

图1 面颊、耳廓红斑、丘疹，其上粘着性鳞屑，易揭除，其下见扩张毛囊孔



图2 臀部红斑、丘疹，其上粘着性鳞屑，易揭除，其下见扩张毛囊孔

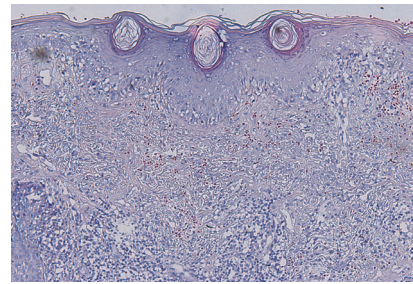


图3 面颊部和臀部皮损毛囊角栓、毛囊口扩张，表皮角化过度伴角化不全，基底层液化变性，真皮浅、中层毛细血管周围见淋巴、组织细胞浸润（HE×40）

鳞屑下方有毛囊角栓，剥离鳞屑，可见扩张的毛囊口。红斑可逐渐扩大，有周围色素沉着，而损害中心逐渐出现萎缩，微凹，色素减退。其病理表现为：角化过度，毛囊口及汗孔有角栓，颗粒层增厚，棘层萎缩，表皮突变平，灶性基底细胞液化变性，在真皮血管和皮肤附件周围有淋巴细胞为主的灶性浸润<sup>[1]</sup>。当DLE广泛发生于四肢、手背、手指、躯干，称播散性盘状红斑狼疮（disseminated discoid lupus erythematosus, DDLE）。根据本患者的皮损特点、组织病理学检查结果及皮损累及颜面、手掌、臀部等部位，DDLE的诊断明确。该患者有双手瘀点、瘀斑表现及双肘、双膝关节痛的病史，不能除外系统性损害可能。

SLICC（系统性狼疮国际协作组）诊断标准较1997年ACR诊断标准敏感度更高，误诊率更低，与临床相关性更好<sup>[2]</sup>，依据SLICC制订的诊断标准<sup>[3]</sup>，本例患者存在：临床诊断标准：慢性皮肤狼疮（第2条）、≥2个关节的滑膜炎（第5条）、白细胞减少（第10条）；免疫学诊断依据：ANA水平超过实验室参考值（第1条）、抗sm抗体阳性（第3条）及低补体（第5条）。根据诊断标准，患者须满足至少四项，其中包括至少一项临床诊断标准和至少一项免疫学诊断标准，本例患者满足了临床诊断标准中的3项及免疫学诊断标准中的3项共6项，因此据SLICC制

订的SLE诊断标准，该患者最终诊断为SLE。

红斑狼疮（Lupus Erythematosus, LE）是一个病谱性疾病，病谱的一端为DLE，另一端为有内脏多系统累及并常有皮肤损害的SLE，DDLE是中间的亚型。有作者认为DDLE转变为SLE的危险性达22%<sup>[1]</sup>，但目前国内DDLE的报道有数十例，而主要以DDLE皮损为表现最后诊断为SLE的病例却鲜有报道。本例患者以局限性DLE起病，病情渐进展转变为DDLE，并逐渐出现双手血管炎、关节痛等表现，到最后来我院就诊完善检查后诊断为SLE，呈现出病情动态进展的过程，是SLE伴有DDLE的一个典型病例。在治疗上，大多数先有DLE的SLE患者病程较良性<sup>[1]</sup>，因此预计在规范的治疗下，本患者可获得良好预后，我们将继续随访。

参考文献：

[1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 南京: 江苏凤凰科技出版社, 2010.789-802.  
 [2] 杨静. 系统性红斑狼疮诊断标准的发展[J]. 肾脏病与透析肾移植杂志, 2013, 22(2): 153-157.  
 [3] Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus [J]. Arthritis Rheum, 2012, 64(8): 2677-2686.

