

第一章 呼吸系统疾病

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是小儿最常见的疾病 主要侵犯鼻、鼻咽和咽部 常诊断为“急性鼻咽炎(普通感冒)”、“急性咽炎”、“急性扁桃体炎”等 也可统称为上呼吸道感染 或简称“上感”。

【病因】

各种病毒和细菌都可引起上呼吸道感染 尤以病毒为多见 约占上感发病病原体的 60% ~ 90% 以上 常见有鼻病毒、腺病毒、副流感病毒、流感病毒、呼吸道合胞病毒等 其他病毒如冠状病毒、肠道病毒、单纯疱疹病毒、EB病毒等也可引起。细菌感染常继发于病毒感染之后，其中溶血性链球菌占重要地位，其次为肺炎链球菌、葡萄球菌、嗜血流感杆菌 偶尔也有革兰氏阴性杆菌。亦有报告肺炎支原体菌亦可引起上呼吸道感染。

【病理改变】

病变部位早期表现为毛细血管和淋巴管扩张，黏膜充血水肿 腺体及杯状细胞分泌增加及单核细胞和吞噬细胞浸润、以后转为中性粒细胞浸润，上皮细胞和纤毛上细胞坏死脱落。恢复期上皮细胞新生、黏膜修复、恢复正常。

【临床表现】

本病多为散发 偶然亦见流行。婴幼儿患病症状较重 年长儿较轻。婴幼儿患病时可有或无流涕、鼻塞、喷嚏等呼吸道症状 常突发高热、呕吐、腹泻、甚至因高热而引起惊厥。年长儿患者常有流涕、鼻塞、喷嚏、咽部不适、发热等症状 可伴有轻度咳嗽与声嘶。

部分患儿发病早期可出现脐周围阵痛 咽炎 咽痛等状 咽黏膜充血 若咽侧索也受累 则在咽两外侧壁上各见一纵行条索状肿块突出。疱疹性咽峡炎、在咽弓、软腭、悬雍垂黏膜上可见数个或数十个灰白色小疱疹 直径 1~3mm 周围有红晕 ,1~2d 破溃成溃疡。咽结合膜热患者, 临床特点为发热 39 左右 咽炎及结合膜炎同时存在。而有别于其他类型的上呼吸道感染。急性扁桃体炎除了发热咽痛外 扁桃体可见明显红肿 表面有黄白色脓点 可融合成假膜状。

【实验室检查】

病毒感染时白细胞计数多偏低或正常, 粒细胞不增高。病因诊断除病毒分离与血清反应外 近年来广泛利用免疫荧光、酶联免疫等方法开展病毒学的早期诊断, 对初步鉴别诊断有一定帮助。细菌感染时白细胞计数及中性粒细胞可增高。由链球菌引起者血清抗链球菌溶血素“O”滴度增高 咽拭子培养可有致病菌生长。

【诊断】

急性上呼吸道感染具有典型症状如发热、鼻塞、咽痛、扁桃体肿大等全身和局部症状 结合季节、流行病学特点等 临床诊断并不困难, 但对病原学的诊断则需依靠病毒学和细菌学检查。

【鉴别诊断】

(1)症状中以高热惊厥和腹痛严重者须与中枢神经系统感染和急腹症等疾病相鉴别。

(2)很多急性传染病早期也有上呼吸道感染的症状, 虽然现在预防接种比较普遍及传染病发病率明显下降, 但在传染病流行季节要仔细询问麻疹、猩红热、腮腺炎、百日咳、流感以及脊髓灰质炎的流行接触史。当夏季时尤要注意和中毒性疾病的早期相鉴别。

(3)如有高热、流涎、拒食、咽后壁及扁桃体周围有小疱疹及小溃疡者 可诊断为疱疹性咽峡炎 如高热、咽红伴眼结膜充血 可诊为咽结膜热; 扁桃体红肿且有渗出者为急性扁桃体炎或化脓性扁

