

国内第一套护士分层培训教本



护士分层培训

ERKE HUSHI
FENCENG
PEIXUN

雷美容 李文芳 孙 慧◎主编



专科护士分层培训丛书

总主编◎程海冬 李 莉

护士晋升学习教本 护理岗位实习指南



总主编◎程海冬 李莉

专科护士分层培训丛书

儿科

护士分层培训
ERKE HUSHI
FENCENG
PEIXUN

雷美容 李文芳 孙慧◎主编

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科护士分层培训/雷美容, 李文芳, 孙慧主编.
—武汉: 湖北科学技术出版社, 2014. 2
(专科护士分层培训丛书/程海冬, 李莉主编)
ISBN 978-7-5352-6539-5

I. ①儿… II. ①雷… ②李… ③孙… III. ①儿科学
—护理学 IV. ①R473. 72

中国版本图书馆CIP数据核字 (2014) 第036270号

策 划: 刘 玲

责任编辑: 刘 玲 李大林

封面设计: 戴 旻

出版发行: 湖北科学技术出版社
地 址: 武汉市雄楚大街268号
(湖北出版文化城B座13-14层)
网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

电话: 027-87679468
邮编: 430070

印 刷: 中印南方印刷有限公司

邮编: 441000

787×1092 1/16 18.75印张
2014年4月第1版

450千字
2014年4月第1次印刷
定价: 37.00元

本书如有印装质量问题 可找本社市场部更换

序

目前,我国护士分层培训的文章比较多,但内容大多较为单一,而集专科医疗基础知识和护理技能于一体的在职护士分层培训书籍更是匮乏,无法满足不同层次临床专业护理人员系统性、规范性培训的需求。

本着实用原则和满足临床不同层次护士的培训需求,我们根据卫生部关于“中国护理事业发展十二五规划纲要”、“2013 年版全国三级甲等医院复审标准”及“各专科护理培训基地”的要求,组织湖北医药学院附属人民医院、太和医院、东风医院及各兄弟医院临床专科护理专家、教授及经验丰富的老师编撰了本套《专科护士分层培训丛书》,旨在提高不同层次护士的专科知识及技能,方便学习和掌握各专科知识的目的。

湖北医药学院护理学院护理专业为湖北省省级重点一级学科、省级品牌专业,国家级特色专业建设单位,护理学本科专业认证顺利通过教育部教指委专家评审。

《专科护士分层培训丛书》是以最新颁布的全国高等医药教材建设研究会“十二五规划教材”为蓝本,吸纳了国内外各专科医疗护理领域的新知识、新技术和新理念,集系统性、规范性、实用性于一体。

本系列丛书由 10 个独立分册组成。分别是《内科护士分层培训》、《外科护士分层培训》、《妇产科护士分层培训》、《儿科护士分层培训》、《五官科护士分层培训》、《肿瘤科护士分层培训》、《中医科护士分层培训》、《急诊科护士分层培训》、《手术室护士分层培训》、《消毒供应中心护士分层培训》。各分册均由专科医学基础知识、专科检查、专科护理操作、专科护理应急、专科常用药物及专科护士分层题库及答案组成。

本丛书经全体参编人员两年多的辛勤工作和湖北科学技术出版社编审老师的热心支持,方得以顺利付梓出版。在此一并表示衷心感谢。

编委会

2014 年 2 月

前 言

儿科护理学是护理学科中面向人类未来的一门重要学科。随着医学科学的飞速发展和人类对健康生活的需求,儿科护理工作面临着前所未有的挑战。为了适应卫生改革和新形势下护理质量、服务水平的发展要求,根据医院分级管理、医院管理评价指南(试行)对护理工作的质量提出的标准,各医院均把狠抓医院内涵建设,严格进行三基训练,作为提高医护人员业务素质的基本途径和重要环节。

在学校学习和临床实践中,需要有分层教学和培训的施教意识。这关于加强专科护士培训,提升护士的执业能力,提高护理质量都有积极作用。正是基于这样的考量,我们编写出版了《儿科护士分层培训》这本分层培训、学习教本。

《儿科护士分层培训》全书分为儿科护理基础、新生儿护理、小儿内科、外科、五官科、急救护士分层培训。

本书根据护理人员的职称、学历、工作年限和工作能力的不同,将护士分为:0~1年新护士、1~3年低年资护士、3~5年低年资成熟护士和6年及6年以上专科护士四个层次,分别从专科基础知识、专科检查、专科护理操作、专科护理应急、专科护理常规(包含了专科新技术、新业务及急危重患者护理常规)、专科常用药物等方面进行分层级规范化培训。并附有专科分层题库及答案。本书注重培训的科学性、指导性和操作性,是目前儿科护士唯一的分层培训教本。此书是儿科临床在职各层次专科护理人员、进修实习生等学习培训的教材和考评考核的重要参考书。

本书在编写、审定、出版过程中,得到湖北医药学院护理学院及湖北医药学院各附属医院和各兄弟医院临床医疗护理专家、教授及湖北科学技术出版社的热情指导和帮助,在此表示衷心感谢!因水平有限,疏漏和不当之处在所难免,敬请读者批评指正。

