



全国高等教育自学考试指定教材 社区护理学专业(专科)

社区常见健康问题

附：社区常见健康问题自学考试大纲

课程代码
3624
[2007年版]

组编 / 全国高等教育自学考试指导委员会
主编 / 陈佩云

北京大学医学出版社

全国高等教育自学考试指定教材
社区护理学专业（专科）

社区常见健康问题

（2007 年版）

（附：社区常见健康问题自学考试大纲）

全国高等教育自学考试指导委员会 组编

主 编 陈佩云

编 者 （按姓氏笔画排列）

王 平 刘雪琴 孙 录

孙晓嘉 李海兰 张 萍

陈佩云 林劲秋 周 璇

胡丽萍 柯雪梅 高钰琳

舒小芳

主 审 梁浩材

参 审 史瑞芬 刘雪琴

北京大学医学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

社区常见健康问题/陈佩云主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2007. 6

全国高等教育自学考试指定教材. 社区护理学专业

ISBN 978-7-81116-116-8

I. 社… II. 陈… III. 社区—护理学—高等教育—自学考试—教材 IV. R473.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 060784 号

社区常见健康问题 (2007 年版)

主 编: 陈佩云

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumppress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 莱芜市圣龙印务有限责任公司

责任编辑: 简 浦 责任校对: 杜 悦

开 本: 787mm×1092mm 1/16 印张: 15.5 字数: 386 千字

版 次: 2007 年 6 月第 1 版 2008 年 4 月第 1 次印刷 印数: 1—3000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-116-8

定 价: 24.00 元

版权所有 不得翻印 违者必究

(凡属质量问题请与教材发行部门联系退换)

组 编 前 言

21 世纪是一个变幻莫测的世纪，是一个催人奋进的时代。科学技术飞速发展，知识更替日新月异。希望、困惑、机遇、挑战，随时随地都有可能出现在每一个社会成员的生活之中。抓住机遇，寻求发展，迎接挑战，适应变化的制胜法宝就是学习——依靠自己学习，终身学习。

作为我国高等教育组成部分的自学考试，其职责就是在高等教育这个水平上倡导自学、鼓励自学，为每一个自学者铺就成才之路。组织编写供读者学习的教材就是履行这个职责的重要环节。毫无疑问，这种教材应当适合自学者增强创新意识、培养实践能力、形成自学能力，也有利于学习者学以致用，解决实际工作中所遇到的问题。具有如此特点的书，我们虽然沿用了“教材”这个概念，但它与那种仅供教师讲、学生听，教师不讲、学生不懂，以“教”为中心的教科书相比，已经在内容安排、形式体例、行文风格等方面都大不相同了。希望读者对此有所了解，以便从一开始就树立起依靠自己学习的坚定信念，不断探索适合自己的学习方法，充分利用已有的知识基础和实际工作经验，最大限度地发挥自己的潜能，达到学习的目标。

祝每一位读者自学成功。

本教材由全国考委医药学类专业委员会遴选作者、安排编写、组织审稿，保证了医学药类自考教材的质量。

欢迎读者提出意见和建议。

全国高等教育自学考试指导委员会

2006 年 4 月

目 录

社区常见健康问题

绪 论	(1)
第一章 常见疾患的社区护理	(5)
第一节 发 热	(5)
第二节 咳 嗽	(8)
第三节 头 痛	(13)
第四节 腹 痛	(16)
第五节 关节痛	(21)
第六节 腹 泻	(25)
第七节 便 秘	(29)
第八节 尿失禁	(32)
第九节 失 眠	(35)
第十节 睡眠呼吸暂停综合征	(39)
第十一节 肥 胖	(44)
第二章 慢性非传染性疾病的社区护理	(48)
第一节 慢性非传染性疾病的社区护理概述	(48)
第二节 高血压病的社区护理	(53)
第三节 冠心病的社区护理	(61)
第四节 脑卒中的社区护理	(65)
第五节 哮喘的社区护理	(72)
第六节 慢性阻塞性肺疾病的社区护理	(77)
第七节 糖尿病的社区护理	(84)
第八节 骨质疏松症的社区护理	(93)
第九节 良性前列腺增生的社区护理	(97)
第十节 前列腺炎的社区护理	(102)
第十一节 慢性肾功能衰竭的社区护理	(106)
第十二节 肿瘤的社区护理	(112)

第三章 常见及新发传染病的社区护理	(122)
第一节 传染病的社区护理管理	(122)
第二节 肺结核的社区护理	(127)
第三节 病毒性肝炎的社区护理	(132)
第四节 细菌性痢疾的社区护理	(139)
第五节 艾滋病的社区护理	(141)
第六节 传染性非典型肺炎的社区护理	(147)
第七节 人禽流感的社区护理	(149)
第四章 常见精神疾病的社区护理	(152)
第一节 精神疾病的社区护理概述	(152)
第二节 抑郁症的社区护理	(156)
第三节 精神分裂症的社区护理	(162)
第四节 强迫症的社区护理	(166)
第五节 老年性痴呆的社区护理	(168)
第五章 社区紧急救护	(174)
第一节 社区紧急救护的组织管理	(174)
第二节 常见意外伤害的紧急救护	(177)
第三节 常见中毒的紧急救护	(187)
第四节 常见急性病症的紧急救护	(193)
第六章 社区公共卫生管理	(199)
第一节 食品卫生的社区管理	(199)
第二节 环境卫生的社区管理	(202)
第三节 社区突发性公共卫生事件的管理	(211)
后 记	(218)

