

实用儿科学护理学(下)

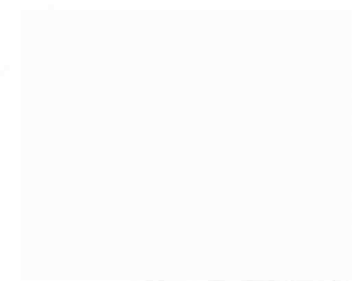
姜慧王娜◎主编

 吉林科学技术出版社

实用儿科护理学

(下)

姜 慧 王 娜◎主编



第十六章 常见急诊患儿的护理

第一节 小儿惊厥

惊厥是指全身或局部骨骼肌群突然发生不自主的强直性或阵挛性收缩，常伴意识障碍，是小儿时期最常见的急症之一。发病率高，为成人的10~15倍，以3岁以下的婴幼儿多见，一年四季都可见到，反复发作可引起脑组织缺氧性损害。

【病因及发病机制】

（一）神经系统解剖生理特点

1. 小儿大脑神经系统发育尚未完善，大脑皮质抑制能力差，神经髓鞘未完全形成，因此较弱的刺激也能引起强烈兴奋灶并迅速泛化，导致神经细胞突然大量、异常、反复放电而引起惊厥。

2. 血脑屏障功能及免疫功能低下，易发生感染，各种病原体和毒素均可透过血脑屏障侵袭中枢神经系统。

（二）病因

分类常见疾病感染性（热性惊厥）颅内感染：脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑寄生虫病颅外感染：高热惊厥、中毒性脑病、破伤风等非感染性（无热惊厥）颅内疾病：癫痫、颅脑损伤、脑积水、占位性病变、颅脑畸形等颅外疾病：代谢性、中毒性、心源性、肾源性疾病等

【临床表现】

（一）惊厥

1. 典型表型

突然发作，头向后仰，眼球固定、上翻或斜视，口吐白沫、牙关紧闭，面色铁青，伴有不同程度的意识丧失，面部及四肢肌肉呈强直性或阵挛性收缩，部分患儿有的大小便失禁。惊厥持续时间为数秒至数分钟不等（大多在 5~10 分钟），发作停止后多入睡。惊厥典型表现常见于癫痫大发作。

2. 非典型表现

新生儿或婴幼儿惊厥发作不典型，多表现为呼吸暂停、两眼凝视、反复眨眼、咀嚼、一侧肢体抽动等微小发作，一般神志清楚。

（二）惊厥持续状态

是指惊厥持续时间在 30 分钟以上，或两次发作间歇期意识不能完全恢复者。为惊厥危重型，多见于癫痫大发作、破伤风、严重的颅内感染、代谢紊乱、脑瘤等。由于时间过长，可引起高热、缺氧性脑损害、脑水肿甚至死亡。

（三）高热惊厥

高热惊厥是儿科的一种常见病，发病率 2%~8%。大多发生在急性上呼吸道感染或各种感染性疾病的体温骤升期。根据发作特点和预后分为两型：

1. 单纯型热性惊厥

是婴幼儿最常见的类型，预后较好。特点：①年龄：多见 6 个月至 3 岁之间，有一定的家族史，发作前后一般情况良好。②发热：一般是由于急性上呼吸道感染初期的急性发热，体温达到 38.5~39.5℃。③每一次性发热疾病中很少连续多次发作，大多只有 1 次惊厥发作。④持续时间：一般不超过 10 分钟，24 小时内无复发，发作后意识恢复正常快。⑤脑电图：热退 1 周后脑电图检查

恢复正常。

2. 复杂型热性惊厥

发病年龄不定，惊厥发作时体温 $<38.5^{\circ}\text{C}$ ，发作形式多呈局限性，发作持续时间较长。多在15分钟以上，24小时内有重复发作（一次性发热疾病中超过2次以上），体温正常2周后脑电图仍异常。约有2%~7%可发展为癫痫，预后较差。

