

高级卫生专业技术资格考试用书

妇产科学

高级护师进阶 (副主任护师/主任护师)

丁淑贞 戴红◎主编

系统梳理学科理论

条分缕析知识要点

活化临床思维模式

全面提升专业技能



中国协和医科大学出版社

高级卫生专业技术资格考试用书

妇产科护理学

高级护师进阶

主 编 丁淑贞 戴 红
副主编 郝春艳 魏 冰 黄芳艳 王 涛 马丽梅
编 者 (按姓氏笔画排序):
丁淑贞 马丽梅 王 涛 王庆华 王丽莹
王建荣 王淑云 冯 红 刘春鸣 孙晗潇
张 平 张 杰 张 彤 张晓霞 李 硕
李世博 邹 辉 范喜瑛 赵英杰 赵春慧
赵瑾瑶 郝春艳 高筱琪 梁 艳 黄芳艳
韩 莉 翟 艳 谭 燕 潘 杰 戴 红
魏 冰



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

妇产科护理学：高级护师进阶 / 丁淑贞，戴红主编. —北京：中国协和医科大学出版社，2018. 1

高级卫生专业技术资格考试用书

ISBN 978 - 7 - 5679 - 0814 - 7

I. ①妇… I. ①丁… ②戴… III. ①妇产科学 - 护理学 - 资格考试 - 自学参考资料 IV. ①R473. 71

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 235896 号

高级卫生专业技术资格考试用书
妇产科护理学·高级护师进阶

主 编：丁淑贞 戴 红

责任编辑：吴桂梅

出版发行：中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260431)

网 址：www.pumcp.com

经 销：新华书店总店北京发行所

印 刷：北京玺诚印务有限公司

开 本：787×1092 1/16 开

印 张：19.5

字 数：420 千字

版 次：2018 年 1 月第 1 版

印 次：2018 年 1 月第 1 次印刷

定 价：52.00 元

ISBN 978 - 7 - 5679 - 0814 - 7

(凡购本书,如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题,由本社发行部调换)

前 言

护理学是将自然科学与社会科学紧密联系起来的为人类健康服务的综合性应用学科。随着医学科学的迅速发展和医学模式的转变,医学理论和诊疗技术不断进行更新,护理学科领域发生了很大的变化。为贯彻国家人事部、卫生部《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件的精神,我们编写了《妇产科护理学——高级护师进阶》这本书。旨在为临床护理人员提供最新的专业理论和专业指导,帮助护理人员熟练掌握基本理论知识和临床护理技能,提高护理质量,是对各专科临床护理实践及技能给予指导的专业参考书。

近年来,妇产科医学技术飞速发展,护理服务模式明显转变,妇产科护理知识与要求也应随之相应地提高和完善。为了促进广大妇产科医务人员在临床工作中更好地认识、了解妇产科疾病,普及和更新妇产科的临床及护理知识,从而满足妇产科专业人员以及广大基层医务工作者的需要,结合临床经验,我们编写了本书。

本书分为十七章,基本包括妇产科专业的常见疾病和多发疾病,具体讲述相关疾病的引言、病因或发病机制或病理生理、临床表现、辅助检查、护理评估、护理诊断、护理措施、健康指导等内容。章节中所阐述的内容均结合护理专业所对应的工作岗位特点及发展趋势,综合妇产科护士的具体工作内容及完成这些工作任务需要的知识、技能编写整理。本书以“必要、实用”为原则,注重妇产科护理的基本概念,着重解决妇产科护理中的实际问题,以妇产科典型工作情境为载体,强化妇产科职业能力实训。本书内容翔实,可作为广大临床护理教学及临床护理工作参考使用。

