



绪 论

儿科护理学(pediatric nursing)是研究小儿生长发育规律及其影响因素、儿童保健、疾病预防和临床护理,以促进小儿身心健康的一门护理学科。儿科护理的服务对象为生长发育阶段的小儿,这一阶段个体的身心健康状况对其成年后的健康状况影响很大,因此,儿科护理学具有特殊性。随着儿科医学的发展,儿科护理学的内涵及服务内容也在不断扩展。



学习目标

- 掌握小儿年龄的分期及各期的主要特点,小儿机体结构(如解剖、生理、免疫等)的变化特点。
- 熟悉儿科护理学的任务和范畴,小儿在心理和临床上的特点,儿科护理的基本原则,小儿护理的特点。
- 了解儿科护士的角色与素质要求。



护理情境

小李,护理专科毕业,通过应聘进入某市一家综合医院上班。在呼吸内科工作半年后,小李被调入新生儿科,一段时间后,小李发现新生儿科的护理工作与呼吸内科存在差异。

情境思考:

儿科护理有哪些特点?

0.1 儿科护理学的任务和范畴

0.1.1 儿科护理学的任务

儿科护理学的任务是促进健康小儿的体格、智能等各方面的发展,增强小儿体质,降低

小儿的发病率和病死率;对患病小儿进行整体护理;帮助有功能障碍的患儿进行康复训练,尽可能地使其能够生活自理;对危重患儿进行临终关怀,减轻其痛苦;开展小儿健康教育及儿科护理研究工作。

0.1.2 儿科护理学的范畴

小儿时期的一切健康和卫生问题都属于儿科护理学范畴。儿科护理学研究对象的年龄范围为从受精卵形成开始到青春期结束。中国卫生和计划生育委员会(简称卫计委)规定儿科的临床服务对象为从出生到 14 周岁的小儿。儿科护理学的研究内容包括正常小儿身心保健、小儿疾病的防治与护理等,且与儿童心理学、社会学、教育学等多门学科有着广泛的联系。

随着医学模式和护理模式的转变,儿科护理已由单纯的疾病护理发展为以小儿及其家庭为中心的身心整体护理,由单纯的对患者的护理扩展为包括所有小儿的生长发育、疾病的防治与护理,由单纯的医疗机构承担其任务逐渐发展为全社会都来承担小儿的疾病预防、保健和护理工作。因此,儿科护理要达到保障和促进小儿身心健康的目的,就必须将科学育儿知识普及到每个家庭、社区和学校,并取得社会各方面的支持。

0.2 儿科的特点及护理原则

小儿的机体结构、社会心理状况、疾病临床表现等在整个生长发育过程中都是不断变化的,与成人的各方面状况均存在区别。因此,护理人员要注意这些差别,根据小儿的自身特点实施正确、恰当的护理。

0.2.1 儿科的特点

1. 小儿的机体结构特点

从小儿的机体解剖、生理和免疫方面来看,其具有如下特点:

(1)解剖特点。小儿从出生后开始一直处于不断变化的过程中,小儿并不是成人的缩影,无论是外观还是内脏都与成人有解剖学上的差异。例如,小儿出生时头占身高的比例为 $1/4$,而成人仅为 $1/8$ 。因此,对新生儿要特别注意其头部的保暖;新生儿的皮肤薄而嫩,护士实施皮肤护理时动作要轻柔;小儿关节周围的韧带较松,臼窝较浅,在牵拉时易发生关节脱位,故应避免用力牵拉其肢体。此外,小儿内脏的位置也与成人有一些差别,如成人于肋下是不能触及肝脏的,但在 7 岁以下的小儿是可以触及肝脏的(不超过 2 cm);小儿可扪及心尖搏动的位置在不同年龄阶段也是不相同的。因此,儿科护士要熟悉小儿的生长发育规律,正确对待小儿生长发育过程中的一些特殊现象,这样才能做好儿科保健和护理工作。

(2)生理特点。小儿的生长发育速度快,各系统、器官可随生长发育渐趋成熟,但在功能尚未完善时易发生一些疾病。例如,消化系统未成熟时小儿易发生消化系统功能紊乱;小儿体液调节功能差,易出现水和电解质平衡紊乱。此外,小儿的新陈代谢、心率和呼吸频率都比成人要快;血管弹性好,心输出量少,血压比成人低。再有,小儿血细胞和其他体液的生化检验值等也随年龄的变化而改变。因此,儿科护士只有熟悉小儿这些生理指标的变化特点,才能对临床中出现的问题做出正确的判断,并给予正确的诊疗和护理。

(3)免疫特点。小儿的特异性免疫功能和非特异性免疫功能均不成熟,皮肤、黏膜柔嫩,易发生感染;新生儿虽可从母体获得部分 IgG,但 6 个月后其浓度逐渐下降,而自行合成的 IgG 一般要到 6~7 岁时才能达到成人水平,故易患感染性疾病;IgM 不能通过胎盘,因而新生儿易发生革兰氏阴性菌感染;婴幼儿体内的分泌性 IgA(SIgA)量少,易发生呼吸道和消化道的感染;其他体液因子的量少。因此,在护理过程中护士要注意消毒,防止发生感染。

2. 小儿的社会心理特点

小儿身心发育不成熟,其思维与成人的思维不同,缺乏适应社会的能力,需要特殊的照顾和保护。小儿的生长发育过程受各方面因素的影响,尤其是家庭、幼儿园和学校,因此在护理工作中,护理人员要以小儿及其家庭为中心,与小儿的父母、幼儿园和学校教师等密切配合,根据不同年龄阶段小儿的心理发展特点采取相应的护理措施,使护理工作能够顺利开展。

3. 儿科的临床特点

(1)病理特点。小儿机体对疾病的反应与成人不同,因此,同一原因对不同年龄的小儿可引起不同的病理变化,如生长激素分泌过多时小儿可患巨人症,而成人则表现为肢端肥大症;肺炎链球菌感染时小儿易患支气管肺炎,而成人则易患大叶性肺炎。

(2)诊治特点。不同年龄阶段小儿患病时的临床表现不同,且婴幼儿在病情诉说上不够准确,故在诊断时应重视年龄因素。例如,小儿惊厥发生于新生儿时多考虑与窒息、产伤、颅内出血或先天性异常有关,发生于 6 个月内的小婴儿时应考虑有无婴儿手足搐搦症或中枢神经系统感染,发生于 6 个月至 3 岁小儿时则以高热惊厥、中枢神经系统感染的可能性大,发生于 3 岁以上的小儿无热惊厥则以癫痫居多。小儿疾病变化快,且临床体征不典型,因此,护理人员要密切观察,以及时发现问题。

(3)预后特点。小儿虽起病急且病情变化大,但如诊治及时、有效,护理恰当,则其恢复也快,且一般无后遗症。但是,对体弱、危重患儿,护理人员要重点观察,及时发现问题并报告医生,以尽早做出正确的诊断和护理。

(4)预防特点。小儿时期的很多疾病都是可以预防的,我国通过开展计划免疫和加强传染病的管理,已使麻疹、脊髓灰质炎、白喉、破伤风、乙肝等许多传染病的发病率和病死率明显下降;同时,加强儿童保健工作,定期进行营养监测,也使营养不良、肺炎、腹泻等常见病、多发病的发病率和病死率大大下降;及早筛查先天性、遗传性疾病并加以早期干预,降低了疾病的致残率。因此,小儿时期疾病的预防是很重要的,护理人员应将疾病的预防作为工作的重点。

(5)病种特点。小儿疾病往往以感染性疾病和遗传性疾病为主,而成人则以慢性消耗性疾病和后天获得性疾病为主。

4. 儿科的护理特点

(1)护理评估的特点。健康史采集不可靠,婴幼儿不会诉说,多由父母代述,可靠性与代述者对小儿的了解程度有关,年长儿则可能会隐瞒或夸大病情;护理体检时患儿多不能配合,影响检查效果;进行血、尿标本的采集,头颅 CT 等辅助检查时,患儿多不能配合。因此,护理人员要取得患儿及其家长的配合,以对患儿进行客观的评估。

(2)护理项目的特点。护理人员要针对小儿的特点采用相应的护理措施。小儿生活自理能力差,无安全意识,因而护理人员在实施护理时要从饮食(婴幼儿喂养)、活动、睡眠、个

人卫生等日常生活方面入手,并做好安全管理工作。

(3) 护理技术的特点。大多数小儿在护理人员实施护理操作时不能配合,使儿科护理操作的难度增大。这就要求护理人员要多接触小儿,在进行各项操作时要尽可能地取得患儿的配合,但不可采用强制、恐吓等方法。

0.2.2 儿科护理的原则

儿科护士在对小儿进行护理时应遵循以下原则:

1. 以小儿及其家庭为中心

儿科护士不仅要重视不同年龄阶段小儿的特点,还要关注小儿家庭成员的心理感受和护理需求,为小儿及其家庭提供预防保健、健康指导、疾病护理和家庭支持等服务,使家长对小儿疾病的特点有一定的认识,将重点放在疾病的预防上。儿科护理工作不仅要满足小儿的生理需要或维持现阶段的发育状况,还要注意维护并促进小儿心理行为的发展和神经心理的健康。

2. 保证患儿的安全

保证患儿的安全是儿科护理的首要任务之一。由于小儿好动,无危险意识等特殊性,儿科护士要根据患儿的年龄、病情等特点采取一些必要的预防措施,以保证患儿的安全,如设床挡,防止坠床;管理好电源,防止患儿触电;用热水袋时水温要适宜,避免患儿被烫伤;注意药物的管理,防止患儿误饮、误食等。

3. 减少创伤和疼痛

疾病护理过程中的有些治疗手段是有创的、致痛的,儿科护士应充分认识疾病本身及其治疗和护理过程给小儿及其家庭带来的影响,安全执行各项护理操作,尽可能地减轻患儿的痛苦。

4. 遵守法律和伦理道德规范

儿科护士应自觉遵守国家法律和伦理道德规范,注意尊重小儿的人格,保障小儿的权利,促使小儿健康成长。

0.3 小儿年龄分期及各期的特点

小儿处于不断生长发育的过程中,随着各系统组织、器官的发育和功能的日趋完善,其心理和社会行为方面也得到了一定的发展。根据小儿生长发育的特点,小儿时期可划分为七个时期。

0.3.1 胎儿期

从卵子和精子结合形成受精卵到小儿出生统称为胎儿期,正常约为 40 周。临床上又将胎儿期分为三个时期,自形成受精卵至满 12 周为妊娠早期,自 13 周至未满 28 周为妊娠中期,自满 28 周至婴儿出生为妊娠晚期。在此期内,胎儿完全依靠母体生存,因此,孕母的健康、营养状况和工作生活环境等对胎儿的生长发育都有极大的影响。例如,妊娠早期母亲感染病毒、服用一些药物或接触放射线等可导致胎儿畸形;妊娠晚期母亲营养缺乏可能会导致

胎儿早产、低出生体重儿等。因此,胎儿期护理的重点是做好孕母的保健。

0.3.2 新生儿期

从出生后脐带结扎到生后满 28 天称为新生儿期。此期小儿由完全依赖母体生活转变为独立生活,机体内、外环境都发生了巨大的变化,小儿要通过自身生理功能的调整来逐渐适应外界环境,但由于其机体各系统功能不成熟,生理调节能力和适应能力差,因此易发生低体温、窒息、出血、溶血、感染等。新生儿期小儿的发病率和死亡率都较高(约占婴儿死亡率的 $1/2 \sim 2/3$),尤以新生儿早期(生后第 1 周)的死亡率最高。因此,新生儿期护理的重点是注意保暖、合理喂养、防止感染等,使之尽快适应外界环境。

0.3.3 婴儿期

从小儿出生后到满 1 周岁之前为婴儿期,此期喂养以乳制品为主,故又称为乳儿期。婴儿期为小儿出生后生长发育最快的时期,因此需要为其提供足够多的营养素及热量;但由于小儿的消化系统功能不完善,因此容易发生消化功能紊乱和营养不良。此外,由于从母体获得的免疫抗体 IgG 自出生 6 个月以后逐渐消失,而自身免疫功能又尚未成熟,故 6 个月后的小儿易患感染性疾病。因此,婴儿期护理的重点是为家长提供科学的喂养指导,提倡母乳喂养,指导家长按时添加辅食;让小儿有计划地接受预防接种,完成基础免疫程序;对小儿适当进行运动、感觉功能的训练,提高小儿的感知能力。

0.3.4 幼儿期

从 1 周岁后到满 3 周岁之前为幼儿期。此期小儿的生长发育速度有所减缓。但由于小儿运动功能的发育,其活动范围增大,与外界事物的接触机会增多;同时,其语言、思维和社会适应能力逐渐增强。因此,此期小儿的智能发育较快,形成了自己的思维意识;但对各种危险的识别能力不足,易发生意外创伤,如中毒、窒息、交通事故等。由于接触外界的机会逐渐增多,但机体免疫功能仍低,传染性和感染性疾病的发病率仍较高;饮食从乳类转换为混合食物,饮食方式也有所转变。幼儿期护理的重点是注意小儿断乳后的营养搭配,加强安全保护,培养小儿良好的生活习惯,并督促其适当地参加体育锻炼,增强体质,预防发生各种疾病。

0.3.5 学龄前期

从 3 周岁以后到入小学前(6~7 岁)为学龄前期。此期小儿的体格生长发育稳步进行,智能发育趋完善。小儿好奇、多问,求知欲、模仿力强,知识范围不断扩大,有较大的可塑性,故应加强早期教育,培养其良好的人格和生活自理能力,为进入小学做好准备。由于此期小儿的活动范围进一步扩大,安全意识不强,各种意外的发生仍然较多;此期小儿免疫功能逐渐增强,感染性疾病的发病率降低,而免疫性疾病的发病率如急性肾炎、风湿热等有所增加。学龄前期护理的重点是培养小儿良好的生活习惯、道德品质和生活自理能力,同时加强小儿的安全教育,防止发生意外事故,重视学前教育。

0.3.6 学龄期

从入小学(6~7 岁)开始到进入青春期(男孩为 13~14 岁,女孩为 11~12 岁)前称为学

龄期(相当于小学阶段)。此期小儿体格稳步生长,除生殖系统外,其他各系统的发育水平已接近成人;智能发育较前更成熟,智力水平已接近成人,理解、分析、综合等能力明显增强。此期是接受科学文化教育的重要时期,应加强教育,促进小儿各方面能力的发展。此期小儿感染性疾病的发病率较前降低,但不良的习惯会使近视、龋齿的发病率升高。学龄期护理的重点是注意合理安排小儿的作息时间,让其养成良好的学习习惯,并注意保护眼睛,积极参与各项活动;家长、教师应及时与其沟通,防止小儿产生精神、情绪和行为等方面的问题。

0.3.7 青春期

女孩从 11~12 岁开始到 17~18 岁,男孩从 13~14 岁开始到 18~20 岁称为青春期(少年期)。此期小儿体格生长发育加快,生殖系统迅速发育,第二性征逐渐明显,是生长发育的第二次高峰。此期女孩出现月经、骨盆变宽、脂肪丰满等表现,男孩出现遗精、肌肉发达、声音变粗、长出胡须等表现。由于青春期神经内分泌调节功能不够稳定,且与社会接触的机会增多,受外界环境的影响不断加大,少年常产生心理、行为、精神等方面的问题。此期常见的健康问题有肥胖、贫血、痤疮、心理疾病等,女孩还可出现月经不调、痛经等。青春期护理的重点是供给充足的营养,让少年加强体育锻炼,同时注意生理、心理卫生和性知识方面的教育,使其树立正确的人生观和建立健康的生活方式。

0.4 儿科护士的角色与素质要求

0.4.1 儿科护士的角色

随着护理学科的迅速发展,人们对护理人员的要求不断提高。儿科护士的服务对象是在心理和生理上都较脆弱的小儿,因此,除具有丰富的护理知识与技能外,儿科护士还要有爱心、责任心,且要掌握心理学和教育学的相关知识。儿科护士被赋予了多元化的角色。

1. 护理活动的执行者

为小儿提供直接的护理是儿科护士的主要角色。小儿机体各系统、器官的功能尚未发育完全,生活尚不能自理或不能完全自理,儿科护士要为小儿及其家庭提供最直接的照顾与护理,如给予药物、营养指导、预防感染指导、心理支持、健康指导等,尽可能地减轻小儿的痛苦,满足小儿身心发展的需要。

2. 健康教育者

在护理小儿的过程中,儿科护士要依据小儿各年龄阶段的发育特点为小儿及其家庭提供不同的健康指导,帮助他们建立自我保健意识,培养良好的生活习惯,尽可能地纠正其不良行为。同时,儿科护士还应向家长宣传正确的教育方法,使他们能够采取正确的方法对待孩子,以达到预防疾病、促进健康的目的。

3. 健康协调者

儿科工作的特殊性使儿科护士不仅要与患儿进行沟通,还要注意与家长的协调、沟通,以便充分了解患儿的病情,为临床治疗提供可靠的依据。同时,儿科护士需要与医生联系,讨论相关治疗和护理方案;还需要与营养师联系,讨论有关膳食的安排。因此,儿科护士需

联系并协调各方面的相互关系,维持一个有效的沟通网,使诊断、治疗、护理等有关工作得以互相协调,保证小儿获得最适宜的整体性护理。

4. 健康咨询者

儿科护士要倾听小儿及其家长的倾诉,关心小儿及其家长在医院环境中的感受,通过触摸和陪伴小儿,解答他们的问题并向其提供有关疾病治疗的信息、给予健康指导;解释小儿及其家长对疾病和与健康有关问题的疑惑,使他们能够以积极、有效的方法应对压力,找到满足小儿生理、心理和社会需要的最适宜的方法。

5. 患儿的代言人

小儿年龄小,不能准确地表达自己的要求和意愿,因此,儿科护士有责任维护患儿的权益不受侵犯。此外,儿科护士还要充分认识患儿及其家庭的健康要求,并能评估影响儿童健康的问题,及时向有关部门反映。

6. 护理研究者

随着护理人员素质的提高,儿科护士应积极进行护理研究工作,通过研究来验证、扩展护理理论,发展护理新技术,指导、改进临床护理工作,提高儿科护理的质量,促进专业发展。同时,儿科护士还应探讨隐藏在小儿症状及其表面行为下的真正原因,形成评判性思维,以便能更实际、更深入地帮助他们。



知识链接

儿科护理的发展与展望

中华人民共和国成立后,儿科护理得到了不断的发展。从推广新型接生法、实施计划免疫到各级儿童保健机构的建立,再到儿科重症监护中心的成立,儿科护理的水平得到了很大程度的提高。随着科学技术的进步,儿科护理学已成为一门独立的学科,其研究和内容涉及儿童的心理、生理等各个方面,儿科护士成为儿童保健的主要力量。同时,医疗水平的提高和先进的医疗技术在临床中的应用要求儿科护士要不断学习,提高业务水平,并积极参与各项科学研究,促进儿科护理学的发展。

0.4.2 儿科护士的素质要求

1. 思想品德素质

儿科护士要关爱、尊重儿童,具有为儿童健康服务的奉献精神;以理解、友善、平等的心态为儿童及其家庭提供帮助;具有诚实的品格和高尚的道德情操;能理解儿童,善于营造适合儿童特点的环境与气氛;具有高度的责任感和强烈的责任心,对工作认真、负责。

2. 专业素质

儿科护士既要有系统的专业理论知识,又要掌握较强的临床实践技能(包括临床护理技术及儿科相关护理技术),操作准确,技术精湛,动作轻柔、敏捷;熟悉相关临床学科的知识 and 技能,具有敏锐的观察力、综合分析判断的能力和良好的沟通能力,能运用护理程序解决患儿的健康问题;掌握科学的思维方法,具有较强的创新意识,并具有开展护理教育和护理科研的能力。

3. 科学文化素质

儿科护士应具备教育学、心理学、营养学、儿童行为学等多方面的知识,有一定的文化素养,以便将教育、指导和沟通融入护理工作。此外,儿科护士要掌握一门外语及现代科学发展的新理论、新技术,以促进自身的发展。

4. 身体、心理素质

儿科护士要有良好的身体素质,有较强的社会适应能力及自我控制力,能正确地处理突发事件;具有良好的心理素质,乐观、开朗,能与同事相互尊重、团结协作;具有强烈的进取心,不断学习新知识,丰富和完善自己;善于与小儿和家长沟通,具有与小儿成为好朋友、与家长建立良好人际关系的能力。



思考与练习

1. 选择题

(1)小儿死亡率最高的时期为()。

- A. 新生儿期 B. 婴儿期 C. 幼儿期
D. 学龄前期 E. 学龄期

(2)从小儿出生到满1周岁的时期称为()。

- A. 新生儿期 B. 幼儿期 C. 婴儿期
D. 学龄前期 E. 学龄期

(3)儿科护士角色中最主要的是()。

- A. 健康咨询者 B. 健康协调者 C. 健康教育者
D. 护理活动执行者 E. 护理研究者

(4)新生儿可从母体获得的是()。

- A. IgG B. IgM C. IgA
D. IgD E. IgE

(5)不同年龄小儿的临床表现不同,下列说法中错误的是()。

- A. 疾病的诊断要靠细致的临床观察 B. 疾病的诊断只依赖患儿及其家长的主诉
C. 疾病的诊断要有必要的辅助检查 D. 小儿起病往往较急
E. 小儿的思维与成人的思维不同

(6)患儿,男,5个月。护士在对其家长进行健康教育时应告知:小儿生长发育最快的时期为()。

- A. 新生儿期 B. 幼儿期 C. 婴儿期
D. 学龄前期 E. 学龄期

(7)儿科就诊的年龄是()。

- A. 0~12周岁 B. 0~13周岁 C. 0~14周岁
D. 0~15周岁 E. 0~16周岁

2. 简答题

简述婴儿期保健的要点。



小儿生长发育与健康评估

小儿处于连续不断的生长发育过程中,各系统、器官、组织逐渐长大,功能亦渐趋成熟,不同年龄的小儿在形体、生理和病理方面各有其特点。受不同环境、气候、生活条件等的影响,各年龄组小儿的患病种类、病理变化和临床表现也各有差异。护士应根据小儿的生长发育阶段对其健康状况进行评估。



学习目标

- 掌握小儿生长发育的规律及影响因素,小儿体重、身高、头围、牙齿、卤门等体格发育指标的正常值及评价,小儿体格生长指标的测量方法及注意事项。
- 熟悉小儿神经心理发育的特点及评价。
- 了解生长发育过程中的问题及干预方法,小儿神经心理评价方法的使用及临床意义。



护理情境

小儿,男,3岁。家长带小儿来医院体检。体格检查:体重 17 kg,身高 95 cm,头围 48 cm,胸围 50 cm,其他均正常。

情境思考:

- (1) 请根据体格检查的结果判断该小儿的发育情况。
- (2) 护士应给予家长哪些正确的指导?

