

全科医学转型教育系列教材

临床医学

(I)

张爱珍 赵正言 李俊伟 主编



华夏出版社

全科医学转型教育系列教材编辑委员会

主 编 周东海
副主编 陈晓非 董先雨 李同良 高志杰 汤小泉
执行主编 高文铸 吴春容(常务)
选题策划 王智钧 张 伟

* * * * *

《临床医学》编写委员会

主编单位 浙江大学医学院
参编单位 福建医科大学 北京医学高等专科学校
主 编 张爱珍 赵正言 李俊伟
副主编 谢 幸 傅国胜 厉有名 吕联煌 廖崇先 王金瑞 王照品
编 委(按姓氏笔划为序)

王正平	王凤鸣	王金瑞	王照品	王桂蓉	王华林	水泉祥
尹金福	厉有名	刘 进	刘有恃	刘皖茵	刘长生	李俊伟
关养时	邱丽倩	吕联煌	朱 莹	杜立中	杜传军	杨德春
杨梅丽	谷 卫	陈幸生	吴尧崧	宋水江	陈志哲	陈元仲
陈有英	陈关福	陈惠敏	张爱珍	林 俊	林继超	岳 岚
郑 敏	赵正言	俞惠民	欧弼悠	战 榕	贺 晶	姚 克
唐佩文	唐达星	高惠娟	徐 侃	陶惠民	康曼丽	曹 敏
梁玉英	梁 黎	梁伟峰	黄建富	黄荷凤	黄淑桦	傅国胜
谢 幸	詹文龙	廖崇先	魏 健			

为中国残联全科医学研究与发展中心题

发展全科医学教育
服务人民健康事业

一九九九年九月十六日

吴阶平



总 序

全科医学(家庭医学)近 30 年来在世界范围内有了长足的发展,已经成为初级保健(primary care)领域内相当成熟的新学科。全科医生立足于社区,为个人及其家庭提供集医疗、预防、保健、康复于一体的综合、连续、协调而又方便、经济、优质、有效的基层医疗服务。全科医疗服务与各种专科医疗服务相互协调,优势互补,已成为世界公认的初级保健服务的理想模式。当前,我国的卫生事业面临着许多新的问题,诸如:随着人口老龄化的进程使老年病、慢性非传染性疾病的防治成为日益迫切的问题;随着医学模式的转变及人人享有卫生保健战略的实施,人们对卫生服务的要求越来越高;随着高科技检测、治疗手段的应用,医疗费用不断上涨,但对改善人类总体健康状况却收效甚微,成本与效益严重失衡;随着医学专科的不断分化,对疑难重症的解决不断有所突破,但医患关系淡漠却成为越来越普遍的问题……在应对这些全球性的挑战方面,全科医疗与全科医生显示出了明显的优势,世界全科医生组织著名专家 Dixon 教授总结说:“任何国家的医疗保健系统若不是以受过良好训练、采用现代方法的全科医生为基础,便注定要付出高昂的失败代价。”

从 80 年代末至今,经过近十年的引进、宣传、交流、研究、培训和试点等一系列实践之后,全科医学在我国卫生事业改革与发展中的地位与作用得到了政府的明确肯定和大力提倡,1997 年 1 月 15 日中共中央、国务院在关于卫生改革与发展的决定中明确提出“加快发展全科医学,培养全科医生”,这标志着全科医学在我国的发展已进入一个新的阶段。

要贯彻中央决定,加快发展全科医学,一定要认真抓好以下三个环节,即大力发展全科医学教育,积极开展全科医疗服务,规范认定全科医生的资格。

一、大力发展全科医学教育,培养全科医学人才,是开展全科医疗服务的前提

全科医学是与内、外、妇、儿等学科并列的二级学科。医学生是在医学院毕业即经过基本医学教育之后,再经过 3~4 年的毕业后培训,考试合格后才可成为全科医生,经注册后可从事全科医疗工作。这是国际上发展全科医学、培养全科医生的通常做法。我国卫生技术人员的学历构成正在进行调整,要求新培养的全科医生具有合格的学历,并需经过专科训练,这是完全必要的,只有这样才能保证全科医生的高素质,他们才可能在全科医学领域成为医疗、教学、科研的骨干,以毕业后教育为核心,构建我国全科医生培训的计划、内容、方式,并建设培训基地,这将为我国全科医学的长远发展打下良好的基础。

我国现有医生 200 余万,在基层工作的医生占一半略多,他们在社区(包括农村)卫生服务的第一线,为解决广大群众的健康问题作出了积极贡献。随着社区卫生服务事业的发展,他们面临着新的任务和要求,亟待转变服务模式,提高业务水平。尽管他

们的学历参差不齐,且中专学历层次占有相当大的比例,但作为基层在职卫生技术人员,他们是社区卫生服务的主体,他们的服务性质、工作范围以及服务对象与全科医生的职责十分接近,他们应该是当前开展全科医学转型教育的重点对象。通过培训使他们明确自己的发展方向是成为一个合格的、优秀的全科型人才。也正因为他们置身于社区之中,有基层服务的经验,了解社区居民的卫生服务需求,业务上专科化程度不深,这些恰恰增强了他们对全科医学的亲合力。只要他们接受了全科医学的理论和原则,掌握了全科医疗的服务技能和工作方法,观念上有了转变,就一定会在社区卫生服务中产生立竿见影的作用。

