

医学护理规范 操作基础

下

王 芬等◎主编

医学护理规范操作基础

(下)

王 芬等◎主编

第九章 妇产科疾病护理

第一节 自然流产的护理

凡妊娠不足 28 周、胎儿体重不足 1000g 而终止者,称为流产(abortion)。发生于妊娠 12 周以前者称早期流产,发生在妊娠 12 周至不足 28 周者称晚期流产。流产分为自然流产和人工流产,本节主要阐述自然流产。自然流产发生率约占全部妊娠的 15%,其中早期流产占 80%以上。

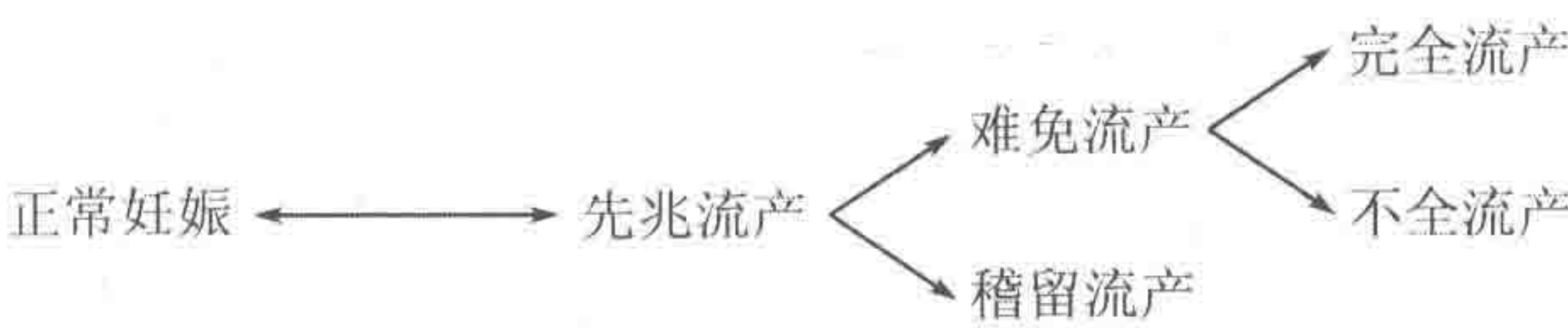
流产是妊娠物逐渐从子宫壁剥离并排出体外的过程。流产时胚胎多数已死亡,继之底蜕膜出血,造成绒毛与蜕膜层剥离,已剥离的胚胎组织如同异物,引起子宫收缩而被排出。妊娠早期,胎盘绒毛发育尚不成熟,与子宫蜕膜联系尚不牢固,因此在妊娠 8 周前发生的流产,妊娠产物多数可以完全从子宫壁剥离而排出,出血不多。妊娠 8~12 周,胎盘虽未完全形成,但胎盘绒毛发育繁盛,与蜕膜层联系牢固,若此时发生流产,妊娠产物往往不易完全从子宫壁剥离,常有部分组织残留于宫内,影响子宫收缩,出血较多。妊娠 12 周后,胎盘已完全形成,流产过程与足月分娩相似,往往先有腹痛,继之排出胎儿及胎盘,出血较少。若胎儿在宫腔内死亡过久,被血块包绕,形成血样胎块可导致出血不止。

一、护理评估

(一)临床表现

停经、腹痛及阴道出血是流产的主要临床症状。在流产发展的各个阶段,其症状发生的时间、程度不同,相应的处理原则亦不同。

一般自然流产的发展过程如下:



1. 先兆流产(threatened abortion) 表现为停经后出现少量阴道流血,流血量较月经量少,有时伴有轻微下腹痛、腰痛、腰坠。妇科检查:宫颈口未开,胎膜未破,妊娠产物未排出。子宫大小与停经周数相符。尿妊娠试验阳性。经休息及治疗后,若流血停止或腹痛消失,妊娠可继续进行;若流血增多或腹痛加剧,则可能发展为难免流产。

2. 难免流产(inevitable abortion) 由先兆流产发展而来,指流产已不可避免。表现为阴道流血量增多,阵发性腹痛加重。妇科检查:宫颈口已扩张,晚期难免流产还可有羊水流出或见胚胎组织或胎囊堵于宫颈内口,子宫大小与停经周数相符或略小。

3. 不全流产(incomplete abortion) 由难免流产发展而来,妊娠产物部分排出体外,尚有部分残留于宫腔内,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。妇科检查:宫颈口已扩张,不断有血液自宫颈口流出,有时尚可见胎盘组织堵塞于宫颈口或部分妊娠产物排出于阴道内。一般子宫小于停经周数。尿妊娠试验阴性。

4. 完全流产(complete abortion) 妊娠产物已完全排出,阴道出血逐渐停止,腹痛随之消失。妇科检查:宫颈口已关闭,子宫接近正常大小。尿妊娠试验阴性。

5. 稽留流产(missed abortion) 也称过期流产,指胚胎或胎儿已死亡滞留在宫腔内尚未自然排出者。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。妇科检查:宫颈口未开,子宫较停经周数小,质地不软。未闻及胎心。

6. 复发性流产(recurrent spontaneous abortion, RSA) 指与同一性伴侣连续发生3次或3次以上的自然流产,发生率约占妊娠总数的1%~5%。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。早期流产的原因常为黄体功能不足、甲状腺功能低下、染色体异常等。晚期流产最常见的原因有宫颈内口松弛、子宫畸形、子宫肌瘤等。

7. 流产合并感染(septic abortion) 流产过程中,若阴道流血时间过长、有组织残留于宫腔内等,均可能引起宫腔内感染。严重感染可扩展到盆腔、腹腔乃至全身,并发盆腔炎、腹膜炎、败血症及感染性休克等,称流产合并感染。

(二)辅助检查

1. 妇科检查 了解宫颈口是否扩张,羊膜囊是否膨出,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。检查双侧附件有无肿块、增厚及压痛等。

2. 实验室检查

(1)绒毛膜促性腺激素(HCG)测定:多采用放射免疫方法进行HCG定量测定,如HCG低于正常值或 $<625\text{IU/L}$ 时,提示有流产的可能。HCG测定也有助于判断预后。

(2)其他激素测定:主要有胎盘生乳素(HPL)、雌二醇(E_2)和孕二醇等,如测定的结果低于正常值,提示有流产倾向。

3. B超检查 显示有无胎囊、胎动、胎心等,诊断并鉴别流产类型,指导正确处理。

(三)与疾病相关的健康史

1. 遗传基因缺陷 染色体异常是自然流产最常见的原因,尤其是早期流产染色体异常者占50%~60%。染色体异常的胚胎多数发生流产,极少数可继续发育。一旦出生后也会发生某些功能异常或合并畸形。

2. 全身性疾病史 妊娠期急性高热可引起子宫收缩而发生流产,细菌毒素或病毒通过胎盘进入胎儿血循环,导致胎儿死亡而发生流产。孕妇患严重贫血或心力衰竭可致胎儿缺氧,也可能引起流产。此外,慢性肾炎或高血压的孕妇,其胎盘可发生梗死而致流产。

3. 生殖器官疾病史 子宫发育不良、子宫畸形、子宫肌瘤等可影响胎儿的生长发育而导致流产。宫颈重度裂伤、宫颈内口松弛者易因胎膜早破而引起晚期流产。

4. 内分泌功能失调 黄体功能不全、甲状腺功能低下的孕妇,均可能引起胚胎发育不良而致流产。

5. 其他 母儿双方免疫不适应、母儿血型不合等可引起流产。妊娠期手术、外伤、精神创伤等,以及劳动过度、性交等诱因,均可刺激子宫收缩而引起流产。此外,过多接触有害化学物质和物理因素,可直接或间接对胚胎或胎儿造成损害,引起流产。

