



河南省“十二五”普通高等教育规划教材

内外科 护理Ⅲ



主编 杜国强

NEIWAIKE
HULI

Ⅲ

 郑州大学出版社



河南省“十二五”普通高等教育规划教材

经河南省普通高等教育教材建设指导委员会审定
审定人 方家选

内外科 护理Ⅲ



主编 杜国强

NEIWAIKE
HULI

Ⅲ

 郑州大学出版社
郑州

图书在版编目(CIP)数据

内外科护理Ⅲ/杜国强主编. —郑州:郑州大学出版社,
2015.7

河南省“十二五”普通高等教育规划教材

ISBN 978-7-5645-2273-5

I. ①内… II. ①杜… III. ①内科学-护理
学-高等学校-教材②外科学-护理学-高等学校-教材
IV. ①R473

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 088178 号

郑州大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

出版人:张功员

全国新华书店经销

郑州龙洋印务有限公司印制

开本:787 mm×1 092 mm 1/16

印张:18.5

字数:452 千字

版次:2015 年 7 月第 1 版

邮政编码:450052

发行部电话:0371-66966070

印次:2015 年 7 月第 1 次印刷

书号:ISBN 978-7-5645-2273-5

定价:39.00 元

本书如有印装质量问题,由本社负责调换



编审委员会名单

主 任 倪 居

副 主 任 林爱琴

常务委员 张瑞星 史云菊 王建英
杨金峰 杜国强 余晓齐

委 员 (以姓氏笔画为序)

王 琰 王建英 史云菊
冯思洁 阮 红 余晓齐
杜国强 杨金峰 张瑞星
林爱琴 秦 超 耿耀国
夏兴洲 倪 居 高玉香
裴玉萍



作者名单

主 编 杜国强

副主编 徐宏平 蒋雪松 高玉香

编 委 (按姓氏笔画排序)

石 磊 杜国强 李桂林 李国荣

徐宏平 高玉香 高宁宁 蒋雪松



序

根据《教育部关于“十二五”职业教育教材建设的若干意见》、《国家中长期教育改革和发展规划纲要(2010-2020年)》等文件精神,郑州铁路职业技术学院牵头,按照国家卫生和计划生育委员会优质护理工程的要求,结合医院专业分类与科室融合的现状,在临床护理专家指导下,学校与医院专家共同设计、共同开发了本套高职护理课程改革创新教材,符合职业教育规律和技术技能型人才成长规律,能对接护理职业标准和岗位要求,注重吸收行业发展的新知识、新技术、新工艺、新方法,2013年被评为河南省第一批“十二五”普通高等教育规划教材。同时,我们积极开发相关的精品资源共享课程、虚拟仿真实训平台等多种形式的数字化教学资源,建立动态、共享的课程教材资源库。经过两年的教学实践,进行修订再版。本套教材主要供高职高专护理专业、助产专业的学生使用,也可供其他层次护理教学及临床护理工作参考。

教材是教学改革的重要载体,教材建设是教育教学改革顺利实施的重要保证,也是深化教育教学改革的重要途径,应以职业标准作为改革专业课程教材的依据,贴近岗位实际工作过程,更新教材的结构和内容,更好的适应学生的认知特色。护理对象包括主体人群(成人),也包括特殊人群(妇儿、心理精神疾患及急重症病人),护理岗位的典型工作任务是执行以病人为中心的各科常见病、多发病的整体护理。我国从2009年开始允许在校护理专业学生参加国家护士执业资格考试,过去的国家护士执业资格考试大纲是按传统的内科、外科等课程中的章节来设置。为适应临床护理发展的需要,2011年开始,国家护士执业资格考试内容归纳为两类,分别为专业实务和实践能力,考试内容编排形式由学科到系统,由原来的内、外、妇、儿、护理学基础五门学科变为基础护理知识和技能、循环系统疾病病人的护理、呼吸系统疾病病人的护理、消化系统疾病病人的护理等,共21章内容。故临床课课程重构中将护理学基础及内、外科护理学以系统为单位整合,课程的优化重构既符合学生的学习规律和国家护士执业资格考试大纲内容,更符合临床护理工作的要求。

