

半导体激光机联合泛昔洛韦治疗带状疱疹的临床效果

郑 颖,刘红娟,任建军,霍伟红,李志博(西安医学院附属医院北方医院,西安 710043)

【摘要】 目的 分析半导体激光联合泛昔洛韦治疗带状疱疹的临床效果。**方法** 选取 2013 年 5 月至 2014 年 5 月该院接受带状疱疹治疗的患者 50 例,随机分成 A、B 两组各 25 例。A 组只使用泛昔洛韦进行治疗,B 组患者联合使用半导体激光和泛昔洛韦进行治疗。治疗 1 个月后比较两组患者治疗效果。**结果** A 组治疗总有效率为 68.00%,不如 B 组的 92.00%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$);其他指标组间差异同样具有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 半导体激光联合泛昔洛韦治疗带状疱疹,具有更好的疗效和效率,值得临床推广使用。

【关键词】 带状疱疹; 半导体激光; 泛昔洛韦; 联合治疗
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.10.050 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)10-1449-01

带状疱疹是一种病毒性皮肤病,病原体为水痘-带状疱疹病毒(VZV)^[1]。该病特征表现为簇集性小水疱沿着单侧周围神经分布,常伴有难以忍受的神经痛。好发于成年人,并且随着年龄的增长,发病率会显著上升,与机体免疫力下降有关。该病具有自限性,可以选用内用药物治疗以抗病毒、止痛消炎,也可以外用药剂,或者采用物理治疗^[2-3]。本次研究中,笔者分析了泛昔洛韦联合半导体激光治疗带状疱疹的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 5 月至 2014 年 5 月本院接受带状疱疹治疗的 50 例患者,其随机分为 A、B 两组,每组各 25 例。A 组患者中男 13 例,女 12 例,年龄 18~70 岁,平均(44±10.6)岁,病程 3~18 d,平均(7±2.7)d。B 组患者中男 11 例,女 14 例;年龄 18~69 岁,平均(45±10.8)岁,病程 4~16 d,平均(6±2.1)d。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 患者入选标准 (1)患者符合《皮肤病与性病学》中带状疱疹的诊断标准;(2)患者年龄无限制,但应有清楚意识,无精神神经症状和感觉异常,能够配合治疗和研究;(3)患者无全身系统性疾病,如心血管疾病、糖尿病、肝肾衰竭等。(4)患者对使用的药物过敏试验结果为阴性;(5)患者对研究项目知情并签署知情同意书。

1.3 治疗方法 A 组患者单独使用泛昔洛韦(迪沙药业集团有限公司生产,国药准字 H20083482),用法为每次 0.25 g(2 片),每日 3 次,服药间隔时间为 8 h。B 组患者服用泛昔洛韦同时,联合使用半导体激光进行治疗。泛昔洛韦使用方法同 A 组患者,半导体激光治疗:激光治疗仪器使用 NK808 半导体激光治疗仪(武汉市南康经贸发展有限公司生产),激光波长为 808 nm,输出功率线性可调,范围为 0~500 mW,使用时的输出功率为 300~500 mW。患者每天进行 1 次激光治疗,每次用时 10 min。将仪器探头移至距离病变部位 10 mm 的位置,对准病变位置进行激光照射。两组患者的疗程均为 8 d,治疗第 3、5 天和结束当天比较两组患者的治疗效果。

1.4 疗效评价 治疗效果评价指标为神经痛减轻时间、水疱干涸结痂时间、皮肤黏膜愈合率,带状疱疹后遗神经痛(PHN)的发生率以及总有效率。治疗结束后两个月内,需要定期对患者进行随访,记录下其发生不良反应的情况。治疗效果分为显著、有效和无效。显著者疼痛症状消失或显著减少,70%以上的水痘结痂、黏膜病损愈合。有效者疼痛症状减少或消失,

30%~70%水痘干涸结痂、黏膜病损愈合。无效者疼痛症状无明显改善,低于 30%的水痘和黏膜病损有干涸结痂愈合现象。治疗总有效率=显著有效率+有效率。

1.5 统计学处理 应用 SPSS19.0 软件对数据分析,计数资料采用百分比或率表示,数据对比采取 χ^2 检验,以 $\alpha=0.05$ 为检验水准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗效果和不良反应的对比 A 组中有 11 例(44.00%)患者治疗显著,6 例(24.00%)有效,总有效率为 68.00%,B 组为 18 例(72.00%)患者治疗显著,5 例(20.00%)有效,总有效率为 92.00%。B 组总有效率高 A 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。A 组发生 2 例胃部不适症状,不良反应发生率为 8.00%;B 组中有 1 例胃部不适,不良反应发生率为 4.00%,差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 两种治疗方法各项评价指标的对比 A 组治疗结束后神经痛减轻时间、皮损愈合时间和 PHN 的发生率均多于 B 组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两种治疗方法各项评价指标的对比

