

## 物理抗菌剂局部辅助治疗坏疽性脓皮病 2 例临床观察

袁瑞红<sup>1</sup> 李玉叶<sup>1</sup> 何黎<sup>1</sup> 赵维佳<sup>1</sup> 杨小燕<sup>1</sup> 刘淮<sup>2</sup> 农祥<sup>1</sup> 李娜<sup>1</sup>

(昆明医科大学第一附属医院皮肤科,云南 昆明 650032; 2. 云南省疾病预防控制中心,云南 昆明 650022)

中图分类号: R751.05; R634 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2013.05.013

坏疽性脓皮病(pyoderma gangrenosum, PG) 由 Brunsting 等 1930 年首次报道,其发病机制尚不清楚,是一种病因尚不明确的慢性皮肤溃疡性疾病,临床主要表现为慢性、复发性、破坏性、潜行性皮肤溃疡,伴有剧烈疼痛<sup>[1]</sup>。

治疗分为局部药物治疗、系统药物治疗。系统使用糖皮质激素是目前治疗 PG 应用最广且最为有效的方法。虽然初期非溃疡性皮损一般为无菌性,但是后期溃疡深达真皮,很容易继发感染<sup>[2]</sup>,但长期局部外用抗生素制剂预防感染容易产生耐药菌,在减少耐药菌株的产生及控制耐药菌所致感染的过程中,合理应用抗菌药物及继续寻找治疗耐药菌所致感染的新的有效途径,仍是重要的措施之一<sup>[3]</sup>。因此,我们选用皮肤物理抗菌膜专利技术产品——JUC(洁悠神)长效抗菌材料(南京神奇科技开发有限公司生产)局部辅助治疗坏疽性脓皮病,取得满意疗效,现总结报道如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

病例 1: 患者,女,58 岁,右足跖及趾间溃疡(边缘呈堤状隆起)、渗出、结痂伴痛 4 月,反复使用抗感染治疗(头孢类抗生素等)、外用莫匹罗星软膏等治疗无好转,于 2012 年 4 月 27 日入院(图 1)。



图 1 JUC 治疗前



图 2 JUC 清创与湿敷



图 3 JUC 湿敷治疗 7 天



图 4 JUC 湿敷治疗 3 个月

相关检查: 胸片、心电图及腹部 B 超正常,TPPA 及 TRUST 阴性, HIV 抗体阴性, HSV - I、II 型 IgM 和

IgG 抗体阴性,血、尿常规,肝肾功,血糖,血脂均正常,真菌直接镜检及培养阴性,细菌培养阴性,组织病理: 非特异性皮炎,皮损免疫荧光阴性。诊断: 坏疽性脓皮病。

病例 2: 患者,女,50 岁,左下颌角附近溃疡伴疼痛 2 年,2011 年 8 月病检提示炎症肉芽肿,诊断为坏疽性脓皮病,反复服用沙利度胺、雷公藤片,外用表皮生长因子、莫匹罗星软膏、牛碱性成纤维细胞生长因子等治疗无好转,于 2012 年 4 月 23 日入院。

相关检查: 胸片、心电图及腹部 B 超正常,TPPA 及 TRUST 阴性, HIV 抗体阴性, HSV - I、II 型 IgM 和 IgG 抗体阴性,血、尿常规,肝肾功,血糖正常,血脂偏高,真菌直接镜检及培养阴性,细菌培养阴性。诊断: 坏疽性脓皮病。

1.2 治疗方法 两例患者在系统使用糖皮质激素药物的情况下,局部皮损均使用 JUC 长效抗菌材料清创、湿敷,每天换药 1 次。具体如下:

病例 1 治疗方法: 甲基泼尼松龙 40mg/d,静滴,5d; 减量至泼尼松片 30mg/d,1 月后停用激素,口服沙利度胺 150mg/d,局部外用 JUC 清创、湿敷(图 2)。7d 后创面渗出减少,周围皮肤向内迁延,创面稍缩小(图 3),治疗 3 个月后皮损愈合(图 4)。

病例 2 治疗方法: 口服泼尼松片 30mg/d,逐渐减量,1 月后停用激素,口服沙利度胺 150mg/d,局部外用 JUC 清创、湿敷。3d 后创面渗出减少,周围皮肤向内迁延,创面稍缩小出院,治疗 2 个月后皮损愈合。

### 2 讨论

PG 临床表现为破坏性、坏死性、非感染性的皮肤溃疡,后期溃疡可深达真皮,因此,容易继发细菌感染。局部药物治疗主要目的为预防或治疗继发性感染,促进溃疡的愈合。

JUC 是一种局部广谱抗病毒、细菌、真菌的物理抗微生物喷雾敷料,兼具物理抗菌和隐形敷料的双重作用,可隔离保护创面、持久抵抗病原微生物和过敏原对创面的刺激,具有明显的减少渗出和一定的止血作用,实现用物理方式管理创面微生物微循环,有效促进创面自然愈合<sup>[3]</sup>。临床已广泛用于病原微生物引起的炎症感染创面及 (下转第 276 页)

