



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

# 外科护理

W A I

K E

H U

L I



主编：周庆湘  
主讲：宋昱亮





外科护理



# 第九章 损伤病人的护理

---

SUN SHANG BING REN DE HU LI



# 目录

> 第一节 概述

> 第二节 创伤病人的护理

> 第三节 烧伤病人的护理

> 第三节 咬伤病人的护理



# 第一节 概述

损伤(injury)是指各种致伤因素作用于人体所造成的组织结构完整性破坏或功能障碍及其所引起的局部和全身反应。



## 一、病因分类

按损伤的原因不同,通常分为4类:

1. 机械性损伤 指锐器切割、钝器打击、重物挤压、跌、撞、火器等机械性因素所致的损伤,通常又称为创伤,是外科最常见的一种损伤。
2. 物理性损伤 因高温、冷、电流、激光、放射线等物理性因素所致的损伤。
3. 化学性损伤 由强酸、强碱、毒气、磷等化学性因素所致的损伤
4. 生物性损伤 机体遭受毒蛇、犬、猫、昆虫等咬、抓、螫伤等生物性因素后所产生的损伤。



## 二、组织修复

1. 组织修复过程分为以下3个阶段：

(1) 炎症反应阶段：在伤后立即发生，常持续3~5日，主要是血管和细胞反应、免疫应答、血液凝固和纤维蛋白的溶解。

(2) 组织增生和肉芽形成阶段：新生的毛细血管与成纤维细胞共同构成肉芽组织，充填伤口，形成瘢痕愈合。这个过程需1-2周。

(3) 组织塑形阶段：主要是胶原纤维交联增加、强度增加；多余的胶原纤维被胶原蛋白酶降解、吸收。最终达到受伤部位外观和功能的改善。此期大约1年。



## 第二节 创伤病人的护理

创伤(trauma)是指机械性致伤因素作用于人体造成的组织结构完整性破坏或功能障碍,是常见的一种损伤。



## 一病因和分类

根据受伤时皮肤和黏膜是否完整，创伤可分两大类：

1. 闭合性创伤 损伤处皮肤或黏膜保持完整，多由钝性暴力所致。常见有以下几种：

（1）挫伤：因钝力碰撞、挫压、挤捏等所致皮下软组织损伤，常发生水肿、血肿、结缔组织或肌纤维断裂。头、胸、腹部挫伤可能合并深部器官损伤。

（2）扭伤：因旋转、牵拉或肌肉猛烈而不协调地收缩等暴力，使关节突然发生超出生理范围的活动，造成肌肉、肌腱、韧带、筋膜、关节囊等组织撕裂、断裂或移位等。



(3) 挤压伤：肢体或躯干肌肉丰富部位较长时间受钝力挤压所致的损伤。严重时肌肉组织广泛缺血、坏死，继而引起肌红蛋白血症、肌红蛋白尿、高血钾和急性肾衰竭为特点的全身性改变，称为挤压综合征(crush syndrome)。

(4) 爆震伤(冲击伤)：爆炸产生强烈的冲击波形成的高压及高速气流对胸、腹部的脏器造成损伤，伤者体表无显损伤，但含气的脏器或鼓膜可发生出血、破裂或水肿等病理改变。



2. 开放性创伤 受伤部位皮肤或黏膜完整性遭到破坏, 伤口与外界相通。常见有以几种:

(1) 擦伤: 皮肤与表面较粗糙的物体快速摩擦造成的损伤, 创面有擦痕、小出血点及少量浆液渗出。

(2) 刺伤: 由尖锐而细长的物体插入组织所致, 可导致深部组织和脏器损伤。

(3) 切割伤: 由锐利器械切割所致, 伤口整齐, 多呈直线状, 周围组织损伤较轻, 可造成血管、神经和肌腱等深部组织损伤。

(4) 撕裂伤: 由于急剧的牵拉或扭转导致浅表和深部组织的撕脱与断裂, 伤口多不规则。



(5) 火器伤：是弹片或枪弹造成的创伤，可能发生贯通伤(有入口和出口者)，也可能导致非贯通伤(只有入口而无出口者)，周围损伤范围大，坏死组织多，易感染。

根据伤口是否污染或感染，可将开放性创伤的伤口分为清洁伤口、污染伤口和感染伤口三种。



### 3. 创伤愈合的类型 分为以下两种：

(1) 一期愈合：组织修复以同类细胞为主，创缘对合良好，呈线状，伤口愈合快、功能良好。

(2) 二期愈合：组织修复以纤维组织为主，修复慢，瘢痕明显，不同程度地影响结构和功能恢复。多见于创伤程度重、创口较大、创缘不齐、坏死组织多及伴有感染的伤口。



#### 4. 影响创伤愈合的因素

(1) 局部因素：伤口感染是最常见的影响因素。创伤范围大、坏死组织多、异物存留、局部血液循环障碍、伤口引流不畅、局部制动不足、包扎或缝合过紧等因素是影响伤口愈合的局部因素。

(2) 全身因素：包括高龄、营养不良、大量使用皮质激素等；合并有糖尿病、

结核、肿瘤等慢性疾病及全身严重并发症等是影响伤口愈合的全身因素。



## 二、护理评估

### (一) 健康史

询问致伤原因,了解受伤的时间、部位,当时所处姿势以及伤后接受过何种急救和治疗。

### (二) 身体状况

#### 1. 局部症状

(1) 疼痛:损伤最早、最常见的表现是疼痛。疼痛程度与创伤的程度、部位、性质、范围、炎症反应强弱及个人耐受力等有关。疼痛一般在伤后 2~3d 逐渐缓解,若疼痛持续或加重,则可能并发感染。为避免漏诊和误诊,创伤引起的体腔内疼痛,在明确诊断前慎用麻醉性止痛剂。



(2) 肿胀：因局部出血和创伤性炎症反应所致，可伴有发红、青紫，局部皮下出现瘀斑或血肿。组织疏松或血管丰富的部位，肿胀尤为明显。严重肿胀可致远端组织或肢体血供障碍，出现远端皮肤苍白、皮温降低等。

