



妇产科护理

第十一章 异常分娩妇女的护理



作者：荆永萍 单位：广东药科大学附属第一医院

目录

Content



第一节



产力异常

第二节



产道异常

第三节



胎位异常

导入案例

某女士，29岁，G₁P₀，宫内妊娠39⁺²周，规律宫缩5小时入院。检查提示：胎方位为枕左前，胎心音153次/分，宫口开大1cm，先露S=-2。规律宫缩10小时后，阴查宫口开大6cm，先露S=-1，胎膜自破，羊水清。2小时后再次检查：李女士精神疲倦，宫口开大、先露同前，宫缩持续20秒，间歇7~10分钟，缩力弱。

请思考：

1. 该孕妇的产程进展正常吗？如异常，属于那种异常产程？
2. 该孕妇存在的主要护理问题有哪些？
3. 对该孕妇应采取哪些护理措施？

第一节

产力异常



第一节 产力异常

一、定义

在分娩过程中，如果任何原因导致子宫收缩的节律性、对称性及极性异常或收缩力的强度、频率发生改变，均称为子宫收缩力异常（abnormal uterine action）。

第一节 产力异常

二、分类

1. 子宫收缩乏力：可导致产程延长或停滞。
2. 子宫收缩过强：可导致急产、胎儿宫内缺氧、子宫破裂。

第一节 产力异常

三、子宫收缩乏力

(一) 病因

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

第一节 产力异常

(二) 临床表现

1. 协调性子宫收缩乏力：子宫收缩的节律性、对称性和极性正常，但收缩力弱。

分为：（1）原发性宫缩乏力

（2）继发性宫缩乏力

2. 不协调性子宫收缩乏力：子宫收缩失去正常节律性、对称性，出现极性倒置。

第一节 产力异常

3. 产程异常

(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) 第二产程胎头下降延缓

(6) 第二产程胎头下降停滞

第一节 产力异常

(三) 子宫收缩乏力妇女的护理

1. 诊断要点

(1) 监测胎心、评估产程进展

(2) 实验室检查

(3) Bishop宫颈成熟度评分

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	

第一节 产力异常

2. 治疗要点

原则：以预防为主

- (1) 产前充分评估预测胎儿大小、骨盆大小
- (2) 产时严密观察，及时发现
- (3) 针对原因适时处理

第一节 产力异常

3. 护理诊断

- (1) 焦虑 与孕妇担心自己和胎儿安危，害怕手术有关。
- (2) 有体液不足的危险 与产程延长、孕妇体力消耗影响摄入有关。
- (3) 有感染的危险 与产程延长，多次阴道检查或手术助产有关。

第一节 产力异常

4. 护理措施（协调性子宫收缩乏力）

第一产程的护理

- （1）改善全身情况
- （2）严密监测产程进展
- （3）加强子宫收缩
- （4）剖宫产术前准备

第一节 产力异常

第二产程的护理

- (1) 做好阴道助产和抢救新生儿的准备。
- (2) 依情况予加强宫缩，指导产妇用力。
- (3) 处理后无进展，或出现胎儿窘迫征象时，应行剖宫产术。

第三产程的护理

- (1) 预防产后出血
- (2) 预防感染
- (3) 加强产后监护

第一节 产力异常

4. 护理措施（不协调性子宫收缩乏力）

处理原则是调节宫缩，恢复子宫收缩的正常节律性和极性。

第一节 产力异常

四、子宫收缩过强

(一) 病因

1. 经产妇，软产道阻力小
2. 缩宫素使用不当
3. 分娩发生梗阻或胎盘早剥，血液浸润肌层
4. 产妇精神心理因素：过度紧张、疲劳、产程延长等
5. 粗暴地、多次宫腔内操作

第一节 产力异常

(二) 临床表现

1. 协调性子宫收缩过强

易造成急产，若产道梗阻，可出现病理性缩复环，甚至子宫破裂。

第一节 产力异常

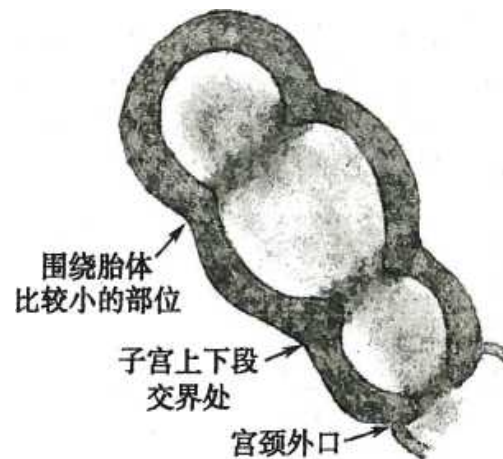
2. 不协调性子宫收缩过强

(1) 强直性子宫收缩：病理性缩复环、血尿

(2) 子宫痉挛性狭窄环



狭窄环围绕宫颈



狭窄环容易发生的部位

第一节 产力异常

（三）子宫收缩过强妇女的护理

1. 诊断要点

（1）腹部见到病理性缩复环

（2）有先兆子宫破裂的征象

2. 治疗要点

识别急产的高危人群和急产征兆，预防并发症。

第一节 产力异常

3. 护理诊断

- (1) 疼痛 与过强、过频、痉挛性的子宫收缩有关。
- (2) 焦虑 与担心自身及胎儿安危有关。
- (3) 有受伤的危险（母儿双方） 与急产、 手术产有关。

