

巍巍交大 百年书香
www.jiaodapress.com.cn
bookinfo@sjtu.edu.cn



策划编辑 孙承泽
责任编辑 胡思佳
封面设计 刘文东

儿科护理学

Pediatric Nursing

正常人体结构
生物化学
生理学
病原生物与免疫学
病理学
护理药理学
健康评估
护理学导论
基础护理技术

内科护理学
外科护理学
妇产科护理学
► 儿科护理学
眼耳鼻咽喉口腔科护理学
老年护理学
中医护理学
社区护理学
康复护理学

精神科护理学
急危重症护理学
护理心理学
护理伦理学
卫生法律法规
护理礼仪
人际沟通
护理管理学

儿科护理学

◆ 主编 崔晓丹 杨峰



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS



扫描二维码
关注上海交通大学出版社
官方微信



定价: 55.00元

免费提供

精品教学资料包

服务热线: 400-615-1233
www.huatengzy.com

儿科护理学

Pediatric Nursing

◆ 主编 崔晓丹 杨峰



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

儿 科 护 理 学

主 编 崔晓丹 杨 峰

副主编 陈海涛 蒋薇薇

编 者 (按姓氏笔画排序)

王亚丽(商丘工学院)

杨 峰(南阳医学高等专科学校)

陈海涛(湖北省妇幼保健院)

崔晓丹(许昌职业技术学院)

蒋薇薇(商丘工学院)



上海交通大学出版社

SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

内容提要

除绪论外,本书分 17 章,内容包括小儿生长发育与健康评估、社区儿童保健、住院患儿的护理、儿科常用护理技术、新生儿与新生儿疾病患儿的护理、营养及营养障碍性疾病患儿的护理、呼吸系统疾病患儿的护理、消化系统疾病患儿的护理、循环系统疾病患儿的护理、泌尿系统疾病患儿的护理、造血系统疾病患儿的护理、神经系统疾病患儿的护理、内分泌系统疾病患儿的护理、结缔组织疾病患儿的护理、遗传代谢病患儿的护理、传染性疾病患儿的护理、常见寄生虫病患儿的护理。

本书可作为护理专业的教材,也可作为医院一线护理人员的参考用书。

图书在版编目(CIP)数据

儿科护理学/崔晓丹,杨峰主编. —上海:上海
交通大学出版社, 2017(2024 重印)
ISBN 978-7-313-17399-7

I. ①儿… II. ①崔… ②杨… III. ①儿科学—护理
学 IV. ①R473.72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 151285 号

儿科护理学

ERKE HULIXUE

主 编:崔晓丹 杨 峰

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

印 制:三河市骏杰印刷有限公司

开 本:787 mm×1 092 mm 1/16

字 数:440 千字

版 次:2017 年 7 月第 1 版

书 号:ISBN 978-7-313-17399-7

定 价:55.00 元

地 址:上海市番禺路 951 号

电 话:021-64071208

经 销:全国新华书店

印 张:20.25

印 次:2024 年 7 月第 7 次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如您发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:0316-3662258

前言

Preface

根据全国卫生类教材评审委员会对规划教材编写的原则和要求,编者在编写本书的过程中以高职高专护理人才培养目标为依据,紧扣教育部制定的高等卫生职业教育大纲和护士执业资格考试大纲,参照和总结国内护理专业各层次的教材与相关资料,遵循“三基五性”原则,使理论知识以“必需、够用”为度,强调了职业技能的培养。编者对护理教学内容进行了精选和更新,并调整了章节的编排,使教材具有针对性、实用性、先进性和可操作性。

除绪论外,本书共有 17 章,具体内容包括小儿生长发育与健康评估、社区儿童保健、住院患儿的护理、儿科常用护理技术、新生儿与新生儿疾病患儿的护理、营养及营养障碍性疾病患儿的护理、呼吸系统疾病患儿的护理、消化系统疾病患儿的护理、循环系统疾病患儿的护理、泌尿系统疾病患儿的护理、造血系统疾病患儿的护理、神经系统疾病患儿的护理、内分泌系统疾病患儿的护理、结缔组织疾病患儿的护理、遗传代谢病患儿的护理、传染性疾病患儿的护理、常见寄生虫病患儿的护理。

