

Contemporary Clinical Medicine Series

当代临床医学丛书

外科学分册

主 编 张云峰 杨晋杰

中医古籍出版社

当代临床医学丛书

外科学分册

《当代临床医学丛书》编委会 编

本册主编:张云峰 杨晋杰

中医古籍出版社

图书在版编目(CIP)数据

当代临床医学丛书.外科学分册/《当代临床医学丛书》

编委会编.-北京:中医古籍出版社,2008.12

ISBN 978-7-80174-685-6

I.当… II.当… III.①临床医学②外科学

IV.R4 R6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 209743 号

当代临床医学丛书

——外科学分册

《当代临床医学丛书》编委会 编

责任编辑 孙志波

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京市东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 北京北方印刷厂印刷

开 本 850mm×1168mm 1/32

印 张 157

字 数 3916.8 千字

版 次 2008 年 12 月第 1 版 2008 年 12 月第 1 次印刷

标准书号 ISBN 978-7-80174-685-6

总 定 价 500.00 元(全 10 册)

目 录

第一章 外科感染	(1)
第一节 外科软组织感染	(1)
第二节 手部急性化脓性感染	(6)
第三节 全身化脓性感染	(8)
第四节 外科特异性感染	(10)
第二章 水、电解质代谢紊乱和酸碱平衡失调	(15)
第一节 水和电解质平衡紊乱	(15)
第二节 酸碱平衡失调	(23)
第三章 外科创伤与营养	(31)
第一节 创伤后内分泌变化及其代谢影响	(31)
第二节 饥饿对代谢的影响	(35)
第三节 麻醉对应激反应和代谢的影响	(36)
第四节 愈合与营养	(40)
第五节 外科营养的重要性	(46)
第六节 影响营养的代谢因素	(51)
第七节 营养状态判断	(53)
第八节 胃肠外营养的种类	(54)
第九节 胃肠外营养的指征	(55)
第十节 静脉用营养制剂	(55)

第十一节	营养素的需要量	(57)
第十二节	胃肠外营养的实施	(59)
第十三节	胃肠外营养的并发症	(61)
第十四节	胃肠外营养的监测	(64)
第十五节	胃肠外营养的组织和护理	(65)
第四章	输血反应及其并发症	(67)
第一节	非溶血性发热反应	(67)
第二节	过敏反应	(67)
第三节	急性溶血反应	(68)
第四节	迟发性溶血反应	(69)
第五节	细菌污染反应	(70)
第六节	循环负荷过重	(71)
第七节	酸碱平衡失调	(72)
第八节	出血倾向	(72)
第五章	外科休克	(75)
第一节	失血失液性休克	(76)
第二节	创伤性休克	(79)
第三节	感染性休克	(80)
第六章	器官功能衰竭及多器官功能障碍综合征	(91)
第一节	急性肾衰竭	(91)
第二节	急性呼吸窘迫综合征	(94)
第三节	急性肝功能衰竭	(96)
第四节	应激性胃黏膜病变	(98)
第五节	急性弥散性血管内凝血	(99)

第六节 多器官功能障碍综合征	(102)
第七章 血流动力学监测	(105)
第八章 危重病人的氧输送和氧耗问题	(111)
第九章 ICU 病人的营养	(119)
第一节 营养概述	(119)
第二节 饥饿及应激状态下的代谢变化	(120)
第三节 外科营养支持的重要性	(125)
第十章 颈部常见疾病和创伤	(132)
第一节 甲状腺疾病	(132)
第二节 颈部肿瘤	(145)
第三节 颈部创伤处理特点	(149)
第十一章 甲状腺与甲状旁腺疾病	(152)
第一节 亚急性非化脓性甲状腺炎	(152)
第二节 慢性淋巴细胞性甲状腺炎(桥本病)	(153)
第三节 结节性甲状腺肿	(155)
第四节 甲状腺腺瘤	(156)
第五节 甲状腺癌	(157)
第六节 甲状腺功能亢进	(161)
第七节 甲状腺舌管囊肿	(166)
第八节 原发性甲状旁腺功能亢进症	(167)
第九节 颈动脉体瘤	(169)
第十节 颈部淋巴结结核	(171)

