

# 烧伤的急救与康复护理措施

▲ 隆林各族自治县人民医院 黄思琳

在日常生活中, 烧伤事件时有发生, 无论是小面积的烫伤, 还是大面积的火焰烧伤, 正确的急救措施都至关重要。烧伤不仅会带来肉体的痛苦, 还可能对身体造成长期影响。因此, 了解烧伤的正确处理方式和后续的康复护理, 对于每个人来说都是一项基本的生存技能, 以便在紧急情况下做好应急处理, 指导科学康复。

## 烧伤急救大揭秘

安全永远是第一位的。一旦发现有人被烧伤, 首要任务是确保安全。如果烧伤源于火源, 立即切断火源, 如果可能, 用灭火器或湿布扑灭火源。如果烧伤是化学物质造成的, 应迅速移除化学物质, 但要避免直接接触, 同时确保通风良好以防止毒气扩散。

接下来, 迅速移除患者与热源的接触至关重要。切勿试图直接接触热源或从热源中拉出烧伤者, 这可能导致伤害加剧。如果衣物与皮肤粘连, 不要强行撕扯, 而是使用剪刀小心地剪开, 避免进一步伤害皮肤。

立即冷却烧伤部位是接下来的紧急步骤。使用流动的冷水, 温度在16~25℃之间, 冲洗烧伤部位至少5~10 min。冷水可以帮助降低皮肤的温度, 减少热量对皮肤深层的进一步损害。切记, 不要使用冰块或冰水, 因为

过低的温度可能会导致更严重的冻伤。同时, 避免直接将水龙头对准伤口, 用侧向水流冲洗, 以免水压过大造成皮肤损伤。

烧伤急救的关键在于迅速、正确地处理, 从移除热源到冷却烧伤部位, 每一个步骤都关系到伤者的后续恢复。

## 正确急救措施详解

冷却烧伤部位是首要步骤, 冷却的目的是减少热量对皮肤的进一步损害, 而不是立即止痛。

需要注意的是, 脱去烧伤者衣物时要格外小心。在使用流动的水冲洗皮肤的同时, 要尝试轻轻移除衣物, 如果衣物粘连在皮肤上, 切勿强力撕扯, 以免造成额外的皮肤损伤。而应使用剪刀小心地剪开粘连的衣物, 确保动作轻柔, 避免触碰到烧伤部位。

接下来, 覆盖烧伤部位。找一块清洁的毛巾或纱布, 浸湿后轻轻盖在烧伤处, 保持湿润, 但要避免水滴不停地滴落。这样做的目的是防止烧伤部位干燥, 减少感染的风险。同时, 湿润的覆盖物也可以提供一定的舒适感, 缓解疼痛。

如果烧伤面积较大或伤势严重, 如二度或三度烧伤, 或者烧伤部位出现在面部、手、

脚或关节处, 应立即联系急救中心或送医。在等待救援的过程中, 继续冷却并覆盖烧伤部位, 保持伤者安静, 避免不必要的移动, 以减少疼痛和进一步损伤。

## 烧伤的康复护理

保持伤口清洁是防止感染的关键。烧伤部位的清洁应在专业医护人员的指导下进行, 使用无菌技术, 避免破坏新生的皮肤。对于一度和浅二度烧伤, 通常使用生理盐水或者医生推荐的清洁液进行清洁, 然后用无菌纱布轻轻覆盖。

对于深二度和三度烧伤, 伤口更易感染, 可能需要医生定期更换敷料, 甚至在严重情况下, 可能需要进行清创手术。同时, 医护人员还会密切监测患者体温, 因为发热可能是感染的早期迹象。

伤口的湿润护理也很重要。使用湿润的敷料, 如银离子敷料或者湿润烧伤膏, 能够创造一个有利于伤口愈合的环境, 减少疼痛, 并防止感染。定时更换敷料, 确保伤口周围皮肤的清洁干燥, 避免潮湿引发的皮肤问题。

