



妇产科 护理指南

中华护理学会第26届妇产科学专业委员会 编写

主编 姜 梅



妇产科 护理指南

中华护理学会第 26 届妇产科学专业委员会 编写

主 编 姜 梅

副主编 秦 瑛 罗碧如

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁 焱 (复旦大学附属妇产科医院) (特邀)

王玉琼 (成都市妇女儿童中心医院)

卢 契 (北京大学第三医院)

汪雪玲 (首都医科大学附属北京地坛医院)

张玲娟 (海军军医大学附属长海医院) (特邀)

罗碧如 (四川大学华西第二医院)

姜 梅 (首都医科大学附属北京妇产医院)

秦 瑛 (北京协和医院)

徐鑫芬 (浙江大学医学院附属妇产科医院)

黄 群 (上海交通大学医学院附属国际和平妇幼保健院)

熊永芳 (湖北省妇幼保健院)

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

妇产科护理指南 / 姜梅主编. —北京: 人民卫生出版社, 2017

ISBN 978-7-117-25674-2

I. ①妇… II. ①姜… III. ①妇产科学 - 护理学 - 指南 IV. ①R473.71-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 300032 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

妇产科护理指南

主 编: 姜 梅

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市博文印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 20

字 数: 348 千字

版 次: 2018 年 1 月第 1 版 2018 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-25674-2/R · 25675

定 价: 55.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

序 言

在万物丰茂的盛夏时节,非常高兴地看到了中华护理学会妇产科专业委员会姜梅主任委员率领的团队编写完成了《妇产科护理指南》一书,并即将与广大读者见面!

妇产科护理的服务对象为孕产妇、新生儿和妇女患者,而且其中大部分为围生期妇女。林巧稚先生曾经说过:妊娠不是病,但妊娠要防病。妇产科护理人员和助产士当以此为工作准则,积极开展围生期健康教育、延续护理,及时准确地评估和观察病情,为孕产妇健康、安全的妊娠和分娩保驾护航。即使是妇科疾病的患者,也与内科、外科女性患者的需求不同,她们需要考虑生育、女性特征以及家庭生活问题,承受着更多的内心痛苦,这需要护理人员给予更多的关爱和支持。值得欣慰的是,这些工作理念和护理措施在本书中均得到了全面体现。

近五年来,中华护理学会第26届妇产科专业委员会在姜梅主任委员的带领下,积极规范全国妇产科临床护理工作,努力推动我国妇产科护理学科发展。她们先后编写了《妇产科护士必读》《妇产科护理学习题集》(全国卫生专业技术资格考试习题集丛书)等,《妇产科护理指南》是她们在此基础上的又一力作。本书的编委们均为我国妇产科护理领域的知名专家,她们凝练经验,总结成果,突出了妇产科护理工作中的重点。同时,为适应现代妇产科学和妇产科护理学的快速发展,本书还增加了新生儿复苏、新生儿母亲床旁护理、母乳喂养、健康教育等方面的最新学术进展,相信本书一定能成为我国广大妇产科护理同仁的良师益友,也必将为进一步提升我国妇产科临床护理水平产生重要的推动作用!

中华护理学会副理事长 吴欣娟

2017年7月

前 言

妇女儿童的健康关系到家庭的和谐,社会的稳定。《中国妇女发展纲要(2011—2020年)》及《“健康中国2030”规划纲要》中明确了降低孕产妇死亡,提高妇女两癌筛查率,做好妇女儿童等重点人群的健康工作,使妇女在整个生命周期享有良好的基本医疗卫生服务,妇女的人均预期寿命延长是妇幼保健工作者当前的任务和努力的目标。近几年,产科临床出现的高危孕产妇逐渐增加,妇产科医务人员又面临着更大的挑战。为保证母婴安全,国家指出要提高孕产妇和新生儿危重症的救治能力,广泛开展产科与儿科医务人员的培训,增加产科医生和助产士的人力配置。妇产科临床护理和助产人员要更加努力提高自身理论知识和专业技能,才能更好地服务于广大妇女和新生儿以及她们的家庭。

