临床研究 文章编号:0253-3626(2010)12-1900-02

创伤致自身敏感性皮炎 89 例临床治疗观察

杜航航,张恒术

(重庆医科大学附属第一医院整形美容外科,重庆 400016)

【摘 要】目的:观察联合治疗创伤致自身敏感性皮炎疗效。方法:选择创伤致自身敏感性皮炎的患者采用换药、手术、激素等方法以消除创面及治疗自身敏感性皮炎。结果:本组 89 例患者经治疗后创面及自身敏感性皮炎全部愈合,无明显并发症发生。结论:换药、手术、激素等联合法效果肯定,是一种颇佳的治疗创伤致自身敏感性皮炎方法。

【关键词】创伤;自身敏感性皮炎

【中国图书分类法分类号】R622+.1 【文献标识码】A 【收稿日期】2010-05-13

89 cases of autosensitization dermatitis caused by trauma

DU Hang-hang, et al

(*Department of Plastic Surgery, the First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To investigate the effectiveness of therapeutic alliance for autosensitization dermatitis. *Methods*: The patients with autosensitization dermatitis caused by trauma were selected, and treated with dressing, surgery, and hormone in combination. *Results*: 89 patients were cured, with no obvious complications. *Conclusion*: The combined therapy proves to be effective to treat autosensitization dermatitis caused by trauma.

【Key words】Srauma; Autosensitization dermatitis

自身敏感性皮炎是指在某种皮肤疾患基础上,由于处理不当或理化因素刺激,使患者对自身组织产生的某种物质敏感性增高而产生更广泛的皮肤炎症反应[1]。创伤作为一种皮肤破损致病因素,在临床工作中十分常见。创面所产生的分解产物等致敏因子使创周并发自身敏感性皮炎,若不及时治疗,其病程反复迁延不愈。创伤所致的自身敏感性皮炎虽不普遍,但其顽固性给创伤治疗带来诸多不便,并影响预后。其治疗方法也与专科治疗有所区别。如何有效的解决创伤所致的自身敏感性皮炎,将外科的方法与内科的方法结合起来,我们经过长期的摸索和临床实践,采用临床综合疗法并取得了满意的疗效。现特将自 2006 年 2 月份以来的 89 例病案临床治疗观察报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组 89 例中,男 57 例,女 32 例。年龄 45 ~ 80 岁,平均 59 岁。有既往过敏史 43 例,其中药物过敏史 25 例,接触性皮炎 12 例,食物 3 例,尘埃、螨虫 3 例。

1.2 临床资料

89 例患者均来自 2006 年 2 月至 2009 年 7 月的本科收治的住院病人。车祸伤 43 例;烫(烧)伤后 26 例;皮肤蜂窝组织炎 9 例;摔伤 7 例;皮肤附件肿瘤伴感染 4 例。其中有基础疾病如糖尿病 47 例,合并高血压和(或)冠心病 32 例。89 例患者创伤面积均选择为直径 >5 cm^2 即创面通过内科治疗难以自行愈合者。

1.3 病灶临床表现

创伤致自身敏感性皮炎患者常见于创面感染较重,多伴有坏死组织或异物存在,肉芽欠新鲜,渗出明显,常为脓性或血清样分泌物之患者。创面周围组织广泛皮肤红肿,皮温较高,散在密集样的小丘疹、丘疱疹,甚至产生水疱及脓疱等,渗出较多时,可伴局部皮肤浸渍,少数患者可有创面周围皮肤糜烂。皮损可相互融合,且创面分泌物所累及之处,皮疹随之出现,伴剧烈瘙痒。

1.4 治疗方法

由于创面的存在,且大多数创面面积较大,靠创面自行生长愈合无法达到治疗目的,本组 89 例患者都采用了全身使用糖皮质激素、局部换药及手术等综合治疗方法治愈出院。具体治疗方法如下。

1.4.1 清洁创面,控制局部感染 每日换药,逐渐去除坏死组织、异物及炎性肉芽,搔刮创面,促使创面肉芽组织新鲜。对创面较深,怀疑有厌氧菌感染者用双氧水冲洗。在此过程中,一旦创面外敷料渗出液较多时,立即更换敷料,尽量注意控制创面分泌物等液体不污染四周正常皮肤。局部感染较重,分泌物较多时,可外用庆大霉素,磺胺嘧啶银等控制感