(四)心理社会状况

流产孕妇的心理状况常以焦虑和恐惧为特征。孕妇面对阴道流血往往会不知所措,过分紧张,甚至将其过度严重化。同时胎儿的健康也直接影响孕妇的情绪反应,孕妇可能会表现

为伤心、郁闷、烦躁不安等。此外,孕妇家属的紧张和焦虑也会影响孕妇的心理状况。

(五)治疗原则

1. 先兆流产的治疗原则是卧床休息,禁止性生活;减少刺激;必要时给予对胎儿危害小的镇静剂,如苯巴比妥;对黄体功能不足的孕妇,每日肌注黄体酮 10~20mg,以利于保胎。注意及时进行 B 超检查,了解胚胎发育情况,避免盲目保胎。

2. 难免流产一旦确诊,应尽早使胚胎及胎盘组织完全排出,以防止出血和感染。

3. 不全流产一经确诊,应立即行吸宫术或钳刮术以清除宫腔内残留组织,并预防感染。

4. 对于完全流产,B 超检查证实宫腔内无残留物,如无感染征象,一般不需特殊处理。

5. 稽留流产的治疗原则是及时促使胎儿和胎盘排出。由于胎儿死亡,胎盘释放凝血活酶进入母血循环,孕妇易发生凝血功能障碍,导致弥散性血管内凝血(DIC)。因此,术前应先做凝血功能检查。如有凝血功能异常,应使用肝素、纤维蛋白原及输注新鲜血等,待凝血功能恢复后再行刮宫。

6. 复发性流产以预防为主,男女双方在孕前均应进行详细检查及遗传咨询,以确定是否可以妊娠,并根据病因予以纠正和治疗。

7. 流产合并感染的治疗原则为在控制感染的同时尽早清除宫腔内残留物。

二、主要护理诊断/合作性问题

1. 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。

2. 焦虑 与担心胎儿健康等因素有关。

3. 潜在并发症 出血性休克。

三、护理措施

护士在全面评估孕妇身心状况的基础上,综合病史及诊断检查,明确流产类型和基本处理原则,认真执行医嘱,积极配合医生诊治,并为之提供相应的护理措施。

(一)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,避免不必要的阴道检查,以减少各种刺激。指导孕妇合理饮食,加强营养,增强抵抗力。护士除了为其提供生活护理外,应遵医嘱给予孕妇对胎儿无害的适量镇静剂、黄体酮等保胎治疗。随时评估孕妇的病情变化,如是否腹痛加重、阴道流血量增多等,一旦病情进展,应告知医生及时处理。

此外,由于孕妇的情绪状态也会影响其保胎效果,因此护士还应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,增强保胎信心。护士需向孕妇及家属讲明以上保胎措施的必要性,以取得孕妇及家属的理解和配合。

(二)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,协助医生完成手术过程,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、阴道流血情况,及时发现休克征象。有凝血功能障碍者应予以纠正,然后再行引产或手术。

患者由于失去胎儿,往往会出现伤心、悲哀等情绪反应。护士应给予同情和理解,帮助患者及家属接受现实,顺利度过悲伤期。

(三)预防感染

护士应监测患者的体温、血象及阴道流血情况,注意观察分泌物的性质、颜色、气味等,及时发现感染征象。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生,并按医嘱进行抗感染处理。此外,护士还应嘱患者流产后 1 个月返院复查,确定无禁忌证后,方可开始性生活。

(四)健康教育

护士应与孕妇及家属共同讨论此次流产的原因,并向他们讲解流产的相关知识,帮助他们为再次妊娠做好准备。无论妊娠是否继续,应嘱患者卧床休息,避免过度劳累和提举重物;早期妊娠、出血期间和清宫术后 1 个月内,禁止性生活,应注意个人卫生。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,补充维生素 E、C 等,治疗期必须超过以往发生流产的妊娠月份。病因明确者,应积极接受对因治疗: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,子宫畸形者需在妊娠前先行矫治手术,例如宫颈内口松弛者应在未妊娠前做宫颈内口松弛修补术,如已妊娠,则可在妊娠 14~16 周时行宫颈内口环扎术。

(王莉)

第二节 异位妊娠的护理

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)。异位妊娠和宫外孕的含义稍有不同。宫外孕仅指子宫以外的妊娠,宫颈妊娠及子宫残角妊娠不属于宫外孕,但属于异位妊娠。异位妊娠按其发生的部位不同,可分为输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠、宫颈妊娠及子宫残角妊娠等,其中输卵管妊娠最为常见,占异位妊娠的 95%左右。本节主要阐述输卵管妊娠。

输卵管妊娠是妇产科常见的急腹症之一,当输卵管妊娠流产或破裂时,可引起腹腔内严重出血,如不及时诊断、处理,可危及生命。输卵管妊娠因其发生部位不同又可分为间质部、峡部、壶腹部和伞部妊娠(图 9-1)。以壶腹部妊娠多见,其次为峡部,伞部和间质部妊娠少见。

