

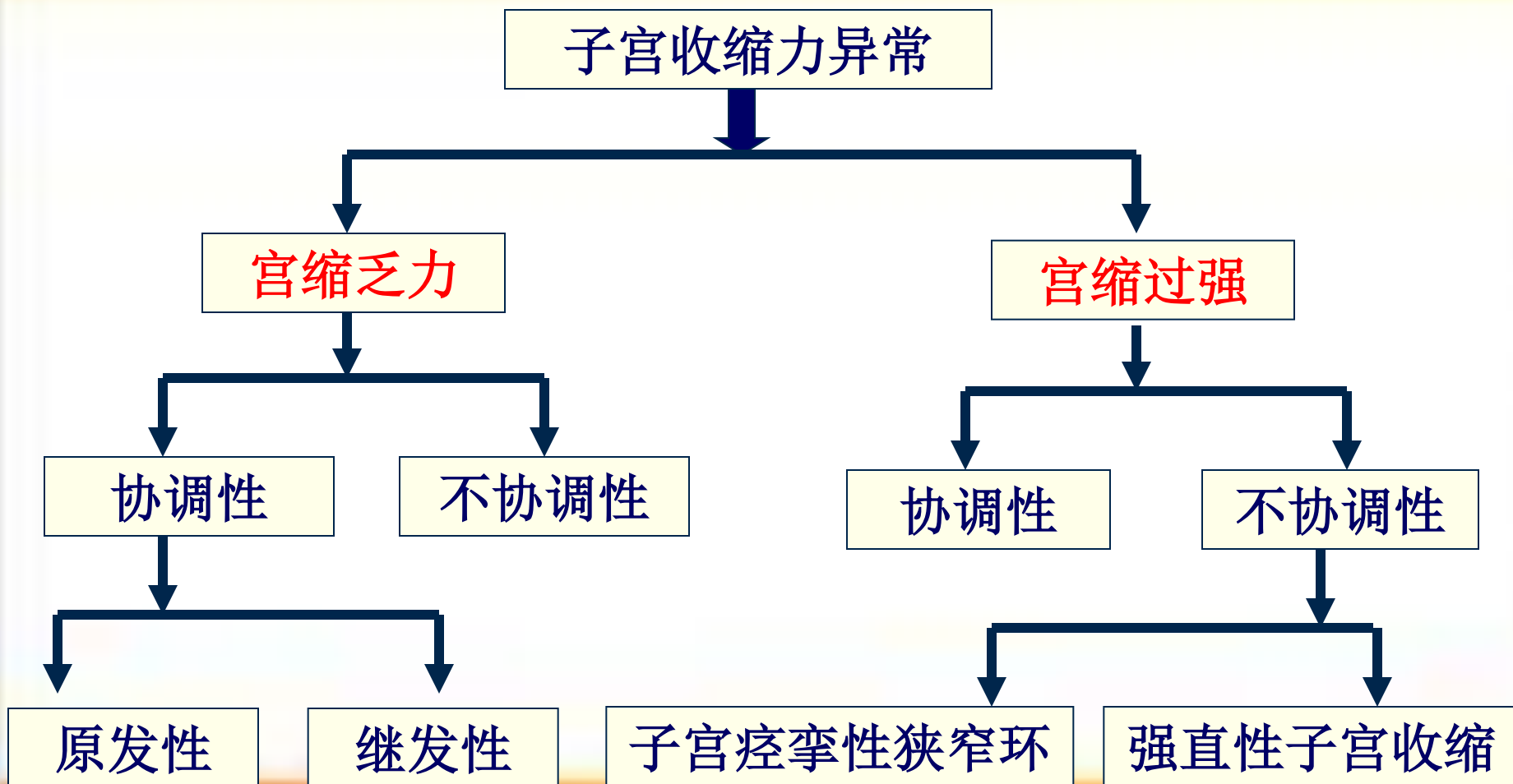
# 异常分娩妇女的护理

Abnormal labor

主讲：赵 纓

复旦大学护理学院

# 第一节 产力异常



# 子宫收缩乏力

(uterine inertia)