第十二章	乳腺疾病	(175)
第一节	解剖生理概要	(175)
第二节	乳房检查	(177)
第三节	急性乳房炎	(181)
第四节	乳腺囊性增生病	(184)
第五节	乳房肿瘤	(185)
第十三章	动脉瘤	(195)
第一节	腹主动脉瘤	(195)
第二节	颈动脉瘤	(197)
第三节	髂动脉瘤	(199)
第四节	股动脉瘤	(200)
第五节	腘动脉瘤	(201)
第六节	锁骨下动脉瘤	(202)
第十四章	腹外疝	(205)
第一节	概述	(205)
第二节	腹股沟疝	(208)
第三节	股疝	(218)
第四节	其它腹外疝	(220)
第十五章	腹部损伤	(225)
第一节	腹部闭合性损伤	(225)
第二节	腹部开放性损伤	(225)
第三节	腹腔脏器损伤	(226)
第四节	腹膜后血肿和大血管损伤	(239)

第十六章	急性腹膜炎	(243)
第一节	急性弥漫性腹膜炎	(243)
第二节	腹腔脓肿	(252)
第十七章	感染性心内膜炎	(259)
第十八章	心脏肿瘤	(272)
第十九章	肥厚型梗阻性心肌病	(294)
第二十章	胸心外科常用手术	(304)
第一节	胸膜腔穿刺术及胸膜腔闭式引流术	(304)
第二节	心包穿刺术及心包引流术	(306)
第三节	电视胸腔镜手术	(308)
第四节	肺切除术	(312)
第五节	食道癌根治术	(323)
第二十一章	泌尿生殖系统损伤	(328)
第一节	肾损伤	(328)
第二节	输尿管损伤	(334)
第三节	膀胱损伤	(339)
第四节	尿道损伤	(347)
第五节	睾丸损伤	(356)
第六节	阴囊损伤	(360)
第二十二章	小儿泌尿外科	(363)
第一节	隐睾症	(363)

第二节	尿道下裂	(371)
第三节	肾积水	(375)
第四节	尿石症	(377)
第五节	肾母细胞瘤	(383)
第六节	原发性膀胱输尿管返流	(392)
第二十三章 泌尿外科腹腔镜手术		(399)

第一章 外科感染

第一节 外科软组织感染

一、疖与疖病

【概述】

疖(furuncle)俗称疔疮,是单个毛囊及其周围组织的急性化脓性感染。病菌以金黄色葡萄球菌为主;偶可见表皮葡萄球菌或其他病菌。感染发生与皮肤不洁、擦伤、环境温度较高或机体抗感染能力较低有关。不同部位同时发生几处疖,或者在一段时间内反复发生疖,称疖病。可能与患者的抗感染能力较低,或者皮肤不洁且常受擦伤有关。疖和疖病属急性化脓性炎症,表现为组织充血、渗出、中性粒细胞聚集等;继而细胞受损、组织破坏,形成脓性物质。因金黄色葡萄球菌产生凝固酶,脓栓形成是此菌感染的一个特征。

【临床表现】

1. 常发生于易受摩擦和皮脂腺丰富的部位,如头、面、颈、背、腋下、腹股沟及会阴部等。

2. 最初表现为患处红、肿、痛及局部功能受限等症状,范围不超过2cm。此后结节顶端出现黄白色脓点,破溃后有少量脓液。区域淋巴结可肿大。

3. 单一疖一般无明显全身症状,但位于颜面危险三角区的疖,在加压或挤碰时,病菌可经内眦静脉、眼静脉进入颅内,并发海绵窦栓塞,引起颅内化脓性感染。疖病常有发热、食欲不振等全身症状。

【诊断要点】

1. 本病的表现明显,一般容易诊断。

2. 对疖病应行血糖和尿路检查、脓液及血细菌培养及药敏试验。

【治疗方案及原则】

1. 初起红肿阶段疖以局部治疗为主,可选用热敷、超短波、红外线等理疗。也可敷贴中药金黄散、玉露散或西药鱼石脂软膏等。

2. 已成脓阶段见脓头或有波动感时,可用石炭酸点涂脓点或用针头、刀尖将脓栓剔出。禁忌挤压化脓病变。

3. 全身反应较重时,应用抗生素。

4. 疖病的治疗除上述处理外,在疖消隐期间,可用中药防风通圣散或三黄丸。有糖尿病者需进行相应的治疗。

二、痈

【概述】

痈(carbuncle)是指邻近的多个毛囊及其周围组织的急性化脓性感染。病菌以

金黄色葡萄球菌为主。由于有多个毛囊同时发生感染,痈比疖的炎症范围大,对全身的不良影响较严重。病变可累及深层皮下结缔组织,使其表面皮肤出现血运障碍甚至坏死。

【临床表现】

1. 一般见于中年以上患者,老年者多见;部分患者有糖尿病史。
2. 好发于皮肤韧厚的项、背部,俗称“对口疮”和“搭背”。
3. 病变早期呈一小片皮肤肿硬、色暗红,其中有几个凸出点或脓点,疼痛常较轻,但有畏寒发热和全身不适;此后中心部位出现多个脓栓,至破溃后呈蜂窝状,不可能自行愈合。
4. 常伴有畏寒、发热、头痛、乏力等全身症状,区域淋巴结肿大、疼痛,可伴急性淋巴结炎、淋巴管炎、静脉炎及蜂窝织炎。

