

<<临床烧伤护理手册>>

图书基本信息

书名：<<临床烧伤护理手册>>

13位ISBN编号：9787506258333

10位ISBN编号：7506258331

出版时间：2003-4-1

出版时间：世界图书出版公司

作者：钱培芬,汪新

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<临床烧伤护理手册>>

内容概要

编者以其近40年的临床护理经验为基础，结合国内外先进的方法和技术，对烧伤护理进行了简单明了的阐述：烧伤的面积计算、分类、原因、特殊部位，以及各阶段的护理要点和各种技术操作等等。本书编撰以实用为原则，精简易懂，有助于年轻护士掌握烧伤专科的常规护理知识，并能熟练运用各项操作技术。

<<临床烧伤护理手册>>

书籍目录

1.烧伤病房的设置与消毒隔离 烧伤病房的设置 烧伤病房的消毒隔离2.常见烧伤原因、烧伤面积估计、烧伤深度判断 烧伤原因 烧伤面积估计 烧伤深度判断 烧伤严重程度的分类 烧伤深度判断的注意事项3.烧伤休克期液体复苏护理 早期液体复苏 烧伤休克期的监护 烧伤休克期的护理 烧伤休克期冬眠药物的应用和注意事项 常用利尿剂的应用和注意事项4.烧伤创面的处理与护理 入院清创时的护理 包扎创面的护理 暴露创面的护理 半暴露创面的护理 湿敷创面的护理 水疗护理 创面敷料和外用药的选择 创面局部用药的护理 新型敷料的护理 手术后创面的护理5.烧伤的营养护理6.特殊烧伤的护理7.烧伤常见并发症的护理8.烧伤围手术期的护理9.烧伤的康复护理10.烧伤的预防11.烧伤的专科技术12.烧伤的护理管理

<<临床烧伤护理手册>>

章节摘录

书摘 磷烧伤 磷在常温下能自燃，不溶于水。

烧伤后经烧伤创面吸收引起心、肝、肾损害。

(1)现场急救 1)灭火后立即脱去或剪去被污染的衣服。

2)在现场立即用大量流动水冲洗创面，然后立即清除磷颗粒。

3)应把患处浸入水中，或用浸湿的布包裹，防止残留磷颗粒暴露于空气中继续燃烧。

禁用油质敷料包裹，磷溶于抽脂内易被吸收。

(2)治疗原则 1)清除磷颗粒，防止在空气中继续燃烧而造成损伤。

用1%—2%硫酸铜外搽创面使其生成黑色磷化铜，便于识别，用镊子剔除。

切忌用硫酸铜溶液浸泡和湿敷创面，否则铜离子可经创面吸收引起溶血和肝、肾功能损害。

在暗室内根据淡绿色荧光体残余颗粒，再用5%碳酸氢钠溶液湿敷中和磷酸后，用清水冲洗创面。

用3%硝酸银溶液外搽创面，与磷、磷酸作用生成银和磷酸银沉淀于磷颗粒表面，成为隔绝空气的薄膜，阻止磷氧化燃烧。

2)创面清洗后，一般用包扎疗法，以免创面暴露时残余磷颗粒与空气接触燃烧。

包扎的内层禁用任何油质药物，避免磷溶解在油质中被吸收。

3)因磷烧伤后局部冲洗或中和效果不完全，最有效的治疗手段为急诊切除烧伤组织。

暂时用猪皮或异体皮覆盖。

沥青烧伤 沥青在常温下为固体，当加热到232℃以上时呈液态，飞溅到人体表面造成烧伤。

目前工业上常用的沥青为煤焦油沥青，俗称柏油，毒性较大。

沥青粘附于皮肤不易被清除，烧伤的程度与熔融状态沥青的温度和接触时间有关，且当人吸入沥青蒸汽或粉尘后可致上呼吸道炎症或化学性肺炎，甚至沥青全身中毒。

(1)现场急救：迅速用冷水冲洗，使其迅速冷却。

(2)治疗原则 1)小面积烧伤可用麻油、松节油或二甲苯等去除或冷却后连同分离的皮肤一并去除。

2)大面积烧伤不宜用汽油、二甲苯或松节油清洗。

以免这些溶剂经烧伤创面被吸收引起中毒。

可用麻油清洗，此法简便可行并且无毒性。

3)用0.05%洗必泰清创，创面用1%磺胺嘧啶银霜剂行包扎。

6.3.5 护理 (1)心理护理，应注意患者的心理状态，向患者解释病情、治疗经过以及预后，让患者对烧伤的严重性和预后有所了解，配合医生积极治疗。

(2)化学烧伤不仅损害接触局部，有的化学物质中毒还可导致身体其他器官的功能障碍，因此须严密观察病情。

经常巡视病房，及时发现有无中毒等其他并发症。

(3)现场急救或初期处理时，立即用大量的流动清水冲洗创面，水流量要大，时间充足。

对于不溶于水的物质，冲洗时用纱布作轻柔的机械擦洗，将其创面清洗干净。

(4)头面部烧伤时要注意眼、耳、鼻、口腔内的冲洗。

特别是眼，应首先冲洗，冲洗时必须注意有无化学物质溅入眼内。

如有眼睑痉挛、流泪、结膜充血、角膜上皮肿胀、基底膜前层混浊、前房混浊等症状时，应持续用生理盐水冲洗。

冲洗完毕后，碱烧伤时用3%硼酸溶液冲洗；酸烧伤时用2%碳酸氢钠溶液冲洗，并用0.

