

儿科护理常规
目录

一 儿科疾病护理常规

- 一般护理常规（修订）
- 早产儿护理常规（修订）
- 新生儿窒息护理常规（修订）
- 新生儿呼吸窘迫综合症护理常规（修订）
- 新生儿缺血缺氧性脑病护理常规（修订）
- 新生儿颅内出血护理常规（修订）
- 新生儿黄疸护理常规（修订）
- 新生儿败血症护理常规（修订）
- 新生儿肺炎护理常规（修订）
- 新生儿寒冷损伤综合症护理常规（新修订）
- 新生儿坏死性小肠结肠炎护理常规（新修订）
- 胎粪吸入综合症护理常规（修订）
- 新生儿先天性心脏病护理常规（修订）

二 儿科常见症状护理常规

- 发热护理常规（修订）
- 水肿护理常规（修订）
- 腹胀护理常规（修订）
- 呕吐护理常规（修订）
- 抽搐护理常规（修订）

三 儿科专科技术护理常规

- 给氧护理常规（修订）
- 气管插管内吸痰护理常规（新制订）
- 使用无创呼吸机护理常规（新制订）
- 使用呼吸机护理常规（新制订）
- 气管内给药护理常规（新制订）
- 眼部护理常规（修订）
- 脐部护理常规（修订）
- 臀部护理常规（修订）
- 沐浴护理常规（修订）
- 奶瓶喂养护理常规（修订）
- 非营养性吸吮护理常规（新制订）
- 经胃管饲喂养护理常规（修订）
- 暖箱护理常规（修订）
- 光照疗法护理常规（修订）
- 外周动、静脉同步换血疗法护理常规（新制订）
- 新生儿复苏护理常规（修订）
- 体重测量护理常规（修订）
- 头围、胸围、腹围测量护理常规（修订）
- 口服给药护理常规（修订）
- 经皮氧饱和度监测护理常规（修订）

一、儿科疾病护理常规

第一节 一般护理常规

护理评估

- 1、评估患儿体温、呼吸、皮肤颜色、胎龄、喂养、体重。
- 2、评估患儿身体状况、皮肤完整性、有无畸形。
- 3、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 保持病室温湿度适宜，室温℃，相对湿度，每日通风两次，每次不少于分钟，每天层流净化杀菌机对病房空气进行消毒两次，每次小时。
- 护理人员在进入病区前须更换病室专用衣帽、鞋子、洗手，护理患儿前后洗手，操作中严格执行无菌技术。
- 测量体温，体温不升或发热者根据病情增加测量次数。低体重和体温不升者置暖箱内。
- 早产儿及特殊患儿每日测体重一次，普通患儿每周一、四测体重两次；
- 按需哺乳，首选母乳喂养。不宜母乳喂养者，给予配方奶；不能吸奶者用滴管或鼻饲；随时观察有无溢奶及吐奶情况。奶前换尿片，奶后轻拍背部，驱除胃内空气，并取右侧卧位，防止呛奶，奶毕立即清洗奶瓶奶嘴，送供应室高压蒸汽灭菌备用。
- 保持呼吸道通畅，及时清理分泌物，给氧患儿每天晨间更换湿化瓶及给氧管道。
- 保持皮肤清洁，每日擦浴或淋浴一次，避免在喂奶前后小时内沐浴，沐浴动作轻快，减少暴露时间，沐浴过程中观察患儿反应，浴后行脐部护理，保持脐部清洁干燥，如有异常及时报告。便后及时更换尿片，用温水清洗臀部，预防红臀，每天更换衣被、毛巾、浴巾等用物，及时清洗后送供应室高压蒸汽灭菌备用。
- 遵医嘱正确使用药物，观察药物作用和副作用，严格控制输液速度和量。
- 勤巡视，勤观察，发现异常及时报告医生及时处理。
- 暖箱每日更换无菌蒸馏水一次，每日擦拭消毒，连续使用一周者更换消毒暖箱。

