



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材



儿 科 护 理

ER KE HU LI



主编：朱晓琴、杨艳

主讲：



儿科护理



第五章

患病儿童护理及家庭支持



目录

> 第一节 儿童医疗机构的设置及特点

> 第二节 患儿及其家庭的心理护理

> 第三节 儿童用药的特点及护理

> 第四节 小儿液体疗法

> 第五节 儿童疼痛管理

学习目标

1. 知识目标：掌握儿童疼痛评估及护理；液体疗法的实施与护理。熟悉患儿对住院的心理反应及护理，家庭对患儿住院的反应及住院患儿的家庭支持；儿童用药特点及儿童药物选用，儿童常用给药方法；液体疗法常用溶液。了解儿童医疗机构的种类及设置；各年龄阶段患儿对疾病的认识；儿童体液平衡特点。
2. 能力目标：能够运用沟通技巧，对患儿以及家庭进行健康评估。能够正确地为患者进行疼痛评估，并采取适当的护理措施减轻患者疼痛。能够为不同年龄阶段儿童实施不同用药途径的给药管理。
3. 素质目标：具备高尚的职业道德，培养以儿童及其家庭为中心的全方位整体护理的能力，增强为患儿及其家庭服务的意识。

第一节 儿童医疗机构的设置及特点

一、儿科门诊的设置及特点

儿科门诊与一般门诊设置类似，设置有预诊处、候诊处、诊查室、治疗室、输液室等，根据医疗机构的规模，儿科门诊的设置可缩减合并，但儿科由于就诊对象的特殊性，部分场所的设置具有儿科的独特性。

（一）预诊处

（二）候诊处

三、儿科病房设置及特点

儿科病房可分为普通病房和重症监护室,重症监护室还可分为新生儿监护病房(NICU)、儿科监护病房(PICU)和普通病房设置的监护室。

(一) 普通病房设置

(二) 重症监护室设置

一、各年龄阶段患儿对疾病的认识

（一）婴儿 5~6个月大的婴儿开始意识到自己是独立于母亲的个体,他们能够意识到与父母或主要照顾者的分离,也会害怕陌生人。但对疾病缺乏认识。

（二）幼儿与学龄前儿童 这一阶段患儿能对自己身体各部位和器官的名称有所了解,但对疾病的病因不了解,常用自身的感情和行为模式来解释,易将疾病和痛苦认为是对自身不良行为的惩罚。

（三）学龄儿童 随着认知能力的提高,学龄期患儿开始了解身体各部分的功能,对疾病的病因有一定的认识,能听懂关于疾病和诊疗程序的解释,疾病常使其关注自己的身体和治疗,喜欢询问相关的问题,对身体的损伤和死亡感到恐惧。

（四）青春期少年 认知水平的提高使青春期患儿能够理解疾病及治疗,但也易对疾病和治疗所导致的后果感到焦虑、恐惧。而自我意识增强,使青少年难以接受疾病造成的身体功能损害和外表改变。

二、患儿对住院的心理反应及护理

(一) 住院患儿的心理反应

1. 分离焦虑：指由现实的或预期的与家庭、日常接触的人、事物分离时引起的情绪低落，甚至功能损伤。

表现为3个阶段：

(1) 反抗期：患儿常表现为哭叫、认生、咒骂、愤怒和极度悲伤，拒绝医护人员的照顾和安慰等。

(2) 失望期：发现分离的现状经过自身的努力不能改变，表现为沉默、沮丧、顺从、退缩，以及对游戏和食物缺乏兴趣。

(3) 去依恋期或否认期：长期与父母或亲密者分离可进入此阶段。患儿克制自己的情感，能与周围人交往，配合医护人员的各种诊疗程序，以满不在乎的态度对待父母或亲密者的探视或离去。

2. 失控感 是一种对生活中和周围所发生的事情感到有一种无法控制的感觉。

3. 焦虑或恐惧

4. 羞耻感和罪恶感

二、患儿对住院的心理反应及护理

(一) 住院患儿的心理反应

1. 分离焦虑：指由现实的或预期的与家庭、日常接触的人、事物分离时引起的情绪低落，甚至功能损伤。

表现为3个阶段：

(1) 反抗期：患儿常表现为哭叫、认生、咒骂、愤怒和极度悲伤，拒绝医护人员的照顾和安慰等。

(2) 失望期：发现分离的现状经过自身的努力不能改变，表现为沉默、沮丧、顺从、退缩，以及对游戏和食物缺乏兴趣。

(3) 去依恋期或否认期：长期与父母或亲密者分离可进入此阶段。患儿克制自己的情感，能与周围人交往，配合医护人员的各种诊疗程序，以满不在乎的态度对待父母或亲密者的探视或离去。

