中药外擦为主治疗小儿高热的疗效观察及护理

付丽珍[1]　邓小红[1]　李双平[1]　李小兰[2]　汪媛娇[2]

（1 江西省东乡县中医院　东乡 331800；2 江西省东乡县妇幼保健院　东乡 331800）

关键词：小儿高热；中药外擦；护理

中图分类号：R 473.72　　**文献标识码**：B　　**文献编号**：1671-4040(2009)01-0078-02

高热是由于各种原因导致机体产热过多或散热过少、体温调节中枢功能障碍所致的一种急诊常见临床症状，小儿高热病因常分为感染性和非感染性二大类[1]。本研究中所论及的高热，其病因均明确诊断为感染性发热。小儿由于体温调节中枢发育尚不健全，对体温变化的调节相对较弱，高热易致惊厥，严重影响小儿的健康甚至危及生命，因此，对高热应及时正确处理。而目前常用的退热药复方氨基比林、安乃近等药物副作用大，氨基比林可致急性粒细胞性白细胞缺乏，发生率远远高于氯霉素，有致命危险；安替比林易产生皮疹、发绀、虚脱等严重毒副作用[2]。另外，此类药物注射局部刺激较大，可引起臀部肌肉损伤，产生臀肌萎缩或麻痹及感染等并发症；而且儿童对注射也非常恐惧。本研究运用中药合剂外擦结合中医穴位推按，治疗和护理小儿高热患者 96 例，取得了较好的治疗及护理效果。现报告如下：

1　资料和方法

1.1　一般资料　190 例患儿均为 2006 年 6 月~2008 年 6 月在东乡县中医院门急诊及住院的儿科患儿。体温高于 39.1℃，年龄为 1~7 岁。明确病因为感染性发热，临床表现恶寒甚、面白、无汗、口不渴、咽不红、舌苔薄白、脉浮紧者为寒性病因所致发热，多为病毒感染；临床表现发热重、面红赤、有汗或少汗、口渴、咽红或肿痛、舌质红、苔薄黄、脉浮数或数

者安全度过心理不应期，适应角色的转变。

3　术后护理

3.1　术后监护　术后予重症监护。观察患者的意识、皮肤和带回的各种管道是否通畅、固定在位。持续心电监护、血液动力学监测，观察生命体征变化。按医嘱予以强心、利尿治疗，维持有效循环血容量。妥善固定各种引流管、注射泵，保护穿刺管，保证引流管通畅，记录引流液量、色，定时挤压以防阻塞；保持注射泵注射通畅，维持有效的药物浓度、剂量；观察穿刺处有无红肿、渗出，穿刺管敷料是否干燥。

3.2　呼吸护理　气管插管，呼吸机辅助呼吸。及时清除呼吸道分泌物，评估患者呼吸及血氧饱和度的变化。拔除气管插管后遵医嘱予雾化吸入，指导患者进行有效的深呼吸和咳嗽、咳痰，每 2 小时一次。面罩或鼻导管吸氧，氧流量适中，保持湿化。

3.3　用药护理　用药注意剂量及浓度，观察药效及副作用。血管活性药物对患者尤为重要，一律单独一路深静脉注入，不与其他药物混合，严格控制血管活性药物的速度、剂量。

3.4　预防并发症　心脏术后机体各方面处于应激状态，易出现多脏器功能衰竭，并发心律失常、低心排、电解质酸碱平衡紊乱等并发症，应严密监测生命体征、尿量，记录 24h 出入量，保持出入平衡，控制输液速度、输液量，严格无菌操作。

3.5　饮食护理　拔除气管插管 4~6h 后，患者若无呕吐，可试饮水，逐步过渡到流质、半流质，甚至普食。鼓励患者进食含高热量、高蛋白、丰富维生素的食物。但是术后 2~3d 内建议患者不宜进食大量的甜食，尤其是术后血糖偏高或术前有糖尿病史的患者，因心脏术后的患者大多有胃肠道淤血现象，进食太多的甜食易腹胀，不利消化，且血糖过高不利伤口的愈合。

