

红蓝光照射联合复方多粘菌素 B 治疗寻常型痤疮

马笑宇

(黔南州人民医院 皮肤科, 贵州 都匀 558000)

[摘要] 目的: 探讨红蓝光照射与复方多粘菌素 B 软膏治疗中、重度寻常型痤疮的临床疗效。方法: 将 65 例中、重度寻常型痤疮患者随机分为 2 组, 治疗组采用复方多粘菌素 B 软膏联合红蓝光照射治疗, 对照组仅用红蓝光照射治疗, 连续治疗 4 周, 治疗后对疗效进行评分, 比较两组治疗有效率。结果: 治疗组的临床疗效明显高于对照组, 其有效率为 85.7%, 对照组的有效率为 63.3%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 红蓝光照射联合复方多粘菌素 B 软膏治疗寻常型痤疮起效快、疗效好、安全性好。

[关键词] 痤疮; 寻常; 光疗法; 多粘菌素 B

[中图分类号] R751.05; R754.9 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2013)04-0425-02

痤疮是一种青春期常见的毛囊、皮脂腺慢性炎症性皮肤病, 易于反复发作长期不愈, 愈后留下色素沉着和疤痕, 影响皮肤美观。2012 年 5 月~2013 年 5 月应用红蓝光照射联合复方多粘菌素 B 软膏治疗寻常型痤疮 65 例, 取得满意疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

筛选在皮肤科门诊就诊的符合痤疮严重程度分级的中、重度面部寻常型痤疮患者共计 65 例^[1]。随机分为治疗组 35 例, 其中男性 20 例, 女性 15 例, 发病年龄 18~37 岁, 平均 23.5 岁, 病程 2 个月~7.5 年。对照组 30 例, 男性 18 例, 女性 12 例, 发病年龄 19~35 岁, 平均年龄 25.4 岁, 病程 1 个月~6 年。两组患者在性别、年龄、病程及治疗前皮损严重程度方面差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。排除标准: (1) 患有光敏性皮肤病(如卟啉病、光毒性接触性皮炎、慢性光化性皮炎等)以及可能因照射诱发或加重的疾病等(如红斑狼疮、皮炎、烟酸缺乏综合征、甲状腺功能亢进、白内障等); (2) 近 2 周内系统使用过维甲酸类药物, 近 1 月内服用过糖皮质激素类药物, 近 2 周内用过其他治疗痤疮的外用药, 近期服用光敏性药物(如灰黄霉素)的患者; (3) 孕妇及哺乳期妇女。

1.2 治疗方法

治疗前用洗面奶洁面, 2 组患者均使用 CHX-630E 红光治疗仪(武汉创鑫光电子有限责任公

司), 以发光二极管治疗头(LED)为光源, 其中蓝光波长为 442~465 nm, 输出强度为 45 mw/cm², 治疗剂量 48 J/cm², 红光波长为 616~640 nm, 输出强度为 105 mw/cm², 治疗剂量 126 J/cm², 光源距患者面部 8 cm, 每次均照射 20 min。每周进行 2 次治疗(每周接受蓝光和红光治疗各一次, 先进行蓝光治疗, 后进行红光治疗), 总共 8 次为一个疗程。治疗组患者同时加用复方多粘菌素 B 软膏擦患处(浙江日升昌药业有限公司生产, 国药准字: H20061269) 1 日 3 次, 治疗后 4 周观察疗效。

1.3 观察指标和治疗判定标准

在治疗前和治疗后 4 周计数非炎症性皮损(黑头粉刺和白头粉刺)和炎症性皮损(丘疹、脓疱、结节)的数目及其总数。观察患者不良反应, 给予记录。根据记录数据计算疗效。疗效指数 = (治疗前皮损总数 - 治疗后皮损总数) / 治疗前皮损总数 × 100%。治疗结束后进行疗效综合评估, 疗效指数 ≥ 90% 为痊愈, 60~89% 为显效, 20~59% 为有效, < 20% 为无效, 有效率 = (痊愈例数 + 显效例数) / 总例数 × 100%。

1.4 统计学分析

采用卡方检验和 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效

治疗组总有效率为 85.7%, 对照组总有效率为 63.3%, 两组比较有显著性差异 ($\chi^2 = 4.3606$, P

<0.05), 见表 1。

表 1 两组疗效比较

Tab. 1 Comparison of curative effects between the two groups

组别	n	疗效(n)				总有效率 (%)
		痊愈	显效	有效	无效	
治疗组	35	10	20	4	1	85.7
对照组	30	5	14	9	2	63.3

2.2 不良反应

全部患者中有 5 例在治疗结束后局部遗留轻度色素沉着, 给予维生素 C 片 0.2 g, 1 天 3 次口服, 维生素 E 胶囊 0.1 g, 1 天 2 次口服, 4 周后色素沉着斑均完全消失。治疗组有 2 例患者在第 2 次和第 3 次用药时出现皮肤起红斑、瘙痒等症状, 分析为复方多粘菌素 B 软膏药物刺激所致, 未作特殊处理, 3~5 d 后红斑自动消退, 瘙痒消失, 再次用药无类似症状出现。所有不良反应均可耐受, 不影响治疗。