(3) 功能障碍：因解剖结构破坏造成功能障碍、疼痛或炎症反应使患者活动受限。神经、肌肉、骨骼创伤所致的功能障碍，对诊断有定位价值。

(4) 伤口和出血：是开放性创伤特有的征象。创口的出血量随受伤部位和程度而异。



## 2. 全身症状

(1) 发热：创伤出血或组织坏死分解产物吸收及创伤产生的致热因子均可引起发热。创伤性炎症反应所致的发热，体温一般不超过 $38.5^{\circ}\text{C}$ 。发生颅脑创伤或继发感染时，患者可出现高热。

(2) 全身炎症反应综合征：指损伤后，由于交感神经—肾上腺髓质系统兴奋，大量儿茶酚胺和其他炎性介质的释放、疼痛、精神紧张和血容量减少等因素引起体温、心血管、呼吸和血细胞等方面的异常。

(3) 其他：患者可有口渴、尿少、食欲缺乏、疲倦、失眠、月经异常等。伤情较重者可出现神志淡漠、烦躁不安、四肢湿冷等

### 3. 合并伤和并发症

不同部位的创伤可以并发各部位的重要脏器伤,血管伤和神经伤。常见的并发症有休克、感染、挤压综合征等。

## (三) 辅助检查

1. 实验室检查 血常规和血细胞比容检查可了解失血及感染情况。尿常规可提示泌尿系统有无损伤。血液电解质化验和血气分析可了解水、电解质、酸碱平衡失调状况及有无呼吸功能障碍。
2. 诊断性穿刺、导尿检查 胸腹腔穿刺检查可用以判断内脏受损破裂情况,导尿检查可帮助诊断尿道、膀胱损伤。
3. 影像学检查x线 检查可证实骨折、气胸、气腹等。超声检查可诊断胸、腹腔内的积血及肝、脾、肾等实质性器官损伤状况。CT检查可辅助诊断颅脑损伤、腹部实质性器官及腹膜后损伤;MRI有助于诊断颅脑、脊柱、脊髓等损伤。



#### (四) 心理-社会状况

评估病人及家属对突受创伤打击的心理承受程度以及心理变化，有无紧张、恐惧或焦虑等。同时了解病人对创伤的认知程度及对治疗的信心。

#### (五) 处理原则

1. 急救处理 做到判断快、救治快、转送快。处理原则是抢救生命、重点检查、止血包扎、妥善固定、快速转运。
2. 软组织闭合性损伤处理 如无深部重要组织、器官损伤，多不需特殊处理，可自行修复。
3. 软组织开放性损伤处理 污染伤口应尽早施行清创术，使其转为清洁伤口，争取一期愈合；感染伤口应控制感染，加强换药，促进愈合。



### 三、常见护理诊断/健康问题

1. 疼痛 与创伤、局部炎症反应或伤口感染有关。
2. 体液不足 与创伤后失血、失液等因素有关。
3. 组织完整性受损 与致伤因子导致组织结构破坏有关。
4. 焦虑 与组织受损、担心影响生活和工作有关。
5. 潜在并发症 休克、感染、挤压综合征等



## 四、护理措施

### (一) 急救护理

现场急救是挽救病人生命的重要保证,并与病人预后密切相关。在紧急情况下,优先处理危及病人生命的紧急问题。

1. 迅速抢救生命 首先处理危及生命的紧急情况,如心跳及呼吸骤停、窒息、张力性气胸或放性气胸、活动性大出血、休克、腹腔内脏脱出等危急情况处就地进行救治。



2. 迅速有效止血及包扎 根据条件,以无菌敷料或清洁布料包扎伤口。用压迫法、肢体加压包止血带或器械迅速控制伤口大出血。肢体使用止血带止血时,要注意正确的缚扎部位、方法和持续时间,一般每隔 40~60分钟放松1次止血带,每次2~3分钟,避免引起肢体长期缺血导致坏死。

3. 妥善固定骨折、脱位 可用夹板或代用品固定伤肢,注意远端血运。已污染的开放性骨折,可对受伤部位包扎固定。达到减轻疼痛、防止再损伤、方便搬运的效果。



4. 安全转运病人 经急救处理,待伤情稳定、出血控制、呼吸好转、骨折固定、伤口包扎后,专人迅速护送病人到医院。搬动前对四肢骨折应妥善固定,防止再次损伤和发生医源性损害;胸腰椎折,应3人以平托法将病人轻放、平卧于硬板床上,防止脊髓损伤;颈椎损伤者,采用4人平托法,1人固定头部,其余3人平托法;胸部损伤重者,取伤侧向下的低斜坡卧位,以利健侧呼吸。

5. 密切观察病情变化 ①密切监测意识、呼吸、血压、脉搏、中心静脉压和尿量等,做好记录。②保证有效输液,根据医嘱给予止痛、镇静,给氧、注意保暖,预防休克;③协助医师进行创伤评估。



## (二) 软组织闭合性创伤的护理

1. 病情观察 对伤情较重者, 要密切观察生命体征的变化, 注意观察有无深部组织器官损伤, 对挤压伤病人应观察尿量、尿色、尿比重, 注意是否发生急性肾衰竭。

2. 局部制动 抬高患肢 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$  以减轻肿胀和疼痛。对骨折部位先进行复位, 然后选用夹板、石膏绷带等方法固定、制动, 以缓解疼痛, 利于修复。

3. 配合治疗 ①小范围软组织创伤后早期局部冷敷, 以减少渗血和肿胀。②24小时后可热敷和理疗, 促进吸收和炎症消退。③血肿较大者, 应在无菌操作下穿刺抽吸, 并加压包扎, 预防感染。④病情稳定后, 指导病人配合理疗、按摩和功能锻炼, 促进伤肢功能尽快恢复。