本书系统地介绍了儿科护理学的基本知识、基本理论和基本技能。儿科基础部分重点介绍了小儿生长发育规律、小儿营养及喂养、儿童计划免疫等内容,临床儿科护理部分则重点介绍了儿科常见病和多发病的护理。通过对本书的学习,学生能扎实地掌握儿科护理基础知识和技能,并能在临床护理实践中进行儿科护理技术操作,能对儿科常见病进行整体护理,对患儿及其家长进行健康教育。

在编写体例上,本书突出以人为本的整体护理观,体现了以儿童及家庭为中心的护理理念,以整体护理为依据,对各个系统按照护理程序的完整步骤进行整合,便于学生在全面、系统地学习专业知识的同时灵活运用护理程序,提高临床观察、分析、判断和解决问题的能力,并运用护理程序对护理对象实施整体护理,适应现代儿科护理的需要。

在编写结构上,本书设置了“护理情境”模块,引导学生进行预习,以提高学生独立思考、学习及临床应变的能力;增加了“知识链接”模块,对正文内容进行补充,主要描述的是本学科的新动态和新进展,以提高学生的学习

兴趣;章末设置了“思考与练习”模块,内容均与护士执业资格考试接轨,可以使学生熟悉考试题型,帮助学生分析临床护理问题,及时巩固和运用所学内容。

本书由许昌职业技术学院崔晓丹和南阳医学高等专科学校杨峰任主编,由湖北省妇幼保健院陈海涛和商丘工学院医学院蒋薇薇任副主编,商丘工学院医学院王亚丽参与编写。具体编写分工如下:绪论和第1~4章由杨峰编写,第5章和第6章由蒋薇薇编写,第7章、第9~11章、第13章由崔晓丹编写,第8章由王亚丽编写,第12章、第14~17章由陈海涛编写。

在本书的编写过程中,编者得到了多所参编院校的大力支持,同时参考了大量的同类教材和相关文献,博采众长,在此对相关人员一并致以诚挚的谢意!

由于编者能力有限,加之编写时间仓促,书中难免存在疏漏和不足之处,敬请广大读者批评、指正。

编 者

目 录

Contents

绪论	1	1.3.3 运动功能的发育	17
0.1 儿科护理学的任务和范畴	1	1.3.4 语言的发育	18
0.1.1 儿科护理学的任务	1	1.3.5 心理行为的发展	19
0.1.2 儿科护理学的范畴	2	1.4 小儿生长发育过程中的问题 及其干预	22
0.2 儿科的特点及护理原则	2	1.4.1 体格生长发育偏离	22
0.2.1 儿科的特点	2	1.4.2 心理行为异常	22
0.2.2 儿科护理的原则	4	第2章 社区儿童保健	25
0.3 小儿年龄分期及各期的特点	4	2.1 各年龄期的儿童保健	25
0.3.1 胎儿期	4	2.1.1 胎儿期保健	26
0.3.2 新生儿期	5	2.1.2 新生儿期保健	27
0.3.3 婴儿期	5	2.1.3 婴儿期保健	28
0.3.4 幼儿期	5	2.1.4 幼儿期保健	29
0.3.5 学龄前期	5	2.1.5 学龄前期保健	30
0.3.6 学龄期	5	2.1.6 学龄期保健	31
0.3.7 青春期	6	2.1.7 青春期保健	32
0.4 儿科护士的角色与素质要求	6	2.2 意外伤害与中毒的预防	33
0.4.1 儿科护士的角色	6	2.2.1 窒息	33
0.4.2 儿科护士的素质要求	7	2.2.2 中毒	34
第1章 小儿生长发育与健康评估	9	2.2.3 外伤	34
1.1 生长发育的规律及影响因素	9	2.2.4 溺水与交通事故	35
1.1.1 生长发育的规律	10	2.3 智能训练与体格锻炼	35
1.1.2 影响生长发育的因素	11	2.3.1 抚触训练	35
1.2 生长发育的指标及其评价	12	2.3.2 语言训练	35
1.2.1 生长发育的指标	12	2.3.3 三浴锻炼	36
1.2.2 生长发育的评价	15	2.4 儿童计划免疫	37
1.3 神经心理发育	15	2.4.1 免疫方式及常用制剂	37
1.3.1 神经系统的发育	15	2.4.2 计划免疫程序	38
1.3.2 感知觉的发育	16	2.4.3 预防接种的准备及注意 事项	40

