

普通外科疾病的 诊断与治疗

楚 海◎编著

普通外科疾病的诊断与治疗

楚 海◎编著

图书在版编目 (C I P) 数据

普通外科疾病的诊断与治疗 / 楚海编著. -- 长春 :
吉林科学技术出版社, 2017.9
ISBN 978-7-5578-3334-3

I. ①普… II. ①楚… III. ①外科—疾病—诊疗
IV. ①R6

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第234075号

普通外科疾病的诊断与治疗

PUTONG WAIKE JIBING DE ZHANDUAN YU ZHILIAO

编 著 楚 海
出 版 人 李 梁
责任编辑 孟 波 李洪德
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
字 数 250千字
印 张 13.5
印 数 1—1000册
版 次 2017年9月第1版
印 次 2018年3月第1版第2次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85635177 85651759 85651628
85652585 85635176
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-86037565
网 址 www.jlstp.net
印 刷 永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号 978-7-5578-3334-3
定 价 50.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前 言

近年来随着医学科学的进步,普通外科专业也有了较大的发展,多种先进的检查手段的应用,使一些过去难以确诊的疾病迎刃而解;腹腔镜等内镜技术以及介入技术的出现,缩短了传统的腹部外科技术与内镜外科技术的距离,在很大程度上减少了腹部外科的创伤,并与传统的腹部外科相融合。这些新技术的不断应用,对普通外科疾病的诊断和治疗有着深刻的影响。为此,笔者在繁忙的工作之余,广泛收集国内外近期文献,认真总结了自身经验,编写成《普通外科疾病的诊断与治疗》一书。

本书共分十七章,着重介绍了普通外科临床疾病的病因和发病机制、临床表现、诊断和鉴别诊断、系统治疗,还突出介绍了近年来一些新观念、新理论、新技术、新经验在临床上的应用。其内容丰富,文字简练,实用性强。希望该书的出版对国内普通外科学的发展起到推动作用。

由于笔者水平所限,加之时间仓促,书中难免有不妥之处,敬请各位读者批评指正。

楚 海

2017年5月于山东省高密市高密经济开发区卫生院

目 录

第一章 外科感染.....	1
第一节 浅部化脓性感染.....	1
第二节 手部急性化脓性感染.....	6
第三节 全身性外科感染.....	9
第四节 有芽胞厌氧菌感染	12
第二章 烧 伤	17
第三章 颈部疾病	29
第一节 甲状腺肿瘤	29
第二节 甲状腺功能亢进症	32
第四章 乳房疾病	37
第一节 急性乳腺炎	37
第二节 乳腺囊性增生病	38
第三节 乳房纤维腺瘤	39
第四节 乳管内乳头状瘤	39
第五节 乳腺癌	41
第五章 腹外疝	49
第一节 概 述	49
第二节 腹股沟疝	51
第三节 股 疝	54
第四节 其他疝	55
第六章 腹部损伤	58
第七章 急性腹膜炎	62
第一节 原发性腹膜炎	62
第二节 继发性腹膜炎	63
第三节 腹腔脓肿	65
第八章 胃十二指肠疾病	68
第一节 胃十二指肠溃疡外科治疗	68
第二节 胃 癌	83
第三节 急性胃扩张	95
第九章 小肠疾病	97
第一节 肠梗阻	97
第二节 肠 痿.....	106

第三节	急性出血性坏死性肠炎·····	108
第十章	阑尾炎·····	111
第一节	急性阑尾炎·····	111
第二节	慢性阑尾炎·····	115
第三节	特殊类型阑尾炎·····	115
第十一章	结肠疾病·····	117
第一节	结肠憩室·····	117
第二节	结肠损伤·····	120
第三节	溃疡性结肠炎·····	121
第四节	结、直肠癌·····	131
第十二章	直肠与肛管疾病·····	139
第一节	直肠肛管周围脓肿·····	139
第二节	肛裂·····	142
第三节	痔·····	145
第四节	肛痿·····	152
第十三章	肝脏疾病·····	156
第一节	肝脓肿·····	156
第二节	原发性肝癌·····	160
第十四章	胆道疾病·····	170
第一节	胆石症·····	170
第二节	胆道感染·····	174
第十五章	胰腺疾病·····	181
第一节	急性胰腺炎·····	181
第二节	慢性胰腺炎·····	190
第十六章	脾脏疾病·····	196
第一节	脾损伤·····	196
第二节	脾脓肿·····	198
第十七章	血管外科疾病·····	199
第一节	血栓闭塞性脉管炎·····	199
第二节	深部静脉血栓形成·····	204
第三节	单纯性下肢静脉曲张·····	208

第一章 外科感染

第一节 浅部化脓性感染

疔

一、病因和病理

疔(furuncle)又称疔,是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。致病菌大多为金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌。正常皮肤的毛囊和皮脂腺常有细菌存在,但只有在全身或局部抵抗力减低时,细菌才迅速繁殖并产生毒素,引起疔肿。局部皮肤擦伤、不清洁、皮脂过多、经常受到摩擦和刺激等,都是发生疔肿的诱因。疔常发生于毛囊和皮脂腺丰富的部位,如颈、头、面部、背部、腋部、腹股沟部、会阴部和小腿。

