

第一节 产力异常

导入情景:

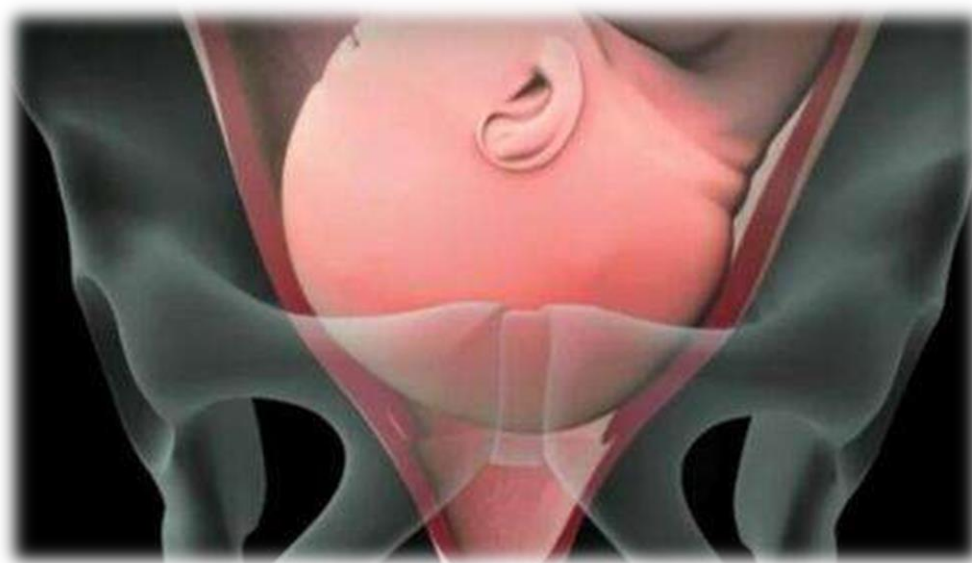
情景描述:

赵女士，26岁，孕1产0，孕39周。昨晚10点临产入院。入院检查：宫缩持续30秒，间歇3~4分钟。骨盆测量：髂棘间径25cm，髂嵴间径28cm，骶耻外径18cm，坐骨结节间径8cm。估计胎儿3000g。今上午8点检查：宫缩持续25~30秒，间歇5~6分钟。肛查：宫口开大5cm，10点后再行检查示：宫口开大5cm，胎头在坐骨棘上0.5cm。

请思考:

1. 赵女士产程是否正常?
2. 若不正常，是属于哪种情况?
3. 可能的原因是什么?

产力 (powers)，即将胎儿及其附属物从子宫腔内逼出的力量。主要指子宫收缩力，贯穿于分娩的全过程;分娩后期，即第一产程末到第二产程，腹肌、膈肌和提肛肌的收缩力也参与其中。产力异常 (abnormal uterine action)即子宫收缩力异常，包括子宫收缩的节律性、对称性和极性改变以及宫缩的强度和频率改变，



也就是子宫收缩的协调性和强度的异常。

产力异常主要分为子宫收缩乏力（uterine atony）和子宫收缩过强（uterine hypercontractility）两大类，而每一类又分为协调性和不协调性（图 11 -1)两种类型，临床上以协调性子宫收缩乏力最常见。

