

临床护理学操作技术

主编 牟玉华 陈丽 牟翠玲 刘妮妮



科学出版社

临床护理学操作技术

主 编 牟玉华 陈 丽 牟翠玲

刘妮妮

副主编 李发娟 王 菲 李开慧

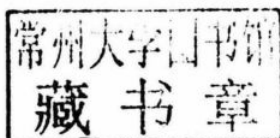
李炳慧 焦丽华

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 菲 刘妮妮 牟玉华

牟翠玲 李开慧 李发娟

李炳慧 陈 丽 焦丽华



科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本书共上、下两篇,十九章,包含外科、内科等领域的临床常见病,对各种疾病的病因和发病机制、临床表现、治疗要点、常用护理诊断/问题及措施、健康指导等方面做了系统的阐述。本书具有实用、简明、内容详尽且新颖等特点,对临床疾病的诊断和治疗及护理具有指导意义,适合我国各级临床医生尤其低年资医生、研究生、实习医生阅读参考。

图书在版编目(CIP)数据

临床护理学操作技术 / 牟玉华等主编. —北京:科学出版社,2018.9

ISBN 978-7-03-058918-7

I. ①临… II. ①牟… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2018)第 218605 号

责任编辑:朱 华 张天佐 / 责任校对:郭瑞芝

责任印制:张欣秀 / 封面设计:陈 敬

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京厚诚则铭印刷科技有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2018年9月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2018年9月第一次印刷 印张:14

字数:350 000

定价:118.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

目 录

上篇 外科常见病护理技术

第一章 外科感染的护理..... (1)	第一节 胃、十二指肠溃疡..... (48)
第一节 浅部软组织化脓性感染..... (1)	第二节 胃癌..... (57)
第二节 手部急性化脓性感染..... (4)	第九章 肠梗阻的护理..... (61)
第三节 全身性感染..... (6)	第十章 急性阑尾炎的护理..... (65)
第四节 特异性感染..... (7)	第十一章 结肠、直肠与肛管疾病的 护理..... (69)
第二章 颈部疾病的护理..... (13)	第一节 结肠癌..... (69)
第一节 甲状腺功能亢进..... (13)	第二节 痔..... (73)
第二节 甲状腺肿瘤..... (16)	第三节 肛裂..... (76)
第三章 乳房疾病的护理..... (19)	第四节 肛瘘..... (77)
第一节 急性乳腺炎..... (19)	第十二章 肝疾病的护理..... (80)
第二节 乳腺囊性增生病..... (20)	第一节 肝脓肿..... (80)
第三节 乳房良性肿瘤..... (21)	第二节 原发性肝癌..... (84)
第四节 乳房癌..... (22)	第十三章 门静脉高压症的护理..... (89)
第四章 肺癌的护理..... (27)	第十四章 泌尿系统损伤的护理..... (94)
第五章 食管癌的护理..... (32)	第一节 肾损伤..... (94)
第六章 腹部损伤的护理..... (39)	第二节 膀胱损伤..... (97)
第七章 急性化脓性腹膜炎的护理..... (43)	第三节 尿道损伤..... (99)
第八章 胃、十二指肠疾病的护理..... (48)	

下篇 内科常见病护理技术

第十五章 呼吸系统疾病的护理..... (102)	第六节 心肌病..... (140)
第一节 肺炎..... (102)	第七节 主动脉和周围血管疾病 (142)
第二节 慢性阻塞性肺疾病..... (105)	第八节 心搏骤停与心脏性猝死 (149)
第三节 支气管哮喘..... (107)	第九节 先天性心血管病..... (152)
第四节 支气管扩张症..... (111)	第十节 病毒性心肌炎..... (156)
第十六章 循环系统疾病的护理..... (113)	第十一节 心包炎..... (157)
第一节 心力衰竭..... (113)	第十七章 消化系统疾病的护理..... (162)
第二节 冠心病..... (119)	第一节 胃炎..... (162)
第三节 原发性高血压..... (121)	第二节 消化性溃疡..... (164)
第四节 心脏瓣膜病..... (129)	
第五节 感染性心内膜炎..... (135)	

第三节	肝硬化·····	(166)	第十九章	神经内科疾病的护理·····	(195)
第四节	急性胰腺炎·····	(169)	第一节	出血性脑血管病·····	(195)
第十八章	血液系统疾病的护理·····	(172)	第二节	缺血性脑血管病·····	(199)
第一节	贫血·····	(172)	第三节	癫痫·····	(204)
第二节	出血性疾病·····	(179)	第四节	多发性硬化·····	(206)
第三节	白血病·····	(186)	第五节	帕金森病·····	(209)
第四节	淋巴瘤·····	(192)	第六节	阿尔茨海默病·····	(214)

上篇 外科常见病护理技术

第一章 外科感染的护理

第一节 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,常扩展到皮下组织。多发生于毛囊和皮脂腺丰富的部位,如头、面部、颈、背部、腋部、腹股沟部及会阴和小腿,致病菌多为金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌。多个疖同时或反复发生在身体不同部位,称为疖病,常见于营养不良的小儿或糖尿病病人。

