

ZQ-II[®]

专注肌肤轻医美
SPECIALIZING IN LIGHT MEDICAL BEAUTY

雅莎股份 股票代码：872767

临床观察报告 CLINICAL REPORT



美国FDA注册



欧盟CE认证



ISO13485

珠海雅莎生物科技股份有限公司
ZHUHAI YASHA BIO-TECHNOLOGY CO.,LTD

中山大学达安基因股份有限公司
(股票代码002030) 成员企业

关于雅莎

ZQ-II 专注肌肤轻医美，以医学科技呵护全球不同肤色人群的健康美，源自珠海雅莎生物科技股份有限公司（简称：雅莎股份）2009年成立，2018年新三板上市公司（股票代码：872767）中山大学达安基因（股票代码：002030）成员企业全球皮肤屏障功能及医学护肤品研究智造基地集医疗器械、医学护肤品、干细胞及基因工程产品的产、销、研一体化的高新技术企业。

2011年，雅莎股份全资子公司珠海市雅莎医疗器械有限公司成立。拥有符合GMP要求的十万级净化生产车间和万级微生物检验室，引进国际上先进的生物医学工程制造设备和质量检测仪器，以最高标准进行生产，严控产品质量，同时积极研发尖端的医药及美容类生物科技产品。

2013年，雅莎股份成立学术专家库，与众多医科大学和三甲医院都有密切的科研合作关系；雅莎股份系列产品在国内众多公立医院临床应用，拥有多篇产品临床使用观察报告，有效性及安全性得到充分论证。

2015年，雅莎股份与中山大学达安基因达成全面战略合作，共同培育专业技术人才；同年被授予“卫生部医药生物工程技术研究中心（皮肤屏障功能及医学护肤品研究基地）”。

2016年，雅莎股份通过国家高新技术企业认定；雅莎生物科技园由珠海市政府批准后正式筹建，建筑面积达3万多平方米。

2017年，雅莎股份产品通过ISO13485认证，先后进入加拿大、印尼、中东、印度、伊朗、西班牙、智利、俄罗斯等国际市场；凭借不断增强的科技创新能力，赢得全球客户的信任与支持，确定了公司全球化的发展战略。

2018年，雅莎股份成功挂牌上市，同时荣获2018福布斯中国新三板企业TOP100殊荣。同年，雅莎股份获得珠海市2018年战略性新兴产业重点产品推广目录证书。

2019年，珠海雅莎生物科技股份有限公司和珠海市雅莎医疗器械有限公司荣获广东省“守合同重信用企业”称号、入库广东省2019年第一批科技型中小企业名单、荣获国家高新技术企业认定。

2020年雅莎全体员工乔迁至雅莎生物科技园，并荣获珠海市“专精特新”中小企业称号。

**雅莎生物科技致力于中国皮肤学术建设，
每年参加赞助全国皮肤学术大会。**



中国医师协会皮肤科医师分会
Chinese Dermatologist Association



CHINESE SOCIETY OF DERMATOLOGY
中华医学会皮肤性病学分会



中国医师协会美容与整形医师分会
CHINESE NATIONAL CONGRESS OF AESTHETIC & PLASTIC SURGEONS



中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会
Chinese Association of Integrative Medicine

8 0 0 0

目前，在中国有超过8000家公立医院临床使用雅莎公司产品

目录 CONTENTS

- 一、冷敷保湿修复敷料对于太田痣激光术后创面修复的疗效分析
福建医科大学附属协和医院激光美容中心 杨育成 郭志辉 詹明坤 李铭
- 二、冷敷保湿修复敷料对于重症婴儿湿疹糜烂创面修复的疗效分析
昆明市儿童医院皮肤科 鞠剑波
- 三、光子冷凝胶联合他克莫司用于激素依赖性皮炎类皮肤护理的临床观察
广西壮族自治区民族医院皮肤科 梁莹
- 四、他克莫司联合冷敷修复敷料治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察
1.常德市皮肤性病防治所;2.江西南平皮肤性病防治所 郭松涛¹ 黄贵义² 黄丽¹
- 五、左旋维生素C、熊果苷复合制剂联合寡肽-1治疗面部黄褐斑的临床研究
中山大学孙逸仙纪念医院皮肤科 毛越苹 易娟娟 张楚怡 谭尹珊
- 六、医用冷敷贴面膜护理激光术后创面的临床评价
中山大学孙逸仙纪念医院皮肤科 毛越苹 易娟娟 罗益金 陈小彦
- 七、利用雅莎公司产品治疗面部烧伤的疗效分析
昆明医科大学第二附属医院烧伤研究所 曾明 付晋凤 汪虹 陈宗华
- 八、调Q开关激光配合修护因子精华液治疗雀斑的疗效观察
广西区江滨医院 卢琰琰
- 九、透明质酸及植物舒敏成分面膜护理雀斑激光术后创面的临床评价
四川省医学科学院 四川省人民医院皮肤病性病研究所激光中心
严蕾 刘刚 王芳 谢军 杨超 袁晓慧 张楠
- 十、透明质酸具有预防和修复表皮变薄的功能
上海中医药大学附属曙光医院 卢俊 张慧敏
- 十一、修护因子精华液对高频电离子治疗浅表肿物创面的效果观察
广东省湛江中心人民医院烧伤整形科 罗雁如 周桂东 陈祝演 阮晓玲
- 十二、修护因子精华液联合激光治疗色素增加性疾病的疗效观察和护理体会
广东省皮肤病防治中心 王辉 陈勇军 李惠忠 杨斌
- 十三、修护因子精华液用于血管瘤激光术后创面治疗的疗效分析
福建医科大学附属协和医院整形美容激光治疗中心 杨育成
- 十四、修护因子精华液与优白素用于Q开关Nd:YAG激光治疗颧部获得性太田痣样斑后的疗效观察
江西省赣州市皮肤病医院整形美容科 刘燕
- 十五、雅莎公司祛痘霜治疗寻常型痤疮的疗效观察
黑龙江省佳木斯市机关医院皮肤科 李艳超
- 十六、雅莎公司祛痘霜联合枇杷清肺颗粒治疗轻中度痤疮168例临床观察
湖南中医药大学 罗莫俊子
- 十七、雅莎公司祛痘霜治疗寻常型痤疮疗效观察
新疆维吾尔自治区人民医院 杨珊 普雄明
- 十八、优白素治疗痤疮炎症后红斑及色素沉着疗效观察
西安交通大学第一附属医院 武萌
- 十九、光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗激素依赖性皮炎疗效观察
浙江省东阳市皮肤病医院 卢晓光
- 二十、寡肽-1面膜在强脉冲光治疗面部雀斑中的应用
广州市第一人民医院整形美容科 陈明娟 王原
- 二十一、玻尿酸原液对面部皮肤客观指标的影响分析
解放军309医院整形美容中心 魏荣 高悦 尚佳
- 二十二、1540nm钕玻璃非剥脱点阵激光改善痤疮后遗皮损的疗效观察
上海市皮肤病医院医学美容科 石钰 章伟
- 二十三、霍霍巴油婴儿润肤乳在轻中度婴幼儿湿疹治疗中有效性及安全性临床研究
天津市儿童医院 王莹 李钦峰
- 二十四、医用射线防护喷剂对紫外线辐射的防护和晒伤愈合过程的催化作用疗效观察
中山大学孙逸仙纪念医院 毛越苹 苏芳英
- 二十五、优白素外治黄褐斑47例疗效观察
浙江中医药大学杭州310009 马玲 应为红
浙江中医药大学附属第三医院皮肤科 张理梅
- 二十六、刺络拔罐联合皮肤修复乳治疗面部激素依赖性皮炎疗效分析
(河北省皮肤病防治院,河北保定071000) 张海贞 边东达 郡永涛 周静芳 刘会军
- 二十七、愈敏敷料联合LED红蓝光治疗面部激素依赖性皮炎临床观察
(首都医科大学附属北京佑安医院皮肤科,北京市,100069) 张佩丽,姚芹,王志兰,陈健
- 二十八、1%吡美莫司乳膏联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗面部激素依赖性皮炎70例疗效观察
1.苏州市吴江区第一人民医院,江苏苏州215200;2.解放军第101医院,江苏无锡214000;
3.苏州大学附属第二医院,江苏苏州215004;4.苏州市第七人民医院,江苏苏州215151;
5.苏州市立医院本部,江苏苏州215006
凌昕¹,杨志刚²,施章³,陈晶晶³,单芳芳³,闫志华⁴,陈玲玲⁵
- 二十九、还原型谷胱甘肽联合ZQ-II美白淡斑精华液治疗黄褐斑的临床效果
丁蓉 潘倩 金丽君 邵森奎
作者单位:325200 浙江省瑞安市中医院皮肤科
- 三十、红黄光治疗面部激素依赖性皮炎的临床研究
张海贞 冯敏 张维娜 王岩军
- 三十一、左旋VC精华液联合离子导入技术治疗黄褐斑的临床效果
闫桂香,高群
天津市公安医院皮肤科,天津300042

冷敷保湿修复敷料对于太田痣激光术后创面修复的疗效分析

杨育成 郭志辉 詹明坤 李铭

(福建医大附属协和医院激光美容中心 福建 福州 350001)

[摘要] 目的: 研究冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))用于太田痣激光术后创面治疗的有效性及其安全性。方法: 86例患者, 随机分为两组, 治疗组术后每天用注射用水清洗创面的同时配合用冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))外喷, 对照组仅每天用注射用水清洗创面。结果: 治疗组与对照组相比, 创面愈合时间明显缩短, 无任何并发症出现, 对照组出现色素脱失及其他并发症的几率较高。结论: 冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))治疗激光术后创面, 有助于促进创面愈合, 减少并发症的发生。

[关键词] 激光; 冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷)); 太田痣

Cold moisturizing repair materials for curative effect analysis of nevus of ota laser postoperative wound repair

Yang Yucheng Zhengfang Guo Zhihui Zhang Mingkun Liming

(Laser beauty center of Plastic Surgery Department, Fujian Medical University Union Hospital, Fujian, Fuzhou 350001)

[Abstract] Objective: Research on cold moisturizing repair materials used in nevus of ota laser efficacy and safety of the postoperative wound treatment. Method: 86 patients were randomly divided into two groups: treatment group after a day of wash the wound with water for injection at the same time cooperate with cold moisturizing spray repair material, the control group only wash the wound with water for injection every day. Results: The treatment group compared with control group, the wound healing time shortened obviously, without any complications, in depigmentation and other high risk of complications. Conclusion: Cold moisturizing laser postoperative wound repair materials treatment, help to promote wound healing and reduce complications.

[Key words] laser; Cold moisturizing repair materials; Nevus of ota

太田痣是皮肤真皮内黑素细胞聚集形成的皮肤终生不褪的色素斑。分布于三叉神经第1, 2支所支配的区域, 如上下眼睑、颧部、颞部、额部、鼻翼及巩膜等处, 少数病例双侧面部均发病。皮损表现淡褐色、黑色、青灰色斑片状色素改变^[1]。Q-翠绿宝石激光用于太田痣的治疗, 其有效性近年来已在全国各大医院得到了广泛的临床验证^[2-4]。但激光治疗后引起的皮肤创伤临床中也比较常见。因此如何使激光术后创面尽早恢复并减少术后并发症的形成, 也是临床在不断研究的重要课题。我科在太田痣激光治疗术后配合使用冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷)), 经对比研究表明, 冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))治疗激光术后创面, 有助于促进创面愈合, 减少并发症的形成。

1 材料与方法

1.1 一般临床资料

86例患者中, 男性32例, 女性54例, 年龄15—56岁, 平均年龄24岁。其中淡褐色8例, 黑色56例, 青灰色22例。

1.2 手术方法

1.2.1 设备 采用Q-开关翠绿宝石激光, 波长755nm, 光斑3mm, 能量6.6—7.6J/cm², 治疗间隔3个月。

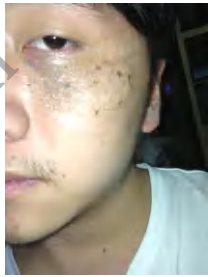
1.2.2 治疗方法 术前先清洗面部, 然后用1%新洁尔灭对病灶范围内皮肤常规消毒。启动激光器, 第一次患者均采用6.6J/cm²能量治疗, 以后则根据患者疗效, 残留皮损的色泽和深浅, 适当增加或将少能量。

1.2.3 创面护理 术后两组均使用注射用水清洗创面, 2-3次/天, 治疗组清洗后同时辅以冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))外喷。

1.3 观察指标 ①创面外观: 创面红肿消退、脱痂时间。②观察记录创面的愈合情况及速度。③创面修复后的并发症出现情况。

2 结果

两组相比, 冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))外喷的治疗组, 红肿消退及开始脱痂时间均早于对照组, 平均伤口愈合时间较对照组缩短2-3天, 差异具有显著性(P<0.05), 并发症发生率冷敷保湿修复敷料(商品名是修复



附：对照组术后出现凹陷性疤痕；治疗组无并发症。



附：对照组术后出现色素脱失；治疗组无并发症。

因子（喷）使用组未出现并发症，对照组则出现13例色素脱失，3例色素沉着，2例轻微的凹陷性疤痕，差异具有显著性（ $P < 0.01$ ）。

Fig 1 After laser treatment of two groups of wound healing time and complications of cases
表1 激光治疗后2组创面愈合时间及并发症出现例数

组别	例数	红肿消退时间(天)	开始脱痂时间(天)	创面愈合时间(天)	并发症例数
治疗组	43	2±0.5	7±1.6	8±1.6	0 (0.00%)
对照组	43	3±1.3	10±1.7	11±2.3	18 (41.86%)

3 讨论

太田痣通常发生在颧部，可逐渐发展累及额部两侧、双侧颞部及鼻翼处，面部其他部位如下眼睑、颊部也可累及。病变多发生在女性，起病原因尚无定论，可能和环境、遗传、紫外线、长期化妆存在一定的关系^[4-5]。从病理学上分析，太田痣的HE染色可见真皮浅层散在、数量较少的梭形含色素细胞，这些细胞的HMB45的表达呈阳性，电镜下证实是痣细胞，细胞内具有体积偏小的黑色素小体^[6]。以往，太田痣通常使用冷冻、植皮等传统方法进行治疗，但存在疤痕等并发症，近年来，激光作为一种安全有效的方法，逐渐替代了传统的治疗手段^[7-8]。

Q-开关激光的治疗原理系其先进的Q-开关技术可将激光能量在极短的瞬间（70ns）释放出来，形成能量密度很高的巨脉冲。当巨脉冲被病变色素颗粒吸收后，形成局部冲击波，将病变色素颗粒直接辐射热解气化，或击成碎片，逐渐通过血液循环吸收清除。因此，在准确掌握各种激光参数匹配的情况下，Q-开关激光对太田痣的治疗效果是满意可靠的，这点已经国内各大医院在临床上广泛证实。但激光术后伤口愈合时间较长，且容易产生各种并发症。

冷敷保湿修复敷料（商品名是修复因子

（喷））是一款可促进细胞增殖和上皮再生功能的多肽，在临床上早已被广泛运用于各种伤口愈合的辅助治疗，并取得良好疗效。因此我们设想在激光治疗术后的创面中配合使用冷敷保湿修复敷料（商品名是修复因子（喷））外喷，同样可以起到减轻局部炎症，促进创面修复，缩短愈合时间，减少并发症形成的作用。我科本组实践亦证明，太田痣激光术后及时配合冷敷保湿修复敷料（商品名是修复因子（喷））外用，确实对伤口的愈合有良好效果。

参考文献

- [1] 赵辨, 主编. 临床皮肤病学. 第2版. 南京: 江苏科学技术出版社, 1989. 932-933.
- [2] 王宏伟, 王家璧, 左亚刚, 等. 调Q开关紫翠宝石激光青色痣疗效观察. 临床皮肤科杂志, 2004, 33(4): 240-241.
- [3] 姜国调, 王宏伟, 晋红中, 等. QS紫翠宝石激光治疗太田痣200例. 中华医学美容美容杂志, 2002, 8: 105.
- [4] 尹飞, 于加平, 蔡茂季, 等. 调Q开关紫翠宝石激光治疗颧部褐青色痣的应用研究. 中国实用美容整形外科杂志, 2006, 17(1): 7-9.
- [5] Catherine HB, Dijana G, Vladimir V. Clinically distinct form of acquired dermal melanocytosis with review of published work [J]. J Dermatol, 2007, 34: 178-182.
- [6] 何黎, 邹勇莉, 张林, 等. 颧部褐青色痣与黄褐斑和太田痣的临床、组织学初探. 中国皮肤性病学杂志, 2003, 17(1): 25-26.
- [7] Momosawa A, Yoshimura K, Uchida G, et al. Combined therapy using Q-switched ruby laser and bleaching treatment with tretinoin and hydroquinone for acquired dermal melanocytosis [J]. Dermatol Surg, 2003, 29(10): 1001.
- [8] Kunachak S, Leelaudomlipi P. Q-switched Nd:YAG laser treatment for acquired bilateral nevus of ota-like maculae: a long-term follow-up [J]. Lasers Surg Med, 2000, 26(4): 376-379.

冷敷保湿修复敷料对于重症婴儿湿疹糜烂创面修复的疗效分析

鞠剑波

(昆明市儿童医院皮肤科 云南 昆明 530011)

[摘要] 目的: 研究冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))用于重症婴儿湿疹糜烂创面治疗的有效性及其安全性。方法: 36例患者, 随机分为两组, 治疗组清创术后每天清洗创面的同时配合用冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))外喷, 对照组仅每天用注射用水清洗创面。结果: 治疗组与对照组相比, 创面愈合时间明显缩短, 无任何并发症出现, 对照组出现反复假性结痂及持续渗出等症状。结论: 冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))治疗重症婴儿湿疹糜烂创面, 有助于促进创面愈合, 避免创面难愈反复发作的发生。

[关键词] 冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷)); 重症婴儿湿疹; 糜烂

Cold moisturizing repair materials for curative effect analysis of Severe infant eczema wound repair

JU JIAN BO

(dermatology, Kunming city children's hospital, YUNNAN, KUNMING 530011)

[Abstract] Objective: Research on cold moisturizing repair materials used in Severe infant eczema efficacy and safety of the wound treatment. Method: 36 patients were randomly divided into two groups: treatment group after a day of wash the wound at the same time cooperate with cold moisturizing spray repair material, the control group only wash the wound with water for injection every day. Results: The treatment group compared with control group, the wound healing time shortened obviously, without any complications, in Pseudo scabby and Continue to seep other high risk of complications. Conclusion: Cold moisturizing Severe infant eczema wound repair materials treatment, help to promote wound healing and reduce complications.

[Key words] Cold moisturizing repair materials; Severe infant eczema; erosion

婴儿湿疹是一种过敏性皮肤炎症, 多发于不满2岁的婴幼儿, 一般会在孩子出生后1—3个月内出现。遗传、环境、饮食和情绪等因素是引发婴儿湿疹的常见原因。初期, 在皮肤上会出现逐渐增多的小红疹, 继而发展成小水疱, 水疱糜烂后渗出的液体会结成黄色的鳞屑和痂皮, 有时还会反复发作。这个时候, 婴儿全身各个部位都有可能出现这种皮肤炎症。其中, 脸部、耳部、手部、小腿和肛门是多发的部位。重症婴儿湿疹该类病症的特点是好发在3~6个月的孩子身上, 发病时皮肤上有小水泡、红斑、片状糜烂渗出等, 且奇痒无比, 宝宝可能会把皮肤抓红甚至抓烂出血。渗出型湿疹一般最先出现于头部, 若不及时治疗, 可能会蔓延到全身, 引起感染。如何使重症婴儿湿疹创面尽早恢复并减少避免创面难愈反复发作的形成, 也是临床在不断研究的重要课题。我科在对重症婴儿湿疹创面清创治疗后配合使用冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷)), 经对比研究表明, 冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))治疗重症婴儿湿疹创面, 有助于促进创面愈合, 减少并发症的形成。

1 材料与方 法

1.1 一般临床资料 36例患者中, 年龄1—9个月婴儿, 平均年龄6个月。其中2例1月龄还差几天, 1例还在消化科住院。头面渗出糜烂16例, 全身渗出糜烂20例。

1.2 治疗方法 治疗前先清洗头面部或全身沐浴。去除假性结痂。部分患儿需要清创治疗。

1.3 创面护理 在科室上先处理创面, 重症并有条件者嘱到科上1—2次/天治疗, 治疗组清创后同时辅以冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))外喷及湿敷。或嘱参照医护人员方法回家继续使用。

1.4 观察指标 ①创面外观: 创面红肿消退、脱痂时间。②观察记录创面的愈合情况及速度。③创面修复后的并发症出现情况。

2 结果

两组相比, 冷敷保湿修复敷料(商品名是修复因子(喷))外喷、湿敷的治疗组, 红肿渗出及糜烂面消退及开始脱痂时间均早于对照组, 平均创面愈合时间较对照组缩短近1周, 差异具有



附：治疗前症状



附：治疗3天后症状



附：治疗1周后基本恢复

显著性 ($P < 0.05$)，并发症发生率冷敷保湿修复敷料（商品名是修复因子®（喷））敷料使用组未出现并发症，对照组则出现4例渗出糜烂加重，6例反复假性结痂感染，1例轻微的色素减退，差异具有显著性 ($P < 0.01$)。

Fig 1 two groups of wound healing time and complications of cases

表1 2组创面愈合时间及并发症出现例数

组别	例数	渗出糜烂消退时间(天)	开始结痂时间(天)	创面愈合时间(天)	并发症例数
治疗组	18	3±0.5	4±1.6	6±1.6	0 (0.00%)
对照组	18	7±1.3	10±1.7	11±2.3	11 (61.11%)

3 讨论

婴儿湿疹是1-12月龄小孩易患的过敏性皮肤病，常在1-2岁后会渐渐缓解。有1.遗传因素；2.环境因素；3.饮食因素；4.情绪因素等影响。婴儿的湿疹按时期性划分，可分为急性期、亚急性期和慢性期。1.急性期：发病快，以小红丘疹和红斑为主要症状，并迅速发展为疱疹，糜烂后向周围扩散，常伴有瘙痒，非常容易感染加重，可出现重症婴儿湿疹。并发低烧等全身症状。2.亚急性期：急性期的症状会慢慢消失，瘙痒也会变轻，症状以小丘疹为主，伴有少量的疱疹和糜烂，但是病症持续的时间会变长。如果在急性期护理不当很容易演变成亚急性期湿疹。3.慢性期：慢性期患儿皮肤会变粗变厚，皮癣会变少，但是很容易复发。多发于一岁以上的幼儿身上概率比较大，复发时可能会伴有急性期湿疹的症状。按湿疹的表现状况不同，也可分为三类，分别是：脂溢型、渗出型和干燥型。1.脂溢型：该类病症往往出现在出生头三个月，此时皮肤上长的鳞屑和结痂都是油脂性的，患儿的妈妈在怀孕期

间极有可能患过脂溢性皮炎或者痤疮。一般这种类型湿疹在添加辅食后可通过饮食调理治愈。2.渗出型：该类病症的特点是好发在3-6个月的孩子身上，发病时皮肤上有小水泡、红斑、片状糜烂渗出等，且奇痒无比，宝宝可能会把皮肤抓红甚至抓烂出血。渗出型湿疹一般最先出现于头部，形成重症婴儿湿疹，若不及时治疗，可能会蔓延到全身，甚至引起全身感染。3.干燥型：这种状况常发生在6个月到1岁的宝宝身上，皮肤上的鳞屑或者结痂都是干性的，没有液体渗出，急性和亚急性期湿疹后都可能出现这样的症状。以上的三种类型和三个时期的湿疹都不是互斥的，六者可能任意重叠发生。重症婴儿湿疹的诊疗1.冷敷法：取4—6层细纱布相叠，用冷水润湿，敷在湿疹表面，每天定时更换2-3次纱布，时刻观察渗出物的量，及时配合冷敷保湿修复敷料（商品名是修复因子®（喷））外用，确实对伤口的愈合有良好效果。2.用药：治疗湿疹的外用药膏较多，可加以弱性轻型糖皮质激素软膏及其他护肤品等，对于湿疹严重者，可考虑口服或者静脉注射药物治疗。创面中配合使用冷敷保湿修复敷料（商品名是修复因子®（喷））外喷，可减轻局部炎症，促进创面修复，缩短愈合时间，减少并发症形成的作用。我科本组实践亦证明，及时配合冷敷保湿修复敷料（商品名是修复因子®（喷））外用，确实对此类创面的愈合有很好效果。

参考文献

- [1] 赵辨，主编. 临床皮肤病学. 第2版. 南京：江苏科学技术出版社，1989. 932-933.
- [2] 王煜坤. 婴儿湿疹的护理. 内蒙古中医药. 2014年33卷25期 163-164.
- [3] 陈星荣 程红 张丽. 硼酸浴辅助治疗婴儿湿疹的效果观察. 护理学报 2013年18期 55-56.
- [4] 袁世盛 祁海滨. 中重度婴儿湿疹的三阶段治疗法. 中外健康文摘 2011年08卷40期 73-75.

光子冷凝胶联合他克莫司用于激素依赖性皮炎类皮肤护理的临床观察

梁莹

广西壮族自治区民族医院皮肤科

[摘要] 目的：观察光子冷凝胶（皮肤修复乳）联合他克莫司治疗面部激素依赖性皮炎疗效。方法：面部激素依赖性皮炎80例患者随机分为两组：对照组40例单用他克莫司外用治疗；治疗组40例采用光子冷凝胶（皮肤修复乳）联合他克莫司外用治疗。分析对比两组患者临床有效率、治疗前后症状评分。结果：治疗组有效率为85.0%，对照组有效率为67.5%，两组比较有统计学（ $P < 0.05$ ）。治疗后2组症状积分较治疗前均明显降低，差异有显著意义（ $P < 0.01$ ）；治疗后治疗组与对照组症状积分比较，差异有显著意义（ $P < 0.01$ ）。结论：光子冷凝胶（皮肤修复乳）联合他克莫司治疗面部激素依赖性皮炎疗效确切。

[关键词] 激素依赖性皮炎；光子冷凝胶；他克莫司

随着糖皮质激素外用制剂的广泛应用，激素依赖性皮炎发病率呈现逐年上升的趋势。患者皮肤可出现干燥、红斑、萎缩、毛细血管扩张、痤疮皮炎等不良反应，自觉瘙痒、肿胀、灼热、疼痛、紧绷感，给患者带来极大的困扰，严重影响患者的身心健康。我科采用光子冷凝胶（皮肤修复乳）（珠海市雅莎医疗器械有限公司生产），联合他克莫司软膏治疗激素依赖性皮炎取得了满意效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例来源于2014年9月至2014年11月在我院皮肤科门诊就诊患者共80例，随机分为治疗组和对照组，各40例。治疗组：男6例，女34例；年龄16~57岁，平均（ 31.27 ± 8.25 ）岁；病程2周~5年；外用激素时间2周~2年，平均25周。对照组：男10例，女30例；年龄17~52岁，平均（ 32.25 ± 4.56 ）岁；病程3周~6年；外用激素时间2周~1.5年，平均27周。两组资料经统计学分析，无显著性差异（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 诊断标准

入选患者临床诊断符合《激素依赖性皮炎诊治指南》^[1]：有明确糖皮质激素用药史，加上以下任一临床表现——①皮肤变薄、潮红伴毛细血管扩张；②痤疮样皮炎（粉刺、丘疹及脓疱）；③色素沉着；④皮肤老化（皮肤干燥、脱屑、粗糙，甚至萎缩）；⑤毳毛增粗变长。

1.3 排除标准：①不符合以上诊断标准者；②对产品及其他克莫司过敏不适患者；③合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病，自身免疫性疾病，精神病患者；④妊娠或哺乳

期妇女；⑤正在系统应用糖皮质激素或其他药物治疗者；⑥面部伴有真菌感染者。

1.4 治疗方法

所有患者均停用外用糖皮质类固醇激素和所有可能引起刺激的洗化用品。两组患者均在正常洁肤后，用矿泉水湿敷15分钟，并用洁净的面巾吸去残留的水分。对照组患者外用0.1%他克莫司软膏，2次/d，疗程4周。治疗组患者在对照组基础上，加用光子冷凝胶（皮肤修复乳）（珠海市雅莎医疗器械有限公司生产）适量外涂面部，轻轻按摩至吸收，每日2次，疗程4周。

1.5 疗效观察

1.5.1 临床观察指标 症状：瘙痒、干燥、灼热、灼痛、刺痛、紧绷感；体征：红斑、丘疹、水疱、糜烂、渗液、结痂、脱屑、皮肤菲薄、毛细血管扩张。评分标准：各项指标均按4级评分法进行评分：按症状及体征的无、轻、中、重分别计0~3分，0分=无，1分=轻度，2分=中度，3分=重度。

1.5.2 疗效判定标准^[2]：疗效指数 = (治疗前积分值 - 治疗后积分值) / 治疗前积分值 × 100%。痊愈为疗效指数 ≥ 90%；显效为疗效指数 ≥ 70%；好转为疗效指数 ≥ 30%；无效为疗效指数 < 30%。有效率 = (痊愈例数 + 显效例数) / 总例数 × 100%。

1.5.3 统计学方法：采用SPSS 15.0软件进行统计学分析，计数资料采用 χ^2 检验，计量资料采用t检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较：两组患者均完成为期4周的疗程。治疗组有效率85.0%，对照组有效率65.0%。两组有效率差异有统计学意义

($\chi^2=5.519$, $P<0.05$), 见表 1。

表1 两组不同方法治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎疗效比较 (例, %)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	有效率
治疗组	40	20	14	5	1	85.0*
对照组	40	7	20	9	4	67.5

注: * 与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.2 2组治疗前后症状评分比较: 两组治疗后症状评分与治疗前比较, 差异有非常显著意义 ($t=2.383$, $P<0.01$); 治疗后, 治疗组与对照组症状评分比较, 差异有非常显著意义 ($t=4.052$, $P<0.01$)。见表 2。

表2 治疗组与对照组症状评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	40	11.39 ± 2.66	$2.46\pm 2.94\Delta$
对照组	40	11.42 ± 3.18	$6.34\pm 3.18\Delta^*$

注: 与本组治疗前比较, $\Delta P<0.01$; 与对照组治疗后比较, $*P<0.01$ 。

2.3 不良反应 光子冷凝胶 (皮肤修复乳) 治疗组所有患者治疗过程中均未出现过敏或刺激反应, 他克莫司组2例治疗第3天出现皮肤红斑、灼热、疼痛等刺激反应, 予停用, 湿敷3天后好转, 嘱减少用量后未再出现。

4 讨论

激素依赖性皮炎是一类发病机制十分复杂的皮肤病。超微结构研究显示, 外用糖皮质激素一段时间后, 皮肤发生以下变化: 皮肤角质层细胞层数出现减少, 角质层变薄, 表皮主要连接结构桥粒的密度减少^[3]; 表皮内神经酰胺、胆固醇及游离脂肪酸等脂质成分合成减少, 经表皮水分流失增多, 表皮渗透屏障修复延迟, 使角质层“砖墙结构”受到破坏; 对朗格汉斯细胞的下调使皮肤免疫功能下降, 通过诱导多种炎症因子的表达, 导致皮肤炎症的反复并逐渐加重^[4]。因此, 减轻炎症反应、修复皮肤屏障功能是治疗该病的关键。

他克莫司是一种免疫抑制剂, 具有确切的抗炎作用, 能够使炎症细胞减少炎症介质的释放

^[5], 还具有中强效外用糖皮质激素的作用, 可部分逆转因长期外用激素所致的不良反应^[6]。光子冷凝胶 (皮肤修复乳) 其主要成分为寡肽-1、透明质酸 (HA) 及天然植物提取成分 (积雪草苷、芦荟提取液、植物甾醇类、红没药醇、水合霍霍巴油)。寡肽-1是一类广泛存在于人和动物体内的可促进或抑制多类细胞生长的多肽, 具有加速皮肤和粘膜创伤愈合, 促进上皮细胞再生, 补充皮肤所需水分和养分, 增强皮肤屏障功能, 延缓皮肤衰老的功效。该产品从表皮层和皮脂膜两方面来修复及维持皮肤屏障功能, 一定程度上增强皮肤对抗摩擦力、物理性屏障结构完整性、对酸碱的缓冲作用以及皮脂膜的抑菌抗菌功能, 从而防护皮肤的各种损伤。

综上所述, 光子冷凝胶 (皮肤修复乳) 联合他克莫司软膏可以通过多种途径协同治疗激素依赖性皮炎, 患者的皮肤屏障功能得到恢复, 皮损消退快, 患者的瘙痒、干燥、紧绷、红肿烧灼不适明显减轻, 治疗后不易复发, 可明显提高患者依从性, 疗效显著, 值得临床参考应用。

参考文献

- [1] 中国医师协会皮肤科分会美容专业组. 激素依赖性皮炎诊治指南. 临床皮肤科杂志, 2009, 38 (8): 549
- [2] 丁小杰, 柏志芳. 复方甘草酸苷胶囊联合红光治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎疗效观察[J]. 中国美容医学, 2014, 23 (6): 469-471.
- [3] Bayo P, Sanchis A, Bravo A, et al. Glucocorticoid receptor required for skin barrier competence[J]. Endocrinology, 2008, 149: 1377-1388.
- [4] Hengge UR, Ruzicka T, Schwartz RA, et al. Adverse effects of topical glucocorticosteroids[J]. J Am Acad Dermatol, 2006, 54: 1-15.
- [5] 王瑞华, 张堂德. 外用他克莫司安全性研究进展 [J]. 国际皮肤性病杂志, 2012, 38 (2): 77-80.
- [6] 梁源, 张霞, 燕丽, 等. 0.03%他克莫司软膏治疗中、重度特应性皮炎患儿疗效和安全性观察 [J]. 中华皮肤科杂志, 2013, 46 (1): 49-51.

他克莫司联合冷敷修复敷料治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察

邬松涛¹ 黄贵义 黄丽

(1.常德市皮肤病性病防治所,湖南常德415000;2.江西南丰皮肤病性病防治所,江西抚州344500)

[摘要] 目的:观察他克莫司联合冷敷修复敷料治疗面部激素依赖性皮炎的疗效。方法:两组均口服枸地氯雷他定胶囊8.8mg,1次/d,治疗组联合外用0.03%他克莫司软膏1次/d配合冷敷修复敷料(冷敷保湿修复型,商品名是修护因子精华液)与冷敷修复敷料(冷敷修复型,商品名是光子冷凝胶)1次/d,对照组外用氟芬那酸丁酯软膏2次/d,8周后比较两组患者的疗效。结果:治疗组、对照组总有效率分别为87.30%和55.56%,治疗组总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义($\chi^2=19.8585, p<0.05$)。结论:他克莫司联合冷敷修复敷料治疗面部激素依赖性皮炎疗效肯定,值得推广。

[关键词] 面部激素依赖性皮炎;他克莫司;冷敷修复敷料

Clinical Observation of the Treatment of Facial Hormone Dependence dermatitis By Tacrolimus Combined With Reparative Factor Hydra cream

WU Song-tao¹ HUANG Guan-yi² HUANG Li¹

[Abstract] Objective: To Obeserve the therapeutic effectiveness of Curing Facial Hormone Dependence By Tacrolimus combined with Reparative Factor Hydra cream. Method: By Brigade Laboratory Method ,Parallelizing the oral capsule 8.8mg of Desloratadine citrate once everyday for both treating group & matched group objective. For the treating group, combined the external 0.03% Tacrolimus paste & Reparative Factor Hydra cream once a day. For the matched group, combined external Butyl flufenamate twice a day. Treatment for 8 weeks, comparing the therapeutic effectiveness. Result: The Clinieal treatment rate was 87.3% for the treating group & 55.56% for the matched group. After treatment respectively, treating group has a significant effect Liver-suppressing and Mass-dissipating therapy.($\chi^2=19.8585, p<0.05$). Conclusion: TheTreatment of Facial Hormone Dependence dermatitis By Tacrolimus Combined With Reparative Factor Hydra cream has significant effectiveness. It worths of extending .
[Keywords] Facial Hormone Dependence dermatitis; Tacrolimus; Reparative Factor Hydra cream

我院从2014年5月—2015年5月用他克莫司联合冷敷修复敷料治疗激素依赖性皮炎,并与氟芬那酸丁酯软膏进行比较,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 126例患者均为我院门诊的激素依赖性皮炎患者,其中男24例,女102例,年龄18—55岁,平均32.5岁,外用激素时间32天—17个月,平均2.6个月。随机分为治疗组63例对照组63例。两组患者性别、年龄、发病时间、病情积分等经方差分析检验无显著差异,具有可比性。

1.2 诊断标准^[1]:面部长期反复外用糖皮质激素>1个月;原发皮肤病已愈,面部出现明显鲜红色斑,表面光滑,可见明显毛细血管扩大,脱屑等改变;患者皮损多感刺痛,烧灼,紧绷感,伴有少量红色丘疹,偶有瘙痒。

1.3 治疗方法

①两组病例均停用所有糖皮质激素外用制剂及一切可疑化妆品,避免日晒。②两组病例均口服抗组胺药枸地氯雷他定胶囊8.8mg,1次/d。③治疗组采用0.03%他克莫司软膏外用,1次/d;配合冷敷修复敷料(冷敷保湿修复型,商品名是修护因子精华液)与冷敷修复敷料(冷敷修复型,商品名是光子冷凝胶)外用,1次/d。冷敷修复敷料由珠海市雅莎医疗器械有限公司生产。④对照组采用氟芬那酸丁酯软膏外用,2次/d。

1.4 疗效判断标准

4周为一个疗程,治疗2个疗程后,根据皮肤毛细血管扩张情况,红斑、脱屑、色沉情况,瘙痒、灼热、紧绷、疼痛情况,按四级评分法进行病情评分:0分=无,1分=轻度,2分=中度,3分=重度。计算公式采用尼莫地平法。疗效指数=(治疗前病情评分—治疗后病情评分)/治疗前病情评分×100%。痊愈:疗效指≥90%;显效:90%>疗效指数≥60%;有效60%>疗效指数



A: 治疗组使用产品以前



B: 治疗组使用产品一个月以后

≥20%；无效：疗效指数 < 20%；总有效率 = (痊愈 + 显效) 例数 / 总病例数 × 100%。

1.5 统计学方法 数据采用SPSS17.0软件进行处理，采用 χ^2 检验， $p < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表1 两组患者治疗后疗效对比

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	63例	20	35	8	0	87.30%
对照组	63例	6	29	25	3	55.56%

*两组治疗后疗效对比 $p < 0.05$ ，提示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 见表1。治疗组总有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($\chi^2 = 19.8585$, $p < 0.05$)。说明应用他克莫司联合冷敷修复敷料治疗面部激素依赖性皮炎，显著提高了患者的治疗有效率，安全可靠。

2.2 不良反应 两组均未发现明显不良反应。

3 讨论

面部激素依赖性皮炎是滥用激素造成的现代皮肤疾病。其发生机制主要由于长期反复外用糖皮质激素，抑制表皮细胞的增殖与分化，导致角层细胞的减少及功能异常，破坏了表皮通透性屏障 (epidermal permeability barrier) 及降低了角层含水量，诱发一连串的炎症性反应^[2]。局部外用糖皮质激素是皮肤科的重要治疗手段之一，主要是利用其抗炎作用、免疫抑制作用以及抗增生作用等。我们在临床观察中发现，多数患者对糖皮质激素制剂的疗效认识存在一定误区，加之临床医生的不规范用药，患者长期反复外用激素，导致皮肤对激素依赖性不断增强，一旦停止使用，原有疾病即会出现反弹症状。

面部激素依赖性皮炎治疗首先是脱离糖皮质激素的应用，以可用于面部的非激素类刺激性小的外用药膏替代治疗。他克莫司是至今上市的首个非糖皮质激素免疫调节剂，具有局部

免疫调节，抗炎、止痒等功效。他克莫司作为一种非甾体类大环内酯类药物^[3]，已被证实可以抑制T淋巴细胞活化，抑制钙调磷酸酶的磷酸酶活性，阻止活化T细胞核转录因子(NF-AT)的去磷酸化和易位，最终抑制炎症细胞的转录而发挥作用。此外，他克莫司可以抑制皮肤肥大细胞和嗜碱性粒细胞内已合成介质的释放，下调朗格罕细胞表面FC ϵ RI的表达；还可减少角质形成细胞的IL-8和其受体数量从而抑制炎症反应。辅助配合外用冷敷修复敷料(寡肽-1、胶原蛋白及透明质酸)，修复表皮组织，加速皮肤和粘膜的创伤愈合，恢复皮肤屏障功能，减少皮肤敏感的发生。寡肽-1是一类广泛存在于人和动物体内的可促进或抑制多类细胞生长的多肽，具有促进细胞增殖和上皮再生功能^[4]。一方面可减轻局部的炎症反应，预防感染；另一方面可促进受损表皮的修复和再生，缩短愈合时间。保湿修复霜有补水锁水，滋养肌肤，紧绷感，快速形成皮肤保护膜，口服枸地氯雷他定胶囊抗过敏治疗，缓解面部瘙痒等不适症状。枸地氯雷他定在体内转化为地氯雷他定发挥作用，是一种非镇静性的长效三环类组胺拮抗剂，为氯雷他定的活性代谢物，具有强大的、选择性的拮抗外周H1受体作用和抗炎作用。其抗过敏作用强、起效快、药效持久，近年来广泛应用于缓解变态反应性疾病的过敏症状。

面部激素依赖性皮炎现已成为继湿疹、银屑病、荨麻疹、痤疮之后的第五大门诊皮肤病。我们将在未来的临床工作中继续探索总结，寻找更有效安全的治疗方案。

参考文献

- [1] 吴志华. 皮肤科治疗学[M]. 北京: 科学出版社, 2006(4): 246.
- [2] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2009(12): 724.
- [3] 王进. 他克莫司软膏治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察[J]. 基层医学论坛, 2013, (29): 3832.
- [4] 张晓玲, 张宝林. rhbFGF和rhFGF对成纤维细胞的促增殖作用[J]. 中国美容医学, 2008, 17(1): 62-66.