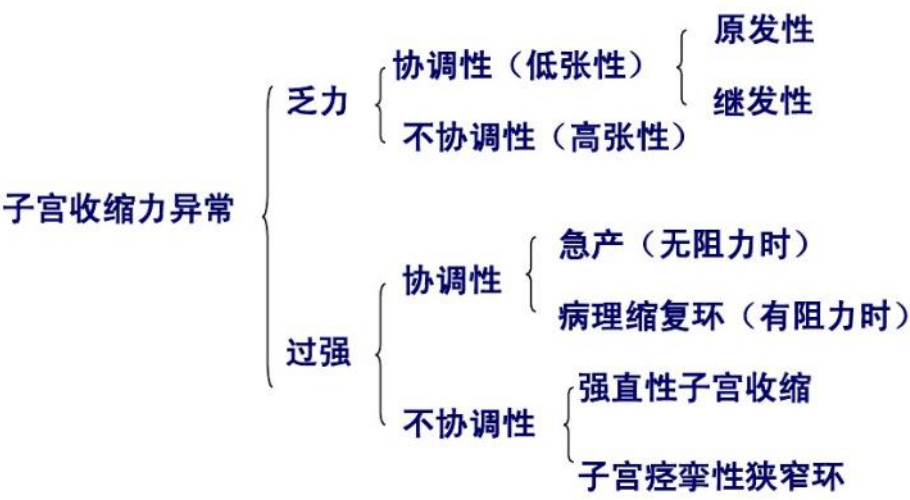


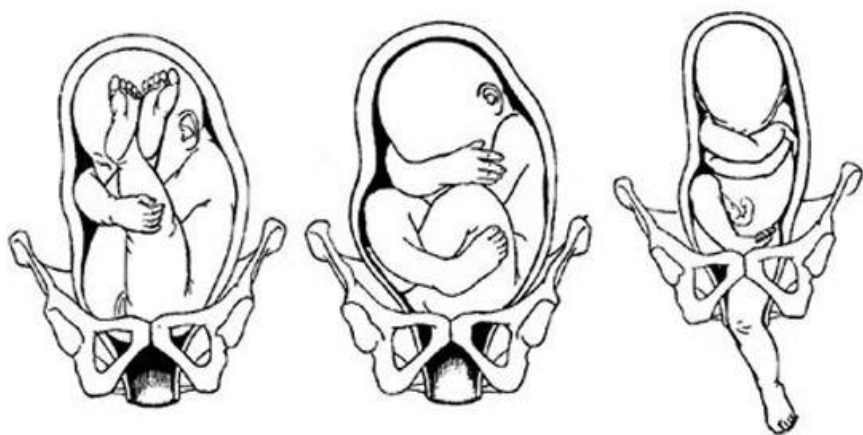
图 11-1 子宫收缩力异常的分类

一、子宫收缩乏力

【病因】

子宫收缩乏力是产科最常见的产力异常，多发生于初产妇（primipara），尤其是高龄初产妇（elderly primipara）。常为多种因素综合所致。常见的原因如下：

- 1. 头盆不称或胎位异常 胎儿先露部下降受阻，不能紧贴子宫下段及宫颈内口，不能有效地刺激盆底神经丛，影响内源性缩宫素的释放（ferguson reflex）及反射性地引起子宫收缩，是导致继发性宫缩乏力的最常见原因。



2. 子宫局部因素 子宫发育不良或畸形(如双角子宫)、子宫壁过度膨胀(如多胎妊娠、巨大儿、羊水过多等)、多产妇使子宫肌纤维变性、结缔组织增生;子宫肌瘤、子宫手术史(剖宫产和子宫肌瘤剔除)等均可引起子宫收缩乏力。

3. 精神因素 产妇精神紧张,对疼痛的耐受力弱,情绪不佳,对分娩阵痛的恐惧,与家人分离时的焦虑等导致大脑皮层功能紊乱;临产后进食不足,大声喊叫导致体力过度消耗,引起原发性子宫收缩乏力。

4. 内分泌失调 分娩是一个复杂的过程,许多内分泌因素与分娩有关,如妊娠后期雌激素水平上升,孕激素水平下降,缩宫素、前列腺素、某些电解质(如钾、钠、钙、镁等)均和分娩的发动和子宫收缩有关,这些内环境失调也可影响子宫的正常收缩。

5. 药物影响 临产后使用大剂量镇静剂或镇痛剂(如吗啡、氯丙嗪、硫酸镁等)可引起继发性宫缩乏力。

6. 其他 膀胱、直肠过度充盈,前置胎盘影响胎先露下降;第一产程过早使用腹压;产妇过度疲劳、睡眠不足;体质虚弱以及急慢性疾病致全身衰竭等,都可能引起继发性宫缩乏力。

【临床表现】

1.协调性宫缩乏力(coordinate uterine atony) 又称低张性宫缩乏力(hypotonic



uterine atony)。指子宫收缩具有正常的节律性、对称性和极性,但宫缩持续时间短而间歇时间长,每10分钟宫缩不足2次,子宫收缩力弱,宫缩最强时按压子宫肌壁仍可出现凹陷,宫腔内压力<15mmHg,宫缩所产生的压力不足使子宫颈以正常的速度扩张,表现为产程延长或滞产。根据发生时期分为原发性和继发性两种。

可出现凹陷,宫腔内压力<15mmHg,宫缩所产生的压力不足使子宫颈以正常的速度扩张,表现为产程延长或滞产。根据发生时期分为原发性和继发性两种。

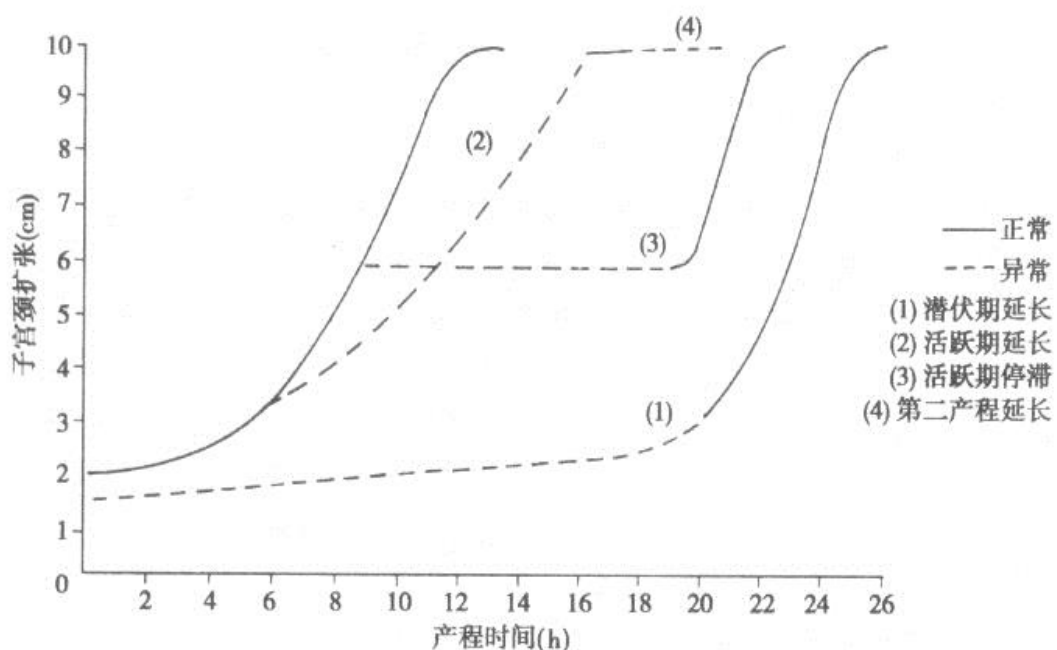
(1)原发性宫缩乏力: 指产程一开始,即出现子宫收缩乏力,初产妇多见,临床上常表现为潜伏期延长、活跃期早期宫颈扩张延缓或停滞,需与假临产鉴别。

