.2; R758.4⁺1 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.058

白癜风(vitiligo)是一种较常见的后天性脱色素疾病,表皮、黏膜和其他组织内黑素细胞丧失为其特征^[1]。其黑素细胞破坏的机制目前尚不清楚,可能与自身免疫、遗传、黑素细胞自身破坏、神经精神因素、氧化应激和角质形成细胞功能障碍等多种因素有关^[2]。本病的世界患病率为0.5%~2%,可发生于任何年龄,一般从幼儿期或青春期发病,25%的病例14岁前出现症状,50%患者20岁左右开始出现症状,常常影响患者的生活质量和心理健康^[3]。近年来研究表明308nm准分子光对白癜风有良好的治疗作用,但多数患者会出现红斑、水疱、瘙痒等不良反应^[4、5]。为此,笔者采用308nm准分子光联合拜瑞格皮肤屏障修复剂外用治疗白癜风取得了满意的效果,现将结果报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取2019年6月至2021年1月,于皮肤科门诊就诊并按照《皮肤科诊疗常规》^[2]确诊的白癜风患者39例为观察对象,其中男24例,女15例,病程2个月~7年。按随机数字表法分为治疗组(21例)和对照组(18例)。两组性别、年龄、分型、分期、病程等资料经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有齐同可比性。

1.2 纳入与排除标准^[6] 纳入标准:①均为稳定期面部白癜风患者;②近3个月内未接受糖皮质激素和免疫抑制剂等系统治疗;③无其他免疫性疾病及严重内科疾病;④患者愿意而且能遵守治疗方案及进行相关检查。排除标准:①对紫外线过敏者;②伴发晕痣;③近3个月内接受糖皮质激素和免疫抑制剂等系统治疗;④合并其他免疫系统疾病及严重内科疾病,如肝肾功能不全或恶性肿瘤的患者;⑤妊娠及哺乳期妇女;⑥患有精神疾病或不能配合治疗者;⑦不能遵守治疗方案及疗程者。

1.3 治疗方法 两组均予以308nm紫外光治疗仪(重庆半岛医疗科技有限公司2019-08型,生产许可证号:渝食药监械生产许20160062号)治疗头紧贴皮损区照射,保护周边正常皮肤,2次/周,至少间隔72h,以2s即71mJ/cm²为首次剂量,以后根据患者皮

损反应情况增加剂量,每次增加2s时间。治疗组同时外用皮肤屏障修复剂(山东百奥生物医药有限公司,产品备案号:鲁德械备20180010号),2次/d,两组患者均治疗3个月。

1.4 疗效判定 两组患者均于治疗前和治疗后记录皮损的分布情况和面积,以及色素恢复情况,有无新发皮损及复发等,疗程结束时判定疗效。疗效判定标准^[6]:基本痊愈:白斑基本全部消退,恢复正常肤色;显效:白斑部分消退或缩小,恢复正常肤色的面积占皮损面积 $\geq 50\%$;好转:白斑部分消退或缩小,恢复正常肤色的面积占皮损面积的10%~49%;无效:白斑无色素再生或范围扩大。痊愈和显效例数的百分比合计为治疗有效率。

1.4 统计学处理 采用SPSS 17.0统计软件进行数据分析,计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗3个月后,实验组患者21例,基本痊愈9例(42.86%),显效8例(38.10%),好转3例(14.29%),无效1例(4.76%),总有效率为80.95%(17/21);对照组患者18例,基本痊愈7例(38.89%),显效5例(27.28%),好转4例(22.22%),无效2例(11.11%),总有效率为66.67%(12/18)。实验组患者总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 两组临床有效率比较(n, %)

组别	痊愈	显效	好转	无效	总有效率
对照组 (n=18)	7 (38.89)	5 (27.28)	4 (22.22)	2 (11.11)	66.67
实验组 (n=21)	9 (42.86)	8 (38.10)	3 (14.29)	1 (4.76)	80.95
χ^2					5.39
P					< 0.05

2.2 不良反应 对照组有2例出现不良反应,1例皮肤干燥;1例瘙痒。对照组有4例出现不良反应,包括1例水疱;2例皮肤干燥;1例疼痛。经降低剂量或暂停照射后均可缓解。

