



北京大学医学出版社

# 第八章 异常分娩妇女的护理



# 【学习目标】

❖ 通过本章内容的学习，学生应能：

- 1. 阐述异常分娩中产力、产道、胎位及胎儿发育异常的原因。
- 2. 阐述产力异常的临床表现、处理原则及护理措施。
- 3. 介绍产道异常的临床表现、处理原则及护理措施。

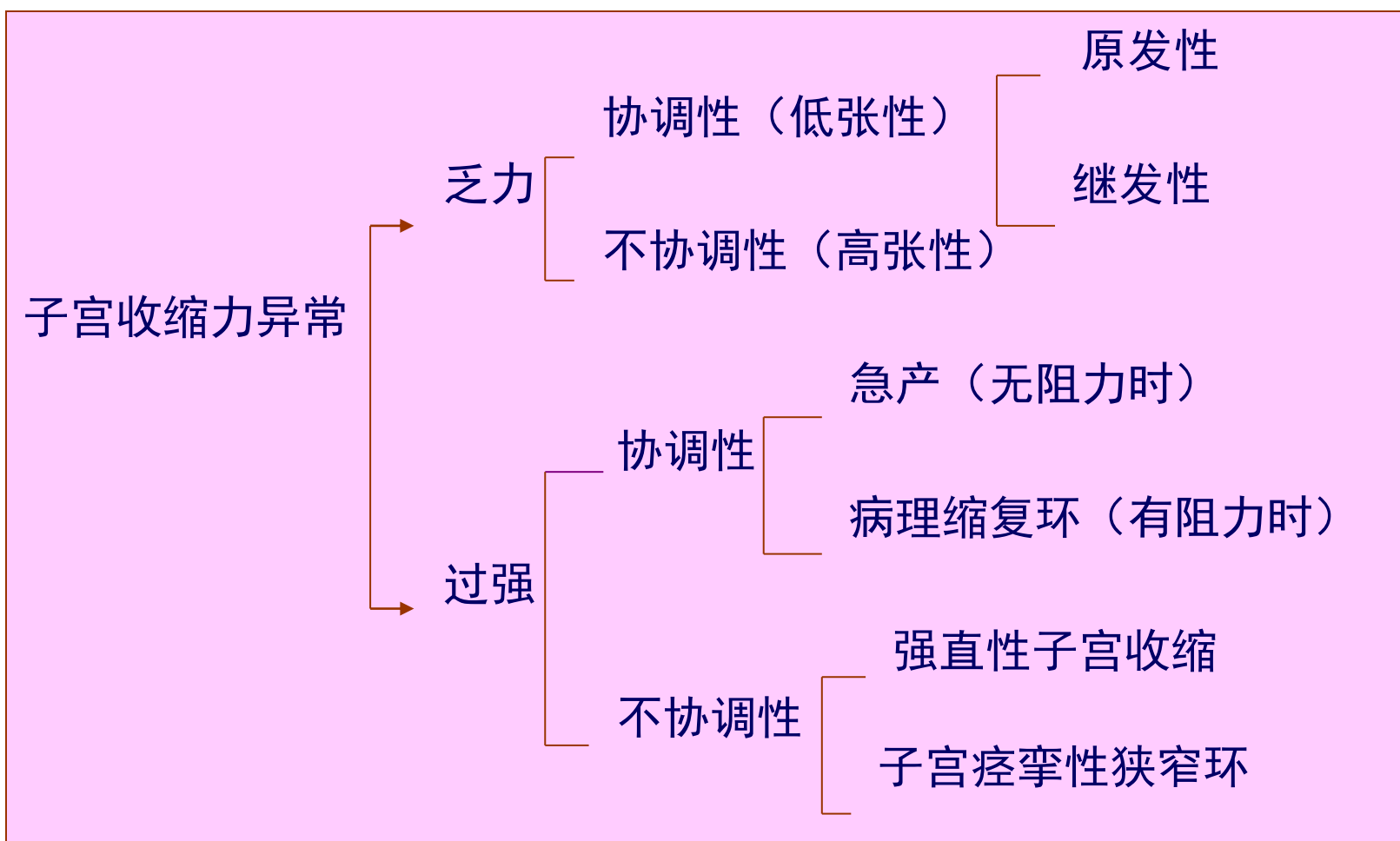


北京大学医学出版社

## 第一节 产力异常



# 【产力异常的分类】





# 一、子宫收缩乏力

## ❖ 常见因素如下：

- ①头盆不称或胎位异常
- ②精神因素
- ③子宫局部因素
- ④内分泌失调
- ⑤药物影响
- ⑥其他：临产后产妇过度疲劳、进食与睡眠不足、水及电解质紊乱、膀胱直肠充盈等，均可导致宫缩乏力。

