

妇产科病例汇报——

# 产房

2015-1-21





# 汇报内容

1

病史介绍

2

护理措施

3

健康教育



# PART I 病史介绍

2015-1-21

# 现病史:

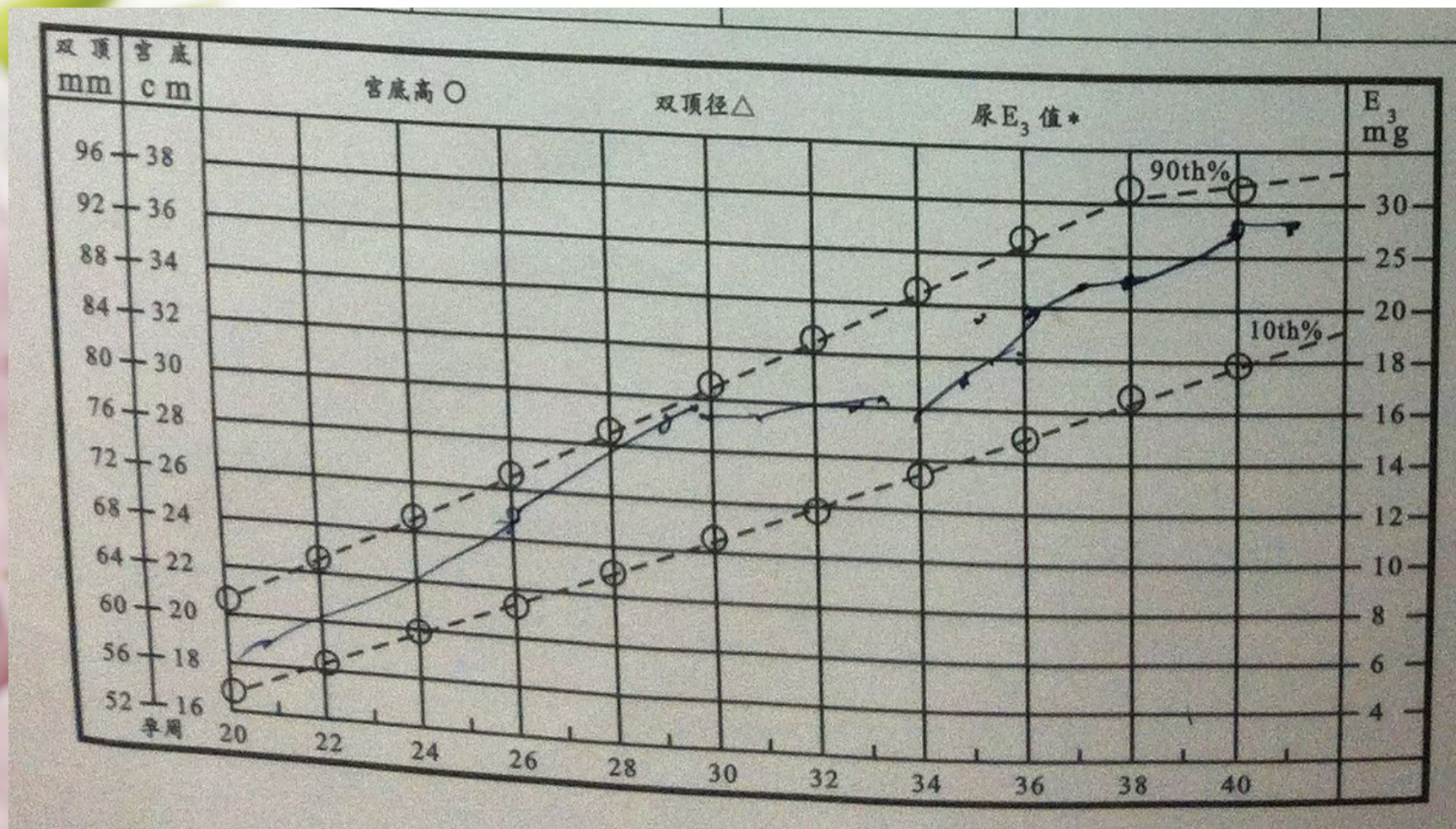
- v 患者，女，31岁，G1P0，现孕 $41\frac{2}{7}$  w，胎动正常，无腹痛、腹胀，阴道流血、流水。生命体征平稳，10分钟未及宫缩。NST有反应。宫颈Bishop评分：2分，胎儿估计3700g，可经阴道顺产，现胎心监护无异常，予行欣普贝生引产处理，遂于2013-5-15 8:00由22病区转入产房。（专科前给予患者常规治疗）
- v 孕程：孕妇预产期2013-05-06，早孕反应重，孕4月“先兆流产”保胎治疗，孕4+月自觉胎动至今。腹围100cm，子宫底35cm。阴道未检。先露未知。骨盆异常情况：IS：22cm；IC：25cm；EC：19cm；T0：8.2cm，其他：/。



