

高等医学专科学校、高等职业技术学院、高等成人教育学院配套教材

供护理专业使用

外科护理技术操作教程

主编 郑增民 秦志聪

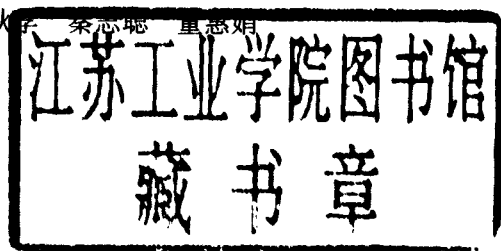
6-43

安徽科学技术出版社

高等医学专科学校、
高等职业技术学院、高等成人教育学院配套教材
供护理专业使用

外科护理技术操作教程

主 编 郑增民 秦志聪
主 审 孔繁之
副主编 林惠民 黄秋学 刘英明
编 委 (以姓氏笔画为序)
孔繁之 刘英明 任秀敏 李宗富
陈建国 郑增民 郑云生 郑谊军
林惠民 黄秋学 秦志聪 董惠娟
绘 图 孟庆存



安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

外科护理技术操作教程/郑增民,秦志聪主编. —合肥:
安徽科学技术出版社,2002
ISBN 7-5337-2422-4

I. 外… II. ①郑…②秦… III. 外科护理-专业学校-教材 IV. R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2001)第 073401 号

*

安徽科学技术出版社出版
(合肥市跃进路 1 号新闻出版大厦)

邮政编码:230063

电话号码:(0551)2825419

新华书店经销 合肥义兴印刷厂印刷

*

开本:787×1092 1/16 印张:10.75 字数:240 千

2002 年 6 月第 1 版 2002 年 6 月第 1 次印刷

印数:3 000

ISBN 7-5337-2422-4/R·420 定价:13.00 元

(本书如有倒装、缺页等问题,请向本社发行科调换)

前 言

近年来随着护理理论和实践的发展,以生物、心理、社会医学为基础,以病人为中心的护理模式已基本建立,并广泛应用于临床。为使护理教育更好地适应社会需求,全国许多医学院校组织编写了多种护理学教材,在培养高质量护理人才方面发挥了巨大作用。但是,为了避免教材中理论知识的“偏多、偏深、偏难”之不足,我们编写了这本《外科护理技术操作教程》,作为全国高职、高专、成教学校的配套教材。本书在编写时力争做到“少而精”,内容上言简意赅,突出护理工作的重点内容。并且力求文字通俗易懂。

本书各章(节)内容分为概述、护理操作要点和健康教育及康复指导三大部分。

其中“概述”部分对外科疾病的基本概念、病因或分类、主要临床症状、体征、诊断要点和治疗原则等做了简要介绍。

“护理操作要点”是本书的重点内容。按护理程序比较详尽地列述了各种疾病在医治过程中的护理操作步骤、方法和注意点,条理清楚,而且许多操作附有相应的插图,图文并茂,尽量使读者阅后一目了然。

“健康教育及康复指导”部分列举了外科各种疾病的康复措施和预防方法等。

该书主要供高等医学专科学校、高等职业技术学院、成教学院和护理学院的护理专业学生使用,也可作为医院各级护理人员的参考书。

由于编者水平有限,编写时间又较仓促,书中不妥之处在所难免,恳请广大师生和读者不吝指正!

孔繁之

2001年3月

目 录

第一章 水、电解质和酸碱平衡失调病人的护理	1
第二章 外科休克病人的护理	5
第三章 外科感染病人的护理	8
第一节 外科感染	8
第二节 软组织的急性化脓性感染	8
第三节 败血症和脓血症	11
第四节 破伤风	12
第五节 气性坏疽	13
第四章 外科围手术期病人的护理	14
第一节 手术前准备和护理	14
第二节 手术后护理	16
第五章 手术室工作	19
第六章 麻醉病人的护理	26
第一节 麻醉后的监测与护理	26
第二节 全身麻醉的护理	27
第三节 椎管内麻醉的护理	28
第七章 心跳、呼吸骤停病人的抢救与护理	29
第八章 损伤病人的护理	34
第一节 机械性损伤的护理	34
第二节 换药	36
第三节 绷带包扎法	38
第四节 烧伤的护理	41
第五节 整形术后病人的护理	45
第九章 外科病人的营养支持	47
第十章 多系统器官衰竭病人的护理	50
第一节 急性肾功能衰竭	50
第二节 成人呼吸窘迫综合征	52
第十一章 颅脑损伤病人的护理	54
第十二章 颅内高压病人的护理	57
第十三章 颅脑、椎管脊髓外科疾病的护理	59
第十四章 甲状腺疾病病人的护理	61
第十五章 乳房疾病病人的护理	63
第一节 急性乳房炎病人的护理	63
第二节 乳癌病人的护理	64
第十六章 胸部疾病病人的护理	67
第一节 胸部损伤病人的护理	67