3 讨论

白癜风是一种原发性、局限性或泛发性的皮肤黏膜色素脱失性皮肤病。我国古医书中即有白癜风的描述,称为“白癜”“白驳”或“白驳风”。本病病因有遗传学说、神经学说、自身免疫学说、病毒感染(如CMV病毒)黑素细胞学说,黑素细胞死亡可能系环境中或自身产生的化学物质的细胞毒性作用所致。2012年,50篇全球范围内研究白癜风患病率的文献报道白癜风的患病率在0.06%~2.28%。由北京大学人民医院皮肤科张建中教授牵头组织的全国六城市流行病学调查结果显示,我国白癜风的总患病率为0.553%,推算我国约有800万患者^[7]。目前本病的治疗方法多样,包括物理治疗、药物治疗、手术治疗、遮盖疗法及脱色疗法。其中物理治疗包括窄谱紫外线(NB-UVB),PUVA和308nm准分子激光等;药物治疗则以外用或口服糖皮质激素、钙调神经磷酸酶抑制剂、维生素D₃衍生物、抗TNF- α 生物制剂等为主,还有遮盖疗法、脱色疗法及中医中药治疗^[8]。本研究采用308nm准分子光联合拜瑞格皮肤屏障修复剂外用治疗白癜风,308nm准分子光属于中波紫外线的范畴,经过临床数年验证,发现其具有疗效肯定、见效快、疗程短,不良反应少的特点。较窄谱中波紫外线(NB-UVB)治疗的效果好,周围皮肤损伤少^[9]。拜瑞格皮肤屏障修复剂是一款用于皮炎湿疹、敏感性皮肤、激素依赖性皮炎等皮肤屏障受损症状及面部激光、光子嫩肤、化学换肤术后的械字号医用功能性护肤品,主要成分有丁二醇、透明质酸钠、神经酰胺、植物甾醇、游离脂肪酸等修复成分组成的皮肤屏障外用乳液。本品含有丰富的皮肤屏障修复成分,并模拟皮肤角质层双分子膜的三个主要成分组成的复合高效的皮肤屏障修复保护系统;可快速修复皮肤屏障,形成保护层,提高皮肤抗刺激能力,降低皮肤敏感。丁二醇是一种促溶剂和保湿剂,可以吸收并将水分保留在皮肤内,降低黏度,使配方变得更加清爽降低油腻感,还可帮助活性

成分渗透。透明质酸钠具有高度亲水性和保水性,还能促进表皮细胞的增殖和分化、清除氧自由基,可预防和修复皮肤损伤^[10]。神经酰胺具有亲水性和亲脂性,起到屏障保护作用,锁住皮肤的水分;增强角质层细胞间的粘合力,提高皮肤弹性、防止皮肤生皱、干燥脱屑;调节细胞功能,对维持细胞正常代谢有重要作用。植物甾醇可以增强皮肤屏障功能,提高皮肤的持水能力,舒缓抗炎,减轻皮肤刺激性,尤其适合干性、敏感肌修复护理。游离脂肪酸可减少水分蒸发,具有润肤的作用。拜瑞格皮肤屏障修复剂亦可日常使用为正常肌肤、干燥肌肤、晒后皮肤、衰老皮肤维护和保养。因此,采用308nm准分子光联合拜瑞格皮肤屏障修复剂外用治疗白癜风,不仅临床疗效良好,而且安全可靠,不良反应少,更适合于面部白癜风的治疗,值得临床推广与应用。

参考文献:

- [1] 吴志华. 皮肤科治疗学 [M]. 北京: 科学出版社, 2016:657.
- [2] 北京儿童医院. 皮肤科诊疗常规 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 178-180.
- [3] 赖维. 简明皮肤科诊疗手册 [M]. 北京: 科学出版社, 2019:87.
- [4] 张勇, 吴建华, 顾军. 308nm 准分子光治疗稳定期白癜风的临床疗效观察 [J]. 临床皮肤科杂志, 2012,41(4):250-251.
- [5] 彭昆, 张敏, 赵敏. 他克莫司软膏联合 308nm 高能准分子光治疗面颈部白癜风临床疗效观察 [J]. 实用皮肤病学杂志, 2012,5(5):287-289.
- [6] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 白癜风临床分型及疗效标准 (2003 年修订稿) [J]. 中华皮肤科杂志, 2004,37(7):54.
- [7] 常建民. 色素减退性皮肤病附临床及病理图谱 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2014:1.
- [8] 方洪元, 邢卫斌, 张秉新, 等. 实用皮肤性病手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016:676.
- [9] 周京, 李琳, 刘晓峰. 他克莫司软膏与 308nm 高能准分子光联合治疗白癜风的护理 [J]. 实用皮肤病学杂志, 2014,7(4):299-300.
- [10] 尚进, 杨波, 刘佳, 等. 综合疗法治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2021,43(1):101-103.

(上接第 447 页)

带状疱疹、疣类皮肤病(寻常疣、扁平疣、跖疣、丝状疣)和痤疮粉刺三类疾病分别占2.73%、2.64%和1.91%,合计7.28%,这三类疾病易诊难治,传统以药物治疗为主,疗效低,患者的满意度较低。为此,应引进红蓝光治疗仪、液氮冷冻、CO₂激光、点阵激光等多种物理治疗方法,采用药物与物理治疗相结合的方法,以提高治疗效果,提高患者对治疗的满意度。

银屑病、白癜风、鸡眼胼胝、血管瘤等疾病三年内的发病情况变化基本处于平衡状态,所占构成比均在0.5%左右,可作为一般疾病进行防治。

参考文献:

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010.
- [2] 张学军, 赵婕. 皮肤性病学 [M]. 9 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018.

