



医患对话

胎位异常



明明白白看病·百姓放心医院



五个明白

- 明白医药费用结算清单
- 明白所患疾病
- 明白应做检查项目
- 明白疾病治疗方法
- 明白病情转化注意事项

五个知道

- 知道就医时的权利
- 知道相关的诊疗程序和规章制度
- 知道特殊检查和手术应履行的手续
- 知道诊治项目和药品价格
- 知道医疗纠纷应依法解决的程序

“百姓放心医院”活动办公室推荐

ISBN 7-110-05756-9



ISBN 7-110-05756-9

R·530 定价：3.00 元



明明白白看病·医患对话丛书

81

医患对话

胎位异常

中华医院管理学会
创建“百姓放心医院”活动办公室

组织编写

科学普及出版社

·北 京·

明明白白看病·医患对话丛书

编委会

顾主	问任	曹荣桂	迟宝兰	李士		
主副	主副	于宗河	赵淳	武广华		
主副	主副	陈春林	李恩	刘建新	宋光耀	
主副	主副	于宗河	宋振义			
主副	主副	李慎廉				
主副	主副	(按姓氏笔画排序)				
		于宗河	王正义	王西成	王国兴	王继法
		马番宏	叶任高	孙建德	朱耀明	刘玉成
		刘世培	刘兵	刘学光	刘运祥	刘建新
		刘冠贤	刘湘彬	许风	江观玉	李玉光
		李连荣	李金福	李恩	李继光	李道章
		李慎廉	李镜波	杜永成	苏汝好	杨秉辉
		陈孝文	陈春林	陈海涛	宋光耀	宋述博
		宋宣	宋振义	张阳德	欧石生	苗志敏
		范国元	林金队	武广华	周玉皎	郑树森
		郎鸿志	姜恒丽	赵升阳	赵建成	赵淳
		贺孟泉	郭长水	殷光中	高东宸	高岩
		寇志泰	康永军	黄卫东	黄光英	黄建辉
		曹月敏	崔耀武	彭彦辉	傅梧	黄谏忠
		韩子刚	董先雨	管惟苓	管伟立	戴建平
		孙晓燕				
		李卫雨				
本册编著	本册编著	许英	林培	责任编辑	高纺云	
特约编辑	特约编辑	刘红岩		责任印制	王沛	



胎位异常是怎么回事



胎位异常是造成难产的常见因素之一,大部分产妇以枕前分娩,约占 90%,而胎位异常仅占 10%,其中胎头位置异常最多见,是造成头位难产的主要原因。往往在产前检查时不易被发现,有的只发生在分娩过程中,易被忽略,处理不及时,常给母婴造成严重后果。因此,应提高对头位难产的认识,定期做好产前检查,严密观察产程,及时诊断与处理,确保母婴健康。

● 女性生殖器官在人体的位置、主要结构与功能是怎样的

女性生殖器官包括内、外生殖器官及相关组织与邻近器官,骨盆是生殖器官的所在地,是胎儿娩出的必经通道,其大小、形状与分娩关系密切。因此,对骨盆的结构应有一个清楚的了解。

▲ 骨盆的组成

骨盆的骨骼:骨盆由骶骨、尾骨及左右两块髋骨所组成



(图 1)。每块髌骨又由髌骨、坐骨及耻骨整合而成；骶骨由 5~6 块骶椎合成；尾骨由 4~5 块尾椎合成。骨盆关节：有耻骨联合、骶髌关节和骶尾关节。两耻骨间由纤维软骨形成耻骨联合，位于骨盆的前方，其上、下附有耻骨韧带。骶髌关节位于骶骨和髌骨之间，骶尾关节为骶骨与尾骨的联合处。骨盆的韧带，骨盆各部之间的韧带，以骶尾骨与坐骨结节之间的骶结节韧带和骶尾骨与坐骨棘之间的骶棘韧带最为重要。妊娠晚期受激素的影响，韧带较松弛，各关节的活动亦稍增加，有利于分娩时胎儿通过骨产道。

