



第七章 异常分娩妇女的护理

学习目标

1. 掌握产力异常、产道异常、胎儿异常的护理评估和护理措施。
2. 熟悉产力异常、产道异常、胎儿异常的临床表现及治疗要点。

护理情境

某初产妇,27岁,妊娠38周,规律宫缩3小时入院。体格检查:T 36.2℃,P 90次/分,R 18次/分,BP 120/80 mmHg,心率90次/分,肝、脾未触及。患者神清,但神情紧张,心脏无杂音,心律齐,宫缩40秒/4分。骨盆测量:骶耻外径19.5 cm,髂棘间径25 cm,髂嵴间径28 cm,坐骨棘间径9 cm,坐骨结节间径7.5 cm,后矢状径7 cm。

情境思考:

1. 该产妇的骨盆应诊断为什么?
2. 该产妇存在哪些护理诊断,护士应采取哪些护理措施?
3. 该患者来医院时神情紧张、沮丧反映了她什么样的心理状态,应如何对待?

第一节 产力异常

产力异常(abnormal uterine action)主要是指子宫收缩力异常,包括子宫收缩的节律性、对称性、极性不正常或频率、强度发生改变。产力异常可分为子宫收缩乏力(简称宫缩乏力)和子宫收缩过强(简称宫缩过强)两类,每类又分为协调性和不协调性两种。

一、子宫收缩乏力

1. 病因

可引起子宫收缩乏力的常见因素如下。

1) 精神因素

由精神因素引起的宫缩乏力多见于初产妇,尤以 35 岁以上的高龄产妇多见。由于缺乏产前健康教育和分娩经历,对分娩知识不了解,因此,孕妇对分娩有恐惧心理,精神过度紧张,干扰了中枢神经系统的正常功能而影响子宫收缩。

2) 产道与胎儿因素

临产后,当骨盆异常或胎位异常时,胎儿先露部下降受阻,不能紧贴子宫下段及宫颈内口,不能刺激子宫阴道神经丛而引起有力的反射性子宫收缩,这是导致继发性子宫收缩乏力的最常见原因。

3) 子宫因素

子宫壁过度膨胀(如双胎、羊水过多、巨大胎儿等)可使子宫肌纤维过度伸展,失去正常的收缩能力;多次妊娠分娩、子宫的急性及慢性炎症使子宫肌纤维变性、结缔组织增生,从而影响子宫收缩;子宫肌瘤、子宫发育不良、子宫畸形等均能影响子宫的收缩力。

4) 内分泌失调

临产后,产妇体内的雌激素、缩宫素、前列腺素、乙酰胆碱等分泌不足,孕激素下降缓慢,子宫对乙酰胆碱的敏感性降低等,尤其是子宫平滑肌细胞内钙离子浓度降低和肌细胞间隙连接蛋白数量减少可降低子宫肌纤维的收缩能力,导致宫缩乏力。

5) 药物影响

临产后不适当地使用大剂量镇静剂、镇痛剂及麻醉剂,如吗啡、哌替啶、硫酸镁等可使子宫收缩受到抑制,引起宫缩乏力。

6) 其他因素

营养不良、贫血和一些慢性病所致体质虚弱者,临产后进食与睡眠不足、过多的体力消耗、水及电解质平衡紊乱、产妇过度疲劳、前置胎盘影响胎先露下降等均可引起宫缩乏力。

2. 临床表现

宫缩乏力在临床上分为协调性子宫收缩乏力和不协调性子宫收缩乏力两种。

1) 协调性子宫收缩乏力

协调性子宫收缩乏力(低张性子宫收缩乏力)时,子宫收缩具有正常的节律性、对称性和极性,但收缩力弱,收缩持续时间短而间歇期长,即使在宫缩最强时宫体隆起亦不明显,用手压宫底部肌壁仍有凹陷。根据协调性子宫收缩乏力在产程中出现的时期,可将其分为原发性宫缩乏力和继发性宫缩乏力。原发性宫缩乏力是指自分娩开始宫缩就微弱无力,致宫口扩张及胎先露下降缓慢,产程延长。继发性宫缩乏力是指临产早期子宫收缩正常,但至活跃期或第二产程时宫缩减弱,多见于中骨盆及出口平面狭窄、持续性枕横位或枕后位等头盆不称时。

2) 不协调性子宫收缩乏力

发生不协调性子宫收缩乏力(高张性子宫收缩乏力)时,子宫收缩失去正常的节律性、对称性和极性。宫缩的兴奋点来自子宫下段的一处或多处,宫缩时宫底部不强,而是子宫下段强,子宫肌在宫缩间歇期不能完全松弛。这种宫缩属于无效宫缩。产妇自觉下腹部持续疼痛,拒按,紧张,烦躁。产科

检查时下腹部有压痛,在宫缩间歇期不明显,胎位触不清,胎心不规则,产程进展异常。

3) 产程曲线异常

以上各类宫缩乏力均能影响宫口扩张、胎先露下降,使产程延长或停滞。总产程超过 24 小时者称为滞产。

(1) 潜伏期延长:从临产规律宫缩开始至宫口开大 3 cm 为潜伏期。初产妇的潜伏期正常约需 8 小时,最大时限为 16 小时,超过 16 小时为潜伏期延长。

(2) 活跃期延长:从宫口开大 3 cm 至宫口开全为活跃期。初产妇的活跃期正常约需 4 小时,最大时限为 8 小时,超过 8 小时为活跃期延长。

(3) 活跃期停滞:进入活跃期后,宫口不再扩张达 2 小时以上。

(4) 第二产程延长:在第二产程,初产妇超过 2 小时未分娩,经产妇超过 1 小时未分娩。

(5) 第二产程停滞:第二产程达 1 小时、胎头下降无进展。

(6) 胎头下降延缓:在活跃期晚期及第二产程,胎头下降速度每小时小于 1 cm。

(7) 胎头下降停滞:在活跃期晚期,胎头停留在原处不下降达 1 小时以上。

(8) 滞产:指总产程超过 24 小时。

以上 8 种产程进展异常既可以单独存在又可以合并存在。

4) 宫缩乏力对母儿的影响

(1) 对产妇的影响。

① 体力衰竭:由于产程延长,休息不好,进食少,体力消耗大,精神疲惫,产妇可出现肠胀气、尿潴留等。严重时可引起脱水、酸中毒等,使产妇体力衰竭,加重宫缩乏力。

② 生殖道瘘:由于第二产程延长,膀胱较长时间被压迫于胎先露(特别是胎头)与耻骨联合之间,可导致局部组织缺血、水肿和坏死,形成膀胱阴道瘘或尿道阴道瘘。

③ 产褥感染:产程延长使肛查或阴道检查次数增加、胎膜早破、产后出血等均可增加感染机会。

④ 产后出血:宫缩乏力可影响胎盘剥离、娩出和子宫壁的血窦关闭,易引起产后出血。

(2) 对围生儿的影响:产程延长,宫缩不协调可致胎儿-胎盘循环障碍,胎儿供氧不足,若合并胎膜早破则更易造成脐带受压或脱垂,导致胎儿窘迫甚至胎死宫内;由于产程异常,手术产机会增加,增加了新生儿发生产伤的机会,新生儿颅内出血的发病率和病死率提高。

