



CHANKE
YINAN BINGAN
ZHENZHI YU HULI

产 科

疑难病案诊治与护理

胡祖斌 肖 梅◎主编





CHANKE
YINAN BINGAN
ZHENZHI YU HULI

产 科

疑难病案诊治与护理

胡祖斌 肖梅◎主编

图书在版编目 (CIP) 数据

产科疑难病案诊治与护理 / 胡祖斌, 肖梅主编.

—武汉: 湖北科学技术出版社, 2014.1

ISBN 978-7-5352-6130-4

I. ①产… II. ①胡… ②肖… III. ①产科病-疑难病-诊疗. ②产科病-疑难病-护理 IV. ①R714 ②R473.71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 181519 号

责任编辑: 冯友仁 徐 丹

封面设计: 戴 旻

出版发行: 湖北科学技术出版社

电 话: 027-87679468

地 址: 武汉市雄楚大街 268 号

邮 编: 430070

(湖北出版文化城 B 座 13-14 层)

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

印 刷: 湖北睿智印务有限公司

邮 编: 430011

787 × 1092 1/16

11.75 印张

197 千字

2014 年 1 月第 1 版

2014 年 1 月第 1 次印刷

定 价: 25.00 元

本书如有印装问题 可找本社市场部更换

编 委 会

主 编 胡祖斌 肖 梅

副主编(以姓氏笔画为序)

王 玲 王桂梅 尹 恒 任 为 孙国强
李凤英 林 莹 陈华清 吴雪春 郑亚军
赵海珍 赵 蕾 赵 云 胡 平 高 鹰
唐琼秀 彭 敏 彭慧兰 潘米香 操冬梅
谭志华

编 委 王 莹 李 敏 刘 芳 汤则男 汤 斐
远文英 陈湘漪 杜树国 何 明 杨 琼
杨 慧 张 娜 张 欢 杨 娟 汪黎明
杜 慧 罗 艳 周 冬 周训玺 段晓艳
胡娅萍 程国华 管 平 魏小英

策 划 周建跃 温红蕾 黄松鹤

前言

我们的“小路”

——与大家共勉

我们医院是一家专科医院，即湖北省妇幼保健院。

产科是医院的临床科室之一，现开放床位 300 张，近 10 年来，分娩量由 2003 年 2 589 例上升至 2012 年 12 901 例，成为全省唯一的年万名分娩大户。

分娩人数的上升，从某种程度上折射了学科的发展，那就是与国内、国际的现代产科接轨，从传统产科向现代产科发展，普通产科、母体医学、胎儿医学 3 个亚专业初具规模。

发扬和利用专科医院的特色和优势，规避专科医院的风险，我们走出了一条自己的“小路”。收治了专科医院许多疑、难、危、重症的孕产妇，积累了丰富的经验。本书作者均是在一线工作的医生、助产士、护士，书写格式从病史小结、病例重点难点、临床解决路径、点评、新进展 5 个方面展开，真实、生动、新颖且特别实用！

书中不仅讲述了如何诊断与治疗，还讲述了相应疾病的护理。在此基础上，专科医院特有的母婴同室的医疗模式、新生儿观察则是本书的又一大亮点。

迎接新生命，倾注了产科医、助、护人员的心血、智慧和汗水，我们把它呈现给广大基层医务人员，尤其是在妇幼保健院工作的医务人员。请您相信阅读此书不会浪费您宝贵的时间，一定会小有收获！

产科工作的小路非常艰辛，与大家共勉！

编 者

2013 年 10 月 15 日



Content 目录



第一章 产科疑难病案及护理

第一节	水中分娩	002
第二节	宫颈机能不全	004
第三节	妊娠期高血压疾病	005
第四节	妊娠期肝内胆汁淤积症	023
第五节	胎盘早剥	025
第六节	前置胎盘	030
第七节	水囊压迫法在产后出血时的应用	038
第八节	肩难产	040
第九节	双胎多胎	042
第十节	羊水过多	051
第十一节	脐带脱垂	053
第十二节	巨大胎盘绒毛膜血管瘤	055
第十三节	瘢痕子宫	057
第十四节	妊娠合并内科疾病	072
第十五节	妊娠合并血液疾病	095
第十六节	妊娠合并癫痫	101
第十七节	妊娠合并水痘	103
第十八节	妊娠合并免疫系统疾病	105
第十九节	妊娠合并外科疾病	113
第二十节	妊娠合并妇科疾病	123