附 社区常见健康问题自学考试大纲

社区常见健康问题课程自学考试大纲出版前言	(221)
目 录	(222)
I 课程性质与设置目的	(223)
II 课程内容与考核目标	(224)
III 有关说明和实施要求	(236)
附录 试题类型举例	(239)
后 记	(241)

绪 论

一、认识社区常见健康问题

(一) 社区常见健康问题的概念

社区常见健康问题通常是指社区中常见的疾病、疾患（即有病的感觉，指一个人的自我感觉和判断，有不适的感觉，也有症状。这种情况可能同时存在疾病，也可能仅仅是心理或社会方面的失调）、心理和行为问题、家庭健康及社区卫生问题等。社区常见健康问题是全科医学的主要研究对象，处理社区常见健康问题是社区卫生服务的一项主要内容。不同地区由于其人文、社会环境状况、自然环境状况及社区的人口学特征等的不同，社区常见健康问题不尽相同，有时甚至表现出很大的差异。要想了解所服务社区的常见健康问题，除了对门诊病例进行收集统计外，更重要的途径是开展社区诊断。

(二) 社区常见健康问题的基本特征

1. 多数健康问题属于未分化状态，难以明确分科 有关专家认为，社区中常见的健康问题，很多只是一些轻微的症状和体征，或者患者有十分痛苦的体验，却查不出明显的阳性体征和实验室检查结果，这类问题不但难以作出明确的诊断，更缺少减轻患者痛苦的生物学手段。美国有统计资料表明：对社区里所接诊的患者，有 1/4 没有作出最后的确切诊断，因为在诊断明确之前，其表现出的临床症状或感到的不适就已经被治愈。还有的仅仅是生活方面的问题如婆媳不和、夫妻关系紧张、情绪低落、精力不足等，因地理位置近、方便而前来就诊；或由于服务人群固定，相互熟悉而使基层卫生服务者有机会发现这些早期的问题。从诊断意义上来说，这些早期未分化的问题很难在临床表现和疾病之间建立明确的逻辑联系，而且有的问题可能始终无法作出明确的诊断。一些社会、心理问题常以躯体化的形式表现出来等。处理这些问题，也不是单科知识所能奏效的，需要运用多个学科和领域的知识和技能开展综合服务才能解决问题。

2. 多数健康问题难以治愈，但需经常治疗 社区就诊的慢性疾病所占比例大。慢性疾病的特点是难以治愈，患者常终身带病生存，而且需要连续性、综合性的医疗保健服务。对于慢性病患者的卫生服务，重要的不是如何去为他们治愈疾病，而是要经常为他们提供临床关怀。

3. 多数健康问题具有隐蔽性，影响对问题的干预 社区中的健康问题常常具有隐蔽性，主动就诊的患者只占有所有患者的 1/3，更多的患者因为各种原因不来就诊；有时来看病的不一定需要治疗，而真正需要治疗的家庭其他成员却不来看病。因此，需要基层卫生服务者具备三种眼光：用显微镜检查患者身体器官上可能的病灶；用肉眼审视面前的患者，了解其患病的体验；还要用“望远镜”观察患者的身后，了解其社会情境（背景）情况。需要经常运用这种“全方位”或“立体性”的思维方式，主动寻找以发现真正的患者。

4. 健康问题涉及面广，但人群固定 社区卫生服务是综合性的全科医疗服务，社区卫生服务提供者是医学领域的“守门人”。尽管它所提供的是基本的医疗服务，但其服务内

容贯穿人的生命周期的不同阶段，需要处理各种年龄、性别、人体不同器官和系统最常出现的健康问题以及不同社会和环境条件下最常遇到的健康问题。它与医院卫生服务的最大区别在于：社区卫生服务的服务人群固定，但病种却千变万化，而后者正好相反。因此，基层卫生服务需要研究、应对所有类别的健康问题。

二、社区常见健康问题的护理

（一）社区常见健康问题的护理与医院护理的不同点

发现和处理社区常见健康问题不仅是全科医生的主要任务，也是社区护士主要的工作内容。常见健康问题的社区护理和疾病的医院护理有所不同，主要表现在：

1. 护理服务的场所在社区和家庭 社区护士面向社区所有的人群，主动提供相关服务。一方面，不仅需要解决群众上门寻求帮助的问题，而且更需要主动发现问题，提供帮助；另一方面，由于服务场所不同，工作的方式方法也有区别，护理必须适应社区和家庭的实际情况，照搬医院护理的一套做法在社区护理服务中行不通。

2. 护理对象广泛 社区护理服务对象是社区所有的人，不仅包括已确诊的慢性病患者、处于未分化状态的健康问题病患者，还包括高危人群和健康人群。社区护理必须对不同人群给予不同的护理帮助，例如，要对慢性病患者群体进行不同类型慢病的管理；对处于未分化状态的健康问题病患者给予对症处理和护理；要加强高危人群的管理；对健康人群，要采取促进健康的措施以增进他们的健康，减少疾病的发生。

3. 护理措施全面、综合 护理过程中要考虑护理对象个人、家庭及社区因素，关注护理对象的生理、心理和社会等方面的健康状况，要特别注意发挥患者及其家属的力量，与之建立信任的合作伙伴关系，运用综合的护理手段，提供预防、保健、健康教育、康复以及与治疗有关的护理等服务，采取适合社区及家庭条件和个人需求的护理措施，帮助护理对象有效地进行自我健康管理，提高生活质量。也就是说，社区护士为社区人群的常见健康问题提供护理服务必须运用全方位的策略。

