

第五节 第一产程的临床经过及处理

导入情景:

情景描述:

何女士怀第一胎,离预产期还有3天,昨晚发现内裤沾有少量血性分泌物,今晨起出现腹部阵发性疼痛,持续20~30秒,间歇3~5分钟,在丈夫及家人的陪同下来到医院。产前检查9次均正常。

请思考:

1. 入院后应该做哪些检查?
2. 助产士应重点观察什么?
3. 如何指导何女士的饮食起居?

【临床经过】

1. 规律宫缩 产程开始时,子宫收缩力弱,持续时间较短(约30秒),间歇时间较长(5~6分钟)。随着产程进展,子宫收缩力逐渐增强,宫缩持续时间逐渐延长(50~60秒),间歇时间逐渐缩短(2~3分钟)。当宫口近开全时,宫缩持续时间可长达1分钟或以上,间歇时间仅为1~2分钟。

2. 宫口扩张(dilatation of cervix) 当子宫收缩力逐渐增强时,宫颈管逐渐缩短直至消失,宫口逐渐扩张。宫颈口扩张有一定的规律性,潜伏期宫口扩张速度较慢,进入活跃期后宫口扩张速度加快。

3. 胎头下降 胎先露下降的程度以胎头颅骨的最低点与骨盆坐骨棘平面的关系为标志。伴随宫缩和宫颈扩张,胎头逐渐下降。潜伏期胎头下降不明显,活跃期下降加快。一般在宫口开大4~5cm时,胎头应达坐骨棘水平,胎头下降程度是决定能否经阴道分娩的重要指标。

4. 胎膜破裂(rupture of membranes) 简称破膜。宫缩时,子宫羊膜腔内压

力增高，胎先露部下降,将羊水阻断为前、后两部。在胎先露部前面的羊水量约100ml，称为前羊水，形成的前羊膜囊有扩张宫颈口的作用。宫缩继续增强,子宫羊膜腔内压力逐渐增高，当压力增到一定程度时胎膜破裂称为破膜，破膜多发生



在宫口近开全时。

【护理评估】

1. 健康史 根据产前检查记录了解产妇的一般情况，重点了解年龄、身高、体重、营养状况，询问末次月经、预产期、婚育史等，对既往有不良孕产史者要了解原因。询问本次妊娠的经过，有无腹痛、阴道流血等高危因素。着重询问末次产前检查以来及临产后的情况，如宫缩开始的时间、强度及频率。

2. 身体状况

(1) 一般情况:观察产妇生命体征,血压应在宫缩间歇期测量，评估皮肤张力，有无水肿。临产后，产妇的脉搏、呼吸可能稍有增加，体温变化不大。有些产妇可有腰酸、腰骶部胀痛等。

(2) 产程进展情况：子宫收缩的评估不能只凭产妇的主观感觉，而应认真检查评估。了解子宫收缩的规律性、持续时间、间歇时间、强度等情况。临产后应适时在宫缩时行肛门检查或阴道检查，以了解宫颈口扩张程度、胎位及胎先露下降程度、羊膜囊破裂与否、骨盆腔的形状与大小等。

(3) 胎儿宫内情况:用胎心听诊器或多普勒仪于宫缩间歇期听胎心,亦可用胎儿监护仪进行胎心监测。正常胎心率为 110 - 160 次/分。

3. 心理-社会支持状况

(1) 心理状况:因第一产程时间较长,加上环境的陌生、分娩知识的缺乏和宫缩所致的疼痛,产妇容易产生紧张、焦虑和急躁的情绪,有些产妇可出现恶心、呕吐等消化道症状,不能很好进食和休息,精力和体力消耗较大,可影响子宫收缩和产程进展。产妇的心理状态可以表现在以下几个方面:①行为:是健谈或沉默,是否听从医护人员指导、安排;②身体姿势:是放松或紧张;③感知敏感性:有无关于分娩知识的不正确认识,能否听懂医护人员的解释、说明,是否需要反复解释才能明白;④精力:有无疲倦或过度兴奋,睡眠及饮食情况有无改变等;⑤对宫缩引起的疼痛或不适的反应:呻吟、尖叫或沉默。

