

米非司酮剂量可显著提高异位妊娠治愈率且降低药物不良反应。在降低药物不良反应方面,可能由于加大米非司酮用量降低了甲氨蝶呤的重复用药率,使米非司酮高剂量组在胃肠道反应、肝功能损害方面、骨髓抑制方面的不良反应低于低剂量组。

综上所述,在联合治疗异位妊娠时,加大米非司酮剂量,能显著提高异位妊娠保守治疗的总有效率,可以最大限度地保留患者的生育功能,尤其是对于未生育妇女的患者来说,采用这种治疗方法与以往手术治疗方法比较,患者的生育要求得到了有效的保障,同时手术治疗的危险也得以避免,此外对于改善患者的心理状态也具有重要的促进意义。

参考文献

- [1] 彭世媚. 异位妊娠的不同保守治疗方法的临床效果分析[J]. 当代医学, 2011, 17(8): 95-96.
- [2] 刘久英, 张兵. 甲氨蝶呤联合米非司酮保守治疗异位妊娠 48 例[J]. 广东医学, 2012, 33(15): 183-185.
- [3] 张天泽, 徐光炜. 肿瘤学[M]. 2 版. 天津: 天津科学技术出版社, 2005: 737.
- [4] 刘霞. 米非司酮联合甲氨蝶呤治疗异位妊娠的疗效分析[J]. 中国医药科学, 2011, 19(1): 103-104.
- [5] 罗丹, 钟玲, 赵腾飞. 甲氨蝶呤联合米非司酮与单用甲氨蝶呤治疗异位妊娠的疗效评价[J]. 解放军医学杂志, 2011, 36(2): 184-187.
- [6] 李仙玲, 汪晓燕. 异位妊娠药物保守治疗 28 例临床观察[J]. 当代医学, 2012, 18(3): 96-97.
- [7] 白月婷, 关菁. 异位妊娠保守治疗的药理基础[J]. 中华全科医学, 2011, 9(4): 631-632.
- [8] 顾萍. 探讨异位妊娠的保守治疗[J]. 当代医学, 2011, 17(16): 114-115.
- [9] 葛翠华, 陆启如, 郭袁梅. 甲氨蝶呤联合米非司酮治疗异位妊娠临床疗效及安全性研究[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(31): 4949-4950.
- [10] 刘学敏. 氨甲蝶呤与米非司酮联合治疗异位妊娠疗效观察[J]. 河北医药, 2012, 34(2): 1552-1553.

(收稿日期: 2015-03-13)

红蓝光照射联合透明质酸敷料治疗面部寻常性痤疮疗效观察

赵 敏

痤疮是毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,是一种多因素疾病,其中厌氧菌痤疮丙酸杆菌的感染是痤疮发生和发展阶段的重要因素。痤疮传统的药物治疗起效慢,同时不良反应较多。因此寻找高效且不良反应小的方法成为痤疮治疗的热点。我科于 2014 年 1 月至 2014 年 11 月应用红蓝光治疗仪联合透明质酸敷料治疗痤疮 150 例,取得较好疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料: 收集 2014 年 1 月至 11 月来我科门诊就诊的痤疮患者 150 例,其中男性 93 例,女性 57 例;年龄 16~38 岁,平均 28 岁;病程 2 个月至 8 年。采用 Pillsbury 改良分类法分级^[1]。其中 I 级寻常痤疮 50 例,II 级寻常痤疮 58 例,III 级寻常痤疮 42 例。随机分为观察组和对照组,2 组患者例数、病情轻重、性别、年龄比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例排除标准: 面部有痤疮以外的其他炎性

反应性皮肤病;痤疮合并严重感染和脓疱者未有效控制前;有严重心、肝、肾等基础疾病者;患有卟啉病、光敏性湿疹、自身免疫病患者;有光敏性皮肤病患者;妊娠或哺乳期妇女;瘢痕体质者;2 周内应用糖皮质激素史;对药物过敏或对治疗不能耐受。

1.3 治疗方法: 观察组和对照组在清洗面部后,75%酒精点涂皮损处,用痤疮针对面部黑白头粉刺、结节、脓疱进行清理。患者平卧位,戴好护目镜,治疗单放在患者面部上方,确保光板距离皮肤表面 1~4 cm。中重度痤疮患者首次先给予蓝光治疗,以后采用红光治疗,炎症消退后期或轻度炎症不明显者首次先给予红光治疗,第 2 次采用蓝光治疗。红光和蓝光不能同时使用,每次照光治疗后观察组即刻应用透明质酸敷料(商品名: 益肤,南京天纵易康生物科技有限公司出品)外敷于面部皮肤,每次 15 min。对照组应用挑刺治疗完毕后外涂中药痤疮粉(主要成分为大黄、黄连、桔梗、白芷、菊花),均匀涂于面部,再把调好的医用石膏倒模均匀倒于面部,厚度约为 1 cm,以增加药物的吸收,注意避开口、鼻、眼、眉等部位,每次 20 min。倒模硬壳

