

## • 临床经验 •

<sup>90</sup> 锶敷贴治疗神经性皮炎和顽固性湿疹的疗效观察及体会荣 曙<sup>1</sup>, 李 秋<sup>1</sup>, 朱有华<sup>1</sup>, 丁冠群<sup>1</sup>, 傅进友<sup>2</sup>, 马 岭<sup>2</sup>, 杨 龙<sup>1</sup>

[摘要] 目的 探讨<sup>90</sup>锶敷贴治疗神经性皮炎和顽固性湿疹的临床疗效及注意事项。方法 利用<sup>90</sup>锶敷贴器治疗神经性皮炎 22 例和顽固性湿疹 8 例, 每个照射野敷贴 3 次, 每次 1400 cGy。结果 经过一个疗程的治疗, 神经性皮炎的痊愈率为 77.3%, 总有效率为 90.9%; 顽固性湿疹的痊愈率为 37.5%, 总有效率为 62.5%。病程越短, 治疗效果越好。结论 <sup>90</sup>锶短期、较大剂量敷贴是治疗神经性皮炎和顽固性湿疹的有效方法, 疗效确切, 值得推广。

[关键词] <sup>90</sup>锶; 敷贴治疗; 神经性皮炎; 顽固性湿疹; 疗效

[中图分类号] R751 [文献标志码] B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2016.06.023

神经性皮炎和湿疹是两种常见的多发性皮肤病, 近年来发病率有明显增高的趋势, 常规药物治疗疗效不理想。我们从 2006 年 1 月-2013 年 1 月采用<sup>90</sup>锶同位素敷贴治疗神经性皮炎 22 例、顽固性湿疹 8 例, 取得良好效果, 现报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 本组患者 30 例, 男 12 例, 女 18 例, 年龄 21~48 岁, 平均 35 岁。病变部位为: 颈部 6 例、四肢 13 例、胸背部 5 例、腰骶部 6 例。病程 1~5 年。

### 1.2 方法

**1.2.1 治疗仪器** 使用英国防化公司生产的<sup>90</sup>锶同位素敷贴器, 出厂时放射性活度为 40 mCi, 其活性部分为 4 cm<sup>2</sup>。

**1.2.2 治疗方案** 治疗前, 根据患处皮损大小, 用颜色笔在病变部位按 2 cm×2 cm 大小做好标记、定好位置。然后用合适的铅橡皮保护周围正常皮肤, 将敷贴器对准标记部位进行敷贴治疗。采用剂量为每个照射野一次 1400 cGy, 1 d 敷贴一次, 连续 3 d 为一个疗程。后根据情况随访, 嘱 1 年后复诊, 必要时行第二次治疗。如病变范围大于敷贴器活性范围, 则需要采取分区敷贴, 同时应避免漏敷或重复敷贴, 同一患处总剂量不超过 4200 cGy。对于部分已经开始增厚的皮肤病变, 治疗时可适当加压,

以利于射线深入病灶基底部分。

**1.3 评价标准** 治疗结束后 1 年判定疗效。痊愈: 症状消除, 皮损吸收、消退, 皮肤平整、光滑。显效: 症状基本消除, 皮损消退 50% 以上。好转: 症状减轻, 皮损消退 30% 以上。无效: 病灶外观及伴随症状无变化。痊愈和显效判定为有效, 总有效率(%) = [(治愈例数+显效例数)/总例数]×100%。

## 2 结果

经过一个疗程的治疗, 22 例神经性皮炎患者, 痊愈 17 例, 显效 3 例, 好转、无效均为 1 例, 痊愈率 77.3%, 总有效率 90.9%; 8 例顽固性湿疹患者, 痊愈 3 例, 显效 2 例, 好转 3 例, 痊愈率 37.5%, 总有效率 62.5%。另外, 由表 1 和表 2 可见, 随着病程的延长, 这两种皮肤病的痊愈率和总有效率逐步下降。

表 1 <sup>90</sup>锶敷贴治疗不同病程神经性皮炎的  
效果比较[n(%)]

病程	n	痊愈	显效	好转	无效
<1 年	10	9(90.0)	1(10.0)	0(0)	0(0)
1~2 年	5	4(80.0)	1(20.0)	0(0)	0(0)
2~3 年	3	2(66.7)	1(33.3)	0(0)	0(0)
>3 年	4	2(50.0)	0(0)	1(25.0)	1(25.0)
合计	22	17(77.3)	3(13.6)	1(4.5)	1(4.5)

表 2 <sup>90</sup>锶敷贴治疗不同病程顽固性湿疹的  
效果比较[n(%)]

病程	n	痊愈	显效	好转	无效
<1 年	2	2(100.0)	0(0)	0(0)	0(0)
1~3 年	4	1(25.0)	2(50.0)	1(25.0)	0(0)
>3 年	2	0(0)	0(0)	2(0)	0(0)
合计	8	3(37.5)	2(25.0)	3(37.5)	0(0)

基金项目: 南京军区医学科技创新课题项目(13MS162)

作者单位: 1.210002 江苏南京, 南京军区疾病预防控制中心/南京军区预防医学门诊部; 2.210002 江苏南京, 解放军 454 医院口腔科

通讯作者: 杨 龙, E-mail: nanjing.1978@163.com

引用格式: 荣 曙, 李 秋, 朱有华, 等.<sup>90</sup>锶敷贴治疗神经性皮炎和顽固性湿疹的疗效观察及体会[J]. 东南国防医药, 2016, 18(6): 645-646.

