

5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗难治性跖疣的临床观察

王 青

长沙市中医医院（长沙市第八医院） 湖南长沙 410100

[摘要]目的 对5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗难治性跖疣的临床疗效进行观察和分析。**方法** 收集23例难治性跖疣患者为此次实验的对象，所有患者均采用5-氨基酮戊酸光动力疗法进行治疗，同时再选取60例难治性跖疣患者分别采取冷冻、激光、手术进行治疗，对所有患者治疗后的效果进行对比和分析。**结果** 所有患者在经过3-5次治疗后均获得满意效果，有2例患者治疗效果为显效，其他均为治愈，治疗的总有效率为64.0%，病情复发率为16.0%。均没有出现明显的不良反应情况。**结论** 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗难治性跖疣的临床疗效明显，不易复发，并且不良反应症状也相对少见，安全性高，缺点为费用较高，可以作为难治性跖疣的补充治疗，临床应用价值较高。

[关键词] 5-氨基酮戊酸光动力疗法；难治性跖疣

[中图分类号] R752.5

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561 (2017) 06-027-02

寻常疣在临床上非常常见，属于人乳头瘤病毒感染性疾病的一种，目前临床上主要通过物理疗法对其进行治疗，包括冷冻、激光、切除等，传统治疗方法相对来说会有一定的创伤^[1]，治疗后患者的创口愈合时间较长，易形成瘢痕，同时病情还比较容易复发，为患者带来很大的痛苦，生活质量受到严重影响。5-氨基酮戊酸光动力疗法属于一种新型疗法，具有创伤小、恢复快和美容的优点。本文对我院23例难治性跖疣患者采用5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗的效果进行了分析和研究，效果明显，具体研究结果如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

抽取中国医学科学院皮肤病医院皮肤外科自2016年4月至2016年8月期间接受治疗的23例难治性跖疣患者作为本次研究的对象，同时再选取60例难治性跖疣患者分别采取冷冻、激光、手术进行治疗，将患有严重的系统性疾病、药物过敏以及肝肾功能不全的患者予以排除。所有的患者均符合临床上难治性跖疣的相关诊断标准，病程在1年以上，至少应用1种以上方法治疗，治疗期间有新发或治疗后3个月内复发。患者的年龄在18岁至57岁，平均年龄为(35.65±5.34)岁，总共有50个疣体，包括23个甲周，17个趾间，9个面部，1个手掌，疣体的直径在0.4-2.3cm。

1.2 方法

治疗前，对患者皮损及局部皮肤进行常规消毒，首先针对疣体使用手术刀片将浅表的疣体角质增生部分削除，削除标准为达到真皮乳头层、点状出血为主。然后，将5-ALA与冷藏的液态温敏凝胶混合配制浓度为20%的液态凝胶，两种药物的生产厂家均为上海复旦张江生物医药股份有限公司，均匀涂抹在患者的皮损部位以及周围1cm范围内的皮肤上。此处注意涂抹时需要在避光的环境下进行，涂抹完成之后再使用黑色的塑料薄膜封包，3小时后使用普门红蓝光治疗仪进行垂直照射，治疗时波长设置为635nm左右，能量密度为126J/cm²，针对每一个皮损部位的照射时间控制在20min。每周治疗一次，共3-5次。其他60例患者分别采取冷冻、激光、手术治疗。

1.3 统计学分析

将得到的所有数据采用SPSS17.0的统计学软件对其进行分析研究，计量资料、组间的比较和计数资料将分别选用t与 χ^2 来进行检验，计数资料用率（百分比）的方式来表示，主要临床症状的评分采用 $\bar{x} \pm s$ 的形式来表示，P < 0.05表示其差异具有统计学的意义。

1.4 判定标准

治疗效果主要分为未愈、治愈和复发，未愈则表示患者在经过治疗后，患者的皮损未消失，皮疹现象没有出现变化，复发则表示患者在治疗后的3个月随访时有出现新的皮损；而治愈则显示患者的皮损消退，没有出现新的皮疹。治疗有

效率=治愈率。不良反应症状包括红肿、水泡和疼痛。并对疣体在脱落之后的复发情况进行观察和记录。

2 结果

所有患者在经过不同次数治疗后，有18个疣体在经过反复治疗后仍然未能痊愈，其中有10个疣体部位就是甲周，趾间部位的有6个治疗无效，面部有2例治疗无效，相对来说甲周部位的疣体比较难治愈，并且治疗无效的18个疣体患者基本上都是病程较长、年龄大的患者。其他32个疣体在进行治疗后均已经治愈，总有效率为64.0%，见表1。

所有患者在治疗后疣体脱落，但是有8个疣体出现了复发情况，病情复发率为16.0%。

均没有出现明显的不良反应情况，只有1例患者出现了轻微的红肿症状，1例出现小水泡，但患者均能耐受，局部处理后痊愈。对治疗效果未造成影响。

表1：患者疣体的治疗效果（n）

手术方法	总疣体数	未愈	复发	复发率(%)	治愈	总有效(%)
光动力疗法	50	18	8	16.0	32	64.0
手术	20	9	6	30.0	11	55.0
冷冻	20	10	5	25.0	10	50.0
激光	20	12	7	35.0	8	40.0

