

妇产科急症 处置与疾病治疗

(下)

朱军义等◎主编

第十四章 异常分娩

第十四章 异常分娩

第一节 产力异常

一、概述

产力 (force of labor) 系指将胎儿及其附属物从子宫内逼出的力量, 包括子宫收缩力、腹肌及膈肌收缩力 (简称腹压) 和肛提肌收缩力。子宫收缩力是临产后的主要产力, 贯穿于分娩全过程, 在产道和胎儿等因素无异常的情况下, 使子宫颈口逐渐扩张, 胎先露逐渐下降。腹压和肛提肌收缩力则是第二产程促使胎儿娩出的重要辅助力量, 特别是在第二产程末期的作用最大, 第三产程中还可迫使已剥离的胎盘娩出。由此可见, 产力是决定分娩的重要因素之一。

产力异常主要是子宫收缩力异常。正常宫缩具有节律性、对称性和极性、缩复的特点。子宫收缩力异常包括子宫收缩失去节律性、对称性、极性倒置或子宫收缩强度、频率有改变。另外, 运用腹压异常也属产力异常。产力异常是导致难产的重要因素之一。

二、诊断

(一) 子宫收缩乏力

1. 病因

(1) 精神因素: 因产妇惧怕分娩疼痛或对胎儿预后顾虑重重, 造成心理负担过重、精神紧张或情绪不佳等, 干扰了中枢神经系统的正常功能, 导致宫缩乏力。

(2) 体质和内分泌因素: 身体过于肥胖。临产后, 产妇体内雌激素、催产素、前列腺素、乙酰胆碱分泌不足, 孕激素含量下降速度缓慢, 子宫对乙酰胆碱敏感性降低等, 引起内分泌失调性子宫收缩乏力。

(3) 电解质异常: 待产时间长、疲乏、进食不佳均可导致血电解质及酸碱平衡紊乱, 从而影响子宫肌纤维的收缩能力。

(4) 产道和胎儿因素: 骨盆大小及形态异常, 胎儿过大或胎位异常, 形成头盆不称, 胎先露下降受阻。临产后胎先露部不能紧贴子宫下段和子宫颈部, 影响内源性缩宫素的释放及反射性子宫收缩, 致使原属正常的子宫收缩逐渐减弱, 出现继发性子宫收缩乏力。

(5) 子宫因素: 子宫发育不良或畸形, 如双角子宫、纵隔子宫、子宫肌纤维发育不良等。多胎妊娠、羊水过多或巨大儿使子宫过度膨胀, 子宫肌纤维过度伸展失去正常收缩能力。多次妊娠、分娩、刮宫或曾患急慢性子宫感染者, 子宫肌纤维变性, 结缔组织增生而影响子宫收缩。子宫肌瘤使胎先露部下降受阻时, 也可诱使子宫收缩乏力。

(6) 药物因素: 产程早期使用过量镇静剂或镇痛剂, 如哌替啶、硫酸镁、地西洋 (安

定)和巴比妥等,使子宫收缩直接受到抑制;或使用子宫收缩剂的剂量不恰当,引起不协调性子宫收缩乏力。

(7) 其他因素:第一产程后期过早使用腹压向下屏气,也可致子宫收缩减弱。另外,产妇产后尿潴留也是影响子宫收缩不能忽略的因素之一。

2. 临床表现

(1) 协调性子宫收缩乏力时,子宫收缩具有正常的节律性、对称性及极性,但收缩强度弱,宫腔内压 $<15\text{mmHg}$,宫缩持续时间短、间隔时间长,又称低张性子宫收缩乏力。根据发生时期又可分为原发性和继发性子宫收缩乏力两种。

1) 原发性子宫收缩乏力是从产程一开始就出现子宫收缩乏力,但需与假临产鉴别,若给予哌替啶 100mg 肌肉注射,孕妇经休息后宫缩消退者为假临产,宫缩不能被抑制者为原发性宫缩乏力。常见于骨盆入口平面头盆不称或胎位不正,胎先露无法衔接,不能紧贴子宫下段及宫颈反射性引起强有力的宫缩,或子宫发育不良,子宫过度膨胀,如双胎、羊水过多等。临床常表现为潜伏期延长或活跃早期宫颈扩张延缓或停滞。

2) 继发性子宫收缩乏力出现在产程较晚的时期。产程开始时,子宫收缩力正常,产程进展正常,而当产程进展到一定阶段(多在活跃期或第二产程时),子宫收缩力逐渐转弱、稀,胎头下降延缓或阻滞,往往提示中骨盆-出口头盆不称,常见于漏斗型骨盆狭窄、胎头位置异常(如持续性枕横位或枕后位)等。

(2) 不协调性子宫收缩乏力是指子宫收缩失去正常的对称性、节律性,尤其是极性,不能产生向下的合力,尽管宫内压升高但子宫颈口不能如期扩张,产程进展缓慢,故又称为高张性子宫收缩乏力。临床表现为宫缩间歇期子宫壁不能完全放松,而宫缩持续时间也不长。产妇自觉宫缩强,极度烦躁。

(3) 产程图异常表现:子宫收缩乏力时,表现在产程图上的异常主要有下述7种类型。

1) 潜伏期延长:从临产开始至宫口扩张 $<3\text{cm}$ 为潜伏期,一般初产妇约需8小时,最大时限16小时。若 ≥ 16 小时,宫口扩张尚未达 3cm ,称为潜伏期延长。

2) 活跃期延长:活跃期 ≥ 8 小时,宫颈口仍未开全。

3) 活跃期停滞:活跃期宫颈扩张停止达2小时以上。

4) 第二产程延长:第二产程初产妇超过2小时,经产妇超过1小时,胎儿尚未娩出。

5) 胎头下降延缓:宫颈扩张减速期及第二产程,胎头下降速度 $<1\text{cm/h}$ 。

6) 胎头下降停滞:宫颈扩张减速期及第二产程,胎头下降停止达1小时以上。

7) 滞产:若总产程超过24小时,称为滞产。

以上7种产程图异常,可以单独或合并存在。

3. 对母儿的危害

(1) 子宫收缩乏力对母体的影响:由于子宫收缩乏力,产程延长,产妇往往休息不好,进食少,体力消耗大,易发生酸中毒、肠胀气、尿潴留等。产程延长若伴胎膜破裂时间较长,且有多次肛门检查、阴道检查,易发生细菌上行性感染。因胎位不正或骨盆狭窄造成胎先露持续不下降,分娩梗阻,严重时子宫下段极度拉长、出现病理缩复环并伴局部压痛。盆底组织受压过久,尤其在耻骨联合与胎先露之间的膀胱受压引起膀胱组织缺血、坏死,可能发生泌尿生殖道瘘。子宫收缩乏力尚可引起产后出血和产褥感染。