(2) 疼痛耐受性:产妇对疼痛的耐受性因人而异,与产妇的精神状态、文化背景、对分娩的认知、周围环境等因素有关。详细了解产妇既往对疼痛的感受及其应对方法,对分娩时的宫缩痛是否有心理准备;询问目前疼痛的持续时间、间歇时间、强度,同时注意观察产妇的面部表情;是否了解如何缓解宫缩痛的方法。

(3) 产妇的支持系统:产妇对于社会支持系统的期望值如何,评估产妇可能得到有效的社会支持系统有哪些。

4. 辅助检查 可根据胎儿监护仪、胎儿头皮血等检查进一步了解胎儿在宫内的安危状态。

【常见护理诊断/问题】

1. 疼痛 与临产后逐渐加强的子宫收缩有关。
2. 舒适改变 与子宫收缩、陌生环境等因素有关。
3. 焦虑 与知识缺乏、担心分娩能否顺利进行有关。

【护理目标】

1. 产妇能描述正常分娩过程并表现主动参与和配合的行为。
2. 产妇表示不适程度减轻。
3. 产妇情绪稳定,有信心正常分娩。

【护理措施】

- 1.入院护理 产妇产院时,护士协助办理住院手续,向产妇及其家属做自我

介绍,介绍待产室及产房的环境;采集病史并完成护理病历书写;剃除阴毛,并用肥皂水和温开水清洗。

2. 观察生命体征 每4~6小时测体温、脉搏、呼吸、血压1次,如有异常,应增加检查次数并予相应处理。

3. 观察产程进展

(1) 子宫收缩:用触诊法或胎儿监护仪进行监测。最简单的方法是由助产人员手掌放于产妇腹壁上,宫缩时宫体部隆起变硬,间歇期松弛变软,定时连续观察宫缩的强度、持续时间、间歇时间,并及时记录。触诊时手法应轻柔,用力适当。也可用胎儿监护仪观察宫缩,每隔1~2小时观察一次,连续观察3次宫缩并记录。

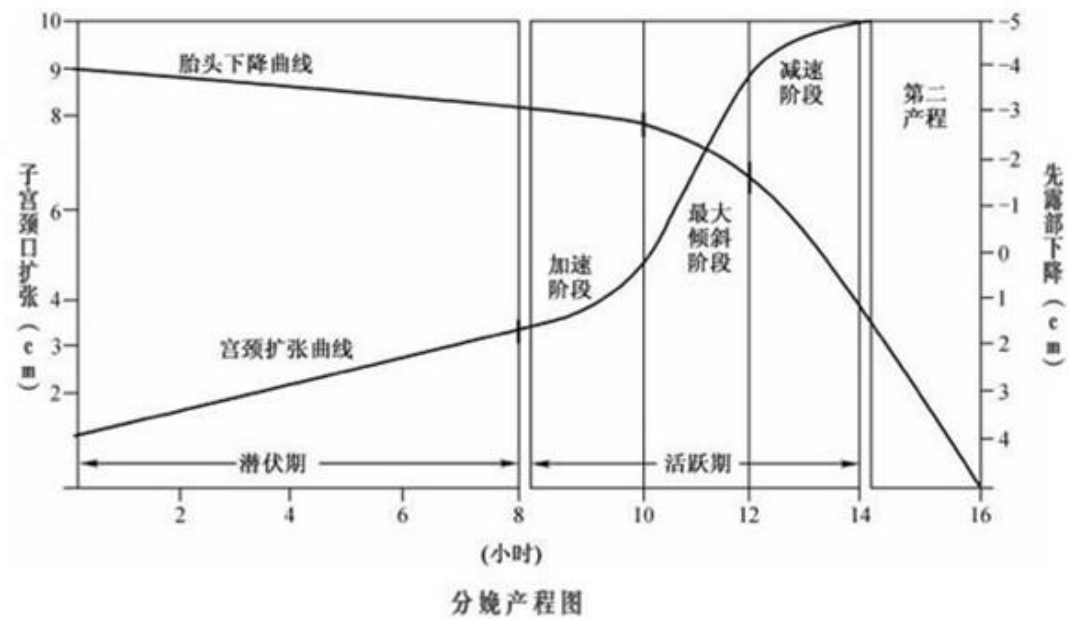
(2) 胎心监测:用胎心听诊器或多普勒仪于宫缩间歇期听胎心。潜伏期应每隔1~2小时听1次,进入活跃期后,每隔15~30分钟听1次,每次听诊1分钟。此方法较简单,但仅能获得每分钟的胎心率,不能分辨瞬间的变化,也不能识别胎心率的变异及其与宫缩、胎动的关系。亦可用胎儿监护仪进行胎心监测,将测量胎心的探头置于胎心音最响亮的部位,以腹带固定于产妇腹壁上,连续观察胎心率的变异及其与宫缩、胎动的关系,若宫缩过后胎心率不能迅速恢复,节律不齐,或胎心率<110次/分或>160次/分,均提示胎儿缺氧,应立即报告医生,并查找原