表2：光动力疗法患者不同部位疣体的治疗情况比较（n）

治疗情况	甲周	趾间	面部
痊愈	15	10	7
未愈	10	6	2

3 讨论

5-氨基酮戊酸光动力疗法主要是指病变组织细胞对氨基酮戊酸进行选择性的吸收，然后在可见光的作用之下，由产生的光动力反应对病变组织细胞造成损伤最后导致其死亡，能够直接将患者疣体的病毒包膜蛋白破坏掉^[2]，从而进行有效治疗。5-氨基酮戊酸光动力疗法属于无创伤治疗方法，能够对患者进行重复性的治疗，并且具有一定的选择性，针对一些部位特殊的病例患者也可以进行有效治疗。

本次研究结果显示，采用5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗的总有效率为64.0%，有大部分患者的疣体仍然不能治愈，同时也在治疗过程中患者还出现了不良反应症状，病情在治疗后患者的疣体在脱落之后有部分出现了复发的情况。这表明5-氨基酮戊酸光动力疗法虽然治疗的效果相对于传统物理治疗方法较为可靠，创伤小，恢复快，但是治疗过程中会出现不良反应症状，并且具有一定的复发率。相对来说，优缺点均在。而传统的物理治疗方法会在治疗过程中使患者出现明显的疼痛感、局部麻醉过敏以及感染^[3]等严重的不良反应，并且有一定的创伤，对患者的生活质量和工作等造成严重影响，此次研究结果显示，手术、冷冻和激光疗法治疗的总有效率分

（下转第29页）

mmHg, (83.75±12.69) 次/min; 在 T1 时间的 SP_{O_2} 、MAP、HR 值分别为 (91.05±0.32)%, (101.02±10.01) mmHg, (77.56±12.01) 次/min; 在 T2 时间的 SP_{O_2} 、MAP、HR 值分别为 (95.12±1.06)%, (110.01±9.01) mmHg, (71.54±10.36) 次/min; 在 T3 时间的 SP_{O_2} 、MAP、HR 值分别为 (97.54±1.22)%, (111.01±8.95) mmHg, (74.05±7.01) 次/min; 对两组患者各个时间段内的 SP_{O_2} 、MAP、HR 值进行 (t) 值检验, 其中在 T1、T2、T3 时间, 两组患者的 SP_{O_2} 、MAP、HR 组间比较差异明显, 组间比较具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.2 两组患者手术时间和苏醒时间比较

本次研究中对两组患者手术时间和苏醒时间进行组间比较, 其中对照组患者手术时间为 (19.56±2.14) min, 苏醒时间为 (12.36±1.02) min; 观察组患者手术时间为 (14.25±1.16) min, 苏醒时间为 (8.96±1.06) min。对两组患者手术时间和苏醒时间进行 (t) 值检验, 其中手术时间 $t=8.690214$, $P=0.01012$, 苏醒时间 $t=10.023604$, $P=0.00452$ 。两组患者组间手术时间和苏醒时间比较差异明显, 具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 讨论

在对患者进行麻醉过程中药物的选择会对患者的手术时间和各项血-脑指标造成一定的影响。瑞芬太尼和芬太尼均有较好的镇痛作用, 但芬太尼使用剂量过大, 有可能造成手术后呼吸抑制及苏醒延迟, 而瑞芬太尼的镇痛作用明显强于芬太尼, 术后镇痛作用消失更迅速。瑞芬太尼为芬太尼类 μ 型阿片受体激动剂, 在人体内 1 分钟左右迅速达到血-脑平衡, 在组织和血液中被迅速水解, 故起效快, 维持时间短, 与其它芬太尼类似物明显不同。瑞芬太尼的镇痛作用及其副作用呈剂

量依赖性, 与催眠药、吸入性麻醉药和苯二氮卓类药物合用有协同作用。瑞芬太尼的 μ 型阿片受体激动作用可被纳洛酮所拮抗。另外瑞芬太尼也可引起呼吸抑制、骨骼肌 (如胸壁肌) 强直、恶心呕吐、低血压和心动过缓等, 在一定剂量范围内, 随剂量增加而作用加强。盐酸瑞芬太尼剂量高达 30 $\mu\text{g/kg}$ 静脉注射 (1 分钟内注射完毕) 不会引起血浆组胺浓度的升高。本次研究中对瑞芬太尼在非住院患者手术中的麻醉效果和安全性进行研究, 研究结果显示观察组患者手术时间和苏醒时间明显低于对照组, 由此不难看出, 使用瑞芬太尼对非住院患者进行临床麻醉, 其安全性更高, 对患者身体带来的影响更小^[3]。此外, 本次研究中对两组患者在不同时间段的 SP_{O_2} 、MAP、HR 进行测量, 其中在 T1、T2、T3 时间, 两组患者的 SP_{O_2} 、MAP、HR 组间比较差异明显, 组间比较具有统计学意义 ($P < 0.05$)。通过对研究结果做进一步分析, 发现瑞芬太尼虽然是芬太尼的衍生物, 但是在其麻醉效果的应用过程中能够快速对人体血-脑平衡进行控制, 且使用药效明显短于芬太尼。

