

涂红星 胡珍 主编

妇产科疾病

护理要点解析



FUCHANKE
JIBING HULI YAODIAN JIEXI



长江出版传媒
湖北科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

妇产科疾病护理要点解析/涂红星, 胡珍主编. —武汉: 湖北科学技术出版社, 2014. 5
ISBN 978-7-5352-6749-8

I. ①妇… II. ①涂… ②胡… III. ①产科学—护理学 IV. ①473.71

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 097869 号

责任编辑: 陈兰平

封面设计: 戴 旻

出版发行: 湖北科学技术出版社
地 址: 武汉市雄楚大街 268 号
(湖北出版文化城 B 座 13—14 层)
网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

电话: 027—87679439
邮编: 430070

印 刷: 武汉新新城际数字出版印刷技术有限公司

邮编: 430070

787×1092 1/16 13.625 印张
2014 年 5 月第 1 版

350 千字
2014 年 5 月第 1 次印刷
定价: 40.00 元

本书如有印装质量问题 可找本社市场部更换

《妇产科疾病护理要点解析》

编 委 会

主 审 花 芸

主 编 涂红星 胡 珍

副主编(以姓氏笔画为序)

王 芳 李 娜 李 娜(小)

袁丽芬 雷凤琼

编 委(以姓氏笔画为序)

刘芮言 许 渝 吴红玲 张 华 李 轶

李小丹 许 敬 杨 艳 杨泳茹 杨湘妹

汪捷峰 沈湘云 肖 婷 陈 芳 陈 思

陈 慧 周 倩 周 琳 范 丽 郑智慧

施湘云 胡 丽 胡 敏 赵 慧 唐婷婷

袁 静 黄玉芳 黄依佩 黄晓婷 黄砚屏

曹 瑜 程 艳

前 言

随着医学教育综合改革的不深入,如何将护理学教育发展跟医药卫生事业发展进行更深入的结合、培养更加适应临床护理需求的新型护理人才、全面提高护理人才的培养质量、为发展临床护理事业提供更加坚实的人才保障,已成为目前临床护理工作当中的另一重点。

妇产科护理学与其他护理学科略有不同,是一门专业性较强的护理学科,其疾病特点鲜明、专科护理独特。随着妇产科学的迅速发展,如何正确地分析、理解妇产科护理要点,在临床护理实践中起着至关重要的作用。不断加强临床护理操作技能、不断吸收新的妇产科疾病相关知识内容,已然成为每个妇产科护理人员的学习重点。

本书基于以上现状,在体现“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)的基础上进行编写。全书分为妇产科门诊护理、产科产前护理、产科产后护理、妇科护理以及手术室护理路径5个章节,囊括了妇产科常见疾病以及常见护理内容,分别从病因和发病机制、临床表现、实验室检查、治疗与护理、健康教育等多个方面进行了详细的讲解,旨在加强护理工作者对于妇产科常见疾病相关内容的理解,培养护理人员的评判性思维及能力,以保证临床护理安全,促进临床护理质量的不断提高。

在本书的编写过程中,得到全体编者的大力支持,谨表诚挚谢意!

本书内容和编排难免有不妥之处,殷切希望使用本教材的妇产科同仁给予指正,以便及时改进。

2014年5月

目 录

第一章 妇产科门诊护理常规	(1)
第一节 早期妊娠诊断	(1)
第二节 产前检查	(2)
第三节 四步触诊法	(5)
第四节 电子胎儿监测	(6)
第五节 药物流产	(6)
第六节 手术流	(8)
第七节 可视无痛宫腔操作	(9)
第八节 诊断性刮宫术	(11)
第九节 宫内节育器放置术	(12)
第十节 宫内节育器取出术	(14)
第十一节 阴道镜检查术	(15)
第十二节 宫腔镜检查术	(17)
第十三节 子宫颈聚焦超声	(18)
第十四节 输卵管通液术	(20)
第十五节 盆底康复治疗	(21)
第二章 产科产前护理常规	(23)
第一节 中、晚期妊娠护理	(23)
第二节 过期妊娠	(23)
第三节 多胎妊娠	(25)
第四节 先兆早产	(26)
第五节 胎膜早破	(28)
第六节 胎儿窘迫	(30)
第七节 前置胎盘	(32)
第八节 胎盘早期剥离	(35)
第九节 子宫破裂	(37)
第十节 妊娠期高血压疾病	(39)
第十一节 妊娠合并糖尿病	(41)
第十二节 妊娠合并心脏病	(43)
第十三节 妊娠合并贫血	(45)
第十四节 妊娠合并特发性血小板减少性紫癜	(47)
第十五节 妊娠合并病毒性肝炎	(48)
第十六节 妊娠合并肺结核	(50)
第十七节 妊娠期肝内胆汁淤积症	(52)