2. 失控感 是一种对生活中和周围所发生的事情感到有一种无法控制的感觉。

3. 焦虑或恐惧

4. 羞耻感和罪恶感

二、患儿对住院的心理反应及护理

(二) 住院患儿的心理护理

1. 入院前教育。
2. 防止或减少被分离的情况。
3. 减少分离的副作用。
4. 缓解失控感 。
5. 应用游戏或表达性活动来减轻焦虑或恐惧，有助于患儿应对住院带来的各种压力。
6. 发掘住院的潜在正性心理效应 护士应积极地引导和发挥这种潜在的正性心理效应。

三、家庭对患儿住院的心理反应及护理

（一）家庭对患儿住院的心理反应

1. 父母对患儿住院的心理反应

(1) 否认和质疑

(2) 自责和内疚

(3) 不平和愤怒

(4) 挫折和无助

(5) 焦虑、悲伤和抑郁

2. 兄弟姐妹对患儿住院的心理反应：对于有多个孩子的家庭，患病儿童的住院常会给其兄弟姐妹带来焦虑、害怕等心理反应，并因不同的年龄而有不同的心理反应。

三、家庭对患儿住院的心理反应及护理

（二）患儿住院对家庭功能的影响

1. 确诊疾病和住院的初期 这一时期，家庭为了应对危机，会做出调整和妥协
2. 患病和住院的延续期 随着患儿住院时间的延长，家庭的重心将不会一直放在患儿身上，家庭成员会希望并逐渐恢复日常生活。

（三）住院患儿的家庭支持

1. 对患儿父母的支持
2. 对患儿兄弟姐妹的支持

第三节 儿童用药的特点及护理

一、儿童用药特点

- (一) 儿童对药物的代谢及解毒功能较差
- (二) 药物易通过儿童血脑屏障到达中枢神经系统
- (三) 儿童年龄不同对药物反应存在差异
- (四) 胎儿、乳儿受母亲用药的影响
- (五) 儿童易发生水、电解质紊乱

第三节 儿童用药的特点及护理

二、儿童药物选用及护理

- (一) 抗生素的应用及护理
- (二) 镇静药的应用及护理
- (三) 镇咳祛痰药的应用及护理
- (四) 止泻药和泻药的应用及护理
- (五) 退热药的应用及护理
- (六) 肾上腺皮质激素的应用及护理

第三节 儿童用药的特点及护理

三、儿童药物剂量计算

(一) 按体重计算：是最常用、最基本的计算方法。

每日（次）剂量=患儿体重（kg）×每日（次）每千克体重所需药量

(二) 按体表面积计算：计算药物剂量较其他方法更为准确。

每日（次）剂量=患儿体表面积（m²）×每日（次）每平方米体表面积所需药量

(三) 按年龄计算

此法简单易行，用于剂量大、不需十分精确的药物，如止咳药、营养类药物。

(四) 按成人剂量折算

此法仅用于未提供儿童剂量的药物，所得剂量一般偏小，故不做常规使用。

儿童剂量=成人剂量×儿童体重（kg）/50

第三节 儿童用药的特点及护理

四、儿童给药方法

(一) 口服法

是最常用的给药方法，对患儿身心的不良影响小，只要条件许可，尽量采用口服给药。

(二) 注射法

1. 肌肉注射法

2. 静脉注射法

(三) 外用法：以软膏为多，也可用水剂、混悬剂、粉剂、膏剂等。

(四) 其他方法：雾化吸入较常应用。

第四节 小儿液体疗法

一、儿童体液平衡特点

- (一) 体液的总量和分布
 - (二) 体液的电解质组成
 - (三) 水代谢的特点
1. 水的需要量相对较大，交换率高。
 2. 体液平衡调节功能不成熟。

第四节 小儿液体疗法

二、常用液体的种类、成分及配制

(一) 非电解质溶液:

常用5%和10%葡萄糖液, 5%葡萄糖液为等渗液, 10%葡萄糖液为高渗液

(二) 电解质溶液:

1. 生理盐水(0. 9%氯化钠溶液)和复方氯化钠溶液

2. 碱性溶液

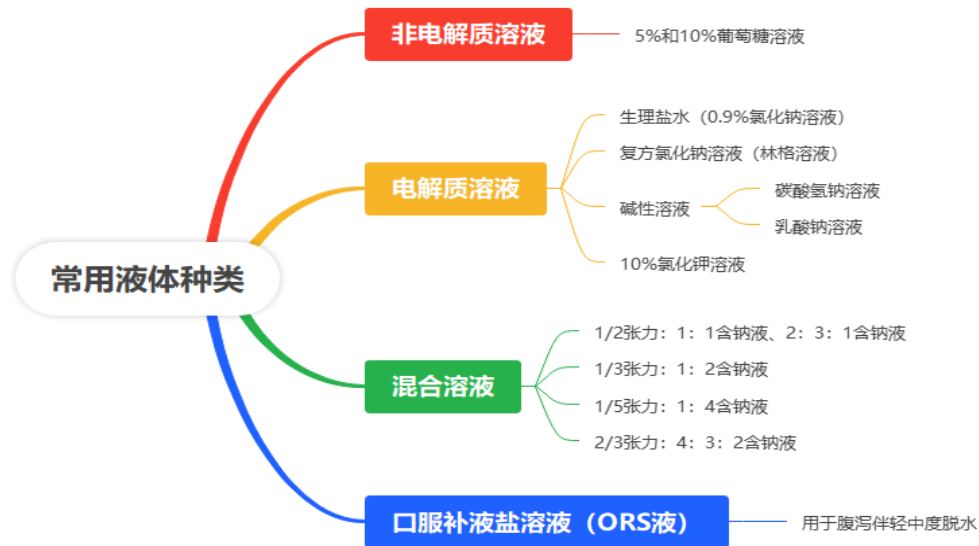
3. 氯化钾溶液

(三) 混合溶液:常将几种溶液按一定比例配成不同的混合液。

(四) 口服补液盐溶液(ORS液)

第四节 小儿液体疗法

二、常用液体的种类



第四节 小儿液体疗法

三、液体疗法

(一) 口服补液：适用于轻度或中度脱水无严重呕吐者。

(二) 静脉补液：适用于中、重度脱水或呕吐或腹胀明显的患儿。

补液原则：先盐后糖、先浓后淡（指电解质浓度）、先快后慢、见尿补钾、抽搐补钙。

第一天补液总量：累积损失量、继续损失量及生理需要量

第四节 小儿液体疗法

三、液体疗法：

液体疗法的定量、定性与定时

		累积损失量	继续损失量	生理需要量**	
定量	轻度脱水	30~50ml/kg	10~40ml/kg	0~10kg	100ml/(kg·d)
	中度脱水	50~100ml/kg	(30ml/kg)	11~20kg	1 000ml+ 超过 10kg 体重数×50ml/
	* 重度脱水	100~120ml/kg		>20kg	(kg·d) 1 500ml+ 超过 20kg 体重数×20ml/
定性	低渗性脱水	2/3 张	1/3~1/2 张	1/4~1/5 张	
	等渗性脱水	1/2 张			
	高渗性脱水	1/3~1/5 张			
定时		于 8~12h 内输入 8~10ml/(kg·h)	在补完累积损失量后的 12~16h 内输入 5ml/(kg·h)		

注：* 重度脱水时应先扩容。** 生理需要量：100/50/20 法，依据患儿不同体重估计。

第四节 小儿液体疗法

三、液体疗法

(二) 静脉补液:

1. 累积损失量 指发病后至补液时所损失的水和电解质量。

(1) 补液量:轻度脱水 $30\sim 50\text{ml/kg}$, 中度脱水 $50\sim 100\text{ml/kg}$, 重度脱水 $100\sim 120\text{ml/kg}$ 。

(2) 补液种类:、一般低渗性脱水补给 $2/3$ 张液体, 等渗性脱水补给 $1/2$ 张液体, 高渗性脱水补给 $1/3\sim 1/5$ 张液体。对于高渗性脱水, 纠正高钠血症须缓慢(每 24h 血钠下降小于 10mmol/L)。

(3) 补液速度:取决于脱水程度, 原则上应先快后慢。

第四节 小儿液体疗法

三、液体疗法

(二) 静脉补液:

2. 继续损失量 指补液开始后，因呕吐、腹泻、胃肠引流等继续损失的液体量。此部分应按实际损失量补充，即“丢多少、补多少”。
3. 生理需要量 指补充基础代谢所需的量，涉及热量、水和电解质，有不同的估计方法，如按体重估计的100/50/20法。这部分液体应尽量口服补充，口服有困难者，补给 $1/4 \sim 1/5$ 张液体，补液速度同继续损失量。