第二十一节	附件包块	137
第二十二节	妊娠期宫颈巨块型尖锐湿疣	147
第二十三节	蚕豆病（红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症）	149
第二十四节	胎儿畸形	150

第二章 新生儿护理

第一节	妊娠期糖尿病新生儿护理	170
第二节	妊娠合并甲状腺功能减退新生儿护理	170
第三节	妊娠合并癫痫新生儿护理	171
第四节	妊娠合并水痘新生儿护理	171
第五节	妊娠合并系统性红斑狼疮新生儿护理	172
第六节	母婴同室早产儿的护理措施	172
第七节	母婴同室新生儿的护理措施	173
第八节	先天性心脏病新生儿护理	175



第一章

产科疑难病案及护理

第一节 水中分娩

① 病史小结

万某，女，28岁，既往无特殊疾病，孕期定期产检无异常。因“孕40周，下腹痛6h余”于2012年8月16日8:53入院，入院时内诊宫口未开，先露头，已固定，骨盆无明显异常。B超提示单活胎，头位，胎儿估计体重3341g。入院后自然临产，胎膜自破，羊水清，规律宫缩，宫口开4.0cm时进入水中分娩池，于当日20:32在水中顺娩一活男婴。产后1min的Apgar评分为10分，5min评分为10分，新生儿身长51cm，体重3550g。会阴Ⅰ度裂伤，行包埋缝合。分娩过程顺利，出血少。

② 病例难点重点

水中分娩的主要优势就是大大减少了产妇生产时的痛苦和持续时间，是自然分娩无创镇痛的有效措施。若第2产程水中完成，需注意会阴保护。

③ 临床解决路径

宫口开大3~4cm，由医生评估分娩条件再入水。要求孕妇身体各方面正常，无传染性疾病（如乙肝、丙肝及梅毒等），有心理需求，胎儿估计体重在3000g左右，无明显头盆不称，盆底肌肉经过训练，会阴弹性良好。

④ 点评

水中分娩安全、舒适、经济、医疗干预少，有条件的医院可开展水中分娩。

⑤ 进展

水中分娩在国外已有200年历史，1805年法国的Embry首次使用这项技术。但据现资料记载，早在1803年法国就出生了第一个水中婴儿。当时是因为产妇感到精疲力竭而走进热水浴盆中，想放松一下，结果婴儿很快就降生在水里。20世纪60年代，前苏联尤戈·谢柯夫斯基开始水中分娩的试验。早期的“水中分娩”多半都是在海水中诞生的，据不完全统计，迄今全世界已经有数百人在海水中顺利地生下了婴儿。而到20世纪80年代后期，美国妇产科医生迈克尔·罗森彻尔在美国成立了首家水中分娩中心，自此之后，美国有6000多名婴儿在水中出生。

有条件进行水中分娩的医院也从 1995 年的 10 家发展到最近的 150 家。在英国，水中分娩的新生儿数量比其他国家水中分娩的多很多。日前，英国超过半数的分娩中心设有专用的分娩水池，每年有 4 000 名新生儿在水中诞生。在瑞士 Cantonal 医院产科中心，水中分娩率已经达到 40% ~ 50%。中国台湾地区自 2000 年开展水中分娩。2003 年 3 月 1 日，上海市长宁区妇幼保健院开展中国首例水中分娩，目前已经有 200 多名新生儿在水中成功分娩。与传统分娩方式比较，水中分娩安全、舒适、经济、医疗干预率低。水中分娩在中国的成功实施，无疑打破了几千年来传统的仰卧分娩的观念，并冲破了中国人关于生孩子忌水的传统观念。

水中分娩的主要优势就是大大减少了产妇生产时的痛苦和持续时间，因为泡在水里，人的身心一般会比较镇静放松，由于阵痛体内产生的血压升高、产程延长的应激激素分泌就会减少。水包托的力量可以给产妇安全的感觉，水的包容作用对产妇的产道和盆腔可以起到保护的作用。水的浮力让人肌肉松弛，可以把更多的能量用于子宫收缩，这些都可加速产程，缩短生宝宝的时间。

(吴雪春 高 鹰)

