

参 考 文 献

- [1] 王华,吴绪平,王述菊,等. 延髓腹外侧区在电针内关穴抗急性心肌梗死中的作用. 中华物理医学与康复杂志,2005,27:149-150.
- [2] Simpson PJ, Fanlone JC, Mickelson KP, et al. Identification of a time window for therapy to reduce experimental canine myocardial injury: suppression of neutrophil activation during 72 hours of reperfusion. Circ Res, 1988, 63:1070-1079.
- [3] 邓春雷,殷克敬. 实验针灸学. 北京:人民卫生出版社,1998:143.
- [4] 范谦,张鹏,王文勇,等. 大剂量硝酸甘油对大鼠离体缺血再灌注心肌细胞凋亡和 Bax 及 Bcl-2 的影响. 中国临床康复,2005,9:34-35.
- [5] Misao J, Hayakawa Y, Ohno M, et al. Expression of Bcl-2 protein, an inhibitor of apoptosis, and Bax, an accelerator of apoptosis, in ventricular myocytes of human hearts with myocardial infarction. Circulation, 1996, 94:1506-1512.
- [6] Artling B, Hol J, Darmer D, et al. Contribution of myocyte apoptosis to myocardial infarction. Basic Res Cardiol, 1998, 93:71-75.
- [7] 彭黎明,王曾礼. 细胞凋亡的基础与临床. 北京:人民卫生出版社,2000:369.
- [8] Selvakumaran M, Lin HK, Sjin RT, et al. The novel primary response gene MyD118 and the protooncogenes myb, myc, and Bcl-2 modulate transforming growth factor beta1-induced apoptosis of myeloid leukemia cells. Mol Cell Biol, 1994, 14:2352-2360.
- [9] Bour ES, Ward LK, Cornman GA, et al. Tumor necrosis factor-alpha-induced apoptosis in hepatocytes in long-term culture. Am J Pathol, 1996, 148:485-495.
- [10] Yamamura T, Otani H, Nakao Y, et al. IGF-I differentially regulates Bcl-xl and Bax and confers myocardial protection in the rat heart. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 2001, 280:1191-1200.
- [11] 张志英,余安胜,严振国. 电针对脊髓损伤早期 Bcl-2 mRNA 及蛋白表达的影响. 中国针灸,2003,23:473-476.
- [12] 张泓,严洁,易受乡,等. 电针足阳明经穴对胃窦胆囊收缩素受体基因表达的影响. 中国针灸,2004,24:717-719.
- [13] 李珉,王刚,张卫,等. 电针涌泉穴对衰老大鼠 p53 和 Bcl-2 基因表达的影响. 中国临床康复,2004,8:1788-1789.

(收稿日期:2006-05-19)

(本文编辑:吴倩)

· 短篇论著 ·

窄中波紫外线照射治疗玫瑰糠疹的疗效观察

郭盛华 张春梅 蒋英

紫外线照射是治疗皮肤病的重要手段之一,波长约 311 nm 的窄中波紫外线(narrow band ultraviolet B, NB-UVB)因其治疗效果好、副作用小、照射时间短而得到广泛的应用^[1]。我们于 2003 年 9 月至 2005 年 9 月采用波长为(311±2)nm 的 NB-UVB 照射治疗玫瑰糠疹患者 68 例,取得了满意效果,并与综合用药治疗者进行对照观察,现报道如下。

一、资料与方法

(一)临床资料

入选患者来源于我院皮肤科门诊,均符合玫瑰糠疹的诊断标准^[2],发病后均未做任何治疗,2 周内未因其它疾病而使用过皮质激素、免疫抑制剂、抗组胺药等。排除对紫外线过敏者、妊娠和哺乳期妇女,严重心、肝、肾等疾病者,前列腺肥大者,以及高空作业、驾车等工作人员。116 例患者中,男 49 例,女 67 例;年龄 18~52 岁,平均(33.2±9.5)岁;病程 3~10 d。将患者随机分为光疗组 68 例和对照组 48 例。光疗组男 29 例,女 39 例;平均年龄(33.5±9.9)岁;平均病程(6.2±1.8)d。对照组男 18 例,女 30 例;平均年龄(32.7±8.9)岁;平均病程(6.3±1.6)d。2 组患者性别、年龄、病程等差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