第十八节	妊娠合并急性胆囊炎	(53)
第十九节	妊娠合并急性肾盂肾炎	(55)
第二十节	妊娠合并慢性肾小球肾炎	(57)
第二十一节	妊娠合并甲状腺功能亢进	(58)
第二十二节	妊娠合并阑尾炎	(60)
第二十三节	妊娠合并急性胰腺炎	(61)
第二十四节	妊娠合并弓形虫病	(64)
第二十五节	妊娠合并尖锐湿疣	(65)
第二十六节	妊娠合并巨细胞病毒感染	(66)
第二十七节	妊娠合并淋病	(68)
第二十八节	妊娠合并梅毒	(69)
第二十九节	妊娠合并生殖道沙眼衣原体感染	(71)
第三十节	妊娠合并生殖器疱疹	(72)
第三章	产科产后护理常规	(74)
第一节	正常分娩	(74)
第二节	剖宫产分娩产妇	(76)
第三节	产后出血	(78)
第四节	子宫复旧不全	(82)
第五节	产褥感染	(84)
第六节	产褥期抑郁症护理	(86)
第七节	产褥期乳房护理	(87)
第八节	产褥期急性乳腺炎护理	(88)
第九节	新生儿护理	(89)
第十节	母乳喂养	(90)
第十一节	异常妊娠产后护理	(93)
第四章	妇科护理常规	(100)
第一节	妇科一般护理常规	(100)
第二节	妊娠剧吐	(100)
第三节	自然流产	(102)
第四节	异位妊娠	(106)
第五节	外阴部炎症	(110)
第六节	子宫颈炎症	(114)
第七节	盆腔炎性疾病	(118)
第八节	子宫内膜异位症	(122)
第九节	子宫腺肌病	(126)
第十节	子宫脱垂	(128)
第十一节	压力性尿失禁	(131)
第十二节	外阴肿瘤	(134)
第十三节	子宫颈癌	(136)
第十四节	子宫肌瘤	(139)

第十五节 子宫内膜癌	(143)
第十六节 卵巢肿瘤	(146)
第十七节 输卵管肿瘤	(149)
第十八节 功能失调性子宫出血	(150)
第十九节 葡萄胎	(155)
第二十节 侵蚀性葡萄胎	(157)
第二十一节 绒毛膜癌	(160)
第二十二节 外阴、阴道手术	(163)
第二十三节 妇科腹部手术护理常规	(165)
第二十四节 腹腔镜手术	(166)
第二十五节 妇科化疗护理	(168)
第五章 手术室护理路径	(169)
第一节 妇科手术常用切口	(169)
第二节 健康教育临床护理路径在妇产科手术中的应用	(169)
第三节 剖宫产手术护理路径	(170)
第四节 二次剖宫产、双侧输卵管结扎手术护理路径	(172)
第五节 阴式子宫切除术护理路径	(174)
第六节 经腹子宫切除及周围淋巴结清扫护理路径	(177)
第七节 乙状结肠代阴道护理路径	(179)
第八节 腹腔镜宫外孕开窗取胚术护理路径	(183)
第九节 腹腔镜卵巢囊肿剥除术护理路径	(185)
第十节 腹腔镜子宫切除术护理路径	(186)
第十一节 宫腔镜纵膈子宫电切术护理路径	(189)
第十二节 宫腹腔镜联合输卵管探查护理路径	(191)
第十三节 输卵管吻合护理路径	(193)
第十四节 宫腔镜输卵管再通护理路径	(194)
附录 各种手术包	(197)
参考文献	(209)

第一章 妇产科门诊护理常规

第一节 早期妊娠诊断

早期妊娠也称早孕,是胚胎形成、胎儿器官分化的重要时期,因此早期诊断主要是确定妊娠、胎数、胎龄,排除异位妊娠等病理情况。

【病史与症状】

(1) 停经。生育年龄已婚妇女,平时月经周期规则,一旦月经过期 10 日或以上,应疑为妊娠。若停经已达 8 周,妊娠的可能性更大。停经可能是妊娠最早与最重要的症状。停经不一定是妊娠,应予以鉴别。哺乳期妇女月经虽未恢复,仍可能再次妊娠。

(2) 早孕反应。约半数妇女于停经 6 周左右出现畏寒、头晕、乏力、嗜睡、流涎、食欲不振、喜食酸物或厌恶油腻、恶心、晨起呕吐等症状,称早孕反应(morning sickness)。恶心、晨起呕吐与体内雌激素增多、胃酸分泌减少以及胃排空时间延长可能有关。早孕反应多于妊娠 12 周左右自行消失。

(3) 尿频。于妊娠早期出现尿频,系增大的前倾子宫在盆腔内压迫膀胱所致。约在妊娠 12 周以后,当宫体进入腹腔不再压迫膀胱时,尿频症状自然消失。

【检查与体征】

(1) 乳房的变化。自妊娠 8 周起,受增多的雌激素及孕激素影响,乳腺腺泡及乳腺小叶增生发育,使乳房逐渐增大。孕妇自觉乳房轻度胀痛及乳头疼痛,初孕妇较明显。哺乳期妇女一旦受孕,乳汁分泌明显减少。检查见乳头及其周围皮肤(乳晕)着色加深,乳晕周围有蒙氏结节显现。

