

责任编辑：何 丹
封面设计：黄 乐

妇产科护理中的母婴健康维护

曹荣 强馨文 丁娟 编著

VITU ACADEMIC
PUBLISHING PTE.LTD
维图学术出版社

VITU ACADEMIC
PUBLISHING PTE.LTD
维图学术出版社

妇产科护理中的母婴健康维护

FU CHAN KE HU LI ZHONG DE MU YING JIAN KANG WEI HU

曹荣 强馨文 丁娟 编著

ISBN 978-981-17548-8-3



9 789811 754883 >

定价：S\$39.80

妇产科护理中的母婴 健康维护

曹 荣 强馨文 丁 娟 编著



VITU ACADEMIC
PUBLISHING PTE.LTD
维图学术出版社

书 名：妇产科护理中的母婴健康维护

FU CHAN KE HU LI ZHONG DE MU YING JIAN KANG WEI HU

主 编：曹 荣 强馨文 丁 娟

责任编辑：何 丹

封面设计：黄 乐

社 址：73 UPPER PAYA LEBAR ROAD #07-02B CENTRO BIANCO SINGAPORE

出版发行：维图学术出版社（VITU ACADEMIC PUBLISHING PTE.LTD）

联系电话：(65) 82047573

网 址：www.vitu-pub.com

电子邮箱：vitupub@gmail.com 邮编：534818

开 本：787mm×1092mm 1/16 印张：19 字数：150 千字

版 次：2024 年 8 月第一版

印 次：2024 年 8 月第一次印刷

书 号：ISBN 978-981-17548-8-3

定 价：S\$39.80 元

本书如有破损、缺页、装订错误，请与本社联系更换。服务热线：(65) 82047573

版权所有 侵权必究

作者及单位

主 编

曹 荣 昌吉回族自治州中医医院

强馨文 昌吉回族自治州中医医院

丁 娟 昌吉回族自治州中医医院

副主编

李 静 昌吉回族自治州中医医院

马艳梅 昌吉回族自治州中医医院

马 英 昌吉回族自治州中医医院

马维明 昌吉回族自治州中医医院

作者简介



曹 荣（1980.05—），女，汉族，本科学历，副主任护理师，中国共产党党员，从事妇产科临床护理工作 23 年，现任产科护士长，州级妇产科副主任委员，国内期刊参与发表论文五篇，担任论著一部，担任副主编，主持参与完成专利三项，荣获护理质量持续改进项目区级二等奖、州级三等奖，多次荣获单位“优秀医务工作者”、“优秀共产党员”、“优秀党务工作者”等荣誉称号。



强馨文（1970.12—），女，汉族，本科学历，副主任护理师，从事妇产科临床护理工作 28 年，国内期刊参与发表论文九篇，担任论著副主编二部，主持参与完成专利四项，参与护理质量持续改进项目区级二等奖、州级三等奖等活动，多次荣获单位“优秀医务工作者”荣誉称号。



丁娟（1983.05—），女，回族，本科学历，副主任护师，昌吉州中医医院产房助产士，长期从事妇产科助产及护理工作 21 年，发表论文 3 篇，参与发明国家专利 1 项。

简介

妇产科护理中的母婴健康维护是确保孕妇、产妇及新生儿在整个孕期、分娩期和产后恢复期间得到全面、细致和科学的照护的重要环节。在这一护理过程中，专业的医护人员致力于通过预防性的措施、及时的干预和个体化的治疗方案，最大限度地保障母婴的身心健康。

妇产科护理中的母婴健康维护是一项综合性的工作，需要医护人员具备丰富的专业知识、精湛的技术和高度的责任心。通过全面的照护和个体化的治疗方案，为母婴的健康保驾护航。

前言

在生命的壮丽画卷中，母婴健康无疑是最温柔而坚韧的一笔。从孕育新生命的那一刻起，母亲与胎儿便紧密相连，共同踏上了一段既充满希望又充满挑战的旅程。妇产科护理，作为这段旅程中不可或缺的守护者，其重要性不言而喻。它不仅仅是技术的展现，更是人文关怀与科学精神的完美融合，旨在通过专业的护理手段，为母婴双方提供全方位、全周期的健康保障。

在孕期，我们关注孕妇的营养摄入、心理调适及并发症的预防与管理，强调早期识别与干预的重要性，为胎儿的健康成长奠定坚实基础。分娩阶段，我们倡导安全、舒适的分娩环境，鼓励自然分娩，同时熟练掌握各类助产技术及紧急处理流程，确保母婴安全度过这一关键时刻。产后，我们重视母亲的身体恢复与心理健康支持，以及新生儿的喂养、护理与早期发展促进，为家庭顺利过渡到育儿新阶段提供有力支持。

本书旨在对妇产科护理中的母婴健康维护进行研究与探讨。通过引用最新的科研成果与临床指南，为护理人员提供科学、可靠的决策依据。同时，我们也注重人文关怀在护理过程中的渗透，鼓励护理人员以同理心与爱心，构建和谐的护患关系，提升母婴的满意度与幸福感。通过提升妇产科护理人员的专业素养与人文关怀能力，共同守护母婴健康，让每一个新生命都能在爱的包围下茁壮成长，让每一位母亲都能在孕育与养育的过程中感受到温暖与力量。

目 录

第一章 妇产科护理总论	1
第一节 护理伦理	1
第二节 妇产科护理相关制度和规程	5
第三节 女性生殖系统解剖与生理	16
第二章 妇产科常用护理技术	35
第一节 会阴擦洗/冲洗	35
第二节 阴道灌洗/冲洗	38
第三节 会阴湿热敷	42
第四节 阴道或宫颈上药	45
第五节 坐浴	50
第三章 妇产科护理	54
第一节 妇科手术患者的护理	54
第二节 产科手术患者的护理	64
第三节 生殖系统炎症的护理	70
第四节 月经失调妇女的护理	80
第五节 妇科生殖器官肿瘤护理	90
第六节 正常妊娠期孕妇的护理	97
第七节 正常分娩妇女的护理	104
第八节 正常产褥期妇女的护理	108
第四章 手术室护士护理	115
第一节 手术室护士工作职责	115
第二节 手术室护士基本操作技术	123

第三节 手术室患者安全管理规范	131
第四节 妇产科手术的护士护理配合	143
第五章 早产儿的发育支持护理	152
第一节 概述	152
第二节 发育支持护理相关理论	158
第三节 发育支持护理的临床实践	180
第四节 相关护理技能	194
第六章 正常新生儿的护理	204
第一节 新生儿评分	204
第二节 新生儿特殊生理现象	207
第三节 新生儿护理	211
第七章 新生儿常见疾病护理	224
第一节 新生儿窒息	224
第二节 新生儿缺氧缺血性脑病	233
第三节 新生儿颅内出血	238
第四节 新生儿黄疸	241
第五节 新生儿溶血病	248
第六节 新生儿寒冷损伤综合征	252
第七节 新生儿低血糖	257
第八节 新生儿低钙血症	259
第九节 新生儿感染性疾病	262
第十节 新生儿出血症	271
结语	275
参考文献	276

第一章 妇产科护理总论

随着科学技术飞速发展，临床医学的新理论和新技术也在不断更新，疾病的诊断、治疗技术及护理方法日新月异。面对这种机遇和挑战，广大医护人员的素质及理论技术也应日臻完善和提高。本章旨在对妇产科护理总论进行详细的讲解。

第一节 护理伦理

一、基本概念

1. 道德与伦理

医学伦理学是以医学领域中的道德现象和道德关系为自己的研究对象。中国古代的“道德”一词，主要指人与人之间的行为原则和规范的总和，也兼指个人的道德行为、思想品质和修养境界。西方的“道德（morals）”一词最早起源于拉丁文的“Mores”，其单数“mos”指个人的性格和品性，复数“mores”指风俗和习惯。在近代汉语中，“伦理”引申为习俗、品性、思想等。西方的“伦理（ethics）”一词源自希腊语“ethos”，是一种有关“辨别对与错的行为素养”。尽管伦理和道德的词源、涵义不尽相同，但它们是相通的。

2. 护理道德与护理伦理

护理道德是社会一般道德在护理实践领域中的特殊体现，是护理人员在护理领域内处理各种道德关系的职业意识和行为规范。

护理伦理是制约护理行为的一系列道德原则，包括护理人员与病人、病人家属、

医护同仁，以及整个社会的关系，它也用来制约医疗行业的道德义务。护理伦理是护理专业人员的专业伦理，是社会舆论要求护理专业人员必须遵守的职业道德。

每个行业都有自己的职业道德和伦理，护理是以治病救人为目的的社会活动，其服务对象是人。因此，研究护理道德和护理伦理就有着更重要的意义。

护理道德与护理伦理既有区别又有联系。护理道德是护理伦理的基础。护理伦理是护理道德的系统化与理论化，并且它反过来又促进良好的护理道德的形成与发展。因此，护理伦理学又是研究护理道德关系的一门学科。护理伦理学的研究对象包括：护理人员与患者及其家属之间的关系，护理人员之间、护理人员与其他医务人员之间的关系，护理人员与护理学科发展之间的关系。

二、护理的基本规范

护理道德规范是护理人员在实践过程中应遵循的行为准则，是协调护理人员与病人，其他医务人员及社会之间关系的行为标准，也是评价护理人员职业道德的具体标准。

1. 爱岗敬业、自尊自强

护理职业是一项平凡而又崇高的事业。护理人员只有热爱护理职业，不断深化对护理工作内涵的认识，才能更好地为社会人群服务。护理工作在社会中承担着重要的角色，它关系到社会的发展、民族的繁衍和广大人民群众的身心健康，护理人员应该充分认识到自己的职业价值，并敬重自己的职业。

随着传统的以“疾病”为中心的生物学模式转变为以“人”为中心的现代医学模式，护理学的内涵得到了进一步的提升，作用也越来越凸显出来，护理人员不仅是护理活动的执行者，还是健康教育者、健康协调者，健康咨询者以及病人利益的维护者。护理人员应视病人为整体，从身体和心理上关心爱护病人。这就要求护理工作者不仅具备扎实的护理基本知识、理论和技能，而且需要学习护理伦理学、

护理心理学、美学以及社会学等相关学科的知识。同时，还应具备良好的沟通和表达能力，从而为患者提供优质护理服务。

2. 尊重病人、关心病人

尊重病人，爱护关心病人是护理人员最基本的道德要求，护理人员应把救死扶伤，防病治病，全心全意为病人服务作为自己的最高职责。

首先，要尊重病人，即尊重病人的生命价值，尊重病人的人格和权利。人的生命价值是由其生命质量决定的，护理人员在工作过程中必须努力提高病人的生命质量，无论从生理还是心理上，都应该采取最佳的措施，减轻患者的痛苦，使他们更有勇气面临困难、战胜疾病，从而更好地回归社会。病人的权力，包括平等的医护权利、知情同意的权利、要求保守秘密的权利等，护理人员应对患者一视同仁，不论贫富地位、远近亲疏，都应以诚相待；在医疗护理中，对于病人的隐私，护理人员应负有保守秘密的义务，绝不能随意泄露或当众议论。护理人员应充分尊重患者的以上权利，成为病人权力的忠实维护者，这也是建立良好护患关系的前提。

其次，要关心体贴病人。护理人员应适当的移情，设身处地地体谅病人患病的痛苦，看病的艰难和治疗带来的一系列身体和心理的伤害和打击，以最优的服务态度和技术为病人提供治疗和护理。南丁格尔曾说过：“护士必须有一颗同情的心。”护理人员只有真正地走进病人的心理，与患者产生共鸣，才能更好地为病人服务。

3. 认真负责、精益求精

以病人为中心，一切为了病人的利益是护理工作的出发点与归宿，护理工作直接关系到病人的安危，来不得半点疏忽。在道德要求上：护理人员必须以高度的责任心对待工作，谨慎细心，严格执行“三查七对”，严防各种差错事故；严格遵守护理的各项规章制度和操作流程；严密实施各项护理操作，做到及时准确。同时，还应培养敏锐的观察能力，及时发现病情变化并报告医生解决问题。护理人员还应有批判性的思维，辩证地执行医嘱，这也是对病人认真负责的一种表现。

精湛的护理技术也是对护理人员职业道德的基本要求，护理人员应在保证不增加病人痛苦的基础上，努力熟练掌握各项护理技术操作，不断积累经验，从而更快捷高效地完成护理工作。随着现代医疗和护理的不断发展，许多医学诊断治疗新技术的应用，康复医学、社区护理和家庭病房的兴起，护理工作的内容和范围也在不断地扩大，护理人员在这种医疗大环境下更应该不断地学习，完善相关的知识结构，自我提高，从而适应社会的发展，满足患者的需要。

4. 热忱服务、乐于奉献

护理的本质就是照顾，在护理实践过程中满足病人的各种需要，热忱服务正是这一本质的具体体现。护理人员应全心全意为病人服务，在生活上悉心照料，在治疗上以精湛的技术为病人提供服务，在心理上给予病人最大的安慰。特别是对老年病人、危重症病人、婴幼儿病人、精神病人，应给予更多的关心和照顾，要耐心解释，细心观察患者的病情变化和心理反应，及时发现问题，解决问题。在提倡文明服务的今天，护理人员还应发扬乐于奉献的精神，把解决病人的痛苦放在首位，不怕脏不怕累，不辞辛苦，不厌其烦，全心全意为人民的健康服务。

5. 举止端庄、言语文明

护士是白衣天使，是美的化身，这是社会给予护理人员的高度肯定。护理人员的言行举止是体现护理道德的主要途径，端庄的举止，文明的用语是拉近护患关系的重要桥梁。端庄的举止要求护理人员在上上班时衣帽整齐，精神饱满，态度和蔼，不勾肩搭背，不打闹，遇同事或熟悉的病人要主动礼节性示意或问候。护士站、坐、行要稳重，端庄、大方、优美。仪容上应自然大方，切忌浓妆艳抹，不宜涂染指甲，也不宜佩戴耳环、戒指或手镯等。文明的用语有利于护患之间的交流沟通，并且可以对大脑皮质起保护作用，使病人机体减少潜能的消耗并增强防御能力，因此，护理人员应针对不同的病人、根据不同的场合和不同的情景，采用不同的语言，使病人感到亲切愉快。

6. 互尊互学、团结协作

随着现代医学的发展，护理工作与其他部门的联系也越来越紧密，如行政管理和后勤保障部门等，这就要求护理人员除了和病人及病人家属建立良好的护患关系外，还应与医务人员、管理人员，实验技术人员等建立良好的合作关系，在工作中应相互尊重，相互理解和支持，密切配合，协调一致。在护理人员之间，大家既是同事又是姐妹，更应该相互尊重，相互关心，营造一个和谐的、温馨的工作氛围，从而为护理质量的提高和护理人才的健康发展创造有利条件。

第二节 妇产科护理相关制度和规程

一、妇产科护理相关制度

（一）消毒隔离和感染控制制度

1. 门诊消毒隔离制度

（1）各诊室每日用 0.5%三氯异氰尿酸（健之素）拖地。

（2）保持检查床整洁，定期更换床单、床套。每日用 0.5%含氯消毒液擦拭床。

每次妇科或产科检查后，及时更换检查床上的垫单。

（3）使用过的器械，经清水洗净后密闭存放，送入供应室消毒灭菌。

（4）持物钳使用随用随开，用后送供应室消毒灭菌。

（5）定期检查消毒过的器械及敷料，如已过期必须重新消毒。

（6）注射室、治疗室及各诊室，每日通风 30min，并进行空气消毒。

（7）对有传染性疾病的病人（念珠菌、滴虫性阴道炎、淋病等）进行治疗时，应固定床位，用物均分开消毒。

（8）对 HIV、梅毒孕妇应使用单独皮尺、一次性中单。

（9）每日诊疗完毕，清洁各诊室，补充用物，保持诊室整齐清洁。

2. 普通病区消毒隔离制度

(1) 保持室内整齐、清洁、舒适、环境优美。

(2) 病房每天早晚开窗通风 2 次，每次 30min，或启用空气消毒机消毒，每天 2 次，每次 30~60min，保持室内空气新鲜。室温应保持在 18~24℃，相对湿度不低于 50%~60%。

(3) 地面每天打扫 2 次，湿拖 2 次；床头柜每天用消毒液抹布擦拭 1 次。窗门每周清洁 1 次，窗帘、屏风等每季度清洁 1 次。拖把、抹布分区专用，并设有标志。

(4) 药柜、治疗车、配剂室和治疗室的桌面等，每天用消毒液抹布清洁 1 次。配剂室、治疗室，污物室每天紫外线消毒 2 次。紫外线使用设专簿登记使用时间，累计 1000h 更换紫外线光管。每周用 75%乙醇擦紫外线光管 1 次。每季度测试病区的各紫外线光管的强度 1 次，强度 $<70\mu\text{W}/\text{cm}^2$ 要更换新灯管。

(5) 消毒物品和非消毒物品分别放置，并有明显标志。每天检查各室内消毒物品的有效时间。专人负责消毒物品检查。

(6) 床单、被服等每周更换 1 次，必要时随时更换。病员服用一消毒。患者出院后，床单位应及时处理，消毒。

(7) 洗手盆、厕所每天最少刷洗，消毒 2 次。便盆一人一盆，用后清洁、浸泡消毒，晾干。

(8) 污物按处理原则装入袋内，每天发袋清除污物 3 次。

(9) 控制探视时间和探视人数。

(10) 每季度进行 1 次医护人员的无菌技术、消毒隔离制度、手卫生规范的培训。

(11) 加强对患者及家属的卫生宣教工作。

3. 产房消毒隔离制度

(1) 非本区工作人员，未经许可不得进入产房。

(2) 产房工作人员入室时, 需换鞋、穿产房工作服、戴帽及口罩。外出时必须更换外出衣及外出鞋, 鞋按标识放入鞋柜。

(3) 产妇入室时, 需更换病人衣服及拖鞋(产妇的拖鞋用塑料袋装好随产妇带入); 进入手术室的产妇需戴帽。

(4) 产妇离室时, 用过的衣服、帽子、口罩分别放入污衣桶内。

(5) 每日用消毒液拖地面 2 次。每周清洗层流手术室的回风口过滤网和墙面、天花板 1 次。

(6) 每晚用干净抹布做小区清洁。用紫外线消毒配剂室、入院处理室、消毒敷料室、候产室和清洁室。

(7) 每周更换乙醇瓶、每周更换骨盆尺浸泡液及皮尺浸泡液、肥皂球盅 2 次。

(8) 每班更换各开放抢救台吸引瓶内胆, 每天更换冲洗壶; 氧气湿化瓶在每个孕妇使用后要及时更换, 每天早上集中送供应室消毒。

(9) 新生儿的吸液管、冲管液一人一用。新生儿喉镜叶片使用后, 用 75%乙醇擦拭后干燥保存(母亲患传染病的喉镜叶片使用后用 75%乙醇浸泡 30min, 手柄用 75%乙醇擦拭消毒)。

(10) 每月做环境卫生监测 1 次并记录: 手术室、各分娩室的环境空气 $<200\text{cfu}/\text{m}^3$; 物体表面、医务人员手面 $<5\text{cfu}/\text{cm}^2$ 。

(11) 每天每班检查各室内的消毒物品的有效时间; 专人负责每周 1 次的全区消毒物品检查。

(12) 所有分娩、检查、手术后用过的器械均应及时处理、更换、消毒。

(13) 分娩床、手术床在每个产妇使用后, 均须用 0.05%含氯消毒液擦拭后更换床上用品。

(14) 产房的器械、产包等物品一用一灭菌; 灭菌操作应严格遵守无菌操作规程。

(15) 对乙肝血清标志物阳性及其他传染病人应固定产床分娩，所有物品应按传染病特殊消毒处理，并做好终末消毒。

4. 母婴同室病房消毒隔离制度

(1) 室内每日定时开窗通风换气，定时开启空气净化器，备有紫外线消毒机，进行出院终末处理。

(2) 室内日常清洁消毒，湿式打扫，病房地面与走廊每天上下午各打扫1次。

(3) 工作人员注意手的清洁，治疗操作及接触产妇、婴儿前后洗手，或用快速手消毒液，必要时消毒液浸泡。喂哺前帮助产妇清洁手。

(4) 护士分工明确，责任到人，避免多人接触产妇及婴儿而引起交叉感染。

(5) 婴儿用的眼药水、扑粉、油膏、沐浴液、浴巾、治疗用品等应用，避免交叉使用。

(6) 工作人员如患传染病应及时调离，患有皮肤化脓及其他感染性疾病的工作人员应暂时停止与婴儿的接触。

(7) 母婴一方患有感染性疾病时，均应及时与其他正常母婴隔离。产妇在传染病急性期，应暂停哺乳。患有感染性强的疾病，如脓疱疮、新生儿眼炎、鹅口疮等时应及时隔离。

(8) 产妇与婴儿用物要分开，换下的尿布要放在固定的容器内。

(9) 控制陪护、探视人员，探视者应着清洁服装，洗手后方可接触婴儿。在传染病流行期间禁止探视。

(10) 每月必须对母婴室内空气、物体表面、消毒剂以及医护人员的手作一次微生物监测，并保存好监测记录，对不合格的以及接近限值的，必须及时分析原因并积极采取措施，重新监测直到合格。

(二) 传染病上报制度

1. 传染病分类

(1) 甲类传染病：鼠疫、霍乱。

(2) 乙类传染病：传染性非典型肺炎、艾滋病、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感、麻疹、流行性出血热、狂犬病、流行性乙型脑炎、登革热、炭疽、细菌性和阿米巴性痢疾、肺结核、伤寒和副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、百日咳、白喉、新生儿破伤风、猩红热、布鲁菌病、淋病、梅毒、钩端螺旋体病、血吸虫病、疟疾。

(3) 丙类传染病：流行性感冒、流行性腮腺炎、风疹、急性出血性结膜炎、麻风病、流行性和地方性斑疹伤寒、黑热病、棘球蚴病、丝虫病，除霍乱、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病。

上述规定以外的其他传染病，根据其暴发、流行情况和危害程度，需要列入乙类、丙类传染病。

对乙类传染病中传染性非典型肺炎、炭疽中的肺炭疽和人感染高致病性禽流感，采取本法所称甲类传染病的预防、控制措施。其他乙类传染病和突发原因不明的传染病需要采取本法所称甲类传染病的预防、控制措施实施。

2. 传染病管理制度

(1) 医疗保健人员、卫生防疫人员为传染病责任报告人。

(2) 门诊医生诊治病人，必须登记门诊日志，要求登记项目准确、完整、字体清楚。

(3) 责任报告人发现甲类传染病中传染性非典型肺炎以及乙类传染病中的艾滋病、肺炭疽的病人、原携带者和疑似病人时，城镇 6h 内、农村于 12h 内以最快的通信方式向防疫站报告，并同时报出传染病报告卡。发现乙类传染病人、病原携带者和疑似病人，城镇 12h 内、农村于 24h 内、丙类传染病 24h 内报出传染病报告卡。

(4) 责任报告人发现麻疹、白喉、百日咳、脊髓灰质炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、伤寒及副伤寒、钩体、疟疾、出血热等重点管理的传染病及疑似

病人，以最快方式报告防疫站并配合检诊。

1) 甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型性肺炎、脊髓灰质炎、人感染高致病性禽流感病人、疑似病人或病原携带者，应于 2h 内通过网络报告。

2) 其他乙类传染病病人、疑似病人，伤寒副伤寒、痢疾、梅毒、淋病、白喉、疟疾的病原携带者以及结核性胸膜炎，应于 24h 内通过网络报告。

3) 其他丙类传染病病人，疑似病人，应于 24h 内通过网络报告。

二、妇产科护理一般规程

(一) 门诊病人接诊护理常规

1. 产科门诊护理常规

(1) 开诊前检查各项物品及仪器用具是否齐全。

(2) 有秩序地安排好孕妇就诊，对初诊孕妇询问病史，填写初诊病历表。

(3) 对来诊孕妇测量血压、体重、计算孕周，并记录于门诊病历（如血压高应让孕妇休息后重测，两次结果均应记录在病历上）。

(4) 对凡是来就诊前，已破水的孕妇或在就诊过程中破水者，均应立即卧床、听胎心音，并请医生立即诊查。

(5) 有下列情况者应安排优先请医生诊查。

1) 孕妇血压 $\geq 130/90\text{mmHg}$ ，或伴有头痛眼花等自觉症状者。

2) 孕妇有阴道流血，怀疑前置胎盘或胎盘早剥者。

3) 主诉有胎动异常、临产先兆或有正式临产症状者。

4) 有其他异常情况或身体衰弱不能坚持候诊者。

(6) 向孕妇宣传孕产期保健卫生知识，评估其对孕产期生理、心理、精神方面知识的需求，耐心解答孕妇提出的问题。

(7) 定期检查诊室内物品，及时补充所需物品；定期维修及保养各类仪器，确

保性能正常。

(8) 注意保持候诊室环境的安静及整洁。

2. 妇科门诊护理常规

(1) 开诊前检查各项物品及用具是否齐全。

(2) 维持诊室秩序，做好卫生宣传工作。

(3) 态度和蔼，热情接待就诊病人。

(4) 嘱咐需要做妇科检查的病人诊前先排空小便，须做尿检验者嘱其同时留取标本。

(5) 对重病、阴道流血多或急腹症病人安排优先就诊。

(6) 宣传妇女保健卫生知识并耐心解答病人提出的疑难问题。

(7) 物品准备

1) 消毒物品：妇科窥阴器、长镊子、血管钳、宫颈钳、活检钳、小刮匙、剪刀、棉球、棉签、纱布、灭菌手套等。

2) 外用药物：75%乙醇、2%碘酒、3%双氧水、安尔碘、安多福，生理盐水及润滑油等。

3) 其他用品：血压计、听诊器、玻璃片、刮板、洗手用品及一次性污物处理盒或袋。

3. 计划生育门诊护理常规

(1) 同妇科门诊护理常规。

(2) 宣传妇女保健知识及晚婚、计划生育的重要意义。

(3) 计划生育咨询

1) 热情接待要求落实计划生育措施的妇女及其家属。

2) 根据具体情况，指导各种避孕、绝育、人工流产与引产的方法。

3) 解答有关计划生育技术上的问题。

(二) 入院/转入病人护理常规

1. 产科

(1) 孕妇入院护理

- 1) 热情及时接待孕妇，及时报告医生孕妇入院。
- 2) 详细询问既往孕产史及本孕经过，复习产前检查记录及各项检查结果。
- 3) 测量生命体征，测量胎心，了解有无子宫收缩、阴道流血及流液情况。
- 4) 填写产科入院护理病历，向孕妇及家属进行健康宣教及住院制度宣教并签名确认。
- 5) 填写一览表、床头卡、入院登记大本、大交班本，并且给孕妇戴上手腕标识带。
- 6) 介绍环境和床边呼叫器的使用方法，将孕妇安置至床边，协助孕妇更换病人衣服。
- 7) 向孕妇介绍管床医生及护士；教育孕妇出现下列情况应及时告知医护人员，如：宫缩（阵发性的腹痛、腰部酸胀、腹部紧绷感）、阴道流血或流液、胎动增多或减少等。
- 8) 通知管床医生新收孕妇入院。

(2) 孕妇转入护理

- 1) 核对孕妇手腕标识带，安置孕妇入住床位，听胎心，了解子宫收缩、阴道流血及流液等情况。
- 2) 做病区环境、作息和探访制度介绍。
- 3) 向孕妇介绍管床护士和医生。
- 4) 填写一览表、床头卡、入院登记大本和大交班等。
- 5) 整理好病历，及时记录孕妇转入时的情况及时间。
- 6) 查看各项记录是否完整，如果没有护士护送的转科患者，发现患者的情况与

交班记录不符，电话联系转出病区的护理人员，核实交班记录。

7) 了解医嘱的执行情况，接收患者后对医嘱有任何疑问时，必须询问清楚再执行。

8) 通知管床医师诊视孕妇。

(3) 产妇转入护理

1) 顺产产妇转入时的护理

- ①了解分娩经过和妊娠期合并症。
- ②检查病历书写是否完整。
- ③合理安排床位。
- ④过床前先按压子宫底，了解阴道流血和膀胱充盈情况无特殊后才过床。
- ⑤进行入院宣教。
- ⑥执行医嘱和开护嘱。
- ⑦给新生儿进行早接触和早吸吮。
- ⑧指导饮食与督促产妇于产后 6~8h 排尿。

2) 剖宫产产妇转入时的护理

- ①了解麻醉方式、手术经过及妊娠期合并症和并发症。
- ②检查病历书写是否完整。
- ③合理安排床位。
- ④检查输液管、尿管和其他引流管是否通畅。
- ⑤给产妇接上心电监护仪，监测心率、呼吸、血压和血氧饱和度 6h。
- ⑥进行入院宣教。
- ⑦执行医嘱和开护嘱。
- ⑧给新生儿进行早接触和早吸吮。

(4) 院外分娩入院后护理

院外分娩是指在毫无准备或不合格的环境条件下，如田间、居所、工作间、旅途或非法诊所等处突然分娩。护理要点如下：

1) 产妇

- ①更换衣服后迅速送入隔离产房。
- ②测量生命体征、了解子宫收缩及阴道流血情况。
- ③了解孕产史及其他病史及分娩过程，书写病历。
- ④遵医嘱进行抽血化验。
- ⑤如胎盘未娩出，清洁及消毒会阴后协助胎盘娩出，检查软产道，如有裂伤给予缝合。
- ⑥皮试阴性后给予注射破伤风抗毒素；若皮试阳性，可给予脱敏治疗。
- ⑦产后于产房观察 2h，内容包括：子宫收缩、阴道出血量、生命体征等，如有异常及时报告医生处理。
- ⑧无异常者，转爱婴区或孕妇区观察。也可遵照患者意愿办理出院手续。

2) 婴儿

- ①在保暖的条件下予以脐部消毒及常规检查并记录。
- ②遵医嘱予以注射破伤风抗毒素。
- ③视新生儿情况遵医嘱转爱婴区或转新生儿科观察。

2. 妇科

妇科病人转入护理要点如下：

(1) 核对病人手腕标识带，检查病人神志，皮肤情况，各种引流管道固定和通畅情况。安置病人入住床位。

(2) 整理并检查病历，保证病历完整。

(3) 查看长短期医嘱，了解治疗情况。和转出病区负责护士做好病情、治疗、药物等交接班。

(4) 向病人和家属做自我介绍及相关医护人员介绍,病区环境、作息和探访制度介绍。

(5) 填写一览表和床头卡、大本和大交班,电脑上接受确认病人一般资料。

(6) 完善转入护理记录。

(三) 出院/转出病人护理常规

1. 产科

(1) 指导孕/产妇家属办理出院手续。

(2) 指导孕/产妇出院后注意事项,包括活动和休息、饮食、用药、随诊/复诊等。

(3) 给予必要的离院协助,如提供轮椅等。

2. 孕妇在妇产科的分布情况

(1) 孕妇区主要收治妊娠合并症或并发症的孕妇。

(2) 妇科主要收治(先兆)流产的孕妇。

(3) 产房主要收治临产、安胎、死胎引产以及产科急诊手术等孕产妇。

3. 产妇分娩后的去向

(1) 正常分娩者产后转往爱婴区。

(2) 中孕死胎引产者产后转往孕妇区。

(3) 流产者转往妇科。

(4) 产后出血者可在产房观察并处理,病情稳定后转回一般病区,重病患者可转入 SICU 观察。

4. 妇科

(1) 出院病人护理常规

1) 根据医嘱检查病人各项治疗执行情况,进行电脑医嘱处理,打印出院通知单。

2) 指导病人办理出院手续、取药、复印资料程序,交代出院注意事项。提供病

历资料复印申请表。

- 3) 写好出院护理记录, 整理病人病历资料, 将不需归档资料交回病人。
- 4) 将带出院的口服药交病人并说明服药方法。
- 5) 告知复诊时间及随诊指征。

(2) 转出病人护理常规

- 1) 联系转入病区, 确定转入床位。
- 2) 检查病人各项治疗、检查、服药完成情况。
- 3) 整理病历, 完善各项护理记录。
- 4) 妥善固定病人各种管道, 保持通畅。
- 5) 抽出床头卡, 病人一览表, 登记日志本, 将病人信息电脑处理“转出”以及选择接收科室。
- 6) 视情况进行电话交接班或和工友护送至转入病区进行床边交接班。

第三节 女性生殖系统解剖与生理

一、女性生殖系统解剖

女性生殖系统包括内、外生殖器官及其相关组织, 因骨盆及邻近器官与其关系密切, 故一并讲述。

(一) 骨盆与骨盆底解剖

骨盆是胎儿经阴道娩出时必经的骨性产道, 其大小、形状及其与胎儿的比例直接影响胎位与产力, 关系到分娩能否顺利进行。

1. 骨盆的组成

(1) 骨盆的骨骼

骨盆由骶骨、尾骨及左右髋骨组成。骶骨一般由 5~6 块骶椎合成; 尾骨由 4~

5 块尾椎合成；髌骨由髌骨、坐骨及耻骨组成，成年后三者融合在一起，界限不明显。

（2）骨盆的关节及韧带

骶骨与髌骨相接处为骶髌关节；骶骨与尾骨连接处为骶尾关节；两侧耻骨中间为耻骨联合。在骶尾骨与坐骨结节之间有骶结节韧带，骶、尾骨与坐骨棘之间有骶棘韧带，骶棘韧带即坐骨切迹宽度，是判断中骨盆是否狭窄的重要指标。妊娠期受激素影响，韧带较松弛，各关节的活动性亦稍有增加，骶尾关节妊娠期活动度较大，尾骨可向后活动约 2cm，使骨盆出口前后径增大。此关节如不活动，且尾骨又向内弯曲，则会影响胎儿娩出。

2. 骨盆的分界

以耻骨联合上缘、髌耻缘及骶岬上缘为界，将骨盆分为假骨盆和真骨盆。假骨盆在分娩过程中虽无实际意义，但其径线与真骨盆的相应径线大小有一定的比例关系。真骨盆与分娩关系密切，上部为骨盆入口，下部为骨盆出口，两者之间为骨盆腔，其前壁为耻骨联合及其两侧耻骨降支，后壁为骶骨和尾骨。耻骨联合全长约 4.2cm，骶骨全长平均为 11.8cm，高平均为 9.8cm，故骨盆腔呈前短后长的弯圆柱形。

3. 骨盆的类型

国际上将骨盆分为四种基本类型：女型、男型、扁平型、类人猿型。

（1）女性骨盆

最常见，骨盆入口为圆形或横椭圆形，横径较前后径略长，骨盆腔宽阔；坐骨棘间径 $\geq 10\text{cm}$ ，耻骨弓较宽，骨盆出口不狭窄。为女性正常骨盆，占 52%~58.9%，最适宜分娩。

（2）男性骨盆

入口略呈三角形，骶骨前表面较直，两侧壁内聚，坐骨棘突出，坐骨切迹窄。出口后矢状径亦缩短，耻骨弓呈锐角。整个盆腔呈漏斗形，亦称漏斗状骨盆，占 1%~

3.7%。此种类型骨盆阴道分娩会遇到困难，一般不宜试产。

（3）扁平型骨盆

占 23.2%~29%。入口前后径短，横径相对较长，呈横扁椭圆形。坐骨切迹较窄，骶骨变直后翘，骶骨短而骨盆浅。胎头常呈不均倾式嵌入骨盆入口，易发生前或后不均倾位。

（4）类人猿型骨盆

占 14.29%~18%。骨盆入口呈卵圆形，各平面前后径长，横径短。坐骨切迹较宽，两侧壁内聚，坐骨棘突出，耻骨弓较窄，骶骨向后倾斜，故骨盆前部较窄而后部较宽。骶骨常有 6 节，且较直，故盆腔较深，因前后径长而横径短，易发生胎头高直位或持续性枕后位。

上述 4 种骨盆，为典型的基本类型，而临床上遇到的多为各种类型的混合。

4. 骨盆底

骨盆底是封闭骨盆出口的软组织，由多层肌肉及筋膜所组成，以承载和支持盆腔内的器官。盆底前方为耻骨联合，后方为尾骨尖，两侧为耻骨降支、坐骨升支及坐骨结节。坐骨结节前缘的连线将骨盆底分为前、后两部：前部为尿生殖三角，又称尿生殖区，有尿道和阴道通过，后部为肛门三角，又称肛区，有直肠穿过。分娩时，骨盆底可向前伸展，成为软产道的一部分，与子宫收缩有机地相协调，使胎先露在产道内旋转及下降。若分娩时受损伤，则可因松弛而影响盆腔器官的位置和功能。骨盆底从外向内分为三层：

（1）外层

由会阴浅筋膜及其深面的三对肌肉和一对括约肌组成，包括球海绵体肌、坐骨海绵体肌、会阴浅横肌和肛门外括约肌。这层肌肉的肌腱会合于阴道外口和肛门之间，形成中心腱。

（2）中层

泌尿生殖膈，由两层筋膜和其间的一对会阴深横肌及尿道括约肌组成。

（3）内层

即盆膈，由肛提肌及其内、外筋膜所组成，其间有尿道、阴道及直肠贯穿，每侧肛提肌由内至外由三部分组成。

1) 耻骨尾骨肌

位于最内侧，是肛提肌的主要组成部分，肌纤维从耻骨降支内面及覆盖闭孔内肌膜构成的腱弓前部分开始，沿阴道、直肠向后终止于骶骨下部及尾骨，其中有小部分肌纤维止于阴道和直肠周围，分娩时容易裂伤，导致膀胱及直肠膨出。

2) 髂尾肌

在中间，形成肛提肌大部分，从闭孔内肌上的白线后部起，向中间及向后走行，与对侧肌纤维会合于直肠，部分肌束跨过耻尾肌而加强阴道直肠隔。

3) 坐尾肌

在外侧后方，自两侧坐骨棘开始止于尾骨与骶骨。

会阴，广义的会阴是指封闭骨盆出口的所有软组织，狭义的会阴是指阴道口与肛门之间的软组织，由外向内逐渐变狭窄，呈楔形，为盆底承受压力最大的部分。表面为皮肤及皮下脂肪，内层为会阴中心腱，又称会阴体。会阴体长 3~4cm，如在第二产程伸展超过 6cm，则为会阴体过长，可影响胎儿头娩出，是会阴切开指征。

（二）女性生殖器官解剖

1. 外生殖器

是生殖器官的外露部分，位于两股内侧之间，前面为耻骨联合，后面以会阴为界。

（1）阴阜

即耻骨联合前面隆起的脂肪垫。自青春期开始有阴毛生长，呈尖端向下的三角形分布，为第二性征之一。

（2）大阴唇

起自阴阜，向下、向后止于会阴的一对隆起的皮肤皱襞。外侧面为皮肤，真皮层内有皮脂腺和汗腺，青春期长出阴毛。大阴唇皮下组织松弛，含有丰富的静脉、神经及淋巴管，受外伤易形成血肿。

（3）小阴唇

位于大阴唇内侧的一对薄皱襞，表面湿润、微红，表面为复层鳞状上皮，富含皮脂腺，汗腺极少，无阴毛。神经末梢丰富，非常敏感。

（4）阴蒂

位于两侧小阴唇顶端的联合处，具有勃起性。分阴蒂头、阴蒂体及两个阴蒂脚三部分。仅阴蒂头露于外阴，神经末梢丰富。

（5）阴道前庭

为两侧小阴唇之间的区域，前为阴蒂，后为阴唇系带。前有尿道外口，后有阴道口。阴道口与阴唇系带之间有一浅窝，称为舟状窝，经产妇受分娩影响，此窝消失。

1) 尿道口

位于阴蒂下方。尿道口两侧后方有尿道旁腺（斯基恩氏腺），其分泌物有润滑尿道口作用，亦常为细菌潜伏处。

2) 阴道口和处女膜

位于尿道口后方。阴道口呈圆形或新月形，较小，可通指尖，覆盖阴道口的一层有孔薄膜，称为处女膜。处女膜多在初次性交时破裂，受分娩影响产后仅留有处女膜痕。

3) 前庭球

又称球海绵体，位于前庭两侧，由具有勃起性的静脉丛组成，表面覆有球海绵体肌。

4) 前庭大腺

又称巴多林腺。位于大阴唇后部，为球海绵体肌覆盖，如黄豆大小，左右各一，腺管细长，开口于前庭后方小阴唇与处女膜之间的沟内。在性兴奋时腺体分泌黏液样液体，起润滑作用。正常情况下不能触及此腺。若腺管口闭塞，可形成囊肿或脓肿。

2. 内生殖器

女性内生殖器包括阴道、子宫、输卵管及卵巢，后二者称为子宫附件。

(1) 阴道

阴道为性交器官及月经血排出和胎儿娩出的通道。位于骨盆下部中央，呈上宽下窄的管道，前壁长7~9cm，与膀胱和尿道相邻，后壁长10~12cm，与直肠贴近。上端包绕宫颈，下端开口于阴道前庭后部。环绕宫颈周围的部分称为阴道穹窿，分为前、后、左、右4部分，其中，后穹窿最深，与子宫直肠陷凹紧密相邻，为盆腔最低部位，临床上可经此处穿刺或引流。

阴道壁有许多横行皱襞，伸缩性较大。黏膜为复层鳞状上皮，无腺体，受性激素影响而有周期性变化。阴道壁富于静脉丛，受创伤后易出血或形成血肿。幼女或绝经后黏膜变薄，皱襞减少，伸缩性变差，局部抵抗力变差，容易受创伤和感染。肌层由外纵及内环形的两层平滑肌构成，肌层外覆纤维组织膜，含多量弹力纤维及少量平滑肌纤维。

(2) 子宫

成人子宫呈前后略扁的倒梨形，为空腔器官，青春期后产生月经，性交后是精子到达输卵管的通道，妊娠后是胚胎生长发育的部位，分娩时子宫收缩将胎儿及其附属物排出。

1) 形态

子宫长7~8cm，宽4~5cm，厚2~3cm，重50~60g，宫腔容量约5ml。子宫分

为宫体及宫颈两部分，宫体与宫颈的比例因年龄而异，婴儿期 1：2，青春期 1：1，生育期 2：1，老年期 1：1。宫体上端为宫底部，两侧为宫角，与输卵管相通。子宫下部较窄呈圆柱状，称为宫颈。宫体与宫颈相连部分，称为子宫峡部，在非孕期长约 1cm，其上端为解剖学内口，下端为组织学内口。子宫颈外口在坐骨棘水平稍上处。未生育过的子宫颈外口为圆形，分娩后呈扁圆形。

2) 组织结构

子宫体由 3 层构成，外层为浆膜，中间为肌层，内层为子宫内膜。子宫的浆膜层即脏腹膜，覆盖除子宫颈阴道部外的子宫表面，向前覆盖膀胱，向后覆盖直肠，向两侧形成阔韧带。肌层主要由平滑肌组成，又可分为三层，内层环形，外层纵形，中间交错，肌层中含有较多血管。肌层的这种特殊排列对增强子宫的坚韧性和收缩力具有重要作用，有利于分娩时的子宫收缩及月经、流产与产后的子宫缩复止血。子宫内膜分基底层和功能层，功能层脱落而基底层保留，新生内膜由此而生长。

子宫颈主要由结缔组织构成，亦含有平滑肌纤维多数血管及弹力纤维。子宫颈管内覆有高柱状上皮的黏膜，子宫颈的阴道部分为复层鳞状上皮覆盖。在正常情况下，子宫颈的柱状上皮与鳞状上皮在子宫颈外口交界，称为鳞柱上皮分界处，是宫颈癌的好发部位。正常子宫颈的肌纤维约占 10%，如果此比率增加过大，可致子宫颈功能不全。正常子宫略呈前倾前屈位，子宫与膀胱之间为膀胱子宫陷凹，与直肠之间为子宫直肠陷凹。子宫颈和阴道上部与膀胱疏松相连，由膀胱宫颈筋膜（韧带）悬吊。子宫两侧峡部为子宫动静脉进入及其分支处，而输尿管的终末段，亦在附近经过而进入膀胱。

3) 子宫韧带

子宫韧带主要由结缔组织增厚而形成，有的含平滑肌，维持子宫于正常位置。共有 4 对

①阔韧带

由前后两叶腹膜及其间的结缔组织构成，起自子宫侧浆膜层，止于两侧盆壁；上缘游离，下端与盆底腹膜相连。阔韧带内 2/3 包绕部分输卵管，形成输卵管系膜；外 1/3 包绕卵巢血管，形成骨盆漏斗韧带，又称卵巢悬韧带。卵巢与阔韧带后叶相接处，称为卵巢系膜。在宫体两侧的阔韧带内有丰富的血管、神经、淋巴管及大量疏松结缔组织，称为宫旁组织。子宫动静脉及输尿管均从阔韧带下部穿过。

②圆韧带

长 12~14cm，呈圆索状。起自双侧子宫角的前面，穿行于阔韧带与腹股沟内，止于大阴唇前端。由结缔组织与平滑肌组成，可维持子宫底在前倾位置。

③主韧带

在阔韧带下部，横行子宫颈两侧和骨盆侧壁之间，又称宫颈横韧带。由结缔组织及少量肌纤维组成，与宫颈紧密相连，起固定宫颈的作用。

④宫骶韧带

从宫颈后面上部两侧起（相当于子宫峡部水平），绕过直肠达第 2~3 骶椎前面的筋膜。由结缔组织及平滑肌纤维构成，外有腹膜遮盖。短厚坚韧，牵引宫颈向后、向上，维持子宫于前倾位置。

（3）输卵管

为卵子与精子结合的场所及运送受精卵的管道。输卵管全长 8~14cm，为一对细长弯曲的管道，由内向外分为 4 部分：

- 1) 间质部：为通向子宫壁内的部分，短而腔窄。
- 2) 峡部：在间质部外侧，管腔较窄。
- 3) 壶腹部：峡部之外，管腔较宽大，是精子和卵子结合形成受精卵的部位。
- 4) 伞部：为最外侧部分，游离、开口于腹腔，管口有许多须状组织，呈伞状，故名伞部，有“拾卵”的作用。

输卵管壁由浆膜层、肌层及黏膜层组成。浆膜层为阔韧带上缘腹膜延伸包绕输

卵管而成；肌层为平滑肌，它有节奏地收缩可引起输卵管由远端向近端的蠕动；黏膜层由单层高柱状上皮组成。黏膜上皮中的纤毛细胞的摆动有利于受精卵向宫腔的运送。输卵管肌肉的收缩和黏膜上皮细胞的形态、分泌及纤毛摆动均受卵巢激素的影响，呈周期性变化。

（4）卵巢

是产生与排出卵子，并分泌甾体激素的性器官。卵巢位于输卵管的后下方以卵巢系膜连接于阔韧带后叶的部位，称为卵巢门，卵巢血管与神经由此出入卵巢。卵巢的内侧以卵巢固有韧带与子宫相连，外侧以骨盆漏斗韧带与盆壁相连。青春期前，卵巢表面光滑；生育年龄妇女卵巢约 $4\text{cm} \times 3\text{cm} \times 1\text{cm}$ 大小，重 $5 \sim 6\text{g}$ ，表面凹凸不平，灰白色，呈扁椭圆形；绝经后卵巢萎缩，变小变硬。

卵巢表面无腹膜覆盖，表层为单层立方上皮即表面上皮，其下为卵巢白膜。白膜下的卵巢组织，分外层的皮质与内层的髓质两部分。皮质中含有数以万计的始基卵泡和发育程度不同的囊状卵泡；髓质中无卵泡，并且含有疏松的结缔组织与丰富的血管与神经。

二、女性生殖系统生理

（一）女性生殖系统的生理特点

女性从新生儿到衰老，是一个渐进的过程。这一过程分为不同时期，但没有截然的年龄界限，每个时期都有各自的生殖生理特点，可因受遗传、营养、环境和气候等因素的影响而出现差异。

1. 新生儿期

出生后 4 周内为新生儿期。女性胎儿在母体内受胎盘及母体性腺所产生的性激素的影响，子宫、乳房等均可有一定程度的发育，因此，女婴出生时乳房可略隆起或有少许泌乳。出生后，体内性激素水平骤减，可引起子宫内膜剥落而有少量阴道

流血，这些都是正常的生理现象，短期内能自然消退。

2. 儿童期

自出生 4 周至 12 岁左右称儿童期。此期内女性生殖器官处于幼稚状态。阴道狭长，上皮薄，无皱襞，细胞内缺乏糖原，阴道内酸度低，抗感染力弱；子宫小，子宫颈较长，子宫颈占子宫全长的 $\frac{2}{3}$ ，子宫肌层薄；输卵管细且弯曲；卵巢狭长，卵泡成批地生长发育，但发育不到成熟阶段便会萎缩退化。约自 10 岁起，下丘脑和垂体的激素分泌量逐渐增高，刺激卵泡进一步发育并分泌少量性激素。在雌孕激素的作用下，逐渐出现女性体态和第二性征。

3. 青春期

从月经来潮至生殖器官逐渐发育成熟的时期称为青春期。世界卫生组织（WHO）规定青春期为 10~19 岁。这一时期的生理特点是：

（1）第一性征

由于下丘脑和垂体的促性腺激素分泌增加，卵巢发育增大，并产生性激素。在性激素的作用下，内外生殖器官进一步发育，阴阜隆起，大阴唇变肥厚，小阴唇增大且有色素沉着；阴道的长度及宽度增加，阴道黏膜增厚，出现皱襞，上皮细胞内含有糖原；子宫增大，卵巢增大，皮质内有不同发育阶段的卵泡，输卵管增粗，弯曲度减小。

（2）第二性征

第二性征是指除生殖器官以外女性所特有的征象，如音调变高；乳房丰满隆起，乳头增大，乳晕加深；阴毛和腋毛出现；骨盆横径发育大于前后径；脂肪分布于胸、肩及臀部，显现出女性特有的体形。

（3）月经来潮

是青春期开始的一个重要标志。在卵泡发育的过程中，随着周期性的激素水平的变化，子宫内膜产生从增生至分泌的变化，而后脱落出血，称为月经。第一次月

经来潮称为初潮，是性功能开始成熟的标志。由于卵巢功能尚不健全，故初潮后 2 年内月经周期多无规律，常为无排卵性月经，之后逐步建立规律性、周期性排卵的月经。

4. 性成熟期

一般自 18 岁左右开始，历时约 30 年。此时卵巢生殖与内分泌功能成熟，出现周期性的排卵及月经，是妇女生育活动最旺盛的时期，故也称生育期。

5. 围绝经期

指绝经前后的一段时期，是妇女由成熟期进入老年期的一个过渡时期，卵巢功能逐渐衰退，生殖器官逐渐萎缩。可始于 40 岁，长短不一，因人而异。分为 3 个阶段：

（1）绝经前期

此期卵巢内卵泡数明显减少且易发生卵泡发育不全，雌激素的分泌量偏低，多数妇女绝经前期月经周期不规律，常为无排卵性月经。

（2）绝经

通常是指女性生命中的最后一次月经。卵巢内卵泡耗竭，或剩余的卵泡对垂体促性腺激素丧失反应，性激素分泌量减少，其变化不足以引起子宫内膜脱落出血。我国妇女的平均绝经年龄为 49.5 岁。如 40 岁以前绝经，则称卵巢功能早衰。

（3）绝经后期

卵巢进一步萎缩，内分泌功能逐渐消退。生殖器官逐渐萎缩。

围绝经期内少数妇女由于卵巢功能衰退，自主神经功能调节受到影响，出现阵发性面部潮红，情绪易激动，心悸、失眠、头痛等症状，称为“围绝经期综合征”。

6. 老年期

一般妇女在 60 岁以后，进入老年期。此时卵巢功能衰竭，雌激素水平低落，生殖器官萎缩；卵巢缩小变硬；子宫及宫颈萎缩；阴道缩小，穹窿变窄，黏膜变薄、

无弹性；阴唇皮下脂肪减少，阴道上皮萎缩，糖原消失，分泌物减少，呈碱性，易发生感染引起老年性阴道炎。

（二）卵巢的周期性变化与性激素

卵巢是女性生殖内分泌腺，在月经周期中有两种主要的功能：一为产生卵子并排卵；一为合成并分泌性激素。

1. 卵泡的周期性变化

（1）卵泡发育及成熟

卵巢皮质内散布着原始卵泡。人类卵巢中卵泡的发育始于胚胎时期，新生儿出生时有 15 万~50 万个卵泡，但人的一生中仅有 300~400 个卵泡发育成熟，并经排卵过程排出，其余的发育到一定程度后退化消失，此退化过程称为卵泡闭锁。每一个原始卵泡中含有一个卵母细胞，周围有一层梭形颗粒细胞围绕。临近青春发育期，卵泡开始发育，其周围的颗粒细胞层增生形成复层，位于细胞表面的尿促卵泡素（FSH）受体增多，且分泌一种黏多糖，在卵母细胞周围形成一个透明带。同时，在 FSH 的作用下卵泡周围的间质细胞分化成内外两层的卵泡膜细胞。雌激素和 FSH 的协同作用使卵泡膜细胞和颗粒细胞膜上合成黄体生成素（LH）受体。

颗粒细胞分裂繁殖很快，在细胞群中形成空隙，称为卵泡腔。卵泡膜细胞与颗粒细胞产生的性激素与循环中渗出的液体以及其他蛋白质、肽类激素等物质积聚于卵泡腔内，形成卵泡液。随着卵母细胞的增大，卵泡液的增多，卵母细胞被多层颗粒细胞围绕，突入卵泡腔内，称为卵丘，此时的卵泡称为生长卵泡。卵泡继续发育，卵泡液增多，体积增大，且整个卵泡逐渐移向卵巢表面，最后突起于卵巢包膜，此时的卵泡称为成熟卵泡。每一个月经周期中一般只有一个生长卵泡发育成熟。

（2）排卵

卵泡在发育过程中逐渐向卵巢表面移行，成熟时呈泡状突出于卵巢表面，直径为 18~25mm。在卵泡内液体的压力和液体内各种水解酶、纤溶酶和前列腺素等的共

同作用下，卵泡膜破裂，卵细胞和它周围的一些细胞一起被排出的过程，称为排卵。一般发生于月经周期的中间，即月经前 14 天左右，卵子可由两侧卵巢轮流排出，也可由一侧卵巢连续排出。

（3）黄体的形成和退化

排卵后，卵泡壁塌陷，卵泡皱缩，胞膜内血管破裂，血液流入腔内形成血凝块，称为血体。卵泡壁的颗粒细胞和卵泡膜细胞向内侵入，在 LH 的作用下积聚黄色的类脂质颗粒而成为黄体细胞，周围有结缔组织的卵泡外膜包围，共同形成黄体。黄体发育增大，排卵后 7~8 日达高峰，直径为 1~2cm，外观呈黄色。若卵子未受精，排卵后 9~10 日黄体开始退化，黄体细胞萎缩变小，黄体内供血减少，周围的结缔组织和成纤维细胞侵入黄体，最终组织纤维化，称为白体。在黄体衰退后月经来潮，卵巢中又有新的卵泡发育，开始一个新的周期。

2. 卵细胞的发育与成熟

女性胚胎发育到第 5 周时，原始生殖细胞移至生殖嵴成为卵母细胞，并迅速分裂繁殖成为初级卵母细胞。当胎儿 5 个月时，卵母细胞停止其有丝分裂而开始减数分裂，但只进行到分裂初期就停止。青春期后，卵泡发育成熟排卵时，初级卵母细胞完成第一次减数分裂，排出第一个极体而成为次级卵母细胞。排卵后次级卵母细胞开始第二次减数分裂，当其在输卵管与精子相遇受精时，第二次减数分裂完成，排出第二个极体而成为卵子。含有半数染色体的卵子和精子结合后成为含有正常染色体数的受精卵。

3. 卵巢分泌的甾体激素

卵巢主要合成和分泌雌激素和孕激素两种女性激素，也合成和分泌少量雄激素。

（1）雌、孕激素的生成和代谢

在垂体促性腺激素的作用下，卵巢合成并分泌雌激素、孕激素和雄激素等甾体激素。

1) 雌激素

主要由卵泡的颗粒细胞、卵泡内膜细胞和黄体细胞分泌。排卵前，生长卵泡及成熟卵泡的颗粒细胞含有丰富的使雄性激素转化为雌性激素的芳香化酶。虽能产生黄体酮，但使合成停留在黄体酮阶段，颗粒细胞缺乏血管，黄体酮不能直接进入血液循环。目前认为，颗粒细胞产生黄体酮经过卵泡内膜时，卵泡内膜细胞在黄体生成素（LH）的作用下，合成与分泌雄性激素（雄烯二酮），雄烯二酮又依次扩散，通过基底膜进入颗粒细胞，在尿促卵泡素（FSH）的作用下，诱导颗粒细胞芳香化酶系统，使雄烯二酮转化为雌性激素（雌酮与雌二醇）。颗粒细胞与卵泡内膜细胞紧密相连，在促性腺激素的作用下，生成雌激素。排卵后，卵泡内膜细胞血管进入黄体，黄体酮能直接进入血液循环，卵泡内膜细胞转化为卵泡膜黄体细胞，成为黄体的一部分，因此，黄体也分泌雌激素。

雌激素在血液中与蛋白质结合，在雌激素降解前，先与蛋白质分离。降解主要在肝脏中进行，雌三醇是主要降解产物。降解产物大部分经尿排出，1/4 代谢产物经胆汁排出，其中大部分又经肠道再吸收，经门脉系统进入肝脏，形成肠肝循环，仅有少部分经粪便排出。

2) 孕激素

黄体酮主要由卵巢内的黄体细胞产生，在卵泡期，颗粒细胞产生黄体酮少量入血，约为血中黄体酮含量的 50%，其余的来自肾上腺。黄体酮分泌入血后，与蛋白结合后参与循环。黄体酮在肝脏中降解和灭活。孕二醇是黄体酮的主要代谢产物，与葡萄糖醛酸结合成为水溶性物质从肾脏排出，肾脏是黄体酮还原代谢产物的主要排出器官。卵泡中的卵泡膜细胞以胆固醇为原料合成雄激素，雄激素经基底膜进入颗粒细胞，在芳香化酶的作用下转化为雌激素。人体内的雌激素主要为雌二醇和雌酮，雌三醇为其降解产物。雌激素的生物活性以雌二醇最强，雌酮次之，雌三醇最弱。

（2）雌、孕激素的周期性变化

1) 雌激素

卵泡开始发育时，雌激素分泌量很少；至月经第7日，卵泡分泌雌激素量迅速增加，于排卵前达高峰；排卵后由于卵泡液中雌激素释放至腹腔使循环中雌激素暂时下降，排卵后1~2日，黄体开始分泌雌激素使循环中雌激素又逐渐上升，在排卵后7~8日黄体成熟时，循环中雌激素形成又一高峰。此后，黄体萎缩，雌激素水平急骤下降，在月经期达最低水平。月经周期中雌激素的后一高峰均值低于第一高峰。

2) 孕激素

卵泡期卵泡不分泌孕酮，排卵前成熟卵泡的颗粒细胞在LH排卵峰的作用下黄素化，开始分泌少量孕酮，排卵后黄体分泌孕酮量逐渐增加，至排卵后7~8日黄体成熟时，分泌量达最高峰，以后逐渐下降，到月经来潮时降到卵泡期水平。

（3）性激素的生理功能

1) 雌激素

雌激素在促进和维持女性生殖器官和第二性征方面起重要作用，对机体的代谢、内分泌、心血管、骨骼生长和成熟等方面也有影响，主要生理功能如下：

- ①促使子宫发育，使肌层增厚，血运增加，子宫内膜增生，子宫收缩力增强，且对缩宫素的敏感性增强。
- ②使宫颈口松弛，宫颈黏液分泌增加，透明稀薄，易拉成丝状，便于精子通过。
- ③促进输卵管的发育及蠕动，有利于卵子或受精卵的运行。
- ④促使阴道上皮细胞增生角化，上皮细胞内糖原含量增加，有利于维持阴道内酸性环境；促使阴唇发育。
- ⑤促使乳腺腺管增生，乳头、乳晕着色；促使其他女性第二性征发育。
- ⑥促进卵泡发育；有助于卵巢积储胆固醇。
- ⑦通过对下丘脑的正负反馈调节，控制脑垂体促性腺激素的分泌。