因积极处理，如给产妇吸氧,改为左侧卧位等。

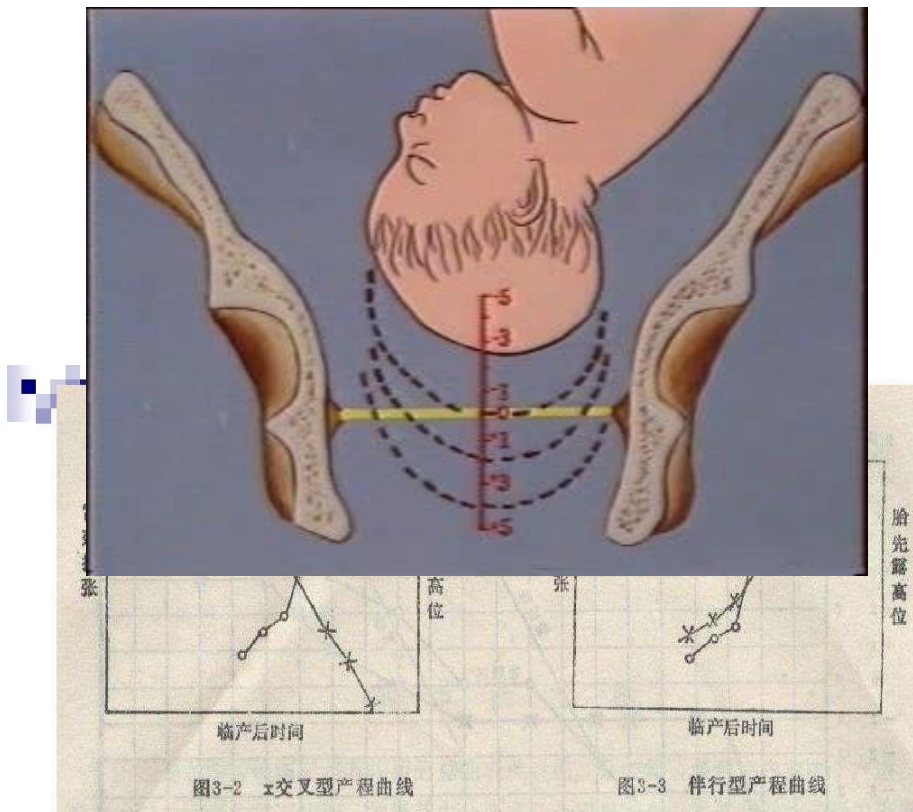
(3) 宫口扩张及胎头下降：经肛门检查或阴道检查可判断宫口扩张及胎头下降。目前对单胎、头位、初产妇多采用产程图（partogram）记录，使宫口扩张、胎头下降情况一目了然,有助于异常情况的及时发现、及早处理,具有实用价值。

产程图是一种反映产程进展情况的坐标图，有交叉产程图和伴行产程图两种。若两条曲线在图中呈反向交叉者，称为交叉型产程图。两条曲线呈伴行者，称为伴行型产程图。



交叉型产程图

横坐标为产程时间，以临产为"0"点，以小时为单位。纵坐标有两个内容，即宫颈口扩张程度和先露下降程度，宫颈扩张程度以厘米为单位，从1到10表示；头先露以坐骨棘水平为标志，胎头颅骨最低点在坐骨棘水平时以"0"表示，高于坐骨棘水平1cm，以"S-1"表示，低于坐骨棘水平1cm，以"S+1"表示，依此类



- **交叉型：** 宫颈扩张曲线：左→右、下→上
先露下降曲线：左→右、上→下
- **伴行型：** 宫颈扩张曲线：左→右、下→上
先露下降曲线：左→右、下→上