2.4.4	预防接种的反应及处理	41	4.4.2	操作准备	70
			4.4.3	操作步骤	71
第3章	住院患儿的护理	43	4.4.4	注意事项	74
3.1	儿科医疗机构的设置与护理管理	43	4.5	小儿约束法	74
3.1.1	小儿门诊	44	4.5.1	操作目的	74
3.1.2	小儿急诊	45	4.5.2	操作准备	74
3.1.3	小儿病房	45	4.5.3	操作步骤	75
3.2	住院患儿的护理常规	47	4.5.4	注意事项	75
3.2.1	住院患儿的护理评估	47	4.6	臀红护理法	75
3.2.2	住院患儿的一般护理常规	50	4.6.1	操作目的	76
3.3	住院患儿的心理护理	51	4.6.2	操作准备	76
3.3.1	各年龄阶段住院患儿的心理反应与心理护理	52	4.6.3	操作步骤	76
3.3.2	住院临终小儿的心理护理	54	4.6.4	注意事项	76
3.4	儿科常见症状的护理	54	4.7	治疗仪器操作	77
3.4.1	发热	54	4.7.1	保暖箱的使用	77
3.4.2	哭闹	56	4.7.2	蓝光箱的使用	79
3.4.3	呕吐	57	4.7.3	远红外线辐射保暖床的使用	80
3.4.4	腹痛	58	4.8	静脉穿刺术	82
3.4.5	厌食	59	4.8.1	头皮静脉穿刺术	82
第4章	儿科常用护理技术	62	4.8.2	股静脉穿刺术	83
4.1	小儿用药护理	62	4.8.3	颈外静脉穿刺术	84
4.1.1	小儿常用药物的选择	63	第5章	新生儿与新生儿疾病患儿的护理	87
4.1.2	小儿药物应用剂量的计算	64	5.1	新生儿概述	87
4.1.3	小儿用药的给药方法	64	5.1.1	新生儿的分类	88
4.2	生长发育指标的测量	65	5.1.2	高危新生儿	88
4.2.1	操作目的	65	5.2	正常足月儿	88
4.2.2	操作准备	65	5.2.1	正常足月儿的特点	89
4.2.3	操作步骤	65	5.2.2	正常足月儿的护理	90
4.3	婴儿盆浴法	69	5.3	早产儿	92
4.3.1	操作目的	69	5.3.1	早产儿的特点	92
4.3.2	操作准备	69	5.3.2	早产儿的护理	92
4.3.3	操作步骤	69	5.4	新生儿窒息患儿的护理	94
4.3.4	注意事项	70	5.4.1	病因及发病机制	94
4.4	婴儿抚触法	70	5.4.2	临床表现	95
4.4.1	操作目的	70	5.4.3	辅助检查	96
			5.4.4	治疗	96
			5.4.5	护理	96