卤米松乳膏联合维生素 E 乳膏治疗神经性皮炎的疗效分析

黄海生, 邓东明, 丘文苑, 黄远忠, 黄祖锋

(广东省泗安医院药剂科, 广东 东莞 523003)

【摘要】 目的 观察卤米松乳膏联合维生素 E 乳膏治疗神经性皮炎的疗效。**方法** 选择 2017 年 1 月至 2020 年 9 月某医院收治的 62 例神经性皮炎患者, 按随机数表分为两组。对照组 31 例使用卤米松乳膏治疗, 研究组 31 例使用卤米松乳膏联合维生素 E 乳膏治疗, 对比两组患者治疗疗效及不良反应发生率。**结果** 研究组患者治疗总有效率为 87.09%, 显著高于对照组 ($P < 0.05$); 研究组不良反应发生率显著低于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 卤米松乳膏联合维生素 E 乳膏治疗神经性皮炎, 可缓解患者临床症状, 有效提高其生活质量及治疗效果。

【关键词】 卤米松乳膏; 维生素 E 乳膏; 神经性皮炎; 治疗疗效

中图分类号: R751.05; R758.3² 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.059

神经性皮炎在临床上是一种常见慢性瘙痒性皮肤病, 具有较高的发病率及复发率。该疾病主要以皮肤瘙痒、苔藓样变为临床表现, 若不及时接受有效治疗, 不仅会影响患者日常生活及其工作, 还会严重危害其身心健康^[1]。目前, 临床治疗神经性皮炎多采用糖皮质激素外用药物, 但患者长时间使用糖皮质激素药物易出现一系列不良反应。因此, 对于该疾病临床需采用一种安全、有效药物^[2]。本研究对本院收治的 62 例神经性皮炎患者随机分组治疗, 以分析不同治疗方案的临床疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2017 年 1 月至 2020 年 9 月本院收治的 62 例神经性皮炎患者为观察对象。纳入标准: 确诊为神经性皮炎患者; 排除标准: 肝肾功能疾病、心理精神障碍者, 妊娠、哺乳期患者。按随机数表分为两组, 对照组 31 例, 年龄 (15 ~ 75) 岁, 平均 (38.06 ± 15.28) 岁; 研究组 31 例, 年龄 (12 ~ 81) 岁, 平均 (41.32 ± 13.59) 岁。两组一般资料比较, 无统计学差异。

1.2 方法 对照组使用卤米松乳膏治疗, 患者清洁患处后, 根据患处实际情况明确涂抹厚度, 两次涂抹时间需间隔 6h, 研究组在对照组基础上使用维生素 E 乳膏治疗, 两组均治疗 2 周。

1.3 观察指标和评定标准 痊愈: 患者皮损处愈合 > 90%, 且瘙痒感消失; 显效: 患者皮损处愈合至少 60% ~ 89%, 且瘙痒感显著减轻; 有效: 患者皮损处愈合至少 20% ~ 59%, 且瘙痒感有所缓解; 无效: 患者皮损处愈合 < 20%, 明显加重瘙痒感。观察两组不良反应: 毛细血管扩张; 色素沉着; 皮肤干燥; 过敏等^[3-4]。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 21.0 统计软件进行处理与分析, 计数数据选择 (n , %) 代表, 以 χ^2 检验, $P < 0.05$ 时表示有统计学差异。

2 结果

2.1 疗效 对照组 31 例, 痊愈 6 例 (19.35%), 显效 7 例 (22.58%), 有效 12 例 (38.78%), 总有效率 61.29% (19/31); 研究组 31 例, 痊愈 9 例 (29.03%), 显效 10 例 (32.25%), 有效 8 例 (25.80%), 无效 4 例 (12.90%), 总有效率 87.09% (27/31)。研究组临床有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ($\chi^2=5.3913$, $P < 0.05$)。

表 1 两组临床有效率比较 (n , %)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 ($n=31$)	6 (19.35)	7 (22.58)	12 (38.78)	6 (19.35)	61.29
研究组 ($n=31$)	9 (29.03)	10 (32.25)	8 (25.80)	4 (12.90)	87.09
χ^2					5.39
P					< 0.05

2.2 不良反应 研究组患者出现不良反应为 0 例, 对照组出现毛细血管扩张 2 例, 色素沉着 1 例, 皮肤干燥 3 例, 过敏 1 例, 不良反应发生率为 22.58%。研究组不良反应率显著低于对照组, 对比差异显著 ($P < 0.05$)^[5]。

3 讨论

神经性皮炎是一种常见的顽固性皮肤病, 其具有发病率及反复率高等特点, 该病治疗以外用药物为主, 多用糖皮质激素药物, 但大量研究指出, 临床仅用一种药物治疗该疾病, 其效果不佳, 多建议使用两种或两种以上药物进行治疗^[6, 7]。

维生素 E 乳膏, 维生素 E 是该药物主要成分, 而辅料则是甘油、聚山梨酯及乙醇等, 具有止痒、抗氧化、保湿及保护皮肤等效果^[8], 与激素类药物连用, 可以降低不良反应发生率, 有效修复患者皮肤。研究表明卤米松乳膏联合维生素 E 乳膏治疗神经性皮炎的疗效优于单用卤米松乳膏, 不良反应低于单用卤米松乳膏。

(下转第 456 页)

润燥止痒胶囊联合依巴斯汀片治疗冬季皮肤瘙痒症临床疗效观察

刘必庆, 王芳*

(东部战区海军医院门诊部, 浙江 舟山 316000)

