



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



第六章

儿科常用护理技术



目录



第一节 皮肤护理



第二节 喂养护理



第三节 临床常用的护理技术



第四节 穿刺技术



第五节 新生儿护理技术



学习目标

1. 知识目标：掌握儿科常用护理技术的操作目的；熟悉皮肤护理、喂养护理、穿刺技术、急救技术等操作步骤；了解儿科常用护理技术的操作注意事项。
2. 能力目标：能正确为儿童实施尿布更换、沐浴、全身抚触、管饲喂养、奶瓶喂养、头皮静脉输液、灌肠、应用温箱、光照疗法以及窒息复苏。
3. 素质目标：具备实施儿科常用护理技术所需的敏锐的观察能力、慎独精神及评判性思维能力。

第一节 皮肤护理

一、更换尿布法

(一) 目的

保持婴儿臀部皮肤清洁干燥，增加舒适，防止尿液、粪便等因素对皮肤长时间的刺激，预防尿布皮炎的发生或使原有的尿布皮炎逐步痊愈。



（二）评估和准备

1. 评估婴儿情况，观察臀部皮肤状况。

2. 准备

(1) 环境准备：关闭门窗，室温调至26~28℃。

(2) 物品准备：尿布、尿布桶、护臀霜或鞣酸软膏、小毛巾、温水或湿纸巾、盆、棉签、平整的操作台。

(3) 婴儿准备：进食前或空腹。

(4) 护士准备：修剪指甲、洗手。

（三）操作步骤

1. 携用物至床旁，核对婴儿信息，向家长解释更换尿布的目的。
2. 拉下一侧床挡，解开包被，拉高婴儿的上衣，避免被排泄物污湿。
3. 解开尿布，一手握住婴儿双脚轻轻提起，露出臀部，一手用尿布的前端较洁净处从前向后擦拭婴儿的会阴部和臀部，并将此部分遮盖尿布的污湿部分后垫于婴儿臀下。
4. 用湿纸巾或蘸温水的小毛巾从前向后擦净臀部皮肤，注意皮肤的皱褶部分并晾干。如果臀部皮肤发红，温水清洗后用小毛巾轻轻蘸干。

(三) 操作步骤

5. 臀部涂抹合适的护臀霜或治疗皮炎的药物软膏，注意涂抹易于接触排泄物或皮肤发红的部位。
6. 再次提起婴儿双脚，臀部略抬高，一手撤去脏尿布，弃于尿布桶内。
7. 将清洁的尿布一端垫于腰骶部，放下婴儿双脚，由两腿间拉出尿布另一端并覆盖于下腹部，系好尿布。新生儿脐带未脱落时，需将尿布前部的上端向下折，保持脐带残端处于暴露状态。
8. 整理衣服，包好包被，拉上床挡，再次核对婴儿信息。
9. 注意观察排泄物，或根据需要称量尿布。
10. 清理用物，洗手，记录观察内容。

（四）注意事项

1. 操作前，确保用物准备齐全，室温适宜。
2. 操作中，动作轻柔，注意保暖，减少暴露；注意宝宝安全，禁止独留婴儿在操作台上，防止婴儿翻滚坠落。
3. 尿布应具备易透气、强吸水、质地柔软的特点，且应勤更换；尿布包扎松紧合适，防止因过紧影响婴儿活动或过松造成排泄物外溢。
4. 避免尿液外漏，男婴要确保阴茎指向下方或再在尿布上端加垫一层，女婴可将尿布向后移或可在尿布下端加垫一层。
5. 应在哺乳前更换尿布，防止溢乳。

第一节 皮肤护理

二、婴儿沐浴法

(一) 目的

保持婴儿皮肤清洁、舒适，协助皮肤排泄和散热，观察全身情况。

（二）评估和准备

1. 评估婴儿身体情况和皮肤状况。

2. 准备

（1）环境准备：关闭门窗，室温调至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ 。

（2）物品准备：婴儿沐浴露、平整的操作台、大小浴巾、面巾、湿纸巾、婴儿尿布及衣服、包被、无菌棉签、棉球、75%酒精或络合碘、护臀用品（护臀霜或鞣酸软膏等）、磅秤、弯盘、水温计、浴盆（水至盆 $2/3$ 满或 $1/2$ 满）、温热水（ $37\sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、指甲刀。

（3）婴儿准备：餐后 $1\sim 2\text{h}$ 或餐前。

（4）护士准备：修剪指甲、洗手、取下胸牌、挂表。

（三）操作步骤

1. 携用物至房间，核对婴儿信息，向家长解释沐浴的目的。
2. 将盛有温热水的浴盆放在操作台上，并用水温计测试水温。
3. 将婴儿抱于操作台上，脱去衣服及尿布，可根据需要测体重，擦净臀部，用大浴巾包裹婴儿。
4. 左臂夹住婴儿臀部及下肢于腋下，左前臂托住婴儿背部，左手掌托住头颈部，拇指与中指分别将婴儿左右耳廓折向前堵住，防止水流进入造成内耳感染。
5. 用拧干的小面巾擦拭婴儿前额、双眼（方向由内眦向外眦）、鼻部、口唇四周、面颊及耳部（注意耳后皮肤皱褶处），然后湿润头发，右手取沐浴露轻柔清洗¹²婴儿头部，用清水洗净并擦干。

（三）操作步骤

6. 左手握住婴儿左肩及腋窝处，使婴儿头颈部枕于护士左前臂；右手握住婴儿左腿靠近腹股沟处，使其臀部位于护士手掌上，轻放婴儿于水中。（图6-2）
7. 保持左手的握持姿势，右手按颈下、胸、腹、腋下、上肢、手、会阴、下肢、脚的顺序涂抹婴儿沐浴露并用清水冲净。
8. 洗背部时，左右手交接，使婴儿头颈部俯于护士右前臂，左手按后颈、背部、臀部的顺序涂抹婴儿沐浴露并用清水冲净。
9. 按入水方式将婴儿从水中抱出，迅速用大毛巾包裹全身并将水分吸干放在操作台上。

（三）操作步骤

10. 脐带未脱落者，沐浴前可用脐带贴保护脐部，沐浴后用无菌棉签蘸取75%酒精或络合碘，按脐根部、脐窝、脐带残端、脐周的顺序消毒2遍。若脐部有渗血、渗液或脓性分泌物应及时通知医生并遵医嘱处理。
11. 擦干臀部，根据需求涂护臀用品，穿好尿裤。
12. 观察婴儿全身皮肤状态，按需修剪指/趾甲。
13. 更换干净衣物，核对婴儿信息后放回婴儿床。
14. 清理用物，洗手，记录观察内容。