(2) 子宫收缩乏力对胎儿的影响:胎头长时间在产道中受到挤压,可引起胎头水肿

(又称产瘤),严重时可能造成骨膜下血管破裂,发生胎头血肿。产程延长伴有胎膜破裂过久、羊水流尽,致使胎儿紧贴子宫壁受压,可影响胎儿胎盘循环,或有阴道上行性感染时均可能引起胎儿窘迫。胎儿宫内感染者出生后可发生新生儿败血症、新生儿肺炎等严重并发症。胎儿宫内缺氧还可造成颅内出血,可能影响日后婴儿的智力发育。

子宫收缩乏力产程延长者除需剖宫产以外,阴道手术助产率也相应增加,可能加大新生儿产伤的发生率。

(二) 子宫收缩过强

子宫收缩过强远比子宫收缩乏力少见,但也不应忽视。

1. 协调性子宫收缩过强 系指子宫收缩规则但强度过大、频率过高,间隙1~2分钟有1次宫缩,羊膜腔内压常大于50mmHg。

2. 不协调性子宫收缩过强

(1) 子宫强直性收缩:指子宫颈内口以上的子宫肌肉处于强烈痉挛性收缩状态,多系分娩发生梗阻、催产素应用不当、过度刺激或胎盘早剥血液浸润肌层所引起。临床表现为子宫收缩极为强烈,持续性腹痛,宫缩间隙时间短或无间隙。当子宫体部肌肉强烈收缩,下段明显地被动拉长形成病理性缩复环时,可以发生子宫破裂,严重的急性胎儿宫内窘迫。

(2) 子宫痉挛性狭窄环:当子宫局部肌肉强直性收缩时可形成环状狭窄,围绕胎体某一狭窄部位如胎颈、胎腰。狭窄环可出现在子宫颈或子宫体的任何部位,腹部检查时不易摸清此环,阴道检查可在子宫腔内面扪及较硬而无弹性的环状狭窄。其发生原因尚不清楚,偶见于产妇精神紧张、过度疲劳、早期破膜、不适当地应用宫缩剂或粗暴的宫腔内操作。

三、治疗措施

(一) 子宫收缩乏力

根据产程不同阶段予以相应处理。

1. 第一产程

(1) 潜伏期延长:首先应寻找子宫收缩乏力的原因,仔细评价骨盆及胎儿大小,了解有无头盆不称及胎位异常。其次应查明宫缩是否协调。若无头盆不称或明显的胎位异常,对于不协调宫缩可肌肉注射哌替啶100mg,一般产妇休息2~4小时后,常可恢复正常子宫收缩。此时若胎膜未破,用温热肥皂水灌肠即可排除粪便、积气,又可刺激肠蠕动,反射性刺激子宫收缩。不要潜伏期稍有延长即随意行剖宫产。同时,该阶段肌肉注射哌替啶还可鉴别是否为假临产,若宫缩逐渐转稀、弱,甚至消失,可能是假临产,应继续严密观察。若有明确的头盆不称,则应行剖宫产终止妊娠,不宜试产。

(2) 活跃期停滞:应行阴道检查,若有严重胎位异常,如高直位、前不均倾位、额位、面位、颞后位,宜立即剖宫产。若无头盆不称或严重的胎位异常,即使胎头尚未衔接也可行人工破膜促进宫缩。人工破膜后胎头直接压迫宫颈,刺激宫颈旁神经丛,反射性地促使内源性催产素及前列腺素释放而加强宫缩。破膜时间应选在两次宫缩之间,以免羊水流出过速致脐带脱垂。人工破膜后术者之手应停留在阴道内经过1~2次阵发性宫缩,若无脐带脱垂方可将手取出,若发生脐带脱垂应立即就地行剖宫产术以抢救胎儿。同时注意观察羊水量及其性状、胎心变化。

若人工破膜后宫缩仍不理想,可用催产素静脉滴注以加强宫缩,常规用催产素 2.5U 加于 5% 葡萄糖液 500ml 内混匀,从 6~8 滴/min 开始,以后据宫缩情况调节滴速,直至保持宫缩呈中等强度(宫腔内压 6.67~8kPa),持续 40~50 秒,间隔 2~3 分钟。滴速最多不宜超过 30 滴/min。静脉滴注催产素过程中必须有专人守护或胎心电子监护仪连续监护。

有下列情况者禁用催产素:①明显头盆不称及胎位异常。②子宫过度膨胀而胎膜未破者,如双胎、羊水过多、巨大儿。③孕妇严重心肺功能不全。④曾做过子宫手术,如剖宫产或子宫肌瘤剔除术后,子宫上有较大瘢痕者。⑤胎儿宫内窘迫。

一般经人工破膜和(或)催产素静脉滴注后,只要没有胎位不正或胎儿较大致继发性宫缩乏力,骨盆大小正常者,产程均能正常进展,胎儿经阴道分娩。

活跃期宫口开大 7~8cm 时,胎方位仍为枕横位或枕后位,在严密观察下加强产力后,部分可转至枕前位而经阴道分娩。若胎方位持续于枕横位或枕后位,甚至徒手旋转胎头仍不能将其转至枕前位,产程无进展者,宜行剖宫产终止妊娠。

(3) 不协调性宫缩乏力:临床不多见,处理原则为给予有效镇静剂,如哌替啶 100ml 肌肉注射,抑制不正常宫缩。产妇休息后,一般产力多可恢复正常,使产程进展至分娩。若宫缩仍不能恢复正常,产程无进展,宜立即行剖宫产术。

2. 第二产程 仅出现宫缩乏力,造成第二产程延长,无中骨盆或出口狭窄或胎位异常者,应视胎头位置高低区别对待。

若胎头高位已达 +3 或以下可用产钳或胎头吸引器助产。

若胎头高位在 +2 以下未达 +3,第二产程未达 2 小时者,可静脉滴注催产素加强宫缩,并指导产妇正确使用腹压,争取阴道分娩。

若胎头高位在 +2 或以上,颅骨重叠明显,颅顶部“产瘤”形成,考虑有相对头盆不称存在,估计短期内难以经阴道分娩者,应尽早剖宫产终止妊娠。

第二产程若已达到 1 小时,仍未见胎头拔露,应行阴道检查,及早了解有无头盆不称,胎先露高低及有无“产瘤”。若有头盆不称,胎头位置尚高,有“产瘤”形成,应立即剖宫产。否则应加强产力,促进胎头下降。