(2) 生殖器官的变化。于妊娠 6~8 周行阴道窥器检查,可见阴道壁及宫颈充血,呈紫蓝色。双合诊检查发现宫颈变软,子宫峡部极软,感觉宫颈与宫体似不相连称黑加征(Hegar sign)。随妊娠进展,宫体增大变软,最初是子宫前后径变宽略饱满,于妊娠 5~6 周宫体呈球形。至妊娠 8 周宫体约为非孕宫体的 2 倍,妊娠 12 周时约为非孕宫体的 3 倍。当宫底超出骨盆腔时,可在耻骨联合上方触及。

【辅助检查】

(1) 超声检查

1) B 型超声显像法:是检查早期妊娠快速准确的方法。在增大的子宫轮廓中,见到来自羊膜囊的圆形光环(妊娠环),妊娠环内为液性暗区(羊水)。最早在妊娠 5 周时见到妊娠环。若在妊娠环内见到有节律的胎心搏动和胎动,可确诊为早期妊娠、活胎。

2) 超声多普勒法:在增大的子宫区内,用超声多普勒仪能听到有节律、单一高调的胎心音,胎心率多在 150~160 次/分,可确诊为早期妊娠且为活胎,最早出现在妊娠 7 周时。此外,还可听到脐带血流音。

(2) 妊娠试验:孕妇尿液含有 HCG,用免疫学方法(临床多用试纸法)检测,若为阳性,在

白色显示区上下呈现两条红色线,表明受检者尿中含 HCG,可协助诊断早期妊娠。

(3) 黄体酮试验利用孕激素在体内突然撤退能引起子宫出血的原理,对月经过期可疑早孕妇女,每日肌注黄体酮注射液 20 卩,连用 3 日,停药后 2~7 日内出现阴道流血,提示体内有一定量雌激素,注射孕激素后子宫内膜由增生期转为分泌期,停药后孕激素水平下降致使子宫内膜剥脱,可以排除妊娠。若停药后超过 7 日仍未出现阴道流血,则早期妊娠的可能性很大。

(4) 宫颈黏液检查:宫颈黏液量多质稠,涂片干燥后光镜下见到排列成行的椭圆体,不见羊齿植物叶状结晶,则早期妊娠的可能性大。

(5) 基础体温测定:双相型体温的妇女,高温相持续数日不见下降,早期妊娠的可能性大。高温相持续 3 周以上,早孕的可能性更大。基础体温曲线能反映黄体功能,但不能反映胚胎情况。

尽管经产妇自己有时也能作出早期妊娠的诊断,但当就诊时停经日数还少,常需根据病史、体征及辅助检查结果综合判断,才能确诊早孕。对临床表现不典型者,应注意与卵巢囊肿、囊性变的子宫肌瘤以及膀胱尿潴留相鉴别。注意不应将妊娠试验阳性作为唯一的诊断依据,因可能出现假阳性。尽管免疫学方法(试纸法)的敏感度极高,也应结合病史、体征以及 B 型超声结果,以免误诊。

【护理措施】

(1) 了解孕妇身体的一般变化,告知产前检查的意义及重要性。

(2) 加强心理护理,鼓励孕妇保持心情愉快、轻松。给予精神鼓励和支持,以减少心理的困扰和忧虑。

(3) 多数孕妇妊娠早期都会出现早孕反应,在此期间应避免空腹,食用清淡饮食,避免油炸、难以消化或引起不舒服气味的食物。

(4) 妊娠早期因子宫增大会出现尿频尿急的症状,指导孕妇无需通过减少液体摄入量的方式来缓解症状,有尿意时应及时排空。

【健康教育】

(1) 熟悉异常症状的判断,出现腹痛、胸闷、心悸、气短、阴道突然流血等症状,应立即就医。

(2) 指导孕妇合理饮食,告知孕妇的营养直接或间接影响胎儿的生长,选择易消化、无刺激性的食物,避免烟、酒、浓咖啡、浓茶,忌辛辣食品。

(3) 保持个人的清洁和舒适,不宜穿过紧的衣服和袜带,以免影响血液循环及胎儿发育。

(4) 避免长时间的工作和重体力劳动,保证充足的休息及睡眠。教会孕妇测量基础体温。

(5) 妊娠前 3 月避免性生活,以防流产及感染。

第二节 产 前 检 查

为妊娠期妇女提供一系列的医疗、护理建议和措施,目的是通过对孕妇和胎儿的监护及早预防和发现并发症,减少其不良影响,提高妊娠质量,减少出生缺陷。在此期间提供正确的检查手段和医学建议是降低孕产妇死亡率和围产儿死亡率的关键。

【检查时间】

一般情况下 6~8 周进行首次产检为宜,孕期需 9~11 次规范化产检,分别是 6~13 周、14~19 周、20~23 周、24~27 周、18~31 周、32~36 周、37~41 周;既往未生育过者,还应在 25 周、31 周、40 周分别增加 1 次,共计 10 次。高危孕妇检查次数增多,具体情况按照病

