

# 急性氨中毒合并氨灼伤患者的护理

敖江宁

(沈阳市第九人民医院, 辽宁 沈阳 110024)

**关键词:** 急性氨中毒; 氨灼伤; 护理**中图分类号:** R135.7 **文献标识码:** C**文章编号:** 1002-221X(2015)01-0073-02**DOI:** 10.13631/j.cnki.zggyx.2015.01.036

我院于2014年5月收治3名因液氨泄漏致氨中毒合并氨灼伤的患者,经过及时有效的急救和护理,患者很快治愈。现将护理体会总结如下。

## 1 病例介绍

3例患者均为男性,年龄25~39岁。某化肥厂工人,因高压液氨阀门爆裂导致氨气外泄,吸入氨气3~5 min后被急诊送入我院。入院查体:患者意识恍惚,头、面、颈、四肢、腋下出现Ⅰ度~浅Ⅱ度灼伤,例1灼伤面积为18%,例2灼伤面积为16%,例3灼伤面积为21%。3例患者眼结膜明显充血,口腔黏膜可见明显充血糜烂,咽喉部明显充血水肿,剧烈咳嗽、呼吸困难、气促、烦躁、口唇及肢体末端发绀,双肺布满湿啰音,例3咳粉红色泡沫样痰。血常规 WBC  $16.9 \times 10^9/L \sim 20.0 \times 10^9/L$ ,肝功能及尿、粪常规未见异常。ECG 检查,例1心动过缓窦性心律不齐,例2房性早搏,例3窦性心动过速。胸片有不同程度的肺纹理增粗、紊乱、边缘模糊,例3双肺下野可见点片状阴影。入院后给予抗感染、镇静、止痛、补液、抗休克、大量激素治疗及气管切开和呼吸机辅助通气治疗。住院24 h,患者意识逐渐清醒,抢救7 d后例1、例2平稳度过休克期和肺水肿期;例3突然出现极度呼吸困难,血压下降至50/30 mm Hg,心率150次/min,立即给予吸痰,高流量吸氧、强心、呼吸兴奋剂治疗,考虑支气管黏膜坏死脱落堵塞气道所致,立即行支气管镜检查后吸出树枝样脱落的坏死黏膜后病情逐渐缓解。3例患者住院30 d,肺部啰音基本消失,动脉血氧分压和动脉二氧化碳分压恢复正常,复查胸片可见吸收好转,血象恢复正常。住院36 d后灼伤创面全部愈合,留有浅褐色色素沉着,住院40 d出院。

## 2 护理

### 2.1 有效清除毒物及创面护理

**2.1.1 创面护理** 入院后立即将工作服脱下,用大量清水彻底清洁皮肤,冲洗时注意保暖避免着凉。患者入住隔离病房,保持床单的清洁干燥。头、面、颈、腋下灼伤部位用艾力克溶液湿敷。3 d后创面采用暴露疗法,涂磺胺嘧啶软膏,保持创面干燥。结痂后痂皮干裂出血及时拭去以免引起感染。

**2.1.2 眼部护理** 用生理盐水冲洗眼睛20 min<sup>[1]</sup>后用泰利必妥滴眼液滴眼4~6次/d,及时用无菌棉签清除眼分泌物,预防眼部感染。

**2.1.3 口腔护理** 伤后用牛奶漱口以中和氨水,用生理盐水棉球擦拭口腔4~6次/d,创面用碘甘油涂抹,预防感染。

住院3 d后患者眼结膜充血好转,7 d后口腔创面基本愈合,住院期间皮肤灼伤创面未发生感染,例1皮肤灼伤部位于伤后21 d愈合,例2皮肤灼伤部位于伤后30 d愈合,例3皮肤灼伤部位于伤后36 d愈合。