1.1 生长发育的规律及影响因素

生长发育是小儿时期特有的生理现象。生长(growth)是指小儿各组织、器官形态的增长,可用测量值表示,属于量的变化。发育(development)是指小儿各组织、器官在结构上的

完善和功能上的成熟,属于质的变化。生长和发育紧密相关,不能分割。形态增长的同时必然伴有功能的成熟,因此,通常把生长和发育合在一起概括生长发育的两个方面。小儿生长发育的过程非常复杂,受多种因素的影响。因此,只有了解小儿生长发育的规律,儿科护士才能监测小儿的成长,促进小儿健康发展。

1.1.1 生长发育的规律

小儿的生长发育具有如下特征:

1. 连续性和阶段性

从胎儿期到青春期,小儿的生长发育是一个连续的过程,但其发展速度不等,有些阶段快,有些阶段慢。例如,出生后前半年小儿的发育速度最快,尤其是前3个月,出现生长发育的第一个高峰;后半年小儿的发育速度逐渐减慢,至青春期又迅速加快,出现生长发育的第二个高峰。

2. 各系统发育的不平衡性

小儿各系统的发育快慢不一,各有先后。例如,神经系统发育先快后慢;大脑在出生后1年内发育较快;生殖系统发育先慢后快,到青春期才开始快速发育;淋巴系统发育先快而后回缩;其他系统的增长与体格发育同步(见图1-1)。

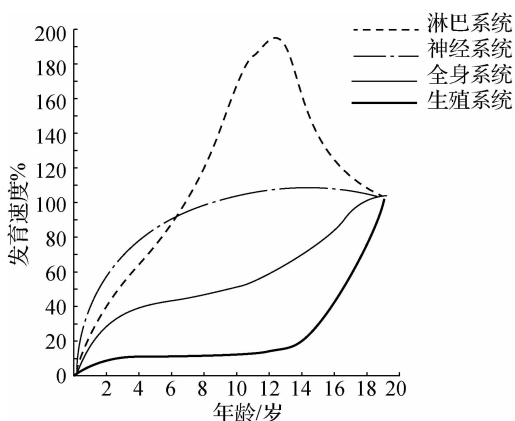


图 1-1 小儿各系统的发育速度与年龄的关系

3. 顺序性

小儿生长发育一般遵循由上到下、由近至远、由粗到细、由简单到复杂、由低级到高级的顺序。

(1) 由上到下,如先抬头,后抬胸,再会坐、立、走。

(2) 由近到远,如先抬肩、伸臂再双手握物,先控制腿再控制脚的活动。

(3) 由粗到细,如先会用手掌持物,后发展到用手指端捏取。

(4) 由简单到复杂,如先会乱画,后画直线;学会画圆,后画其他复杂图片、人。

(5) 由低级到高级,如先会观看、听和感觉、认识事物,后发展到会运用记忆、思维进行分析判断。

4. 生长发育的个体差异性

小儿生长发育虽有一定的规律,但由于受遗传、性别、环境、营养等因素的影响而存在相当大的个体差异,因此,目前并没有绝对的正常发育标准。在衡量小儿的发育水平时,儿科护士必须综合考虑各种因素的影响,尽可能地做连续、动态的观察,这样才能做出正确的判断。

1.1.2 影响生长发育的因素

遗传因素和环境因素是影响小儿生长发育的两个最基本因素。遗传因素决定了机体生长发育的潜力,而外界环境因素又影响着这项潜力,两者相互作用,共同决定了每个小儿的生长发育水平。

1. 遗传因素

不同种族、家族间的差异影响小儿的皮肤颜色、身材高矮、面部特征及对疾病的易感性等。同时,遗传因素也决定了小儿性格、气质和学习方式等方面的特征。

2. 性别

男孩和女孩的生长发育特点不同,如骨骼、肌肉和皮下脂肪等方面。男孩肩距宽、骨骼重、骨盆较窄、肌肉组织发达,皮下脂肪发育不如女孩。女孩的青春期的开始较男孩早两年。此期女孩的身高超过同龄男孩;但在青春期末,男孩的体格生长最终会超过女孩。因此,儿科护士在评价小儿的生长发育状况时应根据男、女各自的正常参考值进行判断。

3. 营养

充足、合理的营养是保证小儿生长发育的物质基础,是促进小儿健康成长的重要因素。小儿年龄越小受营养状况的影响越大。小儿摄入过多热量可发生肥胖症,而肥胖症会对小儿的生长发育造成严重的不良影响。长期营养不良可导致小儿体格发育迟滞,免疫力低下,神经调节功能差,阻碍其智力、心理和社会适应能力的发展。

4. 孕母状况

胎儿的生长发育受孕母生活环境、营养、情绪、是否患有疾病等各方面因素的影响。妊娠早期感染风疹病毒、巨细胞病毒等可导致胎儿发育畸形,严重营养不良可导致流产、早产或胎儿发育迟缓,孕母受放射性辐射、某些药物、环境毒物和精神创伤等影响可妨碍胎儿及其出生后的生长发育。

5. 生活环境

小儿的生活环境不仅包括物理环境,还包括家庭环境,如家庭的经济水平、社会地位、父母的文化程度等,这些均会影响小儿的生长发育。家庭可为小儿提供良好的居住环境和卫生条件、充足的营养及健康的保健措施。此外,健康的生活方式、科学的护理、正确的教养方式、和谐的家庭气氛也是保证小儿正常成长的有利因素。

6. 疾病

疾病对小儿生长发育的妨碍作用十分明显,如慢性营养性疾病会影响小儿的身高、体重的增加;先天性疾病可影响患儿的心理和生理发育;内分泌系统疾病可引起骨骼发育异常和神经系统发育迟缓。在小儿生长发育阶段,疾病的长期存在必定会影响小儿的成长。因此,

儿科护士要对患儿及其家长进行正确的指导,保证小儿的正常生长发育。

1.2 生长发育的指标及其评价

1.2.1 生长发育的指标

生长发育的指标主要包括体重、身高、坐高、头部发育情况、胸围和腹围。

1. 体重

体重为各器官、组织、体液的总重量,是评估个体营养状况的重要指标之一。体重是反映小儿生长发育的最敏感指标,也是儿科临床用药、补液、热量供给的计算依据。

新生儿出生体重与胎龄、性别及母亲的营养状况有关。正常新生儿出生时的体重平均为 3 kg。出生后受摄入不足、水分丧失、胎粪排出等的影响,新生儿的体重可暂时性下降 3%~9%,常在 7~10 天后随喂养恢复到出生时的水平,称为生理性体重下降。出生后及时喂养可减轻或避免生理性体重下降的发生。小儿年龄越小体重增长越快。出生后前半年小儿体重的增长速度比后半年快,平均每个月增长约 0.7 kg;后半年平均每个月增长 0.4 kg。小儿 3 个月时体重约为出生时的 2 倍(6 kg);1 周岁时体重约为出生时的 3 倍(9 kg);2 周岁时体重约为出生时的 4 倍(12 kg);2 岁至青春前期体重增长减慢,平均每年增加 2 kg。小儿体重增长与年龄的关系如图 1-2 所示。

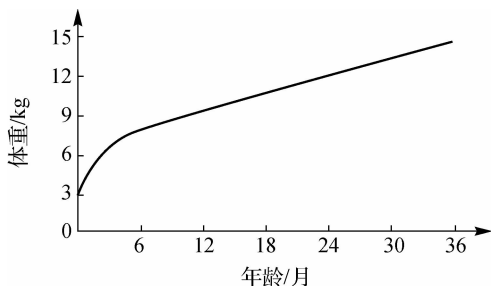


图 1-2 小儿体重增长与年龄的关系

不同年龄小儿的体重(kg)可用公式估算为

$$1\sim 6\text{ 个月小儿的体重}=\text{出生体重}+\text{月龄}\times 0.7$$

$$7\sim 12\text{ 个月小儿的体重}=\text{出生体重}+6\times 0.7+(\text{月龄}-6)\times 0.4$$

或

$$7\sim 12\text{ 个月小儿的体重}=6+\text{月龄}\times 0.25$$

$$2\sim 12\text{ 岁小儿的体重}=(\text{年龄}-2)\times 2+12=\text{年龄}\times 2+8$$

青春期后由于性激素和生长激素的共同作用,小儿生长发育再次加速,出现第二个生长发育高峰。但是,此期因个体差异大,故不再按以上公式计算体重。

2. 身高

身高(长)是指从头顶到足底的全身长度,是反映长期营养状况的重要指标。3 岁以下

小儿采用仰卧位测量,称身长;3岁以后用立位测量,称身高。年龄越小的小儿身高(长)的增长越快,身高(长)的两个增长高峰期分别是婴儿期和青春期。

正常新生儿出生时身长约 50 cm,出生后前半年每月增长 2.5 cm,出生后后半年每月增长 1.5 cm,1 周岁时身长约 75 cm,2 周岁时身长约 85 cm,以后平均每年增长 5.0~7.5 cm。2~12 岁身高(长)的公式计算为

$$\text{身高(长)} = \text{年龄} \times 7 + 70$$

小儿 12 岁以后的身高不再按上式计算。10~13 岁女孩的身高可高于同龄男孩,但男孩在青春期末,其身高最终会超过女孩。

身高(长)包括头部、脊柱和下肢的长度,这三部分的发育速度不同,头部发育较早,下肢发育较晚。临床测量身高需要分别测量上部量和下部量的长度,以帮助诊断某些疾病。上部量是指从头顶到耻骨联合上缘的距离,与脊柱的增长有关。下部量是指从耻骨联合上缘到足底的距离,与下肢的增长有关。新生儿期上部量占身长的 60%,下部量占 40%,中点在脐部;2 岁时中点在脐以下;6 岁时中点在脐与耻骨联合之间;12 岁时上、下部量相等,中点在耻骨联合上缘。小儿身高(长)各部分比例如图 1-3 所示。

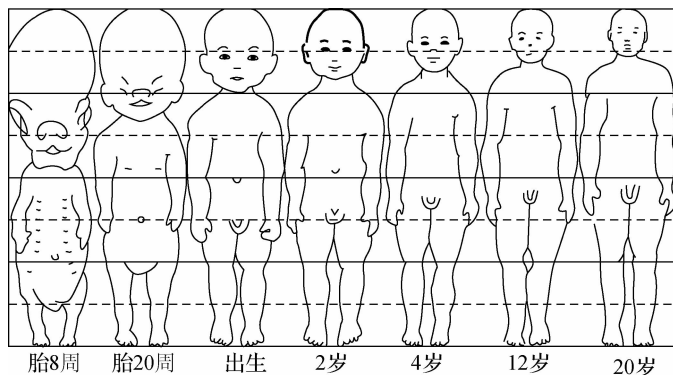


图 1-3 小儿身高(长)各部分比例

身高(长)的增长与遗传、种族、营养、内分泌等因素有关,生长激素缺乏、佝偻病等会引起身高(长)增长的异常。短期的疾病和营养不良不会影响身高(长)的增长。

3. 坐高

坐高是指从头顶到坐骨结节的长度。3 岁以下的小儿取卧位测量,称为顶臀长,其代表头颅与脊柱的发育情况。

出生时坐高为身高的 66%,此后下肢增长比躯干快,坐高占身高的百分数随年龄的增加而下降,6~7 岁时小于 60%。此百分数显示了上、下部量比例的改变,比坐高绝对值更有意义,对诊断一些内分泌系统疾病(如甲状腺功能低下等)具有一定的价值。

4. 头部发育情况

(1)头围。头围是指经眉弓上缘、枕后结节绕头一周的长度,与颅骨和脑的发育存在密切的联系。新生儿出生时头围平均为 34 cm;生后前 3 个月增长速度最快,3 个月时头围平均为 40 cm;6 个月时头围平均为 44 cm;1 周岁时头围达 46 cm;2 周岁时头围为 48 cm;5 周岁时头围为 50 cm;15 周岁时头围接近成人,为 54~58 cm。头围可反映小儿脑部的发育情

况,头围过小提示脑发育不良,头围过大提示脑积水或佝偻病等。

(2) 囟门。囟门是指颅骨交界处的缝隙(见图 1-4)。前囟为额骨和顶骨边缘形成的菱形

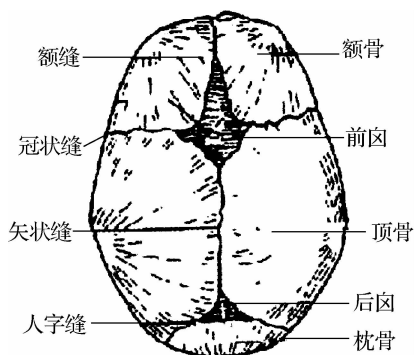


图 1-4 囟门

间隙。小儿出生时前囟为 1.5~2 cm(测量对边中点的连线),出生后 6 个月开始逐渐变小,于出生后 12~18 个月完全闭合。前囟晚闭或过大见于脑积水、佝偻病、先天性甲状腺功能减退等;前囟闭合过早见于小颅畸形;前囟饱满提示颅内压增高,常见于脑膜炎、脑炎、脑积水;前囟凹陷见于腹泻后严重脱水、极度营养不良等。后囟为顶骨与枕骨边缘形成的三角形间隙。大部分小儿在出生时后囟已闭合,出生时未闭合的最迟于生后 6~8 周闭合。

(3) 牙齿。人一生中有两副牙齿:乳牙和恒牙。

① 乳牙。小儿出生后 4~10 个月开始萌出乳牙,12 个月未出牙者视为出牙延迟。乳牙于 2~2.5 岁出齐,共 20 颗,出牙顺序一般为从下到上、自前向后。2 岁以内小儿的乳牙数可按月龄减 4~6 进行推算。乳牙萌出顺序及个数如表 1-1 所示。

表 1-1 乳牙萌出顺序及个数

牙齿名称	萌出时间/个月	萌出牙数/颗	牙齿总数/颗
下中切牙	4~10	2	2
上中切牙、上侧切牙	5~14	4	6
下侧切牙	6~14	2	8
第一乳磨牙	10~18	4	12
尖牙	16~24	4	16
第二乳磨牙	20~30	4	20

② 恒牙。小儿一般于 6 岁左右开始出第一颗恒牙(第一磨牙),其长在第二乳磨牙之后。小儿 7~8 岁时,乳牙按萌出顺序逐个脱落并代之以恒牙;约 12 岁时长出第二磨牙,其长在第一磨牙之后;18 岁以后萌出第三磨牙(智齿),但也有人终生不出此牙。恒牙一般在 20~30 岁时出齐,出齐为 32 颗。

出牙是一个生理过程,一般无特殊不适,个别婴儿可有流涎、睡眠不安、低热等表现。乳牙萌出延迟可见于佝偻病、严重营养不良、先天性甲状腺功能减低症等。要使牙齿健康生长,就应注意合理为小儿补充营养,特别是维生素 D 和钙、磷的供给;同时,要注意保持牙齿清洁,教导小儿临睡前不吃甜食,牙齿出齐后于早、晚刷牙。

5. 胸围

胸围可反映胸廓、胸背部肌肉、皮下脂肪及肺的发育情况。小儿出生时胸廓近似圆桶状,前后径与左右径几乎相等。随着年龄的增长,因运动功能的发育,小儿坐、站等体位的改变,胸廓渐呈扁圆锥形,前后径小于左右径。

胸围是指沿乳头下缘水平绕胸一周的长度。小儿出生时胸围平均为 32 cm,比头围小 1~2 cm;1 岁时胸围与头围大致相等,约为 46 cm;以后胸围则比头围大,其差值约等于小儿

的周岁数减1。

6. 腹围

腹围是指平脐(小婴儿以剑突与脐连线的中点为准)水平绕腹一周的长度。2岁前小儿的胸围与腹围大致相等,2岁以后小儿的腹围较胸围小。小儿患腹部疾病时要测量腹围,以辅助诊断疾病。

1.2.2 生长发育的评价

小儿生长发育的评价内容包括发育水平、发育速度和身体匀称度。

1. 评价的指标

(1)身高。身高主要反映体格发育的远期影响(如遗传因素、长期营养状况)。

(2)体重。体重主要反映体格发育远期和近期的影响。

2. 评价方法的选择

小儿生长发育评价方法选择的主要依据是可能获得的参考标准值。国际用生长参考标准的值为百分位数(P3、P5、P10、P20、P30、P40、P50、P60、P70、P80、P90、P95、P97)、中位数(M、P50)、均数($\bar{x}$)、标准差($\bar{S}$)。

(1)百分位数法。百分位数法代表个体在总体为100分布序列中的某一位置。百分位中有一特殊的位置即P50,代表了一个样本的中间位置,称为中位数(M)。一般而言,人们在利用百分位数评价儿童的生长发育水平时将P3以下评价为下等,P3~P20评价为中下等,P20~P80评价为中等,P80~P97评价为中上等,P97以上评价为上等。

儿科护士在评价小儿生长发育指标时只要根据所选择的评价指标在其参考值表中找到相应的位置即可,亦可在相应的生长发育监测图中找到相应的位置。

(2)生长曲线法。将同性别、各年龄阶段小儿的体格生长发育指标(如体重、身高等)的各百分位数值、离差法的均数画成曲线可制成生长发育曲线图。儿科护士定期将小儿的测量数据与生长发育曲线图进行比较不仅可清楚地了解小儿目前的发育水平,还可看出其发育趋势,能够及时发现偏离,并分析原因及进行干预,这种连续测量的方法具有重要的临床意义。

1.3 神经心理发育

神经心理发育是在神经系统生长成熟的基础上进行的,所以小儿心理发育的水平首先取决于大脑发育的水平。

1.3.1 神经系统的发育

在胚胎时期,神经系统首先形成,脑的发育最迅速。胚胎在24~26天已形成闭合的神经管,如果胚胎早期受到危害神经管闭合因素的影响,则可致无脑儿。小儿出生时脑重约为370 g,占体重的10%~12%;7岁时脑重接近成人,约为1 500 g。大脑皮质的神经细胞于胎儿5个月时开始增殖、分化;出生时大脑已有全部的沟回,但皮质较薄,沟裂较浅;3岁时神经细胞基本分化完成;7岁时神经细胞接近成人;神经纤维髓鞘化到4岁时才完成。因此,婴儿

时期神经冲动传入大脑,不仅传导慢,而且易泛化,不易形成明显的兴奋灶,易疲劳而进入睡眠状态。生长时期的脑组织耗氧量较大,在基础代谢状态下,小儿脑的耗氧量占机体总耗氧量的 50%,而成人脑的耗氧量仅为 20%。

小儿脊髓的发育相对较早。脊髓下端在胎儿时位于第 2 腰椎下缘,4 岁时上移至第 1 腰椎,做腰椎穿刺时应注意。在人的进化过程中形成的反射活动有吸吮反射、觅食反射、吞咽反射、拥抱反射、握持反射等。一般情况下,握持反射在小儿出生后 3~4 个月时消失,如继续存在则将妨碍其手指精细动作的发育。新生儿和婴儿的膝跳反射不如成人灵敏,腹壁反射和提睾反射也不易引出,到 1 岁时才稳定。4 个月内小儿的肌张力较高,克氏征可为阳性;2 岁以下小儿双侧巴氏征阳性可为生理现象。

1.3.2 感知觉的发育

感知觉是通过各种感觉器官从外界环境中选择性地获取信息的能力。出生后,小儿的各种感知觉能力的发育较迅速,对其他功能区的发育起到了重要的促进作用。

1. 视觉的发育

小儿出生后已有视觉感应功能,瞳孔有对光反射,但新生儿视觉不敏锐,出生时仅有感光反应,可看到 60 cm 内的物品(在 15~20 cm 内最清楚)。小儿自出生 1 个月起,头可随物品移动;2 个月时头、眼协调,眼可注视物体;3~4 个月喜欢玩自己的手,头、眼协调较好,可追寻活动的人或玩具;从 4~5 个月开始认识妈妈和常见的物品(如奶瓶);6~7 个月,眼可随上下移动的物体做垂直方向的转动;8~9 个月可注视小而距离远的物体;1.5~2 岁两眼调节好,能区别各种形状;5 岁时能区别颜色;6 岁以后深度视觉充分发育,视力达 1.0。视觉发育的关键时期是 3 个月到 6 岁。

2. 听觉的发育

胎儿后期听觉器官已发育,出生时因中耳鼓室无空气及外耳道有羊水滞留,故听觉不太灵敏。小儿在出生后 3~7 天听力已较好,声音可引起其呼吸的变化;3~4 个月即有定向反应,可把头转向声源;6~7 个月可区别父母的声音,唤其乳名有反应;8~9 个月能区别语言意义,懂得自己的名字;1~2 岁能懂得简单的吩咐;3 岁以后能精确区别不同的声音;4 岁以后听觉发育完善。听觉的发育对小儿语言的发育具有重要意义。

3. 嗅觉的发育

小儿出生时嗅觉中枢已发育完善,闻到乳香会寻找乳头;出生后 1 个月对强烈气味有不愉快表示;3~4 个月能区别好闻和难闻的气味;7~8 个月后嗅觉逐渐灵敏,可辨别各种气味。

4. 味觉的发育

新生儿的味觉已发育完善,其对各种不同的味道,如甜、酸、苦等有不同的反应。4~5 个月的婴儿对食物的微小改变非常敏感,故应及时添加各类辅食。

5. 皮肤感觉的发育

皮肤感觉包括触觉、温度觉和痛觉。触觉是引起某些反射的基础,新生儿出生时口唇、舌尖、口周、足底触觉已发育得很好,如稍一接触口唇,即可引起吸吮反射。小儿出生时温度觉已很灵敏,尤其是对冷的反应,如离开母体,当环境温度骤降时就会啼哭,保温后即可安