多个疔同时或反复发生在身体各部,称为疔病(furunculosis)。常见于营养不良的小儿或糖尿病患者。

二、诊断

(一)临床表现 疔最初表现为毛囊口脓疱或圆锥形隆起的炎性硬块,有红、肿、痛。2~3天内,硬块增大,疼痛加剧。以后中心发生组织坏死、溶解和脓肿形成,硬块逐渐变软,疼痛减轻,中心出现黄白色脓头。脓头大多能自行破溃。破溃或经切开引流后,脓腔塌陷,逐渐为肉芽组织所填满,形成瘢痕而愈合。有时感染扩散,可引起淋巴管炎、淋巴结炎。由于解剖特点,面部疔被挤压或挑刺后,可引起颅内感染,患者出现突然延及眼部的进行性肿胀和硬结、头痛、眼角压痛、寒战、高热等症状。

(二)实验室检查 感染较重者,血白细胞计数增加;中老年患者应行血糖、尿糖检查。

(三)诊断 ①好发于头面颈、背、臀部及腋下、会阴部。②临床上以局部红肿热痛,肿势局限,3~5天化脓,出脓即愈为主症。③一般无全身症状,重者伴有恶寒、发热。

(四)鉴别诊断

1. 小汗腺炎 多见于婴幼儿头皮、颈部、上胸部,产妇亦常发生;夏季多见;为多个黄豆至蚕豆大紫红色结节,中心无脓栓,愈合无瘢痕。

2. 急性淋巴结炎 局部有红肿热痛,但肿势范围较大,常为单个,表皮紧张光亮;多伴有明显的全身症状。

3. 痈 红肿范围大,有多个脓栓,溃后状如蜂窝;全身症状明显。

4. 沥青皮炎 发病前有沥青接触史及日光照射史;以夏秋季节发病最为严重;皮损以暴露部位最为多见;有丘疹或黑头粉刺样皮疹,或有小硬结等类似本病的症状。

5. 集团性痤疮 虽也有红色结节,但伴有丘疹和黑头,并限于面部和躯干。

三、治疗

1. 早期仅有红肿时,可用2%碘酊局部涂抹。有脓头时,可用无菌镊子去除,以利引流。

2. 对颈项部皮肤较厚部位疖肿,为了促进其吸收或加速液化,可外敷鱼石脂软膏、红膏药,也可辅理疗,如红外线、紫外线照射。

3. 对面、口鼻三角区的疖肿应特别警惕,该处面部静脉与颅内海绵窦相通,故感染有播散到颅内的危险。所以此处的疖切忌挤压;宜休息,禁止大声说话;保持大便通畅;给流质饮食,避免咀嚼。并给以大量的抗生素,在感染控制无效时,方可切开引流,手术操作应轻柔。

4. 对有全身症状的患者应给抗生素治疗,合并糖尿病者,同时治疗糖尿病。

四、预防

注意皮肤清洁卫生,勤洗澡、洗头,勤换衣服、剪指甲。

痈

痈(carbuncle)是邻近多个毛囊及其所属皮脂腺、汗腺的急性化脓性感染,或由多个疖融合而成。金黄色葡萄球菌为主要致病菌。好发于颈项、背等皮肤厚韧处。多见于糖尿病等免疫力低下的成年患者。

一、病因

致病菌多为金黄色葡萄球菌。感染常由一个毛囊底部开始,因患部皮肤韧厚,感染不易向皮肤表面穿破而容易向阻力较弱的皮下脂肪柱蔓延至皮下组织,并沿深筋膜向周围扩散,侵犯到四周的许多脂肪柱,再向上侵及周围相邻毛囊而形成多个脓头。糖尿病患者易患痈。

二、诊断

(一)临床表现 初起时局部呈一片稍微隆起的紫红色浸润区,质地坚韧,界限不清,明显疼痛,继之在中央部的表面有多个粟粒状脓栓,破溃后呈蜂窝状,以后中央部发生组织坏死、溶解、塌陷,像“火山口”,其内含有脓液和大量坏死组织。痈易向四周和深部发展,周围呈浸润性水肿,疼痛剧烈。局部淋巴结有肿大和疼痛。患者多有明显的全身症状,如畏寒、发热、全身不适、食欲不振等,易并发全身性化脓性感染。唇痈易引起颅内的海绵状静脉窦炎及急性化脓性脑膜炎,危险性更大。

