



北京大学医学出版社

第七章 妊娠合并症妇女的护 理



【学习目标】

❖ 通过本章内容的学习，学生应能：

- 1. 简述常见妊娠期合并症与妊娠、分娩及产褥期的相互影响。
- 2. 为患有内科疾病的妇女提供孕期、产时、产后期的整体护理。
- 3. 列举妊娠期合并症妇女常见的护理诊断、相关的护理措施。



北京大学医学出版社

第一节 心脏病



【妊娠、分娩对心脏病的影响】

血容量较孕前
增加40%~50%

心率增加
15~20次/分

妊娠期

血容量32~34
周达高峰

心脏左移，
出现杂音

【妊娠、分娩对心脏病的影响】

第一产程

进入体循环250~500ml血液/宫缩

增加周围循环阻力

中心静脉压升高



第二产程

周围阻力高、肺循环阻力增高

内脏血液涌向心脏



第三产程

子宫血窦内大量血液突然进入全身循环

腹压骤减，回心血量急剧减少

分娩期



【妊娠、分娩对心脏病的影响】

产褥期

产后3日内心脏负担较重。

- (1) 子宫缩复使一部分血液进入体循环
- (2) 孕期组织间潴留的液体也开始回到体循环。
- (3) 其他：宫缩痛，休息差。

妊娠32～34周及以后、分娩期及产后3日内
均是心脏病孕产妇发生心力衰竭的最危险时期





【心脏病对妊娠、分娩的影响】

心脏病不影响患者受孕。

病情较轻、心脏功能Ⅰ～Ⅱ级、既往无心力衰竭史也无并发症者，在密切监护下能安全经历妊娠和分娩的过程，可以妊娠。若心功能Ⅲ级及以上、既往有心力衰竭史、严重心律失常、发绀型先天性心脏病的妇女一旦妊娠，均可给母儿带来不同程度的危害，导致严重后果，则不宜妊娠。

【处理原则】

- 加强孕期保健，积极预防和控制感染，防止发生心力衰竭，适时终止妊娠。

【护理评估】

❖ (一) 病史

- 孕妇初诊时，应详细询问有无心脏病史，曾接受的治疗经过及心功能状况；既往有无心力衰竭史、心脏手术史等。同时，评估有无诱发心力衰竭的潜在因素。

❖ (二) 身心状况

- 1. 体格检查
- 2. 评估心脏功能 心功能分为四级：
 - (1) 心功能Ⅰ级：一般体力活动不受限制。
 - (2) 心功能Ⅱ级：一般体力活动略受限制，运动后感心悸、轻度气短，休息时无症状。
 - (3) 心功能Ⅲ级：一般体力活动显著受限制，休息时无不适，轻微日常活动即感不适、心悸、呼吸困难，或既往曾有心力衰竭病史者。
 - (4) 心功能Ⅳ级：不能进行任何体力活动，休息时仍有心悸、呼吸困难等心力衰竭症状。

■ 3. 识别心力衰竭先兆

- 轻微活动后即有胸闷、气促及心悸；
- 休息时心率超过110次/分，呼吸超过20次/分；
- 夜间常因胸闷而坐起，或需要到窗口呼吸新鲜空气；
- 肺底部出现少量持续性湿啰音，咳嗽后不消失。

■ 4. 评估心理社会状况

- 重点评估孕产妇对自己目前健康状况、心功能状况的了解及接受程度，对妊娠、分娩所能承受的心理反应，社会支持系统是否得力及对有关妊娠合并心脏病自我护理知识的掌握情况。



■ (三) 诊断性检查

- 1. X线检查 可显示心脏明显扩大，尤其心腔扩大。
- 2. 心电图 提示各种心律失常，如心房颤动、心房扑动、Ⅲ度房室传导阻滞、ST段及T波异常改变等。
- 3. 超声心动图检查 可提示心腔扩大、心肌肥厚、瓣膜运动异常、心脏结构畸形等。



❖ 【护理问题】

- 潜在并发症：充血性心力衰竭
- 活动无耐力：与心排出量不足有关
- 有胎儿受伤的危险：与胎儿宫内缺氧有关

❖ 【预期目标】

- 1. 孕产妇能够说出妊娠后导致心脏负荷增加的因素。
- 2. 孕产妇能够结合自身情况，描述可以进行的日常活动。
- 3. 孕产妇能够说出诱发心力衰竭的危险因素，并能实施预防措施。