### 3 讨 论

神经性皮炎是一种慢性皮肤神经功能障碍性皮肤病,其主要表现为表皮角化过度与轻度角化不全,真皮慢性炎症浸润,并伴有成纤维细胞增生甚至纤维化<sup>[1]</sup>,病变略高出皮肤,呈暗褐色,表面覆盖有细小丘疹糠皮状鳞屑,奇痒无比。顽固性湿疹的病程往往较长,是由急性或亚急性湿疹病程不愈而反复发作发展而成,具有明显渗出倾向,伴有奇痒,病灶处皮肤往往被手指甲抓挠发生破溃而感染。两者均病因复杂,可由食物、药物、慢性炎症、物理因素以及精神因素等多种原因导致<sup>[2-3]</sup>,均属皮肤学科中的顽症,临床普遍使用激素类外用药物涂抹治疗为主,但效果并不理想,不仅不良反应大,也容易复发。

近年来,用同位素治疗神经性皮炎和慢性湿疹取得了肯定的疗效。临床普遍使用多次小剂量照射法,治疗一般需要 2~5 个疗程<sup>[1,4-6]</sup>。我们通过动物实验<sup>[7]</sup>和多年临床实践,对于神经性皮炎和顽固性湿疹这两种外用药物久治无良好疗效的皮肤病变采用较大剂量 1400 cGy,一个疗程 3 次敷贴,总有效率分别为 90.9% 和 62.5%,结果令人满意。少数病患需要进行二次治疗。这不仅可以缩短病程,减轻患者的痛苦,同时也能减轻患者家庭的经济负担,值得使用、推广。

神经性皮炎和顽固性湿疹有一个共同的特点,就是瘙痒难忍,治疗这两种疾病,首先缓解或消除痒的症状,然后修复病变的皮肤细胞。之所以产生奇痒,是由于皮肤病灶不断发出病理性冲动,在大脑皮层内形成了顽固性的兴奋灶。当<sup>90</sup>锶产生的 $\beta$ 射线照射皮肤损害部位时,皮肤感受器的机能兴奋性降低,停止向大脑皮层发送病理性冲动,从而促使大脑皮层细胞恢复正常的紧张性而起到止痒的作用<sup>[8]</sup>。同时,通过 $\beta$ 射线的电离作用于病变组织,产生延缓细胞分裂速度,诱导病变细胞凋亡,萎缩、闭塞微血管,降低表皮角化程度等效应,从而达到修复皮损的目的<sup>[9]</sup>。

本文结果还显示,<sup>90</sup>锶敷贴治疗神经性皮炎和顽固性湿疹的疗效与病程的长短相关,病程越短,痊愈率越高。病程小于 1 年,总有效率均达到了 100%;病程在 3 年以上的,疗效不佳。因此,对于神经性皮炎和顽固性湿疹,在避免及消除可能的致病因素同时,如药物治疗无效或不理想,即可尽早尝试<sup>90</sup>锶同位素进行治疗。

由于<sup>90</sup>锶是放射性同位素,在敷贴治疗时还应注意:①治疗前做好宣教<sup>[10]</sup>,解除患者及其家属的心理顾虑,以利于配合治疗;治疗时做好对敏感部位的保护;如患者出现发热、感冒等症状可暂缓治疗;②严格控制照射剂量,普通照射 2~3 周后,极少数局部出现脱皮或破溃的情况,可表面涂抹金霉素眼膏预防感染;③治疗结束后,敷贴器表面用生理盐水棉球擦拭,保持其表面洁净,特别对于顽固性湿疹病灶,患处常伴有破溃或液体渗出。后将敷贴器置于干燥的防护容器中,避免环境放射性污染。

### 【参考文献】

- [1] 秦春芳,白利青. <sup>90</sup>锶/<sup>90</sup>钇敷贴器治疗仪治疗皮肤病 66 例疗效观察[J]. 实用医技杂志, 2006, 13(1): 80-81.
- [2] 张 楠. 锶-90 敷贴器治疗皮肤湿疹、角化型湿疹和瘢痕疙瘩三例观察[J]. 标记免疫分析与临床, 2012, 19(5): 315.
- [3] 孟宪美. 神经性皮炎与神经焦虑的相关性分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(2): 49-50.
- [4] 崔伯鸾,赵景亭. 放射性核素<sup>90</sup>Sr 敷贴治疗神经性皮炎 82 例疗效观察[J]. 中国医学文摘·皮肤科学, 2012, 29(6): 343-344.
- [5] 刘世娟,郝孝君,赵志华,等. <sup>90</sup>Sr-<sup>90</sup>Y 敷贴治疗慢性局限性湿疹的疗效[J]. 中华核医学杂志, 2007, 27(1): 27.
- [6] 沈翠贞. <sup>90</sup>锶敷贴治疗肥厚性湿疹疗效分析[J]. 医学信息, 2013, 26(8): 179.
- [7] 丁冠群,寿柏泉,孙 阳,等. <sup>90</sup>锶对皮肤和表浅血管影响的实验[J]. 实用口腔医学杂志, 1991, 7(1): 36-38.
- [8] 马寄晓,刘秀杰. 临床核医学手册[M]. 北京:原子能出版社, 1980: 365.
- [9] 安 锐,黄 钢. 核医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2015: 365.
- [10] 陈玉梅,王育敏,李益中. 放射性核素治疗患者的心理及临床护理[J]. 贵阳医学院学报, 2012, 34(4): 121-124.

(收稿日期:2016-05-19;修回日期:2016-10-10)

(本文编辑:黄攸生)