



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

妇 产 科 护 理

F U C H A N K E H U L I

 主编：廖红伍 唐桂丹





妇产科护理



第七章

异常妊娠期妇女的护理

YI CHANG REN SHEN QI FU NV
DE HU LI



目录

- > 第一节 自然流产
- > 第二章 异位妊娠
- > 第三章 前置胎盘
- > 第四章 胎盘早剥
- > 第五章 妊娠期高血压疾病
- > 第六章 早产
- > 第七章 过期妊娠
- > 第八章 多胎妊娠
- > 第九章 羊水量异常

【知识目标】

1. **掌握** 自然流产、异位妊娠、前置胎盘、胎盘早剥、妊娠期高血压疾病、早产、过期妊娠、多胎妊娠和羊水量异常的定义、临床表现及护理措施。

2. **熟悉** 自然流产、异位妊娠、前置胎盘、胎盘早剥、妊娠期高血压疾病、早产、过期妊娠、多胎妊娠和羊水量异常的病因及治疗原则。

3. **了解** 自然流产、异位妊娠、前置胎盘、胎盘早剥、妊娠期高血压疾病、早产、过期妊娠、多胎妊娠和羊水量异常的病理生理学和辅助检查。

第一节 自然流产

一、概述

流产 (abortion)：凡妊娠不足28周、胎儿体重不足1000g而终止者；

早期流产：发生于妊娠12周；

晚期流产：发生在妊娠12周至不足28周；

流产又分为自然流产和人工流产，本节内容仅阐述自然流产。

导入情景：

某女士，28岁，G1P1，孕40周临产入院，产钳助娩一活女婴，出生体重4000 g。现产后第1d，产妇自述尿量增多，会阴伤口疼痛，下腹部疼痛且哺乳时加重，自感焦虑，拒绝哺乳。查体：体温37.8度，脉搏70次/min，呼吸18次/min，血压120/75 mmHg；子宫底平脐，阴道流出暗红色分泌物，约45ml；会阴切口缝合处轻度水肿，无压痛。

工作任务：

1. 该产妇的心理特点是什么，如何进行心理调适？
2. 如何对该产妇进行母乳喂养指导？

(二) 病因

1. 胚胎因素

染色体异常是自然流产最常见的原因

2. 母体因素

(1) 全身性疾病 (2) 生殖器官异常

(3) 内分泌异常 (4) 免疫因素

(5) 强烈应激与不良习惯

3. 胎盘因素

4. 环境因素

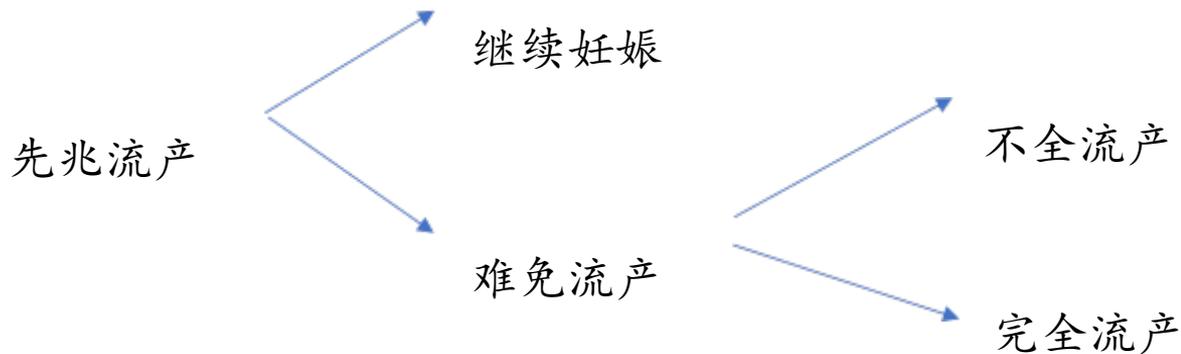
（三）病理

1. 妊娠8周以前发生的流产：剥离完整，出血往往不多。
2. 妊娠8~12周发生的流产：剥离不完整，出血较多。
3. 妊娠12周以后发生的流产：胎盘已形成，似分娩过程。

(四) 临床表现

停经后阴道流血和腹痛是流产的主要症状。可分为以下4种临床类型：

1. 先兆流产
2. 难免流产
3. 不全流产
4. 完全流产



自然流产四种类型的鉴别

类型	出血量	下腹痛	组织排出	宫口	子宫大小
先兆流产	少	无或轻	无	闭	与妊娠周数相符
难免流产	中→多	加剧	无	扩张	相符或略小
不全流产	少→多	减轻	部分排出	扩张或有组织物堵塞	小于妊娠周数
完全流产	少→无	无	完全排出	闭	正常或略大