【诊断要点】

诊断本病一般不难。检查应测血常规和尿常规,脓和血细菌培养及药敏试验。同时应注意病人有无糖尿病、心脑血管病、低蛋白血症等全身性疾病。

【治疗方案及原则】

1. 全身治疗患者适当休息和加强营养。必要时用镇静剂。可选用磺胺甲噁唑甲氧嘧啶或青霉素、红霉素等抗菌药物。如有糖尿病,应根据病情同时给予胰岛素及控制饮食等治疗。
2. 局部治疗早期可用 50% 硫酸镁或 70% 酒精湿敷,或用蒲公英等具有消炎作用的鲜草捣烂外敷,促进炎症消退,减轻疼痛。已有破溃者,因皮下组织感染的蔓延大于皮肤病变区,引流也不通畅,需及时作切开引流,但唇痈不宜采用。手术时机以病灶中央有皮下坏死、软化时为宜,不宜过早或过迟。原则为广泛切开引流,清除坏死组织,尽量保留切口周围皮片。一般用“+”或“++”字形切开,有时亦可作“Ⅲ”形切口。切口长度要超过炎症范围少许,深达深筋膜,尽量剪去所有的坏死组织,伤口内用纱布或碘附纱布填塞止血。以后每日换药,并注意将纱条填入伤口内每个角落,掀起边缘的皮瓣,以利引流。伤口内用生肌膏,可促进肉芽组织生长。待肉芽组织健康时,可考虑植皮,以缩短疗程。

三、丹毒

【概述】

丹毒(erysipelas)是皮肤和黏膜网状淋巴管的急性炎症。其特点是蔓延很快,很少有组织坏死或化脓,全身反应强烈和容易复发。致病菌为 β -溶血性链球菌,好发部位为下肢和面部。

【临床表现】

1. 起病急,全身症状明显,患者常有头痛、胃寒、发热。
2. 局部出现片状红疹,颜色鲜红,中间较淡,边缘清楚,并略隆起。手指轻压可

使红色消退,但松压后红色即很快恢复。

3. 在红肿向四周蔓延时,中央的红色消退、脱屑,颜色转为棕黄。红肿区有时可发生水泡。局部有烧灼样痛。

4. 常合并区域淋巴结肿大、疼痛。

5. 足癣或血丝虫感染可引起下肢丹毒的反复发作,有时可导致淋巴水肿,甚至发展为象皮肿。

【诊断要点】

诊断本病一般不难。检查应测血常规和血细菌培养及药敏试验。

【治疗方案及原则】

1. 卧床休息,抬高患处。

2. 局部及周围皮肤用 50% 硫酸镁热敷,用青敷膏外敷。

3. 全身应用磺胺或青霉素,在全身和局部症状消失后仍继续应用 3~5 日,以免丹毒再发。

4. 复发性丹毒可用小剂量 X 线照射,每次 0.5~1Gy,每两周一次,共 3~4 次。

5. 下肢丹毒伴有足癣者,应积极治疗足癣,以避免丹毒复发。

6. 注意隔离,防止交叉感染。

四、急性蜂窝织炎

【概述】

急性蜂窝织炎(acute cellulitis)是皮下、筋膜下、肌间隙或深部蜂窝组织的一种急性化脓性感染。其特点是病变不易局限,扩散迅速,与正常组织无明显界限。致病菌主要是溶血性链球菌,其次为金黄色葡萄球菌,亦可为厌氧性细菌。炎症可由皮肤或软组织损伤后感染引起,亦可由局部化脓性感染灶直接扩散或经淋巴、血流传播而发生。溶血性链球菌引起的急性蜂窝织炎,由于链激酶和透明质酸酶的作用,病变扩张迅速,可引起广泛的组织坏死,有时引起脓毒症。由葡萄球菌引起的蜂窝织炎,由于凝固酶的作用则比较容易局限为脓肿。