左旋维生素C、熊果苷复合制剂联合寡肽-1治疗面部黄褐斑的临床研究

毛越苹 易娟娟 张楚怡 谭尹珊

作者单位：中山大学孙逸仙纪念医院皮肤科

[摘要] 目的：观察评价左旋维生素C、熊果苷复合制剂（雅莎公司左旋VC精华液）联合寡肽-1（雅莎公司修护因子精华液）外用治疗黄褐斑的有效性和安全性。方法：采用随机、开放、自身对照的方法，选取38例表皮型和混合型黄褐斑患者每日2次外用雅莎公司修护因子精华液和左旋VC精华液，2月后评价其疗效及安全性。结果：2个月后经治疗总有效率为84.21%，其中基本治愈1例（2.63%），显效11例（28.94%），好转20例（52.63%），无效6例（15.79%）；治疗期间3例患者（7.89%）出现皮肤一过性轻微刺激，无需处理。结论：雅莎公司左旋VC精华液联合雅莎公司修护因子精华液（寡肽-1）治疗表皮型和混合型黄褐斑疗效满意，耐受性好。

黄褐斑是一种常见的获得性色素增多性皮肤病，中医称为肝斑、黧黑斑、蝴蝶斑等，在亚洲人群中患病率较高，好发于中青年女性^[1]，以对称性分布于颜面、大小不一、形态不定、无自觉症状的淡褐色至淡黑斑片为临床特征，日晒后加重。其发病原因不明，一般认为由多因素综合作用所致，如遗传、精神、药物（如避孕药和抗癫痫药等）、疾病、日晒、妊娠、不良的生活习惯及化妆品使用不当等，而内分泌紊乱、皮肤微生态失调和自由基损伤是其主要原因。黄褐斑发展缓慢，影响面部美容，具有难治和易复发的特点。治疗手段包括口服及外用药物治疗、食疗及物理疗法等。本文外用左旋维生素C、熊果苷复合制剂（雅莎公司左旋VC精华液）联合寡肽-1（雅莎公司修护因子精华液）治疗黄褐斑，疗效满意，现报告如下。

1. 资料与方法

1.1 病例资料及方法

所有病例来自我科门诊确诊的表皮型和混合型黄褐斑患者（参照中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组2003年12月修订的黄褐斑的临床诊断和疗效判定标准^[4]），共38例，其中男性5例，女性33例。年龄26~58岁（33.2±5.9）岁，病程6个月至20年，平均7.1年。剔除标准：依从性差者；对使用成分过敏者；近3月内使用过系统治疗黄褐斑药物者；近3个月使用过维甲酸类药物者；近3个月使用过物理治疗黄褐斑者。

采用开放性、随机、自身对照研究。

1.2 治疗方法

雅莎公司左旋VC精华液（以下简称左旋VC精华液）主要成分为左旋维生素C、熊果苷、维生素B3等，雅莎公司修护因子精华液（以下简称雅莎公司修护因子精华液）主要成分寡肽-1，均由珠海市雅莎生物科技有限公司研制（卫妆准字29-XK-2787号）。38例患者均每日2次外用雅莎公司修护因子精华液和左旋VC精华液于皮损处，治疗期间每日使用SPF30以上的防晒霜。

1.3 疗效评价

所有病例均于治疗后2个月随访，评价治疗前后色斑减轻情况，并监测和记录不良反应。基本治愈：色斑面积消退>90%，颜色基本消退；显效：色斑面积消退60%~89%，颜色明显变淡；好转：色斑面积消退30%~59%，颜色变淡；无效：色斑面积消退<30%，颜色变化不明显^[1]。有效率=基本治愈+显效+好转。

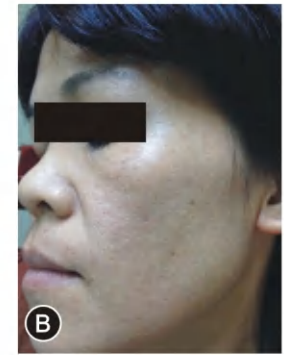
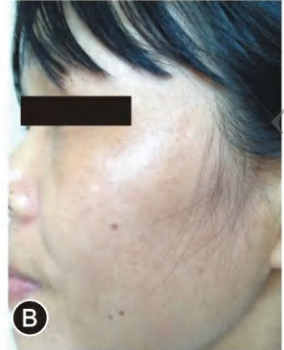
2. 结果

2.1 临床疗效

38例患者均完成2个月的临床研究。其中基本治愈1例（2.63%），显效11例（28.94%），好转20例（52.63%），无效6例（15.79%），有效率为84.21%。典型病例见附图一。

2.3 不良反应及安全性

整个临床观察期间未出现严重不良反应，患者依从性较好，主观评价良好。36例患者中有3例（7.89%）在使用的第1周皮损处出现轻微刺痒、潮红，未经处理，可自行缓解，未退出研究。



附图1：优白素治疗黄褐斑

A. 治疗前； B. 治疗后

3. 讨论

黄褐斑是一种获得性色素沉着性皮肤病，分为表皮型、混合型和真皮型。好发于中青年女性，表现为面部对称性色素沉着，轻者为淡黄色或浅褐色，点片状散布于面颊两侧，以眼部下外侧多见；重者呈深褐色或浅黑色，无自觉症状，对患者容貌乃至生活、心理、社交的影响都非常大。该病发病机理复杂，发病原因目前尚不十分清楚，临床上具有治疗难度大，易复发的特点。

我们于2012年5月至11月进行了雅莎公司左旋VC精华液联合雅莎公司修护因子精华液外用治疗黄褐斑的有效性和安全性的临床研究，结果显示总有效率达84.21%，其中基本治愈1例（2.63%），显效11例（28.94%），好转20例（52.63%），无效6例（15.79%）。治疗期间除个别患者在使用初期出现轻微的皮肤刺激症状，无其他不良反应，患者依从性好，接受度高。

维生素C是目前较经典且疗效肯定的治疗黄褐斑的药物，其具有强大的抗氧化作用，可以减少因自由基增加导致的黑素颗粒合成增加，并且能将颜色较深的氧化型色素还原为颜色较浅的还原性色素，抑制多巴的氧化，将多巴醌还原为多巴，从而抑制黑素的形成，适用于治疗黄褐斑^[2]。左旋维生素C易于被皮肤吸收，外用能发挥淡斑、抗皱、抗老化等功效^[3]。熊果苷是氢醌的一种天然存在形式，能明显抑制人黑素细胞和酪氨酸酶的活性，为国内外常用于美白化妆品中的美白有效成分，具有一定的美白效果，发达国家的美白护肤市场几乎已被熊果苷垄断^[4]。有研究显示单纯外用熊果苷治疗黄褐斑的有效率可达71.4%~75%^[5]。维生素B3可阻断黑素颗粒从黑素细胞向角质细胞的转移，从而表皮层的黑素颗粒。因此，雅莎公司左旋VC精华液从多个环节抑制了黑素颗粒产生和向表皮移行，临床上也证实其外用于黄褐斑效果可靠。

寡肽-1是人体内固有的一种物质，能激活蛋白酶，加快蛋白质合成，促进表皮细胞

的增殖、代谢，从而有效的促进含有较多黑素颗粒的表皮(尤其角质层细胞)脱落，从而达到减轻色斑的作用^[6]，同时，寡肽-1还能有效改善皮肤微循环，为表皮细胞提供良好的营养环境，防止色素颗粒的沉积。因此，含有寡肽-1的雅莎公司修护因子精华液与含左旋维生素C、熊果苷、维生素B3等的雅莎公司左旋VC精华液联合使用，对黄褐斑的治疗有协同作用。

综上所述，雅莎公司左旋VC精华液联合雅莎公司修护因子精华液（寡肽-1）外用治疗表皮型或混合型黄褐斑可取得较满意的疗效，耐受性好。由于黄褐斑是一种病因复杂，易复发的损容性皮肤病，仅外用治疗达不到避免复发的目的，因此，内服或其他的物理治疗基础上，配合雅莎公司左旋VC精华液和雅莎公司修护因子精华液的外用辅助治疗值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组. 黄褐斑的临床诊断和疗效标准(2003年修订稿)[J]. 中华皮肤科杂志, 2004, 37(7):440.
- [2] 吴艳华, 李其林. 黄褐斑的治疗现状[J]. 国外医学, 皮肤性病学分册, 2005, 31(6): 352.
- [3] 徐天华, 李远宏, 祝霞, 等. 左旋维生素C美白、祛皱功效和安全性的临床研究[J]. 中国美容学, 2009, 18(12):1799-1781.
- [4] Chung MC, Jean LC, Gerard C, et al. Complete association between a retroviral insertion in the tryosinase gene and the recessive white mutation in chichens[J]. BMC Genomics, 2006, 5(7):19.
- [5] 冯浩, 徐晓芑, 吴东辉等. 熊果苷聚乙烯醇面膜治疗黄褐斑的临床观察[J]. 现代生物医学进展, 2008, 8(12):2304-2304.
- [6] 谷廷敏, 隋志甫, 常冬青, 等. 烧伤创面内表皮生长因子与表皮生长因子受体蛋白变化的临床研究[J]. 中国美容医学, 2011, 20(3):414-416.

医用冷敷贴护理激光术后创面的临床评价

毛越苹 易娟娟 罗益金 陈小彦

作者单位：中山大学孙逸仙纪念医院皮肤科

[摘要] 目的：观察评价医用冷敷贴应用于激光术后创面护理的有效性和安全性。方法：选择28例接受Er:YAG点阵激光治疗的痤疮疤痕患者，随机分为两组，治疗组激光术后即刻使用医用冷敷贴湿敷，并于治疗后每天1次，连续3天，之后每3天一次至治疗后2周，每次20分钟；对照组治疗后做常规创面护理。分别于治疗后即刻、医用冷敷贴湿敷后及治疗后第3、7天记录两组患者的症状和体征，同时记录创面愈合情况。结果：湿敷医用冷敷贴后及治疗后第3、7天，28例患者症状体征积分较治疗后即刻积分均有下降。治疗组在各个时间点的积分下降均明显快于对照组($P < 0.001$)。此外，治疗组创面愈合时间较对照组短($P < 0.05$)。结论：医用冷敷贴可用于激光术后护理，改善刺痛、烧灼感、紧绷感，及红斑、水肿、干燥、脱屑等不良反应，并能加速创面的修复。

[关键词] Er:YAG点阵激光术；医用冷敷贴

现代激光以其效果好，创伤小的优点，在皮肤美容领域得到了长足的发展。而激光术后的皮肤护理对完善整体治疗效果尤为重要。寡肽-1是广泛存在于生物体内的活性蛋白质，具有促进组织修复细胞内DNA与RNA以及蛋白合成^[1]。我们选择临床接受Er:YAG点阵激光治疗的痤疮疤痕患者，使用医用冷敷贴进行术后护理，评价其疗效和安全性，现报道如下：

1 资料与方法

1.1 病例资料及方法

所有病例来自我科门诊接受Er:YAG点阵激光治疗的痤疮疤痕患者，共28例。其中男性10例，女性18例。年龄19~28岁(23.5 ± 2.8)岁。入选标准：①接受Er:YAG点阵激光治疗的痤疮疤痕患者；②既往未使用过寡肽-1产品。排除标准：①对寡肽-1过敏者；②皮肤炎症急性期并发细菌和(或)病毒感染，未得到有效控制者。剔除标准：①依从性差者；②出现严重不良反应者。

采用开放性、随机分组实验对照。将28例患者随机分为治疗组和对照组，治疗组18例，对照组10例。两组患者一般情况无统计学差异，具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组在接受Er:YAG点阵激光治疗后，即使用医用冷敷贴(珠海市雅莎生物科技有限公司 卫妆准字29-XK-2787

号)湿敷20分钟，其后每天1次，3天后每3天使用1次至2周；对照组则于激光治疗后不使用面膜湿敷，两组均每天于创面处使用莫匹罗星软膏至结痂及同时全脸使用防晒霜。

1.3 疗效评价

分别于激光治疗后即刻、湿敷面膜20分钟后及治疗后第3、7天使用视觉模拟尺记录两组患者的症状和体征。包括自觉症状：瘙痒、刺痛感、烧灼感、紧绷感，由患者填写视觉模拟尺问卷表；体征：红斑、干燥、脱屑，由指定医师观察评分。同时记录两组患者的创面愈合情况。

评分标准：医生和患者依据10cm视觉模拟尺对治疗后的症状、体征进行评估。计算临床疗效指数： $SSRI = (\text{激光治疗后即刻积分} - \text{激光治疗N天后积分}) / \text{激光治疗后即刻积分} \times 100\%$ ^[2]。

$SSRI \geq 90\%$ 以上为完全缓解， $SSRI 60\% \sim 89\%$ 为基本缓解， $SSRI 20\% \sim 60\%$ 为部分缓解， $SSRI < 20\%$ 为未缓解。(完全缓解+基本缓解+部分缓解例数)/总数 $\times 100\%$ =有效率。

1.4 统计学分析

采用SPSS16.0统计软件对实验数据进行统计分析。

2 结果

2.1 临床疗效

28例患者均完成实验。治疗组患者

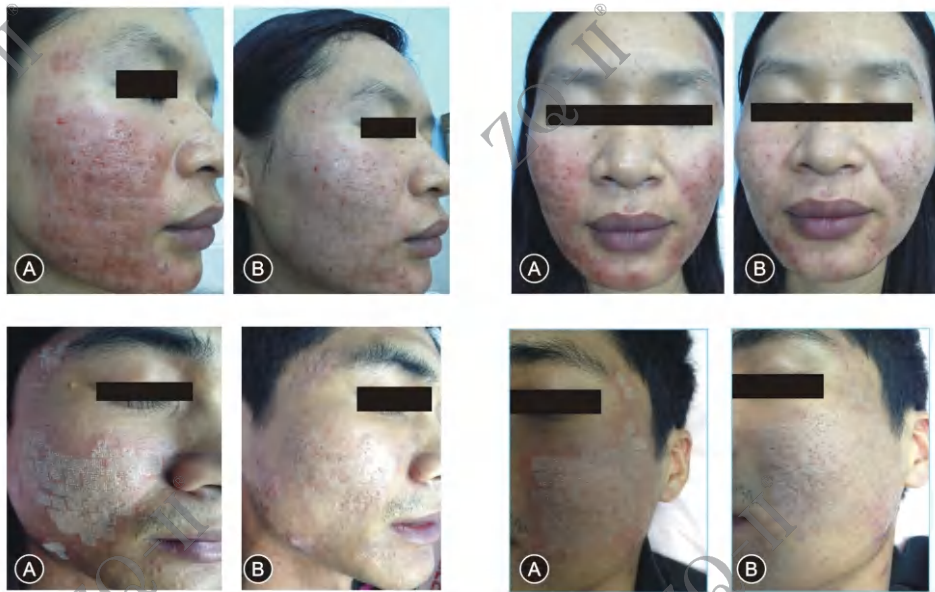


图1 Er: YAG点阵激光治疗后医用冷敷贴湿敷前后照片
A:激光术后即刻; B:湿敷医用冷敷贴20分钟后

湿敷医用冷敷贴20分钟后, 及激光术后第3、7天, 其症状体征积分均较激光术后即刻积分和对照组积分下降。用配对资料的符号秩和检验分别将对照组、激光术后即刻与治疗组湿敷面膜20分钟、第3天的积分进行比较, $P < 0.05$, 差异有统计学意义。

激光治疗结束即刻湿敷面膜20分钟后, 所有激光术后不适感的临床症状和体征均有显著改善(见图1), 其中部分缓解17例, 未缓解1例, 有效率94.44%。经Kruskal Wallis H秩和检验, $p < 0.001$, 差异有统计学意义。

激光治疗后第3、7天, 治疗组患者激光术后的疼痛、红斑等症状和体征改善率高于90%(见表1), 总有效率100%, 与激光术后即刻比较, 经Kruskal Wallis H秩和检验 $P < 0.005$, 差异有统计学意义。

表1 医用冷敷贴对Er: YAG点阵激光术后皮肤恢复的疗效比较(例)

组别	治疗时间	完全缓解	基本缓解	部分缓解	未缓解	有效率(%)
治疗组 (18例)	激光术后湿敷寡肽-1面膜20分钟	0	0	17	1	94.44
	激光术后3天	0	15	3	0	100
	激光术后7天	0	8	0	0	100
对照组 (10例)	激光术后20分钟	0	0	1	9	10
	激光术后3天	0	0	7	3	70

组别	激光术后7天	0	7	3	0	100
----	--------	---	---	---	---	-----

2.2 医用冷敷贴对激光术后创面修复的疗效

两组患者创面愈合结果见表2。治疗组的平均愈合时间低于对照组($P < 0.05$)。

表2 激光治疗后2组创面愈合情况

组别	例数	愈合时间
治疗组	18	5.2 ± 1.8
对照组	10	7.3 ± 2.2

注: 与对照组比较, $P < 0.05$

2.3 不良反应及安全性

整个临床观察期间未出现不良反应。患者依从性较好, 主观评价良好。

3 讨论

激光术后皮肤会出现反应性增强或炎症反应, 治疗后即刻至一周内尤为明显, 故术后应用具有修复作用的护肤品可以促进创面的恢复并提高疗效。有研究提示, 寡肽⁻¹能够在激光术后减轻炎症, 减少刺激症状, 促进术后皮肤的愈合, 其在皮肤美容方面的作用包括: 嫩肤、滋润、消除皱纹、修复创伤、预防色斑等^[1]。

Er: YAG点阵激光是波长2940nm的脉冲激光, 在一定的能量密度下, 激光光

束能经过表皮穿透进入真皮,产生柱状的热能会导致该部位发生柱状的热变性区,或者在一定的能量密度下,激光穿透皮肤形成真正的孔径,无论是热变性还是真正的孔径形成,这种损伤均会启动机体的创伤愈合过程。如果将这些光束排列成点阵状,那么这种点阵状热刺激会均匀的启动皮肤的修复程序,最终包括表皮和真皮在内的全层皮肤发生重塑和重建,从而达到改善痤疮后凹坑和皮肤粗糙的治疗目的^[3]。Er:YAG点阵激光治疗痤疮凹陷性疤痕取得了普遍的认可,是一种利用激光对皮肤进行强刺激而达到治疗目的的新方法^[4],治疗的同时会产生创面,给患者带来包括灼热、刺痛等不适感。

目前国内寡肽-1应用于激光术后减轻各种不适的护理资料不多。本研究结果显示,激光治疗后湿敷医用冷敷贴及激光治疗后1周内,治疗组及对照组的症状体征积分随时间推移逐渐下降,提示1周内激光带来的不适感及不良反应已得到不同程度的减轻,表皮层修复重建。而治疗组的临床症状、体征改善更为明显,疗效指数显著高于对照组($P < 0.05$)。医用冷敷贴具有舒缓、抗刺激的作用,可通过促进DNA、RNA和功能蛋白质的生物合成(如透明质酸、弹性纤维蛋白等),增加皮肤含水量,进而增加皮肤弹性,滋润肌肤,减少因干燥带来的不适感。因此,医用冷敷贴在激光治疗后使用可促进角质细胞分化、减缓皮肤表面水分蒸发等作用均有利于治疗后的皮肤舒缓、加强保湿。

创伤的修复过程分为3个阶段^[5]:①纤维蛋白充填;②细胞增生;③组织塑形。寡肽-1通过与其受体结合刺激表皮细胞(包括多种组织来源的上皮细胞、各种间质细胞)进入细胞分裂周期,启动细胞内一些重要功能基因活化、表达、分泌生物活性蛋白质等,促使胶原纤维呈线状排列,表皮细胞快速规则生长并及时覆

盖创面^[6]。因此,寡肽-1明显加速美容、整容术后及其它皮肤创伤等伤口愈合,并保持创面平整光滑,使疤痕减少或消失及减少色素沉着。同时,由于寡肽-1与其细胞受体的结合反应存在饱和机制,因而不会引起靶细胞的过度增殖。本研究结果表明,激光术后使用医用冷敷贴湿敷,有明显的创面修复作用,愈合时间提前了约2天($P < 0.05$),在之后的治疗疗程中均未观察到疤痕增生现象,表明医用冷敷贴能有效帮助激光术后创面的修复,并且安全性好。

综上所述,医用冷敷贴可用于激光治疗术后护理,改善瘙痒、刺痛、烧灼感、紧绷感,以及红斑、干燥、脱屑等不良反应,且可促进创面的修复,安全有效,在提高患者对激光治疗的耐受性及依从性方面有积极作用。

参考文献

- [1]《医学细胞生物学》汤雪明主编科学出版社2004年1月第一版
- [2] Lynch DR, Snyder SH. Neuropeptides: multiple molecular forms, metabolic pathways, and receptors [J]. *Annu Rev Biochem*, 1986, 55:773-799.
- [3] 郭宗周,袁定芬,邓辉,等。点阵Er:YAG激光照射对皮肤胶原增生的影响. *中华皮肤科杂志*, 2011, 44(10):720-723.
- [4] 吴严,李远宏,祝霞,等。点阵式Er:YAG激光治疗痤疮疤痕及毛孔粗大的疗效观察. *中华皮肤科杂志*, 2010 43(2):105-107.
- [5] 裘法祖. *外科学[M]*. 第4版. 北京:人民卫生出版社,1995.184
- [6] 谷廷敏,隋志甫,常冬青,等。烧伤创面内表皮生长因子与表皮生长因子受体蛋白变化的临床研究. *中国美容医学*, 2011, 20(3):414-416.

利用雅莎公司产品治疗面部烧伤的疗效分析

曾明 付晋凤 汪虹 陈宗华

(昆明医科大学第二附属医院烧伤研究所, 云南 昆明 650101)

面颈部Ⅱ度烧伤后常遗留色素沉着、皮肤粗糙甚至表浅瘢痕, 影响容貌外观, 常给患者带来沉重的思想负担。笔者就2012年1月至2013年2月我院烧伤科收治的35例面部烧伤患者进行分析总结, 报道如下。

临床资料

本组共35例, 男23例, 女12例, 年龄15-50岁, 平均年龄31.5岁。其中热液烫伤19例, 液化气火焰烧伤5例, 电弧灼烧3例, 汽油火焰烧伤8例。浅Ⅱ度烧伤11例, 混合Ⅱ度烧伤24例。

治疗方法

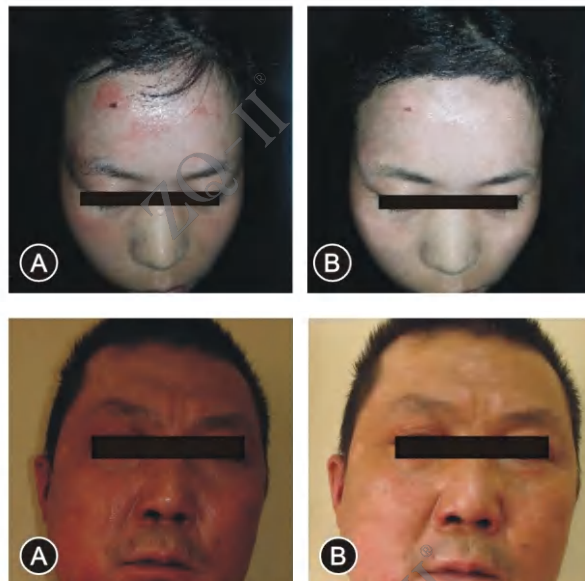
首次就诊患者, 用苯扎氯铵溶液清洗创面, 表皮明显移位者清除残留水泡皮。仅有水泡, 表皮未明显移位者, 用注射器抽尽水泡液, 保留水泡皮的完整性。用雅莎公司修护因子精华液喷涂创面, 根据本院细菌流行病学统计资料, 选择细菌敏感的口服抗生素预防治疗感染。

接下来的治疗过程中, 使用雅莎公司修护因子精华液喷涂创面, 3次/天。口服抗生素在使用2-3天后, 若无全身感染情况, 可停用。创面痊愈后, 继续皮肤护理工作, 方法为: 早晨洁面后, 用雅莎公司修护因子精华液喷涂已愈合创面, 轻拍数秒, 等待一分钟后, 再涂上左旋VC精华液; 晚上洁面后, 用修护因子精华液喷涂皮肤表面, 敷上医用冷敷贴, 保持20分钟, 去除膜后, 行面部按摩。本护理治疗持续1-2个月。

结果

本组35例, 有11例8天内创面愈合, 24例12天内创面愈合。所有病例愈合初期均出现皮肤色素沉着、表面粗糙、干燥症状。经雅莎公司修护因子精华液、左旋VC精华液、医用冷敷贴联合应用于皮肤护理后一周, 皮肤干燥症状消失, 色素沉着、表面粗糙情况未再加重。持续应用两周后, 皮肤表

面光滑, 色素沉着开始缓慢消退。治疗二月后, 色素沉着明显减轻, 停用皮肤护理后未出现上述症状反弹, 患者对治疗均感觉满意。



图一 利用雅莎系列产品治疗面部烧伤的前后照片
A: 烧伤术后片刻; B: 使用雅莎产品一个月后

讨论

1. 浅Ⅱ度烧伤的愈合时间为7-10天, 创面愈合后常遗留色素沉着, 往往延续至半年以上方可恢复; 深Ⅱ度烧伤的愈合时间为10天-两周, 创面愈合后易出现皮肤粗糙或表浅瘢痕, 甚至增生性瘢痕。以往的治疗注重先修复创面, 待创面愈合后再开始介入其后遗症的治疗。这种处理方法缺乏治疗的连续性及前瞻性。而面颈部由于其特殊性, 在Ⅱ度烧伤后如果遗留色素沉着、皮肤粗糙甚至表浅瘢痕, 将严重影响患者容貌外观, 因此他们不仅希望医生在早期修复创面时缩短疗程, 并且期盼着有更好的治疗方法使瘢痕与色素消退, 而雅莎公司产品在这两方面均表现出令人满意的疗效。

2. 由于该产品源于天然, 撷取精粹, 采取微胶囊、脂质体和最新生物工程技术。不

含致敏防腐剂、激素、重金属、氢琨、酒精、色素、香精等成分。2008年在国内上市以来，有效性和安全性得到各大医院使用验证，治疗效果显著，不良反应率极低，无一例医疗纠纷。特别是在皮肤屏障功能的修复，皮肤色素沉着的抑制和改善这两个领域应用的效果最好，最广泛。

3. 在烧伤创面的修复过程中，我们经常用到的寡肽-1为冻干粉针剂，寡肽-1冻干粉储藏条件是2-8摄氏度，并且一旦配成水溶液，其活性就会逐渐丧失。配兑好冻干粉后，未能严格密封，空气进入后致使冻干粉失效。事实上，很多单位的储存条件和配兑方法不当，在很多冻干粉在调配的时候已经失效了。且寡肽-1冻干粉在烧伤创面治疗中与很多外用消毒剂有使用禁忌（如：含碘消毒剂可使寡肽-1冻干粉失效）。修护因子精华液采取微胶囊、脂质体和最新生物工程技术，稳定性和渗透性很好。无须加入重金属促进吸收，无须加入致敏防腐剂保存稳定性，无须加入皮质类固醇激素、抗生素和氢琨等增强效果。喷头式包装是无菌仓设计，从而阻止空气和细菌进入。修护因子精华液主要成份（寡肽-1、HA）与人体同源，丁二醇作为高端产品保湿剂和溶剂，乙二酸四乙酸二钠还可以作润眼液的主要成分，尿囊素是良好的皮肤创伤愈合剂和保湿剂。

在创伤愈合过程中使用修护因子精华液，可以减少疤痕挛缩和组织异常增生的产生，并且可以减少色素沉着，提高修复质量。修护因子精华液能快速促进表皮细胞的增殖生长，愈合时间可提前30~50%，临床试验已证明其功效和安全性。

4. 左旋VC精华液其作用原理有三点：还原黑色素、抑制黑色素生成，阻断黑色素传

递。该产品采用脂质体包裹技术处理，使左旋VC不易被氧化分解，当产品涂抹于皮肤后，会缓慢地释放有效成份。同时采用纳米技术使其有超强渗透力，具有亲水性、亲脂性的双重特性。

5. 医用冷敷贴其成分为：寡肽-1、胶原蛋白、透明质酸、尿囊素、甘草精华、维生素E，具有抗敏、抗炎、保湿。祛皱抗氧化剂，改善血液循环的作用。以上三种产品各有特点，在创面修复的不同时期配合使用，疗效明显。

6. 面部烧伤的治疗有其特殊性，临床医生不仅要考虑创面的修复，还应该前瞻性地早期介入其后遗症的治疗。而雅莎公司医学护肤品为我们提供了这种可能。

参考文献

- [1] 王玉玺,崔荣霞,庞立晓,梁永芬,盛云秀. 中药褪红霜预防皮肤损伤后色素沉着的临床观察[J]. 中国美容医学. 2006(03)
- [2] 李东临. 颌面部爆炸伤研究进展[J]. 实用医药杂志. 2008(03)
- [3] Ando H, Ichihashi M, Hearing VJ. Role of the ubiquitinproteasome system in regulating skin pigmentation. Int JMol Sci. 2009
- [4] Eskandani M, Golchai J, Pirooznia N, et al. Oxidative stress level and tyrosinase activity in vitiligo patients. Indian Journal of Dermatology. 2010
- [5] 黎鳌, 杨宗城. 黎鳌烧伤学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001

调Q开关激光配合修护因子精华液治疗雀斑的疗效观察

卢琰琰

广西区江滨医院

[摘要] 目的：评价调Q开关激光配合修护因子精华液对雀斑的治疗效果。方法：将118例雀斑患者随机分为治疗组和对照组各59例。两组均使用调Q开关755nm激光，能量密度为6.0~7.8J/cm²，直径3mm的输出光斑，沿皮损边缘处向中央作均匀照射。术后冰袋冷敷30分钟。治疗组予修护因子精华液(珠海市雅莎生物科技有限公司，卫妆准字29-XK-2787)喷洒创面，每天两次。对照组则无。结果：4周疗程结束时，实验组治愈19例，显效30例，有效8例，无效2例，有效率83.05%；对照组治愈6例，显效20例，有效25例，无效8例，有效率44.07%。两组有效率比较差异有显著统计学意义($\chi^2=4.476, P=0.000$)

结论：调Q开关激光配合修护因子精华液治疗雀斑疗效好；修护因子精华液可使雀斑激光术后痂皮脱落、创面愈合速度提高，可作为该激光术后常规用药。

[关键词] 调Q开关激光；修护因子精华液；雀斑

雀斑是一种常见的与遗传有关的皮肤病，主要表现为日光暴露区域出现淡褐色或黑褐色斑点，直径为3~5mm或呈不规则大小不等的淡褐色片状色素沉着样改变。雀斑与日光照射有着明显关系，其大小、数量和色素沉着程在夏季明显增加，而在冬季则略淡化减轻。面部雀斑明显影响美观，常造成患者心理和精神负担，故患者求治心切。以往临床上多用冷冻、磨削、化学剥脱等方法治疗，但通常易产生疤痕等副作用。我科自2010年12月至今，使用调Q开关755nm激光治疗雀斑，在处理激光术后创面时，采用修护因子精华液喷洒创面，使痂皮脱落、创面愈合速度提高，现报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料：选取雀斑患者118例，其中男8例，女110例，年龄10~53岁，中位年龄32岁，皮损主要分布于额部、面颊部、鼻部、眼眶周围及上唇处，52例有家族史。排除条件：患有宜被515~1200nm光激惹的疾病、系统性红斑狼疮、频发的单纯疱疹；治疗前3~4个月有日光暴晒史或人工晒黑史；1个月内经其它药物及物理治疗史；面部有活动性感染；有色素沉着体质者。按随机分配原则分为实验组和对照组各59例。两组在性别、年龄、病程、皮损数目等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 治疗方法：治疗组 (1)麻醉：选用瑞典生产的5%EMLA麻醉软膏涂于患处，约40~50min后麻醉显效即可行激光治疗。(2)仪器及能量：使用调Q开关755nm激光(美国赛诺秀公司)，能量密度为6.0~7.8J/cm²，直径3mm

的输出光斑。(3)治疗方法：沿皮损边缘处向中央作均匀照射，治疗时以皮损呈灰白色为度。(4)术后处理：治疗后即刻以冰袋冷敷30分钟左右，以减轻患者的治疗后水肿和不适感，予修护因子精华液(珠海市雅莎生物科技有限公司，卫妆准字29-XK-2787)喷洒创面，每天两次。对照组无修护因子精华液喷洒，其它同治疗组。嘱患者术后1~2周内避免接触水及化妆品，保护术区清洁。注意防晒，有助于避免暂时性色素沉着。口服抗生素3天，维生素C一个月，避免日晒及涂抹防晒用品，恢复期内禁用含铅类的化妆品，少食光敏类食物。一般2~3天结痂，7天左右痂皮自然脱落，提醒患者不要强行剥脱痂皮导致色素沉着。平均治疗4次，每次间隔3~4周。

1.3 疗效评价：根据治疗后雀斑减少的情况进行判定，雀斑减少75%以上，局部基本呈原肤色为痊愈，减少50%~75%为显效，减少25%~50%为好转，减少25%以下为无效^[1]。总有效率=(治愈例数+显效例数)/总治疗例数×100%。

1.4 统计学方法：采用SPSS 11.0软件进行统计学处理，计数资料采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 临床疗效：118例患者均完成本次实验。4周疗程结束时，实验组治愈19例，显效30例，有效8例，无效2例，有效率83.05%；对照组治愈6例，显效20例，有效25例，无效8例，有效率44.07%。两组有效率比较差异有显著统计学意义($\chi^2=4.476, P=0.000$) (见表1)。典型病例治疗前后照片见图1~3

组别	例数	治愈	有效	显效	无效	有效率
治疗组	59	19	30	8	2	83.05
对照组	59	6	20	25	8	44.07

病例1



(治疗前)

(治疗后)

病例2



(治疗前)

(治疗后)

病例3



(治疗前)

(治疗后)

3 讨论

雀斑是一种良性色素性皮肤病,其基本病理变化为:基底细胞黑素含量增多,但黑素细胞不增多^[2]。其治疗方法以往主要采用液氮冷冻和化学剥脱治疗,这些治疗虽然有效,但不宜准确把握皮肤的深浅层次,且局部水肿反应及疼痛较明显,脱痂时间长,一般需10天左右,并有出现轻微瘢痕或色素沉着的可能,个别患者有脱色素样改变。

调Q开关的治疗机制为采用选择性光热作

用理论,即根据不同靶组织吸收波长不一样的原理,将光波选择性作用于色素颗粒,使之崩解粉碎,颗粒碎屑被吞噬细胞清除,被清除了色素颗粒的细胞可在较完整的细胞框架基础上很快得到修复。脉冲持续时间极短,极少有热量扩散到周围组织而引起周围组织的损伤,在去除色素的同时,把产生瘢痕的可能性降至最低,是目前治疗皮肤色素性病变较有效、不良反应较小的治疗方法^[3]。

修护因子精华液主要成分为寡肽-1。现已证明,寡肽-1是一类广泛存在于人体内可促进或抑制多类细胞生长的多肽,能促进表皮细胞分裂,调节胶原代谢,加速上皮组织的生成,提高创面愈合质量^[4],使损伤的皮肤能迅速恢复。临床研究证明^[5],经基因重组技术获得的外源性寡肽-1在分子结构、生物学活性及生理功能上与天然寡肽-1高度一致,且无毒副作用。修护因子精华液减少疤痕形成可能与该药有效激活创面的免疫活性细胞,抑菌消炎,减少炎症刺激,防止创面成纤维细胞增殖和产生胶原及胶原凝聚作用有关。本研究结果也发现,加用修护因子精华液的治疗组的有效率为83.05%,远高于实验组44.07%,差异有显著统计学意义。因此,使用修护因子精华液治疗雀斑激光术后创面,价廉、操作简便、疗效好,可作为该激光术后常规用药。

参考文献

- [1] 王燕华,王力军.光子嫩肤仪治疗颜面雀斑300例疗效观察[J].黑龙江医学,2007,31(12):922-923.
- [2] 杨国亮,王侠生.现代皮肤病学[M].上海:上海医科大学出版社,1996.
- [3] 李旭东,刘刚,赵焯德.Q开关激光治疗皮肤色素性病变的临床研究[J].海军医学杂志,2010,31(2):112-113.
- [4] 李校,姚成灿.细胞生长因子在美容护肤中的应用[J].实用美容整形外科杂志,2002,13(3):154-156.
- [5] 王世玲,郭振荣,周亮,等.重组人表皮生长因子对促进烧伤创面的愈合使用[J].中国临床药理学杂志,1998,14(3):150.