限于编写水平及时间有限,书中难免有疏漏或不妥之处,敬请读者和同仁批评指正。

编 者

2017年10月

目 录

第一章	产前诊断	1
第一节	早期妊娠的诊断	1
第二节	中晚期妊娠的诊断	2
第二章	正常分娩妇女的护理	4
第一节	分娩的动因	4
第二节	决定分娩的因素	5
第三节	正常胎位的分娩机制	9
第四节	临产先兆症状和临产诊断	11
第五节	正常分娩妇女的护理	12
第六节	分娩镇痛	21
第三章	正常产褥期妇女的护理	25
第一节	产褥期妇女的生理变化	25
第二节	产褥期妇女的心理调适	28
第三节	产褥期妇女的护理	29
第四节	正常新生儿的护理	36
第四章	异常妊娠妇女的护理	44
第一节	自然流产	44
第二节	早产	49
第三节	异位妊娠	52
第四节	双胎妊娠	58
第五节	胎盘早剥	61
第六节	前置胎盘	64
第七节	胎儿窘迫	68
第八节	胎膜早破	71
第九节	羊水异常	74
第五章	妊娠特有疾病妇女的护理	81
第一节	妊娠期高血压疾病	81
第二节	妊娠期肝内胆汁淤积症	87

第六章	妊娠合并症妇女的护理	92
第一节	妊娠合并心脏病	92
第二节	妊娠合并糖尿病	98
第三节	妊娠合并贫血	104
第四节	妊娠合并急性病毒性肝炎	107
第五节	妊娠合并肺结核	111
第七章	异常分娩妇女的护理	115
第一节	产力异常	115
第二节	产道异常	122
第三节	胎位异常	126
第八章	分娩期并发症妇女的护理	135
第一节	产后出血	135
第二节	羊水栓塞	140
第三节	子宫破裂	144
第九章	产褥期疾病妇女的护理	148
第一节	产褥感染	148
第二节	晚期产后出血	152
第三节	产褥期抑郁症	156
第十章	女性生殖系统炎症妇女的护理	160
第一节	概述	160
第二节	外阴部炎症	165
第三节	阴道炎症	170
第四节	子宫颈炎症	176
第五节	盆腔炎症	179
第十一章	性传播疾病妇女的护理	184
第一节	尖锐湿疣	184
第二节	淋病	186
第三节	梅毒	188
第四节	获得性免疫缺陷综合征	190
第十二章	月经失调妇女的护理	193
第一节	功能失调性子宫出血	193
第二节	闭经	197
第三节	痛经	201
第四节	经前期紧张综合征	204
第五节	围绝经期综合征	206

第十三章	妊娠滋养细胞疾病妇女的护理	212
第一节	葡萄胎	212
第二节	恶性滋养细胞肿瘤	216
第三节	恶性滋养细胞肿瘤转移患者的护理	219
第四节	妇科恶性肿瘤化疗患者的护理	223
第十四章	女性生殖系统肿瘤患者的护理	227
第一节	宫颈癌	227
第二节	子宫肌瘤	232
第三节	子宫内膜癌	236
第四节	卵巢肿瘤	241
第五节	外阴癌	246
第六节	妇科腹部手术患者的护理	249
第十五章	会阴部手术患者的护理	256
第一节	处女膜闭锁	256
第二节	外阴、阴道创伤	257
第三节	尿瘘	260
第四节	子宫脱垂	263
第五节	会阴部手术患者的一般护理	267
第十六章	不孕症与辅助生殖技术	270
第一节	不孕症	270
第二节	辅助生殖技术	275
第十七章	计划生育	280
第一节	避孕方法	280
第二节	女性绝育方法	287
第三节	终止妊娠方法	290
第四节	计划生育妇女的一般护理	295
附录一	高级卫生专业技术资格考试大纲（妇产科护理学专业——副高级）	298
附录二	高级卫生专业技术资格考试大纲（妇产科护理学专业——正高级）	300
附录三	全国高级卫生专业技术资格考试介绍	302

第一章 产前诊断

第一节 早期妊娠的诊断

知识点 1: 早期妊娠的概念

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

卵子受精是妊娠的开始, 胎儿及其附属物自母体排出是妊娠的终止。在临床上将妊娠分为 3 个时期: 妊娠 12 周末以前称早期妊娠, 第 13~27 周末称中期妊娠, 第 28 周及其以后称晚期妊娠。共约 40 周。