健康指导

- 1、环境：阳光充足，室温℃，保持室内空气清新，每天开窗通风两次，每次分钟。
- 2、喂养：母乳喂养，按需哺乳。哺乳前更换尿裤，清洁双手及乳房，奶后将宝宝竖抱，空心掌轻拍背部驱出胃内气体，取右侧卧位。
- 3、脐部护理：脐带未脱落前每天用酒精环形擦拭，保持脐部清洁干燥，如局部红肿，有分泌物或异常气味立即就诊。
- 4、臀部护理：每次便后用温水清洗臀部，及时更换尿片，注意使用清洁、柔软、吸水及透气性好的浅色棉质尿片。
- 5、皮肤护理：保持皮肤清洁干燥，使用柔软棉质内衣。
- 6、沐浴：夏季每日沐浴，冬季每周次，室温℃，水温℃，沐浴过程中注意保暖及宝宝安全，防止沐浴水进入眼、耳、口、鼻。早产儿及低出生体重儿适当减少沐浴次数。
- 7、早教，定期检查眼底、生长发育，按时进行预防接种，满个月、个月、个月、个月随诊，

不适随时就诊。

第二节 早产儿护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 、评估患儿早产的原因，胎龄，体重。
- 、评估患儿体温、呼吸、皮肤颜色。
- 、严密监测患儿生命体征，面色，血氧饱和度变化。
- 4、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 、保持室温在℃℃，晨间护理时提高到℃℃，相对湿度；每小时测体温一次。
- 、保持中性温度:使用远红外抢救床或暖箱，根据具体情况调节温度并每准确记录。
- 、出暖箱者予戴帽以降低耗氧量和散热量。
- 、操作集中进行以避免体温随环境温度变化而波动。
- 、每日脱去衣服同一时间同一秤测量体重，并正确记录出入量
- 、遵医嘱予以静脉输液、全胃肠外营养疗法、鼻饲；每小时评估次静脉注射部位，如发生外渗等情况及时处理。
- 、遵医嘱予以经口进食（母乳最佳，不能母乳喂养者早产儿配方奶），不耐受或吸吮能力差者予以鼻饲，少量多餐。
- 、将早产儿与可能患感染性疾病的患儿分开；专人护理，接触患儿前后均应严格洗手，必要时带手套操作，加强口腔、皮肤及脐部护理。
- 、遵医嘱予以心电监护，正确设置报警范围，严密监测、氧饱和度；呼吸暂停者给予托背、弹足底、吸氧处理，必要时予以呼吸机维持。
- 、严密观察呼吸状态，频率、深度、鼻翼煽动、呻吟、三凹症等，有异常及时告知医生并处理；有缺氧症状者给予氧气吸入，吸入氧浓度及时间根据缺氧程度及用氧方法而定或在血气监测下指导用氧，禁忌过高的氧浓度，预防氧疗并发症。
- 、每小时更换尿布时评估皮肤及粘膜情况，有变化时告知医生并处理；根据要求及患儿耐受情况（除非禁忌），每小时变化次体位。
- 、严格控制输液速度和输血量，观察评估静脉注射部位，防止外渗，及时处理；氧饱和度探头至少每小时更换位置防止压疮。

健康指导

- 1、听取父母诉说，提供有关信息，用通俗的言语解释病情。
- 2、讲解并示范婴儿的护理技术；告知父母有如下异常应及时就医：体重减轻或不增加、喂

食困难、发热、呼吸困难、昏睡、肌肉抽动、颤抖。

- 3、保持房间空气新鲜，每日通风~次。
- 、帮助父母拟订家庭护理计划，解释保证婴儿护理良好的必要性，并告知新生儿门诊的复诊预约时间。
- 、早教，定期检查眼底、智力、生长发育，做好新生儿筛查，不适随诊；按时进行预防接种。