透明质酸及植物舒敏成分面膜护理雀斑激光术后创面的临床评价

严蕾 刘刚 王芳 谢军 杨超 袁晓慧 张楠

四川省医学科学院·四川省人民医院皮肤病性病研究所激光中心（成都 610032）

[摘要] 目的：观察透明质酸及植物舒敏成分面膜对雀斑激光术后皮肤创面修复能力的临床疗效和安全性。方法：选择40例接受雀斑激光治疗的患者随机分为实验组和对照组，分别于治疗后即刻，冷敷20分钟后、治疗后第3天以及第5天，记录两组患者的症状和体征，同时记录创面愈合情况。结果：雀斑激光术后20例患者经过透明质酸及植物舒敏成分面膜冷敷后，术后刺痛、烧灼、紧绷感等主观症状较对照组得到缓解，红斑、水肿等不良反应减轻，皮损创面修复较对照组快，痂壳脱落后创面光滑，整个治疗过程无过敏等不良反应。结论：透明质酸及植物舒敏成分面膜可用于改善激光术后刺痛、烧灼等主观症状，减轻红斑、水肿等不良反应，可促进皮肤创面快速修复，缩短创面的愈合时间，疗效确切，是一种安全有效的激光术后修复治疗手段。

[关键词] 透明质酸；植物舒敏成分；雀斑；调Q翠绿蓝宝石激光；激光术后修复

随着激光美容业的快速发展，激光术后皮肤损伤所产生的创面恢复期和各种不良反应也逐渐引起人们的关注，特别是激光治疗后皮肤创面的持久性红斑、水肿、色素沉着、刺激性或过敏性皮炎、烧灼感、阵发性瘙痒等不良反应给患者的生活和工作造成很大困扰。因此激光术后修复也成为了激光美容中不可缺少的一部分。

透明质酸是细胞和细胞间基质的主要成分，广泛分布于人体结缔组织、细胞外基质中^[1-2]。目前已被广泛的应用于眼科、关节病科、软组织修复、美容整形等不同的医学领域。其重要的生理功能是保持细胞水分、保持细胞外基质的稳定性和弹性。透明质酸还能在表皮形成粘弹性水化膜，加强角质层吸水能力，保护皮肤屏障功能，加快恢复皮肤组织^[3-4]，这些对于创面的修复都有积极的意义。另外，植物复合抗敏剂（BASAM）、甘草精华及野菊花萃取液等减轻激光术后皮肤受不同刺激而引起的伤害，对激光术后的敏感皮肤有舒缓镇静的作用。但透明质酸及植物舒敏成分面膜对于激光术后皮肤的修复疗效，目前报道还很有限。因此本次实验目的在于对透明质酸及植物舒敏成分面膜用于激光术后创面的恢复进行临床疗效及安全性评估。

材料与方 法

1 临床资料

40例面部行雀斑激光治疗的患者均为女性，年龄15~46岁。所有受试者均签署知情

同意书，整个观察期间按医生指导使用透明质酸及植物舒敏成分面膜或金霉素软膏做为术后护理产品。所有受试者均无激光治疗禁忌证。

2 方法

2.1 材料和仪器：材料：透明质酸及植物舒敏成分面膜（醒肤保湿修护精华膜，珠海市雅莎生物科技有限公司，卫妆准字29-XK-2787号），用时置于4℃冰箱冷藏。复方利多卡因乳膏（2.5%利多卡因+2.5%普鲁卡因）；仪器：选用调Q翠绿蓝宝石激光，脉宽为100ns，脉冲能量为5.5-6.5J/cm²。频率：2Hz/s，治疗参数根据患者治疗终点来确定。

2.2 排除标准：①有精神病患者；②在过去6个月中面部接受过整形手术，磨削治疗或注射治疗者；③在过去6个月中接受过强脉冲光或其他激光治疗者；④在怀孕期，哺乳期或分娩期的患者；⑤有严重心、肝、肾疾病的患者；⑥有自身免疫性疾病患者；⑦有瘢痕疙瘩病史或家族史；⑧严重的单纯疱疹感染史；⑨对醒肤保湿修护精华膜中成分有过敏史者。

2.3 治疗方法：

激光治疗：清洁面部，常规消毒皮肤，在治疗区域涂敷复方利多卡因乳膏，保鲜膜封包1h，用清水洗净后擦干，外用洗必泰消毒，使用调Q翠绿蓝宝石激光治疗雀斑，脉宽为100ns，脉冲能量为5.5-6.5J/cm²，频率：2个脉冲/s，治疗终点为皮损处即刻霜白反应，无表皮飞溅。选择40例接受雀斑激光治疗的患者随机分为两组，实验组20例，

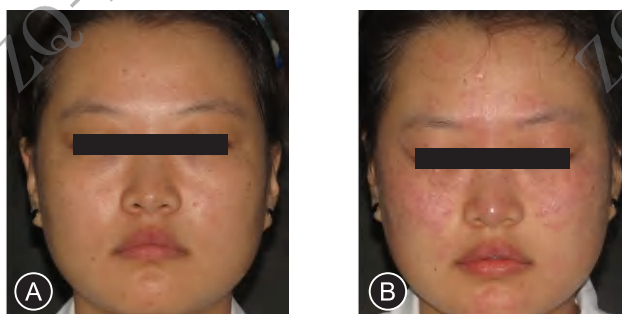
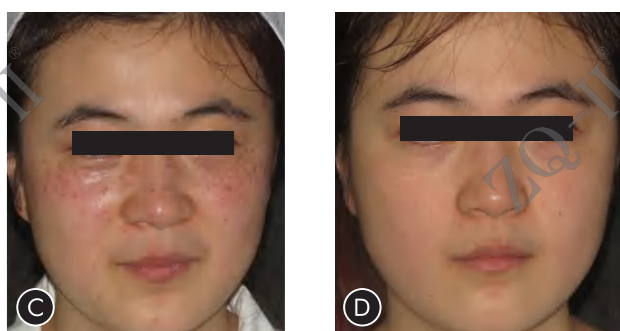
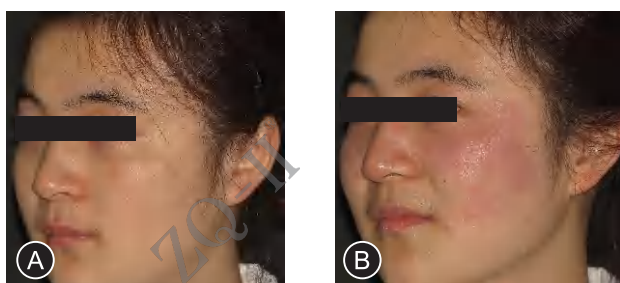
激光术后即刻使用透明质酸及植物舒敏成分面膜湿敷，并于治疗后每天1次，连续3天之后每3天1次至治疗后2周，每次湿敷20分钟；对照组20例，治疗后常规创面护理，于治疗后即刻冷敷20分钟，每天于创面处使用金霉素眼膏至结痂。记录两组患者的症状和体征，分别于术后即刻、冰敷20分钟后、术后3天、7天进行照片采集，比较两组各项指标，同时记录创面愈合情况。

2.4 疗效及评价

疗效判断标准：观察两组患者面部：①患者主观感受：疼痛、刺激程度、烧灼感、干燥紧绷感；②创面外观：水肿、皮损红斑程度、结痂时间、消退时间；③照片对比评估创面愈合情况和速度；④两周后随访观察长期不良反应。统计学分析透明质酸及植物舒敏成分面膜对雀斑激光治疗后皮肤修复的临床疗效。

3 结果

40例患者均完成临床实验，激光术后即刻冷敷20min后，患者主观如实描述在敷上透明质酸及植物舒敏成分面膜2~5min后疼痛程度、烧灼感及刺激程度降低。临床肉眼观察：实验组术后第一天创面干燥，红斑少许，轻度红肿；对照组水肿、红斑明显；术后第三天：实验组创面干净，无红肿；对照组创面仍有轻度红肿；由此可见透明质酸及植物舒敏成分面膜对疼痛程度和烧灼感的缓解程度明显强于常规冰敷。术后1、3、5天评估患者治疗区域的红斑和水肿程度进行比较，透明质酸及植物舒敏成分面膜对红斑和水肿消退程度和时间明显优于对照侧。术后7、14天随访发现，患者治疗区的结痂和脱痂时间，实验组均早于对照组，其修复的速度和愈合天数与对照侧有明显差异（ $P < 0.05$ ）。照片分析结果与理论分析结果一致，显示透明质酸及植物舒敏成分面膜既可以促进创伤愈合，还可以缓解激光术后的疼痛程度和烧灼感并能有效的预防激光术后并发症的产生。



A: 激光前 B: 激光后
C: 激光后冷敷面膜 D: 一个月后的效果

激光治疗后两组创面修复时间

组别	例数	愈合时间
实验组	20	4.8±1.2天
对照组	20	6.5±1.4天

注：与对照组比较， $P < 0.05$

3.1 不良反应及安全性

激光术后即刻给予冰冷敷透明质酸及植物舒敏成分面膜，患者均没有不适感，且无任何过敏反应。14天~30天后随访实验组与对照组均未无任何不良反应发生。

4 讨论

随着激光治疗水平的提高，激光已成为一些皮肤色素性疾病及浅表血管性疾病的最佳治疗方法。但激光在治疗这些疾病的同时会对皮肤产生不同程度的热损伤，如处理不当，容易产生色素沉着甚至瘢痕等不良反应，因此激光创面的修复问题需慎重对待^[5]。

透明质酸(hyaluronic acid)是由两个双糖单位 D-葡萄糖醛酸及 N-乙酰葡糖胺组成的线性黏多糖^[6-7]。HA 不仅具有较好的保湿效果，组织的水合状态是细胞存活的重要条件，在干燥伤口中，上皮化过程会减慢甚至停止，故保持组织的水合状态可以使上皮化速度加快1倍^[8]。HA 还能刺激巨噬细胞和多核粒细胞的迁移和吞噬，故其具有促进清创的作用^[9]，可加速坏死组织的清除与吸收，使创面恢复更加迅速。

本次实验采用醒肤保湿修护精华膜的主要成分是透明质酸和植物复合抗敏剂(BASAM)、甘草、野菊花萃取液等舒敏成份，在对雀斑激光术后创面进行术后观察，结果显示实验组20例患者，术后在应用面膜前后，患者的刺痛感和烧灼感较对照组均有明显改善；红斑、水肿反应的缓解和消退时间，试验组较对照组脱痂时间也明显缩短；两组患者治疗区域的脱痂时间，试验组明显短于对照组，说明试验组皮损的恢复优于对照组；以上对照实验的结果充分证明了蚕丝面膜对雀斑激光术后创面愈合有着明确的疗效；不但能够降低疼痛刺激程度、红斑水肿消失也快，还能够明显减少渗出液，促进表皮

上皮化，提高创面的修复能力，降低激光术后并发症的发生。同时，整个治疗过程中所有患者无不良反应发生，也充分说明了植物舒敏嫩肤蚕丝面膜的安全性。

参考文献

- [1] Leonardi MC, Gariboldi S, Ivaldi GB, et al. A double - blind, randomized, vehicle-controlled clinical study to evaluate the efficacy of MAS065D in limiting the effects of radiation on the skin: interim analysis[J]. Eur J Dermatol, 2008, 18: 317- 321.
- [2] Draelos ZD. A clinical evaluation of the comparable efficacy of hyaluronic acid- based foam and ceramide - containing emulsion cream in the treatment of mild- to- moderate atopic dermatitis[J]. J Cosmet Dermatol, 2011, 10: 185- 188.
- [3] Abbruzzese L, Rizzo L, Fanelli G, et al. Effectiveness and safety of a novel gel dressing in the management of neuropathic leg ulcers in diabetic patients: a prospective double- blind randomized trial[J]. Int J Low Extrem Wounds, 2009, 8: 134- 140.
- [4] Brenes RA, Ajemian MS, Macaron SH, et al. Initial experience using a hyaluronate- iodine complex for wound healing[J]. Am Surg, 2011, 77:355- 359.
- [5] 谭军, 李高峰. 激光创面修复[J]. 中国烧伤创疡杂志, 2008, 20 (1) :30-32.
- [6] Xie Y, Upton Z, Richards S, et al. Hyaluronic acid: evaluation as a potential delivery vehicle for vitronectin: growth factor complexes in wound healing applications[J]. J Control Release, 2011, 153: 225- 232.
- [7] 杨海波. 医用透明质酸钠在膝骨关节炎关节镜术后的应用价值[J /CD]. 中华临床医师杂志:电子版, 2010, 4:1094- 1095.
- [8] Slevin M, West D, Kumar S. Hyaluronan, angiogenesis and malignant disease[J]. Int J Cancer, 2004, 109(5) : 793- 794.
- [9] Shannon BT, Love SH, Myrvik QN. Participation of hyaluronic acid in the macrophage disappearance reaction[J]. Immunol Commun, 1980, 9(4) : 357- 370.

透明质酸具有预防和修复表皮变薄的功能

卢俊 张慧敏

上海中医药大学附属曙光医院 皮肤科

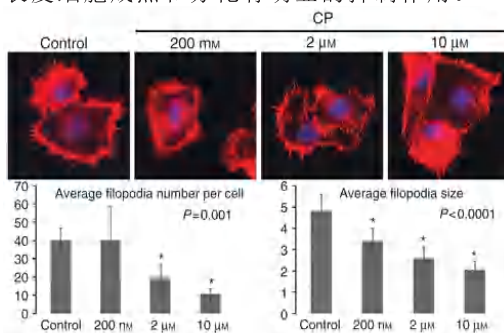
透明质酸是一种分子量为5万~40万左右，人体真皮层中的一种成份，是肌肤水嫩的重要基础物质，始终维持皮肤水分在25-30%，保持皮肤的湿润、清爽，使皮肤更富有弹性，起到抗皱防皱、延缓人全皮肤衰老、美容养颜的作用。是目前发现的自然界中保湿性最好的物质，被称为理想的天然保湿因子。

年轻的肌肤富含玻尿酸，所以柔软又有弹性。25岁以后玻尿酸就开始流失，30岁时只剩下幼年期的65%、60岁时只剩下25%。而玻尿酸会随着年龄增长而流失，造成肌肤水分散失，失去弹性与光泽，长久下来肌肤便出现皱纹的老年现象。适当补充透明质酸不但能够帮助肌肤从体内及皮肤表层吸得大量的水分，还能增强皮肤长时间的保水能力。当透明质酸吸收大量的水分时，使得弹力纤维及胶原蛋白处在充满水分的环境中，皮肤也就更具有弹性了。

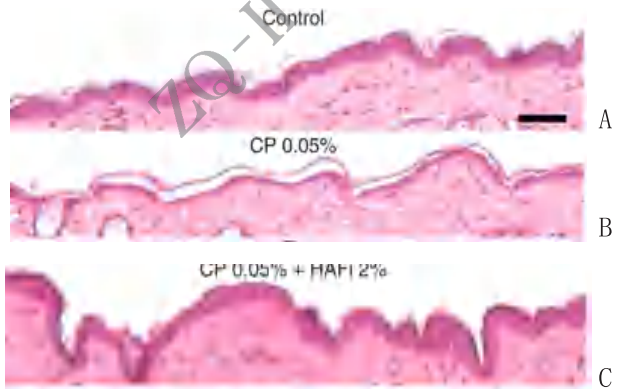
如果你的皮肤表皮变薄，就会出现红血丝及反复发作的小丘疹，严重者可形成红色斑片，遇冷风时脸部皮肤有刀割般刺痛感，遇室内温度偏高，皮损出现灼热、干燥发痒等。那么造成表皮变薄的原因又有那些呢？1.长期使用不当的外用药物。主要指含有激素的皮肤外用药物，或添加了少量激素的违规化妆品。2.接受了不恰当的焕肤美容治疗。3.长期阳光曝晒也会导致胶原蛋白，透明质酸加快丧失。4.还有随着我们的年龄增加，无论男人还是女人，各种体内激素，内分泌状况都在发生变化，皮肤再生能力也在逐渐降低。

透明质酸具有修复表皮，使表皮增厚的作用。目前国内外许多学者做了相关研究，下面我们介绍国外学者的两个实验研究，说明透明质酸对表皮变薄的影响。

实验一 国外Barnes L学者做了一个研究。实验将人的表皮细胞做体外培养，同样设为对照组和添加激素组，经过培养10天后，在显微镜下观察激素对表皮细胞成熟和分化的影响。在这里以细胞周围的伪足数量和大小作为衡量表皮细胞成熟和分化程度的指标。图中所示的红色的表皮细胞周围像刺一样的东西即是伪足。从图中可以看出，加了激素（CP）的细胞，它们的伪足数量和大小明显地减少。进一步说明，激素对表皮细胞成熟和分化有明显的抑制作用。



实验2 Barnes L学者还做了另外一个研究。研究者将小鼠分为正常皮肤组，表皮变薄组（人为外用激素造成），透明质酸治疗组。研究者使用外用激素一天2次连续使用6天后，图B可见激素CP对小鼠皮肤造成明显变薄的现象，而图C使用相同时间与浓度激素后，通过透明质酸进行治疗，这个萎缩可以明显被抑制，表皮增厚与图A正常组厚度一致，说明透明质酸对表皮有良好的修复作用。



实验中所采用的激素造成表皮萎缩的方法，与日常生活当中，不恰当使用了含有激素的外用制剂的状况相似，因此皮肤科的外用制剂要严格按照医师的医嘱合理规范的使用。研究表明，透明质酸不仅仅对上述激素造成的表皮萎缩有作用，还对其他原因造成的表皮萎缩具有相同的预防和修复功能。

我们现在临床上使用的透明质酸原液（又名玻尿酸原液 珠海市雅莎生物科技有限公司生产）是一种小分子材料，经过该公司专业的美容产品工程师精心调配和皮肤科医师的最新研究成果研制而成。临床使用下来容易吸收，且对修复保湿缺水皮肤，改善皮肤生长条件，为真皮胶原蛋白和弹性纤维的合成提供优越的外部环境。在祛除细小皱纹、抑制皮肤衰老方面有显著疗效。

珠海市雅莎生物科技有限公司生产的透明质酸原液我们使用下来，在修复敏感皮肤或长期外用激素造成的皮肤萎缩，为细胞增殖与分化与分化提供合适的场所，直接促进细胞生长、分化、重建与修复皮肤屏障功能。是一款我们使用下来非常安全、有效的皮肤屏障功能修复产品。

修护因子精华液对高频电离子治疗浅表肿物创面的效果观察

罗雁如 周桂东 陈祝演 阮晓玲

(广东省湛江中心人民医院烧伤整形科, 广东, 湛江 524037)

[摘要] 目的: 探讨外用修护因子精华液对高频电离子治疗皮肤浅表肿物创面修复状况的影响。方法: 将皮肤浅表肿物经高频电离子治疗后患者 280 例, 分为实验组与对照组, 每组各 140 例。实验组创面喷涂修护因子精华液, 对照组创面涂盐酸金霉素眼膏, 两组患者均采用暴露疗法, 连续用药 7-10 天。用药 3 天后观察创面红肿情况及创面结痂脱落愈合情况, 用药一个月观察创面修复平整和色素沉着情况。结果: 实验组疗效优于对照组, 两组比较, $P < 0.05$, 差异具有统计学意义。结论: 修护因子精华液对高频电离子治疗浅表肿物的创面具有促进愈合的作用。创面愈合时间提前 2-3 天, 愈合后创面修复变平情况好, 色素沉着明显减少。

[关键词] 高频电离子、修护因子精华液、浅表肿物 效果观察

Repair factor essence of high frequency electric ion for the treatment of superficial wound focally seen

Luo Yanru, Zhou Guidong, Chen Zhuyan, Ruan Xiaoling

Working unit: Burn center in zhanjiang, guangdong province people's hospital orthopaedic

[abstract] objective: to study topical repair factor essence of high frequency electric ion treatment of skin wound repair status. The influence of the superficial neoplasm. Methods: skin superficial lesions after treatment with high frequency electric ion patients 280 cases, divided into experimental group and control group, 140 cases in each group experimental group wound spray repair factor essence, the control wound with hydrochloric acid aureomycin eye ointment, two groups of patients adopt exposure therapy, continuous preparation 7-10 days after 3 days observing swelling and the crusts fall off of the wound healing, medication observation wound repair level off for a month and pigmentation. Results: the curative effect is better than that of control group, compared two groups, $P < 0.05$, the difference is statistically significant. Conclusion: repair factor essence of high frequency electric ion treatment of superficial lesions can promote wound healing of wound healing time was 2 to 3 days in advance, after the healing of wound repair flatten the good situation, dramatically reduce pigmentation

[key words] High frequency electrocautery, repair factor essence, superficial lesions, effect observation

黑色肉痣、肉赘、疣状痣、汗管瘤等浅表肿物是最为常见的损害皮肤的疾病, 近年来多用激光和高频电离子治疗。治疗后如何让创面尽早愈合并修复平整, 无疤痕、无色素沉着, 成为整形美容患者的需求和医务人员的追求。本院于 2012 年 3 月开始将修护因子精华液应用于高频电离子治疗皮肤浅表肿物后的创面, 取得较好的效果, 现将方法和结果报道如下:

1 资料和方法:

1.1 一般资料

2012 年 3 月-2013 年 3 月选择在本院整形门诊进行高频电离子治疗皮肤浅表肿物的患者 280 例, 男 165 例, 女 115 例, 年龄 10-65 岁, 病程 3 个月至 3 5 年, 其中突出表皮黑色肉痣 130 例, 扁平疣 30 例, 寻常疣 40 例, 肉赘 60 例, 脸黄瘤 8 例, 汗管瘤 14 例。患者均无心、肝、肾

、糖尿病等慢性病, 无疤痕体质。随机将患者分为实验组和对照组, 每组各 140 例, 两组患者在年龄、性别、病况等方面比较, $P > 0.05$, 差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 高频电离子治疗: 使用前检查高频电离子治疗仪工作正常。高频电离子电源电压: $220V \pm 10\%$, 频率: 50HZ 功率: 100VA。选择合适的高频电参数、输出功率、调节高频电离子的输出强度, 一般视肿物大小调节, 肿物大, 调节输出强度相对加大。充分暴露治疗部位, 用 75% 酒精常规消毒, 较浅和小的肿物如汗管瘤、肉痣、扁平疣等可用 5% 复方利多卡因乳膏表面涂敷麻醉, 保鲜膜覆盖表面 30 分钟-1 小时再治疗。较大的可用 75% 酒精消毒后直接用 2% 利多卡因注射液局部麻醉后治疗。治疗时, 利用高频电流和使用直径 0.1-1 的金属触针, 靠近或插入

人体病灶内，触笔式操作，使触针与组织有极小气隙中形成极高的电场强度使气体分子电离，产生等离子火焰。当旋至强输出时，瞬间产生3000℃左右的温度，使病变组织气化而消失，当旋至弱输出时，可使病变组织凝固或碳化、气化而坏死。可在冷光放大镜下操作，边治疗边用湿生理水棉签擦拭凝固或碳化的焦痂，观察清楚基低层的黑色素和病变组织，直到彻底气化干净才停止治疗。

1.2.2 护理

治疗前和患者做好术前沟通，了解患者是否有慢性病如糖尿病等影响伤口愈合因素，是否避开月经期。对患者进行治疗前的心理疏导，解除患者术前心中的疑虑和恐惧。同时把治疗后可能出现的疤痕增生、凹陷及色素沉着的情况告知患者。术后两组患者均用生理盐水清洗创面，实验组局部外喷修护因子精华液（珠海市雅莎生物科技有限公司生产）每日2次，连续用7-10天。实验组在外喷修护因子精华液的治疗过程中不用碘伏、酒精或双氧水消毒，以免碘伏、酒精或双氧水等蛋白变性剂影响修护因子精华液的活性。对照组局部外涂盐酸金霉素眼膏，每日2次，连续用7-10天。两组患者均暴露疗法。嘱患者保持创面及周围清洁干燥，勿湿水，让创面表皮结痂自然脱落痊愈。勿搔抓伤口，创面若有特殊情况如感染、化脓要及时回医院处理。尽量避免服用光敏作用的食物，如白萝卜、芹菜、香菜、磺胺、维A酸等。可适当增加服用维生素C和维生素E，或多吃水果蔬菜。注意外出防晒和涂防晒霜。两组均嘱患者连续用药3天和1个月时回医院复诊。观察创面红肿、创面修复后的平整情况及色素沉着情况。痂皮脱落情况在第14天左右用电话随访。

1.3 创面愈合疗效评价

创面红肿、脱痂时间、创面的愈合情况及时间，创面修复后的平整情况及色素沉着情况。

1.4 统计学方法

数据采用卡方检验统计软件进行统计学分析，统计方法采用 χ^2 检验，以 $p < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗3天创面红肿情况见表1。从表1可见，实验组患者创面红肿情况低于对照组，两组比较， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。两组患者治疗1个月创面情况见表2。从表2可见，实验组创面修复变平快，两组比较， $P < 0.05$ ，差异具有统计学意义。

表1 两组患者治疗3天创面红肿情况比较 (n%)

组别	例数	无红肿	红肿	有效率
实验组	140	136 (97.1)	4 (2.9)	97.1%
对照组	140	63 (45.0)	77 (55.0)	45%

两组比较 $\chi^2=86.3238$, $p < 0.05$ 有统计学意义

表2 两组患者治疗1个月创面情况比较 (n%)

组别	例数	创面修复变平	色素沉着
实验组	140	139 (99.3%)	30 (21.4%)
对照组	40	80 (57.1%)	110 (78.5%)

两组比较:创面修复变平(χ^2_1)=72.9606, $p < 0.05$ 色素沉着(χ^2_2)=91.4286, $p < 0.05$,有统计学意义

3 讨论

3.1 高频电离子对浅表肿物的治疗作用
黑痣、肉痣、肉赘、脸黄瘤、汗管瘤、扁平疣、寻常疣等浅表肿物是常见的皮肤疾病，既影响美观，又对皮肤造成损害，有的不及时处理还会演变为皮肤癌。目前多采用Q开关激光、二氧化碳激光及高频电离子治疗。由于部分肿物突出表面，基底部较深，而高频电离子采用对人体无副作用的超高频电流，作用皮肤各类病变组织，产生完全气化及精细分层，精细程度每层可达到微米深度，并能掌握病变的大、小、深、浅，直观下即可达到一次清除干净的效果^[1]。疗效好，易操作，使用安全。其治疗原理是利用等离子体火焰，使触头与组织间温度瞬间达3000℃左右，迅速将组织气化而使病灶永久消失，同时，由于气化层下面还有薄薄的凝固层，可阻止出血、保护表层组织、使伤口出血血管迅速闭合。输出功率大，切割气化和止血能力强，对浅表肿物疗效更加确切，一次治愈率高，性能优于CO₂激光和Q开关激光。所以，对浅表肿物的治疗多选择高频电离子。但高频电离子在治疗病患组织的同时，也会导致局部周围皮肤正常结构损害和病患组织去除后局部缺损。等离子体火焰的热效应可使皮肤角质层结构、皮脂膜、皮肤/砖墙结构、水通道蛋白、基底层出现不同程度的破坏^[2-3]，较深的创面会有红肿、渗液、渗血等。

3.2 修护因子精华液能有效促进创伤修复及组织再生能力。修护因子精华液成分内含寡肽-1，玻尿酸(HA)、丁二醇、尿囊素、乙二胺四乙酸二钠。寡肽-1是促进和调控表皮细胞生长小分子多肽，属于人体内容一种活性物质，具

有加速皮肤和粘膜创伤愈合，消炎镇痛，防止溃疡的功效，主要用于促进受损皮肤的修复，具有促进细胞增殖和上皮再生功能^[4]，可刺激皮肤上皮细胞、成纤维细胞角质细胞的增殖，促进新血管形成及核酸、蛋白质和羟脯氨酸的合成，从而加快各类创面的重塑及愈合^[5]。修护因子精华液内含的玻尿酸（HA）是人体真皮组织存在的基质，是最好的保湿成分，同时具有抗炎，抑菌促进细胞生长与修复的作用。修护因子精华液内含的尿囊素，是皮肤创伤的良好愈合剂和抗溃疡药剂，它具有促进细胞生长，加速伤口愈合。几种成分联合作用，对高频电离子治疗后的创面具有抗炎、抑菌、保湿滋润、促进修复愈合的作用。本研究通过对高频电离子治疗皮肤浅表肿物后的患者创面外用修护因子精华液，并进行对比观察，发现实验组使用修复因子精华液后创面红肿时间短、炎症反应轻，脱痂愈合时间较对照组缩短。1个月伤口修复愈合变平达99.3%，优于对照组的57.1%。解决以往高频电离子治疗皮肤浅表肿物后部分患者有凹陷疤痕的缺点，而且减短患者术后色素沉着的时间。可见修护因子精华液在高频电离子治疗皮肤浅表肿物中具高效促进

创伤修复及组织再生能力。另外，修护因子精华液的主要成份与人体同源，安全无副作用，无菌包装和方便使用。

综上所述，高频电离子治疗皮肤浅表肿物后应用修护因子精华液进行创面外喷修复，伤口愈合快，无疤痕，色素沉着少，减轻了病人的不适和不良反应，是一种安全有效的方法，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 何黎，刘伟．皮肤美容学[M]．人民卫生出版社，北京，2008.（1）：226
- [2] 李勤，余文林，苑凯华．主译.皮肤与美容激光外科[M]．人民军医出版社，北京，2009.
- [3] 周展超．皮肤美容激光与光子治疗[M]．人民卫生出版社，北京，2009.
- [4] 张晓玲，张宝林rhbFGF和rhFGF对成纤维细胞的促增殖作用[J]中国美容医学，2008. 17(1):62-66
- [5] 李校堃，姚成灿细胞生长因子在美容护肤中的应用[J]，实用美容外科杂志，2002, 13（3）：154-156

修护因子精华液联合激光治疗色素增加性疾病的疗效观察和护理体会

王辉 陈勇军 李惠忠 杨斌

(广东省皮肤性病防治中心, 广东 广州 510500)

[摘要] 目的: 观察外用修护因子精华液联合激光治疗色素增加性疾病的疗效和临床护理体会。方法: 234例色素增加性疾病患者在激光术后随机分为两组, 实验组创面局部喷涂修护因子精华液, 外涂金霉素眼膏; 对照组创面涂金霉素眼膏, 观察创面愈合情况。结果: 修护因子精华液治疗激光术后创面, 实验组比对照组相比: 愈合时间提前2-3d, 愈合后的创面色素沉着明显减少。未见明显的不良反应。结论: 修护因子精华液对激光治疗面部色素增加性疾病的创面具有明显的促进愈合的作用。

[关键词] 激光; 修护因子精华液; 色素增加性疾病; 护理

色素增加性疾病是最为常见的损容性皮肤病, 近10余年临床以Q开关激光治疗为主, 疗效取得了根本性的提高。但各种激光治疗后引起的皮肤创伤临床中也非常常见, 如何使术后创面尽早修复并减少术后并发症是临床在不断研究的重要课题。我们回顾性总结了该院2009~2010年使用外用寡肽-1喷雾修复激光治疗色素增加性疾病后即时性创伤有明显的促进表皮愈合, 减少局部术后色素沉着的作用。现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料: 全部病例均来自本院门诊病人, 共234例, 其中男79例, 女155例, 年龄12~60岁, 病程2个月~38年, 其中雀斑39例、日光性黑子35例、雀斑样痣25例, 脂溢性角化36例, 色素痣20例, 太田痣27例、颧部褐青色痣20例, 咖啡斑12例, 不良文眉15例, Becker痣5例。所有接受治疗者均无心、肝、肾等慢性病史, 无瘢痕史, 无光过敏、药物过敏史。随机分为实验组($n=134$), 与对照组($n=100$)。

1.2 治疗方法

1.2.1 激光照射

充分暴露治疗部位, 用1/1000新洁尔灭常规消毒, 不麻醉或对疼痛敏感者用1%利多卡因乳膏表面麻醉, 满意后行激光治疗, 眼罩保护好患者眼睛, 使用Q开关紫翠宝石激光器(美国, 赛诺秀Accolade), 治疗时根据患者的年龄, 皮损情况选择合适的治疗参数, 波长755nm, 光斑2~4mm, 脉宽70ns(short), 能量密度6.5~9J/cm², 依次对皮损进行激光扫描, 扫描时激光方向与患处皮肤垂直, 光斑重叠不超过10%, 治疗即刻反应为表皮灰白色, 若出现表皮飞溅

提示能量密度过大, 需进行参数调整。

1.2.2 创面护理

术后护理中两组均间断冷敷减轻疼痛及副作用, 实验组局部使用修护因子精华液(寡肽-1与保湿因子HA, 珠海市雅莎生物科技有限公司, 卫妆准字29-XK-2787号), 2~3次/天, 连续用7~10天, 对照组术后使用金霉素眼膏。表皮痊愈待其自然脱落, 尽量避免阳光照射。

1.3 观察指标

①创面外观: 创面红肿、脱痂时间, ②观察记录创面的愈合情况及速度, ③创面修复后的色素沉着情况。

1.4 统计学方法 采用t检验。

2 结果

2.1 创面修复情况: 以创面愈合时间为指标, 与对照组平行比较, 判断创面愈合的时间及预后色沉情况。同对照组相比, 使用修护因子精华液喷雾组术后红肿反应轻, 痂皮脱落时间明显缩短2~3天, 创面愈合较快, 实验组的愈合天数与对照组相比差异显著($P<0.05$)。术后色素沉着情况实验组为8.96%, 对照组为15%, 实验组明显优于对照组。见表1

表1 实验组与对照组治疗后反应比较

组别	例数	红肿时间(天)	脱痂时间(天)	愈合时间(天)	色素沉着(例)
实验组	134	0.65±0.42	2.43±1.35	2.82±1.53	12 (8.96%)
对照组	100	1.12±0.68	4.84±2.28	4.75±2.52	15 (15.00%)

2.2 不良反应: 两组病例中均未出现明显的创缘反应, 未发现有明显的过敏反应、全身不适及中毒症状。

3 护理

在治疗前做好术前沟通,了解患者是否具有光敏体质,既往光敏史和家族史,了解患者的心理活动,进行科学的心理疏导,解除患者术前的紧张情绪。清洁面部皮肤,去除油脂和污垢,多毛部位应剃除毛发。需要麻醉者给予1%利多卡因乳膏表面封包麻醉1.5小时。治疗前先分析面部皮肤类型,根据实际皮肤颜色和病变的不同选择合适的参数。在治疗中帮助患者摆好体位,医务人员及患者均戴好防护眼镜,配合医生完成激光治疗。治疗后及时用冷敷袋冷却至少15~30min,直到灼热感减退,实验组局部使用修护因子精华液(寡肽-1与保湿因子HA),2~3次/天,连续用7~10天,对照组术后使用金霉素眼膏5~7天。并交待患者1周之内避免沾水,创面结痂不要强行剥脱,待其自行脱落。禁服有光敏作用的药物如磺胺、维A酸等,可食用维生素C含量高的新鲜水果及蔬菜,注意防晒。并交代下次复诊治疗时间为3个月后进行。

4 讨论

色素增加性疾病是皮肤科非常常见的疾病之一,根据黑色素异常沉积的部位,可大致分为表皮色素增加性皮肤病、真皮色素增加性皮肤病和真-表皮色素增加性皮肤病。治疗方法多,有药物治疗、物理治疗、激光治疗等^[1]。现代Q开关激光治疗色素增加性疾病应用选择性光热作用原理,可在极短时间内选择性的使色素颗粒瞬间气化碎裂,而不损伤周围正常组织,在其后的炎症反应过程中,部分色素颗粒随表皮移行至体表被清除,大部分色素颗粒碎屑则被巨噬细胞吞噬,经淋巴系统转运,被代谢排出体外,从而达到治愈色素而不留瘢痕的目的^[2]。但由于Q开关激光峰值功率相当高,在治疗的瞬间也会导致皮肤正常结构的损害,表皮出现不同程度的破损,应进一步使用寡肽-1促进伤口愈合。

寡肽-1是一类广泛存在于人和动物体内的可促进或抑制多类细胞生长的多肽,具有促进细胞增殖和上皮再生功能^[3]。外源性的表皮生长因子外用溶液其结构生物活性与内源性高度一致,体外研究结果表明,外用极微量的寡肽-1可刺激皮肤上皮细胞、成纤维细胞和角质细胞的增

殖,促进新血管形成及核酸、蛋白质和羟脯氨酸的合成,促进上皮的再生,从而加快各类创面的重塑及愈合^[4-5]。我们在激光治疗后及时使用修护因子精华液喷雾剂进行创面的修复,一方面减轻局部的炎症反应,预防感染,另一方面促进创面修复和愈合,缩短愈合时间,减少瘢痕形成,再者保湿因子HA使激光术后创面湿润加快创面修复。本研究中还发现,对照组的平均愈合天数为4.75天,实验组为2.82天,也表明了修护因子精华液可以加速激光治疗色素增加性疾病创面的愈合。因此,在激光治疗色素障碍性疾病时联合使用修护因子精华液,可以加速激光治疗创面的愈合速度,减少炎症反应,使创面愈合完全,无明显的过敏反应、全身不适及中毒症状。

色素增加性疾病的激光治疗已经非常普遍和有效,其治疗目的在于去除色斑、不留瘢痕、美化皮肤,创伤后修复非常重要,外用修护因子精华液喷雾剂促进了创伤修复及组织再生能力,加速愈合速度,提高愈合质量,在损伤后早期表皮修复过程中起着决定性的作用,且使用方便,安全无毒副作用,值得在临床推广使用。

参考文献

- [1] 李勤,余文林,苑凯华.主译.皮肤与美容激光外科[M].人民军医出版社,北京,2009.
- [2] 周展超,皮肤美容激光与光子治疗[M].人民卫生出版社,北京,2009.
- [3] 张晓玲,张宝林.rhbFGF和rhFGF对成纤维细胞的促增殖作用[J].中国美容医学,2008,17(1):62-66.
- [4] 朱淑萍,李天巧,张曼欣.外用重组人表皮生长因子在皮肤激光美容科的应用体会[J].中国美容医学,2009,18(7):1017-1018.
- [5] 李校堃,姚成灿.细胞生长因子在美容护肤中的应用[J].实用美容整形外科杂志,2002,13(3):154-156.

修护因子精华液用于血管瘤激光术后创面治疗的疗效分析

杨育成

(福建医大附属协和医院整形科激光治疗中心 福建 福州 350001)

[摘要] 目的: 研究修护因子精华液用于血管瘤激光术后创面治疗的有效性及其安全性。方法: 96例患儿, 随机分为两组, 治疗组术后每天用注射用水清洗创面的同时配合用修护因子精华液外喷, 对照组仅每天用注射用水清洗创面。结果: 治疗组与对照组相比, 创面愈合时间明显缩短, 且治疗组极少出现疤痕。结论: 修护因子精华液治疗激光术后创面, 有助于促进创面愈合, 减少疤痕的形成。

[关键词] 激光; 修护因子精华液; 血管瘤

Laser repair factor essence for hemangioma of postoperative wound treatment curative effect analysis

Yang Yucheng

(Laser Treatment Center of Plastic Surgery Department, Fujian Medical University Union Hospital, Fujian, Fuzhou 350001)

[Abstract] Objective: Study of laser repair factor essence for hemangioma efficacy and safety of the postoperative wound treatment. Method: 96 cases were randomly divided into two groups, treatment group after every wash the wound with water for injection at the same time cooperate with spray repair factor essence, the control group only a day to wash the wound with water for injection. Results: Treatment group compared with control group, the wound healing time shortened obviously, and the treatment group rare scar. Conclusion: Laser surgery wound repair factor essence treatment, help to promote wound healing and reduce scar formation.

[Key words] laser; Repair factor essence; hemangioma

血管瘤是常见的先天性皮肤血管病变, 婴幼儿发生率为 1%~2%, 男女之比约为 1/3, 可发生在颌面、头颈、四肢及躯干等任何部位, 其中 60% 的血管瘤发生在面部^[1]。传统的血管瘤的治疗方法很多, 包括外科手术切除、染料激光治疗、局部注射硬化剂治疗、口服激素治疗及冷冻治疗等, 但各有其局限性。2008 年起我科就开始使用新款长脉宽 1064nm 激光对血管瘤进行治疗, 疗效较满意。但激光治疗后引起的皮肤创伤临床中也比较常见。因此如何使激光术后创面尽早恢复并减少术后疤痕的形成, 也是临床在不断研究的重要课题。我科使用修护因子精华液在激光治疗术后外用的方法, 经对比研究表明, 修护因子精华液治疗激光术后创面, 有助于促进创面愈合, 减少疤痕的形成。

1 材料与方法

1.1 一般临床资料 96 例患儿, 其中, 男性 38 例, 女性 58 例, 年龄最小的 10 天, 最大的 8 个月, 平均年龄 5 个月。其中头皮 8 例, 额部 3 例, 眉部 3 例, 眼睑 13 例, 面颊 6 例, 颞部 3 例, 鼻部 6 例, 耳 2 例, 口唇 6 例, 下颌 2 例, 肩部 3 例, 臂部 5 例, 胸部 3 例, 腹部 3 例, 背部 2 例, 臀部 3 例, 手指 5 例, 脚趾 3 例, 膝部 1 例, 大腿 3, 外阴 7, 乳房 6 例, 瘤体面积 2cm×3cm~3cm×5cm, 所有患儿

均未接受过其他治疗, 瘤体表面无破溃。采用开放型, 随机分组实验对照。将 96 例患儿随机分为治疗组与对照组, 两组患儿一般情况无统计学差异, 具有可比性。

1.2 手术方法

1.2.1 设备 采用美国赛诺秀公司生产的长脉宽 Nd:YAG 激光, 波长 1064nm, 光斑 5mm, 脉宽 30ms, 能量 130—160J/cm², 治疗间隔 1 个月。

1.2.2 治疗方法 术前先清洗面部, 然后用 1% 新洁尔灭对病灶范围内皮肤常规消毒。启动激光器, 根据患儿皮损的色泽和深浅, 采用适当的能量进行治疗, 沿病变周边照射一圈, 以治疗部位病变出现苍白或发黑的即刻反应为准。

1.2.3 创面护理 术后两组均使用注射用水清洗创面, 2-3 次/天, 治疗组清洗后同时辅以修护因子精华液外喷 (珠海市雅莎生物科技有限公司 卫妆准字 29-XK-2787 号)。

1.3 观察指标 ①创面外观: 创面红肿消退、脱痂时间。②观察记录创面的愈合情况及速度。③创面修复后的疤痕情况。

2 结果

两组相比, 修护因子精华液外喷的治疗组, 红肿消退及开始脱痂时间均早于对照组, 平均伤口愈合时间较对照组缩短 4-5 天, 差异具有显著



A

B

C

A: 术前; B: 术中即刻反应; C: 使用修复因子一周后。

图1 修护因子精华液治疗激光创面愈合情况

性 ($P < 0.05$), 疤痕发生率修护因子精华液使用组仅4.16%, 明显低于对照组72.91%, 差异具有显著性 ($P < 0.01$)。

Fig 1 Laser repair factor essence treatment wound healing
表1 激光治疗后2组创面愈合时间及疤痕出现例数

组别	例数	红肿消退时间(天)	开始脱痂时间(天)	创面愈合时间(天)	疤痕例数
治疗组	48	2 ± 0.7	5 ± 1.3	7 ± 1.6	2 (4.16%)
对照组	48	4 ± 1.2	8 ± 2.7	11 ± 2.3	35 (72.91%)

3 讨论

血管瘤为儿童常见疾病, 国内一些学者认为, 对血管瘤的观察应是谨慎的, 一旦发现病情增长扩散或加深, 就应积极采取有效措施, 不应有年龄方面的限制, 以防造成严重的后果^[2]。当前认为, 血管瘤要取得较好的疗效, 其治疗关键是及早进行治疗^[3], 在病变增生的早期就控制病灶的增殖, 一方面可以减少患儿外观容貌的破坏, 另一方面还可以使病灶消退期提早, 缩短其消退过程。

临床血管瘤传统的治疗主要有外科手术切除、局部注射硬化剂、口服激素等, 但每种方法均有其局限性, 且并发症也比较多。手术常导致局部组织缺损畸形、瘢痕形成和功能障碍等; 硬化剂注射的毒副作用较大、疗程较长, 易造成正常组织的坏死; 口服激素治疗的副作用较大, 治疗效果相差也很大, 长期大量应用激素的潜在的副作用包括易激惹性、胃肠道不适、肾上腺抑制、免疫抑制、血压过高、感染、心肌病和生长发育迟缓等^[4]。

激光是治疗血管瘤的新方法, 其治疗原理是选择性光热作用原理。激光能量被血管内的血红蛋白选择性地吸收, 造成血红蛋白发生热凝固, 使局部毛细血管出现栓塞, 继而栓塞的毛细血管

被吸收而达到治疗目的。近来被广泛运用于血管瘤的临床治疗, 效果都不错, 但激光术后伤口愈合时间较长, 且较容易产生疤痕。

修护因子精华液是一款可促进细胞增殖和上皮再生功能的多肽, 在临床上早已被广泛运用于各种伤口愈合的辅助治疗, 并取得良好疗效。因此我们设想在激光治疗术后的创面中配合使用修护因子精华液外喷, 同样可以起到减轻局部炎症, 促进创面修复, 缩短愈合时间, 减少疤痕形成的作用。我科本组实践亦证明, 血管瘤激光术后及时配合修护因子精华液外用, 确实对伤口的愈合有良好效果。

参考文献

- [1] Drolet BA, Esterly NB, Frieden IJ. Hemangiomas in children [J]. N Engl J Med, 1999, 341 (3): 173 - 181.
- [2] 张涤生, 整复外科学[M]. 上海: 上海科技出版社, 1979. 136.
- [3] 金志勤, 袁荣涛, 贾暮云. 口腔颌面部血管瘤的临床生物学行为与治疗策略[J]. 上海口腔医学, 2008, 17(5): 449-451.
- [4] Frieden IJ, Hajjstrom AN, Drolet BA, et al. Infantile hemangiomas: Current knowledge, future directions. Proceedings of a research workshop on infantile hemangiomas, April 7-9, 2005, Bethesda, Maryland, USA [J]. Pediatr Dermatol, 2005, 22(5): 383-406.

