

铒激光联合重组人 α -2b 干扰素凝胶治疗扁平疣的疗效观察

聂香妮¹, 余佳¹, 童务华¹, 张英¹, 刘业强²

(1. 九江学院附属医院皮肤科, 江西 九江 332000; 2. 上海市皮肤病医院, 上海 200443)

[关键词] 扁平疣; 铒激光; 干扰素凝胶

[中图分类号] R752.52

[文献标识码] B

[文章编号] 1000-4963(2014)02-0118-03

扁平疣通常由人类乳头状瘤病毒 HPV 2、3、5 或 10 感染引起的一种损容性皮肤病, 好发于面部和手背, 影响美观和社交, 并且部分患者病情顽固, 治疗困难, 造成一定的心理负担。新型美容激光的运用则为扁平疣的治疗提供了新的方法^[1]。我科自 2010 年 10 月—2012 年 10 月, 采用铒激光联合重组人 α -2b 干扰素凝胶外用治疗面部扁平疣 95 例, 取得了满意疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 所有患者均来自我科门诊, 165 例患者按门诊就诊时门诊号的奇偶数进行随机分组, 奇数号进入治疗组, 偶数号进入对照组。治疗组 95 例, 男 50 例, 女 45 例, 年龄 5~45 岁; 病程 3 个月~3 年, 平均皮疹数目 36 个。对照组 70 例, 男 40 例, 女 30 例, 年龄 6~50 岁; 病程 2 个月~3 年, 平均皮疹数目 34 个。两组患者在性别构成比、年龄、病程、皮疹的部位、数目、大小均无统计学差异 ($P > 0.05$)。

1.1.2 诊断标准 临床表现均符合文献[2]扁平疣的诊断标准, 即皮损为米粒至绿豆大扁平隆起的丘疹, 圆形、椭圆形或多角形, 表面光滑, 质硬, 淡褐色或肤色。

1.1.3 排除标准 ①系统性疾病患者; ②对干扰素制剂过敏者; ③近 1 个月内使用过抗病毒药物或糖皮质激素治疗者; ④妊娠或哺乳期妇女; ⑤不能坚持完成全疗程及按时复诊者。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 治疗组: 所有患者均采用美国 Sciton 公司生产 Profile 超级平台 TM 多功能皮肤美容外科激

光治疗系统治疗。患者治疗前签署知情同意书, 照相及备案。常规消毒后, 选择合适的能量密度, 对准皮损, 逐层扫描汽化至真皮浅层 (手术时激光参数为 2 mm 手柄, 频率 1~10 Hz, 能量密度 2.5~10 J/cm²)。去除眼周皮损时用防护眼罩保护眼球。术后创面无需包扎, 每天外搽干扰素凝胶 3 次, 嘱患者术后保持创面干燥, 待伤口自行愈合脱痂, 刚脱痂时避免紫外线照射, 以免引起色素沉着。2 周后复诊若皮损组织仍有残留或复发者, 可再行激光治疗联合每日 3 次外涂干扰素凝胶治疗。对照组: 每天外搽干扰素凝胶 3 次, 涂抹疣体基底面边缘及至边缘外 1 mm 处, 并反复按摩 2~3 min 以促进药物的吸收。两组患者在观察治疗期间停用其他内服及外用药物, 4 周为 1 个疗程, 疗程结束后 2 个月判断疗效。

1.2.2 疗效判断 疗程结束 2 个月后, 根据患者治疗前、后照片判定疗效, 采取 4 级评定法。痊愈: 为皮疹全部消退; 显效: 为皮疹消退 70% 以上; 有效: 为皮疹消退 30% 以上; 无效: 为皮疹消退不足 30% 或皮疹无变化甚至增多。痊愈+显效计算有效率。疗程结束后 3 个月、6 个月各随访 1 次, 3 个月采取患者复诊, 6 个月采取电话随访, 判断复发情况, 以原皮损处出现新发疣体为复发。

1.3 统计学方法

采用 SAS 9.13 软件统计包对数据进行统计学分析, 具体方法为非参数统计卡方检验法。 $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较

治疗后 2 个月, 治疗组与对照组痊愈率 ($\chi^2 = 15.16, P < 0.01$), 有效率 ($\chi^2 = 22.69, P < 0.01$) 比较差异均有统计学意义 (表 1)。治疗后痊愈效果见图 1。