### 2.2 补液的护理

急性氨中毒合并氨灼伤的早期应以预防或控制肺水肿的发生或发展为主,兼治疗皮肤灼伤和休克。因此要严格控制输液的总量和输液速度,结合中心静脉压及尿量边脱边补,胶体和电解质的输入比例为1:1,输液的速度控制在40~60滴/min,既可以补充脱水引起的体液丢失,防治休克,又不至于加重肺水肿。为治疗肺水肿,早期足量应用地塞米松,30 mg/d静脉滴入,3 d后逐渐减量。在补液期间保证患者尿量维持在30 ml/h,脉搏在120次/min以下,收缩压维持在90 mm Hg、脉压在20 mm Hg以上,中心静脉压在5~12 cm H<sub>2</sub>O。例3执行规范的补液计划后平均动脉压仍低于80 mm Hg,遵医嘱给予血管活性药物,应用输液泵由单独静脉通路泵入,以控制输入的速度和剂量,72 h后血压恢复正常。3例患者入院复查血常规白细胞值均增高,给予头孢哌酮舒巴坦钠治疗后白细胞计数很快恢复正常。

### 2.3 呼吸道护理

**2.3.1 保持气道通畅,加强气道湿化** 3例患者均有呼吸道灼伤,为保证呼吸道通畅,均采用气管切开呼吸机辅助呼吸。气管切开伤口每日消毒2次更换敷料2次。保持切口清洁干燥,每4 h检查一次气管导管气囊的压力,压力<25 mm Hg,以防止缺血坏死加重黏膜的损伤。例3气管切开后痰液稀薄且量较大,及时吸出流到伤口表面的痰液并在切口周围使用溃疡贴保护。当出现频繁咳嗽、呼吸困难加重、呼吸时可听见痰鸣音、胸骨上听诊有湿啰音、SPO<sub>2</sub><85%时必须及时吸痰。为了缓解呼吸道黏膜水肿及肺水肿并稀释痰液,应用糜蛋白酶4000 U、异丙肾上腺素1 mg、地塞米松10 mg超声雾化吸入,2~3次/d,雾化后鼓励患者咳嗽排痰以保证雾化效果。

**2.3.2 辅助通气的护理** 机械通气初期因肺循环阻力升高常发生低血压及心率增快,应严密监护血压、心率变化,如有异常及时处理。例2患者上机后出现血压下降,应用多巴胺升压后血压维持在正常水平。为预防肺部感染,病房内空气消毒器24 h不间断消毒,呼吸机管路、延长管和湿化罐每周更换2次。每日更换湿化罐内的蒸馏水,清洗呼吸机的空气过滤网,及时倾倒储水罐的冷凝水防止逆行感染。

**2.3.3 脱机前后的护理** 患者生命体征平稳后给予脱机训

练。脱机前做好解释工作,脱机训练在白天进行,每次脱机 15~30 min,2~3 次训练后患者无疲劳、心悸、胸闷气促等现象可将脱机时间延长至 4~6 h。脱机时密切观察患者的生命体征变化和血氧饱和度情况并备好抢救车。本组 3 例患者经过 48 h 的脱机训练后顺利脱机。在 7 d 的气管切开机辅助通气中未发生呼吸机相关性肺炎,拔管后切口愈合良好。

## 2.4 心理护理

**2.4.1 疼痛心理护理** 本组患者灼伤后创面疼痛剧烈。我们耐心倾听患者的主诉,全面评估疼痛,按时给予止疼药物,并用音乐疗法分散患者对疼痛的注意力。伤后第 2 日患者自述疼痛开始缓解,7 日后逐渐适应。

**2.4.2 吸痰心理护理** 吸痰会给患者带来痛苦和恶性刺激,例 1 和例 2 在入院初期不愿意接受吸痰,经过护士耐心解释反复说明吸痰操作的意义,解除了患者的顾虑并配合治疗。

## 2.5 康复指导

在创面的愈合过程中 3 例患者均出现不同程度的瘙痒,指导患者不要搔抓,避免使用肥皂清洗皮肤,清洗时水温不可过高,以免加重瘙痒。1 年内灼伤部位避免日光暴晒以免留有色素沉着。向患者宣传氨气泄露时不能用湿毛巾掩面,以免形成氨水灼伤皮肤。

## 3 讨论

**3.1 氨气吸入后与呼吸道水分结合形成碱性极强的氨水,直接灼伤呼吸道导致支气管黏膜坏死,同时氨气刺激呼吸道产**

生不同程度的喉水肿、肺水肿。由于两者均可以导致气道水肿狭窄或堵塞,处理不及时可引起窒息死亡。护士在护理此类患者时应密切观察患者的呼吸情况,及时发现患者的窒息表现。当患者出现刺激性咳嗽、咳黑痰、呼吸困难、呼吸频率增快、氧饱和度下降等表现时,护士应及时通知医师并积极做好抢救的准备。