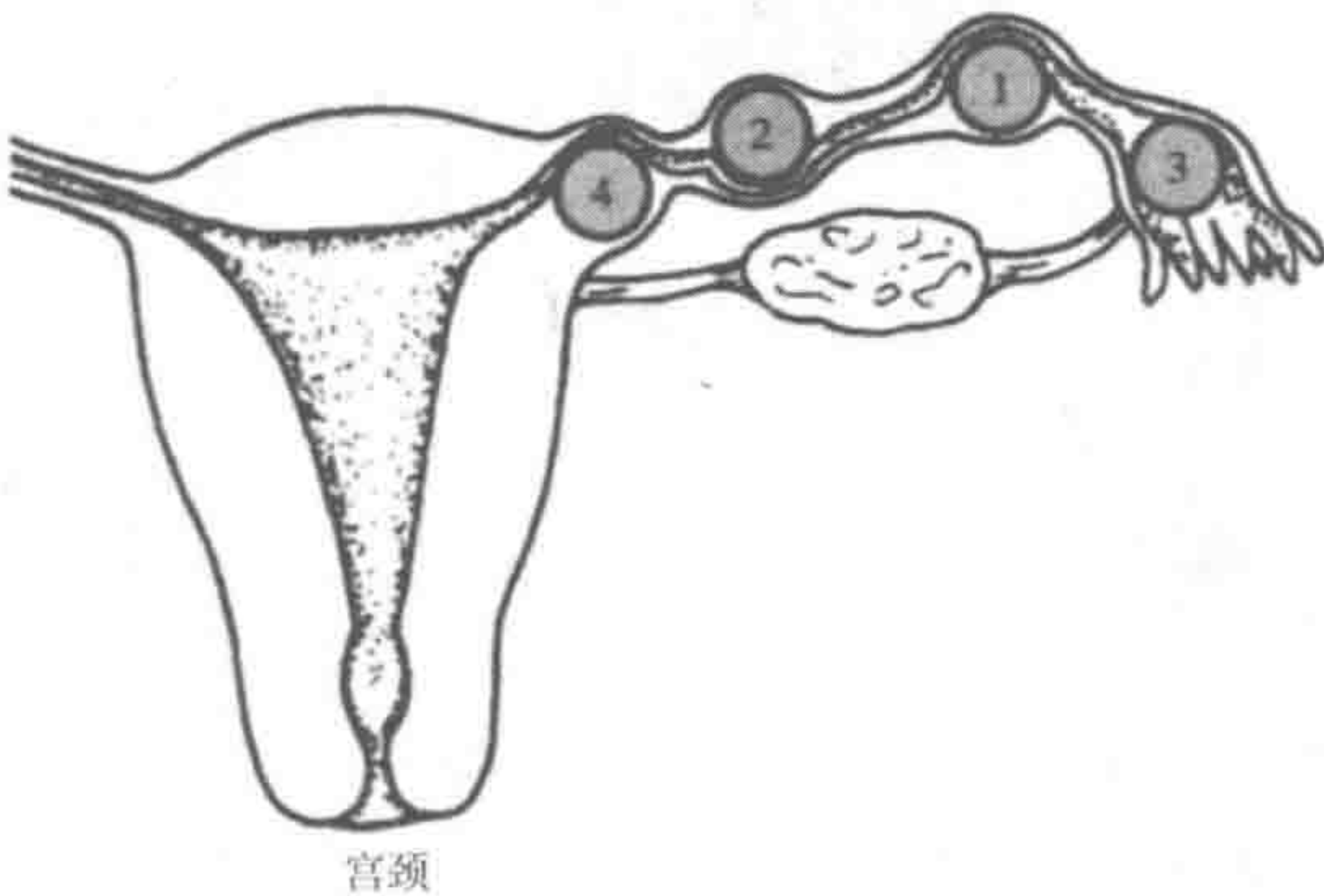


图 9-1 输卵管妊娠的发生部位

1. 壶腹部妊娠;2. 峡部妊娠;3. 伞部妊娠;4. 间质部妊娠

一、病理

输卵管妊娠时,由于输卵管管腔狭窄,管壁薄且缺乏黏膜下组织,其肌层远不如子宫肌壁厚与坚韧,妊娠后不能形成完好的蜕膜,受精卵植入后,不能适应孕卵的生长发育,因此当输卵管妊娠发展到一定程度,可出现以下结果:

1. 输卵管妊娠流产(tubal abortion) 多见于输卵管壶腹部妊娠,发病多在妊娠 8~12 周。由于输卵管妊娠时管壁形成的蜕膜不完整,发育中的囊胚常向管腔突出,最终突破包膜而出血,囊胚可与管壁分离(图 9-2)。若整个囊胚剥离落入管腔并经输卵管逆蠕动排入腹腔,即形成输卵管完全流产,出血一般不多。若囊胚剥离不完整,有一部分仍残留于管腔,则为输卵管不完全流产。此时,管壁肌层收缩力差,血管开放,持续反复出血,量较多,血液凝聚在子宫直肠陷凹,形成盆腔积血。如有大量血液流入腹腔,则出现腹腔刺激症状,同时引起休克。

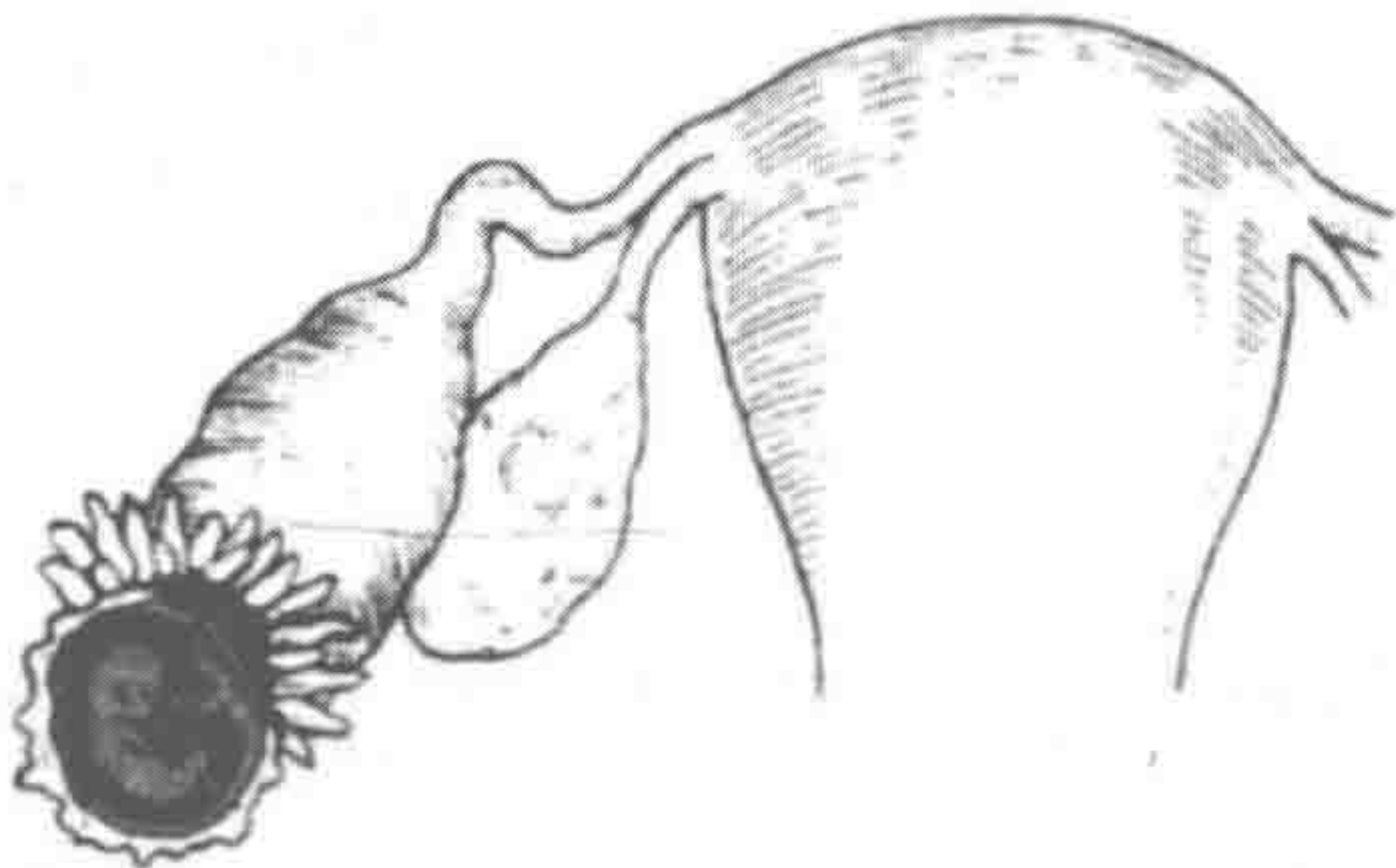


图 9-2 输卵管妊娠流产

2. 输卵管妊娠破裂(rupture of tubal pregnancy) 多见于输卵管峡部妊娠,发病多在妊娠 6 周左右。当囊胚生长时绒毛侵蚀输卵管壁肌层及浆膜,直至穿破管壁全层,形成输卵管妊娠破裂(图 9-3)。由于输卵管肌层血管丰富,输卵管妊娠破裂所致的出血远较输卵管妊娠流产严重,短期内即可发生大量腹腔内出血使孕妇发生休克,亦可反复出血,形成盆腔及腹腔血肿。由于输卵管间质部肌层较厚,破裂常发生于妊娠 12~16 周,一旦发生后果十分严重,往往短期内出现低血容量性休克甚至死亡。

