



中等职业教育护理专业“双元”新形态教材

妇 产 科 护 理

F U C H A N K E H U L I

 主编：廖红伍 唐桂丹





妇产科护理



第九章 异常分娩妇女的护理

YI CHANG FEN MIAN FU NV
DE HU LI



目录

> 第一节 产力异常

> 第二节 产道异常

> 第三节 胎儿异常

学习目标

知识目标 1. 掌握产力异常、产道异常的分类和临床表现；产力异常、产道异常妇女的护理要点；掌握产程异常的临床表现。

2. 熟悉人工破膜的要点、骨盆三个平面狭窄的分级。

3. 了解胎位异常的类型、常见的临床表现及护理要点。

能力目标 能运用所学知识对异常分娩不同类型的妇女进行护理及健康教育异常分娩进行早期识别、采取护理措施及医护合作。

素质目标 1. 具有较强的责任心，工作、沟通耐心细致，关注产妇应对异常产程时的情绪变化，及时给予疏导。

2. 尊重产妇的主观感受，及时帮助解决其不适的症状。

3. 护理操作中动作应轻柔，操作前获得知情同意，提供人文关怀照护。

影响产妇分娩的主要因素包括产力、产道、胎儿及社会心理因素。这些因素在分娩过程中相互影响，其中任何一个或一个以上因素发生异常，或几个因素间不能相互协调、适应，而使分娩进程受到阻碍，称为异常分娩(abnormal labor)，又称难产(dystocia)。护士应正确地认识影响分娩的因素，及时发现和处理异常分娩，获得产妇配合，维护母婴安全。

案例

某女士，33岁，G2P1，孕39周，因见红伴有规律宫缩3 h入院。入院检查提示：胎方位枕左前；先露已衔接；胎膜未破；胎心音145次/min；查体宫口开1 cm。规律宫缩15 h后，检查宫口开大3 cm。4 h后再次检查：宫口开大仍为3 cm，宫缩持续30 s，间歇10-15 min/次，胎心音148次/min，宫缩高峰时子宫没有隆起，按压时有凹陷，无明显头盆不称。产妇精神差，入睡困难。

工作任务 针对该产妇的产程进展情况，对产妇采取护理措施。

第一节 产力异常

产力是分娩的动力，包括子宫收缩力、腹肌及膈肌收缩力和肛提肌收缩力，其中以子宫收缩力为主，子宫收缩力贯穿于分娩过程的始终。有效的产力能使宫口扩张，胎先露下降，产程不断进展。相反，如产力无效或受到来自胎儿、产道和/或精神心理因素的影响会出现产力异常。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、频率有异常，称为子宫收缩力异常(abnormal uterine action)，简称产力异常。



子宫收缩力异常的分类

一、子宫收缩乏力

【病因】

1. 头盆不称或胎位异常
2. 宫肌源性因素
3. 精神因素
4. 内分泌失调
5. 药物影响

【临床表现】



【临床表现】

1. 协调性子宫收缩乏力

又称低张性子宫收缩乏力(hypotonic uterine inertia),是指子宫收缩具有正常的节律性、对称性和极性,但收缩力弱,宫腔压力低于180Montevideo单位,宫缩<2次/10min,持续时间短,间歇期较长。

(1) **原发性宫缩乏力**:指产程开始即出现子宫收缩乏力,宫口不能如期扩张,胎先露不能如期下降,致产程延长。

(2) **继发性宫缩乏力**:指产程开始时子宫正常,在产程进行到某阶段(多在活跃期后期或第二产程)减弱。

【临床表现】

2. 不协调性子宫收缩乏力

又称高张性子宫收缩乏力(hypertonic uterine inertia), 多见于初产妇, 临床表现为**子宫收缩失去正常的节律性、对称性和极性**, 宫缩的兴奋点来自子宫下段处或多处, 节律不协调, 高频率的子宫收缩波自下而上扩散, 不能产生向下的合力, 致使宫缩时子宫底部较子宫下段弱, 宫缩间歇期子宫不能很好地松弛, 表现为子宫收缩不协调。

【临床表现】

3. 产程异常

产程进展的标志是宫口扩张和胎先露部下降。

(1) 潜伏期延长：从临产规律宫缩开始至活跃期起点6cm称为潜伏期。**初产妇>20h、经产妇>14h称为潜伏期延长。**

(2) 活跃期异常：包括活跃期延长、活跃期停滞。

1) 活跃期延长：从活跃期起点6cm至宫颈口开全称为活跃期。
活跃期**宫颈口扩张速度<0.5cm/h称为活跃期延长。**

2) 活跃期停滞：当破膜且宫颈口扩张6cm后，若宫缩正常，宫颈口停止扩张4h；**若宫缩欠佳，宫颈口停止扩张6h称为活跃期停滞。**

【临床表现】

3. 产程异常

(3) 第二产程异常

1) 胎头下降延缓：第二产程初产妇胎头下降速度 $< 1 \text{ cm/h}$ ，经产妇 $< 2 \text{ cm/h}$ ，称为胎头下降延缓。

2) 胎头下降停滞：第二产程胎头先露停留在原处不下降 $> 1 \text{ h}$ ，称为胎头下降停滞。

3) 第二产程延长：初产妇 $> 3 \text{ h}$ ，经产妇 $> 2 \text{ h}$ （硬膜外麻醉镇痛分娩时，初产妇 $> 4 \text{ h}$ ，经产妇 $> 3 \text{ h}$ ），产程无进展（胎头下降和旋转），称为第二产程延长。

【护理评估】

1. 健康史
2. 身体状况 (Bishop宫颈成熟度评分法)
3. 心理-社会状况
4. 诊断要点
5. 治疗要点

【护理评估】

2. 身体状况 (Bishop宫颈成熟度评分法)

指标	分数			
	0	1	2	3
宫口开大/cm	0	1~2	3~4	≥5
宫颈管消退 / % (未消退为3cm)	0~30	40~50	60~70	≥80
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	