【病因与发病机制】

疖的发生与皮肤不洁、局部擦伤或摩擦、环境温度较高或机体抗感染能力降低有关。

【临床表现】

疖初起为红、肿、热、痛的小结节,以后渐增大呈圆锥形隆起,数日后结节中央组织坏死而变软,出现黄白色小脓栓,之后脓栓脱落排出脓液,炎症逐渐消退而痊愈。

疖一般无全身症状,发生在面部“危险三角区”的疖(上唇疖、鼻疖)如被挤压或处理不当,感染容易沿内眦静脉和眼静脉进入颅内的海绵状静脉窦,引起化脓性海绵状静脉窦炎,出现眼部及其周围组织的进行性红肿和硬结,伴有疼痛和压痛,病人有头痛、寒战、高热甚至昏迷,死亡率很高,应引起重视。

【治疗要点】

1. 促进炎症消退 初期可用热敷或物理疗法(超短波或红外线)等。
2. 及早排脓 可使用鱼石脂软膏或玉露散。已出现脓头者,在其顶部涂石炭酸或用针头、刀尖切开皮肤,加速脓栓脱落、脓液流出和局部病灶愈合。脓肿有波动感时,应及时切开引流。
3. 抗菌治疗 若出现发热、头痛,应用有效抗菌药治疗。

【常见护理诊断/问题】

1. 有感染扩散的危险 与局部和全身抵抗力低下有关。
2. 潜在并发症 颅内化脓性海绵状静脉窦炎。
3. 知识缺乏 缺乏预防感染的知识。

【护理措施】

- (1) 保持病变局部皮肤的清洁,对红、肿结节进行热敷或理疗。
- (2) 红肿局部敷以鱼石脂软膏。
- (3) 对已溃破或手术切开引流的疖肿,及时换药,保持引流通畅。

(4) 加强营养。对发生面部危险三角区疖病人, 嘱服流质饮食, 少说话。

(5) 遵医嘱给药: ①控制感染, 轻症者给予口服磺胺或抗生素, 重者应静脉滴注抗生素。②对进食不足或不能进食者, 应静脉输液, 维持水、电解质和酸碱平衡。③口服或肌肉注射止痛剂。

(6) 对全身情况严重者, 加强护理。

(7) 健康教育: 对“危险三角区”的疖肿禁止挤压, 以免发生颅内感染。平时注意皮肤的清洁, 避免损伤。

二、痈

痈是多个相邻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。多见于成年人, 常发生在颈部、背部等厚韧皮肤处。颈部痈俗称“对口疮”, 背部痈俗称“搭背”, 致病菌为金黄色葡萄球菌。糖尿病病人白细胞功能不良、活动迟缓, 故易患痈。

【临床表现】

痈呈一片稍隆起的紫红色浸润区, 质韧, 界限不清, 中央部表面有多个脓栓, 破溃后呈蜂窝状。以后中央部逐渐坏死、溶解、塌陷, 像“火山门”, 内含脓液及大量坏死组织。痈易向四周和深部发展, 周围呈浸润性水肿, 局部淋巴结可有肿大和疼痛。此外, 病人多有明显的全身症状。

发生在唇部的痈称唇痈炎, 可导致颅内感染, 应高度重视。

【治疗要点】

1. 全身治疗 适当休息, 加强营养, 选用有效抗生素, 应根据病情同时给予胰岛素和控制饮食等治疗。

2. 局部处理 初期与疖治疗相同。如红肿范围大, 中央部坏死组织多或全身症状重应行手术治疗。但唇痈不宜采用。

【常见护理诊断/问题】

1. 体温过高 与病菌感染有关。

2. 疼痛 与炎症刺激有关。

3. 潜在并发症 脓毒症。

4. 知识缺乏 缺乏预防感染的知识。

【护理措施】

(1) 初期局部热敷或理疗。保持皮肤清洁, 痈已破溃者应每日换药, 及时清除坏死组织。

(2) 病人应休息, 加强营养。

(3) 遵医嘱给予磺胺类抗菌药, 止痛, 维持病人水、电解质平衡。对手术病人做好术前准备和术后护理。

(4) 健康教育: 做好皮肤的清洁和保健, 预防皮肤损伤和感染。

三、急性蜂窝织炎

急性蜂窝织炎指皮下、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。主要致病菌为溶血性链球菌。一般由局部化脓性病灶扩散所致, 也可因软组织损伤、注射

时消毒不严等引起。其特点是扩散迅速,不易局限,与周围组织无明显界限。因发生部位不同,可出现不同的临床表现,并伴有严重全身感染中毒症状。

【临床表现】

病变表浅者,局部明显红肿、剧痛,病变区与正常皮肤无明显界线,病变中央常因缺血而发生坏死;深部感染者,皮肤红肿多不明显,但有表面组织水肿和深部压痛,多伴有寒战、发热、头痛、全身无力等全身症状。

口底、颌下和颈部的急性蜂窝织炎症发生喉头水肿和压迫气管,引起呼吸困难窒息。由厌氧菌引起的蜂窝织炎局部可检出捻发音,又称“捻发音性蜂窝织炎”,组织和筋膜坏死,脓液恶臭,有中毒症状。

