

2型糖尿病合并肛周坏死性筋膜炎伴低蛋白血症1例中西医护理

陈洁 陆燕敏 钱春艳 杨佳芸 项青 (通讯作者)

上海市浦东新区中医医院 上海 201299

【摘要】：肛周坏死性筋膜炎（PNF）是由多种细菌共同作用导致肛周或会阴部的严重软组织感染性疾病，本病发展迅速，严重时常并发休克、多器官功能衰竭，甚至死亡。有研究认为糖尿病及肛管直肠感染是发生 PNF 的独立危险因素，血糖指数与感染程度呈正相关^[1]。虽然 PNF 发病率较低，为 1.6~3.3/10 万人^[2]，但其病死率可高达 20%~40%^[3]，一旦诊断明确，应尽早手术，对术后换药的规范性和护理措施的精准实施提出了更高要求。2025 年 7 月，我科收治了 1 例 2 型糖尿病合并肛周坏死性筋膜炎伴低蛋白血症患者，通过实施中西医结合护理，患者创面愈合良好出院。现将护理体会报道如下。

【关键词】：2 型糖尿病；肛周坏死性筋膜炎；低蛋白血症；辨证施护；中西医护理

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.013

1 临床资料

1.1 一般资料

患者男性，35 岁，2025 年 6 月 15 日突发肛旁肿胀疼痛，局部破溃流脓，无发热，至当地医院行切开引流术后未好转，后至三级医院行抗生素抗感染治疗，为求进一步诊治，由我院门诊拟“肛周坏死性筋膜炎”收治入院。

既往患糖尿病史半月，血糖餐后 23mmol/L，予甘精胰岛素 26uQn、门冬胰岛素 10uTid 餐前皮下注射，二甲双胍 2#Bid 餐后；患有高血压病史 5 年，长期服用兰迪 1#Qd 控制血压。刻下症：神志清，呼吸急促，肛旁硬结，肿胀疼痛，无明显发热，便血、腹痛等其他不适。舌红，苔薄黄，脉数。专科体检：取截石位，1、3 点位见溃口，局部破溃流脓，包块向阴囊部延伸，皮色红，肤温升高，约 5*5cm 大小，局部有压痛，皮下触及硬结，肛指检查：肛内 3、11 点粘膜隆起，跨越齿线上下，质中，直肠内未扪及其它肿块，指套无染血。

辅助检查：中性粒细胞数量 8.25*10⁹/L，C-反应蛋白 9.02mg/L，白细胞计数 10.30*10⁹/L，中性粒细胞百分含量 80.0%，淋巴细胞百分含量 14.2%，血沉 51.80mm/h，降钙素原 0.06ng/ml，总蛋白 59.2g/L，白蛋白 31.5g/L，葡萄糖 12.53mmol/L，糖化血红蛋白 12.9%。MRI 示：复杂性肛痿，肛周、会阴部、左侧大腿内侧及两侧臀部广泛感染伴肛周脓肿形成。西医诊断：肛周坏死性筋膜炎、内痔、2 型糖尿病、低蛋白血症；中医诊断：肛痈（火毒蕴结证）。

1.2 治疗及转归

入院后完善各项检查，患者于 2025 年 7 月 8 日在椎管内麻醉下行肛周坏死性筋膜炎清创术+肛门直肠周围脓腔搔刮术+内痔套扎术，术程顺利，术后予以头孢呋辛钠与甲硝唑氯化钠注射液静滴抗感染，输注白蛋白纠正低蛋白血症，并予以止血、止痛等治疗。术后切口疼痛经 NRS 疼痛评分为 6 分，肛周肿胀症状评分为 4 分，肛周渗血渗液症状评分为 6 分，予以中医辨证施护以改善临床症状。经至治疗第 20 天，肛周无疼

痛，肛周渗液亦有所减少，大便每日一行，经 25d 的精心护理，患者无肛周肿胀，症状评分为 0 分，创面分泌物明显减少，症状评分为 2 分，肉芽组织鲜红致密，周围皮肤色泽红润，血清白蛋白升至正常水平，各项症状明显好转，创面愈合良好，血糖平稳，予以出院，后续定期到我科门诊继续换药至创面完全愈合。