**3.2 补液是维持有效循环血量,防治休克的重要措施。**传统的补液原则为“先晶后胶、先快后慢”。但氨气吸入后机体迅速出现肺水肿,过快的输液速度和过多的电解质无疑会加重肺水肿。为此我们在补液中特别将胶体和电解质的比例由常规的 1:2 改为 1:1,控制输液的速度不超过 60 滴/min,先适当给予胶体溶液再给予电解质溶液,并及时应用糖皮质激素,有效缓解了治疗休克和肺水肿之间的矛盾。同时,护士要准确记录各次的饮食、饮水、静脉补液及大小便等出入水量,供医生参考,以便及时调整补液方案。

**3.3 促进创面愈合是氨中毒合并氨灼伤护理的重要目标。**护士应正确处理创面,使创面暴露在清洁、温暖、干燥的环境,有效地预防创面感染。接触患者前严格的消毒隔离措施可有效地预防创面的交叉感染。

## 参考文献:

- [1] 中国疾病预防控制中心职业卫生与中毒控制所. 高毒物品作业职业病危害防护实用指南 [M]. 北京: 化学工业出版社, 2004: 21-22.

# 黄磷灼伤患者的创面处理与护理

赵金芳, 李艳玲, 王小娟

(淄博市职业病防治院, 山东 淄博 255000)

**关键词:** 黄磷灼伤; 创面; 护理

**中图分类号:** R644 **文献标识码:** C

**文章编号:** 1002-221X(2015)01-0074-02

**DOI:** 10.13631/j.cnki.zggyyx.2015.01.037

黄磷常温下即可自燃。剧毒,最小致死量为 0.1~0.5 g。在生产和搬运过程中处理不当可灼伤皮肤,通过创面吸收引起中毒,严重时致肝肾功能衰竭危及生命。现将我院对黄磷灼伤患者的创面处理与护理总结如下。

## 1 临床资料

我院烧伤科于 2007 年 10 月至 2013 年 10 月共收治 57 例黄磷灼伤患者,其中男 56 例、女 1 例,年龄 13~42 岁。灼伤面积≤5%者 47 例,6%~10%者 5 例,>10%者 5 例;最大灼伤面积 51%,均为Ⅱ度~Ⅲ度;早期湿敷治疗 37 例,用湿润烧伤膏治疗 20 例,治愈时间 12 d~3 个月。

2009 年以前我院用 2%~3% 的硝酸银与等浓度的碳酸氢钠溶液处理创面,配合抗生素湿敷。近年改用湿润烧伤膏治

疗,患者入院后立即用大量清水反复冲洗清创,在暗室内或夜光下查找磷光,在有磷光的创面涂 2%~3% 的硝酸银溶液至无磷为止,再用 2%~3% 碳酸氢钠溶液湿敷 2 h,用生理盐水冲洗,沾干水分后局部涂湿润烧伤膏治疗。对大面积Ⅲ度创面早期切痂植皮。除按烧伤常规输液,抢救休克,维持水、电解质平衡,抗感染等措施外,重点保护肝、肾、心等多脏器功能和防止溶血。

57 例患者均治愈。早期湿敷治疗的 37 例中,除 5 例深Ⅱ度和Ⅲ度创面植皮愈合,其余的深Ⅱ度创面愈合均有疤痕形成;湿润烧伤膏治疗的 20 例中,深Ⅱ度创面均无疤痕形成。

## 2 护理

### 2.1 创面护理

尽快清除污染衣物及创面上的磷颗粒,用剪刀迅速剪开紧贴患者身体的衣物及烧焦的头发,将创面浸入水中或用纱布湿敷创面,使磷与氧气、空气隔绝,避免对人体组织造成进一步损害,减少组织对磷毒素的吸收,减轻全身中毒症状。禁用任何油质敷料包扎创面,以免增加磷的溶解与吸收,引起更严重的磷中毒。

### 2.2 建立稳定可靠的输液通道

黄磷灼伤早期往往伴有程度不一的休克发生,进行快速

收稿日期: 2014-01-03; 修回日期: 2014-03-11

作者简介: 赵金芳 (1975—), 女, 主管护师, 从事烧伤护理工作。