

弱、社会活动能力下降、工作学习效能减低、自卑、抑郁等,从而加重患者的病情。本实验发现银屑病患者生活质量和心理创伤的标准与 PASI 有一定相关性,但由于患者的心理素质、教育程度、社会宗教背景不同使评估的结果产生很大差异,因此银屑病改善的客观标准只能是银屑病皮损面积的缩小、红斑减退、浸润减轻、鳞屑减少。Weiss 等^[8]认为社会心理和生活质量评价考察了患者自己对治疗结果的感受,可用于指导医生对治疗方案进行调整。

由于皮肤中存在维甲酸受体以及维甲酸类药物生物利用度高、易被皮肤吸收等特点,其在治疗银屑病方面显示了广阔前景和临床推广应用价值。当前的主要任务是努力开发高效、低毒副作用、低致畸性的口服维甲酸类新药。

[参 考 文 献]

[1] Feldman SR, Fleischer AB Jr, Rebusson DM, et al. The self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable[J]. J Invest Dermatol, 1996, 106(1): 183 - 186.
 [2] Wiegand UW, Chou RC. Pharmacokinetics of acitretin and etretinate

[J]. J Am Acad Dermatol, 1998, 39(2 Pt 3): S25 - 33.
 [3] 张锡宝, 何玉清, 吴志华, 等. 银屑病患者外周血 CD4⁺T 细胞内 IFN- γ , IL-4 的表达与发病的关系[J]. 中华皮肤科杂志, 2003, 36(3): 151 - 153.
 [4] 何玉清, 张锡宝, 吴志华, 等. 银屑病患者细胞因子 IFN- γ , IL-4 水平的体外研究[J]. 临床皮肤科杂志, 2002, 31(12): 762 - 763.
 [5] Szedgi A, Magdolna A, Andrea G, et al. Elevated rate of Thelper1 (TH1) lymphocytes and serum IFN - levels in psoriatic patients[J]. Immunology Letters, 2003, 86(3): 277 - 280.
 [6] Frank C, Saporito M, Alan M. Methotrexate and psoriasis in the era of new biologic agents[J]. J Am Acad Dermatol, 2004, 50(2): 301 - 309.
 [7] 杨海平, 周武庆, 孙建方, 等. 甲氨喋呤对银屑病患者外周血白细胞生成 IL-10 和 IFN- 影响的研究[J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2000, 16(3): 141 - 143.
 [8] Weiss SC, Kimball AB, LiewEhr DJ, et al. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life[J]. J Am Acad Dermatol, 2002, 47(4): 512 - 518.

[收稿日期] 2004-12-28 [修回日期] 2005-03-09

NB-UVB 配合中药汽疗 内服治疗寻常性银屑病疗效观察

Effects of Traditional Chinese Medicinal Herbs and NB-UVB Combined on Psoriasis Vulgaris Patients

刘巧, 王爱民

LIU Qiao, WANG Ai-min

[摘要] 目的 观察窄谱中波紫外线(NB-UVB)照射配合中药汽疗、内服治疗寻常性银屑病的疗效。方法 将寻常性银屑病患者随机分成三组,治疗组先做中药汽疗,再做 NB-UVB 照射,同时按辨证论治(分血热型和血毒型)给予中药内服;对照 1 组仅用 NB-UVB 照射治疗;对照 2 组予中药汽疗 + 中药内服(处方同治疗组)。结果 治疗组疗效明显优于对照 1 组和对照 2 组, χ^2 值分别为 5.507 和 4.955, P 均 < 0.05 ; 对照 1 组和对照 2 组疗效无明显差异 ($P > 0.05$)。结论 NB-UVB 照射配合中药汽疗、内服治疗寻常性银屑病疗效好。

[关键词] 窄谱中波紫外线; 中药汽疗; 银屑病, 寻常性

[中图分类号] R 758.63

[文献标识码] B

[文章编号] 1001 - 7089(2005)06 - 0348 - 02

银屑病是皮肤科常见病,治疗棘手,易复发。本科自 2002 年 12 月 ~ 2004 年 5 月,采用窄谱中波紫外线(NB-UVB)配合中药汽疗、内服治疗本病,取得良好效果,现报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料