情差异酌情检查。

【检查内容】

1. 询问病史

内容包括年龄、胎产次、职业、月经史,了解初潮年龄及月经周期,若为经产妇,应了解以往分娩情况,有无难产史、死胎死产史,分娩方式,末次分娩或流产日期,新生儿情况,既往史有无高血压、心脏病等;本次妊娠过程,出现早孕反应的时间、程度,有无发热、病毒感染和其他不适,用药情况等;丈夫健康情况,双方家族史中需要注意有无出生缺陷和遗传病,对于相关的疾病需要进行记录。

2. 推算预产期

按末次月经第一日算起,月份数字减3或加9,日数加7。需要注意月经不规律的孕妇由于排卵时间的异常而不能机械使用本方法确定预产期,可以根据早孕反应出现的时间,胎动开始时间,宫底高度等进行判定,必要时需要行超声核对孕周。

3. 全身检查

(1) 身高和体重/体重指数(BMI):一般来讲,身材矮小的孕妇骨盆狭窄的机会增加,而BMI值与妊娠预后有相关性,BMI指数高者孕期需要警惕妊娠期高血压糖尿病等并发症发生。

(2) 血压测量,了解患者基础血压情况对于评估和判断妊娠期循环系统的耐受性具有重要的意义,如慢性高血压的患者需要早期积极控制血压在生活和饮食方面需要得到更为专业的指导。

(3) 口腔检查:目前的研究表明牙周炎与感染性早产有密切的相关性,因此孕期牙齿的保健非常重要,当然计划妊娠前对于口腔疾病进行彻底治疗是非常重要的。

(4) 心肺的听诊:了解心脏有无杂音,肺部有无基础病变,尤其是既往有心肺疾病病史的孕妇在妊娠期负担明显加重,需要进行进一步的心肺功能的评估。

(5) 下肢有无水肿:正常孕妇往往会有膝部以下的水肿而且休息后消退,如不消失而且伴有体重增加过多,则需要警惕妊娠期高血压疾病的发生。

4. 产科检查

(1) 测量宫高与腹围:宫高是指耻骨联合上缘至子宫底部的距离。宫底超过正常孕周的范围时,需要考虑是否为双胎妊娠,巨大儿以及羊水过多,尤其是胎儿畸形引起的羊水量的异常增多。腹部过小则需要注意是否存在胎儿宫内发育受限,胎儿畸形等。

(2) 胎心音听诊:胎心音往往在胎儿的背侧听诊比较清楚,当子宫壁较敏感,或者肥胖等其他原因导致的胎位评估困难者有一定的帮助。

(3) 阴道及宫颈检查:阴道检查往往在早孕期6~8周期间进行,需要注意无孕前检查的孕妇需要进行常规的宫颈细胞学检查以排除宫颈病变,如果发现有宫颈细胞学的异常需要酌情行阴道镜检查。在孕晚期可以在进行阴道检查的同时进行骨盆测量,骨盆测量中最为重要的径线是坐骨结节间径,即骨盆出口平面的横径,如出口平面正常可以选择阴道试产。骨盆外测量目前已经废弃不用。

5. 辅助检查及其临床意义

(1) 血常规:一般在早孕期和晚孕期30周进行血常规的检查。孕妇血液稀释,红细胞计数下降,血红蛋白值降至110g/L为贫血。白细胞自孕7~8周开始增加,至30周增加至高峰,有时可以达到 $15 \times 10^9/L$,主要是中性粒细胞增加,需要与临床感染性疾病进行鉴别。孕晚期检查血常规注意有无出现贫血,及时补充铁剂。

(2) 尿常规: 孕期尿常规与非孕期一致,但由于阴道分泌物增多可能会对于结果有一定的干扰,在孕中晚期需要注意尿蛋白的情况。每次产前检查的时候均需要进行尿常规的检查。

(3) 肝肾功能检查: 妊娠期肝肾负担加重,需要了解早孕期肝肾功能状态,如存在基础病变需要进一步的检查,明确疾病的类型,评估妊娠风险。有些妊娠并发症如先兆子痫和妊娠期急性脂肪肝均可以累及肝肾功能。在早孕期和晚孕期需要监测两次。

(4) 梅毒血清学检查: 患梅毒后妊娠的孕妇需要在孕期进行检查,如早期妊娠感染梅毒需要根据情况给予治疗,减少梅毒病原体对于胎儿的损害。

(5) 乙型肝炎表面抗原: 乙肝病毒可以通过母胎传播而导致新生儿乙肝病毒感染,因此在早孕期即需要进行筛查,不提倡孕期进行乙肝免疫球蛋白的阻断,生后需要进行主动免疫联合被动免疫预防新生儿肝炎。

(6) ABO 及 Rh 血型: 主要与判断和预防母儿血型不合有关,中国人 Rh 阴性血较为罕见(3‰~4‰)。测定血型是因 Rh 阴性的孕妇由于丈夫为 Rh 阳性其胎儿血型为 Rh 阳性时出现母儿 Rh 血型不合,会引起胎儿的宫内水肿,严重时胎死宫内,需要给予及时治疗。ABO 血型系统出现胎儿溶血的风险相对小。

