

# 异常分娩的护理

复旦大学护理学院

周英凤

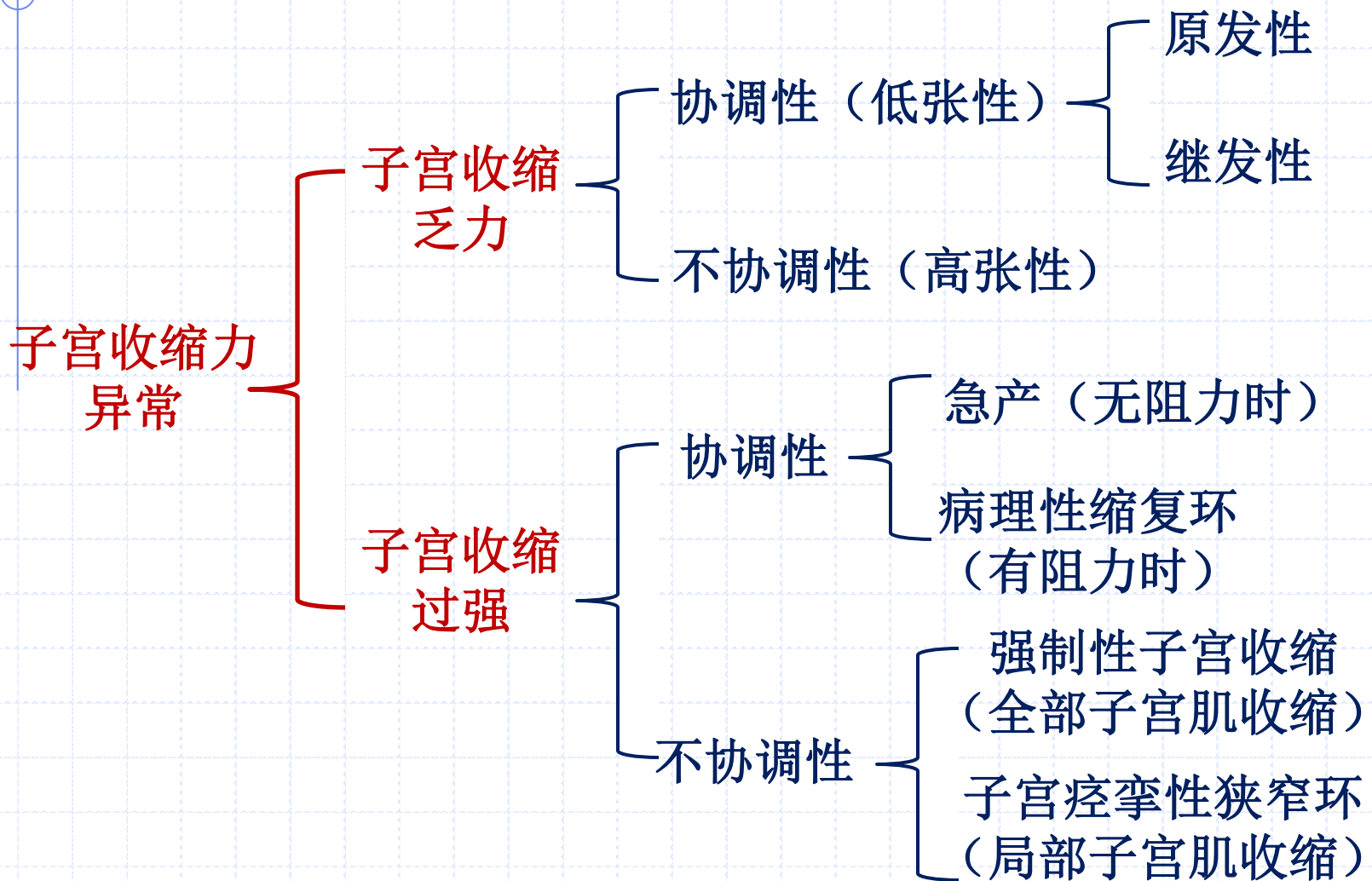
# 概述

- ◆ 影响分娩的主要因素：产力、产道、胎儿及精神心理因素；
- ◆ 任何一个或一个以上的因素发生异常以及四个因素间相互不能适应，而使分娩进展受到阻碍，称**异常分娩**（abnormal labor）；