护 理

1. 对孕妇做详细的综合测量评估，必须排除可能导致难产的因素。
2. 签订水中分娩同意书，向孕妇及家属解释水中分娩的过程及可能发生的并发症。
3. 宫口开大 4~5cm 进入水中，水位至孕产妇剑突处。
4. 不要限制水的摄入，以免孕妇脱水。
5. 水温控制在 35~37℃，以促进舒适。
6. 在进行水中分娩的过程中，应有 1 名家属及 1 名医务人员守候在孕妇身旁。
7. 孕妇在水中超过 2h，宫缩力可能会下降，这时候应该鼓励孕妇离开水池，在周围走动，等宫缩恢复后再进入水中。
8. 胎儿的身体娩出以后，应立即将其头部露出水面（婴儿出生后在水中的停留时间不要超过 1min）。将其颈部以下部分浸入水中以保持其体温，并观察脐带的压力，预防脐带断裂。
9. 胎儿娩出后，产妇需立即离开水池，在产床上完成分娩的第 3 产程（胎盘娩出）。
10. 检查会阴有无裂伤，及时行修补缝合。

(谭志华)



第二节 宫颈机能不全

① 病史小结

王某，女，32岁，既往孕3产0，自然流产2次，均孕4月余自然流产，考虑宫颈机能不全，此孕22周查宫口可容一指，行宫颈环扎术，孕26周环扎失败，再次行宫颈环扎术，术后应用抗生素预防感染，硫酸镁及安宝抑制宫缩保胎治疗，定期复查超声了解宫颈长度等，延长孕周至36周，自然临产，母子妊娠结局良好。

② 病例难点重点

宫颈机能不全是习惯性流产常见病因之一，行宫颈环扎术可延长孕周，改善妊娠结局。手术时机最好选择在妊娠14~20周，最迟不超过28周。术前准备：常规B超检查、血常规、尿常规、白带常规、凝血功能、排除胎儿畸形等，宫颈环扎术中注意避免胎膜、胎盘损伤。

③ 临床解决路径

根据病史行相关检查；针对病因采取宫颈环扎术；术后预防感染、抑制宫缩等对症处理；同时心理治疗。

④ 点评

宫颈环扎术可
延长孕周，改善妊
娠结局。

⑤ 进展

习惯性流产原因是多样的，如免疫因素、遗传因素、感染因素、子宫畸形等，早期预测仍有困难。宁琳等发现孕妇习惯性流产与其体内巨细胞病毒活动性感染有重要联系，习惯性流产孕妇巨细胞病毒 pp65 抗原检测与巨细胞病毒的 DNA 有良好的一致性，可作为习惯性流产的早期判断指标。邵剑春等对原因不明习惯性流产患者和正常妊娠妇女检测 Th_1 、 Th_2 型细胞因子水平，结果患者组 Th_1 型细胞因子（IL-2、IFN- γ 、TNF- α ）水平明显高于对照组， Th_2 型细胞因子（IL-4、IL-6、IL-10）水平低于对照组， Th_1 / Th_2 型细胞因子免疫调节失衡可能是导致流产的机制。妊娠早期监测 Th_1 / Th_2 型细胞因子的水平有可能作为预测妊娠结局的指标之一。

宫颈机能不全是流产的常见原因，张晓丽、覃亦伟等对 60 例孕妇合并宫颈机能不全者中的 36 例施行宫颈环扎术治疗，结果延长妊娠至足月 28 例，早产 4 例，流产 4 例，胎儿成活 32 例，说明宫颈机能不全行宫颈环扎术可以延长孕妇的孕周，改善妊娠结局。

宫颈机能不全需结合病史、临床检查、超声宫颈评估才能做出诊断，诊断明确后行宫颈环扎术可延长孕周。

(王 玲 汤则男 高 鹰)

护 理

1. 积极保胎，卧床休息，禁止性生活，按医嘱用药。
2. 保持会阴清洁，避免生殖道感染。
3. 观察宫缩、阴道出血量及颜色。
4. 保持大便通畅，禁止灌肠。

(林 莹)

第三节 妊娠期高血压疾病

一、早发型重度子痫前期

① 病史小结

龚某，再婚，因“停经 31 周，全身水肿 10 余天，发现血压高 2d”于 2011 年 9 月 29 日入院，孕期于 30 周开始产检即发现血压高达 154/101mmHg。

既往孕 5 产 1，孕 5 月引产 1 次，足月顺产 1 次。孕期从未测血压。入院查体：血压 187/107mmHg，尿蛋白(++)，面部及双下肢水肿。超声：单活胎，臀位，胎儿估重 1477g，孕妇肝内胆管结石，肝小囊肿。入院诊断：孕 31 周头位待产，子痫前期重度（早发型）。