2.2 不良反应

治疗组有 2 例患者, 分别有 3 个部位皮肤潮红, 轻微脱屑; 对照组有 5 例, 20 个部位皮肤潮红, 干扰素

收稿日期: 2012-12-14; 修回日期: 2013-2-23

通讯作者: 刘业强, E-mail: lyqdoctor@163.com

余佳、童务华对本文与第一作者做出同样贡献, 为并列第一作者



A: (例 1) 治疗前; B: (例 1) 治疗后 2 个月; C: (例 2) 治疗前; D: (例 2) 治疗后 2 个月

图 1 铒激光联合重组人 α -2b 干扰素凝胶治疗扁平疣患者疗效观察

表 1 不同疗法对扁平疣患者治疗后疗效比较

组别	例数	疗效 (n)				痊愈率 (%)	有效率 (%)
		痊愈	显效	有效	无效		
治疗组	95	63	12	15	5	66.32	78.95
对照组	70	25	5	28	12	35.71	42.86

凝胶适当减量即可,不影响继续治疗。

2.3 随访

对 165 例患者随访 6 个月,两组患者中显效和有效病例经二三次重复治疗后全部达痊愈标准。治疗组复发率 3.33% (3/90)与对照组 22.41% (13/58)比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

扁平疣是慢性良性疾病,其发生、消退、病程等与机体免疫功能有关,且细胞免疫对扁平疣的防御机制起主要作用,免疫功能缺陷者扁平疣的发生率高于正常人^[3]。因此临床上扁平疣的治疗多从抗病毒、增强免疫功能联合入手,但药物全身性治疗往往时间长而且难以奏效。而疣体局部采用手术、冷冻、电灼、微波、普通 CO₂ 激光等物理性破坏式治疗虽可直接作用于皮损,但有可能发生不良反应如引起色素沉着或伤及真皮后留下瘢痕^[4]。因此,寻求新的更安全、更有效的方法很有必要。

扁平疣的组织病理为表皮角化过度,颗粒层上部角质形成细胞胞质显著空泡化、棘层不规则肥厚,显示其病变仅局限于表皮浅层,真皮层正常。如果能将治疗准确地定位于病变处表皮层,而不伤及基底层、真皮层及周围正常组织,就可既达到治疗效果又避免不良反应的产生。铒激光的波长为 2 940 nm,属近红外光谱,是水的最佳吸收波长,作用于皮肤组织时水能吸收大量热,使光的穿透性很浅,引起浅层皮肤的

快速升温,导致组织的瞬间汽化分离和精密剥脱^[5-6]。同时 profile 拥有先进的“微剥脱模式”,即能通过控制输出功率使皮肤磨削的深度掌控数字化,应用于浅表剥脱或逐层剥脱,愈合快,多数无需表面麻醉,术后色素沉着少,愈后瘢痕风险性低。并且根据 Anderson 和 Parrish 的选择性光热作用理论,铒激光脉冲宽度 (Pulse duration/Pulse width) 短于表皮的热弛豫时间 (Thermal Relax Time, TRT),可有效避免对周围组织非特异性热损伤^[7]。因此铒激光对于扁平疣的治疗是安全、有效的,而且符合美容手术安全性高的要求。

重组人干扰素是通过诱导细胞内产生有酶活性的抗病毒蛋白,间接地抑制病毒的复制而具有抗病毒作用,此外还有抗肿瘤和免疫调节作用,达到治疗亚临床感染和隐性感染的目的。干扰素用于局部病变部位可使病变部位及其邻近正常组织的细胞免疫功能提高,使 Th1 细胞优势表达,阻断病毒的复制,增强天然杀伤 (NK) 细胞及巨噬细胞功能,从而使角质形成细胞分裂周期延长产生抗增生效应^[8-9]。但从上述观察结果表明,治疗组痊愈率、有效率、复发率分别为 66.32%、78.95%、3.33%,而对照组分别为 35.71%、42.86%、22.41%,显示治疗组有效性明显优于对照组,且复发率低。局部外用 α -2b 干扰素凝胶可在病变细胞表面与特异膜受体结合,发挥抗病毒 DNA 和 RNA 作用,阻止病毒复制,使病变细胞凋亡脱落。使用铒激光先破坏疣体表面角质层,能加强干扰素的吸收作用,提高疗效。因此,铒激光联合重组人 α -2b 干扰素凝胶凝胶外涂,比单用药物治疗效果要快,而且安全、有效,值得推广。