本系列教材包括《精神健康护理学》、《护理学导论》、《护理基本技术》、《内外科护理Ⅰ》、《内外科护理Ⅱ》、《内外科护理Ⅲ》、《内外科护理Ⅳ》等,是基于护理专业核心能力分析,结合国家护士执业资格考试大纲内容的最新改革,院校

专家共同研讨重构的课程创新教材。突出专业理念和职业理念,淡化学科意识,也符合新的培养模式和教学模式(校企结合、工学交替)需要。本系列教材将《医学心理学》与《精神科护理》融合为《精神健康护理学》,突出心理健康的维护与促进,强化人体整体护理。将护理学基础分为《护理学导论》和《护理基本技术》;《护理基本技术》除传统基础护理操作外,增加内外科护理基本技术如围手术期护理、手术室护理工作、外科无菌技术、手术基本技术、胸腔穿刺的护理等,将基础操作与专科护理有机整合。根据临床内外科特点和内在联系,将传统的内科护理学、外科护理学和老年护理整合为以病种、以系统为单位的课程体系——《内外科护理 I、II、III、IV》,将内科护理、外科护理、老年护理等内容有机融合,改变了过去同一病种部分内容重复讲解,与临床脱节的现象。

在编写和修订过程中,我们得到了较多护理老师和临床护理专家的大力支持与指导,在此表示衷心的感谢!尽管我们已尽了最大努力,但由于时间仓促,水平和能力有限,书中难免有疏漏与不足,敬请专家、同行及读者对本教材提出宝贵意见,使之不断完善。

倪 居
2015 年 6 月



前言

内外科护理是高职高专护理专业、助产专业的主干专业课程,体现医院专业分类与科室融合,把卫生职业教育教学计划、教材内容与职业岗位标准对接起来,既符合学生的学习规律和国家护士执业资格考试大纲内容,更符合临床护理工作岗位要求的要求。本教材既适合各校采用传统课堂教学使用,也适合各校采用仿真实训教学和模拟教学、项目教学、案例教学等适合职业教育的教学使用。

内外科护理 I 至 IV 四个分册,包括呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌代谢性疾病、风湿病、神经系统疾病病人的护理等。每个系统或每类疾病的各章均有概述,每种疾病的编写内容大致包括病因及发病机制、临床表现、实验室检查或辅助检查、诊断要点、治疗要点、护理评估、主要护理诊断/问题、护理目标、护理措施和健康教育等。每个系统疾病护理的最后均专题介绍该系统常见现代诊疗技术及护理。根据高职教育特色,每章后有思考与练习,便于学生及时复习,理解运用知识,培养学生分析问题及解决问题的能力。课程的开设次序兼顾了本专业前续课程内容的连续性和后续课程内容的递进性,同时又充分考虑学生的认知规律与接受能力,理论与技能由浅入深,循序渐进式地接触临床护理实境。

本分册共分四章,第一章为外科感染及皮肤疾病病人的护理,第二章为损伤性疾病病人的护理,第三章为神经系统疾病病人的护理,第四章为肿瘤病人的护理,重点是这些常见病和多发病的病因、临床表现、辅助检查或实验室检查、诊断要点、治疗要点、护理评估、主要护理诊断/问题、护理措施及健康教育等。

本教材体现了整体护理理念,突出“以人为本,以护理程序为框架”的模式,侧重于应用性、实用性和发展性,有利于推进讨论式、探究式、协助式和自主学习,强化实践教学方式的工作过程导向,适量恰当的思考与练习以及部分案例资料,增强教学环境和过程的操作性。在编写时充分考虑护士资格证考试大纲的考核内容和章节设置,为学生在校参加护士资格考试奠定良好的基础。

在本教材的编写过程中,得到护理界同仁和郑州铁路职业技术学院护理学院的大力支持,在此表示诚挚的谢意。由于编者水平有限,书中难免有错误和疏漏之处,恳请使用本教材的师生、同仁和读者谅解并惠正。