（二）社区常见健康问题的护理观

1. 服务群体的观念 社区护理的服务对象不仅包含个体，更重要的是群体，目标是群体健康。当我们遇到某一个健康问题时，不仅要护理具有该健康问题的患者，而且要能去关注具有这一问题或可能发生这一问题的群体。例如，当我们接诊一个腮腺炎患儿时，不仅要及时护理患者，更要能够立即主动评估他就诊前的生活环境，与他接触过的其他儿童，采取有效措施以防止那些接触者受到传染。又如，护理高血压的患者，同时要管理社区所有患高血压病和具有患高血压病高危因素的人群。

2. 疾病的三级预防观念 在医院护理中，护士主要是作为照顾者的角色发挥作用，而在社区护理中，尽管照顾者的角色也十分重要，但还不够，社区护士的角色要能充分体现实践护理工作的基本职责，即减轻痛苦、维持健康、恢复健康和促进健康。社区护士除对居家患者及有健康问题的患者提供熟练的护理照顾之外，还应致力于预防疾病或延缓疾病的发生，以减少疾病对人群的影响，帮助那些面临危机情况者，使他们获得健康。为个人、家庭、社会团体及整个社区提供知识，并鼓励他们建立有利于健康的生活习惯。因此，在学习常见健康问题的护理时，要特别注意这些问题的三级预防护理措施。

“三级预防”又称综合性预防，指第一级预防、第二级预防和第三级预防。它是以全民

为对象而实施的全方位、整体的卫生服务。

(1) 第一级预防又称病因预防，目的是切断各种健康危害因素和病因对人体作用的途径，并采取各种措施提高人群的健康水平。这是最积极最有效的预防措施。主要手段包括个体预防和社区预防两个方面。

个体预防包括：①良好生活方式、卫生习惯的培养与建立；②讲究精神卫生；③适当的体育锻炼；④饮用安全卫生水；⑤科学的营养膳食；⑥加强食品卫生；⑦良好的居住环境。

社区预防包括：①健康教育；②妇女不同时期的保健；③儿童不同时期的保健；④预防注射与计划免疫，预防传染病的发生；⑤保护环境，防止空气、水、土壤的污染；⑥制定工业环境卫生标准、安全法规、提供安全的工作环境，防止职业病的发生，减少伤残率；⑦制定环境卫生标准和食品卫生法。

(2) 第二级预防又称临床前期预防，指在疾病的临床前期做好早期发现、早期诊断、早期治疗的“三早”预防工作。主要方法有周期性健康检查、社区筛检、高危人群重点检查等。

(3) 第三级预防又称临床预防，主要是通过采取积极有效的措施，防止病情恶化，预防并发症，防止伤残。即做到病而不残，残而不废。在社区护理工作中，与治疗有关的护理、用药观察、病情观察、康复护理措施等都属于三级预防的内容。

3. 以人为本的护理服务理念 “以人为本”的护理也称“以人为中心”的护理，要求护士用全人的观点来看待自己的服务对象，从生理、心理及社会等各方面充分了解自己的服务对象，熟悉其生活、工作、社会背景和个性类型，以便提供有针对性的、适宜的护理服务。

社区护理服务“以人为本”，有两方面的含义：其一，以人的健康为中心，服务对象不仅仅是患者，还包括健康人，要对处于不同健康状态的个体，提供不同需要的卫生保健服务（这实际上反映了三级预防的观点）；其二，提供服务时，要坚持一切从人的需要出发，以调动和激发人的积极性和创造性为根本手段，从而达到提高服务效率和促进人的不断发展的目的。

社区护理以人的生命周期不同阶段中最常遇到的健康问题或常见的、多发的疾病为主要工作内容，社区护士负有长期照顾社区成员个体健康的责任。在护理服务过程中的“以人为本”要体现：能了解服务对象的社会、家庭背景以及风俗习惯、生活方式等；护理措施要全面考虑生物、心理及社会因素；让社区个体充分知情，积极参与；对个体的愿望和需求应答准确迅速；加强护患双方的交流；为个体提供有效咨询与帮助；维护个体的尊严；鼓励个体反馈信息并认真听取他们的意见；当不良反应发生时需直言相告等。这样，大部分个体对护理服务的过程与结果都会感到比较满意，且能较好地遵从医嘱、护嘱，从而采取有利于健康的行为，以更好地维持和促进健康。

三、学习社区常见健康问题的知识

本课程主要是帮助回顾常见健康问题的基本知识和基本理论，重点突出社区护理方法。在这些方法中，我们将运用三级预防的观念，区分不同状态下的护理措施，这些措施都是护士职权范围内可以采用的、最基本的也是实用、有效的措施。

(一) 要应充分利用个人的护理经验

本课程涉及许多基本知识和基本方法在以往的护理专业课程中学习和实践过，本课程对

相应的基本知识和基本理论实际上是一个回顾的过程，因此，自学者应该充分利用过去的学习及实践经验，以便更好地认识各类健康问题。特别提请注意的是，教材对疾病的描述，注重突出社区的特点，例如对病因的叙述可能更加倾向于社区常见病因，对临床表现的描述有的包含在病情判断中等。这些方面在自学过程中值得关注。