烧伤后的疼痛可能会持续一段时间, 医生会根据疼痛程度开具相应的止痛药, 如对乙酰氨基酚或其他强效的镇痛药。患者应按

照要求定期服用, 保持疼痛在可忍受范围内, 这有助于患者更好地休息, 促进身体的恢复。

物理治疗在烧伤康复中也扮演着重要角色。针对烧伤后可能出现的瘢痕增生和关节僵硬, 物理治疗师会设计特定的运动和疗法, 帮助患者更好地恢复肢体功能。这可能包括温和的拉伸、按摩, 以及使用压力衣来预防和管理瘢痕的形成。

面对烧伤, 无需恐慌, 记住以上实用的应对烧伤的急救与康复知识, 不仅能减轻伤害, 还能为专业医疗救援赢得宝贵的时间。正确的急救措施和恰当的康复护理在关键时刻可能救人一命。安全无小事, 预防永远是第一位的。希望大家都能远离伤害, 健康生活。



# 急性胸痛的诊断思路

▲ 柳州市红十字会医院 覃晓春

当一位突发胸痛的患者急诊入院时, 应及时完善患者的病史、体格检查、辅助检查(心电图、胸片、心肌酶等)等, 第一份心电图要求在10 min内完成, 且应动态观察。

同时, 应判断并区分患者是心原性或非心原性胸痛, 若胸痛经动态观察心电图等无变化, 血清标志物4~6 h不升高, 则考虑为非心原性胸痛。

## 胸痛的分类

**高危胸痛** 急性冠脉综合征、主动脉夹层、急性肺栓塞、张力性气胸。

**低危胸痛** 反流性食管炎、食管痉挛、消化性溃疡、肌肉疼痛、肋间神经痛等。

## 胸痛的部位

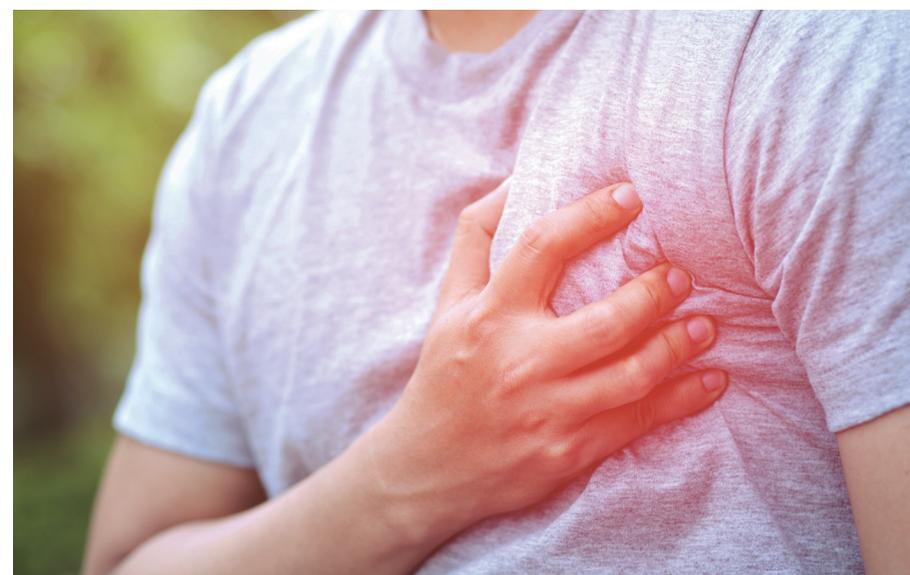
心绞痛与急性心梗患者的胸痛部位为胸骨后或胸前区, 且放射到左肩和左上臂内侧; 食管疾患、膈疝、纵隔肿瘤等患者的疼痛部位在胸骨后; 自发性气胸、急性胸膜炎、肺栓塞患者则为患侧的剧烈胸痛。

