

三种方法治疗瘢痕疙瘩疗效分析

李伏燕 吴立兵 刘刚

【摘要】 目的 探讨手术或注射得宝松联合 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗瘢痕疙瘩与单纯 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗的疗效比较,了解对瘢痕疙瘩治疗的有效方案。**方法** 根据不同治疗方案分组。单纯 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗为A组,10 d为1个疗程,每日1次,每次2~3 Gy,总吸收剂量20~25 Gy。一般治疗3~5个疗程;手术辅以核素敷贴治疗为B组;注射得宝松后辅以核素敷贴治疗为C组。B组与C组于术后或注射得宝松后行核素敷贴治疗。**结果** A、B、C三组治疗1个疗程后,总有效率分别为24.0%、70.4%和67.3%。A组分别与B组、C组有效率比较($\chi^2 = 75.23$ 和 $\chi^2 = 42.10$)差异有统计学意义($P < 0.05$);当完成所有治疗疗程后,A、B、C三组有效率分别为87.2%、90.6%、88.8%。三种方案在有效率方面并无统计学差异($\chi^2 = 1, P > 0.05$)。**结论** 三种治疗方案治疗瘢痕疙瘩均有效,但在核素贴敷的疗程长短、患者满意度方面,采用手术切除或注射得宝松后联合 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗瘢痕疙瘩明显优于单纯使用 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗。

【关键词】 瘢痕疙瘩; $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$; 手术; 得宝松

本研究对500例瘢痕疙瘩患者分别采用 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗、手术切除或局部注射得宝松后辅以 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 核素敷贴治疗三种治疗方案。均取得较好的治疗效果,报道如下。

一、资料与方法

1. 临床资料:500例瘢痕疙瘩患者均来自太和医院2006年1月至2010年6月门诊或住院部患者,男235例,女265例。病变部位比较复杂,以前胸、肩部、后背、耳垂、腹部多见。单个病灶最大19.5 cm×4.3 cm,最小1.5 cm×1.0 cm。所有患者随机分组,治疗前均签署知情同意书,其中125例单纯 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗为A组;277例手术切除后辅以核素敷贴治疗为B组;98例采用局部注射得宝松后辅以核素敷贴治疗为C组。

2. 治疗方法: $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗:对A组患者采用 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 皮科敷贴器(中国原子能科学研究院生产)行核素敷贴治疗。治疗前先用1~2 mm厚的橡胶皮将病损部位周围的正常皮肤加以屏蔽保护,以免受到不必要的照射。一般情况下将皮损周围皮肤露出1 mm,使肉眼难以发现的潜在病变得以治疗,防止以后边缘性复发。治疗时采用分次小剂量法,10 d为1个疗程,每日1次,每次2~3 Gy,总吸收剂量20~25 Gy。一般进行3~5个疗程,每个疗程间隔1.5个月,超过5个疗程尚未达到理想的治疗效果的病例不再用此法治疗。

手术切除:手术切除由外科医师按常规切除。拆线后当天开始给予 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗,10 d为1个疗程,每日1次,每次1.0~1.5 Gy,总吸收剂量10~15 Gy。每个疗程间隔1.5个月,最多治疗2个疗程。

注射得宝松:皮损处常规消毒。将得宝松1 ml与2%利多卡因注射液按1:1浓度配比,混匀。采用多点注射的方式注入皮损内,直到整个皮损变苍白为止。20 d后给予 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗,每个疗程10 d,每日1次,每次1.0~1.5 Gy,总吸收剂量10~15 Gy。每个疗程间隔1.5个月,最多治疗2个疗程。

3. 疗效判断:参考潘中允^[1]主编的《放射性核素治疗学》:痊愈:瘢痕变平,不高出皮肤,瘙痒、疼痛、功能障碍等症状消失1年以上而未复发者;显效:瘢痕软化,体积明显缩小,高于皮肤<2 mm,症状大部分消失,功能显著恢复。有效:瘢痕未完全消失,瘙痒、疼痛等明显改善,瘢痕不呈进行性生长。无效:瘢痕呈进行性生长、症状、体征无改善者。有效率为痊愈加显效例数的百分比。

4. 统计学处理:所有数据用SPSS 10.0软件进行统计学处理,组间比较用卡方检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 不同治疗方案治疗1个疗程后有效率比较(表1):治疗1个疗程后,A组分别与B组、C组有效率比较($\chi^2 = 75.23$ 和 $\chi^2 = 42.10$)差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明采用手术切除或注射得宝松后联合 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗瘢痕疙瘩比单纯使用 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴治疗,核素贴敷的疗程大大缩短。特别是手术切除后皮损范围大大缩小,患者满意度提升。

2. 按照不同治疗方案所有疗程结束后有效率比较(表2):A、B、C三组有效率比较差异无统计学意义($\chi^2 = 1, P > 0.05$)。说明由于 $^{90}\text{Sr-}^{90}\text{Y}$ 敷贴器的特殊疗效,按设计疗程治疗结束后各组间有效率并无统计学差异。

