

20例急性有机氟中毒临床分析及护理

高明静, 任惠英, 高明杰

(淄博市职业病防治院, 淄博市第六人民医院, 山东 淄博 255000)

关键词: 急性有机氟中毒; 护理

中图分类号: R135.1 **文献标识码:** C

文章编号: 1002-221X(2017)04-0319-02

DOI:10.13631/j.cnki.zgggyx.2017.04.027

吸入二氟一氯甲烷和四氟乙烯裂解气、聚四氟乙烯和聚全氟乙丙烯单体或热解物所致的有机氟化合物中毒, 是以呼吸系统损害为主的急性中毒性疾病, 易引起肺水肿, 后果严重。我院2011年1月—2016年12月收治了20例急性有机氟中毒病例, 现将其临床资料及护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

20例患者均为男性, 年龄22~48岁、平均30岁, 其中化学操作工9名、维修工5名、泥瓦工3名、试验员1名、锅炉焚烧工1名、运输司机1名, 均为工作中接触有机氟生产尾气发病, 既往体健。

1.2 临床表现

本组病人接触毒物8~24 h, 分别于吸入后4~8 h出现胸闷、气急、咳嗽、咽喉不适, 其中6例进行性加重。所有患者均出现呼吸困难、发绀、活动后气促、大汗, 根据临床表现及影像学检查结果, 参照《职业性急性有机氟中毒诊断标准》确诊为轻度中毒3例、中度中毒5例、重度中毒12例。

1.3 治疗及转归

1.3.1 氧疗 所有患者均早期给氧, 轻度中毒者给予鼻导管或面罩低流量吸氧; 中度及重度中毒者给予面罩高流量吸氧, 氧流量8~10 L/min, 维持血氧饱和度90%以上。

1.3.2 液体管理 在动态监测心率、血压、血氧饱和度、血常规、血气分析和胸部影像学变化等常规护理的基础上, 准确记录24 h的液体出入量, 在保持血压平稳的情况下, 保持出量略大于入量^[1]。密切观察中心静脉压的变化, 使其维持在5~8 cm H₂O。

1.3.3 对症支持治疗 早期足量糖皮质激素治疗, 抗炎、促进肺水肿吸收、缓解支气管痉挛、抑制后期肺纤维化, 轻中度中毒者予激素(甲强龙)200~500 mg/d, 重度中毒者加地塞米松20~80 mg/d, 5 d后酌情减量; 脱水剂主要采用白蛋白、呋塞米联合, 减轻肺水肿, 控制输液量; 扩血管药物改善肺循环, 解痉、祛痰, 根据痰培养结果选用敏感的抗生素, 保肝、营养心肌、保护胃黏膜等对症治疗。

1.3.4 转归 本组1例于病程第3天因ARDS死亡, 其余19例经积极抢救治疗及专科护理均好转出院。

2 护理体会

2.1 合理的氧疗

19例患者入院时测指端氧饱和度80%~90%, 立即给予吸氧3~5 L/min, 30 min后指端血氧饱和度>95%。1例患者于中毒后第3天因指端血氧饱和度<80%, 动脉血气分析氧分压50 mm Hg, 呼吸困难, 呼吸频率35次/min, 给予气管切开机械通气治疗。如吸氧后呼吸困难缓解、发绀减轻、心率减慢表示氧疗有效; 如果意识障碍加深或呼吸过度表浅、缓慢, 应根据动脉血气分析结果和患者的临床表现, 及时调整吸氧流量或浓度, 保证氧疗效果。

2.2 呼吸道护理

19例患者每天均予雾化吸入治疗2次, 鼓励患者咳嗽、咳痰, 结合胸部物理疗法, 及时清除呼吸道分泌物, 以保证患者有效氧疗。行气管切开呼吸肌辅助通气的患者, 注意加强气道湿化, 保持呼吸道通畅。呼吸道加温湿化器定时检查, 及时补充蒸馏水, 湿化水温维持在32~35℃。吸痰中严格无菌技术操作, 预防感染。