肌肉注射哌替啶 100mg,用药后宫缩停止为假临产,而真正的临产则宫缩逐渐加强,并伴有宫颈口扩张。

(2)继发性宫缩乏力: 指产程开始宫缩正常,但进展到一定阶段后宫缩减弱,产程进展缓慢甚至停滞。多发生在活跃期晚期或进入第二产程时,常见于骨盆狭窄或持续性胎位异常。

2. 不协调性宫缩乏力 (incoordinate uterine atony) 又称高张性宫缩乏力 (hypertonic uterine atony)。指子宫收缩失去正常的节律性和对称性,极性倒置。宫缩的兴奋点不是起自两侧子宫角,而是来自子宫的一处或多处,子宫收缩波由下向上扩散,收缩波小而无规律,频率高,节律不协调。宫缩时子宫下段强度高而宫底部弱,宫缩间歇期子宫壁也不能完全放松。这种宫缩不能使宫颈口扩张和胎先露下降,属无效宫缩。多属原发性宫缩乏力。常与精神过度紧张或缩宫素应用不当有关,往往伴有头盆不称和胎位异常,胎先露部不能紧贴子宫下段及宫颈内口,不能反射性引起有效宫缩。产妇自觉下腹部持续性疼痛,检查时下腹部压痛,宫缩期子宫收缩强度弱,间歇期子宫张力高。

3. 产程图异常 由于宫缩乏力,导致产程延长。临床常见的产程进展(产程图)异常有以下几种:



(1) 潜伏期延长 (prolonged latent phase): 从规律宫缩开始至宫口扩张 3cm , 称潜伏期(latent phase)。正常为 8 ~ 16 小时。如初产妇>16 小时, 经产妇>8 小时, 称为潜伏期延长[图 11-2(1)]。

(2) 活跃期延长 (prolonged active phase): 从宫口扩张 3cm 至宫口开全称活跃期 (active phase)。正常需 4 ~8 小时, 如>8 小时或初产妇宫口扩张<1. 2cm/小时, 经产妇<1. 5cm/h, 称为活跃期延长[图 11-2(2)]。

(3) 活跃期停滞 (protracted active phase): 进入活跃期后, 宫口不再扩张达 2 小时以上, 称为活跃期停滞[图 11-2(3)]。

(4) 胎头下降延缓 (prolonged descent): 活跃期晚期及第二产程, 胎头下降速度初产妇<1. 0cm/h, 经产妇<2. 0cm/h,称为胎头下降延缓。

图 11-2 异常的宫颈扩张曲线

(5) 胎头下降停滞 (protracted descent): 活跃期晚期胎头停留在原处不再下降达 1 小时以上,称为胎头下降停滞。

(6) 第二产程延长 (prolonged second stage): 第二产程初产妇>2 小时、经产妇>1 小时(采用分娩镇痛者初产妇>3 小时,经产妇>2 小时) 称为第二产程延长[图 11-2(4)]。

(7) 第二产程停滞 (protracted second stage): 第二产程达 1 小时胎头下降无进展, 称为第二产程停滞。

(8) 滞产 (prolonged labor): 总产程超过 24 小时。

上述异常产程可以单独存在, 也可同时存在。产程图异常对诊断和处理宫缩乏力具有重要指导意义, 应认真描绘。

【对母儿的影响】

1. 对产妇的影响

(1) 体力消耗: 因产程延长, 影响产妇休息、进食, 严重时可引起脱水、酸中毒、低钾血症; 产妇精神疲惫与体力消耗, 可致肠胀气、排尿困难等, 加重宫缩乏力。

(2) 产伤: 由于第二产程延长, 膀胱被压迫于胎先露 (尤其是胎头) 和耻骨联合之间, 可致组织缺血、水肿、坏死、脱落, 形成膀胱阴道瘘和尿道阴道瘘。

(3) 产后出血: 因宫缩乏力, 影响胎盘的剥离和及时娩出, 也影响子宫壁

血窦的关闭，容易引起产后出血。

（4）产后感染：由于产程延长，进展慢，产程中肛查及阴道检查次数多，胎膜早破、产后出血、手术产等均增加产后感染的机会。

2. 对胎儿及新生儿的影响 产程延长易发生胎儿窘迫，增加了手术助产率，使新生儿产伤、新生儿窒息、颅内出血、吸入性肺炎等并发症的发生率明显升高。不协调性宫缩乏力造成长时间宫内压力增高，使子宫-胎盘缺血，对胎儿及新生儿的损害更大。

