

· 经验交流 ·

烧伤瘢痕并发湿疹 65 例

樊华 宋志斌 田宝祥 杨雄 苗海龙 刘洋 魏纯琳 刘凤彬

1 临床资料

1.1 一般资料

2008 年 4 月—2013 年 4 月,笔者单位收治 65 例烧伤瘢痕并发湿疹患者,其中男 53 例、女 12 例。年龄 11~79 岁,平均 34.5 岁。烧伤总面积 1%~95%,其中深 II~III 度面积为 1%~80% TBSA;创面愈合后瘢痕面积 1%~61% TBSA。63 例患者湿疹发病时间为伤后 17~83 d,平均 41 d;另 2 例患者伤后 10 余年在瘢痕部位出现湿疹。瘢痕发生湿疹时温哥华瘢痕评定量表^[1]评分:0~5 分 8 例占 12.3%、6~10 分 20 例占 30.8%、11~15 分 37 例占 56.9%。诱发湿疹原因:单纯化学物质刺激因素(各种药物、消毒剂等)诱发 28 例占 43.1%,单纯物理性刺激因素(机械摩擦、牵拉、温度等)诱发 11 例占 16.9%,同时存在上述 2 种诱发因素的患者 26 例占 40.0%;10 例患者存在精神焦虑占 15.4%。发生湿疹部位:单纯四肢 25 例占 38.5%、单纯面颈部 11 例占 16.9%、单纯躯干 7 例占 10.8%,另外 22 例患者为多部位发生湿疹占 33.8%。

1.2 临床症状

发病时患者自觉局部剧烈瘙痒。发疹部位首先出现红斑、丘疹、丘疱疹或形成水疱,渗出液多,呈浆液性,往往可渗透较厚的包扎敷料,严重者渗出液持续自皮损创面流出。水疱破溃形成的皮损可相互融合形成较大范围继发创面,随后结痂、鳞屑交替出现。伴发感染者发热,创面出现脓疱或脓痂。重症患者丘疹、水疱向周围正常皮肤蔓延,病变无明显界限。

2 治疗方法

(1)去除诱因:停用可能引起过敏反应的药物包括消毒剂等,停止摩擦、牵拉、抓挠等机械性刺激;(2)创面处理:采取半暴露或暴露疗法处理创面,尽量减少清洗创面次数,清洗后应彻底擦干,保持创面清洁干燥;(3)抗过敏治疗:局部和全身应用抗组胺类、糖皮质激素类(如卤米松乳膏)等抗过敏药物;(4)抗感染治疗:存在感染的创面进行创面分泌物细菌学检查,尽可能选择致敏性低的敏感抗菌药物进行有针对性的抗感染治疗;(5)缓解症状:应用炉甘石洗剂、硼酸等减少渗出,缓解瘙痒;(6)其他治疗:采取心理疏导、适当镇静等辅助治疗措施。

3 结果

治疗期间 15 例患者多次复发湿疹,65 例患者总共发生湿疹 87 次。87 例次患者湿疹皮损创面分泌物细菌培养结果 49 例次阳性占 56.3%,其中检出金黄色葡萄球菌 19 例次、表皮葡萄球菌 11 例次、铜绿假单胞菌 8 例次、鲍氏不动杆菌 6 例次、大肠杆菌 3 例次、肺炎克雷伯菌 1 例次、溶血性链球菌 1 例次。全部病例经去除诱发因素同时给予针对性治疗后治愈,病程 5~27 d,平均 12.1 d。本组患者均在康复期发生湿疹,痊愈出院后,未进行随访。

典型病例:患者男,58 岁,于 2010 年 2 月 5 日左手被高温沥青烫伤,伤后 1 h 入院,创面经手术治疗 31 d 后大部分愈合,留有瘢痕。患者于伤后 52 d 外用银离子抑菌溶液(主要成分为过氧化氢及银离子)治疗残余创面后,左手瘢痕处出现泛发性红斑、水疱,多处皮损,伴大量浆液性渗出液(图 1a),患者自觉瘙痒明显。皮损处创面分泌物微生物培养结果为金黄色葡萄球菌。按照前述方法治疗 23 d 湿疹治愈(图 1b)。



图 1 治疗患者烫伤创面愈合后形成瘢痕处并发湿疹。a. 伤后 52 d,左手瘢痕并发湿疹,可见泛发性红斑、水疱,多处皮损,伴大量浆液性渗出液;b. 治疗 23 d,湿疹治愈

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2014.05.026

作者单位:132022 吉林省吉林市,吉化集团公司总医院烧伤整形科

通信作者:刘凤彬,Email:jihuashaoshang@sina.com,电话:0432-63961438

4 讨论

湿疹是一种变性炎症反应,与机体免疫功能关系密切,多认为系过敏性疾病。深度烧伤创面愈合后形成的瘢痕与正常皮肤结构存在明显区别,但其免疫功能并未丧失,甚至有所增强。研究证实,瘢痕中 KC 在正常或某些特定刺激情况下可合成并释放 30 多种免疫活性物质^[2]。本组患者瘢痕湿疹发生时间集中在伤后 17~83 d,温哥华瘢痕评定量表评分多集中在 6~15 分,此时段瘢痕逐渐进入增生期,表皮下有大量结缔组织增生,有扩张的毛细血管、炎性细胞浸润和肌成纤维细胞生长,具有较强的免疫功能,易受化学、物理刺激作用而发生湿疹。