推。

宫口扩张曲线将第一产程分为潜伏期和活跃期。潜伏期是指从规律宫缩开始至宫口扩张3cm,此期扩张速度较慢，平均每2~3小时扩张1cm，约需8小时，最长时间不超过16小时。活跃期是指宫口扩张3~10cm，此期扩张速度明显加快，约需4小时,最长时间不超过8小时。活跃期又划分为3期，先是加速期(acceleration phase)，指宫口扩张3~4cm，约需1.5小时；然后是最大加速期

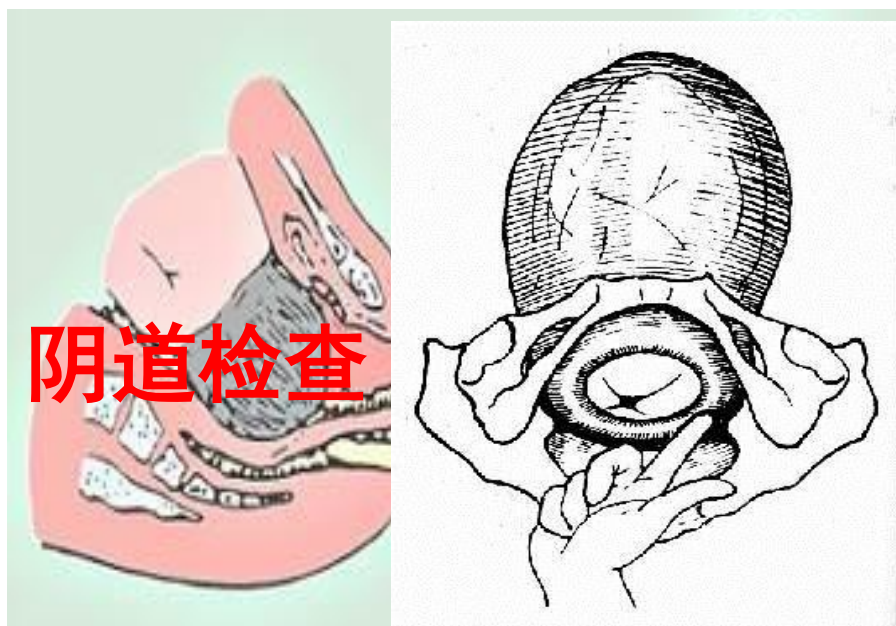
(maximum acceleration phase;),指宫口扩张 4 ~ 9cm , 约需 2 小时; 最后为减速期(deceleration phase), 指宫口扩张 9 ~ 10cm , 约需 30 分钟。

胎头下降曲线标明胎头颅骨最低点与坐骨棘平面的关系。坐骨棘平面是判断胎头高低的标志。胎头于潜伏期下降不明显,于活跃期下降加快,平均每小时下降 0.86cm。胎头下降程度可作为估计分娩难易的有效指标之一。

正常情况下宫口扩张与胎头下降是并行的,但胎头下降稍微滞后。对于大多数产妇,尤其是初产妇,在宫口近开全时先露应达坐骨棘平面以下。但也有一部分产妇宫口扩张与先露下降并不并行,破膜后胎头才迅速下降,以经产妇多见。

1) 肛门检查:临产后应适时在宫缩时行肛查,次数不宜过多。一般临产初期每隔 4 小时肛查 1 次,经产妇或子宫收缩强者间隔时间可相应缩短。肛查可了解宫颈软硬度、厚薄、宫口扩张程度;确定胎位及胎先露下降程度;查清前羊膜囊破裂与否;了解骨盆腔的形状与大小。

肛查方法:产妇仰卧、两腿屈曲分开。检查者站在产妇右侧,用消毒纸遮盖阴道口避免粪便污染阴道,右手示指戴指套蘸肥皂水轻轻伸入直肠,隔着直肠壁和阴道后壁进行指诊。在直肠内的示指向后触及尾骨尖端,了解尾骨的活动度,再查两侧坐骨棘是否突出并确定胎头高低(图 5-13);然后用指端掌侧探查宫口,摸清其四周边缘,估计宫口扩张的厘米数(图 5-14)。当宫口开全时,则摸不到宫口边缘。未破膜者,在胎头前方可触到有弹性的前羊膜囊;已破膜者,则能直接触到胎先露部,硬而圆,表面光滑的为胎头。若胎头无水肿(产瘤),还能触及胎