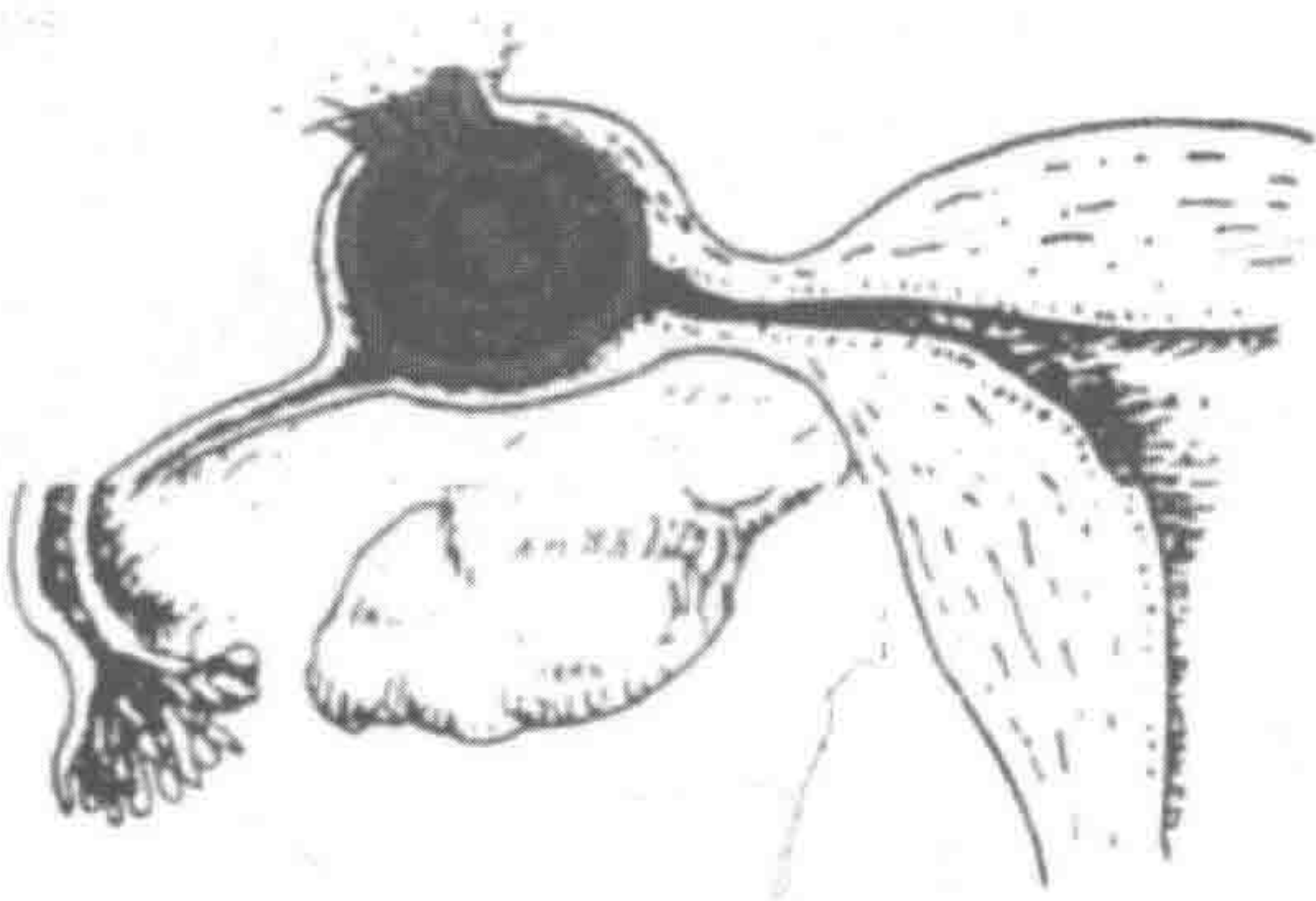


图 9-3 输卵管妊娠破裂

3. 陈旧性宫外孕 有时发生输卵管妊娠流产或破裂后未及时治疗,或内出血已逐渐停止、病情稳定,时间过久,胚胎死亡或被吸收。但长期反复内出血形成的盆腔血肿可机化变硬,并与周围组织粘连形成包块,临床上称为陈旧性宫外孕。

4. 继发性腹腔妊娠 发生输卵管妊娠流产或破裂后,胚胎被排入腹腔,大部分死亡,不会再生发育。但偶尔也有存活者,若存活胚胎的绒毛组织仍附着于原位或排至腹腔后重新种植而获得营养,可继续生长发育形成继发性腹腔妊娠,若破裂口在阔韧带内,可发展为阔韧带妊娠。

输卵管妊娠者和正常妊娠一样,滋养细胞产生的 HCG 维持黄体生长,使甾体激素分泌增加,因此月经停止来潮。子宫肌纤维增生肥大,子宫增大变软。子宫内膜出现蜕膜反应。蜕膜的存在与孕卵的生存密切相关,若胚胎死亡,滋养细胞活力消失,蜕膜自宫壁剥离而发生阴道流血。有时蜕膜可完整剥离,随阴道流血排出三角形蜕膜管型,有时则呈碎片排出。排出的组织见不到绒毛,组织学检查无滋养细胞。

二、护理评估

(一)临床表现

输卵管妊娠的临床表现与受精卵着床部位、有无流产或破裂以及出血量多少等有关。

1. 症状

(1)停经:多数患者停经 6~8 周以后出现不规则阴道流血,但部分患者因月经仅过期几天,误将不规则的阴道流血视为月经,可能无停经主诉。

(2)腹痛:是输卵管妊娠患者就诊的主要症状。输卵管妊娠未发生流产或破裂前,常表现为一侧下腹隐痛或酸胀感。输卵管妊娠流产或破裂时,患者突感一侧下腹撕裂样疼痛,常伴恶心、呕吐。随后,血液由局部、下腹流向全腹,疼痛亦遍及全腹,血液刺激膈肌时可引起肩胛部放射痛及胸痛;当血液积聚于直肠子宫陷凹处,可出现肛门坠胀感。

(3)阴道流血:胚胎死亡后,常有不规则阴道流血,色暗红或深褐,量少呈点滴状,一般不超过月经量。少数患者阴道流血量较多,类似月经。阴道流血可伴有蜕膜管型或蜕膜碎片排出,系子宫蜕膜剥离所致。阴道流血一般在病灶去除后方能停止。

(4)晕厥与休克:急性大量内出血及剧烈腹痛可引起患者晕厥或休克,其程度与内出血的量和速度成正比,但与阴道流血量不成比例。

(5)腹部包块:当输卵管妊娠流产或破裂后所形成的血肿时间过久,可因血液凝固,逐渐机化变硬并与周围器官(子宫、输卵管、卵巢、肠管等)发生粘连而形成包块。

2. 体征

(1)一般情况:根据患者内出血情况,患者可呈贫血貌。大量出血者,可出现面色苍白、脉搏细速、血压下降等休克体征。

(2)腹部检查:输卵管妊娠流产或破裂者,下腹部有明显压痛和反跳痛,尤以患侧为甚,轻度腹肌紧张,出血多时,叩诊有移动性浊音,如出血时间较长,形成血凝块,在下腹可触及软性肿块。

(3)盆腔检查:输卵管妊娠未发生流产或破裂者,除子宫略大较软外,仔细检查可能触及胀大的输卵管并轻度压痛。输卵管妊娠流产或破裂者,阴道后穹隆饱满,有触痛。将宫颈轻轻上抬或左右摇动时引起剧烈疼痛,称为宫颈抬举痛或摇摆痛,是输卵管妊娠的主要体征之一。子宫稍大而软,腹腔内出血多时检查子宫呈漂浮感。

(二)辅助检查

1. 阴道后穹隆穿刺 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。由于

腹腔内血液易积聚于子宫直肠陷凹,即使血量不多,也能经阴道后穹隆穿刺抽出。用长针自阴道后穹隆刺入直肠子宫陷凹,抽出暗红色不凝血为阳性,说明有腹腔内出血。无内出血、内出血量少、血肿位置较高或子宫直肠陷凹有粘连时,可能抽不出血液,故穿刺阴性不能排除输卵管妊娠。如有移动性浊音,可做腹腔穿刺。

2. 妊娠试验 异位妊娠时患者体内 HCG 水平较正常妊娠时低。采用放射免疫法动态监测血 β -HCG 的变化,对诊断异位妊娠以及疗效评价具有重要意义。此方法灵敏度高,异位妊娠的阳性率一般可达 80%~90%,但 β -HCG 阴性者仍不能完全排除异位妊娠。