(二)实验室检查 血白细胞计数增加,中性多核白细胞亦升高。尿常规检查测定有无尿糖阳性反应。

(三)诊断 ①成年人多,常发生在颈项、背部。②初时局部红肿疼痛,界限不清,在中央部表面有多个粟粒状脓栓,破溃后呈蜂窝状。③全身症状明显,血白细胞计数增高。

(四)鉴别诊断

1. 疖 红肿范围小而多呈高突,界限清楚,虽有个别皮损范围较大,但溃后仅有一个脓头;全身症状轻。

2. 急性蜂窝织炎 起病急骤,皮色潮红,扩展迅速;有时会出现组织坏死,但不会出

现多个脓头,溃破后不会呈蜂窝状。

3. 急性脓肿 表浅者局部红肿疼痛明显,且有明显波动感。

4. 化脓性汗腺炎 局部多个痛性硬结,触痛,继之结节增大,红肿热痛,可化脓破溃,不易愈合,病变周围硬结反复出现,增大及破溃后可形成多个脓孔,易和痈混淆,但化脓性汗腺炎多发于炎热的夏季,且多发生于腋窝、肛门、外生殖器周围、腹股沟等处,全身症状较轻。

三、治疗

(一) 药物治疗

1. 抗生素 青霉素 40 万 ~ 80 万 U,每天 3 ~ 4 次肌内注射,严重感染可静脉注射 400 万 ~ 800 万 U,用药前应做过敏试验。红霉素 0.5g,每天 4 次口服,严重感染可静脉滴注 1g。麦迪霉素每天 0.8 ~ 2g,分 3 ~ 4 次口服。头孢替安:为第二代头孢菌素类,抗菌谱广,对革兰氏阳性菌与革兰阴性菌均有杀菌作用,对痈的有效率为 86.7%。0.5 ~ 1g,每天 2 次,严重感染可 0.5 ~ 1g,每 6 小时一次肌内注射或静脉注射。头孢沙定:第二代口服头孢菌素,抗菌谱广,成人 250mg,每天 2 次,早、晚饭后服。头孢拉定(复达欣):第三代头孢菌素类抗生素,抗菌谱广,对多种革兰阳性菌和革兰阴性菌有杀菌作用,对皮肤和软组织感染有效率为 93.8%。1g,每天 3 次或 2g 每天 2 次静脉注射。

2. 磺胺类药 复方新诺明 2 片,每天 2 次。

3. 局部早期可用金黄膏、50% 硫酸镁或 70% 酒精湿敷。

(二) 手术治疗 如已有大量组织坏死及多个脓头时,应切开引流。切口一般用 + 字或十字形切开,长度宜超出病变范围进入健康组织少许,深度深达筋膜或其下。切开后将皮瓣向四周剥离,清除所有坏死组织。有条件的可用电刀切开,以减少出血。尽量保留皮瓣,伤口冲洗干净,用 3% 过氧化氢溶液或 Eusol 溶液湿敷皮肤坏死较多者,待肉芽组织健康、分泌物减少后予以植皮。

四、预防

保持皮肤清洁,及时治疗疖与疖病和糖尿病,加强全身抵抗力,适当注意休息。患处尽可能避免碰撞,疮面忌挤压,发生在四肢者,应注意抬高患肢。饮食以营养丰富而易消化的食物为主,忌食辛辣、油腻、甜食等。

急性蜂窝织炎

急性蜂窝织炎(acute cellulitis, phlegmon)是皮下、筋膜下、肌间隙或深部疏松结缔组织的急性弥漫性化脓性感染。急性皮下蜂窝织炎是指真皮和皮下组织的急性化脓性感染。此病特点是扩散迅速、不易局限,与周围组织无明显界限。致病菌多为溶血性链球菌,金黄色葡萄球菌、厌氧菌也能致病。急性炎症可因创伤、化脓性感染灶扩散,或经血流、淋巴传播而发生。感染扩散和不易局限与致病菌 - 溶血性链球菌释放出的链激酶和透明质酸酶等有关。感染扩散易导致败血症。

一、病因和病理

本病可由皮肤或软组织损伤后感染引起,也可由局部化脓性感染直接扩散或经淋巴、血流传播而发生,致病菌为溶血性链球菌或金黄色葡萄球菌,亦可有厌氧性细菌。溶血性链

球菌引起的急性蜂窝组织炎,病变扩展迅速,可引起败血症。葡萄球菌引起的蜂窝组织炎,则比较容易局限为脓肿。

急性蜂窝组织炎的主要病理变化表现为皮肤和皮下组织广泛的急性化脓性炎症改变,有大量嗜中性粒细胞和淋巴细胞浸润。病变处血管和淋巴管扩张,有时可见到血栓形成。毛囊、皮脂腺、汗腺均遭破坏。病变后期可形成肉芽肿。病变中心区可坏死、化脓。

二、诊断

(一)临床表现 局部红、肿、热、痛,红色较暗,与正常皮肤无明显分界,中央部颜色较周围为深。病变部位浅、组织较松弛时,肿胀明显而疼痛较轻;病变部位深或组织较致密者,则肿胀不明显而疼痛较剧烈,且易并发淋巴管炎和淋巴结炎。患者多有不同程度的全身症状,如畏寒发热、头痛、乏力,白细胞计数增高等。