(二) 要重视对各章概论的学习

教材在某些章安排了概论一节，这是因为这些章所涉及内容比较多，而且同类问题在社区预防干预方面有共同之处，因此采取了综合叙述的方法。这些内容能够帮助学习者建立认识和干预这类健康问题的基本思路，建立了这样一种基本思路将有利于对各论的学习。

(三) 要关注护理措施的综合性，重视健康教育

社区护理措施是全方位、综合性的。不仅有针对生理因素的护理措施，还有针对家庭和社区因素的护理措施，同时也兼顾了中西医护理措施。健康教育是社区护理的一项重要措施。学习常见健康问题的护理，不仅要关注疾病照顾的知识、理论和技术，还要重视健康教育内容、方式方法及健康促进策略，以唤醒人们的健康意识，促使人们认识和改变不利于健康的生活方式，鼓励和帮助其建立有利于健康的生活习惯。学习中，要特别关注每个健康问题的具体教育内容是什么，适合采用的方式方法是什么，并尽可能在工作中实践这些方法。

(四) 要通过深入学习重点内容，形成护理社区常见健康问题的工作思路

大纲已指明了课程的重点，在章节的基本要求中也指明了章节的重点。这些重点内容大多是涉及护理措施的，而且教材在编写这部分内容时，特别突出了社区护理的手段。尽管各章书写护理措施的顺序不同，但都体现了三级预防护理，包含了对患者个人的护理措施、对家庭的护理建议以及对社区资源的利用等方面，而从对患者个人的护理措施来看，又主要包括了与治疗有关的护理措施、用药观察、心理支持、康复措施、实用中医护理措施、预防护理措施等。即突出了三级预防护理、整体护理、中西医结合护理三大领域；考虑到了个人、家庭及社区三个层面。这样一种思路能够帮助学习者更好地理解 and 运用所学知识。

(五) 要重视与实际的结合

本课程阐述的内容都是社区护理实践中常见的，在学习过程中一定要与自己的工作实践紧密地结合起来，将理论运用于实践，通过实践巩固所学，从而将知识转化为能力，不断提高自身判断问题、分析问题和解决问题的能力。

(陈佩云)

第一章 常见疾患的社区护理

第一节 发 热

一、基础知识

(一) 定义

发热是指机体在致热原的作用下使体温调节中枢的调定点上移而引起的调节性体温升高。一般而言,当腋下温度超过 37°C ,口腔温度超过 37.5°C ,直肠温度超过 37.6°C ,称为发热。发热是机体对致病因子的一种防御反应。

(二) 常见原因

1. 感染性因素

(1) 细菌: 伤寒、结核、细菌性痢疾、肺炎、败血症、肝脓肿等。

(2) 病毒: 流感、肠道病毒感染、急性传染性肝炎、麻疹等。

(3) 原虫: 疟疾、阿米巴病等。

(4) 其他: 真菌、立克次体、抗原-抗体复合物、类固醇物质等。

2. 非感染性因素 包括恶性肿瘤、自身免疫病、遗传及代谢疾病、体温调节中枢的失常以及某些化学物质。

(三) 表现

1. 程度 以腋窝温度为例,发热程度可划分为:

(1) 低热: $37.5\sim 38.0^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 中等热: $38.1\sim 39.0^{\circ}\text{C}$ 。

(3) 高热: $39.1\sim 40.4^{\circ}\text{C}$ 。

(4) 超高热: 40.5°C 以上。

2. 热型

(1) 稽留热: 体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右,达数日或数周,4小时波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等急性传染性疾病的急性期。

(2) 弛张热: 体温在 39°C 以上,24小时内温差达 1°C 以上,体温最低时仍高于正常水平,见于败血症、风湿热、化脓性疾病等。

(3) 间歇热: 高热期和无热期交替出现。见于疟疾、淋巴瘤、急性肾盂肾炎等。

(4) 不规则热: 发热无一定规律,持续时间不定。见于恶性肿瘤、流行性感胃等。

3. 各系统反应 发热最典型的表现是体温升高,同时伴有由发热引起的各系统表现:如心率增快,一般体温每升高 1°C ,成人心率增加10次/分钟左右,儿童增加15次/分钟;呼吸加深加快;消化液分泌减少,胃肠蠕动减弱,引起食欲不振、舌苔、口干、呃逆、便秘、消化不良等;头痛、头晕、烦躁不安和痉挛等,尤其以婴幼儿期的“热惊厥”更为常

见，主要表现为全身或局部肌肉抽搐，可伴短暂意识丧失；尿量减少，尿色变深；高热持续不退者还容易产生烦躁、紧张、焦虑不安等心理反应。

(四) 常用治疗方法

1. 药物治疗

(1) 西药治疗：主要使用解热镇痛剂，其分为类固醇及非类固醇两种。

(2) 中药治疗：常用发汗退热法：如麻黄汤或银翘散。

2. 非药物治疗

(1) 物理降温：中等热患者可用冰袋、湿冷毛巾等置于前额、腋下及腹股沟等处，通过冷传导的方式帮助降温。冷敷头部还可以减轻因发热所致的头胀头痛。高热患者，可用酒精擦浴，或用薄荷乙醇浸剂或紫苏乙醇浸剂，其降温效果更佳。擦浴后用10%的盐水冰袋冷敷，降温效果优于清水冰袋。