3. 辅助检查

1) 监测宫缩

临床可用胎儿电子监护仪监测宫缩的节律性、强度和频率,以了解胎心改变与宫缩的关系。

2) 实验室检查

有宫缩乏力者可出现尿酮体阳性、电解质紊乱、二氧化碳结合力降低等表现。

4. 治疗要点

1) 协调性子宫收缩乏力

无论是原发性子宫收缩乏力还是继发性子宫收缩乏力,其治疗原则都是寻找原因,针对原因进行恰当处理。

2) 不协调性子宫收缩乏力

对不协调性子宫收缩乏力,原则上要恢复子宫收缩的生理极性和对称性,然后按协调性子宫收缩乏力处理,但在子宫收缩恢复其协调性之前严禁应用缩宫素。

5. 护理评估

1) 健康史评估

护士应了解产妇有无慢性病、营养不良、子宫发育异常、子宫过度膨胀；产时的精神状况，有无大量使用镇静剂、镇痛药等。护士应了解产妇的既往妊娠情况及分娩经过。

2) 身体状况评估

护士应为产妇测量生命体征，查清胎位、胎心，了解宫口扩张及胎先露下降的情况；了解宫缩的情况，如节律性、强度和频率是否正常，宫缩间歇时子宫肌能否完全放松，宫缩高峰时用手压宫底有无凹陷；检查膀胱是否充盈。

3) 查阅辅助检查资料

护士应了解患者的尿酮体、血电解质和二氧化碳结合力检查的结果。

4) 社会心理评估

护士应评估产妇及其家属是否因产程延长而表现出过度的焦虑、恐惧，担心母婴安危，对经阴道分娩失去信心；有无尽快结束分娩的要求。

6. 护理诊断

- (1) 疲乏：与宫缩乏力、产程延长、产妇体力过度消耗、水与电解质平衡紊乱有关。
- (2) 焦虑：与担心自身及胎儿安全有关。
- (3) 潜在并发症主要为产后出血和产褥感染等。

7. 护理目标

- (1) 患者的疲乏感减轻，保持良好的体力，宫缩乏力被及时发现和纠正。
- (2) 患者焦虑减轻，情绪稳定，安全度过分娩期。
- (3) 产后出血等并发症能被预防或及时发现与处理。

8. 护理措施

1) 减轻疲乏，纠正异常宫缩

(1) 改善全身状况：护士应指导产妇安静休息，消除精神紧张，保存体力；对过度疲劳或烦躁不安者，遵医嘱为其缓慢静脉注射地西洋 10 mg 或肌肉注射哌替啶 100 mg。护士要鼓励产妇进食、饮水，必要时静脉补充液体和能量。

(2) 纠正异常宫缩：护士要严密监测产妇的病情变化，及时发现异常宫缩并确定其类型，给予纠正。

① 协调性宫缩乏力：应加强宫缩。其具体措施如下。

- 排空充盈的膀胱和直肠：对初产妇宫颈口开大不足 3 cm、胎膜未破者可给予温肥皂水灌肠。
- 刺激乳头。
- 针刺合谷、三阴交、关元等穴位。
- 人工破膜：宫颈口扩张 3 cm 或 3 cm 以上、无头盆不称、胎头已衔接者可行人工破膜，使先露部紧贴子宫下段及宫颈内口，反射性地加强子宫收缩。

• 静脉滴注缩宫素：必须专人监护，严密观察宫缩、胎心及血压。先用 5% 葡萄糖液 500 ml 静脉滴注，调节为 8~10 滴/分，然后加入缩宫素 2.5~5.0 IU 并摇匀，根据宫缩情况调整滴速。滴速通常不超过 40 滴/分，以宫缩维持在间隔 2~4 分，持续 40~60 秒为宜。

② 不协调性宫缩乏力：护士应遵医嘱给予产妇镇静剂，如哌替啶 100 mg，产妇充分休息后可恢



图文
合谷、三阴交、
关元

复为协调性宫缩,在宫缩未恢复协调之前严禁用缩宫素。

2) 做好手术准备

护士要严密观察产妇宫缩及胎心的变化。若经上述处理后宫缩未能恢复正常或伴胎儿窘迫征象,护士应协助医生做好阴道助产或剖宫产的术前准备。

3) 减轻焦虑

产妇临产后,护士应允许其家属陪伴,给予产妇心理上的支持。护士应多关心、安慰产妇,给予理解和安慰,用语言和非语言性沟通技巧表示出关心,鼓励产妇及其家属表达出他们的担心和不适,随时解答他们的疑问,及时提供目前的产程进展和护理计划等信息,使产妇和家属心中有数,理解并能配合医护工作,安全度过分娩期。

4) 防治产后出血及感染

对有异常分娩因素的产妇,护士应在产前遵医嘱查其血型、备血,做好输血、输液的准备。护士应协助医生积极处理宫缩乏力,避免产程延长;胎儿娩出后及时为产妇注射缩宫素,仔细检查胎盘胎膜是否完整、软产道有无损伤等。产后2~4小时,护士应密切观察产妇的宫缩、阴道流血、血压、脉搏等情况,督促产妇及时排尿,教会产妇及其家属按摩子宫,协助新生儿吸吮乳头。

5) 健康教育

护士应对孕妇及其家属加强产前教育,让他们了解分娩的过程,了解过多地使用镇静剂会影响子宫收缩。临产后,护士应指导产妇合理休息、饮食、排尿及排便。产后,护士应嘱产妇注意观察宫缩、阴道流血的情况,加强营养,保持外阴部清洁,注意恶露的量、颜色及气味;指导产妇母乳喂养。

