



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





第十章 分娩期并发症妇女的护理

FEN MIAN QI BING FA
ZHENG FU NV DE HU LI



目录

> 第一节 胎膜早破

> 第二节 子宫破裂

> 第三节 产后出血

> 第四节 羊水栓塞

第一节 胎膜早破

一、概述

胎膜早破是指在**临产前胎膜自然破裂**。孕龄围生期最常见的并发症，根据发生的时间可分为未足月胎膜早破和足月胎膜早破，前者指妊娠满20周到37周之间，称之为未足月胎膜早破。胎膜早破对于妊娠和分娩均造成不同程度影响，可导致宫内感染、早产、脐带脱垂等。



二、病因

1. 生殖道感染：胎膜早破主要原因

2. 羊膜腔内压力升高

3. 前羊膜囊受力不均

4. 营养因素

5. 创伤





三、临床表现

孕妇主诉突然出现阴道流液或不受控制的“漏尿”，少数孕妇仅感觉到外阴较平时湿润，腹压增加时阴道流液量增加是典型症状，窥阴器检查可见混有胎脂的羊水自宫颈流出。如症状不明显，可行阴道检查，触诊时触不到前羊膜囊，上推胎先露可见液体自阴道流出，可见胎脂、胎粪等。





四、护理评估

1. 健康史：

询问患者病史，确定有无引起胎膜早破的病因及出现阴道流液的时间；是否出现宫缩及感染征象。

2. 身体状况：

评估患者出现阴道流液的量、性质等。同时注意有无宫内感染的情况发生，应注意评估胎儿宫内情况，包括胎心、胎动、胎儿成熟度、胎儿大小。

四、护理评估

3. 心理-社会状况:

孕期作为特殊的生理时期，突然发生不可自控的阴道流液、孕妇易感到惊慌失措、及担心自身的健康，也担心胎儿的安危，产生恐惧心理。



四、护理评估

4. 对母儿的影响:

(1) 母体的影响：易发生羊膜腔感染、胎盘早剥、羊水过少、产后出血等。

(2) 胎儿的影响：脐带受压、脐带脱垂、胎儿窘迫、
综合征，严重者发生败血症、颅内病变等。

破膜后会增加
胎儿感染
和脐带脱垂的危险



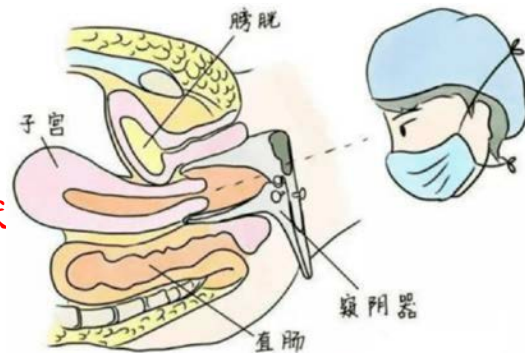
四、护理评估

5. 辅助检查：

- (1) 阴道液酸碱度测定
- (2) 阴道液涂片检查
- (3) 阴道窥器检查
- (4) 超声检查



干燥后显微镜下羊齿状



阴道窥器检查



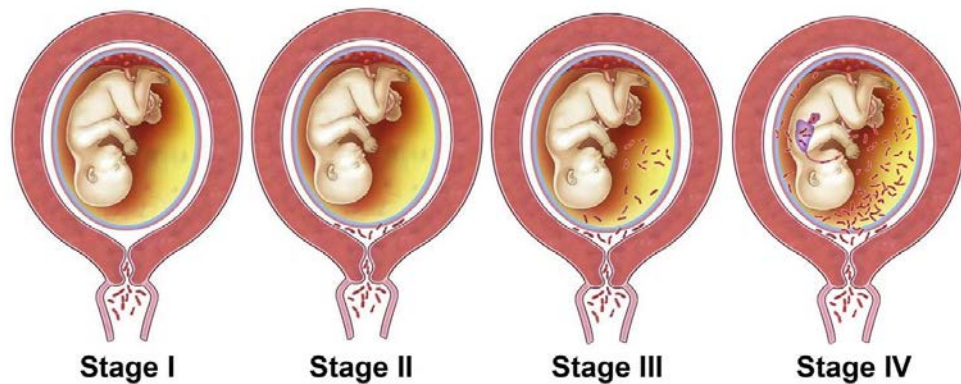
四、护理评估

6. 治疗原则

预防脐带脱垂和宫内感染是护理重点，妊娠24周内的胎膜早破应终止妊娠。34周内无妊娠禁忌症、宫内感染、在严密监护下可行期待疗法延长孕周，并给予糖皮质激素促进胎肺成熟，大于34周的胎膜早破应及时终止妊娠。存在宫内感染或胎儿窘迫者，无论孕周多少，应立即终止妊娠。胎膜早破超过12小时，及时给予抗生素抗感染治疗。