【护理措施】

❖ （一）孕前指导

- 1. 心功能Ⅰ～Ⅱ级、既往无心力衰竭史，亦无其他并发症的妇女，可以妊娠。妊娠后，需动态评估心脏功能状况，以确定能否继续妊娠。指导不宜妊娠者采用有效的措施，严格避孕。
- 2. 心功能Ⅲ～Ⅳ级、既往有心力衰竭史、严重心律失常、风湿热活动期、年龄在35岁以上、心脏病病程较长者，则不宜妊娠。已经妊娠者应于妊娠12周以前行治疗性人工流产，并严格避孕。

❖ （二）妊娠期

- 1. 定期产前检查 检查间隔时间和次数遵循医嘱依据具体状况而定
- 2. 合理营养
- 3. 休息与活动 指导患者获得充足睡眠，每天至少有10小时以上的睡眠时间，有条件者可安排午休，休息时宜采取侧卧位。
- 4. 积极纠正不良因素 指导患者养成良好的生活习惯，纠正贫血，预防感染，控制诱发心力衰竭的各种因素。从妊娠16周开始按医嘱补充铁剂，及时发现并治疗妊娠期高血压疾病。帮助患者识别早期心力衰竭的症状和体征，并注意有效控制患者的消极情绪。

❖ (三) 分娩期

- 1. 严密观察产程进展 产程中派专人护理，严密观察产程进展及病情变化情况。
- 2. 缩短第二产程 为避免患者屏气用力，宫口开全后，应行会阴侧切术、胎头吸引术或产钳助产术以缩短第二产程。
- 3. 积极预防产后出血和感染 产程开始，即应按医嘱给予抗生素直至产后1周，积极预防感染。胎儿娩出后，应在患者腹部放置1~2kg重的沙袋并持续24小时，以防腹压骤降而诱发心力衰竭。准确评估出血量，按医嘱给予缩宫素，但禁止使用麦角新碱，以防静脉压升高。产道及胎儿异常或心功能Ⅲ~Ⅳ级者，宜选择剖宫产术。

❖ （四）产褥期

- 1. 加强一般护理
- 2. 监测心功能 严密观察患者的血压、脉搏、呼吸、心率等生命体征及心功能变化情况，防止心力衰竭和感染。
- 3. 活动与休息
 - 保证患者得到充分休息。指导患者在卧床期间活动下肢，避免发生静脉血栓。心功能Ⅰ～Ⅱ级的患者可以哺乳，但应避免过度劳累；心功能Ⅲ级以上不宜母乳喂养者，应及时给予中药回奶，帮助进行人工喂养。
- 4. 提供避孕指导
 - 建议不宜再次妊娠的患者做绝育手术；若心功能良好的患者，可于产后1周左右进行输卵管结扎术；若有心力衰竭者，应充分控制病情后，再行择期手术；未做绝育手术的患者应严格避孕。
- 5. 按时接受产后复查

【结果评价】

- 1. 住院期间，患者心功能稳定。
- 2. 孕产妇能列举预防心力衰竭和感染的措施。
- 3. 分娩经过顺利， 母子健康状况良好。



北京大学医学出版社

第二节 糖尿病



❖ 妊娠合并糖尿病包括两种类型：

- ① 糖尿病合并妊娠，又称孕前糖尿病，是指妊娠前已被确诊的糖尿病妇女合并妊娠；
- ② 妊娠期糖尿病，则指在妊娠期首次发生或发现的不同程度的糖代谢异常者。

【妊娠、分娩对糖尿病的影响】

妊娠期

葡萄糖需要量较
非孕时增加

饥饿性酮症酸中
毒，或低血糖昏
迷

尿糖不能够正确
反映血糖水平

分娩期

易发生低血糖
血糖波动较大

产褥期

需及时调整胰
岛素用量



【糖尿病对妊娠、分娩的影响】

对孕妇的影响

1. 羊水过多的发生率增加
2. 难产发生率增高
3. 感染发生率增加
4. 妊娠期高血压疾病发生率增加
5. 易发生糖尿病酮症酸中毒

对胎儿及新生儿的影响

1. 巨大儿发生率增加
2. 胎儿生长受限
3. 早产发生率增加
4. 畸形儿发生率增加
5. 围生儿死亡率增加



【妊娠对糖尿病的影响】

【处理原则】

- 加强监护，运用饮食、运动和药物治疗方法，确保护理对象孕前、孕期及分娩期的血糖维持在正常范围。

【护理评估】

❖ （一）病史

- 评估有关糖尿病病史及家族史，既往分娩史；本次妊娠经过、伴随的症状及处理情况。

❖ （二）身心状况

- 孕妇在妊娠期出现体重骤增、明显肥胖，或有三多一少（多食、多饮、多尿和体重减轻）症状；重症者可出现酮症酸中毒伴昏迷，甚至危及生命。或有反复发作的外阴瘙痒、阴道及外阴假丝酵母菌感染等。

