

成组t检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

两组治疗前的各评分均没有差异($P>0.05$),但治疗后各指标评分均优于治疗前,除单纯组的HAMD外($P<0.05$),其余均为 $P<0.01$;联合组治疗后的HAMD低于单纯组($P<0.05$),其余指标高于单纯组($P<0.01$),见表1。

表1 两组治疗前后的HAMD、NIHSS及BI情况

项目	单纯组		联合组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
HAMD	25.8±6.3	19.6±4.1*	28.5±8.4	14.6±3.2** [#]
NIHSS	11.3±1.2	9.9±1.4**	10.4±0.9	7.5±1.6*** [#]
BI	52.5±6.4	57.4±7.2**	53.6±7.1	71.2±8.9*** [#]

注: * $P<0.05$, ** $P<0.01$ 与治疗前比较, [#] $P<0.05$, *** $P<0.01$ 与治疗前比较。

3 讨论

脑卒中后抑郁状态(PSD)是指卒中后发生的以情绪低落、兴趣减退、思维迟缓、自责早醒等为主要表现的心境障碍或情感障碍,是卒中常见并发症之一,已经成为卒中患者的主要负担,严重影响患者的预后及生活质量。

多数PSD患者,尤其是肢体功能障碍及生活不能自理的患者,由于对以后生活的担心,从而更加容易造成抑郁,因此早期的康复训练极为重要,通过积极主动的锻炼可以扭转消极情绪。康复训练运动可反射性引起大脑皮质、丘脑和下丘脑部位兴奋性提高,还可提高机体的反应能力,使其较好地适应各种因素给机体所造成的应激状态,加上交感神经的营养性影响,改变体内物质代谢过程^[2]。通过系统的正规康复训练能够促进病灶周围组织或健侧脑细胞的重组或代偿,从而使患者日常生活能力提高,生活质量也随之提高,抑郁发病率有所下降^[3];另外康复治疗师在运动训练过程中和患者相互交流,有利于患者重建人际关系,从而减少导致PSD的原因及缩短PSD病程^[4]。

文拉法辛能同时抑制神经细胞对NE和5-HT的再摄取,对多巴胺

有轻微的摄取抑制作用,对胆碱能、组胺能和肾上腺素能受体无明显亲和力,几乎无心血管副作用^[5]。与其他5-HT再摄取的抑制剂治疗PSD的疗效相比,起效快,作用强,副作用少^[6]。蒋义翔等研究发现,文拉法辛能有效改善PSD患者的抑郁情绪,改善患者神经功能的康复及提高患者的日常生活能力^[7]。

本次研究结果显示,文拉法辛治疗组和康复联合文拉法辛治疗组患者的HAMD、NIHSS及BI评分都较治疗前有显著改善,康复训练联合文拉法辛治疗更优于单纯文拉法辛治疗,更能改善患者的抑郁状态,促进其神经功能的恢复,提高其日常生活的能力。本研究表明康复训练联合文拉法辛治疗PSD疗效明显,如能在基层医院得到推广,将会使更多的脑卒中患者得到心声同时康复,更好的回归社会和家庭,减少心脑血管事件的复发及卒中后的病死率和提高卒中后的生存率,减轻患者及家属的心理压力以及家庭与社会的经济负担具有重要意义。但局限的是本次选取的样本量偏小,有待下一步选取更多的样本量及更加采用更加合适的评分量表加以验证。

参考文献

- [1] Shirley A.Thomas and Nadina B.Lincoln. Predictors of Emotional Distress After Stroke[J].Stroke,2008,39(4):1240-1245.
- [2] 周士枋.实用康复医学[M].南京:东南大学出版社,1998:42.
- [3] 李彩霞.早期神经康复治疗卒中后抑郁临床分析[J].中国现代医生,2011,49(14):148-149.
- [4] 何小英.脑卒中后抑郁治疗方法的探讨[J].现代康复,2001,5(1):34-35.
- [5] Harvey AT,Rudolph RL.Preskorn SH.Evidence of the dual mechanism of action of venlafaxine[J].Arch Gen Psychiatry,2002,57(2):503-509.
- [6] 吕文佳,张中发.文拉法辛缓释剂与西酞普兰治疗脑卒中后抑郁的对照研究[J].中国现代药物应用,2008,2(20):33-34.
- [7] 蒋义翔.文拉法辛对脑卒中后抑郁症患者抑郁症状、运动功能和神经功能康复的影响[J].中国现代医生,2011,49(8):52-54.