# 产力异常

- ◆ 在分娩过程中，子宫收缩的节律性、对称性及极性不正常或强度、频率有改变，称**子宫收缩力异常**；
  - 子宫收缩乏力
  - 子宫收缩过强

# 产力异常分类



# 子宫收缩乏力

## ◆ 病因

- 头盆不称或胎位异常
- 子宫因素
- 精神因素
- 内分泌失调
- 药物影响

# 子宫收缩乏力

## ◆ 临床表现:

- 协调性子宫收缩乏力
- 不协调性子宫收缩乏力

# 子宫收缩乏力

## ◆ 协调性宫缩乏力:

- 子宫收缩具有正常的节律性、对称性和极性;
- 收缩力弱, 宫腔内压力低, 小于15mmHg, 持续时间短, 间歇期长且不规律, 宫缩 $<2$ 次/10分钟
- 子宫收缩高峰时, 不变硬;
- 产程进展缓慢、宫口扩张、胎头下降缓慢;

# 子宫收缩乏力

## ◆ 不协调性宫缩乏力:

- 子宫收缩的极性倒置，节律不协调；
- 宫缩的兴奋点不是来自宫角；
- 宫腔内压力可达20mmHg，但宫缩时宫底部不强，宫缩间歇期子宫壁也不完全松弛；
- 属无效宫缩，宫口扩张、胎先露部下降缓慢或停滞；
- 产妇持续性疼痛、胎位不清、胎儿窘迫



# 子宫收缩乏力

## ◆ 产程曲线异常

- **潜伏期延长**：规律宫缩到宫口扩张至3cm；正常8小时；超过16小时为潜伏期延长；
- **活跃期延长**：宫口扩张至3cm至宫口开全；正常4小时；超过8小时为活跃期延长；
- **活跃期停滞**：进入活跃期后，宫口不再扩张达2小时以上；

# 子宫收缩乏力

## ◆ 产程曲线异常

- **第二产程延长**：第二产程初产妇超过2小时、经产妇超过1小时尚未分娩；
- **第二产程停滞**：第二产程达1小时胎头下降无进展；
- **胎头下降延缓**：宫颈扩张减速期及第二产程，胎头下降速度 $<1\text{cm/h}$ ；

# 子宫收缩乏力

## ◆ 产程曲线异常

- **胎头下降停滞**：活跃期晚期胎头停止下降达1小时以上；
- **滞产**：总产程超过24小时称滞产；

# 子宫收缩乏力

## ◆ 对产妇的影响：

- 产妇疲乏无力、肠胀气、排尿困难；
- 脱水、酸中毒、低钾血症；
- 感染、产后出血机会增加；
- 尿道阴道瘘、膀胱阴道瘘发生率增加；

# 子宫收缩乏力

## ◆ 对胎儿的影响

- 增加手术产机会
- 产伤增加；
- 胎儿宫内缺氧；
- 胎儿窘迫、新生儿窒息、颅内出血、吸入性肺炎；

# 处理原则

## ◆ 协调性子宫收缩乏力：

- 查找原因，有无头盆不称
- 一般处理：进食、静脉补充营养、镇静剂促进休息；
- 加强宫缩：
  - ◆ 人工破膜
  - ◆ 静滴缩宫素
- 手术助产：胎头双顶径已过坐骨棘
- 预防产后出血：胎儿前肩娩出后静推缩宫素10U