入院后交代病情，孕妇及家属拒绝剖宫产，要求期待治疗，应用佩尔

地平降压 (40mg, 口服, 每 6h 一次); 硫酸镁解痉 (15g/d, 缓慢静滴); 艾司唑仑镇静 (1 片, 睡前口服); 地塞米松促胎肺成熟 (5mg, 每 12h 肌注一次, 共 4 次)。监测血压波动于 141/87~176/116mmHg, 有逐步上升趋势, 面部水肿由阴性转为阳性, 10 月 5 日本院超声提示胎儿估重为 1447g, 胎儿生长停滞。10 月 10 日尿常规示蛋白尿 (+++)。鉴于辅助检查与临床表现提示病情加重, 再次向孕妇及家属交代病情, 建议剖宫产。于 10 月 11 日孕行剖宫产, 娩一活女婴, 出生 Apgar 评分良好, 羊水Ⅲ度, 体重 1480g, 转新生儿科治疗。术后抗炎、解痉降压治疗, 血压控制良好。

因人血白蛋白小于 26g/L, 给予人血白蛋白治疗, 每次 10g 静脉滴注, 每天 10~20g。为防止心血管负担加重, 在扩容的基础上给予呋塞米利尿, 同时补充钾钙, 注意水电解质平衡。

② 病例重点与难点

早发型重度子痫前期的临床特点是发病早、病情重, 往往伴有多器官功能受损害。终止妊娠时机的选择一直是临床医生面临的难点。对高危人群孕前指导、规范产前检查、系统有效的治疗是控制子痫前期的有效方法。

③ 临床解决路径

在保证母体相对安全的前提下, 尽量延长孕周, 提高胎儿出生存活率, 改善母儿妊娠结局。若出现胎儿生长受限, 血压等经积极治疗后病情仍不稳定, 需及时终止妊娠。

④ 点评

20 世纪 80 年代末国外学者提出了早发型重度子痫前期 (EOSP) 的概念, 国外学者将孕 34 周前发病的重度子痫前期称为早发型重度子痫前期。

早发型重度子痫前期基本病变是全身小动脉痉挛, 血管内皮细胞损伤, 通透性增加, 造成全身脏器包括肝脏有效血流灌注不足、血液浓缩。患者肝动脉阻力增加, 肝脏灌注不足, 以至肝细胞缺氧, 细胞膜通透性升高, 细胞释放转氨酶, 使血清转氨酶升高。

早发型重度子痫前期的临床特点是发病早, 病情重, 往往伴有多器官功能受损害。及时终止妊娠对母体较为安全, 却造成医源性早产, 围生儿死亡率升高。近年国内外学者提出了针对病情稳定的早发型重度子痫前期患者施行延迟分娩的期待疗法, 其目的是在保证母体相对安全的前提下, 尽量延长孕周, 提高新生儿存活率, 改善母儿妊娠结局。林莉等报道, 孕 28~34 周早发型重度子痫前期患者的新生儿死亡率为 12.50%, 提示临床处理早发型重度子痫前期较棘手, 即使行期待治疗, 新生儿死亡率仍较高。

5 新进展

子痫前期是严重的妊娠并发症，病情重，疾病进展快，可以很早就出现孕妇多脏器受损。因此，如何平衡母体与胎儿间的利弊，选择合适的治疗方法，适时终止妊娠，成为产科医生面临的难题。

子痫前期常合并低蛋白血症，其相关的因素有：①全身小动脉痉挛，血管内皮细胞损伤，血管通透性增加，大量蛋白及液体渗透到组织间隙而使血浆蛋白降低。②肝血管痉挛，肝功能受损，蛋白合成减少。③肾血管痉挛，肾小球基底膜受损，通透性增强，血浆蛋白大量渗出导致蛋白尿，大量蛋白丢失。④胃肠血管痉挛，蛋白吸收及利用减少。

重度子痫前期与低蛋白血症相互影响、相互促进，导致病情加重，孕妇更易出现各种并发症，影响母儿结局。国内袁淑贞等报道，孕 28 周前发病的患者治疗效果不令人满意，通常妊娠结局不良。目前比较一致的观点是，小于 24 孕周的早发型子痫前期不必花费太多的医疗资源及冒太大的风险进行期待治疗，仅从孕周而言，应该终止妊娠；大于 24 孕周只要母体情况稳定，尽可能期待治疗，延长孕周至 32 周，甚至 34 周；但由于重度早发型子痫前期期待治疗中母胎所承受的风险较大，所以很多学者认为一旦孕周达 34 周，可以选择终止妊娠。