强脉冲光脱毛133例临床疗效观察

张 健 茅伟安

(上海市第七人民医院 皮肤美容科, 上海 200137)

【摘要】目的 观察强脉冲光子治疗仪用于脱毛的临床疗效。**方法** 临床采用飞顿一号皮肤美容激光光子工作站(脱毛手具),在确定适应证并排除禁忌证后,对选取的133例多毛患者的唇部、面部、腋部、四肢、腹部及阴阜部等152个不同部位进行多次脱毛治疗。根据皮肤类型、操作部位和毛发密度、色泽、粗细等因素,选择治疗参数,每间隔1.5~2个月重复治疗,总共治疗4~7次不等。并对治疗部位进行治疗前后对比观察,根据毛发生长的减少程度判定疗效,并观察不良反应的发生情况。**结果** 133例患者共152个治疗部位治愈70例,占46.05%;显效52例,占34.21%;有效21例,占13.82%;无效9例,占5.92%。以痊愈和显效合计计算显效率,达80.26%。所有患者治疗区域皮肤均未出现水泡及色素沉着、瘢痕等不良反应,仅3例出现较长时间的红斑水肿伴疼痛。**结论** 强脉冲光子治疗仪用于脱毛效果理想,安全可靠,操作简便,无创伤及其他严重副作用,优于传统的脱毛方法,适合在临床开展治疗。

【关键词】 强脉冲光; 脱毛

中图分类号: R758.7

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2012) 14-0230-03

近年来,强脉冲光(Intense Pulsed Light, IPL)脱毛,即人们通常所说的“光子脱毛”,作为一种新的安全有效、快捷而无副作用的永久性脱毛治疗方法,正在国内日益广泛开展。

我科自2007年至今,应用强脉冲光子治疗仪对众多多毛患者的不

同部位进行多次脱毛治疗,并根据不同治疗部位进行治疗前后对比观察、分析,取得了满意疗效。现将其中133例患者共152个部位的治疗相关资料报道如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

选取皮肤美容门诊就诊患者133例,其中男21例,女112例,年龄16~40岁,就诊前均未使用其他方法进行脱毛。要求去除的毛发部位包括:唇部28例,面颊下颌(络腮胡)21例,腋部43例,上肢21例,下肢37例,腹部及阴阜部2例,共计152个部位。可见,女性患者更注重多毛的治疗,特别是影响美观较明显的唇部、腋下和小腿要求脱毛治疗的相对较多。

有以下禁忌证者不予治疗:患有肿瘤特别是皮肤癌;妊娠;使用光敏感的药物或中草药;患有光敏感性疾病;治疗前后3~4周有日光暴晒;活跃性的单纯疱疹;糖尿病;内分泌失调;疤痕体质;干性敏感皮肤;使用抗凝药物;癫痫症;患有血液凝固性病变;多囊肿巢综合征等。

1.2 治疗方法

1.2.1 仪器设备

采用以色列飞顿激光公司(MSq Ltd)生产的飞顿一号皮肤美容激光光子工作站(脱毛手具)。常规治疗参数:治疗输出波长为650-950nm宽光谱,脉宽40ms。根据皮肤类型、操作部位和毛发密度、色泽、粗细等因素,选择能量密度。一般面部在13~16J/cm²,躯干及四肢在17~19J/cm²。

1.2.2 治疗前准备

医师接待检查患者,询问相关病史,确定适应证并排除禁忌证后,告知其治疗操作过程及相关的注意事项,并签署治疗知情同意书。

用剪刀或剃须刀去除治疗区域多余毛发,使毛干在皮肤外的长度不超过2mm,以免较长毛发吸收过多脉冲光的能量,减弱深层毛囊吸收的能量,影响疗效,同时容易灼伤皮肤引起水泡、色素沉着及疤痕^[1]。