作者介绍:杜航航(1984-),女,硕士,研究方向:创面愈合。

通讯作者:张恒术,男,教授,E-mail:drzhs@sina.com。

染。对于感染严重的患者,可在全身使用青霉素和(或)头孢类抗生素,以术后为主。

1.4.2 控制皮炎 可用高渗盐水或生理盐水湿敷创面,起到充分引流作用,减少组织分解产物、细菌产物及外用药物等被机体作为抗原吸收,减缓免疫反应。避免使用较强刺激性皮肤消毒剂(如碘伏等)。

1.4.3 激素治疗 由于自身敏感性皮炎为自身免疫反应性疾病,因此选择适当时机应全身使用肾上腺糖皮质激素以控制局部过敏反应。可选用复方倍他米松注射液(得宝松,上海先灵葆雅药厂)1 ml 肌肉注射,经 2、3 周后若自身敏感性皮炎控制不理想,可重复使用。

1.4.4 消除创面 一旦敏感性皮炎被控制或减轻,创面时机成熟,应尽快消除创面。一般情况下在全身应用激素后 3~5 d,局部渗出较少时可考虑手术。若创面面积较小,或创面张力不大时,可转移邻位皮瓣覆盖创面;若面积过大或张力较大,则需采取自体皮移植术。供皮区选择在无自身敏感性皮炎部位,取刃厚皮片,采取邮票状植皮。若创面在关节部位,可采用网状刃厚皮片移植,以尽量保证关节功能不受影响。

1.4.5 促进创面生长 肉芽或皮片生长良好是治疗的关键,因此应注意使用促进表皮生长或改善局部血运循环的药物,如碱性成纤维细胞生长因子(贝复济)。创面新鲜或植皮成活后,可用贝复济喷于创面,或含卵磷酯复方蛋黄油涂抹植皮区或残余创面,促进创面皮片生长。

1.4.6 营养支持 营养状况较差,尤其是老年患者,不利于创面愈合,需予氨基酸、脂肪乳、白蛋白、血浆、红细胞悬液等支持治疗,并饮食合理。

1.4.7 基础疾病治疗 有糖尿病、高血压、冠心病患者需同时治疗基础疾病。尤其是糖尿病不利于创面愈合,故应严格控制血糖几乎接近正常范围。

1.5 典型病例

男,50 岁,工人。重物砸伤致左踝部疼痛、出血、功能障碍入我院骨科行左踝部清创缝合术。术后半月因缝合处出现坏死转入我科治疗。可见创面约 18 cm × 10 cm 大小,创面肉芽不新鲜,周围皮肤有较多黑色坏死皮肤,创面有黄白色脓性坏死组织,有较多血清样渗出,局部换药 2 周后创面感染得到控制,在局麻下行左内踝清创 + 点状皮游离移植术,术后 2 周后创面大部分愈合,散在针头大小丘疹、丘疱疹,有分泌物,瘙痒剧烈。换药 1 周,予以复方倍他米松注射液 1 ml 肌肉注射 1 次,创面情况好转后在局麻下再次行自体皮游离移植术。术后继续抗炎对症、营养支持、创面换药治疗。住院 3 月后治愈出院。

2 结 果

疗效判定:①治愈:创面完全愈合,无感染渗出;②好转:创面小部分愈合,感染存在,有较多渗出。③无效:创面未愈合,感染渗出严重。本组 89 例创伤致自身敏感性皮炎均经综合治疗后随创面愈合而逐渐消退,其中 85 例患者治愈,病程最长达 78 d,最短 19 d,平均 45 d,4 例好转。治愈率为95.5%,好转率为 4.5%,无效率为零。自动提前出院所有患者经随访均无明显并发症发生。