杜国强



目录

第一章 外科感染及皮肤疾病病人的护理	1
第一节 外科感染概述	1
第二节 浅部软组织化脓性感染	6
第三节 手部急性化脓性感染	13
第四节 急性乳房炎	17
第五节 全身性感染	20
第六节 特异性感染	23
第七节 常见皮肤病	31
第二章 损伤性疾病病人的护理	59
第一节 创伤	59
第二节 烧伤	65
第三节 毒蛇咬伤病人的护理	76
第四节 伤口护理	79
第五节 腹部损伤与腹膜炎	84
第六节 胸部损伤病人的护理	96
第七节 骨折	107
第八节 关节脱位	131
第三章 神经系统疾病病人的护理	137
第一节 概述	137
第二节 脑血管疾病	145
第三节 周围神经疾病	162
第四节 帕金森病	169
第五节 癫痫	173
第六节 颅内压增高与脑疝	177
第七节 颅脑损伤	187
第八节 神经系统常用诊疗技术及护理	199

第四章 肿瘤病人的护理.....	204
第一节 概述.....	204
第二节 甲状腺肿瘤.....	211
第三节 乳房肿瘤.....	213
第四节 肺癌.....	222
第五节 食管癌.....	227
第六节 胃癌.....	233
第七节 大肠癌.....	238
第八节 原发性肝癌.....	246
第九节 胰腺肿瘤和壶腹周围癌.....	252
第十节 泌尿及男性生殖系统肿瘤.....	256
第十一节 骨肿瘤.....	263
第十二节 颅内肿瘤.....	270
第十三节 白血病.....	272
参考文献.....	286

第一章

外科感染及皮肤疾病病人的护理

外科感染是指需要手术治疗的感染性疾病及与损伤、手术、器械检查、静脉置管等有关感染,占外科疾病的1/3~2/3。

外科感染的特点:①为多种细菌尤其是需氧菌与厌氧菌引起的混合感染;②多数病人有明显而突出的局部表现,可引起化脓及组织坏死;③常需手术或换药处理;④愈合后可留有瘢痕,严重瘢痕会影响功能。

皮肤是人体的第一道屏障,能接受来自外界的各种刺激,并具有吸收、分泌、排泄和保护等功能。各种体内和体外因素都可导致皮肤疾病,出现原发和继发性损害。因此,各种皮肤病不仅是外界刺激引起的局部表现,也有某些体内器官和人体机能的病理改变引起的局部表现。

第一节 外科感染概述

【分类】

1. 按致病菌种类和病变性质分类

(1)非特异性感染 非特异性感染又称化脓性感染,由化脓性致病菌引起,外科感染大多数属于此类。同一种致病菌可引起几种不同的化脓性感染,几种致病菌也可引起同一种感染性疾病(表1-1)。病变通常先有急性炎症反应,继而形成局部化脓。其临床表现、处理原则、护理措施基本相同。

(2)特异性感染 特异性感染是指由特异的致病菌如结核杆菌、破伤风梭菌、产气荚膜杆菌、炭疽杆菌等引起的感染。一种致病菌只能引起一种特定的感染性疾病,其发病过程、临床表现、处理原则及护理措施各不相同。

2. 按感染病程分类

(1)急性感染 病程在3周内。

(2)慢性感染 病程超过2个月。

(3)亚急性感染 病程在3周至2个月之间。

3. 按感染发生条件分类

(1)机会感染 机会感染又称条件性感染,指在人体局部或全身抵抗力下降时,由非致病菌或致病力弱的病原菌所引起的感染。

(2)二重感染 二重感染又称重复感染。指在一种感染的过程中又发生另一种微生物感染,通常由于长期应用广谱抗菌药物使体内致病菌群发生了改变,某些耐药菌或原本对身体无害的寄生菌可大量繁殖而引起感染,因此也称菌群失调症。