# 【临床表现】

## ❖ 1. 协调性宫缩乏力（低张性宫缩乏力）

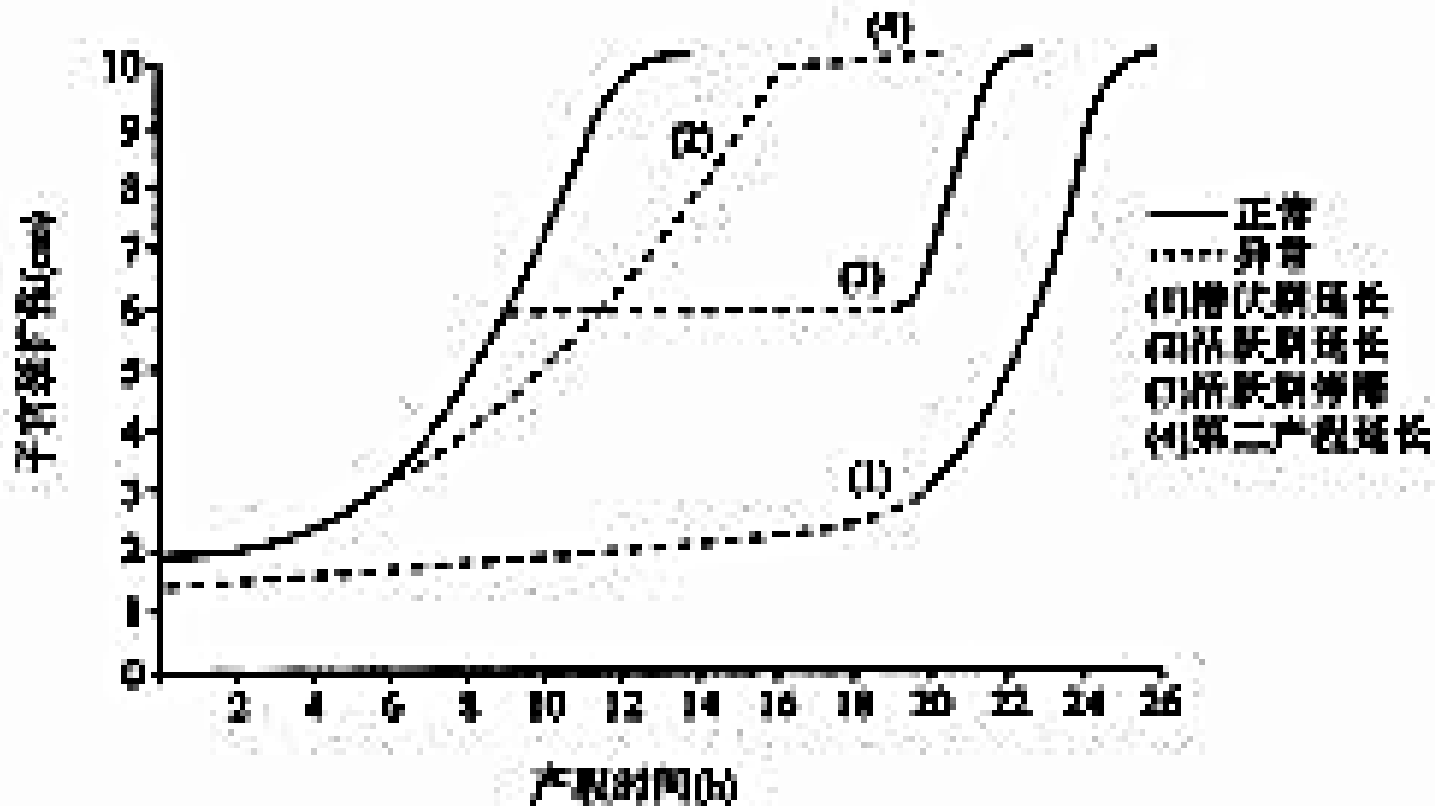
- 宫缩有节律性、极性和对称性，但收缩力弱，持续时间短而间歇时间长
- 此种宫缩乏力多属继发性宫缩乏力，临产早期宫缩正常
- 多见于宫颈扩张活跃期，对胎儿影响不大。

## ❖ 2. 不协调性宫缩乏力（高张性宫缩乏力）

- 其特点是子宫收缩的极性倒置，宫缩的兴奋点来自子宫下段的一处或多处，节律不协调；
- 宫缩时宫底部不强，而是子宫下段强；
- 这种宫缩因为宫缩间歇期子宫壁不能完全松弛，致使宫口也不能如期扩张，不能使胎先露如期下降，属无效宫缩。
- 产妇自觉持续腹痛、拒按、烦躁不安，出现肠胀气、尿潴留等；胎儿胎盘循环障碍，出现胎儿宫内窘迫；潜伏期延长。



- ❖ 潜伏期超过16小时为潜伏期延长；
- ❖ 活跃期超过8小时为活跃期延长；
- ❖ 活跃期宫口扩张停止2小时以上为活跃期停滞；
- ❖ 第二产程初产妇超过2小时、经产妇超过1小时，胎儿尚未娩出者，为第二产程延长；
- ❖ 总产程超过24小时者，为滞产。



