# 产科一般护理常规

来源：网络 作者：暖阳如梦 更新时间：2024-09-02

*第一篇：产科一般护理常规产科一般护理常规一、护理评估1、术前评估：①心理状况：评估病人有无紧张、恐惧、焦虑、无助等不良情绪等。②一般评估：意识、生命体征、皮肤完整性、肢体活动、饮食、睡眠及排泄情况等。③专科评估：了解孕妇身高、步态、体重；...*

**第一篇：产科一般护理常规**

产科一般护理常规

一、护理评估

1、术前评估：

①心理状况：评估病人有无紧张、恐惧、焦虑、无助等不良情绪等。②一般评估：意识、生命体征、皮肤完整性、肢体活动、饮食、睡眠及排泄情况等。

③专科评估：了解孕妇身高、步态、体重；了解宫底高度；胎位有无

异常；外阴有无静脉曲张；有无胎膜早破、羊水量及性状；有无其它伴随症状。

④营养状况：观察有无贫血、水肿、消瘦、低蛋白血症等。

⑤了解孕妇年龄、生育史；了解有无合并症：有无上呼吸道感染、皮

肤感染、高血压、心脏病病、糖尿病及各类传染病史等。

⑥安全管理：评估跌倒、坠床、压疮、导管脱落等高危因素等。

2、术后评估：

①手术情况：手术方式、术中情况、麻醉情况等。

②一般评估：意识、生命体征、皮肤完整性、静脉穿刺情况及手术带

回液体（血）、镇痛泵等。③专科评估：如：子宫复旧情况、阴道流血情况，及其量、性状、有

无异味；腹痛及其部位、性质、有无肛门坠胀感等。

④重点评估：切口敷料情况；尿管留置情况、色、量及性质；水肿消

退情况。

⑤营养状况：进（禁）食情况，有无恶心、呕吐等。

⑥用药情况：药物名称、药物作用及不良反应等。

⑦特殊检查结果：如妊娠合并肿瘤病人的病理及各种特殊检查结果

等。

⑧心理情况：紧张、恐惧、焦虑、无助等各种不良的心理状态。⑨自理能力状况评估。

⑩ 安全管理：评估跌倒、坠床、压疮、导管脱落等高危因素等。

二、术前护理：

1、心理护理：

①耐心解答产妇的提问，减轻产妇的紧张与焦虑不安。

②向产妇和家属介绍剖宫产术的必要性和手术过程，帮助产妇增强信

心和安全感，保持心情舒畅。

③告知术前术后注意事项，帮助产妇以良好的心态接受手术。

2、术前健康指导：指导产妇练习深呼吸、有效咳嗽、床上

排便等。

3、饮食指导： 一般成人术前12小时开始禁食，4小时开始禁饮。择

期手术者，手术前一日应少进食，手术当日早晨禁食。

4、常规检查 ：协助医师完善患者必要的化验和检查。还应注意B超

及胎心监护检查情况，并告知孕妇阳性检查结果。

5、常规准备：

①术前遵医嘱完成抗生素皮试、皮肤准备，留置导尿管，术中持续开

放。

②手术当日晨排空大小便，更换衣服，去除身上的饰物及假牙等。③医护人员根据需要留置尿管，并告知留置尿管的目的。

④测生命体征、核查手术部位、做好身份识别。生命体征如有异常及时告知医生并记录。

⑤遵医嘱给术前针应用，并告知用药名称及目的；

⑥备好羊水栓塞、产后出血、子痫抢救药品。

⑦助产士携带新生儿衣被、抢救器械、药品到手术室待产。

6、用药情况：告知病人药物名称、药物作用及不良反应等。

7、安全管理：根据风险评估结果采取相应的安全措施。

三、术后护理：

了解手术过程、麻醉类型、术中用药情况 ：

1、体位：根据麻醉和手术部位安置合适体位。

2、病情观察：

①术后密切观察生命体征，检查输液管情况，记录按麻醉护理及病情

变化要求。

②密切观察切口情况，保持敷料清洁、干燥等。

③做好各种管道的护理：及时做好各种标识、妥善固定、保持通畅，每日观察、记录引流液的颜色、性质和量。

④严密观察和预防各种术后并发症：出现异常及时汇报医生并积极处

理、及时记录。

⑤定时按摩子宫，并注意子宫收缩和阴道流血情况，若阴道流血量多，应遵医嘱及时给予宫缩剂。

⑥注意尿量及尿色，若发现血尿及时报告医生。术后24小时拔出导尿

管，拔管后注意产妇排尿情况。

3、用药情况：告知病人药物名称、药物作用及不良反应等。

4、饮食：术后禁食6—12小时后可进清淡流质(如水、米汤)饮食，禁

食牛奶、糖水、甜果汁，1～2天后改为半流质饮食，肛门排气后进普食。

5、活动、休息及功能锻炼：

①术后第一天改半卧位，有利于深呼吸及恶露排出，鼓励产妇术后床

上活动肢体，勤翻身，术后24h拔除导尿管可下床活动，预防双下肢深静脉血栓形成。

②做好基础护理和专科护理，督促和协助患者有效咳嗽、翻身、床上

大小便等。

6、心理护理：

①主动为产妇提供帮助，倾听产妇对分娩的感受以及对新家庭的想法，随时给予产妇安慰及鼓励。

②执行母婴同室，做好母乳喂养宣传工作，提供自我护理及婴儿护理知识。

③根据产妇的心理反应特点，指导丈夫及其他亲属关注产妇的心理调适过程，使产妇顺利渡过心理调适期并逐渐适应新的家庭生活。④树立新家庭观念，鼓励丈夫参与护理活动。

7、安全管理：根据风险评估结果采取相应的安全措施。

四、健康教育：

1、卧室环境应安静，空气流通、新鲜，夏季注意通风降温，防止中

暑。

2、早期下床活动，做产褥期保健操，1个月后即可进行室外锻炼。

3、注意营养，给予高热量、高蛋白、高维生素及矿物质的易消化饮

食，并供给充足的水分，以利于泌乳和产后恢复。

4、饭前，便后及哺乳前后要洗手，哺乳前清洁乳头。

5、保持外阴清洁，每日用温开水清洁外阴1～2次，产后6周内禁止盆

浴。

6、产后六周内禁止性生活，有合并症者应再推迟。防止重体力劳动

及下蹲时间过长，以免子宫脱垂。

7、产后42日作产后检查，并落实避孕措施。

8、宣传婴儿喂养、卫生、预防接种等知识。

9、计划生育：产后42日开始避孕，无生育要求者，产后24h可行输

卵管结扎术。

**第二篇：产科护理常规**

产科护理常规

第一节产科疾病一般护理常规

一、产前护理 观察要点

观察孕妇产兆（宫缩、胎膜、阴道出血情况），胎心胎动及血压。护理措施

1、执行入院患者一般护理常规。

2、监测并记录胎心2次/日。

3、根据医嘱吸氧3升/分，2次/日，测血压。

二、产后护理 产后护理

1、产后小时督促产妇饮水>500毫升，产后2-4小时以内鼓励产妇排尿，排尿困难者用诱导促排尿，无效时应导尿并留臵尿管，饮食易消化促进泌乳的营养丰富的。

2、产后2小时内每半小时压宫底一次，注意宫底高度，阴道流血情况。

3、保持外阴清洁，会阴护理每日2次

4、及时更衣，床单元整洁

5、正常分娩后30分钟内开始早吸吮，多吸吮，按需哺乳。

第二节 母乳喂养护理

1、帮助婴儿在产后30分钟内完成早吸吮，与母亲皮肤早接触不少于30分钟

2、实行24小时母婴同室，按需哺乳。

3、指导产妇掌握正确哺乳方法与婴儿含接姿势。

4、指导产妇掌握正确的挤奶方法。

5、每次喂奶前母亲需洗净双手及清洁乳头，切记用肥皂或酒精清洗奶头，以防干燥或皲裂。

6、发现产妇乳头乳头扁平或凹陷、乳胀、乳头皲裂等问题，并提供指导及治疗。

7、因疾病或其他原因 不能哺乳者，及早退奶，并指导进行人工喂养。

第三节剖宫产护理

术前护理

1、观察宫缩、胎心、血压、羊水性状。

2、铺麻醉床、协助做术前化验检查。

3、备齐新生儿用物、新生儿抢救药品与复苏器械，并备好宫缩剂。

术后护理

1、向麻醉师了解术中情况及注意事项，根据麻醉方式执行麻醉护理常规

2、执行产科一般护理常规

3、术后测血压（30分钟×4次）至血压平稳，4、密切观察伤口有无渗血，子宫收缩情况，阴道流血量。

5、观察尿管是否通畅，引流液的量及性质。

6、按医嘱给药。

第四节妊娠期高血压护理

观察要点

1、观察全身水肿情况，根据医嘱监测血压，记出入量及尿量

2、听取产妇主诉(有无头痛和头晕、眼花、视觉模糊、恶心‘呕吐等症状)

3、观察应用硫酸镁后有无中毒反应 护理措施

1、执行产科疾病一般护理常规

2、卧床休息，尽量左侧卧位，保持病室安静，做好生活护理。

3、根据医嘱给予吸氧、解痉、镇静、降压药物。

4、备齐急救药品及器材。

第五节子痫护理

观察要点

1、密切观察意识状态，有无抽搐。

2、定时测量记录体温、脉搏、呼吸、血压、记出入量。

3、观察应用硫酸镁的反应。护理措施

1、执行产科疾病的一般护理常规

2、保持病室内安静，绝对卧床，避免强烈光线，各种治疗护理操作应轻快柔，减少刺激。

3、子痫患者加用床栏，严防坠床由专人看护。

4、抽搐或昏迷时用开口器张开口腔，并臵压舌板以防舌咬伤及舌后坠导致窒息。

5、给予氧气吸入，留臵尿管。

6、取去枕平卧位，头偏向一侧，去除假牙和发夹，及时清除口腔分泌物，保持呼吸道通畅。

7、根据医嘱给予解痉镇静剂。

第六节前臵胎盘护理

观察要点

观察有无痛性阴道出血、出血量、出血性质及色泽。护理措施

1、执行产科疾病一般护理常规。

2、采取左侧卧位，绝对卧床休息。

3、做好配血，输血及手术的各项准备。

4、当大量出血或休克时应立即建立2条静脉通路并吸氧，汇报医生，输血，做好术前准备。

第七节胎盘早剥护理

观察要点

1、严密观察血压、脉搏、呼吸。

2、观察胎心、宫底高度、有无宫体压痛、腹围增大、有无剧烈腹痛及阴道流血情况。护理措施

1、执行产科疾病护理常规一般

2、立即建立有效静脉通道，补液，有休克先兆者，做好配血、输血准备。

3、有手术结束妊娠指征者，做好剖宫产术前准备。

4、做好抢救新生儿的一切准备。

第八节胎膜早破护理

观察要点

观察胎心、胎头是否入盆、羊水量及性状、体温。护理措施

1、执行产科疾病一般护理常规。

2、根据医嘱取相应体位，加强生活护理。

3、先露未固定者，若有宫缩推床送孕妇入产房待产，以防脐带脱垂。

4、破膜>24小时仍未进入产程者，做好会阴护理2次/日，遵医嘱用抗生素，以防感染。

第九节产后出血护理

观察要点

1、观察产妇生命体征、宫底高度、准确估计出血量、贫血情况。

2、观察产妇膀胱是否充盈。护理措施

1、执行产科疾病一般护理常规

2、对宫缩乏力者，应先挤压宫底，将宫腔内血块压出并按摩子宫，遵医嘱给予宫缩剂，做好去产房或手术室进一步处理的准备。

3、发生休克时取平卧位、开放静脉通路，吸氧、保暖，同时备血，遵医嘱输液、输血补充血容量，遵医嘱记录出入量。

4、留臵导尿管，排空膀胱以免影响子宫收缩，产后24小时仍需注意宫缩及阴道流血情况。

5、保持会阴部清洁，预防感染，纠正贫血。

6、加强生活护理。

第十节妊娠合并心脏病护理

观察要点

1、严密观察产妇血压、脉搏、心率、呼吸、面色、心功能。

2、听取产妇主诉（有无胸闷、气喘、心悸等症状）

3、注意输液速度，观察输液反应。护理措施

1、执行产科疾病一般护理常规。

2、根据医嘱及病情卧床休息，产后24小时绝对卧床休息，加强生活护理。

3、保持大便通畅，必要时给缓泻剂，禁忌灌肠。

4、胎儿娩出后，遵医嘱给予腹部加压沙袋，以防发生心衰，慎用子宫收缩剂。

5、如有急性心衰，遵医嘱吸氧、保暖、强心、利尿、扩血管、镇静等治疗。

6、心功能3级以上，产后停止哺乳。

第十一节妊娠合并甲亢护理

观察要点

1、观察产妇体温、心率。

2、听取产妇主诉（有无心悸、多汗、食欲亢进、情绪急躁、怕热、乏力等自主症状）

3、观察产妇有无突眼、甲状腺肿大情况。

4、观察产妇用药反应。护理措施

1、执行产科疾病一般护理常规。

2、遵医嘱应用抗甲状腺药物和镇静剂。

3、产后用抗甲状腺药物者不宜哺乳。

4、根据医嘱做好吸氧、降温退热、补液等护理。

第十二节妊娠合并糖尿病护理

护理措施

1、产妇血糖控制情况。

2、产妇有无外阴瘙痒，皮肤是否经常患疖肿，毛囊炎。

3、护理措施

4、执行产科疾病一般护理常规。

5、给与糖尿病饮食。

6、根据医嘱给予胰岛素治疗。

7、根据医嘱定时测血糖。

8、产后加强对新生儿护理（按早产儿护理）

第十三节雷夫诺尔引产术护理

护理措施

1、做好心理护理解除思想顾虑。

2、术前测量体温，体温>37.5摄氏度者，停止手术。

3、术后可起床活动。

4、术后按常规测体温，以防感染。

5、术后注意观察宫缩、产兆、阴道流血及破水时间

6、临产时送产房待产，病房做好床单位准备。

7、回病房后，更换清洁中单、护垫。

8、遵医嘱给予抗感染治疗。

9、产后注意观察宫缩、阴道流血及小便情况。

10、评估患者乳汁分泌、乳房胀痛情况。

第十四节药物流产护理

观察要点

1、用药前观察患者体温。

2、用药后观察药物的副反应，恶心、呕吐、腹泻、头晕、腹痛、药物过敏等情况。

3、用药后观察宫缩产兆及阴道流血、腹痛及胎囊排出情况。护理措施

1、做好心理护理解除思想顾虑。

2、督促患者按时服药。

3、留取阴道排出的组织物，通知医生查看，送患者去产房清宫。孕龄>14周送产房待产。

4、回病房后，更换清洁中单、护垫。

第十五节妊娠剧吐护理

观察要点

1、患者的心理状态。

2、恶心呕吐的程度及呕吐物的量、性质。

3、患者活动后是否主诉疲劳虚弱、呼吸困难、眩晕。

4、出入量平衡情况，脱水症状和体征。

5、血电解质。护理措施

1、剧烈呕吐者要注意休息，及时清洁口腔。

2、提供一个愉快、轻松的进食坏境和良好环境，避免异味刺激，及时倾倒呕吐物。

3、进食前保持良好口腔卫生。少食多餐的进食，进清淡易消化的饮食。

4、合理安排日常生活，保证水分供给，减少疲劳。

5、遵医嘱记录出入量，补液。

第十六节先兆流产的护理

护理措施

1、做好心理护理，为患者提供精神支持和心理治疗。

2、观察患者阴道流血、阴道水性排液、腹痛及组织物排出。

3、用25%硫酸镁解痉治疗时要注意观察滴速及患者用药后的反应，尤其是要注意呼吸、心跳、膝反射的变化。

4、巡视病房，发现异常及时汇报医生。

5、协助患者生活自理，满足患者需求（进食、入厕）。

6、做好基础护理，保持床单位清洁、平整、舒适。

7、遵医嘱按时行保胎治疗（HCG、黄体酮肌肉注射）。

第十七节 取环、刮宫术后护理

护理措施

1、做好心理护理，解除恐惧心理。

2、术后叮嘱患者卧床休息1-2小时。

3、术后加强巡视，观察阴道流血量及性质，发现异常及时汇报医生。

4、观察体温变化、腹痛尤其子宫或附件区压痛、阴道分泌物色及味。

5、术后注意观察有无子宫穿孔、人工流产综合症等征象出现。

6、保持外阴部清洁，尊医嘱给予抗生素治疗。

7、有阴道纱布填塞者，要交班，按时去除。

新生儿护理常规

第一节 正常新生儿护理

观察要点

1、出生24小时内密切观察面色、呼吸、哭声、呕吐、脐带创面、胎便。

2、每日观察新生儿体温、吸吮、大小便及新生儿一般情况（面色、呼吸、哭声、脐带等）。护理措施

1、入室时查新生儿全身情况、哭声、呼吸、面色、肌张力等，核对产妇床号、姓名、婴儿性别、手镯、系好胸牌，注射乙肝疫苗、维生素K1，送送至产妇身边行母乳喂养指导。

2、出生24小时内婴儿应侧卧位（以右侧为主）。

3、每日沐浴一次，脐部护理一次，定时换尿布，测体温每日1次。体温>37.5摄氏度以上者，应测体温每日4次至平稳，4、如出生后>24小时无尿，无胎便排出，通知医生。5、24小时内接种卡介苗于左臂三角肌下缘（对在不宜接种者除外）。