3. 第三产程 子宫收缩乏力者易发生产后出血,故应着重防止产后出血。胎儿前肩娩出于阴道口时,即可静脉推注催产素 10U 或麦角新碱 0.2mg,以加强子宫收缩,使胎盘自然娩出。胎盘娩出后可用催产素 20~30U 加入 5% 葡萄糖液 500ml 内静脉滴注,或按摩子宫以加强宫缩,防止产后出血。

(二) 子宫收缩过强

1. 协调性子宫收缩过强

(1) 当子宫收缩过强,产道阻力又不大时,可使胎儿娩出过速,发生急产。初产妇可因宫颈、阴道、会阴在短期内不能充分扩张而造成严重软产道撕裂,产后又可因子宫肌纤维缩复不良而发生产后出血。由于接产准备不及时,消毒不严,可引起产褥感染。子宫收缩过强、过密影响子宫胎盘血流灌注,引起急性胎儿宫内窘迫甚至死亡。胎儿娩出过快还可致新生儿颅内出血。

(2) 若因严重头盆不称、胎先露或胎位异常出现梗阻性难产并致子宫收缩过强时,则子宫下段过度拉长变薄,出现先兆子宫破裂甚至破裂,故应立即采取紧急抑制宫缩的措施,尽快行剖宫产术,否则将发生子宫破裂,危及母儿生命。

2. 不协调性子宫收缩过强

(1) 子宫强直性收缩：处理宜在发现子宫强直性收缩时立即给予强镇静剂哌替啶 100mg 肌肉注射，或宫缩抑制剂如利托君、沙丁胺醇等，若胎儿排出受阻应立即行剖宫产术。

(2) 子宫痉挛性狭窄环：由于子宫痉挛性狭窄环的存在阻碍胎体下降，可使产程停滞，胎先露不下降，以及胎儿宫内窘迫。虽然对胎儿极为不利，但是因狭窄环的位置不随子宫收缩而上升，故一般不会引起子宫下段过度伸展而造成子宫破裂。处理时除了用强镇静剂外，还可选用 0.1% 肾上腺素 0.15 ~ 0.3ml 肌肉注射，硫酸镁 4g 缓慢静脉注射或异克舒令以每分钟 0.25 ~ 0.5mg 速度静脉注射，停止一切宫腔操作，经充分休息后缩窄环多可自行放松，若缩窄环仍不放松并出现胎儿窘迫征象，则应及时剖宫产终止妊娠。

(朱军义)

第二节 产道异常

一、概述

产道 (birth canal) 是分娩过程中胎儿必经的通道，由骨产道 (骨盆) 和软产道 (子宫下段、子宫颈、阴道) 组成。骨盆的大小与形态异常是造成难产的重要因素，是导致头盆不称及胎位不正最常见的原因。骨产道异常可表现为骨盆形态的变异、不对称或骨盆腔不同程度的狭窄。严重的骨盆狭窄或畸形时，孕期检查多已经被发现和重视，而临界性骨盆狭窄在产前检查中则不易被发现，若产力正常，胎儿小，可以经阴道分娩，若胎儿大小正常或较大或伴胎位异常，即使产力正常，也可导致难产，这是临床中导致难产的常见原因，若处理不当，对母儿危害均较大，故更应引起重视。常见的软产道异常如阴道纵隔、阴道横膈、双子宫、双角子宫和阴道旁囊肿等在早孕检查时多能发现，对其分娩方式已经有所评估。

二、骨产道异常

(一) 骨盆异常的分类

1. 发育性骨盆异常 骨盆在发育过程中，受种族、遗传、营养等因素的影响，其形态、大小可发生变异，Shapiro 将骨盆分为四种类型即女型、男型、扁平型和类人猿型。实际上完全符合这四种形态的骨盆并不多见，而大多数为它们的混合型。骨盆四种基本形态的特点如下 (图 14-1)。

(1) 女型骨盆：最常见，即所谓正常型骨盆。骨盆入口面横径较前后径略长，呈横椭圆形。中骨盆侧壁垂直，坐骨棘不突，坐骨棘间径 $\geq 10\text{cm}$ ，耻骨弓较宽，为 $90^\circ \sim 100^\circ$ 。骶骨属中弧或浅弧型，出口前后径及横径正常，最有利于阴道分娩。

(2) 男型骨盆：骨盆入口略呈三角形，横径略大于前后径，两侧壁内聚，坐骨棘突出，耻骨弓较窄，出口前后径及横径均小，不适合阴道分娩。这种类型骨盆最不利于胎头衔接，胎头多以枕横位或枕后位入盆，因中骨盆前后径及横径均短小，不利于胎头旋转和下降，故出现持续性枕横位或枕后位，常需剖宫产结束分娩。

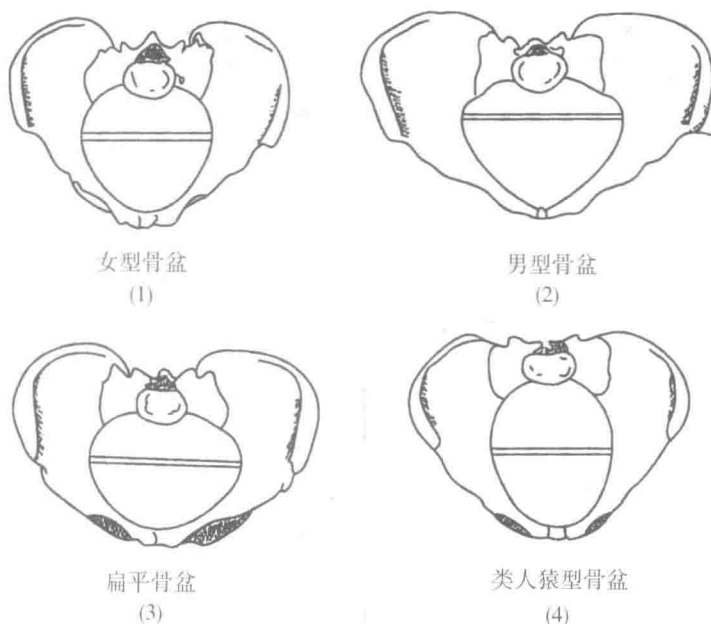


图 14-1 四种基本类型骨盆入口面

(3) 扁平骨盆：骨盆入口呈扁平形，入口前后径短，横径长，坐骨棘不突或稍突，耻骨弓宽，骶骨为直形或深弧形。出口横径增长，前后径较短。胎头常以枕横位入盆，一旦通过入口面，分娩即有可能顺利进行。