1.2.3 操作方法

操作医护人员及患者均配戴防护眼镜,患者须闭眼。先在治疗部位均匀涂抹冷凝胶,厚度不超过1mm。开启光子治疗仪,用治疗手具与治疗部位皮肤平行并轻压皮肤,可使强脉冲光均匀穿透。通过控制脚踏开关发射脉冲。选择适中的能量密度,先选取治疗区长轴边缘发射一测试光斑,观察皮肤反应。根据测试的结果对能量密度进行调整,须使皮肤轻微发红,或毛发根部出现小丘疹,稍感灼痛,并可有毛发烧焦、弯曲、能闻及“焦糊味”,部分毛发可用镊子轻松拔除为佳。按顺序逐个光斑进行治疗,光斑之间要紧密连接,但相邻光斑相互重叠不超过20%。

1.2.4 术后处理及后续治疗

术后依据患者治疗部位皮肤发红、灼痛情况,可选择冰敷或冷喷10~30min,以减轻热损伤。注意防晒,避免使用化妆品。间隔1.5~2个月后重复治疗,总共治疗4~7次不等。

1.2.5 疗效判定标准

尚无统一标准,目前一般判定标准如下:痊愈:治疗部位未再出现体毛。显效:治疗部位体毛生长少于10%。有效:治疗部位体毛生长10%~40%。无效:治疗部位体毛生长大于40%。以痊愈和显效合计,计算显效率。

2 结果

随着治疗次数的增加,可见治疗部位毛发逐渐变细,颜色变浅,毛发密度逐渐降低,多数患者自我评价满意。经多次治疗随访,133例患者共152个部位,有70个达到痊愈标准,52个达到显效标准,显效率达80.26%。其中腋毛和胡须的显效率较高。具体见表1。

治疗期间,所有患者治疗区域皮肤均未出现水泡等严重热损伤反应,亦无色素沉着、疤痕等并发症。仅2例患者共3个治疗部位(2例小腿、1例腋下)出现持续较长时间的红斑水肿伴疼痛,经对症处理

表1 强脉冲光子脱毛临床疗效

治疗部位	例数	痊愈	显效	有效	无效	显效率(%)
唇部	28	7	11	6	4	64.29
面颊下颌	21	9	9	1	2	85.72
腋部	43	27	12	4	0	90.70
上肢	21	9	7	2	3	76.19
下肢	37	18	11	8	0	78.38
腹部及阴阜部	2	0	2	0	0	100.00
合计	152	70	52	21	9	80.26

后,于2周内恢复。

3 讨论

过多的体表毛发是当今困扰许多人的普遍性的美容问题。传统脱毛方法如刮毛、拔毛、蜡脱毛、化学脱毛等多为暂时性,且不良反应多。电解脱毛虽然可达到永久性脱毛,但操作费时,大面积的治疗较困难且易形成疤痕。寻找一种高效、持久而安全的脱毛方法已成为当务之急。

强脉冲光(IPL)作为脱毛治疗的新方法,有着相对于其他脱毛疗法独特的优势。目前通过大量临床验证,相比于其他传统脱毛方法,IPL疗效更强,耐受性也更好^[2,3]。另有对光辐射危害的评估研究表明:根据现有的国际标准,目前使用的IPL设备不存在任何的光辐射危险。