近些年来,在妇产科医疗护理临床实践中,为保证母婴分娩结局良好、促进妇女患者康复,有许多新的循证依据在不断地促使我们护理和助产理念、技能的改变,尤其是在妇女妊娠、分娩期、产褥期。我们共同的努力目标是保证妇女儿童的安全和健康。

值此之际,中华护理学会第26届妇产科学专业委员会组织编写了《妇产科护理指南》一书,将新的服务理念和知识推送给大家。本书共五章,在妇产科疾病护理中,选择了妇科常见疾病、产科常见合并症和并发症等进行了编写。由于妇产科护理面对的人群除了患病妇女,还有一部分是妇女正常生理特殊时期的护理,她们在围生期过程中需要医务人员给予正确的指导和帮助,给予人文关怀和鼓励。因此,除妇产科疾病护理以外,还编写了正常孕产期妇女的专科护理、健康指导、新生儿护理和促进母乳喂养等方面的内容。

希望本书能为全国广大的妇产科护理、助产人员提供指导和帮助。愿我们能不断更新知识和技能,为促进中国妇女儿童的健康做出努力。

中华护理学会第26届妇产科学专业委员会

2017年7月

目 录

第一章 正常孕产期的护理	1
第一节 妊娠期护理.....	1
一、孕期管理.....	1
二、孕期营养.....	6
三、孕期常见症状的护理.....	9
四、孕期健康教育.....	12
第二节 分娩期护理.....	18
一、先兆临产护理.....	18
二、第一产程护理.....	18
三、第二产程护理.....	25
四、第三产程护理.....	36
五、分娩最初阶段护理.....	42
第三节 产科紧急情况的处理.....	44
一、紧急分娩.....	44
二、肩难产处理.....	46
三、新生儿窒息复苏.....	47
第四节 产褥期护理.....	53
第五节 新生儿母亲床旁护理.....	59
一、实施新生儿在母亲床旁护理的意义.....	59
二、实施新生儿母亲床旁护理的硬件条件.....	60
三、新生儿母亲床旁护理的具体实施.....	60
四、母婴同室的健康教育实施.....	62
五、新生儿母亲床旁护理的益处.....	64
六、母婴同室工作中预防新生儿感染措施.....	64
第二章 产科疾病护理	66
第一节 异常妊娠患者的护理.....	66

一、先兆流产患者的护理	66
二、异位妊娠患者的护理	68
三、先兆早产患者的护理	71
四、过期妊娠患者的护理	73
第二节 妊娠特有疾病护理	76
一、妊娠剧吐患者的护理	76
二、妊娠期高血压疾病患者的护理	79
三、HELLP 综合征患者的护理	84
四、妊娠期糖尿病患者的护理	86
五、妊娠期肝内胆汁淤积症患者的护理	89
第三节 妊娠合并内外科疾病护理	92
一、妊娠合并心脏病患者的护理	92
二、妊娠合并甲状腺功能异常患者的护理	94
三、妊娠合并贫血患者的护理	98
四、妊娠合并急性胰腺炎患者的护理	100
五、妊娠合并急性阑尾炎患者的护理	104
第四节 妊娠合并感染性疾病护理	108
一、妊娠合并梅毒患者的护理	108
二、妊娠合并病毒性肝炎患者的护理	112
三、妊娠合并获得性免疫缺陷综合征患者的护理	119
第五节 胎儿异常与双胞胎妊娠护理	122
一、双胞胎妊娠患者的护理	122
二、胎儿生长受限患者的护理	124
三、胎儿畸形患者的护理	127
四、胎儿窘迫患者的护理	129
五、死胎患者的护理	133
第六节 胎盘与胎膜异常护理	134
一、前置胎盘患者的护理	134
二、胎盘早剥患者的护理	138
三、胎膜早破患者的护理	141
第七节 羊水量与脐带异常护理	143
一、羊水过多患者的护理	143
二、羊水过少患者的护理	146

