

洁悠神治疗阴茎部分坏死 1 例疗效观察

陈永生^{*}, 杨焕南, 彭明栋, 陈云峰, 周德明, 曾裕华, 鞠海宇, 王立勃 (云南九洲医院外科, 云南 昆明 650221)

中图分类号: R751.05; R697.15 文献标识码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2010.01.017

我院 2009 年 7 月收治 1 例包皮环切术后阴茎部分坏死病人, 在治疗过程中应用物理抗菌剂洁悠神(JUC), 获得了较满意的临床效果, 现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 患者, 男, 35 岁。15 天前因包皮过长在外院行包皮环切术, 术后 6 小时突发阴茎头部剧烈疼痛, 肿胀。考虑术后局部组织水肿及包扎过紧, 松解敷料及卧床休息处理, 并留院观察。观察期间抗菌素治疗及对症处理, 疼痛减轻。但水肿无明显变化。术后第 6 天阴茎龟头部发黑, 距冠状沟 3cm 皮肤苍白, 表面覆有脓性分泌物, 且与龟头发黑组织界限不清, 并出现排尿困难, 尿线变细。术后第 15 天转入我院。入院查体: 生命体征正常, 心肺腹无异常, 阴茎龟头发黑肿胀, 距冠状沟 3cm 皮肤苍白, 阴茎根部仅 3cm 皮肤正常。龟头表面充满脓性分泌物, 无明显臭味。尿道口黏膜发黑, 肿胀外翻(图 1)。阴茎远端皮温明显低于正常皮温。入院后专家组会诊综合诊断为: ① 阴茎龟头坏死 ② 阴茎远端皮肤坏死。

1.2 治疗方法 入院后据专家综合会诊意见治疗如下: ① 行尿道海绵体与阴茎海绵体切开贯通术。在龟头尿道外口两侧切开各约 0.3cm。然后用尖刀切开两侧阴茎海绵体尖端白膜, 挤出陈旧血液。在阴茎背侧, 正常部位切开两侧阴茎白膜各约 0.3cm, 分别置带侧孔 8F 硅胶管从远端开窗处到近端开窗处, 用肝素生理盐水对口持续缓慢冲洗。② 尿流改道。行耻骨上膀胱造瘘, 旷置尿道。③ 静脉应用溶栓药物如尿激酶, 防止血栓的进一步形成。④ 扩血管药物的应用: 低分子右旋糖酐应用, 改善局部微循环。⑤ 局部采用包扎治疗保护创面。⑥ 抗感染治疗, 预防全身感染。以上治疗的当天, 龟头颜色转暗红, 但第二天阴茎龟头发黑处颜色加深, 且分泌物明显增多, 包扎处渗透, 渗出物凝固, 变硬, 形成痂壳, 每天换药数次, 敷料不易取下, 即使用湿敷后取下, 带给病人的也是巨大的疼痛, 历经数次。正常包皮也因包扎后炎性分泌物刺激出现局部的皮肤损害。患者精神及肉体非常痛苦, 甚至有轻生的念头。专家组决定: 第一. 考虑阴茎发黑处已经坏死, 无挽救可能性, 因此停用肝素盐水冲洗。待阴茎坏死组织界线清楚, 让坏死组织自己脱落。第二. 清除阴茎体部坏死的组织直到白膜。第三. 改变局部治疗策略, 采用局部暴露疗法, 应用 JUC, 用于阴茎病变处及膀胱造瘘处。具体方法: 用生理盐水清洗创面, 去除分泌物后, 然后用干纱布干燥创面。在距离皮肤 15cm (约手指张开距离) 均匀喷洒。剂量约为 1% 体表面积 (约手指掌面积) 0.6ml/次。压喷第一次干燥后再压喷第二次, 干燥后再压喷第三次。3 次/d。分泌物多时适当增加 1~2 次。应用 JUC 后第 3 天, 阴茎坏死局部分泌物明显减少, 坏死组织界限日渐清楚, 主要局限在龟头, 且出现龟头萎缩现象。正常包皮局部的皮肤皮疹逐渐干涸。清创部位的炎症创面也长出新鲜肉芽组织(图 2)。因创面较大, 必需有新生皮肤覆盖才能减少以后的疤痕形成, 应用 JUC 的第 10

天, 采用阴茎阴囊皮下包埋术。术后第一天去除敷料后, 继续应用 JUC, 这给我们观察手术部位带来了极大方便。术后 3 个月内, 一直坚持应用 JUC 表面喷洒, 未用敷料覆盖包扎, 坏死龟头组织脱落。尿道口清晰可见, 尿道黏膜新鲜。再行包埋阴茎整形术。术后 14 天拔除膀胱造瘘管后, 排尿通畅。阴茎勃起正常, 无下弯(图 3, 图 4)

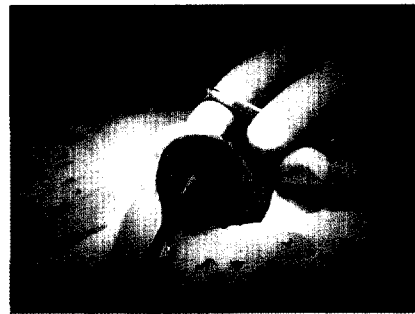


图 1



图 2



图 3



图 4

2 讨论

包皮环切术后引起阴茎部分坏死极其罕见。医师在此方面积累的经验很少,治疗的每一个环节都缺乏经验。这对治疗疗程的长短影响很大,也给患者带来很大经济负担和精神负担。此病例改变传统的包扎而使用 JUC,不仅给实施第二期手术缩短了时间,还免除了包扎,让病人可看见阴茎勃起时的情况。更重要的是带给了病人战胜病痛的信心。