对于早发型子痫前期胎儿宫内情况的评估应是每周 1~2 次，包括：①一旦患者出现血压升高就应该 B 超测量胎儿大小、评估胎儿宫内生长情况，必须注意的是由于胎儿生长受限，胎儿以不匀称型居多，同时测量腹围、胸围更能有效评估胎儿大小。②脐动脉舒张末期血流逆转或缺失是提示胎儿宫内情况不良的有效指标，一旦出现，提示存在胎盘功能不良和胎儿生长受限。③连续动态测量羊水量有助于发现胎儿生长受限，了解胎儿宫内生存环境。④胎心监护。如发现有上述检测指标的结果异常，包括羊水过少，重度胎儿生长受限或胎儿 2~3 周无增长，胎心基线变异小于 5 次/min，持续 60min 以上，频发晚期减速和重度变异减速，脐动脉舒张末期血流逆转或缺失，提示胎死宫内随时会发生，需积极处理，尽快选择终止妊娠时机。

所以，早发型重度子痫前期的期待治疗应该除外以下情况：①持续性的临床自觉症状加重（头痛、头晕、视物模糊、肝区疼痛等）。②子痫。③肺水肿。④经过初步治疗血压仍然难以控制。⑤HELLP 综合征。⑥严重的肾功能损害。⑦胎盘早剥。⑧弥漫性血管内凝血。⑨胎心监护无反应型。⑩胎儿

不可能存活发病孕周。

(杜 慧 王桂梅)

二、子痫前期重度

1 病史小结

张某某，41岁，入院时间为2012年1月20日。因“孕8月余，发现全身水肿半月，血压升高1d”入院。既往顺产一活女婴，人流5次。入院血压为169/88mmHg，导尿查尿蛋白(+++)。B超检查示单活胎，臀位（胎儿估重 $1701 \pm 296\text{g}$ ，羊水水平段5.6cm）。肝胆脾胰双肾声像图未见异常。双侧胸腔少许积液（双侧肩胛线胸腔内可见液性暗区，右侧前后径2.6cm，左侧前后径2.0cm），双侧腹腔少量积液（肝肾间隙前后径可见0.3cm液性暗区，双侧髂窝可见液性暗区，右侧内径约1.2cm，左侧内径约1.3cm）。肝肾功能示总蛋白48.6g/L，白蛋白27.1g/L，请眼科会诊行眼底检查，考虑妊高征眼底改变，建议营养神经、降压治疗。入院诊断：孕7产1，孕33周臀位待产，子痫前期（重度）。孕妇入院后完善相关辅助检查，向孕妇及其家属交代病情，孕妇及其家属拒绝剖宫产，要求暂时观察。遂给予降压、解痉治疗，血压进一步升高，再次向孕妇及其家属交代病情，立即行剖宫产术。术中娩一活女婴，新生儿体重1550g，身长36cm，出生10min的Apgar评分为10分，术中见淡黄色腹水500ml，胎盘粘连，行人工剥离。术后血压进一步升高达181/109mmHg，予硝酸甘油泵，上特级护理等。术后当天给予抗炎、降压、解痉、脱水（甘露醇）以减轻脑水肿，营养神经，输白蛋白10g。术后第一天给予抗炎、降压、解痉及补钾等治疗，肝功能示总蛋白21g/L，白蛋白10.4g/L，再次输白蛋白10g，术后第2天，给予抗炎、降压、解痉等治疗。术后第6天复查肝功能，总蛋白54.6g/L，白蛋白28.6g/L。术后诊断：孕7产2；孕33周手术产一活女婴；子痫前期重度；早产；胎盘粘连。

2 病例难点重点

子痫前期作为妊娠期特发的系统性疾病，虽然发病原因及发病机制仍不清楚，但一般认为是多因素共同参与发病过程。到目前为止，对于已经发病的重度子痫前期患者仍然缺乏行之有效的治疗手段，只有终止妊娠才能结束病程。发病于孕32~34周前为早发型子痫前期，以期待治疗为主。但该孕