三种特殊类型的流产：

稽留流产：早孕反应或胎动消失，子宫不再增大或反而缩小。宫颈口未开，子宫小于孕周。稽留流产可能发生凝血功能障碍，导致弥散性血管内凝血（DIC）。

复发性流产：指同一性伴侣连续发生3次或3次以上的自然流产。其临床经过与一般流产相同，每次流产常发生在同一妊娠月份。

流产合并感染：阴道排出脓性有臭味的分泌物，下腹压痛、反跳痛，体温升高，脉搏加快。

(五) 护理评估

1. 健康史

停经史、早孕反应情况；

阴道出血时间及性状，腹痛的部位、程度及性质；

是否有水样排液、烂肉样组织排出等；

有无全身性 疾病、生殖器官疾病或接触有害物质。



识别流产诱因

2. 身体状况

一般状况：全面评估孕妇的各项生命体征，判断流产类型，尤其注意与贫血及感染相关的征象；

妇科检查：检查宫颈口是否扩张，羊膜是否破裂，有无妊娠产物堵塞于宫颈口内；子宫大小与停经周数是否相符，有无压痛等，并应检查双侧附件有无肿块、增厚及压痛等。

3. 心理-社会状况

悲伤、忧郁、紧张、害怕等情绪。

4. 诊断要点

实验室检查 连续测定血 β -HCG、孕激素动态变化，血常规、凝血功能检查等；

B超检查 显示宫腔内有无胎囊、胎心或残留组织，有助于判断流产类型；

宫颈功能不全 根据病史、超声检查和临床表现做出诊断。

5. 治疗要点

先兆流产：保胎治疗，B超检查血 β -HCG动态监测

难免流产及不全流产：尽快清除宫腔内容物

完全流产：一般不必处理

稽留流产：检查凝血功能，及时促使胎儿和胎盘排出

复发性流产：有针对性地给予个性化治疗。子宫颈功能不全者可于妊娠14~16周行宫颈环扎术（近年临床上建议提前至妊娠12~14周）。

流产合并感染：若阴道流血不多，先控制感染后再清宫。若阴道流血多，应抗感染的同时用卵圆钳夹出大块组织，待感染控制后，再次行清宫术。

思考：为什么要检查凝血功能？

(六) 护理诊断/问题

有感染的危险 与阴道流血时间过长、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

潜在并发症 失血性休克

(七) 护理目标

出院时，护理对象无感染征象。

先兆流产孕妇焦虑缓解，能积极配合保胎措施，继续妊娠。

（八）护理措施

一般护理 保胎孕妇应卧床休息，禁止性生活、灌肠及抬举重物等动作，保持大便通畅；流产合并感染孕妇应半卧位，有利于炎症局限于盆腔。

病情观察 严密监测病人体温、脉搏、血压、阴道流血、腹痛情况，以及阴道分泌物的量、颜色和气味，有感染征象及时报告医生。

治疗配合 大量阴道流血伴休克时，迅速建立静脉通路，遵医嘱输血输液。需要清宫手术的孕妇，做好术前准备、术中配合及术后观察。指导孕妇遵医嘱正确用药，观察药物副作用。注意会阴清洁，手术严格无菌操作，遵医嘱用抗生素。

心理护理 加强心理护理，缓解焦虑

健康指导 先兆流产保胎成功者，指导其按时进行产前检查；清宫术后的病人，如有阴道出血量多、发热、腹痛等应及时就诊；有复发性流产史的孕妇保胎至超过以往发生流产的妊娠月份、宫颈环扎术者术后定期随诊，提前住院。

第二节 异位妊娠

一、概述

(一) 定义

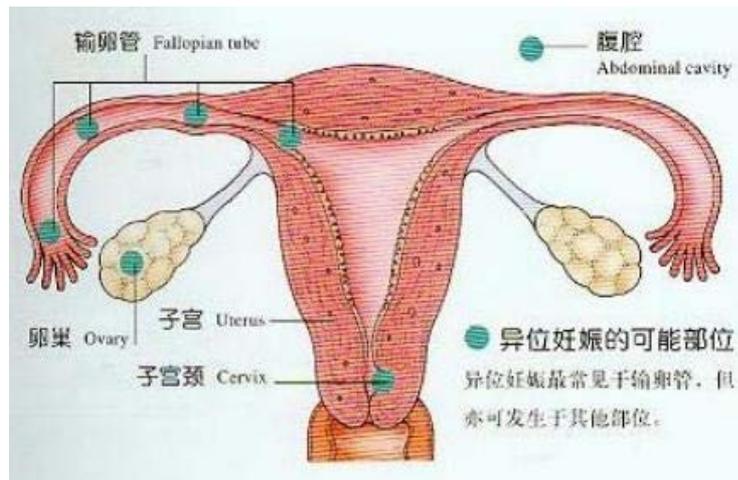
正常妊娠时，受精卵着床于子宫体腔内膜。受精卵在子宫体腔外着床发育时，称为异位妊娠（ectopic pregnancy），习称宫外孕（extrauterine pregnancy）

一、概述

根据受精卵着床部位不同分为输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠等，以**输卵管妊娠最多见**，占95%左右。

