

脐带脱垂 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/308/2021\\_2022\\_\\_E8\\_84\\_90\\_E5\\_B8\\_A6\\_E8\\_84\\_B1\\_E5\\_c22\\_308400.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E8_84_90_E5_B8_A6_E8_84_B1_E5_c22_308400.htm) 名称脐带脱垂所属科室妇产科病因各种原因引起胎有头入盆困难，如骨盆狭窄、头盆不称；胎位异常，如臀先露、肩先露、枕后位、额位等；脐带过长；羊水过多等。当人工破膜或自然破膜时，脐带轻易滑出。临床表现脐带先露或脱垂对产妇的影响不大，只是增加手术产率。对胎儿则为害甚大。脐带先露或脱垂，胎先露部尚未入盆，胎膜未破者，可仅在宫缩时，胎先露部被迫下降，脐带可因一时性受压致使胎心率异常。若胎先露部已入盆，胎膜已破者，脐带受压于胎先露部与骨盆之间，引起胎儿缺氧，胎心率必然有改变，甚至完全消失，以头先露最严重，肩先露最轻。若脐带血循环阻断不超过7~8分钟，则胎死宫内。诊断有脐带脱垂原因存在时，应警惕有无脐带脱垂。若胎膜未破，于胎动、宫缩后胎心率忽然变慢，改变体位、上推先露及抬高臀部后迅速恢复者，应考虑有脐带隐性脱垂的可能，临产后应行胎心监护。监护手段可根据条件而定，产时可使用胎儿监护仪、超声多普勒或听诊器监测胎心率以及行胎儿生物物理监测以了解胎儿情况，并可用B型超声检查，有助于判定脐带位置，用\*\*\*探头显示会更清楚。若已破膜更应警惕。一旦胎心率出现异常时，应立即作\*\*\*检查，注重有无脐带脱垂和脐带血管有无搏动，不能用力去触摸，以免延误处理时间及加重脐血管受压。在胎先露部旁或胎先露部下方以及在\*\*\*内触及脐带者，或脐带脱出于外阴者，则确诊无疑。治疗一旦发现脐带先露或脱垂，胎心尚存在，或虽有变异而未完全消失、或刚忽然消失者，表示胎儿尚

存活，应在数分钟内娩出胎儿，宫口已开全，胎头已入盆，应立即行产钳术或胎吸引术；臀位能把握臀牵引技术者，应行臀牵引术；肩先露时，能把握内倒转技术及臀牵引术者，可立即实行。后两者若为产妇，则较易实施。实施臀牵引术无把握者，尤其是初产妇，仍应行剖宫产术。若宫颈未完全扩张，应立即行剖宫产术。在预备期间，产妇应采取头低臀高位，必要时用手将胎先露部推向骨盆入口以上，以减轻脐带受压，术者的手保持在\*\*\*内，使胎先露部不能再下降，以消除脐带受压，脐带则应消毒后回纳\*\*\*内。脐带隐性脱垂、胎膜未破，宫缩良好者，应取头臀高位（侧卧或仰卧），密切观察胎心率，待胎头入盆，宫颈逐渐扩张，胎心仍保持良好者，可经\*\*\*分娩。若为臀足位或肩先露者，均应行剖宫产术。若宫颈未完全扩张，胎心好，无剖宫产条件或产妇及家属不同意行剖宫产者，可试用脐带还纳术。脐带还纳术有多种方法，常用方法是产妇取头低臀高位，用一加大旁孔的肛管，内置一金属条，将一消毒纱布条轻系于脱出脐带的下部，然后在肛管旁孔处，以金属条插入棉布条圈内（图1），然后将肛管送入宫腔底部，使脱出的脐带随肛管重新放入宫腔内，随后先抽出金属条，再抽出肛管，脐带与所系的纱布条留于胎先露部以上。仔细听胎心及密切观察脐带是否再次脱出，确定脐带还纳成功，应迅速转送至有条件医院行剖宫产或进行催产处理。施行脐带还纳术前，应先把胎先露部推上，防止脐带受压。因脐带还纳术的成功率不高，术前应向产妇及其家属说明。胎心已消失超过10分钟，确定胎死宫内，应将情况通告家属，任其经\*\*\*自然分娩，为避免会阴裂伤，可行穿颅术。图1 脱垂脐带还纳术预防及预后对临床后胎先

露部未入盆者，应提高警惕，尽量不作或少作肛查或\*\*\*检查。破膜后应作胎心监护。必须行人工破膜者，应采取高位破膜，以避免脐带随羊水流出时脱出。 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)