6、进行新生儿抚触。正常新生儿健康教育

1、指导产妇正确喂养婴儿、婴儿用品注意清洁卫生。

2、指导产妇及家属进行婴儿护理（换尿布、抱婴儿、拍背打嗝、婴儿穿衣服等）。

3、指导产妇及家属观察卡介苗接种反应，并告知复查时间。

4、指导产妇及家属出院后新生儿脐部、眼部、臀部、皮肤等护理方法。

第二节 高危新生儿护理

观察要点

1密切观察婴儿全身情况（面色、体温、呼吸、哭声、肌张力、腹胀、呕吐、全身皮肤、脐部及进食、大小便、精神等）。

2、观察暖箱温度，湿度。护理措施

1、执行正常新生儿护理常规。

2、保暖：根据婴儿的体温、孕周、体重调节箱温，使体温维持在正常范围36.5-37.4摄氏度。

3、吸氧：采用鼻导管（0.5升每分）或头罩（3升每分）吸氧。

4、体位：每2小时更换体位（侧卧位）1次，排背一次，以助肺部血液循环。

5、遵医嘱给药输液输液部位暴露于视野下。

6、如暖箱的婴儿需脱去外衣。

7、严格执行消毒隔离制度，预防感染。

8、收集母乳，喂养婴儿。

第三节 早产儿的护理

护理措施

1、执行高危新生儿护理常规。

2、根据医嘱给予保暖、输液、选择喂养方式。

3、预防硬肿症及肺炎等并发症。

第四节 卡介苗接种

准备

1、着装整齐，洗手带口罩。用物：治疗盘内放臵75%酒精、棉棒、5ml注射器2个、1ml注射器2个、卡介苗、砂轮、注射用水、弯盘、盐酸肾上腺素、氟美松。

2、处理医嘱，按接种登记本查对胸卡、手镯、姓名。核对新生儿体温不超过37.5摄氏度，体重≥2500克。

3、接种前，再次核对床号姓名，检查注射部位有无皮疹、硬结等。

4、检查药液质量，消毒后打开注射用水及卡介苗安刨，抽吸注射用水0.5ml,充分均匀稀释卡介苗。

5、再次查对床号姓名，选择注射部位（左上臂三角肌外下缘），75%酒精消毒皮肤，皮内注射（0.1ml）注射毕，旋转针头180度，迅速拔出针头，切勿按压。

6、填写预防接种本，记录注射时间，并请家长签字，交代注意事项。

7、整理用物，爱护体贴新生儿。接种禁忌症

1、患结核症、急性传染病、肾病、心脏病者。

2、患湿疹或其他皮肤病者。

3、患免疫缺陷症者。接种注意事项

1、严禁皮下或肌内注射。

2、冷藏2-8摄氏度冰箱内，避光保存，出箱后立即接种。

3、接种前摇匀菌苗，注射剂量要准确，配好的药液应在30分钟内注射完毕，超过一个小时不能再用。

4、不可在阳光下注射。

5、严格无菌操作，确保一人一针一管。

6、菌苗为低毒活菌苗，多余的菌苗不可乱丢，应与焚烧，以免污染。

7、体重≤2500g以下的早产儿，体温≥37.5摄氏度以上的新生儿，有严重腹泻、呕吐、皮疹及病危抢救儿，均应暂缓接种。

8、注射后出现局部脓疱或腋下淋巴结感染，应及时到当地防疫站处理。

9、注射后详细登记并填写卡片，将卡片及时交产妇家属保管好。嘱其3个月及时去防疫站复查。

第五节 乙肝疫苗接种

准备

1、着装整齐，洗手戴口罩。

2、备齐用物，携至筛查接种室。用物：注射盘内1ml注射器2个、乙肝疫苗5ug一支，75%酒精、弯盘、砂轮、棉签、新生儿医嘱单；预防接种单；治疗车下备锐器盒一个。

3、严格查对，向新生儿家长说明目的并签字。

4、检查药液，消毒后打开安刨。

5、准备注射器，抽吸药液、套安刨。

6、协助新生儿取正确姿势，选择注射部位（右上臂三角肌下缘）。7、75%酒精消毒皮肤。

8、查对新生儿与登记单，排尽注射器内空气。左手错开并绷紧皮肤，右手持针垂直刺入2.5-3cm，固定针头，抽回血，推注药液。

9、注射毕，干棉签压针眼，迅速拔针。

10、整理用物，观察药物反应，并再次查对。爱护体贴新生儿。接种适应症

1、新生儿，母亲为HBsAg阴性者。

2、从事医疗工作的医护人员及接触血液的试验人员。接种禁忌症

1、发热、患急性或慢性严重疾病者。

2、对酵母成分过敏者。接种注意事项

1、注射前充分摇匀。

2、疫苗有块状物或安刨有裂纹者。

3、应备有肾上腺素等药物，以防偶有严重过敏反应发生时使用，接受注射后应观察片刻。

4、严禁冻结。

**第三篇：产科一般护理常规**

产科一般护理常规

一、观察要点

1、鉴别真假临产。

2、观察宫缩、胎心及产程进展。

3、了解子宫复旧、评估产后出血。

二、护理措施

1、讲解自然分娩对母婴的好处。

2、关心、支持孕妇，给予心理安慰。

3、了解下腹阵痛情况，辨别真假临产。

4、教会孕妇自我监测胎动。

5、胎膜未破时自由活动。

6、指导进食丰富营养、易消化食物。

7、告诉孕妇宫缩痛时的呼吸技巧及应对措施。

8、临产后及时送入产房并交班。

9、产妇回休养室及时了解分娩过程，产妇及婴儿情况

10、指导产妇注意休息适当活动，教会产妇母乳喂养的方法及技巧。

11、按时了解子宫复旧，查看会阴垫，评估出血量。

12、对产妇及家属进行产褥期保健、卫生知识指导。

13、讲解新生儿常见生理现象，指导护理方法。

14、指导产妇采取合适的避孕措施，产后42天来院复诊。

三、健康指导 1、1、讲解分娩的过程，可能会出现的现象及应对措施，树立孕妇阴道分娩的信心。

2、讲解新生儿常见生理现象及如何进行新生儿护理。

3、进行孕产妇营养、保健知识指导。

4、教会产妇及家属新生儿沐浴、脐部及臀部护理方法。

5、指导产妇采取合适的避孕措施，产后42天来院复诊。

正常分娩护理常规

一、观察要点

1、鉴别真假临产。

2、观察宫缩、胎心变化。

二、护理措施

1、保持产房安静、清洁，冷暖适宜。

2、讲解分娩的过程，关心、安慰产妇，给予心理支持。

3、注意休息，指导进食易消化食物，及时排空大小便。

4、胎膜未破裂前鼓励自由体位，告诉产妇自由体位的作用，骑坐分娩球的方法。

5、肛查或阴道检查，注意无菌操作，预防感染，定时检查宫缩、胎心，了解产程进

展，绘制产程图。

6、指导产妇正确运用腹压，配合接产。

7、根据情况选择无保护或保护会阴接产，注意减少母婴损伤。

8、观察胎盘、胎膜娩出情况，检查是否完整。

9、正确测量产后出血量，监测子宫收缩情况。

10、正确及时做好各种产程记录。

三、健康指导

1、讲解自然分娩的好处。

2、鼓励产妇及家属的参与。

3、鼓励产妇进食易消化流质，胎膜未破时自由活动。

4、告之产妇缓解宫缩痛的方法及无痛分娩的实施方法。

5、指导母乳喂养。

催产素引产护理常规

一、观察要点

1.观察宫缩的强度、持续时间、宫颈成熟度、宫口扩张度及先露下降情况。

2.观察胎心及产妇血压情况。

3.催产素滴注的速度及有无过敏症状。

二、护理措施

1、专人负责观察、陪伴，定时记录。

2、遵医嘱准确使用静脉用液体500 ml加入催产素2.5U，先静脉滴注5%葡萄糖溶液500ml，开始调整滴速8~10滴/分，每20-30分钟一般每30分钟调整一次，直至出现有效宫缩，有效宫缩判断标准为10min内出现3次宫缩，每次宫缩持续30-60秒，最大滴速一般不 得超过10mu/min（40滴/分），如达到最大滴速，仍不出现有效宫缩，咨询医生是否更 换一瓶新液体500增加缩宫素5U浓度，滴速减半重新调整宫缩，最大增至20 mu/min（40滴/分），原则上不再增加滴速和浓度。

3、专人观察宫缩宫缩频率、强度、持续时间及胎心率变化并及时记录，有胎心异常及宫 缩过强者应汇报医生，遵医嘱给予吸氧，停滴催产素等处理。宫口开大3-6cm进入活 跃期，咨询医生是否停药。

4、严密观察输液情况及宫缩、产程进展（胎心、宫缩、先露下降、宫口扩张及血压情况 及时记录等）。并绘制产程图 三。健康教育

1、指导产妇放松情绪，给予必要的生理和心理支持。

2、配合治疗，不可自行随意调节输液滴速。

3、鼓励孕妇进食、饮水，督促排尿。

无痛分娩护理常规

一、观察要点

1、观察宫缩痛的缓解程度。

2、监测宫缩、胎心及产程进展。

3、监测血压、血氧饱和度。

二、护理措施

1、讲解麻醉方法及配合要点。

2、指导产妇注意休息，保持体力。

3、动态监测血压、血氧饱和度15分钟一次。

4、监测宫缩、胎心及产程进展。

5、教会产妇正确运用腹压。

三、健康指导

1、告知产妇无痛分娩的最佳时机。

2、无痛分娩后注意休息，保持体力。

3、指导产妇活动、上厕所时防止跌伤。

陪伴分娩护理常规

一、观察要点

1、观察宫缩、胎心及产程进展。

2、关心产妇及家属的心理变化。

二、护理措施

1、告知产妇及家属分娩的过程及基本生理知识，消除恐惧与焦虑。

2、鼓励产妇表达不适，解释不知的原因，教会产妇缓解不适的方法。

3、指导家属给产妇按摩，减轻产妇的不适感。

4、观察宫缩、胎心及产程进展并及时与产妇及家属沟通。

5、指导产妇正确运用腹压。

6、正确测量产后出血量，指导母乳喂养。

三、健康指导

1、向产妇及陪伴者讲解分娩的生理过程,并告之家属只能在限定区域内活动,不能自由出入产房。

2、解释宫缩发生的原理，指导缓解疼痛的方法。

3、解释各种操作的目的。

剖宫产护理常规

一、观察要点

1、观察腹部伤口、子宫复旧及阴道出血量，监测生命体征。

2、乳房泌乳情况、新生儿情况及喂养情况。

二、护理措施 一）术前护理

1、讲解麻醉方法及各项术前准备的目的。

2、关心产妇，做好心理护理。

3、准备好术中用药及接婴儿用物，送产妇到手术室与手术室护士交接班。二）术后护理

13、产妇回室详细了解手术过程、妥善安置产妇。

24、妥善固定尿管，便于床上活动。

3、了解新生儿情况与产房助产士交接新生儿并在交接单上签名。

4、指导产妇早接触、早吸吮并讲解母乳喂养相关知识。

5、预防血栓形成：教会踝泵运动、协助产妇床上活动，尿管拔出后及早下床活动，早解尿。

6、定期观察了解子宫复旧及阴道出血量（15min、30min、60min、90min、120min），查看会阴垫，评估出血量。

7、指导产妇饮食、睡眠，讲解自控镇痛泵的使用。

8、进行母乳喂养知识及技巧指导，强调按需哺乳的重要性。

9、讲解新生儿常见生理现象，指导护理方法。

10、讲解产褥期保健知识，教会产后操。

11、指导产妇采取合适的避孕措施，产后42天来院复诊。

三、健康指导

1、讲解手术后早活动的意义，指导家属协助产妇早活动。

2、讲解新生儿常见生理现象及如何进行新生儿护理。

3、进行产褥期营养、保健知识指导。

4、教会产妇及家属新生儿沐浴、脐部及臀部护理方法。

5、指导产妇采取合适的避孕措施，产后42天来院复诊。

妊娠期高血压病护理常规

一、观察要点

1、监测血压波动，尿量，了解有无自觉不适。

2、观察胎动、胎心，了解胎儿情况。

3、观察有无下腹阵痛，了解有无临产征兆。

二、护理措施

1、安置舒适安静的病室。

2、讲解妊娠期高血压疾病的治疗、愈后，关心安慰孕妇。

3、卧床休息，以左侧为主。

4、询问有无不适，如有异常及时汇报。

5、教会孕妇自测胎动，按时测胎心，胎心监测。

6、按医嘱正确使用解痉、降压药，观察药物疗效及副作用。

7、指导孕妇正确留取24小时尿蛋白定量。

8、观察有无下腹阵痛，了解有无临产征兆，及时送入产房。

9、病情需要终止妊娠时做好孕妇及家属的思想工作，做好术前准备。

10、产后给予产褥期保健、卫生知识指导。

11、教会产妇及家人新生儿喂养及护理知识。

12、指导产妇采取合适的避孕措施，产后42天来院复诊。

三、健康指导

1、讲解妊娠期高血压疾病的可能病因、预防及保健知识。

2、告之妊娠期高血压疾病的预防策略（控制体重增长，控制过多能量摄入，膳食结构平衡，碳水化合物化合物是主要供能物质，但要减少蔗糖的摄入，适当增加Ω-3不饱和 脂肪酸、蛋白质，维生素D、E、C和钙的摄入。