编者

2014年2月

目 录

第一章 儿科医学基础知识.....	1
第一节 儿科基础知识.....	1
第二节 新生儿及新生儿疾病基础知识	13
第三节 小儿内科常见疾病基础知识	19
第四节 小儿外科常见病基础知识	33
第五节 小儿五官科常见病基础知识	39
第二章 儿科相关检查	41
第三章 儿科护理操作	49
第四章 儿科护理应急流程	82
第五章 儿科护理常规	93
第一节 新生儿护理常规	93
第二节 儿童常见病护理常规	98
第三节 危重患儿护理常规.....	106
第六章 儿科常用药物.....	112
第一节 抗感染类药物.....	112
第二节 中枢神经系统药物.....	122
第三节 消化系统药物.....	129
第五节 心血管系统药物.....	137
第六节 血液及造血系统药物.....	142
第七节 维生素和营养类药物.....	144
第八节 抗变态反应药物.....	147
第九节 生物制品.....	148
第七章 儿科护士分层培训题库及答案.....	155
第一节 儿科(0~1 年护士)题库及答案	155
第二节 儿科(1~3 年护士)题库及答案	185
第三节 儿科(3~5 年护士)题库及答案	218
第四节 儿科(6 年及 6 年以上护士)题库及答案	251
参考文献.....	286

(2) 眶上静脉:起自于额骨的颧突附近,与颞浅静脉的根部相连。该静脉沿眼眶上缘向内行走,越过眼眶在内眦附近与滑车上静脉汇合形成内眦静脉。

(3) 颞浅静脉:起自于颅顶及颞区的静脉网,在颞筋膜浅面颧弓根稍上方汇合成前、后两支。前支与眶上静脉相交通,后支与枕静脉、耳后静脉相吻合,并且有交通支与颅顶导静脉相连。前、后支在颧弓根处汇合成颞浅静脉,下行至腮腺内注入面后静脉。

5. 什么是颈外静脉?其解剖学要点是什么?

答:颈外静脉是颈部最大的浅静脉,引流头皮、面部以及部分深层组织的静脉血液。下颌后静脉后支和耳后静脉在下颌角附近的腮腺内或紧邻下方汇合成颈外静脉。然后自下颌角处下降,于胸锁乳突肌表面斜行至锁骨下三角,经前斜角肌前面或外侧在锁骨中点上方2.5cm处穿颈深筋膜终于锁骨下静脉。在颈外静脉汇入锁骨下静脉处具有静脉瓣。自锁骨水平向上长约4cm处的一段颈外静脉常常膨胀形成所谓的“窦”。颈外静脉的体表投影相当于同侧下颌角与锁骨中点的连线。

6. 前、后囟穿刺术的解剖学要点是什么?

答:(1) 部位选择:前囟的穿刺点选择在前囟的后角正中,后囟的穿刺点选择在后囟正中。

(2) 体姿参考:前囟穿刺取仰卧位,后囟穿刺取俯卧位,操作者站在患儿头侧,助手右手托着颈部,左手固定头部,使上矢状窦与操作台面垂直。

(3) 穿经结构:穿刺针穿经皮肤、浅筋膜、帽状腱膜及囟的膜性结构达上矢状窦。

(4) 进针技术与失误防范:可用执笔式持注射器刺入。前囟穿刺时在穿刺点针与头皮向斜向45°进针,针尖指向眉间。后囟穿刺时在穿刺点刺向颅顶方向,针与头皮角度呈35°~40°。穿刺深度4~5mm,不超过10mm。新生儿后囟穿刺易于成功。稍大的婴幼儿应选前囟穿刺。前囟处上矢状窦较细,穿刺难度较大。穿刺时进针方向应沿头颅正中矢状方向,不可偏向两侧,以免损伤脑组织。要边进针边回抽,有落空感后即停止进针。针头不宜过粗,因硬脑膜缺乏弹性,拔针后针眼不会立即自行闭合,应行局部压迫片刻,以减少漏血。

7. 侧脑室穿刺的解剖学要点有哪些?

答:(1) 部位选择:①前角穿刺:在冠状缝前2.0cm,距正中线2.5cm的交点处,针头垂直指向两外耳道之间的假想线;②后角穿刺:在枕外隆凸上方6~7cm及矢状线旁3cm的交点处。

(2) 体姿参考:患者取俯卧位或侧卧前倾位。

(3) 穿经层次:穿经皮肤、浅筋膜、帽状腱膜、腱膜下疏松结缔组织和颅骨外膜。在颅骨上钻孔以显露硬脑膜。将硬脑膜作十字切开至骨孔边缘,在无血管的大脑表面稍行切开,将脑室穿刺针刺入。

前囟未闭合的婴儿,可于前囟侧角稍靠前距中线1.0~1.5cm处垂直刺入,针头穿过头皮后即指向同侧外耳道方向徐徐前进,每向前刺入0.5cm,即将针芯取出一次,看有无脑脊液流出。

(4) 进针技术与失误防范:①前角穿刺:穿刺针头与矢状面平行,针尖向后向下,对准两侧外耳道连线,刺入深度约4.0~6.0cm。②后角穿刺:穿刺针指向前外方,与矢状面呈15°,即向穿刺侧眉弓的外端。刺入5~6cm即可进入后角。

8. 侧脑室穿刺的注意事项是什么？

答：脑室穿刺有一定的危险性，须由有经验的医生操作或在其指导下进行。术前应按需选好穿刺点。要严格消毒，以防感染。针刺入要缓慢，刺入 3cm 后，每推进 1cm 拔出针芯，观察有无脑脊液流出。进针过程中严禁针身摆动，更不可中途改变方向，以免造成脑组织损伤及出血。当脑脊液从针内溢出时，表示脑压高，应用针芯或手指堵住针管，以免放液速度过快。否则，脑压骤降，可导致一系列的严重并发症，例如脑皮质突然下陷，颅内出现负压，使硬脑膜与颅骨剥离而引起出血等。

