维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2003)03－0380－01

阴囊坏疽 8 例报告

傅劲草，唐 伟，尹志康

(重庆医科大学临床学院泌尿外科，重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R697⁺.21 【文献标识码】B 【收稿日期】2002－09－27

阴囊坏疽是坏死性筋膜炎的一型，是较为少见的急性感染性疾病。它具有发病急、进展迅猛，病死率高的特点。近几年来，我院共收治了 8 例此病患者，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 8 例患者，年龄 26～67 岁，平均 60.4 岁。伴发糖尿病 4 例，伴发结核 1 例。发病初期所有患者首先出现阴囊皮肤剧烈搔痒、灼热、疼痛和肿胀，类似于发展迅速的蜂窝组织炎。12～36h 后阴囊皮肤变黑、溃烂，并迅速向阴茎和会阴蔓延。病变局部有紫黑色血性渗出液，有特殊恶臭味。同时伴有寒颤、高热及全身中毒症状。实验室检查：血白细胞计数明显升高，中性粒细胞均大于 90%。病灶渗出物细菌培养：大肠杆菌 4 例，金黄色葡萄球菌 1 例，产气荚膜杆菌 1 例，2 例无细菌生长。血培养均为阴性。药物敏感试验分别对头孢类，半合成青霉素类，丁胺卡那及甲硝唑敏感。5 例患者空腹血糖大于 7.0mmol/L。

1.2 治疗方法

一旦临床怀疑为阴囊坏疽时，应立即选用 2 种以上广谱抗生素联合用药，常用的药物有甲硝唑、半合成青霉素类药物或Ⅱ～Ⅲ代头孢菌素。另外进行积极的支持治疗，纠正水－电解质紊乱，控制血糖浓度等相应处理。局部处理包括清创、减压，局部不予缝合，待二期缝合或者植皮。

1.3 结 果

本组病例全部治愈。2 例术后经过植皮而痊愈。2 例患者二期缝合痊愈。4 例患者 10～12 周创面愈合。

2 讨 论

阴囊坏疽由 Fournier 于 1883 年首次描述，故临床上也称为 Fournier 坏疽。目前已经明确它是来自尿道、直肠、会阴等处的致病菌所引起的阴囊、阴茎坏死性皮肤筋膜炎。主要的致病菌包括：葡萄球菌、大肠肝菌、厌氧菌等。有时表现为多种细菌混合感染。有少数病例不能确定其发病原因。本组中培养出大肠杆菌 4 例，金黄色葡萄球菌 1 例，产气荚膜杆菌 1 例，2 例无细菌生长，没有混合感染。由于本病临床表现凶险，病死率高。因此我们认为针对特发性阴囊坏疽的治疗应该遵循下列原则：(1)积极的进行全身支持治疗，改善全身情况；(2)及早使用 2～3 种有效的广谱抗生素，以后根据疗效和药敏试验结果调整药物；(3)尽早施行外科清创术，减少毒素吸收，阻止创面的蔓延；(4)积极治疗伴发的疾病。

本病起病急骤，没有明确的诱因，患者就诊时往往伴有寒颤高热。如果同时并发有糖尿病，可出现严重的水、电解质紊乱。因此应该积极进行有效的全身治疗，为进一步的治疗创造有利条件。值得注意的是，要特别注意检测血糖浓度的变化，以免由于治疗不当而加重病情。本组 5 例血糖浓度高于正常，其中 1 例出现了糖尿病酮症酸中毒。抗生素的使用，最好选择 2～3 种疗效肯定的药物。这对控制局部感染，缓解全身中毒症状具有重要的作用。外科治疗：尽管目前使用有效广谱抗生素不再困难，并且个别医院已经开始使用高压氧舱治疗。但是外科清创术仍然是治疗措施中的一个必不可少的步骤。只要患者能够耐受手术，就应该在良好的麻醉下清除坏死的组织，并对肿胀明显的组织(尚未坏死的组织)作多处切开减压，防止感染扩散[1]。本组 8 例患者在确诊后即刻施行了清创术。切除阴囊、阴茎坏死皮肤，将睾丸、精索裸露。由于组织缺损多，创面大，愈合过程比较长。可以待创面肉芽组织健康，周围组织炎症消失以后作二期缝合或者进行植皮手术，以缩短愈合过程。本组 2 例施行植皮手术，整个病程 5～7 周，4 例患者清创术后 10～12 周伤口才愈合，2 例患者清创术后肉芽健康，组织缺损少，二期缝合而愈合。如果考虑到术后可能出现尿潴留，或者排尿不便，可作耻骨上膀胱造瘘术。