3、告知定期产前检查的意义，未分娩出院的孕妇告之复诊的时间。

4、告诉产妇产后继续治疗高血压，防止遗留高血压病。

5、进行产褥期保健、康复及卫生知识指导。

6、教会产妇及家人新生儿喂养及护理知识。

7、指导产妇采取合适的避孕措施，产后42天来院复诊。

晚期妊娠出血护理常规

一、观察要点

1、观察阴道阴道流血与宫缩的关系,判断出血类型。

2、测量生命体征，及时发现休克先兆。

3、监测胎动、胎心，了解胎儿安危。

二、护理措施

1、安置舒适安静的病室，绝对卧床休息。

2、安慰、鼓励孕妇安心接受治疗，指导进食高蛋白、高维生素、含铁丰富的食物。

3、建立静脉通道，备血、输液。

4、收集会阴垫，评估阴道流血量，发现异常及时汇报。

5、吸氧并解释目的。

6、按医嘱用硫酸镁、抗感染等药物，观察药物的作用及副作用。

7、出现异常必须终止妊娠时，做好解释工作。

8、做好术前准备，备好婴儿抢救用物。

9、产后特别注意观察子宫复旧情况及产后出血情况。

三、健康指导

1、讲解晚期妊娠出血的原因，及防治对策。

2、告知定期产前检查的意义，及时治疗妊高症的意义。

3、指导产妇采取避孕措施，避免人工流产，注意经期卫生对减少前置胎盘的发生意义。

4、孕妇避免长期仰卧位，避免腹部外伤。

5、指导进食高蛋白、高维生素、含铁丰富的食物。

6、避免受凉，保持大便通畅，防止腹压增加的动作。

妊娠合并糖尿病护理常规

一、观察要点

1、监测血糖波动、尿酮体变化。

2、监测胎动、胎心，了解胎儿安危。

二、护理措施

1、关心孕妇心理，鼓励孕妇表达自己的担忧并有针对性解释。

2、告诉孕妇糖尿病对母儿的影响，进行糖尿病饮食指导。

3、准时、正确测量血糖，按医嘱及时留取尿标本、监测尿酮体变化，遵医嘱测量血压，遇异常及时汇报医生。

4、按时准确注射胰岛素，并教会孕妇注射方法及常用注射部位。

5、讲解自测胎动的意义并教会孕妇自测胎动。

6、按时测量胎心、定期胎心监护，了解胎儿安危。

7、孕妇出现临产症状及时送入产房，产时加强监测宫缩、胎心及产程进展，每小时动 态监测血糖变化。

8、必须终止妊娠时，做好术前准备并解释目的。

9、产后做好会阴部护理，保持会阴部清洁，防止逆行感染。

10、新生儿出生后动态监测血糖变化，出生半小时内喂25%糖水10-30ml，防止低血糖，做好母乳喂养指导。

11、按医嘱使用抗生素，预防感染。

三、健康指导

1、告知孕妇高血糖可能产生的危害，加强监测的意义。

2、讲解控制饮食的意义，同时指导孕妇进食高蛋白、高维生素的食物。

3、指导新生儿喂养知识，防止低血糖。

4、出院后定期复诊，坚持饮食治疗及药物治疗并重。

胎膜早破护理常规

一、观察要点

1、观察羊水量、颜色、气味、产妇脉搏和体温。

2、观察宫缩、胎心及产程进展。

二、护理措施

1、未足月需保守治疗者绝对卧床休息，抬高臀部。

2、垫消毒会阴垫，保持会阴部清洁卫生，预防感染。

3、收集会阴垫，观察羊水量、颜色、气味。

4、需催产素引产时送入产房与产房助产士交接班，引产过程中加强监护，并告之孕妇 及家人催产素引产约需12-18小时及催产素的作用，取得理解配合。

5、按医嘱使用抗生素，预防感染。

6、观察宫缩、胎心、胎动及产程进展，自然临产后及时送入产房与产房交接班。

7、未足月者按医嘱使用促胎儿肺成熟药物，讲解用药目的。

8、需终止妊娠时，讲解原因，取得孕妇及家人的理解。

9、监测体温变化每天三次，按医嘱抽取血液化验检查及时发现感染征兆，需剖宫产者 及时做好术前准备。

10、与孕妇多沟通，多关心安慰，做好心理护理。

三、健康指导

1、讲解胎膜早破的可能原因，治疗过程，取得孕妇及家人的理解。

2、告知孕妇保持会阴部清洁卫生、抬高臀部的意义。

3、讲解留取会阴垫观察羊水量、颜色、气味的意义。

4、指导孕妇进食高蛋白、高维生素的食物，以提高抵抗力。

产后出血护理常规

一、观察要点

1、监测体温、血压、脉搏、呼吸、尿量，皮肤温、湿度，表情、意识。

2、观察子宫复旧，准确测量产后出血量。

二、护理措施

1、安置舒适安静的病室，安慰关心产妇保持情绪稳定。

2、氧气吸入。

3、备血，建立二条快速静脉通道，快速补液，必要时输血，维持体液平衡。

4、根据医嘱输入缩宫素、止血药，观察药物的作用。

5、定期立即经腹按摩或经腹经阴道联合按压，按摩时间以子宫恢复正常收缩并能保持收 缩状态为止按摩子宫，观察子宫复旧情况，观察会阴垫准确评估出血量。

6、需清宫及手术者做好解释及术前准备工作。

7、做好饮食、母乳喂养知识及产褥保健，卫生知识指导。

三、健康指导

1、讲解产后出血的原因，治疗方法。

2、指导产妇采取有益于减少产后出血量的方法，如按摩子宫，吸吮乳头、排空膀胱等。

3、指导产妇产时、产后注意休息，适当活动，及时排空膀胱等预防产后出血的措施。

4、告知产妇注意避孕，减少人工流产等因素所致的胎盘原因引起的产后出血。

5、指导产妇产时配合，减少产道损伤所致的产后出血因素。

6、做好产前、产时监测，及时发现产后出血高危因素，及时给予恰当治疗。

妊娠期肝内胆汁淤积护理常规

一、观察要点

1、监测胎动、胎心，了解胎儿情况。

2、监测血总胆汁酸和甘胆酸浓度及药物治疗效果。

二、护理措施

1、讲解妊娠肝内胆汁淤积对母儿的影响,告之通过药物治疗可减轻症状,消除孕妇焦虑 心理。

2、左侧卧位，氧气吸入。

3、教会孕妇自数胎动。

4、每2小时测胎心一次，定期胎心监护。

5、遵医嘱抽取血标本监测甘胆酸和总胆汁酸变化，发现异常随时汇报医生，需终止妊 娠时做好解释及术前准备工作。

6、讲解所用药物的作用，做好皮肤护理。

三、健康指导

1、告之妊娠肝内胆汁淤积对母儿的影响，药物治疗的意义。

2、指导低脂饮食，皮肤涂抹含薄荷醇的润肤霜，炉甘石制剂

3、讲解左侧卧位，氧气吸入，监测胎动的意义。

4、解释皮肤皮肤瘙痒的原因，指导皮肤护理。

妊娠合并心脏病护理常规

一、观察要点

1、测量心率、脉搏、呼吸次数，了解心功能。

2、监测胎动、胎心，了解胎儿情况。

3、观察尿量及水肿情况。

二、护理措施

1、安置舒适、安静、空气流通的病室。

2、卧床休息，左侧卧位，低盐、低脂、高蛋白饮食，少食多餐，适当限制液体的摄入。

3、关心孕妇心理，鼓励孕妇表达自己的担忧，有针对性解释。

4、及时了解心功能，记录出入量。

5、加强胎儿监护，教会孕妇自数胎动，监测胎心。

6、需终止妊娠时做好孕妇及及家属的解释工作，做好术前准备。

7、遵医嘱使用强心利尿药，控制输液滴速。

8、产后注意子宫复旧，减少缩宫素的使用。

9、心功能不好者，暂时停母乳喂养。

三、健康指导

1、讲解妊娠对心脏负担的影响，注意休息，避免疲劳。

2、加强产前检查及心脏监护。

3、指导进食低盐、高蛋白饮食，少食多餐，适当限制液体的摄入。

4、指导避孕措施，避免再次怀孕。

5、加强复诊，根据心功能决定活动量。

新生儿护理常规

一、观察要点

1、观察新生儿体温、肤色、睡眠及反应。

2、了解母乳喂养情况及婴儿排泄情况。

二、护理措施

1、维持室温相对恒定。

2、指导母乳喂养，强化按需喂养。

3、早产儿、低体重儿、巨大儿、母亲有糖尿病的新生儿出生后动态监测血糖，血糖低 于2.6mmonl/l，给予喂糖水至血糖﹥2.6mmonl/l

4、新生儿在日常观察中发现异常，随时监测血糖变化

5、做好新生儿皮肤护理，脐部护理及臀部护理。

6、做好预防接种及出生医学证明办理。

三、健康指导

1、讲解新生儿常见生理现象及应对措施。

2、教会新生儿喂养及护理知识及技巧。

3、出生后42天健康体检，告之需随诊的异常情况。

早产儿护理常规

一、观察要点

1、观察早产儿体温、肤色、睡眠及反应。

二、护理措施

1、置于恒温箱内维持体温恒定后出暖箱，加强保暖。或用鸟巢或袋鼠式护理，使婴儿维 持体温及良好的睡眠。

2、动态监测血糖，至血糖﹥2.6mmonl/l，血糖﹤2.6mmonl/l，给予10%糖水喂养

3、加强喂养，不能吸吮者母乳挤出后用滴管喂养。

4、做好早产儿皮肤护理，脐部护理及臀部护理。

5、交待预防接种的补种事项，办理好出生医学证明。

三、健康指导

1、讲解早产儿的特点。

2、指导早产儿的喂养及护理技巧。

3、解释母乳对早产儿生长的促进作用。

疤痕子宫阴道分娩产时护理常规

一、观察要点

1、观察子宫收缩及胎心变化。

2、密切观察产程进展。

3、仔细观察子宫下段及疤痕处有无压痛。

二、护理措施

1、保持产房安静、清洁，冷暖适宜。

2、由有经验的助产士观察产程，讲解分娩的过程，关心、安慰产妇，给予心理支持。

3、注意休息，指导进食易消化食物，及时排空大小便。

4、胎膜未破裂前鼓励自由体位，告诉产妇自由体位的作用，骑坐分娩球的方法。

5、仔细观察产程进展：肛查或阴道检查时注意无菌操作，预防感染，密切观察子宫收缩、胎心变化，绘制产程图，注意子宫下段及疤痕处有无压痛，如有异常立即汇报医生。

6、产程中开通一条静脉通路，备血，一量出现先兆子宫破裂症状，立即使用宫缩抑制剂，输液，送手术室紧急剖宫产。

7、在第二产程中指导产妇正确运用腹压，禁止加腹压，以防子宫破裂，因避免过度用力，可行会阴侧切必要时用吸引器或产钳助产，以缩短产程

8、胎盘、胎膜娩出后应仔细检查胎盘、胎膜的完整性，并常规检查软产道、详细检查宫 腔是否完整、宫颈有无缺损，特别是子宫下段，注意疤痕有无裂开。

9、胎儿娩出后及早使用缩宫素加强子宫收缩，减少产后出血，正确测量产后出血量，监 测子宫收缩情况。

10、正确及时做好各种产程记录。

三、健康指导

1、讲解自然分娩的好处。

2、鼓励产妇及家属的参与。

3、鼓励产妇进食易消化流质，胎膜未破时自由活动。

4、告之产妇缓解宫缩痛的方法，分娩镇痛方法。

5、先兆子宫破裂的可能表现，出现不适及时告之助产士。

6、指导母乳喂养方法。

水囊引产护理常规

一、观察要点

1、观察子宫收缩及胎心变化。

2、密切观察产程进展。

3、观察水囊有无脱落。

二、护理措施

1、观察有无宫缩、及宫缩的规律性。

2、关心、安慰产妇，给予心理支持。

3、注意休息，及时排空大小便，经常牵拉水囊的下端。

4、胎膜未破裂前鼓励自由体位，胎膜破裂时及时告诉医生取出水囊。

5、出现规律宫缩立即做胎心监护，并通知医生取出水囊，肛查或阴道检查了解产程进展，进入产程后密切观察子宫收缩、胎心变化，绘制产程图。

6、水囊脱落或取出后遵医嘱使用宫缩剂，调整宫缩，按缩宫素引产护理常规护理。

7、进入产程后按正常产程护理。

8、正确及时做好各种产程记录。

三、健康指导

1、讲解自然分娩的好处。

2、鼓励产妇及家属的参与。

3、鼓励产妇进食易消化流质，胎膜未破时自由活动。

4、告之产妇缓解宫缩痛的方法，分娩镇痛方法。

5、出现宫缩过强或胎膜破裂时，及时告之助产士。

妊娠合并贫血护理常规

一、观察要点

1、观察有无头晕、乏力、耳鸣、心悸、食欲缺乏、腹泻等症状

2、观察有无贫血貌、皮肤、粘膜苍白等体征

3、监测胎动、胎心，了解胎儿生长发育情况。

4、监测血红蛋白及全血情况。

二、护理措施

1、安置舒适、安静、空气流通的病室。

2、加强孕期指导，积极治疗引起贫血的疾病。适当增加营养，多吃含铁和维生素丰富的 食物，必要时给予铁剂补充。

3、孕期血红蛋白在70g/L以下者完全休息，避免体位改变时因头晕、乏力而晕倒。

4、孕期血红蛋白低于60g/L者，遵医嘱输新鲜血或输红细胞。

5、孕20周以后补充铁剂及维生素C，指导铁剂服用注意事项。

6、加强胎儿监护，教会孕妇自数胎动，监测胎心。

7、监测血红蛋白及全血情况，积极预防孕期并发症。

8、临产后密切观察产程进展，鼓励产妇进食，避免产程过长或急产。必要时给予阴道助 产，减少孕妇体力消耗。做好新生儿抢救准备。

9、产后遵医嘱应用抗生素，观察子宫收缩及恶露情况，密切观察体温。

10、产后应保证足够的休息及营养，避免疲劳。按医嘱补充铁剂，纠正贫血。

11、严重贫血者不宜母乳喂养，指导人工喂养方法及回乳方法。

三、健康指导

1、加强宣教，使孕产妇能够积极地应对缺铁性贫血对身心的影响，掌握自我保健措施。注意保持会阴部清洁，预防感染。

2、合理饮食、加强营养：建议孕妇摄取高铁、高蛋白质及高维生素C食物，以改善体内 缺铁状况，注意饮食均衡。

3、指导母乳喂养，：一般情况母乳喂养。重度贫血不宜哺乳者，指导产妇及家属掌握人 工喂养的方法，采取正确的回奶方法。

4、指导避孕措施，避免再次怀孕。

妊娠合并甲亢护理常规

一、观察要点：

1、密切观察体温、脉搏、血压变化

2、观察胎儿宫内情况

二、护理措施

1、提供心理支持：教会孕妇注意劳逸结合，避免情绪紧张