(7) HIV 筛查: 在早孕期进行筛查,对于阳性病例进行诊断,按照 HIV 感染处理指南进行积极的处理。

(8) 妊娠期糖尿病筛查: 根据卫生部妊娠期糖尿病行业标准的要求在妊娠 24~28 周应进行 75 g 糖耐量试验,如空腹血糖、服糖后 1 小时和 2 小时血糖只要有一项超过临界值即诊断妊娠期糖尿病,临界值分别为 5.1 mmol/L,10.2 mmol/L,8.5 mmol/L。对于高危妊娠的孕妇可以依据情况提前进行筛查或者重复筛查。

(9) 孕妇血清学筛查: 在各省市卫生局获资质认证的医院根据各医院不同的条件进行各种相关的血清学筛查试验。早孕期筛查试验是指妊娠 11~13+6 周,应采用超声测定胎儿颈部透明层厚度(NT)或综合检测 NT,母血 β -HCG 及妊娠相关血浆蛋白 A(PAPP-A),得出 Down 综合征的风险值。筛查结果为高危的孕妇,可考虑绒毛活检(CVS)进行产前诊断。中孕期筛查可等到妊娠中期再次血清学筛查后,可以结合早孕期的筛查结果或者独立计算罹患风险值,决定是否进行产前诊断。妊娠 14~20 周是中孕期筛查的窗口期,多为血清学二联筛查(AFP 和游离 β -HCG)或者三联筛查(AFP、游离 β -HCG、游离 mE3)。血清学筛查结果包括 21 三体,18 三体和神经管畸形的风险值,其中前 2 者需要进行染色体核型的进一步检查,而后者只需要进行系统的超声检查。

(10) 超声检查: 是妊娠期中最为重要的检查项目,在妊娠 7~8 周时超声检查有助于判断是否为宫内妊娠,如果此阶段并未出现阴道流血、腹痛等异常情况,建议第 1 次超声检查的时间安排在妊娠 11~13+6 周,在确定准确的孕龄同时测定胎儿颈部透明层厚度(NT)。妊娠 18~24 周时进行第 2 次超声检查,此时胎儿各器官的结构和羊水量最适合系统超声检查,全面筛查胎儿有无解剖学畸形,系统地检查胎儿头颅、颜面部、脊柱、心脏、腹部脏器、四肢、脐动脉等结构。妊娠中期染色体异常的超声软指标包括胎儿颈部透明层厚度、胎儿鼻骨缺失或者发育不良、肱骨股骨短小、肠管强回声、心脏结构异常、三尖瓣返流、心室内强回声光点、肾盂扩张、脉络膜囊肿等,通过以上检查可以提高胎儿非整倍体异常的检出率。妊娠 30~32 周进行第 3 次超声检查,目的是了解观察胎儿生长发育状况,胎盘位置及胎先露等。妊娠 38~40 周进行第 4 次超声检查,目的是确定胎盘的位置及成熟度、羊水情况、估计胎儿大小。正常情况下孕期按上述 4 个阶段做 4~5 次 B 超检查已足够,但孕期出现腹痛、阴道流血、胎动频繁或减

少、胎儿发育异常及胎位不清等,则需根据情况酌情增加检查次数。

(11) 电子胎心监护:妊娠 34~36 周开始,应每周进行 1 次电子胎心监护。37 周后根据情况,每周行 1~2 次。若系高危孕妇尤其存在胎盘功能下降风险者应增加胎心监护的次数。

(12) 心电图检查:首次产检和妊娠 32~34 周时,分别做 1 次心电图,由于在孕晚期存在血容量的增加需要了解孕妇的心脏功能的情况,必要时需要进行超声心动的检查。

第三节 四步触诊法

四步触诊法(four maneuvers of Leopold)是产前检查的常用方法,通过四步触诊法可以判定胎产式、胎先露、胎方位、胎先露是否衔接、子宫大小是否与孕周相符,并估计胎儿的大小和羊水量的多少。

【适应证】

妊娠 24 周以后。

【操作前准备】

检查者关闭门窗,遮挡屏风,注意手卫生;孕妇排空膀胱,取卧位于检查床上,暴露腹部,双腿略屈外展,腹肌放松。

【操作步骤】

- (1) 洗手后至检查床旁,解释四步触诊的目的。
- (2) 检查者温暖双手后方可操作。
- (3) 指导孕妇平卧,双腿屈膝,显露出腹部。(图 1-1)



图 1-1 四步触诊法示意图

(4) 第一步:检查者双手置于宫底部,了解子宫外形,测得子宫底高度,估计胎儿大小与妊娠周数是否相符。两手指腹相对交替轻推,分辨子宫底部胎儿部分,若为胎头则硬而有圆浮球感,若为胎臀则柔软、宽且不规则。