第二节	脓胸病人的护理	72
第三节	肺癌病人的护理	74
第四节	食管癌病人的护理	76
第十七章	心血管疾病病人的护理	79
第一节	先天性心脏病病人的护理	79
第二节	瓣膜病变病人的护理	82
第三节	冠状动脉粥样硬化性心脏病病人的护理	86
第十八章	腹部损伤和急性腹膜炎病人的护理	88
第一节	腹部损伤病人的护理	88
第二节	急性腹膜炎病人的护理	89
第三节	胃肠减压的护理	91
第十九章	腹外疝病人的护理	93
第二十章	胃、十二指肠疾病病人的护理	95
第一节	胃、十二指肠溃疡病外科治疗的护理	95
第二节	胃癌病人的护理	99
第二十一章	肠梗阻病人的护理	100
第二十二章	直肠及肛门疾病病人的护理	103
第一节	结肠、直肠癌	103
第二节	直肠及肛门其他疾病	105
第二十三章	阑尾炎病人的护理	110
第二十四章	肝、胆外科疾病病人的护理	112
第一节	肝外科疾病病人的护理	112
第二节	胆道疾病病人的护理	117
第二十五章	急性胰腺炎病人的护理	126
第二十六章	内镜在胆道疾病中的应用及其护理要点	129
第一节	纤维胆道镜	129
第二节	十二指肠镜	129
第三节	电视腹腔镜	130
第二十七章	泌尿及男性生殖系统疾病病人的护理	131
第一节	泌尿系损伤病人的护理	131
第二节	尿石症病人的护理	135
第三节	泌尿、男性生殖系统结核病人的护理	137
第四节	尿路梗阻病人的护理	139
第五节	泌尿系肿瘤病人的护理	143
第六节	肾移植病人的护理	145
第二十八章	骨与关节疾病病人的护理	148
第一节	骨折概论	148
第二节	骨关节疾病病人的护理	156
第三节	颈肩痛和腰腿痛病人的护理	159
第四节	断肢(指)再植病人的护理	162
第五节	骨科外固定病人的护理	163

第一章 水、电解质和酸碱平衡失调病人的护理

[概述]

人体组织细胞的正常代谢要求体液相对稳定。成年人男性体液总量约占体重的60%，女性约占55%。其中细胞内液约占体重的40%，细胞外液约占20%。细胞外液中组织液约占体重的15%，血浆约占5%。

体液的主要成分是水 and 电解质。钠、钾、氯、钙、磷、镁等电解质对维持细胞的渗透压、体液的酸碱平衡具有重要作用。

正常成人水分每日出入量约为2500 ml，以维持动态平衡。电解质从食物中摄取，主要由肾脏排出。细胞外液中主要阳离子是 Na^+ ，主要阴离子是 Cl^- 、 HCO_3^- 和蛋白质；细胞内液中主要阳离子是 K^+ 、 Mg^{2+} ，主要阴离子是 HPO_4^{2-} 和蛋白质。维持体液平衡的电解质是 Na^+ 和 K^+ 。

(一) 水、电解质平衡失调的类型

水、电解质平衡失调有以下几种类型：

1. 等渗性脱水：钠和水等比例丢失，血清钠和细胞外液渗透压仍在正常范围内。这种脱水的病因常见于大量呕吐、肠痿、肠梗阻和大面积烧伤等。临床表现可有少尿、皮肤干燥松弛、乏力、口渴和恶心。严重者可出现心跳加快、血压下降，甚至发生低血容量休克。

2. 低渗性脱水：失水少于失钠。血清钠及细胞外液渗透压均低于正常范围。血清钠低于135 mmol/L，血浆渗透压低于290 mmol/L。这种脱水常见于反复呕吐、腹泻、大面积烧伤而导致创面渗液和应用排钠利尿剂而未补入适量钠盐。主要临床症状有头晕、恶心、呕吐、乏力。严重者可有脉搏细速、血压下降、神志淡漠、尿少、腓肠肌痉挛性疼痛，甚至昏迷、休克。

3. 高渗性脱水：缺水大于缺钠。血清钠大于150 mmol/L。病因多为水分摄入不足或丢失过多。如大量出汗、糖尿病昏迷、危重病人补水不足等。主要临床症状有口渴、乏力、尿少且尿比重高、皮肤干燥且弹性减退、眼窝内陷等。严重者可出现狂躁、幻觉、抽搐、神志不清甚至昏迷或血压下降、休克。三种类型脱水的体液容量变化见图1-1。

(二) 血钾异常

1. 低钾血症：血清钾低于3.5 mmol/L时称为低钾血症。常见原因有禁食或进食不足引起钾摄入不足；呕吐、腹泻、持续胃肠减压、长期应用利尿剂等使钾丢失过多；碱中毒时钾排出较多以及大量注射葡萄糖溶液时钾转入细胞内等。低钾血症的主要临床症状有肌无力、恶心、呕吐、腹胀、肠麻痹以及心律失常等，心电图检查可见T波低平、变宽、双相或倒置，ST段降低等变化。

