



北京大学医学出版社

第六章 妊娠期并发症妇女的 护理



【学习目标】

❖ 通过本章内容的学习，学生应能：

- 1. 叙述妊娠期常见并发症的概念
- 2. 描述妊娠期常见并发症的临床表现、处理原则及护理
- 3. 陈述妊娠期高血压疾病的病理生理变化、临床分型依据。



北京大学医学出版社

第一节 自然流产



【定义】

- ❖ 流产：凡妊娠不足28周、胎儿体重不足1000g而终止者
 - 早期流产：流产发生于妊娠12周以前者
 - 晚期流产：发生在妊娠12周至不足28周者
- ❖ 流产又分为自然流产和人工流产

【病因】

- ❖ 遗传基因缺陷——引起早期流产的主要原因
- ❖ 母体方面的因素
- ❖ 妊娠早期行腹部手术或妊娠中期外伤，以及劳动过度、性交等诱因，均可刺激子宫收缩而引起流产。

【临床表现】

❖ 1. 停经

❖ 2. 阴道流血和腹痛

- 早期流产者常先有阴道流血，而后出现腹痛；
- 晚期流产的临床过程与早产及足月产类似，先有阵发性子宫收缩，然后排出胎儿和胎盘。

【临床分型及处理原则】

❖ （一）先兆流产

■ 表现

- 为停经后出现少量阴道流血，少于月经量，有时伴有轻微下腹痛、腰痛、下坠感，无妊娠物排出

■ 处理原则

- 卧床休息，禁止性生活，减少刺激
- 保持情绪稳定，必要时给予对胎儿危害小的镇静药
- 对于黄体功能不足的孕妇，每日肌肉注射黄体酮10～20mg，以利于保胎
- 并注意及时进行超声检查，了解胚胎发育情况，避免盲目保胎。

❖ （二）难免流产，又称为不可避免流产

■ 表现

- 阴道流血量增多，阵发性腹痛加重。
- 晚期难免流产者还可有羊水流出或见胚胎组织或胎囊堵于宫口。

■ 处理

- 一旦确诊，应尽早使胚胎及胎盘组织完全排出，以防止出血和感染
- 可行刮宫术，对刮出物应仔细检查，并送病理检查。

❖ （三）不全流产

■ 表现

- 由难免流产发展而来，妊娠产物已部分排出体外，尚有部分残留于宫内，从而影响子宫收缩，致使阴道出血持续不止，严重时可引起出血性休克。

■ 处理

- 不全流产一经确诊，应在开放静脉、备血的同时立即行刮宫术或钳刮术以清除宫腔内残留组织，并给予抗生素预防感染



❖ （四）完全流产

- 有流产的症状，妊娠产物已完全排出，阴道出血逐渐停止，腹痛随之消失。
- 对于完全流产者，如无感染征象，一般不需特殊处理。

❖ （五）稽留流产

- 又称过期流产。指胚胎或胎儿在宫腔内已死亡尚未自然排出者。
- 典型表现是有正常的早孕过程，有先兆流产症状或无任何症状，胚胎或胎儿死亡后子宫不再增大反而缩小，早孕反应消失，若已至妊娠中期，孕妇不感腹部增大，胎动消失
- 对于稽留流产，应先行凝血功能检查，在备血、输液的情况下行刮宫术，及时促使胎儿和胎盘排出。术后应常规行B型超声检查，以确认宫腔内残留物是否完全排出，并加强抗感染治疗。

❖ （六）复发性流产

- 既往称为习惯性流产
- 指同一性伴侣连续发生自然流产3次或3次以上。每次流产多发生于同一妊娠月份，其临床经过与一般流产相同。
- 对待复发性流产应以预防为主，在受孕前，对男女双方均应进行详细检查。

❖ （七）流产合并感染

- 多见于阴道流血时间较长的流产患者，也经常发生在不全流产或不洁流产后。临床表现为下腹痛、阴道有恶臭分泌物，严重时可引起盆腔腹膜炎、败血症及感染性休克。
- 对于流产合并感染者，要迅速控制感染，尽快清除宫腔内残留物。

【护理评估】

不同流产类型的临床表现及体征

流产类型	临床表现			妇科检查	
	出血量	下腹疼痛	组织物排出	宫颈口	子宫大小
先兆流产	少	无或轻	无	闭合	与孕周相符
难免流产	增多	加重	无	松弛或扩张	与孕周相符 或略小
不全流产	多	减轻	部分排出	扩张	比孕周略小
完全流产	少或无	无	全部排出	闭合	基本正常



❖ 【护理问题】

- 有感染的危险：与阴道出血时间过长、宫腔内有残留组织等因素有关
- 焦虑：与担心胎儿健康等因素有关

❖ 【预期目标】

- 1. 护理对象无感染征象。
- 2. 先兆流产孕妇能积极配合保胎措施，继续妊娠。

【护理措施】

❖ （一）一般护理

■ 1. 先兆流产孕妇的护理

- 先兆流产孕妇需卧床休息，禁止性生活，禁用肥皂水灌肠，并减少各种刺激
- 遵医嘱给予孕妇适量对胎儿无害的镇静药、孕激素等，并随时评估孕妇的病情变化
- 注意观察孕妇的情绪反应，加强心理护理，从而稳定孕妇情绪，增强其保胎信心

❖ 2. 妊娠不能再继续者的护理

- 护士应积极采取措施，及时做好终止妊娠的准备，协助医师完成手术过程，使妊娠产物完全排出，同时开放静脉，做好输液、输血准备。并严密监测孕妇的体温、血压及脉搏，观察其面色、腹痛、阴道流血和休克有关征象。有凝血功能障碍者应予以纠正，然后再行引产或手术。



❖ (二) 预防感染

- 护士应监测患者的体温、血象，以及阴道流血、分泌物的性质、颜色、气味等，并严格执行无菌操作规程，加强会阴部护理。
- 指导孕妇使用消毒会阴垫，保持会阴部清洁，维持良好的卫生习惯。
- 当护士发现感染征象后应及时报告医师，并按医嘱进行抗感染处理。

❖ (三) 健康教育

- 1. 讨论此次流产的原因，并讲解流产的相关知识，为再次妊娠做好准备。
- 2. 指导有复发性流产史的孕妇在下一次妊娠确诊后应卧床休息，加强营养，禁止性生活，并补充维生素B、E、C等，且治疗期必须超过以往发生流产的妊娠月份。
- 3. 指导病因明确者积极接受对因治疗。如黄体功能不足者，按医嘱正确使用黄体酮治疗，以预防流产；宫颈内口松弛者应在妊娠前行宫颈内口修补术，或于孕12~18周行宫颈内口环扎术。
- 4. 指导患者于流产后1个月返院复查，确定无禁忌证后，方可开始性生活。