【预防】

1. 加强产前健康教育，了解自然分娩过程，使产妇及其支持系统解除对分娩的顾虑和恐惧心理。积极开展导乐陪伴分娩，建立家庭化病房，临产后重视第一产程的护理，给予足够的营养和水分，保证充分休息，及时排空膀胱和直肠。

2. 认真记录产程图，严密观察产程进展，一旦发现产程延长，应及时查找原因，排除头盆不称及胎位异常。

3. 避免使用过多镇静剂。

【护理评估】

1. 健康史 首先要评估产前检查的一般资料，了解产妇的身体发育状况、身高、骨盆测量值、胎儿大小、头盆关系等；既往史，尤其是孕产史。注意评估临产后产妇的精神状态，产妇的休息、进食及排泄情况；重点评估宫缩的节律性、对称性和极性、强度与频率以及宫口扩张与先露下降的情况，从而了解产程进展。

2. 身体状况

（1）测产妇的血压、脉搏、呼吸、心率，观察产妇的神志，评估皮肤弹性。用手触摸产妇腹部评估宫缩的节律性、强度与频率，识别协调性与不协调性宫缩乏力。根据产程曲线，判断产程的异常情况。

（2）协调性宫缩乏力：产程开始时，产妇无特殊不适，精神好，进食正常，休息好。当发现产程进展缓慢，尤其是同时入院的同伴已顺利分娩时，产妇出现焦虑、紧张，影响休息和进食，甚至出现肠胀气、排尿困难等。

（3）不协调性宫缩乏力：临产后由于持续性腹痛，产妇烦躁不安，不停呼痛，进食、休息均差。检查：产妇下腹部压痛，宫缩期子宫收缩强度弱，间歇期子宫肌也不能完全放松。产妇表现为疲惫乏力、痛苦不堪。

3. 心理-社会支持状况 无论是协调性宫缩乏力还是不协调性宫缩乏力，由于产程长，尤其是不协调性宫缩乏力，产妇持续性腹痛、进食差、休息不好而情绪急躁，甚至痛苦不堪，失去阴道分娩的信心。家属担心母儿安危，显得焦虑与恐惧，常要求尽快剖宫产结束分娩，解除产妇痛苦。

4.辅助检查

(1) 胎心监测:超声多普勒胎心仪监测胎心变化。协调性宫缩乏力胎心变化较迟，而不协调性宫缩乏力较早出现胎心音变化。

(2) 实验室检查:尿液检查可出现尿酮体阳性；血液生化检查可出现钾、钠、氯、钙等电解质的改变，二氧化碳结合力可降低。

(3) Bishop 宫颈成熟度评分:利用 Bishop 宫颈成熟度评分法来估计人工破膜加强宫缩措施的效果。该评分法满分为 13 分，见表 11-1。若产妇得分 ≤ 3 分，人工破膜均失败，应改为其他方法，4~6 分者成功率约 50% ，7~9 分者成功率约 80% ，9 分以上均成功。

表 11 -1 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	5~6
宫颈管退缩(%)(未消退为 2~3cm)	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	

5.处理原则及主要措施

(1) 协调性宫缩乏力：无论是原发性宫缩乏力还是继发性宫缩乏力，应及时查找原因，在排除头盆不称、产道狭窄、胎位异常等因素后,方可针对原因,采取措施加强宫缩。

(2) 不协调性宫缩乏力：停止一切操作，首先是恢复子宫收缩的节律性、对称性和极性，变不协调性宫缩为协调性宫缩，然后按协调性宫缩乏力处理，在恢复为协调性宫缩之前，严禁使用缩宫素。

【常见护理诊断/问题】

1. 疼痛 与子宫收缩不协调致子宫肌纤维间歇期不能完全放松有关。
2. 有体液不足的危险 与产程延长、进食少致电解质紊乱有关。
3. 焦虑 与知识经验缺乏，产程进展异常，担心母婴健康有关。