参考文献

[1] Lin MY, Xiang LH. Topical 5-aminolevulinic acid photodynamic

- therapy for recalcitrant facial flat wart in Chinese subjects[J]. J Dermatol, 2008, 35(10): 658-661.
- [2] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 415-416.
- [3] Sterling JC, Handfield-Jones S, Hudson PM. Guidelines for the management of cutaneous warts[J]. Br J Dermatol, 2001, 144 (1): 4-11.
- [4] Dall'oglio F, D'Amico V, Nasca MR, et al. Treatment of cutaneous warts: an evidence-based review [J]. Am J Clin Dermatol, 2012, 13(2): 73-96.
- [5] Janik JP, Markus JL, Al-Dujaili Z, et al. Laser resurfacing[J]. Semin Plast Surg, 2007, 21(3): 139-146.
- [6] Khatri KA, Mahoney DL, McCartney MJ. Laser scar revision: A review[J]. J Cosmet Laser Ther, 2011, 13(2): 54-62.
- [7] Ciocon DH, Doshi D, Goldberg DJ. Non-ablative lasers[J]. Curr Probl Dermatol, 2011, 42: 48-55.
- [8] 李玉湘. 重组干扰素 α -2b 乳膏联合维 A 酸霜外用治疗扁平疣 40 例[J]. 临床皮肤科杂志, 2004, 33(5): 291.
- [9] 胡志帮. 重组人干扰素 α -2b 软膏联合 0.1% 他扎罗汀凝胶治疗扁平疣疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2009, 38(2): 128.

多磺酸粘多糖软膏外敷治疗儿童甲营养不良的疗效观察

王 岩, 马光辉, 刘 丽, 韩秀萍

(中国医科大学附属盛京医院皮肤科, 辽宁 沈阳 110004)

[关键词] 多磺酸粘多糖软膏; 儿童; 甲营养不良

[中图分类号] R758.72

[文献标识码] B

[文章编号] 1000-4963 (2014) 02-0120-02

甲营养不良是一种多因素引起的甲损害, 导致指(趾)甲变薄, 浑浊, 变形, 易碎, 甲板表面失去光泽、粗糙, 常有纵嵴及甲剥离。真菌镜检阴性。临床多见于后天性甲营养不良, 许多全身性皮肤病可影响其营养及发育, 有时甲改变有助于一些全身性疾病的诊断, 如银屑病、湿疹、扁平苔藓、斑秃、梅毒、麻风、系统性硬皮病、毛囊角化病、掌跖角化病等均可伴随甲的营养障碍^[1-2]。

儿童的甲病表现与成人有一定的区别, 大多数甲营养不良患儿无并发症, 可以是直接由营养缺乏造成, 也可以是由甲周围皮肤病和外伤所致。甲营养不良的临床表现为甲外形改变、甲色泽损害, 目前尚无明确的分类标准。临床中, 无明确诱发因素的非特异性甲病最常见。我科采用常规疗法联合多磺酸粘多糖软膏(商品名: 喜疗妥)外敷治疗儿童甲营养不良, 疗效显著, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

61 例甲营养不良患儿均为 2012 年 1 月—12 月在我院皮肤科门诊就诊的病例。入选标准: 指甲及(或)趾甲异常, 真菌镜检阴性, 外貌无营养不良, 且血

常规、微量元素测定无异常。无并发其他系统性疾病和皮肤疾病。部分病例依从性差, 未按操作要求按时用药者已排除。

61 例患儿中男 28 例, 女 33 例; 年龄 1~14 岁(平均 4.3 岁)。其中 <2 岁者 6 例, 2~6 岁者 39 例, 7~10 岁者 11 例, >10 岁者 5 例。均为初发于手指甲, 伴有趾甲损害者 6 例; 患甲数量 1~9 个, 平均 3.7 个。病程 1 周~1 年, 平均 3.4 个月。不爱吃蔬菜者 46 例, 不爱吃肉者 3 例, 饮食均衡者 12 例。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 将患儿随机分成两组, 其中观察组 31 例, 给予局部外敷喜疗妥软膏+常规口服小儿多元素片(商品名: 小儿金施尔康片)。操作方法: 于甲周 1.5 cm 范围内均匀涂抹, 按摩 2 min, 然后再次均匀涂抹厚度 1~2 mm, 保鲜膜封包 1 h, 每日 2 次。对照组 30 例, 仅给予常规口服小儿金施尔康片。

1.2.2 临床观察指标 依据每个临床观察个体的指(趾)病甲数目、甲板病变面积、病甲的形态改变(甲板变薄易碎, 甲纵嵴、甲横裂、甲板分层剥离)情况分别作临床资料及图片记载, 分别于治疗前、治疗后 8 周、12 周复诊, 详细记录甲板的新生情况及原甲板修复情况。

1.2.3 效果评价 由 2 位以上皮肤科医生分别针对每例患儿进行临床疗效的判定。其中治疗 8 周痊愈的患儿停用口服药, 继续外敷喜疗妥软膏维持疗效, 12 周时复诊观察有无复发情况。痊愈: 指(趾)甲基本修复正常; 显效: 指(趾)甲修复 $\geq 50\%$ 以上, 新生指

收稿日期: 2013-07-03; 修回日期: 2013-07-30

通讯作者: 王岩; E-mail: dr_wangyan@hotmail.com