【结果评价】

- ❖ 1. 护理对象体温正常，血红蛋白及白细胞数正常，无出血、感染征象。
- ❖ 2. 先兆流产孕妇配合保胎治疗，继续妊娠。



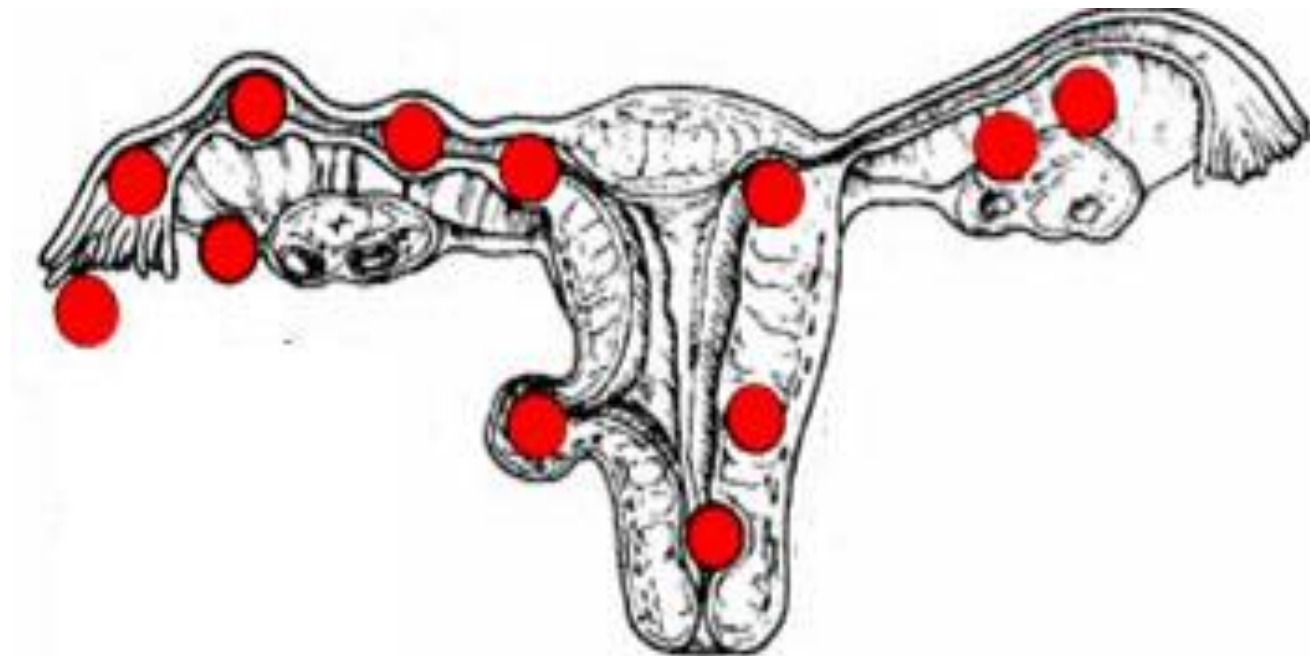
北京大学医学出版社

第二节 异位妊娠



【概述】

- ❖ 正常妊娠时，受精卵着床于子宫体部内膜。受精卵在子宫腔以外着床发育，称为异位妊娠，习称宫外孕。
- ❖ 输卵管妊娠最常见，其中以壶腹部妊娠多见。



【病因】

- ❖ 任何妨碍受精卵正常进入宫腔的因素均可造成输卵管妊娠，其中输卵管炎是引起输卵管妊娠的常见原因。
- ❖ 此外，输卵管发育不良或功能异常、内分泌失调、子宫内膜异位症等因素均可妨碍受精卵的顺利通过和运行，增加受精卵着床于输卵管的可能性。

【临床表现】

❖ 典型的临床表现包括停经、腹痛及阴道流血。

- 1. 停经 大多患者有6~8周停经史。当月经延迟几日即出现阴道不规则流血时，常被误认为月经来潮。
- 2. 腹痛 是患者就诊的主要症状。
- 3. 阴道流血 常表现为短暂停经后出现不规则流血，量少，点滴状，色暗红或深褐。

【处理原则】

- ❖ 根据患者出血情况及病情严重程度，选择手术或药物治疗方法，有效控制病情。

【护理评估】

❖ （一）病史

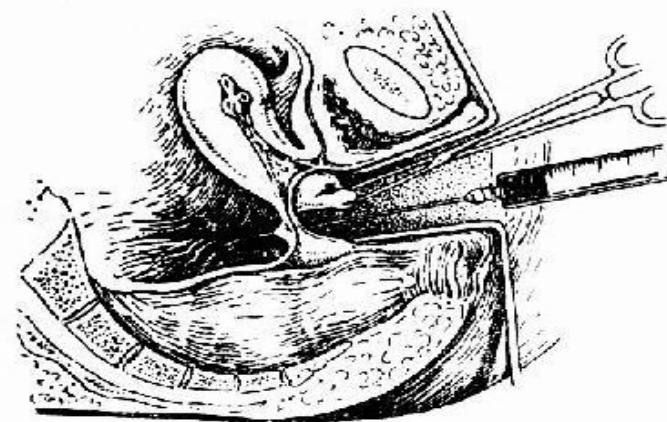
- 腹痛是患者前来就诊的主要症状，护士应详细询问并核实停经史，包括末次月经及末次前月经情况。
- 注意不要将不规则阴道流血误认为末次月经，或由于月经仅过期几天，而不认为是停经。
- 同时了解腹痛的具体部位、性质、范围，有无恶心、呕吐、肛门坠胀以及肩胛部放射性疼痛等。
- 对于不规则阴道流血，护士应注意评估阴道流血量、色，以及阴道排出物的性质。

❖ （二）身心状况

- 输卵管妊娠未发生流产或破裂前，患者的症状及体征不明显。
 - 当患者腹腔内出血较多时呈贫血貌，严重者可出现面色苍白，四肢湿冷，脉快、弱、细，以及血压下降等休克症状。
 - 下腹有明显压痛、反跳痛，尤以患侧为重，肌紧张不明显，叩诊可闻移动性浊音。
 - 腹腔内出血凝固后下腹可触及包块。
- 孕妇可出现较为激烈的情绪反应，可表现出哭泣、自责、无助、抑郁和恐惧等行为。

