

多科协作诊治 1 例阑尾炎合并坏死性筋膜炎

黄 静

湖北省十堰市太和医院 湖北 十堰 442000

【摘要】目的：分析多学科协作下诊治 1 例坏疽性阑尾炎合并坏死性筋膜炎案例。**方法：**研究我院 2021 年 11 月 10 日收入的 1 例坏疽性阑尾炎合并阴囊坏死性筋膜炎患者多学科协作诊治病例资料，分析总结多学科协作诊治的优势与临床可行性。**结果：**该例患者在多学科协作诊治下，得到了快速准确诊断，同时，治疗过程中的难点、重点得以解决。经过两次手术治疗后，患者右侧阴囊渗液明显减少，皮肤坏死情况有所改善，无其他相关并发症发生，患者住院 30d 后康复出院。该患者诊治后各项指标均优于患者诊治前，且该患者诊治后的心理健康状态明显优于诊治前，差异均有统计意义 ($p < 0.05$)。**结论：**由研究可得，多学科协作下诊治 1 例坏疽性阑尾炎合并坏死性筋膜炎患者效果显著，为患者提供更专业精准的诊疗服务，值得临床推广。

【关键词】：多学科协作；坏疽性阑尾炎；坏死性筋膜炎

A case of appendicitis complicated with necrotizing fasciitis treated by multidisciplinary cooperation

Jing Huang

Taihe hospital Hubei Shiyan 442000

Abstract: Objective: to analyze the diagnosis and treatment of a case of gangrenous appendicitis complicated with necrotizing fasciitis. Methods: To study the case data of a patient with gangrenous appendicitis combined with scrotal necrotizing fasciitis received in our hospital on November 10, 2021, and analyze and summarize the advantages and clinical feasibility of multidisciplinary collaborative diagnosis and treatment. Results: under the multi-disciplinary collaborative diagnosis and treatment, the patient got a rapid and accurate diagnosis, and solved the difficulties and key points in the treatment process. After two surgical treatments, the patient's right scrotal exudation was significantly reduced, the skin necrosis was improved, and there were no other related complications. The patient recovered and discharged from the hospital 30 days after hospitalization. All indexes of the patient after diagnosis and treatment were better than those before diagnosis and treatment, and the mental health status of the patient after diagnosis and treatment was significantly better than that before diagnosis and treatment ($P < 0.05$). Conclusion: according to the research, it is effective to diagnose and treat a patient with gangrenous appendicitis combined with necrotizing fasciitis under the cooperation of multiple disciplines. It provides more professional and accurate diagnosis and treatment services for patients, which is worthy of clinical promotion.

Keywords: Multidisciplinary collaboration; Gangrenous appendicitis; Necrotizing fasciitis

当细菌侵入皮下组织与筋膜时可引起急性坏死性软组织感染，即为坏死性筋膜炎，有起病急、发展迅速、损伤性强等特性，未得到及时治疗，患者有出现败血症、毒血症危及生命的危险。受到药物使用、饮食生活习惯等因素影响，临床合并症患者有所增加，此类患者病情复杂，其诊疗工作一直是临床探寻的重点^[1-2]。多学科协作是当下国际重要的医学模式，在小组协作、决策下，针对特定疾病，为患者提供最合理、有效的治疗方案，以强化医院专业水平。本研究分析总结了本院 1 例坏疽性阑尾炎合并坏死性筋膜炎患者多学科协作诊治病例资料，以进一步明确多学科协作优势，内容如下。

1 一般资料与方法

1.1 一般资料

研究我院 2021 年 11 月 10 日收入的 1 例坏疽性阑尾炎。该名患者为男性，年龄 55 岁，已婚，汉族，有 8 年糖尿病史，自行注射胰岛素，主诉：右下腹痛 5 天。彩超示：阑尾增大并