（四）注意事项

1. 注意室温，注意保暖，注意水温，注意安全，防止受凉、烫伤、坠落伤等意外出现。
2. 注意观察婴儿面色、呼吸、肢体活动等，如有异常，停止操作，及时报告并遵医嘱处理。
3. 不可用力去除婴儿头部皮脂结痂时，可涂油剂浸润（液状石蜡、植物油等），待痂皮软化后再予清洗。
4. 沐浴过程中防止水或沐浴露泡沫进入耳、眼、口内。
5. 沐浴应在进食前半小时或进食后1小时进行。



图6-1 小婴儿洗头抱法



图6-2 小婴儿出/入水抱法

第一节 皮肤护理

三、婴儿抚触

(一) 目的

促进亲子间的情感交流，促进婴儿的生长发育，促进消化和吸收，提高免疫力，减少婴儿哭闹，改善睡眠。

(二) 评估和准备

1. 评估婴儿病情及精神状态，皮肤情况、吃奶时间、身体情况等。

2. 准备

(1) 环境准备：关闭门窗，室温调至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ ，播放柔和背景音乐，室内整洁、安全、光线适宜。

(2) 物品准备：婴儿尿布、衣服及包被、治疗盘、平整的操作台、温度计、润肤油、湿纸巾。

(3) 婴儿准备：沐浴后或餐后 $1\sim 2\text{h}$ 。

(4) 护士准备：修剪指甲、洗手。

（三）操作步骤

1. 携用物至床旁，核对婴儿信息，向家长解释抚触的目的。
2. 将婴儿平放仰卧于操作台上，解开包被和衣服，检查婴儿皮肤。
3. 将润肤油倒在手心，搓热双手后进行抚触。
4. 抚触顺序：头面部-胸部-腹部-上肢-下肢-背部-臀部，每个动作重复4~6次。

（1）头面部：注意避开囟门。

①两拇指指腹从前额中心处往外推压至太阳穴；

②两拇指指腹从下颌部中央向两侧向上滑动呈微笑状；

（三）操作步骤

③一手轻托婴儿头部，另一手指腹从婴儿一侧前额发际抚向枕后，中指停在耳后乳突部轻压一下；换手，同法抚触另一侧。或可两手同时从前额发际抚向枕后。

（2）胸部：注意避开乳头。

双手指腹分别从同侧的胸部的外下方(肋下缘)向对侧外上方滑行至肩部，双手交替进行。

（3）腹部：注意避开脐部和膀胱。

两手指腹顺时针方向交替从婴儿右下腹部抚触至左下腹部。

(三) 操作步骤

(4) 上肢

- ①双手交替握住婴儿的上臂，向手腕方向滑行并挤捏；
- ②双手同时挟住婴儿的上臂，向手腕方向轻轻搓滚；
- ③双拇指指腹从手掌心抚触到手指，用拇指、示指、中指轻轻提拉每个手指；同法抚触另一侧。

(5) 下肢

- ①双手交替握住婴儿的大腿根部，向脚踝方向滑行并挤捏；
- ②双手同时挟住婴儿的大腿根部，向脚踝方向轻轻搓滚；

（三）操作步骤

③双拇指指腹从脚掌心抚触到脚趾，用拇指、示指、中指轻轻提拉每个脚趾；同法抚触另一侧。

（6）背部：注意趴卧时，头偏向一侧。

婴儿取俯卧位，以脊柱为中线，两手掌由中央向两侧横向抚触，由上向下滑行纵向抚触，最后单手掌从枕部向下抚触至骶尾部。

（7）臀部：双手手掌心环形抚触。

4. 核对婴儿信息，包好尿布、穿衣。

5. 清理用物，洗手，记录。

(四) 注意事项

1. 注意观察婴儿的状态，以此决定抚触时间，不超过30分钟。
2. 注意观察婴儿的反应，若出现哭闹、肌张力提高、兴奋性增加、肤色改变、意识状态改变等，应暂停抚触并进行相应的处理。
3. 注意交流，可与婴儿进行语言和目光的互动。
4. 注意保暖，未抚触的身体部位可用小毛巾进行遮盖。
5. 注意室内照明，避免刺激光源；可播放柔和的轻音乐。

第二节 喂养护理

一、鼻饲喂养法

(一) 目的

满足不能经口进食的患儿的营养和治疗需求。

(二) 评估和准备

1. 评估患儿病情、意识状态、生命体征、腹部、口腔、鼻腔情况。

2. 准备

(1) 环境准备：室温调至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 物品准备：治疗盘、一次性药碗、纱布2块、石蜡油棉球数个、棉签、无菌手套、治疗巾、等渗氯化钠注射液250ml、20ml注射器、胶布、胃管、镊子、听诊器、压舌板、弯盘、别针、记号笔、手电筒、管道标示贴、水杯、水温计、管饲流质、手消毒液。

(3) 患儿准备：更换尿布或上厕所，取舒适体位。

(4) 护士准备：洗手、戴口罩。

（三）操作步骤

1. 携用物至床旁，核对医嘱与患儿信息，向家长解释操作目的。
2. 备胶布。患儿仰卧，在颌下铺治疗巾，下颌角处放弯盘，用湿棉签清洁患儿鼻腔或口腔。
3. 再次核对医嘱与患儿信息。
4. 戴无菌手套，选择合适的胃管，测量长度并做好标记。其中，经口插管长度为鼻尖-耳垂-剑突，经鼻插管长度为发际-鼻尖-剑突+1cm。
5. 检查胃管是否通畅，将生理盐水溶液倒于纱布上，润滑胃管前端。
6. 一手用纱布托住胃管，一手持镊子夹住胃管前端，沿患儿鼻腔或口腔²⁶轻轻插入至咽喉部，指导患儿深吸气并做吞咽动作，缓慢插入胃内。

（三）操作步骤

为昏迷患儿或小婴儿插胃管时，先使其头向后仰，当胃管插到咽喉部时，将患儿头部托起，使下颌靠近胸骨柄以增大咽喉部通道的弧度，便于胃管顺利通过会厌部。

7. 插至胃管标记处时，停止送管，检查口腔内有无胃管盘曲及胃管是否在胃内。证实胃管在胃内的方法有：①回抽胃液；②胃管一端放在水中，无气泡逸出；③用空针筒将少许空气打入胃管中，听诊有气过水声。