表1 不同治疗方案治疗1个疗程后有效率比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
A组	125	0	30	79	16	24.0
B组	277	122	73	82	0	70.4
C组	98	49	17	32	0	67.3

表2 不同治疗方案疗程结束后有效率比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
A组	125	90	19	12	4	87.2
B组	277	221	30	24	2	90.6
C组	98	77	11	8	2	88.8

3. 并发症:A组有6例出现放射性湿性皮炎等并发症,经抗感染治疗,一般1~2周恢复正常。C组出现2例注射部位皮肤坏死,经换药处理后愈合。

三、讨论

瘢痕疙瘩是一种以胶原纤维等细胞外基质过度产生和沉积为特征的皮肤纤维化疾病。患者主要表现为局部皮肤的纤维组织过度增生、蔓延超过伤口,导致局部的瘙痒和疼痛。其治疗比较棘手,目前仍无特效的单一治疗办法,其主要问题是难以控制其较高的复发率。

1. 关于 ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴治疗: ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴治疗的机制是利用放射性核素在衰变过程中释放出 β 射线,作用于瘢痕组织中产生的胶原成纤维细胞,成纤维细胞受到电离辐射作用后发生变性,减少了胶原的合成与沉积,达到治疗目的。有研究表明^[2]手术后3~5d成纤维细胞开始增生,胶原合成,瘢痕开始形成。而成纤维细胞在伤口愈合早期增生最旺盛,在这一机制尚未启动前或刚启动时就开始行 ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴治疗,抑制成纤维细胞的增生,预防胶原的过度形成,从而预防瘢痕增生。在治疗过程中患者病变皮肤经 β 射线敷贴治疗后可能会出现红斑、色素沉着、干燥或裂纹、脱毛、表皮剥脱等副反应,但以上表现并不是每例患者都会出现,跟个人对治疗的敏感程度有关。由于正常皮肤对射线的敏感度远低于病变皮肤,因此对正常皮肤做适当防护后,一般不会出现上述反应。

2. 关于手术治疗:手术切除是治疗瘢痕疙瘩的方法之一,但因单纯手术切除治疗其复发率高,目前很少单独采用。有报道^[3]手术切除后复发率达75%。

3. 关于得宝松^[4]:得宝松注射液是由倍他米松磷酸钠和二丙酸倍他米松组成的复方制剂,每毫升含2mg倍他米松磷酸钠和5mg二丙酸倍他米松。前者组织溶解性强和水解迅速而奏效快,注射后几小时开始发挥作用。后者水溶性小,不易水解被组织吸收,从而缓慢释出发挥长效作用。因此应用得宝松治疗瘢痕疙瘩具有起效快且作用持久的特点。利多卡因能缓解注射时的疼痛,且能稀释得宝松,二者混合后局部注射可促进药液的扩散与吸收。

本研究显示单纯采用 ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴治疗组与手术或注射得宝联合 ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴治疗组,治疗1个疗程后,总有效率分别为24.0%、70.4%和67.3%,各组间疗效差异有统计学意义。尽管各组患者做全部疗程后在总有效率方面差异无统计学意义(表2),但是由于手术或注射得宝联合 ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴治疗大大缩短了治疗时间,有助于患者坚持治疗的信心,特别是采用手术联合核素敷贴治疗,从根本上去除瘢痕疙瘩增生性病灶,松懈瘢痕部位挛缩情况,修复因瘢痕疙瘩过度增生引起的局部形态改变或活动障碍,极大地改善了外观畸形状况,从美学角度提高了对瘢痕疙瘩治疗的价值,跟其他研究^[5,6]一致。对于有些不适合手术的部位通过注射得宝联合核素敷贴治疗,可大大缩短疗程,帮助患者做完整个治疗过程。

总之,对于瘢痕疙瘩的治疗,手术切除或注射得宝联合 ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴治疗与单用 ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴治疗都具有确定性的疗效,但以联合治疗最为理想。

参 考 文 献

- [1] 张启元,张奇亮. 皮肤疾病敷贴治疗各论//潘中允. 放射性核素治疗学. 北京:人民卫生出版社,2006:371-372.
- [2] 王国亮,蒙诚跃,张立明,等. 早期应用 ^{90}Sr - ^{90}Y 照射防治烧伤瘢痕的初步探讨. 广西医科大学学报,2007,24:47-49.
- [3] 张春银,邱陵,陈跃. 三种方法治疗增生性瘢痕的疗效评价. 中华皮肤科杂志,2001,34:229.
- [4] 范汉通,何玉清. 得宝松的临床应用. 新医学,2001,32:428-429.
- [5] 李惠斌,蔡景龙. 瘢痕疙瘩治疗研究进展. 中华医学美容美容杂志,2004,10:126-128.
- [6] 刘翠娥,张安美,于风玲. 手术并 ^{90}Sr - ^{90}Y 敷贴治疗增生性瘢痕的疗效观察及护理. 护理学,2006,28:302-303.

(收稿日期:2011-02-21)

(本文编辑:吴莹)