感染2012-ppt课件









目的要求

- （一）掌握外科感染的病因与治疗
- （二）掌握脓毒症的诊断和治疗
- （三）掌握破伤风的临床表现、预防、诊断和治疗
- （四）熟悉浅部组织化脓性感染的临床表现和治疗
- （五）熟悉手部急性化脓性感染的临

第一节

概　　论

定义

- 外科感染是指需要外科治疗的感染，包括创伤、手术、烧伤等并发症的感染
- 这类感染临床多见，需注意防治
- 特点：混合
  局部症状明显
  化脓，需外科处

分类

- （一）按病菌种类分
- （二）按病程进展分
- （三）按发生条件分

病因机会性感染、二重感染、院内感染等

按病菌种类分

按病菌种类分

- １、非特异性感染（化脓性或一般性感染）　常见致病菌：金葡菌、乙型溶血性链球菌、大肠杆菌、拟杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌等。可共同致病
- ２、特异性感染　指一般性感染以外的细菌或真菌等：结核杆菌、破伤风、产气荚膜梭菌、白念珠菌、新型隐球菌等

按病程分类

按病程进展分

- 1、急性感染：病变进展快，一般3周内。非特异性感染分类多属此类
- 2、慢性感染：病变持续2个月以上。如结核
- 3、亚急性感染：介于急性与慢性之间，由急性感染迁延而来，亦可由于病毒毒力弱但耐药或抵抗力差所致

按发生条件归类

按发生条件分

- 1、原发性感染(primary infection)

  伤口直接污染造成的感染

- 2、继发性感染(Secondary infection)

  在愈合过程中造成的感染

- 3、外源性感染: 病原体由体表或外环境侵入造成的感染

- 4、内源性感染: 病原体由口腔、肠道、胆道、呼吸道、泌尿道侵入造成的感染

按发生条件分类

- 1、条件性（机会性）感染： 当人体局部和/或全身抗感染能力降低，栖居于人体但不致病的菌群可以变成致病菌，所引起的感染称为条件性感染
- 2、二重感染（菌群交替症）(superinfection)： 在抗菌药物治疗原发感染时发生的新感染（如耐药的金黄色葡萄球菌、难辨梭菌、白念珠菌）
- 3、医院内感染（Nosocomial infection）
发生在医院内的一切感染，包括交叉感染及内原性感染

病菌的致病因素

- 1、粘附因子:附着于组织细胞；荚膜或微荚膜（抗拒吞噬）
- 2、病菌的种类和数量：健康个体,伤口污染的细菌>10^5→感染
- 3、胞外酶、外毒素、内毒素

①胞外酶：　蛋白酶类、磷脂酶、胶原酶，玻璃质酸酶

②外毒素：　溶血素，肠毒素、痉挛毒素

③内毒素：　[illegible]体、凝血系统。发热、白细胞[illegible]、休克）

宿主的抗感染免疫

- 1、天然免疫
- **宿主屏障：皮肤、粘膜、抑菌物质，正常菌群阻止在上皮表面的粘附**
- **吞噬细胞与自然杀伤细胞NK：**

  单核-巨噬细胞和中性粒细胞。前者**吞噬病原体和异物，分泌细胞因子，介**导炎症。后者富含溶酶体酶、过氧化物和杀菌物质，能直接吞噬病原菌和释放

- 补体：激活-溶细胞、
  协助抗体溶菌
- 细胞因子：招引补体、抗体、免疫细胞集中于炎症部位

宿主的抗感染免疫

- 2、获得性免疫

  巨噬细胞吞噬病原体释放抗原分子，**直接激活**B细胞，或经抗原提呈细胞传递激活T细胞
- T细胞免疫：细胞毒性T细胞、TH1 TH2
- B细胞免疫:B细胞-浆细胞-抗体
- 免疫
  感染

人体易感因素



局部情况

1.皮肤或粘膜缺损

2.管道阻塞

3.局部组织血流障碍或缺血，吞噬细胞不能到达病变部位

4.异物或坏死组织的存留，吞噬细胞不能发挥作用

5.导管处置不当，病菌侵入

全身性抗感染能力降低

①严重的损伤或休克

②、糖尿病、尿毒症、肝功能不良

③肾上腺皮质激素、化疗、放疗营养不良、低蛋白血症、白血病、白细胞过少

④老年人、婴幼儿

⑤艾滋病

条件性感染

1、机会性感染：

局部或全身抵抗力低-栖居于体表的细菌感染

2、二重感染：

光谱或联合应用抗生素，原来的治病菌抑制，耐药菌繁殖感染

病理

（一）非特异性感染

- 酶及毒素作用，炎症介质形成，血管通透，炎性细胞吞噬。病灶内活菌、血细胞、死菌、组织崩解物混合成脓肿，局部表现红、肿、热、痛。

  炎症介质、细胞因子、毒素进入血液引发全身反应。

- 病变的演变：

  1、炎症好转

  2、局[illegible]

