

巨大型瘢痕疙瘩治疗1例报告与文献复习

严道金, 杨海平

(解放军第454医院皮肤科, 江苏南京 210002)

[摘要] 目的 探讨罕见、巨大型瘢痕疙瘩非外科手术治疗方法。方法 典型病例治疗分析及文献复习。结果 4年半随访, 瘢痕组织变平, 痛痒消退。结论 非外科手术治疗罕见、巨大型瘢痕疙瘩有明显效果。

[关键词] 巨大; 瘢痕疙瘩; ^{32}P 治疗

中图分类号: R364.3 文献标识码: A 文章编号: 1672-271X(2008)01-0029-03

Therapy for rare enormous keloid: a case report and literature review

YAN Dao-jin, YANG Hai-ping (Department of Dermatology, the 454th Hospital of PLA, Nanjing 210002, Jiangsu, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the method of nonsurgical treatment rare enormous keloid.

Methods To analyze a typical case treated and to review literature. **Results** Tissue of scar became soft and flat and pain and itch disappeared after four and half years treated. **Conclusion** There are significant effect to rare enormous keloid with nonsurgical modality.

[Key words] Enormous; Keloid; ^{32}P therapy

瘢痕疙瘩的治疗一直是临床难点, 治疗方法多种多样, 常见的有手术切除、加压疗法、激光疗法、冷冻、放射疗法、瘢痕内药物注射及瘢痕外涂药物等治疗方法^[1]。任何一种单独治疗方法都不理想, 单纯手术切除瘢痕疙瘩复发率高达45%~100%^[2]。目前多采用手术联合其他治疗, 如术后加用硅酮薄膜敷贴^[3]、局部放射治疗^[4]、皮质类固醇激素局部注射^[5]等。临床上, 巨大瘢痕疙瘩治疗更难。本文应用CO₂激光及外敷磷(^{32}P)酸钠口服液等治疗1例罕见的、顽固性、伴感染的巨大型瘢痕疙瘩, 取得了满意地结果, 并结合文献进行讨论。

1 病例报告

患者女, 38岁, 已婚。左肩背巨大肿块18年, 左腰部巨大肿块12年, 伴痛痒。于2002年10月来我院就诊。患者于1984年夏, 左背部由于蚊虫叮咬, 出现红斑, 继而感染为脓肿, 后形成指甲盖大小的新生物, 在县医院给予切除。不久, 切除部位的创面, 再发新生物, 且呈进行性增大, 自觉痛痒。1990年10月, 达3 cm×2 cm×1 cm, 在省人民医院进行第二次手

术切除, 同时从左腰部移植皮瓣。1月后, 左背部新生物再次出现, 左腰部供皮区也出现了新生物, 给予醋酸去炎松局部封闭, 但效果不佳。后奔波于南京、西安多家医院进行激光、冷冻及外用药物治疗, 均无明显疗效。新生物仍继续长大伴痛痒, 时而有渗液, 或有异味。1997年, 背部的新生物为15 cm×10 cm×1 cm, 腰部为10 cm×3 cm×1 cm, 又在福州某医院行第三次手术, 切除背部瘢痕, 同时予邻位皮瓣移植, 腰部的瘢痕也一同切除。术后, 局部进行低能量直线加速器放射, 以及局部康宁克通-A封闭治疗2个月, 仍制止不住新生物的疯狂生长。半年后, 新生物已生长到比未治疗前的瘢痕还大。2001年10月, 专程去国内多家整形外科医院就诊, 也无特殊的治疗方法。检查: 左肩部、左腰部分别见27 cm×17 cm×2 cm和20 cm×5 cm×2 cm的增生物, 表面比正常肤色深, 质硬, 边界清楚(图1、2)。患者全身状况好, 血、尿和粪三大常规以及胸透和心电图检查未发现异常。

治疗经过: 2002年11月2日, 在局麻下, 用CO₂激光行肩部瘢痕疙瘩下半部、腰部瘢痕祛除术。10天后, 对增生肉芽组织进行二次激光修复治疗。2个月, 创面愈合, 给予外敷磷(^{32}P)酸钠口服液(由北京原子高科核技术应用股份有限公司提供), 剂量为