三、脐带异常患者的护理	148
第八节 异常分娩护理	150
一、产力异常患者的护理	151
二、产道异常患者的护理	154
三、胎位异常患者的护理	159
第九节 分娩期并发症护理	165
一、先兆子宫破裂患者的护理	165
二、产后出血患者的护理	167
三、羊水栓塞患者的护理	170
第十节 产褥期并发症护理	173
一、产褥感染患者的护理	173
二、产褥中暑患者的护理	175
三、产褥期抑郁症患者的护理	177
第三章 妇科疾病护理	180
第一节 外阴及阴道炎症护理	180
一、非特异性外阴炎患者的护理	180
二、前庭大腺炎(前庭大腺脓肿)患者的护理	181
三、滴虫阴道炎患者的护理	183
四、外阴阴道假丝酵母菌病患者的护理	185
五、细菌性阴道病患者的护理	188
六、萎缩性阴道炎患者的护理	189
七、婴幼儿阴道炎患者的护理	191
八、外阴恶性肿瘤患者的护理	192
九、外阴阴道创伤患者的护理	194
十、先天性无阴道患者的护理	196
第二节 子宫颈炎和盆腔炎性疾病护理	198
一、急性(慢性)子宫颈炎患者的护理	198
二、女性盆腔炎症性疾病患者的护理	199
三、生殖器结核患者的护理	200
第三节 子宫内膜异位症与子宫腺肌病护理	202
一、子宫内膜异位症患者的护理	202
二、子宫腺肌病患者的护理	204

第四节 盆底功能障碍性及生殖器官损伤疾病护理	207
一、阴道前壁膨出患者的护理	207
二、阴道后壁膨出患者的护理	211
三、子宫脱垂患者的护理	212
四、压力性尿失禁患者的护理	215
五、生殖道痿患者的护理	218
第五节 子宫颈肿瘤护理	224
一、子宫颈癌患者的护理	224
二、子宫颈上皮内瘤变患者的护理	226
第六节 子宫肿瘤护理	228
一、子宫肌瘤患者的护理	228
二、子宫内膜癌患者的护理	231
第七节 卵巢肿瘤护理	233
一、卵巢恶性肿瘤患者的护理	233
二、卵巢囊肿蒂扭转患者的护理	236
三、卵巢黄体破裂患者的护理	237
第八节 妊娠滋养细胞疾病护理	239
一、葡萄胎患者的护理	239
二、妊娠滋养细胞肿瘤患者的护理	242
第九节 生殖内分泌疾病护理	245
一、功能失调性子宫出血患者的护理	245
二、闭经患者的护理	246
三、不孕症患者的护理	248
四、痛经患者的护理	252
五、经前期综合征患者的护理	253
六、绝经期综合征患者的护理	254
七、多囊卵巢综合征患者的护理	256
八、体外受精患者的护理	257
第十节 妇科恶性肿瘤患者常见化疗并发症的护理	260
一、假膜性肠炎患者的护理	260
二、口腔溃疡患者的护理	263
三、骨髓抑制患者的护理	265

第四章 新生儿护理和新生儿常见症状的护理	268
第一节 正常新生儿护理.....	268
第二节 新生儿常见症状的护理.....	271
一、生理性体重下降.....	271
二、生理性黄疸.....	274
三、新生儿低体温.....	276
四、发热.....	279
五、呼吸困难.....	281
第五章 母乳喂养相关知识和常见问题护理	284
第一节 母乳喂养相关知识.....	284
一、母乳喂养的好处.....	284
二、分娩后皮肤接触及早开奶的重要性.....	286
三、母婴同室的重要性.....	286
四、母亲喂奶的体位及婴儿含接乳房的要点.....	286
五、按需哺乳的重要性.....	287
六、如何进行乳房护理,保证母亲有充足的乳汁	287
七、纯母乳喂养的重要性.....	289
八、婴儿6个月内,母乳代用品喂养带来的不利	289
九、婴儿6个月后增加辅食,继续母乳喂养的必要性	289
十、患艾滋病、乙型肝炎、结核等传染性疾病的母亲的婴儿喂养.....	290
第二节 母乳喂养中常见问题的护理.....	291
一、乳汁不足.....	291
二、乳房肿胀.....	293
三、乳头皲裂.....	295
四、乳汁分泌过多.....	297
五、乳头扁平或凹陷.....	298
六、乳房上痂垢的处理.....	299
参考文献	301

