

DOI: 10.12209/CAIM202210310122

· 中西医结合临床案例 ·

1 例弥漫性大 B 细胞淋巴瘤伴阴囊及肛周广泛坏死性筋膜炎患者多学科护理协作体会

胡莹, 王敏, 杨瑾, 谢薇

(贵州中医药大学第一附属医院, 贵州 贵阳, 550001)

摘要: 本文总结 1 例弥漫性大 B 细胞淋巴瘤伴阴囊及肛周广泛坏死性筋膜炎患者多学科护理协作体会。通过运用多学科护理协作, 开展“一站式”诊疗服务模式, 针对性选择新型敷料进行治疗, 减轻患者换药不适感, 缩短治疗时间。

关键词: 广泛坏死性筋膜炎; 多学科护理协作; 会阴; 敷料; 疼痛

Multidisciplinary nursing cooperation in a case of diffuse large B-cell lymphoma with extensive scrotal and perianal necrotizing fasciitis

HU Ying, WANG Min, YANG Jing, XIE Wei

(The First Affiliated Hospital of Guizhou University of Traditional Chinese Medicine, Guiyang, Guizhou, 550001)

ABSTRACT: To summarize the experience of multidisciplinary nursing cooperation in a case of diffuse large B-cell lymphoma with extensive scrotal and perianal necrotizing fasciitis. A case of diffuse large B-cell lymphoma with extensive scrotal and perianal necrotizing fasciitis was treated with multidisciplinary nursing cooperation and "one-stop" diagnosis and treatment service mode, and new dressing was selected for treatment. Multidisciplinary nursing service model provides a new treatment for patients with extensive necrotizing fasciitis.

KEY WORDS: extensive necrotizing fasciitis; multidisciplinary nursing collaboration; perineum; dressing; pain

坏死性筋膜炎(NF)是皮肤软组织感染(SS-TI)中最为凶险的类型, 往往并发浓毒症休克和多器官功能障碍, 病死率较高^[1], 主要累及阴囊、会阴及肛门周围感染部位出现红肿热痛等炎性表现, 伴广泛坏死的筋膜和皮下组织而导致严重的全身毒性, 属于外科危急重症^[2]。如不能及时诊断和妥善处理, 患者往往死于败血症、毒血症和感染中毒性休克, 病死率高达 41% 左右^[3]。弥漫性大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL)是一种最常见的 B 细胞非霍奇金性淋巴瘤(NHL)亚型, 发病率占成人 NHL 的 30%–40%^[4], 其发病原因跟基因、环境、病毒和人口老龄化等有关^[5]。

我科于 2018 年 8 月收治一例 DLBCL 伴 NF

的患者的男性患者, 经过反复清创, 多学科护理协作, “一站式”诊疗服务模式, 选择新型敷料等进行治疗, 患者基本痊愈出院, 报告如下。

1 临床资料

患者男性, 20 岁, 因“肛门及会阴部肿胀疼痛 4+天”于 2018 年 8 月 6 日以阴囊、会阴部、腹股沟、肛周坏死性筋膜炎收入肛肠科。患者一月前于外院行右颈部包块手术, 术后病理诊断为弥漫性大 B 细胞淋巴瘤, 并予化疗治疗, 右侧上肢植入 PICC 导管。患者入院时消瘦, 精神差、痛苦面容, 营养状况差。体温 38.3℃, 心率 88 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 115/64 mm Hg。患者肛周及阴囊

