



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



第十章

呼吸系统疾病

患儿的护理



目录

> 第一节 小儿呼吸系统解剖生理特点

> 第二节 急性上呼吸道感染

> 第三节 急性感染性喉炎

> 第四节 急性支气管炎

> 第五节 支气管哮喘

> 第六节 肺炎

学习目标

1. 知识目标：熟悉儿童呼吸系统解剖生理特点，发病机制和治疗原则；呼吸系统疾病的临床表现、护理诊断及护理措施。
2. 能力目标：能解释儿童易患呼吸系统感染性疾病的原因；能正确评估其患儿情况，并应用所学知识为患儿提供整体护理。
3. 素质目标：具备良好的人文关怀精神和儿科护士职业素养，具备对呼吸系统疾病患儿的整体评估和初步的评判性思维能力。

第一节 儿童呼吸系统解剖生理特点

一、解剖特点

呼吸系统以环状软骨为界划分为上、下呼吸道。上呼吸道包括鼻、鼻窦、咽、咽鼓管、会厌、喉;下呼吸道包括气管、支气管、毛细支气管、呼吸性细支气管、肺泡管及肺泡。

（一）上呼吸道 婴幼儿鼻根扁而宽，鼻腔相对较短，后鼻道狭窄，黏膜柔嫩，血管丰富，无鼻毛，因此易受感染；感染后鼻腔易堵塞而致呼吸困难和吸吮困难。

（二）下呼吸道 婴幼儿气管和支气管的管腔相对狭窄；软骨柔软，缺乏弹力组织，支撑作用小；黏膜血管丰富，黏液腺分泌不足，气道较干燥，纤毛运动差，清除能力弱，因此易发生感染导致呼吸道阻塞。

（三）胸廓和纵隔 婴幼儿胸廓上下径较短，前后径相对较长，圆桶状；肋骨呈水平位，膈肌位置较高；呼吸肌发育差。呼吸时胸廓运动幅度小，肺不能充分扩张、通气和换气，易因缺氧和二氧化碳潴留而出现青紫。

二、生理特点

(一) 呼吸频率和节律 婴幼儿呼吸中枢发育不完善，故容易呼吸节律不齐、呼吸暂停等，小儿年龄越小，呼吸频率越快。

(二) 呼吸类型 婴幼儿呼吸肌发育不全，胸廓活动范围小而膈肌活动明显，故呈腹式呼吸。随着年龄增长，呼吸肌逐渐发育完善，膈肌下降，肋骨逐渐变为斜位，胸廓前后径和横径增大，开始出现胸式呼吸。7岁以后以混合式呼吸为主。

(三) 呼吸功能 儿童各项呼吸功能储备能力均较差，患呼吸系统疾病时易发生呼吸功能不全。

三、免疫特点

儿童呼吸道的非特异性免疫功能和特异性免疫功能均较差。

四、呼吸系统检查时的重要体征

(一) 呼吸频率

(二) 呼吸音

(三) 发绀

(四) 吸气时胸廓凹陷，胸骨上窝、锁骨上窝及肋间凹陷，即“三凹征”

(五) 吸气喘鸣常伴吸气延长

(六) 呼气呻吟

五、常用实验室检查及辅助检查

- (一) 血气分析
- (二) 胸部影像学
- (三) 儿童支气管镜检查
- (四) 肺功能检查

第二节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory infection, AURI)指由于各种病原体引起的上呼吸道的急性感染，俗称“感冒”。本病是儿童时期最常见的急性呼吸道感染性疾病