2、饮食指导：孕妇每日保证足够的热量，高蛋白、多维生素、忌辛辣、烟酒咖啡、浓茶、不含碘饮食

3、注意休息，保证充足睡眠，避免受凉感染

4、根据病情监测生命体征变化，遵医嘱测体重及基础代谢率、及时发现甲亢危象如体 温、脉搏、和血压变化，突眼做好眼部护理

5、指导孕妇观察胎动，密切监测胎心变化，根据医嘱做胎心监护

6、指导孕妇正确服用药物，监测甲状腺功能，注意药物的毒副作用如咽痛、发热、乏 力、关节酸痛等

7、产褥期观察子宫收缩、心脏功能变化，防止回心血量增加所致心衰

8、不能哺乳者做好退乳的护理

三、健康指导

1、指导孕妇丰富维生素、高热量高蛋白质、清淡无碘饮食

2、指导孕妇注意休息，避免感染、情绪激动和精神刺激

3、没有药物禁忌者教会母乳喂养技巧

4、指导避孕措施

产房产妇一般护理常规

一、观察要点：

1、观察宫缩、胎心、宫口开大情况

2、注意产妇的精神、心理及生命体征

3、分娩后观察子宫收缩及阴道流血情况

4、准确评估产时出血量

二、护理措施

（一）临产前：

1、产妇急诊入院或由病房转入时，助产士立即询问产妇孕产史、预产期及本次妊娠情况，宫缩情况判断有无临产

2、生命体征检查

3、产科检查：宫高、腹围、胎位、胎心、胎先露，根据情况肛诊或阴道检查，胎心监护

4、发现异常及时汇报医生

5、确认未临产送产妇入病房休息

（二）分娩时：

1、指导产妇进食易消化半流质或流质食物

2、指导产妇自由体位、指导非药物镇痛方法如宫缩时呼吸技巧、骑坐分娩球，导乐车行

走，音乐、艾炙等减轻分娩不适

3、胎膜早破先露未入盆者左侧卧床休息，提高床尾

4、正常产妇每4-6小时监测血压、脉搏一次并记录，有合并症根据医嘱执行

5、准确认真绘制产程图

6、密切观察产程进展，及时检查并判断，发现异常及时汇报，及时处理

7、第二产程指导产妇正确使用腹压，胎头拔露后打无菌产包准备物品上台接产、根据产

妇情况选择麻醉方式会阴保护或无保护接产，尽可能减少会阴侧切和裂伤

8、第三产程正确处理胎盘、正确评估产时出血量

9、全产程中给予产妇生理、心理支持

10、检查软产道并按解剖层次缝合，术毕肛门检查，排除有无缝线穿透

11、协助产妇采取舒适体位休息，每15-30分钟按压子宫及监测血压一次，密切观察阴

道流血情况

12、指导早接触、早吸吮（正常出生30分钟内）

13、准确、及时书写产时记录，产房与母婴同室交接单

14、观察产妇的膀胱充盈情况（嘱产后2小时排尿），避免引起产后出血

15、产后二小时送产妇回病房与母婴同室护士进行床边交接

三、健康教育

1、介绍分娩经过和注意事项（产后康复指导）

2、指导产妇分娩过程中可能出现的问题的应对措施

3、鼓励进食少量易消化流质半流质食物，及时排尿排便

**第四篇：产科一般护理常规**

产科一般护理常规

产前护理常规

1、详细了解此次妊娠过程，例如孕产次、预产期、宫缩、破膜及阴道流血等产科情况。

2、逐项填写入院护理病历，书写端正。

3、测体温、脉搏、血压、体重，询问过敏史。

4、听胎心音，查胎位。

5、更换清洁衣裤。

6、介绍入院须知，了解孕妇心理，做好心理护理。

7、安排床位、饮食，通知医生。

8、待产期间，注意观察胎心音、宫缩，一般若孕妇宫缩不紧，鼓励下床活动。

产时护理常规

第一产程护理：自子宫有规律宫缩开始，宫口逐渐扩张至

10cm。一般初产妇12-16小时，经产妇6-8小时。

1、观察宫缩：正规宫缩开始时间、宫缩间隙和持续时间、强度及规律性。注意子宫的形状、压痛，及时发现子宫先兆破裂的前驱症状。

2、观察胎心音：潜伏期每2小时听一次，活跃期每1小时听一次。宫缩紧，产程进展快，胎心音有变化要随时听取。发现胎心音有异常要及时汇报医生。

3、观察产妇的一般情况：注意睡眠、休息、饮食及情绪变化。督促产妇适时排尿。

4、肛查了解先露下降及宫口开大情况，潜伏期每2-4小时查一次，活跃期每1小时查一次，经产妇或宫缩频者间隔应缩短。及时绘画产程图，发现产程异常及时通知医生。

5、一旦破膜立即听胎心，注意羊水性状及宫缩情况，记录破膜，肛查了解产程进展及脐带有无脱垂。

6、活跃期后测血压一次，特殊者按医嘱测量。高血压者注意自觉症状，及时报告医生并做必要处理。

7、初产妇宫口开8 cm，经产妇宫口开3 cm送入产房，并交班。

第二产程护理：自宫口开全至胎儿娩出。初产妇一般需1-2小时，经产妇需数分钟至1小时不等。

1、协助孕妇取合适体位，注意保暖。2、10-15分钟听1次胎心，注意观察宫缩节律、强度、腹部形状、子宫压痛等，发现异常及时报告医生。

3、指导产妇正确使用腹压，宫缩间歇期可协助其进食。如初产妇第二产程近1小时未分娩，经产妇近0.5小时无明显进展者，通知医生并做好手术助产准备。1

4、做好接生准备：初产妇头拨露1-2 cm，经产妇宫口开大4-5 cm时，常规外阴消毒，铺巾，准备接生。

5、正确掌握分娩机转，按接生操作规程娩出，必要时作会阴切开。

6、估计新生儿有窒息可能者，做好新生儿抢救准备。

第三产程护理：自胎儿娩出至胎盘娩出，一般需5-15分钟。

1、胎儿娩出后遵医嘱给予宫缩剂（心脏病慎用），并测血压一次。

2、胎儿娩出后胎盘应于5-15分钟自然娩出，如无出血等剥离征象，不要过早压迫子宫底和牵拉脐带，以免胎盘剥离不全或残留。

3、胎儿娩出后0.5小时无胎盘剥离征象，应根据原因及时处理。阴道活动性流血大于200ml，须在严密消毒下行人工胎盘剥离术。

4、胎盘娩出后检查胎盘胎膜是否完整，如有缺损或残留及时报告医生，按医嘱处理。

5、常规检查会阴及阴道组织有无裂伤，有裂伤者按常规修补，会阴切开按常规缝合。

第四产程护理：胎盘娩出至产后2小时。

1、产妇分娩后留产房观察1-2小时，常规测血压，注意保暖。

2、观察宫底高度、收缩强度，并按压宫底，压出宫腔积血，观察阴道出血量及性质。

3、注意观察有无便意感等自觉症状，及时发现阴道壁及会阴部血肿。

4、关注产妇的需求，做好生活护理。

5、更换衣裤，护送母婴回母婴室。

新生儿护理

1、出生后立即清洁口腔、鼻腔、呼吸道黏液及羊水，擦净全身羊水、血迹，注意保暖，并作Apgar评分。

2、常规结扎脐带，让产妇看清性别。

3、全身检查，注意有无畸形。

4、测体重、身长，系好手表带（上写母亲姓名、新生儿性别），印母亲左手食指印、新生儿脚印。

5、做早吸吮。

6、填写新生儿记录。

产后护理常规

1、分娩后2小时送母婴休息室，热情接待产妇，测血压、压宫底、看会阴伤口、，介绍入院须知、作息制度、母乳喂养知识及产后注意点等。

2、入室后立即检查产妇的一般情况、宫底高度及硬度、阴道流血、会阴创口等情况，并记录，有异常及时通知医生，按医嘱处理。产后24小时内特别要注意观察子宫收缩、阴道流血情况及产妇有无便意感等自觉症状（回病房前2小时，每小时一次按压宫底，以后每4小时一次按压宫底。

3、做好入室宣教及护理示教，帮助第一次喂哺，并指导各种哺乳技巧。

4、鼓励多饮开水。产后4小时即应让产妇排尿，排尿困难者可诱导排尿，产后6小时仍不能排尿者在无菌操作下导尿，必要时留置导尿。

5、鼓励早起床活动。正常情况下，产妇阴道分娩6-12小时可起床轻微活动，24小时后可在室内自由活动。特殊情况遵医嘱。

6、产后3天无大便可给开塞露通便或遵医嘱作相应处理。

7、注意观察恶露、宫底下降情况，若有异常排出物应保留并及时通知医生。

8、保持会阴清洁。鼓励和帮助产妇做好会阴护理，及时更换会阴垫。

9、注意观察会阴伤口有无红肿、出血、硬结和异常分泌物，有异常随时报告医生。

10、保持病区环境安静、舒适、空气流通，室温适宜。

11、指导或协助产妇每日梳头、刷牙。产后因出汗较多，要勤换内衣裤，防止受凉。

12、产妇宜进易消化、少刺激性的食物，少量多餐，多进汤类食物。

13、指导产妇或家属如何办理出院手续，并嘱产后42天左右来院作产后检查。母婴同室新生儿护理常规

1、室内保持空气流通，光线充足，室温在20-24℃，相对湿度55-65%左右。

2、新生儿入室要仔细听取交班，核对姓名、性别、床号、手圈、体重，并全面检查，发现异常情况及时报告医生并做好记录。做好新生儿保暖工作。

3、婴儿胸牌上写明姓名、性别、出生日期、出生时间、体重，并填写各项入室记录和新生儿病历。发现出生记录有遗漏或有疑问者应及时追问并纠正。

4、新生儿宜取侧卧位，保持呼吸道通畅，防止窒息发生。

5、观察婴儿面部及全身皮肤颜色、呼吸及哭声变化、脐部有无渗血、吸吮能力及大小便情况。初次大小便要交班，异常情况及时报告医生。

6、出生24小时内每4小时测体温一次，24小时体温正常可改为每日2次。

7、新生儿每日沐浴一次，沐浴后测体重并记录。沐浴时要严格执行操作规程。每日2次作好脐部护理。

8、出院前与家属核对姓名、性别，并做好出院指导和新生儿接种知识宣教。

母婴同室护理常规

1、一般护理同产后护理常规。

2、向母亲宣教母乳喂养知识，指导正确喂哺技巧。鼓励产妇早期起床活动。

3、指导产妇如何进行乳房护理、正确挤奶等母乳喂养技巧。

4、宣教新生儿的一些常见生理现象，如回奶、新生儿体重下降、生理性黄疸、乳腺肿大、女婴假月经、溢乳等。

5、指导产妇及家属如何给新生儿洗澡及换穿衣服、尿布。

6、对产妇进行母乳喂养等知识评估，发现不足以便出院前及时补课。做好产褥期保健、计划生育和育儿知识宣教指导。

7、征求产妇意见，告知母乳喂养咨询电话。剖宫产手术护理常规

剖宫产：指经腹切开子宫娩出胎儿的手术。

（一）、剖宫产术前护理常规

择期剖宫产术前护理

1、心理护理：向孕妇说明剖宫产的原因及注意事项。

2、术前一天做好皮试并记录，抽血交叉。

3、术前一天做好皮肤准备，修剪指甲。

4、术前注意体温、脉搏，术前晚测体温1次，如有体温异常，告知医生。

5、术前8小时禁食，4小时禁饮。

6、术前保证充足睡眠，遵医嘱给镇静药。遵麻醉科会诊用药。

7、术前1小时更换好清洁衣裤，取下活动假牙及饰物等，将贵重物品交给家属妥善保管。安排好病人术后床位。

8、转送手术室前听胎心并记录，如胎心异常及时通知医生。

9、有特殊情况或医嘱向手术室交班。

急诊剖宫产术前护理

1、安慰孕妇勿紧张及叫喊，以免消耗体力及胃肠胀气。

2、禁食：自决定手术开始禁食。

3、根据做皮试并记录。抽血交叉。腹部皮肤准备。

4、更换清洁衣裤，修剪指甲，取下活动假牙及饰物等，将贵重物品交给家属妥善保管，安排好病人术后床位。

5、送手术前听胎心并记录，如胎心异常立即通知医生，遵医嘱做相应的处理。特殊情况和医嘱向手术室交班。

剖宫产术后护理常规

1、了解麻醉方法，手术过程中血压、脉搏是否平稳，术中出血量及尿量，手术经过是否顺利。

2、产妇回病房后去枕平卧6小时，如系腰麻平卧12-24小时，如系全麻则按全麻术后常规护理。保持输液及尿管通畅。注意保暖。

3、每小时测脉搏、血压连续3次，再2小时测1次，连续3次，以后4小时测1次至24小时，有异常情况及时通知医生。

4、术后禁食6小时，6小时后可进流质（忌牛奶、豆浆），以后根据医嘱改饮食。

5、硬麻术后6小时鼓励翻身。会阴护理每日一次至拔尿管日止。

6、检查子宫收缩、恶露、尿量及色，发现异常通知医生。

7、术后24小时内班班检查切口有无渗血、渗液。

8、新生儿随母回病房者，协助早吸吮，同时做好新生儿护理。

9、做好剖宫产术后指导。

催产素引产护理常规

1、严格掌握催产素禁忌症、适应症。对疤痕子宫及梗阻性难产禁用。

2、催产素引产前应测孕妇的血压，听胎心，查宫颈、宫口、先露等情况，每30-60分钟观察宫缩的频率、强度与持续时间和胎心情况等并记录。如发现子宫呈强直性收缩，血压升高，胎心异常等，应立即停止引产，以防发生胎儿宫内窘迫或子宫破裂。

3、操作方法：先用5%葡萄糖液作静脉滴注，调整滴速后加入催产素混匀。

4、宜从低浓度、慢速度开始，常用浓度为0.5%（2.5单位催产素加入5%葡萄糖液500ml作静脉滴注），滴速一般开始为每分钟8-12滴，根据子宫收缩情况每30-60分钟调节一次滴速，一般每次增加4-6滴/分，最快滴速不超过40滴/分，最大浓度不超过1%。

5、催产素引产一般在白天进行，一次引产用液以不超过1000ml葡萄糖为宜，不成功时第二天可重复或改用其他方法。

硫酸镁应用护理常规

一、用药方法：可采用肌肉注射或静脉给药． 1、25%硫酸镁10ml+50%葡萄糖20ml缓慢静推（不少于10分钟）。2、25%硫酸镁30-40ml+5%葡萄糖500ml缓慢静滴，速度以1-2克/小时，根据有无副反应调整其滴速，过快可能会出现恶心、呕吐、无力、呼吸抑制等中毒反应。

.二、注意事项

１、每次用药前及持续静滴期间，均应做有关检测：膝反射必须存在；呼吸每分钟不少于16次；尿量24小时不少于600ml,每小时不少于25ml,尿少提示排泄功能受抑制,镁离子易蓄积而发生中毒。