五、常见护理诊断、问题

1. 有感染的危险：与胎膜破裂后易造成羊膜腔内感染有关。
2. 潜在并发症：脐带脱垂、胎盘早剥。



羊膜腔内感染示意图



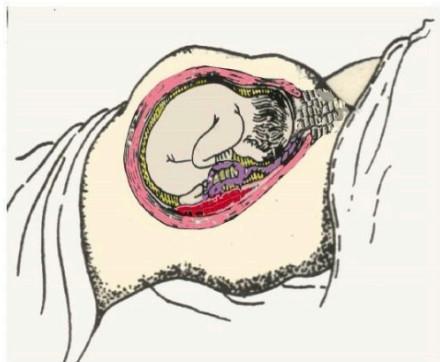
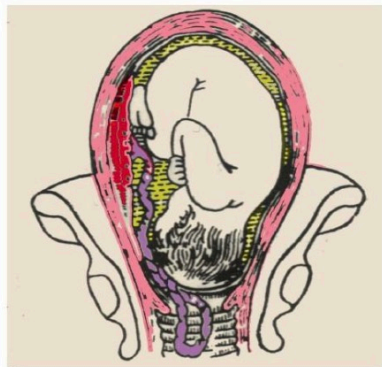
六、护理目标

1. 病人无感染或感染征象被及时发现并控制。
2. 母儿结局良好。

七、护理措施

1. 一般护理

胎膜早破胎先露未衔接的孕产妇应绝对卧床，左侧卧位并抬高臀部防止脐带脱垂造成胎儿缺氧或宫内窘迫，协助产妇做好生活护理，指导产妇床上使用便器等。





七、护理措施

2. 观察病情：

评估胎儿情况及生命体征，定期检查胎动、羊水性质、颜色、气味等，尽量减少刺激，治疗与护理时应动作轻柔，避免不必要的阴道检查

3. 预防感染：

孕妇保持外阴清洁，每日会阴擦洗2次，勤换护理垫和内衣裤，保持大便通畅，禁忌灌肠，破膜时间超过12h，遵医嘱预防性使用抗生素。



七、护理措施

4. 协助治疗：

(1) 足月胎膜早破明确诊断后，无明确剖宫指征者，破膜后2-12h内积极引产可显著缩短破膜至分娩时间。

(2) 未足月胎膜早破者，推荐期待疗法，按照孕周进行分类：

小于24周：胎儿存活率较低，宜引产。

24~27⁺⁶周：可根据孕妇本人及家属意愿终止妊娠。

28~33⁺⁶周：无继续妊娠禁忌，应保胎，延长孕周至34周。

(3) 无论任何孕周明确诊断的绒毛膜羊膜炎、胎儿窘迫等不宜妊娠。

七、护理措施

5. 健康教育：

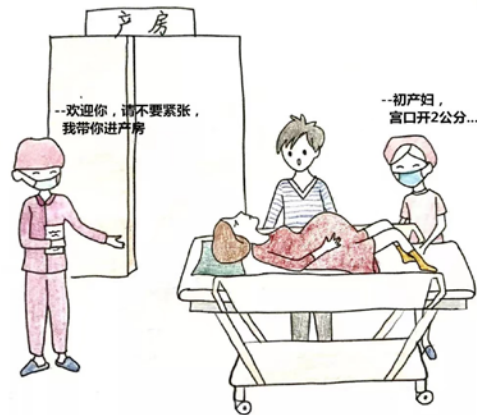
重视妊娠期卫生保健并积极参与产前保健指导活动，妊娠后期禁止同房；避免负重及腹部受碰撞；注意营养均衡，补充足量的维生素、钙、锌等营养素。



七、护理措施

6. 心理护理：

告知患者及家属治疗方案及注意事项，取得患者及家属的信任和配合，多鼓励、多安慰、减轻患者因母儿安危带来的心理负担，使患者主动配合治疗。





八、护理评价

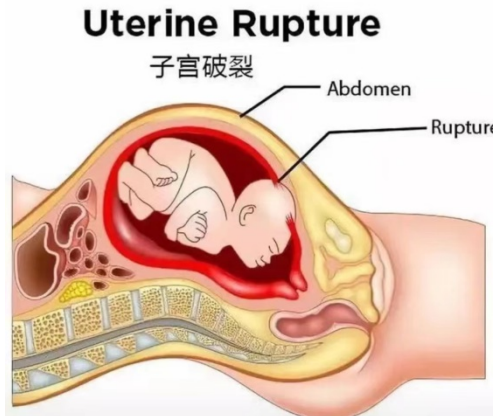
1. 患者体温正常，未发生感染。
2. 妊娠结局好，未发生早产、脐带脱垂、胎盘早剥。

第二节 子宫破裂

一、概述

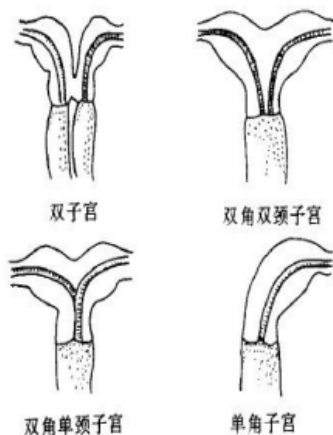
子宫破裂(rupture of uterus)是指妊娠晚期或分娩期发生的子宫体部或子宫下段的破裂，是妊娠晚期急腹症常见病因之一。子宫破裂直接危及产妇及胎儿生命，是导致母婴死亡的严重产科并发症。