2. 高钾血症：血清钾高于5.5 mmol/L时称为高钾血症。常见原因有肾功能不全（急性肾衰）时钾排出障碍；进入体内钾增多，如摄入钾过多以及酸中毒时钾排出减少

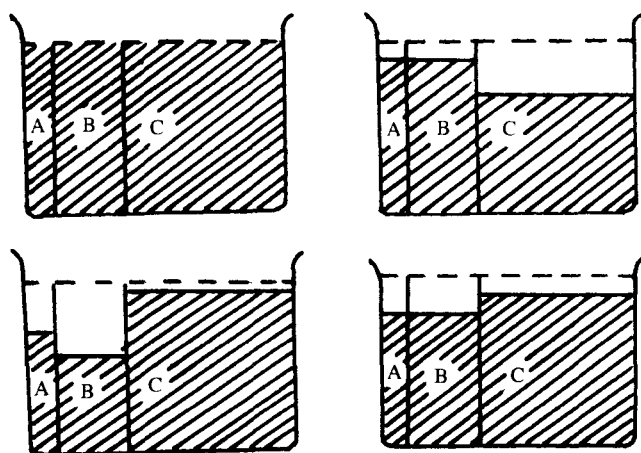


图 1-1 三种类型脱水的体液容量变化示意图

A. 血浆容量 B. 组织液容量 C. 细胞内液容量

等。高钾血症的主要临床症状有神志淡漠、感觉异常和四肢软弱等。重症有皮肤苍白、湿冷，血压早期升高、晚期降低，心电图检查可有 T 波高尖、QT 间期延长等。

(三) 血钙、血镁异常

1. 低钙血症：血清钙低于 2.0 mmol/L 称为低钙血症。低钙血症的原因有甲状旁腺损伤、急性坏死性胰腺炎、胰或小肠痿、肾功能衰竭及大量输血等。低钙血症的主要临床表现是神经肌肉兴奋性增强引起的手足搐搦、口周麻木等。体检可见：耳前叩击试验(Chvostek 征)和束臂试验(Trousseau 征)阳性、腱反射亢进等。

2. 镁缺乏症：血清镁低于 0.70 mmol/L 。常见原因有肠痿、慢性腹泻、大部分小肠切除术后或长期禁食而未补镁的病人。其主要临床表现有精神紧张、烦躁不安或神志不清，甚至有癫痫样发作。严重者可诱发心室纤颤。

(四) 水中毒

水中毒是指机体摄入水的总量超过排出量，使体内水分过多，导致细胞外液稀薄，从而形成低钠血症，同时，细胞外液渗入细胞内而引起细胞内水肿(图 1-2)。常见病因有心、肾或肝功能不全，水分排出障碍或输入低渗液过多、过快等。其主要临床表现有：急性者表现为头痛、精神错乱、躁动、谵妄、嗜睡、昏迷甚至出现脑疝；慢性者表现为乏力、呕吐、嗜睡、皮肤苍白而湿润和体重增加等。

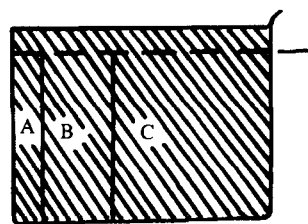


图 1-2 水中毒时体液容量示意图

A. 血浆容量 B. 组织液容量
C. 细胞内液容量

(五) 酸碱平衡失调

酸碱平衡失调的类型有五种，即代谢性酸中毒、代谢性碱中毒、呼吸性酸中毒、呼吸性碱中毒及混合性酸碱平衡失调。其中以代谢性酸中毒和呼吸性酸中毒最常见。

1. 代谢性酸中毒：其主要原因：一是体内酸性物质积聚过多，如高热、脱水、饥饿、休克等；二是体内碱性物质丢失过多，如腹泻、肠梗阻、肠痿等使碱性消化液大量丧失。代谢性酸中毒的主要临床表现是病人疲乏无力、感觉迟钝、面色潮红、嗜睡或烦

躁、血压偏低等。病人的特征性表现是呼吸深而快、呼气带有酮味、心律失常甚至休克等。

2. 代谢性碱中毒：病因多为严重呕吐、长期胃肠减压时酸性胃液丢失过多以及严重低钾血症等。其主要临床症状为谵妄、嗜睡甚至昏迷，呼吸明显变慢变浅。

3. 呼吸性酸中毒：常见病因有呼吸道梗阻、胸部外伤、肺炎和肺不张所致肺通气功能障碍，造成血液中二氧化碳分压(PCO_2)增高而致。其主要临床表现有呼吸困难、气促、呼吸不规则、发绀和烦躁或昏迷等。

4. 呼吸性碱中毒：病因多为高热、癔病、颅脑损伤和使用呼吸机不当所致。其主要临床症状有眩晕、手、足和口周有麻木和针刺感，肌肉震颤，手足抽搐等。

5. 混合性酸碱平衡失调：在临床上常有两种或两种以上类型的酸、碱中毒复合存在，形成了复合性酸、碱中毒。如休克病人因缺氧，体内乳酸积聚，产生代谢性酸中毒，当合并休克肺时又会发生呼吸性酸中毒；又如代谢性酸中毒病人如肺通气过度，又会合并呼吸性碱中毒等。

混合性酸碱中毒病情相当复杂，有关酸碱检验指标可能互相抵消而呈现正常值。往往需要做血气分析或其他特殊项目检查，并结合病史、临床表现等评估资料，才能得出准确判断。

(六) 治疗原则

总的治疗原则是积极治疗原发病，解除病因，补充循环血量和电解质，纠正酸碱平衡失调等。各具体问题的治疗原则是：①等渗性脱水宜静脉滴注平衡盐溶液或等渗盐水；②低渗性脱水者宜迅速补充血容量，纠正休克，快速静脉滴注平衡盐溶液、右旋糖酐及血浆蛋白溶液等；③高渗性脱水者宜静脉滴注5%葡萄糖溶液或低渗盐溶液；④重症低钾血症应静脉补钾，轻症则口服钾盐；⑤高钾血症应迅速静脉滴注20%葡萄糖溶液200 ml，加胰岛素12~16 U，并停用一切含钾药物，纠正心律失常，必要时进行血液透析；⑥低钙、低镁血症则应静脉补充钙、镁；⑦水中毒者应用渗透性利尿剂及血液透析；⑧代谢性酸中毒宜用碱性溶液纠正；⑨代谢性碱中毒轻症病人仅需补充等渗盐水即可纠正，重症病人宜用盐酸稀释溶液(需按公式计算)；⑩呼吸性酸中毒病人宜改善病人的肺通气功能或气管插管、应用呼吸机等；⑪呼吸性碱中毒病人宜减少 CO_2 的呼出量，静脉注射10%葡萄糖酸钙溶液，消除手足搐搦。

