

(deprenyl and tocopherol antioxidation therapy of parkinsonism)。②L-dopa 治疗宜从小剂量开始,大剂量用药主张分多次服用,尽可能减少每次服药剂量,延长服药间隔时间。③L-dopa 控释片同时含有抑制 L-dopa 和 DA 分解的药物成分,是一种理想的治疗方法,且已有研究者发现持续性 DA 刺激的长期治疗比长期波动性治疗并发症少。

参 考 文 献

- 1 Henry B, Alan R, Jonathan M. Characterization of enhanced behavioral responses to L-dopa following repeated administration in the 6-hydroxydopamine lesioned rat model of Parkinson disease. *Exp Neurol*, 1998, 151:334-342.
- 2 Mena MA, Pardo B, Casarejos MJ, et al. Neurotoxicity of levodopa on catecholaminergic neurons. *Mov Disord*, 1992, 7:23-31.
- 3 Malkinshaw G, Waters CM. Neurotoxin-induced cell death in neuronal PC12 cells is mediated by apoptosis. *Neuroscience*, 1994, 63:975-987.
- 4 Thomas J, Wang J, Takuba H, et al. A 6-OHDA induced selective Parkinsonian rat model; further biochemical and behavioural characterization. *Exp Neurol*, 1994, 126:159-167.
- 5 Seaton AT, Cooper JM, Schapira AH. Cyclosporin inhibition of apoptosis induced by mitochondrial complex I toxins. *Brain Res*, 1998, 809:12-17.
- 6 Joseph MM, Gong L, Kulaga H, et al. Dopamine induced apoptosis cell death of a catecholaminergic cell line derived from the central nervous system. *Mol Pharmacol*, 1996, 50:1309-1315.
- 7 Melamed E, Offen D, Shirvan A, et al. Levodopa toxicity and apoptosis. *Ann Neurol*, 1998, 44:149-154.
- 8 Zou L, Jankovic J, Rowe DB, et al. Neuroprotection by pramipexole against dopamine and levodopa-induced cytotoxicity. *Life Sci*, 1999, 64:223-255.
- 9 Offen D, Ziv I. Prevention of dopamine induced cell death by thiol antioxidants; possible implications for treatment of Parkinson disease. *Exp Neurol*, 1996, 141:32-39.
- 10 Specser JP, Jenner A, Aruoma OI, et al. Intense oxidative DNA damage promoted by L-dopa and its metabolites; implications for neurodegenerative disease. *FEBS Lett*, 1994, 353:246-250.
- 11 Jenner PG, Brin MF. Levodopa neurotoxicity: experimental studies versus clinical relevance. *Neurology*, 1998, 50:39-43.

(收稿日期:2001-09-21)

(本文编辑:刘雅丽)

· 短篇报道 ·

紫外线照射治疗玫瑰糠疹 57 例疗效观察

赵欲晓 董春花

玫瑰糠疹是一种较为常见的皮肤病,一年四季均可发生,以春秋季节多见,好发于 20~40 岁,儿童及老年人较为少见,男女比例大致相同。紫外线照射对该病有很好的疗效,我科近几年用紫外线照射治疗玫瑰糠疹 57 例,现报告如下:

57 例病人,均经皮肤科诊断为玫瑰糠疹,其中男 30 例,女 27 例,20 岁以下者 8 例,20~40 岁者 46 例,40 岁以上者 3 例。1~3 月份发病者 14 例,4~6 月份发病者 24 例,7~9 月份发病者 10 例,10~12 月份发病者 9 例。病程时间为 3 d~3 个月。

采用 500 W 落地式紫外线治疗机,每次治疗时患者裸露患病皮肤,根据病变部位进行分区照射(即以耻骨联合为界分为前上、前下、后上、后下、左上侧、左下侧、右上侧、右下侧),非照射部位用白布遮盖,用红斑量隔日照射。照射时间首次为 30 s,灯距 30 cm,根据照射后的反应情况,以后每次照射在前一次治疗量的基础上增加 30 s,若照射后反应较重(如皮肤刺痛、发红、发痒等),则维持前一次的治疗量。

该病疗效标准为:痊愈,皮损全部消退,皮肤颜色恢复正常,无新发皮疹,治疗后随访 1 年未复发;有效,皮损基本消退,皮肤颜色基本恢复正常,无新发皮疹,治疗后随访 1 年有复发;无效,治疗前后,患病皮肤无任何改变。57 例病人中,最少照射 5 次,最多照射 15 次,平均照射 8 次;痊愈 53 例,占 93%;有效 4 例,

占 7%;无效 0 例,总有效率 100%。其中有一典型病例,某男,35 岁,个体户,1999 年 4 月 20 日就诊,自述因与朋友喝酒后,感觉胸前区轻度瘙痒,发现胸部有一椭圆形,大小如花生米样淡红色斑疹,1 周后,躯干及上肢的近心端相继有成批的皮损出现,经皮肤科诊断为玫瑰糠疹,外涂内服药物效果均不明显。经用紫外线照射治疗 5 次后,皮损逐渐起皮,脱皮,继续治疗 3 次后,皮损全部脱去,1 年后随访未复发。

讨论 玫瑰糠疹是以皮肤上发生椭圆形或圆形、淡红或黄褐色斑片、上覆糠秕样鳞屑为主症,因其形似玫瑰而得名。经多年来的临床研究,大多数学者根据发病经过及表现认为系病毒感染所致。用红斑量紫外线分区照射治疗玫瑰糠疹是目前治疗该病行之有效的方法之一。紫外线照射可使局部血管扩张,促进血液循环,改善局部营养,刺激上皮和结缔组织生长,增强防御功能。反复用紫外线照射,可致皮肤对紫外线的敏感性逐渐降低,这主要是由于机体的保护性反应。因此,在紫外线治疗过程中,必须逐渐增大照射剂量,才能保持一定的反应强度,取得较好的治疗效果。

(收稿日期:2001-12-11)

(本文编辑:易 浩)