(4) 类人猿型骨盆：骨盆入口呈卵圆形，入口前后径较横径长，骨盆两侧壁稍内聚，坐骨棘较突出，耻骨弓较窄，骶骨多为上凸型，出口前后径增长，横径缩短。胎头常以枕后位入盆，并持续于枕后位，若产力好，胎头下降至盆底可转为直后位娩出。

2. 骨盆疾病或损伤

(1) 佝偻病骨盆：因儿童期维生素 D 供应不足或长期不晒太阳所致，现已极少见。骨盆主要特征为（图 14-2）：骶骨宽而短，因集中承受自身躯干重量的压力而前倾，骶岬向骨盆腔突出使骨盆入口面呈横的肾形，前后径明显变短。若骶棘韧带松弛，则骶骨末端后翘，仅入口面前后径缩短；若骶棘韧带坚实，则骶骨呈深弧形或钩形，使入口面及出口面前后径均缩短；骨盆侧壁直立甚至外展，出口横径增大。佝偻病骨盆变形严重，对分娩极为不利，故不宜试产。



图 14-2 佝偻病骨盆

(2) 骨软化症骨盆：维生素 D 缺乏发生于骨骼已闭合的成年人时称为骨软化症。骨盆主要特征为（图 14-3）。因受躯干重量的压力和两侧股骨向上内方的支撑力，以及邻近肌群、韧带的牵拉作用，骨盆发生高度变形，但不成比例；骨盆入口前后径、横径均缩短而呈“三叶草状”，中骨盆显著缩小，出口前后径也严重缩小。胎儿完全不能经阴道分娩，即使

胎儿已死，由于胎头无法入盆，也不能经阴道行穿颅术，只能行剖宫取胎术。骨软化症骨盆现已极为罕见。

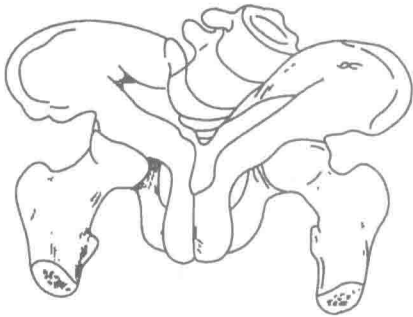


图 14-3 骨软化症骨盆

(3) 骨盆骨折：多发生于车祸或跌伤后。严重骨盆骨折愈合后可后遗骨盆畸形及明显骨痂形成，妨碍分娩。骨盆骨折愈合后骨盆摄片很重要，可为今后妊娠能否经阴道分娩提供依据。妊娠后，应仔细检查骨盆有无异常。决定试产应慎重。

(4) 骨盆肿瘤：少见。一般多为恶性，可见于骨盆后壁近骶髂关节处，肿瘤向盆腔突出，产程中可阻碍胎头下降，造成难产。

3. 脊柱、髋关节或下肢疾患所致的骨盆异常

(1) 脊柱病变性畸形骨盆：脊柱病变多数由骨结核引起。我国结核病尚未完全控制，并有增多趋势，包括两种畸形骨盆。

1) 脊柱后凸（驼背）性骨盆：后凸部位不同对骨盆影响也不同，病变位置越低，对骨盆影响越大。若后凸发生在胸椎，则对骨盆无影响；若后凸发生在胸、腰部以下，可引起中骨盆及出口前后径及横径均缩短，形成典型漏斗形骨盆。

2) 脊柱侧凸性骨盆：若脊柱侧凸累及脊柱胸段以上，对骨盆无影响；若脊柱侧凸发生在腰椎，则骶骨向对侧偏移，使骨盆偏斜、不对称而影响分娩。

(2) 髋关节及下肢病变性骨盆：髋关节炎（多为结核性）、小儿麻痹症下肢瘫痪萎缩、膝或踝关节病变等，如在幼年发病可引起跛行，步行时因患肢缩短或疼痛而不能着地，由健肢承担全部体重，结果形成偏斜骨盆（图 14-4）。妊娠后，偏斜骨盆对分娩不利。

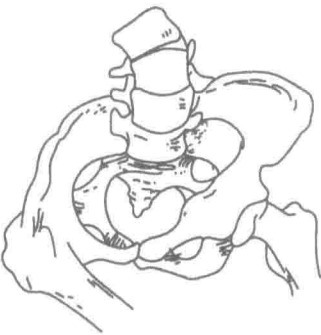


图 14-4 髋关节病性骨盆

(二) 诊断

临产前，应仔细检查骨盆有无异常，若有头盆不称，及早作出诊断，以便决定恰当的分娩方式。

1. 病史 初产妇应详细询问既往病史，尤其可引起骨盆异常的疾患，如佝偻病、骨结核及骨折等。经产妇还应详细了解既往妊娠史及分娩史。若有不良分娩史，应慎重考虑分娩方式。

2. 体格检查

(1) 一般检查：注意观察孕妇身高、体型、步态。

(2) 骨盆外测量：通过骨盆外测量尽管不能准确了解骨盆内腔的实际大小，但可初步了解骨盆形态和大小，对发现明显的骨盆异常有参考价值。骨盆外测量诊断骨盆狭窄标准见表 14-1。

表 14-1 骨盆外测量诊断骨盆狭窄标准

狭窄标准	入口平面		出口平面	
	骶耻外径 (cm)	对角径 (cm)	坐骨结节间径 (cm)	坐骨结节间径 + 后矢状径 (cm)
临界性狭窄	18	11.5	7.5	15
相对性狭窄	16.5 ~ 17.5	10.5 ~ 11.0	6.0 ~ 7.0	12 ~ 14
绝对性狭窄	≤16	≤9.5	≤5.5	≤11

(3) 肛查或阴道检查：可了解骨盆中下段情况，发现有无骨盆内腔异常。

3. 辅助检查

- (1) X 线骨盆测量。
- (2) 阴道 B 超骨盆测量。
- (3) CT 骨盆测量。
- (4) MRI 骨盆测量。

三、软产道异常

软产道 (soft birth canal) 包括子宫下段、宫颈、阴道及外阴。软产道异常也可致难产，但远比骨产道异常难产少见，易被忽略。故妊娠早期必须常规行妇科检查，以排除明显的生殖道及盆腔异常。