膀胱造瘘管安放长达 3 个月时间,由于坚持局部喷洒 JUC,造瘘口没有发生感染。JUC 解决了长期置放导管而引起的皮肤切口感染的问题。减少了敷料包扎的麻烦。

JUC 是新型的高分子活性剂,水溶剂喷洒在创面表面,固化后形成生物高分子层和正电荷层的分子网状膜。正电荷层具有吸附带负电的细菌等微生物,导致其代谢的酶失去活性而死亡,起到物理式杀灭微生物作用^[1]。

有研究表明*:JUC 促进创面愈合的可能机制是:① 膜性效应,对创面产生良好保护作用;② 吸附病原微生物起到长时间的杀菌作用;③ 物理杀菌,可以把局部炎症控制并局限;④ 保持微湿及微环境利于创面新鲜肉芽组织生长及上皮修复。通过此病例 JUC 的临床使用,我们认为:JUC 在外科领域中,如创伤,感染,及置在人体不同部位的导管,手术后的切口等,对其治疗及预防感染,疗效确切,适用,方便。不仅有利于观察病变部位,而且大大的减少了医务人员的工作量。值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 吴玲,戴玉田,王良梅,等 长效抗菌材料洁悠神对留置尿管管伴随性尿路感染预防的研究[J]. 中华男科学杂志 2005,11(8):581-583.

“洁悠神”辅助治疗寻常型天疱疮 1 例疗效观察

李文仓,石定凤(云南省临沧市第一人民医院皮肤科,云南 临沧 677000)

中图分类号:R751.05;R758.66 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1002-1310.2010.01.018

我科 2009 年 6 月收治 1 例寻常型天疱疮病人,在治疗过程中应用物理抗菌剂洁悠神(JUC)局部辅助治疗,获得了较为满意的临床效果,现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 患者男,30 岁,农民。全身皮肤黏膜松弛性大疱、糜烂、渗出进行性加重 3 月。以寻常型天疱疮收入院。入院查体:T 39.1°C、P 114 次/min、R 24 次/min、BP 120/90mmHg,体重 55Kg。一般情况及精神差,神志清楚,头皮、面部、躯干、四肢皮肤、会阴部皮肤黏膜可见大小不一的松弛性水疱、渗出、糜烂、结痂(图 1~3),尼氏征(+).具有浓烈腥臭味。全身皮肤受累约 90%,双手因腋下皮损不能抬起。实验室检查:血常规 WBC $5.7 \times 10^9/L$ 、RBC $4.39 \times 10^{12}/L$ 、Hb 136g/L、NEU 65.3%;肝功 TP 59.4g/L、ALB 36.7g/L、GLO 22.70 g/L、ALT 141U/L、AST 49U/L、ALP 30U/L;肌酶 CK 251U/L、CK-MB 19U/L;空腹血糖 8.18mmol/L,血沉 40mm/h。

1.2 治疗经过 给住单间、通风、向阳病房,高蛋白、高维生素易消化饮食。甲泼尼龙 80mg/d 加入 5% 葡萄糖 200ml 静脉滴注,维持水电解质平衡及对症支持,局部采用暴露疗法,治疗 6 天仍然有新水疱出现,考虑激素量不够,加至 120mg/d 后,无新水疱出现,但渗出仍多,尤其是颌下、颈部、双腋下、会阴部、背部,浆液痂易脱落露出鲜红色糜烂面,创面不愈合。为了解决局部皮损的治疗,在系统、早期、足量应用糖皮质激素治疗的基础上,皮损部位用“洁悠神”物理抗菌膜外喷,3 次/d,2 天后渗出明显减少,2 周后背部、胸腹部、会阴部、颈部、四肢创面无糜烂、渗出,部分结痂开始脱落,大部分皮肤逐渐恢复正常,仅腋下少许渗出,4 周后全身结痂脱落,痊愈出院(图 4、5)。“洁悠神”在隔离保护创面、减少渗出、预防感染、促进创面愈合方面具有使用方便、效果突出的优点。

2 讨论

天疱疮是一种病因不明的大疱性自身免疫性疾病,可累及全身皮肤及黏膜,是严重的易致死性疾病。尤其是寻常型

天疱疮,病情重,皮损范围广泛,很少有自愈倾向,尼氏征(+)常导致皮肤完整性受到严重破坏。目前引起天疱疮发病的外界因素不能完全确定,比较一致的结论是药物和杀虫剂是影响天疱疮发病的两个危险因素。在临床上通常分为 4 型:寻常型、增殖型、落叶型、红斑型。寻常型天疱疮是临床类型中最常见的一种^[1]。全身治疗上糖皮质激素、免疫抑制剂的联合使用及一些新药、新方法也用于临床对改善病情,减少并发症有一定作用,但尚无重大突破^[2]。而皮损部位愈合与否也是天疱疮治疗的关键环节,但传统治疗在局部治疗与护理方面极其困难,常常采用 1:8000 高锰酸钾溶液清洁,消毒凡士林纱布或维氏油纱布覆盖隔离保护创面,临床使用不便,换药工作量大,疗效不甚理想^[3]。



图 1 治疗前皮损



图 2 治疗前皮损