### (三) 软组织开放性创伤的护理

1. 术前准备 做好备皮、药物过敏试验、配血、输液、协助完成X线摄片等辅助检查等。有活动性出血者，在抗休克同时积极准备手术止血。

2. 污染伤口的护理 按清创术要求做好必要准备。清创术的最佳时机在伤后6~8小时内。但对污染较轻、头面部的伤口、早期已应用有效抗生素等情况，清创缝合的时限可延长至伤12h。甚至更长。



3. 感染伤口的护理 先清创后换药。换药又称为更换敷料, 是对经过初期治疗的伤口(包括手术切口)做进一步处理的总称。通过换药可动态观察伤口变化, 保持引流通畅, 控制局部感染, 促进组织修复, 使伤口尽快愈合。换药时应遵循无菌操作原则, 安排换药顺序时, 应先清洁伤口、再污染伤口、后感染伤口(特异性感染伤口单独换药)。

4. 手术后护理 ①密切观察病情变化, 警惕活动性出血等情况的发生。②防治休克: 对血容量不足者, 按医嘱给予输液、输血, 维持体液平衡和血容。③防治感染: 遵医嘱使用抗生素预防感染, 注射破伤风抗毒素以预防破伤风的发生。④伤口护理: 保持敷料清洁干燥。伤肢抬高制动, 改善局部血液循环, 促进伤口愈合。⑤功能锻炼: 病情稳定后, 鼓励并协助患者进行早期活动, 指导患者进行肢体功能锻炼, 以促进功能恢复和预。



### (四) 心理护理

安慰病人, 尤其是对外观受损或有致残可能的病人, 多与其沟通, 进行心理疏导, 使病人情绪稳定, 积极配合治疗, 树立恢复健康的信心。

### (五) 健康指导

指导病人加强营养, 以促使组织修复和脏器功能恢复。根据病情, 指导病人进行功能锻炼, 以促使患部功能得到最大恢复。指导病人及社区人群注意交通安全及自我防护, 避免损伤的发生。

## 第三节 烧伤病人护理

烧伤是指由热力(火焰、热液、蒸汽及高温固体)、电流、化学物质、激光、放射线等所造成的局部和全身的组织损伤。其中由热力所造成的烧伤是临床上最多见。烧伤不仅损伤皮肤,还累及肌肉、骨骼,严重者出现休克、脓毒症等一系列病理生理变化而危及生命。其中由热力所造成的烧伤是临床上最多见。烧伤的程度取决于温度和作用时间,烧伤主要致死原因有窒息、烧伤全身性感染和多器官功能衰竭。



## 一、病理生理

烧伤不仅损伤皮肤，还累及肌肉、骨骼，严重者出现休克、脓毒症等一系列病理生理变化而危及生命。烧伤的程度取决于温度和作用时间，烧伤主要致死原因有窒息、烧伤全身性感染和多器官功能衰竭。根据烧伤后的病理生理全身反应及临床特点，临床上将烧伤分为4期。



1. 急性体液渗出期(又称休克期) 休克是烧伤后48小时内导致病人死亡的主要原因。大面积烧伤的热力作用,使毛细血管通透性增加,导致大量血浆外渗至组织间隙及创面,引起有效循环血量锐减,容易发生低血容量性休克。体液渗出多自烧伤后逐渐开始,一般伤后2小时开始渗出,在伤后6~12小时最快,持续2~48小时,随后开始回吸收,临床表现为血压趋于稳定,尿液开始增多。

2. 急性感染期 创面从以渗出为主逐渐转化为以吸收为主,创面及组织中的毒素和坏死组织分解产物吸收入血,引起中毒症状。加之烧伤使皮肤失去防御功能,污染创面的细菌易在坏死组织中生长繁殖并产生毒素。烧伤越深、面积越大,感染机会越多、病情越严重。



3. 创面修复期 组织烧伤后,在炎症反应的同时,创面已开始了修复过程。浅度烧伤多能自行修复。深Ⅱ度烧伤如无感染等并发症,约3~4周逐渐修复,留有瘢痕。Ⅲ度烧伤或严重感染的深Ⅱ度烧伤形成瘢痕或挛缩,可导致肢体畸形和功能障碍,需经过功能锻炼,皮肤移植整形修复。

4. 康复期 深度创面愈合后,可形成瘢痕,严重者影响外观和功能,需要锻炼、整形以恢复,深Ⅱ度、Ⅲ度创面愈合后,常有瘙痒、疼痛、反复出现水疱,这种现象往往持续较长时间;严重大面积深度烧伤愈合后,大部分汗腺被毁,机体散热调节体温能力下降,在盛暑季节,这类伤员多感全身不适,通常需要2~3年调整适应过程。



## 二、护理评估

### (一) 健康史

询问病人烧伤的病因，热源的种类、受伤的时间、部位以及伤后处理措施。小儿、老人、孕妇以及偏瘫、癫痫、高血压、梅尼埃病等病人是发生烧伤的高危人群；消防措施不齐全和意识薄弱的某些厂矿、商场、歌舞厅是重大火灾的多发地，也是引起烧伤的常见社会、环境因素。