感染是诱发湿疹以及加重病情的另一重要因素。瘢痕表面凹凸不平,易积垢滋生细菌,细菌产生毒素可诱发局部炎症反应并引起湿疹。湿疹发生后大量浆液性渗出液也可成为细菌良好的培养基,诱使更多细菌生长,从而形成恶性循环。有报道称烧伤继发湿疹患者皮损表面细菌阳性检出率为 85.0%,显著高于原发急性湿疹细菌检出率,且以金黄色葡萄球菌最多见^[3]。本组细菌检出阳性 49 例次,检出细菌最多亦为金黄色葡萄球菌,与前述报道一致。

烧伤瘢痕并发湿疹形成皮损创面者在临床上常与瘢痕破溃或深度烧伤残余创面混淆,但三者治疗方法上存在很大差别。一旦误诊,继续应用有较强致敏性和刺激性的消毒剂与外用药物治疗瘢痕湿疹,则可加重病情,延长病程。深度烧伤残余创面为未愈合创面,渗出量较少、持续时间较长,一般不向正常皮肤蔓延,对抗过敏治疗无反应。临床上应通过详细了解患者病史,仔细观察患者临床表现进行鉴别诊断。此外,还需注意将烧伤瘢痕并发湿疹与 Paget 病(湿疹样癌)相区别,如成熟期瘢痕反复发生湿疹样病变,迁延不愈,经抗过敏等治疗无效,需注意是否为 Paget 病,可行皮肤病理学检查明确诊断。

烧伤瘢痕并发湿疹在防治方法上也有其自身特点,强化瘢痕可能发生湿疹的意识并积极预防尤其重要。要充分了解患者是否存在过敏病史,尽量减轻瘢痕的瘙痒症状,从而减少患者对瘢痕挠、挤、抓、磨等机械刺激;尽量避免使用可

能致敏或刺激性强的医用消毒剂,保持皮肤清洁。在治疗烧伤瘢痕并发湿疹所形成的创面时,如采取包扎疗法,因创面渗出量多,敷料极易被渗透,创面长时间处于潮湿环境中不利于湿疹治疗更加重感染,故笔者建议采取外用药物后行暴露或半暴露疗法。不宜因创面渗出或分泌物多而反复大量水洗和长时间红外线烤灯照射,这些方法也是对瘢痕的外界刺激易加重病情。在治疗的外用药物选择上,卤米松乳膏具有快速高效、安全低毒的优点,是一种耐受性和安全性良好的外用糖皮质激素制剂^[4],而与其与三氯生乳膏的联合制剂还可治疗湿疹合并感染,故笔者认为卤米松乳膏是治疗烧伤瘢痕并发湿疹的首选药物。皮损创面存在感染,可根据细菌学检查结果有针对性抗感染治疗,但需注意抗感染药物是否会加重局部过敏反应,针对湿疹创面常发生的金黄色葡萄球菌感染,可应用夫西地酸和莫匹罗星治疗。渗出液量多时可外用硼酸、炉甘石洗剂等。全身应用抗组胺类等抗过敏药物可有效缓解瘙痒症状,加快湿疹的治疗进程。有报道采取中西医结合方法治疗烧伤后湿疹取得良好效果^[5],值得借鉴。许多烧伤瘢痕患者会因瘢痕瘙痒等症状以及功能外观畸形等产生烦躁、抑郁、焦虑等不良情绪,从而加重瘢痕并发湿疹症状并影响治疗效果,故对此类患者可酌情给予心理治疗和抗焦虑、镇静等辅助治疗。

参考文献

- [1] 黄国锋,夏照帆. 瘢痕防治的临床方案及国际推荐意见[J]. 中华烧伤杂志, 2011, 27(3): 240-242.
- [2] 蔡景龙. 现代瘢痕学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 103-164.
- [3] 陶宇莎,刘先洲. 烧伤继发湿疹创面的细菌学分析[J]. 公共卫生与预防医学, 2006, 17(6): 72, 74.
- [4] 黄岚,曾宪玉,段逸群,等. 0.05% 卤米松乳膏治疗皮炎湿疹类皮肤病多中心、随机对照、开放研究[J]. 临床皮肤科杂志, 2004, 33(6): 376-378.
- [5] 李锦鸣,赵燕菲,何宁京,等. 中西医结合治疗烧伤后湿疹效果观察[J]. 中华烧伤杂志, 2013, 29(3): 318-319.

(收稿日期: 2014-01-17)

(本文编辑: 谢秋红)

· 消息 ·

中国医师协会烧伤科医师分会 2014 年年会通知

由中国医师协会烧伤科医师分会主办,广东省医师协会烧伤科医师分会、深圳市第二人民医院共同承办的“中国医师协会烧伤科医师分会 2014 年年会”和“广东省医师协会烧伤科医师分会 2014 年年会”,拟于 2014 年 11 月 7—9 日在广东省深圳市海景奥思廷酒店(深圳市南山区华侨城光侨街 3-5 号)召开。会议将重点围绕各类创面修复的基础与临床研究、行业问题与行业管理,讨论和进一步规范各类创面的临床治疗方法,介绍创面处理的新材料、新技术、新方法等。会议注册费用为 600 元。

联系人: 深圳市第二人民医院烧伤科范银铝,电话: 13923409560, Email: fankunwu@hotmail.com;暨南大学附属广州市红十字会医院烧伤整形科李孝建,电话: 13609769139, Email: lixj64@163.com。

注:中国医师协会烧伤科医师分会全体委员会议将于 2014 年 11 月 7 日晚 8:00 召开,请全体委员务必参会。

中国医师协会烧伤科医师分会
广东省医师协会烧伤科医师分会