2.3 用药护理

20例患者按医嘱均给激素治疗, 应用激素治疗时注意观察有无腹痛、腹泻、恶心、呕吐等胃肠道不适的表现。大剂量应用激素易引起消化系统溃疡和肠穿孔等, 如患者主诉上腹部疼痛, 呕吐物呈咖啡色或血性, 应及时通知医生处理。本组有3例发生腹泻, 经对症治疗后好转。病情改善后遵医嘱改为口服治疗期间加强宣教, 告知患者不能擅自停药及减量。如发现患者出现兴奋、长时间失眠和抑郁等情绪变化, 应加强巡视, 及时进行心理疏导, 预防意外发生。

2.4 病情监测

急性有机氟中毒以呼吸系统损伤为主, 主要出现急性肺水肿、低氧血症的表现, 注意观察生命体征的变化^[2], 呼吸频率、节律和深度, 缺氧有无改善, 监测心率、心律及血压, 观察和记录每小时尿量和出入量, 监测动脉血气分析和生化检验结果, 了解电解质和酸碱平衡情况, 密切观察有无并发症的发生。

2.5 绝对卧床休息

本组3例轻度中毒患者早期因临床症状不明显而未遵医嘱绝对卧床休息, 导致病情加重, 责任护士在做宣教时反复向病人强调入院一周内绝对卧床休息的重要性, 根据病情好转程度逐渐增加活动量, 以活动后不感到胸闷气促为原则。

2.6 心理护理

本组病人均为平时健康状况良好的一线工人, 急性中毒发病突然, 多对工业毒物的认知不足, 意外中毒及通气面罩的应用使患者感到严重的不适而产生紧张焦虑, 情绪低落,

对生命质量及预后产生担忧及顾虑, 针对患者的情绪反应, 生活上多关心照顾, 介绍通过积极治疗取得良好预后的病例, 使患者能够正确认识病情, 积极配合治疗及护理。

参考文献:

- [1] 吴莉莉, 邱俏檬, 洪广亮, 等. 有毒气体急性中毒的急救与护理[J]. 中华劳动卫生职业病杂志, 2010, 28 (2): 101-102.
- [2] 窦英茹, 朱庆捷, 史甜, 等. 急性重度有机氟患者的救治与护理[J]. 护理学杂志, 2011, 26 (21): 45-47.

11 例职业性氢氟酸头面部灼伤的急救及护理

张卫军

(沈阳市第九人民医院, 辽宁 沈阳 110024)

关键词: 氢氟酸; 头面部灼伤; 院内急救; 护理

中图分类号: R643 **文献标识码:** C

文章编号: 1002-221X(2017)04-0320-01

DOI:10.13631/j.cnki.zgggyny.2017.04.028

我院于 2015 年 1 月—2015 年 6 月急诊收治了 11 例职业性氢氟酸头面部灼伤患者, 经迅速有效的急救处置, 积极地护理配合及个性化全面护理, 患者均痊愈出院。

1 一般资料

11 例患者中男 10 例、女 1 例, 年龄 23~49 岁, 平均 (36.8±11.2) 岁。单纯面部灼伤 5 例, 面部合并头部灼伤 6 例、单眼灼伤 1 例、双眼灼伤 1 例、外耳灼伤 1 例。灼伤面积 1%~3%, 程度浅Ⅱ度—深Ⅲ度, 表现为散在的点线状或片状。诊断轻度化学灼伤 3 例、中度 7 例、重度 1 例; 接诊时发生低血钙 3 例。

