

盆腔引流管固定在位,可见脓性分泌物引出,耻骨后引流管固定在位,可见血性液体流出。截石位:双侧臀部对称,肛门、肛管皮肤破溃、糜烂,严重缺损,肛缘 1、3、5、7、9、11 点可见 6 处手术伤口,大小约 3 cm×3 cm,对口引流管固定在位,见脓性分泌物流出。肛门指检及镜检:患者肛门部破溃、糜烂,疼痛剧烈,拒绝检查。

1.1.2 辅查 (1)外院辅查。血常规:白细胞计数 $31.91 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$,血红蛋白 111.00 g/L,中性粒细胞百分比 82.0%,淋巴细胞百分比 8.10%。凝血酶原时间 16.00 s。D-二聚体 3 760.00 $\mu\text{g/L}$ 。上腹部、下腹部、盆腔 CT:腹盆腔内、腹壁皮下肌层、右侧大腿根部及直肠肛管周围脂肪间隙多发游离气体;肛管右缘脂肪间隙渗出;盆腔少许渗出、盆腔少量积液。(2)本院辅查。盆腔、双侧股骨 CT 提示:盆腔、会阴区、盆腔诸肌间隙炎性改变(图 2);考虑小肠梗阻;腰背部、骶部皮下多发结节;双侧股骨未见明显异常。血常规:白细胞计数 $28.96 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$,血红蛋白量 90.00 g/L,中性粒细胞绝对数 $16.64 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ 。生化全套检查:总蛋白 50.62 g/L,蛋白 34.02 g/L,球蛋白 16.60 g/L,谷草转氨酶 12.9 U/L,谷氨酸转氨酶 66.84 U/L。C 反应蛋白 47.59 mg/L,降钙素原 1.28 ng/mL。

1.1.3 诊断 (1)坏死性筋膜炎(肛周、会阴、下腹部、腹盆腔);(2)脓毒血症;(3)急性弥漫性腹膜炎;(4)肛管皮肤坏死缺损;(5)内痔注射术后感染;(6)、急性肝、肾功能损伤;(7)、低蛋白血症;(8)、继发性贫血;(9)低钠血症。

1.2 治疗

1.2.1 手术 全身麻醉下行“腹部、盆腔、耻骨后坏死性筋膜炎清创术+肛周坏死性筋膜炎清创术+负压引流术”,术中打开腹膜见淡脓性液体溢出,吸净。探查回盲部及小肠见严重粘连、充血水肿,局部有脓苔附着,无法提出回肠末端。探查左侧腹腔、盆腔仍有较多脓苔及淡脓血性液体,为彻底清创及充分引流,重新打开原手术正中伤口至耻骨后,见伤口皮下溢出大量淡脓性液体。探查腹部、耻骨后可见皮下筋膜、腹肌前鞘及后鞘严重广泛坏死,彻底清除坏死筋膜组织,取坏死组织送检。予以温盐水约 4 000 mL 反复冲洗腹腔、耻骨后间隙,吸净后分别于腹部左、右两侧放置一负压引流管固定于盆底,于左、中、右耻骨后放置一负压引流管充分引流(图 4)。予以多糖止血修复生物胶液 150 mL 冲洗腹腔预防术后肠粘连,彻底止血。肛周:见肛门、肛管皮肤破溃、糜烂,严重缺损,肛缘 1、3、5、7、9、11 点可见 6 处原手术伤口,大小

约 3 cm×3 cm,对口引流管固定在位,见脓性分泌物流出,从 1、5、7 点原伤口探查,直接与直肠相通,证实为直肠穿孔,分别于 1、7 点肛缘做梭形切口引流。予橡胶引流管贯穿括约肌做对口引流;再从 1 点原伤口探查脓腔,见脓腔沿左侧腹股沟直达至耻骨后,故于 1 点留置引流管并缝合固定,其余原手术伤口予以刮匙搔刮脓腔,清除脓腔内坏死组织及筋膜,继续保持原橡胶引流管对口引流。术后病理回示:脂肪、纤维、肌组织大片坏死伴化脓性炎,符合坏死性筋膜炎。

1.2.2 术后治疗

1.2.2.1 抗感染 吗林硝唑钠注射液联合注射用美罗培南静脉滴注抗感染,术后 1 d 白细胞计数 $29.05 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$,术后 2 d 出现发热,温度 38.1 $^{\circ}\text{C}$,分泌物培养+鉴定提示:培养出鲍曼不动杆菌复合菌,对替加环素敏感,无真菌生长,肛门口创口大量流脓,腹腔留置引流管引出大量脓血性液体,予对乙酰氨基酚片口服,予头孢哌酮钠舒巴坦钠联合替加环素抗感染,分别于术后 14 d 白细胞计数 $13.83 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$,术后 17 d 白细胞计数 $8.11 \times 10^9 \text{ L}^{-1}$ 。

1.2.2.2 创面换药 早晚 2 次聚维酮碘、复方黄柏液涂剂、本科院内中药熏洗制剂依次冲洗肛门创面,复方多粘菌素类 B 软膏涂擦伤口,多糖止血修复生物胶液通过耻骨后引流管冲洗腹腔促进创面修复、减轻继续感染风险,术后 14 d 中部耻骨后引流管自动脱落、术后 18 d 拔除腹腔引流管、术后 21 d 拔除左右耻骨后引流管。

