# 儿科护理工作标准

来源：网络 作者：雪海孤独 更新时间：2025-01-22

*第一篇：儿科护理工作标准治疗班工作标准1、认真履行岗位职责，遵守各项规章制度。2、准确执行医嘱，认真执行三查七对制度，无差错。3、严格执行无菌技术和各项技术操作规程，认真执行消毒隔离制度4、严格遵医嘱配制药液及时、准确、核对无误。5、掌握...*

**第一篇：儿科护理工作标准**

治疗班工作标准

1、认真履行岗位职责，遵守各项规章制度。

2、准确执行医嘱，认真执行三查七对制度，无差错。

3、严格执行无菌技术和各项技术操作规程，认真执行消毒隔离制度

4、严格遵医嘱配制药液及时、准确、核对无误。

5、掌握各种药品的配伍禁忌，保管、储存、使用方法，毒、麻药物按规定使用。

6、各类药品和一次性物品及时补充，保证临床使用。

7、治疗室清洁整齐、物品药品齐全，摆放有序，标志清晰，无过期，失效。

8、治疗室冰箱清洁，冰箱内物品放置规范，无异味。

9、垃圾及锐器等按要求分类处理，并监督实施情况。

10、交接班详细，准确无误。

办公室班工作标准

1、认真履行岗位职责，遵守各项规章制度。

2、严格执行查对制度，及时查对医嘱，并签字。

3、遇到有疑问的医嘱，必须核对无误后发可执行。

4、处理白班医嘱，做到转抄及时、准确并监督执行即医嘱。

5、体温单绘制及时、准确无误。

6、通知病人治疗、饮食、手术等内容无误。办理入院、出院、转科、死亡等手续及时准确。

7、出院及转科病例质控把关严格，无病例滞留及缺陷。

8、办公区清洁、整齐，物品摆放有序。

9、录入计价项目及时，正确无误。

白班工作标准

1、履行岗位职责，遵守各项规章制度。

2、保证无菌包在有效期，数量相符，无菌柜清洁干燥。

3、熟知各种药物的用法用量，取药时核对药物的数量，种类。与治疗班护士做好交班。

4、严格执行三查八对，无菌操作技术操作原则，认真落实消毒隔离制度无差错。

5、患者外出检查或转科时保证患者安全，宣教及时到位，密切观察患者病情变化。

6、标本送检及时、准确无误。及时取回各种检验报告。

7、各种标本瓶、试管等准备充足，满足临床需要。

护理班工作标准

1、履行岗位职责，遵守各项规章制度。

2、保障病区环境清洁、整齐。床头桌，床尾治疗车整洁、无污染

3、患者用物脸盆、暖瓶、大小便器、量杯、痰瓶消毒符合要求。

4、各种浸泡桶消毒液监测合格，浸泡桶保持清洁，浸泡物品及时处理，符合标准。

5、各种仪器清洁消毒符合要求。

6、布类物品摆放整齐，数量准确。

7、标本送检及时、准确无误。

8、家属探视安全、有序、预防感染。

责任护士工作标准

1、履行岗位职责，遵守各项规章制度。

2、掌握患者的八知道：床号、姓名、病情、治疗、护理、饮食、心理指导及阳性检查结果。

3、严格执行床头交接班制度，态度认真，交接全面、清楚、无误。

4、严格认真执行查对制度，无菌操作原则。

5、遵医嘱用药，及时准确完成责任范围内的各项治疗及护理。

6、观察病情及时，能够配合医生实施抢救和突发事件的应急处理。

7、各项基础护理，专科护理质量符合标准。

8、实施安全护理，确保患者安全。

9、满足患者生理、心理的需要，做好健康教育。

10、按《护理文件书写规范》做好护理记录。

11、认真执行探视制度，态度热情主动。贵重药品、物品交接有登记。

12、转接医嘱准确无误，录入计价项目及时，正确。

责任组长的工作标准

1、履行岗位职责，遵守各项规章制度。

2、护士长不在时，能够有效履行护士长职责，并参与病房管理工作。

3、床位分配做到合理，能够及时调配。

4、护理业务水平能够担任科室内的危重，疑难患者的护理工作，及时解决临床护理疑难问题。

5、掌握本科室的专科新技术、新业务，了解专科的发展动态。

6、有效监督、指导责任护士的护理工作，定时评价。

7、有培训及带教任务，并有相关记录。

8、熟练掌握患者的八知道：床号、姓名、病情、治疗、护理、饮食、心理指导及阳性检查结果。

9、密切观察病情及时发现变化通知医生，实施抢救和突发事件的应急处理。

10、严格执行床头交接班制度，态度认真，交接全面、清楚、无误。

11、遵医嘱用药，及时准确完成责任范围内的各项治疗及护理。

12、严格认真执行查对制度，消毒隔离制度，符合无菌操作原则。

13、按《护理文件书写规范》做好护理记录。

14、各项基础护理，专科护理质量符合标准。

15、实施安全护理，确保患者安全。

16、满足患者生理、心理的需要，做好健康教育。

17、认真执行探视制度，态度热情主动。贵重药品、物品交接有登记。

18、转抄医嘱准确无误，录入计价项目及时、正确。

N3护士工作标准

1、履行岗位职责，遵守各项规章制度。

2、护士长不在时，能够有效履行护士长职责，并参与病房管理工作。

3、能够兼任护士组长工作，床位分配做到合理，能够及时调配。

4、护理业务水平能够担任科室内的危重，疑难患者的护理工作，及时解决临床护理疑难问题。

5、掌握本科室的专科新技术、新业务，负责下级护士指导工作。

6、有效监督、指导下级护士的护理工作，定时评价。

7、负责护生，下级护士的培训及带教任务，并有相关记录。

8、熟练掌握患者的八知道：床号、姓名、病情、治疗、护理、饮食、心理指导及阳性检查结果。

9、密切观察病情及时发现变化通知医生，组织并实施抢救和突发事件的应急处理。

10、严格执行床头交接班制度，态度认真，交接全面、清楚、无误。

11、遵医嘱用药，及时准确完成责任范围内的各项治疗及护理。

12、严格认真执行查对制度，消毒隔离制度，符合无菌操作原则。

13、按《护理文件书写规范》做好护理记录。

14、各项基础护理，专科护理质量符合标准。

15、实施安全护理，确保患者安全，定时评估，及时采取措施。

16、满足患者生理、心理的需要，做好健康教育。

17、认真执行探视制度，态度热情主动。贵重药品、物品交接有登记。

18、转接医嘱准确无误，录入计价项目及时，正确。

19、制定并实施本科护理科研计划。

N2护士工作标准

1、履行岗位职责，遵守各项规章制度。

2、能够协助上级护士工作，服从领导分配。

3、能够独立分管病人。护理业务水平能够担任科室内的危重，疑难患者的护理工作。

4、积极学习本科室的专科新技术、新业务，负责下级护士指导工作。

5、有效监督、指导下级护士的护理工作，定时评价。

6、负责护生，下级护士的培训及带教任务，并有相关记录。

7、熟练掌握患者的八知道：床号、姓名、病情、治疗、护理、饮食、心理指导及阳性检查结果。

8、密切观察病情及时发现变化通知医生，实施抢救和突发事件的应急处理。

9、严格执行床头交接班制度，态度认真，交接全面、清楚、无误。

10、遵医嘱用药，及时准确完成责任范围内的各项治疗及护理。

11、严格认真执行查对制度，消毒隔离制度，符合无菌操作原则。

12、按《护理文件书写规范》做好护理记录。

13、各项基础护理，专科护理质量符合标准。

14、实施安全护理，确保患者安全，定时评估，及时采取措施。

15、满足患者生理、心理的需要，做好健康教育。

16、认真执行探视制度，态度热情主动。贵重药品、物品交接有登记。

17、转接医嘱准确无误，录入计价项目及时、正确。

N1护士工作标准

1、履行岗位职责，遵守各项规章制度。

2、能够协助上级护士工作，服从领导分配。

3、能够独立分管病人。

4、熟练掌握患者的八知道：床号、姓名、病情、治疗、护理、饮食、心理指导及阳性检查结果。

5、密切观察病情及时发现变化通知医生，及时处理医嘱。

6、积极学习本科室的专科新技术、新业务。

7、能够认真参加院内、科室的业务培训有笔记，并保证考核合格。

8、能够参加危重病人的抢救，正确使用各种常规仪器设备。

9、严格执行床头交接班制度，态度认真，交接全面、清楚、无误。

10、遵医嘱用药，及时准确完成责任范围内的各项治疗及护理。

11、严格认真执行查对制度，消毒隔离制度，符合无菌操作原则。

12、按《护理文件书写规范》做好护理记录。

13、各项基础护理，专科护理质量符合标准。

14、实施安全护理，确保患者安全，定时评估，及时采取措施。

15、满足患者生理、心理的需要，做好健康教育。

16、认真执行探视制度，态度热情主动。贵重药品、物品交接有登记。

**第二篇：儿科疾病标准护理计划**

高热惊厥患儿标准护理计划

年幼儿的任何突发高热的颅外感染均可能引起惊厥。高热惊厥是小儿惊厥最常见的原因之一。可能因为年幼儿大脑发育不够完善、分析鉴别和抑制能力较差，以至较弱的刺激也能在大脑引起强烈的兴奋与扩散，导致神经细胞异常放电而发生惊厥。主要表现为患儿高热，全身性抽搐，持续时间较短，抽搐时意识丧失。常见护理问题包括：①体温升高；②有外伤的危险；③潜在并发症--窒息；④有口腔粘膜改变的危险。