❖ （三）诊断性检查

- 1. 盆腔检查
- 2. 阴道后穹窿穿刺



- 是一种简单可靠的诊断方法，适用于疑有腹腔内出血的患者
- 通常用18号长针头自阴道后穹窿刺入子宫直肠陷凹，如抽出暗红色不凝的血则为阳性，说明存在血腹症。无内出血、内出血量少、血肿位置较高或直肠子宫陷凹有粘连时，可能抽不出血液，因而穿刺阴性者也不能排除输卵管妊娠。如有移动性浊音，可做腹腔穿刺。
- 3. 妊娠试验 阳性有助于诊断

- 4. 超声检查 B型超声显像有助于诊断异位妊娠，准确率为70%~94%。如在输卵管部位看到妊娠囊或胎心搏动即可确诊。
- 5. 腹腔镜检查 适用于输卵管妊娠尚未流产或破裂的早期和诊断有困难的患者。腹腔内大量出血或伴有休克者，禁做腹腔镜检查。
- 6. 子宫内膜病理检查 将宫腔排出物或刮出物做病理检查，仅见蜕膜而未见绒毛，有助于诊断。

【护理问题】

- 潜在并发症：出血性休克
- 恐惧：与接受手术方案有关

【预期目标】

- 1. 患者休克症状得以及时发现并缓解。
- 2. 患者能以正常心态接受此次妊娠失败的现实。

【护理措施】

❖ （一）接受手术治疗的患者的护理

■ 1. 积极做好术前准备

- 内出血多出现休克者，手术切除患侧输卵管可以及时有效止血，因此护士在严密监测患者生命体征的同时，配合医生积极纠正患者休克症状，做好术前准备。
- 对于严重内出血并出现休克的患者，护士应立即开放静脉，交叉配血，做好输血、输液的准备，以便配合医生积极纠正休克、补充血容量，并按急诊手术要求迅速做好术前准备。

■ 2. 加强心理护理

- 护士于术前简洁明了地向患者及家属讲明手术的必要性。保持周围环境安静、有序，减少和消除患者的紧张、恐惧心理，协助患者接受手术治疗方案。
- 术后，护士应帮助患者以正常的心态接受此次妊娠失败的现实。向她们讲述异位妊娠的有关知识，一方面可以减少因害怕再次发生异位妊娠而抵触妊娠的不良情绪；另一方面，也可以增加患者的自我保健知识，提高自我保健意识。

❖ （二）接受非手术治疗患者的护理

■ 1. 一般护理

- 护士需密切观察患者的一般情况、生命体征，并重视患者的主诉，尤应注意阴道流血量常与腹腔内出血量不成比例，当阴道流血量不多时，不要误以为腹腔内出血量亦很少。
- 护士应告诉患者病情发展的一些指征，如可能出血增多、腹痛加剧、肛门坠胀感明显等，以便医患及时发现病情的变化，给予相应处理。
- 嘱患者卧床休息，避免腹部压力增大，从而减少异位妊娠破裂的机会。
- 指导患者摄取足够的营养物质，尤其是富含铁蛋白的食物，如动物肝脏、鱼肉、豆类、绿叶蔬菜以及黑木耳等，以促进血红蛋白的增加，增强患者的抵抗力。

■ 2. 用药护理

- 目前对病情较轻的异位妊娠患者进行药物治疗时，首选药物为甲氨蝶呤。
- 用药期间应测定 β -HCG及B型超声严密监护，用药2周后应每周复查 β -HCG，直至 β -HCG值达正常范围。
- 注意观察药物不良反应，应用甲氨蝶呤的副作用比较小，常表现为消化道反应，骨髓抑制以白细胞下降为主，有时可出现轻微肝功能异常、药物性皮炎、脱发等，大部分反应是可逆的。

❖ （三）健康教育

- 1. 输卵管妊娠的预后在于防止输卵管的损伤和感染，防止发生盆腔感染。因此应教育患者保持良好的卫生习惯，勤洗浴、勤换衣，性伴侣稳定；发生盆腔炎后须立即彻底治疗，以免延误病情。
- 2. 由于输卵管妊娠者中有50%~60%的不孕率和10%的再发生率，因此需告诫患者下次妊娠时要及时就医，并且不宜轻易终止妊娠。

