DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.02.028

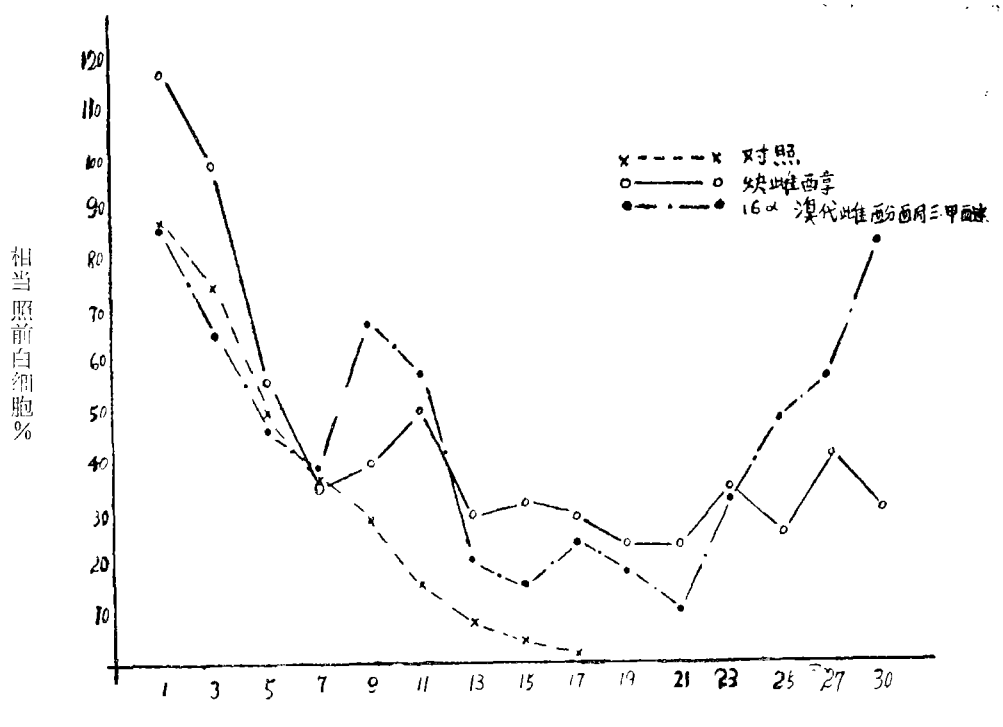


图2：16α溴代雌酚酮三甲醚治疗组周围血白细胞的变化

护理工作经验

严重烧伤休克期护理的体会

第一附属医院烧伤科　钟力华

休克期良好的护理，不仅关系到严重烧伤休克伤员能否渡过休克或平稳地渡过休克，而且将影响败血症的发生和发展，以及今后的治疗和予后。二十年来，在休克期护理方面虽累集了一些经验，但也有过不少的教训。兹将一些体会介绍如下：

一、做好输液的护理：

补液治疗仍是当前抗休克的基本措施，护理上要做到：

1．尽早开始输液治疗：伤员一入院，我们在迅速了解伤情后，即开始进行静脉穿刺或切开。虽然原则上，选择静脉尽量从肢体远端开始，而且是先静脉穿刺后切开，但是所选择的静脉必须够大，以容纳较粗的针头或静脉导管，以保证输液的畅通和速度。因此不要因为为了避免切开，而在穿刺上浪

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

费时间。必要时，也可以通过创面进行静脉切开。一般可维持二至三日即撤除，少有感染。在进行静脉穿刺或切开时，可抽血送检和配血。输液通道建立好后我们首先快速输入一定量的电解质液，以尽可能地保证组织适当的灌流。然后据情改用其它液体。如果有时静脉不够大或输入不流畅时，我们毫不犹豫地建立两个通道。总之要保证液体进入速度。无论是静脉穿刺或切开，必须妥为固定，特别是烦燥不安的伤员，必要时用夹板固定，以防输液通道阻塞或脱落，否则得重新建立通道，以免耽误或延迟开始输液治疗时间。

2．保证输液计划准确无误地进行：由于休克期输液量多、种类多、时间长，如何能保证有条不紊地，准确无误地执行输液计划，是防止休克发生、发展、和平稳渡过休克期一项重要措施。我们通常是在建立好静脉通道后，即迅速与主管医生协商，制定输液计划。计划的内容，不仅有二十四小时的总量和液体种类量，而且根据总计划，安排二十四小时内各种液体进入的先后顺序与量（一定要每八小时为一单元，定量、定质、定时间）。然后根据每小时应进入的量，计算出每分钟输入滴数。简单方法是每小时输入毫升数／4 ＝每分钟滴数。例如每小时拟输入300毫升，则300／4 ＝75滴／分。当然计划必须根据伤员的反应，及时调整。