3 讨 论

创伤致自身敏感性皮炎是由损伤而引起的继发性皮肤炎症反应。原发创面的愈合情况与皮炎的转归呈平行表现。1949 年由 Tempheton 命名为自身敏感性皮炎。本病的病因尚不十分清楚。一种解释认为是由于患者对自身所患皮肤病变刺激后形成的某种物质吸收后发生的过敏所引起的皮肤炎症反应。患者先有原发灶,如果处理不当,如使用刺激性外用药,使局部自身组织蛋白与药物或细菌等结合形成抗原性物质,被吸收后就会引起过敏反应[2]。本文 89 例患者中,均有外伤为诱发因素。外伤使大量组织坏死物降解,并有细菌代谢产物及外来异物引发了本病。其中有 43 例曾有过敏史,可见过敏体质增加了本病的发生风险。另一些学者认为自身敏感性皮炎是一种自身免疫性疾病,曾有动物试验发现,在诱导小鼠发生接触性超敏反应时,小鼠体内不仅出现了对外来抗原有作用的 T 淋巴细胞,同时也产生了对自身角朊细胞抗原有作用的 T 淋巴细胞,试验者认为自身敏感性皮炎的发病过程中可能也有类似的机制[3]。有人发现自身敏感性皮炎病人的淋巴细胞对自身上皮细胞的反应明显增强,外周血中单核细胞增生活跃,免疫功能处于异常状态[4]。

本病的顽固性及诱发因素给治疗带来了很大的困难。一方面,创面的存在导致了皮炎的发生,皮炎的发生又使创面情况恶化。而在皮炎严重的时候又无法采取手术方法积极治疗,只能采取换药,激素等对症支持治疗。换药时,使用碘伏、新洁尔灭消毒创面及其他外用抗菌药都有可能加重皮炎,尤其是过敏体质病患。本组 89 例中,发生自身敏感性皮炎后均采取用生理盐水清洁创面,高渗盐水减少渗出,一方面避免外用药物的刺激,另一方面,起到了充分引流的作用。

复方倍他米松属于糖皮质激素。其强大的抗炎抗过敏作用对本病控制颇有效果。对于何时运用激素是控制本病的关键之一。过早运用激素,其促进蛋白质分解,抑制其合成不利于创面生长,延长病程;过晚使用激素耽误了植皮最佳时机。我们的体会是:通过换药处理,当创面感染已经控制,肉芽新鲜,渗出较少,坏死组织大部分清除后,便可以肌肉注射复方倍他米松注射液 1 ml。该药属长效糖皮质激素,可维持 3~4 周,减少了重复给药的麻烦。本组 89 例患者,使用复方倍他米松注射液最少为 1 次(42 人),最多为 3 次(21 人),平均为 1.8 次/人。当自身敏感性皮炎被控制或明显减轻后,应依据创面情况尽早行皮肤移植术。皮肤蜂窝组织炎在感染控制后,表皮缺损≥2 cm × 2 cm 者,也采用手术治疗,小于者则换药处理。可选择大腿外侧或上臂外侧作为供皮区。用取皮刀切取与创面相应大小的刃厚皮片截剪成 5 mm × 5 mm 大小植于创面,对关节部位创面为保证愈合后关节功能尽量不受影响 ,应采用植网状刃厚皮片。

术后宜早期拆除外敷料观察术区情况。一般情况术后 1~2 d 拆除外敷料。观察皮瓣颜色,有无渗出,血运情况如何,

流行病学调查研究 文章编号:0253-3626(2010)12-1902-04

中国西部地区男男性行为人群艾滋病相关知识及行为调查分析

佘 颖[1],钟晓妮[1],张 燕[1],彭 斌[1],梁 浩[2],邹云锋[3],罗锦昆[4],彭鸿斌[4],黄爱龙[5]

(1.重庆医科大学公共卫生学院卫生统计学教研室,重庆 400016;2.广西医科大学公共卫生学院流行病与卫生统计学教研室,南宁 530021;3.广西医科大学公共卫生学院毒理学教研室,南宁 530021;4.四川省南充市顺庆区疾病预防控制中心,南充 637000;5.重庆医科大学感染性疾病分子生物学教育部重点实验室,重庆 400016)