【临床表现】

常因致病菌的种类、毒性和发病的部位、深浅而有不同的临床表现。

1. 表浅的急性蜂窝织炎,局部明显红肿、剧痛,并向四周迅速扩大,病变区与正常皮肤无明显分界。病变中央部分常因缺血发生坏死。如果病变部位组织松弛,如面部、腹壁等处,则疼痛轻。

2. 深在的急性蜂窝织炎,局部红肿多不明显,常只有局部水肿和深部压痛,但病情严重,全身症状剧烈,有高热、寒战、头痛、全身无力、白细胞计数增加等。

3. 口底、颌下和颈部急性蜂窝织炎,可发生喉头水肿和压迫气管,引起呼吸困难、甚至窒息;炎症有时还可蔓延到纵隔。

4. 由厌氧性链球菌、拟杆菌和多种肠道杆菌所致的蜂窝织炎,可发生在被肠道

或泌尿道内容物污染的会阴部、伤口,局部可检出捻发音,又称捻发音性蜂窝织炎,蜂窝组织和筋膜有坏死,且伴有进行性皮肤坏死,脓液恶臭,全身症状严重。

【诊断要点】

诊断本病一般不难。检查应测血常规和尿常规,脓和血细菌培养及药敏试验。

【治疗方案及原则】

1. 休息,局部用热敷、中药外敷或理疗(超短波治疗)。
2. 适当加强营养。必要时给止痛退热药物。应用磺胺药或抗菌药物。
3. 如经上述处理仍不能控制其扩散者,应作广泛的多处切开引流。
4. 口底及颌下急性蜂窝织炎,经短期积极的抗炎治疗无效时,即应及早切开减压,以防喉头水肿、压迫气管而窒息死亡;手术中有时会发生喉头痉挛,应提高警惕,并做好急救的准备。

五、脓肿

【概述】

急性感染使组织或器官内病变组织坏死、液化,形成局部脓液积聚,并有一完整脓壁时,称为脓肿(abscess)。致病菌多为金黄色葡萄球菌。脓肿常继发于各种化脓性感染,如急性蜂窝织炎、急性淋巴结炎、疖等;也可发生在局部血肿或异物存留处。此外,还可从远处感染灶经血流转移而形成脓肿。

【临床表现】

浅表脓肿,局部隆起,有红、肿、痛、热的典型症状,与正常组织分界清楚,压之剧痛,有波动感。深部脓肿,局部红肿多不明显,一般无波动感。但有局部疼痛和压痛,并在疼痛区的某一部位出现凹陷性水肿。患处常有运动障碍。在压痛或波动明显处穿刺抽出脓液。即可确诊。

【诊断要点】

1. 小而浅表的脓肿,多不引起全身反应;大的或深部脓肿,则由于局部炎症反应和毒素吸收,常有较明显的全身症状,如发热头痛、食欲不振和白细胞增加。
2. 结核杆菌引起的脓肿,病程长,发展慢,局部无红、痛、热等急性炎症表现,故称为寒性脓肿。常继发于骨关节结核、脊柱结核。
3. 位于腠窝、腹股沟区的脓肿,应与此处的动脉瘤相鉴别。动脉瘤所形成的肿块无上述急性炎症表现,肿块有搏动,听诊有杂音,阻断近侧动脉,搏动和杂音即消失。此外,新生儿的脑脊膜膨出,可根据其位于背腰部中线,加压时能缩小,穿刺可抽得脑脊液,以及X线摄片发现有脊柱裂等特点,与脓肿鉴别。

【治疗方案及原则】

1. 脓肿尚未形成时的治疗与疖、痈相同。
2. 如脓肿已有波动且穿刺抽得脓液,即应作切开引流术,以免组织继续破坏,毒素吸收,引起更严重的后果。

3. 巨大脓肿引流时,需酌情予以补液并应用抗菌药物。

六、急性淋巴管炎和急性淋巴结炎

【概述】

致病菌从损伤破裂的皮肤或黏膜侵入,或从其他感染性病灶如疔、足癣等侵入,经组织的淋巴间隙进入淋巴管内,引起淋巴管及其周围的急性炎症,称为急性淋巴管炎(acute lymphangitis)。致病菌常为金黄色葡萄球菌和溶血性链球菌。淋巴管炎往往累及所属淋巴结,引起急性淋巴结炎(acute lymphadenitis)。如上肢、乳腺、胸壁、背部和脐以上腹壁感染引起的腋部淋巴结炎;下肢、脐以下腹壁、会阴和臀部感染,可以发生腹股沟部淋巴结炎;头、面、口腔、颈部和肩部感染,引起颌下及颈部淋巴结炎。