[护理操作要点]

1. 详细记录出入水量，列出平衡表：入水量包括喝水量、静脉补液量、输血量等；出水量包括尿、粪、呕吐物、失血、出汗、引流液以及发热、气管切开病人由皮肤、呼吸道额外丢失的体液量。及时总结24小时出入水量数据，供调整输液方案时参考。在观察记录出入水量时要重点观察尿量和尿比重，如每日尿量不少于800 ml或每小时尿量30~40 ml，并测定尿液比重为1.010~1.030，则一般表示补液量恰当。如果每小时尿量在30 ml以下，尿比重偏高，提示补液量不足；反之，则补液量过多。

2. 定期测体重：体重增减可反映水的潴留或丢失，要定期测量并记录。

3. 实验室检查：做血细胞比容及生化指标检查。如血 Na^+ 、 K^+ 、 Cl^- 、二氧化碳结合力(CO_2CP)、尿素氮(BUN)、肌酐、血气分析指标等是用于判断疗效和观察病情演变的基础指标。

4. 补液的护理：实施液体疗法一般要注意以下四个方面问题，即：缺多少补多少，缺什么补什么，怎么补和补得如何。

(1)确定补液总量：补液总量由下列三部分组成：①生理需要量即日需量。成年人为 2500 ml；②已丢失量即从发病到就诊时已经积累丢失的体液量。临床上对等渗性和高渗性脱水病人，按脱水程度(轻、中、重)估计积累失水量，如中等脱水病人，体重为 60 kg，失水量约为 $60\text{ kg} \times 5\% = 3\text{ kg}$ (3000 ml)；③继续丢失量即补液过程中仍继续丢失的体液量。它是指病人在治疗过程中发生出汗、呕吐、胃肠减压等体液丢失量。其补液原则是“丢多少补多少”。

纠正体液代谢紊乱的关键在于第 1 天的补液。即：第 1 天补液量 = 生理需要量 + 1/2 已丢失量。而第 2 天补液量 = 生理需要量 + 1/2 已丢失量(酌情调整) + 前 1 天继续丢失量。第 3 天可能只需补给生理需要量 + 前 1 天继续丢失量。以上计算补液量不可机械从事，应根据具体病情边观察边调整。

(2)补液种类：按“缺什么补什么”的原则，但要宁少勿多，以充分发挥机体的调节代偿作用。补液种类及数量从以下三方面计算：①生理需要量。成人每日需 NaCl 4~5 g, KCl 2~3 g，葡萄糖 150 g 左右。②已丢失量：按脱水性质补充。等渗性脱水补等渗液；低渗性脱水补盐水；高渗性脱水补低渗液。中、重度缺钠者可给适量高渗盐水，如 5% NaCl 溶液 200~300 ml。血容量不足或已发生休克者，应以平衡盐溶液为主进行扩容，同时要补给适量胶体溶液。有酸中毒者适当补 5% 碳酸氢钠等碱性溶液。缺钾、缺钙、缺镁者可分别补给 10% 氯化钾、10% 葡萄糖酸钙、10%~25% 硫酸镁。③继续丢失量。在输液治疗过程中，如仍有呕吐、腹泻、胃肠减压时，可静脉补充等量的 1:1 溶液(即 1 份 5% 或 10% 葡萄糖溶液 + 1 份等量生理盐水溶液)。

(3)补液速度：明显脱水的病人，开始输液时要快，对休克病人可进行两路液体输入，必要时加压输液或作静脉切开插管输液。待病人病情好转后再减慢速度，以免加重心脏负担。对心、肺功能障碍者，静脉滴注高渗盐水或静脉特殊用药(如钾盐、普萘洛尔、血管活性药物等)时均要控制速度，不能过快。

5. 水中毒的护理：①严密观察有无脑水肿、肺水肿症状和体征；②严格控制水的摄入量。立即停止静脉输入低渗液、清水洗胃、灌肠等。③快速静脉滴入高渗液、利尿剂，以迅速排出体内过多水分。

6. 病情监测：监测病情时要注意：①生命体征变化：神志、体温、脉搏、呼吸、血压、中心静脉压、尿量及尿比重、血气分析等；②皮肤黏膜的弹性、干湿度、温度变化，有无口唇干燥及色泽改变，以判断是否为高渗性脱水及有无周围循环障碍。

7. 治疗原发病：原发病诊断一旦确立，即应进行积极治疗，以促进各器官功能的恢复。

8. 心理护理：医务工作者要随时掌握病人的心理特点，给予病人关心、体贴和照顾。消除病人紧张、焦虑、烦躁等心理障碍，使病人树立对护理人员的信任感和对疾病治愈的信心。

(郑增民 孔繁之)