## ➤ 病 因

- 1、精神因素 → 原发性宫缩乏力
- 2、产道与胎儿因素 → 继发性宫缩乏力
- 3、子宫因素
- 4、内分泌失调
- 5、药物影响（大量镇静剂、麻醉剂）
- 6、其他：营养不良、膀胱直肠充盈等

## 2、不协调性（高张性）宫缩乏力

特点：极性倒置，节律不协调，间歇期不能完全放松

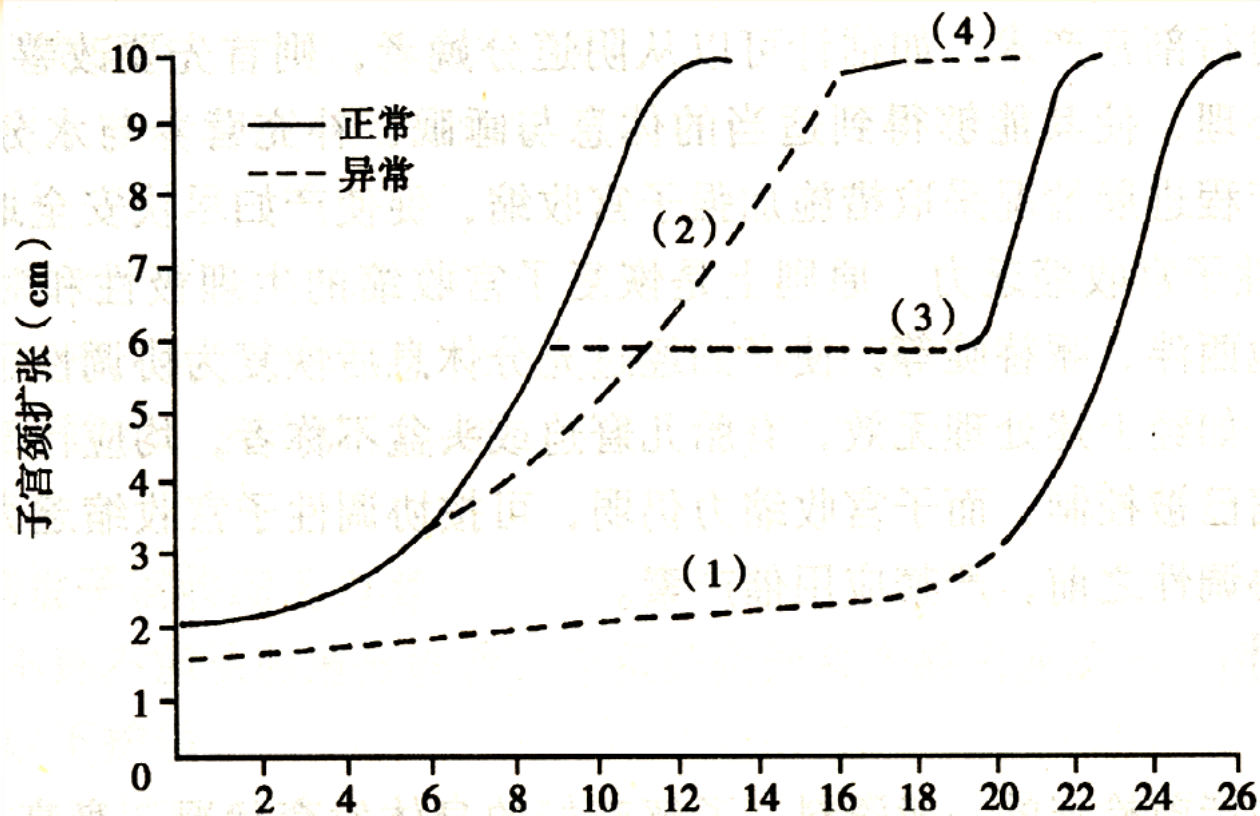
后果：无效宫缩

产妇持续性腹痛，拒按，产程进展缓慢或无进展

多属于原发性宫缩乏力

### 3、产程曲线异常

- (1) 潜伏期延长
- (2) 活跃期延长
- (3) 活跃期停滞
- (4) 第二产程延长
- (5) 第二产程停滞
- (6) 胎头下降延缓
- (7) 胎头下降停滞