产程延缓及停滞示意图



# 【对母儿的影响】

## ❖ 1. 对产妇的影响

- 体力损耗
- 产伤
- 产后出血
- 产后感染

## ❖ 2. 对胎儿、新生儿的影响

- 胎儿宫内窘迫
- 手术干预及产伤机会增多
- 新生儿颅内出血发病率及死亡率增加

### ❖ 1. 协调性子宫收缩乏力

- 首先应寻找原因
- 针对原因进行恰当处理

### ❖ 2. 不协调性子宫收缩乏力

- 首先调节不协调性子宫收缩的节律性及极性，使之恢复至协调性宫缩
- 然后按协调性子宫收缩乏力处理

## ❖ 1. 健康史

## ❖ 2. 身心状况

## ❖ 3. 相关检查

- (1) 体格检查
- (2) 产程观察：①绘制产程图；②胎儿电子监护仪或用手触摸腹部测子宫收缩的节律性、强度和频率；③多普勒胎心听诊仪或用听诊器监测胎心的变化。
- (3) 实验室检查



## 【护理问题】

- 有体液不足的危险：与产妇体力消耗、过度疲乏影响摄入有关
- 焦虑：与产程延长、担心母儿安危有关

## 【预期目标】

- 1. 产妇的水、电解质紊乱得到纠正。
- 2. 产妇及家属情绪稳定，安全度过分娩。

# 【护理措施】

## ❖ （一）一般护理

- ❖ 1. 产前应对孕妇及家属进行健康教育
- ❖ 2. 进入产程后，运用暗示、松弛及分散注意等方法，以减轻宫缩痛，增强分娩的信心。
- ❖ 3. 设置安静、舒适的待产和分娩环境。



## ❖ （二）协调性子宫收缩乏力的护理

### ❖ 1. 第一产程的护理

#### ❖ (1) 保证休息

#### ❖ (2) 补充营养，鼓励孕妇多进易消化高热量饮食

#### ❖ (3) 注意膀胱和直肠的排空

#### ❖ (4) 加强子宫收缩

#### ❖ (5) 预防感染

#### ❖ （6）剖宫产术的准备



## ❖ 加强宫缩的方法：

- ①针刺合谷、三阴交、太冲、支沟等穴位均有加强宫缩的作用；
- ②人工破膜：宫口扩张 $\geq 3\text{cm}$ ，无头盆不称，胎头已衔接，无脐带先露，在宫缩间歇、下次宫缩将开始时进行
- ③静脉滴注缩宫素：应除外头盆不称、胎位异常、前置胎盘、胎儿窘迫及有子宫或子宫颈手术史者。在使用缩宫素静脉滴注时，必须专人监护。

- 2. 第二产程的护理 若第二产程出现子宫收缩乏力，在无头盆不称的前提下，也应加强子宫收缩，给予缩宫素静脉滴注，促进产程进展。
- 3. 第三产程的护理 在第三产程期间，预防产后出血及感染。凡破膜时间超过12小时、总产程超过24小时、肛查或阴道助产操作多者，按医嘱应用抗生素预防感染。

### ❖ （三）不协调性子宫收缩乏力的护理

- 遵医嘱给予镇静药物哌替啶100mg，保证产妇得到充分休息。
- 护士要耐心细致地指导产妇疼痛时做深呼吸及放松技巧，减轻疼痛。
- 鼓励产妇表达其担心和不适感，随时向产妇解答问题。
- 产妇休息期间，定时听胎心音。
- 若宫缩不能恢复协调性或伴胎儿窘迫、头盆不称等，应及时通知医师并配合处理。

## 【结果评价】

- 1. 住院期间，产妇保持水、电解质平衡。
- 2. 产妇安全顺娩。



## 二、协调性子宫收缩过强

## ❖ 导致子宫收缩过强的因素

- ①经产妇：主要原因是软产道阻力小；
- ②临产后缩宫素的使用：产妇对缩宫素敏感或缩宫素使用不当；
- ③分娩发生梗阻、胎盘早剥导致血液浸润子宫肌层等；
- ④精神紧张、过度疲劳或粗暴、多次宫腔内操作；
- ⑤其他：如遗传因素等。

## 【临床表现】

- ❖ 协调性子宫收缩过强的特点是子宫收缩的节律性、对称性和极性均正常，仅子宫收缩力过强、过频（10分钟内有5次或以上宫缩且持续达60秒或更长）
- ❖ 若无头盆不称及胎位异常，往往产程进展很快
- ❖ 急产，即总产程不超过3小时。

# 【对母儿的影响】

## 1. 对产妇的影响

- ❖ 急产可致初产妇宫颈、阴道及会阴撕裂伤
- ❖ 宫缩过强使宫腔内压力增高，易发生羊水栓塞
- ❖ 消毒不及时可致产褥感染
- ❖ 如胎先露部下降受阻，可发生子宫破裂。

## 2. 对胎儿及新生儿的影响

- ❖ 易发生胎儿窘迫、新生儿窒息，严重者可致胎死宫内或死产
- ❖ 胎儿娩出过快，可导致新生儿颅内出血。
- ❖ 如无准备接产，新生儿易发生感染
- ❖ 若坠地可发生新生儿骨折、外伤等。



