

术后即时放疗在治疗疤痕疙瘩中的临床价值

彭开桂 李光早

摘要 我院在 1991 年 5 月~1994 年 1 月对 50 例疤痕疙瘩进行手术及术后即时放疗综合治疗的临床研究。术后 24 小时内即开始接受放疗,照射使用浅层 X 线或高能电子束,剂量一般为 2000~2600cGy/2~3 周,随访最长 3 年零 9 个月,复发 1 例占 2%。结果表明该方法既不影响切口的愈合又能有效地防止复发,具有疗程短,复发率低,美容效果好等优点,治疗疤痕疙瘩是可行的。

关键词 疤痕疙瘩;手术切除;术后即时放疗;疗效

疤痕疙瘩是以胶原纤维为主要成份的人类所特有的良性皮肤瘤,临床表现为局部存在突起的疤痕伴有奇痒、疼痛等不适且向周缘正常皮肤不断扩侵,给患者带来痛苦和烦恼。目前虽有很多治疗方法,如手术切除、压迫疗法、放射治疗、局部药物注射等,但治愈率皆不高,部分疗效仅能改善症状^[1]。为了探讨治疗疤痕疙瘩更为有效的方法,我院自 1991 年 5 月起采用手术切除及术后即时放疗综合治疗的方法进行临床研究,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 自 1991 年 5 月至 1994 年 1 月共收治疤痕疙瘩 50 例,计 61 块;年龄:6~58 岁;部位分布于胸部 27 处,背部 9 处,上肢 12 处,下肢 10 处,耳垂部 3 处。其中 13 块为手术切除后复发者,有 1 处切除四次后复发;2 块曾接受过单纯放疗,2 块进行过激光照射,3 块曾行确实炎疏松疤痕内注射。

1.2 治疗方法 先行手术切除疤痕疙瘩,手术后 24 小时内切口带缝线即开始接受放射治疗。

手术方法:距疤痕缘 0.5cm 处作切口切除疤痕疙瘩达深筋膜层,并在此平面游离切口四周,用 1 号线缝合深层组织并将切口处张力集中于深层,皮肤层于无张力下自然对合,用小三角针,5~0 号丝线缝合皮肤。操作过程遵循切口无张力,轻损伤缝合原则。

放疗方法:术后 24 小时内即开始放疗,首先确定照射部位并标记,一般以手术切口外扩 1cm 为照射范围,使用浅层 X 线或电子束照射,每次 180~200cGy,每周照射 5 次,总剂量为 DA2000~2600cGy/10~14 次/2~3 周。放疗后及时用新清尔灭酞消毒照射区,用无菌敷料覆盖切口以防止感染。

2 结果

50 例病人术后均能如期拆线,带缝线放疗没有影响手术切口的愈合;另外,术后 24 小时内就开始放疗,比拆线后再放疗的常规方法所需疗程缩短了 1 周。对全部病例进行了随访,最长者 3 年零 9 个月,复发 1 例占 2%(1/50),局部出现疤痕增生 5 例占 10%(5/50)。

3 讨论

疤痕疙瘩是人类皮肤或角膜上厚的疤痕组织,通过胶原纤维沉积,可突破原病变部位侵及周围正常皮肤或角膜,好发于前胸区、肩峰区、背部上区、耳、面部、腹部、前臂、角膜;而疤痕增生(增殖性疤痕)则是外伤部位或手术切口遗留的疤痕组织,限于局部,不具有侵犯周围正常皮肤的特点。研究认为疤痕疙瘩内为大量胶原纤维团组成,纤维内充溢着粘液样基质,微血管包绕着纤维团^[1,2]。其内脯氨酸羟化酶活性是正常人的 20 倍,胶原酶活性是正常人的 14 倍;组织内含 L₁——抗胰蛋白酶, L₂——巨球蛋白,4-硫酸软骨素皆抑制胶原的分解代谢^[3,4],因此疤痕疙瘩内胶原的合成代谢大于分解代谢,与临床表现疤痕疙瘩不断增大且向周围正常皮肤扩侵相符。

以往对疤痕疙瘩常用的治疗方法是手术,但是

单纯手术切除治疗疤痕疙瘩复发率高, Cosman 统计一组单纯术后复发率高达 55%^[3]单纯放疗照射疤痕疙瘩, 虽可抑制其增生, 使其体积缩小, 但进程缓慢且疗效不肯定, 因为此时疤痕疙瘩内所含的主要成份为成熟的纤维母细胞和胶原纤维, 对射线不敏感; 如在疤痕疙瘩切除后 24 小时内即进行放疗, 此时切口处幼稚纤维母细胞占大多数, 不稳定的胶原纤维为主要成份, 幼稚纤维母细胞和不稳定胶原纤维都对放射线相对敏感, 同时射线可抑制切口处毛细血管芽的增生, 减少炎症介质的含量, 综合作用可使切口部位胶原纤维代谢达到一个相对平衡的状态^[2,6]。根据我们对术后即时放疗综合治疗 50 例病人的临床观察和随诊结果, 均能如期拆线, 复发率仅为 2%, 这说明该方法治疗疤痕疙瘩既不影响切口的愈合又能有效地防止术后复发, 具有疗程短, 复发率低, 美容效果好等优点, 是一种可行的方法。

参 考 文 献

1 Datubo-Brown D. D. Keloids: a review of the litera-

ture. Br. J. Plast. 1990, 43 : 70.

- 2 Aberget, R. P., Pizzurro, D., Meeker, C. A., et al. Biochemical composition of the connective tissue in keloids and analysis of collagen metabolism in keloids fibroblast cultures. J. Invest. Dermatol, 1985, 84 : 384.
- 3 Cohen, I. K., Keiser, H. R., and Sjoerdsma, A. Collagen synthesis in human keloid and hypertrophic scar. Surg. Forum, 1971, 22 : 488.
- 4 Cohen, I. K., Beaven, M. A., Horakova, Z., et al. Histamine and collagen synthesis in keloid and hypertrophic scar. Surg. Forum, 1972, 23 : 509.
- 5 Cosman, B., and Wolff, M. Correlation of keloid recurrence with completeness of local excision. A negative report. Plas. Reconstr. Surg, 1972, 50 : 163.
- 6 Ollstein, R. N., Siegel, H. W., Gilloley, J. F. et al. Treatment of the keloids by combined surgical excision and immediate postoperative x-ray therapy. Annals of Plastic Surgery, 1981, 7 : 281.

Treatment Results of Keloids by Combined Surgical Excision with Immediate Postoperative Radiotherapy

Peng Kai-gui, et al

Anhui Cancer Hospital, Bengbu 233004

From May 1991 to Jan 1994, 50 patients suffering from keloids were treated by combined surgical excision with immediate postoperative radiotherapy. Either x-ray or high energy electron beam was accepted with 24H postoperation. Total doses range from 2000 to 2600 cGy/2~3WK. All patients were followed-up with one recurrence and five appearance hypertrophic scar. It is indicated that immediate postoperative radiotherapy, possessing certain advantages such as shorter course and lower recurrence rate is an effective means for keloid.

Key words: Keloid; surgical excision; Immediate postoperative radiotherapy; Treatment results