第三节 新生儿窒息护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 1、评估患儿窒息原因，程度。
- 2、评估患儿全身情况，监测患儿呼吸、心率、血氧饱和度变化。
- 3、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 1、用新生儿窒息复苏程序评估患儿，有完善的复苏设备及熟练的技术（程序）并记录生命体征。
- 2、观察并记录呼吸窘迫症状，如呼吸时胸骨或肋缘凹陷、鼻翼煽动、气促、发绀、呼吸暂停等，通知医生及时予以处理。
- 3、选择合适的给氧方式，如采取头罩吸氧、球囊加压给氧，必要时或者呼吸机使用，适时配合医生采集血气分析标本。
- 4、观察分泌物的性质、色、量及分泌液的变化，以了解肺脏是否有液体滞留或感染的现象；遵医嘱予以拍背吸痰。
- 5、每小时改变新生儿的体位以维持充足换气、引流肺脏分泌物及保护皮肤的完整性。
- 6、必要时用负压吸引方式来清除鼻咽、气管、气管插管内的分泌物，吸引压力不可超过，气管内吸痰不能超过秒。
- 7、遵医嘱控制输液速度，注意水分及电解质的平衡，观察注射部位有无渗漏或发炎。
- 8、注意血压的变化。
- 9、工作人员应注意无菌技术的操作，严格执行洗手，接触患儿前后要洗手或使用手消毒剂。
- 、尽量保持患儿皮肤清洁干燥，注意眼部、口腔、脐部及输液部位的感染先兆，如有发红、分泌物或体温不稳等感染征兆，应立即通知医生处理。
- 、静脉输液管及液体、呼吸机接管、管道定期更换，以免细菌生长。
- 、室温维持在℃℃，体温低于正常或是体重小于克的患儿，置暖箱或暖床保暖，根据患儿体

重调节温湿度，护理治疗操作集中进行，尽量避免频繁打开暖箱及刺激患儿。

健康指导

- 加强护理，合理喂养。
- 加强早期教育，开发智力，必要时定期复查头颅、定期检查眼底。
- 按时预防接种。
- 、 、 、 、 月定期复查，不适随诊。

第四节 新生儿呼吸窘迫综合症护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 1、评估患儿胎龄，体重。
- 2、评估患儿呼吸困难程度，缺氧时间。
- 3、严密监测患儿呼吸，心率，面色及血氧饱和度变化。

护理措施

- 1、置患儿于鼻吸气位：仰卧，肩部垫高，颈部稍后仰。并依据病情及时正确清除口、鼻、咽及气道分泌物。
- 2、遵医嘱给予合适的给氧方式，监测氧浓度及经皮氧饱和度。
- 3、严密观察呼吸状态，频率、深度、鼻翼煽动、呻吟、三凹症等，有异常及时告知医生并处理。
- 4、观察患儿有无呼吸暂停的现象，及时准确处理，必要时配合医生予以呼吸机维持呼吸。
- 5、持续血氧饱和度监护，并观察呼吸形态、节律、深度，甲床及躯干颜色，分泌物颜色、性状、量等。
- 6、遵医嘱经气管内滴入表面活性物质并观察疗效。
- 7、积极配合医生监测血气分析，并遵医嘱及时处理异常情况。
- 8、禁食期间按医嘱补液或给予静脉高营养液，输注时注意保护血管，防止液体外漏。
- 根据病情选择合适喂养方式，早产儿给予早产儿配方奶；观察吸吮吞咽功能及有无吐奶、溢奶情况。
- 严格执行无菌操作规程，预防感染。
- 遵医嘱正确使用药物，观察药物作用和副作用，严格控制输液速度和量。

健康指导

- 加强护理，合理喂养，指导家长正确的喂养方法。
- 保持房间空气新鲜，每日通风~次。
- 满月行眼底检查及头颅超检查，天做听力筛查。
- 做好早期教育，门诊定期复查。
- 按时预防接种。