【护理评估】

4. 诊断要点

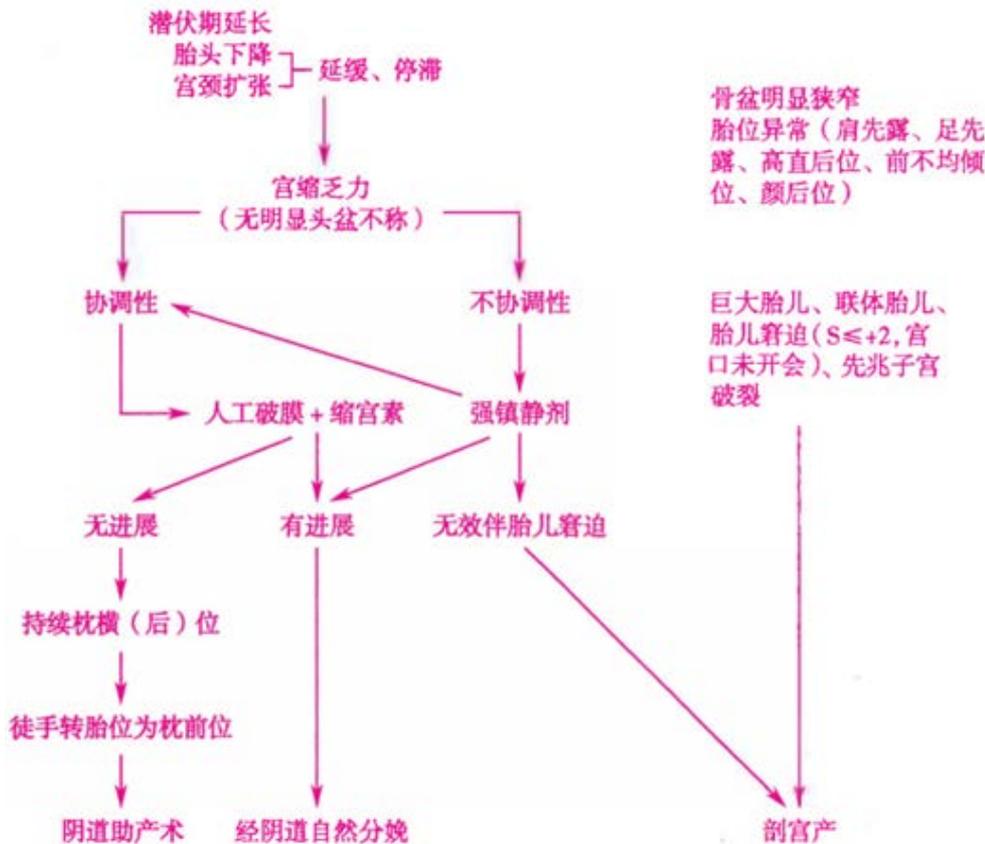
(1) 用手触摸产妇腹部，监测宫缩的节律性、对称性、极性、强度及频率的变化，初步判断宫缩乏力是协调性还是不协调性，再结合产妇临床表现以及宫口开大、先露下降情况，了解产程进展，对产程异常者及时查找原因，并进行进一步诊断，积极处理。

(2) 多普勒胎心听诊仪监测可及时发现胎心率减慢、过快或心律不齐。

【护理评估】

5. 治疗要点

异常分娩处理示意图



【常见护理诊断】

1. 焦虑与担心母儿的安危有关。
2. 有体液不足的危险 与产程延长、孕妇体力消耗、过度疲乏影响摄入有关。

【护理目标】

1. 产妇情绪稳定，安全度过分娩期。
2. 产妇水、电解质达到平衡。

【护理措施】

1. 协调性子宫收缩乏力

无论是原发性还是继发性宫缩乏力，首先应寻找原因，检查有无头盆不称或胎位异常，阴道检查了解宫颈扩张和胎先露下降情况。若发现有头盆不称、胎位异常及骨盆狭窄等，估计不能经阴道分娩者，应及时做好剖宫产术前准备。估计可经阴道分娩者，应做好以下护理：

(1) 第一产程的护理

- 1) 改善全身情况。
- 2) 加强子宫收缩。
- 3) 剖宫产术前准备。

(2) 第二产程的护理

【护理措施】

1. 协调性子宫收缩乏力

(1) 第一产程的护理

1) 改善全身情况：①保证休息，心理疏导。②补充营养、水分、电解质，同时注意纠正产妇电解质紊乱状态。③开展陪伴分娩。④保持膀胱和直肠处于空虚状态。

2) 加强子宫收缩：①人工破膜②缩宫素静脉滴注③针刺穴位④刺激乳头：可加强宫缩。⑤地西洋静脉推注

3) 剖宫产术前准备：若经上述处理，试产2~4h产程仍无进展，甚至出现胎儿宫内窘迫、产妇体力衰竭等情况时，应立即做好剖宫产术前准备。

【护理措施】

1. 协调性子宫收缩乏力

(2) **第二产程的护理**：应做好阴道助产和抢救新生儿的准备，密切观察胎心、宫缩与胎先露下降情况。

(3) **第三产程的护理**：预防产后出血及感染。遵医嘱于胎肩娩出后可立即将缩宫素10~20 U加入25%葡萄糖20 ml内静脉推注，加强子宫收缩，预防产后出血。凡破膜时间超过12 h、总产程超过24 h、多次行肛查或阴道助产操作者，应用抗生素预防感染。

【护理措施】

2. 不协调性宫缩乏力

处理原则是调节子宫收缩，恢复正常节律性和极性。医护人员要关心产妇。遵医嘱给予哌替啶100 mg或吗啡10 mg肌肉注射，确保产妇充分休息。充分休息后不协调性宫缩多能恢复为协调性子宫收缩，若此时宫缩仍较弱时，按协调性宫缩乏力处理。在协调性宫缩恢复之前，严禁应用缩宫剂。