(3)院内感染 院内感染又称医源性感染。指病人在医院内因致病微生物侵入机体而引起的感染。

表 1-1 化脓性感染常见致病菌及临床特点

致病菌	临床特点
金黄色葡萄球菌,常存在于鼻、咽部黏膜及皮肤上	可引起疖、痈、淋巴结炎、脓肿、骨髓炎、脓毒症等。感染容易局限,脓液稠厚、黄色、无臭
溶血性链球菌,多寄生在口咽、鼻腔黏膜及皮肤上	可以起蜂窝织炎、丹毒、淋巴管炎、脓毒症等。感染容易扩散,脓液稀薄、量大、淡红色
大肠埃希菌(大肠杆菌),寄居在结肠内	可引起尿路感染、胆道感染、腹膜炎、阑尾炎、胃肠手术后感染、脓毒症等。常与厌氧菌混合感染,脓液稠厚、灰白色、粪臭或恶臭味
铜绿假单胞菌(绿脓杆菌),常存在于肠腔内和潮湿的皮肤皱折处	常引起大面积烧伤创面感染、脓毒症、尿路感染等,对大多数抗菌药物不敏感。脓液淡绿色,有特殊的甜腥臭味
脆弱拟杆菌,常存在于口腔、结肠和生殖道内	常与其他厌氧菌或需氧菌协同引起混合感染,可引起腹膜炎、胃肠手术后感染、脓毒症、静脉炎等。脓液恶臭味,有产气性
变形杆菌,常存在于肠道和尿道内	多与其他致病菌混合感染,可引起大面积烧伤创面感染、腹膜炎、尿路感染等。脓液有特殊恶臭味

【病因及发病机制】

外科感染是由外界致病微生物入侵人体所致。但原居于人体内的一些非致病菌或致病力较弱的细菌,在人体抵抗力降低的情况下,如手术创伤、侵入性器械检查、应用抗肿瘤药物或免疫抑制剂等,亦可引起感染。

1. 致病菌的侵入及其致病因素

(1)黏附因子及荚膜、微荚膜 病菌可产生黏附因子,其有利于病菌黏附和侵入于人体组织。有些病菌具有荚膜或微荚膜,能抗拒吞噬细胞的吞噬或杀菌作用而在组织内存繁殖,并导致组织细胞损伤。

(2)病菌毒素 病菌可释放多种胞外酶、外毒素和内毒素,统称病菌毒素。这些毒素具

有导致感染扩散、破坏组织结构、造成细胞损害的作用,是引起临床症状和体征的重要因素。

(3) 病菌的数量与增殖速度 侵入人体组织的病菌数量越多,导致感染的概率越高。人体在健康状态下,若污染伤口内的细菌数目低于 10^5 ,发生感染的概率较小;若细菌数目在短时间内迅速增殖,则容易引起感染。

2. 机体的易感性 正常情况下,人体存在天然的和获得的感染防御机制,当某些局部或全身因素导致这些防御机制受损时,则可能发生感染。

(1) 局部因素 ①皮肤或黏膜破损,如开放性创伤、烧伤、胃肠穿孔、手术、组织穿刺等;②体内管腔阻塞,如肠梗阻、阑尾腔梗阻、胆道梗阻、尿路梗阻、乳腺导管阻塞等;③血管或体腔内留置导管,如静脉导管、脑室引流管等;④局部血供障碍或积液,如血栓闭塞性脉管炎、大隐静脉曲张、切口积液、压疮等;⑤局部异物残留,如内固定器材、假体植入、外伤性异物等。

(2) 全身因素 ①严重创伤或休克、糖尿病、尿毒症、肝功能障碍等;②长期使用肾上腺皮质激素、抗肿瘤的化学药物和放射治疗;③严重营养不良、低蛋白血症、白血病或白细胞减少等;④先天性或获得性免疫缺陷综合征。

【病理生理】

1. 感染后的炎症反应 病菌入侵人体后,可引起局部和全身炎症反应。病菌可产生多种酶和毒素,激活凝血、补体、激肽系统和巨噬细胞等,导致炎症介质生成;组织细胞释放的组胺、激肽和血管活性物质等使毛细血管扩张和通透性增加,血浆蛋白渗出、白细胞游出血管外、吞噬细胞进入感染部位等。渗出液中的抗体与病菌表面抗原结合,激活补体,参与炎症反应。炎症反应的结果使感染局限并清除入侵的病菌,同时也引起局部的红、肿、热、痛等特征性症状。部分炎症介质、细胞因子和病菌毒素等,可引起发热、脉快、呼吸急促、白细胞升高等全身炎症反应表现。