（三）操作步骤

8. 确定胃管在胃内后，夹紧胃管开口端（或将末端小帽塞紧管口），用胶布固定胃管于患儿鼻翼及颊部。在胃管末端贴上标示贴，其上应注明日期、时间、插管深度并签名。
9. 从胃管末端注入少量温开水。
10. 测试管饲流质温度，用注射器抽取管饲流质，并排尽空气，连接胃管接口，缓慢灌入。管饲速度及管饲量视管饲流质的浓度及患儿情况而定，新生儿及小婴儿管饲时，不宜推注，应撤去针栓，将管饲流质注入空针筒以自然引力灌入胃内。



（三）操作步骤

11. 管饲完成后，再次注入少量温开水，胃管末端反折并包上消毒纱布，且需适当固定。
12. 核对医嘱与患儿信息。
13. 清理用物，洗手，记录管饲物的名称、量、时间及患儿反应。

(四) 注意事项

1. 胃管型号根据患儿体重选择。一般体重为2kg者，选6F型号；3~9kg者，选8F型号；10~20kg者，选10F型号；21~30kg者，选12F型号；31~50kg者，选14F型号；>50kg者，选16F型号。
2. 用生理盐水而不是液状石蜡油润管，以免误入气管造成坠入性肺炎。
3. 留置胃管方式的选择上尽量选经口留置。经鼻留置胃管会不同程度地影响呼吸功能，且对鼻腔黏膜的损伤较大。

(四) 注意事项

4. 管饲前均应回抽，确定胃管是否在胃内，且胃内是否有潴留。
5. 管饲物温度 $38\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，管饲食物与药物必须分开注入。
6. 长期管饲者，应加强口腔卫生，每日护理口腔2-3次。
7. 对于有胃潴留的患儿，应向医生报告胃潴留的情况，根据潴留情况决定管饲量。
8. 每周更换胃管。

第二节 喂养护理

二、奶瓶喂养

(一) 目的

满足婴儿营养和水分需求。



（二）评估和准备

1. 评估患儿日龄、病情、口腔黏膜完整性、腹部的症状和体征，确认上次喂养时间。

2. 准备

(1) 环境准备：室温调至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 物品准备：牛奶、奶瓶、清洁的奶嘴、小毛巾。

(3) 患儿准备：更换尿布。

(4) 护士准备：洗手、戴口罩。

（三）操作步骤

1. 携用物至床旁，核对医嘱与患儿信息，向家长解释奶瓶喂养的目的。
2. 测试奶速、奶温。
3. 协助婴儿取右侧卧位，抬高床头 30° ；或者操作者斜抱患儿，使其头部枕于操作者肘窝处，呈头高足低位。
4. 再次核对医嘱与患儿信息，并给婴儿围上小毛巾或口水巾。
5. 选择大小合适的奶嘴和奶瓶，检查奶嘴孔的大小。

（三）操作步骤

6. 将已配置好的温热乳液滴在哺喂者的前臂内侧，测试温度。
7. 婴儿半卧位抱在膝上，右手将奶瓶倾斜，奶嘴内充满乳液。
8. 用奶嘴轻触患儿上唇（诱发觅食反射），待其张嘴时，顺势将奶嘴放入患儿口中，让其充分吸吮。喂奶，完毕后擦拭口周。
9. 竖抱婴儿，轻拍背部，排出空气。
10. 协助婴儿取右侧卧位，并抬高床头 30° 。
11. 核对医嘱与患儿信息，清理用物，洗手，记录奶瓶喂养的量与时间，观察患儿有无呕吐。

（四）注意事项

1. 婴儿食量有差异性，应注意观察，随时调整。
2. 检查奶嘴孔的大小是否合适，避免过大引起呛咳或过小吸吮费力。
3. 喂奶时及喂奶后都应注意观察婴儿的状态。若有面色改变、呛咳、呕吐等，均应暂停哺喂，及时处理。
4. 加强奶具卫生。

第三节 儿科常用的护理技术

约束保护法

（一）目的

1. 限制患儿活动，确保诊疗工作、护理操作的有效进行。
2. 保护躁动不安的患儿，防止发生碰伤、抓伤和坠床等意外。



二、评估和准备

1. 评估患儿病情，向家长解释约束保护的目的。

2. 准备

(1) 环境准备：室内温度调至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 物品准备：毯子、大毛巾、包被、绷带、棉垫、绷带或手足约束带。

(3) 患儿准备：做好解释，取得合作。

(4) 护士准备：洗手。

三、操作步骤

(一) 全身约束法

1. 携用物至床旁，折叠毯子，宽度需盖住患儿肩至踝，长度需能包裹患儿两圈半左右。
2. 将患儿平躺在毯子上，操作者站在患儿右侧，用一侧的大毛巾从肩部绕过前胸紧紧包裹患儿身体，至对侧腋窝处掖于身下；再用另一侧毯子绕过前胸包裹身体，将毯子剩余部分整齐地塞于身下。（图6-3）

三、操作步骤

(二) 手足约束法

1. 手足约束带法：将手或足置于约束带甲端中间，将乙丙两端绕手腕或踝部对折后系好，注意松紧度，使肢体不能脱出，但不影响血液循环，将丁端系于床缘。（图6-4）

2. 绷带及棉垫法：先用棉垫包裹手足，将绷带打成双套结，然后套在棉垫外稍拉紧，使肢体既不脱出又不影响血液循环，最后将绷带系于床缘。

（图6-5）



四、注意事项

1. 松紧应适宜，一般以能伸入1~2指为宜，过松容易脱落，过紧损伤皮肤。
2. 每2h解开约束带放松1次，观察患儿约束部位的肢端循环和局部皮肤、颜色状况。并协助翻身，必要时进行局部按摩，并做好记录。