随着我国生育政策的放开和剖宫产手术的普及，子宫破裂的发生率较之前有所上升。

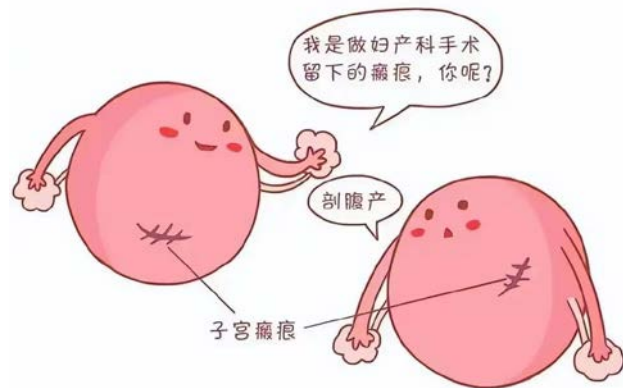


二、病因

1. 瘢痕子宫
2. 梗阻性难产
3. 子宫收缩剂使用不当
4. 手术创伤
5. 其他



子宫畸形

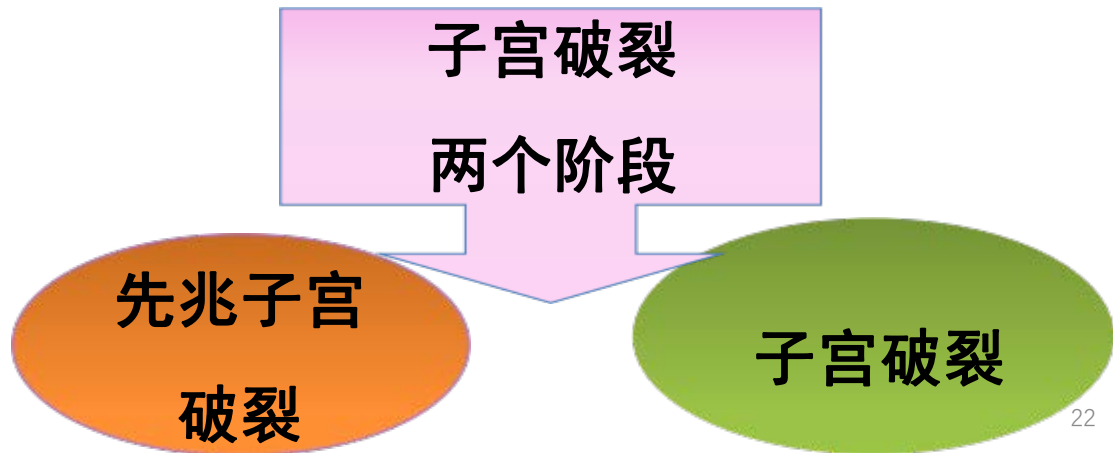


瘢痕子宫



三、临床表现

子宫破裂按破裂程度分为完全性破裂和不完全性破裂。子宫破裂多发生于分娩期，也可发生在妊娠晚期，通常是渐进的过程，多数可分为**先兆子宫破裂**和**子宫破裂**两个阶段。





1. 先兆子宫破裂：

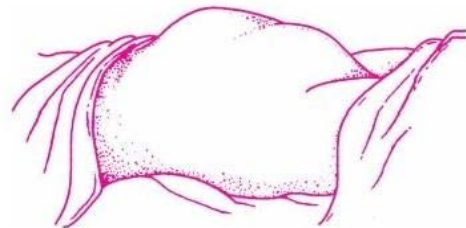
下腹部疼痛、子宫病理性缩复环伴子宫压痛、胎心率改变及血尿是先兆子宫破裂的主要临床表现。常见于产程长、胎先露部下降受阻的产妇。

(1) 下腹部疼痛 子宫呈强直性或痉挛性过强收缩，产妇下腹剧痛难忍、烦躁不安、呼吸急促、心率加快。

(2) 子宫病理性缩复环形成

(3) 排尿困难及血尿

(4) 胎心率改变





2. 子宫破裂：

(1) 不完全性子宫破裂：子宫肌层部分或全层破裂但浆膜层完整，宫腔与腹腔不相通，胎儿及其附属物位于宫腔内。

(2) **完全性子宫破裂**：子宫壁全层破裂，宫腔与腹腔相通。





四、护理评估

1. 健康史

评估与子宫破裂相关的既往史与现病史，如是否有既往剖宫产史、瘢痕子宫、子宫肌瘤切除史等。

2. 身体状况

评估产妇宫缩强度、持续时间、间隔时间；腹部疼痛的部位、性质、程度等；有无排尿困难、血尿、病理性缩复环形成等情况；监测胎儿胎心、胎动、评估有无宫内窘迫。

四、护理评估

3. 心理-社会状况

子宫破裂情况紧急、疼痛剧烈，产妇往往会烦躁不安、恐惧、焦虑等，面对这样的急症，家属也会表现出紧张不安、甚至愤怒的情绪。



四、护理评估

4. 辅助检查：



(1) 腹腔穿刺或阴道后穹窿穿刺：可证实有无腹腔内出血，一般仅用于怀疑子宫破裂者。

(2) 实验室检查：子宫破裂者血常规检查可见血红蛋白值下降，白细胞计数增加；尿常规检查可见红细胞或肉眼血尿。

(3) B超：可协助确定子宫破裂的部位及胎儿与子宫的关系。

四、护理评估

5. 治疗要点

- (1) 先兆子宫破裂：采取有效措施抑制子宫收缩，尽快剖宫产结束分娩。
- (2) 子宫破裂：在积极抢救休克的同时，无论胎儿是否存活均应尽快手术。



五、常见护理诊断、问题

1. 急性疼痛 与强直性子宫收缩或子宫破裂血液刺激腹膜有关。
2. 有心排量减少的危险 与子宫破裂后大量出血有关。
3. 有感染的危险 与多次阴道检查、子宫完整性受损、大量出血导致免疫力下降等有关。