总产程 > 24 小时，称为滞产 (prolonged labor)

## ►对母儿的影响

### (一) 对产妇的影响

- 1、体力损耗（脱水、酸中毒、肠胀气、尿潴留等）
- 2、产伤（膀胱阴道瘘或尿道阴道瘘）
- 3、产后出血
- 4、产后感染

### (二) 对胎儿、新生儿的影响

易发生胎儿窘迫、新生儿窒息，增加手术产机会

## ➤处理原则

### 1、协调性宫缩乏力

原则：针对病因处理

如头盆不称、胎位异常应及时行剖宫产

阴道分娩者，改善产妇全身状况，加强饮食，休息，  
促进宫缩

## 2、不协调性宫缩乏力

处理原则：调节宫缩，恢复子宫收缩极性和对称性

方法：给予镇静剂如杜冷丁100mg肌注

**在宫缩恢复协调性之前，严禁应用催产素**

如上述措施无效，有胎儿窘迫或头盆不称者应  
行剖宫产术



## ➤ 护理评估

(一) 病史

(二) 身心状况

(三) 诊断检查

1、体格检查

2、产程观察

3、实验室检查

手测或 胎儿监护仪监测宫缩

产程图

多普勒胎心听诊仪

#### 4、进行bishop宫颈成熟度评分

**Bishop宫颈评分**

参数	0	1	2	3
宫颈扩张 (cm)	0	1~2	2~4	5~6
宫颈增大 (%)	0~30	40~50	60~70	80
先露高度	-3	-2	-1, 0	+1, +2
宫颈硬度	硬	中	软	
宫颈位置	后	中	前	

## ► 护理措施

### (一) 协调性宫缩乏力者

#### 1、第一产程的护理

##### (1) 改善全身情况：

① 保证休息；过度疲劳或烦躁不安者可给镇静剂

一般给予安定10mg静脉注射或杜冷丁100mg肌注

② 补充营养、水分、电解质，纠正电解质紊乱

保证每日液体摄入量 $\geq 2500\text{ml}$ 。对不能进食者可经静脉补充营养，给予10%葡萄糖500ml内加维生素C2g  
伴有酸中毒时应补充5% $\text{NaHCO}_3$

③ 保持膀胱和直肠的空虚状态

## (2) 加强子宫收缩:

① 针刺穴位: 合谷、三阴交等

② 刺激乳头

③ 人工破膜

适应症: 宫颈扩张 $\geq 3\text{cm}$ ,  
无头盆不称, 胎头已衔接者;  
应在宫缩间歇期进行

## ④ 催产素静脉滴注

★★ 先将5%葡萄糖液500ml静滴，调节滴速至8-10滴/分，  
然后再加入 2.5-5U的催产素，摇匀

专人监护

根据宫缩的强弱进行调节，通常不超过40滴/分

每隔15分钟观察宫缩、听胎心、测血压并记录

如宫缩持续1分钟以上或胎心率有变化，应立即停止滴注

如发现血压升高，应减慢滴速

### (3) 剖宫产术的准备

#### 2、第二产程的护理

做好阴道助产和抢救新生儿的准备

### 3、第三产程的护理

预防产后出血及感染：

★当胎儿前肩娩出时，给予麦角新碱 0.2mg或催产素10u肌注

按医嘱应用抗生素预防感染

注意及时产后保暖



## (二) 不协调性宫缩乏力者

- 1、按医嘱给予杜冷丁或吗啡，保证休息
- 2、解释疼痛的原因并予以减轻疼痛的指导
- 3、如不能恢复协调性或伴胎儿窘迫等，应及时通知医生，做好剖宫产和抢救新生儿的准备

