

见,现代医学认为发热是一个症状,它由病原微生物、抗原抗体复合物等刺激机体白细胞等产生内生致热原,后者通过多种途径作用于体温调节中枢进而引起调节性体温升高,一般认为其是病理性产物。但由于发热是机体经长期进化发展形成,有学者认为它属于自然疗愈的一种应答反应,除了公认过高的发热($>40.0\text{ }^{\circ}\text{C}$)有害于机体之外,发热是人体抵抗疾病的一种重要的生理性防御反应,发热时血液中白细胞增多、抗体生成活跃、肝脏的解毒功能增强、物质代谢速度加快以及抑制某些致病微生物在体内生长繁殖,这些都有利于患者抗病能力提高。如何利用机体发热促进疾病好转,这是一项新的课题。

人体体温是通过产热与散热的平衡来决定的。通常人体的主要产热器官是肌肉和肝脏,散热主要是通过皮肤和血管,借汗液的分泌蒸发,通过辐射和传导来消散热量。采用人工蒸汽发热疗法将人体置于温度可控的热蒸汽环境中,通过身体不断吸收热能促使体温高于正常体温 $37\text{ }^{\circ}\text{C}$,肝脏进行着强烈的蛋白分解代谢,产热增加,而环境温度高于体温,机

体无法有效散热则导致身体发热,这种物理性发热时间及程度可人为控制,故较为安全。

热蒸汽可促使血管扩张管壁软化,加快药物的皮肤渗透,促进药物的皮肤吸收,加快血液循环,为各组织器官、细胞提供更多的氧气和养分,改善银屑病患者长期处于炎症反应状态导致微循环及代谢障碍,从而改善患者症状达到治疗银屑病的目的。

参考文献

[1]杨洪浦,干建强,蔚志仁,等.新银灵颗粒治疗新发银屑病的临床疗效观察[J].皮肤病与性病,2013,35(5):281-282

[2]赵辨.临床皮肤病学[M].第3版.南京:江苏科学技术出版社,2001.763-764

[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.276-277

[4]孙丽蕴,陈凯,邓丙戌,等.凉血活血胶囊治疗血热型银屑病的临床研究[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2002,1(1):16-18

[5]赵炳南,张志礼.简明中医皮肤病学[M].北京:中国展望出版社,1983.200-204

[6]谢欣,田风,宋潇,等.白芍总苷联合复方甘草酸苷治疗寻常型银屑病的临床效果分析[J].系统医学 2016,1(7):89-91

[7]杨素清,史喜文,安月鹏.蜈蚣败毒饮治疗银屑病的四维整合理论病机学探究[J].辽宁中医药大学学报,2017,20(1):202-204

(收稿日期:2017-11-16)

强脉冲光多波段联合应用治疗中重度痤疮的临床探讨

梁占捧

(河南省郑州市第七人民医院皮肤科 郑州 450000)

摘要:目的:分析强脉冲光多波段联合应用治疗中重度痤疮的临床效果。方法:选取我院 2014 年 4 月~2017 年 4 月收治的中重度痤疮患者 80 例,随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组予以 420 nm 强脉冲光治疗,观察组联合应用 420 nm、560/590 nm 强脉冲光治疗,比较两组患者临床疗效。结果:观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:中重度痤疮患者应用强脉冲光多波段联合治疗,可有效提高临床疗效,且不增加不良反应风险,值得临床推广应用。

关键词:中重度痤疮;强脉冲光;多波段联合;不良反应

中图分类号:R758.73 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.12.033

随着人们生活节奏加快,竞争压力增大,饮食习惯不规律,环境污染加重,我国痤疮发生率呈逐年升高趋势^[1]。痤疮主要由于体内激素分泌紊乱,导致皮脂分泌过多引起,不仅对患者外观造成影响,同时还会给患者造成较大心理压力,出现焦虑、自卑、轻生等不良情绪,影响患者的身心健康^[2]。痤疮病程迁延难愈,药物治疗效果不佳^[3]。强脉冲光是光疗中应用较多的痤疮治疗新技术,效果显著。本研究旨在探讨强脉冲光多波段联合应用治疗中重度痤疮的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 4 月~2017 年 4

月收治的中重度痤疮患者 80 例,随机分为对照组和观察组各 40 例。对照组男 24 例,女 16 例;年龄 18~31 岁,平均年龄(24.5 ± 3.6)岁;病程 1~11 年,平均病程(5.1 ± 1.3)年;中度 22 例,重度 18 例。观察组男 26 例,女 14 例;年龄 17~32 岁,平均年龄(24.9 ± 3.5)岁;病程 1~10 年,平均病程(5.3 ± 1.2)年;中度 23 例,重度 17 例。两组性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均经临床检查确诊为寻常型痤疮,并自愿签署知情同意书。

1.2 分级标准 根据痤疮国际分类法,即三度四级分类法分级。轻度(I级):主要皮损为粉刺,可有少

量脓疱和丘疹,总病灶数<30 个;中度(Ⅱ级):有粉刺,丘疹与脓疱数量中等,总病灶数为 30~50 个;中度(Ⅲ级):有大量脓疱与丘疹,分布广泛,偶见较大炎性皮损,总病灶数为 51~100 个,结节<3 个;重度(Ⅳ级):可见聚合性痤疮或囊肿/结节性痤疮,伴随疼痛,有窦道或囊肿,结节或囊肿数量≥3 个,病灶数>100 个。