# 处理原则

## ◆ 人工破膜；

- ◆ **指征：** 宫口扩张3cm以上、无头盆不称、胎头已衔接者；
- ◆ **时间：** 在宫缩间歇破膜
- ◆ **注意：** 破膜后预防脐带脱垂、观察羊水量、性状及监测胎心变化

# 处理原则

## ◆ 静滴缩宫素

- **指征**：宫口扩张3cm、胎心好、胎位正常、头盆相称；
- **原则**：应用缩宫素的原则是最小浓度获得最佳宫缩
- **注意事项**：应用缩宫素时应监测宫缩情况：触诊子宫、电子胎儿监护、宫腔内导管测量压力
- 缩宫素有抗利尿剂作用，应警惕水中毒



# Bishop宫颈成熟度评分

指标	评分			
	0	1	2	3
宫口cm	0	1~2	3~4	5~6
宫颈管消退%（未消退2~3cm）	0~30	40~50	60~70	80~100
先露位置（坐骨棘水平0）	-3	-2	-1~0	+1~+2
宫颈硬度	硬	中	软	
宫口位置	后	中	前	

总分13分，若 $\leq 3$ 分，人工破膜失败；4~6分成功率50%，7~9分成功率80%， $> 9$ 分成功

# 处理原则

## ◆ 不协调性子宫收缩乏力：

- 给予镇静剂（哌替啶/地西洋）促进子宫肌放松；
- 未恢复协调之前，禁用宫缩剂；
- 措施无效或出现胎儿窘迫、头盆不称，采用剖宫产；

# 护理措施

- ◆ 心理支持
- ◆ 预防措施：进食、排空膀胱、避免过多镇静剂、是否存在头盆不称；
- ◆ 减轻疼痛
- ◆ 产时监护
- ◆ 使用缩宫素

# 护理措施

## ◆ 缩宫素的使用：

- **使用方法：**缩宫素2.5U+0.9%生理盐水500ml静脉滴注，4~5滴/分钟开始，根据宫缩强弱调节滴速，最多不超过40滴/分钟；
- **护理：**缩宫素使用过程中密切观察胎心、血压、宫缩、宫口扩张及先露下降；维持宫缩间隔2~3分钟，持续40~60秒；若10分钟内宫缩超过5次，持续1分钟以上、胎心率变化、血压升高，应停止用药；

# 子宫收缩过强

- ◆ 原因：
- ◆ 急产
- ◆ 缩宫素使用不当
- ◆ 胎盘早剥
- ◆ 过度疲劳、精神紧张
- ◆ 阴道内操作过多或不当

# 子宫收缩过强

## ◆ 临床表现

- 协调性子宫收缩过强
- 不协调性子宫收缩过强
  - ◆ 强直性子宫收缩
  - ◆ 子宫痉挛性狭窄环

# 子宫收缩过强

## ◆ 协调性子宫收缩过强

- 子宫收缩具有正常的节律性、对称性和极性；
- 收缩力过强、过频，10分钟 $\geq$ 5次宫缩；
- 若产道无阻力，容易发生急产（总产程不足3小时）；
- 产妇异常疼痛；
- 若头盆不称、胎位异常，易造成子宫破裂；