## 【处理原则】

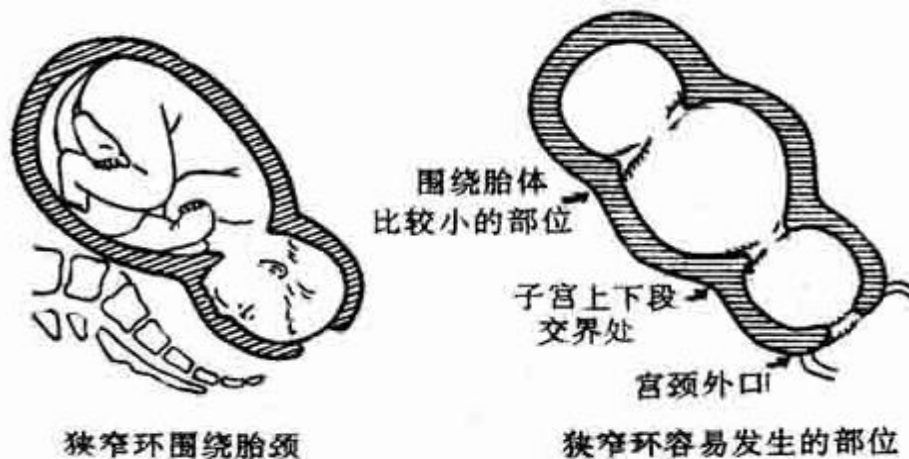
- ❖ 凡有急产史的产妇，在预产期前1~2周不宜外出，以免发生意外，宜提前住院待产。
- ❖ 产兆开始即应做好接产及抢救新生儿窒息的准备，并积极预防母儿并发症。

# 【护理评估】

- ❖ (一) 病史
- ❖ (二) 身心状况
- ❖ (三) 诊断性检查

- 1. 一般检查
- 2. 产科检查

- 触诊胎位不清，听诊胎心不清；
- 若产道梗阻，腹部可出现病理性缩复环；
- 子宫局部肌肉强直性收缩时，围绕胎颈、胎腹可形成环状狭窄；
- 子宫下段压痛明显、膀胱充盈或有血尿等是子宫破裂的先兆。