输卵管妊娠可分为间质部、峡部、壶腹部和伞部妊娠，以**壶腹部妊娠最多见**。

异位妊娠是产科常见急腹症，发生率2%~3%，是早期妊娠孕妇死亡的主要原因。



异位妊娠的部位

二、病因

输卵管炎症 包括输卵管黏膜炎和输卵管周围炎，这是引起输卵管妊娠的主要原因。

输卵管发育不良或功能异常

受精卵游走

辅助生殖技术

其他 内分泌失调、神经精神功能紊乱、输卵管手术以及子宫内膜异位症等



思考：输卵管炎症为什么会造成异位妊娠？

三、病理

1. 输卵管妊娠的结局

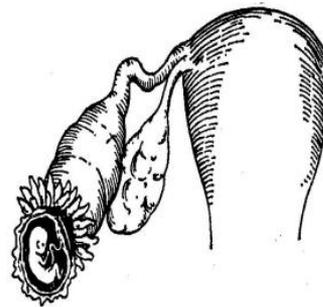
输卵管妊娠流产：多见于壶腹部，常发生于妊娠8~12周。

输卵管妊娠破裂：以峡部妊娠多见，常发生于妊娠6周左右。

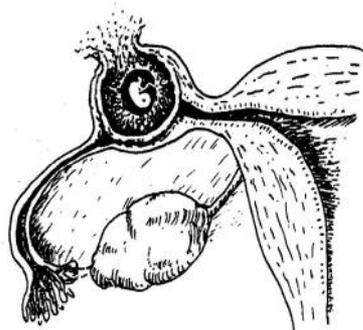
陈旧性宫外孕；

继发性腹腔妊娠；

输卵管妊娠胚胎停止发育并吸收。



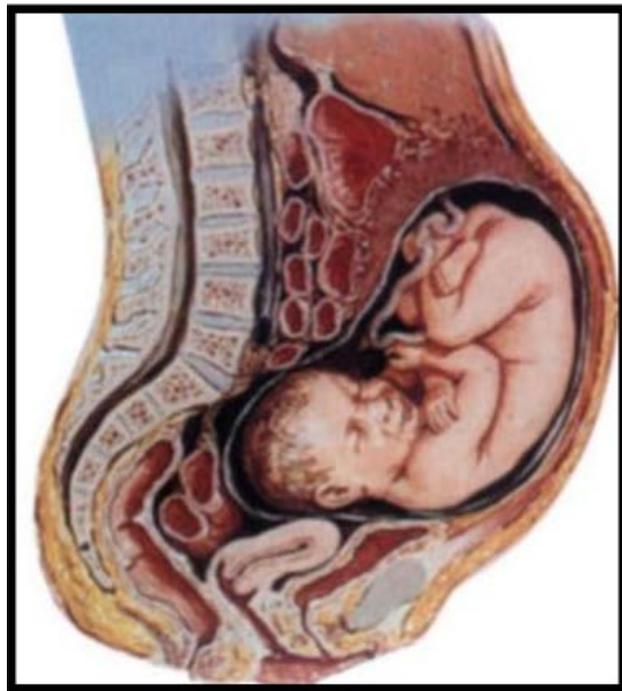
输卵管妊娠流产



输卵管妊娠破裂

2. 子宫的变化

子宫内膜发生蜕膜反应，经阴道排出的组织见不到绒毛，组织学检查无滋养细胞。



四、临床表现

停经：多有6~8周停经史。

腹痛：病人就诊的主要症状。隐痛→一侧下腹撕裂样剧疼。

阴道流血：量少，呈点滴状。

晕厥与休克：与阴道流血量不成正比。

腹部包块

思考：异位妊娠都有停经史吗？

思考：为什么休克程度与阴道流血量不成正比？

五、护理评估

（一）健康史

询问月经生育史，有无停经及停经时间。是否有盆腔炎性疾病、紧急避孕及输卵管手术史等异位妊娠高危因素。

（二）身体状况

一般情况：出血较多者，可出现贫血或失血性休克表现。

腹部检查：下腹部有明显压痛、反跳痛，出血较多时，轻微腹肌紧张。出血较多时，叩诊有移动性浊音。

妇科检查：阴道后穹隆饱满，**宫颈举痛或摇摆痛明显**，子宫稍大而软，有飘浮感，子宫一侧或后方触及边界不清、触痛明显的包块。

(三) 心理-社会情况

病人及家属担心有生命危险而恐惧。

(四) 诊断要点

阴道后穹窿穿刺：是一种简单可靠的诊断方法，若抽出暗红色不凝血，有助于诊断；

妊娠试验：HCG测定，较正常宫内妊娠低，但尿妊娠试验阴性不能排除异位妊娠；

超声检查：有助于诊断异位妊娠及盆腔内出血腹腔镜检查可确诊异位妊娠，临床上主要用于早期异位妊娠的手术治疗；

子宫内膜病理检查：宫腔内容物病理检查仅见蜕膜组织而不见绒毛。

（五）治疗要点

1. 手术治疗

主要适于腹腔内出血、生命体征不稳定或药物治疗禁忌者；腹腔镜手术已成为治疗早期异位妊娠的主要方法；

2. 药物治疗

适于早期输卵管妊娠或病情稳定者；

3. 期待治疗

适于病情稳定、血HCG水平较低（ $<1500\text{UI/L}$ ）且呈下降趋势者。

六、护理诊断/问题

1. 潜在并发症 失血性休克。
2. 疼痛：腹痛 与输卵管妊娠流产、破裂及血液刺激腹膜有关。
3. 恐惧/焦虑 与担心生命安危及能否再次妊娠有关。

七、护理目标

1. 病人未发生休克或休克症状得以及时发现并缓解。
2. 病人正确认识手术，恐惧减轻，配合接受手术治疗

八、护理措施

1. 非手术治疗病人的护理

- (1) 一般护理：卧床休息，避免剧烈活动，保持大便通畅。
- (2) 病情观察：严密监测生命体征，注意腹痛及阴道流血情况。
- (3) 用药护理：正确使用甲氨蝶呤，注意观察化疗药物的毒副反应。

2. 手术治疗病人的护理

(1) 失血性休克的急救护理：①取中凹位，吸氧，保暖。②严密监测生命体征。③迅速建立静脉通道，补充血容量。

(2) 病情观察：严密监测腹痛、失血征象及伴随症状。

(3) 手术配合及护理：迅速做好术前准备，术后按妇科腹部手术常规护理。

3. 心理护理

(1) 稳定病人情绪，以积极心态配合治疗；

4. 健康指导

(1) 术后禁止性生活1个月；

(2) 积极防治盆腔炎性疾病，再次妊娠后及时就诊。

第三节 前置胎盘

一、概述

(一) 定义

正常的胎盘附着于子宫体部的前壁、后壁或侧壁。妊娠28周后，若胎盘附着于子宫下段，其下缘达到或覆盖宫颈内口，位置低于胎儿先露部，称为前置胎盘(placenta previa)。

前置胎盘是妊娠晚期阴道出血的最常见原因。

二、病因

1. 子宫内膜病变或损伤:是引起前置胎盘的常见原因,比如多次流产、刮宫、分娩、剖宫产、产褥感染等
2. 胎盘异常:大胎盘或有副胎盘
3. 受精卵滋养层发育迟缓
4. 宫腔形态异常
5. 其他因素:吸烟、吸毒者可引起胎盘血流减少,缺氧使胎盘代偿性增大,也可导致前置胎盘。

三、分类

根据胎盘下缘与子宫颈内口的关系，前置胎盘可分为4种类型：

1. 完全性前置胎盘

胎盘组织完全覆盖子宫颈内口，又称中央性前置胎盘。

2. 部分性前置胎盘

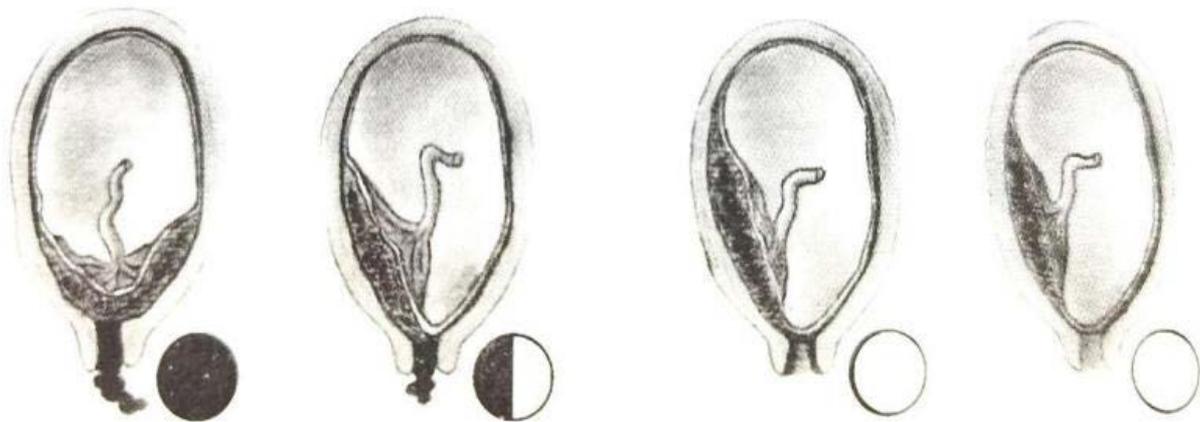
胎盘组织部分覆盖子宫颈内口。

3. 边缘性前置胎盘

胎盘附着于子宫下段，边缘达到宫颈内口，但未覆盖宫颈内口。

4. 低置胎盘

胎盘附着于子宫下段，边缘距宫颈内口 $<2\text{cm}$ 。



(1) 完全性前置胎盘 (2) 部分性前置胎盘 (3) 边缘性前置胎盘 (4) 低置胎盘

前置胎盘的分类

四、临床表现

典型症状：突发无诱因、无痛性反复阴道流血

阴道流血发生的时间，反复发生次数以及出血量多少与前置胎盘类型有关。

五、护理评估

（一）健康史

评估孕妇有无前置胎盘的高危因素；阴道流血的具体经过及产前检查记录等

（二）身体状况

1. 腹部检查：子宫软，无压痛，大小与孕周相符，胎位清楚，出血不多者胎心正常，胎先露常高浮或胎位异常。
2. 对母亲的影响：植入性胎盘、产时产后出血、产褥感染等
3. 对胎儿的影响：胎儿宫内窘迫、胎死宫内、早产、新生儿死亡等