⑧促使体内钠和水的潴留。

⑨促进钙磷在骨质中的沉积，在青春期加速骨骺闭合；绝经期后雌激素缺乏，易发生骨质疏松。

⑩可以调节脂肪代谢，降低胆固醇与磷脂的比例，减少胆固醇在动脉管壁的沉积，有利于防止冠状动脉硬化。

2) 孕激素

孕激素与雌激素协同促进生殖器和乳房的发育，在维持妊娠中起重要作用。主要生理功能如下：

①使子宫平滑肌松弛，降低妊娠子宫对缩宫素的敏感性，有利于胚胎和胎儿在宫腔内生长发育。

②使增生期子宫内膜转化为分泌期，为受精卵着床做好准备。

③使宫颈口闭合，宫颈黏液减少、变黏稠，拉丝度减少，精子不易通过。

④抑制输卵管的蠕动。

⑤使阴道上皮细胞角化现象消失，上皮细胞脱落加快。

⑥在已有雌激素影响的基础上，促进乳腺腺泡的发育。

⑦通过对下丘脑的负反馈，抑制垂体促性腺激素的分泌。

⑧刺激下丘脑体温调节中枢，使体温升高。正常妇女排卵后的基础体温可升高 $0.3^{\circ}\text{C}\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，这可作为排卵的重要指标。

⑨促使体内钠和水的排泄。

3) 雄激素

卵巢能分泌少量的雄激素睾酮。睾酮主要来自肾上腺皮质，卵巢也能分泌一部分。睾酮是合成雌激素的前体，也是维持女性正常生殖功能的重要激素。雄激素的主要生理功能如下：

①对女性生殖系统的影响

自青春期开始,雄激素分泌量增加,促使阴蒂、阴唇和阴阜的发育,促进阴毛、腋毛的生长。但雄激素分泌过多会对雌激素产生拮抗作用,可减缓子宫及其内膜的生长及增殖,抑制阴道上皮的增生和角化。长期使用雄激素,可出现男性化的表现。

②对机体代谢功能的影响

雄激素能促进蛋白合成,促进肌肉生长,并刺激骨髓中红细胞的增生。在性成熟期前,促使长骨骨基质生长和钙的沉积;在性成熟期后可导致骨骺的关闭,使骨基质生长停止。

(三)生殖器官的周期性变化与月经

1. 月经与月经期的临床表现

月经是指随着卵巢的周期性变化,子宫内膜周期性脱落及出血,是生殖功能成熟的标志之一。月经首次来潮,称为“初潮”。月经初潮的年龄可受环境、气候及健康状况等多种因素的影响,一般在11~15岁。自月经来潮的第一天起为月经周期的开始,两次月经第一日的间隔时间,称为一个月经周期。一般28~30天为一个周期。正常月经持续时间为2~7天,多数为3~6天。一般月经第2~3天的出血量最多。月经量的多少很难统计,临床上常通过每日换月经垫的次数粗略估计月经量的多少。一次月经的出血量一般为30~50ml,一般不超过80ml,月经血一般呈暗红色,除血液外,其内还有子宫内膜碎片、宫颈黏液及脱落的阴道上皮细胞。月经血的主要特点是不凝固,主要因为剥落的子宫内膜释放出多种活化学物质,将经血内纤溶酶原激活为纤溶酶,使纤维蛋白裂解成流动的分解产物。同时,内膜内还含有破坏其他凝血因子的活化酶,可阻碍血液凝固,以致月经血呈液体状态排出。

月经期一般无特殊症状,但由于经期盆腔淤血及子宫血流量增加,有些妇女可出现下腹及腰骶部下坠感,个别可有膀胱刺激症状、轻度神经系统不稳定症状、胃肠功能紊乱以及乳房胀痛、皮肤痤疮等,一般并不严重,不影响妇女的正常工作和生活。

2. 生殖器官的周期性变化

(1) 子宫内膜的周期性变化

子宫内膜分为基底层和功能层，基底层直接与子宫肌层相连，不受月经周期中激素变化的影响。功能层靠近宫腔，受卵巢激素的影响而呈周期性变化，于月经期坏死脱落。在月经周期中，子宫内膜呈连续性变化，大致分为3期（以正常月经周期28日为例）。

1) 增生期

在卵泡期雌激素的作用下，子宫内膜上皮与间质细胞呈增生状态，称为增生期。在月经周期的第5~9天，内膜增生修复但尚薄，腺上皮呈立方形，腺体散在而稀疏，腺管狭直。间质较致密，间质中的小动脉较直且壁薄。至月经周期的第10~14天，内膜已增厚，腺体及间质均明显增生，腺体数增多，腺管弯曲，腺上皮细胞呈高柱状。间质致密，间质内小动脉管腔增大，增生延长，呈螺旋状卷曲。

2) 分泌期

黄体形成后，在孕激素的作用下，子宫内膜呈分泌反应，称为分泌期。在月经周期的第15~19天，内膜继续增厚，腺体进一步增长、弯曲，腺腔扩大，腺上皮细胞底部出现含糖原的小泡。小动脉迅速增长、卷曲。在月经周期的第20~23天，内膜呈现高度的分泌活动，间质变疏松并伴有水肿，小动脉继续增长、卷曲。至月经周期的第24~28天，子宫内膜厚达10mm，呈海绵状。内膜腺体开口于宫腔，有糖原等分泌物溢出，间质更加疏松、水肿。螺旋小动脉迅速增长超过内膜厚度，也更弯曲，血管管腔扩张。

3) 月经期

在月经周期的第1~4天，雌、孕激素水平下降，使内膜中前列腺素的合成活化。前列腺素引起子宫肌层收缩，螺旋小动脉发生阵发性收缩和痉挛，使组织发生局灶性缺血、坏死，血管壁通透性增加，血管破裂，使内膜底部有小血肿形成，促使组

织坏死、脱落，表现为月经来潮。

（2）宫颈黏液的周期性变化

宫颈腺细胞分泌黏液的量及性质均受雌、孕激素的影响，并呈现明显的周期性变化。月经过后，雌激素水平低，宫颈分泌的黏液量很少。随着雌激素水平的升高，宫颈黏液分泌量增加，黏液中氯化钠的成分不断提高，水分也增多，故黏液稀薄、透明，拉丝度可达 10cm 以上。将黏液涂片，干燥后检查时可见羊齿植物叶状结晶，在排卵期最典型。排卵后，孕激素水平升高，黏液分泌量减少，变黏稠，拉丝度差，黏液中氯化钠的含量逐渐下降。涂片检查时，结晶模糊而以排列成行的椭圆体代之。

（3）输卵管的周期性变化

在激素的调控下，输卵管也发生周期性变化，包括形态和功能两个方面。雌激素可促使输卵管发育，促进输卵管的节律性收缩，且使输卵管黏膜上皮纤毛细胞体积增大。孕激素则能增加输卵管的收缩速度，减少收缩频率，且可抑制输卵管黏膜上皮纤毛细胞的生长，降低分泌细胞分泌黏液的功能。雌、孕激素的协同作用，保证受精卵在输卵管内的正常运行。

（4）阴道黏膜的周期性变化

在月经周期中，随着雌、孕激素的变化，阴道上皮发生周期性变化，这种改变在阴道上段更为明显。排卵前，在雌激素的作用下，阴道上皮的底层细胞增生，逐渐演变为中层和表层细胞，整个上皮增厚。其表层细胞出现角化，细胞内富含糖原。糖原被寄生在阴道内的阴道杆菌分解成乳酸，使阴道内保持一定酸度。排卵后，在孕激素的作用下，阴道上皮表层细胞脱落。临床上常可根据阴道脱落细胞的变化了解卵巢功能。

第二章 妇产科常用护理技术

从产前检查的细致入微，到分娩过程的全程陪伴；从产后恢复的精心照料，到新生儿护理的无微不至，妇产科常用护理技术贯穿了女性从孕期到产后的每一个重要阶段。本章旨在对妇产科常用护理技术进行研究与探讨。

第一节 会阴擦洗/冲洗

会阴擦洗/冲洗是利用消毒液对会阴部进行擦洗/冲洗的技术。女性尿道、阴道及肛门彼此相距很近且会阴部温暖、潮湿，病菌容易滋生，因此会阴部位容易感染。会阴擦洗/冲洗常用于局部清洁，是妇产科临床护理工作中最常用的护理技术。

1. 目的

保持病人会阴及肛门部清洁，促进病人的舒适和会阴伤口的愈合；防止生殖系统、泌尿系统的逆行感染。

2. 适应证

- (1) 妇科或产科手术后，留置导尿管者。
- (2) 会阴部手术术后病人。
- (3) 产后会阴有伤口者。
- (4) 长期卧床，生活不能自理的病人。
- (5) 急性外阴炎病人。

3. 物品准备

- (1) 橡胶单、中单各 1 块或一次性垫巾 1 块，一次性手套 1 副。

(2) 会阴擦洗盘 1 个, 盘内放置消毒弯盘 2 个, 无菌镊子或卵圆钳 2 把, 浸有 0.02%~0.05% 聚维酮碘溶液或 1:5000 高锰酸钾溶液的棉球若干个, 无菌干纱布 2 块。若行会阴冲洗, 则应准备内盛消毒液如 0.02% 聚维酮碘溶液, 1:5000 高锰酸钾溶液或 0.1% 苯扎溴铵溶液等 500ml 的冲洗壶 1 个, 消毒干棉球若干, 水温计 1 支, 便盆 1 个。

4. 操作方法

(1) 核对病人的床号、姓名, 评估病人会阴情况, 并向其说明会阴擦洗/冲洗的目的、方法, 以取得病人的理解和配合。注意请房内多余人员暂时回避, 以减轻病人心理负担。

(2) 嘱病人排空膀胱, 脱下一条裤腿。协助病人取屈膝仰卧位, 双腿略外展, 暴露外阴, 给病人臀下垫橡胶单、中单或一次性垫巾, 若行会阴部冲洗, 应将便盆放于中单或一次性垫巾上。注意为病人保暖, 屏风遮挡。

(3) 操作者将会阴擦洗盘放至床边, 戴一次性手套, 将一个消毒弯盘置于病人会阴部。用一把无菌镊子或卵圆钳夹取干净的药液棉球, 再用另一把镊子或卵圆钳夹住棉球进行擦洗。一般擦洗 3 遍。第 1 遍要求由外向内、自上而下、先对侧后近侧, 按照阴阜→大腿内上 1/3→大阴唇→小阴唇→会阴及肛门的顺序擦洗, 初步擦净污垢、分泌物和血迹等。第 2 遍擦洗的原则为由内向外, 自上而下, 先对侧后近侧, 每擦洗一个部位更换一个棉球, 以防止伤口、尿道口、阴道口被污染。第 3 遍顺序同第 2 遍。擦洗时均应注意最后擦洗肛门。对会阴有伤口者, 需更换棉球, 单独擦洗会阴伤口。必要时, 可根据病人的情况增加擦洗的次数, 直至擦净, 最后用干纱布擦干。

若行会阴部冲洗, 护士应一手持盛有消毒液的冲洗壶, 另一手持镊子或卵圆钳夹住消毒棉球, 一边冲刷一边擦洗, 顺序同会阴擦洗。冲洗完毕, 撤去便盆。

(4) 操作结束后, 撤去橡胶单、中单或一次性垫巾, 协助病人整理衣裤及床单

位。

5. 护理要点

(1) 产后及会阴部手术的病人，每次排便后均应擦洗会阴，预防感染。

(2) 注意无菌操作，最后擦洗有伤口感染的病人，以避免交叉感染。每次擦洗/冲洗前后，护士均需洗净双手。

6. 护理评估

(1) 患者的一般状况，会阴部皮肤状况及阴道分泌物性状及有无阴道流血、妇科检查有无异常等。对拟经阴道分娩的产妇应评估其主要生命体征、产程进展及胎心率等。

(2) 患者或产妇对会阴擦洗的认知及合作程度。

7. 护理计划

(1) 护士准备：洗手，戴口罩，熟悉会阴擦洗的操作方法，向患者或产妇解释会阴擦洗的目的。

(2) 用物准备：无菌会阴擦洗包（弯盘 2 只、干纱布 2 块、长镊子 2 把，手套）、一次性会阴垫、0.2%碘伏棉球罐、无菌持物钳、消毒会阴垫。

(3) 患者或产妇准备：排空膀胱，了解会阴擦洗的作用并积极配合。

8. 实施

(1) 携用物至患者或产妇床前，核对床号及姓名。

(2) 协助患者或产妇暴露外阴及双下肢上 2/3，取屈膝仰卧位，双下肢略外展。将一次性会阴垫巾垫于患者或产妇臀下。

(3) 再次查看擦洗包消毒日期，在患者或产妇双下肢之间打开会阴擦洗包，戴手套，助手持无菌持物钳夹取 0.2%碘伏棉球 20 个至弯盘内。

(4) 根据患者或产妇自身情况，可增加擦洗遍数。

(5) 擦洗结束后，用干纱布擦干会阴部，撤去一次性会阴垫巾，为患者或产妇

更换消毒会阴垫，协助其穿好裤子。

(6) 整理用物，洗手并记录。

9. 护理评价

(1) 患者或产妇感到局部舒适。

(2) 会阴伤口愈合情况良好。

(3) 会阴部清洁，无逆行感染发生。

第二节 阴道灌洗/冲洗

阴道灌洗/冲洗是用消毒液对阴道进行清洗的技术。通过阴道灌洗可使宫颈和阴道保持清洁，避免当子宫切除过程中阴道与盆腔相通时，细菌或病原体进入盆腔引起感染，减少术后阴道残端炎症等并发症。该操作技巧要求较高，需要病人的良好配合。

1. 目的

促进阴道血液循环，减少阴道分泌物，缓解局部充血，达到控制和治疗炎症的目的；使宫颈和阴道保持清洁。

2. 适应证

(1) 各种阴道炎、宫颈炎。

(2) 子宫切除术前或阴道手术前的常规阴道准备。

3. 物品准备

(1) 橡胶单、中单各 1 块或一次性垫巾 1 块，一次性手套 1 副。

(2) 一次性妇科阴道冲洗器 1 个（带有控制冲洗压力和流量的调节开关），输液架 1 个，弯盘 1 个，便盆 1 个，阴道窥器 1 个，水温计 1 个，干纱布若干。

(3) 灌洗溶液：常用的阴道灌洗溶液有 0.02% 聚维酮碘溶液；0.1% 苯扎溴铵溶

液；生理盐水；2%~4%碳酸氢钠溶液；1%乳酸溶液；4%硼酸溶液；0.5%醋酸溶液；1:5000 高锰酸钾溶液等。

4. 操作方法

(1) 核对病人的床号，姓名，并向其说明阴道灌洗/冲洗的目的、方法，取得病人的理解和配合，引导病人到治疗室或检查室。

(2) 嘱病人排空膀胱，协助病人上妇科检查床，取膀胱截石位，臀下垫橡胶单、中单或一次性垫巾，放好便盆。

(3) 根据病人的病情配制灌洗液 500~1000ml，将装有灌洗液的一次性妇科阴道冲洗器挂于床旁输液架上，其高度距床沿 60~70cm，排去管内空气，试水温（41~43℃）适宜后备用。

(4) 操作者戴一次性手套，用一手持冲洗器，打开开关，先用灌洗液冲洗外阴部，然后用另一手将小阴唇分开，将冲洗器的灌洗头沿阴道纵侧壁的方向缓缓插入阴道达阴道后穹窿部。灌洗时应边冲洗边将灌洗头围绕子宫颈轻轻地上下左右移动。阴道灌洗也可用阴道窥器暴露宫颈后再进行，冲洗时应不停地转动阴道窥器，将整个阴道穹窿及阴道侧壁冲洗干净。

(5) 当灌洗液剩 100ml 左右时，关上开关，用阴道窥器者可将阴道窥器向下按，以使阴道内的液体流出。拔出灌洗头和阴道窥器，再冲洗一次外阴部，然后扶病人坐于便盆上，使阴道内残留的液体流出。

(6) 灌洗/冲洗结束后，用干纱布擦干外阴，撤去便盆、橡胶单、中单或一次性垫巾，协助病人整理衣裤，下妇科检查床。

5. 护理要点

(1) 冲洗器灌洗筒距床沿的距离不应超过 70cm，以免压力过大，水流过速，使灌洗液或污物进入子宫腔或灌洗液与局部作用的时间不足。

(2) 灌洗液温度以 41~43℃ 为宜，温度不能过高或过低。温度过低，病人不舒

适，温度过高则可能烫伤病人的阴道黏膜。

(3) 灌洗溶液应根据不同的灌洗目的选择。滴虫性阴道炎的病人，应用酸性溶液灌洗；外阴阴道假丝酵母菌病病人，则用碱性溶液灌洗；非特异性阴道炎者，用一般消毒液或生理盐水灌洗；术前病人可选用聚维酮碘溶液、高锰酸钾溶液或苯扎溴铵溶液进行灌洗。

(4) 灌洗头插入不宜过深，其弯头应向上，灌洗过程中动作要轻柔，避免刺激后穹窿引起不适，或损伤局部组织引起出血。用阴道窥器灌洗时，应轻轻旋转阴道窥器，使灌洗液能达到阴道各部。

(5) 产后 10 日或妇产科手术 2 周后的病人，若合并阴道分泌物混浊、有臭味、阴道伤口愈合不良、黏膜感染坏死等，可行低位阴道灌洗，冲洗器灌洗筒的高度一般不超过床沿 30cm，以避免污物进入宫腔或损伤阴道残端伤口。

(6) 未婚妇女可用导尿管进行阴道灌洗，不能使用阴道窥器；月经期、产后或人工流产后子宫颈口未闭或有阴道出血的病人，不宜行阴道灌洗，以防引起上行性感染；宫颈癌病人有活动性出血者，为防止大出血禁止灌洗，可行外阴擦洗。

6. 阴道冲洗液的种类及悬挂高度的选择

(1) 冲洗液的种类：见表 2-1。

表 2-1 阴道冲洗液的种类

冲洗液名称	浓度	适用范围
氯己定	0.05%~0.1%	术前阴道准备
碘伏溶液	0.02%~0.05%	术前阴道准备
碳酸氢钠溶液	2%~4%	外阴阴道假丝酵母菌病
醋酸溶液	0.1%~0.5%	滴虫性阴道炎，萎缩性阴道炎
乳酸溶液	1%	滴虫性阴道炎、萎缩性阴道炎

(2) 冲洗液悬挂高度的选择：一般冲洗筒的悬挂高度距阴道口 60~70cm，使其产生适当冲洗压力。悬挂过高时，水流压力加大，易导致液体或污物逆流入宫腔；同时，压力过大时冲洗液流速快，其局部作用时间不足而影响疗效。悬挂过低时，

水压不足，难以将炎性分泌物冲洗干净；同时压力过低，液体不能到达阴道后穹窿，也影响疗效。

7. 护理评估

(1) 患者外阴皮肤有无抓痕、破损、丘疹、结节和溃疡；阴道及宫颈黏膜有无充血、红肿及赘生物，分泌物的性状、气味、颜色及量；有无外阴及阴道口瘙痒、疼痛、灼热，有无阴道活动性或接触性出血等。

(2) 有无引起外阴及阴道炎的诱因，如糖尿病，免疫缺陷综合征、应用大量抗生素或雌激素等。

(3) 末次月经日期，近期是否有人工流产手术史，患者的临床诊断及病情。

(4) 患者对阴道冲洗术的认知及合作程度。

8. 护理计划

(1) 护士准备：洗手，戴口罩，向患者解释阴道冲洗的作用，遵医嘱选择并配制冲洗液 500~1000ml，温度 38~40℃。

(2) 患者准备：排空膀胱。

(3) 用物准备：消毒冲洗筒、橡皮冲洗管、冲洗头、阴道窥器、一次性会阴垫巾、无菌手套、弯盘、卵圆钳、纱布 2 块、水温计、冲洗液 500~1000ml、橡胶单、便盆、输液架。

9. 实施

(1) 携用物至检查治疗室，核对患者姓名及床号，协助患者在检查床上取膀胱截石位。在其臀下依次垫橡胶单、一次性会阴垫巾及便盆。

(2) 戴手套，将冲洗管分别连接冲洗筒及冲洗头，将预先配制的冲洗液置于冲洗筒内，将冲筒挂于输液架上，高度距离阴道口 60~70cm，排出冲洗管内空气，关闭冲洗调节器。

(3) 右手持冲洗头，打开调节器，冲洗外阴后关闭调节器；左手持阴道窥器打

开阴道，暴露宫颈，右手持冲洗头缓缓插入阴道，打开调节器，冲洗宫颈、阴道穹窿及侧壁，边冲洗边转动阴道窥器，逐渐向阴道口移动。

（4）阴道冲洗干净后，略向下按压阴道窥器，使阴道内液体流出，关闭调节器。取出阴道窥器，打开调节器，再次冲洗外阴部。

（5）冲洗结束后，关闭调节器，扶患者坐于便盆上片刻，使阴道内存留的液体流出。撤去便盆，持卵圆钳夹取干纱布擦拭外阴，协助患者穿好衣服。

（6）整理用物，洗手，记录。

10. 护理评价

（1）外阴及阴道清洁，外阴及阴道口瘙痒明显缓解。

（2）操作动作轻柔、熟练，患者无不适感觉。

（3）即将接受手术患者的术前阴道准备符合手术要求。

第三节 会阴湿热敷

会阴湿热敷是应用热原理和药物化学反应，利用热敷溶液促进血液循环，增强局部白细胞的吞噬作用和组织活力的一种护理技术。

1. 目的

促进局部血液循环，改善组织营养，增强局部白细胞的吞噬作用，加速组织再生和消炎、止痛；促进水肿吸收，使陈旧性血肿局限；促进外阴伤口的愈合。

2. 适应证

（1）会阴水肿及血肿的吸收期。

（2）会阴硬结及早期感染者。

3. 物品准备

（1）橡胶单、中单各 1 块或一次性垫巾 1 块，棉垫 1 块，一次性手套 1 副。

(2) 会阴擦洗盘 1 个, 无菌纱布数块, 医用凡士林, 棉签若干, 热源袋如热水袋、电热宝等, 红外线灯。

(3) 热敷溶液沸水, 煮沸的 50%硫酸镁、95%乙醇。

4. 操作方法

(1) 嘱病人排空膀胱, 协助病人松解衣裤, 暴露热敷部位, 臀下垫橡胶单、中单或一次性垫巾。

(2) 热敷部位先用棉签涂上一薄层凡士林, 盖上干纱布, 再轻轻敷上浸有热敷溶液的温纱布, 外面盖上棉垫保温。

(3) 一般每 3~5 分钟更换热敷垫 1 次, 热敷时间约 15~30 分钟, 可用热源袋放在棉垫外用红外线灯照射以延长更换热敷垫的时间。

(4) 热敷完毕, 移去热敷垫, 观察热敷部位皮肤, 用纱布拭净皮肤上的凡士林, 协助病人整理衣裤, 撤去橡胶单、中单或一次性垫巾, 整理好床单位。

5. 护理要点

(1) 会阴湿热敷应该在行会阴擦洗、外阴局部伤口的污垢清洁后进行。

(2) 湿热敷的温度一般为 41~46℃。

(3) 湿热敷的面积应是病损范围的 2 倍。

(4) 定期检查热源袋的完好性, 防止烫伤, 对休克、虚脱、昏迷及术后感觉不灵敏的病人应尤为注意。

(5) 热敷的过程中, 护士应随时评价效果, 并为病人提供一切生活护理。

6. 护理评估

(1) 患者的一般状况, 外阴部血肿或水肿形成的原因, 发生时间, 自觉症状、皮肤色泽, 有无破溃、血肿的部位及大小或水肿的范围及程度、阴道内有无血肿、有无伴随阴道流血、妇科检查有无异常发现等。

(2) 患者对会阴湿热敷的认知及合作程度。

7. 护理计划

(1) 护士准备

洗手，戴口罩，熟悉会阴湿热敷的操作方法，向患者解释会阴湿热敷的目的及注意事项。遵医嘱准备湿热敷溶液：50%硫酸镁或温开水（41~48℃）。

(2) 患者准备

排空膀胱，取截石位，了解会阴湿热敷的作用并积极配合。

(3) 用物准备

治疗车、会阴擦洗包（弯盘 2 个、大棉球 16 个、纱布 3 块、无菌镊子或消毒止血钳 2 把、一次性会阴垫巾、无菌手套）、治疗盘[湿敷垫（10cm×18cm 纱布 9 层）、一次性治疗巾、棉垫、热源袋（热水袋或电热包）、带盖搪瓷罐（内盛温开水）、无菌大镊子 2 把及容器，0.2%碘伏、医用凡士林膏]。

(4) 环境准备

调节室温，关闭门窗，屏风遮挡，保护患者隐私。

8. 实施

(1) 携用物至患者床前，核对床号及姓名。

(2) 嘱患者双腿屈曲分开，暴露会阴部，用衣物或被遮盖部分下肢，注意保暖。

(3) 将一次性治疗巾垫于患者臀下，打开会阴擦洗包，戴手套，行会阴擦洗清洁会阴部。

(4) 在热敷部位涂医用凡士林膏或取一块纱布盖在热敷部位。

(5) 一手持消毒大镊子将湿敷垫浸入温开水中，使其浸透；另一手持镊子辅助将湿敷垫拧至不滴水，抖开。将其覆盖于会阴湿热敷部位，湿热敷面积应是病损范围的 2 倍，询问患者局部温度感觉适中，可在湿敷垫外盖上棉垫保温。

(6) 一般每 3~5min 更换湿敷垫 1 次，1 次湿热敷 15~30min，为延长更换时间，可将热源袋放在棉垫外。湿热敷过程中检查热源袋的完好性，防止烫伤。

(7) 湿热敷完毕, 取下湿敷垫, 用于纱布擦去医用凡士林膏或揭去覆盖的纱布, 观察外阴水肿、血肿或伤口情况, 更换一次性会阴垫巾, 协助患者取舒适卧位。

(8) 整理用物, 洗手, 记录会阴湿热敷部位、时间、效果等。

9. 护理评价

(1) 能准确评估外阴部水肿、血肿或手术切口的病情变化。

(2) 操作过程轻柔、准确、熟练, 患者感觉舒适。

(3) 能正确解答患者提出的问题。

第四节 阴道或宫颈上药

阴道或宫颈上药是将治疗性药物涂抹到阴道壁或宫颈黏膜上, 达到局部治疗作用的一项操作, 在妇产科护理中应用十分广泛。阴道和宫颈上药操作简单, 既可以在医院门诊由护士操作, 也可教会病人自己在家上药。

1. 目的

治疗各种阴道炎和子宫颈炎。

2. 适应证

各种阴道炎、子宫颈炎或术后阴道残端炎。

3. 物品准备

(1) 橡胶单、中单各 1 块或一次性垫巾 1 块, 一次性手套 1 副。

(2) 阴道灌洗用物 1 套、阴道窥器 1 个、长镊子、消毒干棉球、消毒长棉棍、带尾线的大棉球或纱布若干。

(3) 药品

1) 阴道后穹窿塞药: 常用甲硝唑、制霉菌素等药片、丸剂或栓剂。

2) 局部非腐蚀性药物上药: 常用 1% 甲紫、新霉素或氯霉素等。

3) 局部腐蚀性药物上药: 常用 20%~50%硝酸银溶液、20%或 100%铬酸溶液。

4) 宫颈棉球上药: 有止血药、抗生素等。

5) 喷雾器上药: 常用药物有土霉素、磺胺嘧啶, 呋喃西林, 己烯雌酚等。

4. 操作方法

(1) 核对病人的床号、姓名

向其说明阴道或宫颈上药的目的、方法、效果及预后, 取得病人的理解和配合。

(2) 行阴道灌洗后

用阴道窥器暴露阴道、宫颈, 用消毒干棉球拭去子宫颈及阴道后穹窿、阴道内的灌洗液、黏液或炎性分泌物, 以便药物能直接接触炎性组织而提高疗效。根据病情和药物的不同性状可采用以下方法:

1) 阴道后穹窿塞药

常用于治疗滴虫性阴道炎、阴道假丝酵母菌病、萎缩性阴道炎及慢性宫颈炎等病人。护士可将药物用长镊子放至阴道后穹窿处, 也可指导病人自行放置。若由病人自行用药, 则护士应指导病人于临睡前洗净双手或戴指套, 用一手示、中指夹持药品并用示指将药片或栓剂沿阴道后壁推进至示指完全伸入为止。为保证药物局部作用的时间, 宜睡前用药,

2) 局部用药

局部所用药物包括非腐蚀性药物和腐蚀性药物, 常用于治疗宫颈炎和阴道炎的病人。

①非腐蚀性药物

用于治疗阴道假丝酵母菌病的病人常用 1%甲紫, 每天 1 次, 7~10 日为一个疗程; 用于治疗急性或亚急性宫颈炎或阴道炎的病人常用新霉素、氯霉素。给予非腐蚀性药物时可用棉球或长棉棍蘸药液直接涂擦于阴道壁或子宫颈。

②腐蚀性药物

用于治疗宫颈糜烂样改变。用长棉棍蘸少许 20%硝酸银药液或铬酸溶液涂于宫颈的糜烂面，并插入宫颈管内约 0.5cm，稍后用生理盐水棉球擦去表面残余的药液，最后用干棉球吸干。硝酸银溶液每周用药 1 次，2~4 次为一疗程，铬酸溶液每 20~30 日上药 1 次，直至糜烂面完全光滑为止。

3) 宫颈棉球上药

适用于子宫颈亚急性或急性炎症伴有出血者。操作时，用阴道窥器充分暴露子宫颈，用长镊子夹持带有尾线的宫颈棉球浸蘸药液后塞压至子宫颈处，同时将阴道窥器轻轻退出阴道，然后取出镊子，防止退出窥器时将棉球带出或移动位置，将棉球线尾露于阴道口外，并用胶布固定于阴阜侧上方。嘱病人于放药 12~24 小时后牵引棉球尾线自行取出。

4) 喷雾器上药

适用于非特异性阴道炎及萎缩性阴道炎病人。各种阴道用药的粉剂如土霉素、呋喃西林、己烯雌酚等药均可用喷雾器喷射，使药物粉末均匀散布于炎性组织表面上。

5. 护理要点

(1) 上非腐蚀性药物时，应转动阴道窥器，使阴道四壁炎性组织均能涂上药物。

(2) 应用腐蚀性药物时，要注意保护好阴道壁及正常的宫颈组织。上药前可将纱布或干棉球衬垫于阴道后壁及阴道后穹窿，以免药液下流灼伤正常组织。药液涂好后用干棉球吸干，立即如数取出所垫纱布或棉球。

(3) 棉棍上的棉花必须捻紧，涂药时应向同一方向转动，防止棉花落入阴道难以取出。

(4) 阴道栓剂最好于晚上或休息时，上药，避免起床后脱出，影响治疗效果。

(5) 给未婚妇女上药时不用窥器，可用长棉棍涂抹或用手指将药片推入阴道。

(6) 经期或子宫出血者不宜阴道给药。

(7) 用药期间应停止性生活

6. 操作流程

(1) 评估

- 1) 病人年龄、婚姻状况、意识状态、病情，是否处于月经期、妊娠期等。
- 2) 病人自理能力和合作态度。
- 3) 既往用药史、过敏史，此次用药的目的、用药剂量等。
- 4) 病人心理状态、沟通能力、对药物的认知程度等。
- 5) 病人的阴道炎或子宫颈炎症的程度。
- 6) 环境舒适、隐蔽程度。

(2) 准备

- 1) 护士：着装整洁，洗手。
- 2) 物品：阴道抹洗用物、妇科窥器、治疗用药物。
- 3) 环境：关门窗、遮挡病人。
- 4) 病人：排空膀胱后，取舒适屈膝仰卧位。

(3) 操作程序（见表 2-2 所示）

表 2-2 操作程序

项目		步骤	要点及注意事项
阴道上药前		用物推至床旁，向病人解释、协助脱去一侧裤腿盖在另一侧腿上；协助病人取屈膝仰卧位，暴露外阴部；臀下铺康护垫，弯盘或便盆	月经期、阴道流血时，禁止上药
外阴冲洗		按要求行外阴冲洗	
阴道抹洗		用妇科窥器暴露宫颈，擦净分泌物	未婚无性生活妇女不能用妇科窥器
涂药	纳入法	1) 在医院的纳入法：戴手套；一手分开小阴唇，另一手用拇指及食指捏	1) 用食指将栓剂塞入阴道后穹窿部，嘱病人仰卧

		住栓剂, 将药物放入阴道深处; 用纱布在阴道处加压片刻, 直到无排出感为止 2) 病人自己, 上药的方法: 坐浴; 左手分开大小阴唇, 右手示, 中指持药片沿阴道后壁推至阴道后穹窿	15min 以确保药物吸收及防渗漏 2) 以避免药片脱落, 保证药物的局部作用时间 3) 一般在临睡前进行
	涂擦法	用长棉签蘸取药液, 均匀涂在子宫颈或阴道病变处	对于腐蚀性药物, 只涂于宫颈病灶局部。上药前应先将棉球垫于阴道后壁及后穹窿, 以免药液下流, 灼伤正常组织。药液涂好后用棉球吸干, 并如数取出所垫的棉球
	喷洒法	用喷洒器喷洒或将药液洒在带线大棉球上, 将棉球顶塞于子宫颈部, 线尾留在阴道外	嘱病人在放药 12~24h 后将棉球取出
记录	记录药物名称、用药时间		
整理	病人: 撤下弯盘和康护垫, 协助病人穿好裤子; 病床单位: 整洁; 用物: 器械和污物分类处理; 护士: 洗手		用药期间使用卫生巾或护垫, 以保持衣裤清洁, 上药期间禁止性生活; 湿床单应更换; 器械先清洗干净, 污物按规定处理

(4) 评价

- 1) 病人能说出该项操作的目的和配合方法。
- 2) 护士动作轻柔, 药物名称、剂量、时间、方法准确。
- 3) 病人舒适。

研究表明, 阴道使用欧维婷软膏 (雌三醇) 可有效地缓解雌激素缺乏引起的萎缩性阴道炎症, 使阴道干燥、灼热和性交痛消失或者显著改善。研究显示, 阴道局部欧维婷软膏促使萎缩的阴道黏膜鳞状上皮细胞增生成熟; 黏膜增厚, 细胞内糖原增多, pH 降低, 不利于细菌生长繁殖, 使阴道清洁度达到接近或正常水平, 从而改善泌尿生殖道萎缩症状。

妊娠期外阴阴道念珠菌病的发病率较非孕期增加，治疗以阴道上药为宜，应正规足量治疗。建议硝酸咪康唑栓（达克宁栓）200mg，每晚1次，共7d；或者克霉唑100mg，每日1次，共7d。

第五节 坐浴

坐浴可借助水温与药液的作用，促进局部组织的血液循环，增强抵抗力，减轻外阴局部的炎症及疼痛，使创面清洁，利于组织的恢复。

1. 目的

清洁外阴，改善局部血液循环，消除炎症，利于组织修复。

2. 适应证

- （1）外阴、阴道手术或经阴道行子宫切除术前准备。
- （2）外阴炎、阴道非特异性炎症或特异性炎症、子宫脱垂者。
- （3）会阴伤口愈合但局部有硬结者。
- （4）膀胱阴道松弛者。

3. 物品准备

- （1）消毒小毛巾1块。
- （2）坐浴盆1个、30cm高的坐浴盆架1个。
- （3）溶液的配制

1）滴虫性阴道炎：临床上常用0.5%醋酸溶液、1%乳酸溶液或1：5000高锰酸钾溶液。

2）阴道假丝酵母菌病：一般用2%~4%碳酸氢钠溶液。

3）萎缩性阴道炎：常用0.5%~1%乳酸溶液。

4）外阴炎及其他非特异性阴道炎、外阴阴道手术前准备：可用1：5000高锰酸

钾溶液、1：1000 苯扎溴铵溶液、0.02%聚维酮碘溶液；中成药液如洁尔阴、肤阴洁等。

4. 操作方法

（1）根据病情需要按比例配制好足够量的溶液，溶液需足够浸泡全臀和外阴部，将坐浴盆置于坐浴架上。

（2）嘱病人排空膀胱后将全臀和外阴部浸泡于溶液中，一般持续约 20 分钟。结束后用消毒小毛巾蘸干外阴部。

5. 护理要点

（1）月经期妇女、阴道流血者、孕妇及产后 7 日内的产妇禁止坐浴。

（2）坐浴溶液应严格按比例配制，浓度过高容易造成黏膜烧伤，浓度太低影响治疗效果。

（3）水温适中，不能过高，以免烫伤皮肤。

（4）坐浴前应先将外阴及肛门周围擦洗干净。

（5）坐浴时需将臀部及全部外阴浸入药液中。

（6）注意保暖，以防受凉。

6. 操作流程

（1）评估

1) 了解病人疾病诊断、年龄、病情、坐浴的目的。

2) 病人对坐浴的认识程度及心理反应。

3) 阴道流血、月经期、孕妇、产后 10d 内均禁止坐浴。

4) 环境舒适，隐蔽程度。

（2）准备

1) 护士

着装整洁，洗手。

2) 物品

①坐浴盆、温开水（41~43℃）2000ml、30cm 高的坐浴架、卫生纸。

②坐浴药液的配制：滴虫性阴道炎，1：5000 高锰酸钾、0.5%醋酸、1%乳酸溶液；念珠菌阴道炎，2%~4%碳酸氢钠溶液；老年性阴道炎，0.5%~1%乳酸溶液；假丝酵母菌性阴道炎，2%~4%碳酸氢钠溶液；外阴炎、非特异性阴道炎、外阴阴道手术前的准备，1：5000 高锰酸钾溶液、1：2000 苯扎溴铵溶液，0.025%碘伏溶液；中成药液如洁尔阴、肤阴洁等溶液。

3) 环境

注意保暖，遮挡病人。

（3）操作流程（见表 2-3 所示）

表 2-3 操作流程

项目	步骤	要点及注意事项
配药	清洁坐浴盆；盛上 2000ml，41~43℃ 的温开水，按比例加入药物	水温可按个人喜好调整，但不能过高，以免烫伤
指导病人	嘱病人排空膀胱，擦洗干净外阴及肛门；全臀和外阴部浸泡于溶液中，持续 20min；嘱病人注意避免烫伤，感觉不适时，要及时告诉护士；结束后用卫生纸抹干外阴部	注意室内温度、保暖和遮挡病人；坐浴前先将外阴和肛门擦洗净；将呼叫铃开关放在病人易取处；有伤口者需用无菌纱布
观察	观察病人的脸色、臀部皮肤；询问病人感觉	重视病人主诉
整理	病人：协助病人穿好裤子；用物：倾倒盆内药液至污水池，清洁坐浴盆	及时更换浸湿的衣裤；坐浴盆晾干

（4）评价

1) 病人能说出坐浴的目的，主动配合操作。

2) 护士配制溶液准确，温度适宜，物品摆放合理。

3) 病人舒适，上衣无浸湿。

(5) 其他相关内容

1) 热浴

水温在 $41\sim 43^{\circ}\text{C}$ ，适用于渗出性病变及急性炎性浸润，可先熏后坐，持续 20min 左右。

2) 温浴

水温在 $35\sim 37^{\circ}\text{C}$ ，适用于慢性盆腔炎手术前准备。

3) 冷浴

适用于膀胱阴道松弛、性无能及功能性无月经等，持续 2~5min 即可。

第三章 妇产科护理

在深入探索妇产科护理的广阔领域后，我们不禁对这份职业所承载的生命重量与温情呵护有了更为深刻的理解。妇产科护理，作为一门集科学性、人文性与艺术性于一体的学科，它不仅是技术的精湛展现，更是爱心与责任的光辉传递。本章旨在对妇产科护理进行研究与探讨。

第一节 妇科手术患者的护理

一、妇科腹部手术患者的护理

在妇科疾病治疗工作中，手术占有相当重要的地位，尤其是妇科肿瘤患者的主要治疗手段之一。手术既是治疗的过程，也是创伤的过程。充分做好术前准备和术后护理，是保证手术顺利进行，患者术后如期康复的有力保证。妇科腹部手术主要有剖腹探查术、附件切除术、次全子宫切除术、全子宫切除术、次全子宫及附件切除术、全子宫及附件切除术、子宫根治术等。

（一）手术前护理

1. 护理检查

辅助检查包括以下几种：

（1）妇科检查：阴道检查、肛查。

（2）常规检查：监测体温、脉搏、呼吸、血压、胸片、B超（肝、胆、胰、脾、盆腔）、心电图、血型、Rh 因子、肝肾功能、凝血功能、血尿常规、输血 9 项等。

2. 术前可能的护理诊断

- (1) 焦虑与害怕丧失器官、手术后疼痛及对未来的茫然有关。
- (2) 知识缺乏，缺乏自身疾病和手术相关的知识。
- (3) 体液不足与术前和手术当日饮食控制有关。
- (4) 睡眠型态紊乱与环境改变及担心手术有关。

3. 预期目标

- (1) 患者术前能够接受手术后所造成的身体不适。
- (2) 患者能自述疾病和手术相关的知识。
- (3) 患者不发生体液不足。
- (4) 患者能够自行入睡，处于最佳的心理及生理状态。

4. 护理措施

(1) 心理护理：责任医生决定患者手术日期及手术方式后，护士应深入了解患者的病情及心理状况，进行有针对性的术前宣教。护士需要应用医学知识耐心解答患者的提问，使患者相信在医院现有条件下，她将得到最好的治疗和照顾、能顺利度过手术全过程。医护人员注意为患者提供发问的机会，还可以安排与接受同样手术而且完全康复的病友交谈，消除患者的顾虑、恐惧及其不安的想法。

(2) 认真阅读病历，检查患者术前各项化验是否完善、正常，发现问题及时通知医师。

(3) 术前 1 日为手术患者监测 3 次体温，并观察患者有无异常情况，如发热（体温 $>37.5^{\circ}\text{C}$ ）、上呼吸道感染、月经来潮等，应及时通知医生，及早采取相应措施。

(4) 术前 1 日遵医嘱配血，配血 1600ml 以上需抽两管血标本。

(5) 皮肤准备：术前 1 日备皮，上至剑突下，下至大腿内侧上 1/3，两侧达腋中线，清洁脐部。

(6) 肠道准备：根据病情需要遵医嘱在术前 1 日及术前 3 日进行肠道准备。妊

娠期、急诊手术者不必作肠道准备。

1) 一般子宫切除或肌瘤剔除术前 1 日肠道准备口服 50%硫酸镁 40ml。及时了解患者排便情况，嘱其术前 1 日晚 10 时禁食，12 时禁水。

2) 卵巢肿瘤细胞减灭术术前 3 日开始肠道准备术前 3 日进半流食，术前 2 日进流食，术前 1 日禁食，行清洁灌肠，并予以静脉补液。按医嘱给肠道抑菌药。

(7) 阴道准备：术前 1 日用 1:40 的络合碘溶液冲洗阴道，早晚各 1 次，行开腹子宫切除及肿瘤细胞减灭术者于第 2 次冲洗阴道后在子宫颈及穹窿处涂甲紫做手术标记。合并妊娠、有阴道出血者及未婚者不做阴道冲洗。卵巢囊肿剔除术及子宫肌瘤剔除术者不需涂甲紫。

(8) 药品准备：遵医嘱术前 1 日准备抗生素及止血药，青霉素类应做好皮试。

(9) 术前嘱患者沐浴、剪指甲，并准备好术后所需物品，如卫生巾等。

(10) 为提高对手术的耐受力，消除紧张情绪，手术前晚遵医嘱给予镇静剂，如地西泮 5mg 口服，以保证患者充分的休息与睡眠。

(11) 膀胱准备：术前留置导尿管。

(12) 手术当日的准备：患者应取下义齿、发卡、手表、钱及贵重物品，交给家属妥善保管。术前半小时遵医嘱给予术前用药，即基础麻醉药物如阿托品、苯巴比妥等，使患者得到充分镇静，减少紧张情绪，防止支气管痉挛等麻醉引起的副交感神经过度兴奋。

(13) 手术室接患者时，应与接诊人员核对姓名、手术名称、手术带药，无误后接走患者。

5. 护理评价

患者处于接受手术的最佳心理及生理状态。

(二) 手术后护理

1. 护理评估

患者回到病房后，护士应评估以下内容。

- (1) 意识状态：当叫患者的姓名时，是否有反应。
- (2) 呼吸情况：呼吸的频率、深度等，是否有呼吸型态的改变。
- (3) 生命体征：特别是前 4 小时内需要监测患者生命体征。
- (4) 皮肤情况：观察皮肤颜色，微黑、苍白、湿冷的皮肤是休克征象，特别要

观察嘴

唇及甲床的颜色，有无苍白或发红的现象，还需观察皮肤有无压疮。

- (5) 伤口敷料、引流管情况以及静脉输液是否畅通。

2. 术后可能的护理诊断及医护合作性问题

- (1) 疼痛与手术伤口有关。
- (2) 潜在并发症出血与手术创伤有关。
- (3) 排尿异常与留置导尿管有关。
- (4) 潜在并发症：感染与手术伤口及留置导尿管，引流管有关。
- (5) 舒适的改变恶心、呕吐、腹胀有关。
- (6) 潜在并发症静脉血栓。

3. 预期目标

- (1) 患者疼痛减轻，舒适感增加。
- (2) 护士熟知常见并发症的临床表现并能早期识别。
- (3) 患者能描述预防感染，促进伤口愈合的措施。

4. 护理措施

- (1) 病室及物品的准备

接走患者后，应铺好麻醉床及准备好物品，如血压计、听诊器、弯盘、别针、吸氧用物、引流瓶、沙袋、腹带等。术后患者宜安置于安静舒适的房间，以利于患者术后恢复及护理人员对其观察与护理。肿瘤细胞减灭术患者的病室内应备有随时

可以应用的抢救物品及药品。

（2）体位

按手术及麻醉方式决定术后体位。全麻患者在尚未清醒前应有专人守护，去枕平卧，头偏向一侧，稍垫高一侧肩胸，以免呕吐物，分泌物呛入气管，引起吸入性肺炎或窒息。硬膜外麻醉者，去枕平卧 6~8 小时。

（3）生命体征的观察

手术后 24 小时内患者病情尚未平稳，极易出现紧急情况，护理人员要全面了解、密切观察、有的放矢地进行护理。患者返回病室后应及时监测血压，脉搏，呼吸并做好记录，由于麻醉及手术对循环系统的抑制作用术后不能马上恢复，因此，应每 15~30 分钟监测 1 次血压，脉搏，呼吸直至平稳，必要时给予心电监护。

（4）术后镇痛

患者在麻醉作用消失后，会感到伤口疼痛，通常 24 小时内最为明显。疼痛可影响各器官的功能，有效地镇痛不仅可以减轻患者的痛苦，而且为各种生理功能的恢复创造了条件。按医嘱术后 24 小时内可用哌替啶等镇痛药物或使用镇痛泵为术后患者充分镇痛，保证患者得到充分休息。镇痛药的使用在术后 48 小时后逐渐减少，否则提示切口血肿，感染等异常情况，需报告医师及时给予处理。

（5）出血的观察

护理人员应注意观察患者有无出血的征象，如腹部伤口有无渗血，阴道出血情况，如果有引流的患者应观察引流液的量、色、性质有无异常等，如有异常要及时通知医生，同时结合患者其他情况如患者出现口唇苍白、烦躁不安、出冷汗等症状，且血压下降、脉搏快而弱，应警惕发生内出血或休克。

（6）饮食护理

饮食护理一般手术后第 1 日流食，遵医嘱予以静脉补液；术后第 2 日半流食，术后第 3 日普食。

（7）引流管的观察与护理

留置引流管的目的是引流出腹腔及盆腔内的冲洗液及渗血、渗液，以便观察有无内出血及减少感染的发生。引流管在留置的过程中应保持通畅，勿压、勿折。密切观察其引流液的颜色、性质、量。若发生异常情况应及时通知医生处理。

（8）腹胀的观察及护理

术后腹胀多因术中肠管受到激惹使肠蠕动减弱所致。患者术后呻吟、抽泣、憋气等可吞入大量不易被肠黏膜吸收的气体，加重腹胀。术后护理人员因劝慰患者不要呻吟，抽泣及张嘴呼吸，尽量减少过多气体进入消化道；并应鼓励帮助患者术后早期活动，以促进肠蠕动的恢复，同时防止盆腹腔粘连和下肢血栓的发生；还要指导患者在尚未排气之前不要食用豆制品、奶制品、甜食及油腻等容易产气的食物，以免增加肠道内积气。

（9）排尿的观察及护理

由于解剖位置的关系，妇科手术中输尿管、膀胱受到牵拉，推压，在分离粘连时极易损伤输尿管，因此术后观察尿量及尿液的性质非常重要。术后应注意保持尿管通畅，并认真观察尿量及性质。术后患者每小时尿量至少 50ml 以上。通常于术后 24 小时拔除尿管。每小时尿量少于 30ml，伴血压下降，脉搏细数，患者烦躁不安或诉说腰背疼痛或肛门处下坠感等，应考虑有腹腔内出血。拔除尿管后嘱患者适量饮水，尽早排尿，护士要观察患者膀胱功能恢复情况，有无泌尿系刺激症状，必要时重置尿管。留置尿管期间，应擦洗外阴，保持局部清洁，防止发生泌尿系统感染。

（10）血栓的观察及护理

高危患者应使用弹性绷带包扎或穿弹性袜。术后鼓励患者早期下床活动。不能下床的患者，要指导患者在床上活动腿部。护理人员要早期识别血栓性静脉炎的症状：检查腿部有无压痛感、水肿、皮温增高、足背动脉搏动减弱等。当患者发生血栓时应嘱患者绝对卧床，使用弹性绷带，遵医嘱应用抗凝剂等。必要时使用气压式

血液循环驱动仪促进下肢静脉回流，防止血栓。

(11) 出院指导

- 1) 休养环境安静舒适、温湿度适宜，注意通风，保持空气新鲜。
- 2) 保持良好的心情，避免紧张激动的情绪。适当参加锻炼活动。
- 3) 术后多食用含丰富维生素、蛋白质、高纤维的食物，如瘦肉、蛋类、鱼类，还应注意粗细搭配。
- 4) 伤口拆线 1 周可洗淋浴，1 周内用温水擦身。注意个人卫生，勤换内衣裤。
- 5) 全子宫切除术后患者及阴道手术后患者应禁性生活及盆浴 3 个月；子宫肌瘤剔除、卵巢囊肿剔除术后 1 个月禁性生活及盆浴。
- 6) 伤口拆线后，若伤口出现疼痛、红肿、硬结、渗血、渗液，且伴有体温升高，应及时到医院就诊。
- 7) 手术后 1~2 周，阴道可有少量粉红色分泌物，此为阴道残端肠线溶化所致，为正常现象。若为血性分泌物，量如月经，并伴有发热，应及时到医院就诊。
- 8) 从手术之日起休假 6 周。
- 9) 遵医嘱术后 6 周来医院复诊，遵医嘱服用出院带药。

5. 护理评价

患者的生命体征维持在正常范围内，无出血性休克的发生及感染征象。患者的各管道通畅，出入量平衡。患者能积极参与治疗及护理，身心舒适。

二、妇科阴式手术患者的护理

妇科阴式手术适应于子宫肌瘤、子宫腺症、功能失调性子宫出血、子宫内膜癌早期、宫颈癌、子宫脱垂等患者，尤其是一些肥胖、瘢痕体质的患者更适合这种术式。

（一）手术前护理

1. 护理评估

（1）健康史采集个人的家族史、月经史、生育史、手术史、既往病史、服用药物史、药物过敏史。了解所患疾病的临床表现，现存问题。

（2）辅助检查包括以下几种：妇科检查，阴道检查、肛查；常规检查，监测体温、脉搏、呼吸、血压、胸片、B超（肝、胆、胰、脾、盆腔）、心电图、血型、Rh因子、肝肾功能、凝血功能、血常规、输血9项等。

2. 术前可能的护理诊断

- （1）焦虑与害怕丧失器官、手术后疼痛及对未来的茫然有关。
- （2）知识缺乏，缺乏疾病及手术相关知识。
- （3）睡眠型态紊乱与环境改变及担心手术有关。
- （4）体液不足与术前和手术当天饮食控制有关。

3. 预期目标

- （1）患者能够面对现实，焦虑感减轻。
- （2）患者能自述疾病和手术相关的知识。
- （3）患者能够自行入睡，处于最佳的心理及生理状态。
- （4）遵医嘱为患者静脉补液，摄入量保持正常水平。

4. 护理措施

（1）心理护理

手术前护理人员要主动接近患者与其交谈，了解患者的心理状况，特别是对手术有关问题的看法及手术效果、预后方面知识的了解程度；对患者讲解手术前后的注意事项、手术麻醉选择及手术方式；帮助患者消除紧张心理，树立战胜疾病的信心，以良好的心态接受手术。

（2）皮肤准备

备皮范围上至耻骨联合上 10cm，下至股内侧上 1/3，包括会阴及肛门周围，两侧达腋中线。

（3）肠道准备

由于解剖位置关系，阴道与肛门很近，术后排便易污染手术视野，肠道准备较严格。从手术前 3 日开始准备，术前 3 日半流食；术前 2 日流食；术前 1 日禁食，并口服庆大霉素 8 万 U，每日 2 次。术前 1 日予清洁灌肠。

（4）阴道准备

正常人阴道不是无菌环境，为防止术后感染，术前 3 日用 1：40 络合碘溶液冲洗阴道，必要时用 1：5000 高锰酸钾溶液坐浴。

（5）膀胱准备

患者去手术室前不置尿管，嘱患者排空膀胱，将无菌导尿管带入手术室，备手术结束后使用。

5. 护理评价

患者能够面对现实，焦虑感减轻。患者能自述疾病和手术相关的知识。患者能够自行入睡，处于最佳的心理及生理状态。患者摄入量保持正常水平。

（二）手术后护理

1. 护理评估

同腹部手术患者。

2. 术后可能的护理诊断及医护合作性问题

- （1）疼痛与手术创伤有关。
- （2）潜在的并发症感染与手术伤口及留置导尿管、引流管有关。
- （3）潜在并发症：出血与手术创伤有关。
- （4）自理能力缺陷与伤口疼痛、持续尿管有关。
- （5）舒适的改变与手术及术中麻醉有关。

3. 预期目标

- (1) 患者主诉疼痛减轻，舒适感增加。
- (2) 患者无感染症状，体温、血常规正常。
- (3) 严密观察病情，防止发生失血性休克。
- (4) 患者日常生活，如下床、进食、沐浴或卫生、如厕等能自理。

4. 护理措施

(1) 手术后患者安置

手术后患者应安置于安静的房间，以利于患者术后恢复及护理人员对其观察与护理。患者进手术室后，护理人员应进行手术患者床单位及护理用具的准备，如铺麻醉床、准备血压计、听诊器、吸氧装置等。

(2) 详细了解术中情况

患者被送回病室后，护士要与手术室麻醉医生进行交接班。详细了解手术情况。主要包括麻醉方式及效果、术中出血情况，是否输血、术中尿量、输液及用药以及术后有无特殊护理要求和注意事项。及时测量体温、脉搏、呼吸、血压并观察其变化。

(3) 护理人员观察

应注意观察患者有无出血的征象，询问手术医生手术中在阴道内有无放置纱卷压迫止血，要特别注意取出纱卷前后阴道出血情况。有引流的患者要注意观察引流液的量、色、性质，警惕发生内出血或休克的可能。

(4) 引流管的观察与护理

阴式手术的患者常留置有阴道引流管。应注意观察是否通畅、引流液的量、颜色，并做好记录，利于术后的动态观察。阴道引流管拔除的指征为：引流量 24 小时小于 20ml 且体温正常。

(5) 导尿管的观察与护理

保持留置导尿管的通畅。观察尿量及颜色，以判断有无膀胱的损伤。留置尿管一般保留 48~72 小时。留置尿管期间，应鼓励患者多饮水，以稀释尿液起到自行冲洗膀胱的作用，同时注意保持导尿管通畅，观察尿色、尿量。拔除导尿管后，嘱患者适量饮水，观察有无泌尿刺激症状及尿潴留，当日下午测残余尿量，如大于 100ml 应留置尿管，并行膀胱锻炼，白天 2~3 小时开放 1 次，夜间常开。

（6）应注意外阴部的清洁与干燥

每天用 1:40 络合碘溶液冲洗外阴两次。每次排便后也用同样的方法冲洗外阴。以保持阴道伤口清洁，利于伤口愈合，同时也可观察阴道出血的情况。

（7）手术后遵医嘱

给予患者少渣饮食，以控制首次大便排出的时间，给伤口愈合时间，防止感染。同时应嘱患者注意大便情况，防止大便干燥，以免腹压过高影响伤口愈合，必要时给予缓泻剂。

（8）手术后预防

腹压增加时患者手术后期康复的关键。除上述所说防止因大便干燥引起腹压增加外，手术后最易引起腹压增加的因素即为咳嗽，所以护理人员要在手术后遵医嘱预防性的给予止咳治疗及镇咳药。

第二节 产科手术患者的护理

一、会阴切开缝合术

1. 适应证

- （1）产妇须行阴道助产术，如产钳术、胎头吸引术及臀位助产术者。
- （2）会阴过紧、会阴水肿、胎儿过大者。
- （3）缩短第二产程者，如妊娠期高血压疾病、胎儿宫内窘迫等。

(4) 预防早产儿颅内出血。

2. 物品准备

无菌会阴切开包 1 个，内有侧切剪刀 1 把、弯血管钳 4 把、小镊子 1 把、持针器 1 把、圆针和三角针各 1 枚、巾钳 4 把、治疗巾 4 张、1 号丝线 1 卷、0 号肠线 1 根、纱布 10 块、20ml 注射器和长针头各 1 个、0.5%~1%利多卡因 10~15ml、带尾纱布卷等。

3. 操作方法

(1) 冲洗消毒会阴部并铺巾。先以 0.5%~1%利多卡因局部浸润麻醉或阴部神经阻滞麻醉。

(2) 麻醉起效后，多采取会阴侧切开。左手食指、中指伸入胎先露和阴道侧后壁之间，右手持剪刀在会阴后联合正中偏左 0.5cm 处向左下方，与正中线成 45° 角，子宫缩时剪开皮肤和黏膜，长 3~4cm。剪开后即刻用纱布压迫止血并结扎小动脉。

(3) 当胎盘娩出后，阴道内放带尾纱布卷，以防子宫腔血液外流影响视野，检查软产道其他部位有无裂伤。用肠线连续缝合阴道黏膜伤口、肌肉及皮下组织，用丝线间断缝合皮肤。

注意勿留死腔，组织以正常解剖关系对合。缝合完毕取出带尾纱布卷，常规检查肛门。

4. 护理要点

(1) 术前向产妇说明会阴切开的目的，取得产妇积极配合，做好术前准备。

(2) 指导产妇正确运用腹压，协助医生掌握时机。

(3) 保持外阴清洁干燥：用 0.1%苯扎溴铵擦洗外阴 2 次/日，勤换消毒会阴垫。嘱产妇取健侧卧位，以防恶露污染伤口影响愈合。

(4) 观察伤口情况：若伤口出现水肿，用 50%硫酸镁湿热敷；若出现红肿，局部用红外线热疗，每次 30min，2 次/日，以促进炎症吸收；如有化脓，应报告医生

提前拆线引流。

(5) 缝合的伤口 3~5 日后拆线。

二、胎头吸引术

1. 适应证

(1) 需要缩短第二产程者，如妊娠合并心脏病等不宜在分娩时用力，胎儿窘迫等须尽快娩出胎儿且具备由阴道娩出条件。

(2) 头位难产导致第二产程延长者，如宫缩乏力、持续性枕横位、枕后位等。

(3) 有剖宫产史或子宫有瘢痕，不宜过分屏气加压者。

2. 物品准备

胎头吸引器 1 个，50ml 或 100ml 注射器 1 个或负压吸引器 1 台，血管钳 2 把，治疗巾 2 张，纱布 4 块，吸管 1 根，氧气和新生儿窒息抢救药品等。