# 现病史:



## 图1 孕程图



2015-1-21

# 转入产房后：

欣普贝生  
引产

催产素引产  
红霉素防感染

催产素  
加速产程

子宫下段  
横切口剖  
宫产术

杜休（杜冷丁+  
东莨菪碱）  
改善产妇疲劳  
状态

# 欣普贝生引产：

- 用药前：

NST有反应，CST (-)。见宫缩1次，质中。产妇于9:00经阴道放置欣普贝生。

- 用药后：

产妇因个人原因于用药后6h后自行取出欣普贝生，少量阴道见红，宫缩10”/2-3’，质弱，CX：宫口开1F，S-3，Bishop评分：6分。



# 欣普贝生引产：



## 图2 观察记录表

用药后时间	血压	宫缩			胎心位置	胎心率	阴道流血	病理性缩复环
		间歇	持续	强度				
2h	123/ 78	5-6'	10- 15"	弱	左下 腹	152	无	无
3h	120/ 75	3-4'	15"	弱	左下 腹	150	无	无
4h	132/ 76	3'	15"	弱	左下 腹	143	无	无



# 催产素引产：

Ø 孕妇于入产房当晚21:30胎膜自破，无明显自觉下腹痛。生命体征稳定，宫缩10'未及，胎心如常，宫口开1F、薄，S-3，羊水未见。

NST：有反应。

Ø 产妇于破膜后约11h后开始使用催产素加强宫缩，引产。用药7h可见规律宫缩，予停用催产素。

Ø 破膜12h后口服红霉素防止感染。

# 催产素引产：

## 图3 催产素使用情况



用药后时间	宫缩	肛查	500ml液体中所含催产素单位量	催产素滴速 (滴/分)
1-3h	宫缩15-20"/3-4', 质中弱~弱	1+F、薄, S-3	2.5	从8d/min开始, 按宫缩、胎心情况逐步增加滴速, 每次4d/min, 直至持续40d/min。
4-7h	规律宫缩, 宫缩30-40"/3-4', 质中弱	宫口、先露同前; 羊水量中, 色清	3.5	滴速调至20d/min开始, 按宫缩、胎心情况逐步增加滴速, 每次4d/min, 直至36d/min。16:40停用催产素。

# 催产素加速产程：

- u 停药后4h左右查宫缩10'未及，胎心率160-180bpm，遂吸氧3L/min。
- u 1h后查体温37.3℃，血常规WBC $12.34 \times 10^9/L$  (正常范围：4-10)，复查胎心监护有反应，现宫缩10"/7-8'，质弱，阴道少量流液、色清，宫口开2cm、薄，S-2。
- u 考虑产妇于停药后5小时正式临产，宫缩渐不规则，遂于停药后9小时开始再次使用催产素静滴加强宫缩，促进产程进展。



# 催产素加速产程：

用药后时间	宫缩	肛查	500ml液体中所含催产素单位量	催产素滴速 (滴/分)
1-3.5h	宫缩15-20"/3-6', 质弱~中弱	2cm、薄, S-2 未见明显羊水流出	2.5	从8d/min开始, 每隔15分钟观察宫缩、胎心情况, 按宫缩、胎心情况逐步增加滴速, 每次4d/min, 直至持续40d/min。
3.5-5h	宫缩15-20"/3-4', 质中弱	2+cm、薄, s-2 未见明显羊水流出	3.5	滴速调至20d/min开始, 直至持续40d/min。方法同前
5-7h	宫缩20-25"/4-5', 质中弱	2+cm、薄, s-2 未见明显羊水流出	4.5	滴速调至20d/m, 直至持续40d/min。方法同前。