（三）心理-社会状况

孕妇及家属因突然发生的阴道出血而感到紧张、害怕，担心孕妇健康和胎儿安危

（四）诊断要点

1. **B型超声检查**：是目前诊断前置胎盘最安全有效的首选方法。
2. 产后检查胎盘胎膜：如胎盘母体面有陈旧性黑紫色血块附着，或胎膜破裂口距胎盘边缘距离 $<7\text{cm}$ ，可诊断为前置胎盘
3. 其他：电子胎心监护、血常规、凝血功能检查等

（五）治疗要点

抑制宫缩、止血、纠正贫血和预防感染为治疗原则。

1. 期待疗法 适用于妊娠<34周、胎儿体重<2000g、阴道流血量不多、全身情况好、胎儿存活者，

2. 终止妊娠 适用于入院时失血性休克者，或期待疗法中发生大出血或出血量虽少，但妊娠已接近足月或已临产者，或胎儿成熟度检查提示胎儿肺成熟者，或出现胎儿窘迫征象者，应及时终止妊娠。**剖宫产术是目前处理前置胎盘的主要手段。**

六、护理诊断

1. 潜在并发症 出血性休克。
2. 有感染的危险 与阴道流血、胎盘剥离面靠近子宫颈口有关。
3. 舒适度减弱 与绝对卧床休息、活动无耐力有关。
4. 焦虑恐惧：与担心胎儿受伤有关。

七、护理目标

1. 孕妇出血得到控制，未发生出血性休克。
2. 产前和产后未发生感染。
3. 协助孕妇进行生活自理

八、护理措施

1. 期待疗法孕妇的护理

一般护理：卧床休息，左侧卧位；保持大便通畅；**禁止做阴道和肛门检查**，禁止性生活。

病情观察：监测生命体征、阴道出血量、胎心音、胎动并记录。

配合治疗护理：

- ①定时行会阴擦洗，一旦有感染征象及时报告医生。
- ②遵医嘱给予硫酸镁抑制宫缩。给予地塞米松促进胎儿肺成熟。

思考：为什么禁止做阴道和肛门检查？

2. 终止妊娠孕妇的护理

在抢救休克的同时做好手术病人的术前准备

3. 心理护理

安抚病人的情绪，减少其恐惧心理

4. 健康指导

采取有效避孕措施，避免子宫内膜损伤；剖宫产术后2年方可再孕；孕期如有阴道出血，应及时就诊

第四节 胎盘早剥

一、概述

(一) 定义

妊娠20周后正常位置的胎盘在胎儿娩出前，部分或全部从子宫壁剥离，称为胎盘早剥(placental abruption)。发病率约为1%，是妊娠晚期的一种严重并发症。

二、病因

确切的发病机制不清，可能与下述因素有关：

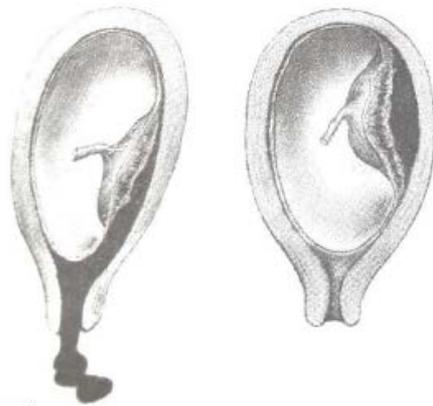
1. 孕妇血管病变
2. 宫腔内压力骤减
3. 机械性因素
4. 其他因素

三、病理

主要为**底蜕膜出血**，形成血肿，使该处胎盘自子宫壁附着处剥离；

1. **显性剥离** 血液冲开胎盘边缘及胎膜，经宫颈向外流出；

2. **隐性剥离** 血液不能向外流而积聚在胎盘与子宫壁之间；



胎盘早剥的类型

四、临床表现

典型表现是阴道流血和腹痛，程度与胎盘早剥类型及面积等因素有关；

早期以胎心率异常为首发变化，宫缩间歇期子宫呈高张状态，胎位触不清，子宫压痛；

严重时病人持续性剧烈腹痛，可伴有休克症状；

腹部检查：子宫底升高，子宫硬如板状，压痛明显，拒按；胎位不清，胎心音消失；

阴道出血量与失血征象、疼痛程度及胎盘剥离程度不一定相符。



思考：与前置胎盘有何不同？

五、护理评估

（一）健康史

全面评估孕妇既往史与产前检查记录；

详细了解有无诱发胎盘早剥的高危因素，有无腹痛及阴道流血，腹痛的程度及性质，阴道流血的量、颜色、有无血块等。

（二）身体状况

触诊时子宫张力增大，宫底增高，子宫压痛；

严重者可出现恶心、呕吐、面色苍白、出汗、脉搏细弱及血压下降等休克征象，子宫呈板状，压痛明显，胎位触诊不清；

对孕妇的影响：凝血功能障碍、羊水栓塞、产后出血、急性肾衰竭；

对胎儿的影响：胎儿窘迫、早产、新生儿窒息或死亡的发生率高。

胎盘早剥的Page分级标准

分级	标准
0级	分娩后回顾性产后诊断
I级	外出血，子宫软，无胎儿窘迫
II级	胎儿宫内窘迫或胎死宫内
III级	产妇出现休克症状，伴或不伴弥散性血管内凝血

（三）心理-社会状况

紧张、恐惧、焦虑、悲哀，甚至愤怒等情绪反应。

（四）诊断要点

1. 实验室检查：包括血常规、凝血功能、肝肾功能、电解质、血气分析及DIC筛选试验等。
2. 超声检查：可协助了解胎盘的部位及胎盘早剥的类型，明确胎儿大小及存活情况。
3. 电子胎心监护：可出现胎心基线变异消失、变异减速、晚期减速及胎心率缓慢等。

六、常见护理诊断/问题

1. 有心脏组织灌注不足的危险 与胎盘剥离导致子宫—胎盘循环血量下降引起胎儿心脏组织灌注不足有关；
2. 潜在并发症 失血性休克；
3. 母乳喂养中断 与新生儿转至NICU治疗有关；