【治疗要点】

加强全身支持治疗和抗生素治疗,早期患处应制动、热敷、理疗,疼痛可给予止痛剂。广泛扩散的严重病变,需多处切开引流,尤其是口腔底部、颌下急性蜂窝织炎经短期积极的抗炎治疗无效时,应及早切开减压引流,以防发生窒息,必要时气管切开。术中有发生喉头痉挛的可能,应提高警惕并做好急救准备。化脓性纵隔炎应尽早施行纵隔引流手术。

【常见护理诊断/问题】

1. 体温过高 与病菌感染有关。
2. 疼痛 与炎症刺激有关。
3. 潜在并发症 窒息。

【护理措施】

- (1) 卧床休息。若为四肢的病变,应抬高患肢,以减轻疼痛。
- (2) 病变局部给予热敷或理疗。
- (3) 指导病人加强营养。给予高热量、高蛋白、多维生素、易消化的食物。
- (4) 高热者应物理降温或遵医嘱给予退热药物,并注意监测体温变化,防止虚脱。
- (5) 病重者应密切观察病情,记录出入量。并遵医嘱补液,以维持水、电解质平衡。应用抗感染的药物控制感染。
- (6) 需手术治疗者,应认真做好术前准备和术后护理。
- (7) 多与病人交谈,耐心地解释病情的变化,消除病人及其家属的不安。

四、急性淋巴管炎和急性淋巴结炎

急性淋巴管炎和急性淋巴结炎大多继发于其他急性感染病灶。致病菌从破损皮肤或黏膜侵入,或由其他感染病灶(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。如感染分散全、局部淋巴结,就可引起急性淋巴结炎。常见致病菌为金黄色葡萄球菌和溶血性链球菌。

【临床表现】

1. 局部表现

(1) 急性淋巴管炎:常见于四肢,以下肢多见,常因足癣而致。可分浅、深两种。皮下浅层急性淋巴管炎,在病灶表面出现一条或多条“红线”,触之硬而有压痛。深层急性淋巴管炎无表面红线,但患肢肿胀,有条形触痛区。

(2) 急性淋巴结炎:初期局部淋巴结肿大,有疼痛和触痛,与周围软组织分界清楚,表面皮肤正常。轻者常能自愈,感染加重时多个淋巴结可融合形成肿块,疼痛加重,表面皮肤发

红、发热。脓肿形成时有波动感,少数可破溃流脓。

2. 全身反应 因致病菌毒力和原发感染程度而不同,可有全身不适等症状。

【治疗要点】

积极治疗原发感染病灶;及时应用有效抗菌药物,以促进炎症消退。急性淋巴管炎可局部外敷黄金散、玉露散或用呋喃西林溶液湿敷;急性淋巴管炎形成脓肿后,应穿刺抽脓或切开减压引流。

【常见护理诊断/问题】

1. **体温过高** 与感染有关。
2. **潜在并发症** 脓毒症、血栓性静脉炎。
3. **知识缺乏** 缺乏预防感染的知识。

【护理措施】

积极处理原发病灶。局部可理疗、外敷膏药。休息,肢体抬高。脓肿形成应切开引流。全身应用抗菌药物。

第二节 手部急性化脓性感染

手部急性化脓性感染比较常见,多因手部的轻微损伤引起。易被忽视的微小损伤如擦伤、刺伤、切伤等,有时也可引起手的严重感染。手是从事多种活动的重要器官,手部感染会影响手的功能,严重者可以致残。因此,应进行卫生宣传,注意安全操作,做好劳动保护,尽量避免和减少手部受伤,如果受伤,即使轻微损伤,也要及时处理。

一、甲沟炎

指甲的近侧(甲根)与皮肤紧密相连,皮肤沿指甲两侧向远端延伸,形成甲沟。甲沟炎是甲沟或其周围组织的感染。多因微小刺伤、挫伤、倒刺或剪指甲过深等损伤而引起,致病菌多为金黄色葡萄球菌。

【临床表现】

发病初期指甲一侧的皮下组织红肿,并有轻微疼痛,有的可自行消退,有的感染可蔓延到甲根部的皮下和对侧甲沟,形成半环形脓肿。如不切开引流,脓肿向下蔓延可形成甲下脓肿,在指甲下可见到黄白色脓液,使该部指甲与甲床分离,处理不当可成为慢性甲沟炎或指骨骨髓炎。但甲沟炎多无全身症状。

【治疗要点】

早期热敷、理疗、外敷鱼石脂软膏或做纵向切开引流。甲床下积脓者应拔甲,注意勿损伤甲床,以免日后新生指甲发生畸形。

二、脓性指头炎

脓性指头炎是指末节掌面的皮下组织化脓性感染,多由刺伤引起,致病菌多为金黄色葡萄球菌。

【临床表现】

初期指尖有针刺样疼痛,以后组织肿胀,压力增高,疼痛剧烈。当指动脉受压,疼痛转

为搏动性跳痛,患肢下垂时加重,剧痛使病人烦躁不安、彻夜难眠,多伴有发热等全身症状。如不及时治疗,末节指骨可因缺血而发生坏死,形成慢性骨髓炎,伤口经久不愈。

【治疗要点】

初期用热盐水浸泡,也可用药物外敷,酌情使用抗生素;出现跳痛时应及时切开减压、引流,不能等待波动出现后才手术,以免发生末节指骨缺血坏死。

三、急性化脓性腱鞘炎和化脓性滑囊炎

手的掌面屈指肌腱鞘因深部刺伤或附近组织炎症蔓延而引起的感染称化脓性腱鞘炎。手指伸指肌腱鞘的感染少见。致病菌多为金黄色葡萄球菌。

【临床表现】

病情发展迅速,12~24小时内出现明显的全身症状。24小时后,疼痛及局部炎症反应即较明显。典型的腱鞘炎体征:①患指除末节外,呈明显的均匀性肿胀,皮肤极度紧张;②患指所有的关节轻度弯曲,常处于腱鞘松弛位置,以减轻疼痛;③任何微小的被动伸指运动均能引起剧烈疼痛;④整个腱鞘均有压痛,因腱鞘坚韧,故不出现波动。