【护理措施】

3. 提供心理支持，减少焦虑与恐惧

产妇的心理状态是影响子宫收缩的重要因素，必须重视评估产妇的心理状况，及时给予解释和支持，防止精神紧张。

【护理评价】

通过治疗与护理，产妇是否：

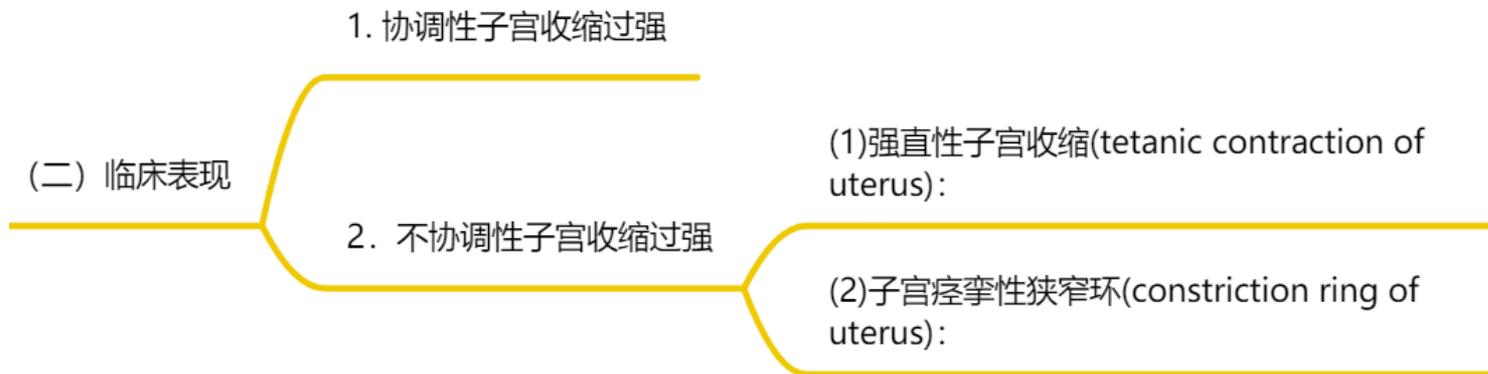
- (一) 能客观应对分娩过程，焦虑情绪明显缓解。
- (二) 水、电解质紊乱得到纠正。

二、子宫收缩过强

【病因】

目前尚不十分明确，与产妇精神过度紧张、产程延长、极度疲劳、缩宫剂应用不当及或被粗暴地实施阴道内操作等因素有关。

【临床表现】



【临床表现】

1. 协调性子宫收缩过强

是指子宫收缩的节律性、对称性和极性均正常，仅**子宫收缩力过强（宫腔压力60 mmHg）、过频（10 min内宫缩大于5次）**。若产道无阻力、无头盆不称及胎位异常情况，往往产程进展很快，分娩在短时间内结束，造成急产(precipitate delivery)，即初产妇总产程小于3 h。

若存在**产道梗阻或瘢痕子宫**，宫缩过强可能出现病理性缩复环，甚至子宫破裂。产妇往往有痛苦面容，大声叫喊。宫缩过强、过频易致产道损伤、胎儿缺氧、胎死宫内或新生儿外伤等。

【临床表现】

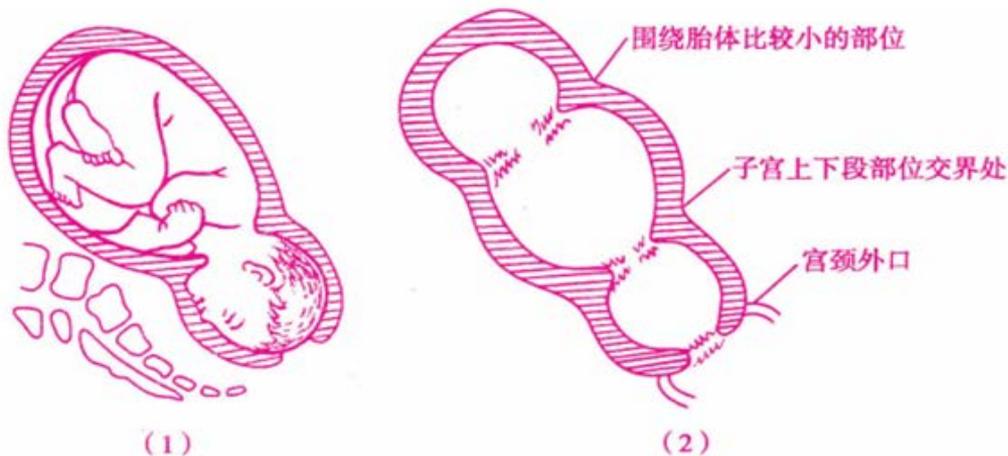
2. 不协调性子宫收缩过强

(1) 强直性子宫收缩(tetanic contraction of uterus): 其特点是子宫强烈收缩, 失去节律性, 宫缩无间歇。常见于缩宫药物使用不当时, 如缩宫素静滴剂量过大、肌肉注射缩宫素或米索前列醇引产等。

(2) 子宫痉挛性狭窄环(constriction ring of uterus): 子宫局部平滑肌呈痉挛性不协调性收缩形成的环状狭窄, 持续不放松, 称为子宫痉挛性狭窄环。狭窄环在子宫上下段交界处, 也可在胎体某一狭窄部, 以胎颈、胎腰处多见(图9-3)。

【临床表现】

2. 不协调性子宫收缩过强，狭窄环在子宫上下段交界处，也可在胎体某一狭窄部，以胎颈、胎腰处多见。



子宫痉挛狭窄环

(1) 狭窄环围绕胎颈； (2) 狭窄环容易发生的部位

【护理评估】

1. 健康史
2. 身体状况
3. 心理社会状况
4. 诊断要点
5. 治疗要点

【常见护理诊断 / 问题】

1. 急性疼痛 与过频过强子宫收缩有关。
2. 焦虑 与担心自身及胎儿安危有关。

【护理目标】

1. 分娩过程中能应用减轻疼痛的常用技巧。
2. 产妇能描述自己的焦虑和应对方法。

【护理措施】

1. 分娩前护理

有急产或异常分娩史的孕妇在预产期前1~2周不宜外出，以免发生意外，宜提前2周住院待产，以防院外分娩，造成损伤和意外。经常巡视住院的待产妇，反复告知勿远离病房。应卧床休息，最好左侧卧位。

2. 分娩期护理

密切观察产程进展及产妇状况，发现异常及时通知医师并配合处理。为产妇提供缓解疼痛、减轻焦虑的支持性措施。鼓励产妇做深呼吸，为其背部按摩，嘱其不要向下屏气，以减慢分娩进程。