七、护理目标

1. 胎儿未出现宫内窘迫或出现后得到及时处理。
2. 孕妇血液循环维持在正常范围。
3. 产妇在母婴分离时能保持正常泌乳

八、护理措施

1. 纠正休克，协助终止妊娠

迅速开放静脉通道，遵医嘱补充血容量；做好终止妊娠甚至切除子宫的准备。

2. 严密观察，预防并发症

预防凝血功能障碍、胎儿窘迫、产后出血、急性肾衰竭等并发症。

3. 心理护理

稳定孕妇及家属的情绪，使其尽快接受现实，走出心理阴影。

4. 健康指导

预防和治疗妊娠期高血压疾病、慢性肾炎等诱因；

避免腹部受伤及长时间仰卧位；

注意休息，加强营养；

保持外阴清洁，预防感染；

新生儿存活者，指导哺乳及护理，新生儿死亡者，指导其回乳。

第五节 妊娠期高血压疾病

一、概述

妊娠期高血压疾病 (hypertensive disorders of pregnancy) 是妊娠期特有的疾病, 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, 是孕产妇及围生儿病率及死亡率的主要原因之一。

二、病因

1. 妊娠期高血压疾病的发病原因至今不明确

2. 高危因素

①初产妇；②年龄 ≥ 40 岁；③精神过度紧张；④寒冷季节或气温变化过大；

⑤有子痫前期病史、家族史或慢性高血压、慢性肾炎、糖尿病病史；

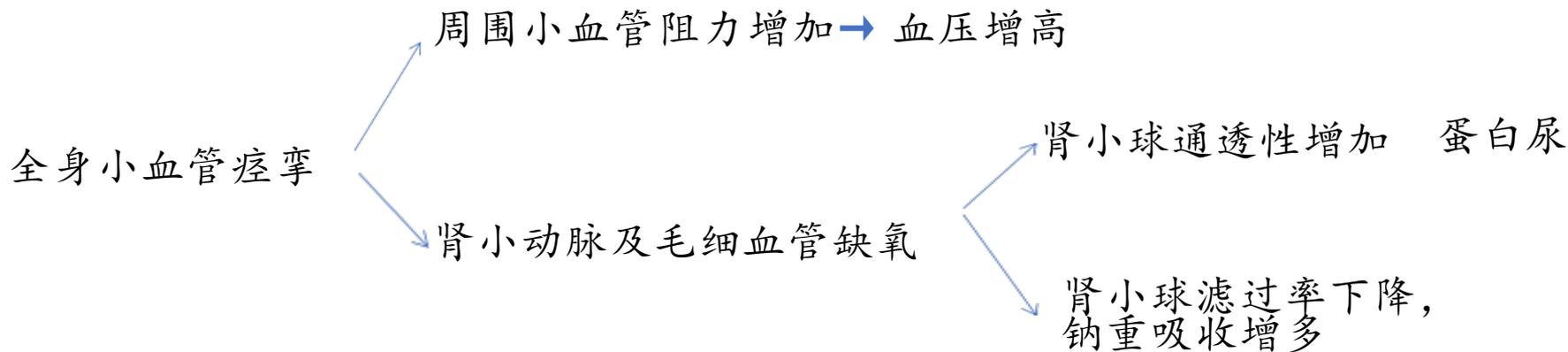
⑥营养不良，如贫血、低蛋白血症者；

⑦体型矮胖，体重指数 $>24\text{kg}/\text{m}^2$ 者；

⑧子宫张力过高，如羊水过多、双胎妊娠、巨大儿等。

三、病理生理

基本病理生理变化是全身小血管痉挛和血管内皮损伤，表现为多脏器和系统损害。



全身组织器官血流灌注减少

脑：脑水肿、充血、缺血等；

肾脏：肾功能受损，严重者肾衰竭；

肝脏：肝功能受损、肝包膜下血肿形成，甚至肝破裂；

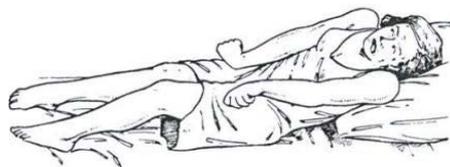
心血管：心肌缺血、间质水肿等，严重时心力衰竭；

胎盘：胎儿生长受限、胎儿窘迫、胎盘早剥等。

四、临床表现及分类

分类	临床表现
妊娠期高血压	妊娠20周后出现高血压，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，于产后12周内恢复正常；尿蛋白（-）；产后方可确诊
子痫前期	妊娠20周后出现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，伴有尿蛋白 $\geq 0.3\text{g}/24\text{h}$ ，或随机尿蛋白（+） 或虽无尿蛋白，但合并下列任何一项者： <ul style="list-style-type: none">◆血小板减少（血小板$< 100 \times 10^9/\text{L}$）◆肝功能损害（血清转氨酶水平为正常值2倍以上）◆肾功能损害（血肌酐水平大于$1.1\text{mg}/\text{dl}$或为正常值2倍以上）◆肺水肿◆新发生的中枢神经系统异常或视觉障碍
子痫	子痫前期基础上发生不能用其他原因解释的抽搐

分类	临床表现
慢性高血压并发子痫前期	高血压孕妇于妊娠20周以前无蛋白尿，若孕20周后出现尿蛋白 ≥ 0.3 g/24h或随机尿蛋白 $\geq (+)$ ；或妊娠20周后突然出现尿蛋白增加、血压进一步升高，或血小板减($<100 \times 10^9/L$)；
妊娠合并慢性高血压	妊娠前或妊娠20周前血压 $\geq 140/90$ mmHg，但妊娠期无明显加重；或妊娠20周后首次诊断高血压并持续到产后12周以后；



子痫发作

五、护理评估

（一）健康史

详细询问病人于孕前及妊娠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）身体状况

典型的病人表现为妊娠20周后出现高血压、水肿、蛋白尿

护士除评估病人一般健康状况外，需重点评估病人的血压、尿蛋白、水肿、自觉症状以及抽搐、昏迷等情况。

（三）心理-社会状况

孕妇的心理状态与病情的轻重、病程的长短、孕妇对疾病的认识、自身的性格特点及社会支持系统的情况有关。

孕妇对自身及胎儿预后过分担忧和恐惧而终日心神不宁；也有些孕妇则产生否认、愤怒、自责、悲观、失望等情绪；孕妇及家属均需要不同程度的心理疏导。

(四) 诊断要点

1. 尿常规检查：尿常规检查和24h尿蛋白测定；
2. 血液检查：包括测定血红蛋白、血细胞比容、血浆黏度、全血黏度以了解血液浓缩程度；
3. 肝、肾功能测定：如进行丙氨酸氨基转移酶、血尿素氮、肌肝及尿酸等测定。
4. 眼底检查：眼底视网膜小动脉变化是反映疾病严重程度的一项重要参考指标。动静脉管径比例可由正常的2：3变为1：2，甚至1：4；
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。