收稿日期: 2022-10-31

通信作者: 谢薇, E-mail: 819289802@qq.com

OPEN ACCESS

www.case.jcme.net.cn

双侧大腿皮肤色红,皮温高,压之波动感,触痛,阴囊水肿,阴囊表面有少许皮肤呈褐色。血常规:白细胞计数 $1.3 \times 10^9/L$;红细胞计数 $3.97 \times 10^{12}/L$;血小板计数 $62 \times 10^9/L$;中性粒细胞绝对值 $0.5 \times 10^9/L$;淋巴细胞绝对值 $0.34 \times 10^9/L$;嗜酸性粒细胞绝对值 $1 \times 10^9/L$ 。凝血系列:凝血酶原时间 14.1 s;国际标准化比值 1.29;活化部分凝血酶原时间 47.4 s;凝血酶时间 16.1 s;纤维蛋白原 10.64 g/L。生化系列:总蛋白 57.23 g/L;白蛋白 31.06 g/L;前白蛋白 32.7 g/L。盆腔 CT:双肾多发囊肿,会阴部、双侧大腿根部内侧皮下水肿,双侧睾丸鞘膜积液。完善相关检查后,患者诊断为:1. 肛周、会阴部、阴囊、腹股沟坏死性筋膜炎;2. 脓毒症;3. IV度骨髓抑制;4. 弥漫性大B细胞淋巴瘤化疗后;5. 双侧睾丸鞘膜积液;6. 双肾多发囊肿。由于患者MRI提示未见明显脓肿,暂无相关手术指征,结合院内会诊意见及患者目前病情,感染严重,存在骨髓抑制,基础疾病较多,体温持续升高,于8月7日转入重症监护病房进行治疗。8月15日由于患者病情平稳,复查MRI显示直肠肠壁周围少许炎性改变,双侧阴囊、双侧会阴部、双侧大腿根部内侧皮下及双侧臀部内侧皮下脂肪间隙炎性改变,鉴于患者阴囊、会阴部、腹股沟、肛周感染严重,阴囊前部皮肤呈黑色结痂,底部结痂呈黑色,有少量黄色液体渗出,结合患者目前病情、复查结果及泌尿科会诊意见遂急诊行“阴囊、会阴部、腹股沟、肛周坏死性筋膜炎清创术”,术毕转入我科。根据患者伤口情况,迅速建立MDT小组,为患者提供个性化诊疗方案,使用美盐新型敷料,吸收渗液,控制感染,促进伤口愈合。

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 全身评估 患者入院时消瘦,精神差、痛苦面容,营养状况差。接诊时感染严重,存在骨髓抑制,基础疾病较多,根据患者病情结合泌尿科会诊意见急诊行“阴囊、会阴部、腹股沟、肛周坏死性筋膜炎清创术”。

2.1.2 局部评估 首次术后会阴部广泛坏死性筋膜炎评估:患者腹股沟、阴囊、肛门等部位存在大面积坏死性筋膜炎伤口,黄色组织覆盖,有黄色脓性渗液渗出(图1)。伤口疼痛疼痛评分为8分(数字等级评定量表法),难入睡。



图1 术后首次伤口评估

2.2 护理问题

局部问题:①筋膜炎在会阴部,尿道口和肛周周围,容易将敷料浸湿脱落后污染伤口。②伤口位置特殊,容易发生感染,伤口难愈合。全身问题:①患者消瘦,精神差、营养状况差,影响伤口的愈合。②接诊时感染严重,存在骨髓抑制,基础疾病较多,组织细胞的再生能力减弱,伤口愈合时间延长。③患者入院前行化疗治疗,影响正常细胞的增殖迁移,伤口有可能进一步加重。

2.3 护理目标

减轻伤口疼痛;促进伤口愈合;帮助患者理解广泛坏死性筋膜炎康复知识。

2.4 护理措施

2.4.1 MTD团队伤口处理过程

2.4.1.1 首次换药:建立MDT小组,由肛肠科、ICU、药剂科、伤口造口护理门诊、静疗护理门诊等科室的医生和护士建立MDT小组。由护士长负责联络各小组成员,定期汇报患者的情况,确保及时为患者制定有效的个性化治疗和护理方案。血液科护士请相关科室进行指导或协同护理,确保各项工作稳步进行。清洗伤口:0.9%氯化钠注射液冲洗伤口。患者会阴部伤口疼痛,褶皱多,用0.9%氯化钠注射液冲洗伤口,避免擦洗,冲洗会阴部伤口容易干净,且减少疼痛。冲洗前先在患者臀部垫塑料袋及棉垫;用0.9%氯化钠注射液冲洗伤口时,动作要轻柔,尽量去除干痂及坏死组织,冲洗后用小方纱轻轻拍干皮肤。清洗过程患者疼痛难以忍受,从第2次换药起,提前与医生沟通,换药前30分钟服用止痛药或者利多卡因湿敷止痛。敷料的选择:内层敷料选用高渗盐敷料吸附创面渗液,促进局部引流,吸附坏死组织,外层覆盖纱布保护创面不被污染。纱布及内层敷料污染后及时更换,避免伤口处有尿液及粪

便残留,滋生细菌,引发破溃处感染,影响愈合(图2)。

④进行抗感染治疗,及进行保护性隔离措施,多团队协作,会诊诊疗模式,促进伤口愈合。



图2 首次换药图片

2.4.1.2 第二次换药:①伤口评估:腹股沟及会阴部伤口渗液减少,见红色肉芽组织,会阴部创面减小(见图3)。患者疼痛评分4分。②伤口清洗:同首次。③敷料的选择:内层选择藻酸钙伤口敷料以吸收渗液、促进肉芽组织生长形成,外层处理同上(图3)。④多团队协作模式同上。