第一章

正常孕产期的护理

第一节 妊娠期护理

一、孕期管理

孕期管理包括定期产前检查、健康指导,明确孕妇和胎儿的健康状况、及时发现和处理异常情况、监护胎儿宫内情况,指导孕期营养和用药,保证孕妇和胎儿的健康直至安全分娩。

(一) 护理评估

1. 健康史评估

(1) 社会人口学资料:年龄小于 18 岁者容易发生难产,年龄 35 岁以上的高龄初产妇容易并发妊娠期高血压疾病、产力异常等;妊娠早期接触放射线、铅、汞、苯及有机磷农药者可发生流产、胎儿畸形;孕妇的受教育程度、婚姻状况、经济状况、宗教信仰、住址等均应进行评估。

(2) 目前健康状况:询问孕妇有无早孕反应,以及对饮食的影响程度;休息与睡眠情况、排泄情况、日常活动与自理情况;有无病毒感染史及用药情况;胎动开始时间;妊娠过程中有无阴道流血、头痛、心悸、下肢水肿等症状。

(3) 既往史:了解有无高血压、心脏病、糖尿病、甲状腺功能亢进、肝肾疾病、血液病等疾病史,有无手术史及手术名称;询问家族中有无高血压、糖尿病、遗传性疾病史;询问月经初潮的年龄、月经周期和月经持续时间,有助于准确推算预产期;了解既往的孕产史及其分娩方式,有无流产、早产、难产、死胎、死产、产后出血史。

(4) 配偶健康状况:重点了解有无烟酒嗜好及遗传性疾病。

2. 推算预产期 询问末次月经(LMP)的日期,推算预产期(EDC)。计算方法为:末次月经第一日起,月份减 3 或加 9,日期加 7。如为阴历,月份减 3 或加 9,日期加 15。实际分娩日期与推算的预产期可以相差 1~2 周。如孕妇

记不清末次月经,可根据早孕反应出现的时间、胎动开始时间、子宫底高度和B型超声检查的胎囊大小(GS)、胎头双顶径(BPD)及股骨长度(FL)值等推算预产期。

3. 身体评估

(1) 全身检查:观察发育、营养、精神状态、身高及步态。测量身高和体重,计算体质指数(BMI)。测量生命体征,正常孕妇血压不超过140/90mmHg,或与基础血压相比,升高不超过30/15mmHg。协助检查心肺有无异常,乳房发育情况,脊柱及下肢有无畸形。

(2) 产科检查:包括腹部检查、骨盆测量、阴道检查、肛诊和绘制妊娠图。检查前告知孕妇检查目的,注意保护隐私。

(3) 腹部检查:排尿后,孕妇仰卧于检查床上,头部稍抬高,露出腹部,双腿略屈曲分开,放松腹肌。检查者站在孕妇右侧。

1) 视诊:注意腹部大小及形状,有无妊娠纹、手术瘢痕。腹部过大者,应考虑双胞胎、羊水过多、巨大儿的可能;腹部过小、宫底过低者,应考虑胎儿生长受限、孕周推算错误等;如孕妇腹部向前突出(尖腹,多见于初产妇)或向下悬垂(悬垂腹,多见于经产妇),应考虑有骨盆狭窄的可能。

