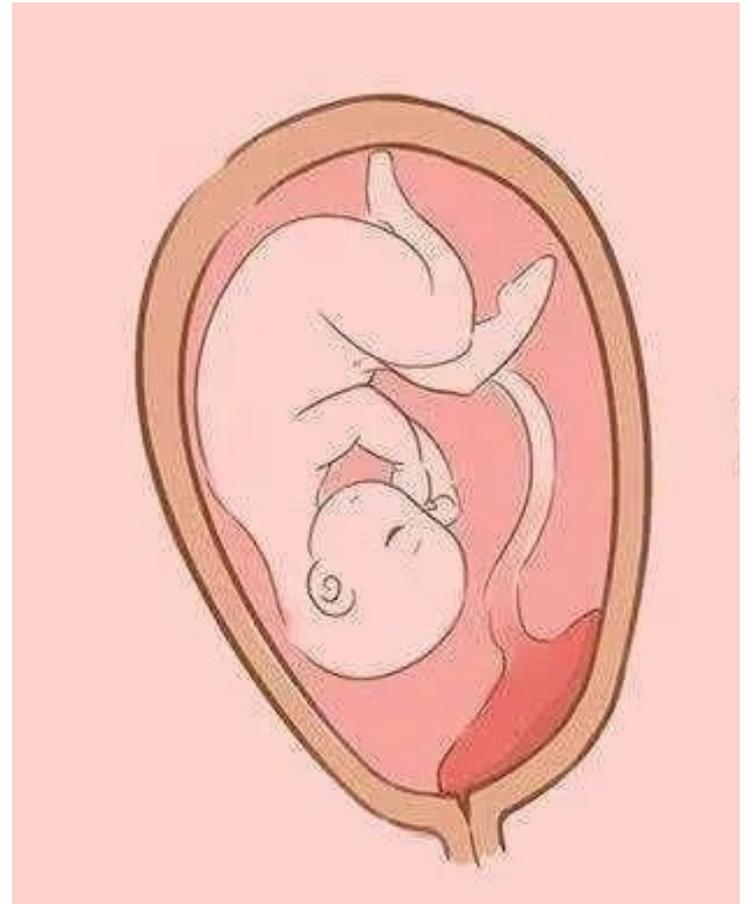


# 凶险性前置胎盘（膀胱修补术+剖宫产） 术后的护理查房



# 查房目的

- 掌握前置胎盘的病因、分类及临床表现。
- 掌握膀胱修补术后的导管护理。
- 为前置胎盘患者制定护理计划，提供个案护理。



# 病例汇报

1. 主诉及现病史
2. 既往史、月经史及婚育史等
3. 体格检查
4. 产科检查及初步诊断
5. 病程
6. 护理诊断及措施



# 汇报内容

- 患者：女 34岁 住院号
- 主诉及现病史：停经37周，无腹痛，**二次剖宫产术后7年**。
- 孕期经过：末次月经2022-8-1，预产期2023-5-8，孕4+月感胎动至今，定期产检，孕期不定期在外院产检，2023年01月05日市妇幼保健院四维彩超提示**胎盘呈前置状态**（胎盘下缘覆盖宫颈内口），胎盘胎儿面无回声区，范围约6.20\*1.32cm，考虑胎盘绒毛膜下血栓，晚期四维未做，唐氏筛查未做，无创DNA低风险，余未发现异常，胎动如常。
- 既往史、个人史：**2012年顺产1次**，**2014年**在市肿瘤医院行子宫下段**剖宫产术**，**2016年**在区妇幼保健院行子宫下段**剖宫产术**，平素体健，否认肝炎、结核等传染病史，无食物药物过敏史，无输血史月经史：经期规则，经量中等，无痛经。