第五节 新生儿缺氧缺血性脑病护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 1、评估患儿缺氧原因，时间，程度。
- 2、监测患儿意识，呼吸，心率及血氧饱和度变化。
- 3、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 1、置患儿于鼻吸气位，依据病情及时正确清除口、鼻、咽及气道分泌物；必要时予以吸氧。
- 、监测生命体征，观察患儿神志、瞳孔、肌张力、呼吸及有无抽搐情况，如有异常及时通知医生，并积极采取急救措施。
- 、积极配合医生监测血气分析，并遵医嘱及时处理异常情况。
- 、加强监护（神志、肌张力、体温、呼吸、心率、血氧饱和度、血压、尿量和窒息所致的各系统症状），床旁备好吸引器、简易呼吸气囊等物品。
- 、准确记录患儿抽搐次数、性质、持续时间；遵医嘱应用止惊药物，观察用药效果。
- 、各种治疗护理操作应集中进行，尽量减少不必要的刺激。
- 、遵医嘱给予患儿足够的液体和营养，选择合适的喂养方式，喂奶以少量多次为宜；喂奶时密切观察病情变化，呛咳者给予体位喂养。

健康指导

- 、加强早期教育，尽早进行智能和体能的康复训练，减少后遗症的发生。定期复查头颅超或。
- 、合理喂养，指导正确的喂养方法。
- 、月门诊复查。
- 、按时预防接种，不适随诊。

第六节 新生儿颅内出血护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 、评估患儿出血原因，部位。
- 、评估患儿意识状态，严密监测生命体征变化。
- 、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 、保持绝对安静，头部制动，采取抬高头部一度，右侧卧位，以减轻颅内水肿和防止呕吐物吸入气管，各种治疗护理工作集中进行，操作轻柔，减少震动，头部持续冷水枕。
- 、保持呼吸道通畅，及时清理呼吸道分泌物。
- 、合理用氧：根据缺氧程度给予用氧，注意用氧的方式和浓度，病情好转及时停止用氧。
- 、病情观察：注意体温、呼吸、心率、神志、瞳孔、前囟有无隆起，有无频繁呕吐，有惊厥者注意惊厥发生的时间，持续时间及发作部位，提示合并脑疝及时通知医生并做好抢救准备。
- 、根据医嘱及时给予止血、防止脑水肿药物，严格控制输液速度和量。
- 、根据病情选择不同的喂养方法，病情严重者，推迟喂养时间，一般情况好转后给予喂

奶；少量喂养，逐渐增加奶量，喂奶时不要抬起头部，吸吮吞咽困难者用鼻饲喂养。

健康指导

- 、加强护理，合理喂养，指导正确喂养方法。
- 、定期复查头颅超或，有肢体瘫痪者加强功能锻炼。
- 、早期干预，开发智力。
- 、加强营养，防止感染。
- 、按时预防接种。

第七节 新生儿黄疸护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 1、评估患儿黄疸发生的原因，黄疸的程度及范围。
- 2、评估生命体征及胆红素检查结果。
- 3、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

、密切观察患儿的生命体征、病情变化，有异常及时处理，观察患儿有无出血倾向。如患儿出现拒食、嗜睡、肌张力减退等胆红素脑病的早期表现，立即通知医生做好抢救准备。

、每日经皮测胆红素，评估患儿的皮肤情况，必要时监测血清胆红素变化。

、光照疗法护理：

 ）患儿入箱前清洁皮肤；修剪指甲，以防抓破皮肤；双眼佩戴眼罩，避免光线损伤视网膜；除会阴部用尿布遮盖外，其余皮肤均裸露。

 ）注意体温变化，监测并记录体温及箱温，冬天注意保暖，夏天防止过热。

 ）光疗时注意使患儿皮肤受照均匀，单面光疗时应每更换体位一次。

 ）光疗过程中，保证营养及水分的供给。

 ）勤巡视，严密观察病情，注意患儿精神、反应、体温、呼吸、心率并观察大小便颜色、性状及黄疸程度的变化；观察有无光疗不良反应，如发热、烦躁、皮疹、呕吐、腹泻、青铜症等。