## (二) 身体状况

根据烧伤面积和深度，对烧伤程度进行估计。全面了解病人的身体状况、并发症发生的可能性和危险性、病情严重性以及预后。

### 1. 烧伤面积和深度

(1) 烧伤面积 我国统一采用的烧伤面积计算方法有两种：

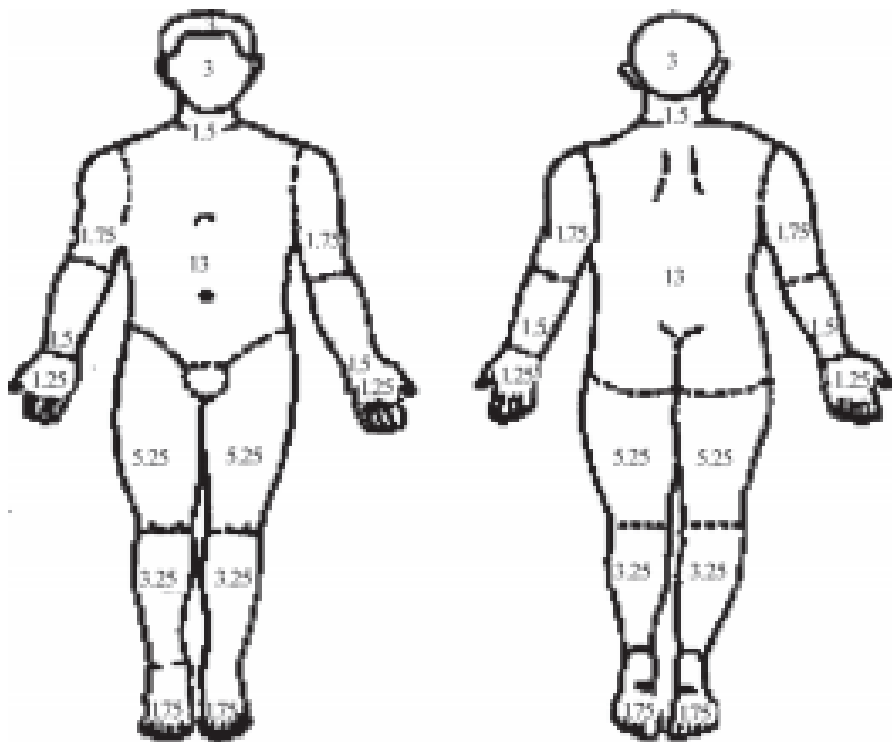
①中国新九分法, 适用于较大积烧伤面积的评估，将体表面积11个9%的等份, 另加1%, 共100%的体表面积；

12岁以下小儿头部面积相对较大, 双下肢面积相对较小, 测算方法应结合年龄进行计算。



| 部位  |     | 占成人体表面积 (%) |       |      | 占小儿体表面积(%)     |
|-----|-----|-------------|-------|------|----------------|
| 头颅  | 发部  | 3           | 9×1   | (9)  | 9+ (12 - 年龄)   |
|     | 面部  | 3           |       |      |                |
|     | 颈部  | 3           |       |      |                |
| 双上肢 | 双上臂 | 7           | 9×2   | (18) | 9×2=18         |
|     | 双前臂 | 6           |       |      |                |
|     | 双 手 | 5           |       |      |                |
| 躯干  | 躯干前 | 13          | 9×3   | (27) | 9×3=27         |
|     | 躯干后 | 13          |       |      |                |
|     | 会 阴 | 1           |       |      |                |
| 双下肢 | 双 臀 | 5*          | 9×5+1 | (46) | 46 - (12 - 年龄) |
|     | 双大腿 | 21          |       |      |                |
|     | 双小腿 | 13          |       |      |                |
|     | 双足  | 7*          |       |      |                |