【结果评价】

- 1. 患者的休克症状得以及时发现并纠正。
- 2. 患者以平静的心情接受此次妊娠失败的现实。



北京大学医学出版社

第三节 妊娠期高血压疾病

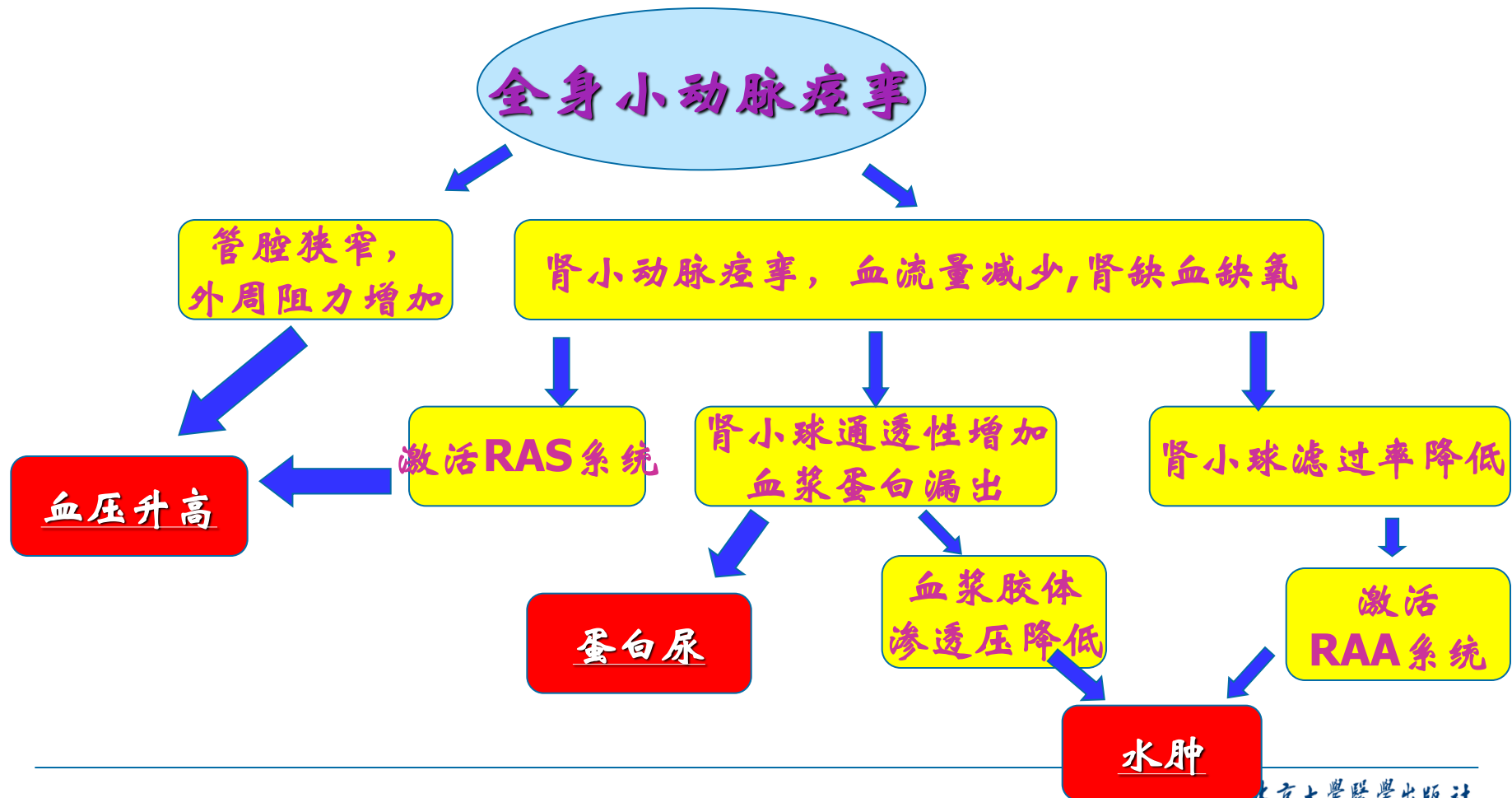


【概述】

- ❖ 妊娠期高血压疾病包括妊娠期高血压、子痫前期、子痫、慢性高血压并发子痫前期以及妊娠合并慢性高血压。
- ❖ 其中妊娠期高血压、子痫前期和子痫以往统称为妊娠高血压综合征。
- ❖ 该病严重影响母婴健康，是孕产妇及围生儿发病及死亡的主要原因之一。

【病理生理变化】

❖ 全身小动脉痉挛



妊娠高血压疾病的分类

分类	临床表现
妊娠期高血压	BP \geq 140/90mmHg, 妊娠期出现, 并于产后12周内恢复正常;尿蛋白(-);可伴有上腹部不适或血小板减少. 只有在产后最终确诊.
子痫前期	妊娠20周后BP \geq 140/90mmHg, 且蛋白尿 \geq 0.3g/24h或(+), 可伴有上腹部不适、头痛、视物模糊等症状。
子痫	子痫前期孕产妇抽搐, 且不能用其他原因解释
慢性高血压病并发子痫前期	<ol style="list-style-type: none">1. 妊娠20周前无蛋白尿的高血压患者, 新近发现蛋白尿\geq0.3mg/24h2. 妊娠20周前有高血压和蛋白尿的患者, 突然发生蛋白尿加剧或血压升高或血小板$<100000/\text{mm}^3$
妊娠合并慢性高血压	<ol style="list-style-type: none">1. 妊娠前或妊娠20周前血压\geq140/90mmHg2. 妊娠20周后首次诊断高血压, 并且高血压持续至产后12周末恢复

【处理原则】

- ❖ 妊娠期高血压疾病的基本处理原则是镇静、解痉、降压、利尿，适时终止妊娠以达到预防子痫发生，降低孕产妇及围生儿发病率、病死率及严重后遗症的目的。

【护理评估】

❖ （一）病史

- 详细询问患者于孕前及妊娠20周前有无高血压、蛋白尿和（或）水肿及抽搐等征象；
- 既往病史中是否有原发性高血压、慢性肾炎及糖尿病等；
- 有无家族史。
- 此次妊娠经过，出现异常现象的时间及治疗经过。
- 特别应注意有无头痛、视力改变、上腹不适等症状。

❖ (二) 身心状况

- 典型的患者表现为妊娠20周后出现高血压、水肿、蛋白尿
 - 1. 初测血压有升高者，需休息1小时后再测，方能正确反映血压情况。
 - 2. 留取24小时尿进行尿蛋白检查。24小时尿液中蛋白含量 $\geq 0.3\text{g}$ 或相隔6小时的两次随机尿液蛋白浓度为 3.0g/L 或定性 $\geq (+)$ 者为异常。
 - 3. 水肿的轻重并不一定反映病情的严重程度。但是水肿不明显者，也有可能迅速发展为子痫，应引起重视。此外，还应注意水肿不明显，但体重于1周内增加超过 0.5kg 的隐性水肿。

❖ (三) 诊断性检查

- 1. 尿常规检查 根据蛋白定量确定病情严重程度。
- 2. 血液检查
- 3. 肝、肾功能测定
- 4. 眼底检查
 - 通过眼底检查可以直接观察到视网膜小动脉的痉挛程度，是子痫前期-子痫严重程度的重要参考指标。眼底检查可见眼底小动脉痉挛，动静脉管径比例可由正常的2:3变为1:2，甚至1:4，或出现视网膜水肿、渗出、出血，甚至视网膜剥离，一时性失明。
- 5. 其他检查 如心电图、超声心动图、胎盘功能、胎儿成熟度检查等，可视病情而定。

【护理问题】

- 有受伤的危险：与发生抽搐有关
- 潜在并发症：胎盘早期剥离

【预期目标】

- 1. 妊娠期高血压疾病孕妇病情缓解，未发生子痫及并发症。
- 2. 妊娠期高血压疾病孕妇明确孕期保健的重要性，积极配合产前检查及治疗。

【护理措施】

❖ （一）一般护理

■ 1. 保证休息

- 轻度的妊娠期高血压孕妇应加强孕期检查，密切观察病情变化，可住院治疗也可在家休息
- 子痫前期患者则需住院治疗，积极处理，防治发生子痫及并发症
- 患者需保证充分的睡眠，每日休息不少于10小时
- 在休息和睡眠时，以左侧卧位为宜