在医学院校的基本医学教育中,应开设全科医学的必修课和选修课,使医学生在校期间就能学到全科医学的理论、原则和适宜技术,理解全科医学的地位和作用,增加对全科医学的兴趣,为使他们立志成为全科医生,或使他们能对全科医学有较全面的认识,为在将来的工作中全科与专科医生之间的合作打下基础。

随着全科医生队伍的形成,全科医学继续教育也将提到议程上来。通过继续教育,使全科医生不断提高服务质量和工作水平,不断更新知识,以便适应社会发展的要求,跟上时代发展的步伐。

全科医学教育还有一个不容忽视的领域,就是乡村医生培训。至2000年,全国80%的乡村医生均将达到中专水平,尽管他们没有受过系统的医学教育,学历偏低,不是经过简单培训就能成为全科医生的。但是,仍然可以把全科医学的一些理论、原则和技能要求融于乡村医生的培训之中,这样不仅可以提高他们对国家发展全科医学的方针政策的认识,使他们对全科医生的重要性和特点有所了解,而且能够提高他们的初级保健工作能力,提高农村卫生服务质量,从而使广大农民直接受益。一些地区的试点工作表明,全科医学教育涉及乡村医生培训领域,不仅是有益的、必要的,而且是完全可行的。

全科医学教育应以毕业后教育为核心,以在职教育为重点,建立全科医学教育体系,多层次、全方位地开展全科医学教育,以适应社会对全科型人才的广泛需求,这样既保证了全科医生培养的高起点、高素质,保证了服务的高质量,又适合当前国情,使城市基层及农村的卫生服务质量尽快得到提高,尽快实现城市卫生服务体系改革和社区卫生服务的目标要求。

二、积极开展全科医疗服务,是全科医学教育的目的,是全科医学发展的关键

我国长期以来基本上实行专科医疗体制,大医院分科越来越细,医生也以提高专科水平作为自己的发展方向。即使是基层医院乃至街道医院和卫生院,也想尽力发展某项专科以突出自己的“特长”。医院无论大小,总是愿以诊疗水平,特别是三级学科的水平作为自身水平的标志,这似乎已成共识。这样就出现了矛盾,基层医院千方百计在诊疗上、在发展某项专科上下功夫,尽量给以人力物力的保证,但终因整体条件的限制而难以与大医院相抗衡。这样,大医院没有顾及,也难以做好的防治保康为一体、以人的健康为中心的综合服务,基层医院却未把它当成自己的工作重点和服务模式,

基层医院想突出医疗特长的愿望很难达到,而群众需要基层卫生机构解决的问题又往往解决得不好,这也正是长期以来很多基层医院陷于尴尬处境的原因。这样的状况不改变,就没有全科医生的容身之地。

建立全科医学教育体系,培养全科医生或能够从事全科医疗工作的基层医生,目的就是为转变医疗服务体制、为发展全科医疗服务提供适宜人才,只有全科医疗广泛开展起来,全科医生才有用武之地,全科医疗的优越性才能为社会、为广大群众所了解、所认同。

卫生部与国家计划发展委员会等十个部委于1999年7月16日联合发布了“关于发展城市社区卫生服务的若干意见”(以下简称意见),对社区卫生服务的目的、任务作了明确的要求和界定,即“社区卫生服务是社区建设的重要组成部分,是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下,以基层卫生机构为主体,全科医师为骨干,合理使用社区资源和适宜技术,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向,以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等为重点,以解决社区主要卫生问题,满足基本卫生服务需求为目的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务”。一句话,社区卫生服务就是要把广大居民的常见健康问题解决在基层,并不断提高居民的健康水平。这恰恰与全科医疗的目的和全科医生的职责相一致。发展社区卫生服务,会使全科医生有充分的用武之地,全科医学有广阔的发展空间。

“意见”中还明确提出:“逐步建立健全结构适宜、功能完善、规模适度、布局合理、经济有效的社区卫生服务体系,使社区居民都能够拥有自己的全科医师。”这样的服务体系在经济比较发达、卫生服务比较先进的国家已经实现了,在美国、英国、加拿大、澳大利亚等国,一般2000~3000人至多不超过4000人就有一位全科医生。以我国人口之巨,实现每个居民都拥有自己的全科医生,那是何等规模的数量。随着医疗保障体制的改革,全科医生作为医疗保障的第一线医生,作为社区健康的“守门人”,也将是医疗保险制度得以建立的重要基础,全科医生在中国正面临着巨大的社会需求。当前,我国全科医学的发展不仅体现了医学教育与卫生体制改革的发展趋势,而且已经成为落实中央决定的政府行为。

三、规范认定全科医生资格是全科医生队伍健全发展的保障

全科医生队伍的建设,不仅需要有其工作岗位和工作任务,而且需要政策支持,最重要的是要建立全科医生的技术职称系列和资格认定标准。

多年来,基层医生的卫生服务工作是属于综合性质的,专科化程度远不及大医院那样专、深、细。但当他们晋升中级以上职称时,却要求专科论文,专科化程度不够的论文则被认为不够水准,即使被评上职称,也往往出于“照顾”。平日的工作要求与评职称时的论文要求之间的矛盾,增加了他们晋升职称的困难,影响了基层专业队伍的稳定性。有些人被“照顾”评上职称后,往往片面地接受了教训,此后的工作重心就偏向病人个体,偏向治疗,偏向少见病;而对群体工作,对预防工作,对防治常见病就缺乏

