

第四节 软产道损伤

一、子宫颈裂伤

初产妇分娩时，宫颈口两侧均有轻度撕裂，但长度多不超过 1 cm，且无明显出血，一般在产后常很快自然愈合，因而属于正常范围。一般认为，只有当宫颈裂口>1cm，且伴有不同程度的出血，才称为宫颈裂伤（cervical laceration）。较深的宫颈裂伤，可向上延及阴道穹隆部、阴道上 1/3 段或子宫下段。严重裂伤者，可引起产后出血，造成休克，危及产妇生命，日后易形成慢性宫颈炎、宫颈功能不全、宫颈瘢痕狭窄等，产科医务人员在临产时应做好预防指导。

【病因】

1. 胎儿娩出过快 常见于急产或滥用宫缩剂时，子宫颈口未开全，宫缩过强或产妇用力不当，过分向下屏气，使胎儿快速娩出。

2. 手术助产损伤 产钳术、胎头吸引术、臀牵引术和臀助产术等手术过程中，如果宫口未开全或操作方法不当，均可引起宫颈裂伤。

3. 子宫颈病变 宫颈瘢痕、慢性炎症、水肿、高龄初产妇宫颈坚韧等，宫颈组织弹性较差，扩张性能低下，不能适应胎体娩出而引起裂伤。

4. 宫颈受压时间过长 分娩过程中如有头盆不称、宫颈坚韧不易扩张、宫颈过长、第二产程延长等，使宫颈被压在胎头与盆壁之间，时间过长使局部血液循环障碍，受压部位组织水肿、缺血、坏死，造成宫颈环形裂伤。

【临床表现】

1. 阴道流血 胎儿娩出前、娩出后、胎盘剥离前阴道流出鲜红血液，胎盘娩出后宫缩良好，阴道仍有鲜血流出。宫颈裂口小于 1cm 时流血少。

2. 宫颈裂口 产后行阴道检查，宫颈可见裂口。检查时用两把卵圆钳交替夹住宫颈，环绕宫颈口检查一周。应特别注意宫颈两侧，因该处最易发生裂伤。宫颈口多为纵形裂口，一般位于 3 点或 9 点处，环形裂口少见。严重裂伤可达阴道穹隆，子宫体下段，甚至盆壁。