2、治疗时须备钙剂作为解毒剂．当出现镁中毒时，遵医嘱立即缓慢注射10%葡萄糖酸钙10 ml。

3、注意病人有无恶心、呕吐、嗜睡、说话含糊不清，有异常及时报告。

妊娠合并心脏病护理

一、产前护理

1、按高危护理常规。

2、了解心脏病病因，根据病情给予相应的护理措施。若为二尖瓣狭窄及肺动脉高压、法乐氏三联症或四联症，应特别重视。

3、保持安静，卧床休息，根据心功能情况适当限制体力活动。注意保暖，避免呼吸道感染。

4、饮食少量多餐，给高蛋白质、高碳水化合物、高维生素、高铁及低盐饮食。多吃水果和蔬菜，防止便密。

5、孕妇勿去公共场所，以免呼吸道感染。注意个人卫生，每日洗外阴，换内裤，以免尿路感染诱发心衰。

6、每4小时测脉搏一次，观察有无水肿及尿量变化，有异常及时记录并报告医生。

7、密切注意观察心衰早期症状。如出现气急、咳嗽，特别在夜间胸闷，需到窗口呼吸才缓解等症状，及时报告医生。

8、口服地高辛者服药前测脉搏一分钟，如脉搏在60次/分钟以下，应报告医生并停药。用药期间注意有无恶心、呕吐、黄 视等中毒症状。

9、心功能3-4级应记进出量或特别护理记录。

10、有心衰不能平卧，给半卧位并吸氧；如为急性肺水肿，大量泡沫样痰，湿化瓶中用20-30%酒精以增加肺通气；坐位时下肢下垂，以减少回心血量。

11、急性心衰、肺水肿应有专人护理。

二、产时护理

心功能1-2级者可经阴道分娩，分娩过程中应做到：

1、注意观察产程进展及脉搏的变化。宫口开3cm后给予心电监护，发现异常及时报告医生。

2、正规宫缩后应勤听胎心，劝慰产妇合作，遵医嘱给镇静剂。消除恐惧焦虑心理，尽量减少体力消耗。

3、吸氧，并给半卧位或侧卧位。

4、注意心悸、气心率增快等心衰早期症状。

5、宫口开全后近早手术助产分娩，缩短第二产程。

6、胎儿娩出后腹部沙袋加压，防止回心血量减少。

7、慎用宫缩剂，禁用麦角制剂。

8、心衰者应在控制心衰后转修养室。

三、产后护理

1、绝对卧床休息，尤其产后3天，严密观察脉搏、呼吸，有心衰早期症状，立即报告医生。

2、保暖，防止呼吸道感染。

3、注意饮食清淡，不宜过饱。保持大便通畅，防止便密。

4、慎用宫缩剂，输液注意滴速，一般滴速在40-60滴/分钟。

5、心功能3-4级者勿哺乳。

妊娠合并肾炎护理

1、按高危护理常规。

2、注意休息，急性期应绝对卧床休息，向健侧卧位。

3、饮食应清谈，予低盐、富营养饮食。

4、根据病情测血压，如血压增高，尿蛋白及水肿加重，孕妇有自觉症状，应按先兆子痫护理。

5、水肿严重者记进出量，注意电解质平衡，发现尿量减少立即报告医生。

6、观察有无头痛、神志恍惚、恶心呕吐，有无腹水、尿少，注意肾功能变化，特别是尿素氮、肌酐，注意尿毒症早期症状。

7、注意胎儿宫内情况，了解各种监护结果。

8、临产后注意血压、胎心变化，尽量缩短第二产程。

9、产褥期鼓励病早排尿，注意尿量和颜色。

10、产后卧床休息，注意血压、脉搏、体温的变化。不宜过早活动。

11、根据病情决定是否喂哺。

妊娠合并糖尿病护理

1、执行代谢性疾病一般护理常规。

2、孕妇测体重每周2次。

3、饮食按医嘱严格执行。

4、给孕妇必要的健康教育，如饮食与胰岛素治疗知识，胰岛素注射技术以及发生低血糖的症状和处理方法。

5、注射胰岛素必须用1ml注射器，剂量、制剂需绝对正确，注射部位应经常更换，一般于餐前15分钟作皮下注射，注射前应经另一医务人员核对。

6、观察注射胰岛素后反应，如病人出现心慌、出冷汗、面色苍白、脉搏快、有饥饿感，甚至抽搐、昏迷，提示为低血糖所致，应立即通知医生。

7、观察有无极度口渴、软弱无力、口中烂苹果样酮味等酮症酸中毒及电解质紊乱症状，视病情轻重予以护理、抢救。

8、注意保暖，防止上呼吸道感染。

9、注意胎心，分娩时给予胎心监护，严密观察产程。

10、因糖尿病容易并发阴道霉菌感染，注意会阴清洁。

11、糖尿病产妇出生的新生儿应予高危儿护理。

妊娠合并贫血护理

1、按高危妊娠护理。

2、注意休息，适当活动。

3、做好卫生宣教，指导孕妇合理饮食。

4、遵医嘱做好输血准备。

5、临产后特别注意胎心变化，必要时给氧，尽量缩短第二产程，及时使用宫缩剂。正确估计产后出血量。

6、产后加强营养。

7、服用铁剂时，应在饭后服用，服药时禁食茶水，以免影响吸收。服药后可出现黑便，应向病人做好解释。

8、注意重度贫血病人的心率、呼吸、血压、体重，警惕贫血性心脏病。

妊娠合并性病护理

1、按产科常规护理。

2、护理人员应热情、诚恳、耐心地针对每个孕妇的心理问题，做好心理护理。

3、按传染病常规做好消毒隔离工作，预防交叉感染。

4、健康与卫生宣教：进行健康与性知识教育，避免混乱的性关系，提高妇女的防病知识；使病人认识到有病要到正规的医院治疗，以免延误病情；治疗期间避免性生活；注意个人卫生，避免局部搔抓，保持外阴部清洁，污染毛巾、被单及内裤等行消毒处理；由于性病复发率高，叮嘱病人应坚持治疗直至痊愈，并夫妻同治，指导治愈后随访；加强新生儿的监测与治疗。

妊娠期肝内胆汁淤积症护理

ICP：主要发生在妊娠晚期，少数发生在妊娠中期，以皮肤瘙痒和胆酸增高为特征，主要危及胎儿。

1、按高危妊娠护理常规。

2、认真做好产前检查，详细了解病史，发现皮肤有抓痕的孕妇，应做好皮肤护理。

3、指导孕妇左侧卧位，间歇上氧，自数胎动，胎动有异常及时高知医生。

4、及时了解各种特殊检查结果，发现异常报告医生。

5、对严重的孕妇，应严密观察宫缩，一有宫缩立即报告医生处理，并在胎儿娩出前做好新生儿的抢救准备。

6、产褥期督促产妇及时排尿，以免充盈的膀胱影响子宫收缩。观察子宫收缩情况，注意阴道流血量。

7、心理支持，做好解释、心理疏导工作。减轻病人因瘙痒失眠，心烦意乱及担心胎儿、新生儿预后引起的焦虑、恐惧。

8、健康教育：出院后定期检查肝功能，以了解疾病恢复情况。产后不宜选用含雌孕激素的避孕药物作为避孕方法，以防诱发肝内胆汁淤积症。妊高症护理常规

先兆子痫护理

先兆子痫：指20周后和产褥期发生的高血压、蛋白尿、水肿，同时伴有头昏、眼花、视物模糊等自觉症状，血压大于或等于160/110mmHg或蛋白尿++-+++，此三项中有两项者。

【临床表现】

高血压：可高达21.3/14.7kPa(160/110mmHg)或更高，经卧床休息未下降;蛋白尿：达到或超过5g/24h;水肿:水肿程度与病情的严重性不一定是正相关； 自觉症状：出现头痛、眼花、恶心、呕吐、上腹疼痛。【护理要点】

1、卧床休息，保持环境安静，床旁边放置压舌板、舌钳、开口器、氧气等。

2、指导孕妇减少脂肪和过高盐的摄入。

3、测血压、脉搏每4小时1次或遵医嘱，记特别护理记录。

4、注意胎心变化及产程进展。

5、督促孕妇做好自我监护，数胎动，左侧卧位。

6、随时注意有无头痛、头晕、眼花等自觉症状。

7、宫口开全应尽快结束分娩。

8、防止产后出血，及时给予子宫收缩剂。

9、产后仍需注意血压变化。

10、注意观察用药后的效果及硫酸镁治疗的中毒症状。

子痫护理

子痫是指在妊高症基础上有抽搐甚至昏迷者。

1、专人护理，去枕平卧，头偏向一侧，取下假牙，保持呼吸道通畅。暗室布置，避免声光刺激，给氧。

2、抽搐时用开口器、压舌板，以防唇舌咬伤及舌根后坠，床旁置保护架防止坠床。

3、密切观察血压、脉搏、体温、呼吸及神志变化，详细记录抽搐及间隙时间，记好特别护理记录。

4、血压高、水肿严重，心率大于100次/分钟，注意输液滴速。

5、遵医嘱迅速及时给药，注意药物的疗效及副作用。

6、留置导尿并长期开放，观察尿量及色，保持外阴清洁。

7、注意宫缩及胎心变化，密切观察有无胎盘早剥、脑水肿、心力衰竭、肾功能衰竭等临床表现。根据医嘱做好产科处理准备。

8、产后腹部压沙袋，注意子宫收缩及阴道出血量、性状，注意生命体征的变化，严防心衰、再次抽搐、DIC及产后出血。

9、产后仍需绝对卧床、暂停哺乳，待病情好转再进行喂哺。

10、昏迷者禁食或鼻饲，予口腔护理，防止吸入性肺炎。

11、保持床单位干燥、平整，定期翻身，预防压疮。

胎盘早剥护理

胎盘早剥：妊娠20周或分娩期，正常位置的胎盘在胎儿娩出前部分或全部从子宫壁部剥离。

1、妊娠高血压综合征、慢性高血压、凝血功能障碍等孕妇或孕妇有外伤史者，腹部检查时注意子宫的张力及有无压痛。

2、疑有胎盘早剥或破膜时见血性羊水者，应注意胎心变化，并在腹部将子宫轮廓画出，以便观察宫底是否升高，宫腔内积血是否增多，并监护血压、脉搏。一旦确诊，应观察全身出血倾向，并按医嘱送检查凝血功能。开放静脉通道，备血及抢救物品。

3、对胎儿尚存活者，剖宫产术前准备动作应迅速，并提前通知手术，以便分秒必争地抢救胎儿。

4、胎盘娩出后，立即用催产素等宫缩剂加强宫缩，减少产后出血。

5、重症胎盘早剥应观察尿量，了解肾功能有无衰竭，并注意尿色，如茶色或血性，应考虑DIC，及时报告。

6、产后观察阴道流血的血液性状，用聚血器接血。特别注意血液有无凝血块，如流出血液不凝固，应考虑DIC可能，及时报告医生。

前置胎盘护理

前置胎盘：胎盘附着于子宫下段或覆盖在子宫颈内口处，位置低于胎儿的先露部。

大出血者的护理

1、应立即监测血压、脉搏、胎心。

2、通知医生，配合医生询问病史，留家属。

3、上氧，开通静脉通道，做好输血准备。必要时做好术前准备。

4、禁止肛查。

5、备好必要的药物和器械。

6、记录血压、脉搏及液体出入量，特别注意阴道出血情况。注意保暖。

7、需手术者，护士、医生护送病人至手术室，并交班。

对期待疗法者的护理

1、卧床休息，做好必要的解释工作，避免孕妇过度紧张。

2、随时观察阴道流血情况，让孕妇保留会阴垫，以估计出血量。

3、注意孕妇的主述，如有腰酸、下腹坠胀等症状，往往是宫缩的先兆，应报告医生。

4、有宫缩或宫缩先兆者，遵医嘱给宫缩抑制剂。

5、按医嘱听胎心，必要时以自数胎动代替听胎心，以减少对子宫刺激而引起宫缩。

6、禁止肛查、灌肠。必须有输液或输液、输血的准备下才能行阴道检查。

7、作B超检查前，嘱孕妇勿排尿，保持膀胱充盈。

8、对有阴道流血者，注意观察体温、脉搏、贫血情况，保持会阴清洁，每日会阴护理1次，有特殊情况的，遵医嘱增加会阴护理的次数，并垫以消毒卫生巾。

9、在期待治疗中，如阴道流血量多，胎动变化大，体温上升及下段压痛等应及时报告医生。

羊水栓塞护理

羊水栓塞：指分娩过程中羊水进入母体血循环，引起肺栓塞、休克、DIC等一系列严重症状的综合征，是产科的严重并发症。也可发生早、中孕期流产，但情况远较缓和。

1、仔细观察病情，关键要及早识别，抢救争分夺秒，医护紧密配合。

2、立即备好抢救药物及抢救器械，以便做到分秒必争。

3、纠正呼吸困难取半卧位或抬高头肩部卧式，正压给氧，必要时气管插管或气管切开。

4、立即抽取血交叉，开放静脉通道以便快速进入各种抢救药及补充血容量。

5、专人护理，密切观察血压、脉搏、呼吸及病情变化，详细记录动态变化，并记出入量。

6、有阴道流血时，用聚血器置于产妇臀部，正确估计出血量，观察血液是否能凝固。

7、留置导尿者，严密观察尿量、颜色，并定时记录尿量，发现异常及时报告医生，以便及早发现肾功能衰竭。

8、抢救过程中必须做到有条不紊、迅速、仔细，执行医嘱严格三查七对。执行口头医嘱时必须加以复核。

9、抢救过程中要严格无菌操作，以防感染。保持外阴清洁，注意口腔护理，预防肺部感染和宫腔感染。

10、慎用宫缩剂，因强烈宫缩可使留在子宫血管内的羊水内容物更多进入体循环，使病情进一步恶化。若在滴注催产素过程中发病则必须立即停滴。

11、注意保暖。

胎膜早破护理

1、破膜后立即听胎心，注意羊水性状并记录。

2、必要时肛查，注意宫口、先露及有无脐带先露或脱垂。

3、禁止灌肠。

4、卧床，胎先露高浮者予臀高位或侧卧位。

5、腹壁特别松弛者，可用腹带加以固定。

6、保持会阴清洁，每日冲洗会阴一次，有特殊情况者，遵医嘱增加冲洗次数，并垫以清洁卫生巾。

7、注意阴道流出液的性状、颜色、气味及子宫下段有无压痛，定时测体温，以便及早发现感染征象，报告医生。

8、若孕周未达37周，教会孕妇自数胎动，遵医嘱听胎心。

9、加强生活护理。

产后出血护理

产后出血是指胎儿娩出后24小时内阴道流血达到或超过500ml以上。

1、通知医生迅速分析流血原因，积极采取止血措施，如按摩子宫、协助医生剥离胎盘、刮宫、修补软产道。

2、镇定产妇情绪。注意保暖，平卧给氧。

3、立即开放静脉通道，根据医嘱输液、输血、给药，预防休克。

4、严密观察宫缩、血压、脉搏、面色等一般情况，及时做好护理记录。

5、病人有休克症状（头晕、口渴、打哈欠、烦躁、呕吐、面色苍白、出冷汗、血压下降）而不见阴道流血者，要警惕隐性出血。检查宫底是否上升，子宫体积是否增大，按压子宫时有无血液涌出。