兴趣。因为如果仍把兴趣和精力放于后者,势必在下轮职称晋升时仍要“吃亏”。解决这一矛盾的根本措施是建立全科医生职称系列。全科医疗是社区卫生服务的基本模式,全科医生是社区卫生服务的技术骨干,只有建立起全科医生职称系列,才标志着全科医生这支新兴力量在卫生技术队伍中,全科医疗在社区卫生服务模式中,真正站住了脚,在卫生法规和人才管理的层面上得到了承认。这不仅为广大基层在职医生指明了自身发展与提高的方向,也有力地激励着他们进步。

当然,一旦全科医生的职称系列确认之后,评审工作就要规范化,包括申报要求、资格标准、评审程序等均应规范,决不能降格以求,决不能草率从事,否则就不利于全科医生的队伍建设,不利于树立全科医生的专业形象,不利于维护全科医生的社会信誉。

在最近召开的全国全科医学教育工作会议上,张文康部长指出:“在我国卫生改革与发展的新时期,发展全科医学教育,培养从事社区卫生服务工作的全科医师等有关卫生技术和管理人员,是改革卫生服务体系,发展社区卫生服务的需要;是满足人民群众日益增长的卫生服务需求,提高人民健康水平的需要;是建立城镇职工基本医疗保险制度的需要;是改革医学教育适应卫生事业发展的需要。所以,必须把发展全科医学教育、培养全科医师作为一项重要的任务抓紧抓好。”为响应张部长的号召,我们加紧组织,推出了这套全科医学转型教育系列教材,以便满足各地开展转型培训的需要。这套教材是由20多所医学院校的专家、教授及部分卫生行政领导共同编写,各书的绝大多数编者都有全科医生培训或全科医疗试点的经验。这套教材打破了医学教育传统的学科体系和教材编写惯例,力求体现全科医学的学科特点,力求结合实际,突出实用性。

本套教材主要供在职医生全科医学转型培训使用,也可供在校生开设全科医学必修课或选修课时选用。当前,国内全科医学培训教材不多,仍处于教材建设的初期阶段,距成熟尚远,需要积极探索和发展。只有在不同版本教材的使用中,分析特点、比较长短、鉴别优劣,才能使教材不断优化,逐步成熟。

本套教材的编写得到我国医学界前辈、著名医学教育家吴阶平教授的关心和支持,并出任名誉主编,所有编者深受鼓舞,这充分体现了吴老对全科医学事业的支持。但我们深知,我们的水平和教材的质量与吴老的期望和要求尚有不小的距离。我们将努力提高自己的理论水平,积累实践经验,在教材的使用、修订中,使其质量不断提高。

对于本套教材,欢迎多提宝贵意见。

周东海

2000年1月

前 言

全科医学是在整合生物学、行为科学和社会科学的最新研究成果及通科医疗成功经验的基础上产生的综合性临床学科,是特有的学科体系。医学的最终目的是要理解病人,服务于病人,满足病人的需要,提高人类的健康水平和生活质量。

临床医学是全科医学中的核心之一,它不仅给全科医生整体的系统的临床学科知识,还特别强调了社区卫生服务中的有关临床问题。只有全面掌握临床医学的知识,才能真正成为名副其实的全科医生。

全科医学系列教材中的《临床医学》是整套教材的重点课程之一。为了适应我国全科医学转型培训的需要,使一部分临床医学基础较好,又从事社区卫生服务的医务工作者,能在有限时间内,用一定精力基本掌握适应全科医疗服务模式的知识与技能,由浙江大学、福建医科大学、北京医学高等专科学校的临床医生通过全科医学基础理论的学习,理解全科医学的精神,结合临床医学的特点及各自工作实际,协同努力,编写了这本《临床医学》教材。全书共分四篇十六章,分别介绍了各个系统的社区常见疾病,涉及大内科、大外科、妇产科、儿科等学科的主要疾患和诊疗方法。各个学科既有自己的特点,又结合全科医生的思想原则,根据卫生部颁《全科医师规范化培训大纲》和《全科医师岗位培训大纲》的要求编写,以适应全科医学转型教育和住院医师规范化培训的要求。突出了在预防疾病、非药物治疗及转院指征方面的内容;在一线工作的全科医师应该学习和掌握的主要技能;尽量应用全科医学的观点与方法,体现生物-心理-社会医学模式对临床实践的要求及其服务的具体程序;强化了基本知识、基本理论、基本技能的训练。

全科医学是一门新的临床学科,本书的编写人员主要是长期从事临床工作的专科医生,对全科医学的理解难免存在一定的距离,甚至有不妥的方面。另外,本教材由于内容繁多、编写时间紧迫,可能存在不完善之处,恳请广大医生、学生、读者不吝赐教。

主编

2000.10

目 录

第一篇 一般临床问题

第一章 感染	(1)
第二章 酸碱平衡与水电解质紊乱	(7)
第三章 休克	(13)
第四章 肿瘤概论	(17)