一、体温升高

（一）相关因素

感染

（二）主要表现

1、高热，体温>39℃。

2、抽搐。

（三）护理目标

患儿体温控制在38.5℃以内。

（四）护理措施

1、卧床休息，测量生命体征，每4小时1次，体温突然升高或骤降时，要随时测量并记录之。

2、保持室内空气新鲜，每天通风2次，每次半小时，室内温度控制在18-20℃，湿度控制在50%-60%。

3、遵医嘱使用药物和（或）物理降温，并观察记录降温效果。

4、观察降温过程中有无虚脱表现。出现虚脱进应立即处理。

5、出汗退热后要及时更换衣服及被褥，注意保暖。

6、遵医嘱使用抗生素并注意疗效及副作用。

7、鼓励患儿多饮水或饮料（每天100mL/kg）进食清洁、易消化的高热量、高蛋白的流质或半流质饮食。

8、做好口腔护理，每天3次，鼓励多漱口；口唇干燥者，涂石蜡油或唇膏保护。

9、静脉输液并补充电解质。

10．指导患儿家长识别体温异常的早期表现。

（五）重点评价

1、体温得到控制的程度与时间。

2、促发因素是否消除。

3、脉搏、呼吸是否正常。

二、有外伤的危险

（一）相关因素

惊厥、抽搐。

（二）主要表现

1、舌咬伤。

2、摔伤。

3、骨折。

（三）护理目标

患儿住院期间不发生外伤。

（四）护理措施

1、加强巡视，监测呼吸及意识的变化，及时发现抽搐的先兆。

2、给患儿设床栏，做各种操作之后紧扣床栏，必要时患儿四肢予以约束。

3、抽搐时设特护。

4、备抢救用物、器械于床旁。

5、惊厥发作时，遵医嘱使用止惊药，并观察止惊效果。

抽搐时不能强行按压肢体，护理人员可轻轻握持肢体。必要时使用垫，以防舌咬6、伤；牙关紧闭者，不能强行撬开，以免损伤牙齿。

7、室内保持安静，避免各种刺激（如强光、噪声等）；各项护理、检查、治疗等应有计划、集中进行。

（五）重点评价

1、生命体征是否平稳。

2、神志是否清楚。

3、各种预防措施得力与否。

三、潜在并发症--窒息

（一）相关因素

1、呼吸道分泌物增加。

2、抽搐时舌后坠，堵塞呼吸道。

3、喉痉挛。

（二）主要表现

1、咳嗽、痰多、质粘稠。

2、呼吸困难，甚至呼吸停止。

（三）护理目标

患儿发病期间不发生窒息。

（四）护理措施

1、护士加强巡视，每15-30分钟巡视1次，必要时设特护。

2、松解患儿衣服，取侧卧位或仰位，头偏向一侧。

3、备抢救药物、吸痰器、吸痰用物于床旁。

4、及时清理呼吸道分泌物。

5、抽搐时用舌钳夹住舌头，避免舌后坠堵塞呼吸道。

6、避免诱发抽搐、喉痉挛的各种因素。

7、必要时氧气吸入。

8、喂奶、服药后轻拍背部，头偏向一侧，防止呕吐窒息。

（五）重点评价

1、生命体征是否平稳。

2、神志、瞳孔是否正常。

3、呼吸道分泌物是否减少。

四、有口腔粘膜改变的危险

（一）相关因素

1、发热。

2、进食少、维生素缺乏。

3、机械性损伤（使用舌钳、开口器、电动吸引器吸痰）。

（二）主要表现

1、口腔分泌物多，流涎。

2、口腔粘膜充血、水肿、干裂、出血。

3、进食时哭吵，进食困难。

（三）护理目标

1、保持口腔清洁。

2、口腔粘膜正常。

3、口腔粘膜损伤、溃疡得到控制或改善。

4、鼓励患儿进食少渣、易吞咽的流质或半流质，禁食生、冷、硬、辣的食物。

5、鼓励患儿使用吸管。

6、口腔患儿多饮水，每天100mL/kg.7、遵医嘱使用抗生素或抗真菌药。

8、局部涂药，每天3-4次。

9、暂不使用牙刷。

（五）重点评价

1、口腔是否清洁、卫生，有无异味。

2、口腔粘膜溃烂有无好转。

3、进食能力好转的时间及程度。

窗体顶端

肺炎患儿标准护理计划

小儿肺炎是指各种不同病原体如细菌、病毒、真菌、支原体、以及过敏等引起的肺部炎症。临床上以支气管肺炎最常见，其主要表现为发热、咳嗽、呼吸困难及肺部罗音。常见护理问题包括：①低效性呼吸型态；②体温升高；③心输出量减少（合并心衰患儿）；④潜在并发症--窒息。