3. 产后护理

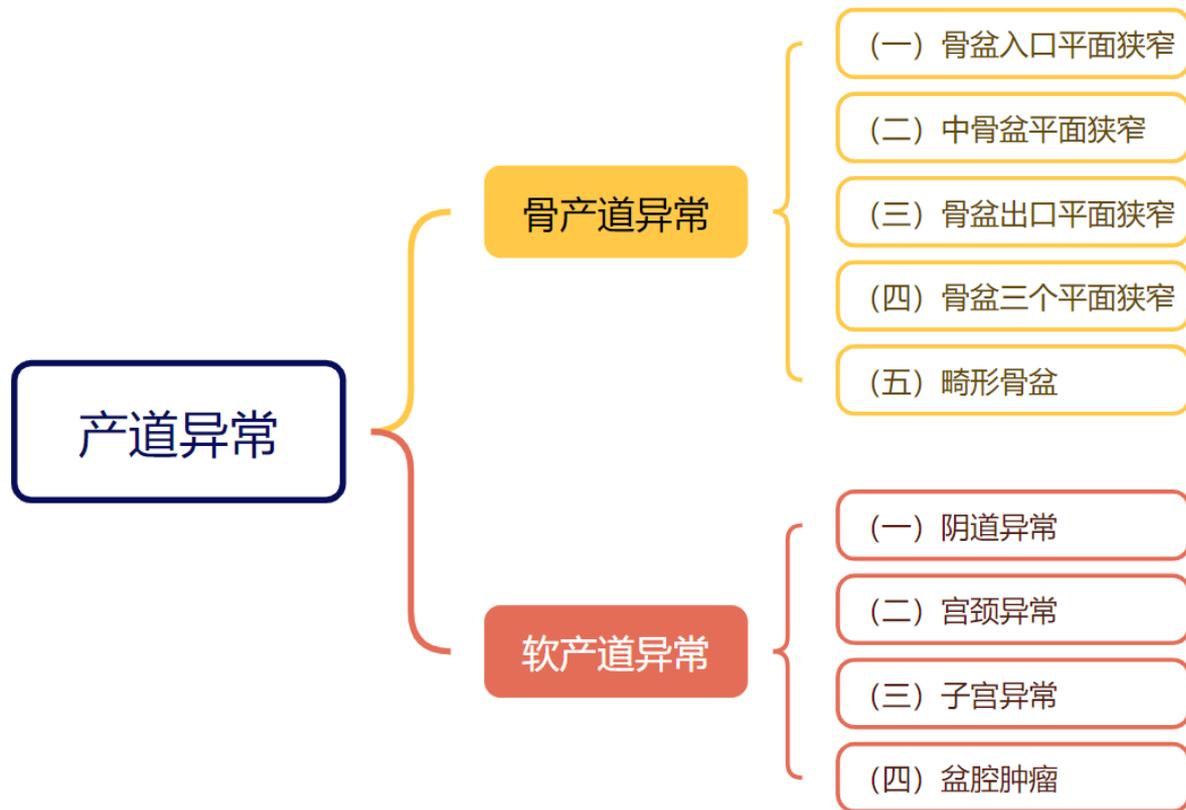
【护理评价】

通过治疗与护理，产妇是否：

1. 能应用减轻疼痛的技巧，舒适感增加。
2. 能正确面对分娩结果，身心健康。

第二节 产道异常

产道包括骨产道（骨盆腔）及软产道（子宫、宫颈、阴道及盆底软组织），是胎儿娩出的通道。产道异常包括骨产道异常及软产道异常，临床上以骨产道异常多见，可使胎儿娩出受阻。由于骨盆径线过短或形态异常，致使骨盆腔小于胎先露可通过的限度，阻碍胎先露下降，影响产程顺利进展，称为狭窄骨盆(contractured pelvis)。



狭窄骨盆可以为一个径线过短或多个径线过短，也可以一个平面狭窄或多个平面狭窄，骨盆三个平面狭窄可分为临界性、相对性和绝对性（表 9-2），临床上需要综合分析，做出判断。

分级	入口平面狭窄对 角径	中骨盆平面狭窄 坐骨棘间径	出口平面狭窄		
			坐骨棘间径+中骨 盆后矢状径	坐骨结节间径	坐骨结节间径+出 口后矢状径
I级(临界性)	11.5 cm	10 cm	13.5 cm	7.5 cm	15.0 cm
II级(临界性)	10.0~11.0 cm	8.5~9.5 cm	12.0~13.0 cm	6.0~7.0 cm	12.0~14.0 cm
III级(临界性)	≤9.5cm	≤8.0 cm	≤11.5 cm	≤5.5 cm	≤11.0 cm

【骨产道异常及临床表现】

(一) 骨盆入口平面狭窄

骨盆入口平面狭窄(contractured pelvic inlet)在扁平骨盆中最常见,以骨盆入口平面前后径狭窄为主,其形态呈横扁圆形。扁平型骨盆常见有单纯扁平骨盆(图9-4)和佝偻病性扁平骨盆(图9-5)两种。



图 9-4 单纯扁平骨盆



图 9-5 佝偻病性扁平骨盆

【骨产道异常及临床表现】

(二) 中骨盆平面狭窄

中骨盆平面狭窄(contracted midpelvis)较入口平面狭窄更常见, 主要见于男性骨盆及类人猿型骨盆, 以坐骨棘间径及中骨盆后矢状径狭窄为主。

临产后先露入盆不困难, 胎头能正常衔接, 但胎头下降至中骨盆时, 由于内旋转受阻, 胎头双顶径被阻于中骨盆狭窄部位以上, 常出现持续性枕横位或枕后位(图9-6)。

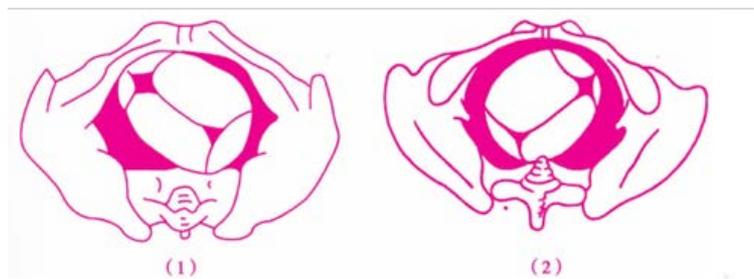


图9-6 持续性枕后位 38
(1) 枕左后位; (2) 枕右后位

(三) 骨盆出口平面狭窄

骨盆出口平面狭窄(contractured pelvic outlet)常与中骨盆平面狭窄相伴行,主要见于男型骨盆,以坐骨结节间径及骨盆出口后矢状径狭窄为主。骨盆出口狭窄的程度可分为3级(见表9-2)。