9. 臀中肌臀小肌注射解剖学要点是什么？

答：（1）注射部位选择：臀中肌臀小肌注射部位的选择应注意避开穿出梨状肌上孔处的血管神经。一般选择髂前上棘后区较为安全，该区恰好位于臀上血管的深上支与深下支之间，定位有两种方法：①髂前上棘后三角区：术者将示指指尖置于髂前上棘（由后向前，右侧用左手，左侧用右手），中指尽量与示指分开，中指指尖紧按髂嵴下缘，此时，示指、中指及髂嵴围成的三角区为注射区。②髂前上棘后三横指处。

（2）体位姿势选择：患者多取侧卧位或取俯卧位。

（3）穿经结构：注射针穿过皮肤、浅筋膜，由臀肌筋膜至臀中肌或臀小肌。

（4）进针技术与失误防范：基本同臀大肌注射法，其注射深度略小于臀大肌注射深度，此注射区皮下脂肪较薄，进针时不要过深，以免针尖触及骨面。

10. 脐静脉穿刺术的解剖学要点是什么？

答：在行脐静脉穿刺前，首先应在新生儿腹前壁触摸肝下缘的脐静脉切迹（肝左右叶在肝下缘交界处的切迹），以确定脐静脉在腹壁段的走行方向，然后在脐处确定脐静脉的位置。

（1）注意脐静脉在脐环处的位置：脐静脉在脐环处的位置大部分位于右上象限及左上象限靠近中线处。3 条脐血管中，脐静脉壁薄腔大，而两条脐动脉多位于左、右下象限靠近中线处，且距离较近，管壁厚而腔小，因而较易确认。穿刺时确认脐静脉后，将导管插入脐静脉内 7~8cm 时，应将脐环向前下牵拉 $50^{\circ}\sim 60^{\circ}$ ，使脐静脉角增大，这样可以使导管顺利通过脐静脉角，防止损伤脐静脉。

（2）了解脐静脉在腹壁段的走行：脐静脉在腹壁部分与中线重合，即使不与中线重合，向左或右偏斜也均在 13° 以内。穿刺时可先触及肝下缘的脐静脉切迹作为导向，然后进行穿刺。插管通过囊腔时有落空感，此时应继续深入，当深度达 55~65mm 并有落空感时，导管即进入脐门静脉窦，即可注入药物。

（3）了解脐门静脉窦、门静脉左支横部及静脉导管间的关系或新生儿为换血行脐静脉插管者，管之尖端应插至下腔静脉和右心房。脐静脉与静脉导管并不在一条直线上，穿刺时应予以注意。根据脐门静脉窦、门静脉左支横部及静脉导管间的关系，具有 III 型的患儿导管是无法插入下腔静脉的。静脉导管开口于脐门静脉窦顶部前下缘者，插管时应紧贴下壁进行。经静脉导管进入下腔静脉时，如先行造影术，确定静脉导管的确切位置，再决定是否进行深插管，会更加安全、有效。

11. 什么是新生儿原始反射？其临床意义是什么？

答：新生儿的许多活动是皮层下反射活动，即皮层未发育成熟时的原始反射，这些反射是暂时的。检查这些反射有助于判断神经系统的发育状况及有无病变。尽管原始反射出现和

消失的时间有个体差异,但长期缺失、不对称或应消失而仍持续存在者应视为异常。

12. 新生儿原始反射检查的注意事项是什么?

答:原始反射检查是单项的,难以做出正确的判断,应进行综合分析。如了解新生儿是否足月出生,分娩情况,有无外伤史等。一般认为,胎儿期神经系统疾患症状常于新生儿期表现出来,以后不易消失。出生时神经系统损伤多在生后1~2周内表现出来,以后症状有所改善,但反射仍不完全。总之,对新生儿的反射检查方法要准确、全面,动作敏捷,轻重适当,左右对比,细致观察,全面分析,甚至作随访和动态观察,切不可轻率地下结论。

13. 儿科研究的对象是什么?

答:儿科研究的对象是自胎儿至青春期的儿童。

14. 小儿年龄的分期有哪些?

答:根据小儿的解剖、生理和心理特点,将小儿年龄分为七个期:①胎儿期;②新生儿期;③婴儿期;④幼儿期;⑤学龄前期;⑥学龄期;⑦青春期。

15. 什么是生长?

答:生长是指小儿各器官、系统和整个身体的长大,表示机体在量的增加。

16. 什么是发育?

答:发育是指细胞、组织器官分化逐渐完善,功能逐渐成熟和机体能力的演进,表示质的变化。

17. 影响生长发育的因素有哪些?

答:影响生长发育的因素有:①遗传因素;②环境因素:包括母亲怀孕期间的患病、用药、营养情况,合理的喂养,家庭经济、文化与社会背景,儿童生长期间的患病情况。

18. 什么是胎儿期?

答:从卵子和精子结合到小儿出生统称为胎儿期。此期又分几个阶段:①胚卵期(受孕最初2周);②胚胎期(胎龄2~12周);③胎儿期(胎龄12周至出生)。

19. 什么是新生儿期?

答:自出生后脐带结扎至生后28天止称新生儿期。

20. 什么是围生期?

答:从孕期满28周至生后7天称围生期(又称围产期)。

21. 什么是婴儿期?

