

现代临床护理学实践

主编◎ 刘志娟 刘廷坤 邢丽丽 杨 英 李晓红



 科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

现代临床护理学实践

主编◎ 刘志娟 刘廷坤 邢丽丽 杨 英 李晓红

 科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

· 北京 ·

图书在版编目(CIP)数据

现代临床护理学实践/刘志娟等主编. —北京:科学技术文献出版社, 2019.6
ISBN 978-7-5189-5702-6

I. ①现… II. ①刘… III. ①护理学 IV. ①R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2019)第124842号

现代临床护理学实践

策划编辑:李张璐 责任编辑:杜新杰 李张璐 责任校对:赵 媛 责任出版:张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882870 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官 方 网 址 www.stdp.com.cn
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 山东道克图文快印有限公司
版 次 2019年6月第1版 2019年6月第1次印刷
开 本 787×1092 1/16
字 数 242千
印 张 10.5
书 号 ISBN 978-7-5189-5702-6
定 价 88.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换

《现代临床护理学实践》

编委会

主 编

- | | |
|-----|---------------|
| 刘志娟 | 日照市中医医院 |
| 刘廷坤 | 日照市结核病防治所 |
| 邢丽丽 | 莒县中医医院 |
| 杨 英 | 日照市东港区两城中心卫生院 |
| 李晓红 | 莒县中医医院 |

副主编

- | | |
|-----|---------|
| 郭 丽 | 日照市人民医院 |
| 厉 秀 | 日照市人民医院 |
| 宋文清 | 威海市立医院 |
| 王 晓 | 威海市立医院 |
| 单丽娟 | 威海市立医院 |
| 邢玲莉 | 威海市立医院 |
| 宁丽娜 | 威海市立医院 |
| 李仲巧 | 威海市立医院 |
| 邵玉芹 | 威海市立医院 |
| 王美丽 | 威海市立医院 |
| 王 梦 | 威海市立医院 |
| 高 芹 | 威海市立医院 |
| 马丽群 | 威海市立医院 |

前 言

随着医学模式的改变,对临床疾病患者的护理已不仅仅局限于对身体状况的护理,而是扩展到心理护理,以及帮助患者重新适应社会等方面。这就要求广大临床医护人员不仅需要具备扎实的业务素质、丰富的护理学理论知识、娴熟的操作技能、细致的观察能力和敏锐的判断能力,而且还应通过对患者的正确评估,发现病人现有或潜在的生理、心理问题,以协助医师进行有效的治疗。

本书分外科篇和内科篇,共八章,从外科、内科两方面阐述了临床常见疾病的护理技术。上篇为外科篇,分别为外科感染患者的护理、创伤患者的护理、胸部损伤患者的护理;下篇为内科篇,分别为呼吸系统疾病患者的护理、循环系统疾病患者的护理、神经系统疾病患者的护理、泌尿系统疾病患者的护理、血液系统疾病患者的护理等内容。本书内容详实,结构安排严谨,可作为临床护理人员的工具书参考使用。

由于时间仓促,书中难免有疏漏或不妥之处,敬请广大同道与读者提出宝贵意见,不胜感激。

编 者

目 录

外科篇

第一章 外科感染患者的护理	(2)
第一节 浅部软组织化脓性感染	(2)
第二节 手部急性化脓性感染	(5)
第三节 全身性感染	(8)
第四节 特异性感染	(9)
第二章 创伤患者的护理	(16)
第一节 损伤	(16)
第二节 烧伤	(21)
第三节 清创与换药	(25)
第三章 胸部损伤患者的护理	(28)
第一节 肋骨骨折	(28)
第二节 气胸	(32)
第三节 胸腔闭式引流	(37)

内科篇

第四章 呼吸系统疾病患者的护理	(41)
第一节 急性气管—支气管炎	(41)
第二节 慢性阻塞性肺疾病	(43)
第三节 支气管哮喘	(48)
第五章 循环系统疾病患者的护理	(58)
第一节 心力衰竭	(58)
第二节 心律失常	(69)
第三节 心脏瓣膜病	(81)
第六章 神经系统疾病患者的护理	(88)
第一节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	(88)

第二节	癫痫	(91)
第三节	急性脑血管疾病	(96)
第四节	帕金森病	(110)
第七章	泌尿系统疾病患者的护理	(114)
第一节	急性肾小球肾炎	(114)
第二节	慢性肾小球肾炎	(117)
第三节	肾病综合征	(120)
第四节	肾盂肾炎	(124)
第八章	血液系统疾病患者的护理	(129)
第一节	贫血	(129)
第二节	特发性血小板减少性紫癜	(137)
第三节	白血病	(140)
第四节	造血干细胞移植	(153)
参考文献	(158)

神農本草經卷之九

新藥考

外科篇

第一章 外科感染患者的护理

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患者。

【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】

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时,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,患者有头痛、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患者,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口服或肌内注射止痛剂。
- (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。糖尿病患者白细胞功能不良、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,界线不清,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。此外患者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作手术治疗。但唇痈不宜采用。

【常见护理诊断/问题】

1. 体温过高

与细菌感染有关。

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) 患者应休息, 加强营养。
- (3) 遵医嘱给予磺胺类抗菌药, 止痛, 维持患者水、电解质平衡。对手术患者做好术前准备和术后护理。
- (4) 健康教育: 作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。

【1 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
与细菌感染有关。
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) 指导患者加强营养。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)多与患者交谈,耐心地解释病情的变化,消除患者及其家人的不安。

四、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、外敷鱼石脂软膏或作纵向切开引流。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,剧痛使患者烦躁不安,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。在手指侧面作长切口,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,尽量让患者放松。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)指导患者自我缓解疼痛,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,保证患者的休息和睡眠。护士应主动与患者沟通,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)了解患者药物敏感史,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,指导患者活动患处附近的关节,尽早恢复手部功能。可同时理疗,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,常见的有大肠埃希菌、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无芽孢厌氧菌;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、食欲不振,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】

主要是提高患者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, 观察患者面色、神志以及全身症状的变化, 警惕感染中毒性休克的发生。在患者寒战、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孢杆菌, 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一合适

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

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

无特征性表现,患者感觉乏力、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

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。患者相继出现咀嚼不便,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,发作时患者面色发绀、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患者神志始终清楚,感觉也无异常。

病程一般 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

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 10000~60000U 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,以减少患者的痉挛和痛苦。常用药物有 10% 水合氯醛 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