3. B 超检查 有助于异位妊娠的诊断。B 超可见宫腔内无妊娠产物,宫旁可见轮廓不清的液性或实性包块,如包块内见有胚囊或胎心搏动则可确诊。阴道 B 超检查较腹部 B 超检查准确性高。

4. 腹腔镜检查 适用于输卵管妊娠尚未流产或破裂的早期患者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。早期异位妊娠患者,可见一侧输卵管肿大,表面紫蓝色,腹腔内无出血或有少量出血。

(三)与疾病相关的健康史

1. 输卵管炎症史 输卵管炎症是引起输卵管妊娠的主要原因。慢性炎症可使输卵管管腔黏膜粘连,管腔变窄;或纤毛功能受损,输卵管与周围组织粘连,输卵管扭曲,受精卵运行受阻而发生异位妊娠。

2. 输卵管手术史 有输卵管手术史或绝育史者,输卵管妊娠的发生率为 10%~20%,主要是输卵管瘘或再通所致;因不孕接受输卵管粘连分离术或输卵管成型术者,再孕时,输卵管妊娠的可能性也有所增加。

3. 输卵管发育不良或功能异常 输卵管过长、肌层发育差、黏膜纤毛缺乏等,均可影响受精卵正常运行。

4. 其他 内分泌失调、神经精神功能紊乱、输卵管周围肿瘤以及子宫内膜异位症、宫内节育器避孕失败等都可增加受精卵着床于输卵管的可能性。

(四)心理社会状况

由于输卵管妊娠流产或破裂后,腹腔内急性大量出血及剧烈腹痛,以及妊娠终止的现实使孕妇出现较为激烈的情绪反应,可表现为哭泣、自责、无助、抑郁和恐惧等。孕妇家属会因难以接受妊娠终止而出现过激的情绪反应,会因为担心患者安全而焦虑和恐惧。

护士要全面了解孕妇及家属的文化程度、家庭经济、家庭功能以及社会支持情况,对此次妊娠失败的看法以及疾病相关知识掌握情况,了解其心理承受能力,采取针对性的支持措施减轻不良情绪,增强治疗信心。

(五)治疗原则

异位妊娠的治疗原则应结合病情,予以药物治疗或手术治疗,其中以手术治疗为主。

1. 药物治疗 主要是化学药物治疗,适用于早期输卵管妊娠,输卵管妊娠未发生破裂、无明显内出血,要求保留生育能力的年轻患者。全身用药常用甲氨蝶呤(MTX)。在治疗中若有严重内出血征象,或疑输卵管间质部妊娠或胚胎继续生长时仍应及时进行手术治疗。

2. 手术治疗 在积极纠正大出血、休克的同时,迅速进行手术抢救。根据情况行患侧输卵管切除术或保留患侧输卵管及其功能的保守性手术。近年来,腹腔镜技术成为异位妊娠诊断和治疗的新手段。

三、主要护理诊断/合作性问题

1. 组织灌注不足 与腹腔内大出血有关。
2. 疼痛 与输卵管妊娠流产或破裂有关。
3. 恐惧 与担心生命安危有关。
4. 预感性悲哀 与妊娠失败有关。

四、护理措施

(一)接受手术治疗患者的护理

1. 严密监测,积极抢救 对有严重内出血患者,护士应在严密监测患者生命体征的同时,配合医生积极纠正休克症状,做好术前准备。护士应立即建立静脉通道,迅速补充血容量、交叉配血,做好输血准备,按急诊手术要求迅速做好术前准备。术前准备与术后护理的有关内容请参见腹部手术患者的一般护理。

2. 加强心理护理 护士应简洁明了向患者及家属讲明手术的必要性,以亲切的态度和切实的行动赢得患者及家属的信任,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,护士应帮助患者及家属以正常的心态接受此次妊娠失败的现实,向其讲述异位妊娠的有关知识,提高认识,做好自我保健。

(二)接受非手术治疗患者的护理

1. 密切观察病情 护士需密切观察患者的一般情况、生命体征,重视患者主诉,腹痛是否加重。护士应让患者知晓病情加重的指征,如腹痛加剧、肛门坠胀感加重等。并告知患者以上症状加重时应及时告诉医护人员,以便及时处理。

2. 用药护理 异位妊娠常用甲氨蝶呤(MTX)等化学药物治疗。用药期间,应密切监护患者的B超检查结果和 β -HCG水平,注意观察疗效和药物副作用。甲氨蝶呤不良反应较小,常表现为消化道反应、轻度骨髓抑制等,有时可出现轻微肝功能异常,如症状严重,应及时对症处理。

3. 指导患者卧床休息,减少活动,避免腹部压力增大(如便秘、用力咳嗽或突然变换体位等),从而减少异位妊娠破裂的机会。患者卧床期间,护士应加强巡视,提供相应生活护理。

4. 护士需协助正确留取血标本,以监测治疗效果。

5. 护士应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,增强患者抵抗力。

(三)出院指导

护士应指导患者术后注意休息,加强营养,纠正贫血,提高机体抵抗力。保持良好的卫生习惯,注意外阴清洁。发生盆腔炎后须及时彻底治疗,以免延误病情。由于输卵管妊娠者中有10%的再发生率和50%~60%的不孕率。因此,护士需告诫患者,下次妊娠时要及时就医,且不宜轻易终止妊娠。

(王莉)

第三节 早产的护理

早产(preterm delivery)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(preterm neonates),出生体重多小于 2500g,各器官发育不成熟,出生孕周越小,体重越轻,其预后越差。据统计,围生儿死亡中与早产有关者占 75%,因此预防早产是降低围生儿死亡率的重要环节之一。

早产按其发生的原因可分为 3 类:自发性早产、未足月胎膜早破早产和治疗性早产(指由于母体或胎儿的健康原因不允许继续妊娠,在未足 37 周时采取引产或剖宫产终止妊娠者)。其中以自发性早产最常见,约占 45%。

一、护理评估

(一)临床表现

早产的临床表现主要是子宫收缩,最初为不规则宫缩,并常伴有少许阴道流血或血性分泌物,以后可发展为规则宫缩,宫颈管先逐渐消退,宫口后扩张,与足月临产相似。胎膜早破的发生率较足月临产者高。

早产可以分为先兆早产和早产临产两个阶段。先兆早产指有规则或不规则宫缩,伴宫颈管进行性缩短,但宫口尚未扩张。当出现规律宫缩($20\text{min}\geq 4$ 次,或 $60\text{min}\geq 8$ 次),伴以宫颈管消退 $\geq 80\%$ 以及进行性宫口扩张 1cm 以上时,可诊断为早产临产。

(二)辅助检查

1. 阴道超声检查 用于预测早产发生的可能性。经阴道 B 超测量宫颈的长度,如宫颈长度 $<25\text{mm}$,或宫颈内口漏斗形成伴有宫颈缩短,提示早产可能性大。

2. 阴道穹分泌物胎儿纤维连接蛋白(fetal fibronectin, fFN)检测 妊娠 24 周后,宫颈、阴道分泌物中 fFN $>50\text{ng/mL}$ 为阳性,提示胎膜与蜕膜分离,早产风险增加。如果 fFN 检测阴性,则孕妇在未来 1~2 周内 有 95% 的概率不会发生早产。

3. 血、尿常规检查 排除感染与贫血情况。

(三)与疾病相关的健康史

1. 异常孕产史 既往有流产、早产史,本次妊娠期有阴道流血史者发生早产的可能性大。
2. 妊娠并发症或合并症 孕妇合并子宫畸形、子宫肌瘤,泌尿道、下生殖道感染或绒毛膜羊膜炎,以及妊娠并发症(如前置胎盘、胎盘早剥、羊水过多、多胎等)时易诱发早产。
3. 其他 孕期高强度劳动、吸烟、药物滥用或依赖、营养不良、精神过度紧张等也是早产的高危因素。

(四)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。护理人员应鼓励孕妇表达内心的感受,及时了解孕妇的心理状态,并通过孕妇与家属之间的互动评估家庭支持情况,了解整个家庭对早产的接受程度。

