

• 经验交流 •

29 例重症烧伤患者的护理体会

张晓慧, 王蕾, 张洁, 傅怡, 刘丽丽

(空军总医院重症医学科, 北京 100142)

烧伤一般系指由于热力(如热水、热油、热汤)、炽热金属、火焰、蒸汽和高温气体等所致的体表组织损害,主要是皮肤损害^[1]。重度烧伤是指烧伤体表总面积>30%或Ⅲ度烧伤面积>10%。由于重度烧伤后机体抵抗力下降,创面渗出较多,高消耗,高代谢,会引起高热、感染、低蛋白血症,多器官衰竭,病死率较高^[2]。本科 2009 年 9 月至 2012 年 5 月共收治大面积重度烧伤患者 29 例,经过治疗和精心护理,治愈率达到 93.1%,现报告如下。

1 临床资料

29 例患者中男性 17 例,女性 12 例;年龄 3~50 岁;烧伤面积均>30%,面积最大者 95%,烧伤深度Ⅱ~Ⅲ度,伴头面部烧伤和吸入性损伤 18 例,气管切开 4 例;经过治疗和护理治愈出院 27 例,死亡 1 例,放弃治疗 1 例。

2 护理措施及结果

2.1 静脉输液的管理:按照补液公式计算出全天补液量及早进行补液治疗,其中晶胶比为 1:1,补液量 1/2 在伤后第 1 个 8 h 输入,其余 1/2 在第 2 个和第 3 个 8 h 分别输入,液体复苏时遵循先盐后糖、先晶体液后胶体液的原则。同时结合患者生命体征的各项指标,既要补足液体,也不能补液过量,以免造成脑水肿或肺水肿等并发症。本组病例通过有效液体复苏及严密监护,除 2 例患者死亡外,27 例患者均平稳渡过休克期,对后续治疗起到了关键作用。

2.2 指标检测的管理:建立无创血压、中心静脉压(CVP)、脉搏血氧饱和度(SpO₂)、呼吸、脉搏、尿量和胃肠黏膜 pH 值的监测。通过对 24 h 血压、CVP 的监测,能及时了解患者液体容量的变化。连续统计尿量有利于观察患者有效血容量和组织灌注情况,若成年患者尿量低于 0.5 mL·kg⁻¹·h⁻¹,儿童患者尿量低于 1 mL·kg⁻¹·h⁻¹时,需及时补充容量,尿量是调节输液的重要指标。

2.3 呼吸道的护理:保持呼吸道通畅,随时观察患者 SpO₂。治疗过程中发现患者 SpO₂呈下降趋势,且低于 0.95,呼吸频率增快或减慢,同时伴呼吸困难时,应做好气管切开和进行机械通气的准备。每班医生都要进行肺部听诊,注意有无啰音及呼吸音的改变。发现有痰鸣音时,及时吸痰,吸痰时动作应轻柔,并注意观察痰的量、色,有无黑色炭粒、气道黏膜脱落,同时观察患者生命体征,吸痰时间不超过 15 s。保持气道湿润,定时雾化吸入(雾化液为灭菌注射用水 10 mL + 庆大霉素 80 kU + 地塞米松 5 mg + 糜蛋白酶 1 500 U,6 次/d),气管切开使用人工鼻辅助呼吸者每日更换 1 次,痰液量较多时需及时更换;气管垫每日更换 2 次;并用碘伏消毒气管切口处。

2.4 消毒隔离:重度烧伤患者入住重症监护病房(ICU)应

控制交叉感染,入室人员穿隔离衣,连续监测病房温度和湿度,室温调节为 28~32℃,湿度约为 50%~60%。病房及室内物品每日进行消毒。医护人员遵循无菌原则,严防医源性感染的发生。

2.5 创面护理:头面部烧伤患者采取半暴露或暴露疗法,四肢及容易包扎部位采取包扎疗法,肢体包扎后应抬高患肢以利静脉回流,减轻水肿,减少渗出。同时密切观察创面情况及四肢末梢血运情况,有异味、渗出增多和创周红肿时,应及时更换敷料。取皮区半暴露治疗,外用促创面愈合药物,创面用红外烤灯 24 h 照射,使创面保持干燥清洁。

2.6 烧伤患者术后 10 d 开始采用浸浴疗法:将食盐、新洁尔灭、中药复春散和水按照 1:1 000 比例倒入浴缸中,抬高患者头颈部,保持气管套管处干燥,每日浸浴 1 次,随患者逐渐适应,浸泡时间由 15~30 min 延长到 45~60 min。浸浴有助于清洁创面,使坏死组织、痂皮和脓液容易清除,且不容易损伤新生上皮,减轻机械损伤,并减轻对患者疼痛的刺激,加速血液循环,促进创面愈合,对严重大面积烧伤后期创面的治疗可取得显著效果^[3]。