一、低效性呼吸型态

（一）相关因素

1、年幼、咳嗽无力。

2、痰多粘稠，不易咳出，分泌物聚集，阻塞气道。

3、清理呼吸道低效。

（二）主要表现

1、咳嗽，但痰不易咳出。

2、喉头及气管有痰鸣音。

3、肺部听诊有干、湿罗音。

4、呼吸困难，可有鼻翼煽动，甚至出现紫绀、三凹征。

（三）护理目标

1、患儿能及时清除痰液。

2、患儿呼吸平稳，呼吸音清晰。

（四）护理措施

1、评估患儿低效呼吸的程度，如呼吸频率、节律、深度；有无缺氧表现，如鼻翼煽动、点头呼吸、紫绀、三凹征。

2、保持室内的整洁和空气新鲜、流通。冬天每天开窗通风3-4次，每次15-20分钟。

3、保持室内相对温度18-22℃湿度50%-60%；空气干燥时，可在室内喷洒水，以维持湿度。

4、遵医嘱留晨痰标本行培养及药敏，以指导临床用药。

5、保持呼吸道通畅：

指导并示范使患儿能有效的咳嗽：年长儿可取坐位或半卧位，咳痰之前先进行几次深呼吸，然后进行一次深吸气，再用力进行咳嗽，将深部的痰排出。

勤更换体位，协助翻身拍背排痰。拍背方法：用叩背器或手握成空拳自病人背部由下而上、由外至内均匀用力地叩击，使粘附于器官上的痰液脱落，经咳嗽后排出。

保持患儿摄入充足的水分，以降低分泌物的粘稠度。

遵医嘱超声雾化，每天2次。

对咳嗽无力、痰液较多的患儿，应积极采用吸引器吸痰。

遵医嘱使用止咳祛痰剂。

遵医嘱给予氧气吸入。

严密观察呼吸，如发现呼吸困难的症状加重，如气促、口唇紫绀加重、三凹征明显，应立即报告医师，并准备好抢救用物，如吸痰器、开口器、舌钳、气管切开包等。

（五）重点评价

1、患儿能否有效咳嗽、排痰。

2、患儿呼吸困难有无改善，鼻翼煽动、口唇紫绀、三凹征有无消退。

二、体温升高

（一）相关因素

感染。

（二）主要表现

1、患儿体温超过正常范围。

2、面色潮红、呼吸频率与脉率增快。

（三）护理目标

患儿体温维持在正常范围内。

（四）护理措施

1、病室保持适宜的温度、湿度及空气新鲜。

2、每4小时测体温1次，体温突然升高或骤降时，要随时测量并做好记录。

3、给予高蛋白、高热量、高维生素、易消化饮食，可少食多餐，鼓励患儿多饮水。

4、必要时遵医嘱静肪输液，以保证入量。

5、卧床休息，限制患儿活动量，减少消耗。

6、保持衣着被盖适中；大量出汗时及时更换内衣，并注意保暖。

7、高热时给予物理降温，如醇浴、冷敷、温水擦浴、冷盐水灌肠等，30分钟后复测体温并做好记录。

8、遵医嘱给予退热剂，并密切观察药效，防止体温骤然降致患儿虚脱。

9、保持口腔清洁，鼓励年长儿多漱口，年幼儿多喝水，口唇干燥时可涂唇油。

10．遵医嘱给予抗生素。

11．观察并指导患儿家属识别高热惊厥的早期表现，如出现烦躁或表情滞、四肢小抽动，应及时报告，以便及时处理。

（五）重点评价

1、监测患儿体温的变化。

2、监测有无高热惊厥的早期表现。

3、观察退热措施及药物的效果。

三、心输出量减少（合并心衰患儿）

（一）相关因素

心脏收缩力降低。

（二）主要表现

1、心率增快，>180次/分。

2、呼吸增快，>60次/分。

3、突然极度烦躁、不安、紫绀、面色苍白。

叩诊心脏扩大。

4、心音低钝、奔马律、颈静脉怒张。

5、肝脏突然增大。

6、尿量减少或无尿。

（三）护理目标

1、患儿血压在正常范围。

2、患儿心率、脉搏正常。

3、患儿呼吸正常。

（四）护理措施

1、密切观察患儿血压、面色、心率及双肺呼吸音的变化，观察有无心衰表现。

2、有心衰的患儿，可用心电监护仪监测心律、呼吸、血氧饱和度、血压的变化。

3、用输液泵严格控制输液速度及输液量。

4、保持患儿安静，防止哭闹，必要时给予镇静剂。

5、观察尿量、色的变化，记录24小时出入水量。

6、遵医嘱给药，严格掌握药物使用时的剂量、时间、浓度及速度。

7、准备抢救用物及药物，如气管切开包、强心、解痉、镇静药物。

（五）重点评价

1、监测患儿生命体征是否平稳：血压、脉搏、呼吸的变化。

2、尿量是否正常。

四、潜在并发症--窒息

（一）相关因素

1、呼吸道分泌物多。

2、喂奶不当，引起呛咳。

3、溢奶。

（二）主要表现

1、患儿呼吸困难，口唇发绀。

2、患儿突发呛咳，面色青紫。

（三）护理目标

1、患儿能有效排出痰液。

2、家属能正确喂养，以确保呼吸道通畅，无窒息发生。

护理措施

3、进食后应采取右侧卧位，头偏向一侧，以防止呕吐误吸。

4、易呛咳及易溢奶者，喂食要缓慢进行，不可过饱，每次给少量奶吞食，不可性急；喂食时不让说活，器闹，以免呛食。

5、进食不足者，遵医嘱静脉补液。

6、指导家属母乳喂养的正确方法：取坐位喂奶，不用侧卧位喂奶，以防呛咳；喂奶后将患儿竖抱并轻拍背部，使咽下的空气排出，然后右侧卧位，防止溢奶。

7、积极处理痰液不易咳出的现象，保持呼吸道通畅。

（五）重点评价

1、患儿家属是否能正确喂养。

2、能否及时处理痰稠不易排痰的问题。

急性扁桃体炎患儿标准护理计划

急性扁桃体炎为腭扁桃体的急性非特异性炎症，往往伴有程度不等与范围不一的急性咽炎，是一种常见咽部疾病。多发于儿童及青年，在季节更替、气温变化时容易发病。临床表现为咽痛吞咽困难、发热、扁桃体肿大，严重者可引起惊厥。常见护理问题包括：①体温升高；②清理呼吸道低效；③舒适的改变；④吞咽困难；⑤营养失调：低于机体需要量。