口底、颌下和颈部的急性蜂窝组织炎,可发生喉头水肿和气管压迫,引起呼吸困难甚至窒息;炎症有时还可蔓延到纵隔。捻发音性蜂窝组织炎是由类杆菌、厌氧性链球菌和多种肠道杆菌等产气细菌混合感染,局部可检出捻发音,病变中心出现进行性软组织坏死,脓液恶臭,全身症状明显。

(二)实验室及其他检查 血常规检查,白细胞总数及中性粒细胞增高。

(三)诊断 ①局部红肿热痛,边界不清,病变中央易发生坏死。②病变部位较浅,组织松弛者,肿胀明显,疼痛较轻;病变部位组织致密者,肿胀不显,疼痛较剧。③伴有全身症状。④血白细胞总数及中性粒细胞增高。

(四)鉴别诊断

1. 疔 早期虽表现为蜂窝组织炎外观,但溃后有多个脓栓。

2. 丹毒 病变处呈片状潮红,边界清楚,扩展较快,但在病变扩展时,中央部分炎症消退,始终不化脓。

3. 接触性皮炎 有接触过敏物质史;局部红肿热痛,病变部位红斑、水泡,边界明显,瘙痒,无疼痛。

4. 深部脓肿 皮色正常或微红,肿胀不明显,与组织致密处蜂窝组织炎难以鉴别。脓肿成熟时,穿刺抽取脓汁可确诊。

三、治疗

患部休息,热敷或50%硫酸镁溶液湿热敷。出现波动感或穿刺抽吸到脓液,应及时切开引流。口底与颌下蜂窝组织炎应及早切开引流,以防喉头水肿,捻发音性蜂窝组织炎也应及早广泛切开引流,切除坏死组织,并用3%过氧化氢溶液冲洗和湿敷。

及时给予磺胺药或抗生素治疗。对较严重的感染,应做脓液细菌培养和药物敏感试验,选用敏感有效的抗生素。

丹毒

丹毒(erysipelas)是 β -溶血性链球菌侵入皮内网状淋巴管所致急性炎症,很少扩展到真皮层下。常因皮肤、黏膜微小损伤或足癣感染引起。好发于面部及小腿。其特点为:发病急、蔓延快、不化脓、无组织坏死、易传染。

一、病因和病理

本病是由 β -溶血性链球菌引起,主要累及皮内淋巴管,好发于足背及小腿,足癣常是细菌入侵的门户。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,甚至发展为橡皮肿。

本病的病理主要表现为:表皮显著水肿,有时可有大疱,疱内为浆液或脓液。真皮水肿,血管及淋巴管扩张,附近有弥散性的以嗜中性粒细胞为主的炎性细胞浸润。

二、诊断

(一)临床表现 好发部位为下肢和头面部。起病急,患者常有头痛、畏寒、发热等全身症状。局部表现呈片状红疹,颜色鲜红,中间较淡,边缘清楚,略为隆起。手指轻压可使红色消退,松压后很快又恢复鲜红色。红肿向四周扩展时,中央红色逐渐消退、脱屑,转为棕黄色。红肿区有时有水疱形成,局部有烧灼样疼痛。常伴有附近淋巴结肿大、疼痛。患者常有头痛、畏寒、发热等全身症状。

(二)实验室及其他检查

1. 实验室检查 血白细胞总数增高,嗜中性白细胞增多,血沉可增快。

2. 病理切片 真皮高度水肿,血管淋巴管扩张,真皮中有广泛中性多形核白细胞浸润,可深达皮下组织。

(三)诊断 ①多发于小腿及面部,呈局限性。②起病急骤,发展迅速。③皮损初起为水肿性鲜红斑片,边界清楚,中间较淡。④血白细胞计数增多。

(四)鉴别诊断

1. 类丹毒 常发于手部,与职业有关;范围小,来势慢;无明显全身症状。

2. 接触性皮炎 有接触原发性刺激物致敏史;病变多局限于接触部位;皮损以肿胀、水疱、丘疹为主,自觉刺痒,无触痛;无全身中毒症状。

3. 急性蜂窝织炎 皮肤紫红,肿形隆起,边缘炎症较轻,界限不清,稍发硬而坚实,按之有陷凹。

4. 药物性皮炎 发病前有服药史;亦可见面部红肿,两目合缝,但边界不清;无恶寒发热等全身症状。

三、治疗

青霉素是治疗本病的首选药物,病情急重者,可用大剂量静脉滴注,磺胺药可同时应用。对青霉素过敏者可选用红霉素、四环素等。在症状消失后应继续用药 5~7 天,以防止复发。