【护理目标】

1. 不协调性宫缩得到纠正，产妇能理解分娩阵痛的过程。
2. 产妇水、电解质保持平衡。
3. 产妇及家属能积极配合医护人员的处理方案，情绪稳定，安全度过分娩期。

【护理措施】

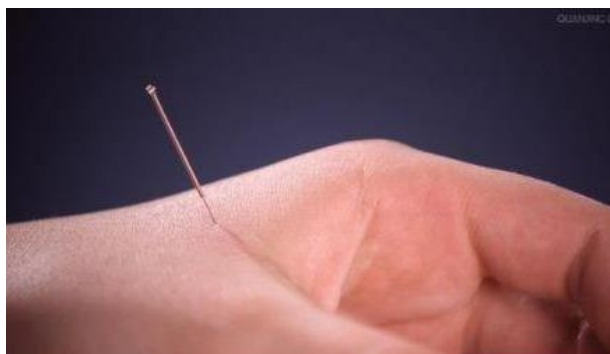
（一）协调性子宫收缩乏力

有明显头盆不称，估计不能从阴道分娩者，应积极做好剖宫产的术前准备。估计可经阴道分娩者做好以下护理。

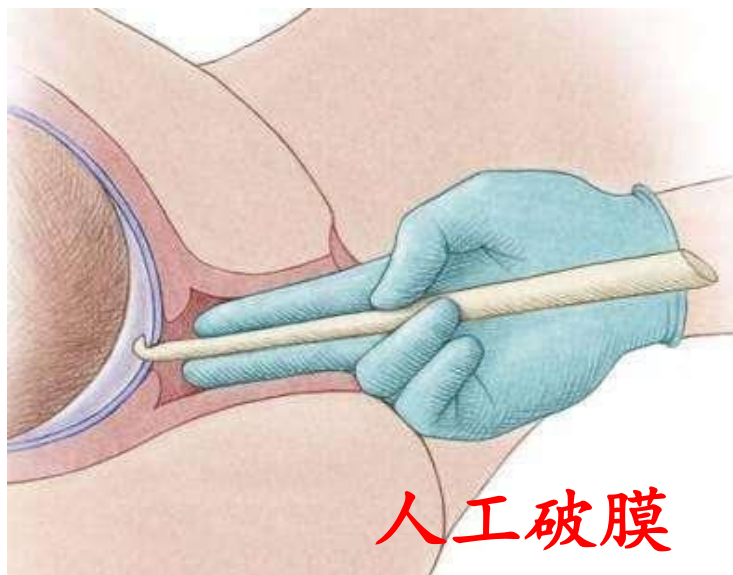
1. 第一产程的护理

(1) 改善全身情况：①保证休息：关心、安慰产妇，消除精神紧张和恐惧心理。产程时间长，产妇过度疲劳或烦躁不安者按医嘱给镇静剂，如地西泮 10mg 缓慢静脉推注或哌替啶 50~100mg 肌肉注射。使其休息后体力得以恢复，从而子宫收缩力也得以恢复。②鼓励产妇进食易消化、高热量食物。必要时应根据生化检查结果按医嘱给予静脉输液，纠正水电解质紊乱和酸碱平衡。③保持膀胱和直肠的空虚状态。无灌肠禁忌证、初产妇、宫口扩张<3cm、胎膜未破者，可用温肥皂水灌肠，以促进肠蠕动，排除粪便与积气，刺激子宫收缩。自行排尿有困难者，先行诱导排尿，无效时应予导尿。

(2) 加强子宫收缩：经上述护理措施 2~4 小时后仍宫缩乏力，且能排除头盆不称、胎位异常和骨盆狭窄，无胎儿窘迫，产妇无剖宫产史者可按医嘱选用以下方



法加强宫缩。①针刺穴位:常用穴位有合谷、三阴交,太冲、关元、中极等穴位,有增强宫缩的效果。②刺激乳头:可加强宫缩。③人工破膜:宫颈扩张 $\geq 3\text{cm}$,



排除脐带先露后,可在宫缩间歇时行人工破膜,并用手指将胎膜破口稍加扩大,结合徒手宫口扩张法,待1~2次宫缩,胎头稍下降后再将手取出,以使胎头直接紧贴子宫下段及宫颈引起有效的反射性宫缩。④缩宫素静脉滴注:先用5%葡萄



糖液 500ml 静脉滴注,调节至8滴/分,然后加入缩宫素2.5U,摇匀,由专人监护,每隔15分钟观察1次宫缩、胎心、血压和脉搏情况并记录。根据宫缩情况随时调节剂量和滴速。如宫缩不强可逐渐加快滴速,一般不超过40滴/分,以宫缩达到持续40-60秒,间歇2~4分钟为宜。如子宫收缩过强(持续时间超过1分钟,间歇时间不足2分钟)或出现胎心异常,血压升高,应立即停止静滴缩宫素,以免发生子宫破裂或胎儿窘迫等严重并发症。⑤前列腺素的应用:常用米索前列醇(每片200ug)口服,也可直肠给药或阴道后穹隆给药,能引起有效的宫缩,但应严格掌握其适应证与禁忌证。

(3) 剖宫产术的准备：如经上述处理产程进展仍缓慢，或出现胎儿窘迫，产妇体力衰竭等，应立即做剖宫产的术前准备。

2. 第二产程的护理 经第一产程中各种方法处理后，一般宫缩转为正常，进入第二产程，此时应继续密切观察胎心、宫缩与胎先露下降情况。当胎头双顶径达坐骨棘水平或以下者，无明显颅骨重叠现象，应做好阴道助产和新生儿抢救的准备工作。