一、病因

各种病毒和细菌均可引起，但90%以上为病毒所致

二、临床表现

临床症状轻重不一，与年龄、病原体及机体抵抗力不同有关。年长儿症状较轻，以局部症状为主； 婴儿病情大多较重，常有明显的全身症状。

三、辅助检查

病毒感染时白细胞计数偏低或正常，中性粒细胞减少，淋巴细胞计数相对增高。细菌感染时白细胞计数和中性粒细胞增高。

四、治疗要点

(一) 一般治疗：病毒性上呼吸道感染为自限性疾病，无须特殊治疗。

(二) 抗感染治疗

1. 抗病毒药物

2. 抗菌药物

(三) 对症治疗高热者给予物理降温或药物降温, 高热惊厥者给予镇静、止惊处理



五、护理评估

- (一) 健康史
- (二) 身体状况
- (三) 心理-社会状况

六、常见护理诊断/问题

- (一) 舒适度减弱、咽痛、鼻塞 与上呼吸道感染有关。
- (二) 体温过高 与上呼吸道感染有关。
- (三) 潜在并发症 高热惊厥。



七、护理目标

- (一) 患儿感到舒适。
- (二) 患儿体温降至正常。
- (三) 患儿无并发症发生或并发症得到及时处理。

八、护理措施

- (一) 维持体温正常
- (二) 促进舒适
- (三) 预防热性惊厥
- (四) 健康教育



九、护理评价

1. 患儿通过治疗和护理，是否感觉到舒适。
2. 遵医嘱给药和制定合理的护理措施，患儿的体温是否降至正常。
3. 病情是否观察细致，是否及时与医生反馈病情，有无做好健康宣教。

第三节 急性感染性喉炎

急性感染性喉炎(acute infectious laryngitis)是指喉部黏膜急性弥漫性炎症。临床特征为犬吠样咳嗽、声音嘶哑、喉鸣、吸气性呼吸困难。好发于冬春季节,以婴幼儿多见。



一、病因

由病毒或细菌感染引起,亦可急性传染病病程中并发。由于小儿喉部解剖特点,炎症时易充血、水肿而出现喉梗阻。

二、临床表现

起病急,白天症状轻,夜间加剧,声嘶、犬吠样咳嗽、吸气性喉喘鸣、吸气性呼吸困难,严重时出现三凹征 如治疗不及时则病儿面色苍白、紫绀、神志不清,最终因呼吸循环衰竭而死亡。全身症状如发热、烦躁不安、无力等。

三、辅助检查

病毒感染者外周血白细胞计数正常或偏低。细菌感染者外周血白细胞计数增高，中性粒细胞增高。

四、治疗要点

1. 保持呼吸道通畅
2. 控制感染 病毒感染者予抗病毒药物，细菌感染者选择敏感抗生素控制感染。
3. 糖皮质激素治疗减轻或消除喉头水肿，缓解喉梗阻。
4. 对症治疗 缺氧者给予吸氧；烦躁不安者可用异丙嗪镇静。
5. 气管切开 经上述处理后仍严重缺氧或有Ⅲ度以上喉梗阻者，应立即进行气管切开术。



五、护理评估

- (一) 健康史
- (二) 身体状况
- (三) 心理-社会状况

六、常见护理诊断/问题

1. 低效性呼吸型态 与喉头水肿有关。
2. 有窒息的危险 与喉梗阻有关。
3. 体温过高 与感染有关。



八、护理措施

- (一) 改善呼吸功能, 预防窒息的发生
- (二) 维持体温正常
- (三) 密切观察病情
- (四) 健康教育

九、护理评价

1. 遵医嘱给予治疗和护理是否改善呼吸功能, 预防窒息的发生。
2. 合理的用药及相应的护理措施, 患儿的体温是否降至正常。

第四节 急性支气管炎

急性支气管炎(acute bronchitis)是指各种病原体引起的支气管黏膜感染,因气管常同时受累,故又称为急性气管支管炎(acutetracheobronchitis)。本病是儿童时期常见的呼吸道疾病,婴幼儿多见。