2 急救处置

接诊后仔细检查灼伤部位和范围。4 例合并头部灼伤患者现场处置时仅冲洗了面部而忽略了头部, 立即剃除头发再次用大量流动清水冲洗 30 min, 1 例有水疱患者剪开引流, 彻底清除腐皮。检测心率、血压、呼吸及血钙、镁, 低血钙者给予 10~20 ml 10% 葡萄糖酸钙静脉注射, 25% 硫酸镁溶液湿敷患处 48 h, 每 2 h 更换 1 次。予头孢呋辛钠抗炎, 护肝、糖皮质激素、营养支持及对症治疗。2 例疑似吸入性损伤患者给予吸氧、心电监护, 地塞米松+庆大霉素+5% 葡萄糖酸钙雾化吸入, 防止肺水肿, 保持呼吸道通畅。2 例合并眼部灼伤患者用生理盐水冲洗眼部 10 min, 给予地塞米松滴眼液、1% 葡萄糖酸钙、红霉素、贝复舒等滴眼, 请眼科医生协助处置。根据病情、接触氢氟酸的浓度和剂量, 早期给予 10% 葡萄糖酸钙透入治疗。

3 护理

收稿日期: 2016-06-05

作者简介: 张卫军 (1977—), 女, 主管护师。

3.1 急救护理

流动清水充分冲洗创面, 协助完成各项检查。创面皮下注射葡萄糖酸钙时尽量选细小针头, 减轻疼痛; 密切观察患者意识变化, 有无手足抽搐、肌张力改变、出汗、流涎、呕吐、腹泻等临床表现; 每 30 min 监测一次生命体征, 定时监测电解质和心电图; 换药时观察并记录创面颜色和渗出液情况, 创面有无进行性扩大加深, 遵医嘱给予相应的药物治疗。

3.2 心理护理

头面部灼伤患者会担心伤口愈合不佳, 影响美容; 此外, 损伤部位的剧烈疼痛将导致不同程度的负性心理。护士应耐心解释疼痛的原因, 通过语言、行为、肢体语言的安慰, 给予个性化心理疏导, 树立患者康复的信心, 稳定情绪, 积极配合治疗。

3.3 基础护理

嘱患者以含钙、蛋白质高, 维生素丰富, 易于进食吸收的食物为主, 餐后 2.5% 聚维酮碘液消毒口周, 促进创面愈合。嘱患者尽量取半坐卧位, 减轻创面水肿和渗出。治疗和护理操作前后严格消毒。病室每日紫外线消毒 2 次, 做好眼、耳、口腔、鼻的护理, 2 例口唇肿胀患者每天用生理盐水棉签清洁口腔 3 次, 防止并发症。面部浅度灼伤创面愈合后给予手法按摩联合中草药离子喷雾, 1 次/d, 防止色素沉着; 中度灼伤患者嘱其使用疤痕贴、弹力面罩 6~12 个月, 防止瘢痕增生。合并耳灼伤患者注意保持外耳清洁, 及时清理分泌物, 防止耳道阻塞引起中耳炎、耳软骨炎等。保护头面部新生皮肤, 每日局部清洁, 避免抓搔和摩擦; 避免阳光照射引起色素沉着。

4 结果

10 例轻、中度灼伤患者经对症治疗后痊愈出院, 面部的无明显瘢痕, 2 例合并眼部灼伤患者检测视力未见明显下降。1 例重度灼伤患者多次植皮痊愈出院, 面部需后期整形修复。均未出现严重并发症。

(上接第 317 页)

此外, 鉴定时劳动者推翻诊断时确认的职业史, 而用人单位并未否认的情况也是导致诊断、鉴定结果不一致的原因之一。

3.3 建议

职业病诊断医师应全面理解职业病有关法律、法规及相关文件, 熟练掌握诊断标准 (包括附件内容), 严格按照诊断标准和诊断流程, 认真对待每一例病案; 相关领域的医师也要参与到职业病诊断鉴定工作中。

劳动者职业史和职业病危害接触史的确定, 是在法律法规允许及方便劳动者的前提下, 收集有效的证据。对于慢性职业中毒者, 特别是职业性肿瘤患者, 必须慎重并尽可能现场调查取证, 使诊断依据充分; 若无法现场调查取证, 下诊断结论前必须劳资双方确定职业史和职业病危害接触史。鉴定过程中应尊重诊断时双方提供并确认的资料, 对推翻劳动者已确认的职业史和职业病危害接触史需慎之再慎。