## (三) 提供心理支持，减少焦虑与恐惧

### ➤原因

- 1、经产妇多见，软产道阻力小
- 2、催产素使用不当，胎盘早剥
- 3、过度紧张、产程延长及粗暴的宫腔内操作

## ➤ 临床表现

### 1、协调性宫缩过强

正常的节律性、对称性和极性

宫缩过强、过频

总产程 < 3 小时，即急产

产妇痛苦面容，易致产道损伤、胎儿缺氧

## 2、不协调性宫缩过强

### (1) 强直性子宫收缩:

产妇持续性腹痛、烦躁不安

胎方位触诊不清，胎心音不清

有时可见病理性缩复环、血尿

## (2) 子宫痉挛性狭窄环

特点：子宫局部平滑肌痉挛性收缩形成

常见于子宫上下段交界处及胎体狭窄部

表现：产妇持续性腹痛，烦躁，产程停滞等

区别于病理缩复环：

不随宫缩上升，阴道检查可触及狭窄环

## ►对母儿的影响

### 1、对母体的影响

宫颈、阴道及会阴撕裂伤

产褥感染，产妇衰竭

### 2、对胎儿及新生儿的影响

易发生窘迫、窒息，颅内出血，感染、骨折外伤

## ►处理原则

- 1、有急产史者，预产期前1-2周提前住院待产
- 2、产兆开始即应做好接生及抢救新生儿窒息的准备工作  
胎儿娩出时勿使产妇向下屏气
- 3、新生儿应肌注维生素K<sub>1</sub>预防颅内出血，并尽早肌注破伤风抗毒素1500U和抗生素预防感染

#### 4、强直性子宫收缩

及时给予宫缩抑制剂：**25%硫酸镁20ml+5%gs 20ml**缓慢静推，再**25%硫酸镁20ml+5% gs 500ml**静滴。1g/小时。

肾上腺素1mg加入5%gs 250ml静脉滴注



## 5、子宫痉挛性狭窄环

- (1) 寻找病因，及时纠正
- (2) 停止一切刺激，如禁止阴道内操作，停用催产素
- (3) 给予镇静剂，哌替啶或吗啡解除痉挛
- (4) 静推25%硫酸镁，或乙醚吸入，使环松解
- (5) 如治疗不缓解，胎儿出现窘迫，可考虑及时剖宫产

## ➤ 护理评估

(一) 病史

(二) 身心状况

(三) 诊断检查

1、一般体格检查

2、产科检查

## ➤可能的护理诊断

疼痛：与过频过强的子宫收缩有关

焦虑：与担心自身与胎儿安危有关

潜在并发症：子宫破裂

## ► 护理措施

### 1、预防宫缩过强对母儿的损伤

- (1) 急产史者提前住院待产
- (2) 加强巡视，一旦发生产兆，左侧卧位休息
- (3) 提供缓解疼痛、减轻焦虑的支持性措施
- (4) 密切观察产妇状况，及时提供相应护理