2) 触诊:注意腹壁肌肉的紧张度,有无腹直肌分离,注意羊水量的多少及子宫肌的敏感度。用手测宫底高度,用软尺测耻骨上方至子宫底的弧形长度及腹围值。用四步触诊法检查子宫大小、胎产式、胎先露、胎方位及先露是否衔接。在做前3步手法时,检查者面向孕妇,做第4步手法时,检查者应面向孕妇足端。

第一步:检查者双手置于子宫底部,了解子宫外形并摸清子宫底高度,估计胎儿大小与妊娠月份是否相符。然后以双手指腹相对轻推,判断子宫底部的胎儿部分,如为胎头则硬而圆且有浮球感,如为胎臀则软而宽且形状略不规则。

第二步:检查者两手分别置于腹部左、右两侧,一手固定,另一手轻轻深按检查,两手交替,分辨胎背及胎儿四肢的位置。平坦饱满者为胎背,可变形的高低不平部分是胎儿肢体。

第三步:检查者右手置于耻骨联合上方,拇指与其余4指分开,握住胎先露部,进一步查清是胎头或胎臀,并左右推动以确定是否衔接。如先露部仍高浮,提示尚未入盆;如已衔接则胎先露部不能推动。

第四步:检查者两手分别置于胎先露部的两侧,向骨盆入口方向向下深压,再次判断先露部的诊断是否正确,并确定先露部入盆的程度。

3) 听诊:胎心音在靠近胎背侧上方的孕妇腹壁听得最清楚。枕先露时,胎心音在脐下方右或左侧;臀先露时,胎心音在脐上方右或左侧;肩先露时,胎心音在脐部下方听得最清楚。当腹壁紧、子宫较敏感、确定胎背方向有困难时,可借助胎心音及胎先露综合分析判断胎位。

(4) 骨盆测量:了解骨产道情况,以判断胎儿能否经阴道分娩。分为骨盆外测量和骨盆内测量。

1) 骨盆外测量

髂棘间径:孕妇取伸腿仰卧位,测量两侧髂前上棘外缘的距离,正常值为23~26cm。

髂嵴间径:孕妇取伸腿仰卧位,测量两侧髂嵴外缘最宽的距离,正常值为25~28cm。

以上两径线可间接推测骨盆入口横径的长度。

骶耻外径:孕妇取左侧卧位,右腿伸直,左腿屈曲,测量第五腰椎棘突下凹陷处(相当于腰骶部米氏菱形窝的上角)至耻骨联合上缘中点的距离,正常值18~20cm。此径线可间接推测骨盆入口前后径长短,是骨盆外测量中最重要的径线。

坐骨结节间径:又称出口横径。孕妇取仰卧位,两腿屈曲,双手抱膝。测量两侧坐骨结节内侧缘之间的距离,正常值为8.5~9.5cm,平均值9cm。如出口横径小于8cm,应测量出口后矢状径(坐骨结节间径中点至骶尖),正常值为9cm。出口横径与出口后矢状径之和大于15cm者,一般足月胎儿可以娩出。

耻骨弓角度:用两拇指尖斜着对拢,放于耻骨联合下缘,左右两拇指平放在耻骨降支上,测量两拇指之间的角度即为耻骨弓角度。正常为90°,小于80°为异常。

中华医学会妇产科学分会产科学组制定的《孕前和孕期保健指南》认为,骨盆外测量并不能预测产时头盆不称,因此孕期不需要常规进行骨盆外测量。阴道分娩者,妊娠晚期可测量骨盆出口径线。

2) 骨盆内测量:适用于骨盆外测量有狭窄者。测量时,孕妇取膀胱截石位,外阴消毒,检查者戴消毒手套并涂以润滑油。

对角径:也称骶耻内径,是自耻骨联合下缘至骶岬上缘中点的距离。检查者一手示、中指伸入阴道,用中指指尖触骶岬上缘中点,示指上缘紧贴耻骨联合下缘,并标记示指与耻骨联合下缘的接触点。中指尖至此接触点的距离,即为对角径。正常值为12.5~13cm,此值减去1.5~2cm,即为真结合径值,正常值为11cm。如触不到骶岬,说明此径线大于12.5cm。