作者简介: 严道金(1962-), 男, 江苏南京人, 医学硕士, 副主任医师, 从事皮肤性病专业。

0.9 MBQ/cm²。10天后,发生红斑、水肿、渗液,给予3%硼酸溶液湿敷,后渐渐结痂、愈合。瘢痕组织生长明显缓慢,疼痛明显减轻(图3)。但剩下的未治疗区的瘢痕疙瘩出现疼痛,并有脓性分泌物排出(图4),给予口服、肌注和静脉滴入抗生素均无效。患者及其家属强烈要求,于2003年3月22日在全麻下,对剩下、已经感染的瘢痕疙瘩行激光祛除术,祛除的瘢痕组织为14 cm×7 cm×2 cm(图5),病理检查提示炎性改变,未见癌细胞(图6)。切除后,可见肌肉组织和脓性分泌物。半个月后,再次行激光修复创面,经多次换药,外用表皮细胞生长因子(金因肽),创面渐渐变小(图7),9个月后创面愈合。后对增厚的瘢痕组织再次给予磷酸钠外敷,剂量比前一次要少(0.7 MBQ/cm²)。

结果:末次治疗近5年来,每2个月随访一次。创面基本平整,局部可见色素减退斑和毛细血管扩张,周边仅见浅瘢痕组织增生,但无自觉痛痒症状(图8)。



图1 左肩部巨大瘢痕疙瘩



图2 左肩部及左腰部瘢痕疙瘩

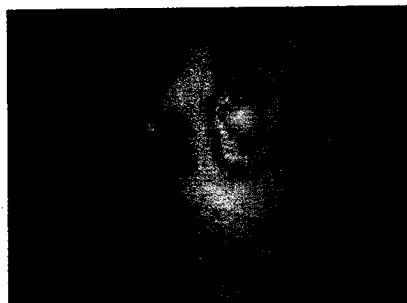


图3 第一次治疗后



图4 剩下瘢痕组织可见脓性分泌物



图5 祛除组织

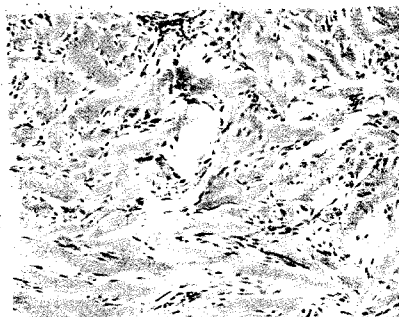


图6 炎性细胞浸润(HE×100)



图7 创面渐渐愈合



图8 术后4年半

2 讨论

瘢痕疙瘩是指皮肤在创伤后,成纤维细胞活性异常增高,过度增长,大量结缔组织增殖和透明变性而导致瘢痕组织内胶原及基质成份的大量沉积,超出原有损伤范围。其实质上是皮肤上的一种纤维组织肿瘤,且短期内无自愈倾向。由于病因不明,瘢痕疙瘩的治疗方法多种多样,国内学者多采用综合治疗^[6-7]和联合治疗^[8-9]方法,但都不令人满意。瘢痕疙瘩临床常见,巨大瘢痕疙瘩却少见。本例巨大瘢痕疙瘩为27 cm×17 cm,面积为459平方厘米,病程长达18年,采用多种治疗方法,仅切除已三次,不仅没有改善,反而皮损越来越大,痒痒症状越加明显,其后,还伴有严重感染,实属罕见。