【辅助检查】

1. 血常规

血液白细胞及中性粒细胞比例增高提示细菌感染。

2. 脑脊液检查

如疑有颅内感染的话，应做脑脊液检查鉴别。

3. 血液生化检查

可有与病因有关的电解质血液生化成分（如血糖、血钙等）改变。

4. 血气分析

惊厥持续状态者可有低氧血症、高碳酸血症及酸碱平衡失调等。

5. 医学影像学检查

头部B超、CT、MRI等可协助诊断颅内出血、颅内占位性病变及脑血管畸形等。

6. 脑电图检查

有助于癫痫的诊断及预后。

【处理要点】

快速控制惊厥发作，防止脑水肿，寻找和治疗原因，预防惊厥复发。

（一）镇静止惊

1. 地西洋

首选，对各型发作都有效，尤其适合于惊厥持续状态，其作用发挥快（大多在 5 分钟内止惊），较安全。每次 $0.2 \sim 0.3 \text{mg/kg}$ （不超过 10mg）缓慢静脉注射，必要时 30 分钟后可重复使用。地西洋的缺点是作用短暂，过量可致呼吸抑制、血压降低，需随时观察呼吸及血压的变化。

2. 苯巴比妥钠

是新生儿惊厥首选药物（但新生儿破伤风应首选地西洋），其负荷量为 20mg/kg 静脉注射，每日维持量为 $3 \sim 5 \text{mg/kg}$ 。本药抗惊厥作用维持时间较长，副作用较小。

3. 10%水合氯醛

每次 0.5ml/kg ，一次最大剂量不超过 10ml，由胃管给药或加等量生理盐水保留灌肠。

4. 苯妥英钠

适用于其他止惊药物无效或惊厥持续状态时，可按每次 $15 \sim 20 \text{mg/kg}$ 静脉注射，24 小时后，维持每日 5mg/kg 静注，共 3 日。

（二）对症治疗

高热者给予物理降温或药物降温，脑水肿者可静脉应用甘露醇、呋塞米等脱水剂。

（三）病因治疗

针对引起惊厥不同的病因，采取相应的治疗措施。

【护理评估】**1. 健康史**

评估患儿的出生史、喂养史、感染及传染病史；了解患儿有无中毒史、颅脑损伤史、心脏或肾脏等病史；了解患儿有无既往发作史及发作时是否存在诱因。

2. 身体状况

评估患儿惊厥发作时的表现：意识变化、发作持续时间、频率、间歇期长短、惊厥伴随症状以及发作后的状态。

3. 辅助检查

通过各种辅助检查，积极寻找发病原因和推测预后。

4. 心理—社会资料

评估家长对本病的认识程度，是否恐惧和紧张，能否在疾病发作时，及时和正确的处置。

【护理诊断或合作性问题】**1. 急性意识障碍**

与惊厥发作及原发疾病有关。

2. 有窒息的危险

与惊厥发作时呼吸肌、喉肌痉挛及意识障碍导致误吸有关。

3. 有受伤的危险

与惊厥发作时抽搐及意识障碍有关。

4. 体温过高

与感染（和）或惊厥持续状态有关。

5. 焦虑

与病情危急和反复发作有关。

【护理目标】

1. 生命体征正常，不发生危险的并发症。
2. 患儿住院期间有足够的安全保护措施，无意外发生。
3. 体温控制在正常范围。
4. 家长情绪稳定，可预防和减少惊厥发作。

【护理评估】

1. 生命体征是否平稳，是否发生并发症。
2. 患儿住院期间是否发生意外。
3. 患儿体温是否恢复正常。
4. 家长情绪是否稳定。

【护理措施】

1. 一般护理

食物应清淡易消化，急性发作期或有意识障碍者严格禁食。患儿应注意休息，侧卧位，保持室内安静，避免强光，以减少对患儿的刺激。

2. 预防窒息

惊厥发作时勿强行搬动患儿，应就地抢救，立即让患儿平卧，头偏向一侧，解开患儿颈部衣扣，清除患儿口鼻腔分泌物，保证呼吸道通畅。将舌轻轻向外牵拉，防止舌后坠阻塞呼吸道。备好急救用品，如开口器、吸痰器、气管插管用具等。按医嘱给予止惊药物，如地西泮、苯巴比妥等，观察并记录患儿用药后的反应。

3. 预防外伤

惊厥发作时，将纱布放在患儿手中和腋下，防止皮肤摩擦受损。在已长牙患儿上下牙齿之间放置牙垫或纱布卷，防止舌咬伤。牙关紧闭时，不要用力撬开，以免损伤牙齿。床边放置床档，防止坠床，在床栏杆处放置棉垫，防止患儿抽搐时碰到栏杆，同时将床上硬物移开。若患儿发作时倒在地上应就地抢救，移开可能伤害患儿的物品，勿强力按压或牵拉患儿肢体，以免骨折或脱臼。对有可能发生惊厥的患儿要有专人守护，以防发作时受伤。