(二)治疗方法

光疗组采用德国产 UV-100L 型窄中波紫外线治疗仪(半舱),波长为(311±2)nm,对患者进行全身照射(裸体),要做好眼、脸、生殖器防护。初始照射剂量为 0.35~0.50 mJ/cm²(根

据皮肤颜色的浅深调节,皮肤嫩白者剂量小),以后每次照射剂量增加 0.1 mJ/cm²,每 2 天照射 1 次,5 次为 1 个疗程。若照射后皮肤发红明显并伴灼痛,则下次照射时剂量保持不变或减低,治疗期间还应嘱患者尽量避免日晒。

对照组口服中成药郁金银屑片(每日 3 次,每次 1.2 g)和抗组胺药息斯敏片(每日 1 次,每次 9 mg),同时外涂皮质激素皮康霜(每日 2 次),10 d 为 1 个疗程。

(三)临床表现的评分方法

治疗前及治疗 1 个疗程后,根据患者的瘙痒程度、红斑片数及颜色等自拟评分标准。瘙痒程度:0 分为无瘙痒;1 分为轻度瘙痒;2 分为明显瘙痒;3 分为剧烈瘙痒。红斑片数:0 分为原红色斑全部消退,并无新生红斑;1 分为 1~19 片(包括新疹);2 分为 20~29 片;3 分为 30~39 片;4 分为 40~49 片;5 分为≥50 片。红斑颜色:0 分为无红斑;1 分为色素沉着;2 分为暗棕色红斑;3 分为淡玫瑰色红斑;4 分为典型玫瑰色红斑;5 分为深玫瑰色红斑。

(四)疗效判定

疗效指数=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%。疗效指数≥90%为痊愈,疗效指数 89%~70%为显效;疗效指数 69%~50%为有效;疗效指数<50%为无效。

(五)统计学分析

2 组治疗前、后临床表现积分比较采用 t 检验,疗效比较采用 χ^2 检验。

二、结果

治疗前,2 组各项临床表现总分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);各组组长内治疗前、后各项临床表现总分比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);治疗后 2 组间各项临床表现总分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。治疗 1 个疗程

作者单位:213003 常州,南京医科大学附属常州市第二人民医院皮肤科

通讯作者:郭盛华, Email: czeygsh@163.com

后,2 组痊愈率比较差异有统计学意义($P<0.05$),痊愈显效率比较差异也有统计学意义($P<0.01$),总有效率比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 1 2 组治疗前、后各项临床表现评分及总分比较
(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	瘙痒	红斑片数	红斑颜色	总分
光疗组	68				
治疗前		0.99 ± 0.87	3.21 ± 1.11	3.79 ± 0.80	7.99 ± 1.68
治疗后		0.25 ± 0.44	0.63 ± 0.64	0.87 ± 0.77	1.75 ± 1.26 ^{ab}
对照组	48				
治疗前		0.88 ± 0.84	3.31 ± 1.10	3.81 ± 0.76	8.00 ± 1.54
治疗后		0.25 ± 0.48	0.79 ± 0.77	1.33 ± 0.91	2.38 ± 1.36 ^a

注:与治疗前组内比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$

表 2 2 组疗效比较

组 别	例数	痊愈 (例,%)	显效 (例,%)	有效 (例,%)	无效 (例,%)	痊愈 显效率 (%)	总有 效率 (%)
光疗组	68	19(27.9) ^a	35(51.5)	7(10.3)	7(10.3)	79.4 ^b	89.7
对照组	48	5(10.4)	22(45.8)	15(31.3)	6(12.5)	56.2	87.5