2. 感染的转归 感染的病程演变与结局受病菌的致病性、机体的抵抗力、治疗措施和护理措施的及时性、有效性等诸多因素的影响。

(1) 炎症局限 当人体抵抗力较强、治疗及时和有效时,炎症可被吸收、局限或形成局部脓肿。小脓肿可自行吸收;较大脓肿可破溃或经手术切开引流后肉芽组织逐渐生长,形成瘢痕而痊愈。

(2) 炎症扩散 当病菌数目多、毒性大或(和)人体抵抗力较弱时,感染难以控制并向感染灶周围或经淋巴、血液途径迅速扩散,引起脓毒症或菌血症,严重者可危及生命。

(3) 转为慢性炎症 当人体抵抗力与病菌毒力处于相持状态时,感染灶可被局限,但其内仍有致病菌;组织炎症持续存在,局部中性粒细胞浸润减少、成纤维细胞和纤维细胞增加,感染被纤维瘢痕组织包围而转为慢性炎症。一旦人体抵抗力下降,病菌可再次繁殖,慢性炎症又重新演变为急性炎症。

【临床表现】

1. 症状和体征

(1) 局部症状 急性者感染局部呈现红、肿、热、痛和功能障碍等炎症表现;浅部脓肿

形成时,局部可触及波动感;深部脓肿穿刺可抽出脓液。慢性感染可表现肿胀或硬结,红、热较轻。

(2)全身症状 轻者无全身症状;重者可出现畏寒、发热、头痛、全身不适、乏力、食欲减退、脉快等表现。病程较长时,可出现水、电解质平衡失调,消瘦、贫血、低蛋白血症,严重者可发生感染性休克和多器官功能障碍综合征。

(3)特异性表现 特异性感染的病人可因致病菌不同而出现各自特殊的症状和体征。如破伤风病人可表现为肌肉强直性痉挛;气性坏疽和其他产气菌引起的蜂窝织炎可出现皮下捻发音等。

【辅助检查】

1. 血常规检查 白细胞计数和中性粒细胞的比例增高,可有明显的核左移或出现中毒颗粒;严重感染时可有白细胞计数减少,表示机体功能衰竭,病情严重。

2. 细菌学检查 取伤口脓液、渗出液或穿刺抽取脓液,做涂片染色镜检或送细菌培养及药敏试验,可明确致病菌种类及指导用药。

3. 影像学检查 B超检查可用于探测肝、胆、胰、肾等器官的感染病灶及腹腔、胸腔、关节等部位有无积液;X射线摄片、CT、MRI等也有助于胸部、腹部、骨关节等处感染的诊断。

【治疗要点】

清除感染病因和毒性物质(脓液、坏死组织等),消灭病菌或控制病菌生长,增强人体的抗感染和修复能力。

1. 局部治疗 早期可采取患部制动、抬高患肢、外敷药物、热敷或其他物理疗法,以促进炎症消散。若局部形成脓肿或局部感染严重引起全身感染时,应行脓肿切开引流、处理感染病灶或切除感染器官。

2. 全身治疗

(1)应用抗菌药物 严重感染者应分次静脉给药;早期可根据感染部位、临床表现及脓液性状等估计病原菌的种类,选用适当的抗菌药物;当获得细菌培养和药物敏感试验结果后,应根据检查结果选用有效抗菌药物。

(2)支持疗法 提供高营养饮食,不能进食者行肠内或肠外营养;输液,维持水电解质和酸碱平衡;严重感染者可输注血浆、人体白蛋白、丙种球蛋白或多次少量输注新鲜全血等。

(3)中医中药 感染急性期过后,可采用中医中药疗法,促进机体康复。

3. 对症处理 如全身中毒症状严重者,在大剂量应用抗生素的同时,可考虑短期使用肾上腺皮质激素,以改善病人的一般情况,减轻中毒症状;出现感染性休克者,应给予抗休克治疗;高热者给予物理或药物降温;体温过低者给予保暖;疼痛剧烈者给予止痛药物;抽搐者给予镇静解痉药物等;合并糖尿病者给降糖药物控制血糖。