# 子宫收缩过强

## ◆ 不协调性子宫收缩过强：强直性子宫收缩

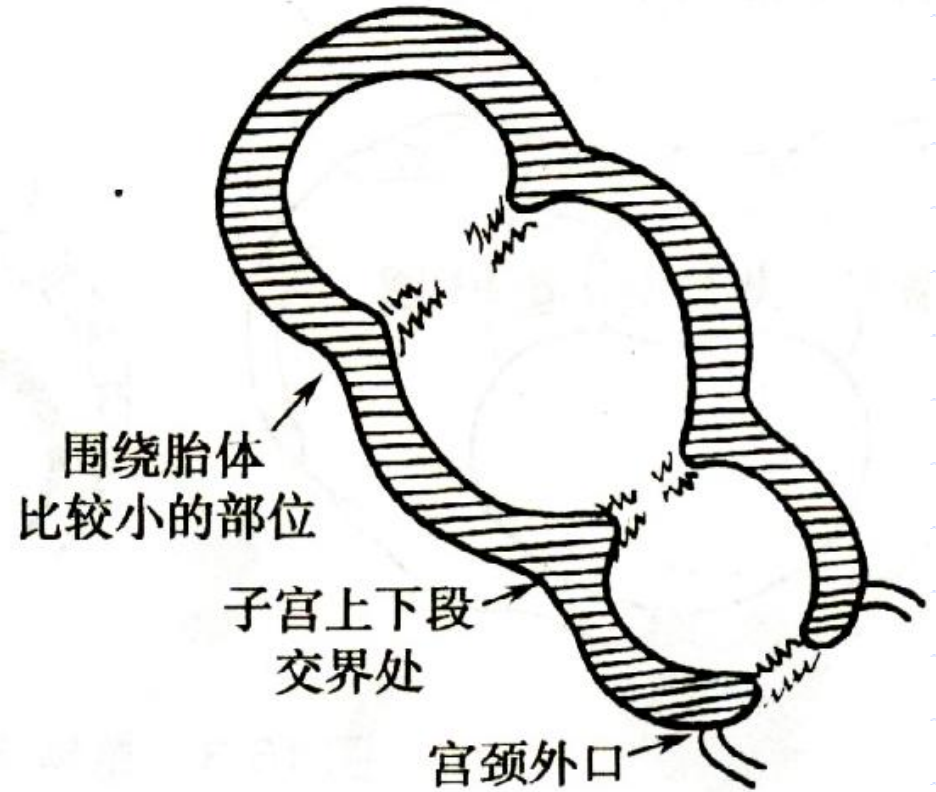
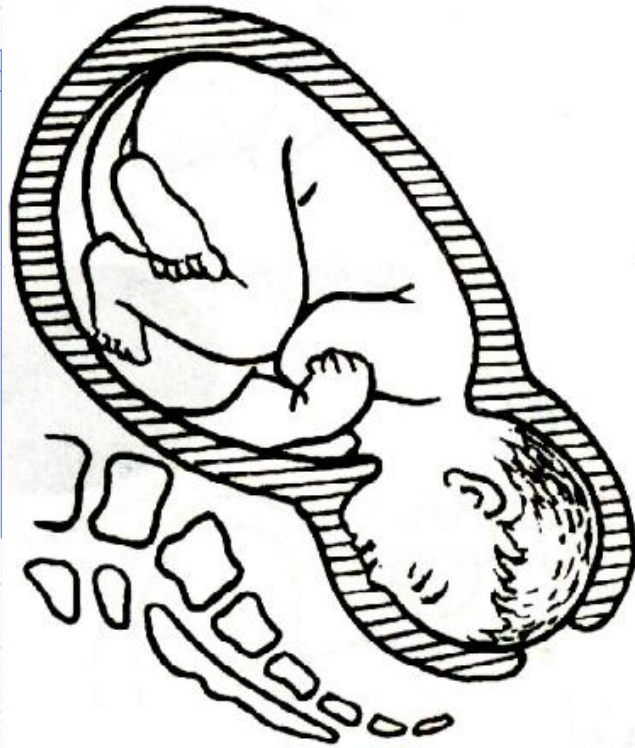
- 产妇持续性腹痛，拒按；
- 胎位触不清，胎心听不清；
- 有时可出现病理性缩复环、血尿等先兆子宫破裂的征象；



# 子宫收缩过强

## ◆ 不协调性子宫收缩过强：子宫痉挛性狭窄环

- 子宫局部痉挛性收缩形成环状狭窄，持续不放松，可发生在宫颈、宫体的任何部位；
- 产妇出现持续性腹痛，烦躁不安；
- 宫颈扩张缓慢，胎先露部下降停滞，胎心率不规则；
- 阴道检查可触及狭窄环，不随宫缩上升。