3.6　功能锻炼　一般术后第 1 天可鼓励患者坐起，进行少量活动，以后逐步增加活动量，以不出现劳累为主。拔除心包、纵隔引流管后可增加下床活动次数及活动量，每天 2~3 次。

3.7　心理护理　体外循环后患者常会出现神经精神症状：如幻想、烦躁、失眠等，加之术后各种仪器的使用、引流管的放置、切口的疼痛，患者会产生不安全感或抵触情绪。为此，护理人员要认真评估患者的心理状况，多与患者交流沟通，解释各种治疗与仪器使用的目的，指导患者进行放松疗法，分散其注意力，安全度过这一时期。

胸主动脉破裂伴假性动脉瘤相当少见，且病情凶险，大部分患者到达医院前就大出血死亡，正确诊断，急早手术，术后予以严密的观察、护理可以减少其死亡率，提高生存率。

参考文献

[1]汪曾炜，刘维永，张宝仁.心脏外科学[M].北京：人民军医出版社，2003.514,523

[2]邱旭仙.主动脉假性瘤血管腔内带膜支架植入术的护理[J].护理与康复，2006,5(5)：349

（收稿日期：2008-03-17）

者，为热性病因所致发热，多为细菌感染或病毒合并细菌感染。将全部病例随机分为两组：(1)退热合剂治疗组 96 例，男 50 例，女 46 例，平均年龄 2.82 岁，平均发热时间 7.6h。(2)氨基比林对照组 94 例，男 49 例，女 45 例，平均年龄 2.86 岁，平均发热时间 7.4h。给药前两组患儿的年龄、体温无统计学差异（P>0.05）。

1.2 *方法* (1)对照组：根据病因分别予抗病毒或抗炎等治疗，将患儿置安静、整洁、空气流通、温湿度适宜、光线柔和的环境中，并予复方氨基比林肌注(2mL 含氨基比林 100mg、安替比林 40mg、巴比妥 18mg)，按(0.07± 0.03)mL/(kg•次)使用。当体温＞39.5℃时，予酒精擦浴。(2)治疗组：病因治疗及一般护理同对照组，根据临床表现首先区分是寒性病因还是热性病因所致发热，然后分别选取退热合剂Ⅰ号或Ⅱ号[退热合剂Ⅰ号：藿香正气水(国药准字号 Z36021275)30 mL、十滴水（国药准字号 Z51021430)10 mL；退热合剂Ⅱ号：藿香正气水 10 mL、十滴水 30 mL]，加水 40 mL，用清洁棉球擦浴患儿前额、耳后、颈侧、腋下、腹股沟等区域，后用轻柔手法揉按患儿耳尖穴每侧 1min，可同时或交替进行。耳尖穴按压完毕后，寒性病因所致发热再选三关穴(前臂桡侧边缘，自腕横纹直上至肘横纹成一直线)，用推法(用拇指正、侧面或食、中指面)在穴位上作直线推动，自腕部向上推至肘部，推 200 次。热性病因所致发热选取六腑穴(前臂尺侧边缘，自腕横纹直上至肘横纹成一直线)，用推法，自肘部向下推至腕部，推 200 次，体温高于 39.5℃以上者，再选天河水穴(前臂掌侧正中，自腕横纹中点至肘横纹中点成一直线)，用推法,自腕部向上推至肘弯处,推 200 次。

2 疗效观察

2.1 *疗效评定标准* 观察用药后退热疗效与时间变化的关系，记录首次用药后 30min、1h、2h、3h、4h、6h、8h 体温变化。总体退热疗效评定标准：显效（3 分)：用药后 4h 内体温下降＞1℃；有效(2 分)：用药后 4h 内体温下降 0.5~1℃；无效(1 分)：用药后 4h 内体温下降 <0.5℃或上升。