■ 2. 调整饮食

- 轻度妊娠期高血压孕妇需摄入足够的蛋白质（100g/d以上）、蔬菜，补充维生素、铁和钙剂
- 食盐不必严格限制
- 但全身水肿的孕妇应限制食盐入量。

■ 3. 密切监护母儿状态

- 护士应询问孕妇是否出现头痛、视力改变、上腹不适等症状
- 每日测体重及血压，每日或隔日复查尿蛋白
- 定期监测血压、胎儿发育状况和胎盘功能

■ 4. 间断吸氧

❖ （二）缓解症状

- 1. 用药护理 硫酸镁为目前治疗子痫前期和子痫的首选解痉药物
 - （1）用药方法 硫酸镁可采用肌肉注射或静脉用药。
 - 1）肌肉注射：可采用臀部深部肌肉注射，局部刺激性强，注射时应使用长针头行深部肌肉注射，也可加利多卡因于硫酸镁溶液中，以缓解疼痛刺激，注射后用无菌棉球或创可贴覆盖针孔，防止注射部位感染，必要时可行局部按揉或热敷，促进肌肉组织对药物的吸收。
 - 2）静脉给药：可采用静脉滴注或推注。

- (2) 识别毒性反应

- 1) 硫酸镁的治疗浓度和中毒浓度相近；硫酸镁过量会使呼吸及心肌收缩功能受到抑制甚至危及生命；中毒现象首先表现为膝反射减弱或消失
- 2) 护士在用药前及用药过程中均应监测孕妇血压，同时还应检测以下指标：①膝腱反射必须存在；②呼吸不少于16次/分；③尿量每24小时不少于600ml，或每小时不少于25ml。肾功能不全时应减量或停用，有条件时监测血镁浓度。
- 3) 硫酸镁治疗时需备好10%的葡萄糖酸钙注射液，以解毒，10%的葡萄糖酸钙10ml在静脉推注时宜在3分钟以上推完，必要时可每小时重复1次，但24小时内不超过8次。

■ 2. 子痫患者的护理

- (1) 协助医生控制抽搐 患者一旦发生抽搐，应尽快控制硫酸镁为首选药物
- (2) 专人护理，防止受伤 子痫发生后，首先应保持呼吸道通畅
- (3) 减少刺激，以免诱发抽搐 患者应安置于单人暗室，保持绝对安静
- (4) 严密监护 密切注意血压、脉搏、呼吸、体温及尿量，记录出入量
- (5) 为终止妊娠做好准备

■ 3. 产时及产后护理

- 妊娠期高血压疾病孕妇的分娩方式应根据母儿的情形而定。
 - （1）若决定经阴道分娩，需加强各产程护理
 - （2）开放静脉，测量血压
 - （3）继续硫酸镁治疗，加强用药护理

❖ （三）健康教育

- 1. 加强妊娠期高血压疾病的预防指导
- 2. 指导孕妇采取左侧卧位休息以增加胎盘绒毛血供，同时保持心情愉快也有助于妊娠期高血压疾病的预防。
- 3. 指导孕妇合理饮食，减少过量脂肪和盐的摄入，增加蛋白质、维生素以及富含铁、钙、锌的食物

【结果评价】

- 1. 妊娠期高血压孕妇病情得以控制，未出现子痫及并发症。
- 2. 妊娠期高血压孕妇分娩经过顺利。



北京大学医学出版社

第四节 前置胎盘

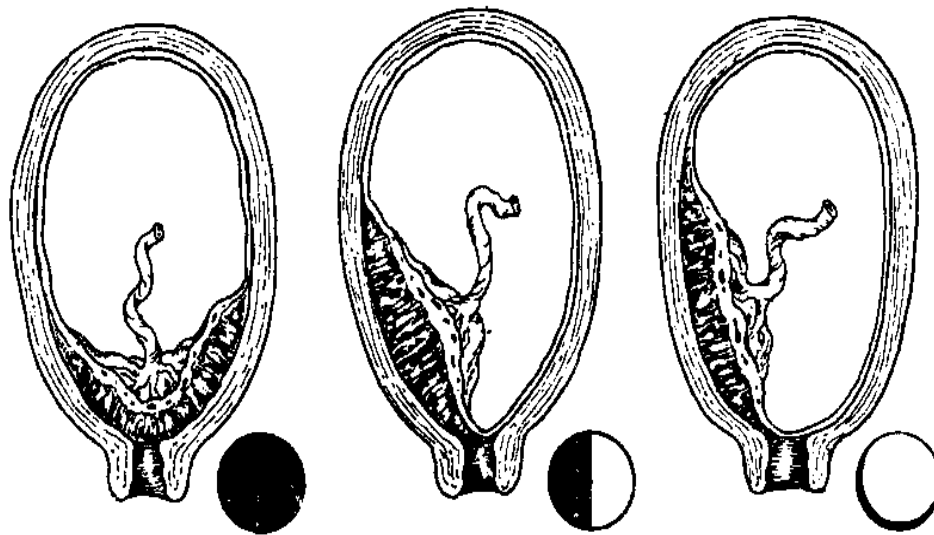


【概述】

- ❖ 正常妊娠时胎盘附着于子宫体部的后壁、前壁或侧壁。若妊娠28周后胎盘附着于子宫下段，胎盘下缘甚至达到或覆盖宫颈内口处，其位置低于胎先露部，称为前置胎盘
- ❖ 前置胎盘是晚期妊娠出血的主要原因之一，是妊娠期的严重并发症
- ❖ 高龄孕妇（ >35 岁）、经产妇及多产妇、吸烟或吸毒妇女为高危人群

【临床表现及分类】

- ❖ 妊娠晚期或临产时，发生无诱因的、无痛性、反复阴道流血是前置胎盘的主要症状，偶有发生于妊娠20周左右者。
- ❖ 按胎盘边缘与子宫颈内口的关系，前置胎盘可分为三种类型



❖ （一）完全性前置胎盘

- 子宫颈内口全部为胎盘组织所覆盖，又称中央性前置胎盘。初次出血的时间早，约在妊娠28周，反复出血的次数频繁，量较多，有时一次大量阴道流血即可使患者陷入休克状态。

❖ （二）部分性前置胎盘

- 子宫颈内口部分为胎盘组织所覆盖。出血情况介于完全性前置胎盘和边缘性前置胎盘之间。



❖ （三）边缘性前置胎盘

- 胎盘附着于子宫下段，边缘不超越子宫颈内口。初次出血发生较晚，多发生于妊娠末期或临产后，出血量也较少。
- ❖ 胎盘边缘与子宫颈内口的关系随着子宫颈管的消失和子宫颈口的扩张而改变，分类也随之改变。临床均以最后一次检查结果来确定其类型。

