# 护理干预对助产质量和产后出血的影响分析

来源：网络 作者：青苔石径 更新时间：2025-07-05

*第一篇：护理干预对助产质量和产后出血的影响分析护理干预对助产质量和产后出血的影响分析[摘要]目的 探讨护理干预对孕产妇助产质量和产后出血的影响。方法 选取2024年2月-2024年12月期间收治的120例产妇，将所有产妇随机分成对照组和观...*

**第一篇：护理干预对助产质量和产后出血的影响分析**

护理干预对助产质量和产后出血的影响分析

[摘要]目的 探讨护理干预对孕产妇助产质量和产后出血的影响。方法 选取2025年2月-2025年12月期间收治的120例产妇，将所有产妇随机分成对照组和观察组，对照组给予常规护理，观察组在对照组基础上实施护理干预，给予心理护理和环境护理等护理干预措施，观察两组患者在助产质量、产后出血情况以及患者满意度情况。结果 观察组总产程明显少于对照组，而产后出血率明显高于对照组，满意度评分明显高于对照组，两组对比差异具有统计学意义（P0.05），可进行对比分析。

1.2 方法

对照组产妇给予常规护理，可在分娩前后向患者讲解分娩前后相关知识宣教和健康教育。观察组在对照组基础上实施护理干预，产前多与产妇交谈，了解产妇的情绪、行为以及心理活动等情况，对其心理状态进行评估，并根据患者具体

情况给予恰当的心理疏导，可采用分散注意力减轻其心理压力，同时详细告知产妇产程中各疼痛的发生机制、持续时间以及减轻疼痛的方法。注重保持待产室和产房的环境，保持安静、清洁、舒适以及安全，保证室内通风良好，光线柔和，避免强光照射，控制室内的温湿度，利于改善产妇心情。对于体力较好的产妇，可选择自己认为舒适的体位，对于体质和耐受力较差的产妇，可取侧卧位或者半坐位，以增加舒适度。鼓励产妇在宫缩期间摄入清淡、高能量且易消化的流质食物，以增加体力，有助于分娩。观察两组患者在助产质量、产后出血情况以及患者满意度情况，满意度采用自制调查问卷对所有产妇及其家属进行调查，满分100分。1.3 统计学处理

采用SPSS15.0统计软件包对所得数据进行分析处理，计量资料以（X±s）表示，组间比较采用t检验，计数资料以百分频数表示，组间比较采用χ2检验，以P<0.05表示差异具有统计学意义。2 结果

观察组总产程明显少于对照组，而产后出血率明显高于对照组，满意度评分明显高于对照组，两组对比差异具有统计学意义（P<0.05），见表1.表1 两组助产质量、产后出血以及满意度情况分析 组别

病例

总产程（X±s，h）

观察组 对照组 t/χ2 P 3 讨论

临床研究显示由于产妇缺乏对分娩知识的了解，对分娩产生焦虑以及恐惧的心理，很容易造成患者的中枢神经系统发生功能紊乱，兴奋交感神经，增加体内儿茶酚胺的分泌，减少去甲肾上腺素的分泌，从而造成宫缩乏力，延长产程，增加产妇的痛苦[3]。在生产前积极给予产妇心理护理，消除影响产妇分娩的负性心理因素，有针对性地进行产前教育，向其讲解分娩的相关知识和注意事项，使其

60

7.8±2.2 11.8±2.6 9.82 <0.05

产后出血 [n(%)] 3(5)8(13.33)5.32 <0.05

满意度评分（X±s，分）97.1±2.6 87.1±4.6 8.56 <0.05

充分认识到分娩只是一个自然的生理过程，恐惧和紧张只会增加分娩的疼痛和难度，从而可使其保持良好的心态进入生产状态。生产过程中密切注意产妇的状况，尽可能满足产妇及其家属的需求，鼓励并协助产妇进食，以保持其具备充足的体力，适当给予良性的护理措施，例如可给予指导呼吸技术，选择自由体位，适当按摩以及多走动，以加速产程，同时可通过交谈的方式转移产妇的注意力，为产妇提供有针对性的知识和方法，从而积极帮助产妇减轻痛苦[4-5]。

通过本组资料研究显示，给予护理干预的观察组患者总产程明显少于对照组，而产后出血率明显高于对照组，满意度评分明显高于对照组，两组对比差异具有统计学意义（P<0.05），说明同时实施积极的护理干预措施，可有效加速产妇的产程，并降低产妇的出血率，提高患者的满意度，与文献[6]报道情况相符。总而言之，通过对产妇实施有效的护理干预，利于减轻患者的心理负担，增强治疗信心，提高助产质量，降低产后出血发生率，利于产后快速恢复，值得进行临床推广应用。参考文献