分级	入口平面狭窄 对角径	中骨盆平面 狭窄坐骨棘间 径	出口平面狭窄		
			坐骨棘间径+ 中骨盆后矢状 径	坐骨结节间径 +出口后矢状径	坐骨结节间径 +出口后矢状径
I级(临界性)	11.5 cm	10 cm	13.5 cm	7.5 cm	15.0 cm
II级(临界性)	10.0~11.0 cm	8.5~9.5 cm	12.0~13.0 cm	6.0~7.0 cm	12.0~14.0 cm
III级(临界性)	≤9.5cm	≤8.0 cm	≤11.5 cm	≤5.5 cm	≤11.0 cm

中骨盆平面和出口平面的狭窄常见于以下两种类型：

1. 漏斗型骨盆(funnel shaped pelvis)

骨盆入口平面各径线正常，两侧骨盆壁向内收，状似漏斗，其特点是中骨盆及骨盆出口平面明显狭窄，使坐骨棘间径和坐骨结节间径缩短，坐骨切迹宽度（骶棘韧带宽度） <2 横指，耻骨弓角度 $<90^\circ$ ，坐骨结节间径与出口后矢状径之和小于15 cm，常见于男型骨盆（图9-7）。

2. 横径狭窄骨盆(transversely contracted pelvis)

与类人猿型骨盆类似。骨盆各平面横径均缩短，入口平面呈纵椭圆形。常因中骨盆及骨盆出口平面横径狭窄导致难产。



图 9-7 漏斗型骨盆

(四) 骨盆三个平面狭窄

骨盆外形属正常女性骨盆，但骨盆三个平面各径线均比正常值小2cm或更多，称为均小骨盆(generally contracted pelvis) (图 9-8)。多见于身材矮小、体形匀称的妇女。



图 9-8 均小骨盆

(五) 畸形骨盆

骨盆失去正常形态及对称性，包括跛行及脊柱侧凹凸所致的偏斜骨盆和骨盆骨折所致的畸形骨盆。偏斜骨盆的特征是骨盆两侧的侧斜径（一侧髂后上棘与对侧髂前上棘间径）或侧直径（同侧髂后上棘与髂前上棘间径）之差 $>1\text{cm}$ （图9-9）。

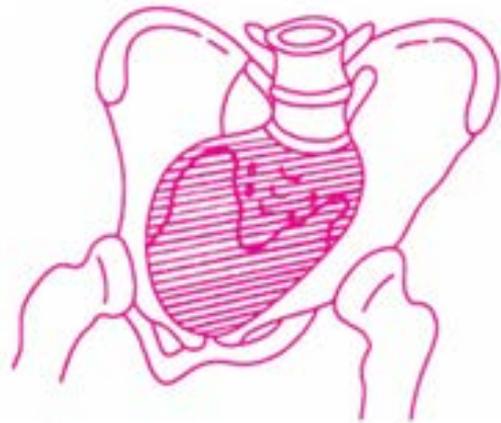


图9-9 偏斜骨盆

【软产道异常及临床表现】

(一) 阴道异常

1. 阴道横隔 多位于阴道上、中段，胎先露部下降可致横隔被撑薄，此时可在直视下自小孔处将横隔做X形切开。
2. 阴道纵隔 若伴有双子宫、双宫颈，位于一侧子宫内的胎儿下降，通过该侧阴道分娩时，纵隔被推向对侧，分娩多无阻碍。
3. 阴道包块 包括阴道囊肿、阴道肿瘤和阴道尖锐湿疣。

(二) 宫颈异常

1. 宫颈癌 癌肿质地硬而脆，经阴道分娩易致宫颈裂伤、出血及癌肿扩散，应行剖宫产术。
2. 宫颈粘连和瘢痕 可因损伤性刮宫、感染、手术和物理治疗所致。宫颈粘连和瘢痕易致宫颈性难产。
3. 宫颈坚韧 常见于高龄初产妇、宫颈成熟不良、缺乏弹性或精神过度紧张使宫颈挛缩，致宫颈不易扩张。
4. 宫颈水肿 多见于扁平骨盆、持续性枕后位或潜伏期延长，宫口未开全时过早使用腹压，致使宫颈前唇长时间被压于胎头与耻骨联合之间，血液回流受阻引起水肿，影响宫颈扩张。

(三) 子宫异常

1. 子宫畸形 子宫畸形包括纵隔子宫、双子宫、双角子宫等，子宫畸形时难产发生率明显增加，胎位和胎盘位置异常的发生率增加。

2. 瘢痕子宫 包括曾经行剖宫产、穿过子宫内膜的肌瘤切除术、输卵管间质部及宫角切除术、子宫成形等手术后形成的瘢痕子宫，若再孕分娩时子宫破裂的风险增加。但是并非所有曾行剖宫产妇女再孕都必须剖宫产，进行综合分析，决定是否进行既往剖宫产术后妊娠阴道试产(trial of labor after cesarean section, TOLAC)。若只有一次剖宫产史、切口为子宫下段横切口、术后无感染、两次分娩间隔时间超过18个月，且胎儿体重适中时，剖宫产术后再次妊娠阴道试产的成功率较高。

(四) 盆腔肿瘤

1. 子宫肌瘤

子宫肌瘤对分娩的影响主要取决于肌瘤大小、数量和生长部位。肌壁间肌瘤可引起子宫收缩乏力，产程延长。宫颈部位和子宫下段较大的肌瘤可占据盆腔或阻塞骨盆入口，均可阻碍胎先露部衔接及下降，宜行剖宫产术。

2. 卵巢肿瘤

妊娠合并卵巢囊肿时，由于卵巢随子宫提升，子宫收缩的激惹和胎儿先露部下降的挤压，卵巢肿瘤容易发生蒂扭转、破裂。卵巢肿瘤位于骨盆入口阻碍胎先露衔接者，宜行剖宫产术，并同时切除卵巢肿瘤。

【护理评估】

1. 健康史
2. 身体状况
 - (1) 一般状况;
 - (2) 骨产道;
 - (3) 软产道
3. 心理社会状况
4. 诊断要点
5. 治疗要点

【护理评估】

4. 诊断要点

(1) 测量子宫底高度和腹围：协助判断胎儿与骨盆的相对关系。

(2) 盆腹部四步触诊：了解胎先露、胎方位及胎先露是否衔接。

(3) 骨盆测量：具体测量方法见第三章。

(4) 评估头盆关系(图 9-10)

