维普资讯 http://www.cqvip.com

224~226,230 产程异常与头位难产

第二医院 陈代碧 凌梦达 R714.45

提 要 产程系产科处理中重要因素，而产力、产道、胎儿协调发展对产程又至为关键。本文对住院分娩2034例头位分娩产妇之产程进行了分析比较，产程异常为792例。发现产程异常为多种因素引起，致头位难产发生率明显增高。及时诊断、认真处理产程异常是减少头位难产重要关键。

关键词 产程异常；头位难产
中图分类号 R714.45

产妇正常分娩是由产力、产道、胎儿三因素决定的，如三者之任一因素出现问题均造成不同程度的分娩异常。而分娩异常往往表现为产程的异常。因此，我们对产程异常进行了认真的探讨，就发生的原因、诊断及处理进行了分析，现将资料分析如下。

临床资料

1. 资料来源

本资料由重庆医科大学第二医院近两年来妇产科住院分娩之头位分娩2034例，其中产程正常者1242例，产程异常者792例，本文将该两组病例进行对比分析。

2. 诊断标准

(1)潜伏期延长 潜伏期超过16小时为潜伏期延长[1]。

(2)活跃期延长 初产妇活跃期超过8小时为活跃期延长。

(3)活跃期停滞 活跃期先有宫颈扩张延缓或宫颈扩张阻滞，经处理后仍无进展，宫颈未开全，而不得不以剖宫产结束分娩者为活跃期停滞[2]。

(4)第二产程延长第二产程超过2小时者。

(5)滞产 总产程超过24小时者。

结果分析

1. 头位分娩2034例中产程异常792例，见表1。

表1 产程异常表现

	潜伏期延长	活跃期延长	活跃期停滞	第二产程延长	滞产	合计
例	72	208	315	136	61	792
%	9.09	26.26	39.77	17.77	7.7	

表1中产程异常792例，其中潜伏期延长72例，占9.09%；而活跃期异常包括活跃期延长及活跃期停滞，共523例，占产程异常中66.03%，异常产程多数发生在活跃期。

2. 发病因素

将792例异常产程与1242例正常产程

维普资讯 http://www.cqvip.com

相比较，以了解各种难产因素对产程的影响。

(1)产程异常与骨盆狭窄的关系

表 2　产程异常与骨盆

产程分组	正常骨盆	骨盆狭窄			总数
		临界	轻度	中度	重度	
异常组	510	15	101	26	10	792
正常组	981	150	78	31	2	1242
合计	1491	295	179	57	12	2034

骨盆狭窄引起产程异常者较产程正常组有极明显意义，P 值<0.001。

(2)产程异常与胎儿体重的关系：产程异常与胎儿体重有密切关系，胎儿体重越大产程异常发生率越高。当胎儿体重超过 3250 克时，发生产程异常明显高于产程正常组，$P<0.001$。见表 3。

(3)产程异常与胎头位置的关系

枕前位正常产程组明显高于异常产程组；持续性枕横位、持续性枕后位异常产程组均明显高于正常产程组，$P<0.005$。前不均倾位、高直后位、高直前位均发生在产程异常组，见表 4。

(4)产程异常与头盆关系：各种不同程度的头盆不称发生异常产程者明显高于产程正常组，$P<0.001$，见表 5。

(5)产程异常与产力的关系：原发性宫缩乏力及继发性宫缩乏力引起产程异常也明显增高，高于正常组，$P<0.001$，见表 6。

(6)产程异常与分娩总评分的关系：分娩总评分包括骨盆、胎儿大小、胎方位及产力四项评分总和[3]，异常产程组评分低者明显高于正常产程组，尤其评分≤11 分者产程异常

表 3　产程异常与胎儿体重

产程分组	胎儿体重(克)								合计
	<2750		2750～3249		3250～3749		≥3750		
	例	%	例	%	例	%	例	%	
异常组	101	12.75	152	19.19	377	47.6	162	20.45	792
正常组	221	17.79	513	41.30	360	28.99	148	11.92	1242
合计	322		665		737		310		2034

表 4　产程异常与胎头位置

产程分组	枕前位		持续性枕横位		持续性枕后位		前不均倾位		高直后位		高直前位		合计
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	
异常组	224	28.28	769	33.96	253	31.96	17	2.15	21	2.65	8	1.01	792
正常组	1048	84.38	108	8.7	86	6.92							1242
合　计	1272		377		339		17		21		8		2034

表 5　产程异常与头盆关系

产程分组	头盆相称(8分)		头盆不称								合计
			临界(7分)		轻度(6分)		中度(5)		重度(4分)		
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	
异常组	342	43.18	71	8.96	165	20.83	187	23.01	27	3.40	792
正常组	953	76.73	41	3.3	95	7.65	150	12.08	3	0.24	1242
合　计	1295		112		260		337		30		2034

维普资讯 http://www.cqvip.com

明显高于正常产程组，P<0.005；反之，评分≥12分的正常产程组明显高于异常产程组，，P<0.005。见表7。

胎头位置异常如持续性枕横位、持续性枕后位引起产程异常发生明显增多；前不均倾位、高直后位、高直前位均发生于产程异常

表6 异常产程与产力

产程分组	正常产力	原发性宫缩乏力	继发性宫缩乏力	合计
异常组	412	192	188	792
正常组	1077	61	104	1242
合 计	1489	253	292	2034