(2) 中医针刺法：针刺大椎穴，配合刺血、拔罐、刮痧等方法，疗效显著。

二、护理措施

(一) 病情观察

1. 发热的症状和体温的变化 每天测量体温、脉搏和呼吸4次，必要时可重复测量，做好记录。采用退热措施后半小时测体温1次。

2. 观察伴随症状 注意观察患者有无皮疹、寒战、呼吸急促，肌肉和关节疼痛、恶心、呕吐、腹泻、头痛、嗜睡以及惊厥等。需立即就医的情况有：

(1) 伴腹泻、呕吐：提示急性胃肠炎或细菌性痢疾。

(2) 高热伴呼吸急促、喘憋：提示肺炎。

(3) 高热伴头痛、呕吐、嗜睡、抽搐等症状，提示脑膜炎或脑炎。

(4) 儿童发热伴皮疹：提示水痘、流行性腮腺炎等传染性疾病的可能。若发热同时出现异常嗜睡、拒绝饮水、耳痛、呼吸急促、呼吸困难及严重头痛等征象者也应立即就医。

3. 观察出入量 包括尿量、体重，及时了解体液平衡情况。

4. 观察应用退热药的反应 应重点观察患者服药后体温变化情况。若出现大汗淋漓，应多给患者饮糖盐水，更换内衣，以防着凉；注意观察患者有无面色苍白、皮肤湿冷和呼吸急促等虚脱症状。此外，退热剂有一定的副作用，主要是胃肠道的刺激症状，可以让患者适当进食后再服退热药，以减轻患者可能出现上腹部不适，恶心，呕吐等副反应。

(二) 对症护理

1. 物理降温 使用30%酒精，酒精温度为41~43℃进行擦浴，部位为颈侧、腋窝下及腹股沟，或按大动脉走行进行擦浴，禁擦后背、胸前区、腹部和足底等处，以免发生不良反应。在使用冰袋时要经常更换部位，防止冻伤，禁止将冰袋置于胸、腹部及足底；无论采用何种降温方法，都应在足心置热水袋以减轻脑组织充血，促进散热，增强舒适感。

注意：对有出血倾向或皮疹、皮下出血点及伴有皮肤性损伤的患者禁用酒精浴；高热寒战或刚服过退热药患者不可冷敷或擦浴；婴幼儿在出麻疹时也不宜采用冷敷和酒精擦浴降温，以免刺激皮肤，影响皮疹透发。物理降温尤其是酒精擦浴勿与药物降温同时进行，因为药物降温主要是通过皮肤毛孔张开散热达到降温的目的，而酒精擦浴时会使表浅血管收缩，两者拮抗，会降低疗效。

2. 药物降温 疾病诊断明确，且物理降温效果不明显的，可服用退热药；无高热惊厥家族病史又未曾出现过高热惊厥的幼儿；体温超过 39°C 时，应使用退热剂；对于有高热惊厥病史或已出现过高热惊厥的小儿，体温超过 38.5°C 即应服用退热剂；对于发热同时出现头痛、失眠、烦躁以及精神兴奋等神经系统表现时，可酌情早些应用退热剂。但新生儿期发热不宜采用药物降温，因为新生儿体温调节功能尚未发育完善。婴幼儿一般感染所致的发热最好先采用适当的物理降温措施。对原因不明的发热不要轻易使用，以免影响对热型及临床症状的观察。

目前常用的退热剂为乙酰水杨酸（阿司匹林）、对乙酰氨基酚（扑热息痛）、吲哚美辛（消炎痛）、布洛芬以及上述药物的混合制剂。

（三）中医护理

对于药物或物理降温无效的患者，可采用中医针刺降温法。方法为针刺大椎穴，采用强刺激提插 5~7 次；然后在该穴处拔火罐。或配合针刺风池、曲池、合谷（双），得气后施提插捻转法 5 分钟；患者有出汗现象，间隔 10 分钟后再行第 2 次提插捻转，以遍身出汗为宜，留针 30 分钟即可。注意：此法需由经过专门培训后的护士或相关专业人士实施。

（四）日常生活指导

1. 生活护理

（1）休息环境：为患者创造一个安静的休息环境，保持空气的流通，每日通风 2 次，每次 15~30 分钟，并注意患者的保暖。保持室内温度 $18\sim 22^{\circ}\text{C}$ ，湿度 $50\%\sim 70\%$ 。

（2）口腔护理：晨起、餐后和睡前协助患者漱口，以减轻口唇干裂、口干、口臭及舌苔过多等现象。

（3）饮食及饮水：给予美味可口、清淡、易消化、高热能、高维生素、高蛋白的流食或半流食。并嘱其少量多餐。高热时鼓励患者多饮水，应保证每日入水量在 3000ml 左右，但切勿给予患者冷饮及冷食，以免引起寒战。

（4）皮肤护理：高热患者在退热过程中大量出汗，应及时擦干汗液，更换衣服及床单，注意保暖，保持皮肤的清洁、干燥。对长期持续高热者，协助其改变体位，防止褥疮、肺炎等并发症。

2. 发热不同阶段的护理要点

（1）体温上升阶段：此阶段要注意患者的保暖，多喝水，仔细观测体温的上升情况和患者的精神状态。由于患者皮肤血管处于收缩状态，切忌用冷敷或酒精擦浴等物理降温措施，以免发生周围循环不良。因为体温上升时，患者的皮肤血管收缩，汗腺分泌减少，此时体温虽然在上升，但皮肤表面的温度却是降低的。

