

· 经验交流 ·

核心摘除术加局部注射曲安奈德治疗瘢痕疙瘩 36 例

李长青 孙晋中

2003 年 1 月—2006 年 12 月,我科对 36 例瘢痕疙瘩患者采用核心摘除术加局部注射曲安奈德治疗,取得预期疗效,现报告如下。

1 临床资料

本组患者中男 14 例、女 22 例,年龄 16~42 岁。瘢痕疙瘩分布于胸骨前区 16 例、肩部 8 例、下腹部 2 例、耳垂 19 例、其他部位 7 例,共 52 处,面积 0.8~64.0 cm²。曾接受过局部药物注射者 18 例,接受过手术治疗者 16 例(单部位手术最多者为 4 次)。

2 治疗方法

2.1 手术方法

在瘢痕疙瘩表面标记梭形切口线(图 1),切除范围以瘢痕疙瘩大小及摘除术后瘢痕瓣可以无张力对合为度,根据瘢痕瓣大小确定其厚度为 2~4 mm。沿标记线全层切除瘢痕至瘢痕疙瘩核心表面,向两侧锐性分离达瘢痕疙瘩边缘正常脂肪层,在脂肪浅层将瘢痕疙瘩核心完整摘除,电凝止血。用小针细线全层缝合皮肤,如切除后无效腔较大则行经皮褥式缝合固定(图 2)。术后口服抗生素预防感染,7~10 d 后拆线。

2.2 注药方法

拆线后 3 d 开始局部注射曲安奈德。注射部位在原瘢痕疙瘩外周 0.5 cm 左右,以深达瘢痕皮内、注射毕局部皮肤发白为度。如局部切口愈合不良,可延期注射,但不宜超过 1 周。用利多卡因将曲安奈德稀释 1 倍,开始注射时每周 1 次,4 周后改为每 10 天 1 次,8 周后根据瘢痕生长情况,每 2 周或每 4 周 1 次,总疗程 3~8 个月。

2.3 效果评价

治愈:瘢痕疼痛、瘙痒症状消失,颜色变浅,质地变平、变软;瘢痕瓣厚度与术后开始注药时比较无增加。显效:瘢痕疼痛、瘙痒症状消失,颜色变浅,质地部分变平、变软;瘢痕瓣厚度未超过术后开始注药时厚度的 2 倍,瘢痕体积小于原瘢痕疙瘩的 30%。好转:瘢痕疼痛、瘙痒症状消失,瘢痕未变平变软;瘢痕瓣厚度未超过术后开始注药时厚度的 3 倍,瘢痕体积小于原瘢痕疙瘩的 50%。无效:瘢痕疼痛、瘙痒症状未消失,瘢痕未变平变软,体积在原瘢痕疙瘩体积的 50% 以上。治愈和显效均视为有效。

3 结果

本组患者治疗后均随访 1 年以上,治愈 34 例 49 个部位;显效 2 例 3 个部位;好转、无效 0 例,总有效率 100%。见图 3。



图 1 在患者耳垂打孔后形成的瘢痕疙瘩上标记梭形切口线



图 2 患者耳垂瘢痕疙瘩核心摘除缝合后



图 3 患者术后注射曲安奈德 8 次,18 个月后随访效果良好

4 讨论

瘢痕疙瘩在临床上较常见,多数学者认为其发生与个体的遗传易感性及免疫因素有关^[1],单纯手术切除后极易复发。就目前所知机制,可通过去除病变组织,抑制成纤维细胞的增殖及胶原的合成、分泌和沉积来预防复发。治疗方法有手术、药物(如皮质类固醇激素、干扰素、抗肿瘤药物等)注射、放射治疗、激光、硅凝胶、加压及冷冻等,但采用单一方法疗效不理想。目前较为统一的主张是联合应用多种方法综合治疗,建议根据患者病史、临床表现、发病部位,结合瘢痕疙瘩的形态、大小、质地等作全面评估,制定合理的治疗方

作者单位:048006 山西晋城煤业集团总医院烧伤整形科

案。另有报道称,先切除瘢痕疙瘩的纤维中心并用瘢痕疙瘩皮瓣覆盖,效果较为满意^[2]。

2002 年,笔者曾采用瘢痕疙瘩核心摘除术治疗 10 多例耳垂、胸部的瘢痕疙瘩,术后仍存在瘢痕增生,但生长较慢,程度较其他方法明显为轻,无瘢痕疙瘩扩大。这可能与瘢痕疙瘩核心摘除不彻底有关,但如彻底摘除核心,所形成的瘢痕瓣太薄,坏死概率高。对于本组患者,笔者在摘除瘢痕疙瘩核心后应用曲安奈德局部注射治疗,取得了良好的效果。曲安奈德的用量较不行摘除术而直接注射时明显减少,注射时阻力小,月经不调、多毛、肥胖等不良反应发生率也显著降低。这是因为曲安奈德有明显的抗瘢痕作用,可抑制成纤维细胞增殖及生物合成,诱导其凋亡;它还能抑制成纤维细胞表面分子的表达和细胞因子的释放^[3]。曲安奈德对处于生长期的增生性瘢痕或瘢痕疙瘩治疗效果较好,但对于陈旧性的瘢痕或瘢痕疙瘩,仅能使瘢痕不同程度地变平变软、症状改善。曲安奈德配合核心摘除术使用时用量减少,不良反应发生率低,又因摘除术后瘢痕处于生长期,故药效良好。