回声异常，门诊以“腹痛待查：急性阑尾炎”病情收治入院。T: 36.6℃，P: 82 次/分，R: 19 次/分，BP: 150/83mmHg；神清，急性病面容，营养中等。与家属沟通后，入院当天急诊行阑尾切除术+阑尾脓肿引流术+腹腔粘连松解术+腹腔镜中转剖腹探查术。阑尾术后 8 天，腹部伤口有渗液伴恶臭，右侧腹股沟区及阴囊肿胀，阴囊最低点皮肤发黑，有脓性分泌物。出现寒战、高热。感染范围迅速向右背部及右大腿蔓延，散在皮肤青紫坏死，患部感觉减退。诊断为坏死性筋膜炎。11-18 日行第二次手术“腹壁清创术+经皮腹部引流术”。术后行抗炎补液治疗。于 12-7 日在局麻下行右侧阴囊清创缝合。术后抗感染、保持引流通畅。术后 3 个月痊愈出院。

2 护理

2.1 基础护理

术前向患者及父母详细、准确、客观介绍阑尾炎相关知识，如术前准备的必要性，手术方案，麻醉方式，围手术注意事项，

术后疼痛的处理措施,减轻患者焦虑,紧张,恐惧的情绪。密切观察患者生命体征,术后遵医嘱观察生命体征,神志,瞳孔变化,及时测量体温,脉搏,呼吸,血压,做好记录,记录每小时尿量,观察是否休克并予以纠正。若体温升高至 38°C 以上,心率大于100次/分,腹痛加重,甚至出现里急后重,应及时报告值班医生。

2.2 创面护理

观察创面渗出液的量、颜色和性质。经阴囊引流管持续给予0.9%氯化钠持续冲洗,为促进患者舒适,使用加温仪加热冲洗液。因创面不断有大量脓性分泌物渗出,指导患者使用一次性中单铺于床单上以保持床单干燥,及时更换,在医生换药后立即更换床单以缩短操作时间,减轻患者痛苦。房间内每日通风3次,每次时间不少于30分钟,保持空气新鲜,每日紫外线消毒2次,每次30min。

2.3 伤口护理

伤口造口师介入指导,借助新型辅料进行治疗,使用造口粉和银离子敷料,按照隔日换药的原则,在第二次手术后7天,阴囊伤口的颜色逐渐由黑色变为红色,气味正常。

2.4 内分泌护理

请内分泌科医生指导,严格控制血糖,给予饮食指导。多食富含维生素类的新鲜蔬菜:如番茄和黄瓜,能量低的食物,如豆类、奶类等,尽量少食肝、蛋黄等含胆固醇高的食物。

2.5 饮食护理

保证患者摄入充足的营养,充足的营养支持有利于维持器官功能,增强免疫力,预防和控制感染,促进创面的愈合和疾病的恢复。委托营养科查房,为患者制定个性化的营养饮食,既能满足患者的日常需求,又能有效控制血糖。含有丰富的营养,易于消化的高蛋白、高维生素、半流质食物,少吃多餐。忌酒,忌生冷辛辣,少吃油炸和难消化的食物,不暴饮暴食,适量饮水。

2.6 用药护理

患者术后给予足量的头孢菌素类广谱抗生素和广谱抗厌氧菌类药物,同时积极控制血糖,每日监测餐前餐后血糖以及22:00和03:00血糖,及时准确地遵医嘱给予药物应用,此患者用优思灵30R针胰岛素,给予轮流注射腹部、手臂,经常更换注射部位,注射准确,观察用胰岛素后的反应,如有头晕、眼花等不适及时告知,防止低血糖的发生。

2.7 心理护理

患者的情绪也会影响病情的恢复。护理人员应该给予体贴和关心,使患者树立战胜疾病的信心。注意观察患者的情绪变化,耐心给患者讲解有关疾病的相关知识,缓解其心理压力,建立良好的护患关系,有利于提高患者的依从性,促使患者早