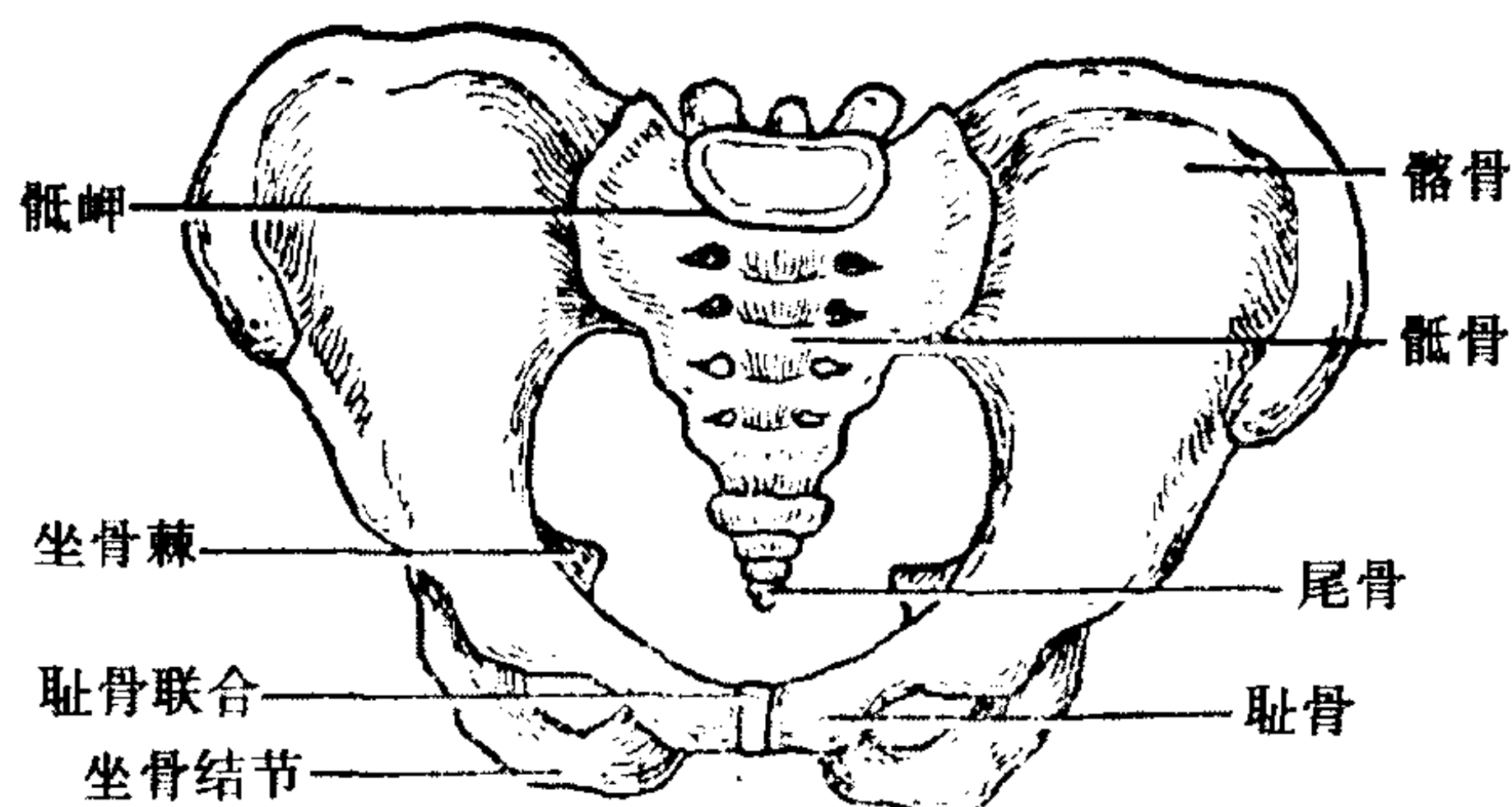


图 1 正常女性骨盆(前上观)

