

子宫收缩乏力 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__E5_AD_90_E5_AE_AB_E6_94_B6_E7_c22_308581.htm 名称子宫收缩乏力
所属科室妇产科病因多由几个因素综合引起，常见的原因有：
1.头盆不称或胎位异常 胎儿先露部下降受阻，不能紧贴子宫下段及宫颈，因而不能引起反射性子宫收缩，导致继发性子宫收缩乏力。
2.子宫因素 子宫发育不良、子宫畸形（如双角子宫等）、子宫壁过度膨胀（如双胎、巨大胎儿、羊水过多等）、经产妇（multipara）子宫肌纤维变性或子宫肌瘤等，均能引起子宫收缩乏力。
3.精神因素 初产妇（primipara）[尤其是35岁以上高龄初产妇（elderly primipara）]，精神过度紧张使大脑皮层功能紊乱，睡眠少，临产后进食少以及过多地消耗体力，均可导致子宫收缩乏力。
4.内分泌失调 临产后，产妇体内雌激素、催产素、前列腺素、乙酰胆碱等分泌不足，孕激素下降缓慢，子宫对乙酰胆碱的敏感性降低等，均可影响子宫肌兴奋阈，致使子宫收缩乏力。
5.药物影响 临产后不适当地使用大剂量镇静剂与镇痛剂，如吗啡、氯丙嗪、度冷丁、巴比妥等，可以使子宫收缩受到抑制。
临床表现根据发生时期可分为原发性和继发性两种。原发性子宫收缩乏力是指产程开始子宫收缩乏力，宫口不能如期扩张，胎先露部不能如期下降，产程延长；继发性子宫收缩乏力是指产程开始子宫收缩正常，只是在产程进展到某阶段（多在活跃期或第二产程），子宫收缩转弱，产程进展缓慢，甚至停滞。
子宫收缩乏力有两种类型，临床表现也不同。
1.协调性子宫收缩乏力（低张性子宫收缩乏力） 子宫收缩具有正常的节律性、对称性和极性，但收缩力弱，宫腔压力低（ $< 2.0\text{kPa}$ ），

持续时间短，间歇期长且不规律，宫缩 <2 次/10分钟。当子宫收缩达极期时，子宫体不隆起和变硬，用手指压宫底部肌壁仍可出现凹陷，产程延长或停滞。由于宫腔内张力低，对胎儿影响不大。

2.不协调性子宫收缩乏力（高张性子宫收缩乏力）子宫收缩的极性倒置，宫缩不是起自两侧子宫角部，宫缩的兴奋点来自子宫的一处或多处，节律不协调。宫缩时宫底部不强，而是中段或下段强，宫缩间歇期子宫壁不能完全松弛，表现为子宫收缩不协调，这种宫缩不能使宫口扩张，不能使胎先露部下降，属无效宫缩。产妇自觉下腹部持续疼痛、拒按，烦躁不安，脱水、电解质紊乱，肠胀气，尿潴留；胎儿-胎盘循环障碍，可出现胎儿宫内窘迫。检查：下腹部有压痛，胎位触不清，胎心不规则，宫口扩张缓慢或不扩张，胎先露部下降延缓或停滞，产程延长。

3.产程曲线异常子宫收缩乏力导致产程曲线异常，可有以下7种：（1）潜伏期延长：从临产规律宫缩开始至宫颈口扩张3cm称为潜伏期。初产妇潜伏期正常约需8小时，最大时限16小时，超过16小时称为潜伏期延长（图1）。图1 宫颈扩张潜伏期延长示意图（2）活跃期延长：从宫颈口扩张3cm开始至宫颈口开全称为活跃期。初产妇活跃期正常约需4小时，最大时限8小时，超过8小时称为活跃期延长（图2）。图2 活跃期延长示意图（3）活跃期停滞：进入活跃期后，宫颈口不再扩张达2小时以上，称为活跃期停滞。（4）第二产程延长：第二产程初产妇超过2小时，经产妇超过1小时尚未分娩，称为第二产程延长。（5）第二产程停滞；第二产程达1小时胎头下降无进展，称为第二产程停滞。（6）胎头下降延缓：活跃晚期至宫口扩张9~10cm，胎头下降速度每小时少于1cm，称为胎头下降延