【处理原则】

- ❖ 主要处理原则为抑制宫缩、制止出血、纠正贫血和预防感染。

【护理评估】

❖ （一）病史

- 除个人健康史外，在孕产史中尤其注意识别有无剖宫产史、人工流产史及子宫内膜炎等前置胎盘的诱发因素；此外，末次妊娠中特别是孕28周后，注意是否出现无痛性、无诱因、反复阴道流血症状，并详细记录具体经过及医疗处理情况。

❖ （二）身心状况

- 患者的一般情况与出血量的多少密切相关，大量出血时可见面色苍白、脉搏细数、血压下降等休克症状。孕妇及其家属可因突然阴道流血而感到恐惧或焦虑，既担心孕妇的健康，更担心胎儿的安危，可能显得恐慌、紧张、手足无措等。

❖ (三) 诊断性检查

- 1. 产科检查 子宫大小与停经月份一致，胎方位清楚；可有胎头高浮、臀先露或胎头跨耻征阳性
- 2. B型超声检查 为目前诊断前置胎盘最安全有效的方法
- 3. 阴道检查 对怀疑有前置胎盘的孕妇，一般不做阴道指检；对怀疑前置胎盘的个案，严禁行肛门检查
- 4. 产后胎盘胎膜检查 胎盘的前置部分可见陈旧血块附着，呈黑紫色或暗红色。若胎膜破口处距胎盘边缘小于7cm，则为部分性前置胎盘

【护理问题】

- 潜在并发症：出血性休克
- 有感染的危险：与胎盘剥离面靠近子宫颈口，细菌易经阴道上行感染有关

【预期目标】

- 1. 接受期待疗法的孕妇血色素不再继续下降，胎龄达到或更接近足月。
- 2. 产后，产妇未发生产后出血和产后感染。

【护理措施】

❖ 接受期待疗法的孕妇的护理如下：

■ （一）一般护理

- 1. 保证休息，减少刺激 禁止性生活、阴道检查、肛门检查、灌肠及任何刺激，以减少出血机会。
- 2. 严密观察病情

■ （二）缓解症状

- 1. 纠正贫血
- 2. 预防产后出血和感染 ①胎儿娩出后，及早使用缩宫素，以预防产后大出血。②产妇回病房休息时严密观察产妇的生命体征及阴道流血情况，发现异常及时报告医师处理，以防止或减少产后出血。③及时更换会阴垫，以保持会阴部清洁、干燥。



■ （三）健康教育

- 1. 应加强孕妇的管理和宣教，避免多次刮宫、引产或宫内感染，以减少子宫内膜损伤或子宫内膜炎的发生。
- 2. 教育孕妇重视妊娠期出血，无论出血量多少均应就医，做到及时诊断和正确处理。
- 3. 指导孕产妇出院后注意休息，加强营养，纠正贫血，增强抵抗力，预防产后出血和感染的发生。

【结果评价】

- 1. 接受期待疗法的孕妇于胎龄接近(或达到)足月时终止妊娠。
- 2. 产后，产妇未出现产后出血和感染。



北京大学医学出版社

第五节 胎盘早期剥离



【概述】

- ❖ 妊娠20周后或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全部从子宫壁剥离，称为胎盘早期剥离，简称胎盘早剥。
- ❖ 胎盘早剥是妊娠晚期的一种严重并发症，往往起病急、进展快，若处理不及时，可危及母儿生命。
- ❖ 病因目前尚不十分清楚，其发病可能血管病变、机械性因素及子宫静脉压突然升高等因素有关。
- ❖ 胎盘早剥的主要病理变化是底蜕膜出血，形成血肿，使胎盘自附着处剥离。

【临床表现】

- ❖ 胎盘早剥的临床特点是妊娠晚期突然发生的腹部持续性疼痛，伴有或不伴有阴道出血。
- ❖ 根据胎盘剥离面的大小和出血量多少可分为以下两型：
 - （一）轻型 以外出血为主，胎盘剥离面通常不超过胎盘的 $1/3$ ，多见于分娩期。
 - （二）重型 以内出血和混合性出血为主，胎盘剥离面超过胎盘的 $1/3$ ，同时有较大的胎盘后血肿，多见于重度子痫前期患者。

【处理原则】

以纠正休克、及时终止妊娠为处理原则。

【护理评估】

❖ （一）病史

- 孕妇在妊娠晚期或临产时突然发生腹部剧痛，有急性贫血或休克症状，应引起高度重视。

❖ （二）身心状况

- 重点评估腹痛的程度、性质，以及孕妇的生命体征和一般情况

❖ （三）诊断性检查

- 1. B超检查
- 2. 实验室检查

【护理问题】

- 潜在并发症：出血性休克
- 潜在并发症：弥散性血管内凝血

【预期目标】

- 1. 入院后，孕妇出血性休克症状得到有效控制，母子平安
- 2. 住院期间，护士能及时发现患者出现的凝血功能障碍、产后出血和急性肾衰竭等并发症。

【护理措施】

❖ 预防：

- 督促孕妇主动接受产前检查，预防和及时治疗高血压、慢性肾病等；
- 妊娠晚期避免长时间取仰卧位姿势及腹部外伤；施行外倒转术时动作要轻柔；
- 处理羊水过多和双胞胎者时，避免子宫腔内压力下降过快。

❖ 对已诊断为胎盘早剥患者，护理措施如下：

■ （一）缓解症状，及时发现并发症

- 1. 纠正休克，改善患者一般情况
- 2. 严密观察病情变化
 - 护士应监测并记录生命体征、胎心、胎动情况，观察产程进展、阴道流血量、腹痛情况及伴随症状；
 - 重点观察宫底高度的变化情况、子宫压痛程度、子宫壁的紧张度及在宫缩间歇期能否松弛等。
 - 同时，注意识别凝血功能障碍者的症状及体征。
- 3. 为终止妊娠做好准备 一旦确诊，应及时终止妊娠，依具体状态决定分娩方式，护士需为此做好相应的准备。



■ (二) 健康教育

• 1. 预防产后出血

- 分娩后应及时给予缩宫素，并配合按摩子宫，必要时按医嘱做切除子宫的术前准备。
- 未发生出血者，产后仍应加强生命体征观察，警惕发生晚期产后出血。

• 2. 产褥期护理

- 指导患者在产褥期注意加强营养，纠正贫血；
- 更换消毒会阴垫，保持会阴清洁，防止感染；
- 根据孕妇身体情况给予母乳喂养指导。
- 死产者及时给予退乳措施，即在分娩后24小时内尽早服用大剂量雌激素，同时紧束双乳，少进汤类，或水煎生麦芽当茶饮，针刺足临泣、悬钟等穴位等