【摘要】 目的 观察润燥止痒胶囊联合依巴斯汀片治疗冬季皮肤瘙痒症的临床疗效。**方法** 采用随机对照的临床研究方法, 将106例冬季皮肤瘙痒症患者分为试验组和对照组。试验组口服依巴斯汀片10mg/次, 1次/d, 润燥止痒胶囊4粒/次, 3次/d; 对照组仅口服依巴斯汀片10mg/次, 1次/d。**结果** 试验组总有效率为92.8%, 显著高于对照组(76%), 两组的治疗有效率差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 使用润燥止痒胶囊联合依巴斯汀片治疗冬季皮肤瘙痒症效果显著, 疗效确切。

【关键词】 润燥止痒胶囊; 依巴斯汀片; 冬季皮肤瘙痒症

中图分类号: R4/78; R758.3^{†1} 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.060

冬季天气寒冷、空气干燥, 可引起机体代谢失调、皮脂腺代谢功能减退, 导致冬季皮肤瘙痒症, 其剧烈瘙痒可严重影响人们的生活质量。为了改善冬季皮肤瘙痒症患者的不适症状和生活质量, 本院自2017年9月至2018年12月采用依巴斯汀片与润燥止痒胶囊联合治疗冬季皮肤瘙痒症, 疗效满意, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 ①患者均来自本院门诊, 年龄(45~75)岁, 男性58例, 女性48例, 共106例, 病程1年以上至数年不等。②所有患者符合文献^[1]中冬季瘙痒症诊断标准: 好发于秋末及冬季的皮肤瘙痒, 无原发性损害, 皮肤干燥变薄, 表面有糠秕状的脱屑, 并伴有长期搔抓, 可出现抓痕、血痂、色素沉着, 严重者可以发生皮肤感染。③前2周内未服用抗组胺药或1个月内未外用糖皮质激素药物。④无肝、肾功能不全、糖尿病、肿瘤、自身免疫性疾病等疾病患者。⑤无对其中任何一种药物过敏者。⑥非妊娠及哺乳妇女。⑦患者均能按要求执行治疗方案, 且同意参加临床观察。纳入病例以随机数字表法分为两组。

1.2 治疗方法 试验组56例, 口服依巴斯汀片(江苏联环药业股份有限公司)10mg/次, 1次/d, 同时加服润燥止痒胶囊(贵州同济堂制药有限公司)2g/次, 3次/d; 对照组50例, 仅口服依巴斯汀片10mg/次, 1次/d。两组均以2周为1个疗程, 共2个疗程, 4周后判定疗效, 治疗期间建议患者避免用热水烫洗、搔抓及摩擦等方法来止痒, 尽量减少洗浴次数和时间, 避免进食刺激、腥发食物。

1.3 疗效评定标准 治愈: 瘙痒完全消失, 无抓痕;

显效: 瘙痒大部分消失, 夜间仅个别部位有瘙痒, 无明显抓痕; 好转: 瘙痒程度减轻, 夜间仍有瘙痒但程度减轻, 抓痕减少; 无效: 瘙痒没有改善。

1.4 统计学处理 采用SPSS 16.0软件进行统计学处理, 试验组和对照组比较采用 X^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异显著, 有统计学意义。

2 结果

2.1 两组一般资料的比较 106例患者的随机分为试验组56例, 对照组50例。两组患者性别、年龄、病程等情况相似($P > 0.05$), 具有可比性。详情见表1。

表1 两组一般资料的比较

组别	n	男(例)	女(例)	年龄(岁)	病程(年)
试验组	56	26	30	57.41±2.36	2.18±0.20
对照组	50	22	28	57.10±2.32	2.21±0.22
X^2/t		0.063		0.681	0.735
P		0.802		0.498	0.464

2.2 临床疗效比较 (治愈例数+显效例数)÷总数的百分比=总有效率。治疗2周后, 试验组有效率为60.7%, 对照组有效率为40%; 治疗4周后, 试验组总有效率为92.8%, 对照组总有效率为76%。经 X^2 检验, $P < 0.05$, 差异有显著性, 试验组疗效显著优于对照组。详见表2。

2.3 不良反应 治疗过程中, 试验组和对照组均未发生严重不良反应, 试验组中有6例患者口干、轻度嗜睡; 对照组中亦有2例患者出现口干、乏力、轻度嗜睡等轻度不良反应。两组的不良反应均在治疗2周后消失。

表2 两组临床疗效对照(n, %)

组别	n	治疗2周					治疗4周				
		治愈	显效	好转	无效	总有效率	治愈	显效	好转	无效	总有效率
实验组	56	12 (21.4)	22 (39.3)	19 (33.9)	3 (5.4)	60.7	19 (33.9)	33 (58.9)	4 (7.1)	0 (0)	92.8
对照组	50	6 (12.0)	14 (28.0)	16 (32.0)	14 (28.0)	40.0	11 (22.0)	27 (54.0)	12 (28.0)	0 (0)	76.0