2 护理

2.1 护理评估

在护理评估过程中，主要存在以下指标：

症状	分级			
	好(0分)	较好(2分)	一般(4分)	差(6分)
肛周疼痛	无疼痛(疼痛评分:0分)	轻度疼痛(疼痛评分:1—3分)	中度疼痛(疼痛评分:4—6分)	重度疼痛(疼痛评分:7—10分)
肛周肿胀	无肿胀	肛周钟表位相<30%	肛周钟表位相 50%	肛周钟表位相≥70%
肛周渗血渗液	24h 更换的纱布干燥	<5ml/24h, 纱布 1 块/d	5-10ml/24h, 纱布 1—3 块/d	>10ml/24h, 纱布>3 块/d

该患者术前评估和术后评估评价表如表 1 所示：

表 1 术前评估和术后评估评价表

评估内容	肛门肿痛(分)	肛周肿胀(分)	肛周渗血渗液(分)
术前评估	2	/	/
术后首次评估	4	4	6
术后第 1d 评估	4	4	6
术后第 7d 评估	2	2	4

2.2 常规护理

向患者讲解疾病的相关知识，包含饮食指导、温水坐浴方

法、血糖控制及纠正低蛋白血症的重要性等,以缓解因饮食限制产生的抵触情绪。保持肛周皮肤清洁干燥,便后用温水清洗。便秘时指导患者顺时针按摩腹部,每日三次,每次按摩20~30圈。每日监测三餐前及睡前血糖,根据血糖值调整胰岛素及降糖药剂量,避免高血糖加重感染与组织修复障碍。术后每日肛肠科常规换药,换药时严格遵循无菌操作,动作轻柔,以降低患者对疼痛的应激反应。

2.3 基于整体观念的中医辨证施护

患者平素嗜食辛辣,感受湿热之邪,湿热重浊,常先伤于下,郁久化火,火盛肉腐,经久不愈,形成肛瘘,舌红,苔薄黄,脉数,四诊合参,属火毒蕴结之证,治则以清热解毒,消肿止痛为宜。

2.3.1 辨证施膳

指导患者饮食宜清淡、少渣,多食清热泻火解毒之品,如绿豆等,忌食辛辣、油腻、甜腻食物。指导患者控制主食的热量,多食杂粮饭、玉米及清热类的蔬菜,如冬瓜、苦瓜等,多食用高蛋白、高维生素的食物,优选优质蛋白,如鸡蛋、瘦肉等,以补充营养,且宜食低糖的水果,如蓝莓、苹果等,避免饭后食用导致血糖叠加升高。

2.3.2 辨证施术

针对患者术后切口疼痛及渗液肿胀等症状,给予耳穴贴压、中药熏蒸及中药敷药等中医护理技术干预。干预1周后,患者相关症状积分较治疗前明显降低。

(1) 耳穴贴压:改善术后切口疼痛

通过王不留行籽耳穴贴压于耳廓上的相应穴位,能够实现气血调节、经络通畅、避免疼痛等作用^[4]。主穴取肛门、直肠穴,配穴取神门、脾、交感穴。刺激肛门穴可直接作用于肛门局部,缓解肛门括约肌痉挛,起到止痛作用。刺激直肠穴可调节直肠及肛周的神经、血液循环,对术后肛周疼痛起到辅助缓解的作用。刺激神门穴具有镇静止痛作用,缓解局部肌肉紧张,从而减轻疼痛。刺激脾穴可健脾益气、促进气血生成,间接减轻疼痛。刺激交感穴可化瘀通络、行气止痛。贴压上述耳穴可起到调和气血及镇静止痛的作用。

(2) 中药熏蒸及中药敷药:改善肛周渗液肿胀

患者术后肛周渗液肿胀,遵医嘱予以中药熏蒸及中药敷药干预。中药熏蒸是临床上常用术后治疗方式之一,可缓解炎症与疼痛,促进血液循环与伤口愈合^[5]。熏蒸中药采用我院肛肠科外洗方,每次熏蒸时间为20分钟,每日2次,熏蒸过程中温热的药液能有效刺激并促进血液循环,清洁创面,改善局部环境。中药熏蒸结束后,为患者进行清洁创面,继而遵医嘱予以中药敷药干预以强化局部对药物吸收。协助患者取舒适体位,充分暴露创面,用复方黄柏液冲洗脓腔,再用无痛碘清洁创面,及时清除分泌物及坏死组织,每日清洁换药2次,控制创面感