二、子宫收缩过强

1. 病因

子宫收缩过强的病因目前尚不十分明确,但与以下因素有关。

(1) 急产几乎都发生于经产妇,其主要原因是软产道阻力小。

(2) 缩宫素应用不当,如引产时剂量过大、个体对缩宫素过于敏感、分娩发生梗阻或胎盘早剥使血液浸透基层,均可导致强直性子宫收缩。

(3) 待产妇的精神过度紧张、产程延长、极度疲劳、胎膜早破,以及粗暴地、多次宫腔操作等,均可引起子宫壁某部位肌肉痉挛性不协调性宫缩过强。

2. 临床表现

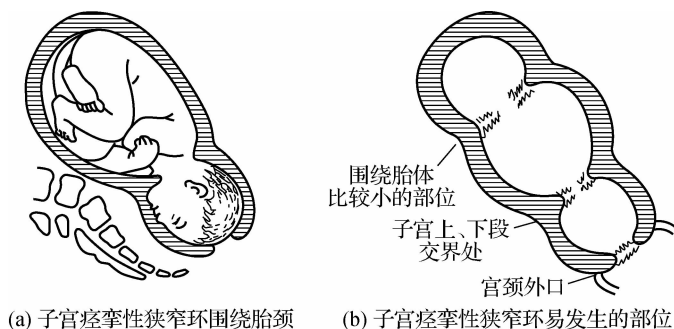
1) 协调性子宫收缩过强

协调性子宫收缩过强时,子宫收缩的对称性、节律性和极性正常,但子宫收缩力过强、过频。若无头盆不称及胎位异常,分娩会在短时间内结束,即急产,以经产妇多见。宫缩过强过频、产程过快可导致软产道裂伤,故可使产褥感染的机会增加;影响子宫胎盘血液循环,易引起胎儿窘迫和新生儿颅内出血;新生儿娩出过快易发生坠地外伤。

2) 不协调性子宫收缩过强

(1) 强直性子宫收缩:几乎均是外界因素引起的宫颈内口以上部分子宫肌层强直性痉挛性收缩,间歇期短或无间歇期。产妇烦躁不安,持续性腹痛,胎心、胎位不清。有时子宫下段被拉长,形成一明显的环状凹陷,并随宫缩上升达脐部或脐上,为病理性缩复环。此时,产妇的腹部呈葫芦状,子宫下段有压痛,并有血尿。

(2) 子宫痉挛性狭窄环:子宫壁局部肌肉痉挛性不协调性收缩形成的环状狭窄,持续不放松。子宫痉挛性狭窄环可发生在宫颈、宫体的任何部分,多在子宫上、下段交界处,也可在胎体的某一狭窄部,以胎颈、胎腰处常见(见图 7-1)。产妇出现持续性腹痛,烦躁,宫颈扩张缓慢,胎先露下降停滞,胎心不规则。阴道检查时在宫腔内可触及子宫痉挛性狭窄环,此环与病理性缩复环不同的是其不随宫缩上升。



(a) 子宫痉挛性狭窄环围绕胎颈 (b) 子宫痉挛性狭窄环易发生的部位

图 7-1 子宫痉挛性狭窄环

3. 辅助检查

临床可用胎儿电子监护仪监测宫缩及胎心音的变化,还可进行一般体格检查。

4. 治疗要点

积极寻找宫缩过强的原因并及时纠正,必要时使用宫缩抑制剂,如无缓解或出现胎儿窘迫征象,则应行剖宫产术终止妊娠。医护人员要正确处理急产。

5. 护理评估

1) 健康史评估

护士要详细询问孕妇阵痛开始的时间、程度及胎动的情况;认真查看产前检查的各项记录,了解经产妇既往有无急产史。护士要评估临产后产妇有无精神紧张、过度疲劳,分娩过程中有无梗阻发生,有无应用缩宫素,有无胎盘早剥或宫腔内操作等诱发因素。

2) 身体状况评估

护士应了解产妇临产后的产程进展情况;有无突感腹部宫缩阵痛难忍,子宫收缩过频、过强;有无病理性缩复环形成,有无胎心改变及血尿等表现。

3) 查阅辅助检查资料

护士应及时配合医生做好胎儿电子监护并收集结果。

4) 社会心理评估

护士应观察和评估产妇疼痛的程度,有无烦躁不安、恐惧、无助等表现。

6. 护理诊断

- (1) 疼痛:与过频、过强的子宫收缩有关。
- (2) 焦虑:与担心自身和胎儿的安危有关。
- (3) 有母婴受伤的危险:与产程过快造成产妇软产道损伤和新生儿外伤有关。
- (4) 潜在并发症主要为子宫破裂等。

7. 护理目标

- (1) 产妇能运用减轻疼痛的技巧。

- (2) 产妇能陈述子宫收缩过强对母儿的危害并能配合处理。
- (3) 产妇能描述自己的焦虑和应对方法。

8. 护理措施

1) 缓解疼痛

护士应为孕产妇提供缓解疼痛的措施,如深呼吸、变换体位、腹部按摩、及时更换汗湿的衣服及床单、保持环境安静等;必要时遵医嘱给予镇静剂或宫缩抑制剂。

2) 减轻焦虑

护士应陪伴产妇分娩,多给予关心和指导,消除其紧张、焦虑心理;及时为产妇及其家属提供相关信息,解释和说明产程中可能出现的问题及采取的措施,以便取得他们的理解和配合。

3) 防止受伤,促进母婴健康

(1) 产前:护士应详细了解孕妇的孕产史,对有急产史的孕妇,应嘱其在预产期前 2~3 周不要外出远行,提前 1~2 周住院待产,以防院外分娩伤及胎儿。

(2) 产时:护士应注意避免为待产妇灌肠,提前做好接产和新生儿窒息抢救的准备工作。

(3) 产后:护士应及时检查产妇的软产道和新生儿,发现损伤及时处理。

(4) 对分娩过快未经消毒者,护士应遵医嘱给予母婴抗生素。

4) 预防子宫破裂

(1) 当产妇因宫缩乏力而静脉滴注缩宫素时,护士应注意遵循小剂量、低浓度、慢流量、勤观察的原则,以及及时发现子宫破裂先兆,防止发生子宫破裂。

(2) 护士要严密观察产妇的宫缩情况,若有宫缩过强,则应立即停止一切刺激,如阴道内操作、缩宫素静脉滴注等,及时通知医师。若宫口已开全,护士应指导产妇在宫缩时张口哈气,减少屏气用力,减缓分娩过程;同时,护士要做好接产和抢救新生儿窒息的准备。对出现胎儿窘迫者,护士应让其取左侧卧位,给予吸氧,并做好剖宫产术的术前准备。

5) 健康教育

护士应指导产妇观察宫体复旧、会阴伤口、阴道出血、生命体征等情况,并对其进行产褥期健康教育及出院指导。如新生儿发生意外,护士要协助产妇及其家属平稳度过悲伤期,为产妇提供出院后的避孕指导和今后的生育指导。

第二节 产道异常

产道是胎儿娩出的通道,产道包括骨产道和软产道,是胎儿娩出的通道。产道异常可使胎儿娩出受阻,临床上以骨产道异常多见。

一、骨产道异常的临床表现

骨盆径线过短或形态异常致使骨盆腔小于胎先露部可通过的限度,阻碍胎先露部下降,影响产程的顺利进展,称为狭窄骨盆。狭窄骨盆可以为一条径线过短或多条径线同时过短,也可以为一个平面狭窄或多个平面同时狭窄。当一条径线过短时,临床要观察同一平面的其他径线的长短,再结合整个骨盆腔的大小与形态进行综合分析,做出正确的判断。狭窄骨盆常见有四种类型:骨盆入口平面狭