一、休温升高

（一）相关因素

咽部炎症。

（二）主要表现

1、体温超过正常。

2、面红、口干。

3、脉快。

（三）护理目标

患儿体温控制在正常范围内。

（四）护理措施

1、监测体温、脉搏、呼吸，每4小时1次。体温突然升高或骤然降时，要随时作好记录。

2、卧床休息，限制活动量。

3、保持适宜的环境温度（18-20℃）湿度（50%-60%）。

4、遵医嘱给予抗生素、退热剂，并观察记录降温效果。

5、物理降温，如温水擦浴、冰枕等。

6、鼓励患儿多饮水或饮用其喜爱的饮料。

7、遵医嘱静脉输液，并补充电解质。

（五）重点评价

1、生命体征平稳与否。

2、体温得到控制的时间与程度。

二、清理呼吸道低效

（一）相关因素

1、咽部疼痛。

2、分泌物增多。

3、咳嗽无力。

（二）主要表现

1、咽痛。

2、痰多、质粘稠，不易咳出。

（三）护理目标

患儿能有效地咳出呼吸道分泌物。

（四）护理措施

1、每天用朵贝液或生理盐水漱口3-4次。

2、必要时局部喷药或涂药消炎、止痛，以利咳出分泌物。

3、保证患儿摄入充足的水分。

4、抬高床头45度。

5、指导患儿进行有效咳嗽和深呼吸。

（五）重点评价

1、咽部红肿是否有好转及好转的时间。

2、呼吸道分泌手是否减少及减少的程度。

3、口腔有无异味。

三、舒适的改变

（一）相关因素

1、咽痛。

2、吞咽疼痛。

（二）主要表现

1、流涎。

2、不愿意进食或进食就哭吵。

（三）护理目标

患儿疼痛减轻或消失。

（四）护理措施

1、评估患儿疼痛不适的程度。

2、遵医嘱局部用药减轻疼痛。

3、颈部予冰敷。

4、必要时遵医嘱使用镇痛药。

5、转移、分散注意力，以缓解疼痛。

6、遵医嘱应用抗生素。

（五）重点评价

1、咽部疼痛是否好转，好转的程度及时间。

2、吞咽功能正常与否。

四、吞咽困难

（一）相关因素

咽部炎症、水肿。

（二）主要表现

咽痛

（三）护理目标

1、患儿愿意接受所规定的饮食。

2、进食时患儿咽部疼痛减轻。

（四）护理措施

1、饮食采取流质或半流质，避免温度过高。

2、必要时遵医嘱于进食前半小时服用止痛药物或局部用药。

3、禁食刺激性食物如辛、辣、酸等食物。

4、选择患儿喜爱的食物，鼓励家属为患儿提供所喜爱的食物。

5、进食期间保持安静，避免分散注意力。

（五）重点评价

1、能否进食所规不定期的饮食量。

2、营养状况有无好转。

五、营养失调：低于机体需要量

（一）相关因素

1、咽痛。

2、吞咽困难。

（二）主要表现

1、体重减轻。

2、精神委靡。

（三）护理目标

1、患儿乐意接受饮食。

2、体重不减轻。

（四）护理措施

1、评估患儿吞咽困难的程度。

2、使患儿处于坐位或半坐卧位，利于吞咽，饭后保持体位半小时，防止误吸；避免生硬功夫、粗糙的食物。

3、少量多餐，细嚼慢咽。

4、指导患儿选择营养丰富、易消化的流质或半流质饮食，如蒸蛋、鱼汤、肉泥、牛奶等。

5、每周测体重1次，观察营养状况。

（五）重点评价

1、监测患儿体征变化。

2、患儿进食情况。

急性肾小球肾炎标准护理计划

急性肾小球炎简称急性肾炎，是一组不同病因所致的感染后免疫反应引起的急性弥漫性肾小球炎性病变。临床以血尿、少尿、水肿和高血压为主要表现。常见护理问题包括：

①排尿异常：尿少、血尿；②体液过多：浮肿；③舒适的改变：头昏、头痛；④有皮肤受损的危险；⑤潜在并发症--肾衰。

一、排尿异常：尿少、血尿

（一）相关因素

肾小球炎性改变。

（二）主要表现

1、血尿：肉眼血尿，为洗肉水样。

2、少尿。

3、无尿。

4、蛋白尿。

（三）护理目标

患儿尿常规6周左右恢复正常。

（四）护理措施

1、绝对卧床休息1-2周，待尿量恢复正常，肉眼血尿消失后逐渐下床轻微活动或户外散步。

2、卧床期间保证生活所需，如进食擦澡、洗漱、入厕等，信号灯开关置床旁，并及时应答。

3、有水肿及高血压的患儿应限制钠盐的摄入，每天食盐1-2g；有氮质血症时应限制蛋白入量，每天0.5g/kg，供给高糖饮食。

4、严格记录24小时出入水量。

5、遵医嘱准确补液。

6、正确采集和及时送检尿液标本。

（五）重点评价1、24小时出入水量是否平衡。

2、尿常规是否恢复正常。

二、体液过多：浮肿

（一）相关因素

肾小球滤过率降低致水钠潴留。

（二）主要表现

1、非凹陷性水肿，先眼睑，后渐及全身。

2、少尿。

（三）护理目标

1、患儿水肿消失。

2、患儿体重及尿量恢复正常。

（四）护理措施

1、严重水肿时卧床休息。

2、水肿时适当限制钠盐摄入。

3、准确记录24小时出入水量。

4、水肿严重时，测量体重每天1次，水肿消退后，每周测2次。

5、遵医嘱给予利尿药，并注意观察药物疗效。

6、为防止入水量过多而排出量少，指导患儿适当限制入水量。

7、避免肌内注射，必需注射时应严格无菌技术操作，注射后按压针孔至无渗液为止。

8、监测生命体征及电解质。

（五）重点评价

1、水肿有无改善。

2、尿量、尿色、尿常规是否正常。

三、舒适的改变：头昏、头痛

（一）相关因素

与血压升高有关。

（二）主要表现

头昏、头痛，血压升高。

（三）护理目标

1、患儿头昏、头痛等不适症状缓解。

2、患儿血压恢复正常。

（四）护理措施

1、监测血压的变化，每天测血压1次，并做好记录。

2、卧床休息，协助生活护理，如洗脸、穿衣、进食、大小便等，并减少其紧张情绪。

3、监督患儿服用降压药，并观察物疗效。

4、避免油腻食物，给予色香味美的低盐饮食。

5、出现剧烈头痛、眼花、恶心、呕吐、惊厥时，立即报告医师，预防高血压脑病。

（五）重点评价

1、患儿血压是否正常。

2、患儿头昏、头痛症状是否改善。

四、有皮肤受损的危险

（一）相关因素

水肿：

机体抵抗力下降。

（二）主要表现

皮肤破溃、渗液。

（三）护理目标

患儿住院期间皮肤保持完整。

（四）护理措施

1、给予清淡、易消化、高蛋白、高维生素、低盐饮食，多进食蔬菜、水果、瘦肉、鸡蛋、牛奶、豆制品等。

2、垫棉垫或海棉垫于骨隆突处，如外踝、足跟、肘部等。

3、小婴儿应保持手心清洁、干澡，勤剪指甲，手心垫小方纱布。

4、协助患儿活动时避免拖、拉、拽等动作，防止皮肤擦伤。

5、及时更换床单、衣服，保持清洁、干燥、平整、无皱折、无渣屑。

6、温水擦浴，每天2次，受压部位用热毛巾或50%红花酒精局部按摩。

7、阴囊水肿者，给予阴囊袋托起，臀下垫气圈，并以33%硫酸镁湿敷阴囊。

（五）重点评价

患儿皮肤有无破损。

五、潜在并发症--肾衰

（一）相关因素

肾小球滤过率骤减，大量代谢废物滞留体内。

（二）主要表现

1、少尿，甚至无尿。

2、氮质血症。

3、代谢性酸中毒。

（三）护理目标

患儿住院期间不发生肾衰。

（四）护理措施

1、评估患儿肾功能损害程度。

2、绝对卧床休息。

3、给予无盐、低蛋白、清淡、易消化的饮食。

4、密切观察小便量、颜色、比重，定期查尿常规。

5、准确记录24小时出入水量。

6、遵医嘱给予利尿药。

7、慎用肾毒性药物。

8、遵医嘱严格控制输液速度和输液量。

9、定期查肾功能、电解质，发现异常时及时报告医师。

10．必要时遵医嘱行血液透析。

（五）重点评价

1、患儿尿量是否正常。

2、肾功能、电解是否正常。

五、烧伤标准护理计划

烧伤是由热力、化学物品、电流、放射线或有害气体以及烟雾作用于人体所引起的损伤，它是一种常见的和多发的严重创伤。由于小儿解剖生理特点及自己不能消除致伤原因等因素，在同样条件下，同样面积的烧伤，小儿损伤程度比成人严重得多。其临床特点为病程长，消耗大、并发症多、病情变化快。

常见护理问题包括：一、皮肤完整性受损；二、有感染的危险；三、体液不足；四、潜在并发症-低效性呼吸型态；五、疼痛；六、营养不足；七、自我形象紊乱/自尊紊乱。

一、皮肤完整性受损

相关因素：

烧伤。

主要表现：

1、皮肤呈现发红、水泡或焦炭状。

2、剧烈疼痛。

护理目标：

1、烧伤得到及时治疗，未进一步受损

2、皮肤恢复完整。

护理措施：

1、评估、处理并记录皮肤损伤情况（面积、深度、渗出、变化）。

2、皮损处理要点；保证局部清洁、干燥、避免持续受压，按时换药。

出现渗液、疼痛时，及时告诉医师。

3、关节处皮损者，需严格限制局部活动。

4、使用烧伤专用无菌敷料或非粘连的敷料保护烧护伤部位，防止粘连。

5、面部烧伤使用软膏外敷，并暴露创面。

6、防止烧伤区域再次受伤；

7、定时按序协助患儿变换体位，按摩各骨突处。

8、内衣裤、鞋袜选择宽松、平整、干燥、清洁、无渣。衣裤、褥垫保持柔软、平整、干燥、清洁、无渣。

9、指导家长正确使用便器。

10、皮肤瘙痒者，积极用药止痒，禁止用手抓搔。

11、遵医嘱清除和松解坏死组织、渗出液、焦痂。

12、遵医嘱局部使用抗生素，换药期间去掉局部软膏是要特别注意防止去掉新生皮肤。

13、抬高患肢，以减轻肿胀。

14、保持四肢处于功能位置，防止畸形愈合与挛缩。

重点评价：

烧伤创面愈合的程度。

二、有感染的危险

相关因素：

1、皮肤完整性受损。

2、损伤呼吸道粘膜。

3、存在死皮，进食少，创面渗液多，机体抵抗力下降。

主要表现：

1、患儿高热不退。

2、外周血白细胞数增高。

3、伤口分泌物多，且有臭味。

护理目标：

1、患儿未发生感染。

2、伤口愈合理想。

护理措施：

1、保持病室温、湿度适宜、清洁，定期空气消毒，必要时每天消毒。2、对烧伤面积较大的患儿，有条件者尽可能安排其住单间。

3、严密观察创面变化，随时记录创面色泽、水肿情况，渗血、渗液多少，有无臭味，有无痂下积液

（脓），定期作创面细菌培养。

4、接触患儿时戴口罩和无菌手套，必要时对患儿进行保护性隔离，限制探视。

5、剪掉伤口周围的毛发，减少污染。

6、Ⅱ°烧伤有水泡者应保持水泡完整，以形成自然屏障，影响活动或污染的水泡需行手术引流。

7、遵医嘱使用抗生素。

8、遵医嘱用无菌敷料覆盖伤口，以减少体液丢失，并保护伤口免受细菌侵入。大面积烧伤患儿使用无菌的床单、被套污染后及时更换。

做好基础护理、婴幼儿会阴部护理每天2-3次，口腔护理每天2-3次，剪指甲每周1-2次。

9、加强全身支持疗法，注意营养摄入，加强饮食管理，预防肠道感染。

10、认真做好切痂植皮的术前准备和术后护理。

重点评价：

1、监测体温、外周血白细胞总数。

2、患儿烧伤创面及全身是否有感染迹象。

三、体液不足

相关因素：

1、烧伤创面液体渗出。

2、疼痛引起进食减少。

3、应激性溃疡而导致大出血。

主要表现：

1、皮肤弹性差，口渴，尿量减少。

2、血压下降。

[护理目标]

1、患儿维持正常体液量。

2、血压、尿量正常。

护理措施

1、观察患儿皮肤有无干燥、脱水，皮肤弹性好坏及有无口渴情况，哭时有无眼泪。

2、观察有无消化道出血：儿童比成人更容易发生应激性溃疡，注意有无黑便，胃管内引流出胃液的颜色、量、性质。

3、监测、记录尿量及尿比重：一般要求儿童20mL/h，婴儿10m

L/h，每小时低于此标准者，一般需加速补液，超过则要减慢输液速度及减少输液量。

4、观察、记录患儿精神状态和周围循环情况。

5、遵医嘱输入白蛋白和利尿剂，补充液体，减轻水肿。

6、遵医嘱静脉补液、输血浆，补充电解质，注意输入速度。

7、预防性使用H2受体阻滞剂，以减少胃出血的可能。

重点评价：

1、监测血压、尿量、尿比重。

2、体液不足的症状/体征改善的程度。

四．潜在并发症-低效性呼吸型态

1、头/颈烧伤。

2、呼吸道粘膜烧伤。

3、严重浮肿。

主要表现：

1、呼吸困难、紫绀、三凹征明显。

2、动脉血氧分压低于正常。

护理目标：

1、患儿维护有效的呼吸方式。

2、动脉血气正常。

护理措施：

1、观察、记录患儿有无呼吸困难、呼吸短促、咳嗽、紫绀是否使用辅助呼吸机。

2、抬高床头，让患儿处于半卧位，以利用肺扩张和呼吸。

3、给予氧气吸入。

4、指导年长患儿做深慢呼吸运动。

5、遵医嘱使用抗生素。

6、行超声雾化，以消炎，去痰，温湿化呼吸道粘膜。

7、备好抢救药品与器械，作好气管插管和机械通气的准备。

重点评价：

1、患儿缺氧症状改善的程度。

2、患儿的呼吸频率，节律及深浅是否正常。

五、疼痛

烧伤

主要表现：

疼痛难以忍受，婴儿啼哭不止。

护理目标：

疼痛减轻或可以耐受，情绪稳定，安静。

护理措施：

1、遵医嘱给予镇静止痛剂。

2、协助患儿采取舒适的体位，避免创面受压，定时翻身，必要时使用翻身床。

3、诊疗、护理、换药尽量集中进行，以减少患儿的不适感。

4、分散患儿注意力，婴幼儿可将喜爱的玩具及食品带入病房。对年长患儿，应了解其思想动态，与患儿一同游戏，交流，鼓励患儿战胜疾病。

5、换药时，注意动作轻柔而敏捷，严格执行无菌操作。

重点评价：疼痛减轻的程度。

六、营养不足

相关因素：

1、食欲差，胃肠道吸收差。

2、持续高代谢状态。

3、烧伤创面丢失血浆蛋白。

主要表现：

1、血清白蛋白低于正常水平。

2、创面愈合不良。

3、体重不增或下降。

护理目标:

1、患儿维护足够的营养摄入。

2、体重稳定。

3、伤口预期愈合。

护理措施：

1、评估营养状况和体重下降情况，每周测体重2次。

2、鼓励年长患儿自己进食，要求少量多餐，与营养食堂联系，提供患儿喜爱的食物，以刺激食欲，改善营养状况。

3、在进餐前避免因换药引起疼痛降低食欲。

4、口腔护理，每天2次，胃肠道运动功能障碍者，应采取管喂饮食或静脉高营养。

5、遵医嘱静脉补充血浆或白蛋白营养物质。

重点评价：

1、患儿体重增加的速度。

2、创面是否预期愈合。

七、自我形象紊乱/自尊紊乱。

相关因素：

1、疤痕组织形成。

2、毁容。

3、肢体功能障碍。

主要表现：

1自悲，不愿与人交往。

2、肢体功能障碍。

护理目标：

患儿能够适应自我形象的变化。

护理措施：

1、分析年长患儿悲观的原因及程度。

2、鼓励年长患儿表达情感，如悲伤、恐惧，帮助其度过悲观的各个阶段。

3、抓住各种易被患儿接受的有利因素进行疏通引导，利用语言及非语言方式取得患儿信任，加深护患感情；给予良好的生活护理，注意尊重患儿，不要责备患儿，鼓励家长给予患儿更多的关怀和爱抚。

4、如为面部毁容及截肢，告知患儿及家长整容或装假肢的最佳时机，5、指导家长选择医院和假肢厂。

6、指导和帮助患儿进行康复锻炼，尽快恢复生活自理，加强生活的信心。

重点评价：患儿对形象改变的自我感觉是否改变。

六、骨牵引患儿标准护理计划

牵引是应用力学的作用与反作用原理，缓解软组织的紧张和挛缩，使骨折或脱位整复，预防和矫正畸形，多用于肢体或脊柱的损伤。常见护理问包括：①疼痛；②躯体移动障碍；③皮肤受损；④潜在并发症--牵引失败；⑤知识缺乏。

一、疼痛

相关因素：

1、骨折。

2、骨内针（皮肤疼痛）固定。

3、肌肉痉挛。

主要表现：

1、婴幼儿啼哭不止，拒食。

2、年长患儿主诉疼痛。

护理目标：

患儿主诉疼痛减轻，表现为安静、舒适。

护理措施：

1、遵医嘱给予镇静剂或止痛剂，并观察药效。

2、减少不必要的刺激和引起疼痛的因素：

教会患儿放松术。

转移注意力（看书、游戏、听音乐、讲故事等）。

必要时热敷或冷敷止痛。

保持舒适的体位。

抚摸或按摩皮肤。

3、向患儿/家长解释牵引可以减轻肌肉痉挛，有利于逐渐减轻疼痛。

4、做好年长患儿心理护理及理解工作，鼓励其树立战胜疾病的信心。

重点评价：

1、患儿疼痛是否减轻。

2、患儿的活动方式是否加剧疼痛。

二、躯体移动障碍

相关因素：

1、肢体骨折。

2、与牵引和外伤有关的活动受限。

主要表现：

1、患儿不能独立进行躯体活动，强制性约束。

2、日常生活需要人照顾。

护理目标：

1、患儿在限定的范围内保持最佳的活动能力。

2、患儿保持满意的肌力。

护理措施：

1、在限定范围内鼓励患儿独立活动。

2、指导患儿使用辅助装置（头上吊架和床侧栏）。

3、为患儿制定锻炼计划，教会患儿进行患肢末端的等长和等张锻炼。

4、帮助患儿复位，保持肢体处于功能位置。

5、指导患儿和家长如何避免不活动的并发症，教会患儿和家长预防并发症发生的措施。

6、协助患儿进行生活护理以及满足生理上的需要，如进食、洗漱、大小便等。

7、将用物放在年长患儿伸手可及之处，如书、毛巾、零食等。

重点评价：

患儿是否保持良好的肌力，进行日常生活、活动的能力是否增强。

三、皮肤受损

相关因素：

1、制动。

2、长期卧床。

3、牵引装置。

主要表现：

1、表皮受损，皮肤发红或擦伤、抓伤。

2、皮肤全层受损。

护理目标：

1、皮肤完整无破损。

2、已有皮肤破损处无感染。

护理措施：

1、牵引前先用肥皂水清洁皮肤，保持皮肤清洁，减少皮肤感染机会。

2、皮肤破损处护理：观察、记录皮肤破损的程度。每在清洁牵引肢体使皮肤干爽，必要时可移开牵引的脚鞘护套。牵引针穿过的部位每班用75%酒精或络合碘消毒。让患儿和家长了解肢体制动的重要性，并教会家长正确护理牵引针的方法。

观察牵引针是否松动及移动，若有移位，严格消毒恢复到正常位置。

3、牵引时用保护垫放在腿下及骨突处，减轻皮肤压迫，避免皮肤受损。

4、保持床单位干燥、无褶，必要时用预防性的减压床垫。

5、牵引针不要从有伤口、皮疹、擦破处穿过，以免发生骨感染，增加患儿痛苦。

重点评价：

1、皮肤破损处是否有感染迹象。

2、是否存在促使皮肤破损的危险因素。

四

潜在并发症--牵引失败

相关因素：

1、不合适的牵引姿势。

2、患儿缺乏自制力。

主要表现：

1、骨折末端对合不良。

2、牵引针移位。

护理目标：

1、保持有效的牵引效能。

2、患儿未发生任何并发症。

护理措施：

1、保持患肢末端处于功能位牵引，勿净牵引装置任意移开，即使改变姿势时，也不要放松。

2、观察乳胶海绵是否移动、乳胶有无压迫，能过足背皮肤或足底观察足背动脉搏动情况以及末端血运。

3、按规定的重量持续牵引，牵引时重量不要垂在地上、床上，不可过度摇动，避免碰撞。

4、保证有效牵引，被褥不可放在牵引绳上。

5、用布郎架牵引时，骶尾部要垫气圈、棉垫。

6、向患儿和家长讲解肢体制动的重要性，以取得合作。

7、注意牵引针的位置及护理，发现牵引针移位的体征时，及时报告医师。

8、指导患儿活动健肢和患肢。

重点评价：

1、患儿的牵引装置及牵引针是否符合要求。

2、患儿姿势是否正确。

五、知识缺乏

相关因素：

1、缺乏信息来源。

2、患儿/家长缺乏牵引经验。

主要表现：

患儿/家长焦虑、恐惧、不知所措。

护理目标：

患儿/家长主诉对牵引的目的有所了解。

护理措施：

1、解释牵引对疾病及其愈合过程的作用。

2、介绍牵引设备。

3、指导家长掌握预防外伤及与牵引有关的并发症（疼痛、对合不齐等）的知识。

4、向患儿/家长解释牵引针插入的过程、牵引针和牵引移动的过程，如何应用合适的石膏或支架。

七、支气管哮喘患儿标准护理计划

支气管哮喘是在支气管高反应状态下，由于变应原或其他因素引起的可逆性气道阻塞性疾病。临床表现为发作性咳和带有哮鸣的呼气性呼吸困难。常见护理问题包括：一、低效性呼吸型态；二、清理呼吸道低效；三、体液不足；四、舒适的改变；五、知识缺乏（家长）。

一、低效性呼吸型态

相关因素：

支气管痉挛。

平滑肌水肿。

主要表现：

刺激性干咳，呼气性呼吸困难，哮鸣音。烦躁不安。

护理目标：

呼吸平稳，无咳嗽。患儿能够进行有效呼吸。

护理措施：

1、卧床休息。

2、将患儿置于坐位或半坐卧位，有利于呼吸。

3、评估并记录患儿呼吸型态，包括频率、深浅度、节律、紫绀等。

4、鼓励患儿作深而慢的呼吸运动。

5、遵医嘱给药，并观察药效及副作用。

6、哮喘发作时，守护并安慰患儿，做好患儿心理护理及家长的安抚工作。

7、必要时吸氧，氧气注意湿化和温化。

8、保持病室空气新鲜，定时通风，温湿度适宜。禁止家属在室内吸烟。

9、患儿活动或哮喘发作出汗后，及时更换衣服，注意保暖，防止受凉。

10.加强巡视，及时发现哮喘发作，同时告知患儿及家属有发作先兆（如呼吸不畅、喉发痒、咳嗽等）应及时报告医师。

11、重点评价：呼吸频率、节律、呼吸哮鸣音等改善的程度。

二、清理呼吸道低效

相关因素：

1、支气管痉挛、水肿。

2、分泌物聚集、纤毛运动受损和咳嗽无力。

主要表现：

1、呼气性呼吸困难、哮鸣音。

2、大量白色粘稠痰、刺激性咳嗽。

护理目标：

1、患儿能有效地咳出呼吸道分泌物。

2、呼吸音正常或呼吸改善。

3、患儿的肺功能在常范围内。

护理措施：

1、评估患儿生命体征，包括呼吸频率、节律，每4小时1次。

评估痰量及其颜色和粘稠度。

2、遵医嘱予以雾化吸入，鼓励患儿作有效咳，协助拍背将痰液咳出。

痰液较多、咳嗽无力者，应随时准备吸痰。

3、遵医嘱做痰培养及药敏试验，以指导制定用药方案。

4、遵医嘱给予低流量吸氧，加强呼吸道湿化与温化。

5、除需限制入量外，保证患儿摄入充足的水分（每天100mL/kg），以降低分泌物粘稠度。

重点评价：

1、呼吸是否逐渐平稳。

2、痰液粘稠是否改善，痰液是否易咳出，病人能否自行排痰。

三、体液不足

相关因素：

1、呼吸困难，呼吸增快，由肺蒸发水分增加。

2、疲劳所致摄入量减少。

主要表现：

1、呼吸道干燥、痰多而粘稠，不易咳出。

2、口唇干燥。

3、尿少（每小时少于30mL）。

护理目标：

1、患儿不出现脱水现象。

2、保持粘膜湿润，尿量大于每小时30mL.护理措施：

1、鼓励患儿多饮水及进食所喜爱的各种饮料，饮水量每天为1000-1500mL或100mL/kg.2、记录24小时出入水量，维持液体的出入平衡。遵医嘱予以静脉补液。