5.5 新生儿缺氧缺血性脑病患儿的护理	99	5.11 新生儿重症监护和呼吸支持治疗	113
5.5.1 病因及发病机制	99	5.11.1 新生儿重症监护	113
5.5.2 临床表现	99	5.11.2 呼吸支持疗法	115
5.5.3 辅助检查	100	第6章 营养及营养障碍性疾病患儿的护理	118
5.5.4 治疗	100	6.1 小儿对能量及营养素的需求	119
5.5.5 护理	100	6.1.1 小儿对能量的需求	119
5.6 新生儿颅内出血患儿的护理	101	6.1.2 小儿对营养素的需求	119
5.6.1 病因及发病机制	102	6.2 小儿的喂养与膳食安排	121
5.6.2 临床表现	102	6.2.1 婴儿的喂养	121
5.6.3 辅助检查	102	6.2.2 儿童、青少年的膳食	124
5.6.4 治疗	103	6.3 蛋白质-能量营养障碍患儿的护理	125
5.6.5 护理	103	6.3.1 蛋白质-能量营养不良患儿的护理	125
5.7 新生儿脐炎患儿的护理	104	6.3.2 肥胖症患儿的护理	129
5.7.1 病因	104	6.4 维生素D缺乏性佝偻病患儿的护理	132
5.7.2 临床表现	104	6.4.1 维生素D的来源及其生理功能	132
5.7.3 辅助检查	104	6.4.2 病因及发病机制	132
5.7.4 治疗	104	6.4.3 临床表现	133
5.7.5 护理	104	6.4.4 辅助检查	134
5.8 新生儿黄疸患儿的护理	105	6.4.5 治疗	134
5.8.1 病因及发病机制	105	6.4.6 护理评估	135
5.8.2 临床表现	106	6.4.7 护理诊断	135
5.8.3 辅助检查	107	6.4.8 护理目标	135
5.8.4 治疗	107	6.4.9 护理措施	135
5.8.5 护理	107	6.4.10 健康教育	136
5.9 新生儿寒冷损伤综合征患儿的护理	108	6.5 维生素D缺乏性手足抽搐症患儿的护理	137
5.9.1 病因及发病机制	109	6.5.1 病因及发病机制	137
5.9.2 临床表现	109	6.5.2 临床表现	137
5.9.3 辅助检查	109	6.5.3 治疗	138
5.9.4 治疗	109	6.5.4 护理评估	138
5.9.5 护理	110	6.5.5 护理诊断	138
5.10 新生儿低血糖症患儿的护理	111	6.5.6 护理目标	139
5.10.1 病因及发病机制	111		
5.10.2 临床表现	112		
5.10.3 辅助检查	112		
5.10.4 治疗	112		
5.10.5 护理	112		

6.5.7 护理措施	139	7.4.10 健康教育	158
6.5.8 健康教育	139	第8章 消化系统疾病患儿的	
第7章 呼吸系统疾病患儿的		护理	161
护理	141	8.1 小儿消化系统的解剖生理	
7.1 小儿呼吸系统的解剖、生		特点	162
理和免疫特点	141	8.1.1 口腔	162
7.1.1 解剖特点	142	8.1.2 食管	162
7.1.2 生理特点	142	8.1.3 胃	162
7.1.3 免疫特点	143	8.1.4 肠道	162
7.2 急性上呼吸道感染患儿的		8.1.5 肝脏	162
护理	144	8.1.6 胰腺	163
7.2.1 病因及发病机制	144	8.1.7 肠道细菌	163
7.2.2 临床表现	144	8.1.8 健康小儿粪便	163
7.2.3 辅助检查	145	8.2 口炎患儿的护理	164
7.2.4 治疗	146	8.2.1 病因及发病机制	164
7.2.5 护理评估	146	8.2.2 临床表现	164
7.2.6 护理诊断	146	8.2.3 辅助检查	165
7.2.7 护理目标	147	8.2.4 治疗	165
7.2.8 护理措施	147	8.2.5 护理评估	166
7.2.9 健康教育	148	8.2.6 护理诊断	166
7.3 急性支气管炎患儿的护理 ..	149	8.2.7 护理目标	166
7.3.1 病因及发病机制	149	8.2.8 护理措施	166
7.3.2 临床表现	149	8.2.9 健康教育	167
7.3.3 辅助检查	150	8.3 腹泻患儿的护理	167
7.3.4 治疗	150	8.3.1 分类	167
7.3.5 护理评估	150	8.3.2 病因	168
7.3.6 护理诊断	151	8.3.3 发病机制	169
7.3.7 护理目标	151	8.3.4 临床表现	171
7.3.8 护理措施	151	8.3.5 辅助检查	173
7.3.9 健康教育	152	8.3.6 治疗	173
7.4 肺炎患儿的护理	152	8.3.7 护理评估	174
7.4.1 分类	152	8.3.8 护理诊断	175
7.4.2 病因及发病机制	153	8.3.9 护理目标	175
7.4.3 临床表现	154	8.3.10 护理措施	175
7.4.4 辅助检查	155	8.3.11 健康教育	176
7.4.5 治疗	155	8.4 小儿体液平衡特点和液体	
7.4.6 护理评估	156	疗法	177
7.4.7 护理诊断	156	8.4.1 小儿体液平衡特点	177
7.4.8 护理目标	156	8.4.2 液体疗法	181
7.4.9 护理措施	157		