# 催产素加速产程:



用药后时间	宫缩	肛查	500ml液体中所含催产素单位量	催产素滴速 (滴/分)
7-11h	宫缩20"/4-5', 质弱.	3+cm、薄, s=2 未见明显羊水流出现	5	滴速调至20d/min, 直至持续40d/min。方法同前。
11-12h	宫缩20"/4-5', 质弱	4cm、薄, s=0	6	滴速调至20d/min, 直至持续40d/min。方法同前。
12-12.5h	宫缩20-25"/4-5', 质弱	4cm、薄, s=0	7	滴速调至20d/min, 直至加至28d/min。方法同前。

# 杜休改善疲劳：

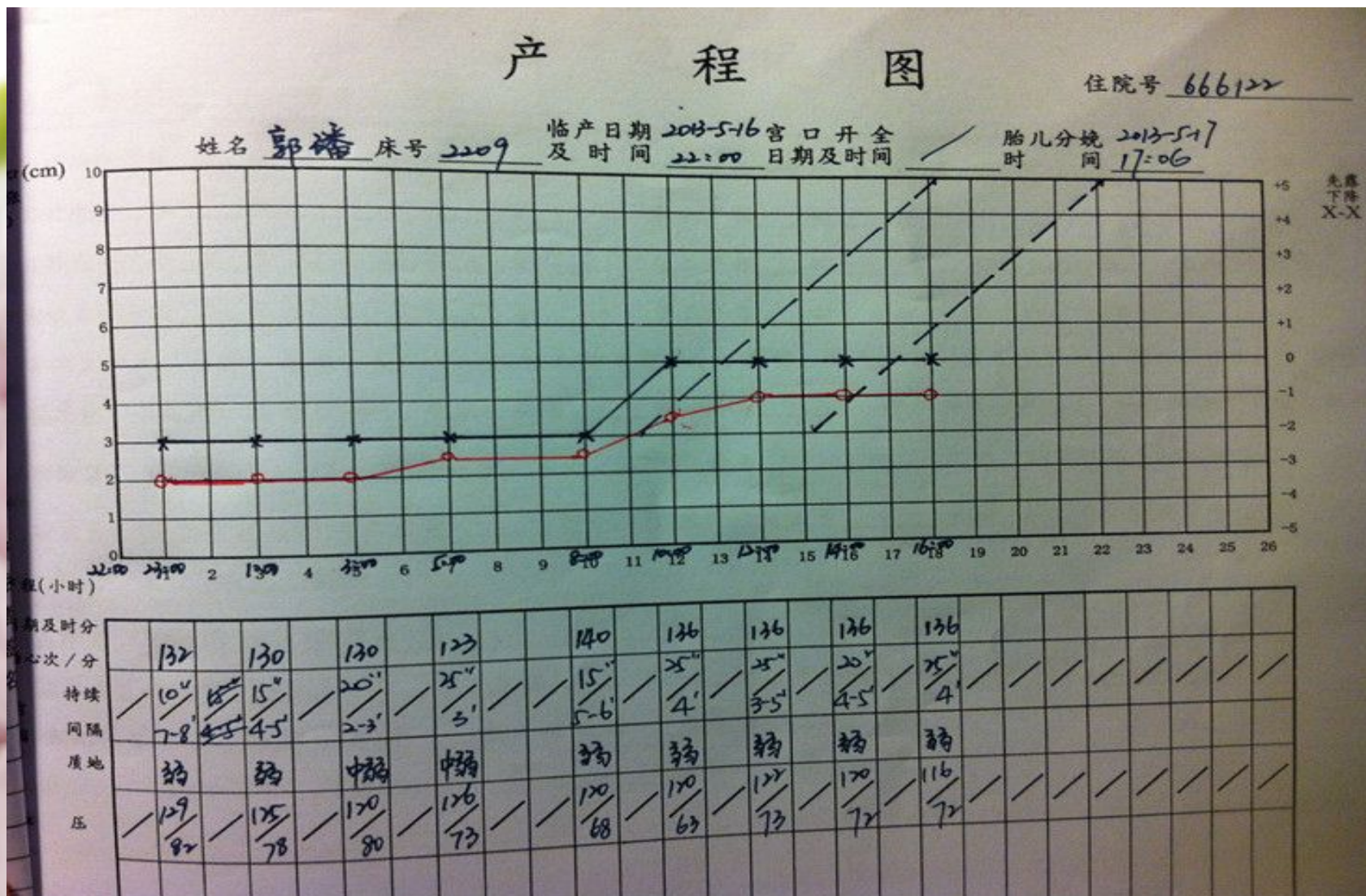
- √ 产妇于临产后7h起出现继发性宫缩乏力，宫颈稍水肿。予杜休（杜冷丁100mg+东莨菪碱0.3mg肌注）改善产妇疲劳状态，目前无明显不适。
- √ 查体：生命体征平稳，心肺（-），腹略彭隆。宫缩10”/5-6’，质弱，胎心138bpm。
- √ 产妇昨夜10:00正式临产，至今早8:00，产妇潜伏期已10h，杜休期间继续调整宫缩频率及强度。加速产程进展，加强母胎监护。