[1] 李小敏，王晓娟，赵佩珊.助产质量及产后出血的护理干预影响研究[J].中外医学研究，2025，10（10）：77-78.[2] 孙明月.提高助产质量方法的研究探讨[J].中外医疗，2025，30(3):184.[3] 项燕.护理干预对助产质量和产后出血的影响分析[J].当代医学，2025，19（10）：134.[4] 苏瑞玲.护理干预对助产质量及产后出血的影响[J].山西医药杂志，2025，40（11）：1183-1184.[5] 斯丽平.浅谈进行护理干预对提高助产质量和预防产后出血的影响[J].当代医药论丛，2025，12（1）：32-33.[6] 杨迎春.护理干预对产妇心理状态及产后出血的影响[J].中国医学创新，2025，8(21)：87-89.

**第二篇：产后出血护理综述**

产后出血护理综述

姓名：曾佳学号：2011022928

摘要： 产后出血包括胎儿娩出后至胎盘娩出前，胎盘娩出至产后2小时以及产后2

小时至24小时3段时间，多发生在前两期。近年来,我国产妇死亡率虽有下降,但产后出

血仍为产妇重要死亡原因之一，产妇一旦发生产后出血，预后严重，休克较重持续时

间较长者，即使获救，仍有可能发生严重的继发性垂体前叶功能减退后遗症，如果产

后出血的预防工作做得好,便可以显著降低产妇死亡率和相应并发症的发病率。

1.出血的原因：

1）子宫收缩乏力分为：全身性因素和局部因素。全身性因素：有些产妇在分娩时精神过于紧张，导致子宫收缩力不好，是造成产后出血的主要原因。在正常情况下，胎盘从子宫蜕膜

层剥离时，剥离面的血窦开放，常见有些出血，但当胎盘完全剥离并排出子宫之后，流血迅速减少。但是，如果产妇精神过度紧张及其他原因，造成子宫收缩不好，血管

不得闭合，即可发生大出血。如产妇精神过度紧张，产程过长，使用过长，使用镇静

药过多，麻醉过深，也可造成胎盘收缩无力，出现大出血。局部因素：羊水过多、巨

大儿、多胎妊娠时。由于子宫过度膨胀，使子宫纤维过度伸长，产后也不能很好收复;

生育过多过频，使子宫肌纤维有退行性变，结蒂组织增多，肌纤维减少而收缩无力等

等，也是造成产后大出血的原因之一

2）胎盘因素

胎盘滞留，也是造成大出血的原因之一，包括胎盘剥落不全、胎盘粘连等，胎

盘嵌顿，胎盘胎膜部分残留，都可造成大出血。

3）凝血功能障碍

产妇患有血液病，重症肝炎，其后果也很严重，必须高度注意。分娩时应到有

条件的医院，以免发生意外。所以，产妇必须做好产前检查，对有产后出血史，患有

出血倾向疾病如血液病、肝炎等，以及有过多次刮宫史的产妇，应提前入院待产，查

好血型，备好血，以防在分娩时发生万一。产后出血有时候很难预先估计，往往突然

发生，所以做好保健很重要：如子宫收缩无力引起出血，应立即按摩子宫，促进子宫很快收缩，或压迫腹主动脉，以减轻出血量。

4）软产道损伤

包括会阴 阴道 宫颈破裂 及子宫下段破裂。最常见的原因有胎儿过大 分娩时候保护会阴不当或手术助产不当。预防措施：

1）子宫收缩剂

许多试验和一些观点认为，在第三产程常规注射缩宫素可减少超过40%的产后出血，并且已经证实常规预防性使用缩宫素可以减少治疗性药物的使用。在加拿大，缩宫素是目前预防产后出血的药物。主要益处是缩宫素产生作用快，而且不会使血压升高或像麦角新碱那样引起宫缩强直。使用缩宫素最大的益处是可以预防产后出血，而且没有证据证实它增加胎盘滞留或第三产程延长的风险。因此，在第三产程，胎儿前肩娩出后注射缩宫素可以预防产后出血。有效的方案包括缩宫素10u im，5u iv 或10-20 u/L以100-150 cc/h的速度静滴。没有证据证实哪种治疗方案更优越，包括其治疗剂量、使用途径、或使用时机。两个已发表的随机对照试验研究了米索前列醇对产后出血的预防作用。目前正进行大样本的研究，若证实为有效，则米索前列醇在预防产后出血方面，不仅成本低，而且经肠道用药。而且同样重要的是，尤其对发展中国家，米索前列醇可以在室温下保存很长一段时间。