（2）体温持续阶段：体温达到一定高度，皮肤的血管开始扩张散热，体表血流量增加，呼吸和脉搏加速。当患者面色潮红，体温超过 38°C 时，必要时可给予物理降温，比如用冷敷。

（3）体温下降阶段：体温逐渐下降的时候，由于患者皮肤血管进一步扩张、出汗、皮肤表面温度增高，应及时更换被汗水浸湿的衣服和被褥，防止受凉。

3. 高热惊厥患儿的家庭护理 高热惊厥是儿科常见的急症。由于高热惊厥发病突然，家长应该作为进行紧急治疗的首要实施者。遇到孩子高热惊厥时，应首先用指尖或针灸针刺压小儿的人中、百会、合谷、十宣等穴位；同时将孩子侧卧，以防止呕吐时呕吐物误吸人气

管,引起窒息。已出牙的小儿在惊厥时,因牙关紧闭有可能咬伤舌头,家长可用缠有纱布的筷子或勺柄做成牙垫,从嘴角塞入,卡在小儿上下牙之间。若不能及时准备好牙垫,可用手帕折叠后临时替代。切勿用自己的手去掰开小儿的嘴,以免造成手指咬伤。及时将小儿送往医院,接受医生的正确治疗。

(林劲秋)

第二节 咳 嗽

一、基础知识

(一) 定义

咳嗽是紧跟吸气后的一个爆发性呼气动作。大部分咳嗽来自呼吸道黏膜。咳嗽是呼吸系统中最常见的症状之一,也是一种保护性的反射动作,当呼吸道黏膜受到异物、炎症、分泌物或过敏性因素等刺激时,即反射性地引起咳嗽,同时呼吸道的分泌物和异物也借助咳嗽而排出体外。

(二) 常见原因

1. 炎症性刺激 常见于各种支气管及肺部疾患,如:急慢性咽炎、喉炎、急慢性支气管炎、肺炎、肺结核、百日咳和支气管扩张等症。

2. 机械性刺激 由于灰尘、烟、小异物或食物吸入气管而引起。

3. 化学性刺激 受刺激性气体、尘埃、浓烟等刺激引起。

4. 温度刺激 吸入高温空气或冷空气刺激引起。

5. 呼吸道以外的刺激 如耳部疾病、食道疾病、腹部创伤或手术等。

6. 其他原因 如风湿热、红斑狼疮、白血病等所致的肺浸润;呼吸道本身或邻近肿瘤的压迫、纵隔淋巴结肿大的压迫或牵引;呼吸道黏膜接触过敏源等。此外,干性胸膜炎、自发性气胸及某些脑膜、心脏疾患、胃病等也可引起咳嗽。

(三) 表现

因原发疾病或病因不同,咳嗽可表现为干性咳嗽、单声咳嗽、刺激性咳嗽、慢性咳嗽(通常指发作时间超过8周的咳嗽)等;咳嗽的声音可高亢也可嘶哑;咳嗽的时间可在清晨,也可在夜间;咳嗽时有稀痰或浓痰等。咳嗽同时还伴原发疾病的其他表现:如发热或畏寒、头痛、鼻塞、流鼻涕、咽喉发痒或肿痛、肢体酸痛等。

(四) 常用治疗方法

根据病因对症治疗,如戒烟、抗感染治疗、手术切除病灶、避免接触过敏原等。在疾病诊断明确时,可适量给予止咳、祛痰剂,以促进痰液的咳出,减轻咳嗽症状。以下方法对减轻咳嗽、咳痰的症状有一定效果:

1. 雾化吸入疗法 有助湿润气道,促使咳痰。

2. 中医疗法

(1) 拔火罐疗法:取穴大椎、风门、肺俞、膏肓、曲垣;患者取俯伏坐位或俯卧位,取大小适宜的火罐用闪火法或投火法等,将火罐吸拔在所取穴位上,留罐10~15分钟。每3~4天治疗1次(根据皮肤反应而定),5次为1疗程。

(2) 穴位注射止咳法：对于顽固久治不愈的咳嗽，可选择廉泉穴及阿是穴进行穴位注射。二穴均位于咽喉部，廉泉穴位于颈前正中、喉结上方，有通利咽膈、清热化痰之功，喉结下方是阿是穴。行穴位注射时，穴位局部皮肤常规消毒后，以 5ml 一次性空针抽取新鱼腥草素钠注射液 2ml (4mg)、林可霉素 1ml (0.3g)、2%利多卡因 0.5ml 混合液共 3.5ml 快速直刺穴位约 3mm 深，回抽无血液及空气后每穴各注入混合液 1.75ml，隔日 1 次，一般 3 次为 1 疗程。大部分 1 疗程后痊愈。

