

杂志, 2012, 30(9): 887-890.

[7] Weng YH, Chiu YW. Spectrum and outcome analysis of marked neonatal hyperbilirubinemia with blood group incompatibility[J]. Chang Gung Med J, 2009, 32(4): 400-408.

[8] 詹艳, 吴道胜. 双歧三联活菌散剂对早产儿高胆红素血症的早期干预效果[J]. 中国基层医药, 2011, 18(24): 3416-3417.

[9] 王瑛, 王金秀, 江华, 等. 新生儿高胆红素血症的风险预测[J]. 临床儿科杂志, 2012, 30(3): 238-241.

[10] 田青, 李晓东, 查文清, 等. 新生儿高胆红素血症危险因素的 Logistic 分析[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(14): 2560-2562.

(收稿日期: 2012-12-25)

• 临床研究 •

中药药浴联合窄谱 UVB 治疗寻常型银屑病的疗效观察

王祝璐(重庆市中医院皮肤科 400011)

【摘要】 目的 观察中药肤光方药浴联合窄谱 UVB 联合治疗寻常型银屑病的疗效。方法 选择 48 例住院的寻常型银屑病患者, 给予中药药浴联合窄谱中波紫外治疗, 每周 3 次, 连续 20 次。结果 痊愈 9 例, 显效 25 例, 有效 12 例, 总有效率为 70.83%, 未见严重不良反应。结论 中药肤光方药浴联合窄谱 UVB 治疗寻常型银屑病具有协同作用, 疗效好, 不良反应少。

【关键词】 中药药浴; 窄谱 UVB; 银屑病

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.031 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)10-1261-02

银屑病是一种常见的慢性、复发性、炎症性皮肤病, 以表皮过度增殖、伴角化不全及真皮淋巴细胞浸润为特征^[1]。临床治疗方法较多, 但均未能达到较满意的效果。作者对 48 例寻常型银屑病患者进行中药药浴联合窄谱 UVB 治疗取得较好的疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2012 年 2~6 月 48 例寻常型银屑病住院患者, 其中男 34 例, 女 14 例, 平均年龄 52 岁, 病程为 3~42 年。所有患者均无肝、肾、血液等系统疾病, 血、尿常规均正常, 过敏患者、孕妇、哺乳期妇女除外。

1.2 方法

1.2.1 中药药浴 用本科室协定药方(野菊花、蒲公英、白癣皮、地肤子、苦参、蛇床子、大叶桉、薄荷等药味组方而成)进行中药药浴, 中药粉用无纺布药袋包裹, 2 袋放入 90~100 ℃ 4 000 mL 水中, 放置水温 37~42 ℃, 浸泡全身或局部, 药浴时间 15~20 min, 隔日 1 次, 药浴后行 NB-窄谱中波紫外线(NB-UVB)照射。

1.2.2 NB-UVB 照射 采用德国 Waldmann 公司生产的 UV-1000L 窄谱 UVB 治疗仪进行全身照射。初始剂量为 0.3 J/cm², 无红斑效应者每次递增 0.1 J/cm², 轻微红斑效应者以上次剂量照射; 清晰红斑者停止治疗 1 次, 采用上次相等剂量, 以后每次增加 0.1 J/cm²; 有疼痛的红斑或水疱者停止治疗, 直到恢复, 再次照射时减少上次剂量的一半, 累计最大剂量者为 2.5 J/cm², 隔日照射, 每周 3 次, 连续 20 次, 总疗程为 2 个月。照射时患者戴专用眼镜。治疗期间避免自然光照射, 治疗结束时复查血、尿常规及肝、肾功能。

1.3 疗效评价标准 根据 PASI 评分标准进行皮损面积(%)评分^[2]。治愈: PASI ≥ 90%; 显效: PASI ≥ 60%; 有效: PASI ≥ 25%; 无效: PASI ≤ 25%。总有效率 = (治愈例数 + 显效例数) / 总病例数 × 100%。

