

产程分期_妇产科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E4_BA_A7_E7_A8_8B_E5_88_86_E6_c22_609398.htm (一) 产程分期和产程图应用总产程：规律宫缩开始至胎儿娩出。分为三个产程。第一产程（宫颈扩张期）；从规则宫缩到宫口开全。初产妇一般需要11~12h；经产妇约需6~8h。第二产程（胎儿娩出期）：从宫口开全到胎儿娩出。初产妇一般需要1~2h，经产妇只需数分钟，多则1h。第三产程（胎盘娩出期）；从胎儿娩出到胎盘娩出。约需5~15min，一般不超过30min。第一产程可分为潜伏期和活跃期。潜伏期：从临产到宫口扩张至2~3cm，平均为8h，gt.16h为潜伏期延长。活跃期：从宫口开3cm到宫口开全，平均为4h，最大时限为8h。gt.8h为活跃期延长。产程进展图由上下两部分组成，上部是产程曲线，下部是附属表格如图。将产程观察中每次肛查或阴检所得宫颈扩张及先露高低的情况记录在产程坐标图上。用红色的“?”表示宫颈扩张程度，蓝色“x”表示先露下降水平，为排除假临产，当宫口扩张2cm以上开始描记产程图。宫口扩张3cm作为活跃期的起点，以此标志点处取其与之相距4h的纵坐标10cm的标志点画一斜行连线，称为警戒线。与警戒线相距4h处再画一与之平行的斜线，称为异常线。警戒线与异常线之间区域为处理区，在处理区内产程异常应进行处理，可纠正难产因素的异常程度。产程超过异常线，需进一步仔细检查、分析、估计能否经阴道分娩，明确诊断，决定分娩方式。(二) 第一产程的处理1.营养：应鼓励孕妇进食或饮水，呕吐，进食差者，可静滴葡萄糖盐水。2.休息：一般孕

妇可以自由行走，有下列情况者应卧床休息；(1)经产妇宫口开大 $>6\text{cm}$ 者。(2)胎膜早破，先露浮。(3)臀位、横位，胎头位置严重异常者。(4)中、重度妊高征者。(5)有产前出血者。(6)有胎儿窘迫者。(7)有内科并发症者，如心脏病、高烧感染。潜伏期应鼓励孕妇安静休息。休息不好或过度紧张者，可肌注杜冷丁 100mg 东莨菪碱 3mg ，早活跃期可静推安定 10mg 。3.督促孕妇自行排尿，不能自排者，及时给导尿。4.每 4h 测一次体温、血压。5.勤听胎心，注意胎心强度、规律、次数并记录之。潜伏期每 4h 听一次，活跃期每 2h 听一次，有异常者每半小时听一次。破膜时听一次胎心，有异常者应分析原因及时肛查以便早期发现隐性脐带脱垂。

6.观察产程进展，宫口开 2cm 起描画产程图，根据进展情况，及时处理。

(1)宫缩强度、持续及间歇时间。宫缩乏力，经阴检无明显头盆不称者给加强宫缩，如静滴催产素等，(须专人观察详细记录)。

(2)宫口扩张情况：活跃期宫口扩张 $<1.2\text{cm/h}$ ，为先露下降延缓， 2h 不下降者为先露下降停滞，应阴检排除头盆不称。

(4)肛查：初产妇潜伏期 4h 一次，经产妇 2h 一次，活跃期二小时查一次，整个产程肛查不超过 10 次，超过者给抗生素预防感染，前置胎盘禁肛查。肛查时需了解记录如下：

a. 宫口扩张大小、位置、软硬度、厚薄。

b. 胎先露高低。

c. 前羊水囊是否存在，已破膜者注意羊水性状、量。头先露，羊水 >1 度以上混浊示有胎儿窘迫，应及时处理。

d. 头先露，了解产瘤大小，颅骨骨缝重叠情况。

e. 骨盆后半部情况：骶骨面弧度，坐骨棘是否突出，尾骨活动度，坐骨切迹的宽度及中骨盆的大小。

(5)阴道检查：在严密消毒下进行，一般不超过 3 次，阴检超过二次者给抗生素抗感

染。检查指征：a. 产程进展缓慢、停滞、宫口大小、先露不清楚。宫口扩张与先露下降进展不同步。b. 进行骨盆内测量，初产妇临产，头高浮，骨盆外测量有异常者。c. 阴道手术助产前。d. 寻找产前出血的原因。e. 破膜后胎心改变，怀疑脐带脱垂。f. 肛查不明确或陈旧性会阴^o裂，不宜肛查者。g. 胎儿窘迫。h. 可疑软产道畸形者。i. 肛查配合腹部检查尚不能明确诊断胎位者。检查内容：a. 会阴阴道疤痕、狭窄、畸形、裂伤等。b. 宫口展开情况同肛查，注意有无宫颈水肿、疤痕，隐性脐带脱垂。穹窿部有无可疑胎盘样的软组织。c. 明确胎位、先露高低、头盆关系、骨缝、产瘤情况，矢状缝及前后囟位置。d. 前羊水囊是否存在，未破膜者可以人工破膜，注意羊水量及性状。e. 骨盆内测量：对角径(dc)为耻骨联合下缘至骶骨岬上缘中点的距离，正常12.5~13cm，此值减去1.5~2cm即骨盆入口前后径应gt.10cm、出口前后径(骶尾关节至耻联下缘11.8cm,骶骨岬是否前凸，骶骨面弧度、坐骨棘、坐骨切迹(正常为4.55.5cm)、尾骨翘度。根据胎儿体重、胎位、宫缩情况、骨盆大小等四项，行头位分娩总评分14分以上，可以阴道分娩19~12分继续试产，gt.100ml，应立即宫肌注射催产素10~20u，报告医师行人工剥离术。出血gt.200ml，应输液、静滴催产素以加强宫缩并备血。5. 胎盘娩出后常规测产妇血压。6. 详细检查会阴、阴道有否裂伤，给予及时按层缝合，缝合时禁放无尾纱布于阴道内，缝合后常规肛查，了解切口缝合情况，防止缝线穿透肠粘膜，注意有无血肿存在，清点纱布器械。7. 产后30min、1h、1.5h、2h各按摩宫底一次，记录出血量。产妇离开产房前，要统计2h总出血量。8. 产后主诉肛门刺痛，胀痛、外阴肿青紫者