染。研究表明,复方黄柏液具有清热解毒、抗菌消炎、祛腐排脓,促进创面愈合^[6]。①提脓祛腐期:创面冲洗干净后用棉签将红油膏涂抹于纱布上敷于创面处,发挥清热祛湿、消肿止痛功效。研究表明红油膏能防腐生肌,保护创面^[7]。②生肌收口期:创面生长爬皮时改用生肌八宝散外敷创面,促进创面肉芽组织生长、加速伤口愈合。中药敷药作为核心中医外治手法之一,在加速创面修复中发挥了关键作用。临床常用膏剂、散剂等中药敷于患者创面实施干预,具有祛腐生肌、消肿止痛等功效,促使患者的创面渗液肿胀消退、肉芽组织新鲜,从而达到促进创面愈合的目的。

2.4 情志护理

随着医学的发展,情志护理广泛用于临床护理中,护理效果获得认可^[8]。该患者因糖尿病血糖控制欠佳、术后创面疼痛易焦虑,中医认为“怒伤肝、思伤脾”,可通过经常与患者沟通交流,倾听其内心感受及开导缓解情绪,帮助其建立治疗信心,使其积极配合。依据中医“怒胜思、喜胜忧”理论,通过以情胜情的方法,以达到消除患者的不良情绪。结合该患者平日喜欢听音乐,推荐播放舒缓的中医五行音乐中的宫调式音乐,如《春江花月夜》、《梅花三弄》等,帮助患者调节气机运行,以达到身心和谐之目的。

2.5 护理评价

疗效评定标准:疗效指数=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前积分×100%,计算症状改善百分率。临床痊愈:症状及体征消失,疗效指数为100%;显效:症状及体征基本消失,70%≤疗效指数<100%;有效:症状及体征好转,35%≤疗效指数<70%;无效:未达到上述标准者。对本患者而言,耳穴贴压干预第20天后,创面疼痛从治疗前的6分降至治疗后的0分。中药熏蒸及中药敷药的干预25天后,肛周肿胀从治疗前的4分降至治疗后的0分,肛周渗液从治疗前的6分降至治疗后的2分,根据上述症状评分的变化,计算出的疗效指数达到了88%,有效,意味着患者在中医护理技术干预下实现了症状好转。

3 总结体会

临床针对肛周坏死性筋膜炎多采用手术治疗方案,术后创面较大,易出现经久不愈等问题,再加上糖尿病导致的机体血糖过高,使得机体容易并发感染等并发症。通过多维度干预策略及中医护理技术,将中医传统疗法应用于临床护理工作中,针对本例肛周坏死性筋膜炎患者的术后主要症状,采用耳穴贴压缓解患者肛周疼痛,中药熏蒸及中药敷药来缓解患者肛周渗液肿胀。通过采用个性化中西医结合护理措施,不仅实现了对患者病情的有效控制,同时促进了创面的良好愈合。可见,根据中医护理整体观念及辨证施护理念,能有效促进患者疾病康复的进程,减少并发症风险,促进其生活质量的提升。

参考文献:

- [1] 陈畅泉,吕晶.老年肛周脓肿病人发生坏死性筋膜炎的危险因素分析[J].实用老年医学,2022,36(3):302-305.
- [2] 马嘉泽,张加敏,陈鹏,等.中药对肛周坏死性筋膜炎围手术期干预效果的 Meta 分析[J].中医临床研究,2020,12(34):132-137.
- [3] LEE MH,VOTTO SS,READ FULLER AM,et al.Necrotizing fasciitis of the scalp stemming from odontogenic infection[J].Proc(Bayl Univ Med Cent),2019,33(1):110-112.
- [4] 刘丹,臧鸣.耳穴压贴配合中医护理对下肢深静脉血栓预后的影响[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(11):129-131.
- [5] 吴洪,弋坤,赵红波.围手术期中医综合治疗混合痔对患者生存质量、疼痛程度和并发症等影响[J].临床误诊误治,2021,34(3):74-79.
- [6] 张丹,李华山,杨关根.复方黄柏液在肛肠术后并发症中的应用进展[J].中国中西医结合外科杂志,2021,27(3):510-512.
- [7] 王艳玲,张恒.红油膏联合红外线照射促进肛肠科术后创面愈合的临床观察[J].中国民间疗法,2020,28(12):68-70.
- [8] 吴俊萍.肛肠术后疼痛患者的护理干预效果[J].中国继续医学教育,2020,12(9):186-188.