(五)治疗原则

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,并积极治疗并发症

和合并症,尽量维持妊娠至 34 周,密切监测胎儿情况,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。

二、主要护理诊断/合作性问题

1. 有新生儿受伤的危险 与早产儿发育不成熟有关。
2. 焦虑 与担心早产儿预后有关。
3. 自尊紊乱 与认为自己对早产的发生负有责任而又无力阻止早产有关。

三、护理措施

1. 预防早产 孕妇良好的身心状况可减少早产的发生,突然的精神创伤亦可诱发早产,因此应做好孕期保健工作,指导孕妇加强营养,保持平静的心情。避免诱发宫缩的活动,如抬举重物、性生活等。高危孕妇必须多卧床休息,以左侧卧位为宜,以减少宫缩并增加子宫血循环量,改善胎儿供氧,禁止性生活,慎做肛查和阴道检查等。定期产检,积极治疗泌尿、生殖道感染和妊娠期合并症,宫颈内口松弛者应于孕 14~16 周或更早些时间做宫颈内口环扎术,以防止早产的发生。

2. 药物治疗的护理 先兆早产的主要治疗为抑制宫缩,与此同时,还要积极治疗合并症和并发症。护理人员应明确具体药物的作用和用法,并能识别药物的副作用,以避免毒性作用的发生;同时,应对患者做相应的健康教育。常用抑制宫缩的药物有 3 类:

(1) β 肾上腺素受体激动剂:其作用为降低子宫肌肉对刺激物的应激性,使子宫肌肉松弛,抑制子宫收缩。常用药物有:利托君(ritodrine)、沙丁胺醇(salbutamol)等,其中利托君为国内首选、有效药物。此类药物的副作用为心跳加快、血压下降、血糖增高、恶心、出汗、头痛等,严重时可出现肺水肿、心力衰竭,危及孕妇生命。因此,用药期间应密切观察孕妇的心率、血压、宫缩变化,并限制输液量(每日不超过 2000mL),以免发生肺水肿。

(2)硫酸镁:镁离子直接作用于肌细胞,拮抗钙离子对子宫收缩的作用,使平滑肌松弛,抑制子宫收缩。一般采用 25%硫酸镁 20mL 加于 5%葡萄糖液 100~250mL 中,在 30~60min 内缓慢静脉滴注,然后以 1~2g/h 的剂量维持。

(3)前列腺素合成酶抑制剂:前列腺素有刺激子宫收缩和软化宫颈的作用,其抑制剂则有减少前列腺素合成的作用,从而抑制宫缩。常用药物有吲哚美辛及阿司匹林等。但此类药物可通过胎盘抑制胎儿前列腺素的合成与释放,使胎儿体内前列腺素减少,而前列腺素有维持胎儿动脉导管开放的作用,缺乏时导管可能过早关闭而导致胎儿血循环障碍,因此临床已较少用,必要时仅能在孕 34 周前短期(不超过 1 周)选用。

3. 预防新生儿合并症的发生 对于妊娠<34 周,1 周内有可能分娩的孕妇,应在分娩前按医嘱给孕妇糖皮质激素如地塞米松、倍他米松等,可促胎肺成熟,是避免发生新生儿呼吸窘迫综合征的有效步骤。

4. 控制感染 感染是早产的重要原因之一,应对未足月胎膜早破、先兆早产和早产临产孕妇做阴道分泌物细菌学检查,必要时做羊水感染相关指标检查。根据药敏试验选用对胎儿安全的抗生素治疗,对未足月胎膜早破者,预防性应用抗生素。

5. 为分娩做准备 如早产已不可避免,应尽早决定合理的分娩方式。同时,充分做好早产儿保暖和复苏的准备,临产后慎用镇静剂,避免发生新生儿呼吸抑制的情况;产程中给予孕

妇吸氧;新生儿出生后,立即结扎脐带,防止过多母血进入胎儿循环造成循环系统负荷过重的状况。

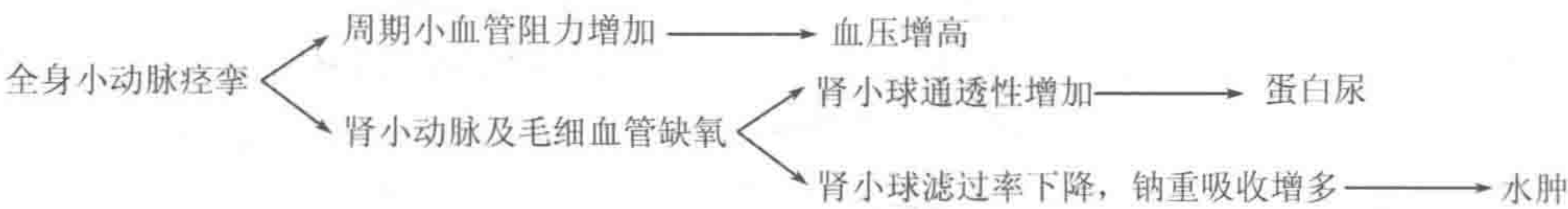
6. 心理护理 安排时间与孕妇进行开放式的讨论,让孕妇了解早产的发生并非她的过错,有时甚至是无缘由的。也要避免为减轻孕妇的负疚感而给予过于乐观的保证。由于早产是出乎意料的,孕妇及家属多无精神准备,孕妇产程中的孤独感、无助感尤为明显。因此,丈夫、家人和护士的陪伴、支持较足月分娩更显重要,并能帮助孕妇重建自尊,以良好的心态承担早产儿母亲的角色。

(王莉)

第四节 妊娠期高血压疾病的护理

妊娠期高血压疾病(hypertensive disorder complicating pregnancy)是妊娠与血压升高并存的一组疾病,发病率约 5%~12%。本病以妊娠 20 周以后出现高血压、蛋白尿、水肿为特征,并伴有全身多脏器的损害,严重时可出现抽搐、昏迷、心力衰竭、肾衰竭和弥散性血管内凝血,甚至发生母婴死亡。多数病例在分娩后血压、蛋白尿等症状随即消失。该组疾病严重影响母婴健康,也是孕产妇及围生儿死亡的重要原因之一。

全身小动脉痉挛是本病的基本病变。由于小动脉痉挛,造成管腔狭窄,周围阻力增大,内皮细胞损伤,通透性增加,体液和蛋白质渗漏,表现为血压上升、蛋白尿、水肿和血液浓缩等。全身各组织器官因缺血、缺氧而受到不同程度损害,严重时脑、心、肝、肾及胎盘等的病理生理变化可导致抽搐、昏迷、脑水肿、脑出血,心力衰竭、肾衰竭,肺水肿,肝细胞坏死及被膜下出血,胎盘绒毛退行性变、出血和梗死,胎盘早期剥离以及凝血功能障碍而导致 DIC 等。主要病理生理变化简示如下:



一、护理评估

(一)临床表现

1. 症状 高血压、蛋白尿、水肿是妊娠期高血压疾病的三大临床表现,严重时还可出现头痛、视物模糊、腹部不适等自觉症状。

(1)高血压:初测血压有升高者,需休息 1h 后再测,方能正确反映血压情况。同时不要忽略测得血压与其基础血压的比较。

(2)蛋白尿:应留取中段尿进行尿蛋白检查。凡 24h 尿蛋白定量≥300mg 或随机尿蛋白定性≥(+)定义为蛋白尿。由于蛋白尿的出现及量的多少反映了肾小管痉挛的程度以及肾小管细胞缺氧及其功能受损的程度,护士应给予高度重视。

(3)水肿:妊娠后期的水肿可能是由于下腔静脉受增大子宫压迫使血液回流受阻、营养不良性低蛋白血症以及贫血等引起。因此,妊娠期高血压疾病的水肿无特异性,水肿不作为妊娠期高血压疾病的诊断标准及分类依据。但是需要注意的是,体重异常增加是许多妊娠期高