第二章 外科休克病人的护理

〔概述〕

休克是指机体受到强烈有害刺激后,有效循环血量锐减,组织血液灌流不足,导致全身细胞缺氧,进而发生代谢障碍、器官功能损害所出现的危急综合征。常见休克的分类:①低血容量性休克;②感染性休克;③心源性休克;④神经源性休克;⑤过敏性休克。其中前两种休克为外科最常见。休克的临床分期为:①微循环收缩期。患者表现烦躁不安、面色苍白、肢冷、多汗、尿少、过度换气和脉压减小等。②微循环扩张期。患者血压下降、表情淡漠、反应迟钝、发绀、呼吸急促、皮肤湿冷、脉搏快弱、尿少等典型休克表现。③微循环衰竭期。患者出现昏迷、血压不升、少尿或无尿等。休克时的微循环病理变化如图2-1所示。

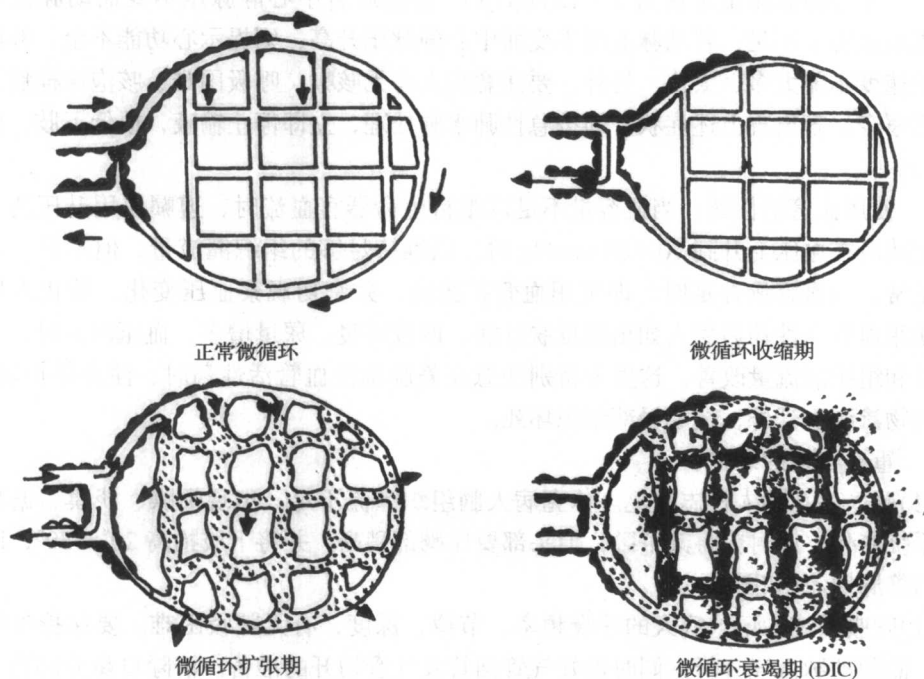


图2-1 休克的微循环变化示意图

休克病人的治疗原则是:①迅速扩容,恢复有效循环血量;②清除致病因素,维护重要器官功能;③纠正水、电解质平衡紊乱及酸中毒。

〔护理操作要点〕

1. 一般护理:①体位要平卧位或将上身、下肢适当抬高(图2-2),并应少搬动病人。②保持正常体温。对体温较低者要给予保暖,提高室温;但对感染性休克高热病人,必须采取降温措施。③吸氧。④防治感染。⑤补充葡萄糖、ATP等能量底物。

2. 补充血容量(扩容):

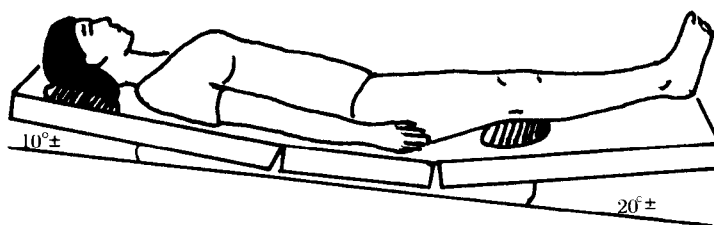


图 2-2 休克病人的体位

(1)立即建立两个以上静脉通道，保证输液畅通，迅速纠正血容量不足。扩容常用液体有：①全血或血浆是补充血容量的理想胶体液，对急性大失血、大手术、大面积烧伤等休克治疗时极为重要；②右旋糖酐；③晶体液。首选平衡盐溶液，它能起到扩充血容量，降低血液黏度，缓解酸中毒的作用。但休克期不宜用乳酸钠林格液，宜用碳酸氢钠等渗氯化钠溶液。

(2)输液量和速度：补液量和补液速度与中心静脉压有关系，故补液前后要测中心静脉压。中心静脉压正常值为 $5 \sim 15 \text{ cmH}_2\text{O}$ 。补液后若中心静脉压不变而动脉血压升高，提示血容量不足；若动脉血压不变而中心静脉压升高，则提示心功能不全，补液量和补液速度不能太多、太快。另外，要注意病人有无咳嗽、呼吸困难、咳泡沫样痰及肺底有无啰音。若出现上述症状，即按急性肺水肿处理，立即停止输液，放低下肢，使用强心药。