坐骨棘间径:测量两侧坐骨棘间的距离。正常值约 10cm。检查者一手的示指、中指伸入阴道内,分别触及两侧坐骨棘,估计其间的距离。

坐骨切迹宽度:为坐骨棘与骶骨下部间的距离,即骶骨韧带的宽度,代表中骨盆后矢状径。检查者将伸入阴道内的示指、中指并排置于韧带上,如能容纳 3 横指(5~5.5cm)为正常,否则属中骨盆狭窄。

(5) 阴道检查:确诊早孕时即应行阴道检查,妊娠最后一个月以及临产后应避免不必要的检查。

(6) 肛诊:以了解胎先露部、骶骨前面弯曲度、坐骨棘及坐骨切迹宽度以及骶骨关节活动度。当难以确定胎先露是胎头或胎臀时,可进行肛诊以协助判断。

(7) 绘制妊娠图:将各项检查结果如血压、体重、宫高、腹围、胎位、胎心率等填于妊娠图中,绘成曲线图,观察动态变化,及早发现并处理孕妇或胎儿的异常情况。

4. 心理 - 社会评估

(1) 孕妇心理评估:妊娠早期,评估孕妇对妊娠的接受程度,有哪些影响因素,妊娠以后与家人和配偶的关系等。妊娠中、晚期,评估孕妇对妊娠和分娩有无焦虑、恐惧心理。妊娠中、晚期,子宫明显增大,孕妇负担加重,行动不便,甚至可出现睡眠障碍、腰背痛等症状,大多数孕妇急切盼望分娩。随着预产期的临近,孕妇又因对分娩疼痛而焦虑,担心能否顺利分娩、分娩过程中母婴安危等。

(2) 家庭支持系统评估:配偶对此次妊娠的态度最为重要。妊娠对准父亲也是一种心理压力,他会经历与孕妇同样的情感冲突,他为妻子在妊娠过程中的身心变化而感到惊讶,要适应妻子多变的情绪。因此,评估准父亲对妊娠的感受和态度,可帮助他成为孕妇强有力的身心支持者。另外,还需评估孕妇的家庭经济、居住环境、宗教信仰等状况。

5. 高危因素评估 重点评估孕妇是否存在下列高危因素:年龄 <18 岁或 ≥35 岁;残疾;遗传性疾病史;既往有无流产、异位妊娠、早产、死产、死胎、难产、畸胎史;有无妊娠合并症如心脏病、肾病、肝病、高血压、糖尿病等;有无妊娠并发症如妊娠期高血压疾病、前置胎盘、胎盘早剥、羊水异常、胎儿生长受限、过期妊娠、母婴血型不符等。

6. 辅助检查

(1) 常规检查:血常规、尿常规、血型(ABO 和 Rh)、肝功能、肾功能、空腹血糖、HBsAg、梅毒螺旋体、HIV 筛查等。

(2) 超声检查:妊娠 18~24 周时进行胎儿系统超声检查,筛查胎儿有无严重畸形;超声检查可以观察胎儿生长发育情况、羊水量、胎位、胎盘位置、胎盘成熟度等。

(3) GDM 筛查:直接行 75g OGTT,诊断标准为空腹血糖 5.1mmol/L,1 小时血糖 10.0mmol/L,2 小时血糖为 8.5mmol/L。

(二) 计划与实施

1. 指导产前检查 确诊为早孕即可开始产前检查,妊娠 20~36 周每 4 周检查 1 次,妊娠 37 周以后每周检查 1 次直至分娩,共行产前检查 9~11 次。《孕前和孕期保健指南》推荐的产前检查孕周分别为:妊娠 6~13⁺⁶ 周,14~19⁺⁶ 周,20~23⁺⁶ 周,24~27⁺⁶ 周,28~31⁺⁶ 周,32~36⁺⁶ 周,37 周后每周检查 1 次直至分娩。高危妊娠者应酌情增加产前检查次数。

