维普资讯 http://www.cqvip.com

82,81

第21卷 第1期 重庆医科大学学报 Vol.21 No.1
1996 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1996

Fournier坏疽，坏死性筋膜炎

Fournier 坏疽 1 例报告

R686.3

第一医院皮肤科 何晓琴 张发听

中图分类号 R753;R634

Fournier 坏疽是坏死性筋膜炎的一种特殊类型，好发于男性阴囊、阴茎及会阴，临床上极罕见。现报告一例并结合文献就有关问题进行讨论。

患者男性，56岁。因阴囊、阴茎肿胀疼痛伴发热5天，加重2天于1993年10月27日入院。一周前患者曾挤压阴囊一丘疹，2天后阴囊，阴茎出现肿胀、疼痛伴畏寒发热。自服SMZCO无好转。入院前2天，阴囊、阻茎肿胀加剧，并出小片皮肤发黑。检查：T 39.3℃，P 130/min，R 25/min，BP 9.5/8kPa。精神极差。心肺(—)，肝脾未扪及。阴囊、阴茎极度肿胀、透亮，微红，无捻发音。右下腹壁弥漫性红肿，阴囊可见2×2cm皮肤黑色坏死区。实验室检查：WBC11.2×10^9/L，*N 0.32，L 0.12，幼稚细胞0.56；尿蛋白(+)；肝功能AST60u，ALT58u。肾功能BUN18.6 mmol/L，Cr140 μmol/L，骨髓涂片检查为增生性骨髓象。初诊：蜂窝织炎伴坏死性软组织感染。即给予补液，静脉滴注头孢拉啶6g/d，口服悉复欢0.5Bid，局部用3%硼酸液湿敷。约二周后体温、血象、肝肾功能均恢复正常。皮肤肿胀减轻、疼痛消失，但阴囊、阴茎出现多片黑色坏死区与正常组织分界明显，约3cm×4cm至5cm×7cm大小，以后坏死组织分离深达筋膜，有脓性渗液及臭味。多次脓液培养均为铜绿假单胞菌及硝酸盐阴性杆菌。确诊：Fournier坏疽。根据药敏试验结果，使用丁胺卡那0.4imq12h，灭滴灵0.2ivq8h，局部用3%双氧水冲洗，逐步切除坏死皮肤及筋膜，创面用10%磺胺咪隆纱条引流及湿敷。同时辅以输新鲜血及复方氨基酸等支持治疗。约40多天后创面开始由溃烂边缘逐渐向中心修复，住院99天，痊愈出院。

讨 论

本病系阴囊、阴茎皮下筋膜一种急性坏死性感染，1883年Fournier首先对本病进行了较详细的描述，故命名为Fournier坏疽。本病可发生于任何年龄，但以中老年多见。死亡率为36～45%[1,2]。

1 病因 本病通常由G^+球菌和G^-杆菌混合感染。从国内外报告的病例中，致病菌主要为溶血性链球菌，葡萄球菌，大肠杆菌，绿脓杆菌及G^-厌氧杆菌等[2-4]。感染途径：大约2/3的病例没有病原体入侵的途径，1/3是由于会阴部皮肤损伤及下尿路梗阻感染，肛周直肠炎症所致。本例发病可能与挤压阴囊丘疹时致皮肤损伤有关。组织病理显示坏死区的小血管内血栓形成[4,5]，由此而导致组织缺血坏死。

2 临床特征 早期阴囊，阴茎皮肤突发性肿胀发亮，可有捻发音，疼痛明显，类似蜂窝织炎或丹毒。继而皮肤发黑，坏死，皮肤感觉减退或缺失，皮下筋膜进行性坏死。以后坏死区与正常组织自行分离，有脓性渗液及臭味。多有中毒症状。甚至中毒性休克及肝肾功能衰竭。由于本病来势凶猛、死亡率高，故早期诊断及外科治疗是降低死亡率改善预后的关键[4,6]。有的作者甚至提出对可疑的坏死早期作冰冻切片可提供确切诊断挽救其生命[6]。本例系我院收治的第一例，由于最初对本病缺乏认识，曾诊断为蜂窝织炎，由此提醒我们以后如遇阴囊、阴茎的突发性肿胀疼痛应高度警惕本病。

(下转第81页)