3. 使用血管活性药：当血容量不足以维持生命器官血流时，遵医嘱使用升压药。使用升压药后在血压上升到 $70 \sim 80 \text{ mmHg}$ 时，以维持足够的组织灌流量，但不要使血压达到正常。当血容量补足时，即可用血管扩张药，并密切观察血压变化，防止血压骤降。使用血管活性药后病人如出现皮肤红润、四肢转暖、尿量增多、血压回升时，表明微循环和组织灌流量改善。这里要特别注意在静脉滴注血管活性药时，注意保护血管，严防药物渗到血管外，造成局部组织坏死。

4. 重要器官的维护：

(1)脑：注意病人神志变化。休克病人脑组织灌流不足，出现烦躁、淡漠、谵妄等神经系统变化。此时应将其平卧，但头部要比胸部稍高，并将下肢抬高 $20^\circ \sim 30^\circ$ ，以促进颅内静脉回流(如图 2-2)。

(2)呼吸系统：记录病人的呼吸频率、节律、深度，有无呼吸困难。要保持呼吸道通畅。监测动脉血气分析。同时做好气管插管及气管切开的准备。清除口鼻分泌物。协助病人翻身、拍背，帮助痰液排出。定时做雾化吸入。

(3)心功能监测：持续心电图监测，密切注意心功能改变，发现异常时应及时报告医生处理。

(4)预防急性肾功能衰竭：病人在实施扩容后尿量仍低于每小时 30 ml ，应注意有无肾血管痉挛的因素或发生急性肾功能衰竭的可能，视情况适时使用扩血管药及利尿剂。

5. 疼痛的护理：外伤或手术后病人要给止痛药物。给药方法一般采取静脉注射。

6. 心理护理：除关心体贴病人外，还要做好家属的安慰工作。指导他们如何配合医疗和护理。保持环境安静，以利于病人休息治疗。

7. 防治原发病的护理：在抗休克中，配合治疗原发病，以尽早消除休克的致病因素。如协助处理原发病灶，尽快切除坏死组织，修补器官穿孔，控制大出血，做好术前准备等。

〔健康教育及康复指导〕

1. 创伤病人的急救与运送：对创伤病人要注意止痛、止血、保暖，有骨折时需固定，防止继续损伤。尽量保持体位平稳，不使体位变动过大。对急性大失血病人，要尽早输液扩容，防止发生休克。

2. 重视病、弱、老、幼病人的支持：对这些病人的手术，必须做好充分准备，以增强病人对手术的耐受力。

3. 预防过敏反应：使用青霉素、链霉素、普鲁卡因、破伤风抗毒素、碘造影剂等药物时，必须先做皮肤过敏试验，并准备好抢救药物，以防发生休克。

（郑谊军 郑增民 孔繁之）

第三章 外科感染病人的护理

第一节 外科感染

[概述]

感染是由致病微生物侵入人体所引起的局部组织或全身性炎症反应。外科感染一般是指需要手术治疗的感染性疾病和发生在创伤或手术后的感染。外科感染分为非特异性感染和特异性感染两大类。非特异性感染又称化脓性感染,如疖、痈、急性乳腺炎、急性阑尾炎等。特异性感染如结核病、破伤风、急性坏疽等。

外科感染的临床表现有:①局部症状,呈现红、肿、热、痛和功能障碍。浅部脓肿形成时,局部可触及波动感。②全身症状,轻者无明显症状;重者有发热、头痛、全身不适、乏力、食欲减退。病程较长者可有消瘦、贫血、水肿和低蛋白血症。③实验室检查,白细胞数增多或减少。

外科感染的治疗原则是消除感染病因和毒性物质(脓液、坏死组织等),增强人体的抗感染和修复能力。较轻或范围较小的浅部感染可外用药敷、热敷和手术治疗;感染较重或范围较大者应静脉给予抗生素治疗和全身支持治疗。必要时给予手术治疗。

[护理操作要点]

1. 休息:病人宜休息,患部制动,减轻疼痛。
2. 合理应用抗生素:根据脓液特点及血培养结果,选用有效抗生素治疗。并注意观察疗效和药物有无副作用。
3. 局部病变的处理:局部热敷、药物外敷、抬高患肢,局部脓肿形成时协助医生切开排脓(图3-1)。
4. 换药:换药时要注意伤口病理变化,保持局部清洁。
5. 物理疗法:必要时进行理疗,如红外线照射等以杀灭病菌,促进肉芽组织增生。

[健康教育及康复指导]

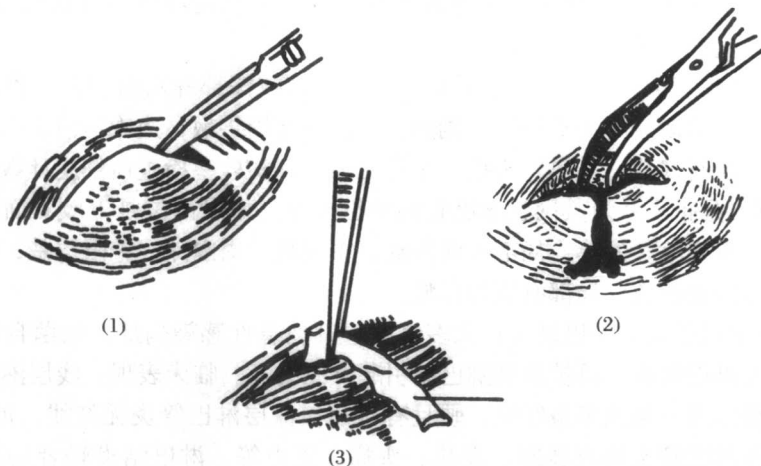
增强机体抵抗力,减少致病菌入侵机会;加强个人卫生和环境卫生,减少感染来源;做好劳动保护,预防创伤发生;医护人员在进行各种操作中应严格执行无菌技术,以减少医源性的交叉感染;定期进行预防接种,合理使用抗生素。