桃体炎 如有明显流行史、高热、四肢酸痛、头痛等全身症状而较鼻咽部症状更重时要考虑为流行性感冒。

【治疗】

1. 一般治疗

充分休息 多饮水 注意隔离 预防并发症。WHO 在急性呼吸道感染的防治纲要中指出，关于感冒的治疗主要是家庭护理和对症处理。

2. 对症治疗

(1) 高热 口服阿司匹林类 剂量为 $10\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$ 持续高热可每 4h 口服 1 次 亦可用扑热息痛 剂量为 $5\sim 10\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$ 市场上多为糖浆剂，便于小儿服用。高热时还可用赖氨匹林或安痛定等肌注 同时亦可用冷敷、温湿敷、酒精擦浴等物理方法降温。

(2) 高热惊厥：可针刺人中、十宣等穴位或肌注苯巴比妥钠 $4\sim 6\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{次})$ ，有高热惊厥史的小儿可在服退热剂同时服用苯巴比妥等镇静剂。

(3) 鼻塞：乳儿鼻塞妨碍喂奶时，可在喂奶前用 0.5% 麻黄素 1~2 滴滴鼻，年长儿亦可加用扑尔敏等脱敏剂。

(4) 咽痛 疱疹性咽峡炎时可用冰硼酸、锡类散、金霉素鱼肝油或腆甘油涂抹口腔内疱疹或溃疡处；年长儿可口服含腆喉片及其他中药利咽喉片 如华素片、杜美芬、四季润喉片、草珊瑚、西瓜霜润喉片等。

3. 病因治疗

如诊断为病毒感染 目前常用 1% 病毒唑滴鼻 每 2~3h 双鼻孔各滴 2~3 滴 或口服三氮唑核苷口服液 (威乐星) 或用三氮唑核苷口含片。亦有用口服金刚烷胺、病毒灵 (吗啉双胍片) 但疗效不肯定。如明确腺病毒或单纯性疱疹病毒感染亦有用疱疹净 (碘苷)、阿糖胞苷。近年来有报道用干扰素治疗重症病毒性感染取得较好疗效。如诊断为细菌感染 大多合并有中耳炎、鼻窦炎、化脓

性扁桃体炎、淋巴结炎以及下呼吸道炎症时，可选用复方新诺明、氨苄青霉素、羟氨苄青霉素或其他抗生素。但多数上呼吸道感染病例不应滥用抗生素。

4. 风热两型

治法以清热解表为主。常用中成药有银翘解毒片、桑菊感冒片、感冒退热冲剂、板蓝根冲剂以及双黄连口服液等。

【预防】

减少上呼吸道感染的根本办法在于预防。平时要多户外活动，增强体质，要避免交叉感染。特别是在感冒流行季节要少去公共场所或串门，注意气候骤变，及时添减衣服。对体弱儿及反复呼吸道感染儿可服玉屏风散或左旋咪唑， $0.25 \sim 3\text{mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ ，每周服2d，停5d，3个月为一疗程，亦可口服卡慢舒。这些治疗目的多是增强机体抵抗力，预防呼吸道感染复发。

【并发症】

正常5岁以下小儿平均每年患急性呼吸道感染4~6次。但有的患儿患呼吸道感染的次数过于频繁，可称为反复呼吸道感染，简称复感儿。

1. 影响因素

由于小儿正处在生长发育之中，身体的免疫系统还未发育完善，缺乏抵御微生物侵入的能力，故很容易患急性呼吸道感染。但有的患儿由于环境或机体本身条件比一般小儿更易患急性呼吸道感染。影响因素有：

(1) 机体条件：如患儿长期营养不良，小婴儿母乳不足又未及时添加辅食，体内缺乏必需的蛋白质、脂肪及热量不足，影响器官组织的正常发育，致抵抗力低下。也有的家庭经济条件并不差，但父母缺乏科学育儿知识，偏食或喂养不合理，特别是只吃牛奶、巧克力，缺乏多种维生素和微量元素如铁、锌等，也会对免疫系统造成损害，抗病能力下降而易患病。

(2)环境因素：特别是大气污染或被动吸烟。如冬天屋内生炉子 空气中大量烟雾、粉尘以及有害物质进入小儿呼吸道 同样被动吸烟也是。这些有害物质不但损伤呼吸道正常 黏膜 而且还可降低抵抗力，诱发呼吸道感染。有报道在吸烟家庭中生长的婴儿比无吸烟家庭的小儿患急性呼吸感染的机会大数倍至近 10 倍。