3 讨论

冬季皮肤瘙痒症是一种常见的瘙痒剧烈的皮肤病,病情顽固,反复发作,不易治愈。现代医学认为冬季皮肤瘙痒症与下列因素有关。①寒冷易致患者胃肠道功能障碍、精神紧张、失眠、过度疲劳、情绪变化等,精神因素可使机体产生迟发型变态反应而导致皮肤炎症的发生^[2,3]。②秋冬季节气候寒冷,皮脂腺机能减退致使机体代谢功能失调,汗液排泄不畅,皮肤干燥。③冬季许多患者洗澡习惯的改变(如热水温度过高、洗澡的频率高、使用硫磺皂及盐水等)而加重瘙痒症状。④中医学认为,冬季皮肤瘙痒的主要病因病机是机体正气本虚,卫外失固,风寒之邪乘虚外袭,正邪相争,营卫不和。老年患者易气阴两亏、血虚肝旺、生风生燥、肌肤失养所致,而年轻患者易风湿热证,治宜疏风清热祛湿凉血,因此治疗宜养血平肝,祛风润燥。润燥止痒胶囊主要成分为生地黄、苦参、生首乌、制首乌、桑叶、红活麻等。方中生地黄益精填髓,养血滋阴,具有抗炎、调节免疫作用;苦参疏风、渗湿、止痒,有抗过敏、镇静、催眠作用;生首乌祛风解毒,补肝肾,益精血,养心宁神;制首乌补虚羸,益精填髓,补肝肾益肾;桑叶疏风解表;红活麻疏风除湿、活血。诸药合用,养血滋阴,祛风止痒,从而使瘙痒消失,达到治疗的功效,且润燥止痒胶囊的润肠通便功能,能改善便秘状况,避免长期口服抗组胺药引起的口干,同时亦可抑制头晕、嗜睡等症状^[4,5];而润燥止痒胶囊与双倍

剂量依巴斯汀片联合治疗难治性慢性特发性荨麻疹可明显改善临床症状,提高治疗有效率,安全性好,值得临床推广使用^[6]。综上因素,笔者使用润燥止痒胶囊联合依巴斯汀治疗冬季皮肤瘙痒症4周的总有效率为92.8%,与刘欣^[7]的润燥止痒胶囊与依巴斯汀联合治疗慢性荨麻疹疗效4周有效率为90.91%相当。临床观察显示,两者合用治疗冬季皮肤瘙痒症具有明显协同作用,还能有效避免长期口服抗组胺药引起的嗜睡、口干,合用优于单用(有效率为76.0%)。两者联合用药治疗冬季皮肤瘙痒症不失为一种更好的选择。

参考文献:

- [1] 王侠生, 廖康煌. 杨国亮皮肤病学[M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2005:498.
- [2] 杨洁, 窦娜, 马素慧, 等. 唐山市老年皮肤瘙痒症影响因素[J]. 中国老年学杂志, 2014,34(18):5205-5207.
- [3] Berger T G, Steinhoff M. Pruritus in elderly patients—eruptions of senescence[J]. Semin Cutan Med surg, 2011,30(2):113-117.
- [4] 刘双玉, 殷莹, 范荣兰. 润燥止痒胶囊联合盐酸左西替利嗪片治疗老年性皮肤瘙痒症疗效观察[J]. 中医学报, 2018,33(6):1005-1008.
- [5] 杨东, 魏淑相. 润燥止痒胶囊联合盐酸左西替利嗪治疗皮肤瘙痒症临床观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2017,16(2):163-164.
- [6] 吕君. 润燥止痒胶囊联合双倍剂量依巴斯汀治疗难治性慢性特发性荨麻疹[J]. 湖北民族学院学报(医学版), 2018,5(1):74-75.
- [7] 刘欣. 依巴斯汀和西替利嗪对慢性荨麻疹患者临床症状积分及不良反应的影响对比[J]. 皮肤病与性病, 2020,42(6):854-856.

(上接第449页)

参考文献:

- [1] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组. 中国荨麻疹诊疗指南(2018版)[J]. 中华皮肤科杂志, 2019,52(1):1-5.
- [2] James W D, Berger T G, Elston D M. 安德鲁斯临床皮肤病学[M]. 徐世正, 译. 北京: 科学出版社, 2008:158.
- [3] 胡赞, 王钰婷. 自血疗效法治疗皮肤划痕症的临床研究[J]. 光明中医, 2017,32(13):1935-1936.
- [4] 徐艳江, 王敏华, 孙素姣. 生活质量量表在皮肤科的应用[J]. 皮肤病与性病, 2020,42(3):345-347.
- [5] Merlos M, Giral M, Balsa D, et al. Rupatadine, a new potent, orally active dual antagonist of histamine and platelet activating factor(PAF)[J]. J Pharmacol Exp Ther, 1997,280(1):114-121.
- [6] 邢春华, 蔡育兵, 丁菲, 等. 富马酸卢帕他定片治疗慢性特发性荨麻疹的有效性及安全性[J]. 中国医院药学杂志, 2017,37(13):1271-1274.
- [7] 李柯旻, 贾丽丽, 李纪峰, 等. 富马酸卢帕他定治疗慢性特发性荨麻疹疗效观察[J]. 中国继续医学教育, 2018,10(34):126-128.
- [8] 张丽丹, 刘炜钰, 罗权. 卢帕他定治疗荨麻疹的研究进展[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2016,23(5):362-364.