## 综合序贯治疗复杂腹部糖尿病溃疡并感染 1 例

汪 洋，许晓光<sup>\*</sup>，武智强，刘晓波

（大理大学第一附属医院烧伤整形科，云南 大理 671000）

中图分类号：R632.1；R605 文献标志码：B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2018.01.077

糖尿病溃疡是糖尿病的一种常见的并发症，多发于足部等处，因此也称为糖尿病足，但也有因皮肤外伤等原因发生于身体其他部位，由于血管和周围神经等病变常导致皮肤营养不良，出现愈合缓慢，甚至不愈合的情况，易并发感染，创面修复自愈能力差，继发难愈合的溃疡，目前缺乏行之有效的治疗方法，我

科采取综合序贯治疗：清创、VSD、VAC、长效抗菌材料（洁悠神）、植皮修复等方法治疗 1 例复杂难愈的腹部糖尿病性溃疡并感染创面。现报告如下：

### 1 资料与方法

1.1 病例资料 患者女，56岁，因腹部皮肤破溃不愈伴窦道形成40余天收住院。查体：患者意识清

【收稿日期】2017-09-10 \* 通信作者

楚, T 36.7℃, P 78次/min, R 20次/min, BP 140/90 mmHg, 体重: 75kg, 一般情况尚可, 神志清楚, 精神差, 双肺呼吸音粗, 未闻及干湿罗音, 心前区无隆起, 心率 78次/min, 律齐。专科情况: 左腹部可见一处约 1cm×1cm 皮肤缺损创面, 皮下有残腔, 创周可探及窦道, 约达皮下组织层。右腹部可见另一处约 4cm×8cm 大小范围的皮肤红肿破损创面, “口小底大”, 裂口约 1cm 左右, 皮下有窦道残腔形成, 探及伤口周围深部残腔范围约 2cm×3cm 大小, 上方较深, 深部组织失活、水肿, 有渗血, 生机差, 创周皮肤颜色红肿明显, 伴有明显刺痛, 皮温稍高 (图 1、2)。实验室相关辅助检查: 空腹血糖: 10.3mmol/L ↑。血象正常, 血色素正常。肝肾功、电解质、输血前四项、乙肝两对半等指标无异常。蛋白尿。

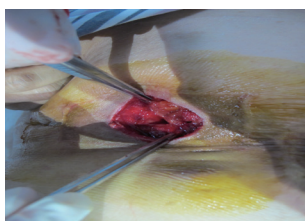


图 1 入院时

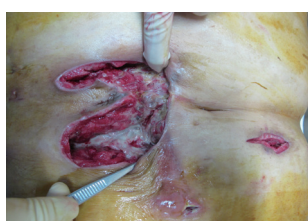


图 2 入院时

诊断: ① 糖尿病性腹部皮肤溃疡并感染。② II 型糖尿病。③ 高血压病 3 级, 极高危组。④ 肥胖症。⑤ 糖尿病胃肠神经病变。⑥ 心功能不全待查。⑦ 肺部感染。⑧ 焦虑状态。

1.2 基础疾病治疗 分别使用胰岛素皮下注射按“三短一长”方案严格控制血糖; 以“贝那普利”及“美托洛尔”控制血压。同时, 给以合用“螺内酯”及“氢氯噻嗪片”等, 消除水肿的辅助药物, 增强利尿效应和预防低钾血症; 给予红细胞悬液、血浆、人血白蛋白等治疗改善全身状况; 糖尿病病患多有血管病变及微循环障碍, 静脉滴注扩血管和改善血液循环的药物, 如丹参、七叶皂苷钠及红花黄色素等改善血液循环; 依据分泌物培养结果抗感染治疗, 初次培养为表皮葡萄球菌, 给予头孢硫脒 2g, q12h, 后期: 培养发现肺炎克雷伯氏菌 (多重耐药), 调整为头孢吡肟 2g, q12h。

### 1.3 手术治疗

1.3.1 第一阶段 与患方完善沟通后于入院后第 2 日即予以腹部皮肤溃疡缺损清创术, 安置一次性使用负压封闭引流护创材料 (Vacuum Sealing Drainage, VSD), 创面封闭负压引流术, 左腹部清创缝合术。促进创面血流量增长和蛋白合成, 促进肉芽生长。术后两周左右感染仍在扩展, 并与原腹壁切口等处相通, 请普外科会诊, 建议再予窦道清创及开放引流, 安排再次手术。

1.3.2 第二阶段 术后继续持续冲洗引流, 持续负压吸引, 观察冲洗引流等情况, 应用长效抗菌材料 (洁悠神) 及康复新等。每日加强换药观察处理。继续抗感染治疗, 控制血糖, 补充蛋白, 纠正贫血。第二次