1.1.1 病例入选标准 所有病例均为本院门诊和住院寻常性银屑病患者,自愿参加本研究并遵从医嘱;年龄 16 ~ 70 岁,无妊娠或哺乳期女性;无其他严重器质性病变;治疗前 1 个月内

未用糖皮质激素、免疫抑制剂、维 A 酸和迪银片治疗。

1.1.2 病例排除标准 急性传染病;重症心脏病、重症高血压病;着色性干皮病;显著型光敏性皮肤病;SLE;基底细胞癌;妊娠或哺乳期妇女;某种原因不能完成疗程者。

1.1.3 临床资料 136 例患者,男 78 例,女 58 例;年龄 16 ~ 70 岁,平均(40 ± 10.5)岁;病程 1 ~ 240 个月,平均(88 ± 45)个月。136 例随机分为治疗组 47 例、对照 1 组 45 例和对照 2 组 44 例。三组患者临床资料见表 1。其性别、病程、年龄、皮损严重程度经均衡检验无显著性差异,有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组采用 SS-05B 光疗仪(上海希格玛高技术有限公司),辐照强度为 45 mV/cm²,峰值为 311 nm,进行 NB-UVB 全身照射。初始剂量根据患者的皮肤类型^[1]确定,考虑亚洲人多为 III, IV 型,结合海南的地理位置,一般初始剂量

[作者单位] 海南省皮肤病医院,海南海口 570206

[作者简介] 刘巧(1962 -),男,江西省新余市人,医学学士,主任医师,教授,研究方向为中西医结合治疗皮肤病。

表 1 三组临床资料 例

组别	例数	男	女	平均年龄 (岁)	平均病程 (月)	PASI 评分 (治疗前)
治疗组	47	26	21	39	80	58
对照 1 组	45	26	19	41	75	56
对照 2 组	44	26	18	38	72	52

为 0.2 J/cm², 以后每次增加 10% ~ 20%, 累积最大剂量为 0.71 J/cm², 每周照射 2 次, 连续治疗 8 次, 总疗程 1 个月。同时采用 HH-QC 中药汽疗仪(无锡华亨实业公司)汽疗。汽疗中药方: 大黄、千里光、苦参、土茯苓、地肤子、野菊花、蛇床子各 20 g, 黄柏 10 g。治疗方法: 预设治疗舱温 37℃ ~ 40℃, 将汽疗中药加水煎煮 30 min 后置于仪器的专用药锅中, 含药蒸汽由导入入口注入治疗舱, 治疗时间为 25 ~ 30 min。隔日 1 次, 15 次为 1 疗程。中药内服辨证分两型: 热毒型相当于寻常性稳定期, 病期较长, 病情稳定, 反复发作, 时好时发, 皮色淡红, 散发躯干、四肢等, 表面覆有银白色鳞屑、微痒、口干、咽痛、舌质淡红、苔黄、脉数。治以清热解毒, 方用热毒汤: 青黛 3g, 露蜂房、黄芩各 10 g, 七叶一枝花 15 g, 土茯苓、金银花各 20 g; 血毒型相当于寻常性进行期, 皮疹不断增多、皮色较红、点状出血现象明显, 鳞屑增厚、新疹不断出现、瘙痒剧烈、心烦口渴、便干尿赤、舌质红绛苔黄、脉弦数, 治以凉血解毒, 方用血毒汤: 羚羊角 2g, 生地黄 15 g, 土茯苓 20 g, 全蝎 3 g, 蜈蚣 1 条, 紫草 30 g。上两型均 1 剂/d, 每剂水煎 2 次, 早晚分服。对照 1 组仅用 NB-UVB 照射治疗, 对照 2 组予以中药汽疗 + 中药内服。均连用 4 周观察并判定疗效, 同时观察不良反应。