2.4.1.3 第六次换药:①伤口评估:会阴部伤口明显减小,无渗液;小阴唇内测皮损愈合,阴道口伤口床明显缩小,无渗液,伤口痊愈良好(见图4)。患者疼痛评分1分。②伤口清洗:同首次。③敷料的选择:会阴部无渗液,直接选用纱布覆盖,叮嘱患者及家属大小便后及时更换被污染的纱布(图4)。④多团队协作模式,共同护理患者。



图4 第六次伤口换药

2.4.2 营养支持 营养状况在坏死性筋膜炎的发生发展过程中有重要的作用,营养不良可导致组织器官功能减退,对调节应激期代谢变化能力也相应减弱。因此坏死性筋膜炎患者须给予充足的营养支持。

患者入院时血红蛋白 60 g/L,前白蛋白 32.7

mg/L,术后创面大,渗出液量大,渗出液中含有大量蛋白质、电解质^[6],且该患者患有弥漫性大B细胞淋巴瘤,为消耗性疾病,为了防止负氮平衡及水、电解质、酸碱平衡紊乱,应加强患者全身营养。患者入院时至术后早期禁饮食,予以静脉高营养液输入加强肠外营养。同时,每天补充人血白蛋白 20 g。可以进食后,从流质饮食逐渐过渡到半流质饮食、普食,同时注意食物的种类,进食高蛋白、膳食纤维丰富的食物。

2.4.3 皮肤保护 保持皮肤的完整性和微环境处于良好状态,有利于增强皮肤对于坏死性筋膜炎的耐受性。指导照顾者大小便后应及时清洁皮肤,避免污染伤口。清洁皮肤时,避免热水及用力擦拭皮肤,清洗时避免用刺激性清洁剂和消毒剂清洁皮肤,以免引起皮肤 pH 值升高而增加损伤的风险。同时,可应用皮肤保护剂保持皮肤的完整性,从而坏死性筋膜炎的发生。

2.4.4 健康宣教 健康宣教重点如下:①清洗伤口疼痛难忍时,建议换药前 30 分钟先服镇痛药。提前与医生沟通,按医嘱用药,能止痛。②向患者解释急性放射性皮炎伤口经过保湿敷料处理,过一段时间会愈合,愈合后不留瘢痕。③解释高渗盐及藻酸钙敷料能吸收伤口渗液,避免外界污染,保持伤口湿润,促进上皮爬行;保温,促进上皮细胞的有丝分裂,有利伤口愈合。④患者会阴部坏死性筋膜炎后,排尿时伤口疼痛增加就不愿意喝水,解释保持每天的饮水量 1 800 mL,使尿液带走人体每天的排泄废物,多吃新鲜的果蔬也有利于伤口愈合。⑤督促排尿前后要洗手,排尿后及时用纱布接收余下的尿滴,避免污染伤口。⑥皮肤护理:嘱患者保持伤口敷料干洁固定,注意保护褶皱、薄弱处皮肤,禁忌使用刺激性药品,避免冷热刺激,避免直接照射阳光。

