



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

# 儿 科 护 理

ER KE HU LI



主编：朱晓琴、杨艳

主讲：\*\*



儿科护理



# 第十六章 传染病患儿护理

---



# 目录

> 第一节 麻疹

> 第二节 水痘

> 第三节 流行性腮腺炎

> 第四节 手足口病

> 第五节 猩红热

> 第六节 中毒型细菌性痢疾

> 第七节 小儿结核病

## 学习目标

1. 知识目标：掌握麻疹、水痘、流行性腮腺炎、手足口病、中毒型细菌性痢疾、猩红热、原发型肺结核、结核性脑膜炎的临床表现及护理措施。
2. 能力目标：能根据常见感染性疾病患儿的实际情况制订护理计划并实施护理、并对儿童常见感染性疾病进行预防感染传播的管理和健康宣教。
3. 素质目标：具备从事儿童感染性疾病护理工作的科学精神和职业素质，并能积极参与感染性疾病、突发公共卫生事件的处理与预防

## 概 述

传染病是由病毒、细菌、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌和寄生虫感染人体后产生的有传染性的疾病。

## 一、传染过程

传染过程简称传染，是指病原体侵入人体，人体与病原体相互作用、相互斗争的过程。

是否引起疾病取决于病原体的致病力和机体的免疫力两个因素。

### 不同的结局

病原体已清除

隐性感染

显性感染

病原携带状态

潜伏性感染

## 二、传染病的基本特征

- 1、有病原体
- 2、有传染性
- 3、有流行性、季节性、地方性
- 4、感染后免疫性 人体感染病原体后，产生特异性免疫应答。

### 三、传染病流行的三个环节

#### 1、传染源

传染源包括病人、病原携带者、受感染的动物。

#### 2、传播途径

空气、水、食物、接触、虫媒、血液、土壤及母婴传播。

#### 3、人群易感性

对某种传染病缺乏特异性免疫力的人为易感者

#### 四、影响流行过程的因素

影响传染病流行过程的因素分为自然因素和社会因素。

#### 五、传染病的临床特点

病程发展有阶段性，分为：潜伏期、前驱期、症状明显期、恢复期。

#### 六、传染病的预防

1、管理传染源 对传染病病人管理必须做到五早：即早发现、早诊断、早报告、早隔离、早治疗。

2、切断传播途径

## 案例导入

### 案例

下午五点，一位年轻母亲抱着一个4岁小男孩慌慌张张来门诊看病。母亲焦急地说孩子昨天晚上有点发热，咳嗽，流鼻涕，以为感冒了，在家自服“感冒药”，今早继续送他上幼儿园。刚从幼儿园接到孩子，发现孩子眼睛红了，眼角还有眼泪，小脸蛋也涨得通红，于是来医院看看。初步考虑：麻疹。

### 思考

请给家长讲解麻疹的发病过程及皮疹特点。

请给患儿及家长讲解消毒、隔离知识。

## 第一节 麻疹

◆麻疹是麻疹病毒所致的小儿常见的急性呼吸道传染病。任何季节均可发病，以冬春季节多见。好发于6个月至~5岁的小儿。

◆临床特征：发热、上呼吸道感染（咳嗽、流涕）、结膜炎、口腔麻疹黏膜斑（又称柯氏斑，Koplik's spots）、皮肤特殊斑丘疹、疹退后遗留色素沉着伴糠麸样脱屑

◆本病传染性强，病后大多可获得终身免疫

## 一、病原学

- ◆ 麻疹病毒
- ◆ 人是唯一宿主
- ◆ 病毒不耐热
- ◆ 对日光和消毒剂均敏感
- ◆ 随飞沫排出的病毒在室内可存活至少32小时
- ◆ 在流通的空气中或阳光下半小时即失去活力

## 二、流行病学

- ◆ 传染源：麻疹患者（病人是唯一传染源）
- ◆ 传播途径：呼吸道飞沫传播（主要）
- ◆ 易感人群：普遍易感
- ◆ 患儿自出疹前5天至出疹后5天内均有传染性，如有并发肺炎传染期可延长至出疹后10天

### 三、护理评估

#### （一）健康史

1. 询问有无麻疹患者密切接触史，有无麻疹减毒活疫苗接种史及接种时间。
2. 询问患儿的营养状况
3. 询问发热与皮疹的关系、皮疹的出疹时间、出疹部位和出疹顺序等。

## (二) 身体状况

1. 潜伏期 一般为6~18天（平均为10天左右）

2. 前驱期：3~4天

(1) 主要表现：发热、上呼吸道感染和结膜炎、麻疹黏膜斑，类似感冒，结膜充血，畏光流泪

### ① 麻疹黏膜斑（柯氏斑）

时间：发疹前1~2天出现

位置：开始见于下磨牙相对的颊黏膜上

形态：直径约0.5~1mm的灰白色小点，外有红晕



麻疹黏膜斑

3. 出疹期：3~4天，出疹时体温更高。

◆ 出疹顺序：耳后、发际→额、面、颈→躯干、四肢→手掌、足底

◆ 皮疹性质：淡红色充血性斑丘疹，

◆ 疹间皮肤正常

4. 恢复期

◆ 3~4天皮疹消退

◆ 糠麸样脱屑及棕色色素沉着

◆ 体温降至正常，全身症状改善



麻疹

#### 4. 常见并发症

◆ 肺炎：(最常见)

◆ 喉炎

◆ 心肌炎

◆ 麻疹脑炎

◆ 结核病恶化

## 小儿常见出疹性疾病的鉴别

|      | 病原      | 全身症状及其他特征                                 | 皮疹特点                                      | 发热与皮疹的关系                           |
|------|---------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------|
| 麻疹   | 麻疹病毒    | 发热、咳嗽、畏光、鼻卡他、结膜炎， <u>Koplik斑</u>          | 红色斑丘疹， <u>自头面</u> 部→颈→躯干→四肢，退疹后有色素沉着及细小脱屑 | 发热3~4天后出疹， <u>出疹期为发热的高峰期（热盛疹出）</u> |
| 风疹   | 风疹病毒    | 全身症状轻，耳后、枕部淋巴结肿大并触痛                       | 面颈部→躯干→四肢，斑丘疹，疹间有正常皮肤，退疹后无色素沉着及脱屑         | 症状出现后 <u>1~2天</u> <u>出疹（快）</u>     |
| 幼儿急疹 | 人疱疹病毒6型 | 主要见于婴幼儿，一般情况好，高热时可有惊厥，耳后枕部淋巴结亦可肿大，常伴有轻度腹泻 | 红色细小密集斑丘疹，头面颈及躯干部多见，四肢较少，一天出齐，次日即开始消退     | 高热3~5天， <u>热退疹出</u>                |

|        | 病原         | 全身症状及其他特征                                      | 皮疹特点                                          | 发热与皮疹的关系       |
|--------|------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|
| 猩红热    | 乙型溶血性链球菌   | 发热、咽痛、头痛、呕吐、 <b>杨梅舌</b> 、环口 <b>苍白圈</b> 、颈部淋巴结肿 | 皮肤弥漫性充血，上有 <b>密集针尖大小丘疹</b> ，全身皮肤均可受累，疹退后伴大片脱皮 | 发热1~2天出疹，出疹时高热 |
| 水痘     | 水痘-带状疱疹病毒  | 典型水痘全身症状轻，表现为发热、全身不适、食欲缺乏等。重症水痘可出现高热及全身中毒症状    | 皮疹分批出现，按红色斑疹、丘疹、疱疹、结痂的顺序演变。上述几种皮疹常同时存在        | 发热第一天可出疹       |
| 肠道病毒感染 | 埃可病毒、柯萨奇病毒 | 发热、咽痛、流涕、结膜炎、 <b>腹泻</b> 、全身或颈、枕后淋巴结肿大          | 散在斑疹或斑丘疹，很少融合，1~3天消退，不脱屑，有时可呈紫癜样或水疱样皮疹        | 发热时或热退后出疹      |
| 药物疹    |            | 原发病症状，有近期服药史                                   | 皮疹多变，斑丘疹、疱疹、猩红热样皮疹、荨麻疹等。痒感，摩擦及受压部位多           | 发热多为原发病引起      |