修护因子精华液与优白素用于Q开关Nd: YAG激光治疗颧部获得性太田痣样斑后的疗效观察

刘燕

(江西省赣州市皮肤病医院整形美容科, 江西 赣州 341000)

[摘要]目的: 评价修护因子精华液联合优白素(又名左旋VC精华液)(珠海市雅莎生物科技有限公司, 卫妆准字 29-XK-2787)用于颧部获得性太田痣样斑激光治疗后的效果。方法: 将12例颧部获得性太田痣样斑Q开关Nd: YAG激光治疗后的患者分为治疗组与对照组, 每组各6例。治疗组创面外喷修护因子精华液, 脱痂后外涂优白素(又名左旋VC精华液), 对照组创面外涂盐酸金霉素眼膏, 观察患者结痂、脱痂、修复与色素返黑消退时间。结果: 治疗组红肿消退及开始脱痂时间均早于对照组, 平均伤口愈合时间较对照组缩短2-3天。治疗组色素返黑过程明显减短, 皮肤完全修复正常时间约为2-3个月。对照组色素返黑发生较早, 消退较慢, 皮肤完全修复正常时间约为4-6个月。结论: 颧部获得性太田痣样斑Q开关Nd: YAG激光治疗后联合应用修护因子精华液与优白素(又名左旋VC精华液), 可以加快患者创面修复, 缩短色素返黑过程, 减短治疗周期。

[关键词] 颧部获得性太田痣样斑; Q开关Nd: YAG激光; 修护因子精华液; 优白素(又名左旋VC精华液); 疗效观察

颧部获得性太田痣样斑又称获得性太田痣、褐青色痣、颧骨母斑。本病多发于女性, 发病年龄多在16-40岁, 部分病人有家族史。发病部位在面部, 绝大多数在颧部, 少数也可在眼睑、鼻翼部, 为直径1-5mm左右的灰褐色、黑灰色或黑褐色色素沉着斑, 圆形、椭圆形或不规则形, 境界清楚, 数目不等, 皮疹不凸出或凹陷皮肤表面, 两侧对称分布。眼、口腔黏膜无损害^[1]。病理变化为真皮上部弥散性黑色素增多。治疗方法有药物剥脱、冷冻、皮肤磨削术、和激光等方法。2004年起我科就开始使用Q开关Nd: YAG激光对颧部获得性太田痣样斑进行治疗, 一般治疗4-6次, 每次间隔4-6个月, 疗效比较满意。但由于色斑存在于真皮层, 我们做治疗后不可避免的会引起皮肤的创伤, 皮肤完全修复正常一般要4-6个月, 治疗疗程会比较长。因此如何使激光术后创面尽早恢复并减少色素代谢期是我们临床不断探索的问题。我科使用修护因子精华液^[2]联合优白素(又名左旋VC精华液)在激光治疗术后外用的方法, 加速了皮肤创面的修复, 减少了色素沉着的现象, 减短了患者的治疗疗程, 现报告如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

12例患者均为我科门诊患者, 均为女性, 年龄最小21岁, 最大48岁, 平均年龄为35岁。所有患者均未接受其他治疗, 均非孕期和哺乳期。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

所有患者均采用Q开关Nd: YAG二波长脉冲激

光仪治疗。患者取仰卧位, 术前常规清洁患处并摄影留档对照。术前用5%复方利多卡因乳膏外涂患处, 封膜约60分钟进行表面麻醉, 再次清洁局部皮肤并常规消毒。医患双方均戴防护眼镜。对皮损选用1064nm波长激光治疗。治疗时激光治疗头垂直于皮损处, 照射光斑连续覆盖皮损区域, 光斑之间的重叠不超过单个光斑面积的20%, 根据患者的年龄、性别、皮损颜色和部位选择合适的治疗参数, 以皮损出现即刻变白或有少量渗血为宜。

1.2.2 护理方法

治疗后两组均立即冰敷患处30分钟, 待皮损处干燥无渗液时对照组外涂盐酸金霉素眼膏, 治疗组以修护因子精华液外喷(珠海市雅莎生物科技有限公司, 卫妆准字 29-XK-2787), 让痂皮自行脱落, 脱痂后治疗组再增加优白素(又名左旋VC精华液)外用(珠海市雅莎生物科技有限公司 卫妆准字29-XK-2787号)

1.2.3 观察指标

观察创面红肿消退、结痂、脱痂时间; 观察创面修复时间, 色素返黑消退时间。

2 结果

两组相比, 修护因子精华液外喷的治疗组, 红肿消退及开始脱痂时间均早于对照组, 平均伤口愈合时间较对照组缩短2-3天。治疗组色素返黑过程明显减短, 皮肤完全修复正常时间约为2-3个月, 对照组均有色素返黑过程, 皮肤完全修复正常时间约为4-6个月。

表1 激光治疗后两组创面愈合时间及色素返黑消退时间对比

组别	例数	红肿消退时间(天)	开始脱痂时间(天)	色素返黑开始时间(天)	色素返黑消退时间(天)
治疗组	6	1	4	30	60
对照组	6	3	7	21	120

3 讨论

颧部获得性太田痣样斑是种色素增加性损容性疾病, 病因不明, 与日晒无关, 与乳腺增生、肿瘤、卵巢和睾丸功能紊乱、怀孕、精神因素和遗传有关。此外, 日晒、化妆品刺激、外伤与药物等也都可能成为本病的诱因。Q开关Nd: YAG激光是一种固体脉冲式双波长激光, 采用选择性光热解原理, 它能够顺利穿透病损上的正常皮肤, 进入到病损部, 能穿透皮肤深度达4-6mm^[3], 击碎色素颗粒, 碎裂的色素颗粒被巨噬细胞吞噬并排出体外, 从而达到去除色素的目的。但所有患者治疗后局部均有灼痛感, 持续数小时消退, 色斑会有点状渗血或水疱, 局部轻度水肿, 约3-4天消退, 7-14天后结痂脱落。几乎所有患者在痂皮脱落后3-4周内皮损局部颜色较治疗前明显加深, 大部分患者治疗4-6个月后逐渐变淡自行消退。色素减退发生率极低, 均为暂时性, 多于6个月消退。基本无瘢痕及皮肤质地改变。

修护因子精华液的成分内含寡肽-1、玻尿酸(HA)、丁二醇、尿囊素、乙二胺四乙酸二钠。寡肽-1是促进和调控表皮细胞生长小分子多肽, 属于人体内的一种活性物质, 具有加速皮肤和粘膜创伤愈合, 消炎镇痛, 防止溃疡的功效, 主要用于促进受损表皮的修复, 具有促进细胞增殖和上皮再生功能, 从而加快各类创面的重塑及愈合。尿囊素是皮肤创伤的良好愈合剂和抗溃疡药剂, 具有促进细胞生长, 加速伤口愈合的作用。几种成分联合作用于创面, 对创面起到抗炎、抑菌、保湿滋润、加速修复愈合的

作用^[4]。两组相比, 修护因子精华液外喷的治疗组, 红肿消退及开始脱痂时间均早于对照组, 平均伤口愈合时间较对照组缩短2-3天。

优白素(又名左旋VC精华液)的成分含左旋VC、熊果苷、丁二醇、维生素B3、透明质酸(HA)、甘油。左旋VC能抑制酪氨酸酶及还原黑色素, 并淡化已经形成的斑点, 抑制黑色素形成。熊果苷它能迅速渗入肌肤, 在不影响细胞增殖浓度的同时, 能有效地抑制皮肤中的酪氨酸酶的活性, 阻断黑色素的形成, 通过自身与酪氨酸酶直接结合, 加速黑色素的分解与排泄, 从而减少皮肤色素沉积, 祛除色斑和雀斑, 而且对黑色素细胞不产生毒害性、刺激性、致敏性等副作用, 同时还有杀菌、消炎的作用。两组针对色素减退过程相比, 对照组均有色素返黑过程, 皮肤完全修复正常时间约为4-6个月, 而治疗组色素返黑过程明显减短, 皮肤完全修复正常时间约为2-3个月。

综上所述, 颧部获得性太田痣样斑Q开关Nd: YAG激光治疗后联合应用修护因子精华液与优白素(又名左旋VC精华液), 可以加快患者创面修复, 缩短色素返黑过程, 减短治疗周期。

参考文献

- [1] 周展超. 皮肤美容激光与光子治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 184.
- [2] 王辉, 黎婉琳, 陈勇军, 等. 修复因子在激光治疗色素增加性疾病的应用和护理体会[J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2011, 18(2): 125-126.
- [3] 周展超. 皮肤美容激光与光子治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 136.
- [4] 罗雁如, 周贵东, 陈祝演, 等. 修复因子对高频电离子治疗浅表肿物创面的效果观察[J]. 临床医学工程, 2013, 20(6): 656.

雅莎公司祛痘霜治疗寻常型痤疮的疗效观察

李艳超

(黑龙江省佳木斯市机关医院皮肤科)

[关键词] 雅莎公司祛痘霜; 维胺酯维E乳膏; 寻常型痤疮。

痤疮是一种累及毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病,好发于皮脂溢出部位,临床表现为毛囊性丘疹、粉刺、脓疱、结节、囊肿及瘢痕等皮损,好发青春期男女,15-30岁青年中痤疮的发病率较高,我科门诊自2012年5月-2013年4月应用祛痘霜(商品名雅莎公司祛痘霜,珠海市雅莎生物科技有限公司生产)治疗寻常型痤疮,取得满意疗效,现报告如下:

1. 资料与方法

1.1 临床资料

126例患者均来自我科门诊,符合Piusbury改良分级法^[1] I-II级轻中度寻常型痤疮诊断标准。皮损只要为颜面部散在分布的黑白头粉刺、丘疹、脓疱及结节, I级皮疹数量10-25个, II级皮疹数量25-50个,将患者随机分成两组,试验组76例,其中男34例,女43例,年龄15-30岁,病程3个月-10年;对照组50例,其中男21例,女29例,年龄14-33岁,病程2个月-10年。排除标准:并发有心血管、肝、肾及造血系统等严重原发疾病、精神病患者;长期服用糖皮质激素药物引起的痤疮样药物疹;过敏体质;就诊前一个月内接受其他药物治疗痤疮者。两组患者年龄、性别、病程、痤疮相关因素及分级程度差异均无统计学意义。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 采用随机、开放、平行对照研究。所有患者清洁面部皮肤后,试验组每日早晚涂祛痘霜各一次;对照组早晚涂维胺酯维E乳膏各一次,疗程均为8周,每周复诊一次。嘱患者少食甜食油腻,避免使用与痤疮有关的和化

妆品和药物。

1.2.2 疗效判定标准 根据治疗前、后炎性皮损减少率进行疗效判定:皮损减少率(%)=(治疗前皮损数-治疗后皮损数)/治疗前皮损数×100%,基本痊愈:皮损减少率≥90%;显效:皮损减少率70%-89%;好转:皮损减少率为30%-69%;无效:皮损减少率<30%。有效率=(基本痊愈例数+显效例数)/总例数×100%。

1.2.3 所有数据采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

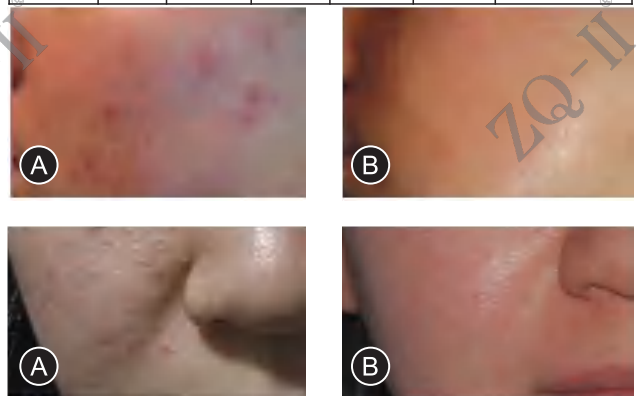
2. 结果

2.1 临床疗效

试验组炎性丘疹和脓疱在治疗两周后即见明显减少,治疗4、6、8周后试验组炎性及非炎性皮损的计数下降值明显高于对照组有效率试验组为85.53%,对照组为60.00%,经 χ^2 检验,两组疗效比较差异有统计学意义,试验组优于对照($\chi^2=12.04, P < 0.01$) (表1)

表1

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
试验组	76	25	40	9	2	85.53
对照组	50	14	16	13	7	60.00



A: 治疗前 B: 治疗后

2.2 不良反应

两组均未见全身反应。共有7例患者发生局部刺激反应，其中试验组4例（5.3%），对照组3例（6%），两组差异无统计学意义（ $X^2=0.01$ $P>0.05$ ）。均发生于开始治疗的最初1周，主要表现轻度的红斑、瘙痒、干燥，随着治疗逐渐消失，未影响治疗。

3.讨论

痤疮是皮肤科常见病，病因复杂，是一种多因素疾病，与皮脂分泌增多、毛囊皮脂腺异常角化、痤疮丙酸杆菌增殖及遗传，还与免疫^[2]、使用化妆品、饮食刺激等因素有关，故治疗上常以抑制皮脂腺异常角化和皮脂分泌、抗菌、抗感染、抗雄激素为主。

祛痘霜快速渗入皮肤，茶树精油、金银花、野菊花提取液、维生素E、冰片、薄荷等成分，具有杀菌消炎、抑制痤疮乳酸杆菌、收敛毛孔、清热解毒、修

复皮肤屏障功能、清凉解表、改善痤疮性皮肤舒适度，有效去除各种痤疮，抑制粉刺形成，抑制皮脂过度分泌，祛痘霜治疗寻常型痤疮疗效显著，安全性高，值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 赵辩.临床皮肤性病学[M].3版.南京:江苏科学技术出版社,2001:935-938
- [2] 吴建兵,林麟.维A酸类药物与免疫调节[J].国外医学.皮肤性病学分册,2003,29(5):269-270.

雅莎公司祛痘霜联合枇杷清肺颗粒治疗轻中度痤疮168例 临床观察

罗美俊子

湖南中医药大学, 湖南 长沙 410208

[摘要] 目的: 研究祛痘霜联合枇杷清肺颗粒治疗轻中度痤疮的临床疗效。方法: 治疗组给予祛痘霜外涂联合枇杷清肺颗粒口服治疗, 对照组予以克痤隐酮凝胶外涂联合枇杷清肺颗粒口服治疗, 观察比较两组治疗后的疗效。结果: 治疗组疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 祛痘霜联合枇杷清肺颗粒治疗轻中度痤疮疗效显著, 值得临床推广。

[关键词] 祛痘霜; 枇杷清肺颗粒; 痤疮; 临床观察

Clinical research of Acne cream combined with Loquat clearing lung particles for treating 168 case with Mild-to-moderate acne

Luo Mei Jun-zi

The graduate students to Traditional Chinese Medicine University, Changsha 410007, China.

[abstract] objective to study the acne cream joint loquat clearing lung particles clinical curative effect for the treatment of mild-to-moderate acne. Frost treatment group given acne removing method of joint loquat clearing lung particles oral treatment, the control shall be concealed ketone gel coating joint loquat clearing lung particles oral treatment, compare the curative effect of two groups after treatment. Results the curative effect of treatment group was obviously better than control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion acne cream joint loquat clearing lung particles mild-to-moderate acne with obvious therapeutic effect, worth clinical promotion.

[key words] acne cream; Loquat clearing lung particles; Acne; Clinical observation

痤疮^[1]是一种与内分泌功能失调有关的毛囊、皮脂腺慢性炎症性皮肤病, 表现为粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿及瘢痕, 好发于面、胸、背等富含皮脂腺的部位。本病中医称之为肺风粉刺、酒刺、风刺等。主要为肺胃大肠经郁热所致。笔者2011年04月-2013年09月采用祛痘霜联合枇杷清肺颗粒治疗轻中度痤疮, 结果较为满意, 现将结果总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

诊断标准: 痤疮分级按照《临床皮肤病学》

^[2]Pillsbry分类法: I度: 黑头粉刺, 散发至多发, 炎症性皮疹, 散发; II度: I度加深在性脓疱, 炎症皮疹数目增多, 限于面部; III度加深在性炎性皮疹, 发生在面颈及胸背部; IV度: III度加囊肿, 已形成瘢痕, 发生在上半身。病例入选标准: ①符合I级、II级痤疮诊断; ②无心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发疾病; ③年龄在15-36岁之间, 自愿参加本临床观察。④排除标准: 2周前用过激素、维A酸类

药物口服治疗者; 准备妊娠者及孕妇。符合痤疮入选标准的患者168例来自于2011年04月-2013年09月湖南中医药大学第二附属医院, 其中男性80例, 女性88例, 最小15岁, 最大36岁, 病程最短者2周, 最长者12年。随机分为治疗组和对照组, 各84例, 两组在年龄和性别上无统计学差异, 具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组: 中药颗粒剂冲服, 药物组成: 桑白皮10g、枇杷叶10g、黄芩10g、夏枯草15g、白花蛇舌草15g、丹参10g、赤芍8g、金银花15g、连翘15g、茯苓15g、甘草6g, 每日一剂, 分早晚两次饭后温服。外用: 祛痘霜(珠海市雅莎生物科技有限公司, 卫妆准字 29-XK-2787)早晚洁肤后均匀涂抹于皮损处, 轻轻按摩数分钟, 待药液吸收。对照组: 中药口服同治疗组, 外用克痤隐酮凝胶, 用棉签点涂在皮损上, 每日早晚各一次。10日为一个疗程, 3个疗程后统计疗效。

1.3 疗效评定

患者首次就诊及治疗结束后观察并记录受试

者的粉刺、丘疹的数目及脂溢程度，并根据治疗前与治疗后的积分评价疗效。计算公式3疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前后总积分×100%。基本痊愈：症状改善≥85%；显效：症状改善≥60%；有效：症状改善≥30%；无效：症状体征改善<15%。

1.4 统计分析

采用spss16.0版软件处理，采用X²分析。

2 结果

两组间疗效比较

组别	例数	基本治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	84	71	6	4	3	91.6%
对照组	84	55	8	15	6	75.0%

注：与对照组相比 (P<0.05)

3 讨论

痤疮^[3]是一种与内分泌功能失调有关的毛囊、皮脂腺慢性炎症性皮肤病，表现为粉刺、丘疹、脓疱、结节、囊肿及瘢痕，好发于面、胸、背等富含皮脂腺的部位，中医称之为肺风粉刺、酒刺、风刺等。《医宗金鉴》云：“此证由肺经血热而成，每发于面鼻，起碎疙瘩，形如黍屑，色赤肿痛，破出白粉汁...方以枇杷清肺饮”。肺经起于中焦而上行过胸，且肺外合皮毛，而青年人多血热偏盛，血随热行，上蒸于面而成痤疮。故肺经热盛是痤疮发病的主要病机，治疗也当以清泄肺热为主。我院继承古方精髓，结合多年临床研究，运用现代高科技，配制成枇杷清肺颗粒治疗轻中度痤疮，方中枇杷叶清泻肺热为君药；桑白皮清泻肺热，黄芩清肠胃之湿热，使肺经实热从上下焦而解，共为臣药；白花蛇舌草清热解毒、消痛散结，白鲜皮清

热燥湿、祛风止痒；丹参、赤芍活血化瘀消肿，金银花、连翘清热解毒，甘草调和诸药性。上述药物运用高科技配制成颗粒剂，使用方便，省去了繁琐的煎药程序，避免许多影响疗效的未知因素。

外用药物祛痘霜中含有茶树精油、金银花提取液、野菊花萃取液等物质，目前研究，赵菊宏^[4]研究金银花的药理学研究与临床应用认为金银花主要含绿原酸类、黄酮类化合物及挥发油等成分，其提取物有抗菌作用，对炎症有明显的抑制作用。吴鹏昌⁵认为茶树油具有抗菌、抗炎、除螨等作用，具有天然防腐杀菌的功效。

国家的不断繁荣昌盛，人们生活水平的提高，生活质量的追求，肥甘厚味的大量食入，痤疮的发生率在近几年来有了增长的趋势，给人们在外形美观上造成了不小的困扰。痤疮成为了一种常见病，单一的治疗方法已经达不到较好的疗效，本院采用内外合治的方法治疗，本研究结果表明，祛痘霜联合枇杷清肺颗粒治疗轻中度痤疮疗效优于对照组，值得临床推广运用。

参考文献

- [1] 赵辨.临床皮肤学[M].北京：江苏科技出版社，2010.935-937
- [2] 杨志波,范瑞强,邓丙戌.中医皮肤性病学[M].北京：中国中医药出版社，2010
- [3] 伏圣祥.中西医结合治疗重度痤疮96例临床观察[J].中国麻风皮肤病杂志2008.6期.486
- [4] 赵菊宏.研究金银花的药理学研究与临床应用[J].中国医药指南.2010.32期195-196
- [5] 吴鹏昌,张伟.茶树的研究进展[J].中国药业2009.第3期61-62

雅莎公司祛痘霜治疗寻常型痤疮疗效观察

杨珊 普雄明

新疆维吾尔自治区人民医院 皮肤性病科

痤疮是多种因素导致的一种毛囊皮脂腺慢性炎症性皮肤病，可涉及各个年龄阶段，常发于颜面及胸背部。其发病机制主要是受雄激素及多种因素影响下皮脂腺增多，皮脂和角化上皮阻塞毛孔形成微粉刺，在微生物（痤疮丙酸杆菌、金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌等）的作用下进一步发生黑头粉刺、白头粉刺、炎性丘疹、脓疱、结节、囊肿，严重者会遗留色沉或瘢痕，明显影响容貌，对患者的心理和社会带来很大影响。我科激光美容中心自2013年7月至2013年9月，用祛痘霜治疗面部寻常型痤疮患者42例收到良好效果，现总结如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料：42例患者均符合国际改良分级法^[1]诊断标准，皮损均以面部为主I~II级。其中男22例，女20例，年龄14~34岁，平均21岁，病程3月~2年，平均6月，采用随机分组法分为实验组和对照组两组，每组各21例。两患者性别、年龄、皮损分布严重程度无明显统计学差异，具有可比性。

1.2 治疗方法及仪器：

实验组：清洁皮肤后给予皮损处使用祛痘霜（珠海市雅莎生物科技有限公司生产）每日3~5次，局部轻轻按摩至吸收，皮损消失后可全面部使用。

对照组：清洁皮肤后皮损处外用我院自制复方氯霉素酊每日3次，维生素B6霜每日2次。

两组均外用治疗3周，期间不使用任何其他口服及外用药物。二组患者均选择双面颊及T区皮肤运用无创性皮肤生理功能测试仪进行皮肤油脂含量，角质层含水量，红素指数的测定。

测量条件：在室内进行无阳光直射，室温20~25℃，空气相对湿度40%~60%。测量前温水洗脸，在休息室安静30分钟后测量，患者取坐位，测量仪器与测量部位与皮肤表面垂直接触，停留适当时间，读出数值并记录，每一部位均测量三次，取平均值。

测量仪器：Corneometer仪（德国courage+khazaka公司）检测皮肤电容量，反应表皮含水量（以百分比表示）。Sebumeter仪（德国courage+khazaka公司）检测皮脂量（单位是 $\mu\text{g}/\text{cm}^2$ ）。Mexameter仪（德国courage+khazaka公司）检测皮肤红色素值（以

百分比表示）。

1.3 疗效观察指标：两组治疗前，治疗结束2周后，由同一操作者记录面部丘疹、脓疱、结节数目，检测患者面部生理指标（油脂、水分含量、红素指数），同时观察不良反应根据记录数据。根据临床症状和体征改善程度，计算疗效指数，并判断临床疗效。痤疮病情评分：粉刺<8个为0分，8~20个为1分，21~30个为2分，31~50个为3分，>50个为4分；丘疹<3个为0分，4~8个为1分，9~15个为2分，16~30个为3分，>30个为4分；无脓疱为0分，1~3个为1分，4~5个为2分，6~20个为3分，>20个为4分；无结节囊肿为0分，1~3个为3分，>3个为4分。上述各种皮损的积分相加为总积分。疗效指数=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分×100%。痊愈的疗效指数为90%~100%；显效的疗效指数为51%~89%；好转的疗效指数为20%~50%；无效的疗效指数<20%；有效率=（痊愈例数+显效例数）/总例数×100%。

1.4 统计学方法 采用SPSS13.0软件进行统计分析，计量资料采用t检验，计数资料采用卡方检验进行统计学分析。

2 结果

2.1 两组治疗痤疮临床疗效比较：实验组有效率明显高于对照组，差异有统计学意义（ $p < 0.05$ ），疗效明显优于对照组。

2.2 两组治疗前后生理指数比较：两组治疗后，实验组皮肤水分含量较治疗前有增加，对照组皮肤水分含量较治疗前有减少但差异无统计学意义。实验组治疗后面部油脂下降较对照组相比差异有统计学意义（ $p < 0.05$ ），而二组治疗后红素指数均较治疗前下降，但实验组红斑情况明显改善，与对照组相比差异有统计学意义（ $p < 0.05$ ）。

2.3 不良反应

实验组中仅有2例患者使用后出现局部灼热，刺痛，清洗后，次日再次使用无上述症状。对照组多数患者使用后皮肤干燥，脱皮，有5例患者使用复方氯霉素酊后局部出现刺痛，烧灼感，瘙痒清洗后症状减轻，再次使用仍不能忍受，仅局部使用维生素B6乳膏。12例病人使用复方氯霉素酊后皮损处出现干燥，脱皮。

表1实验组和对照组的疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	不良反应	总有效率	P值
实验组	21	11	5	4	1	5	76.20%	<0.05
对照组	21	8	4	5	2	2	57.14%	

表2 两组治疗前后面部生理指数比较

项目	治疗前		治疗后		P值
	实验组	对照组	实验组	对照组	
水分含量	25.54±12.48	25.42±13.76	36.12±4.38	24.35±11.89	>0.05
油脂	10.68±10.56	11.24±9.87	5.54±8.38	10.27±8.92	<0.05
红素指数	23.67±4.32	22.55±5.74	16.25±3.47	21.57±4.68	<0.05

3 讨论

痤疮是一种面部常见皮肤疾病，皮损严重者影响患者容貌，会不同程度地造成焦虑、抑郁、自卑等心理损害，所以早期有效消除皮损是治疗的重点。治疗轻度痤疮的方法很多，主要是外用抗生素类或者维A酸类药物，虽可消除皮损但此类药物副作用较大，常出现干燥脱皮，刺激等不适症状，破坏了皮肤的屏障功能。因此，需要可去除皮损又不损害皮肤屏障的外用制剂。

本实验结果显示实验组使用祛痘霜后患者面部皮肤油脂减少，炎性丘疹等皮损明显减少，痤疮明显好转，且无明显不良反应。分析可能与祛痘霜中含有的茶树精油、金银花提取液，野菊花萃取液等有效成分有关。茶树油是目前所知活性最强的天然抗菌剂，它可以高效、无毒、无刺激地杀死人体皮肤表面的真菌与细菌，并对某些病毒也有抑制作用^[2]，有学者采用茶树油对3种痤疮致病菌：痤疮丙酸杆菌菌株、金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌进行定性、定量的抗菌性研究，认为茶树油对3种致病菌均具有良好的抑菌作用^[3]。有药理学研究指出，金银花具有增强机体免疫功能、促进淋巴细胞转化率、抑制变态反应等作用。金银花可清热解毒，野菊花散肿解毒，也有杀毒消炎、清热解毒的功效。体外实验表明^[4]，茶树油毛囊脂螨有杀伤作用^[5]，5%过氧化苯甲酰与5%茶树油凝胶对轻、中度痤疮患者均有效，但茶树油发生红斑、瘙痒、干燥、刺激等情况明显少于过氧化苯甲酰^[6]。

我们检测了实验组及对照组治疗前后面部生理指标的变化，结果显示实验组治疗后面部水分无明显变化，油脂减少分析祛痘霜并没有使皮肤干燥，反而减少了油脂，对正常皮肤的

屏障功能无明显影响，有良好的治疗作用。实验组皮肤红素指数与治疗前相比有明显下降，提示使用祛痘霜可明显减轻痤疮的炎症反应、淡化红斑。无创性仪器的定量检测避免了人的主观判断带来的误差，使实验结果更客观准确。

总之，本研究认为应用祛痘霜治疗痤疮安全有效，不良反应小，可有效抑制皮脂，减轻炎症反应，不破坏皮肤屏障功能且可长期使用，对痤疮治疗有一定的疗效。

[参考文献]

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 289, 1166.
- [2] 于坚涛. 什么是茶树油 [J]. 香料香精化妆品期刊, 2001; 17(3): 25.
- [3] 胡忆雪, 姚雷, 黄健等. 茶树油对3种痤疮致病菌的抑制作用研究 [J]. 上海交通大学学报 (农业科学版), 2011, 29(1): 88-92.
- [4] 余良武, 彭洁, 翁炎佳. 重用金银花治疗中重度痤疮的疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2012, 10(18): 486-487.
- [5] Walton SF, McKinnon M, Pizzutto S, et al. Acaricidal Activity of Melaleuca alternifolia - In Vitro Sensitivity of Sarcoptes scabiei var hominis to Terpinen-4-ol [J]. Arch Dermatol 2004, 140(5): 563-566.
- [6] Bassett IB, Pannowitz DL, Barnetson RS. A comparative study of tea-tree oil versus benzoyl peroxide in the treatment of acne [J]. Med J Aust, 1990, 153(8): 455-458.

优白素治疗痤疮炎症后红斑及色素沉着疗效观察

武萌

(西安交通大学第一附属医院皮肤科)

痤疮是一种毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病，具有一定的损容性。各年龄段人群均可患病，以青少年发病率为高。痤疮好发于颜面、前胸、后背等皮脂溢出部位，其损害特征为粉刺、丘疹、脓疱、囊肿和结节等多形性皮损，炎症严重时可形成色素沉着甚至瘢痕，俗称“痘印痘疤”。这种炎症后红斑及色素沉着消退缓慢，严重影响患者的容貌及社交活动，对患者的身心造成很大伤害。因此如何尽早恢复并减少色素代谢期是我们临床不断探索的问题。我们自2014年3月至2014年9月，使用雅莎公司优白素(又名左旋VC精华液)外用治疗痤疮炎症后红斑及色素沉着患者20例，取得了良好疗效，现报告如下：

1. 临床资料和方法

1.1 一般资料 20例患者均来自本院工作人员，均为女性，年龄18-40岁。平均年龄20.5岁，病程2周~3年，平均1~2年。

1.2 病例选择

1.3 入选标准：入选患者均符合痤疮临床诊断标准 I 度~IV 度。

临床上根据痤疮皮损形态，数目多少，发生部位，采用痤疮 Pillsbury 分类法将痤疮分为 I-IV 度：I 度（轻度）表现为少数或多数黑头粉刺和散发性炎症性皮疹；II 度（中等度）表现为 I 度加深在性脓疱，炎症性皮疹数目增多，皮损局限于颜面；III 度（重度）表现为 II 度加深在性炎症性皮疹，皮损发生于颜面、颈部、胸背部；IV 度（重度-集簇性）表现为 III 度加深在性炎症性皮疹，形成疤痕，皮损可发生于上半身。

排除标准：对使用成分过敏者；排除其他疾病(如太田痣，黄褐斑，日光性皮炎等)引起的色素沉着，妊娠或哺乳期妇女、不能坚持足疗程治疗者。

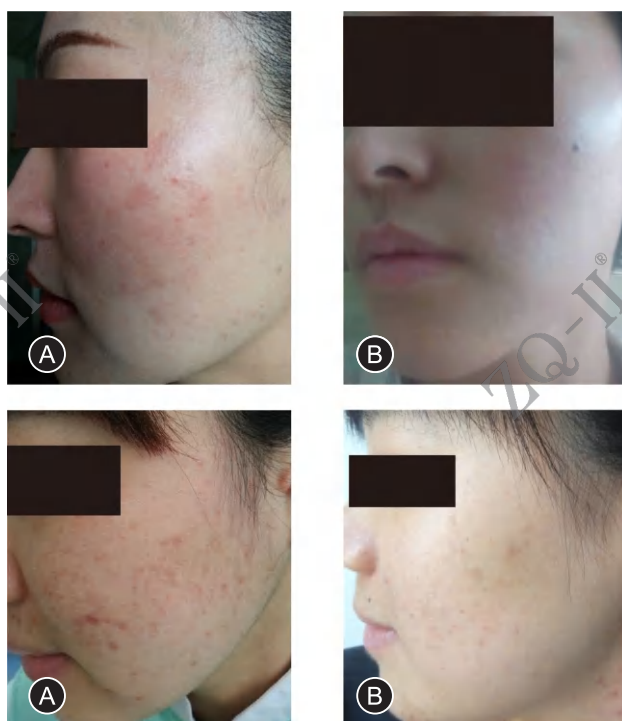
1.4 治疗方法：20例患者每日常规清洁

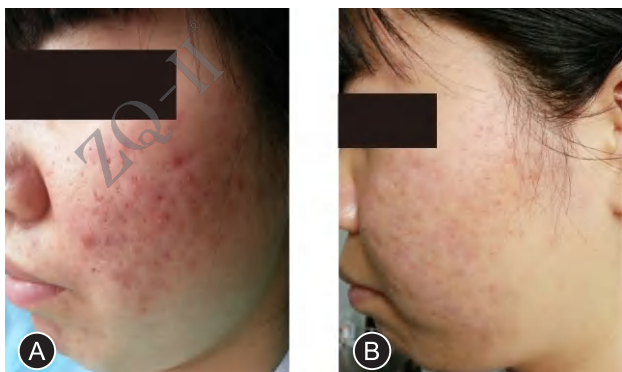
面部后，拭干面部，每日2次外用雅莎公司优白素(又名左旋VC精华液)(珠海市雅莎生物科技有限公司 卫妆准字29-XK-2787号)于皮损处。连续使用2月，治疗期间全程注意防晒避光。禁止使用其他任何有增白成分的化妆品或药物。随访3月观察疗效及不良反应。

1.5 疗效评价标准：所有病例均于治疗后1月及3月随访，根据治疗痤疮炎症后红斑及色素沉着消退情况进行判定，痊愈的疗效为皮损消退90%-100%，显效的疗效为皮损消退51%-90%，好转的疗效为皮损消退25%-50%，无效的疗效为皮损消退25%以下。总有效率=(痊愈例数+显效例数)/总治疗例数×100%。

2. 结果

2.1 临床疗效 20例患者均完成本次试验观察。治疗后1月，痊愈2例，显效10例，好转6例，无效2例。有效率60%。治疗3月，痊愈8例，显效10例，好转2例，无效0例。有效率90%。典型病例治疗前后照片见图1-3。





A: 治疗前 B: 治疗后

2.2 不良反应：20例患者治疗期间均未见使用部位红斑，灼痛或肿胀不适等。

2.3 表1 治疗后1月和3月疗效对比

治疗时间	总例数	治愈例	显效例	有效例	无效例	总有效率%
治疗1月	20	2	10	6	2	60
治疗3月	20	8	10	2	0	90

3. 讨论

痤疮是一种毛囊皮脂腺的慢性炎症性皮肤病，痤疮的发病机制主要与雄激素及皮脂分泌增加、毛囊皮脂腺开口处过度角化、痤疮丙酸杆菌感染及继发反应等因素密切相关。进入青春期后人体内雄激素水平增高，促进皮脂腺增大及皮脂分泌增加。同时毛囊皮脂腺导管的角化异常造成导管堵塞，皮脂排出障碍，形成角质栓即微粉刺。毛囊内寄生物（痤疮丙酸杆菌、卵圆形糠秕孢子菌、表皮葡萄球菌等）大量繁殖，这些细菌可以水解皮脂中的甘油三酯，产生游离脂肪酸，富有刺激性游离脂肪酸刺激毛囊引起炎症性皮损，同时趋化炎症细胞和介质，最终诱导并加重毛囊周围不同程度的炎症反应。炎症反应消退后，均会有不同程度的色素沉着，尤其是在东方人群中，这种色素沉着的程度和持续的时间都要比白种人更加严重。

炎症后色素沉着的组织学表现是表皮基底层的黑色素增加，此外，还可能伴有真皮浅层的组织学色素失调，真皮浅层的毛细血管增多和细胞浸润等炎症性表现，以及真皮

内有不同程度的胶原纤维增多和表皮突起减少等。炎症时皮肤内巯基减少，酪氨酸酶活性释放，而使局部黑素合成增加。痤疮炎症消退后局部皮肤表现为红斑、色素沉着甚至瘢痕，俗称“痘印痘疤”。这种色素沉着的形状往往和皮肤损伤的形状一致。一般情况下，痤疮恢复期皮肤颜色改变会先呈现出粉红色，然后转化为暗红或褐红色，红色逐渐消退，而褐色将继续停留数周至数月不等，色素沉着持续时间的长短和皮肤损伤的程度、损伤的部位、愈合过程中炎症的程度以及个体差异有关，从理论上讲，颜面色素沉着的消退一般需要4-6月，

优白素(又名左旋VC精华液)的成分含有左旋维生素C、熊果苷、丁二醇、维生素B3、透明质酸、甘油。维生素C能影响参加黑色素生成的生化反应中的某些物质(主要是酪氨酸酶)的活性，维生素C及其氧化所产生的脱氧维生素C，能将颜色较深的氧化性色素还原为颜色较浅的还原性色素，将多巴醌还原为多巴，从而抑制黑色素的形成。左旋维生素C的分子量小，是直接被人体肌肤吸收的维生素C的形式。熊果苷能抑制酪氨酸酶活性，加速黑色素分解及排泄。本研究结果发现，外用雅莎公司优白素(又名左旋VC精华液)治疗痤疮后炎症性红斑及色素沉着，治疗1月有效率60%，治疗3月有效率90%，治疗组皮肤色素沉着清除时间约为1-3月，明显缩短了炎症后红斑持续时间，明显淡化色素沉着，同时我们发现，使用雅莎公司优白素(又名左旋VC精华液)后，肌肤的屏障功能无明显影响。用药过程中20例患者均可耐受该外用制剂，未见使用部位红斑、灼痛等不适。因此，本实验结果表明，雅莎公司优白素(又名左旋VC精华液)治疗痤疮炎症后色素沉着，疗效肯定，可以缩短患者炎症后色素沉着时间，可以促进患者皮损加速修复，缩短治疗周期，安全有效，不良反应少，值得临床推广使用。

光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗激素依赖性皮炎疗效观察

卢晓龙

浙江省东阳市皮肤病医院 322100

[摘要] 目的: 了解光子冷凝胶(皮肤修复乳)对面部激素依赖性皮炎皮肤屏障功能改善情况及临床疗效。方法: 58例面部激素依赖性皮炎患者随机分成两组, 分别采用雅莎公司光子冷凝胶(皮肤修复乳)和丁苯羟酸软膏外用, 比较治疗前及治疗28d后患者皮肤屏障功能(表皮含水量、油脂含量、TEWL)及临床症状体征改善情况。结果雅莎公司光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗组患者治疗前后皮肤屏障功能明显改善($P < 0.05$); 临床症状体征改善优于丁苯羟酸软膏组, 差异具有显著性($P < 0.01$)。结论: 雅莎公司光子冷凝胶(皮肤修复乳)能显著改善皮炎皮肤屏障功能, 对治疗激素依赖性皮炎具有良好的效果, 且更易为患者所接受。

[关键词] 皮炎; 激素依赖性; 光子冷凝胶

Observed skin barrier repair cream of Yasha for in treatment of hormone dependent dermatitis

Lu Xiaolong

Dermatological hospital of Dongyang city, Zhejiang Province (322100)

[Abstract Objective: To understand the effect of medical skin care cosmetics, skin barrier repair cream of Yasha for hormone dependent facial dermatitis skin barrier function and improve clinical curative effect. **Methods** 58 cases of facial hormone dependent dermatitis were randomly divided into two groups, respectively skin barrier repair cream of Yasha or Bufexamac ointment external, Before treatment and after treatment of 28d patients with skin barrier function (TEWL, oil, water content of stratum corneum) and improvement of clinical symptoms. **Results** skin barrier repair cream of Yasha skin barrier function before and after the treatment group patients improved significantly ($P < 0.01$); the clinical symptoms and signs improved bufexamac ointment group, the difference was significant ($P < 0.01$). **Conclusion** Medical skin care cosmetics, skin barrier repair cream of Yasha can significantly improve the number of skin barrier function, has a good effect on the treatment of hormone dependent dermatitis, and is easier to be accepted by patients.