知识点 2: 早期妊娠的临床表现

副高: 掌握 正高: 掌握

(1) 停经: 生育年龄的妇女, 有过性生活, 平时月经规律, 一旦月经过期 10 天以上应考虑早期妊娠的可能。停经是妊娠早期重要的症状。

(2) 早孕反应: 有 50%~70% 的孕妇在停经 6 周左右出现早孕反应, 其症状为恶心、呕吐、畏寒、乏力、嗜睡、食欲缺乏、喜欢酸性食物、厌油腻等症状。12 周左右自行消失, 不需要治疗。如早孕反应持续时间较久, 出现妊娠剧吐, 尿酮体阳性需住院输液治疗。

(3) 尿频: 妊娠的前 3 个月, 增大的子宫在盆腔内压迫膀胱造成孕妇尿频; 当子宫增大超出膀胱时, 尿频的症状会自然好转; 怀孕末期, 胎儿的先露部分入盆腔, 尿频的症状又会出现。

(4) 乳房的变化: 妊娠 8 周后, 乳房受雌激素及孕激素的影响而使结构、组织发生变化, 雌激素促进乳腺管发育, 孕激素促进乳腺泡发育; 为产后产生乳汁做准备。妇女感觉乳房、乳头变大。乳晕颜色变深。

(5) 生殖器官的变化: 妊娠 6~8 周时, 阴道黏膜及子宫颈充血, 呈紫蓝色, 子宫峡部极软, 感觉子宫体与子宫颈似不相连, 称黑加征。子宫随停经月份而逐渐增大, 停经 8 周时, 子宫为非孕时的 2 倍, 停经 12 周时为非孕时的 3 倍, 在耻骨联合上方可以触及。

知识点 3: 早期妊娠的辅助检查

副高: 掌握 正高: 掌握

(1) 超声检查: B 超是早期诊断妊娠快速准确的方法。在增大的子宫轮廓内见到圆形或椭圆形光环, 可见到胎心规律搏动。

(2) 宫颈黏液检查: 宫颈黏液量少黏稠, 涂片干燥后光镜下见到排列成行的椭圆体而未见羊齿植物叶状结晶, 早期妊娠的可能性大。

(3) 基础体温测定：双相型体温的已婚妇女，如出现高温相持续 18 天不下降，早孕的可能性大。

(4) 妊娠试验：孕卵着床后滋养细胞分泌大量人绒毛膜促性腺激素（hCG），约在怀孕 40 天后可由尿液中验出人绒毛膜促性腺激素。血液或尿液中 hCG 测定，可协助诊断怀孕，此试验称妊娠试验。

人绒毛膜性促腺激素在受孕后持续上升，在 60~80 天之后达到高峰，血清中约在 100kU/L。在妊娠 15~16 周时 hCG 增加量减少，维持在 10~20kU/L，并持续到妊娠结束。分娩后 hCG 又恢复到无法测得的浓度。

(5) 黄体酮试验：利用孕激素在体内突然撤退可引起子宫出血的原理，用黄体酮 10~20mg，肌内注射，每日 1 次，连用 3~5 天。如停药后 3~7 天内有阴道流血，可以排除妊娠；如停药 7 日仍未见阴道出血，则早期妊娠可能性大。

第二节 中晚期妊娠的诊断

知识点 1：中晚期妊娠的临床表现

副高：掌握 正高：掌握

(1) 子宫增大与宫底升高：随着妊娠周数增大，子宫逐渐增大，宫底升高，可以根据手测宫底高度和尺测耻上子宫高度来判断子宫大小与妊娠周数是否相符。增长过快或过慢均可能为异常。但子宫底高度也可能受孕妇脐耻间的距离、胎儿羊水的情况或多胎等特殊因素的影响而存在差异。