第二篇 专科化临床问题

第一章 儿科	(21)
第一节 新生儿与新生儿疾病	(21)
第二节 儿童营养性疾病	(40)
第三节 消化系统疾病	(48)
第四节 呼吸系统疾病	(60)
第五节 心血管系统疾病	(72)
第六节 泌尿系统疾病	(81)
第七节 造血系统疾病	(93)
第八节 神经、肌肉系统疾病	(103)
第九节 内分泌系统疾病	(121)
第十节 遗传性疾病	(127)
第十一节 传染病	(131)
第十二节 小儿惊厥	(142)
第十三节 小儿急腹症	(146)
第二章 妇产科学与妇女保健	(153)
第一节 妊娠诊断与产前检查	(153)
第二节 分娩	(155)
第三节 分娩期并发症	(163)
第四节 异常妊娠	(171)
第五节 正常产褥与异常产褥	(193)
第六节 高危妊娠	(197)
第七节 妊娠合并症	(198)
第八节 女性生殖系统炎症	(203)
第九节 女性生殖器肿瘤	(212)

第十节 月经失调·····	(224)
第十一节 子宫内膜异位症和子宫腺肌症·····	(232)
第十二节 女性生殖器官损伤性疾病·····	(236)
第十三节 不孕症·····	(241)
第十四节 计划生育·····	(245)
第十五节 乳腺疾病·····	(253)
第三章 老年医学·····	(258)
第一节 老年医学综合性评估·····	(259)
第二节 尿失禁·····	(263)
第三节 良性前列腺增生·····	(266)
第四节 老年性痴呆·····	(268)
第五节 跌倒·····	(270)
第六节 骨质疏松症·····	(272)
第七节 临终照顾·····	(274)
第四章 皮肤病与性病·····	(278)
第一节 接触性皮炎·····	(278)
第二节 药疹和荨麻疹·····	(279)
第三节 病毒性皮肤病·····	(283)
第四节 细菌性皮肤病·····	(285)
第五节 真菌性皮肤病·····	(290)
第六节 疥疮·····	(295)
第七节 银屑病·····	(296)
第八节 脂溢性皮炎·····	(299)
第九节 寻常性痤疮·····	(299)
第十节 白癜风·····	(301)
第十一节 淋病·····	(302)
第十二节 梅毒·····	(304)
第十三节 尖锐湿疣·····	(308)
第十四节 非淋菌性尿道炎·····	(309)
第十五节 生殖器疱疹·····	(311)
第十六节 艾滋病·····	(312)
第五章 眼、耳、鼻、咽喉、口腔疾病·····	(316)
第一节 眼睑病·····	(316)
第二节 泪器病(慢性泪囊炎)·····	(318)
第三节 结膜病·····	(319)
第四节 角膜病·····	(321)
第五节 葡萄膜炎·····	(322)
第六节 晶状体病·····	(324)
第七节 青光眼·····	(327)
第八节 视网膜与视神经疾病·····	(330)

第九节 屈光不正·····	(332)
第十节 眼外伤·····	(334)
第十一节 分泌性中耳炎·····	(336)
第十二节 急性化脓性中耳炎·····	(338)
第十三节 慢性化脓性中耳炎·····	(340)
第十四节 化脓性中耳炎的并发症·····	(340)
第十五节 耳聋·····	(341)
第十六节 鼻出血·····	(342)
第十七节 鼻腔及鼻窦炎症·····	(344)
第十八节 扁桃体炎·····	(348)
第十九节 龋病·····	(349)
第二十节 牙周病·····	(351)
第二十一节 牙髓病·····	(354)
第二十二节 根尖周病·····	(356)
附:《临床医学》(I)教学大纲·····	(360)

第一篇 一般临床问题

第一章 感 染

细菌、病毒、立克次体、支原体、螺旋体、真菌和寄生虫等在人体内繁殖、扩散,或释放毒素、代谢产物,损伤组织、细胞而引起炎症,也可由其本身的抗原性或寄生于机体细胞后产生的抗原物质引起免疫反应而发生炎症,这种由生物性因子引起的炎症,称为感染。细菌引起的感染居多,病毒、真菌感染次之。

感染性疾病在临床各科十分常见。其中一部分感染性疾病需要采用外科手术方法处理,或感染发生在创伤与手术后,临床统称为外科感染,它约占外科疾病的 $1/3 \sim 1/2$ 。

由于抗菌药物和治疗方法的进展,外科感染与内科感染的分界越来越难划分,一些以前习惯由内科治疗的感染如今也进入了外科治疗的领域,如急性坏死性胰腺炎就是个例证。外科感染一般具有以下特点:①大部分感染由几种细菌引起,即使开始为单种细菌,但在病程进展中,常发展为几种细菌的混合感染。②多数有明显而突出的局部症状,感染常集中于局部,发展后常引起化脓、坏死,愈合后形成瘢痕;也可能扩散引起严重的全身感染。③多需采用手术治疗。

【流行病学和病因】

病原微生物普遍存在于自然界,人体皮肤、黏膜表面、呼吸道和消化道内。它可以通过吸入的空气、食入的食物、破损的皮肤、动物或昆虫的咬伤或接触等途径侵入人体。当人体局部或全身防御功能被破坏或不足,或致病菌数量、毒力过大而生长繁殖,则发生感染。一部分感染可使组织器官发生畸形和功能障碍,或继发全身性感染和出现严重的并发症,甚至引起病人死亡,严重危害着人民的健康和生命。

