

發燒護理指導

在新型冠狀病毒肆虐的時代，除了勤洗手、戴口罩，所有公眾場所、機關單位於入口把關的就是「體溫」。體溫上升超過正常數值，即為所謂的「發燒」，發燒代表身體出現異常，為許多疾病開始時的症狀之一，也是身體和疾病對抗的第一個警哨。發燒並非只是發熱，發燒的型態、過程、時間以及同時出現的其他症狀都代表著不同意義。面對發燒，我們該當如何處理呢？正確的了解發燒才能冷靜面對，迎戰疾病。

發燒的定義

人類的正常體溫為 37°C，但因不同測量位置而會有 0.5 至 1 °C 的落差變化。美國重症醫學會國際疾病統計分類及美國傳染病學會將發燒定義為核心溫度（肛溫及耳溫最接近）為 38.3°C 或更高。

發燒的原因與臨床表現

發燒是一種症狀而非疾病，以生理病理學解釋，身體遭受到病原侵犯，產生發炎反應，使腦部下視丘的體溫調節中樞提高溫度，造成身體發熱，並增加組織及受感染部位的血流，產生免疫反應，因此發燒也是身體的一種保護機制。需要注意的是在老人或使用免疫抑制劑的病人身上，因感染而產生發燒的症狀並不容易出現。

引起發燒的常見原因包含感染症（細菌、病毒、黴菌或寄生蟲等病原體造成感染）、惡性腫瘤、自體免疫疾病及其他可能引起發炎反應的疾病（如肺栓塞、甲狀腺風暴等）。另外，使用藥物及接受輸血也可能引起發燒，即所謂的「藥物熱」及「輸血反應」，因此，使用藥物及接受血液輸注時，需注意是否有異常反應。再者為腦部創傷（如腦出血）或突發性腦血管疾病（如腦中風、血管栓塞），可能造成神經中樞異常或產生發炎反應而有發燒情形。然而，少數發燒原因

不明，經過醫師詳細檢查治療後，仍未有結果，即可能為「不明熱」。

「發燒」即為身體發熱的現象。發燒時，皮膚發燙且臉部泛紅，並伴隨著心跳加快、口乾舌燥，可能感覺疲倦、無力或意識昏沉。在發燒之前，身體為了達到高溫，周邊血管及肌肉會收縮，讓血流灌注到體內器官，此時生理表現為皮膚蒼白、呼吸及心跳加快、全身發冷且不自主抖動，即所謂「寒顫」。當體溫到達最高溫後，寒顫會緩解，體溫開始慢慢下降，會有流汗情形，此時即為「退燒」。但，若發燒的表現不明顯且體溫未超過 38°C，臨床上稱之為「低燒」。不管發燒到幾度，體溫呈現的變化及發燒出現的時間點皆有其意義，而發燒伴隨的其他症狀（疼痛、局部組織紅腫、皮膚紅疹、意識降低、短時間體重大幅下降等等）則為醫師診斷疾病的依據，因此除了監測體溫之外，還要注意觀察身體的其他症狀，以利醫師診斷。

發燒的處置

1. 保持身體舒適（保暖或降溫）：寒顫出現時，可增加衣物保暖，冬天可利用暖爐保暖，但臨床上效果有限。寒顫開始後，約 30 分鐘左右才會開始減緩。當寒顫緩解，身體感覺發燙，可使用冰袋或冰寶降溫，記得加一層布巾以減緩皮膚刺激或凍傷，增加舒適感。保暖及降溫皆為症狀緩解，非疾病治療，因此，若未感到太熱或太冷等不適感，皆非必要處置。退燒時，若有流出大量的汗，可先擦乾身體並更換乾淨衣物，保持身體舒適。室內維持一般舒適溫度即可（25°C 左右，因人而異）。
2. 補充水分及營養：因身體發熱造成水分需求增加，人體必須額外多攝取 2000c.c. 以上之水分，若因身體疾病須限制水分者（心衰竭或慢性腎病等），則需依醫師的建議攝取。而發燒也會使身體基礎代謝率增加，則要額外多補充熱量以供身體所需，因此，需要攝取高蛋白及高熱量飲食。當食慾不佳時，可先從喜愛的食物中挑

選，或攝取營養補充品以提供身體所需。

3. 藥物：退燒藥物一般會選擇乙醯氨酚

(Acetaminophen) 或非類固醇抗發炎藥物

(nonsteroidal anti-inflammatory drugs, 如

ibuprofen、Naproxen 等)，退燒藥物需依醫師指示

服用，不可過度服用，且須注意有無過敏反應。但發燒

就一定要退燒嗎？退燒藥依然是一種症狀治療，當發

燒造成過度不適，如頭痛、心悸或呼吸困難等，服用退

燒藥降溫可趨緩不適感並減少身體耗氧及身體代謝

率。但若發燒未造成任何不適感，或不適感可接受，

在持續監測體溫的狀況下，可經由多喝水或休息等方式

讓身體自行降溫，故退燒藥並非必要藥物，而是需要

時才使用的藥物。臨床上，病人高燒不退，護理師給退

燒藥時，經常有病人及家屬害怕服用過多退燒藥造成身

體負擔，而拒絕退燒藥，但，所謂「劑量過多」是指

超出處方建議的量，遵循醫師的處方且沒有額外自己服

用其他藥物，就不會有劑量過多的疑慮。

參考資料

1. 施瓊芬、蘇淑芬、王守玉 (2012) 加護病房護理人員執行發燒處置決策過程之文化脈絡護理暨健康照護研究, 8 (2) , 128-137. <https://doi.org/10.6225/JNHR.08.2.128>
2. 陳伯彥 (2014) · 發燒簡介與感染控制 · 醫療品質雜誌, 8 (2) , 50-53 。
3. DeWitt, S., Chavez, S. A., Perkins, J., Long, B., & Koyfman, A. (2017). 3. Evaluation of fever in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine*, 35(11), 1755-1758.
4. Fusco, F. M., Pisapia, R., Nardiello, S., Cicala, S. D., Gaeta, G. B., & Brancaccio, G. (2019). Fever of unknown origin (FUO): which are the factors influencing the final diagnosis? A 2005–2015 systematic review. *BMC infectious diseases*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4285-8>
5. Steele, G. M., Franco-Paredes, C., & Chastain, D. B. (2018). Noninfectious causes of fever in adults. *The*

Nurse Practitioner, 43(4), 38-44.

<https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000531067.65817.7d>

6. Unger, M., Karanikas, G., Kerschbaumer, A., Winkler, S., & Aletaha, D. (2016). Fever of unknown origin (FUO) revised. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 128(21), 796-801.

<https://doi.org/10.1007/s00508-016-1083-9>

7. Walter, E. J., Hanna-Jumma, S., Carraretto, M., & Forni, L. (2016). The pathophysiological basis and consequences of fever. *Critical Care*, 20(1), 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s13054-016-1375-5>

護理部護理師 鄒素涵