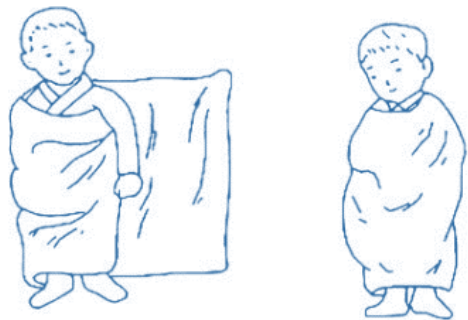


图6-3 全身约束法

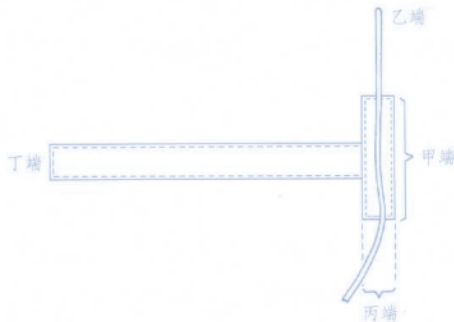


图6-4 手足约束带

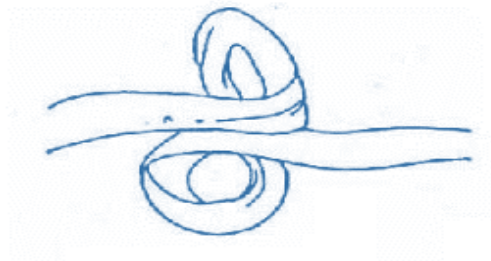


图6-5 双套结

灌肠法

(一) 目的

1. 减轻腹胀；清洁肠道；降低体温；方便给药。



二、评估和准备

1. 评估患儿身体，了解腹胀和排泄情况。

2. 准备

(1) 环境准备：调节温度至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ ，保持安静，宽敞明亮。

(2) 物品准备：治疗盘、灌肠筒、玻璃接头、肛管、血管钳、橡胶单、垫巾、弯盘、卫生纸、手套、润滑剂、量杯、水温计、输液架、便盆、灌肠液(溶液温度 $39\sim 41^{\circ}$)、尿布。

(3) 患儿准备：排便。

(4) 护士准备：操作前洗手、戴口罩。

三、操作步骤

1. 携用物至床旁，核对患儿信息和医嘱信息，解释灌肠的目的取得家长和患儿的配合，关闭门窗，拉上床帘，保护患儿隐私。
2. 协助患儿取左侧卧位，双腿屈膝，脱裤至膝下，臀部移至床沿，臀下垫橡胶单与垫巾，臀旁放弯盘，适当遮盖患儿保暖。保留灌肠时抬高臀部10cm。
3. 输液架上挂灌肠筒，液面距肛门40~60cm(小量不保留灌肠不超过30cm)。
4. 再次核对患儿信息和医嘱，戴手套，连接肛管并润滑前端，排尽空气，⁴⁵用止血钳夹紧。



三、操作步骤

5. 将肛管缓缓插入肛门，不保留灌肠时， <1 岁者插入2.5cm，1~4岁者插入5cm，4~10岁者插入7.5cm， ≥ 11 岁者插入10cm。保留灌肠时，插入10~15cm。
6. 松开止血钳，使液体缓慢流入，注意观察患儿状态和灌肠液下降速度。
7. 灌肠完毕，夹紧肛管，用卫生纸包裹后轻轻拔出，放入弯盘内。如果患儿不能配合，可用手夹紧患儿两侧臀部并适当抬高。
8. 清理用物，洗手，记录。



四、注意事项

1. 动作轻柔，注意患儿状态，如有阻力，可调整肛管方向，若有不适，立即停止操作。
2. 需使用等渗液灌肠，灌肠液量遵医嘱而定，一般<6个月者约为50ml/次，6个月~1岁者约为100ml/次，1~2岁者约为200ml/次，2~3岁者约为300ml/次。
3. 保持出入量平衡或出量大于注入量。
4. 一般不保留灌肠保留5~10min后再排便，保留灌肠时尽量保留药液1h以上。
5. 选择合适的灌肠管进行插管。

雾化吸入术

（一）目的

1. 治疗呼吸道感染，消除炎症和水肿。
2. 解痉。
3. 稀释痰液，帮助祛痰。



二、评估与准备

1. 评估：患儿的身体状态、痰液黏稠情况。

2. 准备

(1) 环境准备：室温适宜，保持安静，宽敞明亮。

(2) 物品准备：雾化吸入器、氧气吸入装置1套（不用湿化瓶）、药液、注射器等。

(3) 患儿准备：排便。

(4) 护士准备：操作前洗手、戴口罩。



三、操作步骤

1. 洗手，戴口罩。用5ml注射器抽吸稀释或溶解的药物，将其注入雾化器。
2. 携用物至床边，核对医嘱，解释雾化吸入的目的取得患儿及家长的配合。
3. 协助患儿取舒适体位，连接供氧装置和雾化装置，调节氧流量。
4. 患儿或家长垂直手持雾化器，把雾化器面罩罩住患者口鼻，同时深吸气，有利于药液充分达至支气管和肺内。如病人感到疲劳、剧烈咳嗽、患儿剧烈哭闹无法安慰时，关闭氧气，休息片刻再进行，直到药液喷完为止。



三、操作步骤

5. 雾化结束，取下雾化器，关闭氧气，清理用物，消毒雾化器，待干备用。
6. 指导使用温开水漱口，清洁面部。指导家属正确拍背排痰的方法。
7. 清理用物，洗手，记录。

四、注意事项

1. 雾化吸入装置应专人专用。
2. 雾化吸入治疗前1小时不应进食，清洁口腔分泌物和食物残渣，以防雾化过程中气流刺激引起呕吐。
3. 雾化吸入过程中，密切观察病情，患儿若有不适，应及时查看，暂停操作。
4. 雾化吸入治疗后及时漱口、洗脸，避免药物残留的刺激。
5. 氧气雾化的过程中，严禁接触烟火和易燃品。

第四节 穿刺技术

一、头皮静脉输液法

(一) 目的

1. 满足药物治疗的需求。
2. 补充液体、营养等。

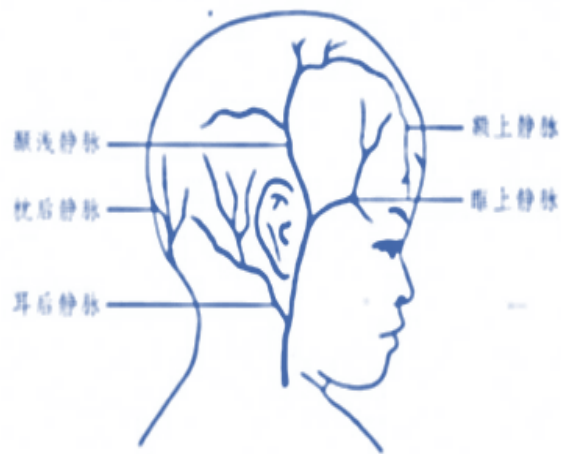


图6-6 头皮静脉示意图

(二) 评估和准备

1. 评估患儿身体状态和头皮静脉情况。

2. 准备

(1) 环境准备：室温调至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ ，宽敞明亮。

(2) 物品准备：治疗盘、输液器、液体及药物、5ml注射器、生理盐水、头皮针、络合碘或消毒液、无菌棉签、弯盘、胶布、治疗巾、快速手消，根据需要备剃刀、固定物。

(3) 患儿准备：排空大小便或更换尿布。

(4) 护士准备：洗手、戴口罩。



（三）操作步骤

1. 洗手，戴口罩，检查药液、输液器等操作用物，遵医嘱配置好溶液，请第二人核对后插好输液器。
2. 携用物至床旁，核对患儿信息与医嘱单，评估患儿情况，做好解释工作并取得家长及患儿的配合。
3. 查对无误后将输液瓶挂于输液架上，打开调节器，排尽空气，关闭调节器，备好胶布。