  3、炎症扩展：菌血症；脓毒血症[illegible]

  4、转为慢性炎症：病菌大部分消灭，少量残存。

病理

（二）特异性感染

- 1、结核：形成独特的浸润、结节、肉芽肿、干酪样坏死、冷脓肿
- 2、破伤风、气性坏疽：起病急，前者产生痉挛毒素致肌痉挛，局部炎症少，不影响伤口愈合；后者产生多种毒素使血细胞和肌细胞迅速崩解，组织水肿产气，病变迅速扩散，全身中毒严重。
- 3、真菌感染：形成肉芽肿，出现溃疡、脓肿、空洞

临床表现

- 1、局部症状：表现红、肿、热、痛和功能障碍。
- 2、器官、系统功能障碍：尿急痛、黄疸、腹痛
- 3、全身症状：热、呼吸心跳快，头痛;尿少，神志不清
- 4、特殊表现：

诊断

- (一) 临床检查
  - 1、全身状态：生命体征、营养、休克
  - 2、局部表现：红、肿、热、痛
  - 3、相应系统障碍：
  - 4、特异表现：破伤风—肌痉挛；气性坏疽—捻发音
  - 5、相关病史
- （二）
  - 病菌鉴定：1.革兰染色 2.细菌培养
  - 3.免疫学、分子生物学监测
- （三）影像检查：超声、X线、CT/MRI

预防

- （一）防止病原微生物侵入
  - 1、实施卫生管理；严格消毒灭菌
  - 2、 无菌操作、正确处理创口
- （二）增强机体的抗感染能力
  - 1、改善营养状况
  - 2、治疗原发病
  - 3、使用特异性免疫（如TAT）
  - 4、合理使用抗生素
- （三）切断病原菌传播

治疗

原则：消除感染原因和毒素，制止细菌生长，增强人体抗感染能力和组织修复。

- (一) 局部处理
  1、保护局部，避免扩散
  2、浅部：湿敷、理疗、引流
  3、深部：手术切开引流
- (二) 抗感染药物的应用：根据菌种选择
  [illegible]
  势者全身用药
- (三) 改善全身状况：休息、水电酸碱平衡、营养、输血、降温解热保暖、

第二节
浅部化脓性感染

疖



胸前壁疖

疖

- 单个毛囊及周围组织的急性化脓性感染，金葡菌多见
- 临床表现：发于皮肤，红肿热痛表现，其中心可有脓头，破后可愈。亦有无头疖，破溃较迟，需设法促使脓液排出

疖

多个散在疖肿，中央有白色脓头



无头疖



- 诊断：表现明显，诊断较易
- 鉴别诊断：

1.痤疮合并感染：顶端有凝脂

2.粉瘤合并感染：病变较久，表皮正常

3.痈：病变范围大

- 防治：

1.初期：理疗外敷

2.[illegible]

3.应用抗生素

痈

- 指邻近多个毛囊及周围组织的急性化脓性感染，以金葡菌多见
- 临床表现：中老年多见。初起为红肿，可见数个脓点，继之红肿扩大，脓点增大增多，中心处坏死。项背部多见
- 诊断：诊断较容易







- 预防：与疖同
- 治疗：

1.及时应用抗生素，防止脓毒症

2.局部处理

A.初期可外敷(鱼石脂、金黄散)

B.成脓后“十”字切开

皮下急性蜂窝织炎

- 指疏松结缔组织的急性感染，发于人体各部，乙型溶血性链球菌、金葡菌多见
- 临床表现：
  1.一般性皮下蜂窝织炎
  2.新生儿皮下坏疽
  3.老年人皮下坏疽
  4.颌下急性蜂窝织炎
  5.