大汗腺修剪术与小切口微创搔刮术对腋臭患者术后创面美学效果及并发症的影响

张 娟, 王大伟, 赵林栋, 史四季

(焦作市人民医院皮肤烧伤整形外科, 河南 焦作 464000)

【摘要】 目的 探讨大汗腺修剪术与小切口微创搔刮术对腋臭患者术后创面美学效果及并发症的影响。**方法** 选取2018年7月至2019年10月某医院收治的80例腋臭患者, 随机分为A组(40例)和B组(40例)。A组采用大汗腺修剪术治疗, B组采用小切口微创搔刮术治疗, 比较两组术后创面美学、并发症发生率。**结果** B组术后创面美学效果优率高于A组, 良率低于A组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 两组创面美学差率对比, 差异无统计学意义($P > 0.05$); B组并发症发生率(5.00%)低于A组(20.00%), 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 与大汗腺修剪术相比, 腋臭患者采用小切口微创搔刮术治疗术后创面美学效果较优, 且术后并发症少, 值得临床推广。

【关键词】 腋臭; 大汗腺修剪术; 小切口微创搔刮术; 创面美学效果; 并发症发生率

中图分类号: R322.99; R758.74⁺1 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.061

腋臭是皮肤科常见病, 其是腋窝处皮下大汗腺产生的分泌物经皮肤表面细菌分解, 产生一种难闻的臭味, 严重影响患者日常工作、人际交往, 患者易产生较重心理负担^[1]。目前, 临床治疗方式多样, 其中手术是治疗的有效方式之一, 为了选择有效治疗方式, 本研究探讨大汗腺修剪术与小切口微创搔刮术对腋臭患者术后创面美学效果及并发症的影响。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年7月至2019年10月本院收治的80例腋臭患者, 经医学伦理委员会批准, 随机分为A组(40例)和B组(40例)。A组中男19例, 女21例, 年龄(18~42)岁, 平均年龄(27.89 ± 5.13)岁, 腋臭分级: 2级28例, 3级12例; B组中男18例, 女22例, 年龄(18~41)岁, 平均年龄(27.68 ± 5.10)岁, 腋臭分级: 2级27例, 3级13例。统计学比较上述两组基本资料, 差异无意义($P > 0.05$), 研究具有可比性。

1.2 入选标准 纳入标准: ① 均符合腋臭诊断标准^[2]; ② 患者认知功能正常; ③ 患者均知情本研究并签署同意书。排除标准: ① 合并严重瘢痕体质者; ② 凝血功能障碍者; ③ 患有精神疾病者。

1.3 方法 A组采用大汗腺修剪术治疗: 患者呈平卧位, 上肢向头部伸举, 充分暴露腋窝, 术前使用龙胆紫标记腋毛分布范围、切口部位, 皮下剥离区域向外扩展0.5cm左右, 手术区域使用0.5%利多卡因行局部浸润麻醉, 促使术区肿胀, 利于剥离止血。随后沿腋下皱襞线做(1.5~2)cm的平行切口, 使用剪刀沿皮下浅筋膜层, 剥离标记区域皮瓣, 将皮瓣外翻后, 充分暴露皮瓣下组织, 直视下剪除皮瓣内面真皮层下的大汗腺、毛囊、脂肪组织, 注意保留皮下血管网。术后使用稀释后的碘伏冲洗皮下, 如有渗血使用电凝止血, 在腋窝体侧端置入引流管, 随后间断缝合伤口, 并使用纱

布填塞腋窝, 使用弹性绷带行加压包扎处理, 固定7d, 术后3d去除引流管, 术后10d拆线。B组采用小切口微创搔刮术治疗: 患者呈平卧位, 上肢向头部伸举, 充分暴露腋窝, 标记范围内行局部浸润麻醉后, 沿上臂内侧靠近腋毛部位的皮肤皱褶切1cm的切口, 使用剥离子在皮肤、皮下脂肪间向四周钝锐性分离, 直至标记线, 使用腋臭刮匙从洞缘上缘至下反复搔刮皮瓣内面, 直至皮瓣内面平整, 皮瓣厚度大约(0.1~0.2)cm, 残留毛根直接拔出, 经切口查看, 无脂肪球、腺体附着即可。最后冲洗创面, 行弹力带加压包扎处理, 术后3d、5d常规换药, 术后7d拆线。

1.4 观察指标 观察两组术后创面美学效果, 优: 术后患者皮瓣无坏死、糜烂, 创面在(7~10)d愈合; 良: 皮瓣无全层坏死, 糜烂表皮 $< 3\text{cm}^2$, 创面(14~21)d愈合; 差: 皮瓣有坏死, 糜烂表皮面积较大, 创面于21d后愈合。术后观察两组是否出现切口感染、切口血肿、皮瓣坏死等不良反应发生。

1.5 统计学方法 采用SPSS 22.0统计学软件, 计数资料以率表示, 用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后创面美学效果 B组术后创面美学效果优的百分率高于A组, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 见表1。

表1 两组术后创面美学效果(n, %)