六、护理目标

1. 强直性子宫收缩得到抑制，病人疼痛减轻。
2. 产妇低血容量症状得到纠正和控制，生命体征、尿量保持正常。
3. 产妇无感染症状，白细胞计数基本正常。



七、护理措施

1. 预防子宫破裂

- (1) 建立健全三级保健网，宣传孕妇保健知识，加强产前检查。
- (2) 有瘢痕子宫、产道异常等子宫破裂高危因素者应提前两周入院待产。
- (3) 严密观察产程进展，警惕并尽早发现先兆子宫破裂征象，一旦发现及时处理。
- (4) 正确掌握产科手术助产的指征及操作常规，阴道助产术后应仔细检查软产道，发现损伤及时修补。



七、护理措施

2. 先兆子宫破裂产妇的护理

- (1) 密切观察产程进展，及时发现导致难产的诱因并处理。
- (2) 发现先兆子宫破裂征象时，立即停止宫缩剂使用，同时密切监测产妇生命体征，遵医嘱抑制宫缩、给予吸氧并做好剖宫产的术前准备。



七、护理措施

3. 子宫破裂产妇的护理

- (1) 遵医嘱迅速给予输液、输血、吸氧；适时补充电解质及碱性药物，纠正酸中毒和电解质紊乱，积极抗休克。
- (2) 迅速做好剖腹探查手术术前准备工作，严密观察并记录生命体征。
- (3) 手术前后遵医嘱使用抗生素抗感染，术中做好保暖。



七、护理措施

4. 心理护理

- (1) 做好产妇及家属的安抚工作，减轻焦虑、紧张情绪，告知产妇及家属子宫破裂的治疗计划及对未来妊娠的影响。
- (2) 对于胎儿死亡或子宫切除的产妇，帮助其度过悲伤阶段，指导有效的退奶方法，耐心倾听产妇诉说内心的感受。
- (3) 对产妇予以生活上的关心与照顾，促进身体舒适，鼓励其进食。



告知产妇及家属子宫破裂



七、护理措施

5. 健康指导

- (1) 出院时，为产妇提供产褥期休养计划。
- (2) 加强营养，注意会阴部清洁。
- (3) 做好避孕指导，对于子宫破裂者产妇，若无子女两年后可再怀孕，产褥期恢复性生活可选药物或避孕套避孕。



八、护理评价

1. 出院时患者疼痛明显减轻。
2. 患者低血容量性休克症状及时得到纠正，生命体征平稳。
3. 患者住院期间无感染征象，白细胞计数正常。

第三节 产后出血

一、概述

产后出血是指胎儿娩出后24 h内阴道分娩者出血量 ≥ 500 ml，剖宫产者 ≥ 1000 ml。产后出血是分娩期的严重并发症，居我国孕产妇死亡原因首位，发生率占分娩总数的5%~10%。



二、病因

1

子宫收缩乏力

2

胎盘因素

3

软产道裂伤

4

凝血功能障碍





(一) 子宫收缩乏力

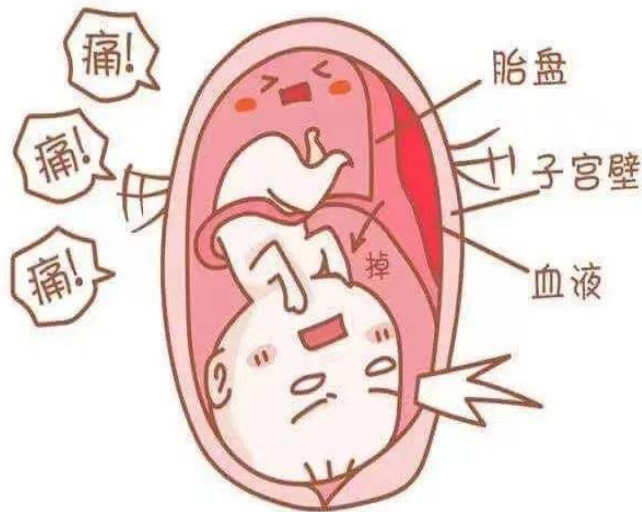
是产后出血最常见原因，约占70%~80%。

1. 全身因素：产妇精神过度紧张、体质虚弱、高龄或合并慢性全身性疾病等。
2. 产程因素：产程过长或难产，造成产妇体力消耗过多。
3. 药物因素：临产后过多使用镇静剂、麻醉剂或子宫收缩抑制剂。
4. 子宫因素：多胎妊娠、巨大胎儿、子宫肌瘤、多产、感染等。



(二) 胎盘因素

1. 胎盘滞留
2. 胎盘粘连或植入
3. 胎盘、胎膜部分残留





(三) 软产道裂伤

1. 宫缩过强
2. 产程过快
3. 胎儿过大
4. 助产不当





(四) 凝血功能障碍

1. 全身出血性疾病，如原发性血小板减少、白血病、再生障碍性贫血、重症肝炎等；
2. 妊娠并发症所致凝血功能障碍，如重度子痫前期、重度胎盘早剥、羊水栓塞、死胎滞留过久等均可影响凝血功能。