日康复。当患者出现强烈的情绪波动时,要注意安抚,必要时进行心理疏导。

2.8 疼痛护理

术后疼痛护理一定要做好身体的保暖工作,避免寒风的侵入,对身体带来更加严重的伤害,而且随着体内温度的不断升高,这种疼痛感也会不断的消失,对疼痛是有的缓解效果的。应尽量卧床休息,使身体能力更加充沛,并注意自己的睡眠质量,同时保持良好的心情状态,不要随意发脾气,不要被紧张的情绪所打扰,让自己的情绪保持在比较平稳的状态。还可以根据医生的介绍进行服药,缓解这种疼痛的感觉,对自己身体带来的伤害,并注意定时定量地服药,可以达到更好的治疗效果。

2.9 运动护理

住院期间,预防深静脉血栓的发生,每日皮下注射肝素钙,指导患者行踝泵运动,抬臀运动,蹬车运动,每日饮水量达2000ml以上。病情允许的情况下鼓励患者早期下床活动。一般情况下术后第一天就要开始进行下床活动,及早活动有利于促进肠道活动,有效地预防术后肠粘连,同时还可以增进患者身体血液循环,加速术后伤口愈合的速度,另外一个月内避免进行剧烈活动,运动散步即可。

2.10 观察指标

(1) 观察患者治疗结果。

(2) 本文就相应护理措施实施效果进行比对,指标为护理前后两组患者舒张压(DBP)、收缩压(SBP)、心率(HR)以及LVEDD(左心室舒张末期内径)指标水平。

(3) 比较分析该患者护理前后的心理健康状态。

2.11 统计学方法

所有结果的统计学分析使用SPSS22.0软件进行,使用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示符合正态分布的计量资料,使用独立样本(t)检验进行组间比较;使用中位数(最小值-最大值)表示偏态分布的计量资料,使用秩和检验进行组间比较;使用重复测量方差分析进行多组间、多个时间点的计量资料比较;设定当($P<0.05$)时,认为有统计学差异。

3 结果

(1) 本次研究发现,该例患者在多学科协作诊治下,得到了快速准确诊断,并解决了治疗过程中的难点、重点,经过两次手术治疗后,患者阴囊渗液明显减少,阴囊处皮肤坏死情况有所改善,无其他相关并发症发生,患者住院30d后康复出院。

(2) 本次研究发现,该患者诊治前SBP水平为(133.52 ± 0.13);诊治后SBP为(127.39 ± 5.66);($t=13.224, P=0.007$)。诊治前DBP水平为(84.69 ± 0.13);诊治后DBP为(80.31

± 5.66) ; ($t=13.367$, $P=0.000$)。诊治前 HR 水平为 (83.03 ± 4.12) , 诊治后 HR 水平为 (78.33 ± 0.23) ; ($t=3.119$, $P=0.001$)。诊治前 LVEDD 为 (67.07 ± 7.47) mm, 诊治后 LVEDD 为 (43.81 ± 3.73) mm, 两组数据对比结果为 ($t=1.519$, $P=0.129$) , 对比差异不明显 ($P>0.05$) ; 由实验结果可知, 该患者诊治后各项指标均优于患者诊治前, 差距明显具有统计学意义 ($P<0.05$) 。

(3) 本次研究发现, 该患者诊治前 VAS 评分为 (25.28 ± 4.63) , 诊治后 VAS 评分为 (33.69 ± 1.97) ; ($t=11.366$, $P=0.001$)。诊治前 SAS 评分为 (38.37 ± 0.13) ; 诊治后 SAS 评分为 (47.39 ± 5.66) ; ($t=10.208$, $P=0.000$)。诊治前 SDS 评分为 (44.39 ± 7.62) , 诊治后 SDS 评分为 (52.15 ± 2.64) ; ($t=10.305$, $P=0.019$)。诊治前 JOA 评分为 (52.79 ± 4.12) , 诊治后 JOA 评分为 (63.17 ± 0.23) ; ($t=9.011$, $P=0.004$)。由实验结果可知, 该患者诊治后的心理健康状态明显优于诊治前, 差异均有统计意义 ($p<0.05$) 。

