

生癌变的潜伏期 13~46 年。其中 4 例是在反复、长期不愈的溃疡基础上, 溃疡面逐渐增大发生癌变; 1 例是在增大的溃疡面上出现肉芽状增生物, 增生物逐渐增大发生癌变。5 例均行癌变指手术切除, 术后病理显示为高分化鳞状细胞癌。

2.4 全身情况

22 例皮肤损伤中, 白细胞减少 2 例, 血小板减少 1 例, 合并放射性白内障 2 例。1 例患放射性皮肤癌 1 年后患胃癌死亡。

3 讨论

3.1 职业性慢性放射性皮肤损伤的临床特点

职业性慢性放射性皮肤损伤主要发生在骨科、放射科医师等长期从事射线作业的人员。病变发生在手部等射线照射部位, 有较长的潜伏期, 病情有明显的潜在性、进行性、反复性和持续性等特点^[1, 2]。临床表现为慢性放射性皮炎、放射性皮肤溃疡及放射性皮肤癌等类型。主要表现为受损部位皮肤萎缩、变薄、粗糙、色素沉着、角化过度、皲裂, 指甲灰暗、纵嵴、易脆裂, 手背皮肤有大小不等的疣状物。Ⅲ度皮肤损伤出现角质突起或形成反复发作、经久不愈的溃疡^[3]。本文 22 例局部表现具有典型慢性放射性皮肤损伤的特点。从估算的手部累积剂量看, 慢性放射性皮肤损伤Ⅲ度及放射性皮肤癌病例的皮肤累积剂量与放射性皮肤损伤Ⅰ度、Ⅱ度病例的剂量相比较, 病变呈现一定的剂量-效应关系。骨科医师发生慢性放射性皮肤损伤病例较多, 与骨科医师长期在无防护条件下, 双手直接暴露于 X 线下正骨作业, 局部受照剂量较大有关。

3.2 放射性皮肤癌

放射性皮肤癌是在原放射性皮肤损伤部位上发生的, 多在长期不愈的放射性溃疡或角质增生物的基础上发生, 病理多为恶性程度较低的鳞状细胞癌^[4, 5]。慢性刺激学说认为慢性放射性皮肤溃疡长期受各种因素刺激, 使溃疡边缘鳞状上皮反复的退变和再生, 既可诱发鳞状上皮的突变, 也可促使原有突变基础的表皮细胞癌变, 最终演变为癌^[4]。近年来, 研

究认为各种癌基因激活和抑癌基因失活、端粒酶活性增高可能是表皮细胞、成纤维细胞、血管壁细胞增生肥大和恶变的重要原因^[6, 7]。放射性皮肤癌皮肤损伤局部组织纤维化明显, 血管、淋巴管内皮增生和血栓将管腔阻塞, 一定程度上限制了癌组织的扩散和远位转移。本文 5 例皮肤癌均在Ⅲ度溃疡病变的基础上发生, 潜伏期 13~46 年, 病理均为鳞状细胞癌。1 例发生放射性皮肤鳞状细胞癌 1 年后患胃癌, 病理是腺癌, 显然不是原皮肤鳞癌转移所致。

3.3 放射性皮肤损伤的治疗

对于慢性放射性皮肤损伤者, 在减少接触或脱离射线工作的情况下, 应给予积极治疗。非溃疡面局部可涂敷润肤霜、尿素脂, 使皮肤保持湿润, 防止皲裂。口服具有抗辐射、抗氧化的维生素 C、维生素 E, 静脉输注复方丹参、疏血通注射液等改善血液微循环药物, 或应用血竭胶囊、三七等中药可行气活血、散瘀止痛、祛腐生肌, 改善血液循环, 促进创面炎性吸收及肉芽组织生长, 临床治疗中取得了明显的疗效。对反复发生、长期不愈的溃疡及角质增生物, 应早期手术治疗。

参考文献:

