

小儿急性中毒 65 例观察及急救护理

陈晓玲, 张宁, 周佩如

(暨南大学附属第一医院急诊科, 广东广州 510630)

[关键词] 小儿; 中毒; 急救护理

[中图分类号] R472.2 [文献标识码] D [文章编号] 1000-9965(2008)06-0616-02

小儿急性中毒在急诊科较常见,其发病急,病情凶险,死亡率和致残率高,由于患儿发病时病情轻重不一,病史不详,因此,对中毒的识别与判断有一定困难。我科自2006年1月至2007年12月,共收治急性中毒的小儿65例,经过积极的急救及护理,64例抢救成功,现将急救及护理体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组65例患儿中,男36例,女29例,年龄1~7岁,4岁以下46例(占70.8%)。中毒方式:口服中毒54例(占83.1%),皮肤吸收5例(占7.7%),呼吸吸入6例(占9.2%)。毒物种类:安眠药物12例(占18.5%),感冒药18例(占27.7%),鼠药5例(占7.7%),蟑螂药8例(占12.3%),杀虫剂5例(占7.7%),消毒剂8例(占12.3%),农药3例(占4.6%),煤气中毒6例(占9.2%)。其中经皮肤吸收5例有3例为消毒剂中毒,2例为农药中毒。

1.2 临床表现

症状表现为恶心、呕吐、腹痛者42例(占64.6%),有神经系统症状嗜睡、抽搐、昏迷者5例(占7.7%),唇及四肢紫绀5例(占7.7%),及时就诊症状轻者13例(占20%)。中毒后就诊时间1h以内者23例(35.4%),1~3h者26例(40%),3h以上者16例(24.6%)。

1.3 治疗结果

65例中,急诊留观25例,住院治疗39例,1例留有神经系统后遗症,1例入院时呼吸、心跳停止,经复苏抢救无效死亡,其余均痊愈出院。

2 急救护理

2.1 及时清除毒物,减少毒物吸收

洗胃是消化道中毒患儿的早期救治措施,本组中35例意识清晰、能配合治疗的口服中毒者先给予催吐,口服凉开

水洗胃,13例不能配合的给予插管洗胃,5例生命体征不稳定、抽搐者,先止惊,开通静脉通道、心电监护状态下插管洗胃,1例呼吸困难者经气管插管辅助通气后洗胃,然后根据病情加用导泻药导泻,根据医嘱灌肠。洗胃过程严密观察病情变化,如有惊厥、呼吸困难、循环衰竭立即抢救,同时,注意洗出液的颜色并保持出入平衡,灌入洗胃液每次以50~100 mL为宜,避免入量过多引起急性胃扩张,将胃内容物压入肠道,加速毒物吸收。洗胃液根据毒物性质决定,中毒原因不明者用清水反复冲洗至水清无味为止,对中毒时间长者,给予导泻,以促进毒物尽快排出。6例煤气中毒者保持呼吸道通畅,给予高流量吸氧,高压氧等治疗;5例经皮肤吸收者用凉水冲洗清洁皮肤粘膜,毒物遇水如发生反应,就先用干布抹去沾染物,再用水冲洗,及时沐浴更衣,以清除皮肤及头发上附着的毒物。

2.2 促进已吸收毒物排泄

本组病例入院后均开通静脉通道,根据医嘱静脉注射利尿剂以促进毒物排泄。对1例病情较重、施行以上治疗效果不佳的鼠药中毒患儿施行了血液透析治疗。有效输液能尽快稀释毒素并保证及时用药,护士不但要有娴熟的穿刺技术,保证输液通畅,以赢得抢救时机,而且要严格控制滴速,防止肺水肿和脑水肿的发生。

2.3 病情观察和生命功能支持

在抢救过程中,护士要严密观察患儿的生命体征,及时发现威胁患儿生命的危象,及时有效地实施生命功能支持。生命功能支持最重要的是开放气道,有效氧疗,及时开通静脉通道,建立有效循环,管理好救治急性中毒的四条管道:氧气管、胃管、静脉通道、导尿管。由于本组病例均是小儿,不能很好地配合,洗胃时应特别注意防止呕吐物引起的窒息和吸入性肺炎,洗胃过程注意保持胃管通畅。对中毒症状较重或有机磷农药中毒的病人要反复洗胃,中毒原因不明时,应留取呕吐物作毒物分析,另外,抢救过程中还应注意观察呕吐物的气味,呼吸排出的气味,以帮助诊断。如气味似大蒜味,