第二节 软组织的急性化脓性感染

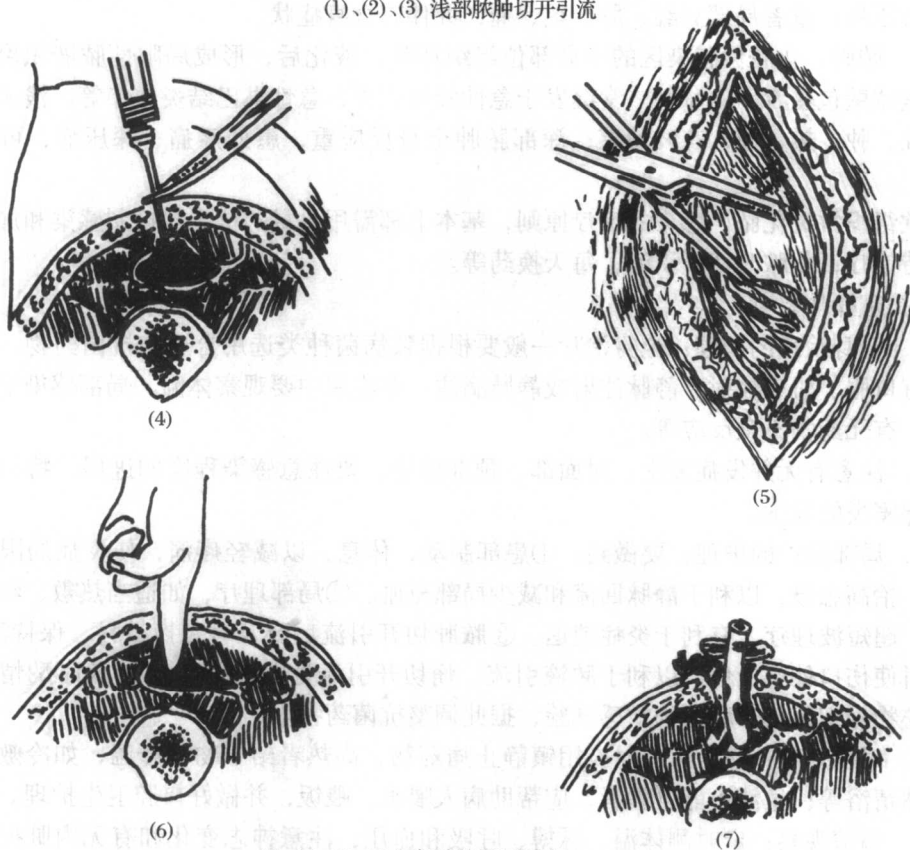
[概述]

软组织急性化脓性感染主要是指皮肤、皮下组织、淋巴管、淋巴结以及疏松结缔组织间隙处发生的化脓性感染。常见软组织的急性化脓性感染有:

1. 疖:单个毛囊及其所属皮脂腺的急性化脓性感染,常扩展到皮下组织。好发部



(1)、(2)、(3) 浅部脓肿切开引流



(4)、(5)、(6)、(7) 深部脓肿切开引流

图 3-1 脓肿切开引流

位是头、颈、面等处。多个疖同时或反复发生时称疖病。其临床表现为红、肿、热、痛的小硬结。“危险三角区”的疖受挤压时，可引起化脓性海绵窦炎。病人有寒战，高热，头痛，眼部周围组织红、肿、疼痛，重症者可昏迷，危及生命。

2. 痈：是由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或由多个疖

融合而成。常发生在颈、背部。表现为多脓头隆起炎性浸润灶，溃破后呈“火山口”状，全身中毒症状明显。

3. 急性蜂窝织炎：是指皮下、筋膜下、肌间隙或深部蜂窝组织的一种急性弥漫性化脓性感染。临床表现是局部红肿、剧痛，迅速向四周扩散，边缘不清，中央部位常有坏死。全身症状有寒战、高热、头痛、全身无力等，实验室检查白细胞计数升高。

4. 丹毒：是指皮肤及其网状淋巴管的急性炎症。好发部位是下肢和面部。临床表现：起病急，有寒战、发热。局部皮肤鲜红，中央淡，周围深，界限清楚，手指轻压可退色，但随即恢复红色。局部有烧灼样痛。

5. 急性淋巴管炎和淋巴结炎：大多继发于其他急性感染病灶。细菌自原发病灶进入淋巴管引起淋巴管炎，再扩散到淋巴结引起淋巴结炎。临床表现：浅层淋巴管炎，在原发病灶近侧出现一条或多条红线，硬且有压痛；深层淋巴管炎无红线，但患肢肿胀、有压痛。两种淋巴管炎均有畏寒、发热、头痛、乏力等。淋巴结炎轻者局部淋巴结肿大，有压痛；重者局部有红、肿、热、痛，并伴有全身症状。

6. 脓肿：化脓性感染区的中央部位组织坏死、液化后，形成局限性脓液积聚，并有完整脓壁包裹者，称脓肿。常继发于急性蜂窝织炎、急性淋巴结炎或疖等。浅表脓肿局部红、肿、热、痛，有波动感；深部脓肿全身反应重，患处疼痛、深压痛，可有肿胀等。

