

治疗,且效果满意。本次研究应用窄谱中波紫外线联合雷公藤治疗掌跖脓疱病同样取得了较好疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010年1月至2015年7月临海市第二人民医院皮肤科门诊掌跖脓疱病患者53例,均经病史结合病理或典型临床表现确诊^[1]。排除:①在3个月内曾应用过维A酸制剂、糖皮质激素或免疫抑制剂等治疗者;②妊娠、哺乳期妇女及计划在治疗期间生育的育龄期妇女;③治疗前有肝、肾功能异常或伴有其他严重疾病者;④光敏感者。纳入研究者在治疗前被知情告知并签署同意书。观察对象随机分为治疗组及对照组。治疗组27例,其中男性10例、女性17例;年龄31~57岁,平均年龄(45.21±7.01)岁;病程0.4~8年,平均(4.69±1.01)年。对照组26例,其中男性8例、女性18例;年龄33~59岁,平均(46.08±6.68)岁;病程0.6~9年,平均(4.71±1.03)年。两组性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义(P 均>0.05)。

1.2 方法 治疗组:窄谱中波紫外线照射皮损(上海希格玛高技术有限公司生产的SS-03B型紫外线治疗仪),首次照射剂量均为0.5 J/cm²,以后每次逐渐增加0.1~0.2 J/cm²的照射剂量,照射距离20~25 cm。隔日一次,5次为1个疗程,共3个疗程;另予雷公藤多甙片20 mg口服,每天三次,共1个月。对照组:单用雷公藤多甙片治疗,剂量、疗程等与治疗组相同。疗程结束后常规查血常规及肝肾功能,并观察不良反应。1个月后评定疗效,随访3个月观察复发情况。

1.3 疗效判定标准 以脓疱消退的程度评定疗效。痊愈:85%脓疱消退;好转:45%~85%脓疱消退;无效:<45%脓疱消退。以痊愈加好转计算为有效。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件进行统计学分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示;计数资料组间比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较见表1

表1 两组间疗效比较

组别	n	痊愈/例	好转/例	无效/例	痊愈率/%	有效率/%
治疗组	27	16	9	2	59.26*	92.59*
对照组	26	7	8	11	26.92	57.69

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表1可见,治疗组患者痊愈率和有效率均明显高于对照组,差异均有统计学意义(χ^2 分别=9.16、8.72, P 均<0.05)。

2.2 不良反应 所有患者疗程结束后查血常规及肝肾功能均为正常。治疗组有3例患者经窄谱中波紫外线照射后出现轻度红斑、刺痛等反应,给予外用润肤剂后症状可缓解,均能坚持完成治疗。

2.3 复发情况 治疗组25例痊愈及好转患者中,3个月内复发2例(8.00%)。对照组15例痊愈及好转患者中,3个月内复发2例(13.33%)。两组复发率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.00$, $P>0.05$)。

3 讨论

掌跖脓疱病是一种慢性复发性疾病,在疾病恶化期57 d可发作一次,病因不明,可能与金属过敏或感染灶引发的变态反应有关。掌跖脓疱病患者血清中常有IgG补体和C3免疫复合物增加,中性粒细胞趋化性增高,免疫病理发现皮损处有IgG、IgM、IgA和C3沉积^[1]。目前临床治疗方法较多,但疗效均不理想。