（五）治疗要点

1. 妊娠期高血压：门诊治疗即可，加强孕期检查，密切观察病情变化。注意休息和调节饮食，必要时给予镇静药。
2. 子痫前期：需住院治疗，积极处理，防止发生子痫及并发症。治疗原则为解痉、降压、镇静，合理扩容及利尿，适时终止妊娠。
3. 子痫：控制抽搐，降低颅内压，纠正缺氧和酸中毒。抽搐控制后即可考虑终止妊娠。

六、常见护理诊断/问题

1. 体液过多 与下腔静脉受增大子宫压迫使血液回流受阻或营养不良性低蛋白血症有关。
2. 有受伤的危险 与子痫病人抽搐昏迷有关。
3. 潜在并发症 子痫，胎盘早期剥离。

七、护理目标

1. 孕妇出入量平衡，水肿程度减轻或不再增加；
2. 孕妇未发生相关潜在并发症或出现有关征象时及时发现并及时干预。

八、护理措施

1. 一般护理

(1) 休息：每日休息不少于10h，取左侧卧位；

(2) 饮食：进食富含蛋白质、维生素、铁、钙的食物。食盐摄入不必严格限制，但水肿严重者应适当限盐；

(3) 间断吸氧：增加血氧含量，改善全身主要脏器和胎盘氧气供应；

2. 病情观察

密切监护母儿状况；每日测体重及血压，每日或隔日复查尿蛋白；定期监测胎儿发育状况和胎盘功能；间断吸氧。

3. 用药护理: 硫酸镁为首选解痉药物

(1) 用药方法: 负荷剂量硫酸镁4~6g, 溶于25%葡萄糖20ml静脉推注(15~20min), 继而硫酸镁1~2g/h静脉滴注维持。晚间睡眠前25%硫酸镁20ml加于2%利多卡因2ml中臀部深部肌肉注射;

24h硫酸镁总量一般不超过25g, 用药时限一般不超过5d。

(2) 毒性反应: 首先表现为膝反射减弱或消失, 随之可出现全身肌张力减退及呼吸抑制, 严重者心跳可骤停。

(3) 注意事项: 须监测以下指标: ①膝腱反射必须存在; ②呼吸 ≥ 16 次/min; ③尿量 ≥ 17 ml/h或 ≥ 400 ml/24h。一旦发现中毒症状应立即停药, 并静脉缓慢推注(5~10min) 10%葡萄糖酸钙10ml。

4. 子痫病人的护理

- (1) 协助医生控制抽搐：硫酸镁为首选药物，必要时加用强有力的镇静剂；
- (2) 减少刺激，以免诱发抽搐：置病人于单间暗室，保持绝对安静；
- (3) 专人护理，防止受伤：①保持呼吸道通畅；②抽搐发生时，将开口器置于上、下磨牙间，并使用舌钳防止舌后坠；③加用床挡，有义齿应取出。

5. 产科护理配合

(1) 妊娠期：密切监护母儿状况，指导孕妇胎动计数，注意胎心监护。

(2) 分娩期：严密观察产程进展及胎心变化，保持产妇安静和充分休息；第二产程行阴道助产术，缩短第二产程；第三产程应预防产后出血，胎肩娩出后立即肌内注射或静脉注射缩宫素，禁用麦角新碱。

(3) 产褥期：产后24h至5d内仍有发生子痫的可能，遵医嘱给药，防止子痫发作；观察子宫复旧及恶露情况，预防产后出血和感染。



思考：还有哪些情况要禁用麦角新碱？

6. 心理护理

耐心解释病情及提供相关信息，解除思想顾虑，增强信心。

7. 健康教育

对妊娠期高血压孕妇，应指导其饮食、休息和胎动计数，加强产检。对住院病人，应指导其学会识别异常症状及药物不良反应。告知其出院后应定期复查血压和尿蛋白，以排除慢性高血压。再次妊娠时应及早到医院检查，预防复发。

第六节 早产

一、概述

早产：指妊娠满28周至不满37足周之间分娩者，出生体重多在1000~2499 g，各器官发育尚不够成熟。

据统计，早产儿中约有15%于新生儿期死亡，而且，围生儿死亡中与早产有关者占75%，防止早产是降低围生儿死亡率的重要环节之一。

二、病因

(一) 孕妇因素

孕妇如合并感染性疾病(尤其性传播疾病)、子宫畸形、子宫肌瘤,急、慢性疾病及妊娠并发症时易诱发早产,而且若孕妇有吸烟、酗酒不良行为或精神受到刺激以及承受巨大压力时也可发生早产。

(二) 胎儿、胎盘因素

胎膜早破、绒毛膜羊膜炎最常见,30%~40%早产与此有关。此外,下生殖道及泌尿道感染、妊娠合并症与并发症、子宫过度膨胀及胎盘因素如前置胎盘、胎盘早期剥离、羊水过多、多胎等,均可致早产。

三、临床表现

(一) 先兆早产

规则宫缩，伴有宫颈管的进行性缩短（经阴道超声测量宫颈长度不足20 mm），但宫颈口尚未扩张。

(二) 早产临产

有规律性子宫收缩（20 min \geq 4次或60 min \geq 28次），伴有子宫颈的进行性改变，宫颈缩短 \geq 80%，宫颈口扩张，情况与足月妊娠临产相仿。

四、护理评估

（一）健康史

详细评估可致早产的高危因素，如孕妇以往有流产、早产史或本次妊娠期有阴道流血则发生早产的可能性大，应详细询问并记录病人既往出现的症状及接受治疗的情况。

（二）心理-社会状况

早产已不可避免时，孕妇常会不自觉地把一些相关的事情与早产联系起来而产生自责感；由于怀孕结果的不可预知，恐惧、焦虑、猜疑也是早产孕妇常见的情绪反应。

（三）诊断要点

通过全身检查及产科检查，再次核实孕周，评估胎儿成熟度、胎方位等；观察产程进展，确定早产的进程。

（四）治疗要点

1. 若胎儿存活，无胎儿窘迫、胎膜未破，通过休息和药物治疗控制宫缩，尽量维持妊娠至足月；
2. 若胎膜已破，早产已不可避免时，则应尽可能地预防新生儿合并症以提高早产儿的存活率。