二、护理措施

(一) 病情观察

参照咳嗽的特点和痰液的性状进行病情判断，一般慢性咳嗽和呼吸系统感染引起的咳嗽可在家中处理，如果咳嗽伴胸痛或呼吸困难应立即就医。

1. 观察咳嗽性质 干性咳嗽也即咳嗽无痰，常见于咽喉炎、支气管炎、肺充血、肺脓肿、肺结核空洞等；单声咳嗽见于咽喉炎、气管炎初期、胸膜炎、早期轻型肺结核等；慢性咳嗽见于慢性支气管炎、支气管扩张、慢性肺脓肿等；发作性咳嗽见于气管异物、气管受压迫、百日咳、急性喉炎等；咳嗽声高亢呈金属声多见于纵隔肿瘤、支气管肺癌、主动脉瘤压迫气管等；嘶哑性咳嗽多见于声带炎、喉炎、喉结核、喉癌；无力性咳嗽多见于声带水肿及麻痹和极度衰竭者；犬吠样咳嗽多见于百日咳、喉炎、癌瘤等；晨起咳嗽多见于上呼吸道慢性炎症；夜间咳嗽则见于慢性心功能不全和肺结核。

2. 观察咳嗽伴随症状 咳嗽伴有发热者常表示呼吸系统存在感染；咳嗽伴胸痛多见于胸膜炎、大叶肺炎、纵隔肿瘤及支气管癌等；咳嗽伴有呼吸困难常见于喉炎、喉肿瘤、肺气肿、重症肺炎、胸腔积液及积气、肺水肿或肺淤血；咳嗽伴有呕吐多为百日咳、慢性咽炎；咳嗽伴有喘息可见于支气管哮喘、气管内异物等。

3. 观察咳痰性状

(1) 量：痰液量增多反映支气管和肺部的化脓性炎症在进展；痰液量减少，提示病情好转，中毒症状减轻，但需排除支气管阻塞及痰不易咳出的情况。

(2) 颜色：正常痰液为白色或灰白色；黄色或黄绿色痰液见于呼吸道化脓性感染、慢性支气管炎；绿色见于黄疸、绿脓杆菌感染；红色或红棕色见于肺炎、肺结核、支气管扩张及肺梗死等；粉红色泡沫痰是急性肺水肿的特殊症状；铁锈色痰为大叶性肺炎的特殊症状；果酱样或烂桃样痰见于肺吸虫病；红褐色或巧克力色痰见于肺阿米巴病、阿米巴肝脓肿破溃侵入肺者；黑色痰多见于吸入大量粉尘者、大量吸烟者、煤矿工和锅炉工。

(3) 气味：伴有厌氧菌感染时，痰有恶臭味，如肺脓肿、支气管扩张、晚期支气管肺癌、肺坏疽等。如为含黏液的大量痰液有肺泡癌的可能。

(4) 其他：黏液性痰多见于急性支气管炎、早期肺结核、病毒性肺炎、支气管或肺真菌感染；泡沫状痰多见于慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等；脓性痰多见于支气管炎的后期、肺炎、肺结核伴有细菌感染、支气管扩张、肺脓肿；血痰见于肺结核、肺癌。

(二) 对症护理

1. 用药护理 对剧烈的刺激性干咳，遵医嘱给予镇咳药物并指导患者正确服用，防止发生晕厥、肋骨骨折、气胸等。痰液较多、年老体弱者不宜使用强镇咳药，以免发生窒息。

2. 指导、协助咳嗽排痰

(1) 指导深呼吸和有效咳嗽：每2~4小时进行数次深呼吸、有效咳嗽。指导患者先进行5~6次深呼吸，再深吸气后保持张口，然后浅咳一下将痰咳至咽部，再迅速将痰咳出；或者缓缓吸气，同时上身向前倾，一次吸气，连续咳三声。

(2) 协助排痰：卧床患者定时给予翻身、拍背。按体位引流的原则采用叩击和震颤的方法，使痰液从细支气管引流到大气管，以利排出。体位引流用于肺脓肿、支气管扩张等大量痰液者。按照发病部位，采取便于肺段支气管引流体位，使气管内痰液借体位顺利经支气管咳出。方法：根据病变部位，指导患者躯体倾斜 $10^{\circ}\sim 30^{\circ}$ ，即患肺处于高位，引流支气管口向下，便于体腔内痰液引流，引流体位固定后，嘱患者深呼吸，鼓励咳嗽，并同时做体位叩击，以增加引流效果，缩短引流时间。同时观察患者的反应，患者感气急、心悸或分泌物大量涌出，易发生意外或窒息；当患者出现面色苍白、冷汗、头晕、血压下降及大咯血时，应立即停止体位引流，使其处于平卧位或坐位，并立即通知医生。体位引流伴低氧的患者，根据其耐受程度决定引流的时间和次数，一般每次引流15~30分钟，每日2~3次，同时给予氧气吸入。注意观察引流痰液的量、颜色、气味等。引流完毕后，用温开水漱口。观察引流量是否逐日减少，当每日痰量减至30ml以下，可停止引流。如意识不清，可协助气管内吸痰。

(三) 中医护理

1. 麝香止痛膏止咳法

(1) 剪1块3厘米见方的麝香止痛膏，贴于喉结下方凹陷处，3日内即可见效。

(2) 取指甲大小的大蒜泥放在麝香止痛膏中央，待洗完脚后，在双脚涌泉穴（足掌心前1/3与后2/3交界处）周围涂少许凡士林，再对准穴位贴上放有蒜泥的膏药，连贴4次，可治咳嗽。

2. 按摩止咳法 当咳嗽时，可将食指用力按压两个耳垂下面的部位，便可减少咳嗽，甚至停止咳嗽。

3. 川贝冰糖梨治咳嗽法 将1个梨连皮切碎，加入冰糖水煎服；或切下梨盖，剜除内核，倒入3克川贝粉，再覆上梨盖，隔水蒸后，饮汁吃梨。每日服用1个，能治久咳少痰等症。