静。痛觉在个体出生时已存在,疼痛可引起局部或全身反应。2~3岁小儿能通过皮肤与手、眼协调一致的活动来区别物体的大小、软硬和冷热等。

6. 知觉的发育

知觉是人对事物的各种属性的综合性反应。5~6个月时,随着头、眼协调性和运动功能的发展,小儿可通过看、咬、摸等活动逐渐了解物体各方面的属性。随着语言的发育,小儿的知觉开始在语言的调节下发育。一般来说,3岁辨上、下,4岁辨前、后,5岁可辨左、右。小儿在4~5岁有时间概念,知道早晨、晚上和昨天的概念;5~6岁能区别前天和后天的概念;6~8岁对与学习、生活密切相关的时间能很好地掌握,如上学时间等;10岁才能掌握秒、分、月、年等概念。

1.3.3 运动功能的发育

小儿运动功能的发育表现在大运动的发育和精细运动的发育两个方面。

1. 大运动的发育

新生儿时期的大运动是无规律、不协调的,以后随神经系统的发育和肌肉功能的发育,运动功能逐渐成熟。运动功能发育的一般规律是由上而下,由近到远,由简单到复杂,由不协调到协调,由粗糙到精细及准确、灵巧。小儿在1个月时于俯卧位可抬头2~3s,3个月可使头竖直,5~6个月会双手向前撑坐,8个月可坐稳,8~9个月可用双上肢向前爬,9~10个月会扶站,12个月左右会走几步,18个月左右会跑,24个月可双足跳。1岁以内的大运动发育过程可归纳为:二抬四翻六会坐,七滚八爬周会走。



脊柱的生理弯曲

脊柱在小儿出生后1年内的增长速度是最快的,并且在小儿发育过程中可形成3个生理弯曲。出生时由于骶骨向后凸;小儿脊柱稍向后凸,随着运动功能的发育,3个月时会抬头而出现颈椎前凸;6个月时会坐而形成胸椎后凸;12个月时会走而出现腰椎前凸。因此,成人脊柱有4个生理弯曲(见表1-2)。

表1-2 运动功能发育与脊柱弯曲的形成

年 龄	动 作	脊柱弯曲
3个月	抬头	颈曲(向前)
6个月	坐	胸曲(向后)
12个月	走	腰曲(向前)

2. 精细运动的发育

精细运动主要指手指的精细运动。小儿在出生时手呈握拳状;3~4个月时握持反射消失,可自己玩手;5~6个月时会双手互换;8~9个月时会用拇指和示指捏小的物品;1岁时会乱画;1岁半时可叠2~3块积木;2岁时可叠6~7块积木;3岁时能在成人帮助下穿、脱衣服;4岁时能自己穿、脱衣服;5岁时能学习写字。

1.3.4 语言的发育

语言是人类特有的高级神经活动,是表达思维和观念的一种方式。语言的发育除受语言中枢控制外,还需要正常的听觉器官和发音器官。此外,与周围人群的语言交流也是促进语言发育必不可少的条件。语言发育要经过发音、理解和表达三个阶段。

1. 发音阶段

发音阶段为从出生到1岁。新生儿出生后就会哭叫;1个月后对不同的刺激发出不同的哭声;1~2个月开始发喉音;2个月发“啊、咦”等元音;6个月时出现辅音;7~8个月时能发出“爸爸”“妈妈”等语音,但是无意识的;8~9个月牙牙学语达到高峰,喜欢学亲人们的发音;10个月后有意识地叫“爸爸”“妈妈”。

2. 理解阶段

理解阶段为1~1.5岁。理解语言在发音阶段已开始。小儿通过视觉、触觉与听觉的联系,逐步理解一些日常用品,如奶瓶、电话等的名称。小儿在6~7个月能理解“不”的含义;7~8个月叫其名字时有反应;从10个月开始能按成人的吩咐去做相应的动作,如“欢迎”“谢谢”等,多为模仿性的;12个月将理解和表达开始进行相互联系。

3. 表达阶段

表达阶段为1.5~3岁。在理解的基础上,小儿开始表达,1岁说单词;2岁能说出自己身体的部位,如手、头等,讲2~3个字的词组;3~4岁能读歌谣、会唱歌;5~6岁能讲完整的故事。

小儿语言发育的关键时期在生后9个月到4岁,家长要及时与小儿交流,为其提供适合语言发展的环境,提高小儿的智能水平。在评估小儿语言的发育状况时,儿科护士要考虑多方面因素的影响,以便确定其是否存在发育异常或迟缓。0~6岁小儿运动、语言、适应能力发展对照表如表1-3所示。

表 1-3 0~6 岁小儿运动、语言、适应能力发展对照

年 龄	运 动	语 言	适应周围人和物的能力
新生儿	无规律,不协调动作,紧握拳	能哭叫	铃声使全身活动减少
2 个月	直立位及俯卧位时能抬头	发出和谐的喉音	能微笑,有面部表情,眼随物转动
3 个月	仰卧位变侧卧位,用手触摸东西	咿呀发声	头随看到的物品或听到的声音转动 180°,注意自己的手
4 个月	在别人扶着其髋的情况下能坐,可在俯卧位时用手支撑抬起胸,手能握持玩具	笑出声	抓面前的物体,自己玩手,见食物表示喜悦,能较有意识地哭和笑
6 个月	自己可独坐,用手摇铃	发辅音	能认识熟人和陌生人,自己拉衣服,自握足玩
7 个月	会翻身,自己能独坐很久,将玩具从一只手换入另一只手	能发“爸爸”“妈妈”等复音,但无意识	能听懂自己的名字,自握饼干吃

(续表)

年 龄	运 动	语 言	适应周围人和物的能力
8 个月	会爬,会自己坐起来、躺下去,扶栏杆能站起来,会拍手	重复大人所发出的单调音节	注意观察大人的行动,开始认识物体,两手会传递玩具
9 个月	试着独站,能从抽屉中取出玩具	能懂几个较复杂的词句	看见熟人会伸出手要抱,或与人合作进行游戏
10~11 个月	能独站片刻,扶椅或推车能走几步,会拿东西	开始用单词,一个单词表示很多意义	能模仿成人的动作,招手再见,抱奶瓶自食
12 个月	独走,弯腰拾东西	能叫出物品的名字,如灯;指出自己的手、眼	对人和事物有喜、憎之分,穿衣能合作,用杯喝水
15 个月	走得稳,能蹲着玩,能叠一块方木	能说出几个词和自己的名字	能表示同意、不同意
18 个月	能爬台阶,有目标地扔皮球	能认识和指出身体的各部分	会表示大、小便,懂命令,会自己进食
2 岁	能双脚跳,手的动作更准确,会用勺子吃饭	能说 2~3 个字构成的句子	能完成简单的动作,如拾起地上的物品;能表达喜、怒、怕表情
3 岁	能跑,会骑三轮车,会洗手、洗脸,能脱、穿简单的衣服	能说短歌谣,数几个数	能认识画上的东西,认识男、女,自称我,表现出自尊心、同情心、害羞
4 岁	能爬梯子,会穿鞋、扣衣扣	能唱歌,讲述简单的故事情节	能画人像;能从两条线中选择较长的一条,初步思考问题,记忆力强
5 岁	能单脚跳、快跑,会系鞋带	会用各种词类,开始识字	能分辨颜色,数 10 个数,知道物品用途及性能,会模仿四边形,穿、脱衣服能自理
6 岁	会简单的劳动和手工,如扫地、擦桌子、剪纸、玩泥塑等	说话流利,能讲故事,开始写字	能数几十个数,可进行简单的加、减;喜欢独立自主,形成性格

1.3.5 心理行为的发展

人的心理行为包括感觉、记忆、想象、思维、性格等多个方面。新生儿无心理现象,条件反射的形成标志着心理活动发育的开始。了解小儿的心理行为发育对保证和促进其心理健康十分重要。

1. 注意力的发展

注意是人的心理活动对外界事物的指向和集中。注意可分为无意注意和有意注意,前者为自然发生的,后者则为自觉的、有目的的关注。婴儿以无意注意为主,随小儿年龄增长,

活动范围扩展,动作、语言逐渐发育成熟,其意注意越来越多。凡具有鲜明、可直视、活动、新奇、多变的特征的事物均易引起幼儿的注意,但其注意的稳定性差,易分散、转移。小儿在5~6岁后能够较好地控制自己的注意力,集中时间约为15 min,以后逐渐延长,7~10岁约为20 min,10~12岁约为25 min,12岁以后约为30 min。

2. 记忆的发展

记忆是将所获得的信息储存和读出的神经活动过程,在人类生活实践的各个方面起重要作用。识记、保持和再认或重现是记忆的过程。婴儿期个体以机械识记为主,幼儿期则发展为识记。保持为信息存储的阶段,是记忆的中间环节,也是记忆的实质过程,是脑神经组织受刺激后引起的保留现象。再认是指以前感知的事物只有在眼前重现时才能认识;重现是指以前感知的事物不在眼前出现,而在大脑中出现。小儿5~6个月时能再认母亲,1岁以后能重现。小儿3岁时记忆可保持几周,4岁时记忆可保持几个月,4岁后记忆可保持更长时间,故童年生活的回忆只能追溯到4~5岁。

3. 认知能力的发展

认知是指获得和使用知识。瑞士学家和心理学家皮亚杰(J. Piaget, 1896—1980)把认知发展过程分为4个阶段。

(1)感知运动阶段(0~2岁)。此阶段的小儿形成自主协调运动,能区分自我及周围的环境,开始出现心理表征,能将事物具体化,对空间有一定的概念,具有简单的思考能力,形成客体的永久概念。

(2)前运算阶段(2~7岁)。小儿能用语言符号、表演游戏来表达内心感受和对外部世界的理解。此阶段小儿的思维特点是以自己为中心,总是从自己的角度去考虑和看待事物,注意事物的单方面,不理解事物的复杂性,缺乏正确的逻辑推理能力。

(3)具体运算阶段(7~11岁)。学龄期儿童能够用一个法则解决同类问题,开始建立重量、质量、数量、时间、容积等概念。

(4)形式运算阶段(12岁以后)。进入青春期后,小儿的思维能力开始逐渐接近成人水平,不仅能思考具体的事物,还能思考抽象的情景,具有结合性和逻辑推理性。儿科护士应了解小儿的思维方式,根据小儿不同时期的智力发展水平为其提供治疗性玩具、图书、画片等。

4. 情绪、情感的发展

情绪是人们从事某种活动时产生的兴奋心理状态,属于原始、简单的感情。情感是在情绪的基础上,人的需要是否得到满足时所产生的一种内心体验,属于较高级、复杂的感情。新生儿可对饥饿、不舒适和寒冷产生消极情绪,表现为不安、啼哭等;小儿2个月时积极情绪多,如看到母亲时非常高兴;6个月后能辨认陌生人,小儿可明显地表现出依恋母亲及分离性焦虑;9~12个月时小儿对母亲的依恋情绪达到高峰;2岁后小儿的情感日渐丰富和复杂,可产生喜、怒、爱、憎等情绪反应。随着年龄的增长,情绪反应逐渐稳定,小儿可有意识地控制情绪。小儿良好的情绪表现为高兴、愉快。保持愉快心情,有规律的生活,适度的社交活动和避免精神紧张等现象能使小儿维持良好的情绪和情感,有益于其智能的发展。

5. 性格的发展

性格是重要的心理活动,性格一经形成就比较稳定,但其在教育的影响下具有一定的可塑性。

(1)信任-不信任期(婴儿期)。由于一切生理需要依赖成人,婴儿逐渐建立对亲人的依赖和信赖感,因此儿科护士在做护理工作时要注意满足婴儿的要求。

(2)自主羞愧期(幼儿期)。幼儿已能独立行走,并能用简单的语言表达自己的需求,可独立完成一些简单动作,如吃饭、大小便,虽有一定的自主感,但又未脱离对亲人的依赖。幼儿常有违拗与依赖行为交替出现的表现,对此,儿科护士在实施护理时应为患儿提供自己做决定的机会,并对其能力加以赞扬。

(3)主动内疚期(学龄前期)。此期儿童可自理生活,主动性增强,对不同的事物有兴趣,但在实施主动行为时易出现失败和内疚感。儿科护士在实施护理时应为患儿有益的行为加以赞扬,为其提供活动的机会,及时回答他们提出的问题。

(4)勤奋自卑期(学龄期)。此期儿童的自主意识增强,已开始正规学习,必须培养其优良的性格特征才能促进儿童各方面的发展。儿科护士在实施护理时应帮助患儿在住院期间继续完成学业,在治疗和护理过程前、后允许患儿帮助准备或整理用具。

(5)自我认同角色紊乱期(青春期)。青少年在性激素的作用下逐渐发育成熟,其思维不断发展,他们不仅注重仪表,还会为将来自己所处的位置而苦恼。儿科护士在实施护理时必须多创造机会让青少年参与讨论其所关心的问题 and 述说自己的感受。此外,儿科护士还要注意帮助他们保持良好的自身形象,尊重他们的隐私。

6. 意志的发展

意志为自觉的、有目的、主动克服难以完成预期目标的心理过程。个体在初生时无意志,随着语言和思维的发展,从婴幼儿期开始有意识地行动或抑制自己的行动时,视为意志的萌芽。随着年龄的增长,语言和思维的深入发展,小儿的社会交往逐渐增多,在成人不同教育的影响下,小儿的意志逐渐形成和发展。意志可分为积极意志和消极意志。积极意志表现为自觉、坚持、顽强、果断和自制;消极意志表现为依赖、犹豫和冲动等,妨碍智能的发展。儿科护士应指导和帮助家长通过日常生活、游戏和学习等培养小儿的积极意志,重视培养其自制能力、责任感和自主性。

7. 精神心理发育的评估

(1)发育史询问。发育史询问是指全面了解儿童时期整个发展阶段的真实性和存在的问题的过程,包括出生、喂养、疾病治疗情况等。

(2)智力筛查。

①皮博迪图片词汇测验(Peabody picture vocabulary test, PPVT)。皮博迪图片词汇测验适用于4~9岁儿童,共有120张图片,每张图片上有黑白线条画4幅。检查时测试者说出一个词,要求小儿指出其中一张图片。此方法简便,测试所需时间短,适用于语言或运动功能障碍者。

②绘人测验(draw a person test)。绘人测验适用于4~12岁儿童,要求小儿根据自己的想象在一张白纸上用铅笔画出自己的全身画像,然后根据身体部位及各部位比例和表达方式等进行评分。此方法简便,10~15 min即可完成,体现了儿童由具体形象思维向抽象逻辑思维发展的过程。

③丹佛发育筛查试验(Denver developmental screening test, DDST)。丹佛发育筛查试验主要用于6岁以下小儿的筛查,共104个项目,分为个人-社会、精细动作-适应性、语言、大运动4个

能区,最后评定结果为正常、可疑、异常及无法测定,对可疑或异常者可进一步做诊断性检查。

1.4 小儿生长发育过程中的问题及其干预

1.4.1 体格生长发育偏离

1. 体重增长的偏离

(1)低体重。低体重是指体重低于同年龄、同性别正常儿童体重平均数减两个标准差(或第3个百分位)者。低体重常见于宫内严重营养不良、偏食挑食、喂养不当、神经性厌食等。

(2)体重过重。体重过重是指体重超出同年龄、同性别正常儿童体重平均数加两个标准差(或第97个百分位)者。体重过重常见于营养素摄入过多、活动量过少等。

2. 身高(长)增长的偏离

(1)矮身材。矮身材是指身高低于同年龄、同性别正常儿童身高平均数减两个标准差(或第3百分位)者。矮身材多见于遗传因素影响、喂养不当和内分泌系统疾病,如家族性矮小、重症营养不良、甲状腺功能低下症、生长激素不足症、骨代谢疾病及染色体疾病等。

(2)高身材。高身材是指身高超过同年龄、同性别正常儿童身高平均数加两个标准差(或第97百分位)。高身材多见于家族性高身材、垂体性肢端肥大症、生长激素分泌过多等。

1.4.2 心理行为异常

小儿生长发育过程中常见心理行为异常主要有以下几类:

1. 吮拇指癖与咬指甲癖

婴儿期吸吮手指有利于小儿心理发展,发生率高达90%,这种行为多在安静、寂寞、身体疲乏和睡前出现,一般随年龄的增长而消失。如果3岁后小儿仍然有吸吮拇指的行为,甚至延续到青春期,则为不良习惯。吸吮拇指和咬指甲行为多发生于情绪不稳定、心理需要得不到满足而焦虑、恐惧、紧张时,如家庭关系紧张、未获得父母充分的爱、情感不能充分表达等情况时,小儿以此来缓解内心的紧张状态。小儿长期咬手指可影响牙齿、牙龈及下颌发育,可致下颌前突、齿列不齐,妨碍咀嚼。

干预措施:给予小儿更多的关心和爱护。在婴儿期按需喂养,满足小儿口腔吸吮的欲望。在学龄前期消除小儿的抑郁、焦虑、孤单心理,当其咬指甲时应随时提醒并转移其注意力,为其提供、创造一个温暖、愉快的成长环境;鼓励小儿多参加丰富多彩的娱乐和学习活动。当小儿咬指甲的行为减少时,要及时予以鼓励和表扬。大多数小儿会自动放弃该不良习惯。

2. 屏气发作

屏气发作是指儿童在哭闹时出现的呼吸暂停现象。屏气发作多见于6~18个月的婴幼儿,常在发怒、恐惧、悲伤、剧痛、剧烈叫喊等情绪急剧变化时出现,在5岁前会消失。小儿在屏气发作时表现为过度换气,严重者可因脑血管扩张、缺氧而出现晕厥、意识丧失、口唇发绀、躯干及四肢挺直,甚至四肢抽动表现,一天可发作数次,每次持续0.5~1.0 min后呼吸恢复,症状缓解,唇指返红,全身肌肉松弛而清醒。此类婴幼儿多暴躁、任性、好发脾气。

干预措施:避免对婴幼儿的不良的心理刺激,尽量不与其哭闹,改变不良的教育方式;告知家长屏气发作是一种发育性行为,以消除患儿及其家长的紧张情绪,并帮助分析产生这种现象的原因,避免诱发因素。

3. 小儿擦腿综合征

小儿擦腿综合征是小儿通过双腿摩擦动作引起兴奋的一种行为障碍。发作时小儿两腿伸直后交叉夹紧,两手握拳或抓住东西使劲,颜面发红,微微出汗。小儿擦腿综合征一般在睡前、醒后或在独自玩耍时,或受歧视、紧张、焦虑时发作,大多因外阴局部受刺激而引起而逐渐养成的不良习惯。小儿擦腿综合征最早发生于2岁,可延续至8岁左右,女孩多见于男孩。

干预措施:注意保持小儿会阴部清洁卫生,及时清除局部不良刺激,最好早穿封裆裤(1岁半左右)以保护会阴部皮肤,避免发生感染;合理安排小儿睡前与醒后的活动,鼓励小儿参加各种游戏,使其生活轻松、愉快。随年龄增长,此习惯性动作可自行缓解。当小儿擦腿综合征发作时,家长不要责备小儿,而应让其转移注意力,并消除局部刺激。

4. 遗尿症

正常小儿从2~3岁起已能控制膀胱排尿,如5岁以后仍出现原因不明的不能自主控制排尿即为遗尿症。遗尿症可发生在白天或夜晚熟睡时,尿湿床铺。遗尿症可分为原发性和继发性两类。原发性遗尿多是控制排尿的能力发展迟滞所致,而无器质性病变,70%~80%的小儿有阳性家族史,男孩多见于女孩,多在劳累、过度兴奋、紧张、精神刺激、心理障碍时加重,大多数小儿的症状可随年龄的增长逐渐减少。继发性遗尿多由全身性疾病或泌尿系统疾病引起,如糖尿病、膀胱炎等,通过治疗原发病,遗尿症状即可消失。

干预措施:对遗尿患儿首先要排除全身性疾病或局部疾病,询问患儿家庭、周围环境情况及训练排尿的过程;鼓励患儿树立信心,消除心理因素,指导家长合理安排患儿的生活和排尿训练。具体措施为:一般训练,即唤醒-控尿训练(膀胱);利用尿湿报警器或闹钟等进行行为疗法;于午后适当控制饮水量,逐渐延长排尿间隔时间,睡前排尿,按时叫醒小儿排尿。

5. 学习困难

学习困难又称学习障碍,是指在获得和运用听、说、读、写、计算、推理等特殊技能上有明显困难,表现出相应的多种障碍综合征。学习困难在学龄期儿童较多见,以小学2~3年级学生居多,男孩多见于女孩。患儿可表现为语言表达能力差、交流困难、手-眼协调运动障碍、视觉-空间知觉障碍、辨别形状的能力弱等。小儿学习困难的原因比较复杂,如先天遗传因素、产伤、窒息、大脑发育不全和心理问题等。

干预措施:仔细了解情况,分析原因,针对小儿的心理障碍进行重点矫治,加强教育训练,同时须取得家长的理解和密切配合。

6. 攻击性行为

攻击性行为是指小儿在游戏中屡次咬、抓、打别人。小儿出现攻击性行为的原因较复杂,可受家庭因素、环境因素、自身气质等因素的影响。例如,在不和睦家庭成长的小儿会模仿自己父母的争吵和打架行为;小儿犯错误而受到父母的惩罚、讥讽;通过伤害兄弟姐妹或其他小朋友以获得父母或教师的关注。

干预措施:对有攻击性行为的小儿不要采用体罚,父母或教师应注意对其进行正确的教养。护士应帮助小儿正确发泄情绪,并教其学会控制自己;指导家长尊重、理解小儿,帮助小

儿使用适当的、社会能接受的方式发泄情绪,同时帮助他们获得团体的认可。

 思考与练习

1. 选择题

(1)下列选项中关于新生儿期的特点不正确的是()。

- A. 死亡率高
- B. 发病率高
- C. 适应能力较差
- D. 生活能力较差
- E. 各器官功能发育完善

(2)关于小儿生长发育的顺序,下列选项中正确的是()。

- A. 先下后上
- B. 先慢后快
- C. 由远到近
- D. 由简单到复杂
- E. 由细到粗

(3)小儿生长发育监测的重要内容是()。

- A. 体重
- B. 身高
- C. 头围
- D. 胸围
- E. 牙齿

(4)儿童时期()发育最晚。

- A. 生殖系统
- B. 淋巴系统
- C. 呼吸系统
- D. 消化系统
- E. 神经系统

(5)5岁小儿的体重为()。

- A. 14 kg
- B. 15 kg
- C. 16 kg
- D. 18 kg
- E. 24 kg

(6)根据运动功能发育的特点,小儿会坐的月龄为()。

- A. 2~3个月
- B. 4~5个月
- C. 5~6个月
- D. 8~9个月
- E. 10~12个月

(7)小儿,男,意识清楚,二便正常。体格检查:头围48 cm,胸围49 cm,身长85 cm,该小儿的年龄为()。

- A. 1岁
- B. 2岁
- C. 3岁
- D. 4岁
- E. 5岁

(8)女孩,4个月,来院检查。在该小儿可认为发育异常的是()。

- A. 乳牙未萌出
- B. 头不能抬起
- C. 拥抱反射消失
- D. 不能伸手取物
- E. 前囟未闭

(9)男孩,3岁,常向家长表达自己的要求,其心理发展特征是()。

- A. 集体意识强
- B. 有明显的自主性
- C. 个性已经形成
- D. 能自己解决问题
- E. 不信任家长

(10)患儿,男,2岁,头围53 cm,其最可能的情况是()。

- A. 佝偻病
- B. 呆小病
- C. 脑积水
- D. 营养不良
- E. 小头畸形

2. 简答题

(1)简述前囟的临床意义。

(2)简述婴儿期的特点。

第 2 章

社区儿童保健



社区儿童保健是指社区卫生服务人员根据儿童不同时期的生长发育特点,以满足其健康需求为目的,以解决社区内儿童的健康问题为核心,为他们所提供的一系列防御接种卫生医疗服务。



学习目标

- 掌握儿童计划免疫的内容。
- 熟悉各时期儿童的特点和保健重点。
- 了解意外事故的处理和预防,智能锻炼和体格锻炼。



护理情境

女婴,3 个月。某日上午,该女婴接种百白破三联疫苗,当晚体温升至 38.5°C ,并伴有呕吐、腹泻等全身不适反应。

情境思考:

- (1) 对该女婴应采取什么措施?
- (2) 百白破三联疫苗需要接种几次? 该女婴下次接种的时间是什么时候?

