



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

外科护理

W A I K E H U L I



主编：周庆湘
主讲：温玉芬





外科护理



第八章 外科感染病人的护理

WAI KE GAN RAN BING REN DE HU LI



目录

> 第一节 概述

> 第二节 浅部组织细菌
性感染病人的
护理

> 第三节 全身性外科感
染病人的护理

> 第四节 特异性感染病人的护
理



第一节 概述

外科感染（surgical infection）是指需要外科手术治疗的感染，包括创伤、烧伤及手术等并发的感染。

外科感染的特点：常为多种细菌引起的混合感染；大部分感染病人有明显的局部症状和体征；常需清创、引流、切开等外科处理。

一、外科感染的分类

1. 按致病菌种分类

(1) 非特异性感染：最常见，特点是：①一种致病菌可引起不同的化脓性感染；②不同致病菌也可引起同一种的感染；③各种疾病具有共同的病理改变、临床表现和治疗护理。常发生于疖、痈、急性淋巴管炎和淋巴结炎、手部感染等。常见致病菌有金黄色葡萄球菌、溶血链球菌、大肠埃希菌、变形杆菌等。

(2) 特异性感染:是由一些特殊的病菌、真菌引起的感染。特点是:①一种致病菌仅引起一种特定的感染;②感染的表现和治疗各具特点。常见致病菌有结核杆菌、破伤风梭菌、炭疽杆菌、产气荚膜杆菌、白色念珠菌等。



2. 按病程分类

- (1) 急性感染: 病程在3周以内。
- (2) 亚急性感染: 病程介于3周-2个月。
- (3) 慢性感染: 病程超过2个月。

3. 其他分类 按病原菌入侵时间可分为原发性感染、继发性感染; 按病原菌来源分为内源性感染、外源性感染: 按感染发生条件分为条件性感染、医院内感染。



二、外科感染的转归

致病菌、人体抵抗力及治疗措施影响感染的转归。即炎症局限、炎症扩散、转为慢性感染。

第二节 浅部组织细菌性感染病人的护理

浅部组织细菌性感染是指发生于皮肤、皮下组织、淋巴管、淋巴结、肌间隙及周围疏松结缔组织处的感染，常见的有疖、痈、急性蜂窝织炎、丹毒、急性淋巴管炎、脓肿等。

一、定义

1. 疖 是指单个毛囊及其周围组织的急性化脓性感染。多个疖同时或反复发生在身体各部位，称为疖病。好发于头面、颈项和背部等毛囊丰富的部位。
2. 痈 是指相邻的多个毛囊及其周围组织的急性化脓性感染。好发于颈部、背部等皮肤较厚的地方。
3. 急性蜂窝织炎 是指发生在皮下、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。

- 4. 丹毒 是指皮肤网状淋巴管的急性非化脓性感染。好发于下肢与面部。
- 5. 急性管状淋巴管炎 是指致病菌侵入淋巴管，引起淋巴管及其周围组织的急性炎症。
- 6. 脓肿 是化脓性感染后，病灶坏死、液化后形成脓液积聚，有完整的脓腔壁。

二、致病菌

疖	金黄色葡萄球菌为主
痈	金黄色葡萄球菌为主
急性蜂窝织炎	溶血性链球菌为主
丹毒	溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌为主
急性管状淋巴管炎	溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌为主
脓肿	金黄色葡萄球菌为主

三、护理评估

(一) 健康史

了解病人有无感染病史或皮肤黏膜损伤，评估病人的营养状况和机体抵抗力，是否伴有糖尿病、结核病、皮肤病等。

(二) 身体状况

1. 疖 可由红、肿、痛的小硬结，逐渐增大至呈锥形隆起；硬节中央组织坏死，红、肿、痛范围扩大，触之稍有波动感，中心处可见黄白色脓栓，继而脓栓脱落、脓液流尽后炎症消退愈合。鼻、上唇及其周围称为“危险三角区”，此部位的疖受挤压时可引起化脓性海绵状静脉窦炎，眼部及其周围组织出现红肿和疼痛，可有寒战、高热、头疼等症状，可危及生命。

2. 痈 早期为小片皮肤硬肿、色暗红，表面有多个凸出的脓点，疼痛较轻；病情发展，皮肤硬肿范围扩大，疼痛加剧，脓点增大增多，中心处破溃流脓，组织坏死脱落，破溃处呈“火山口”状。病人多有寒战、发热、食欲不振、乏力等症状。唇痈易引起颅内化脓性海绵状静脉窦炎。