❖ (三) 诊断性检查

- 1. 空腹血糖测定 两次或两次以上空腹血糖 ≥ 5.8 mmol/L者,可诊断妊娠期糖尿病。
- 2. 50g葡萄糖筛查 常在妊娠24~28周时进行,具体做法是:将50g葡萄糖粉溶于200ml温水中,5分钟内服完,从开始服葡萄糖水计算时间,服糖后1小时抽取静脉血测定,若血糖值 ≥ 7.8 mmol/L为糖筛查异常。应进一步做葡萄糖耐量试验。

- 3. 葡萄糖耐量试验 进行葡萄糖耐量试验前3日正常饮食，空腹12小时后将 75g葡萄糖加入400ml水中口服，并测空腹和服糖水后1、2、3小时四个时点的血糖值。诊断标准：空腹5.6 mmol/L；1小时10.3 mmol/L；2小时8.6 mmol/L；3小时6.7 mmol/L。若在4项中有2项或2项以上异常，可诊断妊娠期糖尿病；仅一项异常，诊断为妊娠期糖耐量异常。
- 目前，国内医疗机构已经按2011年美国糖尿病学会指南更新了妊娠期糖尿病的标准：如果妊娠期空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L，或糖化血红蛋白（ HbA_{1c} ） $\geq 6.5\%$ ，或随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L且有症状，则考虑为孕前糖尿病合并妊娠。对除外孕前糖尿病的孕妇建议于24~28周进行75g葡萄糖耐量试验筛查，其界值为空腹5.1 mmol/L，1小时10.0 mmol/L，2小时8.5 mmol/L，其中一项及以上异常者即诊断为妊娠期糖尿病。

【护理问题】

- 知识缺乏：缺乏有关妊娠合并糖尿病的知识
- 有感染的危险：与糖尿病孕妇白细胞多种功能缺陷有关

【预期目标】

- 1. 患者能叙述有关饮食治疗的意义及实施方法。
- 2. 患者能描述与感染有关的症状，并列举预防感染的措施
- 3. 出院时，母婴不存在感染征象


【护理措施】

❖ （一）孕前期

- 1. 全面评估 通过全面评估，病情不允许的妊娠者，如：已达到White D、F、R级者，应该采取可靠的避孕措施；必要时，需尽早终止妊娠。
- 2. 讲解相关知识 医护人员要向患者讲解妊娠合并糖尿病的相关知识，纠正错误概念，并为患者提供表达内心感受、焦虑和期望的机会。
- 3. 执行治疗方案 指导患者认真执行治疗方案，努力使孕前血糖控制在正常或接近正常的范围内。

❖ （二）妊娠期

- 应由产科和相关科室人员共同管理糖尿病患者，使其血糖在整个妊娠期控制在正常范围内。
- 1. 饮食治疗 饮食控制很重要，多数患者仅靠饮食控制就能维持血糖在正常范围。
- 2. 运动治疗 糖尿病患者进行适当的运动能提高机体对胰岛素的敏感性，可降低血糖。
- 3. 药物治疗 对饮食治疗不能控制的糖尿病患者，胰岛素是孕产妇控制血糖的首选药。



❖ （三）分娩期

- 1. 分娩时间 根据母儿具体情况确定分娩时间。
- 2. 分娩方式 糖尿病不是剖宫产的手术指征，但如发现病情控制不良或出现母儿并发症者应适当放宽剖宫产手术指征。
- 3. 监测血糖 产时每1~2小时监测血糖一次，控制血糖不低于5.6mmol/L（100mg/dl）。
- 4. 监测产程 患者临产后，需严密观察其产程进展情况，尤其在阴道分娩过程中，要避免产程延长，争取12小时内结束分娩。

❖ （四）产褥期

- 1. 调整胰岛素用量 通常产后24小时内胰岛素的用量应降到产前用量的一半，48小时减至原用量的1/3，有的患者甚至可完全不需要用胰岛素治疗。
- 2. 新生儿护理 糖尿病患者的新生儿均应按早产儿处理
- 3. 预防感染
- 4. 出院指导