## 2、密切观察宫缩与产程进展

急产者，提早做好接生及抢救新生儿准备

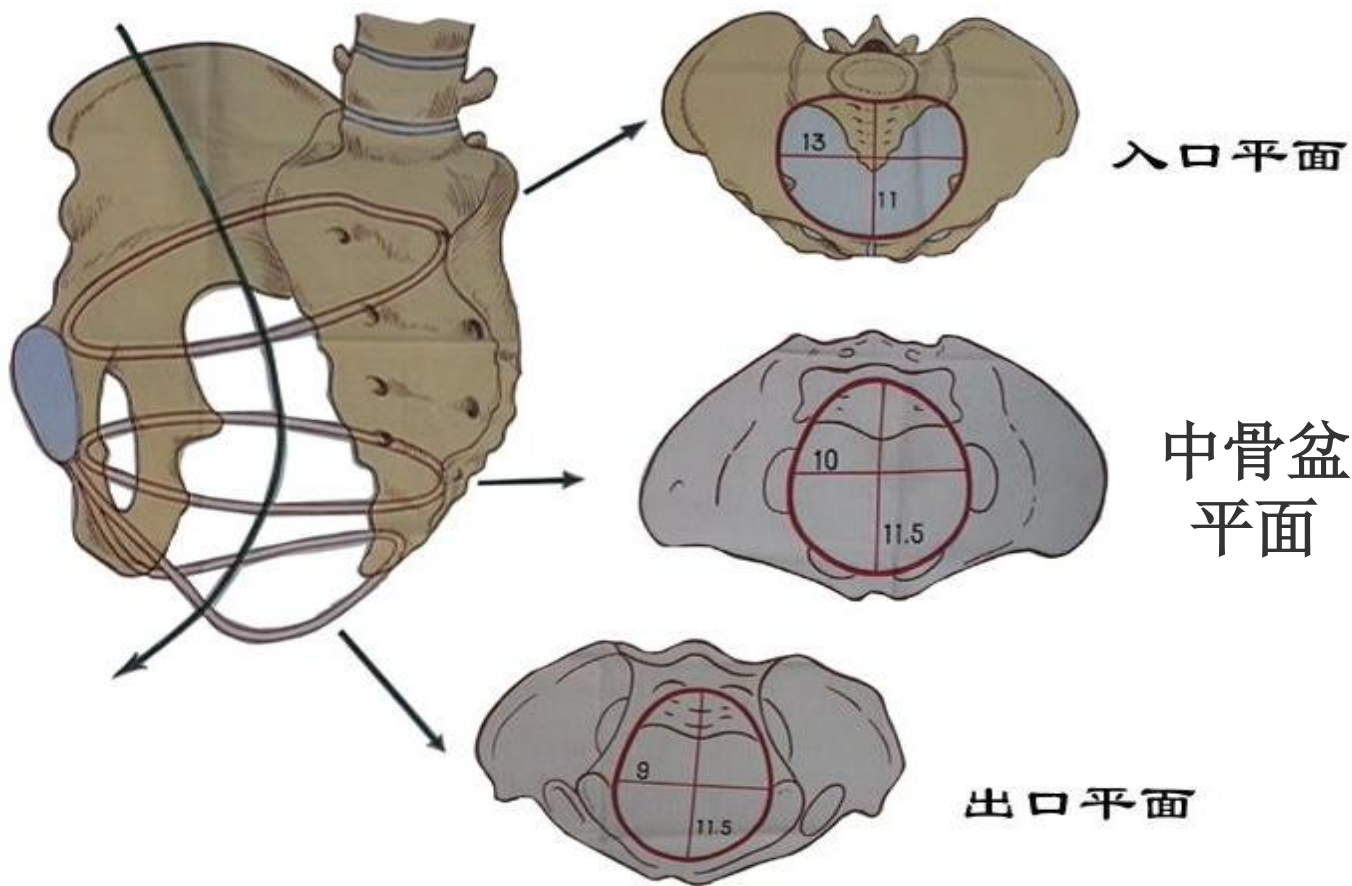
## 3、分娩期及新生儿的处理

分娩时会阴侧切；新生儿肌注维生素K<sub>1</sub>

## 4、作好产后护理

## 第二节 产道异常

### 骨盆腔三个平面及骨盆轴



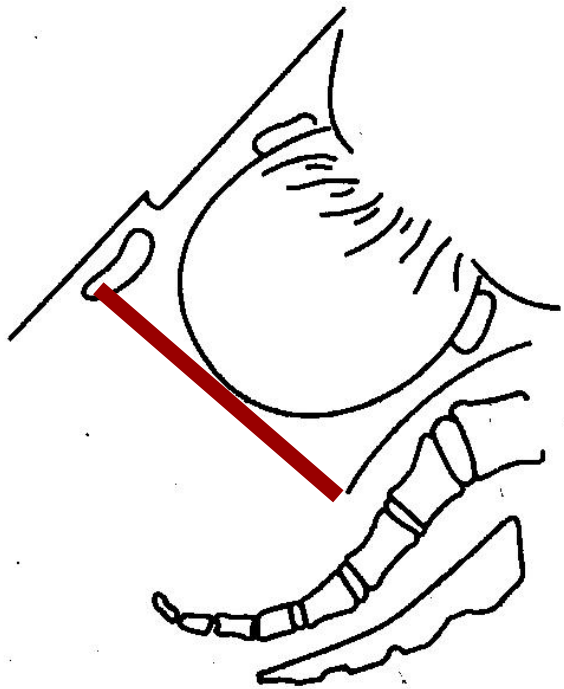
## [骨产道异常及临床表现]

### (一) 骨盆入口平面狭窄

特点：骶耻外径 $<18\text{cm}$ ，骨盆入口前后径 $<10\text{cm}$ ，

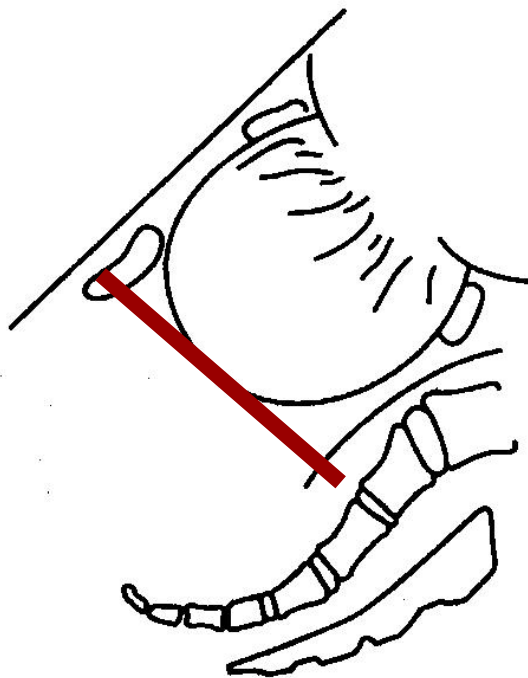
对角径 $<11.5\text{cm}$ 。跨耻征检查阳性。