(2) 胎动：胎儿在子宫内的活动称胎动。孕妇于妊娠 18~20 周时开始自觉胎动，每小时 3~5 次，随妊娠周数增加，胎动逐渐活跃。

(3) 胎心音：妊娠 18~20 周，用听诊器可在孕妇腹壁听到胎心音，正常胎心率为 120~160 次/分。一般在胎儿背侧听得最清楚。胎心音应与子宫杂音、腹主动脉音、胎动音及脐带杂音相鉴别。

(4) 胎体：妊娠 20 周后，可经腹部扪及胎体，24 周后触诊能区分胎头、胎臀、胎背及肢体。圆而硬的是胎头；宽而软的是胎臀；平坦的一侧是胎背；形状不规则的一侧是胎儿的肢体。

知识点 2：中晚期妊娠的辅助检查

副高：掌握 正高：掌握

(1) 超声检查：可显示胎儿数目，了解胎儿发育、胎产式、胎先露、胎方位、胎心、胎动，可用于胎盘定位、羊水量检查以及观察胎儿有无体表畸形。

(2) 胎儿心电图：多用间接法，妊娠 12 周后可经孕妇腹壁显示胎儿心电图图形。

知识点3：妊娠期护理诊断

副高：掌握 正高：掌握

- (1) 便秘：与妊娠引起肠蠕动减弱有关。
- (2) 知识缺乏：缺乏妊娠期保健知识。
- (3) 有受伤的危险：与遗传、感染、中毒、胎盘功能障碍有关。

第二章 正常分娩妇女的护理

第一节 分娩的动因

知识点1：神经递质理论

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

子宫主要受自主神经支配，交感神经兴奋子宫肌层 α 肾上腺素能受体，促使子宫收缩。乙酰胆碱通过增加子宫肌细胞膜对 Na^+ 的通透性加强子宫收缩。但因上述物质的测定水平在分娩前并无明显变化，难以肯定自主神经在分娩发动中起何作用。

知识点2：机械学说

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

孕末期，由于子宫容积的增加，子宫的伸展度和张力不断增加，宫内压逐渐增强；胎儿先露部分压迫到子宫的下段和宫颈，使子宫下段和宫颈产生机械性扩张，通过交感神经传递至下丘脑，使垂体释放缩宫素，引起子宫收缩（简称宫缩）。在临床上，过度膨胀的子宫如羊水过多、双胎等常导致早产现象支持这一学说。但此假说并不能解释所有现象，如单胎早产，有研究发现母血中缩宫素值增高是在产程发动之后。因此，机械因素不能认为是分娩发动的始动因素。

知识点3：内分泌控制学说

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

内分泌控制理论是目前最有影响的学说。已知参与调节子宫活动的激素很多，但其相互关系十分复杂，而且有些还不明确。因而，哪种激素是造成分娩发动的始发原因也无定论。其中主要的有前列腺素学说、缩宫素（催产素）学说、雌激素刺激学说等。

知识点4：宫颈成熟学说

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

在实施引产时，采用多种手段诱发宫缩，但若宫颈不成熟则不易诱发成功。临床实践证明，充分准备的宫颈才能有与宫缩相适应的宫口扩张。而且宫颈成熟的程度与临产的时间、产程的长短和分娩能否顺利进行都密切相关，说明宫颈的成熟也是分娩发动过程中不可缺少的因素之一。

第二节 决定分娩的因素

知识点1：分娩的概念

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

分娩是指妊娠满28周（196天）及以上，胎儿及其附属物自临产开始到由母体娩出的全过程。妊娠满28周至不满37周（196~258天）期间分娩，为早产；妊娠满37周至不满42周（259~293天）期间分娩，为足月产；妊娠满42周（294天）及以上分娩，为过期产。