血压疾病患者的首发症状,因此如果孕妇体重突然每周增加 $\geq 0.9\text{kg}$,或每月 $\geq 2.7\text{kg}$ 是子痫前期的信号,要加以重视。

(4)自觉症状:孕妇出现头痛、眼花、胸闷、恶心、呕吐等自觉症状时提示病情的进一步发展,即进入先兆子痫阶段,护士应高度重视。抽搐与昏迷是最严重的表现,护士应特别注意发作状态、频率、持续时间、间隔时间,神志情况以及有无唇舌咬伤、摔伤甚至骨折、窒息或吸入性肺炎等。

2. 临床分类 根据高血压出现和持续的时间以及病情严重程度的不同可以分为以下几种类型:

(1)妊娠期高血压:BP $\geq 140/90\text{mmHg}$,于妊娠期首次出现,并于产后12周内恢复正常,尿蛋白(一),少数患者伴有上腹不适或血小板减少,产后方可确诊。

(2)子痫前期

1)轻度:妊娠20周后出现BP $\geq 140/90\text{mmHg}$,尿蛋白 $\geq 0.3\text{g}/24\text{h}$,或随机尿蛋白(+);可伴有上腹不适、头痛、视物模糊等症状。

2)重度:BP $\geq 160/110\text{mmHg}$;尿蛋白 $\geq 2.0\text{g}/24\text{h}$ 或随机尿蛋白(++),血肌酐 $> 106\mu\text{mol/L}$,血小板 $< 100 \times 10^9/\text{L}$;出现微血管病性溶血(血LDH升高);血清ALT或AST升高,出现持续性头痛或其他脑神经或视觉障碍,持续性上腹不适等严重的自觉症状。

(3)子痫:在子痫前期基础上出现抽搐,或伴昏迷。子痫多发生于妊娠晚期或临产前,称产前子痫,少数发生于分娩过程中,称产时子痫;个别发生在产后24h内直至10d内,称产后子痫。

子痫典型发作过程先表现为眼球固定,瞳孔放大,瞬即头扭向一侧,牙关紧闭,继而口角及面部肌肉颤动,数秒后全身及四肢肌肉强直(背侧强于腹侧),双手紧握,双臂伸直,发生强烈的抽动。抽搐时呼吸暂停,面色青紫。持续1min左右,抽搐强度减弱,全身肌肉松弛,随即深长吸气,发出鼾声而恢复呼吸。抽搐临发作前及抽搐期间,患者神志丧失。病情转轻时,抽搐次数减少,抽搐后很快苏醒,但有时抽搐频繁且持续时间较长,患者可陷入深昏迷状态。在抽搐过程中易发生唇舌咬伤、摔伤甚至骨折等多种创伤,昏迷时呕吐可造成窒息或吸入性肺炎。

(4)慢性高血压并发子痫前期:高血压孕妇妊娠20周以前无蛋白尿,若孕20周后出现蛋白尿 $\geq 0.3\text{g}/24\text{h}$;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少($< 100 \times 10^9/\text{L}$)。

(5)妊娠合并慢性高血压:孕前或妊娠20周以前BP $\geq 140/90\text{mmHg}$,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。

(二)辅助检查

1. 尿常规检查 据蛋白定量确定病情严重程度,根据镜检出现管型判断肾功能受损情况。

2. 血液检查

(1)测定血红蛋白、红细胞压积、血浆黏度、全血黏度以了解血液浓缩程度;重症患者应测定血小板计数、凝血时间,必要时测定凝血酶原时间、纤维蛋白原和鱼精蛋白副凝试验(3P试验)等,以了解有无凝血功能异常。

(2)测定血电解质及二氧化碳结合力,以及时了解有无电解质紊乱及酸中毒。

(3)肝、肾功能测定:如进行谷丙转氨酶、血尿素氮、肌酐及尿酸等测定。

3. 眼底检查 重度妊娠期高血压疾病患者,眼底小动脉痉挛,动静脉比例可由正常的 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。

4. 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。

(三)与疾病相关的健康史

1. 年龄 年轻孕产妇(年龄 ≤ 20 岁)或高龄孕产妇(年龄 ≥ 40 岁)妊娠期高血压疾病的发病率有所升高。

2. 既往慢性病史 有慢性高血压,慢性肾炎、糖尿病等病史的孕妇发病风险增高。

3. 孕产史 多胎妊娠、首次怀孕、妊娠间隔时间 ≥ 10 年的孕妇发生妊娠期高血压疾病的危险性有所增加。

4. 家族史 家族中有高血压史,尤其是孕妇之母或姐妹有重度子痫前期病史者,其发病风险明显增高。

5. 其他 营养不良(如贫血、低蛋白血症者)、体形矮胖、子宫张力过高(如羊水过多、多胎妊娠、糖尿病巨大儿等)、精神过分紧张或受刺激等都是妊娠期高血压疾病的高危因素。

(四)心理社会状况

妊娠期高血压疾病孕妇的心理状态与病情的严重程度密切相关。轻度妊娠期高血压疾病孕妇由于身体上未感明显不适,心理上往往易忽略,不予重视。随着病情的发展,当血压明显升高,出现自觉症状时,孕妇紧张、焦虑、恐惧的心理也会随之加重。此外,孕妇的心理状态还与孕妇对疾病的认识以及其支持系统的认知与帮助有关。

(五)治疗原则

妊娠期高血压疾病治疗的基本原则为镇静、解痉、降压,合理扩容及利尿,适时终止妊娠,积极防止发生子痫及并发症。根据病情程度不同,处理原则略有不同。

1. 妊娠期高血压 加强孕期监测,定期门诊随访。保证休息,合理饮食,间断吸氧,密切监护母儿状况,经过一般处理病情基本可以得到控制,若血压升高,可予以降压治疗。

2. 子痫前期 应住院治疗,以防止子痫及并发症的发生。除一般处理外,还要进行解痉、降压、镇静等治疗,密切监测母儿情况,必要时终止妊娠。

(1)常用的治疗药物:①解痉:以硫酸镁为首选药物。硫酸镁有预防和控制子痫发作的作用,适用于子痫前期和子痫患者。②镇静:适用于用硫酸镁有禁忌或疗效不明显时,但分娩时应慎用,以免药物通过胎盘导致对胎儿的抑制作用。常用药物有地西泮和冬眠合剂。③降压:仅适用于血压过高,特别是舒张压高的患者,舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ 或平均动脉压 $\geq 140\text{mmHg}$ 者。常用药物有卡托普利、肼屈嗪等。④扩容:扩容应在解痉的基础上进行,扩容治疗时,应严密观察脉搏、呼吸、血压及尿量,防止肺水肿和心力衰竭的发生。常用的扩容剂有:人血白蛋白、全血、平衡液和低分子右旋糖酐等。⑤利尿:仅用于全身性水肿、急性心力衰竭、肺水肿、脑水肿者。用药过程中应严密监测患者的水和电解质平衡情况以及药物的毒副反应。常用的药物有呋塞米、甘露醇等。

(2)适时终止妊娠:是治疗妊娠期高血压疾病的有效措施。

终止妊娠的指征:①妊娠期高血压、轻度子痫前期的孕妇可期待至 37 周以后。②重度子痫前期孕妇:妊娠 < 26 周经治疗病情不稳定者建议终止妊娠,妊娠 26~28 周根据母胎情况及当地母儿诊治能力决定是否期待治疗;妊娠 28~34 周,经积极治疗 24~48h 仍无明显好转