重点评价：

1、皮肤弹性是否正常。

2、尿量是否在正常范围内。

3、有无脱水征及脱水改善的程度。

4、舒适的改变

5、相关因素哮喘发作时呼气性呼吸困难。

主要表现：

1、张口呼吸。

2、出汗。

3、烦躁不安。

护理目标：患儿无不适减轻。

护理措施：

1、使患儿保持舒适的体位，如坐位或半坐卧位。

2、当患儿陈述不适时，应积极地尽力为患儿解除不适，并鼓励他们将不适及时告知医护人员，作好心理护理，多陪伴、关心、体贴患儿，尽量满足患儿的合理要求。

3、保持病室安静，避免有害的气味及强光的刺激，使患儿安静，必要时遵医嘱予以镇静剂。

4、遵医嘱用解痉药，并观察疗效。

重点评价：

1、精神状态是否好转及好转的程度。

2、哮喘症状是否缓解。

3、知识缺乏（家长）

相关因素：

1、小儿初患支气管哮喘，家长对疾病知识不够了解。

2、缺乏医学信息来源。

主要表现：

1、不了解该病的易发因素。

2、缺乏护理的有关知识，患儿经常感冒。

护理目标：

1、患儿家长能对该病有所了解，能讲述有关的易感因素。

2、患儿家长能掌握较正确的护理方法，能有效的避免复发。

3、患儿家长了解预防该病的重要性。

护理措施：

1、向家长介绍支气管哮喘的特点及发作时的护理方法。

2、向家属介绍人患儿的饮食要求，禁食诱发哮喘食物。

3、做好出院指导，使家长了解避免患儿复发的重要意义。

4、患儿应加强体格锻炼，增强体质，多做户外活动，提高机体抵抗力，减少呼吸系统疾病的发生。

5、支气管哮喘与某些过敏源有关，家长尽可能使患儿避开过敏源，如不吃易诱发哮喘的食物，家中饲养宠物，户外活动避免与花粉、动物毛屑接触等。

6、为患儿安排一个舒适的居室，室内空气流通，阳光充足环境清洁，7、室内不放置花草，不宜铺地毯。

8、定期预防接种，以预防传染病。

9、气候变化应及时添减衣服，预防上呼吸道感染。在传染病流行时，少去或不去人多的场所，如电影院、商店等。

重点评价：

家长对本病了解的程度，家长是否掌握了家庭护理要点。

八、病毒性心肌炎患儿标准护理计划

病毒性心肌炎是病毒侵犯心脏所致的，以心肌炎性病变为主要表现的疾病，有的可伴有心包或心内改变，临床表现轻型患儿一般无明显症状，心电图可见早搏或T波降低等改变；心肌受累明显时，患儿常诉心前区不适，胸闷、心悸，头晕及乏力等；重症患者可突然发生心源性休克，表现为烦躁不安，面色苍白，皮肤发亮，四肢湿冷及末梢发绀等，可在数小时或数日内死亡。常见护理问题包括：一、活动无耐力；二、舒适的改变：胸闷、胸痛；三、潜在并发症

——心力衰竭；四、家属及患儿知识缺乏。

一、活动无耐力

相关因素：

1、与心肌受损、心搏出量减少有关。

2、氧的供需失调。

主要表现：

心率增加、虚弱、疲乏。

护理目标：

患儿活动耐力增加，气促、虚弱、疲乏改善或消失。

护理措施：

1、密切观察患儿活动前的心肺状态，评估患儿的活动水平，观察记录活动反应。

2、为患儿提供安静舒适的环境；急性期间卧床休息，一般休息至体温稳定3-4周后；有心衰者，休息应不少于6个月，待心衰控制、心脏恢复正常大小，再逐步增加活动量，以不出现心悸，气促为宜。

3、有效给氧，氧浓度30%-50%，采用鼻导管或面罩给氧。

4、制定患儿恢复活动原则：

（1）锻炼从卧床逐渐过渡到坐或站立10分钟至20分钟，深呼吸练习，每天3次。

（2）坐在椅子上30分钟，每天3次。房间内行走1-2分钟，每天3次。

(3)在大厅内行走25步，然后逐渐增加，蓄积力量小跑返回。

重点评价：

1、患儿活动量是否增加。

2、患儿气促、紫绀是否减轻。

3、舒适的改变：胸闷、胸痛

相关因素：

1、与心肌缺血有关。

2、与心肌炎有关。

主要表现：胸闷、胸痛。

护理目标：1、患儿主诉舒适感增加。

2、患儿胸闷、胸痛减轻或消失。

护理措施：

1、保持病室安静、舒适、空气新鲜。

2、绝对卧床休息，病情好转后逐渐增加活动量。

3、治疗、护理集中进行，尽量不打扰患儿睡眠；烦躁不安者给予少量镇静剂。

4、密切观察病情变化，如面色、脉搏、血压等，患儿出现胸部不适等异常时，应及时处理。

5、遵医嘱静脉滴注护心药物，如果糖二磷酸钠、护心通、大剂量维生素C等。

6、遵医嘱吸氧。

7、分散患儿注意力，安慰患儿，消除其紧张情绪，鼓励患儿保持最佳心理状态。

重点评价：

1、患儿舒适感是否增加。

2、患儿胸闷、胸痛是否减轻或消失。

3、潜在并发症——心力衰竭

相关因素：

1、心肌损害。

2、心脏扩大。

主要表现：

1、心率增快：>180次/分。

2、呼吸增快：>60次/分。

3、突然极度烦躁不安，紫绀，面色苍白。

4、心音低钝、奔马律、颈静脉怒张。

5、肝脏进行性增大。

6、尿量减少或无尿。

护理目标：

住院期间患儿不发生心力衰竭。

护理措施：

1、评估患儿疲乏、苍白、出汗等情况。

2、严密观察心率、呼吸及病情变化，若出现心慌、气急紫绀、肝大等症状，应及时处理。

3、急性期卧床休息，根据病情取平卧位或半卧位。

4、尽量保持患儿安静，避免不良刺激；烦躁不安者给予镇静剂。

5、使用输液泵控制输液速度及输液总量。

6、保持大便通畅，多吃蔬菜水果，必要时予开塞露通便。

7、重点评价患儿住院期间是否发生心力衰竭。

8、家属及患儿知识缺乏

相关因素：

1、家属和患儿对疾病的有关知识了解不足。

2、对治疗方案及护理知识缺乏了解。

主要表现：

1、患儿家属希望知道本病的有关知识，常向医务人员打听。

2、患儿家长对本病知识缺乏，对医务人员寄予极大希望。

3、不能配合医护人员完成各项治疗与护理。

护理目标：

1、家属和患儿对疾病的有关知识有所了解。

2、能配合治疗和护理。

护理措施：

1、向患儿及家长介绍有关此病常识，并告之积极配合治疗护理的重要性。

2、向家长讲述疾病的过程及治疗方案，鼓励说出内心焦虑的原因，适当参与患儿的生活护理。

3、同情关心患儿，安慰家属，精心护理，消除疑虑。

4、交待患儿的治愈需要相对长的时间，让家属有心理准备，树立治愈的信心。

重点评价：

1、家属和患儿是否了解与疾病有关的知识。

2、家属是否能主动配合治疗、护理。

**第三篇：儿科护理工作年终总结**

儿科护理工作年终总结

儿科学的任务是不断探索儿科医学理论，在实践的基础降低发病率、死亡率，增强儿童体质，提高儿童保健和疾病防治水平。下面是小编为大家整理的关于儿科护理工作的年终总结，欢迎大家的阅读。

儿科护理工作年终总结一

XX年马上就要到来，在过去的XX年，我很好地完成了上级交待的工作和任务，为了今后能够更好的工作，为了今后能够更有效率的工作，为了今后能够为医院赢得更多的荣誉，现将这一年的工作总结

做为儿科资历最深年纪最大的老护士，去年，和比我年轻10岁、低年资护士一样，我一共上了132个夜班。我从未倚老卖老，得过且过。相反，我以自己丰富的护理阅历和经验，精湛过硬的护理技术，从无懈怠，踏踏实实兢兢业业认认真真做好自己的每一项工作。从不计较工作的轻重苦累脏臭，只要是自己看到的能做的，无论份内份外，都会主动去完成。

