

[17] Kamel RA, Ong JF, Eriksson E, et al. Tissue engineering of skin [J]. J Am Coll Surg, 2013, 217(3):533-555.

[18] Sheng L, Yang M, Du Z, et al. Transplantation of stromal vascular fraction as an alternative for accelerating tissue expansion [J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2013, 66(4):551-557.

[19] Noah EM, Winkel R, Schramm U, et al. Impact of innervation and exercise on muscle regeneration in neovascularized muscle grafts in rats [J]. Ann Anat, 2002, 184(2):189-197.

[20] Güçer T. Retroauricular prefabricated chondrofasciocutaneous flap for reconstruction of the columella [J]. Plast Reconstr Surg, 2002, 109(3):1090-1093.

[21] Doncatto LF. Breast reconstruction with prefabricated transverse rectus abdominis muscle flap in the postabdominoplasty patient [J]. Plast Reconstr Surg, 2003, 111(1):306-313.

[22] Wakami S, Harada T, Muraoka M, et al. Rectangular mucosal flap with artificial dermis grafting for vermilion deformity in cleft lips [J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2010, 63(1):22-27.

[23] Krakowczyk L, Maciejewski A, Szymczyk C, et al. The use of pre-fabrication technique in microvascular reconstructive surgery [J]. Contemp Oncol (Pozn), 2012, 16(6):546-550.

[24] Song B, Jin J, Liu Y, et al. Prefabricated expanded free lower abdominal skin flap for cutaneous coverage of a forearm burn wound defect [J]. Aesthetic Plast Surg, 2013, 37(5):956-959.

[25] Zan T, Li H, Du Z, et al. Reconstruction of the face and neck with different types of pre-expanded anterior chest flaps: a comprehensive strategy for multiple techniques [J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2013, 66(8):1074-1081.

[26] Li Q, Zan T, Li H, et al. Flap prefabrication and stem cell-assisted tissue expansion: how we acquire a monoblock flap for full face resurfacing [J]. J Craniofac Surg, 2014, 25(1):21-25.

(收稿日期:2013-12-05)
(本文编辑:贾津津)

· 病例报告 ·

成人带状疱疹误诊一例

高华 尚念胜 徐滨

患者女, 60 岁, 夜间因创面疼痛剧烈, 2012 年 12 月 1 日急诊入院。患者及家属描述患者于 2 d 前洗澡时烫伤, 洗澡后感觉左侧胸部烧灼样疼痛不适, 1 d 后逐渐出现较多密集细小水疱, 曾于院外诊室涂烧伤膏(具体成分不详)治疗, 后创面疼痛加重、水疱增多。检查时见患者左侧胸部有约 3% TBSA 创面, 位于第 2 至第 6 肋间、锁骨中线至腋中线之间, 基底略红, 较多密集绿豆粒大小水疱, 间或有黄豆粒大小水疱, 创面边缘不规整, 符合低温长时间烫伤特征, 诊断为躯干浅 II 度 3% TBSA 热水烫伤。

给予创面常规消毒、水疱引流, 外用纳米银凝胶、凡士林油纱并以无菌纱布包扎, 静脉滴注头孢替安, 给予盐酸曲马朵缓释片止痛, 患者自述疼痛减轻。2 d 后换药时观察到, 右侧侧胸壁出现同样密集细小水疱, 但面积较小, 皮肤触痛敏感。追问病史, 有病毒感染史。请皮肤科会诊, 诊断为躯干带状疱疹, 遂转入皮肤科治疗后痊愈出院。

讨论 回顾本例患者发生误诊的过程, 存在如下诱因: (1) 患者首先收治入急诊科, 急诊科护士分诊时通知烧伤科医师, 使“烫伤”病因先入为主。(2) 患者及家属描述患者 2 d 前洗澡时因水温较高发生烫伤, 给医师“烫伤病史”误导。(3) 本例患者夜间就诊, 诊室光线相对较差, 不利于对创面仔细观察判断。(4) 本例患者带状疱疹皮损不是典型的沿神经束分布, 而是呈躯干一侧的不规则片状, 且水疱与水温为 40~50℃ 较长时间作用形成的烫伤创面特点相似,

即出现水疱时间延迟、水疱小或大小不一, 给医师确诊带来干扰。(5) 热水洗澡后 1 d 创面水疱形成, 基底皮肤红润, 清创包扎等处理后疼痛减轻, 给医师“符合烫伤临床表现和治疗有效”的误导。

带状疱疹形成的皮肤损伤、发病诱因、伴随症状均有其特点, 与烫伤创面并不一致, 一般无需鉴别。只有当皮损发生面积较小, 发生部位不是典型的沿神经束分布且患者不能正确表述致病原因时, 才有可能造成两者的混淆。但是通过认真综合分析, 还是可以区分开两者: 带状疱疹非热源引发, 其水疱形状及渗出液与烫伤创面有差异^[1,2]; 带状疱疹常伴有全身不适、低热等免疫功能低下的前驱症状, 疼痛较顽固, 而烫伤创面采用一般止痛药治疗后效果较好。

从本病例的救治中, 笔者总结出如下教训: (1) 对于可疑病例, 询问病史要仔细, 详细询问受伤经过以及伤前有无感冒、发烧等前驱症状, 不要被患者的主观叙述误导; (2) 检查创面要细致, 特别是水疱的形状、分布特征以及水疱液的性质; (3) 夜间应在采光好的房间检查创面, 照明灯亮度适中, 防止光线过暗影响对创面特征判断。

参考文献

[1] 赵辨. 皮肤性病学 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2009: 394-395.

[2] 黎鳌. 黎鳌烧伤学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2001: 10-11.

(收稿日期:2014-01-06)
(本文编辑:莫愚)

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2014.05.018

作者单位:255000 山东省淄博市职业病防治院烧伤整形科