由于拇指与小指腱鞘分别与桡、尺侧滑囊相通,因此,此两处化脓性腱鞘炎可迅速发展为桡、尺侧化脓性滑囊炎,再向上蔓延可引起前臂肌间隙脓肿。

尺侧滑囊炎表现:①小鱼际和小指腱鞘区肿胀、压痛;②小指和无名指呈半屈曲状,被动伸直时剧痛。

桡侧滑囊炎的表现:①大鱼际和拇指腱鞘区肿胀、压痛;②拇指肿胀、微屈、不能外展和伸直。

【治疗要点】

化脓性腱鞘炎一经确诊,即应在大量抗生素治疗的同时切开引流,以免发生肌腱缺血、坏死。在手指侧面做长切口,切开腱鞘排脓,引流物放在腱鞘外,每日换药,1周后锻炼手指活动。桡、尺侧滑囊炎切口分别作在大、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。

四、手掌深部间隙感染

手掌深部间隙分为尺侧的掌中间隙和桡侧的鱼际间隙,掌中间隙与鱼际间隙的感染称为手掌深部间隙感染。掌中间隙感染多是指和中指的腱鞘炎蔓延而引起;鱼际间隙感染则因示指腱鞘感染后引起。也可因直接刺伤而发生感染。致病菌多为金黄色葡萄球菌。

【临床表现】

掌中间隙感染的表现:①掌心正常凹陷消失、隆起、皮肤紧张、发白、压痛明显;②中指、无名指、小指处于半屈位,被动伸指时剧痛;③手背部水肿明显;④伴有高热等全身症状。鱼际间隙感染的表现:①掌心凹陷存在;②大鱼际和拇指指蹼明显肿胀和压痛;③拇指外展略屈,示指半屈,拇指不能对掌;④伴有全身症状。

【治疗要点】

抬高患肢,休息、制动、止痛,早期可做理疗,全身应用抗生素。如短期内无好转,应及早切开引流。

五、手部急性化脓性感染的护理

【常见护理诊断/问题】

1. 疼痛 与炎症刺激、局部组织肿胀、压迫神经纤维有关。
2. 体温过高 与细菌感染有关。
3. 潜在并发症 指骨坏死、肌腱坏死、手功能障碍。
4. 知识缺乏 缺乏预防感染的知识。

【护理措施】

1. 疼痛护理

(1) 制动并抬高患肢,有利于改善局部血液循环,促进静脉和淋巴回流,减轻炎性充血、水肿,缓解疼痛。

(2) 创面换药时,操作轻柔、仔细,尽量让病人放松。必要时换药前适当应用止痛剂;对敷料贴于创面者,可用无菌生理盐水浸泡患指敷料后换药,以减轻疼痛。

(3) 指导病人自我缓解疼痛,以分散其注意力为主,如听音乐、看书等。

(4) 提供安静、舒适的休息环境。按医嘱及时、准确使用镇定止痛剂,保证病人的休息和睡眠。护士应主动与病人沟通,了解其心理反应,并向其讲解有关本病的相关知识、治疗措施及预后等,使其积极配合治疗。

2. 控制感染的护理

(1) 了解病人药物敏感史,遵医嘱及时、准确应用抗生素,并根据细菌培养、药敏试验结果及创面变化,及时调整用药。

(2) 脓肿切开者,应观察伤口引流情况,引流物的性状、颜色及量等,及时更换敷料。

3. 病情观察

(1) 观察手部局部症状,尤其对在炎症进展期疼痛反而减轻者,应警惕腱鞘组织坏死或感染扩散的发生。对经久不愈的创面,应定期做脓液细菌培养及 X 线片检查,以警惕骨髓炎的发生。

(2) 严密监测体温、脉搏、血压的变化,及时发现和处理全身性感染。

4. 功能锻炼 炎症开始消退时,指导病人活动患处附近的关节,尽早恢复手部功能。可同时进行理疗,以免手部固定过久而影响关节功能。

第三节 全身性感染

全身性感染指致病菌侵入人体血液循环,并在体内生长繁殖或产生毒素而引起的严重的全身性感染或中毒症状,通常指脓毒症和菌血症。

脓毒症指伴有全身性炎症反应,如体温、循环、呼吸等明显改变的外科感染的统称;在此基础上,血培养检出致病菌者,称为菌血症。

【病因与发病机制】

全身性感染通常为继发性。引起全身性感染的主要原因是致病菌的量、毒力强和(或)人体抵抗力下降。常继发于严重创伤后的感染和各种化脓性感染,体内长期置管和不适当地应用抗菌药物和激素等。常见致病菌包括:①革兰染色阴性杆菌,常见的有大肠杆菌、铜绿假单胞菌、变形杆菌等;②革兰染色阳性球菌,以金黄色葡萄球菌最常见,其次为表