软组织常见化脓性感染的治疗原则，基本上都需用足量的抗生素控制感染和加强全身支持治疗；化脓时切开引流；每天换药等。

[护理操作要点]

1. 全身治疗的护理：全身治疗一般要根据致病菌种类选用合适的抗菌药物。给药途径有口服、肌肉注射、静脉注射或静脉滴注。在应用中要观察体温、局部感染情况的变化，有无药物不良反应等。

2. 注意有无并发症发生：对面部、颈部感染，要注意感染程度的进展，特别是颅内海绵窦炎的发生。

3. 局部治疗的护理：要做到：①患部制动，休息，以减轻疼痛，使炎症局限化和消肿。抬高患肢，以利于静脉回流和减少局部充血。②局部理疗，如适当热敷、红外线照射、超短波理疗，有利于炎症消退。③脓肿切开引流后要及时更换敷料，保持清洁；卧位时使伤口处于低位，以利于脓液引流。痈切开引流见图 3-2。④换药时酌情取创面分泌物做细菌培养和药物敏感试验，据此调整抗菌药物。

4. 对症处理：遵医嘱及时应用镇静止痛药物，高热者给予物理降温，如冷敷、冰袋、酒精浴等；生活不能自理者，应帮助病人喂水、喂饭，并做好口腔卫生护理。

5. 病情观察：定时测体温、脉搏、呼吸和血压；注意神志变化和有无内脏损害表现，发现异常及时报告医生。

[健康教育及康复指导]

加强保健知识宣传，结合病人本身情况，做好自我保健；面部疖肿病人不要用手挤压，防止海绵窦炎的发生；病人衣、被、床单等物品等要常消毒，预防交叉感染；教会病人处理简单的伤口等。

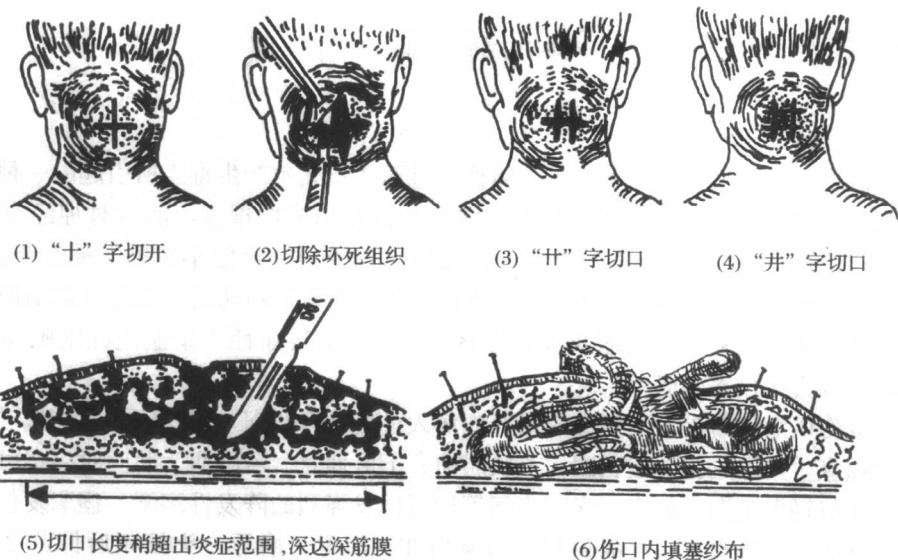


图 3-2 痈切开引流

第三节 败血症和脓血症

[概述]

败血症是指致病菌侵入血液循环并在其中迅速繁殖,产生大量毒素而引起的全身性反应。脓血症是指局部化脓性病灶的菌栓或脱落的带菌血栓间歇性地进入血液循环中,并在身体各处的组织或器官内发生转移性脓肿者。败血症和脓血症都属于全身性感染。两者常继发于严重创伤后的感染及各种化脓性感染。两者共同的临床表现是起病急、病情重、发展快、体温可达 $40^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$;头痛、头晕、恶心、呕吐、腹泻、腹胀;大量出汗、贫血、神志淡漠、谵妄或昏迷等;脉搏细速、呼吸急促或困难;肝脾肿大;严重者出现黄疸、皮下淤斑;白细胞计数明显增高,核左移,有毒性颗粒;甚至发生休克等。败血症和脓血症的治疗原则是大剂量应用抗菌药物,控制感染;及时处理原发病灶;给予全身支持治疗,增强病人的抵抗能力;对症处理,预防并发症等。

[护理操作要点]

1. 局部治疗护理:患部制动、休息、药物外敷、物理治疗等。
2. 全身治疗的护理:主要是充分了解抗生素的性状、使用方法及不良反应等。
 - ①根据临床特点、脓液性质估计致病菌种类,选择合适的抗菌药物;
 - ②根据脓液或血液培养及药物敏感试验,选择有效的抗菌药物;
 - ③能使用窄谱有效的抗生素,尽量不用广谱抗生素;
 - ④对于病情严重者,应早期、足量、联合使用抗生素,但要注意发生二重感染;
 - ⑤预防和观察不良反应,如过敏反应和毒性反应等。
3. 对症护理:注意纠正水、电解质平衡紊乱,供给足量热量和维生素;遵医嘱应用止痛药物;高热者进行物理降温等。