由于抗生素的广泛应用,一般的外科感染常见的化脓性致病菌在感染中所占比例有所改变。除了耐药性金黄色葡萄球菌外,革兰阴性杆菌引起的感染更成为一个严重问题。原来非致病或致病力低的某些革兰阴性杆菌,如克雷伯菌、肠杆菌、沙雷菌因对一般的抗生素具有耐药性,而成为重要的致病菌。厌氧菌如拟杆菌和梭形杆菌等与外科感染有重要关系。真菌已成为一种重要的、继发于大量抗生素治疗后的严重感染。接受复杂的大手术、器械检查和插管、免疫抑制剂、化疗药物和激素疗法,由于接触细菌的机会增多或免疫功能削弱,为细菌感染提供了条件。医务人员忽视无菌操作规程,也是发生感染的因素之一。

1. 特异性感染致病菌

(1)结核杆菌 在外科范畴可引起淋巴结、骨关节、肾脏等结核病变。脓肿形成时,局部不发热、疼痛不明显,称寒性脓肿。

(2)破伤风杆菌 属厌氧菌,可通过伤口侵入人体,引起破伤风。

(3)气性坏疽致病菌 有产气荚膜杆菌、水肿杆菌、腐败杆菌等,均属厌氧菌,可引起创伤后的气性坏疽。

(4)真菌 如白色念珠菌、隐球菌、曲菌、放线菌等,一般在人体抵抗力降低时可引起感染。

2. 非特异性感染致病菌 非特异性感染又称化脓性感染,主要致病菌如表 1-1-1。

【病程演变】

1. 影响病程演变的因素 ①致病菌毒力:如致病菌种类、菌株、数量、毒素性质。②机体抵抗

表 1-1-1 外科感染常见化脓性致病菌感染特点

致病菌	常见感染	感染特点	脓液性状
金黄色葡萄球菌	疖、痈、脓肿、急性骨髓炎、败血症	局限性组织坏死,常有转移性脓肿	稠厚、黄色、不臭
溶血性链球菌	急性蜂窝组织炎、丹毒、淋巴管炎、败血症	感染容易扩散,一般无转移性脓肿	稀薄、淡红、量较多
大肠杆菌	阑尾脓肿、胆道感染、尿路感染、腹膜炎、败血症	单独致病力不大,常为混合感染	稠厚、恶臭或粪臭
绿脓杆菌	烧伤创面感染、尿路感染、败血症	继发感染主要致病菌、感染伤口难愈合	淡绿色、特殊的甜腥气味
变形杆菌	烧伤创面感染、尿路感染、腹膜炎	常为混合感染	特殊的恶臭
克雷伯菌、肠杆菌、沙雷菌	烧伤创面感染、尿路感染、腹膜炎、败血症	常为医院内感染致病菌、混合感染	
拟杆菌	浅表感染、深部脓肿、化脓性血栓性静脉炎、腹膜炎、败血症	常为混合感染	恶臭

力:局部抵抗力与组织结构、血液循环与伤口状况有关。肌肉丰富部位(如腿、臀部)损伤,易发生气性坏疽,血液循环丰富的部位(如头颈部)感染易控制。伤口的大小、深浅、异物、死腔、血肿和坏死组织等都与局部抵抗力有密切关系。全身抵抗力与年龄、营养、一般情况有关。慢性消耗性疾病、贫血、低蛋白血症等均能削弱全身抵抗力。③针对以上因素所采取的治疗措施,对控制感染的发展有重要作用。

2. 感染的结局 感染可能产生三种结局:①感染消退或局限化:当机体抵抗力占优势,感染便局限化而自行吸收或形成脓肿,较大脓肿破溃或切开引流而逐渐愈合。②转为慢性感染:机体抵抗力与致病病毒力处于相持状态,感染灶被局限,形成溃疡、瘘管、窦道等,不易愈合。③感染扩散:在致病病毒力超过机体抵抗力的情况下,感染迅速向周围组织蔓延,或经淋巴系统、血液循环引起严重的全身感染。

【临床表现和诊断】

1. 局部症状 红、肿、热、痛和功能障碍是化脓性感染的典型症状,可因病程的迟早,其病变部位、组织结构、深浅而有不同。

2. 全身症状 轻微感染可无全身症状。较重的感染可有不同程度的发热、头痛、全身不适、乏力、食欲减退等,一般有白细胞计数升高与核左移。病程较长可因代谢紊乱、血浆蛋白减少,出现贫血、水肿、营养不良等。严重者可发生感染性休克,甚至多系统器官衰竭。

根据临床表现,一般可做出明确诊断。波动感是诊断浅部脓肿的主要依据。深部脓肿可有局部压痛,并有全身症状。穿刺可明确诊断,所得脓液涂片检查可确定致病菌。必要时进行化验、X线检查等。疑有全身感染者应做血液细菌培养,以助明确诊断。