IPL脱毛术的基本原理如下:根据“选择性光热作用理论”,如果靶目标对特定波长的光具有良好的吸收性,治疗时间相当于或小于靶目标的热迟滞时间,则光照后所产生的热便局限在靶目标内。IPL光属于普通非相干光,但能量较高、光的波段相对集中、脉宽可调等特点与激光极为相似,也可达到选择性光热作用进行脱毛治疗。毛发的毛囊(毛根部)中含有大量的黑色素细胞,IPL脱毛术即选用对毛囊黑色素细胞特别敏感而对正常表皮无损伤的超强脉冲光进行照射,使特定波段的光通过毛干和毛囊中的黑色素吸收并转化为热能,从而升高毛囊温度,当温度上升到足够高(70℃维持1ms以上)时,毛囊组织变性、凝固,结构发生不可逆转的破坏,从而达到永久性脱毛的目的。一般来说,毛发越粗越黑,其毛囊就越大,含黑色素也越多,更容易接受IPL对它的破坏作用,故疗效越好;与之相反,细软、色浅的毛发疗效相应较差^[4,5]。通过计算机控制,强脉冲光脉宽可调,且每次击发可选择1~3个脉冲,选用脉冲方式释放能量可使靶组织持续升温,而让表皮充分散热,治疗时还配合使用冷却透明凝胶,以减少副作用。并且IPL脱毛仪的参数调整灵活,可根据肤色、毛囊大小及深浅不同而选择合适的治疗参数。因此,只要选择合适的脉冲光波长、能量密度和脉宽,光照就能精确地破坏毛囊而不引起邻近组织的损伤。其中,脉宽必须长于黑色素的热能消散时间以确保热量传导到毛囊;同时又必须短于或等于毛囊的热能消散时间以免产生周围组织的损伤。毛发生长周期包括生长期、退行期和休止期。一般认为,处于生长期的毛囊对治疗反应好。在生长期,毛母质细胞快速分裂,此期黑素最多,因此对IPL治疗有较好的反应。退行期和休止期的毛囊对治疗的反应差,但此两期的毛囊可转入生长期,故IPL脱毛的治疗要分数次进行。人体各部的毛发处于生长期的比例都不相同,在头发、腋毛和胡须的生长期比例较高,其他部位比例都不是太高^[6]。故本组患者中腋毛和胡须治疗后的显效率较高,证实了这一点。

IPL脱毛治疗应严格按照规程操作,要求执行操作的医务人员对于该项治疗的适应证、禁忌证、术前准备、参数选择(能量、脉宽等)、操作手法、观察终点、术后处理、疗程选择、预防和处理并发症等方面均有良好的把握,方能取得满意的效果。在参数选择方面,不能以经验性治疗参数为依据,而应根据治疗过程中皮肤的反应及时

调整参数,尽可能做到治疗参数个体化。在选择起始能量时,可较其他强脉冲光(570nm或540nm等)用于在该部位的能量密度高1~2J/cm²,进行测试,即刻反应一般比其他脱毛设备轻。常规治疗能量一般在12~19J/cm²,肤色越深者一般选择能量密度低,反之亦然。越根据测试光斑的结果再对能量密度进行调整,观察终点为:皮肤微红或毛发根部出现小丘疹。对于一些细小毛发,常规治疗效果欠佳,可将脉宽调整至30ms。在疗程的选择上,一般1~2个月1次,3~5次为1个疗程。但不同部位毛发的休止期有不同,因此IPL治疗的时间间隔亦不同——头发休止期较短(6~12周),治疗间隔为1个月;躯干和四肢休止期为12~24周,治疗间隔为2个月。应连续治疗,直到毛发减少到相应数量。此外,治疗手具存在能量衰减的问题,衰减到70%时,会影响治疗效果,故需要定期检测、及时更换手具以保证有效治疗^[7]。

关于治疗的不良反应及并发症:治疗中大多数患者都会有疼痛、灼热感,皮肤暂时性潮红,在治疗结束后用冰敷或冷喷10~30min即可缓解。有时可能会出现暂时性的色素加深,一般3~10d脱痂愈合。如出现暂时性的紫癜、水疱,原因可能是能量过高或治疗手具与皮肤的间距过近所致,可以采用温和的皮质类固醇激素药膏等外用,水疱破溃渗出时可外用烫伤膏。色素沉着或色素脱失,可能出现在肤色较黑或治疗区域受到过多的光照射及日光暴晒的人中。对于此类患者,参数设置应适当加大脉宽,减低能量密度,重在预防。出现色素改变

后,通常在3~6个月内恢复,少数6~12个月恢复。可口服维生素C、维生素E,外用氢醌霜治疗,加速色素沉着恢复。瘢痕产生的几率很小。为减少术后不良反应,做好术后护理也十分必要,如防晒、防热水、避免搔抓、禁用化妆品等。