4. 生姜擦抹法 取1小块生姜剖开，将剖开有鲜汁的一面放于炉火上烤热后，擦抹患儿的头颈前后、肩部，可使患儿止咳安眠。

5. 中成药用药指导

中医通常将咳嗽分为风热、风寒、痰湿、痰热、阴虚燥热五个证型，治疗时根据各证型表现不同，选用成药也有区别。

(1) 风寒咳嗽：患者表现为咳嗽痰稀，气急咽痒，伴有头痛、鼻塞、流清涕、怕冷、稍有发热、无汗、肢体酸痛等。一般选购：①通宣理肺口服液：口服，每日2~3次，成人每次20毫升。忌吃生冷油腻食物。高血压、心脏病、糖尿病患者禁止服用。②解肌宁嗽丸：口服，每日两次，1岁每次服半丸；两岁以上每次服1丸。适用小风寒咳嗽。忌吃生冷油腻食物。

(2) 风热咳嗽：患者表现为咳嗽气粗，或咳声嘎哑，痰黏稠或黄稠，咯痰不爽，常伴发热、口干、咽喉疼痛等。一般选用：①川贝止咳露：口服，每日3次，成人每次15毫升。服药时，忌食生冷油腻食物。糖尿病患者禁用。②川贝清肺糖浆：口服，每日3次，成人每

次 15~30ml。不是感冒引起的咳嗽、大便溏泄患者及婴儿最好不用。寒咳、胃寒呕吐、糖尿病患者禁服。

(3) 痰湿咳嗽：患者表现为咳嗽痰多，咳声重浊，痰白黏腻或稠厚或稀薄，早晨咳嗽咯痰尤甚，喉间常呼噜呼噜作响，胸闷吐清水，不想吃东西等。一般选用：①橘红片：口服，成人每日两次，每次 6 片。服药期间忌食辛辣油腻食物；寒咳、虚咳不宜服。②苏子降气丸：口服，成人每日 1~2 次，每次 6 克。服药期间，忌食生冷肥腻食物；避免风寒；热咳、虚咳、干咳无痰患者禁用。

(4) 痰热咳嗽：患者表现为咳声连连，痰少质黏，难以咯出，发热咽干口渴，胸闷胁痛气喘等。一般选用：①二母宁嗽丸：口服，成人每日两次，每次 1 丸。风寒咳嗽、痰量多而持续咯痰的患者不宜服；忌辛辣食物。②止嗽定喘口服液：口服，每日 2~3 次，成人每次 10ml。患高血压、心脏病及糖尿病患者慎用本品。

(5) 阴虚肺燥咳嗽：患者表现为干咳少痰，或痰中带血丝，不易咯出，咽干或疼痛等。一般选用：①养阴清肺膏：口服，成人每日 2~3 次，每次 10~20 毫升。忌辛辣油腻食物；咳嗽痰多患者不宜服用；孕妇、糖尿病患者禁服。②百合固金丸：口服，成人每日两次，每次 1 丸。服药期间，不宜抽烟喝酒，不宜吃油腻、腥冷、辛辣食物。脾虚大便溏泻者忌服。③秋梨润肺膏：口服，每日两次，成人每次 10~20 克。忌辛辣食物；糖尿病患者禁止服用。

(四) 咳嗽食疗

1. 小儿咳嗽

(1) 冰糖豆腐：将 50 克冰糖放在大碗中，另取一小碗反扣于大碗中，再将用盐卤点制的鲜嫩豆腐 500 克切成薄片状；在小碗背上铺盖一圈，然后隔水蒸 30 分钟左右，拿去豆腐和小碗，取冰糖豆腐汁趁热饮下，可治小儿咳嗽。

(2) 蜂蜜鸡蛋：将 15 克蜂蜜拌入 2 只炒熟的鸡蛋中，每日 1 次，连用数日，小儿咳嗽一般可愈。

(3) 生姜芝麻杏仁：取 1 汤匙炒熟磨细的芝麻、6 克甜杏仁、1 块生姜，加适量水煎汤，加 1 汤匙蜂蜜饮服，可治小儿慢性咳嗽。

2. 久咳不愈

(1) 冰糖香蕉：香蕉 1~2 只，用冰糖炖服，对久治不愈的咳嗽有疗效。

(2) 花生红枣蜂蜜：取花生米、红枣、蜂蜜各 30 克，用水煎煮饮汤，花生米和枣一起吃下，每日 2 次，可治久咳。

(3) 生姜蛋：用豆油煎荷包蛋，在蛋黄处加入少许生姜丝，煎熟后趁热服食，每日 2 次，可治久咳无痰。

(4) 猪肺杏仁萝卜：取 1 具猪肺、1 只白萝卜、10 克杏仁，加适量水，用文火煮烂，食肺喝汤，可治久咳不愈。

(5) 猪肉米酒：取 50 克瘦猪肉、少许米酒，加适量清水，隔水蒸熟后食用，可治久咳。

(6) 生姜汁+梨汁+白萝卜汁：取生姜汁、梨汁、白萝卜汁各 30 克，鸡蛋清 1 个，调匀后用沸水冲服。适用于久咳不止。

(7) 花生米+大枣+蜂蜜：取花生米、大枣、蜂蜜各 50 克，水煎服食，每日 2 次。适用于久咳不止。

3. 慢性咳嗽伴咳痰