【结果评价】

- 1. 母亲分娩顺利，生命体征维持稳定，婴儿平安出生。
- 2. 产妇出现的并发症得到及时处理。



北京大学医学出版社

第六节 胎膜早破



【概述】

- ❖ 胎膜早破是指在临产前胎膜自然破裂
- ❖ 如发生在妊娠满37周后，称足月胎膜早破
- ❖ 发生在妊娠不满37周者，称足月前胎膜早破
- ❖ 导致胎膜早破的因素很多，常见的因素有生殖道病原微生物上行性感染、羊膜腔压力增高、胎膜受力不均、营养因素、宫颈内口松弛及细胞因子变化等



【临床表现】

- ❖ 孕妇突感有较多液体自阴道流出，可混有胎脂及胎粪，继而少量间断性排出。当咳嗽、打喷嚏、负重等腹压增加时，羊水即流出。

【处理原则】

❖ 预防发生感染和脐带脱垂等并发症。

【护理评估】

❖ （一）病史

- 了解诱发胎膜早破的原因，确定胎膜破裂的时间、妊娠周数，是否有宫缩及感染的征象。

❖ （二）身心状况

- 观察孕妇阴道液体流出的情况。

❖ (三) 诊断性检查

- 1. 阴道液酸碱度检查 用pH试纸检查，若流出液pH值 > 6.5 时，视为阳性，准确率可达90%。
- 2. 阴道液涂片检查 阴道液干燥片检查有羊齿状结晶出现为羊水，准确率达95%。
- 3. 羊膜镜检查 可直视胎先露部，看不到前羊膜囊，即可确诊为胎膜早破。
- 4. 胎儿纤维结合蛋白测定
- 5. 羊膜腔感染监测 ①羊水细菌培养；②羊水涂片革兰染色检查细菌；③羊水白细胞IL-6测定： $IL-6 \geq 7.9 \text{ ng/ml}$ ，提示羊膜腔感染；④血C反应蛋白 $> 8 \text{ mg/L}$ ，提示羊膜腔感染。

【护理问题】

- 有感染的危险：与胎膜破裂后，下生殖道内病原体上行感染有关
- 有胎儿受伤的危险：与脐带脱垂和早产儿肺部不成熟有关

【预期目标】

- 1. 孕妇不发生感染
- 2. 胎儿无并发症发生

【护理措施】

❖ (一) 一般护理

- 1. 嘱胎膜早破胎先露未衔接的待产妇绝对卧床，采取左侧卧位，注意抬高臀部防止脐带脱垂造成胎儿缺氧或宫内窘迫。
- 2. 密切观察胎心率的变化，监测胎动及胎儿宫内安危。
- 3. 头先露者，如为混有胎粪的羊水流出，则是胎儿宫内缺氧的表现，应及时给予吸氧等处理。
- 4. 保持外阴清洁，每日用1%苯扎溴铵（新洁尔灭）棉球擦洗会阴部两次；放置吸水性好的消毒会阴垫于外阴，勤换会阴垫，保持清洁干燥，防止上行性感染。
- 5. 严密观察产妇的生命体征，进行白细胞计数，了解是否存在感染；胎膜破裂后12小时给抗生素预防感染。

❖ (二) 缓解症状

- 1. 对于 <35 孕周的胎膜早破者，应遵医嘱给地塞米松10mg静脉滴注，以促胎肺成熟。
- 2. 若孕龄 <37 周，已临产，或孕龄达37周，破膜12~18小时后尚未临产者，按医嘱采取措施，尽快结束分娩。

❖ (三) 健康教育

- 1. 为孕妇讲解胎膜早破的影响，使孕妇重视妊娠期卫生保健并积极参与产前保健指导活动。
- 2. 增加孕妇的预防意识，嘱孕妇妊娠后期禁止性交，避免负重及腹部受碰撞
- 3. 嘱宫颈内口松弛者卧床休息，并遵医嘱于妊娠14~16周行宫颈环扎术。
- 4. 指导孕妇补充足量的维生素及钙、锌、铜等元素。

【结果评价】

- 1. 孕妇主动配合诊疗过程，分娩经过顺利。
- 2. 母子生命安全，未发生并发症。



北京大学医学出版社

第七节 其他妊娠期并发症



早产

- ❖ 早产是指妊娠满28周至不满37足周之间分娩者。
- ❖ 此时娩出的新生儿称早产儿，出生体重多小于2500g，各器官发育尚不够成熟。

【临床表现】

- 主要是子宫收缩。
- 妊娠满28周后至37周前出现有明显的规律宫缩（至少每10分钟一次）伴有宫颈管缩短，可诊断为先兆早产。
- 如果妊娠28～37周间，出现20分钟 \geq 4次且每次持续 \geq 30秒的规律宫缩，并伴随宫颈管缩短 \geq 75%，宫颈进行性扩张2cm以上者，可诊断为早产临产。

【护理措施】

- 1. 预防早产 宫颈内口松弛者应于孕14~16周或更早些时间作子宫内口缝合术，防止早产的发生。
- 2. 药物治疗的护理 先兆早产的主要治疗为抑制宫缩
- 3. 预防新生儿并发症的发生
- 4. 为分娩做准备
 - 经阴道分娩者，应考虑使用产钳和会阴切开术以缩短产程，减少分娩过程中对胎头的压迫
 - 做好早产儿保暖和复苏的准备，临产后慎用镇静药，避免发生新生儿呼吸抑制的情况；产程中应给孕妇吸氧；新生儿出生后，立即结扎脐带

过期妊娠

- ❖ 平时月经周期规则，妊娠达到或超过42周尚未分娩者，称为过期妊娠。
- ❖ 过期妊娠使胎儿窘迫、胎粪吸入综合征、过熟综合征、新生儿窒息、围生儿死亡、巨大儿以及难产等不良结局发生率增高，并随妊娠期延长而增加。

过期妊娠

【病理】

- 1. 胎盘 过期妊娠的胎盘病理有两种类型：胎盘功能正常、胎盘功能减退。
- 2. 羊水 妊娠42周后羊水减少迅速；羊水粪染率明显增高。
- 3. 胎儿 可分以下3种：
 - （1）正常生长及巨大儿：胎盘功能正常者，能维持胎儿继续生长，约25%成为巨大儿，其中5.4%胎儿出生体重大于4500g。
 - （2）胎儿成熟障碍：临床上将胎儿成熟障碍分为三期：第Ⅰ期为过度成熟，表现为胎脂消失，皮下脂肪减少，皮肤干燥松弛多皱褶，头发浓密，指（趾）甲长，身体瘦长，容貌似“小老人”；第Ⅱ期为胎儿缺氧，肛门括约肌松弛，有胎粪排出，羊水及胎儿皮肤粪染，羊膜和脐带绿染，围生儿病率和围生儿死亡率最高；第Ⅲ期为胎儿全身因粪染历时较长广泛着色，指（趾）甲和皮肤呈黄色，脐带和胎膜呈黄绿色。此期胎儿已经历并渡过Ⅱ期危险阶段，其预后较Ⅱ期好。
 - （3）胎儿生长受限小样儿与过期妊娠共存，后者更增加胎儿的危险性，约1/3过期妊娠死产儿为生长受限小样儿。