- **一般性皮下蜂窝织炎**

  先有病损或感染，发病时伴恶寒发热，局部肿痛，边缘不清，淋巴结肿大
- **新生儿皮下坏疽**

  背臀部多见，患儿发热、不进乳或昏睡，皮肤发红、质地变硬并扩大，中央变软起水泡，严重时皮肤坏死破溃

- **老年人皮下坏疽**

  背部或侧卧着床处红肿痛，伴发热，全身不适，继之变暗波动感，穿刺有脓
- 颌下急性蜂窝织炎

  源于口腔或面部，口腔者易阻塞通气，颌下、口底肿胀；面部者红肿热痛，全身反应重
- 产气性皮下蜂窝织炎

  病菌为
  同一般性皮下蜂窝织炎，但
  有捻发音

- 诊断

  根据病史及化验易于诊断
- 鉴别诊断

  1、硬皮病：皮肤不红，体温不高

  2、小儿急性咽炎：颌下肿胀较轻，咽部发红明显

  3、气性坏疽：伤及肌肉，运动障碍，细菌培养确诊
- 防治：注意卫生，选择有效药物，局部切开

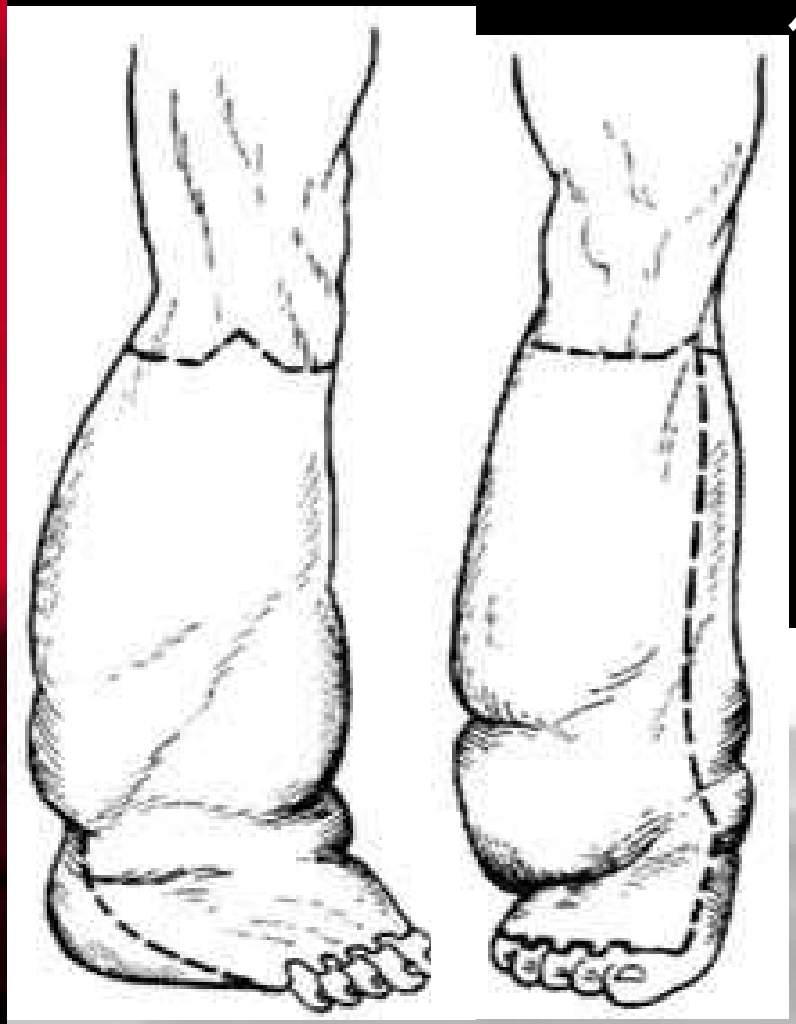
丹毒

- 皮内淋巴管网受乙型溶血性链球菌侵袭所致。常先有皮损如癣、溃疡
- 临床表现：恶寒发热、全身不适；多见下肢、面部；皮肤发红、灼热、痛、微隆、界清；邻近淋巴可大，反复发作可致“象皮肿”
- 治疗：应用抗菌药物





丹毒　丝虫病　...



淋巴管阻塞

淋巴淤滞

↓

象皮肿

浅部急性淋巴结炎和淋巴管炎

- 链球菌金葡菌侵入淋巴流，发于各部位
- 临床表现

  急性淋巴结炎：淋巴结肿大、疼痛、触痛→形成肿块、疼痛加重、皮肤红热→脓肿形成

  急性淋巴管炎：浅层—红丝疔；深层—条形触痛区
- 诊治：诊断不难，但需同时诊治原发病

第三节
手部急性化脓性感染

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/796205220012010104