

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。

有效的静脉补液尤为重要。四肢浅静脉完好,先由远端向近端选用,如表浅静脉不能采用,可做锁骨下静脉穿刺并保留导管或股静脉切开保留导管,应细心维护,减少穿刺次数,确保液体、药物、电解质及时输入。

2.3 严密观察病情变化

磷从创面或黏膜吸收后由血液带至各脏器,引起损害。应严密观察患者的症状、体征、功能障碍的程度及有无合并症的发生,及时采取措施,控制病情发展。

2.4 心理护理

黄磷灼伤病人多为意外事故所致,患者多数不能接受这一现实,紧张、焦虑、烦躁、愤怒甚至绝望,个别病人产生轻生的念头^[1]。护理人员要热情、诚恳的对待病人,主动与病人谈心,耐心聆听他们的倾诉,对悲观绝望的病人要积极疏导,树立信心,积极配合治疗护理,以达到最好的疗效。

2.5 合理营养

加强饮食指导,为预防应激性溃疡,入院后禁食 48~72 h,病情稳定后,及时考虑病人的营养补充,能进食者,在肝肾功能基本正常的情况下给予高蛋白、高热量、高维生素饮食,注意少食多餐^[2],指导患者多喝水,每日不少于 2500 ml。经口补充营养有困难或不能完全满足机体需要者,

可静脉给予,应多次少量地输入鲜血和血浆、脂肪乳等,以增加机体的免疫功能。

3 讨论

黄磷易溶于油脂和有机溶剂,在创面未灭磷、解毒之前,局部不能使用易吸收的各种油类制剂和/或加热烘烤,必须在及时彻底处理创面后,局部涂湿润烧伤膏,具有即可止痛、抗感染,又有促进局部血液循环,加快坏死组织液化,促使灼伤残余皮肤附件增殖和创面修复快的作用。本文结果显示,该疗法可缩短疗程,使深Ⅱ度创面愈合不留疤痕。

治疗黄磷灼伤,除用一般烧伤的治疗外,关键在于及时彻底灭磷及解磷毒,防止残磷燃烧及被创面吸收引起磷中毒死亡。如处理不当,液态黄磷皮肤Ⅱ度灼伤 7%即可吸收发生急性溶血而致肾功能衰竭而死亡。全身治疗上,目前尚无磷中毒的有效解毒剂,主要靠大量液体输入促进毒性物质的排出,同时尽快纠正休克,保护主要脏器的功能,以及支持治疗等。

参考文献:

- [1] 刘萍. 18 例黄磷烧伤的护理体会 [J]. 中国实用护理杂志, 2004, 16 (4): 229.
- [2] 张玲. 76 例黄磷烧伤患者的护理 [J]. 当代护士, 2011, 1 (6): 45.

1 例急性氮气中毒致肺炎的护理

谢芳, 朱丽颖, 李连芳

(首都医科大学附属北京朝阳医院职业病与中毒医学科, 北京 100020)

关键词: 氮气中毒; 肺炎; 护理

中图分类号: R135.14 **文献标识码:** C

文章编号: 1002-221X(2015)01-0075-02

DOI: 10.13631/j.cnki.zggyx.2015.01.038

氮气中毒机制与 CO 相仿,主要是与氧气竞争性结合血红蛋白,造成氧合血红蛋白大量减少,形成脑、肺、心等组织的急性缺氧性损害。2014 年 7 月我科收治 1 例因氮气吸入致肺炎的患者,现报告如下。

1 临床资料

患者,男,20 岁,因误吸入氮气致头晕、头痛、乏力、胸闷 4 h,于 2014 年 7 月 1 日急诊收入病房。患者于入院前 4 h,工作操作过程中管道安全阀发生故障,不慎吸入一口氮气,氮气中含有少量残留的铁、锡土混合粉末,粉末直径为 10 μm。患者感头晕、头痛、胸闷、恶心,伴四肢乏力,急来我院就诊。入院查体: T 36.7℃, P 60 次/min, R 26 次/min, BP 120/70 mm Hg。意识清,表情与面容紧张,查体较合作,呼吸急促。急查血气分析, pH 7.56, PCO₂ 26 mm Hg, PO₂ 168 mm Hg (在急救车上吸氧后)。实验室检查: WBC 11.65×10⁹/L (正常参考值 3.97×10⁹/L~9.15×10⁹/L), N 0.86 (正

常参考值 0.50~0.70), L 0.11 (正常参考值 0.20~0.40)。血生化全项: 肌酸激酶 (CK) 180 U/L (正常参考值 38~174 U/L), 其余结果大致正常。肺高分辨和平扫 CT 结果示右肺上叶尖段小肺大泡,双肺下叶炎症,双侧胸腔少量积液,纵隔多发小淋巴结。颅脑 CT 平扫结果未见异常。

患者经 20%甘露醇预防脑水肿,甲泼尼龙琥珀酸钠预防肺水肿,左氧氟沙星注射液抗炎,氨茶碱平喘,盐酸氨溴索化痰,前列地尔改善微循环治疗,7 月 8 日复查血常规、胸片结果未见异常,7 月 9 日患者好转出院。

2 护理

2.1 及早氧疗,保持呼吸道通畅

气体中毒主要引起组织缺氧,早期特别是中毒后 4~6 h 吸入高浓度的氧气是治疗的关键。观察并记录患者胸闷缓解情况,呼吸的次数、频率,末梢皮肤的颜色,注意监测动脉血气分析指标。

2.2 密切观察生命体征

遵医嘱给予患者持续心电监护,监测体温、心率、呼吸、血氧饱和度,观察有无呼吸困难、气促、发绀、咳嗽、咳痰及有无咳粉红色泡沫样痰。动态监测记录血、尿常规及血生化指标,注意观察各系统受损情况。

2.3 预防肺水肿,防止脑水肿

中枢神经系统对缺血缺氧最为敏感,治疗不及时会对患者生存和生活质量产生不良影响。遵医嘱连续 3 d 给予 20%

收稿日期: 2014-08-27; 修回日期: 2014-10-12

作者简介: 谢芳 (1971—),女,主管护师,从事职业病临床护理工作。