3 讨论

痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病, 好发于青春期, 多累及面部、胸背部等皮脂溢出部位, 表现为粉刺、丘疹、脓疱、囊肿、结节、瘢痕等, 易形成色素沉着、毛孔粗大等, 不仅有碍美观甚至可导致毁容, 给患者造成极大的心理压力和精神痛苦, 严重影响患者特别是青少年的身心健康。其病因及发生机制主要是: 遗传因素使个体皮脂腺肥大及分泌过多, 同时雄激素分泌过多, 毛囊皮脂腺导管角化异常, 形成粉刺; 痤疮丙酸杆菌的移位生长与繁殖, 形成炎症性损害和瘢痕^[1]。针对其发病机制, 传统治疗多采用抗感染、抗雄激素、抑制皮脂腺功能、抗毛囊角化等药物, 药物治疗周期长, 疗效不确定, 且有不同程度的不良反应。

红蓝光治疗仪, 以 LED 为光源, 通过发光二极管矩阵发出高纯度能量窄波红、蓝光。由于痤疮丙酸杆菌代谢过程中产生的内源性卟啉(粪卟啉 III 和原卟啉 IV) 受到波长为 415 nm 的蓝光照射后被激发, 与氧气反应产生具有细胞毒作用的单态氧, 破坏细胞膜, 杀灭痤疮丙酸杆菌, 抑制炎症, 破坏皮脂腺, 作用于角质形成细胞, 减少毛囊阻塞。红光治疗的作用是对生物体产生光化学作用, 使之产生相应的生物效应及治疗效果。细胞中线粒体对红光的吸收最大, 在红光照射后, 线粒体的过氧化氢酶活性增加, 这样可以增加细胞的新陈代谢, 使糖元含量增加, 蛋白合成增加和三磷酸腺苷分解增

加, 从而加强细胞的新生, 同时也增加白血球的吞噬作用, 提高机体的免疫功能、消炎、消肿。吴耀炫等^[2]采用 JTN-400 型红蓝光治疗仪联合 10% 五盐酸氨基乙醇丙酸(5-ALA) 治疗寻常型痤疮, 治疗 2 周后总有效率 81.8%, 4 周后总有效率 95.7%。

痤疮的发病机制中毛囊内丙酸杆菌为主的病原微生物的大量繁殖继发引起的炎症是痤疮发病的主要因素。研究表明, 皮脂为毛囊内寄生菌的生长提供物质基础。由此可见, 有效的抑菌方法和控制面部油脂分泌是治疗痤疮的关键。复方多粘菌素 B 软膏为复方制剂, 包括多粘菌素 B、杆菌肽及新霉素, 在国外的同类产品称之为三抗软膏(triple-antibiotic ointment, TAO), 为历版美国药典(USP21-27 版) 所收载^[3]。其中多粘菌素 B 为多肽类抗生素, 对肠杆菌属、克雷伯杆菌属以及绿脓杆菌等有较好的抗菌活性, 全部革兰阳性菌对其耐药; 杆菌肽也属多肽类抗生素, 对革兰阳性菌特别是对金黄色葡萄球菌和链球菌属具有强大的抗菌作用, 全部革兰阴性杆菌对其耐药, 细菌对杆菌肽产生耐药性缓慢, 获得性耐药菌株少见^[4]; 新霉素属氨基糖甙类抗生素, 对肠杆菌属、克雷伯杆菌属等革兰阴性菌及金黄色葡萄球菌等革兰阳性菌有较强抗菌活性。王爱平等^[3]应用复方多粘菌素 B 软膏治疗细菌性皮肤病, 临床有效率为 86.6%, 细菌清除率为 82.1%, 总有效率为 85.5%, 其临床疗效、细菌学疗效和总疗效均与盐酸环丙沙星软膏相似, 且具有良好的安全性和耐受性。

本研究采用红蓝光照射联合复方多粘菌素 B 软膏治疗中、重度痤疮总有效率为 85.7%, 疗效确切, 可使患者的皮肤得到进一步康复。比单纯使用红蓝光治疗(总有效率为 63.3%) 见效快、有效率高。不仅可以减轻炎症反应, 还可加快皮疹消退, 减少瘢痕形成, 不良反应少, 值得临床推广应用。

4 参考文献

- [1] 靳培英. 皮肤病药物治疗学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 289-290.
- [2] 吴耀炫, 张瑞国, 李娟. 红蓝光治疗面部寻常性痤疮疗效观察 [J]. 中国麻风皮肤病杂志, 2010(8): 564-565.
- [3] 王爱平, 余进, 傅雯雯, 等. 复方多粘菌素 B 软膏治疗细菌性皮肤病有效性和安全性评价 [J]. 实用皮肤病学杂志, 2008(1): 28-30.
- [4] 斯崇文, 贾辅忠, 李家泰. 感染病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 1489-1491.

(2013-06-28 收稿, 2013-07-12 修回)

编辑: 周凌