3. 操作方法

(1) 了解胎位及骨盆情况后，配合完成会阴侧切。

(2) 将胎头吸引器自会阴后联合处缓慢滑入，注意应吸引胎头后顶部，避开囟门，检查吸引器四周有无夹到软组织，用负压吸引器调节负压在 200~300mmHg，使胎头形成产瘤。宫缩时按分娩机制进行牵拉，牵引时间不宜过长，一般不超过 20min。当胎头露出阴道口时，取下胎头吸引器，按自然分娩处理。胎盘娩出后，仔细检查软产道，按会阴切开缝合术处理。

4. 护理要点

(1) 术前向产妇讲解胎头吸引术的目的和方法，取得产妇积极配合。

(2) 先检查胎头吸引器放置的部位、有无漏气，再抽吸形成适宜负压。发生滑脱可重新放置，但不应超过 2 次。

(3) 牵引时间不超过 20min。

(4) 术后检查软产道，有裂伤时应立即缝合。

(5) 新生儿护理具体如下：检查新生儿头皮损伤情况，静卧 3 日，头偏向一侧，3 日内不予沐浴；观察生命体征，按医嘱肌内注射维生素 K，和青霉素，以防颅内出血和感染。

三、人工剥离胎盘术

1. 适应证

- (1) 胎儿娩出后，胎盘部分剥离引起子宫大量出血者。
- (2) 胎儿娩出后 30min，胎盘尚未剥离排出者。
- (3) 前置胎盘或胎盘早期剥离，胎儿娩出后有活动性出血者。

2. 物品准备

无菌手套等。

3. 操作方法

- (1) 产妇取膀胱截石位，导尿排空膀胱，重新消毒外阴，术者更换无菌手套。
- (2) 术者一手五指并拢呈圆锥形沿脐带进入子宫腔，子宫腔内的手找到胎盘边缘，手背紧贴子宫壁，以手掌的尺侧缘慢慢将胎盘逐渐从边缘部推入中心部使胎盘与子宫壁分离，另一手在腹部按压子宫底。待整个胎盘剥离后，以手掌将胎盘取出。

4. 护理要点

- (1) 术前向产妇说明人工剥离胎盘术的目的和方法，并做好输液、输血准备。
- (2) 严格执行无菌操作规程，动作应轻柔，切忌粗暴，尽量一次进入子宫腔，不可多次进出。若剥离确实困难，应考虑可能为胎盘植入，切不可强行剥离。
- (3) 剥离胎盘后注意观察宫缩及阴道流血情况，宫缩不佳时应及时按摩子宫并按医嘱注射缩宫素。
- (4) 认真检查取出的胎盘、胎膜是否完整，若有少量胎盘缺损，可用大刮匙轻

刮一周。

(5) 术后注意观察有无发热、阴道分泌物异常等体征，应用抗生素预防感染。

四、产钳术

1. 适应证

- (1) 同胎头吸引术。
- (2) 胎头吸引术因阻力较大而失败者。
- (3) 剖宫产和臀先露后出胎头困难者。

2. 物品准备

会阴切开包 1 个、无菌产钳 1 副、抢救药品、婴儿给氧设备等。

3. 操作方法

听胎心音，了解胎位情况后，进行导尿、会阴后侧切开。用左手持左叶产钳，由产妇阴道左后方插入，钳匙置于胎耳处，然后右手将右叶产钳同法放入右侧，检查钳叶与胎头间无软组织及脐带夹入，胎头矢状缝在两钳叶正中，扣合钳锁。当宫缩时按产轴方向牵拉，当胎头额部娩出后，松开钳锁，取下产钳按自然分娩处理。

4. 护理要点

- (1) 术前向产妇说明行产钳术的目的和方法，指导产妇正确运用腹压，减轻其紧张情绪。
- (2) 术中注意观察产妇宫缩和胎心变化，随时做吸氧、供能等处理。
- (3) 其他护理同胎头吸引术护理。

五、剖宫产术

1. 适应证

- (1) 头盆不称者。
- (2) 产道异常或产力异常者。
- (3) 妊娠出现并发症和并发症者。
- (4) 临产后出现胎儿窘迫、珍贵儿、早产儿、过期妊娠儿等。

2. 物品准备

备好剖宫产手术包、宫缩剂、新生儿用物及抢救设备等。

3. 操作方法

消毒手术台、铺巾。在硬膜外麻醉下行子宫下段剖宫产术，逐层切开腹壁，进入腹腔，剪开膀胱子宫反折膜，在子宫下段做一横切口，破膜后一手伸入子宫腔，上托胎头使胎头娩出，胎体相继娩出，清理呼吸道，交台下护士处理，待胎盘娩出后，用纱布清理子宫腔，清点器械、敷料无误，逐层关腹，术毕。

4. 护理要点

(1) 术前准备

- 1) 告知产妇剖宫产术的目的，耐心解答有关疑问，缓解其焦虑。
- 2) 术前准备如手术当日清晨禁食，留置导尿管，交叉合血、配血备用等。
- 3) 备皮，做好麻醉药与抗生素的药敏试验。
- 4) 术前 30min 给予苯巴比妥、阿托品，禁用呼吸抑制剂。
- 5) 密切观察并记录胎心变化，做好保暖和新生儿窒息的抢救准备。
- 6) 帮助产妇取仰卧位或侧斜仰卧位，防止仰卧位低血压综合征的发生。

(2) 术中配合

密切观察产妇的生命体征变化并记录。如胎头入盆太深取胎头困难，助手可在台下戴消毒手套自阴道上推胎头，以利于胎头娩出。

(3) 术后护理

- 1) 连续硬膜外麻醉者术后去枕平卧 6~8h，术后 24h 宜取半卧位，以利于恶露

排出。

2) 密切观察生命体征、腹部伤口、宫缩及阴道流血情况等。

3) 留置导尿管 24h, 拔管后注意能否自行排尿。

4) 鼓励产妇做深呼吸、勤翻身并尽早下床活动; 根据肠道功能恢复情况, 指导产妇进食。

5) 酌情补充液体 2~3 天, 遵医嘱应用抗生素预防感染, 换药。

6) 做好外阴清洁护理与乳房护理。

7) 指导产妇出院后保持外阴部清洁; 落实避孕措施, 至少应避孕 2 年; 鼓励符合母乳喂养条件的产妇坚持母乳喂养; 摄取营养丰富的食物, 做产后保健操, 有利于体力恢复、排尿及排便, 促进骨盆肌及腹肌张力恢复, 避免腹部皮肤过度松弛; 产后 42 天去医院做产后健康检查。

第三节 生殖系统炎症的护理

一、外阴炎

1. 概述

外阴部皮肤或前庭部黏膜发炎, 称为外阴炎。由于外阴部位暴露于外, 又与尿道、肛门、阴道邻近, 因此外阴较易发生炎症。外阴炎可发生于任何年龄的女性, 多发生于大、小阴唇。外阴炎以非特异性外阴炎多见。

2. 护理评估

(1) 健康史

重点评估患者年龄; 平时卫生习惯; 内裤材质及松紧度; 是否应用抗生素及雌激素治疗; 是否患有糖尿病、老年性疾病或慢性病等; 育龄妇女应了解其采用的避孕措施及此次疾病症状等。

（2）临床表现

外阴皮肤瘙痒、疼痛、烧灼感，于活动、性交、排尿、排便时加重。检查见局部充血、肿胀、糜烂，常有抓痕，严重者形成溃疡或湿疹。慢性炎症可使皮肤增厚、粗糙、皲裂，甚至苔藓样变。严重时腹股沟淋巴结肿大且有压痛，体温升高，白细胞数量增多。糖尿病性外阴炎常表现为皮肤变厚，色红或呈棕色，有抓痕，因为尿糖是良好的培养基而常并发假丝酵母菌感染。幼儿性外阴炎还可发生两侧小阴唇粘连，覆盖阴道口甚至尿道口。

（3）辅助检查

取外阴处分泌物做细菌培养，寻找致病菌。

（4）心理-社会评估

评估出现外阴瘙痒症状后对患者生活有无影响，以及影响程度；患者就医的情况及是否为此产生心理负担。

3. 计划与实施

（1）预期目标

患者能正确使用药物，避免皮肤抓伤，皮损范围不增大；患者症状在最短时间内解除或减轻，舒适感增强；患者了解疾病有关的知识及防护措施。

（2）护理措施

1) 告知患者坐浴的方法：取高锰酸钾放入清洁容器内加温开水配成 1: 5000 的溶液，配制好的溶液呈淡玫瑰红色。每次坐浴 20 分钟，每日 2 次。坐浴时，整个会阴部应全部浸入溶液中，月经期间停止坐浴。

2) 应积极协助医生寻找病因，进行外阴处分泌物检查，必要时进行血糖或尿糖检查。

3) 指导患者遵医嘱正确使用药物，将剂量、使用方法向患者解释清楚。

4) 告知患者按医生要求进行复诊，治疗期间如出现新的症状或症状加重应及时

就诊。

（3）健康指导

保持外阴部清洁干燥，严禁穿化纤及过紧内裤，穿纯棉内裤并每日更换；做好经期、孕期、分娩期及产褥期卫生护理。发现过敏性用物后立即停止使用；饮食注意勿饮酒或辛辣食物，增加新鲜蔬菜和水果的摄入；严禁搔抓局部，勿热水烫洗和用刺激性药物或肥皂擦洗外阴；配制高锰酸钾溶液时，浓度不可过高，防止灼伤局部皮肤。

4. 护理评价

患者在治疗期间能够按医嘱使用药物，症状减轻。患者了解与外阴炎相关知识及防护措施。

二、前庭大腺炎

1. 概述

前庭大腺炎是病原体侵入前庭大腺引起的炎症。包括前庭大腺脓肿和前庭大腺囊肿。前庭大腺位于两侧大阴唇后 1/3 深部，腺管开口于处女膜与小阴唇之间。因解剖部位的特点，在性交、分娩等其他情况污染外阴部时，病原体容易侵入而引起前庭大腺炎。此病多见于育龄妇女，幼女及绝经后妇女较少见。

2. 病因

主要病原体为内源性及性传播疾病的病原体。内源性病原体有葡萄球菌、大肠杆菌、链球菌、肠球菌等。性传播疾病的病原体常见的是淋病奈瑟菌及沙眼衣原体。急性炎症发作时，病原体首先侵犯腺管，腺管呈急性化脓性炎症，腺管开口往往因肿胀或渗出物凝聚而阻塞，脓液不能外流、积存而形成脓肿，称前庭大腺脓肿。在急性炎症消退后腺管堵塞，分泌物不能排出，脓液逐渐转为清液而形成囊肿，或由于慢性炎症使腺管堵塞或狭窄，分泌物不能排出或排出不畅，也可形成囊肿。

3. 护理评估

(1) 健康史

重点评估患者年龄，平时卫生习惯，近期是否有流产、分娩等特殊情况，育龄妇女应了解其性生活情况，有无不洁性生活史。

(2) 临床表现

炎症多发生于一侧，初起时局部肿胀、疼痛、灼热感，行走不便，有时会致大小便困难。检查见局部皮肤红肿、发热、压痛明显。若为淋病奈瑟菌感染，挤压局部可流出稀薄、淡黄色脓汁。当脓肿形成时，可触及波动感，脓肿直径可达 5~6cm，患者出现发热等全身症状。当脓肿内压力增大时，表面皮肤变薄，脓肿自行破溃，若破孔大，可自行引流，炎症较快消退而痊愈，若破孔小，引流不畅，则炎症持续不消退，并可反复急性发作。慢性期囊肿形成时，患者有外阴部坠胀感，偶有性交不适，检查时局部可触及囊性肿物，常为单侧，大小不等，无压痛。囊肿可存在数年而无症状，有时可反复急性发作。

(3) 心理-社会评估

评估症状出现后对患者生活影响的程度；评估患者就医的情况及有无因害怕疼痛和害羞的心理而使自己的疾病未能得到及时治疗及对疾病的治愈是否有信心等。对性传播疾病的病原体感染的患者，应通过与其交谈、接触了解其心理状态，帮助患者积极就医并采取正确的治疗措施。

(4) 治疗原则

根据病原体选用口服或肌注抗生素。在获得培养结果前应使用广谱抗生素治疗。此外，可选用清热、解毒的中药，如蒲公英、紫花地丁、金银花、连翘等，局部热敷或坐浴。脓肿形成后可切开引流并作造口术。单纯切开引流只能暂时缓解症状，切口闭合后，仍可形成囊肿或反复感染，故应行造口术。

4. 护理评价

患者接受治疗后，舒适感增加，症状减轻。患者能够了解前庭大腺炎的相关知识并掌握了预防措施，焦虑感减轻，并能保持良好的卫生习惯，主动实施促进健康的行为。

三、滴虫阴道炎

1. 概述

滴虫阴道炎是由阴道毛滴虫感染而引起的阴道炎症，是临床上常见的阴道炎。

2. 护理评估

（1）健康史

询问患者的年龄，可能的发病原因。了解患者个人卫生及月经期卫生保健情况，以及症状与月经的关系。了解其性伙伴有无滴虫感染，发病前是否到公共浴池或游泳池等。

（2）临床表现

1) 症状

有 25%~50%患者在感染初期无症状，其中 1/3 在感染 6 个月内出现症状，症状的轻重取决于局部免疫因素、滴虫数量多少及毒力强弱。滴虫阴道炎的主要症状是阴道分泌物增加及外阴瘙痒，分泌物为稀薄的泡沫状，黄绿色有臭味。瘙痒部位主要为阴道口及外阴，间或有灼热、疼痛、性交痛等。若尿道口有感染，可有尿频、尿痛，有时可见血尿。阴道毛滴虫能吞噬精子，并能阻碍乳酸生成，影响精子在阴道内存活，可致不孕。

2) 体征

检查时见阴道黏膜充血，严重者有散在出血斑点，甚至宫颈有出血点，形成“草莓样”宫颈。后穹窿有大量白带，呈灰黄色、黄白色稀薄液体或黄绿色脓性分泌物，常呈泡沫状。带虫者阴道黏膜常无异常改变。

（3）辅助检查

在阴道分泌物中找到滴虫即可确诊。生理盐水悬滴法是进行阴道毛滴虫检查最简便的方法。具体方法是：在载玻片上加温生理盐水 1 小滴，于阴道后穹窿处取少许分泌物混于生理盐水中，立即在低倍光镜下寻找滴虫。显微镜下可见到波状运动的滴虫及增多的白细胞被推移。此方法敏感性为 60%~70%。对可疑但多次未能发现滴虫的患者，可取阴道分泌物进行培养，其准确率可达 98%。取阴道分泌物送检时应注意及时和保暖，并且在取分泌物前 24~48 小时避免性交、阴道灌洗及局部用药，取分泌物时应注意不要使用润滑剂等。目前，检查阴道毛滴虫还可利用聚合酶链反应，其敏感性为 90%，特异性为 99.8%。

（4）社会-心理评估

评估患者的心理状况，了解患者是否会因害羞不愿到医院就诊。同时评估影响治疗效果的心理压力和反复发作造成的苦恼，以及家属对患者的理解和配合。

（5）治疗原则

由于阴道毛滴虫可同时感染尿道、尿道旁腺、前庭大腺，因此，滴虫阴道炎患者需要全身用药，主要治疗的药物为甲硝唑和替硝唑。

1) 全身用药方法

初次治疗可单次口服甲硝唑 2g 或替硝唑 2g。也可选用甲硝唑 400mg，每日 2 次，7 日为一个疗程；或用替硝唑 500mg，每日 2 次，7 日为一个疗程。女性患者口服药物治疗治愈率为 82%~89%，若性伴侣同时治疗，治愈率可达 95%。患者服药后偶见胃肠道反应，如食欲减退、恶心、呕吐。此外，偶见头痛、皮疹、白细胞数量减少等，一旦发现应停药。

2) 局部用药

不能耐受口服药物治疗的患者可以选用阴道局部用药。但单独阴道用药的效果不如全身用药好。局部可选用甲硝唑阴道泡腾片 200mg，每晚 1 次，连用 7 日。局

部用药的有效率低于 50%。局部用药前，可先用 1%乳酸液或 0.1%~0.5%醋酸液冲洗阴道，改善阴道内环境，以提高疗效。

3. 护理诊断和医护合作性问题

- (1) 舒适的改变与阴部瘙痒及白带增多有关。
- (2) 自我形象紊乱与阴道分泌物异味有关。
- (3) 排尿异常与尿道口感染有关。
- (4) 性生活形态改变与炎症引起性交痛，治疗期间禁性生活有关。

4. 护理评价

患者了解滴虫阴道炎的相关知识及预防措施。治疗期间能够按医生的方案坚持用药，并按时复诊，使疾病得到彻底治愈。

四、萎缩性阴道炎

1. 概述

萎缩性阴道炎常见于自然绝经及卵巢去势后妇女，也可见于产后闭经或药物假绝经治疗的妇女。因卵巢功能衰退，雌激素水平降低，阴道壁萎缩，黏膜变薄，上皮细胞内糖原含量减少，阴道内 pH 值增高，局部抵抗力降低，致病菌容易入侵繁殖引起炎症。

2. 护理评估

(1) 健康史

了解患者的年龄、是否已经绝经、是否有卵巢手术史、盆腔放射治疗史或药物性闭经史、近期身体状况、有无其他慢性疾病等。

(2) 临床表现

主要症状为阴道分泌物增多及外阴瘙痒、灼热感。阴道分泌物稀薄，呈淡黄色，严重者呈血样脓性白带，患者有性交痛。阴道检查见阴道呈萎缩性改变，上皮萎缩、

菲薄、皱襞消失，阴道黏膜充血，有小出血点，有时见浅表溃疡。若溃疡面与对侧粘连，阴道检查时粘连可被分开而引起出血，粘连严重时可能造成阴道狭窄甚至闭锁，炎症分泌物引流不畅可形成阴道积脓或宫腔积脓。

（3）心理-社会评估

萎缩性阴道炎患者多数为绝经期妇女，由于绝经期症状已经给患者带来严重的心理负担，患者多表现出严重的负性心理情绪，如烦躁、焦虑、紧张等。护理人员应对患者各种情绪反应做出准确评估，同时了解家属是否存在不耐烦等不良情绪。

3. 护理诊断和医护合作性问题

- （1）皮肤黏膜完整性受损与炎症引起的阴道黏膜充血、破损有关。
- （2）舒适的改变与皮肤瘙痒、烧灼感有关。
- （3）知识缺乏，缺乏疾病及其防护知识。
- （4）焦虑与外阴瘙痒等症状有关。

4. 护理评价

患者阴道分泌物减少，外阴瘙痒症状减轻或消失。患者焦虑紧张情绪好转，其家属能够理解并帮助患者缓解情绪及治疗疾病。

五、盆腔炎性疾病

1. 概述

盆腔炎性疾病是指女性上生殖道的一组感染性疾病，主要包括子宫内膜炎、输卵管炎、输卵管卵巢脓肿、盆腔腹膜炎。炎症可局限于一个部位，也可同时累及几个部位，最常见的是输卵管炎及输卵管卵巢炎，单纯的子宫内膜炎或卵巢炎较少见。盆腔炎性疾病大多发生在性活跃期有月经的妇女。初潮前、绝经后或未婚者很少发生盆腔炎性疾病，若发生盆腔炎性疾病也往往是由于邻近器官炎症的扩散。

2. 护理评估

（1）健康史

评估和了解患者的年龄、职业、近期身体状况等，特别要了解患者有无不洁性生活史，及目前表现出的各种症状。

（2）临床表现

可因炎症轻重及范围大小而有不同的临床表现，轻者无症状或症状轻微。

1) 症状

①常见症状

盆腔炎性疾病常见症状包括下腹痛、发热、阴道分泌物增加。月经期发病可出现月经量增加，经期延长。

②下腹痛

腹痛为持续性，活动后或性交后加重。

③重症症状

病情严重的可有寒战、高热、头痛、食欲缺乏。

④其他

若出现腹膜炎，可有消化系统症状如恶心、呕吐、腹胀、腹泻等。若有脓肿形成，可有下腹包块及局部压迫刺激症状；包块位于子宫前方可出现膀胱刺激症状；包块位于子宫后方可有直肠刺激症状；若在腹膜外可致腹泻、里急后重感和排便困难。

2) 体征

①盆腔炎性疾病的患者体征差异较大，轻者无明显异常表现或妇科检查仅发现宫颈举痛或宫体压痛或附件区压痛。

②严重患者全身检查时，表现为急性病容，体温升高、心率加快，下腹部有压痛、反跳痛及肌紧张，叩诊鼓音明显，肠鸣音减弱或消失。

③盆腔检查：阴道可见大量脓性分泌物，并有臭味；宫颈充血、水肿、宫颈举

痛，当宫颈管黏膜或宫腔有急性炎症时，将宫颈表面分泌物拭净，可见脓性分泌物从宫颈口流出；宫体稍大，有压痛，活动受限；子宫两侧压痛明显，若为单纯输卵管炎，可触及增粗的输卵管，有压痛；若为输卵管积脓或输卵管卵巢脓肿，可触及包块且压痛明显，不活动；宫旁结缔组织炎时，可扪到宫旁一侧或两侧有片状增厚或两侧宫骶韧带高度水肿、增粗，压痛明显；若有盆腔脓肿形成且位置较低时，可扪及后穹窿或侧穹窿有肿块且有波动感，三合诊常能协助进一步了解盆腔情况。

（3）辅助检查

临床诊断盆腔炎性疾病需同时具备下列 3 项：下腹压痛伴或不伴反跳痛；宫颈或宫体举痛或摇摆痛；附件区压痛。

（4）分泌物

做细菌培养及药物敏感试验：在做出急性盆腔炎的诊断后，要明确感染的病原体，通过剖腹探查或腹腔镜直接采取感染部位的分泌物做细菌培养及药物敏感试验结果最准确，但临床应用有一定的局限性。宫颈管分泌物及后穹窿穿刺液的涂片、培养及免疫荧光检测虽不如直接采取感染部位的分泌物做培养及药物敏感试验准确，但对明确病原体有帮助，涂片可作革兰染色，若找到淋病奈瑟菌可确诊，除查找淋病奈瑟菌外，可以根据细菌形态及革兰染色，为选用抗生素及时提供线索，培养阳性率高，可明确病原体。

3. 护理诊断和医护合作性问题

- （1）高热与盆腔感染引起体温升高有关。
- （2）下腹痛与盆腔感染引起生殖器脓肿形成有关。
- （3）营养失调：低于机体需要量与高热、食欲缺乏、恶心、呕吐等症状有关。
- （4）潜在的并发症：感染性休克与未能及时应用有效抗生素致病情加重有关。
- （5）知识缺乏，缺乏盆腔炎性疾病的相关知识及预防措施。
- （6）恐惧与盆腔炎性疾病症状重、持续时间长有关。

4. 护理措施

(1) 一般护理

卧床休息，半卧位有利于脓液积聚于直肠子宫陷凹而使炎症局限。给予高热量、高蛋白、高维生素流食或半流食，补充液体，注意纠正电解质紊乱及酸碱失衡，必要时少量输血，以增加身体抵抗力。尽量避免不必要的妇科检查，禁用阴道灌洗，以免引起炎症扩散，若有腹胀应行胃肠减压或肛管排气。腹痛时遵医嘱使用镇痛药。

(2) 高热的护理

应每 4 小时测体温、脉搏、呼吸 1 次，体温超过 39℃时应首先采用物理降温。根据患者全身状况，给予酒精或温水擦浴，也可用冰袋降温，若体温下降不明显，可按医嘱给药降温，如吲哚美辛等。在降温过程中，患者大量出汗，可出现血压下降、脉快、四肢厥冷等虚脱症状，故应密切观察体温、脉搏、呼吸、血压，每 0.5～1 小时监测 1 次，同时应及时配合医生给予静脉输液或加快液体速度，必要时吸氧。应及时为患者更换被褥及衣物，鼓励其多饮水。

5. 护理评价

患者全身、局部症状及阳性体征消失，身体康复，并了解盆腔炎性疾病的相关知识，并掌握防护措施，有良好的卫生习惯。在治疗期间，患者能够按时按量服用药物，未发生水电解质平衡紊乱及感染性休克等并发症。患者的心情恢复平静，能积极配合治疗，其家属在精神上能主动关心患者，生活上仔细照顾患者。

第四节 月经失调妇女的护理

一、功能失调性子宫出血

1. 概述

功能失调性子宫出血（简称功血），主要表现为反复的不正常的子宫出血，为

妇科的常见病。它是由于调节生殖的神经内分泌机制紊乱所引起的，而不是全身及内外生殖器官有器质性病变。功血可发生于月经初潮至绝经期的任何年龄，50%的患者发生于绝经前期，30%发生于育龄期，20%发生于青春期。常表现为月经周期长短不一、经期延长、经量过多、甚至不规则阴道流血。功血可分为排卵性功血和无排卵性功血两类，约 85%的患者属于无排卵性功血。

2. 护理评估

（1）健康史

询问患者的年龄、月经史、婚育史，详细询问出血病史，如出血时间、出血量、出血持续时间、出血性状，包括出血前是否有停经史等。评估患者的工作、学习、生活是否满意，以掌握是否因发生意外事件、精神紧张、忧虑、考试竞争、环境骤变、过度劳累等对性腺轴不良刺激的情况。了解患者是否有此病史，是否有其他的慢性病史如血液病、肝病、糖尿病、甲状腺功能亢进症或减退症等，以往曾治疗此病的治疗方案、疗效和副作用等。

（2）临床表现

1) 无排卵性功能

失调性子宫出血主要表现为月经周期或经期长短不一，出血量异常。有时，先有数周或数月停经，然后有大量阴道流血，持续 2~3 周或更长时间，不易自止。也有长时间少量出血，但淋漓不尽。经期无下腹痛，常伴有贫血，妇科检查无异常。

2) 排卵性功能失调

性子宫出血一般表现为月经周期正常或缩短，但经期延长。黄体功能不足时，月经周期可缩短至 3 周，且经期前点滴出血。有时月经周期虽在正常范围内，但卵泡期延长，黄体期缩短，以致患者不易受孕或在孕早期流产。子宫内膜不规则脱落时，月经周期正常，但经期延长达 9~10d，且出血量较多，后几日常表现为出血量少但淋漓不尽。

（3）辅助检查

1) 诊断性刮宫

诊断性刮宫，又称诊刮术，一方面能刮取内膜组织送病理检查，明确诊断；另一方面可将内膜全部刮净，以达到止血的目的。因此，诊刮术兼有诊断和治疗的作用。诊刮时须注意宫腔大小、形态、宫壁的光滑程度，刮出组织的性质和量，须搔刮整个宫腔，尤其是两宫角，以排除子宫内膜病变。需了解排卵或黄体功能时，应在经前期或月经来潮 6h 内刮宫。病理检查报告子宫内膜见增生期反应或增生过长，无分泌期，提示为无排卵性功血；病理检查报告子宫内膜见分泌期反应，提示黄体功能不足。需了解子宫内膜脱落情况时，应在月经第 5d 刮宫。病理报告子宫内膜仍见到分泌期反应，且与出血期和增生期内膜并存，提示为子宫内膜不规则脱落。需止血时，则任何时间都可刮宫。

2) 基础体温测定

基础体温测定是观察排卵的最简易可行的方法。基础体温呈单相型，提示无排卵。基础体温呈双相型，但排卵后体温上升缓慢且幅度偏低，升高时间较短，9~11 日即下降，提示黄体功能不全。基础体温呈双相型，但下降缓慢，提示黄体萎缩不全，子宫内膜不规则脱落。

3) 阴道脱落细胞涂片检查

阴道脱落细胞涂片检查于月经前见底层细胞增生，表层细胞出现角化，整个上皮的厚度增加，此为雌激素中、重度影响的现象，提示为无排卵性功血。如见到脱落的阴道上皮细胞为中层或角化前细胞，但缺乏典型的细胞堆集和皱褶，此为孕激素不足的现象，提示黄体功能不足。

4) 宫腔镜检查

宫腔镜检查可见到子宫内膜的情况、宫腔表面的光滑程度，此外，还可在直视下选择病变区域进行活检，比盲目地刮取内膜的诊断方法价值更高。

3. 护理评价

青春期患者愿意接受治疗。育龄期患者得到社会支持系统的帮助后，能安心住院治疗。围绝经期患者能讲述本病大致的发病机制和临床表现，积极配合治疗。患者能陈述营养不良与本病发生的关系，并能执行推荐的食谱。患者未发生失血性休克，未发生生殖道或全身感染。

二、经前期综合征

1. 概述

经前期综合征是指在月经前周期性发生的影响妇女日常生活和工作的、涉及躯体、精神和行为的症候群，月经来潮后可自行消失。该病多见于 25~45 岁妇女，发病率为 30%~40%，严重者占 5%~10%。伴有严重情绪反应的经前综合征称为经前焦虑性障碍，经前焦虑性障碍的诊断应由心理医生完成。

2. 护理评估

（1）健康史

评估患者既往在生理和心理方面的疾病史，既往的妇科、产科病史等。以排除精神疾病和其他器官疾病所引起的水肿等。

（2）临床表现

症状有周期性和自止性两个特点，多于月经前 1~2 周出现，逐渐加重，至月经前最后 2~3 日最为严重，月经来潮后症状明显减弱或消失。

1) 躯体症状

躯体症状多表现为头痛、乳房胀痛、腹部胀满、体重增加、颜面及四肢水肿、运动协调功能减退等。

2) 精神症状

精神症状常见易怒、焦虑、抑郁、情绪不稳定、疲乏以及饮食、睡眠和性欲改

变。

3) 行为改变

行为改变可见思想不集中、工作效率低、记忆力减退，严重者有意外事故倾向，甚至有犯罪行为或自杀意图。

(3) 诊断检查

患者全身检查见水肿体征，但妇科检查无异常。必要时需进行相关检查，以排除心、肝、肾等疾病引起的水肿。也可同时记录基础体温，了解症状的出现与卵巢功能的关系。

(4) 心理-社会评估

经前期综合征患者常有精神、神经症状，应详细评估患者的社会心理状态，了解其紧张、焦虑、沮丧、不安等不良情绪的严重程度。对于严重者，需注意并及时发现和制止患者的自杀行为或叛逆性行为。

3. 护理诊断和医护合作性问题

(1) 焦虑：与周期性经前期出现不适症状有关。

(2) 体液过多：与雌、孕激素比例失调有关。

(3) 疼痛：与精神紧张有关。

4. 护理评价

患者正确面对在月经来潮，在月经来潮前及月经期消除焦虑感，没有出现经前期综合征的症状。患者在月经来潮前及月经期疼痛减轻。患者能够叙述水肿的原因和预防水肿的方法，水肿体征减轻。

三、痛经

1. 疾病概要

凡在月经来潮前后或月经期出现下腹疼痛、坠胀、腰酸或并发头痛、乏力、头

晕、恶心等其他不适，影响生活和工作质量者称为痛经。痛经分为原发性和继发性两类。原发性痛经是指生殖器官无器质性病变的痛经；继发性痛经是指由于盆腔器质性病变，如子宫内膜异位症、盆腔炎或宫颈狭窄等引起的痛经。

原发性痛经多见于青少年时期，其疼痛的原因与子宫肌肉活动增强所导致的子宫张力增加和过度痉挛性收缩有关。痛经患者子宫内膜和月经血中前列腺素（PG）含量较正常妇女明显升高，前列腺素诱发子宫平滑肌收缩，使下腹痉挛性绞痛。子宫平滑肌的过度收缩，又造成子宫供血不足，引起子宫缺血，而发生痛经。原发性痛经的发生也可能受内分泌、遗传、免疫、精神、神经因素等影响。痛经常发生在有排卵的月经周期，无排卵的月经周期一般不伴有腹痛。

处理原则以对症治疗为主，疼痛不能忍受时使用镇痛、镇静、解痉药，口服避孕药有治疗痛经的作用，未婚少女可行雌、孕激素序贯疗法减轻症状，还可配合中医中药治疗。

2. 护理评估

（1）健康史

了解患者的年龄、月经史与婚育史，了解诱发痛经的相关因素，是否服用止痛药缓解疼痛及伴随的症状。

（2）身体状况

月经期下腹痛是主要症状，以胀坠痛为主，重者呈痉挛性。可伴有恶心、呕吐、腹泻、头晕、乏力等症状，严重时面色发白、四肢厥冷、出冷汗。妇科检查无异常发现，偶尔可触及子宫过度的前倾前屈或过度的后倾后屈。

（3）心理-社会因素

一般妇女对痛经都能耐受，对疼痛较为敏感的人，反应强烈，甚至恐惧，表现出神经质的性格，影响工作、学习及生活质量。

（4）辅助检查

为排除盆腔病变，可选择超声检查、腹腔镜检查、子宫输卵管造影、宫腔镜检查，用于排除子宫内膜异位、子宫肌瘤、盆腔粘连、感染、盆腔淤血综合征等疾病。腹腔镜检查是最有价值的辅助诊断方法。

3. 护理目标

(1) 患者月经来潮前及经期无恐惧感。

(2) 患者的疼痛症状缓解。

4. 护理措施

(1) 一般护理

注意休息，避免紧张；腹部热敷和进食热的饮料如热汤或热茶。

(2) 治疗配合

遵医嘱服用止痛药。如每一次经期都习惯性服用止痛药，则应防止产生药物依赖和成瘾。疼痛不能忍受时，可适当应用镇痛、镇静、解痉药。对于要求避孕的痛经妇女，可口服避孕药。未婚少女可行雌-孕激素序贯疗法，或经前 7~10 天口服醋酸甲羟孕酮减轻症状。吲哚美辛 25mg，月经来潮即开始服药，连续 2~3 天，疗效迅速而安全。

(3) 药物处理

有两种药物可以有效地治疗原发性痛经，即口服避孕药和前列腺素合成酶抑制剂。避孕药适用于要求避孕的痛经妇女，用药后可抑制子宫内膜生长，使月经量减少；药物抑制排卵，使黄体缺乏，无内源性黄体酮产生，而黄体酮刺激为子宫内膜合成前列腺素所必需，从而使月经血中前列腺素浓度降低。前列腺素合成酶抑制剂可抑制环氧合酶系统而减少前列腺素的产生。

(4) 心理护理

重视精神心理护理，关心并理解患者的不适和恐惧心理，阐明月经期可能有一些生理反应，如小腹坠胀和轻度腰酸，讲解有关痛经的生理知识。患者疼痛不能忍

受时，要为其提供非麻醉性镇痛药治疗。

（5）健康教育

进行月经期保健的教育工作，包括注意经期清洁卫生，经期禁止性生活，加强经期保护，预防感冒，注意合理休息和充足睡眠，加强营养。

四、围绝经期综合征

1. 疾病概要

围绝经期是指妇女自生殖年龄过渡到无生殖年龄的生命阶段，包括从出现与绝经有关的内分泌、生物学和临床特征起，至最后 1 次月经后 1 年。绝经综合征（MPS）是指妇女绝经前后出现性激素波动或减少所致的一系列躯体及心理症状。是每一个妇女生命进程中必然发生的生理过程。

绝经可分为自然绝经和人工绝经两种。自然绝经是由于卵巢卵泡活动的丧失引起月经永久停止，无明显病理或其他生理原因。实践中将 40 岁或以后自然绝经归为生理性，40 岁以前月经自动停止为过早绝经，视为病理性。人工绝经是指手术切除双侧卵巢（切除或保留子宫）或因其他方法停止卵巢功能（如化学治疗或放射治疗）。单独切除子宫而保留一侧或双侧卵巢者，不作为人工绝经，判断绝经，主要根据临床表现和激素的测定。人工绝经较自然绝经更易发生围绝经期综合征。

2. 护理评估

（1）一般资料

评估详细询问并记录病史，包括月经史、生育史、肝病、高血压、其他内分泌腺体疾病等。了解患者的年龄职业和文化程度等；了解患者的家庭状况，如患者在家庭中的地位、家庭成员关系及经济收入等。

（2）身体评估

进行全身状况的体格检查，包括精神状态、贫血程度、出血倾向、高血压程度

及症状、肺部及泌尿系统检查，皮肤、毛发改变，乳房萎缩、下垂等。

（3）心理评估

患者的心态千差万别，复杂多变，通过观察了解患者病情，掌握患者的心理需要，满足其合理部分，对不合理部分予以正确引导。

3. 护理问题

（1）自我形象紊乱与围绝经期综合征的症状有关。

（2）有感染的危险与围绝经期内分泌及局部组织结构改变，抵抗力下降有关。

3. 焦虑与内分泌改变引起的精神神经症状有关。

4. 护理措施

（1）心理护理

提供精神心理支持解除患者的思想顾虑。向患者讲解清楚更年期是一个生理现象，更年期综合征是一过性的病理现象，经过一段时期，通过神经内分泌的自我调节，达到新的平衡，症状就会消失。应与患者建立良好的护患关系，倾听她们的诉说，并给予充分的理解和支持。同时向周围人特别是家属讲解更年期综合征的有关知识，对患者出现的不良情绪应予谅解，避免冲突，帮助患者安全度过更年期。

（2）疾病护理

1) 血管舒缩失调症状的护理

鼓励患者参加有益身心健康的活动，以转移注意力、消除心理症状。提醒患者衣被冷暖要适度，发热出汗时不可过度地减少衣服，适当进食冷饮，症状消失后立即增加衣被。病室宜清静，空气要新鲜，光线勿过强。饮食在避免辛辣油腻刺激、不易消化的前提下，提倡增加食物的花样品种，强调食物的色、香、味，以增进患者食欲，顺从患者的心意。

2) 泌尿生殖系统症状的护理

注意个人卫生，保持皮肤、阴部清洁，温水洗浴，内裤勤换洗并于阳光下曝晒。

鼓励患者多饮水以冲洗尿道，减轻炎症反应，症状严重者应卧床休息。此外，应保持和谐的性生活，注意避孕。饮食应富于营养易于消化，勿食生冷隔餐饭菜及辛辣刺激食物。

3) 心血管系统症状的护理

合理安排工作，劳逸结合；清淡饮食，少食高脂、高糖食物，绝对禁烟忌酒，以保护心血管的功能。

4) 皮肤症状的护理

避免皮肤冻伤、烧伤；外出行动小心谨慎，以免造成创伤难愈合；常食新鲜易消化的蔬菜、瓜果，多进含钙、蛋白质、维生素丰富的食物。

5) 保证充足睡眠

指导患者注意安排好工作、生活与休息，睡眠时间要充足。对于心悸、失眠者应保持周围环境的安静舒适，光线柔和，避免声、光、寒冷等刺激，睡前避免喝浓茶、咖啡，看紧张、刺激的小说或电视等。

6) 指导正确用药

近年来，国内外多项研究成果表明补充雌激素类药物治疗是针对病因的预防性措施。因此应让患者了解雌激素替代治疗的机制、药物剂量，用药途径及不良反应，告诫患者严格按医嘱用药。并定期随访指导用药。调整用药量以适合个体的最佳用药量，防止不良反应的发生。

7) 注意补充营养

饮食上注意荤素搭配、粗细搭配，多食蔬菜和水果。由于更年期妇女易发生骨质疏松，应给予蛋白质饮食，如豆类、鱼、牛奶、瘦肉等，必要时补充钙剂，应让其到户外活动。晒太阳等，以补充骨钙的丢失。

8) 积极参加体育活动

指导患者参加适当的体育活动，如：跑步，打太极拳，羽毛球、散步等，并选

择适合自己的运动方式。研究表明适度的运动可减轻思想压力，消除紧张情绪。也可以听音乐，跳舞等分散注意力，以缓解身体的不适。

9) 情绪疗法

可培养患者做各种适合自己的工作，从而取得心理平衡。

第五节 妇科生殖器官肿瘤护理

一、外阴恶性肿瘤

1. 概述

外阴恶性肿瘤包括许多不同组织结构的肿瘤，约占女性全身恶性肿瘤的 1%，占女性生殖器官恶性肿瘤的 3%~5%，常见于 60 岁以上妇女。其组织类型较多，最常见的是外阴鳞状细胞癌，其他有恶性黑色素瘤、基底细胞癌、汗腺癌、前庭大腺癌以及来自皮下软组织的肉瘤等。由于外阴的特殊生理部位，且肿瘤生长较慢，大多数患者应该在早期得到诊断，但是，事实却相去甚远，原因在于许多患者伴有慢性外阴的炎症、营养不良，患者多羞于就医，同时有些医生缺乏警惕，不重视外阴部的症状如瘙痒、结节状小赘生物，未做活组织检查明确诊断对症治疗致使本病迁延，影响了本病的诊治。

2. 护理评估

(1) 健康史

外阴癌一般发生在 60 岁以上老年人。多数有长期外阴瘙痒、外阴营养不良或溃疡、白色病变，由于年龄偏大，患者可能还有慢性高血压、冠心病、糖尿病等内科疾患。

(2) 辅助检查方法

1) 活检是外阴癌唯一可靠的诊断方法。采用 1% 甲苯胺蓝涂色外阴部，待干后

再用 1%醋酸擦洗脱色，在仍有蓝染部位取材做活检或借助阴道镜定位取材活检以提高阳性率。它不仅可明确诊断，同时还可了解肿瘤的分化、类型、浸润程度等。

2) 其他 B 超、CT 等检查手段对于远处转移的判断有一定的帮助。

(3) 心理-社会评估

外阴癌是恶性肿瘤，病程漫长，早期患者由于忽视而耽误治疗。外阴瘙痒久治不愈，患者既渴望得到彻底治疗，又对恶性肿瘤感到恐惧和绝望，同时对能否手术、手术是否安全、术后外阴残缺、术后性生活等问题十分忧虑。

(4) 治疗原则

目前外阴癌的治疗原则是以手术为主，辅以放射治疗和化学药物治疗。

1) 手术治疗

外阴癌的主要治疗手段是阴式手术治疗，传统的治疗方法是行外阴广泛切除、腹股沟淋巴结切除（包括深浅淋巴结），必要时行盆腔淋巴结切除。这是外阴癌的经典术式，但是，如此广泛的手术范围会给患者带来许多生理、心理上的不便和障碍，因此，目前的发展趋势是根据肿瘤的特点、预后因素等进行个体化处理。个体化处理主要表现在外阴切口的选择、腹股沟淋巴结的切除问题、盆腔淋巴结的手术问题等方面。

2) 放射治疗

外阴鳞癌虽然对放疗敏感，但外阴正常组织对放射线耐受性差，放疗后局部组织坏死、溃疡形成，难以愈合；即使愈合，留下瘢痕，以致影响外阴的外观，因此外阴癌的放疗受到一定的限制。现对外阴癌放疗的指征为：不能手术的病例，如手术危险性大，癌灶广泛不可能切净或切除困难；晚期病例先采用放疗，待癌灶缩小后，再行较保守的手术；复发可能性大的病例，如淋巴结转移，手术切缘有癌细胞残留者，病灶靠近尿道、直肠近端，既要保留这些部位，又要彻底切除病灶者。放疗采用体外放疗和用放射针行组织间质内插植治疗。

3) 化学药物

治疗抗癌药可作为较晚期癌或复发癌的综合治疗手段，常用药物有阿霉素、铂类、博来霉素、氟尿嘧啶和氮芥类等。为提高局部药物浓度，也可采用盆腔动脉灌注给药。

3. 护理措施

(1) 术前护理

除按一般外阴、阴道手术患者准备以外，外阴癌患者术前应进行详细的全面身体状况评估，积极纠正各种内科并发症，完善各项检查。另外，除生理的照顾外，在心理上，因为外阴切除术直接影响生殖器官，所以对患者而言手术有身体完整性的破坏和心理上对缺失器官的失落感，应协助患者接受手术造成的身体改变。同时，手术对性欲的影响也相当重要，手术所造成的破坏，会导致患者对身体形象的扭曲而影响性功能，身体的改变如阴蒂切除术会使患者失去性高潮的能力，手术后可能阴道口狭窄而导致性交困难或疼痛，故需给患者充分的心理支持及性生活方面的指导。

(2) 术后护理

除按一般外阴、阴道手术患者护理以外，还应注意以下几点。

1) 术后患者

平卧位，双下肢外展屈膝，膝下垫软枕以利静脉血和淋巴液回流。卧床时间长者注意翻身，皮肤护理。

2) 减轻疼痛

麻醉作用消失后，患者感到伤口疼痛，术后 24 小时最明显，会阴部神经末梢丰富，对疼痛更为敏感，应遵医嘱及时准确给足量镇痛药。

3) 伤口护理

外阴切除术后伤口加压包扎 24 小时，因创面分泌物较多，应及时更换湿敷料，

双侧腹股沟及会阴部切口放置引流管，注意观察伤口敷料情况和引流物的量、性状，皮肤有无红、肿、热、痛等感染征象以及皮肤温度、颜色等移植皮瓣的愈合情况。加压包扎取下后，尽量保持外阴部干燥，可用支被架将下身被盖支起，使空气流通，也可用吹风机向外阴部吹冷风，每日 2 次，每次 20 分钟。每日用无菌生理盐水擦拭外阴及肛门 2 次，大小便后随时冲洗。

4) 大小便护理术

术后多需留置尿管长期开放 3~10 日，期间鼓励并协助患者多饮水，保持尿管通畅，观察尿量尿色，拔尿管前 2 日训练膀胱功能。术后 5 日可于睡前口服食用油 30ml，每日 1 次，连服 3 日，使大便软化易于排出，避免用力排便引起伤口出血。

5) 饮食

术后反应小，第 2 日可进半流食，拆线后改普食。

6) 术后鼓励

患者与丈夫交流感情，给予性生活的指导，使双方获得性满足。

二、子宫肌瘤

1. 概述

子宫肌瘤是子宫平滑肌组织增生而形成的良性肿瘤，其中含有少量的纤维结缔组织，又称为纤维肌瘤、子宫纤维瘤。子宫肌瘤是人体最常见的肿瘤之一，也是女性生殖器最常见的良性肿瘤，多见于 30~50 岁妇女，20 岁以下少见。据统计，至少 20% 育龄妇女患有子宫肌瘤，因肌瘤多无或很少有症状，临床报道发病率远低于肌瘤真实发病率。

2. 护理评估

(1) 辅助检查

对于子宫肌瘤来讲，通过较准确的盆腔检查即可明确诊断。

1) B 超检查 B 超检查对于子宫肌瘤的诊断十分有效,在大多数情况下,通过本检查即可诊断,很多患者就是在体检时进行 B 超检查而得以诊断。

2) 子宫碘油造影有黏膜下肌瘤时可自 X 线片上发现充盈缺损。

3) 宫腔镜检查对于有些诊断较困难的病例,有时可以通过宫腔镜检查明确黏膜下肌瘤的诊断。

(2) 心理-社会评估

当患者得知患子宫肌瘤时,首先担心是否为恶性肿瘤,随后对选择治疗方案显得无助。即将准备手术时,患者存在不同程度的焦虑和恐惧。

3. 子宫肌瘤合并妊娠

子宫肌瘤合并妊娠的发病率占肌瘤患者的 0.5%~1%,占妊娠的 0.3%~0.5%。肌瘤合并妊娠的实际发病率远较上述数字高,因肌瘤小又无症状,在妊娠分娩过程中易被忽略。肌瘤对妊娠及分娩的影响与肌瘤大小及生长部位有关。黏膜下肌瘤阻碍可影响受精卵着床,导致早期流产,较大肌壁间肌瘤可使宫腔变形或内膜供血不足导致流产。肌瘤可妨碍胎先露部下降,使妊娠后期及分娩时胎位异常,胎盘低置或前置、产道梗阻等。胎儿娩出后易因胎盘粘连、附着面大或排出困难及子宫收缩不良而致产后出血。妊娠期及产褥期肌瘤易发生红色样变,采用保守治疗通常能缓解。妊娠合并肌瘤者多能自然分娩,不需急于干预,但应预防产后出血。若肌瘤阻碍胎儿下降可做剖宫产。剖宫产时是否同时切除肌瘤或切除子宫,需根据肌瘤大小、部位和患者情况决定。

4. 护理评价

患者自述焦虑减轻,自述疾病的情况及术前术后注意事项,能列举可利用的资源及支持系统,患者出院时面色红润,血红蛋白在正常范围。

三、卵巢肿瘤

1. 概述

卵巢肿瘤是女性生殖器常见的肿瘤，可发生于任何年龄，但肿瘤的组织学类型会有所不同。卵巢上皮性肿瘤好发于 50~60 岁的妇女，而卵巢生殖细胞肿瘤多见于 30 岁以下的年轻妇女。卵巢恶性肿瘤是女性生殖器三大恶性肿瘤之一。卵巢组织复杂，各种肿瘤均可发生，是全身各脏器肿瘤类型最多的部位，同时卵巢位于盆腔深处，不像宫颈、宫体、外阴及阴道等与体表相连，易于扪及或查到。卵巢肿瘤早期无症状，又缺乏完善的早期诊断方法，患者发觉再就医，常常已属晚期。晚期病例疗效不佳，故卵巢恶性肿瘤的存活率仍较低，为 30%~40%，死亡率居妇科恶性肿瘤首位。随着宫颈癌及子宫内膜癌诊断和治疗的进展，卵巢癌已成为当今妇科肿瘤中威胁最大的疾病。

2. 护理评估

卵巢肿瘤种类繁多，可发生于任何年龄妇女，早期常无症状，往往于妇科普查中发现盆腔肿块或恶性肿瘤晚期出现腹水症状才就医。

（1）临床表现

卵巢良性肿瘤发展缓慢，早期肿瘤较小，多无症状，常在妇科检查时偶然发现。肿瘤增至中等大时，常感腹胀不适或腹部可扪及肿块，边界清楚。妇科检查在子宫一侧或双侧触及球形肿块，多为囊性，表面光滑、活动，与子宫无粘连。若肿瘤长大充满盆、腹腔即出现压迫症状如尿频、便秘、气急、心悸等。腹部膨隆，包块活动度差，叩诊呈实音，无移动性浊音。

卵巢恶性肿瘤出现症状时往往已达晚期。由于肿瘤生长迅速，短期内可出现腹胀，腹部肿块及腹水，症状轻重取决于肿瘤大小、位置、侵犯邻近器官的程度、有无并发症及组织学类型等，若肿瘤向周围组织浸润或压迫神经则可引起腹痛、腰痛

或下肢疼痛，若压迫盆腔静脉，可出现下肢水肿。若为功能性肿瘤，可产生相应的雌激素或雄激素过多的症状。晚期表现消瘦、严重贫血等恶病质征象。三合诊检查在阴道后穹窿触及盆腔内硬结节，肿块多为双侧，实性或半实性，表面凹凸不平，不活动，常伴腹水。有时在腹股沟、腋下或锁骨上可触及肿大的淋巴结。

（2）辅助检查

1) B超检查能测知肿块的部位、大小、形态及性质，从而对肿块的来源作出定位，如是否来自卵巢，又可提示肿瘤的性质，囊性或实性，囊内有无乳头及鉴别卵巢肿瘤、腹水和结核性包裹性积液。

2) 放射学检查腹部平片协助诊断卵巢畸胎瘤，可显示牙齿及骨质，囊壁为密度增高的钙化层，囊腔呈放射透明阴影。静脉肾盂造影可辨认盆腔、肾、输尿管阻塞或移位。CT检查可清晰显示肿块的图像，良性肿瘤多呈均匀性吸收，囊壁薄、光滑，恶性肿瘤轮廓不规则、向周围浸润或伴腹水，CT还可显示有无肝、肺结节及腹膜后淋巴结转移。

3) 腹腔镜检查可直视肿块的大体情况，并可对整个盆、腹腔及横膈部位进行观察，在可疑部位进行多点活检，抽吸腹腔液进行细胞学检查。

4) 细胞学检查在腹水或腹腔冲洗液中找癌细胞进行检查。

（3）心理-社会评估

卵巢肿瘤未确诊前患者对良恶性担忧，希望得到确切的诊断结果。恶性肿瘤症状出现迅速，确诊后患者的心理上多表现对肿瘤的否认，悲观厌世、罪恶感、并担心术后家庭生活，年轻患者考虑最多的是生育问题。

3. 护理评价

患者自诉焦虑情绪减轻或消失，能用积极方式面对现实；能摄入足够热量，维持化疗前体重；在住院期间能积极配合各种诊治过程。

第六节 正常妊娠期孕妇的护理

一、护理评估

（一）健康史

1. 个人资料

首次产前检查应询问姓名、年龄、婚龄、职业、地址及联系方式等。

（1）年龄

年龄过小的孕妇容易发生难产，年龄大于 35 岁的高龄初产妇容易并发妊娠期高血压疾病、产力异常和产道异常，应予以重视。

（2）职业

询问孕妇是否接触过可致流产、胎儿畸形的放射线或毒性物质（如铅、汞、苯、有机磷农药及一氧化碳中毒等）。

2. 月经史及婚育史询问

孕妇月经初潮的年龄、月经周期和婚育史。婚育史包括初婚年龄，丈夫健康状况，既往妊娠和分娩的次数，分娩的方式，新生儿情况，有无流产、早产、死胎、死产史，有无产后出血史等。

3. 既往史及家族史

着重了解孕妇有无高血压、心脏病、糖尿病、肝肾疾病、血液病、传染病等病史；有无剖宫产史和其他手术史；同时了解家族中有无遗传病史和精神病史。

4. 丈夫健康状况了解

孕妇的丈夫有无吸烟、饮酒等特殊嗜好及遗传性疾病等。

5. 本次妊娠

经过了解本次妊娠早孕反应出现的时间、严重程度，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、气短、下肢水肿等状况。

6. 推算预产期

询问平时月经情况和末次月经的日期。从末次月经第1日算起，月份减3或加9，日期加7（农历日期加15）即为预产期。实际分娩日期与推算的预产期可以相差1~2周。如记不清末次月经的日期或平时月经不规则，则可根据早孕反应时间、首次胎动时间以及子宫高度和胎儿大小等加以估计。

（二）身体状况

1. 全身检查

观察发育、营养、精神状态、身高及步态：检查乳房发育情况，乳头有无平坦、凹陷；检查心、肺等重要脏器有无病变，下肢有无水肿；测量血压和体重，正常孕妇血压不应超过140/90mmHg，或与基础血压相比，升高不超过30/15mmHg，超过者属病理状态，应警惕有无妊娠期高血压疾病。妊娠晚期，体重每周增加不超过500g，超过者应注意有无水肿或隐性水肿。

2. 产科检查

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。

（1）腹部检查

孕妇排尿后，仰卧于检查床上，头部稍抬高，露出腹部，双腿略屈曲外展，放松腹肌。检查者站在孕妇右侧。

1) 视诊

观察腹部外形、大小、有无妊娠纹、手术瘢痕及水肿。注意若有巨大儿、双胎、羊水过多等可致腹部过大；腹部过小、子宫底过低者，应考虑胎儿生长受限、孕周是否推算错误；若有骨盆狭窄时，孕妇腹形向前突出或向下悬垂（悬垂腹，多见于经产妇）。

2) 触诊

注意腹壁肌肉的紧张度、羊水量的多少及子宫肌的敏感度。用手测宫底高度，也可以用软尺测耻骨上方至子宫底的弧形长度；腹围测量是用软尺过脐或腹部最膨隆处绕腹一周的长度。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。具体操作如下：

①第一步

检查者双手置于子宫底部，先了解子宫外形，摸清子宫底高度，并估计宫底高度与孕周是否相符，再以双手指腹交替轻推，分辨宫底处的胎儿部分，圆而硬有浮球感的为胎头，宽而软且不规则的为胎臀。

②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，两手交替进行。分辨胎背及胎儿四肢的位置，平坦饱满者为胎背，高低不平部分为胎儿的肢体。

③第三步

检查者右手拇指与其余4指分开，置于耻骨联合上方，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。若胎先露部分仍浮动，表示尚未入盆，若已衔接，则胎先露部分不能被推动。

④第四步

检查者面向孕妇的足端，两手分别置于胎先露部的两侧，向骨盆入口方向轻轻摇晃并往下深压，复核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上听得最清晰，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，胎心音在脐下方听诊最清晰。听诊时注意其节律和强弱。

（2）阴道检查

妊娠早期孕妇初诊时应行双合诊，以了解软产道及内生殖器有无异常。妊娠最后 1 个月以及临产后，应避免不必要的阴道检查，以免引起感染。如确实需要阴道检查时，需严格外阴、阴道消毒后进行，以防感染。

（3）肛诊

通过肛门指诊了解胎先露、骶骨前面弯曲度、坐骨棘间径、坐骨切迹宽度及骶尾关节的活动度。

3. 心理-社会状况

重点评估孕妇对妊娠的态度及接受程度，孕妇对妊娠有无惊讶、震撼、无法接受妊娠事实、过度焦虑等。随着预产期的到来，密切注意孕妇对分娩的态度和看法，是否期望尽快终止妊娠见到自己的宝宝，有无过分担心分娩将产生的痛苦、分娩过程中母婴的安全，担心婴儿的性别是否为家人接受，此外还有评估其丈夫对此次妊娠的态度，家庭经济状况及支持程度，评估孕妇在家庭的角色等。

4. 辅助检查

辅助检查包括血常规、尿常规、血型、血糖、肝功能、心电图、B 超、胎心监护等，如有异常应再做其他相关的检查。

二、护理措施

1. 心理护理

孕妇良好的心理有助于产后亲子关系的建立及母亲角色的完善，因此，护理人员应了解妊娠期孕妇及家庭成员的心理变化，促使孕妇及其家庭成员的心理不断调整以适应新的情况。指导孕妇为接受新生命的诞生、维持个人及家庭的功能完整，完成 4 项孕期母性心理发展任务：

（1）确保自己及胎儿能安全顺利地度过妊娠期及分娩期，孕妇应阅读有关书籍、

遵守医护人员的建议和指导，使整个妊娠保持最佳的健康状况。

(2) 促使家庭重要成员（尤其是配偶）接受新生儿。

(3) 在妊娠过程中，孕妇必须调整自己，以适应胎儿的成长，从而顺利担负起产后照顾孩子的重任。

(4) 情绪上与胎儿连成一体，建立起亲密的感情，常抚摸腹部并对胎儿讲话，幻想孩子的模样，为孕妇日后与新生儿建立良好情感奠定基础。

2. 加强孕期保健知识教育

(1) 合理营养孕妇膳食要多样化，调配合理全面，以易消化吸收、清淡为宜，避免吃辛辣刺激性食物。以普通米、面、优质蛋白、新鲜水果及各种蔬菜为主，以保证胎儿发育、分娩及哺乳的需要。

(2) 活动与休息一般孕妇可以正常工作到妊娠 28 周，28 周后应适当减轻工作量，避免重体力劳动和夜班，每日应保证 8~9h 睡眠及 1~2h 午休。妊娠中、晚期卧床休息时应多取左侧卧位。适当的户外活动（散步、晒太阳）有益于妊娠。

(3) 衣着与卫生衣着要宽松舒适，寒暖适宜。避免穿高跟鞋，以免引起身体重心前移，腰椎过度前凸而导致腰背疼痛。妊娠期汗腺、皮脂腺分泌旺盛，应勤洗浴，以淋浴为宜，避免盆浴，以防污水进入阴道造成感染。

3. 症状护理

(1) 早孕反应

出现早孕反应时，应少量多餐，避免油腻或有特殊气味的食物。严重者及时去医院就诊，遵医嘱服用维生素 B₁、B₆ 等药物。

(2) 水肿及下肢静脉曲张

嘱孕妇注意休息，抬高下肢，避免两腿交叉和过久站立，以促进静脉回流。如下肢明显水肿或经休息后不见消退者，应及时检查，警惕妊娠期高血压疾病的发生。

(3) 便秘

嘱孕妇养成每日定时排便的习惯，注意多摄取含水分和纤维素高的食物，适当运动，不可随意使用泻药，以免引起流产或早产。

（4）下肢痉挛

妊娠后期常发生腓肠肌痉挛，夜间发作较重。应指导孕妇增加钙和维生素 D 的摄入。注意腿部保暖，避免疲劳。发生下肢肌肉痉挛时，嘱孕妇做腿部背屈动作以舒展痉挛的肌肉，并予局部热敷、按摩，直至痉挛消失。