手术后 1 周左右, VSD 冲洗引流通畅, 但腹部坏死感染严重, 血象不断升高。再次调整治疗方案, 局部新鲜肉芽增生创面以取皮植皮方式覆盖“蚕食”创面。1.3.3 第三阶段 此阶段局部坏死与感染同时并存, 故再给以清创手术, 同期植皮。入院后第 4 周肉眼见好转创面均予以植皮, 逐步解决坏死感染问题, 最终收到较好的治疗效果。出院时创面植皮成活, 但尚有部分窦道未能闭合, 需进一步门诊换药处理。入院 30 天患者阶段出院 (图 3、4)。



图 3 残创植皮术后痊愈复查 1.5 月

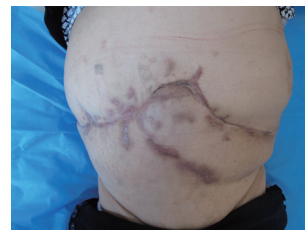


图 4 残创植皮术后痊愈复查 11 个月

## 2 讨论

据文献报道<sup>[1]</sup>, 12% ~ 25% 的糖尿病患者并发溃疡, 极易合并感染。引起感染<sup>[2]</sup>的原因有感觉和自主神经病变、微血管和大血管病变及免疫因素等。这些因素也是导致局部组织坏死的重要原因, 各层皮肤、组织、关节及骨骼均可受累, 合并感染后可迅速发展, 处理不当可致病情加重, 严重者会导致截肢致残甚至死亡。所以应注意稳定血糖: 控制糖尿病, 稳定血糖是防治并发症的基础, 对糖尿病患者进行健康教育, 使之了解有关知识以便积极配合治疗是一项长期而艰巨的任务。

糖尿病是一种全身性疾病, 常伴有周围神经的病变和高血压, 高血脂等病变。由于小动脉痉挛或阻塞, 静脉瘀滞, 血液黏稠, 加之对痛觉减退及局部缺氧, 故一旦发生皮肤破损或感染, 创面均较难愈合<sup>[3]</sup>。糖尿病性溃疡多发生于病程长、合并高血压、高血脂、肥胖、糖尿病血管神经病变的糖尿病患者。传统的治疗方案是在控制血糖的基础上彻底清创和换药。创面处理主要包括清创术, 采用“逐步蚕食”。同时, 联合使用 VSD 技术清除创面的坏死组织和渗液, 在保证创面干燥、促进肿胀消退的同时, 能避免反复清创和换药给患者带来的巨大刺激<sup>[4]</sup>。VSD 技术治疗时可以尽量避免外来细菌侵入, 减少污染的机会, 同时应用正向冲洗抗菌药液及生长因子等, 还能避免交叉感染, 持续 VSD 治疗能减少死腔, 有利于彻底清除坏死组织, 促进新生肉芽组织的生长。

VSD 是治疗创面的一种现代技术, 主要应用于手术后伤口感染、慢性溃疡、压疮烧伤感染以及体表脓肿等保守治疗<sup>[5]</sup>。糖尿病性溃疡并感染属于慢性难愈性创面, 其治疗是一个多学科、多系统的综合性治疗过程, 不能简单以手术或换药论, 要做好“持久战”“围歼战”等准备。



参考文献:

[1] Blanes JI. Representatives of Spanish Society of Surgeons (ACS), Representatives of Spanish Society of Emergency Medicine (SEMES). Consensus document on treatment of in-fections in diabetic foot [J]. Revista Espanola de Quimioterapia, 2011, 23(2): 233-262.

[2] Van Battum P, Schaper N, Prompers L. Differences in minor amputation rate in diabetic foot disease throughout Europe in part explained by differences in disease severity at presentation [J]. Diabetic

Medicine, 2011, 33(5): 199-205.

[3] 潘天鹏. 糖尿病闭塞性动脉硬化病及糖尿病性肢端坏疽的治疗[A]. 祁安. 糖尿病在中国[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1989: 312.

[4] 李倩. 封闭负压引流技术治疗糖尿病性溃疡的护理[J]. 医药卫生, 2015, 1(12): 90.

[5] 黄梅芳. VSD 负压封闭引流技术对严重毁损伤患者的护理[J]. 医学信息, 2011, 24(10): 6748-6749.