3. 急性蜂窝织炎 局部红、肿、热、剧痛。边界不清，中央区常出现缺血坏死；深部急性蜂窝织炎，皮肤红肿不明显，但有组织肿胀和深压痛，全身症状明显。口底、颌下、颈部的急性蜂窝织炎易致喉头水肿和气管受压，出现呼吸困难，甚至窒息。

4. 丹毒 起病急，开始即有畏寒、发热等，局部表现为片状皮肤红疹，略隆起，颜色鲜红、中间稍淡，边界清楚，伴烧灼样疼痛。下肢丹毒反复发作，可造成淋巴水肿，甚至发展为“象皮肿”。

5. 急性淋巴管炎:分为浅、深两种。浅层急性淋巴管炎,在病灶表面出现一条或多条“红线”,硬而有压痛;深层淋巴管炎,无表面红线,但患肢肿胀、压痛。两种淋巴管炎都可引起畏寒、发热、头痛、乏力、食欲减退等全身症状。

6. 脓肿 浅部脓肿,红、肿、热、痛明显,可有波动感;深部脓肿,有局部疼痛,有明显全身症状;穿刺抽出脓液可确诊。

(三) 心理-社会状况

疼痛、寒战、发热等可引起病人的焦虑和恐惧。

(四) 辅助检查

1. 血常规检查 白细胞计数和中性粒细胞比例增高。
2. 生化检查 检查血清蛋白、细胞和体液免疫系统。
3. 细菌培养 细菌培养及药物敏感试验可明确致病菌种类。
4. 影像检查 B超、CT、MRI检查可早期发现脓肿。

(五) 处理原则

1. 疖 早期可涂碘酊、热敷、理疗、外敷金黄散或鱼石脂软膏。疖顶出见脓点时可用无菌针头将脓栓剔出；形成脓肿时，必须切开引流。感染严重者给予抗生素。
2. 痈 局部治疗同疖。皮肤紫褐色或已破溃流脓时，采用“+”或“++”形切口切开引流并清除坏死组织脓腔内填塞生理盐水或凡士林纱条。唇痈禁忌切开。

3. 急性蜂窝织炎 局部制动；中西药湿热敷，理疗；改善全身营养状况；应用有效抗生素。对厌氧菌感染者，用3%过氧化氢溶液冲洗伤口并湿敷。口底、颌下与颈部的急性蜂窝织炎应尽早切开减压以防呼吸困难和窒息。



4. 丹毒 卧床休息，抬高患肢，局部50%硫酸镁湿热敷，理疗。丹毒有接触传染性，予以接触隔离。
5. 急性管状淋巴管炎 积极治疗原发感染；中西药湿热敷；合理应用抗生素，首选青霉素。
6. 脓肿 一旦确诊，应立即切开引流。全身症状重者，应用抗生素。

四、常见护理诊断/健康问题

1. 体温过高 与感染有关。
2. 疼痛 与炎症刺激有关。
3. 潜在并发症：颅内感染、窒息、脓毒症。

五、护理措施

1. 一般护理

抬高患肢并制动；进食高能量、高蛋白、高维生素饮食，提高机体抵抗力；注意休息。

2. 观察病情

观察病人神志、精神状态；监测生命体征；注意有无全身感染中毒征象；对于“危险三角区”和上唇部位的感染要注意病人有无颅内感染征象；观察口底、颌下、颈部的急性蜂窝织炎病人有无呼吸困难、窒息等症状；发现异常及时告知医生。

3. 治疗配合

(1) 控制感染：对于脓肿切开引流者，在严格无菌操作下更换敷料。对厌氧菌感染者，以过氧化氢溶液冲洗创面和湿敷；

(2) 用药护理：遵医嘱及早合理应用抗生素；遵医嘱中西药热湿敷；

(3) 对症护理：疼痛严重者，遵医嘱给予镇痛药；高热病人给予物理或者药物降温，鼓励病人多饮水；加强营养支持。

4. 心理护理 向病人及家属解释外科感染的治疗方法、护理措施；加强沟通，鼓励病人积极配合治疗，缓解病人不良情绪。

5. 健康指导 注意个人和环境卫生；保持皮肤清洁；加强锻炼，提高抵抗力。做好劳动保护，预防损伤；有感染病灶及时就医处理，防止感染进一步发展。



第三节 全身性外科感染病人的护理

全身性感染是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感染或中毒症状。通常指脓毒症和菌血症。脓毒症是指因感染引起的全身性炎症反应，体温、循环、呼吸、神志有明显的改变者。菌血症是指细菌侵入血液循环，血细菌培养阳性。导致全身性感染的主要原因是致病菌数量多、毒力强、机体抵抗力下降、严重的创伤后、深静脉留置导管污染，最常见致病菌是革兰氏阴性杆菌。