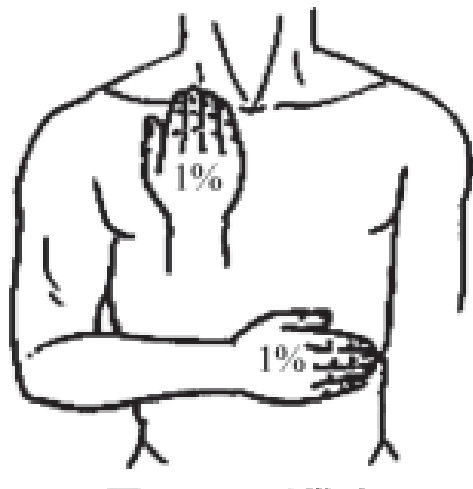
\*成年女性双臀、双足各占6%



新九分法成人体表各部位面积%示意图

中国新九分法体表面积计算口诀：  
三三三（头颅），  
五六七（双上肢），  
躯干前后二十七  
（躯干），两个臀部一个五，  
七加十三二十一（双下肢）

②手掌法, 适用于较小烧伤面积的评估或辅助九分法评估烧伤面积的补充。不论年龄、性别, 以病人自己的1个手掌(五指并拢)面积为1%计算。



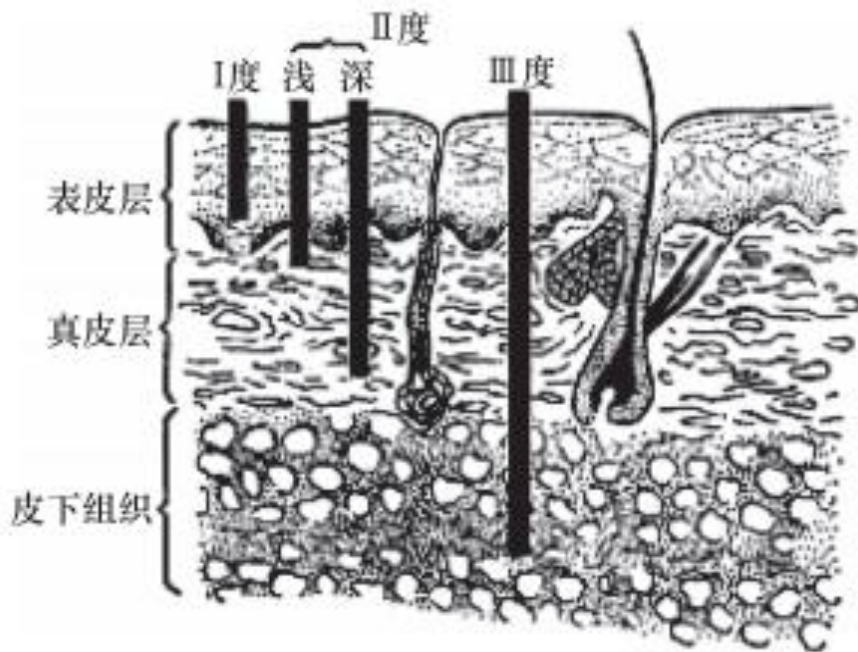
手掌法



(2) 深度估计:按组织损伤的层次,用三度四分法将烧伤分为Ⅰ度、浅Ⅱ度、深Ⅱ度和Ⅲ度烧伤。Ⅰ度、浅Ⅱ度属浅度烧伤;深Ⅱ度、Ⅲ度属深度烧伤。

### 烧伤深度 的评估

| 分度      | 损伤深度                       | 临 床 表<br>现                                         | 愈合过程                                |
|---------|----------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Ⅰ度(红斑)  | 表皮层                        | 红、肿、热、痛、<br>烧灼感、无水疱                                | 3~7d痊愈,脱屑,无<br>瘢痕                   |
| 浅Ⅱ度(水疱) | 真皮浅层                       | 水疱较大,剧痛,创底<br>肿胀、潮红                                | 1~2周内愈合,无瘢<br>痕多有色素沉着               |
| 深Ⅱ度(水疱) | 真皮深层                       | 水疱较小或无水疱,<br>感觉迟钝,有拔毛痛;<br>创面浅红或红白相<br>间           | 3~4周可愈合,有瘢<br>痕                     |
| Ⅲ度(焦痂)  | 全层皮肤,可<br>深达皮下组织、<br>肌肉和骨骼 | 无水疱,蜡白或焦黄,<br>皮革状,甚至炭化,<br>感觉消失,<br>或可见<br>树枝状栓塞血管 | 3~4周后,焦痂脱落,<br>形成肉芽组织,难愈<br>合,多需植皮。 |



烧伤深度示意图



### 烧伤程度判断

- (1) 轻度烧伤: II 度烧伤面积小于10%。
- (2) 中度烧伤: II 度烧伤面积11%~30%, 或 III 度烧伤面积小于10%。
- (3) 重度烧伤: 总面积31%~50%, 或 III 度烧伤面积11%~20%, 或 II 度、III 度烧伤面积虽未达到上述面积, 但已发生休克、吸人性损伤或较严重的复合伤。
- (4) 特重烧伤: 烧伤总面积大于50%, 或 III 度烧伤面大于20%以上。或存在较严重的吸入性损伤、复合伤。

### (三) 辅助检查

1. 实验室检查 较严重的烧伤可发生血管内凝血、红细胞破坏,故病人有红细胞、血红蛋白减少及血红蛋白尿;感染时白细胞、中性粒细胞百分率明显增多;分解代谢增强,以及肾功能的损害,可引起尿素氮变化。
2. 影像学检查 胸部X线检查有助于了解肺部有无损伤及感染的情况。
3. 其他 尿量可了解全身血容量及肾功能状况。检查血中电解质、血气分析,了解有无水、电解质和酸碱平衡失调。

### (四) 心理-社会状况

了解病人对伤情的认识程度,了解病人及家属对治疗和康复知识的掌握程度,有无不良的心理状态,因严重烧伤病人起病急、病情危重,并发症较多,以及伤后毁容、残肢等影响,使病人及家属产生焦虑、恐惧心理

## (五) 处理原则

1. 现场急救 及时、正确的急救处理措施直接关系到病人的生命安全，影响到病人的治疗效果。现场急救措施包括脱离火灾现场、灭火、挽救生命、适当处理。

2. 处理创面 正确处理创面能有效减少全身性感染等并发症，提高大面积烧伤的治愈率，是治愈烧伤的关键环节。创面处理的目的是保护创面，防治感染，促进愈合，最大限度恢复功能。处理创面的措施有清创、包扎疗法或暴露疗法、Ⅲ度烧伤的去痂和植皮等。

3. 防治休克 中度以上烧伤病人，必须及早采用液体疗法，维持有效循环血量；注意维护重要脏器功能，防治多系统器官功能衰竭。

4. 防治感染 根据药敏试验选用抗生素；注射破伤风抗毒素；同时营养支持，提高免疫力。



### 三、常见护理诊断/健康问题

1. 急性疼痛 与组织损伤、感染、换药时刺激等因素有关。
2. 有窒息的危险 与头面部、呼吸道或胸部等部位烧伤有关。
3. 体液不足 与烧伤创面渗出过多、血容量减少有关。
4. 皮肤完整性受损 与烧伤导致组织破坏有关。
5. 潜在并发症 低血容量性休克、感染、应激性溃疡等。
6. 焦虑/恐惧 与恐惧与烧伤现场刺激,担忧毁容或残疾,治疗费用过多等有关。



## 四、护理措施

### (一) 现场救护

#### 1. 迅速脱离热源

(1) 火焰烧伤:指导和协助病人尽快脱离险境: ,如有浓烟用湿布掩盖口鼻保护呼吸道,可以用棉被、雨衣、毯子、雪或砂土覆盖着火焰部位。不要奔跑,就地卧倒打滚压灭火焰,或跳入附近水池、河沟内灭火。凝固汽油弹爆炸时,用衣或其他物件遮盖身体,待油滴落下后抛掉遮盖物,离开燃烧区。



(2) 化学烧伤:强酸或强碱烧伤应立即用大量清水反复冲洗,尽快缩短强酸、强碱与皮肤接触的时间。沥青烧伤亦迅速用水冲洗冷却。磷及磷的氧化物烧伤用湿布覆盖,创面浸入水中不要将创面暴露于空气中,以防磷在空气中自燃;禁止创面涂油膏,以免磷溶解后被吸收引走中毒症状;用湿布掩盖口鼻,可防止磷化物吸入呼吸道。

(3) 热液烫伤:应立即脱去或剪开浸渍的衣服。四肢烧伤,可将肢体浸泡于凉水中。

(4) 电击伤:迅速断离电源



## 2. 抢救生命

急救的首要原则,首先处理窒息、心搏骤停、大出血、休克、开放性或张力性气等危急情况。对头、颈部烧伤或疑有呼吸道烧伤时,要保持呼吸道通畅。必要时协助医生做气管切开手术,持续监测生命体征。