(3)先天因素：小儿患有先天的免疫缺陷病或暂时性免疫低下也可造成反复呼吸道感染。

2. 诊断

根据 1987 年全国小儿呼吸道疾病学术会议讨论标准作出诊断(表 1-1)。

表 1-1 小儿反复呼吸道疾病诊断标准

年龄(岁)	上呼吸道感染(次/年)	下呼吸道感染(次/年)
0~2	7	3
3~5	5	2
6~12	5	2

3. 治疗

急性感染可参照上述方法外，还要针对引起反复上感的原因，如增加营养、改善环境因素。应该指出患先天性免疫缺陷的小儿是极少数 大部分还是护理问题 因此 增强患儿体质是治疗及预防之根本。加强体育锻炼及注意户外活动，使患儿增强适应外界环境及气候变化的能力；同时注意对反复呼吸道感染患儿的生活护理 随气候变化增减衣服 切忌过捂过饱 这些都是治疗反复呼吸道的关键。

(董新华)

【护理评估】

(1)健康史 询问发病情况 注意有无受凉史 或当地有无类似

疾病的流行 患儿发热开始时间、程度 伴随症状及用药情况 了解患儿有无营养不良、贫血等病史。

(2)身体状况：观察患儿精神状态，注意有无鼻塞、呼吸困难，测量体温 检查咽部有无充血和疱疹 扁桃体及颈部淋巴结是否肿大 结合膜有无充血 有无皮疹 腹痛及支气管、肺受累的表现。了解血常规等实验室检查结果。

(3)心理社会状况：了解患儿及家长的心理状态和对该病因、预防及护理知识的认识程度 评估患儿家庭环境及经济情况 注意疾病流行趋势。

【常见护理诊断与合作性问题】

(1)体温过高：与上呼吸道感染有关。

(2)潜在并发症(惊厥)与高热有关。

(3)有外伤的危险：与发生高热惊厥时抽搐有关。

(4)有窒息的危险 与发生高热惊厥时胃内容物反流或痰液阻塞有关。

(5)有体液不足的危险：与高热大汗及摄入减少有关。

(6)低效性呼吸形态：与呼吸道炎症有关。

(7)舒适的改变 与咽痛、鼻塞等有关。

【护理目标】

(1)患儿体温降至正常范围(36~37.5℃)。

(2)患儿不发生惊厥或惊厥时能被及时发现。

(3)患儿维持于舒适状态无自伤及外伤发生。

(4)患儿呼吸道通畅无误吸及窒息发生。

(5)患儿体温正常，能接受该年龄组的液体入量。

(6)患儿呼吸在正常范围，呼吸道通畅。

(7)患儿感到舒适，不再哭闹。

【护理措施】

(1)保持室内空气新鲜，每日通风换气 4 次 保持室温 18~

22℃,湿度 50%~60% 空气每日用过氧乙酸或含氯制剂每日喷雾消毒 2 次。

(2) 密切观察体温变化 体温超过 **38.5℃**时给予物理降温 如头部冷敷、腋下及腹股沟处置冰袋,温水或乙醇擦浴。冷盐水灌肠 必要时给予药物降温 扑热息痛 安乃近、柴胡、肌肉注射安痛定。

(3) 发热者卧床休息直到退热 1d 以上可适当活动,做好心理护理 提供玩具、画册等有利于减轻焦虑 不安情绪。

(4) 防止发生交叉感染 患儿与正常小儿分开 接触者戴口罩,防止继发细菌感染。

(5) 保持口腔清洁 每天用生理盐水漱口 1~2 次 婴幼儿可经常喂少量温开水以清洗口腔,防止口腔炎的发生。

(6) 保持鼻咽部通畅,鼻腔分泌物和干痂及时清除,鼻孔周围应保持清洁 避免增加鼻腔压力 使炎症经咽管向中耳发展引起中耳炎。鼻腔严重时于清洁鼻腔分泌部后用 **0.5%麻黄碱液**滴鼻,每次 1~2 滴 对鼻塞而妨碍吸吮的婴幼儿 宜在哺乳前 **10~15min**滴鼻 使鼻腔通畅 保持吸吮。