2.1 各年龄期的儿童保健

儿童是完全或部分需要成人照顾的个体,其法定年龄在 18 岁以前。从受精卵开始至骨骼生长停止、心理发育基本成熟的时期称为儿童期。根据儿童生长发育的特点和不同发育阶段的主要任务,儿童期可分为胎儿期、新生儿期、婴儿期、幼儿期、学龄前期、学龄期和青春期。我国儿童保健的服务对象主要是 7 岁以下的儿童,重点是 3 岁以下的儿童。

儿童保健不仅要预防疾病,还要保护和促进儿童的健康成长,做到以保健为中心,预防与保健相结合。

2.1.1 胎儿期保健

1. 胎儿期的特点

胎儿期是从受精卵形成到胎儿娩出为止,共 40 周,约 280 天。胎儿的发育与孕母的健康状况、营养状况、生活环境和情绪密切相关。孕母如受到理化因素刺激或缺乏营养,就可影响胎儿的生长发育,甚至导致流产、早产、胎儿死亡或先天畸形等不良后果。因此,胎儿期保健应以孕母保健为重点,通过对孕母的产前保健来达到保护胎儿健康成长的目的。

2. 胎儿期保健的要点

(1) 产前保健。

①预防遗传性疾病与先天畸形。预防遗传性疾病与先天畸形的措施主要为婚前遗传咨询,禁止近亲结婚。遗传咨询的重点对象为:确诊或怀疑有遗传性疾病者,家族连续发生不明疾病者,家族有与遗传相关的先天畸形或智力低下者。

胎儿期是致畸敏感期,尤其是妊娠期前 3 个月。引起胎儿畸形的原因比较复杂,包括遗传、化学物质、射线、药物、营养障碍及感染等多方面的因素。为了儿童的健康成长,临床应采取有效措施来预防和减少先天畸形的发生。例如,预防孕期感染,如风疹病毒、巨细胞病毒、肠道病毒及弓形虫等的感染,特别是妊娠早期,以免导致流产或胎儿畸形;避免孕母接触放射线,以及铅、苯、汞、有机磷农药等化学毒物,不吸烟、饮酒;患有严重心、肝、肾疾病,或糖尿病、甲状腺功能亢进或低下、结核病等慢性疾病的孕妇应在医师的指导下用药;高危产妇除定期做产前检查外,还应加强病情观察。高危产妇一旦出现异常就要及时就诊,必要时终止妊娠。

②保证足够的营养。胎儿生长发育所需要的营养物质完全依赖于孕母的供给。孕母严重营养不良可导致流产、早产或胎儿宫内发育迟缓。妊娠期不同阶段的营养不良可影响胎儿主要器官的发育,如胎儿早期营养不良可导致脑发育不良。妊娠期不同阶段胎儿所需要的营养素的比例略有不同,在胎儿早期要注意补充叶酸和碘,晚期则要合理摄入能量和各种营养素。孕母也要防止营养物质摄入过多而导致胎儿过大,影响分娩。因此,孕母要注意膳食搭配,保证各种营养物质的摄入,尤其是铁、钙、维生素 D 等营养素的补充。

③保持良好的生活习惯。孕母应注意生活规律,保持心情轻松、愉快,注意劳逸结合。

④预防妊娠期并发症。护士要加强对高危孕妇的随访,预防发生流产、早产、异常分娩。

(2)产时保健。产时保健的重点是预防产伤及产时感染。护士要帮助孕母选择正确的分娩方式。凡有胎膜早破、羊水污染、宫内窒息、胎粪吸入、脐带脱垂,以及产程延长、难产等情况者,胎儿感染的机会明显增加,应注意预防发生感染。

(3)产后保健。产后保健的重点是:提倡母婴同室,尽早实施母乳喂养;预防并及时处理新生儿缺氧、窒息、低体温、低血糖、低血钙和颅内出血等情况。产房温度应保持在 25~28℃;胎儿娩出后护士要迅速清除其口腔、鼻腔内的羊水、黏液,保证其呼吸道通畅;严格消毒结扎脐带;记录出生时 Apgar 评分、体温、呼吸频率、心率、体重和身长;用柔软的包被包裹新生儿。早产儿、低体重儿、有宫内感染的新生儿、产时异常的高危儿等应送入新生儿重症监护室,予以特殊监护和积极处理。

2.1.2 新生儿期保健

新生儿是指出生 28 天以内的婴儿。出生 7 天以内新生儿称为早期新生儿。新生儿期是小儿死亡率最高的时期。新生儿期保健的重点是使新生儿迅速适应新的环境,预防感染,指导产妇进行母乳喂养,促进建立健康的亲子依恋关系。

1. 新生儿期的特点

新生儿脱离母体开始独立生活,所处环境发生了巨大的改变,由于其生理调节和适应能力不够完善,因此易发生窒息、溶血、感染、寒冷损伤综合征等。

2. 新生儿期保健的要点

(1)家庭访视。家庭访视一般包括新生儿出院回家后 2 天内的初访,出生后 5~7 天的周访,出生后 10~14 天的半月访和出生后 27~28 天的满月访,并要建立新生儿健康管理卡和预防接种卡。每次家庭访视应有重点,且护士要根据新生儿、家庭及家长的具体情况进行有针对性的保健指导。护士对早产儿、低体重儿或足月小样儿应提早进行访视并酌情增加访视的次数。

①初访重点。初访重点包括了解新生儿的出生情况、分娩方式、出生体重,母亲的孕期情况;观察新生儿的面色、呼吸;了解新生儿的喂养、睡眠、哭声、吸吮力和大小便情况,产妇母乳的分泌情况;测量新生儿的身长、体重和体温;检查新生儿的皮肤、黏膜与脐部,注意其有无黄疸,脐部有无感染;检查有无听觉障碍及其他先天性畸形,如先天性髋关节脱臼、先天性心脏病、唇裂或腭裂等;对产妇进行新生儿喂养和护理指导,如母乳喂养、保暖、预防感染等。

②周访重点。周访重点包括了解新生儿吮奶、哭声、大小便情况,以及喂养、护理过程中是否出现新的问题,并根据存在的问题给予指导和示范;检查新生儿黄疸的程度和脐带是否脱落。

③半月访重点。半月访重点包括检查新生儿黄疸是否消退,体重是否恢复至出生体重,如体重恢复不佳应分析其原因。护士应指导家长在足月儿出生后半月给予其生理剂量维生素 D,以预防佝偻病。

④满月访重点。满月访重点包括了解新生儿的喂养、护理情况,测量新生儿的体重并做全面体格检查;足月儿满月如增重不足 600 g 应分析导致这种情况的原因。满月访结束时,护士应做出新生儿期的访视小结,并指导家长继续进行婴儿的生长发育监测和定期的体格检查。

家庭访视能及时发现异常情况,降低新生儿疾病的发生率或减轻疾病的严重程度。每次访视后,护士应认真填写新生儿卡,待新生儿满月后转入婴儿保健系统进行管理。

(2)呼吸与体温的维持。新生儿在宫外环境中最初的 24 h 是其一生中最脆弱和最危险的时间段,建立肺部呼吸功能是新生儿适应外界环境的第一步。在新生儿娩出后,护士应立即为其清理口鼻,如有窒息应立即抢救。新生儿呼吸浅,主要为腹式呼吸。有的新生儿偶尔会出现呼吸暂停的现象。

新生儿体表面积与体重的比值大于成人,皮下脂肪少,产热和维持体温恒定的能力较差。因此,新生儿护理要注意保持适宜的环境温度,保持新生儿的正常体温,减少其体热散失。

(3)感染与伤害的防御。护士要检测产妇有无 TORCH 感染(T 指弓形虫,R 指风疹病毒,C 指巨细胞,H 指单纯疱疹 I 型或 II 型)、性传播疾病等;有感染的产妇所生新生儿要留取脐带血或新生儿的静脉血,用于检查新生儿是否被感染。在接产时,护士应检查产妇有无

羊膜炎或生殖器疱疹、淋病等；新生儿有疑似宫内细菌感染者应尽快进行细菌培养，在报告提交之前使用广谱抗生素进行治疗。

(4)母乳喂养。母乳中含有一定量的机体消化功能形成、脑发育和生长发育所必需的脂肪酸、乳糖、水和氨基酸等。母乳中还含有丰富的免疫成分，如初乳中含有 SIgA、乳铁蛋白、双歧因子等，这些成分具有抑菌和杀菌作用，可增强新生儿的免疫功能。母乳中的激素类生物活性物质及生长因子对新生儿的全面发育必不可少。母乳中的生物活性物质，如溶菌酶、白细胞、益生菌、免疫球蛋白有一定的免疫作用。母乳喂养是产妇与新生儿之间最早和最重要的沟通方式，成功的母乳喂养可促进新生儿依恋情感的发展，母婴同室增加了母乳喂养成功的机会。此外，母乳喂养经济、便捷，有助于产妇产后子宫复旧，还可降低产妇的乳腺癌发病率等。

(5)亲子依恋的促进。依恋是某一个体对另一个体所形成的情感联结。依恋关系是一种最为重要的亲子关系，可影响婴幼儿的生存和发展。良好的依恋关系有利于婴幼儿在语言、动作、模仿和理解等方面的发展。若新生儿未能与母亲建立良好的依恋关系，就会造成父母对儿童漠不关心，影响其身心发育，易导致儿童情绪和行为障碍。产后 1 h 内母亲与新生儿间的接触非常重要，可影响依恋关系的建立。

2.1.3 婴儿期保健

婴儿期是小儿出生至不足 1 周岁的时期，体格发育延续了胎儿期生长高峰，是智力和个性发展的关键时期。

1. 婴儿期的特点

婴儿期是小儿体格生长、动作和认知能力发育最迅速的阶段。婴儿对热量和营养素的需求，尤其是对蛋白质的需求量相对较高，但消化吸收功能较弱，故容易发生消化功能紊乱和营养不良。由于自身免疫功能尚未成熟，婴儿患感染性疾病的机会增加。

2. 婴儿期保健的要点

(1)母乳喂养与辅食添加。4 个月以前的母乳能维持婴儿的营养需要，4~6 个月在继续母乳喂养的同时应开始添加辅食。

(2)睡眠。足月新生儿平均一天睡眠 20 h，每次睡眠持续 60 min。随着年龄的增长，新生儿的睡眠时间逐渐减少，2 个月时需 16~18 h，4 个月时需 14~15 h，1 岁时需 13~14 h。婴儿俯卧时会不必将其抱为仰卧，因为婴儿在俯卧时会用肘和膝支撑身体，胸部不会受压，反而会因背部扩张而有益于呼吸。俯卧睡眠可使婴儿气道顺畅，不易吐奶；但婴儿有俯卧时不要使用枕头，床垫不能太软。

(3)预防伤害。因伤害而致死亡在婴儿总死亡原因中居第三位。婴儿伤害的危险因素来源于婴儿本身、环境和父母三个方面。护士要指导婴儿的父母在增强安全意识的同时减少环境中的危险因素，如为小床加防护栏，在大床上设单独被褥让婴儿独睡，床紧靠墙；防止吸入异物，切忌将葡萄干、花生米、小珠子、钱币等物品留在小床内或婴儿触手可及的地方；小床内也应避免放置枕头、穿过的衣服、塑料袋等，以防捂住婴儿口鼻而引起窒息。

(4)预防接种。预防接种是控制传染病发生与流行的有效方法。我国计划免疫程序要求个体在婴儿期内接种乙肝疫苗、卡介苗、脊髓灰质炎疫苗、百白破疫苗、麻疹疫苗、流脑疫苗和乙脑疫苗。随着新的疫苗被研制成功和批准使用，接种疫苗可预防更多的传染病和感

染性疾病。

2.1.4 幼儿期保健

1~3岁即幼儿期,是运动和语言发育的快速时期,也是伤害出现较多的时期。

1. 幼儿期的特点

幼儿体格发育速度较婴儿期减慢,活动范围增加,智能发育较快,语言、行为、思维、社会适应能力明显增强,独立性和自主性不断发展;对危险的识别能力不足,易发生伤害和中毒;膳食由乳类过渡到成人饮食。此外,幼儿可出现喜、怒、哀、乐等情绪。

2. 幼儿期保健的要点

(1)营养与饮食卫生。幼儿每天所需的生长总能量为 376.6~418.4 kJ/kg(90~100 kcal/kg),蛋白质为 2~3 g/kg 体重,脂肪为 3.5 g/kg,糖为 12 g/kg。幼儿的咀嚼功能仍较差,食物宜细、软、烂、碎。幼儿应每天喝两杯牛奶或豆浆,实行鱼、肉、蛋、豆制品、蔬菜、水果等多样搭配,每天 3 次正餐,外加 1 次或 2 次点心。

(2)生长监测。幼儿宜每半年体检 1 次。儿科护士应评价幼儿的身长和体重发育等级与发育曲线的变化趋势,以及时发现生长偏离情况。

(3)伤害预防。幼儿的活动量增加,活动范围扩大,好奇心强,喜欢以感官来探索环境中的物品,爱模仿成人的活动但又缺乏判断力,偶尔还保留婴儿期将小物品放在口中的习惯,因而使伤害发生的概率增加。造成幼儿严重伤害的外部原因有车祸、烧伤或烫伤、溺水、中毒、跌落,占伤害死亡的 80%以上。保护和教育是预防伤害的主要原则,父母要为幼儿提供安全的成长环境,减少会使幼儿受到伤害的环境因素,做到放手不放眼。父母还必须慢慢地教导幼儿如何避免受到伤害。

(4)生活技能训练。学会自我进食是幼儿期的发展任务之一,幼儿期建立的饮食习惯的影响可持续至成人期。由于生理的成熟和发展独立自主性的需要,15~18 个月是学习进食的关键期,父母应配合幼儿身心发展的需要,让幼儿独立进食。

幼儿期也是训练幼儿大小便的关键时期,但不必过早或过于严格地训练幼儿大小便。大便训练通常在 1~1.5 岁时进行,此时幼儿能下蹲和站起来,能平衡地坐在小椅子上;每天有较固定的排便时间,解便时会有所表示,如发出声音、身体用力、脸涨得通红等;幼儿有模仿大人排便的欲望,能遵循大人的指示等。只有幼儿具备这些身心准备,训练幼儿大便时才能取得事半功倍的效果。小便训练可在 2 岁左右进行,这时幼儿能够感知膀胱的压力且有足够的膀胱控制能力,如 2~3 h 才解小便,能说出要解小便或有特殊的表情表示要解小便。



知识链接

新世纪儿童保健的特点

1. 儿科疾病谱明显改变

到 20 世纪末,先天畸形、意外损伤、中毒、恶性肿瘤、遗传代谢性疾病和环境因素所致疾病相对突出,逐步成为儿童死亡的重要原因。到 21 世纪,这一疾病谱的变化趋势越来越明显。

2. 感染性疾病出现新的特征

一些已经得到控制的传染病(如结核病)的发病率在全球范围内有回升趋势,艾滋病等新的传染病正以很快的速度在全球范围内广泛传播。

3. 儿童的发展将是关注的焦点

新时代的发展不仅要求儿童有健全的体魄,还要求儿童有良好的心理素质、学习能力和社会适应能力。这就要求人们更加重视儿童的精神卫生和心理问题。

4. 儿童营养问题

儿童出现营养失衡主要表现为营养过剩和生活方式改变等所致的肥胖,微量营养素缺乏或搭配不当所致的各种营养紊乱等。

5. 儿童健康水平不平衡

和西方国家相比,我国儿童的健康水平表现出了相当的不平衡。

2.1.5 学龄前期保健

学前儿童是指3~6岁的儿童,他们的中心任务是游戏活动,并在游戏活动中发展思维与想象能力,学习社会技巧和道德规范。

1. 学龄前期的特点

学前儿童的特点是体格发育稳步增长,中枢神经系统发育逐步趋向完善,大动作、精细动作及语言能力进一步发育,运动控制和协调能力增强;好奇心、求知欲强烈;个性形成,自理能力增强,具有高度的可塑性。学前儿童易发生免疫性疾病。

2. 学龄前期保健的要点

(1)营养。学前儿童的饮食基本接近成人,主要以普通米饭、面食为主,膳食结构应多样化,荤素搭配。家长要避免儿童养成不良的饮食习惯,避免儿童有偏食、挑食和多吃零食的行为。家长应为儿童提供宽松的就餐环境,不要过于严肃,不在餐桌上数落儿童。

(2)预防伤害。学前儿童预防伤害的主要原则仍然是保护和安全教育。家长不宜将儿童单独留在房中;要注意保管药物、有毒物质等,以免儿童误饮、误食;教导儿童遵守道路交通规则,以免发生交通事故;教育儿童不把钱币、果核、锐器放在嘴里;避免用塑料袋蒙嘴或将其套在头上,以防窒息。此期儿童喜欢爬高,故应避免儿童单独上树、爬墙;家中食品不宜放在冰箱、橱柜等高处,防止儿童站在凳子上去拿而导致跌伤。

(3)独立性培养。学前儿童的生活独立性培养不仅表现在生活方面,还表现在感知觉、语言、社会适应行为等方面。父母要为儿童提供机会,允许儿童在生活自理活动中出现错误;为儿童提供社会生活经验,强化儿童良好的社交行为;鼓励儿童表达愿望、说明问题和提出解决问题的办法。

(4)游戏。生命的基本现象是活动,学前儿童的活动就是游戏,可以说,学前儿童9/10的清醒时间都用在了游戏上。游戏不仅具有娱乐功能,对儿童来说还有教育功能。

学前儿童的身体控制能力和手的操作能力较幼儿时期增强,其游戏的社会性增加,喜欢与其他人一起玩简单的游戏,进而喜欢合作性游戏。3~4岁儿童乐于与年龄相仿的人在一

起玩“过家家”等游戏,其想象力和模仿力能够得到最大限度的发挥。4~5岁儿童的精细运动、语言、思维和想象力进一步发展,室外骑车、玩沙、滑滑梯、奔跑、翻滚等都是这一年龄段儿童喜欢的。5~6岁儿童游戏的合作性、表演性和创造性增加,其中语言游戏更多,包括读故事、讲故事、朗读诗歌、唱歌等。

2.1.6 学龄期保健

1. 学龄期的特点

学龄儿童大脑皮质功能发育更为成熟,对事物具有一定的分析、理解能力,认知和心理发展非常迅速。学龄期是小儿接受科学文化教育的重要时期,也是小儿心理发展上的一个重大转折时期,同伴、学校和社会环境对其影响较大。学龄儿童机体抵抗力增强,发病率较低,但其要注意用眼卫生和口腔卫生,端正坐、立、行姿势,避免产生精神、情绪和行为等方面的问题。

2. 学龄期保健的要点

(1)合理营养。学龄儿童的膳食要求营养充分而均衡,以满足体格生长、心理和智力发展、紧张学习等的需求。对学龄儿童要重视其早餐和课间加餐,同时要重视为其补充强化铁食品,以降低贫血的发病率。家长在安排学龄儿童的饮食时,可让儿童参与制定菜谱和准备食物,以增加其食欲。学龄儿童的饮食习惯和方式受大众传媒、同伴和家人的影响较大。学校应开设营养教育课程,进行营养卫生宣教,纠正学龄儿童的挑食、偏食、多吃零食、暴饮暴食等不良饮食习惯。

(2)体格锻炼。学龄儿童应每天进行户外活动和体格锻炼。体格锻炼如体操、跑步、球类活动、游泳等均能促进儿童体力和耐力的发展。学龄儿童于课间参加户外活动还可清醒头脑、缓解躯体疲劳。此外,适当的劳动也可以增强学龄儿童的体质,促进其生长发育;还可以使其养成热爱劳动的良好品质,促进学龄儿童全面发展。学龄儿童的体格锻炼内容要适当,要循序渐进,不能操之过急。

(3)预防疾病。家长应保证学龄儿童有充分的睡眠和休息时间,每年体检一次,按时进行预防接种。护士要向学龄儿童及其家长宣传常见的传染病知识,并对传染病做到早发现、早报告、早隔离、早治疗。学校和家庭还应注意培养儿童正确的坐、立、行走和读书姿势,预防脊柱异常弯曲及近视等。学龄儿童预防疾病的具体措施如下:

①培养良好的睡眠习惯。养成按时上床和起床的好习惯,有条件者可午睡片刻,以保证精力充沛、身体健康。

②注意口腔卫生。家长要培养学龄儿童每天早晚刷牙、饭后漱口的习惯,预防龋齿。

③预防近视。学龄儿童应特别注意保护视力。家长要教育儿童在写字、读书时书本和眼睛应保持1尺(1尺=33.3 cm)左右的距离,保持正确的坐姿。课堂桌椅要配套,并定期更换座位。教室光线要充足,避免儿童在太弱的光线下看书、写字。读书、写字的时间不宜太长,课间要进行户外活动并远眺,以缓解视疲劳。教师要教导学生写字不要过小、过密,并积极开展眼保健操。一旦学龄儿童发生近视,就要及时到医院进行检查和治疗。

④培养正确的坐、立、行等姿势。学龄期是骨骼生长发育的重要阶段,儿童骨骼的可塑性很大,如果儿童经常保持某些不良姿势,如听课、看书、写字时弯腰、歪头、扭身,站立和行

走时歪肩、驼背等,就可导致骨骼畸形。

(4)防止意外事故。学龄儿童常发生的意外伤害有车祸、溺水,以及在活动时发生擦伤、割伤、挫伤、扭伤或骨折等。儿童必须学习交通规则和意外事故的防范知识,以减少伤残的发生。

(5)培养良好的习惯。家长和教师要禁止儿童吸烟、饮酒,避免其养成随地吐痰等不良习惯,注意培养儿童良好的学习习惯,加强素质教育,通过体育锻炼培养儿童的毅力和奋斗精神,通过兴趣的培养陶冶其高尚的情操。护士要指导家长充分利用各种机会和宣传工具,有计划、有目的地帮助儿童抵制社会上各种不良风气的影响。

(6)防治常见的心理社会问题。学龄儿童对学校不适应是比较常见的问题,可表现为焦虑、恐惧或拒绝上学。使学龄儿童对学校不适应的原因有很多。例如,不喜欢学校环境、害怕某位教师、与同伴关系紧张、害怕考试等。家长一定要查明原因并采取相应的措施。同时,学校和家长需要相互配合,帮助儿童适应学校生活。对学习困难的儿童,应注意排除多动障碍、情绪行为问题及特殊发育障碍。

2.1.7 青春期保健

青春期是个体由儿童过渡到成人的时期,是儿童生长发育的最后阶段,也是人的一生中决定性格、体质、心理和智力发育与发展的关键时期。

1. 青春期的特点

(1)体格及性器官发育迅速。青少年的生长发育在激素的作用下明显加快,表现为体重、身高明显增加,体格发育出现第二个高峰期,并有明显的性别差异。

(2)身心发展处于一种非平衡状态。青春期是人的一生中极为特殊的时期。青少年的心理发育十分迅速,使他们产生了成人感,但他们的心理水平尚处在幼稚向成熟发展的过渡时期,其思维方式还处于从经验型向理论型的过渡,看待事物带有很大的片面性及表面性;在人格特点上,还缺乏成人那种深刻而稳定的情绪体验,缺乏承受压力、克服困难的意志力;社会经验也十分欠缺。因此,青少年的身心发展处于一种非平衡状态,容易出现心理冲突和矛盾。由于性的成熟,青少年对异性充满了好奇,但对这种愿望和情绪不愿公开表示,因而常感到压抑。青少年的心理、情绪及行为问题的及早发现和调整对他们身心的正常发展具有重要意义。

(3)神经内分泌调节不稳定。进入青春期后,中枢神经系统和下丘脑之间的相互作用加上肾上腺皮质分泌激素的影响使下丘脑对性激素的敏感性降低,性中枢从抑制转为兴奋,各级活动依次加强,导致性腺的发育和生殖功能的成熟。随着性腺和生殖系统功能的成熟,体内激素的水平发生变化,神经系统的调节达到一个新的水平。

2. 青春期保健的要点

(1)供给充足的营养。青少年生长发育迅速,脑力劳动和体力运动消耗增加,所以必须为其提供充足的能量、蛋白质、维生素及矿物质等营养素。青少年的食欲通常十分旺盛,但由于缺乏营养知识及大众传媒的鼓动和同伴间的相互影响,他们喜欢吃一些营养成分不均衡的流行食品,且不爱吃早点,以至于引起营养不良。当女孩开始关心自己的外貌和身材时,她们会对正常范围内的体重增加和脂肪增加担心,形成过度偏食或挑食的不良习惯,甚

至产生厌食症,严重损害身体健康。家长、学校和保健人员均有责任指导青少年选择适当的食物和保持良好的饮食习惯。

(2)实施健康教育。良好的个人卫生、充足的睡眠、适当的体格锻炼及性教育对促进青少年的健康成长十分重要。

(3)预防发生疾病和意外。青少年应重点防治结核病、风湿病、沙眼、屈光不正、龋齿、肥胖、缺铁性贫血、营养不良、神经性厌食和脊柱弯曲等疾病,可通过定期健康检查及早发现、及早治疗。由于青少年神经内分泌调节不够稳定,因此还可出现良性甲状腺肿、痤疮、高血压、自主神经功能紊乱等,女孩易出现月经不规律、痛经等。意外伤害是青少年,尤其是男孩常见的问题,包括运动创伤、车祸、溺水、打架斗殴等所致的损伤等,应继续接受安全教育。

(4)防治常见的心理行为问题。青少年常见的心理行为问题包括多种原因引起的出走、自杀及对自己形象不满等。家长和社会应给予重视,并采取积极的措施解决此类问题。

2.2 意外伤害与中毒的预防

意外伤害是指由各种意外引起的人体损伤。目前,意外伤害已成为威胁儿童健康和生命安全的主要问题。在我国,14岁以下儿童意外伤害占儿童死亡原因总数的26.1%,5岁以下儿童窒息和溺水死亡人数占儿童死亡人数的半数以上。

2.2.1 窒息

1. 窒息的原因

窒息是初生1~3个月婴儿较常见的意外事故,多发生于冬季。窒息多见于婴儿包裹过严,或因母亲与婴儿同床,熟睡后误将身体或被褥捂住婴儿面部等。呼吸道被堵或有异物被吸入呼吸道可导致机械性窒息。

异物进入机体所导致的窒息是婴儿死亡的主要原因。婴儿进食母乳后易发生溢乳,如家长未能及时发现,婴儿可将奶液或奶块呛入气管而导致窒息。呼吸道异物多见于学龄前儿童。儿童玩耍时将小物品如豆类、硬币、纽扣、塑料小玩具等放入口中可导致误吸;小儿进食时哭闹、嬉戏或将异物含入口中,当哭笑、惊恐而深吸气时可将异物吸入呼吸道。

2. 窒息的预防措施

(1)看护儿童时必须做到放手不放眼、放眼不放心,对易发生意外事故的情况应有预见性。

(2)婴儿与母亲应分床睡,婴儿床上应无杂物。

(3)儿童在进食时成人切勿惊吓、逗乐、责骂儿童,以免儿童大笑、大哭而将食物吸入气管。

(4)培养儿童良好的饮食习惯,细嚼慢咽,避免吞入鱼刺、骨头或果核。

(5)不给婴幼儿整粒的瓜子、花生,以及带刺、带骨、带核的食品。

(6)不给儿童玩体积小、锐利、带有毒性物质的玩具及物品,如小珠子、纽扣、棋子、别针、图钉、硬币、小刀、剪刀等,以防造成耳、鼻、气管及食管被异物刺伤、割伤及中毒等。

2.2.2 中毒

1. 中毒的原因

可引起儿童中毒的物品较多,常见的引起急性中毒的物质包括不新鲜的食物、有毒的动物或植物、药物、化学药品等。

2. 中毒的预防措施

预防儿童中毒的措施具体如下:

(1)保证儿童食物的清洁和新鲜,防止发生由食物在制作、储备、运输、出售过程中处理不当所致的细菌性食物中毒;腐败变质及过期的食物不能食用;蔬菜、瓜果要洗净。

(2)教育儿童勿随便采集植物及野果,避免食用有毒的植物,如毒蘑菇、含氰果仁(如苦杏仁、桃仁、李仁等)、白果仁等,尤其是家庭盆栽植物。

(3)口服药物及日常使用的灭虫、灭蚊、灭鼠等物品应放置在儿童拿不到的地方,使用时应充分考虑儿童的安全;家长在给予儿童药物前要认真核对药瓶的标签、用量及服法,切勿服用变质、标签不清的药物。

(4)冬季在室内使用煤炉或烤火炉时应注意通风,并定期清扫管道,在避免管道堵塞的同时要经常检查煤气是否泄漏,以免发生一氧化碳中毒。

2.2.3 外伤

1. 外伤的原因

儿童常见的外伤有骨折、关节脱位、灼伤及电击伤等。这主要是由于儿童自身防护意识不足、协调能力不好,或者监护人看护不力。

2. 外伤的预防措施

预防儿童外伤的措施具体如下:

(1)婴幼儿居室的窗户、楼梯、阳台、睡床等都应设有栏杆,防止发生坠床或跌伤。家具边缘最好有圆角,以减少碰伤。

(2)儿童最好远离厨房,避免被开水、油、汤等烫伤;热水瓶、热锅应放在儿童不能触及的地方;给儿童洗脸、脚及洗澡时要先倒冷水后加热水;暖气片应加罩;正确使用热水袋,以免烫伤儿童。

(3)妥善存放易燃、易爆、易碎品,如鞭炮、焰火、玻璃器皿等;教育年长儿童不可随意玩火柴、打火机、煤气等危险物品。

(4)室内电器、电源应有防止触电的安全装置;雷电时勿在大树下、电线杆旁或高层的屋檐下避雨,以免触电。

(5)对大型玩具如滑梯、跷跷板、攀登架等应定期检查,及时维护;儿童玩耍时应有成人在旁照顾。

(6)户外活动场地应平整,无碎石、泥沙,最好有草坪;室内地面宜用地板或铺有地毯。

2.2.4 溺水与交通事故

1. 溺水的原因

溺水是水域丰富地区儿童最常见的意外伤害,包括失足落井、落粪缸,也是游泳中最严重的意外伤害。

2. 交通事故的原因

儿童身材矮小,不易被司机发现;儿童对声音的判断不准确,注意力不集中;年长儿童交通意识淡漠。这些都是造成儿童交通事故的常见原因。

3. 溺水与交通事故的预防措施

预防儿童发生溺水与交通事故的措施具体如下:

(1)托幼机构应远离公路、河塘等,以免儿童发生车祸及溺水。农村房前屋后的水缸、粪缸均应加盖,以免儿童失足跌入。

(2)家长要教育儿童不可去无安全措施的池塘、江河玩水或游泳。绝不可将婴幼儿单独留在澡盆中。

(3)家长和教师要教育儿童遵守交通规则,识别红绿灯,勿在马路上玩耍;做好学龄前儿童的接送工作;教育儿童骑车时佩戴摩托车头盔,坐汽车时要系上安全带,不可坐在第一排。校园、居住区和游戏场所周围应设有强制车辆减速的标志及减速带。建议机动车安装昼夜行驶灯,不同车辆和行人分道行驶。

2.3 智能训练与体格锻炼

针对儿童的智能训练与体格锻炼主要包括抚触训练、语言训练和三浴锻炼等。

2.3.1 抚触训练

抚触是一种通过触摸婴儿皮肤和肢体,刺激其皮肤感受器上传到中枢神经系统,促进身心健康发育的育婴方法。抚触不仅能促进婴儿的生长发育,增加免疫功能,还能增进父母与婴儿的情感交流,促进婴儿心理健康地成长。婴儿抚触一般在洗澡后进行。抚触时,房间的温度以28~30℃为宜,可用少量润肤霜使婴儿皮肤润滑,每日1~2次,每次5~10 min,在婴儿面部、胸部、腹部、背部及四肢有规律地轻揉与捏握。抚触力度应逐渐增加,以婴儿舒适、合作为宜。

2.3.2 语言训练

语言为人类特有的高级神经活动,用以表达思维、观念等心理活动,与智能关系密切。正常小儿天生具备发展语言技能的基础和潜能,只有通过和环境接触,其语言能力才能得到发展。小儿语言的发展是一个连续的、有规律的过程。语言发育完全不是自发的,而是正确教育的结果,包括发音、理解和表达三个阶段。

1. 发音阶段

发音阶段要创造可促使小儿能够不断咿呀学语的愉快环境,提高小儿的发音质量,如妈妈的爱抚、语言和笑声最能鼓励小儿做出咿呀反应。

2. 理解阶段

理解阶段要将事物与小儿生活事件联系起来,即干什么说什么,帮他理解什么。例如,吃饼干时告诉孩子:“等着,妈妈给你拿饼干去。”拿到饼干时,妈妈还可进一步强化:“这是饼干,多好吃啊。”

3. 表达阶段

表达阶段要本着做什么学什么的原则训练小儿。例如,吃饭时教小儿说“牛奶”“白菜”“张大嘴”等;睡觉时教小儿说“上床了”“躺下”“闭上眼”等。

语言是智力发展的基础,是接受知识的工具。家长要按顺序和规律培养、教育,使小儿在提高语言能力的同时获得心理上的满足。需要注意的是,在培养小儿说话时不要用方言、土语,更不应说粗话。

2.3.3 三浴锻炼

三浴即水浴、空气浴和日光浴,护士应指导家长利用三浴锻炼小儿,使其养成良好的生活习惯。

1. 水浴

水浴即利用水的机械作用 and 水的温度刺激机体,使皮肤血管收缩或舒张,促进血液循环、新陈代谢及体温调节,增强机体对温度变化的适应能力。不同年龄及体质的小儿应选择不同的水浴方法。

(1)温水浴。温水浴适用于新生儿及婴儿。由于水的传热能力比空气强,可提高皮肤适应冷热变化的能力,因而温水浴不仅可保持皮肤清洁,还可促进新陈代谢、增加食欲,有利于新生儿及婴儿的睡眠和生长发育,有利于抵抗疾病。新生儿在脐带脱落后即可进行温水浴,水温以 $37.0\sim 37.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 为宜,冬、春季每日 1 次,夏、秋季每日 2 次,持续时间为 $7\sim 12\text{ min}$ 。浴后用温暖毛巾包裹婴儿,帮其穿好衣服。冬季时要注意室温、水温,做好温水浴前的准备工作,以减少婴儿体表热量的散发。

(2)擦浴。擦浴适用于 7 个月以上的婴儿。擦浴时室温要保持在 $16\sim 18\text{ }^{\circ}\text{C}$,开始时水温可为 $32\sim 33\text{ }^{\circ}\text{C}$,待婴儿适应后,每隔 $2\sim 3\text{ d}$ 水温降 $1\text{ }^{\circ}\text{C}$,对婴儿可逐渐降至 $26\text{ }^{\circ}\text{C}$,对幼儿可逐渐降至 $24\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。擦浴的实施步骤为:先将能吸水而软硬度适中的毛巾浸入水中,拧半干,然后在婴儿四肢做向心性擦浴,擦毕再用干毛巾擦至皮肤微红。

(3)淋浴。淋浴是一种较强烈的锻炼,适用于 3 岁以上的小儿,其效果比擦浴好。淋浴可每日 1 次,每次冲淋身体 $20\sim 40\text{ s}$,室温保持在 $18\sim 20\text{ }^{\circ}\text{C}$,水温为 $35\sim 36\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。淋浴时,小儿立于有少量温水的盆中,喷头不高于小儿头顶 40 cm ,从上部到胸背、下肢冲淋,不可冲淋头部,浴后用干毛巾擦磨至全身皮肤微红。待小儿适应后,对年幼儿童可逐渐将水温降至 $26\sim 28\text{ }^{\circ}\text{C}$,对年长儿童可将水温降至 $24\sim 26\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。淋浴一般在早餐前或午睡后进行。

(4)游泳。有条件者可从小进行游泳训练,但应注意要有成人在旁照顾。浴场应选择平坦、活水、水底为沙质、水质清洁、附近无污染源的地方或游泳池。小儿游泳时,气温不应低

于 24℃,水温应不低于 22℃。小儿游泳开始时每次可游 1~2 min,以后逐渐延长。小儿有寒冷感或产生寒战等不良反应时应立即出水,擦干身体,并做柔软操取暖。空腹或刚进食后不可游泳。

2. 空气浴

空气浴即利用气温和体表温度之间的差异形成刺激。气温越低,刺激作用的时间越长,刺激强度越大,以促进机体新陈代谢、健壮呼吸器官和增强心脏活动。健康小儿从出生时即可进行空气浴。空气浴一般先在室内进行,预先做好通风换气,使室内空气新鲜,室温不低于 20℃,逐渐减少衣服至只穿短裤,小儿习惯后可移至户外。

空气浴宜从夏季开始,随着气温的降低,使小儿逐步适应环境。空气浴一般在饭后 1~1.5 h 进行较好,每日 1~2 次,每次 2~3 min,夏季可逐渐延长至 2~3 h,冬季以 20~25 min 为宜,室温每 4~5 天降低 1℃。3 岁以下及体弱儿进行空气浴时气温不宜低于 15℃,3~7 岁小儿进行空气浴时气温不应低于 12℃,学龄儿童进行空气浴时气温可降至 10~12℃。小儿脱衣后先用干毛巾擦全身至微红以做准备,可结合小儿游戏或体育活动进行。空气浴时要随时观察小儿反应并采取相应措施,若小儿有寒冷表现,如皮肤苍白、口唇发青等,则应立即穿衣。此外,小儿应养成少着衣、用冷水洗脸、夜间开窗睡眠等习惯。

3. 日光浴

日光中的紫外线能使皮肤中的 7-脱氢胆固醇转变为维生素 D,预防发生小儿佝偻病;日光中的红外线可促进皮肤血管扩张,使血液循环加速,增强小儿的心肺功能。日光浴适用于 1 岁以上小儿,宜在气温达 22℃ 以上且无大风时进行。夏季日光浴以早餐后 1~1.5 h 为佳,春、秋季可在上午 10~12 时进行。

日光浴时,小儿应躺在树荫或凉棚下空气流通又无强风处,戴白帽以防止因日光直射头部而引起中暑,戴遮阳镜以保护眼睛。不满 5 岁者很难安稳地接受日光浴,可以陪伴其做安静的游戏如玩积木等。日光浴时,先晒背部,然后晒身体两侧,最后晒胸腹部。开始时每侧晒半分钟,以后逐渐增加时间,但每次日光浴的时间不宜超过 30 min。一般日光浴前应进行一段时间的空气浴。日光浴时应注意观察小儿的反应,如小儿出现头晕、头痛、出汗过多、脉搏增快、体温上升或神经兴奋等情况,则应限制日光照射量或停止日光浴。

2.4 儿童计划免疫

儿童计划免疫(planned immunization)是根据小儿的免疫特点和传染病疫情的监测情况制定的免疫程序,是有计划、有目的地将生物制品接种到婴幼儿体内,以确保小儿获得可靠的抵抗疾病的能力,从而达到预防、控制乃至消灭相应传染病的目的。预防接种是计划免疫的核心。

2.4.1 免疫方式及常用制剂

临床常用免疫方式包括主动免疫和被动免疫。

1. 主动免疫及常用制剂

主动免疫是指为易感者接种特异性抗原,刺激机体产生特异性抗体,从而产生相应的免

疫力。主动免疫制剂在接种后经一定期限产生的抗体在持续 1~5 年后逐渐减少,故还要适时地安排加强免疫,以巩固免疫效果。

主动免疫常用制剂包括用细菌菌体或细菌多糖体制成的菌苗;用病毒或立克次体接种于动物、鸡胚或在组织中培养,经处理后形成的疫苗;将细菌所产生的外毒素加入甲醛后形成的无毒性而仍有抗原性的类毒素。

各种免疫制剂统称为疫苗。按性质可以将疫苗划分为死疫苗和活疫苗。死疫苗又称灭活疫苗,其性质稳定、安全,需在冷暗处保存。由于死疫苗进入体内不能生长、繁殖,对人体的刺激时间短,产生的免疫力低,因此需重复注射,且接种量大,如霍乱菌苗、乙型脑炎疫苗等。活疫苗接种到人体后可生长、繁殖,但不会引起疾病,产生的免疫力持久、效果好,因此,其接种量小,接种次数少,如卡介苗、脊髓灰质炎疫苗等。活疫苗的有效期短,需冷藏,疫苗中的抗原失活后失效。

2. 被动免疫及常用制剂

未接受主动免疫的易感者在接触传染源后被给予相应的抗体,进而立即获得免疫力称为被动免疫。由于抗体留在机体中的时间短暂(一般约 3 周),因此主要用于应急预防和治疗。例如,为给未注射麻疹疫苗的麻疹易感者接种麻疹疫苗,受伤时注射破伤风抗毒素以预防破伤风。

用于人工被动免疫的生物制品称为被动免疫制剂,包括特异性免疫血清、丙种球蛋白、白蛋白、球蛋白等。其中,特异性免疫血清又包括抗毒素、抗菌血清和抗病毒血清。此类制剂来源于动物血清,对人体而言是一种异性蛋白,注射后容易引起过敏反应或血清病,特别是在重复注射时更易发生。

2.4.2 计划免疫程序

根据 2007 年 12 月原卫生部制定的《扩大国家免疫规划实施方案》,我国在乙肝疫苗、卡介苗、脊髓灰质炎减毒活疫苗、百白破疫苗、麻疹疫苗和白破疫苗 6 种国家免疫规划疫苗基础上,将甲肝疫苗、流脑疫苗、乙脑疫苗和麻腮风疫苗纳入国家免疫规划,对适龄儿童进行常规接种;在重点地区对重点人群进行出血热疫苗接种;当发生炭疽、钩端螺旋体病疫情或发生洪涝灾害可能导致钩端螺旋体病暴发流行时,对重点人群进行炭疽疫苗和钩体疫苗应急接种。通过接种上述疫苗,可预防 16 种传染病。小儿计划免疫实施程序如下表所示。

小儿计划免疫实施程序表

疫 苗	预防疾病	接种对象	接种次数	接种部位及途径	每次剂量	备 注
乙肝疫苗	乙肝	0、1、6 月龄	3	上臂三角肌 肌肉注射	5 μ g	出生后 24 h 内接种第 1 剂次,第 1、2 剂次的间隔时间不少于 28 天
卡介苗(减毒活结核菌混悬液)	结核病	出生时	1	上臂三角肌中部略下处皮内注射	0.1 mL	

(续表)