25%氯霉素滴眼或涂以0.5%金霉素眼膏，以防继发感染。

(5)酸烧伤创面的创面渗出较少，创面干燥，采用暴露疗法时要保持焦痂的完整性，防止细菌的感染。

(6)氢氟酸烧伤时，除了用大量的清水冲洗创面外，应及时建立静脉通道，遵医嘱给以葡萄糖酸钙溶液，或局部皮下注射5%葡萄糖酸钙溶液。

(7)各类化学烧伤的抗休克补液需要量不同，应根据医嘱正确输入。

<<临床烧伤护理手册>>

尤其碱烧伤初期，肿胀明显，失液量大，休克期应严密观察患者尿量，保证补液及时正确地输入，以防发生休克。

(8)有吸人性损伤时，应立即脱离现场，给予吸氧，如有进行性呼吸困难应立即行气管插管或气管切开术，保持呼吸道通畅(详见“6.1吸人性损伤的护理”)。

6.4 特殊部位烧伤的护理 6.4.1 特殊部位烧伤的定义 就烧伤部位而言，手、颜面、颈、足、会阴及大关节区等重要功能部位的烧伤创面，其治疗要求高而复杂，烧伤后畸形的发生率高，故称为特殊部位烧伤。 6.4.2 头、面、颈部烧伤 特点 (1)头、面、颈部为暴露部位，容易被烧伤，同时易合并吸人性损伤。

(2)头面部皮下组织疏松，血管、神经和淋巴管丰富，早期水肿明显，伤后48 h达高峰。

° 烧伤水肿受焦痂限制，局部水肿向内扩展，引起咽喉壁严重水肿，导致上呼吸道梗阻。

(3)烧伤后全身反应强烈，除易发生休克外，还常发生急性胃扩张。

小儿易发生高热、抽搐和昏迷。

(4)五官分泌物及进食时易污染创面，尤其口腔周围易发生感染。

(5)头面部深度烧伤后因瘢痕挛缩，易发生口鼻缩小、睑外翻等畸形，影响功能及面容。

治疗原则 (1)一般治疗 1)防治休克。头、面、颈部烧伤水肿严重、渗出多，早期液体的复苏量要比其他部位多。

注意液体补充的量、速度，保证胶体、晶体和水分的交替输入，勿在短期内输入或口服大量水分，防止发生脑水肿。

2)伤后48 h内禁食，必要时置胃管。

3)小儿头面部烧伤易发生高热和抽搐。

应在防止休克发生的同时，及时给予止痉剂。

可用人工冬眠合剂、苯巴比妥、10%水合氯醛等。

4)防治上呼吸道梗阻。

应严密观察呼吸情况，给予吸氧，如有呼吸道梗阻，及时行气管插管或气管切开。

(2)局部治疗 1)头皮和颅骨烧伤。

用1,2000洗必泰溶液擦拭创面，采用暴露或半暴露疗法。

烧伤深达颅骨者，应早期清除坏死组织，保留骨膜和颅骨，行局部转移皮瓣或游离皮瓣修复。

2)颜面部烧伤。

休克期过后取头高位，以减轻水肿。

可采用暴露疗法，保持创面清洁干燥。

深 ° 烧伤或继发感染时，应用1%磺胺嘧啶银霜剂单层纱布行半暴露疗法。

3)面部游离植皮宜采用大张中厚皮片，需缝合和良好固定，必要时包扎固定。

一般在移植后5—7 d打开敷料，拆除缝线。

4)为避免咀嚼活动，术后应予以鼻饲或静脉输液维持营养。

.....

<<临床烧伤护理手册>>

媒体关注与评论

前言烧伤属意外事故伤害，由于烧伤病人伤后身心应激反应、烧伤后可能引起的功能与容貌受损，使得烧伤治疗中的护理问题更具复杂性。

随着医学模式的转变及护理范畴的拓展，促进病人健康、预防与教育工作已成为护理人员的工作目标及职责，为此我们编写此书。

本书编者均长期从事烧伤临床护理工作，撰写中坚持以实用为主，在重点介绍烧伤治疗、护理、预防及康复等内容的同时兼顾有关护理基础理论知识及操作技能的介绍，并注意文字精简易懂，以便使非烧伤专业的护理人员或其他读者需要时均能应用。

由于医学发展迅速及编者护理学术水平有限，书中所写内容难免有错，敬请读者批评和指正。

本书的编写得到了上海第二医科大学附属瑞金医院院领导的关心和支持，同时肖玉瑞医生给予了很大帮助，特此感谢。

汪新 钱培芬

2002年11月

<<临床烧伤护理手册>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>