[keyword] hormone dependent dermatitis, skin barrier repair cream

近年来, 由于外用糖皮质激素制剂的广泛及不规范应用, 激素依赖性皮炎(hormone dependence dermatitis, HDD)逐渐增多, 已成为皮肤科的常见病, 本病具有多形态损害、对糖皮质激素依赖、反复发作等特点, 严重影响患者的容貌及身心健康, 临床上治疗比较棘手。2013年5月至11月作者采用医学护肤化妆品雅莎公司光子冷凝胶治疗激素依赖性皮炎30例, 取得了良好的效果, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1.1 入选标准 所有病例均来源于2013年5月至11月本院皮肤科门诊诊断为面部激素依赖性皮炎的患者, 符合HDD诊断标准^[1]。入选标准: (1)有明确糖皮质激素用药史(外用糖皮质激素制剂>2个月); (2)有糖皮质激素依赖或有反跳现象, 即应用糖皮质激素后病情改善, 停药后病情加重; (3)主观症状: 自觉有灼热、瘙痒、疼痛及紧绷感。(4)客观症状有红斑或潮红、脱屑、丘疹、色素沉着、表皮萎缩、毛细血管扩张; (5)年龄>18岁; (6)性别不

限; (7)对研究的目的和内容知情同意。

1.1.2 排除条件 (1)妊娠及哺乳期妇女;

(2)面部伴有其他皮肤病的患者(寻常痤疮、酒渣鼻、脂溢性皮炎、颜面难辨认癣等); (3)有恶性肿瘤、HIV感染史者; (4)有严重糖尿病、高血压或肝肾功能不全者; (5)1月内曾用过雷公藤制剂、激素、免疫抑制剂及抗过敏药物等试验禁用药物、对试验药物或乳膏中任何成分有过敏者; (6)正在使用或实验前1月使用过同类产品者; (7)治疗中需要接受面部外用激素制剂治疗者。

1.1.3 分组 符合上述条件者58例, 均为我科门诊病人。其中男11例, 女47例, 年龄18岁~58岁, 平均32.4岁; 病程外用时间2个月至4年, 平均5.6个月; 应用制剂为美容院含激素自制化妆品9例, 肤轻松软膏8例, 皮炎平乳膏7例, 皮康王软膏5例, 恩肤霜5例, 艾洛松乳膏4例, 派瑞松软膏3例, 多种混合用17例。按就诊顺序随机分为治疗组[30例, 年龄(33.6±5.35)岁]和对照组[28例, 年龄(30.78±7.60)岁]。治疗组和对照组在年龄、性别、病程和症状评分等方面

差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 首先停用激素和所有可能引起刺激的洗化用品。治疗组患者正常洁肤后,用矿泉水湿敷15分钟,用洁净的面巾吸去残留的水分,光子冷凝胶(皮肤修复乳)(珠海市雅莎生物科技有限公司)适量外涂面部,轻轻按摩至吸收,每日2次,疗程4周。对照组患者正常洁肤后,用矿泉水湿敷15分钟,用洁净的面巾吸去残留的水分,再外用丁苯羟酸软膏,每日2次,疗程4周。

1.3 观察与随访

1.3.1 皮肤屏障恢复评价:在患者初次就诊、治疗28d后复诊时分别检测左颧骨最高点处(所有患者该部位皆受累)表皮含水量、油脂含量及经表皮水分丢失量(Transepidermal water loss, TEWL)。所有检测均在室温为23~25℃、湿度为40%~60%避免日光直射的室内进行,每个参数重复测三次,取其平均值。测量仪器采用Sclar水分笔(Sclar,日本)测量表皮含水量[%];采用Submeter仪(Courega+Khazaka,德国)测量表皮油脂含量($\mu\text{g}/\text{cm}^2$);采用TewameterTM仪(Courega+Khazaka,德国)测量表皮TEWL值($\text{g}/(\text{h}\cdot\text{cm}^2)$)。

1.3.2 临床疗效评价:观察受试者皮肤自觉症状:瘙痒、灼热感、疼痛感、紧绷感;体征:红斑、丘疹、水疱、糜烂、渗液、鳞屑、结痂;评分标准:按症状及体征的无、轻、中、重分别计0~3分。观察时间:治疗前及治疗后7、14和28d各观察1次,详细记录患者的临床症状和体征。主要评价指标为入选和治疗28d后症状体征总评分(total symptom score, TSS)积分的差值和下降指数。TSS下降指数(SSRI)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。痊愈:SSRI为100%;显效:SSRI 60%~99%;有效:SSRI 20%~59%;无效:SSRI < 20%。有效率=(痊愈例数+显效例数)/病例总数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

计量资料用t检验,计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 皮肤屏障功能恢复的情况见表1,由表1可知,治疗前后两组表皮含水量、油脂含量、TEWL的比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 治疗效果

2.2.1 两组间症状评分情况的比较见表2,由表2可知,两组间症状评分差异有非常显著意义

($t=4.072, P < 0.01$)。

2.2.2 治疗组和对照组有效率的比较,见表3。由表3可知,治疗组与对照组差异有非常显著意义($\chi^2=7.656, P < 0.01$)。

2.3 不良反应:雅莎公司光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗组所有患者治疗过程中均未出现过敏或刺激反应,丁苯羟酸软膏组2例治疗第3天出现皮肤红斑、灼热、疼痛等刺激反应,予停用、湿敷3天后好转,嘱减少用量后未再出现。

3 讨论

中国医师协会皮肤科分会美容专业组《激素依赖性皮炎诊治指南》认为是糖皮质激素使用不当,适应症、用药部位选择不当,外用时间过长或将糖皮质激素当化妆品使用是HDD的主要诱因,主要表现为表皮和真皮变薄、表皮屏障功能受损和毛细血管扩张^[1]。近年来,起珏等通过比较HDD患者与正常人TEWL、组织病理学变化、电镜观察板层小体密度的变化等研究,认为与正常人皮肤比较,HDD患者皮肤屏障结构受到破坏,恢复皮肤屏障对治疗激素依赖性皮炎具有重要意义^[2]。

皮肤是被覆于人体的第一道屏障,广义的皮肤屏障功能指其物理性屏障作用,还包括皮肤的色素屏障作用、神经屏障作用、免疫屏障作用以及其他与皮肤功能相关的诸多方面;皮肤屏障对外保护机体免受外界抗原及有害因素的损伤,对内防止体内水分、电解质及营养物质的丢失。当各种因素导致皮肤组织结构和成分发生改变时,屏障功能受损,可不同程度地参与或触发多种皮肤病的发生发展,同时导致皮肤抵御外界物理、化学刺激及微生物入侵的能力下降,皮肤敏感,易激发炎症反应;同时,TEWL增加、细胞间脂质减少,皮肤干燥、脱屑,甚至引发多种皮肤疾病。本研究中,作者通过无创性皮肤测试方法观察患者皮肤治疗前及治疗28d后皮损处皮肤物理性屏障功能(表皮含水量、油脂含量、TEWL)的变化情况,也证实HDD患者皮肤物理性屏障结构受到破坏,且雅莎公司光子冷凝胶(皮肤修复乳)对皮肤物理性屏障功能有显著改善作用。

光子冷凝胶(皮肤修复乳)其主要成分为(寡肽-1)、透明质酸(HA)及天然植物提取成分(积雪草苷、芦荟提取液、植物甾醇类、红没药醇、水合霍霍巴油)。寡肽-1是一类广泛存在于人和动物体内的可促进或抑制多类细胞生长的多肽,具有加速皮肤和粘膜创伤愈合,促进表皮再生,祛皱抗衰的功效。外源性的寡肽-1外用乳液其结构生物活性与内源性高度一致,

表1 两组间治疗前后皮肤含水量、油脂及TEWL的比较

分组	皮肤含水量 (%)		油脂 (ug/cm ²)		TEWL[g/(h.cm ²)]	
	治疗前	治疗后一个月	治疗前	治疗后一个月	治疗前	治疗后一个月
治疗组	19.33±4.67	32.05±3.05	78.07±14.03	112.15±11.01	30.05±4.97	14.77±5.87
对照组	18.24±5.59	29.23±4.96	79.93±7.01	107.13±8.32	31.16±6.98	17.18±2.86
t值	0.820	2.372	0.645	1.967	0.693	2.008
P值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表2 两组间症状评分比较 (x±s)

组别	n	治疗前	治疗后		
			7d	14d	28d
治疗组	30	11.51±2.69	9.05±4.39	5.51±4.29	2.50±2.99
对照组	28	11.46±3.18	9.71±3.61	7.30±3.52	6.41±4.18

表3 治疗组和对照组疗效比较 [n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率 (%)
治疗组	30	7 (23.33)	19 (63.33)	4 (13.33)	0	86.66
对照组	28	3 (10.71)	12 (42.86)	11 (39.29)	2 (7.14)	53.57

体外研究结果表明，外用极微量的寡肽-1可刺激皮肤上皮细胞、成纤维细胞和角质细胞的增殖，促进新血管形成及核酸、蛋白质和羟脯氨酸的合成，促进上皮的再生，从而加快各类创面的重塑及愈合^[3-4]。雅莎公司寡肽-1采取微胶囊、脂质体和最新生物工程技术，比寡肽-1冻干粉针剂具有更好的稳定性和渗透性。HA是一种由D-葡萄糖醛酸和N-乙酰氨基葡萄糖双糖重构成的氨基葡聚糖，存在于细胞外基质中，具有显著的保湿、抗皱和修复等作用。同时，有效降低炎性介质的分泌。在血管发生、炎症、细胞迁移、创伤愈合、免疫反应及肿瘤生物学等方面发挥重要作用^[5]。天然植物提取成分与人体皮肤屏障脂质有较好的相容性，补充皮肤所需水分和养分，增强皮肤屏障功能。雅莎公司光子冷凝胶从表皮层和皮脂膜两方面来修复及维持皮肤屏障功能。本试验采用雅莎公司光子冷凝胶外用治疗激素依赖性皮炎4周，治疗前后皮肤屏障功能得到显著改善 (P<0.05)，同时临床有效率为86.66%，优于对照组 (P<0.01)，是激素依赖性皮炎治疗的理想选择。且该产品不含致敏防腐剂、激素、重金属、氢琨、酒精、色素、香精等成分，作用温和、舒适、无刺激，更容易为患者接受。

参考文献

- [1] 中国医师协会皮肤科分会美容专业组. 激素依赖性皮炎诊治指南[J]. 临床皮肤科杂志, 2009, 38 (8) : 549-550.
- [2] 起珏, 顾华, 汤葐, 等. 表皮蛋白质及板层小体对激素依赖性皮炎皮肤屏障变化的影响 [J]. 中华皮肤科杂志; 2012, 45 (2) : 87-90.
- [3] 朱淑萍, 李天巧, 张曼欣. 外用重组人表皮生长因子在皮肤激光美容科的应用体会[J]. 中国美容医学, 2009, 18 (7) : 1017-1018.
- [4] 李校堃, 姚成灿. 细胞生长因子在美容护肤中的应用[J]. 实用美容整形外科杂志, 2002, 13 (3) : 154-156.
- [5] 张荣鑫, 王傲雪, 涂彩霞. 透明质酸在皮肤科的应用进展[J]. 中国生物美容; 2009年04期 : 64-69.

医用冷敷贴在强脉冲光治疗面部雀斑中的应用

陈明娟 王原路

广州市第一人民医院整形美容科

[摘要] 目的: 评价医用冷敷贴应用于IPL治疗面部雀斑的有效性和安全性。

方法: 60例患者随机分为两组, 治疗组30例, IPL治疗后立即使用医用冷敷贴, 治疗后一周, 每天一次, 每次持续20分钟, 对照组治疗后做常规护理。分别记录术后即刻、术后1天、术后3天, 术后1周患者的VAS评分、色素减退程度, 患者满意度, 医生满意度指标。**结果:** 使用医用冷敷贴组个评估时段VAS评分显著低于对照组, 色素减退程度明显高于对照组, 患者及医生满意度高于对照组。**结论:** 医用冷敷贴可以减少IPL治疗面部雀斑术后疼痛, 增强治疗效果, 且减少了术后不良反应的发生几率。

[关键词] 医用冷敷贴; 强脉冲光; 雀斑

雀斑系常染色体显性遗传, 以女性多见, 青春期最为明显^[1]。治疗一般采用冷冻、药物、化学剥脱、电离子、激光等方法, 但存在皮肤损伤大, 恢复时间长等不足。近年来兴起的强脉冲光(Intense Pulsed Light, IPL)治疗仪治疗雀斑, 疗效好, 恢复快^[2]。我院在IPL治疗术后使用医用冷敷贴取得了良好的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料和仪器

所有病例来源于我院门诊, 共60例, 其中男性21例, 女性39例, 年龄22-57岁平均年龄38.4岁, 皮损直径2-3mm, 呈圆形或椭圆形, 色沉以咖啡色为主, 分布于面部。随机分配为两组, 每组30例, 治疗采用IPL治疗仪。波长为560nm, 能量密度为25-28j/cm²。治疗后采用医用冷敷贴湿敷。

1.2 治疗方法

治疗前患者需签署治疗同意书, 清洁面部后照像保存原始资料。患者取平卧位, 遮盖双眼, 根据患者的个体情况差异灵活选择和调整参数。治疗后皮损呈深色, 治疗组术后立即使用医用冷敷贴(珠海市雅莎生物科技有限公司 卫妆准字29-XK-2787号), 治疗后一周, 每天一次, 每次持续20分钟, 对照组治疗后做常规护理。

1.3 疗效评估

分别记录术后即刻、术后1天、术后3天, 术后1周患者的疼痛缓解评分、色素减退程度, 患者满意度, 医生满意度指标。疼痛缓解程度评分采用视觉模拟评分法即VAS评分, 色素减退程度通过术前术后图片进行图

像分析。患者满意度包括瘙痒、刺痛感、紧绷感等, 分为四个等级非常满意、满意、效果一般、不满意。医生满意度通过术前术后客观体征进行评价, 包括红斑, 水肿、水泡、色素沉着、干燥等。也分为四个等级非常满意、满意、效果一般、不满意, 由3组医生进行客观评估。

1.4 数据分析

采用spss 13.0统计软件进行数据分析, $p < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 治疗组术后1天, 术后三天VAS评分明显小于对照组 ($p < 0.05$) 治疗组与对照组术后即刻与一周后两组之间VAS评分无统计学差异。色素减退程度两组之间各个时间段均无统计学差异。治疗组患者满意度在术后1天, 3天明显优于对照组 ($p < 0.05$)。治疗组医生满意度在术后1天、3天、一周时均高于对照组 ($p < 0.05$)。

2.2 治疗组及对照组均未出现严重不良反应。

3 讨论

雀斑好发于面部, 是一种色素增生性皮肤病, 有碍美观。使用IPL治疗雀斑在临床上已较为广泛。采用简单的、经选择吸收的脉冲激光对含有色素的结构进行大量破坏。通过使用可选择性吸收的波长, 或小于或等于所需显微结构热弛豫时间的一个脉宽, 可将损伤有效地控制在所治疗的组织范围内。激光能量在很短时间内释放出来, 形成能量密度很高的巨脉冲, 当激光巨脉冲被病变的色素组织吸收后, 会形成局部的冲击波, 将



治疗前



IPL治疗一次+寡肽-1面膜治疗一个月后

色素组织击碎，然后被人体吞噬细胞吞噬吸收^[3]。寡肽-1是一类广泛存在于和动物体内的可促进或抑制多类细胞生长的多肽，极微量即能强烈促进皮肤细胞的分裂和生长，此外，它还能刺激细胞外一些大分子(如透明质酸和糖蛋白等)的合成和分泌，滋润皮肤，因此它既可作为化妆品的添加剂及用于面部整形手术，促进人体皮肤的新陈代谢，减少皮肤畸形，也可在医疗上治疗皮肤外伤、术后创口褥疮、口腔溃疡和坏疽以及放射治疗引起的皮炎等。它可以加速伤口和溃疡面的愈合^[4]。此外，激光联合寡肽-1治疗被广泛用于创面的修复取得了良好的临床效果^[5-6]。王晓红等人通过对观察寡肽-1对人皮肤创面的修复效果研究发现激光、手术及外伤后创面应用医用冷敷贴，能缩短愈合时间，提高愈合质量^[7]。

以往IPL治疗雀斑术后会出现红斑，干燥等并发症，严重者出现水肿、水泡、色素沉着，从而明显减低患者满意度。近年来我科在IPL治疗雀斑术后使用医用冷敷贴取得了满意的效果，明显减少了术后并发症的发生，且增强了IPL治疗雀斑的效果。另外医用冷敷贴具有舒缓、抗刺激的作用，可通过

促进DNA、RNA和功能蛋白质的生物合成，增加皮肤的含水量，进而增加皮肤弹性，滋润肌肤减少因干燥带来的不适感。

参考文献

- [1] 葛红梅孙爱红，光子嫩肤仪和双波长美容激光仪联合治疗雀斑105例. 应用激光, 2008.
- [2] 蔡金辉陈葵程颺刘宏伟李勤，强脉冲光(IPL)治疗面部雀斑临床观察. 中国美容医学, 2006.
- [3] 顾菲赵俊英，面部雀斑治疗及疗效评估方法. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2005.
- [4] 朱淑萍，重组人表皮生长因子在皮肤激光美容科的应用体会. 中国美容医学, 2009.
- [5] 王永俭等杨雪松于立红，半导体激光联合重组人表皮生长因子治疗糖尿病足的临床观察. 齐齐哈尔医学院学报, 2014.
- [6] 王国军，重组人表皮生长因子配合红外线治疗仪治疗烧伤创面的疗效观察. 临床合理用药杂志, 2013.
- [7] 王晓红赵欣美赵正娟，重组人表皮生长因子在创面美容修复中的应用. 中国美容医学, 2014.

玻尿酸原液对面部皮肤客观指标的影响分析

魏荣 高悦 尚佳

(解放军309医院整形美容中心, 北京 100091)

[摘要] 目的: 通过外用玻尿酸原液测定其对面部皮肤客观指标的影响。方法: 选择健康皮肤女性20人, 使用德国CK公司皮肤检测仪, 测量玻尿酸原液涂抹前后的面部皮肤客观指标变化。结果: 玻尿酸原液涂抹后30分钟皮肤的含水量可以显著增加, 在4小时后仍然保持高的含水浓度。玻尿酸原液涂抹后TEWL(水分流失)指标明显下降。

[关键词] 玻尿酸原液; 面部皮肤; 含水量; 水分流失

玻尿酸的结构主要是由双糖体、乙硫氨基葡糖以及葡糖醛酸所共同组成的多糖物质, 是优良的皮肤保湿因子。它具有可以吸收 500-1000 倍体积水的能力。玻尿酸原来就以胶状形态存在于人体皮肤的真皮组织中, 负责储存水分、增加皮肤容积, 让皮肤看起来饱满、丰盈、有弹性。我美容中心使用雅莎公司提供的玻尿酸原液, 观察其使用前后皮肤各项指标, 分析如下。

1 材料与方法

1.1 材料选择

由雅莎公司提供玻尿酸原液30ml, 卫生许可证号: GD·FDA(2006)卫妆准字29-XK-2787号, 生产许可证号: XK16-108 9435, 执行标准: QB/T2874-2004, 生产日期2013-5-28, 保质期三年。

1.2 仪器选择

采用 Multi Skin Ccenter[®] MC760 德国CK公司的皮肤检测仪。

1.3 检测条件选择

选择年龄在20至60岁之间, 健康皮肤女性20名按照年龄段分成四组。在室温、湿度、空气流通恒定的条件下, 清洁皮肤后作为涂抹前测量数据。后将一定量的纯化水用轻轻拍打的方式让面部皮肤水分饱和, 涂抹玻尿酸原液3-5滴, 30分钟后测定。每次在相同部位测量3次, 取平均值。

2 检测结果

2.1 面部皮肤水分测定见表1

表1 面部皮肤水分测定

年龄组	20-29岁	30-39岁	40-49岁	50岁以上
涂抹前	≥ 45	35 ± 25	30 ± 25	< 30
涂抹30分钟后	≥ 90	70 ± 25	50 ± 30	< 85
涂抹4小时后	≥ 60	60 ± 10	60 ± 20	< 60

测量结果分析: 面部皮肤的最外层为角质层, 由5-10层死亡的角层细胞组成, 其与皮肤平行, 交错重叠即可以起到屏障作用又易于脱落, 其含水量只有其他细胞的20%。在正确清洁后, 马上涂抹玻尿酸原液3-5滴, 30分钟后测量显示该处水分饱和率达到90%以上。自由活动4小时以上, 皮肤表面含水量略有下降, 但在面部皮肤表面仍可保留60%以上的水分。

2.2 面部皮肤弹性测定见表2

表2 面部皮肤弹性测定

年龄组	20-29岁	30-39岁	40-49岁	50岁以上
涂抹前	≥ 80	70 ± 20	60 ± 20	< 70
涂抹30分钟后	≥ 85	75 ± 15	65 ± 15	< 75
涂抹4小时后	≥ 85	75 ± 15	65 ± 10	< 75

测量结果分析: 面部皮肤的弹性是由多种因素决定的。遗传、人体激素的分泌, 睡眠, 精神愉悦程度都会对皮肤弹性产生影响。但是在上述因素相同的情况下, 涂抹玻尿酸原液的客观指标显示, 由于皮肤水分的增加而使皮肤弹性增加的可能性是存在的。

2.3 面部皮肤TEWL(水分流失)测定见表3

表3 面部皮肤TEWL测定

年龄组	20-29岁	30-39岁	40-49岁	50岁以上
测量前	≥ 8	8 ± 2	8 ± 2	8 ± 2
涂抹30分钟后	≤ 4	4 ± 1	4 ± 2	4 ± 2
涂抹4小时后	≤ 5	4 ± 1	4 ± 2	4 ± 2

测量结果分析: TEWL数值的测定是用金属探头接触测量皮肤15秒, 仪器精密给出皮肤水分流失的数值。水分流失的测定是评估水分保护层的重要参数。皮肤水分保护层越完好, 水分的含量

就会越高而水分流失TEWL的数值就越低。测量数据提示在使用玻尿酸原液后，皮肤的TEWL值降低一倍，说明皮肤表面水分流失能力显著减低。即使在4小时以后，由于皮肤表面玻尿酸原液的作用，其水分流失数据任然远远低于使用前数据。

2.4 面部皮肤色素的测定见表4

表4 面部皮肤色素测定

年龄组	20-29岁	30-39岁	40-49岁	50岁以上
涂抹前	8±10	10±10	10±15	15±15
涂抹30分钟后	8±10	10±10 [®]	10±15	15±15
涂抹4小时后	8±10	10±10	10±15	15±15

测量结果分析：面部皮肤色素的影响因素是多种多样。遗传、光照程度是决定性的。人们常说的美白，最可能的是要靠高超的化妆技术。面部涂抹玻尿酸原液，对皮肤色素的影响不大。

3 结果分析

使用雅莎公司提供的玻尿酸原液用在面部有充足量纯化水存在的条件下，在30分钟后皮

肤的含水量可以大大增加，甚至接近100%。在4小时后含水量下降但仍然可以保持高于涂抹前的含水浓度。玻尿酸原液在阻止皮肤水分流失方面效果甚佳。在涂抹后30分钟后皮肤的水分流失指标降低了一倍，即便是4小时以后，皮肤的水分流失指标仍然比涂抹前降低65%左右。在此测试过程中，面部皮肤无一例不良反应，说明该产品安全性良好。

参考文献

- [1] 陈小娥，朱文元，皮肤保湿机制研究进展[J].现代医药卫生，2011，27（18）：2802-2803

1 540nm 铒玻璃非剥脱点阵激光改善痤疮后遗皮损的疗效观察

石钰 章伟

上海市皮肤病医院医学美容科

[摘要] 目的观察: 1 540nm 铒玻璃非剥脱点阵激光, 用于治疗痤疮后遗皮损(凹陷性瘢痕、毛孔粗大、痤疮红斑、色素沉着等)的临床疗效和安全性。方法: 随机选取面部痤疮后遗皮损患者28名, 采用1 540nm 铒玻璃非剥脱点阵激光, 治疗3~9次, 每次间隔4周, 于末次治疗1个月后观察疗效。使用四级法、VISIA皮肤图像分析仪评估疗效, 用CK皮肤检测仪评估皮肤屏障功能。结果: 1 540nm 铒玻璃非剥脱点阵激光对痤疮后凹陷性瘢痕、毛孔粗大、痤疮红斑和色素沉着的有效率分别为14.29%、25%、34.76%和18.18%。VISIA显示, 治疗前后毛孔、红区、紫质的绝对分值的差异有统计学意义($P < 0.05$), 疗效与治疗次数成正相关。治疗前后经表皮失水率(Trans-epidermis water loss, TEWL)和皮肤油脂含量无明显差异($P > 0.05$)。本组患者治疗过程中未发现严重不良反应。结论: 1 540nm 铒玻璃非剥脱点阵激光可以安全有效、较全面地治疗痤疮后遗皮肤, 尤其推荐用于毛孔粗大和痤疮红斑的改善。

[关键词] 铒玻璃 点阵激光 痤疮瘢痕

[中图分类号] R758.73+3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1673-0364(2017)03-0149-04

Efficacy of Non-Ablative 1 540 nm Erbium-Glass Fractional Laser on Facial Post-Acne Lesions

SHI Yu, ZHANG Wei. Medical Cosmetic Department, Shanghai Dermatology Hospital, Shanghai 200435, China. Corresponding author: ZHANG Wei (E-mail: zw5259@163.com).

[Abstract] Objective To evaluate the clinical efficacy and safety of non-ablative 1 540 nm erbium-glass fractional laser on treating facial post-acne lesions, including atrophic scars, enlarged pores, post-acne erythema and post-inflammatory hyperpigmentation (PIH). Methods A non-ablative 1 540 nm erbium-glass fractional laser was used to treat 28 patients. All patients were treated for 3-9 times with an interval of 4-week. The efficacy was assessed by a quartile grading scale, VISIA complexion analysis system and CK skin property 1 month after treatment. Results The efficacy rate of non-ablative 1 540 nm erbium-glass fractional laser was 14.29% for post-acne scars, 25% for enlarged pores, 34.76% for post-acne erythema and 18.18% for PIH. Compared to pre-therapy, there was significant difference in pores, erythema and purple mass, and there was positive correlation between efficacy and treatment frequencies ($P < 0.05$). Compared to pre-therapy, there was no significant difference in trans-epidermis water loss (TEWL) and skin oil content ($P > 0.05$). No severe adverse effect was observed. Conclusion Non-ablative 1 540 nm erbium-glass fractional laser was safe and effective in treating post-acne skin lesions, especially for post-acne erythema and enlarged pores.

[Key words] Erbium glass; Fractional laser; Post-acne lesions

痤疮后遗皮损, 是指痤疮患者在炎性皮损消退后皮肤遗留的一系列皮肤改变, 主要包括痤疮凹陷性瘢痕、痤疮红斑、色素沉着和毛孔粗大等。目前常见的治疗方法包括微晶磨削、化学剥脱、外科切除等, 存在术中出血、术后感染、色素沉着等风险^[1]。点阵激光应用于痤疮瘢痕的治疗具有独特的优势^[2], 但尚无用于痤疮后遗皮损的报道。我们以1 540nm 铒玻璃非剥脱点阵激光治疗痤疮后遗皮损, 取得较好的效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2014年12月至2016年6月, 共28例。其中, 男

8例, 女20例; 年龄20~42岁, 平均(30.25±6.16)岁。病程1~5年, 平均(2.32±1.22)年。皮肤类型为Fitzpatrick III~IV型。纳入条件: 临床表现符合痤疮诊断标准, 在原发皮损基本消退后, 皮肤呈现痤疮凹陷性瘢痕(瘢痕分级为轻到中度)、痤疮红斑、毛孔粗大、炎症后色素沉着等后遗皮损。排除标准: 皮肤过敏或敏感、皮肤肿瘤、妊娠妇女、精神异常、有日光曝晒史、有光敏药物服用史的患者。患者治疗前均签署知情同意书。

1.2 仪器设备

1 540nm 铒玻璃非剥脱点阵激光(美国 Paloma 公司), VISIA皮肤图像分析仪(美国

Canfield公司[®]), CK皮肤测试仪Multi Probe Adapter (德国CK公司)。

1.3 方法

1.3.1 术前准备

患者清洁治疗区域局部皮肤,并以复方利多卡因乳膏封包1h。

1.3.2 激光参数及治疗方法

1540nm非剥脱点阵激光,脉冲宽度15ms,脉冲重复频率1500Hz,光斑密度100PPA,初始能量60~65 mJ/cm²,最大能量70mJ/cm²。全面部治疗,光斑重叠不超过10%,每治疗区重复治疗3~4遍,每次治疗间隔4周。共治疗3~9次,平均(4.18±1.56)次。其中:治疗9次的1例,治疗7次的2例,治疗6次的1例,治疗5次的6例,治疗4次的4例,治疗3次的14例。

1.3.3 治疗后的护理

每次治疗后即刻冷敷10min。治疗后连续10d外敷ZQ-II醒肤保湿修护精华膜(珠海雅莎生物科技股份有限公司),每天1次,每次20min。治疗后患者需配合防晒和日常保湿。

1.4 疗效评定

1.4.1 临床医生评定

治疗前后照相,由皮肤专科医师进行临床评估。评估标准^[3]:较初次治疗前改善程度>75%者为显效;较初次治疗前改善程度50%~75%者为有效;较初次治疗前改善程度25%~50%者为好转;较初次治疗前改善程度<25%者为无效。

有效率%=(显效例数+有效例数)/总病例数×100%

1.4.2 患者自评

对总体疗效的满意评定结果分为4级:满意、较满意、一般、不满意。

满意率=(满意例数+较满意例数)/总例数×100%

1.4.3 VISIA皮肤图像分析仪评定

每次治疗前和末次治疗后1个月,采用VISIA皮肤图像分析仪,从正面、左侧、右侧三个角度拍照并存档^[4]。分析皮肤斑点、皱纹、纹理、毛孔、紫外线色斑、棕色斑、红色区、紫质共8个指标。VISIA自动生成绝对分值,代表选定区域皮肤特征检测值的面积和强度,作为分析标准和统计数据使用。绝对值数值越大,证明该处皮肤特征计数越强。通常使用毛孔、纹理、皱纹等作为评判皮肤平整度的项目,反映皮肤粗糙程度。紫质与油脂堆积相关。棕色斑为真皮

色素。红色区可反映痤疮红斑的变化。

1.4.4 CK皮肤测试仪检测TEWL和皮脂

每位患者于每次治疗前和末次治疗后1个月,检测TEWL和皮肤油脂含量。受试者用同一款洗面奶清洗面部后,在温度(24±2)℃和相对湿度45%~55%的室内安静等待30min后进行测试。

1.5 统计学分析

使用SPSS13.0统计软件进行分析,4种不良反应的疗效评价采用卡方检验;治疗前后VISIA数值比较采用配对t检验,治疗次数与疗效的关系用一般线性模型分析;CK皮肤检测的分组分析采用独立样本t检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床医生评定

本组患者治疗后凹陷性瘢痕、毛孔粗大、痤疮红斑、色素沉着均有不同程度改善,其中痤疮红斑的疗效最佳,毛孔粗大的疗效优于凹陷性瘢痕(图1)。卡方检验显示各项不良反应间的疗效无显著差异(P>0.05)(表1)。

2.2 患者自评

满意6例,较满意10例,一般10例,不满意2例,满意率为57.14%。

2.3 VISIA皮肤图像分析仪评定

治疗前后皱纹、毛孔、红区、紫质的绝对分值的差异有统计学意义(P<0.05)(表2)。

以治疗后的参数作为因变量,治疗次数作为自变量,治疗前的数据为协变量。结果表明,在控制了最初的毛孔状况后,治疗次数能显著预测最后一次毛孔数量(P<0.05);在控制了最初的红区状况后,治疗次数能显著预测最后一次红区数量(P=0.01);在控制了最初的紫质状况后,紫质治疗次数能显著预测最后一次紫质数量(P=0.01)。其余的指标不显著即毛孔粗大、红区、紫质的疗效与治疗次数成正相关[®](表2)。

2.4 CK皮肤测试仪检测

结果显示,治疗前TEWL和皮脂含量分别为(14.9±5.16)、(13.28±4.75);治疗1~3次后TEWL和皮脂含量分别为(15.12±5.42)、(11.78±4.71);治疗4次后TEWL和皮脂含量分别为(15.4±5.06)、(10.36±3.34)。3组数据间均无统计学差异,说明治疗前后经表皮失水率(TEWL)和皮肤油脂含量无明显差异(P>0.05)。



图1 典型病例1: 痤疮后遗症(凹陷性瘢痕、毛孔粗大、痤疮红斑)治疗4次

Fig. 1 Typical case 1: post-acne lesions (atrophic scars, enlarged pores, post-acne erythema) before and after treatment (4 times)

表1 不同皮损的疗效比较

Table 1 Efficacies of different lesions

	显效 excellent	有效 effective	好转 general	无效 invalid	总例数 total	总有效率(%) Total effective rate(%)
凹陷性瘢痕 atrophic scars	0	4	9	15	28	14.29
毛孔粗大 enlarged pores	2	5	10	11	28	25
痤疮红斑 post-acne erythema	2	6	7	8	23	34.78
色素沉着 PIH	0	2	3	6	11	18.18

表2 治疗前后VISIA 数值比较 ($x \pm s$)

Table 2 The VISIA numerical comparison before and after treatment ($x \pm s$)

	治疗前 before treatment	治疗后 after treatment
斑点 spots	37.42 ± 8.6	37.40 ± 9.17
皱纹 wrinkle	8.45 ± 4.72	7.63 ± 4.39
纹理 texture	10.21 ± 8.92	10.35 ± 8.94
毛孔 pores	27.03 ± 9.04	23.44 ± 8.82

紫外线色斑 UV spots	16.70 ± 6.19	15.37 ± 6.3
棕色斑 brown spots	33.49 ± 4.77	33.25 ± 4.31
红色区 erythema	33.20 ± 6.37	30.59 ± 6.53
紫质 purple mass	12.72 ± 8.74	10.51 ± 7.88

2.5 不良反应

主要有暂时性疼痛、红斑、水肿,基本不需要特殊处理,多在1周内自行恢复。未出现色素沉着、瘢痕等严重不良反应。

3 讨论

近年来,痤疮发病率日益升高,而痤疮愈后遗留的皮肤损伤性改变更令人困扰。痤疮后遗症在治疗难度、治疗周期及对患者心理的影响方面甚至远远超过了痤疮本身。常见的痤疮后遗症主要有痤疮凹陷性瘢痕、痤疮红斑、色素沉着和毛孔粗大4种。点阵激光技术主要应用于瘢痕的治疗,是利用独特的点阵式光热效应,将一定波长的激光均匀分割成数微束,穿透表皮到达真皮,形成多个柱形结构的微小热损伤区(Microscopic treatment zones, MTZs)。MTZs均匀启动皮肤损伤修复程序,进而促进胶原蛋白及弹力纤维大量新生和重塑^[5]。点阵激光可分为剥脱性点阵激光和非剥脱性点阵激光。剥脱性点阵激光虽然作用强,但同时皮肤的创伤也大,愈合周期长,色素沉着的风险大。非剥脱性点阵激光的MTZs只发生凝固性坏死,而不产生真正的汽化孔,保留了角质层的完整性,有利于损伤组织迅速修复,具有恢复时间短、副作用小、安全性高的优势^[6]。

痤疮凹陷性瘢痕和毛孔粗大是最常见的痤疮后遗症,主要是痤疮炎症累及深部组织,导致胶原纤维断裂、牵拉组织表面形成凹陷或萎缩^[7]。1 540nm点阵式光热作用既可穿透表皮将热刺激传导至真皮深层,又不损伤皮肤表面,可以安全有效地修复瘢痕。有研究提出,1 550nm点阵激光对亚洲人痤疮瘢痕的疗效与CO₂激光相当,而色素沉着发生率更低^[8]。我们发现,1 540nm铒玻璃非剥脱性点阵激光可有效改善凹陷性瘢痕和毛孔粗大,治疗后凹坑变浅或缩小,毛孔收缩,皮肤平整度提高。VISIA显示治疗前后皱纹、毛孔的差异有统计学意义。

痤疮红斑一直是治疗难题^[9],目前多运用

IPL、PDL治疗,但是临床疗效有限,很难达到完全消退。因为光子和染料激光的作用深度或强度受限;另外,痤疮红斑不仅仅是单纯的局部血管扩张和增生,而且是一种类似瘢痕样的血管改变和周围组织的改变^[10]。而1540nm非剥脱点阵激光可以穿透皮肤深达1000 μm ,不仅直接作用于真皮血管,而且通过光热效应和MTZs的热凝固直接刺激增生的血管及周围组织,起到结构重塑的目的。有研究将非剥脱点阵与PDL半脸对照治疗痤疮红斑,发现非剥脱点阵治疗后的患者满意率更高^[11]。我们发现,1540nm非剥脱点阵激光治疗痤疮红斑的疗效最佳,治疗后痤疮红斑颜色变淡、面积缩小。我们发现,每次1540nm非剥脱点阵激光治疗后即刻冷敷10min。治疗后连续10d外敷ZQ-II醒肤保湿修护精华膜,每天1次,每次20min。能够在激光术后减轻疼痛、烧灼感,并有效缓解红斑,促进皮肤组织修复,是一种安全、理想的点阵铒玻璃激光术后修复产品。

VISIA图像分析是通过偏振光对血红蛋白的成像来展示皮肤的血管情况,本组患者中VISIA显示红区减少,并且疗效与治疗次数成正比。因此,我们认为在安全范围内,适当增加治疗次数可以提高痤疮红斑的疗效。色素沉着也是常见的痤疮后遗症,以往常用化学剥脱术治疗,但容易导致光敏感和一过性痤疮加重。我们发现,治疗后部分色素沉着斑片减淡或面积缩小,甚至完全消退。其可能的机制是利用MTZs形成的显微表皮坏死碎片(一般包含角质形成细胞、黑素及真皮成分),经3~7d的挤压后经表皮排出,伴随着黑素和黑素细胞的清除^[12]。以往也有不少关于点阵激光治疗黄褐斑有效的报道^[13-14]。但是VISIA镜下色斑分值在治疗前后没有明显差异。我们推测可能是缘于VISIA的成像原理。VISIA皮肤图像分析是通过白光、紫外光和横截面偏振光三次三个角度成像。白光成像皮肤表面可见斑点,紫外光成像真皮色斑。因此,肉眼只可识别皮肤表面色素,但是看不到真皮色斑,今后可结合其他检测手段深入研究。

此外,随着治疗次数的增加,患者皮肤出油量减少,可能是由于红外系统激光的热效应选择性破坏皮脂腺,导致皮脂腺萎缩和分泌减少^[15]。但是CK检测显示,治疗次数不同未导致皮脂量的明显差异,或许是样本量小而出现统计偏差,有待于进一步探讨。综上所述,1540nm非剥脱点阵激光联合ZQ-II醒肤保湿修护

精华膜治疗,对4种常见的痤疮后遗症均有一定疗效,尤其是痤疮红斑和毛孔粗大,是一种安全、有效的治疗方法,值得临床推荐。

参考文献

- [1] Kim S, Cho KH. Clinical trial of dual treatment with an ablative fractional laser and a nonablative laser for the treatment of acne scars in Asian patients [J]. *Dermatol Surg*, 2009, 35(7):1089-1098.
- [2] Sardana K, Manjhi M, Garg VK, et al. Which type of atrophic acne scar (ice-pick, boxcar, or rolling) responds to nonablative fractional laser therapy [J]. *Dermatol Surg*, 2014, 40(3):288-300.
- [3] Lloyd JR. Effect of fluence on efficacy using the 1440 nm laser with CAP technology for the treatment of rhytids [J]. *Laser Surg Med*, 2008, 40(6):387-389.
- [4] Goldsberry A, Hanke CW, Hanke KE. VISIA system: a possible tool in the cosmetic practice [J]. *J Drugs Dermatol*, 2014, 13(11):1312-1314.
- [5] Laubach HJ, Tannous Z, Anderson RR, et al. Skin responses of fractional photothermolysis [J]. *Lasers Surg Med*, 2006, 38(2):142-149.
- [6] Manstein D, Herron GS, Sink RK, et al. Fractional photothermolysis: a new concept for cutaneous remodeling using microscopic patterns of thermal injury [J]. *Lasers Surg Med*, 2004, 34(5):426-438.
- [7] Chivot M, Pawin H, Beylot C, et al. Acne scars: epidemiology, physiopathology, clinical features and treatment [J]. *Ann Dermatol Venereol*, 2006, 133(10):813-824.
- [8] Alajlan AM, Alsuwaidan SN. Acne scars in ethnic skin treated with both non-ablative fractional 1550 nm and ablative fractional CO2 lasers: comparative retrospective analysis with recommended guidelines [J]. *Lasers Surg Med*, 2011, 43(8):787-791.
- [9] Fabbrocini G, Annunziata MC, D'Arco V, et al. Acne scars: pathogenesis, classification and treatment [J]. *Dermatol Res Pract*, 2010, 2010:893080.
- [10] Park KY, Ko EJ, Seo SJ, et al. Comparison of fractional, nonablative, 1550-nm laser and 595-nm pulsed dye laser for the treatment of facial erythema resulting from acne: a split-face, evaluator-blinded, randomized pilot study [J]. *J Cosmet Laser Ther*, 2014, 16(3):120-123.
- [11] Isarria MJ, Cornejo P, Munoz E, et al. Evaluation of clinical improvement in acne scars and active acne in patients treated with the 1540-nm non-ablative fractional laser [J]. *J Drugs Dermatol*, 2011, 10(8):907-912.
- [12] Hantash BM, Bedi VP, Sudireddy V, et al. Laser-induced transepidermal elimination of dermal content by fractional photothermolysis [J]. *J Biomed Opt*, 2006, 11(4):041115.
- [13] Tannous ZS, Astner S. Utilizing fractional resurfacing in the treatment of therapy-resistant melasma [J]. *J Cosmet Laser Ther*, 2005, 7(1):39-43.
- [14] Naito SK. Fractional photothermolysis treatment for resistant melasma in Chinese females [J]. *J Cosmet Laser Ther*, 2007, 9(3):161-163.
- [15] Perez-Maldonado A, Runger TM, Krejci-Papa N. The 1,450-nm diode laser reduces sebum production in facial skin: a possible mode of action of its effectiveness for the treatment of acne vulgaris [J]. *Lasers Surg Med*, 2007, 39(2):189-192.