## 考点总结：小儿出疹性疾病鉴别

| 疾病   | 病原       | 发热与皮疹关系         | 皮疹特点                    | 特征                |
|------|----------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| 麻疹   | 麻疹病毒     | 出疹热盛            | 自耳后先出疹<br>有色素沉着<br>细小脱屑 | 口腔黏膜斑             |
| 猩红热  | 乙型溶血性链球菌 | 发热1~2日出疹<br>伴高热 | 密集针尖大小<br>丘疹大片脱皮        | 杨梅舌<br>口周苍白圈      |
| 风疹   | 风疹病毒     | 发热后半日至1日出疹      | 面部先出<br>无色素沉着及<br>脱屑    | 耳后，枕部淋巴结<br>肿大并触痛 |
| 幼儿急疹 | 人疱疹病毒6型  | 热退疹出            | 颈及躯干部多见                 | 耳后、枕部淋巴结<br>亦可肿大  |

### （三）心理-社会状况

- ◆ 麻疹传染性强，但经过精心护理及正确治疗，绝大多数预后良好，若处理不当可导致严重并发症甚至死亡。
- ◆ 应注意评估家长对疾病的认知程度和护理能力，有无恐惧及焦虑。
- ◆ 评估社会人群对本病的认知程度，是否有躲避甚至歧视患儿家庭现象，患儿及家庭是否有孤独和无助感，是否得到社会支持。

#### （四）辅助检查

- ◆ 外周血白细胞计数减少
- ◆ 病原学检查
- ◆ 血清学检查

#### （五）诊疗要点

- ◆ 对症治疗
- ◆ 加强护理
- ◆ 预防并发症

#### 四、常见护理诊断/问题

- ◆ 体温过高      与病毒血症、继发感染有关
- ◆ 皮肤完整性受损      与麻疹病毒感染所致皮疹有关
- ◆ 防护无效      与呼吸道排出病毒有关
- ◆ 潜在并发症      肺炎、喉炎、脑炎

## 五、护理措施

### （一）维持正常体温

1. 休息：绝对卧床休息至皮疹消退、体温正常。
2. 降温：处理高热时需兼顾透疹，不宜用药物及物理方法强行降温，尤其禁用冷敷及乙醇擦浴。
3. 饮食：给予清淡、易消化、营养丰富的流质或半流质饮食，少量多餐，以增加食欲利于消化。

## （二）加强皮肤护理

1. 皮肤护理：在保暖的情况下，每日用温水擦浴、更衣1次。剪短指甲避免抓伤皮肤引起继发感染。
2. 口、眼、鼻的护理：用生理盐水或2%硼酸溶液洗漱，保持口腔清洁适。避免强光刺激，常用生理盐水清洗双眼，再滴入抗生素滴眼液或眼膏。可加服维生素A预防干眼病。及时清除鼻痂，保持呼吸道通畅。可香菜煎水服用或者擦身帮助透疹。

### （三）预防感染的传播

1. 控制传染源：隔离患儿至出疹后5天，有并发症者延至出疹后10天。接触过麻疹的易感儿应隔离观察3周，并给予被动免疫。
2. 切断传播途径：病室注意通风换气并用紫外线进行空气消毒，患儿衣被及玩具应在阳光下暴晒。医护人员接触患儿前后洗手并更换隔离衣。
3. 保护易感者：流行期间尽量避免易感儿去公共场所。  
8个月以上未患过麻疹的小儿应接种麻疹减毒活疫苗。

#### （四）观察病情

1. 出疹期如透疹不畅、疹色暗紫、持续高热、咳嗽加剧、发绀、肺部湿啰音增多等，可能并发了肺炎，重症肺炎可致心力衰竭。
  2. 患儿如出现频咳、声嘶、吸气性呼吸困难、三凹征等，可能并发了喉炎。
  3. 患儿如出现嗜睡、惊厥、昏迷等，可能并发了脑炎。
- 如出现上述并发症及时报告并配合医生进行处理。

## 第二节 水痘

- ◆由水痘-带状疱疹病毒引起的传染性极强的儿童期出疹性疾病。
- ◆临床特征：皮肤黏膜相继出现和同时存在斑疹、丘疹、疱疹和结痂
- ◆患儿感染后可获得持久免疫，但以后可以发生带状疱疹

## 一、病原学

- ◆ 水痘-带状疱疹病毒即人类疱疹病毒3型
- ◆ 人是唯一宿主
- ◆ 病毒在体外抵抗力弱不能存活
- ◆ 对热、酸和各种有机溶剂敏感

## 二、流行病学

◆ 传染源：水痘患儿

◆ 传播途径：飞沫传播和直接接触传播

◆ 易感人群：人群普遍易感，主要见于儿童，以2~6岁为高峰

◆ 传染期从出疹前1~2天至病损结痂，约7~8天

### 三、护理评估

#### (一) 身体状况

1. 出疹顺序：头、面、躯干 → 四肢
2. 分布特点：向心性分布
3. 皮疹演变过程：红色斑疹或丘疹 → 清亮水疱 → 疱液混浊 → 结痂
4. 高峰期特征表现：斑疹、丘疹、疱疹和结痂同时存在
5. 水痘为自限性疾病，一般10天左右。



水痘



## (二) 辅助检查

◆ 外周血白细胞计数

◆ 疱疹刮片

◆ 血清学检查

## (三) 诊疗要点

主要采取对症治疗

#### 四、常见护理诊断

- ◆ 皮肤完整性受损 与水痘病毒、继发感染有关
- ◆ 体温过高 与病毒血症有关
- ◆ 防护无效 与呼吸道及疱液排出病毒有关
- ◆ 潜在并发症 肺炎、脑炎

## 五、护理措施

### （一）加强皮肤护理

1. 室温适宜，衣被不宜过厚。勤换内衣，剪短患儿指甲，戴手套，以免抓伤皮肤和减少继发感染。
2. 皮肤瘙痒时，疱疹无破溃者，可涂炉甘石洗剂或5%碳酸氢钠溶液，疱疹已破溃、继发感染者，局部涂抗生素软膏，或按医嘱给抗生素。