【护理评估】

1. 健康史 评估与宫颈裂伤相关的病史。注意评估有无宫颈瘢痕、慢性炎症、水肿、高龄初产妇、头盆不称等病史，是否有急产、产程延长、滥用宫缩剂、阴道助产术等情况。

2. 身体状况

(1) 症状:胎儿娩出前和娩出后、胎盘剥离前、胎盘娩出后阴道有持续性、鲜红色血液流出。

(2) 体征:宫缩良好,子宫轮廓清晰。阴道检查可见宫颈裂口,多为纵形裂口。

3. 心理-社会支持状况 严重宫颈裂伤者,可引起产后出血,危及产妇生命,日后易形成慢性宫颈炎、宫颈功能不全、宫颈瘢痕狭窄等,产妇多表现焦虑,担心日后的愈合情况。

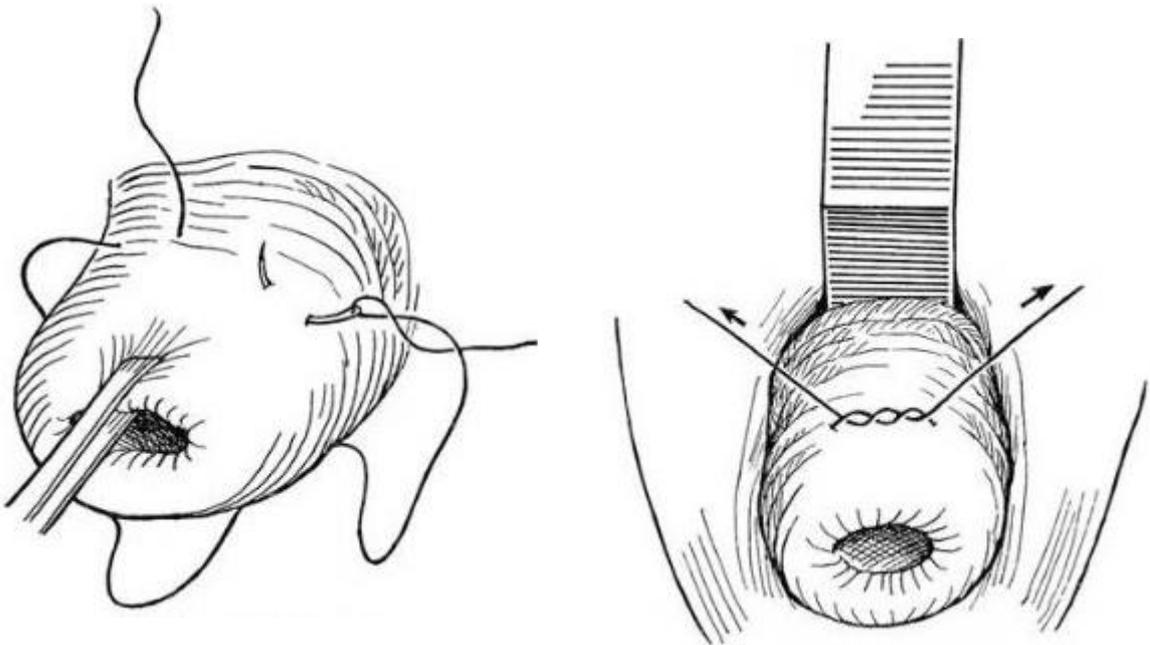
4.辅助检查 评估血常规、血型及出凝血时间。

5.治疗原则及主要措施 治疗原则:宫颈裂 B>1cm 时应及时缝合,预防宫颈狭窄和感染。主要措施包括:

(1)宫颈裂口>1cm、出血多,应查清裂伤部位,立即修补缝合。用两把无齿卵圆钳钳夹裂口两侧,向下牵引,直至见到撕裂伤口的顶端,先用0号铬制肠线在裂口顶端以上0.5cm缝合第1针作为牵引,然后用1号铬制肠线自上而下做全层间断缝合(图12-4),下端最后1针要距离宫颈伤口下端约0.5cm,以免产后宫颈回缩而引起宫颈狭窄。

(2) 宫颈裂伤合并阴道穹隆部裂伤要一并缝合,已向上延伸至子宫下段者,应立即剖腹探查。

(3) 宫颈环形裂伤,视裂口大小及压迫所致坏死情况行综合缝补或子宫切除术。



- (4) 术后给予抗生素预防感染。
- (5) 失血多者，应予输血、补液补充血容量。

【常见护理诊断/问题】

1. 组织完整性受损 与裂伤程度及愈合情况有关。
2. 有感染的危险 与修补缝合手术操作有关。
3. 焦虑 担心术后愈合情况有关。

【护理目标】

1. 产妇宫颈裂伤口及时、准确缝合，伤口愈合
2. 产妇术后无感染发生,体温、恶露、伤口无异常。
3. 产妇能描述自己的焦虑，自述心理和生理舒适感有所增加。

【护理措施】

1. 预防宫颈裂伤

(1) 宫颈口开全之前阻止产妇向下屏气用力。急产者避免使用腹压，加强会阴保护,控制胎先露缓慢娩出。

(2) 严格掌握阴道助产术的适应证与禁忌证，宫颈口未开全时禁做阴道助产术，如产钳术、臀牵引术、胎头吸引术、内倒转术、断头术、穿颅术等。行助产术时要动作轻柔、准确，避免暴力。助产术后常规检查软产道有无损伤。