2）早发现

第三产程的处理应包括早期脐带钳夹，轻拉脐带，宫底触诊以及检查胎盘和下生殖道。早期发现产后出血对处理至关重要。产妇分娩后，临床医师应常规观察有无多量出血。并应培训护士早期发现子宫收缩乏力和产后出血的存在。当预防措施无效时，一套已制定好的针对产后出血的处理措施是非常有价值的。关键在于产科医护人员必须熟悉这些步骤，提高警惕，一旦产后出血发生时，应保证正确使用应使用的仪器、药物及让应到场的医务人员到位。最初的评估和治疗当临床医师面临大量出血时，应立即寻找出血的原因，同时进行有效的复苏和适当的实验室检查。为寻找病因，应全面检查子宫和下生殖道。同时，进行复苏抢救：建立静脉通道大量补液，面罩吸氧，监测重要的生命体征包括血压、脉搏、呼吸和尿量。输注晶体。并考虑是否留置导尿和监测血氧饱和度。抽血进行凝血功能、血型检查并进行交叉配血。

3）按摩子宫：

最初阶段经过以上的初步治疗，仅有一小部分妇女无效。若此时出血仍得不到解决，那么很快会威胁到生命，需手术干预。在安排手术的同时，尽可能的控制局部出血，用手压迫出血部位。并考虑行宫腔纱条填塞。剖宫产术中可使用血管加压素控制胎盘附着部位出血。连续静脉输注大量晶体和血制品以维持正常血压、尿量和凝血功能。有些医疗中心在血管造影下行动脉栓塞术是有效的，这也是可以考虑的一种方法。但临床医师需要考虑的是，患者的血液动力学和凝血状态是否可以提供足够的时间去组织、实施这一操作。

4）子宫动脉/髂内动脉栓塞术

1979 年血管造影下栓塞术第一次应用于产后出血。作者报道了一例病例，急症子宫切除和髂内动脉结扎后无法控制出血，而左阴内动脉的阴道分支的栓塞使出血立即停止，患者病情稳定。Vedantham 等最近总结了一篇综述，文中引用了例使用栓塞术，成功控制产后大出血。此技术的缺陷在于手术需耗时1-2小时，并需要特殊的仪器设备和技术，不是所有的医疗中心都能施行。然而，它是一种有效的方法，尤其是对病情稳定但出血不止、外科手术已经无计可施的病人。

结论：每年全世界有数千名妇女死于产后出血，因此，产后出血的预防和处理指南对孕产妇的保健非常重要。临床医师应该学会鉴别危险因素，逐步预防PPH，尽可能多的学习和掌握本指南中所描述的处理产后出血的方法。

参考文献：

【1】 党世明，张宗业，金鹤万[J]妇产科护理学2025.6

【2】 乐杰，妇产科学[M].第7版.北京：人民卫生出版社，2025:165

【3】 郑修霞，夏海鸥.妇产科护理学[M].第3版.北京：人民卫生出版社，2025.67

【4】 梁娟，王艳萍，朱军.我国产科的流行病学特征分析[J]。中国实用妇科与

产科杂志，2025,23（6）：442 444.【5】 董茜.产科出血临床分析[J]。中国医药论坛，2025,4（4）：27-38

【6】 陈杰，姚六一。植入性胎盘的诊断及处理[J].中国实用妇产科与产科杂

志.2025.17（2）70-71

【7】

**第三篇：责任助产对产房护理质量的影响分析**

施行责任助产对产房护理质量的影响分析

【摘要】目的 了解责任助产对产房护理质量的影响。方法 将220例产妇平均分为研究组和对照组后分别实行责任助产护理和常规分娩护理，记录并对比两组产妇的生产时间、产后出血例数和出血量及胎儿窘迫、新生儿窒息的情况。结果 研究组各产程及总产程所用时间和胎儿窘迫、新生儿窒息、产后出血都要明显优于对照组（P＜0.05）。结论 责任助产对提高产房护理质量具有积极影响，值得大力推广。【关键词】责任助产；产房护理；影响分析

随着这些年来人们生活水平及对医疗质量的重视程度不断提高，以患者为中心的护理服务理念随之兴起并获得了很大的发展。就产房护理这方面而言，责任助产发展尤为迅速，而且护理效果非常显著，绝大部分接受责任助产服务的产妇都给予了积极评价[1]。为更深入地了解责任助产对产房护理质量的影响，本文以我院的220例产妇为研究对象开展关于责任助产对护理质量的影响情况研究，现将结果报道如下。1.资料与方法 1.1 一般资料

