



大腸直腸肛門疾病癥狀系列報導 (53B)

大腸直腸外科醫師 熊維羆

大腸直腸肛門疾患簡介 壞死性筋膜炎

續前文
檢查

局部觸診，觸痛明顯，拒按，可有波動，但透光試驗常為陰性，有時可聽到撻發音。化驗檢查，白細胞計數可有增高，但有的反而減少，與感染的程度常無相關性。X光檢查，可發現壞死區周圍，盆和側腹部軟組織有氣體，可能為類桿菌破裂後釋放氣體或菌種自行產氣的緣故。如為需氧菌大腸桿菌感染，由於消耗了組織中的氧氣，便為厭氧菌感染創造了條件。報告的1例其膿液有惡臭和產氣性，認是無芽胞厭氧菌感染的一大特徵。細菌培養，可發現致病病菌，如大腸桿菌，鏈球菌，擬桿菌，梭狀芽胞桿菌等。

放射學檢查：

放射學檢查對疾病造成之原因及其感染的程度也許有些助益。病人罹患壞死性肛門周邊感染，90%會出現皮下氣腫。KUB及骨盆攝影可觀察皮下空氣拓展的程度及評估腹之異常。陰囊超音波檢查可被用來診斷及評估感染的程度，亦可用以區別如睪丸斷裂，血腫，扭曲，腫痛，膿瘍及副睪丸炎引起之急性陰囊腫痛。一般而言，Fournier's Gangrene 引起之急性陰囊腫痛，其睪丸通常是正常的。電腦斷層攝影檢查可用以評估腹腔盆腔異常，發炎程度及皮下氣腫；特別是因腹或後腹腔所造成之感染。另外如核磁共振檢查亦可被使用。

診斷，鑒別診斷

由於本症起病急，發展快，早期診斷較困難，往往就診時即已廣泛擴展，病情危重。因此，對本症及時正確的診斷具有重要的臨床意義。凡肛周，會陰部腫脹廣泛，全身中毒症狀重，但局部化膿不明顯，疼痛較劇，皮膚紫暗變硬，X光線檢查病變組織周圍有氣體等，應考慮本症。

本症應與丹毒，氣性壞疽相鑒別。丹毒以小腿，面部發病為多，局部表現為高出皮面的水腫性紅斑，發亮，與正常組織界限清楚；氣性壞疽病多發生在下肢，臀部等肌肉豐滿處，其發展亦迅速，但肌肉廣泛壞死，呈褐紅色，失去彈性，病變組織中有大量氣體存在。

手術前之治療：

對於會陰部之壞死性筋膜炎，非手術治療是不恰當的。但對感染之藥物治療，包括廣效性抗生素的使用及血液動力學之穩定是相當重要的。一般而言，氣性壞疽大約每小時擴展一英寸。所以無論是使用藥物，抗生素治療或放射學檢查之後，一定要盡速施行手術治療。因病人很快的便會呈休克狀態，應盡速予以體液補充及穩定其心肺狀態。同時應先矯正其凝血異常，呼吸障礙及腎臟衰竭之情況，並隨時偵測其變化。抗生素之使用應同時考慮可以涵蓋厭氧及嗜氧之菌屬，包括 staphylococcal, streptococcal, coliforms, Pseudomonas, Bacteroides 及 Clostridium。破傷風類毒素亦應授予。

手術治療：

因由表面上組織之狀，並無法決定感染之程度，所以手術者必須要有作 radical procedure 之準備。對所有被侵犯之部份，作廣泛性的擴創直到完全正常之組織為止。其目的在於除去所有無法存活之組織，阻斷持續之發炎反應以及降低其對全身產生之毒性反應。

手術發現包括皮下組織、液化性壞死、化膿性物質產生及分泌，覆蓋部分之皮膚壞死以及筋膜組織廣泛性壞死等。而術前皮膚上之色變化僅如冰山之一角擺了。一般來說，如果皮膚和皮下組織能夠很輕易的就分開來，則必然有肌膜炎存在，且沿著肌膜層可見許多暗棕色混濁之液體。即使作 radical debridement，膀胱，直腸及睪丸通常都能保存下來，其原因是因這三個組織的血液供應並非由會陰部之血管而來。如果睪丸有壞死之情形，則表示睪丸動脈有阻塞，我們就必須考慮感染源是來自腹腔或後腹腔；手術之選擇就必須剖腹探查，將腹腔及後腹腔打開來。如果睪丸是存活的，在擴創後應適用適當的方法如以剩餘之陰囊皮膚直接覆