【护理评估】

1. 健康史 了解有无损伤、手术、休克、糖尿病、营养不良、癌症、应用免疫抑制剂或糖皮质激素等造成机体抵抗力下降因素;了解病人的主要痛苦,发病时间、发展过程及治疗

情况等。

2. 身体状况 了解局部有无红、肿、热、痛、功能障碍等急性感染症状;检查局部有无皮肤黏膜破损、分泌物或脓肿等。了解病人有无畏寒、发热、头痛、乏力、食欲减退等全身中毒症状;测量体温、脉搏、呼吸、血压,观察意识、尿量等,注意有无全身感染、感染性休克、重要器官功能障碍等表现;检查有无消瘦、贫血、水肿等慢性消耗症状。对特异性感染病人的身体状况进行评估。

3. 心理-社会评估 了解病人对感染的认识,对治疗和预后的知晓程度;心理承受能力、家庭经济状况等。轻症病人心理反应可能不明显,病程较长或病情严重的病人常有焦虑、恐惧等心理反应。

【主要护理诊断/问题】

1. 体温过高 与感染有关。
2. 疼痛 与炎症刺激有关。
3. 营养失调:低于机体需要量 与感染后摄入减少、分解代谢增强有关。
4. 潜在并发症 脓毒症、感染性休克、多器官功能障碍综合征等。

【护理措施】

1. 局部治疗的护理

(1) 抬高患肢、局部制动 抬高患肢和局部制动可促进静脉和淋巴回流,减轻局部肿胀和疼痛,有利于炎症局限。

(2) 局部理疗 理疗可促进血液循环,减少渗出,消除肿胀,减轻疼痛,促进炎症的吸收和消退,或使感染局限,形成脓肿,防止扩散。遵医嘱使用红外线、超短波理疗仪器理疗,或采用质量分数为 50% 硫酸镁溶液湿热敷。

(3) 药物外敷 浅部感染早期可局部涂搽聚维酮碘或外敷鱼石脂软膏,也可将新鲜蒲公英、紫花地丁、败酱草、马齿苋等捣烂外敷,以促进炎症消退或局限。

(4) 配合手术 手术前向病人说明手术的必要性,指导病人配合术前准备;对严重感染者,术前应遵医嘱纠正营养状况、水电解质和酸碱平衡失调或感染性休克等;根据手术部位、大小、性质等做好各项准备工作。手术后,对脓肿引流者应按时换药或做好引流管护理;对感染器官切除或病灶清除者,应根据手术部位做好相关护理。

2. 全身治疗的护理

(1) 合理应用抗菌药物 应用抗菌药物是治疗感染的重要措施。用药前应了解病人有无药物过敏史;按要求做抗生素过敏试验;严重感染者抗菌药物应有计划地分次静脉给药;多种抗菌药物联合应用时应注意配伍禁忌;告知病人一般在症状消失、体温恢复正常后 3~4 d 停药,严重感染者在体温正常后继续用药 1~2 周;观察抗菌药物的疗效和不良反应,一旦发现用药无效或有不良反应症状,应及时报告医生,并协助处理。

(2) 加强支持疗法 目的是提高病人机体抵御感染的能力,促进机体损伤组织的修复。指导病人充分休息;提供高热量、高蛋白、易消化的饮食,补充维生素,鼓励病人多饮水,必要时遵医嘱行肠内或肠外营养;遵医嘱补充液体,输注血浆、人体白蛋白、丙种球蛋白

白、新鲜全血等。

(3)做好对症护理 如全身中毒症状严重者遵医嘱给予肾上腺皮质激素;高热者应给予冷敷、冰袋或酒精擦浴,遵医嘱使用退热药,去除过分厚重的衣被以助散热,减少身体的消耗;退热后如出汗过多,及时更换衣服,防止感冒;疼痛剧烈、烦躁不安或抽搐者,遵医嘱给予止痛、镇静和解痉药物等。

3. 观察病情变化 严重感染者,应密切观察生命体征、意识、尿量及病变局部情况的变化,一旦发现异常,应及时通知医生,以及早诊断和处理脓毒症、感染性休克、多器官功能障碍综合征等并发症。

4. 采集和留置标本 对手术或换药时采集的脓液标本,应及时送细菌培养和药物敏感试验。若做血液细菌培养及药物敏感试验,最好在寒战、发热时采血,以提高阳性率;在静脉注射抗菌药物时不宜采血做此项检查,因此时容易出现阴性结果。做厌氧菌培养时,应立即将标本注入特别培养器皿中送检。