妇经解痉、降压效果不理想，血压进一步升高，有低蛋白血症伴胸腹水、眼底改变等，提示各组织脏器均有一定程度的病理改变，若继续待产，极可能出现子痫、心脑血管意外、胎死宫内等不良妊娠结局，宜行剖宫产终止妊娠。该孕妇孕周仅 33 周，新生儿系早产儿、高危儿，且子痫前期孕妇的胎儿往往存在胎儿生长受限，其生长落后于相同孕周正常儿。新生儿出生后易发生新生儿窒息、呼吸窘迫综合征等，其预后可能不良。因子痫前期造成医源性早产。

③ 临床解决路径

子痫前期重度，血压控制不理想时不能继续期待治疗。这是因为血压控制不好的患者往往会发生子痫、胎盘早剥、胎儿窘迫和胎儿死亡等严重并发症，对于降压药不敏感的患者一般应该及时终止妊娠。子痫患者在积极治疗 24h 内终止妊娠。HELLP 综合征者，对于症状较轻的患者可以在严密观察的情况下继续妊娠，但是症状较重或是病情变化较快的患者应及时终止妊娠。肾脏是众多脏器中最早受损害的器官，如不及时处理，会导致全身多脏器损害，严重影响母亲的健康。持续性头痛或视觉改变如不及时处理，会造成严重的并发症。子痫前期并发胎盘早剥不仅影响母亲，还会造成胎儿窘迫和胎儿死亡。

早发型重度子痫前期的处理原则是正确评估，积极治疗，加强监护，适时终止妊娠。

④ 点评

该孕妇子痫前期重度，血压控制不理想，在解痉降压治疗时血压进一步升高，及时行剖宫产终止妊娠，避免了不良妊娠结局的发生。终止妊娠的原则是母亲优先，兼顾胎儿，但是要同时考虑到对于子痫前期来讲，母亲和围产儿死亡率之比为 1:100。在严密监测的情况下，尽可能延长孕期，以便胎儿娩出后能较好的存活，在母亲安全和胎儿能较好存活之间找到一个平衡点。及时恰当地终止妊娠，正确掌握终止妊娠的时机是本例治疗成功的关键。

⑤ 新进展

子痫前期的发生一般会有不同的高危因素，如孕妇年龄过高（大于 40 岁）或过低（小于 20 岁），患有慢性高血压、肾炎、糖尿病，多胎妊娠，孕妇精神过度紧张，子宫张力过高，风湿性疾病，肥胖，胰岛素抵抗，孕妇为低出生体重儿，孕妇有高血压家族史等。是否发生子痫前期取决于高危因素的严重程度



和患者的易感性,无论何种机制都可以启动子痫前期的病程,但一旦启动,均表现为全身小动脉痉挛以及相应的症状(高血压、蛋白尿、水肿)。

子痫前期的病理生理改变被认为发生在早期妊娠,先于临床症状的出现。了解子痫前期的早期预测,对降低子痫前期的患病率,改善母婴预后,提高妊娠期妇女的健康水平有重要意义。几种常用的预测子痫前期-子痫的生物物理方法有:母胎血流动力学;胎儿血流动力学的超声检测;动态血压监测;血液流变学实验;尿钙测定;尿酸测定;纤维结合素胎盘多肽等。

妊娠期高血压疾病的预防:保持健康的心态;适度的户外活动;养成良好的饮食习惯;加强孕期体质管理;保证足够的休息;每日补钙1~2g。

(彭慧兰 赵 云 潘米香)

护 理

(一) 一般护理

1. 休息环境:需住院治疗,卧床休息,左侧卧位。保持病房安静,避免各种刺激。

2. 物品准备:准备呼叫器、床档、急救车、吸引器、氧气、产包、急救药品(如硫酸镁、葡萄糖酸钙)。

3. 每4h测一次血压,随时观察和询问孕妇有无头晕、头痛、目眩等自觉症状。

4. 注意胎心、胎动及子宫敏感性有无变化。

5. 根据病情需要,适当限制食盐摄入量(每天少于3g)。

6. 每天或隔天测体重,每天记液体出入量、测尿蛋白,必要时测24h蛋白定量,查肝肾功能、电解质等项目。

(二) 用药护理

1. 硫酸镁是目前治疗中重度妊高征的首选解痉药物。护士应明确硫酸镁的用药方法、毒性反应以及注意事项。

2. 用药方法:硫酸镁可采用肌肉注射或静脉用药。临床多静脉用药。

3. 呼吸:不少于16次/min。

4. 注意事项:护士在用药前及用药过程中除评估孕妇的血压外,还应检测以下指标。

(1) 毒性反应:硫酸镁的治疗浓度和中毒浓度相近,因此在进行硫酸镁