答:指从出生到满1周岁为婴儿期。

22. 什么是婴儿死亡率?

答:婴儿死亡率是指每1000名活产婴儿中在1岁以内的死亡人数,国际上通常以其作为衡量一个国家卫生水平的指标。

23. 什么是幼儿期?

答:指1周岁以后至满3周岁之前。

24. 什么是学龄前期?

答:学龄前期指自满3周岁至入小学前(6~7岁)。

25. 什么是学龄期?

答:学龄期指自6~7岁至青春期开始之前。

26. 什么是青春期?

答: 以第二性征出现至生殖功能基本发育成熟、身高停止增长的时期。一般女孩从 11~12 周岁开始到 17~18 周岁, 男孩从 13~14 周岁开始到 18~20 周岁。

27. 什么是体重? 按公式如何计算?

答: 体重是人体各器官、系统、体液的总重量。

1~6 个月: $\text{体重 (kg)} = \text{出生体重} + \text{月龄} \times 0.7 \text{ (kg)}$

7~12 月: $\text{体重 (kg)} = 6 \text{ (kg)} + \text{月龄} \times 0.25 \text{ (kg)}$

2 岁~青春前期: $\text{体重 (kg)} = \text{年龄 (岁)} \times 2 + 7 \text{ 或 } 8 \text{ (kg)}$

28. 什么是生理性体重下降?

答: 生后数天内, 由于摄入不足、胎粪及水分的排出, 体重可暂时性下降 3%~9%, 多在生后 3~4 天达最低点, 以后逐渐回升, 7~10 天恢复到出生时水平。

29. 什么是身高, 按公式如何计算?

答: 身高是指头顶至足底的全身长度, 代表头部、脊柱与下肢长度的总和。

2~12 岁: $\text{身高 (cm)} = \text{年龄} \times 7 \text{ (cm)} + 77 \text{ (cm)}$ 。

30. 什么是坐高?

答: 是指头顶到坐骨结节的长度。代表头颅与脊柱的生长情况。3 岁以下儿童仰卧位测量为顶臀长。

31. 什么是指距?

答: 指距是两上肢水平伸展时两中指指尖距离, 代表上肢长骨的生长情况。

32. 什么是头围?

答: 是自眉弓上缘经枕后结节绕头一周的长度。

33. 什么是胸围?

答: 指沿乳头下缘水平绕胸一周的长度。

34. 什么是上臂围? 评估营养状况时的标准是什么?

答: 沿肩峰与尺骨鹰嘴连线中点的水平绕上臂一周的长度为上臂围。评估标准为: 上臂围 $> 13.5 \text{ cm}$ 为营养良好; $12.5 \sim 13.5 \text{ cm}$ 为营养中等; $< 12.5 \text{ cm}$ 为营养不良。

35. 什么是腹围?

答: 平脐 (小婴儿以剑突与脐之间的中点) 水平绕腹一周的长度。

36. 什么是前囟?

答: 前囟为顶骨和额骨边缘交界处形成的菱形间隙。

37. 什么是骨龄?

答: 通过 X 线检查不同年龄小儿长骨干骺端骨化中心的数目来判断骨骼发育的成熟程度。

38. 什么是性早熟? 什么是性发育延迟?

答: 性早熟是指女孩在 8 岁以前, 男孩在 10 岁之前出现性发育, 即青春期提前出现; 性发育延迟是指女孩 14 岁以后, 男孩 16 岁以后无第二性征出现。

39. 什么是低体重?

答: 小儿体重低于同年龄、同性别正常儿童体重平均数加 2 个标准差或第 3 百分位

以下。

40. 什么是体重过重?

答: 小儿体重超过同年龄、同性别正常儿童体重平均数减 2 个标准差或第 97 百分位以上。

41. 什么是矮身材?

答: 小儿身高(长)低于同龄正常小儿身高平均数减 2 个标准差或第 3 百分位以下。

42. 什么是高身材?

答: 小儿身高(长)高于同年龄小儿身高均值加 2 个标准差或第 97 百分位以上。

43. 什么是屏气发作?

答: 屏气发作为呼吸运动暂停的一种异常行为, 多见于 6~18 月的婴幼儿, 5 岁前逐渐自然消失。

44. 什么是遗尿症?

答: 正常小儿在 2~3 岁时已能控制排尿, 若 5 岁后仍发生不随意排尿即为遗尿症。

45. 什么是擦腿综合征?

答: 这是小儿通过摩擦腿部动作引起兴奋的一种运动行为障碍。

46. 什么是学习困难?

答: 学习困难亦称学习障碍, 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, 并表现出相应的多种障碍综合征。

47. 什么是吸吮反射及其临床意义?

答: 当新生儿口唇触及乳头时便张口且出现口唇、舌的吸吮动作, 此为吸吮反射。该反射的感受器位于唇部, 当新生儿唇部感受器受到刺激后, 冲动经三叉神经传入纤维传至胸桥和延髓。然后兴奋与之联系的三叉神经运动核、面神经核、疑核、舌下神经核, 这些神经核将兴奋沿各自的传出纤维传至相应的肌肉, 产生吸吮动作。正常新生儿具有节律的吸吮动作与吞咽协调。胎龄 28 周出生即有吸吮表现, 但吸力弱且与吞咽不协调, 胎龄 32 周出生吸吮与吞咽动作开始协调, 1 岁后该反射消失。若新生儿吸吮反射消失或明显减弱, 提示脑缺氧、外伤或感染造成脑桥或延髓损伤, 若亢进多为饥饿表现。

48. 什么是握持反射及其临床意义?