【健康教育】

教育人们注意个人卫生和环境卫生,减少感染来源;做好劳动保护,预防或及时正确处理创伤;加强营养,锻炼身体,增强机体抵抗力;身体出现感染灶或不明原因的发热、局部疼痛时,应及时到医院诊治;感染恢复期应摄入高营养饮食,进行功能锻炼,以促进早日康复。

第二节 浅部软组织化脓性感染

一、疖

疖是单个毛囊及其所属皮脂腺的急性化脓性感染,致病菌多为金黄色葡萄球菌。疖常发生于毛囊和皮脂腺丰富的部位,如头、面、颈、腋部、腹股沟部、会阴部和小腿等。多个疖同时或反复发生在身体各部,称为疖病,多见于营养不良的小儿或糖尿病患者。疖多发生于炎热的夏季,高温、潮湿、多汗容易使病原菌侵入皮肤。皮肤不清洁是一个重要因素。

【临床表现】

初起为红、肿、热、痛的小硬结,逐渐增大呈现锥形隆起。数天后,硬结中央组织坏死变软、液化,顶部出现黄白色小脓栓。脓栓破溃后,脓液流出,疼痛立即减轻,红肿渐渐消退,炎症逐渐消退而痊愈。疖一般不伴有全身症状,较大的疖偶尔可致全身不适、发热、乏力等症状。但发生于面部危险三角区的疖,如受挤压或处理不当,感染可沿内眦静脉和眼静脉逆行进入颅内海绵窦,引起颅内化脓性海绵状静脉窦炎,表现为眼部及周围组织红肿、疼痛,并有头痛、寒战、高热,甚至昏迷而危及生命。

【辅助检查】

①血常规检查:严重者白细胞计数和中性粒细比例升高。②细菌学检查:脓液细菌培养和药物敏感试验,不但可明确致病菌的种类,还可指导抗菌药物的选用。

【治疗要点】

1. 局部治疗 早期仅有红肿时可外涂碘伏,外敷鱼石脂软膏或中草药,局部进行热敷或红外线、超短波等物理治疗,促进炎症消退。出现脓头时,可在其顶部点涂苯酚(石炭酸)。也可用针尖将脓栓剥除,以促进脓液的排出。有波动感时,应及时切开引流。发生在口鼻“危险三角区”内的疖,切勿挤压,以防炎症扩散至颅内,应避免切开。在保守治疗无效时,方才手术切开引流。

2. 全身治疗 有全身症状或多发疖肿,感染严重者,给予足量的抗生素。有贫血或合并糖尿病者,同时治疗贫血或糖尿病。

【主要护理诊断/问题】

1. 疼痛 与炎症刺激有关。
2. 体温过高 与感染有关。
3. 潜在并发症 脓毒症等。
4. 知识缺乏 缺乏疖的预防知识。

【护理措施】

1. 配合治疗 遵医嘱给病人外用药物、理疗、应用抗生素等。脓肿形成后,做好切开引流准备,切开引流后,应及时换药,促进伤口愈合。

2. 病人的教育 指导病人注意休息、多饮水、摄入高营养饮食。注意皮肤卫生,禁食辛辣刺激性食物及酒类。告知病人避免挤压疖肿,尤其面部“危险三角区”的疖,还应少说话、进软食,以防感染扩散引起颅内海绵状静脉窦炎。

二、痈

痈为多个相邻的毛囊及其所属皮脂腺或汗腺的急性化脓性感染,可由多个疖融合而成,致病菌主要为金黄色葡萄球菌。痈多见于成年人,尤其糖尿病及免疫力低下的病人。好发于颈部、背部等皮肤韧厚的部位。感染常从一个毛囊底部开始,沿皮下深筋膜向四周扩散,再向上侵及周围的毛囊群,形成多个“脓头”。

【临床表现】

早期局部呈紫红色炎性浸润,略隆起,质硬,界限不清,表面有几个凸出点或脓点,疼痛较轻(与颈背部皮肤的敏感性有关);随着病情发展,皮肤肿硬范围增大,脓点增大增多,中央部为紫褐色凹陷,破溃后呈蜂窝状如同“火山口”状,其内含坏死组织和脓液,疼