一、护理评估

(一) 健康史

了解有无严重创伤、局部感染、长期静脉置管；是否长期应用抗生素、免疫抑制剂、激素或抗肿瘤药物；有无免疫缺陷等全身疾病。



(二) 身体状况

1. 寒战、高热，可达 $40\sim 41^{\circ}\text{C}$ 或体温不升。起病急、病情重、发展快。
2. 头痛、头晕、恶心呕吐、腹胀、面色苍白、出冷汗。
3. 烦躁、神志淡漠、谵妄甚至昏迷。
4. 心率加快，脉搏细速，呼吸急促甚至困难。
5. 代谢紊乱和代谢性酸中毒
6. 严重者感染性休克或多器官功能衰竭，肝脾大，可出现黄疸或皮下出血、瘀斑等。

(三) 心理-社会状况

病人常出现焦虑恐惧等心理。

(四) 辅助检查

1. 血常规 白细胞计数显著增高或降低，中性粒细胞比例升高。
2. 生化检查 不同程度的水、电解质和酸碱平衡紊乱；肝、肾功能不同程度受损。
3. 细菌学检查 在病人寒战高热时采血进行细菌培养，易发现致病菌。
4. 影像学检查 B超、X线、CT、MRI检查可发现积液或脓肿。

(五) 处理原则

1. 处理原发病灶。
2. 应用抗生素 尽早、足量、联合使用抗生素；真菌性感染者应用抗真菌药。
3. 全身支持疗法 补充血容量、输注新鲜血、纠正低蛋白血症, 控制高热, 纠正水电解质紊乱和酸碱平衡失调。
4. 对症治疗。



二、常见护理诊断/健康问题

1. 体温过高 与全身感染有关。
2. 焦虑 与病情严重，担心预后有关。
3. 潜在并发症：感染性休克等。



三、护理措施

(一) 一般护理

1. 体位与休息

保持病室安静,通风良好,注意休息。

2. 饮食与营养

鼓励病人进食高热量、高蛋白、高维生素、易消化饮食。

对无法进食者,做好肠内或肠外营养支持。

(二) 病情观察

密切观察病人面色和神志，监测生命体征。

(三) 治疗配合

遵医嘱使用药物治疗，应用抗生素；高热病人给予物理或药物降温，维持水、电解质及酸碱平衡。



(四) 心理护理

关心体贴病人，及时了解病人情绪变化，提供适时的心理支持。

(五) 健康指导

注意劳动安全、个人卫生；加强营养、积极锻炼，提高机体抵抗力；发现感染病灶及早就医；不滥用抗生素。

第四节 特异性感染病人的护理

破伤风是由破伤风梭菌侵入人体，在缺氧环境下生长繁殖、产生毒素，而引起的一种特异性感染。

一、病因病理

1. 破伤风梭菌 破伤风梭菌为革兰氏阳性厌氧芽胞杆菌，平时存在于人畜的肠道，随粪便排出体外，广泛分布于土壤、粪便以及生锈的金属中。

2. 伤口及缺氧环境 破伤风梭菌及其毒素不能侵入正常皮肤和黏膜，但一旦发生开放性损伤，甚至细小的木刺或锈钉刺伤等造成的皮肤黏膜完整性受损，加之缺氧环境这一主要因素的存在，则易感染破伤风；缺氧环境，如伤口深窄、坏死组织多、填塞过紧、引流不畅、局部缺氧等。各种创伤后、不洁条件下分娩的产妇和新生儿均可感染破伤风。

3. 机体抵抗力低下 破伤风梭菌可产生大量外毒素（痉挛毒素和溶血毒素）：①痉挛毒素：是引起症状的主要毒素，可使全身横纹肌持续性收缩和阵发性痉挛；②溶血毒素：可引起局部组织坏死和心肌损害。