## 子宫痉挛性狭窄环

# 子宫收缩过强

## ◆ 对产妇的影响：

- 宫颈、阴道以及会阴撕裂伤；
- 子宫破裂、羊水栓塞发生率增加；
- 产褥感染；
- 胎盘滞留或产后出血发生率增加；

# 子宫收缩过强

## ◆ 对胎儿的影响：

- 胎儿窘迫；
- 新生儿窒息甚至死亡；
- 新生儿颅内出血；
- 新生儿易发生感染、坠地致外伤；

# 处理原则

## ◆ 协调性子宫收缩过强：

- 预防为主：急产史者提前住院待产；
- 已发生急产者的处理：
  - ◆ 不屏气，紧急接生；
  - ◆ 新生儿肌注维生素K1、破伤风抗毒素；
  - ◆ 产后检查是否软产道损伤
  - ◆ 抗生素预防感染

# 处理原则

## ◆ 强直性子宫收缩

- 给予宫缩抑制剂（硫酸镁/哌替啶）
- 发生梗阻，立即行剖宫产；

## ◆ 子宫痉挛性狭窄环

- 停止刺激及缩宫素
- 无胎儿窘迫时，给予镇静剂，放松子宫肌
- 若出现胎窘，或上述处理无效，应行剖宫产；

# 产道异常

## ◆ 骨产道异常的分类

- **入口平面狭窄**：多见于扁平骨盆，骶耻外径 $<18\text{cm}$ ；入口前后径 $<10\text{cm}$ ；对角径 $<11.5\text{cm}$
- **I 级临界性狭窄**：对角径 $11.5\text{cm}$ ，前后径 $10\text{cm}$
- **II 级相对性狭窄**：对角径 $10\sim 11\text{cm}$ ，前后径 $8.5\sim 9.5\text{cm}$
- **III 级绝对性狭窄**：对角径 $\leq 9.5\text{cm}$ ，前后径 $\leq 8\text{cm}$

# 产道异常

## ◆ 入口平面狭窄

- 表现为临产胎头仍未入盆，腹部多成尖腹或悬垂腹
- 检查：胎头跨耻征阳性



# 产道异常

## ◆ 中骨盆平面狭窄：

- **I级**临界性狭窄：坐骨棘间径10cm，坐骨棘间径+中骨盆后矢状径13.5cm；
- **II级**相对性狭窄：坐骨棘间径8.5~9.5cm，坐骨棘间径+中骨盆后矢状径12~13cm；
- **III级**绝对性狭窄：坐骨棘间径 $\leq$ 8cm，坐骨棘间径+中骨盆后矢状径 $\leq$ 11.5cm

# 产道异常

## ◆ 中骨盆平面狭窄

- 表现为胎头正常衔接，但胎头到中骨盆时，内旋转受阻，常出现持续性枕后位或枕横位
- 继发性宫缩乏力
- 胎头受压，产瘤大，严重时出现颅内出血、窘迫、子宫破裂

# 产道异常

## ◆ 骨盆出口平面狭窄：

- **I级**临界性狭窄：坐骨结节间径7.5cm，坐骨结节间径+出口后矢状径15cm；
- **II级**相对性狭窄：坐骨结节间径6~7cm，坐骨结节间径+出口后矢状径12~14cm；
- **III级**绝对性狭窄：坐骨结节间径 $\leq 5.5$ cm，坐骨结节间径+出口后矢状径 $\leq 11$ cm，耻骨弓 $< 90^\circ$