对于如何提高疗效,笔者有如下体会:(1)尽量减少皮下缝线等异物的存留,一般不作皮下缝合与结扎止血,出血时可电凝止血,皮下无效腔较大时行经皮褥式缝合固定,术后

拆线时一并拆除,减少异物刺激性瘢痕增生。(2)摘除术后瘢痕瓣应无张力自然对合,减少瘢痕张力性增生。(3)曲安奈德一定要注射入瘢痕皮瓣内,以有效发挥对生长期瘢痕的抑制作用,防止皮下组织萎缩。(4)瘢痕疙瘩核心的鉴别:瘢痕疙瘩为致密结缔组织,质地坚硬,钝性分离困难,锐性分离时断面瓷白、光滑、无纤维条索。而瘢痕疙瘩核心与瘢痕皮之间有一层较为疏松的结缔组织,可钝性分离,分离时可见纵横交错的条索样结缔组织,无光泽。一般选择该层次分离且术后疗效好。(5)术后注射药物疗程要足够长,最少注射 6 次,在随访中视瘢痕生长情况决定注射时间间隔。

参考文献

[1] 张一卓. 三种方法治疗瘢痕疗效分析. 中国误诊学杂志, 2006, 6(4): 641-642.
[2] 刘启亮, 孙婷婷. 瘢痕疙瘩的治疗进展. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2007, 6(1): 57-60.
[3] 张帆, 魏奉才, 蔡景龙, 等. 曲安奈德与丹参联合应用对兔耳增生性瘢痕作用的实验研究. 山东大学学报, 2005, 43(10): 968-971.

(收稿日期: 2008-02-13)
(本文编辑: 罗勤 谢秋红)

眼轮匝肌蒂岛状扩张皮瓣修复下睑颧部软组织缺损九例

李养群 赵穆欣 吕淑珍 周传德 唐勇 李强 陈文 杨喆 李锋永

下睑颧部瘢痕临床常见,应用面部推进扩张皮瓣修复常会遗留较明显的供区切口瘢痕及继发眼睑畸形^[1]。2004 年 1 月—2007 年 12 月,笔者应用扩张眼轮匝肌蒂岛状颧区皮瓣治疗下睑颧部软组织缺损患者 9 例,取得良好效果,现报告如下。

1 临床资料

本组患者 9 例,其中男 5 例、女 4 例,年龄 14~45 岁,下睑颧部均为表浅性瘢痕(4 例由火焰烧伤引起,3 例由火炉烫伤引起,2 例于游离植皮术后形成),3 例伴有轻度下睑外翻。颧区扩张皮瓣最大面积为 7 cm × 5 cm。

2 解剖学基础

眼轮匝肌环绕眼睑分为睑板前部、眶部及眶隔前部。下睑睑板前眼轮匝肌有较强的张力性收缩,在上提和关闭下睑时较为重要,并对下睑具有束带作用,以托住下睑板紧贴角膜而不外翻。上下睑的肌肉在眦角相连,形成内眦韧带和外眦韧带止于眶骨。眶部眼轮匝肌向外超出眶缘,形成环形结构,附着点为眶缘上内侧、额骨上颌突、内眦韧带、上颌骨额突及眶缘的下内侧。眼轮匝肌的血供来自颈内动脉终末支——眼支及其分支(眶上动脉、滑车上动脉、鼻背动脉、小

腺动脉和颈外动脉系统的的面动脉、内眦动脉、颧浅动脉中的面横动脉及额动脉、眶下动脉分支在肌内形成丰富的血管吻合网),睑外眦动脉及内眦动脉相应支吻合构成睑缘动脉环,走行于距睑缘 2.0~2.5 cm 的眼轮匝肌内。

3 治疗方法

局部浸润麻醉或全身麻醉后,患者仰卧于手术台,在鬓角发际缘切开皮肤、皮下组织,向颧区无发区及面部皮下锐性分离,向内不超过外眦角垂线、向下不超过下颌骨下缘,局部止血后,置入 1 个 150~200 mL 扩张器,注水壶内置,放置引流管,丝线逐层缝合切口。术后 3 d 拔除引流管,7 d 开始向扩张器注水。注水完成后静止扩张 7~10 d。

麻醉后根据患者下睑颧部组织缺损大小,设计扩张的眼轮匝肌蒂岛状颧区皮瓣。切开面部皮肤、皮下组织,切除瘢痕组织,以比缺损区创面长、宽各延长 2 cm 的距离切开扩张皮肤皮下组织,完整取出扩张器,靠近眼外眦部时在眼轮匝肌下分离,形成以眼轮匝肌下睑眶部为蒂的岛状扩张皮瓣。检查皮瓣血运良好后,转移至下睑颧部创面,扩张皮瓣下部上移覆盖供瓣区创面,逐层缝合切口。皮瓣置引流管,术后 7 d 拆线。

4 结果

皮瓣均成活良好。随访 1~3 年,外形及色泽达到预期效果。供区遗留较小切口瘢痕。

作者单位: 100144 北京,中国医学科学院协和医学院整形外科医院