（三）操作步骤

4. 协助患儿取合适的体位，横卧于床中央，头枕于枕上，落空感或见回血再沿静脉平行进针少许后，枕上铺治疗巾，令一人站在患儿足端，双上肢夹住患儿身体两侧，双手紧紧固定头部，必要时行全身约束法。
5. 操作者站在患儿头端，选择穿刺静脉，常选用额上静脉、额浅静脉及耳后静脉等；根据需要剃发。（图6-6）
6. 常规消毒皮肤，再次核对医嘱。操作者左手拇、示指固定血管两端的皮肤，右手持针柄，针头在距静脉最清晰点后0.3cm处与皮肤成

（三）操作步骤

15° ~30° 刺入，有落空感或见回血再沿静脉平行进针少许，打开调节器，若输液顺畅，穿刺部位无肿胀，妥善固定。

7. 根据患儿的年龄、病情和药物性质或遵医嘱调节滴速，协助患儿取舒适体位。次核对医嘱，记录并签字，同时向患儿家长交代注意事项。

8. 清理用物，洗手。



（四）注意事项

1. 严格执行无菌操作技术和遵守查对制度。
2. 穿刺后查看回血颜色，若颜色鲜红，可能误入动脉，应做好压迫止血并重新选择静脉穿刺。
3. 密切观察患儿的状态，查看面色、呼吸、心率等。
4. 密切观察输液的状况，局部是否肿胀，针头有无移动和脱出，特别是输注刺激性较强的药物时，应注意观察。

第四节 穿刺技术

二、静脉留置术

(一) 目的

1. 减轻长期输液患儿的痛苦。
2. 建立静脉通路，满足输液的需要。



(二) 评估和准备

1. 评估患儿身体状态和静脉情况。

2. 准备

(1) 环境准备：室温适宜，宽敞明亮。

(2) 物品准备：治疗盘、输液器、液体及药物、封管液、静脉留置针、无菌敷贴、棉签、消毒液、治疗巾、弯盘、胶布、快速手消毒剂。

(3) 患儿准备：排空大小便或更换尿布。

(4) 护士准备：洗手、戴口罩、备表。



（三）操作步骤

1. 洗手，戴口罩，检查药液、输液器等操作用物，遵医嘱配置好溶液，请第二人核对后插好输液器。
2. 携用物至床旁，核对患儿信息与医嘱单，评估患儿情况，做好解释工作并取得家长及患儿的配合。
3. 查对无误后将输液瓶挂于输液架上，打开调节器，排尽空气，连接静脉留置针，关闭调节器，备好敷贴和胶布。
4. 选择合适的穿刺部位，若是在肢体，应扎上止血带，常规消毒皮肤。

5. 选择合适的留置针，一手绷紧皮肤，一手持针，使针头在血管上端成 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 刺入，见回血后降低角度再进针少许，最后缓慢地边送外套管边退出针芯，拔除针芯，放入锐器盒。
6. 松开止血带，打开调节器，输液通畅后，用无菌敷贴做封闭式无张力固定，并在敷贴上标注操作日期、时间。
7. 根据患儿的年龄、病情和药物性质或遵医嘱调节滴速，协助患儿取舒适体位。再次核对医嘱，记录并签字，同时向患儿家长交代注意事项。
8. 清理用物，洗手。



（四）注意事项

1. 严格遵守查对制度和无菌技术操作。
2. 注意选择的静脉应该粗直、弹性好，避开静脉瓣。
3. 送针时，如遇阻力，不可强行推进，否则导管会折叠，影响输液。
4. 密切观察患儿的状态，查看面色、呼吸、心率等。
5. 密切观察输液的状况，局部是否肿胀，针头有无移动和脱出，特别是输注刺激性较强的药物时，应注意观察。
6. 不在输液侧测量血压、测血糖、抽血等。

第四节 穿刺技术

三、股静脉穿刺术

(一) 目的

1. 采集血标本

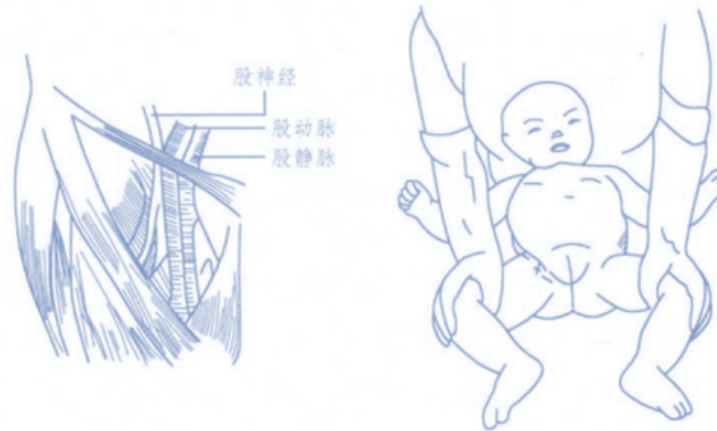


图6-7 股静脉示意图

(二) 评估和准备

1. 评估患儿身体和穿刺部位皮肤情况。

2. 准备

(1) 环境准备：调节温度至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ ，保持安静，宽敞明亮。

(2) 物品准备：治疗盘、注射器、络合碘或消毒液、无菌棉签、真空采血管、弯盘、棉球，根据需要备用手套。

(3) 患儿准备：排空大小便或更换尿布。

(4) 护士准备：洗手、戴口罩。



（三）操作步骤

1. 携用物至床旁，核对患儿信息和医嘱单，解释股静脉穿刺的目的并取得家长和患儿的配合。
2. 协助患儿取仰卧位，令一人固定患儿，使其大腿外展、膝关节屈曲呈“蛙形”，暴露腹股沟，用脱下的一侧裤腿或尿布遮盖会阴部。
3. 操作者消毒患儿腹股沟穿刺部位及其左手示指，再次核对医嘱。