【临床表现】

1. 急性淋巴管炎分为网状淋巴管炎和管状淋巴管炎。丹毒即为网状淋巴管炎。管状淋巴管炎常见于四肢,而以下肢为多,常并存手足癣感染。

2. 管状淋巴管炎可分为深、浅两种。浅层淋巴管受累,常出现一条或多条“红线”,硬而有压痛。深层淋巴管受累,不出现红线,但患肢出现肿胀,有压痛。两种淋巴管炎都可以产生全身不适、畏寒、发热、头痛、乏力和食欲不振等症状。

3. 急性淋巴管炎,轻者仅有局部淋巴结肿大和略有压痛,常能自愈。较重者局部有红、肿、痛、热,并伴有全身症状。通过及时治疗,红肿即能消退,但有时由于瘢痕和组织增生,已肿大的淋巴结在愈合后仍可扪及;炎症扩展至淋巴结周围,几个淋巴结即可粘连成团;也可发展成脓肿。此时,疼痛加剧,局部皮肤变暗红、水肿、压痛明显。

【诊断要点】

诊断本病一般不难。

【治疗方案及原则】

主要是对原发病灶进行处理,应用抗菌药物、休息和抬高患肢,均有利于感染的控制;急性淋巴结炎已形成脓肿。应作切开引流。

七、坏死性筋膜炎

【概述】

坏死性筋膜炎主要侵犯筋膜,但不侵及肌肉,故称坏死性筋膜炎,是临床上偶见的一种严重的外科感染,常是多种细菌的混合感染。致病菌中需氧菌包括化脓性链球菌、金黄色葡萄球菌和大肠杆菌,厌氧菌以消化链球菌和类杆菌为主,但很少是单纯厌氧杆菌。研究表明,坏死性筋膜炎常是需氧菌和厌氧菌的协同作用,需氧菌先消耗感染组织中的氧气,降低组织的氧化还原电位差,细菌产生的酶使过氧化氢分解,从而有利于厌氧菌的滋生和繁殖。

【临床表现】

1. 是多种病原菌(如链球菌、金黄色葡萄球菌等)引起的筋膜侵袭性感染。
2. 病史特点

(1)可有头颈、面部、肠道及会阴部外伤、手术感染史。

(2)接受化学治疗的恶性肿瘤患者。

(3)接受免疫治疗的患者。

(4)合并糖尿病或动脉硬化的老年人。

3. 局部病变发展迅速,以皮下小动脉栓塞为特征,继发大片组织缺血坏死、皮肤坏疽及厌氧菌感染,但不累及肌肉。

4. 病变周围常有广泛的潜行皮缘,皮肤苍白,有水疱和血栓形成,发生混合感染时皮下可有气体和恶臭脓液。

5. 脓液及渗出物培养结果提示需氧菌或厌氧菌或多种细菌。

6. 可有明显的全身毒血症,有时迅速引起脓毒性休克。

【诊断要点】

本病临床上较为多见,临床医生对此病如无充分认识较易误诊。坏死性筋膜炎开始时虽表现为蜂窝织炎样症状和体征,但其特点是病变发展迅速,病情严重,有典型的毒血症表现,皮肤可出现血性水疱。本病需与气性坏疽鉴别。气性坏疽是由产气荚膜杆菌引起的肌坏死,而坏死性筋膜炎则是厌氧菌和兼性菌混合感染引起的筋膜坏死,病变局限于筋膜和筋膜以上,不涉及肌肉。两者伤口内均有气体产生,诊断容易混淆,不能根据组织有无气体来作鉴别,必须探查伤口并作脓液细菌学检查,才能确诊。

【治疗方案及原则】

1. 早期手术切除坏死的筋膜,充分敞开引流,术中用过氧化氢、高锰酸钾或呋喃西林溶液冲洗。常需多次手术清创。

2. 应用抗生素治疗,理想的是选用对厌氧菌和需氧菌均有效的药物,并根据临床效果或细胞学检查结果进行调整。

3. 全身支持治疗。

4. 高压氧治疗有效。

第二节 手部急性化脓性感染

【概述】

手是人体的重要器官,尤其是手的功能对人极其重要。其功能障碍哪怕是微小的障碍,都将对人的生活 and 劳动产生重要影响,对一些从事特殊职业的人,手的功能更为重要。手的解剖结构精细微密,在解剖结构上有其特点。手掌皮肤较厚而坚固,手部脓肿很难穿出手掌皮肤。手掌皮肤汗腺丰富但无皮脂腺,因而不会发生皮脂腺感染,如毛囊炎、疖等。手掌皮肤与掌筋膜、腱鞘或骨膜间有纤维组织致密相连,手部感染难以向表面扩散,局部压力增高,因而往往向深部发展,引起腱鞘炎、指骨坏死等。