# 汇报内容

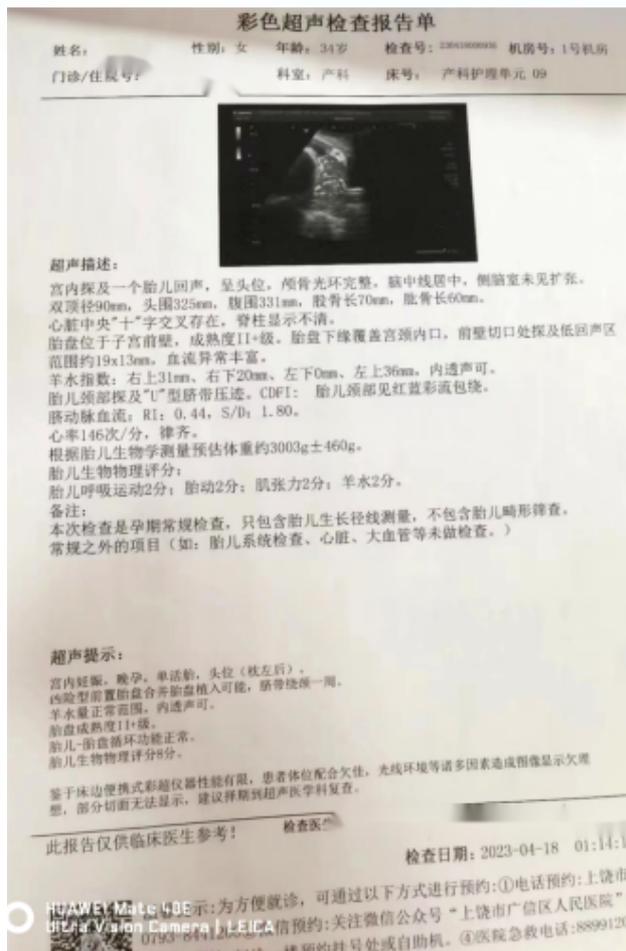
- 婚育史：4-0-0-3
- 查体：T：36.3℃ P：106次/分 R：20次/分 BP：121/73mmHg，双下肢水肿（-），产科检查：宫高：30cm，腹围：100cm，胎心146次/分。未行肛查及阴道检查。
- 化验检查：乙肝小三阳、其他正常  
B超提示：2023-04-18 产科（单胎）+胎儿生物物理相评分宫内妊娠，晚孕，单活胎，头位（枕左后）。**凶险性胎盘前置合并胎盘植入可能，脐带绕颈一周**。羊水量正常范围，内透声可。胎盘成熟度II级。胎儿-胎盘循环功能正常。胎儿生物物理评分8分

# 入院诊断

1. 前置胎盘
2. 剖宫产史的妊娠
3. 脐带绕颈
4. 孕4次
5. 产3次
6. 孕37周



# 完善相关检查



性别: 全部 年龄: [ ] [ ]

打印 预览

普通结果 微生物结果 报告结论或图像

项目代号	项目名称	项目结果	单位	结果标识	参考
1	HBsAg 乙型肝炎病毒表面抗原 (HBsAg)	>250.000	IU/mL	↑	0-0
2	HBsAb 乙型肝炎病毒表面抗体 (HBsAb)	<4.000	mIU/mL		0-1
3	HBcAg 乙型肝炎病毒e抗原 (HBcAg)	<0.040	IU/mL		0-0
4	HBcAb 乙型肝炎病毒e抗体 (HBcAb)	>3.000	IU/mL	↑	0-0
5	HBcAb 乙型肝炎病毒核心抗体 (HBcAb)	>10.000	IU/mL	↑	0-0
6	HBVPreS1 乙肝前S1抗原 (HBVPreS1)	139.650 阳性		↑	0-
7	HIV 人类免疫缺陷病毒抗体 (HIV)	0.138 阴性			0-
8	TP-Ab 梅毒螺旋体抗体 (TP-Ab)	0.062 阴性			0-
9	HCY-Ab 丙型肝炎病毒抗体 (HCY-Ab)	0.071 (阴性)			0-
10	HEV-IgM 戊型肝炎IgM (HEV-IgM)	阴性 (-)			

# 完善检查后诊断

1. 凶险性前置胎盘；
2. 胎盘植入；
3. 剖宫产史的妊娠；
4. 脐带绕颈；
5. 妊娠合并乙型肝炎（乙型肝炎小三阳）；
6. 孕4次；
7. 产3次；
8. 孕37周+1天



时间	诊疗过程
4月17日19:56	患者因停经37周，无腹痛，二次剖宫产术后7年入院，给予 II级护理，普食，左侧卧位，自数胎动，卧床休息，每两小时测胎心音，胎心音正常。入院后完善相关检查，
4月18日18:20	因凶险性前置胎盘遵医嘱告病重，请多学科会诊，因产妇目前孕周37周+1天，胎盘功能II级，术前需予以地塞米松促胎肺成熟，目前已完善术前相关检查，患者凶险性前置胎盘诊断明确，术中可能出现出血凶猛，予以备去白细胞悬浮红细胞2u，拟4月19日早上9:30先行腹主动脉阻断术后行剖宫产术
4月19日09:40	患者即在右大腿部位局部麻醉方式下实施腹主动脉球囊阻断术，于09:30已完善术前准备，于09:40由护工护送至介入科，术中严密观察病情变化，于10:20手术结束，妥善包扎穿刺部位，由医护人员护送至手术室。