(三) 操作步骤

4. 在患儿腹股沟中、内1/3交界处，以左手示指触及股动脉搏动处，右手持注射器于股动脉搏动点内侧0.3~0.5cm处垂直穿刺(或在腹股沟中、内1/3交界处的下方0.5~1cm处以30°~45°向搏动点内侧穿刺)，进针深度依据患儿腹股沟皮下脂肪厚度而定。然后边缓慢向上提针边抽回血。
5. 见回血后固定针头，抽取所需血量。
6. 拔针，干棉球压迫穿刺点5min以上止血。
7. 将血液缓慢注入采血管。
8. 再次核对医嘱，清理用物，洗手，记录。



（四）注意事项

1. 穿刺部位应精准，不应反复穿刺，若误入动脉，应及时退出并延长压迫时间，防止血肿。
2. 有出血倾向及血液病患者，严禁股静脉穿刺。
3. 穿刺过程中注意观察患儿反应。
4. 严格无菌操作，认真查对。
5. 摆体位和按压时，不能用力过猛以免造成小儿关节脱位。

第四节 穿刺技术

四、外周静脉导入中心静脉置管法

(一) 目的

1. 为长期输液尤其是输注刺激性或化疗性药物的患儿提供输液通道。
2. 保护外周静脉，减少重复穿刺，减轻患儿痛苦。

(二) 评估和准备

1. 评估

- (1) 根据医嘱进行穿刺前教育，征得患儿家长同意并签字；
- (2) 评估患儿身体和静脉情况。

2. 准备

- (1) 环境准备：调节温度至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ ，保持安静，宽敞明亮。
- (2) 物品准备：PICC置管包、静脉注射盘、无菌隔离衣、无菌手套、20ml注射器、无菌治疗巾、无菌洞巾、生理盐水、肝素、安尔碘、酒精棉球、₇₀长棉签若干。



(二) 评估和准备

(3) 患儿准备：排空大小便或更换尿布。

(4) 护士准备：操作前洗手、戴口罩、戴圆帽。

（三）操作步骤

1. 携用物至床旁，双人核对医嘱及知情同意书，解释目的，取得家长及患儿的配合。
2. 协助患儿取仰卧位，选择穿刺部位，首选贵要静脉，其他包括肘正中静脉、头静脉，以及大隐静脉。
3. 洗手，戴口罩，将患儿手臂外展 90° ，测量置管的长度、臂围。
4. 打开PICC导管包，在患儿手臂下铺治疗巾，戴无菌手套。
5. 按规定消毒，范围在穿刺部位上、下各10cm，两侧到臂缘。

（三）操作步骤

6. 更换无菌手套，铺孔巾，生理盐水冲洗管道，检查导管的完整性。
7. 扎止血带，穿刺，见回血后再进少许，固定导引套管，松开止血带，示指固定导引套管，中指压在套管尖端皮肤处，减少出血，退出穿刺针，导管鞘下垫纱布。
8. 用镊子或手从导引套管缓慢送入PICC导管，当导管进入肩部时，让患儿头转向穿刺侧，下颌贴向肩部，防止导管误入颈内静脉。将导管置入到上腔静脉后，退出导引套管，同时注意固定导管。

（三）操作步骤

9. 抽回血确认导管在血管内，注入生理盐水，连接输液接头，肝素正压封管。
10. 消毒穿刺点，置纱布加压固定导管，贴透明敷贴，并在敷贴上注明穿刺日期、时间、长度等信息。
11. 床旁X线确认导管尖端位置。
12. 患儿取舒适体位，清理用物，洗手，记录置管过程。

(四) 注意事项

1. 严格遵守无菌原则，做好维护，保持导管通畅。
2. 置管时，要注意患儿的生命体征、反应情况等。
3. 每次静脉输液结束后应及时冲管，减少药物沉淀，防止堵管。
4. 封管时采用脉冲方式，禁用小于10ml的注射器，以防压力过大导管断裂。
5. 指导患儿和家长保护导管，勿进行剧烈活动，穿脱衣物时防止脱管。
6. 每天测量臂围，注意观察导管置入部位有无液体外渗、炎症等现象。
7. 拔导管的动作应轻柔平缓，拔除后，立即压迫止血，测量导管的长度，⁷⁵观察有无损伤或断裂。

第五节 新生儿护理技术

一、温箱使用法

(一) 目的

为新生儿创造一个温度和湿度均相适宜的环境，以保持患儿体温的恒定。



(二) 评估和准备

1. 评估患儿的体重、胎龄、日龄、全身皮肤、体温等情况。

2. 准备

(1) 环境准备：室内温度调至 $26\sim 28^{\circ}\text{C}$ ，保持安静，无阳光直射及对流风。

(2) 物品准备：清洁消毒的温箱，置于合适位置。

(3) 患儿准备：穿单衣，裹尿布。

(4) 护士准备：操作前洗手、戴口罩。

（三）操作步骤

1. 携用物至床旁，核对患儿信息，向家长解释使用温箱的目的。
 2. 检查温箱，温箱水槽内加入蒸馏水至水位指示线，铺好床单。
 3. 接通电源，打开电源开关、温箱开关，预热温箱，达到所需的温湿度。
- 一般温箱的温度应根据患儿出生体重及日龄而定，维持在适中温度，暖箱的湿度一般为60%~80%。如果患儿体温不升，温箱设置的温度应比患儿体温高1~2℃。预热时间需30~60min。

（三）操作步骤

4. 温箱达到预定温度，核对患儿后，患儿入箱，脱光衣物，系好尿布。如果使用温箱的肤控模式调节箱温时，应将温度探头置患儿腹部较平坦处，通常用胶布固定探头于上腹部，一般设置控制探头肤温在 $36\sim 36.5^{\circ}\text{C}$ 。
5. 入箱最初2h，应30～60min测量体温1次，体温稳定后，1～4h测体温1次，记录箱温和患儿体温。
6. 患儿达到出箱条件时，再次核对患儿，予患儿穿好衣物、系好尿布后出温箱。