【结果评价】

- 1. 住院期间，患者能描述治疗方案的实施过程，并主动配合。
- 2. 出院时，护理对象不存在感染征象，母婴健康状况良好



北京大学医学出版社

第三节 急性病毒性肝炎






- ❖ 病毒性肝炎是由多种肝炎病毒引起的、以肝炎症和坏死病变为主的传染病
- ❖ 目前已确定的病原有甲型(HAV)、乙型(HBV)、丙型(HCV)、丁型(HDV)和戊型(HEV)肝炎病毒，其中以乙型肝炎最为常见

【妊娠、分娩对病毒性肝炎的影响】

易感染；病情加重；重症发生率明显增加。

- 
- ① 营养消耗增多
 - ② 多量雌激素产生
 - ③ 胎儿代谢产物
 - ④ 并发妊高征
 - ⑤ 分娩加重肝损害

【病毒性肝炎对妊娠、分娩的影响】

母亲

- ① 加重早孕反应
- ② 易患妊娠高血压综合征
- ③ 产后出血率增高
- ④ 孕产妇死亡率高

流产、早产、死胎、死产和新生儿死亡率明显增高。

胎儿及新生儿





【母婴间传播情况】

甲型肝炎 (HAV)

以粪—口间传播，不传给胎儿

乙型肝炎 (HBV)

通过注射、输血、或生物制品、接触传播。母亲唾液或喂母乳传播。

丙型肝炎 (HCV)

传播与乙肝同，40%~50%转为慢性，最后发展为肝硬化和肝癌

丁型肝炎 (HDV)

伴HBV感染，传播与HBV同，但母婴传播少见，而性传播相对重要

戊型肝炎 (HEV)

类似甲肝传播



【处理原则】

- ❖ 注意休息，加强营养，积极采用中西药物进行保肝治疗，预防并治疗肝性脑病。
- ❖ 根据病情适时终止妊娠，避免产程过长，预防产后出血和感染。

【护理评估】

❖ (一) 病史

- 病毒性肝炎患者密切接触史，接受输血、注射血制品史等

❖ (二) 身心状况

- 孕妇出现不能用妊娠反应或其他原因可解释的症状

❖ (三) 诊断性检查

- 1. 肝功能检查
- 2. 血清病原学检测



【护理问题】

- 营养失调：低于机体需要量：与肝炎所致的厌食、恶心、呕吐、营养摄入不足
- 知识缺乏：缺乏有关肝炎疾病自我保健的知识

【预期目标】

- 1. 孕产妇能摄入足够营养满足机体需要。
- 2. 孕产妇及家属能够叙述自我保健方面的知识。

【护理措施】

❖ （一）孕前期

- 1. 加强宣传教育工作，提高大众防病意识，并重视围婚期保健。
- 2. 感染病毒肝炎者原则上不宜妊娠，应采取有效措施严格避孕。
- 3. 计划怀孕的妇女应于疾病痊愈后半年，最好2年后妊娠。



❖ （二）妊娠期

- 1. 妊娠合并轻型肝炎者，护理内容与非孕期肝炎患者相同，更需注意以下内容：
 - （1）保证休息，加强保肝治疗
 - （2）加强产前监护
 - （3）防止交叉感染
 - （4）提供心理支持

■ 2. 妊娠合并重症肝炎者

- (1) 住院治疗
- (2) 积极防治肝性脑病 保持排便通畅，并严禁肥皂水灌肠。严密观察患者有无性格改变、行为异常、扑翼样震颤等肝性脑病的先兆症状
- (3) 防治凝血功能障碍 为防产后出血，产前4小时及产后12小时内不宜使用肝素治疗。
- (4) 预防肾衰竭 严格限制入液量，记录出入量，每日入液量为前一日尿量加500ml液体量。

❖ （三）分娩期

- 1. 为孕妇提供心理支持。
- 2. 严密观察产程进展，防止滞产。宫口开全后给予阴道助产，缩短第二产程
- 3. 重症病毒性肝炎患者在积极控制病情24小时后，宜选择剖宫产术迅速终止妊娠。
- 4. 按医嘱于临产前数日为患者肌内注射维生素K₁，临产后配制新鲜血备用。