决定分娩的因素有4个，分别是产力、产道、胎儿及产妇的精神心理因素。只有这4个因素均正常并能相互适应和相互协调，胎儿才能顺利经阴道自然娩出，称为正常分娩。

知识点2：产力因素的概念

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

产力是指将胎儿及其附属物从子宫逼出的力量。产力包括子宫收缩力（简称宫缩）、腹肌及膈肌收缩力（统称腹压）、肛提肌收缩力。

知识点3：子宫收缩力

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

分娩时子宫产生规律性收缩称为宫缩，是临产后的主要产力，贯穿于整个分娩过程。临产后宫缩能迫使宫颈管变短直至消失、宫口扩张、胎先露部下降和胎盘、胎膜娩出。

知识点4：正常宫缩的特点

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

（1）节律性：宫缩的节律性是临产的重要标志。正常宫缩是宫体部有规律的阵发性收缩并伴有疼痛，故有阵痛之称。每次收缩总是由弱渐强（进行期），维持一定时间（极期），随后由强渐弱（退行期），直至消失进入间歇期。间歇期时，子宫肌肉松弛。如此反复交替，直至分娩结束。

临产开始时，宫缩持续约30秒，间歇期为5~6分钟。宫缩随产程进展持续时间逐渐延长，间歇期逐渐缩短。当宫口开全（10cm）后，宫缩持续时间长达60秒，间歇期缩短至1~2分钟。宫缩强度也随产程进展逐渐增加。子宫腔内压力在宫缩时增加，子宫肌壁血管及胎盘受压，致使子宫血流量减少；间歇期时，子宫血流量又恢复到原来水平，胎心率也恢复正常。故听胎心音应选择在宫缩间歇期。宫缩节律性对胎儿适应分娩非常有利。

（2）对称性：正常宫缩起自两侧宫角部，左右对称，以微波形式均匀协调地向宫底中部集中；然后向子宫下段扩散，遍及整个子宫，此为宫缩的对称性。

（3）极性：宫缩以宫底部最强、最持久，向下逐渐减弱，此为宫缩的极性。

(4) 缩复作用：宫缩时，宫体肌纤维缩短变宽；间歇期，肌纤维虽然又松弛，但不能完全恢复到原来长度而较前略短，经过反复收缩，肌纤维越来越短越宽，这种现象称缩复作用。缩复作用随产程进展使宫腔内容积逐渐缩小，迫使胎先露部不断下降及宫颈管逐渐短缩直至消失。

知识点5：子宫收缩力的种类

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

(1) 妊娠无痛性子宫收缩：发生在妊娠10周后子宫有间歇收缩，因子宫内压为10~20mmHg，未达到25mmHg，故不觉得疼痛，称为妊娠无痛性子宫收缩。

(2) 假阵痛：在分娩前3~4周出现的子宫无效收缩或肠、膀胱、腹壁肌的痛性痉挛，因子宫内羊水压为20~40mmHg，超过25mmHg，故会有疼痛感。疼痛局限于下腹部、腹股沟，罕有背痛。

(3) 真阵痛：为分娩的主要原动力。子宫规律收缩，频率、强度逐渐增加至50mmHg以上。产妇感到极度难忍。

(4) 产后痛：在分娩后2~3天，子宫不规则的收缩所产生的疼痛，此时的子宫收缩有助于产后子宫复旧，恶露的排出。

知识点6：腹肌及膈肌收缩力

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

腹肌及膈肌收缩力（腹压）是第二产程时娩出胎儿的重要辅助力量。宫口开全后，宫缩时，胎先露压迫盆底组织及直肠，反射性地引起排便动作，产妇主动屏气，向下用力，腹肌及膈肌强有力的收缩使腹内压增高，协同宫缩促使胎儿娩出。腹压在第三产程还可促使已剥离的胎盘娩出。