▲ 骨盆的分界

骨盆分真假两部分，以耻骨联合上缘、髌耻缘及髌岬上缘的连线为分界线，分界线以上为假骨盆，或称大骨盆，分界线以下称为真骨盆或称小骨盆。

▲ 骨盆的平面

骨盆分为三个假想平面，即：入口平面、中骨盆平面和出口平面。

▲ 骨盆的倾斜度

骨盆的倾斜度是指妇女直立时，骨盆入口平面与地平面



形成的角度。一般妇女骨盆的倾斜度为 60° ，倾斜度过大，影响胎儿衔接。

▲ 产轴

是纵贯骨盆三个假想平面中点的连线，具有一定的屈向，胎儿沿此轴娩出。

▲ 骨盆的类型

根据骨盆的形状可分为六种类型。

△女性型。骨质较薄，盆腔较浅，入口为横椭圆形，入口横径较前后径稍长，耻骨弓较宽，坐骨棘平伏，出口宽敞，最常见，为女性正常骨盆。

△男性型。骨质较厚，盆腔较深，入口为心形，坐骨棘内突，出口耻骨弓较窄，骶骨较直面前倾，出口后矢状径较短，男性骨盆呈漏斗状。

△均小骨盆。形态如正常女性骨盆，但各径线均较正常低值小 2 厘米或更多。

△扁平骨盆。骨盆入口前后径短而横径长，呈扁椭圆形。耻骨弓宽，骶骨失去正常弧度，骶骨短而致骨盆浅。

△类人猿骨盆。骨盆入口平面呈长椭圆形，骨盆入口、中骨盆和骨盆出口的横径均缩短，前后径长，两侧壁稍内聚，坐骨棘较突出，耻骨弓较窄，骶骨向后倾斜。

△畸形骨盆。骨盆失去正常形态，呈畸形状。

▲ 女性外生殖器

女性外生殖器包括：阴阜、大阴唇、小阴唇、阴蒂以及前庭。

▲ 女性内生殖器

女性内生殖器包括：阴道、子宫、输卵管及卵巢，后二者被称为附件。

△阴道。位于真骨盆下部中央，呈上宽下窄的管道，前壁



长 7~9 厘米,与膀胱和尿道相邻,后壁长 10~12 厘米,与直肠贴近。上端包围宫颈,下端开口于阴道前庭后部。

△阴道的功能。为性交的场所,经血排出、胎儿娩出的通道;诊断妇科疾病、治疗妇科疾病、处理难产的必经途径。

△子宫的位置、主要结构。子宫位于小骨盆内,成年人子宫外形呈倒置梨形,重约 50 克,长 7~8 厘米,宽 4~5 厘米,厚 2~3 厘米。子宫上部较宽,称子宫体,其上端隆突部分称宫底,宫底两侧为宫角,与输卵管相通。子宫下部较窄,呈圆柱状称宫颈。宫体与宫颈之比,成年妇女为 2:1。宫腔为上宽下窄的三角形。宫体与宫颈连接处最窄,称子宫峡部,妊娠后形成子宫下段。子宫由三层组织构成,即浆膜层、肌层及黏膜层,浆膜层是指覆盖于宫体部的腹膜肌层。肌层最厚约 0.8 厘米,由平滑肌纤维及弹力纤维构成。黏膜层从青春开始受卵巢激素的影响,其表面 2/3 发生周期性变化,称功能层。余 1/3 靠近子宫肌层,无周期性变化,称基底层。

△子宫的功能。子宫为孕育胎儿的器官,产生月经的地方,性交后,子宫为精子到达输卵管的通道,分娩时子宫收缩将胎儿及其附属物排出。

△输卵管。为一对细长弯曲的管道,位于子宫阔韧带的上缘内,内侧与子宫角相连通,外端游离,与卵巢接近,长约为 8~14 厘米。由内向外可分为间质部、峡部、壶腹部、伞部。

△输卵管的功能。有拾卵作用,为卵子与精子相遇的场所,同时也是向宫腔运送受精卵的通道。

△卵巢。为一对扁椭圆形腺,左右各一,青春前卵巢表面光滑,青春期排卵后表面逐渐凹凸不平,成年妇女的卵巢为 4 厘米×3 厘米×1 厘米,重 5~6 克,卵巢位于输卵管的后下方,以卵巢系膜连接于阔韧带后叶的部位称卵巢门。卵巢外



侧以骨盆漏斗韧带连接于骨盆壁,内侧以卵巢固有韧带与子宫连接。

△卵巢的功能。一是产生卵子并排卵;二是内分泌功能。

● 什么是胎位异常

胎位异常俗称胎位不正,除枕前位为正常胎位,其余胎位均是胎位异常。大体可分为以下几种情况:胎产式及胎先露异常,如:臀位、横位;胎头位置异常,如:持续性枕横位、持续性枕后位、胎头高直位、前不均倾位、面先露;复合先露:除头或臀先露之外,同时伴有上肢或下肢先露。