2. 指导日常保健

(1) 清洁卫生:妊娠后排汗增多,应勤淋浴,勤换内衣,穿宽松、柔软、舒适的衣服,不穿紧身衣或袜带,以免影响血液循环和胎儿发育。胸罩的选择宜以舒适、合身、足以支托增大的乳房为标准。穿轻便舒适的鞋子,避免穿高跟鞋,以防腰背痛及身体失平衡。

(2) 活动与休息:孕妇因身心负荷加重,易感疲惫,需要充足的休息和睡眠,每日应有 8 小时睡眠,午休 1~2 小时,卧床时宜左侧卧位,以增加胎盘血供。运动可促进孕妇的血液循环,增进食欲和睡眠,强化肌肉为分娩做准备。因此,孕期可适量运动,散步是孕妇最适宜的运动,但注意不要到人群拥挤、空气不佳的公共场所。

(3) 性生活指导:妊娠前 3 个月及末 3 个月,均应避免性生活,以防流产、早产及感染。

3. 指导母胎监护

(1) 胎儿监护:嘱孕妇每日数胎动,2 小时胎动计数 ≥ 6 次为正常, <6 次/2 小时或减少 50% 者,均应视为子宫胎盘功能不足,胎儿有宫内缺氧,应及时就诊,进一步诊断并处理。

(2) 用药原则:许多药物可通过胎盘进入胚胎,影响胚胎发育。孕妇合理用药的原则是:能用一种药,避免联合用药;选用疗效肯定的药物,避免用尚难确定的对胎儿有不良反应的药物;能用小剂量药物,避免大剂量药物;严格掌握用药剂量和持续时间,注意及时停药。

(3) 识别先兆临产:①假临产:特点为宫缩持续时间短(<30 秒)且不恒定,间歇时间长而不规则;宫缩的强度不加强;不伴随出现宫颈管消失和宫颈

口扩张;常在夜间出现,白天消失;给予强镇静剂可以抑制假临产。②胎儿下降感:随着胎先露下降入骨盆,宫底随之下降,多数孕妇会感觉上腹部较前舒适,进食量也增加,呼吸轻快。由于胎先露入盆压迫膀胱,孕妇常出现尿频症状。③见红:在分娩发动前 24~48 小时(少数 1 周内),因宫颈内口附近的胎膜与该处的子宫壁分离,毛细血管破裂经阴道排出少量血液,与宫颈管内的黏液相混排出,称之为见红,是分娩即将开始的比较可靠的征象。但若出血量超过月经量,则不应认为是见红,而可能为妊娠晚期出血性疾病。

4. 心理支持 母体是胎儿生活的小环境,孕妇的生理和心理活动都会波及胎儿,孕妇的情绪变化可通过血液和内分泌调节的改变对胎儿产生影响,如孕妇经常心境不佳、焦虑、恐惧、紧张、悲伤等,会使胎儿脑血管收缩,减少脑部供血量,影响脑部发育。应鼓励孕妇抒发内心感受和想法,保持心情愉快、轻松。

(三) 效果评价

孕期管理效果评价可实施过程评价与终末评价。过程评价可在下次产前检查时对孕妇进行日常保健、母胎监护、心理状况评估,并根据孕妇及胎儿各项检查结果综合判断孕期管理效果。终末评价主要是母婴健康和平安,包括分娩方式、产时出血,新生儿体重、身长、Apgar 评分等。