(3) 不滥用缩宫素，严格掌握缩宫素使用浓度、滴速，并严密观察宫缩及产程进展。

(4) 防止第二产程过长，避免宫颈被胎头压迫时间过长。

2. 配合医生及时缝合宫颈裂伤口 分娩过程中严密观察阴道流血情况，一旦发现异常立即报告医生，及时行阴道检查，发现宫颈裂伤后应配合医生及时、准确缝合。

3. 预防感染

(1) 缝合过程中加强无菌操作，遵医嘱给予抗生素预防感染。

(2) 术后密切观察恶露和体温的变化。

(3)保持会阴清洁干燥，用消毒液每日擦洗 2 次，便后及时擦洗，指导产妇应用消毒会阴垫，并及时更换。

4. 心理护理 对于较严重裂伤，向产妇解释治疗情况，争取其积极配合治疗。安慰、鼓励产妇，增强术后愈合信心。

5. 健康指导 为产妇提供产褥期保健指导。出院后指导其继续保持外阴清洁干燥，每日清洗外阴 2 次，勤换会阴垫，观察体温及恶露的情况。产褥期禁止盆浴、阴道冲洗及性生活，警惕产褥感染的发生。产后按时复查，以便及时发现问题，及时处理，使其尽快恢复健康。

【护理评价】

1. 产妇宫颈裂伤是否及时缝合,伤口是否愈合良好。
2. 产妇是否发生感染，体温、恶露、伤口是否无异常。
3. 产妇焦虑是否减轻。

二、会阴、阴道裂伤及血肿

【病因】

1. 胎儿与产道不适应 如巨大儿胎头过大而软产道狭窄，或胎位不正如枕后位、面先露等，胎头以较大周径娩出，使产道过于膨胀，易于撕裂。

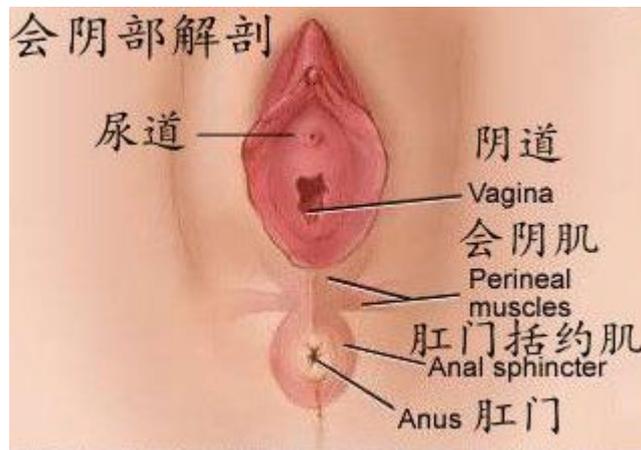
2. 产程进展过快 常见于急产、第二产程产妇用力过猛，使会阴与阴道未充分扩张。

3. 产程过长 产道受压水肿，伸展性变小。

4. 会阴、阴道病变 会阴发育不良、会阴体过长、组织肥厚、炎症、陈旧性瘢痕等，阴道瘢痕，阴道横膈或阴道纵膈等，分娩时容易裂伤。

5. 助产术损伤 产钳术、胎头吸引术、臀牵引术和臀助产术等手术过程中，操作方法不当,如牵引方向错误、过快均可引起裂伤。

6. 其他 如过分保护会阴，将胎头推向前方，引起前庭、小阴唇裂伤;过早使胎头仰伸也能造成同样后果。初产妇施行产钳术、胎头吸引术等未做会阴切开术，或会阴侧切术切口过小，会阴正中切开术后会阴保护不当，都可引起会阴与