3. 第三产程的护理继续与医师配合，预防产后出血和感染。

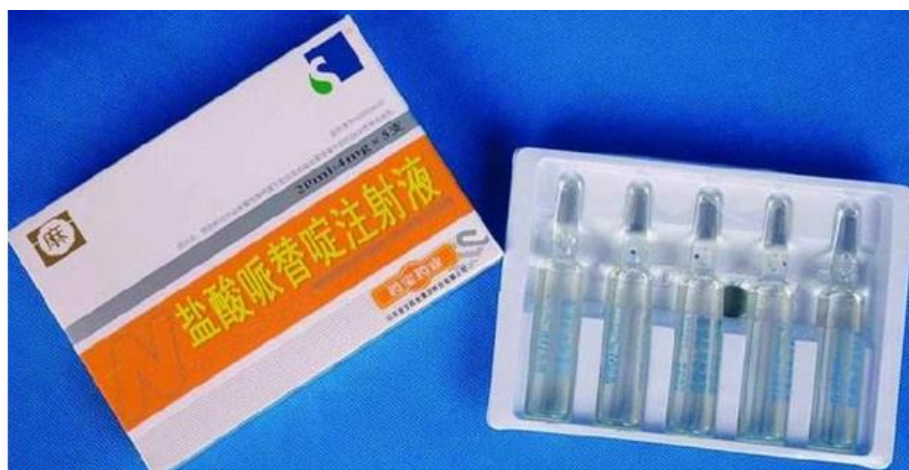
(1) 预防产后出血：当胎儿前肩娩出后，立即肌内注射缩宫素 10U，待胎盘娩出后，加大静脉缩宫素用量，也可米索前列醇 40 μ g 直肠给药，防止产后出血。

(2) 预防感染：凡破膜时间超过 12 小时，总产程超过 24 小时，肛查或阴道检查次数多者，应给予抗生素预防感染。密切观察子宫收缩、阴道出血情况及生命体征。

一般在产后 2 小时内，每 15-30 分钟按压宫底 1 次，了解宫缩情况，防止凝血块堵塞宫颈口而阴道流血不多但大量积血淤滞宫腔内。若阴道排出液为淡红色血清样液体，伴宫底升高变软，提示宫腔内有血液聚积，必须及时处理（按摩促进宫缩，必要时清理宫腔）。注意产后保暖，进食一些高热量饮品，留产房观察 2 小时，使产妇得到充分的休息和恢复。注意：胎儿娩出前，一切促进子宫收缩的药物都必须严格控制使用，除静脉给药外，缩宫素不得用于其他任何给药途径。

(二) 不协调性子宫收缩乏力

助产人员应关心、安慰、鼓励产妇，耐心细致向产妇解释疼痛原因，用更多时间（最好是专人）陪伴产妇交流，或听轻音乐、看电视节目、阅读等分散其注



意力,指导产妇在宫缩时做深呼吸,腹部按摩及放松技巧,减轻疼痛,稳定情绪,消除对分娩的恐惧。多数产妇能恢复为协调宫缩。若宫缩仍不协调,给予哌替啶100mg或吗啡10~15mg肌内注射,保证产妇充分休息。若发现头盆不称或胎儿窘迫,应做好剖宫产术和抢救新生儿的准备工作。

(三) 提供心理支持,减少焦虑和恐惧

产妇的心理状态是影响子宫收缩的重要因素,不良心理状态可提高其对疼痛的敏感性。助产士必须及时给予解释和支持,防止精神紧张。可用语言和非语言性沟通技巧,以示关心。如指导产妇左侧卧位,适当的室内活动有助于加强宫缩;讲解分娩过程,多举一些成功的例子给予积极的暗示;鼓励产妇讲出她们的担心和不适感,不断对分娩做出判断,并将产程进展和护理计划告知产妇及家属,使其心中有数,增加对分娩的信心。做检查和治疗时应遵循知情同意的原则,以取得良好的合作。检查后应将结果用通俗的语言告诉产妇和家属,以解除其担忧。当婴儿性别不合心意或出现新生儿窒息时,应耐心地继续提供心理支持,及时处理,预防产妇因情绪引起的产后宫缩乏力性出血。有条件可经家属和本人同意,在产程中提供一对一的导乐陪伴分娩,给产妇以持续的科学的生理及感情上的支持,应用谈心、触摸和产时陪伴按摩,减轻产妇分娩疼痛,缩短产程,提高分娩质量。

【护理评价】

1. 产妇于待产和分娩过程中是否获得支持,能否满足基本需要且舒适度增加。
2. 产妇是否存在水、电解质失衡与酸中毒问题。
3. 产妇是否情绪稳定,安全度过分娩期。

二、子宫收缩过强

子宫收缩过强是指宫缩持续时间超过正常时限,宫缩间歇时间过短,宫缩时产生的宫内压力过强。子宫收缩过强可造成急产、强直性子宫收缩或痉挛性狭窄环,均可对母儿产生不利影响,应积极寻找原因,予以恰当处理。