二、孕期营养

(一) 孕期营养的重要性

妊娠期是生命早期 1000 天的起始阶段,营养作为最重要的环境因素,对母儿双方的近期和远期健康都将产生至关重要的影响。孕期胎儿的生长发育、母体乳腺和子宫等生殖器官的发育,以及为分娩后乳汁分泌进行必要的营养储备,都需要额外的营养。因此,妊娠各期妇女膳食应在非孕妇女的基础上,根据胎儿生长速率及母体生理和代谢的变化进行适当调整。

(二) 孕期膳食指南

根据《中国居民膳食指南(2016)》,孕期妇女膳食指南指在一般人群膳食指南的基础上补充 5 条关键推荐。

1. 补充叶酸,常吃含铁丰富的食物,选用碘盐。叶酸对于预防神经管畸形和高同型半胱氨酸血症、促进红细胞成熟和血红蛋白合成极为重要。孕期叶酸应达到 600 μ gDFE/d,除经常吃含叶酸丰富的食物外,还应补充叶酸 400 μ gDFE/d。孕期应常吃含铁丰富的食物,铁缺乏严重者可可在医师指导下适量补铁。此外,碘是合成甲状腺素的原料,是调节新陈代谢和促进蛋白质合成

的必需微量元素,除了选用碘盐外,每周应摄入 1~2 次含碘丰富的海产品。

2. 妊娠呕吐严重者,可少量多餐,保证摄入含必要量碳水化合物的食物。妊娠早期无明显早孕反应者可继续保持孕前平衡膳食,孕吐较明显或食欲不振的孕妇不必过分强调平衡膳食,可根据个人的饮食嗜好和口味选用清淡适口、易于消化的食物,少量多餐,尽可能多地摄入食物,特别是含碳水化合物的谷薯类食物。进餐时间和地点亦可依据个人反应特点而异,具体可采取以下饮食措施:

(1) 早晨可进食干性食品,如馒头、面包干、饼干、鸡蛋等。

(2) 避免油炸及油腻食物和甜品,以防胃液逆流而刺激食管黏膜。

(3) 可适当补充维生素 B₁、维生素 B₂、维生素 B₆ 及维生素 C 等以减轻早孕反应的症状。

3. 孕中晚期适量增加奶、鱼、禽、蛋、瘦肉的摄入。孕中期开始,胎儿生长速率加快,可在孕前膳食的基础上,增加奶类 200g/d,动物性食物(鱼、禽、蛋、瘦肉)孕中期增加 50g/d、孕晚期增加 125g/d,以满足对优质蛋白质、维生素 A、钙、铁等营养素和能量增加的需要。建议每周食用 2~3 次鱼类,以满足对胎儿脑发育有重要作用的 n-3 长链多不饱和脂肪酸的需要。

4. 适量身体活动,维持孕期适量增重。体重增长是反映孕妇营养状况的最实用的直观指标,与胎儿出生体重、妊娠并发症等妊娠结局密切相关。为保证胎儿正常生长发育,应使孕期体重增长保持在适宜范围。由于我国目前尚缺乏足够数据提出孕期适宜体重增长推荐值,建议采用美国医学研究院(IOM)2009 年推荐的孕妇孕期体重增长适宜范围和速率范围(表 1-1)。

表 1-1 孕期适宜体重增长值及增长速率

孕前 BMI [kg/(m) ²]	总增重范围 (kg)	孕中晚期增重速率 (kg/w)
低体重 (<18.5)	12.5~18	0.51 (0.44~0.58)
正常体重 (18.5~24.9)	11.5~16	0.42 (0.35~0.50)
超重 (25~29.9)	7~11.5	0.28 (0.23~0.33)
肥胖 (≥30)	5~9	0.22 (0.17~0.27)

注:双胎孕妇孕期总增重推荐值:孕前体重正常者为 16.7~24.3kg,孕前超重者为 13.9~22.5kg,孕前肥胖者为 11.3~18.9kg

身体活动有利于愉悦心情和自然分娩。若无医学禁忌,多数活动和运动对孕妇都是安全的。孕中、晚期每天应进行 30 分钟中等强度的身体活动。常