2 结果

2.1 治疗结果 48 例患者中, 痊愈 9 例(18.75%), 显效 25 例(52.08%), 有效 12 例(25.00%), 无效 2 例(4.17%), 总有

效率为 70.83%。48 例患者中, IV 型皮肤 34 例, III 型皮肤 14 例。疗效结果显示, III 型皮肤 14 例全部显效, 而 IV 型皮肤只有 11 例显效。

2.2 不良反应 48 例患者例治疗后肝、肾功能、血脂及血、尿常规等各项指标均在正常范围内, 未观察到明显的全身不良反应。48 例患者 NB-UVB 治疗期间无 1 例光毒反应发生, 但均有不同程度的皮肤干燥、脱皮或瘙痒, 部分患者皮肤有不同程度变黑。

3 讨论

银屑病中医称为“白疔”, 其根本病因为血热, 加之外来风热之邪侵袭, 内外合邪而发病^[3]。中药浴属中医外治法范畴。肤光方为本院皮肤科医生根据中医理论, 结合多年临床经验总结而成的经验药方, 药方中选用清热解毒力强的野菊花、蒲公英加上千里光解毒止痒, 配伍除湿力强的白癣皮、地肤子、苦参、蛇床子等药, 再佐以清热解毒、止痒的大叶桉, 宣散风热、透疹的薄荷等药味组方而成, 具有清热解毒、除湿止痒之功效。皮肤经中药浴液浸泡、浴洗后, 其渗出物、痂皮、鳞屑及污染物被清除, 并有止痒、镇静、安抚作用, 能减轻银屑病患者的瘙痒症状, 提高治疗效果^[4]。紫外线光疗是银屑病等皮肤病治疗的重要方法。紫外线波长选择对于银屑病的光疗效果具有重要意义。311 nm 左右的紫外线对银屑病的治疗效果最佳, 故滤除其他波长紫外线所产生的波长为 311 nm 左右的 NB-UVB 得以产生, 并广泛应用于临床银屑病的治疗^[5]。NB-UVB 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更多的能量, 从而使真皮中 T 细胞凋亡, 促进细胞分化趋于正常化, 使与银屑病相关的病理变化逐步改善, 进而促进皮损修复这是 NB-UVB 治疗银屑病的主要机制^[6]。

皮肤类型及照射剂量与疗效有很大关系。本研究结果显示, 肤色越浅对紫外线越敏感, 剂量随治疗次数而增加。对曾接受过紫外线治疗的患者可稍快。应根据每个患者的不同情况适当调整以后的治疗方案及剂量, 以达到最佳疗效。

中药肤光方药浴联合 NB-UVB 治疗寻常型银屑病, 具有协同效应, 疗效确切, 简单、方便、安全。

参考文献

[1] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社, 2001:759-764.

[2] Marks R, Barton SP, Shuttleworth D, et al. Assessment of disease progress in psoriasis[J]. Arch Dermatol, 1989, 125(2):235-240.

[3] 赵炳南. 赵炳南临床经验集[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:226.

[4] 吴波, 陈孝顶, 夏丹, 等. 中药药浴联合窄谱中波紫外线治疗寻常性银屑病疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病

学杂志, 2011, 10(5):304-305.

[5] 刘仲荣, 高天文, 李廷慧, 等. 311 nm 窄谱中波紫外线照射治疗寻常性银屑病疗效观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2004, 33(6):373-375.

[6] Kirke SM, Lowder S, Lloyd JJ, et al. A randomized comparison of selective broadband UVB and narrowband UVB in the treatment of psoriasis[J]. J Invest Dermatol, 2007, 127(7):1641-1646.