去除后,在皮损处再次涂上 75%酒精消毒。

1.4 疗效观察指标及评分标准:治疗前后分别对皮损进行计数,每周记录炎症皮损数目,包括粉刺、炎性丘疹、脓疱和结节,第 4 周末计算皮损平均减少率,疗效按炎症皮损治疗前后减少率来判定。皮损减少率=(治疗前皮损数-治疗后皮损数)/治疗前皮损数 $\times 100\%$ 。痊愈:皮损减少率 $\geq 90\%$;显效:皮损减少率为 89%~60%;有效:皮损减少率为 20%~59%;无效:皮损减少率 $<20\%$ 。有效率=(痊愈例数+显效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。治疗 4 周疗程后判定疗效。

1.5 统计学处理:采用 SPSS 13.0 软件对试验数据进行统计学分析。率的比较采用 χ^2 检验进行比较, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 疗效比较及复发率比较:见表 1,2。

表 1 治疗 4 周后 2 组疗效比较

组别	例数	治愈		显效		有效		无效		总有效率 (%)
		例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	
观察组	86	45	52	36	42	3	4	2	2	94
对照组	74	28	38	30	40	10	14	6	13	78

表 2 治疗 4 周后 2 组患者复发率比较

组别	例数	复发		未复发	
		例数	%	例数	%
观察组	86	4	5	82	95
对照组	74	15	20	59	80

2.2 不良反应:所有患者对治疗耐受良好,对照组 5 例患者在第 1 次治疗后皮肤出现干燥、潮红,未予特殊处理自然缓解。

3 讨 论

痤疮是一种多因素导致的疾病,目前认为与皮脂分泌增多、痤疮丙酸杆菌过度增殖及过度的炎症反应、毛囊皮脂腺导管异常角化、性激素水平、遗传等有关。治疗上多采用抗感染、抗雄性激素、抑制皮脂腺功能、抗毛囊角化等药物。但是由于药剂的毒副作用会使患者出现心理担忧,以及抗生素的耐药性影响人体的内分泌系统,会对皮肤产生不同程度的损害。我们采用红、蓝光照射联合透明质酸敷料治疗寻常性痤疮,通过对 150 例患者的疗效观察,发现其治愈率明显高于对照组。

痤疮丙酸杆菌一般会产生内源性的卟啉类物质,这种物质是粪卟啉 III (CP III) 和原卟啉 (PpU),粪卟啉 III 主要吸收 400~415 nm 的可见光,其吸收最大峰值与蓝光的光谱较为相配,当照

射痤疮杆菌时引起细菌内源性卟啉的光兴奋,导致细菌死亡。蓝光还可诱导细胞膜渗透性发生改变,使胞质内 pH 值发生变化,进而抑制痤疮丙酸杆菌的增生^[2]。这样蓝光能降低皮肤中痤疮丙酸杆菌的水平,缓解炎症性痤疮。波长为 633 nm 的红光除了能作用于痤疮丙酸杆菌外,同时还可有效增强皮肤胶原活性,对组织起修复作用,最终减少了痤疮瘢痕形成的可能^[3]。

透明质酸又名玻尿酸,是人体皮肤、关节软骨等组织的天然组份,又在人体的生理代谢中具有特殊功能。通过调控胶原合成、调节纤维蛋白活性和促进创伤皮肤表达生长因子而加速创伤愈合并有一定抗炎作用。透明质酸可在皮肤表面形成一层粘弹性水化膜,该水化膜可以使皮肤角质层光滑湿润,并阻隔外来细菌、灰尘和紫外线的侵入,保护皮肤免受侵害;同时,透明质酸能渗入皮肤表皮层,轻微扩张毛细血管、增加血液循环、改善中间代谢、促进皮肤营养的吸收和废物的排放,保持皮肤角质水分及纤维结构的完整性,有利于清洁皮肤老化的角质、污垢和黑头粉刺,改善皮脂腺的分泌排泄,可有效治疗痤疮愈后早期色素沉着、早期浅表性瘢痕,以减少色素沉着及瘢痕形成。

将红、蓝光照射、透明质酸敷料、粉刺挤压术按照一定顺序结合,既杀灭痤疮丙酸杆菌又使毛囊皮脂腺导管的炎症得到控制,同时,减轻痤疮炎症后色素沉着。总之,红、蓝光照射联合透明质酸敷料治疗寻常性痤疮具有起效快、疗程短、安全性高的特点,可从多环节治疗寻常痤疮,显著地提高了疗效和患者的有效率和满意度,可使治疗、美容兼顾,无不良反应,值得临床推广应用。对照组的治法是我科的传统治疗方法,优点是费用低,患者易于接受,有一定的疗效,但在疗效上不如红蓝光照射,还需要逐步改进,满足不同患者的要求。

参 考 文 献

- [1] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2001:936.
- [2] 王磊,徐春兴. 红蓝光治疗面部轻中度痤疮疗效观察[J]. 实用皮肤病学杂志,2011,4(3):168-169.
- [3] Vinck EM, Cagnie BJ, Comelissen MJ, et al. Increased fibroblast proliferation induced by light emitting diode and low power laser irradiation[J]. Lasers Med Sci, 2003, 18(2):95-99.

(收稿日期:2015-08-04)