疫 苗	预防疾病	接种对象	接种 次数	接种部位 及途径	每次剂量	备 注
脊髓灰质 炎减毒活疫 苗糖丸	脊 髓 灰 质炎	2、3、4 月龄， 4 周岁	4	口服	1 粒	第 1、2 剂次，第 2、3 剂次的间隔时间均不少于 28 天，冷开水送服，并且在吞服后的 1 h 内禁止饮热开水
百白破三 联疫苗	百日咳、白 喉、破伤风	3、4、5 月龄， 18~24 月龄	4	上臂三角肌 肌肉注射	0.5 mL	
麻腮风减 毒活疫苗	麻疹、腮 腺炎、风疹	18~24 月龄	1	上臂三角肌 下缘附着处皮 下注射	0.5 mL	
乙脑减毒 活疫苗	乙型脑炎	8 月龄， 2 周岁	2	上臂三角肌 下缘附着处皮 下注射	0.5 mL	
A 群流脑 疫苗	流行性脑 脊髓膜炎	6~18 月龄	2	上臂三角肌 下缘附着处皮 下注射	30 μ g	第 1、2 剂次 间隔 3 个月
A+C 流脑 疫苗	流行性脑 脊髓膜炎	3 周岁， 6 周岁	2	上臂三角肌 下缘附着处皮 下注射	100 μ g	第 1 剂次与 A 群流脑疫苗 第 2 剂次的间 隔时间不少于 12 个月
甲肝减毒 活疫苗	甲型肝炎	18 月龄	1	上臂三角肌 下缘附着处皮 下注射	1 mL	
出血热疫 苗(双价)	流行性出 血热	16~60 周岁	3	上臂三角肌 肌肉注射	1 mL	接种第 1 剂次后 14 天接种第 2 剂次，第 3 剂次在第 1 剂次接种后 6 个月接种

(续表)

疫苗	预防疾病	接种对象	接种次数	接种部位及途径	每次剂量	备 注
炭疽疫苗	炭疽	炭疽疫情发生时, 病例或病畜间接接触者及疫点周围的高危人群	1	上臂外侧三角肌附着处皮上划痕	0.05 mL (2 滴)	患者或病畜的直接接触者不能接种
钩体疫苗	钩端螺旋体病	流行地区可能接触疫水的 7~60 岁高危人群	2	上臂三角肌附着处皮下注射	成人第 1 剂次剂量为 0.5 mL, 第 2 剂次剂量为 1.0 mL; 7 岁以下儿童不超过成人剂量的 1/4	接种第 1 剂次后 7~10 天接种第 2 剂次

2.4.3 预防接种的准备及注意事项

1. 环境准备

接种场所应光线明亮, 空气新鲜, 温度适宜; 接种及急救物品应摆放有序。

2. 心理准备

护士要做好疫苗接种的宣传、解释工作, 消除家长和小儿的紧张、恐惧心理; 接种宜在饭后进行, 以防小儿发生晕厥。

3. 严格掌握禁忌证

疫苗接种前, 护士要认真询问小儿的病史及传染病接触史, 必要时先做体检。

(1) 一般禁忌证。疫苗接种的一般禁忌证包括急性传染病及其恢复期, 发热, 慢性疾病, 较重的心脏病、高血压、肝病、肾病, 活动性结核, 活动性风湿病, 哮喘, 荨麻疹, 严重的湿疹或化脓性皮肤病, 有癫痫或惊厥史者, 孕妇及哺乳期妇女等。有上述疾病期间不能接种生物制品, 待症状缓解、恢复健康后方可接种生物制品。

(2) 特殊禁忌证。特殊禁忌证是指个体对某一种生物制品所特有的禁忌, 而不是所有的生物制品都不能接种。例如, 怀孕初期不能接种风疹疫苗, 结核患者不能接种卡介苗等。疫苗接种的特殊禁忌证包括有明显的过敏史、自身免疫性疾病、恶性肿瘤、神经精神性疾病、免疫缺陷病、皮肤病等。

4. 严格执行查对制度及无菌操作原则

护士要严格掌握接种的剂量、次数、间隔时间和不同疫苗的联合免疫方案, 并及时记录及预约, 交代接种后的注意事项及处理措施。接种活菌苗时, 用 75% 乙醇消毒; 抽吸后剩余的药液不能放置超过 2 h; 接种后应将剩余活菌苗烧毁。

2.4.4 预防接种的反应及处理

1. 一般反应

(1)局部反应。接种后数小时至24 h,注射部位会出现红、肿、热、痛表现,有时还伴有局部淋巴结肿大或淋巴管炎。红晕直径在2.5 cm以下为弱反应,2.6~5.0 cm为中等反应,5.0 cm以上为强反应。局部反应一般持续2~3天。如接种活疫苗,则局部反应出现较晚、持续时间较长。

(2)全身反应。一般个体可于接种疫苗后24 h内出现不同程度的体温升高,多为中、低度发热,可持续1~2天。体温在37.5℃以下为弱反应,37.5~38.6℃为中等反应,38.6℃以上为强反应。但接种活疫苗需经过一定的潜伏期(5~7天)后体温才会有所上升。此外,还常伴有头晕、恶心、呕吐、腹泻、全身不适等反应。个别小儿接种麻疹疫苗后5~7天可出现散在皮疹。

多数小儿的局部反应和(或)全身反应是轻微的,无须做特殊处理,适当休息、多饮水即可。当局部反应较重时,可用清洁毛巾热敷;当全身反应严重时,可对症处理。如局部红肿继续扩大,高热持续不退,则应到医院就诊。

2. 异常反应

(1)超敏反应。疫苗接种引起的超敏反应可表现为过敏性休克、过敏性皮疹等。过敏性休克一般于注射免疫制剂后数秒或数分钟内发生,表现为烦躁不安、四肢湿冷、呼吸困难、脉搏细速、恶心、呕吐、苍白、口周青紫、惊厥、大小便失禁甚至昏迷。如不及时抢救,可在短期内危及患儿生命。护士应使患儿平卧,头稍低,注意为其保暖,给予吸氧,并立即给予皮下或静脉注射1:1 000肾上腺素,必要时可重复注射,在病情稍稳定后应继续治疗。过敏性皮疹以荨麻疹最多见,一般于接种后几小时至几天出现,服用抗组胺药即可。

(2)晕厥。个别小儿在接种时或接种后数分钟突然发生晕厥,多由精神或心理因素所致,在空腹、疲劳或室内闷热等情况下更容易发生。此时,护士应立即使患儿平卧,使其头稍低,给予稍热的温水或糖水,必要时可针刺人中、合谷穴。对数分钟后仍不能恢复正常者,护士可给予其1:1 000肾上腺素皮下注射。

(3)全身感染。有严重原发性免疫缺陷或继发性免疫功能遭受破坏(如放射病)者,接种活疫苗后可扩散为全身感染,如接种卡介苗后可引起全身播散性结核。



思考与练习

1. 选择题

(1)新生儿保健的重点应放在()。

- A. 生后第1周 B. 生后10天内 C. 生后第2周
D. 生后第3周 E. 生后第4周

(2)关于婴幼儿保健工作的重点,下列选项中不正确的是()。

- A. 喂养指导 B. 定期健康检查 C. 按时进行预防接种
D. 合理安排活动时间 E. 多听轻音乐,教其看图识字

(3)关于学龄前儿童保健的重点,下列选项中不妥的是()。

- A. 继续进行生长发育的监测 B. 预防发生意外事故 C. 加强体格锻炼
D. 多吃营养品,尤其是优质蛋白 E. 重视早期教育

(4)关于麻疹疫苗的初种时间,下列选项中正确的是()。

- A. 生后 2~3 天 B. 生后 2 个月 C. 生后 5 个月
D. 生后 8 个月 E. 生后 11 个月

(5)关于计划免疫,下列选项中错误的是()。

- A. 预防接种可提高易感者的非特异免疫力
B. 是预防小儿传染病的关键措施
C. 大多接种特异性抗原,使易感者产生免疫抗体
D. 部分小儿接种后有低热
E. 免疫功能缺陷的小儿不宜接种减毒活疫苗

(6)()不属于基础免疫的范围。

- A. 麻疹 B. 白喉 C. 结核病
D. 破伤风 E. 流行性腮腺炎

(7)关于计划免疫,下列选项中正确的是()。

- A. 易感者接触传染病后给予其丙种球蛋白属于主动免疫
B. 为易感者接种特异性抗原属于被动免疫
C. 对流行性乙型脑炎,因无疫苗,主要采用综合性预防措施
D. 麻疹的预防目前采用被动免疫
E. 百白破疫苗为混合疫苗

(8)4 个月婴儿,昨日接种了百白破混合疫苗,今日有轻度发热,哭吵不安。查体:体温 38℃(肛表),右上臂外侧注射部位有轻微红肿,咽部充血,心、肺无异常发现。下列处理中最恰当的是()。

- A. 暂不用药 B. 口服抗生素 C. 口服退热药
D. 口服抗病毒药 E. 同时口服抗生素和抗病毒药

(9)5 个月的婴儿,生长发育良好,足月顺产,母乳喂养,一直按照预防接种程序进行接种,那么他现在还没接种过()。

- A. 卡介苗 B. 脊髓灰质炎减毒活疫苗 C. 麻疹减毒活疫苗
D. 百白破混合疫苗 E. 乙肝疫苗

(10)社区儿童保健的实施原则不包括()。

- A. 个体保健与群体保健相结合
B. 宣传教育与行政治理相结合
C. 重视改善社区环境与提高儿童整体健康水平相结合
D. 促进社区儿童保健服务与社区其他职能工作相结合
E. 建立三级预防体系,实行防治结合

2. 简答题

试述 1 岁内小儿的计划免疫程序。

住院患儿的护理



小儿正处于生长发育阶段,患病及住院可对其造成身心创伤,从而影响其日后的发展。因此,护士应了解患儿的病情、对疾病的认识、对住院的反应、家长的态度等,掌握患儿常见临床症状的护理措施,这样才能给予患儿优质的护理服务,促使患儿早日康复。

学习目标

- 掌握患儿常见症状如发热、哭闹、呕吐、腹痛、厌食的护理。
- 熟悉住院患儿的健康评估方法,运用护理常规对住院患儿进行护理。
- 了解儿科门诊、急诊和病房的管理。



护理情境

患儿,3岁。患儿因发热、咽痛两天来院就诊。患儿既往发生过高热惊厥。体格检查:体温 39.5℃,呼吸每分钟 24 次,心率每分钟 130 次,咽部充血,心、肺未发现阳性体征。

情境思考:

该患儿家长急切地询问应如何对患儿实施护理,请帮助其制定护理方案。

3.1 儿科医疗机构的设置与护理管理

小儿医疗机构的设置可有三种:儿童医院、综合医院和妇幼保健院中的儿科门诊与病房,其中以儿童医院的设置最全面。儿童医院一般包括小儿内科、外科、五官科等不同科别的门诊、急诊和病房。

3.1.1 小儿门诊

1. 设置

(1) 预诊处。

① 目的与设置。

- 目的。设置预诊处的目的是早期检出传染病,早隔离;协助家长选择科别以节省时间,赢得抢救时间。

- 设置。预诊处设在医院大门最近处或门诊入口处;设两个出口,一个通向候诊室,一个通向隔离室;隔离室内备有消毒隔离设施,设有专人服务。

② 预诊方式。预诊主要采取简明扼要的问诊及望诊、体检,在短时间内做出判断;遇有危重患儿应及时送至抢救地点。预检分诊人员应责任心强,经验丰富,动作迅速,处理果断;避免患儿停留过久而延误病情或导致交叉感染。对急需抢救的危重患儿,护士要立即护送至急救室;对发热患儿,护士要立即护送至发热门诊;对传染病患儿,护士要护送至隔离室。

(2) 挂号处。预诊后方可挂号就诊。

(3) 测体温处。发热小儿就诊前需到体温测试处测量体温。

(4) 候诊室。候诊大厅要宽敞、明亮、空气流通,有足够的候诊椅。室内外的布置应符合小儿的心理特点,如将候诊大厅布置成小型游乐场,设候诊椅,大屏幕投影电视放映小儿节目。放置玩具、悬挂彩色气球、张贴卡通图画等营造欢乐的气氛,可使患儿在娱乐中愉快地等待就诊,消除患儿的不安情绪。

(5) 诊查室。根据条件可设置普通诊室、专家诊室,并留有机动诊室,遇有传染病患儿需关闭消毒时备用。室内设桌、椅、床、洗手设施等。

(6) 治疗室。治疗室应备有各种治疗设备、器械、药品等。

(7) 化验室。化验室应设置在诊查室附近。

(8) 其他。根据医院规模,可设置儿科配液、输液、采血中心等,以提高医护人员的工作效率。

2. 护理管理

陪伴就诊的家长数量多是小儿门诊的特点之一,因而门诊人员流动性大。对此,儿科门诊护士应做好护理管理工作。

(1) 维护就诊秩序。护士要做好就诊前的准备、诊查中的协助及诊后的解释工作,合理安排、组织及管理,保证门诊护理工作有条不紊地进行,提高就诊质量。

(2) 观察病情变化。各岗位护士在工作中均要注意观察患儿的面色、呼吸等的变化,发现异常情况要及时予以处理。

(3) 杜绝差错事故。护士在工作中要认真负责,严格执行“三查七对”(操作前查、操作时查、操作后查,查对床号、查对姓名、查对药名、查对剂量、查对时间、查对浓度、查对方法)制度,在进行给药、注射等各项工作时应一丝不苟,避免出现差错。

(4) 开展健康教育。护士要向患儿家长宣传、普及小儿保健知识,利用候诊时间采取集体指导、个别讲解或咨询等方式对患儿家长进行季节性疾病防治、儿科常见疾病护理常识等健康教育。

(5)预防院内感染。医院要制定并严格执行消毒隔离制度,护士要严格遵守无菌技术操作规范。当发现传染病的可疑征象时要及时予以处理,消除可能使患儿感染的各种隐患。

3.1.2 小儿急诊

1. 特点

- (1)小儿疾病表现不典型,医务人员应尽快明确诊断并及时处理。
- (2)小儿病情复杂,起病急、变化快,医务人员应随时做好抢救准备。
- (3)小儿疾病有规律可循,季节性强,应事先做好预防工作。
- (4)危重儿就诊顺序要特殊安排,应设专人引导以及及时抢救。

2. 设置

小儿急诊是抢救患儿生命的一线,是抢救成功与否的关键,因而急诊部的各科室必须备有抢救器械、用具及药物等,以及时、准确地为小儿进行诊治。

(1)抢救室。抢救室一般设病床2~4张,配备呼吸机、心电监护仪、气管插管用具、供氧设施、吸引装置、雾化吸入器,必要的治疗用具包括各种穿刺包、切开包、导尿包等。抢救室应设置急救车,备常用急救药品、物品、笔、记录本等,以满足抢救需要。

(2)治疗室。治疗室应配备治疗床、药品柜、各种治疗用物等。

(3)观察室。观察室的设备与病房相似,除床单位用品外,还应备有医嘱本、病历记录单、护理记录单等。有条件的还可装备监护仪器。

(4)小手术室。除具有一般手术室的基本设备外,小手术室应备有清创缝合、大面积烧伤的初步处理、骨折固定、紧急胸或腹部手术等必需的器械用具及抢救药品。

3. 护理管理

(1)重视五要素,确保急诊抢救质量。急诊抢救五个重要因素为人、医疗技术、药品、仪器设备和时间,其中人起最主要的作用。急诊护士应具有高度的责任心、良好的护德修养、敏锐的观察力、坚定的抢救意志和精湛的抢救技术。种类齐全的药品和先进的仪器设备是保证抢救成功不可或缺的重要环节。

(2)执行急诊岗位责任制度。护士要坚守岗位,随时做好抢救准备,坚持巡视,及时发现患儿的病情变化;对抢救设备的使用、保管、补充、维护等应有明确的分工及交接班制度,以争取时间,高质量地完成各种抢救任务。

(3)建立小儿各科常见急诊的抢救护理常规。儿科急诊护士应熟练掌握常见疾病的抢救程序、护理要点,平时加强训练,以提高抢救成功率。

(4)加强急诊文件管理。急诊科应有完整的病历,记录患儿的就诊时间、诊治过程等。在紧急抢救过程中遇有口头医嘱时,护士必须当面复述确保无误后方可执行,执行时须经他人核对药物,用过的安瓿保留备查,待抢救工作告一段落后督促医生开处方并补记于病历上,以保持抢救工作的连续性,为进一步治疗、护理提供依据,也便于追踪分析、总结。

3.1.3 小儿病房

1. 设置

- (1)病室。病室分大、小两种。每间大病室内可放4~6张病床,小病室内可放1~2张

病床,床与床之间的距离为1 m。一个床单位的占地面积为2 m²,病床与窗台的距离为1 m,病床应有床挡,窗外设有护栏;各病室以玻璃隔断隔开,以便于医护人员观察病情,患儿也能隔玻璃观望,减少住院的寂寞。病室内应设有洗漱及照明设备,以方便患儿使用。墙壁、窗帘、卧具、患儿的衣服等均应采用明快的颜色,并用图画或玩具进行装饰,使病室气氛欢快、活跃,以适应儿童心理,减少患儿的恐惧感。

病房内应设有危重病室,室内备有各种抢救设备,以收治病情危重、需要观察及抢救者。待患儿病情稳定后可转入一般病室,留出床位准备接收新的危重症患儿。

(2)护士站与医生办公室。护士站与医生办公室应设在病房中间,靠近危重病室,以便随时进行病情观察和抢救。

(3)治疗室。治疗室分为内、外两小间,中间有门相通。各种注射及输液的准备工作在一间进行;另一间则进行各种穿刺,以利于无菌操作,同时可减少患儿的恐惧感。

(4)配膳(奶)室。配膳(奶)室最好设在病房的入口处,内设配奶用具、消毒设备、冰箱、配膳桌、碗柜及分发膳食用的餐车等,由配膳员将营养师配好的膳食按医嘱分发到患儿床前。病房负责配奶时应在配膳室进行;如为营养部门集中配奶,则应另备加热用具。

(5)游戏室。游戏室可供住院患儿游戏、活动时使用。游戏室内摆放有与患儿身高相适应的桌椅、可清洁的玩具及图书等,有条件的可放置电视机。游戏室内要阳光充足,地面采用木板或塑料等防滑材料铺设。游戏室应设置在病房的一端,以免喧哗声影响其他患儿。

(6)厕所与浴室。厕所与浴室的设置要适合患儿的年龄特点。幼儿专用厕所可不设门,学龄儿童用可有门但不加锁的厕所,以防发生意外。浴室要稍宽敞,便于护士协助小儿沐浴。

此外,病房需设有库房、值班室、仪器室等;有条件的可设家属接待室、检验室、隔离室、备用房等。

2. 护理管理

(1)环境管理。病房环境要适合儿童心理、生理特点,墙壁用卡通画等进行装饰,以动物形象作为病房标记;病室窗帘及患儿被服可采用颜色鲜艳、图案活泼的布料制作。新生儿、未熟儿和危重儿所在病室一定要光线充足,以便于观察小儿的病情变化;而较大儿童病室的夜间灯光应较暗,以免影响睡眠。室内温、湿度依患儿年龄大小而定,新生儿适宜的室温为22~24℃,婴幼儿适宜的室温为20~22℃,相对湿度均为55%~65%。儿童病室的温度可略低,为18~20℃,相对湿度为50%~60%。病房内平日也要保持安静,尽量减少患儿的哭闹,不适宜的玩具不应带入病房,避免产生噪声。

(2)生活管理。患儿的饮食既要符合疾病治疗的需要,又要满足其生长发育的要求。对个别患儿的特殊饮食习惯,护士应与家长及营养部门取得联系并进行相应的调整。食具应由医院供给,做到每次用餐后都进行消毒。医院负责提供式样简单、布料柔软舒适的患儿衣裤并经常进行洗换、消毒,保持整洁、卫生。护士要根据患儿年龄的不同合理安排其作息时间,根据不同疾病和病情决定患儿的活动与休息。护士要通过指导患儿建立规律的生活制度帮助其消除或减轻因住院而出现的心理问题,这对长期住院的患儿尤为重要。

(3)安全管理。好奇心强、好动且无防范意识是小儿的共同特点。因此,无论是小儿病房的设施、设备还是日常护理的操作,都要考虑患儿的安全,防止发生意外,如防止跌倒、烫伤、误饮、误服等。每间病房门后都要粘贴紧急疏散图,且护士要教育患儿在发生紧急情况

时按指示图疏散。病房中用于特殊情况的消防、照明器材应有固定位置并设专人管理,安全出口要保持通畅。

(4)感染控制。护士要严格执行清洁、消毒、隔离、探视和陪伴制度。根据季节、气候情况每日为病房定时通风;按时进行空气、地面的消毒;保持手部清洁;加强健康教育,提高患儿的自我保护意识。

3.2 住院患儿的护理常规

3.2.1 住院患儿的护理评估

小儿处在生长发育的动态变化过程中,护士在评估小儿的健康状况时要掌握小儿的身心特点,运用多学科知识,以获得全面、准确的主、客观资料,为制订护理计划打下基础。同时,护士还需要根据快速变化的病情随时采取相应的护理措施,并不断评估其效果,以制定进一步的护理方案。

1. 健康史采集

小儿处在生长发育过程中,因而护士在对小儿患者进行评估时要做到综合判断,因为其资料来源、资料内容及收集资料时的注意事项都与成人不同,具有一定的特殊性。

(1)资料来源。资料来源包括患儿、家长或其他照顾者、各种记录及病历等。护士在评估时应注意以下几点:

①年龄小的患儿,其病史资料一般由监护人提供。因此,护士应考虑监护人的叙述是否准确,能否正确反映患儿病情的发展过程,故在收集资料时应适当取舍和综合判断。

②对年长的患儿,应尽量让其自己叙述,使评估资料真实可靠。需要注意的是,有些患儿虽能使用一些完整的句子,但由于畏惧注射、输液等诊疗活动,表达不完善,其对病史的陈述可能存在片面性。因此,护士在分析资料时应结合对家长的询问结果综合考虑。

(2)资料内容。

①一般情况。一般情况包括患儿的姓名、乳名、性别、年龄、入院日期、病史叙述者,父母或监护人姓名、通信地址、联系电话等。对于年龄一项,患儿越小应询问得越确切,新生儿要求记录出生天数,婴儿要记录月龄,年长儿要记录几岁几个月。