二、必须全面了解伤情：

在建立好输液通道进行输液后，护理上我们认为应迅速进一步协助医生了解伤情。特别要注意从护送人员或伤员本人详细询问受伤及现场抢救经过，为医生提供制定治疗计划的全面考虑。要注意有无合并伤、吸入性呼吸道损伤、合并中毒等。我们曾经有一例严重大面积伤员，受伤过程中有从高处坠下的历史，但入院后未能详细询问受伤史，致伤后十余小时，伤员发生昏迷也未及时追问受伤史，一直到尸检发现小脑挫伤后，才追问受伤史。又一例左肱骨外科颈骨折伤史，入院未能详细询问受伤史和检查，一直到伤后十天才发现。通过此两例教训后，我们将全面了解伤情，作为休克期护理中一必须进行的重要项目，从而以后避免了这些漏诊或误诊。

三、保持呼吸道通畅：

它对休克治疗的重要性是大家所熟悉的。一般而言，对有严重头、面、呼吸道烧伤伤员，只要提高警惕，护理上判断有无呼吸道烧伤，并不十分困难。对于此类伤员我们一开始即注意排痰引流或氧气的吸入，并做好气管切开和人工辅助呼吸的准备。已做气管切开的，除一般的常规护理外，我们非常注意气管导管的位置、系带的松紧等，以防导管的堵塞、脱落等意外，发生窒息（详见另文）。

在护理上，应予警惕的是，有些伤员并无咽部水肿等症状，而可能有严重吸入性呼吸道损伤（我科即曾有三例）；有些伤员并无呼吸道损伤，也可发生呼吸道功能不全。由于严重烧伤伤员，早期休克、感染等交织，症状混淆，护理上时时注意对呼吸功能的观察，及早发现，及早处理。我们的注意点是：（1）必须详细了解受伤时情况，例如是否是爆炸性烧伤、有无冲击波的损害可能、是否是在密闭空间受伤、在现场停留的时间、有无吸入烟雾较多及昏迷等；（2）密切观察伤员的通气情况，呼吸频率、深度，有无发绀等情况，并及时分析情况，协助医生进行处理。尤其是经过输液等措施后，伤员休克已趋平稳，各项指标已正常或接近正常，但伤员出现呼吸、心率增快，甚至呼吸困难，烦躁不安或发绀，与休克情况不相称时，更应百倍警惕。（3）经常听诊肺部，有无罗音、呼吸音改变等。

此外，在呼吸道护理上，还应注意防止误吸。早期严重休克伤员常有呕吐，尤其是小孩，常易发生误吸。我们的措施主要有三：（1）对严重烧伤伤员，估计有发生呕吐

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

可能者，例如有腹胀、饭后不久受伤者等，及早放入胃管进行减压；(2) 将伤员头偏向一边，特别是伤员开始作呕吐动作时，迅速将头偏过去，并及时清除口腔呕吐物；(3) 加速抗休克措施，改善伤员脑缺氧情况。

四、要密切观察、详细记录：

严重休克伤员伤情变化很快，护理上应密切观察，并做好详细记录。除常规地观察测量每小时呼吸、脉搏（心率）、血压（如能测量）、尿量等，并予记录外，我们认为还应注意如下一些事项：(1) 伤员的神智变化，有无躁动、谵语、酣睡、烦渴等。这些变化常常表示有脑缺氧。如果休克尚未经控制，则应加速输液等措施；如休克情况已趋稳定，就应考虑脑水肿或其它原因，并减慢输液速度，协助医生进行检查与处理。(2) 周边血液循环情况，如肢体是否温暖，有无冷汗，表浅静脉和毛细血管充盈情况是否良好等，我们认为是判断休克情况比较好的客观指标，特别是在大面积烧伤测量血压困难时，有时甚至比尿量还可靠些（因为不少大面积严重烧伤，常常在抗休克时，使用利尿剂，因此尿量的指标就不十分准确）。(3) 尿量每小时的多少一般可以反应血容量的情况，这是行之有效，也是大家所熟悉的方法，必须予以如实观察和记录外，我们认为还必须观察每小时尿量的趋向，是增多还是减少？是忽多忽少，不均匀，还是比较均匀？我们观察到，如果每小时尿量比较均匀，并有增多趋势，尽管每小时尿量偏少一些，认为休克还是平稳的，无须更多地增加输液量。至于尿比重，由于右旋糖酐、溶质性利尿剂的经常使用，意义并不大。关于尿量的减少问题，我们观察到，有两种情况：一种是突然减少，这大都是与导尿管的位置堵塞有关；一种是逐渐减少，这大都与输液量不够或是发生急性肾功能衰竭的前奏。但无论是那种情况，首先必须排除导尿管问题。此外对血红蛋白尿或血尿的观察也有重要意义。例如血红蛋白尿的突然减少（尿忽然变清）或血尿大量增多（同时镜检还发现许多管型），要警惕急性肾功能衰竭的发生。(4) 注意观察伤员对药物、输液等反应。例如躁动伤员，经应用止痛镇静药物后的反应，如果伤员不能安静下来，则多表示脑缺氧，常因休克未能控制或出现脑水肿有关；又例如加速输液或应用利尿剂后，尿量的反应，如果尿量不增加或增加不多，则要研究分析其原因，要警惕急性肾功能衰竭的可能。因此护理上，不仅要仔细观察，而且还要如实地准确详细记录，以供治疗的参考。必要时也应加以分析。(5) 及时小结。我们除每班人员必须将每班伤员情况进行一次小结，并提出要求和下一班应注意事项外，我们在休克期内，按伤后时间，每八小时进行一次输液小结和出量记录，尽量详尽一些，还要对输液治疗的反应作一估价，以供下一阶段输液计划的修订与参考。如果休克未能很好的控制，要分析其原因。详细记录与分析不但有利于伤员的治疗，而且为以后科研分析，累集了大量而又较确切的资料。我科二十年来，对休克时补液等问题，曾进行过多次总结，主要的资料来源是依靠详尽的护理记录。