## （二）维持体温正常

1. 患儿有中低度发热，不必用药物降温。
2. 如有高热，可用物理降温或适量退热剂。
3. **忌用阿司匹林**，以免诱发Reye综合征。
4. 给予富含营养的清淡饮食，多饮水，保证机体足够的营养。

### (三) 预防感染的传播

1. 控制传染源：无并发症的患儿多在家隔离治疗，隔离至疱疹全部结痂或出疹后7天为止。易感儿接触后应隔离观察3周。
2. 保护易感者：①保持室内空气新鲜、流通，托幼机构宜采用紫外线消毒。②避免易感者与患儿接触，尤其是体弱儿、孕妇或免疫缺陷者，对接触者在72小时内给予水痘-带状疱疹免疫球蛋白或恢复期血清肌肉注射，可起到预防或减轻症状的作用。



#### (四) 观察病情

水痘是自限性疾病，临床过程一般顺利，偶可发生播散性水痘，并发肺炎、心肌炎，应密切观察及早发现，并及时报告医生给予相应的治疗及护理。

## 六、健康教育

水痘传染性强，皮肤痒感重，指导家长做好皮肤护理，注意皮肤清洁，同时讲解隔离的重要性。对社区居民讲解水痘的预防知识。水痘流行期间易感儿应避免去公共场所。

### 学习小结

麻疹早期有呼吸道卡他炎症，发热第2~3天颊黏膜可出现Koplik斑，是早期的重要诊断依据，发热3~4天开始出疹，出疹有一定的顺序性，退疹后有色素沉着及细小脱屑，最常见的并发症是肺炎，护理重点是维持正常体温及保持皮肤黏膜的完整性，隔离期一般为疹后5天。

水痘是由VZV病毒感染，典型水痘表现为同时存在斑丘疹、疱疹、结痂等各类皮疹，治疗时避免服用肾上腺皮质激素类药物，护理重点为皮肤黏膜的护理，应隔离至全部疱疹结痂或疹后7天。

## 第三季 流行性腮腺炎

- ◆ 由腮腺炎病毒引起的急性呼吸道传染病。
- ◆ 临床特征：以腮腺肿、疼痛为临床特征。
- ◆ 本病一年四季均可发病，但以冬春季为主。

## 一、病原学

- ◆ 腮腺炎病毒
- ◆ 人是病毒的唯一宿主
- ◆ 存在于患者唾液、血液、尿液及脑脊液中
- ◆ 病毒对物理、化学因素敏感
- ◆ 紫外线照射也可将其杀灭
- ◆ 加热至56℃ 20分钟即失去活力
- ◆ 但在低温条件下可存活较久

## 二、流行病学

- ◆ 传染源：腮腺炎患儿和健康带病毒者
- ◆ 传播途径：呼吸道飞沫、也可经唾液污染的食具、玩具等
- ◆ 在幼儿园中容易造成流行，主要发生于5~15岁患者
- ◆ 一次感染后可获得终身免疫
- ◆ 病毒主要通过腮腺肿大前6天到发病后9天内从唾液中可以分离出腮腺炎病毒

### 三、护理评估

#### （一）健康史

1. 询问近期有无流行性腮腺炎患者密切接触史
2. 询问有无体温升高、头痛和肌肉酸痛等症状
3. 询问有无腮腺炎疫苗接种史及接种时间

## （二）身体状况

1. 潜伏期14~25天，平均18天。常以腮腺肿大、疼痛为首发症状。
2. 部分患儿可有发热、头痛、乏力、食欲缺乏等。通常一侧先肿大。2~4天后又累及对侧，也有两侧同时肿大或始终限于一侧者。
3. 肿大的腮腺以耳垂为中心，向前、后、下发展，边缘不清，触之有弹性感并有触痛。疼痛明显，咀嚼或吃酸性食物时疼痛加重。腮腺肿大3~5天达高峰，1周左右逐渐消退。颌下腺、舌下腺、颈部淋巴结可同时受累。

#### 4. 并发症

- ◆ 脑膜脑炎（最常见）
- ◆ 睾丸炎（男孩最常见）
- ◆ 卵巢炎
- ◆ 急性胰腺炎

#### (四) 辅助检查

- ◆ 血清、尿淀粉酶测定
- ◆ 血清学检查
- ◆ 病毒分离

#### (五) 诊疗要点

目前尚无特异性抗病毒治疗，以对症处理为主。



#### 四、常见护理诊断

- ◆疼痛 与腮腺非化脓性炎症有关
- ◆体温过高 与病毒感染有关
- ◆防护无效 与呼吸道排出病原有关
- ◆潜在并发症 脑膜脑炎、睾丸炎、胰腺炎

## 五、护理措施

### （一）减轻疼痛

1. 给予清淡、营养、易消化的流质、半流质或软食。
2. 忌酸、辣、硬食物，以免因唾液分泌及咀嚼使疼痛加剧。
3. 局部冷敷，以减轻炎症充血及疼痛，亦可用中药如青黛散调醋局部湿敷。
4. 注意保持口腔清洁，常用温盐水漱口，多饮水，防止继发感染。

## （二）维持体温正常

1. 发热伴并发症者应卧床休息至体温正常。
2. 高热者给予物理或药物降温。

### （三）预防感染的传播

1. 患儿隔离至腮腺肿大消退后3天。
2. 对患儿呼吸道分泌物及其污染的物品进行消毒。
3. 流行期间应加强托幼机构的晨检。
4. 易感儿可接种腮腺炎减毒活疫苗。
5. 居室应空气流通，对患儿口、鼻分泌物及污染物应进行消毒。

#### （四）病情观察

1. 患儿腮腺肿大后1周左右如出现持续高热、剧烈头痛、呕吐、颈强直、嗜睡、烦躁或惊厥等表现，提示可能发生了脑膜脑炎，及时报告医生，予以相应治疗及护理。
2. 患儿如出现睾丸肿大、触痛、睾丸鞘膜积液和阴囊水肿，提示可能发生了睾丸炎。可用丁字带托起阴囊消肿或局部冰袋冷敷止痛，或按医嘱采用药物治疗。

3. 腮腺肿胀数日后如出现中上腹剧痛，有压痛和肌紧张，伴发热、寒战、呕吐、腹胀、腹泻或便秘等，提示可能发生了胰腺炎，报告医生及时处理。

## 六、健康教育

1. 指导家长学会病情观察，注意有无并发症的出现。无并发症的患儿在家中隔离治疗，
2. 指导家长做好隔离、饮食、清洁口腔、用药护理。如出现并发症，应及时到医院就诊。
3. 对8个月以上易感儿接种腮腺炎减毒活疫苗，有效保护期可达10年。
4. 腮腺炎流行期间，避免带孩子到人群密集的公共场所。

## 学习小结

流行性腮腺炎临床表现为腮腺非化脓性肿痛，常见的并发症为脑膜炎等，护理要注意减轻腮腺肿大的疼痛，饮食以易消化、清淡的流质、半流质为主，避免吃酸、辣、硬等刺激性食物，隔离至腮肿消退后3天。