本次研究应用窄谱中波紫外线加雷公藤治疗掌跖脓疱病获得了较好疗效,治愈率、有效率分别为59.26%、92.59%,均明显高于仅用雷公藤治疗组(P 均<0.05)。虽然两组患者3个月内复发率无明显差异($P>0.05$),但远期复发率状况可值得进一步探讨。治疗组有3例经照射后出现轻度刺激反应,但均能忍受。说明窄谱中波紫外线与雷公藤联合对掌跖脓疱病有协同治疗作用,且副作用少。窄谱中波紫外线波长311~313 nm,较宽谱中波紫外线穿透性更强,可至真皮乳头层。窄谱中波紫外线可通过诱导T细胞凋亡、调节细胞因子、抑制细胞增殖、改善皮肤血液循环等机制治疗各类皮肤病^[2]。Ozawa等^[3]在体外实验发现,窄谱中波紫外线照射4周后,表皮及真皮中T淋巴细胞数目下降96%,真皮乳头层中白细胞分化抗原数量减少54%。同时Wachter等^[4]发现,紫外线可减少CD4细胞数量并降低Th1细胞活性,从而抑制T淋巴细胞生成。胡建武^[5]研究指出单独采用窄谱中波紫外线照射治疗银屑病获得了较好疗效,平均照射次数为27.7次,且未见明显副作用。而雷公藤多甙是常用药,具有较好的抗炎、抗过敏和免疫抑制的作用,有时可代替激素维持治疗。因此,窄谱中波紫外线加雷公藤治疗掌跖脓疱病值得临床借鉴治疗。

参考文献

1 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科技出版社,

2010.858-859.

2 杨宝琦,赵娜,张福仁.银屑病光疗和光化学疗法的研究进展[J].中华皮肤科杂志,2005,38(4):195-197.

3 Ozawa M.Ferenczi K,Kikuchi T,et al. 312-nanometer ultraviolet B light (narrow-band UVB)induces apoptosis of T cells within psoriatic lesions [J]. Exp Med,1999,189(4):711-718.

4 Wachter T,Averbeck M,Hara H,et al. Induction of CD4+ T

cell apoptosis as a consequence of impaired cytoskeletal rearrangement in UVB-irradiated dendritic cells[J]. Immunol, 2003, 171(2):776-782.

5 胡建武.单独使用NB-UVB治疗寻常型银屑病[J].医学信息(上旬刊),2010,23(8):3008-3009.

(收稿日期 2016-01-20)

(本文编辑 蔡华波)

·经验交流·

痔术后康复新液超声雾化坐浴熏洗的疗效观察

吴德乐 邱培林 叶东

痔疮是临床常见多发病，其手术方式多样，近年来吻合器痔上黏膜环切术(patent prosecution high-way, PPH)发展较快，但传统手术切除仍占有较大比例，术后温水坐浴已成为痔疮术后的常规治疗手段。本次研究旨在观察康复新液超声雾化坐浴熏洗在痔疮术后的疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2012年1月至2015年1月间龙泉市人民医院外科收住的120例痔疮病人，包括采

用外剥内扎术治疗的62例混合痔病人和58例血栓性外痔病人。排除有高血压、糖尿病等慢性病史患者。其中男性68例、女性52例；年龄19~76岁，平均(42.00±2.40)岁。在痔疮术后，随机将患者分为试验组和对照组，两组患者均为同一医疗组手术操作，在痔疮类型、年龄、性别组成、病程等一般情况方面比较见表1，两组比较，差异均无统计学意义(P均>0.05)。

表1 两组患者一般情况比较

组别	n	性别(男/女)	平均年龄/岁	病程/月	混合痔	外痔
试验组	60	33/27	41.24±1.24	12.00±2.33	30	30
对照组	60	35/25	43.53±1.78	11.96±1.15	32	28

1.2 方法 两组患者血栓性外痔者均在1%利多卡因局部麻醉下行外痔V型切除，混合痔患者均在腰麻或骶麻下行传统的外剥内扎术切除，术后常规置聚乙烯吡咯烷酮纱条引流，加压包扎。两组术后均常规预防性静脉应用抗生素3 d。试验组60例在术后

第2天开始给予康复新液超声雾化坐浴熏洗治疗，每天一次。具体方法为：使用多功能肛周超声波熏洗治疗仪，选择“水疗-雾疗-热疗”的治疗模式，每次在超声药物雾化机器量杯中加入50 ml康复新液，并在药杯中加入3 000 ml清水，水温设置为中等，在座椅上垫一次性隔离垫，帮助患者坐于熏洗椅上，喷嘴对准肛门部（按男女不同两种模式），按启动键，仪器按设置的模式开始工作，自动加热至设定

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2016.02.023

作者单位:323700 浙江龙泉,龙泉市人民医院外科(吴德乐、叶东);浙江大学医学院附属第二医院外科(邱培林)