同时应注意休息,病在下肢者,应抬高患肢。局部可用 50% 硫酸镁湿敷。全身症状重者应给予对症处理。

急性脓肿

急性感染使组织或器官内病变组织坏死、液化,形成局限性脓液积聚,并有一完整脓腔壁者,称为脓肿。致病菌大多是金黄色葡萄球菌。

一、病因和发病机制

脓肿是急性化脓性感染局限,脓液积聚而成,或因脓血症的脓栓迁移而成。多为金黄

色葡萄球菌。脓肿可以是原发于局部损伤后,多见于血肿和异物留存处,也可以继发于其他类型的化脓性感染,如急性蜂窝织炎、淋巴结炎、丹毒、疖等的后期;也可以从远处的原发感染病灶经血流、淋巴道转移而来。

脓肿可出现在人体各部,感染之所以局限成脓肿,主要是由于金黄色葡萄球菌所具有的凝固酶,使血浆凝固,血管血栓形成,同时又有大量纤维素渗出,形成腔壁之故。脓肿分为脓腔(内含脓液)、脓腔壁两部。坏死的炎性组织经过酶的溶解而成脓腔;其周围有未坏死的炎性浸润组织所组成的脓腔壁,脓腔壁具有大量毛细血管和增生的结缔组织;脓液是由上述的坏死组织渗出物,死亡的细菌和白细胞组成。

二、诊断

(一)临床表现 脓肿分浅、深2种。浅表脓肿局部有红、肿、热、痛,脓肿与正常组织界限清楚,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,但局部有疼痛和压痛。在压痛最明显处,用粗针试行穿刺,抽出脓液,即可确诊。小而浅的脓肿,多无明显的全身症状。大而深的脓肿,常有明显的全身症状,如发热、头痛、食欲不振等。

(二)实验室及其他检查

1. 实验室检查 血常规检查白细胞总数和中性粒细胞增高;局部脓液涂片检查常常找到致病菌;脓液细菌培养加药物敏感试验可确定致病菌种,指导临床用药。

2. 影像学检查 超声波检查可帮助确诊。

(三)诊断

1. 浅表脓肿 ①有皮肤黏膜感染史。②患处红肿热痛。③中央显著隆起,有波动感。
2. 多发性转移性肌肉深部脓肿 ①有外伤或原发性感染病灶。②患处疼痛压痛,但红肿不显著,脓肿形成时波动感不明显。③全身症状明显。④超声波检查发现脓腔或穿刺抽出脓液。⑤脓肿切开或破溃后有此处未愈,他处又起的现象。

(四)鉴别诊断

1. 动脉瘤 多位于腋窝、腘窝及腹股沟区;肿块触及搏动,听诊有血管杂音;阻断近心端动脉,搏动和杂音即消失。

2. 寒性脓肿 常有结核病史,病程长,起病缓慢;局部无红、痛、热等急性炎症表现;穿刺抽出脓液稀薄,含干酪样碎屑,详细检查多可发现原发结核病灶,如脊柱结核、胸壁结核等。

3. 化脓性髋关节炎 疼痛在髋关节部;可使臀部外突,大腿略向外旋,患肢不能伸直和弯曲,甚则肿胀蔓延到腰部、大腿;必要时可作髋关节穿刺以作鉴别。

三、治疗

脓肿一旦确诊,应及时切开引流。切口应足够大,位置要低,以利于引流。手术后每天换药,直到脓肿消失,创口愈合。

第二节 手部急性化脓性感染

手部化脓性感染是常见外科疾病,若处理不当可引起手的严重感染,甚至造成不同程度的病残,以致影响手部功能。一般有甲沟炎、脓性指头炎、化脓性腱鞘炎、掌间隙感

染等。

甲沟炎

甲沟炎(haronychia)是甲沟或其周围组织的化脓性感染多因刺伤、挫伤、倒刺(逆剥)或剪指甲过深等损伤而引起。致病菌多为金黄色葡萄球菌。

一、诊断

临床表现和诊断 初起时,指甲一侧的皮下组织发生红、肿、热、痛,有的可自行消退,有的却迅速化脓。脓液自甲沟一侧蔓延到甲根部的皮下及对侧甲沟,形成半环形脓肿,如不切开引流,脓肿向甲下蔓延,成为指甲下脓肿,表现为指甲下见到黄白色脓液,使该部指甲与甲床分离。如处理不及时,可成为慢性甲沟炎,甲沟旁有一小脓窦口,有肉芽组织向外突出。一般多无全身症状。

二、治疗

早期用热水浸泡患指、理疗及抗生素治疗。如有脓液,则在炎症严重的甲沟处作纵向切开引流,必要时切除指甲根部,翻开皮肤用橡皮片或凡士林纱条引流。如已形成甲下脓肿则应拔除部分或全部指甲。拔甲时没有损伤甲床,新生指甲不会发生畸形。

三、预防

注意劳动保护,防止手指皮肤损伤,剪指甲不宜过短,手指有微小伤口,要及时进行治疗,以免发生感染。发病后患指要适当制动休息,抬高患肢,忌持重物。

脓性指头炎

脓性指头炎(felon)是指末节的皮下化脓性感染。

一、病因和病理

致病菌多为金黄色葡萄球菌。除了可由甲沟炎加重所致,还可发生于指炎或指末节皮肤受伤后。手指末节掌面的皮肤与指骨骨膜间有许多纵行纤维索,将软组织分为许多密封小腔,感染后脓液不易向四周扩散,但小腔内压力很高,故疼痛剧烈,且可引起指骨缺血、坏死、骨髓炎。