(5) 第二步:检查者双手平放于孕妇腹部两侧,一手固定,另一手轻按检查,两手交替辨别胎背及四肢,如触到平坦部分为胎背。

(6) 第三步:检查者右手置于耻骨联合上方,拇指与其他四指分开,轻轻深按并握住胎儿先露部,进一步查清是头或臀,左右推动胎先露确定是否与骨盆衔接。若胎儿先露部仍可左右移动,表示尚未衔接入盆。若不能移动,表明先露已衔接入盆。

(7) 第四步:检查者面向孕妇足端,两手放于先露部两侧,轻轻向骨盆入口方向深压,再次

核对胎先露部分与第一步手法判断是否相符,并确定胎先露部入盆程度。先露部为胎头时,一手可顺利进入骨盆入口,另手则被胎头隆起部阻挡,该隆起部称胎头隆突。枕先露时,胎头隆突为额骨,与胎儿肢体同侧;面先露时,胎头隆突为枕骨,与胎背同侧。

(8) 检查完毕协助孕妇整理好衣服,取舒适卧位。

(9) 洗手并记录。

第四节 电子胎儿监测

电子胎儿监测是胎心胎动宫缩图的简称,是应用胎心率电子监护仪动态监测胎心率的变化,也可了解胎心及胎动和宫缩之间的关系,评估胎儿宫内安危。可在妊娠 34 周开始,高危孕妇酌情提前。

【检查内容】

胎儿心率受交感神经和副交感神经调节,通过信号描记瞬间的胎心变化所形成的监护图形的曲线,可以了解胎动时、宫缩时胎心的反应,以推测宫内胎儿有无缺氧。从正常妊娠第 34 周开始每周做一次,正常胎心音 110 ~ 160 次/分,如果胎心音 160 次/分以上或持续 100 ~ 110 次/分都表示胎儿宫内缺氧,应及时治疗。

胎心异常表现:

胎儿正常的心率是在 110 ~ 160 次/分之间,若胎心率持续 10 分钟以上都 < 110/分或 > 160 分,称为心动过缓或心动过速。

【护理措施】

- (1) 向孕妇解释做电子胎儿监测的目的: 动态观察胎儿在宫腔内的反应。
- (2) 入室后协助孕妇取仰卧位。仰卧位综合征者取半坐位。告知所需大约时间。
- (3) 用四步触诊手法了解胎方位后将胎心探头、宫腔压力探头固定于孕妇腹部。
- (4) 胎儿反应正常时胎心监护只需做 20 分钟,异常时可根据情况酌情延长监护时间。
- (5) 医生做出报告,并将所做胎心监护曲线图粘贴于病历报告单上保存。
- (6) 帮助孕妇整理好衣服,取舒适的卧位。
- (7) 整理胎心监护用物。

第五节 药物流产

药物流产是用药物而非手术终止早孕的一种方法。优点是方法简便,不需宫腔操作,无创伤性。目前临床应用的药物为米非司酮和米索前列醇,两者配伍应用终止早孕完全流产率达 90% 以上。

【适应证】

(1) 确诊为正常宫内妊娠(末次月经停经天数 ≤ 49 天),自愿要求使用药物终止妊娠的健康妇女,年龄 < 40 岁。

(2) 高危人流的对象,比如生殖器官畸形(残角子宫除外)、严重骨盆畸形、宫颈发育不全或瘢痕子宫、哺乳期、多次人工流产等。(注意:这部分患者即使选择药物流产也有药流高危因素,相对药物流产的失败率和流产后出血的几率要高于没有高危因素的患者)。

(3) 对手术流产有顾虑或恐惧心理者。

【禁忌证】

(1) 米非司酮禁忌证: 肾上腺、糖尿病、甲状腺等内分泌疾患、肝肾功能异常、妊娠期皮肤瘙痒病史、血液病和血管栓塞病史、与甾体激素有关的肿瘤。

(2) 前列腺素禁忌证: 心血管系统疾病, 如二尖瓣狭窄、高血压、低血压、青光眼等; 胃肠功能紊乱、哮喘、癫痫、结肠炎等。

(3) 过敏体质者、妊娠剧吐者、长期服用抗结核、抗癫痫、抗抑郁、抗前列腺素等。

(4) 带器妊娠者、宫外孕。

(5) 每天吸烟超过 10 支或酗酒者。

(6) 生殖道炎症, 如阴道炎, 急性化脓性宫颈炎或亚急性宫颈炎, 急慢性盆腔炎、性传播疾病等, 未经治疗者。

【护理措施】

1. 口服米非司酮的护理

(1) 核对病历相关内容(患者姓名、年龄、术前化验、病史及禁忌证、高危因素、诊断 B 超结果)。

(2) 认真核实患者药物流产同意书签署情况。

(3) 向患者详细讲解药物流产的全过程、药物流产的成功率、失败后的处理措施。强调服药后需在医院观察的重要性。

(4) 口服米非司酮的方法

1) 服药前后 2 小时禁食禁饮, 服药时用冷水送服, 禁用热水, 避免影响药效。

2) 首次在医院服用米非司酮片 50 mg, 记录服药时间, 观察 30 分钟, 注意患者有无药物过敏反应, 如手、脚麻、皮疹、皮肤瘙痒、头晕、胸闷憋气等症状。

3) 告知患者剩余药的口服方法: ① 当日晚冷水口服 25 mg; ② 第 2 天晨冷水口服 25 mg, 晚冷水口服 25 mg; ③ 第 3 天晨冷水口服 25 mg 后, 禁食禁饮, 8:00 到医院口服米索。