五、常见护理诊断/问题

1. 有窒息的危险 与早产儿发育不成熟有关；
2. 焦虑 与担心早产儿预后有关

六、护理目标

1. 早产儿未发生窒息或发生窒息及时发现并进行干预；
2. 病人接受早产事实，了解早产儿预后及相关治疗方式，焦虑缓解，积极接受治疗。

七、护理措施

1. 先兆早产保胎治疗的护理

(1) 一般护理：卧床休息；禁止性生活，勿刺激乳头及腹部，慎做肛查和阴道检查；

(2) 病情观察：严密观察并记录宫缩、阴道流血、胎膜破裂、胎心音等；

(3) 药物治疗的护理：①抑制宫缩的药物，如 β -肾上腺素受体激动剂、硫酸镁、钙通道阻滞剂等。②促胎肺成熟：对于妊娠 <35 周、1周内可能分娩者，遵医嘱给予糖皮质激素如地塞米松促胎肺成熟。③破膜超过12h，抗生素预防感染。

2. 早产临产的护理

- (1) 阴道分娩时给予吸氧，注意胎心监护；尽量缩短第二产程；
- (2) 做好早产儿保暖和复苏准备，慎用镇静剂；
- (3) 早产儿应延长至分娩60s后断脐，可减少输血需要和脑室内出血的发生率。