4. 密切观察病情变化，预防脑水肿的发生

密切观察体温、血压、呼吸、脉搏、意识及瞳孔变化，高热时及时采取物理或药物降温，若出现脑水肿早期症状应及时通知医生，并按医嘱用脱水剂。在紧急的情况下可针刺入中、合谷等穴位止惊。按医嘱给止惊药，以免惊厥时间过长，导致脑水肿或脑损伤。惊厥较重或时间较长者给予吸氧，以减轻脑缺氧。

【健康教育】

1. 心理疏导

针对家长紧张、焦虑、惊恐不安甚至烦躁、暴怒等负性情绪，医护人员应有的放矢的解除患儿家长的心理障碍。稳定其情绪，使其配合治疗护理。

2. 行为指导

指导家长掌握惊厥发作时的急救方法，按压人中、合谷穴，指导如何防止外伤，发作缓解时迅速将患儿送往医院。

3. 出院指导

指导患儿家长给癫痫或反复发作患儿服药，强调定期门诊随访的重要性，根据病情及时调整药物。

第二节 充血性心力衰竭

充血性心力衰竭简称心衰，是各种病因导致心肌收缩力下降使心排血量不能满足机体代谢的需要，组织器官灌注不足，同时出现肺循环和（或）体循环瘀血的一种临床综合征。是小儿时期常见的危重症之一，尤其是1岁内发病率最高，其中以先天性心脏病引起者最多见。

【病因及发病机制】

1. 心血管因素

容量负荷过重（如先天性心脏病）、血流出道狭窄后负荷过重（如主动脉瓣狭窄、高血压等）、心肌收缩功能障碍（如心肌炎、心肌病、风湿性心脏病等）。

2. 肺源性因素

肺炎、毛细支气管炎、支气管哮喘等。

3. 肾源性因素

急性肾炎所致的急性期严重循环充血。

4. 其他

重度贫血、甲亢、维生素B₁缺乏症、电解质紊乱和严重缺氧等。

【临床表现】

临床表现因原发病及患儿年龄有所不同。

（一）新生儿早期症状不典型，常表现为嗜睡、淡漠、乏力、拒食、呕吐及体重增加不明显，易被忽视。

（二）婴幼儿心力衰竭起病较急，发展迅速。常见症状为呼吸快速、表浅，喂养困难，体重增长缓慢，烦躁多汗，哭声低弱，肺部可听到干啰音或哮鸣音，

肝增大。心脏增大，能听到奔马律。水肿首先见于颜面、眼睑等部位，严重时鼻唇三角区呈现青紫。

(三) 年长儿心力衰竭的临床表现与成人相似，表现为：1. 心排出量不足：出现心动过速、心脏扩大、奔马律、脉细弱、肤色苍白、湿冷、全身乏力或烦躁、厌食。2. 体循环瘀血：肝肿大、颈静脉怒张、肝颈反流试验阳性、水肿、尿量减少。3. 肺循环瘀血：呼吸困难、气促、端坐呼吸、鼻翼扇动、青紫、肺部可闻及湿啰音，咳嗽、声音嘶哑。

小儿充血性心力衰竭临床诊断指征如下：①安静时心率增快，婴儿 >180 次/分钟，幼儿 >160 次/分钟，不能用发热或缺氧解释者。②呼吸困难，青紫突然加重，安静呼吸达60次/分钟以上。③肝大达肋下3cm以上，或在密切观察下短时间内较前增大，而不能以横膈下移等原因解释者。④心音明显低钝，或出现奔马律。⑤突然烦躁不安，面色苍白或发灰，而不能用原有疾病解释。⑥尿少、下肢浮肿，已除外营养不良、肾炎、维生素B₁缺乏等原因所造成者。前5项为诊断的必要条件。