(一) 外阴异常

- 1. 外阴水肿 重度子痫前期、严重贫血、心脏病或慢性肾炎的孕妇，在全身水肿的同时，可有重度外阴水肿，以致分娩时妨碍胎先露下降，引起组织损伤、感染或愈合不良。临产前，在外阴局部用 50% 硫酸镁湿热敷，一日多次；临产后，在严格消毒下多点针刺皮肤放液，水肿可明显减轻。产后注意外阴清洁和消毒，加强护理。
- 2. 外阴瘢痕 烧伤、外伤或炎症的后遗瘢痕挛缩，可使外阴及阴道口狭窄而影响胎先露部下降，若瘢痕范围不大，分娩时会阴侧切伤口可适度延长；若瘢痕范围较大，应行选择性剖宫产。

(二) 阴道异常

- 1. 阴道纵隔 包括完全和不完全纵隔，常伴有双子宫及双宫颈畸形。完全纵隔由外阴延伸至宫颈，不完全纵隔更多见，分上部及下部。不完全纵隔常可妨碍胎头下降，纵隔可自然破裂，但纵隔较厚时则需将其剪断，待胎儿娩出后再切除剩下的纵隔，可吸收缝合线锁边或间断缝合残端止血。完全纵隔一般不导致难产，胎头下降过程中能逐渐将半个阴道充分扩张后通过。
- 2. 阴道横膈 多位于阴道上、中段，临产后肛查可能将不全横膈中央之孔误认为宫颈外口，但仔细检查可发现宫颈口位于横膈水平之上。尤其在临产一段时间后，产力强，胎头

位置较低，而“宫颈”不扩张时，应想到此种先天异常的可能，阴道检查有助于确诊。宜选择剖宫产终止妊娠，尽量避免经阴道切开横膈，不但出血多，而且缝合难度大。

3. 阴道肿块 较小的阴道壁囊肿一般不妨碍分娩。囊肿较大时可阻碍胎先露部下降，需在消毒后穿刺囊肿吸出内容物，产后再作处理。

阴道实性肿瘤，如纤维瘤、上皮癌、肉瘤均会阻碍胎先露下降，且脆性增大易出血感染。一般需行选择性剖宫产。

(三) 宫颈异常

1. 宫颈瘢痕 宫颈深部电灼、电熨、锥形切除或粗暴的宫颈扩张术后，以及宫颈裂伤修补术后、感染等所致的宫颈瘢痕、硬结，一般在妊娠后可以软化，多不影响分娩。若临产后宫颈扩张延缓或阻滞，宜尽早行剖宫产。

2. 宫颈水肿 常见于扁平骨盆、骨盆狭窄，胎头位置不正，产妇过早屏气或宫缩不协调，致产程延长，宫颈在胎头与骨盆前壁之间受压时间较长，局部血液循环受阻，引起宫颈水肿，扩张延缓，长时间压迫可使分娩停滞。处理：嘱产妇在宫颈口开全前不要用力屏气，子宫颈上分点注射 2% 利多卡因 10ml 及阿托品 5mg，短期观察 2~3 小时，若宫颈扩张仍停滞则提示有头盆不称，宜剖宫产终止妊娠，若宫颈已近开全，胎先露高位已达 +2 以下，仅为宫颈前唇水肿，可在消毒后用手将水肿的前唇在宫缩时向胎头上方轻轻推移，使宫颈前唇退缩至胎头后，待其阴道分娩。上推宫颈前唇时绝不可用暴力，以免宫颈裂伤出血。

3. 宫颈癌 妊娠合并子宫颈癌临床虽少见，却是产科严重的并发症。

因宫颈癌变组织硬而脆，易引起宫颈裂伤、出血、压迫坏死、感染等危险，故必须行选择性剖宫产。如条件许可，取出胎儿后可做广泛子宫切除术、盆腔淋巴结清扫术。否则剖宫产术后 2~4 周行放疗。妊娠早期应常规行妇科检查，以便早期发现和处理。妊娠早、中期出现反复阴道流血，白带带臭味，应排除宫颈癌。若一旦确诊，无论病变轻重，均应及时终止妊娠，视宫颈癌的分期决定治疗方案。

(四) 子宫异常

1. 先天性子宫畸形 子宫畸形合并妊娠者并不少见，且常伴有泌尿道畸形。

(1) 双角子宫、子宫纵隔畸形：双角子宫、纵隔子宫妊娠者较为常见，易发生流产及早产。临床有时很难区分这两种畸形。双角子宫底部呈马鞍形，两角部较突起，而纵隔子宫外观正常，两者均可因宫腔形态异常而致胎位异常，但一般不影响产力。附着于子宫纵隔处的胎盘常不易自然剥离或剥离不全，产后出血多，需行人工剥离。故凡怀疑双角子宫或子宫纵隔者，产后均应作宫腔探查以明确诊断。

(2) 双子宫畸形：双子宫一侧妊娠时，另一侧未孕子宫稍增大，但一般不致引起产道梗阻。由于子宫形态狭长，故臀位多见。双子宫发育欠佳，常不能足月产，且分娩时可因子宫发育不良而致宫缩乏力或宫颈扩张困难，产程延长，因此多需行剖宫产。

(3) 单角子宫：因一侧 Mullerian 管发育不良，另一侧发育正常而形成的单角子宫，妊娠后多为臀位，常易发生流产或早产。因子宫发育不良，临产后可有宫缩乏力、产程延长，容易发生子宫破裂，故多需行剖宫产。

2. 妊娠子宫过度前屈 若孕妇腹直肌分离、腹壁过度松弛、驼背或骨盆倾斜度过大均可使子宫过度前屈，形成悬垂腹。常发生胎头不入盆，容易胎膜早破，临产后宫颈扩张缓

慢，胎头紧贴宫颈后壁影响产程进展。妊娠期可用腹带包裹腹部，临产后将腿部抬高或取半卧位，以利于胎头入盆。

3. 子宫肌瘤 妊娠期间子宫肌瘤会生长增大，对分娩的影响与其大小和生长部位有关。子宫肌壁间肌瘤可使子宫收缩乏力、产程延长；宫颈肿瘤、子宫下段肌瘤或嵌顿于盆腔内的浆膜下肌瘤均可阻碍分娩，致梗阻性难产，宜行选择性剖宫产。若肌瘤小，位于骨盆入口以上，胎头已入盆，一般不致发生分娩梗阻。剖宫产术中一般不剔除肌瘤，除非为带蒂浆膜下肌瘤可予摘除。既往作过子宫肌瘤剔除术者有可能在分娩时发生瘢痕破裂，应密切观察产程。子宫瘢痕较大，剔除子宫肌瘤时进入子宫腔者应行选择性剖宫产，术中警惕子宫收缩乏力致出血。