(7) 多饮温开水 以加速毒物排泄和降低体温 患儿衣着、被子不宜过多 出汗后及时给患儿用温水擦干汗液 更换衣服。

(8) 每 **4h**测体温 1 次,体温骤升或骤降时要随时测量并记录,如患儿病情加重 体温持续不退 应考虑并发症的可能 需要及时报告医生并及时处理 如病程中出现皮疹 应区别是否为某种传染病的早期征象,以便及时采取措施。

(9) 注意观察咽部充血、水肿等情况,咽部不适时给予润喉含片或雾化吸入(雾化吸入药物可用病毒唑、糜蛋白酶、地塞米松加 **40mL** 盐水 2 次/d)。

(10) 室内安静减少刺激 发生高热惊厥时按惊厥护理常规。

(11) 给予易消化和富含维生素的清淡饮食,必要时静脉补充

营养和水分。

(12) 患儿安置在有氧气、吸痰器的病室内。

(13) 平卧、头偏向一侧 注意防止舌咬伤。防止呕吐物误吸，防止舌后倒引起窒息，应托起患儿下颌同时解开衣物及松开腰带，以减轻呼吸道阻力。

(14) 密切观察病情变化 防止发生意外 如坠床或摔伤等。

(15) 抽搐时上、下牙之间放牙垫 防止舌及口唇咬伤 患儿持续发作时，可按照医嘱给予对症处理。

(16) 按医嘱用止惊药物 如酒地泮、苯巴比妥等 观察患儿用药后的反应 并记录。

(17) 治疗、护理等集中进行 保持安静。减少刺激。

(18) 保持呼吸道通畅 及时吸痰 发绀者给予吸氧 窒息者给人工呼吸 注射呼吸兴奋剂。

(19) 高热者给予物理降温或退热剂降温，在严重感染并伴有循环衰竭 抽搐、高热者 可行冬眠疗法 冬眠期间不能搬动患儿或突然竖起 防止直立性休克。

(20) 详细记录发作时间 抽动的姿势 次数及特点 因有的患儿抽搐时间相当短暂 虽有几秒钟 抽搐姿势也不同 有的像眨眼一样 有的口角微动 有的肢体像无意乱动一样等等 因此需仔细注视才能发现。

(21) 密切观察血压、呼吸、脉搏、瞳孔的变化 并做好记录。

【健康教育】

(1) 指导家庭护理。因上呼吸道感染患儿多不住院，要帮助患儿家长掌握上呼吸道感染的护理要点 让患儿多饮水 促进代谢及体内毒素的排泄 饮食要清淡 少食多餐 给高蛋白、高热量、高维生素的流质或半流质饮食 要注意休息 避免剧烈活动 防止咳嗽加重。患儿鼻塞时呼吸不畅可在哺乳及临睡前用 0.5% 的麻黄碱溶液滴鼻 每次 1~2 滴 可使鼻腔通畅。但不能用药过频 以免引起心悸

等表现。

(2)指导预防并发症的方法 以免引起中耳炎、鼻窦炎 介绍如何观察并发症的早期表现 如高热持续不退或退而复升 淋巴结肿大 耳痛或外耳道流脓 咳嗽加重、呼吸困难等 应及时与医护人员联系并及时处理。

(3)介绍上呼吸道感染的预防重点,增加营养和体格锻炼,避免受凉 在上呼吸道感染流行季节避免到人多的公共场所 有流行趋势时给易感儿服用板兰根、金银花、连翘等中药汤剂预防 对反复发生上呼吸道感染的小儿应积极治疗原发病,改善机体健康状况。鼓励母乳喂养,积极防治各种慢性病,如维生素 D 缺乏性佝偻病 营养不良及贫血等 在集体儿童机构中 有如上感流行趋势 应早期隔离患儿,室内用食醋熏蒸法消毒。

(4)用药指导。指导患儿家长不要给患儿滥服感冒药 如成人速效伤风胶囊以及其他市场流行各种感冒药、消炎药、抗病毒药,必须在医生指导下服药 服药时不要与奶粉、糖水同服 两种药物必须间隔半小时以上再服用。

(徐小超)

第二节 急性喉炎

小儿急性喉炎是儿科常见病 可发生于任何季节 以婴幼儿多见 病情往往来势迅猛 如不及时采取措施 随时会危及生命。

【病因】

急性喉炎大多是上呼吸道感染的一部分,可以由病毒及细菌引起。病毒中可以是流感、副流感病毒以及其他很多引起呼吸道感染的病毒 细菌多见乙型溶血性链球菌、肺炎链球菌和金黄色葡萄球菌。此病也可发生在流感、百日咳、麻疹和白喉等急性传染病的过程中。其他如用声过度、过敏和吸入刺激性物质也可引起急