- [1] 张云, 杨志祥, 朱茂祥. 放射性皮肤损伤的研究进展 [J]. 军事医学科学院院刊, 2005, 29 (2): 188-190.
- [2] Nakamura Y, Hasegawa M, Haykawak, *et al.* Induction of P⁵³ dependent apoptosis in vivo by nedaplatin and ionizing radiation [J]. *Oncol Rep*, 2000, 7 (2): 261-265.
- [3] GBZ106—2002 放射性皮肤疾病诊断标准 [S].
- [4] GBZ129—2009 放射性皮肤癌诊断标准 [S].
- [5] Edwards M J. Squamous cell carcinoma arising in previously burned or irradiated skin [J]. *Arch Surg*, 1989, 124 (1): 115-117.
- [6] 杨志祥. 放射性皮肤癌研究进展 [J]. 中华放射医学与防护杂志, 1996, 16 (4): 281-282.
- [7] 谷庆阳, 曹卫红. 辐射诱导难愈性皮肤溃疡多种凋亡相关基因的表达 [J]. 现代康复, 2001, 5 (6): 50-51.

斑贴试验在诊断接触性皮炎中的应用及体会

Application and experience of patch test in diagnosis of contact dermatitis

贾芸玲, 孙杰, 王兴刚

JIA Yun-ling, SUN Jie, WANG Xing-gang

(淄博市职业病防治院, 山东 淄博 255000)

摘要: 统计分析 56 例接触性皮炎患者的致敏原斑贴试验结果。致敏原分别是硫酸镍、甲醛、香料、对苯二胺、重铬酸钾、松香、橡胶、乙二胺和环氧树脂。斑贴试验不仅有助于确定接触性皮炎患者的致敏原, 还有助于确定职业性皮炎的致病原因。

关键词: 斑贴试验; 接触性皮炎

中图分类号: R135.7 **文献标识码:** B

收稿日期: 2011-09-16

作者简介: 贾芸玲 (1970—), 女, 主管护师。

文章编号: 1002-221X(2012)02-0191-02

接触性皮炎是皮肤接触环境中的某些物质造成的皮肤炎症性反应。引起慢性接触性皮炎的病因很多, 日常生活中各种致敏原的慢性刺激是引起该病的常见病因之一。斑贴试验是检测患者接触性皮炎变应原的一种简单、可靠的方法。我院于 2007 年 4 月至 2009 年 9 月对我科门诊初诊为接触性皮炎的患者进行斑贴试验, 其中阳性患者 56 例, 现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

56 例斑贴试验阳性患者中男 31 例、女 25 例；年龄 13 ~ 64 岁；按皮损发生的主要部位分为手部皮炎 22 例、躯干和四肢皮炎 18 例、头面部皮炎 9 例、脐周皮炎 7 例。所有患者在斑贴试验前 1 周及斑贴试验过程中未使用过抗组织胺药和糖皮质激素及未日光暴晒。

1.2 方法

1.2.1 斑贴试验 采用北京医科大学第一临床医学院研制、北京怡达技术设备厂生产的斑贴试验诊断试剂盒，按说明书进行操作。每例患者均以标准方法将受试抗原贴在上背部脊柱两侧的正常皮肤上，48 h 揭去斑试物。嘱患者 3 天内禁止剧烈活动，减少出汗。勿洗澡、勿饮酒、避免搔抓。如发生强烈反应，可随时去除相应的斑试物，并告知医师。

1.2.2 判定标准 根据国际接触性皮炎研究组 (ICDRG) 的标准判读结果。可疑反应为 (?)：仅有微弱的红斑；弱阳性为 (+)：红斑、浸润、可有小丘疹；强阳性为 (++)：红斑、浸润、丘疹、小水疱；极强阳性为 (+++)：红肿并有大疱；阴性为 (-)：无反应。可疑阳性者不记入阳性结果。在斑贴试验后 48 h 除去斑试物，进行第一次判定，并于试验后 72 ~ 96 h 进行第二次、第三次判定并记录结果。

2 结果

本组资料中致敏原主要有硫酸镍、甲醛 (水溶液)、香料、对苯二胺、重铬酸钾、松香、橡胶、乙二胺、环氧树脂。引起手部皮炎患者的致敏原主要是香料、对苯二胺和重铬酸钾，躯干和四肢皮炎患者的致敏原主要为硫酸镍、甲醛、橡胶和松香，头面部皮炎患者的主要致敏原为甲醛和香料，脐周皮炎患者的致敏原主要为硫酸镍。详见表 1。