霍霍巴油婴儿润肤乳在轻中度婴幼儿湿疹治疗中有效性及安全性临床研究

王莹 李钦峰

天津市儿童医院

[摘要] 目的：评价霍霍巴油婴儿润肤乳在轻中度婴幼儿湿疹治疗中有效性及安全性。方法：将30例湿疹患儿随机分为2组。试验对照组患处只进行湿疹常规治疗，不涂抹任何保湿剂；试验治疗组患处进行湿疹常规治疗后，在患处皮肤上外涂薄薄一层霍霍巴油婴儿润肤乳，轻轻涂抹均匀，并完全覆盖患处，两组均每天早晚各一次，持续至症状和体征消失。停药后试验治疗组继续持续外涂霍霍巴油婴儿润肤乳，治疗观察期为1个月。结果：两组数据为等级资料采用秩和检验，试验对照组有效率60%，试验治疗组有效率80%，两组患者治疗效果差异有统计学意义（ $Z=-0.824, P<0.05$ ）；实验过程中，无不良事件发生。结论：在治疗婴幼儿湿疹的过程中霍霍巴油婴儿润肤乳可配合湿疹常规治疗，提高治疗效果，疗效确切，安全性高。霍霍巴油可作为轻中度婴幼儿湿疹的辅助治疗方案之一。

[关键词] 湿疹，婴幼儿，霍霍巴油婴儿润肤乳

湿疹是儿童皮肤科最常见的炎症性皮肤病，皮损多表现为红斑、脱屑，伴有明显瘙痒，易复发，严重影响患儿的生活质量。临床中湿疹治疗的主要目的是控制症状、减少复发。外用糖皮质激素制剂依然是治疗湿疹的主要药物，但长期使用会出现皮肤萎缩、色素沉着、毛细血管扩张、多毛等一系列不良反应^[1]。近年来医学护肤品越来越广泛的应用于临床，其具有抗炎、抗敏、保湿等作用，可协助恢复及维持皮肤屏障功能。在应用激素治疗湿疹的同时应用医学护肤品可以增强治疗效果、减轻激素不良反应、缩短病程、减少湿疹反复。我科于2017年4月至10月应用霍霍巴油婴儿润肤乳协助治疗湿疹，旨在探讨霍霍巴油婴儿润肤乳在轻中度婴幼儿湿疹治疗中的有效性及安全性。

1. 资料与方法

1.1 临床资料：本研究共30例患者，均为2017年4月至10月天津市儿童医院皮肤科确诊的湿疹患儿。

1. 入选标准：①年龄0-2岁，性别不限；②按EASI评分 ≤ 7 ；③近1个月内未口服糖皮质激素及免疫抑制剂；④患儿家长自愿配合观察，自愿加入本临床研究，签署知情同意书。⑤患儿无系统或先天性疾病、无念珠菌感染。

2. 排除标准：①经复核发现不符合入选标准者；②已知对研究产品的活性成分或辅料过敏者；③皮损有明显细菌、真菌或其他病原体感染征象者；④在试验开始前三个月内参加了任何其

他药物的临床研究者；⑤实验中途因不良反应或不明原因退出实验者；⑥患儿家长依从性差或不能遵守实验要求者；⑦基线访视之前2周内接受过局部应用激素或非甾体类抗炎药、系统糖皮质激素、免疫抑制剂、中草药治疗的受试者；⑧基线访视之前2周内受过紫外线光疗、光化学治疗者；⑨4周内曾参加其他药物临床试验者；⑩患有其他可能干扰湿疹及敏感皮肤临床评估和/或给受试者带来危险的皮肤疾病，或有除湿疹以外的其他严重皮肤病史。

2. 方法

2.1 实验设计：共30例患儿入组，采用随机数字表法分为试验对照组和试验治疗组。两组患儿性别、年龄、病程、发病部位、喂养方式等差异无统计学意义。试验对照组10例，进行湿疹常规治疗，丁酸氢化可的松乳膏（天津药业集团有限公司生产）和氯霉素药膏（天津市儿童医院自制）混合外用；试验治疗组，湿疹常规治疗配合使用霍霍巴油婴儿润肤乳，霍霍巴油国家发明专利号：ZL 2013 1 0374550.5，备案凭证：卫行政许可证号：粤妆20160932，珠海雅莎生物科技股份有限公司提供）。

2.2 治疗方法：试验对照组：患处只进行湿疹常规治疗，不涂抹任何保湿剂；试验治疗组：患处进行湿疹常规治疗后，在患处皮肤上外涂薄薄一层霍霍巴油，轻轻涂抹均匀，并完全覆盖患处，两组均每天早晚各一次，持续至症状和体征消失。停药后试验治疗组继续持续外涂霍霍巴

油，治疗观察期为1个月。

2.3 临床主要疗效指标：参考湿疹评分标准（EASI评分），疗效指数=（治疗前总积分-治疗后总积分）/治疗前总积分*100%，共分为4级，总体改善90%为痊愈，60%-89%为显效，29%-59%为好转，<20%，为无效。

2.4 湿疹患儿生活质量评估^[2]：1个月后患者家属针对湿疹患儿的治疗疗效及对患儿生活质量是否有改善及影响程度进行评价。①非常满意：完全缓解，无症状②满意：显著缓解，症状明显改善③较满意：轻度缓解，有症状，仅有轻度改善④不满意：无效，症状无改善或较治疗前恶化。满意度=（非常满意+满意）/总例数*100%。

2.5 安全性评价：观察治疗期间家属或者医

生观察并记录使用霍霍巴油的湿疹患儿，使用后发生的不良反应和不良事件，并具体记录其发生的时间、严重程度和转归。

2.6 统计学分析：统计分析采用SPSS软件，等级资料采用秩和检验，假设检验采用双侧检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1 观察期结束后，两组患儿进行比较，试验对照组有效率60%，试验治疗组80%，从临床表现观察，试验治疗组与试验对照组湿疹程度都有缓解，治疗前均表现为红斑、干燥，治疗后试验治疗组比试验对照组皮肤光滑、滋润，干燥程度减轻明显。两组间经秩和检验，差异有统计学意义（ $Z=-0.824, P<0.05$ ）



图1. 试验治疗组治疗前



图2. 试验治疗组治疗后



图3. 试验对照组治疗前



图4. 试验对照组治疗后



图5. 治疗治疗组治疗前



图6. 治疗治疗组治疗后



图7. 试验对照组治疗前



图8. 试验对照组治疗后

	试验治疗组	试验对照组
例数	20	10
痊愈	8 (40%)	3 (30%)
显效	8 (40%)	3 (30%)
好转	3 (15%)	3 (30%)
无效	1 (5%)	1 (10%)

3.2 实验结束后，患儿家属对患儿湿疹治疗效果的满意度分别为试验对照组满意率60%，试验治疗组80%，两组差异有统计学意义。

3.3 实验过程中，无不良事件发生。

4. 讨论

湿疹患者常因皮肤搔抓使外界抗原及微生物通过已经受损的角质层进入皮肤，加重皮肤屏障功能的破坏和炎症反应。护肤品应用，可以增加角质层的含水量并补充一定量的脂质，从而帮助恢复皮肤的屏障功能。霍霍巴油婴儿润肤乳专门针对婴幼儿这一特殊人群研发，属于专用于婴幼儿的医学护肤品，有辅助的治疗作用。但护肤品并非药物，不宜单独治疗湿疹，所以在分组设计时采用药物和保湿霜联合外用与单用外用药物比较，以评价霍霍巴油的辅助治疗作用。例如牛油果树油，可以在皮肤表面形成一层惰性的油膜，起到封包的作用。同时霍霍巴油这一特有成分可以加速皮肤吸收，调节皮肤的湿度。

本研究结果显示试验对照组有效率60%，试验治疗组80%，试验治疗组高于试验对照组，证明霍霍巴油婴儿润肤乳可以辅助婴幼儿湿疹的治疗，且在试验中无严重不良事件发生，证明霍霍巴油润肤乳作为婴幼儿护肤品使用安全，过敏反应低。

湿疹的治疗一般抗炎与修复皮肤屏障并重，药膏只有抗炎的作用，儿童专用护肤品具有辅助抗炎作用的同时有较强的保湿功能。霍霍巴油婴儿润肤乳作为一种儿童专用的护肤品可通过修复皮肤屏障来降低病变皮肤的敏感性，阻断了过多变应原的直接刺激，加强治疗效果，减少药膏的用量，预防湿疹反复，弥补了皮肤科外用长期出现不良反应的不足。通过本次临床观察，我们得出以下结论，儿童专用护肤品配合外用膏对儿童湿疹的疗效优于单用药膏，有辅助的治疗作用。霍霍巴油婴儿润肤乳与药膏联合外用治疗婴幼儿湿疹可以提高疗效，在观察中无明显过敏等不良反应。但由于观察时间短、病例数少也是本研究存在的不足，日后需要扩大样本进一步验证本研究的结论。

参考文献

1. 申春平, 王榴慧, 马琳等. 除湿止痒软膏治疗轻度婴儿期特应性皮炎的有效性及安全性多中心临床研究[J]. 中华皮肤科杂志. 2017, 50(4):279-282.
2. 陈旭, 鞠梅, 顾恒等. 复方多粘菌素B软膏联合地奈德乳膏治疗亚急性/慢性湿疹的多中心、随机、双盲、平行对照临床研究[J]. 中华皮肤科杂志. 2016, 49(8):541-546.
3. 李谦, 孙东杰, 王红兵等. 医学护肤品对慢性湿疹辅助治疗作用的观察[J]. 中国皮肤性病学杂志. 2012, 26(7):601-604.

医用射线防护喷剂对紫外线辐射的防护和晒伤愈合过程的催化作用疗效观察

毛越苹 苏芳英

(中山大学孙逸仙纪念医院)

[摘要] 背景: 紫外线照射皮肤可产生活性氧 (ROS), ROS可以氧化核酸、蛋白质和脂质, 从而导致急性和慢性皮肤损伤。长时间的紫外线照射可导致光老化等皮肤问题。本研究旨在评价局部应用SOD能预防以及减轻长波紫外线 (UVA) 及中波紫外线 (UVB) 照射引起的皮肤损伤。

方法: 本实验招募十五名Fitzpatrick III型皮肤的健康志愿者参与。实验使用ZQ-II® 医用射线防护喷剂 (SOD抗自由基喷剂), 将其涂抹于参与者的左侧腹部及背部皮肤, 30分钟后进行UVA照射左侧腹部皮肤15' 23 "作为实验组, 同样照射右侧对称部位为对照组。UVB照射左侧背部皮17.6 "肤作为实验组, 右侧对称皮肤为对照组。24小时后由专业医师对照射部位皮肤红斑进行评分[0, (+), 1+, 2+, 3+]。每天于左侧腹部和左侧背部上部的红斑部位涂抹SOD两到三次。

结果: 在UVA防护效果中, SOD使用组的数值高于非SOD使用组的数值 ($P = 0.006$), 意味着SOD使用组比非SOD使用组有更多的非红斑部位。另一方面, 在2+组中, 非SOD使用组的数值高于SOD使用组的数值 ($P = 0.006$), 说明非SOD使用组比SOD使用组有更严重的红斑。在实验7天后, 我们在SOD使用组和非SOD使用组的对比中评估了晒伤愈合过程的分析。在UVA以及UVB的照射下, SOD使用组和非SOD使用组均有显著差异 ($P < 0.05$)。

结论: 在评估了所有实验结果后, 本实验表明, 在皮肤愈合过程中局部应用SOD能显著的防止UVA引起的皮肤损伤, 并减轻由UVB和UVA诱导造成的皮肤损伤。

关键词: 超氧化物歧化酶 (SOD); 紫外线; 晒伤; 红斑。

1. 简介

太阳辐射中的紫外线 (UV) 分为三种类型: 紫外线A (UVA, 320~400nm), 紫外线B (UVB, 280~320nm) 和紫外线C (UVC, 200~280nm)。然而, 陆地上接收到的太阳紫外线辐射主要由UVA和部分UVB组成, 因为波长小于295nm的紫外线会被平流层中的臭氧层所阻挡。虽然UVA光子的能量比UVB的低约1000倍, 但它们仍然可以穿透皮肤, 并在真皮中通过调节细胞外基质 (ECM) 来引起皮肤老化。此外, 据报道UVA能产生引起氧化应激反应的活性氧 (ROS), 导致细胞死亡。因此, UVA是皮肤光老化的主要因素之一。

作为人体最大的器官, 皮肤围绕并保护我们的身体免受外部环境的影响。皮肤由两层组成, 即表皮和真皮层, 他们由结缔组织组成, 其中包含成纤维细胞, 基质蛋白质及其他成分等。研究表明, 人类皮肤中的成纤维细胞是真皮的主要成分, 并比角化细胞更容易接收UVA导致皮肤重构。

为防止ROS损伤, 皮肤配备了一个大型的抗氧化酶网络, 如超氧化物歧化酶 (SOD) 和过氧化氢酶, 以及可协同抵消氧化应激反应的非酶抗氧化剂。许多研究表明, 紫外线照射后SOD活性急剧下降, 导致氧化应激和慢性皮肤损伤。但是SOD的减少可通过外源补充或内源调整来补偿, 其结果是角化细胞对氧化应激诱导的损伤更具抗性。

据我们所知, 之前还没有在SOD的研究中使用过于水溶液中组合冻干粉末与姜黄粉的这种配方。它被开发成专门用来预防和减轻医用射线等理化因子产生的自由基对人体皮肤及粘膜组织所造成的损伤。在为期1周的测试中显示它对皮肤有明显改善。此外, 我们想评估SOD的局部应用是否可以保护和治疗人体紫外线 (UVA和UVB) 照射引起的皮肤损伤

2. 材料和方法

2.1 研究对象

在这项临床研究中招募了15名Fitzpatrick III型皮肤的健康志愿者。所有受试者均无日光性皮肤病史, 无系统使用或局部外用光敏性药物史, 无光疗史。在阳光明媚的实验场地, 在实验开始前2个月内不允许他们做日光浴以及被阳光照射上背部和腹部区域。

2.2 试剂

ZQ-II® 医用射线防护喷剂 (SOD抗自由基喷剂) (图1.) 主要成分为超氧化物歧化酶 (活力不得低于1000U/ml) 及其稳定剂, 以冻干粉形式存在于可加盖喷泵的避光A瓶中, 其他辅料 (姜黄素、山梨醇、山梨酸钾) 以水溶液形式存在于加盖的B瓶中。使用时, 旋开B瓶盖, 将B瓶液体倒入A瓶中, 拧紧A瓶喷雾泵, 上下摇动数次, 溶解并摇匀, 即可喷涂使用。每10平方厘米

喷0.2ml（每次喷雾量约为0.2ml）。这款产品由珠海市雅莎医疗器械有限公司提供，他被开发为预防和减轻由医用射线等理化因素产生的自由基对人体皮肤、粘膜组织造成的损伤。

2.3 仪器

仪器光源为SUV1000型日光紫外线模拟器(上海希格玛高技术有限公司)。灯管为短弧氙灯，功率1000W，UVA/UVB辐照计由上海希格玛公司生产(通过美国Solar PMA系列辐照计校正)。MED测定器被分为剂量依次递减的8个照射孔，孔面积为1cm²，照射距离为10cm，电压为220V，电流为40A。UVA功率为15.0~65.0mw/cm²，uVB功率为0.5~3.4mw/cm²。

2.4 方法

2.4.1 涂抹SOD及照射UV



图.1 ZQ-II®医用射线防护喷剂（SOD抗自由基喷剂）。

本研究时间为2017年3月26日至2017年5月18日，研究部位为腹部脐两侧及背部上部两侧。ZQ-II®医用射线防护喷剂（SOD抗自由基喷剂）应用于腹部和背部上部皮肤的左侧。经过半小时的预处理，腹部两侧用SUV1000（SUV1000型日光紫外线模拟器）产生的UVA照射15分钟，每侧23秒（15'23"），上背部皮肤两侧均用SUV1000产生的UVB照射17秒，每边6毫秒（17.6"）。受试者每天局部应用SOD两次或三次，涂在左侧腹部和左侧背部上部的红斑区域皮肤，持续一周。

2.4.2 对红斑的评估

当人体皮肤暴露于紫外线辐射时，其血管扩张引起红斑。除了红斑外，由于紫外线辐射，皮肤中还会发生其他几种事件，比如炎症反应、血管通透性增加，血流变化和对表皮细胞的损伤。在最小红斑剂量（MED）测试后约24小时（22-26小时），临床评估红斑程度，通常分为5个等级：0：无红斑；（+）：只是可察觉的红斑；1+：具有明确界限的红斑；2+：触诊时发红和硬结（皮肤水肿）的红斑；3+：触诊时皮肤周围（皮肤水肿）上方有带边界的红斑。

2.4.3 统计学处理

主观红肿分类转换成线性等级：0 = 0，

(+)=0.5, 1+=1.0, 2+=2.0, 3+=3.0。采用SPSS 22 (SPSS Corporation, Chicago, USA) 软件中的独立t-检验进行统计学分析，P<0.05为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 SOD使用组与非SOD使用组在UV防护方面的对比

3.1.1 UVA防护结果

24小时后，15名健康志愿者在腹部两侧接受UVA评估。基于红斑程度，3+（3.0）是最严重的红斑，但在本研究中，由于我们没有发现任何3+（3.0）结果，所以我们没有将该种结果置于统计学分析之中。我们可以看出，图3显示，在0类中，SOD使用组的数值高于非SOD使用组（P = 0.006），意味着SOD使用组比非SOD使用组具有更多的非红斑部位，另一方面，在2+类中，非SOD使用组的数值高于SOD使用组（P = 0.006），表明非SOD使用组比SOD使用组有更严重的红斑。

3.1.2 UVB防护的结果

24小时后，15名健康志愿者接受了背部上部



图.2 一名皮肤III型志愿者皮肤照射后24小时的红斑反应。受UVA照射的八个区域位于左下角。SOD使用组主观红斑评估（1-8号）：0；0；0；（+）；（+）；（+）；（+）；1+。非SOD使用组主观红斑评估（第1-8项）：0；（+）；（+）；（+）；（+）；（+）；（+）；1+。

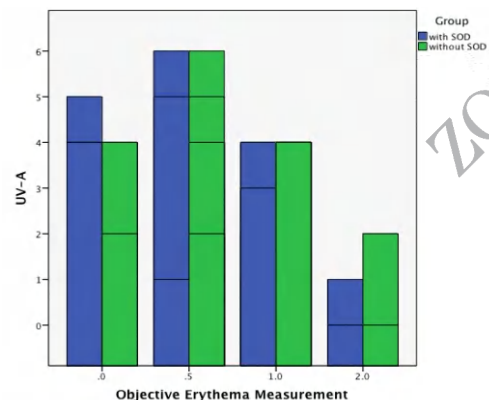


图.3 在15名志愿者中，SOD使用组和非SOD使用组的预防UVA辐射的比较图。主观红斑分类：0=0，（+）=0.5, 1+=1.0, 2+=2.0。

两侧的UVB评估。在UVB照射后，SOD使用组 ($P > 0.05$) 和非SOD使用组 ($P > 0.05$) 的红斑分类与UVA照射的无明显差异。

3.2 作为一种晒伤愈合过程的催化剂，SOD使用组和非SOD使用组的比较



Fig. 4. 八个位置的UVB照射及反应如左下角所示。SOD使用组的主观红斑评估(1-8号): 0;0;0;0; (+); 1+; 1+; 1+。非SOD使用组的主观红斑评估(第1-8号): 0;0; 0; 0;1+;1+;1+;1+。

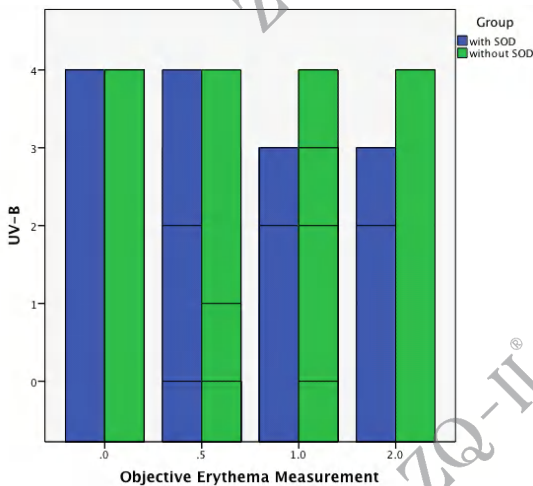


图.5 15名志愿者中SOD使用组和非SOD使用组预防UVB照射的比较图。主观红斑分类: 0 = 0, (+) = 0.5, 1+ = 1.0, 2+ = 2.0。

在所有受试者接受UVA和UVB照射后，一周内他们每天在左侧腹部及左侧背部上部局部施用SOD两次或三次。在图6中，对于UVA和UVB照射，SOD使用组和非SOD使用组有显著差异 ($P < 0.05$)。

4. 讨论

本临床试验为了明确ZQ-II® 医用射线防护

喷剂 (SOD抗自由基喷剂) 对于UVA及UVB所致人皮肤光损害的修复作用。光老化皮肤变得粗糙，卵石，粗糙，呈不规则色素沉着和毛细血管扩张，以及粗、细皱纹。所以，皮肤光老化所致的皮肤美容问题及光损害导致的皮肤问题是促使患者尤其是女性患者门诊就诊的原因。既往研究表明，UVA是导致人类皮肤光老化的原因之一，同时，研究认为长时间的光暴露与基底细胞癌、鳞状细胞癌以及黑色素瘤相关。本实验结果表明ZQ-II® 医用射线防护喷剂 (SOD抗自由基喷剂) 可通过外源性的补充SOD，形成细胞的抗氧化防御，减少UVA和UVB引起的急性皮肤损伤和红斑面积。从本实验结果来看，SOD可以修复UVA所致人体皮肤光损害，说明SOD在光损害治疗中的重要作用。

通过补充角质化细胞的抗氧化性防御，超氧化物歧化酶减少了由紫外线诱导和紫外线引起的皮肤损伤和红斑反应。

总之，上述结果再次强调了超氧化物歧化酶保护人类皮肤免受紫外线伤害的重要性，同时也表明，在晒伤后的愈合过程中，超氧化物歧化酶是一种很有前途的策略。

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference			
Pair 1	UVB-SOD1 UVB-SOD7	2.2000	1.4278	.3587	1.6706	3.0291	7.683	.000
Pair 2	UVB-SOD1 UVB-SOD7	3.0000	1.5163	.3900	2.2403	3.9280	7.862	.000
Pair 3	UVB-SOD1 UVB-SOD7	1.2000	1.8107	.4673	-.1979	2.2627	2.667	.022
Pair 4	UVB-SOD1 UVB-SOD7	4.9667	1.6368	.4173	3.9106	2.0538	4.147	.001

Fig. 6. 配对样本测试显示，SOD使用组或非SOD使用组在UV辐射的愈合过程中有明显差异 ($P < 0.05$)。

左旋VC精华液外治黄褐斑47例疗效观察

马玲 应红

浙江中医药大学杭州 310009

张理梅

浙江中医药大学附属第三医院皮肤科

关键词：黄褐斑左旋VC精华液疗效观察

黄褐斑是临床常见由多因素所致的色素沉着性皮肤病，好发于中青年女性，其发病率有渐趋增加之势。黄褐斑病情顽固，目前尚无特效治疗方法，且由于影响容貌，大部分患者有不同程度的心理障碍，影响临床治疗效果。本研究选择优白素治疗面部黄褐斑，效果令人满意，现总结报道如下。

1、临床资料

2011年8月—2012年12月门诊就诊的面部黄褐斑患者47例，均为已婚女性，年龄35~50岁，平均42岁；病程1~10年，平均7年，以3~5年居多。均符合临床诊断标准[1]，治疗前一个月未使用过影响色素代谢的药物，近1个月未对黄褐斑进行系统治疗。发病前可能的诱发原因有：遗传9例，日晒7例，妊娠时发病7例，化妆品使用后出现4例，精神因素3例，原因不明17例。

2、治疗方法

将面部用温水洗净，擦干后涂适量左旋VC精华液(珠海雅莎生物科技股份有限公司)生产，成分：水、甘油、丙二醇、透明质酸、甘草酸二钾、熊果苷、左旋VC磷酸酯、生育酚乙酸酯、抗坏血酸、羟苯甲酯、羟苯丙酸。修复因子：水、甘油、丙二醇、三乙醇胺、卡波姆、透明质酸、乙二胺四乙酸二钠于患处，轻轻按摩5min，待干后涂上适量配套的修复因子并按摩5min，每晚1次，1个月为1个疗程。1个疗程后判定疗效。外用优白素的同时，根据患者情况中医辨证分型，配合内服自拟中药祛斑汤。

注意事项：①治疗期间停用任何化妆品。②面部使用适量保湿润肤的护肤品。③左旋VC精华液每使用1滴即可，不可过量。④注意防晒。

3、结果

3.1疗效标准基本治愈：肉眼视色斑面积消退>90%，颜色基本消失；显效：色斑面积消退61%~90%，颜色明显变浅；有效：色斑面积消退31%~60%，颜色有所变浅；无效：色斑面积消退≤30%，颜色变化不明显。有效率以基本治愈加显效计。

3.2结果按以上疗效标准统计，47例中基本治愈3例，显效35例，有效6例，无效3例，有效率为80.9%。治疗后最快起效时间为2周。其中病程<5年的患者有效率为83.0%，非遗传因素患者有效率为67.0%。

3.3不良反应治疗期间外涂左旋VC精华液后1周出现局部皮肤发红、刺痒2例，偶有红色小丘疹出现，停药后症状消失。

现代医学认为，黄褐斑主要与内分泌、紫外线、遗传等因素有关，其病理改变[2]为皮损处黑色素细胞的黑色素形成活跃，皮肤基底层黑色素增加。黑色素形成是酪氨酸酶一系列氧化反应的结

4、讨论

果，目前对黄褐斑患者全身及局部的治疗目的是阻止黑色素细胞增生，抑制黑色素小体的形成和促使其分解。左旋VC精华液主要成分熊果苷能有效抑制皮肤中的酪氨酸酶活性，阻断黑色素的形成，通过自身与酪氨酸酶直接结合，加速黑色素的分解与排泄，从而减少皮肤色素沉积。有研究表明[3]，熊果苷可破坏黑色素细胞的增殖功能，抑制细胞生长，提示熊果苷具有一定的细胞毒性。另一主要成分左旋VC磷酸酯可以快速还原、抑制、排除黑色素，中和氧自由基，并修复和保护紫外线对皮肤的损害，从而实现皮肤的祛斑、美白作用。其他成分如生育酚乙酸酯具有抗氧化、吸收紫外线的作用。

本组结果显示，优白素治疗黄褐斑起效快，效果显著，不良反应少，大大增加患者的治疗信心，提高患者就诊的积极性，在此基础上结合中医药辨证施治，对患者进行整体调理，从而取得满意疗效。治疗期间，笔者发现病程短者使用左旋VC精华液后约20天左右即见明显改善，据此认为外用左旋VC精华液对比较表浅的色素效果好，同时加用修复因子修复表皮，减轻了左旋VC精华液对皮肤的轻微刺激，保湿滋润皮肤，大大降低不良反应。对于治疗中出现的2例不良反应，原因是患者自身的面部皮肤较薄，属于敏感肌肤。所有患者1个疗程后停用左旋VC精华液，继续服用中药2~3个月左右，患者症状进一步改善，说明中药内服对机体整体调理、辨证论治，对位置较深的色素有一定疗效。

参考文献

- [1] 中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病组.黄褐斑的临床诊断和疗效标准(2003年修订稿)[J].中华皮肤科杂志,2004,37(7):440.
- [2] 王侠生,廖康煌,杨国亮.皮肤病学[M].上海:上海科学技术出版社,2005:109-110.
- [3] 宋琦如,李吴萍,沈光祖.熊果苷对皮肤黑色素细胞的生物学效应[J].宁夏医学院学报,2004,26(5):313-316.

刺络拔罐联合光子冷凝胶（皮肤修复乳）治疗面部激素依赖性皮炎疗效分析

张海贞 边东达 郗永涛 周静芳 刘会军

（河北省皮肤病防治院，河北 保定 071000）

[摘要] 目的：观察刺络拔罐联合光子冷凝胶（皮肤修复乳）治疗面部激素依赖性皮炎的疗效。方法 50例面部激素依赖性皮炎患者随机分成两组，治疗组26例接受刺络拔罐治疗，同时外用光子冷凝胶（皮肤修复乳），对照组24例接受口服盐酸左西替利嗪片，外用维生素E乳膏，均治疗8周。结果两组患者治疗8周后，治疗组症状改善优于对照组，治疗组有效率高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论 刺络拔罐联合光子冷凝胶（皮肤修复乳）能有效治疗面部激素依赖性皮炎。

[关键词] 激素依赖性皮炎；刺络拔罐；光子冷凝胶（皮肤修复乳）

糖皮质激素依赖性皮炎是长期外用含糖皮质激素的制剂后突然停药导致原有的皮肤病复发、加重，迫使患者再次使用糖皮质激素。近年来由于糖皮质激素使用不当或滥用，导致该病发病率不断上升，成为继湿疹、银屑病、痤疮、荨麻疹之后的第五大门诊皮肤病。[1]发生于面部的激素依赖性皮炎较常见，本病程较长，易反复发作，治疗较为棘手，严重影响患者的生理及心理健康。为提高对本病的治疗效果，降低复发率，我院于2015年10月～2016年8月采用刺络拔罐联合光子冷凝胶（皮肤修复乳）治疗面部激素依赖性皮炎，取得较好的疗效。现报告如下：

1、资料与方法

1.1 临床资料 50例患者均来自我院皮肤科门诊，符合面部激素依赖性皮炎诊断标准[2]。

入选标准：

①外用糖皮质激素>2个月；②出现糖皮质激素依赖或反跳现象，即应用糖皮质激素后病情减轻，停药后病情加重；③客观症状：面部红斑或潮红，丘疹，脱屑，毛细血管扩张等。主观症状：自觉有灼热、瘙痒、疼痛及紧绷感。排除标准：①瘢痕疙瘩患者；②正在使用或在试验前1月内系统应用糖皮质激素或免疫抑制剂患者；③妊娠或哺乳期妇女；④面部患有脂溢性皮炎、红斑狼疮、颜面难辨认癣等皮肤病；⑤有严重心血管、肝肾等脏器疾病者及精神病患者；⑥正在使用或试验前1个月使用过同类外用乳膏及护肤品者。

50例患者中女44例，男6例；年龄（18～58）岁，平均34.7岁。病程4个月～9年。随机分为两组：治疗组26例，对照组24例。两组性别、年龄、病程及病情严重程度差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。所有受试者愿意接受并遵守治疗方案，签署知情同意书。

1.2 治疗方法 两组患者均停用所有糖皮质激素外用制剂及一切可疑的化妆品，避免日晒。治疗组给予刺络拔罐法，选穴以大椎、肺俞（双）、肝俞（双）、脾俞（双）为主，首先用手按揉选穴部位，使局部皮下血液淤积，然后用2%碘酒消毒皮肤，再以75%乙醇脱碘。用已消毒

的三棱针快速点刺出血后，在点刺部位立即拔罐，注意罐要避开出血孔，留罐10min，以每穴出血（5～10）ml为度，起罐后用无菌棉球将皮肤擦拭干净，留罐期间注意观察出血情况，每周1次。刺络拔罐后2天内，皮损局部避免碰水，以防感染；同时给予面部外用光子冷凝胶（珠海市雅莎生物科技有限公司）。对照组给予口服盐酸左西替利嗪片（迪皿，重庆华邦制药股份有限公司）5mg，1次/d；同时给予面部外用维生素E乳膏（本院自制），2次/d。疗程均为8周。两组患者均在初次就诊、治疗8周后用VISIA皮肤测试仪（美国）进行皮肤测试。治疗期间避免食用辛辣刺激等食物，给予心理疏导，减轻患者焦虑等不良情绪。

1.3 疗效评定

1.3.1 临床评分症状积分评定标准：按四级评分法评分：瘙痒：剧烈瘙痒，难以忍受或严重影响睡眠及工作为3分；阵发性瘙痒，可以耐受但影响睡眠及工作为2分，轻度瘙痒，不影响睡眠及工作为1分，无瘙痒为0分。灼热：重度3分；中度2分；轻度1分；无0分。干燥：重度3分；中度2分；轻度1分；无0分。红斑：深红3分；明显发红2分；淡红1分；无红斑0分。肿胀：重度3分；中度2分；轻度1分；无0分。丘疹：>100个3分；（50～100）个2分；<50个1分；无丘疹0分。毛细血管扩张（面积）>10cm²为3分；（5～10）cm²为2分；<5cm²为1分；无0分。以上各项相加为总积分，计算治疗前后皮损严重程度积分值。根据积分下降指数进行评价：积分下降指数=（治疗前积分-治疗后积分）/治疗前积分×100%，积分下降指数>90%为痊愈；60%≤积分下降指数<90%为显效；20%≤积分下降指数≤59%为好转；积分下降指数<20%为无效。痊愈率加显效率为总有效率。分别在治疗8周后记录疗效及不良反应，疗效指数若为痊愈即停止治疗。疗程结束后2个月随访，观察复发情况。所有评分均由同一医务人员完成。

1.3.2 皮肤测试评分 根据VISIA皮肤测试仪检测的红色区域、紫外线斑及纹理的绝对值计分。首先清洁面部，15分钟后用VISIA拍摄患者面部图像。分析区域尽量避免反光区域和头发干扰。所有检测工作均由同一工作人员作。

1.3.3 安全性评价 观察患者对治疗是否耐受, 是否有感染及面部外用护肤品后是否过敏及刺激等不良反应。

1.4 统计学分析 所有数据采用 SPSS20.0 统计学软件分析, 计量资料采用 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2、结果

2.1 两组治疗前后症状积分比较 两组患者治疗前症状积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 8 周后, 治疗组症状积分明显低于对照组, 有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 1)。

表 1 两组患者治疗 8 周前后症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	26	13.25 ± 2.73	3.37 ± 2.68
对照组	24	12.79 ± 2.57	6.98 ± 3.04

2.2 两组治疗 8 周临床疗效比较 治疗组有效率在治疗 8 周后显著高于对照组 ($P < 0.05$), 有统计学意义 (表 2)。

表 2 两组患者治疗后临床疗效比较 (例)

组别	n	治愈	显效	好转	无效	有效率 (%)
治疗组	26	10	13	2	1	88.46
对照组	24	5	7	9	3	58.33

$\chi^2 = 5.89, P = 0.015$

2.3 两组皮肤测试评分比较 治疗组治疗 8 周后红色区域绝对值、纹理绝对值较治疗前明显下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 紫外线绝对值较治疗前差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。对照组治疗后红色区域绝对值较治疗前降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 纹理绝对值、紫外线绝对值较治疗前差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。两组治疗前红色区域绝对值、纹理绝对值、紫外线绝对值差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 治疗组治疗 8 周后红色区域绝对值、纹理绝对值低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 紫外线绝对值较治疗前差异无统计学意义 ($P > 0.05$) (表 3)。

表 3 两组患者治疗前后皮肤测试评分比较 (分)

组别	n	时间	红色区域	紫外线	纹理
治疗组	26	治疗前	4.56 ± 2.35	8.95 ± 2.87	5.27 ± 3.29
		治疗后	3.22 ± 1.56	8.83 ± 3.06	3.29 ± 2.82
对照组	24	治疗前	4.69 ± 1.98	9.06 ± 2.96	5.31 ± 2.85
		治疗后	3.89 ± 1.85	8.97 ± 3.13	5.26 ± 2.77

2.4 不良反应 治疗组穴位点刺时部分患者诉自觉轻微疼痛感, 可耐受; 拔罐过程中未出现烫伤、局部水疱等情况; 治疗后未出现感染等情况; 患者面部未出现过敏及刺激反应。

2.5 两组随访 2 个月后临床疗效比较 两组随访 2 个月后治疗组疗效明显优于对照组, 差异

有统计学意义 ($P < 0.05$) (表 4)。

表 4 两组随访 2 个月疗效比较

组别	n	治愈	显效	好转	无效	有效率 (%)
治疗组	26	10	11	1	4	76.92
对照组	24	5	4	8	7	45.83

$\chi^2 = 5.12, P = 0.024$

3、讨论

糖皮质激素具有抗炎、抗过敏及免疫抑制等作用 面部长长期外用激素会导致激素依赖性皮炎, 随着人们生活水平的提高, 对本病的防治日益受到关注。激素依赖性皮炎在传统中医书籍中无记载及阐述, 中医认为, 激素类药物助阳生热, 患者面部长长期外用糖皮质激素, 日积月累, 导致热邪侵袭肌肤腠理, 减弱卫外功能, 外邪容易侵袭 [3]。面部激素依赖性皮炎虽病在颜面部皮肤, 却是脏腑功能失调的外在表现。背俞穴为五脏六腑之经气输注于背部的特定部位, 具有调节脏腑功能的作用 [4]。刺络拔罐是刺络放血法与拔罐法相结合的方法, 直接作用于络脉及皮肤, 祛瘀通络, 理气活血, 使气血运行正常。现代研究认为, 刺络放血是对血管和血液的特异性双重刺激, 血管及内皮细胞具有重要的内分泌功能, 同时不同单位的血管功能活动均具有各自独特的性质, 这为选择特异性部位 (穴位) 刺血以治疗相应的疾病提供的科学依据 [5]。拔罐利用燃烧、抽吸、蒸汽等方法造成罐内负压, 使罐吸附于腧穴或体表的一定部位, 具有通经活络、祛风散寒等功效。具有调整机体体液免疫、红细胞免疫及促进体内代谢物排出的作用 [6]。笔者以大椎、肺俞、肝俞、脾俞为主, 泻颜面之热、肺气宣发、调畅气机、健脾和胃, 减轻患者颜面潮红、瘙痒及丘疹等症状。

本病发病原因目前尚不明确, 可能与激素抑制角质形成细胞、成纤维细胞等的增殖及分化, 导致角层细胞及胶原合成减少, 角层含水量降低, 皮肤屏障功能受损有关。恢复皮肤屏障功能对治疗激素依赖性皮炎具有重要意义 [7]。光子冷凝胶 (皮肤修复乳) 的主要成分为寡肽-1、透明质酸及天然植物提取成分。寡肽-1 具有加速皮肤和黏膜创伤愈合, 促进表皮再生的功效; 透明质酸具有保湿、抗皱、修复及减少炎症介质分泌的作用; 天然植物提取成分可补充皮肤所需的水分和养分, 增强皮肤屏障功能 [8]。

美国 VISIA 皮肤检测仪即皮肤图像分析系统, 能对皮肤特征进行定量分析, 通过 1200 万像素的摄像头运用白光、紫外光和横截面偏振光三次三个角度呈像。其中白光呈像肌肤表面可见斑点、毛孔及细纹; 紫外光曝露紫外线色斑和面部感染度问题; 偏振光分析肌肤的血管情况、肤色均匀度 [9]。VISIA 从红色区域、斑点、紫外线色斑、棕色斑、皱纹、毛孔、紫质、纹理等指标对皮肤进行量化分析,

皮肤炎症区域或毛细血管扩张区域可由红色区域代表,纹理是肌肤缺水或胶原蛋白断裂导致的肌肤褶皱,其绝对分值的变化可反映皮肤屏障功能的变化情况,紫外线色斑则反映皮肤基底层的黑素细胞情况,因此,红色区域、纹理、紫外线色斑和皮肤屏障的相关性较大,笔者从以上三方面进行分析。本研究采用患者主观感受、医生主观评价和VISIA皮肤检测仪客观评价相结合的方法,治疗8周后结果显示,治疗组症状积分低于对照组,有效率高于对照组,VISIA评分红色区域及纹理分值低于对照组,随访2个月后治疗组有效率仍高于对照组,提示刺络拔罐联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)可有效减轻患者面部红斑、丘疹等炎症症状,恢复皮肤屏障功能,疗效优于对照组,且复发率低,值得推广。

参考文献

[1] 王玉玺,王松岩,王俊志.皮质类固醇激素依赖性皮炎[J].中国皮肤性病学杂志.2004,18(9):570-572.