以我院妇产科2025年1月至2025年1月的220例进行分娩的产妇为研究对象，产妇年龄最小的为24岁，最大的为35岁，平均年龄为27.3岁；身高在154至173cm之间，平均身高为159.8cm；体重在63.5至85.9kg之间，平均体重为71.8kg；怀孕时间最长的为40周，最短的为37周，平均时间为37.8周。所有产妇中，是初产妇的有172例，经产妇的为48例，她们均已在分娩前进行临床检查，胎儿位置、心、肝等的功能都正常，且已排除血液、免疫系统等相关疾病。然后将所有产妇平均分为研究组和对照组，每组各110例。两组患者的年龄、身高、怀孕时间等一般资料均经过统计软件处理，并无显著差异（P＞0.05），可以用于对比分析。1.2 方法

1.2.1 对照组护理方法

对照组实行传统的常规分娩服务，在产妇进入待产室后，由助产人员对其进行常规产程护理。在护理期间无专人全程进行陪伴，助产人员正常换班，因此，有的产妇可能前后会由不同的助产人员来进行基础护理。当产妇的子宫口全开的时候，产妇会被送入分娩室由助产人员进行接生[2]。1.2.2 研究组护理方法

对研究组则实行“一对一”的责任助产护理，具体护理内容分为以下几个方面：（1）产程人性化护理：助产人员在产前都对各自要护理产妇的基本资料进行详细了解。在产妇进入产房后，助产人员会向产妇和她们的陪同家属详细介绍住院环境和有关分娩的知识。同时还帮助产妇摆好姿势和做好保暖工作等。[3]。（2）健康教育和心理护理：向产妇详细介绍有关分娩的知识，同时让她们对身体可能出现的情况有必要的心理预期，并熟悉相应的注意事项。（3）在产妇分娩的过程中，助产人员还要实时观察她们的各项生命体征，并对胎儿的情况进行严密监测，以及时发现出现的问题并采取针对性的应对策略[4]。

1.3 观察指标

观察并及时记录下两组产妇所有阶段的生产时间，另外还要记录下产妇分娩后出现产后出血的例数及出血量，产后出血的判断标准为分娩后24h里出血量超过500ml。同时对胎儿窘迫及新生儿窒息的情况也要一并记录下来，胎儿窘迫的标准为胎心率大于180/min或者小

于100/min，新生儿窒息的评分通过采用Apgar评分方式进行，当得分小于7分的即为新生儿窒息。最后对所记录下的有关两组产妇的相关数据资料进行对比分析。1.4 统计学方法

采用SPSS15.0统计学软件对本次研究中取得的所有数据进行处理，计量和计数资料分别使用t检验和卡方检验，当P＜0.05时表示具有统计学意义。2.结果

2.1 产妇生产时间比较

研究结果显示，研究组产妇在活跃期、第二产程、第三产程及总产程所用时间都要少于对照组，且差异显著，具有统计学意义（P＜0.05），具体结果见表1。

表1 对照组和研究组生产时间对比（h，x±s）

组别 对照组 研究组 t值 P值 例数（n）

110

活跃期 9.15±2.33 6.02±1.45 4.362 ＜0.05

第二产程 1.41±0.32 0.83±0.16 3.082 ＜0.05

第三产程 0.22±0.11 0.17±0.13 0.133 ＜0.05

总产程 10.45±2.33 7.12±1.35 4.475 ＜0.05 2.2 产后出血、胎儿窘迫及新生儿窒息情况对比

本次研究中产后出血、胎儿窘迫及新生儿窒息情况如表2所示，由此可以看出，两组对比结果差异显著，具有统计学意义（P＜0.05）。

表2 两组产后出血、胎儿窘迫及新生儿窒息情况对比[n（%）] 组别 对照组 研究组 X2/t P值 例数（n）110 110

胎儿窘迫 33（30.00）8（8.18）16.194 ＜0.05

新生儿窒息 8（7.27）1（1.82）4.653 ＜0.05

产后出血 10（9.09）2（1.82）4.662 ＜0.05

产后出血量（ml，x±s）

117.15±8.34

76.20±9.12 6.396 ＜0.05

3.讨论

责任助产是一种和传统常规护理模式差别较大的分娩服务模式，其核心是以人（产妇）为本，进行全程护理，充分发挥助产人员工作的主动性和积极性，为产妇提供优质的产房护理[5]。同时在这一过程中也可以有效缓解产妇的顾虑和焦虑等负面情绪，保持良好的心态，避免分娩时出现酸碱平衡，影响到胎儿的供氧和供血。在本研究中，通过分别对两组产妇采用常规护理模式和责任助产模式，结果显示，责任助产通过一对一的全程护理，有效增进了护理人员与产妇及其家属的沟通，缓解了产妇的紧张、恐惧等不良情绪，大大提高了分娩的质量。研究组产妇无论是在产后出血、胎儿窘迫还是产程时间等都要明显优于对照组，可见护理效果是非常突出的。总的来说，责任助产这种全新的分娩服务模式能够明显提高产房的护理质量，确保产妇和新生儿的身心健康，值得在临床上大力推广应用。【参考文献】