1.3 疗效判定标准

1.3.1 判定指标 根据 Fredriksson 和 Pettersson^[2] 的银屑病皮损严重程度评分(PASI), 评估用药后第 4 周的疗效。将人体分为头颈、躯干、上肢、下肢 4 个部分, 首先计算皮损面积: 无皮损为 0 分, 皮损面积占体表面积 1% ~ 9% 为 1 分, 占 10% ~ 29% 为 2 分, 占 30% ~ 49% 为 3 分, 占 50% ~ 69% 为 4 分, 占 70% ~ 80% 为 5 分, 占 90% ~ 100% 为 6 分; 再分别计算皮疹的鳞屑(D)、浸润(I)、红斑(E)的严重程度分: 无皮损为 0 分, 轻度为 1 分, 中度为 2 分, 重度为 3 分, 极重度为 4 分。PASI 分数 = 头部面积分 × 头部严重程度分(D + I + E) × 0.1 + 上肢面积分 × 上肢严重程度分(D + I + E) × 0.2 + 躯干面积分 × 躯干严重程度分(D + I + E) × 0.3 + 下肢面积分 × 下肢严重程度分(D + I + E) × 0.4。PASI 下降指数 = (治疗前 PASI 评分 - 治疗后 PASI 评分) / 治疗前 PASI 评分 × 100%。

1.3.2 疗效判定标准 基本治愈为 PASI 下降指数 ≥ 90%; 显效为 PASI 下降指数 ≥ 60%; 进步为 PASI 下降指数 ≥ 20%; 无效为 PASI 下降指数 < 20%。有效率以痊愈加显效计算。

2 结果

2.1 三组疗效 见表 2。治疗组与对照 1 组、对照 2 组有效率经 χ^2 检验, χ^2 值分别为 5.507 和 4.955, P 均 < 0.05。对照 1 组与对照 2 组有效率经 χ^2 检验, $\chi^2 = 0.1, P > 0.05$ 。

2.2 不良反应 治疗组: NV-UVB 照射后出现水疱 1 例, 红斑 3 例, 皮肤瘙痒 5 例, 皮肤老化 2 例, 皮肤变黑 5 例。停止照射后, 皮肤红斑、水疱、瘙痒均消失; 中药汽蒸时出现头昏 1 例, 口

干 2 例。对照 1 组经 NV-UVB 照射后出现水疱 1 例, 红斑 4 例, 皮肤瘙痒 6 例, 皮肤老化 3 例, 皮肤变黑 6 例。对照 2 组中药汽蒸口干 1 例, 服中药后轻度腹泻 2 例。

表 2 三组治疗 4 周后疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	进步	无效	有效率 (%)
治疗组	47	20(42.5)	16(34.0)	10(21.2)	1(2.1)	76.5
对照 1 组	45	14(31.1)	10(22.2)	15(33.3)	6(13.3)	53.3
对照 2 组	44	16(36.3)	8(18.1)	14(31.8)	6(13.6)	59.0

3 讨论

过去认为银屑病的特征是角质形成细胞(KC)增殖与分化异常, 伴显著的炎症细胞浸润。近年则认为银屑病是多基因遗传背景下的 T 细胞异常的免疫性疾病。目前比较一致的观点是: 银屑病的发病机理与细胞免疫, 尤其与 T 细胞密切相关^[3]。异常的 T 细胞功能导致继发性的表皮角质形成细胞过度增生。紫外线可以使 T 细胞发生凋亡从而使皮损消退^[4]。Ozawa 等^[5] 研究指出, NB-UVB 对银屑病的良好疗效在于诱导 T 细胞凋亡, NB-UVB 的这种细胞毒性在于它的单一性强, 能够透达真皮并能在不导致皮肤灼伤的情况下释放出更多的能量。国内李虹等^[6] 用 NB-UVB 治疗银屑病疗效较好, 有效率达 79.48%。笔者单用 NB-UVB 治疗有效率为 53.3%, 可能与照射次数和观察时间有关。