6、正确估计出血量，收集血液并观察血液颜色及是否凝固，警惕DIC（弥漫性血管内凝血）的发生。

7、注意排空膀胱，必要时放置导尿管。

8、若有宫腔排出物，注意保留并遵医嘱送病检。

9、急性出血停止后，仍需观察产妇一般情况。病人卧床休息，加强饮食营养，预防感染。

10、饮食清淡，不宜过饱。保持大便通畅，防止便秘。

11、宫缩剂、输液注意速度，一般滴速在40-60滴/分。

高危妊娠护理常规

高危妊娠一般护理常规

高危妊娠指妊娠期由于某种病理因素或致病因素，可能对孕妇、胎儿、新生儿产生不良影响或可能导致难产者。

1、住院待产的高危孕妇，按产前常规护理，无产兆者不作肛查，不宜灌肠。

2、每周测体重2次，每日测血压（妊高症除外），听胎心音，每日4次。

3、做好孕妇的宣教工作，包括个人卫生，自我监护：左侧卧位，数胎动并记录。

4、注意孕妇的主诉，有特殊情况及时向医生汇报。

5、指导孕妇合理营养，特别对伴有胎盘功能减退，胎儿宫内生长迟缓的孕妇给高蛋白、高维生素、高铁饮食。

6、对胎盘功能减退的孕妇遵医嘱给予间歇上氧，每日2次，每次半小时。

7、做无激惹试验（NST)检查时，需排空膀胱。

8、前置胎盘及宫颈功能不全，孕妇作B超时要充盈膀胱。

9、熟悉各种监护结果，发现有异常及时间医生汇报以便及时处理。

妊娠期护理

1、按高危妊娠的一般护理。

2、推测预产期，询问早孕反应时间，胎动时间，以确定是否过期。

3、做好心理护理，减轻家属及孕妇焦虑心理。

4、注意各种胎儿监护结果，及时发现胎儿宫内窘迫。临产后密切注意胎心音改变及宫缩情况，有异常及时通知医生。

5、左侧卧位，数胎动每日三次，每次一小时，每日吸氧2次，每次半小时，若有胎动异常及时报告医生。

6、新生儿应作高危儿处理，做好抢救工作。

羊水过少护理

妊娠晚期羊水量少于300毫升者。

1、按高危妊娠一般护理。

2、羊水过少合并畸形，医嘱引产终止妊娠者，按各种引产护理常规护理。

3、羊水过少合并IUGR，按IUGR常规护理。

4、鼓励孕妇多饮开水，少进西瓜等利尿食物，以免加剧羊水过少。

5、羊水过少可能导致胎儿宫内窘迫，应向孕妇强调数胎动、左侧卧位、间歇上氧的重要性。如终止妊娠，应做好新生儿抢救准备。

胎儿宫内生长迟缓护理

1、按高危妊娠护理常规。

2、指导并帮助孕妇增加营养。

3、嘱孕妇左侧卧位，数胎动，间歇上氧。

4、遵医嘱听胎心，注意胎心变化，若胎心出现异常及时报告医生。

5、加强产时及新生儿期的监护。

多胎妊娠护理

1、按高危妊娠一般护理。

2、加强心理护理，指导孕妇增加营养，遵医嘱补充铁剂以防贫血。

3、孕期避免过度疲劳。孕30周后应多卧床休息，以防早产。

4、若B超检查两胎儿双顶经相差较大时考虑双胎输血综合症可能，应严密观察胎心、胎动，以防胎儿宫内死亡。

5、临产后严密观察产程和胎心音变化。

6、预防产后出血，在第二个胎儿娩出前肩娩出时使用宫缩剂，第二个胎儿娩出后腹部放置沙袋。

7、产后严密观察子宫收缩情况和阴道流血量及性状。

8、指导产妇对两个婴儿的哺乳问题。

胎儿宫内窘迫护理

1、按高危妊娠一般护理常规。

2、指导孕妇数胎动、左侧卧位、间歇上氧。

3、注意胎心音变化。发现异常嘱立即左侧卧位并给予吸氧，同时通知医生。10-30分钟听胎心一次，以后遵医嘱听胎心。

4、了解各种特殊检查结果，若发现异常立即报告医生。

5、临产后密切注意胎心及宫缩，如有异常及时给氧并报告医生。

6、临产后备好新生儿抢救用品。

死胎护理

妊娠20周后胎儿在宫内死亡称死胎。胎儿在分娩过程中死亡称为死产，亦是死胎的一种。

1、做好心理护理，劝慰孕妇及家属尽力克制悲伤，稳定情绪。

2、胎儿死于宫内已超过4周者，要遵医嘱做有关凝血功能的检查，并观察有无出血倾向。

3、遵医嘱引产，产后注意观察产后出血及感染。

4、第三产程仔细检查胎盘、脐带及胎儿，尽可能寻找死胎发生的原因。

5、产后6小时内要严密观察阴道流血，并注意血液是否凝固。注意尿量及颜色，及早发现血红蛋白尿和肾功能不全。

妇科疾病护理常规

妇科一般护理常规

1、病人入院后安排床位，介绍入院须知，及时通知经管医生。

2、热情接待病人，做好入院评估。

3、入院时测T、P、R、BP和体重1次，以后每日测T、P，新病人每日2次，连测2天，37.5℃以上及术后3天每日3次，38℃以上每日4次，39℃以上每日6次，体温正常后连测2天，每日3次。

4、按医嘱及时通知饮食，关心病人进食情况。

5、留置导尿者，应保持外阴清洁，每日消毒外阴一次，阴道流血多有成形物排出时应留纸垫观察，并立即通知经管医生。

6、病情变化，如阴道流血增多、剧烈腹痛者，劝其卧床休息，立即测BP、P，并及时通知医生。

7、注意腹痛性质、部位、疼痛出现时间，有剧烈腹痛原因不明者，不能随意使用镇痛剂，应及时与医生联系。

8、做好出院宣教指导。

盆腔炎护理常规

1、急性期多卧床休息，取半坐卧位。

2、注意腹痛部位和性质，观察病人有无恶心、呕吐、腹泻等胃肠道症状。

3、注意阴道分泌物的量及性状，保持会阴清洁。

4、给足够的热量、维生素和易消化的食物，鼓励病人多饮水。

5、高热病人按高热护理常规。

6、中药保留灌肠时，病人排空大便，宜以60-70滴/分的速度缓慢进入，并抬高臀部20cm，保留2小时以上。

7、加强卫生宣传，注意个人卫生，尤其是经期卫生。

8、重症者注意BP、P、R。

子宫肌瘤护理

1、对月经过多病人应卧床休息，严密观察出血情况，作好输液输血准备。

2、注意腹痛，对突然发生剧烈腹痛的肌瘤病人，可能有肌瘤蒂扭转或红色变性等并发症，未明确诊断前不能使用任何止痛药物。

3、鼓励病人多进高蛋白、高热量、高维生素、含铁丰富的食物。

4、保持外阴清洁，预防继发感染。

5、做好阴道操作术前准备。

6、做好腹部手术准备。（同腹部手术前护理常规）

7、术后护理同腹部手术后护理常规。

8、保守治疗者，每3-6个月随访检查。

9、做好出院指导。

卵巢肿瘤护理

一、良性卵巢肿瘤

1、密切观察生命体征的变化，对肿瘤过大或伴有腹水有压迫症状如心悸、气急者，取半卧位，必要时氧气吸入。

2、给予高蛋白、高维生素、易消化饮食，鼓励病人进食。

3、做好腹部手术前护理（同腹部手术前护理常规）。

4、术后护理同腹部手术后护理常规。

5、巨大卵巢肿瘤切除术后，应腹部置沙袋压迫，防止腹压突然下降，引起血压下降。

二、恶性卵巢肿瘤

1、手术前后护理同良性卵巢肿瘤护理。

2、遵医嘱做好肠道准备。

3、术后视病情留置引流管，注意引流液的性状和量，每日更换引流袋。

4、化疗者按化疗护理常规。

葡萄胎护理

1、卧床休息，保持外阴清洁。

2、严密观察腹痛及阴道流血情况，保留会阴纸垫，以便估计出血量和阴道流出物的性质。流血过多时，密切观察血压、脉搏、呼吸的变化，并做好输液、输血的准备，及时准备手术处理。

3、做好清宫术前准备，备好抢救药品和物品。

4、留晨尿或抽血作HCG检测。

5、出院时做好宣教工作，讲解术后随访和避孕的重要性。术后复测血HCG每周1次直至正常，正常后每周1次连续3个月，每2周1次连续3个月，每月1次连续半年，如第二年未怀孕，可半年1次，共随访2年，发现不规则阴道流血或咯血等应随时就诊。随访期间应严格避孕1年。

功能失调性子宫出血的护理

1、注意阴道流血量和性质，留纸垫观察，估计出血量，对阴道大量流血者，应严密观察生命体征变化，做好输液输血准备。

2、给予高蛋白、易消化、含铁丰富的食物。

3、性激素治疗过程中，应严密掌握用药时间、剂量及副反应。

4、保持外阴清洁，以防继发感染。

5、必要时做好诊刮准备。腹部手术前后护理常规

术前

1、做好心理护理，解释有关知识，使病人减轻紧张恐惧情绪，对手术充满信心。

2、术前1天准备腹部、外阴部皮肤，清洁指甲。抽送血交叉，做好皮试并记录在医嘱单上。急诊病人立即准备。

3、术前1天及手术当日肥皂水灌肠各一次。急诊手术（如宫外孕、卵巢肿瘤蒂扭转或破裂等）及肿瘤合并妊娠需保胎者禁灌肠。

4、手术前8小时禁食、4小时禁饮（服药可进少许开水）。

5、手术前保证充足睡眠，按医嘱给安眠药。

6、手术前晚8时及次晨各测体温、脉搏一次，术前测血压一次并记录在体温单上，如有异常通知医生。

7、术前留置导尿管，按麻醉科会诊要求用药。

8、腹式子宫全切、广泛子宫切除、次广泛子宫切除者，手术前日及手术前做好阴道准备。

9、去手术室前换上医院清洁衣裤，有假牙者取下假牙，贵重物品交给家属或代为保管。

术后

1、按麻醉种类备床，冬天注意保暖。

2、术后6小时内禁食，6-8小时麻醉清醒后开始给流质饮食（禁牛奶、豆浆）。

3、按手术及麻醉方式决定术后体位。病人清醒前应去枕平卧，硬膜外麻醉者去枕平卧6小时，呕吐时头偏向一侧，并在腹部加压。

4、术后测BP、P先1h测1次，共3次，再2h测1次，共3次，以后4h测1次，至24h。BP、P异常者视病情而定。

5、注意腹痛性质及腹部伤口渗血。

6、留置导尿期间保持会阴清洁，注意尿量及性状。

7、注意腹胀，必要时予以肛管排气。

8、鼓励病人多翻身，早期起床活动。附件切除术后卧床1-2天，子宫次全切除术后卧床2-3天，子宫全切术后卧床3-5天，广泛性子宫切除术后5-7天逐渐起床活动。具体执行时，应根据病情而定。

宫颈癌护理

1、同腹部手术前护理常规。

2、同腹部手术后护理常规。

3、广泛性子宫切除术后留置导尿管期间保持会阴清洁，会阴护理1-2次/天，术后5-7天逐渐起床活动。

4、阴道内放置橡皮片引流者注意阴道引流物的性状和量。

5、化疗者注意化疗药物的付作用。腹腔镜下手术护理常规

术前

1、同一般腹部手术前准备。

2、手术前一天及当日阴道冲洗并消毒一次。

术后

1、术后测BP、P，先1小时测1次，共3次；再2小时测1次，共3次；以后4小时测1次至24小时。

2、术后6小时内去枕平卧，以后鼓励下床活动及自行排尿。

3、根据病情确定恢复性生活时间。

4、遵医嘱于术后6小时起改半流质，排气后改软食。

宫腔镜下电切术护理常规

术前

1、外阴皮肤准备、清洁指甲、清除指甲油。

2、遵医嘱做好皮试准备。

3、术前8小时进食、4小时禁水。

4、术前1天下午及当日阴道冲洗消毒1次。

5、术前晚及次晨各测T、P1次，术前测BP1次。

6、遵医嘱术前半小时米索2片舌下含服或塞肛。

7、按麻醉要求术前用药。

8、排空膀胱不需留置导尿管。

9、去手术室前更换病人衣裤，取下假牙，妥善保管。

术后

1、术后测BP、P，先1小时测1次，共3次；再2小时测1次，共3次；以后4小时测1次至24小时。

2、术后6小时内去枕平卧（如静脉麻醉清醒后可以取舒适卧位），以后鼓励起床活动及自行排尿。

3、麻醉清醒后遵医嘱给半流质或软食。

4、严密观察阴道流血的量、色及性状，必要时留纸垫。

5、保持会阴清洁，勤换纸垫，每晚洗会阴1次，便后温水洗净，避免性生活及盆浴1个月。

流产护理

流产：妊娠不足28周、胎儿体重不足1000克而终止者。妊娠12周前为早期流产，发生在12周至不足28周着为晚期流产。

1、注意腹痛、阴道流血和阴道排出物性状，必要时保留纸垫。

2、感染性流产时应注意阴道分泌物有无臭味，并给半卧位。

3、稽留流产时注意血凝情况。

4、先兆流产、习惯性流产者卧床休息。

5、保持外阴清洁，勤换内裤。

6、出血多时做好输血输液准备。

异位妊娠护理

临床表现：停经、腹痛、阴道流血、昏厥与休克、腹部包块。后穹隆穿刺（+）可助于诊断。

一、手术治疗者护理要点：适用于急性异位妊娠有失血性休克者。

1、平卧位、保暖、上氧。

2、密切观察R、P、BP及神志的变化，记好危重病人护理记录。

3、迅速建立静脉通道，根据医嘱补液，做好备血输血准备。

4、暂禁食。

5、手术者按一般腹部手术前准备，禁止灌肠。

6、手术后护理按一般腹部手术后护理。

二、保守治疗：适用于无休克者（未破裂或可疑破裂、陈旧性宫外孕）。

1、入院后卧床休息。

2、腹痛时立即测血压、脉搏、呼吸，发生内出血症状及时报告医生。

3、有阴道排出组织时，应送病理检查。

4、宜进高营养、多维生素、易消化饮食，以保持大便通畅。

5、嘱病人避免突然变换体位或增加腹压，禁止灌肠。

6、药物保守治疗者，遵医嘱给予化疗药物（按化疗病人护理常规）。治疗过程中如出现腹痛加剧，拟异位妊娠破裂，按急诊处理，立即通知医生。

妊娠剧吐护理

1、关心体贴孕妇，及时处理呕吐物，保持环境整洁、舒适。

2、卧床休息，避免不良刺激，保证睡眠。

3、严密观察呕吐次数、量及性状，重症病人遵医嘱记24小时进出量，注意水电解质酸碱平衡。

4、重症病人注意T、P、R、BP及全身变化。

5、给予清淡、可口、易消化、富营养的喜爱食物，且少食多餐，重症时需禁食。

计划生育护理常规

计划生育一般护理常规

1、病人入院后安排床位,介绍入院须知,及时通知医生.2、新病人入院时按常规处理。

3、按医嘱及时通知饮食。

4、详细了解门诊病史、住院目的，查看化验报告，初步了解有无计划生育手术的禁忌症。

5、阴道流血多者应卧床休息，必要时留纸垫观察，及时通知医生。

6、病情危重者按医嘱记特别护理记录。

7、注意腹痛，有原因不明剧烈腹痛者，不能随便使用止痛剂，应及时通知医生。

8、引产后有正规宫缩，应严密观察产程，做好分娩处理，减少会阴破裂。

9、做好计划生育健康宣教。

中期妊娠引产护理

一、详细询问妊娠史、疾病史，了解引产适应症。

1、妊娠14-27周。

2、无严重器质性病变。

3、血压130/90mmkg以上者需服药稳定后引产。

4、体温在37.5以下，心率在100次/分以内。

5、生殖器官无急性炎症。

6、有其他内外科或各科并发症须终止妊娠者，按医嘱执行。

二、引产前准备和引产后护理：

1、引产前测体温、血压、脉搏并记录。

2、引产前排空膀胱，外阴皮肤准备。

3、引产后交代注意事项，严密观察药物反应及宫缩，阴道流血、流液等情况。

4、正规宫缩后严密观察产程，做好分娩的处理。

5、产时、产后注意观察阴道流血量、凝血情况及子宫收缩情况。

6、出院时做好避孕宣教及有关注意事项。

输卵管结扎术护理

一、详细询问病史，了解输卵管结扎术适应症。

1、已婚妇女，为实行计划生育，经夫妇双方同意，要求作结扎术而无禁忌症者。

2、因某种疾病如：严重的心脏病、肾脏病、遗传病而不宜再妊娠者。

3、如有严重的全身性疾病，必须症状控制后。

4、第二次剖宫产后，一般宜行绝育术。

5、时间为月经后，人工流产后，引产、平产24小时后，剖宫产同时。

二、术前准备和术后观察：

1、做好心理护理，解除思想顾虑。

2、术前体温不超过37.5。

3、皮肤准备。

4、术前排空膀胱。

5、术前按医嘱用药。

6、术后24小时内严密观察有无腹痛及伤口渗血等。

7、出院前交代注意事项。

**第五篇：产科疾病护理常规**

产前检查护理常规 一般护理（1）详细了解孕妇既往孕产史及本次妊娠情况，如有无流产、早产、死胎、难产、产后出血史，本次有无感染及用药等情况。

（2）准确推算预产期，告知按时产检的意义及下次产检时间，对高危孕妇酌情增加产检次数。专科检查

产科专科检查包括腹部检查、骨盆测量、阴道检查、肛诊、绘制妊娠图。饮食指导

进富营养、多维生素、粗纤维食物，如妊娠早期发生恶心、呕吐，应鼓励病人少食多餐。饮食应清淡，避免油炸、难以消化和有特殊气味的食物。4.心理护理

鼓励家属参与对孕妇的心理支持，帮助孕妇适应角色转换。健康教育

（1）指导孕妇自测胎动计数，嘱孕妇每日早、中、晚各数1小时胎动，每小时胎动数应不超过3~5次，12小时内胎动累计大于10次。

(2)适当活动与休息，有计划地实施胎教。消除对妊娠不良反应的恐惧，识别先兆临产症状，如有不适及时入院就诊。(3)生活指导：根据孕妇具体情况而定，适当调整姿势和频率。妊娠前3个月和末3个月应避免性生活，以防流产、早产及感染。

