

- postischemic edema development and leukotriene production. Neurosurgery, 1987, 21: 177-181.
- 8 Busto R, Globus MY, Dalton DW, et al. Effect of mild hypothermia on ischemia-induced release of neurotransmitters and free fatty acids in rat brain. Stroke, 1990, 20: 904-910.
 - 9 胡波, 孙圣刚, 梅元武, 等. 亚低温在大鼠脑缺血再灌注中对氨基酸和自由基系统动态平衡的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25: 195-198.
 - 10 方媛, 张洪, 梅元武, 等. 不同时间开始亚低温对脑缺血损伤保护作用的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26: 206-208.
 - 11 黄晓琳. 神经系统常见病损的康复. 见: 南登崑, 主编. 康复医学. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 214-215.
 - 12 江基尧, 朱诚, 张光雯, 等. 亚低温对实验性颅脑损伤中神经功能的保护作用. 中华神经外科杂志, 1994, 10: 263-265.

(修回日期: 2006-03-15)

(本文编辑: 易 浩)

· 短篇论著 ·

窄频中波紫外线辅助治疗玫瑰糠疹的疗效观察

方惠君

玫瑰糠疹是常见的皮肤病, 好发于躯干长轴, 呈与皮纹一致的圆形、椭圆形或环形黄红色鳞屑斑, 春秋季节多发。笔者于 2003 年 10 月至 2005 年 6 月采用窄频中波紫外线治疗玫瑰糠疹患者 60 例, 取得了较好疗效, 报道如下。

一、资料与方法

1. 病例资料: 116 例患者均来源于我院皮肤科门诊, 符合玫瑰糠疹诊断标准^[1], 其中男 51 例, 女 65 例, 年龄为 5 ~ 63 岁, 病程为 1 ~ 7 d, 随机分为紫外线治疗组 60 例和对照组 56 例。2 组性别、年龄、病程等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性 (表 1)。

表 1 紫外线治疗组与对照组一般情况比较

组 别	例数	性别 (例, 男/女)	年龄(岁)	病程(d)
紫外线治疗组	60	26/34	26.2 ± 2.7	2.5 ± 2.2
对照组	56	25/31	28.9 ± 2.1	2.6 ± 2.2

2. 治疗方法: 所有患者均给予常规治疗, 如口服抗组胺药及维生素, 外用尿素软膏及炉甘石洗剂。紫外线治疗组在此基础上应用德国 Waldmann UV801 (TL01) 光疗仪进行治疗, 波长为 310 ~ 315 nm, 峰值为 311 nm。治疗时按使用说明操作, 初始剂量给予 0.3 mJ/cm², 照射时佩戴专用防护眼镜, 裸露照射部位, 距离为 21 cm, 隔日 1 次, 5 次为 1 个疗程。每次照射后如无红斑反应, 下次照射剂量按 20% ~ 30% 的增幅增加, 最大剂量为 3.2 J/cm²。治疗期间注意观察患者局部皮肤反应情况。

3. 疗效评定标准: 治疗 1 个疗程后评定疗效。痊愈为皮疹减少面积 > 95%, 瘙痒消失; 显效为皮疹减少面积为 95% ~ 60%, 瘙痒有明显改善; 有效为皮疹减少面积为 59% ~ 20%, 瘙痒有改善; 无效为皮疹减少面积 < 20%, 瘙痒无改善。皮疹减少面积 = (治疗前皮疹面积 - 治疗后皮疹面积) / 治疗前皮疹面积 × 100%。

4. 统计学分析: 采用 t 检验与 χ^2 检验。

二、结果

2 组患者治疗后红斑鳞屑消退和瘙痒消失时间的比较见表 2, 疗效对比见表 3。紫外线治疗组患者红斑鳞屑消退和瘙痒消失时间均明显短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 紫外线治疗组痊愈显效率为 93.3%, 明显高于对照组的 60.7%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。紫外线治疗过程中, 有 3 例患者

临床症状加重, 调整紫外线照射剂量后红斑消退、瘙痒减轻, 未影响进一步治疗; 2 组中各有 7 例患者出现轻微嗜睡的症状, 停药后消失。

表 2 紫外线治疗组与对照组治疗情况比较 (d, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	红斑鳞屑 消退时间	瘙痒消失 时间
紫外线治疗组	60	8.0 ± 2.7 *	2.7 ± 1.0 *
对照组	56	9.8 ± 3.1	3.3 ± 1.2

注: 与对照组比较, * $P < 0.01$

表 3 紫外线治疗组与对照组疗效比较 (例)

组 别	例数	痊愈	显效	有效	无效	痊愈显效率 (%)
紫外线治疗组	60	49	7	3	1	93.3 *
对照组	56	29	5	18	4	60.7

注: 与对照组比较, * $P < 0.01$

三、讨论

玫瑰糠疹的病因和发病机制尚未完全明确, 多倾向于病毒感染。近年有关玫瑰糠疹的免疫学研究证实, 患者皮损内浸润细胞主要为辅助/诱导 T 淋巴细胞; 表皮、真皮乳头内朗格汉斯细胞明显增多, 角质形成细胞出现 HLA-DR 抗原的表达^[2]。窄频中波紫外线照射能明显影响机体的多种免疫功能, 使免疫蛋白形成增多, 激活补体, 增强吞噬细胞的功能, 从而阻止表皮细胞增生; 还能改善皮肤的血液循环, 提高人体的应激能力^[3]。传统的紫外光疗法需内服或外用光敏药物后再进行照射, 存在如胃肠道反应、皮肤过敏等副作用, 皮肤色素沉着明显, 而且照射时间长、疗程长。本研究在常规药物治疗的基础上直接应用窄频中波紫外线照射, 结果显示紫外线治疗组红斑鳞屑消退及瘙痒消失时间均明显短于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 紫外线治疗组总有效率为 93.33%, 与对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。说明窄频中波紫外线辅助治疗玫瑰糠疹疗效好, 值得临床推广。

参 考 文 献

- 1 廖康煌, 闫春林, 王漪. 日光反应性皮肤型的测定及其意义. 中华皮肤科杂志, 1995, 28: 287.
- 2 张学军. 皮肤性病学. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 741-742.
- 3 魏明辉, 胡跃, 廖康煌. UVB 照射治疗 72 例玫瑰糠疹的疗效观察. 临床皮肤科杂志, 1998, 27: 376-377.

(修回日期: 2005-12-29)

(本文编辑: 吴 倩)