银屑病中医称为白疔、松皮癣。《外科证治全书》曰: “白疔(一名疔风), 皮肤燥痒, 起如疹疥而色白, 搔之屑起, 渐至肢体枯燥拆裂, 血出痛楚”。笔者认为银屑病的发生主要是由各种毒邪侵害人体, 毒邪积聚皮肤腠理, 而致气血凝滞, 营卫失和, 经络阻塞, 毒邪久羁, 毒气深沉, 积久难化而成, 使本病顽固难愈。故治疗上应采用内服外用相结合的解毒攻毒之法, 使毒邪得去, 病情得以彻底根治。在临床上笔者把寻常性银屑病主要分为热毒型和血毒型。热毒型是由于外感六淫、过食辛辣炙烤、鱼虾酒酪或七情内伤等, 导致热邪内蕴偏盛、郁久化毒, 热毒外壅肌肤而发病, 病位相对较浅, 病情相对较轻; 血毒型是由于机体蕴热偏盛, 复感外界毒邪侵袭, 或因性情急躁, 心绪烦恼, 火毒内生, 或因恣食鱼腥、辛辣之品, 伤及脾胃积毒, 均可使毒邪深入血分, 血毒外壅而发病, 病位较深, 病情相对较重。分别予以清热解毒的热毒汤和凉血解毒的血毒汤。热毒汤以青黛、露蜂房解毒攻毒, 配以重楼、黄芩、金银花、土茯苓清热解毒, 佐以凉血消肿止痒; 血毒汤以羚羊角、全蝎、蜈蚣攻毒解毒, 配以紫草、生地黄、土茯苓凉血化瘀, 消斑解毒, 佐以清热止痒。中药汽疗是在中药外洗、浴疗及熏蒸的基础上发展的新型外治中医疗法, 选用对特定疾病有治疗作用的中药并组成方剂, 经中药汽疗蒸发器加热后形成“药汽”, 直接作用于人体皮肤表面的皮损以治疗皮肤病。中药汽疗与传统的水疗等方法相比有以下优点: 中药挥发油等成分不易丢失; 使血管扩张, 血流增加, 促进炎症的消退和吸收; 有镇静、止痒止痛、帮助睡眠、消除疲劳等作用, 有利于银屑病的治疗; 促进新陈代谢, 有利有害毒素的排泄。

笔者采用 NB-UVB 配合中药汽疗、内服的综合疗法治疗寻常性银屑病疗效显著。选用有效的中药方剂做中药汽疗, 除了

中药的直接作用和理疗作用外,还可以清洁皮肤、除去皮屑,有利于皮肤紫外线的吸收,使 NB-UVB 更好地发挥治疗作用。中药的辨证施治更能从根本上治疗银屑病。

[参 考 文 献]

[1] 廖康煌, 阎春林, 王漪. 日光反应性皮肤型的测定及意义[J]. 中华皮肤科杂志, 1995, 28(5): 287-289.

[2] Fredriksson T, Pettersson U. Severe psoriasis-oral therapy with a new retinoid[J]. Dermatologica, 1978, 157(4): 238-244.

[3] 郑敏. 银屑病是细胞免疫介导性疾病? [J]. 中华皮肤科杂志, 2002, 35(2): 85-87.

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

[5] 王雷, 李春英, 高天文. 窄谱中波紫外线的生物学效应及应用[J]. 国外医学皮肤性病学分册, 2003, 29(5): 282-284.

[6] 李虹, 于霖, 刘克英, 等. 窄波 UVB 治疗银屑病疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2002, 31(6): 372-373.

[收稿日期] 2005-02-09 [修回日期] 2005-04-17

卡介菌多糖核酸等治疗嗜酸性粒细胞增多性皮炎 2 例

Effect of BCG-PSN on 2 Patients with Eosinophilic Dermatitis

庞晓文, 江丽

PANG Xiao-wen, JIANG Li

[摘要] 2 例嗜酸性粒细胞增多性皮炎患者予肌注卡介菌多糖核酸注射液 2 ml/d, 同时口服抗组胺药物, 3~6 周后皮损基本消退, 外周血嗜酸性粒细胞计数恢复正常, 无明显不良反应。

[关键词] 卡介菌多糖核酸; 嗜酸性粒细胞增多性皮炎; 抗组胺药

[中图分类号] R 557.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1001-7089(2005)06-0350-02