手掌部有几个滑液囊,将掌间隙分隔为数个间隙,决定了感染扩散有特定的

方向和部位。手部感染一旦引起肌鞘粘连、腱鞘破坏或滑液囊破坏,将影响手的功能。手指掌侧皮肤损伤形成疤痕则影响手的感觉。

一、甲沟炎

【临床表现】

1. 一侧或两侧甲沟红肿、疼痛或有脓性分泌物。
2. 甲沟肉芽增生,指甲嵌入肉芽组织中。
3. 严重时可形成甲下脓肿或甲根部脓肿。
4. 指端压痛。
5. 常有指甲旁刺伤史。

【诊断要点】

诊断本病一般不难。

【治疗方案及原则】

甲沟炎多有局部刺伤史或嵌甲,病原菌多为葡萄球菌或链球菌。甲沟炎炎症轻微者可用局部热敷、温热水清洗,可局部使用抗生素软膏,如莫匹罗星软膏等。甲沟炎严重、形成甲下脓肿或甲根部脓肿者需切开引流,指甲部分或全部拔除,并全身应用抗生素。

二、化脓性指头炎

【临床表现】

1. 指端肿痛,剧烈。
2. 指端红肿或单纯肿胀,深部感染脓肿形成,局部组织张力高皮肤反而苍白。
3. 指端触痛明显。
4. 脓肿形成后穿刺可能有少量脓液。

【诊断要点】

诊断本病一般不难。检查应测血常规,做细菌培养及药敏试验。同时拍片确定指骨情况。

【治疗方案及原则】

1. 局部制动,抬高患肢。
2. 局部热敷及理疗。
3. 全身使用抗生素。
4. 穿刺如有脓肿形成则需切开引流。当指端疼痛剧烈、皮肤苍白及组织张力高时,即便穿刺无脓亦需在手指两侧切开减压,以防指骨坏死。切口应选用纵行切口,切开引流应在指根阻滞麻醉下进行。

三、急性化脓性腱鞘炎

【临床表现】

1. 手指红肿,疼痛严重,沿腱鞘有压痛。

2. 指呈半屈曲状。
3. 手指屈伸功能受限,被动伸直时疼痛加剧。
4. 常伴有感染的全身症状。

【诊断要点】

诊断本病一般不难。检查应测血常规、细菌培养及药敏试验。

【治疗方案及原则】

1. 制动,抬高患掌。
 2. 局部理疗及热敷。
 3. 全身积极应用抗生素。
 4. 当已化脓或手指软组织肿胀剧烈、张力高、有血运障碍时,应及时切开引流,应从手指侧方作纵行切口,切口不越过手指屈曲皱褶。不能等待脓肿出现才作切开引流,以避免肌腱坏死。
5. 急性感染后手指置功能位并作被动关节活动,以防止肌腱粘连和关节僵直。

四、手掌筋膜间隙感染

【临床表现】

1. 手掌肿胀疼痛,掌凹消失。
2. 手指呈屈曲状,被动伸直时疼痛加剧。
3. 手掌皮肤充血可不明显,而手背皮肤红肿。
4. 手掌压痛明显。

【诊断要点】

1. 常有手部原发感染灶。
2. 诊断本病一般不难。检查应测血常规、细菌培养及药敏试验。

【治疗方案及原则】

1. 抬高患手,制动。
2. 全身应用抗生素。
3. 非手术治疗无效时应及早切开引流,应在全麻或臂丛神经阻滞麻醉下手术。不采用局部阻滞麻醉,因局麻加重组织肿胀且效果不佳。麻醉不良情况下难以引流彻底,并可能损伤血管和神经。
4. 切口选择要周密设计,避免损伤血管和神经。掌中间隙脓肿选择在第2~3指间或第3~4指间指蹼作纵行切口,切口不超过掌横纹。大鱼际间隙感染脓肿切开引流,可沿掌拇关节皱纹或经第1~2掌骨间手背面皮肤达指蹼。

第三节 全身化脓性感染

【概述】

在全身化脓性感染中多年传统使用“菌血症”、“毒血症”、“脓毒症”和“败血症”