二、诊断

(一)临床表现 患者有针刺样痛;进展快。压力增高后,指端肿胀,继之跳痛,尤以患肢下垂时为甚,可伴全身不适、发烧。检查指端可见红肿,局部发热,亦有因肿胀甚而皮肤反呈黄白色的。轻触患者指即产生剧痛,同侧腋窝淋巴结肿大。

可有急性淋巴管炎、急性淋巴结炎、骨髓炎等并发症。

(二)实验室检查 血白细胞计数可增高等。

(三)鉴别诊断 需与甲沟炎相鉴别。

三、治疗

1. 早期可用热盐水浸泡,或鱼石脂软膏外敷、理疗。注意抬高患肢,以减轻疼痛。

2. 给予有效抗生素,如青霉素、庆大霉素或其他消炎药物。

3. 如肿痛剧烈、压痛明显,提示已经化脓应及时切开引流,注意不必等待有明显波动时再切开,应在炎症稍局限后即行切开。切口可侧切,脓腔大者还可对口引流。

急性化脓性腱鞘炎

急性化脓性腱鞘炎(acute purulent tenosynovitis)是一种较常见的手部急性化脓性感染。常见于指屈肌腱,多由深部刺伤感染后引起。临床特别是发病迅速,整个患指疼痛剧烈,肿胀明显。本病属中医“蛇肚疔”范畴。化脓性腱鞘炎的早期诊断、正确治疗,对患指功能的保存,至关重要。

一、病因和发病机制

感染多为直接刺伤腱鞘,也可由于指掌面皮下感染蔓延或脓肿切开误伤腱鞘引起。致病菌以金黄色葡萄球菌为最常见。

手指和手掌的腱鞘、滑液囊、屈指肌腱在手指掌面,它们由腱鞘包绕。手掌处食指、中指和无名指的腱鞘不与任何滑液囊相沟通而小指的腱鞘与尺侧滑液囊,拇指的腱鞘与桡侧滑液囊相通。约有50%的尺侧滑液囊与桡侧滑液囊相连,故拇指和小指发生感染后可蔓延到对方,甚至蔓延到前臂肌间隙,而食指、中指和无名指感染常被局限。由于腱鞘是密闭的腔隙,炎症感染时腔内张力增高,可导致肌腱坏死。

二、诊断

(一)临床表现 患指红肿疼痛,呈均匀性肿胀,发红、皮肤紧张,状似腊肠。此病发展迅速,疼痛剧烈,患者夜间不能入睡,并伴有高热、头痛、头晕、食欲不振等症状。检查患指除末节外,呈明显均匀性肿胀,皮肤高度紧张。患指各关节呈轻度弯曲,使腱鞘处于松弛位置,以减少疼痛。任何被动的伸指活动,均能引起剧烈疼痛。整个腱鞘部位皆有显著压痛。

由于拇指与小指腱鞘分别与桡侧、尺侧滑液囊相通,因此,该两处化脓性腱鞘炎可发展为桡、尺侧化脓性滑囊炎。桡侧滑囊炎局部表现为拇指肿、微屈、不能外展和伸直,压痛区在拇指和大鱼际处;尺侧滑囊炎则表现为小指及无名指呈半屈位,伸指时疼痛加剧,在小鱼际处有压痛。

(二)诊断 ①发病迅速,患指均匀性肿胀,疼痛剧烈。②检查时沿整个腱鞘均有压痛。③患指所有的关节轻度屈伸,被动伸指活动能引起剧烈疼痛。

三、治疗

腱鞘炎及滑囊炎诊断一旦明确,即应在大量抗生素治疗的同时作切开引流,通常于患指方作纵向切口,如脓液较稀薄,可在鞘管远近端开窗,置入2根塑料管连续冲洗,伤口可闭合。如果脓稠,肌腱已变性坏死,则应切除鞘管及肌腱,彻底引流,并按皮下脓肿处置。

桡侧滑液囊和尺侧滑液囊感染时,切口分别作在大鱼际及小鱼际的掌心缘,切口近端至少距腕1.5cm,以免切断正中神经的分支。

手掌深部间隙感染

手掌深部间隙是位于手掌屈指肌腱膜的滑液囊深面的疏松组织间隙。其前为掌腱和肌腱,后为掌骨和骨间肌表面筋膜,内侧为小鱼际肌,外侧为大鱼际肌。此间隙分为尺侧的掌中间隙,桡侧的鱼际间隙,由掌腱膜与第三掌骨相连的纤维中隔分开。