2.2 *毒副作用评定* 对照组出现呕吐 9 例，皮疹 7 例，胃肠不适 5 例，注射局部出血 6 例，一过性外周白细胞下降 3 例，酒精擦浴后患儿出现皮疹 3 例。治疗组出现一过性皮疹 3 例，无呕吐及胃肠不适反应，无一过性外周白细胞下降病例。

2.3 *退热效果观察* 治疗组显效 87 例(90.6%)，有效 7 例(7.3%)，无效 2 例(2.1%)，总有效率 97.9%，退热疗效平均分数 2.885 分。对照组显效 64 例(68.1%)，有效 21 例(22.3%)，无效 9 例(9.6%)，总有效率 90.4%，退热疗效平均分数 2.585 分。经统计学分析，两者退热总有效率、退热疗效评分有显著性差异，说明中药合剂外擦结合推按退热效果优于肌注复方氨基比林。

2.4 *退热疗效与时间关系* 见表 1。在 1h 内两者的退热疗效相当，2~8h 退热合剂的退热效果明显优于对照组，两者之间存在统计学的差异，且退热合剂组退热效果较持久，而复方氨基比林组在 2~4h 内能将体温降至较低状态，但其退热效果较短暂，4h 后体温开始回升。

表 1 两组退热疗效比较 ($\bar{X}$± S) ℃

	0.5h	1h	2h	3h	4h	6h	8h
治疗组	38.87± 0.46	38.43± 0.56	37.92± 0.65	37.93± 0.06	37.70± 0.59	37.70± 0.62	37.65± 0.51
对照组	38.78± 0.50	38.60± 0.48	38.42± 0.59	38.21± 0.65	38.70± 00.58	38.84± 0.81	38.41± 0.92

3 讨论

中医学认为，小儿外感高热，邪在肌表，尚未入里，应以辛香宣达之品进行擦浴，可疏通肌腠，宣行经络，使邪气外出，不致久羁营卫，而又不伤正气。如果小儿高热，一味冷敷冰掩，酒精擦浴，因寒性收引凝闭，掩邪外泄，或可热缓，而霎时反剧，故当慎用。藿香正气水中含有藿香、白术、厚朴、陈皮、紫苏等药物提取的挥发油，有解表化湿功效，适用于寒性发热。十滴水内含樟脑、干姜、大黄、小茴香、肉桂、桉油等成分，有驱风醒脑之效，适用于热性发热。必须强调的是中药合剂对小儿高热的治疗仅是对症治疗，应当在结合病因治疗的前提下采用，若单纯为退热而退热，置病因治疗于不顾，则本末倒置，有贻误病情的危险，同时还要鼓励小儿多饮水，保持衣褥及皮肤的清洁干燥，避免受凉。宜进食清淡、营养丰富、易消化的流质、半流质饮食。增加休息保证睡眠，室内保持安静，做好口腔护理及心理护理，要关心体贴患儿，消除患儿精神上的紧张、恐惧和焦虑[3]。在耳尖按压时，定位要准确，手法要轻柔，力度应适中，操作时要注意观察患儿的反应。在施行穴位推按时，由于患儿皮肤比较嫩薄，如果力度较大，时间过长，可致患儿皮肤擦伤，因此应注意两臂及时交替。使用中药合剂外擦过程中，还应注意勿使药液误入患儿的眼、口、鼻腔中。

总之，中药外治法药源易得、方法简便、安全、毒副作用小，避免了肌肉注射，易为广大儿童及家长接受，值得临床推广应用。但对护理人员要求较高，费时较长，这些都有待于我们进一步改进。

参考文献

[1]威仁铎.诊断学[M].北京：人民卫生出版社,2000.7-9
[2]曲红梅.浅谈儿童发热的治疗及护理[J].中华现代临床医学杂志,2005,3(21)：2 309
[3]张琴.小儿高热的护理[J].中华现代临床护理学杂志,2006,1(9)：799

（收稿日期：2008-10-23）