## 综合疗法治疗肢端皮肤恶性黑色素瘤 1 例

高亚兰, 秦 琴

(第三军医大学第三附属医院整形美容科, 重庆 400042)

中图分类号: R751.05; R739.5 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2018.01.078

恶性黑色素瘤是临床上较为常见的皮肤黏膜和色素膜恶性肿瘤,也是发病率增长最快的恶性肿瘤之一,年增长率为 3% ~ 5%<sup>[1]</sup>。临床常分为:浅表扩散型、结节型、恶性雀斑型、肢端型。肢端型恶性黑色素瘤好发于手掌、足跟、指趾、甲床和黏膜,由于发病部位特殊且隐匿,容易被忽视。笔者采用综合疗法治疗 1 例,取得较为满意的效果,特报告如下:

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 患者男,58岁,因左足底黑色赘生物 1 年余于 2009 年 5 月入院治疗。患者精神、食欲可,未扪及全身浅表淋巴结肿大。查体:生命体征正常,左足底可见 2cm × 2.5cm 大小黑色赘物。边界不清,触之轻微疼痛。入院后完善相关检查,在局麻下行病理活检,报告提示:恶性黑色素瘤。

1.2 方法 给予手术扩大切除后配合光动力治疗,术后 2 周给予干扰素 α-2b 治疗。

1.2.1 手术治疗 在局麻下为患者行病灶扩大切除术,结合中厚(或邻近皮瓣)修复创面。手术原则为扩大切除,包括广泛切缘和足够深度两方面。术前医生根据肿物大小确定切除范围并根据肿物位置进行转位皮瓣的设计。足底恶黑广泛,切除范围应为切缘在三维上距肿瘤边缘(1.5 ~ 3)cm,肿物切除后局部缺损较大,取足底内侧带血管蒂皮瓣,旋转后修复缺损创面。

1.2.2 光动力治疗 将光敏剂 20% 的 5-氨基酮戊酸(5-ALA)涂抹在皮肤上,等待涂药 2 小时后进行光照治疗。用欧美娜红光照射皮损处,距离(7 ~ 8)cm,照射 20min。照射时为患者佩戴护目镜,照射后局部予呋喃西林溶液冷湿敷,(3 ~ 4)次/d,每次 1 小时。照射部位 48 小时内避免直接或间接的强光照射。光动力治疗后患者局部持续疼痛,给予穴位贴敷治疗,每 6 小时 1 次。

1.2.3 大剂量重组干扰素 α-2b 治疗 从术后第 2 周开始爬坡剂量治疗,前 3 天分别为 3MU (百万

国际单位)、6MU、9MU 皮下注射,第 4 天、5 天开始根据患者耐受情况和体表面积增加剂量至 15MU/m<sup>2</sup> ~ 20MU/m<sup>2</sup> 静脉滴注。术后第 3 周至第 5 周剂量为 20MU / m<sup>2</sup> 静脉滴注,每周 5 次。从术后第 6 周开始,改为 10MU / m<sup>2</sup> 静脉滴注维持治疗,每周 3 次。经(2 ~ 6)周患者住院治疗,建议患者出院,继续在门诊行 48 周的干扰素维持治疗。

恶性黑色素瘤起源于黑色素细胞,发展迅速,转移早而广泛,预后极差,病死率较高,其治疗方式以手术为主,而近年来大剂量干扰素 α-2b 作为术后的重要辅助治疗手段已逐渐被用于临床<sup>[2]</sup>。

### 2 结果

对患者行手术扩大切除后予光动力治疗 1 次,患者伤口愈合良好。遵医嘱给予大剂量 α-2b 治疗,患者有轻微乏力,发热,但能忍受。指导患者每半年定期复查 1 次,肿瘤至今无复发转移,治疗效果显著。该患者经手术治疗后,切口愈合良好,各项检查均在正常范围,无其他并发症。

### 3 讨论

黑色素瘤属高度恶性肿瘤之一,国内外学者研究认为该病多是由变异遗传基因及环境等因素造成,尤其对于长期处于紫外线环境照射中发病率更高,并且这类疾病危害大,易出现转移,严重威胁患者生存时间及质量<sup>[3]</sup>。恶性黑色素瘤恶性程度高,早期易发生淋巴和血行转移,预后差,手术对其治疗意义重大,不管是早期、局部进展期还是有远处转移的患者,若手术有可能完全切除所有病灶,均应尽量手术。光动力疗法可用来选择性破坏生物组织,疗效显著,患者痛苦少。行外科术后再施行光动力治疗,可进一步消灭残留的癌细胞,减少复发机会,提高手术的彻底性。干扰素是当前治疗黑色素瘤较为有效的药物,能有效延长患者存活期<sup>[4]</sup>。该患者通过三联疗法,伤口恢复快,痛苦小,至今无复发,疗效显著,值得临床推广。

【收稿日期】2017-04-11