

浅谈儿童感冒的应急护理

许欢

仙桃市妇幼保健院，湖北仙桃，433000；

摘要：儿童感冒（急性上呼吸道感染）是儿科最常见的疾病之一，尤其在季节交替和气候突变时发病率显著升高。科学规范的应急护理对于缓解症状、预防并发症、保障患儿安全具有重要意义。本文基于最新的临床指南和循证医学证据，详细介绍了分阶段（急性期、进展期、恢复期）的应急护理要点，如高热时的物理降温与药物降温、呼吸道管理中的鼻塞处理与呼吸监测、并发症的预防与识别等。同时，强调了特殊场景（如婴幼儿、免疫缺陷患儿、夜间独处时）下的应急处理策略。

关键词：儿童感冒；应急护理；并发症预防；家庭协作；护理要点

DOI：10.64216/3104-9656.25.02.037

“应急护理”是针对感冒患儿突发症状（如高热惊厥、严重鼻塞致呼吸困难）或高危状态（如<3月龄婴儿、免疫缺陷患儿）的快速响应与干预，其核心目标是“阻断病情进展、缓解急性不适、预防并发症”。当前，部分家长因缺乏科学认知，存在“捂汗退热”“滥用抗生素”“忽视精神状态变化”等误区，导致患儿症状加重。因此，系统梳理儿童感冒应急护理的关键策略（如分阶段处理、并发症预警、家庭协作），对提升基层护理质量、保障儿童健康具有重要意义。

1 儿童感冒的常见诱因与高风险表现

1.1 主要诱因

1.1.1 病原学因素

病毒性感染是儿童感冒的主要原因，其中鼻病毒、冠状病毒、呼吸道合胞病毒等最为常见，占感冒病原体的90%以上。少数情况下，细菌（如肺炎链球菌、流感嗜血杆菌）或流感病毒（甲型、乙型、丙型）也可引起感冒，且具有较高的传染性和致病性。

1.1.2 环境因素

季节交替（尤其是秋冬和冬春季节）和气候骤变（如温度骤降、湿度变化）是儿童感冒的高发时段。冷空气刺激可导致呼吸道黏膜血管收缩，局部抵抗力下降，易于病毒入侵。

1.1.3 个体因素

婴幼儿由于上呼吸道解剖结构短而宽，鼻腔黏膜柔嫩，纤毛运动能力差，清除病原体的能力较弱，加之免疫系统尚未完全发育成熟，是感冒的高危人群。

1.2 需应急干预的高风险症状

1.2.1 高热（Hyperthermia）

体温≥39℃，尤其是伴有精神萎靡、嗜睡、烦躁不安、惊厥史或持续高热>3天，提示可能存在严重感染或并发症，需立即就医。

1.2.2 呼吸困难与呼吸道梗阻（Respiratory Distress and Obstruction）

严重鼻塞导致张口呼吸、吸气性三凹征（胸骨上窝/锁骨上窝/肋间隙凹陷）、呼吸频率增快（婴儿>60次/分，幼儿>50次/分，儿童>40次/分）或呼吸音异常（如喘鸣音、湿啰音），提示可能存在鼻窦炎、中耳炎、喉炎或支气管炎，需及时评估和处理。