一、病因

掌中间隙感染多是指和中指和无名指腱鞘炎蔓延引起。鱼际间隙感染则因示指腱鞘感染后引起。直接刺伤也可引起感染,致病菌主要为金黄色葡萄球菌。

二、诊断

(一)临床表现 间隙感染的局部和全身症状都较严重。局部红肿广泛,有明显压痛。手指呈轻度屈曲位,伸指活动可引起疼痛。掌中间隙感染可使掌心凹陷消失、隆起、皮肤紧张、发白、压痛明显。中指、无名指和小指处于半屈位,被动伸指可引起剧痛。手背水肿明显。鱼际间隙感染,可使大鱼际和拇指指蹼明显肿胀,压痛明显,但掌心凹陷无消失。拇指外展略屈,食指半屈,活动受限,拇指不能对掌。

(二)诊断

1. 掌中间隙感染 ①有外伤史,或中指和无名指腱鞘炎。②手掌心正常凹陷消失、隆起,压痛明显。③中指、无名指和小指处于半屈位,被动伸指引起剧痛。④伴有全身症状。

2. 鱼际间隙感染 ①多有外伤史。②大鱼际及第一指蹼处明显肿胀。③拇指及示指微曲相对如半环状,伸屈拇指及示指时疼痛加剧。④伴有全身中毒症状。

三、治疗

治疗可用大剂量抗生素。局部早期处理同脓性指头炎。如短期内无好转,应及早切开引流。掌中间隙感染应纵向切开中指与无名指间的指蹼,切口不应超过手掌远侧横纹,以免损伤动脉的掌浅弓。用血管钳撑开皮下组织,即可达掌中间隙,排脓后置引流条。对于鱼际间隙感染的一般治疗与掌中间隙感染相同。引流的切口可直接作在大鱼际最肿胀和波动最明显处。亦可在拇指、食指间指蹼(虎口)处作切口,钝性分离进入间隙,排脓后置引流条。

第三节 全身性外科感染

全身性外科感染是指病原菌侵入人体血循环,并生长繁殖,引起严重的全身各系统的感染症状或中毒症状者。常见的致病菌为金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠杆菌和绿脓杆菌等化脓性细菌,故又称全身化脓性感染。近年来由于广谱抗生素、肾上腺皮质激素和免疫抑制剂的大量应用,真菌引起的全身性感染近年来有明显的增多,它虽然不属于化脓性感染,但往往引起严重的后果,应给予充分的关注。

一、病因

1. 严重创伤、烧伤、休克、外科大手术后,可使患者处于应激状态而释放大量炎症性介质,如再次出现致伤因素,如出血、感染作用于靶细胞而引起所谓级联反应,导致感染,可引起脓毒症。

2. 各种化脓性感染如弥散性腹膜炎、胆道或尿路感染,甚至局限性感染均可引起脓毒症。

3. 诱发因素 ①机体免疫力低下,如年老体弱、营养不良、严重贫血和慢性疾病等。②长期使用糖皮质激素、免疫抑制剂、抗癌药物等。③长期使用广谱抗生素导致非致病菌

或条件致病菌大量繁殖引发的感染。④局部病灶处理不当,伤口存留异物、无效腔、引流不畅或清创不彻底等。⑤长期留置静脉导管所致静脉导管感染(catheter-related infection)等。

全身性感染的常见致病菌有:

1. 革兰染色阴性杆菌 当代外科感染中革兰阴性杆菌感染已超过革兰阳性杆菌,常见为大肠杆菌、拟杆菌、绿脓杆菌、变形杆菌,其次为克雷伯菌、肠杆菌等。此类细菌的主要毒性在于内毒素,有些抗生素虽能杀菌,但对内毒素及其介导的炎症介质是无能为力的,因此,由革兰阴性杆菌所致的脓毒症一般比较严重,可出现三低现象(低温、低白细胞、低血压),发生感染性休克者也较多见。

2. 革兰染色阳性球菌 较常见的有三种:①金黄色葡萄球菌感染常年不减,是因为其出现多重耐药性的菌株,包括对 β 内酰胺类、氨基糖苷类均耐药,这类菌株还倾向于血液播散,可在体内形成转移性脓肿。有些菌株局部感染也可引起高热、皮疹,甚至休克。②表皮葡萄球菌曾多年被划归“非致病菌”,由于其易黏附在医用塑料制品如静脉导管等中,细菌包埋于黏质中,可逃避机体的防御能力与抗生素的作用。近年的感染率明显增加。③肠球菌是人体肠道中的常驻菌,可参与各部位的多菌感染,有的肠球菌脓毒症不易找到原发灶。

3. 无芽孢厌氧菌 近年来由于厌氧培养技术的提高,发现腹腔脓肿、阑尾脓肿、肛周脓肿、脓胸、脑脓肿、吸入性肺炎、口腔颌面部坏死性炎症、会阴部感染等多含有厌氧菌。厌氧菌感染有2/3同时有需氧菌感染。两类细菌有协同作用,能使坏死组织增多,易于形成脓肿。脓液可有粪臭样恶臭。常见的无芽孢厌氧菌是拟杆菌、梭状杆菌、厌氧葡萄球菌和厌氧链球菌。