● 胎位异常产生的原因

常见的胎位异常有臀位、横位、持续性枕横位、枕后位、胎头高直位、前不均倾位、面先露,下面分别谈一下其发病原因。

▲ 臀位常见的原因

胎儿在子宫腔活动过大,经产妇腹壁松弛,早产儿羊水相对过多。

胎儿在子宫内活动范围受限,如:子宫畸形、双角子宫、单角子宫、纵隔子宫,胎盘附着于一侧子宫角部,致使子宫底部体积缩小,双胎羊水过少或腹壁过紧等,均可限制胎儿在妊娠末期的自然回转。

胎儿衔接受阻,如:头盆不称,前置胎盘、肿瘤阻塞盆腔等。

畸形胎儿,如:脑积水、无脑儿或胎儿头过大等。

▲ 横位常见的原因

骨盆狭窄、前置胎盘、多胎生育、早产是造成横位的常见原因,但多数学者认为有一些横位病例找不到上述原因。



▲ 持续性枕后位、枕横位常见的原因

△骨盆异常。常见于男性骨盆、类人猿型骨盆。这两种骨盆共同的特点是骨盆入口前半部较狭窄，后半部较宽敞，胎头易以枕后位或枕横位衔接。中骨盆平面及骨盆出口平面狭窄，影响胎头枕骨向前旋转，形成持续性枕后位、枕横位。

△胎头俯屈不良。胎头以枕后位入盆，胎儿背部接近母体脊柱，胎头不能很好俯屈，大囟门成为胎头的最低点，当大囟门转至前方或侧方时，枕部转至后方或侧方，形成持续性枕后位或枕横位。

△子宫收缩乏力。前置胎盘、复合先露、胎儿过大或胎儿发育异常，均可影响胎头俯屈及内旋转，造成持续性枕后位或枕横位。

▲ 胎头高直位常见的原因

△骨盆横径狭窄，胎头不能衔接于骨盆的横径或斜径上。

△头盆不称，胎头过大。

△胎膜早破，羊水迅速流出，处于转动中的胎头，偶然嵌顿于此。

△腹壁松弛，腹直肌分离，腹壁两侧张力大于正中，也可致高直位。

▲ 前不均倾位常见的原因

前不均倾位常见的原因有骨盆倾斜度过大，骨盆狭窄，悬垂腹或腹壁松弛，头盆不称。

▲ 面先露常见的原因

△骨盆狭窄。影响胎头俯屈或胎头衔接受阻，均可导致胎头极度仰伸。

△腹壁松弛。经产妇腹壁过于松弛，形成悬垂腹，极易导致面先露。



△脐带因素。脐带过短,脐带绕颈,使胎头下降及俯屈困难。

△子宫因素。子宫肿瘤过大直接压迫胎体,造成仰伸先露。

△胎儿因素。胎儿过大、胎儿畸形、无脑儿、胎儿发育异常、先天性甲状腺肿,均可致胎头俯屈困难。

● 胎位异常有哪些表现

各种胎位异常临床表现均有其特点,现分述如下。

▲ 臀位的临床表现

臀先露较软,不能紧贴子宫颈,影响子宫收缩,宫颈扩张缓慢,产程延长。

腹部检查,宫底可扪及圆而硬的胎头,有浮球感,耻骨联合上可触及不规则软而宽的胎臀,有时可触及胎足。听诊胎心位置较高,多在脐的左上方或右上方。腿直臀先露的臀部比较像胎头,但不如胎头大。

肛门及阴道检查,先露部较高时,盆腔内较空虚。先露部较低时,则能触到软而形态不规则的臀部或小肢体。肛查不清,进一步行阴道检查,以确定是否是臀位,是哪种臀位。胎膜已破者,可触及胎臀、肛门、外生殖器及胎足等。但应注意,臀部和面部的区别;胎足和胎手的区别。

B超能准确探清臀先露类型以及胎儿大小,胎头姿势等。

▲ 横位的临床表现

腹部检查,子宫呈横椭圆形,横径较正常妊娠为宽,宫高低于妊娠周数,腹部两侧分别触及胎头及胎臀,耻骨联合上方较空虚。肩后位者,胎儿肢体朝向母体腹壁,可触及不规则的小肢体。