【治疗】

消除病因,清除脓液和坏死组织,增强机体抵抗能力,是治疗外科感染的原则。

1. 局部治疗

- (1)患部制动与休息,抬高患肢,有利于炎症局限和消肿、减轻疼痛。
- (2)局部用药可散瘀消肿,加速炎症局限。
- (3)物理治疗如热敷、湿热敷、超短波、红外线等可改善局部血液循环,促进炎症吸收或局限化。
- (4)手术治疗包括脓肿切开引流,感染部位切开减压、发炎脏器切除。

2. 全身治疗 用于较重感染,特别是全身感染者。

(1)支持疗法 给予病人充分休息,缓解疼痛和发热等症状。供给高热量、高蛋白、富含维生素饮食,不能进食者经静脉输液和营养。贫血、低蛋白血症时应予输血。严重感染,尤其是败血症时,宜多次适量输入鲜血。危重感染病人,可在有效使用抗生素的同时适量应用肾上腺皮质激素。

(2)抗生素治疗 应根据临床表现、脓液性状和涂片初步判断致病菌种类,以选择抗生素。做细菌培养(脓液或血液)与药物敏感试验,更可有针对选择抗生素。

(3)中药治疗 可用清热解毒中药煎剂或成药进行全身治疗。

【预防和健康教育】

1.开展卫生宣传,加强社会环境和个人卫生文明建设。

2.糖尿病、尿毒症、抗癌治疗和应用大剂量激素的病人,抗感染能力低,应加强医疗和护理,以防严重感染的发生。

3.加强劳动保护和及时正确处理创伤。强化医院感染的管理和预防,手术、换药、导尿、穿刺、插管等诊疗操作应严格遵循无菌操作原则和技术操作常规。

4.免疫疗法,定期进行各种抗感染预防注射,合理使用抗生素。

一、软组织急性化脓性感染

致病菌通过受损皮肤侵入皮下组织引起的急性感染称为软组织急性化脓性感染。

【常见病的治疗】

1.疖 疖是一个毛囊及其所属皮脂腺的急性化脓性感染。同时或先后发生多个疖称为疖病。致病菌大多为金黄色葡萄球菌。好发于颈、头面、背、腋、腹股沟等毛囊及皮脂丰富的部位。局部症状较明显,初发时局部形成一个红、肿、痛的小结节,后扩大隆起而中央坏死软化,形成黄白色的脓栓。疖病可有全身表现。面部、特别是上唇和鼻周围的疖,处理不当可引起颅内感染,出现侵及眼部及其周围的进行性红肿硬结与疼痛,并伴有寒战、高热,甚至昏迷而危及生命。

早期可用热敷或物理疗法,外敷鱼石脂软膏、金黄膏等。出现脓头时可涂碘酊。有波动时切开引流。对未成熟的疖或面部疖不应任意挤压。疖病和面部疖给予抗生素治疗,并注意支持疗法。

2.痈 痈是发生于多个相邻毛囊及其所属皮脂腺的急性化脓性感染。致病菌为金黄色葡萄球菌。好发于颈、项、背等皮肤厚韧部位。局部炎症肿胀区较大,较硬,界限不清。红、肿、热、痛明显,形成多个“脓头”,破溃后呈蜂窝状。多有明显全身症状,易并发全身性化脓性感染。

初期红肿阶段,局部处理与疖相同。应加强支持疗法,选用敏感抗生素,化脓后应及时手术治疗,但唇痈不宜采用手术。一般用十字形或双十字形切口,切口超出炎症范围少许,深达筋膜,尽量清除坏死组织,伤口以凡士林纱条填塞。术后每日换药。如创面过大,可敷生肌散,促进肉芽组织生长,待肉芽组织健康时行植皮。

3.急性蜂窝织炎 急性蜂窝织炎是皮下、筋膜下、肌间隙或深部蜂窝组织的急性弥漫性化脓性感染。致病菌主要是溶血性链球菌,其次为金黄色葡萄球菌,也可为厌氧性细菌。局部明显红肿、剧痛,与正常组织无明显分界,扩展快,中央部位常出现缺血性坏死,形成脓肿。深在的蜂窝组织炎,常有局部水肿和深部压痛,有明显的全身症状。

患部休息、热敷、外敷药物、理疗和对症处理。加强全身支持治疗,应用敏感抗生素。如不能控制扩展,要及时做多处切开减压、引流。

4.丹毒 丹毒是 β 溶血性链球菌引起的皮肤及其网状淋巴管的急性炎症。好发于下肢和面部。起病急,常有明显的全身症状。局部为片状红疹,鲜红,中间较淡,边缘清楚且略隆起,灼痛。下肢丹毒易反复发作。

治疗时应休息,抬高患肢。局部用50%硫酸镁湿热敷。全身使用抗生素。

5.急性淋巴管炎和急性淋巴结炎 此为致病菌从感染病灶处或经皮肤、黏膜损伤处侵入淋巴管,引起淋巴管及其周围的急性炎症。浅表者在伤口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”征,但患肢肿胀,沿淋巴管压痛和肢体活动痛。急性淋巴结炎有局部淋巴结肿大和压痛,重者有红、肿、热、痛,甚至形成脓肿。急性淋巴管炎和较重的淋巴结炎都可出现全身症状。