(三) 操作步骤

7. 关闭温箱开关、电源开关，切断电源，清理用物，对温箱进行终末清洁消毒处理，使温箱处于备用状态。
8. 洗手，记录出温箱时间。

（四）注意事项

1. 入温箱条件：体重 $<2000\text{g}$ 者，体温偏低或不升者，比如硬肿症患者，需要保护性隔离者，比如剥脱性皮炎患儿等。
2. 出温箱条件：体重增加到 2000g 以上，室温 $22\sim 24^{\circ}\text{C}$ 时能维持正常体温，一般情况良好，吸吮力良好者，可出温箱；在温箱中生活1个月以上，体重虽然达不到 2000g ，但一般情况良好者，遵医嘱灵活掌握。
3. 使用肤控模式时应注意探头是否脱落，造成患儿体温不升的假象，导致箱温调节失控。

(四) 注意事项

4. 温箱所在房间室温应维持在 $24\sim 26^{\circ}\text{C}$ ，以减少辐射散热，避免放置在阳光直射、有对流风或取暖设备附近，以免影响箱内温度。

5. 操作应尽量在箱内集中进行，如喂奶、更换尿布及检查等，并尽量减少开门次数和时间，以免箱内温度波动。

6. 注意观察患儿情况和温箱状态，如温箱报警，应及时查找原因，妥善处理，严禁骤然提高或降低温箱温度，以免突然变化造成不良后果。

7. 严格执行消毒隔离制度，每天清洁温箱，并更换蒸馏水，每周更换温箱1次，彻底清洁、消毒，定期进行细菌监测。

第五节 新生儿护理技术

二、光照疗法

(一) 目的

治疗新生儿高胆红素血症，降低血清胆红素浓度。

（二）评估和准备

1. 评估患儿，了解孕周、体重、日龄、疾病诊断、胆红素检查结果，观察患儿皮肤黄染程度、反应，测量生命体征。

2. 准备

(1) 环境准备：保持适宜的环境温度，保持安静。

(2) 物品准备：遮光眼罩、尿布，袜子，手套，护目眼镜，光疗箱、光疗灯或光疗毯，光疗灯管和反射板应清洁无灰尘，光疗箱需预热至 30°C 。

(3) 患儿准备：清洁皮肤，剪短指甲。

(4) 护士准备：洗手、戴口罩、戴墨镜。

（三）操作步骤

1. 携用物至床旁，核对患儿信息与医嘱，向家长解释光照疗法的目的，设置光疗箱温度，预热。
2. 将患儿全身裸露，以增加照射皮肤面积。用光疗专用尿布遮盖会阴部，尿布应尽量缩小面积，男婴注意保护阴囊；给患儿四肢骨隆突处用透明薄膜保护性粘贴，防止患儿烦躁引起皮肤抓伤；穿上袜子，戴手套；佩戴遮光眼罩，避免光线损伤患儿的视网膜。（图6-8）

（三）操作步骤

3. 核对患儿信息与医嘱，将患儿置于光疗箱中央，关上光疗箱箱门，连接心电监护仪，持续进行监护，开启光疗灯，将患儿小床上的床头卡等移至光疗箱上，记录光疗开始时间。
4. 每2~4h测体温一次，每3h喂乳一次，根据患儿体温调节箱温，维持患儿体温稳定。
5. 每2h更换体位一次，仰卧、俯卧交替。
6. 密切观察病情变化，观察患儿生命体征、精神反应、哭声、吸吮力、大小便，四肢肌张力有无变化及黄疸进展程度并记录。

（三）操作步骤

7. 保持光疗箱的清洁，以免影响患儿的舒适度和光疗效果。
8. 光疗结束后，关闭光疗灯，切断电源。取下眼罩、手套及袜子，清洁全身皮肤，并检查皮肤黄染消退的情况。给患儿穿好衣服，解下光疗箱上的床头卡。核对床头卡后放回病床。抱患儿至床单位，安置患儿。记录光疗后皮肤黄染消退情况，将监护仪移至床旁，继续监护。
9. 记录出光疗箱时间及灯管使用时间及累计时间。清洁消毒光疗设备，标记清洁消毒时间与日期。罩好防尘罩备用。

（四）注意事项

1. 患儿入箱前须进行皮肤清洁，禁忌在皮肤上涂粉剂和油类。
2. 患儿光疗时随时观察患儿眼罩、尿布有无脱落，注意皮肤有无破损。
3. 患儿光疗时较烦躁容易移动体位，因此，在光疗过程中，注意观察患儿在光疗箱中的位置，及时纠正不良体位。
4. 患儿光疗时，体温维持在 $36.5\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，如体温高 37.8°C 或者低于 35°C ，应暂时停止光疗。
5. 光疗过程中患儿出现烦躁、嗜睡、高热、皮疹、青铜症、呕吐、拒奶、
腹泻及脱水等症状时，及时与医生联系，妥善处理。

6. 光疗超过24h会造成体内核黄素缺乏，一般光疗同时或光疗后应补充核黄素，以防止继发的红细胞谷胱甘肽还原酶活性降低导致的溶血。
7. 保持灯管及反射板的清洁，每日擦拭，防止灰尘影响光照强度。灯管使用超过1000小时，必须更换灯管。
8. 灯管与患儿的距离需遵照设备说明调节，使用时间达到设备规定时限也必须更换。

9. 光疗箱或光疗灯附近如有其他患儿，也应遮挡设备，避免对其他患儿造成影响。
10. 若使用单面光疗箱，应每2小时更换体位一次，仰卧俯卧交替，俯卧时头偏向一侧，密切观察，以免口鼻受压影响呼吸。



第五节 新生儿护理技术

新生儿窒息复苏法

（一）目的

恢复患儿的自主呼吸、心率等。

二、评估和准备

1. 评估：羊水、患儿胎龄、肌张力、哭声或呼吸等。

2. 准备

(1) 环境准备：室温调至 $24\sim 26^{\circ}\text{C}$ 、关闭门窗。

(2) 物品准备：预热辐射台、肩垫、温度传感器、帽子、塑料袋或保鲜膜、吸引球、吸痰管、负压吸引器、胎粪吸引管、听诊器、给氧装置、正压通气复苏装置、复苏球囊、面罩、氧气管、注射器、胃管、脉搏氧饱和度仪、空-氧混合器、气管插管用物、肾上腺素、生理盐水、注射器、脐静脉穿刺包、三通、计时器、手套、快速手消毒液、垃圾桶、锐器盒。