②现病史。现病史是指到医院就诊的主要原因。按症状出现的先后顺序,护士要了解患儿的发病时间、经过,症状特点,检查治疗情况等。

③既往史。既往史包括以下七个方面:

• 出生史。出生史包括患儿是第几胎、第几产、是否足月,母孕期情况及生产方式,出生时的体重、身长、有无窒息等。护士对新生儿及小婴儿应重点询问。

• 喂养史。对婴幼儿,尤其是有营养代谢疾病或消化系统疾病的患儿应重点询问其喂养史。喂养史包括喂养的方式、喂奶的种类、添加辅食的情况、断奶的时间等,对年长儿应注意询问有无偏食、爱吃零食等不良饮食习惯。

• 生长发育史。护士要常规了解患儿的体格、语言、动作、认知及神经精神方面的发育情况,包括患儿体重、身高、头围增长情况;囟门闭合时间、乳牙萌出时间及数目等;何时能抬

头、会笑,能独坐、独走;学龄儿童在校学习成绩和行为表现等。

- 预防接种史。预防接种史包括是否按时接种各种疫苗,小儿在接种后有无不良反应等。

- 日常活动情况。日常活动情况包括饮食、睡眠、排泄、卫生习惯及自理情况,对较大儿童还应了解其有无特殊嗜好及特殊行为问题。

- 过敏史。护士应评估患儿有无过敏性疾病,有无对药物、食物或某些特殊物质的过敏史。

- 家族史。护士应评估患儿的家族是否有遗传性疾病病例,父母是否为近亲结婚,同胞的健康状况等。

④社会心理因素。护士要了解患儿的性格特征,即是否开朗、活泼、好动或安静、孤僻或合群等;患儿家庭的一般情况、患儿父母的健康状况及经济状况;患儿家族成员间的关系是否和谐及家长对患儿的教养情况等。同时,护士应评估家长对患儿疾病的了解程度、患儿住院对家庭的影响、目前家长最关心的问题等。

(3)收集资料时的注意事项。收集健康史的护士要态度和蔼,取得对方的信任;采取耐心听取与重点提问相结合的方法,注意倾听,不轻易打断家长的诉说,根据需要给予必要的提示和引导;对年长儿可让其补充叙述病情,以获得准确、完善的资料,为制订护理计划提供可靠的依据。当患儿病情危重时,护士要先重点且简要询问,边检查边抢救,详细的询问可在患儿病情稳定后进行。

2. 体格检查

体格检查的目的是通过对身体进行全面检查,对患儿身心、社会方面的功能进行评估,为制订护理计划提供依据。

(1)体格检查的原则。体格检查要求环境舒适,护士态度和蔼,操作时技术熟练、顺序灵活,充分保护和尊重小儿。

(2)检查内容。

①一般情况。通常在询问健康史的过程中,护士要趁小儿不注意时就开始观察,以便取得可靠资料。护士要观察小儿的发育与营养状况、精神状态、面部表情、对周围事物的反应、皮肤颜色、哭声、语言应答、活动能力、体位、行走姿势及患病后的情绪反应等。

②一般测量。一般测量项目包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高(长)、体重,必要时测量头围等。

各年龄阶段小儿呼吸、脉搏的正常值如下表所示。

各年龄阶段小儿呼吸、脉搏的正常值(每分钟次数)

年 龄	呼 吸	脉 搏	呼吸:脉搏
新生儿	40~45	120~140	1:3
1岁以下	30~40	110~130	1:3~1:4
2~3岁	25~30	100~120	1:3~1:4
4~7岁	20~25	80~100	1:4
8~14岁	18~20	70~90	1:4

③皮肤及毛发。护士要检查小儿皮肤的颜色、弹性、温度、湿润度,有无皮疹、瘀点、色素沉着;毛发的颜色、光泽,有无干枯等。

④淋巴结。护士要常规检查小儿枕后、颈部、耳前后、颌下、腋窝、腹股沟等部位的浅表淋巴结,注意其大小、数目、软硬度,有无粘连及压痛。

⑤头部。护士要检查小儿头颅的大小、形状、囟门情况;眼睑有无浮肿,结膜有无充血,巩膜有无黄染,瞳孔大小及瞳孔对光反射;鼻腔有无分泌物,鼻翼有无扇动,鼻窦有无压痛,呼吸是否通畅;口腔黏膜有无溃疡或麻疹黏膜斑,扁桃体及咽后壁有无充血,外耳道有无分泌物,乳突有无红肿及压痛等。

⑥颈部。护士要检查小儿颈部外观是否正常,有无斜颈,活动是否自如,气管位置是否居中,颈静脉有无怒张,甲状腺的大小等情况。

⑦胸部。护士要检查小儿胸廓是否对称,呼吸频率及节律,有无呼吸困难,触觉语颤有无改变,叩诊有无异常浊音或鼓音等;心前区有无隆起,心尖搏动位置,心界大小,有无震颤,心率,心律,心音强度,有无杂音。

⑧腹部。护士要检查小儿腹壁有无静脉曲张,有无脐疝,能否见到蠕动波或肠型;触诊时腹壁紧张程度如何,有无压痛或肿痛;叩诊有无移动性浊音;听诊肠鸣音是否正常;对新生儿,注意脐部有无出血、分泌物等。

⑨外生殖器与肛门。其检查内容包括外生殖器有无畸形,男孩有无隐睾、鞘膜积液、包茎、疝气,女孩阴道有无异常分泌物;有无肛门畸形、肛裂及直肠脱垂。

⑩脊柱与四肢。护士要观察小儿脊柱与四肢有无畸形,脊柱有无侧弯、强直,四肢肌力是否正常等。对小儿,应特别注意其有无O形或X形腿,以及手镯、足镯等佝偻病体征。

⑪神经反射。护士应检查小儿的生理反射是否正常存在,如腹壁反射、提睾反射等,有无病理反射;对新生儿须另外检查拥抱反射、吸吮反射等先天性反射的情况。

(3)注意事项。护士要根据小儿的年龄及所需检查的部位决定需要采取的体位姿势,较小婴儿可由父母抱于胸前,横坐在父母腿上等。护士的手要温暖,态度要和蔼、动作要轻柔,避免造成过强的刺激而使小儿哭闹;检查前可先让小儿熟悉一些检查用品,以解除其防御、惧怕、抗拒心理。护士要根据小儿的年龄特点及耐受程度视具体情况适当调整检查顺序,如检查小婴儿时应先检查心肺,最后检查咽腔;对重症病例应先重点检查生命体征及与疾病有关的部位,边检查边抢救,全面的体检待病情稳定后进行,以免耽误救治。

(4)家庭评估。家庭是小儿生活的主要环境,家庭环境可直接影响小儿的身心发展。因此,家庭评估是患儿护理评估的重要组成部分。

①家庭结构评估。

- 家庭组成。护士应了解患儿家庭内部成员的构成及患儿的支持系统,着重了解患儿父母目前的婚姻、身体状况,以及患儿对家庭危机状况的反应。

- 家庭成员的职业及教育状况。护士应了解患儿父母的工作性质、强度、工作满意度、受教育的经历,患儿家庭的经济状况、医保情况等。

- 文化及宗教观念。护士应了解患儿家庭的文化传统、宗教信仰、育儿观念、保健态度、饮食习惯等。

②家庭功能评估。家庭功能涉及成员之间的关系,家庭成员之间的接纳和支持的程度等。家庭功能评估的内容如下:

- 家庭成员的角色和关系。护士应了解患儿家庭成员的亲密程度,小儿能否获得被爱与安全感;各家庭成员在家中的地位是否平等、责任是否明确等。

- 家庭中的决策方式。护士应了解患儿家庭中的决策者解决问题的方式。

- 家庭中的沟通交流。护士应了解患儿父母与患儿的沟通方式和频率,家庭有无促进儿童生理、心理和社会功能成熟的能力,家庭与社会支持系统的关系等。

- 家庭卫生保健与教育功能。护士应了解患儿家庭育儿、防病治病的能力及其他成员的健康状况。

③家庭环境及社区环境评估。家庭环境主要指住房面积、房间布局、安全性能、卫生情况等。社区环境主要包括邻里关系、交通状况与学校距离等。

在护理评估过程中,护士要根据健康史采集、体格检查及家庭评估的结果进行综合分析,确定患儿的主要健康问题,提出护理诊断并制订详细的护理计划。随着患儿病情的变化,护士要及时地调整护理计划,以提高护理质量,使患儿在住院期间身心仍按照住院前的一般规律发展。

3.2.2 住院患儿的一般护理常规

1. 入院护理常规

(1)迎接新患儿。护士要根据患儿的病情为其安排好床位,介绍病房的情况,如病室环境、作息时间、探视制度,以及工作人员如主管医生、主管护士、护士长等。

(2)入院护理评估。护士要根据护理程序收集患儿的健康资料,包括一般资料、病史及身体状况评估。护士应为患儿测量体温、脉搏、血压等生命体征,并进行全身体格检查。

(3)清洁护理。若患儿的病情允许在 24 h 内完成卫生处置工作,护士可为患儿进行沐浴或部分擦浴,并注意患儿有无皮疹,尽早发现传染病。

(4)书写护理病历。护理病历可在处理完患儿入院后书写。

(5)入院心理护理。在患儿母亲离开时,护士可给予患儿心理护理,减轻其分离性焦虑。对重症患儿,护士要根据其病情配合医生进行治疗和抢救,待患儿病情平稳后,再实施一般情况的心理护理。

2. 住院护理常规

在患儿住院期间,护士除为患儿提供治疗性护理操作外,还应提供以下护理内容:

(1)卫生护理。年幼儿的生活自理能力差,护士应根据其病情及季节的不同定期为患儿沐浴或擦洗,经常为其更换衣服及床单、被褥,保持清洁。病室要定时通风换气,每日 3 次,每次 30 min,并根据患儿的不同年龄保持病室内适宜的温度和湿度。一般病室每周要经紫外线消毒 1 次,新生儿病室、危重病室每日消毒 1 次,治疗室每日消毒 2 次。

(2)饮食护理。护士要根据医嘱为患儿正确发放饮食,观察患儿的进食情况。护士应经常与营养师联系,反映患儿的进食情况,以便协助营养师及时调整配餐。

(3)休息的护理。护士要指导患儿在医嘱允许的范围内活动;根据情况为患儿安排日常生活和活动,保证患儿的休息与睡眠。

(4)预防交叉感染和意外事故。护士要严格遵守消毒隔离制度。不同病种患儿应分室居住,避免交叉感染。小儿病房设置应符合儿童特点,消除安全隐患。护士要认真执行各种

安全防范措施,避免儿童受到意外伤害。

(5)促进生长发育。护理的最大目标是最大限度地减少对患儿生长发育的影响。护士应为患儿提供适当、有益的活动和游戏,减少不良刺激、分离性焦虑、疼痛等,为患儿创造适宜的住院环境,使其生长发育的潜能得到最大限度地发展。对学龄儿童,护士应为其提供完成学业的机会,鼓励其保持与同学及学校的联系。

(6)治疗性游戏。治疗性游戏可以使患儿表达自己的恐惧、焦虑情绪和幻想,帮助护士评估儿童对疾病的了解和认知,帮助护士接近患儿,为患儿解释病情、治疗、护理过程、自我保健知识等。治疗性游戏包括讲故事、绘画、听音乐、做玩偶游戏及有情节、戏剧性的游戏。护士应根据患儿的年龄、病情为其选择适当的游戏与玩具。

(7)基础护理。护士要为患儿测量体温、脉搏、呼吸和血压。新入院患儿前3天内每天测3次;一般患儿每天测2次;危重、发热、低体温者每4h测1次,给予退热处理后半小时再测1次。

(8)正确按医嘱用药,严格查对制度。护士要对静脉给药的患儿加强巡视,及早发现问题并及时处理。

(9)心理护理。护士应对患儿进行心理护理,使患儿主动配合治疗和护理。

(10)健康教育。根据患儿的生长发育水平和认知能力,以及家长的教育水平和理解能力,护士要选择适当的时间和患儿乐意接受的形式对其进行健康教育,如进行个别指导或小组讨论,亦可采用板报、宣传画和视听材料教育等多种方式。健康教育可以是非正式的,护士可在常规护理中穿插进行;也可以是有计划的,如护士可计划安排一次正式的健康教育。

3. 出院护理常规

(1)出院准备。患儿病情稳定后,护士即应开始评估患儿及其家庭对出院的准备,判断家庭是否具有对患儿照顾的知识和能力,需要哪些支持及社区健康服务资源等,并帮助家庭制订出院计划。护士要指导患儿家长掌握必要的护理知识,如如何促进患儿的休息与睡眠、保证患儿有充足的营养摄入、用药方法、病情观察的方法等。对出院后仍需特殊护理的患儿,护士应教授患儿家长特定的护理技术,如鼻饲法喂食、注射胰岛素、血糖测定、压疮护理、更换敷料等。

(2)出院指导。当医生确定患儿可以出院时,护士应立即通知患儿家长,同时为其准备出院所带药品,告知其用药方法,安排定期复诊的时间,并与患儿家长共同复习出院后所需的护理知识和技术。

3.3 住院患儿的心理护理

疾病给患儿带来身体上的痛苦,医院陌生的环境及各种治疗操作可使患儿产生恐惧,尤其是与父母分离更使患儿焦虑不安。患儿住院时,由于年龄、所患疾病和病情、住院时间长短不同,因而其对住院可有不同的心理反应。因此,护士在对患儿实施整体护理时应了解影响患儿适应住院的因素,观察患儿住院后的身心反应,并针对各年龄阶段患儿的心理特点采取相应的护理措施,认真做好心理护理,使患儿住院后身心能够正常发展。

3.3.1 各年龄阶段住院患儿的心理反应与心理护理

1. 住院婴儿的心理反应与心理护理

(1)心理反应。婴儿期是小儿身心发育最快的时期,其对住院的心理反应可随月龄的增加而有明显的差别。

①5个月以前患儿的生理需要得到满足,入院后一般比较平静,较少哭闹,即使与母亲分离,其心理反应也不太明显。但患儿容易因缺乏外界的有益刺激而使感知觉和动作方面的发育受到一定的影响。

②6个月后,婴儿开始认生,住院后反应强烈,对陌生的环境与人持拒绝态度,常以哭闹表示与亲人分离的痛苦(分离性焦虑)。

(2)护理要点。护士要面带微笑地护理患儿,多与患儿接触,在护理过程中与患儿建立感情;在医院病房里呼唤患儿的乳名,并尽量保持其生活习惯;把患儿喜爱的玩具或物品放在床旁,提供适当的颜色、声音等感知觉的刺激,并协助患儿进行全身或局部的动作训练,维持患儿正常的发育。护士对小婴儿要多给予抚摸,以满足其生理和心理需求。护士要尽可能通过耐心、细致的护理使患儿产生安全感,体会到护士亲人般的爱,从而对护士产生信任感。

2. 住院幼儿的心理反应与心理护理

(1)心理反应。幼儿对父母及亲人的爱有深切的体验,如医院限制父母的陪伴或父母因故不能陪伴患儿,患儿就会认为住院是对自己的一种惩罚,担心被抛弃,由此产生分离性焦虑。患儿可因住院被限制活动而产生抵触情绪,对医院环境、生活、人等均不熟悉或者适应较慢,缺乏安全感;同时,受个人语言表达与理解能力的限制,患儿会为不能正确表达需要、与他人交往困难而感到苦恼。幼儿住院后产生的心理变化较婴儿更大,各种心理反应更强烈。住院幼儿的心理反应具体表现为以下三个阶段:

①反抗(protest)阶段。此阶段的患儿拒绝接触医护人员,采用哭闹、踢打等行为来拒绝护士的劝阻和照顾,甚至会逃跑去寻找父母。

②失望(despair)阶段。此阶段的患儿易出现逃避压力的行为方式——退行性行为,如吸吮自己的拇指或咬指甲、尿床、拒绝用杯子或碗代替奶瓶等。患儿可因拒绝进水、进食或不愿参加活动等行为而受到伤害;因不能如愿找到父母而产生抑郁情绪,对周围的人、事物失去兴趣。

③否认(denial)阶段。一般住院时间较长的患儿可进入此阶段。患儿压抑对父母的思念,克制自己的情感,不在乎父母是否来医院探望,而逐渐与他人交往。但需要注意的是,这种行为是一种无可奈何的接受或忍受与父母分离的结果,而不是获得满足的表现。儿童把对父母的感情全部压抑下来,以建立新的、很浅显的关系来应对失落和痛苦的情绪,因而会变得以自我为中心,将重要的情感依附于物质上。

(2)护理要点。

①护士应鼓励父母陪伴及照顾患儿。院方应尽量安排固定的护士负责护理患儿。护士应了解患儿表达需要和要求的特殊方式;在护理过程中要尽可能地保持患儿原有的生活习惯,使其感到亲切;要以患儿能够理解的语言为其讲解医院的环境和生活安排。

②护士要有意识地多与患儿沟通,运用沟通技巧,鼓励患儿谈论自己喜欢的事物,并注意倾听,以促进患儿语言能力的发展,防止其因住院而在语言方面发育迟缓,同时也使小儿获得情感上的满足。

③对患儿行为方面的护理。护士应允许患儿以哭闹的方式发泄自己的不满情绪,对患儿入院后出现的反抗予以理解;不当众指责患儿的退行性行为,而是在病情允许时努力帮助其恢复;为患儿创造表现其自主性的机会,如自己洗手、吃饭等,满足其独立行动的愿望。

3. 学前患儿的心理反应与心理护理

(1)心理反应。学前患儿因智能发展和思维能力较幼儿更趋于完善,尽管住院后与父母分离,与幼儿一样会出现分离性焦虑,但是表现不明显,如悄悄地哭泣、难以入睡,能把注意力转移到游戏、绘画等活动中,以此来控制和调节自己的行为。此阶段的患儿不习惯陌生环境和人,不理解疾病或住院治疗,害怕自己身体的完整性被破坏等,可产生恐惧心理。

(2)护理要点。

①关心、尊重患儿,尽快与患儿熟悉并相互理解。护士可向患儿介绍病房环境及同病室的其他小病友,使之尽快熟悉环境、同伴,帮助其减轻对医院环境的陌生感。护士要以患儿能够理解的语言为其解释所患的疾病,治疗、护理的简要过程及其必要性,使患儿清楚疾病和住院治疗不会对自己的身体构成威胁。

②根据患儿的病情组织适当的游戏活动。护士可用讲故事、做游戏、看电视、绘画等方法使患儿参与到愉快的活动中来,使其忘记痛苦和烦恼,发泄恐惧情绪,减轻焦虑情绪;也可组织一些治疗性游戏,让病室内的患儿分别扮演不同的医护角色,模拟打针、手术等操作,使其在游戏中理解治疗与护理,表达、发泄情感,并能够主动地遵守各项制度,配合医护工作。

③鼓励患儿做一些力所能及的事。当病情允许时,护士可鼓励患儿适当进行自我照顾,让患儿看到自己的作用,帮助其树立自信心。

4. 学龄期患儿的心理反应与心理护理

(1)心理反应。学龄期患儿的自尊心、独立性较强,尽管心理活动较多,但其表现比较隐匿,显得若无其事。由于已经进入学校学习,学校生活在他们的心目中非常重要,因而学龄期患儿的主要心理反应是因离开学校、同学而感到孤独,担心住院影响学习而造成成绩落后。学龄期患儿可因缺乏疾病知识而担心自己会残疾或死亡,感到恐惧;因羞怯而不配合体检。少数患儿会因自己住院加重家庭的经济负担而产生内疚感,可因住院与父母暂时分离而产生焦虑情绪。

(2)护理要点。

①与患儿交谈。护士要与患儿开诚布公地交谈,为其介绍有关病情、治疗和住院的目的,解除患儿的疑虑,取得患儿的信任,密切护患关系。

②帮助患儿与学校保持联系。护士应鼓励患儿给同学打电话等,允许患儿的同学来医院探视和交流学习。

③组织学习活动,增强战胜疾病的信心。护士可让患儿参与制订护理计划、进行生活安排,鼓励患儿每日定时坚持学习,使其保持信心。

④关心患儿。护士应注意听取患儿的意见,并尽量满足他们的合理要求,对患儿进行体格检查及各项操作时要采取必要的措施以维护患儿的自尊。护士要为患儿提供自我护理的

机会,满足他们独立自主的愿望,引导患儿安心接受治疗。

3.3.2 住院临终小儿的心理护理

1. 住院临终患儿的心理反应

临终患儿的心理反应与其对死亡的认识有关。影响临终患儿心理反应的因素包括对疾病的理解、家长的情绪和举动、目前身体痛苦的程度、年龄、性格等。婴幼儿尚不能理解死亡;学前患儿不清楚死亡的概念,常与睡眠相混淆;10岁以下的学龄期患儿对死亡有所认识,但并不理解死亡的真正意义,仅仅认识到死亡非常可怕,而不能将死亡与自己直接联系起来,这部分患儿只是希望能够减轻病痛,与父母或亲人在一起拥有安全感,而不能感到死亡对自己的威胁。随着年龄的增长,10岁以上的患儿逐渐懂得死亡是生命的终结,不可逆转,而且自己也不能幸免,尤其是看见其他住院患儿死亡或者预感自己濒临死亡时,由于对死亡有了和成人相似的概念,因此他们会特别惧怕死亡及死亡前的痛苦。

2. 住院临终患儿的护理要点

护士应采取措施尽量减轻临终患儿的痛苦,如稳、准、轻、快的护理操作,及时满足其心理、生理需要等。护士应为患儿家长提供护理患儿的指导,允许患儿家长守护在患儿身边,适当参与照顾。临终患儿常希望得到身体接触,护士应鼓励患儿家长搂抱、抚摸患儿;同时,以耐心、细致的护理服务支持患儿。结合10岁以后患儿对死亡的理解程度,护士要认真面对患儿提出的死亡问题并给予回答,但要避免告知其预期死亡的时间。护士要随时观察患儿的情绪变化,为其提供必要的支持与鼓励。

患儿去世后,护士要理解、同情、关心患儿家长,在劝解、安慰的同时尽量满足他们的要求。例如,允许患儿家长在患儿身边停留一些时间;为患儿家长提供发泄的场所等,但要避免其他患儿受到不良刺激。

