

特发性阴囊坏疽 2 例报告

厦门大学医学院第一临床学院 (361004) 陈福全 付必成
厦门市中山医院泌尿外科

特发性阴囊坏疽临床上少见,为凶险的外科疾病之一,发病者以中、老年人多见。我们收治的 2 例均为 70 岁以上高龄患者,现报告如下。

1 病历摘要

例 1, 72 岁,以阴囊、阴茎剧痛继而皮肤发黑、溃烂 3 天入院,伴畏冷、发热。体格检查: T 37.8, BP 12.5/8 kPa, 阴茎、阴囊皮肤见广泛坏死、溃烂、恶臭,脐平以下腹壁呈蜂窝织炎样变。实验室检查: WBC $18.4 \times 10^9/L$, N 68%, 血糖 4.65 mmol/L , 血沉 (ESR) 80 mm/h , 总蛋白 56.1 g/L , 白蛋白 26.8 g/L , 尿糖 (-)。诊断: 特发性阴囊坏疽。给予补液, 静滴菌必治、灭滴灵、地塞米松、低分子右旋糖酐等治疗。3 天后清创切除坏死组织, 1:5000 高锰酸钾液、双氧水清洗创面, 0.5% 灭滴灵湿敷, 1 天 3 次。20 天后行点状植皮治愈。脓液培养生长荧光假单胞菌。病理报告: 阴囊皮肤组织坏死, 伴霉菌感染。

例 2, 76 岁,以突发阴囊肿胀、疼痛、溃烂 1 周,伴畏冷、发热入院。体格检查: T 38.5, BP 12/7.5 kPa, 阴囊、阴茎肿胀、溃烂,渗液恶臭,阴囊底部皮肤见分别约 $4 \text{ cm} \times 3 \text{ cm}$ 与 $3 \text{ cm} \times 2 \text{ cm}$ 的坏死区。实验室检查: WBC $17.2 \times 10^9/L$, N 80%, 血糖 3.8 mmol/L , 尿糖 (-)。诊断: 特发性阴囊坏疽。阴囊皮肤作多切口引流,去除坏死皮肤,创面给予相应处理,余治疗同例 1。脓液培养无细菌生长。病理报告: 阴囊皮肤组织坏死。

2 讨论

特发性阴囊坏疽是一种少见且极严重的感染性疾病,国内近 15 年来共报告约 180 例。该病病情发展急剧,死亡率高。常无明显诱因,突发阴囊、阴茎皮肤坏死是其特点。该病亦称 Fournier 坏疽,病因为细菌感染所致,主要的病原体为厌氧链球菌、溶血性链球菌、葡萄球菌、大肠杆菌、变形杆菌等^[1]。本文 2 例均为 70 岁以上的高龄患者,无糖尿病、尿道狭窄和尿外渗等原发因素。由于阴囊皮肤皱褶多,易存污垢,且因出汗使该部位常处潮湿环境,利于细菌停留和繁殖,加上老年人局部抵抗力低下或有低蛋白血症(本文例 1 总蛋白 56.1 g/L , 白蛋白 26.8 g/L),可能是诱发该病的主要原因。本病亦可能由其他部位经血运来的细菌栓子所致^[2]。主要致病菌为需氧的 G⁺ 球菌和厌氧的 G⁻ 杆菌。这些细菌达阴囊与阴茎皮下后,需氧菌可引起血小板聚集使血液凝聚,厌氧菌则产生肝素酶,加速小血管内凝血,使小血管血栓形成,加速局部组织坏死^[3]。坏疽一般局限于阴囊,亦可由阴囊筋膜扩展至阴茎和腹壁,有报道甚至达腋部^[2]。例 1 表现为阴囊、阴茎皮肤广泛坏死,且脐平以下腹壁因炎症波及呈蜂窝织炎样变,经抗感染、激素应用、扩容、改善微循环等治疗后炎症控制,使腹壁皮肤免于因缺血而坏死。而阴囊、阴茎坏死皮肤切除,可见皮下组织内小血管广泛性血栓形成。本病应与继发性阴囊坏疽、阴囊丹毒及蜂窝织炎等鉴别。继发性阴囊坏疽可有局部因素如尿