窄、中骨盆及出口平面狭窄、骨盆的 3 个平面均狭窄(均小骨盆)和畸形骨盆。

1. 骨盆入口平面狭窄

骨盆入口平面狭窄可分为 3 级:Ⅰ级,临界性狭窄,骶耻外径为 18 cm,入口前后径为 10 cm,绝大多数产妇可以自然分娩;Ⅱ级,相对性狭窄,骶耻外径为 16.5~17.5 cm,入口前后径为 8.5~9.5 cm,需经试产后才能决定是否可以经阴道分娩;Ⅲ级,绝对性狭窄,骶耻外径不大于 16.0 cm,入口前后径不大于 8.0 cm,必须以剖宫产结束分娩。在临床实践中常遇到的是前两级。

我国妇女骨盆入口平面狭窄常见有两种类型:单纯扁平骨盆和佝偻病性扁平骨盆(见图 7-2)。临床表现为妊娠末期或临产后胎头仍未入盆,经检查见胎头跨耻征阳性。扁平骨盆者胎位异常,如臀先露、颜面位或肩先露的发生率是正常骨盆者的 3 倍,且临产后潜伏期及活跃期早期延长,活跃期后期产程进展顺利。若胎头迟迟不入盆,此时常出现胎膜早破,加上胎头又不能紧贴宫颈内口来诱发反射性宫缩,则常出现继发性宫缩乏力。若产力、胎儿大小及胎位均正常,但骨盆绝对性狭窄,胎头仍不能入盆,则常发生梗阻性难产。

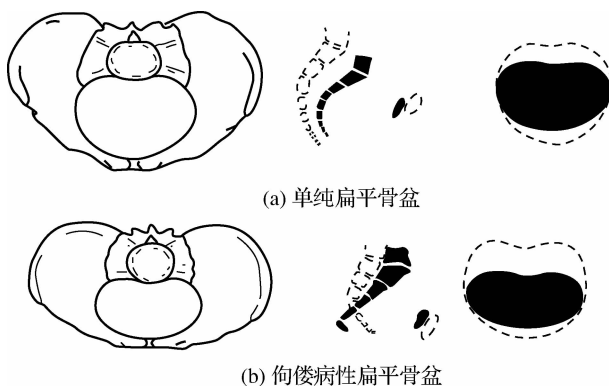


图 7-2 扁平骨盆

2. 中骨盆及骨盆出口平面狭窄

中骨盆及骨盆出口平面狭窄可分为三级:Ⅰ级,临界性狭窄,坐骨棘间径为 10.0 cm,坐骨结节间径为 7.5 cm;Ⅱ级,相对性狭窄,坐骨棘间径为 8.5~9.5 cm,坐骨结节间径为 6.0~7.0 cm;Ⅲ级,绝对性狭窄,坐骨棘间径不大于 8.0 cm,坐骨结节间径不大于 5.5 cm。

我国妇女中骨盆及骨盆出口平面狭窄常见有两种类型:漏斗骨盆和横径狭窄骨盆。潜伏期及活跃期早期进展顺利。当胎头下降达中骨盆和骨盆出口平面时,由于内旋转受阻,常出现持续性枕横位或枕后位。同时,产妇可出现继发性宫缩乏力,活跃期后期及第二产程延长甚至第二产程停滞。

3. 骨盆的 3 个平面均狭窄

骨盆外形属于女型骨盆,但骨盆入口、中骨盆及骨盆出口平面均狭窄,每个平面径线均小于正常值 2 cm 或更多,称为均小骨盆。均小骨盆多见于身材矮小、体型匀称的妇女。胎儿小、产力好、胎位正常者可经阴道分娩,中等大小以上的胎儿经阴道分娩有困难。

4. 畸形骨盆

失去正常形态的骨盆称为畸形骨盆,包括罕见的骨软化症骨盆及骨关节病所致偏斜骨盆。

二、软产道异常的临床表现

软产道包括子宫下段、宫颈、阴道和外阴。软产道异常所致难产少见,易被忽视,因此应于妊娠早期按常规行双合诊检查,以了解软产道有无异常。

1. 宫颈异常

宫颈外口粘连、宫颈水肿、宫颈坚韧、宫颈瘢痕、宫颈肿瘤等均可造成宫颈性难产,影响胎头下降,导致产程延长、产妇体力衰竭等。

2. 阴道异常

阴道异常常见于阴道横膈、阴道纵膈、阴道狭窄、阴道囊肿和肿瘤、阴道尖锐湿疣等,分娩时阻碍胎先露下降,易引起阴道裂伤、血肿及感染。

3. 外阴异常

外阴异常常见于会阴坚韧、外阴水肿、外阴瘢痕、外伤或炎症的后遗症性瘢痕挛缩。组织坚韧,缺乏弹性,会阴伸展性差,使阴道口狭小,在第二产程常出现胎先露部下降受阻,且可于胎头娩出时造成会阴严重裂伤。对有外阴异常者,分娩时应做预防性会阴后-斜切开。

三、狭窄骨盆对母儿的影响

1. 狭窄骨盆对产妇的影响

若产妇骨盆入口平面狭窄,则可影响胎先露部衔接,易发生胎位异常,使胎先露部被隔在骨盆入口之上,常可引起继发性宫缩乏力,导致产程延长或停滞。若产妇中骨盆平面狭窄,则可影响胎头内旋转,易导致持续性枕横位或枕后位,使胎头长时间嵌顿于产道内并压迫软组织,引起局部缺血、水肿、坏死、脱落,于产后形成生殖道瘘;胎膜早破及手术助产可增加感染机会。严重的梗阻性难产若不及时处理则可导致先兆子宫破裂,甚至子宫破裂,危及产妇生命。

2. 狭窄骨盆对胎儿及新生儿的影响

头盆不称易导致胎膜早破、脐带脱垂。头盆不称所致脐带脱垂的发生率是正常产妇的4~6倍,可导致胎儿窘迫甚至死亡。头盆不称可使产程延长,胎头受压,胎儿缺血、缺氧,易发生颅内出血;使产道狭窄,手术助产机会增加,易引起新生儿产伤及感染。

四、治疗要点

临床治疗产道异常的原则是明确狭窄骨盆的类别和程度,了解胎位、胎儿大小、胎心率、宫缩强弱、宫口扩张的程度、破膜与否,结合年龄、产次和既往分娩史进行综合判断,决定分娩方式。