应及早处理原发病灶,并全身使用抗生素。形成脓肿时应切开引流。

6. 脓肿 脓肿是急性感染后病变组织坏死、液化,形成局限性脓液积聚,并有完整脓腔壁。致病菌多为金黄色葡萄球菌。浅表脓肿,局部隆起,界限清楚,有波动感与压痛。深部脓肿,局部有疼痛和压痛,波动感不明显,B超可探及脓腔,X线、CT等可确定部位,穿刺可抽出脓液。常伴有全身症状。

如脓肿有波动感或穿刺抽得脓液,应立即做切开引流术。

【预防和健康教育】

1. 注意个人卫生,指导病人正确使用皮肤消毒剂,特别注意消毒剃刀等。
2. 劝告病人避免使用油性药膏。教会病人使用抗生素药膏和更换敷料,并消毒洗手。
3. 小心处理敷料,病人衣服、枕巾、床单等予以消毒,并注意隔离。

二、手部急性化脓性感染

手部急性化脓性感染较常见,往往微小的损伤也可引起手部的严重感染。手的解剖特点决定了手部感染的特殊性:①手部掌面皮肤厚韧,组织致密,有与皮肤垂直的纤维组织索将掌面皮下组织分成许多坚韧密闭的小腔。感染化脓后腔内压力高,疼痛十分严重,且使感染向深部组织蔓延,引起腱鞘炎、指骨骨髓炎。②手掌面组织致密,手背部皮下组织松弛,故掌面感染却手背部明显肿胀。③手部腱鞘、滑液囊与筋膜间隙相互沟通,感染常可蔓延至全手,累及前臂。

手部感染须尽早做出诊断,早期切开引流减压。

【常见病的治疗】

1. 甲沟炎 多因微小刺伤、逆剥或剪指甲过深引起的甲沟或其周围组织的感染为甲沟炎。致病菌多为金黄色葡萄球菌。感染形成后局部症状明显,可迅速化脓,脓液有的可蔓延到甲下,形成甲下积脓。

早期可用热敷、理疗、外敷药物,给予磺胺或抗生素治疗。已化脓者可在甲沟处纵向切开引流,必要时两侧甲沟切开引流或行拔甲术。

2. 脓性指头炎 脓性指头炎最常见,是手指末端掌面皮下组织的急性化脓性感染。多因刺伤所致。初起,指尖有刺痛,迅速出现愈来愈烈的剧痛,呈跳痛,手下垂时加重。多伴有全身症状。晚期大部组织坏死,形成慢性骨髓炎。

炎症初期可用热水浸泡多次,亦可用药外敷,抬高患肢休息,酌情使用抗生素。一旦出现跳痛,应及时切开引流,在患指侧面纵向切开或两侧对口引流。

3. 急性化脓性腱鞘炎与化脓性滑囊炎及手掌深部间隙的感染 手指屈指肌腱的化脓性感染称为手指化脓性腱鞘炎。化脓性滑囊炎及手掌深部间隙的感染由相应的腱鞘感染蔓延而来或外伤引起。拇指和小指屈指肌腱化脓性腱鞘炎可分别引发桡侧和尺侧滑囊炎,食指屈指肌腱化脓性腱鞘炎可引发鱼际间隙感染。中指或无名指屈指肌腱化脓性腱鞘炎可引发掌中间隙感染。共同的特点是疼痛剧烈,肿胀明显,往往伴有全身症状。

早期治疗与脓性指头炎相同,如无好转,应早期切开减压与引流,以防肌腱坏死和感染蔓延。

【预防和健康教育】

1. 恢复期至愈合后,应指导病人进行手部锻炼、按摩理疗,以恢复手功能。
2. 重视手的保护,轻微损伤也应进行消毒、包扎等处理。轻度手部感染应及早就诊,以免延误。

三、特异性感染

(一)破伤风

破伤风是破伤风杆菌侵入人体伤口,生长繁殖,产生毒素而引起的急性特异性感染。破伤风杆菌产生的外毒素有两种,致病的主要毒素是痉挛毒素,经血液循环和淋巴系统并与血清蛋白结合而作用于脊髓前角灰质或脑干的运动神经核,引起肢体痉挛性麻痹和全身抽搐。溶血毒素仅引起局部组织坏死和心肌损害。

【临床表现和诊断】

1. 潜伏期 一般为1~2周,亦可短于24小时,长的可达数月或数年。

2. 前驱期 病人感乏力、头晕、头痛,咬肌紧张酸胀,烦躁不安等。

3. 典型的临床特征 表现为肌肉强烈收缩,初为咬肌咀嚼不便、张口困难,进而出现牙关紧闭;以后累及肌肉依次为面肌、颈项肌、背腹肌、四肢肌群、膈肌和肋间肌,而出现“苦笑面容”,颈项强直,躯干呈“角弓反张”状态,肢体呈屈膝、弯肘、半握拳状,呼吸困难等。任何轻微的刺激如光线、声音、震动或触碰,均能诱发全身肌群的痉挛和抽搐。每次发作持续数秒至数分钟,发作中还可出现面色青紫、口吐白沫、流涎、磨牙、大汗淋漓等,十分痛苦。病人神志始终清楚。易并发肺部感染、窒息,后者是死亡的主要原因。