儿囟门及颅缝，有助于确定胎位。

目前国内外提倡应以阴道检查替代肛门检查，因为肛查准确率低，且有潜在增加产道感染的机会。

2) 阴道检查：当肛门检查不清时，应消毒外阴、导尿后进行阴道检查。阴道检查能直接触清胎头矢状缝及囟门，判断胎方位、胎头有无水肿、颅骨重叠程度、宫口扩张及胎先露下降程度、是否破膜、有无脐带先露或脐带脱垂等，并能全面了解盆腔内部情况。

每一次肛门检查或阴道检查及听取胎心后均应做好详细记录。若触及有搏动的索条状物，应考虑为脐带先露，需及时报告医生进行处理。若有产前出血者，忌肛门检查或阴道检查。

(4)胎膜情况：若胎膜未破，肛门检查或阴道检查时可触到有弹性的前羊膜囊；已破膜者，则能直接触到先露部，推动先露部，有羊水自阴道流出，用 pH 试纸检测阴道流水，呈碱性。一旦出现破膜应立即听取胎心、注意观察并记录羊水的性状、颜色、量和破膜时间。破膜后应注意外阴清洁，垫上消毒垫；若破膜后胎头未入盆，应卧床休息、垫高臀部，预防脐带脱垂。

4. 促进舒适

(1) 提供良好的环境：提供安静、舒适、温馨的环境。避免一些负面的、不良的刺激。

(2) 补充液体和热量：助产人员应鼓励产妇在宫缩间歇期少量多次进食清淡而富有营养的饮食及液体，以保证分娩时的体力消耗。

(3) 活动与休息：临产后，若胎头已入盆，胎膜未破，宫缩不强，日间多鼓励在室内活动，加快产程进展。若胎膜已破、初产妇宫口近开全或经产妇宫口已扩张 4cm 时，应左侧卧位休息。

(4) 排尿和排便：临产后，应鼓励产妇每 2~4 小时排尿一次，以免膀胱充盈影响宫缩及胎头下降。排便时应注意避免发生胎儿坠入。

(5) 清洁卫生：分娩过程中产妇出汗增多，外阴分泌物及羊水外溢等使产妇不适及疲劳，助产人员应协助产妇洗脸、洗手、更衣、换床单、擦浴等，使产妇保持清洁和舒适。

5. 心理护理 助产人员应安慰产妇，讲解分娩是正常的生理过程，增强产妇

对自然分娩的信心；加强与产妇的沟通，耐心回答产妇的问题，及时提供产程进展的情况；指导产妇采取良好的应对措施，密切配合助产人员，以便顺利分娩。提倡一对一导乐陪伴分娩，有条件可提供家庭分娩室，允许丈夫或家人在分娩过程中陪伴，安抚产妇，增加产妇安全感。

6. 健康指导 鼓励产妇说出对疼痛的感受，帮助其采取有效的应对措施缓解疼痛。如指导产妇深呼吸，用手掌压迫腰骶部，常能减轻产妇腰骶部的不适感。宫缩间歇期指导产妇全身放松。也可通过音乐、谈话等方法转移产妇的注意力，减轻产妇疼痛的感觉。

【护理评价】

1. 产妇是否表现不适程度减轻，保持适当的摄入和排泄。
2. 产妇能否描述正常分娩过程知识。
3. 产妇是否主动参与并积极配合分娩的过程，适当休息、活动。



知识链接

自然分娩的好处

胎儿经阴道分娩是一个生理现象。胎儿经子宫有节律地收缩，使胎儿胸部受到压缩和扩张，有利于胎儿肺活动；胎儿经阴道分娩时使胎儿胸部受到挤压，有利于胎儿呼吸建立。同时，分娩时宫缩和产道的阻力可以将胎儿呼吸道内的羊水挤出来，有利于新生儿的呼吸，可减少新生儿湿肺及羊水胎粪吸入性肺炎的发生。对产妇而言，自然分娩免受麻醉和手术的影响，产后恢复快，可以早日亲自照顾孩子。

目前不少人认为剖宫产可免受分娩阵痛，剖宫产的孩子聪明等，故盲目追求剖宫产。虽然剖宫产随着医疗技术水平的提高和抗感染药物的更新，安全性提高了，但手术的危险性如麻醉意外、羊水栓塞等仍存在。而且剖宫产后的产妇术后并发症如子宫粘连、异位妊娠发生率显著高于自然分娩的产妇。