3.4 儿科常见症状的护理

3.4.1 发热

人体体温是由大脑皮质和丘脑下部的体温调节中枢调节的,通过神经-体液因素控制产热和散热过程,以保持产热和散热的动态平衡。正常小儿的直肠温度为 $36.9\sim 37.5^{\circ}\text{C}$,口腔温度较直肠温度低 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$,腋下温度较口腔温度低 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。新生儿的体温调节中枢的功能不完善,故其体温不稳定,易随环境温度的变化而发生变化。

体温超过正常范围称为发热。发热是机体防御疾病和适应内、外环境异常的一种代偿性反应。但高热持续过久则会对机体产生不良的影响:使物质分解代谢增加,合成代谢减少,耗氧量增加;加重心脏负担,体温每升高 1°C ,每分钟心率增加 $10\sim 15$ 次;可使大脑皮质过度兴奋而引起烦躁、惊厥表现,也可发生高度抑制而引起嗜睡、昏迷;高热时消化液分泌减少,消化酶活性降低,胃肠蠕动减慢,可引起食欲缺乏、腹胀、便秘等。

1. 病因

(1)感染性疾病。感染性疾病是发热最常见的病因。各种细菌、病毒、支原体、寄生虫、

立克次体等的感染均可引起发热。

(2)非感染性疾病。非感染性疾病多由组织坏死、细胞破坏、无菌性坏死物质的吸收导致,如大面积烧伤、大手术组织损伤、内出血、恶性肿瘤等。风湿热、结缔组织病所致抗原-抗体反应,中暑、颅脑损伤使体温调节功能失常等均可致发热。

2. 护理评估

护士应详细地询问可能引起患儿发热的原因,如增减衣物不及时、与感染性疾病患者的接触史等;了解发热的程度、热程、热型及伴随症状,如咳嗽、头痛、呕吐、腹泻等;检查有无阳性体征,如有无皮肤黏膜干燥、皮肤弹性下降等脱水表现,有无咽部充血、肺部啰音、脑膜刺激征,有无肝、脾、淋巴结肿大;仔细检查躯体有无其他病灶等;分析相关辅助检查资料,如血常规检查、脑脊液检查、X线检查、血培养报告等。

3. 护理诊断

- (1)体温过高,与感染、机体免疫反应等因素有关。
- (2)有体液不足的危险,与高热持续不退、摄入减少及用退热药后大量出汗有关。
- (3)潜在并发症主要为惊厥。

4. 护理目标

患儿体温维持正常,无体液不足,不出现惊厥等并发症。

5. 护理措施

(1)体温过高的护理。发热是机体抵抗疾病的防卫机能之一。一般体温在 38.5°C 以上时应予以降温。降温的方法有物理降温和药物降温。常用的物理降温的方法有放置冰袋、冷湿敷、乙醇擦浴(30%~50%浓度)、温水浴、冰盐水灌肠等,必要时按医嘱给予药物降温。一般新生儿多采用物理降温,松开包被,多喂水,但不主张冷敷或应用药物降温,以防发生并发症。

(2)饮食护理。护士应给予患儿清淡、易消化、高热量、高蛋白的流质或半流质食物;鼓励患儿多饮水,保证其摄入充足水分,严重者须静脉补液;不能经口进食者应给予鼻饲。

(3)保持清洁、舒适。患儿卧床休息,在退热过程中往往会大量出汗,护士应及时为其擦干汗液,更换衣服,保持皮肤清洁。护士要使病室内空气流通、新鲜,但要避免对流风,以防患儿着凉。护士应鼓励年长儿多漱口,保持口腔清洁。

(4)密切观察病情变化,注意判断热型及伴随症状。护士应每4h为患儿测1次体温,对高热与超高热者应每1~2h测1次体温,采取退热措施后半小时再次测体温,以评价降温效果。对采用药物降温的患儿,护士应注意其用药后的反应,避免体温骤降而引起大汗淋漓、虚脱等;若患儿出现呼吸浅促、脉搏细弱和四肢发冷的表现,则应立即给予相应处理;对发热伴寒战者应给予保暖,以改善微循环状况。

(5)预防惊厥的护理。护士要注意观察患儿有无易激惹的现象,以防发生惊厥。护士对有可能发生惊厥的患儿,如曾有高热惊厥史者要加强巡视,严密观察或设专人守护;床边安置防护床挡,以防患儿坠床;备好急救物品(如纱布包裹的压舌板、开口器等)和药品(各类止惊药物),以便随时做急救处理。同时,护士应遵医嘱给予患儿降温处理。

(6)预防体液不足的护理。护士要保持病室内有适宜的温度和湿度,将患儿的体温控制在正常范围内;鼓励患儿多饮水和进食,以保证入量。护士可按医嘱给予患儿静脉补液,并

及时为其补充电解质。

6. 健康教育

护士应嘱咐家长注意随气候的变化随时为小儿增、减衣物,学会观察小儿的体温变化,发现异常情况时应及时就医;告诉患儿家长不要擅自使用退热药物,教会家长物理降温及护理的方法等。

3.4.2 哭闹

哭闹为小儿表达对来自体内或体外一切刺激所引起不适的一种方式,小儿哭闹并非都属于病态。但新生儿不哭、少哭却可能为疾病的征兆;小儿多哭常为疾病主要或早期症状,也是家长求医的主诉之一,要注意区别。

1. 病因

(1)生理性原因。引起小儿哭闹的最常见原因为饥饿、口渴和睡眠不足。此外,外界不良刺激,如情绪变化、断奶、过冷、过热、尿布潮湿、衣服过紧、被褥过重、蚊虫叮咬或要挟家长以达到某些要求等也可引起小儿哭闹。

(2)病理性原因。凡能引起小儿不适或疼痛的疾病均可引起哭闹,其中以腹痛、头痛和口痛最多见。

2. 护理评估

哭闹可分为生理性哭闹和病理性哭闹。护士在评估时要注意分辨小儿哭闹的原因是生理性原因还是病理性原因,对病理性原因引起哭闹者应耐心、详细地询问有无伴随症状,仔细检查有无阳性体征。哭闹的护理评估内容具体包括以下两点:

(1)哭声的大小与持续时间。生理性哭闹的临床特点为哭声有力,时间短暂,间歇期面色如常;病理性哭闹的临床特点为哭声剧烈,呈持续性或反复性,不能用玩具逗引或饮水、进食等方法止哭。哭声洪亮多为受惊吓和强烈刺激所致;哭声时大时小,不时用手指捂住眼睛从指缝中观察大人的态度可能为要挟性哭闹;新生儿出现脑性尖叫提示神经系统疾病;哭声微弱或呻吟提示病情较重;心力衰竭时婴儿哭声低微、短促无力。

(2)伴随症状和体征。小儿饥饿、口渴时常可伴有啃拳、吮指动作;尿湿裤子时常可伴有表情呆滞或手抓臀部、拉扯裤腿等动作;闹觉的小儿哭声由大渐小,双眼时睁时闭;肠套叠患儿可出现剧烈而持久的哭闹,伴频繁呕吐,腹部可触及包块。婴儿因肠道功能紊乱而产生阵发性腹痛时,多突然发作,除烦躁、哭闹外,可伴有面色潮红,但口周发白、腹胀,更严重者双拳紧握、两腿屈曲、手足厥冷,一般持续数分钟或数十分钟,排便或肛门排气后得以缓解。新生儿中枢神经系统感染或颅内出血时常有音调高、哭声急的脑性尖叫;中耳炎患儿常因耳痛哭闹,不断摇头,拒绝被触碰患部;甲状腺功能低下患儿哭声低沉、粗哑。

3. 护理诊断

舒适的改变,与各种生理性原因及病理性原因有关。

4. 护理目标

患儿感到舒适,哭闹逐渐减轻或停止。

5. 护理措施

(1)维持舒适的护理。护士应保持病室内有适宜的温度、湿度,使空气流通,创造舒适的

环境;指导家长给予小儿合适的护理,如按时喂乳、及时更换尿布、保证睡眠、衣服松紧或厚薄适宜,使小儿感到舒适,并养成规律的生活习惯。

(2)注意观察哭闹的原因。护士要指导家长注意观察小儿哭闹的原因,根据哭闹时的声调、持续时间、特点及伴随症状寻找病因,发现异常情况应及时与医生取得联系,以便及早处理。

(3)做好心理护理。在未找到哭闹原因之前,护士应以极大的耐心给予小儿以关心和爱抚,以语言和非语言的方式(如目光对视、抚摸等)设法与小儿进行沟通,分散其注意力,以减轻其不安与痛苦。同时,护士要安慰家长,做好必要的解释工作,使他们能配合寻找小儿哭闹的原因。

6. 健康教育

护士应指导家长分析小儿哭闹原因的方法。对生理性原因引起的哭闹,家长应尽量满足小儿的生理需求,如给予患儿正确、合适的生活护理,注重日常对小儿的教养,纠正小儿的不良习惯;如果是病理性原因则应立即就医。

3.4.3 呕吐

呕吐是食管、胃或肠道逆蠕动,并伴有腹肌强烈痉挛性收缩,迫使胃内容物从口、鼻腔涌出的症状。呕吐是小儿最常见的临床症状之一,如呕吐仅1~2次或呕吐物极少,一般无重要临床意义。持续呕吐或反复出现呕吐则可由严重疾病所致,应仔细寻找原因。

1. 病因

(1)消化道疾病。消化道疾病如消化道感染所致的胃炎、胃肠炎,各种原因引起的肠梗阻等。

(2)消化道外疾病。消化道外疾病包括各种感染性疾病、颅内高压及中毒等。

2. 护理评估

护士应注意询问引起患儿呕吐的原因,包括进食与排便情况、咳嗽、头痛、惊厥等其他系统疾病的症状等;注意患儿的生命体征有无改变;注意呕吐的特征(喷射性、持续性或间歇性)、呕吐物的性质(胃内容物、胆汁、粪便或“咖啡样”物)和呕吐的伴随症状(发热、头痛、腹痛、惊厥等)。不同年龄阶段患儿的呕吐有不同的表现。

(1)新生儿期。有的新生儿出生后即可发生呕吐,无其他表现,常由吞入较多羊水所致;出生后排便且伴有呕吐可见于胎粪黏稠阻塞肠道(灌肠后好转),也可由消化道畸形如胃扭转等所致;幽门肥大性狭窄者常从新生儿晚期开始出现喷射性呕吐,呕吐物为乳汁或乳凝块,无胆汁。

(2)婴儿期。此期喂养不当所致的呕吐最常见。小婴儿胃贲门松弛,若哺乳过多或吸入空气,常在吮乳后有少量乳汁反流入口腔后自口角流出,即溢乳。溢乳并非病态表现,随着年龄增长或喂养方法的改进可以得到纠正或治愈。肠套叠是此期常见的急腹症,其特点为突发的、频繁的呕吐,婴儿可因腹痛出现阵发性剧烈哭闹,面色苍白,继而出现腹部包块、血便。

(3)儿童期。此期呕吐以由消化道感染性疾病如腹泻引起的呕吐较为多见,消化道外感染如上呼吸道感染也可引起呕吐。频繁、剧烈的呕吐不仅会给患儿带来痛苦,还会引起水、电解质平衡紊乱,甚至可发生误吸而致窒息。

3. 护理诊断

(1) 营养失调, 低于机体需要量, 与长期、反复呕吐致营养物质丢失、喂养困难(先天消化道畸形)有关。

(2) 体液不足, 与患儿严重呕吐造成体液丢失有关。

(3) 有窒息的危险, 与呕吐时不能及时清除口、鼻腔内的呕吐物有关。

4. 护理目标

患儿呕吐得到控制, 所需体液及电解质得到补充, 未发生营养不良。

5. 护理措施

(1) 严密观察呕吐情况, 了解病情的变化。护士要了解患儿呕吐的次数及量, 呕吐物的性状、颜色、气味等, 呕吐与饮食的关系, 呕吐方式及伴随症状、体征; 及时与医生联系, 做出相应处理。

(2) 注意补充液体及营养。对长期、反复呕吐者, 护士要保证其营养与水分摄入, 如对有幽门狭窄、幽门痉挛等的患儿要少量多次哺喂, 必要时在配乳中稍加米粉以增加稠度, 减少呕吐。呕吐患儿的饮食宜清淡; 严重呕吐患儿需禁食, 按医嘱给予止吐药物并静脉输液, 以纠正水、电解质平衡紊乱。

(3) 预防呕吐物误吸引起的窒息。患儿呕吐时护士应立即松解其衣扣, 使其侧卧, 迅速清除其口鼻中的呕吐物, 避免患儿将呕吐物吸入气管而引起窒息。患儿呕吐后, 护士应帮助其清洁口腔, 及时更换被污染的衣物, 使患儿舒适。对严重呕吐者, 护士应在床旁备吸痰器及抢救用物。

6. 健康教育

护士应指导家长采取正确的喂奶方法, 喂乳后应将婴儿竖抱, 轻拍其背部, 使空气逸出, 保持右侧卧位, 以防呕吐。护士应指导家长区别小儿正常溢乳与病理性呕吐, 并叮嘱其一旦小儿出现异常情况, 应及时到医院处理。

3.4.4 腹痛

腹痛是小儿常见临床症状之一。腹痛的病变性质可分为器质性和功能性。护士应密切观察患儿的病情变化, 急腹症所致腹痛须及时诊断和处理, 以免造成严重后果。

1. 病因

(1) 腹腔内疾病, 如肠炎、肠寄生虫病、肠套叠、肠梗阻、阑尾炎、肠痉挛等。

(2) 腹腔外疾病, 如上呼吸道感染、肺炎、心包炎、过敏性紫癜、荨麻疹等。

(3) 功能性腹痛, 多由肠痉挛所致。

2. 护理评估

护士应详细询问与患儿腹痛相关的因素, 如有无不洁食物或可能为过敏性食物进食史。护士应注意患儿发生腹痛时的状况。

(1) 疼痛部位。脐周痛通常为肠道蛔虫所致; 消化道溃疡疼痛常呈周期性、节律性中上腹或脐周灼痛; 阑尾炎早期为上腹痛, 以后可固定为下腹痛, 个别病例可无典型的转移性腹痛。

(2) 疼痛性质。腹痛的疼痛性质可分为持续性钝痛、阵发性绞痛或持续性疼痛伴阵发性

加重。胆道蛔虫病腹痛常为阵发性绞痛,胃肠穿孔腹痛呈持续性锐痛。

(3)疼痛程度。疼痛程度可根据患儿的疼痛反应加以判断。疼痛较轻时患儿只是诉说疼痛;疼痛较重时患儿哭闹或辗转不安,表情痛苦;疼痛剧烈时患儿可有面色苍白、大汗淋漓及翻滚表现。胆道蛔虫病、过敏性紫癜、尿路结石、胰腺炎等患儿常有剧烈腹痛。

(4)伴随症状和体征。护士要观察患儿有无发热、咳嗽、呕吐、腹泻、便秘、腹部包块、黄疸、皮疹等伴随症状及体征。护士要仔细检查患儿有无腹肌紧张、压痛、反跳痛、腹部包块等阳性体征;分析相关辅助检查资料,如血、尿、大便常规检查,腹部X检查等的结果。

3. 护理诊断

疼痛,与感染、肠蠕动亢进、肠痉挛等有关。

4. 护理目标

患儿的疼痛得到缓解或消除,痛苦减轻。

5. 护理措施

(1)密切观察病情。腹痛的临床表现较为复杂,患儿多不能准确地叙述病痛。因此,护士要依据患儿临床表现的动态情况进行重点观察,包括疼痛的部位、程度、性质、时间、伴随症状等。起病急骤、病程短者应考虑急腹症,如有外伤史则应警惕内脏破裂出血的可能;起病缓慢、病程长或急性发作后时痛时止者常见于蛔虫病和溃疡病;原有慢性腹痛转为持续剧痛应注意有急腹症的可能,如溃疡病穿孔或蛔虫团所致完全性肠梗阻。直肠疾病所致腹痛常伴里急后重,腹痛伴出血性皮疹应考虑过敏性紫癜,腹痛伴尿痛、血尿多为尿路感染,肝胆系统疾病腹痛过程中可伴黄疸等。

(2)使患儿保持舒适的体位。剧烈腹痛的患儿因疼痛翻滚易发生坠床或碰伤,因此,护士应注意患儿安全,预防意外损伤。对胃肠功能紊乱引起的腹痛可给予腹部热敷;伴明显腹胀者可给予肛管排气和用手按摩腹部以减轻腹胀、腹痛,严重者按医嘱给予胃肠减压;急性腹痛未确诊者应先禁食,暂避免使用镇静剂,以免贻误诊断和治疗,一旦确诊应立即去除病因。对疼痛仍不能缓解者,护士应按医嘱给予阿托品、哌替啶等镇静药物。

(3)根据病情保证患儿的摄入量。对被允许进食的患儿,护士应给予其富含营养、容易消化的食物,必要时给予静脉补液。

6. 健康教育

小儿若发生腹痛,最好及时到正规医院医治,避免对其造成生命威胁。护士要教给家长腹痛的护理方法,告知家长小儿腹痛时不要擅自使用止痛药物,以免掩盖病情而延误治疗。

3.4.5 厌食

厌食又称食欲不振,是指个体对进食不感兴趣,是儿科常见症状之一。疾病或精神因素可使大脑皮质发生抑制,使消化液分泌减少、胃肌张力降低而导致厌食。厌食常可见于各种急、慢性疾病。长期厌食可能是某些慢性疾病的标志。

1. 病因

(1)器质性疾病。器质性疾病引起的厌食多见于各种急、慢性感染,缺铁性贫血,肠寄生虫病等。此外,新生儿期各种感染也常以拒食为前驱症状。

(2)精神因素。精神因素是引起小儿厌食的常见原因,如小儿情绪的变化、孤独、紧张等心理因素,不良的饮食习惯,锌缺乏症及某些药物的影响等。

(3)喂养不当或不良的饮食习惯。婴幼儿时期添加辅食过晚或添加辅食不当,偏食或吃零食,尤其是过多的糖果、甜食均可降低小儿的食欲。

(4)药物因素。某些药物可影响食欲,尤其是长期服用水杨酸制剂、磺胺类药物,长期过量服用维生素 A 或维生素 D 等。

2. 护理评估

护士应详细询问患儿的喂养史、饮食习惯、生活习惯等,如一些家长认为其子女生长发育落后,而强迫小儿进食,影响小儿的进食情绪,形成条件反射性厌食。同时,护士要注意患儿有无其他疾病,如营养不良、锌缺乏症等;有无学习压力过重;家长对营养、喂养知识的了解情况。护士要仔细检查患儿有无有意义的阳性体征,如体重过轻、肝脾大等;同时,要结合有关辅助检查资料,如血、尿、大便常规,X线检查,肝功能检查报告等进行分析。

3. 护理诊断

营养失调,低于机体需要量,与营养摄入不足有关。

4. 护理目标

患儿的食欲增进,营养合理,营养摄入量能够满足其生长发育需要。

5. 护理措施

(1)指导家长合理喂养小儿。护士应根据小儿生长发育对营养素的需要指导家长制定食谱,并注意烹调中食物的色、香、味、形,以增进小儿的食欲;饭前禁止小儿喝含咖啡因的饮料和碳酸饮料,以免抑制其食欲。

(2)注意设置进餐环境,避免不良刺激。护士应为小儿创造良好、愉快的进餐环境,在其用餐前不做可引起疼痛和不适的治疗、检查和护理;用餐时不谈及使小儿不愉快的事情;对精神性厌食的患儿,应鼓励其逐渐增加食量,并辅以暗示疗法。

(3)培养小儿良好的生活习惯。护士应指导家长纠正小儿餐前吃零食、边看电视边进餐、偏食等不良习惯。

(4)注意观察患儿厌食时的伴随症状。厌食伴有发热多见于感染性疾病,食欲缺乏伴有腹痛、腹泻应考虑消化道疾病及电解质紊乱,食欲缺乏伴有明显乏力可见于肝炎、贫血及结核等。护士应协助医生寻找患儿厌食的原因,并根据情况给予相应的护理。

6. 健康教育

针对不同年龄小儿的生长发育营养需求和疾病特点,护士要指导家长合理喂养,纠正患儿的不良饮食习惯,保证小儿健康成长。



思考与练习

1. 选择题

(1)设有病床及一般抢救设备如监护仪器、婴儿保暖箱及各种医疗文件的房间为儿科急诊设施的()。

A. 抢救室

B. 治疗室

C. 观察室

D. 小手术室 E. 换药室

(2) 门诊预诊的目的不包括()。

- A. 能使治疗工作顺利而有序地进行
- B. 及早发现和隔离传染病以预防交叉感染
- C. 及早发现危重患儿,使其得到及时抢救
- D. 协助家长鉴别患儿所需诊治的科别
- E. 及时做出正确的诊断

(3) 危重患儿的就诊程序首先应是()。

- A. 先抢救 B. 先挂号 C. 先预诊
- D. 先量体温 E. 先行血常规检查

(4) 决定抢救质量最主要的要素是()。

- A. 医疗技术 B. 药物 C. 仪器设备
- D. 人 E. 时间

(5) 女婴,6个月。因患肺炎住院,住院当日,护士在进行家属管理时应除去()。

- A. 介绍病区的探视制度 B. 耐心解释患儿病情
- C. 讲解疾病的预防知识 D. 允许将各种玩具带入病室
- E. 积极与家属保持联系

(6) 6个月以上婴儿住院最主要的反应是()。

- A. 分离性焦虑 B. 一般比较平静 C. 挫折感
- D. 缺乏安全感 E. 退化

(7) 幼儿逃避压力常见的行为方式是()。

- A. 退行性行为 B. 哭闹 C. 平静
- D. 沉默 E. 焦虑

(8) 护理婴儿常用的心理沟通方式是()。

- A. 因势利导 B. 做游戏 C. 搂抱与抚摸
- D. 适时鼓励 E. 社交

(9) 逐步了解死亡的概念,知道死亡是生命的终结,是普遍存在且不可避免的年龄阶段为()。

- A. 婴儿期 B. 幼儿期 C. 学龄前期
- D. 学龄期 E. 青春期

(10) 儿科病房的安全措施应除去()。

- A. 患儿床加床挡,高度要合适
- B. 窗户应加护栏,防止患儿因爬窗而发生意外
- C. 暖气片加防护罩,以防碰撞或烫伤
- D. 保温瓶、茶杯应放在患儿不能触及的地方
- E. 儿科病房不能开窗

2. 简答题

(1) 简述患儿厌食的原因。

(2) 简述发热患儿的护理措施。