一、病因

病原体为各种病毒、肺炎支原体、细菌或混合感染。

二、临床表现

起病可急可缓，大多先有上呼吸道感染的症状，之后以咳嗽为主要表现。

三、辅助检查

1. 胸部X线检查无异常改变或有肺纹理增粗。
2. 血常规检查白细胞正常或稍高，合并细菌感染时，可明显增高。



四、治疗要点

主要是对症治疗和控制感染。

- (一) 一般治疗同上呼吸道感染。
- (二) 控制感染怀疑细菌感染时，可适当选用抗生素。
- (三) 对症治疗。

五、护理评估

- (一) 健康史
- (二) 身体状况
- (三) 心理-社会状况

六、常见护理诊断/问题

- (一) 体温过高 与病毒或细菌感染有关。
- (二) 清理呼吸道无效 与痰液黏稠不易咳出有关。
- (三) 舒适度减弱 与咳嗽、胸痛 与支气管炎炎症有关。

七、护理目标

- (一) 患儿体温降至正常。
- (二) 患儿能顺利有效地排痰，呼吸道通畅。
- (三) 患儿感到舒适。



八、护理措施

- (一) 一般护理
- (二) 发热的护理
- (三) 保持呼吸道通畅
- (四) 病情观察时注意观察呼吸变化
- (五) 用药护理注意观察药物的疗效及不良反应
- (六) 健康教育



九、护理评价

1. 遵医嘱给药和制定合理的护理措施，患儿的体温是否降至正常。
2. 是否有效观察咳嗽、咳痰的性质，能否正确指导并鼓励患儿有效咳嗽。
3. 患儿通过遵医嘱治疗和有效的护理措施，是否感觉到舒适。

第五节 支气管哮喘

支气管哮喘（bronchial asthma）简称哮喘，是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞和T淋巴细胞等多种细胞和细胞组分共同参与的气道慢性炎症性疾病。

一、病因及发病机制

（一）病因

1、遗传因素

2、环境因素 包括（1）变应性因素；（2）非变应性因素

（二）发病机制

哮喘的发病机制不完全清楚，可概括为气道免疫-炎症机制、神经机制及其相互作用。



二、临床表现

哮喘的典型症状是反复喘息、气促、胸闷或咳嗽，呈阵发性反复发作，以夜间和/或晨起为重。

三、辅助检查

- (一) 外周血嗜酸性粒细胞可增高
- (二) 肺功能测定
- (三) 胸部X线检查



三、辅助检查

(四) 特异性过敏原诊断

(五) 诊断标准

四、治疗要点

治疗原则：坚持长期、持续、规范、个体化的治疗原则。

(一) 去除病因

(二) 急性发作期治疗

1. 主要是解痉和抗感染治疗

2. 糖皮质激素



四、治疗要点

3. 茶碱类药物

4. 抗胆碱药物

(三) 哮喘慢性持续期治疗

1. 吸入型糖皮质激素

2. 白三烯调节剂

3. 缓释茶碱

4. 长效 β_2 受体激动剂

5. 肥大细胞膜稳定剂

6. 全身性糖皮质激素

四、治疗要点

（四）哮喘持续状态的治疗

给氧、补液、纠正酸中毒，严重的持续性呼吸困难者可给予机械呼吸。

（五）预防复发

应避免接触过敏原，积极治疗和清除感染灶，去除各种诱发因素。

五、护理评估

（一）健康史

（二）身体状况

（三）心理-社会状况

六、常见护理诊断/问题

- (一) 低效性呼吸型态 与支气管痉挛、气道阻力增加有关
- (二) 清理呼吸道无效 与呼吸道分泌物黏稠、体弱无力排痰有关
- (三) 焦虑 与哮喘反复发作有关
- (四) 潜在并发症 肺部感染、心力衰竭、中毒性脑病
- (五) 知识缺乏 与缺乏哮喘相关知识