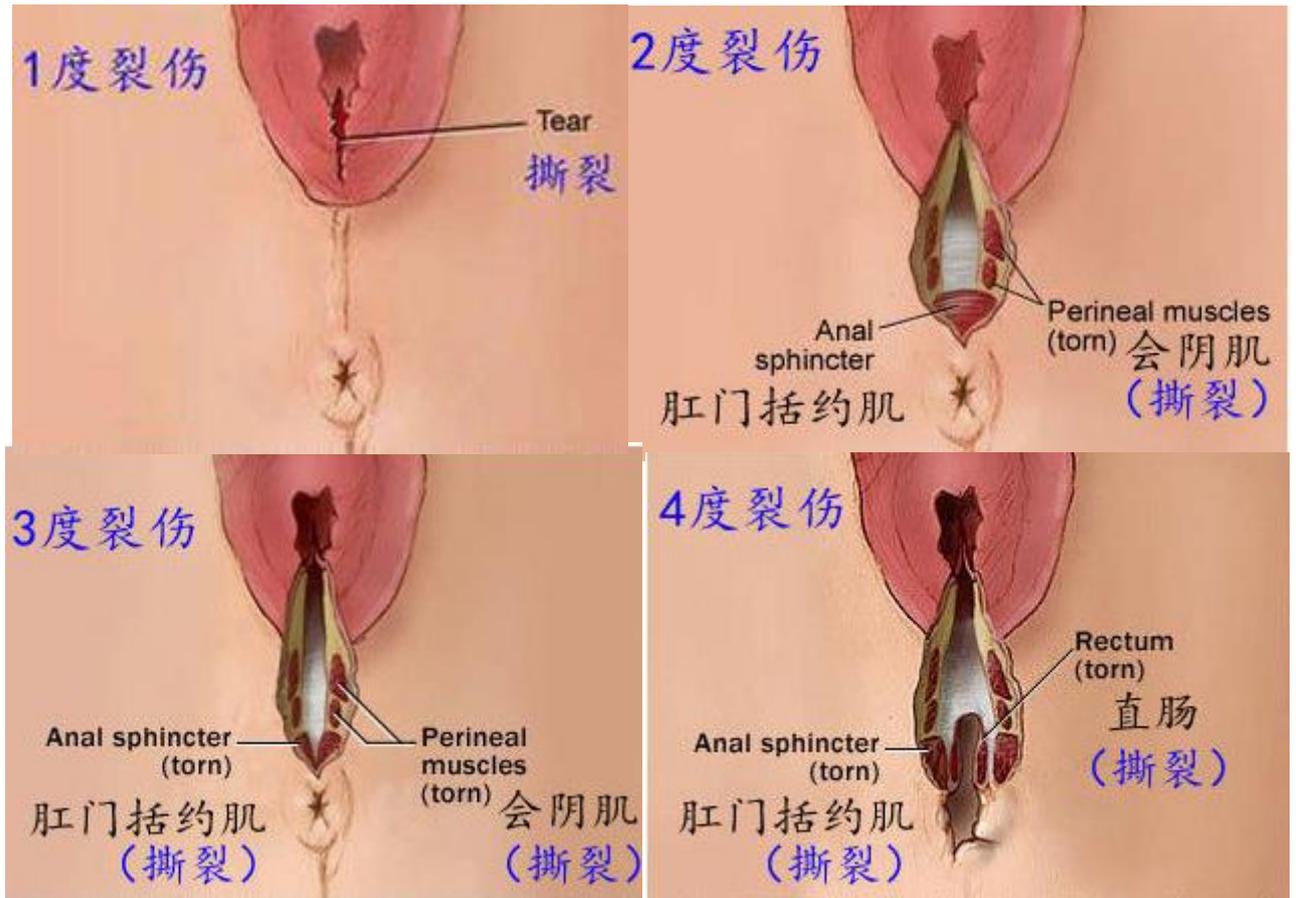


阴道裂伤。

【临床表现】

1. 阴道流血 胎儿娩出后、胎盘剥离前阴道流出鲜红血液,胎盘娩出后宫缩良好,阴道仍有鲜血流出。

2. 裂伤口 产后检查外阴、阴道可见有裂伤口。会阴、阴道裂伤,根据会阴及阴道壁损伤的轻重程度,一般分为4度。



(1) I度裂伤:是指会阴部皮肤、阴唇系带、前庭黏膜或阴道黏膜等处有裂伤,但未伤及肌肉层,伤口较浅,除伤及曲张的静脉者外,一般出血不多。

(2) II度裂伤:是指裂伤已累及骨盆底的肌肉与筋膜(球海绵体肌、会阴浅横肌、会阴深横肌、肛提肌等),未伤及肛门括约肌。此类裂伤多数呈向上与向两侧的方向,并延及阴道侧沟,严重者可达到侧穹隆;如两侧阴道侧沟均发生撕裂,则可使阴道后壁的下段黏膜呈舌片状。