常见于“扁平骨盆”（flat pelvis）



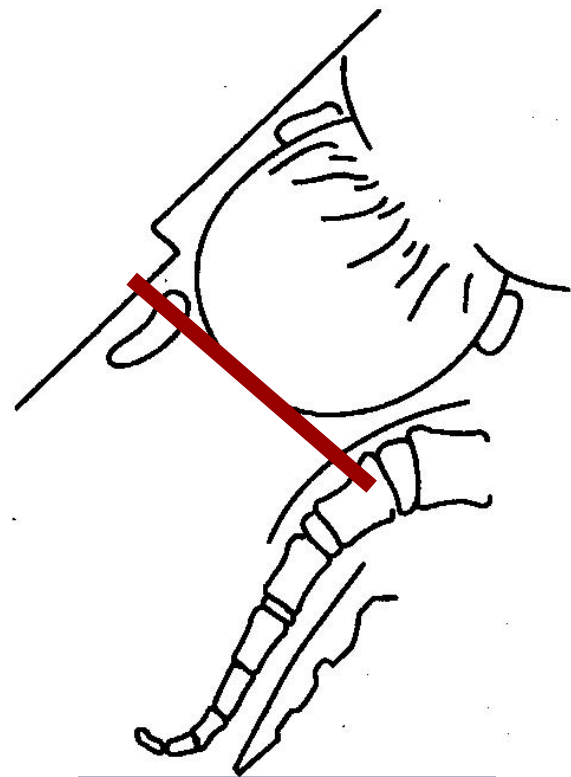
跨耻征阴性

头盆相称



跨耻征可疑阳性

头盆可能不称



跨耻征阳性

头盆不称



## (二) 中骨盆及骨盆出口平面狭窄

特点：坐骨棘间径  $< 10\text{cm}$ 、坐骨结节间径  $< 8\text{cm}$ ，

耻骨弓  $< 90^\circ$  ，

坐骨结节间径+出口后矢状径之和  $< 15\text{cm}$ 。

常见于“漏斗骨盆”（funnel shaped pelvis）

### (三) 骨盆三个平面均狭窄

特点：每个平面径线均小于正常值2cm或更多。

又称“**均小骨盆**” (generally contracted pelvis)