五、护理评估

1. 健康史评估

护士应询问产妇有无引起骨盆异常的疾病,如佝偻病、结核病、骨软化病;有无外伤史。若为经产妇,则护士应了解其有无难产和新生儿产伤等异常分娩史。

2. 身体状况评估

1) 一般检查

护士应为产妇测量身高,若其身高在145 cm以下,则应警惕均小骨盆;观察孕妇有无跛足、脊柱及髋关节畸形、米氏菱形窝不对称、尖腹或悬垂腹等。

2) 腹部检查

(1) 观察腹型,测量宫高、腹围,预测胎儿的大小,明确胎方位。

(2) 跨耻征检查:估计头盆是否相称。产妇排空膀胱后仰卧,两腿伸直。检查者将手放在产妇的

耻骨联合上方,向骨盆腔方向推压浮动的胎头。若胎头低于耻骨联合平面,为跨耻征阴性,表示头盆相称;若胎头与耻骨联合在同一平面,为跨耻征可疑阳性,表示头盆可能不称;若胎头高于耻骨联合平面,为胎头跨耻征阳性,表示头盆不称(见图 7-3)。初产妇预产期前 2 周或经产妇临产后胎头尚未入盆时做此项检查有一定的临床意义。

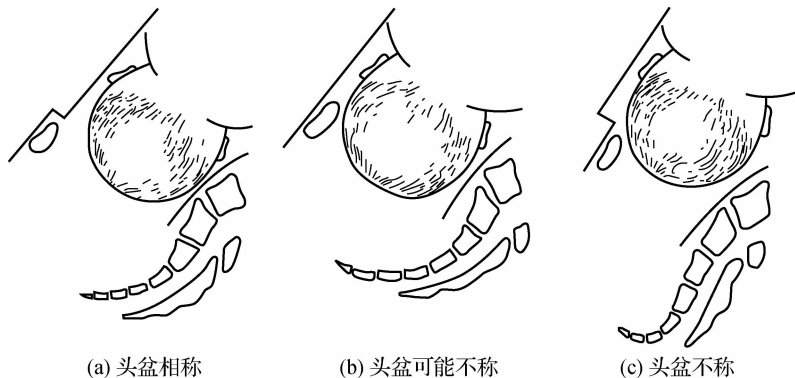


图 7-3 检查头盆相称的程度

(3) 骨盆测量:行骨盆外、内测量,可了解骨盆的异常情况。

3) 妇科检查

妇科检查主要可了解软产道有无异常。

- (1) 外阴异常:有无外阴坚韧、水肿、瘢痕。
- (2) 阴道异常:有无阴道横膈、纵膈,瘢痕性狭窄,囊肿或肿瘤。
- (3) 宫颈异常:有无宫颈外口粘连,宫颈坚韧、水肿,宫颈瘢痕,宫颈癌,宫颈肌瘤等。

3. 查阅辅助检查资料

护士应协助产妇进行 B 超检查,及时收集检查结果,如胎先露与骨盆的关系,胎头双顶径、胸径、股骨长度,预测胎儿的体重等。

4. 社会心理评估

产前检查确诊为产道明显异常,被告知需行剖宫产者多表现为对手术的恐惧和紧张。必须经试产才能确定分娩方式者与其家属常会因不能预知分娩结果而感到焦虑不安。

六、护理诊断

- (1) 有母儿受伤的危险:与分娩困难造成软产道损伤和新生儿产伤有关。
- (2) 焦虑:与手术、担心母儿安危有关。
- (3) 有感染的危险:与胎膜早破、产程延长和手术操作有关。
- (4) 潜在并发症主要为胎儿窘迫、新生儿窒息和子宫破裂等。

七、护理目标

- (1) 产妇平安分娩,围生儿受伤的危险降至最低。
- (2) 患者的焦虑情绪减轻,能积极配合治疗。
- (3) 产妇的体温正常,恶露无异常,会阴伤口愈合良好。
- (4) 产妇未发生并发症或并发症被及时发现和处理。

八、护理措施

1. 防止受伤,促进母婴健康

(1) 护士应在产妇临产后严密观察其宫缩、宫口扩张和胎先露下降情况,及时发现产程进展缓慢或宫缩过强,报告医生并协助处理。对明显头盆不称、不能经阴道分娩者,护士应按医嘱做好剖宫产手术的准备与护理;术中尽量避免发生新生儿产伤和颅内出血;对手术儿应加强监护。

(2) 骨盆入口平面狭窄:对有轻度头盆不称者,护士应协助其试产;对有明显头盆不称者,应做好剖宫产术的术前准备。

(3) 中骨盆和出口平面狭窄:护士应遵医嘱做好阴道手术助产或剖宫产术的术前准备。

(4) 均小骨盆:若胎位正常、头盆相称、宫缩好,则护士可以协助产妇试产。

(5) 软产道异常:护士应评估软产道异常对分娩的影响程度,协助医生采取会阴切开、局部湿热敷等相应处理措施。产后检查软产道,发现损伤时及时处理。产程中出现的宫颈水肿可局部处理:抬高产妇的臀部,减轻胎头对宫颈的压力;在宫颈水肿明显处或3点、9点注射0.5%利多卡因5~10 ml;静脉推注地西泮10 mg。当宫口近开全时,助产者可以用手上推产妇水肿的宫颈前唇,使其越过胎头。经处理无效影响分娩者须行剖宫产术。

2. 减轻焦虑

护士应向产妇及其家属讲明产道异常对母婴的影响,及时告知他们产程的进展状况,与之建立良好、相互信任的护患关系,缓解和消除其焦虑的心理,使其自愿接受各项检查及处理。

3. 防治感染

(1) 产程中肛诊和阴道检查的次数不宜过多,护士在阴道检查、助产手术时应严格遵守无菌技术操作规程。

(2) 护士应于产妇产后为其测体温、脉搏,每日2次;保持其外阴清洁、干燥;检查宫底有无压痛及恶露有无异常;当腹部或外阴伤口有红、肿、热、痛等感染征象时可给予红外线照射,每日2次,每次20~30分;若发现伤口化脓,则应协助医生提前拆线引流,并遵医嘱应用抗生素。

4. 防治并发症

护士要严密观察宫缩、胎心、羊水及产程进展情况,发现胎儿窘迫征象时要及时给予产妇吸氧,嘱其取左侧卧位,通知医生并配合处理,以预防并发症如胎膜早破、脐带脱垂和子宫破裂的发生。

5. 健康教育

护士应对产妇进行产褥期健康教育及出院指导,指导产妇喂养及护理手术儿的知识,并告知产后检查的必要性和时间。

第三节 胎儿异常

胎儿异常包括胎位异常和胎儿发育异常。分娩时除枕前位为正常胎位外,其余均为异常胎位。临床常见的胎头位置异常包括持续性枕后位或枕横位;另可见胎产式异常,包括臀位及横位。胎儿发育异常常见巨大儿和脑积水。