【病因】

1. 产妇精神过度紧张、胎膜早破及粗暴地多次宫腔操作均可引起痉挛性不协调性宫缩过强。

2. 缩宫素使用不当，如剂量过大或误注缩宫素，或个体对缩宫素过于敏感。
3. 分娩中遇有阻力或胎盘早剥血液浸润子宫肌层，也可导致强直性子宫收缩。

【临床表现】

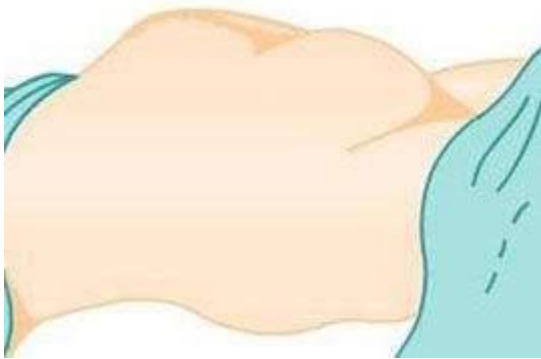
(一) 协调性宫缩过强

协调性宫缩过强 (coordinate uterine hypercontractility) 是指子宫收缩的节律性、对称性和极性均正常，但强度大，宫腔内压明显大于正常宫缩时 (可达 50mmHg)，频率高 (10 分钟内有 5 次以上的宫缩且持续时间达 60 秒或更长)。当产道无阻力，无头盆不称及胎位异常时，宫口在短时间内迅速开全，产程可在短时间内结束，如总产程不足 3 小时，称急产 (precipitate delivery)。由于宫缩过强、过频，产妇表现疼痛难忍，大喊大叫。急产多见于经产妇。

(二) 不协调性宫缩过强

根据不协调性宫缩过强 (incoordinate uterine hypercontractility) 发生的部位，可分为强直性子宫收缩 (tetanic contraction of uterus) 和子宫痉挛性狭窄环 (contraction ring of uterus)。

1. 强直性子宫收缩 并非子宫肌纤维功能异常，多是由于外界因素造成的子

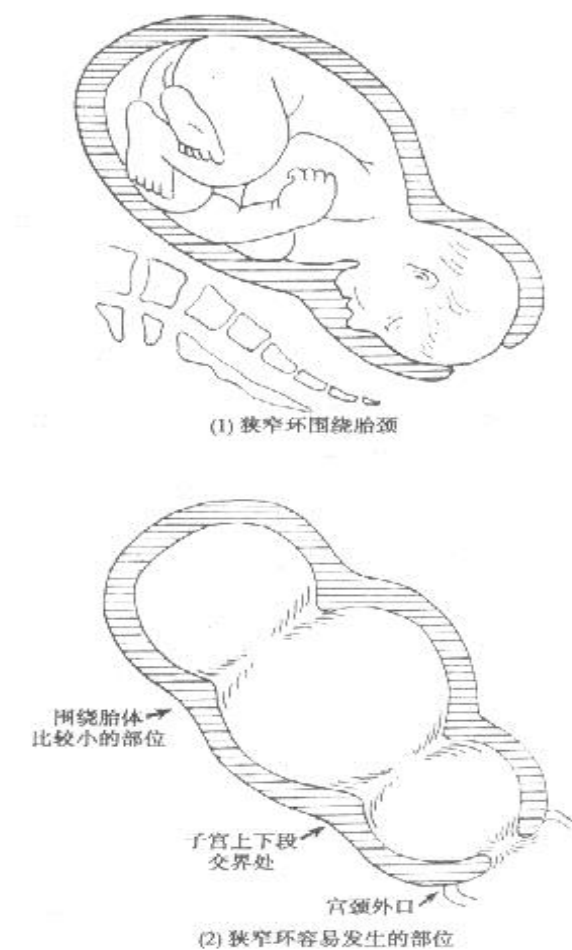


宫颈口以上肌纤维普遍性发生强直性痉挛性收缩过强，宫缩无明显间歇或间歇期极短，产妇诉腹部剧痛难忍，烦躁不安，拒按。检查胎位触诊不明，胎心听诊不清，有时可在腹部见一病理性缩复环。导尿可见血尿，子宫下段压痛明显，为先兆子宫破裂的征象。

常见于梗阻性难产、应用宫缩剂不当或胎盘早剥。

2. 子宫痉挛性狭窄环 子宫局部肌肉痉挛性不协调性收缩，形成环状狭窄，持续不放松。狭窄环可发生在宫颈、宫体的任何部位，多发生在子宫上下段交界处或胎体的某一狭窄部位，如胎颈、胎腰处，可阻碍胎儿下降。产妇表现持续腹痛，烦躁，宫颈扩张缓慢，胎心率不规则。需与病理性缩复环鉴别。此环特点是不随宫缩上升，阴道检查可在宫腔内触及狭窄环。多见于产妇精神紧张，过度疲

劳，不恰当地应用宫缩剂及粗暴的宫腔操作。



【对母儿的影响】

1. 对产妇的影响 协调性宫缩过强造成急产，由于宫颈、阴道、会阴等未得到充分扩张，易造成产道撕裂，甚至严重损伤；若有梗阻则可发生子宫破裂，危及母儿生命。接生时常措手不及、消毒不严密而造成感染。产后子宫肌纤维缩复不良，可致胎盘滞留或产后出血。