知识点7：肛提肌收缩力

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

肛提肌收缩力有协助胎先露部在骨盆腔进行内旋转的作用。当胎头枕部露于耻骨弓下缘时，能协助胎头仰伸及娩出。胎儿娩出后，胎盘降至阴道时，肛提肌收缩力有助于胎盘娩出。

知识点8：产道因素的概念

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

产道是胎儿娩出的通道，分骨产道与软产道两部分。

知识点9：骨产道

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

骨产道指真骨盆，其大小、形态与分娩有密切关系。骨盆腔分3个平面。

(1) 骨盆入口平面：骨盆腔上口，前方为耻骨联合上缘，两侧为髂耻缘，后方为骶岬前缘，有4条径线。①入口前后径：即真结合径。为耻骨联合上缘中点至骶岬前缘正中间的距离，平均长约11cm，其长短与分娩机制关系密切。②入口横径：两髂耻缘间的最大距离，平均长约13cm。③入口斜径：左右各一。左侧骶髂关节至右侧髂耻隆突间的距离为左斜径；右侧骶髂关节至左侧髂耻隆突间的距离为右斜径，平均长约12.75cm。

(2) 中骨盆平面：其前方为耻骨联合下缘，两侧为坐骨棘，后方为骶骨下端。此平面是骨盆最小平面，具有产科临床重要性，有2条径线。①中骨盆前后径：耻骨联合下缘中点通过两侧坐骨棘连线中点至骶骨下端间的距离，平均长约11.5cm。②中骨盆横径：也称坐骨棘间径。为两坐骨棘间的距离，平均长约10cm。此径线与分娩机制有重要关系。

(3) 骨盆出口平面：为骨盆腔下口，由2个在不同平面的三角形所组成。坐骨结节间径为两个三角形共同的底，前三角的顶端为耻骨联合下缘，两侧为耻骨降支；后三角的顶端为骶尾关节，两侧为骶结节韧带，有4条径线。①出口前后径：耻骨联合下缘至骶尾关节间的距离，平均长约11.5cm。②出口横径：两坐骨结节间的距离，也称坐骨结节间径，平均长约9cm。此径线与分娩机制关系密切。③出口前矢状径：耻骨联合下缘中点至坐骨结节间径中点间的距离，平均长约6cm。④出口后矢状径：骶尾关节至坐骨结节间径中点间的距离，平均长约8.5cm。出口横径与后矢状径之和大于15cm时，一般正常大小胎儿可以通过后三角区经阴道娩出。

(4) 骨盆轴与骨盆倾斜度：①骨盆轴：为连接骨盆各假想平面中点的曲线。此轴上段向下向后，中段向下，下段向下、向前。分娩时，胎儿即沿此轴娩出。②骨盆倾斜度：指女性直立时，骨盆入口平面与地平面所形成的角度，一般为 60° 。若角度过大，影响胎头衔接。

知识点10：软产道

副高：熟练掌握 正高：熟练掌握

软产道是由子宫下段、宫颈、阴道及骨盆底软组织构成的管道。

(1) 子宫下段的形成：由非妊娠时约1cm的子宫峡部伸展形成。在妊娠12周后子宫峡部已扩展成宫腔的一部分，至妊娠末期被拉长形成子宫下段。临产后规律宫缩进一步使其拉长至7~10cm，肌壁变薄成为软产道的一部分。

(2) 宫颈的变化：①宫颈管消失：临产前宫颈管长2~3cm，初产妇较经产妇稍长。临产后的规律宫缩牵拉宫颈内口的子宫肌纤维及周围韧带，加之胎先露部支撑前羊水囊呈楔状，致使宫颈内口水平的肌纤维向上牵拉，使宫颈管形成漏斗形，此时宫颈外口变化不大，随后宫颈管逐渐短缩直至消失。②宫口扩张：临产前，初产妇的宫颈外口仅容一指尖，经产妇能容一指。临产后，宫口扩张主要是子宫收缩及缩复向上牵拉的结果。

(3) 骨盆底、阴道及会阴的变化：前羊水囊及胎先露部将阴道上部撑开，破膜后胎先露部下降直接压迫骨盆底，使软产道下段形成一个向前弯的长筒，前壁短后壁长，阴道外口开向前上方，阴道黏膜皱襞展平使阴道扩张。肛提肌向下及两侧扩展，肌束分开，肌纤维拉