1.2.3 神经系统异常（Neurological Abnormalities）

持续嗜睡、昏迷、频繁呕吐、颈项强直、肢体无力或抽搐，提示可能并发脑膜炎、脑炎或中毒性脑病，需紧急行腰椎穿刺和头颅影像学检查。

1.2.4 消化道反应（Gastrointestinal Manifestations）

频繁呕吐、腹泻伴脱水症状（如尿量减少、皮肤弹性差、眼窝凹陷、口唇干燥），需及时补液纠正电解质紊乱，防止休克。

1.2.5 特殊人群的高危表现

<3月龄婴儿感冒症状不典型，常表现为喂养困难、哭声弱、呼吸暂停或肤色苍白，需高度警惕败血症、化脓性脑膜炎等严重感染，需立即住院治疗。

2 分阶段儿童感冒应急护理要点

2.1 急性期（症状突发阶段：0-24小时）

急性期是感冒症状初次出现和迅速发展的阶段，护理重点在于快速识别和处理危及生命的急症，缓解急性

症状，防止病情恶化。

2.1.1 高热应急处理

评估与监测：立即测量体温，若体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 且伴有精神萎靡、嗜睡、惊厥史，或体温 $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ，需立即采取降温措施。持续监测体温变化，每 15–30 分钟记录一次（文档 1/5）。**物理降温：**首选温水擦浴，重点擦拭颈部、腋窝、腹股沟等大血管丰富区域，水温控制在 32–34°C，避免使用酒精擦浴以防酒精中毒。**药物降温：**根据体重给予适当剂量的退热药（如对乙酰氨基酚 10–15mg/kg，布洛芬 5–10mg/kg），间隔 4–6 小时可重复使用，24 小时内不超过 4 次。对于有高热惊厥史的患儿，体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 时即可用药。**补充水分：**鼓励患儿多饮水或口服补液盐，防止脱水和高热惊厥。

2.1.2 呼吸道管理

鼻塞/流涕处理：使用生理盐水滴鼻或喷鼻，软化鼻腔分泌物后用吸鼻器轻轻吸出，保持呼吸道通畅。若鼻塞严重影响呼吸，可将患儿头部抬高 30–45 度或采用侧卧位。**咳嗽护理：**鼓励患儿多饮水稀释痰液，协助拍背排痰（空心掌由下向上、由外向内叩击背部）。若咳嗽严重影响睡眠，可遵医嘱使用温和止咳药。**呼吸监测：**密切观察呼吸频率、节律和深度，若出现呼吸急促（婴儿 >60 次/分，幼儿 >50 次/分，儿童 >40 次/分）、喘息或呼吸困难，立即给予吸氧并通知医生。

2.1.3 基础生命支持

补液与营养：提供清淡、易消化的流质或半流质饮食（如米粥、面条汤），少量多餐，保证充足的水分和营养摄入。对于拒食或进食困难的患儿，可通过鼻饲或静脉补充营养。**休息与环境：**安排患儿卧床休息，保持室内安静、温湿度适宜（温度 22–24°C，湿度 50%–60%），避免强光和噪音刺激。**皮肤护理：**及时更换汗湿衣物，保持皮肤清洁干燥，预防皮肤破损和继发感染。

2.1.4 病情观察与记录

生命体征监测：每小时测量一次体温、心率、呼吸频率和血压，观察面色、意识状态及四肢末梢循环情况。**症状记录：**详细记录症状出现时间、性质、持续时间及干预措施，如发热峰值、咳嗽频率、鼻塞程度等，为后续治疗提供依据。**并发症预警：**警惕高热惊厥、呼吸困难、持续呕吐等高危症状，一旦发现立即报告医生并启动应急预案。

2.2 进展期（症状持续阶段：24–72 小时）

2.2.1 并发症的预防与处理

高热惊厥的预防：对于有高热惊厥史的患儿，体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 时及时给予退热药，同时观察有无惊厥先兆（如眼球上翻、意识模糊），一旦发生惊厥，立即采取侧卧位，保持气道通畅，记录惊厥持续时间并及时给予止惊药物。

2.2.2 对症支持治疗与护理

发热护理：根据体温变化调整降温措施，若体温持续 $>39^{\circ}\text{C}$ 或出现超高热（ $\geq 41^{\circ}\text{C}$ ），除物理降温和药物降温外，可采用冰帽降温或降温毯，同时密切监测体温反弹情况。

2.2.3 病情监测与评估

生命体征与实验室检查：每 2–4 小时监测一次生命体征，复查血常规、C 反应蛋白（CRP）、降钙素原（PCT）等炎症指标，评估感染严重程度和治疗效果。

2.2.4 营养与心理支持

营养支持：根据患儿食欲和消化功能调整饮食结构，保证充足的能量和蛋白质摄入，必要时给予肠内或肠外营养支持。**心理护理：**关注患儿及家长的心理状态，提供情感支持和心理疏导，缓解焦虑情绪。通过游戏、故事等方式分散患儿注意力，减轻疾病带来的不适感。