听诊胎心音在脐周两旁最清楚。

肛门检查或阴道检查,胎膜未破者,因先露部浮动于骨盆入口上方,所以触不到先露部,若宫口开大,胎膜已破,阴道检查可触及肩胛、肋骨及腋窝、上肢。

B超检查能准确探清肩先露,并能确定具体胎方位。

▲ 持续性枕后位、枕横位常见的临床表现

临产后胎头衔接较晚及俯屈不良,是最常见的头位异常分娩。

由于胎头不易紧贴子宫下段及宫颈内口,常导致宫缩乏力,尤其是继发性宫缩乏力,宫颈口扩张缓慢。

因枕骨持续位于骨盆后方压迫直肠,宫口未开全有肛门下坠及排便感。

产程异常,多为活跃期延长或停滞,以及第二产程延长。

腹部检查,于腹前壁或一侧可扪及胎儿肢体,胎背偏向母体的侧方或后方。

胎心在脐下一侧偏外方或在脐下正中处最清晰。

肛门检查或阴道检查,当宫颈部分扩张或开全时,若为枕后位,感到骨盆腔后部空虚,胎头矢状缝位于骨盆斜径上。前囟在骨盆右前方,后囟在骨盆的左后方则为枕左后位,反之为枕右后位。宫口开全或近开全,阴道检查触及胎儿耳廓及耳屏,若朝向骨盆后方,应诊断为枕后位,若朝向骨盆侧方,应诊断为枕横位,这是诊断枕后位、枕横位的一种重要标志。

▲ 胎头高直位的临床表现

临产后胎头迟迟不衔接,由于胎头不俯屈,进入骨盆入口的胎头径线增大所致。

产程延长,胎头下降缓慢或不下降,宫口扩张缓慢,产妇



常感耻骨联合部位疼痛,容易发生胎早破。

高直前位时,胎背靠近腹前壁,高直后位时,腹前壁易触及胎儿小肢体,并可在下腹正中清楚地触及胎儿的下颌,胎儿躯干直,胎心位置高,靠近下腹中部。

阴道检查,可发现胎头位置高,矢状缝位于骨盆入口前后径上,大小囟门在骨盆入口的前后两端。

B超检查可探清胎头双顶径与骨盆横径一致,胎头矢状缝与骨盆入口前后一致。

▲ 前不均倾位的临床表现

产程进展异常,胎头迟迟不衔接,即使衔接也难以下降,多在宫口扩张至活跃期停滞不前。

胎儿头皮挤压时间过长,形成头皮水肿。

母体尿道受挤压,排尿困难,形成尿潴留,导尿时感觉阻力大。

胎儿前顶压迫母体软组织,导致宫颈前唇水肿,阴道前壁大小阴唇上部水肿。

腹部检查,临产早期,耻骨联合上方可扪到胎头前顶部,随产程进展,胎头继续侧屈使胎头与胎肩折叠于骨盆入口处。因胎头折叠于胎肩之后,使胎肩高于耻骨联合平面,于耻骨联合上方触到胎肩,应与胎头相鉴别。