## 胸痛的性质

心绞痛或心梗为压榨样痛并常伴有压迫感或窒息感; 主动脉瘤为侵蚀胸壁时呈剧烈撕裂样痛; 原发性肺癌、纵隔肿瘤一般为胸部闷痛; 肋间神经痛为阵发性的灼痛或刺痛; 食管炎、膈疝为灼痛或灼热感。

## 胸痛的时长

肌肉骨骼神经性疼痛、食管裂孔疝或功能性疼痛一般不超过15 s; 稳定型心绞痛持



续2~10 min; 不稳定心绞痛持续10~30 min; 急性心梗、心包炎、主动脉夹层、带状疱疹、骨骼疼痛持续30 min以上甚至数小时。

## 胸痛的伴随症状

胸痛伴咳嗽考虑气管、支气管、胸膜疾病、心脏疾病; 伴吞咽困难可为食管、纵隔疾病所致; 伴咯血一般为肺结核、肺栓塞、原发性肺癌、心衰等; 当胸痛伴血液动力学异常(低血压、静脉怒张)时提示致命性胸痛, 如心包填塞、急性心梗、巨大肺栓塞、主动脉夹层等。

通过上述患者胸痛的特征快速识别高危患者, 并进入快速救治绿色通道。

对于不能明确病因的患者, 建议留院观察, 每隔30 min复查一次心电图, 每隔

4~6 h复查心肌损伤标志物, 心电图连续3次无变化, 心肌损伤标志物连续2次无异常者在6~12 h后出院。

## 常见的高危胸痛类型和处理方式

**心绞痛** 位于胸骨后, 可放射至颈部、下颌、上腹部、肩部或上肢(左侧常见)。具有压迫感、烧灼感、挤压感、沉重感。持续时间通常为3~5 min, 很少超过30 min。加重因素包括过劳、激动、便秘等。症状及体征为一过性第三及第四心音, 或胸痛时有乳头肌功能不全杂音, 可出现短暂性心衰。辅助检查手段有动态监测心电图变化, 动态监测心肌标志物。治疗方式主要为卧床休息、抗血小板治疗、调脂治疗、抗凝治疗、必要时行介入或者外科治疗等。

**急性心梗** 位于胸骨下, 可能像心绞痛样放射。具有沉重感、压迫感、烧灼感、紧缩感。持续时间通常 $\geq 30$  min。休息和舌下含服硝酸甘油不能缓解。症状及体征包括气短、出汗、乏力、恶心、呕吐, 以及第一心音减弱, 可出现第四心音, 少数有第三心音, 部分患者可出现心包摩擦音及喀喇音; 辅助检查手段包括动态监测心电图变化, 动态监测心肌标志物。治疗方式为绝对卧床休息、吸氧、心电监护、保持大便通畅、抗栓、溶栓治疗、介入治疗等。

**主动脉夹层** 位于前胸痛; 可向背部放射。患者极痛苦, 疼痛为撕裂样、刀割样。通常为突然发作, 不缓解。常见于高血压或有易患因素, 如马凡综合征。症状及体征为主动脉瓣关闭不全杂音, 脉搏或血压不对称, 神经功能缺失。辅助检查手段为X线胸片可能有纵隔增宽。治疗方式为迅速使血压得到控制、镇静、控制心率、避免抗凝或溶栓治疗、必要时介入或外科治疗。

**肺栓塞** 位于胸骨下或肺梗死涉及的区域。往往突然发作, 持续数分钟到1 h。呼吸可能加重。症状及体征包括呼吸困难, 呼吸频率增快, 心动过速, 低血压, 大面积栓塞时急性右心衰和肺动脉高压的体征, 啰音, 胸膜摩擦感, 咯血。辅助检查手段包括血气分析, 表现为低氧血症, 低二氧化碳血症, 胸片有肺淤血, 心电图表现为窦性心动过速, T波改变。治疗方式以抗凝为主, 大块肺栓塞, 有血液动力学不稳定者应考虑溶栓或导管碎栓, 以防复发。