过期妊娠

【护理】

- （一）核实孕周
- （二）判断胎盘功能 包括有胎动计数、胎儿电子胎心监护仪监测、B型超声检查、尿E₃、E/C比值测定以及羊膜镜检查等。护士应告知孕妇进行检查的意义和注意事项。
- （三）预防过期妊娠 应加强孕期宣教，使孕妇及家属认识过期妊娠的危害性，定期进行产前检查，适时终止妊娠。对确诊过期妊娠者，应根据胎盘功能、胎儿大小、宫颈成熟度等综合分析，选择恰当的分娩方式。

羊水量异常

- ❖ 凡在妊娠任何时期内羊水量超过2000ml者，称为羊水过多。
- ❖ 妊娠足月时羊水量少于300ml者称为羊水过少。
- ❖ 多数孕妇羊水增多缓慢，在较长时间内形成，称为慢性羊水过多；少数孕妇可在数日内羊水急剧增加，称为急性羊水过多。
- ❖ 羊水过少可发生于妊娠各期，但以妊娠晚期为常见

羊水量异常

【临床表现】

- （一）羊水过多
 - 1. 急性羊水过多 较少见。多发生于妊娠20～24周。
 - 2. 慢性羊水过多 较多见。多发生于妊娠晚期。
 - 羊水过多孕妇容易并发妊娠期高血压疾病、胎位不正、早产等
 - 患者破膜后因子宫骤然缩小，可以引起胎盘早剥
 - 产后因子宫过大可引起子宫收缩乏力而致产后出血。

羊水量异常

【临床表现】

❖ （二）羊水过少

- 孕妇于胎动时感觉腹痛，检查时发现宫高、腹围小于同期正常妊娠孕妇，子宫的敏感度较高，轻微的刺激即可引起宫缩，临产后阵痛剧烈，宫缩不协调，宫口扩张缓慢，产程延长。
- 羊水过少若发生在妊娠早期，可以导致胎膜与胎体相连；
- 若发生妊娠中、晚期，子宫周围压力容易对胎儿产生影响，造成胎儿斜颈、曲背、手足畸形等异常。
- 羊水过少者由于影响胎肺的膨胀发育，可导致肺发育不全，胎儿生长迟缓等
- 羊水过少容易发生胎儿宫内窘迫与新生儿窒息，所以围生儿死亡率较高。

羊水量异常

【相关检查】

- B超是羊水量异常的重要辅助检查方法。
- B超诊断的标准有两个：
 - ①测量羊水最大暗区垂直深度， $>7\text{cm}$ 即可考虑为羊水过多，有学者认为 $>8\text{cm}$ 才能诊断为羊水过多。单一最大羊水暗区垂直深度 $\leq 2\text{cm}$ 者为羊水过少； $\leq 1\text{cm}$ 者为严重羊水过少。
 - ②计算羊水指数，将孕妇腹部经脐横线与腹白线作为标志线，分为4个区，4个区羊水最大暗区垂直深度之和，即为羊水指数。 $>18\text{cm}$ 为羊水过多。羊水指数 $\leq 8\text{cm}$ 者为可疑羊水过少， $\leq 5\text{cm}$ 者诊断为羊水过少。
- 除羊水测量外，B超还可判断胎儿有无畸形，羊水与胎儿的交界情况等。

羊水量异常

【护理措施】

■ （一）一般护理

- 1. 观察孕妇的生命体征，定期测量宫高、腹围和体重，判断病情进展，并及时发现并发症。
- 2. 观察胎心、胎动及宫缩，及早发现胎儿宫内窘迫及早产的征象。
- 3. 人工破膜时应密切观察胎心和宫缩，及时发现胎盘早剥和脐带脱垂的征象。
- 4. 产后应密切观察子宫收缩及阴道流血情况，防止产后出血。

【护理措施】

■ （二）缓解症状

• 1. 羊水过多

- （1）羊水过多合并胎儿畸形者，一旦确诊胎儿畸形、染色体异常，应及时终止妊娠。如行人工破膜引产，破膜时须注意：
 - » 1) 要行高位破膜，用高位破膜器自宫口沿胎膜向上送入15~16cm处刺破胎膜，使羊水缓慢流出，避免宫腔内压力骤然下降引起胎盘剥离；
 - » 2) 放羊水后腹部放置沙袋以防血压骤降，甚至休克；
 - » 3) 严格无菌操作，羊水流过程中密切观察孕妇血压、心率变化；
 - » 4) 注意阴道流血及宫高变化，及早发现胎盘早剥；
 - » 5) 破膜后多能自然临产，若12小时后仍未临产，可静脉滴注缩宫素诱发宫缩。

- (2) 羊水过多合并正常胎儿、妊娠 <37 周、胎肺不成熟者，应尽量延长孕周。
- » 1) 对自觉症状轻者指导其注意休息，低盐饮食，必要时给予镇静剂。每周复查B型超声，了解羊水指数及胎儿生长情况。
- » 2) 对自觉症状严重者应经腹腔穿刺放羊水，缓解压迫症状。
- » 在行经腹腔羊水穿刺放羊水时，应注意：
 - ①防止速度过快、量过多，一次放羊水量不超过1500ml，放羊水后腹部放置沙袋或加腹带包扎以防血压骤降发生休克
 - ②严格无菌操作，防止发生感染，密切观察孕妇血压、心率、呼吸变化，监测胎心；
 - ③酌情给予镇静药预防早产，必要时3~4周后再次放羊水，以降低宫腔内压力。

- 2. 羊水过少

- （1）羊水过少合并胎儿畸形者，一旦确证胎儿畸形，应尽早终止妊娠，多选用经腹羊膜腔穿刺注入依沙吖啶引产。
- （2）羊水过少合并正常胎儿者，若妊娠已足月，应终止妊娠。若妊娠未足月，胎肺不成熟者，应行增加羊水量进行期待治疗，以延长孕周。