性喉炎。

【临床表现】

急性喉炎可有不同程度的发热、声嘶、犬吠样咳嗽和吸气性喉鸣，有时可表现声哑甚至失音，严重时还有全身不适、咽下困难、进食发呛。由于咽喉部充血水肿，还可出现各种喉梗阻症状。此时有吸气性呼吸困难、鼻翼扇动，吸气时可出现三凹症，患儿可面色发绀、烦躁不安，甚至因严重呼吸困难而致呼吸衰竭。故急性喉炎可以发展成严重危重症。急性喉炎在小儿属于急症，这与喉部的解剖特点有关。喉部位于口咽部和气管之间，此部位相对狭窄，再加上小儿黏膜下组织疏松、黏膜纤嫩、血管丰富，所以一旦发炎，黏膜及黏膜下引起水肿，就使得这一狭窄处更加狭窄，甚至可堵塞气道，造成严重呼吸困难，可导致小儿窒息甚至危及生命。故小儿急性喉炎的症状发展及严重后果比成人为重。除口腔检查见咽部明显充血外，还可通过间接喉镜检查声带、声门下黏膜肿胀情况。

【诊断】

小儿急性喉炎起病快，有声嘶、喉鸣、犬吠样咳嗽即可诊断。如发生呼吸困难、紫绀则意味病情危重，应予即刻急救处理。

急性喉炎一般诊断无困难，但仍须与急性喉、气管、支气管炎以及白喉、喉痉挛、急性会厌炎与喉、气管异物等常见喉梗阻疾病相鉴别。同时也要注意可能为某些急性传染病的前驱期及并发症。

(1)急性喉、气管、支气管炎：是整个上、下呼吸道的急性弥漫性炎症，常见由病毒引起，主要是副流感病毒、腺病毒、合胞病毒，多见于婴幼儿。比起急性喉炎，多数有中度至高度发热，以及全身中毒症状。临床症状与急性喉炎相似，但喉镜检查除喉及声门下黏膜肿胀，还可见气管黏膜肿胀以及支气管内有黏稠分泌物、痰痂积聚，有时呼吸困难可呈吸气加呼气性呼吸困难并存。

(2)急性会厌炎：症状与喉炎相似，最常见的致病菌是嗜血流

感杆菌 B 型。发病骤然，很快出现呼吸困难，年长儿诉咽痛，有流涎、吞咽困难，很快出现喉梗阻症状。病人常有特殊体位，如宁可座位，下倾向前，伸舌，表情紧张焦虑，颈部常有淋巴结肿大。侧位颈部 X 线检查，可见会厌部肿胀狭窄，因气道梗阻，吸气时声门不扩张。

(3) 痉挛性喉炎，又称痉挛性哮喘，其特征为喉痉挛，常在夜间骤然发作。病原体主要为副流感病毒，与婴儿低钙性手足搐搦症无关。患儿年龄多在 2~6 岁，其家庭成员亦可能有相同病史。这些患儿夜间发作多见，骤发骤停，发作时亦有声音嘶哑和喉梗阻症状。

【治疗】

小儿急性喉炎病情发展快，易并发喉梗阻，应积极治疗，目前主要采用抗生素及大量肾上腺皮质激素，常可取得较好疗效。

抗生素主要应用于怀疑有细菌感染者，应及早应用足量、广谱的抗生素。常用青霉素类，如青霉素 G 10 万 U/(kg·次)，6h/次，可静注或肌注，或用氨苄青霉素 100~200mg/(kg·d) 静注或肌注，或羟氨苄青霉素 50~100mg/(kg·d) 口服。近年来亦采用一、二代头孢菌素及复合抗生素，如优立新、安美汀等。

在应用抗生素同时，应立即静滴肾上腺皮质激素，能迅速达到抗炎、抗毒以及控制过敏反应作用。对重症可用氢化可的松 5~10mg/(kg·次)，4~6h/次，或地塞米松 0.15~0.25mg/(kg·次)。对呼吸困难不严重，年长儿能口服药物者，可用强的松 1mg/(kg·次)，每 4~6h 口服 1 次，直至喉炎及呼吸困难缓解和消失。