组别	n	神经痛减轻	水疱结痂、黏膜病损	PHN 发生率
		时间($\bar{x}\pm s$,d)	愈合时间($\bar{x}\pm s$,d)	[n(%)]
A 组	25	5.3±1.72	6.32±2.10	7(28.00)
B 组	25	2.7±0.81	3.59±0.96	2(8.00)

3 讨 论

VZV 是一种 DNA 病毒,对体外环境抵抗力差,人体是其唯一的宿主^[4]。病毒从呼吸道黏膜进入体内后先引发水痘或者隐形感染,之后病毒潜伏在后根神经节或脑神经感觉神经节内,当创伤、疲劳、恶性肿瘤等因素刺激机体,抵抗力下降时,激活潜伏病毒,沿着神经纤维下行,并在皮肤中复制,引起神经病变^[5-6]。可以引起皮肤和黏膜的严重损伤,还有神经痛症状,难以忍受,严重影响患者生活质量^[7]。该病有自限性,并且随年龄增加发病率也增加。临床上常使用氩氦激光疗法辅助治疗,但仪器功率较低,需要较长的疗程^[8]。半导体激光机功率较大且可以线性调节,疗程缩短近一半时间^[9]。此外半导体激光束的热量高,可以扩张皮损区血管,改善局部血液循环从而加速皮损愈合、炎症和水肿消散^[10-11]。激光束能够刺激机体产生啡样物质,降低末梢神经的兴奋性从而起到镇痛作用。更重要的是激光能够帮助神经细胞的生长和恢(下转第 1451 页)

性研究发现,感染组 PCT 水平明显高于单纯肿瘤发热组和不明确原因发热组,差异有统计学意义($P<0.05$),这和李丽娇等^[6]的研究结果一致。本研究对乳腺癌术后伴发热患者的研究,说明 PCT 可以鉴别乳腺癌术后伴发热患者是否存在感染。而在根据发热程度所分为中度发热患者和高热患者的比较中,PCT 水平差异无统计学意义($P>0.05$),这和 Shomali 等^[7]的研究一致,说明乳腺癌术后伴发热患者 PCT 水平并不因为个体差异而发生变化。而贾婷婷等^[8]对血液系统肿瘤中不同发热患者的 PCT 水平进行比较,差异无统计学意义($P>0.05$),推断这可能与温度调节中枢的炎症介质和刺激 PCT 所释放的炎症介质不一致有关系。而进一步对感染组 PCT 水平进行统计后发现,PCT 在感染组中的浓度高低与乳腺癌术后伴发热患者的年龄、绝经与否和淋巴结是否转移无关,差异无统计学意义($P>0.05$)。

临床上已经把 PCT 视为机体细菌感染鉴别、抗菌药物剂量调整和预后评估的指标^[9]。本研究也发现,在乳腺癌术后伴发热患者中,PCT 检测对感染的鉴别诊断具有一定意义,但和发热程度无关。胡佳文等^[10]建议根据不同地区和不同实体肿瘤类型界定不同的临界值,在本研究中把 PCT 等于 0.5 ng/mL 作为临界值,在以后的研究中将争取根据本地区的临界值范围进一步界定,并根据患者不同肿瘤病理类型对 PCT 在乳腺癌伴发热患者中意义进行更进一步的研究。

参考文献

[1] 陈衍智,李萍萍.肿瘤性发热的诊治进展[J].中国肿瘤临床,2012,12(6):355-357.
[2] 朱红艳,林颖,宋文立,等.肿瘤患者化疗致粒细胞缺乏性

发热及感染的调查分析与相关性研究[J].医学综述,2010,3(22):3495-3497.