## 3. 预防休克

若病情平稳,口渴者可口服淡盐水,不能饮大量的白开水,以免体液低渗发生脑水肿。中度以上烧伤须转运者,须建立静脉通道,途中需持续输液。



#### 4. 保护创面

暴露的体表和创面应立即用无菌敷料或干净床单覆盖包裹,协助病人调整体位,避免创面受压,以免再污染和加重损伤;创面勿涂任何药物。

5. 及时转运 宜尽早转运,大面积烧伤早期应避免长途转运,途中持续输液;对已发生休克病人,积极抗休克治疗,待病情平稳后再转送。

## (二) 防止休克

中度以上烧伤, 伤后应迅速建立静脉输液通路及时给予补液, 防止休克期的发生。有时需多路输液, 必要时静脉切开插管输液。为了保证各种液体的及时输入, 尽早恢复有效循环血量, 应掌握补液量的估计和液体的种类。

### (1) 补液量估计:

我国目前常用的补液方案是伤后第一个24小时补液量(ml)=Ⅱ、Ⅲ度烧伤面积x体重(kg)x1. 5ml (儿童1. 8ml、婴儿2. 0ml)+2000ml (儿童60~80ml/kg、婴儿100ml/kg)。



①其含义是烧伤后第1个24小时,每1%的Ⅱ、Ⅲ度烧伤面积,成人每公斤体重需补给电解质和胶体溶液共1.5ml,再加日需量2000ml。电解质溶液和胶体溶液的比例一般为2:1,特重度烧伤为1:1;②伤后第二个24小时补液量中日需量不变,电解质和胶体溶液为第一个24小时的一半;③第三个24小时补液量根据病情变化决定。

(2)液体的种类与安排:电解质溶液首选平衡盐溶液,并适当补充碳酸氢钠溶液。胶体液首选血浆,也可用全血或血浆代用品,如中分子右旋糖酐(一般24小时不超过1000ml)。生理需要量一般用5%~10%的葡萄糖液。因为烧伤后第1个8小时内渗液最快,所以应在首个8小时内输入补液总量的1/2,其余分别在第2个、第3个8小时内均匀输入。



补液的原则：一般是先晶后胶、先盐后糖、先快后慢，胶、晶体溶液交替输入，特别注意不能集中在一段时间内输入单一种类液体。

### (3) 调节输液量和速度的指标：

①尿量：一般要求成人维持在 $30\sim 50\text{ml/h}$ ，小儿 $20\text{ml/h}$ ，若低于上述水平，表示补液量不足，应加快输液；但对于老年人、心血管疾病病人、吸人性烧伤或合并颅脑损伤者，输液不能太快，只要求每小时尿量 $20\text{ml}$ 左右即可；发生血红蛋白尿时要维持在 $50\text{ml/h}$ 以上。



②其他指标,如血压、脉搏、末梢循环情况、精神状态、中心静脉压等,应维持基本正常。下述情况说明血容量已基本恢复:每千克体重每小时尿量不少于1ml;收缩压在90mmHg以上;成人心率120次/分以下,儿童在140次/分以下;病人安静;肢体温暖,中心静脉压正常。



### (三) 创面护理

创面处理原则:保护创面、减轻损害和疼痛、防止感染、促进创面愈合、最大限度恢复功能。

1. 创面的早期清创护理 病人休克控制后,尽早进行创面的清创,包括清洗、消毒、清理创面。清创顺序一般自头部、四肢、胸腹部、背部和会阴部顺序进行。Ⅰ度烧伤创面不需要特殊处理,能自行消退。浅Ⅱ度创面的完整水疱予以保留,已脱落及深度创面上的疱皮予以去除或用无菌油性敷料包扎。深度创面坏死表皮应去除。根据烧伤情况和医疗条件选择采用暴露疗法或包扎疗法。清创术后应注射破伤风抗毒素,必要时及时使用抗生素。



2. 包扎疗法的护理 适用于小面积和四肢Ⅰ度、Ⅱ度烧伤。采用敷料对烧伤创面包扎固定的方法,其目的是保护创面,减轻创面疼痛、减少创面污染、及时引流渗液,同时一定的压力可部分减少创面渗出、减轻创面水肿。方法是在清创后的创面先放一层油质纱布覆盖,外面覆盖数层纱布、棉垫,其厚度2~3cm,包扎的范围以不被渗液浸透为度,再予以适当压力包扎。

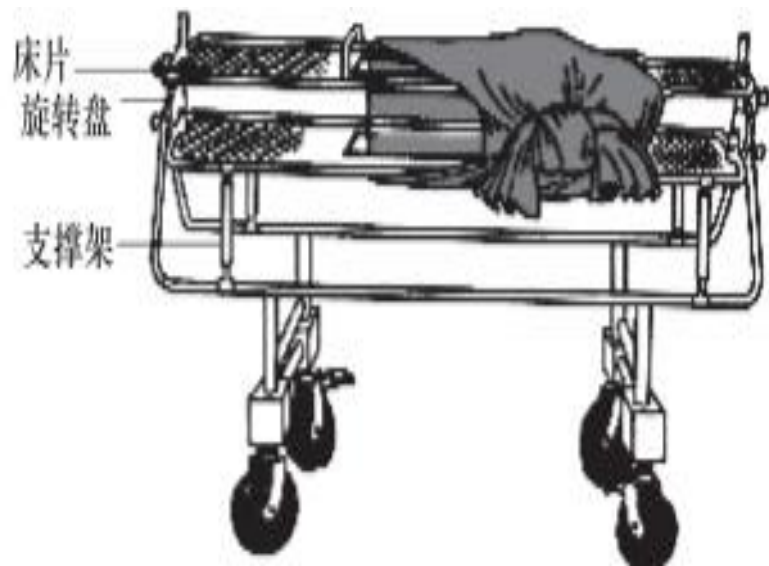


包扎后的护理要点包括：

- （1）观察肢端感觉、运动和血液循环情况，若发现指、趾末端皮肤发温度冷、青紫、麻木等情况，须立即放松绷带。
- （2）抬高患肢，注意保持肢体功能位。
- （3）保持敷料清洁干燥，如外层敷料被浸湿，须及时更换；防止感染。