2. 对胎儿及新生儿的影响 过强过频的宫缩使子宫胎盘血液循环受阻，致胎儿窘迫甚至死亡。宫缩过强可造成急产，胎儿在短时间内冲破产道阻力娩出，一旦娩出后，胎头的阻力骤然下降，可致新生儿颅内出血。如果来不及接生，新生儿坠地可致骨折、外伤及感染。如产道阻力过大引起子宫破裂，胎儿往往在短时间内死亡。

【护理评估】

1. 健康史 认真查阅产前检查的各项记录，包括骨盆测量值、胎儿大小、有

无妊娠并发症等。经产妇需了解有无急产史。重点评估临产时间、宫缩强度、频率及胎心情况、用药情况等。

2. 身体状况

(1) 产妇临产后突感腹部阵痛难忍,宫缩过频、过强,无间歇时间。

(2) 产科检查:发现宫缩持续时间长,宫缩时宫内压很高,宫体硬,间歇时间短,松弛不良。触诊胎位不明,胎心听不清。如产道无梗阻,则产程进展快,胎头下降迅速。如产道梗阻,可在腹部见到一环状凹陷即病理性缩复环,此时有子宫下段很薄、压痛明显、尿潴留及血尿等先兆子宫破裂的征象。

3. 心理-社会支持状况 产程进展很快,产妇毫无思想准备,尤其周围无医护人员或家人的情况下,产妇有恐惧和极度无助感,担心自身和胎儿安危。

4. 辅助检查 及时抽血查血常规、血型 and 血生化,胎儿监护仪了解胎儿宫内安危情况,B超确定胎儿大小、胎方位及胎盘位置等。

5. 处理原则及主要措施 识别发生急产的高危人群和急产征兆,正确处理急产,预防并发症发生。

【常见护理诊断/问题】

1. 急性疼痛与宫缩过频过强有关。
2. 焦虑与担心自身及胎儿安危有关。
3. 有感染的危险与产道损伤、产程延长、失血过多机体抵抗力下降等因素有关。

【护理目标】

- 1.产妇能应用减轻疼痛的常用技巧,应对宫缩痛。
2. 产妇能陈述宫缩过强对母儿的危害并能配合处理。
3. 产妇未发生产道损伤、产程延长和失血过多等。

【护理措施】

1. 预防宫缩过强对母儿的危害 有急产史的孕妇在预产期前2~3周不宜外出,以免发生意外。应提前2周住院待产并经常巡视,嘱其勿远离病房。有产兆者嘱其左侧卧位休息,不要过早向下屏气,并迅速作好接产准备及新生儿抢救准备。待产妇主诉有便意时,先行检查,判断宫口大小及胎先露下降情况,以防分娩在厕所造成意外伤害。

2. 分娩期 分娩发动后应提供缓解疼痛、减轻焦虑的支持措施。鼓励产妇做深呼吸，提供背部按摩，嘱其不要用力向下屏气，以减慢胎儿娩出过程。宫缩过强时，按医嘱应用宫缩抑制剂如 25%硫酸镁 20ml 加于 5%葡萄糖 20ml 中缓慢静脉注射，不少于 5 分钟，或用利托君 100mg 加于 5%葡萄糖 500ml 中，静脉滴注。若有梗阻性原因，应停止一切刺激，如禁止阴道内操作，停用缩宫素。若无胎儿窘迫，按医嘱给予镇静剂如哌替啶 100mg 或吗啡 10mg 肌内注射，一般可消除异常宫缩。当子宫收缩恢复正常时，可行阴道助产或等待自然分娩。如经上述处理不能缓解，宫口未开全，胎先露高浮，或出现胎儿窘迫，应立即做好剖宫产的术前准备。

3. 正确接产 胎头娩出时注意保护会阴及无菌操作，尽可能做会阴侧切术以防止会阴严重撕裂，但不得强力抵压胎头，以免造成子宫破裂或新生儿颅内出血。如胎膜未破，包裹胎儿一并娩出（称包膜儿），应立即破膜，以防新生儿窒息或吸人性肺炎。及时发现软产道裂伤并缝合。按医嘱给予新生儿维生素 K₁ 10mg 肌内注射，预防新生儿颅内出血。

4. 产后护理 急产来不及消毒者，应重新无菌处理脐带，给予母儿抗生素预防感染，必要时给母儿各注射破伤风抗毒素 1500U。严密观察子宫复旧、会阴伤口、阴道出血等情况。

5. 心理护理 随时陪伴在产妇身边，通过交谈分散待产妇的注意力，减轻其紧张。及时将产程进展情况报告给产妇，指导其配合医师。新生儿如出现意外，应协助产妇及家属顺利度过悲伤期。

6. 健康指导 指导产妇继续观察子宫复旧及恶露的情况，注意局部卫生，及时更换会阴垫，产褥期禁止盆浴及性生活；指导产妇产科学育儿；明确产后复查的时间；若产褥期出现异常应及时就诊，以便及时发现问题，及时处理。

【护理评价】

1. 产妇是否应用减轻疼痛的技巧，使宫缩痛减轻。
2. 产妇分娩过程是否顺利，母子是否平安。