答: 用手指或木棒触及新生儿手掌或足底, 可出现指或趾屈曲活动, 此为握持反射。手握持反射的感受器位于手掌侧皮肤。当手掌受到刺激后, 冲动经正中神经或尺神经的传入纤维传至脊髓颈段, 然后冲动经正中神经和尺神经传至前臂屈肌和手部肌肉, 产生握持动作。足月分娩正常新生儿生后握持反射即存在, 于 4~6 个月后逐渐消失, 被随意动作所取代。若此反射在新生儿期缺失提示有周围神经或大脑损伤, 如一侧反射消失则为该侧下运动神经元疾病。若 4~6 个月后此反射仍存在则的大脑疾患。

49. 什么是拥抱反射及其临床意义?

答: 新生儿仰卧时, 如用右手托其肩背部, 左手将头抬高 15°, 然后迅速将左手从其头下撤出, 头立即垂下, 此时出现四肢外展伸直, 除拇指与示指末节屈曲外, 其余各指伸直并呈扇形张开, 脊柱伸直, 数秒钟后上肢又内收屈曲, 犹如拥抱动作, 继而面部紧张, 在双臂放松后发出哭声, 此为拥抱反射。拥抱反射与惊吓反射不同, 后者为新生儿对突然响声或强

光所表现的反应（屈曲动作），且反射弧也不同，不能混为一谈。拥抱反射的反射弧较复杂。当头突然下垂时刺激颈部感受器，冲动经颈神经传入纤维传至脊髓，兴奋运动细胞柱，冲动首先经四肢传出纤维传至四肢伸肌和脊柱伸肌，使之伸展，继而兴奋上肢屈肌，出现拥抱动作。早产儿拥抱反射表现不完全，而足月儿则表现完全，于生后第3~4个月逐渐消失，第4~6个月仅存痕迹反应。若于出生后暂时消失了，提示大脑轻度损伤，若一侧缺如，提示臂丛损伤（如分娩牵拉伤）或轻度偏瘫、锁骨骨折或肱骨骨折。若此反射持续存在，提示大脑有较重疾患。

50. 小儿前囟、后囟的关闭时间是什么？

答：小儿前囟关闭时间是1~1.5岁，后囟的关闭时间是6~8周。

51. 小儿骨龄监测的临床意义是什么？

答：先天性甲状腺功能低下、佝偻病患儿骨龄明显落后；先天性肾上腺皮质增生症患儿则骨龄发育过快。

52. 小儿乳牙出牙年龄及顺序是什么？

答：约从6（4~10）个月起开始萌出，12个月尚未出牙可视为异常，最晚2.5岁出齐。2岁以内乳牙数目约为月龄减4~6，出牙顺序为下中切牙4~7个月；上中切牙、上侧切牙8~9个月；下侧切牙10~12个月；第一乳磨牙（上、下）12~18个月；上、下尖牙18~24个月；第二乳磨牙（上、下）24~30个月。

53. 什么是儿童虐待？儿童虐待的主要类型有哪些？

答：儿童虐待是指父母、监护人或其他年长者对儿童施以躯体暴力和性暴力，造成儿童躯体与情感的伤害，甚至导致死亡，或对儿童的日常照顾、情感需求、生活监护、医疗和教育的忽视现象。儿童虐待与忽视一般分为4个主要类型：①家庭成员虐待或忽视儿童；②有关机构虐待或忽视儿童；③家庭以外的剥削（童工、卖淫等）；④其他方式虐待。

54. 什么是青春期综合征？

答：青春期综合征是指青少年特有的生理失衡和由此引发的心理失衡病症。

55. 什么是神经性厌食症？

答：神经性厌食症是一种由不良心理社会因素引起的饮食障碍，早期为主动性节食、厌食，进而缺乏食欲、消瘦、内分泌代谢紊乱。

56. 什么是神经性贪食症？

答：神经性贪食症是一种无控制的多食、暴食病症。

57. 什么是主动免疫？

答：主动免疫是指给易感者接种特异性抗原，以刺激机体产生特异性免疫抗体，从而产生主动免疫力。

58. 什么是被动免疫？

答：未接受主动免疫的易感者在接触传染病后，可给予相应的抗体，使之立即获得免疫力，称之为被动免疫。

59. 个人史包括哪些内容？

答：个人史包括：①出生史；②喂养史；③生长发育史；④预防接种史；⑤生活史。

60. 什么是菌苗?

答: 菌苗是用细菌菌体制成, 包括死菌苗和活菌苗。

61. 什么是疫苗?

答: 疫苗是用病毒或立克次体接种于动物、鸡胚或组织培养, 经处理后形成。

62. 什么是类毒素?

答: 类毒素是用细菌所产生的外毒素加入甲醛, 使变成无毒性而仍有免疫性的制剂。

63. 什么是心理测验? 婴幼儿心理测验的种类有哪些?

答: 儿童神经心理发育水平表现在感知、运动、语言和心理过程等各种能力及性格方面, 对这些能力和特征的检查称为心理测验。婴幼儿心理测验依据其作用和目的可分为筛查性测验和诊断性测验。

64. 儿童心理的筛查性测验有哪些? 儿童心理的诊断性测验有哪些?