[1]高慧,王文革.全程责任助产士陪伴分娩628例临床观察[J].临床误诊误治，2025,13(12):139-140.[2] 邹慧兰.无痛分娩在降低社会因素剖宫产率中的作用[J].中国当代医药,2025,18(04):67-69.[3] 俞勤.无痛分娩在产程中的应用及观察[J].医学信息,2025,9(11):267-268.[4] 岑永平,李妍,叶磊.全程责任制陪伴分娩效果探讨[J].齐齐哈尔医学院学报,2025,3l(08):1314-1316.[5] 李青松,全冬华,陈小燕.两种陪伴分娩方式的临床效果分析[J].吉林医学,2025,31(16):2 388-2 389

**第四篇：产后出血护理教学查房（定稿）**

产后出血教学查房

吴琴护士长：产后出血是产科常见的严重并发症之一，是造成产妇死亡的最主要原因。依时间发生的早晚分两种：早期产后出血或原发性产后出血：胎儿娩出后24小时内阴道流血量达到或超过500ml者，称为产后出血（postpartum hemorrhage）。胎盘娩出后，产后24小时的出血发生最多、最常见。晚期产后出血或继发性产后出血：是指发生在胎儿娩出后24小时后至6周的任何时间的子宫大出血。

产后出血的原因：宫缩乏力、软产道损伤、胎盘因素、凝血功能障碍。治疗原则是迅速止血，纠正失血性休克及控制感染。为了以后在护理方面做得更好，今天组织大家一起针对产后出血进行教学查房。下面有请责任护士吴苏娟介绍患者基本情况。

吴苏娟：

患者，江玉琳，女，26岁，主因“孕39+2周，下腹不规则疼痛3小时入院”。自诉孕足月，下腹不规则疼痛3小时。入院时情况：一般情况好，心肺听诊无异常。腹隆，肝脾触诊不明显，双下肢无水肿，腱反射正常，产科检查：宫高34cm，腹围98cm，胎位LOA，胎心150/min，阴道检查未查。

入院诊断：孕39+2周G1P0LOA先兆临产。

诊疗经过：入院后完善各项检查，低流量吸氧，胎心监测，指导胎动计数，密切观察胎动、胎心。2月27日缩宫素引产，产程进展顺利，于16:10宫口开全进产房，于16：22在会阴侧切下，顺娩一活女婴，评分10分，产后子宫收缩差，出血750ml，予缩宫素等促宫缩治疗后子宫收缩好，阴道出血不多，予输红细胞悬液2u，产后予预防感染补血、对症治疗，泌乳量足，子宫复旧佳，恶露量少，色淡红，大小便正常，会阴切口甲级愈合，痊愈出院，住院5天。