## 【护理问题】

- 恐惧：与疼痛及母婴安全受到威胁有关
- 潜在并发症：子宫破裂

## 【预期目标】

- 1. 产妇疼痛较前缓解，舒适感增加。
- 2. 母婴健康。

# 【护理措施】

## ❖ （一）一般护理

- 1. 严密观察产程进展情况，并监护胎儿宫内情况。
- 2. 尽量减少急产对母儿的影响

## ❖ （二）缓解症状

- 1. 密切观察产程进展
- 2. 分娩期及新生儿的护理
- 3. 产后护理

## ❖ （三）健康教育

## 【结果评价】

- 1. 产妇能应用减轻疼痛的技巧，舒适感增加。
- 2. 分娩经过顺利，母子健康。

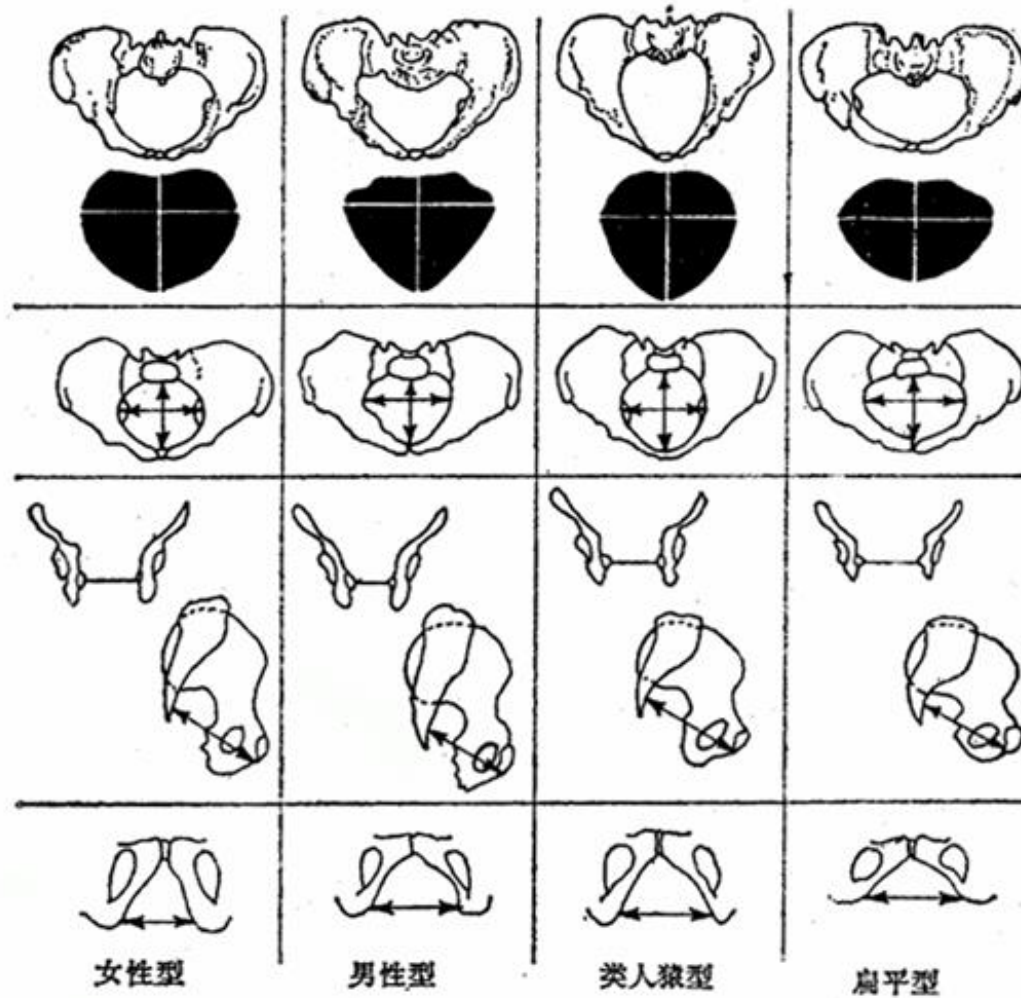


北京大学医学出版社

## 第二节 产道异常



# 【骨产道异常及临床表现】



骨盆的四种基本类型及其各部比较



# 【骨产道异常及临床表现】

## ❖ 骨盆入口平面狭窄      我国常见

- 单纯扁平骨盆
- 佝偻病性扁平骨盆

## ❖ 中骨盆及骨盆出口平面狭窄

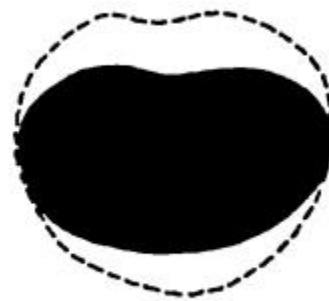
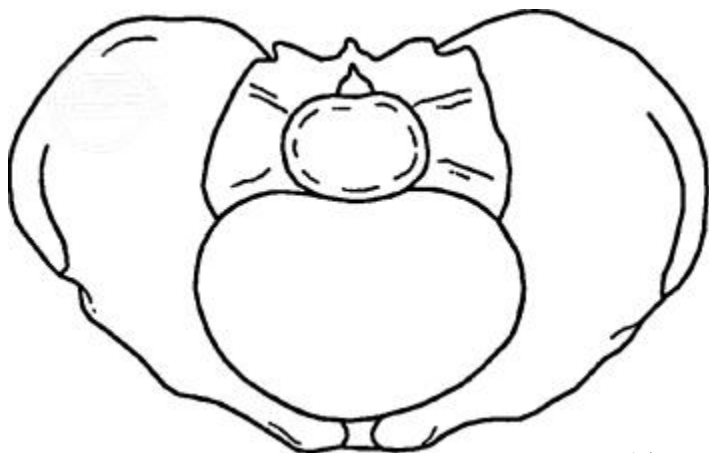
- 漏斗骨盆
- 横径狭窄骨盆

## ❖ 骨盆三个平面狭窄

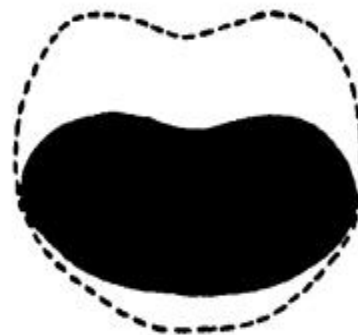
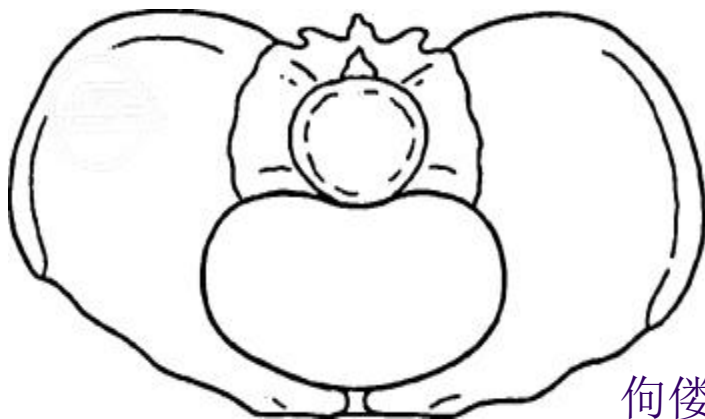
- 均小骨盆
- 畸形骨盆