2.7 悬浮床的护理:患者入院后采用悬浮床治疗。悬浮床具有加快创面干燥、减少感染、减轻疼痛的作用。首先向患者或家属解释悬浮床的悬浮原理,以减轻其焦虑和恐惧。同时做好管道护理,保持大静脉、胃管、尿管的通畅,防止管道受压、打折或者堵塞。持续使用悬浮床使创面失水多于失钠,因患者卧悬浮床每日要蒸发 2 000~3 000 mL 水分,故在计算液体时要加入这部分损失。

2.8 翻身床的护理:大面积重度烧伤患者平稳渡过休克期后,从悬浮床改卧翻身床治疗,翻身床的使用有利于暴露烧伤的创面,避免创面进一步压伤^[4]。在初次翻身前向患者讲明使用翻身床的目的、意义、注意事项及翻身时会出现的不适感,减轻患者的紧张情绪。翻身前要检查呼吸道的情况,如气道内有分泌物要及时清除。翻身俯卧位后应加强扣背,鼓励患者排痰,促进呼吸道内分泌物、脱落坏死组织的排出。翻身前还要检查各管道是否通畅在位,妥善安置各管道,防止翻身时致管道脱落。翻身时严密观察病情,防止意外发生,备好抢救物品。首次翻身时间不宜过长,以 0.5~1 h 为宜,确保安全后再翻身。对头面部烧伤、吸入性损伤、气管切开患者,俯卧时间应缩短。

2.9 心理指导和护理:在 27 例重度烧伤患者成功治疗过程中,心理护理贯穿始终,从患者入院开始到康复出院,经过综合治疗和护理,27 例患者康复出院。

综上所述,对于重度烧伤患者来说,能否渡过休克期和感染期是早期救治的关键。所以在护理过程中,输液的管理、生命体征的监测、严密的观察、呼吸道的护理、消毒隔离及各

项护理操作的严格遵守等是确保护理质量的重点,也是降低并发症及病死率的关键。这就要求护理人员要有高度的责任心,对患者进行心理康复指导,使患者增强信心,为后期康复治疗及创面愈合奠定良好的基础。

参考文献

[1] 黎鳌. 黎鳌烧伤学. 上海:上海科学技术出版社,2001:1-2.

- [2] 杨永宪,李玉峰. 湿润烧伤膏与云南白药联合治疗创口感染. 中国中西医结合急救杂志,2003,23(3):192.
- [3] 吴志宏,苏子毅,李国辉,等. 重症烧伤后全身炎症反应综合征的临床分析. 中国危重病急救医学,1996,8(12):745-747.
- [4] 李少丽. 烧伤病人使用翻身床的护理体会. 广西医科大学学报,2000,17(S1):396.

(收稿日期:2013-07-16)(本文编辑:李银平)

• 病例报告 •

成功抢救剖宫产术后羊水栓塞 1 例报告

万云慧¹, 李道成²

(1. 广州中医药大学, 广东 广州 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405)

成功抢救剖宫产术后羊水栓塞患者 1 例,报告如下。

1 病历摘要

患者女性,31 岁。因停经 38⁺4 周,下腹胀痛半天,于 2013 年 5 月 22 日入院,预产期 2013 年 6 月 2 日。入院查体:生命体征平稳,听诊未闻及异常,耻骨联合上二横指见一长约 14 cm 横行陈旧性疤痕,无压痛,双下肢无水肿;宫高 35 cm,腹围 114 cm,估计胎儿大小 3 200 g,胎方位左枕前位(LOA),宫缩无,先露头,未衔接,胎心音 140 次/min。未行阴道检查。2013 年 2 月 26 日口服葡萄糖耐量试验(OGTT)空腹及口服糖后 1 h、2 h 的血糖值分别为 5.14、7.11、5.88 mmol/L,血常规、尿常规、凝血 4 项、肝功能 8 项、生化 8 项及致畸 5 项(TORCH 5 项)等检查均未见明显异常。5 月 15 日 B 超提示宫内妊娠 35⁺周,单活胎,双顶颈(BPD)89 mm,羊水指数(AFI)141 mm,羊水暗区(AVF)45 mm。诊断:①孕 3 产 1,宫内妊娠 38⁺4 周,LOA,单活胎,先兆临产;②疤痕子宫;③妊娠期糖尿病。