第9章 循环系统疾病患儿的

护理 187

9.1 小儿循环系统解剖生理

特点 187

9.1.1 心脏的胚胎发育 187

9.1.2 胎儿血液循环和出生后的
改变 1889.1.3 正常小儿心脏、心率和
血压的特点 188

9.2 先天性心脏病及其护理 190

9.2.1 先天性心脏病概述 190

9.2.2 常见先天性心脏病 191

9.2.3 先天性心脏病患儿的
护理 196

9.3 病毒性心肌炎患儿的护理 197

9.3.1 病因及发病机制 197

9.3.2 临床表现 197

9.3.3 辅助检查 198

9.3.4 治疗 198

9.3.5 护理评估 199

9.3.6 护理诊断 199

9.3.7 护理目标 199

9.3.8 护理措施 199

9.3.9 健康教育 200

第10章 泌尿系统疾病患儿的

护理 202

10.1 小儿泌尿系统解剖生理

特点 203

10.1.1 解剖特点 203

10.1.2 生理特点 203

10.2 急性肾小球肾炎患儿的

护理 204

10.2.1 病因及发病机制 204

10.2.2 临床表现 204

10.2.3 辅助检查 205

10.2.4 治疗 205

10.2.5 护理评估 205

10.2.6 护理诊断 206

10.2.7 护理目标 206

10.2.8 护理措施 206

10.2.9 健康教育 207

10.3 肾病综合征患儿的护理 207

10.3.1 病因及发病机制 207

10.3.2 临床表现 208

10.3.3 辅助检查 208

10.3.4 治疗 209

10.3.5 护理评估 209

10.3.6 护理诊断 210

10.3.7 护理目标 210

10.3.8 护理措施 210

10.3.9 健康教育 211

第11章 造血系统疾病患儿的

护理 213

11.1 小儿造血及血液的特点 214

11.1.1 小儿造血的特点 214

11.1.2 小儿血液的特点 214

11.2 小儿贫血概述 215

11.2.1 贫血的分度 215

11.2.2 贫血的分类 216

11.2.3 贫血的治疗原则 217

11.3 营养性缺铁性贫血患儿的

护理 217

11.3.1 病因 217

11.3.2 发病机制 218

11.3.3 临床表现 218

11.3.4 辅助检查 219

11.3.5 治疗 219

11.3.6 护理评估 219

11.3.7 护理诊断 220

11.3.8 护理目标 220

11.3.9 护理措施 220

11.3.10 健康教育 222

11.4 营养性巨幼细胞性贫血

患儿的护理 222

11.4.1 病因 222

11.4.2 发病机制 223

11.4.3 临床表现 223

11.4.4 辅助检查 224

11.4.5 治疗 224

11.4.6 护理评估 224

11.4.7	护理诊断	225	13.1.3	辅助检查	242
11.4.8	护理目标	225	13.1.4	治疗	242
11.4.9	护理措施	225	13.1.5	护理评估	243
11.4.10	健康教育	226	13.1.6	护理诊断	243
第12章 神经系统疾病患儿的护理			13.1.7	护理目标	244
			13.1.8	护理措施	244
			13.1.9	健康教育	244
12.1	小儿神经系统解剖生理特点	228	13.2	糖尿病患儿的护理	244
12.1.1	脑	229	13.2.1	病因及发病机制	245
12.1.2	脊髓	229	13.2.2	临床表现	245
12.1.3	脑脊液	229	13.2.3	辅助检查	246
12.1.4	神经反射	229	13.2.4	治疗	246
12.2	化脓性脑膜炎患儿的护理	230	13.2.5	护理评估	247
12.2.1	病因	230	13.2.6	护理诊断	248
12.2.2	发病机制	230	13.2.7	护理目标	248
12.2.3	临床表现	231	13.2.8	护理措施	248
12.2.4	辅助检查	231	13.2.9	健康教育和监控	249
12.2.5	治疗	232	第14章 结缔组织疾病患儿的护理		
12.2.6	护理评估	232			
12.2.7	护理诊断	233			
12.2.8	护理目标	233	14.1	风湿热患儿的护理	251
12.2.9	护理措施	233	14.1.1	病因及发病机制	252
12.2.10	健康教育	234	14.1.2	临床表现	252
12.3	病毒性脑炎患儿的护理	235	14.1.3	辅助检查	253
12.3.1	病因及发病机制	235	14.1.4	治疗	253
12.3.2	临床表现	235	14.1.5	护理评估	253
12.3.3	辅助检查	236	14.1.6	护理诊断	254
12.3.4	治疗	236	14.1.7	护理目标	254
12.3.5	护理评估	237	14.1.8	护理措施	254
12.3.6	护理诊断	237	14.1.9	健康教育	255
12.3.7	护理目标	237	14.2	过敏性紫癜患儿的护理	255
12.3.8	护理措施	237	14.2.1	病因及发病机制	255
12.3.9	健康教育	238	14.2.2	临床表现	256
第13章 内分泌系统疾病患儿的护理			14.2.3	辅助检查	256
			14.2.4	治疗	257
			14.2.5	护理评估	257
13.1	先天性甲状腺功能减低症患儿的护理	240	14.2.6	护理诊断	257
13.1.1	病因及发病机制	241	14.2.7	护理目标	258
13.1.2	临床表现	241	14.2.8	护理措施	258
			14.2.9	健康教育	258