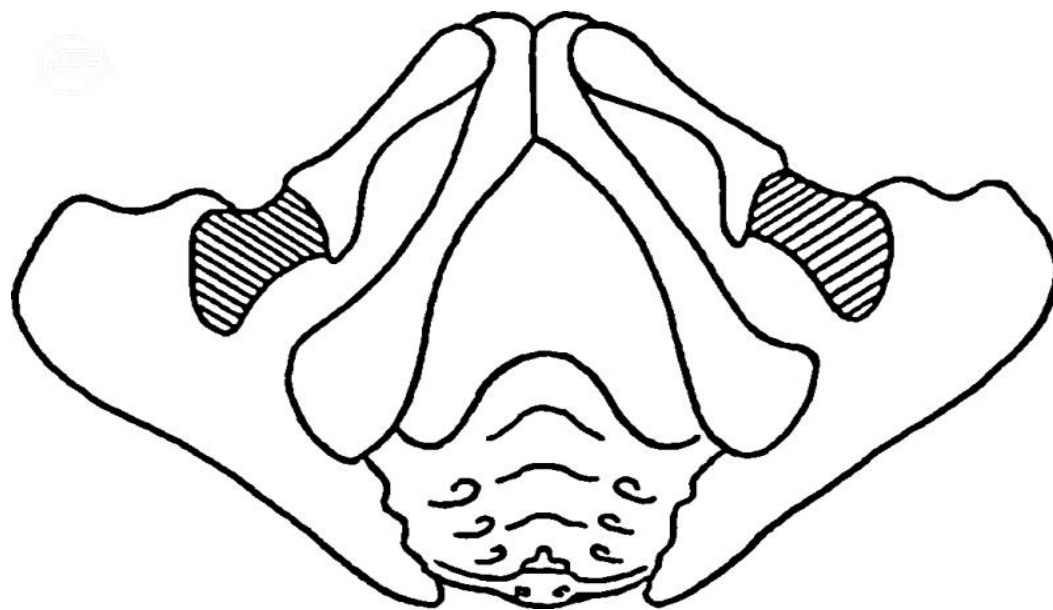




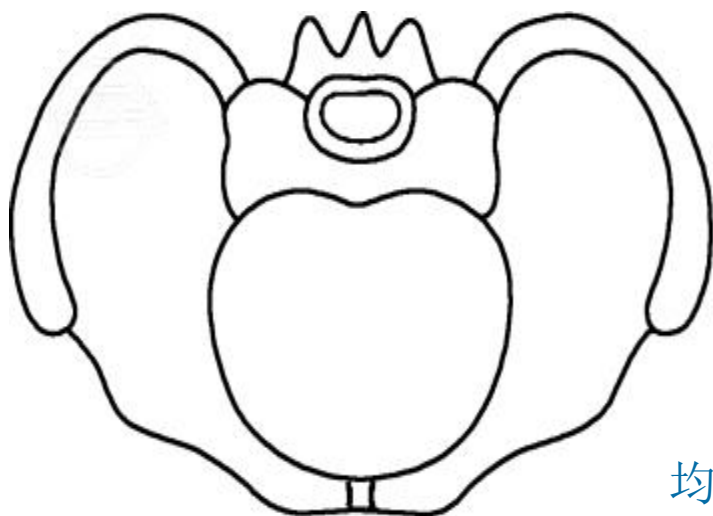
单纯扁平骨盆



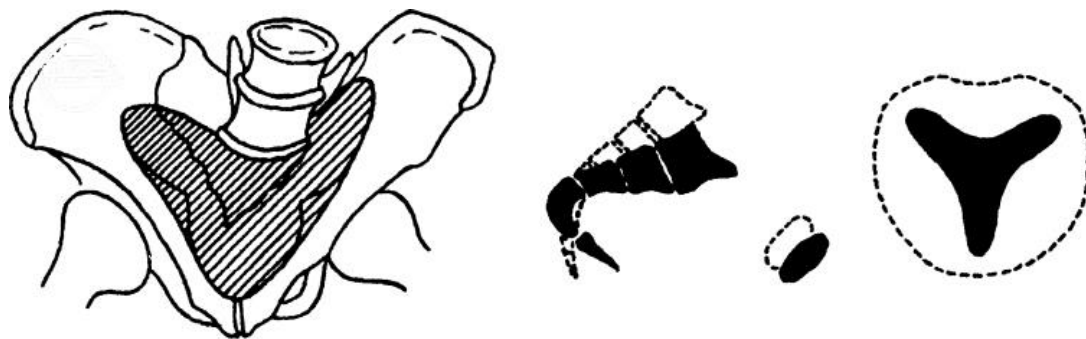
佝偻病性扁平骨盆



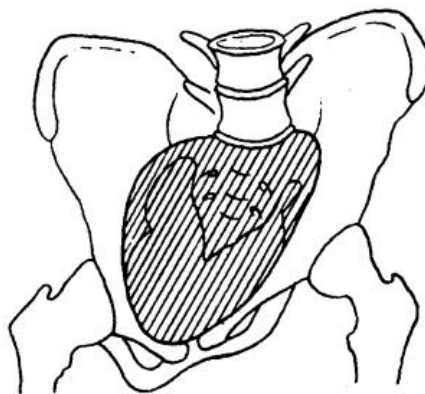
漏斗骨盆



均小骨盆



(1) 骨质软化症骨盆



(2) 偏斜形骨盆

## 畸形骨盆



# 【软产道异常及临床表现】

## ❖ 1. 外阴异常

## ❖ 2. 阴道异常：

- 纵隔、横膈、狭窄、尖锐湿疣

## ❖ 3. 宫颈异常：

- 外口黏合、宫颈水肿、宫颈瘢痕、宫颈局部肿瘤

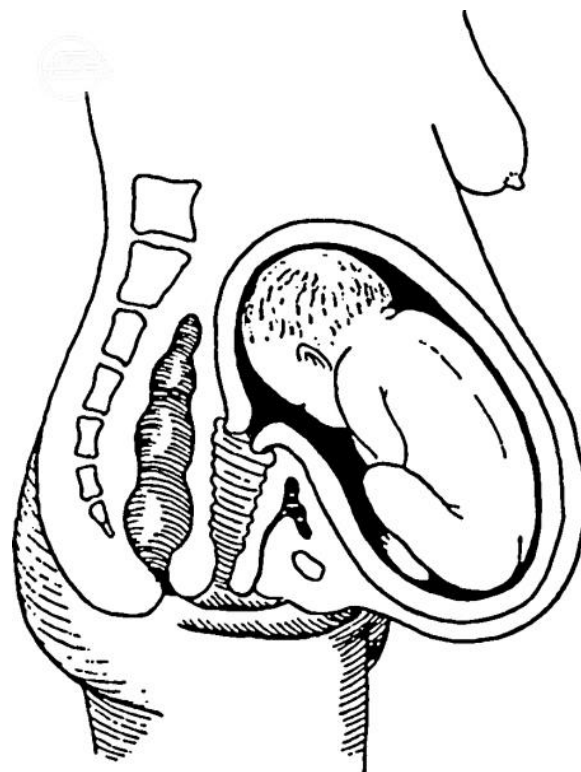


## 【处理原则】

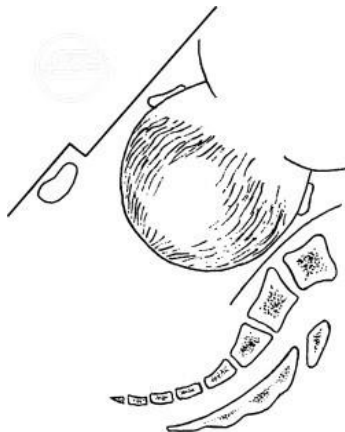
- ❖ 头盆明显不称或出现胎儿窘迫征象者，应尽早行剖宫产术结束分娩。
- ❖ 轻度头盆不称、宫缩好者，可以试产。
- ❖ 对软产道异常者应根据局部组织的病变程度及对阴道分娩的影响，选择局部手术治疗处理，或行剖宫产术结束分娩。

# 【护理评估】

- ❖ (一) 病史
- ❖ (二) 身心状况
- ❖ (三) 诊断性检查
  - ❖ 1. 一般检查
  - ❖ 2. 腹部检查
    - (1) 腹部形态:
    - (2) 胎位检查: 骨盆入口狭窄常导致臀先露、肩先露。  
中骨盆狭窄导致持续性枕横位、枕后位等。



- ❖ (3) 估计头盆关系：
  - ❖ 嘱孕妇排空膀胱后仰卧，两腿伸直。检查者将手放在耻骨联合上方，将浮动的胎头向骨盆腔方向推压