## 第四节 手足口病

- ◆是由多种人肠道病毒引起的常见传染病，以婴幼儿发病为主。
- ◆主要表现为发热、口腔和四肢末端的斑丘疹、疱疹，重者可出现脑膜炎、脑炎、脑脊髓膜炎、肺水肿和循环障碍等。
- ◆由于病毒传染性很强，常在托幼机构造成流行。

## 一、病原学

以柯萨奇病毒A组的16型和肠道病毒71型多见。

## 二、流行病学

1. 人是人肠道病毒的唯一宿主，患者和隐性感染者均为本病的传染源，主要经粪-口途径传播。
2. 发病前数天，感染者咽部分泌物与粪便中就可检出病毒，粪便中排出病毒的时间可长达3~5周。

### 三、护理评估

#### （一）健康史

询问患儿有无与手足口患儿接触史，有无发热、咳嗽、拒食、流涎、手、足、臀部有无斑丘疹和疱疹等状况。

## (二) 身体状况

### 1. 普通病例

口腔内可见散在的疱疹或溃疡，多位于舌、颊黏膜和硬腭等处，疼痛，拒食、流涎。手、足和臀部出现斑丘疹和疱疹，偶见于躯干，呈离心性分布。皮疹消退后



## （二）身体状况

2. 重症病例 少数病例病情进展迅速，在发病1~5天左右出现脑膜炎、脑炎、脑脊髓炎、肺水肿、循环障碍等，极少数病例病情危重，可致死亡。

## （三）心理-社会状况

## （四）辅助检查

血常规、血生化、血气分析、脑脊液检查、病原学检测、血清学检查、胸部X线检查、磁共振检查等。



### （五）治疗要点

对症治疗；注意隔离，避免交叉感染；适当休息，清淡饮食，做好口腔护理等。



#### 四、常见护理诊断/问题

1. 体温过高 与病毒感染有关。
2. 皮肤完整性受损 与口腔、手足疱疹有关。
3. 防护无效 与病毒传播力强有关。
4. 潜在并发症：脑水肿、循环衰竭、肺水肿等



## 五、护理措施

### （一）维持体温正常

1. 急性期应卧床休息，体温恢复正常，斑丘疹及疱疹消退，再休息一周。
2. 应采取降温措施。
3. 给予清淡、易消化、高热量、高维生素的流质或半流质饮食，禁食冰冷、辛辣、咸等刺激性食物。

## （二）皮肤黏膜护理

1. 口腔护理：餐后用温水或生理盐水漱口或用生理盐水棉棒清洁口腔。
2. 皮疹护理：衣服、被褥保持清洁、干燥、平整；衣着宽松、柔软；剪短指甲；保持臀部清洁干燥，手足部皮疹初期可涂炉甘石洗剂，疱疹破溃时可涂聚维酮碘溶液，如有感染应用抗生素软膏。

### （三）预防感染的传播

1. 做好接触隔离和呼吸道隔离，轻症至少2周，重症患儿不少于3周
2. 患儿用过的玩具、餐具或其他用品可用含氯的消毒液浸泡及煮沸消毒，不宜浸泡或煮沸的物品可在日光下暴晒。
3. 患儿的呼吸道分泌物、粪便可用含氯消毒剂消毒2小时后倾倒。
4. 诊疗、护理患儿过程中已使用的非一次性仪器、物品等要擦拭消毒。

#### （四）病情观察

严密观察病情进展，如持续高热不退，末梢循环不良，呼吸、心率明显增快，精神差、呕吐、抽搐、肢体抖动或无力等为重症病例的早期，应及早与医生联系以便及时处理。

## 六、健康教育

应让患儿及家长了解手足口病的传染源、传播途径及隔离的意义。了解一般护理应注意的事项。帮助家长掌握预防手足口病的方法。

## 第五节 猩红热

- ◆由A组乙型溶血性链球菌引起的急性呼吸道传染病
- ◆临床特征：发热、咽峡炎、红草莓舌、全身弥漫性鲜红色皮疹和疹退后片状脱皮
- ◆少数儿童在病后2~3周发生风湿热或急性肾小球肾炎。
- ◆本病全年均可发病，但以冬春季节多见。多见于3~7岁儿童。



## 一、病原学

- ◆ 主要病原菌A组乙型溶血性链球菌
- ◆ 该菌对热及干燥的抵抗力较弱
- ◆ 加热56℃ 30分钟或用一般消毒剂均可将其杀灭
- ◆ 在痰及脓液中可生存数周

## 二、流行病学

- ◆ 传染源：病人和带菌者
- ◆ 传播途径：飞沫传播（主要）、皮肤传播、被污染的日用品及食物（偶见）
- ◆ 易感人群：人群普遍易感

### 三、护理评估

#### （一）健康史

1. 询问有无与猩红热患者接触史，居住环境是否阴暗潮湿、空气是否不流通、室内是否拥挤等
2. 有无发热、咽痛、全身不适等前驱感染症状

## （二）身体状况

1. 潜伏期 通常2~3天

2. 前驱期

①起病急骤

②发热、头痛、咽痛、全身不适

③咽部及扁桃体局部充血并可覆有脓性分泌物

④软腭针尖大小出血点或皮疹



粟粒疹

### 3. 出疹期

(1) 发热后第2天开始出疹

(2) 顺序：始于耳后、颈部及上胸部，24小时内迅速蔓延及全身。

(3) 特点：全身皮肤弥漫性充血的皮肤上出现分布均匀的针尖大小的皮丘，贫血性皮肤划痕，帕氏线，“杨梅”样舌，口周苍白区



口周苍白区



杨梅舌



帕氏线

#### 4. 恢复期

- (1) 一般情况好转，体温降至正常。
- (2) 依出疹顺序开始消退，3~5天内消退。
- (3) 疹退1周后开始脱皮，脱皮程度与出疹程度一致，轻者呈糠屑样，重者则大片状脱皮，以指（趾）部明显。

#### (四) 辅助检查

◆ 外周血白细胞计数

◆ 病原学检查

◆ 血清学检查

#### (五) 诊疗要点

主要是抗菌治疗 and 对症治疗

#### 四、常见护理诊断

- ◆ 体温过高 与链球菌感染有关
- ◆ 皮肤完整性受损 与猩红热皮疹有关
- ◆ 防护无效 与呼吸道排出病原有关
- ◆ 潜在并发症 化脓性感染、风湿热、肾小球肾炎等

## 五、护理措施□

### （一）维持正常体温

1. 保持室内空气流通，温湿度适宜，一般室温维持在 $16^{\circ}\text{C}\sim 18^{\circ}\text{C}$ ，湿度以60%左右为宜。
2. 监测体温变化。
3. 有高热者，可采用物理降温，禁用乙醇擦浴，以避免对皮肤的刺激。必要时按医嘱使用退热剂。

## （二）加强皮肤护理

1. 用温水清洗皮肤护理（禁用肥皂水），勤换衣服。
2. 出疹期皮肤有瘙痒感，可涂炉甘石洗剂。
3. 疹退后有皮肤脱屑，应随其自然脱落，嘱患儿忌用手剥皮屑，有大片脱皮时需用剪刀剪掉
4. 勤剪指甲，避免抓伤引起感染。