# 产道异常

## ◆ 骨盆出口平面狭窄

- 多与中骨盆平面狭窄同时存在
- 可出现第二产程停滞、继发宫缩乏力
- 胎头多不能通过出口，强行助产可导致产道裂伤或胎儿产伤

# 产道异常

## ◆ 三个平面均狭窄：

- 每个平面径线均小于正常值2cm及以上；

## ◆ 畸形骨盆：

- 骨盆失去正常形态；

# 产道异常

## ◆ 对产妇的影响：

- 产程延长；
- 持续性枕后位或枕横位；
- 产后易发生生殖道瘘；
- 胎膜早破、手术产、感染机会增加；
- 子宫破裂发生率增加；

# 产道异常

## ◆ 对胎儿的影响：

- 胎膜早破、脐带脱垂发生率增加；
- 胎儿窘迫；
- 颅内出血；
- 新生儿产伤及感染机会增加；

# 处理原则

- ◆ 骨盆狭窄的类别及程度
- ◆ 胎儿情况（胎位、胎儿大小、胎心率）
- ◆ 子宫收缩、宫口扩张
- ◆ 胎先露下降
- ◆ 破膜与否
- ◆ 产妇的年龄、分娩史

分娩  
方式



# 护理措施

- ◆ 密切观察产妇情况：产程紧张、子宫收缩、宫口扩张等；
- ◆ 密切观察胎儿情况：胎心率；
- ◆ 改变体位；
- ◆ 心理支持；

# 软产道异常

## ◆ 阴道异常

- 阴道横膈：剖宫产或行X形切开
- 阴道纵膈：中间剪断
- 阴道狭窄：会阴切开/剖宫产
- 阴道尖锐湿疣：剖宫产

# 软产道异常

## ◆ 宫颈异常

- 宫颈外口粘合：分离/宫颈切开术
- 宫颈水肿：镇静剂/剖宫产
- 宫颈坚韧：镇静剂/剖宫产