答: 儿童心理的筛查性测验有: ①丹佛发育筛查测验; ②图片词汇测验; ③绘人测验。儿童心理的诊断性测验有: ①贝莉婴儿发育量表; ②盖瑟尔发育量表; ③斯坦福-比奈智能量表; ④韦克茨勒学前及初小儿童智能量表; ⑤韦克茨勒儿童智能量表。

65. 常用的儿童发展理论有哪些?

答: 常用的儿童发展理论有弗洛伊德的性心理发展理论, 艾瑞克森的心理社会发展理论, 皮亚杰的认知发展理论, 科尔伯格的道德发展理论。

66. 婴儿为什么容易出现体温异常现象?

答: (1) 婴儿体温调节中枢发育尚未成熟, 易受外界变化影响, 不能及时调整以适应温度变化保持体温恒定。当环境温度高且散热不足时可出现发热; 当环境温度低时易出现体温不升, 特别是低体重新生儿, 新陈代谢低, 血循缓慢, 产热不足。

(2) 新生儿体表面积相对大, 皮肤毛细血管丰富而散热多, 如环境温度较低, 未及时保温, 产热不足散热过快, 即易出现体温不升现象。

67. 婴儿啼哭首先应考虑哪些方面原因?

答: (1) 是否饥饿、温度过高、过低或卧位不舒适。

(2) 是否排大小便, 尿布潮湿。

(3) 是否有腹痛或外伤, 或腋窝、颌下、耳后、臀部等处皮肤因潮湿而潮红、糜烂。

(4) 检查有无感染病灶, 如中耳炎、耳疖、皮下坏疽等。

68. 小儿疾病的预防及治疗与成人有何不同?

答: (1) 小儿机体发育尚未成熟, 抵抗力低, 比成人易患感染性疾病; 婴儿时期 IgG 缺乏, 局部分泌型 IgA 不足, 尤其易患呼吸道、消化道感染和传染性疾病。

(2) 一般来说年龄越小, 各系统、器官发育成熟度越低, 患病后病情发展快, 病死率越高, 预后越差。

(3) 小儿病情发生、发展及变化比成人快, 且临床症状往往不典型, 如延误诊治易发生猝死, 故更需严密、细致观察, 及时处理。

(4) 小儿机体修复再生能力强, 一般来说比成人康复快, 后遗症少。

(5) 健康与患病小儿所需护理项目和时间较成人多。

(6) 成人的某些疾病在儿童时期即应进行预防。

69. 婴幼儿有什么特殊的心理需要?

答: 小儿与母亲或抚养人的皮肤接触及爱抚, 是婴幼儿的一种特殊需要, 它不能以食物来替代。若小儿在成长中缺乏爱抚, 可导致“皮肤饥饿”和“情感缺失”而出现食欲不振、体格智能发育不良和行为失常。

70. 世界卫生组织推荐的预防接种的 4 种疫苗是什么?

答: 世界卫生组织推荐的预防接种的 4 种疫苗是卡介苗、麻疹疫苗、白百破疫苗、脊髓灰质炎疫苗。

71. 1 岁以内小儿应做哪些预防接种? 什么时候接种?

答: 出生后 48h 内接种: 卡介苗、乙肝疫苗。出生后 2、3、4 月各接种 1 次脊髓灰质炎减毒活疫苗。出生后 3、4、5 月各接种 1 次百白破类毒素疫苗。出生后 8~12 个月接种麻疹疫苗 1 次。

72. 儿童预防接种的禁忌证有哪些?

答: (1) 有过敏史者或过敏体质患儿。

(2) 发热及急性传染病人, 患有严重消耗性疾病如活动性肺结核等。

(3) 正在接受免疫抑制剂治疗, 或有免疫缺陷病患儿, 严禁服用脊髓灰质炎疫苗。

(4) 各种生物制品的特殊禁忌证按照制品使用说明执行。

73. 预防接种可出现哪些不良反应?

答: (1) 局部反应: 注射局部出现炎症反应, 有不同程度的红、肿、痒、硬结, 甚至有无菌性脓疡、局部淋巴结肿痛等。

(2) 全身反应: 可出现程度不同的发热、头痛、全身不适等。

(3) 过敏反应: 因异种蛋白引起过敏性休克或血清病。

74. 什么是注意力缺陷多动障碍?

答: 注意力缺陷多动障碍也称多动症, 是指智力正常或基本正常的儿童, 表现出与年龄不相称的注意力不集中, 不分场合的过度活动, 情绪冲动并可有认知障碍或学习困难的一组症候群。

75. 婴幼儿基础代谢率有哪些特点?

答: 婴幼儿基础代谢率较成人高, 依年龄不同而发生变化, 随年龄增长、体表面积增加而减少。脑代谢在婴儿期所占比例比成人高。

76. 什么是食物的热力作用?

答: 食物的热力作用 (TEF) 是指人体摄取食物而引起的机体能量代谢的额外增多, 主要用于食物的消化、吸收、转运、代谢和储存。

77. 什么是营养素? 营养素的分类有哪些?

答: 食物中经过消化、吸收和代谢能够维持生命活动的物质称为营养素。营养素分为八大类: 能量、蛋白质、脂类、碳水化合物、矿物质、维生素、水和膳食纤维。

78. 什么是微量营养素?

答: 维生素和绝大部分矿物质在体内含量小于总体重的 0.01% 称为微量营养素。

79. 母乳喂养的优点有哪些?