(5) 超声检查

(6) 胎位及产程监测

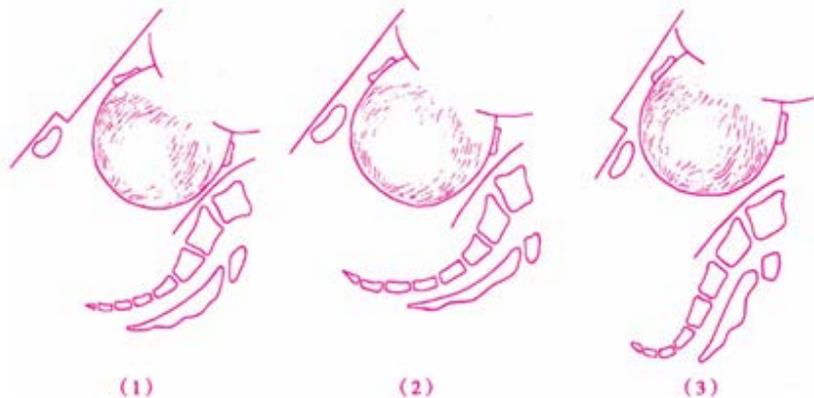


图 9-10 检查头盆相称度

(1) 头盆相称； (2) 可疑头盆不称； (3) 头盆明显不称

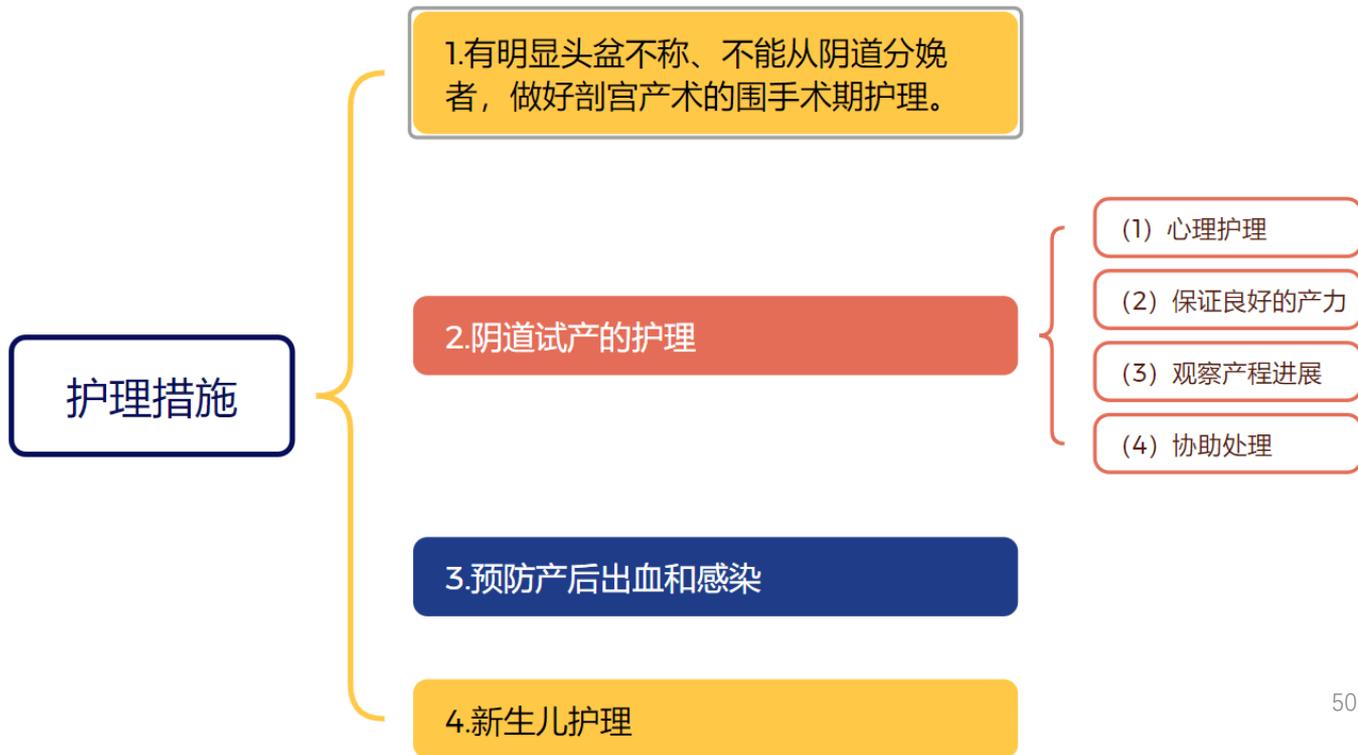
【常见护理诊断 / 问题】

1. 有感染的危险 与胎膜早破、产程延长、手术操作有关。
2. 有新生儿窒息的危险 与产道异常、产程延长有关。
3. 潜在并发症：子宫破裂、胎儿窘迫等。

【护理目标】

1. 预防和控制产妇感染。
2. 新生儿出生状况良好，1 min的Apgar评分>7分。
3. 产妇能平安分娩，无并发症发生。

【护理措施】



【护理措施】

1. 有明显头盆不称、不能从阴道分娩者，做好剖宫产术的围手术期护理。

2. 阴道试产的护理

(1) 心理护理：为产妇及其家属提供心理支持做好产妇心理护理。

(2) 保证良好的产力：关心产妇饮食、营养、休息。必要时按医嘱补充水、电解质、维生素C。

(3) 观察产程进展：护士用手放于产妇腹部或用胎心电子监护仪监测子宫收缩及胎心率变化，发现异常时，及时通知医师及早处理。

【护理措施】

(4) 协助处理：中骨盆狭窄者，若宫口已开全，胎头双顶径达坐骨棘水平或更低，可经阴道徒手旋转将枕后位或枕横位的胎头为枕前位，待其自然分娩，或用胎头吸引、产钳等阴道助产术，并做好抢救新生儿的准备。