# 剖宫产：

- 缩宫素静滴12.5h后，活跃期继续停滞，产妇产程时间较长，呈现疲劳状态，现宫缩20-25"/4-5'，质弱，宫口开4cm，S=0，ROA位。考虑活跃期停滞，持续性枕横位，相对性头盆不称。
- 于2013-5-17日下午16:53行腰硬膜外联合麻醉下子宫下段横切口剖宫产术。



# 图4 产程图



2015-1-21



# 剖宫产：



- 胎儿娩出时间：2013年5月17日下午17:06，男，体重4280g，滴眼药妥布霉素，Apgar评分：1分钟9'，5分钟9'。
- 胎盘娩出时间：胎儿娩出后4分钟，胎盘儿面自然娩出，胎盘完整，形态正常，面积19\*18\*3，重量300g。胎膜完整，脐带长50cm，羊水量中，色清。
- 术中出血200ml，使用催产素30u肌注，卡贝1支加入补液，卡孕2粒舌下含服，帮助子宫收缩，预防产后出血。
- 术后冰袋加压。术后予禁食6h后改半流质，加强会阴及切口护理，保留导尿，心电监护。注意各项生命体征、宫缩、恶露情况。

## 图5 高危妊娠术后观察记录表

产后时间	15min	30min	45min	1h	1.5h	2h
产后时间（时分秒）	17:55	18:10	18:25	18:40	19:10	19:40
不适主诉	无	无	无	无	无	无
心率	98	86	88	87	84	80
血压	117/78	119/80	120/85	118/72	116/82	115/74
呼吸	20	20	20	19	19	20
血氧饱和度	98%	98%	98%	98%	98%	99%
一般情况	可	可	可	可	可	可
子宫硬度/高度	硬/U-F	硬/U-F	硬/U-F	硬/U-F	硬/U-2F	硬/U-2F
产后出血量（ml）及性状	5/暗红	5/暗红	10/暗红	5/暗红	/	/
尿量（ml）	50	80	90	100	150	200

2015-1-21



# PART2 护理措施

2015-1-21

# 欣普贝生（地诺前列醇）的使用：

## 【用药前准备】：

- 使用对象选择：孕妇具有阴道分娩条件，胎儿能耐受宫缩刺激，有临床引产指征，宫颈Bishop评分 $\leq 6$ 分，无欣普贝生使用禁忌症。
- B超检查，复查骨盆，NST检查，阴道检查（包括宫颈Bishop评分及阴道状况）
- 碘伏消毒外阴，无需消毒阴道。
- 嘱产妇在用药前做好自身准备（个人卫生、物品准备），做好产妇心理安慰等。