（5）腰背痛

指导孕妇保持正确的坐、站、走路的姿势，穿平底鞋，睡硬板床，尽量避免弯腰工作，定期做产前运动。

（6）仰卧位低血压综合征

指导孕妇以左侧卧位休息，避免长时间仰卧位睡眠。一旦发生，孕妇不必紧张，立即改成左侧卧位，症状可自然消失。

（7）生理性贫血

孕妇应适当增加摄入含铁丰富的食物，如动物肝脏、瘦肉、蛋黄、豆类等。如铁的含量不足，易患缺铁性贫血。如病情需要补充铁剂时，最好用水果汁送服，因铁在酸性环境中易于吸收。

4. 健康指导

（1）建立围生保健卡育龄妇女停经 40 日，应到医院进行检查：确诊后及时到社区医院建立围生保健卡，根据具体情况预约产前检查的时间和内容。

（2）避免感染，合理用药孕妇所居环境应空气新鲜，清洁卫生，家中不宜养宠物，防止弓形虫和病毒感染。孕早期病毒感染、X 线照射、有害毒物接触、吸烟、吸毒、饮酒可造成流产、早产、死胎、胎儿生长受限、智力低下、胎儿畸形等。有些药物也可通过胎盘影响胚胎及胎儿发育或致胎儿畸形等。因此孕妇应避免感染、放射线照射及接触有害毒物，禁忌烟酒及被动吸烟、吸毒。孕期用药要慎重，尤其

是妊娠前 8 周是胚胎组织器官分化、发育的关键时期，更应注意。必须用药时，应在医生指导下选择对胚胎、胎儿无害的药物。

(3) 乳房护理妊娠 24 周后用温水清洗乳头，除去污垢涂以油脂，以防乳头皲裂。乳头内陷者应尽早经常提起乳头向外牵拉，以期纠正，避免发生吸吮困难。孕 28 周后进行乳房按摩。

(4) 性生活指导在妊娠 12 周内和 28 周以后应避免性生活，以免因兴奋和机械性刺激引起盆腔充血、子宫收缩，造成流产、早产、胎盘早剥、胎膜早破及感染。

(5) 孕期自我监护胎动、胎心变化是孕妇自我监护胎儿宫内情况的一种重要手段。应指导孕妇自妊娠 28 周开始，每日早、中、晚各数 1h 胎动数，3h 胎动数相加乘以 4，即为 12h 的胎动数。如 12h 的胎动数在 30 次或以上，反映胎儿的情况良好。如 12h 内胎动次数累计小于 10 次，或逐日下降大于 50%而不能恢复者，应考虑胎儿有宫内缺氧，需及时采取措施。胎心监测，如胎心率在 120~160 次/min，提示胎儿情况良好，如胎心率小于 120 次/min 或大于 160 次/min，提示胎儿缺氧，需立即左侧卧位、吸氧，并及时就医。

(6) 胎教指导胎教是为孕妇创造良好的内、外环境，有目的、有计划地为胎儿的生长发育实施最佳措施。孕妇在妊娠后期可边触摸腹壁边与胎儿交谈或听优美、轻松、愉快的音乐，进行“母子对话”。

(7) 识别异常症状孕妇出现下列症状，如阴道出血，妊娠 3 个月后仍持续呕吐，寒战发热，头痛、眼花、胸闷，心悸、气短，液体突然自阴道流出，胎动突然减少等应立即就诊。

(8) 分娩准备指导孕妇及其家庭成员于妊娠后期备齐产妇及新生儿所需物品，选择好分娩医院和到达医院的交通工具以及临时联络方式。如果孕妇出现腹痛或阴道流水，应立即平卧，迅速送往医院。

第七节 正常分娩妇女的护理

一、第一产程的观察与处理

1. 检测生命体征

产妇入室时应测量体重、脉搏、体温、血压等，正常的产妇在产程中应每 2 小时测量血压 1 次，血压异常时应视情况缩短测量时间。每 4 小时测量体温 1 次。

2. 观察子宫收缩

产程中每 1~2h 观察子宫收缩情况并记录，最简单的方法是：助产人员将手放在产妇腹部（子宫底部），了解宫缩强度、持续时间及间隔时间。至少观察 3 次宫缩以上。

3. 观察宫口扩张

临产以后，子宫收缩的不断增强、频繁，胎儿先露部不断下降扩张宫口，初产妇子宫颈会逐渐扩张变薄，宫口扩张。入院时做 1 次阴道检查，在潜伏期时可每 4 小时做 1 次阴道检查。活跃期后可每 2 小时做 1 次阴道检查来确定宫口扩张、胎头下降情况。

4. 检测胎心音

胎心率的变化反映胎儿在宫腔内的情况，正常的胎心率每分钟 120~160 次，基础胎心率可在 2 次子宫收缩之间检查 1min 而判定。胎心率变异性的检查需要在子宫收缩期间及宫缩后 30s 持续检查判定。可以通过胎心外监护来描记宫缩和胎心的变化。

在正常情况下，入院时，立即做入室试验，胎心外监护。在第一产程每小时检查胎心 1 次。在第二产程每 15 分钟检查胎心 1 次。自然或人工破水之后，立即检查胎心。如果胎心率异常或母亲和胎儿有异常情况，应持续监测胎心率变化。

5. 精神安慰及放松法

助产士全程陪护产程，使产妇具有安全感。鼓励丈夫参与分娩给予产妇生理上、心理上、情感上的支持。指导产妇应用自我帮助方法，宫缩间歇时尽可能放松休息，保持情绪松弛和平静。多设想一些可以让自己感到愉快的事情，转移对宫缩的注意力。宫缩间歇时多活动，宫缩时采取自己感觉舒适的体位，利用呼吸放松技巧。利用低声呻吟或叹气进行宣泄、暗示和想象。

6. 促进舒适

（1）下床走动及改变体位

产妇入院后，除非有不能下床的禁忌证，如：破水并且胎先露高浮、血压高、用镇静药产程休息等，都应鼓励其在助产人员和丈夫的陪伴下下床走动。

（2）保持床单清洁

更换床单，随时帮待产妇擦汗，以促进舒适；保持会阴部的清洁与干燥，增进舒适，预防感染。

（3）补充液体及能量

待产过程长，呼吸运动以及大量的排汗，产妇会感到口干舌燥，补充水分或其他含高热量的饮料对保持体力很重要，鼓励产妇多进高热量的流质或半流质饮食。

（4）定期排空膀胱

膀胱充盈会增加子宫收缩时的不适感，会影响胎头的下降，导致产程延长，造成尿潴留。护理人员应每 1~2h 提醒待产妇排尿 1 次，排空膀胱。

（5）按摩利用触觉的刺激

帮助产妇放松以及减轻疼痛和不适。按摩减轻疼痛可以在子宫体的下段作轻柔的按摩，也可以在产妇面部或下肢按摩，按摩法对轻中度的疼痛较有效，对于强度很大的疼痛效果不明显。可用揉捏法来减轻产妇颈部、肩膀及背部的不适。

7. 呼吸控制

正确的使用呼吸技巧，可以帮助产妇放松，提高产妇对疼痛的阈值，增加其适应子宫收缩的能力，使子宫收缩更有效。

二、第二产程的护理

1. 做好接产准备

待产室和产房最好是同一房间，每个房间只放 1 张产床，这样做有利于家属进入产房陪产，可保护产妇隐私；保证产妇之间互不干扰。初产妇子宫颈口开全 10cm，经产妇子宫颈口开 5~6cm 时做好分娩的准备。做好会阴部的清洁与消毒，为产妇清洁和消毒会阴，清洁要遵循由外向内，消毒时由内向外由上向下的原则。

2. 铺产台

接生者穿上刷手衣，戴好口罩、帽子。刷手、戴无菌手套及无菌手术衣接产，按无菌操作技术进行接产。打开辐射暖台，提前预热。铺产台，准备好新生儿复苏器械和药品。

3. 产妇和胎儿监护

在第二产程，助产人员要严密监测产妇状况，严密监测宫缩及胎头下降情况。指导产妇用力的技巧，在子宫强烈收缩时使用腹压，鼓励产妇根据自己的感觉控制用力的长短。产妇憋气时间过长，可能造成母体血氧不足以及胎盘血流减少、胎儿血液酸碱度增高、氧分压减低、二氧化碳分压升高、胎心率异常的发生率增加。每 15 分钟应听胎心 1 次，胎心异常时，应缩短听诊间隔时间，也可应用电子胎心监护仪进行持续的监测。

4. 生活护理

第二产程初期，指导帮助产妇采取舒适的体位，如侧卧位、蹲位、跪位，助产士应在产妇身边陪伴，提醒和鼓励产妇在两次宫缩间尽量放松休息保存体力，护理人员与陪伴的家属应给予全面的支持和指导。为产妇擦汗，喂少量温度适宜的饮料，

协助产妇及时排空膀胱，随时告知准产程进展情况。及时赞扬鼓励产妇，增强其信心。新生儿出生后进行母婴皮肤接触，鼓励父母搂抱和抚摸新生儿，注意新生儿保暖，新生儿出现觅食反射时，帮助母亲尽早让新生儿吸吮乳房，促进乳汁分泌。

三、第三产程护理

第三产程为胎儿娩出至胎盘娩出，又称胎盘娩出期，一般需要 5~15min。若超过 30min 胎盘仍未娩出，即诊断为“胎盘滞留”。

1. 胎盘娩出及检查

(1) 胎盘剥离

征象胎儿娩出后，常规给予产妇肌内注射或静脉推注缩宫素 10~20U 帮助子宫收缩。子宫下段隆起子宫底上升，有少许阴道出血，脐带下移，表示胎盘已经自子宫壁剥离。用手在耻骨联合上轻压子宫体下段，嘱产妇稍向下用力，助产人员轻轻牵拉脐带，胎盘娩出。

(2) 胎盘检查

胎盘分为胎儿面和母体面，多数情况下，胎盘以胎儿面方式娩出，胎盘娩出后将胎盘平放在操作台上进行检查，要仔细检查胎盘、胎膜是否完整。注意母体面胎盘小叶有无缺损，胎盘边缘有无断裂的血管，注意有无副胎盘，如发现有残留胎盘或胎膜，应给予处理。测量胎盘大小、脐带长度。

2. 会阴检查及会阴裂伤缝合

第三产程后，仔细检查产道有无裂伤，及时缝合，会阴裂伤分度。

(1) 会阴 I 度裂伤

仅有会阴皮肤、阴道黏膜的撕裂，裂伤未达肌层。

(2) 会阴 II 度裂伤

裂伤达会阴体肌层，肛提肌及筋膜可有不同程度的裂伤，有时沿阴道后壁两侧

沟向上延伸，致使阴道下段后壁呈舌状游离（又称舌状裂伤），更严重时可达阴道后穹窿部，但未损伤肛门括约肌。

（3）会阴Ⅲ度裂伤

会阴部皮肤、黏膜、盆底肌肉及部分或全部肛门括约肌裂伤，甚至包括直肠前壁。

3. 密切观察

要密切观察子宫收缩、血压、脉搏、阴道出血、膀胱充盈程度等。密切观察新生儿的一般情况，每 15 分钟检查 1 次，做好记录。

四、第四产程的护理

胎儿娩出后的 2h 称为第四产程。这一时期母婴容易有异常情况出现。

1. 对产妇的观察

在第四产程，对产妇护理方面包括：每 15 分钟观察 1 次宫底高度、子宫收缩情况，阴道出血，膀胱充盈程度等。每 1 小时测量血压、脉搏 1 次，并及时记录。注意观察膀胱充盈情况，督促和协助排尿。注意产妇主诉。协助产妇取舒适体位休息。帮助产妇更换会阴垫，干净的衣服，撤换湿床单，保暖。产妇感到口渴和饥饿，应提供清淡易消化、饮料和食物，帮助产妇恢复体力。

2. 对新生儿的观察

每 15 分钟观察 1 次脐带、呼吸、活动、皮肤颜色及反应。帮助早吸吮，并观察新生儿吸吮情况。做好记录。

第八节 正常产褥期妇女的护理

产褥期是指产妇全身各器官（除乳房外）从胎盘娩出至恢复或接近正常未孕状

态所需的一段时期，一般为6周。分娩后，产妇除了其全身各器官（除乳腺外）需要恢复或接近正常未孕状态外，产妇及其家庭经历着心理和社会的适应过程。产褥期的母婴健康对其以后的身心健康具有重要意义。

一、产褥期妇女的身心健康

产妇产后的机体各生理功能逐渐恢复到非妊娠时的状态，称生理调适。

1. 生殖系统

（1）子宫

子宫是产褥变化最大的器官。妊娠子宫自胎盘娩出后逐渐恢复至未孕状态的过程称子宫复旧，主要表现为子宫体和子宫颈的复旧。

1) 子宫体

子宫体的复旧主要是宫体肌纤维缩复和子宫内膜再生。宫体复旧过程不是肌细胞数目的减少，而是肌细胞体积的缩小，表现肌细胞胞浆蛋白质分解排出，胞浆减少。随着肌纤维不断缩小，宫体逐渐缩小，产后1周缩小至约妊娠12周大小；产后10日子宫降至盆腔内；产后6周恢复到正常非孕期大小。同时，胎盘排出后，胎盘附着面立即缩小一半，螺旋小血管形成栓塞，出血逐渐减少至停止。创面表层因缺血坏死而脱落，随恶露经阴道排出。子宫内膜基底层逐渐再生新的功能层，这一过程约需3周。但胎盘附着处全部修复的时间约需6周。

2) 子宫颈

分娩后的子宫颈松软，壁薄，形成皱壁、子宫颈外口呈环状，产后1周，子宫颈外形及子宫颈内口恢复至未孕状态，产后4周，子宫颈完全恢复至正常形态。子宫颈外口呈横裂型。

（2）阴道及外阴

分娩后阴道腔逐渐缩小，阴道壁肌张力逐渐恢复，约在产后3周重新出现黏膜

皱襞，恢复至未孕时的紧张度。分娩后外阴轻度水肿，2~3 日自行消退。会阴部如有轻度撕裂或会阴切口缝合术后均在 3~5 日愈合，处女膜因在分娩时撕裂形成痕迹称处女膜痕。

（3）盆底组织

盆底肌及其筋膜在分娩时过度扩张致弹性减弱，且常伴肌纤维部分断裂，如产后能坚持康复运动，盆底肌有可能恢复至接近未孕状态。

2. 乳房

产褥期乳房的主要变化是泌乳。胎盘娩出后，胎盘生乳素、雌激素水平急剧下降，体内呈低雌激素、高泌乳激素水平，乳汁开始分泌。以后乳汁的分泌则依赖于哺乳时的吸吮刺激，吸吮是保持乳腺不断泌乳的关键。乳汁分泌还与产妇营养、睡眠、情绪和健康状况密切相关。

3. 产褥期妇女的心理调适

产后，产妇需要从妊娠期及分娩期的不适、疼痛、焦虑中恢复，需要接纳家庭新成员及新家庭，这一过程称之为心理调适。

二、产褥期的护理管理

（一）临床表现及问题

1. 生命体征

体温大多在正常范围。脉搏略缓慢 60~70 次/分，呼吸深慢，约 14~16 次/分，血压无明显变化。

2. 产后宫缩痛

是指产褥早期，因宫缩引起下腹部阵发性剧烈疼痛。一般在产后 1 至 2 日出现，常见于经产妇。

3. 子宫复旧

胎盘娩出后，子宫圆而硬，宫底在脐平或脐下一指，以后每日下降 1-2cm，至产后 10 日，子宫降至骨盆腔内。

4. 恶露

产后从阴道内排出的液体称恶露。恶露分为 3 种：血性恶露、浆液性恶露、白色恶露。

5. 会阴切开创口

产后 3 日内有切口处水肿，拆线后自然消失。

6. 排泄

（1）褥汗

产褥早期，大量多余的组织间液需要排泄，使皮肤排泄功能旺盛，大量出汗。尤其是睡眠和初醒时明显，产后 1 周好转。

（2）泌尿增多和排尿困难

产后 2~3 日内，由于机体排出妊娠时潴留的水分，产妇往往多尿，但因分娩过程中膀胱受压使其黏膜水肿充血，肌张力降低，加之会阴切口疼痛，产后产妇容易发生排尿困难，特别是产后一次排尿。容易发生尿潴留及尿路感染。

（3）便秘

产褥期容易发生便秘，这是因为产妇卧床多、活动少、肠蠕动减弱，腹直肌及骨盆底肌松弛的缘故。

7. 乳头被裂

哺乳产妇尤其是初产妇在最初几日哺乳时容易发生乳头皲裂。大多是因为产前乳头准备不足或产后哺乳姿势不当引起。表现乳头红、裂开、出血、产妇哺乳时疼痛。

8. 乳房胀痛

产后哺乳延迟或没有及时排空乳房，产妇可有乳房胀痛，触及时加重，触摸乳

房有坚硬感。

9. 体重减轻

由于胎儿及胎盘的娩出，羊水排泄及产时失血，产后体重即约减 6 公斤左右。产后第一周，由于子宫复旧、恶露及汗液、尿液的大量排出，体重又下降约 4 公斤左右。

10. 下肢静脉血栓形成

由于产后血液处于高凝状态，加之产后疲惫虚弱、切口疼痛致卧床时间较多，使得下肢静脉血循环缓慢，血液易淤积于静脉内，容易形成静脉血栓。表现为下肢体表温度下降或感觉麻木，患侧肢体有胀痛感。

11. 疲乏

由于产程中不适及用力、频繁的检查、哺乳及新生儿护理活动导致睡眠不足，使得产妇在产后的最初几日感到疲乏，表现为精神不振，自理能力降低及不愿亲近新生儿。

12. 产后压抑

产后压抑指产妇在产后 2-3 日内发生的轻度或中度的情绪反应。表现为易哭、易激惹、忧虑、不安、有事喜怒无常。这些症状一般在几日后自然消失，产后压抑的发生可能与产妇体内雌、孕激素水平降低，心理压力及疲劳有关。

（二）护理评估

1. 病史

认真阅读产前记录、分娩记录、用药史，特别是注意分娩过程中出现的异常情况 & 处理经过。

2. 身体评估

（1）一般情况：评估生命体征、口渴情况及有无疲劳等。

（2）生殖系统：评估子宫、会阴、恶露的情况。

- (3) 排泄：产后应重视评估膀胱充盈情况及第一次排尿。
- (4) 乳房：注意乳房的类型、乳汁的质和量、乳房胀痛及乳头破裂。
- (5) 母乳喂养产妇的评估。

3. 心理社会评估

- (1) 评估产妇对分娩的感受。
- (2) 评估产妇的自我形象。
- (3) 评估行为。
- (4) 评估对孩子行为的看法。
- (5) 评估影响因素。

(三) 护理诊断

- 1. 便秘或尿潴留：与产时损伤及活动减少有关。
- 2. 舒适改变：与产后宫缩、会阴部切口、褥汗、多尿等有关。
- 3. 情境性自我贬低：与缺乏护理孩子的知识和技能有关。
- 4. 父母不称职：与产程延长、难产及与自己期望的分娩不符有关。
- 5. 母乳喂养无效：与母亲焦虑，知识缺乏及技能不熟练有关。

(四) 护理目标

- 1. 产妇表示舒适感增加。
- 2. 产妇能正确复述和表达喂养知识和技能。
- 3. 产妇能在护士指导下积极参与自我护理和新生儿护理。
- 4. 产妇能在护理孩子时表现出自信和满足。

(五) 护理措施

- 1. 一般护理每日2次测体温、脉搏、呼吸及血压。提供良好环境，保持床单的清洁、整齐、干燥。保证产妇有足够的营养和睡眠，产后4~6小时要鼓励产妇排尿。
- 2. 会阴护理仔细评估会阴切口有无渗血、水肿，如有异常及时报告医生。会阴

伤口应每日 2 次用 1/2000 新洁尔灭擦洗。会阴水肿应每日 2 次用 50%硫酸镁湿热敷。

3. 子宫复旧护理认真评估恶露情况。入休养室后即刻 30 分钟、1 小时、2 小时各观察 1 次。同时观察宫底位置、软硬度，更换卫生垫。

4. 乳房护理乳房应保持清洁、干燥，经常擦洗。第一次哺乳前用温水毛巾清洁乳头和乳晕。提倡母乳喂养，尽早哺乳。乳房胀痛可热敷乳房，按摩乳房。因疾病或其他原因不哺乳者应尽早退乳。

5. 母乳喂养指导调理产妇的饮食注意产妇的休息与活动，保持产妇心情愉快。

6. 促进心理适应与产妇建立良好关系，提供自我护理及新生儿护理知识，培养技能，培养新家庭观念。

第四章 手术室护士护理

手术室作为妇产科医疗活动的核心区域，见证了无数新生命的诞生与母爱的伟大。妇产科手术室护士承担着重要的教育职责。她们通过向患者及家属普及相关知识、解答疑问、提供心理支持等方式，帮助他们更好地了解手术过程、减轻焦虑情绪、增强康复信心。这种全方位、多维度的护理服务，不仅促进了患者身心的快速康复，也增进了医患之间的信任与理解。本章旨在对手术室护士护理进行研究与探讨。

第一节 手术室护士工作职责

一、护士长工作职责

1. 手术室护士长在护理部主任领导下开展工作。
2. 负责手术室护理管理、患者安全、教学、科研、手术安排等工作，制订工作计划并组织实施。
3. 检查各项工作标准落实及质量安全，做好质量分析、整改、评价，其工作职责还体现在持续质量改进过程中。
4. 督促手术室护理人员执行手术室各项规章制度、技术操作规程，重点监督手术室核心制度的落实，严防差错事故，确保病人安全。
5. 指导手术室感染防控措施落实；监督院感质控员工落实工作职责；督促特殊感染及传染病手术后的消毒隔离、术后废弃物的处理工作；做好资料统计汇总。

6. 安排药品管理组长、教学组长、实习带教组长、仪器设备管理组长及各手术专科组长等，明确各组长工作职责，并监督各组长落实相关工作。

7. 负责手术室护理人员工作安排，明确各岗位职责，确定值班人员资质和人数。

8. 负责手术室与各外科病房的沟通联系，确保手术室与各外科的有效协作。

9. 重大意外事件由护士长指导安排人力、物力及制定应急方案；对不良事件严格按照医院管理制度进行上报与质量改进。

10. 结合临床实际开展科研工作，同时指导临床护士进行临床问题的研究，对新技术、新手术、新业务组织专题讲座，不断提高科室人员的科研能力。

11. 培养护理人员主动配合意识及良好的沟通能力；掌握所有人员的思想、生活、工作和学习情况，做好绩效分配及年度考核。

12. 加强信息化建设，实现科学系统的护理管理。

二、巡回护士职责

（一）手术前

1. 巡回护士在手术前查看手术通知单，了解拟实施手术名称、麻醉方式及患者相关信息（过敏史、生化检查等），必要时参加病例讨论、访视患者，做好术前宣教。

2. 术日晨完成手术间平面卫生，检查手术间环境，包括温度、湿度、照明、清洁状况等，符合国家规范要求，发现异常及时报修；清空上一台手术患者所有的物品、垃圾。

3. 准备手术所需物品、仪器、设备、手术体位支持用物等，并确认其处于功能状态。

4. 遵循一间、一人、一病历原则，每个手术间只能安置一位患者，并只能存放该患者的病历、资料。

5. 执行手术患者交接制度，做好与病房护士的交接，检查所带药物、影像学检查结果，确认患者有无义齿、饰品、植入物，并在交接单上签字。

6. 核对手术患者身份，采用两种以上核对方法。

7. 患者转移至手术床时，先确认手术床和手术平车已固定，再转移患者，告知患者不得随意移动，防止坠床情况的发生。

8. 做好患者的心理护理，减轻患者焦虑。

（二）手术中

1. 根据手术及麻醉需要，选择静脉穿刺部位，妥善固定。按相关要求给予术前抗菌药物。

2. 在麻醉前、手术开始前、患者离室前，与麻醉医生、手术医生共同核对患者相关信息，确保正确的患者、正确的手术部位、正确的手术方式。

3. 协助实施麻醉。

4. 协助洗手护士铺置无菌台，检查无菌物品的有效期、包装等，确保物品合格后，打开无菌物品。

5. 执行手术物品清点制度，清点、核对手术中所需物品，并签字记录。

6. 检查评估患者皮肤，遵循手术体位安置原则，与手术医生、麻醉医生共同安置手术体位；实施必要的保护和约束措施，避免受压、暴露等造成的损伤；防止患者坠床。

7. 减少不必要的暴露，保护患者隐私，做好保暖，保证舒适。

8. 随时提供手术所需仪器、设备、手术器械、耗材等。正确连接、调试手术设备。

9. 严格执行查对制度，在进行给药、输血等操作时须与麻醉医生双人核对；抢救时协助麻醉医生给药；在执行口头医嘱时必须复述确认，并保留空安瓿至手术结束。

10. 及时供应术中所需物品，添加物品双人清点后及时记录，掉落物品应集中放于固定位置，以便清点。

11. 做好护理观察，包括生命体征、出血、用药、输液、输血、尿量、手术体位等；发生异常情况，积极配合抢救。

12. 严格执行并监督手术间所有人员的无菌操作技术、消毒隔离技术、垃圾分类等各项规定的落实；控制参观人数，保持手术间门处于关闭状态、环境整洁。

13. 严格执行交接班制度，实行现场交接，内容包括手术物品、患者体位及皮肤、管路等信息，并做好交接记录。

14. 遵循手术标本管理制度，协助洗手护士或手术医生核对病理组织及病理单的各项内容，确认标本来源的名称和数量，妥善管理手术标本，督促及时送检，并签字记录。

15. 执行护理文件书写规定，准确填写各种护理文件，并签字确认。如有特殊情况在护理记录单上详细描述，必要时请主刀医生签字确认。

16. 巡视仪器和设备的运转情况，发现异常及时检查，必要时报修。

（三）手术后

1. 协助手术医生包扎伤口，保持患者皮肤清洁、衣物整齐，保护患者隐私，注意保暖。

2. 检查患者皮肤，如有损伤等异常情况，与手术医生共同确认，如发生异常情况，须在护理记录单上记录，并与手术医生、病房护士交接，上报护士长。

3. 整理管路，保持其通畅，标识清楚，固定稳妥。

4. 整理手术间，完成仪器设备的终末处置。物归原处，并补充所需物品。

5. 执行不良事件上报制度，及时上报与患者安全相关的事件。

三、专科组长工作职责

1. 规范手术专科管理

(1) 每年制订本年度重点工作、专科业务提升计划并组织落实；工作中对专科年度计划进行修订。

(2) 专科小组每年进行工作总结，统计专科手术数据，并进行分析整理。

(3) 专科组长针对临床情况制定改进措施，每年完成 1~2 项临床问题的质量改进。

2. 提升自身综合素质

(1) 专科组长不断提高自身专科业务能力、沟通技巧、创新思维及发现问题的能力。

(2) 专科组长为兼职组长，加强专科手术配合能力。

(3) 实行护士长—专科组长—组员的三级管理，协助护士长管理手术专科。

(4) 专科组长及时收集专科发展问题、安全隐患等信息反馈至护士长，可以解决的问题及时采取有效措施，不能解决的问题在护士长的指导下寻找解决方法。

(5) 掌握本专科疑难重症手术、新开展手术、新技术开展情况，掌握新仪器设备的使用方法，并进行重点指导与管理。

3. 负责专科小组人员管理

(1) 在护士长的指导下进行专科护理组员的管理。

(2) 引导手术专科小组成员相互合作，发挥协同作用，为专科护理发展出谋划策，促进手术专科快速发展。

(3) 对工作质量欠佳的个别组员采取“搭档”工作方法，即一段时期内由组长与其搭档进行手术配合，及时发现问题并采取有效的措施。

(4) 协调组员轮转亚专科、其他手术专科的手术配合，培养通晓全科、精于专

科的专家型手术护理人才。

(5) 全面深入掌握组员的身心及工作动态,开展健康的、形式多样的户外活动,增进组员间的友谊,促进专科小组人员积极健康成长。

4. 严格培训与带教

(1) 制定标准化专科配合操作流程,规范理论学习、操作技术培训、责任心教育。

(2) 将各专科常见手术配合编写成册,以提高配合专科手术的护理质量,并每年进行更新完善。

(3) 每年制订专科业务培训与考核计划,培训计划应结合专科特点、各组员情况、不同工作年限护士的特殊性进行制订,该计划与全科培训计划相结合,进行各层次护士的业务培训,人人必须考核合格。

(4) 专科组长担任主要授课老师,并对组员授课内容进行审核、修改。

(5) 带教新入科护士、进修生,指导专科护士的业务精进。

(6) 每季度开展专科小组问题讨论会,针对专科手术配合问题进行小组讨论,商议解决方法。

(7) 各专科组长带领专科小组之间要比学、赶、帮、超,互助督促,使专科小组人员成为具有专科技能、专科业务能力、专科理论知识的手术室护士。

(8) 征求各组员学习需求,结合科室、组内计划,安排组员短期轮转其他专科组。

(9) 完善专科手术医生手术喜好卡内容。

5. 推动医护一体化模式发展

(1) 协调医护关系,主动征求专科主任、医生的意见与建议,汇总后上报护士长;在组内召开小组会议,针对性地提出改进措施并反馈给手术医生,促进医护关系的和谐发展。

(2) 专科组长听取外科医生有利于工作的合理化建议,对于少数现阶段无法执行的建议,做好解释与协调工作。尽量化解工作中的矛盾,营造轻松愉悦的手术氛围。

6. 提升科研能力

(1) 组长积极发现临床问题,培养组员将临床问题转化为科研问题的能力与意识,开展专利发明、科研论文撰写、新技术申报等形式多样的科研活动。

(2) 指导小组成员开展护理研究,总结专科手术配合经验,撰写特殊手术案例报告和科研论文等。

(3) 定期组织小组成员学习新理论、新知识,开展新技术、发明临床专利、开发研究成果。

7. 负责仪器设备的管理

(1) 优化仪器设备管理,专科组长的管理理念应从管理设备、材料、仪器、物品的观念,发展到对设备的开发利用,使现有的设备仪器最大限度地发挥作用。

(2) 专科组长制定专科仪器操作流程,按照使用说明定期进行维修,协助医院设备科仪器工程师或仪器组长进行检修。

(3) 专科组长检查仪器的还原、整理、使用、登记情况。

(4) 专科组长掌握专科高精仪器设备使用操作。

四、等候室护士工作职责

1. 协助接待当日第一台手术病人,与病房护士交接当日接台手术患者,将患者安置于手术等候区进行休息。

2. 严格执行手术患者交接制度,全面核查手术病人身份信息、切口标识、过敏史、既往史、禁食禁饮、术前检查、交叉配血、术前准备、相关医疗文书患者及家属签字情况、术前用药等信息,确保正确的病人、正确的手术部位;密切观察患者

病情。

3. 危重患者交接时准确、迅速了解患者病情完成交接，明确病情观察及护理重点，病情危急患者可通过急诊手术绿色通道，快速进入手术抢救流程。

4. 核对病人信息后，将病人转送到手术等候室，并在该病人所在转运车上挂上手术间号牌。

5. 通知相应手术间护士，并记录需手术的病人进入手术室的时间。

6. 根据手术类别、手术部位选择合适型号留置针与穿刺部位，为患者建立静脉输液通路。

7. 了解患者所在手术间前一手术进展情况；在规定的时间内输入抗生素。

8. 患者在手术等候室进行休息期间，等候室护士要对患者做好心理疏导，缓解其紧张、焦虑的情绪；主动解答患者的疑问，介绍手术治疗流程，有针对性地做好健康宣传工作。

9. 手术等候室内护士与手术间护士仔细交接病人，并协助其将患者转移至手术间。

10. 术前使用主动加温设备实施预保温，将等候区的温度调节至 $21^{\circ}\text{C}\sim 25^{\circ}\text{C}$ ，做好术前保暖，减少术中低体温发生率。

11. 患者在术前等候区休息期间，协助采取不同于手术体位的卧位，减少术中受压部位的压迫时间，减少压疮发生率。

12. 合理安排患儿或神志不清的手术病人及病人家属，使其保持安静。

13. 接收病理科传真的快速病理切片回报单，并将其送入相应手术间，由巡回护士接收签名。

第二节 手术室护士基本操作技术

一、腹股沟斜疝修补术护理配合操作技术

腹股沟斜疝是指疝囊从腹壁下动脉外侧的内环凸出，向内、向下、向前斜行经过腹股沟管，在穿出腹股沟管皮下环，可突入阴囊内或大阴唇前端的疝。

1. 护理评估

（1）患者情况

- 1) 一般情况：年龄、身高、体重、皮肤完整性。
- 2) 既往史，有无高血压、糖尿病、心、肺、肝、肾功能障碍等影响手术顺利进行的因素。
- 3) 营养状况，有无肠梗阻、脱水及休克。
- 4) 外周静脉血管情况。
- 5) 术前准备及禁食水情况。
- 6) 焦虑、恐惧：对陌生环境，手术创伤，疼痛，麻醉意外的不确定性；经济承受能力的顾虑和对手术治疗过程及预后的担忧。

（2）术中体温保护

身体暴露、遮盖不严、室温影响。

（3）手术体位

肢体有无功能受限等影响手术体位摆放等情况。

2. 手术步骤与配合

手术步骤与配合见表 4-1 所示。

表 4-1 腹股沟斜疝修补手术步骤与配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒铺单	递海绵钳夹纱球蘸 2%碘酒、75%乙醇纱球消毒皮肤，0.5%碘伏消毒会阴部。递一球状治疗巾置阴囊下，常规铺单
2. 切开皮肤	递 23#刀，在髂前上棘至耻骨联合上 2~3cm 处切开皮肤、皮下组织及筋膜，递干纱布拭血，电凝止血
3. 切开腹外斜肌腱膜	递甲状腺拉钩拉开暴露手术野，血管钳提起腹外斜肌腱膜，递 10#刀在腹外斜肌腱膜内环和外环连线上做一切口，组织剪沿腹外斜肌腱膜纤维方向剪开，内达腹内斜肌与联合肌腱，外至腹股沟韧带，显露腹股沟韧带的反折部分
4. 切开疝囊将疝内容物回纳	递 2 把血管钳提起疝囊壁，递 10#刀切开疝囊，注意勿伤及疝的内容物，递组织剪刀扩大其切口，血管钳夹住边缘。递
5. 放置补片并固定	无齿镊将内容物还纳回腹腔递长无齿镊夹持补片平放置于腹股沟后壁，圆形口两侧围绕精索，递 3-0 圆针可吸收缝合线将其与周围组织间断缝合固定
6. 缝合切口	递温盐水冲洗切口，手术创面严密止血。清点用物。递 3-0 圆针可吸收缝合线逐层缝合腹外斜肌腱膜和皮下，3-0 皮针可吸收缝合线皮内缝合切口
7. 包扎	递敷料贴覆盖伤口

3. 护理评价

- (1) 物品准备齐全，手术进行顺利。
- (2) 护理文书记录清楚、工整、详细。
- (3) 术后物品清点准确无误。
- (4) 术后患者转运顺利。

4. 注意事项

(1) 严格核查手术部位与手术标识，若小儿和表达不清楚的患者，应与其家属核查。

(2) 疝修补手术患者多为老年患者，术前严格控制输液速度，以免造成膀胱充盈，影响手术。

(3) 术中使用的补片，巡回护士复诵型号、厂家、有效期后，正确才能上台使

用。

(4) 局部麻醉疝修补手术, 使用盐酸肾上腺素前, 了解患者有无高血压病史。

(5) 保持切口敷料干燥, 若污染及时更换。

(6) 术后切口处置小沙袋, 压迫 24 小时。注意保暖, 预防受凉引起咳嗽; 咳嗽时用手按压、保护切口, 保持大小便通畅。

(7) 术后取平卧屈膝, 膝下垫枕, 使髋关节屈曲, 阴囊抬高, 减少腹壁张力; 卧床休息 3 天后可起床但避免活动, 7 天后可适当活动。

二、直肠癌经腹会阴联合切除术护理配合操作技术

直肠癌指直肠齿状线以上至直肠和乙状结肠交界部的肿块。由黏膜和黏膜下层发生, 生长迅速, 容易转移, 术后容易复发, 是一种比较常见的肠道恶性肿瘤。

1. 护理评估

(1) 患者情况

- 1) 一般情况: 年龄、身高、体重、皮肤完整性。
- 2) 既往史, 有无高血压等影响手术顺利进行的因素。
- 3) 营养状况, 有无贫血、脱水及电解质紊乱。
- 4) 有无持续胃肠减压。
- 5) 外周静脉血管情况、尿道情况。
- 6) 术前准备及禁食水情况。

(2) 手术方式

确定手术部位、手术方式、根据手术方式准备手术用物。

(3) 手术体位

肢体功能情况。

2. 手术步骤与配合

手术步骤与配合见表 4-2 所示。

表 4-2 直肠癌经腹会阴联合切除术手术步骤与配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒皮肤	海绵钳夹持 2%碘酒、75%乙醇纱球消毒皮肤
2. 铺置无菌单	协助医生铺无菌单
3. 切开皮肤、皮下组织及白线	递 23#刀切开皮肤、皮下组织干纱巾拭血，递皮肤拉钩牵开显露术野
4. 切开腹膜	递血管钳钳夹住腹膜并提起，10#刀切开小口，使用两把血管钳牵开腹膜，用电刀或者组织剪沿着切口打开腹膜
5. 切口保护	准备切口保护巾，电刀止血后，放置切口保护巾或使用切口保护圈
6. 暴露术野	递腹腔自动牵开器，湿纱巾保护小肠与大网膜，腹腔拉钩拉开，显露乙状结肠
7. 游离乙状结肠	递血管钳、电刀或组织剪离断乙状结肠系膜与侧腹膜的粘连
8. 游离降结肠	沿着 Tolddt 白线向上游离，逐渐向内侧游离
9. 离断肠系膜下动、静脉	递超声刀离断肠系膜下动、静脉，用 7#
10. 游离直肠	丝线结扎处理递超声刀或电刀沿盆筋膜脏层和壁层之间游离直肠，向下游离至提肛肌平面
11. 会阴部手术	准备肛门器械
12. 消毒肛周皮肤	递海绵钳夹持 0.5%碘伏纱球消毒皮肤
13. 封闭肛门	递持针器夹持 2-0 角针缝合线沿肛周缝合
14. 游离肛门直肠	沿肛门四周皮肤做梭形切口，切断肛门尾骨韧带、肛提肌、会阴部与腹腔相通，游离肛门、直肠，并将远端拖出，切除直肠
15. 左下腹行永久性造瘘	在左髂前上棘与脐连线中点的外上方行造瘘术
16. 切开皮肤及皮下组织	递 23#刀切开，电刀止血
17. 固定结肠	递 3-0 圆针可吸收 8 根针缝合线、持针钳、组织镊，分层将造瘘肠段固定于腹壁上
18. 保护造瘘口	造瘘口消毒后覆盖凡士林油纱
19. 放置引流管，关闭肛门切口	与骶前腔隙放置引流管，递 2-0 角针缝合线固定引流管，2-0 圆针可吸收 8 根
20. 关闭腹腔，覆盖切口	针缝合线关闭肛门切口。清点物品。递持针器夹持 0#PDS II、缝合腹膜及腹白线，3-0 圆针可吸收缝合线缝合皮下组织，皮肤缝合器钉皮，递敷料贴覆盖

3. 护理评价

(1) 手术进行顺利, 物品准备充分, 手术医生、麻醉医生、巡回护士三方核查按要求已严格执行。

(2) 术中体位摆放合理未造成神经损伤、肢体过度牵拉。

(3) 术中未发生体温异常。

(4) 术中各种标本保管妥善, 名称标记清楚。

(5) 术后皮肤完整无异常。

(6) 各种管路连接通畅, 固定妥善。

(7) 物品清点清楚完整。

(8) 转运过程安全顺利。

(9) 术后物品补充、归位、处理妥善。

4. 注意事项

(1) 术前一日访视患者, 了解患者病情及基本身体状况。

(2) 患者入室后要注意隐私保护, 脱去病服时应有棉被遮盖, 手术开始前手术区域也应加以覆盖。

(3) 癌症患者麻醉前谈话不应提及与癌症相关话题, 注意保护患者心理隐私。

(4) 注意掌握手术医生、麻醉医生、巡回护士三方核查的时机。

(5) 输液部位选择上肢充盈静脉, 保证穿刺顺利。由于要进行锁骨下穿刺, 要准备两套液体。

(6) 摆放截石位时, 由于术者站在患者右侧, 故要将患者右侧下肢低于左侧下肢, 便于医生操作。肩部和腘窝处加软垫, 注意平整无皱褶, 防止局部组织的压伤。大腿与小腿纵轴角度应 $\geq 90^\circ$ 过小会使腋窝受压, 引起小腿血液循环障碍, 导致静脉血栓。双下肢之间的角度应 $\leq 90^\circ$ 过大易压迫腓骨小头, 引起腓总神经损伤, 导致足下垂。

(7) 术中手术人员应避免压迫患者肢体，造成局部组织损伤。

(8) 直肠韧带组织较厚，应及时清洁超声刀头黏附的碳化污物，使超声刀保持良好功率状态，达到有效切割和止血作用，利于术者操作。

(9) 术中注意无菌技术操作，严格区分腹腔操作器械与肛门操作器械，不可混淆。接触过肠腔的手术器械不可再用于其他部位。

(10) 术中注意无瘤技术操作，接触过肿瘤的器械应用灭菌注射用水浸泡或更换。

三、甲状腺次全切除术护理配合操作技术

甲状腺次全切除术是治疗甲状腺功能亢进、单纯性甲状腺肿、多发性甲状腺腺瘤、巨大甲状腺腺瘤或巨大囊肿而进行的手术。

1. 护理评估

(1) 患者情况

1) 一般情况：年龄、身高、体重、皮肤完整性。

2) 既往史，有无高血压、心脏病、过敏史、手术史、植入物、特殊感染及其他疾病史。

3) 焦虑、恐惧：多数患者伴有呼吸困难，对陌生环境，手术创伤、疼痛、手术意外的不确定性；对术后切口的美观有一定顾虑。

(2) 手术方式

确定手术部位、手术方式，根据手术方式准备用物。

(3) 手术体位

颈椎活动度及体型。脊柱有无畸形。肢体功能情况是否良好。

(4) 甲状腺功能亢进

患者关注其心率、肿瘤的大小及位置、突眼症状。腺瘤是否影响呼吸。

2. 手术步骤与配合

手术步骤与配合见表 4-3 所示。

表 4-3 甲状腺次全切除术手术步骤与配合

手术步骤	手术配合
1. 常规消毒铺单	递海绵钳夹持 2%碘酒纱球、75%乙醇纱球消毒皮肤，颈部常规手术铺单
2. 切开皮肤、皮下组织、颈阔肌	递 23#刀、组织镊，在胸骨切迹上两横指处切开皮下组织及颈阔肌
3. 分离皮瓣：上至甲状软骨，下至胸骨颈静脉切迹，两侧达胸锁乳突肌缘	递组织镊提起皮缘，电刀游离上下皮瓣，血管钳止血，1#丝线结扎或电凝止血
4. 暴露甲状腺	递 10#刀、电刀或超声刀纵形打开颈白线，递甲状腺拉钩牵开两侧颈前带状肌群，暴露甲状腺
5. 处理甲状腺上极、下极，以及周围血管	递蚊式钳、超声刀分离上、下极组织，处理甲状腺上动静脉、下动静脉和甲状腺中静脉，近心端双重 4#丝线结扎递电刀或超声刀贴气管壁前分离甲状腺峡部并切除
6. 处理甲状腺峡部	递血管钳或蚊式钳数把，沿预定切线依次钳夹，递 10#刀切除，取下标本，切除时避免损伤喉返神经。递 1#丝线结扎残留甲状腺腺体，3-0 圆针可吸收缝合线间断缝合甲状腺被膜
7. 切下甲状腺组织	递生理盐水冲洗，吸引器头吸引，更换干净纱布。清点器械、敷料等用物，除去肩部垫枕
8. 冲洗切口	递 11×28 角针 4#丝线固定引流管，3-0 圆针可吸收缝合线缝合颈阔肌、皮下组织，3-0 扣线进行皮内缝合。递干纱布、敷料贴加压覆盖切口
9. 放置引流，缝合切口，加压覆盖切口	

3. 护理评价

- (1) 皮肤完好，无压疮。
- (2) 引流管顺畅，固定牢固。
- (3) 护理文书记录清楚，详细，工整。

- (4) 手术进展顺利，配合默契。
- (5) 术中体位摆放合理，未造成神经损伤，肢体过度牵拉。
- (6) 术中各种标本标记明确，保管妥善。
- (7) 手术用物清点准确无误。
- (8) 转运过程安全，注意事项交代清楚。

4. 注意事项

- (1) 术前一日访视患者，了解患者病情及基本身体状况。
- (2) 严格执行核查制度。
- (3) 术中若行局部麻醉，正确配比和使用局麻药物。
- (4) 注意患者角膜的保护。眼突症状严重，麻醉后任闭合困难的患者，涂抹红霉素眼药膏，然后用胶布或敷料粘贴上下眼睑，避免眼角膜损伤。
- (5) 注意保护好患者颈椎，颈下垫软枕。
- (6) 保障患者安全，合理约束固定。
- (7) 根据手术需要正确放置特殊仪器，仪器设备确保性能良好。
- (8) 手术过程中密切观察患者气管插管有无脱落。
- (9) 护理记录文书完整，无遗漏。
- (10) 术中病理标本应妥善保管。送检快速病理切片时，交接清楚。
- (11) 密切观察患者生命体征，如遇到术中大出血、出现呼吸困难情况时，反应迅速，及时配合抢救。
- (12) 甲状腺瘤侵犯到胸骨后的，术前准备好开胸器械。
- (13) 甲状腺血运、神经丰富，转运病人时，轻抬轻放。

第三节 手术室患者安全管理规范

一、全身麻醉安全管理规范

（一）全身麻醉护理配合

1. 麻醉前护理

（1）实施术前访视

术前一天访视患者，检查病例，评估患者病情（病史、用药情况、相关检查结果、精神状态等），检查患者口腔、牙齿、颈部活动状况。实施术前宣教，简单介绍手术室环境、麻醉及手术相关信息；向患者说明术前禁食禁饮的原因及重要性；评估患者心理状况，给予其心理支持，耐心解答患者的提问，缓解患者的紧张焦虑情绪，以取得患者的主动配合，减少围术期麻醉并发症的发生，利于麻醉的诱导与维持，确保患者麻醉和手术安全。

（2）术前应停用的药物

主要有抗凝药、抗抑郁药。例如：阿司匹林一般需停用 1~2 周；必要时加用维生素 K；单胺氧化酶抑制剂和三环类抗抑郁药需停药 2~3 周。

（3）环境、用物准备

患者入室前 30min 调节好手术间的温度，检查负压吸引装置、心电监护仪、除颤仪、麻醉机、插管用具是否处于备用状态，开启麻醉设备的电源进行自检，备好急救药物与急救设备，必要时用注射器抽好急救药物并贴好明确的标签；非气管插管麻醉情况，必须做好急救气管插管准备。

（4）建立静脉通路

首选在上肢建立静脉通路，全麻、大手术宜选择大号留置针，连接好三通及延长管，标注好穿刺时间。

(5) 患者安全核查

手术患者麻醉前的安全核查时机在麻醉前，由麻醉医生、巡回护士与手术医生三方核查确认并签字。

2. 全麻诱导期护理

(1) 加强健康教育

给予鼓励与心理支持，保持手术室内安静，禁止喧闹，噪音不仅容易使工作人员思想分散，而且会对患者造成不良刺激。

(2) 妥善安置患者体位并制动

全麻诱导时帮助患者取仰卧位，头部垫高约 10cm，必须在麻醉诱导前完成对患者肢体的固定，防止术中患者身体某一部分坠落。

(3) 协助插管

根据插管需要把床调节至合适的位置，协助麻醉医生行全麻诱导及气管插管；遇到困难插管，及时做好纤维支气管镜、特殊插管仪器的传递、吸引的准备工作，严禁离开手术间。

(4) 积极协助抢救

出现麻醉诱导意外及时开放多条静脉通路、协助动脉穿刺、准备抢救药物、寻求其他医务人员的帮助等。

(5) 防止麻醉药物外渗

加强静脉通路穿刺部位的观察，出现药物外渗，立即拔除，重新建立静脉通路，局部予以热敷或 0.25%普鲁卡因局部封闭。

3. 全麻维持期护理

(1) 严密观察患者生命体征的变化和手术进程，及时发现和处理术中可能出现的各种情况，如失血性休克、过敏性休克、心律失常等。

(2) 维持静脉通路通畅，及时记录失血量、尿量及冲洗液量，以便麻醉医生调

控输入液体量。

(3) 正确执行术中医嘱。

(4) 做好患者呼吸管理，保持患者呼吸道的通畅，协助麻醉医生抽吸呼吸道内分泌物。

4. 全麻苏醒期护理

(1) 对尚未清醒的患者全程床旁照护，调节室温，注意保暖，减少暴露；对患者予以制动，固定两侧护栏，以防患者因躁动坠床。

(2) 密切观察患者的神志及生命体征的情况，及时发现呼吸道梗阻，保持呼吸道通畅。密切观察脊椎手术的患者下肢活动情况，注意颅脑手术患者瞳孔变化情况，注意颈部手术颈部切口与呼吸情况。

(3) 保持各类导管通畅，如有引流不畅需及时告知麻醉医生或手术医生，予以立即处理。

(4) 保持输液通路通畅，遵医嘱及时给予麻醉拮抗药。准备口咽通气管和鼻咽通气管。

(5) 一旦发生意外情况，积极协助抢救。

(二) 安全注意事项

1. 全身麻醉时患者眼轮匝肌松弛，眼睑不能完全闭合，造成角膜持续暴露，引起暴露性角膜炎，对此护理人员应采取金霉素眼膏联合手术粘贴巾覆盖双眼，减少患者术后角膜炎的发生。

2. 全麻诱导前安置好常用的监测装置，以便在有连续监测的情况下进行诱导，并应读取诱导前的数值，作为诱导时的参考。

3. 全身麻醉诱导患者的体位均为仰卧位，头部垫薄枕，宜使患者全身放松和感到舒适。

4. 在诱导前建立静脉通路，适当进行补液，必要时建立多条静脉通道。为了麻

醉给药方便，常规选用一条上肢静脉通路并连接三通接头。

5. 保持静脉通畅是麻醉和手术中给药、补液、输血及患者出现危征时极为重要的一项抢救措施。

6. 诱导前面罩给氧时，患者神志消失前不宜将面罩紧扣于患者面部，以免引起患者的不适与恐惧。

7. 气管插管前进行控制呼吸时，潮气量不宜过大，以免富余气体经食道进入胃内造成胃部膨胀及胃内容物反流；再者可用手掌或拳头按压胃部，以免引起胃胀气。

8. 遵医嘱静脉推注全身麻醉诱导药物，不宜“倾注”式注入，对循环影响剧烈的药物采用分次注入的方式，对危重患者也可用静脉滴注的方式。在整个诱导给药的过程中注意观察患者病情变化，麻醉药物对人体中枢神经系统、循环系统、呼吸系统等功能都有干扰，严密观察患者各项生理参数，及时分析判断，及早发现病情动态，随时配合麻醉医生妥善处理，积极参与抢救工作。

9. 全身麻醉诱导过程中，注意保持呼吸道通畅。全身麻醉诱导完成气管内插管并确认无误后，协助麻醉医生给套囊打气，妥善固定导管；在全身麻醉诱导完成后即进入全身麻醉的维持阶段，诱导与维持这两个阶段之间没有明显的界限，维持阶段持续至停用麻醉药为止。护士在整个麻醉维持过程中注意与麻醉医生配合，密切观察患者的生命体征及病情变化，注意及时配合处理术中可能出现的各种情况。如失血性休克、过敏性休克、心律失常等，尽可能保持患者内环境的稳定和脏器功能的正常。

10. 麻醉复苏期间将患者头部转向一侧，保持呼吸道通畅，用吸引器吸出分泌物、面罩持续低流量给氧，促进患者尽快恢复正常呼吸；控制输液速度，防止肺水肿和心衰的发生；患者在麻醉复苏期间可出现兴奋不安、无意识乱动，应注意约束患者，避免坠床等意外的发生。

11. 在患者未出手术室之前不能撤离各种监护及吸引器；确保安全拔管时，保持

呼吸道通畅。

12. 患者出手术室，护士和麻醉医生一起送患者回病房，并和病房护士进行交接。

二、局部麻醉安全管理规范

（一）局部麻醉中的护理配合

1. 椎管内麻醉的护理

（1）麻醉前三方核查，告知患者麻醉相关信息，取得患者配合。

（2）选择合适的留置针：尽量穿刺上肢静脉建立有效的静脉输液通路，应树立先建立静脉通路后麻醉的概念，同时给患者鼻导管上氧。

（3）麻醉穿刺前为患者摆好麻醉体位，先侧卧位，后屈膝，双手抱膝，尽力弓背，呈“虾米”状；注意保护患者隐私，调节手术床至合适高度，在床旁给予心理支持，协助患者保持麻醉体位，防止其坠床。

（4）穿刺完毕，护士协助患者恢复仰卧位，协助医生测定麻醉平面，根据麻醉平面调整体位，用约束带固定患者，防止其坠床。

（5）术中持续、密切观察患者的生理监测指标，注意心率和血压的变化，若血压下降、心率减慢时，及时报告医生，遵医嘱处理。

（6）术中患者呈清醒状态，因此，需保持手术间的安静，避免大声谈论与手术无关的事情。

2. 神经干（丛）阻滞麻醉的护理

（1）麻醉前三方核查，告知麻醉相关信息，取得患者配合。

（2）选择合适的留置针：尽量穿刺上肢静脉，建立有效的静脉输液通路，应树立先建立静脉通路后麻醉的概念，同时给患者鼻导管上氧。

（3）协助麻醉师为患者摆放适当的麻醉体位，根据不同的穿刺入路选择不同麻醉体位。颈丛神经阻滞患者取去枕仰卧位，上肩部垫一小垫，头偏对侧；肌间沟阻

滞麻醉可取头低位；臂丛神经阻滞肌间沟入路则取去枕仰卧位，头偏向对侧，双上肢紧贴身体两侧，手尽量下垂以显露患侧颈部；腋路阻滞患者取仰卧位，头偏向对侧，患肢外展 90°，屈肘 90°，前臂外旋，手背贴床，呈“敬礼”状，充分显露腋窝。注意保护患者的安全，注意保暖，减少暴露，给予患者心理支持。

（4）每次注药前先回抽，无回血后方可注入药物，注药完毕用棉球压迫穿刺点约 5min。

（二）局部麻醉不良反应的预防处理

1. 毒性反应

局麻药物误入血管、局麻药用量过大、麻醉药物吸收过快以及患者个体差异等因素导致局麻药物吸收入血液，血药浓度升高并超过引起毒性反应的阈值，从而导致毒性反应的发生，可引起惊厥、抽搐等一系列毒性反应，严重者可致死。

（1）原因

- 1) 局麻药一次用药超过病人耐受量。
- 2) 局麻药物误入血管。
- 3) 注射部位血管丰富或局麻药未加入肾上腺素，局麻药的吸收过快。
- 4) 病人因体质衰弱、疾病的原因而导致耐受力降低。

（2）临床表现

主要表现在对中枢神经系统和心血管系统的影响，且中枢神经系统对局麻药物更为敏感。轻度毒性反应时，病人常出现眩晕、多语、嗜睡、寒战、惊恐不安和定向障碍等症状。此时如药物已停止吸收，症状可在短时间内自行消失。如果继续发展，则可以使丧失，并出现面肌和四肢震颤的症状。一旦发生抽搐或惊厥，可因呼吸困难缺氧导致呼吸和循环衰竭。早期临床表现以兴奋为主，如血压升高、心率增快等。但局麻药对神经系统的作用主要是抑制，而震颤和惊厥可能是局麻药对中枢神经系统抑制不平衡的表现。当血药浓度继续增大时，即表现为全面抑制现象。局

麻药物对心血管系统的作用主要是对心肌力、传导系统和周围血管平滑肌的抑制，阻滞交感或副交感神经传出纤维，降低心肌收缩力，心排出量减少，血压下降。高血药浓度时，周围血管广泛扩张、房室传导阻滞、心率缓慢、甚至心搏骤停。

（3）预防处理

严格限量，杜绝逾量；施行局部麻醉时，在每次注药前应回抽注射器以避免药物误注入血管；无禁忌证时，在局麻药中加入适量肾上腺素以减缓局麻药物的吸收，尤其是血管丰富的部位；对体质较差、有严重并发症者应减少局麻药的剂量；用地西洋、咪达唑仑或巴比妥类药物作为麻醉前用药，可预防和控制抽搐的发生；积极纠正患者术前异常的病理生理状态，可提高机体对局麻药的耐受性。如需使用混合局麻药，最好是长效药与短效药合用，可减少局麻药的毒性反应。对局麻药的毒性反应应提高警惕性，早期发现并进行及时、正确、有效的处理，才能避免严重毒性反应的发生。

2. 过敏反应

（1）概念

过敏反应即变态反应，指使用很少量的局麻药后出现荨麻疹、咽喉水肿、支气管痉挛、低血压、血管神经性水肿，严重者危及患者生命。临床上酯类局麻药过敏较多，酰胺类较为罕见。

（2）预防及处理

患者若发生过敏反应，立即停止用药；保持其呼吸道通畅，并给患者吸氧；维持循环稳定，适量补充血容量，紧急时可选用血管加压药，同时应用糖皮质激素和抗组胺药。但其预防措施尚难肯定。以传统的局麻药皮肤试验来预测局麻药变态反应是不足置信的，因为在非变态反应人群中，伪阳性率高达40%。因此，患者有过敏反应时不必进行常规局麻药皮试，如果病人有酯类局麻药过敏史，可选用酰胺类局麻药。

三、术前宣教安全管理规范

（一）心理护理管理规范

1. 建立良好的护患关系，了解病人病情及需要，给予安慰。通过适当的沟通技巧，取得病人信任。

2. 对患者进行心理支持和疏导，鼓励病人表达感受，倾听其诉说，缓解恐惧、焦虑等不良情绪；耐心解释手术必要性，介绍医院技术水平，增强患者治疗信心；动员病人的社会支持系统，使其感受到被关心和重视。

3. 认知干预，帮助病人正确认识病情，指导病人提高认知和应对能力，积极配合治疗和护理。

4. 制订健康教育计划，帮助病人认识疾病、手术的相关知识及术后用药的注意事项，向病人说明术前准备的必要性，逐步掌握手术配合技巧及康复知识，使病人对手术的风险及可能出现的并发症有足够的认识及心理准备。

（二）常规护理管理规范

1. 饮食和休息

加强饮食指导，鼓励患者摄入营养素丰富、易消化的食物。保暖防寒，避免感冒。创造安静舒适的环境，告知患者放松技巧，促进病人睡眠。病情允许者，适当增加白天活动，必要时遵医嘱给予镇静安眠药。

