维普资讯 http://www.cqvip.com

确保患儿情绪稳定,心理健康,以免意外发生。在手术等候区可以摆放方便消毒的玩具,以便小儿玩耍,分散注意力,减少紧张情绪。小儿一般不主动配合,应妥善固定及陪护,避免坠床。小儿皮肤娇嫩、易损伤,在做任何操作时,注意保护小儿的皮肤。在建立各种通路时,一定要保证通路的有效性,在给药时一定要杜绝空气进入血液循环,建议用头皮针推药,在连接好注射器后回抽连接处的气泡,避免空气进入血液循环。麻醉前后,必须准备好吸引设备及急救药品、仪器。为保持呼吸道通畅,麻醉在肩下放一横垫,以免舌后坠引起窒息。手术室护士平时应熟练掌握各种抢救技术和急救器材的使用方法,一旦出现麻醉意外,才能熟练配合麻醉医生进行抢救工作。在手术进行中,没有特殊情况不能离开手术间,在一定要出去时必须给麻醉医生讲明并告知去向,注意在开放升主动脉期间一定不能离开,严密观察,及时报告,与麻醉医生做好沟通工作,在有异常情况下,及时汇报,及早处理。

(编辑:蒋登金)

急性重度有机磷中毒的急救与护理体会

王淑琴,荣丽媛 (新疆奎屯伊犁州医院,新疆 奎屯 833200)

[关键词] 有机磷中毒;护理;急救
[中图分类号] R595.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2007)06-0438-01

急性重度有机磷中毒(ASOPP)是临床常见的急症。多数患者病情危重,变化迅速,若处理不及时容易引起死亡,死亡率达10%以上[1]。本文对我科2004年1月至2006年11月收治的16例ASOPP患者进行了有效迅速地清除体内毒物,及时足量、持续有效地应用解毒剂和胆碱酯酶复能剂及精心的护理,取得了满意的效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组病例16例,其中男3例,女13例,年龄19~54岁,平均28岁。均经口服中毒,服毒量30~500 ml,平均(150±40)ml。入院时多呈昏迷状态,双侧瞳孔缩小、全身湿冷、呼吸微弱。全部患者胆碱酯酶显著下降至55~429 u/L,符合急性重度有机磷中毒的诊断标准[2]。

1.2 方法

1.2.1 急救方法 ASOPP患者入院时尽早彻底清理呼吸道、开放气道、洗胃,必要时用口咽通气道。第一次洗胃结束后胃管内注入解磷定1~2 g,夹闭胃管30 min使复能剂与残留的有机磷结合起来而解毒。洗胃结束后,给予20%甘露醇灌注,也可灌注50%硫酸镁150~250 ml导泻。8 h后第二次洗胃,中毒量大每隔4 h洗一次,但肾功能不全或昏迷者不宜采用硫酸镁,以免加重中枢神经系统的抑制作用,引起或加重呼吸衰竭。

1.2.2 护理方法 主要护理有:①严密观察病情(包括生命体征,引流液的颜色、气味及量);②迅速建立两条静脉通道,一条供静注阿托品,另一条供静脉滴注解磷定及其他抢救药物;③注意观察判断是否阿托品化和阿托品中毒;④心理护理。

2 结果

16例ASOPP患者均采用彻底洗胃、导泻、静脉应用阿托品、解磷定注射液、输液、利尿,根据病情予以给氧、吸痰、应用抗生素和呼吸兴奋剂等综合治疗。抢救成功14例,成功率88%,死亡2例。

3 讨论

有机磷农药可通过呼吸道、消化道及皮肤黏膜接触进入体内,在体内与胆碱酯酶结合为磷酰胆碱酯酶,使胆碱酯酶失去分解乙酰胆碱的能力,从而使神经突触处乙酰胆碱大量蓄积,引起胆碱能神经过度兴备,最后转为抑制,出现一系列中毒症状。过去认为口服中毒4~6 h后毒物基本吸收,洗胃的意义不大,但目前认为,有机磷口服后,一部分残留在胃黏膜皱壁内,毒物经肠肝循环后又重新分泌入胃,毒性会增加,故主张口服中毒都应洗胃。洗胃液要掌握适宜的温度,以30~35 ℃为宜,过高过低均可加重患者病情及不适,每次进胃的液量可控制在400~500 ml。选用洗胃液时应注意:敌百虫中毒时禁用碳酸氢钠,因其遇碱会变成毒性更强的敌敌畏;高锰酸钾可使1605、乐果氧化后毒性更强。在紧急情况下毒物性质难以肯定时,应用大量清水或生理盐水。阿托品能拮抗体内过量的乙酰胆碱,对抗有机磷中毒时引起的中枢抑制。解磷定是胆碱酯酸的复活剂,早期应用能使磷酰化胆碱酯酶脱去磷酸基,从而恢复酶的活性,也可直接与血中有机磷结合成无毒性物质排出体外,从而解除烟碱样症状,因其半衰期为2 h,故需反复给药,根据有机磷肠肝循环原理,不断有新的胆碱酯酶磷酰化,复能剂一般用1~3 d。治疗期间,护理人员应密切观察出胃液是否为血性液体。本组就有2例有胃溃疡病史,在洗胃快结束时引起少量血性液体,立即中止洗胃,及时给予了对症处理。

总之,对ASOPP患者早期急救是抢救成功的基本保证,彻底清除毒物尤其是彻底洗胃、正确合理应用阿托品和胆碱酯酶复能剂、严密的病情观察及护理是抢救成功的关键。

(编辑:周小林)

[收稿日期] 2007-08-30 [修回日期] 2007-10-08