喉炎患儿因呼吸困难，多烦躁不安，反过来可增加氧耗，更加重缺氧，故宜用镇静剂，一般病儿可口服异丙嗪 0.5~1mg/(kg·次)，每日 2~3 次，既有镇静又有抗过敏作用；重症患儿可用 10% 水化氯醛 50~80mg/(kg·次) 灌肠，或肌注苯巴比妥钠 5~10mg/(kg·次) 或冬眠合剂（氯丙嗪和异丙嗪复合剂）0.5~1mg/

(kg·次)肌注。但应随时注意呼吸困难和缺氧情况。

Ⅲ度呼吸困难患儿 由于咳嗽反射差 喉部及气管内常有分泌物滞留 可在直接喉镜下吸痰 以达到缓解呼吸困难 减轻分泌物刺激所引起的喉痉挛。如病情进一步恶化,出现呼吸衰竭的血气指标,应及早做气管插管或气管切开术。

为了加强气道湿化和气道内直接给药,可用雾化吸入,2~4h/次。雾化液可用等张盐水,加入庆大霉素 4万 U及地塞米松 2~5mg 配成 50~100ml 雾化液 对病情缓解有益。

其他还有降温、止咳等对症治疗。应保证热卡及液体入量。饮食宜用流食或半流食,有呼吸困难及紫绀者应及早给氧。

【喉梗阻分度】

为了便于观察病情和掌握气管切开的时机,根据吸气性呼吸困难的轻重 将喉梗阻分为 4 度。

(1) I 度喉梗阻:患儿在安静时无呼吸困难,只有咳嗽时有犬吠样咳嗽,呼吸稍急促,在活动后能出现吸气性呼吸困难及喉鸣音。

(2) II 度喉梗阻:患儿在安静时也出现喉鸣及吸气性呼吸困难 心率可加速 同时有犬吠样咳嗽 但临床还没有出现紫绀现象。

(3) III 度喉梗阻:除持续出现吸气性喉鸣和呼吸困难外,患儿因缺氧而出现烦躁不安 口唇及指、趾端发绀 口周发青或苍白 常哭闹不安 挣扎 出汗 心率加快 此时胸部呼吸音反而减低或听不见 如不及时抢救或做气管插管 往往会失去抢救机会。

(4) IV 度喉梗阻:患儿从严重呼吸困难而渐渐衰竭,神志逐渐昏迷 心音无力 两肺呼吸音几乎听不到 如抓紧时机进行气管插管或切开,可能还有一线生还的机会。

【误诊和漏诊】

胸外(喉)及气管上段 异物吸入虽少见 但有时易和喉炎混淆,亦可表现急性喉梗阻症状 应详细询问病史。由于病情突发,一般

无声哑及全身症状，在直接喉镜检查下，取出异物病情即能缓解。

(董新华)