[2] 中国医师协会皮肤科分会美容专业组.激素依赖性皮炎诊治指南[J].临床皮肤科杂志.2009,38(8):549-550.

[3] 陈骏,郑颖.面部激素依赖性皮炎中西医外治进展[J].中国美容医学.2013,22(2):312-314.

[4] 赵长君.梅花针治疗激素性皮炎160例[J].中国针灸,1994,(增刊):445.

[5] 徐斌.刺络放血疗法的血管生物学基础[J].中国临床康复,2004,8(24):5126-5127.

[6] 洪寿海,刘阳阳,郭义.拔罐疗法作用机理的研究进展[J].河南中医,2012,32(2):261-263.

[7] 起钰,顾华,汤葐,等.表皮蛋白质及板层小体对激素依赖性皮炎皮肤屏障变化的影响[J].中华皮肤科杂志,2012,45(2):87-90.

[8] 卢晓龙.皮肤修复乳治疗激素依赖性皮炎疗效观察[J].中国中西医结合皮肤性病学期刊,2014,13(4):227-229.

[9] 邹先彪,张理涛,温海.皮肤成像技术的种类及应用前景[J].中国中西医结合皮肤性病学期刊,2014,13(1):37-38.

愈敏敷料联合LED红蓝光治疗面部激素依赖性皮炎 临床观察

张佩丽, 姚芹, 王志兰, 陈健

(首都医科大学附属北京佑安医院皮肤科, 北京市, 100069)

【摘要】 目的 观察外用愈敏敷料联合LED红蓝光治疗面部激素依赖性皮炎疗效。方法 将60例面部激素依赖性皮炎患者采用随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组: 30例, 外用愈敏敷料; 对照组: 30例, 外用维生素E乳膏; 两组患者均联合LED红蓝光照射治疗, 疗程4周。结束后2周随访。结果 治疗组和对照组经4周治疗后, 有效率分别为66.7%和26.7%, 差异有统计学意义($P<0.01$); 治疗组红斑、丘疹皮损迅速缓解, 脱屑、渗出改善次之, 对照组红斑、脱屑皮损起效迅速, 丘疹、渗出改善次之; 结束后2周随访, 复发率分别为6.7%和10.0%, 差异无统计学意义($P=1.000$)。结论 外用愈敏敷料联合LED红蓝光照射治疗面部激素依赖性皮炎安全有效, 无不良反应。

【关键词】 面部糖皮质激素依赖性皮炎; 燕麦生物碱; 愈敏敷料; LED; 疗效观察

Observation of clinical effects on treatment facial corticosteroid addictive dermatitis with Yumin liquid dressing combined with LED Red-Blue

CHEN Yu-xin, LI Juan, SUN Xin, SONG Ying-xue, WU Fang-fang, GAO Yan-qing
Department of Dermatology, Beijing YouAn Hospital, Capital Medical University, 100069, China

【Abstract】 Objective To observe the clinical effects of Yumin liquid dressing joint LED red-blue in patients with facial corticosteroid addictive dermatitis. Methods 60 patients were randomly divided into two groups, 30 patients as treated group were treated with LED red-blue joint Yumin liquid dressing; 30 patients as control group were treated LED red-blue joint Vitamin E cream. The treatments lasted four weeks. Results At four weeks later of treatment, the effective rates of the treatment group and the control group were respectively 66.7% and 26.7%. There were significant differences between two groups ($P<0.01$). There was quick effective for erythema and pimples, a little slower effective for desquamation and exudation in the treatment group. Nevertheless there was quick effective for erythema and desquamation, a little slower effective for pimples and exudation in the control group. In the following two weeks, the reoccurrence rates of the treatment group and the control group were respectively 6.7% and 10.0%. There were no significant differences ($P=1.000$). Conclusion Yumin liquid dressing joint LED red-blue may be a safe and effective treatment for facial corticosteroid addictive dermatitis patients.

□ Key words □ Facial corticosteroid addictive dermatitis; Avenanthramides; Yumin liquid dressing; LED Red-Blue; Observation of effects

面部糖皮质激素(简称激素)依赖性皮炎(facial corticosteroid addictive dermatitis, FCAD), 病因多为面部滥用或误用激素制剂或含有激素成分的化妆品所引起的皮肤慢性炎症。目前治疗本病缺乏安全有效的非激素外用制剂, 虽外用他克莫司软膏有较好疗效, 但除该药对皮肤有一定的刺激作用外, 其治疗本病的安全性和疗效尚有争议。因此, 临床上研发一种新型外用制剂愈敏敷料(主要成份为燕麦生物碱), 具有抗炎抗过敏作用, 可望用于面部激素依赖性皮炎的辅助治疗。笔者于2018年8月2019年4月, 外用复因愈敏敷料联合LED红蓝光照射治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎患者, 疗效良好, 现报道如下:

1 病例与方法

1.1 一般资料和病例选择

60例面部激素依赖性皮炎患者均来自北京佑安医院皮肤科门诊, 共入组60例, 最后60例完成试验, 治疗组男10例, 女20例, 年龄15~62岁, 平均年龄(32.7 ± 12.2)岁, 病程1~60个月, 平均病程(17.9 ± 19.5)个月; 对照组男12例, 女18例, 年龄16~59岁, 平均年龄(33.2 ± 11.0)岁,

病程1~60个月, 平均病程(11.7 ± 14.1)个月。患者自述曾外用含激素的药膏或不明成份化妆品和面膜, 停用后, 面部多出现红斑肿胀、丘疹、干燥脱屑或渗出, 并伴瘙痒、灼痛或紧绷感, 遇冷热或其他刺激后皮损加重, 再次使用激素药膏或化妆品后症状缓解, 停用后又复发甚至加重。采用随机数字表法将入选患者分为2组, 各30例。两组患者的年龄、病程、治疗前皮损积分差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 入选和排除标准

入选标准: ①临床上符合面部激素依赖性皮炎诊断^[1]; ②年龄15~65岁, 男女不限; ③愿意接受愈敏敷料联合LED红蓝光治疗且能遵守治疗方案; ④口头知情同意。排除标准: ①孕妇或哺乳期妇女; ②已知对试验药物及赋形剂过敏及光敏感者; ③系统使用糖皮质激素或免疫抑制剂治疗, 停药时间 <4 周; ④现患脂溢性皮炎、痤疮等影响疗效观察的患者; ⑤已系统使用过雷公藤制剂、激素或四环素类药物; ⑥停用抗生素 <4 周; ⑦患严重的系统疾病, 可能影响结果评估者, 如肝肾疾病、血液系统疾病、自身免疫病、恶性肿瘤、糖尿病、精神病等。

1.3 方法

1.3.1 治疗方法

治疗组：128d时，每日早、晚清洁面部后外用愈敏敷料（产品编号：粤珠械备20170120号，珠海市雅莎医疗器械有限公司）；对照组：128d时，每日早、晚清洁面部后外用维生素E乳膏；所有患者均LED红蓝光（武汉亚格光电技术有限公司生产，红光波长633±10nm，蓝光波长417±10nm）照射面部，20min/次，1次/周，一共4次，连续治疗4周，要求患者不要改变之前的面部洗护习惯，直至试验结束。分别于治疗2周（±2d）时、治疗结束后（±2d）以及停药后2周（±2d）各随访1次，观察疗效和复发情况，记录局部不良反应。治疗期间嘱患者防风吹和日晒，忌刺激性食品，忌用热水沐浴和洗脸。

1.3.2 病情评估

疗效判定标准：据面部激素依赖性皮炎的临床表现，参考近年来相关文献进行评分^[2-3]，客观评价指标包括：红斑肿胀、干燥脱屑、丘疹、渗出，分别按无、轻、中、重分别计为0~3分。疗效判定标准：治疗前、治疗2周后和治疗结束时（4周）及治疗结束后2周分别计算患者积分值，疗效指数=(治疗前评分值-治疗后评分值)/治疗前评分值×100%。痊愈：疗效指数≥90%；显效：疗效指数为60%~89%；好转：疗效指数为20%~59%；无效：疗效指数为<20%。有效率以痊愈+显效病例计算，复发为治疗结束随访2周后痊愈与显效的患者皮损症状总积分较治疗后上升^[3]。

1.3.3 统计学方法

统计学处理用SPSS25.0软件，计量资料采用t检验，有效率比较采用x²检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

2.1.1 治疗前后皮损症状积分

两组患者均未出现脱落及失访病例。治疗4周结束时，两组患者治疗前后红斑肿胀积分由治疗组(2.4±0.7)、对照组(2.3±0.5)下降至治疗组(1.0±0.5)、对照组(1.6±0.6)；丘疹积分由治疗组(0.9±0.9)、对照组(1.1±0.9)下降至治疗组(0.2±0.4)、对照组(0.9±0.7)；干燥脱屑积分由治疗组(1.5±1.3)、对照组(1.4±1.0)下降至治疗组(0.5±1.7)、对照组(0.2±0.4)；渗出积分由治疗组(0.4±0.9)、对照组(0.5±1.0)下降至治疗组(0.1±0.3)、对照组(0.2±0.5)；两组患者上述症状积分治疗前后差异有统计学意义(t治疗组=11.195红斑, 4.551丘疹, 2.571脱屑, 2.567渗出; t对照组=5.769红斑, 2.283丘疹, 6.595脱屑, 2.796渗出; P均<0.05)，见表1。

2.1.2 有效率

治疗2周时，治疗组痊愈加显效6例（

20.0%）；对照组痊愈加显效3例（3.3%），治疗组有效率高于对照组，但两组差异无统计学意义（P=1.108）。治疗4周结束时，治疗组痊愈加显效20例（66.7%），对照组痊愈加显效8例（26.7%），治疗组有效率明显高于对照组，两组有效率比较差异有统计学意义（P=0.002），见表2。

2.1.3 复发率

治疗结束随访2周后，红斑、丘疹、脱屑、渗出积分较治疗结束时上升趋势为复发。对照组复发3例，复发率10.0%，治疗组复发2例，复发率6.7%，两组比较差异无统计学意义（P=1.000）。

2.2 不良反应

治疗过程中，治疗组和对照组在外用愈敏敷料后均未出现刺激症状及其它不良反应，安全性较好。

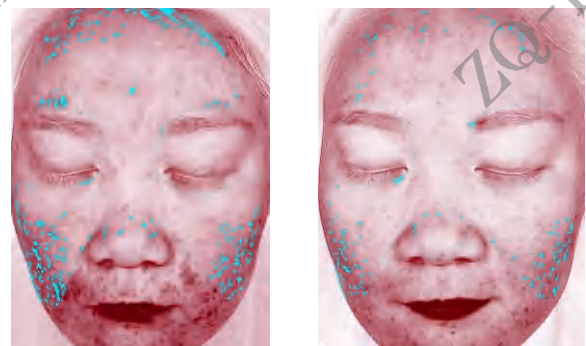
表1 两组患者治疗前后的皮损症状积分比较
Tab.1 clinical score of lesions before and after treatment in two groups

年龄(岁) 病程(月)	红斑(分)		丘疹(分)		脱屑(分)		渗出(分)			
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后		
病例组	32.7±12.2	17.9±19.5	2.4±0.7	1.0±0.5	0.9±0.9	0.2±0.4	1.5±1.3	0.5±1.7	0.4±0.9	0.1±0.3
对照组	33.2±11.0	11.7±14.1	2.3±0.5	1.6±0.6	1.1±0.9	0.9±0.7	1.4±1.0	0.2±0.4	0.5±1.0	0.2±0.5
P	0.877	0.159	0.661	0.001	0.325	0.000	0.734	0.289	0.583	0.302

表2 两组患者治疗期间的疗效比较
Tab.2 Comparison of clinical effects between the two groups of patients during treatment

病例组	随访时间	痊愈	显效	好转	无效	有效率	P
		例数	例数	例数	例数	%	
病例组	2周	0	6	23	1	20.0%*	0.000
	4周	3	17	10	0	66.7%#	
对照组	2周	0	1	18	11	3.3%*	0.030
	4周	1	7	22	0	26.7%#	

*, P=1.108; #, P=0.002

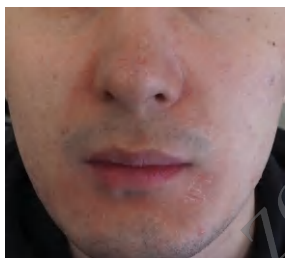




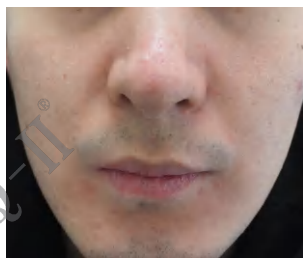
治疗前



治疗后



治疗前



治疗后



治疗前



治疗后

3 讨论

面部激素依赖性皮炎的发病机制尚不完全明确,可能与以下因素有关:①真皮小血管功能失衡,毛细血管扩张;②抑制成纤维细胞与角质形成细胞增殖、分化,引起表皮萎缩和屏障功能受损;③抑制朗格汉斯细胞功能和中性粒细胞趋化作用,造成局部皮肤免疫功能降低,敏感性升高^[4]。所以,其治疗的关键在于解除机体对激素的依赖性,同时恢复皮肤屏障功能并抑制炎症反应。

目前本病治疗的方法主要包括糖皮质激素替代疗法、抗炎药物等,但这些方法的疗效都不确切,且容易复发^[5]。近来有研究显示钙调神经磷酸酶抑制剂他克莫司对面部激素依赖性皮炎有较好的疗效,但除了该药对皮肤有一定的刺激作用外,其治疗本病的安全性和疗效尚有争议。

燕麦生物碱(avenanthramides)是具有环状结构的碱性有机化合物,是一类独特的含氮酚酸类衍生物,也是在燕麦中发现的唯一含氮有机化合物。2003年,加拿大科学家Collins从燕麦中分离并鉴定生物碱成分,并命名为Avenanthramides^[6]。燕麦生物碱的母核结构与临床上应用的一种强效抗组胺及抗炎药物曲尼司特(Tranilast)的结构非常相似^[7,8],经研究发现燕麦生物碱具有强抗氧化性、抑制细胞增殖和消炎止痒等多种生理活性^[9]。Sur等^[10]研究结果

表明,燕麦生物碱提取物可抑制内皮细胞炎症细胞因子的表达,其作用机制是通过抑制I κ B激酶(inhibitor of nuclear factor kappa B kinase, IKK)和抑制蛋白(inhibitor of κ B, I κ B)的磷酸化以及降低内皮细胞I κ B活性而实现的。还证实低浓度燕麦生物碱(1-3 mg/L)可抑制角质形成细胞中核因子NF- κ B(nuclear factor kappa B)的活化,降低炎症细胞因子白细胞介素-8(interleukin-8, IL-8)的释放量^[11]。

研究发现燕麦生物碱是通过抑制组胺信号传导来达到抗炎和止痒的作用。胶体燕麦用于特异性皮炎、银屑病、湿疹、药物性皮炎等皮肤疾病的治疗已有很长的历史^[12,13,14],目前已开发了一种燕麦生物碱衍生物的药物即二羟基-燕麦生物碱(dihydroxy-avenanthramides, DHAVn),被用于治疗与组胺有关的皮肤病如瘙痒、红斑、水泡、晒伤、湿疹等^[15-17]。人们不仅把燕麦(Avenasativa)当做食物的来源,而是把它作为皮肤止痒用途。临床试验证明,燕麦具有治疗干燥性皮肤瘙痒、消炎和减轻皮肤红斑的效果。强效的皮肤消炎和止痒活性,有望使得它能代替糖皮质激素的作用,而应用于各种外用皮肤乳膏产品中,燕麦生物碱的开发利用日益成为国内外学者的研究热点,但国内对燕麦生物碱敷料对于激素依赖性皮炎等湿疹皮炎类疾病的疗效研究鲜有报道。

本项临床研究结果从另一方面证实,含有燕麦生物碱的愈敏敷料对激素依赖性皮炎的治疗具有良好的疗效。使用2周后可以迅速缓解红斑肿胀临床症状,治疗组皮损积分下降指数显著高于对照组,总体其有效率为20.0%,显著高于对照组3.3%;使用4周后,其总体有效率分别为66.7%、26.7%,差异有统计学意义。笔者认为愈敏敷料可用于治疗炎症性皮肤病,因燕麦生物碱具有强大的抗炎和抗过敏特性,联合红蓝光物理治疗过敏性皮肤病可以迅速缓解临床症状,缩短病程,降低复发率。其临床应用机理上能够抑制与炎症发生直接相关的角化细胞核因子NF kappa B- α 降解,从而阻止细胞核因子NF kappa B上p65蛋白亚基的磷酸化,从而阻断细胞炎症的发生环节。另外,燕麦生物碱能够抑制肿瘤坏死因子TNF- α 诱导的NF kappa B降解酶活性,减少炎症因子IL-8的释放^[10,11]。同时燕麦生物碱具有很强的抗过敏作用,能够抑制组胺信号传导而起到高效止痒抗炎作用,快速缓解红斑症状等。起效快,在使用后4周即可收到良好的疗效。在急性炎症被控制后,液体愈敏敷料所含胶态燕麦生物碱具有促愈合作用,可以促进受损皮肤屏障的修复,同时亦可也可促进表皮脂类屏障的合成,更有利于恢复并重建皮肤的屏障功能。

LED红蓝光治疗仪主要是通过高纯度、高功率密度的红蓝光对皮肤进行照射,可改善表皮细胞结构功能,促进弹性蛋白与胶原蛋白生成,使炎症老化肌肤修复,还具有消炎杀菌和生物调节效应^[7]。同时,LED治疗仪所用的窄谱光源为一

种冷光，无高热，可实现光能至细胞内能量的转变，且特有的生物学效应刚好能缓解面部激素依赖性皮炎的局部炎症反应，使病患面部皮肤屏障功能得以恢复[8]。其中红光（波长633nm±10nm）能很好的调节线粒体光生物作用，导致线粒体胞膜刺激结构出现变化，获得能量，上调或下调细胞基因表达活性，对巨噬细胞起到刺激作用，出现更多的细胞因子，使真皮乳头层胶原合成增加，进而有效抑制炎症，促创面愈合；而蓝光（波长417nm±10nm）可在体内形成单态氧，消灭患者创面内多种细菌，还具有生物调节效应，可平衡机体内油脂分泌，降低皮损数量、抑制皮脂腺分解及病变反复，对治疗后预防患者复发有重要作用。

笔者的临床初步观察发现，治疗面部激素依赖性皮炎外用胶态燕麦生物碱联合LED红蓝光照射后4周大多数患者即获得明显而肯定的疗效，部分病例皮损持续好转，其疗效稳定，临床上获得满意的效果。笔者同时观察到停药后2周病情变化，仅发现治疗组2例患者的症状总积分上升，对照组3例患者症状总积分较停药前上，尽管未发现多数患者其症状总积分较治疗前有明显的升高，但反应4周的疗程不能使所有患者皮肤炎症过程和皮肤屏障稳定持久的恢复，有必要进一步扩大样本量，延长疗程后观察其疗效。

治疗组中患者外用愈敏敷料后，局部没部出现红斑加重、灼痛等刺激症状，表明愈敏敷料治疗面部激素依赖性皮炎无不良反应。

综上所述，外用愈敏敷料联合LED红蓝光治疗FCAD患者疗效显著，可明显改善患者皮损症状，安全性良好。

[参考文献]

1. 田分, 张守民. 激素依赖性皮炎及其诊疗. 医学综述, 2005, 11(10): 911-912.
2. 王宝玺, 土松岩, 毛俊志. 皮质类固醇激素依赖性皮炎. 中国皮肤性病杂志, 2004, 18(9): 570-571.
3. 郝飞, 钟华. 他克莫司软膏治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎临床疗效观察. 临床皮肤科杂志, 2007, 36(1): 54-57.
4. Hengge UR, Ruzicka, Schwartz RA, et al. Adverse effects of topical glucocorticosteroids. J Am Acad Dermatol, 2006, 54(1): 1-15.
5. 陆洪光. 面部糖皮质激素依赖性皮炎. 临床皮肤科杂志, 2006, 35(10): 682-683.
6. Fagerlund A, Sunnerheim K, Dimberg LH. Radical-scavenging and antioxidant activity of avenanthramides. Food Chem, 2009,

113(2): 550-556.

7. Anonymous. Agriculture and food Science, Study data from University of Ulster update knowledge of agriculture and food science. Agric Bus Week, 2009.
8. Lee-Manion AM, Price RK, Strain JJ, et al. In vitro antioxidant activity and antigenotoxic effects of avenanthramides and related compounds. J Agric Food Chem, 2009, 57(22): 10619-10624.
9. Meydani M. Potential health benefits of avenanthramides of oats. Nutr Rev, 2009, 67(12): 731-5.
10. Sur R, Nigam A, GROTE D, et al. Avenanthramides, polyphenols from oats, exhibit anti-inflammatory and anti-itch activity. Arch Dermatol Res, 2008, 300: 569-574.
11. Chu YF, Wise ML, Gulvady AA, et al. In vitro antioxidant capacity and anti-inflammatory activity of seven common oats. Food Chem, 2013, 139(1-4): 426-431.
12. Guo W, Wise ML, Collins FW, et al. Avenanthramides, polyphenols from oats, inhibit IL-1beta-induced NF-kappaB activation in endothelial cells. Free Radical Bio Med, 2008, 44(3): 415-429.
13. Cerio R, Jeanine DS, Mahe E. Mechanism of action and clinical benefits of colloidal oatmeal for dermatologic practice. J Digest Dis, 2010, 9(9): 1116-1120.
14. Eichenfield LF, Jr FJ, Rigel DS, et al. Natural advances in eczema care. Cutis, 2007, 80(6Suppl): 2-16.
15. Soap, Perfumery and Cosmetics Group. Colloidal oat flour protects damaged skin. SPC, 2010, 83(11).
16. Cosmetics & Toiletries Group. Anti-irritant oat extract. C&T, 2010, 125(8): 59.
17. Jr FJ. Colloidal oatmeal formulations and the treatment of atopic dermatitis. JDD, 2014, 13(10): 1184-1185.

1% 吡美莫司乳膏联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗面部激素依赖性皮炎 70 例疗效观察

凌昕¹, 杨志刚², 施辛³, 陈晶晶³, 单芳芳³, 闫志华⁴, 陈玲玲⁵

1. 苏州市吴江区第一人民医院, 江苏 苏州 215200; 2. 解放军第101医院, 江苏 无锡 214000; 3. 苏州大学附属第二医院, 江苏 苏州 215004; 4. 苏州市第七人民医院, 江苏 苏州 215151; 5. 苏州市立医院本部, 江苏 苏州 215006

【摘要】 目的 评价1%吡美莫司乳膏联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗面部激素依赖性皮炎的临床疗效和安全性。方法 将入选的140例面部激素依赖性皮炎患者,按随机数字表法分成两组。治疗组70例予以1%吡美莫司乳膏联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗;对照组70例仅予1%吡美莫司乳膏治疗。比较两组治疗前和治疗4周时总有效率、症状体征总积分、生活质量评分及不良反应。结果 治疗4周后,治疗组总有效率为85.71%,高于对照组的60.00%;治疗组客观体征积分、主观症状积分、症状体征总积分、生活质量评分均低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组均没有明显的不良反应。8周随访时,治疗组7例复发,对照组13例复发,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论1%吡美莫司乳膏联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗面部激素依赖性皮炎安全有效。

【关键词】 吡美莫司;光子冷凝胶;激素依赖性皮炎;临床观察

Clinical Observation of 1% Pimecrolimus Cream Combined with Skin Barrier Repair Cream in the Treatment of 70 Cases of Facial Corticosteroid Dependent Dermatitis

LING Xin¹, YANG Zhigang², SHI Xin³, CHEN Jingjing³, SHAN Fangfang³, YAN Zhihua⁴, CHEN Lingling⁵

(1. Department of Dermatology · Wujiang No. 1 People's Hospital · Suzhou 215200 · China; 2. Department of Dermatology · the 101st Hospital of PLA · Wuxi 214000, China; 3. Department of Dermatology · the Second Affiliated Hospital of Suzhou University · Suzhou 215004, China; 4. Department of Dermatology · the Seventh People's Hospital of Suzhou · Suzhou 215151, China; 5. Department of Dermatology · Suzhou Municipal Hospital · Suzhou 215006, China)

[Abstract] Objective To evaluate the clinical curative effect and safety of combination therapy of 1% pimecrolimus cream and skin barrier repair cream on treating facial corticosteroid dependent dermatitis. Methods One hundred and forty cases of facial corticosteroid dependent dermatitis were randomly divided into two groups according to the table of random numbers. The treatment group (70) was treated with 1% pimecrolimus cream combined with skin barrier repair cream for 4 weeks. The control group (70) was treated with 1% pimecrolimus cream for 4 weeks. The total effective rate, total symptom-sign score, life quality score and adverse reactions were compared between the two groups before and after 4 weeks of treatment. Results The total effective rate of the treatment group (85.71%) was significantly higher than that of the control group (60.00%). The objective sign score, subjective symptom score, total symptom-sign score and life quality score of the treatment group were all lower than those of the control group. All the above differences were statistically significant ($P < 0.05$). There was no obvious adverse reaction in the two groups. At the 8 week follow-up, 7 cases relapsed in the treatment group, and 13 cases in the control group relapsed, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion 1% pimecrolimus cream combined with skin barrier repair cream is safe and effective in the treatment of facial corticosteroid dependent dermatitis.

[Key words] Pimecrolimus cream; Skin barrier repair cream; Corticosteroid dependent dermatitis; Clinical observation

面部激素依赖性皮炎(facial corticosteroid dependent dermatitis, FHDD)是皮肤科常见的面部损容性皮肤病,严重影响患者的容貌和身心健康⁽¹⁾。本病是由于长期反复不当外用激素所引起的。由于糖皮质激素外用制剂的不规范应用或者误用含激素药膏或违规添加激素的化妆品,激素依赖性皮炎的发病率逐年增高。激素依赖性皮炎易反复发作,临床治疗起来较为困难。有研究⁽²⁾认为皮肤屏障功能受损是FHDD发病机制的核心环节,故推断在其治疗过程中联合使用皮肤屏障修复产品有助提升疗效。光子冷凝胶(皮肤修复乳)主要成分为寡肽-1、透明质酸(HA)及天然植物提取成分(积雪草苷、芦荟提取液、植物甾醇类、红没药醇、水合霍霍巴油),作用为皮肤屏障的修复。为进一步明确其治疗效果,探究本病最佳治疗方案,本科于

2015年8月—2017年3月对面部激素依赖性皮炎患者采用1%吡美莫司乳膏联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)进行治疗,结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料经本院医学伦理委员会审核通过,选择2015年8月—2017年3月本科门诊接诊的140例面部激素依赖性皮炎患者,将其按照就诊顺序编号后,采用随机数字表法分为两组,每组70人。治疗组:男3例,女67例,年龄20~61岁,平均(36.28±10.28)岁,病程1~48个月,平均(6.75±3.42)个月;对照组:男5例,女65例,年龄20~60岁,平均(36.58±7.95)岁,病程1~60个月,平均(6.51±2.67)个月。两组患者一般资料具有可比性。入选标准:①符合面部激素依赖性皮炎的诊断标准⁽³⁾;②年龄≥18岁,性别不限;③愿意接受吡美莫司乳膏和光子冷凝胶

(皮肤修复乳)治疗且能遵守治疗方案者;④患者知情同意,并签署知情同意书。排除标准:①对吡美莫司及其赋形剂过敏者;②面部患有严重痤疮、脂溢性皮炎等可能影响疗效评价的患者;③治疗前1周系统使用过糖皮质激素、免疫抑制剂、抗生素的患者;④有严重的心肝肾疾病者;⑤妊娠及哺乳期妇女。剔除标准:①治疗中需外用激素制剂者;②因不良反应或其他原因中止治疗者;③失访者。

1.2 治疗方法 首先停用激素。治疗组:正常清水洁肤后,先外用1%吡美莫司乳膏(商品名:爱宁达, MEDAPharma GmbH & Co. KG),适量外涂面部,轻轻按摩至吸收,5min后外用光子冷凝胶(皮肤修复乳),适量外涂面部,轻轻按摩至吸收,2次/d。对照组:正常清水洁肤后,仅外用1%吡美莫司乳膏涂于患处,适量外涂面部,轻轻按摩至吸收,2次/d。两组均用药4周。

1.3 疗效观察指标和判定标准 治疗前观察和治疗第4周时观察,包括症状体征总积分、总有效率、生活质量评分。症状体征总积分按照以下标准进行主观症状及客观体征评价。主观症状评价指标:瘙痒、灼热、疼痛、紧绷感,程度以4分计,即无症状者计为0分,有症状者计为1分,有症状但能耐受者计为2分,症状剧烈、影响工作及生活者计为3分。客观体征评价指标:红斑或潮红、脱屑、丘疹、脓疱、毛细血管扩张、皮肤萎缩、色素沉着,程度以4分计,即无、轻、中、重分别计0~3分。将各项评分相加为症状体征总积分。分别于治疗前、第4周治疗结束后对两组患者进行评分,并以此为依据,评价其疗效指数。疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/中国皮肤性病学杂志2018年2月第32卷第2期 Chin J Derm Venereol, Feb. 2018, Vol. 32, No. 2 242·治疗前总积分×100%。痊愈:疗效指数≥90%;显效:60%≤疗效指数<90%;好转:20%≤疗效指数<60%;无效:疗效指数<20%。总有效率=痊愈率+显效率。生活质量评分:采用Holness^[4]的以影响睡眠代替性生活改良的皮肤病生活质量指数(DLQI)调查表进行评价,包括10方面的问题,主要针对过去1周内面部激素依赖性皮炎对患者的影响设计,每个问题均采用

4级评分法,即无、很少、多、非常严重,分别对应0、1、2、3分,总分为0~30分,积分值越高,表示生活质量越差,即面部激素依赖性皮炎对患者的生活质量影响越大。

1.4 随访 治疗过程中及治疗后第4周随访进行不良反应评估,治疗后第8周随访进行复发情况分析。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,进行t检验,计数资料以率(%)表示,进行 χ^2 检验。所有统计检验均采用双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较 见图1,表1。接受4周治疗后,治疗组总有效率达85.71%,明显高于对照组的60.00%,差异有统计学意义($\chi^2 = 5.851, P = 0.016 < 0.05$)。

表1 两组临床疗效比较例

Tab. 1 Comparison of the curative effect between two groups Case

Group	Case	Cure	Excellence	Improvement	Uselessness	Efficiency(%)
Treatment	70	30	30	8	2	85.71
Control	70	18	24	26	2	60.00

2.2 两组患者的症状体征积分比较 见表2。治疗前两组患者客观体征积分、主观症状积分和症状体征总积分,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗4周后,与对照组比较,治疗组客观体征积分、主观症状积分和症状体征总积分均显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 两组患者的生活质量评分 DLQI 比较 见表3。治疗前两组 DLQI 差异无统计学意义($t = -0.144, P = 0.885 > 0.05$)。治疗4周后,与对照组比较,治疗组 DLQI 显著下降,差异有统计学意义($t = -5.772, P = 0.000 < 0.05$)。

表3 两组治疗前后DLQI比较($\bar{x} \pm s$)

Tab. 3 Comparison of DLQI between two groups ($\bar{x} \pm s$)

表2 两组治疗前后症状体征积分比较($\bar{x} \pm s$)

Tab. 2 Comparison of symptom and sign score between two groups ($\bar{x} \pm s$)

Group	Case	Objective sign score		Subjective symptom score		Total symptom-sign score	
		Pre-treatment	Post-treatment	Pre-treatment	Post-treatment	Pre-treatment	Post-treatment
Treatment	70	9.23±3.71	2.54±2.10	4.89±1.60	0.97±1.24	14.11±4.64	3.51±2.94
Control	70	9.03±5.11	3.66±2.45	4.91±2.12	1.51±0.91	13.94±4.96	5.17±2.99
t		0.265	-2.884	-0.090	-2.951	0.211	-3.303
P		0.792	0.005	0.928	0.004	0.833	0.001

Group	Case	Pre-treatment	Post-treatment
Treatment	70	9.83 ± 5.86	3.63 ± 2.35
Control	70	9.97 ± 5.82	5.80 ± 2.10

2.4 两组患者的不良反应发生情况比较治疗组所有患者治疗过程中均未出现过敏或刺激反应;对照组亦无明显不良反应,只有3例治疗第1天出现轻微红斑、灼热、刺痛感,予湿敷,坚持治疗后随着皮损好转,这些症状均自行消失。



1a: Before treatment 1b: After treatment

图1 患者治疗前后对比(患者涂“复方酮康唑软膏”达48月)

Fig. 1 Comparison of the curative effect before and after treatment (The patient had used “Compound ketoconazole ointment” for 48 months)

2.5 两组患者的复发情况比较第8周随访时,治疗组痊愈与显效的60例中,复发7例,复发率为11.67%;对照组痊愈与显效的42例中,复发13例,复发率为30.95%;两组差异有统计学意义($\chi^2=5.829, P=0.016 < 0.05$)。

3讨论

激素依赖性皮炎是指长期不当外用糖皮质激素制剂,导致患处皮肤对该药产生依赖性,一旦停药则会引起类似于“戒断反应”的炎症性皮肤病,临床表现以皮肤潮红、脱屑、表皮萎缩、变薄、毛细血管扩张、痤疮样及酒渣鼻样改变等为主要特征,自觉症状以瘙痒、灼热、疼痛和紧绷感为主,给患者的工作与生活带来严重影响。

激素依赖性皮炎的发病机制十分复杂,国内外学者^[5-7]就激素依赖性皮炎的发病机制进行了大量的研究,发现其发生主要与皮肤屏障受损、炎症反应增强有关。激素在发挥抗炎、抗过敏和免疫抑制作用的同时破坏皮肤屏障,进而导致皮肤对外界刺激(如日光、热、清洁剂等)的敏感性增加。短期外用糖皮质激素即可影响皮肤屏障功能。Kao等^[8]研究证实,患者短期外用激素后桥粒密度下降,角质层内聚力及完整性异常,导致皮肤表面渗透屏障功能及抗微生物屏障损伤。

以往对面部激素依赖性皮炎主要通过停用、降低激素使用量或使用频率,配合其他非激素类抗炎药物治疗等方式治疗。吡美莫司乳膏是一种非激素类抗炎药—钙调磷酸酶抑制剂(TCIs),其治疗激素依赖性皮炎的机制主要为抗炎及免疫调节作用。它可通过抑制磷酸酶的活性来阻止T细胞的活化和增殖,从而使IL-2、IL-4、IL-10、INF- γ 等Th1、Th2型细胞因子表达下降,达到调节局部免疫和抗炎的作用^[9]。Gupta等^[10]的研究显示,0.6%吡美莫司乳膏的抗炎疗效相当于0.1%17-戊酸倍他米松,但却没有糖皮质激素局部使用的不良反应,不会造成皮肤萎缩。此外,吡美莫司乳膏有一定的促进皮肤胶原的合成和恢复皮肤屏障的作用,在一定程度上可改善因长期外用激素所致的皮肤屏障破坏。Jensen等^[11]在一项使用吡美莫司乳膏与醋酸曲安奈德乳膏治疗AD的对照研究中发现,在治疗前后,通过透射电镜检查皮肤脂质双层和板层小体结构,并监测局部湿疹面积和严重程度指数(pEASI),角质层含水量和经表皮水分流失(TEWL),结果发现醋酸曲安奈德乳膏能显著改善pEASI和TEWL,而吡美莫司乳膏较激素能显著改善皮疹处的角质层水分和增加板层小体的数量。

谢艳秋等^[12]用1%吡美莫司乳膏联合口服氯雷他定治疗激素依赖性皮炎取得良好的疗效。但临床对于较严重的激素依赖性皮炎,单独使用吡美莫司乳膏等钙调磷酸酶抑制剂往往疗效不甚理想,且存在一定的复发率。因此,治疗激素依赖性皮炎应减轻并消除患者对外用激素的依赖,配合非激素类抗炎药,同时有针对性地修复受损的皮肤屏障。在本病治疗过程中适当使用改善皮肤屏障功能的皮肤学护肤品有利于病情的恢复。

Eimer等^[13]认为,在使用药物治疗皮肤病的同时,在皮肤科医生的指导下选择能够辅助恢复皮肤屏障功能、降低皮肤敏感性的皮肤学护肤品可取得满意疗效。施佳音等^[14]认为评价面部激素依赖性皮炎的治疗方法,既要临床实际疗效,也要关注皮肤功能状况的改善和恢复,特别是皮肤屏障功能的修复情况。谢红付等^[15]认为面部激素依赖性皮炎治疗周期应持续至少4周,在治疗期间外用保湿修复皮肤屏障的护肤品辅助治疗可以缓解症状。起珏等^[16]在激素依赖性皮炎治疗过程中加用含1%青刺果油、10%马齿苋提取物的皮肤学护肤品,显示疗效有显著的提高。

因此,本研究采用1%吡美莫司乳膏联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗面部激素依赖性皮炎,观察其疗效。光子冷凝胶(皮肤修复乳)属于皮肤学护肤品,其富含活性胶原、寡肽-1和低分子的透明质酸(HA),促进上皮细胞再生,并提取植物中与人体皮肤屏障脂质具有良好相容性的成分,补充皮肤所需水分和养分,修复表皮,重建皮肤屏障。因此,光子冷凝胶(皮肤修复乳)从表皮层和皮脂膜两方面来修复及维持皮肤屏障功能。本研究采用1%吡美莫司乳膏联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗面部激素依赖性皮炎4周,治疗4周后,治疗组总有效率为85.71%,高于对照组总

有效率60.00%;治疗组客观体征积分、主观症状积分、症状体征总积分、生活质量评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),提示联合治疗的疗效显著优于单用吡美莫司乳膏。8周随访时,治疗组复发率为11.67%,对照组复发率为30.95%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。分析原因认为与光子冷凝胶(皮肤修复乳)可修复损伤的皮肤屏障结构,改善其功能,增强皮肤的新陈代谢有关。卢晓龙等^[17]使用光子冷凝胶(皮肤修复乳)和丁苯羟酸软膏联合外用治疗激素依赖性皮炎,亦取得良好的疗效。

Breuer等^[18]的研究表明,应用局部钙调神经磷酸酶抑制剂后最常见的不良反应是轻至中度的刺激,如红斑、灼热和瘙痒等,其发生率在接受他克莫司治疗的儿童中占20%,在接受吡美莫司治疗的儿童中占10%。本研究对照组中有3例治疗第1天出现皮肤红斑、灼热、刺痛等不良反应,而使用1%吡美莫司乳膏后加用光子冷凝胶(皮肤修复乳)的治疗组无1例出现,显示面部使用吡美莫司乳膏会出现一定的刺激反应,而加用光子冷凝胶可缓解皮肤的刺激,减少不良反应的发生。

值得注意的是,本组资料中,治疗组和对照组共有8名男性,仅占入组患者的5.71%,显示激素依赖性皮炎的女性发病率显著高于男性,从患者的发病年龄看,中年女性发病率最高。中年女性容易长斑,长皱纹,美容愿望迫切,但因缺乏科学知识,长期外用激素或含激素的化妆品导致面部发生严重的激素依赖性皮炎,其中1例甚至发生严重毳毛增多和瘀斑。

综上所述,1%吡美莫司乳膏联合光子冷凝胶(皮肤修复乳)治疗面部激素依赖性皮炎具有显著的疗效,可明显改善患者的临床症状和体征,提高治疗效果,安全可靠,并且两者联合使用可以减轻吡美莫司乳膏对皮肤的刺激,提高患者依从性。

[参考文献]

1. 朱紫婷, 杨小燕, 陆洪光, 等. 含青刺果等舒敏特护霜联合他克莫司序贯治疗激素依赖性皮炎 64 例临床观察 (J). 中国皮肤性病学杂志, 2013, 27(9): 961-965.
2. 起珏, 何黎. 糖皮质激素依赖性皮炎诊疗现状 (J). 临床皮肤科杂志, 2013, 42(11): 705-707.
3. 顾恒. 糖皮质激素依赖性皮炎的诊断与治疗 (J). 中华皮肤科杂志, 2007, 40(1): 5-6.
4. Holness DL. Results of a quality of life questionnaire in a patch test clinic population (J). Contact Dermatitis, 2010, 44(2): 80-84.
5. 起珏, 顾华, 汤葐, 等. 表皮蛋白质及板层小体对激素依赖性皮炎皮肤屏障变化的影响 (J). 中华皮肤科杂志, 2012, 45(2): 87-90.
6. Bayo P, Sanchis A, Bravo A, et al. Glucocorticoid receptor is required for skin barrier competence (J). Endocrinology, 2008, 149(3): 1377-1388.