1.3 治疗方法 治疗前,所有患者均使用洗面奶彻底清洗面部,拍摄照片存档。采用 IPL 治疗仪(Profile 超级平台治疗仪,美国 Sciton 公司),打开仪器预热,确定仪器各功能处于良好状态。用 75%酒精消毒光子头,治疗前涂抹一层 2~3mm 冷冻无色凝胶。两组患者均选用 420 nm 滤光片治疗炎性皮损,能量设置为 4~9 J/cm²,脉宽 150 ms,重复 2 遍。根据患者病情轻重程度,展开 3~5 次治疗,每次治疗间隔 1 周。观察组在炎性皮损好转后对痤疮后红斑进一步治疗:根据 fitzpatrick 皮肤分型,Ⅲ型用 560nm 滤光片,Ⅳ型采用 590nm 滤光片,结合病情、发病位置,能量设置为 11~23 J/cm²,脉宽 15~30 ms,重复治疗 3 次,每次间隔 3 周。对照组不予继续治疗。两组治疗时需确保光斑重叠低于 10%,治疗后以清水洗脸,并冰敷 20 min。嘱患者治疗期间外出时采用佩戴遮阳帽、涂防晒霜等措施保护皮肤,避免阳光暴晒。

1.4 观察指标 (1)比较两组临床疗效。疗效评价标准,治愈:治疗后皮损减退率≥90%;显效:治疗后皮损减退率 65%~89%;有效:治疗后皮损减退率 20%~64%;无效:治疗后皮损减退率<20%。皮损减退率=(治疗前总数量-治疗后总数量)/治疗前总数量×100%。治疗总有效率=治愈率+显效率+有效率。(2)记录两组患者不良反应发生情况。

1.5 统计学分析 数据处理采用 SPSS20.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组治疗总有效率明显高于对照组, $P<0.05$,差异具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较						
组别	<i>n</i>	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组	40	15	12	5	8	32(80.0)
观察组	40	19	12	7	2	38(95.0)
χ^2						4.114
<i>P</i>						0.043

2.2 两组患者不良反应发生情况比较 两组患者不良反应发生率比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者不良反应发生情况比较					
组别	<i>n</i>	面部干燥(例)	潮红(例)	瘙痒(例)	总发生[例(%)]
对照组	40	1	2	2	5(12.5)
观察组	40	2	1	3	6(15.0)
χ^2					0.105
<i>P</i>					0.745

3 讨论

痤疮是发生于毛囊皮脂腺的慢性炎症,多见于青年人,好发于颜面部,其引发的炎性皮损、炎症后红斑会对患者外观造成一定影响,患者多存在较大心理负担。痤疮病因复杂,病程迁延,药物治疗易导致病情反复,且长期用药增加了致病菌耐药性风险。强脉冲光为痤疮新型治疗方法,其作用原理是应用连续强脉冲光子,在低能量密度下进行非剥脱式嫩肤治疗,这一技术兼具光的穿透性、选择性与卟啉活化作用,不仅可有效治疗痤疮炎性皮损,同时还可抑制油脂过多分泌,预防痤疮复发^[4-5]。现阶段临床应用强脉冲光多采用 420 nm 波段治疗,应用价值显著^[6]。分析其作用原理发现,治疗痤疮后红斑的主要吸收峰为 577 nm、418 nm 及 542 nm,其中 577 nm 是吸收峰中最长的波长,可兼顾靶组织的穿透性与选择性吸收,故本研究尝试在 420 nm 波长治疗基础上,结合患者皮肤分型选取 560/590 nm 强脉冲光展开治疗。560/590 nm 强脉冲光可穿透皮肤,被血红蛋白吸收,促使新生毛细血管血液温度升高,通过光凝固原理破坏血管,促使血栓形成最后吸收、消退,促使痤疮后红斑淡化、消失。

本研究结果显示,观察组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$);两组不良反应发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。说明中重度痤疮患者应用强脉冲光多波段联合治疗效果显著,且无明显不良反应发生,安全有效,临床应用价值高。

参考文献

[1]张颂楠,王昊,陈智勇,等.异维 A 酸联合中药与异维 A 酸单用治疗中重度痤疮的 meta 分析[J].中华灾害救援医学,2016,4(3):141-144
[2]张颂楠,王昊,支媛婷,等.国内中重度痤疮药物治疗的临床研究质量评价[J].中国医疗管理科学,2016,6(2):70-72
[3]尹锐,郝飞,邓军,等.不同浓度氨基酮戊酸光动力治疗中重度痤疮疗效观察[J].中华皮肤科杂志,2010,43(4):245-248
[4]梅韬.光动力学在中重度痤疮治疗中的疗效观察[J].中华全科医学,2013,11(7):1038
[5]刘科峰,孙波,吴丹丹,等.光动力疗法与红蓝光治疗中、重度痤疮疗效比较[J].中国皮肤性病杂志,2012,26(11):999-1001
[6]曹萍,吴颖,杜鹏,等.5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗中、重度痤疮临床观察[J].中国皮肤性病杂志,2012,26(6):553-555