3. 暴露疗法的护理 适用于Ⅲ烧伤、特殊部位(头面部、颈部或会阴部)及特殊感染(如铜绿假单胞菌、真菌)的创面、大面积创面。暴露疗法的病房应具备以下条件:严格消毒隔离制度,室内清洁,室温控制在 $28\sim 32^{\circ}\text{C}$ ,湿度适宜,每日空气消毒2次,使创面暴露在温暖、干燥、清洁的空气中;病房设施设备便于治疗和抢救。若躯干环形烧伤,须睡翻身床





暴露疗法的护理要点包括：

- (1) 床单、被套等床上用品均使用高压蒸汽灭菌处理, 病室内其他物品应每日使用消毒液擦拭, 便器用消毒液浸泡消毒。
- (2) 保持创面干燥, 随时用灭菌敷料吸净创面渗液。
- (3) 保护创面, 适当约束肢体, 防止无意抓伤; 用翻身床或定时翻身, 防止创面因受压而影响愈合。
- (4) 注意创面不宜用甲紫或中药粉末, 以免妨碍创面观察。
- (5) 接触创面时应戴无菌手套, 接触不同病人时要更换手套及洗手, 避免发生院内交叉感染。



4. 去痂、植皮护理 深度烧伤创面愈合慢或难以愈合,且瘢痕增生可造成畸形并引起功能障碍。因此Ⅲ度烧伤创面应早期采取切痂、削痂和植皮,做好植皮手术前后的护理。

5. 感染创面的护理 加强烧伤创面的护理,及时清除脓液及坏死组织。局部根据感染特征或细菌培养药敏试验选择外用药物,已成痂的保持干燥,或采用湿敷、半暴露、浸浴疗法清洁创面。待感染基本控制,肉芽组织生长良好,及时植皮促使创面愈合。



## 6. 特殊部位烧伤护理

(1) 吸人性烧伤:呼吸道烧伤可引起气管、支气管黏膜充血水肿,严重者影响通气,甚至发生窒息,要做好以下急救准备:①床旁备急救物品,如气管切开包、吸痰器、气管镜等;②保持呼吸道通畅,如气管切开者,做好气管造口护理;③及时吸氧;④密切观察,并积极预防肺部感染。

(2) 头面颈部烧伤:多采用暴露疗法,安置病人取半卧位,观察有无呼吸道烧伤,必要时给予相关处理。做好五官护理,如及时用棉签拭去眼、鼻、耳分泌物,保持其清洁干燥;;双眼使用抗生素眼药水或眼膏,避免角膜干燥而发生溃疡;避免耳廓受压;加强口腔护理,防止口腔黏膜溃疡及感染。

(3) 会阴部烧伤:保持局部干燥,将大腿外展,使创面暴露;留置导尿管,每日行会阴部抹洗2~3次;避免粪便污染,便后使用生理盐水清洗肛门、会阴部;注意保持创面周围的清洁,防止尿路及会阴部感染。



## (四) 防治感染的护理

烧伤感染途径是多渠道的,包括外源性、内源性及静脉导管感染等。

1. 一般护理 发热病人做好降温处理,保持呼吸道通畅,加强皮肤护理,保护骨隆突处,暴露的创面尽可能避免受压,使用烧伤专用翻身床或气垫床,同时确保操作安全。并做好疼痛病人的对症处理。

2. 密切观察病情变化 护理中要密切观察生命体征、意识变化、胃肠道反应,同时注意创面局部情况,如果有创面水肿、渗出液增多、肉芽颜色转暗、创缘出现水肿等炎症表现,或上皮停止生长,原来干燥的焦痂变得潮湿、腐烂,创面出血点等都是感染的现象。应及时报告医生,并协助医生正确处理创面,做好创面护理。



3. 合理应用抗生素 做好创面细菌培养和抗生素敏感试验,遵医嘱及早应用抗生素,须同时注意不良反应及二重感染的发生。

4. 营养支持 烧伤后病人丢失蛋白质较多,消耗增加病人呈高代谢状态,应加强营养,补充高蛋白、高热量以及多种维生素、清淡易消化的饮食,少量多餐。大面积烧伤者,可遵医嘱适时输入适量血浆或全血或人体血清蛋白,以增强抵抗力。

5. 做好消毒隔离工作 严格无菌操作原则,加强各种治疗性导管的护理。病房用具应专用;工作人员出入病室要更换隔离衣、口罩、鞋、帽;接触病人前后要洗手,做好病房的终末消毒工作。采取保护性隔离措施,防止交叉感染。



## (五) 心理护理

护理过程中以真诚的态度加强与病人的沟通与交流,根据不同病人的心理状态,采取相应措施。如缺乏自制力者,要加强安全措施,严防病人再次受伤;对有恐惧、抑郁心理反应者,鼓励病人表达情感,帮助寻找消除恐惧及悲哀情绪的方法;对伤残或者面容受损害者,鼓励病人参与力所能及的自理活动,积极参加社交活动,增强其自信心与独立能力,促进其尽早回归社



## (六) 健康教育

对病人进行相关健康指导,使病人掌握健康防护知识,提高自我管理的能力。①普及烧伤预防和急救知识;②预防感染的方法,包括伤口保护、环境清洁等;③与病人及家属共同制订;康复计划,指导病人进行正确的康复训练和功能锻炼;④指导生活自理能力训练,鼓励参与一定的庭和社会活动告知⑤指导其保护皮肤,防止紫外线、红外线的过多照射,避免对瘢痕组织的机械性刺激等;⑥调整 and 适应容貌、生活状态改变的策略,重新适应生活和环境,树立重返工作岗位、回归社会信心。



## 第四节 咬伤病人的护理

引起咬伤的因素有很多,如猫、蛇、犬、蜂、蝎、蜈蚣、毒蜘蛛、水蛭等,常常利用其齿、爪、刺、角等对人类进行袭击,造成咬伤、蜇伤、刺伤等,严重的可致残或致死。本节主要讨论最常见的是蛇咬伤和犬咬伤等。

