

发生率无显著差异 ($P > 0.5$)。整个实验过程中至少发生一起实验室不良事件的患者共有 8 例, 15 例次, 经研究者判断 均认为与研究药物无关。

3 讨论

近来研究揭示并验证了睾酮 (testosterone) 经 5α 还原酶 (5α -reductase, 5α -R) 向双氢睾酮 (dihydrotestosterone, DHT) 的转化在雄激素性脱发 (androgenetic alopecia, AGA) 的发病中起重要作用。AGA 患者头皮和血清中 DHT 水平以及头皮中 5α -R 的数量和活性均高于正常人群。患遗传性 2 型 5α -R 缺乏症的患者 1 型 5α -R 和血清睾酮水平正常, 但从不发生 AGA 的现象进一步证实 2 型 5α -R 是 AGA 发病的一个关键因素。非那雄胺是一种 2 型 5α -R 抑制剂, 可以有效的降低患者血清和头皮中 DHT 水平, 治疗男性的 AGA^[1]。

本研究通过对 228 例中国男性雄激素性秃发患者为期 24 周的随机、双盲、安慰剂对照研究, 显示非那雄胺 1mg/d 能够促进头发的生长, 以满足患者的美容要求。本研究采用国际通用的观察方法, 即独立的皮肤科专家在盲态下通过比较治疗前后的照片进行的评价, 对非那雄胺的治疗效果进行评价。经判断治疗后头发有不同程度的生长: 治疗组 70.8%, 对照组 25.5%。提示非那雄胺治疗组的疗效明显优于安慰剂

组, 与 Kaufman 报道^[2] 治疗 12 个月的结果基本一致 (治疗组和对照组分别有 48% 和 7% 患者有不同程度的头发再生)。从而验证了非那雄胺治疗中国男性的雄激素性秃发的有效性。此外, 根据治疗前后照片的比较结果, 治疗 24 周后服安慰剂的患者中 19.8% 脱发加重, 而服非那雄胺的患者仅有 1.8% 有加重。说明非那雄胺可以有效的控制头发的继续脱落。

本研究中治疗组和对照组不良事件的发生率相似, 经判断与研究药有关的不良事件很低, 分别为治疗组 0.8%, 对照组 1.77%, 两组相比无显著差异, 与 Kaufman 等^[2] 的研究结果一致。可以得出结论, 非那雄胺 1mg/d 治疗中国男性雄激素性秃发有良好的安全性。由于非那雄胺可以使男性胎儿的外生殖器发育异常, 故该药不能用于治疗女性 AGA。有研究显示非那雄胺对于治疗绝经后女性 AGA 的疗效与安慰剂无差异^[3]。

参考文献:

- [1] Tosti A, Camacho-Martinez F, Dawber R. Management of androgenetic alopecia[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 1999, 12(3): 205-214.
- [2] Kaufman KD, Olsen EA, Whiting D, et al. Finasteride in the treatment of men with androgenetic alopecia[J]. J Am Acad Dermatol, 1998, 39(4Pt 1): 578-588.
- [3] Price VH, Roberts JL, Hordinsky M, et al. Lack of efficacy of finasteride in postmenopausal women with androgenetic alopecia[J]. J Am Acad Dermatol, 2000, 43(5 Pt 1): 768-776.

窄波 UVB 治疗银屑病疗效观察

The observation of efficacy in the treatment of psoriasis with narrow band UVB

李虹, 于霖, 刘克英, 徐丽敏, 毛舒和

LI Hong, YU Ling, LIU Ke-ying, XU Li-min, MAO Shu-he
(天津长征医院皮肤科, 天津 300021)

摘要: 39 例静止期寻常型银屑病患者, 采用窄波 UVB 光疗法每周照射 2 次, 起始剂量为 $0.5\text{J}/\text{cm}^2$, 每次递增 $0.1\text{J}/\text{cm}^2$, 共照射 8 次, 总剂量为 $1.3\text{J}/\text{cm}^2$ 。临床总有效率为 79.48% 接近国外报道的 81.8%。经临床证实, 起始剂量的标准安全有效, 尚未发现光毒反应。疗效的判定可能与患者的性别、皮肤的类型、皮疹的形态、照射剂量的选择有关。

关键词: 银屑病; 窄波 UVB; 照射剂量

中图分类号: R758.63

文献标识码: B

文章编号: 1000-4963(2002)06-0372-02

银屑病是一种常见、多发、易复发、较难治愈的皮肤病。目前各种治疗方法均未达到临床较满意效果, 欧美将窄波 UVB 光疗法作为银屑病常规治疗方法之一。为了探讨窄波 UVB 对我国银屑病的治疗效果, 我院于 2001 年 5 月引进窄波 UVB 光疗仪, 对 39 例寻常型银屑病进行临床观察, 现报告如下。

收稿日期: 2002-03-04

1 病例与方法

1.1 病例资料: 39 例静止期寻常型银屑病患者均为本院门诊病人, 男性 22 例, 女性 17 例, 平均年龄 29 岁 (10~70 岁), 平均病程 1.3 年 (1~19 年)。其中斑片状银屑病 23 例, 点滴状银屑病 16 例。

1.2 治疗方法: 采用 SIGMASS~05AB 光疗仪 (上海希格玛高技术有限公司), 辐照强度为 $45\text{mW}/\text{cm}^2$, 峰值为 311nm, 进行窄

波 UVB 全身照射。初始剂量根据患者的皮肤类型^[1]确定,一般初始剂量为 $0.5\text{J}/\text{cm}^2$,以后每次增加固定剂量为 $0.1\text{J}/\text{cm}^2$,累计最大剂量为 $1.3\text{J}/\text{cm}^2$,每周照射 2 次,连续治疗 8 次,总疗程为 2 个月。