❖ （四）产褥期

- 1. 预防产后出血及感染
- 2. 指导母乳喂养 目前认为HBsAg（+）的产妇可以母乳喂养；HBsAg、HBeAg及抗HBc三项阳性及后两项阳性的产妇均不宜哺乳。指导不宜哺乳的产妇采用生麦芽冲剂或乳房外敷芒硝的方法回奶。新生儿接受免疫接种。
- 3. 出院指导 新生儿出生后注射乙肝疫苗或高效价乙肝免疫球蛋白，预防HBV母婴传播。产妇按时复查，并落实有效的避孕措施。

【结果评价】

- 1. 住院期间，孕产妇能摄入足够的营养。
- 2. 出院前，护理对象能讲述有关康复期的自我保健活动。
- 3. 产妇能结合自己的情况，合理选择喂养新生儿的方法。



北京大学医学出版社

第四节 缺铁性贫血





- ❖ 贫血是妊娠期最常见的一种合并症。其中缺铁性贫血最为常见
- ❖ 妊娠期血容量增加，其中血浆增加比红细胞增加相对较多，血液呈稀释状态，又称“生理性贫血”
- ❖ 我国将红细胞计数 $< 3.5 \times 10^{12}/L$ 、血红蛋白 $< 100g/L$ 或血细胞比容 < 0.30 者，诊断为妊娠期贫血



【贫血与妊娠的相互影响】

❖ 对孕妇的影响：

1. 孕妇的低抗力低下。
2. 对分娩、手术和麻醉的耐受能力差。
3. 并发症发生率增高。
4. 感染。

❖ 对胎儿的影响：

轻、中度贫血对胎儿影响不大，重度贫血时可造成胎儿生长受限、胎儿窘迫、早产或死胎。



【处理原则】

- ❖ 去除诱因，纠正贫血，预防出血、感染以及并发症的发生。

【护理评估】

❖ （一）病史

- 全面了解患者的饮食习惯，评估有无全身性慢性疾病、月经过多等导致缺铁性贫血的因素。

❖ （二）身心状况

- 轻度贫血者（血红蛋白81~100g/L）的症状不明显；重度贫血者（血红蛋白31~60g/L）可有乏力、头晕、心悸、气短、食欲不振、腹胀、腹泻等症状。患者表现为皮肤黏膜苍白、皮肤干燥、毛发失去光泽容易脱落、指/趾甲脆薄易裂以及口腔炎、舌炎等体征。

❖ (三) 诊断性检查

- 1. 血象 外周血涂片为小细胞；血红蛋白 $<100\text{g/L}$ ；红细胞比容 <0.30 。
- 2. 骨髓象 红细胞系统增生活跃，以中、晚幼红细胞增生为主，各期幼红细胞体积较小，边缘不规则。
- 3. 血清铁 $<6.5\text{ }\mu\text{mol/L}$ 。

【护理问题】

- 活动无耐力：与缺铁性贫血导致乏力有关
- 有感染的危险：与贫血导致机体抵抗力低下有关
- 有胎儿受伤的危险：与重度贫血导致胎儿生长发育受限、死胎等有关

【预期目标】

- 1. 妊娠期间，母子维持最佳身心状态，胎儿宫内发育正常
- 2. 入院后，孕产妇能说出诱发感染的危险因素，并能列举预防感染的措施

【护理措施】

❖ （一）孕前期

- 1. 全面评估患者的贫血程度及其对疾病的认识。
- 2. 帮助患者分析并识别引起缺铁性贫血的原因。
- 3. 为患者提供治疗疾病的信息，积极纠正贫血状态。

❖ （二）妊娠期

- 1. 加强产前监护
- 2. 减少体能消耗
- 3. 住院治疗
- 4. 饮食指导
- 5. 用药指导 根据贫血程度，选用铁剂治疗。
 - 血红蛋白在60g/L以上的贫血患者采用口服补铁为主的方法。口服补铁时应同时服用维生素C或稀盐酸以促进铁剂吸收。同时，注意用药期间忌饮茶水；口服铁剂宜在饭后服用，可减少消化道反应。口服疗效差或病情严重的贫血患者，可采用注射方法补充铁剂。但因铁的刺激性强，注射时应深部肌肉注射。

❖ （三）分娩期

- 1. 按医嘱用药
- 2. 缩短第二产程
- 3. 预防产后出血和感染

❖ （四）产褥期

- 1. 严密观察
- 2. 预防感染
- 3. 健康教育
- 4. 出院指导

【结果评价】

- 1. 护理对象妊娠、分娩经过顺利，母子健康状况良好。
- 2. 出院时，护理对象能陈述康复期自我保健措施。
- 3. 出院时，母子不存在感染征象。