(3) III度裂伤:裂伤向会阴深部扩展,肛门括约肌已断裂,直肠黏膜未伤及。

(4) IV度裂伤:撕裂累及直肠阴道隔、直肠壁及黏膜,肛门、直肠、阴道完全

贯通，直肠肠腔暴露，组织损伤严重，为最严重的会阴、阴道裂伤，但出血量可不多。

3. 外阴、阴道血肿 外阴、阴道血肿时无明显的阴道出血，但却出现失血征象。外阴血肿在检查时可见局部肿胀隆起，皮肤暗紫色，有触痛及波动感。阴道血肿产后当时不易发现，血肿较大时，可压迫膀胱和直肠，出现排尿困难及肛门胀痛。阴道检查可发现血肿包块。

【护理评估】

1. 健康史 评估与会阴、阴道裂伤相关的病史。详细询问此次妊娠经过，注意评估有无巨大儿、软产道狭窄、胎位异常、会阴发育不良、会阴及阴道瘢痕等引起软产道损伤的因素，是否有急产、产程延长、手术助产等情况。

2. 身体状况

(1) 症状：胎儿娩出后、胎盘剥离前、胎盘娩出后发生阴道流血，血色较红。

(2) 体征：宫缩良好，子宫轮廓清晰。外阴、阴道检查仔细辨清解剖关系，明确损伤程度。检查时可见会阴部消失，肛门后面皮肤呈放射状皱纹，括约肌断端退缩处在肛门两侧形成小凹陷。肛查时嘱患者向内缩肛，可检查其括约肌的控制功能。如直肠也有裂伤，直肠黏膜呈红色，向外翻出。

3. 心理-社会支持状况 单纯会阴裂伤，及时缝合止血，无不良影响；会阴、阴道裂伤较重者，出血较多，产妇可出现失血表现，修补缝合困难以及影响肛门括约肌功能者，产妇多表现烦躁、焦虑，担心术后愈合及影响。

4. 辅助检查 评估血常规、血型及出凝血时间。

5. 治疗原则及主要措施 治疗原则：发现会阴、阴道裂伤应按解剖关系及时缝合，预防感染及血肿形成。主要措施如下：

(1) 缝合应在胎盘娩出后进行，避免偶尔需做宫腔内操作，影响探查及裂伤愈合。

(2) 缝合应有充分的光线照明，缝合前先将 1 块纱布垫放入阴道，以便暴露清楚并阻挡子宫内流出的血液影响缝合。

(3) 缝合时仔细认清解剖关系，以处女膜痕为标志，将组织对合整齐，逐层缝合，不留空隙或死腔，彻底止血，严格无菌操作，以预防感染及血肿形成。

(4) 缝线又不宜过紧过密，以免影响组织的血液供应，避免遗留较多的缝线

异物，以免引起伤口的愈合不良。

(5) 如阴道前壁撕裂处接近尿道口，于缝合前应放置导尿管，使尿道口容易辨认，避免损伤尿道。

(6) 阴道黏膜伤口一般用 0~00 号铬制肠线或可吸收线做连续或间断缝合，第一针缝线一定要缝在阴道撕裂顶端的上方，以保证止血彻底；尿道口附近的黏膜撕裂要用 000 号铬制肠线或可吸收线做间断缝合；肌肉组织可用 0~00 号铬制肠线或可吸收线作间断缝合；皮肤和皮下组织用 1 号或 0 号细丝线做间断缝合。

(7) 修补Ⅲ、Ⅳ度裂伤时，先查清裂伤情况，辨明解剖关系，按层次由深至浅缝合。缝合前先消毒伤口，局部浸润麻醉后进行修补。如有直肠壁裂伤，先行直肠修补术。用 00 号铬制肠线或可吸收线间断缝合直肠壁裂口，注意不要穿透直肠黏膜。用鼠齿钳寻找、钳夹与拉拢肛门括约肌的两个断端，以 0 号或 1 号铬制肠线或粗丝线"8"字缝合，然后用 00 铬制肠线或可吸收线缝合肛提肌、会阴深浅横肌以及球海绵体肌等组织，并逐层缝合阴道黏膜、会阴皮肤及皮下组织。