出院时情况：术后第四天出院，无不适，乳汁分泌畅，子宫收缩好，宫底脐下三横指，恶露量少，色淡红，会阴切口甲级愈合，复查血常规，电解质正常。

【护理诊断与护理目标】

（一）护理诊断

1． 组织灌注量改变 与产后子宫继发生出血有关。

2． 生活自理缺陷 与产后出血，使产妇活动受限，需卧床时间长有关，加之失血、贫血。

3． 焦虑 与担心生产安全有关。

4． 知识缺乏 与不了解产生并发症有关。

5． 有感染的危险

与产生继发性出血使患者抵抗力低、易感染及会阴侧切伤口有关。

（二）护理目标

1.当日组织灌注量得到及时补充，出血及时得到控制。

2.1周内血红蛋白基本恢复正常，产妇疲劳减轻，基本生活可以自理。3.产妇情绪稳定，能配合治疗护理。

4.产妇了解产生出血的注意事项，知道产生可能出现的危险。5.预防感染和并发症的发生。【护理计划与实施】

（一）组织灌注量不足的护理措施

1、积极寻找出血原因：检查胎盘、胎膜是否完整，软产道有无裂伤及子宫收缩情况，并重视患者的主诉。

2、持续监测产妇生命体征，针对出血原因，遵医嘱给予正确的处理。

3、建立两条静脉通路。

4、遵医嘱给予留置导尿。

（二）生活自理缺陷的护理措施 1.协助患者日常生活。

2.常用物品放在易取的地方。

3.按时巡视病房，及时发现和解决患者的护理问题。

（三）焦虑的护理措施

1.医护人员服务热情、周到、技术熟练，充分取得患者的信任，建立良好的护患关系。

2.主动了解和观察患者的各种需求，及时给予帮助，满足其需求。

3.讲解产程大致经过，产时配合的注意事项，以及减轻产痛的方法和胎儿自我监测的方法。

（四）知识缺乏的护理措施

1.根据患者的顾虑给予解释或教育。

2.指导有关产生出血的症状及必须立即就医的状况。3.指导产妇按摩子宫。

4.进行产生饮食及用药指导。5.加强母乳喂养指导。

（五）感染的危险的护理措施 1.遵医嘱给予预防性的抗生素。

2.恶露需处理干净，每天做会阴护理。3.助产操作应严格无菌操作。

4.指导产妇穿宽松棉内裤，及时更换卫生护垫。

5.进食高营养、高热量、富含铁剂的食品，以增强机体抵抗力。吴丽荣：【护理效果评价】

1患者经过以上治疗护理措施，已解决的护理问题：①组织灌注量改变②生活自理缺陷③焦虑④知识缺乏⑤有感染的危险。2小时内组织灌注量得到及时补充，出血及时得到控制；1周内血红蛋白基本恢复正常，产妇疲劳减轻，基本生活可以自理；产妇情绪稳定，能配合治疗护理；产妇了解产生出血的注意事项，知道产生可能出现的危险。

2产妇了解产生出血的注意事项，知道产生可能出现的危险。3了解预防感染和并发症的发生的重要性。【查房重点】

（一）产后出血按其病因分为四大类

1.宫缩乏力 宫缩乏力可由于产妇精神过度紧张，分娩过程过多使用镇静剂、麻醉剂；异常头先露或其他阻塞性难产，致使产程过长，产妇衰竭；产妇子宫肌纤维发育不良；子宫过度膨胀，如双胎、巨大胎儿、羊水过多，使子宫肌纤维过度伸展；产妇贫血、妊高征或妊娠合并子宫肌瘤等，均可影响宫缩。2软产道损伤

子宫收缩力过强，产程进展过快，胎儿过大，往往可致胎儿尚未娩出时宫颈和（或）阴道已有裂伤。保护会阴不当、助产手术操作不当也可致会阴阴道裂伤。而会阴切开过小胎儿娩出时易形成会阴严重裂伤，过早会阴侧切也可致切口流血过多。

3胎盘因素 胎盘因素引起的产后出血，包括胎盘剥离不全、胎盘剥离后滞留、胎盘嵌顿、胎盘粘连、胎盘植入、胎盘和（或）胎膜残留。

4．凝血功能障碍 产妇本身有出血性疾病，如血小板减少症，白血症，白血病、再生障碍性贫血等

（二）治疗原则

1． 止血，去除病因，给止血药物。、2． 补充血容量，纠正休克。3． 修复损伤。

4． 预防感染，给予抗生素治疗。

常用药物：缩宫素、维生素K1、酚磺乙胺、氨甲苯酸、血浆、羟乙基淀粉、右旋糖酐。吴琴护士长：【讨论】 1.关于产后出血的预防

1）产前预防：对患有贫血、血液系统疾病者要及时治疗。对双胎、巨大儿、羊水多多、前置胎盘、剖宫产手术史的产妇应做好预防宣教。

2）产时预防：第一产程要密切注意观察产程、胎心、宫缩情况，消除紧张情绪。重视第二产程的处理，要注意胎心变化和科学接生，注意保护会阴和适时会阴切开，防止软产道损伤。胎儿娩出后监测出血情况。第三产程注意识别胎盘剥离征象，避免过早粗暴揉挤子宫或牵拉脐带，正确协助胎盘娩出，仔细检查胎盘胎膜是否完整及软产道有无裂伤。准确收集并测量出血量。2.关于心理护理

产科常见的严重并发症之一，是造成产妇死亡的最主要原因。病情发展迅速且严重，患者易产生紧张和焦虑恐惧等情绪，从而增加产后出血的发生率。因此,应对产妇心理状态做出正确评价，给予积极的情感支持、暗示等心理指导，稳定产妇情绪。