2.5 护理评价

术后经积极治疗和精心护理,患者病情平稳,9月5日查患者肛周、会阴部、阴囊伤口疼痛可忍,伤口引流通畅,肉芽组织鲜红,未见脓性渗出,愈合良好,予以出院(图5)。

3 讨论

3.1 感染的预防和控制

3.1.1 抗感染性休克治疗的护理 患者入院前于外院行化疗治疗,免疫力低。入院时体温为 38.3℃,血液检查提示三系减少及中性粒细胞绝

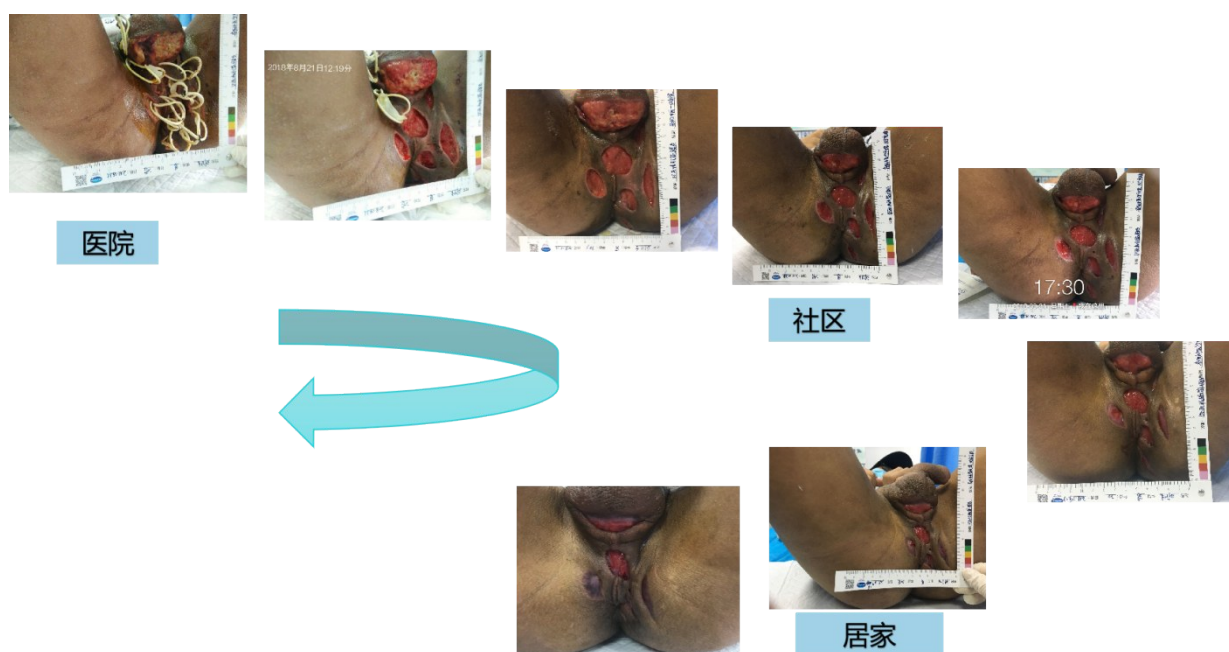


图5 伤口愈合过程

对值降低,感染严重,凝血功能障碍,存在骨髓抑制,遵医嘱予皮下注射及口服升白细胞药物治疗,并予柴胡注射剂4 mL肌肉注射以降低体温,同时予抗生素静脉给药以控制感染。患者高热出汗后,应及时更换衣物,保持局部皮肤清洁干燥,勤翻身,必要时使用气垫床以防止压力性损伤的发生。患者长期卧床,指导患者有效咳嗽咳痰的方法,以促进痰液的排出,防止肺部感染的发生;鼓励患者进行下肢活动,预防深静脉血栓。每日给予2次口腔护理,防止口腔感染及口腔黏膜溃疡、破损的发生。便后及时清洁肛周,防止大便污染伤口。予以会阴护理每天两次,以防止降低会阴周围皮肤防御力。

3.1.2 隔离 患者入住单人隔离病房,医务人员进出病房均需洗手、戴口罩,穿隔离衣。患者在ICU期间,做好床旁隔离,转入普通病房后,由一名家属做好防护措施后,进行陪护。病房每天进行消毒,任何物品进入病房均需消毒,被服每天更换,若有污染随时更换。

3.2 疼痛护理

相关研究^[7]表明,采取必要的镇静镇痛措施可以明显降低脓毒症患者的氧耗,患者由于肛周、会阴部、阴囊、腹股沟感染严重,在重症监护病房时予以丙泊酚中长链脂肪乳镇静、吗啡等镇痛处理,术后返回普通病房后由于创面大,会阴及肛周神经丰富,痛觉敏感,每天进行VAS评分,分值在0~3时为患者提供五音疗法以缓解疼痛,分值在4~6时予以口服

氨酚双亲可待因20 mg以镇痛,分值大于7时予以静脉输入氟比洛芬酯5 mL。同时,使用耳穴治疗、腕踝针治疗等中医护理技术,缓解疼痛不适。换药时应注意动作轻柔以减轻患者不适。

3.3 伤口护理

由于该患者术后伤口面积大,感染严重,由伤口造口护理门诊专科护士参与患者换药。运用湿性愈合理论,术后早期选择高渗盐敷料吸附创面渗液,促进局部引流,吸附坏死组织。待伤口床感染减轻,局部伤口由黄色转成红色后,选择藻酸钙伤口敷料以吸收渗液、促进肉芽组织生长形成。同时注意观察渗液的量、色、质及气味,伤口周围组织及皮肤,以防止感染加重或反复。

3.4 PICC护理

定期进行PICC导管维护和日常生活指导。保障患者静脉输入高营养药物及化疗药物。静疗专科护士为患者做好的日常生活指导,指导患者定期维护,以延长PICC导管的寿命,减少并发症的发生,减轻患者痛苦,达到保证患者安全,减轻经济负担,保护外周血管的目的,提高护理质量,从而保证患者整个化疗过程顺利完成,提高患者满意度,提升患者的生存质量。