[3] Carnino L,Betteto S,Loiacono M,et al. Procalcitonin as a predictive marker of infections in chemoinduced neutropenia[J]. J Cancer Res Clin Oncol,2010,136(4):611-615.
[4] 杜翠霞.血清 PCT 和 C 反应蛋白水平在感染性疾病中的诊断价值[J].实用心脑血管病杂志,2012,10(8):1366-1367.
[5] 解晶,喻长法,戴卫峰.白细胞介素-6、PCT 和 C-反应蛋白联合检测在新生儿败血症早期诊断中的价值[J].中华医院感染学杂志,2010,23(22):3628-3629.
[6] 李丽娇,陈爱兰,林文秀,等.妇科恶性肿瘤感染患者血清 PCT 的检测及其临床意义[J].广东医学院学报.2014,(04):469-470.
[7] Shomali W,Hachem R,Chaftari AM,et al. Can procalcitonin distinguish infectious fever from tumor-related fever in non-neutropenic cancer patients[J]. Cancer,2012,118(23):5823-5829.
[8] 贾婷婷,白晓川.PCT 检测在血液肿瘤伴发热患者中的应用价值[J].宁夏医科大学学报.2012,6(7):709-711.
[9] 刘楠,孙立忠,尚蔚,等.大血管外科术后医院获得性肺炎转归的影响因素[J].心脑血管病杂志,2013,7(1):30-33.
[10] 胡佳文,吴先正,吴志雄.PCT 在实体肿瘤化疗后粒细胞减少伴发热患者中的应用[J].中国肿瘤临床与康复,2013,11(5):452-454.

(收稿日期:2014-11-18 修回日期:2015-02-12)

(上接第 1449 页)

复^[12-13]。泛昔洛韦是一种抗病毒药物,化学结构为嘌呤核苷类,进入 ZVZ 感染的细胞中,竞争性抑制脱氧核苷酸,磷酸化成为阿昔洛韦三磷酸酯,在激酶帮助下干扰病毒 DNA 多聚酶作用,也能与复制中的 DNA 长链结合阻断其延长^[14]。在本次研究中,B 组有效率为 92.00% 高于 A 组的 68.00%,其他各项指标比较中,A 组均高于 B 组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,联合半导体激光和泛昔洛韦能够更加高效率的治疗带状疱疹,治疗效果和安全性均良好,值得临床上推广使用。

参考文献

[1] 乔丽,王红现,田蓉,等.更昔洛韦联合半导体激光治疗带状疱疹临床研究[J].东南国防医药,2010,12(4):312-314.
[2] 张伊平,石娜.百癣夏塔热片联合半导体激光治疗带状疱疹疗效观察[J].中国社区医师:医学专业,2012,14(18):227.
[3] 王晓红.针刺配合半导体激光治疗带状疱疹 78 例疗效观察[J].长春中医药大学学报,2010,26(6):917.
[4] 顾培洪.半导体激光联合阿昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察[J].中国民康医学,2013,25(4):42-43.
[5] 周颖,姜昱,雷立清,等.阿昔洛韦片联合半导体激光治疗带状疱疹的疗效观察[J].中国医师进修杂志,2010,33(27):40-41.
[6] 裴丽英,李艳超.泛昔洛韦治疗带状疱疹的临床观察[J].

中国医药导报,2010,7(1):64.

[7] 罗增香,董秀云.阿昔洛韦联合卡介苗多糖核酸、半导体激光治疗带状疱疹疗效分析[J].中国麻风皮肤病杂志,2012,28(5):368-369.
[8] 范白燕,刘佳霁.半导体激光治疗带状疱疹疗效观察[J].中国疗养医学,2011,20(9):782.
[9] 崔勇,王艳.额敏地区 276 例局部窄谱中波紫外线联合阿昔洛韦治疗带状疱疹的疗效观察[J].中国社区医师:医学专业,2013,15(4):151-152.
[10] 伍玲.窄谱中波紫外线光疗联合泛昔洛韦治疗带状疱疹疗效观察[J].临床合理用药杂志,2013,6(2):108-109.
[11] Thomasy SM,Whittem T,Bales JL,et al. Pharmacokinetics of penciclovir in healthy Cats following oral administration of famciclovir or intravenous infusion of penciclovir[J]. Am J Vet Res,2012,73(7):1092-1099.
[12] Brock AP,Isaza R,Hunter RP,et al. Estimates of the pharmacokinetics of famciclovir and its active metabolite penciclovir in young Asian elephants (*Elephas maximus*) [J]. Am J Vet Res,2012,73(12):1996-2000.
[13] 宋维芳,史涛,林琼,等.窄谱中波紫外线联合泛昔洛韦治疗带状疱疹临床疗效观察[J].临床军医杂志,2011,39(5):933-935.
[14] 李丹,周俊峰,高彤,等.更昔洛韦联合半导体激光治疗带状疱疹疗效观察[J].中国实用医药,2010,5(2):161-162.

(收稿日期:2014-11-05 修回日期:2015-02-10)