### （三）预防感染的传播

1. 患儿隔离至临床症状消失后1周，咽拭子培养连续3次阴性。
2. 对密切接触者进行医学观察，对可疑病例及时采取隔离措施。

#### （四）观察病情

1. 应注意观察体温变化、咽痛症状、咽部分泌物变化及皮疹变化。
2. 警惕并发症的发生，注意有无其他部位化脓性病灶，定时检查尿常规，及时发现肾损害。

## 六、健康教育

1. 病情不需要住院的患儿，指导家长在家隔离、治疗与护理。
2. 加强卫生宣教，平时注意个人卫生，勤晒被褥，注意室内空气流通。
3. 流行季节儿童避免到公共场所，以杜绝猩红热的暴发流行。

## 第六节 中毒型细菌性痢疾

### 案例导入

#### 案例

凌晨2点，一对夫妻抱着一小男孩快速的冲进急诊室。爸爸焦急的说他很忙，孩子前两天开始有点拉肚子，没在意，没想到孩子今晚上1:30出现抽搐，很害怕，赶紧来医院了。怀疑中毒型痢疾。

#### 思考

请给患儿正确采集大便标本。

请密切观察患儿生命体征，做好抢救准备。

◆ 细菌性痢疾：志贺菌属感染

◆ 中毒型细菌性痢疾：急性细菌性痢疾的危重型。以高热、嗜睡、惊厥、迅速发生休克及昏迷为特征，病死率高。



## 一、病原学

- ◆ 病原菌：痢疾杆菌，我国以福氏志贺菌多见
- ◆ 为革兰阴性杆菌
- ◆ 痢疾杆菌对外界抵抗力较强
- ◆ 耐寒、耐湿，但不耐热和阳光
- ◆ 一般消毒剂均可将其灭活



## 二、流行病学

- ◆ 传染源：急性、慢性痢疾病人及带菌者
- ◆ 传播途径：消化道（粪-口传播），流行季节可因饮用污染的水和食物引起暴发流行
- ◆ 易感人群：人群普遍易感

### 三、护理评估

#### （一）健康史

1. 询问本次发病前有无不洁饮食史及与腹泻患儿接触史
2. 询问有无高热、惊厥的表现
3. 询问患儿既往身体状况及营养状况

## （二）身体状况

- ◆脑型（脑微循环障碍型）：因脑缺氧、水肿而发生反复惊厥、昏迷和呼吸衰竭
- ◆肺型（肺微循环障碍型）：又称呼吸窘迫综合征，以肺微循环障碍为主
- ◆休克型（皮肤内脏微循环障碍型）：主要表现为感染性休克
- ◆混合型 最凶险，死亡率高。

### （三）心理-社会状况

1. 本病来势凶猛，往往在发病48小时内迅速恶化，患儿持续昏迷、频繁惊厥。
2. 由于病情严重，应评估患儿家长的心理状态，有无自责、焦虑、恐惧等表现。
3. 注意评估家庭成员对本病的认知程度、经济状况，能否承受医疗费用，能否得到亲戚、朋友和社会的支持。

#### (四) 辅助检查

1. 外周血象 白细胞总数多增高至  $(10\sim 20) \times 10^9/L$  以上。中性粒细胞为主，并可见核左移。当有DIC时，血小板明显减少。
2. 大便常规 有黏液脓血便的患儿，镜检可见大量脓细胞、红细胞和巨噬细胞。
3. 大便培养 可分离出志贺菌属痢疾杆菌。

### （五）诊疗要点

1. 降温止惊 物理、药物降温或亚冬眠疗法。持续惊厥者，地西泮；水合氯醛保留灌肠；苯巴比妥钠。
2. 控制感染 两种敏感抗生素。
3. 防治脑水肿和呼吸衰竭 保持呼吸道通畅，给氧；首选20%甘露醇降颅压；呼吸衰竭应及早应用呼吸机。
4. 防治微循环衰竭 扩充血容量，纠正酸中毒，维持水、电解质酸碱平衡；在充分扩容的基础上应用血管活性药物；及早应用糖皮质激素。

#### 四、常见护理诊断

- ◆ 体温过高 与毒血症有关
- ◆ 组织灌注量不足 与微循环障碍有关
- ◆ 潜在并发症：休克、颅内高压症、呼吸衰竭
- ◆ 焦虑（家长） 与病情危重有关

## 五、护理措施

### （一）维持正常体温

1. 保持室内空气流通，温湿度适宜。
  2. 监测体温变化，有高热者，可采用温水浴、乙醇擦浴、冰袋冷敷或冷盐水灌肠，必要时按医嘱药物降温或亚冬眠疗法。
- ### 五、护理措施

## （二）维持有效的血液循环

1. 密切观察神志、面色、肢端肤色、尿量等。
2. 适当保暖。
3. 迅速建立并维持静脉通路，保证输液通畅和药物输入。
4. 遵医嘱抗休克治疗。

### （三）防治休克、脑水肿、呼吸衰竭

1. 2. 3. 4. 同（二）

5. 专人监护，密切观察神志、面色、体温、脉搏、瞳孔、血压、尿量、呼吸节律变化和抽搐情况。

6. 观察患儿排便次数和大便性状，准确记录24小时出入液量，正确采集大便标本送检。
7. 按医嘱使用镇静剂、脱水剂、利尿剂等，控制惊厥，降低颅内压。
8. 保持呼吸道通畅，做好人工呼吸、气管插管、气管切开的准备，必要时使用呼吸机。

#### （四）心理护理

1. 减轻家长压力，主动与家长沟通，提供心理支持。
2. 对于家庭经济困难的患儿，护理人员应积极配合医院争取社会支持，使患儿家长得到扶助，从而积极配合治疗和护理。

## 六、健康教育

1. 向患儿与家长讲解疾病发生原因、传播方式、如何预防等知识。
2. 指导家长注意饮食卫生，如不饮生水、不吃变质、不洁食品等。饭前、便后洗手。
3. 患儿餐具要煮沸消毒15分钟。粪便要用1%含氯石灰澄清液浸泡消毒后才能倾入下水道或粪池。
4. 搞好环境卫生，加强水源、饮食及粪便管理。

## 学习小结

中毒型细菌性痢疾临床分为四型：休克型、脑型、肺型及混合型，治疗不及时可至死亡，护理以监测体温，改善微循环，以及亚冬眠疗法为主。

## 第七节 小儿结核病

- ◆ 结核病是由结核分枝杆菌引起的一种慢性感染性疾病
- ◆ 全身各个脏器均可受累
- ◆ 小儿以原发型肺结核最常见
- ◆ 结核性脑膜炎是引起死亡的主要原因

## 一、病原学

- ◆ 结核分枝杆菌
- ◆ 革兰染色阳性
- ◆ 抗酸染色呈红色
- ◆ 人型是人类结核病的主要病原



结核分枝杆菌

## 二、流行病学

- ◆ 传染源：开放性肺结核患者是主要
- ◆ 传播途径：呼吸道、消化道传播（少数）、皮肤或胎盘（少见）  
易感人群：生活贫困、居住拥挤、营养不良、社会经济落后
- ◆ 对干燥、酸、碱、冷的抵抗力较强
- ◆ 对紫外线比较敏感，阳光下曝晒2~7小时，紫外线灯消毒30分钟有明显杀菌作用
- ◆ 对湿热敏感