14.3 皮肤黏膜淋巴结综合征		16.2 麻疹患儿的护理	276
患儿的护理	259	16.2.1 病因及发病机制	277
14.3.1 病因及发病机制	259	16.2.2 临床表现	277
14.3.2 临床表现	259	16.2.3 辅助检查	278
14.3.3 辅助检查	260	16.2.4 治疗	279
14.3.4 治疗	260	16.2.5 护理评估	279
14.3.5 护理评估	260	16.2.6 护理诊断	279
14.3.6 护理诊断	261	16.2.7 护理目标	280
14.3.7 护理目标	261	16.2.8 护理措施	280
14.3.8 护理措施	261	16.2.9 健康教育	281
14.3.9 健康教育	262	16.3 水痘患儿的护理	281
第15章 遗传代谢病患儿的		16.3.1 病因及发病机制	281
护理	264	16.3.2 临床表现	282
15.1 21-三体综合征患儿的		16.3.3 辅助检查	282
护理	264	16.3.4 治疗	282
15.1.1 病因及发病机制	265	16.3.5 护理评估	283
15.1.2 临床表现	265	16.3.6 护理诊断	283
15.1.3 辅助检查	267	16.3.7 护理目标	283
15.1.4 治疗	267	16.3.8 护理措施	283
15.1.5 护理评估	267	16.3.9 健康教育	284
15.1.6 护理诊断	267	16.4 流行性腮腺炎患儿的护理	285
15.1.7 护理目标	268	16.4.1 病因及发病机制	285
15.1.8 护理措施	268	16.4.2 临床表现	285
15.2 苯丙酮尿症患儿的护理	269	16.4.3 辅助检查	286
15.2.1 病因及发病机制	269	16.4.4 治疗	286
15.2.2 临床表现	269	16.4.5 护理评估	286
15.2.3 辅助检查	270	16.4.6 护理诊断	287
15.2.4 治疗	270	16.4.7 护理目标	287
15.2.5 护理诊断	270	16.4.8 护理措施	287
15.2.6 护理目标	270	16.4.9 健康教育	288
15.2.7 护理措施	271	16.5 猩红热患儿的护理	288
第16章 传染性病患儿的		16.5.1 病因及发病机制	288
护理	273	16.5.2 临床表现	288
16.1 传染病概述	273	16.5.3 辅助检查	289
16.1.1 传染病的基本特征	274	16.5.4 治疗	290
16.1.2 传染病的病程发展	274	16.5.5 护理评估	290
16.1.3 传染病的流行环节	274	16.5.6 护理诊断	290
16.1.4 传染病患儿的护理		16.5.7 护理目标	290
管理	275	16.5.8 护理措施	290
		16.5.9 健康教育	291

16.6 中毒型细菌性痢疾患儿的	
护理	291
16.6.1 病因及发病机制	292
16.6.2 临床表现	292
16.6.3 辅助检查	293
16.6.4 治疗	293
16.6.5 护理评估	293
16.6.6 护理诊断	294
16.6.7 护理目标	294
16.6.8 护理措施	294
16.6.9 健康教育	295
16.7 手足口病患儿的护理	295
16.7.1 病因及发病机制	295
16.7.2 临床表现	295
16.7.3 辅助检查	296
16.7.4 治疗	296
16.7.5 护理评估	296
16.7.6 护理诊断	296
16.7.7 护理目标	296
16.7.8 护理措施	297
16.7.9 健康教育	297
16.8 流行性乙型脑炎患儿的	
护理	298
16.8.1 病因及发病机制	298
16.8.2 临床表现	298
16.8.3 辅助检查	299
16.8.4 治疗	300
16.8.5 护理评估	300
16.8.6 护理诊断	301
16.8.7 护理目标	301