者,用地塞米松促胎肺成熟后终止妊娠;妊娠 ≥ 34 周者,胎儿成熟后可考虑终止妊娠。③子痫控制 2h 后可考虑终止妊娠。

终止妊娠的方式:应根据母儿的具体情况而决定,对于母儿状况良好、宫颈条件成熟者可经阴道试产;对于宫颈条件不成熟、短时间内不能经阴道分娩者,可考虑放宽剖宫产指征。

3. 子痫 控制抽搐,纠正缺氧和酸中毒,控制血压,适时终止妊娠。

二、护理措施

1. 一般护理

(1)保证休息:轻度妊娠期高血压疾病孕妇可在家休息,但需注意适当减轻工作,创造安静、清洁环境,以保证充分的睡眠(8~10h/d)。在休息和睡眠时以左侧卧位为宜,在必要时也可换成右侧卧位,但要避免平卧位,其目的是解除妊娠子宫对下腔静脉的压迫,改善子宫胎盘的循环。此外,护士及家属应帮助孕妇合理安排工作和生活,避免其劳累。

(2)调整饮食:指导孕妇合理饮食,摄入足够的蛋白质、维生素及富含铁、钙和锌等微量元素的食品,减少过量脂肪和盐的摄入。食盐不必严格限制,因为长期低盐饮食可引起低钠血症,易发生产后血液循环衰竭,而且低盐饮食也会影响食欲,减少蛋白质的摄入,对儿均不利。但全身水肿的孕妇应限制食盐。

(3)加强产前保健:积极开展围孕期及围生期保健工作,加强健康教育,使孕妇及家属了解妊娠期高血压疾病的危害,自觉进行产前检查,适当增加产前检查次数,必要时及时住院治疗。同时向孕妇及家属讲解妊娠期高血压疾病相关知识,便于病情发展时,孕妇能及时汇报,并督促孕妇每天数胎动,监测体重,及时发现异常,从而提高孕妇的自我保健意识并取得家属的支持和理解。

(4)心理护理:孕妇精神放松、心情愉快也有助于抑制妊娠期高血压疾病的发展。护理人员可以向孕妇提供有关疾病的信息,解释治疗及护理计划,耐心倾听患者的主诉,了解其心理反应,教会患者自我放松的方法,减轻其焦虑、紧张情绪,积极配合治疗护理。

2. 严密观察病情

(1)子痫前期孕妇需住院治疗,每天监测血压尤其是舒张压的变化,每日记录液体出入量,定期做尿常规及 24h 尿蛋白定量和定性检查,每日或隔日测体重。

(2)重视自觉症状:随时观察患者有无头晕、头痛、眼花、恶心、呕吐等自觉症状,一旦出现表示病情进展,应及时处理以防子痫的发生。床旁备好开口器、压舌板等物品,以便发生子痫时及时抢救,防止意外损伤。

(3)定期做眼底及其他相关检查,注意并发症的发生。

(4)加强胎儿监护:观察胎动、胎心了解胎儿宫内情况。遵医嘱间断吸氧,以改善全身主要脏器与胎盘的氧供。

3. 用药护理 硫酸镁是预防和控制子痫发作的首选药。镁离子能抑制运动神经末梢对乙酰胆碱的释放,阻断神经和肌肉间的传导,使骨骼肌松弛,从而预防和控制子痫发作,且对宫缩和胎儿均无不良影响。护士应明确硫酸镁的用药方法、毒性反应以及注意事项。

(1)用药方法:静脉给药结合肌内注射。①控制子痫:静脉用药:负荷剂量硫酸镁 2.5~5g,溶于 10%葡萄糖 20mL 静推(15~20min),或者 5%葡萄糖 100mL 快速静滴,继而 1~2g/h 静滴维持。或者夜间睡前停用静脉给药,改为肌内注射,用法:25%硫酸镁 20mL+2%利多

卡因 2mL 深部臀肌内注射。24h 硫酸镁总量 25~30g, 疗程 24~48h。②预防子痫发作: 负荷和维持剂量同控制子痫处理。用药时间长短依病情而定, 一般每日静滴 6~12h, 24h 总量不超过 25g。用药期间每日注意评估病情变化, 决定是否继续用药。

(2) 毒性反应: 硫酸镁的治疗浓度和中毒浓度相近, 因此在进行硫酸镁治疗时应严密观察其毒性作用, 并认真控制硫酸镁的入量。通常主张硫酸镁的滴注速度以 1g/h 为宜, 不超过 2g/h。硫酸镁过量会使呼吸及心肌收缩功能受到抑制, 危及生命。中毒现象首先表现为膝腱反射消失, 随着血镁浓度的增加可出现全身肌张力减退及呼吸抑制, 严重者心跳可突然停止。

(3) 注意事项: 护士应注意询问患者入院前是否使用过硫酸镁, 用药前和用药过程中除评估孕妇的血压外, 还应评估以下指标: ①膝腱反射必须存在。②呼吸不少于 16 次/min。③尿量每 24h 不少于 400mL, 或每小时不少于 17mL。尿少提示排泄功能受抑制, 镁离子易蓄积体内而发生中毒。出现毒性作用时应立即停用硫酸镁并静脉缓慢推注(5~10h) 10% 葡萄糖酸钙 10mL, 以便及时予以解毒。此外, 应尽可能将硫酸镁静脉给药安排在白天完成, 为保证硫酸镁的匀速、准确输注, 建议使用输液泵。

4. 子痫患者的护理 子痫为妊娠期高血压疾病最严重的阶段, 直接关系到母儿安危, 因此对子痫患者的护理极为重要。

(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, 必要时可加用强有力的镇静药物。

(2) 专人护理, 防止受伤: 在子痫发生后, 首先应保持患者的呼吸道通畅, 并立即给氧, 用开口器或于上、下磨牙间放置一缠好纱布的压舌板, 用舌钳固定舌头以防咬伤唇舌或舌后坠的发生。使患者取头低侧卧位, 以防黏液吸入呼吸道或舌头阻塞呼吸道, 也可避免发生低血压综合征。必要时, 用吸引器吸出喉部黏液或呕吐物, 以免窒息。在患者昏迷或未完全清醒时, 禁止给予一切饮食和口服药, 防止误入呼吸道而致吸入性肺炎。

(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, 以避免声、光刺激; 一切治疗活动和护理操作尽量轻柔且相对集中, 避免刺激患者诱发抽搐。

(4) 严密监护: 密切注意血压、脉搏、呼吸、体温及尿量(留置尿管), 记出入量。及时进行必要的血、尿化验和特殊检查, 及早发现脑出血、肺水肿、急性肾衰竭等并发症。

(5) 为终止妊娠做好准备: 子痫发作者往往在发作后自然临产, 应严密观察及时发现产兆, 并做好母子抢救准备。如经治疗病情得以控制仍未临产者, 应在孕妇清醒后 24~48h 内引产, 或子痫患者经药物控制后 2h, 需考虑终止妊娠。护士应做好终止妊娠的准备。

5. 产时及产后护理

(1) 产时护理: 妊娠期高血压疾病患者的分娩方式应根据母儿的情形而定。若决定经阴道分娩, 在第一产程中, 应密切监测患者的血压、脉搏、尿量、胎心及子宫收缩情况以及有无自觉症状, 血压升高时应及时与医师联系。在第二产程中, 应尽量缩短产程, 避免产妇用力, 初产妇可行会阴侧切并用产钳或胎吸助产。在第三产程中, 须预防产后出血, 在胎儿娩出前肩后立即静脉推注缩宫素(禁用麦角新碱), 及时娩出胎盘并按摩宫底, 观察血压变化, 重视患者的主诉。病情较重者于分娩开始即需开放静脉。胎儿娩出后测血压, 病情稳定者, 方可送回病房。

(2) 产后护理: 重症患者产后应继续硫酸镁治疗 1~2d, 产后 24h 至 5d 内仍有发生子痫的可能, 故不可放松治疗及护理措施。妊娠期高血压疾病患者在产褥期仍需继续监测血压, 产