- 宫颈瘢痕：剖宫产
- 子宫颈癌/肌瘤：剖宫产

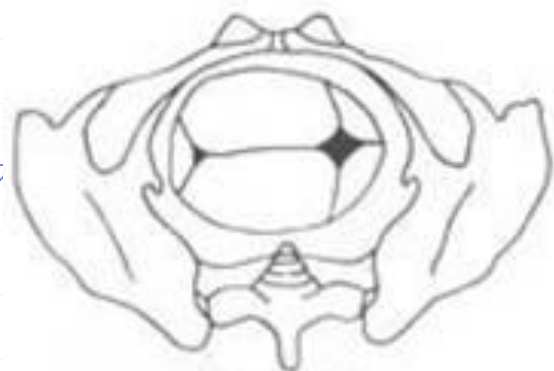
# 胎位异常

## ◆ 持续性枕后位、枕横位

- 分娩过程中，胎头枕部持续位于母体骨盆后方，于分娩后期仍不能向前旋转。
- 常见于骨盆异常、胎头俯屈不良等。

## ◆ 臀先露

- 臀围小，易导致头娩出困难



枕右横



枕左横

图1 持续性枕横位



(1) 枕左后位



(2) 枕右后位

图5 持续性枕后位

# 持续性枕后位、枕横位

## ◆ 临产后胎头衔接晚、俯屈不良

- 宫缩乏力、宫口扩张缓慢；
- 过早屏气，导致宫颈水肿和疲劳；
- 第二产程延长；

# 持续性枕后位、枕横位

## ◆ 腹部检查

- 胎背偏向母体后方或侧方；
- 胎心在脐下偏外侧最清楚；

# 持续性枕后位、枕横位

## ◆ 阴道检查

- 胎头矢状缝位于骨盆斜径上，前凶在骨盆右前/左前（枕后位）；
- 胎头矢状缝位于骨盆横径上，后凶在骨盆右/左侧（枕横位）；



# 持续性枕后位、枕横位

## ◆ 对产妇的影响

- 产程延长、手术助产、软产道损伤、产后出血及感染、生殖道瘘；

## ◆ 对胎儿的影响

- 胎儿窘迫、新生儿窒息；

# 持续性枕后位、枕横位

## ◆ 处理原则

- 第一产程：产妇取胎背对侧卧位、促进宫缩、不要过早屏气；
- 第二产程：协助胎头旋转、手术助产；
- 第三产程：预防产后出血、产后感染；