二、评估和准备

(3) 患儿准备：新生儿出生，快速评估。

(4) 护士准备：洗手、戴口罩、戴手套。



三、操作步骤

1. 快速评估四项指标：（1）足月吗？（2）羊水清吗？（3）肌张力好吗？（4）哭声或呼吸好吗？如4项均为“是”，应快速彻底擦干，与母亲皮肤接触，进行常规护理。如4项中有1项为“否”，则进入复苏流程，开始初步复苏。
2. 初步复苏：保暖、使患儿处于鼻吸气位、用吸引球或吸痰管清理气道（先口后鼻）。快速擦干患儿全身，用手轻拍或手指弹新生儿足底或摩擦背部2次以诱发自主呼吸。评估患儿呼吸和心率，复苏无效，继续急救。



三、操作步骤

3. 患儿仍无自主呼吸、心率 <100 次/min，立即行正压通气。30s有效正压通气后评估新生儿心率。若未达到有效通气，需行矫正通气。若再无效，行气管插管或使用喉罩气道。

4. 有效正压通气30s后，心率 <60 次/min。在正压通气的同时，开始胸外按压。

三、操作步骤

①方法：采用拇指法，操作者双手拇指端按压胸骨，根据新生儿体型不同，双拇指重叠或并列，双手环抱胸廓支撑背部。

②部位及深度：按压部位为胸骨下1/3（两乳头连线中点下方），避开剑突。按压深度为胸廓前后径的1/3。按压和放松的比例为按压时间稍短于放松时间，放松时拇指不应离开胸壁。

③注意：胸外按压务必与正压通气以3：1比例进行，即每2秒有3次胸外按压和1次正压通气，达到每分钟约120个动作。

三、操作步骤

5. 胸外按压及正压通气60s后评估心率。心率 ≥ 60 次/min，停止胸外按压，以40~60次/min的频率继续正压通气。心率 < 60 次/min，检查正压通气和胸外按压操作是否正确，以及是否给予了100%氧。如通气和按压操作皆正确，做紧急脐静脉置管，给予肾上腺素。为便于脐静脉置管操作，胸外按压者移位至新生儿头侧继续胸外按压。

6. 遵医嘱予以使用肾上腺素、扩容剂等。

三、操作步骤

7. 评估心率、血氧饱和度，心率 >60 次/min，停止胸外按压，继续正压通气30秒后评估。

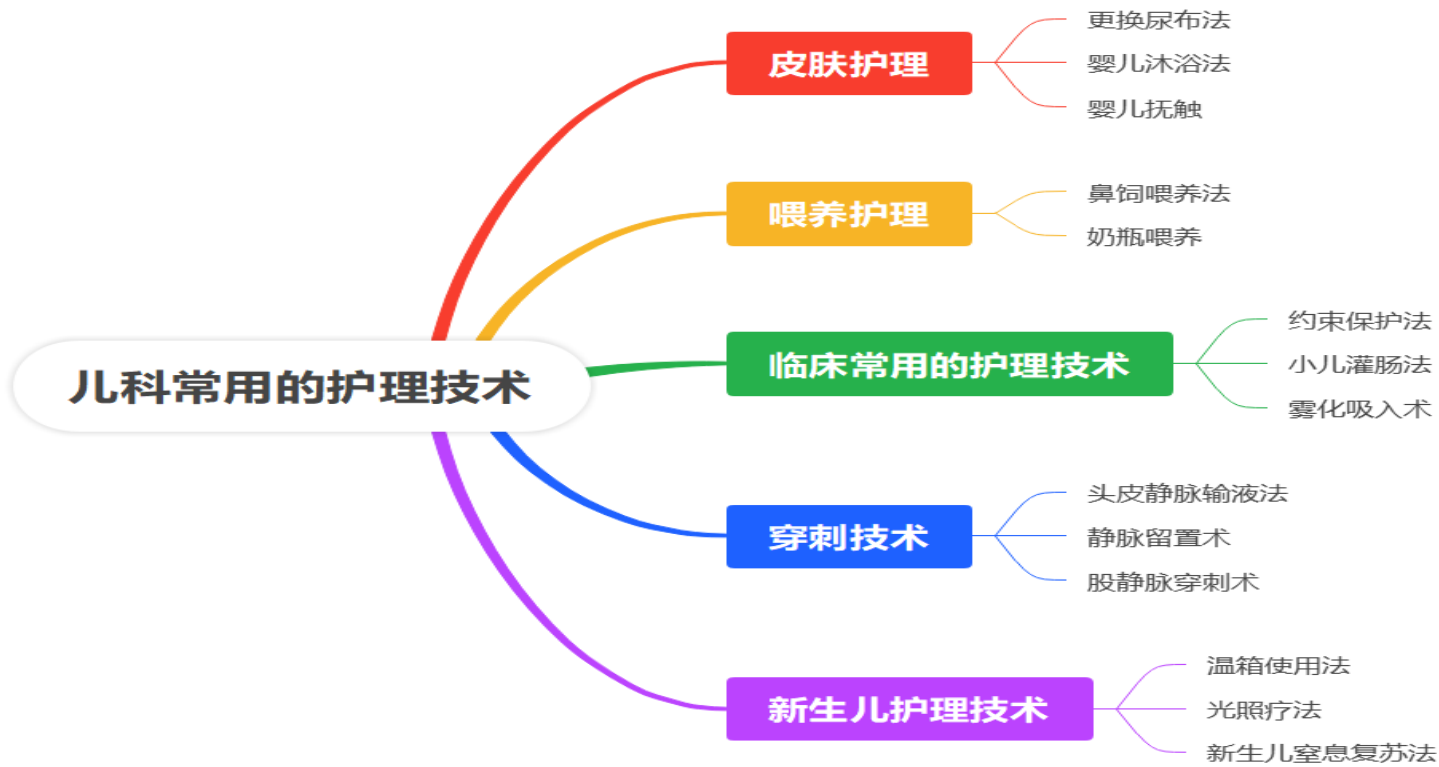
8. 评估呼吸、心率、血氧饱和度，心率 >100 次/min，有自主呼吸，血氧饱和度85%，拔除气管导管，停止正压通气。

7. 复苏后监测：严密心电监护，注意保暖，监测体温、血糖等。

8. 整理用物、洗手、记录。

四、注意事项

1. 新生儿复苏的基本程序：“评估-决策-措施”的程序在整个复苏过程中不断重复。
2. 注意患儿家属的交流和沟通，耐心细致地解答病情，帮助家长树立信心。
3. 保温：可将患儿置于远红外保暖床上，病情稳定后置暖箱中保暖，调整室温。





谢谢观看