7. Shibata M, Katsuyama M, Onodera T, et al. Glucocorticoids enhance Toll-like receptor 2 expression in human keratinocytes stimulated with Propionibacterium acnes or proinflammatory cytokines (J). J Invest Dermatol, 2009, 129(2): 375-382.
8. Kao JS, Fluhr JW, Man MQ, et al. Short-term glucocorticoid treatment compromises both permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity: inhibition of epidermal lipid synthesis accounts for functional abnormalities (J). J Invest Dermatol, 2003, 120(3): 456-464.
9. Luger T, De Raeve L, Gelmetti C, et al. Recommendations for pimecrolimus 1% cream in the treatment of mild-to-moderate atopic dermatitis: from medical needs to a new treatment algorithm (J). Eur J Dermatol, 2013, 23(6): 758-766.
10. Gupta A, Chow M. Pimecrolimus: a review (J). J Eur Acad Dermatol Venereol, 2003, 17(5): 493-503.
11. Jensen JM, Weppner M, D hnhardt-Pfeiffer S, et al. Effects of pimecrolimus compared with triamcinolone acetonide cream on skin barrier structure in atopic dermatitis: a randomized, double-blind, right-left arm trial (J). Acta Derm Venereol, 2013, 93(5): 515-519.
12. 谢艳秋, 聂振华, 刘栋, 等. 1%吡美莫司乳膏治疗196例糖皮质激素依赖性皮炎临床分析 (J). 临床皮肤科杂志, 2014, 43(8): 500-501.
13. Emer J, Waldorf H, Berson D. Botanicals and anti-inflammatory ingredients for rosacea (J). Semin Cutan Med Surg, 2011, 30(3): 148-155.
14. 施佳音, 张秀红, 胡君, 等. 丝塔芙润肤露联合吡美莫司治疗面部糖皮质激素依赖性皮炎疗效观察 (J). 临床皮肤科杂志, 2013, 42(10): 629-630.
15. 谢红付, 李吉. 面部激素依赖性皮炎的诊断及鉴别诊断 (J). 中国医学文摘·皮肤科学, 2015, 32(3): 265-269.
16. 起珏, 庞勤, 涂颖, 等. 含1%青刺果油、10%马齿苋提取物的护肤品对糖皮质激素依赖性皮炎患者皮肤屏障恢复的临床观察 (J). 临床皮肤科杂志, 2012, 41(2): 119-121.
17. 卢晓龙. 皮肤屏障修复乳治疗激素依赖性皮炎疗效观察 (J). 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2014, 13(4): 227-229.
18. Breuer K, Werfel T, Kapp A. Safety and efficacy of topical calcineurin inhibitors in the treatment of childhood atopic dermatitis (J). Am J Clin Dermatol, 2005, 6(2): 65-77.

还原型谷胱甘肽联合ZQ-II美白淡斑精华液治疗黄褐斑的临床效果

丁蓉 潘倩雄 金丽君 邹森奎

作者单位: 325200 浙江省瑞安市中医院皮肤科

【摘要】 目的: 探讨还原型谷胱甘肽联合ZQ-II美白淡斑精华液治疗黄褐斑的临床效果。方法 选择2015年3月至2016年3月进行黄褐斑治疗的患者120例, 按照治疗方式分为对照组和观察组, 每组各60例。对照组利用自制中药祛斑面膜和还原型谷胱甘肽进行治疗, 观察组利用自制中药祛斑面膜, 还原型谷胱甘肽和ZQ-II美白淡斑精华液的联合干预方法, 对治疗的效果进行对比。结果 对照组的治疗有效率为91.67%, 观察组的治疗有效率为100.00%, 两组数据差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 观察组治疗有效率显著高于对照组, 两组治疗效果差异也具有统计学意义 ($P<0.05$), 观察组的治疗效果显著优于对照组, 对照组共发生5例不良反应, 观察组也发生5例不良反应, 两组患者各种不良反应发生率的数据差异均不具有统计学意义 ($P>0.05$), 所有不良反应未经特殊处理, 1~2周后消失, 两组患者手术效果满意度比较, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 观察组显著优于对照组。结论 利用还原型谷胱甘肽联合ZQ-II美白淡斑精华液对黄褐斑进行治疗, 可以提高治疗效果和患者满意度, 而且并未增加不良反应发生概率, 值得在临床范围内推广使用。

【关键词】 还原型谷胱甘肽 黄褐斑 面膜

【Abstract】 Objective To investigate the clinical effect of glutathione combined with YaShaer whitening essence in treating chloasma. Methods 120 cases of chloasma treated patients in our hospital department of Dermatology from March 2015 to March 2016 were enrolled in the study and divided into control group and observation group according to the treatment of the patients, 60 patients in each group, the self-made traditional Chinese medicine freckle mask and glutathione treatment was used, patients in the observation group were given the self-made traditional Chinese medicine freckle mask, was also a joint intervention prototype YaShaer glutathione and whitening essence method, then the treatment effect was compared. Results The effective rate of treatment group was 91.67%, the effective rate of treatment group was 100%, statistically significant differences between the two groups of data ($P<0.05$), the effective rate of the observation group was significantly higher than the control group, the two groups of treatment effect, the data differences were statistically significant ($P<0.05$). The treatment effect of the observation group was significantly better than the control group, the control group with 5 cases of adverse reactions, the observation group had 5 cases of adverse reactions, two groups of patients with adverse reaction rate between the data were not statistically significant ($P>0.05$), all adverse reactions without special treatment, one to two weeks after the disappearance the satisfaction of patients, the effect of the two groups of data were compared statistically significant difference ($P<0.05$), the observation group was significantly better than the control group. Conclusion The use of reduced glutathione combined with YaShaer whitening essence on chloasma treatment, can improve the curative effect and patient satisfaction, but do not increase the probability of occurrence of adverse reactions, worthy of promotion in clinical use range.

【Key words】 GSH Melasma Mask

黄褐斑是一种好发于中青年女性面部的皮肤病, 尤以春夏为甚, 在颜面颧部及颊部多见色素沉着而呈蝴蝶形, 因此而得名, 甚至可累及前额、鼻、口周 [1-2]。目前, 此病在治疗上仍无特效药, 大多根据不同病因予以相应处理, 还原型谷胱甘肽是一种被众多学者认可的方法, 还原型谷胱甘肽具有辅酶的作用, 同时具有重要的抗氧化作用和整合解毒作用, 能够清除

掉人体内的自由基, 此为其治疗黄褐斑的机制。近年来, 在黄褐斑的干预过程中, 一种新型祛斑剂优白素越来越受到许多患者和公立医院的青睐。该物质主要由水、左旋 VC、熊果苷、丁二醇、维生素 B3、透明质酸 (HA)、甘油等组成。本资料选择了2015年3月至2016年3月间在本院皮肤科进行黄褐斑治疗的患者120例, 对还原型谷胱甘肽联合ZQ-II美白淡斑精华液治疗黄褐斑的临床效

果进行了研究，取得了良好的治疗效果，现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2015年3月至2016年3月间在本院皮肤科进行黄褐斑治疗的患者120例，年龄32~43岁，平均年龄(38.84±6.05)岁。按照治疗方式分为对照组和观察组，每组各60例。本研究已经过本院医学伦理委员会的批准和通过，所有患者均签署知情同意书。纳入标准：(1)患者符合中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会色素病学组制订的临床诊断标准：①面部淡褐色至深褐色、界限清楚的斑片，通常对称性分布，无炎症表现及鳞屑；②无明显自觉症状；③主要发生在青春期后，女性多发；④病情有一定季节性，夏重冬轻；⑤无明显内分泌疾病，并排除其他疾病引起的色素沉着；⑥色素沉着区域的平均光密度值大于自身面部平均光密度值的20%以上。(2)患者知情同意。(3)治疗前30d内未服用过与本病相关的内服药，7d内未用过与本病相关的外用药。排除标准：(1)不符合诊断标准的病例。(2)资料不完整的病例。(3)孕妇；严重肝肾功能不全的病例。(4)正在进行同类研究的病例。(5)神志不清，不能很好的配合的病例。

1.2 干预方法 观察组利用自制中药祛斑面膜+还原型谷胱甘肽+ZQ-II美白淡斑精华液的联合干预方法，具体如下：还原型谷胱甘肽注射液(上海复旦复华药业有限公司，0.6g/支)0.6g、维生素C(国药集团国瑞药业有限公司，1.0g/支)4g加入5%葡萄糖注射液250ml每日静脉滴注。取配置好的中药药液5g(珍珠2g、白芷25g、白附子20g、僵蚕15g、密陀僧6g)，加祛斑软膜粉5g，用鲜牛奶5ml调成糊状，热敷面部皮肤后，敷于面部皮肤30min后洗去，2次/周。ZQ-II美白淡斑精华液(雅莎生物科技股份有限公司，15ml)：洁肤后，每天早晚将本品抹于面部，重点涂抹色素沉着部位，1次/d。三药按规定

使用，4周为1个疗程，共计8周。对照组利用自制中药祛斑面膜+还原型谷胱甘肽，具体方法同观察组患者，4周为1个疗程，共计8周。

1.3 观察指标 对两组患者的一般情况进行记录，如年龄和病程。对两组患者的治疗效果进行比较，疗效标准：分为基本治愈、显效、有效、无效4个等级。基本治愈：肉眼视色斑面积消退>90%，颜色基本消失，评分法计算治疗后下降指数 ≥ 0.8 ；显效：肉眼视色斑面积消退>60%，评分法计算治疗后下降指数 ≥ 0.5 ；有效：肉眼视色斑面积消退>30%，评分法计算治疗后下降指数 ≥ 0.3 ；无效：肉眼视色斑面积消退<30%，评分法计算治疗后下降指数 ≤ 0 。有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。对两组患者在治疗过程中的不良反应进行比较。对两组患者的治疗满意度进行比较，利用本科室自己编写的调查问卷，将满意度分为很满意、满意和不满三个级别。

1.4 统计学方法 采用SPSS20.0统计软件。计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用t检验，计数资料组间比较采用 χ^2 检验，两组等级资料比较采用秩和检验中的Wilcoxon检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的一般临床资料比较 见表1

表1 两组患者的一般临床资料比较($\bar{x}\pm s$)

项目	观察组(n=60)	对照组(n=60)	t值	P值
年龄(岁)	38.96±6.14	38.73±5.86	0.210	0.834
病程(年)	2.43±0.82	2.32±0.75	0.767	0.445

2.2 两组患者的治疗效果比较 见表2

表2 两组患者的治疗效果比较[n(%)]

组别	基本治愈	显效	有效	无效	治疗有效率
观察组(n=60)	24(40.00)	29(48.33)	7(11.67)	0(0.00)	60(100.00)
对照组(n=60)	9(15.00)	34(56.67)	12(20.00)	5(8.33)	55(91.67)
统计量		Z=2.080		$\chi^2=5.217$	
P值		0.038		=0.022	

2.3 两组患者不良反应出现的结果比较 见表3。

表3 两组患者不良反应出现的结果比较 [n (%)]

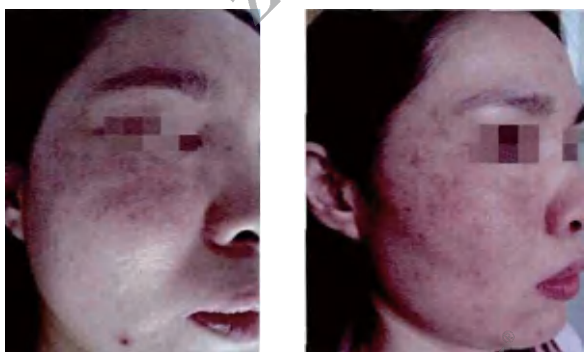
组别	局部皮肤发红	皮肤瘙痒	丘疹	脱屑
观察组 (n=60)	1 (1.67)	1 (1.67)	3 (5.00)	0 (0.00)
对照组 (n=60)	2 (3.33)	0 (0.00)	2 (3.33)	1 (1.67)
χ^2 值	0.342	1.008	0.209	1.008
P值	0.559	0.315	0.648	0.315

2.4 两组患者治疗满意度的比较 见表 4

表4 两组患者手术效果满意度的比较 [n (%)]

组别	很满意	基础满意	不满意
观察组 (n=60)	27 (45.00)	26 (43.33)	7 (11.67)
对照组 (n=60)	8 (13.33)	40 (66.67)	12 (20.00)
Z值		4.006	
P值		<0.001	

2.5 黄褐斑治疗效果图 见图 1。



3 讨论 治疗前

B 治疗8周后

国内外研究提示^[3-4]，内分泌失调、妊娠、雌激素和孕激素水平、口服避孕药、子宫卵巢疾病、遗传因素、氧自由基、紫外线照射等因素均为导致黄褐斑的高危因素。因此，其治疗方案无固定的模式。目前国内外治疗方法包括全身治疗和局部治疗，其中局部治疗又包括外用药和激光治疗。近年来还原谷胱甘肽常参与黄褐斑的治疗，但临床上较少单独将其用于黄褐斑的治疗，常与其他药物联合应用 [5]。在本资料中利用中药祛斑面膜与ZQ-II美白淡斑精华液与还原谷胱甘肽进行联合治疗，其中中药药方中所用珍珠可以提高人体的免疫力，延缓衰老，美白祛斑，白芷能够改善人体的局部血液循环，防止色素在人体中过度堆积，使皮肤新陈代谢的速度加快，白附子可以白面润肤，祛除黑色素，而僵蚕根据《本草纲目》中的记载，可以灭黯黑，增白色，密陀僧在《神农本草经》中记载可以灭黑班，令人面色好，

将以上药物与牛奶制成糊状敷在面部，可以对黄褐斑起到较好的治疗效果。而美白淡斑精华液的主要成分为水、左旋VC、熊果苷、丁二醇、维生素B3、透明质酸 (HA)、甘油，其中左旋 VC 是唯一可直接被人体肌肤所吸收的维生素 C 形式，可促进胶原蛋白的合成，淡化黑色素沉淀、色斑及除皱、祛除痘疤、修补缺损凹洞，还能迅速祛除暗沉黑色素，对于容易干燥、敏感、发炎的肌肤也有独特性的免疫保护作用。熊果苷：源于绿色植物，能迅速渗入肌肤，有效地抑制皮肤中的酪氨酸酶的活性，阻断黑色素的形成，加速黑色素的分解与排泄，从而减少皮肤色素沉积，祛除色斑。丁二醇作为保湿剂和溶剂，同时也有一定的抑菌作用，并且对皮肤黏膜无刺激性。维生素 B3外用美容功效非常显著，其可以改善外界刺激引起的皮肤红斑，改善色素斑，去除皮肤黄气，改善皮肤纹理和面部皱纹，改善毛孔粗大等。整个组方科学合理，充分发挥了美白祛斑、无毒无害的功效。本资料中，在对照组与观察组患者的基本临床情况具有可比性的前提下，两组患者分别采用了不同的干预方法，其中的区别为是否利用ZQ-II美白淡斑精华液进行治疗。结果显示，两组患者的治疗有效率均>90%，但是观察组的治疗效果显著优于对照组，差异具有统计学意义 (P<0.05)，而且从治疗效果的等级分布看，观察组的患者治疗效果为基本治愈和显效的人数明显高于对照组，此结果不仅提示在多种治疗方法联合的情况下，对于黄褐斑的治疗效果可以有显著的提升，也提示在研究中所利用的三种方法互相并未产生干扰和拮抗作用。从两组患者的不良反应发生情况看，尽管在治疗过程中，均发生了部分不良反应，根据经验推断，大多为过敏和药物的正常反应，但是两组患者的数据差异并不具有统计学意义 (P>0.05)，说明两种治疗方法的安全性是等效的。由于黄褐斑的特殊性质，对于患者的容貌影响度较高，而且本资料中纳入的观察对象均为女性，所以在满意度调查中，两组的数据差异非常明显，由于治疗效果的差距，导致观察组的满意度评价显著优于对照组。但是本资料纳入的病例数较少，有待大规模的临床随机研究进行深

入讨论。

参考文献

[1] Shi HF, Xu B, Guo XC, et al. Effect of ear-acupoint pressing and ear apex (hx_(6,7)) bloodletting on haemorheology in chloasma patients with gan depression pattern. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2016, 22(1):42-48.

[2] Li J, Zheng H, Zhao L, et al. Acupuncture for patients with mild hypertension: study protocol of an open-label multicenter randomized controlled trial. Trials, 2013, 14(1):1-10.

[3] 伍晓云, 罗志军, 张纬. Q-开关Nd:YAG激光1064nm联合还原型谷胱甘肽治疗黄褐斑的临床疗效分析. 中国美容医学, 2014, 23(11):902-904.

[4] 余慧, 梁虹, 鞠小玲, 等. 激光联合氨甲环酸、谷胱甘肽及维生素C治疗黄褐斑的临床观察. 现代生物医学展, 2015, 15(27):5295-5298.

[5] 张丽超, 周炳荣, 骆丹, 等. 黄褐斑的治疗进展. 中国中西医结合皮肤性病杂志, 2015, 14(3):201-204.

红黄光治疗面部激素依赖性皮炎的临床研究

张海贞 冯敏 张维娜 王岩军

激素依赖性皮炎为经外用糖皮质激素后原发皮肤疾患消失,但停用糖皮质激素后又出现炎性皮损,需反复使用糖皮质激素以控制症状并逐渐加重的一种皮炎。严格来说也属于长期外用糖皮质激素后发生的一种副作用[1]。我院自2015年11月至2016年4月采用LED红黄光联合药物治疗,报道如下。

1.1 临床资料 62例均为我院皮肤科门诊的患者,根据《激素依赖性皮炎诊治指南》诊断为面部激素依赖性皮炎^[2]。其中女55例,男7例;年龄18~55岁,平均35.1岁。病程3个月~4年。随机分为两组:治疗组32例,对照组30例。两组性别、年龄、病程及病情严重程度差异无统计学意义。所有受试者愿意接受并遵守治疗方案,签署知情同意书。排除标准:光过敏患者及瘢痕疙瘩患者;正在使用或在试验前1个月内系统应用糖皮质激素或免疫抑制剂患者;妊娠、哺乳期妇女;1个月内使用过光敏剂患者;面部患有寻常痤疮、脂溢性皮炎、红斑狼疮等皮肤病;有严重心血管、肺、肝、肾等脏器疾病者及精神病患者。

1.2 治疗方法 两组患者均停用所有糖皮质激素外用制剂及可疑化妆品,避免日晒。对照组给予口服盐酸左西替利嗪片(迪皿,重庆华邦制药股份有限公司)5mg,日1次,治疗组采用JLT-MD500A型半导体激光治疗机(武汉金莱特光电电子有限公司)给予LED黄光(波长590nm,输出功率100mW,连续模式)面部照射10min后给予LED红光(波长640nm,输出功率100mW,连续模式)照射10min,每周2次。两组患者均外用光子冷凝胶(珠海市雅莎生物科技有限公司),每日3次。疗程均为8周。

1.3 疗效评定 疗效观察指标包括毛细血管扩张、红斑、丘疹、干燥、脱屑、瘙痒、灼热、紧束感。按四级评分法评分:无为0分,轻度为1分,中度为2分,重度为3分。计算治疗前后皮损严重程度总积分。根据疗效指数进行评价:疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%,>90%为痊愈,60%-90%为显效,20%-59%为好转

,<20%为无效。痊愈率加显效例数为有效率。在治疗4周及8周后记录疗效及不良反应,疗效指数若为痊愈即停止治疗。

1.4 统计学方法 采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 治疗4周后治疗组有效率为65.63%,对照组为53.33%,两组有效率比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.97, P>0.05$);治疗8周后治疗组有效率为90.62%,对照组为66.67%,两组有效率比较,差异有统计学意义($\chi^2=5.36, P<0.05$),详见表1。

表1 两组患者治疗4周和8周后疗效比较

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	有效率(%)
治疗4周后						
治疗组	32	6	15	11	0	65.63
对照组	30	4	12	14	0	53.33
						$\chi^2=0.97 P>0.05$
治疗8周后						
治疗组	32	11	18	3	0	90.62
对照组	30	6	14	10	0	66.67
						$\chi^2=5.36 P>0.05$

2.1 不良反应 治疗组有2例患者初次照射红光时佩戴眼罩仍感觉眼部光感强烈,予以遮光布加眼罩保护后未感不适,对照组无不良反应。

3 讨论

近年来随着糖皮质激素制剂不规范应用,面部激素依赖性皮炎的发病率不断上升。研究发现,糖皮质激素活化各种炎症细胞因子,加速皮炎的发生和加重皮肤表面的炎症反应,其中白三烯不仅作为趋化因子和效应因子参与炎症反应,还能促进细胞因子的

合成,放大炎症反应;激素可刺激血管内皮细胞,当血管收缩作用解除后,导致毛细血管异常扩张^[3,4]。长期反复外用糖皮质激素,导致角质细胞的减少及功能异常,表皮通透性屏障破坏及角质含水量降低;并且可能通过不同途径影响黑素细胞及黑素小体,导致色素沉着^[5]。本病治疗较为困难,对症治疗包括服用抗组胺药、维生素等,合并感染者酌情给予抗生素。外用药物如钙调磷酸酶抑制剂等,有一定的疗效,但易引起皮肤干燥以及局部刺激等副作用。随着光学理论与医学理论相结合,物理疗法被越来越多的用于治疗皮肤病。部分激光及强脉冲光治疗可能会收到一定的效果,但易出现早期炎症反应加重、遗留色素沉着及色素减退等不良反应^[6,7]。皮肤屏障修复乳可加速表皮再生,修复皮肤损伤,从表皮层和皮脂膜两方面来修复和维持皮肤屏障功能。LED光疗设备具有把电能直接转化成光能的特点,为冷光源,通过光生物调节作用,可显著改善皮肤组织。光调作用机制被认为是发生在线粒体水平上能量活化开关的机制,吸收的能量能活化细胞功能^[8]。波长为640nm的红光,对人体的穿透性较强,穿透深度可达30mm,红光照射人体后,产生光化学作用,促进细胞活性和表皮生长因子的分泌,促进细胞增殖,同时可以增强白细胞的吞噬作用,加快消散炎症症状。马海丽等^[9]采用红光及紫外线负氧离子联合卡介菌多糖核酸治疗面部激素依赖性皮炎,取得较满意效果。波长为590nm的黄光,被人体成纤维细胞充分吸收,促进细胞生长,加厚和重组真皮结构,减少皮肤黑素形成^[10]。本研究中治疗组和对照组患者治疗4周后疗效比较差异无统计学意义,治疗8周后疗效比较差异有统计学意义,分析光刺激对细胞的作用需要一定的时间,同时光调作用可能与累积照射剂量有关,考虑低能量长时间的照射能较好地产生生物学效应。LED红黄光照射可以减轻炎症反应,使角质层的水合度增加,促进皮脂合成及成纤维细胞增殖,减少色素沉着的发生,治疗面部激素依赖性皮炎有显著疗效,并且其易操作、价格低廉、安全性高,副作用少,值得临床推广。

参考文献

- [1] 赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2009.723-725.
- [2] 中国医师协会皮肤科分会美容专业组.激素依赖性皮炎诊治指南[J].临床皮肤科杂志,2009,38(8):549-550.
- [3] 曾凡钦,唐增奇,郭庆.激素依赖性皮炎的发病机制认识[J].中国医学文摘·皮肤科学.2015,32(5):257-260.
- [4] 宋建波,张晓莉,马百芳.复方甘草酸苷联合强脉冲光治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察[J].中国麻风皮肤病杂志2014,30(2):127-128.
- [5] 张楚怡,毛越苹.糖皮质激素依赖性皮炎的研究进展[J].皮肤性病诊疗学杂志,2015,22(2):148-151.
- [6] 王奎梅.氟芬那酸丁酯软膏联合强脉冲光治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察[J].中国麻风皮肤病杂志,2013,29(8):543-544.
- [7] 胡志帮,张莉,张昆梅,等.强脉冲光治疗激素依赖性皮炎疗效观察[J].中国麻风皮肤病杂志.2015,31(5):309-310.
- [8] 宋颖,王萌.红蓝光联合与单纯红/蓝光治疗痤疮的疗效对比观察[J].中国美容医学,2011,20(11):1762-1763.
- [9] 马海丽,肖传顺,蔡香艳.卡介菌多糖核酸联合物理疗法治疗面部激素依赖性皮炎疗效观察[J].中国麻风皮肤病杂志,2014,30(10):637-638.
- [10] 周朝晖.丝白祛斑霜软膏联合黄光治疗黄褐斑疗效观察[J].中国美容医学,2012,21(3):497.

左旋VC精华液联合离子导入技术治疗黄褐斑的临床效果

闫桂香, 高晖

天津市公安医院皮肤科, 天津300042

【摘要】目的 观察左旋VC精华液联合离子导入技术治疗面部黄褐斑的临床效果。方法选取2016年10月-2018年2月天津市公安医院门诊确诊为黄褐斑患者30例, 随机分为治疗组和对照组各15例。治疗组患者单纯使用离子导入仪导入左旋VC精华液, 3次/周, 15min/次, 连续导入治疗4周。对照组患者单纯由患者自行外用左旋VC精华液, 每晚使用1次, 每次需于黄褐斑位置按摩3min, 连续使用4周。比较两组治疗总有效率。结果 治疗组和对照组治疗总有效率分别为 73.33%和13.33%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 优白素联合离子导入技术治疗面部黄褐斑的临床效果明显优于单纯自行使用左旋VC精华液, 具有临床推广价值。

【关键词】黄褐斑; 左旋VC精华液; 离子导入

Clinical effect of optimal essence combined with iontophoresis in treatment of chloasma
YAN Gui-xiang, GAO Hui

Dermatological Department, Tianjin Public Security Hospital, Tianjin 300042, China Abstract: Objective To observe the clinical effect of optimal essence combined with iontophoresis in treatment of chloasma. Methods 30 patients with chloasma diagnosed in Tianjin Public Security Hospital from October 2016 to February 2018 were randomly divided into treatment group and control group, 15 cases in each group. Patients in the treatment group were treated with optimal essence by iontophoresis only, 3 times a week, each treatment takes 15 minutes, continuous treatment for 4 weeks. Patients in the control group were treated with external use of optimal essence only, 1 times a night, 3 minutes of massage for chloasma, continuous treatment for 4 weeks. The total effective of the two groups was compared. Results The total effective rate was 73.33% and 13.33% in the treatment group and control group, the differences were statistically significant ($P < 0.05$). Conclusion The clinical effect of optimal essence combined with iontophoresis in the treatment of facial chloasma is obviously superior to that of external using of optimal essence only, which has clinical popularization value. Key words: Chloasma; Optimal essence; Iontophoresis

黄褐斑属于面部黑变病的一种, 是获得性色素沉着病, 以对称性分布于暴露在日光照射部位的深浅不一的褐色斑点、斑片为主要特征, 属于常见皮肤科疾病[1]。黄褐斑好发于中青年女性, 近些年其发病率有明显增加的趋势, 多发生在前额部、颧部、下颌部等面部皮肤, 通常无自觉症状, 由于目前尚无特效治疗手段, 给大多数患者造成一定程度的精神和心理压力。本研究选择优白素联合离子导入技术治疗面部黄褐斑, 通过观察, 临床效果令人满意, 现总结并报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料 选取 2016年10月-2018年2月天津市公安医院门诊确诊为黄褐斑患者30例。其中年龄27~45岁; 病程6个月~5年, 男女不限。随机分为治疗组和对照组各15例。比较两

组患者的一般资料, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.1.1 纳入标准 符合黄褐斑的诊断标准[2]: 参照中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会拟定的诊断标准: (1)面部界限清晰的斑片, 颜色由淡褐色至深褐色, 具有对称性分布的特点, 不伴有毛细血管扩张、丘疹、红斑等炎症表现及鳞屑; (2)无明显自觉症状, 不伴有瘙痒、疼痛; (3)好发于女性; (4)临床表现具有一定季节性和光敏感现象, 日光充足情况下可加重; (5)无明显内分泌异常, 能排除其他疾病(如颧部褐青色痣、色素性玫瑰疹、瑞尔黑变病、色素性光化性扁平苔癣)引起的色素沉着。

1.1.1 排除标准 (1)入选前1个月内, 系统使用糖皮质激素治疗的患者; (2)对优白素成分过敏者; (3)对治疗效果抱有过的

高期望的患者；(4)有严重肝肾功能异常或者心脏疾病的患者；(5)入选前6个月内外用过维A酸类或其他类型换肤剥脱性产品的患者；(6)妊娠或哺乳期女性患者。

1.2 方法

1.2.1 仪器与材料 离子导入仪器：舒敏之星治疗仪(型号：KL-DB-2.6C，功率：100VA)，武汉中科科理光电技术有限公司生产。左旋VC精华液(主要成分：水、甘油、透明质酸、丙二醇、甘草酸二钾、左旋维生素C磷酸酯、生育酚乙酸酯、熊果苷、抗坏血酸、羟苯甲酯)，珠海雅莎生物科技有限公司生产(国药卫妆准字29-XK-2787)。

1.2.2 治疗方法 治疗前谈话，选择符合入组标准的病例，面部拍照存档。治疗组采用舒敏之星离子导入仪导入左旋VC精华液，3次/周，15min/次，连续导入治疗4周；对照组采用每晚清洁面部后自行外涂左旋VC精华液，每晚使用1次，每次需于黄褐斑位置按摩3 min，连续使用4周。治疗组操作手法：根据患者皮肤状态及耐受度调整参数，对导入仪治疗探头进行医学消毒，清洁患者面部后涂以左旋VC精华液，用治疗探头在面部有斑区域画圆圈，并不断加入蒸馏水以保持湿润，每次治疗持续15min。对照组操作手法：以双手除拇指外的四指腹均匀涂抹左旋VC精华液，于面部有斑区域持续按摩3min。

1.2.3 注意事项^[1] (1)患者在治疗期间停止使用其他化妆品。(2)允许患者适量使用保湿润肤类护肤品。(3)自行使用左旋VC精华液时，每晚使用量为1滴(约0.05ml)即可，不宜过量。(4)注意面部皮肤防护日晒和电离辐射。

1.3 临床疗效判定标准^[3] 治愈：以社交距离为标准，肉眼色斑面积消退90%以上，色素沉着大部分消失。显效：社交距离肉眼色斑面积消退60%~90%，斑片颜色明显变淡。好转：社交距离肉眼色斑面积消退30%~60%，斑片颜色变淡。无效：社交距离肉眼色斑面积消退30%以下，斑片颜色肉眼

观测变化不明显。总有效率=(痊愈+显效+好转)/总例数×100%。

1.4 统计学处理 应用SPSS18.0统计软件进行数据分析，计数资料以%表示，使用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组和对照组结束治疗4周以后总有效率分别为73.33%和13.33%，差异有统计学意义($P<0.05$)，见表1。

2.2 不良反应 治疗组中有1例离子导入仪器治疗结束后于面部出现红斑，但不伴瘙痒感，未予特殊处理，72h后症状自行缓解。

表1 治疗组与对照组疗效比较

组别	例数	痊愈(例)	显效(例)	好转(例)	无效(例)	痊愈率(%)	总有效率(%)
治疗组	15	0	9	2	4	0	73.33
对照组	15	0	1	1	13	0	13.33

2 讨论

黄褐斑病程长，进展缓慢，目前尚无特殊有效的临床治疗手段。发病原因至今尚未完全明了。现代医学认为，其主要与遗传、皮肤类型、紫外线、内分泌、精神因素、化妆品以及药品的不当使用、饮食结构不合理等因素有关。病理变化是病变处黑素细胞的黑素形成呈现高度活跃，基底层的黑素明显增加，表皮中的色素过度沉着^[4]。目前治疗黄褐斑的外用手段众多，如壬二酸、维A酸类、氢醌霜、果酸、白藜芦醇、熊果苷以及强脉冲光、调Q激光和点阵激光等等，都有不同程度的改善作用，但确切的临床疗效仍需长期的观察。皮肤中黑色素形成是由TYP(酪氨酸酶)产生一系列氧化反应之后的结果^[5]，故而黄褐斑的局部治疗是以阻止酪氨酸转化为主要目的^[6]。通过抑制黑素小体的形成、促使其分解从而达到治疗黄褐斑的临床目的。TYP是酪氨酸转化为黑素的催化剂以及黑素生成的重要限速酶，具有控制黑素的生成的作用。左旋VC精华液中的成分——熊果苷具有抑制皮肤中的TYP活性、阻断黑色素形成的作用，再通过自身与TYP的结合，可加速黑色素的分解与代谢，从而达到减少皮肤色素沉积的作用。离子导入手段主要的工作原理^[7]包括：第一方面，通过超强电离渗透作用，补充皮肤所需

水分和脂质,修复水脂膜和皮肤角质形成细胞功能,从而重新构建皮肤砖墙结构来达到修复皮肤屏障的作用。同时刺激皮肤胶原蛋白的新生,增强皮肤对外界刺激(如日光、电离辐射)的耐受性。第二方面,具有活氧杀菌作用,可同时完成表层消毒和深层滋润的双重功效。第三方面,可以将水分和媒介物电解成离子状态,于短时间(5s)内导入皮肤基底层,增加媒介物的局部吸收^[8]。第四方面,通过物理、化学、机械作用来改善面部皮肤局部血液循环状态,促进组织新陈代谢,提高皮肤再生与修复能力^[9]。本研究分析了左旋VC精华液联合离子导入技术治疗黄褐斑的临床疗效。结果显示,治疗组的临床总有效率明显高于对照组,说明^[10]药物结合导入技术治疗可以更好地改善黄褐斑患者的临床症状。分析其中原因在于离子导入技术有效提高了左旋VC精华液的吸收率,更好地发挥其中熊果苷抑制黑色素生成的作用,同时也增加左旋VC精华液中透明质酸的吸收率,有助于改善面部不同程度的老化问题,提高患者的自信心和治疗的依从性。

综上所述,左旋VC精华液联合离子导入技术治疗黄褐斑临床效果确切,见效时间短,不良反应发生率低,在实际的临床应用中值得进一步推广

参考文献

- [1] 马玲, 应为红, 张理梅. 优白素外治黄褐斑47例疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2012, 22(8): 648-649.
- [2] 郭琴, 闵仲生, 单敏洁. 紫白散面膜配合左旋维生素C导入治疗黄褐斑疗效观察[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2012, 11(6): 381-382.
- [3] 余宏, 朱玉娣. 中药面膜配合左旋VC超声离子导入治疗黄褐斑疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2012, 28(11): 914-915.
- [4] 吕桦, 丁晓东, 朱麒麟. 氨甲环酸联合强脉冲光治疗黄褐斑的疗效研究[J]. 中国医疗美容, 2017, 7(5): 48-51.
- [5] 卢凤艳, 刘岳花. 射频治疗仪联合舒敏保湿特护霜及复方甘草酸苷治疗面部激素依赖性皮炎的疗效观察[J]. 皮肤病与性病, 2017, 39(5): 319-322.
- [6] 张学军. Q开关1064nm 激光联合氨甲环酸治疗女

性黄褐斑临床效果[J]. 中国医疗美容, 2017, 7(6): 37-39.

[7] 杨俊苹, 范永晶, 蔡学齐. 光子嫩肤技术联合维生素C离子导入治疗黄褐斑的临床效果观察[J]. 中国医疗美容, 2017, 7(3): 48-51.

[8] 武化哲. 逍遥丸联合激光治疗对黄褐斑患者皮肤屏障功能及黑素含量的影响[J]. 中国农村卫生, 2017(11): 32-33.

[9] 李清峰, 张芳, 杨华, 等. 加味桃红四物汤联合氨甲环酸片治疗女性面部黄褐斑的临床研究[J]. 中国医疗美容, 2017, 7(7): 70-72.

[10] 陆雯丽. 红花逍遥颗粒联合氨甲环酸治疗黄褐斑疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(9): 1264-1267.

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

ZQ-II®

• 仅限内部学术交流

ZQ-II[®]

专注肌肤轻医美

SPECIALIZING IN LIGHT MEDICAL BEAUTY



扫一扫 关注ZQ-II二维码

珠海雅莎生物科技股份有限公司

地址:广东省珠海市金湾区翔天路756号厂房一2楼(雅莎生物科技园)

总机:0756-8889099 传真:0756-8884777

全国服务专线: 400-0756-199 品牌官网: www.zqii.net

关于雅莎

ZQ-II 专注肌肤轻医美，以医学科技呵护全球不同肤色人群的健康美，源自珠海雅莎生物科技股份有限公司（简称：雅莎股份）2009年成立，2018年新三板上市公司（股票代码：872767）中山大学达安基因（股票代码：002030）成员企业全球皮肤屏障功能及医学护肤品研究智造基地集医疗器械、医学护肤品、干细胞及基因工程产品的产、销、研一体化的高新技术企业。

2011年，雅莎股份全资子公司珠海市雅莎医疗器械有限公司成立。拥有符合GMP要求的十万级净化生产车间和万级微生物检验室，引进国际上先进的生物医学工程制造设备和质量检测仪器，以最高标准进行生产，严控产品质量，同时积极研发尖端的医药及美容类生物科技产品。

2013年，雅莎股份成立学术专家库，与众多医科大学和三甲医院都有密切的科研合作关系；雅莎股份系列产品在国内众多公立医院临床应用，拥有多篇产品临床使用观察报告，有效性及安全性得到充分论证。

2015年，雅莎股份与中山大学达安基因达成全面战略合作，共同培育专业技术人才；同年被授予“卫生部医药生物工程技术研究中心（皮肤屏障功能及医学护肤品研究基地）”。

2016年，雅莎股份通过国家高新技术企业认定；雅莎生物科技园由珠海市政府批准后正式筹建，建筑面积达3万多平方米。

2017年，雅莎股份产品通过ISO13485认证，先后进入加拿大、印尼、中东、印度、伊朗、西班牙、智利、俄罗斯等国际市场；凭借不断增强的科技创新能力，赢得全球客户的信任与支持，确定了公司全球化的发展战略。

2018年，雅莎股份成功挂牌上市，同时荣获2018福布斯中国新三板企业TOP100殊荣。同年，雅莎股份获得珠海市2018年战略性新兴产业重点产品推广目录证书。

2019年，珠海雅莎生物科技股份有限公司和珠海市雅莎医疗器械有限公司荣获广东省“守合同重信用企业”称号、入库广东省2019年第一批科技型中小企业名单、荣获国家高新技术企业认定。

2020年雅莎全体员工乔迁至雅莎生物科技园，并荣获珠海市“专精特新”中小企业称号。

**雅莎生物科技致力于中国皮肤学术建设，
每年参加赞助全国皮肤学术大会。**



中国医师协会皮肤科医师分会
Chinese Dermatologist Association



CHINESE SOCIETY OF DERMATOLOGY
中华医学会皮肤性病学分会



中国医师协会美容与整形医师分会
CHINESE NATIONAL CONGRESS OF AESTHETIC & PLASTIC SURGEONS



中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会
Chinese Association of Integrative Medicine

8 0 0 0

目前，在中国有超过8000家公立医院临床使用雅莎公司产品

关于雅莎

ZQ-II 专注肌肤轻医美，以医学科技呵护全球不同肤色人群的健康美，源自珠海雅莎生物科技股份有限公司（简称：雅莎股份）2009年成立，2018年新三板上市公司（股票代码：872767）中山大学达安基因（股票代码：002030）成员企业全球皮肤屏障功能及医学护肤品研究智造基地集医疗器械、医学护肤品、干细胞及基因工程产品的产、销、研一体化的高新技术企业。

2011年，雅莎股份全资子公司珠海市雅莎医疗器械有限公司成立。拥有符合GMP要求的十万级净化生产车间和万级微生物检验室，引进国际上先进的生物医学工程制造设备和质量检测仪器，以最高标准进行生产，严控产品质量，同时积极研发尖端的医药及美容类生物科技产品。

2013年，雅莎股份成立学术专家库，与众多医科大学和三甲医院都有密切的科研合作关系；雅莎股份系列产品在国内众多公立医院临床应用，拥有多篇产品临床使用观察报告，有效性及安全性得到充分论证。

2015年，雅莎股份与中山大学达安基因达成全面战略合作，共同培育专业技术人才；同年被授予“卫生部医药生物工程技术研究中心（皮肤屏障功能及医学护肤品研究基地）”。

2016年，雅莎股份通过国家高新技术企业认定；雅莎生物科技园由珠海市政府批准后正式筹建，建筑面积达3万多平方米。

2017年，雅莎股份产品通过ISO13485认证，先后进入加拿大、印尼、中东、印度、伊朗、西班牙、智利、俄罗斯等国际市场；凭借不断增强的科技创新能力，赢得全球客户的信任与支持，确定了公司全球化的发展战略。

2018年，雅莎股份成功挂牌上市，同时荣获2018福布斯中国新三板企业TOP100殊荣。同年，雅莎股份获得珠海市2018年战略性新兴产业重点产品推广目录证书。

2019年，珠海雅莎生物科技股份有限公司和珠海市雅莎医疗器械有限公司荣获广东省“守合同重信用企业”称号、入库广东省2019年第一批科技型中小企业名单、荣获国家高新技术企业认定。

2020年雅莎全体员工乔迁至雅莎生物科技园，并荣获珠海市“专精特新”中小企业称号。

**雅莎生物科技致力于中国皮肤学术建设，
每年参加赞助全国皮肤学术大会。**



中国医师协会皮肤科医师分会
Chinese Dermatologist Association



CHINESE SOCIETY OF DERMATOLOGY
中华医学会皮肤性病学分会



中国医师协会美容与整形医师分会
CHINESE NATIONAL CONGRESS OF AESTHETIC & PLASTIC SURGEONS



中国中西医结合学会皮肤性病专业委员会
Chinese Association of Integrative Medicine

8 0 0 0

目前，在中国有超过8000家公立医院临床使用雅莎公司产品