(5) 服用米非司酮健康教育

1) 药物不良反应: 可能会导致恶心、呕吐、腹泻等消化道症状。

2) 阴道出血不多于月经量, 可继续服药, 并观察出血量, 及有无阴道排出物。

3) 出现下列情况, 须立即来医院就诊: 阴道出血多于月经量; 下腹剧烈疼痛; 阴道有宫腔物排出, 应保留排出物, 尽快就诊, 确认是否流产。

4) 患者服药第 3 日, 到医院口服米索, 必须家属陪同, 自备卫生用品, 注意保暖。

2. 口服米索前列醇的护理(图 1-2)

|(1) 服药前了解院外服米非司酮后反应, 阴道出血情况。若有组织物排出请医生核实后确定是否送病理。

(2) 为患者测体温。2 次体温超过 37.5℃ 以上者, 告知医生, 遵医嘱进行处理。



图 1-2 米索前列醇片

- (3) 根据医嘱口服米索,记录患者服药时间,指导患者活动,促进排出。
- (4) 注意倾听患者主诉,观察阴道出血情况,警惕有无药物过敏反应,如有异常,立即通知医生。
- (5) 及时核查妊娠物的排出,并请医生确认,记录胎囊排出时间、大小,患者阴道出血情况,监测生命体征并记录。
- (6) 流产后,继续观察 1 小时,观察阴道出血及生命体征变化,若无异常,告知医生方可离院。
- (7) 服药后的观察
 - 1) 流产:在服药的 6 小时内,排出胎囊。继续观察 1 小时,患者生命体征正常,阴道出血少于月经量,告知医生,预约好复查时间,方可离院。
 - 2) 阴道出血多于月经量:流产、未流产均有可能出现“阴道出血多于月经量”,应立即告知医生,并做好急诊清宫术准备。
- (8) 口服米索健康教育
 - 1) 口服米索后可能会导致:腹泻、腹痛、阴道出血、恶心、呕吐等症状,记录出现上述症状的次数,以便医护人员掌握患者流产过程中的情况。
 - 2) 服药后 1 小时内禁食,尽量多活动。
 - 3) 嘱患者将阴道排出物留在容器中,核实是否流产,并记录。
 - 4) 告知术后复诊时间:正常流产者,流产后第 14 天、下个月月经干净 3~7 天来医院复诊。
 - 5) 为患者做好避孕指导。

第六节 手术流产

适用于妊娠 10 周以内子宫。主要采用负压电吸引的方法,吸出早期妊娠产物即胚囊与蜕膜组织,称为人工流产负压吸引术或简称负压吸引术和钳刮术。

【适应证】

- (1) 妊娠在 10 周以内要求终止妊娠而无禁忌证者。
- (2) 因某些疾病或遗传性疾病不宜继续妊娠者。

【禁忌证】

- (1) 各种疾病的急性期阶段:急性心肌梗死、急性脑梗塞、急性肝炎、急性血液系统疾病、急性肾脏疾病、急性外科疾病等。生殖道炎症,如阴道炎,急性化脓性宫颈炎或亚急性宫颈炎,急慢性盆腔炎、性传播疾病等,未经治疗者。
- (2) 全身情况不良不能耐受手术者。
- (3) 术前两次体温在 37.5℃ 以上者。

【术前准备】

- (1) 询问病史:应详细询问病史、月经史、婚育史、特别注意有无停经史、早孕反应及以往流产史。详实的病史采集对于医生评价手术的难易程度,手术中操作的重点,减少手术并发症非常重要,不应隐瞒病史,以免发生不必要的手术并发症。
- (2) 体格检查:测体温、脉搏、血压,心肺听诊,行心电图检查。做妇科检查,了解子宫位置、大小,确定妊娠月份,排除生殖器官畸形,确定早孕诊断。

(3) B 超检查: 做 B 超确定宫内胚胎位置、大小, 排除宫外孕、剖宫产后瘢痕子宫再次妊娠、葡萄胎等病理妊娠, 并能提高手术准确性, 减轻损伤、防止残留。如胎囊过小手术容易发生漏吸, 故 1 周后复查 B 超再决定手术时机。