一、胎位异常及其临床表现

1. 持续性枕后位

在分娩过程中,胎头枕部持续位于母体骨盆后方,于分娩后期仍然不能向前旋转,致使分娩发生困难,称为持续性枕后位(persistent occipito posterior position, POPP)。持续性枕后位多由骨盆异常、胎头俯屈不良、枕后位的胎先露部不易紧贴宫颈及子宫下段引起,常导致协调性子宫收缩乏力而致内旋转受阻,影响胎头下降、俯屈及内旋转。此外,头盆不称、前壁胎盘、膀胱充盈和子宫下段肌瘤均可影响胎头内旋转,形成持续性枕横位或枕后位。

持续性枕后位的临床表现为产程延长,尤其当胎儿枕骨持续位于母体骨盆后方,直接压迫直肠,产妇自觉肛门坠胀及有排便感,子宫颈口尚未开全时,过早用力屏气、使用腹压,使产妇疲劳、宫颈前唇水肿、胎头水肿,影响产程进展。持续性枕后位常致第二产程延长。如阴道口虽已见到胎头,但历经多次宫缩屏气却不见胎头继续顺利下降时,应考虑持续性枕后位。

2. 臀先露

臀先露是最常见的胎位异常,指以胎儿的臀、足或膝为先露,以骶骨为指示点,在骨盆的前、侧、后构成六种胎位(骶左前、骶左横、骶左后、骶右前、骶右横、骶右后)的总称,其占足月分娩总数的3%~4%。根据胎儿两下肢所取的姿势,臀先露又可分为单臀先露(胎儿的双髋关节屈曲,双膝关节伸直,以臀部为先露)或腿直臀先露、完全臀先露或混合臀先露(胎儿双髋关节及膝关节均屈曲,呈盘膝坐,以臀部和双足先露)及不完全臀先露,其中以单臀先露最多见,其次以完全臀先露或混合臀先露多见。由于臀小于头,后出头困难,因此易发生胎膜早破、脐带脱垂、胎儿窘迫、新生儿产伤等并发症,臀先露围生儿的死亡率是枕先露围生儿的3~8倍。

臀先露的临床表现为孕妇常感觉肋下或上腹部有圆而硬的胎头。由于胎臀不能紧贴子宫下段及子宫颈,臀先露常导致子宫收缩乏力,产程延长,手术产机会增多。

3. 肩先露

胎儿横卧于宫腔中,其纵轴与母体纵轴垂直,称为横位。先露肩称为肩先露(shoulder presentation),其占妊娠足月分娩总数的0.10%~0.25%,是对母儿最不利的胎位。临产后由于先露部不能紧贴子宫下段,因此常出现宫缩乏力和胎膜早破的情况。破膜后可伴有脐带和上肢脱垂等情况,可导致胎儿窘迫甚至死亡。

4. 面先露

面先露(face presentation)多于临产后被发现,胎头极度仰伸,使胎儿枕部与胎背接触。面先露在经产妇多于初产妇,发生率为2‰。面先露的临床表现为颏前位时,胎儿颜面部不能紧贴于子宫下段及宫颈,引起子宫收缩乏力,产程延长。由于颜面部骨质不易变形,因而面先露易引起会阴裂伤。颏后位可引起梗阻性难产,处理不及时可致子宫破裂。

5. 其他

1) 额先露

额先露的发生率约为6‰,以前额为先露部位的指示点。额先露的临床表现为产程延长,一般需行剖宫产术。

2) 复合先露

复合先露的发生率为1.43‰~1.66‰,常常是胎头或胎臀伴有肢体(上肢或下肢)同时进入骨盆入口,常见头与手的复合先露。复合先露的临床表现为产程进展缓慢,产程延长。

二、胎儿发育异常及其临床表现

胎儿发育异常也可引起难产,如巨大儿及胎儿畸形。

1. 巨大儿

巨大儿是指出生体重达到或超过 4 000 g 者。巨大儿多见于父母身材高大、孕妇患糖尿病、经产妇、过期妊娠等。巨大儿的临床表现为妊娠后期孕妇可出现呼吸困难,自觉腹部及肋两侧胀痛等症状,妊娠期子宫增大较快。巨大胎儿常可引起头盆不称、肩难产、软产道损伤、新生儿产伤等不良后果。

2. 胎儿畸形

1) 脑积水

脑积水的发生率约为 0.5‰。大量脑脊液滞留在脑室内,使头颅体积增大,表现为头盆不称、跨耻征阳性、肛查或阴道检查有胎头大、囟门大且紧张、颅骨薄而软如乒乓球的感觉,如不及时处理可致子宫破裂。

2) 其他

联体儿的发生率约为 0.02‰,可经 B 超检查确诊。此外,胎儿颈、胸、腹等处发生异常或肿瘤可使局部体积增大而致难产,通常于第二产程出现胎先露下降受阻,经阴道检查时被发现。

三、胎位异常和胎儿发育异常对母儿的影响

1. 对母体的影响

(1) 胎位异常和胎儿发育异常均可致继发性宫缩乏力,使产程延长,常需手术助产,因此产褥感染、产后出血、软产道损伤发生的概率增加。

(2) 胎头位置异常,长时间压迫软产道,造成局部组织缺血、坏死而形成生殖道瘘。

(3) 臀位行阴道助产分娩时,强行牵拉易造成宫颈撕裂,严重者甚至可发生子宫破裂。

2. 对胎儿、新生儿的影响

(1) 胎位异常和胎儿发育异常可致胎膜早破、脐带先露、脐带脱垂,引起胎儿窘迫、胎儿死亡,新生儿窒息、外伤甚至死亡。

(2) 臀先露发生脐带脱垂的概率是头先露的 10 倍,胎膜早破使早产儿及低体重儿增多。分娩时,由于胎头后出,牵出困难,除可发生新生儿窒息外,还可以导致臂丛神经损伤、胸锁乳突肌损伤及颅内出血,其中颅内出血的发病率是头先露的 10 倍,臀先露导致围生儿的发病率与死亡率均增高。

四、治疗要点

1. 临产前

1) 胎位异常

孕妇要定期进行产前检查。妊娠 30 周以后胎位不正常者应根据不同情况给予矫治。臀先露的矫正方法如下。

(1) 胸膝卧位:孕妇排空膀胱,松解裤带,取胸膝卧位(见图 7-4),每天 2 次,每次 15 分,连续 1 周后复查。

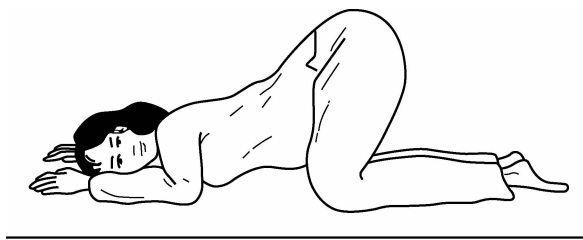


图 7-4 胸膝卧位

(2) 外倒转术:若应用上述方法无效,则可于妊娠 32~34 周时行外倒转术,但因这种方法易发生严重的并发症,故临床现已极少用。若矫正失败,则孕妇应提前 1 周住院待产,以决定适合的分娩方式。