长,使5cm厚的会阴体变成2~4mm,以利胎儿通过。

知识点 11: 胎儿因素的概念

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

胎儿的大小、胎位、胎儿发育有无异常均与分娩能否正常进行有关。

知识点 12: 胎儿大小

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

胎儿大小是决定能否顺利分娩的重要因素之一。胎儿过大时,胎头各径线过大;胎儿过度成熟时,胎儿颅骨过硬胎头不易变形。如存在上述情况,即使产妇骨盆大小正常,也可以因为相对头盆不称导致分娩困难。

(1) 胎儿颅骨: 胎儿头部由2块顶骨、额骨、颞骨及1块枕骨组成。颅骨之间膜状缝隙为颅缝。颅缝与囟门处有软组织覆盖,使骨板有一定的活动余地,胎头具有可塑性。在分娩时,相邻的颅骨可轻度移位重叠使头颅变形,体积缩小,有利于胎头娩出。

(2) 胎头径线: 胎头径线主要有4条,即双顶径、枕额径、枕下前凶径、枕颈径。①双顶径: 双顶径是指两侧顶骨隆突间的距离,是胎头最大横径,临床常用B超检查测量双顶径来帮助判断胎儿大小。足月胎儿此径线平均值约为9.3cm。②枕额径: 枕额径是指从鼻根上方到枕骨隆突的距离,胎头入盆时多以此径线衔接。足月胎儿此径线平均值约为11.3cm。③枕下前凶径(小斜径): 枕下前凶径是指从前凶中点到枕骨隆突下方之间的距离,胎儿头部俯屈后以此径线通过产道。足月胎儿此径线的平均值约为9.5cm。④枕颈径(大斜径): 枕颈径是指颈骨下方中央至后凶顶部之间的距离。足月胎儿此径线平均值约为13.3cm。

知识点 13: 胎位

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

产道为一纵行管道,若胎体纵轴与骨盆轴一致为纵产式。胎头先露时,胎儿较易通过产道。因为胎头周径最大,如果分娩过程中,胎头能够顺利通过产道,胎儿肩部、臀部娩出一般没有困难。当胎儿臀先露时,因小而软的臀部不能将软产道充分扩张。当胎头娩出时,胎头颅骨没有充分的时间变形适应产道,导致胎头娩出困难。横产式时,胎体纵轴与骨盆轴垂直,足月的活胎不可能以此种产式通过产道,分娩时对母儿生命安全威胁极大。

知识点 14: 胎儿发育异常

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

若胎儿身体某一部分发育异常,如脑积水、连体双胎,使胎头或胎体过大,通过产道时常发生困难。

知识点 15: 精神心理因素

副高: 掌握 正高: 掌握

产妇对分娩充满焦虑和恐惧, 这种情绪随着预产期的临近而加剧。紧张焦虑的情绪有时会表现为躯体症状, 特别是在临产后, 过度的焦虑紧张会导致产妇病理生理反应, 如呼吸急促、心率加快、气体交换不足或过度换气, 造成子宫缺氧而致收缩乏力、宫口扩张缓慢、胎先露下降受阻、产程延长、体力过度消耗; 同时可使神经、内分泌发生变化, 交感神经兴奋, 释放儿茶酚胺, 血压升高, 导致胎儿缺血缺氧, 出现胎儿窘迫。产科工作人员应为产妇和家属提供妊娠期分娩知识的健康教育, 让其了解正常分娩过程、注意事项及缓解产痛的方法等。鼓励孕妇及家属一同听课, 使孕妇获得家庭成员的支持, 在临产前尽可能消除孕妇对分娩的焦虑、紧张情绪, 树立正常分娩的信心。分娩室应提供家庭式产房、非药物镇痛措施、允许产妇家属陪伴等服务, 使产妇在分娩时得到全方位的支持, 顺利完成分娩。