综上所述, 对非住院患者手术中采用瑞芬太尼对其进行麻醉, 麻醉效果显著, 安全性较高, 值得临床应用及推广。

【参考文献】

- [1] 范雪梅, 王平, 潘楚雄, 李天佐. 靶控输注不同浓度瑞芬太尼对无痛人流手术抑制体动丙泊酚 EC₅₀ 及麻醉效果的影响 [J]. 临床麻醉学杂志, 2013, 11 (02): 1085-1087.
- [2] 国松, 姜万维, 郭旭东. 不同剂量右美托咪定复合丙泊酚-瑞芬太尼对肝功能异常患者腹部手术的麻醉效果与安全性评价 [J]. 中国医药导报, 2015, 34 (04): 98121.
- [3] 周圣. 舒芬太尼与瑞芬太尼在急诊颅脑外伤手术麻醉中的麻醉效果分析 [J]. 医学理论与实践, 2015, 23 (06): 3228-3230.

(上接第 25 页)

放疗来说, 成果更为理想, 尤其针对局部的宫颈癌病患。手术之前予以同步放化疗可以增加康复几率。此次讨论, 通过对于诊治结果的对比, 可以发现, C 组总康复率 92.68%, 与 A 组 65.85% 和 B 组 48.78% 相比更高。可以说明, 同步放化疗效果更加理想, 提高了治疗效率。A 组、B 组、C 组在治疗期间均未出现严重并发症, 三组对比差异不明显, 不具有统计学意义。

综上所述, 同步放化疗对于宫颈癌病患的治疗效果更为明显, 是帮助患者延长生存期限的重要保障。值得推广、应用。

【参考文献】

- [1] 曲思尧, 武昕, 赵晶, 等. 单纯放疗、新辅助化疗及同步放

化疗治疗宫颈癌临床近期疗效比较 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2013, 12 (08): 943-945.

- [2] 胡军. 同步放疗、化疗和单纯放疗治疗食管癌的临床疗效比较分析 [J]. 吉林医学, 2012, 24 (04): 738-739.

- [3] 郑伟, 张新. 新辅助化疗结合放疗与单纯放疗治疗局部晚期宫颈癌疗效比较 [J]. 国医药科学, 2012, 10 (06): 46+48.

- [4] 孟晓红. 同步放化疗与单纯放疗治疗中晚期宫颈癌的临床疗效比较 [J]. 中国医药导刊, 2012, 07 (04): 1168-1169.

- [5] 符丽华, 梁峰, 林霞, 等. 同步放化疗与单纯放疗治疗中晚期宫颈癌的临床疗效比较 [J]. 海南医学院学报, 2012, 12 (10): 1785-1787.

- [6] 刘鑫丽, 姚秀英, 李世春, 等. 顺铂同步放化疗与单纯放疗治疗中晚期宫颈癌疗效比较 [J]. 山东医药, 2014, 44 (14): 81-82.

(上接第 26 页)

衰竭对改善患者生活质量有积极的影响, 值得推广应用。

【参考文献】

- [1] 侯宝松, 刘霞, 田国芳, 等. 桂枝甘草汤联合真武汤加味对慢性心力衰竭患者血管内皮功能的影响 [J]. 河北中医, 2016, 38(5): 733-736.

- [2] 赵军香, 王慧云, 张丽荣. 补心汤联合卡维地洛治疗慢性心力衰竭的疗效及对心功能的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(16): 1768-1770.

- [3] 王敏毓. 步长稳心颗粒联合美托洛尔治疗心律失常的疗效观察 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2015, 3(2): 78-79.

(上接第 27 页)

别为 55.0%、50.0%、40.0%, 复发率分别为 30.0%、25.0%、35.0%, 此结果也证明了这一点。但是 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗创伤较小, 恢复快, 在这一方面该方法优势明显, 不会对患者的生活、学习以及工作造成持久的影响, 更容易被患者接受, 在临床可以推广应用。但与此同时, 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗的费用相对于传统的物理疗法的治疗费用来说较高, 在这一方面还需要进一步的探讨和对比性研究。

综上所述, 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗寻常疣的临床疗效非常显著, 美容作用效果较好, 患者更加容易接受该种治疗方法, 病情不容易复发, 并且不良反应症状也相对非常少,

安全性高, 可以用来治疗寻常疣, 具有较好的临床应用前景。

【参考文献】

- [1] 赵英, 陈蕾, 贾艳辉, 李婧媛, 柳曦光. 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗皮肤癌及皮肤癌前病变疗效观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2016, (18): 107-108.

- [2] 樊静媛, 李娟, 王素林, 王晶, 包国雅. 5-氨基酮戊酸光动力疗法、手术及咪喹莫特联合治疗皮肤基底细胞癌的疗效观察 [J]. 临床合理用药杂志, 2016, (04): 74-75.

- [3] 王明, 邹清, 叶发舜, 陶小华, 帅词丹. 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗面部扁平疣 35 例临床观察 [J]. 皮肤性病诊疗学杂志, 2014, (06): 465-466.