2) 胎儿发育异常

孕妇要定期进行产前检查,一旦发现为巨大胎儿,应及时查明原因,如为糖尿病孕妇则需积极治疗,于孕 36 周后根据胎儿成熟度、胎盘功能及血糖控制情况择期引产或行剖宫产术。阴道助产时胎儿脐部娩出至胎头娩出最长不能超过 8 分。各种畸形儿一经确诊应及时终止妊娠。

2. 临产后

护士要根据产妇及胎儿的具体情况进行综合分析,以对产妇和胎儿造成最小的损伤为原则,行阴道助产或剖宫产术。

五、护理评估

1. 健康史评估

护士要结合产前检查资料及住院检查情况了解孕妇的身高、骨盆测量值、胎方位,估计胎儿大小、羊水量;了解孕妇有无前置胎盘、糖尿病病史,是否过期妊娠;了解孕妇的既往史或家族史,有无巨大儿或畸形儿的分娩史;评估产程进展和胎头下降情况。

2. 身体状况评估

护士应协助医生进行四步触诊检查,以了解有无胎位异常;测量宫高、腹围,以判断胎儿大小。

3. 查阅辅助检查资料

护士应查阅 B 超检查的结果,协助孕妇进行实验室检查,测定尿糖和血糖。

4. 社会心理评估

护士应评估产妇及其家属对分娩的态度,有无焦虑、恐惧和紧张等不良情绪。

六、护理诊断

- (1) 有母婴受伤的危险:与产程延长、手术助产引起产道损伤和新生儿产伤等有关。
- (2) 恐惧和焦虑:与难产、胎儿发育异常的结果及害怕手术分娩有关。
- (3) 潜在并发症包括胎膜早破、脐带脱垂、胎儿窘迫、新生儿窒息、产后出血等。

七、护理目标

- (1) 产妇能正视分娩障碍,配合医生,接受分娩处理方案。
- (2) 产妇的分娩过程顺利,未发生并发症;新生儿健康。

八、护理措施

1. 加强分娩期的监护

(1) 护士应嘱孕妇加强产前检查,及时发现胎儿异常。在临产过程中,护士应嘱孕妇尽量卧床休息。护士要提前做好助产和新生儿窒息抢救的准备。

(2) 护士应指导有明显头盆不称、胎位异常、巨大儿的孕妇提前住院,并按医嘱做好剖宫产术的术前准备与护理。

(3) 胎儿娩出后,护士应仔细检查软产道,如有裂伤则应及时缝合;注意新生儿有无产伤,加强观察和护理。

2. 消除恐惧与焦虑

针对产妇及其家属的疑虑,护士应给予充分的解释,消除他们的紧张心理,为产妇提供增加舒适感的护理措施,鼓励产妇与医护人员配合,增强其分娩的自信心,使其安全度过分娩期。对胎儿发育异常的家庭,护士应耐心地与他们一起分析其可能的原因,帮助孕妇树立再次妊娠的信心。

3. 防治并发症

(1) 防止脐带脱垂和胎儿窘迫:护士应指导胎位异常的待产妇少活动;尽量少肛查,禁灌肠。一旦胎膜破裂,护士应立即听胎心,嘱待产妇取头低臀高位,注意羊水的量、色并报告医生,协助医生检查以及早发现、处理脐带脱垂和胎儿窘迫,做好新生儿窒息的抢救准备。

(2) 防治产后出血:护士要综合分析产妇及胎儿的具体情况,选择对母儿损伤最小的分娩方式。在试产过程中,护士要严密观察产程进展。胎儿娩出后,护士应遵医嘱给予产妇缩宫素,认真检查胎盘胎膜是否完整、软产道有无损伤;及时帮助产妇排空膀胱,观察阴道出血量。

4. 健康教育

护士应嘱孕妇加强孕期保健,定期进行产前检查;在产程中指导产妇保持轻松、愉快的心情,积极配合医护人员的工作;给予产后身体恢复和喂养新生儿等健康教育;为产妇提供出院后的避孕指导和今后的生育指导。

第四节 过度焦虑与恐惧

一、产生的原因

在正常妊娠过程中,妊娠早期孕妇通常充满信心及期待。女性从怀孕起,由于体内激素出现变化,特别是在前3个月里,可出现呕吐等各种身体不适;同时,心理也容易出现波动,易情绪低落。随着妊娠周数的增加,腹部逐渐增大,妊娠所引发的生理变化逐渐开始影响孕妇的日常生活,孕妇逐渐由期待转变成期望妊娠尽快结束。妊娠晚期,随着体重的增加,背部长期承受沉重的负担所造成的腰背痛常使得孕妇不易熟睡,怀孕所致疲倦又使孕妇渴望睡眠。无法经过很好的睡眠,得不到休息会使她们无法有效地面对即将来临的分娩。

分娩对孕妇而言是一个未知数,不知道能否平安分娩。对未知的恐惧与害怕是孕妇身上普遍存在的现象,孕妇会为无法确认自己能安全度过分娩而担忧,也为无法确认胎儿的健康而烦恼。但妊娠末期的生理变化已经使孕妇厌倦怀孕。此时,孕妇的情绪十分复杂,既期望结束妊娠,又怕自身及胎

儿的健康受到威胁。有妊娠合并症的妇女对分娩的恐惧更甚。

二、对母儿的影响

压力、焦虑和恐惧会引发机体神经内分泌系统的一系列变化,会激发交感神经系统,使肾上腺素分泌增加,肾上腺素又使心率加快、心排血量增加及血压上升;同时,也可使去甲肾上腺素分泌增加,使周围血管收缩,而将血液集中于生命器官。产妇所经历的恐惧、紧张和疼痛会形成恶性循环,不断重复上述机制。这种作用将影响子宫这个非生命器官的血供,间接影响胎儿、胎盘、子宫肌层的氧气供应,可使胎儿宫内缺氧,最终导致子宫收缩乏力、产程延长及胎儿窘迫等状况。

压力、焦虑还会促使肝脏分解肝糖原、释放葡萄糖,以满足身体的需要;使支气管扩张、呼吸加速,以供应更多的氧气;刺激下丘脑分泌促肾上腺素释放激素,以引发脑垂体释放促肾上腺素,刺激肾上腺皮质释放糖皮质激素,使血糖升高;脑垂体释放抗利尿激素以保留水分,排出钾离子,钾的丢失会减少子宫肌层的活动。长时间或过度的压力、焦虑会使上述过程持续,从而使葡萄糖储存减少,使子宫收缩时缺乏可使用的能量。

