DOI:10.16016/j.1000-5404.1988.06.017

174例胎儿枕后位处理分析

郑静宜 （大坪医院 妇产科）

枕后位在头位难产中占有重要的地位，近年来由于孕妇营养的加强，胎儿体重增加，故有增多的趋势。本文对我校一院1983至1986年的174例（占同期生产总数的3.5%）进行回顾性分析并对其诊断和治疗进行讨论。

临床资料

一、枕后位分娩时处理与新生儿预后

本组自然分娩与产钳助产分娩，新生儿无死亡；胎吸助产分娩的死亡率为18.2%；剖腹产者为1.7%。

二、各种分娩方式与处理

（一）自然分娩组 16例占9.2%，其特点是骨盆内、外测量均正常，在产程中无头盆不称。8例产力好，以枕后位自然分娩。另8例继发性宫缩无力，宫口开大6 cm～近开全，胎头O^{+1}～$^{+2}$，宫缩减弱时给予催产素静滴，其中7例同时人工托宫颈，另1例宫口开大8 cm，宫颈水肿，局部注射奴夫卡因，水肿消失，宫口开全后均为枕后位自然娩出。其中1例新生儿体重3500g。

（二）胎吸组 11例占6.3%。2例入院时已见胎头停滞于阴道口，用手转为枕前位，胎吸助产娩出；6例为继发性宫缩无力，胎心正常，宫口开大6 cm～近开全，胎头O^{+2}～$^{+3}$，无头盆不称，静滴催产素，托宫口至开全以胎吸助产娩出，其中2例新生儿体重达3700、3800g；另3例合并漏斗骨盆，产程中宫缩及胎心均正常，但胎头下降缓慢，当宫口开全，宫缩减弱，胎头O^{+1}～$^{+2}$，胎头重叠Ⅱ°，水肿Ⅰ°～Ⅱ°，静滴催产素，宫缩好转以胎吸助产娩出，其中1例胎头水肿Ⅲ°，反复操作3次方娩出，新生儿评5分，另2例胎吸助产历时分别为20、30min，新生儿娩出时被分别评为3、2分，出生后均死亡。

（三）产钳组 10例占5.8%。4例宫口开全，宫缩乏力，胎心好，胎头O^{+2}～$^{+3}$，均以产钳助产枕后位娩出；4例宫口开大7cm～近开全，宫缩乏力，胎头均为O^{+2}，胎心80～110次，经抗宫内窘迫，静滴催产素，手托宫口至开全，以产钳助产，均为枕后位娩出，新生儿正常；另2例合并漏斗骨盆，当宫口开全，胎头O^{+2}～$^{+3}$，水肿和重叠均为Ⅲ°，胎心分别为80、108次，行产钳术，操作困难，反复上了2～3次方扣合娩出，新生儿被评3、5分，经抢救成活。

（四）剖腹产组 137例占78.7%。有以下情况：

1．胎头受阻：产程中胎头在入口平面受阻76例，其中56例通过骨盆内测量，4例经X线，16例术中测量骨盆入口前后径、耻联后角及入口横径而确诊，结果正常骨盆9例，骶骨深弧16例，骶骨平直10例，入口前后径狭窄9例，漏斗骨盆29例，尾骨骶化1例，骨盆畸形2例。在产程中胎头受阻在O^{-1}～$^{+1}$，而95%受阻于“O”，受阻时间为2.20～6h，宫口停滞在4 cm～近开全，停滞时间在3～8 h，均经充分试产告失败而行剖腹产，其中2例因合并漏斗骨盆，头盆不称，静滴催产素，胎儿严重窘迫方行剖腹产，术后新生儿均死亡。2．胎儿宫内窘迫28例。3．妊高症7例。4．妊娠肥胖（180 kg以上）2例。5．过期妊娠8例。6．风心病合并心衰1例。7．瘢痕子宫3例。8．高龄（35岁以上）初产妇3例。9．产程中处理不及时，造成产妇衰竭9例。