【护理评估】

(1)健康史 询问患儿发病情况 呼吸困难的程度 了解近期有无麻疹、百日咳、流感等急性传染病史。

(2)身体状况 观察患儿精神状态、咳嗽及呼吸情况 注意有无声音嘶哑、吸气性喉鸣、紫绀、三凹征 测量生命体征 注意心率、心律的变化；听诊肺部呼吸音是否改变。

(3)心理社会状况：了解患儿及家长的心理状态和对疾病的认识程度。

【常见护理诊断】

(1)体温过高 与感染有关。

(2)低效性呼吸形态 与喉头水肿、呼吸困难有关。

(3)体液不足的危险：与发热呼吸增快及摄入不足有关。

(4)有窒息的危险：与喉梗阻有关。

(5)舒适的改变 与咳嗽、呼吸困难有关。

(6)患儿恐惧与焦虑：与注射及呼吸困难有关。

【护理目标】

(1)患儿体温维持在正常范围内。

(2)患儿气道黏膜水肿减轻呼吸道保持通畅平稳。

(3)患儿体液维持平衡。

(4)患儿不发生窒息。

(5)患儿咳嗽缓解、进食睡眠恢复正常。

(6)患儿对注射能在心理上表现出接受随着疾病好转焦虑解除。

【护理措施】

(1)保持室内空气新鲜，阳光充足，每日通风 4~6 次 室温 18~22℃,湿度 50%~60% 安静舒适 以减少对喉部的刺激 减轻

呼吸困难，以利于呼吸道分泌物排出。

(2)置患儿于舒适体位 给予氧气吸入 可采用面罩、头罩、鼻导管吸氧 遵医嘱给予 1%~3%的麻黄碱和肾上腺皮质激素超声雾化吸入 以利于黏膜水肿的消退。咽喉部有痰液时及时吸净 痰黏稠不易吸出时可用蒸馏水 200ml、地塞米松 2mg、庆大霉素 4万U雾化后吸痰。

(3)保证充足的营养和水分 进半流食 鼓励患儿多饮水 喂奶喝水时避免患儿呛咳，必要时遵医嘱补液。

(4)遵医嘱给予抗生素、激素治疗 以控制感染 减轻喉头水肿 缓解症状。

(5)密切观察体温变化情况，体温超过 38.5℃时给予物理降温 如酒精擦浴、头枕冰袋、冷盐水灌肠、温水浴等 或退热剂降温（如肌注安痛定、口服扑热息痛）

(6)保持患儿安静，尽可能将所需要的检查及治疗集中进行，以不打扰患儿的休息，一般情况下不用镇静剂 若患儿过于烦躁不安 遵医嘱给予异丙嗪 以达到镇静和减轻喉头水肿的作用 避免使用氯丙嗪 以免使喉头肌松弛 加重呼吸困难。

(7)给予半卧位或头颈、背垫高斜坡卧位。

(8)做好口腔护理，每天用生理盐清洗口腔 1~2次 婴幼儿可经常喂少量温开水以清洗口腔。

(9)多与患儿交流与接触 增加责任感及转移注意力 协助生活护理。

(10)密切观察病情变化 根据患儿三凹征、喉鸣音、紫绀及烦躁等表现 正确判断缺氧的程度 及时抢救喉梗阻 随时做好气管切开的准备，以免因吸气性呼吸困难而窒息致死。

(11)如需气管切开按气管切开护理。

(1)气管切开的适应证 ①先天性阻塞 如先天性喉蹼、先天性喉软骨软化病。②喉部急性炎症 如急性喉炎、急性喉支气管炎、

喉脓肿等。③喉水肿 小儿误饮沸水致咽喉部烫伤、误饮强酸、强碱等均可发生喉水肿。④喉外伤 如枪伤、刺伤、挫伤、扼伤、勒伤或外部伤口不明显 但喉腔内组织肿胀、血肿。喉骨骨折或脱臼等。

(2)气管切开手术用物准备：①床旁桌上放无菌盘 内放弯盘 2 个，一个盘内放弯血管钳、镊子各 1 个 体积分数为 75%的酒精棉球、生理盐水棉球数个 小方纱数块 另一个盘内放 5ml 注射器 1 个 6号针头 1 个 搪瓷罐 2 个，一个盛白开水 另一个盛 1:1000 新洁尔灭 备生理盐水 1 瓶。 1:1000 新洁尔灭罐内放吸痰管 1 根，吸痰管的长度以超过气管套管内管 0.3cm 为宜。 吸痰瓶固定于床头栏杆上，接吸引器开关处。 以上物品每 24h 更换 1 次。床旁备好氧气，并检查氧气是否充足。

(3)气管切开术后的护理：①固定病儿双手、平卧 颈下稍垫高 病情许可者可坐起 检查气管套管系带是否合适，一般系带与脖颈之间能进 1 个手指为宜。②重点护理 观察呼吸情况 及时吸痰，保持套管内管道通畅。 吸痰前向内管滴入生理盐水以稀释痰液 便于将痰液吸净，黏稠可做超声雾化。每次交接班前消毒内管 更换喉垫 必要时随时吸痰 消毒内管 更换喉垫。 经常保持伤口周围清洁 可用 75%酒精 生理盐水棉球擦洗伤口 保持喉垫干燥，避免伤口感染。 长期卧床病人，用单层纱布覆盖套管口，上面滴生理盐水 保持气管内湿润 避免痰液结痂 堵塞内管 尤其适用于反射能力较差者。⑥术后仍有呼吸困难，首先应拔出内管，检查内管是否通畅 或有无脱管 如管未出异常 应立即给氧 报告医生 除外并发症。⑦一般术后 72h 内不宜换管。⑧若遇脱管 立即摆好病儿体位 用弯血管钳撑开伤口 或将同号套管蕊放入套管 试行抽入，亦可立即行气管插管抢救。⑨痰中带血丝可能是咳嗽或吸痰时损伤气管黏膜 护士操作时动作要轻 严禁粗暴操作 若大量出血 应立即报告医生 积极抢救。