(4) 常规化验

1) 妊娠试验: 血或尿 HCG 测定。

2) 查血常规、评估阴道清洁度, 常规白带涂片, 分泌物培养, 排除阴道炎、宫颈炎、附件炎等常见生殖感染性疾病。如有异常, 应先治疗感染再行手术。

3) 查乙肝表面抗原, HIV, RPR, HCV 等。

【护理措施】

1. 术前护理

(1) 检查、核实患者手术知情同意书签署情况, 告知可能出现的情况, 做好心理护理。

(2) 核对病历相关内容(如患者姓名、年龄、手术名称、术前化验、病史及禁忌证、高危因素、诊断、B 超检查) 。

(3) 手术前常规测体温, 两次体温超过 37.5℃ 以上者暂停手术, 告知医生处理。

(4) 按医嘱进行术前用药, 并记录。

(5) 术前排空膀胱, 准备好卫生用品。

2. 术中护理

(1) 再次核对患者姓名、年龄、手术名称及 B 超结果等。

(2) 会阴及阴道消毒准备: 会阴冲洗、阴道灌洗。

(3) 术中配合医生查找并核对宫腔吸出物, 协助完成手术操作及术中用药治疗。

(4) 观察患者一般情况并安抚患者, 警惕羊水栓塞、子宫穿孔、子宫大出血、手术综合征等并发症的发生, 积极配合抢救。

(5) 术后送患者至观察室留观。

3. 术后护理

(1) 观察并记录患者的腹痛及阴道流血情况。

(2) 观察患者血压、脉搏等一般情况, 听取患者的主诉, 如有不适及时报告。

(3) 记录患者离室时间, 并签名。

(4) 健康教育

1) 1 个月内禁止性生活和盆浴, 保持外阴清洁。

2) 阴道出血时间少于 10 天为正常, 若超过 10 ~ 14 天, 或有腹痛、发热。若有腹痛及阴道流血情况增多随时就诊。

3) 多食高蛋白质、高维生素、易消化饮食。

4) 术后轻体力工作, 适当活动。

5) 育龄妇女注意避孕。

第七节 可视无痛宫腔操作

可视无痛宫腔手术, 即在麻醉、B 超监测下使患者在睡眠状态下施行宫腔操作术, 可消除患者的恐惧心理, 使其宫颈保持松弛状态。由于可视, 医生对宫腔内的情况一目了然, 可准确迅速进行手术操作, 不损伤正常组织, 减少人流综合征及并发症, 增加手术安全性。

【适应证】

可视无痛人流宫腔操作术包括负压吸引术、钳刮术、诊刮术、放置(取出)宫内节育器术等。

【术前检查准备】

除按宫腔操作常规准备(白带常规,B超检查)外,均须做心电图检查,血象检查。

【术前物品准备】

需麻醉科人员配合,并配有完善的抢救设备,如喉镜、气管导管、呼吸机(气囊)、心电监护、氧气、抢救药品等

【护理措施】

1. 术前护理

(1) 心理护理:护理人员针对每个受术者的不同心态,做好相应的心理护理,取得患者的信任与合作。术前宣教以消除恐惧、紧张心理,安定患者情绪为主,并向她们介绍手术的大致步骤,回答疑问,使她们明白只是小手术,受术者如配合好,避免紧张,手术完全可以顺利而安全地进行。

(2) 了解无痛人流手术适应证和禁忌证。

(3) 告知患者术前3天禁止性生活,准备卫生用品。

(4) 告知患者术前禁食禁饮6~8小时,防止全麻后误吸。

(5) 告知患者术前取下隐形眼镜、义齿、饰物和手表等物品,交家属保管。

(6) 核对手术知情同意书。

(7) 核对病历相关内容(如患者姓名、年龄、手术名称、白带常规心电图检查,血象检查,B超等)。

(8) 按医嘱进行术前用药。

(9) 向患者进行术前健康教育。

(10) 嘱患者术前排空膀胱,等待手术。

2. 术中护理

(1) 嘱患者更换手术室专用拖鞋及衣服。

(2) 消毒外阴、阴道。

(3) 开放静脉通道。

(4) 再次核对患者姓名、年龄、手术名称及各项检查结果等。

(5) 帮助患者取正确体位,腹部,膝关节部用约束带固定,防止坠落。

(6) 协助医生完成手术操作,配合查找、核对宫腔吸出物。严密观察患者的血压、呼吸、脉搏、保持呼吸道通畅,观察输液是否通畅。

(7) 警惕羊水栓塞、子宫穿孔、子宫大出血、心脑血管综合征等严重并发症的发生,积极配合抢救。

(8) 如为宫内节育器取出术,将取出的节育器放置好,以便患者清醒后与其核对。

3. 术后护理

(1) 患者未完全清醒前,取平卧位,头偏向一侧,保持呼吸道通畅,注意保暖。

(2) 严密观察患者神志恢复情况以及血压、脉搏、呼吸、阴道出血、静脉输液情况。

(3) 依据患者所做手术,为患者进行有针对性的健康教育。

(4) 嘱患者两小时后开始进食,进食易消化,高蛋白,高热量的饮食,禁冰冷、辛辣的饮食;术后24小时内禁止饮酒、驾车。休息1个月,禁重体力劳动;术后10天仍有阴道出血来门诊检查,