3.5 肛周皮肤护理

鼓励患者尽量将大便时间调至每天早上,大便后用温水清洁肛门部后换药。若在其他时间大便,温水清洗肛门部后若内层敷料未被污染只需更换外层敷料即可。

3.6 心理护理

患者病情凶险,手术创伤大,疼痛难忍,身体承受巨大的痛苦,患病部位私密,病程长,且合并弥漫性大B细胞淋巴瘤仍需要定期进行化疗,承受心理压力巨大,表现出焦虑、忧郁的情绪状态。针对患者的心理特点,在不同时期应给予不同的护理措施。从ICU返回病房后,鼓励患者多与其家属沟通交流,让其重拾生活的信心。给患者讲解疾病相关知识,让其认识到该病的治疗过程较长,但并非不可治愈,并向其展示同类患者的治疗经历,增强其战胜疾病的信心。

3.7 小结

弥漫性大B细胞淋巴瘤合并阴囊、会阴部、腹股沟、肛周坏死性筋膜炎是一种非常严重且病死率偏高的疾病,临床上较为少见,患者阴囊、会阴部、腹股沟、肛周大范围感染、脓毒血症、感染性休克等是该病患者死亡的主要影响因素。因此,在感染得到有效控制并解除骨髓移植、提高免疫力的前提下尽早清创引流,加强患者营养,合理镇静镇痛,重视患者伤口愈合情况是本病治疗的关键。经过一个月的精心治疗和护理,患者阴囊、会阴部、腹股沟、肛周伤口疼痛可忍,肉芽组织鲜红,渗液少,基本痊愈,予以出院,门诊进行换药。

MDT“一站式”诊疗服务模式,是以患者为中心的整合型现代医疗服务^[8]。MDT是一种制度,时间、地点固定,参与人员稳定,多学科一起协作诊疗,各方意见都要综合考虑。MDT在疑难危重患者护理中,能够最大程度的整合各专科的优质资源,得到最优结果。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] SARTELLI M, GUIRAO X, HARDCASTLE T C, et al. 2018 WSES/SIS-E consensus conference: recommendations for the management of skin and soft-tissue infections[J]. *World J Emerg Surg*, 2018, 13(1): 58.
- [2] 郎柳萍, 李严重, 徐华胤, 等. 肛周脓肿合并急性坏死性筋膜炎致感染性休克1例[J]. *中国肛肠病杂志*, 2022, 42(4): 6.
- LANG L P, LI Y C /Z), XU H Y, et al. A case of septic shock caused by perianal abscess complicated with acute necrotizing fasciitis[J]. *Chin J Coloproctology*, 2022, 42(4): 6. (in Chinese)
- [3] ERSOZ F, SARI S, ARIKAN S, et al. Factors affecting mortality in Fournier's gangrene: experience with fifty-two patients[J]. *Singapore Med J*, 2012, 53(8): 537-540.
- [4] DUNLEAVY K, ERDMANN T, LENZ G. Targeting the B-cell receptor pathway in diffuse large B-cell lymphoma[J]. *Cancer Treat Rev*, 2018, 65: 41-46.
- [5] LIANG X, JIANG S L. The explorer of lymphoma immunotherapy -an interview with Dr. Yan Zixun, Ruijin Hospital, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine[J] *World Science*, 2019, 42(1D): 40-43.
- [6] 李明慧, 高春华, 冯洁惠, 等. 1例糖尿病合并阴囊及肛周坏死性筋膜炎病人的护理[J]. *全科护理*, 2018, 16(28): 3574-3576.
- LI M H, GAO C H, FENG J H, et al. Nursing care of a diabetic patient complicated with scrotal and perianal necrotizing fasciitis [J]. *Chin Gen Pract Nurs*, 2018, 16(28): 3574-3576. (in Chinese)
- [7] RIVERS E, NGUYEN B, HAVSTAD S, et al. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock[J]. *N Engl J Med*, 2001, 345(19): 1368-1377.
- [8] 丁雅明, 张敏. 多学科协作诊疗模式在ECPR成功救治院外心脏骤停患者中的应用附1例分析[J]. *吉林医学*, 2020, 41(8): 2048-2049.
- DING Y M, ZHANG M. Application of multidisciplinary collaborative diagnosis and treatment model in ECPR's successful treatment of patients with out-of-hospital cardiac arrest: an analysis of one case[J]. *Jilin Med J*, 2020, 41(8): 2048-2049. (in Chinese)

声明:此案例经过本平台同行评议,全文开放获取,采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议,作者可在其他媒体再次发表。