三、临床表现

胎儿分娩后阴道流血过多及失血性休克是产后出血的主要临床表现。



阴道流血



低血压表现

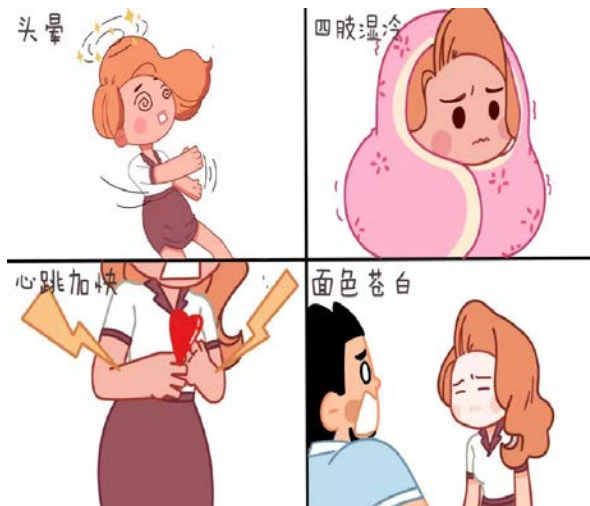
(一) 阴道流血

主要表现为胎儿和胎盘娩出后阴道流血，不同病因出血特点不同

病因	子宫收缩乏力	胎盘因素	软产道裂伤	凝血功能障碍
出血特点	胎盘娩出后间断性阴道大量流血，色暗红，子宫软，轮廓不清，按摩子宫、使用宫缩剂后阴道流血减少，子宫变硬	胎盘剥离缓慢，胎盘娩出前阴道出血，或胎盘胎膜残留继发宫缩乏力出血	胎儿娩出后阴道持续性流血，鲜红色，血液可凝	持续性阴道流血，血液不凝，伴有全身出血DIC倾向

(二) 低血压表现

阴道流血量多时，产妇可出现面色苍白、出冷汗，诉口渴、心慌、头晕，出现脉搏细数、血压下降等低血压甚至休克的表现。





四、护理评估

1. 健康史：

- (1) 了解产妇既往史和孕产史，评估有无诱发产后出血的病变。
- (2) 评估本次妊娠和分娩过程，有无可能导致出血的妊娠并发症。

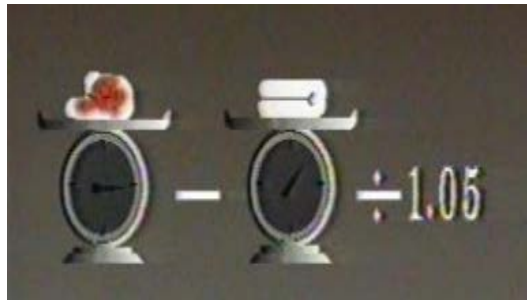
四、护理评估

2. 身体状况

评估产后出血量和出血速度，临床上常用的测量阴道流血的方法有以下几种：

(1) 称重法：失血量 (ml) $\approx$ [(有血敷料重 (g) - 干敷料重 (g)) $\div$ 1.05 (血液比重g/ml)]。

(2) 容积法：用产后接血容器收集血液，用量杯测定。





四、护理评估

(3) 面积法：按接血纱布血湿面积估计：失血量 (ml) $\approx$ 血湿面积 cm^2

(即每 $10\text{cm} \times 10\text{cm}$ 血湿面积折合 10ml 血量)

(4) 休克法：休克指数 (SI) = 脉率 / 收缩压 (mmHg)，见下表

休克指数	估计出血量 (ml)	占总血容量的百分比 (%)
<0.9	<500	<20
1.0	1000	20
1.5	1500	30
2.0	≥ 2500	≥ 50



四、护理评估

3. 心理、社会状况

发生产后出血时，产妇及家属常常会因为担心自身安全而表现出惊慌、焦虑、恐惧等情绪，医务人员应注意及时关注产妇情绪变化和倾听主诉。



四、护理评估

4. 辅助检查

实验室检查：常规测量血常规、凝血功能等，血红蛋白每下降10 g/L，估计失血量400~500 ml。但需注意在产后出血早期，由于血液浓缩，血红蛋白值常不能准确反映实际出血量。

5. 治疗原则

针对出血原因，迅速止血；补充血容量，纠正失血性休克；预防感染。



五、常见护理诊断/问题

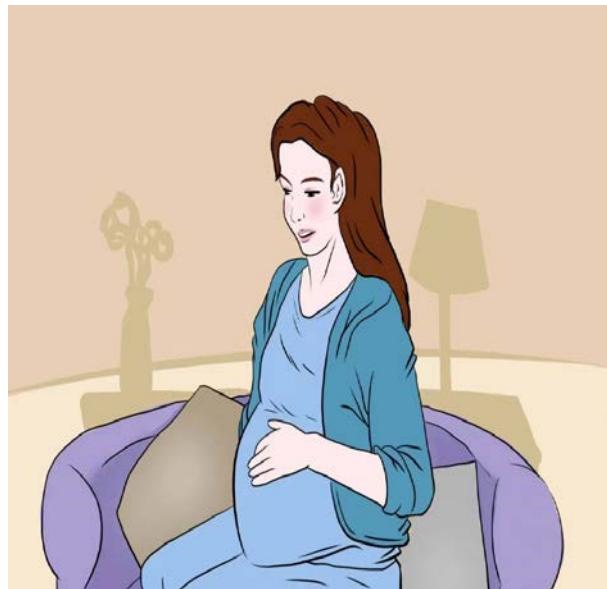
1. 恐惧 与大量失血、担心自身安危有关。
2. 潜在并发症：出血性休克。
3. 有感染的危险 与失血后抵抗力降低及手术操作有关。