## 一、蛇咬伤病人的护理

蛇咬伤(snakebite)以南方农村和山区为多,多发于夏秋两季。一般可分为无毒蛇和毒蛇咬伤。无毒蛇咬伤只在局部皮肤留下两排对称的锯齿状细小齿痕,轻度刺痛,无生命危险。毒蛇头部呈三角形,色彩斑纹鲜明,有一对毒牙,人受毒蛇咬伤后若不及时救治,病人可中毒死亡。

毒蛇咬伤人时,毒腺排出毒液,经过毒牙注入皮下或肌肉组织内,蛇毒沿着淋巴循环或血液循环扩散,引起局部及全身中毒症状,重者可致死。蛇毒中含有毒性蛋白质、多肽和酶类,按照毒理及作用部位可分为3类:



1. 神经毒素:能阻断中枢神经和神经肌肉接头的递质传递,引起呼吸麻痹和肌瘫痪。如金环蛇、银环蛇、海蛇等。
2. 血液毒素:有溶组织、溶血或抗凝作用,导致机体广泛出血和溶血,如竹叶青蛇、五步蛇、蝰蛇等。
3. 混合毒素:兼有神经毒和血液毒的病理作用,如蝮蛇、眼镜蛇、眼镜王蛇等。



## （一）护理评估

### 1. 健康史

详细询问病人被蛇咬伤地点、时间、蛇的形态特征,了解咬伤的部位、受伤当时和伤后的情况,受伤后曾接受过何种急救和治疗。既往健康状况,有无药物过敏史等。

## 2. 身体状况

(1) 神经毒素类毒蛇咬伤 咬后1~6小时可出现头晕、视物模糊、眼睑下垂、言语不清、全身软弱、疲乏、四肢麻木、吞咽困难,胸闷、呼吸困难,最后呼吸停止,循环衰竭。伤口局部麻木,肿胀较轻,疼痛不明显。

(2) 血液毒素类毒蛇咬伤 全身出血现象,如广泛皮下瘀斑、睑结膜下出血、咯血、呕血、便血、尿血等,严重者因休克、心力衰竭、急性肾衰竭而死亡。伤口局部剧烈肿痛,并迅速向近心端扩散,伤口内有血性液体不断渗出。



### 3. 处理原则

#### (1) 急救处理

①缚扎:立即在伤口近心端5~10cm处用止血带或布带等环形缚扎,松紧以阻止静脉和淋巴回流为度,每30分钟松懈1次,每次1~2分钟;②冲洗:用大量清水、肥皂水冲洗伤口及周围皮肤,以促使毒液从伤口排出;③稳定病人情绪:患者切勿惊慌奔跑,以免加速蛇毒的吸收和扩散。

(2) 伤口处理 ①伤口局部抽吸、清创,促使毒液从伤口排出;②伤口湿敷和外敷中草药;③伤口周围使用胰蛋白酶加普鲁卡因局部封闭,破坏蛇毒等;④血液毒素毒蛇咬伤禁忌切开,以防出血不止。



(3) 转运病人 转运途中应保持患肢下垂并制动。

(4) 全身治疗 ①解毒治疗:解蛇毒中草药治疗及尽早使用抗蛇毒血清; ②重症病人的综合治疗; ③其他治疗:预防破伤风及防治感染; 快速、大量静脉输液、使用利尿剂等,加快蛇毒排除,减轻中毒症状; 积极抗休克,改善出血倾向,维护心、肝、肺、肾等脏器功能。



## (二) 常见护理诊断/健康问题

1. 焦虑/恐惧与毒蛇咬伤、生命受到威胁及担心预后有关。
2. 皮肤完整性受损与毒蛇咬伤、组织结构破坏有关。
3. 潜在并发症:感染、多器官功能障碍。
4. 知识缺乏:缺乏防蛇咬伤及伤后急救的知识。

## （三）护理措施】

### 1. 一般护理

病人卧床休息,不宜抬高患肢。多饮水,促进蛇毒排泄。

### 2. 病情观察

密切观察病人的生命体征、意识、呼吸及循环功能和尿量变化,注意有无休克和心、肺、肾等脏器衰竭及内脏出血等情况发生。观察伤口局部肿胀和渗出情况。

### 3. 伤口局部护理

及时清除坏死组织,勤换药。遵医嘱进行伤口周围及近心端封闭。



## 4. 减轻机体中毒症状

(1) 应用单价或多价抗蛇毒血清,能中和毒素,缓解症状。单价抗蛇毒血清对已知蛇类咬伤有较好疗效,使用前须做过敏试验,阳性者采用脱敏注射法

(2) 尽早应用破伤风抗毒素和抗生素防治感染,使用前应做过敏试验。

(3) 可注射呋塞米、依他尼酸钠、甘露醇等,或选用中草药利尿排毒,加快血内蛇毒排出,缓解中毒症状。我国民间有许多蛇药,如季德胜蛇药、广州蛇药等,在被毒蛇咬伤后即内服和湿化后外敷伤口,利于毒液排出、肿胀消退、伤口愈合,尤对蝮蛇咬伤疗效显著。



## 5. 心理护理

安慰病人,讲解毒蛇咬伤的治疗方法及治疗效果,以减轻恐惧心理,保持情绪稳定,帮助病人树立信心,积极配合治疗和护理。

## 6. 健康教育

①讲解毒蛇咬伤的有关知识,强化自我防范意识。野外作业时尽可能避开丛林茂密的地段,在山村、丘陵地带应做好自我防护,如穿长衫、长裤、厚袜和鞋子,可将裤口、袖口扎紧,必要时戴上草帽等;②被毒蛇咬伤后切忌慌乱奔跑,患肢下垂并制动,立即就地绑扎、冲洗、排毒等急救方法,并尽快送至就近的医疗机构进行观察及治疗。



谢谢观看