近年来，有学者提出采用高压氧舱治疗特发性阴囊坏疽，并取得较好的疗效，认为高浓度氧对梭状芽胞杆菌具有杀灭作用[2]。本文认为，由于高压氧舱治疗没有其它副作用，可以在不影响全身支持治疗、抗生素治疗及外科治疗的前提下选择使用。

(下转第 382 页)

作者介绍：傅劲草，(1957－)，男，讲师，
主要研究方向：泌尿男科学。

维普资讯 http://www.cqvip.com

控制,尿道括约肌松驰,尿道压力下降,而尿失禁。

总之,伴有排尿异常的隐性脊柱裂小儿在尿动力学检查上主要表现是逼尿肌反射低下,最大尿流降低,剩余尿量增多及膀胱容积缩小,顺应性下降和不稳定性膀胱。而尿动力学检查有助于评估隐性脊柱裂对排尿障碍的影响程度及其治疗后排尿功能的恢复情况。

参 考 文 献

[1] William J, Di. scipio, Paue smey, et al. Impromptu micturitional flow parameters in normal boys[J]. The journal of urology, 1986; 136: 1049 - 1051.

[2] 文建国,童尔昌. 小儿逼尿肌的非抑制性收缩[J]. 中华小儿外科杂志. 1991; 12(2): 96 - 98.

[3] Norgaard Jp, Van Gool JD. Standardization and definition in lower urinar tract dysfunction in children[J]. Bri J Urol, 1998; 81(Supp13): 1 - 16.

[4] Houle AM, Gitmour RF, Churchill BM, et al. What volume can a child normally store in the baldder at a safe pressure? [J]. J urol, 1993; 149; 561 - 564.

[5] 文建国. 小儿尿流动力学的检查[J]. 中华小儿外科杂志, 1991; 12(5): 304 - 306.

[6] 王忠诚. 神经外科学(3)脊髓疾病[M]. 人民卫生出版社, 1983; 240 - 244.

[7] 孙颖浩,瞿创予,蒋寿宁,等. 脊髓栓系综合征的尿动力学特征及治疗方法探讨[J]. 中华泌尿外科杂志, 1999; 20(6); 368 - 369.

[8] Geirsson G, Lindstron S, Fall M, et al. Positive Bladder cooling test in neurologically normal young children[J]. The Journal Urology1994; 151(2): 446 - 448.

(上接第 374 页)

参 考 文 献

[1] Mehta NJ, Mehta RN, Kham IA. Peripartum cardiomyopathy: Clinical and therapeutic aspects[J]. Angiology, 2001; 52(11): 759 - 762.

[2] Elkayam U, Tummala PP, Rao K, et al. Maternal and fetal outcomes of subsequentpregnancies in women with peripartum cardiomyopathy[J]. N Engl J Med, 2001; 3449210: 1567 - 1571.

[3] de Souza JL JR, de Carvalho Frimm C, Nastari L, et al. Left ventricular function after a new pregnancy in patient with peripartum cardiomyopathy[J]. J Card Fail, 2001; 7(1): 30 - 35.

(上接第 380 页)

参 考 文 献

[1] 孔垂泽等. 特发性阴囊坏疽 7 例报告[J]. 临床泌尿外科杂志, 1995; 10(1) 41 - 42.

[2] Chantarasak ND, Basu Pk Fournier's gangrene following vasectomy[J]. Br J Urol 1998; 61: 538 - 539.