六、护理措施

1. 预防产后出血

(1) 妊娠期

- ①加强孕期监护，定期产检；
- ②及时发现和治疗妊娠期合并症和并发症；
- ③高危风险的孕产妇提前入院待产；





六、护理措施

(2) 分娩期

- ①第一产程：密切关注产程进程，遵医嘱使用镇静药物和宫缩药物，防止产程延长。
- ②第二产程：正确掌握会阴切开指征并熟练助产，指导产妇合理使用腹压，避免胎儿娩出过快过急。
- ③第三产程：预防性使用宫缩剂，待胎儿前肩娩出后，即可注射宫缩剂，加强子宫收缩，减少产后出血；胎盘娩出前不提前按摩子宫、牵拉脐带；及时协助胎盘胎膜娩出并仔细检查是否完整。



六、护理措施

(3) 产褥期

产后2小时是产后出血的高峰期，因此在分娩结束后，应密切注意产妇的血压、脉搏、阴道出血量、子宫高度和膀胱充盈情况，以便及早发现出血和休克。

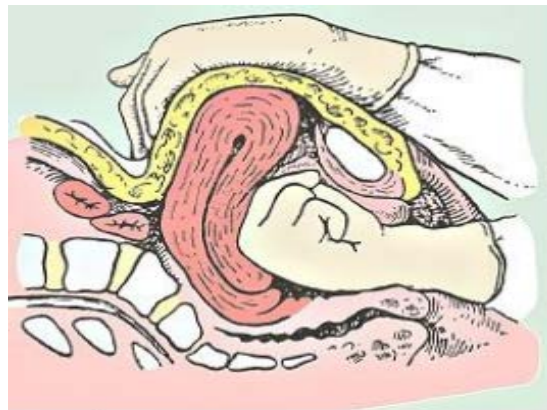
六、护理措施

2. 针对原因迅速止血

(1) 针对子宫收缩乏力出血 ①按摩子宫：是加强宫缩最简单的方法。



经腹壁双手按摩子宫法



腹壁-阴道双手按摩子宫



六、护理措施

②使用宫缩剂

- 1) 遵医嘱使用缩宫素10U肌肉注射或加入0.9 %氯化钠注射液500 ml静脉滴注。
- 2) 遵医嘱使用马来酸麦角新碱0.2~0.4 mg肌肉注射或静脉推注，高血压、心脏病病人禁用该药。
- 3) 前列腺素类药物：缩宫素无效时尽早应用，如地诺前列酮0.5~1mg直接宫体注射。

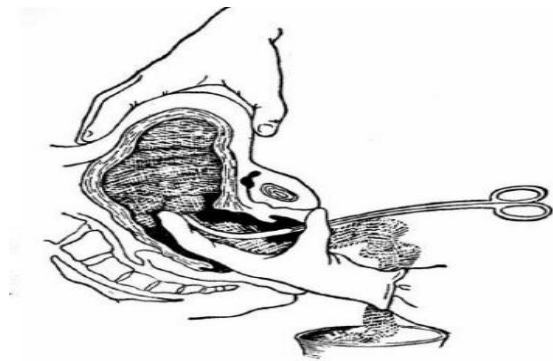
六、护理措施

③宫腔纱布填塞法

适用于子宫松弛无力者，经上述两种方法无效者；

宫腔均匀填塞纱布条和宫腔球囊填塞，不留空隙，严格无菌操作；24h后取出纱条或球囊，取出前先使用宫缩剂，并给予抗生素预防感染。

④子宫切除术：经过积极抢救无效，危及产妇生命时，行子宫切除术。



宫腔纱布填塞法



六、护理措施

(2) 针对胎盘因素所致出血

①胎盘滞留时：**助娩**胎盘。

②胎盘、胎膜残留：可行**钳刮术**或**刮宫术**。

③胎盘嵌顿：遵医嘱使用肾上腺素1 mg或阿托品0.5 mg皮下注射，待**环松解**后徒手协助胎盘娩出**协助**胎盘娩出。

④胎盘植入：行次全子宫**切除术**。



六、护理措施

(3) 针对软产道裂伤出血

找到出血部位，彻底止血，缝合裂伤，恢复解剖位置，预防感染。

(4) 针对凝血功能障碍出血

一旦确诊为凝血功能障碍，应迅速补充相应的凝血因子，如发生DIC，则按DIC原则处理。



六、护理措施

3. 失血性休克的护理

严密观察并记录患者的生命体征、意识状态、皮肤颜色、尿量等，做好保暖措施，及时识别早期休克症状，关键在于尽快补充循环血容量，维持组织灌注和氧气供给，从而避免重要脏器的损伤，团队协作是抢救成功的关键。