## [软产道异常及临床表现]

1、外阴异常

2、阴道异常（阴道纵膈、横膈）

3、宫颈异常

## ◀ 骨盆狭窄对母儿的影响及处理原则

### (一) 骨盆入口平面狭窄

影响衔接——易发生胎位异常——继发性宫缩乏力  
——产程延长或停滞

梗阻性难产——病理性缩复环——子宫破裂

处理：轻度头盆不称，应在严密监护下试产

## (二) 中骨盆平面狭窄

影响内旋转和俯屈——易发生持续性枕横位或枕后位  
——生殖道瘘、感染、子宫破裂

处理：考虑行阴道助产或剖宫产

## (三) 骨盆三个平面均狭窄

如估计胎儿不大，头盆相称，可以试产

#### (四) 对胎儿及新生儿的影响

- 1、胎位异常，胎膜早破，胎儿窘迫
- 2、颅内出血
- 3、产伤，感染，围生儿死亡率增加

## [处理原则]

- 1、明确狭窄骨盆的类别和程度，了解胎位、胎儿大小、胎心、宫缩强弱等选择合理的分娩方式
- 2、软产道异常应根据病变程度及对分娩的影响，选择局部手术治疗处理或行剖宫产

## [护理评估]

(一) 病史

(二) 身心状况

(三) 诊断检查

1、一般检查

2、腹部检查

3、骨盆测量

4、B超检查

测宫底高度和腹围

胎位检查

胎头跨耻征检查



## [可能的护理诊断]

有感染的危险：与胎膜早破、产程延长、手术操作有关

有新生儿窒息的危险：与产道异常、产程延长有关

潜在并发症：子宫破裂、胎儿窘迫

## [护理措施]

### (一) 产程处理过程的护理

- 1、明显头盆不称者，按医嘱做好剖宫产术前准备与护理
- 2、有轻度头盆不称，严密监护下试产

试产中的护理要点：

#### (1) 专人守护，保证良好的产力

少肛查，禁灌肠

试产过程一般不用镇静、镇痛药

(2) 密切观察胎儿情况及产程进展:

勤听胎心音, 必要时阴道检查, 预防脐带脱垂

(3) 注意子宫破裂的先兆, 发现异常时, 立即停止试产

### 3、中骨盆狭窄者

阴道助产术, 抢救新生儿准备

## 4、骨盆出口狭窄

不宜试产

(二) 心理护理

(三) 预防产后出血和感染

(四) 新生儿护理

### 第三节 胎位及胎儿发育异常

[胎位异常及临床表现]

◀ 持续性枕后位、枕横位（**persistent occipito posterior position**）

原因：多见于中骨盆狭窄、漏斗骨盆

临床表现

- 1、产程延长
- 2、产妇自觉肛门坠胀及排便感
- 3、易疲劳，宫颈水肿

## ◀ 臀先露(breech presentation)

### (一) 临床分类

- 1、单臀先露
- 2、完全臀先露或混合臀先露
- 3、不完全臀先露



最多见



## (二) 临床表现

- 1、孕妇常感肋下有圆而硬的胎头
- 2、宫缩乏力、产程延长
- 3、肛门检查及阴道检查

## [胎儿发育异常及临床表现]

### 1、巨大儿（fetal macrosomia）

定义：体重达到或超过4000g的胎儿

原因：孕妇患轻型糖尿病；过期妊娠

临床表现：子宫增大较快，孕妇呼吸困难  
易引起头盆不称、软产道损伤



## 2、胎儿畸形

(1) 脑积水 (**hydrocephalus**)