讨论

一、枕后位胎头受阻部位及胎头受阻的临床诊断

（一）胎头受阻部位 枕后位胎头入盆俯屈不好，以枕额径入盆，胎头衔接较晚，枕部旋转缓慢，产程长，在产程中可发生胎头受阻，本组105例：1．骨盆入口处受阻76例占72.3%，说明入口受阻发生率较高；2．中骨盆受阻27例占25.7%，可发生在正常骨

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

盆并发继发性宫缩乏力或漏斗骨盆，其中自然分娩组8例，胎吸组9例，产钳组10例；3.骨盆出口受阻2例占2%，均在胎吸组。

（二）临床诊断　胎头在产道中受到阻力发生颅骨塑形及软组织水肿的分度，国内尚无统一标准，根据临床实践我们采用以下标准：胎头颅骨重叠以轻、中、重表示：1.双侧头顶骨靠近，为胎头轻度压受，以+表示，本组18例；2.一侧顶骨翘于另一顶骨之上，如用手指轻压可将翘起的顶骨压平，为胎头中度受压，以++表示，本组33例；3.翘起的顶骨超过1cm以上，用手指不能将翘起的顶骨压平，为重度受压，以+++表示，本组11例，如再加外力，胎儿颅内就要受损。在胎头受压同时，胎头软组织出现水肿，其程度亦以轻、中、重表示：1.轻度：手指轻压水肿处，很易触到顶骨，以+表示，本组15例；2.中度：手指稍重压尚可触及顶骨，但不如前者清楚，以++表示，本组32例；3.重度：手指重压，触不到顶骨，以+++表示，本组14例，其中2例水肿形成巨大产瘤，以++++表示。水肿明显时触不清颅骨重叠情况，则以胎头水肿程度为准。

二、不同受阻部位的处理原则

（一）骨盆入口受阻　1.骨盆内、外测量均正常，无头盆不称，估计胎儿在3500g左右，宫缩乏力时，应及时给催产素静滴，严密观察下，可经阴道分娩，本组3例，当宫口开大4～8cm，胎头O^{+1}，宫缩乏力，经静滴催产素，托宫口至开全，胎头下降，2例自然分娩，1例因胎心变慢，行低位产钳助产，娩出后母子健康。但本组有9例处理不及时，其中5例产程经历了25～30h，而未用催产素，产妇衰竭，当胎心变快而行剖腹产。另4例产程经历了15～18h，产妇已衰竭才给予催产素静滴，无效而行剖腹产。新生儿体重2700～3300g，此9例若处理及时恰当，有可能阴道分娩；2.巨大儿或虽胎儿在3500g以下，但合并漏斗骨盆、胎头重叠及水肿均++者，应及时行剖腹产，本组26例；3.胎头颅骨重度重叠及重度水肿者，应及早剖腹产，本组8例。6例剖腹产母子健康。另2例误滴催产素，促进了胎儿颅内出血，胎心变慢时方行剖腹产，新生儿分别评为3、6分，均死于产后24h内，是一严重教训。

（二）中骨盆受阻　1.宫口开全胎头$O^{+2\sim+3}$，无头盆不称，胎心正常，如宫缩乏力，静滴催产素可自然分娩，本组有16例。若出现宫颈水肿，应于宫颈2、4、8、11点各注射0.5%奴夫卡因2ml，以清除水肿，可自然分娩，本组有1例获成功；2.宫口开全，胎头O^{+2}，重叠及水肿++，宫缩乏力，阴道检查时触及胎耳者表示胎头俯屈较好，胎头枕额径已在盆内，可上产钳助产分娩，本组2例，母子健康。不能触及胎耳者，是因胎头俯屈不良，枕额径未入盆，应行剖腹产。本组3例中2例行剖腹产，母子健康，1例因处理不当，行困难胎吸术，新生儿评4分；3.宫口开全，胎头水肿+++合并漏斗骨盆，应尽早剖腹产。本组2例，母子健康。2例行困难胎吸助产术，新生儿评2、3分均在产后24h内死亡。

（三）骨盆出口受阻，应以产钳或胎吸助产术娩出，本组2例，母子健康。

（收稿：1988.5.10；修回：1988.9.1）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net