（五）卵巢肿瘤

妊娠合并卵巢肿瘤多为良性，恶性者仅占2%。卵巢良性肿瘤中以囊性畸胎瘤和黏液性囊腺瘤多见，各占1/4。妊娠合并卵巢肿瘤多于妊娠3个月左右或产褥期发生蒂扭转，若卵巢肿瘤阻塞产道，可致囊肿破裂，甚至子宫破裂，应及时行剖宫产，同时行卵巢肿瘤摘除。孕期确诊卵巢肿瘤后应择期在妊娠4个月行肿瘤摘除术。

（朱军义）

第三节 胎位异常

一、头位异常

（一）持续性枕后位（persistent occipitoposterior position）

1. 原因

（1）骨盆形态及大小异常：是持续性枕后位发生的重要原因，可见于男型骨盆、类人猿型骨盆。

（2）头盆不称：妨碍胎头内旋转。

（3）胎头俯屈不良：使胎头通过产道径线增大，造成胎头通过骨盆的径线与骨盆大小不称，使胎头的内旋转及下降均发生困难，以致胎头持续于枕后位。

（4）宫缩乏力：产力异常并不是导致持续性枕后位的重要原因，但一旦出现产力异常，即更难克服枕后位，因此宫缩乏力往往是胎位异常的后果。

（5）胎盘附着位置：胎盘附着于子宫前壁时，胎儿以枕后位衔接机会多，但临产后胎头下降过程中，胎方位受骨盆形态及大小的影响更明显。

2. 概念 传统的观念认为胎头以枕后位衔接于骨盆入口，经过充分试产，至中骨盆及盆底时仍不能自然旋转至枕前位，而持续于枕后位状态，致使分娩发生困难者，称持续性枕后位。

此外，重庆医科大学附属第二医院曾就258例持续性枕后位进行临床分析，发现其中剖宫产183例者，有127例于手术时胎头尚未衔接。所以在分娩的任何时期、胎头处于任何水平，只要胎头持续于枕后位即可导致难产。因此，凡正式临产后，经过充分试产，当分娩以任何方式结束时，不论胎头在骨盆的哪一个平面上，胎头仍处于枕后位者即称为持续性枕后

位。应当指出，持续性枕后位向后旋转 45°，以枕直后位自然娩出，或徒手旋转为枕前或枕直前位后自然娩出者，仍应诊断为持续性枕后位。

3. 临床表现

(1) 由于胎头枕骨位于骨盆后方，直接压迫直肠，宫颈开大 3 ~ 5cm 时，产妇即有下屏感。

(2) 临产后不久感觉腰骶部胀痛，随子宫收缩而出现，随产程进展而加重。

(3) 由于产妇过早屏气，腹压增加，常出现宫颈水肿，尤以宫颈前唇水肿多见。且宫颈口扩张至 8 ~ 9cm 停滞，不易开全。

(4) 产程异常：活跃期宫颈扩张延缓或阻滞；宫颈开全后胎头下降延缓或阻滞，致第二产程延长。

(5) 腹部检查，母体腹壁的 2/3 被胎肢占据，胎背偏向母体侧方或后方，胎心音在母体腹部外侧或胎儿肢体侧最响亮。有时可在耻骨联合上方扪及胎儿颈部。

(6) 肛查直肠后部有空虚感。

4. 诊断 根据临床表现可作初步判断。阴道检查是确诊枕后位的必要手段。当宫颈扩张至 5cm 时做阴道检查即能确定胎方位，准确率应达 80% 以上，于破膜后检查，结果更准确。

(二) 胎头高直位 (sincipital presentation)

当胎头矢状缝位于骨盆入口平面的前后径上时，称胎头高直位 (图 14 - 5，图 14 - 6)。是一种特殊的胎头位置异常。胎头高直位又分为两种：一种是胎头的枕骨在母体骨盆耻骨联合后方，称高直前位，又称枕耻位，是一种特殊的枕前位；另一种是胎头枕骨位于母体骨盆骶岬前，称为高直后位，又称为枕骶位，是一种特殊的枕后位。胎头高直位分娩难度大，尤其是高直后位，几乎均需剖宫产结束分娩，故于严重的胎头位置异常。高直前位有 50% ~ 70% 可经阴道分娩。

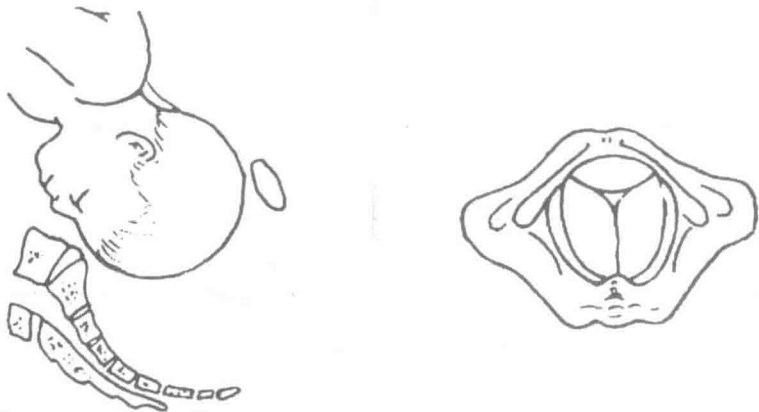


图 14 - 5 高直前位 (枕耻位)

1. 原因

- (1) 头盆不称。
- (2) 骨盆形态及大小异常，如骨盆扁平型狭窄。
- (3) 胎头异常。胎头太大、太小或长形均是引起高直位的原因。

(4) 胎膜早破, 系胎头高直位的原因还是结果, 尚有争议。

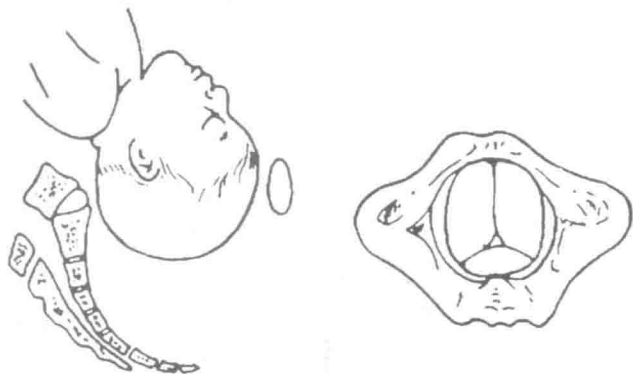


图 14-6 高直后位 (枕骶位)

