

执业医师《妇产科学》辅导：对比学习7种异常分娩的处理

PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/16/2021\\_2022\\_\\_E6\\_89\\_A7\\_E4\\_B8\\_9A\\_E5\\_8C\\_BB\\_E5\\_c22\\_16612.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/16/2021_2022__E6_89_A7_E4_B8_9A_E5_8C_BB_E5_c22_16612.htm)

一 产力异常的处理 1、协调性子宫收缩乏力：发现头盆不称，应及时剖宫产。估计能经阴道分娩者，第一产程加强宫缩措施有：人工破膜、安定静脉推注、针刺、缩宫素静滴。第二产程出现宫缩乏力，给予缩宫素静滴，行胎头吸引术、产钳术。若胎头仍不衔接或伴胎儿窘迫征象，应行剖宫产。第三产程为预防产后出血，当胎肩露于阴道口时，静注麦角新碱0.2mg，同时缩宫素10~20单位静滴。 2、不协调性子宫收缩乏力：处理原则是调整宫缩，恢复其极性。给予哌替啶100mg或吗啡10~15mg肌注，恢复为协调性宫缩。此前严禁应用缩宫素。 二 骨产道异常 1.一般处理保证营养及水分摄入，必要时补液。监测宫缩强弱，勤听胎心及检查胎先露部下降程度。 2.骨盆入口狭窄的处理 (1) 明显头盆不称：骶耻外径 $< 16\text{cm}$ ，骨盆入口前后径 $< 8.5\text{cm}$ 者，应行剖宫产。(2) 轻度头盆不称：骶耻外径 $16\sim 18\text{cm}$ ，骨盆入口前后径 $8.5\sim 9.5\text{cm}$ ，足月 $< 3000\text{g}$ ，胎心率正常，可试产。出现宫缩乏力，胎膜未破者在宫口扩张 $3\text{cm}$ 时行人工破膜。试产 $2\sim 4$ 小时，胎头仍不入盆，或伴胎儿窘迫征象，应及时剖宫产。胎膜已破，为了减少感染，应缩短试产时间。 3.中骨盆及骨盆出口狭窄的处理 (1) 中骨盆平面狭窄：胎头俯屈及内旋转受阻，易发生持续性枕横位或枕后位。(2) 骨盆出口平面狭窄：不应进行试产。出口横径与出口后矢状径之和 $> 15\text{cm}$ ，可经阴道分娩。 4.骨盆三个平面均狭窄的处理主要为均小骨盆。估计胎儿不大，头盆相

称，可以试产。若胎儿较大，明显头盆不称，胎儿不能通过产道，应尽早剖宫产。

5.畸形骨盆的处理：畸形严重、头盆不称明显者，应及时剖宫产。

三 持续性枕后（横）位处理持续性枕后位、枕横位在骨盆无异常、胎儿不大时，可以试产。

1、第一产程潜伏期：保证产妇充分营养与休息。让产妇向胎腹的方向侧卧，以利胎头枕部转向前方。若宫缩欠佳，静脉滴注缩宫素。

活跃期：人工破膜 静脉滴注缩宫素

试产过程中，出现胎儿窘迫征象，行剖宫产术结束分娩。

2、第二产程：徒手将胎头枕部转向前方，使矢状缝与骨盆出口前后径一致。阴道助产（低位产钳术或胎头吸引术）转成枕前位困难时，也可向后转成正枕后位产钳助产胎头位置较高，行剖宫产术。中位产钳禁止使用。

3、第三产程：胎盘娩出后应立即静注或肌注子宫收缩剂，以防发生产后出血。有软产道裂伤者，应及时修补。

四 臀先露 妊娠期处理：妊娠30周后仍为臀先露应予矫正。

1、胸膝卧位每日2次，每次15分钟，连续作1周后复查；

2、激光照射或艾灸至阴穴每日1次，每次15~20分钟，5次为一疗程；

3、外倒转术用于上述矫正方法无效者，于妊娠32~34周行外倒转术。术前半小时口服硫酸舒喘灵4.8mg。

4、分娩期处理：分娩前作出正确判断，决定分娩方式。

转贴于：100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)