# 欣普贝生（地诺前列醇）的使用：

## 【用药时注意事项】：

- 欣普贝生放置**不需要借助检查床或窥器**。在使用前，无需将欣普贝生升至室温或解冻，为易于置入，可使用少量生理盐水。
- 放置方法：用手指将栓剂置于**阴道后穹窿**；将栓剂**旋转90°**，使其**横置于阴道后穹窿深处**（放置位置对药效影响至关重要）。
- 终止带的处理：（1）放置欣普贝生时，终止带不要拉得过直，要**留有余量**，以免手撤出时，栓剂外移。（2）栓剂放置完毕，阴道外留有**2-3cm**，或者将终止带卷起，塞入阴道口内，以免产妇下地活动后，两腿摩擦终止带使栓剂外移。

# 欣普贝生（地诺前列醇）的使用：

## 【用药后观察护理】：

- 嘱产妇用药后**绝对卧床1h**，直至药物充分吸水膨胀，1h后可下地活动。
- 放置后向孕妇交代注意事项，出现腹痛、腹胀、腰酸等宫缩表现后及时通知医务人员。
- 产妇用药后1h、8h做**胎心监护**，用药后2h、3h、4h、12h、16h、20h观察血压、宫缩、胎心、阴道出血情况、有无病理性缩复环。
- 重视产妇用药后的**临床表现和主诉**：如强直性宫缩、羊水破裂、见红多、疼痛时有大便感、有胸闷气急的症状。
- 注意观察有无**用药不良反应**，如：子宫过度刺激（10分钟内 $\geq 5$ 次或宫缩持续 $\geq 2$ 分钟）；子宫破裂；恶心、呕吐、腹泻等胃肠道反应；发热、低血压、心动过速等；胎儿窘迫等。

# 欣普贝生（地诺前列醇）的使用：

## 【用药后观察护理】（续）：

- 一旦出现**强直性宫缩**，立即通知医生，遵医嘱用5%GS500ml+**硫酸镁30ml**静滴抑制宫缩。
- 出现**羊水破裂**立即听胎心，观察**羊水性状**，记录破膜时间。
- 出现**胎心异常**遵医嘱迅速做好术前准备并提前通知产房手术室。
- 协助好医生观察。若有特殊情况及时通知医生并记录于病史。
- 产妇放置欣普贝生期间，每班做好严格交接班工作。

# 欣普贝生（地诺前列醇）的使用：

## 【撤药护理】：

- 撤药指征：（1）放置24h未临产者；（2）正式临产；（3）子宫过度刺激（10分钟内 $\geq 5$ 次或宫缩持续 $\geq 2$ 分钟）；（4）出现胎儿窘迫，产妇出现恶心，呕吐或低血压，心动过速等明显副反应时立即将药物取出。
- 做好撤药时产妇的心理护理及健康宣教，告知撤药原因、产程进展、胎儿状况等，消除其顾虑情绪。
- 对已撤出欣普贝生的产妇，当班助产士须与下一班做好交接，告知本班用药情况及下一班注意事项。



# 催产素的使用：

- 严格执行三查七对，按医嘱正确配制和使用小剂量缩宫素。
- 滴注缩宫素前，常规给孕妇听胎心，量血压。
- 一般用低浓度静脉滴注法（常称小剂量缩宫素静脉滴注法），先将5%GS500ml静脉滴注，调整滴速至8滴/分，然后加入缩宫素2.5u，再次确认滴速后，瓶上贴红色标记。
- 在产程记录单上敲缩宫素专用图章，记录日期、时间；注明静滴缩宫素剂量、滴速、目的（引产或加速产程）。

# 催产素的使用：

- 治疗过程中须密切观察产程进展情况。每15分钟记录胎心，宫缩情况，每小时测血压并记录。
- 仍无宫缩，可根据医嘱适当增加浓度，酌情加缩宫素至5u，直至宫缩发动，且持续有效，即间隔2~3分钟，持续30~50秒。滴速：开始时8滴/分，以后按宫缩、胎心情况逐步每4滴增加滴速，一般不超过40滴/分。
- 缩宫素引产须由医生或有经验助产士专人负责，可由胎儿监护仪描绘胎心、宫缩情况并做好记录。
- 破膜前后应注意胎心音变化，以防脐带脱垂。