合未放置引流条,拆线后在切口的一端残留一直径约3mm的无痛囊性丘疹,术后3个月才恢复正常。另13例患者,经手术治疗并同时放置橡皮引流条治愈。

2.2 结果 17例患者,14例随访6个月,全部治愈,3例失访。

### 3 讨论

3.1 诊断及鉴别诊断 此类头面部表皮囊肿,在临床上与无炎症表皮囊肿及一般的发炎的表皮囊肿有明显不同,此类头面部发炎的表皮囊肿,表现为界限清楚的半球形隆起的囊性结节,表面光滑,位于头皮的损害伴有秃发,呈正常肤色或淡红色,周围皮肤大致正常,囊肿表面皮肤柔韧,病程中不会自发破溃,没有明显的中央孔,因有明显的囊性波动感,临床易误诊为“脓肿”,病理检查可见残存的、结构与毛囊漏斗部相似的囊壁,或残存的板层状角蛋白,伴脓肿和异物肉芽肿形成。在发炎的表皮囊肿中,常见的一般的囊肿表面皮肤变薄、囊肿表面和周围明显红肿,周围坚实、中央有波动感,自觉疼痛明显,手术中可见内容物以固体状的豆渣样物质为主,常可见残存的部分囊壁及粘稠的豆渣样及脓液样物质。

3.2 成功的经验 根据我们的经验,此类发炎的表皮囊肿采用梭形切口手术切开,囊内容物大部分会自动溢出,随后用镊子将囊内坏死的絮状物剔除干净,再用纱布轻拭囊腔,至出现平整的囊腔底部,放置引流条后缝合。放置引流条以橡皮引流条为佳,术后次日和次日每日换药,然后隔日换药1次,手术后(24~48)小时内拔除引流条,换药时伤口外擦莫匹罗星软膏,拆线时间,面部5天,头部(6~7)天,

全部病例均无系统应用抗生素。

3.3 失败的教训 此类囊肿,表皮几无炎症或炎症轻微,又位于头面部,所以皮肤表皮愈合能力强,若不放置引流条,会导致表皮很快闭合,再者,此类病变伴随着大量的液体渗出,由于表皮过早闭合,渗液潴留,而导致手术失败。笔者有3例处置不当:2例未放置引流条;1例放置的纱布引流条,因填塞过紧而引流不畅,导致渗液潴留。上述额部多发皮损患者,第一次是激光引流术后治疗失败,第三次治疗失败的原因是没有放置引流条。

3.4 结论 常见的一般的发炎的表皮囊肿,对于虽然囊壁已经部分崩解,但囊内容物以残存囊壁和浓稠的豆渣样角化物为主者,不必放置引流条,对伴有较多稀薄脓性内容物者需放置引流条,“发炎的表皮囊肿可能需要切开引流”<sup>[1]</sup>指的应当就是对不同情况下的不同处理方法。未发炎的表皮囊肿在手术治疗缝合时,无需放置引流条,并且除手术方法治疗外还可采用高频电刀等治疗<sup>[2]</sup>。而本文所指的头面部发炎的表皮囊肿手术治疗时一定要放置引流条。综上所述:在临床诊断和治疗过程中,对疑似此类发炎的表皮囊肿病例,尤其是当手术过程中发现囊内容为稀薄的血水样或稀薄的脓液时,即应想到是此类表皮囊肿,并在缝合时放置橡皮引流条。

#### 参考文献:

- [1]朱学骏,王宝玺,孙建方,等. Jean L. Bologna, Joseph L. Jorizzo, Ronald P. Rapini. 皮肤病学 [M]. 第2版,北京:北京大学医学出版社,2011. 2057-2058.
- [2]王光超. 皮肤病及性病学 [M]. 北京:科学出版社,2002. 927-928.

(上接第270页)

物理、机械、热力因素引起的创面的治疗与辅助治疗<sup>[4]</sup>。

应用JUC物理抗菌方法局部辅助治疗PG尚无报道,其促进组织再生的疗效与作用机制,也还有待于更多的临床病例与基础研究来进一步的验证,但从本组病例的实践中,我们认为JUC可有效促进PG创面的愈合,预防继发感染,大大缩短疾病的疗程,且安全、无刺激、使用方便。提示在处理皮肤软组织缺损性疾病皮损时,以JUC皮肤物理抗菌膜来替代

以往的常规用药,可能是一种更好的选择。

#### 参考文献:

- [1]陈传杰,陆春. 坏疽性脓皮病治疗现状与进展[J]. 中国皮肤性病学杂志,2010,24(2):175-177.
- [2]吕君,艾茜,陈尚周,等. 坏疽性脓皮病治疗进展[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志,2011,10(6):402-406.
- [3]刘淮,刘景桢. 解决抗菌药物滥用和耐药的新途径[J]. 皮肤病与性病,2010,32(2):15-17.
- [4]段体德,王继华,杨焕南,等. 皮肤物理抗菌膜(洁悠神)与创面处理[J]. 皮肤病与性病,2010,32(3):12-15.

## 欢迎投稿 欢迎订阅

投稿邮箱(E-mail): kmpfbjxb@163.com 1607076196@qq.com