五、注意保护创面，防止污染：

创面处理的好坏是烧伤治疗成败的关键，因此一开始就应抓紧。严重烧伤伤员早期往往神志不清，暂时丧失保护自己的能力，以及早期治疗复杂、人员来往较多，如此应特别注意消毒隔离，特别是接触隔离，限制室内人员。对极度烦燥不安的伤员，我们认为适当的约束是必要的，以防创面继续损伤或污染。即使在休克伤员，我们还是定时（一般每班一次，以敷料的潮湿情况而定，必要时增加）更换床单和背部潮湿敷料，尽量保持创面干燥。即使用大孔塑料垫加热吹风，也定时更换敷料，还是必要的。暴露部位的创面及时用消毒棉球和纱布将分泌物吸干。Ⅲ度创面每日2—3次用碘酒、

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

酒精涂擦，一待伤员休克情况趋于平稳，即及时采用翻身床。

六、全面安排治疗和各项护理操作，保证伤员得到充分休息：

这点也很重要。严重烧伤伤员由于治疗和护理操作较多，如果不很好安排，伤员会成天处于紧张状态，得不到应有的休息。这对抗休克是不利的。因此我们从伤员一进院就开始注意此问题，在不影响病情和治疗效果的前提下，集中各项治疗。例如能用静脉注射的药品，尽量在注意配伍禁忌的同时，从静脉给予，以减少伤员服药和注射的次数。我们在伤员床旁列一张治疗表，每天将各项工作和治疗分门别类地安排，这样不仅可集中治疗，而且也可减少忙乱遗漏。此外做到减少伤员的搬动和医护人员的走动，并随时注意室温和通风的调节，尽可能置伤员于一舒适而又安静的环境。

《人工辅助呼吸》的护理体会

第一附属医院烧伤科　李成金

我科自74年始，对6例严重烧伤并发急性呼吸困难综合症的伤员施行人工辅助呼吸，本文就我们的有限实践，浅谈体会。

一、人工呼吸器的类型：

要对使用呼吸器的病人进行护理，首先必须了解各种呼吸器的性能和具体操作方法。每部机器都有一套说明书，使用之前必须参照说明，看懂弄通，全面了解主要部位的用途及工作原理，严守操作规程，以免发生错误，造成严重后果。

呼吸器类型繁多，构造各异，大体可分定量与定压两种类型，各有优缺点。

1．定量型呼吸器：这种呼吸器可将预定量的气体在吸气期以正压送出呼吸器而后转入呼气期。经过一定时间间歇，呼吸器内充满新鲜气体后再转入吸气期。在吸气与呼气的交替进行中以完成每次通气量为转移。它具有释放预定量的气体至安全限度；并对其氧含量可以精确地加以调节的优点。来气量大而超过需要或安全范围时，气体可以从安全活办排入大气中，此型呼吸器对于呼吸道阻塞的病例特别适用，在一定范围内，即使呼吸阻力上升，也能保证预定通气量。机械部分简单，掌握容易，其主要组成部分是一个呼吸囊或风箱，通过直接或间接的电动作用将其中的气体有规律地、间断地压入肺内。其主要缺点是根据目前的机型，几乎只能用于呼吸停止的病人，若存在自主呼吸，则由于病人“抗拒”而发生“竞争”现象，不易同步，造成通气量不足，循环亦可受到影响。

2．定压型呼吸器：它是以氧气瓶的储压或压缩空气作动力原，通气量大小取决于送气压的高低。当呼吸器送气入肺而达到预定压力时即停止送气而转入呼气期；在呼气之末，当压力降至零(大气压)或预定负压时又进入吸气期。呼吸频率可因压力、气量、呼吸道阻力的升降而改变。这类机器的最大优点是可按病人的呼吸周期工作，病人的呼吸是被辅助而不是被控制，依靠病人的力量来发动每一次吸气，它不必打断自主呼吸，此与定量呼吸器不同。若病人呼吸暂停，也可自动地给病人通气，因此，较之定量型有更大的灵活性，此型呼吸器必须带有一个压缩气体的装置。它的主要缺点是通气量可以受很多因素的影响，如肺的弹性，呼吸道阻力等。同时，对于吸入氧浓度不能准确调节。因此，对其护理观察要求更高。

二、使用呼吸器的护理要点：

呼吸器的使用涉及许多呼吸循环等病理生理基本问题，单从机械部分讲，使用不难，但要使掌握好，达到满意指标，既要保证病人通气量，又不影响循环及损伤肺实质，

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net