4. 真菌 外科真菌感染(fungal infection)中应特别注意白色念珠菌、曲霉菌、毛霉菌、新型隐球菌等,属于条件性感染。其发生原因有:①在持续应用抗生素的情况下,特别是应用广谱抗生素,真菌得以过度生长,成为一般细菌感染后的二重感染;②基础疾病重,加上应用免疫抑制剂、激素等,使免疫功能进一步削弱;③长期留置静脉导管。

二、诊断

(一)临床表现 脓毒症主要表现为:①骤起寒战,继以高热可达 $40\sim 41^{\circ}\text{C}$,或低温,起病急,病情重,发展迅速;②头痛、头晕、恶心、呕吐、腹胀,面色苍白或潮红、出冷汗。神志淡漠或烦躁、谵妄或昏迷;③心率加快、脉搏细速,呼吸急促或困难;④肝脾可肿大,严重者出现黄疸或皮下出血淤斑等。

(二)实验室及其他检查

1. 血象 白细胞计数大多明显增高,一般在 $(10\sim 30)\times 10^9/\text{L}$ 之间,也有白细胞计数不高,甚或减少,但中性粒细胞多数仍增多,嗜酸粒细胞在急性期大多数显著减少或接近于零。中性粒细胞的四唑氮蓝(NBT)试验在细菌性败血症中常呈阳性(正常在8%以下,败血症者可达20%以上)。

2. 病原学检查 血培养为确诊的重要依据,宜同时作需氧培养、厌氧培养和真菌培养;反复多次送检,应争取在抗生素应用前以及寒战高热时进行。骨髓、脓液、脑脊液、胸腹水、淤点等涂片或培养,也可找到病原菌,骨髓培养阳性率可较血培养者高。病原菌分

离后应做药物敏感度(药敏)或联合药敏试验。

3. 其他 尿分析部分患者可有蛋白、红细胞、白细胞和管型。X线胸部检查,应包括观察两侧膈肌运动等。

(三) 诊断

1. 有原发感染病灶并出现典型脓毒症临床表现者,一般可做出初步诊断;依据原发感染灶的性质(如疔、胃肠穿孔等)和脓液性状,结合临床某些特点和实验室检测结果,综合分析,大致可区分病原菌为革兰染色阳性或阴性细菌或混合感染。

2. 对临床表现如寒战、高热、脉细速、低血压、腹胀、黏膜皮肤淤斑或神志改变,不能用原发感染病来解释时,要高度警惕脓毒症的可能,严密观察和做进一步检查,以防漏诊和误诊。

三、治疗

(一) 一般处理 最重要的措施为清除感染源。适当的液体治疗以预防或迅速纠正低血容量休克,纠正电解质代谢失调和酸中毒,补充各种维生素。必要时反复输给新鲜血,一般每次200~400ml,以补充血容量,纠正贫血,增加血浆蛋白含量和免疫力,也可用丙种球蛋白6ml,肌内注射,每周1~2次。以增加人体的抵抗力。此外尚应给退热剂或物理降温以控制高热,密切注意有无转移性脓肿发生。

(二) 抗生素的使用 一般先根据原发病灶的性质来选用抗菌药物,并选用抗菌谱较广的抗菌药物,或两种抗菌药物联合应用。以后根据治疗效果、病情演变和病原菌培养结果及药敏测定,调整抗菌药物的种类。抗菌药物的剂量应较大,疗程应较长。真菌性败血症,应尽量停用广谱抗生素,改用对原来感染有效的窄谱抗生素,并静脉应用抗真菌药物;如二性霉素B、5-氟胞嘧啶、酮康唑等。

(三) 局部治疗 目的是处理原发感染灶。根据其性质,采取不同的方法。例如,脓肿切开引流术,切除伤口内已坏死和濒于坏死的组织,除去异物,以利引流,拔除留于体内的各种导管等。急性腹膜炎、急性梗阻性化脓性胆管炎、绞窄性肠梗等应做手术治疗。如一时不能找到原发病灶,则应进行全面的检查,尤其注意一些潜在的感染源和感染途径。如肠道菌群移位所导致的肠源性感染。

(四) 激素的应用 早期应用有一定效果。应短期内用大剂量,例如甲泼尼龙30mg/kg或地塞米松(1~3)m/kg,加入5%葡萄糖溶液中静脉滴注,1次滴完,一般用1~2次。需和抗生素同时应用,以免感染扩散。

(五) 其他 病情严重者,可用冬眠疗法,如氯丙嗪、异丙嗪各50mg和哌替啶100mg加入5%葡萄糖溶液中作静脉滴注,或将上述药量分2~4次作肌内注射。用药期间应严密观察意识情况,以及脉搏、体温、血压、呼吸和肺部情况。疗程一般1~2周。对伴有心血管疾病、血容量不足或呼吸功能不足者宜慎用或不用。