答: (1) 母乳是婴儿必需和理想的食品, 营养丰富, 其蛋白质、脂肪、碳水化合物成分

比例适宜,易于消化吸收,最适合0~6个月以内的婴儿生长发育的需要。

(2) 母乳中含有多种抗体和酶等,能增强婴儿的抵抗力。

(3) 母乳喂养有利于增进母子间感情的交流。

(4) 母乳喂养能促进产妇产后子宫复原,减少产后出血,有利产后康复;能减少乳腺癌、卵巢癌的发生,哺乳可推迟排卵,有利于避孕。

(5) 母乳喂养经济,方便、卫生,有利于人口素质的提高,有利于家庭和睦幸福。

80. 婴儿喂养的常用方式有哪些?

答: 婴儿喂养的常用方式有母乳喂养、人工喂养及混合喂养。

81. 依据母乳成分不同将其分类有哪些?

答: 依据母乳成分不同将其分为四种: 产后5天以内的乳汁称为初乳; 6~10天的乳汁为过渡乳; 11天~9个月的乳汁为成熟乳; 10个月以后的乳汁为晚乳。

82. 什么是部分母乳喂养? 其分类有哪些?

答: 指因母乳不足或其他原因加用牛乳或其他代乳品补充的一种喂养方法, 添加量和方法取决于婴儿的需要量及母乳缺乏的程度, 分为补授法和代授法。

83. 什么是人工喂养?

答: 由于各种原因母亲不能喂哺婴儿时, 以代乳品完全代替母乳喂养, 称为人工喂养。

84. 什么是配方奶粉?

答: 婴儿配方奶粉是参照母乳营养成分和模式, 在营养组成上对牛乳进行调整和改进, 配制成适合婴儿生长发育所需的制品。

85. 婴儿添加辅食的原则有哪些?

答: (1) 于生后3~4个月开始, 顺序添加。

(2) 每次添加一种辅食, 观察3~4天后, 如婴儿反应良好, 大便正常, 再逐渐加量及次数。

(3) 由少到多、由稀到稠、由细到粗、由一种到多种。

(4) 小儿患病或炎夏季节, 应暂缓增加新食品。

(5) 小儿个体差异较大, 宜灵活掌握增添新食物的时间, 但不能以成人的食物来代替。

86. 为什么婴儿时期易发生消化功能紊乱?

答: 婴儿消化系统发育尚不成熟, 胃液酸度较低, 抗感染能力差且各种消化酶分泌少、活性低, 因而对食物耐受力差; 加之生长发育快, 所需营养物质相对较多, 消化系统负担较重, 故易发生消化功能紊乱。

87. 母乳喂养的小儿腹泻发病率为什么较低?

答: (1) 人乳所含蛋白质以乳清蛋白为主, 凝块小; 人乳脂肪球小, 又含大量脂肪酶, 因而易于消化。

(2) 人乳中含乙型乳糖多, 能促进肠内双歧杆菌大量繁殖, 从而抑制大肠杆菌生长。

(3) 人乳的初乳中含有大量分泌型IgA抗体, 能保护肠黏膜不被病毒或细菌侵入。

(4) 母乳所含乳铁蛋白较牛奶高, 能抑制大肠杆菌和白色念珠菌生长。

(5) 母乳基本无菌, 并有广泛的抗细菌、病毒和真菌的抗体, 具有抗细菌和病毒的作用。

88. 如何计算婴儿牛奶量及水的需要量?

答: 婴儿所需热量为每日 $100 \sim 110 \text{ kcal/kg}$; 液体量为每日 150 ml/kg ; 牛奶每 100 ml 供热 66 kcal , 每 100 ml 牛奶加 $5 \sim 8 \text{ g}$ 糖, 配成 5% 或 8% 糖牛奶。 100 ml 5% 糖牛奶供热 86 kcal ($66 + 5 \times 4$), 100 ml 8% 糖牛奶供热 100 kcal 。例如: 为 3 个月婴儿, 体重 5 kg , 每日需总热量 550 kcal 。每日需 5% 糖牛奶 ($550 \text{ kcal} \times 100 \text{ ml} / 86 \text{ kcal}$) = 640 ml 。分 7 次, 每次 90 ml 。如为 8% 糖牛奶 ($550 \text{ kcal} \times 100 \text{ ml} / 100 \text{ kcal}$) = 550 ml , 分 7 次, 每次 80 ml , 每日需水量 $150 \text{ ml} \times 5 = 750 \text{ ml}$, 除牛奶外应供水 130 ml 或 200 ml , 二次喂奶间服用。

89. 小儿用药的影响因素有哪些?

答: (1) 由于儿童血脑屏障和脑组织发育不完善, 对中枢抑制药和兴奋药非常敏感, 使用安定、吗啡、哌替啶等极易出现呼吸抑制, 而对可拉明、氨茶碱、麻黄碱等又容易出现中枢兴奋而致惊厥。

(2) 儿童肝、肾功能发育不全对药物代谢和排泄能力较低。经肾排泄的药物因存留时间延长加剧毒性反应。

(3) 儿童体液占体重比例较大, 且对水盐的调节能力差, 如高热时使用解热药过多出汗多易造成脱水, 对利尿剂敏感, 易致水盐代谢紊乱。

90. 小儿用药护理的注意事项有哪些?