第四节 小儿液体疗法

三、液体疗法

(三) 补液护理

1. 补液前的准备阶段

2. 输液过程中注意事项

(1) 按医嘱要求全面安排24h的液体总量,并遵循“补液原则”分期分批输入。

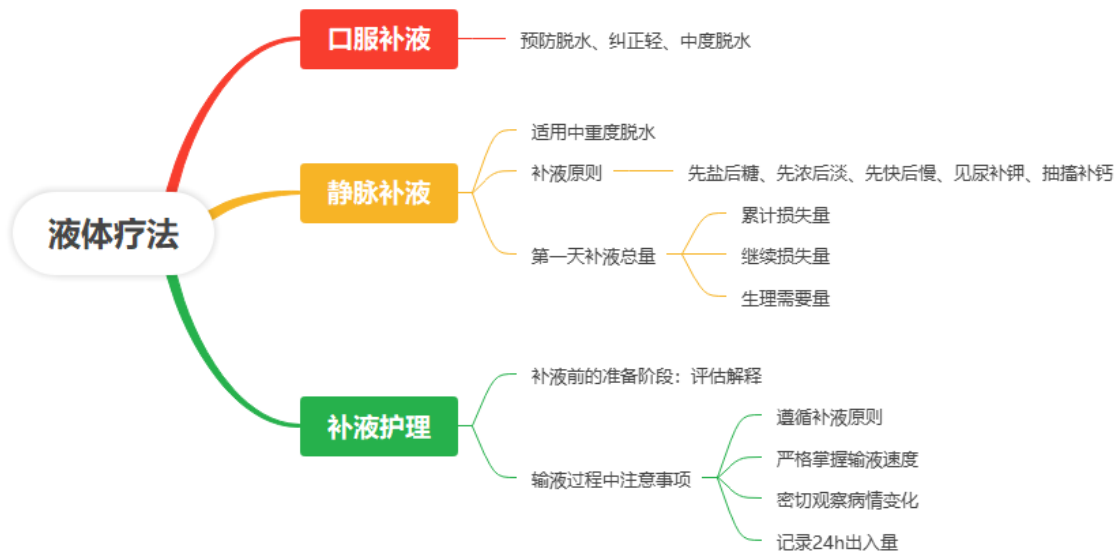
(2) 严格掌握输液速度,明确每小时输入量,计算出每分钟输液滴数,防止输液速度过快或过缓。有条件者最好使用输液泵,以便更精确地控制输液速度。

(3) 密切观察病情变化

(4) 记录24h出入量。

第四节 小儿液体疗法

液体疗法的思维导图



第四节 小儿液体疗法

三、液体疗法

(三) 补液护理

1. 补液前的准备阶段

2. 输液过程中注意事项

(1) 按医嘱要求全面安排24h的液体总量,并遵循“补液原则”分期分批输入。

(2) 严格掌握输液速度,明确每小时输入量,计算出每分钟输液滴数,防止输液速度过快或过缓。有条件者最好使用输液泵,以便更精确地控制输液速度。

(3) 密切观察病情变化

(4) 记录24h出入量。

第五节 儿童疼痛管理

一、儿童疼痛的评估

(-) 各年龄阶段患儿对疼痛的表达方式和行为反应

1. 新生儿和婴幼儿
2. 学龄前儿童
3. 学龄儿童
4. 青少年

(二) 疼痛患儿的病史采集

(三) 儿童疼痛评估工具

第五节 儿童疼痛管理

二、儿童疼痛的护理

(-) 药物性干预

1. 根据医嘱给止痛药

(1) 非阿片类药物包括对乙酰氨基酚和非甾体抗炎药物如布洛芬。

(2) 阿片类药物如吗啡、可待因。

(3) 儿童肝脏功能不成熟，易产生药物副作用，应注意药物的准确计算和配制，并注意观察药物的副反应。

2. 使用PCA镇痛

第五节 儿童疼痛管理

二、儿童疼痛的护理

(二) 非药物性干预

1. 分散注意力 主要有两种方式，即被动型和主动型。

(1) 主动型:需要患儿参与。

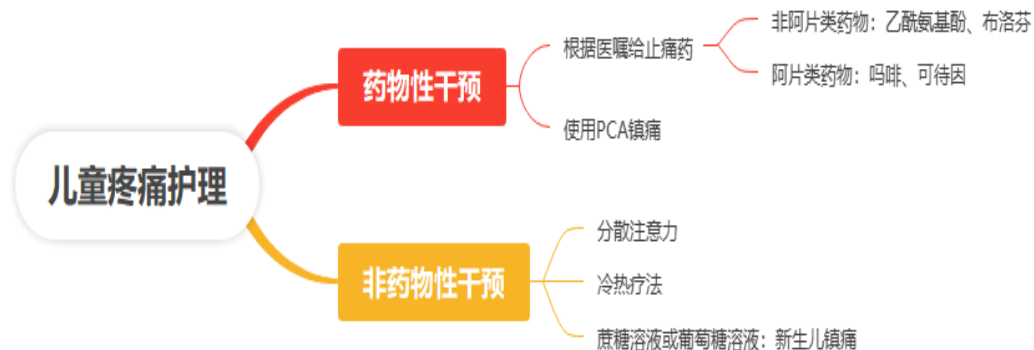
(2) 被动型:家长或医务人员采取帮助患儿分散注意力的行为。

2. 冷热疗法

3. 蔗糖溶液或葡萄糖溶液 常用于新生儿镇痛。

第五节 儿童疼痛管理

儿童疼痛护理思维导图





谢谢观看