1.3 临床疗效评价:根据 PASI 评分标准^[2]进行皮损面积(%)评分。治愈:PASI 积分 $\geq 90\%$,显效:PASI 积分 $\geq 60\%$,有效:PASI 积分 $\geq 25\%$,无效:PASI 积分 $\leq 25\%$ 。有效率=(治愈率+显效率)/总病例数 $\times 100\%$ 。

2 结果

2.1 疗效判定:39 例静止期寻常型银屑病患者,痊愈 5 例,占 12.82%;显效 26 例,占 66.67%;有效 7 例,占 17.95%;无效 1 例,占 2.56%;有效率为 79.48%。

2.2 疗效与性别的关系:临床观察分析,男性显效 18 例,女性显效 8 例,痊愈男性 4 例,女性 1 例。推测男性皮肤可能对紫外线吸收强,有利于皮疹的消退。

2.3 疗效与皮疹形态的关系:斑片状银屑病 23 例,3 例痊愈,18 例显效;点滴状银屑病 16 例,2 例痊愈,8 例显效。考虑与斑片状皮损面积大、皮屑薄,对光吸收完全、易穿透有关。

2.4 疗效与皮肤类型及照射剂量的关系:39 例患者中属 IV 型皮肤 28 例,属 III 型皮肤的 11 例。疗效结果显示 III 型皮肤 11 例全部显效,而 IV 型皮肤仅有 15 例显效,反映皮肤类型对紫外线敏感度的差异。另外,初始剂量大部分选定 $0.5\text{J}/\text{cm}^2$,仅有 7 例因以往有日光性皮炎病史,故选定 $0.3\text{J}/\text{cm}^2$,治疗结果为有效,对此类患者能否加大照射剂量有待进一步临床研究。

2.5 光毒反应:39 例患者无 1 例出现光毒反应。证实国外报道的窄波 UVB 光毒反应极小的结论^[3]。

3 讨论

UV 诱导皮肤中浸润细胞凋亡,与其它细胞相比,UV 照射后 T 细胞更易于发生凋亡,并已证实接受 UVB 光疗的银屑病患者皮损浸润 T 细胞数目的下降也

是源于 T 细胞的凋亡,且对窄波(311nm)UVB 而言,因其穿透力较强,尚可引起真皮中的 T 细胞凋亡,故临床窄波 UVB 的疗效优于宽波 UVB^[4]。我们采用该疗法,疗效显著,仅 8 次光疗总有效率达 79.48%,接近国外报道的有效率 81.8%^[5],为广大的银屑病患者提供新的最佳治疗方法。

欧美多为 I、II 型皮肤,亚洲多为 III、IV 型皮肤,治疗照射初始剂量是关键。我们参照欧美照射剂量^[6,7],选用 $0.3\sim 0.5\text{J}/\text{cm}^2$,经对 39 例银屑病患者临床观察,证实起始剂量的标准安全有效。

有关照射剂量递增方法国外资料有两种,其一每次剂量增加 10%~20%,其二选择适当的固定剂量^[6],而后可减少光毒性反应,故我们选择按固定剂量增量,每次递增 $0.1\text{J}/\text{cm}^2$,目前尚未发现光毒反应。采用窄波 UVB 光疗法,可通过减少 UVB 照射次数和累计剂量,来缩短疗程,并将副作用降至最低。国外经随机双盲研究已证实,对于亚洲的银屑病患者,每周两次窄波 UVB 光疗法更为合适^[8]。

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其意义[J].中华皮肤科杂志,1995,28(5):287-289.
- [2] Marks R, Barton SP, Shuttleworth D, et al. Assessment of disease progress in psoriasis[J]. Arch Dermatol, 1989, 125(2):235-240.
- [3] Koster W, Wiskemann A. Phototherapy with UV-B in vitiligo[J]. Z Hautkr, 1990, 65(11):1022-1029.
- [4] 王丽英.中波及长波紫外线光疗机制[J].国外医学皮肤性病学分册,2000,26(3):182.
- [5] Walters IB, Burack LH, Coven TR, et al. Suberythemogenic narrow-band UVB is markedly more effective than conventional UVB in treatment of psoriasis vulgaris[J]. J Am Acad Dermatol, 1999, 40(6Pt 1):893-900.
- [6] Halasz CL. Narrowband UVB phototherapy for psoriasis: results with fixed increments by skin type(as opposed to percentage increments)[J]. Photodermatol Photoimmunol Photomed, 1999, 15(2):81-84.
- [7] Zanolli MD, Feldman SR, Clark AR, et al. Phototherapy, Treatment, Protocols[M]. New York: The Parthenon Publishing Group, 2000. 17-21.
- [8] 印海鹏.每周二次与四次小剂量窄波 UVB 光疗法对亚洲银屑病患者疗效比较[J].国外医学皮肤性病学分册,2001,27(5):310.

1. 根据本例患者出生时即患病,皮损主要发生在双膝、双胫及足背,为界限清楚的不规则形皮肤缺损,呈红色湿润肉芽面,其父出生时有类似病,诊断为皮肤再生不良。皮肤再生不良又名先天性皮肤缺陷,系一个或几个区域内的表皮、真皮及皮下组织的先天性缺损,其病因目前不明。皮损特征为边界清楚的红色肉芽肿,似烫伤或产伤,好发于头皮、四肢、躯干,多对称分布。本病常伴发大疱性表皮松解症。

2. 本病有时可与产钳外伤相混淆。但从其外形、部位即可区分。

3. 婴儿期主要应注意护理和预防、控制感染。若皮损缺损较大,可考虑植皮。

四川自贡市第三人民医院 童晓博, 钟俊波, 郭建康