2.3 恢复期（症状缓解阶段：72 小时后）

2.3.1 症状监测与巩固治疗

症状观察：继续监测体温、咳嗽、鼻塞等症状，观察有无反复或新发症状，如咳嗽加重、再次发热等，及时发现病情波动。**巩固治疗：**根据医嘱继续完成抗生素或抗病毒药物的疗程，避免过早停药导致病情反复。

2.3.2 营养与活动指导

饮食调整：逐步恢复正常饮食，增加蛋白质和维生素的摄入，促进机体康复。鼓励多吃新鲜蔬菜水果，补充维生素 C 和微量元素。**适度活动：**根据患儿体力逐渐增加活动量，避免剧烈运动和过度劳累，防止病情复发。可进行适量的户外活动，呼吸新鲜空气，增强体质。

2.3.3 健康教育与预防指导

疾病知识宣教：向家长详细讲解感冒的病因、传播途径及预防方法，强调勤洗手、避免接触呼吸道感染患者、保持室内通风的重要性。**疫苗接种指导：**建议家长在流感高发季节前为患儿接种流感疫苗，特别是患有慢性疾病或免疫功能低下的儿童，以降低感染风险。

2.3.4 家庭护理与随访

家庭护理指导:教授家长正确的护理技能,如测量体温、物理降温、鼻饲喂食、拍背排痰等,确保家庭护理的连续性和有效性。**随访安排:**制定详细的随访计划,安排患儿在出院后1周、2周及1个月时复诊,评估康复情况,及时发现和处理潜在问题(文档5)。**建立健康档案:**为患儿建立健康档案,记录感冒病史、治疗过程及康复情况,为今后的健康管理提供参考依据。

3 特殊场景下的应急护理策略

在某些特殊场景下,儿童感冒的应急护理需要采取针对性的措施,以确保患儿的安全和护理效果。以下几种常见特殊场景下的应急护理策略:

3.1 婴幼儿(<1岁)

婴幼儿由于免疫系统尚未完全发育,器官功能尚未成熟,感冒后症状可能更为严重,且难以准确表达不适,需要特别关注。

1. **喂养与营养:**优先保证母乳喂养或配方奶的摄入,少量多次喂食,防止呛奶和呕吐。若患儿拒食或进食困难,可采用鼻饲或静脉营养支持。

2. **呼吸道管理:**婴幼儿鼻塞严重时,可采用生理盐水滴鼻后用吸鼻器轻轻吸出分泌物,保持呼吸道通畅。避免使用成人通鼻产品,以防刺激。

3. **高热惊厥预防:**密切监测体温变化,体温 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 时及时给予退热药,同时保持环境安静,避免强光刺激,防止高热惊厥发生。