2. 适应性训练

部分病人指导其练习术中体位，例如颈过伸位患者术前进行适应性练习，教会患者头低肩高体位，用软枕每日练习数次。

3. 胃肠道准备

指导其严格按照医生的要求禁食禁饮，防止麻醉和手术过程中呕吐而引起窒息或吸入性肺炎。

4. 手术区皮肤准备

(1) 洗浴

手术前 1 日下午或晚上进行洗浴，清洁皮肤。腹部及腹腔镜手术的病人应注意脐部清洁。若皮肤上有油脂或胶布粘贴的残迹，用松节油或 75%乙醇擦净。

(2) 备皮

若毛发影响手术操作，手术前应予以剃除。手术区皮肤准备范围包括切口周围至少 15cm 的区域。

5. 体温升高或女性病人月经来潮时，应延迟手术。

6. 进入手术室前，指导病人换好手术服，排尽尿液。

7. 拭去指甲油、口红等化妆品，取下活动性义齿、眼镜、发夹、手表、首饰和其他贵重物品。

8. 手术当日清晨可以刷牙洗脸及日常清洁，但不能饮水，有服药史的患者按医生要求喝少量水服药。

9. 主动向患者及家属介绍手术室的具体位置、相关环境、麻醉方式、手术体位、手术流程及手术相关知识。

10. 指导患者耐心配合手术查对过程、各种护理操作（用药、穿刺留置针、导尿、留置胃管等），说明其必要性，操作过程中做好保暖措施及隐私保护。

11. 术后全麻手术患者转麻醉复苏室，苏醒后回病房；非全麻手术患者术后直接回病房；危重患者转入 ICU。

12. 术后留置各种管道（T 管、腹腔引流管、胸腔闭式引流管等），会给患者带来不适，告知患者不能随意拉扯、拔出。

四、手术室医用气体安全使用规范

（一）氧气安全使用规范

在手术室有可靠的氧源是保证麻醉机、呼吸机使用和患者吸氧最基本的要求，大多数医院，氧气都是由两组液氧罐的液氧汽化减压后由中心供氧管道供给。

1. 中心供氧的每个手术间应该配备两套氧气终端，应设有二级稳压装置、安全阀和氧流表确保供氧安全。

2. 由于氧气易燃、助燃，所以手术室内不允许有明火或可燃性、易燃物质，保持通风良好。

3. 氧气管道应保持通畅，防止泄露。禁止开放性给氧，避免在高氧浓度环境中使用电外科设备。在气道部位手术使用电刀时应暂时移开氧气，避免烧伤患者或引起火灾。

4. 手术室内麻醉机后必须配备小氧气钢瓶及氧气减压阀，供突然停氧气时使用。

5. 保证有足够的用氧量，确保术中用氧安全。

6. 氧气管道终端接口与麻醉机一端相应的气体管道插孔相匹配，以确保与麻醉机气体入口连接时准确无误，防止用错气体。

7. 在使用中心供氧时，要随时观察供氧情况，医用气源和管道系统的性能一定要受到中央或局部报警系统的持续监测，制定出多种安全防范措施和管理条例，由专门的机构强制性定期检查医院气体输送系统。

8. 由有资质的专业人员来维护该系统，更换损坏的管道及部件，避免因医用气体故障和操作失误而导致医疗事故。

9. 中心供氧突然停止应急预案如下：

（1）储备氧气和简易人工呼吸设施，根据手术间数量、手术量和停止供氧意外情况发生率等实际情况来配置备用的瓶装氧气或氧气枕。

(2) 配齐氧流量表、氧气管和湿化瓶, 氧气枕充满氧气处于备用状态。手术室内备用呼吸囊, 专人管理, 定位放置, 定期检查, 使其处于完好备用状态。

(3) 当突然停止中心供氧时立即评估手术患者状态、停氧的原因、范围、时间。

(4) 立即电话通知中心供氧站, 查明原因, 报告相关部门, 如院总值班护士长、医务部等, 同时启用呼吸囊人工呼吸和备用氧气瓶。

(5) 密切观察病情, 及时处理异常情况。

(二) 二氧化碳 (CO_2) 安全使用规范

CO_2 是腹腔镜手术首选气体, 必须是医用高纯气体, 部分医院由 CO_2 气体的中心供气管道供给。 CO_2 在血液中的溶解度高于空气、氧气甚至 NO (一氧化氮), 由于机体内有碳酸氢盐缓冲对, 血红蛋白和血浆蛋白可携带 CO_2 。其中 CO_2 气栓致死剂量是空气气栓的 5 倍量, 所以应该高度重视 CO_2 的安全使用, 积极预防气体栓塞的发生。

1. CO_2 在医院主要用于外科腹腔镜手术建立气腹, 通过气腹机控制气体流量和压力, 使 CO_2 气体进入手术患者体内, 为微创手术提供操作空间。

2. 为防备 CO_2 管道气体供气站系统出现故障, 由有资质的专业人员来维护供气系统, 更换损坏的管道及部件, 手术室须配备 1~2 瓶瓶装 CO_2 气体。

3. 定期检查中心 CO_2 输送管道连接情况, 避免气体泄漏。

4. CO_2 气体栓塞的预防措施:

(1) 建立气腹开始充入 CO_2 的速率宜慢。

(2) 早期诊断, 血氧监测仪可监测低氧血症。对于气体栓塞, CO_2 监测仪和监测图可以更为有效地提供早期诊断并确定患者栓塞程度。从中心静脉内吸出气体或泡沫血液可以确诊气栓。

(3) 立即停止充气和排尽腹腔内 CO_2 气体。

(4) 患者置于头低足高位, 此体位在吸气时可以增加胸内压力, 以减少气体进入静脉, 左侧位可使肺动脉的位置于低位, 利于气泡漂移至右心室尖部, 从而避开

肺动脉口，随着心脏的舒缩将气体混成泡沫分次小量进入肺动脉内，逐渐被吸收。

(5) 纯氧通气纠正缺氧，可减少气栓大小及后续反应。

(6) 提高通气量增加 CO₂ 的排出量。

(7) 通过中心静脉或肺动脉导管吸出气体。

(8) 如需要肺复苏，应及时进行心外按压。可以将 CO₂ 栓子粉碎成小气泡，使其被血液快速吸收，临床 CO₂ 栓塞的症状可迅速缓解。如果怀疑脑部气栓，要考虑高压氧治疗。

(三) 空气安全使用规范

由于氧化亚氮和高浓度氧的潜在危害作用逐渐受重视，空气供呼吸机、麻醉机使用越来越普遍，部分医院由中心管道供气，由医院空气压缩泵站，经过滤干燥器、贮气罐、减压阀减压后供给使用。

1. 医院管道系统使用的是由压缩泵提供的干燥、非无菌空气，所以空压泵的入口必须远离真空排气孔，最大程度减少污染。

2. 气体贮气罐要定期排水，安全阀和压力表要定期质检，确保安全使用。

(四) 吸引系统安全使用规范

吸引系统有由中心供气中心的真空吸引装置提供负压。医院中心真空系统通常由两个相互独立的吸引泵组成，每个吸引泵都可以独立满足最大工作需要，在手术室内通常还用作废气回收。

1. 在使用时要根据患者情况、手术中出血量调节好压力，同时还需配备一台备用吸引装置。

2. 有中心吸引系统的手术室，也必须配备电动吸引器，以备中心吸引系统故障或吸引管路接口堵塞时使用。

3. 中心吸引突然停止的应急流程如下：

(1) 备用移动式吸引器，中心吸引的手术室根据手术间的数量、手术量和中心

吸引突然停止导致意外情况发生等实际情况来配置备用的移动式电动及机械式吸引器。

(2) 移动吸引器设专人管理、定点放置、定期检查，使其处于备用状态。

(3) 突然停止中心吸引时，立即评估手术切口出血情况及患者呼吸道通畅度，评估停止吸引的范围、原因、时间，启用移动式吸引器，必要时可使用注射器抽吸呼吸道分泌物，手术敷料吸出手术部位的血液、体液。

(4) 报告护士长，通知设备技术人员及时检查中心吸引突然停止的原因，停电、机器故障或管道堵塞等立即进行维修。

第四节 妇产科手术的护士护理配合

一、子宫下段剖宫产术护理配合

剖宫产是产科领域中的重要手术，现在已成为解决难产和某些产科并发症，挽救产妇和产儿生命的有效手段。剖宫产的方式有子宫下段剖宫产、子宫体剖宫产和腹膜外剖宫产，以子宫下段剖宫产最为多见。

1. 护理评估

(1) 有无剖宫产史，有无出现子宫破裂先兆、胎儿窘迫等异常情况。

(2) 有无胎心异常、脐带脱垂、脐绕颈、羊水过少、前置胎盘及胎盘早剥流血宫口未开。

(3) 头盆不称较明显。

(4) 重度妊高征、妊娠合并心脏病、胎位异常、高龄初产、巨大儿或多胞胎。

(5) 患者有无浮肿。

(6) 做好心理护理，减轻患者紧张、焦虑等情绪。

(7) 备好新生儿抢救设备。

2. 手术步骤与配合

手术步骤与配合见表 4-4 所示。

表 4-4 子宫下段剖宫产手术步骤与配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒腹部皮肤	递海绵钳夹持 2%碘酒、75%乙醇纱球
2. 铺无菌手术巾	消毒腹部皮肤同腹部铺单
3. 手术探查腹腔	递生理盐水，洗手探查子宫大小、下段
4. 显露子宫下段	扩张情况，胎头方位等递腹壁拉钩置于耻骨联合处，显露膀胱腹膜反折，递剪刀横行剪开，下推膀胱
5. 切开子宫下段	递 10#刀切开子宫肌壁肌层 2~3cm，术者用手指将子宫切口钝性横向撕开 10~12cm
6. 娩出胎儿	递血管钳刺破羊膜囊，吸引器快速吸尽羊水；术者左手沿切口下缘伸入子宫腔将胎头抬起；胎头娩出后，迅速清除胎儿口、鼻腔中的黏液，双手扶持头部娩出胎儿，递 2 把血管钳夹闭脐带，组织剪剪断（如留有脐带血，递 5%碘伏纱球消毒，再递血袋留脐血）。新生儿交予助产护士处理
7. 娩出胎盘清理子宫腔	递组织钳 4 把，卵圆钳 2 把分别钳夹子宫切口上、下缘及两角，递抽吸缩宫素的注射器，将缩宫素注入子宫体，递方盘接住娩出的胎盘和胎膜，递卵圆钳夹纱布擦拭宫腔 2~3 次。确认无残留的胎盘及胎盘组织。胎盘交助产护士检查其完整性
8. 缝合子宫切口	清点器械、纱布、纱巾、缝针，递腹壁
9. 探查子宫及逐层关腹	拉钩显露子宫切口，递 1#圆针可吸收缝合线连续全层缝合探查子宫，双附件有无异常；清点器械、敷料、缝针，递 0#圆针可吸收缝合线连续缝合腹膜，腹直肌前鞘；清点器械、敷料、缝针，递乙醇棉球消毒皮肤，3-0 角针可吸收缝合线皮内连续缝合纱布敷料覆盖，包扎伤口
10. 压迫宫底	术毕，术者压迫宫底，挤出宫腔内积血块，如宫口未开者，术者将手伸入阴道，以利引流

3. 护理评价

- (1) 手术进行顺利，物品准备充分。
- (2) 术中体位摆放合理，未造成神经损伤、肢体过度牵拉。
- (3) 术中输液、输血、给药方法、途径正确。
- (4) 术后皮肤完整无异常。
- (5) 物品清点清楚完整，无遗漏。
- (6) 转运过程安全顺利。

4. 注意事项

- (1) 术前一日访视患者，了解患者病情及基本身体状况。
- (2) 术前常规禁食 8 小时，禁饮 4 小时。
- (3) 患者麻醉穿刺过程中，巡回护士站在患者侧面，固定体位，观察患者，及时与患者沟通，缓解患者紧张，有利于麻醉穿刺。
- (4) 麻醉后仰卧位时，根据患者情况可将体位调整至向左倾斜 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 。
- (5) 手术医生刺破羊水后，洗手护士快速将手术台上器械及物品清理干净，避免胎儿娩出后损伤胎儿。
- (6) 胎儿娩出后，将缩宫素用于患者，促进子宫收缩，减少出血。
- (7) 擦完宫腔的纱布应及时扔到脏物盆内，禁用手去接触，接触宫腔内的器械不可再用于其他部位，应与其他器械分开放置，防止胎盘植入，引起子宫内膜异位症。
- (8) 胎儿娩出后，配合助产护士清理呼吸道及脐带护理。
- (9) 注意给新生儿保暖。

二、宫腔镜下子宫内膜息肉电切术护理配合

宫腔镜是近年来在国内广泛开展的妇科新技术，宫腔镜手术是采用膨宫介质（膨

宫液)扩张宫腔,通过纤维导光束和透镜将冷光源经宫腔镜导入宫腔内,在直视下观察宫颈管、宫颈口、子宫内膜及输卵管开口,明确疾病的位置、范围,并对病灶进行活检、分析以及行宫腔内的手术治疗,具有创伤小、出血少、恢复快、术后疼痛轻或仅轻微不适、不影响卵巢内分泌功能等优点,已被临床广泛应用于妇科疾病的诊断与治疗。

1. 护理评估

(1) 患者情况

- 1) 年龄、体重、皮肤完整性。
- 2) 既往史、手术史、过敏史,有无高血压等影响手术顺利进行的因素。
- 3) 术前准备及禁食水情况。
- 4) 焦虑、恐惧:对陌生环境,手术创伤、麻醉意外的不确定性。

(2) 手术方式

根据手术方式准备手术用物。

(3) 手术体位

术前肢体功能的评估。

(4) 术中体温保护

控制好手术间温度,避免术中发生低体温。

(5) 检查

各仪器设备、电切器械性能是否良好。

2. 手术步骤与配合

手术步骤与配合见表 4-5 所示。

表 4-5 宫腔镜下子宫内膜息肉电切术手术步骤与配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒会阴部	递 0.5%碘伏消毒会阴及阴道
2. 常规铺单	同膀胱结石位铺单
3. 正确拼装电切镜，并连接电切镜、冷光源	接通各仪器电源，打开开关，调节好亮度，递固定钳固定各种连接线，检查手术器械完整性
4. 连接膨宫管，并排掉管内气体	将膨宫管链接在膨宫仪上，连接膨宫液（3000ml 生理盐水），打开开关、排气（膨宫管及镜鞘与镜管间的空气）
5. 暴露子宫颈，置入电切镜	递窥阴器扩开阴道，子宫颈钳夹持子宫颈前唇，子宫探针探查宫腔深度和方向，递宫颈扩宫棒（由小到大）依次扩张子宫颈。排空镜鞘与镜管间的空气，缓慢置入电切镜
6. 探查宫腔，观察子宫内膜息肉大小、位置及与基层关系、蒂宽度等	观察膨宫液，及时更换
7. 用电切环，切割子宫内膜息肉	选择合适电切环，调至合适功率
8. 止血，取出组织	长弯血管钳取出子宫内膜息肉，纱布接取组织，保留标本待送检
9. 术毕，取出电切镜	正确拆分电切镜，整理好各连接线

3. 护理评价

- （1）手术进行顺利，物品准备充分。
- （2）患者的各项生命体征平稳。
- （3）术中体位摆放合理，无神经损伤、肢体过度牵拉。
- （4）术中未发生低体温。
- （5）各种管路连接妥善固定。
- （6）膨宫泵运转正常，及时更换膨宫液。
- （7）物品清点清楚。
- （8）转运过程安全顺利。

4. 注意事项

(1) 安放体位时动作轻柔，避免腓总神经及肌肉韧带拉伤，束带松紧适宜，避免影响下肢血液循环。

(2) 患者四肢注意包裹严密，不可接触金属架，防止灼伤。

(3) 臀下放置防水垫避免身体浸湿，增加压疮风险。

(4) 宫腔镜器械属精密仪器，要轻拿轻放，保护内镜镜面，防止磨损。

(5) 操作时应观察患者生命体征，及时更换膨宫液，防止空气栓塞、水中毒等。

(6) 环境温度较低时，注意给膨宫液加温。

(7) 术中注意检查电切环完整性，若有缺损，应立即进行查找，防止遗留患者体内。

三、开腹子宫全切除术护理配合

开腹子宫全切术是妇科常见手术之一。对于一些不适用微创方式手术的患者有重要意思。例如：盆腔严重粘连患者、子宫多发肌瘤无生育要求患者及子宫腺肌症巨大子宫患者。

1. 护理评估

(1) 患者情况

1) 一般情况：年龄、身高、体重、皮肤完整性。

2) 既往史：有无高血压心脏病等影响手术顺利进行的因素。

3) 营养状况：有无贫血、脱水及电解质紊乱。

4) 外周静脉情况。

5) 焦虑、恐惧：对陌生的环境，手术的创伤、疼痛、预后；手术、麻醉意外的不确定性；经济承受能力及手术治疗过程及预后的担忧。

(2) 皮肤

压疮和肢体功能受损的评估：手术体位的摆放和术中体位的护理。

2. 手术步骤与配合

手术步骤与配合见表 4-6 所示。

表 4-6 开腹子宫全切除术手术步骤与配合

手术步骤	手术配合
1. 消毒腹部皮肤	递海绵钳夹持 2%碘酒、75%乙醇纱球消毒腹部皮肤
2. 铺无菌手术巾， 贴无菌手术贴膜	协助医生铺无菌单
3. 切皮，腹部横切 野。钝性分离筋膜 及肌肉，切开腹膜， 显露腹腔	递 23#刀片切开，干纱布拭血，电刀止血；递甲状腺拉钩牵开尤口，止血递无齿镊，血管钳分离，并钳夹出血点，丝线结扎或电凝止血递无齿镊，血管钳夹住腹膜，10#刀划开一小口、电刀切开扩大，递切口保护垫直钳夹住腹膜切口边缘固定
4. 切断两侧圆韧带	递组织钳提起圆韧带，2 把血管钳夹住圆韧带，组织剪剪断，11×17 圆针 7#丝线缝扎
5. 打开膀胱反折腹 膜，切开阔韧带前 叶	递长镊，长组织剪分离后腹膜，切开阔前叶韧带
6. 切断两侧子宫动 脉	递长弯血管钳夹子宫动脉、再递长弯血管钳 2 把钳夹近子宫端，10#刀切断，近端 11×17 圆针 7#缝扎，远端 7#线结扎
7. 切断双侧骶主韧 带	递长血管钳钳夹、10#刀切断，11×17
8. 环切阴道穹窿， 切除子宫	圆针 7#丝线缝扎递组织钳钳夹穹窿处，递 23#刀切断。递长镊或血管钳夹持乙醇纱布塞于阴道内，将子宫及接触宫颈的用物放于弯盘内，2%碘酒、75%乙醇棉球消毒残端，递 0#圆针可吸收缝合线连续锁边缝合阴道残端
9. 冲洗腹腔，止血， 关腹	递温盐水冲洗，电凝止血，关腹前清点器械、纱布、纱垫、缝针及特殊用物

3. 注意事项

(1) 术前一日访视患者，了解患者病情及基本身体状况。注意有无影响手术进行的因素，解除患者焦虑恐惧心理，取得配合。

(2) 注意患者隐私保护，患者进入手术室后脱去病服应用棉被加以遮挡，手术

开始前手术区域也应加以覆盖。

(3) 输液部位选择上肢充盈静脉，保证穿刺顺利。

(4) 因术中为了暴露术野，会改变体位，应于患者膝关节上方放置约束带，固定患者，松紧合适。

(5) 术中巡回护士及时观察患者尿量、颜色，如发现有血尿立即报告手术医生。

(6) 手术结束嘱术者及时取出阴道内乙醇纱布。

四、阴式子宫切除术护理配合

经阴道全子宫切除术系经阴道进行，无腹腔干扰，可减少盆腹腔污染，术后病人恢复快，住院时间短，腹壁无瘢痕。

1. 护理评估

(1) 患者情况

1) 一般情况：年龄、身高、体重、皮肤完整性。

2) 既往史：有无高血压心脏病等影响手术顺利进行的因素。

3) 营养状况：有无贫血、脱水及电解质紊乱。

4) 外周静脉情况。

5) 焦虑、恐惧：对陌生的环境，手术的创伤、疼痛、预后；手术、麻醉意外的不确定性；经济承受能力及手术治疗过程及预后的担忧。

(2) 皮肤

压疮和肢体功能受损的评估：手术体位的摆放和术中体位的护理。

2. 手术步骤与配合

手术步骤与配合见表 4-7 所示。

表 4-7 阴式子宫切除术手术步骤与配合

手术步骤	手术配合
1. 会阴部及阴道	递海绵钳夹持 0.5%碘伏纱球消毒会阴部、阴道
2. 铺无菌手术巾	协助医生铺无菌单
3. 经尿道留置 14F 气囊尿管, 排空膀胱内尿液	递 14F 气囊尿管, 注射器抽取 10ml 生理盐水充盈气囊并连接引流袋
4. 固定小阴唇	递 9×24 角针 4#线将小阴唇固定到无菌巾上
5. 距宫颈 1cm 阴道前壁膀胱沟下弧形切开至子宫颈两侧, 深达子宫颈筋膜。沿宫颈向上钝性分离, 上推膀胱及尿道, 向后环形切开宫颈黏膜, 下推直肠	递阴道拉钩和小 S 拉钩暴露术野。递组织钳牵拉宫颈, 电刀切开, 递组织剪钝性分离组织
6. 切断双侧宫骶主韧带	递血管钳 2 把钳住韧带, 组织剪剪断韧带, 用 11×17 圆针 7 号线缝扎, 4#线结扎
7. 切开膀胱腹膜反折及后穹窿, 结扎双侧子宫动脉	递长解剖镊, 长组织剪剪开反折, 递长弯血管钳钳夹子宫动脉, 再递 2 把长弯血管钳夹近子宫端, 10#刀切断, 分别递 11×17 圆针 7#线缝扎
8. 依次切断双侧阔韧带、圆韧带、卵巢固有韧带和输卵管	递长弯血管钳钳夹韧带, 10#刀切断, 分别用 11×17 圆针 7#线缝扎, 4#丝线结扎
9. 取出子宫, 缝合残端	递长持针器 0#圆针可吸收缝合线缝合阴道残端, 清点纱布, 纱巾, 缝针
10. 冲洗术野, 止血, 必要时放置引流	递生理盐水冲洗, 电刀止血或 4#线缝扎, 放置引流管

3. 护理评价

- (1) 手术进行顺利, 物品准备充分, 三方核查按要求已严格执行。
- (2) 术中观察尿量、颜色正常。
- (3) 术中体位摆放合理, 无神经损伤及肢体过度牵拉。
- (4) 术中未发生低体温。
- (5) 术中标本保管妥善。
- (6) 手术物品清点清楚完整, 无遗漏。
- (7) 术后皮肤完整无异常。
- (8) 转运过程安全顺利。

第五章 早产儿的发育支持护理

在新生儿护理的广阔领域中，面对各种常见疾病的挑战，我们深刻认识到细致入微的观察、及时有效的干预以及充满爱心的关怀对于保障新生儿健康成长的重要性。新生儿作为生命的初始阶段，其生理机能尚未完全成熟，对外部环境的适应能力较弱，因此，针对其常见疾病的护理显得尤为重要。本章旨在对早产儿的发育支持护理进行研究与探讨。

第一节 概述

一、早产的病因

早产儿又称未成熟儿，指胎龄不足 37 周的活产婴儿，不论出生体重大小，但大多数体重不足 2500g。引起早产的原因很多，常见有多胎、胎儿畸形及母体孕期疾病、外伤、过度劳累、子宫及胎盘异常等。因孕周不足，早产儿各器官发育及生理功能尚不成熟，病死率远高于足月儿，主要死亡原因为低体重、缺氧、颅内出血、先天畸形、呼吸窘迫综合征、肺出血、寒冷损伤、各种感染、低血糖，胆红素脑病等。

国内报道早产儿死亡率为 12.7%~20.8%。胎龄越小，体重越低，死亡率越高，尤其是体重小于 1000g 的早产儿的死亡率更高。国外报道，1000g 以下的早产儿，随胎龄增加，死亡率由 56%降低到 35%；1000~2500g 的早产儿则由 15%降低到 3%。早产儿死亡的主要原因为围产期窒息、颅内出血、畸形、肺透明膜病、肺出血、硬

肿症、呼吸暂停、坏死性小肠结肠炎及各种感染。早产儿的死亡与胎龄大小有关。胎龄大，存活率高。胎龄<5个月者，迄今未见报道。此外，随着医护质量显著提高，早产儿的死亡率正在逐年降低。

由于分娩的动因目前还不是十分明确，故引起早产的原因亦不太清楚。但是迄今为止，已有不少研究发现早产与前列腺素（PG）增加、感染、胎膜早破、病理妊娠、子宫异常及其孕母存在的高危因素、应激因素、遗传因素有直接的关系，而这些原因及其影响因素是通过何种机制阻止妊娠的继续尚在研究之中。

1. PG 增加

目前已经确认 PG 是分娩中全能的介质，能诱发宫缩。妊娠期，在下列因素的影响下，体内 PG 增多，导致子宫收缩，诱发早产。

（1）妊娠期母亲和胎儿的应激状态能引起各种肾上腺及下丘脑应激激素的释放，这些激素促进了胎盘、胎膜和羊膜绒毛膜的肾上腺皮质激素释放激素（CRH）的表达，CRH 可加快羊膜绒毛膜蜕膜产生 PG。

（2）继发于蜕膜血管病变的子宫血流减少可引起子宫胎盘缺血，从而导致局部组织被脂过氧化物及自由基损伤，促进内皮素、PG 和蛋白酶的产生或引起胎儿窘迫并加强 CRH 的表达。

（3）蜕膜出血可引起子宫胎盘功能不全及胎儿低氧血症，从而加强胎儿胎盘 CRH 释放；加强细胞因子的释放从而促进巨噬细胞聚集；加强凝血酶的产生从而刺激蜕膜蛋白酶及 PG 的生成。

2. 感染

大量研究证实生殖道感染可影响妊娠的结局，容易引起早产。30%的早产与羊膜腔感染有关。孕妇的系统性感染（如肺炎、肾盂肾炎、伤寒等）也与早产有关。

3. 胎膜早破

胎膜早破也是引起早产的一个重要原因。早产中 57%是发生在胎膜早破之后，

尤其是胎膜早破后并发感染者，早产发生的机会更大。破膜后羊水流出，宫腔内压力降低，子宫体积缩小，从而诱发宫缩而导致早产。

4. 医源性早产

妊娠并发症（如重度子痫前期、妊娠期肝内胆汁淤积症、胎盘早剥及前置胎盘、双胎或多胎妊娠、母儿血型不合等）；或妊娠合并症（如妊娠合并心脏病，妊娠合并病毒性肝炎、妊娠合并慢性肾炎、妊娠合并系统性红斑狼疮等）存在时，疾病本身即可以作为早产的诱因。部分疾病由于危及母亲的安全，若继续妊娠至足月，将对母亲造成巨大威胁，如留下严重后遗症甚至危及生命，因而不得不在足月前终止妊娠而导致早产。有的疾病随着孕周的增加，病情加重，对胎儿的生命造成威胁，则只得提前终止妊娠让胎儿离开其母亲环境而导致早产。此类早产从某种意义上讲应属医源性的，但其根本又是疾病所致，称为医源性早产或干预性早产。

5. 子宫异常

子宫畸形（如双子宫、双角子宫、鞍状子宫、纵隔子宫和单角子宫等），常伴有子宫肌发育不良或宫腔异常，使蜕膜形成不良，影响胎儿的发育，并出现胎位异常，容易导致早产。

先天性宫颈发育不良及各种原因引起宫颈损伤或撕裂者，宫颈括约肌功能减弱，孕中期以后，在峡部延伸而形成子宫下段的过程中，宫颈内口松弛或宫颈结缔组织的连续性受到破坏；羊膜腔内压逐渐增加，宫口被动扩张，羊膜囊自宫颈管膨出而露于宫颈外口，最终因感染和宫颈内压增加导致胎膜破裂而早产。

6. 其他

（1）胎儿因素

流行病学的研究发现胎儿性别与早产发生有一定的相关性。多数认为单胎妊娠中男胎早产发生率高于女胎。此外，胎儿畸形可能与早产发生有关，具体的机制尚不清楚。

（2）年龄过大

许多研究表明，高龄（产妇 ≥ 35 岁）是早产的危险因素之一，并且随着年龄的增长，早产、低出生体重、胎盘早剥、前置胎盘、胎儿生殖道畸形的发生随着增加，围产期病死率也随着增加。

（3）种族

早产有种族差异，黑种人早产的发生率明显高于白种人。

（4）吸烟、饮酒

吸烟可以明显增加早产和低出生体重的风险，并且存在量效反应。已有研究表明，孕妇在孕晚期饮酒，与早产发生的风险增加有关。

（5）营养不良

动物实验和流行病学的研究已显示，若孕期出现营养不良，便会直接影响妊娠结局，容易出现早产、胎儿畸形、胎儿生长受限、胎死宫内和低出生体重。

二、早产的生理机制

早产是许多病理妊娠及并发症的共同结局，涉及子宫、胎膜、胎盘和胎儿的疾病，其发病主要与四大因素有关：激活母胎下丘脑-垂体-肾上腺轴；绒毛膜蜕膜炎；子宫病理性扩张；蜕膜出血，最终导致子宫收缩、宫颈改变伴有或不伴有胎膜早破的发生。

应激或宫内不良刺激可激活母胎下丘脑-垂体-肾上腺轴，促肾上腺皮质激素释放激素（CRH）分泌增加。CRH与人类妊娠时间的长短有关。早产孕妇血液中CRH含量较同期正常妊娠者显著升高，与足月妊娠孕妇临产前水平接近。机体的应激反应、遗传因素，甚至营养不良均可影响CRH的变化。

30%~50%的早产与感染相关，微生物可能通过阴道和宫颈上行感染，或经过胎盘的生源性播散，或从腹腔到输卵管的逆行种植或羊膜腔穿刺，绒毛活检、胎儿脐

血流穿刺等宫腔操作引发绒毛膜蜕膜炎症（宫内感染）。微生物中最常见的是革兰氏阴性细菌，细菌内毒素是革兰氏阴性细菌外膜的主要成分，对机体具有广泛的生物学作用，可能是导致早产的因素。此外，感染时 NO 和过氧化物可引起胎盘滋养细胞凋亡增加，在母胎交界处发生慢性胎盘早剥，并影响胎盘功能，细胞凋亡增加也可促进胎膜破裂，后者又能加重感染，形成恶性循环。同时感染本身可直接升高蛋白水解酶的活性，导致胎膜破裂、宫颈成熟。

妊娠期间，孕激素的作用使子宫平滑肌易于伸展；但胎儿的生长可促进子宫腔的长大，妊娠晚期胎先露亦可引起子宫下段的生理性扩张。当孕激素作用降低或子宫病理性扩张引起平滑肌伸展过度如多胎妊娠、羊水过多等，可诱发分娩发动，子宫平滑肌机械伸展是激活编码分娩发动基因和蛋白表达的一个重要信号，使早产风险增加。

正常妊娠的维持依赖高水平的孕激素对子宫静息状态的维持，孕激素在母胎界面发挥重要的免疫抑制作用，激活母胎下丘脑-垂体-肾上腺轴、绒毛膜蜕膜炎症、子宫病理性扩张和蜕膜出血这四大因素可称为促早产因素，孕激素通常对促早产因素起到抑制作用。若促早产因素打破孕激素的抑制作用，母胎内源性因素（如母胎界面炎症反应，内分泌环境，宫颈长度）和外源性因素（牙周病，生殖道微生物群，生活方式如吸烟、酗酒等）则可通过四条主要的途径启动早产。

母胎下丘脑-垂体-肾上腺轴的激活、绒毛膜蜕膜炎症、子宫病理性扩张、蜕膜出血四大因素最终解除孕激素的功能性抑制作用，打破子宫的静息状态而转变为功能苏醒和收缩活跃状态，导致早产。

三、早产的预防

1. 健康教育

早产健康教育的目的是减少早产的发生，早期发现早产的相关表现，及时得到

医治，最终实现提高母婴健康水平，提高人口素质的目标。孕妇学校是对孕妇进行健康教育的良好场所，其中强化有关早产内容的教育，尤其是对具有早产高危因素的孕妇及其丈夫认真进行孕产期健康教育对防治早产起着积极促进作用。对早产不同临床时期，教育内容也不同：

（1）孕前期

与保健对象有效沟通，了解其心理状态，进行相应的健康教育，指导保健对象孕前期保持心情愉快，避免精神过度紧张，减轻心理压力和恐惧情绪，学会自我保健及自我护理。

（2）孕早期

相当部分的孕妇在妊娠早期存在矛盾心理，要针对孕妇进行心理疏导，帮助其适应角色转变，接受妊娠，并让家庭成员了解和理解，能以积极乐观的态度对待妊娠阶段。

（3）度过孕早期后

对筛查有早产高危因素的孕妇进行相关知识教育。通过学习，使孕妇从精神上、心理上和物质上做好充分的准备，早期识别早产的症状如宫缩、后背痛、下腹坠胀感等，尽快就医。

（4）妊娠中晚期

妊娠中晚期，孕妇会因各种原因焦虑情绪加重，随着妊娠月份增加，行动不便，害怕分娩痛苦等，孕妇会更加敏感，此期更要做好思想工作，使孕妇解除顾虑，避免因紧张、忧虑情绪及劳累等诱发宫缩，导致早产的不良结局。此外，应指导孕妇节制性生活，以免胎膜早破。

2. 定期产前检查，筛查高危因素

孕期管理是预防早产的基础，应对孕妇进行全面系统的检查，筛查出高危孕妇，如属于能够纠正的应及时纠正，做到早期预防。既往有流产、早产史的妇女再次发

生早产的概率明显高于无早产史者，对此类孕妇应在孕中期做早产预测。进行产前检查时，应重视阴道细菌病和妊娠期无症状菌尿的治疗，特别是对那些以往有流产、早产史的高危孕妇，应积极治疗，采用全身用药或阴道内给药，针对病原体决定用药种类。异常胎位使发生早产的可能性增加，故妊娠中期发现异常胎位应及时纠正。妊娠 30 周前臀先露多能自行转为头先露，若在妊娠 30 周后仍为臀先露应给予纠正。

3. 积极治疗妊娠合并症或并发症

妊娠合并症或并发症者往往是医源性早产因素，应积极预防妊娠并发症及早期治疗并发症。在治疗这些疾病的同时，应适时促进肺成熟，预防早产儿呼吸窘迫综合征，提高生存率。合并产前出血时容易发生早产，在产前检查时要重视产前出血的孕妇，积极查找出血原因，给予早期预防。

4. 积极处理宫颈机能不全

宫颈在支撑妊娠及预防下生殖道的感染上起主要作用，无论什么原因导致的早产，宫颈扩张是终末点。宫颈关闭不全、宫颈先天发育不全或宫颈裂伤，可使宫颈内口括约肌功能丧失，宫颈口松弛，随着妊娠的进展，宫内压增高，胎膜呈楔形扩展至子宫外口，而致胎膜早破发生早产。

已经确诊为宫颈机能不全或宫颈裂伤者，应在孕 14~16 周进行宫颈环扎术，宫颈短（宫颈长度<25mm）或有裂伤者应进行宫颈缝合术，延长妊娠时间。孕前诊断宫颈严重裂伤者应修补后再继续妊娠。

第二节 发育支持护理相关理论

一、感官系统的发育以及与环境的关系

1. 早期脑的发育

大脑的发育主要有两个阶段：第一阶段从怀孕 10 周到 18 周，神经细胞的数量

不断增加，母亲营养不良、药物或感染等因素都会影响大脑的发育，也就可能影响到新生儿期的行为反应。第二阶段是从孕 20 周到 2 周岁。这期间是大脑的快速发育期，也是大脑皮质细胞树突发育的关键期。婴儿大脑的成熟从他/她的行为中可以看出，一个孕周小的新生儿反应较为不成熟。这是因为胎儿在母亲的子宫内得到很好的发育，受到母亲的保护，胎儿持续从母体获得营养，周围温度恒定。而早产儿则在 37 周之前离开了母亲温暖、充满羊水的子宫，进入 NICU 的环境，早产打破了大脑结构的进一步分化和成熟，如大脑的重要区域的发育受影响，同时影响脑细胞的迁移、突触的髓鞘化等。医学上早产儿与足月儿脑组织容量比较发现，灰质容量无差异，但白质容量和白质髓鞘化明显减少。

2. 胎儿感觉神经系统的发育

在胎儿时期，感觉系统发育的顺序是触觉、前庭感、嗅觉、味觉，听觉、运动/本体感觉、最后是视觉。胎儿在宫内 22~24 周时就听到母亲，父亲、以及兄弟姐妹们的声音，这些声音对于新生儿来说是非常熟悉的，所以他们能够分出家人和陌生人的声音。新生儿非常喜欢在宫内听到的妈妈的声音以及妈妈的语言。实验证明胎儿和新生儿都是有记忆的。他们对于在宫内听到的故事在出生后重新听时表现出熟悉，而对于没听过的故事则没有任何表现。胎儿在宫内时听到的声音不超过 85dB，当声音频率和音调都较低时新生儿表现出安静，高频和高调的声音使新生儿表现出警觉、焦虑，影响睡眠。对声音的习惯能力也体现出神经系统的完整性，足月儿相比早产儿对声音能更好更快地适应。

眼睛的发育从孕 22 天就开始了，从孕 10 周开始到孕 26 周胎儿的眼睑都是融合的，眼睑睁开是一种功能上的成熟，孕周越大，该功能越成熟。目光能够关注、跟随物体的移动，具有警觉性是神经系统完整性的体现。出生时，新生儿能够看到距自己面部 20cm 左右的物品。生后几秒钟新生儿便能辨认出自己母亲的脸，抱着新生儿在怀里吃奶的距离便是其能辨认母亲的脸的适当距离。嗅觉在出生时已经很好地

发育了，嗅觉能够引导新生儿嗅到母亲乳头的香味。当早产儿出生后，在新生儿监护病房中开始接触视觉及听觉刺激，但过度的不良刺激会使早产儿过早启动大脑皮质路径，可抑制日后神经细胞的分化而干扰脑部的发育，尤其是影响与复杂的思维过程、注意力及自我调适有关的额叶。这可能是造成早产儿日后学习障碍、智商低、语言理解及表达障碍的原因。同时，动物实验表明，各感官系统之间的发育是互相影响的。

3. 环境刺激对新生儿的影响

胎儿所处的环境明显与出生后所接触的环境不同，一般新生儿重症监护病房环境并不符合早产儿发育的需求。胎儿所在的环境是幽暗的，低分贝的，有羊水不断刺激其骨骼肌肉发育的环境。而出生后，早产儿很难适应 NICU 的环境，无论是亮度、噪声及医疗活动都可能过度刺激他的感官系统发育，并干扰他的睡眠清醒形态。

（1）过度的触觉刺激对新生儿的影响

在子宫内的胎儿被温暖的羊水所包围着，被羊水持续温柔的震动所抚触着。然而出生后在新生儿重症监护病房中，婴儿所接触的刺激多是不舒服的。观察发现，婴儿在新生儿重症监护病房中一天会接收到多次来自医疗人员的接触，而表现出心率、血压变化；颅内压力增加；血氧饱和度及皮肤血流降低。侵入性的操作可造成颅内血流及血氧饱和度的明显改变，增加脑室出血及脑室周围白质软化的机会。

另外婴儿可能会将所有的接触都认为是疼痛的来源，而表现出哭闹，反抗及逃避的行为。例如婴儿的口腔经验通常是不愉快甚至是疼痛的刺激，如口鼻腔吸引分泌物、经口气管插管或经口留置胃管等，这可能使婴儿口腔过度敏感，同时也影响婴儿的吸吮，造成日后吸吮，吞咽及喂食的困难。

（2）不良的味觉以及嗅觉刺激对新生儿的影响

胎儿在宫内不断吞咽羊水，故母亲身上的味道对其来说很熟悉，而出生后接触到的是生理盐水的味道。婴儿在新生儿重症监护病房中所接触的嗅觉刺激通常是消

毒水、酒精、去黏剂、橡胶手套或者工作人员身上的香水等。婴儿可能为了避免这样的刺激而表现出心跳加速及呼吸的改变。

（3）噪声对新生儿的影响

人类胎儿的听力系统早在怀孕 23 周到 25 周就对声音有生理上的反应。出生后，婴儿就可以分辨出母亲的声音。早产儿的听力系统在 30 周到 32 周左右才能成熟，无需经由特别的训练。声音刺激对 23 周到 25 周的早产儿就会造成生理上的影响。

在新生儿重症监护病房里所出现的许多声音，一般来自监护病房的设备包括各种报警声、来自墙式氧气空气的声音，人的嘈杂声。其中监护仪报警声和电话铃声等属于高振幅的声音。此外，有一些较少被预期且常是高振幅的声音，大于 70dB 或更高，这些声音主要来自工作人员的活动，包括大笑、沟通、查房、关暖箱门等。

在新生儿重症监护病房的婴儿其听力系统并未受到母亲的保护，后者可以明显降低超过 250Hz 的声音，所以婴儿比胎儿暴露在更多的高频声音下。新生儿重症监护病房的低频及高频声音都是高音量，因此婴儿周围的声音，包括人的声音和子宫内所听到的声音明显不同。噪声干扰婴儿的睡眠，增加其心率，导致其周围血管收缩；突发的噪声可导致婴儿血氧饱和度降低、哭泣、烦躁，颅内压升高、生长激素水平降低等。

（4）光线对新生儿行为的影响

中枢神经系统中，最晚发展的感觉系统是视觉系统，因此它也是出生时最不成熟的系统。然而大多数新生儿重症监护病房的光线是持续性、高亮度的荧光灯或白炽灯，很少有日夜的变化。早产儿还时常暴露在额外的光源下，例如鹅颈灯，光疗仪以及过度的直接来自窗外的光线加上人工的照明。受光线的刺激早产儿视网膜病变机会上升，深睡期时间短，无法建立昼夜节律，体重增加缓慢，互动时无法睁开双眼。

较暗的背景光线可以增加深睡眠的时间，也便于眼睛睁开以及清醒期时间的增

加。研究显示在光线有日夜差别的环境中，会增加早产儿的睡眠时间，减少活动以及心跳血压的变化，增加眼睛张开及清醒状态的持续时间，增加喂养的耐受性。对于稳定的婴儿可增加体重、促进早产儿的行为，使荷尔蒙分泌与外在环境的互动相整合。傍晚及晚上减少光线亮度可促进早产儿休息及有利于能量的储存。当光线被调整微暗时，工作人员的活动及噪声也相对减少。

二、对早产儿行为状态的观察

作为早产儿的照顾者必须了解早产儿的各种行为状态提供的暗示，才能有针对性地提供个体化的照护。这些行为观察包括：自主/内脏系统，状态，运动，和注意力有关的行为表现。观察时根据相应的表格进行，各系统的评估内容包括以下方面。

（一）自主系统行为

又分为呼吸、肤色、自主系统不稳定相关的运动形式、内脏和呼吸行为。

1. 呼吸

分为以下情况

（1）规则：呼吸间隔时间是平稳的。

（2）不规则：呼吸间隔时间不同，忽长忽短。

（3）慢：小于 40 次/分。

（4）快：超过 60 次/分。

（5）呼吸暂停：任何时候发生呼吸停止等于或长于 20 秒；呼吸停顿时间等于或长于 2 秒钟。

2. 肤色

（1）黄疸：皮肤黄色。

（2）粉红：整个面部毛细血管充盈好，肤色粉红，包括口周以及两鬓；如果观察躯干和四肢，标准相同。

(3) 苍白：发白，面部部分蜡黄，例如：前额、鼻或嘴的区域，两鬓或整个皮肤颜色。

(4) 花纹：可见网状分布的血管，常位于面部、颈部、有时布满全身以及四肢。

(5) 红：过于充盈，见于红细胞增多症。

(6) 灰暗：紫色、面部部分暗沉或全身暗沉。

(7) 青紫：口周或面部其他部分、躯干或四肢发绀。

3. 自主系统不稳定相关的运动系统模式

(1) 发抖：部分或全身的战栗和颤抖，例如腿部或下颌颤抖。

(2) 受惊吓：突然大幅度臂部或躯干或腿部或全身的跳动。

(3) 抽搐：（面部、身体或四肢）小幅度，骨骼肌短暂的收缩反应，由神经元引发的单个大的冲动导致的，应记录好发生部位。

4. 内脏和呼吸系统行为表现

(1) 呕吐：吐奶或者吐唾液，不是流口水。

(2) 恶心：婴儿表现出瞬间哽咽以及呕吐表情，呼吸模式有所改变，经常伴有轻微张嘴。

(3) 打饱嗝：婴儿呼气相时带出空气。

(4) 打嗝：由于会厌以及膈肌痉挛引起一次或重复的吸气相尖锐的声音。

(5) 肠道蠕动：肠道运动的声音，婴儿面部和身体表现出用力的样子，通常是因为肠道运动发出咕噜声，有气体或大便从肠道通过。

(6) 叹息：婴儿在吸气或呼气时比平时的呼吸模式时间更长，深度更深，有时可以听到声音。

(7) 气促：婴儿呼吸很困难，经常呼吸后出现暂停，明显吸气未完成即开始呼气。

（二）运动系统行为

分为四肢以及躯干运动，面部运动行为以及特别的肢体行为。

1. 四肢以及躯干行为

（1）上肢松弛

一只或两只手肌张力非常低，手臂放下或举起或移动时都表现松弛无力，屈曲或伸直体位时分别进行评估。

（2）下肢松弛

双下肢肌张力明显低，腿部放下、举起或移动时表现无力。

（3）手臂屈曲

活动时指手臂屈曲的运动；固定体位时保持手臂屈曲姿势的位置。

（4）腿部屈曲

活动时指腿部屈曲的运动，无论是否能保持，可能重复动作或者不断调整屈曲姿势；固定体位时保持腿部屈曲姿势的位置。

（5）手臂伸直

活动时指单个或双手臂伸直的运动，可能是单个或连续动作，经常与屈曲运动交替，这种情况下伸直和屈曲都需要评估；固定体位时指保持手臂伸直的体位，无论在半空还是在体表。

（6）腿部伸直

活动时指单腿或双腿伸直运动，可能是单个或连续性的动作，常与屈曲运动交替，这时，伸直以及屈曲都需评估；固定体位时指保持腿部伸直的姿势，无论在空中还是体表。

（7）平滑运动

指手臂、腿部以及躯干的整体平稳运动，根据伸展和屈曲进行平衡，表示对调整运动的控制力。

（8）伸展

这是一种躯干部疲劳的伸展动作，经常伴有臂部的伸展，有时也有腿部的伸展，紧接着有明显的努力将躯干向后屈曲，这种，伸展和屈曲的动作可重复数次。有时这种伸展动作持续时间较长，经常伴有呼吸频率减少，甚至导致呼吸暂停。经常在这种运动模式的过程中，呼吸气会停止，肤色会变深逐渐灰暗，这种运动类似于溺水时的挣扎，企图重新恢复呼吸。关注点应在于呼吸的恢复。通常又会发生呼吸过快，或表现为疲劳无力或呼吸暂停时间延长，需要将躯干和四肢屈曲，有时需要额外的刺激才能使其恢复呼吸。

（9）扭曲不停

指小的扭动，躯干部的小幅度扭动，常伴有肢体的运动。

（10）角弓反张

指躯干部弯成弓形，和（或）头的伸展，上肢可以也可不会伸展，下肢经常伸展。

（11）躯干屈曲

指躯干蜷缩或屈曲动作，或躯干保持屈曲姿势。婴儿蜷缩或缩起躯干部，和（或）肩膀屈曲位；经常婴儿屈曲腿部，同时也屈曲手臂。

（12）腿部支撑

婴儿将腿和（或）脚靠近暖箱壁、小床等，或照护者的手或身体，好像努力稳定和支撑。一旦触碰，婴儿便会屈曲腿部，保持支撑的同时放松，或又开始重新努力。婴儿可能把他的一只或两只脚支撑在床垫或毯子卷上。

2. 面部行为

（1）伸舌

婴儿的舌头吐出在唇外，或伸出的舌头藏在下唇下。无论婴儿保持这种舌头姿势或者反复伸出和屈曲或者舌头的放松运动都要在这一行为表现上打钩。无力的下

垂的舌头特别标记。柔软的能自我调整的演讲样子的舌头运动或嘴部运动不包括在此。

(2) 手放面部

婴儿把一只或双手放在脸上或头上，或者放在耳朵上，能够持续短时间，有时可能放置较久。这个动作具有保护性。

(3) 面部张口

指嘴巴张开，下垂的形态，是下面部肌张力下降的结果，表现出面部无力或精疲力竭的样子。可能是对称的，双眼睁开观察周围。也可出现在活动期睡眠时。

(4) 愁眉苦脸

这是指面部伸展的形态，经常伴有唇部收缩，面部收缩和变形。眉毛紧锁或皱眉不属于这一行为，因为眉毛紧锁代表面部屈曲而不是伸展。

(5) 微笑

笑脸需要面部放松，但不伴有肌肉松弛。嘴角稍稍向上翘，伴有短时或长时间面部肌肉放松。

(6) 嘴部

婴儿重复张开和关闭嘴唇和（或）下巴的运动。不同于觅食动作。

(7) 觅食

婴儿将嘴唇向前或侧边伸出，张开嘴巴寻找食物，经常在觅食动作的同时需要。

(8) 吸吮

婴儿吸吮手或手指，衣服，照护者的手指或妈妈的乳房，安慰奶嘴或其他婴儿能接触到的物品或者照护者塞到其口中的物品。

3. 特别的肢体运动

(1) 手指张开

婴儿手张开，手指伸展，手指之间张开。

(2) 飞机姿势

婴儿手臂完全伸出肩膀以外，或上下臂之间有个角度，但也是伸出肩膀以外水平。

(3) 敬礼姿势

婴儿的手臂完全伸到半空中，单手或双手。伴有或不伴有手指张开的动作。

(4) 坐位姿势

婴儿的腿伸向半空中，单腿或双腿。仰卧、侧卧、俯卧或直立位置时都可能发生。

(5) 双手交叉

婴儿在身体中线位置一只手抓住另外一只手或者双手相扣。

(6) 双腿交叉

婴儿两只脚互相依靠，一只脚掌与另一只相对，或者一只脚掌对另一脚的脚踝或腿，或者婴儿两腿交叉，以脚靠着另一只腿的姿势。

(7) 手傍口位

婴儿试着将一只或两只手或手指放在嘴边，努力像吸吮，这种努力不一定要记录。

(8) 抓握

婴儿用手做出抓握的动作，无论是脸的方向或身体的方向，或是半空中，也可能是照护者的手或手指或身体，也可能是婴儿自己的奶瓶，管道或床等。

(9) 握持

婴儿握住检查者的手或手指或手臂等；或照护者更换婴儿手的位置，婴儿开始握持。

(10) 握拳

婴儿手指屈曲，握住自己的手，形成拳头。有时拳头中握住了一些东西例如毯

子的边缘。

（三）状态相关的行为

以下这些特别的、典型的、注意力相关的行为被分到状态组。不同的行为形态（包括眼部运动，睁眼和面部表情，全身运动，呼吸，肌张力等方面）被运用到特别的、短暂的判断婴儿处于何种意识状态中。在区分不同状态和意识反应有关的行为形态的动态转化中可能起到有意义的、系统的作用。

1. 睡眠状态

（1）状态 1：深睡眠

1) 状态 1A：弥散性的深睡眠，在有辅助通气的情况下，呼吸可以规则，闭眼，没有眼部运动，面部表情平静，没有其他活动，肤色较差。

2) 状态 1B：深睡眠，大部分能自己调整呼吸，闭眼，眼睑下看不到眼部运动，面部表情放松，没有其他活动，有时会有惊跳。

（2）状态 2：浅睡眠

1) 状态 2A：弥散性的浅睡眠，闭眼，能观察到眼睑下快速眼运动，可能伴有低幅度的活动，但这些活动是弥散的紊乱的；呼吸不规则，有很多吸吮和嘴部动作，或者有微弱的啜泣声，面部、身体和四肢有抖动，有时有奇怪的面部表情，肤色较差。

2) 状态 2B：浅睡眠，闭眼；能观察到眼睑下快速眼运动；活动幅度低，有时有微弱的跳动。比状态 2A 的运动幅度更小；婴儿有时表现为小的惊跳，呼吸更规则，可能偶尔有微小的吸吮和嘴部动作；可能听到一两次的啜泣声，也偶尔有叹息声或微笑。

2. 过渡状态

状态 3：瞌睡

（1）状态 3A：弥散性的嗜睡，半睡半醒，眼睛半闭半睁，眼睑扑动或频繁眨

眼；如果婴儿眼睛睁开的，则表现为呆滞的面无表情的样子；可能有各种幅度的活动，伴有或不伴有惊跳；活动是弥散性的，有时表现出烦躁和（或）发出各种声音，做各种面部奇怪表情等。

（2）状态 3B：想睡觉的样子，同上述表现一样，但是很少发出各种声音，很少做各种奇怪的面部表情等。

3. 清醒状态

（1）状态 4：安静清醒和（或）警觉

1）状态 4A：弥散性清醒。需区分两种类型的弥散性清醒。

4AL：警觉度低，眼睑下垂，清醒但表现出慵懒的样子；安静，活动度小，眼睛半睁半闭，目光呆滞，面无表情，给人很无力的印象，或者貌似聚精会神但又很疲劳。

4AH：高度警觉，眼睛睁得很大，给人极度恐惧的感觉，害怕，似乎与刺激有关，婴儿好像无法自我调整，对某物或某照护者表现出紧张的状况，而且无法转移注意力。

2）状态 4B：警觉，忽闪着明亮的眼睛，面部表情活泼，婴儿似乎注意力集中在刺激或人的来源，而且似乎尝试着处理这些信息，做出调整，运动或活动都很少。

（2）状态 5：活动清醒

1）状态 5A：弥散性活动清醒，眼睛可能睁开也可能不睁开，婴儿明显醒着的，但可表现为肌肉紧张，面部痛苦表情、奇怪的表情或者其他不舒服的症状。

2）状态 5B：活动清醒，婴儿精力充沛，眼睛可能睁开或不睁开，婴儿明显醒着并且较为警觉，有明确的运动或活动，婴儿也可能明显受过惊吓，有哭声但没有很大声。

（3）状态 6：高度觉醒，激动不安，大声哭

1）状态 6A：弥散性的高度觉醒，高度紧张，可以从紧张的表情和哭泣的脸看

出来，然而哭声可能很疲乏、微弱或者哭但没有声音，紧张的程度非常高。

2) 状态 6B: 高度觉醒，哭声强壮的，有节奏的，紧张的，精力充沛的，有活力的。

(4) AA 状态：连续的变换状态

婴儿转入长时间呼吸暂停状态可能超过 8 秒，表明婴儿已经连续从一种状态转移到另一种状态。

(四) 注意力相关的行为

这些行为似乎与注意力状态有关，而且是无法自我调整的征象，例如受惊吓、打喷嚏、打哈欠或表现为各种表情（例如惊讶表情等）。

1. 惊讶

惊讶是状态 5 当中的组成部分，也不是必然存在的，有时出现在状态 3 或者状态 2 中。惊讶是一种可以听到的声音用以表达不舒服、不安、不高兴、紧张等。

2. 打哈欠

婴儿张大嘴，常伴深吸气。

3. 打喷嚏

婴儿间歇性爆发性地从口鼻强制性地喷出气的动作。

4. 面部特殊表情

婴儿眼睛睁开或闭眼，眉毛扬起，前额向上，可能发生在睡眠或清醒状态。

5. 眼睛飘浮

婴儿双眼运动漂浮，明显抑制的样子，经常双眼运动无法共轭。可能发生于眼睛半睁时或全部睁大时。

6. 转移目光

婴儿活跃地将目光从周围的人或物转移开，也可能瞬间地闭眼。

7. 皱眉

婴儿通过收缩眼周肌肉，使双眉紧锁或者眼睛变深，从而使上面部缩在一起。

8. 惊讶表情

婴儿口周变圆，嘴唇缩拢，嘴和唇向外嘟起，形成“O”形状，可能伴有眼睛睁开或关闭。

9. 锁定

婴儿盯住某一物体或环境或照护者，或者紧紧凝视着某一方向，环境中的声音可能是导致这一状态发生的因素，婴儿是否能处理所看到的信息并不清楚，这项行为似乎是被强制的，很难改变。

10. 说话运动

婴儿的舌头和嘴唇做一种柔和的、有节奏的似乎在说话的样子，面部表情是非常放松愉快的，或者婴儿愉悦地凝视周围环境或照护者。

每 2 分钟进行以上内容的评估，尽可能进行长时间连续评估，并需要认真地进行记录，这之后进行总结，写出对婴儿观察结果的汇报，为临床进一步的治疗护理提供信息。

三、早产儿常见并发症护理

（一）新生儿动脉导管开放

新生儿动脉导管开放，又称动脉导管未闭（PDA），是新生儿先天性心脏病常见类型之一，正常新生儿出生后 10~15 小时动脉导管可达到功能性关闭，3 个月达到解剖学上的关闭，若持续开放，并产生病理生理改变，即称动脉导管未闭。早产儿因为出生后缺氧诱导动脉导管（DA）收缩机制不成熟，且 DA 对血管活性物质的反应敏感性下降。PDA 发病率较高，体重低于 1750g 的早产儿中 45% 有 PDA。由于导管水平持续分流，形成有血流动力学影响的 PDA，导致体循环低灌注，心肺功能衰竭危及生命，是影响早产儿存活率和后遗症发生率的常见原因之一。

1. 病因

(1) 新生儿动脉导管未闭的病因动脉导管未闭发生的主要原因可分为遗传和环境两类，在胎儿期任何影响心脏胚胎发育的因素均可能造成心脏畸形。单纯遗传因素导致（如基因突变染色体畸变）的占 8%，单纯环境因素导致的占 2%，遗传和环境相互作用而引起的占 90%。环境因素包括母亲怀孕头 3 个月内感冒，受风疹、柯萨奇病毒感染；摄取锂盐；患糖尿病；酗酒；孕母接触放射线；在怀孕早期服用苯丙胺等药物；怀孕早期先兆流产应用某些保胎药物如孕酮等。

(2) 早产儿动脉导管未闭的病因早产儿尤其是极低出生体重儿由于动脉导管壁肌层发育不良，缺乏有利于动脉导管闭合的内皮下组织垫，导管收缩能力差，同时导管对血氧分压升高的反应低于足月儿，患呼吸窘迫综合征时易出现低氧血症和酸中毒等均可导致出生后动脉导管不能很快闭合，发生动脉导管开放，引起血流动力学紊乱。出生体重低于 1750g 的早产儿，PDA 发生率约为 45%，低于 1500g 的早产儿，PDA 发生率约为 65%。

2. 发病机制

动脉导管的开放使主动脉和肺动脉之间存在通路，分流量的大小与导管的粗细及主、肺动脉之间的压力差有关，由于主动脉压力高于肺动脉压力，故无论收缩期或舒张期血液均自主动脉向肺动脉分流，肺循环血量增加，回流至左心房和左心室的血量增加，致左心房和左心室压力和负荷加重而肥厚扩大，甚至出现左心功能衰竭。长期的左向右分流，刺激肺小动脉痉挛，肺循环压力升高，致右心室负荷加重，右心室逐渐肥大。如肺循环持续高压则由功能性转变为器质性肺动脉高压。当肺动脉压力超过主动脉时，即产生右向左分流，新生儿呈现下半身青紫，左上肢轻度青紫，右上肢正常，成为差异性发绀。由于主动脉血在舒张期亦流入肺动脉，故周围动脉舒张压下降而致脉压增大。

3. 临床表现

(1) 疾病症状与分流量及肺动脉压力高低有关,分流量小者常无症状。分流量大者,活动疲乏,气促多汗,瘦弱苍白,声音嘶哑,反复患肺炎、心衰。有显著肺动脉高压者,血流自肺动脉向主动脉分流,出现差异性发绀。

(2) 疾病体征心前区隆起,心浊音界向左下扩大。胸骨左缘第2~3肋间连续性机器样杂音,心尖区舒张期杂音,肺动脉第二心音亢进。偏外侧有响亮的连续性杂音,可向左上颈背部传导,伴有收缩期或连续性细震颤。出现肺动脉高压后,可能仅听到收缩期杂音。可出现周围血管征,如股动脉枪击音、水冲脉,毛细血管搏动征等。

4. 治疗

一般治疗主要包括限制液体量,对早产儿的补液方案是限制液体量同时保证生理需要。一般第一天液量为60~80mL/kg,其后每天增加10mL/kg,直到第一周末达到120mL/kg,避免低氧血症和酸中毒,适当的高呼气末正压和短吸气时间,可减少PDA分流,增加有效体循环血量,有利于改善症状。给氧浓度根据动脉血氧分压调节,开始时较高,以后逐渐下降至40%以下,监测血氧饱和度,避免过高氧浓度引起并发症。