生育期女性是精神疾病的易感人群,如果调节能力差的女性此时没有得到适当的照顾,心理压力过大,就可能在临床上表现出躁狂、抑郁、精神分裂,甚至出现意识障碍和幻觉,以致发生难以预料的意外事件。孕妇情绪波动对胎儿会有很大影响。临床研究发现,孕妇在妊娠4~10周出现情绪过度不安可能导致胎儿出现唇腭裂等畸形。孕妇精神状态的突然变化,如受到惊吓、恐惧、忧伤或其他原因引起的精神过度紧张可使大脑皮质与内脏之间的平衡关系失调,引起循环系统功能紊乱,导致胎盘早剥,甚至造成胎儿死亡。

三、护理评估

1. 健康史评估

护士应了解产妇的年龄、婚姻状况、社会经济情况,既往孕产史(如有无难产史);了解产妇对分娩是否有一定的了解,是否具有高危因素,有无妊娠期合并症及并发症。

2. 身体状况评估

在分娩过程中,护士要详细观察产妇对疼痛和焦虑所表现出的行为,包括表情及语言动作等。如产妇有过分激动、过分反抗、过度兴奋或过度沉默的表现,则护士有必要进一步评估其焦虑程度。

3. 社会心理评估

护士要评估孕妇及其家庭对本次妊娠、分娩的期盼程度,评估孕妇平时常用的应对机制。

四、护理诊断

- (1) 焦虑:与分娩过程的疼痛及压力有关。
- (2) 恐惧:与不可预测的分娩过程及是否能平安、顺利地生产有关。
- (3) 个人应对无效:与过度焦虑及未能运用放松技巧有关。

五、护理目标

- (1) 产妇的焦虑及恐惧程度减轻,能积极面对分娩过程中的一系列问题并自我调整。
- (2) 产妇的分娩疼痛减轻。

六、护理措施

1. 产前健康教育

产前健康教育能有效地减少分娩压力。在产前,护士应使产妇对分娩和产后的卫生常识有所了解,以减轻孕妇因分娩时的疼痛而产生的恐惧感和紧张感。护士要指导孕妇学会自我调节情绪,放松心情。例如,适当参加一些户外运动(如短途旅游、做孕妇操等),参与一些社交活动,同时保持充足的孕期营养和充分的休息,能够避免发生心理疾病。参加过分娩准备课程的孕妇在分娩过程中有较好的控制力,对分娩持积极的态度,且镇静药、镇痛药的使用剂量减少,基本能够顺利度过分娩期。

2. 分娩准备课程

护士应为产妇及其家属提供分娩期间产妇身体、心理变化的相关资料;带产妇到产房了解分娩的环境,以减少其对环境的陌生感及对未知的恐惧感。护士可向孕妇介绍宫缩及其疼痛情况,教导孕妇放松技巧,使之感到具有控制感及对分娩充满信心。对一些高危孕妇及过度焦虑的孕妇,护士可在产前鼓励其练习做产时呼吸运动及运用放松技巧,以有效达到减轻压力的效果。

3. 于分娩过程中提供身体上的照顾及健康教育

在第一产程早期,陪伴产妇是非常重要的,此阶段她兴奋于产程的开始,但当宫缩越来越强而产程进展不显著时,产妇会担心能否顺产,从而恐惧增加、信心降低,表现为无法应对。因此,护士要尽可能地陪伴产妇或允许其家属陪伴产妇,为产妇提供生理和心理方面的支持,树立其顺利分娩的信心。

第一产程的产妇非常关注周围的环境,因此,护士要为其提供一些身体上的照顾,如按摩产妇的背部、腰骶部,擦额头的汗或握住产妇的手。分娩过程中的“触摸”是最容易传达关怀的方式。在第二产程中,护士需指导产妇在宫缩时向下用力,在宫缩间歇期放松,使产妇觉得具有控制力,使产程顺利进展。在第三产程及产后,产妇的重要性通常被新生儿取代,产妇有被忽略的感觉,甚至觉得悲伤与嫉妒。此时,护士要让产妇知道她依旧被关心,并表示理解产妇的这种高潮突降与矛盾的心情,提供一些身体上的照顾,以降低产后抑郁症的发生率。

4. 交流

产妇会经过一些思考来整理自己的思路,准备接受母亲的角色。对此,护士可与产妇进行沟通,以协助她完成角色转换。

【思考与练习】

一、选择题

- 关于协调性宫缩乏力的说法,下列选项中正确的是()。

A. 宫缩极性倒置	B. 易发生胎儿窘迫
C. 不宜静脉滴注缩宫素	D. 经常出现产程延长
E. 不发生胎盘滞留	
- 继发性子宫收缩乏力的临床表现是()。

A. 宫缩转弱	B. 宫腔压力低
C. 持续时间短	D. 产程延长
E. 产程增快	

3. 下列关于子宫收缩过强对胎儿的影响说法错误的是()。

- A. 影响子宫胎盘血液循环 B. 使胎儿宫内缺氧
C. 易使胎儿窘迫 D. 易使胎儿窒息
E. 不会引起死亡

4. 原发性子宫收缩乏力的临床表现是()。

- A. 子宫如期扩张 B. 胎先露如期下降
C. 产程延长 D. 子宫收缩增强
E. 产程缩短

5. 关于协调性子宫收缩乏力的处理原则,下列选项中错误的是()。

- A. 支持疗法 B. 胎先露部如期下降
C. 加强第二产程的观察 D. 静脉快速滴注缩宫素
E. 预防产后出血

6. 患者,26岁,初孕,第一产程进展顺利,宫口开全已超过2小时,胎头位于棘下2cm,宫缩30s/3~4min,胎心128次/分。对该患者的诊断是()。

- A. 原发性宫缩乏力 B. 滞产
C. 胎儿窘迫 D. 第二产程延长
E. 正常分娩经过

7. 某孕妇,身体矮小、匀称,骨盆测量数值如下:髂前上棘间径22cm,髂嵴间径24cm,骶耻外径17cm,出口横径7.5cm,对角径1.5cm。此孕妇的骨盆为()。

- A. 扁平骨盆 B. 畸形骨盆
C. 漏斗骨盆 D. 横径狭小骨盆
E. 均小骨盆

二、简答题

1. 简述不协调性宫缩乏力的临床表现和护理措施。

2. 狭窄骨盆有哪些类型?简述骨盆入口平面狭窄产妇的护理要点。

3. 某患者,以“宫内孕38周,阵腹痛14小时”夜间入院。入院后检查显示胎儿中等大小,骨盆测量无异常,宫口开大3cm,胎头入盆,可进行阴道试产;入院后2小时,患者阵腹痛减轻,检查宫缩间隔时间长且不规律、持续时间短、较弱,宫口开大无进展,患者夜间未入睡,因疼痛未进食物与水,处于疲惫不堪的状态。

问题:

(1) 该患者属于哪种异常分娩?

(2) 目前该患者的护理诊断是什么?护士应采取哪些护理措施?