皮葡萄球菌和肠球菌;③无芽胞厌氧菌;④真菌,外科真菌感染多属于条件致病菌。常基于持续应用抗菌药物,特别是广谱抗菌药物的情况下,真菌过度生长;亦可因疾病严重、应用免疫抑制药、激素等,使机体免疫功能进一步削弱所致。

【临床表现】

共有的表现:①起病急、病情重、发展快;②出现全身中毒症状,如骤起寒战后高热、头痛、头晕、恶心、呕吐、腹泻、食欲缺乏,甚至出现感染性休克;③心率加快,脉搏细速、呼吸急促或困难;④肝脾可肿大,严重者出现黄疸和皮下出血、瘀斑等。

【诊断要点】

有脓毒症的典型表现,同时白细胞计数增多,出现核左移、毒性颗粒、晚幼和中幼粒细胞;血液细菌培养阳性。抽血最好在寒战、高热时进行,以提高阳性率。必要时可行骨髓穿刺细菌培养。如多次培养阴性而临床表现酷似脓毒症时应考虑到真菌或厌氧菌感染。

【治疗要点】

治疗要点主要是提高病人全身抵抗力和消灭病原菌。具体包括:

- (1) 及时处理原发病灶,去除伤口内坏死或明显挫伤的组织,切开引流。
- (2) 早期、足量应用抗生素,对真菌性败血症除应用抗生素外,全身应用抗真菌药物。
- (3) 提高全身抵抗力,包括反复多次输新鲜血,纠正水、电解质平衡失调,补充维生素,进食高热量、易消化的食物。
- (4) 对症处理,降温,抗休克治疗。

【常见护理诊断/问题】

1. 体温调节无效 与严重感染有关。表现为发热或体温上升。
2. 体液不足 与发热、呕吐有关。表现为口渴、皮肤弹性差、眼眶下陷、尿量减少。
3. 营养失调:低于机体需要量 与营养摄入不足、消耗性代谢增加有关。表现为消瘦、体重减轻。
4. 焦虑 与疾病危重有关。表现为精神紧张、不能入睡、易醒等。
5. 潜在并发症 感染中毒性休克。

【护理措施】

1. 严密观察病情 监测生命体征,观察病人面色、神志及全身症状的变化,警惕感染中毒性休克的发生。在病人寒战、高热时采血做细菌或真菌培养。已接受抗菌药物治疗者血液培养不一定阳性,应多次检查,在预计寒战、发热前抽血可提高培养阳性率。
2. 一般护理 严格无菌操作,避免继发其他感染;提供营养支持;充分休息,物理降温;遵医嘱给予抗菌药、镇静催眠药和静脉补液等治疗。

第四节 特异性感染

一、破 伤 风

破伤风是破伤风杆菌侵入人体伤口并生长繁殖、产生毒素而引起的一种特异性感染。常继发于各种创伤后,亦可发生于不洁条件下分娩的产妇和新生儿。

【病因与发病机制】

破伤风杆菌为革兰染色阳性厌氧芽胞杆菌,广泛存在于泥土和人畜粪便中。破伤风的发生除与细菌毒力强、数量多或人体缺乏免疫力等因素有关外,伤口缺氧是一个非常重要

的因素。当伤口因狭深、缺血、坏死组织多、血块堵塞或堵塞过紧、引流不畅等因素而形成适合该菌生长繁殖的缺氧环境。尤其同时混有其他需氧菌感染而消耗伤口内残留的氧气时,更利于破伤风的发生。

【临床表现】

1. **潜伏期** 潜伏期平均6~10天,最短24小时,最长可达数月。偶可发病于摘除存留体内多年的异物后,如弹片。新生儿破伤风一般在断脐带后7天左右发病,故称“七日风”,潜伏期越短,预后越差。

2. **前驱期** 前驱期无特征性表现,病人感觉乏力、头晕、头痛、咀嚼肌紧张、烦躁不安、打哈欠等。以张口不便为特点,一般持续12~24小时。

3. **发作期** 发作期典型症状主要是肌肉持续性收缩和阵发性痉挛:①肌肉持续收缩或僵硬,从咀嚼肌开始逐渐扩展至面肌、颈项肌、背腹肌、四肢肌群、膈肌和肋间肌。病人相继出现咀嚼不便,张口困难,随后牙关紧闭,面肌痉挛,可出现蹙眉、口角下缩、咧嘴等所谓“苦笑面容”;颈项肌痉挛时可出现颈项强直、头后仰;背腹肌同时收缩时因背肌力量较强,故腰部前凸,头足后屈,形如背弓,称为“角弓反张”;四肢肌收缩时因屈肌比伸肌有力,故肢体出现屈膝、弯肘、半握拳姿势。②全身性肌肉痉挛,在持续性收缩的基础上任何轻微的刺激,如声、光、触动、震动等均能诱发全身肌群的痉挛,发作时病人面色发绀、大汗淋漓、口吐白沫、流涎、磨牙、头频频后仰,躯干呈“角弓反张”,发作可持续数秒或数分钟不等。间歇期长短不一,病情严重时,发作频繁,持续时间长,间歇时间短。强烈的肌痉挛可引起骨折、尿潴留、窒息,还可并发肺部感染、酸中毒、循环衰竭等严重并发症,导致死亡。③病人神志始终清楚,感觉也无异常。