3. 预防产后出血和感染

胎儿娩出后，及时按医嘱使用宫缩剂、抗生素，预防产后出血及感染。

4. 新生儿护理

胎头在产道压迫时间过长或经手术助产的新生儿，应严密观察其有无颅内出血或其他损伤的症状。

【护理评价】

通过治疗与护理，**产妇**是否：

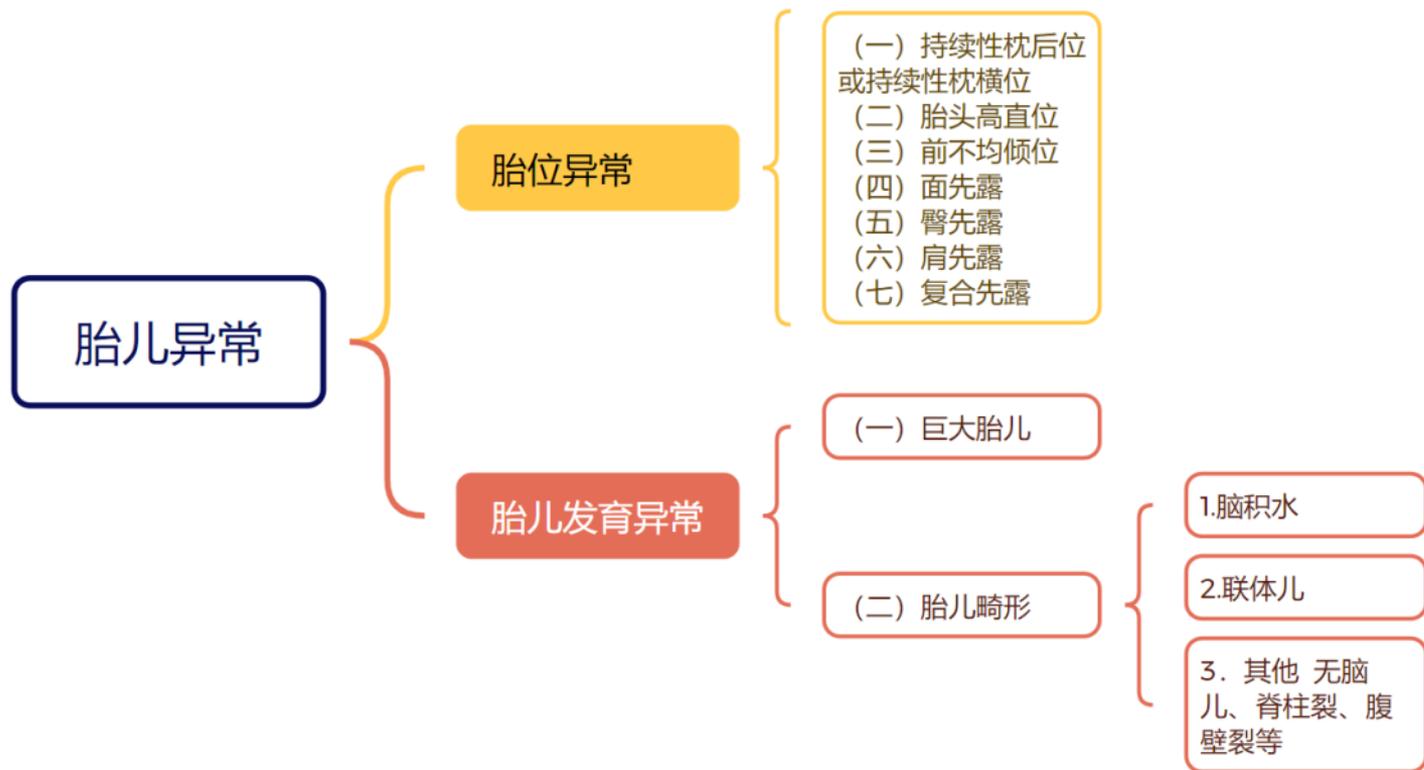
1. 无感染征象，产后体温、恶露、白细胞计数均正常，伤口愈合良好。
2. 能配合实施处理方案，平安度过分娩过程。

通过治疗与护理，**胎儿 / 新生儿**是否：

1. 未出现窒息、颅内出血及其他损伤。
2. 及时发现并处理胎儿宫内窘迫、新生儿窒息及颅内出血等。

第三节 胎儿异常

胎儿异常包括胎位异常和胎儿发育异常。胎位异常 (abnormal fetal position) 是造成难产的主要因素，包括头先露、臀先露等胎位异常。以胎头为先露的难产，又称为头位难产，是最常见的胎位异常。



【胎位异常及临床表现】

胎位异常包括胎头位置异常、臀先露及肩先露，其中以头先露的胎头位置异常最常见。

（一）持续性枕后位或持续性枕横位

当胎头以枕后位或枕横位衔接，枕部在下降过程中，向前旋转成枕前位，以最小径线通过产道自然分娩。若经充分试产，胎头枕部不能转向前方，直至临产后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(persistent occiput posterior position, POPP)或持续性枕横位(persistent occipitotransverse position)。

（一）持续性枕后位或持续性枕横位

1. 病因

（1）**骨盆异常、胎头俯屈不良**：多见于**男性骨盆和类人猿型骨盆**。

这类骨盆多伴有中骨盆狭窄，阻碍胎头内旋转，容易发生持续性枕后位和枕横位。

（2）**其他**：**头盆不称、前置胎盘、膀胱充盈、子宫下段肌瘤、胎儿过大或过小、胎儿发育异常**等均可影响胎头俯屈及内旋转，形成持续性枕横位或枕后位。

【胎位异常及临床表现】

（一）持续性枕后位或持续性枕横位

2. 临床表现

产程延长，尤其胎儿枕骨持续位于母体骨盆后方，直接压迫直肠，**产妇自觉肛门坠胀及排便感**，子宫颈口尚未开全时，过早用力屏气使用腹压，使产妇疲劳，宫颈前唇水肿，胎头水肿，影响产程进展。持续性枕后（横）位常致活跃晚期及第二产程延长。**若阴道口已见到胎头，但历经多次宫缩、屏气却不见胎头继续下降时，应考虑持续性枕后位。**

【胎位异常及临床表现】

(二) 胎头高直位

胎头以不屈不仰姿势衔接入盆，其矢状缝与骨盆入口前后径相一致，称为胎头高直位(sincipital presentation)。包括高直前位（胎头枕骨向前靠近耻骨联合者，又称枕耻位）和高直后位（胎头枕骨向后靠近骶岬者，又称枕胀位）。

(三) 前不均倾位

枕横位入盆的胎头侧屈以其前顶骨先入盆的一种异常胎位，称为前不均倾位(anterior asynelitism)。易发生在头盆不称、骨盆倾斜度过大、腹壁松弛时。前不均倾位时，因耻骨联合后面直而无凹陷，前顶骨紧紧嵌顿于耻骨联合后，使后顶骨无法越过骶岬而入盆，需行剖宫产术。