3.关于知识缺乏

（1）指导产妇进行按摩子宫（2）帮助产妇保持情绪稳定

（3）正确指导进行早期母乳喂养，以刺激子宫收缩

（4）告知产妇注意产褥卫生的重要性和严格避孕的措施（5）嘱咐产妇产后42天回院复查

4.必须及时准确判断出血原因，并积极给予正确处理 【评价】

通过对产后出血患者的护理查房，我们对该疾病的发生、发展和转归有了进一步的认识，特别是产后出血的治疗及护理重点，并且以往容易忽视的问题，如：患者的心理护理、产后出血的预防等。我们应该明确：针对一名患者所制定的护理诊断不是一成不变的，是根据患者病情发展及所处环境制定的，是一个不断发展变化的动态过程，因此，我们所提出的护理诊断、制定的护理计划就需要进行重审。希望通过今天的学习对大家有所帮助，不断地提升整体护理水平。

**第五篇：产后出血护理查房记录**

产后出血护理查房记录

时间：2025年2月2日 地点：妇产科护士办公室

参加人员：胡智勇、廖春燕、袁丽江、袁丽霞、曹巧丽、李小佳、邓京、卢璐、孙翠娟、宋伟、刘行、唐芳、李璟、袁秀珍、黄士珍 主题：产后出血患者的护理 主讲人：胡智勇 记录人：袁丽江

责任护士邓京介绍：患者，廖满芝，女，40岁，患者平时月经规则，LMP 2025-6-2，EDC 2025-3-9，此次怀孕系试管，6月24日植入胚胎，植入胚胎后一直阴道内给黄体酮固胎，持续约1+月，自停经以来，无明显恶心、呕吐等早孕反应，孕4+月自觉胎动，活跃至今，孕期产检6次，孕19+周做21-三体、18-三体及13-三体检测示低风险。孕中期在郴州市第一人民医院做检测发现有地中海贫血（轻型），孕18+周在郴州市第一人民医院做系统彩超发现胎儿双侧肾盂分离均约3mm。孕23+周在郴州市第一人民医院做系统彩超示宫内妊娠横位，胎盘低置状态，当时建议复查。未做。未做糖尿病筛查，1月13日在我院B超示宫内单活胎约32周3天，臀位，脐带绕颈一周。上次产检时间1月26日，今日18时左右出现腹部阵痛，不规则，无阴道见红及流液，遂在家属陪同下来我院，测胎心音76次/分，拟1.宫内妊娠35周 单活胎2.疤痕子宫3.急性胎儿宫内窘迫 收住我科。

患者入院予以完善相关检查，血常规示大致正常，血型O RH+.因胎儿濒死、产妇不能排除内出血，病情紧急，拟立即剖宫产终妊，开放静脉通道，备血，通知新生儿科尹剑副主任医师监产，通知何芬兰科主任及陈芳艳副主任医师参与抢救，通知手术室做好抢救准备，立即入手术室手术。术中进入腹腔，见大量暗红色血液涌出，胎儿及完整剥离的胎盘位于腹腔内，于19：25娩出一重度窒息早产儿交台下新生儿抢救小组新生儿科主任尹剑及妇产科副主任医师陈芳艳抢救。子宫前壁体部及子宫底部完全破裂，子宫已收缩，裂口呈T型，收缩后子宫底部裂口横径约10cm，体部裂口纵径约8cm，裂缘处有渗血。组织钳钳夹，拭净宫腔，扩张宫颈，1号可吸收线间断缝合子宫体部及子宫底部裂口肌层，1号可吸收线连续扣锁缝合浆肌层，查无出血，探查双侧附件，双侧卵巢外观正常，双侧输卵管水肿，增粗，伞部闭锁。术中吸出游离血约2000ml,血块约1000g，术中生命体征平稳，输液1500ml，输浓缩RBC4u，术毕见尿管通畅，尿液清亮，约300ml.术后诊断：

1、G5P2，宫内孕35W，再剖一活婴

2、疤痕子宫3.子宫破裂4.地中海贫血5.试管早产儿6.新生儿重度窒息7.失血性休克

李璟（护师）分析病因：产后出血的发病原因依次为子宫收缩乏力、软产道裂伤、胎盘因素及凝血功能障碍。四大原因可以合并存在，也可以互为因果。

袁丽江（护师）提出预防措施：

1）加强孕期保健，全面了解孕妇健康情况，对贫血，血液系统疾病或其他全身性疾病要及时纠正，对有妊娠合并症，可能发生产后出血的孕妇应择期住院待产。已确诊为胎盘早期剥离或死胎者应及早处理，并注意防止发生DIC.2）分娩期加强观察，正确的处理，护理三个产程，预防产后出血。