六、护理措施

4. 预防感染

保持病室环境清洁，注意通风及消毒。严格执行无菌操作，保持会阴部清洁，勤换衣物，每日会阴擦洗2次。注意观察恶露的量、性质、颜色、气味等，遵医嘱使用抗生素。

5. 心理护理

积极做好产妇及家属解释工作，减轻因病情带来的焦虑，多给予病人关爱，增加安全感。



六、护理措施

6. 健康指导：

- (1) 指导产妇进食清淡易消化食物，多食富含铁、维生素、蛋白质的食物。
- (2) 做好产褥期卫生指导及产后避孕指导，告知产妇产褥期禁止盆浴及性生活。
- (3) 做好产后复查指导，告知产后复查的时间、目的和意义，警惕晚期产后出血，部分产妇分娩24 h后，于产褥期内会发生子宫大量出血，称晚期产后出血，以产后1~2周发病最常见。



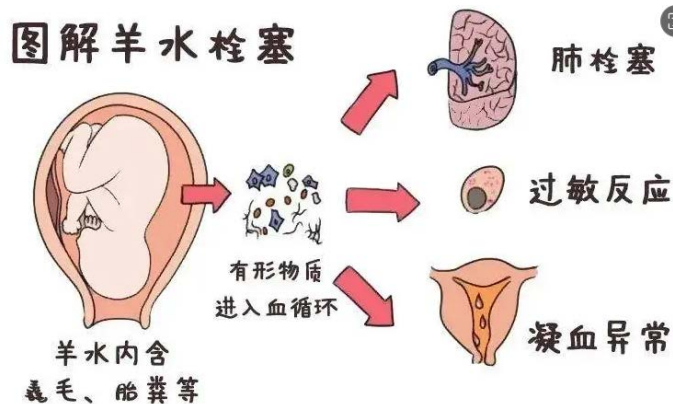
七、护理评价

1. 产妇生命体征稳定，尿量、血红蛋白稳定。
2. 产妇体温稳定，伤口、恶露正常，全身无感染征象。
3. 产妇情绪稳定。

第四节 羊水栓塞

(一) 定义

羊水栓塞是指在分娩过程中羊水突然进入母体血液循环引起肺动脉高压、低氧血症、循环衰竭、弥散性血管内凝血(DIC)、多器官功能衰竭等一系列病理生理变化的分娩期并发症。以起病急骤、病情凶险、难以预测、病死率高为临床特点，是极其严重的产科并发症。



(二) 病因

羊水栓塞的病因暂不明确，目前认为与以下因素有关：

01

羊膜腔内压力过高

1. 宫缩过强
2. 羊膜腔内压力可达100-175mmHg

02

胎膜破裂

1. 羊水过多
2. 羊水中存在有形物质

03

宫颈或宫体损伤处有开放的静脉或血窦形成

1. 前置胎盘
2. 胎盘剥离
3. 子宫破裂

(三) 诱发因素

高龄初产、
多产

急产

胎盘早剥、早破

剖宫产术、子宫
不全破裂

子宫收缩过
强

前置胎盘

到底为什么会
羊水栓塞呢？

这个
我知道！





(四) 病理生理

1. 过敏样反应 羊水中形成成分作为致敏原，作用于母体可引起I型变态反应。
2. 肺动脉高压 羊水进入母体血液循环后，有形成成分如胎儿毳毛、上皮细胞、胎脂、胎粪等直接形成小栓子进入肺循环，阻塞肺小血管，从而引起肺动脉高压。
3. 炎症损伤 羊水栓塞时，母体会激活全身炎症介质系统，引起全身炎症反应综合征。
4. 弥漫性血管内凝血（DIC） 妊娠时母体血液呈高凝状态，羊水中含有大量促凝物质，
在血管内会产生大量微血栓，消耗大量凝血因子，极易发生严重产后出血和休克。

(五) 临床表现

典型的羊水栓塞“三联征”（羊水栓塞多发生在胎儿娩出前后的短时间内，极少数发生早、中期的流产、钳刮术或引产时）

01

骤然血压下降

血压下降程度与失
血量不相符

02

低氧血症

03

凝血功能障碍





（五）临床表现

可分为以下阶段：

- （1）前驱期：30%~40%的病人会出现前驱症状，表现为憋气、呛咳、气急、心慌、胸痛等非特异性症状，需早期识别；
- （2）呼吸循环衰竭和休克期：病人突然出现呼吸困难、发绀、抽搐、昏迷、血压急剧下降等，严重者数分钟内即可死亡；
- （3）出血期：表现为难以控制的大量阴道流血、切口渗血等，血液不凝；
- （4）急性肾衰竭：后期存活的患者出现少尿（或无尿）和尿毒症表现。



（六）护理评估

1. 健康史

评估有无引起羊水栓塞的高危因素（如宫缩过强、胎膜早破或人工破膜、胎盘早剥等）；

2. 身体状况

病情严重程度与妊娠月份、羊水进入量及速度有关；

3. 心理-社会状况

羊水栓塞起病急，死亡率高，产妇和家属易产生恐惧不安、焦虑紧张的情绪，医务人员需做好解释工作；

(六) 护理评估

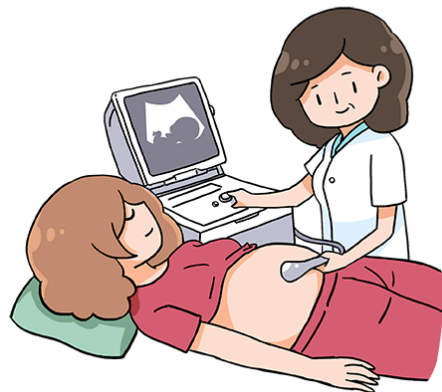
4. 辅助检查

羊水栓塞是临床诊断，暂未形成国际统一的诊断标准，不推荐任何实验室诊断用于确诊或排除羊水栓塞。但血常规、凝血功能、血气分析、心电图、心肌酶谱、胸片、超声心电图、血流动力学监测等有助于羊水栓塞的诊断、病情监测及治疗。