【辅助检查】

1. 胸部X线检查

多可见心影扩大，心尖搏动减弱，肺纹理增多，肺门或肺门附近阴影增加，肺部瘀血。

2. 心电图

有助于心力衰竭的病因诊断及指导洋地黄类药物应用。

3. 超声心动图

可见心室和心房内腔扩大，心室收缩时间延长，射血分数降低。

【处理要点】

积极治疗原发病，控制心衰，消除水钠潴留，降低耗氧量和纠正代谢紊乱。

1. 一般治疗

绝对卧床休息，少量多餐，限制钠盐及液体摄入，镇静给氧，减少耗氧量，减轻心脏负担。

2. 强心剂应用

洋地黄类药物可以通过多种途径给药，使用方便、代谢较快，是临床上最常用的药物。但副作用大，应遵医嘱给予。

3. 利尿剂的应用

对于心力衰竭重症或肺水肿患儿，首选呋塞米或噻嗪类药物。可促进水钠排出，减少回心血量。减轻心脏负荷。

4. 血管扩张剂的应用

血管扩张剂在治疗顽固性心力衰竭方面有一定疗效，能扩张小动脉和小静脉，减轻心脏的前后负荷。常用药物有硝普钠、卡托普利、酚妥拉明等。

【护理评估】

1. 健康史

评估患儿有无先天性心脏病、病毒性心肌炎、支气管肺炎、急性肾小球肾炎、严重贫血等病史，其发病过程有无喂养困难、哭声低弱、呼吸困难、水肿等表现，有无输液、输血过快或过量、活动过度等诱因。

2. 身体状况

评估患儿有无心率增快、心音变化，有无呼吸增快、肝脏肿大、尿量减少等症状。

3. 辅助检查

通过 X 线、心电图、超声心动图检查，评估患儿心功能状态，结合临床病史和体征，找出病因。

4. 心理—社会资料

评估家长对本病的认识程度，是否恐惧和紧张，能否在疾病发作时，及时和正确的处置。

【护理诊断或合作性问题】

1. 心输出量减少

与心肌收缩力下降有关。

2. 气体交换受损

与肺循环瘀血、气血比例失调、肺水肿有关。

3. 活动无耐力

与心射血功能降低致缺氧有关。

4. 体液过多

与心功能下降、体循环瘀血及水钠潴留有关。

5. 潜在并发症：药物副作用。

6. 焦虑

与病情危重有关。

【护理目标】

1. 患儿心脏负荷减轻，生命体征恢复正常。

2. 患儿气促、呼吸困难缓解或消失，活动时间延长。

3. 患儿水肿消退或减轻。

4. 患儿无咳嗽咯血现象，呼吸平稳。

5. 患儿能按医嘱定时定量服药，无不良反应。
6. 患儿及家长情绪稳定，积极配合治疗和护理。

【护理评价】

1. 患儿心脏负荷是否减轻，生命体征是否恢复正常。
2. 患儿气促、呼吸困难是否缓解或消失。
3. 患儿水肿是否消退或减轻。
4. 患儿咳嗽咯血现象是否消退。
5. 患儿是否能按医嘱定时定量服药，有无不良反应。
6. 患儿及家长情绪是否稳定，是否能积极配合治疗和护理。

【护理措施】

（一）一般护理

1. 休息

病室应安静舒适，避免各种精神刺激，体位取半坐卧位（取 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 斜卧位），使横膈下降，有利呼吸运动。休息原则以心力衰竭程度而定：心功能不全Ⅰ度：可起床活动，增加休息时间。心功能不全Ⅱ度：限制活动延长卧床休息时间。心功能不全Ⅲ度：绝对卧床休息，病情好转后逐渐增加活动量，以不出现症状为限。

2. 饮食

选择易消化易吸收的食物，少食多餐。钠盐每日 $0.5 \sim 1\text{g}$ ，低盐饮食时，可加调味品，如糖、醋等，也可更换烹调方式，提高小儿食欲，便于接受。

（二）密切观察生命体征变化

密切观察患儿心率、心律、心音、血压、呼吸等情况，必要时进行心电监护，如有变化及时与医师联系，并配合医生做好相应治疗和护理准备。

（三）用药护理

1. 洋地黄制剂

（1）使用药物前：应测定收集患儿的基本临床指标，如脉搏、心率和心律，血电解质、肝肾功能、心电图表现及近 2~3 周洋地黄使用情况。一般脉搏在新生儿 <120 次/分钟，婴儿 <100 次/分钟，幼儿 <80 次/分钟，学龄儿童 <60 次/分钟，或心律失常时应及时报告医师决定是否停药。