病程一般持续3~4周,自第2周后,随着病程的延长,症状逐渐减轻。但肌紧张与反射亢进的现象仍可继续一段时间;恢复期间还可出现一些精神症状,如幻觉,言语、行为错乱等,但多数能自行恢复。

【治疗要点】

1. **清除毒素来源** 发作期在良好麻醉、控制痉挛的基础上,进行彻底的清创术。清除坏死组织和异物后,敞开伤口,充分引流,局部可用3%过氧化氢溶液冲洗。对于伤口已愈合者,必须仔细检查痂下有无窦道或无效腔。

2. 中和游离毒素

(1)破伤风抗毒素:可中和游离的毒素,但若破伤风毒素已与神经组织结合,则难以起效,故应尽早使用。常规用量是10 000~60 000U加入5%葡萄糖溶液500~1000ml经静脉缓慢滴入。剂量不宜过大,以免引起血清反应。用药前应做皮内过敏试验。

(2)破伤风人体免疫球蛋白:早期应用有效,一般只用1次,剂量为3000~6000U。

3. **控制和解除痉挛** 这是治疗的重要环节,根据病情可交替使用镇静及解痉药物,以减少病人的痉挛和痛苦。常用药物有10%水合氯醛溶液20~40ml保留灌肠;0.1~0.2g苯巴比妥钠肌内注射;10~20mg地西洋肌内注射或静脉滴注,一般每日1次。痉挛发作频繁不易控制者,可用2.5%硫喷妥钠0.25~0.5g缓慢静脉注射,但需警惕发生喉头痉挛和呼吸抑制。另外,新生儿破伤风要使用镇静解痉药物,应酌情使用洛贝林、尼可刹米等。

4. **防治并发症** 补充水和电解质以纠正因消耗、出汗及不能进食等导致的水和电解质代谢失调。选用合适的抗菌药预防其他继发感染。对于症状严重者尽早行气管切开术,以便改善通气,有效清除呼吸道分泌物,必要时行人工辅助呼吸。

【常见护理诊断/问题】

1. **体液不足** 与水分摄入不足、大汗淋漓、体液丧失增多有关。表现为口渴、尿量减少、脉搏加快等。

2. **营养失调:低于机体需要量** 与营养摄入不足、能量消耗增加有关。表现为消瘦、体重减轻。

3. **躯体移动障碍** 与细菌毒素有关。表现为全身骨骼肌肌张力增高、痉挛,角弓反张,阵发性抽搐,自主活动严重受限。

4. **恐惧** 与病重、同亲友隔离有关。表现为精神紧张、情绪不安。

5. **有窒息的危险** 与喉肌痉挛、声门紧闭及呼吸肌痉挛有关。

6. **有感染的危险** 与呼吸道不畅、支气管分泌物淤积有关。

7. **潜在并发症** 循环衰竭。

【护理措施】**1. 一般护理**

(1)环境要求:将病人置于隔离病室,室内遮光,保持安静。温度 15~20℃,湿度约 60%。病室内的急救药品和物品准备齐全,以便及时处理一些严重的并发症,如呼吸困难、窒息等。