肛查或阴道检查,胎头矢状缝在骨盆入口横径上,但却偏后。由于后顶在骶岬以上,使骨盆后半部有空虚感。

▲ 面先露常见的临床表现

腹部检查子宫底位置较高,因胎体伸直,胎头极度仰伸,不易衔接,入盆受阻。

颏后位时,于母体耻骨联合上方胎儿背侧可触及胎头枕骨隆突,枕骨隆突与胎背之间有一明显凹沟,胎头遥远而弱,

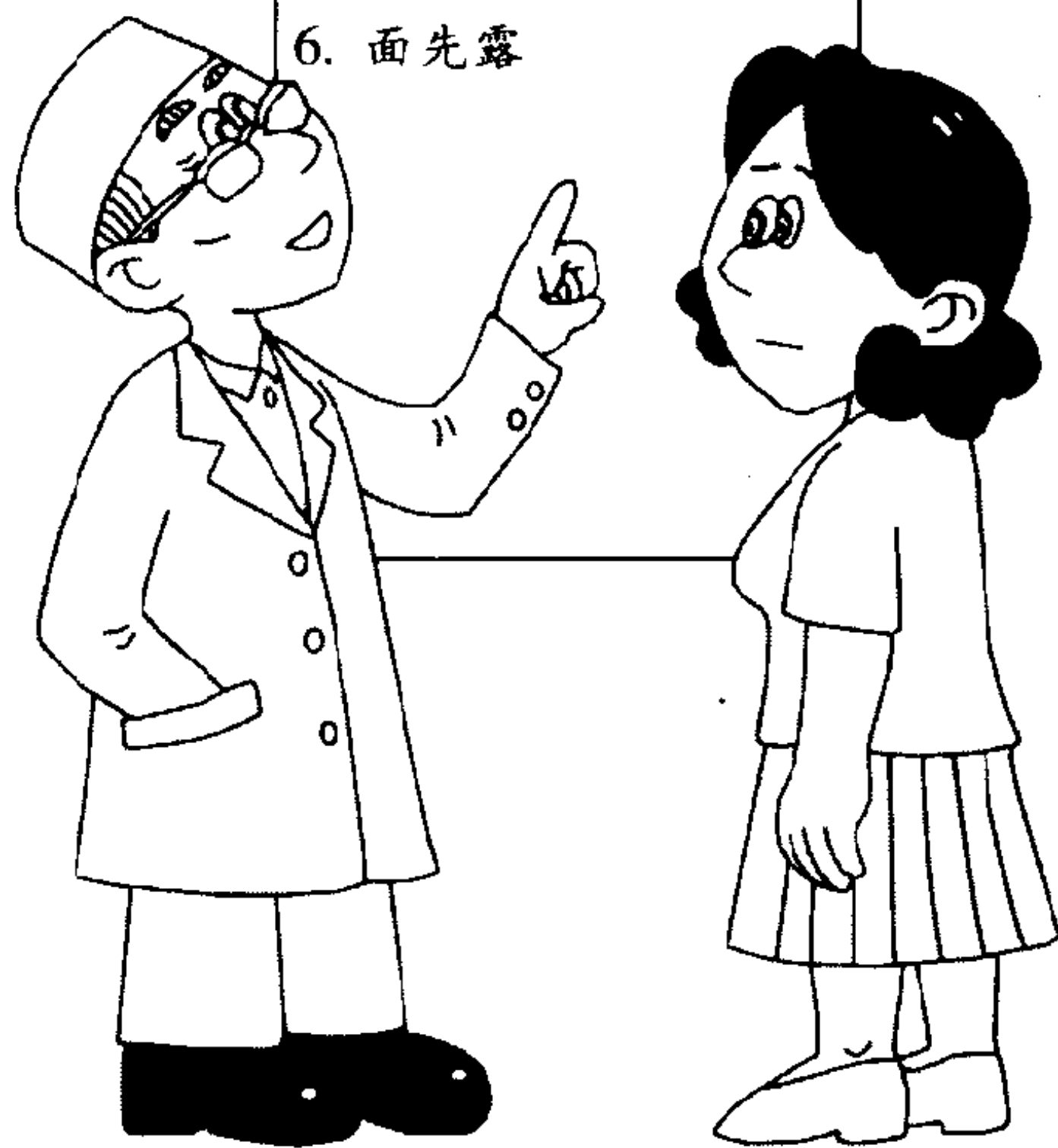


颏前位时,孕妇腹前壁可触及胎儿肢体,在肢体侧可清楚听到从胎儿胸部传出的胎心音。

肛诊阴道检查,触不到颅骨,可触及软而不规则的面部,宫口已开大。应注意辨别眼眶、鼻口、颧骨、颏部及它们的相互关系,并与臀位相鉴别。

临床表现

1. 臀位
2. 横位
3. 持续性枕后位、枕横位
4. 胎头高直位
5. 前不均倾位
6. 面先露





诊断胎位异常需做哪些检查



● 基本和必做的检查是什么

诊断胎位异常最常做的检查为腹部检查,孕妇需先排尿后仰卧于检查床上,头部稍垫高,露出腹部,双腿略屈曲稍分开,使腹肌放松。检查者站在孕妇右侧进行检查。此项检查对孕妇及胎儿无任何伤害。