（2）给药时：注意严格按时按剂量给药，婴幼儿用量甚小，要与其他药物分开使用。

（3）钙剂与洋地黄制剂有协同作用，应避免同时使用，如需使用，至少间隔 4 小时。

（4）用药期间应密切观察洋地黄的毒性反应。小儿洋地黄中毒最常见的表现为心律失常，如房室传导阻滞，过期前收缩动，快发性心动过速，心动过缓；其次为胃肠道反应，有食欲不振、恶心、呕吐；神经系统症状如嗜睡、头晕，色视等则较少见。未成熟儿及初生 2 周内的新生儿，肝肾功能障碍，电解质紊乱、低钾、低镁、高钙、严重弥漫性心肌损害及大量使用利尿剂后均易发生洋地黄中毒。（5）用药后应密切观察患儿的症状体征的改善情况，洋地黄制剂达到疗效的主要指标是：心率减慢、肝缩小、气促改善，安静、胃纳好转、尿量增加。长期使用洋地黄制剂者，要监测血清地高辛浓度（有效浓度 1~3ng/ml）。

2. 血管扩张剂

（1）注意用药时间和剂量，并密切观察病情变化，以指导用药。（2）注意观察药物的副作用，主要是血压下降，其次是心悸、头痛、恶心。在用药前应测量血压、心率、用药过程中应监测复查，酌情调节滴速，发现不良反应，应先停药，并及时通知医师做好处理。（3）应用硝普钠治疗时要严格掌握剂量，

使用监护仪专人监测血压改变，注意避光。

3. 利尿剂

(1) 注意用药时间，尽量在早晨及上午给药，避免夜间排尿过多而影响休息。(2) 详细观察和记录体重、尿量、水肿的体征变化。(3) 密切观察电解质失衡症状，使用碱性利尿剂易引起低血钾，要警惕在与洋地黄制剂并用时易出现洋地黄中毒反应。长期应用利尿剂时应注意有无精神萎靡、乏力、腹胀、心音低钝、心律失常等低血钾的临床表现，必要时可查心电图和血钾，以便确诊，用药期间应补充含钾丰富的食物，如香蕉，桔类，绿叶蔬菜等。

(四) 对症护理

1. 供氧

有低氧血症者伴呼吸困难、发绀的患儿，应及时给予供氧。有急性肺水肿患儿吸氧时，湿化瓶可改盛 20%~30% 乙醇，间歇吸入，每次 10~20 分钟，间隔 15~30 分钟，重复 1~2 次。

2. 控制水和钠盐的摄入

轻者可给少盐饮食（每日饮食中钠盐不超过 0.5~1g），重者无盐饮食。尽量减少静脉输液或输血，必输时每日总量宜控制在 60~80ml/kg，输入速度宜慢，以每小时不超过 5ml/kg 的速度为宜。

(五) 防止继发感染

患儿机体抵抗力低下，应视病情而定建立合理的生活制度，协助做好生活护理和身体的清洁卫生，长期卧床及有水肿者，定时翻身按摩受压部位，预防褥疮。注意饮食卫生，防止肠道感染。

【健康教育】

1. 心理护理

根据患儿的心理特点采用相应的对策，主动与患儿沟通，给予安慰鼓励，取得合作，避免患儿抗拒哭闹，加重心脏负担，同时最好能有家长陪伴，减少离开亲人的创伤，使患儿情绪稳定。

2. 用药指导

遵医嘱服用药物，不得自行减停药物。通过宣教让患儿及其家长了解药物的不良反应的表现和正确的药物使用方法，出现不良反应及时告知医护人员。

第三节 急性呼吸衰竭

急性呼吸衰竭是指各种原因致使呼吸器官和（或）呼吸中枢产生呼吸功能障碍，导致肺不能进行有效气体交换，出现低氧血症或低氧血症伴高碳酸血症，引起的一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。

急性呼吸衰竭起病急，病情危重，预后与现场急救密切相关，抢救及时准确，大多可以痊愈；但危重者甚至危及生命。

【病因及发病机制】

根据原发病病变部位分为中枢性呼吸衰竭和周围性呼吸衰竭。

（一）中枢性呼吸衰竭

1. 中枢神经系统感染或损伤

如脑炎、脑膜炎、颅脑损伤和脑血管疾病等。

2. 颅内占位性病变

如脑肿瘤、脑囊肿等。