针对如此顽固性巨大型瘢痕疙瘩,分二次非外科手术祛除增生的瘢痕组织。在第一次祛除瘢痕组织1周后,对创面再次磨削修复,目的是封闭肉芽组织中增长旺盛的毛细血管,使快速增生的毛细血管减慢,即压制疯狂增生的瘢痕组织。待痂皮脱落创面愈合时,外敷磷酸钠治疗。因为此时正处于瘢痕的再生期,组织结构比较疏松,有利于外用药物的渗透。第二次祛除剩下瘢痕是在瘢痕组织内反复流脓,抗生素治疗无效进行的,一方面,祛除了瘢痕组织,另一方面,起了引流脓液的作用。³²P释放出β射线,β射线能量小,穿透力弱,β射线在穿透1 mm皮肤后只剩下35%,穿透2 mm皮肤后剩下15%,在3~4 mm以内已大部分被吸收,只剩下小部分具有最大能量的β射线才能达到8 mm的深度,其能量皆在浓聚局部吸收,对局部组织产生辐射损伤,而对全身的伤害最轻。β射线的特点正好作用于瘢痕再生期的组织。β射线能够治疗瘢痕疙瘩的原理为:可大幅度地减少成纤维细胞的数量,从而减少胶原纤维的合成;能使已转换的成纤维细胞各部分的功能受到损害,细胞膜变性,前胶原的合成及排泌均受到阻碍而使胶原纤维的合成减少。由于成纤维细胞数量减少,功能出现障碍,基质的合成减少。促进胶原纤维的成熟,并加快其分解,使瘢痕得以变平、变软。³²P为低能量、近距离辐射核素,磷酸钠口服液是治疗血液病的药物,因此相当安全,本例治疗过程中,也没有出

现局部及全身不良反应。

近5年来对本例患者进行随访。现患者自觉痒痒消失,瘢痕组织明显变平。虽然皮损周边仍有浅组织增生,但无瘢痕组织疯狂增生和感染的现象,结果令人满意。

教训:①在第二次治疗时,局部感染、流脓,瘢痕组织切除后,暴露的创面不是皮下组织,而是肌肉。通常对如此巨大的创面,应行植皮或皮瓣修复,有利于伤口的愈合,减轻瘢痕。当考虑患者为瘢痕体质,且有取皮后腰部发生瘢痕疙瘩的病史,故未行植皮术。所以,创面愈合非常慢,达9个月之久。在当时把切除下来的瘢痕表皮,剪成小片,贴在创面上,那么创面的愈合时间可能会大大减小。②在创面愈合过程中,如果能用先进的材料,外用创必复、止血纱布等,口服积雪苷可能会使伤口愈合时间变短。

参考文献

- [1] 严道金. 瘢痕疙瘩的治疗现状[J]. 国外医学皮肤科分册, 1994,18(3):152-154.
- [2] Berman B, Bieler HC. Adjunct treatises to surgical management of keloids[J]. Dermatol Surg, 1996,22(2):126-130.
- [3] Gold MH, Foster TD, Adair MA, et al. Prevention of hypertrophic scars and keloids by the prophylactic use of topical silicone gel sheels following a surgical procedure in an office setting[J]. Dermatol Surg, 2001,27(7):641-644.
- [4] Agoowansi R, Cornes PG, Glees JP, et al. Ear-lobe keloids: treatment by a protocol of surgical excision and immediate post operative adjuvant radiotherapy[J]. Br J Plast Surg, 2001,54(6):504-508.
- [5] Homas JR. Keloid should be treated with the traditional scalpel incision followed by steroid injection [J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2001, 127(9): 1144.
- [6] 崔正军, 岑 瑛, 刘晓雪, 等. 综合治疗瘢痕疗效分析[J]. 中国修复重建外科杂志, 2004,18(2):156-158.
- [7] 刘鹤松, 赵自然, 林承赫. 瘢痕疙瘩的综合治疗[J]. 吉林大学学报(医学版), 2003,29(2):225-226.
- [8] 韩春茂, 邵华伟, 贺肖洁, 等. 瘢痕疙瘩术后电子线放射治疗48例[J]. 中华外科杂志, 2004,42(5):288-290.
- [9] 张志英. 5-FU联合激素治疗瘢痕疙瘩的疗效分析[J]. 同济大学学报(医学版), 2007,28(1):79-82.

(收稿日期:2007-10-25;修回日期:2008-01-08)

(本文编辑 黄攸生)