表 1 56 例斑贴试验阳性患者阳性致敏原

过敏原	手部皮炎	躯干和四肢皮炎	头面部皮炎	脐周皮炎	合计 (%)
硫酸镍	1	4	2	4	11 (19.64%)
甲醛(水溶液)	3	3	3	0	9 (16.07%)
香料	4	1	3	0	8 (14.29%)
对苯二胺	5	1	1	1	8 (14.29%)
重铬酸钾	4	1	0	1	6 (10.71%)
松香	1	3	0	1	5 (8.93%)
橡胶	2	3	0	0	5 (8.93%)
乙二胺	1	1	0	0	2 (3.57%)
环氧树脂	1	1	0	0	2 (3.57%)
合计	22	18	9	7	56 (100%)

3 讨论

斑贴试验阳性反应说明患者对受试物过敏，但应排除原发刺激或其他因素所致的假阳性，而真正的阳性反应则除去受试物 24 ~ 48 h 内反应一般是增强而不是减弱。阴性反应则表示患者对试验物无敏感性^[1]。本组资料中居致敏原首位的是硫酸镍 (阳性率占 19.64%)。因镍广泛存在于我们的日常用品中，如眼镜架、腰带扣、金属纽扣等，一些食物中也富含镍，如鱼、牡蛎、巧克力等，故夏季脐周皮炎的病人较多。橡胶引起的皮炎以手和四肢为主，天然橡胶不会引起变态反应，致敏原是橡胶添加剂，主要为促进剂、防老剂，长时间的戴橡胶手套、穿长雨靴等可造成过敏。松香在日常生活中也易接触到，如胶布 (脱敏胶布除外) 等，临床上经常发现病人输液完毕后注射部位出现过敏情况。重铬酸钾、环氧树脂是职业性接触性手部皮炎的常见病因，因水泥的成分主要是重铬酸钾，电气设备制造中环氧树脂主要用做密封变压器、电容器和其它元件等。头面部皮炎的发生与我们日常生活中经常染发、使用化妆品有关，其成分主要是对苯二胺和香料，提醒人们在使用新的染发剂或化妆品之前，最好先做过敏试验，以避免不良反应。随着人类对大自然的不断开发和利用，工作与生活中接触的物质越来越多，发生过敏的机会也随之增多，可根据患者的职业、生活环境、爱好、饮食习惯、特殊接触史、发病季节、复发或加重的规律等，提醒患者给予相应的预防^[2]。斑贴试验不仅有助于确定患者接触性皮炎的致敏原，还有助于指导患者进行预防，而且治疗问题也会迎刃而解。

接触性皮炎患者的皮肤屏障功能已经受损，皮肤的局部反应性异常增高，加之对多种环境接触物敏感，因此，加强皮肤护理也是接触性皮炎病人治疗的重要环节。避免接触致敏原，要创造舒适的生活和工作环境，室内空气干燥、环境过热及出汗是瘙痒的常见原因，病人要主动控制不搔抓皮肤。瘙痒时可轻拍皮肤、冷敷止痒或使用止痒剂。正确的洗浴可以去除污物，清除体表的细菌及结痂，还可以使身心放松，对皮肤病治疗有很大好处。但如洗浴过勤、水温过高或使用碱性太强的浴液均会造成皮肤脂膜破坏，增加皮肤水分丧失，加重病情^[3]。饮食上要避免食用辛辣及可疑致敏食物。外出前，在面、手及其他外露部位使用具有防护功能的保湿及防晒化妆品，防止皮肤再次受伤。

参考文献:

- [1] 张学军. 皮肤性病学 [M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 33.
- [2] 瞿锐, 赵红梅. 290 例不同皮肤病的斑贴试验结果分析 [J]. 鄞阳医学院学报, 2004, 23 (6): 367.
- [3] 李林峰. 接触性皮炎与皮肤变态反应 [J]. 2 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2003: 244.