

- [26] Goebel PJ, Williams JB, Gerhardt RT. A pilot study of the performance characteristics of the D-dimer in presumed sepsis. *West J Emerg Med*, 2010, 11:173-179.
- [27] Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*, 1985, 13:818-829.
- [28] Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new simplified acute physiology score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*, 1993, 270:2957-2963.

(收稿日期:2011-10-09)

(本文编辑:李银平)

·病例报告·

脐部急性坏死性筋膜炎 1 例分析

石英 罗华友

【关键词】 坏死性筋膜炎,急性; 治疗

介绍 1 例脐部急性坏死性筋膜炎患者的救治体会如下。

1 临床资料

患者男性,47 岁,20 d 前无明显诱因出现脐部红肿疼痛,并破溃溢出少量恶臭脓液,曾于当地诊所进行抗炎治疗后未见缓解。3 d 前症状加重,并伴有腹胀。否认糖尿病、腹部手术病史,否认吸毒及长期应用糖皮质激素等免疫抑制剂。入院查体:体温 38.5℃,脐部可见 15 cm × 20 cm 红肿区,皮温高,脐周压痛明显,有捻发音。血白细胞(WBC) 20.7 × 10⁹/L,中性粒细胞 0.886。生化检查:肝、肾功能及电解质等正常,血糖 8.3 mmol/L。腹部 CT:脐周及左侧腹壁皮下软组织影增厚,并见广泛皮下积气,考虑皮下软组织感染。诊断:急性坏死性筋膜炎。入院后 2 次行腹壁脓肿切开引流术,手指探查并分隔脓腔,双氧水及甲硝唑注射液冲洗,放置凡士林纱条引流,病情未能控制。全院会诊,先后 4 次行腹壁及左腰背部皮肤软组织广泛切开、清洗、清除坏死筋膜,并置入一种内含有引流管的聚乙烯醇水化海藻盐泡沫敷料(VSD)海绵持续负压引流术,手术中清除组织及分泌物,进行厌氧菌及需氧菌培养,术后入急诊重症监护病房(EICU),加强抗感染、营养支持、对症治疗,并完善相关检查,维持电解质平衡,补充白蛋白及悬浮红细胞、冰冻血浆等。患者于 53 d 后痊愈出院,术后病理检查结果示:

DOI:10.3760/cma.j.issn.1003-0603.2012.03.005

作者单位:650032 云南,昆明医学院第一附属医院甲状腺与胃肠外科

通信作者:罗华友,Email: huayoulu@yahoo.com.cn

腹壁及腰背部送检纤维脂肪及骨骼肌组织广泛坏死伴化脓炎。细菌培养为粪肠球菌(D 群)。

2 讨论

坏死性筋膜炎时感染沿深浅筋膜播散,并在累及的血管内形成血栓,引起相应部位的皮肤、皮下组织及筋膜组织坏死,伴有脓毒症的感染性疾病^[1]。由于坏死性筋膜炎临床表现无明显特异性,且脓液培养结果均提示为混合感染,因患处具有相同的捻发音,由厌氧菌和兼性厌氧菌引起的混合感染易误诊为产气荚膜杆菌感染所致的气性坏疽,但产气荚膜杆菌感染以侵犯肌肉组织为主,且以筋膜病理损害居多^[2],因此,如果因误诊而治疗不及时,最终可能导致脓毒症、多器官功能衰竭和死亡。另外,绝大多数患者存在危险因素,如糖尿病、肥胖、外周血管疾病、静脉输液、长期糖皮质激素治疗、免疫抑制及吸毒等。本例患者最终痊愈,可能与患者虽是肥胖体型,但无糖尿病史等易感因素,且及时给予广泛清创,控制了筋膜层感染有关。

鉴于坏死性筋膜炎是由多种微生物协同作用导致的一种严重感染性疾病,病死率高。疾病初期,全身症状和局部的表现常不一致,延迟诊断或治疗可能会导致患者死亡,宜及早外科手术清创^[3]。需注意的是,由于感染会沿解剖学筋膜层播散,清创时要尽量避免损伤正常筋膜层,以防止感染继续蔓延。用 VSD 覆盖或填充皮肤、软组织缺损创面,用生物半透膜封闭,形成一个密闭空间,经引流管接通负压源,利用可控负压促进创面愈合。国外有人推荐使用真空辅助闭合(VAC),即将一个便携式的泵与伤口上

的一个泡沫海绵连接,并给予连续的负压以促进患者伤口愈合^[4-5]。这与本例中应用 VSD 海绵置入持续负压引流术有类似效果。

急性坏死性筋膜炎患者表现为全身中毒症状重,且常出现脓毒症,甚至导致肝、肾、肺等重要器官功能损害,全身支持治疗可帮助患者安全渡过危重期、并迅速恢复。早期治疗需借鉴以往的经验选择抗菌药物,并结合患者的具体情况,一旦培养出细菌应立即根据药敏结果调整用药,细菌培养应早期连续,反复多次、多部位,且普通培养、厌氧培养及血培养应同步进行^[6]。

参考文献

- [1] 陈杰,夏军,王思群,等.坏死性筋膜炎研究现状.国际骨科学杂志,2011,32:96-98.
- [2] 班雨.坏死性筋膜炎的鉴别诊断和治疗.中国危重病急救医学,2000,12:126-128.
- [3] 林秋,竺平,孙桂东,等.肛周坏死性筋膜炎的诊治进展.世界华人消化杂志,2010,18:3428-3431.
- [4] Czymek R, Hildebrand P, Kleemann M, et al. New insights into the epidemiology and etiology of Fournier's gangrene: a review of 33 patients. *Infection*, 2009, 37:306-312.
- [5] Tucci G, Amabile D, Cadeddu F, et al. Fournier's gangrene wound therapy: our experience using VAC device. *Langenbecks Arch Surg*, 2009, 394:759-760.
- [6] 王世斌,李基业,谭向龙,等.急性坏死性筋膜炎 14 例临床分析.中国危重病急救医学,2003,15:242.

(收稿日期:2011-09-04)

(本文编辑:李银平)