

儿科护理：浅析小儿急性上感的降温护理 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/270/2021_2022__E5_84_BF_E7_A7_91_E6_8A_A4_E7_c67_270311.htm 急性上呼吸道感染（

上感）是小儿常见的疾病，大多由病毒引起，亦可由细菌引起，轻症仅表现为呼吸道的局部症状，重症可伴有发热，甚至高热，5岁以下小儿体温超过39℃，可因高热处理不及时而引起高热惊厥，体温高于42℃能导致神经系统永久性损害。

为了让患儿得到及时、准确的治疗，应科学地对小儿急性上感进行降温和护理，能促进患儿早日康复和预防并发症。下面对上感患儿采取物理与药物降温措施介绍如下。

1 病情观察 发热是多种疾病均可表现出来的一个症状，只有认真细致地观察病情，才能准确找到病因。如有的患儿虽然高热，但

精神状态良好，玩耍如常，这类患儿病情较轻，可不急于退热；但有的患儿前额、腋窝等处灼热，但手足冰凉；有的患儿

高热时伴有寒战；有的体温只接近39℃，便出现四肢抽搐，应考虑高热惊厥之先兆，特别是有惊厥史的患儿则应考虑退热。

6个月～1岁患儿由于体温调节中枢功能发育不全，易发生高热惊厥。此外应注意患儿的意识状态、发热的伴随症状、发热的时间与规律、小便的次数与量、皮肤有无细小的

出血点与皮疹，为临床医生提供诊断、治疗的依据。2 根据病情选择正确的降温措施 2.1 物理降温 2.1.1 降低室温 室内环境安静、通风良好，室温保持在20℃～22℃，对夏季高热患儿

若条件允许的情况下，可将患儿移置空调房内，或在室内放置冰块，室内地板洒凉水，或用电扇吹风，但避免对流风，

在临床上很多家属对此举措难以接受，认为小孩高热就是

因为睡空调房、吹电扇引起的，为此应向家属解释降低室温可以增加辐射散热，使产热与散热趋向平衡，达到退热的目的。

2.1.2 注意散热 遇到婴儿高热时，应松开包裹，解开领扣与裤带，以利散热。在冬天，高热患儿常包着厚棉被，面部盖着纱巾，夏天则裹着浴巾，婴儿的整个身体被裹得严严实实，生怕受风寒侵袭，遇到这种情况应向患儿家属宣教，讲解衣被过厚会导致患儿燥热不安、产热增多、难于退热的道理。通常家属认为小孩发热是受凉引起的，就应该加倍地给孩子保温，如穿衣服、多盖被子。殊不知发热是由于产热与散热失衡，散热减少会使体温进一步升高。

2.1.3 采用温水沐浴 给患儿用 $32 \sim 36$ 的温水沐浴，或将高热患儿置于较体温低 $3 \sim 4$ 的温水中浸泡 $10 \sim 15\text{min}$ ，沐浴时多擦洗皮肤，达到扩张毛孔，易于出汗从而降低体温的目的。但温水沐浴时应避免受凉，合并肺炎、腹泻的患儿应慎用。

2.1.4 采用冷盐水保留灌肠 过高热降温困难者可采用 4 生理盐水 $50 \sim 100\text{ml}$ 保留灌肠。灌肠时注意灌入速度不宜过快，一般以每分钟 $15 \sim 20\text{ml}$ 为宜，嘱患儿做深呼吸，腹部放松，保持灌肠液在肠道内停留片刻，降温效果更佳。

2.1.5 额部冷湿敷 在枕部、腋下及腹股沟等处放置冰袋，足心置热水袋，但热水袋与冰袋不可直接接触患儿的皮肤，可用单层棉布包裹以防止烫伤和冻伤。头部降温可增加脑组织对缺氧的耐受性，减少脑组织的耗氧量，并减轻脑组织充血，促进散热，降低机体代谢率。体温下降 1 ，脑细胞代谢率可降低 6.5% ，颅内压可降低 5.5% 。WHO有关研究证明传统的冷敷、温水浴和酒精擦浴可能导致全身发抖，且酒精还可经儿童皮肤吸收而产生中毒症状，应慎用。一般用药物来降低下丘脑的调定点。但在某

些特定的条件下，例如在体温高于41℃时，则急需迅速降低体温，此时冷敷、温水擦浴可作为解热治疗的辅助措施。擦浴过程中要注意患儿全身情况，如出现寒战、面色苍白、脉搏或呼吸出现异常时应立即停止擦浴并及时报告医生。

2.2 药物降温

在进行药物降温时，一般要求肛温在39℃以上，腋温在38.5℃以上方可采用。美林混悬液中含有的布洛芬是目前国外广泛应用于临床的退热及镇痛药物。由于它的作用机制和对胃肠道毒副作用较少而受到了优先应用，其特点是可以经口给药，避免了长期困扰儿科医生由于患儿对肌肉注射给药法的恐惧感而造成对治疗不合作，减少了由这种不合作而导致的治疗效果降低。同时也可避免由于臀部肌肉注射可能引起的医源性感染和医源性损伤。目前临床上应用较多的还有泰诺、爱尔星等，此类药物具有味道芳香，稳定性好的特点，且口服吸收迅速（服药后10~20min开始退热），2~3h血药浓度达到高峰，并出现最佳退热效果，一般可持续4h左右。安全范围大、毒副作用小、很少过敏者。有滴剂、糖浆、膜片等剂型，剂量准确，用法简明，属于非处方药即家庭常备药。对个别高热不退的病例，可按医嘱应用冬眠合剂等。

3 疗效观察

采用物理降温或药物降温处理后，应在30min后复测体温，降温要适度，一般肛温降至38.5℃，腋温降至38℃时可逐渐撤除物理降温，不要使体温降低得过快，也不要使降温措施断断续续，体温忽高忽低。若体温逐渐下降，说明降温效果好，同时应注意观察有无体温骤降、大量出汗、体弱无力等现象。如有以上虚脱表现应及时给予保温，饮热开水，严重者给予静脉输液。此外，随时注意观察患儿有无新的症状或体征出现，如神志改变、皮疹、呕吐、腹泻、淋巴结肿大

等，如有上述任一症状，应立即与医生联系，及时采取有效的诊疗、护理措施。在小儿急性上感的降温护理中，物理与药物降温可预防并发症。笔者深切体会到，正确的高热护理方法是预防并发症，提高治愈率的关键。如果处理不当，上感患儿除可能引起高热惊厥、心力衰竭外，还可进一步导致中枢神经细胞损害，造成严重的不良后果。因此，对于小儿急性上呼吸道感染应采取及时、综合的护理措施，力争达到最好的医疗效果。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com