护理工作虽然琐碎虽然平常虽然平淡，但有时我真的很为自己骄傲。我是生命的守候者，许许多多的人因为我的努力我的辛勤我的认真我的热情我的奉献，过着幸福快乐的日子。我的双手我的微笑我的善待让这个世界温暖！虽然他们不能记忆我的名字，虽然他们不知道我的付出，虽然他们不了解我的辛苦，但赠人玫瑰手有余香！我们是那样的天使！所以在许许多多的深夜白昼，我虽然游走在病儿疼痛、鲜血、哭闹中，但我快乐！

在过去的一年中，我感谢每一位和我共事的同事。感谢你们的善待，感谢和你们有这样相逢相知相处的缘分，感谢你们的善良和美好，感谢你们让我生活在这样一个温暖的大家庭！希望来年，我们仍然能够荣辱与共，共同感觉感受生命和生活的美好美丽，共同去创造一个更加灿烂的未来！

儿科护理工作年终总结二

新年的钟声即将敲响，xx年的工作也将接近尾声。回顾一年来的工作，紧张中伴随着充实，忙碌中伴随着坚强，团结中伴随喜悦。在院领导、科领导的正解带领下，在同志们的互相帮助下,圆满地完成了自己所承担的各项工作任务，现将本人20xx年工作总结汇报如下：

热爱祖国，热爱医院，热爱科室，拥护中国共产党。积极参加科室组织的政治理论学习，认真深入学习科学发展观。在学习中不断提高自己的政治涵养，完善自己的政治基础。积极参加科室组织的专科理论知识学习，认真学习做好笔记，为工作服务病情观察提供理论指导。

作为一名年轻的党员、年轻的专科护士，无时无刻都在高标准、严要求自己，虚心向他人请教，积极改进工作方式方法，增强工作能力，提高专科护理知识，提高护理服务质量，提高护理操作技术。坚持理论联系实际，坚持批评与自我批评，坚持岗位职责和护理理念。一年来，始终牢记‘全心全意为人民服务’的宗旨，对工作认真负责，对领导尊敬服从，对同事团结爱护，对患儿呵护倍加，并克服一切困难，圆满完成科室指派的各项特护任务，得到领导和同志们的肯定和认可。始终铭记‘细节决定成败’，工作中严格执行“三查七对”，无任何医疗差错事故的发生；严格遵守各项规章制度，从无迟到早退旷工等现象；严格执行学生带教，全力配合科室带教任务。

提高护理技术，争取做到‘一针见血’，减轻患儿痛苦；

观察病情及时，报告医生及时，全力配合抢救工作；

培养良好的心理素质，工作中不慌不忙，井然有序；

认真学习专科知识，为专科工作提供理念依据；

以上是本人xx年的工作总结，希望在今后的工作生活中，各领导、同志们对我的工作一如既往给予指导和支持，在以往的工作生活及其他方面做得不妥之处请给予原谅和理解。在新的一年里，我相信我会有更大的进步！

**第四篇：儿科护理（定稿）**

儿科护理

1.儿年龄分几期，是什么？

分为7期：胎儿期，新生儿期，婴儿期，幼儿期

学龄前期，学龄期，青春期

2.长发育高峰期？

婴儿期，青春期

3.外伤害高峰期？

幼儿期

4.发生免疫性疾病的时期？

学龄前期

5.长发育有哪些规律？

连续性和阶段性顺序性不平衡性个体差异

6.出新生儿的体重、身高、头围、胸围分别是多少？

体重：3kg身高：50cm头围：34cm胸围：32cm

7.岁时小儿的体重、身高、头围、胸围？

体重：10kg身高：75cm头围：46cm胸围：与头围相等

8.算5岁小儿的体重、身高？

体重：5\*2+8=18kg身高：5\*7+70=105cm

9.乳喂养的特点？

满足营养需要、增强抗病能力、促进心理发育、哺乳经济方便、有益母体健康

10.添加原则？

加辅助食品应该遵循由少到多，由稀到稠、由细到粗、由一种到多种循序渐进的原则

11.主动免疫？

指给易感者接种特异性抗原，刺激机体产生特异性抗体从而获得免疫力，预防传染病

12.被动免疫？

指未接受主动免疫的易感者在接触传染源后，被给予相应的抗体而立即获得免疫力

13.生理性黄疸？

由于新生儿胆红素代谢特点使新生儿生后2~3天出现黄疸，4~5天达高峰，7~14天自然消退（早产儿可延迟至3~4周）血清胆红素大于205umol/L(早产儿大于257umol/L)一般情况良好

14.手足搐搦临床表现？

三大显性体征：惊厥、手足搐搦症、喉痉挛

三大隐性体征：面N症、陶瑟征、腓反射

15.两种特殊类型的上感？

疱疹性咽峡炎、咽结合膜热

16.新生儿的特殊生理状态？

生理性体重下降，生理性黄疸、乳腺肿大和假月经、“马牙”和“螳螂嘴”、新生儿栗粒疹

**第五篇：儿科护理**

婴儿每日需要水量：150ml∕kg，每三岁约减少25ml∕kg，成年人每日需要40到45ml∕kg 母乳喂养的优点：1.满足营养需求；2.增进身体健康，通过母乳，婴儿可以获得免疫因子，增加自身的抗感染能力；3.哺乳方便易行，母乳的温度适宜，不易感染，省时方便经济；

4.促进情感交流，哺乳过程是一种潜在的母子心灵的沟通；5.利于母亲恢复

每次哺乳的时间约为15至20分钟。

婴儿生后4道6个月开始添加辅食，逐渐减少哺乳次数，增加辅助食物，一般与生后10到12个月断奶，遇炎热季节或患病可适当延迟，但不宜超过1岁半。断奶≠断乳

添加辅食顺序：1～3个月 汁状食物；4～6个月 泥状食物；7～9个月 末状食物；10～12个月 碎食物；

正常足月儿外观特点：体重在2500g以上（约3000g），身长47cm以上（约50cm），哭声响亮，肌肉有一定肌张力，皮肤红润，乳房可扪到结节，整个足底有较深的足纹，男婴睾丸下降，女婴大阴唇覆盖小阴唇。

正常足月儿生理特点：1.呼吸系统 由于呼吸中枢发育不成熟，呼吸节律常不规律，频率较快，40次∕分左右，主要靠膈肌运动，以腹式呼吸为主。2.循环系统 ①脐带结扎，胎盘脐血循循环终止②随着呼吸建立和肺膨胀，肺血管阻力降低，肺血流增加③从肺静脉回流到左心房的血量显著增加，压力增高，使卵圆孔功能性关闭④由于氧分压增高，动脉导管收缩出现功能性关闭，新生儿心率波动较大，100～150次∕分，平均120～140次∕分，血压平均为70∕50mmHg（9.3∕6.7kPa）。3.消化系统新生儿食管下端括约肌，胃呈水平位，幽门括约肌发达，已发生溢乳和呕吐，生后10～12小时开始排胎粪，约2～3天内排完，呈墨绿色，若24h还未见胎粪排出，应检查是否为肛门闭锁及消化道畸形。4.血液系统由于新生儿血红蛋白对氧有较强的亲和力，不易将氧释放到组织，所以新生儿缺氧时紫绀不明显，足月儿刚出生时白细胞较高，第三天开始下降，由于胎儿肝脏维生素k储存少，凝血因子活性较低，故生后常规注射维生素k1。5.泌尿系统新生儿一般生后24h内排尿。6.神经系统 足月儿出生时已具有原始的神经反射如觅食反射、吸允反射、握持反应、拥抱反射、和交叉伸腿反射。新生儿巴氏征、克氏症、佛斯特正阳性属正常。7.免疫系统 胎儿可从母体通过胎盘获得免疫球蛋白IgG，如荨麻疹有免疫力不易感染，而免疫球蛋白IgA和IgM则不能通过胎盘传给新生儿，因此新生儿易患呼吸道、消化道感染和大肠杆菌、金黄色葡萄球菌败血症。

8.体温调节主要靠棕色脂肪的代谢。9.能量、水和电解质需要量。

正常足月儿几种特殊生理状态：（1）生理性体重下降一般不超过10％，生后10天左右恢复到出生时体重。（2）生理性黄疸（3）乳腺肿大 生后3～5d，男女新生儿均可发生，一般生后2～3周内消退（4）“马牙”和“螳螂嘴”（5）假月经（6）栗粒疹

正常足月儿常见护理诊断∕问题：1.有窒息的危险 与呛奶呕吐有关。2.有体温改变的危险 与体温调节中枢发育不完善有关。3.有感染的危险 与新生儿免疫功能不足及皮肤粘膜屏障功能差有关。4.有受伤的危险 与新生儿没有自我保护能力有关

正常足月儿常见护理措施：1.保持呼吸道通畅 2.维持体温稳定（1）保暖（2）新生儿室条件 保持室温在22～24℃、相对湿度在55％～65％，每张床最好拥有2.5㎡的空间，床间距60cm以上。3.预防感染（1）严格执行消毒隔离制度（2）保持脐部清洁干燥脐带脱落因注意脐窝有无分泌物及肉芽，有分泌物应用3％的双氧水棉签擦拭，0.2％～0.5％碘伏棉签擦拭，有肉芽的应用硝酸银烧灼局部（3）做好皮肤护理 每天沐浴一次4.合理喂养 做好预防接种 5.确保安全 6.健康教育 促进母婴感情建立 宣传有关母婴保健的知识 新生儿筛查 早产儿常见的护理诊断∕问题：1.体温过低 与体温调节功能差有关2.营养失调 低于机体需要量与吸吮、吞咽、消化功能差有关3.自主呼吸受损 与呼吸中枢不成熟、肺发育不良、、呼吸肌无力有关4.有感染的危险 与免疫功能不足及皮肤粘膜屏障功能差有关