# 臀先露

## ◆ 分类

- 单臀先露；
- 完全臀先露
- 不完全臀先露



1.混合臀先露



2.单臀先露



3.单足先露



www.baby611.com

## 臀先露

# 臀先露

## ◆ 临床表现

- 分娩表现：宫缩乏力、宫口扩张缓慢、产程延长；
- 腹部检查：宫底部触及胎头、耻骨联合上触及胎臀、脐上胎心听的最清楚；
- 阴道检查：触及胎臀或足、膝；

# 臀先露

## ◆ 对产妇的影响

- 胎膜早破、产程延长、产后出血及感染、软产道撕裂；

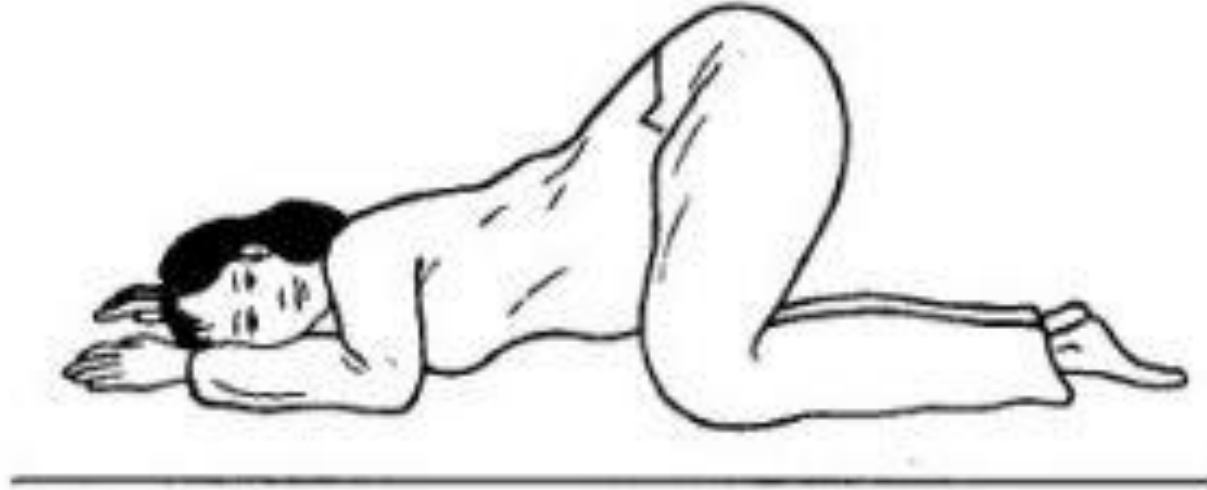
## ◆ 对胎儿的影响

- 脐带脱垂、胎儿窘迫、新生儿窒息、新生儿受伤、颅内出血；

# 臀先露

## ◆ 处理原则

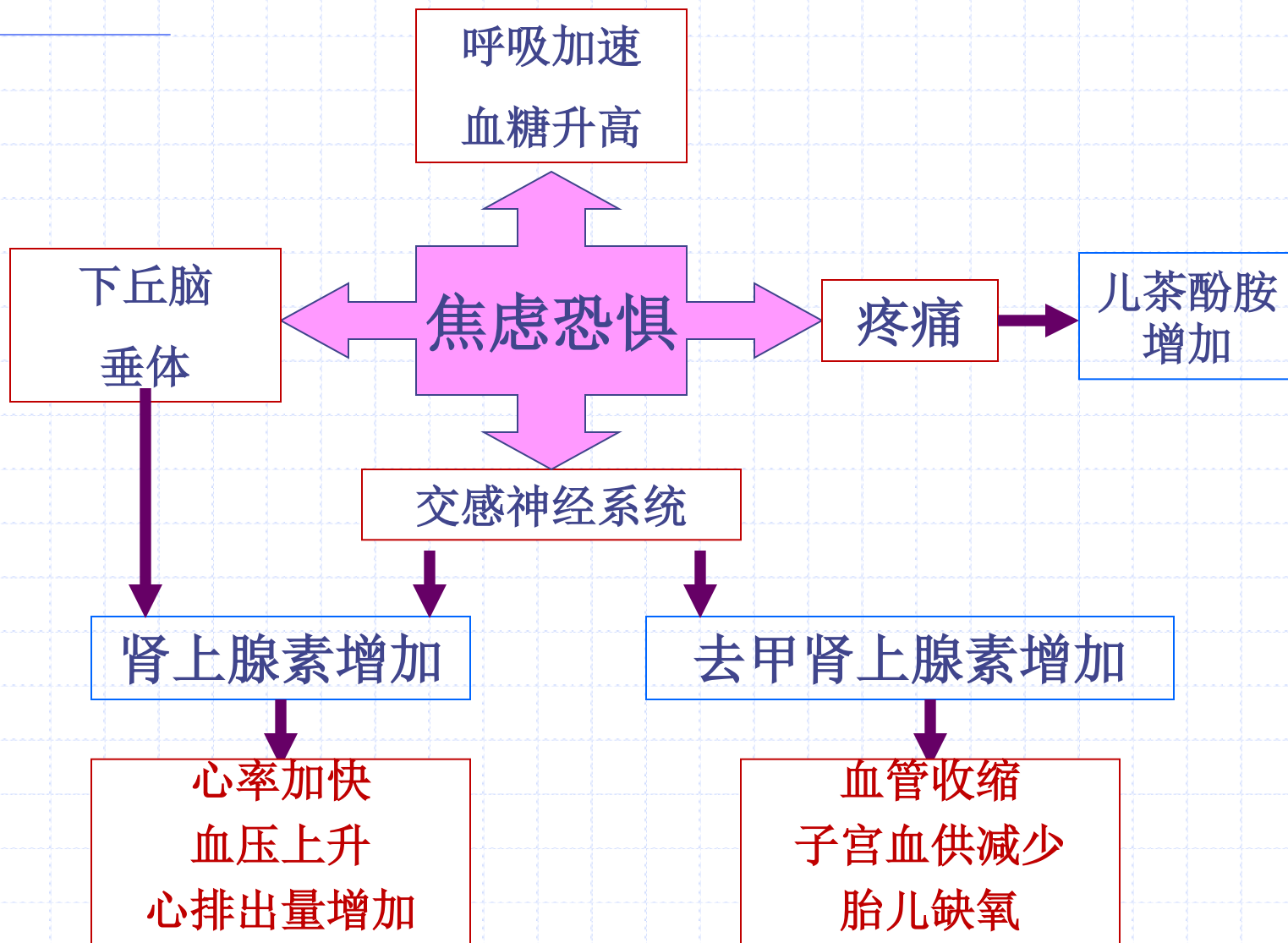
- 妊娠期：纠正胎方位，胸膝卧位、针灸至阴穴、外倒转术；
- 分娩期：需要进行分娩评估，确定分娩方式
  - ◆ 第一产程：避免胎膜早破；预防脐带脱垂；促进宫颈口开全；预防胎儿窘迫及子宫破裂；
  - ◆ 第二产程：臀位助产术，2~3分钟娩出胎头；
  - ◆ 第三产程：预防出血及感染；



**胸膝卧位**



# 分娩期焦虑与恐惧



# 护理措施

- ◆ 产前分娩指导
- ◆ 陪伴分娩
- ◆ 及时的沟通和交流
- ◆ 娴熟的助产技术
- ◆ 心理支持



**Thank you!**