卡介菌多糖核酸是从卡介菌中提取的一种免疫活性物质, 笔者用其联合抗组胺药治疗 2 例嗜酸性粒细胞增多性皮炎, 取得了满意的近期疗效。结果报告如下。

1 临床资料

例 1, 女, 24 岁。全身反复红斑、丘疹 10 年, 伴剧痒, 于 2002 年 6 月 10 日就诊。10 年前无明显诱因于四肢出现大片状水肿性红斑及米粒至黄豆大小红丘疹, 皮损迅速泛发全身, 明显瘙痒, 曾在当地医院诊断为“湿疹”, 给予抗组胺药等治疗, 病情反复。2 年前在中国医科大学第一附属医院皮肤科, 反复多次行外周血嗜酸性粒细胞计数检查、皮损组织病理及骨髓穿刺检查, 确诊为嗜酸性粒细胞增多性皮炎, 经抗组胺药、中药等治疗, 效果不明显。体检: 体温不高, 心、肺、腹未见异常, 全身浅表淋巴结未触及肿大。皮肤科情况: 皮损分布于头面、躯干、四肢, 为片状肥厚性淡红斑, 散在和集簇的豆粒大小红丘疹, 不融合, 部分皮损表面覆有糠状鳞屑, 不易刮除, 可见明显抓痕、血痂。未累及黏膜、毛发及指趾甲。实验室检查: WBC $12.0 \times 10^9/L$, 嗜酸性粒细胞计数 $1900 \times 10^6/L$, 尿、粪常规及肝肾功能均正常, 血沉不快, 胸片、心电图、腹部和盆腔 B 超均未见异常。治疗: 给予口服咪唑斯汀 10 mg 1 次/d, 酮替芬 1 mg 2 次/d, 外用去炎松擦剂和去炎松霜, 治疗 1 周, 疗效不明显。加用卡介菌多糖核酸(商品名斯奇康, 长沙九芝堂生物制药有限公

司产品, 规格 1 ml: 0.5 mg) 注射液 2 ml 隔日 1 次肌注。治疗 1 周后, 瘙痒明显减轻, 红斑丘疹变平, 颜色变浅; 2 周后, 瘙痒基本消失, 头面、躯干及双上肢皮损大部分消退, 双下肢皮损部分消退, 查嗜酸性粒细胞计数 $900 \times 10^6/L$; 治疗 3 周时, 全身皮损基本消退, 嗜酸性粒细胞计数 $300 \times 10^6/L$, 将卡介菌多糖核酸注射液减量至 2 ml 2 次/周, 并停用抗组胺药, 2 周后再次减量至 1 ml 2 次/周, 维持 4 周, 皮损未复发停用。此间共复查 3 次嗜酸性粒细胞计数均正常, 治疗期间未发现明显副作用。随访 3 个月未复发, 但于停药后 6 个月再次复发。

例 2, 男, 58 岁。全身红斑、丘疹伴瘙痒 3 年, 于 2004 年 5 月 25 日就诊。患者 3 年前饮食食海鲜后, 从躯干开始出现豆粒大小红丘疹, 皮损逐渐增多并波散至全身, 部分融合成大片红斑, 瘙痒剧烈, 外院以“湿疹”, 给予多种抗组胺药物治疗, 皮损反复发生。2 年前在协和医院经多次嗜酸性粒细胞计数及皮损组织病理检查, 确诊为嗜酸性粒细胞增多性皮炎。予口服糖皮质激素治疗(强的松最大量 40 mg/d) 后痊愈, 停用激素后短则数周, 长则 2 个月, 皮损复发。患者此次停用激素约 1 个月, 皮损再发。既往有高血压病史。体检: 体温正常, BP 155/95 mmHg, 心、肺、腹未见异常, 颌下、颈侧、腋下可触及数个黄豆至花生米大小淋巴结, 表面光滑、活动, 无触痛。皮肤科情况: 皮损分布于头面、耳廓、耳前、颈部及躯干、四肢, 为大量豆粒大小表面光滑红丘疹, 部分融合成大片状, 呈肥厚性暗红色斑块, 无渗出, 可见抓痕、血痂, 伴有掌跖角化, 未累及黏膜、毛发及指趾甲。实验室检查: 血、尿、粪常规、肝肾功能正常, 查嗜酸性粒细胞计数 $4900 \times 10^6/L$, 血沉不快, 胸片未见异常, 心电图示冠脉供血不足, 腹部 B 超示: 脂肪肝, 余未见异常。皮损组织病理检

[作者单位] 中国人民解放军空军总医院皮肤科, 北京 100036

[作者简介] 庞晓文(1967-), 女, 上海市人, 副主任医师, 医学博士, 主要从事银屑病、变态反应性皮肤病的临床与研究。