(8) 缝合完毕取出阴道内纱布垫，常规检查阴道，对合伤口皮肤。最后肛门指诊检查是否有缝线穿透直肠壁，如有应立即拆除重缝，以防感染和直肠阴道瘘等并发症的发生。

(9) 会阴小血肿可局部冷敷、压迫止血；血肿较大者，应切开，取出血块后结扎出血点，缝合血肿腔。阴道血肿应切开血肿，取出血块，找到出血点结扎止血后再用肠线间断缝合，不留死腔；找不到出血点且继续出血者，可先用纱布填塞压迫止血，等血止后，再缝合关闭死腔。

【常见护理诊断/问题】

1. 有排便失禁的危险 与会阴、阴道Ⅲ、Ⅳ度裂伤损伤肛门括约肌有关。
2. 有感染的危险 与修补缝合手术操作及粪便污染有关。
3. 组织完整性受损 与裂伤程度及愈合情况有关。
4. 焦虑 担心术后愈合情况及对性生活的影响。

【护理目标】

1. 产妇能自主控制排便。
2. 产妇术后无感染发生，体温、恶露、伤口无异常。
3. 产妇会阴、阴道裂伤口按解剖关系缝合，伤口愈合良好。

4. 产妇能描述自己的焦虑，并陈述心理和生理舒适感有所增加。

【护理措施】

1. 预防会阴、阴道裂伤

(1) 妊娠早期进行阴道检查，以便及时发现软产道异常，及早处理。对阴道有较严重的瘢痕性狭窄者，临产后可考虑及早以剖宫产术结束分娩。

(2) 加强责任心,提高助产技能。严密观察产程进展,熟悉分娩机制,掌握正确的保护会阴的方法,指导产妇正确运用腹压,避免胎儿娩出过快。

(3) 恰当运用会阴切开缝合术。正确掌握适应证、切开时机、切开的方法、切开的角度和长度。遇到会阴体过紧、胎儿过大、枕后位、初产妇行助产术之前均应行会阴切开,会阴侧切时切开角度一般为 45° ,切口一般4~5cm,正中切开头长约2cm。会阴切开后仍应注意保护会阴,防止切口延长。

(4) 高位产钳术和困难的中位产钳术易引起产妇软产道损伤和新生儿颅内出血等母儿并发症,应予避免,而改以剖宫产娩出胎儿。

2. 配合医生按解剖关系及时缝合会阴、阴道裂伤伤口 分娩过程中严密观察阴道流血情况,一旦发现异常立即报告医生,及时行阴道检查,发现会阴、阴道裂伤后应配合医生按解剖关系及时、准确缝合。

3. 预防感染

(1) 缝合过程中加强无菌操作,遵医嘱给予抗生素预防感染。

(2) 术后密切观察会阴、阴道切口,有无渗血、血肿及感染等,会阴裂伤口术后3~5天拆线,有感染提前拆线。

(3) 会阴保持清洁干燥,用消毒液每日擦洗2次,便后及时擦洗,指导产妇应用消毒会阴垫,按时更换。

(4) 会阴、阴道Ⅲ、Ⅳ度裂伤修补术后,伤口用无菌纱布或会阴垫覆盖,按时更换。

(5) 术后给半流质无渣饮食,为保持5日内不排便,可服用复方樟脑酊4ml,每日3次,连用3~5日。第5日给液体石蜡20~30ml口服润滑通便,如大便硬结可用"123灌肠液"(硫酸镁30ml、甘油60ml、水90ml)保留灌肠法排便。

4. 心理护理 对于较严重的会阴、阴道裂伤,给予产妇安慰和鼓励,增强术后愈合信心。

5. 健康指导 为产妇提供产褥期保健指导。出院后指导其继续保持外阴清洁干燥，观察体温及恶露的情况。产褥期禁止盆浴、阴道冲洗及性生活，警惕产褥感染的发生。会阴阴道III、IV度裂伤者，指导其锻炼肛门括约肌功能，控制大便，避免腹泻及便秘。产后按时复查，以便及时发现问题，及时处理，使其尽快恢复健康。

【护理评价】

1. 肛门括约肌损伤的产妇是否学会功能锻炼，能否自主控制排便。
2. 产妇是否避免感染，体温、恶露、伤口是否正常。
3. 产妇会阴、阴道裂伤口是否按解剖关系缝合，伤口是否愈合。
4. 产妇焦虑是否减轻。