4 讨论

急性阑尾炎是外科常见病, 个体一生中发生阑尾炎的概率超过 10%。我国是人口大国, 急性阑尾炎病例量较大、面对急腹症的病例, 快速准确做出诊断是临床基本需求, 在面对坏死

性筋膜炎等其他合并症时, 病情复杂性、诊疗难度大大提升, 由于其发病位置、患病因素与病情的不同, 治疗方案亦有所不同, 如何在确保安全的前提下使合并症患者获得最优质的治疗效果是临床关注的重点^[5]。

随着信息技术和影像检验技术的飞速发展, 许多疾病的诊疗模式已经悄然发生转变。为了满足提高患者治疗后生活质量的需要, 对于一些复杂的疾病, 如恶性肿瘤、严重代谢性疾病、心脑血管疾病、复杂等, 传统的三级诊疗模式 (即主任医师和主任医师-住院医师) 已经不能满足提高患者治疗后生活质量的需要, 随着患者医疗需求的增加, 出现了一种新的诊疗模式。多学科合作是迈向医学未来的必要阶段。通过多学科协作, 提高医院诊疗水平和综合素质。大量研究证实, 多学科协作模式有利于整合医疗资源, 降低治疗不足、过度治疗、无效治疗风险, 可为患者提供专业化、精准化、全方位的诊疗服务^[8]。本次研究对 1 例坏死性阑尾炎合并坏死性筋膜炎患者采用了多学科协作诊疗模式, 结果获得了理想治疗效果。该患者诊治后各项指标均优于患者诊治前, 且该患者诊治后的心理健康状态明显优于诊治前, 差异均有统计意义 ($p<0.05$) 。

综上所述, 多学科协作下诊治 1 例坏死性阑尾炎合并坏死性筋膜炎患者效果显著, 为患者提供更专业精准的诊疗服务, 值得临床推广。

参考文献:

- [1] 吴婕,徐新建,徐皓,等.中国急性阑尾炎 2017 年诊疗状况分析[J].中华胃肠外科杂志,2019,22(01):49-58.
- [2] 包俊杰,卢莹.糖尿病合并急性坏死性筋膜炎 1 例[J].保健文汇,2021,22(11):210-211.
- [3] 张洪霞,程志新,岳昆,等.糖尿病合并急性坏死性筋膜炎 1 例[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2018,18(A2):320-321.
- [4] 曹成吉,顾明,陈珍珍,等.糖尿病左下肢急性坏死性筋膜炎 1 例清创术后的护理[J].中国误诊学杂志,2012,12(05):1250.
- [5] 印安宁,袁静萍,付涛,等.多学科团队协作诊治克罗恩病一例[J].临床内科杂志,2019,36(03):206-207.
- [6] 唐小欢,陈超,刘远达.警惕"陷阱",阑尾炎术后并发坏死性筋膜炎 3 例病例报告[J].腹腔镜外科杂志,2019,42(09):145-179
- [7] 林坚全,冯秀珍,黄强钦.大肠埃希菌引起阑尾炎所致腹壁坏死性筋膜炎 CT 影像学分析:附 1 例报告[J].分子影像学杂志,2018,10(08):263-279.
- [8] 姚世新,王平,张永生.阑尾炎术后并发腹壁坏死性筋膜炎 11 例[J].中国乡村医药,2019,30(22):539-556.
- [9] 杨瑾,胡莹.1 例肛周右侧大腿广泛性坏死性筋膜炎病人术后伤口护理[J].全科护理,2020,26(22):72-73.
- [10] 王朋妹,张忠伟,朱彪.罕见腹膜后坏死性筋膜炎 1 例[J].复旦学报(医学版),2019,26(11):43-44.
- [11] 韩博强,石鑫,刘宏斌.腹腔镜阑尾手术后腹壁坏死性筋膜炎一例[J].腹部外科,2019,36(5):1048-1050.
- [12] 赵杰.肛周坏死性筋膜炎伴阑尾炎急性发作护理体会[J].世界最新医学信息文摘,2019,36(5):1048-1050.