### 三、发病机制



## 四、辅助检查

### (一) 结核菌素试验

#### 1. 方法

- ◆ 剂量0.1ml（含5个结核菌素单位）的纯蛋白衍生物
- ◆ 注射部位 左前臂掌侧面中下1/3交界处皮内

#### 2. 结果判断

- ◆ 48 ~ 72小时
- ◆ 硬结横、纵两径的平均值

## 结核菌素试验结果判断

| 局部反应                          | 表示符号 | 判断结果 |
|-------------------------------|------|------|
| 微红，无硬结或硬结直径 $< 5\text{mm}$    | —    | 阴性   |
| 红肿，硬结直径 $5 \sim 9\text{mm}$   | +    | 阳性   |
| 红肿，硬结直径 $10 \sim 19\text{mm}$ | ++   | 中度阳性 |
| 红肿，硬结直径 $\geq 20\text{mm}$    | +++  | 强阳性  |
| 除硬结外，还有水疱、破溃、淋巴管炎者            | ++++ | 极强阳性 |

### 3. 临床意义

#### (1) 阳性反应

- ①接种卡介苗后。
- ②年长儿无明显临床症状仅呈一般阳性反应，表示曾感染过结核杆菌。
- ③婴幼儿尤其是未接种卡介苗的阳性反应多表示体内有新的结核病灶，年龄愈小，活动性结核的可能性愈大。
- ④强阳性反应者，表示体内有活动性结核病灶。
- ⑤由阴性转为阳性反应，或反应强度由原来 $<10\text{mm}$ 增至 $>10\text{mm}$ ，且增幅 $>6\text{mm}$ 时，表示新近有感染。

## (2) 阴性反应

- ①未感染过结核分枝杆菌。
- ②结核迟发型变态反应前期（初次感染4~8周内）。
- ③假阴性反应，由于机体免疫功能低下或受抑制所致，如重症结核病；急性传染病如麻疹、水痘、风疹、百日咳等；体质极度衰弱如重度营养不良、重度脱水、严重水肿等；原发或继发免疫缺陷病；肾上腺糖皮质激素或其他免疫抑制剂治疗期间等。
- ④技术误差或试剂失效。

## （二）实验室检查

### 1. 结核分枝杆菌检查

从痰液、胃液、脑脊液、浆膜腔液中找到结核分枝杆菌是重要的确诊手段。

### 2. 免疫学诊断及分子生物学诊断

### 3. 血沉检查

**血沉**多增快，反映结核病的**活动性**。

### （三）影像学检查

胸部X线检查能确定病变范围、性质、类型、活动或进展情况，重复检查有助于结核与非结核疾病的鉴别，亦可观察治疗效果。除正前后位胸片外，同时应摄侧位片。必要时可作高分辨率CT扫描。胸部CT对肺结核的诊断及鉴别诊断很有意义，有利于发现隐蔽病灶。

#### （四）其他辅助检查

1. 纤维支气管镜检查 有助于支气管内膜结核及支气管淋巴结结核的诊断。
2. 周围淋巴结穿刺液涂片检查 可发现特异性结核病变。
3. 肺穿刺活体组织检查或胸腔镜取肺活体组织检查 对特殊疑难病例确诊有帮助。

## 五、预防

### （一）控制传染源

结核分枝杆菌涂片阳性患者是小儿结核病的主要传染源。早期发现、合理治疗结核分枝杆菌涂片阳性的患者是预防小儿结核病的根本措施。

## （二）普及卡介苗接种

1. 卡介苗接种是预防小儿结核病的有效措施，可降低发病率和死亡率。
2. 目前我国计划免疫要求在全国城乡普及新生儿卡介苗接种。
3. 但下列情况禁止接种卡介苗：①先天性胸腺发育不全症或严重联合免疫缺陷病患者。②急性传染病恢复期。③注射局部有湿疹或患全身性皮肤病。④结核菌素试验阳性。

### （三）预防性抗结核治疗

1. 用异烟肼（INH），每日10mg/kg（ $\leq 300\text{mg/d}$ ），疗程6~9个月；或INH每日10mg/kg（ $\leq 300\text{mg/d}$ ）联合利福平（RFP）10mg/kg（ $\leq 300\text{mg/d}$ ），疗程3个月。
2. 对有下列指征的小儿可预防性服药：  
①密切接触家庭内开放性肺结核病人者。  
②3岁以下婴幼儿未接种卡介苗而结核菌素试验阳性者。  
③结核菌素试验新近由阴性转为阳性者。  
④结核菌素试验阳性伴结核中毒症状者。  
⑤结核菌素试验阳性，新患麻疹或百日咳小儿。  
⑥结核菌素试验阳性，小儿需较长时间使用肾上腺糖皮质激素或其他免疫抑制剂治疗者。

## 六、治疗要点

1. 主要是抗结核治疗。

2. 目的

①杀灭病灶中的结核分枝杆菌。

②防止血行播散。用药原则：**早期**治疗，**适宜**剂量，**联合**用药，**规律**用药，坚持**全程**、分段治疗。

**口诀 “早恋规劝要适当”** 六、治疗要点

### 3. 小儿使用的抗结核药物

| 药物   | 剂量 (Kg/d)                      | 给药途径             | 主要副作用                         |
|------|--------------------------------|------------------|-------------------------------|
| 异烟肼  | 10mg ( $\leq 300\text{mg/d}$ ) | 口服 (可肌肉注射, 静脉滴注) | 肝毒性, 末梢神经炎, 皮疹和发热             |
| 利福平  | 10mg ( $\leq 450\text{mg/d}$ ) | 口服               | 肝毒性, 恶心、呕吐和流感样症状              |
| 链霉素  | 20~30mg ( $\leq \text{d}$ )    | 肌肉注射             | 第Ⅷ对脑神经损害, 肾毒性, 过敏, 皮疹和发热, 听神经 |
| 吡嗪酰胺 | 20~30mg ( $\leq \text{d}$ )    | 口服               | 肝毒性, 高尿酸血症, 关节痛, 过敏和发热        |
| 乙胺丁醇 | 15~25mg                        | 口服               | 皮疹, 视神经炎                      |

## 3. 小儿使用的抗结核药物

| 药物           | 剂量 (Kg/d) | 给药途径 | 主要副作用                            |
|--------------|-----------|------|----------------------------------|
| 乙胺丁醇         | 15~25mg   | 口服   | 皮疹，视神经炎                          |
| 乙 硫 异 烟<br>胺 | 10~15mg   | 口服   | 胃肠道反应，肝毒性，<br>末梢神经炎，过敏，皮<br>疹和发热 |
| 丙 硫 异 烟<br>胺 |           |      |                                  |
| 卡那霉素         | 15~20mg   | 肌肉注射 | 第Ⅷ对脑神经损害，肾<br>毒性                 |
| 对氨柳酸         | 150~200mg | 口服   | 胃肠道反应，肝毒性，<br>过敏，皮疹和发热           |

# 原发型肺结核

## 工作情景与任务

### 导入情景

10岁男孩，近2个月来出现午后低热、夜间易出汗，四肢无力、消瘦，胃口不好，不想吃东西。尤其这个星期来出现咳嗽，同时痰中有血丝。检查结果：结核分枝杆菌阳性。接受抗结核的系统治疗。