  - ❖ 如胎头低于耻骨联合平面，表示胎头可以入盆，头盆相称，称跨耻征阴性
  - ❖ 如胎头与耻骨联合在同一平面，为可疑头盆不称，称跨耻征可疑阳性
  - ❖ 如胎头高于耻骨联合平面，表示明显头盆不称，称跨耻征阳性。



(1) 头盆相称



(2) 头盆可能不称



(3) 头盆不称



- 3. 会阴检查 仔细观察外观有无异常；妊娠早期行双合诊检查，了解软产道有无异常。
- 4. 其他检查 如骨盆测量、B超检查等可协助诊断。
  - （1）骨盆内、外测量：方法简单易行。
  - （2）B超检查：观察胎先露与骨盆的关系，通过测量胎头双顶径、腹围、股骨长度，预测胎儿体重，判断能否顺利通过骨产道。

## 【护理问题】

- 有新生儿窒息的危险：与产程延长、胎儿宫内窘迫有关
- 有感染的危险：与胎膜早破、手术助产操作有关

## 【预期目标】

- 1. 分娩后新生儿状况良好，Apgar评分 $>7$ 分。
- 2. 产妇无感染征象。

# 【护理措施】

## ❖ （一）一般护理

- 在分娩过程中，应保证产妇的营养及水分的摄入，必要时补液
- 注意产妇休息，保持良好的体力
- 仔细评估头盆情况，并及时识别头盆不称的个案
- 尽量减少肛查次数，胎膜早破后慎做阴道检查，禁止灌肠
- 做好心理护理工作

## ❖ （二）试产过程的护理

- 1. 密切观察产程进展及胎儿情况
  - 确定试产者，如人工破膜后2小时，胎头仍未入盆，或出现胎儿窘迫，则应及时通知医生
- 2. 监测子宫收缩的情况
- 3. 中骨盆平面狭窄者，易发生持续性枕横位或枕后位
  - 若宫口开全，胎头双顶径已达坐骨棘水平或更低，遵医嘱做好产钳或胎头吸引等阴道助产的准备及配合。
- 4. 骨盆出口狭窄者，不应进行试产