(七) 治疗原则

一旦怀疑或确诊羊水栓塞，应立即组织多学科协作抢救，积极改善低氧血症、抗过敏、抗休克，纠正呼吸循环功能衰竭，防止DIC和肾衰竭。病情好转后迅速结束分娩。





(八) 常见护理诊断/问题

1. 气体交换受损 与肺动脉高压致肺血管阻力增加及肺水肿有关。
2. 外周组织灌注无效 与心肺功能衰竭、弥散性血管内凝血及失血有关。
3. 恐惧 与病情危重、生命受到威胁有关。
4. 潜在并发症：休克、肾衰竭、DIC。





（九）护理措施

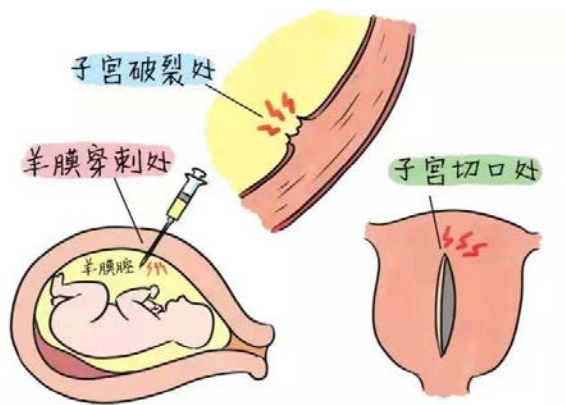
1. 羊水栓塞的预防

- （1）加强产前检查，发现前置胎盘、胎盘早剥等并发症时及时处理。
- （2）严密观察产程进展，掌握缩宫素的正确使用指征及方法，预防宫缩过强。
- （3）人工破膜宜在宫缩间歇期进行，破口要小，控制羊水流出速度，避免羊水进入切口处开放性血管。

(九) 护理措施

(4) 钳刮术时先刺破胎膜，流出羊水后再钳夹胎块，中期引产行羊膜腔穿刺不应超过3次。

(5) 严格掌握剖宫产指征。





(九) 护理措施

2. 羊水栓塞病人的处理与配合

- (1) **纠正缺氧，解除肺动脉高压：**①保持呼吸道通畅，面罩加压给氧
②遵医嘱迅速给药，静脉注射地塞米松抗过敏，罂粟碱、阿托品、氨茶碱静脉缓慢推注，解除肺动脉高压及支气管痉挛；
- (2) **维持有效循环量，防治DIC：**①迅速建立静脉通路，遵医嘱补充血液制品②予5%碳酸氢钠250ml静滴，纠正电解质紊乱；



（九）护理措施

2. 羊水栓塞病人的处理与配合

（3）防治并发症：纠正心衰及预防急性肾衰竭；

（4）预防感染：遵医嘱及时正确使用抗生素；

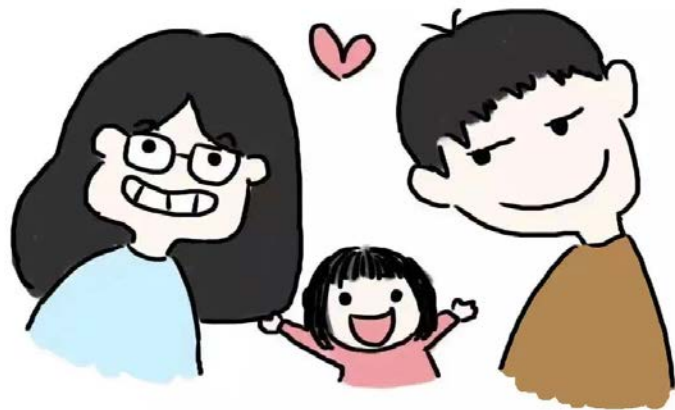
（5）产科处理：原则上应在产妇呼吸、循环功能稳定时，且已纠正凝血功能障碍后再处理分娩。对于一些无法控制的产后出血，即使在休克状态下亦应在抢救休克的同时行子宫切除术。



（九）护理措施

3. 提供心理支持

向家属解释病人的病情，介绍羊水栓塞相关知识和可能发生胎儿意外的原因，对于家属的恐惧、愤怒表示理解并给予安慰，减轻或消除其恐惧心理，取得家属的理解和配合。



（九）护理措施

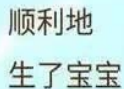
4. 健康指导:

①介绍产后个人护理方法，指导产妇保持会阴部清洁，避免感染发生；②指导病人加强产后加强营养、注意休息、逐渐增加活动量，促进身体康复；③指导患者坚持复查，需再次妊娠者，指导妊娠的间隔时间，嘱孕期加强产前检查。



（十）护理评价

1. 产妇呼吸困难、胸闷症状改善。
2. 血压稳定、尿量正常、出血逐渐停止，无器官功能严重受损。
3. 胎儿或新生儿无生命危险。
4. 孕妇情绪稳定。





谢谢观看