 ）光疗结束后，记录照射时间，清洁患儿皮肤，清洁消毒光疗箱。

、保持室内安静，减少不必要的刺激。

、遵医嘱早期喂养，观察纳奶情况及液体摄入量，每天测体重，若体重减轻过多、发热、排稀便、尿液浓缩，则遵医嘱口服或静脉补充液体。

、遵医嘱给予白蛋白和肝酶诱导剂。控制输液速度和量，切忌快速输入高渗性药物，以免血脑屏障暂时开放，使已与血清蛋白结合的胆红素进入脑组织引起胆红素脑病。

、遵医嘱准备换血疗法，严密监测生命体征，确认血液出入量平衡。

健康指导

、使家长了解病情，取得家长配合，并及时纠正错误的观念。

- 2、发生胆红素脑病者，注意有无后遗症表现，及时给予相应康复治疗和护理；观察皮肤有无破损及感染灶，脐部是否有分泌物，如有异常及时处理。
- 3、若为母乳性黄疸，嘱可继续母乳喂养，如吃母乳后仍出现黄疸，可改为隔次母乳喂养。若黄疸严重，患儿一般情况差，可考虑暂停母乳喂养，黄疸消退后再恢复母乳喂养。
- 4、若为红细胞缺乏者，嘱忌食蚕豆及其制品，患儿衣物保管时勿放樟脑丸，并注意药物的选择，以免诱发溶血。
- 5、定期复查，按时预防接种。

第八节 新生儿败血症护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 1、评估患儿体温，呼吸，皮肤颜色及血氧饱和度情况。
- 2、评估患儿有无脐炎、鹅口疮、脓疱疮、皮肤破损等病症。
- 3、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 、入院后立即遵医嘱取血培养、脐部或皮肤脓疱疮感染灶培养，以便及早明确病原菌。
- 、保持适宜的环境温度，监测患儿体温，体温偏低或体温不升者保暖，体温过高者给予物理降温，喂服温开水。
- 、保持皮肤清洁，清除局部病灶：如脐炎、脓疱疮、皮肤破损等，防止感染蔓延扩散。脐部感染时先用双氧水清洗，再涂碘伏；皮肤小脓疱可用无菌针头刺破，刺破前后用酒精消毒。
- 、密切观察病情：如患儿出现面色青灰、呕吐、脑性尖叫、前囟饱满、两眼凝视等脑膜炎表现，或出现面色青灰、皮肤发花、四肢厥冷、脉搏细弱、皮肤出血点等感染性休克或表现时，立即通知医生，积极处理；患儿出现呼吸急促、表浅、唇周青紫、点头呼吸、烦躁不安时立即遵医嘱给氧，观察用氧疗效；重症肺炎者严密观察心率情况，防止心衰的发生。
- 、保持室内安静，使患儿得到充分休息，治疗和护理集中进行，减少不必要的刺激。
- 、保证营养供给，细心喂养；不能经口进食时行鼻饲或通过静脉补充能量和水，必要时输注鲜血或血浆，以改善营养，增强抵抗力。
- 、了解抗生素的配伍禁忌，注意现配现用，确保疗效；注意静脉输液速度，维持血药浓度。