16.8.8 护理措施	301
16.8.9 健康教育	302

第 17 章 常见寄生虫病患儿的 护理

17.1 蛔虫病患儿的护理	304
17.1.1 病原学和流行病学	305
17.1.2 发病机制	305
17.1.3 临床表现	305
17.1.4 辅助检查	306
17.1.5 治疗	306
17.1.6 护理评估	306
17.1.7 护理诊断	307
17.1.8 护理目标	307
17.1.9 护理措施	307
17.1.10 健康教育	307
17.2 蛲虫病患儿的护理	308
17.2.1 病原学及流行病学	308
17.2.2 发病机制	308
17.2.3 临床表现	308
17.2.4 辅助检查	308
17.2.5 治疗	309
17.2.6 护理评估	309
17.2.7 护理诊断	309
17.2.8 护理目标	309
17.2.9 护理措施	309
17.2.10 健康教育	310

参考文献	312
-------------------	-----



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)。

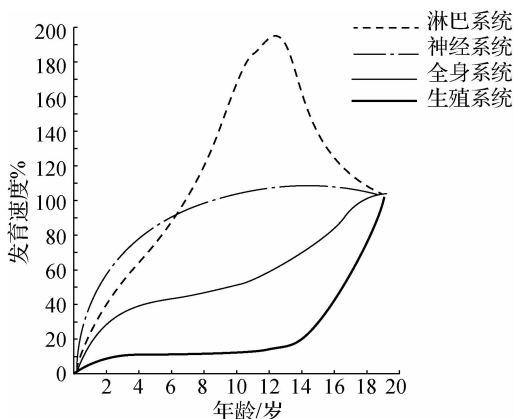


图 1-1 小儿各系统的发育速度与年龄的关系

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。

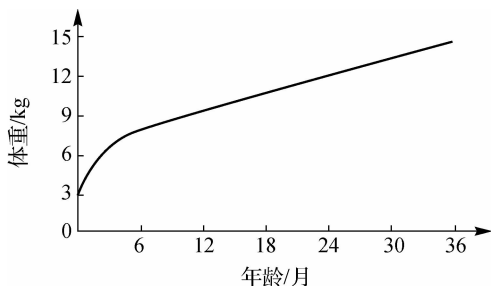


图 1-2 小儿体重增长与年龄的关系

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。

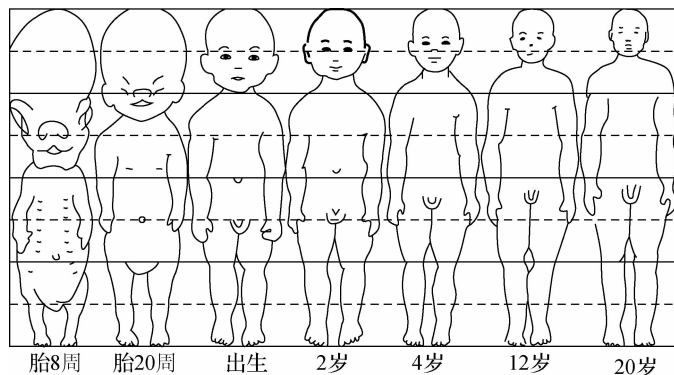


图 1-3 小儿身高(长)各部分比例

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

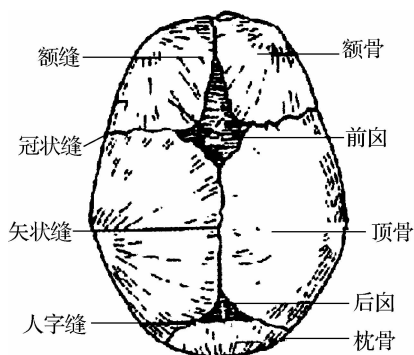


图 1-4 囟门

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	唧呀发声	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对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。