(1) 内科治疗

1) 早产儿动脉导管未闭的治疗

可用吲哚美辛口服,以抑制前列腺素合成,促使导管平滑肌收缩而关闭导管。PDA关闭率为46%~89%,但吲哚美辛有效血药浓度安全范围较窄,且可导致肾功能障碍、颅内出血、坏死性小肠结肠炎和肠穿孔等不良反应。近年国内外采用布洛芬治疗早产儿PDA,取得较好疗效,关闭率为73.0%~95.5%,且对肾脏、脑及消化道血流动力学影响显著减少。一般在早产儿出生3天内给药效果最佳,出生10天内用药有效率为80%左右,14天后效果不佳。一般吲哚美辛用药后36小时动脉导管关闭。

吲哚美辛因副作用大,剂量难以掌握,在临床使用有一定限制,近年来多选用

布洛芬治疗早产儿 PDA。该药为非选择性环氧化酶抑制剂，不影响脑、肠系膜及肾血流量，首次剂量为 10mg/kg，静脉推注，24 小时及 48 小时分别应用第 2 剂及第 3 剂，剂量为 5mg/kg。

2) 介入性心导管术

近年来介入性治疗已成为动脉导管未闭首选治疗方法，可采用微型弹簧圈或蘑菇伞堵塞动脉导管。

(2) 手术治疗

手术结扎或切断缝扎导管即可治愈，宜于患儿 1~6 岁实施，必要时任何年龄均可手术。

5. 护理诊断

- (1) 有感染的危险与免疫功能低下有关。
- (2) 有窒息的危险与喂养困难，气促乏力而引起呕吐有关。
- (3) 潜在的并发症：心力衰竭与心率过快、呼吸困难有关。

6. 护理措施

(1) 室内空气要流通。冬天应定时打开窗户，以加强空气对流。有持续青紫的新生儿，应避免室内温度过高，导致新生儿出汗、脱水。

(2) 给予高蛋白、高热量、富含维生素的饮食，以增强体质。进食避免过饱。对青紫型心脏病新生儿须给予足够的饮水量，以免脱水而导致血栓形成。

(3) 有心脏病先天性动脉导管未闭的新生儿，喂养比较困难，吸奶时往往易气促乏力而停止吮吸，且易呕吐和大量出汗，故喂奶时可用滴管滴入，以减轻新生儿体力消耗。喂哺后轻轻放下侧卧，以防呕吐物吸入而引起窒息。恢复饮食后注意观察有无呛奶、腹胀等。鼻饲前回抽残余奶量，观察残余奶量及性状。呼气末正压呼吸、呼吸机辅助呼吸新生儿保持胃管开放，给予胃肠减压；也可经脐静脉插管或经外周中心静脉插管持续输注营养液治疗。

(4) 呼气末正压呼吸、呼吸机辅助呼吸新生儿保持管道通畅, 注意鼻部皮肤保护, 及时添加湿化液, 吸入气体温度为 $34^{\circ}\text{C}\sim 35^{\circ}\text{C}$ 。术后应加强观察新生儿病情, 术后 24 小时是各种心律失常发生的高峰期, 应严密心电监护, 监测新生儿心率、心律、呼吸及血氧饱和度变化。动脉导管术后易出现高血压倾向, 术后每 15 分钟测量一次血压, 平稳后每小时测一次。此外要注意观察新生儿有无心力衰竭的表现。

(5) 避免新生儿情绪激动, 尽量不使新生儿哭闹, 减少不必要的刺激, 以免加重心脏负担。保持大便通畅。对青紫型新生儿注意大便时勿太用力, 以免加重心脏负担。如两天无大便, 可用开塞露通便。

(6) 心脏病新生儿禁止大量输液, 如必须输液时, 输液速度须缓慢, 以防加重心脏负担, 导致心力衰竭。

(7) 应用吲哚美辛可出现颅内出血、坏死性小肠结肠炎、血小板功能不全、胃肠道出血、血糖降低及暂时性尿量减少, 加重新生儿黄疸等副作用。应注意观察。

(8) 对平时心脏功能和活动耐力都较好的新生儿, 应当按时预防接种, 但在接种后, 应多观察全身和局部反应, 以便及时处理。

(9) 动脉导管未闭的新生儿体质弱, 易感染疾病, 尤以呼吸道疾病为多见, 且易并发心力衰竭, 因此在院内要避免交叉感染。一切新生儿出现感染时, 应积极控制感染。

(二) 早产儿视网膜病

1. 病因

ROP 的病因是多因素的, 其中以低出生体重、胎龄为最主要的因素。其他危险因素包括吸氧、念珠菌血症、心室内出血、动脉导管未闭、应用多巴胺、光照、输血、维生素 E 缺乏、类固醇激素的应用等。

(1) ROP 发生相关因素

低出生体重、胎龄、吸氧、真菌菌血症的作用、视网膜血液灌注、输血。研究

者认为给氧是主要致病因素，其后限制用氧，ROP 发病率明显减少，但早产儿死亡率增加，以后又增加用氧，死亡率减少而 ROP 又增多。目前对婴儿的护理技术发展，给氧只起部分作用，只是促使血管异常的一个因素。

（2）ROP 发生的不确定因素

包括碳酸血症的作用类固醇激素的作用、表面活性物质的作用、抗氧化剂等。

2. 发病机制

目前对 ROP 的发病机制尚不完全清楚，一般认为视网膜未发育成熟为主要关键。胎儿早期视网膜发育由玻璃体动脉和脉络膜血管供给营养。当胎儿为 100 毫米长，约妊娠 4 个月时，玻璃体血管穿过视盘，同时有小分支从视盘向周边视网膜生长。正常胎儿在 6~7 月时，血管增生显著。约在 36 周到达鼻侧锯齿缘。早产儿视网膜血管尚未发育完全，出生后继续发育。在周边，特别是颞侧锯齿缘附近仍为一无血管区。正在向前发育的血管前端组织尚未分化为毛细血管，这些组织对氧非常敏感。若婴儿吸入高浓度氧，易致血管闭锁及抑制更多的血管形成。

血管内皮生长因子（VEGF）是一种重要的氧调节因子并在血管生成过程中扮演重要角色。当视网膜缺氧时，VEGF 水平提高，而当氧增加时，VEGF 水平降低。氧浓度的波动可引起人类严重的 ROP 发生发展。

3. 病变及分期

ROP 国际分类标准：该分类法根据病变的发展程度将 ROP 分为 5 期。

1 期：视网膜血管化区与未血管化区之间出现分界线。

2 期：分界线隆起、变宽、变大，形成嵴。

3 期：分界嵴外出现纤维血管组织。

4 期：部分视网膜脱离，包括 4A 期和 4B 期，4A 期是指视网膜脱离位于中心凹外，4B 期指视网膜脱离包括中心凹。

5 期：漏斗状视网膜全脱离。

另外,附加病变是指血管扩张、扭曲、玻璃体混浊、虹膜血管扩张及瞳孔强直,是标志 ROP 病变迅速发展的危险因素,一般发生于 3 期以上的严重病变。阈值病变是指连续 5 个钟点或累积 8 个钟点的 3 期伴附加病变,是早期治疗的关键时期。

4. 临床表现

常见于出生后 3~6 周,临床,上分为活动期及纤维膜形成期。

(1) 活动期分为五个阶段

1) 血管改变阶段

早产儿视网膜病变病程早期所见。动静脉均有迂曲扩张。静脉管径有时比正常的管径大 3~4 倍。视网膜周边部血管末梢可见如毛刷状的毛细血管。

2) 视网膜病变阶段

病变进一步发展,玻璃体出现混浊,眼底较前朦胧。视网膜新生血管增多,大多位于赤道部附近,也可见于赤道部前部或后极部,该区域视网膜明显隆起,其表面有血管爬行,常伴有大小不等的视网膜出血。

3) 早期增生阶段

上述局限性视网膜隆起处出现增生的血管条索,并向玻璃体内发展,引起眼底周边部(大多数)或后极部(少数)视网膜小范围脱离。

4) 中度增生阶段

脱离范围扩大至视网膜一半以上。

5) 极度增生阶段

视网膜全脱离。有时还可见到玻璃腔内大量积血。早产儿视网膜病变活动期病程为 3~5 个月。并不是所有病例都要经历以上的 5 个阶段,约 1/3 病例在第一阶段,1/4 在第二阶段停止进行,其余则分别在第三、四、五阶段停止进行而进入纤维膜形成期。

(2) 纤维膜形成期

在活动期不能自行消退的病例，终于瘢痕化而形成纤维膜，因程度不同，由轻至重分为 I~V 度。

1) I 度：视网膜血管细窄，视网膜周边部灰白混浊，夹杂有小块形状不规则色素斑，附近玻璃体亦有小块混浊，常伴有近视。

2) II 度：视网膜周边部有机化团块，视盘及视网膜血管被其牵引而移向一方，对侧视盘边缘有色素弧，视盘褪色。

3) III 度：纤维机化膜牵拉视网膜形成一个或数个皱褶。每个皱褶均与视网膜周边部膜样机化团块相连接。皱褶 90%位于颞侧，10%位于鼻侧。位于颞上、颞下侧者甚为少见。视网膜血管不沿此皱褶分布，与先天性视网膜皱襞不同。

4) IV 度：晶体后可见纤维膜或脱离了机化的视网膜一部分，瞳孔被遮蔽。自未遮住起，检眼镜检查可见眼底红光反射。

5) V 度：晶体后整个被纤维膜或脱离了机化的视网膜所覆盖。散瞳检查，在瞳孔周边部可见呈锯齿状伸长的睫状突。前房甚浅，常有虹膜前后粘连，亦可因继发性青光眼或广泛虹膜前粘连而致角膜混浊，眼球较正常者小，内陷。

5. 诊断检查

早期诊断及治疗可改善 ROP 婴儿的预后。早期诊断 ROP 最好的方法是开展早期筛查，这是减少婴儿视力残障的重要手段。诊断时应首先采集早产儿、低出生体重儿的氧疗史。ROP 病变早期，在视网膜血管的有血管区和无血管区出现分界线是 ROP 特有的临床体征。视网膜血管分界处的增生性病变、血管走行异常及不同程度的牵拉性视网膜脱离，均应考虑 ROP。

首次筛查应在出生后 4~6 周或纠正胎龄 32 周开始，随诊至周边视网膜血管化。筛查对象是胎龄小于 32 周或出生体重小于 2000g 的早产儿。对高危因素如吸氧、机械通气及败血症的早产儿适当放宽筛查指征。

6. 护理措施

（1）合理选择

用氧方式随着低出生体重儿、早产儿的日益增多，相关护理人员应加强对 ROP 的重视程度，严格控制用氧。在救治危重早产儿的过程中，应采取“就低不就高”的原则，即尽量不采取机械通气，而使用一般氧疗方式（如箱内吸氧等）改善早产儿的低氧状态；尽量不用或少用头罩给氧，但必须用头罩时应选择有空气-氧气混合器的头罩；对呼吸机设置较低参数，若病情得到缓解应及时撤氧、撤机。

（2）严格掌握氧疗指征

虽然目前氧疗已成为抢救危重新生儿的重要措施，但也应严格掌握相关指征。若血气和血氧饱和度在正常范围内，就应避免不必要的吸氧。吸氧时每班次监测氧浓度，监测动态血氧饱和度，仔细观察病情变化并及时记录，如血氧饱和度持续在 95% 以上，病情允许的情况下可逐步调低氧浓度。ROP 的发生与多种因素有关，其中吸氧是重要的因素之一，尤其与突然停止高浓度用氧有关，必要时监测动脉氧分压。

（3）做好 ROP 的筛查及护理

配合在 ROP 的防治中，筛查工作起到十分重要的预防作用。早发现、早干预及早期行眼底检查可有效控制 ROP 的发展，争取后续护理时间。对符合诊断标准的早产儿行眼底病变筛查直至周边视网膜血管化。首次检查应在矫正胎龄 32 周或出生后 4~6 周开始，可适当扩大患有严重疾病早产儿的筛选范围。术前护士应正确使用散瞳药，术中正确固定头部，术后为预防眼部感染需常规滴抗生素眼药水。

（4）健康教育

为实现 ROP 早发现、早干预，最理想的健康教育模式是护士应向早产儿家长讲解 ROP 高危因素、筛查标准及意义、治疗方法等，强调密切随诊的重要性和必要性，取得家长的积极配合。出院时做好出院指导。

第三节 发育支持护理的临床实践

一、婴儿室的物理环境

1. 与产房和母亲产后室的位置关系

理想的位置关系应为：婴儿室、产房和母亲产后室离得很近，都在一层楼面，通过交通工具例如轮椅或移床，产后母亲就可以根据自己的意愿随时到床边看望婴儿；母婴同室婴儿床旁的设施对母亲，父亲和婴儿都是可用的，希望至少父母当中的一位和婴儿一直待在一起，医护人员也非常希望和支持父母和婴儿待在一起。

2. 整体外观

理想的病区外观应为：婴儿室无论从家具、颜色搭配和灯光来说都完全是家庭的感觉，而且地板上铺有地毯，家居灯配有调暗的旋钮，可为婴儿提供个体化的需要；布置了各种美丽的植物，明显的个体化床旁物品，为父母提供了舒适的床旁物品和家具，照护者可为患儿提供舒适而宁静的护理（提供靠椅，双人沙发床，外线电话，边桌，橱柜等）。

3. 婴儿区的环境设计

理想的婴儿照护区域的环境应为：婴儿和家庭有足够的空间，不受病区其他活动的影响。在个体化婴儿家庭照护房间里，具有完全的、舒适的和私密的生活空间，例如母婴同室的浴缸和淋浴。婴儿室有足够的可供更换的房间，仪器储存离婴儿和家庭很远；治疗室、分检室和文书工作站、会议室和其他公共区域都是分开的，提供给婴儿和其家庭一个安静的环境。

4. 床位大小，密度

婴儿照护区域是家庭化的、半私密的或者私密的空间，宽敞的照护区域设有一个或最多两个床位，有足够的空间提供给婴儿和家庭，有足够的休息和睡眠空间。

5. 床位设计

经过很好的设计，一些仪器设备尽可能整合到婴儿床单位里，房间的设备 and 家具都是家庭式的，半私密或私密的。

6. 家庭参与情况

婴儿室环境亲切，人员亲切，充满支持的和家庭化的氛围。父母床放在婴儿床旁或者个体化的房间里，床足够宽，可供父母两个人使用，夜间陪护，随时可做皮肤接触。床旁安装了私人电话供家庭使用，小椅子和小桌子提供给婴儿的兄弟姐妹使用。房间内设置有私人沐浴间，内有浴缸淋浴提供给和婴儿待在一起的父母或其他家庭成员。

7. 提供给专业人士的可用设施以及服务支持

新生儿病区应有单独的支持服务，例如实验室和药房、营养室等，工作人员区域包括会议室、值班室和休息区域，离婴儿室较近。

二、婴儿床单位的物理环境

1. 声音

环境中声音要低，墙壁和地板的材质能够减轻声音或吸收噪声，非常小的垃圾回收以及开关抽屉的声音。关暖箱门以及橱门非常轻，设备移动非常安静，监护仪以及电话铃都很柔和，有条件的情况下尽量使用视觉和振动报警。工作人员保持安静。

2. 活动

应该避免以下活动情况：婴儿室环境忙乱，持续存在各种活动，探视者、工作人员、技术人员、实验室人员来来往往，水流声、开关门、仪器设备移来移去。应该保持婴儿室总是很安静，工作人员处理各种情况包括急救都很安静地处理。

3. 暖箱里/小床上视觉组合

应该避免以下组合：小床或暖箱的壁总存在复杂的高密度的视觉刺激排列，包括很多强烈图案（例如黑白棋盘）的玩具和汽车；总是存在于婴儿一睁眼就马上看到的区域，或者婴儿的视觉空间里充满了仪器设备和床，或者婴儿的视觉里空空荡荡，缺少材料，形式，颜色，即使婴儿醒着的时候。为了支持婴儿的状态，支持其自我调整更稳健，应该给予婴儿不同的视觉刺激，包括父母和（或）照护者的脸，且这种视觉变化从有到无应该是渐变的，例如父母离开时应该使婴儿看到父母的脸由存在到变柔和到慢慢退出其视野。

4. 嗅觉体验

应该避免以下嗅觉体验：有毒的气味经常性的存在于婴儿的嗅觉区域，例如酒精棉片、手消毒液、去粘剂、清洁液、最近的一些画、照护者的香水、煮食的气味、脏的衣物、橡胶管道、手套、仪器和一次性隔离衣。而熟悉的和舒服的味道不存在，例如母亲的乳房和体味、父亲的体味。应该创造熟悉的有父母体味的环境持续存在于婴儿周围。可以采用母亲贴身的小衣服或小手绢放置在婴儿鼻部使其感受到母亲味道的存在。

5. 味觉体验

应该避免的味觉体验是：有毒的味觉例如成的、苦的或酸的常存在于婴儿味觉区域，包括肥皂、洗手液、衣物洗涤剂、酒精棉片、去黏剂、清洁液、橡胶管道、手套和仪器。而熟悉的舒服的味道，例如母亲羊水、母亲的乳汁和父母体味缺乏。持续提供来自母亲乳汁和父母体味的熟悉的味道，没有母亲乳汁的情况下可以适当提供例如蔗糖水这样的甜味体验。

6. 触觉体验

应该避免严重的触觉体验例如粗糙、容易擦破/刮破皮肤的、锋利的、硬的、粘的材料或化学试剂刺激或皮肤刮伤。医护人员或父母应该避免大幅度的照护动作，例如突然的粗鲁的急躁的动作作用于婴儿大部分或全部的皮肤表面，避免突然的粗

鲁的翻身动作或更换尿布以及其他的操作。触觉刺激的材料可能包括粗糙的床单和衣服、床垫、锋利的指甲、皸裂的手、尼龙搭扣、胶布、橡胶、尼龙绳、外露的缝线、旧的羊毛物、聚苯乙烯泡沫塑料一次性塑料尿布。应该提供给婴儿熟悉的和舒服的触觉体验，例如父母柔软的肌肤、天然柔软的羊毛毯、100%棉质，天鹅绒，和（或）丝质的床单位用品和衣物。

应该创造的环境：婴儿总是感受到来自父母的手和身体提供的熟悉的触觉刺激。床上用物和照护用的材料总是提供支持婴儿发展的舒适的感觉。所有的材料和用物都是适合个体发展、适合婴儿皮肤的。婴儿接受来自 NICU 工作人员在护理过程中给予的持续的温柔的平稳的，与婴儿自己的运动合拍的感觉刺激。

7. 照护温度和大气循环

（1）应该避免

在婴儿室以及婴儿床周围的大气温度和循环波动厉害，经常性达到挑战婴儿体温自我调整和稳定能力的水平，故应小幅度逐步调整婴儿的环境温度以保持婴儿的体温维持在 $36.5^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

（2）应创造的环境

婴儿室以及婴儿床周围的大气温度和循环总是稳定的，持续增强婴儿的体温自我调节能力从而维持稳定。

8. 床上用品和衣物

（1）应该避免发生的场景是

床上用品和衣物没有按照婴儿个体化的喜好和希望来提供，婴儿可能赤裸地躺在平坦的床面上，或者紧紧包裹了一块大小不合适又不舒适的尿布，或者婴儿被紧紧地包裹住。

（2）应该创造的环境是

床上用品和衣物根据婴儿的喜好和希望进行个体化的提供，包括选择棉外套，

吊床、小指形状的安慰奶嘴、和（或）床罩，用以给婴儿避光。也可用其他的个性化的物品对婴儿进行支持，例如合适的柔软的小尿布、合身的柔软的衣服、柔软的毯子。父母给婴儿提供最适合婴儿的“床”，始终陪伴着婴儿。

9. 婴儿自我调整的特殊支持

应该创造的环境：持续提供特殊支持来支持和促进婴儿的自我调整，相当个体化，符合婴儿的期望和需要。父母促进和支持他们的婴儿持续自我调整，抱着婴儿做皮肤与皮肤的接触，支持父母进行大部分时间甚至长达 24 小时的皮肤接触。医护人员总是支持父母为促进婴儿自我调整采取的措施，总是帮助父母促进婴儿的调整，确保父母对婴儿进行了很好的支持。

以上的环境要求如果达不到，应该尽量朝这些方向去努力，希望逐步能够达到适合婴儿自我发展的环境和照护。

三、发育支持护理在 NICU 中的临床实践

（一）概述

应用于新生儿重症监护室（NICU）的发展性照顾指南是在床旁照护者的支持下得以发展的。意在支持并培训照护者与每个婴儿和家庭之间互动时能够加强自我意识，并且在床旁个体化照护者的指导下强调了两个主要内容，婴儿的床单位和床上用物等直接物理环境的组成，照护者与婴儿和家庭的互动在内的护理内容的组成。指南在照护环境和护理内容的细节上进行了规范。

发展性照顾指南应用于 NICU，基于婴儿照护的基本准则，即强调婴儿期情感发育的重要性，婴儿体格的发育与认知、运动和社会情感的发育同等重要。性格的形成通常与婴儿得到的照护体验相符合，体验包括被感知、被关爱等；情感的亲密性，舒适性等体验；愉快和实际有效的感觉体验等。确保婴儿获得这些体验就需要持久的情感信赖。全身心投入的照护者，这就是父母的重要角色。因此父母与婴儿的关

系是有优先权的，父母是婴儿一生中最重要的养育着，最适合的照护计划是支持父母来提供照护措施。需要每天预计照护的节奏，保证一个平静，身体和情感上都感觉温暖舒适的环境，确保持续给予体位的支持、舒适并具有安抚作用的床上用品。所有照护都保持安静，包括照护者提供照护时，喂养除了提供营养外确保是舒适的，确保睡眠，确保所有医疗护理措施实施的支持性和合作性。婴儿的自我感知、能力感知、以及体验愉快的机会都是必须发展的。

照护的复杂性、时机和持续时间以及强度等各方面需要根据婴儿个体化情况以及阈值，从良好组织功能向较弱的组织功能转化等情况进行特别指导。良好组织功能是指调整平衡，自主、运动。和状态组织功能的相互支持。较弱的组织功能是指从良好的平衡转变为一个或所有的行为系统功能紊乱。照护的支持性组织需要照护者对婴儿的阈值有很好地理解，对神经发育系统在与环境不断作用的过程中得到不断分化以及良好调整的理解，支持性的照护系统也需要照护者在与婴儿进行互动时，能持续解释婴儿神经组织阈值以及神经发育目标。最重要的是需要照护者有自我意识，且能够反映在行动中，照护者对每个婴儿和家庭都很真诚，照护者为了婴儿和家庭给予了有效的支持和情感投入。父母也注意把专业的照护者看成其本身以及其婴儿最好的拥护者。提供给婴儿最好的照护支持，父母的这种无条件的情感投入增强了父母的信心、能力，这是发展性照顾最重要的内容。

（二）环境

1. 床单位的设计

所有的仪器设备都要布置得有美感，随时确保处于备用状态。放置两把舒适的椅子，至少一把轮椅，有做袋鼠式护理所需要的寝具，方便父母过夜或者打盹。邀请并鼓励家庭一起设计婴儿的床单位，可以从家里带来物品（暖箱罩子，照片，动物玩具等）将婴儿的床单位设计得个性化，为家庭成员个人物品准备好抽屉或架子放置。

2. 灯光

婴儿睡觉的时候保证房间黑暗，其他时间调暗灯光保证支持婴儿的警觉性。确保所有的光线不直接照在婴儿脸上。可以使用窗帘遮光。照护一个光疗的婴儿，使用保护性眼罩，需要对婴儿进行其他照护活动时，确保先关掉治疗灯，轻轻地对婴儿说话并逐渐用手接触婴儿，轻柔地包绕婴儿直至感觉到婴儿全身肌张力放松，轻轻取掉眼罩，帮助婴儿从强光中恢复过来。接着开始正常的照护互动，互动完毕后，帮助婴儿恢复到休息状态，轻轻地再罩上眼罩，帮助婴儿适应，重新打开治疗灯，和婴儿待在一起直到婴儿完全适应暴露在灯光下。确保婴儿照强光时所需要的能量。在光疗时也可寻找最适合父母抱婴儿的方法，其他床位上的婴儿避免受到光线的照射。

3. 声音

始终采用最低音量说话和走路，只穿鞋底走路比较安静的鞋子。声音轻柔。关暖箱的门时永远是静静的没有声音。移动所有的仪器都非常轻，鼓励工作人员说话轻声。照护区域不能放置音响或广播。将监护仪报警声和电话铃声设置最低（但应保证能够听到），也最轻柔。确保床旁没有声音，为婴儿创造和保持一种安静祥和的区域。

4. 活动水平

总能保持安静、平静和舒适的环境，也能用安静的方式处理突发事件。欢迎父母进入照护区域并帮助父母一起采用安静的方式照护婴儿。帮助他们采用他们个性化的方式照护婴儿。在进行操作的时候帮助婴儿的父母一起促进婴儿的安静和休息。除非是针对婴儿进行的专门互动，否则，照护人员应远离婴儿床旁。

5. 婴儿暖箱、小床周围的视觉体验

谨慎选择婴儿暖箱或小床周围婴儿可视区域内的物品。自问一下该物品是令人舒适的还是对婴儿起唤醒作用的。总看见舒服的物品会使婴儿越来越舒适。暂时收

起刺激性强的玩具和色彩反差比较大的图画，等到婴儿发育较好的时候再去看。照护者和婴儿父母熟悉的脸经常是对婴儿最有价值的视觉体验。永远保持一张温和的脸，当婴儿与其他陌生人接触时一直待在婴儿的身边。仅仅当婴儿足够成熟的时候才逐渐给他看一个新的视觉体验。当婴儿表现出困倦、高度警觉、难受或者目光漂浮的时候，应淡化或移去视觉体验。当婴儿出现目光紊乱、漂浮、高度警觉、担心或惊恐万分的表情时，表明婴儿刺激过度。

6. 嗅觉输入

移去婴儿照护区域所有的毒性以及不舒适的味道（例如衣服上的香水，发胶，尼古丁味道）。当婴儿被照护者抱着或躺在暖箱里以及小床上的时候提供熟悉的，舒适的嗅觉环境。邀请婴儿的家长提供舒适的柔软的小毯子，小枕头，丝质的衣服，或婴儿父母穿过或正穿在身上的衣服。这些可用的物品中婴儿可以依靠一两样来自我安慰。父母身上的舒适味道提供给婴儿持续的熟悉的嗅觉环境。当婴儿父母照护婴儿并对其做皮肤接触护理时这种味道更加强烈。

7. 寝具和衣物

个体化的寝具和衣物符合婴儿的喜好和需要。包括提供水枕、“鸟巢”，衣服要柔软，适合婴儿的尺寸，柔软的帽子，细致的包绕，柔软和适合大小的尿布以及柔软的、长长的“拥抱枕”。父母是婴儿最好的体位支持者，鼓励延长父母与婴儿皮肤接触的时间，帮助放松父母的上半身，确保父母的腿抬高，并得到很好的支持，鼓励父母入室与婴儿床旁互动。

8. 具体的支持调整系统

持续采用支持手段来进行调整，例如拥抱、床上物品的使用、可以用来垫脚的物品，以及睡袋。轻柔地用你的手将婴儿包绕，尤其是当婴儿觉醒和难受时会有行为紊乱以及抗争性的动作时，或者婴儿变得精疲力竭，全身肌张力消失时都需要以手包绕婴儿。操作过程中或两个操作之间，给婴儿用小手指或安慰奶嘴提供吸吮的

机会，管饲喂养的时候也应该采用此方法。操作期间还可提供婴儿抓握的机会。鼓励父母要支持他们的婴儿使他们感觉到平静和舒适。操作时皮肤接触也可以持续进行，婴儿父母不在场时，可以鼓励另一个比较熟悉的、被婴儿父母相信的照护者照护支持婴儿。

9. 适合的医疗物品

调整必要的与婴儿身体直接接触的医疗物品，使其能为婴儿提供最大的舒适性。确保所有的呼吸设备调整舒适，例如用一个足够大的到婴儿腰部的大头罩给氧，以便于婴儿能将手靠近脸。确保静脉固定小板包裹得小而柔软，安全地固定好其位置。使用柔软的适合婴儿皮肤的眼罩，柔软的探头贴，小而柔软的尿布，避免所有的尼龙的、塑料的和其他粗糙的材质。

（三）直接婴儿照护的特殊方面

1. 靠近婴儿时

当你靠近婴儿的床旁时，总是要调整自己的位置以便于你能看清婴儿的脸。婴儿的面部表情能够帮助你意识到或理解婴儿的感受，能看出婴儿是否是安定的或者舒服的还是休息中的。自问一下婴儿上次看你的表情和接触你的手时的感觉。婴儿是否能熟悉你、认出你的手，还是你需要再次与婴儿建立熟悉的关系，让其熟悉你的手和脸使其意识到你在这里支持他。

2. 体位

无论婴儿是仰卧位、俯卧位或侧卧位，都应持续支持和促进婴儿的生理体位。不同操作之间，或者婴儿躺在父母怀里、或在暖箱里、或在小床上，注意婴儿的体位，进行专业化地调整。移动婴儿或改变婴儿的体位时，支持婴儿的手腿处于一种柔软放松的屈曲位。将手从婴儿背后到头后包绕，将婴儿的头轻柔地放在你的手里，同时，另一只手支持婴儿前部，帮助婴儿的头处于中线位放松体位，双手举起靠近脸。一旦婴儿的整个身体被你的手和臂膀包绕时，缓慢柔软地改变体位，和（或）

举起婴儿，都很安全。将婴儿放回床上或将婴儿移到磅秤上称体重或其他表面时一定要先准备该表面，用软垫在表面上垫好。总是轻轻缓慢地将婴儿放在预先用信封式包绕法安全包绕的物体表面。确保婴儿的头总是处于中线位，尤其是婴儿仰卧位时。移动婴儿时，轻柔地包裹婴儿以提供支持，尤其是称体重时。一旦婴儿很适应你手臂里的毯子和睡袋的包裹之后，逐渐一个一个移开你的手臂，确保你逐渐减少你的直接支持时，婴儿能继续保持休息状态。确保没有你的手臂支持之后婴儿也能处于很好的休息状态。无论什么时候，婴儿表现出惊跳和不安定时应再次给予婴儿温柔地支持，以便于婴儿能再次恢复平静以及睡眠状态。

3. 喂养

从最早的喂养是婴儿睡醒周期的支持开始，婴儿就慢慢识别了饥饱的感觉。鼓励父母母乳喂养自己的婴儿。如果婴儿还没有足够的肌张力可以趴在母亲胸前进行母乳喂养时，可以将母乳泵出喂养。也可以根据需要做些安排，安排母亲在婴儿床旁泵奶，母亲会觉得很舒服，可能有助于减少泵奶的焦虑，确定母乳的价值，使她觉得靠近自己的孩子有种安全感。创造一个营养式的喂养环境，环境应该是平静的、温暖的、光线幽暗的。所有的管饲喂养时都应支持婴儿在一个很舒服的体位，安全地将婴儿依偎在母亲的怀里。在你将婴儿的手放在嘴边时，确保婴儿的手能够自由抓握。管饲婴儿时提供小手指或安慰奶嘴给婴儿吸吮。正确控制奶流量维持足够使婴儿舒服的较慢流量。喂养期间应提供休息，所有的管饲喂养时应将婴儿放置于父母的前胸，做皮肤接触。喂养后持续支持婴儿，确保舒服后转入睡眠，鼓励父母从一开始就是婴儿的最重要的营养者和营养提供者。

采用固定的时间表进行护理，营养支持的方法采用的是机械性的常规的喂养。管饲喂养时，将喂养管悬挂在暖箱上，或通过机械泵自动按照设定的流速注入婴儿胃内。在喂养的整个过程中和喂养后婴儿都保持着同一体位，照顾者远离婴儿的床旁。奶瓶喂养时，用奶瓶固定装置或者将床单位上的物品支撑奶瓶进行喂养；照护

者手持奶瓶喂养时，另一只手支撑婴儿头后部，使其在暖箱内处于半坐卧位，或在小床上，或在照护者的双膝上，侧面看照护者与婴儿处于面对面的位置；照护者将奶头重复塞进婴儿嘴里以刺激其吸吮，或者将奶头在婴儿嘴里不停旋转，或者通过摇晃婴儿，转动婴儿的头，前后拉手臂或腿、脚等刺激方法来促进婴儿吸吮。医护人员不鼓励直接或间接的母乳喂养。婴儿喂养时房间里环境寒冷，声音嘈杂和（或）灯光明亮。

照护者应仔细观察婴儿的状态，观察婴儿是否醒来，是否表示饿了或者需要喂养的早期信号，照护者喂养婴儿与其状态周期相同步。房间安静、温暖、灯光柔和。婴儿得到很好的支持，在照护者或父母的臂膀里得到亲密的拥抱或依靠在他们的胸脯上休息，婴儿的手得到很好的支持，在喂养时抓握某样东西，表现很愉快。整个喂养过程安静，安全，轻轻包围婴儿，对其起促进作用。无论是在泵的帮助下，或管饲喂养时，或在母乳喂养时，婴儿吸吮强度的暗示决定了喂养的时机和速度。当得到休息的暗示，便需停下来。喂养的目标是婴儿愉快、满足并获得足够的营养。喂养后，支持仍在继续，确保婴儿很好地自我调整，并逐渐转入睡眠。鼓励婴儿用鼻子碰或嘴唇舔母亲的乳房。成功母乳喂养是喂养的目标，奶瓶喂养是因为明显的医学原因而不得已采用的一种喂养手段。在奶瓶喂养成为一种选择之前，也鼓励小杯子、调羹和手指喂养。父母被认为是给予婴儿营养的重要提供者。

4. 打饱嗝

根据婴儿的暗示，可以将婴儿轻轻地靠近肩膀或靠着前胸，促进打饱嗝。移动应柔软缓慢，放松是目标。婴儿在竖立靠着你的时候，表现很不舒服，你的身体缓慢地上下移动，走路轻轻，这可以促使其打饱嗝，打完饱嗝后持续以竖立位抱着婴儿，直至缓慢将婴儿放置于喂奶或休息体位。

按照固定的时间间隔喂养婴儿，不考虑婴儿需要喂养的暗示，在喂养过程中反复的拍婴儿后背。可能给予婴儿直立坐位，支撑婴儿的下巴，托住婴儿的后颈部，

婴儿手臂松散地荡在边上，或者婴儿坐在照护者的腿上，在照护者的帮助下打嗝。喂养时用一块布或围兜垫在前胸、防止衣服或毯子弄脏总是照护者过于关注的问题。或者婴儿被紧紧包裹，手臂包在包被里，喂养后竖直抱起，反复拍后背。婴儿同时受到视觉听觉的刺激，大部分时间照护者没有全神贯注地喂养，在思考其他问题，或与其他人边喂养边交谈。缓慢地轻柔地将婴儿竖直起来，贴近照护者的肩膀，或靠在照护者的前胸，所有的动作都是温柔、连贯而缓慢的。更换体位也是根据婴儿的暗示给予，明确的目标是放松婴儿。

5. 更换尿布和皮肤护理

按照固定的时间表，以明显常规的方法给予婴儿更换尿布和皮肤护理。照护者不停走来走去，扔掉湿的脏尿布，再去拿东西来清洁婴儿的皮肤，再去拿新的尿布并裹在婴儿屁股上。调整灯光、声音和温度，对婴儿的体位、运动、肌张力进行的护理，以及其他护理都没有根据婴儿的暗示来做。照护者的注意力和情绪没有放在婴儿身上。婴儿在尿布更换和皮肤护理过程中和之后不得不承受觉醒、烦躁、精疲力竭、无力、呼吸困难等。更换尿布和皮肤护理之前、之中、之后对患儿状态、体位、肌张力和运动进行有效可靠的支持，对环境和设备进行个体化的适合婴儿的调整。

照护者注意力和情感持续关注于婴儿，起支持性的作用，在进行尿布更换和皮肤护理之前之中、之后都能给婴儿一个有效的、舒服的屈曲支持的体位。照护者确保环境安静，舒适，轻轻包围着支持着婴儿。婴儿所用的物品无论在尺寸、质地、形状都适合于婴儿且非常舒服，图案也非常好看。父母是进行尿布更换以及皮肤护理的最合适的人，专业的照护者包括父母。更换尿布和做皮肤护理前要准备各种物品。确保房间温暖，注意婴儿的状态和体位。一旦婴儿舒服地屈曲侧卧位时，开始进行操作。轻柔地包绕和支持婴儿。用柔软、舒服和合适尺寸、质地、形状的材料。清洁婴儿臀部，确保婴儿的踝部接近床上，轻轻抬起婴儿的大腿，保持双腿屈曲。

避免仰卧位更换尿布，提高婴儿腿的时候脚踝离开床面，这会突然改变婴儿脑部的血流，且出现呼吸困难。鼓励并帮助父母成为更换尿布和提供皮肤护理最好的人选。

6. 互动的时机和顺序

到了互动的时间，考虑婴儿的睡醒周期，婴儿是否具备喂养和安静清醒期需要的能量。如果可能的话还应该考虑以下时间，例如专家会诊、超声 X 线检查等，应在婴儿安静清醒期进行比较合适。确保在会诊前中后婴儿都是舒适的，在这个过程中注意对婴儿进行支持。

7. 各操作之间顺利转换

所有的操作包括放置外周静脉针、抽血等，给婴儿重新摆放体位，支持和帮助婴儿恢复平静。各项操作时提供给婴儿舒适、安静、柔和的包绕。操作后应持续支持，确保婴儿能恢复平静。计划和选用第二位照护者，确保婴儿的有效转换，包括父母成为婴儿最有效的舒适提供者。

照护内容的时机和节奏、措施和互动仅仅考虑工作人员的时间表。工作人员的喜好决定房间灯光的亮度、声音和室温。在照护措施实施之前之中和之后以及在不同的照护措施之间，或婴儿需要努力回到休息状态时，婴儿都需要靠自己的能力水平来调整状态和能量、体位、运动和肌张力的维持。婴儿的需要一直被忽略，照护人员只努力维持护理的顺序以及措施实施的速度。婴儿在所有的护理措施和互动之前、之中、之后都能持续得到良好的支持和调整，婴儿状态安静、柔和。日夜都能提供个体化的适合水平的支持，确保婴儿良好的自我调整能力的维持。照护者提供的照护计划和实施都能得到来自第二位照护者的顺利帮助，来保证对婴儿的持续有效的促进。照护者在护理措施实施之后会延续温和的护理直至婴儿表现更加稳定，或者根据婴儿的力量和能量水平，更改一些护理内容，在时间、顺序、步骤、强度和持续时间方面调整照护内容。父母作为婴儿最有效的、最可靠的、最有价值的促进者被纳入到照护过程中，婴儿似乎从每一个互动内容或者照护内容中都能获得力

量和能力来恢复到休息和放松状态。

8. 舒适和护理

每当婴儿出现不舒适的表现时，例如婴儿不停扭动身体，或者慌乱的表情，都应该安慰婴儿。永远将感情和注意力放在婴儿的感受上，以便能理解你的所作所为与婴儿得到的照护和你为婴儿提供的环境相合拍。在 NICU 里照护婴儿会赢得婴儿和父母的信任。

9. 觉醒的重新组织

永远记住自己是婴儿的调整者和支持者。当婴儿醒过来的时候温柔地用一种柔和的面部表情看着婴儿，永远用温柔的轻的声音说话。有时婴儿可能很享受你温柔的歌声。当婴儿聚焦你的眼睛、温和的面部表情时，通常说明婴儿很享受这个互动过程。婴儿的目光飘移，不协调的眼部运动，面无表情，双眼睁大，苍白，咳嗽，打哈欠，流鼻涕等通常都是婴儿精疲力竭或受过度的刺激有关。重视这些信号，安静地抱着婴儿减少各种刺激，永远确保婴儿安静。特别注明对 XXX 的护理（婴儿的名字），不能用床号代替姓名，应自始至终都轻唤婴儿名字。

10. 状态组织

照护措施只根据工作人员的时间表和喜好执行。照护者频繁地或突然与婴儿进行互动，无论婴儿是安静地醒着的还是睡眠过程中。照护者总是突然唤醒婴儿，当婴儿醒着的时候或烦躁、哭吵和（或）安静清醒的时候照护者又一直离开婴儿，没有陪伴在婴儿身边，规定父母是探视者的角色。照护者持续提供支持，对婴儿提供完全个体化的关注，对婴儿出现的或增强的自主状态协助其进行自我调整，照护者为婴儿在醒睡之间转换逐步建立一个可靠的支持模式。婴儿稳定的睡醒周期，深睡眠的获得和保持，稳定觉醒期的增强等都获得持续的支持。父母是最重要的最有价值的婴儿状态调整者。

11. 利用周围物理环境促进警觉

持续的强光和强声刺激婴儿。照护者反复打断婴儿的状态调整和（或）只基于照护者的时间表和喜好来执行照护措施。婴儿高警觉，或紧张地睁大眼睛似乎是与成人进行着有效的激烈的互动。规定父母是探望者。持续的避光避声以促进警觉状态。个性化的愉快的，由父母其他成员或近友选择的视觉和听觉刺激，对婴儿进行个性化的适合的护理时机，具有明确的目标，支持或增强婴儿愉快的警觉体验，促进自主系统的增强，以及警觉体验。

12. 利用周围社会环境促进警觉

社会互动的的时间、种类、复杂度、强度都是基于照护者时间表和喜好来决定。婴儿周围总是围绕着强光和强声。婴儿高警觉，紧张的睁大眼睛。照护者走近婴儿的脸，说话大声，很激烈。父母完全被排除在与婴儿社会互动之外。持续地提供高度个体化的社会互动时间、种类，复杂度和强度，支持婴儿当前的不断增强警觉水平的调整。从一开始，婴儿与社会的互动就被持续地支持和加强。认为父母是最重要最有价值的婴儿惊厥状态的培养者，他们的脸和声音是最重要的。

第四节 相关护理技能

一、鸟巢护理

1. 目的

- (1) 增加早产儿的舒适度。
- (2) 将早产儿放置于适宜的体位，
- (3) 有助于特殊疾病的治疗。

2. 评估

- (1) 早产儿孕周、日龄、肌张力，活动度。
- (2) 早产儿疾病以及治疗等情况。

3. 计划

(1) 用物准备

鸟巢/毛巾或床单自制鸟巢。

(2) 患儿准备

戴好小帽子，裹好小尿布。

(3) 环境准备

整洁、安静、安全。

4. 实施

(1) 操作步骤（表 5-1）

表 5-1 操作步骤

操作步骤	要点与说明
(1) 洗手，备齐用物携至床旁	确认患儿
(2) 助手或家属协助抱起患儿	两人合作保证安全
(3) 将患儿放于鸟巢上（也可用毛巾/床单绕成鸟巢的样子）	置患儿于柔软舒适的棉类布料上
(4) 将患儿体位根据需要放置好	可放置仰卧/侧卧/俯卧位，确保有心电监护进行持续监护
(5) 患儿体位应满足能自由活动同时躯干头部处于同一轴线上的中心位，手部可放置于嘴边方便吸吮	方便患儿活动，方便自我安慰
(6) 身体两边的鸟巢卷起很好的支撑作用	防止患儿在身体重力作用下翻回原体位
(7) 将观察内容记录于护理记录单上	正确描述患儿的表现并合理交班

(2) 健康教育

患儿家属认识鸟巢护理的重要性，学会正确使用鸟巢进行护理的方法。了解各体位的优势，同时学会观察患儿在鸟巢中的生命体征情况。

5. 评价

(1) 体位摆放准确，身体中线位，手置于嘴边，鸟巢起边界和支撑作用。

(2) 患儿家属知晓鸟巢的作用以及使用鸟巢进行体位摆放过程中的注意事项。

二、袋鼠式护理

(一) 袋鼠式护理的影响

像许多天然的治疗方法一样，袋鼠式护理有它出现的必然性。最初的袋鼠式护理是在哥伦比亚暖箱缺乏的情况下，通过这种简便易行、费用低廉的方法来代替暖箱。在后来的一系列随机临床试验中发现，“袋鼠式母亲干预”在照顾低出生体重儿中是安全的，与标准暖箱中的早产儿相比没有增加死亡率和发病率，随后对此方面的研究越来越多。

“袋鼠式护理”（KC）或称“皮肤接触”，指在早产儿出生后不久将其裸体放在母亲或父亲裸露的前胸进行持续性的皮肤接触，早产儿仅仅用一块尿布、戴一顶帽子，用母亲的衣服或毯子，将早产儿一起包裹着，就像他在子宫里一样与母亲亲密接触。早产儿在 KC 时完全放松而表现出发声、反应和躯体运动，这种皮肤接触类似有袋动物比如袋鼠照顾他们的刚出生的婴儿。母亲在接触的同时凝视婴儿，抚摸他们，与他们交谈、给他们唱歌等。

适用对象：早产儿，父母将裹好尿布的早产儿垂直或俯卧在双乳之间以皮肤相接触，显示可以改善早产儿体温调节，促进氧合，增加深睡眠，增进与父母联系，减少哭吵；足月儿，来自马德里的一个研究中，研究者对比了 25 个 KC 干预的健康足月儿和 25 个出生后即被放进婴儿床的足月儿在体温、血糖水平和哭吵行为的差别，两组生后观察 90 分钟，KC 组婴儿相比对照组婴儿有更理想的体温和血糖水平，哭吵更少；对生后一周内疾病期和疾病恢复期的新生儿来说是耐受的。通过以上实验证明了 KC 的安全性，有效性，KC 的应用范围已扩大到各胎龄、体重组的新生儿。取得的效果包括：

1. KC 对新生儿的影响

（1）对生理方面的影响

来自哥伦比亚的第一次 KC 研究就发现袋鼠式接触对早产儿有一种抚慰作用。在皮肤接触中早产儿睡觉时间更多，心率慢而稳定，呼吸暂停和心搏迟缓发生较少，体温保持稳定，氧合和气体交换增加。

（2）对行为方面的影响

皮肤接触显示出有助于改善觉醒激励调节和压力反应调节。相关学者发现小床里的早产儿和接触中的早产儿同样哭 10 次，光谱学分析显示在母亲怀里的早产儿没有在小床里的早产儿哭得那么痛苦。实施 KC 的早产儿内啡肽减少，表明袋鼠式接触削弱了紧张反应。

（3）对神经成熟的影响

早产儿神经系统可能因为一些和刺激有关的因素而被破坏。在 NICU 中早产儿常常被一些无法抵抗的感官刺激所轮番轰炸，比如持续的灯光、永无停止的声音、和经常性暴露在疼痛中，他们未成熟的系统不能躲避这些因子，影响其继续发育成熟。有趣的是，提供构成“母亲接触”的任何部分，比如按摩，有节律地刺激，可以有助于促进早产儿神经成熟，特别是大脑和行为建立联系的特殊时期，应用 KC 干预措施能对神经功能包括生理调节，觉醒激励调节和紧张反应有长期的效果。

（4）对婴儿认知发展的影响

婴儿认知的发展基于两个中心环节：自我调节、注意力定位和觉醒感知的调节，母婴关系逐步支持婴儿的成长并为其探索和学习提供安全保障。因为 KC 干预能提高婴儿的自我调节和父母对婴儿的敏感性，故 KC 有利于婴儿的认知发展。

另外，母婴皮肤接触可以减少早产儿的疼痛反应。Johnston 等用交叉试验的方法在加拿大的 3 个 II 级的新生儿重症监护室抽取孕 32~36 周的、生后 10 天、没有辅助呼吸，没有给予止痛剂的 74 例早产儿随机分组进行研究。KC 组的新生儿在足跟采血过程前给予皮肤接触 30 分钟，并持续整个采血过程。而控制组新生儿在早产

婴儿保育箱中取俯卧位。结果在 KC 条件下的早产儿疼痛表情得分在足跟采血的最初 90 秒钟明显低于控制组 2 分。故对孕周 32 周或更大一点的早产儿, KC 能有效降低足跟采血疼痛程度。

2. KC 对母亲的影响

皮肤接触除了有利于婴儿生理稳定和应对紧张压力源外,也是早产后母亲哺乳期的刺激源。母乳由蛋白、酶微量元素、脂质和特殊的对早产儿生长发育重要的长链不饱和脂肪酸组成,并且能降低感染危险。尽管母乳对脆弱的早产儿来说尤其重要,但是当早产儿母亲面临挤奶困难时经常放弃母乳喂养。

(1) KC 可以提高早产儿母亲的照顾水平,从而缩短住院时间。评估极低出生体重儿母亲哺乳的相关性因素发现连续母乳喂养和 KC 相关。来自新德里的一个研究报道低出生体重的早产儿每天给予 4 小时 KC 体重明显增加,更早出院,他们的母亲比控制组更有效地进行母乳喂养。

(2) 皮肤接触增加了母亲垂体分泌水平,从而促进了母亲的哺喂行为,减轻产后抑郁症。垂体分泌的是一种荷尔蒙,和生产有关,并且反射性促进乳汁释放,通常作为哺乳动物母亲行为的开始。KC 时,婴儿放在母亲的胸口,通过哺乳和手的移动刺激激素垂体的释放,并且母婴在婴儿生后立即进行 KC 更有助于提升垂体分泌水平。因为垂体激素的功能是降低紧张和抑郁, KC 被期望能减轻母亲的产后抑郁症。

3. KC 对母婴间关系的影响

早产儿出生后,母婴间关系发展更难,交互作用更不理想。在交互作用中,母亲表现出更低的敏感性。早产儿视觉注意和感情表达经常不清晰,表达减少可能和母亲的敏感度降低有关,这是因为母亲对早产儿的同步观察水平下降,皮肤接触可以促进母婴间的交互作用模式,亲近的接触增加了母亲对婴儿的熟悉感,改善她的心情,增加她作为母亲的投入。母婴间关系的发展依赖母亲对婴儿的交往信号的逐步了解和学习。在母亲和婴儿密切接触的期间,可以获得这些信号。

（二）袋鼠式护理的计划与实施

1. 评估

- （1）早产儿孕周、日龄、肌张力、活动度。
- （2）早产儿疾病以及治疗等情况。
- （3）父母亲的文化水平、身体状况等。

2. 计划

（1）用物准备

摇椅、镜子、毛毯。

（2）患儿准备

戴好小帽子，裹好小尿布，各管道位置正确固定良好。

（3）环境准备

整洁、安静、安全，温暖。

3. 实施

（1）操作步骤（表 5-2）

表 5-2 操作步骤

操作步骤	要点与说明
（1）洗手，备齐用物携至床旁	确认患儿
（2）整理患儿身上的各种管道	保证各导管固定牢固
（3）嘱爸爸或妈妈坐于摇椅上，屏风进行遮挡，脱下上衣露出胸脯	保护家属的隐私，同时应裸露胸部
（4）将患儿放于爸爸/妈妈裸露的胸脯上	患儿肌肤与爸爸/妈妈的肌肤亲密接触方便患儿能够闻到母亲的体味
（5）放置好患儿体位	确保有心电监护进行持续监护
（6）毛毯将爸爸/妈妈和患儿包绕在一起	保暖，同时方便患儿活动
（7）镜子放于摇椅后方和前方	方便爸爸/妈妈观察患儿的情况
（8）将观察到的内容记录于护理记录单上	正确描述患儿的表现并合理交班

（2）健康教育

患儿家属认识袋鼠式护理的重要性，学会正确使用袋鼠式护理的方法。了解袋鼠式护理的关键点，同时学会观察患儿在袋鼠式护理中的生命体征情况。

4. 评价

（1）患儿体位准确，安全，舒适，情绪稳定，安静入睡。

（2）患儿家属知晓袋鼠式护理的作用以及袋鼠式护理过程中的注意事项。

三、治疗性抚触

1. 目的

（1）安抚早产儿。

（2）增加早产儿免疫力，促进体重增加。

（3）有助于日后社会行为的发展。

2. 评估

（1）早产儿孕周、日龄、肌张力、活动度。

（2）早产儿疾病以及治疗等情况。

（3）父母亲的文化水平、掌握能力等。

3. 计划

（1）用物准备

按摩油。

（2）患儿准备

戴好小帽子，裹好小尿布，皮肤保持清洁。

（3）环境准备

整洁、安静、安全，温暖。

4. 实施

（1）操作步骤（表 5-3）

做抚触时应该轻声与宝宝交流，宝宝睁眼时应与其保持目光交流。抚触时双手涂适量按摩油，动作轻柔，尽量使用手的掌部和手指的指腹。重复宝宝喜欢的动作，停止做宝宝不喜欢的动作，按摩时间控制在 10 分钟。

表 5-3 操作步骤

操作步骤	要点与说明
1. 洗手，备齐用物携至床旁	确认患儿
2. 整理患儿身上的各种管道	保证各导管固定牢固
3. 抚摸宝宝的前额一头顶一后颈	轻轻按摩，共 10 次
4. 沿脊柱抚摸宝宝的后背至臀部；而后打开尿布，从胸部抚摸至腹部	食指和中指以螺旋形按摩，每个部位 3 遍
5. 单手顺时针轻抚宝宝的腹部	划大圈 3 遍
6. 线形或螺旋形轻抚宝宝的手臂部	3 遍，若宝宝喜欢可抚摸其手部
7. 线形或螺旋形轻抚臀部至脚踝	3 遍，若宝宝喜欢可按摩其脚部
8. 面部：前额一脸颊一鼻根一耳下一眼周一下颌	两手拇指，与宝宝进行目光接触，每部位 3 遍

（2）健康教育

患儿家属认识抚触的重要性，学会正确使用抚触的方法。了解抚触的关键点，同时学会观察患儿在抚触中的生命体征情况。

5. 评价

（1）患儿表现为安静，舒适，情绪稳定。生命体征平稳，体重增长适宜。

（2）患儿家属知晓抚触的作用以及抚触过程中的注意事项。

四、非营养性吸吮

1. 目的

（1）减少早产儿哭泣，促进口腔满足感。

（2）增加早产儿氧饱和度，安抚患儿，减轻疼痛。

（3）有助于早产儿食物消化、体重的增长、促进吸吮，吞咽-呼吸协调能力。

2. 评估

- (1) 早产儿孕周、日龄。
- (2) 早产儿的吸吮情况，对安慰奶嘴的适应情况。
- (3) 早产儿疾病以及治疗等情况。

3. 计划

- (1) 用物准备

各种型号的安慰奶嘴。

- (2) 患儿准备

摆好体位，清醒期。

- (3) 环境准备

整洁、安静、安全、温暖。

4. 实施

- (1) 操作步骤（表 5-4）

表 5-4 操作步骤

操作步骤	要点与说明
(1) 洗手，备齐用物携至床旁	确认患儿
(2) 整理患儿身上的各种管道	保证各导管固定牢固
(3) 给患儿摆好体位，一般侧卧位方便 患儿吸吮	摆体位应注意头与躯干在同一轴线上
(4) 安慰奶嘴放置于患儿口内	要在患儿有吸吮的需要时，或表现出对吸吮的欲望
(5) 手扶住安慰奶嘴	观察患儿对安慰奶嘴的反应，是否会吸吮，不能晃动安慰奶嘴
(6) 患儿疲劳后需停止并取出安慰奶嘴	时间一般为 5 分钟
(7) 取出后放置于污染奶嘴盒子内	不能随意扔在暖箱内或小床内
(8) 应煮沸消毒	方便下次使用
(9) 每天观察患儿的吸吮能力有否提高， 呼吸吞咽吸吮是否协调	

(2) 健康教育

患儿家属认识非营养性吸吮的重要性，学会正确使用奶嘴安慰患儿的方法。了解使用安慰奶嘴的关键点，同时学会观察患儿在非营养性吸吮过程中的生命体征情况。

5. 评价

(1) 患儿体位准确，安全，舒适，情绪稳定，安静入睡。

(2) 患儿家属知晓非营养性吸吮的作用以及非营养性吸吮过程中的注意事项。

第六章 正常新生儿的护理

正常新生儿是指出生时胎龄满 37~42 周，体重>2500g、无畸形、无疾病的活产儿。从胎儿出生后到满 28 天，称为新生儿期，是胎儿逐渐适应子宫外生活的过渡时期，其发病率和病死率亦较高。因此要加强对新生儿的监护、喂养和护理，增强新生儿抵抗力，提高新生儿的生存能力。本章旨在对正常新生儿的护理进行研究与探讨。

第一节 新生儿评分

新生儿评分是对新生儿从母体内生活到外环境中生活的生存能力和适应程度的判断，也可儿童今后神经系统的发育提供一定的预测性。目前，在我国绝大部分医院均采用新生儿 Apgar 评分法，主要用于对新生儿窒息程度的判断。新生儿是指从脐带结扎到生后 28 天内的婴儿。新生儿 Apgar 评分从五个方面进行评价，它们是皮肤颜色（A）、心率（P）、对刺激（导管插鼻或拍打脚底）的反应（g）、肌肉张力（a）和呼吸情况（r）。这五项分别用 0、1、2 分来表示，五项总分最高为 10 分。一般在胎儿出生后立即（1 分钟内）评估 1 次、5 分钟再评估 1 次。必要时 10 分钟、1 小时重复评估（表 6-1）。

表 6-1 新生儿 Apgar 评分

项目	0 分	1 分	2 分
皮肤颜色	青紫或苍白	身体红，四肢青紫	全身红
心率（次/min）	无	<100	>100
对刺激的反应	无	有些动作，如皱眉	哭，喷嚏

肌肉张力	松弛	四肢略屈曲	四肢能活动
呼吸情况	无	慢，不规则	正常，哭声响

根据 1 分钟 Apgar 评分结果可将新生儿分为无窒息的正常新生儿和有窒息的非正常新生儿。如果 1 分钟评分为 8 分或 8 分以上属于正常新生儿，约占新生儿总数的 90%；1 分钟评分为 4~7 分者为轻度窒息，0~3 分者为重度窒息。5 分钟 Apgar 评分，反映一定时间内紧急救治的效果，与新生儿死亡率有关。

应当指出的是，Apgar 评分有较高的敏感性，但特异性较低，早产儿可由于肌张力和对刺激反应较差而评分偏低，母亲产前用过麻醉镇痛剂等均影响评分。故有条件者可加做脐血气分析，以增加判断窒息程度的准确性。

测量内容：NBNA（20 项）分 5 个部分。行为能力；被动肌张力；主动肌张力；原始反射；一般反应。满分 40 分，多次评估可取最优分数。

1. 新生儿疼痛量表（NIPS）

NIPS（见表 6-2 所示）为多维疼痛评估工具，用于评估早产儿（<37 周）和足月儿（生后 6 周内）的操作性疼痛，包括面部表情、哭闹、呼吸型态、活动（上、下肢）和觉醒状态。分值越高表示越疼痛。

2. 新生儿面部编码系统（NF-CS）

为单维疼痛评估工具，包括皱眉、挤眼、鼻唇沟加深、张口、嘴垂直伸展、嘴水平伸展、舌绷紧（呈杯状）、下颌颤动、缩唇（发“O”音）、伸舌（仅用于评估胎龄≤32 周的早产儿）等 10 项。每项 1 分，总分 10 分（足月儿 9 分），分值越高表示疼痛越严重。

表 6-2 NBNA 量表

项目		检查 时状态	评分			日龄			
			0	1	2	2~3	5~7	12~14	26 ~28
行为能力	1. 对光习惯形成	睡眠	≥11	7~10	≤6				
	2. 对声音习惯形成	睡眠	≥11	7~10	≤6				
	3. 对“格格声”反应	安静 觉醒	头眼不 转动	头或眼转 动<60°	头或眼转 动≥60°				
	4. 对说话的脸反应	安静 觉醒	头眼不 转动	头或眼转 动<60°	头或眼转 动≥60°				
	5. 对红球反应	安静 觉醒	头眼不 转动	头或眼转 动<60°	头或眼转 动≥60°				
	6. 安慰	哭	不能	困难	容易或自 动				
被动肌张力	1. 围巾征	觉醒	环绕颈部	肘略过中 线	肘未到中 线				
	2. 前臂弹回	觉醒	无	慢、弱,>3 秒	活跃, 可 重复, ≥3 秒				
	3. 腋窝角	觉醒	>110°	90° ~110°	<90°				
	4. 下肢弹回	觉醒	无	慢、弱,>3 秒	活跃, 可 重复, ≤3 秒				
主动肌张	1. 颈曲。伸肌主动收缩	觉醒	缺或异常	有困难	好, 头竖 立 1~2 秒 以上				
	2. 手握	觉醒	缺或异常	弱	好, 可重				