(2) 其他：联体儿

## [对母儿的影响]

### (一) 对母体影响

- 1、易发生产褥感染、产后出血、软产道损伤
- 2、形成生殖道瘘
- 3、易造成宫颈撕裂

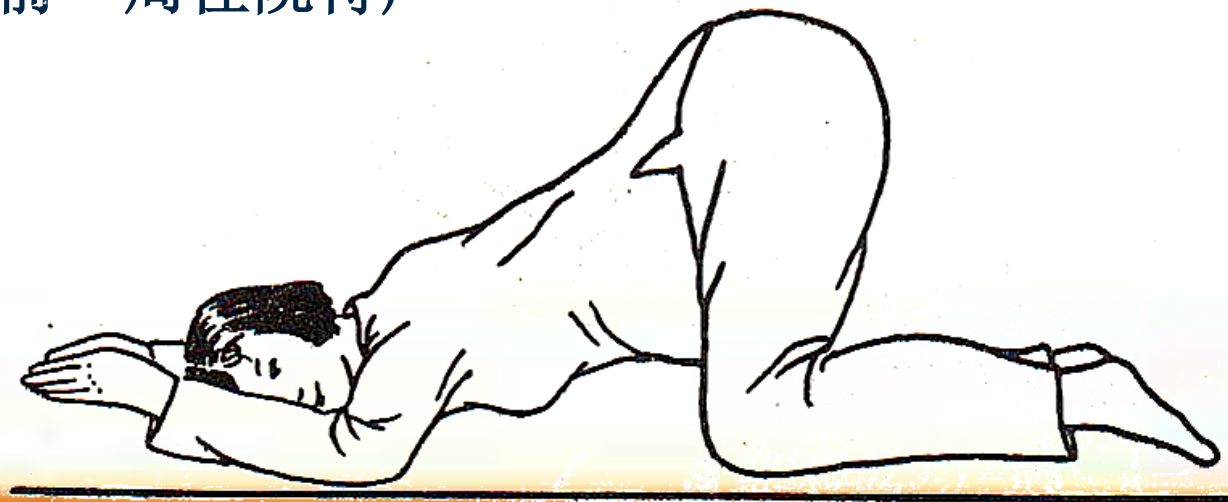
### (二) 对胎儿、新生儿的影响

- 1、胎膜早破、胎儿窘迫、窒息，甚至死亡
- 2、臀位——窒息或臂丛神经损伤、颅内出血

## [处理原则]

### (一) 临产前

- 1、胎位异常者，定期产前检查，妊娠30周后应予以矫治  
如失败，提前一周住院待产



## 2、胎儿发育异常

(1) 定期产前检查

(2) 糖尿病孕妇应积极治疗

(3) 于36周后根据胎儿成熟度、胎盘功能及血糖控制情况择期引产或剖宫产

(4) 一旦确诊畸形儿，及时终止妊娠

## (二) 临产后

原则：对产妇及胎儿的损伤最少

### [护理评估]

(一) 病史

(二) 身心状况

(三) 诊断检查

腹部检查

肛门检查或阴道检查

**B超检查**

实验室检查

## [可能的护理诊断]

有感染的危险：与胎膜早破、产程延长有关

有新生儿窒息的危险：与分娩因素异常有关

恐惧：与难产及胎儿发育异常有关

## [护理措施]

1、有明显头盆不称等，做好剖宫产术前准备

2、选择阴道分娩的产妇应作好如下护理：

(1) 保证营养，维持水电解质平衡；指导产妇正确使用腹压

(2) 防止胎膜早破

(3) 协助医师做好阴道助产及新生儿抢救的物品准备

3、心理护理

# 小 结

- 熟悉宫缩乏力和宫缩过强的原因
- 掌握产力异常的临床表现及处理原则
- 掌握催产素的使用方法
- 熟悉狭窄骨盆的分类
- 了解胎位及胎儿发育异常的临床表现，处理原则