【摘 要】目的:中国西部地区男男性行为人群(Men who have sex with men,MSM)艾滋病病毒(Human immunodeficiency virus,HIV)感染率较高,对该地区 MSM 的艾滋病(Acquired immunodeficiency syndrome,AIDS)相关知识及行为进行调查,为制定该人群艾滋病防治策略及行为干预措施提供较为切实的依据和参考。方法:研究设计为横断面调查,于 2009 年 7 月至 2010 年 4 月对我国西部的重庆、四川、广西三省市 1 407 名 MSM 进行问卷调查。结果:MSM 的年龄中位数是 26 岁,同性恋者占 69.26%,双性恋者占 21.40%。艾滋病相关知识知晓率为 88.37%。最近 6 个月,61.22%的 MSM 有 2 个及以上同性性伴,7.42%的有同性商业性行为,12.48%的有异性性行为。近 6 个月内男男肛交性行为时每次都坚持使用安全套的占 46.40%。最近 6 个月与不同对象发生性行为时的安全套使用有差别($P<0.05$)。不同地区、是否多性伴和是否有同性商业行为与安全套的使用有关联。结论:中国西部地区 MSM 人群中普遍存在感染艾滋病的高危行为,且与其较高的艾滋病知识水平分离现象严重,这对该人群的行为干预提出了挑战,因此,探索控制 MSM 人群艾滋病传播的新干预模式具有重要意义。

【关键词】艾滋病;男男性行为者;知识;性行为

【中国图书分类法分类号】R512.91;R759 【文献标识码】A 【收稿日期】2010-11-08

作者介绍:佘 颖(1982-),女,硕士,研究方向:流行病与卫生统计学。

通讯作者:钟晓妮,女,教授,E-mail:Zxn66@vip.sina.com。

基金项目:国家科技重大专项项目(编号:2008ZX10001-016)。

是否感染等。碱性成纤维细胞生长因子的运用可以防治皮瓣的缺血坏死。系列研究证实,碱性成纤维细胞生长因子是一种特异性的促血管生成因子,具有广泛的生物活性,可调节血管内皮细胞的有丝分裂,是有效的血管生成因子之一碱性成纤维细胞生长因子[5]。其对新生血管形成过程中诸多环节均有明显促进作用,因此术后对生长皮瓣喷用碱性成纤维细胞生长因子可防治皮瓣坏死并促进其生长。若皮瓣轻度淤血,可待其自行吸收消散或加用活血化淤药。

若创面大部分愈合后残留少许创面时,可采用自制复方蛋黄油涂抹创面。其经药理学研究证明,其具有止痛、消炎、抗过敏和促进上皮生长的作用。故用于植皮后期及残余小创面可取得满意效果。

在整个治疗过程中,患者的营养状况及基础疾病不容忽视。营养状况较差患者,需提供营养支持如输用氨基酸、脂肪乳、白蛋白、血浆、红细胞等;有基础疾病如糖尿病、冠心病、高血压等患者必须坚持基础疾病的治疗。尤其是糖尿病患者,蛋白质合成减弱,分解代谢加速,导致负氮平衡,直接影响预后。

在本组 89 例创伤致自身敏感性皮炎治疗观察中,我们运用的换药、激素及手术等法联合治疗,效果明显有效,无并发症发生。为治疗本病提供了新思路,该治疗方法值得推广。

参 考 文 献

[1] 张学军.皮肤性病学[M].北京:人民卫生出版社,2007.104-105.

[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,1996.403.

[3] Fehr B S,Takashima A,Bergstresser P R,et al. T cells reactive tokeratinocyte antigens are generated during induction of contact hypersensitivity in mice. a model for autoeczematization in humans[J].Am J Contact Dermat,2000,11(3):145-154.

[4] Gonzalez-Amaro R,Baranda L,Abud-Mendoza C,et al.Autoecaema tization isassociated with abnormal immune recognition of autologous skin antigene [J]. Am Acad Dermatol,1993,28(1):56-60.

[5] Thomas K A,Gimenez-Galliego.Fibroblast growth factor broad spectrum mitogens with potent angiogenic activity[J].Trends Biochem Sci,1986,11:81-92.

(责任编辑:关蕴良)