第一节 产力异常

4. 护理措施

(1) 分娩前护理 产前识别，预防急产

(2) 分娩期护理

①有临产征兆即做好接生及抢救新生儿窒息的准备工作

②出现强直性子宫收缩或子宫痉挛性狭窄环时，积极处理

③防止会阴撕裂

④产后护理

第二节

产道异常



第二节 产道异常

一、分类

1. 骨产道（骨盆腔）异常
2. 软产道（子宫段、宫颈、阴道、外阴）异常

第二节 产道异常

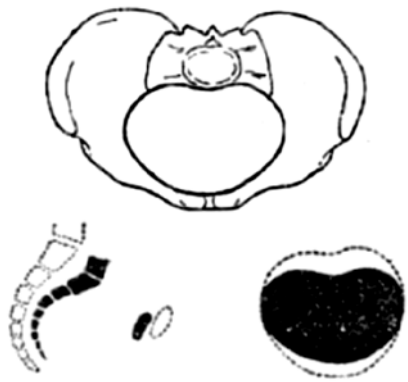
(二) 分类

- 1. 骨盆入口平面狭窄 扁平骨盆为常见
- 2. 中骨盆及骨盆出口平面狭窄
- 3. 骨盆三个平面均狭窄 均小骨盆
- 4. 畸形骨盆

骨盆三个平面狭窄的分级

分级	入口平面狭窄	中骨盆平面狭窄		出口平面狭窄	
	对角径	坐骨棘间径	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	10.0 cm	13.5 cm	7.5 cm	15.0 cm
II 级（相对性）	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（绝对性）	≤9.5 cm	≤8.0 cm	≤11.5 cm	≤5.5 cm	≤11.0 cm

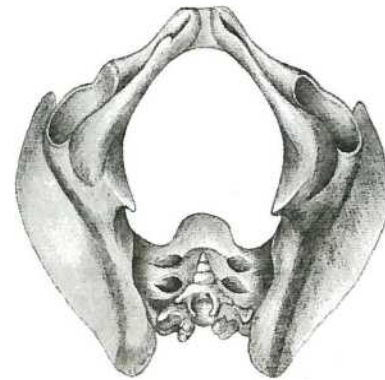
第二节 产道异常



单纯扁平骨盆



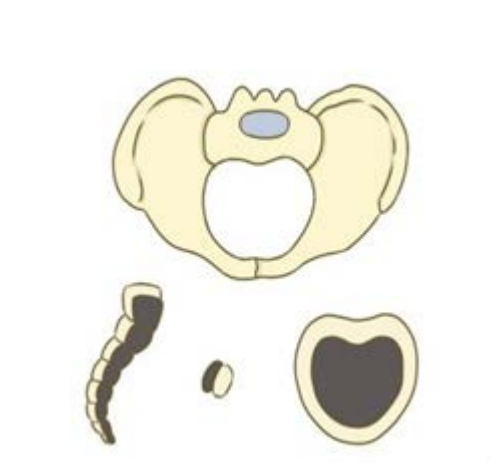
佝偻病性扁平骨盆



漏斗型骨盆



横径狭窄骨盆



均小骨盆



偏斜骨盆

第二节 产道异常

(三) 临床表现

1. 骨盆入口平面狭窄 跨耻征阳性，梗阻性难产。
2. 中骨盆及骨盆出口平面狭窄 持续性枕横位，第二产程延长、停滞。
3. 三个骨盆平面均狭窄 胎儿小、产力好、胎位正常可阴道分娩。