健康指导

- 、指导家长正确喂养和护理患儿。
- 、保持皮肤清洁，预防感染，减少探访。

、按时预防接种。

第九节 新生儿肺炎护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 、评估患儿体温，呼吸，心率及血氧饱和度情况。
- 、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 、保持呼吸道通畅、改善通气和换气功能：及时有效的清除呼吸道分泌物和吸入物；保持室内空气新鲜，温湿度适宜，定时翻身、拍背，痰液粘稠时，给予雾化吸入，必要时吸痰，记录痰液的颜色、性状、量。
- 、合理用氧，根据血气情况选择与患儿年龄、病情相适应的用氧方式，早产儿监测吸入氧浓度。
- 、维持正常体温：保持室内安静，空气新鲜，温湿度适宜；将环境温度调节至中性温度；体温过高时给予物理降温，体温过低时保暖。
- 、病情观察：密切观察患儿有无烦躁不安、心率加快、呼吸急促、青紫明显加重情况，以及时发现心力衰竭、气胸或纵膈气肿等并发症，并积极配合抢救。
- 、保持患儿安静，避免烦躁哭闹，必要时予以镇静剂。
- 、正确执行医嘱，保证抗生素及其他药物有效输注。
- 、保证营养及热量供给，根据患儿病情采取适当的喂养方式，少量多次喂养，注意观察反应，呛咳者给予体位喂养，喂养时注意呼吸情况。重症患儿予鼻饲，不能经胃肠道摄食者给予静脉营养。

健康指导

- 、加强护理，保持室内空气新鲜，温湿度适宜。
- 、饮食应少量多餐，增加喂奶次数，缩短喂奶间隔时间。

第十节 新生儿寒冷损伤综合症护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 1、评估患儿体温，皮肤硬肿程度。
- 2、监测患儿生命体征及血氧饱和度变化。
- 3、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 、复温：体温高于℃、腋温肛温差≥患儿，提示棕色脂肪产热较好，可置于预热至℃的温箱中，使患儿在小时内恢复正常体温；体温低于℃、腋温肛温差<的患儿，提示棕色脂肪被耗尽，将其置于比体温高℃的温箱中开始复温，每小时提高箱温℃，于小时内恢复正常体温。
- 、及时监测体温变化，每小时测量和记录次肛温或腋温。
- 、保持呼吸道通畅。

- 、加强皮肤护理，定时更换体位。
- 、病情观察，注意体温、心率、呼吸、硬肿范围及程度、尿量、有无出血症状。
- 、合理喂养，保证充足的热量供应；吸吮无力者给予鼻饲或静脉营养。
- 、准确用药，严格控制输液速度和量，防止输液速度过快引起心衰和肺出血。

健康指导

- 、加强护理，细心喂养，供给足够的营养。
- 、按注意保暖，维持适宜的环境温度。
- 、按时预防接种。

第十一节 新生儿坏死性小肠结肠炎护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 、评估患儿有无呕吐腹胀情况。
- 、严密监测生命体征及血氧饱和度变化。
- 、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 、腹胀明显者立即行胃肠减压，持续胃肠减压者做好口腔护理，每日更换引流盒，定时更换胃管，观察引流物的颜色、性质及量。
- 、保持呼吸道通畅，呕吐时头偏向一侧，防止呕吐物误吸引起窒息。
- 、观察生命体征、呕吐、腹胀及大便等情况，发现血压下降、末梢循环衰竭等中毒性休克症状时立即报告医生，及时给予相应处理。
- 、保证药物和液体的正确输注；迅速补充有效循环量，改善微循环，纠正脱水、电解质紊乱及酸中毒，补充热量及营养。遵医嘱准确记录出入量。
- 、遵医嘱禁食，待其腹胀消失，大便潜血转阴后逐渐恢复喂奶。不可开奶过早或加奶过快。
- 、喂奶前先从胃管中抽吸胃内容物，如潴留量超过前次奶量的时，报告医生酌情减量或禁食。

健康指导

- 、指导正确的喂养方法，加强护理。
- 、定期复查。
- 、按时预防接种。

第十二节 胎粪吸入综合症护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 1、评估患儿有无呼吸困难及呼吸困难程度。
- 2、评估胎粪污染程度。