早产儿护理措施：1.维持体温稳定 维持室温在24～26℃，相对湿度在55％～65％。2.合理

喂养 尽早开奶，以防止低血糖3.维持有效呼吸4.密切观察病情5.预防感染6健康教育 7.发展性照顾

新生儿窒息病因：(1)孕母因素：母亲患心、肾疾病，慢性肺疾病、糖尿病，严重贫血，感染，妊娠高征，孕母吸烟或吸毒，孕母年龄>35岁或<16岁。(2)胎盘和脐带因素：如胎盘功能不全、前置胎盘、胎盘早期剥离等;如脐带扭转、绕颈、打结、过短、脱垂、畸形等。

(3)胎儿因素 早产儿、巨大儿、小于胎龄儿;有呼吸道形者，胎粪吸入致使呼吸道等，宫内感染所致神经系统受损等。(4)分娩因素：手术产，如高位产钳、臀位、胎头吸引不顺利;产程中的麻醉、镇痛药使用不当等。

新生儿窒息Apgar评分:

评分标准

体征

皮肤颜色

心率（次∕分）

弹足底或插鼻管

反应

肌肉张力

呼吸 无反应 松弛 无 有些动作、如皱眉 哭、喷嚏 四肢略屈曲 慢、不规则 四肢能活动 正常、哭声响 0 青紫或苍白 无 1 躯干红四肢青紫 ＜100 2 全身红 ＞100 生后评分

新生儿窒息的治疗要点：1.预防及积极治疗孕母疾病2.早期预测3.及时复苏 按ABCDE复苏方案A.清理呼吸道 B.建立呼吸增加通气 C.维持正常循环，保证足够心博出量 D.药物治疗 E.评价和环境（保温）4.复苏后处理

新生儿窒息常见护理诊断∕问题：1.自主呼吸受损 与羊水、气道分泌物吸入导致低氧血症和高碳酸血症有关。2.体温过低 与缺氧有关。3.焦虑（家长）与病情危重及预后不良有关 新生儿窒息护理措施：1.复苏（1）复苏程序：格按照ABCD步骤进行，顺序不能颠倒；A通畅气道 在生后15～20s内完成 B建立呼吸 C恢复循环 D药物治疗（2）复苏后监护。2.保温 3.家庭支持

新生儿缺氧缺血性脑病病因：1.缺氧 围产期窒息、反复呼吸暂停、严重的呼吸系统疾病、右向左分流型先天性心脏病等。其中围产期窒息是主要原因。2.缺血 心跳停止或严重的心动过缓、重度心力衰竭或周围循环竭

新生儿缺氧缺血性脑病临床表现：1.轻度 主要表现为兴奋、激惹，肢体及下颌可出现颤动，吸吮反射正常，拥抱反射活跃，肌张力正常，呼吸平稳，前囟平，一般不出现惊厥。上述症状一般24h内明显，3d内逐渐消失。预后良好。2.中度 表现为嗜睡、反应迟钝，肌张力减低，肢体自发动作减少，可出现惊厥。拥抱反射和吮吸反射减弱，瞳孔缩小，对光反应迟钝。症状在生后24h到72h内明显。可留有后遗症。3.重度 意识不清，常处于昏迷状态，肌张力底下，肢体自发动作消失，惊厥频繁，反复呼吸暂停，前囟张力高，拥抱反射和吸吮反射消失，瞳孔不等大或放大，对光反应差，心率减慢，重度患儿死亡率高，存活着多数留有后遗症。

新生儿缺氧缺血性脑病常见护理诊断∕问题:1.低效性呼吸型态 与缺氧缺血致呼吸中枢损害有关 2.潜在并发症 颅内压升高、呼吸衰竭 3.有废用综合征的危险 与缺氧缺血导致的后遗症有关

新生儿缺氧缺血性脑病护理措施：1.给氧 2.监护 3.亚低温治疗的护理（1）降温（2）维持（3）复温（4）检测4.早期康复干预

新生儿颅内出血治疗要点：1.止血 可选择使用维生素k1、酚磺乙胺、卡巴克洛和立止血等

2.镇静、止痉 选用地西洋、苯巴比妥等 3.降低颅内压 有颅内高压者可选用呋塞米 如有瞳孔不等大、呼吸节律不整、叹息样呼吸等可使用甘露醇 4.与应用脑代谢激活剂 5.外科处理

新生儿颅内出血常见护理诊断∕问题：1.潜在并发症 颅内压升高 2.低效性呼吸形态 与呼吸中枢受损有关 3.有窒息的危险 与惊厥、昏迷有关 4.体温调节无效 与体温调节中枢受损有关

新生儿颅内出血护理措施：1.密切观察病情，降低颅内压 严密观察病情 保持绝对静卧，抬高头部 2.合理用氧 3.维持体温稳定 过高者给于物理降温 过低者给予保暖措施4.健康教育

新生儿败血症感染途径:感染可发生在产前产时或产后。产前感染与孕妇有明显感染有关，尤其是羊膜腔的感染更易引起发病；产时可通过产道被细菌感染；产后细菌可以从脐部、皮肤黏膜损伤处、及呼吸道消化道感染等

新生儿败血症治疗要点：1.选用合适的抗菌药物 早期、联合、足量、静脉应用抗生素，疗程药足，一般应用10到14天。2.对症、支持治疗

新生儿败血症常见的护理诊断∕问题：1.体温调节无效 与感染有关 2.皮肤完整性受损 与脐炎、脓疱疮等感染性病灶有关 3.营养失调：低于机体需要量 与吸吮能力差、纳差及摄入不足有关

新生儿败血症常见的护理措施：1.维持体温稳定 体温过低给予保暖措施，过高给予降温，不要酒精擦浴，多喂开水。2.保证抗菌药物有效进入体内 3.及时处理局部病灶 4.保证营养供给 5.严密观察病情 6.健康教育 知道家长正确的喂养和护理患儿，保持皮肤清洁 新生儿黄疸的分类：

1.生理性黄疸 约有百分之50到60的足月儿和80％的早产儿于生后2到3天内出现黄疸，5到6天达到高峰，足月儿在2周内消退，早产儿可延到3到4周。

2.病理性黄疸 在生后24h出现，黄疸程度重血清胆红素＞205.2～256.5μmol/L，发展快血清胆红素每日上升超过85μmol/L（5mg/dL），持续时间长黄疸退而复现。

新生儿黄疸治疗要点：1.找出引起病理性黄疸的原因，采取相关措施，治疗基础疾病。2.降低血清胆红素，给予蓝光疗法，提早喂养诱导建立正常菌群，减少肠肝循环，保持大便通畅，减少肠壁对胆红素的再吸收。3.保护肝脏，不用对肝脏有损害及可能一起溶血的，黄疸药物。4.控制感染、注意保暖、供给营养、及时纠正酸中毒和缺氧。5.适当用酶诱导剂、输血浆和白蛋白，降低游离胆红素.新生儿黄疸常见护理诊断∕问题:1.潜在并发症 胆红素脑病2.家长知识缺乏 缺乏有关黄疸护理的有关知识

新生儿黄疸护理措施：1.观察病情，做好相关护理（1）密切观察病情，注意皮肤黏膜、巩膜的色泽；如果患儿出现拒食嗜睡、及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。观察大小便的次数、量及性质，如有胎粪延迟排出，应给予灌肠处理，促进大便及胆红素排出。（2）喂养：黄疸期间常表现为吮吸物理、纳差，耐心喂养，调整喂养方式，保证奶量摄入。2.针对病因的护理，预防核黄疸的发生，（1）实施光照疗法和换血疗法，并做好相应护理。（2）遵医嘱给予白蛋白和酶诱导剂，纠正酸中毒，以利于胆红素和白蛋白结合，减少胆红素脑病的发生，（3）合理安排补液计划3.健康教育 使家长了解病情，取得家长配合等。

新生儿寒冷损伤综合征病因：寒冷、早产、感染和窒息是主要病因

新生儿寒冷损伤综合征治疗要点：1.复温是低体温患儿的治疗关键，复温原则是逐步复温，循序渐进 2.支持疗法 足够的热量有利于体温恢复，更具病人情况选择经口喂养或静脉营养。应严格控制输液速度及输液量，3.合理用药 有感染者可用抗生素

新生儿寒冷损伤综合征常见护理诊断∕问题：1.体温过低 与新生儿体温调节功能低下、寒冷、早产、感染、窒息等有关。2.营养失调：低于机体需要量 与吸吮无力、热量摄入不足有关。3.有感染的危险 与免疫、皮肤黏膜屏障功能低下有关。4.皮肤完整性受损 与皮肤硬

肿、水肿有关5.潜在并发症 肺出血、DIC 6.家长知识缺乏 缺乏正确保暖及育儿知识。新生儿寒冷损伤综合征护理措施：1

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！