第三节 正常胎位的分娩机制

知识点 1: 分娩机制的概念

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

分娩机制是指胎儿先露部随着骨盆各平面的不同形态, 被动进行的一连串适应性转动, 最终以其最小径线通过产道的过程。临床上, 枕先露衔接占 95.55%~97.55%, 其中以枕左前 (LOA) 最多见。为了便于理解胎儿娩出的过程, 以下分 7 点讲解, 但是分娩机制是一个连续的过程, 各动作之间不是截然分开进行的, 下降动作始终贯穿在整个分娩过程中, 胎头的各种适应性转动都伴随着下降进行。

知识点 2: 衔接

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

胎头双顶径进入骨盆入口平面, 胎头颅骨最低点接近或达到坐骨棘水平, 称为衔接。胎头呈半俯屈状态以枕额径进入骨盆入口, 胎头的矢状缝与骨盆入口的右斜径一致, 这时胎头枕骨位于母体骨盆的左前方 (因此, 称为胎先露枕左前)。初产妇多在预产期前 1~2 周内胎头衔接。若初产妇临产后胎头仍没有与骨盆衔接, 应警惕可能存在头盆不称, 需密切观察。

知识点 3: 下降

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

胎头沿着骨盆轴前进的动作称为下降。下降动作贯穿于整个分娩过程中, 与其他动作相伴随。下降动作呈间歇性, 胎头在宫缩的推动下下降, 宫缩间歇时胎头又稍回缩。临床上, 通过观察胎头下降程度作为判断产程进展的重要标志。

知识点4: 俯屈

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

当胎头以枕额径进入骨盆腔至骨盆底时, 处于半俯屈状态的胎头枕部遇到盆底阻力(肛提肌), 借助杠杆作用胎头进一步俯屈, 使下颏向胸部贴近, 使枕额径变为枕下前凶径, 以适应产道, 有利于胎头进一步下降。

知识点5: 内旋转

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

胎头围绕骨盆纵轴向前旋转, 使胎头矢状缝与中骨盆及骨盆出口前后径相一致的动作称为内旋转。内旋转从中骨盆平面开始至出口平面完成, 以适应中骨盆及出口平面横径短、前后径长的特点。枕先露时, 胎头枕部到达骨盆底最低位置时, 肛提肌收缩力将胎头枕部推向阻力小的前方, 枕左前位的胎头向骨盆前方旋转 45° , 通过俯屈和旋转, 胎头后凶转至耻骨弓下方。胎头于第一产程末完成内旋转动作。

知识点6: 仰伸

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

胎头完成内旋转后, 当充分俯屈的胎头下降到达阴道外口时, 宫缩与腹压继续使胎头下降, 而肛提肌收缩则将胎头向前推进, 两者的合力使胎头沿骨盆轴下段向下向前的方向行进。当胎头枕骨达耻骨联合下缘时, 以耻骨弓为支点, 胎头逐渐仰伸, 胎头的顶部、额、鼻、口、颏依次由会阴前缘娩出。在胎头仰伸的同时, 胎儿双肩径沿左斜径进入骨盆入口。

知识点7: 复位及外旋转

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

胎头娩出时, 胎儿双肩径沿骨盆入口左斜径下降。胎头与双肩呈扭曲状态。胎头娩出后, 作用于胎头的阻力消失, 胎头与胎肩恢复正常关系。胎头枕部再向左旋转 45° , 该动作称为复位。胎肩在骨盆内继续下降, 前(右)肩向前向骨盆中线方向旋转 45° , 胎儿双肩径与骨盆出口前后径一致, 胎头枕部随之在外继续向左旋转 45° , 以恢复胎头与胎肩的垂直关系, 称为外旋转。

知识点8: 胎儿娩出

副高: 熟练掌握 正高: 熟练掌握

胎头完成外旋转后, 随之胎儿前(右)肩在耻骨弓下先娩出, 后(左)肩从会阴前缘娩出, 胎儿躯干、臀部及下肢随之娩出。