4. **病情观察:**由于婴幼儿症状不典型,需密切观察有无呼吸急促、喂养困难、异常哭闹等表现,及时发现潜在的严重并发症。

3.2 免疫缺陷/慢性病患儿

免疫缺陷或患有慢性基础疾病的患儿,感冒后病情进展快,并发症风险高,需加强护理和监测。

1. **隔离与防护:**采取严格的隔离措施,防止交叉感染。医护人员接触患儿前后需严格手卫生,使用个人防护装备(如手套、口罩)。

2. **病情监测:**密切监测生命体征和病情变化,定期复查血常规、CRP、PCT等指标,及时发现继发感染迹象。

3. **针对性治疗:**根据基础疾病和免疫状态调整治疗方案,必要时给予免疫球蛋白支持治疗,增强机体抵抗力。

4. **多学科协作:**建立多学科团队(MDT)协作机制,

整合儿科、感染科、免疫科等专科资源,共同制定和调整治疗方案。

3.3 夜间/居家独处时

夜间或家长独处时,若患儿出现紧急情况,需具备基本的应急处理能力,确保患儿安全。

1. **应急物品准备:**家中常备儿童退热药(如对乙酰氨基酚、布洛芬)、生理盐水滴鼻剂、体温计、消毒用品等应急物品。

2. **急救知识培训:**家长应掌握基本急救技能,如海姆立克急救法、心肺复苏术(CPR),并熟悉附近医院的急诊就诊流程。

3. **紧急联络机制:**建立紧急联络方式,确保在需要时能及时联系到儿科医生或急救人员。可将常用求助电话(如120、儿科医生手机号)设置为快速拨号。

4. **安全防护措施:**确保居家环境安全,避免患儿在无人看护时发生跌倒、误吸等意外。夜间可使用婴儿监护器,实时监测患儿状态。

4 家庭协作与健康教育要点

家庭在儿童感冒的预防、护理和康复过程中发挥着重要作用。有效的家庭协作和科学的健康教育,不仅能提高护理质量,还能增强家长的应对能力,促进患儿康复。

4.1 健康教育内容

1. **感冒病因与传播途径:**向家长普及感冒的常见病因(病毒感染为主)、传播途径(飞沫传播、接触传播)及易感人群特点,增强预防意识。

2. **症状识别与评估:**教导家长识别儿童感冒的常见症状(发热、咳嗽、鼻塞、流涕等)及其严重程度,学会使用体温计、听诊器等简易工具进行初步评估。

3. **正确用药指导:**强调遵医嘱用药的重要性,教授家长正确选择和使用儿童专用药物(如退热药、止咳药),避免滥用抗生素和成人药物。

4. **并发症预防:**讲解感冒可能引发的并发症(如中耳炎、支气管炎、肺炎)及其早期识别方法,指导家长在出现高危症状时及时就医。

4.2 护理技能培训

1. **物理降温方法:**演示温水擦浴、冰敷等物理降温方法的操作步骤和注意事项,指导家长根据患儿体温和

耐受情况合理选择降温措施。

2. 呼吸道护理技巧：教授家长如何正确使用生理盐水滴鼻、喷鼻，如何进行有效的拍背排痰，以及如何使用加湿器保持室内适宜湿度。

3. 喂养与营养支持：提供科学合理的饮食建议，指导家长根据患儿病情调整饮食结构，保证充足的营养摄入，促进康复。

4. 心理护理方法：分享与患儿有效沟通的技巧，指导家长通过游戏、故事等方式缓解患儿焦虑情绪，营造轻松愉快的康复环境。

4.3 家庭护理环境管理

1. 环境卫生：强调保持室内清洁卫生的重要性，指导家长定期开窗通风，保持空气流通，避免长时间关闭门窗造成空气污浊。

2. 温湿度控制：建议家长使用空调、加湿器等设备，将室内温度控制在 22–24°C，湿度维持在 50%–60%，创造舒适的康复环境。

3. 个人卫生习惯：培养患儿良好的个人卫生习惯，

如勤洗手、不抠鼻、不揉眼，避免用手触摸口鼻，减少病毒传播机会。

5 结语

儿童感冒是儿科常见的临床疾病，尽管多数为自限性，但部分患儿可能出现高热惊厥、严重呼吸道并发症等急症，对患儿的生命安全和健康成长构成威胁。因此，科学规范的应急护理措施对于缓解症状、预防并发症、保障患儿安全具有重要意义。

参考文献

[1] “互联网+护理服务”中护士应急能力培训目标与内容的构建. 谭雯渲; 张容; 张立力; 朱瑾; 陈映彤; 洪妙璇. 中华护理教育, 2023 (10)

[2] 后疫情时代医学生突发公共卫生事件应急能力的问卷调查及教学探讨. 晁灵; 梁真真; 赵香梅; 宋杰. 中国高等医学教育, 2024 (05)

作者简介：许欢，1992 年 1 月，女，汉族，湖北，仙桃市妇幼保健院，本科，主管护师，护理学。