，需即行肛查，必要时阴检，及时发现血肿，及时处理。9. 产后用抗生素防感染指征如下（1）胎膜早破12h以上，产前有感染、同房史。（2）人工剥离胎盘术，阴道手术助产术者。（3）产程长，多次肛查，阴检者。（4）产后出血者。附1 催产素的使用常规【适应证】（一）引产1. 各种产科指征需行引产者：如过期妊娠、延期妊娠、胎膜早破等。2. 各种妊娠合并症并发症需终止妊娠者：如妊高征、胎盘功能低下、慢性高血压，心、肾疾病，重度贫血，母子血型不合等。3. 低置胎盘、出血不多、孕周达37周以上，轻型胎盘早剥，产妇一般情况良好，可先破膜后催产素点滴。4. 死胎、胎儿严重畸形，确诊后引产。（二）催产1. 原发性宫缩乏力，用于潜伏期或早活跃期加强宫缩。2. 继发性宫缩乏力，阴检排除头盆不称或阻塞性难产，加强宫缩。（三）防治产后出血：产后常规给催产素10u，肌肉或宫肌注射，因宫缩乏力致产后出血可予催产素10~20u静脉滴入。【禁忌证】（一）绝对禁忌证1. 明显头盆不称、横位、恶重胎头位置异常。2. 中央性前置胎盘。部分性前置胎盘，胎盘早剥。3. 疤痕子宫。4. 严重胎盘功能低下，胎儿窘迫。5. 不协调性宫缩乏力及子宫痉挛性狭窄环。（二）相对禁忌证1. 重度心、肾疾病。2. 子宫过度伸展，如羊水过多，双胎等。3. 高龄初产或多产（超过4产）妇慎用。【使用方法和注意事项】1. 因宫缩乏力致产程进展缓慢需用催产素加强宫缩者，必须先阴道检查排除头盆不称、严重胎头、位置异常（额后位、高直后位、前不均倾位、颞后位等）。2. 有经过训练的专业医护人员专门观察，每15min记录一次宫缩强度，间歇时间及持续时间、胎心情况，随时调整滴数并注意子宫压痛。如出现痉

挛性宫缩或胎心异常，立即停止滴注，必要时用宫缩抑制剂，每2~3小时测一次血压。3.方法:5%葡萄糖500 ml中加催产素2.5 u准确记录催产素进入的时间，严格控制滴数从每分钟8滴开始，根据子宫收缩的反应程度每15~20min调整一次滴数至有效宫缩(间歇2~3min，持续40±秒)。如果持续点滴2h产程无进展应重新估计有无头盆不称。【可能的并发症】1.

子宫强直性收缩(持续时间超过1min)可能导致胎儿宫内窘迫或死亡，应立即停止滴注催产素，给予宫缩抑制剂或乙醚麻醉使子宫放松。2.子宫破裂:详见子宫破裂章。3.羊水栓塞:见于子宫收缩过强，已破膜或刚好破膜的孕妇，处理详见羊水栓塞章。4.持续大量静滴催产素，同时大量补液，可致水中毒。使用催产素应控制剂量，不可盲目加大剂量。

附2 母乳喂养一、母乳喂养好处多1.营养好:母乳是婴儿最理想的天然食品，母乳中蛋白质、脂肪、乳糖、维生素，矿物质及水的含量合适，尤其是初乳含有更多的蛋白，主要是球蛋白，含脂肪及糖较少，极易于消化吸收，完全能满足出生后4~6个月婴儿生长发育的营养需要，不必添加任何代乳品和水分。2.免疫力强:母乳中含有丰富的抗感染物质，可保护婴儿呼吸道、肠道粘膜，增加抗病能力。3.增进母婴感情:母乳喂养能增进母子间感情，有利于婴儿心理和社会适应性的发育。4.有利于产妇健康:哺乳吸吮乳头诱发宫缩，可减少母亲产后出血，有利于子宫恢复;哺乳期闭经，可延长生育时间间隔;患卵巢癌和乳腺癌的几率较少。5.提高婴儿智商:母乳含氨基酸，不饱和脂肪酸和牛磺酸等，有益于婴儿大脑神经系统发育，使100test更聪明。6.家庭的好处，母乳喂养经济、方便、温度适宜且无菌，婴儿健康，

可节省医疗费用。二、促使母乳喂养成功的十点措施（一）有书面的母乳喂养政策，并常规地传达到所有保健人员。（二）对所有保健人员进行必要的技术培训，使其能实施这一政策，（三）要把有关母乳喂养的好处及处理方法告诉所有的孕妇。（四）帮助母亲在产后半小时内开奶。（五）指导母亲如何喂奶，以及在需与其婴儿分开情况下如何保持泌乳。（六）除母乳外，禁止给婴儿吃任何食物或饮料，除非有医学指征。（七）实行母婴同室让母亲与其婴儿一天24h在一起。（八）鼓励按需哺乳。（九）不要给母乳喂养的婴儿吸橡皮奶头，或使用奶头作安慰物。（十）促进母乳喂养支持组织的建立，并将出院的母亲转给这些组织。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

www.100test.com