第一产程加强心理护理，解除产妇思想顾虑和恐惧心理，注意休息，睡眠，加强能量补充，保持精神愉快，避免体力过度消耗，严密观察产程，防止产程的延长，有诱发产后出血因素者，应做好输液，输血的准备，积极防治子宫收缩乏力。

第二产程宫口开全后，勿使胎头娩出过快，胎头娩出后不可忽略胎肩的缓慢娩出。以免软产道的损伤。助产手术时，避免操作粗暴，严格执行操作规程。

第三产程①对有诱发产后出血因素者，于胎儿娩出后立即静脉注射缩宫素10～20u.②正确处理第三产程，正确判断胎盘剥离征象，在胎盘娩出前不应揉挤子宫或牵拉脐带，以免扰乱正常宫缩。引导适时娩出胎盘。③胎盘娩出后，要仔细检查胎盘及胎膜是否完整，有无遗缺。④仔细测量和认真估计出血量，特别对于少量持续出血者，以免延误病情。注意血液的凝固状态以便及早发现凝血障碍。⑤阴道手术助产后，应常规检查软产道有无损伤。

产后出血多发生于产后2h内，所以尤其在这段时间内要严密观察子宫收缩力及阴道出血量，出血的时间和出血的形式。膀胱充盈更引起出血量多。还应注意失血的全身症状。充分做好输血和急救的准备。

宋伟（护师）提出.配合急救 ：

一旦发生产后大出血应沉着冷静，反应迅速，在针对不同原因采取止血措施同时，立即通知医生，尽快地恢复血容量，维持各组织、脏器的正常功能状态。切勿惊慌失措。立即采取有效的止血措施，并观察止血效果。

1）子宫收缩乏力：立即以一手在耻骨联合上压制子宫下段，另一手按摩子宫底，压出宫腔内的积血和凝血块，给予缩宫素，肌内或静脉注射、宫底注射。经腹壁按摩子宫底，可刺激子宫，从而使子宫壁血窦闭合。方法：站在患者的左侧，左手在耻骨联合上按压下腹中部，将子宫上推，右手置于子宫底部，拇指在前壁，其余四指在后壁，作均匀有节律的按摩。在按摩过程中应将子宫腔内积血压出，以免影响子宫收缩。在按摩子宫的同时，立即给予肌内注射缩宫素10u.或缩宫素20u加于25％葡萄糖40ml内静脉推注。也可经腹壁直接注入子宫体部肌层（宫底注射）或经阴道注于子宫颈，以加强宫缩。必要时加用麦角新碱肌内注射。注意麦角新碱和缩宫素不宜同时应用，其相互作用抵消。用药后仔细观察，必要时可重复使用缩宫素胎盘滞留

①胎盘嵌顿，立即导尿排空膀胱，给予麻醉镇静剂，帮助胎盘娩出，做好阴道手术准备。方法：一手按摩子宫使其收缩，同时轻压子宫底，另一手轻轻牵拉脐带，协助胎盘娩出。

②胎盘部分粘连，在无菌操作下，徒手剥离胎盘，取出胎盘和残留的胎盘组织。做好术前准备。

③植入性胎盘不能分离，应立即做好腹部手术的准备，进行子宫次全切除术。3）软产道撕裂软

产道撕裂持续出血时必须注意是否有出血的血管，立即钳合血管结扎后，缝合裂伤处，防血肿产生。不钳合血管单缝合伤口，必致继续出血产生血肿。缝合时应按解剖关系对整齐，逐层缝合，尽量做到恢复会阴，阴道原来的形态。4）凝血功能障碍

若发现出血不凝，伤口出血不止等，立即通知医生，同时抽血作凝血酶原、纤维蛋白原、3P试验等，配新鲜血备用。并确保输液途径通畅。

黄士珍（护士）提出防止失血性休克：

患者取平卧位，保持安静，吸氧保暖，静脉开放补充血容量，纠正酸中毒等一系列休克的抢救措施。

严密观察并详细记录患者的意识状态，皮肤颜色，出血量，血压、脉搏、呼吸及尿量。大量失血后产妇抵抗力低，体质虚弱，易感染，需严密观察子宫收缩以及恶露的量、颜色，做好会阴的护理，并按医嘱给予抗生素预防感染，加强营养及时纠正贫血，提供产妇与家属的心理支持。

护士长胡智勇提出 ：医护人员应保持镇静的态度，工作要紧张有序，并给予同情和安慰，以增加安全感，适当地向病人及家属解释有关病情和实施处理的目的，针对产妇的具体情况，指导加强营养，增加活力，逐渐地促进康复，调整产后指导计划。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！