(4)气管切开拔管的护理 ①当气管内分泌物明显减少的情况下原发病灶解除可以试行堵塞先换细管如患儿能耐受呼吸平稳分泌物不多24h后可放入实心管。如病情良好24h后可拔除气管套管拔管应安排在白天医护人员齐全便于观察及发生意外时抢救。②拔管后24h,保留床旁所有用物及套管。有呼吸困难立即通知医生。拔管24h后呼吸正常可撤出全部气管切开用物。③拔管后伤口不需缝合用蝶形橡皮膏覆盖伤口可自愈。④拔管后尽量不作肌肉或静脉注射,必要时口服药物减少因哭闹而发生呼吸困难。

(5)注意事项:①随时观察呼吸情况,气管切开后如有呼吸困难应立即拔出内管检查有无堵管现象或衣服被角盖住管口,检查有无脱管或蛔虫堵塞内管等。②吸痰管的长度要合适过长刺激气管黏膜引起出血及肉芽增生过短不易将痰液吸出而造成内管堵塞。③随时注意套管系带的松紧过紧增加患儿痛苦过松套管易脱出套管带子必须打死结以免松脱。④消毒内管时时间不宜过长避免外管有痰液阻塞采用细铁丝卷棉花通管棉花不要卷太多以免堵塞套管或套管变形。⑤吸出内管时以左手按压外管右手转动内管开关顺内管的弯度拔出。

【健康教育】

指导患儿家长正确护理患儿如加强体格锻炼适当进行户外活动定期预防接种积极预防上呼吸道感染和各种传染病让患儿家长了解急性喉炎的危险性高度重视该疾病送就近医院住院治疗。喉炎发作时的症状声音嘶哑、犬吠样咳嗽吸气性喉鸣和三凹征白天症状轻夜间症状重所以夜间应特别注意患儿病情动态以便及时发现危险及时抢救。

(徐小超)

第三节 急性支气管炎

急性支气管炎 **acute bronchitis** 是由病毒或细菌感染、理化刺激或过敏等因素引起的支气管黏膜广泛急性炎性改变的，临床听诊以不固定干湿啰音为特征的急性支气管炎性疾病。

【病因】

急性支气管炎在婴幼儿时期发病较多 较重 可因受凉、气候骤变而发病。常继发于上呼吸道感染 由炎症向下蔓延引起喉、气管炎、支气管炎。凡可引起上呼吸道感染的病毒都可成为支气管炎的病原微生物。细菌感染常在病毒感染基础上发生。较常见的细菌是肺炎球菌、R-溶血性链球菌、葡萄球菌及流感杆菌等。营养不良、佝偻病、变态反应以及慢性鼻炎、鼻窦炎或咽炎皆可为本病诱因。过冷空气、二氧化硫、氯气等理化因素的刺激易引起发病。

【病理改变】

其病理主要表现为支气管黏膜充血、水肿 偶有纤毛上皮细胞损伤脱落 黏液腺肥大 分泌物增加 黏膜下水肿 伴有淋巴细胞和中性粒细胞浸润。

【临床表现】

(1)发病可急可缓，大多数先有上呼吸道感染的症状，逐渐出现明显的咳嗽。也可忽然出现较多较深的咳嗽，咳嗽一般持续7~10d。一般症状或轻或重 轻者无明显病容 重者可有发热、头痛、乏力等 甚至可伴随腹痛、呕吐、腹泻等消化道症状。如不及时治疗可引起肺炎。体检胸部可闻及或多或少不固定的干性啰音及大、中水泡音 咳嗽后或体位变化后啰音可减少或消失。

(2)胸部 X线检查多为阴性或双肺纹理增粗、紊乱。

急性支气管炎根据其起病初期有上呼吸道感染的病史以及以