护理措施

- 、保持呼吸道通畅，及时有效清除口、鼻腔内的胎粪样物质，维持正常通气功能。对严重胎粪吸入者（呼吸不规则、监测血氧饱和度低、心率慢，肌张力低下），配合医生立即行气管插管，湿化液冲洗，经气管插管内清除吸入物。
- 、合理用氧，选择与病情相适应的用氧方式，维持有效吸氧，改善呼吸功能。
- 、遵医嘱置胃管，用生理盐水洗胃，直至胃液澄清。
- 、监测患儿生命体征，观察呼吸形态、节律、深度，如出现烦躁不安、心率加快、呼吸急促等心衰表现或突然气促、呼吸困难、青紫加重等气胸表现时，立即通知医生给予处理。
- 、给予合适的给氧方式，机械通气患儿做好呼吸机的护理工作。
- 、根据医嘱准确应用药物治疗，观察药物疗效及有无副作用。
- 、保暖和喂养，注意保暖，细心喂养，供给足够能量。

健康指导

- 、加强护理，合理喂养，指导家长正确的喂养方法。
- 、保持房间空气新鲜，每日通风~次。
- 、满月行眼底检查及头颅超检查，天做听力筛查。
- 、做好早期教育，门诊定期复查。
- 、按时预防接种。

第十三节 新生儿先天性心脏病护理常规

按新生儿一般护理常规

护理评估

- 1、评估患儿面色，皮肤颜色及缺氧程度。
- 2、评估患儿生命体征，监测血氧饱和度情况。
- 3、评估患儿家属对疾病的认知情况。

护理措施

- 、监测患儿生命体征，观察缺氧情况，如有异常及时通知医生，遵医嘱采用适宜的给氧方式。
- 、保持患儿安静舒适，操作集中进行，减少刺激，避免烦躁哭闹，必要时使用镇静剂。
- 、耐心少量多次喂养，喂奶过程中密切观察，避免呛咳和呼吸困难。病情危重者，给予鼻饲喂养，确保奶量的完成；必要时给予静脉内营养。
- 、遵医嘱使用强心利尿药，并观察药效；准确控制输液速度及输液量。
- 、保持病人环境适宜，保持适当的体位，床头抬高°。

- 、病情观察：如出现心率增快、呼吸困难、泡沫样痰、肝大等心衰表现，立即通知医生进行处理。
- 、预防感染：保护性隔离，做好消毒隔离工作和手卫生，防止感染和交叉感染，严密观察患儿病情，有感染迹象，及时处理。

健康指导

- 1、知道患儿家属掌握先心的日常护理，合理安排作息，保证患儿睡眠。
- 2、指导家属适时增减衣服，避免受凉，预防感染和其他并发症。
- 3、定期复查，调整心功能到最好状态，使患儿能平安达到手术年龄。

二、儿科常见症状护理常规

第一节 发热护理常规

护理评估

评估患儿发热的时间、程度及诱因、伴随症状等。

评估患儿生命体征的变化。

了解患儿相关检查结果。

护理措施

- 、监测体温变化，观察热型。
- 、保持适宜的环境温度，保持患儿安静，减少刺激，避免患儿烦躁哭闹，减少消耗。
- 、高热患儿给予物理降温，物理降温后半小时复测体温。
- 、保持皮肤及衣被清洁干燥，及时更换衣物，注意降温后的反应，避免虚脱。
- 、补充水分防止脱水，保证营养及热量供给，根据患儿病情采取适当的喂养方式。

健康指导

- 、指导家属患儿发热时需多饮水。
- 、告知家属限制探视的重要性。

第二节 水肿的护理常规

护理评估

- 、评估患儿水肿的部位、时间、范围、程度、发展速度，与饮食、体位及活动的关系及治疗情况。
- 、观察生命体征、体重及营养状况、皮肤血供、张力变化。
- 、了解相关检查结果。

护理措施

- 、采取适宜体位，保持衣物、床垫柔软干燥无皱褶。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/007160200123006111>