### 工作任务

请对患儿及家长进行用药指导。

能简单有效的处理痰液。

## 一、病理转归

(一) 吸收好转

(二) 进展

① **原发病灶**扩大，形成空洞。

② 支气管淋巴结周围炎，形成淋巴结支气管瘘，导致支气管内膜结核或干酪性肺炎。

③ 支气管淋巴结肿大压迫，造成肺不张或阻塞性肺气肿。

④ 结核性胸膜炎。

(三) 恶化

## （二）身体状况

1. 症状轻重不一。轻症可无症状。
2. 婴幼儿：可急性起病，高热达 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，持续2~3周后转为低热，并伴结核中毒症状。淋巴结高度肿大可产生压迫症状，如百日咳样痉挛性咳嗽、喘鸣、声音嘶哑、一侧或双侧静脉怒张等。
3. 年长儿：结核中毒症状为主。
4. 体检：淋巴结有不同程度肿大，婴儿可伴肝脏肿大。

## 二、护理评估

### （一）健康史

1. 询问近期是否有与活动性肺结核病人的密切接触史，是否接种过卡介苗（或检查患儿的双上臂有无接种瘢痕）
2. 有无营养不良、生活贫困、居住拥挤等情况
3. 近期是否患过麻疹、百日咳等传染病
4. 近期是否使用过肾上腺糖皮质激素或其他免疫抑制剂

### (三) 辅助检查□

1. 胸部X线检查 可同时做正、侧位胸片检查。原发综合征胸部X线呈**典型哑铃“双极影”**

支气管淋巴结结核X线表现为肺门淋巴结肿大，边缘模糊者称炎症型，边缘清晰者称结节型。

2. 结核菌素试验 呈强阳性或阴性转为阳性。

3. 查找结核菌 痰液或胃液中可查到结核菌。

#### (四) 诊疗要点

1. 无明显症状者原发型肺结核 选用标准疗法，每日服用INH、RFP和(或)EMB，疗程9~12个月。
2. 活动性原发型肺结核 宜采用直接督导下短程疗法（DOTS）。强化治疗阶段宜用3~4种杀菌药INH、RFP、PZA或SM，2~3个月后以INH、RFP或EMB巩固维持治疗。常用方案为2HRZ/4HR。

### 三、常见护理诊断□

- ◆营养失调：低于机体需要量 与食欲缺乏、疾病消耗过多有关
- ◆活动无耐力 与结核杆菌感染、机体消耗增加有关
- ◆潜在并发症：抗结核药物副作用



## 四、护理措施

### （一）保证营养供给

1. 给患儿高能量、高蛋白、高维生素富含钙质的饮食，如牛奶、鸡蛋、瘦肉、鱼、新鲜水果、蔬菜等，以增强抵抗力，促进机体修复和病灶愈合。
2. 指导家长为患儿制定合理的食谱，尽量提供患儿喜爱的食品，注意食物的烹调方法，以增加食欲。

## （二）建立合理生活制度

注意室内空气新鲜、阳光充足；保证充足的睡眠时间，适当的室内、外活动，呼吸新鲜空气，增强抵抗力；结核病患儿出汗多，应及时更换衣服保持皮肤清洁。积极防治各种急性传染病，防止病情恶化。避免继续与活动性结核病患者接触，以免加重病情。

### （三）用药护理

抗结核药物种类多，病程长，向患儿家长讲解抗结核药物的副作用及使用方法，指导患儿定期检查尿常规、肝功能等。



## 五、健康教育

1. 详细讲解结核病患儿活动期应实行呼吸道隔离。
2. 指导家长对患儿居室定期紫外线消毒，患儿玩具及用物及时消毒。
3. 向患儿家长介绍结核病的预防知识，如加强体格锻炼，增加营养，按计划接种卡介苗，积极防治各种传染性疾病、营养不良、佝偻病等。
4. 向家长说明坚持化疗是治愈肺结核的关键，应坚持全程、规律服药。指导家长注意观察药物的副作用，发现不良反应及时与医生联系，注意定期复查。

# 结核性脑膜炎

## 一、发病机制

- ◆ 中枢神经系统发育不成熟、血脑屏障功能不完善、免疫功能低下
- ◆ 结核性脑膜炎常为全身粟粒性结核病的一部分，通过血行播散而来
- ◆ 少数病例亦可由脑实质或脑膜的结核病灶破溃所致
- ◆ 偶见脊椎、颅骨或中耳与乳突的结核病灶直接蔓延侵犯脑膜



- ◆ 小儿结核病中 **最严重的** 类型
- ◆ 多见于3岁以内的婴幼儿
- ◆ 常在结核原发感染后1年以内发生
- ◆ 尤其在初染结核3~6个月最易发生



## 二、护理评估

### （一）健康史

询问是否有与活动性结核患者的密切接触史，是否接种过卡介苗，有无结核病史，是否接受过正规抗结核治疗，近期是否患过麻疹、百日咳等传染病。有无早期性格改变、呕吐、消瘦等表现。

## （二）身体状况

### 1. 早期（前驱期）

约1~2周，主要表现为小儿性格改变

### 2. 中期（脑膜刺激期）

◆ 约1~2周，颅内压逐渐增高，出现明显脑膜刺激征

◆ 婴幼儿则表现为前囟隆起、颅缝裂开

◆ 可出现脑神经障碍，面神经瘫痪最常见

### 3. 晚期（昏迷期）

- ◆ 约1~3周，上述症状逐渐加重，常出现水、电解质代谢紊乱
- ◆ 可因颅内压急骤增高引起脑疝导致呼吸及心血管运动中枢麻痹而死亡

### 4. 并发症

- ◆ 脑积水、脑实质损害
- ◆ 脑出血、脑神障碍

## （四）辅助检查

### 1. 脑脊液检查

◆对本病的诊断极为重要

◆脑脊液压力增高，外观透明或呈毛玻璃状；白细胞总数多为  $(50 \sim 500) \times 10^6/L$ ，分类以淋巴细胞为主，糖和氯化物均降低是结脑的典型改变

◆脑脊液静置12~24小时后，可有蜘蛛网状薄膜形成，取之涂片进行抗酸染色可查到抗酸杆菌

◆脑脊液培养阳性则可确诊

2. 胸部X线检查 85%结脑患儿X线胸片有结核病变，其中90%为活动性病变，呈粟粒性肺结核者占48%。
3. 结核菌素试验 阳性对诊断有帮助，但高达50%的患者可呈假阴性。
4. 抗结核抗体测定 患儿脑脊液PPD-IgM、PPD-IgG抗体水平高于血清中的水平。
5. 结核分枝杆菌抗原检测 以ELISA法检测脑脊液结核分枝杆菌抗原，是敏感、快速诊断结核性脑膜炎的辅助方法。



### (五) 诊疗要点

- ◆ 抗结核治疗
- ◆ 降低颅内压

### 三、常见护理诊断

- ◆ 潜在并发症：脑疝
- ◆ 营养失调：低于机体需要量 与摄入少、消耗增多有关
- ◆ 有皮肤完整性受损的危险 与长期卧床、排泄物刺激有关
- ◆ 焦虑 与病情重、病程长、愈后差有关