3. 心理护理

陪伴、安慰产妇，帮助其尽早适应早产儿母亲的角色。

4. 健康指导

做好孕期保健工作；避免诱发宫缩的活动；高危孕妇多须卧床休息，慎做肛查和阴道检查；宫颈机能不全者，一般建议于妊娠12~14周行宫颈环扎术。

第七节 过期妊娠

一、概述

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(postterm pregnancy)；

过期妊娠使胎儿窘迫、新生儿窒息、巨大儿、难产及围生儿死亡等不良结局发生率增高，并随妊娠期延长而增加。

二、病因

1. 胎盘

胎盘功能正常：巨大儿发生率高，难产率增加

胎盘功能减退：胎儿窘迫、胎儿过熟综合征或者胎儿生长受限

2. 羊水

妊娠42周后羊水迅速减少，羊水粪染率明显增加。

胎粪吸入综合征、新生儿窒息、围生儿死亡等不良结局发生率增高。

三、护理评估

（一）健康史

询问平时月经周期是否规律，核实预产期，了解早孕反应及胎动出现的时间，进一步明确妊娠周数。了解家族史及孕产史。

（二）身体状况

测体重、宫底高度和腹围，评估与妊娠周数是否相符；明确胎方位、先露衔接情况，听胎心，了解胎儿宫内情况；

若子宫符合足月妊娠，体重不再增加或减轻，羊水渐减少，胎先露已衔接，可视为过期妊娠。

（三）心理-社会状况

孕妇担心胎儿安全，出现烦躁、焦虑心理。少数孕妇及家属对医生提出的引产建议不配合，想尽快分娩又不愿接受引产，产生矛盾心理。

（四）对母亲和胎儿的影响

1. 对围生儿影响：胎儿窘迫、胎粪吸入综合征、新生儿窒息及巨大儿等围产儿发病率及死亡率明显增高。

2. 对母体影响：产程延长和难产率增高，母体产伤明显增加。

（五）辅助检查

B型超声检查、胎儿电子监护仪、胎动计数。

（六）治疗原则

过期妊娠一旦确诊，及时终止妊娠。

四、护理诊断

1. 知识缺乏 缺乏过期妊娠对母儿影响的知识。
2. 潜在并发症 胎儿窘迫、难产。

五、护理目标

1. 病人获得过期妊娠对母儿影响的知识，积极配合处理。
2. 并发症未发生或被及时处理。

六、护理措施

（一）基础护理

嘱病人左侧卧位，吸氧，自数胎动。

病情观察 严密观察产程进展和胎心变化，发现胎心异常或羊水混浊及时报告并做好剖宫产终止妊娠及抢救新生儿窒息的准备。

（二）专科护理

胎盘功能减退或有产科指征者，做好剖宫产术准备及护理

引产者，协助医生人工破膜，严密监护产程，遵医嘱静脉滴注缩宫素。做好抢救新生儿窒息的准备并协助医生抢救过期产新生儿按高危儿加强护理。

（三）心理护理

向病人及家属介绍过期妊娠对母儿的不良影响，说明适时终止妊娠的必要性及终止妊娠的方法，减轻矛盾心理，取得配合。

（四）健康指导

1. 指导孕妇定期进行产前检查。
2. 嘱咐孕妇每日胎动计数，定期胎心监护。
3. 嘱咐孕妇预产期超过1周未临产者，需到医院检查。

第八节 多胎妊娠

一、概述

一次妊娠宫腔内同时有两个及以上的胎儿时，称为多胎妊娠，其中双胎妊娠(twin pregnancy)在多胎妊娠中最常见；

双胎妊娠可分为单卵双胎和双卵双胎两种；

近年来，由于促排卵药物的应用及辅助生殖技术的开展，双胎妊娠的发生率有增高的趋势。



思考：单卵双胎和双卵双胎的异同？

二、临床表现

双胎妊娠妇女通常恶心、呕吐等早孕反应重。

妊娠中期后体重增加迅速，子宫增大超过停经周数，下肢水肿、静脉曲张等压迫症状出现早且明显。

妊娠晚期孕妇常有呼吸困难、活动不便。



三、护理评估

（一）健康史

询问家族中有无多胎史、孕妇的年龄、胎次、孕前是否使用促排卵药，了解本次妊娠经过及产前检查结果等。

（二）身体状况

1. 症状与体征

评估孕妇的早孕反应、呼吸、下肢水肿、静脉曲张程度等，妊娠晚期有无呼吸困难。

产科检查：子宫大于停经周数；妊娠中晚期腹部可触及多个肢体；孕妇腹部不同部位可听到两个胎心音，其间隔有无音区，或同时听诊1 min，两个胎心率相差10次以上。

2. 对母亲和胎儿的影响

对孕妇：可增加孕妇流产及早产、妊娠期高血压疾病、羊水过多、胎膜早破等妊娠期并发症及产后出血的发生，应评估孕妇有无相关临床表现。

对胎儿：出现双胎输血综合征、胎儿畸形、选择性胎儿生长受限、脐带异常缠绕、脐带脱垂等，应评估胎儿有无相关情况。

（三）心理社会状况

评估孕妇是否有焦虑情绪及由于睡眠环境改变、输液等因素，出现睡眠质量下降等。

（四）辅助检查

四步触诊、胎心听诊、超声检查、电子胎心监护

四、护理诊断

1. 营养失调 低于机体需要量 与营养摄入不足，不能满足双胎妊娠需要有关。
2. 有出血的危险 与子宫过度膨胀致产后宫缩乏力有关。

五、护理目标

1. 孕妇摄入足够营养，保证母胎需要。
2. 产妇未发生产后出血。

六、护理措施

（一）营养指导

护士应鼓励孕妇少量多餐。指导孕妇多进食含高蛋白质、高维生素、必需脂肪酸的食物，注意补充铁、钙、叶酸、维生素等，满足妊娠需要。

（二）妊娠期护理

应动态监测孕妇的宫高、腹围、体重，评估胎儿生长发育情况及胎位变化。加强观察，及时发现早产、妊娠并发症等异常情况并协助处理。

(三) 分娩期护理

应保证产妇足够营养摄入及睡眠，保持良好体力。

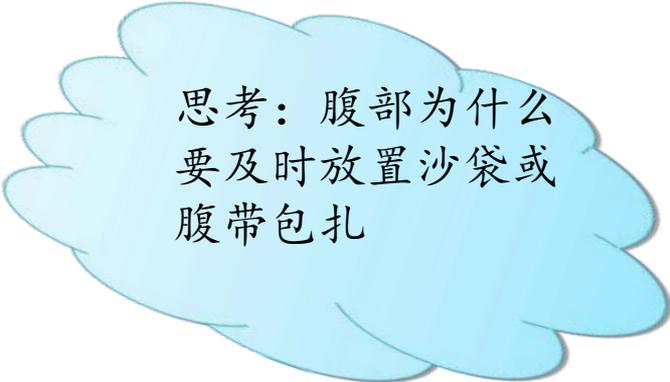
严密观察胎心、胎位、宫缩及产程进展，做好输液、输血、抢救新生儿准备。

第一个胎儿娩出后，**胎盘侧脐带必须立即夹紧，以防第二个胎儿失血。**

(三) 分娩期护理

助手应在腹部固定第二个胎儿为**纵产式**，通常在20 min左右，第二个胎儿自然娩出。

第二个胎儿娩出后立即使用缩宫素，腹部放置沙袋或用腹带包扎。



思考：腹部为什么要及时放置沙袋或腹带包扎

(四) 产褥期护理

重点预防产后出血

(五) 心理护理

解除孕妇焦虑的情绪，做好迎接两个新生儿的思想和物质准备

（六）健康指导

加强孕期营养；

增加产前检查次数；注意休息，左侧卧位；

妊娠晚期多休息少活动，一旦胎膜破裂立即平卧，并及时送医院；

准备两套新生儿用物，指导正确进行母乳喂养及新生儿护理。

第九节 羊水量异常

一、概述

正常妊娠时羊水的产生与吸收处于动态平衡中。

妊娠期间羊水量**超过2000 ml**，称为羊水过多 (polyhydramnios)。

妊娠晚期羊水量**少于300 ml**，称为羊水过少 (oligohydramnios)。



思考：正常羊水量是多少？

二、病因

(一) 羊水过多

1. 胎儿疾病
2. 多胎妊娠
3. 妊娠合并症
4. 胎盘脐带病变
5. 特发性羊水过多。

(二) 羊水过少

1. 胎儿结构异常
2. 胎盘功能减退。
3. 母体因素
4. 羊膜病。

三、临床表现

(一) 羊水过多

1. 急性羊水过多

多发生于妊娠20~24周，由于羊水急剧增多，子宫明显增大，膈肌抬高，出现呼吸困难，不能平卧，甚至出现发绀。

子宫明显大于妊娠周数，胎位不清，胎心音遥远或听不清。

2. 慢性羊水过多

较多见，多发生于妊娠晚期，羊水在数周内缓慢增多，多数孕妇能适应，常在产前检查时发现。

孕妇子宫大于妊娠周数，腹壁皮肤发亮、变薄，触诊时感觉子宫张力大，胎位不清，胎心音遥远或听不到。

四、护理评估

（一）健康史

详细询问健康史，了解孕妇年龄、有无妊娠合并症、有无先天畸形家族史及生育史等，同时了解孕妇感觉到的胎动情况。

（二）身体状况

观察孕妇的生命体征，定期测量宫高、腹围和体重，评估孕妇有无因羊水过多或羊水过少而引发的症状。

羊水过多，孕妇腹部增大，可自觉呼吸困难，还可能导致胎位异常、胎儿窘迫、早产及脐带脱垂的发生率增加。

羊水过少可能导致胎儿缺氧，胎儿结构异常等使围生儿病死率明显增高，应评估胎儿有无相关情况。

（三）心理社会

孕妇及家属因担心胎儿可能会有某种结构异常而感到紧张、焦虑不安，甚至产生恐惧。

（四）诊断要点

超声检查：**是最重要的辅助检查方法。**

超声诊断羊水过多的标准：①羊水最大暗区垂直深度②羊水指数

胎儿疾病检查

胎蛋白(AFP)测定

(五) 治疗要点

羊水过多合并严重的胎儿结构异常者，确诊后应尽早终止妊娠。

羊水过少合并胎儿严重致死性结构异常应尽早终止妊娠。

五、护理诊断

有受伤的危险 与早产、胎膜早破、脐带脱垂、羊水过少有关。

自主呼吸障碍 与子宫过度膨胀导致呼吸困难等有关。

焦虑 与担心胎儿畸形及早产有关。

六、护理目标

胎儿未出现早产、宫内窘迫、脐带脱垂、受伤等。

孕妇呼吸困难明显改善，舒适度增加。

孕妇焦虑有所改善。

七、护理措施

(一) 一般护理

指导孕妇摄取低钠饮食，多食蔬菜和水果，防止便秘。

减少增加腹压的活动。给予低流量吸氧，每日上下午各1次，每次30 min。

(二) 病情观察

每周复查B超及胎心电子监护，动态监测孕妇的宫高、腹围、体重、胎心变化，及时发现胎膜早破、胎盘早剥和脐带脱垂的征象。

（三）增加舒适度

保证足够的休息、睡眠，活动以不出现不良反应为宜。

指导孕妇采取左侧卧位、抬高下肢。

（四）配合治疗

协助进行羊膜腔穿刺放羊水治疗，控制羊水流出速度不超过500ml/h，一次放羊水量不超过1500ml。

严格消毒以预防感染。

密切观察孕妇血压、心率、呼吸变化，监测胎心并预防早产。

（五）心理护理

鼓励孕妇说出内心的担忧，护士在倾听过程中给予及时、恰当的反馈，了解她们的需求，针对焦虑的原因给予心理疏导，增加信心，减轻她们的焦虑，理性对待妊娠和分娩结局。



 **谢谢观看** 