时间	诊疗过程
4月19日 14: 05	<p>患者行子宫下段横切口+盆腔黏连松解+双侧输卵管结扎+双侧子宫动脉上行支结扎+膀胱修补+子宫下段环形缝合+子宫整形术于14:05返回病房，神志清楚，呼吸平稳，切口敷料干燥固定，腹股沟穿刺点敷料固定，子宫复旧好，血性恶露少，留置导尿管引流通畅，膀胱持续冲洗。遵医嘱按腰硬联合麻剖宫产术后常规护理，一级护理，禁食，予去枕平卧六小时，腹部压沙袋六小时，告病重，记24小时阴道出血量，记24小时腹腔引流量，记24小时耻骨后引流量，右侧股静脉穿刺点敷料干燥固定，无渗血，右下肢制动八小时，可触及足背动脉搏动，末梢血运循环良好，给予相关知识宣教及心理指导，患者情绪稳定表示理解。已向其行术后相关知识指导，患者表示理解，给予抗炎、缩宫等药物治疗。毛毛：女性，体重3.15kg，经吸痰后面色红润，哭声响亮，四肢外观无畸形，阿氏评分9分。</p>

时间	诊疗过程
4月19日20: 05	协助翻身，受压处皮肤完好
4月20日02: 05	松解部分腹股沟绷带，敷料干燥固定，无渗血，皮肤完好
4月20日14: 05	松解全部腹股沟绷带，敷料干燥固定，无渗血，皮肤完好
4月20日	患者术后第一天，切口敷料干燥固定，子宫复旧好，血性恶露少，受压处皮肤完好，肛门未排气排便，遵医嘱停按腰硬联麻术后护理，改按产科常规护理, 禁食，仍告病重，留置导尿管引流通畅，妥善固定，腹腔引流管引流通畅，耻骨后引流管引流通畅，引出少量淡红色液体，嘱保持会阴部清洁，协助下床活动。新生儿
4月21日	柴护士长及王建红专科护士查房记录：术后第二天，留置导尿管妥善固定，腹腔引流管及耻骨后引流管妥善固定，防止脱出、扭曲或受压，并观察各引流管的性质、量与色，做好护理，预防感染，做好深静脉血栓的预防，做好患者的饮食及活动指导，预防术后腹胀，做好患者及家属跌倒坠床的预防宣教。术后第二天，肛门已排气排便，继续给予缩宫素、头孢呋辛等药物治疗，子宫复旧好，血性恶露少，
4月22日	术后第三天，停病重，患者留置导尿管引出淡红色尿液，遵医嘱给予0.9%NS1500ml冲洗膀胱。患者膀胱冲洗结束后尿液仍然淡红色，已通知医生，嘱患者卧床休息。

# 护理诊断—术前

P1: **焦虑和恐惧**——与凶险性前置胎盘，担心阴道大量流血，自身安危与胎儿安危有关。

**护理目标:** 了解疾病知识，有信心，恐惧心理减轻

I<sub>1</sub>: 多与患者沟通，交流，理解病人的感受；

I<sub>2</sub>: 宣传前置胎盘转归好的病例，告知凶险性前置胎盘的相关知识；

I<sub>3</sub>: 动员家庭支持，给予病人安慰；

I<sub>4</sub>: 创造安静通风无刺激的环境，保证充足睡眠。护理评价: **病人恐惧心理减轻。**



# 护理诊断—术前

P2：有阴道大量流血的危险——与凶险性前置胎盘并植入有关；

护理目标：病人能配合正确执行预防大出血的措施，病人不发生出血性休克。

I<sub>1</sub>、注意观察阴道出血情况（垫会阴垫以便观察出血情况），并观察血压、脉搏、呼吸、面色与阴道流血情况，及早发现大出血征兆；

I<sub>2</sub>、观察病人宫缩情况，必要时遵医嘱使用宫缩抑制剂；

I<sub>3</sub>、进食高蛋白、高维生素、富有含铁的食物，以预防贫血；

I<sub>4</sub>、遵医嘱高软食，多食含粗纤维的食物，保证大便通畅，必要时遵医嘱给予大便软化剂；

I<sub>5</sub>、嘱病人如发生阴道大量出血应及时按响传呼器报告医务人员，并抽血配血、做好抢救准备等；

护理评价：病人预防大出血措施得到落实，大出血的抢救准备工作完善，未发生出血性休克。

# 护理诊断—术前

P3: 有胎儿受伤的危险——与前置胎盘出血严重时，胎儿可发生宫内缺氧、窘迫以致死亡。

护理目标: **胎儿在宫内无缺氧症状**

I<sub>1</sub>: 教会病人自测胎动（下载美柚APP），每天三次，每次一小时，如有异常，及时报告；

I<sub>2</sub>: 遵医嘱病人左侧卧位低流量吸氧，每天两次，每次1小时；

I<sub>3</sub>: 遵医嘱每二小时听胎心，定期做NST及时发现异常；

护理评价: **胎儿在宫内未发生缺氧症状。**

# 护理诊断—术后

P1: **有感染的危险**——与手术切口及留置导尿管有关;