(收稿日期:2012-11-06)

• 临床研究 •

高血压脑出血术后再出血的临床分析

唐雄伟, 吴 军, 贾孝军, 龙 飞(重庆市合川区人民医院 401520)

【摘要】 目的 探讨高血压脑出血术后再出血的原因及防治措施。**方法** 回顾合川区人民医院 2005 年 1 月至 2012 年 10 月收治的 337 例高血压脑出血手术患者的临床资料, 对其中 33 例术后再出血患者的原因及防治措施进行分析总结。**结果** 本组 337 例病例中发生再出血 33 例, 其中术后收缩压持续高于 180 mm Hg 30 例, 低于 180 mm Hg 3 例; 钻孔引流手术 17 例, 开颅血肿清除术 7 例, 小骨窗血肿清除 9 例; 超早期(6 h 内)手术 25 例, 7~24 h 7 例, 超过 24 h 1 例。再次手术 28 例, 非手术治疗 2 例, 放弃治疗 3 例; 存活 26 例, 死亡 4 例, 3 例放弃治疗。**结论** 高血压脑出血术后再出血与术后血压控制情况、手术方式的选择、手术时机的选择有关, 预防和正确处理再出血, 对提高患者的预后及生存质量尤为重要。

【关键词】 高血压; 脑出血; 再出血; 防治措施

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)10-1262-03

高血压脑出血(HICH)是神经外科常见的急症之一,起病急,危害大,致残率、病死率高。目前已有研究显示 HICH 外科规范化治疗优于内科规范化治疗的趋势。但术后再出血在很大程度上加重病情,是导致患者死亡的重要原因^[1]。预防和正确处理再出血,对提高患者的预后及生存质量尤为重要。本院 2005 年 1 月至 2012 年 10 月共收治 HICH 并手术的患者 337 例,其中再出血患者 33 例(9.79%)。本文就其再出血原因及防治措施进行分析总结,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组病例符合 1995 年第四届全国脑血管病会议诊断标准。再出血 33 例,其中男 19 例,女 14 例,年龄 45~78 岁,平均 66.4 岁,均有长期高血压史,未服或未正规服用降压药,术前血压(150~250)/(100~160) mm Hg。其中基底节脑出血 21 例,脑室出血 3 例,脑叶出血 7 例,丘脑出血 2 例。出血量 30~120 mL。

1.2 临床表现 33 例再出血病例中术后意识好转后再次加重 22 例,持续加重 11 例。术后患者出现躁动或躁动加重,血压突然升高,头痛、呕吐等症状重新出现或加重,意识障碍等症状加重。复查头颅 CT 提示术区再次出血。

1.3 本组术后再出血 术后立即复查头颅 CT 显示颅内血肿体积大于血肿排出量和残存量之和。血肿体积采用多田公式计算,血肿量(mL)= $\pi/6 \times$ 长轴 \times 短轴 \times 层面数。

1.4 统计学方法 所有数据均采用 SPSS14.0 进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 3 种方式手术再出血结果 见表 1。钻孔引流术再出血

明显高于开颅及小骨窗开颅再出血的发生率。

表 1 3 种方式手术再出血结果

术式	n	再出血	再出血发生率(%)
钻孔引流术	103	17	16.50
开颅血肿清除	114	7	6.14*
小骨窗血肿清除	120	9	7.50*

注:与钻孔引流术比较,* $P < 0.05$ 。

2.2 不同手术时间再出血结果 见表 2。超早期及早期手术再出血的发生率明显高于其他时间手术发生率,见表 2。

表 2 不同手术时间再出血结果

手术时间	n	再出血	再出血发生率(%)
6 h 内	165	25	15.15
7~24 h	121	7	5.79*
大于 24 h	51	1	1.96*#

注:与 6 h 内手术比较,* $P < 0.05$;与 7~24 h 手术比较,# $P < 0.05$ 。

2.3 术后血压大于 180 mm Hg 或持续不稳定与低于 180 mm Hg 再出血结果 见表 3。术后血压持续升高或血压控制不稳定的再出血发生率明显高于术后血压持续低于 180 mm Hg 发生率,见表 3。本组 33 例患者中,再次手术 28 例,非手术治疗 2 例,放弃治疗 3 例;存活 26 例,死亡 4 例。其中 28 例再次手术,均采用开颅血肿清除术,2 例脑室出血的患者给予冰生理盐水反复冲洗并灌注尿激酶,3 例由于其他原因放弃治疗。