力	持		常		复				
	3. 牵拉反应	觉醒	缺或异常	提起部分身体	提起全部身体				
	4. 支持反应直立位	觉醒	缺或异常	不完全, 短暂	有力, 支持全部身体				
原始反射	1. 踏步或放置反射	觉醒	缺或异常	引出困难	好, 可重复				
	2. 拥抱反射	觉醒	缺或异常	弱, 不完全	好, 完全				
	3. 吸吮反射	觉醒	缺或异常	弱	好, 与吞咽同步				
一般反应	1. 觉醒度	觉醒	昏迷	嗜睡	正常				
	2. 哭	哭	无	微弱、尖、过多	正常				
	3. 活动度	觉醒	缺或过多	略减少或过多	正常				

第二节 新生儿特殊生理现象

对于初为人父母的人来说, 照顾护理宝宝犹如新手上路, 对很多情况都不知道怎么处理。比如新生儿出现“假月经”“马牙”“螳螂子”等, 很多年轻的父母对这些状况都会很着急。广州医学院荔湾医院产科护士长指出, 这些都是新生儿特有的生理现象, 是暂时的, 随着年龄增长会逐渐消失, 并不是病态。新生儿的生理特点为儿科护理学中的重点内容。

1. 生理性体重下降

新生儿出生后 2~4 天, 由于大小便、皮肤及呼吸水分的蒸发, 出现体重下降, 平均比出生时下降 6%~9%, 称为生理性体重下降。4 天后开始回升, 7~10 天恢复到出生时体重, 以后体重迅速增加。

2. 生理性黄疸

新生儿出生后 2~4 天, 出现皮肤巩膜黄染, 黄疸程度轻重不等, 第 7~10 天消失, 其他身体情况良好, 称为新生儿生理性黄疸。此现象在未成熟儿较严重, 可持续 2~3 周。主要是新生儿肝脏酶系统发育尚未成熟, 胆红素代谢不完善, 间接胆红素产生过多, 不能及时排出体外而引起。若黄疸出现过早、持久不退或逐渐加深, 应考虑为病理现象。

3. 脱水热

新生儿体温调节中枢尚不健全, 室温过高时, 新生儿皮肤蒸发的水分增加, 如母乳摄入不足, 则血液浓缩, 体温可突然上升达 39℃~40℃, 新生儿表现烦躁, 周身皮肤潮红和尿少, 称为脱水热。一般发生在出生后第 2~4 天, 多因哺乳不足或包裹太多, 补足液体后, 体温即可正常。

4. “螳螂嘴” 和 “马牙”

新生儿及乳儿口腔颊部有坚厚的脂肪层, 称为颊脂体。颊脂体结构便于吸吮乳头, 有利于吸吮动作的进行。有的新生儿两块颊脂体较大, 通过吸吮锻炼可更发达而向口腔突出, 即所谓“螳螂嘴”。随着新生儿长大, 颊脂体逐渐消失。新生儿出生不久, 牙龈黏膜出现白色韧性小颗粒, 类似牙齿组织, 称为上皮珠或“马牙”, 出生后数周自然消失。切勿挑破以防感染。

5. 乳房肿胀

由于受母体内雌激素、孕激素、生乳素和缩宫素的影响, 部分新生儿无论男女都可出现乳房肿胀, 有的还会分泌乳汁, 2~3 周后自然消退。不可挤压新生儿乳头。

6. 假月经

女婴由于受母体内雌激素的影响, 出生后 1 周内可出现大阴唇轻度肿胀, 或阴道流出少量黏液及血性分泌物, 称为“新生儿月经”。阴道血性分泌物 2~3 天即自行消失, 可不作任何处理。

7. 红色尿

部分新生儿在生后 2~5 天可于排尿时啼哭，并见尿液染红尿布，持续数天后消失。与小兒体内尿酸盐排泄增加以及尿量少有关。

8. 男婴“包茎”

小儿出生时，包皮与阴茎头间粘连，使包皮不能上翻，家长不必过于担心。正常情况下，生后 2~3 年内，包皮与阴茎间粘连部分逐渐被吸收后，包皮就能上翻，露出阴茎头，“包茎”消失。

9. 口腔上皮珠

指新生儿上腭中线两侧及齿龈上常有微凸的淡黄色点状物，俗称“马牙”。这是正常上皮细胞的堆积或黏液腺囊肿所致，对吸乳及日后出牙无碍，数周后会自然消退，如擦拭或挑破，易发生感染。

10. 颊部脂肪垫

指新生儿的两颊各有一块较厚的脂肪垫，俗称“螳螂嘴”。在口内隆起较明显，有利于吸吮，系正常现象，不应挑割或针刺，因新生儿口腔黏膜薄嫩，容易引起损伤及感染。

11. 乳房肿大及泌乳

男女新生儿都可发生，在生后 3~6 小时出现乳腺肿大，并可有初乳样黄色液体分泌，这是由于出生前母体雌激素的影响以及出生后这一影响中断所致。乳房肿大于 8~10 天达高峰，2~3 周后逐渐消失，切勿挤压乳房，以免发生乳腺感染。早产儿和黄疸明显者多无此现象。

12. 阴道出血及分泌物

女婴于出生后数天内阴道有黏液分泌。少数女婴于出生后 5~7 天可见阴道内有血样分泌物，系由于胎儿阴道上皮及子宫内膜受母体激素影响，出生后母体雌激素影响中断，造成类似月经的出血，又称假月经，不必处理，数天即愈。

13. 生理性体重下降

新生儿出生后由于摄入少，水分丢失多而出现生后体重逐渐下降，到第3~4天减少出生体重的6%~9%，7~10天恢复至出生体重。体重下降超过10%者多为异常。

14. 新生儿毒性红斑

有30%~70%的新生儿于出生后24~48小时出现全身性红斑，开始时为丘疹，第2天渐严重，成为红斑，然后第3天消失。病变以红斑、丘疹及脓疱为特征，脓疱呈无菌性，组织学检查有大量的嗜酸性粒细胞。好发部位为胸部、背部、面部及四肢。发生原因可能是对一些接触物（如肥皂、油类）的一种过敏反应或是婴儿皮肤受床单和衣服的刺激产生的反应。不需抗生素治疗，可自行消退。

15. 粟粒疹

皮下点状的白点，在1~2周可在鼻尖、额处看到。这些是因皮脂腺未成熟，而使得皮脂凝集在皮脂腺内阻塞所致，2周内则消失。

16. 青记

青蓝色斑，皮肤呈蓝色，为正常新生儿的一种先天性皮肤色素沉着。东亚、非洲、西印度及地中海民族多见，白种人仅有1%~4%的发生率，因而青记被认为是一种民族特有的标记。直径几厘米大小或大片融合覆盖于腰、背、臀及大腿部。多数在2~3岁消退，个别7~8岁自然消失。

17. 发绀

新生儿青紫或发绀多为病理性的，但有时也出现在正常新生儿中，形成发绀的原因可有：循环末梢部位的外露、受寒受压及多血等。当多血、哭闹、屏气或呼吸暂停时可出现全身性发绀，有时过热引起鼻塞，亦可出现发绀。常表现为局部发绀（青紫），如口唇、指（趾）端及甲板下发绀。上述发绀均属暂时性的，原因解除后发绀消失。

18. 生理性脱发

一些新生儿在生后数周可出现脱发，呈突发或隐匿性。前者为突然发病，明显脱发少见。多数为隐匿性脱发，新生儿的头发绵细、色淡，多数婴儿数月后复原，有时可持续数年，但最终均能复原。生理性脱发的原因未明。

19. 毛细血管瘤

又称草莓状血管瘤，正常新生儿可发生，或出生后1~2个月出现。瘤大小如米粒或草莓状，突出皮肤，色鲜红，常分布于头、面、颈、肩、躯干及四肢，呈单个或多发性。在1岁内有逐渐增大趋势，1岁后多稳定，如无外来损伤，一般6~7岁均可自愈。

20. 斑状血管瘤

又叫粉红色斑，为最多见的一种，发生率可达50%。出生时即存在。多发于后颈部、前额中央及眼皮处。直径约几毫米，大多在数月后逐渐消退。

第三节 新生儿护理

一、护理评估

1. 产时评估

(1) 有无胎儿宫内窘迫情况。

(2) 产程进展是否顺利，胎方位是否正常，分娩方式如何，母亲有无使用镇静剂等。

2. 出生后即时评估

(1) 新生儿评分情况。

(2) 核对母亲与新生儿资料是否齐全、准确，如新生儿手带上的床号与母亲床号是否一致、所填写的性别项目与新生儿性别是否一致等。

3. 身体评估

（1）基本情况

正常新生儿体重在 2500g 以上（平均约 3000g），身长 47cm（平均约 50cm）以上，哭声响亮，肌肉有一定张力，四肢屈曲，皮肤红润，胎毛少，耳壳软骨发育良好，乳晕清楚，乳头突起，足底有较深的足纹，男婴睾丸下降，女婴大阴唇覆盖小阴唇。

（2）生命体征

1）体温一般测腋下体温，正常为 36℃~37.2℃。体温低于 36℃ 或高于 37.2℃ 应考虑，保暖不当、室温过高或有感染情况等因素。

2）呼吸一般在新生儿安静时测量，以满 1 分钟计数为好。正常呼吸较浅快，频率为 40~60 次/min。新生儿肋间肌薄弱，呼吸主要依靠膈肌的升降，故以腹式呼吸为主。

3）心率通过心脏听诊或触摸颞动脉获得，正常心率为 100~150 次/min，平均 120~140 次/min，且易受啼哭、吸乳等影响而波动。

（3）大小便

新生儿出生后 12 小时内开始排泄由肠黏膜脱落上皮细胞、羊水及消化液组成的墨绿色胎粪，约 3~4 天内排完。如 24 小时仍无大小便，应检查有无消化道和泌尿系统发育异常。

（4）神经反射

新生儿出生时已具有原始的觅食、吸吮、握持、拥抱、吞咽等无条件反射，味觉、触觉、温觉发育良好，痛觉、嗅觉（除对母乳外）相对迟钝，大脑皮质兴奋性低，神经活动过程弱，睡眠时间长。

（5）皮肤黏膜正常

新生儿出生时皮肤有胎脂覆盖，皮肤呈粉红色。应评估皮肤颜色有无胎记、有无水肿等。如皮肤黄染应结合出生时间考虑排除病理性黄疸；如皮肤苍白应考虑心

血管疾病、中枢神经系统损伤和失血等。

(6) 啼哭

新生儿娩出后因外界环境改变产生本能反应而啼哭。随着大脑皮质和感觉器官的发育，啼哭成为新生儿生理心理的表达方式，如饥饿、发热、刺激、疼痛等都可引起啼哭。如啼哭时声音洪亮，面色红润，哺乳后即可停止多为饥饿；哭声呈尖叫并烦躁且有难产史者，多为颅脑损伤；哭声低弱伴呻吟且面色青灰，多为心肺功能异常。

(7) 亲子互动

观察母亲与孩子的沟通频率、方式及效果，评估母亲是否存在拒绝、拒喂新生儿的行爲。

4. 护理诊断与合作性问题

- (1) 有窒息的危险与易溢奶和呕吐有关。
- (2) 有体温调节无效的危险与体温调节功能不完善有关。
- (3) 有感染的危险与新生儿免疫功能不足有关。
- (4) 有受伤的危险与新生儿没有自我防卫能力有关。

5. 护理目标

- (1) 新生儿体温维持在正常范围，宫外环境适应良好。
- (2) 新生儿呼吸道通畅，未发生窒息。
- (3) 新生儿脐带无出血及感染。
- (4) 新生儿皮肤保持完整，无感染及红臀。
- (5) 家长获得喂养新生儿及护理相关知识，新生儿体重如期增加。

二、护理方法

1. 护理措施

(1) 提供适宜新生儿的生长环境

1) 新生儿室舒适性安置

在阳光充足、空气流通的朝南区域。病室内最好备有空调和空气净化设备，维持室温在 $22^{\circ}\text{C}\sim 24^{\circ}\text{C}$ 、相对湿度在 $55\%\sim 65\%$ 左右。一个床单元（一张母亲床加一张婴儿床）所占面积不应少于 6m^2 。

2) 安全措施到位

婴儿床有围栏、床垫，热水袋有毛巾套，有详细准确填写的方便核对的新生儿手带等。

3) 产房温度适中

保证新生儿娩出时所处环境温度与宫内温度基本接近。保暖，新生儿出生后立即擦干身体，用温暖的毛毯包裹或置于母亲的怀抱，减少体热散失。维持体温在 $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ ，每日测体温 2 次。如高于 37.5°C 或低于 36°C ，应每 4 小时测量一次。冬季注意保暖，夏季防止中暑。若环境温度过高，应松解衣服、更换过厚的盖被、补充足够的水分，防止新生儿因散热增加导致脱水、血液浓缩而发热（脱水热）。如环境温度过低，可采取放置温箱、远红外辐射床等有效的保暖措施。使用热水袋时要防止烫伤，接触新生儿的手、仪器、物品等均应预热，避免过分暴露新生儿。同时，放置温箱应根据新生儿出生体重、日龄选择所需的温度。

(2) 帮助新生儿适应宫外环境

1) 保持呼吸道通畅

新生儿娩出后，于开始呼吸前，应迅速清除口、鼻部的黏液及羊水，以免引起吸入性肺炎。经常检查鼻孔是否通畅，及时清除鼻孔内的分泌物。新生儿娩出后、开始呼吸前，迅速清除口、鼻腔的黏液及羊水，防止吸入性肺炎或窒息的发生。新生儿分娩时如吞下较多的羊水，出生后 1~2 天内常出现呕吐。故新生儿应左、右交替侧卧，有利于分泌物、呕吐物的排出。哺乳后将新生儿竖起并轻拍背部，取侧卧

位、头偏向一侧，以防溢乳误吸而发生窒息。同时，避免衣被阻挡口鼻、压迫胸部及分泌物阻塞呼吸道。

2) 保持新生儿适宜体位

一般取右侧卧位，如仰卧时避免颈部前屈及过度后仰；俯卧时，有专人看护防止窒息。

3) 维持体温稳定

新生儿体温调节功能尚不完善，因此应有足够的保暖措施。保暖方法有头戴帽、母体胸前怀抱、母亲“袋鼠”怀抱、热水袋、婴儿培养箱和远红外辐射床等。使用时因人而异，最好使婴儿处于适中温度的环境。“适中温度”系指能维持正常体温及皮肤温度的最适宜的环境温度。在此温度下，身体耗氧量最小，蒸发散热量最少，新陈代谢最低。

4) 新生儿抚触

通过抚触者的双手对婴儿皮肤各部位进行有秩序，有手法技巧的抚摸，让大量温暖良好的刺激通过皮肤感受器传到中枢神经系统，从而产生良好的生理效应，促进婴儿智力及生长的健康发育。

2. 皮肤护理

(1) 剪去过长的指甲，以防发生甲沟炎及抓伤。体温稳定后，每日沐浴一次。

(2) 新生儿衣物和尿布宜用清洁、吸水性强的软棉布制作。衣着多少视季节气候而定，并保持清洁、干燥、平整、宽松。尿布、衣物在第一次使用前，均应进行热开水泡洗或太阳暴晒等处理，以后每次以温水单独手洗，一般不用洗涤剂。

3. 臀部护理

为防止发生红臀（尿布疹），应及时更换尿布，大便后用温开水洗净臀部，拭净后涂 5%鞣酸软膏，包兜不可过紧或过松，不宜垫橡皮或塑料布。如发现红臀，除勤换尿布，保持臀部清洁、干燥外，局部可用 25 瓦灯泡或红外线照射（距臀部 30cm

左右），每次 10～20 分钟，每日 2 次。注意防止皮肤烫伤。如臀部皮肤破溃、糜烂、表皮脱落，可用消毒植物油或鱼肝油涂敷患处，并口服维生素 C 等。

4. 眼、耳、口、鼻的护理

眼部如有分泌物，可用生理盐水或 3% 硼酸棉球由内眦向外轻轻拭净，再滴 0.25% 氯霉素眼药水或涂金霉素眼药膏，每日 2 次。新生儿口腔黏膜柔软，不宜擦洗，以免损伤、感染。如发生鹅口疮，可于哺乳后半小时，用过氧化氢棉签拭洗后涂制霉菌素混悬液（10 万 U/ml），或口服制霉菌素 5 万 U，每 8 小时 1 次。如耳鼻有污物，可用温开水棉签轻轻揩净。

5. 心理护理

（1）居室常播放轻柔的音乐，新生儿床周配置亮丽的床围，床的上方变换悬挂色彩鲜艳的玩具。

（2）母婴同室，促进情感建立。指导、鼓励父母及家庭成员与新生儿进行情感交流，经常用充满爱心与情感的语言对新生儿讲话，与新生儿面对面、眼对眼的接触、交流，鼓励产妇多抚摸和拥抱新生儿，通过抚摸皮肤、目光交流、言语沟通来培养母子亲情。鼓励母亲在生理状况许可的情况下主动、积极地参与护理新生儿的活动，让产妇尽早更多地接触孩子。建立并严格执行消毒隔离制度限制无关人员进出新生儿室，入室必须更衣换鞋。接触新生儿前后洗手，避免交叉感染。每季度对工作人员做 1 次咽拭子培养，对带菌者及患感染性疾病者应暂时调离新生儿室。

（3）每一房间应备有洗手设备或消毒溶液，医护人员或探访者在接触新生儿前洗净或消毒双手，避免交叉感染。

（4）工作人员必须身体健康，有感染性疾病或带菌（病毒）者应暂时调离接触新生儿的岗位。

（5）新生儿患有传染性疾病，如脓疱疮、脐部感染、流行性腹泻时，必须立即采取相应的消毒隔离措施，以免疾病蔓延

(6) 供给营养, 提倡早哺乳一般生后半小时左右即可给予新生儿哺乳, 确实无法母乳喂养者先试喂 5%~10% 葡萄糖水。无消化道畸形且吸吮吞咽功能良好者可给予配方乳。人工喂养者, 奶具专用并消毒, 奶流速以能连续滴出为宜。称体重每次测定前均要调节磅秤零位点, 确保测得体重的精确度, 为了解营养状况提供可靠依据。

(7) 确保新生儿安全, 避免新生儿处于危险的环境, 如高空台面, 可能触及的热源、电源及尖锐物品, 工作人员的指甲要短而钝, 以防刮伤新生儿皮肤。

6. 脐部的护理

出生后 24 小时内密切观察脐部有无渗血或出血, 如有渗血, 可压迫止血, 如出血较多, 需重新结扎。

(1) 保持脐带残端局部清洁干燥。尿布使用时注意勿让其超越脐部, 以免尿粪污染脐部。每日沐浴后用 75% 酒精消毒脐带残端及脐轮周围, 用无菌纱布覆盖包扎。脐部有分泌物, 可用酒精消毒后涂 1% 甲紫使其干燥。如有脓性分泌物, 先用 3% 过氧化氢溶液清洗后涂碘伏。

(2) 脐带一般在出生后 3~7 天脱落。

(3) 脐带脱落处有肉芽形成, 可用 2%~5% 硝酸银点灼后, 用生理盐水棉球擦拭, 注意勿灼伤正常组织。

(4) 脐部红肿、分泌物有臭味, 提示脐部感染, 除局部清洁消毒处理外, 应同时按医嘱全身使用抗生素。

(5) 皮肤护理新生儿出生后, 初步处理皮肤皱褶处的血迹, 擦干皮肤后给予包裹。体温稳定后即可沐浴, 每天 1 次, 以减少皮肤菌群聚集, 达到清洁皮肤和促进血液循环的目的。同时检查皮肤黏膜完整性及有无肛门旁脓肿等情况, 保持皮肤的清洁完整性, 分娩后 6 小时内或第一次沐浴时用消毒植物油拭去皱褶处过多的胎脂。剪去过长的指甲, 以防发生甲沟炎及抓伤。体温稳定后, 每日沐浴一次。新生儿衣

物和尿布宜用清洁、吸水性强的软棉布制作。衣着多少视季节气候而定，并保持清洁、干燥、平整、宽松。

三、沐浴与触抚护理

建立母婴相依感情在母亲情况允许下，婴儿出生后，应尽早（30 分钟内）将新生儿安放在母亲身旁，进行皮肤接触，鼓励早吸吮，有利于婴儿身心发育。宣传育儿保健常识向家长介绍喂养（包括添加辅食）知识和正确哺乳方法，指导家长给新生儿有效保暖及如何预防感染，指导预防接种。让家长参与新生儿抚触讲解新生儿抚触的意义和基本方法步骤，为新生儿出院后的继续护理做好准备。由于新生儿缺乏自我护理能力，父母又可能缺乏护理新生儿的知识和经验，产妇产后还需要生理上的康复等，所以护士既要承担新生儿的日常护理工作，又要承担指导父母的责任，以备新生儿出院后父母能进行家庭的自我护理。

1. 沐浴准备

（1）环境

关好门窗，调节室温 24~28℃，水温 38~40℃，或手腕测试至较暖即可。

（2）用物

体温计、水温计、磅秤、大小毛巾、浴巾、尿布、婴儿衣物、婴儿浴液、婴儿爽身粉、75%酒精、5%鞣酸软膏、消毒植物油、棉签、无菌敷料、预防接种用物、沐浴台（上铺垫子、塑料布并罩清洁被单）、沐浴装置，淋浴池内壁光滑，池底放一头高脚低的木质或铝质垫架，上置海绵垫，外包塑料布。盆浴时准备一只浴盆，以长椭圆形为宜，内挂一头高脚低倒“T”形的布吊带。

（3）操作者

修剪指甲，穿清洁工作服，检查衣服口袋内有无坚硬、尖锐物，戴口罩、帽子，系上围裙，洗净双手。

(4) 新生儿

沐浴前半小时不要哺乳。护士进入母婴休养室向母亲了解新生儿情况，将新生儿抱至沐浴室。第一次沐浴时，用蘸消毒植物油的棉签擦去新生儿颈下、腋下、四肢皱褶、腹股沟、女婴阴唇间隙等处堆积的胎脂。

2. 操作步骤

(1) 解开衣物，核对标记

将新生儿置于沐浴台上，解开包被、衣服、尿布，检查手圈，核对姓名、床号。

(2) 沐浴方法

1) 淋浴

在医院以淋浴为主，方便、安全、省时、省力。

2) 准备淋浴垫

淋浴垫上垫干净无菌巾，用手腕内侧再次测水温并温热沐浴床垫；洗净脸部：将新生儿头枕在操作者左手腕上，并抓住其左上臂，右手握两小腿和脚，轻轻地将新生儿抱至淋浴池浴垫上。左手托住头部，先用小毛巾洗净脸部，顺序为眼（从内眼角向外眼角擦拭）、鼻、面部、下颌；洗头 and 全身：用浴水湿润头发及全身，将浴液抹于新生儿身上，按先上后下、先对侧后近侧的原则，先洗净头颈部，擦干后再擦洗胸、腋下、上肢、腹股沟外生殖器和下肢，注意洗净皮肤皱褶处。再用右手支托新生儿左腋下，身体前倾，倚靠在操作者右手臂上，擦洗后背及臀部，用温水冲净。

3) 盆浴

家庭中以盆浴为主。洗脸：将大浴巾包裹的新生儿置沐浴台上，温湿小方毛巾横竖两叠成四叶，分别擦洗净新生儿的眼鼻、面部、下颌。

4) 洗头

操作者用左前臂托住新生儿背部，左手托住头部，左腋下夹住躯干和下肢，移

至盆边，用右手抹浴液洗头、颈、耳后，然后用清水冲洗干净，用大毛巾擦干。

5) 洗全身

撤去大浴巾、新生儿衣服、尿布，将新生儿头枕在左手腕上，并抓住其左上臂，右手握两小腿和脚，轻轻地将新生儿举起放在浴盆内，左手仍抓住左上臂不放，用浴水湿润全身，将浴液抹于新生儿身上，将全身洗净。原则及顺序同淋浴。

6) 床上擦浴

多应用于需静卧的新生儿。自上而下进行擦浴，动作轻柔。注意保暖，水温可以较高，以不烫伤新生儿为宜。

(3) 浴后护理

洗毕，将新生儿抱至沐浴台上，用大毛巾擦干全身，称体重；脐部消毒更换敷料；颈部、腋下和腹股沟等处扑婴儿爽身粉，臀部擦 5%鞣酸软膏；穿衣、兜好尿布，检查手圈字迹是否清晰，脱落者补上，裹好包被，用干棉签清洁耳鼻，将新生儿抱送给母亲；详细记录护理单，清洁整理用物。全体新生儿沐浴完成后，用消毒液浸泡浴池、浴垫或浴盆。

3. 沐浴注意事项

(1) 注意观察

操作过程中注意观察新生儿全身及四肢活动情况，观察皮肤有无红肿、糜烂等感染灶，如有异常情况及时报告医生。

(2) 操作熟练、正确

洗头时用手掩盖耳孔，防水流入耳内；防止浴水误入新生儿眼、鼻；淋浴洗腹部时尽量避免沾湿脐部；扑爽身粉时用手遮盖眼睛和呼吸道，避免扑粉进入眼内和吸入呼吸道。

(3) 动作轻柔敏捷，防止受凉和损伤

注意安全，沐浴过程中操作者不能离开新生儿并始终用手接触和保护新生儿。

4. 抚触

(1) 目的

可促进新生儿的体格、智力的发育；促进新生儿与抚触者之间的交流，使新生儿感受到爱护和关爱，获得安全感、满足感；增强抵抗力，改善消化，增强睡眠。

(2) 抚触时间

新生儿出生 24 小时后开始对其进行抚触，每天 2 次，每次 15~20 分钟。上午沐浴后及下午 3 时进行。要求在新生儿进食 1 小时后，安静、清醒时进行。

(3) 抚触前准备

1) 用物准备

抚触台、润肤油、毛巾、新生儿衣服、尿布等。

2) 环境准备

室温 26~30℃，室内播放轻柔优美的音乐，调节气氛，使母婴保持愉快的心情。

3) 抚触者准备

修剪指甲，洗净并温暖双手，倒适量润肤油于掌心润滑双手。抚触者充满爱意，用情、用心抚触新生儿，手法温柔流畅，边抚触边与新生儿进行感情上和语言上的交流。

(4) 抚触手法

1) 抚触头面部：用两拇指从印堂向两侧滑动至太阳穴，然后从下颌中央向外上滑动，让上下唇呈笑状，两手掌面从前额发际向上后滑动，并停止于两耳后乳突处，轻轻按压。

2) 抚触胸部：两手分别从胸部的外下侧向对侧滑动至肩。

3) 抚触腹部：两手依次从新生儿的右下腹经上腹抚至左下腹。

4) 抚触四肢：双手抓上臂交替从近端向远端滑行达腕部，然后在重复滑行过程中节段性用力，挤压肢体肌肉，再从近至远进行抚触手掌、手背，再抚触每个手指，

同法抚触下肢。

5) 抚触背部：新生儿呈俯卧位，双手食、中、无名指腹以脊柱为起点，向外侧滑行。从上到下，然后从下到上抚触脊柱两侧。

6) 抚触臀部：新生儿呈俯卧位，双手食、中、无名指腹从两臀的内侧向外侧做环形滑动。

7) 练习爬行：动作结束后，可将手轻轻抵住新生儿的小脚，使其顺势向前爬行。新生儿做 1~2 个爬行动作即可。

上述前四步抚触时，新生儿仰卧于床上。

(5) 抚触注意事项

抚触时用力要适当，最初以轻柔为主，然后渐渐增加用力，在抚触过程中要密切观察新生儿的反应，出现哭闹、肌张力增高、皮肤颜色发生变化，马上停止抚触。抚触时应避开乳头和脐部。

四、预防接种

1. 注射乙型肝炎疫苗（HBVAC）和乙肝高效价免疫球蛋白（HBIG）

(1) 目的

疫苗可使婴儿获得主动免疫，避免感染乙肝病毒；乙肝高效价免疫球蛋白则使新生儿出生后即刻获得被动免疫，并暂不受病毒感染。

(2) 用法

新生儿出生后 24 小时内注射乙肝疫苗 10 μ g，生后 1 个月、6 个月分别再注射 10 μ g。注射部位在上臂三角肌肉，亦可与乙肝高效价免疫球蛋白联合使用，先注射乙肝高效价免疫球蛋白 1 针（0.5ml），2 周后开始注射乙肝疫苗，第二、三针疫苗注射间隔时间同上。母亲乙肝表面抗原阳性的新生儿，需用 30 μ g 的乙肝疫苗注射，使用间隔时间同上，如与乙肝免疫球蛋白联合使用，效果则更佳。

2. 接种卡介苗

(1) 目的

出生 24 小时后接种卡介苗，预防结核病。

(2) 接种方法

有划痕法和皮内注射法两种。

1) 划痕法

在新生儿左臂三角肌外缘上端，消毒皮肤后，滴上菌苗 1~2 滴，用左手绷紧皮肤，右手持三角针与皮肤呈 45°，透过菌苗在皮肤上划如“十”字，每条长 1cm，间距 0.5cm，深度以皮肤出现红痕而无出血为宜。然后将菌苗轻轻拨匀涂开，放松皮肤，等菌苗干后穿衣。

2) 皮内注射法

消毒左臂三角肌外缘下端皮肤，然后做皮内注射，剂量为 0.05mg，注射不宜过深，以免引起重度副反应。

(3) 注意事项

卡介苗应保存在冷藏处（2~8℃），出箱后应立即接种，否则会影响阳性率；注射器（1ml）应无菌、干燥，每人一筒一针，用后消毒处理；不能在阳光下接种；接种前需摇匀菌苗，注射剂量要准确；卡介苗为低度毒性活结核杆菌，多余的菌苗应焚毁，不可乱丢；凡有发热、腹泻、皮疹的新生儿和早产儿暂缓接种。

第七章 新生儿常见疾病护理

早产儿因提前出生，其身体各器官尚未完全发育成熟，功能相对不健全，因此，对他们的护理需要更加精细和全面。发育支持护理旨在通过科学的护理手段，促进早产儿的健康成长，包括营养支持、环境控制、情感抚触及预防感染等多个方面。本章旨在对新生儿常见疾病护理进行研究与探讨。

第一节 新生儿窒息

新生儿窒息是指胎儿因宫内窘迫或娩出过程中引起的呼吸、循环障碍，以致出生后不能建立正常的自主呼吸而导致低氧血症、混合性酸中毒及全身多脏器损伤，若出生时无窒息，数分钟后出现呼吸抑制者亦为窒息。本病是引起新生儿死亡和儿童伤残的重要原因之一。

一、发病机制

1. 窒息时胎儿向新生儿呼吸、循环转变受阻

窒息时新生儿未能建立正常的呼吸，致使肺泡不能扩张，肺液不能清除；缺氧、酸中毒引起肺表面活性物质减少、活性降低，以及肺血管阻力增加，胎儿循环重新开放、持续肺动脉高压。后者进一步加重组织严重缺氧、缺血、酸中毒，最后导致不可逆器官损伤。

2. 窒息时各器官缺血缺氧改变

窒息开始时，由于缺氧和酸中毒，引起体内血液重新分布，肺、肠、肾、肌肉

和皮肤等非生命器官血管收缩，血流量减少，以保证脑、心、肾上腺等生命器官的血流量。同时心肌收缩力增强、心率增快、心输出量增加，以及外周血压轻度上升，心脑血管灌注得以维持。如缺氧持续存在，无氧代谢进一步加重了代谢性酸中毒，体内储存的糖原耗尽，血流代偿机制丧失，最终脑、心、肾上腺的血流量减少，心肌功能受损，心率和动脉血压下降，生命器官供血减少，发生脑损伤。其他已处于缺血情况下的器官，则因血流量进一步减少更易受到缺血缺氧的损害。

3. 呼吸改变

(1) 原发性呼吸暂停胎儿或新生儿缺氧初期，呼吸代偿性加深加快，如缺氧未及时纠正，随即转化为呼吸停止、心率减慢，即原发性呼吸暂停。此时患儿肌张力存在，血压稍升高，伴有发绀。此阶段若病因解除，经清理呼吸道和物理刺激即可恢复自主呼吸。

(2) 继发性呼吸暂停原发性呼吸暂停阶段病因仍不能解除，缺氧持续存在，则出现几次喘息样呼吸，继而出现呼吸停止，即继发性呼吸暂停。此时表现为肌张力消失，皮肤苍白，心率和血压持续下降，此阶段对清理呼吸道和物理刺激无反应，需正压通气方可恢复自主呼吸。

4. 血液生化和代谢改变

(1) PaO_2 下降 pH 降低及混合性酸中毒：为缺氧后无氧代谢、气道堵塞所致。

(2) 糖代谢紊乱窒息早期儿茶酚胺及高血糖素释放增加，血糖正常或增高，继之糖源耗竭而出现低血糖。

(3) 高胆红素血症酸中毒抑制胆红素代谢及清蛋白结合，使非结合胆红素升高。

(4) 稀释性低钠血症、低钙血症抗利尿激素分泌异常，发生稀释性低钠血症，钙泵失灵、钙通道开放，钙离子内流引起低钙血症。

二、护理评估

1. 健康史

窒息的本质就是缺氧，凡能造成胎儿或新生儿缺氧的任何因素都可以引起窒息。可发生于妊娠期，但绝大多数发生在产程开始后。

(1) 孕母因素

孕母患有慢性或全身性疾病如糖尿病、心脏病、严重贫血、心肺功能不全等，孕母有妊娠高血压综合征；孕母吸毒、吸烟；孕母年龄>35岁或<16岁等。

(2) 胎盘、脐带因素

前置胎盘、胎盘早剥等，脐带脱垂、绕颈、打结、过短或牵拉等。

(3) 胎儿因素

早产儿、巨大儿、先天畸形、羊水或胎粪吸入、宫内感染等。

(4) 分娩因素

头盆不称、宫缩乏力、臀位、采用高位产钳、抬头吸引术，产程中麻醉药、镇痛药或催产药使用不当等。

2. 身体状况

(1) 胎儿缺氧

早期胎动增加，胎儿心率增快 ≥ 160 次/分，晚期则胎动减少，甚至消失，胎心率 <100 次/分或不规则，肛门括约肌松弛，羊水被胎粪污染呈黄绿色或墨绿色。

(2) 机体各器官受累及表现

- 1) 呼吸系统发生羊水或胎粪吸入综合征、肺透明膜病、呼吸暂停。
- 2) 循环系统轻症时有传导系统和心肌受损；严重者出现心源性休克和心力衰竭。
- 3) 泌尿系统肾功能不全、衰竭及肾静脉血栓形成。
- 4) 消化系统应激性溃疡、坏死性小肠结肠炎、黄疸加重等。

5) 代谢方面低血糖或高血糖、低钠血症、低钙血症、代谢性酸中毒、高碳酸血症等。

6) 血液系统弥散性血管内凝血（常在生后数小时或数天内出现），血小板减少（骨髓缺血性损伤可致骨髓抑制，5~7d 后可恢复）。

7) 中枢神经系统缺血缺氧性脑病及颅内出血。

3. 辅助检查

对宫内缺氧胎儿，可通过羊膜镜了解羊水胎粪污染程度或胎头露出宫口时取头皮血行血气分析，血气分析显示呼吸性酸中毒或代谢性酸中毒，生后应检测动脉血气分析、电解质、血糖、血尿素氮、肌酐等生化指标。

4. 治疗要点

（1）早期预测

估计胎儿娩出有窒息危险时，应充分做好抢救和复苏的准备工作，包括技术、设备、药品和人员安排等，以便争分夺秒进行抢救。

（2）按 ABCDE 复苏方案进行

A (airway)：清理呼吸道。

B (breathing)：建立呼吸。

C (circulation)：维持正常循环。

D (drug)：药物治疗。

E (evaluation)：评估。其中 A 是根本，B 是关键，评估贯穿于整个复苏过程中。呼吸、心率、血氧饱和度是窒息复苏评估的三大指标，并遵循：评估→决策→措施，如此循环往复，指导完成复苏。

（3）复苏后处理

评估监测呼吸、心率血压、尿量、肤色、经皮氧饱和度及窒息所致的神经系统症状等，注意维持内环境稳定，控制惊厥，治疗脑水肿。

5. 护理诊断

- (1) 气体交换受损与肺表面活性物质缺乏、肺透明膜形成有关。
- (2) 有感染的可能与免疫力低下、侵入性操作有关。
- (3) 潜在的并发症呼吸衰竭、心力衰竭。
- (4) 营养失调：低于机体需要量与摄入不足、消耗增加有关。
- (5) 恐惧（家属）与病情危重、预后差有关。

三、护理目标

- 1. 新生儿呼吸道通畅，建立自主、规则呼吸，复苏成功。
- 2. 新生儿缺氧并发症降至最低。
- 3. 新生儿未发生感染。
- 4. 新生儿体温恢复正常。
- 5. 母亲情绪稳定。

四、护理措施

1. 抢救前准备

- (1) 物品准备：随时可用随手可及的全套复苏设备。
 - 1) 保暖用物：预热辐射保温台、预热毛巾。
 - 2) 清理呼吸道用物：吸痰管、低负压吸引器、胎粪吸引管。
 - 3) 吸氧用物：氧气及导管、面罩、呼吸皮囊。
 - 4) 气管插管用物：喉镜（电池、镜片）、气管导管、肩垫、固定胶布。
 - 5) 评估用物：听诊器、秒表。
- (2) 复苏常用药物准备：肾上腺素、等渗晶体液、碳酸氢钠、纳洛酮等药物。

(3) 两名经过复苏专门训练、配合默契的医务人员（通常是助产士和医生）。

2. 新生儿窒息复苏步骤

积极配合医生按 A、B、C、D、E 程序进行复苏。

(1) 保持呼吸道通畅 (A) 患儿仰卧，肩部用小枕垫高 2~3cm，使颈部稍向后伸仰，呈鼻吸气位，迅速清除口、鼻、咽及气道分泌物。

(2) 建立呼吸，增加通气 (B) 拍打或弹足底，也可以来回摩擦患儿背部等刺激患儿，促使呼吸出现。如还是无自主呼吸、心率<100 次/分者，应立即用复苏器加压给氧，面罩应密闭口、鼻；通气的频率为 30~40 次/分；压力大小应根据患儿体重而定，通气有效时可见患儿胸廓有起伏、双肺有呼吸音以及心率有上升。

(3) 维持正常循环，保证足够的心每搏输出量 (C) 胸外按压心脏，一般采用环抱法或中、示指按压，操作者双拇指并排或重叠于患儿胸骨体下 1/3，其他手指围绕胸廓托在后背同时两只拇指向下按压；或仅有中、示两手指并拢按压胸骨体下 1/3 处，频率为 120 次/分，按压深度为胸廓压下 1~2cm。按压与通气比为 3:1。

(4) 药物治疗 (D) 建立有效的静脉通路。保证药物及时进入体内；胸外按压心脏不能恢复正常循环时，可给予静脉、气管内注入 1:1000 肾上腺素；根据医嘱，及时正确输入纠酸、扩容剂等。

(5) 评价复苏过程中，及时评价患儿情况并准确记录。

3. 加强监护

患儿取侧卧位、床旁备吸引器等物品。监护的主要内容为神志、肌张力、体温、床温、呼吸、心率、血氧饱和度、血压、尿量和窒息所致各系统症状，注意喂养，合理给氧，观察用药反应，认真填写护理记录。

4. 保暖

新生儿断脐后仰卧在远红外辐射台上，温度调至 30~32℃，并立即擦干体表的羊水，减少体表散热，降低新陈代谢和氧耗，使之维持低水平，有利于复苏和提高

成活率。贯穿于整个治疗护理过程中，可将患儿置于远红外保暖床，病情稳定后置暖箱中保暖或热水袋保暖，维持患儿肛温 $36.5\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

五、抢救配合

1. 步骤一：初步复苏

(1) 最初评估

新生儿娩出后立即评估，包括：是否足月？羊水是否清亮？是否有呼吸或哭声？肌张力是否好？只要有 1 项是“否”，即启动复苏程序。

(2) 复苏

1) 保暖

新生儿娩出断脐后即放于辐射台保温区内保暖，拿走原盖在身上的湿毛巾。也要因地制宜采取保温措施如用预热的毯子裹住新生儿以减少热量散失等。注意避免高温引发呼吸抑制。

2) 体位

置新生儿头轻度伸仰位（鼻吸气位）。新生儿仰卧，头略后仰，颈部适度仰伸；在其肩下垫布卷使肩抬高 $2\sim 2.5\text{cm}$ 。

3) 清理呼吸道

① 常规处理

在新生儿肩娩出前助产士用手挤捏新生儿的面、颈部排出口鼻腔羊水及黏液；娩出后摆正体位，用吸球或吸管（孕 $28\sim 32$ 周选 6 号吸痰管，孕 $32\sim 36$ 周选 8 号吸痰管， >37 孕周选 10 号吸痰管），先口咽后鼻腔清理羊水及分泌物。

② 羊水胎粪污染时处理

当羊水有胎粪污染时，无论胎粪是稠或稀，头部一旦娩出，可用大孔吸管或吸球吸胎粪，先吸引口咽后鼻腔。新生儿娩出即评估新生儿有无活力：新生儿有活力

时（有活力：强有力的呼吸、肌张力好、心率 >100 次/分），继续初步复苏；如无活力，即采用气管插管胎粪吸引管吸引方法清理呼吸道。

4) 擦干

清理完呼吸道，迅速擦干身上的羊水（数秒钟内完成，毛巾最好预热），擦干后的毛巾应取走。

5) 触觉刺激呼吸

适当的刺激方法为用手拍打或手指弹新生儿的足底或摩擦新生儿背部2次以诱发自主呼吸；重新摆正体位。

6) 评估

前述步骤要求30秒完成。评估心率、呼吸、肤色，耗时6秒，必要时监测血氧饱和度。

2. 步骤二：呼吸支持

新生儿复苏有效：心率 >100 次/分、自主呼吸建立、皮肤黏膜转红，予支持护理，如未达预期效果进行下列处理。

（1）保暖：当呼吸正常，心率 >100 次/分，皮肤周围性青紫，给予保暖。

（2）常压给氧：当呼吸正常，心率 >100 次/分，皮肤中心性青紫，常压给氧。

（3）气囊面罩正压人工呼吸：如触觉刺激后无规律呼吸建立，或60次/分 $<$ 心率 <100 次/分，或持续中心性青紫，给予气囊面罩正压人工呼吸。

3. 步骤三：呼吸、循环支持

复苏有效：心率 ≥ 100 次/分，有自主呼吸，可逐步减少并停止正压人工呼吸。如未达预期效果，进行下列处理。

（1）自主呼吸不充分

自主呼吸不充分或60次/分 $<$ 心率 <100 次/分，继续用气囊面罩或气管导管实施正压人工呼吸。新生儿复苏成功的关键是建立充分的正压人工呼吸。注意持续气囊

面罩人工呼吸（>2 分钟）可产生胃充盈，应常规插入胃管持续胃肠减压，以防止胃扩张及胃内容物吸入。

（2）心率<60 次/分

心率<60 次/分继续正压人工呼吸并开始胸外按压。胸外按压是有节奏地按压胸骨，把压力传到心脏，心内压升高，血液被挤入动脉系统。当作用在胸骨上的压力撤除时，血液从静脉回流入心脏。

1) 胸外按压的体位和部位

取仰卧位，颈部轻度仰伸，并加压呼吸。按压者靠近患儿但不影响人工呼吸。按压部位在胸骨的下 1/3，即两乳头假想连线中点下缘。按压胸骨的力度不可太大。

2) 操作步骤

①方法：有双指法和拇指法两种。

②压力：按压深度为胸骨前后径 1/3。

③速度：胸外按压和人工呼吸配合，按压 3 次，人工呼吸 1 次，耗时 2 秒，每分钟 120 个动作。

④注意：手不能离开胸骨压迫区，以防错位或压迫过深损害脏器；按压速度及深度要恒定，按压同时要检查效果。

⑤可能发生的损伤：肋骨骨折、气胸、肝破裂。

（3）评估

正压通气加胸外按压 45~60 秒，其中评估心率、呼吸、肤色，耗时 6 秒。一般正压通气加胸外按压 25 个循环，评估 6 秒。

4. 步骤四：药物治疗

如 60 次/分<心率<100 次/分，继续正压通气；如心率<60 次/分，继续正压通气加胸外按压，并给予药物治疗。

（1）肾上腺素

为强心药，能加快心率，加强心肌收缩力。

使用特点：静脉或气管套管内快速给药，静脉给药 0.1~0.3ml/kg；气管内给药 0.5~1ml/kg。

观察：如心率仍<60 次/分，3~5 分钟可重复使用肾上腺素。

（2）扩容剂

血容量不足者给扩容剂，可用全血、生理盐水溶液、乳酸林格液。

使用特点：静脉给药，10ml/kg，缓慢推入（>10 分钟）。

观察：如仍有低血容量表现，可重复使用；如改善不明显，考虑有代谢性酸中毒。

（3）碳酸氢钠

确诊为代谢性酸中毒时给碳酸氢钠。

用药特点：2mmol/kg，静脉给药，至少大于 5 分钟缓慢推注。

观察：若心率仍<60 次/分，继续人工呼吸加胸外按摩，考虑再使用肾上腺素、扩容剂；若持续低血压，考虑使用多巴胺。

（4）纳洛酮

适用于严重呼吸抑制，其产妇产前 4 小时使用过麻醉药者。

用药特点：0.1mg/kg，静脉、肌肉、皮下或气管套管给药。

观察：严密观察呼吸、心跳，若再出现呼吸抑制，可再给药。

第二节 新生儿缺氧缺血性脑病

新生儿缺氧缺血性脑病（HIE）是指各种围生期高危因素所致新生儿窒息，引起的部分或完全缺氧、脑血流减少或暂停而导致胎儿或新生儿脑损伤。病情重，病死率高，严重病例的存活者可产生永久性神经功能障碍，如脑瘫、认知障碍、癫痫、

共济失调等。

一、发病机制

1. 脑血流改变

当缺血缺氧为部分性或慢性时，体内血液出现重新分配，以保证心、脑的血液供应。随着缺氧时间延长，这种代偿机制丧失，脑血流灌注下降，遂出现第2次血流重新分布，即供应大脑半球的血流减少，以保证丘脑、脑干、小脑的血灌注量（脑内血液分流），此时大脑皮质氏状旁区和其下面的白质（大脑前、中、后动脉灌注的边缘带）最易受损。

2. 脑血管自主调节功能障碍

脑血管具有自主调节功能，但新生儿自主调节功能较差，尤其是早产儿。缺血缺氧和高碳酸血症时可形成“压力被动型脑血流”，即脑血流灌注压随全身血压的变化而波动。当血压升高过大时，可造成脑室周围毛细血管破裂出血；而低血压时脑血流量减少，又可引起缺血性损伤。

3. 脑组织代谢改变

缺氧时由于脑组织无氧酵解增加，组织中乳酸堆积、能量产生急剧减少，最终因能量衰竭使损害进一步恶化，导致脑细胞死亡。

二、护理评估

1. 健康史

（1）缺氧

缺氧是HIE发病的核心。包括：围生期窒息；反复呼吸暂停；严重的呼吸系统疾病；右向左分流型先天性心脏病等。其中围生期窒息是引起HIE的主要原因。

（2）缺血

缺血情况包括：心跳停止或严重的心动过缓；重度心力衰竭或周围循环衰竭；重度失血或贫血等。

2. 身体状况

HIE 症状多出现在生后 3d 内，主要症状包括：意识障碍、肌张力及原始反射改变、惊厥、颅内压增高等神经系统症状。可分为轻、中、重 3 度（表 7-1）。

表 7-1 HIE 临床分度

临床表现	轻度	中度	重度
意识	兴奋	嗜睡	昏迷
肌张力	正常	减低	松软
拥抱反射	活跃	不完全	消失
吸吮反射	正常	减弱	消失
惊厥	可有肌阵挛	常有	多见，频繁发作
中枢性呼吸衰竭	无	有	严重
瞳孔改变	扩大	缩小	不等大，对光反射迟钝
前囟张力	正常	正常或稍饱满	饱满、紧张
病程及预后	症状在 3d 内消失，预后好	症状在 14d 内消失，可能有后遗症	症状可持续数周，病死率高，存活者多有后遗症

3. 心理-社会状况

家长对本病的严重性和预后不了解，可能会产生焦虑、悲伤、失望、内疚等反应，经济能力不佳的家庭可能会产生放弃治疗的想法，有的家长甚至会做出遗弃孩子的选择来摆脱自身痛苦。

4. 辅助检查

（1）血生化检查

1) 血气分析出生时行脐血血气分析，了解患儿宫内缺氧情况。

2) 磷酸肌酸激酶同工酶主要存在于脑和神经组织中，脑组织受损时血和脑脊液均可升高，正常值<10U/L。

（2）脑影像学检查

1) B超具有无创、价廉、可在床边操作和进行动态随访等优点，可在HIE早期（72h内）进行，并动态监测，常作为首选。

2) CT对于脑水肿、基底核和丘脑损伤、脑梗死等有一定参考作用，但不能床旁检查，且有放射线损伤。

3) 磁共振成像(MRI)无放射线损伤，能清晰的显示B超或CT不易探及的部位，对于岛状旁区损伤尤为敏感，为判断足月儿和早产儿脑损伤的类型、范围、严重程度及评估预后提供了重要的影像学信息。

（3）脑电图

HIE表现为脑电活动延迟、异常放电，背景活动异常等，应在生后1周内检查，可客观反映脑损害的严重程度，判断预后，以及有助于惊厥的诊断。

5. 治疗要点

（1）支持疗法

1) 维持良好的通气功能是支持疗法的中心，保持 $\text{PaO}_2 > 60\text{mmHg}$ 、 PaCO_2 和pH值在正常范围。但应避免 PaO_2 过高或 PaCO_2 过低。

2) 维持血压保持各脏器的血液灌注，避免脑灌注过低或过高，可用多巴胺 $2\sim 5\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ 和等剂量的多巴酚丁胺。

3) 维持血糖正常高值 $4.16\sim 5.55\text{mmol/L}$ （ $75\sim 100\text{mg/dl}$ ），但应避免高血糖。

（2）控制惊厥

首选苯巴比妥，负荷量 20mg/kg ， $15\sim 30\text{min}$ 静脉滴入，若不能控制惊厥， 1h 可加 10mg/kg 。 $12\sim 24\text{h}$ 给维持量， $3\sim 5\text{mg/d}$ 。顽固性抽搐者加用地西泮，每次 $0.1\sim 0.3\text{mg/kg}$ 静脉滴注；或加用水合氯醛 50mg/kg 灌肠。

（3）亚冬眠治疗

采用人工诱导方法将体温下降 $2\sim 4^\circ\text{C}$ ，减少脑组织的基础代谢，保护神经细胞，

降温的方式可以采用全身性或选择性头部降温，前者能迅速、稳定地将脑部温度降到预期的温度，但易出现新生儿硬肿症，而后者能避免其缺点，又能发挥脑保护作用。目前亚低温治疗仅适用于足月儿，对早产儿尚不宜采用。

6. 护理诊断

- (1) 清理呼吸道无效与无力清除呼吸道分泌物有关。
- (2) 有感染的危险与免疫功能低下有关。
- (3) 潜在并发症脑水肿，与大脑缺血缺氧有关。
- (4) 营养失调：低于机体需要量略。
- (5) 知识缺乏与家属信息来源受限有关。

三、护理措施

1. 保持呼吸道通畅

患儿取侧卧位，及时清除口、鼻、咽及气道内分泌物，防止窒息。必要时吸氧，氧流量 0.5~1L/min，注意保持管道通畅，保证有效给氧。

2. 消毒隔离

严格执行无菌操作，勤洗手及加强环境管理，减少探视次数，防止交叉感染。

3. 严密观察病情变化

保持病室安静，维持室温，各种操作集中进行，减少刺激。严密监测神志、肌张力、体温、床温、呼吸、心率、血氧饱和度、血压、尿量和面色等各系统症状，如有变化及时报告医生。

4. 用药护理

遵医嘱给予脱水药物，避免外渗，以免引起皮下坏死，认真观察用药反应，及时填写护理记录。

5. 饮食护理

评估患儿的吸吮能力，无吸吮能力或较差时给予鼻饲，应选择质软、细小的鼻饲管，防止损伤食管和胃黏膜。每次鼻饲后取右侧卧位，防止溢奶。遵医嘱予静脉补液，必要时给予血浆或清蛋白等。

第三节 新生儿颅内出血

新生儿颅内出血是新生儿期最严重的脑损伤，多由产伤或缺氧引起，病死率高，存活者常留有神经系统后遗症。

一、护理评估

1. 健康史

新生儿颅内出血的病因主要为产伤及缺氧。

（1）缺氧

凡能引起胎儿和新生儿缺氧的因素均可导致颅内出血的发生，多见于早产儿。因缺氧导致脑组织水肿、毛细血管通透性增加引起颅内出血。出血部位以脑室管膜下、脑室周围-脑室内出血多见。

（2）产伤

多见于足月儿，因头盆不称、急产、难产、臀位产，高位产钳、吸引器助产等使胎儿头部受挤压、牵拉导致颅内出血。出血部位多见于硬脑膜下及蛛网膜下隙。

（3）其他

快速静脉输入高渗液体，机械通气不当，血压波动过大、操作时对头部按压过重均可引起颅内出血。

2. 身体状况

临床以窒息、中枢神经系统兴奋和（或）抑制相继出现为特征。临床表现与出

血部位和出血量有关，早产儿症状多不典型。轻者无症状，大量出血者可在短期内死亡。常见的表现如下：

- (1) 意识改变如易激惹、过度兴奋、惊厥，随后会表情淡漠、嗜睡、昏迷等。
- (2) 眼部症状凝视、斜视、眼球上转困难、眼球震颤等。
- (3) 颅内压增高表现脑性尖叫、惊厥、前囟隆起、甚至双瞳孔不等大等脑疝表现。
- (4) 呼吸系统表现呼吸增快或减慢，呼吸不规则或暂停等。
- (5) 肌张力改变早期增高，以后减低。
- (6) 瞳孔改变大小不对称，对光反应差。
- (7) 其他出现黄疸和贫血表现。

3. 心理-社会状况

家长对本病的严重性、预后缺乏认识，如果孩子致残，家长可能会出现焦虑、内疚、悲伤、愤怒、失望等反应。有的家长甚至会作出遗弃孩子的选择来摆脱自身的痛苦，而带来一系列的社会问题。

4. 实验室检查及其他检查

(1) 脑脊液检查急性期为均匀血性和皱缩红细胞，蛋白含量明显增高，严重者出生 24h 内脑脊液糖定量降低，5~10d 最明显，同时乳酸含量低。

(2) 影像学检查 B 超对诊断早产儿脑室及脑室周围出血较敏感，对蛛网膜下隙出血伴有脑室出血或扩张的诊断有帮助。CT 和 MRI 几乎对所有类型的出血均可做出诊断。

5. 治疗要点

(1) 控制止血可用维生素 K₁、维生素 C、酚磺乙胺、巴曲酶等。必要时可输入少量血浆或全血。

(2) 镇静止痉地西洋、苯巴比妥控制惊厥。

(3) 降低颅内压可用呋塞米，也可用地塞米松，每次 0.5~1mg/kg 静脉滴注，每日 2 次；有脑疝发生时，选用 20%甘露醇，每次 0.25~0.5g/kg，每 6~8h 一次，静脉滴注。

(4) 对症支持治疗出血停止后，可给胞磷胆碱、脑活素、吡拉西坦等恢复脑细胞功能。

6. 护理诊断及合作性问题

- (1) 潜在并发症颅内压增高。
- (2) 低效性呼吸型态与呼吸中枢受抑制有关。
- (3) 有窒息的危险与惊厥、昏迷有关。
- (4) 体温调节无效与体温调节中枢受损有关。
- (5) 营养失调：低于机体需要与吸吮反射弱及呕吐有关。

二、护理目标

- 1. 患儿颅内出血逐渐停止，颅内压恢复正常，生命体征平稳。
- 2. 患儿能够维持呼吸正常。
- 3. 患儿能够维持正常体温。
- 4. 患儿能够获得所需热量和水分。

三、护理措施

1. 预防颅内压增高

(1) 严密观察病情密切观察患儿生命体征、神志、瞳孔的变化，出现脉搏减慢、呼吸节律不规则、瞳孔不等大等圆、对光反射减弱或消失等症状，立即报告医生，并做好抢救准备工作。

(2) 保持绝对静卧抬高头部,减少不良声、光等刺激;患儿保持侧卧位或头偏向一侧。入院后 3d 内除臀部护理外免除一切清洁护理,护理操作要轻、稳、准,尽量减少对患儿的移动和刺激,避免因患儿的烦躁加重缺氧和出血,静脉穿刺选用留置针,减少反复穿刺,避免头皮穿刺输液,以防止加重颅内出血。

(3) 遵医嘱给予镇静剂、脱水剂。

2. 合理用氧

根据缺氧的程度用氧,注意用氧的方式和浓度,维持血氧饱和度在 85%~95%即可,防止氧浓度过高或用氧时间过长导致氧中毒症状。呼吸衰竭或严重的呼吸暂停需气管插管、机械通气并做好相关护理。

3. 维持体温稳定

体温过高时应给予物理降温,体温过低时用远红外床、暖箱或热水袋保暖。

4. 遵医嘱准确给药

对颅内压增高者用地塞米松,每次 0.5~1.0mg/kg 静脉滴注,每日 2 次,静脉滴注速度不要太快。呼吸节律不整,瞳孔不等大者可使用 20%甘露醇降颅压,一般每次 0.25~0.5g/kg。脑代谢活性药胞磷胆碱 0.1g 加入 5%~10%的葡萄糖中静滴 10~15d 为一疗程,也可用脑活素。应用维生素 K₁、酚磺乙胺等止血。严重患儿多次少量输新鲜血浆或全血。

第四节 新生儿黄疸

新生儿黄疸是因胆红素在体内聚积而引起皮肤、巩膜或其他器官黄染的现象,其原因很多,有生理性和病理性之分。生理性黄疸由新生儿胆红素代谢特点所致;若在某些诱因作用下或患某些疾病时黄疸加重,发展成为病理性黄疸。重者可导致中枢神经系统受损,产生胆红素脑病,引起死亡或严重后遗症,故应加强对新生儿

黄疸的临床观察，尽快找出原因，及时治疗，加强护理。

一、新生儿黄疸的分类

1. 生理性黄疸

由于新生儿胆红素代谢特点，50%~60%的足月儿和 80%以上的早产儿于生后 2~3d 内出现黄疸，4~5d 达到高峰，5~7d 开始消退，足月儿在 2 周内消退，未成熟儿可延到 3~4 周，一般情况良好，食欲正常。

新生儿生理性黄疸是单纯由新生儿胆红素代谢的特点所致而无各种致病因素的存在，除黄疸外无临床症状，肝功能正常，血清未结合胆红素的增加在一定范围以内。但由于有些极低出生体重儿在胆红素水平不甚高的情况下仍有可能发生胆红素脑病，因而此情况下不能认为仅仅是生理性的；而且，生理性黄疸和病理性黄疸在某些情况下难以截然分开，故有人建议将生理性黄疸改为发育性高胆红素血症，也有人认为应命名为“新生儿暂时性黄疸”。