## 四、护理措施

### （一）降低颅内压

1. 密切观察病情变化，注意监测体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔大小，及早发现脑疝，以便及时采取措施。

2. 保持室内安静，避免一切不必要的刺激。治疗及护理操作尽量集中进行。惊厥发作时，应在上、下齿间放置牙垫以防舌咬伤；放置床栏，避免受伤或坠床；保持呼吸道通畅，给予吸氧，必要时用吸痰器或进行人工辅助呼吸。
3. 按医嘱应用抗结核药物、肾上腺糖皮质激素、脱水剂、利尿剂等。注意观察药物疗效及副作用。
4. 配合医生做好侧脑室引流及分流术，做好术前准备及术后护理，腰穿术后去枕平卧4~6小时。定期复查脑脊液。

## （二）改善营养状况

1. 进食宜少量多餐，耐心喂养，保证患儿能摄入足够的热量、蛋白质及维生素，维持水、电解质平衡。
2. 对不能吞咽者，可用管饲和静脉补充营养。

### （三）加强皮肤护理

1. 对昏迷及瘫痪患儿，每2小时翻身、拍背一次，以防压疮和坠积性肺炎。
2. 对眼睑不能闭合者，可涂眼膏并用纱布覆盖，保护角膜。每日清洁口腔2~3次，避免因呕吐致口腔不洁诱发细菌感染。
3. 及时清除呕吐物及大小便，保持皮肤清洁干燥，保持床铺平整。

#### （四）心理护理

1. 加强与患儿及家长的沟通，了解其心理需求，关心、体贴患儿及家长。
2. 及时解除患儿的不适，帮助患儿及家长克服焦虑情绪，保持清醒稳定。

## 五、健康教育

1. 告知家长要有长期治疗的思想准备，坚持全程、合理用药。
2. 指导家长做好病情及药物毒副作用的观察，定期门诊复查。
3. 指导家长为患儿制定合理的生活制度，注意饮食，供给足够的营养。恢复期适当进行户外活动，保证足够的休息时间。
4. 指导患儿避免继续与开放性结核病人接触，积极预防和治疗各种传染性疾病。
5. 指导留有后遗症的患儿家长对瘫痪肢体进行理疗、被动活动等功能锻炼，帮助肢体功能恢复，防止肌挛缩。对失语和智力低下者应进行语言训练和适当教育。

## 本章小结

结核病是由结核杆菌引起的一种慢性感染性疾病，PPD试验的方法、结果的判定及阳性的临床意义是学习的重点，卡介苗接种是预防的有效措施。小儿原发性肺结核最常见，临床要根据病史、结核中毒症状、结核过敏的临床表现及结合菌素试验来诊断，胸部X线的典型表现是哑铃状双极影。结核性脑膜炎分为前驱期、脑膜刺激期、昏迷期三期，主要诊断依据是脑脊液检查，治疗原则为抗结核、降颅压，护理措施要防止并发症，改善营养状况，保护皮肤、黏膜完整性，做好呼吸道隔离等

## 思考题

1. 患儿，男，4岁，因发热3天就诊。查体：体温 $39^{\circ}\text{C}$ ，流涕，咳嗽，结膜充血，畏光流泪。耳后、发迹处可见红色斑疹，疹间皮肤正常。在第一白齿相对应的颊黏膜处可见 $0.5\sim 1\text{mm}$ 白色斑点。入院后，持续高热，咳嗽加重伴喘息，呼吸困难，发绀，肺部有湿啰音，心率180次/分，肝肋下3cm。

- (1) 根据目前的临床表现，患儿存在哪些主要护理问题？
- (2) 患儿出现了哪些并发症？还应注意观察哪些内容？
- (3) 护理该患儿此时应注意什么？

## 思考题

2. 患儿，男，5岁，3天前出现高热，头痛，全身疲乏无力。今起腹痛、呕吐。而且自感左腮部肿胀疼痛，伴畏寒、食欲低下等症状。查体：体温 $39.5^{\circ}\text{C}$ ，发育正常，营养中等，左腮部肿胀明显伴疼痛，舌质红，心肺正常，无压痛，肝脾未扪及。血常规：WBC正常，血淀粉酶增高。

(1) 患儿最可能存在的护理问题有哪些？

(2) 对患儿应采取哪些护理措施？

## 思考题

3. 患儿，女，9岁。因“低热、干咳、食欲减退3周”入院。患儿于3周前无明显诱因出现低热，最高体温 $38.3^{\circ}\text{C}$ ，夜间易出汗。间或咳嗽。入院时体温 $37.8^{\circ}\text{C}$ 。家中爷爷有结核病史，患儿未接种卡介苗。体格检查：体温 $37.8^{\circ}\text{C}$ ，心率90次/分，R20次/分，BP90/60mmHg。右背下部呼吸音稍低，有疱疹性结膜炎。辅助检查：胸部X线在肺内可见两端大而中央细的哑铃状阴影。OT实验（++++）

- (1) 该患儿最可能的临床诊断是什么？
- (2) 该患儿的主要护理诊断有哪些？
- (3) 针对该患儿应采取哪些护理措施？

## 思考题

4. 患儿，男，3岁。半年前患原发性肺结核。曾服异烟肼3个月，症状好转后家长自行停药。1周前发热、头痛、呕吐，精神不振。今晨头痛、呕吐加剧，抽搐1次。查体：体温 $38.5^{\circ}\text{C}$ ，嗜睡，营养差，颈项强直，心、肺、腹（-），脑脊液：压力 $1.86\text{KPa}$ ，蛋白 $0.8\text{g/L}$ ，糖 $2.2\text{mmol/L}$ ，氯化物 $102\text{mmol/L}$ ，WBC $150\times 10^6/\text{L}$ ，多核0.35，单核0.65，PPD试验（-）。

- (1) 该患儿最可能的临床诊断是什么？
- (2) 该患儿的主要护理诊断有哪些？
- (3) 针对该患儿应采取哪些护理措施？
- (4) 出院后，对该患儿家长应强调哪些健康教育？

## 参考答案

### ◆ 思考题1

(1) ①体温过高 ②皮肤完整性受损

③潜在并发症

(2) ①肺炎 ②观察有无频咳、声嘶、吸气性呼吸困难、三凹征；  
观察有无嗜睡、惊厥、昏迷等

(3) ①维持正常体温 ②加强皮肤护理

### ◆ 思考题2

(1) ①疼痛 ②体温过高

(2) ①减轻疼痛 ②维持体温正常

## 参考答案

### ◆思考题3

- (1) 原发型肺结核
- (2) ①营养失调 ②活动无耐力
- (3) ①保证营养供给 ②建立合理生活制度

### ◆思考题4

- (1) 结核性脑膜炎
- (2) ①潜在并发症 ②营养失调
- (3) ①降低颅内压②改善营养状况
- (4) ①坚持全程、合理用药。②定期门诊复查。③制定合理的生活制度。
- ④避免继续与开放性结核病人接触，积极预防和治疗各种传染性疾病。



**谢谢观看**