(2)减少外界刺激:医护人员要走路轻、语声低、操作稳、使用器具无噪声;护理治疗安排集中而有序,尽量在痉挛发作控制的一段时间内完成;减少探视,避免干扰病人。

(3)保持静脉输液通路通畅:在每次抽搐发作后检查静脉通路,防止因抽搐致静脉通路堵塞、脱落而影响治疗。

(4)严格消毒隔离:严格执行无菌技术,护理人员应穿隔离衣,严格消毒,更换下的伤口敷料应予以焚烧,防止交叉感染。

2. **呼吸道管理** 及时清理呼吸道,进食时注意避免呛咳、误吸。对抽搐频繁、药物不易控制的严重病人,应尽早行气管切开,以便改善通气,必要时进行人工辅助呼吸。

3. **加强营养** 协助病人进食高热量、高蛋白、高维生素的饮食,进食应少量多次。病情严重者,通过肠内、肠外营养来维持正常需要。

4. 保护病人,防止受伤

(1)防止病人坠床,使用带护栏的病床,必要时设专人护理。

(2)采用必要保护措施:必要时使用约束带固定病人,关节部位放置软垫,应用合适牙垫等防止病人自我伤害。

5. **严密观察病情** 设专人定时监测生命体征;观察痉挛发作征兆;记录抽搐的发作时间、次数、症状等,并及时报告和处理。

6. **人工冬眠护理** 应用人工冬眠过程中,做好各项监测,随时调整冬眠药物的用量,使病人处于浅睡眠状态。

7. **对症处理** 对尿潴留病人应留置导尿管;高热病人给予物理和药物降温。

【健康指导】

(1)加强宣传教育,让人们认识到破伤风的危害性,凡有破损的伤口,均应去医院进行清创处理,常规注射破伤风抗毒素。

(2)加强劳动保护,防止外伤。特别是要重视那些容易引起破伤风的窄而深的伤口,如带有泥土的木刺、生锈的铁钉刺伤;化脓性中耳炎;伤口虽浅,但沾染人畜粪便或泥土。

(3) 指导农村妇女选择具有清洁完善医疗设备的当地正规医疗机构生育、引产、刮宫, 以免不洁的接产诱发新生儿破伤风或孕妇产后破伤风。

(4) 破伤风的治疗虽然较为困难, 但积极预防多可免于发病。最有效的预防措施就是注射破伤风类毒素, 使之获得自动免疫。对过去未接受过自动免疫或已接受自动免疫但超过 6 年以上的受伤者, 还可应用被动免疫, 注射破伤风抗毒素或人体破伤风免疫球蛋白来预防破伤风。

二、气性坏疽

气性坏疽是由梭状芽胞杆菌所引起的一种以肌肉坏死和肌炎为特征的急性特异性感染。是一种迅速发展的严重急性感染, 预后差。

【病因与发病机制】

引起气性坏疽的病原菌梭状芽胞杆菌是革兰染色阳性厌氧杆菌。根据病变范围的不同, 梭状芽胞杆菌感染可分为芽胞菌性肌坏死和芽胞菌性蜂窝织炎两类。而通常所说的气性坏疽是指芽胞菌性肌坏死, 常是 2 种以上致病菌的混合感染。梭状芽胞杆菌广泛存在于泥土和人畜粪便中, 所以进入伤口的机会很多, 但进入伤口不一定都致病, 还要取决于人体抵抗力和伤口的情况, 即一个利于梭状芽胞杆菌生长繁殖的无氧环境。因此, 对伤后出现大量失血、休克等全身抵抗力下降, 特别是同时伤处有大片组织坏死、挤压伤、弹片存留、开放性骨折伴有血管损伤及长时间使用止血带的情况下, 则容易发生本病。

气性坏疽和破伤风一样也是一种毒血症, 菌体本身并不进入血液循环, 致病的是其产生的外毒素及大量坏死组织的吸收, 可引起肾组织坏死、少尿、溶血、血压下降、脉搏增快及循环衰竭等。菌体在伤口中繁殖产生多种酶可造成组织中的糖类和蛋白质的分解, 糖类分解可产生大量气体, 使组织膨胀; 蛋白质的分解可产生硫化氢, 使伤口产生恶臭。气性坏疽起病迅猛, 死亡率很高。

【临床表现】

1. 潜伏期 气性坏疽的潜伏期达 5~6 天。

2. 局部症状

局部症状: ①初始病人自觉患处沉重不适, 随之出现“胀裂样”剧痛, 不能用一般止痛剂缓解, 常为最早出现的症状; ②患处肿胀、压痛明显; ③伤口周围皮肤水肿、紧张, 颜色苍白、发亮, 很快转为紫红色, 进而变为紫黑色; ④皮肤温度降低, 出现大小不等的水疱; ⑤伤口内肌肉组织因坏死而呈暗红色或土灰色, 失去弹性, 刀割时不收缩, 也不出血, 犹如煮熟了的肉; ⑥轻压患处, 常能触及捻发音, 还可见有气泡从伤口逸出, 说明组织间有气体存在; ⑦常见有稀薄带有恶臭味的浆液样血性分泌物从伤口流出。

3. 全身症状 早期病人表现为焦虑或表情淡漠, 继之烦躁不安、脉搏增快, 并有高热、头痛、头晕、恶心、呕吐、出冷汗、呼吸急促及进行性贫血、黄疸、尿少等中毒症状出现。晚期常出现严重中毒症状, 发生血压下降和中毒性休克等而危及生命。

【诊断要点】

早期诊断、及时治疗是保存伤肢和挽救生命的关键。凡曾有损伤或手术史并在短期内迅速出现伤口“胀裂样”剧痛, 而又无一般红、热等炎症反应, 局部肿胀迅速加剧并有严重的全身中毒症状者, 即应考虑有气性坏疽的可能。①伤口周围有捻发音; ②伤口内分泌物涂片可查出革兰染色阳性杆菌, 而白细胞计数却很少; ③X 线检查可见伤口肌群间有气体。出

现这三个诊断气性坏疽的重要依据时即可确定诊断。

厌氧细菌培养和病理活检虽可确定诊断,但培养需一定时间,故不能等待,以免延误治疗。由于毒素破坏大量红细胞,所以当发现血红蛋白量迅速下降或出现明显的进行性贫血,亦有助于诊断。

【治疗要点】

由于气性坏疽病情发展迅猛,如未能及时治疗,病人常丧失肢体,甚至死亡。所以一旦诊断确立,应立即积极治疗。

1. 紧急手术处理 在抢救感染性休克等严重并发症的同时,紧急进行手术处理。将受累区域做广泛、多处切口,包括伤口及其周围水肿或皮下气肿处,切除无活力的肌肉组织。感染严重的病人,特别是合并有开放性骨折或患肢动脉搏动消失及有大血管损伤者,或经上述手术处理,仍不能控制病变发展,毒血症症状明显者,为挽救病人生命,应考虑截肢。截肢平面的组织应全部为健康组织,残端不做缝合,用氧化剂湿敷包扎。