蓋，或將其置於大腿之皮下，或放置於前腹壁，以避免其乾燥考慮。如將睪丸放在大腿，應置於不同之垂直面，以避免在走路時磨擦；待病況穩定後，再施行進一步之陰囊重建手術。如果必要時，可考慮在病人上好麻醉後，做乙狀結腸鏡，膀胱鏡及尿道攝影。經驗告訴我們，在第一次手術時，做好擴創處理，之後的處置會較容易。當然，以後仍須多次進出手術室，一方面是為了換藥，檢查傷口，另一方面則可施行多次之擴創處理。如果擴創處理做得完全且適當，很快的我們可見病人病況明顯改善，燒退了，白血球指數也降下來。如果病況沒有改善，要懷疑是否手術做得不完全，可能要考慮是否由腹腔或後腹腔來之感染，可藉由 CT scan 或 MRI 來輔助作正確之診斷及適當的治療。

糞便及尿液改道：

文獻上對於 Fournier's Gangrene 是否要做 Fecal Diversion 一直存有許多爭議。同樣的問題亦存在是否要做 Urinary Diversion。我們以，如果病患之括約肌受侵犯，結腸或直腸有穿孔，直腸之傷口太大，免疫抑制，大便失禁或考慮糞便影響傷口，應做暫時性之糞便改道處置。如果有尿道狹窄，尿液外滲造成蜂窩組織炎，亦應做暫時性尿液改道處置，即做一恥骨上膀胱造。

高壓氧：

因厭氧菌屬對 Fournier's Gangrene 造成至病生理影響，一些學者乃建議使用高壓氧作其輔助治療。研究報告指出，當提高組織中之氧氣濃度時，梭菌屬 (Clostridial) 所產生之毒素 (endotoxin) 活性降低而假設其對厭氧菌屬有抑菌之效果。同時，白血球亦須要達到適當之含氧量方能進行起吞噬功能，而且高壓氧對於傷口愈合所需之纖維母細胞有增生之功能。所以他們認高壓氧有極佳之治療效果且很少有併發症之產生。當然，也有一

些學者認，高壓氧對於是否能增加存活之機會並無定論，且只對 Clostridium Perfringens 之感染有效果。

一旦使用高壓氧做為輔助治療，外科醫師必須確定對 Fournier's Gangrene 之手術治療沒有被耽誤做，且疏忽了作進一步之擴創處置。因高壓氧對於組織之逐漸壞死並無效果。

傷口護理：

雖然病患須多次於手術室進行擴創處置，但在病房之沖洗傷口及換藥仍是必須的。另外如鑄射，沖水，坐浴或傷口沖洗等應能對保持傷口之清潔有所幫助。傷口的癒合若無好的營養狀況亦難達成，因此必須建立一個 positive nitrogen balance。

預後

Fournier's Gangrene 的死亡率在 8% 至 67% 之間。其死亡率高的原因在於感染之進程非常迅速且病患往往合併其他問題。如病人本身患有糖尿病則其死亡率往往是非糖尿病者的 2-3 倍。另外如病患年齡過大或治療的時機延遲，其死亡率往往亦較高。病患之存活與否，與積極之擴創有絕對的相關。Dr. Kaiser 及 Cerra 曾報道，如果只作多處之切開引流及使用抗生素，其死亡率高達 100%；若只是有限度的切除壞死組織，則其死亡率亦高達 75%；若作積極之擴創，其死亡率則在 10% 左右。這也就是說，唯有積極之治療，方能將可能產生的高死亡率降至最低。

結論：

Fournier's Gangrene 是一種會陰生殖部位快速進展之壞死性感染，造成覆蓋之皮膚壞疽且具有高度之致命性。這種感染是多種菌種之協同作用而產生。肛門直腸，泌尿生殖及外傷性之感染是最常見之肇始原因。因這種感染是沿著肌膜層快速進展，其皮表之表徵，僅僅只是冰山一角罷了。在處理這個疾病時，體液的補充，心肺功能的維持，抗生素的治療及營養的支持是相當重要的幾個要項。當然，最重要的是積極的外科擴創處置，直到感染的情況被控制住。至於是否要作糞便及尿液之改道，則是要視病患之情形來決定。而高壓氧治療，其效果雖未被證實，但對一些患者，在理論上來，還是有些成效的。文獻上報告指出，雖然予以適當的外科治療，Fournier's Gangrene 患者的死亡率仍然超過 40%。



大腸直腸診所

熊維羆 醫學博士

電話: 702-586-6688 (精通國、英、西班牙語) 傳真: 702-586-9988
6080 S. Durango Dr., #105, Las Vegas, NV 89113