1.2.2.3 对症支持 人血白蛋白纠正低蛋白血症;去白悬浮红细胞纠正贫血,益气维血胶囊、生血宝合剂益气生血;还原型谷胱甘肽保肝治疗。予穴位贴敷、药棒穴位按摩、埋针治疗调理脏腑功能,如意金黄散外敷清热解毒、促进愈合,中药内服“八珍汤加减”益气健脾。经积极予上述治疗,患者病情好转,腹部及肛门部伤口恢复。术后 25 d 准予出院,嘱患者于当地医院继续换药,术后 2 个月随访,患者痊愈。

2 讨论

肛周坏死性筋膜炎(PNF)^[1]是一种发生于肛周、会阴及阴囊部,以皮下组织和筋膜广泛坏死的感染性疾病。PNF 疾病急骤,病情进展迅速,常死于脓毒血症、感染性休克和多器官功能衰竭,死亡率高达 31.5%。其发病因素很多,常见于糖尿病、慢性肾衰竭、恶性肿瘤、肥胖等消耗性疾病后感染,内痔注射术^[2],因其无菌操作不规范、药物配比浓度或剂量不精确及注射部位不当出现肛周感染为肛周疾病极少见的并发症,致坏死性筋膜炎并脓毒血症者更是罕

[2] 宋映娴,廖行忠,张锐,等. 痔注射术后致肛管皮肤感染坏死 1 例[J]. 实用中医药杂志,2013,29(12):1064.

[3] 于浩,张铭,陈铭锐. 坏死性筋膜炎研究进展[J]. 创伤与急危重病医学,2023,11(1):66-70.

[4] WHITEWAY C, BREINE A, PHILIPPE C, et al. *Acinetobacter baumannii*[J]. Trends Microbiol, 2022, 30(2):199-200.

[5] HUANG M, CAI S, SU J. The pathogenesis of sepsis and potential therapeutic targets[J]. Int J Mol Sci, 2019, 20(21):5376.

[6] 尚利莹,姚鑫,钟冯倩. 肛周坏死性筋膜炎合并脓毒血症患者的临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(20):158-159.

[7] BONNE S L, KADRI S S. Evaluation and Management of necrotizing soft tissue infections [J]. Infect Dis Clin North Am, 2017, 31(3): 497-511.

[8] 沈瑞红,王嘉欣,葛东旭,等. 肛周坏死性筋膜炎

• 案例分析 •

术后促愈的中西医治疗研究进展[J]. 中国医药导报, 2022, 19(7):47-50.

[9] 郝爽,姚一博,孙琰婷,等. 顾氏外科特色的中西医结合疗法治疗肛周坏死性筋膜炎经验[J]. 山东中医杂志, 2022, 41(10):1092-1095.

[10] 王廷刚,孙风波,李守川,等. “脾主肌肉”中医理论在腹部手术后切口愈合中的应用及对机体应激状态的影响[J]. 中华中医药学刊, 2023, 41(8):210-213.

[11] 张森,刘华生,翁蓉蓉.《外科证治全生集》学术思想探讨[J]. 江苏中医药, 2015, 47(3):5-8.

[12] 王登灿,陈焰烽,郑炜,等. 加味八珍汤联合 mFOLFOX6 方案对晚期结直肠癌患者肿瘤标志物、免疫功能和外周血 PI3K-Akt 信号通路的影响[J]. 现代生物医学进展, 2023, 23(4):666-670.

(收稿日期:2023-04-09 修回日期:2023-11-10)

巨大肿物伴丘疱疹的浅表淋巴管畸形患者 1 例并文献复习

游淑琼,吴 倩,姜福琼[△]

(昆明医科大学第二附属医院皮肤科,云南 昆明 650000)

[摘 要] 浅表淋巴管畸形是指先天性淋巴管异常,主要发生在头颈及腋下等淋巴管丰富的区域。该文分析了该皮肤科 2021 年 8 月收治的 1 例发生在右侧大腿外侧巨大肿物伴丘疱疹的浅表淋巴管畸形。从起初的鸡蛋大小发展至目前约 12 cm×12 cm 大小的巨大肿物,之后有进一步增大的可能,这对患者身心方面均能产生影响。而对于浅表淋巴管畸形治疗时机的选择目前暂无全面概述,该文对该病例临床资料进行整理分析并复习相关文献,进一步阐明该病临床表现及治疗方法的选择。

[关键词] 淋巴管畸形; 脉管畸形; 皮肤镜; 靶向治疗

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.24.039 **中图法分类号:**R782

文章编号:1009-5519(2023)24-4312-03 **文献标识码:**B

浅表淋巴管畸形是一种先天性淋巴管障碍,因其内聚集淋巴液和血液,有时肉眼难以与疣状血管瘤、毛细血管扩张性肉芽肿及带状疱疹鉴别^[1]。因此,进一步探讨及阐明其临床表现及无创检查在浅表淋巴管畸形中鉴别诊断及其治疗显得尤为重要。

1 临床资料

患者,男,18 岁,右侧大腿外侧丘疹、肿块 16 余年。患者 16 年前无明显诱因下右侧大腿根部外侧出现皮下包块,约鸡蛋大小,质硬,活动度差,边界不清,

无自觉症状,皮损逐渐长大,并在肿块表面出现紫红色丘疹,似“血疱”样外观,刺破后可流出暗红色液体,无自觉症状。该患者曾在当地就诊,诊断为“带状疱疹、皮肤感染”等,予“阿昔洛韦、头孢类抗生素、甲硝唑、维生素 C、林可霉素”等药物治疗无效,肿块渐增大,“血疱”渐增多。体格检查:各系统检查未见明显异常。皮肤科查体:右侧大腿外侧部可及大小为 12 cm×12 cm 的皮下包块,质硬,表面可见密集分布的蛙卵样至花生大小半球形暗红色丘疹,散在色素沉着

[△] 通信作者, E-mail:1718743013@qq.com。