答: (1) 小儿用药需严格计算用量, 常用方法: ①按体重计算; ②按体表面积计算; ③按年龄计算。

(2) 需特别细心观察用药后的反应。

(3) 静脉给药过程中要及时巡视、密切观察输液情况, 严格控制输液速度。有条件者可使用输液泵精确控制滴速。发现渗液立即给予处理, 以免造成皮下组织坏死、溃烂。

(4) 许多药物可通过直肠给药的方式, 如退热剂、镇静剂等, 应掌握正确的给药方法。保留灌肠量不宜过多, 一般不超过 30 ml ; 给栓剂时, 塞入动作要轻柔, 防止很快排出。

(5) 儿童内分泌系统在药物作用下容易出现紊乱。如滥用营养补充剂、助长剂等可导致性早熟、肥胖症甚至引发糖尿病。

91. 小儿口服药应注意的问题有哪些?

答: (1) 服药前要仔细查看药物, 如有变色、混浊、潮解及失效过期均不可再服用。

(2) 认真核对并掌握好药物剂量, 以免药量不足影响疗效或过量导致中毒。

(3) 小儿喂药时不能将药液溶于牛奶中, 以防二者混合后使药效降低。

(4) 对于不合作的小儿切忌捏住鼻孔硬灌, 尤其是哭闹或吸气时, 以防药液呛入气管引起窒息的危险。

(5) 护士将摆药盘、治疗车携入儿童病房时不能随便离开, 特别有甜味或颜色鲜艳的药片、药丸切勿放在小儿易够着的地方, 以防小儿因好奇或无知而误服引起中毒。

(6) 同时服用几种药物时要间隔一定时间, 以防药物之间相互作用而加重不良反应或降低疗效。服药后要注意观察药物效果与机体反应。

92. 什么是脱水? 脱水如何分度?

答: 由于水的摄入不足或损失量过多, 导致体液总量, 尤其是细胞外液量减少, 伴有钠、钾和其他电解质的丢失, 称为脱水。一般根据前囟、眼窝、皮肤弹性、末梢循环情况和

尿量等临床表现将脱水分为轻、中、重三度。

93. 如何判断小儿脱水的程度?

答: (1) 轻度脱水: 体重减少 5% 以下, 量约 50ml/kg, 临床表现前囟、眼窝稍凹陷, 皮肤干、弹性可, 尿量稍减少, 精神稍差。

(2) 中度脱水: 体重减少 5%~10%, 量约 100ml/kg。四肢末梢凉, 前囟明显凹陷, 皮肤干、弹性差, 尿量、眼泪明显减少, 精神萎靡、烦躁。

(3) 重度脱水: 体重减少 10% 以上, 量约 100~120ml/kg。四肢厥冷、前囟与眼窝深陷、皮肤弹性很差、尿及眼泪极少或无, 精神淡漠、昏睡甚至昏迷。

94. 脱水的性质如何区分? 其临床表现有哪些?

答: 不同病因引起的脱水, 水和电解质丢失的比例不同, 可导致体液渗透压的不同改变, 据此将脱水分为等渗性脱水、高渗性脱水和低渗性脱水。

(1) 等渗性脱水: 水和电解质成比例丢失, 血清钠为 130~150mmol/L, 出现一般脱水症状。

(2) 高渗性脱水: 水的丢失多于电解质丢失, 血清钠 $>150\text{mmol/L}$, 多见于腹泻、高热、饮水不足或输入电解质过多等。由于细胞外液渗透压高, 细胞内水分向细胞外流动产生细胞内脱水, 患儿表现口渴、高热、烦躁不安、皮肤黏膜干燥、肌张力增高甚至惊厥。

(3) 低渗性脱水: 电解质的丢失多于水的丢失, 血清钠 $<130\text{mmol/L}$, 多见于营养不良小儿伴长时间腹泻者, 或腹泻时口服或静脉输入大量非电解质溶液等。由于渗透压低, 水向细胞内转移, 细胞外液进一步减少, 在失水量相同的情况下脱水表现较重, 易出现循环衰竭。由于细胞内液不减少, 口渴可不明显, 低钠严重者可致脑水肿, 出现嗜睡、惊厥、昏迷等。

95. 什么是代谢性酸中毒?

答: 代谢性酸中毒是最常见的一种酸碱平衡紊乱, 是细胞外液 H^+ 增加或 HCO_3^- 丢失而引起的以原发性 HCO_3^- 和 pH 值降低为特征。

96. 如何鉴别小儿头皮动脉和静脉?

答: 静脉: 外观呈微蓝色, 无搏动, 管壁薄, 易被压瘪, 较易固定不易滑动, 血液多呈向心方向移动。动脉: 外观呈正常皮肤色或淡红色, 有搏动, 管壁厚, 不易被压瘪, 血管易滑动, 血液多呈离心方向移动。

97. 小儿股静脉穿刺成功的要点是什么?

答: (1) 患儿仰卧, 臀下垫小枕, 下肢伸直略向外展外旋, 以充分暴露穿刺部位。

(2) 常规消毒皮肤待干。术者位于穿刺侧, 消毒左手食指及拇指或戴消毒手套, 用左手食指指尖在股三角区扪及股动脉搏动点, 或找髂前上棘和耻骨结节连线中点的方法定体表穿刺位。

(3) 右手持注射器, 在股动脉搏动内侧 0.5cm 处, 针头和皮肤垂直或呈 45° 角刺入, 边抽回血边退, 见抽出暗红色血液时, 立即固定注射器继续采血至所需标本量, 或注射药物及留置中心静脉导管。

(4) 抽血完毕, 局部用无菌纱布或干棉球压迫 3~5min; 留置导管者须稳妥固定导管并连接监测系统。