根据受伤史和临床表现一般可做出诊断。须注意与化脓性脑膜炎、狂犬病、子痫、癲病等鉴别。

【预防】

1. 自动免疫 是最可靠的预防方法。应用破伤风类毒素注射,可以获得自动免疫。我国已全面推行对小儿包括破伤风在内的有计划的混合疫苗注射,效果很好。

2. 被动免疫 对未经过自动免疫者遇有开放性损伤,特别是污染严重的伤口,均可注射破伤风抗毒素(TAT)1500单位,必要时2~3天后重复注射1次。注射前须做过敏试验,防止过敏反应。也可用破伤风免疫球蛋白250~500单位,肌肉注射。

3. 正确处理伤口 及时彻底清创,切开死腔,清除异物和坏死组织等,用1:1000高锰酸钾、3%过氧化氢溶液及甲硝唑液冲洗伤口。污染严重的伤口,清创后可延期缝合。

【治疗】

原则是消除毒素来源,中和游离毒素,控制和解除痉挛,防治并发症。

1. 有伤口者,要在控制痉挛的前提下,重新彻底清创,敞开并引流伤口,并用3%过氧化氢或1:1000高锰酸钾溶液冲洗与湿敷。注射青霉素杀灭破伤风杆菌。

2. 中和体内游离毒素,一般使用破伤风抗毒素2万~5万单位加入5%葡萄糖溶液1000ml内,静脉缓慢滴入,以后每日用1万~2万单位破伤风抗毒素。还可用破伤风免疫球蛋白深部肌肉注射,剂量为3000~6000单位。

3. 保持安静,减少刺激。轻者可用镇静剂与安眠药物,如地西洋5mg口服或10mg静脉注射,每日3~4次;也可用苯巴比妥0.1~0.2g肌肉注射或10%水合氯醛15ml口服或20~40ml灌肠,每日3次。重者可用氯丙嗪50~100mg,加入5%葡萄糖溶液250ml静脉缓慢滴注,每日4次。

4. 维持水、电解质和酸碱平衡,放置胃管进行管饲或全胃肠外营养。保持呼吸道通畅,特别注意喉痉挛或窒息的发生,必要时可做气管切开。痉挛发作时要保护病人以防舌咬伤、骨折等。

【健康教育】

1. 重视对伤口的处理,不可忽视对小伤口(如木刺、锈钉刺伤)的处理,深部感染伤口如化脓性中耳炎的正确处理和伤后破伤风抗毒素预防注射。

2. 注意不洁的接生所致的新生儿破伤风即脐带风、产后破伤风。

3. 按规定接受破伤风预防注射。

(二)气性坏疽

气性坏疽也是特异性感染,是由梭状芽孢杆菌引起的肌坏死。致病菌以产气荚膜杆菌为主,在失活肌肉组织和缺氧的组织内迅速繁殖,使肌糖原、肌蛋白迅速分解,产生大量二氧化碳和硫化氢气体,致病变组织积气并有恶臭。其外毒素能破坏肌肉、毛细血管和红细胞,某些毒素更能直接侵犯心、肝、肾,使其产生局灶性坏死和功能减退。

【临床表现和诊断】

气性坏疽病程发展迅速,临床表现以严重毒血症、组织广泛坏死和不同程度的产气为其特征。

潜伏期一般1~4天。对严重的开放性损伤,尤其是臀部、股部等大面积伤,应严密观察。起初,自觉患部沉重感;随后突然出现胀裂样剧痛和显著肿胀、紧张、苍白、发亮,很快变成紫黑色。按

压伤口周围有捻发音,或有气泡从伤口逸出。病人烦躁不安,高热,呼吸急促,脉转快速,贫血;后期出现严重中毒症状。

取伤口分泌物涂片检查,可发现大量革兰阳性杆菌,白细胞很少,X线检查伤口肌群间隙有气体,这是诊断气性坏疽的三项重要依据。

气性坏疽与不同菌种所致的蜂窝织炎,用细菌学检验,鉴别不难。

【预防】

彻底清创是预防创伤后发生气性坏疽的最可靠方法。清创越早越好。对疑有气性坏疽的伤口应用3%过氧化氢或1:1000高锰酸钾等溶液冲洗。应用青霉素和四环素类抗生素有较好的预防作用。患者的衣物、敷料、器材要单独处理,以防交叉感染。

【治疗】

1. 紧急手术处理 立即敞开伤口,切除无生机的组织。在病变处做广泛、多处切开。伤口用大量氧化剂冲洗、湿敷。如肢体损伤甚为严重,或全身中毒严重,为挽救生命,应考虑截肢术。

2. 高压氧治疗 在3个大气压的纯氧下,在3日内进行7次治疗,可控制气性坏疽杆菌的生长繁殖,不仅降低死亡率,还能减少截肢率。

3. 抗生素使用 大剂量青霉素(每日1000万单位)和四环素(每日2.0g)或头孢菌素。

4. 对症和支持疗法 纠正水电解质和酸碱平衡失调,给予高蛋白、高热量饮食,必要时多次少量输血,改善全身症状。给予止痛、镇静、退热等处理。

【健康教育】

1. 重视对肌肉丰富的部位严重开放性损伤的处理和严密观察。

2. 对伤残者要协助制定出院后的康复计划,恢复自理能力,使其逐渐适应自身形体的变化和日常活动。

(王金瑞)