组别	优	良	差
A组(n=40)	31(77.50)	8(20.00)	1(2.50)
B组(n=40)	38(95.00)	2(5.00)	0(0.00)
χ^2	5.165	4.114	0.000
P	0.023	0.043	1.000

2.2 并发症发生率 B组并发症发生率低于A组, 差

异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组术后并发症发生率 ($n, \%$)

组别	切口感染	切口血肿	皮瓣坏死	总发生率
A 组 ($n=40$)	5 (12.50)	2 (5.00)	1 (2.50)	8 (20.00)
B 组 ($n=40$)	2 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (5.00)

注: $\chi^2=4.114, P < 0.05$ 。

3 讨论

有研究显示, 腋臭发病机制可能与肾上腺素能交感神经兴奋、遗传等因素有关, 导致其腋窝处大汗腺数量增多、皮肤分泌功能出现异常, 分泌物沉积于皮肤, 产生不饱和脂肪酸, 经皮肤表面细菌分解, 进而发出臭味。

本研究结果显示, B 组术后创面美学效果优率高于 A 组, 并发症发生率低于 A 组, 提示小切口微创搔刮术治疗腋臭术后创面美学效果较好, 并发症少。分析原因在于, 大汗腺修剪术是通过切开腋下皮瓣组织并翻转, 在直视下对其大汗腺进行剪除的术式, 可有效清除汗腺组织, 减少异味散发; 但该手术进行时, 易破坏皮下血管网, 修剪时产生的钝性拉扯可导致术后出现皮瓣坏死、血肿、切口感染等并发症^[3、4]。小切口

微创搔刮术直接搔刮大汗腺, 因其手术切口较小, 对局部组织损伤少, 故患者术后瘢痕较轻, 创面美化效果较好, 术后并发症发生率较小; 但该手术是在直视下进行, 当患者汗腺范围较大时, 可能无法有效全部清除, 导致患者术后可能会复发^[5]。上述两种手术均是微创术式, 手术简单、操作方便, 可供不同人群选择, 对腋臭程度较轻、追求美学效果的患者可考虑采用小切口微创搔刮术; 对腋臭严重者, 可首选大汗腺修剪术。

综上所述, 与大汗腺修剪术相比, 腋臭患者采用小切口微创搔刮术治疗术后创面美学效果较优, 且术后并发症少, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 徐火旺. 小切口大汗腺修剪术治疗腋臭的效果观察 [J]. 中国美容整形外科杂志, 2015, 26(7): 419-420.
- [2] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 1904-1906.
- [3] 贾瑜, 栾兴玉, 吴音, 等. 小切口结合微孔引流手术治疗腋臭 86 例临床观察 [J]. 中国皮肤性病学杂志, 2017, 31(8): 916-917.
- [4] 徐海. 肿胀麻醉下小切口大汗腺清除术治疗腋臭临床研究 [J]. 河北医学, 2016, 22(11): 1872-1874.
- [5] 方高丰, 仇佩庆, 潘孙峰, 等. 3 种微创手术治疗腋臭的效果比较 [J]. 浙江医学, 2019, 41(15): 1647-1649.

(上接第 452 页)

参考文献:

- [1] 李小燕, 聂磊. 卤米松乳膏联合超脉冲 CO₂ 点阵激光治疗神经性皮炎 [J]. 河南大学学报 (医学版), 2018, 37(1): 59-61.
- [2] 苏春志. 卤米松乳膏治疗神经性皮炎和慢性湿疹 49 例疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2017, 12(16): 115-116.
- [3] 童双礼. 卤米松乳膏结合包封处理治疗神经性皮炎和慢性湿疹的效果分析 [J]. 中外医学研究, 2017, 15(2): 26-28.
- [4] 莫伟英. 卤米松乳膏对神经性皮炎和慢性湿疹的疗效观察 [J]. 北方药学, 2019, 16(9): 79-80.

- [5] 陈昕, 杨瑞勇. 小针刀闭合松解术治疗神经性皮炎 [J]. 中医学报, 2019, 34(12): 2669-2673.
- [6] 杜军波, 裴广德, 杜金锋, 等. 复方丙酸氯倍他索软膏联合卡泊三醇软膏治疗神经性皮炎疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2019, 41(3): 414-415.
- [7] 朱烨, 杨小林, 肖东. 消风止痒汤联合姜膏治疗神经性皮炎的临床疗效观察 [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2019, 18(4): 354-356.
- [8] 蔡华, 王俊玲, 张楚怡, 等. 卡泊三醇软膏联合氟芬那酸丁酯软膏治疗神经性皮炎和慢性湿疹疗效观察 [J]. 黑龙江医药, 2019, 32(5): 1024-1026.