七、护理目标

- (一) 患儿气促、发绀症状逐渐改善以至消失，呼吸平稳。
- (二) 患儿能顺利地咳出痰液，呼吸道通畅。



七、护理目标

- (三) 患儿焦虑得到缓解。
- (四) 患儿住院期间了解哮喘的相关防护知识。
- (五) 患儿无并发症发生或并发症得到及时发现和处理。

八、护理措施

- (一) 环境与休息
- (二) 维持气道通畅，缓解呼吸困难
- (三) 密切观察病情变化监测生命体征，注意呼吸困难的表现及病情变化。
- (四) 心理护理

八、护理措施

（五）健康教育

九、护理评价

1. 根据患儿病情制定适宜的治疗和护理是否能够改善气促与发绀症状，顺利地咳出痰液，保持呼吸道通畅，维持呼吸平稳。
2. 对家属及患儿进行哮喘相关知识宣教后，焦虑是否得到缓解。
3. 通过耐心的询问与细致的观察是否能及时发现和处理并发症。

第六节 肺炎

肺炎（pneumonia）是指不同病原体及其他因素（如吸入羊水、过敏等）所引起的肺部炎症。临床上以发热、咳嗽、气促、呼吸困难和肺部固定湿啰音为主要表现。严重者可出现循环系统、神经系统、消化系统的相应症状。肺炎是婴幼儿时期的常见病，一年四季均可发生，以冬春寒冷季节及气候骤变时多见，多由急性上呼吸道感染或支气管炎向下蔓延所致。



一、病因及发病机制

常见的病原体为病毒和细菌。病毒以呼吸道合胞病毒最多见，其次是人鼻病毒、副流感病毒等；细菌以肺炎链球菌多见，其他有流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌等。

二、临床表现

（一） 呼吸系统症状和体征

主要表现为发热、咳嗽、气促，肺部固定的中、细湿啰音。

（二） 循环系统表现



二、临床表现

轻度缺氧可致心率增快；重症肺炎可合并心肌炎、心力衰竭。

（三） 神经系统表现

轻度缺氧表现为精神萎靡、烦躁不安或嗜睡；中毒性脑病时，可出现意识障碍、惊厥、前囟膨隆，可有脑膜刺激征，呼吸不规则，瞳孔对光反射迟钝或消失。

（四） 消化系统表现

轻者常有食欲减退、吐泻、腹胀等；重者可发生中毒性肠麻痹。

（五） 弥散性血管内凝血



三、辅助检查

(一) 外周血检查病毒性肺炎白细胞大多正常或降低;细菌性肺炎白细胞总数及中性粒细胞常增高,并有核左移,胞浆中可见中毒颗粒。

(二) 病原学检查

(三) 胸部X线检查

四、治疗要点

采用综合的治疗措施,原则是控制炎症,改善通气功能,对症治疗,和预防并发症。

五、护理评估

- (一) 健康史
- (二) 身体状况
- (三) 心理-社会状况

六、常见护理诊断/问题

- (一) 气体交换受损 与肺部炎症有关。
- (二) 清理呼吸道无效 与呼吸道分泌物过多、黏稠，患儿体弱、无力排痰有关。

六、常见护理诊断/问题

- (三) 体温过高 与部感染有关。
- (四) 营养失调 低于机体需要量 与摄入不足、消耗增加有关。
- (五) 潜在并发症 心力衰竭、中毒性脑病、中毒性肠麻痹。

七、护理目标

- (一) 患儿气促、发绀症状逐渐改善以至消失，呼吸平稳。
- (二) 患儿能顺利有效地咳出痰液，呼吸道通畅。
- (三) 患儿体温恢复正常。



七、护理目标

- (四) 患儿住院期间能得到充足的营养。
- (五) 患儿不发生并发症或发生时得到及时发现和处理。

八、护理措施

- (一) 改善呼吸功能
- (二) 保持呼吸道通畅及时清除患儿口鼻分泌物
- (三) 降低体温，密切监测体温变化

八、护理措施

(四) 补充营养及水分

(五) 密切观察病情

九、护理评价

(一) 患儿能否顺利有效地咳出痰液，呼吸道是否通畅；气促、发绀症状是否逐渐改善以至消失，呼吸平稳。

(二) 患儿住院期间体温及其他生命体征是否恢复正常。

(三) 患儿能否得到充足的营养。

九、护理评价

(四) 患儿并发症是否得到有效预防;已发生的并发症是否得到及时发现和处理。



谢谢观看