2. 临床表现

(1) 高直前位: 临产后, 胎头极度俯屈, 以枕骨下部支撑于耻骨联合处, 顶、额骨置于骶岬前, 故入盆困难, 常常表现为活跃早期 (3~6cm) 宫口扩张延缓或停滞; 若胎头过度俯屈得到纠正, 胎头不需内旋转, 于中骨盆以直前位按一般枕前位机转通过产道分娩。若胎头极度俯屈得不到纠正, 则需剖宫产结束分娩。

腹部检查, 母体腹前壁全部被胎背占据, 触不到任何肢体, 胎心音在近腹中线稍偏左处最响, 若子宫明显右旋时, 则胎心音在腹中线处听诊最清楚。

阴道检查, 胎头的矢状缝位于骨盆入口面的前后径上, 其偏斜的角度左右不超过 15° , 若以时针角度表示, 则以 11 点 45 分至 12 点 15 分范围内为限。胎头小囟在耻联合后, 大囟在骶岬前, 先露部高浮未衔接。由于胎头紧嵌于骨盆入口处, 妨碍胎头及宫颈的血液循环, 阴道检查常发现胎头水肿。

(2) 高直后位: 主要表现为胎头不入盆, 下降受阻, 影响宫颈扩张, 大约半数产妇宫颈扩张停滞于 3~5cm 或者即使宫口近开全或开全, 但胎先露仍停留在 0 位或 0 位以上不下降。若延误处理, 可致产程延长。

腹部检查, 母体腹部全部为胎儿小肢体占据, 下腹部左右两侧均可听见胎心音, 较枕前位时更响亮。若在母体耻骨联合上方触及胎儿颈部, 则可拟诊高直后位。

阴道检查, 胎头的矢状缝位于骨盆入口平面的前后径上, 其偏斜角度左右不超过 15° , 大囟在耻骨联合后, 小囟在骶岬前, 胎先露部高浮于 0 位以上。由于胎头紧嵌于骨盆入口平面, 且有不同程度的仰伸, 故在胎头两顶骨之间常有水肿, 形成产瘤。

3. 诊断 根据产程图表现和腹部检查可以疑诊, 确诊需靠阴道检查。

(三) 持续性枕横位 (persistent occipitotransverse position)

大约 50% 的产妇, 其胎儿以枕横位入盆, 因此, 枕横位应是头位分娩的正常衔接方位。若胎头以枕横位入盆后, 不能自然旋转至枕前位或由枕后位向前旋转至枕横位后停顿, 均可形成持续性枕横位。

与持续性枕后位一样, 不论胎头在骨盆哪一个平面均可能持续于枕横位状态。因此, 凡正式临产后, 经过充分试产, 至分娩结束时, 不论胎头在骨盆的哪一个平面, 只要胎头仍持续于枕横位, 均称为持续性枕横位。

持续性枕横位在胎头位置异常中发生率最高，据 1987 年全国难产协作组报告，占头位难产的 24.95%。虽然持续性枕横位是最轻微的胎头位置异常，但手术产率仍高达 90% 以上。

1. 原因

- (1) 骨盆形态及大小异常，可见于扁平型及男型骨盆易发生持续性枕横位。
- (2) 头盆不称，妨碍枕横位胎头向前旋转。
- (3) 胎头俯屈不良，妨碍胎头旋转及下降。
- (4) 宫缩乏力，影响胎头旋转及下降。

2. 临床表现 凡扁平型及男型骨盆，胎头以枕横位入盆者，应警惕发生持续性枕横位的可能性。大多表现为第二产程延长，胎头下降停滞。

腹部检查，胎儿肢体及胎背在腹前壁各占一半，胎心音在下腹部外侧处最响亮。阴道检查，胎头矢状缝在骨盆横径上。

3. 诊断 根据临床表现及阴道检查即可诊断。

(四) 枕横位中的前不均倾位 (anterior asynclitism)

胎头以枕横位入盆时，可以有 3 种倾势，一种为均倾势，即胎头双顶同时进入骨盆入口，胎头矢状缝在骨盆入口平面中轴线的横径上；后不均倾势则是胎头后顶骨先入盆，利用骶骨陷凹向后退让，使前顶骨能从耻联后方滑下，使胎头成为均倾势，再向前旋转，按照枕前位完成分娩机转；若前顶骨先入盆，则为前不均倾势（图 14-7）。前两种胎头入盆倾势均是正常的。胎头为前不均倾位时，前顶骨先入盆，落于耻骨联合后方，由于耻骨联合后方平直，没有空隙容纳前顶骨下降，并使后顶骨无法越过骶岬，胎头受阻于骨盆入口，最终需以剖宫产结束分娩。

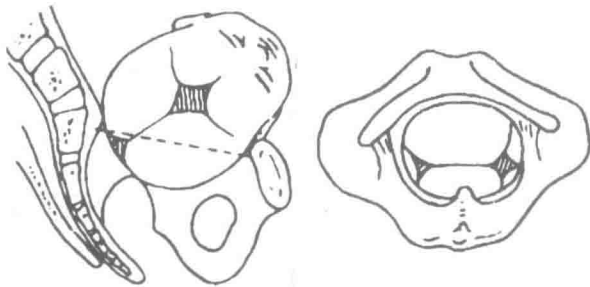


图 14-7 前不均倾位胎头侧屈

1. 原因

- (1) 扁平骨盆：骨盆入口前后径小，为适应骨盆形态、胎头侧屈、前顶骨先进入盆腔。
- (2) 骨盆倾斜度过大：胎头可利用的骨盆入口面变小，胎头不易入盆，后顶骨搁于骶岬上方，前顶骨进入骨盆入口。
- (3) 悬垂腹：孕妇腹壁松弛，胎体前倾，使胎头前顶骨先入盆。

2. 临床表现

- (1) 胎儿头皮被挤压过久，形成头皮水肿。
- (2) 母体尿道受压，即使在临产早期，即表现尿潴留，导尿时感觉阻力较大。
- (3) 活跃期早期宫颈扩张停滞。

(4) 胎头前顶压迫胎头与耻骨联合间的软组织，导致宫颈前唇水肿，阴道前壁、小阴唇上部及阴蒂水肿。

(5) 腹部检查：因胎头侧屈明显，不易入盆，随产程进展，胎头与胎肩折叠于骨盆入口，致胎肩高耸，从耻骨联合上方可扪及一侧胎肩，而不能扪及胎头，表现为胎头已入盆的假象。

(6) 阴道检查：前顶紧嵌于耻骨联合后，但由于后顶架于骶岬上无法入盆，使盆腔后半部有空虚感，胎头矢状缝虽在骨盆横径上，但却偏后，此时尚不可贸然诊断，但可怀疑前不均倾的可能。随产程进展，胎头侧屈加重，矢状缝不断后移，此时应作出诊断。