注:与对照组比较,^a $P<0.05$,^b $P<0.01$

光疗组有 3 例患者在第 1 次或第 2 次治疗后,于照射部位出现明显红斑,有烧灼、干燥感,能忍受,无水疱,减小剂量后症状消失,未终止治疗;1 例患者(中年妇女)于每次治疗后出现轻度头昏、乏力,次日即消失,未影响治疗。光疗组不良反应发生率为 5.9%。对照组 5 例患者出现嗜睡、轻度头昏、乏力症状,1 例体重增加,但均未影响治疗,不良反应发生率为 12.5%。在患者依从性上,虽然 2 组均坚持完成治疗,但光疗组有 5 例(7.4%)患者认为医院交通不便或影响工作;对照组有 13 例(27.1%)患者认为多次服药、全身涂药不方便。

三、讨论

玫瑰糠疹是一种病因不明的炎症性皮肤病,病理表现为表皮细胞内水肿,海绵形成,真皮上部水肿,毛细血管扩张,密集的淋巴细胞浸润(主要为辅助/诱导 T 淋巴细胞),表皮、真皮乳头内朗格汉斯细胞明显增多。这说明 T 淋巴细胞和朗格汉斯细胞都参与了玫瑰糠疹的病理过程。应用 NB-UVB 照射可阻断该病的发病进程,促进其炎症消退,从而消除皮损,缩短病程。其生物学效应包括^[2]:(1)细胞毒性的单一性强,能够透达真皮,诱导 T 细胞凋亡,并不灼伤皮肤;(2)使朗格汉斯细胞抗原呈递功能受到抑制;(3)使皮肤中顺式尿刊酸增加,导致自然杀伤细胞活性降低;(4)能明显抑制淋巴细胞增殖;(5)与其它波长的紫外线比较,不容易发生红斑效应。本研究光疗组患者经 1 个疗程的 NB-UVB 照射,总有效率达 89.7%,与对照组(87.5%)差异无统计学意义($P>0.05$);2 组间临床表现总分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),说明光疗组恢复较好。而且,光疗组治疗后,痊愈率为 27.9%,明显高于对照组(10.4%);痊愈显效率为 79.4%,也明显高于对照组(56.2%),差异均有统计学意义($P<0.05$)。这说明 NB-UVB 照射治疗起效快,更易阻断玫瑰糠疹的病理进展,治愈时间较对照组短,而且副作用少,患者依从性相对好。

参 考 文 献

- [1] 王雷,李春英,高天文,等. 窄谱中波紫外线的生物学效应及应用. 国外医学皮肤病学分册,2003,29:282-284.
- [2] 张学军,主编. 皮肤病学. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2003:124.

(收稿日期:2006-08-26)
(本文编辑:吴 倩)

《中华物理医学与康复医学杂志》2007 年第 1 期
“继续教育园地”测试题

读杂志、获学分,本刊继续教育园地栏目每期推出,只要您每期阅读该栏目文章,正确填写答题卡寄回本刊编辑部,您就可获得国家 II 类继续教育学分,每期 1 分,全年可获得 12 分。

测试题(答题卡见本期 40 页):

1、康复治疗中药物注射疗法针对的主要问题是:

- A. 语言、吞咽、构音障碍
- B. 思维、定向、记忆障碍
- C. 疼痛、麻痹、痉挛、关节功能障碍
- D. 精神、心理障碍

2、下列哪一项不属于“康复治疗学中的药物注射技术”:

- A. 肌肉、皮下、静脉注射
- B. 扳机点、敏感点注射
- C. 韧带、腱鞘、关节腔注射
- D. 星状节、硬膜外阻滞注射

3、药物注射疗法的用药原则是:

- A. 按疗程长期用药
- B. 多种药物联合应用

C. 宁少勿多,定短勿长,单一用药

D. 经常更换药物种类

4、神经阻滞治疗中,过去常用而现在不主张使用的维生素是:

- A. 维生素 B₁ 注射液
- B. 维生素 B₁₂ 注射液
- C. 维生素 C 注射液
- D. 维生素 B₆ 注射液

5、下列哪项不属于药物注射疗法的禁忌证范围:

- A. 严重感染患者
- B. 高热、休克、虚弱患者
- C. 有药物过敏史的患者
- D. 紧张性头痛的患者