表7 产程异常与分娩总评分

产程分组	分娩总评分 ≥14		13		12		11		10		9		≤8		合计
	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	例	%	
异常组	18	2.27	119	15.03	124	15.66	144	18.18	171	21.59	157	19.82	59	7.45	792
正常组	69	5.56	356	28.66	364	29.31	159	12.8	141	11.35	103	8.29	50	4.03	1242
合计	87		475		488		303		312		260		109		2034

表8 分娩方式

产程分组	自然分娩		手术分娩 胎吸		产钳		剖宫产		合计
	例	%	例	%	例	%	例	%	
异常组	155	19.57	108	13.64	138	17.42	391	49.37	792
正常组	873	70.29	79	9.97	129	10.39	161	12.96	1242
合 计	1028		187		267		552		2034

3. 异常产程处理，见表8

从表8看出正常产程组自然分娩率高达70.29%，手术产率明显低于异常产程组。而异常产程组手术产明显高于正常产程组，手术产率高达80.43%，两组比较ρ<0.005。

讨 论

1. 产程异常的发生

产程正常与否受产力、产道、胎儿三因素影响，其中任意一个因素异常均可引起产程异常。产程异常的发生受骨盆不同程度狭窄的影响，狭窄程度越重，发生产程异常越多；同时不同程度头盆不称，尤轻度以上的头盆不称引起产程异常发生率明显升高。

组。胎儿愈大、体重愈重，产程异常发生率也愈高。

产力异常表现为原发性宫缩乏力与继发性宫缩乏力，均可引起产程异常。

以上因素从头位分娩总评分可以反映出来，评分越低引起产程异常发生率越高，头位难产发生率越高，尤评分≤11分者，产程异常明显高于产程正常组。

2. 产程异常的诊断及处理

(1)潜伏期延长在本组中占9.09%，潜伏期延长多发生于骨盆入口有头盆不称，或骨盆倾斜度过大或胎头位置异常者。有时伴有原发性宫缩乏力。要明确是否潜伏期延长，首先要明确临产时间，正常分娩确定临产

(下转230页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

OBSTETRIC AND GYNECOLOGY DEPARTAMENT

Jian Shufen, el al
The First Hospital

Two hundred and fifty cases of cephalic deliveries with meconium staining were analysed. Among these cases, 26neonates (10.4%) got Apgar score less than 7, which is significantly higher than those (1.78%) whose amniotic fluid was clear. The ratio of neonatal asphyxia in those with Ⅱ degree meconium staining was 20.59%, mecomum staining accompanied with was 13.16%. high risk factors During labor, the meconium staining in 37 cases became deeper, 9 newborn infants got asphyxia. The ratio (24.32%) was higher than those whose amniotic staining did not change in labor (7.98%). These findings suggested that meconium staining in amniotic fluid was caused by multiple reasons. It is nessesary to terminate pregnancy as soon as possible when meconuim staining accompanied by high risk factors, or become deeper during labor or Ⅱ degree staining at the rupture of membranes.

KEY WORDS Meconium; Amniotic fluid; Fetal distress

(上接 226 页)

不困难，对于不典型的临产较难确定。对于强镇静剂不能阻断的不协调宫缩应列为临产。对潜伏期延长临床重视不够，往往被忽视，因而使难产发生率增加。对潜伏期已超过 8 小时有延长倾向的患者必须警惕并进行有效处理。

(2)活跃期异常多表现为活跃期延长及活跃期停滞，本组占 66.03%，活跃期在产程中十分重要，绝大多数难产均发生在此期。临床上活跃期异常多因头盆不称及胎头位置异常所致。头盆不称多见于骨盆入口狭窄或胎儿过大；胎头位置异常多见于持续性枕后位、持续性枕横位、胎头高直后位、前不均倾位、额先露、面先露等，由于胎头在骨盆入口处受阻，可表现宫颈扩张和先露下降在活跃期延缓或阻滞，也可表现延缓与阻滞同时存在，必须及时做阴道检查了解骨盆及胎头位置是否异常。若无明显异常可人工破膜、静脉滴注催产素，严密观察产程，处理后如有进展，宫颈口开全、先露下降可阴道助产；如经积极处理，产程仍无进展，或出现胎儿窘迫考虑剖宫产结束分娩。

(3)第二产程异常：宫颈近开全后胎头下降延缓或阻滞，应严密观察积极处理，胎头短期内下降至"+3"，可考虑阴道助产；如处理后无进展，阴道检查为持续性枕横位或持续性枕后位可徒手转胎位，胎位下降至"+3"可阴道助产；若旋转胎头失败，胎头变形及颅骨重叠明显，双顶径未达坐骨棘水平，不宜阴道助产需以剖宫产结束分娩。

产程异常所致头位难产率明显增高，本组产程异常手术产率高达 80.43%，其中剖宫产率为 49.37%。

对影响分娩及产程的三大因素必须重视，对头盆不称、胎位异常及产力异常者必须警惕，尽量减少产程异常的发生，及时诊断、认真处理产程异常是减少头位难产提高产科质量的关键。

参 考 文 献

(1)陈 康等. 中华妇产科杂志 1985, 20(3): 167
(2)凌萝达，等主编 头位难产 重庆出版社 1990: 221—223Z
(3)凌萝达. 中华妇产科杂志 1978, 13(2): 104

(收稿日期 1993—11—22)