外渗、尿道狭窄、阴囊损伤及全身因素如糖尿病、营养不良、全身衰竭等。阴囊丹毒与蜂窝织炎一般无坏死表现。

由于毒血症是本病老年患者的主要死亡原因,我们认为应积极改善和提高老年人全身营养状况。纠正水、电解质紊乱及低蛋白血症,增强抗病能力。同时不失时机针对性使用大剂量抗生素如菌必治、灭滴灵等。少量皮质激素的应用,可使血管扩张,改善微循环,降低细胞溶酶体的破裂和组织自溶,利于病变局限和促进组织愈合,同时能改变机体反应性,减少炎性渗出。本文病例在使用皮质激素 3~5 天后毒性症状得到改善和缓解。低分子右旋糖酐的应用,可改善微循环,降低血液黏稠度,预防和消除血管内血小板的聚集,对改善未坏死区域组织的血供有一定帮助。重视早期创面的处理,不论是否有坏死,作多切口有利于肿胀组织的减压和引流,坏死界限明显者宜早期彻底清除坏死组织,局部用 1/5000 高锰酸钾溶液和双氧水间歇冲洗,0.5% 灭滴灵、庆大霉素液局部湿敷,能减轻创面的感染,减少渗液,有利于组织的再生修复。应避免长时间、大量应用抗生素,以免产生毒性反应和二重感染。对皮肤缺损范围大、渗液少、肉芽组织新鲜者宜行点状植皮治疗。

参 考 文 献

- 1 吴阶平, 主编. 泌尿外科. 第 1 版. 济南: 山东科学技术出版社, 1993. 928~929.
- 2 吴阶平, 裘法祖, 主编. 黄家驷外科学 (下册). 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 1988. 1700~1701.
- 3 邢荣威, 王元利. Fournier 坏疽五例报告. 中华泌尿外科杂志, 2000, 21 (4): 245~247.

床边临时心脏起搏抢救 III 度房室传导阻滞 2 例

邵武市立医院内三科 (354000) 朱荣清 潘国平

1 病历摘要

例 1 女, 24 岁,因心悸、胸闷、乏力、活动后气促 2 天入院。查体: T 36.5, P 76 次/分, R 22 次/分, BP 100/60 mmHg, 神倦, 口唇及肢端无发绀; 颈静脉无怒张, 双肺无啰音, 心界无扩大, 心律不齐, 第一心音低钝, $A_2 > P_2$, 无杂音, 腹平软, 肝脾未触及; 双下肢无水肿。心电图: 频发室早, 二联律, 阵发性加速性室性心动过速。血清心肌酶 CPK 326 U/L , CK-MB 33.8 U/L , LDH 295 U/L , GOT 48 U/L ; 心肌钙蛋白 阳性; 心脏彩超: 左室前壁局部回声异常; 少量心包积液, EF 67%。诊断: 病毒性心肌炎, 心功能 3 级, 频发室早, 阵发性加速性室速。给予黄芪, 心先胺, VitC, 辅酶 Q₁₀ 等治疗。入院后第 3 天, 患者胸闷加剧, 全身大汗, 呼吸困难, 口唇及肢端紫绀, 血压下降至 60/40 mmHg, 心电监护示 I 度房室传导阻滞 (AVB), 结性逸搏心律, HR 40~50 次/分, 遂急予床边经左锁骨下静脉置入气囊漂浮导管紧急临时心脏起搏, 频率 70 次/分, 电压 4 V, 心室完全带动, 血压正常, 缺氧消失, 同时配合地塞米松, FDP, 干扰素等治疗一周后复查心电图提示 I 度房室传导阻滞消失, 恢复窦性心律, HR 70~100 次/分。住院月余痊愈出院。