参考文献

- [1] 刘丹丹,王琦,赵华.强脉冲光子脱毛130例分析[J].中国误诊学杂志,2008,8(22): 5427-5428.
- [2] Gold MH,Foster A,Biron JA.Low-energy intense pulsed light for hair removal at home[J].J Clin Aesthet Dermatol,2010,3(2):48-53.
- [3] Elm CM,Wallander ID,Walgrave SE,et al.Clinical study to determine the safety and efficacy of a low-energy,pulsed light device for home use hair removal[J].Lasers Surg Med,2010,42(4):287-291.
- [4] 刘梅,李远宏,何春涛,等.新型强脉冲光脱毛的疗效观察[J].中国美容医学,2008,17(11): 1663-1666.
- [5] 尹锐,林琳,肖艳,等.强脉冲光对人体不同部位脱毛的疗效比较[J].中国美容医学,2008,17(10): 1503-1505.
- [6] 杨国亮,王侠生.现代皮肤性病[M].上海:上海医科大学出版社,1998:44.
- [7] 廖农,赵伟,林维欣,等.强脉冲光脱毛的临床应用[J].广东医学,2010,31(24): 3251-3252.

2009年某院氟喹诺酮类药物应用分析

王奎鹏¹ 张贺鸣²

(1 河南中医学院第一附属医院,河南 郑州 450000; 2 新乡医学院药学院,河南 新乡 453003)

【摘要】目的 了解我本院喹诺酮类抗菌药物的使用情况和用药趋势。**方法** 对我院2009年喹诺酮类药物的应用品种、消耗金额、用药频度(DDDs)、日均费用(DDC)等进行统计和分析。**结果** 我院现有氟喹诺酮类注射剂5个品种,口服剂7个品种,使用金额占抗菌药物的9.02%。2009年用药金额最大的品种分别是左氧氟沙星、加替沙星、依诺沙星、托氟沙星;DDDs排序列前4位的依次是左氧氟沙星、加替沙星、托氟沙星、莫西沙星。**结论** 氟喹诺酮类抗菌药物在我院广泛应用,基本合理,仍要进一步监管。

【关键词】 喹诺酮类药物; 用药频度(DDDs); 日均费用(DDC); 应用分析

中图分类号: R978.1

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194(2012)14-0232-02

氟喹诺酮类药物与许多抗菌药物间无交叉耐药性,抗菌谱广,有较高的组织、血液分布浓度,无需皮试,严重不良反应发生率,已成为发展最快的化学合成抗菌药物,在临床上广泛用于治疗各种感染。笔者对2009年我院氟喹诺酮类抗菌药物的利用进行分析评价如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

资料来源于我院计算机管理库药品库,选取2009年1月1日至2009年12月31日的全部氟喹诺酮类抗菌药物,金额以招标采购价计。

1.2 采用销售金额和DDD值分析法

具体方法为:①限定日剂量(DDD):DDD以WHO推荐的限定日剂量、《新编药理学》(第17版)、药品说明书而定。②用药频度(DDDs):DDDs=该药品年销售量/该药DDD值。同一药物不同剂型若因DDD值不同,分别计算DDDs后相加,就为该药的DDDs。③日均费用(DDC):该药品的销售金额/该药品的DDDs。

2 结果

2.1 2009年我院氟喹诺酮类药物剂型情况,见表1。

表1 2009年我院氟喹诺酮类药物剂型情况

	品种	DDDs	DDC(元)	金额(元)	金额构成比(%)
注射剂	5	23903.5	665.30	1711345.4	89.46
口服剂	7	13096.7	89.40	201711.9	10.54
合计	12	37000.2	754.70	1913057.3	100

由表1可知,我院现有氟喹诺酮类注射剂5个品种,口服剂7个品种。使用频度DDDs注射剂是口服剂的1.8倍;氟喹诺酮类注射剂金额占氟喹诺酮类金额的89.46%,口服剂只占10.54%,注射剂是口服剂的近8.5倍;日均费用注射剂是口服剂型的7.44倍。氟喹诺酮类药物占抗菌药物使用金额的9.02%。

2.2 2009年我院氟喹诺酮类抗菌药应用情况,见表2。

由表2可知,2009年我院氟喹诺酮类药物的销售金额共1913057.3元,销售金额居前四位的依次是左氧氟沙星针、加替沙星针、依诺沙星针、托氟沙星片,分别是71.41%、5.19%、4.36%、4.31%,共占销售金额的85.28%。DDDs排序列前4位的依次是左氧氟沙星针、加替沙星胶囊、托氟沙星片、莫西沙星片。注射剂的DDC明显大于口服剂,莫西沙星针的最高为316,诺氟沙星胶囊最低为0.46。

3 讨论