2. 高压氧疗法 高压氧可提高组织氧含量,抑制梭状芽胞杆菌的生长繁殖和使其停止产生各种毒素。一般用3个大气压的纯氧,在3日内进行7次,每次2小时,间隔6~8小时。

3. 合理应用抗生素 梭状芽胞杆菌对青霉素敏感,大剂量使用青霉素还可控制其他化脓菌的感染。对青霉素过敏者,可改用红霉素。

4. 全身支持疗法 纠正水、电解质、酸碱平衡失调,改善全身状况。鼓励并协助病人进高蛋白、高热量、高维生素饮食。对不能进食者可给予鼻饲或全胃肠外营养,以补充机体需求,提高机体抵抗力。

【常见护理诊断/问题】

- 1. 疼痛** 与感染有关。表现为病变局部明显肿胀、皮肤紧张、苍白、发亮,如压痛。
- 2. 营养改变:低于机体需要量** 与营养摄入不足,细菌毒素吸收和组织分解有关。表现为恶心、呕吐,进食减少,体重下降。
- 3. 体液不足** 与呕吐、发热、伤口分泌物流出有关。表现为口渴、心跳加快、尿量减少等。
- 4. 有体温改变的危險** 与细菌毒素和组织分解产物吸收有关。表现为高热。
- 5. 组织完整性受损** 与感染有关。表现为伤口内肌肉呈暗红色或土灰色。刀割时没有收缩。
- 6. 皮肤完整性受损** 与感染有关。表现为伤口周围皮肤水肿,有水疱。
- 7. 躯体移动障碍** 与感染有关。表现为肌肉坏死,自主运动严重障碍。
- 8. 恐惧** 与病重隔离治疗和可能截肢治疗有关。表现为烦躁不安、失眠等。
- 9. 潜在并发症** 中毒性休克。

【护理措施】

1. 隔离 ①病人住隔离病房,室内要备好各种抢救物品及药品;②严格执行接触性隔离制度,医护人员进入病室要穿隔离衣,戴帽子、口罩、手套等,身体有伤口者不能进入室内工作;病人用过的物品、器具等应收集后做高压蒸气灭菌处理,伤口敷料应焚毁,排泄物经严格消毒后再倒掉,以防止气性坏疽的传播;③尽可能使用一次性物品及器具,室内的物品未经处理不得带出隔离病房。

2. 监测病情变化

监测病情变化:①对严重创伤病人,特别是伤口肿胀、“胀裂样”剧痛明显者,应严密监测伤口情况,并详细记录疼痛特点与发作相关的情况;②对出现高热、昏迷等的病人应密切观察生命体征,严密监测病人的体温、血压、脉搏、呼吸的变化,警惕感染性休克的发生。

3. 伤口的处理及护理

伤口的处理及护理:①气性坏疽起病急、发展快,一经确诊,护士应立即协助医师在抢救休克或其他严重并发症的同时,对伤口紧急进行局部处理;②伤口应用过氧化氢溶液冲洗,并用含氧化剂的湿敷料填塞,为保持氧化剂不易蒸发,可用一层凡士林纱布在外面覆盖,每日更换敷料;③不论切开与切除,患肢禁用止血带,伤口不予缝合。

4. 高压氧疗法的护理 护士应观察每次高压氧疗法后伤处的变化,并做记录。

5. 疼痛的护理

疼痛的护理:①对扩大创面或截肢者,应经常协助其改变体位,以减轻因肌肉牵拉、外部压力和肢体疲劳引起的疼痛;②截肢的病人可出现幻肢痛,即主观感觉已截掉的肢体仍然存在,且有剧痛,应耐心解释,解除其忧虑、恐惧和幻觉;③对疼痛不能缓解的病人可给予止痛剂,剧烈疼痛时还可应用麻醉镇痛剂。应用止痛剂间歇期,也可通过转移病人注意力的方法,如谈心、娱乐及精神放松等方式,以缓解疼痛;④在伤口愈合的过程中,应对伤肢理疗、按摩和功能锻炼,以恢复患肢功能。

6. 心理护理 对气性坏疽的病人应以关心、同情、热情的态度,帮助病人进行生活护理。对于需要截肢的病人,应向病人说明手术的必要性和重要性,使病人理解而接受手术,配合治疗。

【健康指导】

(1)加强劳动保护意识,避免受伤。

(2)重视受伤后的预防,彻底清创是预防创伤后发生气性坏疽的最可靠方法。

(3)如需要截肢,应向病人及家属解释手术的必要性、可能出现的并发症及术后的不良影响,使病人及家属能够在思想上有充分准备,了解、面对并接受截肢的现实。

(4)对截肢术后病人,加强心理指导。鼓励病人叙述心理和生理上的主观感受,安慰并鼓励病人正视现实。帮助病人适应截肢后的改变,指导病人掌握自我护理技巧。可介绍一些成功适应截肢后生活的病例,使其逐渐适应身体的变化、勇敢面对未来生活。

(5)介绍有关义肢的知识,指导病人应用义肢。对心理反应不正常,有自杀倾向的病人应加强监护,耐心开导。

(6)协助伤残者制订出院后功能锻炼计划,恢复其自理能力,提高生活质量。