△视诊。注意腹形、大小、腹壁有无妊娠纹、手术瘢痕及水肿。子宫底位置较低者,横位可能性大。腹部向前突出或向上悬垂,应考虑骨盆狭窄,并注意有无胎头位置异常的可能。

△触诊。应注意腹壁肌肉的紧张度,有无腹直肌分离,注意羊水多少。运用四步触诊法了解子宫大小、胎产式及胎位的情况。前三步检查者面向孕妇,第四步检查者面向孕妇足端。

第一步手法,检查者双手放于子宫底部,了解子宫外形,



摸清子宫底高度,估计胎儿大小与妊娠周数是否相符。在子宫底稍下处,以双手指相对轻推腹部,仔细分辨占据宫底的胎儿部分。如为儿头,圆且硬,有浮球感;如胎臀则软而宽,形状不规则,浮球感不明显。

第二步手法,检查者两手平放腹壁左右侧,一手固定,另一手轻轻深按检查,两手交替,从上到下仔细分辨胎背及胎儿四肢的位置,平坦而硬的部分为背,可变形高低不平的部分是胎儿肢体,有时触及胎儿肢体活动。

第三步手法,检查者右手置于耻骨联合上方,拇指与四指分开,握住胎儿先露部,进一步查清是胎头或胎臀,轻轻左右推动,以判断是否衔接,先露仍浮动,表示先露未入盆。如已衔接,先露不能被推动。

第四步手法,检查者面向孕妇足端,将两手分别置于先露两侧,向骨盆入口深压,再次核对先露是臀还是胎头,是否入盆。

四步触诊完成后,能大体确定胎位是否异常,根据孕周及胎儿大小,做出相应的处理。

测量子宫高度,孕妇排空小便,仰卧位,摸清宫底最高点,用皮尺一端放在耻骨联合上缘,另一端贴腹壁至子宫底最高点,读出厘米数为所测宫高。

△听诊。胎心音在靠近胎背上方的孕妇腹壁听得最清楚。枕先露时,胎心音在孕妇脐右或左下方;臀先露时,胎心音在脐右或左上方;横位时,胎心音在靠近脐部下方听得最清楚。因此,可借助胎心的所在位置粗略判断是否有胎位异常。

● 特殊检查

B超诊断胎位已被广泛用于临床,对胎位的诊断准确性



高。根据胎儿脊柱、胎头、胎臀、肢体及其他解剖结构的成像在子宫的位置,确定胎位。

△胎产式。胎产式是指胎儿纵轴与母体纵轴的关系,分纵产式及横产式。

△纵产式。胎儿纵轴与子宫纵轴平行,B超显示胎儿脊柱纵轴与子宫纵轴一致,纵产式有头先露或臀先露两种。

△横产式。胎儿纵轴与子宫纵轴垂直为横产式,B超显示胎儿脊柱纵轴与子宫纵轴垂直。

B超对胎先露的诊断十分容易而准确可靠,最先进入骨盆入口的胎儿部分称为胎先露。将探头置于孕妇耻骨联合上方进行下腹部探查子宫内胎儿时,胎儿下端为头时,即为头先露,为胎臀时即为臀先露(臀位)。

用B超对胎位做诊断时,临床上常用胎儿胸部或腹部横断面中的脊柱横断面的方位判定胎方位。头先露者可根据脑中线及胎儿颜面部眼眶或上、下颌骨的位置及丘脑心形的尖端指向胎儿枕部的关系判定胎方位。亦可用定量测定胎方位,其方法是以胎儿胸廓或腹部横断面中心点至孕妇腹前壁作一与地面垂直的连线,并以皮连线为 0° ,再取胎儿胸部或腹部横断面的中心点作另一连线,两线之间为一夹角,测量夹角大小,可判断胎儿脊柱在母体子宫内的方位,即可间接判断胎头枕部在母体骨盆内的方位。夹角小于 90° 时,胎儿脊柱位于母体前方,为枕前位。夹角大于 90° 时,脊柱位于母体后方,即为枕后位。

B超检查的安全性越来越引起专家学者的重视,由于B超检查在产前中广泛应用,已成为产前检查及产前诊断的一种重要方法。它取代了X线在产科的临床应用,故有的孕妇多次要求做B超检查。但也有的人不了解B超的性能,怕损