3. 诊断 根据临床表现、腹部检查及阴道检查联合诊断前不均倾位，尤其阴道检查最为重要。最后确诊前不均倾位，应在剖宫产后检查胎头水肿部位，若为枕左横前不均倾位者，产瘤应在右顶骨上，若为枕右横前不均倾位，则产瘤在左顶骨上。

(五) 颜面位 (face presentation)

分娩过程中，胎头以极度仰伸姿势通过产道，以面为先露时称为颜面位 (图 14-8)，又称面先露。

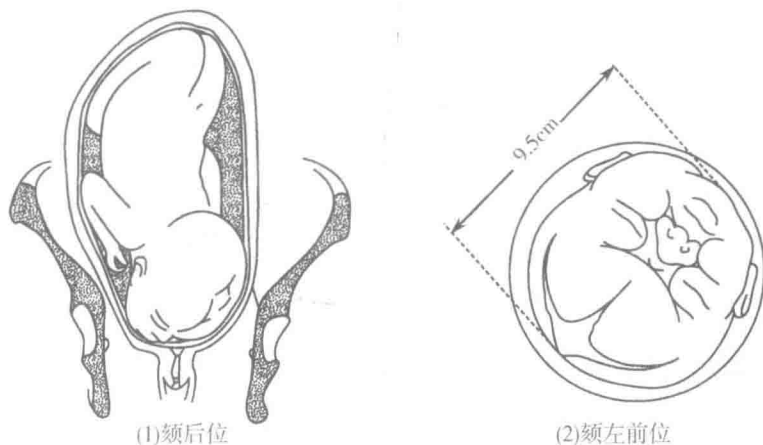


图 14-8 颜面位

颜面位时，胎头极度仰伸，枕骨与背部贴近，以颏为先露。

颜面位的发生率为 0.2% ~ 0.27%，经产妇多于初产妇。颜面位以颏为指示点，一般包括六种胎位，即颏右前位、颏左前位、颏右后位、颏左后位、颏左横位、颏右横位。其中，颏前位相对更多见，大约占 2/3。

1. 原因

- (1) 头盆不称：胎头衔接受阻，致胎头仰伸，极度仰伸时形成面先露。
- (2) 悬垂腹使胎背向前或与枕骨成同一方向，于是胎儿颈椎与胸椎仰伸，形成颜面位。
- (3) 低置胎盘。
- (4) 无脑儿：因无颅顶骨，自然形成面先露。
- (5) 脐带绕颈、胎儿颈部包块，使胎头无法俯屈，如先天性甲状腺肿。

2. 分娩机转 若产力、产道均正常，胎儿不大，颏前位可能经阴道自然娩出，胎头以仰伸姿势衔接入盆，当胎儿面部到达盆底时，胎头极度仰伸，颏部作为最低点转向前方，自

耻骨弓下娩出，其后以颞骨为支点，在产力（尤其肛提肌收缩力）推动下，胎头相应俯屈，口、鼻、眼、额及大囟相继娩出（图 14-9）。

颞后位需经内旋转 135°呈颞前位方能自然娩出，若内旋转受阻持续为颞后位，此时，即使颈部极度伸展，其长度仍较骶骨前凹面短，不能将其跨越，除早产或浸软的死胎外，足月胎儿不能经阴道娩出（图 14-10），故颞后位均需剖宫产终止妊娠。

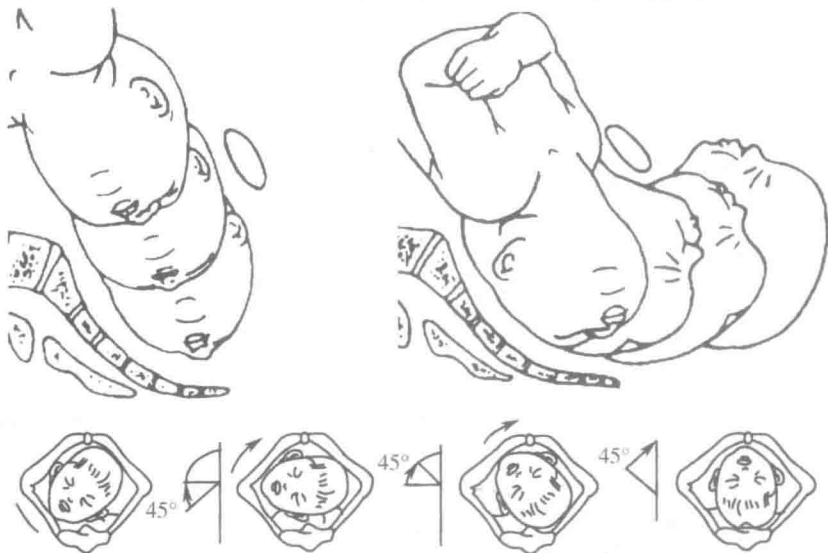


图 14-9 面先露分娩机制

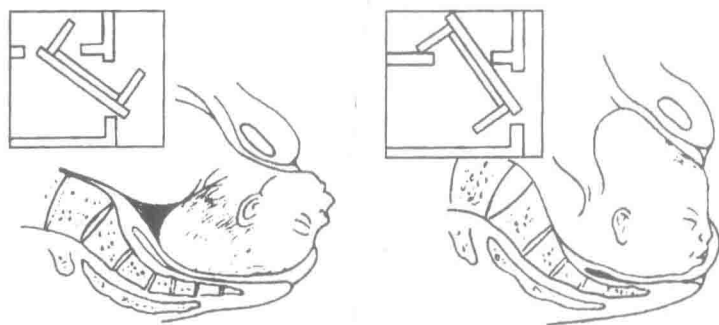


图 14-10 颞前位及颞后位分娩示意图

3. 临床表现

- (1) 颜面位几乎都是在临产后发现的，常表现为潜伏期延长和（或）活跃期延长。若为颞后位，则表现为活跃期阻滞。
- (2) 腹部检查：腹壁薄而松弛的孕妇，胎儿为颞前位时，在腹前壁下可触及胎儿肢体，但易和枕后位相混淆。颞后位时，因胎头极度仰伸，在骨盆入口处，耻骨联合的上方，可触及比枕先露明显高出的胎头，胎头高出的部分与胎背同在一侧，若发现胎头与胎背之间有一明显的凹陷，对诊断有一定的帮助。
- (3) 肛查：可触及高低不平、软硬不均的面部，需和臀先露相鉴别，应进一步做阴道