应考虑有机磷农药中毒,气味有芳香味有可能是化妆品,观察皮肤的色泽,如面颊呈樱桃红色应考虑一氧化碳中毒,唇及四肢紫绀应考虑亚硝酸盐中毒^[1]。

2.4 遵医嘱使用解毒剂

护士要熟知常见毒物的拮抗剂,做好用药前的准备,以便能尽快抢救患儿。如农药中毒用阿托品和解磷定,应用阿托品时要密切观察病人的病情变化,防止阿托品中毒,在出现阿托品化后要维持用药一段时间,防止反跳症状出现。鼠药氟乙酰胺中毒用乙酰胺解毒,安眠药中毒应用纳洛酮,亚硝酸盐中毒应用美兰,一氧化碳中毒应用氧疗,鱼胆中毒应用血液透析^[2-3]。解毒剂的使用原则是早期、足量、尽快达到治疗有效量,注意防止副作用,选择正确的给药方法使特殊解毒剂在最短的时间发挥最好的疗效,注意解毒剂的配伍,充分发挥解毒剂的联合作用。如对有机磷农药中毒者,采用阿托品与胆碱酯酶复活剂合用,对毒鼠强中毒者,采用安定与纳洛酮的合用等^[1],以提高抢救成功率。

2.5 积极治疗中毒后并发症

在上述解毒急救时,不要忽视患儿可能发生的脑水肿、肺水肿及对心、肝、肾等重要器官的保护,预防感染,综合治疗和细心护理可帮助患儿恢复。本组有2例中毒较重者,一例因误食鼠药量大,中毒时间长,抽搐症状重,生命体征不稳定最后遗留中毒性脑病,另1例洗胃彻底,中毒时间短,抢救及时,神志恢复快,无后遗症出现。

3 体会

由于小儿中毒种类很多,症状与体征无特异性表现,临床容易误诊,因此,急诊医护人员必须详细询问病史,体检时

要注意有诊断意义的中毒体征,注意神志、呼吸、血压、脉搏以判断中毒轻重,必要时做毒物鉴定以明确诊断,对有明确中毒史或可疑中毒的病例都必须及时地救治,及时彻底地洗胃和清除皮肤粘膜上附着的毒物是抢救成功的前提;同时,因为小儿的耐受性差,病情变化急骤,抢救难度大,小儿不合作,容易耽误时间,所以,在急救过程中,护士还必须安慰、鼓励患儿,以减轻其紧张、恐惧心理,使其能积极配合抢救工作,同时要做好家长的心理护理,以娴熟的抢救技术、良好的服务态度赢得他们的信任,这些都是取得抢救成功的关键。另外,对重度中毒或中毒时间较长者不能轻易放弃,可采取血液灌流或血液灌流与血液透析串联的方法治疗,以弥补各自不足(血液灌流清除大、中分子毒物有优势,而血液透析清除小分子毒物有优势)^[4]。总之,争取抢救时间,早诊断,早治疗,早做生命功能支持,早期足量使用解毒剂,密切观察病情等是小儿急性中毒抢救成功的保证。

[参考文献]

- [1] 沈洪. 急诊医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008:67-72.
- [2] 王秀霞,李芳,王炜. 小儿急性中毒192例诊治分析[J]. 河北医科大学学报,2007,28(2):136-137.
- [3] 王海燕,王峰. 小儿急性中毒123例分析[J]. 中国误诊学杂志,2007,7(5):1057.
- [4] 王质刚. 血液净化学[M]. 北京:北京科学出版社, 2003:357-358.

[责任编辑:陈咏梅]

(上接第613页)

[参考文献]

- [1] 刘志民,顾慰萍,周伟华,等. 中国癌症疼痛现状调查报告[J]. 中国肿瘤,1999,8(2):57-60.
- [2] 刘灵慧,徐如祥. 立体定向颅内核团毁损治疗癌症镇痛[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2007,12(3):142-144.
- [3] 周薇. 癌症病人的疼痛护理进展[J]. 护理研究,2006,20(2):383-384.
- [4] 尚咏梅,赵艳岩,吕桂菊. 三维CT引导卵圆孔定位射频热凝治疗三叉神经痛的护理[J]. 护理学杂志,2008,23(4):32-33.

- [5] 刘灵慧,陈善成,龙大宏,等. 丘脑中央中核毁损治疗癌症镇痛的实验和临床应用[J]. 癌症,2003,22(3):314-316.
- [6] 项永生,陈善成,刘灵慧,等. 癌症镇痛丘脑毁损止痛手术的并发症分析[J]. 中国微侵袭神经外科杂志,2006,11(3):134-135.
- [7] 刘灵慧,陈镇洲,徐如祥. 顽固性癌痛的外科治疗[J]. 中华神经医学杂志,2007,6(2):211-213.
- [8] 姜德福,何奇元,许民辉. 立体定向丘脑中央中核破坏术治疗癌性镇痛[J]. 微侵袭神经外科杂志,1996,1(1):51-52.

[责任编辑:陈咏梅]