护理目标: 产妇无感染

I<sub>1</sub>: 保持切口敷料清洁、干燥, 及时更换, 观察切口有无渗血、渗液、切口周围皮肤有无红、肿、热、痛等感染症状;

I<sub>2</sub>: 做好留置导尿管的护理, 保持会阴清洁干燥, 防止逆行感染, 每天进行会阴擦洗两次;

I<sub>3</sub>: 定期测量生命体征, 观察感染的危险因素存在;

I<sub>4</sub>: 遵守无菌原则, 避免交叉感染, 保持室内通风良好;

I<sub>5</sub>: 做好基础护理(皮肤护理、口腔护理)。

护理评价: **产妇无感染征象。**

# 护理诊断—术后

P2: **有管道滑脱的危险**—与留置尿管、腹腔引流管及耻骨引流管有关

护理目标: 病人无管道滑出。

I<sub>1</sub>: 根据各管道的走向, 顺势放置, 保证各管道不打折、不弯曲、不相互缠绕, 保持管道通畅, 避免逆流;

I<sub>2</sub>: 各种管道妥善固定, 标识规范醒目, 按时巡视, 根据情况合理安排家属陪伴, 做好交接班;

I<sub>3</sub>: 告知患者及家属保持管道的功能位置, 避免导管受压, 翻身时注意勿牵拉。

I<sub>4</sub>: 患者下床活动时应检查导管接口处是否衔接牢固, 并告知患者及家属避免牵拉。

护理评价: **病人无导管滑出。**

# 护理诊断—术后

P3: **潜在并发症：下肢深静脉血栓**——与产妇介入术后卧床休息、下肢制动有关。

护理目标：产妇下肢深静脉血栓得到预防未发生并发症

I<sub>1</sub>: 观察双侧足背动脉搏动的情况；

I<sub>2</sub>: 观察双下肢的皮肤颜色、温度、感觉和运动感觉；

I<sub>3</sub>: 及时松解绷带，卧床期间嘱咐产妇多翻身并指导行踝泵运动；

I<sub>5</sub>: 使用气压治疗，每日两次，低分子肝素钙4000u皮下注射每日一次。

I<sub>4</sub>: 卧床休息24小时后下床活动。

**护理评价：产妇未发生下肢深静脉血栓。**

# 护理诊断—术后

P4: **疼痛**——与术后切口、子宫收缩有关

护理目标: **产妇疼痛缓解**

I<sub>1</sub>: 及时评估产妇疼痛的程度和性质;

I<sub>2</sub>: 耐心倾听产妇关于疼痛的诉说, 指导转移注意力给予心理支持;

I<sub>3</sub>: 向产妇及家属讲解产后引起疼痛的原因, 静脉滴注缩宫素滴数减慢;

**护理评价: 产妇无疼痛表情, 自诉疼痛减轻。**

# 护理诊断—补充护理问题

潜在并发症：大出血——与子宫收缩或腹部切口有关

护理目标：无产后大出血

I<sub>1</sub>: 产妇被送回病房时，与手术护士做好交接班，了解手术情况及目前情况，并做好记录；

I<sub>2</sub>: 术后定时观察并记录阴道出血情况及宫底、宫缩情况，遵医嘱给药（缩宫素20U维持24小时静脉点滴、麦角新碱0.4mg维持4小时静脉点滴）；

I<sub>3</sub>: 每小时测血压六次平稳停；

I<sub>4</sub>: 观察腹部切口敷料有无渗血，遵医嘱切口压沙袋6小时取下，如有渗血及时通知医生更换并延长沙袋压迫时间。

**护理评价：产妇子宫收缩好，无产后大出血。**

# 护理诊断—补充护理问题

自理能力缺陷——与术后制动卧床有关

护理目标：病人卧床期间，基本生活需要能够得到满足

I<sub>1</sub>：加强巡视，及时发现病人的需要；

I<sub>2</sub>：将呼叫器及生活用品置于病人伸手可及处；

I<sub>3</sub>：指导家属提供相应生活护理；

I<sub>4</sub>：指导下床适宜活动；

I<sub>5</sub>：做好基础护理，防止褥疮、下肢静脉血栓等并发症。

**护理评价：病人基本生活需要能够得到满足。**

知识回顾

# 膀胱修补术后的 护理



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/95532404321101142>