产前护理常规

1、一般护理

1)孕妇入院应热情规范接待，做好入院指导及环境介绍。2)保持病室内清洁，空气流通及适宜的温湿度。

3)保证充足睡眠，每日睡眠8~10小时，宜左侧卧位。无分娩并发症或其他病理情况者，可鼓励下床活动。4)

每日吸氧2次，每次15~30分钟。5)

关心体贴孕妇，协助做好生活护理。

2、病情观察

1)测量体温、脉搏、呼吸、血压、体重并记录。新病人每日测体温、脉搏、呼吸4次，连续3天，以后每日测1~2次；体温超过37.5℃者每日测4次直至正常后三天。

2)每4小时听胎心音1次，同时观察孕妇有无宫缩、阴道流液等产兆并记录，如有异常应及时告知医生。

3)询问病史，如孕产次、预产期及个人病史等。行产科检查，了解胎方位、宫高、腹围、血压等情况，必要时行肛门检查。

4)产前出血者，应绝对静卧，禁止肛诊及灌肠，注意宫缩及阴道出血情况，阴道出血多时，应立即告知医生并做好手术准备。5)孕妇合并有传染病者，做好床边隔离。

3、饮食护理

指导合理膳食，宜进高热量、高蛋白、丰富维生素、易消化的饮食。

4、心理护理

对孕妇及其家属讲解分娩过程及注意事项，帮助孕妇消除紧张、恐惧情绪，建立分娩自信。初产妇宫口开大3厘米，经产妇宫口开大2厘米或有规则宫缩时，应从产科病房送至产房待产。

分娩期护理常规

第一产程观察及处理

1、一般护理

1)热情接待产妇，态度亲切和蔼，仔细认真。

2)全面了解产妇的情况，特别是既往生产史及目前的情况。

3)有下列情况者必须卧床休息：胎膜早破、先露高浮、胎位不正阴道流血、妊高征、心脏病、严重肺结核等。

4)鼓励产妇进食进饮，一般以高热量、易消化饮食为宜，不能进食者酌情给予输液。

5)产妇合并有传染病者，应做好隔离措施。

2、产程观察

1)宫缩。包括宫缩开始的时间、间隔时间、持续时间及强度，如宫缩不正常应及时告知医生并处理。2)胎心音

 有正规宫缩后每小时听1次。 行人工破膜后应立即听胎心音。

 胎心异常者每15分钟听1次，或酌情增加听胎心次数。 胎心音在120次/分以下或160次/分以上、或快慢不规则时应立即吸氧，更换体位并告知医生，作好记录。必要时可行肛诊或阴道检查，排除脐带脱垂的可能。

3)血压。入室后测血压1次，两班交接必须测血压，妊高征病人遵医嘱定时测量血压。

4)肛诊。根据宫缩情况进行肛诊，了解宫口开大及先露下降情况。产前出血者禁止肛诊和灌肠。

5)前置胎盘、胎盘早剥、有产后大出血史、羊水过多、双胎产妇、肝功能异常者，应常规备血。

6)产程中发现异常情况，如产程进行受阻或胎儿宫内窘迫，应立即告知医生，尽早结束分娩。7)排尿的护理

随时注意产妇排尿情况，膀胱充盈经一般处理无效者应行导尿术，必要时留置导尿管。对试产及产程异常者应注意尿色变化，如有血尿，应及时告知医生处理，尽早结束分娩。

第二产程观察及处理

1、产程观察

1)初产妇宫口开全、儿头拨露，经产妇宫口开大3厘米、宫缩较强者，准备接产。

2)每15分钟听胎心音1次，如胎心出现异常，应尽快结束分娩。

2、接产 1)心理护理

2)专人守护，给予产妇安慰和支持，消除其紧张、恐惧感，宫缩间歇时协助产妇饮水。

3)行会阴清洗，保持外阴清洁，若宫口已开全，胎膜未破者可行人工破膜。

4)指导产妇正确用力，宫缩间歇时注意休息。

5)保护会阴，可用拇指法，握拳法，手掌法，按接产者习惯选用。6)接产过程中严格遵守无菌原则。

3、新生儿的处理

1)胎儿娩出前必须打开新生儿抢救台预热，以便新生儿保暖。2)新生儿出生后应立即清理呼吸道，挤出口鼻腔内的分泌物，吸痰、给氧，并进行(Apgar评分小于7分，即执行新生儿窒息复苏护理操作)。3)脐带处理 胎儿娩出后用两把血管钳夹住脐带，从中剪断，将气门芯套于近脐轮处，并在脐带断端涂上10%碘酒，最后用脐纱及脐带包扎。

4)擦净胎脂后称体重、量身长。

5)完整填写新生儿记录单，留脚印，带手圈。

6)告知产妇新生儿的性别，如出现畸形应及时告知医生，向家属交待情况。

第三产程观察及处理 1)产后用药

2)胎儿娩出后常规给予缩宫素10~20U肌肉注射。如出血多则遵医嘱用药。3)胎盘处理

4)一般情况下，胎盘在胎儿娩出后10~15分钟即剥离，未剥离前不要过早按摩子宫或牵拉脐带，以免干扰胎盘剥离之正常机制，引起胎盘残留。胎盘娩出后应仔细检查胎盘胎膜是否完整，如有残缺立即告知医生，及时处理。如胎儿娩出30分钟后仍无胎盘剥离征象，行人工剥离胎盘术。

5)产后2小时内观察血压、脉搏、子宫收缩及阴道流血等情况，作好记录。

6)注意保暖，及时为产妇擦洗身体，更换衣物，鼓励进食，宣传母乳喂养知识，指导婴儿早吸吮。

7)填写分娩记录，包括计算3个产程及总产程的时间、绘制产程图等，并一一填写于分娩登记本上。

8)产妇一切正常可送回病房观察，转送前常规按摩子宫，并与病房值班人员作好交班。

剖宫产术护理常规

1、术前护理

1)保持病室内清洁、空气流通及适宜的温湿度。2)保证充足睡眠，宜左侧卧位，适当活动。

3)手术前晚8时开始禁食，0时开始禁饮，急诊手术者术前应禁食4~6小时。

4)每小时听胎心音1次，同时观察产兆，如有异常及时处理并记录。5)根据医嘱备血。

6)腹部及会阴部皮肤准备、清洁，术前上尿管并留置。

7)进手术室前，更换清洁内衣裤，取下发卡、饰物、假牙及眼镜。8)加强沟通，消除孕妇紧张、恐惧心理，使之保持良好心理状态。9)讲解剖宫产手术的有关知识，使孕妇能积极配合手术。

2、术后护理 1)床边交接班

2)了解术中情况，去枕平卧位，保持呼吸道通畅。6~8小时后垫枕，8小时后可取平卧位。3)病情观察

4)严密观察病情生命体征变化,测血压、脉搏、呼吸每30分钟一次。连续测4~6小时，直至平稳。测体温每日四次，正常3天后改为每日一次。

5)观察腹部切口有无渗血渗液、子宫软硬程度、引导流血情况，如有异常应及时告知医生。术后腹部加压砂袋6~8小时。

6)留置尿管期间观察尿色及尿量，每日用0.5%碘伏棉球会阴擦洗2次并更换尿袋一次,保持尿管通畅。保持会阴部干燥,勤换卫生垫。7)保持静脉通道通畅,注意调节滴速,做好出入量记录。

3、饮食护理

术后6~8小时进流质饮食（禁甜食、牛奶、油腻饮食），12小时后进半流质饮食，排气后进普食。宜进高热量、高蛋白、丰富维生素的易消化饮食。餐后温水漱口。

4、疼痛护理 术后切口疼痛者，遵医嘱使用止痛剂。

5、术后8小时协助患者翻身及活动四肢，检查背部受压情况，鼓励早期下床活动，促进各系统功能的恢复。

6、加强沟通，关心体贴产妇，使她们尽快完成角色转变，保持良好心理状态。

7、指导母乳喂养的方法及技巧，讲解产褥期生理知识及新生儿护理知识，使产妇能进行自我保健及新生儿护理，交待新生儿预防接种事宜。

产褥期护理常规

1、一般护理

保持病室内清洁，空气流通及适宜的温湿度。

⑵保证充足睡眠，学会与婴儿同睡同醒，会阴侧切伤口者，宜健侧卧位。

⑶鼓励进高热量、高蛋白、富含维生素、易消化饮食，多喝汤水。

2、对症护理

⑴密切观察恶露情况，注意色、量、气味。

⑵产后24小时内酌情定时观察子宫收缩及阴道流血情况，如出现异常应及时告知医生。

⑶产后4~6小时督促并协助产妇自行排尿，如有尿潴留。应及时处理并记录。

⑷产后出现便秘时，可使用开塞露或中药番泻叶，必要时行温肥皂液灌肠。如有痔疮者可用10%鞣酸软膏涂在消毒纱布上轻轻按摩送入肛门。⑸ 保持会阴清洁干燥，有会阴切口者每日用0.5%碘复棉球擦洗外阴2次，直至拆线。指导产妇勤换内衣裤，保持会阴垫及床单清洁干燥。

3、乳房护理

⑴房应保持清洁、干燥，哺乳前用温水擦洗乳头及乳晕，切忌用肥皂或酒精擦洗。每次哺乳前应按摩乳房，刺激泌乳反射；哺乳时应让新生儿吸空乳汁，如乳汁充足未能吸尽时，可挤奶，以免乳汁淤积。⑵如遇乳房胀痛及乳腺炎等情况，应及时告知医生，采取相应措施。

⑶退乳护理：因疾病和其他原因不能哺乳者，应尽早退乳。按医嘱给予退乳药物，可用生麦芽泡茶服用，连服3天。退乳期间限进汤、粥类食物。

4、心理护理： 加强沟通，关系体贴产妇，使她们尽快完成角色转变，保持良好心理状态。

5、健康指导

指导产妇正确的母乳喂养方法，讲解产褥期及新生儿生理知识，使产妇能进行自我保健及新生儿护理，交待新生儿预防接种事宜。

妊娠期并发症护理常规

（一）先兆早产病人护理常规

1、一般护理

⑴保持病室内清洁，环境安静，空气流通及适宜的温湿度。

⑵绝对卧床休息，宜左侧卧位，保证充足睡眠每天8~10小时。

⑶满足病人的基本生活需要。

2、病情观察

定时观察胎心音、宫缩、阴道流水、流血等情况，如有异常及时告知医生，积极处理并记录。

3、对症护理

 对预防新生儿呼吸窘迫综合征发生，遵医嘱使用地塞米松2~3天，促进胎儿肺成熟。

 低流量间断给氧，每日2次，每次15~30分钟

4、饮食护理 进高热量、高蛋白、维生素丰富易象话饮食，多进粗纤维食物，预防便秘发生。

5、健康教育

6、病人讲解用药的目的以及用药的注意事项及不良反应，使病人积极配合药物治疗。

7、提供心理支持，使病人保持良好的心理状态。

8、讲解先兆早产的知识，帮助病人适应母亲角色。

（二）、多胎（双胎）妊娠病人护理常规

1、待产期护理 ⑴、按一般产前常规护理。注意有无妊高征、羊水

过多、早产等并发症。⑵、注意活动与休息，避免过度劳累，预防早产和

胎膜早破的发生。⑶、加强营养，补充足够的蛋白质、维生素、铁剂

等，以满足分娩及产褥期需要。

2、分娩期护理 ⑴、入待产室后，应立即测血压，查清胎方位，听

胎心音。必要时以B超协助诊断。⑵、做好接生及新生儿复苏准备工作。第一胎儿娩

出后，立即断脐，并夹紧脐带，以防单卵双胎第二胎儿失血。⑶、第一胎儿娩出后台下助产人员应立即在产妇腹

部扶正胎位，固定以纵产式，防止横位及胎盘早剥，此时严密检测胎心音，土有胎心异常或宫缩不良时，应及时处理，尽早结束分娩。⑷、第二胎儿娩出后，为预防产后出血，应立即肌

肉注射或静脉滴注缩宫素，腹部放置砂袋，防止腹压突然下降而引起休克。⑸、产后仔细检查胎盘、胎膜是否完整，确定单卵

或双卵双胎，预防产后出血及感染。⑹、若新生儿体重低或孕周尚未达足月，应护送至

新生儿室或监视室治疗，以提高存活率。

3、健康教育

⑴、帮助产妇完成角色转变，使其保持心情愉快，建立信心，顺利度过产褥期。

⑵、鼓励并指导产妇正确进行母乳喂养，选者有效 的避孕措施。

（三）、前置胎盘病人护理常规

1、病情观察

⑴、严密观察孕妇生命体征，注意阴道流血量、颜色、流血的时间及一般状况。

⑵、检测胎儿宫内状态，注意宫缩及胎心、胎动变化，发现异常应立即告知医生并做好剖宫产准备。⑶、慎行阴道检查，以免引起大出血，一般仅使用于终止妊娠前为明确诊断并决定分娩方式。需要立即终止妊娠的孕妇，应检测生命体征，做好抢救准备，必要时输液、输血。