昆明市防治艾滋病局艾滋病自愿咨询检测服务机构名录

咨询检测点所在单位	地址	电话
五华区疾病预防控制中心	昆明市西昌路新篆塘 15 号	0871-64106767
昆明医科大学第一附属医院	昆明市五华区西昌路 28 号	65324548 转 2673
五华区人民医院	昆明市东风西路 406 号	0871-66117052
五华区普吉社区卫生服务中心	昆沙路 350 号	65371473
盘龙区疾病预防控制中心	昆明市拓东路 85 号	0871-63111423
昆明市中医院	东风东路 25 号	0871-63129304
昆明市延安医院	人民东路 245 号	63211108
昆明市第二人民医院	云南省昆明市盘龙区茨坝北路 42 号	0871-65212762
官渡区疾病预防控制中心	关上双桥路 365 号	0871-67172967
昆明市第三人民医院	吴井路 319 号	0871-63524920
官渡区杏德社区卫生院美沙酮门诊	东郊牛街庄贵昆路 149 号	0871-67262333
昆明市疾病预防控制中心(土桥)	西昌路土桥里 126 号	0871-64162423
西山区疾病预防控制中心	兴苑路兴隆小区 14 幢	0871-68236355
昆明市第一人民医院	昆明市青年路 504 号	63188200-2257
西山区人民医院	西山区马街北路 51 号	68182437
西山区妇幼保健中心	西山区马街中路 99 号	68196209
东川区疾病预防控制中心	东川区白云街南段	0871-62852250
东川区人民医院美沙酮门诊	东川区炎山路上段	0871-62123003
呈贡县疾病预防控制中心	呈贡县龙城镇富康路	0871-67471310
呈贡县吴家营社区卫生服务中心	呈贡县吴家营街道沐春园小区 47 栋旁	67466281
呈贡县龙街社区卫生服务站	呈贡县龙城街道兴呈路 59 号	67478795
晋宁县疾病预防控制中心	晋宁县昆阳镇田心村	0871-66986489
晋宁县防保所	晋宁县晋城镇庄桥路	67811856
富民县疾病预防控制中心	富民县环城西路 24 号	0871-68811204
富民县罗免中心卫生院	富民县罗免乡老北街 64 号	68851106
宜良县疾病预防控制中心	宜良县钰桥小区钰桥路 183 号	0871-67520640
宜良县人民医院	宜良县匡远镇振兴街	67539498
宜良县匡远镇卫生院妇女健康中心	宜良县发达街 38 号	0871-66181460
石林县疾病预防控制中心	石林县鹿阜镇龙家路 77 号	0871-66857553
石林县人民医院	石林县鹿阜镇环南西路 39 号	0871-67796502
嵩明县疾病预防控制中心	嵩明县城通灵街 98 号	0871-67929014
嵩明县人民医院	嵩阳镇黄龙大街 35 号	67911120
嵩明县妇幼保健中心	嵩明县西街	67921610
禄劝县疾病预防控制中心	禄劝县屏山镇 498 号	0871-68912681
禄劝县人民医院	云南省昆明市禄劝彝族苗族自治县	0871-68999142
寻甸县疾病预防控制中心	寻甸县仁德镇北营街	1388861702
寻甸县第一人民医院	寻甸县城南屏路	62662195
安宁市疾病预防控制中心	安宁市连然镇康云路 4 号	0871-66391060
安宁市昆钢医院	安宁市金方郎家庄	0871-68603060
安宁市人民医院	安宁市中华路 58 号	66250675
安宁市中医院	安宁市连然康云路 8 号	68696157
安宁市妇幼保健院	安宁市连然镇康云路 10 号	66391097

昆明市防治艾滋病局艾滋病服务机构和联系方式

单位名称	地址	联系电话
昆明市疾病预防控制中心	昆明市西昌路土桥里 126 号	64162423
五华区疾病预防控制中心	昆明市纂塘路 15 号	64140767
盘龙区疾病预防控制中心	昆明市拓东路 117 号	63111423
西山区疾病预防控制中心	昆明市西山区兴苑路兴隆小区 14 幢	68236355
官渡区疾病预防控制中心	昆明市官渡区双桥路 365 号	67172967
东川区疾病预防控制中心	东川区铜都镇团结路 34 号	62130178
呈贡区疾病预防控制中心	呈贡区富康路 4 号	66201108
晋宁县疾病预防控制中心	晋宁县昆阳镇兴阳路 256 号	67809614
富民县疾病预防控制中心	富民县环城西路 24 号	68811204
宜良县疾病预防控制中心	宜良县钰桥小区钰桥路 183 号	67520750
石林县疾病预防控制中心	石林县鹿阜镇龙泉路 77 号	67792262
禄劝县疾病预防控制中心	禄劝县屏山镇五星路 498 号	68914668
寻甸县疾病预防控制中心	寻甸县仁德镇月华路	13888617022
嵩明县疾病预防控制中心	嵩明县城通灵街 98 号	67929014
安宁市疾病预防控制中心	安宁市连然街道办事处宁湖新城康云路	66391060
经开区疾病预防控制中心	经开区信息产业基地春漫大道 16 号	68163818
高新区疾病预防控制中心	高新区海源北路 1758 号傲云峰小区	68306316
昆明滇池旅游度假区管理委员会社会事业局	昆明市滇池路 1288 号	68093857
阳宗海风景名胜区管理委员会社会事业局	呈贡区七甸街道小哨箐村	66257827
昆明倘甸产业园区轿子山旅游开发区社会事业局	倘甸产业园区管委会倘甸镇招商大厦 4 楼 408 室	62760139

昆明市防治艾滋病局
2017 年 11 月