50%~60%的足月儿和 80%的早产儿出现生理性黄疸，一般于生后 2~3 天出现，4~5 天达高峰，足月儿于生后 7~10 天消退，早产儿可延续到 2~4 周左右。传统的诊断标准为足月儿血清胆红素不超过 $220.6 \mu\text{mol/L}$ ，早产儿不超过 $255 \mu\text{mol/L}$ 。事实上，对于早产儿这一标准只是意味着早产儿胆红素水平明显较高，由于早产儿血脑屏障等发育不成熟，即使胆红素水平较低，也与胆红素脑病有较高的相关性。国内外许多学者通过大量的临床研究和调查，认识到生理性黄疸的程度受许多因素的影响，不仅有个体差异，也与种族、地区、遗传、性别、喂养方式等有关。东方人比西方人高，美国印第安人比白种人要高。我国有不同地区的学者通过对正常新生儿血清胆红素水平的动态监测，证实我国正常新生儿生理性黄疸时其血清胆红素峰值高于传统的诊断水平，故需要进行更大样本的前瞻性研究，才能得出我国新生儿生理性黄疸的诊断标准。

生理性黄疸的发生与新生儿胆红素代谢的特点有关:

(1) 胆红素产生增加新生儿红细胞容积相对大而寿命短,如出生前后血氧分压的改变使红细胞过剩,加上出生后的髓外造血灶的吸收,都可造成胆红素的增加。

(2) 血清蛋白联结运送不足新生儿刚出生后存在或多或少的酸中毒,故常显示胆红素与清蛋白的联结不足,特别是早产儿清蛋白水平偏低,如用药不当,医源地地加入了争夺清蛋白的物质,使胆红素运送受阻。

(3) 肝脏的处理能力不足新生儿出生不久其肝内 γ 、 z 蛋白极微,故对胆红素的摄取能力不足。喂养延迟、呕吐等引起葡萄糖不足均可影响胆红素的结合。在肝内胆红素与葡萄糖醛酸结合的过程中一系列酶均需能量与氧气,若新生儿产时或产后缺氧、寒冷损伤、酸中毒以及感染时产生毒素等情况发生,则酶功能受抑制。特别是起重要作用的葡萄糖醛酸转移酶在刚出生新生儿的肝内含量甚低,因而造成对胆红素的处理不良。

(4) 肝肠循环负荷较大刚出生新生儿因肠内葡萄糖醛酸苷酶的作用,使结合胆红素水解成未结合胆红素在肠腔内被重新吸收。新生儿每天形成胆红素约 20mg,若胎粪排出延迟则胆红素的肝肠循环负荷增加。

生理性黄疸不需特殊处理,适当提早喂养、供给葡萄糖可使生理性黄疸有所减轻。

2. 病理性黄疸病因

新生儿病理性黄疸是新生儿早期除胆红素代谢的特点外,同时有使黄疸加重的疾病或致病因素存在。当血清胆红素超过生理性黄疸的水平,临床诊断为高胆红素血症。但广义的病理性黄疸还包括已过生理性黄疸时期而血清胆红素仍超过正常水平者。部分病理性黄疸可致中枢神经系统受损,产生胆红素脑病。我国新生儿高胆的发病率各家报道不一,为 9.1%~50.0%,甚至更高。新生儿病理性黄疸按发病机制可分为红细胞破坏增多(溶血性、肝前性)、肝脏胆红素代谢功能低下(肝细胞

性)和胆汁排出障碍(梗阻性、肝后性)三类。按实验室测定总胆红素和结合胆红素浓度的增高程度可分为高未结合胆红素血症和高结合胆红素血症,如两者同时存在则称混合性高胆红素血症。

新生儿感染,大多数为宫内感染,常见的病原体为巨细胞病毒,乙型肝炎、风疹、单纯疱疹、梅毒螺旋体、弓形体等。感染可经胎盘传给胎儿或通过产道分娩时被感染。常在生后1~3周或更晚出现黄疸,病重时粪便颜色变浅,尿色深黄,患儿可有厌食、呕吐、肝轻至中度增大。新生儿败血症及其他感染。

新生儿溶血症:胆道闭锁;母乳性黄疸大约1%母乳喂养的婴儿可发生母乳性黄疸,其特点是在生后4~7d出现黄疸,2~4周达高峰(血清胆红素可超过 $256.6 \sim 342.0 \mu\text{mol/L}$),一般状况良好,黄疸一般持续3~4周,无引起黄疸的其他原因,停喂母乳3~4d,黄疸明显减轻,胆红素下降 $\geq 50\%$ 可以确诊;遗传性疾病;药物性黄疸大剂量维生素 K_3 ,维生素 K_4 等药物引起者。

(1) 高未结合胆红素血症

引起的原因有:

1) 胆红素产生过多:如母婴血型不合、遗传性球形红细胞增多症、红细胞酶的缺陷、血管外溶血、红细胞增多症等。

2) 肝细胞摄取和结合低下:如肝脏酶系统功能不全引起的黄疸、甲状腺功能低下、进食减少等。

3) 肠-肝循环增加:如胎粪排出延迟等。

母乳性黄疸其特征为新生儿以母乳喂养后不久即出现黄疸,可持续数周到数月,而其他方面正常。分为早发型(母乳喂养性黄疸)和晚发型(母乳性黄疸)。其发生的原因目前认为主要是因为新生儿胆红素代谢的肠-肝循环增加有关。早发型母乳喂养性黄疸的预防和处理,鼓励尽早喂奶。

(2) 高结合胆红素血症

新生儿结合胆红素增高的疾病，其临床均以阻塞性黄疸为特征，即皮肤、巩膜黄染，大便色泽变淡或呈灰白色如油灰状，小便深黄，肝脾大及肝功能损害等，亦称之为肝炎综合征。主要有新生儿肝炎和胆管闭锁。

1) 新生儿肝炎，多数为胎儿在宫内由病毒感染所致，国际上所指的 CROTCHS 或 TORCH 感染（即巨细胞病毒、风疹病毒、弓形虫、柯萨奇和其他肠道病毒、单纯疱疹和乙肝病毒、HIV 以及其他病毒）均可作为新生儿肝炎的病因。感染可经胎盘传给胎儿或在通过产道娩出时被感染。常在生后 1~3 周或更晚出现黄疸，经过一般处理后好转，病程 4~6 周。

2) 胆道闭锁，其病因尚不清楚，发病率在亚洲比白种人为高，多在生后 2 周始显黄疸并呈进行性加重，粪色由浅黄转为白色，肝脏进行性增大，边缘硬而光滑；肝功能以结合胆红素升高为主。3 个月后可逐渐发展至肝硬化。

3) 代谢性疾病，由先天性代谢障碍所引起的一类疾病，部分可以在新生儿期间出现黄疸。

（3）混合性高胆红素血症

感染是引起混合性高胆红素血症的重要原因，细菌和病毒都可引起黄疸。患儿多伴有发热或体温不升、食欲缺乏、呼吸不规则、嗜睡和烦躁不安等症状。如感染伴有溶血，则可出现贫血。治疗主要是积极控制感染，加强支持疗法。

二、护理评估

1. 健康史

了解母亲既往有无原因不明的流产、早产及死胎或重度黄疸患儿分娩史等，如患儿的姐妹、兄弟在新生儿期死亡或明确有新生儿溶血病史者均应警惕母子血型不合性溶血病的发生。诱使生理性黄疸加重的因素。

2. 身体状况

应注意评估黄疸的特点，有无贫血、水肿、肝脾肿大，应注意评估患儿有无心力衰竭、胆红素脑病的表现。

3. 辅助检查

辅助检查：应及时采集标本做好各项检查，评估有无母、子血型不合，有无溶血性贫血的改变，血清胆红素尤其是间接胆红素是否升高，抗人体蛋白试验、红细胞抗体释放试验等是否阳性。分析检查结果，为护理提供依据。

4. 治疗要点

（1）光照疗法

光照疗法是降低血清未结合胆红素简单而有效的方法。将新生儿卧于光疗箱中，双眼用黑色眼罩保护，以免损伤视网膜，会阴、肛门部用尿布遮盖，其余均裸露。用单面光或双面光照射，持续 2~48h（一般不超过 4d），胆红素下降到 7mg/dl 以下即可停止治疗。

（2）换血疗法

换血能有效地降低胆红素，换出已致敏的红细胞和减轻贫血。但换血需要一定的条件，亦可产生一些不良反应，故应严格掌握指征。

（3）药物治疗

供应清蛋白，纠正代谢性酸中毒，肝酶诱导剂（如苯巴比妥），静脉使用免疫球蛋白。

5. 护理诊断及合作性问题

- （1）潜在并发症胆红素脑病。
- （2）有体液不足的危险与光照疗法有关。
- （3）活动无耐力与红细胞大量破坏引起贫血有关。
- （4）（家长）知识缺乏与缺乏对黄疸的认识与护理有关。

6. 预期目标

- (1) 患儿黄疸的征象得到早期发现，患儿不出现核黄疸。
- (2) 患儿家长能根据黄疸的原因，出院后给予正确的护理。
- (3) 患儿血清胆红素逐步下降，体液保持平衡状态，体重、尿液正常。
- (4) 与家长积极沟通，消除心理的焦虑、恐惧。

三、护理措施

- 1. 监测生命体征，观察神志、瞳孔、肤色、精神状态、大小便的情况及监测胆红素值，有变化时及时通知医生。
- 2. 保持室内安静，护理操作轻、稳、准，减少对患儿移动和刺激、减少反复穿刺。
- 3. 缺氧时给予吸氧，控制输血量及速度。
- 4. 严格执行无菌操作，落实手卫生。
- 5. 按需喂养，防止呛奶、误吸。
- 6. 做好口腔护理、皮肤的清洁，臀部及脐部护理。
- 7. 耐心细致的解答病情，告诉家长患儿目前的情况和可能的预后，帮助家长树立信心，促进父母角色的转变。

四、护理评价

- 1. 评价患儿黄疸是否消退，反应不错，精神好。
- 2. 家长的焦虑有所缓解。对疾病的预后有信心。
- 3. 患儿家长能给予患儿正确的照护。

第五节 新生儿溶血病

新生儿溶血病（HDN）是指由于母子血型不合，母亲体内产生与胎儿血型抗原不配的血型抗体，这种抗体通过胎盘进入到胎儿体内引起同族免疫反应导致胎儿、新生儿红细胞破坏而引起的溶血。常见 Rh 血型系统和 ABO 血型系统的血型不合。

一、护理评估

1. 健康史

目前已知血型抗原有 160 多种，但新生儿溶血病以 ABO 血型系统不合最为常见，其次是 Rh 血型系统不合。主要是由于母亲存在着与胎儿血型不相容的血型抗体（IgG），这种 IgG 血型抗体可经胎盘进入胎儿循环后，引起胎儿红细胞破坏，出现溶血。

（1）ABO 血型不合

多为母亲 O 型，婴儿 A 型或 B 型。如母亲为 AB 型或婴儿为 O 型则均不会发生溶血。由于自然界中广泛存在 A、B 血型物质，因此，O 型血妇女通常在孕前已接触过 A、B 血型物质的抗原物质刺激，其血清中产生了相应的抗 A、抗 B 抗体的 IgG，在妊娠时经胎盘进入胎儿血液循环引起溶血，故 50% 的 ABO 溶血病发生在第一胎。

（2）Rh 血型不合

母亲为 Rh 阴性血型，子为 Rh 阳性血型发生溶血多见，且第一胎很少发生，多在第 2 胎或第 2 胎以后发生。这是因为自然界无 Rh 血型物质，Rh 溶血病只能由人类细胞作为抗原，才能产生抗体。Rh 阳性胎儿的红细胞进入 Rh 阴性母体，刺激母体产生抗体，但这种抗体产生较慢，且为 IgM 抗体，故对第一胎的胎儿无影响。当再次怀孕时，即使经胎盘进入母体的胎儿血量很少（0.01~0.1ml），亦能很快地发生次发免疫反应，产生大量的 IgG，通过胎盘进入胎儿体内引起溶血。

Rh 血型不合溶血病主要发生在 Rh 阴性孕妇和 Rh 阳性胎儿，但也可发生在母婴均为阳性时，这主要是由抗 E，抗 C 或抗 e、c 等引起。其中以抗 E 较多见。

2. 身体状况

症状的轻重和母亲产生的 IgG 抗体量、抗体与胎儿红细胞结合的程度及胎儿代偿能力有关。Rh 溶血症常比 ABO 溶血者严重。

(1) 黄疸

Rh 血型不合的溶血大多数在出生后 24h 内出现黄疸并迅速加重。ABO 溶血多发生在生后 2~3d。血清胆红素以未结合胆红素为主。

(2) 贫血

Rh 溶血者一般贫血出现早且重；ABO 溶血者贫血较少，一般到新生儿后期才出现。重症贫血者出生时全身水肿，苍白，肝脾肿大，胸、腹腔积液，心力衰竭。

(3) 肝、脾大

Rh 溶血病患者多有不同程度的肝、脾大，由于髓外造血活跃所致。ABO 溶血病患者则不明显。胆红素脑病是指出生 1 周内的新生儿由于胆红素毒性作用所致的急性脑损伤。由于胆红素的毒性作用导致的慢性和永久性的脑损伤称之为核黄疸。一般发生在出生后 2~7d，早产儿尤易发生。典型临床表现包括警告期、痉挛期、恢复期及后遗症期。

3. 心理-社会状况

了解患儿家长心理状况，对本病的病因、性质、护理、预后的认识程度，尤其是胆红素脑病患儿家长的心理状况和有无焦虑。

4. 辅助检查

血型检测可见母子血型不合；红细胞、血红蛋白降低及网织红细胞、有核红细胞增多；血清胆红素增高，三项实验阳性。

5. 治疗要点

(1) 产前治疗

产前治疗可采用孕妇血浆置换术，宫内输血。

(2) 新生儿治疗

新生儿治疗包括换血疗法、光照疗法、纠正贫血及对症治疗（可输血浆、清蛋白、纠正酸中毒、缺氧，加强保暖，避免快速输入高渗性药物）。

6. 护理诊断及合作性问题

(1) 潜在并发症胆红素脑病与血清胆红素过多有关。

(2) 有感染的危险与免疫功能不足，皮肤黏膜屏障功能不完善有关。

(3) 有皮肤完整性受损的危险与治疗过程中出现摩擦、抓挠及臀部擦拭等因素有关。

(4) 有体温不稳定的问题与光疗不良反应有关。

(5) 患者家属缺乏新生儿疾病相关知识与患者家长信息来源受限、专业知识缺乏有关。

7. 护理目标

(1) 高胆红素血症得到控制，未出现胆红素脑病。

(2) 未出现感染。

(3) 皮肤的黄染渐退，未出现皮肤的异常受损。

(4) 未出现体温异常或出现后及时得到控制和处理。

(5) 家长充分认识新生儿黄疸的成因和治疗，充分配合，减轻焦虑。

二、护理措施

1. 密切观察病情变化，预防胆红素脑病的发生：

(1) 注意黄疸出现的时间、颜色、范围、程度。密切关注皮肤、黏膜、巩膜的颜色变化，根据其皮肤黄染的部位、范围和黄染程度，估计血清胆红素增高的近似

值。及时判断退黄治疗的疗效和进展程度。

(2) 观察生命体征。

(3) 注意保暖。

(4) 严密观察神经系统的表现,若出现拒食、嗜睡、四肢乏力、肌张力渐退等胆红素脑病的早期表现,立即通知医生,并做好相应抢救的准备,必要时协助医生及时采取相应的治疗和抢救工作。

(5) 观察大小便颜色、次数、量及性状。

(6) 观察皮肤有无破损、感染灶。

2. 提早喂养建立肠道菌群、促进胎粪排出。

3. 遵医嘱给予清蛋白和酶诱导剂纠正酸中毒,以利于胆红素和清蛋白的结合,减少胆红素脑病的发生。

4. 合理安排补液计划根据不同补液内容调节相应的速度,切忌快速输入高渗性药物,以免血-脑脊液屏障暂时开放,使已与清蛋白联结的胆红素进入脑组织。

三、护理评价

使家长了解病情,取得家长的配合;对于新生儿溶血症,做好产前咨询及孕妇预防性服药;发生胆红素脑病者,注意后遗症的出现,给予康复治疗和护理;若为母乳性黄疸,嘱可继续母乳喂养,如吃母乳后仍出现黄疸,可改为隔次母乳喂养逐步过渡到正常母乳喂养。若黄疸严重,患儿一般情况差,可考虑暂停母乳喂养,黄疸消退后再恢复母乳喂养;若为红细胞 G6PD 缺陷者,需忌食蚕豆及其制品,患儿衣物保管时勿放樟脑丸,并注意药物的选用,以免诱发溶血。

1. Rh 溶血病

(1) 胎儿期重度受累者出生时有水肿、腹水、贫血、心肺功能不全者,如不及时处理出生后不久死亡。应保持有效的通气、抽腹水、控制心衰,尽快换血(换入

浓缩血)。

(2) 出生后一旦明确诊断为 Rh 血型不合溶血病, 可给静脉滴注丙种球蛋白, 按 1mg/kg, 于 4~6h 内滴入。

(3) 出生时一般情况尚正常, 但生后很快出现黄疸, 应采取措施降低血清胆红素, 防止胆红素脑病的发生。主要采用光疗、换血、主要采用光疗、换血、具体方法见前述。

(4) 纠正贫血: 早期重度贫血者可采用浓缩血液换血; 晚期贫血若程度不重者可观察; 但当血红蛋白明显下降同时出现心率加快、气急或体重不增等症状时, 可少量多次输血, 输入的血 Rh 血型最好没有引起发病的血型抗原。

2. ABO 溶血病

治疗原则同 Rh 溶血病, 重点是降低血清胆红素, 防止胆红素脑病。绝大多数患者经光疗即能达到治疗目的, 但少数黄疸出现早, 胆红素上升快、血清胆红素达到换血指征者仍需换血治疗。贫血明显者可酌情输血。

第六节 新生儿寒冷损伤综合征

一、护理评估

新生儿寒冷损伤综合征简称新生儿冷伤, 亦称新生儿硬肿症, 系指新生儿时期由多种原因引起的皮肤和皮下脂肪变硬及水肿, 常伴有低体温及多器官功能低下。早产儿多见。由于新生儿体温调节中枢发育不完善, 体表面积相对较大, 皮下脂肪变薄, 易散热, 早产儿尤甚; 皮下脂肪中饱和脂肪酸含量多, 其熔点高, 受寒时易凝固; 贮存的棕色脂肪少且棕色脂肪产能过程需氧的参与, 若遇寒冷损伤、喂养不足、缺氧、感染等可诱发本病。本病表现为皮肤冷、硬、肿, 伴体温过低、多器官功能衰竭为特征。若寒冷损伤所致者, 多发生在寒冷季节, 而早产、窒息、感染所

致者，则无季节性。治疗应正确复温、合理供给热量及水分，积极祛除诱因，及早纠正脏器功能紊乱。本病的预后取决于胎龄、硬肿程度及有无并发症。若发生严重感染、肺出血者病死率高，主要死因是肺出血、循环衰竭和呼吸衰竭。预防本病要做好围生期保健，避免早产、低出生体重儿及窒息；加强生后新生儿保暖和能量的供给；积极防治感染性疾病。

1. 健康史

(1) 产前

常因母孕期有细菌感染经胎盘血行感染胎儿；羊水穿刺及宫内输血消毒不严而致胎儿感染。

(2) 产时

因胎膜早破、产程延长，细菌上行污染羊水；胎儿娩出时吞入、吸入产道细菌发生吸入性肺炎再发展为败血症；细菌可由产钳损伤处侵入；急产或助产时消毒不严而引起感染。

(3) 产后

感染是最常见的。细菌从脐部、破损的皮肤（可有病灶）、黏膜、呼吸道、消化道侵入血液；或吸痰器、超声雾化器、暖箱内水箱的水被细菌污染使新生儿感染，或各种导管、插管破坏皮肤黏膜屏障后细菌侵入血液循环而致感染。

2. 身体状况

(1) 一般状况

拒乳、不哭、不动、反应低下、精神萎靡、嗜睡、面色苍白、体温不稳定（升高或降低）、呼吸改变（急促或屏气）、体重不增或下降。

(2) 其他状况

1) 生理性黄疸消退延迟或退而复现、突然加重，体重极低早产儿易发生胆红素脑病。有时黄疸可能是本病的主要表现，伴肝（脾）增大。

2) 有皮肤瘀点、瘀斑等出血倾向, 严重者甚至发生弥散性血管内凝血(DIC), 出现呕血、便血或肺出血。

3) 出现皮肤花纹、脉搏细速、尿少或无尿、血压下降($<6\text{kPa}$)等休克征象。

4) 出现呕吐、腹泻、腹胀甚至中毒性肠麻痹征象。

5) 并发化脓性脑膜炎、肺炎最多见, 以及深部脓肿、化脓性关节炎、骨髓炎、尿路感染、蜂窝组织炎等。

3. 心理-社会状况

家长因未能及早寻医治疗使孩子病情加重而感到自责、负罪感; 或是在求诊中患儿所出现的临床表现不典型, 致使治疗效果不理想, 而使家长对医护人员感到不满及不信任, 出现抱怨情绪。

4. 辅助检查

根据病情选择检测动脉血气、血糖、电解质、血尿素氮、肌酐, 血常规及血小板, 凝血时间、凝血酶原时间、纤维蛋白原、凝血酶时间等。必要时拍胸部X线片。

5. 治疗原则

(1) 保证热量和体液均衡供给

纠正酸中毒和微循环障碍, 供给充足的热量有助于复温和维持正常体温, 但有明显心肾功能损害者, 注意严格控制输液速度和液体入量。

(2) 控制感染

根据血培养和药敏结果应用抗生素。

(3) 纠正器官功能紊乱

对心力衰竭、休克、凝血障碍、DIC、肾功能衰竭和肺出血等, 应给予相应治疗。

6. 护理诊断及合作性问题

(1) 体温过低与寒冷、早产、感染、窒息有关。诊断依据由于持续低体温使血细胞比容增高, 血浆容量下降, 白细胞和血小板减少, 红细胞变形、破碎易凝集。

体温 $<29^{\circ}\text{C}$ 时，凝血酶原时间延长，纤溶活性增加等引起凝血障碍和 DIC。

(2) 有感染的危险与持续低体温使机体免疫功能降低，并发肺炎或败血症等有关。

(3) 知识缺乏与家长缺乏了解本病病因及预防的知识有关。

(4) 潜在并发症 DIC。

7. 预期目标

(1) 12~24h 患儿体温升至正常。

(2) 患儿不发生 DIC 或发生时能被及时发现。

(3) 患儿不发生感染。

(4) 家长能说出本病的预防要点，并学会家庭简易保暖方法。

二、护理措施

1. 体温过低的护理

(1) 复温

复温是护理低体温患儿的关键。体温 $>30^{\circ}\text{C}$ ，腋-肛温差为正值的患儿，可放入 30°C 的暖箱内，根据婴儿体温恢复情况，将箱温调至 $30\sim 34^{\circ}\text{C}$ 内，使患儿于6~12h恢复正常体温；体温 $<30^{\circ}\text{C}$ ，腋-肛温差为负值的重度患儿，将患儿置入高于体温 $1\sim 2^{\circ}\text{C}$ 暖箱内，每小时升高 1°C 箱温，于12~24h内恢复正常体温。有条件可采用恒温水浴、辐射保暖床等方法复温。家庭可因地制宜采用温水浴（水温 $38\sim 40^{\circ}\text{C}$ ）后，包裹温暖小棉被、外置热水袋（水温从 40°C 渐增至 60°C ），并提高室温至 $24\sim 26^{\circ}\text{C}$ ，或电热毯、热炕、母怀取暖，但要防止患儿被烫伤及闷捂。持续低体温对机体的损害极大，正确的复温可防止多器官功能的受损。

(2) 提高能量及水分

病重者按医嘱静脉补充营养及液体，亦可用静脉高营养液、血浆、鲜血等。有

明显心、肾功能损害者，应严格控制速度及液量，静脉滴入的液体应加温至 35℃ 左右。待消化道功能正常后再开始喂乳，首选母乳，早期每日供给能量约 210kJ/kg，随体温恢复及日龄增长可增至 420~504kJ/kg，哺喂时要耐心少量多次，若吸吮无力者可用滴管或鼻胃管喂养。保证能量的供给，可使产热增多，是复温及维持正常体温的重要措施之一。

（3）供氧

吸入的氧气必须加温、加湿。因新生儿棕色脂肪产热需要氧的参与，当疾病引起的缺氧、酸中毒和休克时，棕色脂肪产热过程受抑制，出现体温过低。故吸氧能使棕色脂肪分解产热，有助于体温恢复正常。

（4）观察病情

复温过程中用肛表测量肛温，每 2h 一次，体温正常 6h 后改为每 4h 一次。同时测腋温，计算腋-肛温差值，便于估计病情的进展和程度，还可作为调节暖箱温度的依据；观察心率、呼吸、并做记录；注意一般状态、反应、哭声、吸吮力、尿量；观察暖箱及室内温度、湿度并及时调整，详细记录护理记录单，病情有特殊变化及时与医生联系。

2. 预防弥漫性血管内凝血的护理

（1）按医嘱使用药物

硬肿常伴凝血障碍，可早期预防性给予维生素 K₁、酚磺乙胺。

（2）严密观察

有无出血倾向及肺出血的表现，一旦发生及时通知医生，同时备好抢救物品及药物，并对患儿进行重新评估，按 DIC 护理。

3. 预防感染的护理

因新生儿硬肿症低体温时，机体免疫力降低，容易发生感染，感染又加重硬肿。防止感染的发生能改变本病的预后。故应做好消毒隔离，硬肿症患儿应与感染者分

开，防止发生交叉感染；若有感染的发生，选择适当的抗生素。

第七节 新生儿低血糖

一、护理评估

1. 健康史

（1）葡萄糖储存不足

葡萄糖储存不足主要见于以下几种情况：

1) 早产儿和小于胎龄儿肝糖原储存主要发生在妊娠的最后 3 个月，因此胎龄越小，糖原储存越少，糖异生中的酶活力较低。

2) 围生期的应激反应低氧、酸中毒时儿茶酚胺分泌增多，刺激肝糖原分解增加，加之无氧酵解使葡萄糖利用增多。

3) 其他如低体温，败血症，先天性心脏病等，常由于热卡摄入不足，葡萄糖利用增加所致。

（2）葡萄糖利用增加

葡萄糖利用增加（暂时性高胰岛素血症）主要见于以下几种情况：

1) 糖尿病母亲的婴儿由于宫内血糖过高，导致暂时高胰岛素血症，而出生后母亲血糖供给突然中断所致。

2) Rh 溶血病红细胞破坏致谷胱甘肽释放，刺激胰岛素浓度增加。

（3）持续性低血糖

1) 高胰岛素血症主要见于胰岛细胞增生症、Beckwith 综合征、胰岛细胞腺瘤。

2) 内分泌缺陷如先天性垂体功能不全、皮质醇缺乏、胰高糖素缺乏、生长激素缺乏等。

3) 遗传代谢性疾病：糖代谢异常，如糖原储积症 I 型、III 型；脂肪酸代谢性疾

病，如中链酰基辅酶 A 脱氢酶缺乏；氨基酸代谢缺陷，如支链氨基酸代谢障碍，亮氨酸代谢缺陷等。

2. 身体状况

多数患儿无症状或症状无特异性，依据低血糖的程度不同临床表现也不同，同一低血糖水平临床表现的差异也较大。最初表现为反应差、烦躁、苍白、多汗、吸吮弱、哭声异常，随之出现震颤、惊厥、昏迷、呼吸暂停等。低血糖多为暂时的，经补糖后症状消失，血糖恢复正常。如反复发作须考虑糖原累积症、先天性垂体功能不全、胰高血糖素缺乏和糖原累积症等。

3. 心理-社会状况

家长因缺乏营养和保健知识，未作好产前保健而导致孩子生病，心理上会感觉到内疚，对本病的严重性、预后缺乏认识，可能会出现焦虑、恐惧等反应，渴望接受健康指导。

4. 实验室检查及其他检查

(1) 血糖测定可用纸片法或静脉血糖检查进行监测，高危儿应在生后 1h 内监测血糖，以后每隔 1~2h 复查，直至血糖浓度稳定。

(2) 持续性低血糖者应酌情选测血胰岛素、胰高糖素、 T_4 、TSH、生长激素、皮质醇、血、尿氨基酸及有机酸等。明确有无先天性代谢和内分泌疾病。

(3) 高胰岛素血症可做胰腺 B 超或 CT 检查，疑有糖原累积病时可以做相应的检查。

5. 治疗要点

(1) 无症状低血糖可给予进食葡萄糖，如无效改为静脉输注葡萄糖。

(2) 有症状患儿都应静脉输注葡萄糖。

(3) 对持续或反复低血糖者除静脉输注葡萄糖外，结合病情予氢化可的松静脉点滴或泼尼松口服，胰高血糖素肌内注射等，直至症状消失后 24~48h。

(4) 治疗原发病。

6. 护理诊断及合作性问题

(1) 营养失调：低于机体需要量与摄入不足、消耗增加有关。

(2) 潜在并发症呼吸暂停。

7. 护理目标

(1) 患儿住院期间能得到充足的营养。

(2) 患儿能够维持呼吸正常。

二、护理措施

1. 保证能量供给提倡尽早喂养，吸吮母乳。无母乳者可给予 10%葡萄糖口服；早产儿或窒息儿尽快建立静脉通路，保证葡萄糖输入。如因代谢及内分泌疾病引起者还应给予相应的饮食护理。

2. 监测血糖高危儿在出生时应监测血糖，输注葡萄糖时定期监测血糖，用输液泵控制并每小时记录 1 次，及时调整输注量和速度。

3. 对症护理低体重儿应注意保暖，有感染者及时给予抗生素治疗。

4. 严密观察病情包括神志、哭声、呼吸、肌张力及抽搐情况，如发现呼吸暂停，立即给予拍背、弹足底等初步处理，并根据患儿缺氧程度，合理给氧。

第八节 新生儿低钙血症

一、护理评估

1. 健康史

(1) 暂时性甲状旁腺功能抑制

早期低钙血症发生在出生后 3d 内，多由于暂时性甲状旁腺功能抑制所致。因在

妊娠晚期母血中的钙经胎盘主动输入胎儿的量增加，抑制了甲状旁腺功能。低出生体重儿、窒息和患呼吸窘迫综合征的新生儿甲状旁腺功能比足月正常新生儿更差，钙的贮备量少。有的生后几天内血中降钙素较高，也和低血钙也有关。早期发病者的血钙常低于 1.75mmol/L 。

(2) 牛乳喂养

晚期低钙血症发生在出生 3d 以后，高峰在第 1 周末，多见于牛乳喂养的新生儿，因磷摄入量过多，钙磷比例失调，使钙吸收障碍，使血钙降低。血钙值常低于 2.0mmol/L 。

(3) 少数先天性甲状旁腺功能不全引起的低钙血症

发病可早可晚，症状持续较久，达 3 周以上，但大部分患儿随年龄的增长甲状旁腺功能的发育仍可赶上正常婴儿，故属暂时性。

(4) 偶见孕母患甲状旁腺功能亢进或患腺瘤

母亲甲状旁腺功能亢进，母亲血钙增高，抑制了胎儿甲状旁腺功能，新生儿出生后出现持久性低钙血症。母亲常无症状，新生儿的低钙血症成为诊断母亲甲状旁腺功能亢进或肿瘤的线索。

2. 身体状况

(1) 神经肌肉兴奋性增高症状：表现烦躁不安、易惊、震颤、手足搐搦、惊厥等。

(2) 发作时可以出现心率增快或发绀，严重者可出现呼吸暂停、喉头痉挛。

(3) 发作间歇一般情况良好，但可表现肌张力增高、腱反射亢进、踝阵挛阳性。

3. 实验室检查及其他检查

(1) 血钙降低，当新生儿血总钙 $<1.75\text{mmol/L}$ 或游离钙 $<0.9\text{mmol/L}$ 血磷正常或升高，部分可伴低血糖。

(2) 心电图示 QT 间期延长（足月儿 $>0.19\text{s}$ ，早产儿 $>0.20\text{s}$ ），传导阻滞，T

波倒置或心动过速。

(3) 对反复、持久低钙血症应拍 X 线胸片，必要时应测母亲血钙、磷和 PTH 浓度。

4. 治疗要点

(1) 补充钙剂。给予静脉或口服钙剂治疗，维持血钙在正常范围内，新生儿晚期低血钙者，宜改用母乳或配方乳喂养。

(2) 甲状腺功能低下所致的惊厥不易控制，除用钙剂外，可加用大剂量维生素 D，或有助于尿磷排泄的药物，治疗时需监测血钙，以免血钙过高沉积在肾脏。

(3) 低钙惊厥可伴低血镁症，需要监测和补充镁剂。

(4) 伴高血磷者可服用氢氧化铝阻止磷在肠道的吸收。应强调母乳喂养或用钙磷比例适当的配方奶。

(5) 经补钙后症状在短时期内不能缓解，应同时给予镇静剂。对发作时间较长、发作频繁、惊厥难以控制或出现脑水肿表现者可加用脱水剂。喉痉挛或呼吸暂停应予以相应急救。

5. 护理诊断及合作性问题

(1) 有窒息的危险与血清钙降低、喉痉挛有关。

(2) 知识缺乏，缺乏育儿知识。

6. 护理目标

(1) 患儿不发生窒息或发生窒息时能及时发现，并给予及时、适当的处理。

(2) 患儿家长能说出本病的病因、临床表现、治疗和护理等，能积极协助护士对患儿进行护理。

二、护理措施

1. 迅速提高血清总钙水平，降低神经肌肉兴奋性。患儿发生惊厥时遵医嘱缓慢

注射或滴注稀释的 10%葡萄糖酸钙，注意观察心率，若低于 80 次/分，应暂停注射，避免钙浓度过高。

2. 尽量选择粗大、避开关节、易于固定的静脉。穿刺成功后，连接含钙液体进行滴注或推注，完毕后用生理盐水冲洗再拔针，以保证钙剂完全进入血管。应避免药液外溢至血管外引起组织坏死，若出现外渗应立即停止注射，给予 25%~50%硫酸镁局部湿敷。

3. 提倡母乳喂养或母乳化奶粉喂养，保持适宜的钙磷比例，防止低钙血症的发生。口服补钙时，应在两次喂奶间隔给药，避免与牛奶同服，以免影响钙的吸收。

4. 严密观察病情变化，备好抢救物品及器械，避免不必要操作，防止惊厥和喉痉挛的发生。

第九节 新生儿感染性疾病

一、新生儿脐炎感染

新生儿脐炎指新生儿由于断脐时或断脐后消毒不严、脐部处理不当而被细菌感染所致的脐部炎症。

（一）护理评估

1. 健康史

起病后可有发热、拒奶、哭闹、食欲下降、白细胞计数增高等全身表现，周围皮肤稍红，不肿，无明显触痛，新生儿脐炎的病因主要为断脐时或断脐后消毒不严、护理不当。常见病原菌为金黄色葡萄球菌、大肠杆菌，其次为溶血性链球菌。

2. 身体状况

（1）脐带根部发红，或脱落后伤口不愈合，脐窝湿润、流水，这是脐带发炎的最早表现。

(2) 以后脐周围皮肤发生红肿，脐窝有浆液脓性分泌物，带臭味，脐周皮肤红肿加重，或形成局部脓肿。

(3) 病情危重会引起腹膜炎、败血症，并有全身中毒症状，表现为发热、不吃奶、精神不好、烦躁不安等。

(4) 慢性脐炎时形成脐部肉芽肿，为一小樱红色肿物突出、常常流黏性分泌物，经久不愈。

3. 心理-社会状况

家长对本病的病因、性质、预后缺乏认识，容易引起忽视。家长可因自己对孩子照顾不周导致孩子生病而出现自责、焦虑心理。

4. 实验室检查及其他检查

(1) 血常规检查白细胞计数可有轻度升高，中性粒细胞比例增高。

(2) 血培养合并败血症、高热患儿血培养可阳性。

(3) 脓液涂片及培养脓液涂片可见细菌及中性粒细胞增多，脓液培养阳性率很高。

5. 治疗要点

(1) 保持局部干燥，勤换尿布，避免尿液污染。

(2) 轻症者用 3%过氧化氢液清洗脐部，再涂以 75%乙醇，每日 3 次。

(3) 脐部化脓、蜂窝组织炎或出现全身症状者可用青霉素、新青霉素 II、氨苄西林、哌拉西林等药。形成脓肿者可切开排脓。

(4) 肉芽肿形成者可用 10%硝酸银溶液烧灼后，敷以油膏，每日更换敷料，直到愈合为止。如肉芽肿较大，可作手术切除。

6. 护理诊断及合作性问题

(1) 皮肤完整性受损与断脐和脐部感染有关。

(2) 潜在并发症有并发败血症、腹膜炎的可能。

7. 护理目标

(1) 保持患儿脐部皮肤的清洁干燥，脐部感染得到控制。

(2) 患儿并发症被及时发现和处理。

(二) 护理措施

1. 新生儿出生时脐部应采取无菌处理，不可用不洁物品覆盖脐部，并要保持脐部干燥。脐部护理前应先洗手，注意保暖。脐带脱落前每日检查脐部，观察脐带残端有无出血、渗血、渗液等情况。如脐部潮湿、渗液或脐带脱落后伤口延迟不愈，则应做脐局部消炎处理，必要时静脉使用抗生素，以防败血症的发生。

2. 勤换尿布，并要避免尿布直接覆盖在脐部的敷料上，松紧带应围在脐部绷带的下方，若尿湿了脐带包皮，需要及时重新消毒脐部后更换敷料。

3. 给婴儿洗澡时要做到尽量不打湿敷料，更不能将婴儿全身浸在澡盆里，脐带未脱落之前新生儿不可以进行盆浴，只能进行擦浴以保持皮肤的清洁，防止脐部被水浸湿糜烂处而引起感染。要待脐带脱落，脐部完全无分泌物，周围无红肿，即第10~14d才能让婴儿在盆中洗澡，洗后用毛巾轻轻吸去脐窝的水分，如有渗液，可用95%的乙醇外涂。

4. 不宜捆扎婴儿，因为捆扎太紧皮肤容易受污染使脐部发炎，排出渗液，甚至化脓。夏天新生儿容易出汗，所以衣服应尽量减少，以防止汗水渗湿包扎的纱布。

5. 脐带脱落后，脐窝稍潮湿，每天要用2%的碘酒擦洗，再用75%的乙醇脱碘，然后涂1%~2%的甲紫（龙胆紫），每日2~3次，直到局部红肿消退、干燥。

二、新生儿感染败血症

新生儿败血症指细菌侵入血液循环并生长繁殖、产生毒素而造成的全身感染。

(一) 护理评估

1. 健康史

- (1) 自身因素新生儿免疫系统功能不完善。
- (2) 病原菌以葡萄球菌、大肠杆菌为主。
- (3) 感染途径新生儿败血症感染可以发生在产前、产时或产后。

2. 身体状况

- (1) 无特征性表现。
- (2) 出生后 7d 内出现症状者称为早发型败血症；7d 以后出现者称为迟发型败血症。
- (3) 早期表现为精神不佳、食欲不佳、哭声弱、体温异常等，转而发展为精神萎靡、嗜睡、不吃、不哭、不动，面色欠佳和出现病理性黄疸、呼吸异常。
- (4) 严重者很快发展循环衰竭、呼吸衰竭、DIC、中毒性肠麻痹、酸碱平衡紊乱和胆红素脑病。常并发化脓性脑膜炎。

3. 实验室检查及其他检查

外周血检测、血培养、直接涂片找细菌、病原菌抗体检测、急相蛋白和血沉检查等有助于明确诊断。

4. 治疗要点

- (1) 选用合适的抗菌药物早期、联合、足量、静脉应用抗生素，疗程要足，一般应用 10~14d。
- (2) 对症、支持治疗保暖、供氧、纠正酸中毒及电解质紊乱；及时处理局部病灶；保证能量及水的供给；必要时输注新鲜血、粒细胞、血小板，早产儿可静注免疫球蛋白。

5. 护理诊断及合作性问题

- (1) 体温调节无效与感染有关。
- (2) 皮肤完整性受损与脐炎、脓疱疮等感染性病灶有关。
- (3) 营养失调：低于机体需要量与吸吮无力、食欲缺乏及摄入不足有关。

(4) 潜在并发症化脓性脑膜炎、感染性休克、DIC。

6. 护理目标

(1) 患儿受损皮肤能得到愈合。

(2) 患儿住院期间不发生化脓性脑膜炎、感染性休克、DIC 等并发症。

(3) 患儿体温能得到有效控制，力求降至正常范围。

(二) 护理措施

1. 维持体温稳定：患儿体温易波动，除感染因素外，易受环境因素影响，当体温偏低或体温不升时，及时予保暖措施；当体温过高时，予物理降温及多喂水来降低体温，新生儿不宜用药物、乙醇擦浴、冷盐水灌肠等刺激性强的降温方法。降温后，30min 复测体温一次，并记录。

2. 保证抗菌药物有效进入体内，注意药物毒副作用。

3. 及时处理局部病灶。

4. 保证营养供给，除经口喂养外，结合病情考虑静脉内营养。

5. 观察病情：密切观察新生儿的轻微改变，对嗜睡，不吃奶，体重不增。不明原因黄疸，体温不稳定的情况，就应提高警惕，若出现烦躁，外周灌注改变，腹胀，血便，心率快或慢，呼吸异常或暂停，面色发灰、哭声低弱、尖叫、呕吐频繁等症状时，及时与医生取得联系，并做好抢救准备。

三、新生儿感染性肺炎

新生儿感染性肺炎是新生儿常见疾病，是新生儿死亡的重要原因之一。病原体的侵入可发生在出生前、出生时、出生后。

(一) 护理评估

1. 健康史

细菌、病毒、衣原体等都可引起新生儿感染性肺炎。

(1) 出生前感染胎儿在宫内吸入污染的羊水,或胎膜早破时孕母阴道细菌上行导致感染,或母孕期受病毒、细菌等感染,病原体通过胎盘达胎儿血液循环至肺部引起感染。

(2) 出生时感染因分娩过程中吸入污染的产道分泌物或断脐消毒不严发生血行感染。

(3) 出生后感染由上呼吸道下行感染至肺部或病原体通过血液循环直接引起肺部感染。

2. 身体状况

(1) 出生前感染者出生时有窒息史,症状出现较早,多在 12~24h 内出现。

(2) 产时感染者要经过一定的潜伏期。

(3) 产后感染者生产后 5~7d 内发病。一般症状不典型。主要表现为反应差、哭声弱、拒奶、口吐白沫、呼吸浅促、发绀、呼吸不规则、体温不稳定,病情严重者出现点头样呼吸或呼吸暂停;肺部体征不明显,有的表现为双肺呼吸粗。

3. 心理-社会状况

(1) 评估患儿及家长对疾病的心理反应,家长是否因担心疾病预后而出现紧张、焦虑等心理。

(2) 了解家长对疾病的病因和防护知识的了解程度,患儿家庭的经济状况及家长对患儿的照顾能力。

4. 实验室检查及其他检查

(1) 血液检查细菌感染者白细胞总数升高,病毒感染者、体弱儿及早产儿白细胞计数总数多降低。

(2) X 线检查胸片可显示肺纹理增粗,有点状、片状阴影,有的融合成片;可有肺不张、肺气肿。

(3) 病原学检查取血液、脓液、气管分泌物做细菌培养、病毒分离;免疫学的

方法检测细菌抗原、血清检测病毒抗体及衣原体特异性的 IgM 等有助诊断。

5. 治疗要点

- (1) 控制感染：针对病原菌选择合适的抗生素。
- (2) 保持呼吸道通畅，注意保暖、合理喂养和氧疗。

6. 护理诊断及合作性问题

- (1) 清理呼吸道无效与呼吸急促，患儿咳嗽反射功能不良及无力排痰有关。
- (2) 气体交换受损与肺部炎症有关。
- (3) 体温调节无效与感染有关。
- (4) 潜在并发症气胸、脓胸、脓气胸。

7. 护理目标

- (1) 患儿能顺利有效地咳嗽，呼吸道通畅。
- (2) 患儿呼吸困难、发绀消失，呼吸平稳。
- (3) 患儿体温能得到有效控制，力求降至正常范围。
- (4) 患儿获得足够热量，水、电解质和各种营养物质，营养状态改善。
- (5) 患儿住院期间不发生气胸、脓胸、脓气胸等并发症，或发生并发症能得到及时有效的控制。

(二) 护理措施

1. 保持呼吸道通畅：雾化吸入，体位引流，定期翻身，拍背，及时吸净口鼻分泌物，保持呼吸道通畅。

2. 合理用氧，改善呼吸功能：有低氧血症时可用鼻导管、面罩、头罩和鼻塞 CPAP 给氧，呼吸衰竭时可行机械通气，使动脉血 PaO_2 维持在 $60\sim 80\text{mmHg}$ 。保持室内空气新鲜，温湿度适宜。

3. 维持体温正常。

4. 供给足够的能量及水分。

5. 密切观察病情：注意患儿的反应、呼吸、心率变化，做好急救准备。
6. 保持室内空气新鲜，阳光充足，温湿度适宜，避免对流风。
7. 以母乳喂养为佳，少量多餐。人工喂奶头孔大小要适宜。喂好后将小儿竖立，头伏于母亲肩上，轻拍其背以排出咽下的空气避免溢奶和呕吐。
8. 多怀抱小儿，注意保暖，避免着凉，衣着以小儿的手足温暖而不出汗为宜。
9. 少去公共场所，按时预防接种，避免接触呼吸道感染者。

四、新生儿破伤风

（一）护理诊断

1. 健康史

破伤风杆菌为革兰阳性厌氧菌，广泛存在于土壤、尘埃和粪便中，其芽孢抵抗力强，普通消毒剂无效。当用该菌污染的器械断脐或包扎时破伤风杆菌即进入脐部，包扎引起的缺氧环境更有利于破伤风杆菌繁殖，其产生的痉挛毒素沿神经干、淋巴液等传至脊髓和脑干，与中枢神经组织中神经节苷脂结合，使后者不能释放抑制性神经介质（甘氨酸、氨基丁酸）引起全身肌肉强烈持续收缩，活动频繁的咀嚼肌首先受累，使牙关紧闭而呈苦笑面容；腹背肌肉痉挛，因背肌较强呈角弓反张。此毒素也可兴奋交感神经，引起心动过速、血压升高、多汗等。

2. 身体状况

潜伏期大多为4~8d（3~14d）；发病越早，发作期越短，预后越差；起病时，神志清醒，往往哭吵不安，出现苦笑面容、角弓反张；强直性痉挛阵阵发作，间歇期肌强直继续存在，轻微刺激可引起痉挛发作；咽肌痉挛使唾液充满口腔；呼吸肌、喉肌痉挛引起呼吸困难、青紫、窒息；膀胱、直肠括约肌痉挛导致尿潴留和便秘。早期多不发热，以后发热系肌肉痉挛或肺部继发感染所致。

3. 实验室检查及其他检查

本病为毒血症，中性粒细胞数增高，血培养阴性，脐分泌物培养可分离出破伤风杆菌，但仅部分患儿阳性，由于本病症状典型，一般不做细菌学诊断。

4. 护理诊断及合作性问题

- (1) 有窒息的危险与呼吸肌、喉肌痉挛有关。
- (2) 喂养困难与面肌痉挛、张口困难有关。
- (3) 有受伤的危险与反复抽搐有关。
- (4) 体温过高与骨骼肌强直性痉挛产热增加、感染有关。

5. 护理目标

- (1) 患儿痉挛逐渐减轻至消失，脐部残端愈合。
- (2) 患儿能顺利获得所需营养和水分。
- (3) 患儿不发生窒息和肢体受伤，或发生窒息能及时有效救治。
- (4) 患儿能维持正常体温。

(二) 护理措施

1. 控制痉挛，保持呼吸道通畅

- (1) 药物应用遵医嘱注射破伤风抗毒素、镇静剂等。
- (2) 建立静脉通路尽可能应用留置针，避免反复穿刺给患儿造成不良刺激，保证止痉药物顺利进入体内。

- (3) 病室环境避光、隔音。

(4) 用氧有缺氧、发绀者间歇用氧，避免鼻导管给氧（鼻导管的插入和氧气的直接刺激鼻黏膜可使患儿不断受到不良刺激，加剧骨骼肌痉挛），可选用头罩输氧。当病情好转，缺氧改善后应及时停止用氧，避免氧疗并发症。

(5) 密切观察病情变化除专人护理外，应加强监护；详细记录病情变化，详细记录惊厥发生的时间、强度、持续时间和间隔时间，抽搐发生时患儿面色、心率、呼吸及氧饱和度改变，一旦发现异常，及时组织抢救。

2. 脐部护理

(1)用消毒剪刀剪去残留脐带的远端并重新结扎,近端用 3%过氧化氢或 1:4000 的高锰酸钾液清洗后涂以碘酒。保持脐部清洁、干燥。

(2)遵医嘱用破伤风抗毒素 3000U 做脐周封闭,以中和未进入血流的游离毒素。

3. 保证营养

早期予静脉营养以保证能量供给。

4. 防止继发感染和损伤

(1)口腔护理及时清理口腔内分泌物,做好口腔清洁,涂液状石蜡等保护口唇。

(2)皮肤护理由于患儿处于骨骼肌痉挛状态,易发热出汗,因此应适当降温,及时擦干汗渍保持患儿皮肤干燥。定时翻身,预防坠积性肺炎。

第十节 新生儿出血症

一、护理评估

1. 健康史

凝血因子主要在肝微粒体内合成,在此过程中须维生素 K 参与,这些凝血因子前体蛋白的谷氨酸残基才能 γ -羧基化,羧基型蛋白具有更多的钙离子结合位点,然后方具凝血的生物活性,当维生素 K 缺乏时,上述维生素 K 依赖因子不能羧化,只是无功能的蛋白质,因此不能参与凝血过程而致出血。本病与下列因素有关:

(1)肝脏储存量低母体维生素 K 经胎盘通透性很低,仅 1/10 的量到达胎儿体内,母亲产前应用抗惊厥药、抗凝药、抗结核药等,干扰维生素 K 的储存或功能。

(2)合成少新生儿刚出生时肠道尚无细菌,或使用广谱抗生素抑制肠道正常菌群,均使维生素 K 合成不足。

(3)摄入少母乳中维生素 K 含量 ($15 \mu\text{g/L}$) 明显低于牛乳 ($60 \mu\text{g/L}$), 因此

纯母乳喂养的婴儿多见，刚出生时摄入少，获得的维生素 K 量亦少。

(4) 吸收少有先天性肝胆疾病、慢性腹泻等可影响维生素 K 的吸收。

2. 身体状况

根据发病时间分为 3 型。

(1) 早发型生后 24h 之内发病，多与母亲产前服用干扰维生素 K 代谢的药物有关，少数原因不明，轻重程度不一，轻者仅仅有关皮肤少量出血或脐残端渗血，出血严重者可表现为皮肤、消化道、头颅等多部位、多器官出血、颅内出血常是致命的。

(2) 经典型生后 2~5d 发病，早产儿可迟至生后 2 周发病，表现为皮肤瘀斑、脐带残端渗血、胃肠道出血等，而一般情况好，出血呈自限性。

(3) 晚发型生后 1~3 个月发病，多见于纯母乳喂养、慢性腹泻、营养不良、吸泣接受全静脉营养者。除其他部位出血外几乎均有颅内出血、死亡率高，幸存者易留神经系统后遗症。

3. 心理-社会状况

家长出现焦虑、害怕、担忧、悲伤、愤怒、失望的心理反应，有遗弃孩子的可能。

4. 辅助检查

(1) 凝血酶原时间和部分凝血活酶时间延长，血小板正常。

(2) 测定活性 II 因子与 II 因子总量比值：两者比值小于 1 时提示维生素 K 缺乏。

(3) 测定无活性凝血酶原，用免疫学方法直接测定无活性凝血酶原，阳性提示维生素 K 缺乏。

5. 治疗要点

出血者可给予维生素 K₁ 1~2mg 静脉滴注，出血可迅速停止，通常 2h 内凝血因子水平和功能上升，24h 完全纠正。严重者可输新鲜冰冻血浆 10~20ml/kg，以提高

血浆中有活性的凝血因子水平。纠正低血压和贫血。

6. 护理诊断

- (1) 潜在并发症多器官出血：颅内出血。
- (2) 婴儿喂养困难与颅内出血，中枢神经受损有关。
- (3) 低效性呼吸型态与呼吸中枢受损害有关。
- (4) 家庭应对无效与家长内疚、焦虑、失望感有关。

7. 护理目标

- (1) 患儿出血逐渐减轻，呼吸型态正常，无呼吸暂停现象。
- (2) 患儿能得到所需的营养及水分。
- (3) 家长对患儿的康复恢复信心，积极求医，正确应对。

二、护理措施

1. 病情观察：注意生命体征、意识状态、活动、肌张力，以及瞳孔对光反射和各种神经反射等变化；观察出血的部位、颜色、量；观察呕吐物及大小便的颜色，以判断是否有消化道出血；做好记录，做好抢救准备，通知医生。

2. 保持安静：尽量少搬动、少刺激患儿，操作要轻、稳、准，尽量集中进行；减少穿刺，拔针后要久按至针眼不出血为止。

3. 体位：保持头高体位，不要随意搬动头部。

4. 保持呼吸道通畅，合理用氧。

5. 有严重胃肠道出血者，应禁食。出血停止或少量可喂养，以促进肠道内菌群生成，有利于维生素 K 合成。循序渐进加奶，预防坏死性小肠炎。

6. 按医嘱正确使用药物：给予止血的药物；降颅压药物；镇静剂；促进脑细胞代谢的药物，并观察疗效。

7. 采集血标本，准备输血。

8. 保持病室温度在 22~24℃, 湿度 50%~60%, 保暖。加强口腔护理、脐部护理、臀部护理、保持皮肤干燥清洁, 预防红臀、压疮。

9. 予保护性隔离, 严格无菌操作, 落实手卫生, 防止交叉感染。

10. 护理评价

(1) 患儿神志、生命体征、前囟等情况是否恢复正常。

(2) 患儿营养摄入是否平衡, 体重是否正常。

(3) 家长对本病的发生、发展及预后是否了解, 心理状态是否平稳。

11. 健康教育

(1) 向家庭提供有关的医疗信息, 建议家长尽早带孩子到有条件的医院, 进行新生儿行为神经测定, 及早发现脑损伤引起的异常, 预测婴儿后期的性格和中枢神经系统情况, 尽早采取护理干预对策。

(2) 鼓励坚持治疗和随访, 加强围生期保健工作, 减少异常分娩所致的产伤和窒息。强调出院后应继续服用促使脑细胞代谢的药物如吡拉西坦、脑活素等, 以恢复脑细胞功能。

(3) 向家长解释患儿病后及早进行功能训练和智能开发, 可减轻后遗症症状, 为家长提供心理、社会的支持, 改变家庭的应对能力。

结 语

综上所述，随着妇产科护理领域的不断发展与深化，我们愈发深刻地认识到母婴健康维护的复杂性和重要性。从孕期的细心呵护到分娩时的专业支持，再到产后的全面康复，每一步都凝聚着护理人员的智慧与汗水，也承载着家庭与社会的期望与重托。在妇产科护理的每一个环节中，我们都应当时刻关注母婴的生理与心理变化，以专业的知识为基础，以爱心为动力，为她们提供全面、个性化的护理方案。母婴健康维护不仅仅是技术的展现，更是情感与责任的传递。每一位孕产妇在经历孕期、分娩及产后的过程中，都伴随着身体与心理的巨大变化，她们需要我们的理解、支持与陪伴。而新生儿作为家庭的希望与未来，其健康成长更是离不开我们精心的护理与呵护。

妇产科护理的道路依然漫长而充满挑战，随着科技的不断进步和医疗模式的不断转变，我们有理由相信，母婴健康维护工作将迎来更加广阔的发展空间。通过基因测序、大数据分析等先进技术，我们能够更准确地预测母婴可能面临的风险，制定更加个性化的护理计划，从而实现早期干预、精准治疗，最大限度地保障母婴健康。传统的以疾病为中心的护理模式将逐渐转向以母婴为中心、以家庭为单位的整体护理模式。通过多种形式、多种渠道普及母婴健康知识，提高孕产妇及其家庭成员的自我保健能力，促进母婴健康的可持续发展。我们将不断提升护理人员的专业素养与综合能力，加强跨学科合作与交流，形成一支高素质、高效率的护理团队，为母婴健康提供更加优质、高效的护理服务。

参考文献

- [1]何国喜,赵国玺. 妇产科护理学笔记[M]. 北京:科学出版社, 2023:6-31.
- [2]商晓敏. 妇产科护理第2版[M]. 北京:科学出版社, 2024:1-12.
- [3]李秀婷. 妇产科护理原理与实践[M]. 上海:上海交通大学出版社, 2024:5-27.
- [4]陈丹,丛丽,吴斌主编. 妇产科护理学[M]. 长沙:中南大学出版社, 2024:3-22.
- [5]杨孜,周姗姗. 妇产科护理学实训教程[M]. 西安:世界图书出版西安有限公司, 2024. :6-15.
- [6]李一美,张凤英主编. 妇产科护理学[M]. 北京:高等教育出版社, 2023:4-48.
- [7]王敏,于英楠. 妇产科常见疾病发病机理、诊断及护理策略[M]. 沈阳:辽宁科学技术出版社, 2023:3-20.
- [8]李妍. 妇产科护理学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 2023:5-11.
- [9]王琳作. 实用妇产科护理要点精解[M]. 哈尔滨:黑龙江科学技术出版社, 2023:4-12.
- [10]胡蘅芬. 妇产科护理第2版[M]. 北京:北京出版社, 2023:13-20.
- [11]王雅娟著. 妇产科护理实用技术[M]. 长春:吉林大学出版社, 2023:1-25.
- [12]陈晓燕. 妇产科护理[M]. 北京:北京师范大学出版社, 2023:13-22.
- [13]卜薇薇著. 妇产科护理教学及其临床实践[M]. 郑州:郑州大学出版社, 2023:1-12.
- [14]武稚雅. 人性化管理措施在控制妇产科护理风险中的应用价值分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5(14):111.

- [15]赵梦然,李婕.母婴床旁护理模式在产科护理中的应用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(07):101+107.
- [16]祁春莲.妇产科护理中存在的安全隐患及临床护理措施[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(06):154.
- [17]黎红梅.妇产科护理常见风险的预防和处理[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(02):105+111.
- [18]倪露漫.产科母婴同室病房中危险因素调查与护理安全管理研究[J].实用临床护理学电子杂志,2017,2(52):109+112.
- [19]张晓娜.妇产科临床护理中的问题分析[J].家庭医药.就医选药,2018,(09):320.
- [20]李海云.母婴床旁护理模式在产科护理中的应用分析[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(27):132+190.
- [21]杨丽.妇产科护理中常见的安全隐患与防范对策[J].妇儿健康导刊,2023,2(14):193-195.
- [22]吴楠,田雪筠.孕期健康教育在妇产科护理中的临床分析[J].实用妇科内分泌电子杂志,2022,9(28):101-103.
- [23]孙晶宇.优质护理干预在妇产科护理中的应用效果[J].中国医药指南,2022,20(08):175-177.
- [24]承胜群.母婴床旁护理对产科护理满意度与母乳喂养成功率的影响[J].当代护士(中旬刊),2021,28(04):58-60.
- [25]张爱民,富双玲.浅析心理护理在妇产科护理工作中的应用效果[J].中西医结合心血管病电子杂志,2020,8(23):87.
- [26]刘亚辉.探析妇产科护理中存在的问题及解决对策[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(94):284-285.

- [27] 曹景华. 浅谈妇产科护理临床教学问题及对策[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(70):249+281.
- [28] 潘晓梅. 妇产科护理中存在的安全隐患和临床护理措施[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(24):138+145.
- [29] 徐毅, 王燕雯, 黄艳. 产科护理中人性化服务的实施方法与价值评定[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(16):2065-2067.
- [30] 颜丽霞, 范丽红, 王慧荣. 基于产教融合的母婴护理教学改革探索[J]. 现代职业教育, 2019, (17):190-191.
- [31] 蒋秋菊. 细节护理应用于妇产科护理工作中的效果分析[J]. 黑龙江中医药, 2019, 48(03):262-263.