2、饮食护理

纠正贫血，加强饮食指导每给高蛋白及含铁丰富的食物，如动物肝脏、绿叶蔬菜以及豆类等。

3、心理护理

提供心理安慰，给予情绪支持，使病人解除思想顾虑，积极配合治疗。

（四）、胎盘早剥病人护理常规

1、病情观察

⑴、严密观察血压、脉搏、呼吸等生命体征，注意腹痛情况、宫底高度及阴道流血量。

⑵、严密观察病情变化，及时发现并处理DIC、肾功衰等并发症。

⑶、预防产后初血：胎盘剥离娩出后应即使给予宫缩剂，并配合按摩子宫，必要时按医嘱做好切除子宫的准备。

2、重症护理

纠正休克：迅速建立静脉通道，氧气吸入、输血、输液，补充血容量。若发生DIC应测中心静脉压以指导补液量，尽快恢复正常血压。

3、心理护理

给予精神安慰，解除病人因出血而引起的恐惧，使其配合治疗。

（五）、妊娠期高血压疾病病人护理常规

1、病情观察

⑴、经常巡视病房，按时测血压，询问孕妇有无头痛、头晕、恶心、呕吐等自觉症状。

⑵、检测体重，准确记录出入量。检测尿蛋白、肝肾

功能、二氧化碳结合力等生化指标。

⑶、检测胎动、胎心音，每4小时听胎心1次。间断

低流量吸氧，每日2次，每次15~30分钟。

2、活动与休息

⑴、保持病室环境清洁安静，避免各种刺激，治疗和

护理操作尽量轻柔、集中进行，以减少对病人的干扰。

⑵、轻度高血压孕妇可适当活动，保证充足睡眠；中、重度高血压孕妇应卧床休息，宜左侧卧位，避 免平卧，以减轻妊娠子宫对下腔静脉的压迫，改善子宫胎盘循环。

3、重症护理

⑴、床边备急救物品，如氧气、吸引器、子痫盘等。⑵、辨认置单人间，病室安静、光线柔和，避免声、光刺激，专人守护，加床栏以防坠床。

⑶、防止抽搐，遵医嘱使用解痉、镇静药物。

4、饮食护理 ⑴、摄入高蛋白、低盐、富含钙、铁及维生素的饮食。⑵、对中、重度高血压孕妇应限制食盐的摄入。

5、药物护理

遵医嘱用药，密切观察药物的治疗效果和不良反应。应用硫酸镁时，尤应注意观察尿量、呼吸、膝反射，并备好葡萄糖酸钙等解毒剂。

6、健康教育

⑴、讲解妊娠高血压病的相关知识，使病人保持良好

状态，积极配合治疗。

⑵、安慰病人及其家属，说明疾病治疗及护理措施，增加病人安全感。

四、妊娠合并症护理常规

（一）、妊娠合并心脏病病人护理常规

1、⑴、病情观察

密切观察生命体征及心功能情况，每日测体温、脉搏、血压、呼吸4次。有早期心衰装状如轻微活动后即出现心悸、气促、呼吸困难，或有浮肿、乏力、心动过速等，应及时告知医生，及时处理。

⑵、检测胎心音变化，每4小时听胎心音1次。间断低流量吸氧，每日2次，每次15~30分钟。

⑶、经常巡视病房，观察下肢有无水肿及体重明显增加，注意输液速度不宜过快。

2、⑴、休息与活动

保证充足睡眠，每日睡眠至少10小时，避免劳累及情绪激动。

⑵、有心力衰竭、呼吸困难者取半卧位，必要时给予吸氧。

3、⑴、分娩期护理

专人守护，严密检测产妇生命体征，及早发现心力衰竭征象，密切观察产程进展及胎心变化。

⑵、根据病情选择适宜的分娩方式，尽量缩短第二产程，避免产妇屏气用力，以减轻心脏负担。

⑶、胎儿娩出后立即腹部放置1~2公斤砂袋12~24小时，防止心衰发生。

⑷、产后子宫收缩不良者，给予按摩子宫，可肌注或静滴缩宫素10~20U，预防产后出血的发生。

4、⑴、产褥期护理

产后24小时内应绝对卧床休息，病情轻者（根据心功能分级情况）24小时后可适当下床活动。

⑵、产褥期尤其是72小时内仍应密切观察产妇生命体征及心功能变化，防止心衰。

⑶、饮食清淡、搭配合理，多吃新鲜蔬菜、水果，防止便秘发生。

⑷、⑸、遵医嘱使用抗生素预防感染。

选择适当的喂养释放：心功能Ⅰ~Ⅱ级的产妇可以哺乳，但应避免劳累；心功能Ⅲ级或以上者不宜哺乳，应及时退乳，并指导家属进行人工喂养。

5、⑴、健康教育

讲解妊娠合并心脏病的相关知识，消除病人的紧张、恐惧心理，使其做好充分准备，积极配合治疗。

⑵、分娩后帮助产妇选择适宜的避孕措施。

（二）、妊娠合并糖尿病病人护理常规

1、一般护理

1)按一般产前常规护理。

2)遵医嘱检测血糖及肝、肾功能。抽血时严格执行无菌操作，保护血管，避免损伤和感染。

3)根据血糖及尿糖检测结果，精确计算胰岛素使用量，抽取药液应准确无误。

2、饮食护理

由于胎儿发育及分娩的营养需要，不应过分限制饮食，可多食牛奶、蔬菜、豆制品类食物，限制食糖及含糖多的薯类、水果等。

3、分娩期护理

1)产时密切注意胎心变化。

2)严格执行无菌技术操作，防止感染。3)防止产后出血，遵医嘱使用缩宫素。

4)新生儿出生后，常规检测血糖情况，防止低血糖。

4、健康教育

1)保持个人卫生，勤宽内衣裤。2)指导母乳喂养。3)做好产后避孕。

（三）、妊娠合并毒性肝炎病人护理常规

1、对症护理

⑴、纠正贫血，遵医嘱补充铁剂，指导产妇正确用药。⑵、对重症肝炎患者严密换茬血压、尿量、出血倾向，注意产妇精神状况，及时发现肝昏迷前驱期的表现。⑶、防止交叉感染，专用器械用后单独处置、消毒。

2、分娩期护理

血，遵医嘱给予缩宫素。

⑵、凡接触过肝炎产妇的物品、排泄物、呕吐物、乳汁、沾有血迹的纸等均用含有效氯2.0克/升的消毒剂浸泡消毒。肝炎产妇的胎盘应作特殊处理。

3、4、休息与活动

每天保证10小时以上的睡眠时间，避免体力劳动。饮食护理

加强营养，注意补充蛋白质、葡萄糖及维生素B、C、K等，多食用伏质蛋白、新鲜水果和富含纤维的蔬菜。注意保持排便通畅。

5、健康教育 的重要性，取得其理解、配合，帮助患者消除引疾病而产生的顾虑和自卑心理。

⑵、HbsAg阳性产妇可行母乳喂养，而HbeAg阳性产妇和急性肝炎产妇不宜哺乳，建议人工喂养。向产妇及其家属讲解不宜母乳喂养的原因，使其理解和配合，教会其人工喂养知识和技能并指导退乳方法。⑶、新生儿出生后24小时内尽早注射乙肝疫苗必要时加⑴、想患者和家属讲解肝炎对母婴的影响，以及消毒隔离⑴、缩短第一、第二产程，以减少体力消耗。防止产后出种高效价乙肝免疫球蛋白，预防HBV亩婴垂直传播。

（四）、妊娠合并性病（爱滋病）病人护理常规

1、对症护理

1)实行保护性医疗制度，患者应卧床休息，减少体力消耗，减少探视。

2)严格执行院感规定，加强医护人员自身防护，在做护理治疗过程中严防针刺伤。

3)根据妊娠者加强监护，密切观察病情进展。

2、隔离护理

1)置患者于隔离待产室或产房，对HIV阳性产妇接产者应穿专用隔离衣、戴双层手套和防护眼罩。

2)接产过程中室内所以人员均不得离开，所虚物品有室外巡回护士传递，室外巡回护士不得入内。

3)污染物品应集中放置在特定的塑料袋中，消毒处理后在焚烧。使用的器械应浸泡与“84”消毒液中，清水洗净后再高压灭菌。

4)使用的仪器用“84”消毒液擦拭，粘有血液的地面喷洒“84”消毒液15分钟后，拖擦拭净；关闭门窗，房间用甲醛溶液熏蒸12小时。

3、心理护理

尊重、关心患者，鼓励其正视疾病，消除顾虑和自卑心理。

4、健康教育

1)阻止母婴传播，分娩方式宜选择剖宫产。2)新生儿出生后应采取相应隔离措施。

3)产后人工喂养，指导产妇退乳，可用声麦芽泡茶服用，连服3天。退乳期间限进汤粥类饮食。

4)注意卫生，养成良好的卫生习惯，定期复查，合理治疗。

（五）、异常分娩（臀位）病人的护理常规

1、心理护理

针对产妇及家属的疑问、焦虑，给予充分的解释，评估产妇及胎儿状况，及时将产程进展告知产妇及家属，以增强其对分娩的自信心，安全度过分娩。

2、一般护理

⑴、定期进行产前检查，30周以后胎位仍不正常者，可根据不同情况给予矫正。若矫正无效，应提前1周住院待产。⑵、若先露高浮、胎膜早破者应卧床，取头低足高位。

3、分娩期护理

⑴、临产过程中严密监测胎心变化，仔细观察宫缩及产程进展，注意排空膀胱。

⑵、胎膜破裂时立即听胎心音，如有胎心改变应及时告知医生，必要时行肛诊或阴道检查，及早发现脐带脱垂情况。⑶、协助医生做好阴道助产及新生儿抢救物品准备。宫口开全，用消毒治疗巾以手掌堵住阴道口，直到估计胎臀即将娩出时为止，准备接生。

⑷、新生儿出生后应仔细检查有无产伤，认真填写新生儿出生记录单，Apgar平分大于7分者给予早接触、早吸吮。⑸、第三产程应仔细检查胎盘、胎膜是否完整，软产道有无裂伤。按医嘱及时应用缩宫素、抗生素，预防产后出血及感染。

五、分娩期并发症护理常规

（一）、胎膜早破病人护理常规

1、一般护理

1)绝对卧床休息，宜左侧卧位。胎先露未衔接者，太高臀部，以防脐带脱垂。

2)保持病室清洁、空气流通及适宜的温湿度。3)进高蛋白、高热量、维生素丰富易消化饮食。4)协助做好生活护理。

2、对症护理

1)密切观察羊水性状、颜色、量。按时听胎心音，如有异常及时告知医生处理并记录。

2)勤换会阴垫，保持会阴清洁干燥，每日用0.5%碘复棉球擦洗外阴2次。

3)合理使用抗生素预防感染的发生。

3、心理护理

关心体贴病人，讲解胎膜早破的知识，消除病人紧张恐惧心理，使其保持良好状态，积极配合治疗。

（二）、脐带异常（脐先露、脱垂）病人护理常规

1、紧急处理

1)立即取头低臀高位，并告知医生，在数分钟内结束分娩或行脐带还纳术。

2)脐带还纳术失败者，若胎心音正常，应立即就地性剖宫产术；若胎心音已消失，确定胎死宫内，应经阴道分娩。

3)临产后胎先露部未入盆者，尽量少做肛诊和阴道检查，破膜后应行胎心监护。

2、心理护理

减轻患者紧张、恐惧心理，以配合顺利结束分娩。

3、健康教育

指导孕妇当胎膜破裂、阴道流液时立即平卧。入院后卧床休息。减少活动。对有可能发生脐带脱垂的孕妇，在临产前加强监护。

（三）、胎儿宫内窘迫病人护理常规

1、紧急处理

⑴、胎心音在120次/分以下或160次/分以上、或

快慢不规则、或羊水粪染，应及时告知医生。⑵、产妇取左侧卧位、吸氧。

⑶、严密观察胎心变化，必要时行胎心监护并作好

记录。

⑷、胎儿娩出钱，禁用乙醚。吗啡等药物，以免抑

制呼吸。

⑸、向家属交待病情。

2、观察产程

观察产程进展，尽量缩短第二产程。如宫口开权应尽快助产结束分娩，短时间无阴道分娩条件者可行剖宫产，做好新生儿窒息复苏的准备。

3、心理护理

向孕妇提供相关知识，取得配合，减轻其焦虑。

4、健康教育

教会孕妇自测胎动：每日早、中、晚各数1小时胎动，每小时胎动数应不超过3~5次，12小时内胎动累计大于10次。胎动减少或胎动频繁都应及时告知医生。

（四）、子宫破裂病人护理常规

1、病情观察

1)严密观察产程进展，监测宫缩及胎心变化。2)腹部出现病理性缩复环，应立即告知医生并停止缩宫素引产，取中凹位或平卧位，监测产妇生命体征变化。

2、紧急处理

1)疑有子宫破裂者，立即给予吸氧、保暖。迅速建立静脉通道。输液，输血，做好剖宫产及抢救新生儿的准备。

2)术中、术后遵医嘱应用大剂量抗生素以预防感染。

3)严密观察并记录生命体征、出入液量；急查血红蛋白，评估失血量，以指导治疗护理方案。

3、心理护理

1)向产妇及家属解释子宫破裂的治疗计划和对再次的娠的影响。

2)对胎儿已死亡的产妇，帮助其度过悲伤阶段。3)为产妇提供舒适的环境，给予细致、周到的护理，帮助产妇尽快调整情绪，接受现实。

六、产科病人抢救护理常规

（一）、产后出血病人抢救

1)病人取平卧位，给予吸氧、保暖。2)开放静脉通路，做好配血工作。

3)密切观察生命体征及阴道出血情况，正确估计出血量。4)根据医嘱补充血容量，行抗休克治疗。

5)寻找出血原因，行相应的处理。子宫收缩乏力者，按摩子宫，压出宫腔内积血及凝血块，给予缩宫素。胎盘滞留者，立即排空膀胱，协助胎盘娩出，若出血量多，即行人工剥离胎盘或清宫术。软产道裂伤者，找出出血部位，行修补术。凝血功能障碍者，遵医嘱给予促凝止血药物。6)出血无法控制者，作好子宫切除的手术准备。7)合理使用抗生素，防止感染的发生。

（二）、子痫病人抢救

1)保持病人呼吸道通畅，防止舌投咬伤，必要使使用开口器、吸痰器。

2)取平卧位，头偏向一侧，给予吸氧，注意保暖。

3)痢疾制止抽搐，合理使用约束带、床栏，防止坠床。遵医嘱使用镇静剂。

4)持续监测生命体征，注意抽搐发生时间、次数、昏迷及清醒时间，并详细记录。

5)遵一直给予解痉、降压等药物治疗，密切观察药物的疗效及不良反应。

6)上导尿管并留置，观察尿廖、尿色并记录。

7)保持病室环境安静，减少声、光的刺激。护理操作轻柔并集中进行。

8)做好病人家属的安抚工作。

9)严密观察产程进展，做好新生儿复苏准备。

（三）、新生儿窒息急救护理常规

1、紧急处理

1)胎儿有宫内窒息及进行难产手术前应作好新生儿急救准备。2)备齐急救药物及器械，如吸痰器、气管插管用物、复苏气囊等，新生儿抢救台应提早预热。

3)急救原则是先清理呼吸道，然后刺激呼吸。4)青紫窒息者，吸痰、给氧。

5)苍白窒息者，吸痰、加压给氧，协助医生行气管插管、人工呼吸。6)注意事项

7)急救动作应快速、轻柔，避免不必要的刺激。8)注意保持呼吸道通畅。

9)注意保暖，根据医嘱及时用药预防颅内出血及吸入性肺炎。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找