### ❖ （三）及时做好剖宫产手术前准备

- 若有明显头盆不称、试产失败、出现胎儿窘迫或阴道尖锐湿疣面积大、范围广等者均应行剖宫产术。

### ❖ （四）预防产后出血及感染

### ❖ （五）新生儿的护理

## 【结果评价】

- 1. 胎儿宫内窘迫被及时发现与处理，新生儿Apgar评分 $>7$ 分。
- 2. 出院时，产妇体温正常，无感染征象。



北京大学医学出版社

# 第三节 胎位及胎儿发育异常



# 【胎位异常及临床表现】


## ❖ （一）持续性枕后位

- 在分娩过程中，胎头枕骨持续不能转向前方，直至分娩后期仍位于母体骨盆后方或侧方，致使分娩发生困难者，称为持续性枕后位或持续性枕横位。
- 持续性枕后位、枕横位者常致活跃期晚期及第二产程延长

## ❖ （二）臀先露

- 是最常见的异常胎位





### ❖ （三）面先露

- 多于临产后发现。胎头枕部与背部接触，胎头呈极度仰伸的姿势通过产道，以面部为先露时称为面先露。
- 临床表现为潜伏期延长、活跃期延长或阻滞，胎头不能入盆。经产妇多于初产妇。

### ❖ （四）其他

- 1. 肩先露 发病率0.1%~0.25%，是对母儿最不利的胎位
- 2. 复合先露 较少见，胎头或胎臀伴有肢体同时进入骨盆

# 【胎儿发育异常及临床表现】

## ❖ （一）巨大胎儿

- 指胎儿体重达到或超过4000g者，称巨大胎儿。

## ❖ （二）脑积水

- 是指胎头颅腔内、脑室内外有大量脑脊液潴留（500～3000ml），致颅缝明显变宽，头颅体积增大，囟门显著增大，压迫正常脑组织。

## ❖ （三）联体双胎

- 极少见。单卵双胎在孕早期发育过程中，机体不能完全分裂成两部分，形成不同形式的联体双胎。

# 【对母儿的影响】

## ❖ 1. 对产妇的影响

- 可导致继发性宫缩乏力，使产程延长，常需手术助产；
- 容易发生软产道损伤，严重者可造成宫颈撕裂、子宫破裂，增加产后出血及感染的机会；
- 若胎头长时间压迫软产道可形成生殖道瘘。

## ❖ 2. 对胎儿和新生儿的影响

- 常引起胎儿窘迫和新生儿窒息，使围生儿死亡率高；
- 面先露者，胎儿娩出后面部受压变形，口唇青紫肿胀影响吸吮；
- 臀先露、巨大胎儿出生时可发生新生儿臂丛神经损伤及颅内出血；
- 巨大胎儿出生后易发生低血糖、红细胞增多症等。

## 【处理原则】

- ❖ 定期产前检查，及时矫治胎位异常情况。
- ❖ 临产前胎位异常者要提前住院，决定分娩方式。
- ❖ 胎儿发育异常者，应被及时处理。

# 【护理评估】

## ❖ （一）病史

- 了解产妇既往分娩史，有无头盆不称、糖尿病史；有无分娩巨大胎儿、畸形儿等家族史。

## ❖ （二）身心状况

- 1. 了解产妇的一般情况，如身高、骨盆测量值；评估胎方位、胎儿大小、有无羊水过多等。
- 2. 评估产程进展、胎头下降情况。

### ❖ （三）诊断性检查

- 1. 胎位异常 可通过腹部检查、肛门及阴道检查、B型超声检查明确诊断。
- 2. 巨大胎儿 孕妇有巨大胎儿分娩史、糖尿病史等；根据宫底高度及腹围估计胎儿体重；B型超声检查可见胎体大，胎头双顶径 $>10\text{cm}$ 。
- 3. 脑积水 在耻骨联合上方可触到宽大、有弹性的胎头。且大于胎体并高浮，跨耻征阳性。阴道检查盆腔空虚，颅骨软而薄，囟门大且紧张，胎头如乒乓球的感觉。

## ❖ 【护理问题】

- 有新生儿受伤的危险：与胎位异常分娩困难有关
- 恐惧：与难产及胎儿发育异常有关

## ❖ 【预期目标】

- 1. 产妇及家属能正视现实，配合处理方案。
- 2. 孕产妇健康。



# 【护理措施】

## ❖ （一）一般护理

## ❖ （二）缓解症状

- 1. 保持产妇的营养及体力指导产妇合理用力，不要过早屏气用力，防止宫颈水肿及体力消耗
- 2. 加强护理，防止胎膜早破
- 3. 配合医师做好阴道助产及抢救新生儿的准备
- 4. 遵医嘱及时、准确地应用宫缩剂与抗生素，预防产后出血和感染。

## 【结果评价】

- 1. 产妇及家属能积极配合、接受处理方案。
- 2. 分娩经过顺利，母子平安。