第二节 产道异常

三、软产道异常

(一) 分类及临床表现

1. 外阴异常
2. 阴道异常
3. 宫颈异常
4. 子宫异常
5. 盆腔肿瘤

第二节 产道异常

四、产道异常妇女的护理

(一) 辅助检查 B超

(二) 治疗要点 明显头盆不称或出现胎儿窘迫征象，应尽早行剖宫产术



头盆相称



头盆可能相称



头盆不称

第二节 产道异常

(三) 护理诊断

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。

第二节 产道异常

(四) 护理措施

1. 剖宫产的围手术期护理
2. 试产过程中的护理
3. 预防产后出血和感染
4. 新生儿护理
5. 心理护理

第三节

胎位异常



第三节 胎位异常

一、定义

胎位异常 (abnormal fetal position) 是造成难产的主要因素，包括头先露、臀先露和肩先露等胎位异常。

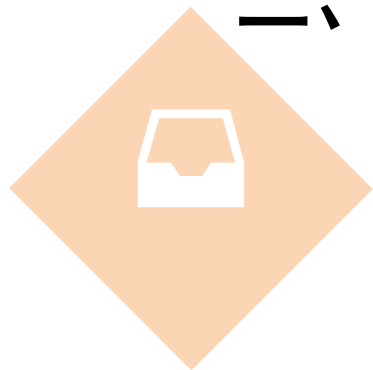
第三节 胎位异常

1. 骨盆异常



3. 胎儿过大或过小

2. 子宫收缩乏力



二、病因



4. 头盆不称、产道梗阻

第三节 胎位异常

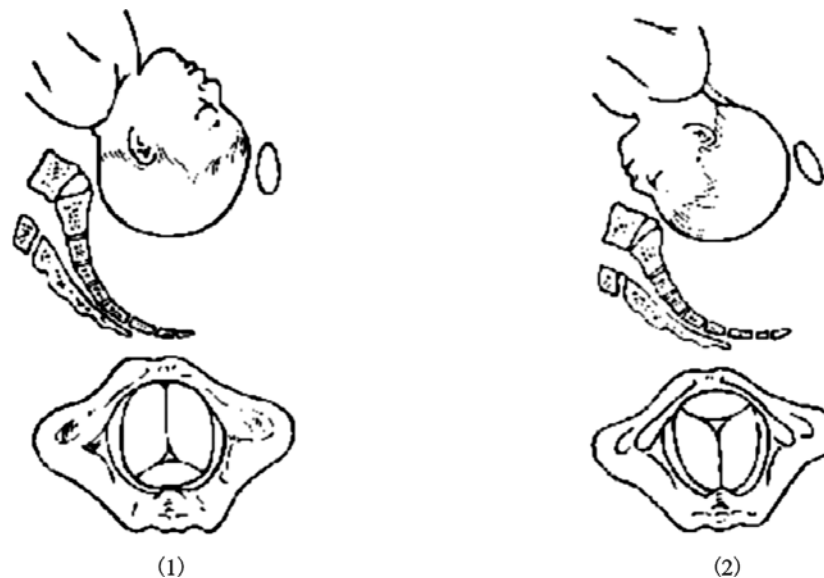
三、分类

1. 持续性枕后位



(1) 枕左后位 (2) 枕右后位

2. 胎头高直位



(1) 高直前位（枕耻位） (2) 高直后位（枕骶位）

第三节 胎位异常

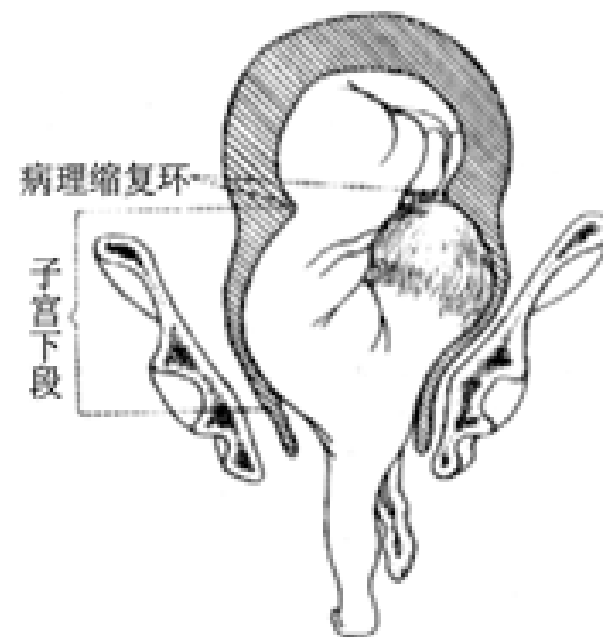
三、分类

3. 前不均倾位
4. 面先露
5. 臀先露
6. 肩先露
7. 复合先露

第三节 胎位异常

四、临床表现

1. 子宫收缩乏力
2. 产程延长
3. 梗阻性难产
4. 子宫破裂风险增大
5. 胎儿宫内窘迫



嵌顿性肩先露及病理缩复环

第三节 胎位异常

五、胎位异常妇女的护理

1. 辅助检查

B型超声检查可了解胎产式、胎方位、胎先露、羊水量，评估胎儿大小、头盆是否相称，有无胎位及胎儿情况异常。

2. 治疗要点

加强孕期监测与评估，及早处理，减少母儿并发症。

第三节 胎位异常

3. 护理诊断

- (1) 有新生儿窒息的危险 与分娩因素异常有关。
- (2) 恐惧 与难产及胎儿发育异常有关。

第三节 胎位异常

4. 护理措施

- (1) 妊娠期护理
- (2) 分娩期护理



谢

谢

观

看