【胎位异常及临床表现】

（四）面先露

胎头以颜面为先露称为面先露(face presentation)，多于临产后发现，发病率为0.8%~2.7%。常由额先露继续仰伸形成，以颊骨为指示点，有6种胎位，颊左（右）前、颊左（右）横、颊左（右）后，以颊左前和颊右后较多见。

（五）臀先露

臀先露(breech presentation)占足月分娩总数的3%~4%。为最常见且容易诊断的异常胎位。臀先露以低骨为指示点，有6种胎方位（祇左前、祇左横、祇左后；骶右前、祇右横、胀右后）。根据胎儿两下肢所取姿势将臀先露分为3类：单臀先露、完全臀先露及不完全臀先露。

【胎位异常及临床表现】

(五) 臀先露

臀先露(breech presentation)占足月分娩总数的3%~4%。

1. 单臀先露 又称腿直臀先露。胎儿双髋关节屈曲以及双膝关节伸直，先露部位为胎儿臀部。
2. 完全臀先露 又称混合臀先露，较多见。胎儿双髋关节以及双膝关节均屈曲，先露部位为胎儿臀部及双足。
3. 不完全臀先露 较少见。胎儿以一足或双足、一膝或双膝或一足一膝为先露。膝先露一般是暂时的，产程开始后常转为足先露。单臀先露最多见，因胎臀周径小于胎头，不能紧贴子宫下段及宫颈内口，影响宫颈扩张进展。

【胎位异常及临床表现】

(六) 肩先露

先露为肩称肩先露(shoulder presentation)，占分娩总数的0.25%，为对母儿最不利的胎位。胎儿横卧于骨盆入口以上，其纵轴与母体纵轴垂直，称为横产式（俗称横位）。顿性肩先露时，妊娠足月无论是活胎或死胎均无法经阴道娩出，增加手术产及术中术后出血、感染的机会。

(七) 复合先露

胎头或胎臀伴有肢体（上肢或下肢）作为先露部同时进入骨盆入口，称为复合先露(compound presentation)，发生率为0.08%–0.1%。常见早产时，以胎头与一手或一前臂的复合先露多见。

【胎儿发育异常及临床表现】

（一）巨大胎儿

巨大胎儿(fetal macrosomia)指任何孕周胎儿体重超过4000g。多见于父母身材高大、孕妇患轻型糖尿病、经产妇、过期妊娠等。临床表现为妊娠期子宫增大较快，妊娠后期孕妇可出现呼吸困难，自觉腹部及肋两侧胀痛等症状。常引起头盆不称、肩性难产、软产道损伤、新生儿产伤等不良后果。

【胎儿发育异常及临床表现】

(二) 胎儿畸形

1. 脑积水 指胎头颅腔内、脑室内外有大量脑脊液(500-3000ml)游留,使头颅体积增大,头周径大于50cm,颅缝明显增宽,囟门增大。临床表现为明显头盆不称,跨耻征阳性,若不及时处理,可致子宫破裂。

2. 联体儿 极罕见。有不同形式的联体儿,如寄生胎、两个胎儿共一个胸腔或共个头部等。

3. 其他 无脑儿、脊柱裂、腹壁裂等胎儿畸形。胎儿颈、胸、腹等处发生肿瘤,使局部体积增大致难产。

【护理评估】



【护理评估】**(五) 治疗要点**

1. 胎位异常者 妊娠30周以内不用处置；妊娠30周以上胎位仍不正常者，则根据不同情况予以矫治。若矫治失败，提前1周住院待产，以决定分娩方式。持续性枕后/横位，若骨盆无异常，胎儿不大时可以试产。试产时应严密观察产程，注意胎头下降、宫口扩张程度、宫缩强弱及胎心有无变化。

2. 胎儿发育异常

一旦发现为巨大胎儿，应及时查明原因，若为妊娠合并糖尿病孕妇则需积极治疗。孕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行剖宫产。

【常见护理诊断/问题】

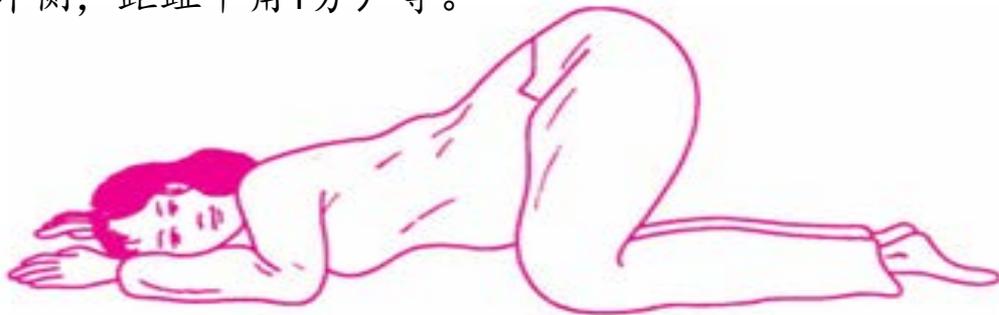
- (一) 有新生儿窒息的危险 与分娩因素异常有关。
- (二) 恐惧 与担心难产及胎儿发育异常的结果有关。

【护理目标】

- (一) 新生儿未发生窒息。
- (二) 产妇能正视异常分娩，与医护合作，分娩过程顺利，无并发症。

【护理措施】**(一) 加强孕期保健**

通过产前检查及时发现并处理异常情况。臀先露者于30周前多能自行转为头先露，若30周后仍不纠正，可指导孕妇行胸膝卧位，孕妇排空膀胱，松解裤带，姿势如图9-11所示，每日2次，15min/次，连做1周后复查；还可以采用激光或艾灸“至阴穴”（足小趾外侧，距趾甲角1分）等。



【护理措施】

(二) 做好剖宫产围手术期护理

有明显头盆不称、胎位异常或确诊为巨大胎儿的产妇积极应对，应做好术前术后的护理。

(三) 阴道分娩的护理

1. 鼓励待产妇进食，保持良好的营养状况。
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准备，必要时为缩短第二产程，可行阴道助产。

【护理措施】

(四) 心理护理

给予充分解释，消除产妇与家属的精神紧张状态，并将产妇及胎儿状况及时告诉本人及家属。

【护理评价】

通过治疗与护理，**新生儿**是否：出生后1min的Apgar评分>7分。

通过治疗与护理，**产妇**是否：能与医护配合，顺利度过分娩期。



 **谢谢观看** 