二、护理评估

(一) 健康史

询问病人有无开放性损伤史，新生儿病人了解出生过程、脐带处理等。

(二) 身体状况

1. 潜伏期 一般7天左右，多数病人在伤后2周内发病，但也可短至24小时或长可达数月、数年。潜伏期越短，预后越差。新生儿在断脐后7日左右发病，俗称“7日风”。

2. 前驱期 全身乏力、头痛、头晕、失眠、多汗、咀嚼无力、烦躁不安、打哈欠等。以张口不便为特点。常持续 12~24小时。



3. 发作期

(1)阵发性痉挛：典型的表现为肌肉紧张性收缩的基础上，伴有阵发性强烈痉挛。最先受累的肌群是咀嚼肌，以后依次累及面部表情肌、颈、背、腹、四肢肌，最后为膈肌，相继出现咀嚼不便、张口困难（牙关紧闭）、苦笑面容、颈项强直、角弓反张，膈肌痉挛可致病人呼吸困难，甚至呼吸暂停。在肌肉持续紧张收缩的基础上，任何轻微的声、光、接触、饮水等均可诱发阵发性痉挛，发作时病人神志清楚，表情痛苦。新生儿因肌肉纤弱而症状不典型，常表现为不能啼哭和吸乳，活动少，呼吸弱或呼吸困难。



(2) 伴随症状：面唇发绀、呼吸急促、大汗淋漓、手足抽搐、头后仰，每次发作持续数秒或数分钟不等。

(3) 并发症：强烈的肌肉收缩可造成肌肉断裂或骨折；呼吸道分泌物淤积、误吸可致肺炎、肺不张；持续的呼吸肌和膈肌痉挛可导致呼吸骤停；中毒时间过长可致心力衰竭、心脏骤停等。病人的主要死因是窒息。



(三) 心理社会状况

由于痉挛反复发作和隔离治疗，病人常有紧张、焦虑、恐惧和孤独的心理反应。

(四) 辅助检查

伤口渗出物涂片检查可发现破伤风梭菌。



(五) 处理原则

1. 清除毒素来源 破伤风预防的关键在于创伤后早期彻底清创，敞开伤口，充分引流，用3%过氧化氢溶液冲洗伤口。

2. 中和游离毒素 破伤风抗毒素(TAT)和破伤风免疫球蛋白可中和游离毒素，但不中和已与神经组织结合的毒素，故应尽早使用；TAT用药前需做过敏试验，每毫升皮试液含150IU。破伤风免疫球蛋白一般只用一次。

3. 控制和解除痉挛 是治疗的重要环节。遵医嘱可交替使用镇静及解痉药物。

4. 防治并发症 保持呼吸道通畅；补充水和电解质；合理使用抗生素，首选青霉素。

三、常见护理诊断/健康问题

1. 有窒息的危险 与持续性喉头和呼吸肌痉挛、误吸、痰液堵塞气道有关。
2. 有受伤的危险 与肌肉强直痉挛有关。
3. 有体液不足的危险 与反复肌痉挛消耗、大量出汗有关。
4. 潜在并发症：肺部感染、尿潴留、心力衰竭等。



四、护理措施

(一) 一般护理

1. 防止交叉感染 安置病人单人隔离病房，室内安静、避光、减少一切刺激。治疗及护理操作尽量集中在使用镇静剂30分钟内进行。严格执行消毒隔离制度，所有器械、敷料专用，使用后予以灭菌处理，病人的用品和排泄物应严格消毒，敷料必须焚烧。
2. 防止病人受伤 使用带护栏的病床，必要时加用约束带，以防止痉挛发作时病人坠床和自我伤害。病人抽搐时，勿强行按压肢体，应用牙垫，防止舌咬伤。
3. 加强营养 进食高维生素、高热量、高蛋白、易消化饮食，少量多次，以免引起呛咳、误吸，病情严重不能经口进食者，予以鼻饲，必要时予以全肠外营养。



(二) 病情观察

密切观察病人的生命体征和神志；记录抽搐发作次数、持续时间、间隔时间及伴随症状，注意发作前征兆。



(三) 治疗配合

1. 保持呼吸道通畅 床旁常规备好气管切开包及氧气吸入装置，急救物品齐全。对于频繁抽搐、药物不易控制的严重病人，应尽早进行气管切开。
2. 维持体液平衡 遵医嘱补液，保持输液管道通畅。
3. 遵医嘱用药 遵医嘱使用抗生素。



(四) 心理护理

安慰病人和家属，及时进行心理疏导，减轻病人的紧张恐惧感，鼓励病人配合治疗和护理。



(五) 健康指导

破伤风是可以预防的，接受破伤风主动免疫或被动免疫，创伤后早期清创，

可避免或减少破伤风感染机率；加强劳动安全意识，避免不洁接产。

1. 主动免疫 是健康时有效预防的方法。通过注射破伤风类毒素，使机体产生抗体。

2. 被动免疫 是创伤后预防破伤风的有效措施。早期彻底清创并及时注射破伤风抗毒素或破伤风免疫球蛋白。



谢谢观看