入院后完善相关检查,未见明显异常,心电图提示:窦性心律,频发期前收缩(早搏)。于 2013 年 5 月 22 日 18:10 行子宫下段剖宫产+双侧输卵管结扎术。于 18:30 助娩出一 3 180 g 活女婴,无新生儿窒息。胎儿娩出后静脉给予催产素 20 U、宫肌注射 20 U,胎盘、胎膜娩出完整。19:10 在结扎双侧输卵管后准备关腹时患者突然恶心、胸闷、呼吸困难,随之意识不清,呼之不应,查体:口唇发绀,心电监护提示血压降至 76/45 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),血氧饱和度降至 0.80,心率(HR)54 次/min,考虑羊水栓塞。立即予以气管插管正压给氧,开放两条静脉通道给予地塞米松 40 mg、罂粟碱 60 mg、阿托品 0.5 mg、麻黄碱 15 mg;抽血查血气分析、血常规、弥散性血管内凝血(DIC)指数、肝功能、外周血细胞形态,于 19:55 静脉再予罂粟碱 30 mg、地塞米松 20 mg。中心静脉压(CVP)11 cmH₂O(1 cmH₂O=0.098 kPa),心电监护提示血压上升至 113/72 mmHg,血氧饱和度上升至 0.98~0.99,HR 94 次/min,患者生命体征平稳,宫缩好,阴道出血减少,手术口无明显渗血。实验室检查:血红蛋白(Hb)98 g/L,血浆鱼精蛋白副凝试验阳性,血浆 D-二聚体 9 870 μg/L,血浆纤维蛋白原 2.75 g/L,血气分析

结果无明显异常, K⁺ 3.24 mmol/L, Ca²⁺ 1.91 mmol/L,总蛋白 43.6 g/L,白蛋白 22.7 g/L。急诊床边 X 线胸片口头回报:双肺见渗出病灶,考虑肺水肿或炎性渗出。颈内静脉血冰冻报告可见较多上皮细胞团等羊水成分,病理结果可见加多柱状上皮、鳞状上皮细胞团及脱落的鳞状上皮表层,符合羊水栓塞表现。术中及术后 3 h 补充晶体液 3 650 mL、胶体液 1 000 mL,尿量 1 450 mL、色清,术中出血 250 mL。于 2013 年 5 月 22 日 23:41 转入重症监护病房(ICU)治疗,经治疗后患者病情稳定,于 2013 年 5 月 29 日转产科继续监护,5 月 30 日患者病情稳定,胸片显示心肺膈未见明显异常,痊愈出院。

2 讨论

剖宫产过程中一旦发生呛咳、胸闷、气促,应高度怀疑羊水栓塞,并立即进行快速有效的抢救。本例患者成功抢救的关键就在于及时准确地诊断,并给予正确、有效的抢救措施,为抢救赢得了时间,进而挽救了患者生命。

羊水栓塞是指在分娩过程中羊水成分进入母体血循环中引起肺栓塞、休克和发生 DIC 的临床综合征^[1]。近来也有人认为羊水栓塞的发病机制可能是一种无抗体参加的过敏反应,诊断主要靠临床表现^[2]。羊水栓塞发生后病情往往迅速恶化,孕产妇可因多器官功能衰竭而死亡。作为产科医生,必须十分熟悉羊水栓塞的病理生理变化、临床表现,时刻警惕;一旦发生要能及时、正确地诊断,并采取有效的治疗措施。抢救的治疗原则归纳起来主要包括:吸氧—开放 2 条以上的静脉通道—抗过敏—抗休克—纠正心力衰竭—纠正酸中毒—肝素—抗菌药物的应用以及相应的产科处理。

预防羊水栓塞的关键在于防止羊水成分进入母体血循环。掌握预防措施是关键:①掌握缩宫素的使用指征;②严格掌握剖宫产指征;③防止不恰当的宫腔操作及子宫、产道损伤;④避免在胎儿娩出时强力按压腹部及子宫。

此例患者的成功抢救,给临床提供了许多宝贵的经验,值得在今后的工作中学习和借鉴。

参考文献

- [1] 丰有吉,沈铿. 妇产科学. 北京:人民卫生出版社,2005:209.
- [2] 张明途,李芳,朱明,等. 硫酸镁在围手术期抢救急性羊水栓塞中的应用. 中国危重病急救医学,2004,16(9):565.

(收稿日期:2013-08-27)(本文编辑:李银平)