# 催产素的使用：

## 【严重不良反应】

- 子宫呈强直性收缩、血压升高、胎心异常等。

## 【严重不良反应处理】

- 引产过程中，必须严密观察孕妇胎心、血压及宫缩情况。
- 如子宫呈强直性收缩、血压升高、胎心异常等，应立即停药（更换输液瓶及输液皮条），通知医生，积极配合治疗。
- 需剖宫产者，应立即做好剖宫产术准备。
- 发生胎儿窘迫，及时通知新生儿科医生到场，做好抢救新生儿的准备。



# 杜休的使用：

- √ 对产程长、产妇过度疲劳或烦躁不安者遵医嘱给予杜休（杜冷丁100mg+东莨菪碱0.3mg 肌注）。
- √ 若产程4-6h内可完成者，则可不用给予杜休。
- √ 给予杜休后，产妇在宫缩间歇能入睡，但唤之能醒，且能与医务人员合作。
- √ 杜休期间同时继续调整宫缩频率及强度。
- √ 杜休期4h内禁食、禁饮，抬高床栏休息，防止产妇发生坠床，注意观察产程进展。可取左侧卧位，以增加胎盘血流量。



# 胎膜早破的护理：

- 详细记录破膜时间，羊水色、质、量。
- 应**绝对卧床休息**，取**左侧卧位**，以防脐带脱垂。
- 观察**羊水情况**（量、色）、胎心、**生命体征**，**NST** 及 **OCT**并记录。
- **会阴部置消毒巾**以减少感染机会，及时更换消毒会阴，防止宫腔感染。
- **每4h测量体温一次**。若 $T > 37.5^{\circ}\text{C}$ ，请示医生，急查血常规。



# 胎膜早破的护理：

- 孕28~35周不伴感染者用期待疗法，按医嘱：（1）破膜超过12h者，给予抗生素预防感染。（2）使用宫缩抑制剂如硫酸镁等抑制宫缩。（3）使用地塞米松等促胎肺成熟。
- 妊娠已足月者，一般在破膜后24h内皆能自然顺产。孕36w以下胎儿较小时可采取期待疗法，给抗生素及镇静剂。孕36w以上估计胎儿足够大，破膜12h后未临产者，给抗生素防感染；破膜24h后未临产者，应给予引产。48h未分娩者，应遵医嘱终止妊娠。
- 胎膜早破后分娩的新生儿，应在新生儿病史上注明早破多少时间。
- 心理护理：充分解释，提供持续关照、指导。





# PART4 健康教育

2015-1-21

## 【术后健康宣教】：

- ∅ 饮食：**禁食、禁水6个小时**。6小时后可以饮水，可以吃东西，但吃的东西仅限于**无糖半流质**，如藕粉、烂面、粥、牛奶、豆浆等。产后还可以喝一些用橙皮泡过的水，以促进肠蠕动，早排气。直到**产妇肛门排气排便**，并**请示医生**后才可以进行正常饮食。
- ∅ 卧位：**去枕平卧6h**，若觉得恶心呕吐，可将**头转向一侧**。6h后**协助产妇翻身**，可垫枕头，或将床头抬高。
- ∅ 活动：产妇要多翻身，**及早下床活动**以促进肠蠕动，早排气。
- ∅ 导尿管：术后一般**保留导尿管1-2天**，翻身时注意不要压住导管，导管**拔除后多喝水**，6h内尽早解尿。



## 【术后健康宣教】（续）：

- ∅ 卫生：勤换卫生巾和吸水垫，防止会阴部感染。
- ∅ 母乳喂养：学习如何做好母乳喂养，配合护士的指导，早期让宝宝多吸吮妈妈的乳头。
- ∅ 加奶：若母乳不足，我们会根据需要在宝宝出生后3-4h为其加餐，为了避免乳头错觉，我们建议用奶杯，小勺喂奶。
- ∅ 学习：我们将在住院期间帮助您学会如何照顾自己和宝宝。