缓。(7)胎头下降停滞：胎头停留在原处不下降达1小时以上，称为胎头下降停滞。以上7种产程进展异常，可以单独存在，也可以合并存在。当总产程超过24小时称为滞产，必须避免发生滞产。治疗1.协调性子宫收缩乏力 不论是原发性还是继发性，一当出现协调性子宫收缩乏力，首先应寻找原因，有无头盆不称与胎位异常，了解宫颈扩张和胎先露部下降情况。若发现有头盆不称，估计不能经分娩者，应及时行剖宫产术，若判定无头盆不称和胎位异常，估计能经分娩者，则应考虑采取加强宫缩的措施。(1)第一产程1)一般处理：消除精神紧张，多休息，鼓励多进食。不能进食者可经静脉补充营养，给10%葡萄糖液500~1000ml内加维生素C 2g。伴有酸中毒时应补充5%碳酸氢钠。低钾血症时应给予氯化钾缓慢静脉滴注。产妇过度疲惫，可给予安定10mg缓慢静脉注射或度冷丁100mg肌肉注射，经过一段时间，可以使子宫收缩力转强。对初产妇宫颈开大不足3cm、胎膜未破者，应给予温肥皂水灌肠，促进肠蠕动，排除粪便及积气，刺激子宫收缩。自然排尿有困难者，先行诱导法，无效时应予导尿，因排空膀胱能增宽产道，且有促进子宫收缩的作用。2)加强子宫收缩：经过一般处理，子宫收缩力仍弱，确诊为协调性子宫收缩乏力，产程无明显进展，可选用下段方法加强宫缩：人工破膜：宫颈扩张3cm或3cm以上、无头盆不称、胎头已衔接者，可行人工破膜。破膜后，胎头直接紧贴子宫下段及宫颈，引起反射性子宫收缩，加速产程进展。现有学者主张胎头未衔接者也可行人工破膜，认为破膜后可促进胎头下降入盆。破膜时必须检查有无脐带先露，破膜应在宫缩间歇期进行。破膜后术者的手指应停留在**内，经过1~2次宫缩

待胎头入盆后，术者再将手指取出。Bishop提出用宫颈成熟度评分法估计加强宫缩措施的效果，见表1。若产妇得分在3分及3分以下，人工破膜均失败，应改用其他方法。4~6分的成功率约为50%，7~9分的成功率约为80%，9分以上均成功。

表1 Bishop宫颈成熟度评分法 指标 分数 0 1 2 3 宫口开大 (cm) 0 1~2 3~4 5~6 宫颈管消退 (%) (未消退为2cm) 0~30 40~50 60~70 80~100 先露位置 (坐骨棘水平=0) -3 -2 -1 ~ 0 1 ~ 2 宫颈硬度 硬 中 软 宫口位置 后 中 前 安定 (valium) 静脉推注：安定能使宫颈平滑肌松弛，软化宫颈，促进宫颈扩张。适用于宫颈扩张缓慢及宫颈水肿时。常用剂量为10mg静脉推注，间隔2~6小时可重复应用，与催产素联合应用效果更佳。

催产素 (oxytocin) 静脉滴注：适用于协调性子宫收缩乏力、胎心良好、胎位正常、头盆相当者。将催产素2.5U加入5%葡萄糖液500ml内，使每滴糖液含催产素0.33mU，从8滴/分即2.5mU/min开始，根据宫缩强弱进行调整，通常不超过10mU/min (30滴/分)，维持宫缩时宫腔内压力达6.7~8.0kPa (50~60mmHg)，宫缩间隔2~3分钟，持续40~60秒。对于不敏感者，可增加催产素剂量。催产素静脉滴注过程中，应有专人观察宫缩、听胎心及测血压。若出现宫缩持续1分钟以上或听胎心率有变化，应立即停止滴注。催产素在母体血中的半衰期为2~3分钟，停药后能迅速好转，必要时可加用镇静剂以抑制其作用，若发现血压升高，应减慢滴注速度。由于催产素有抗利尿作用，水的重吸收增加，可出现尿少，需警惕水中毒的发生。

前列腺素 (prostaglandin, PG) 的应用：前列腺素E₂及F₂μg/min 及PGF₂μg/min，通常能维持有效的子宫收缩。若半小时后

宫缩仍不强，可酌情增加剂量，最大剂量为 $20\mu\text{g}/\text{min}$ 。前列腺素的副反应为子宫收缩过强、恶心、呕吐、头痛、心率过速、视力模糊及浅静脉炎等，故应慎用。 针刺穴位：有增强宫缩的效果。通常针刺合谷、三阴交、太冲、中极、关元等穴位，用强刺激手法，留针20~30分钟。耳针可选子宫、交感、内分泌等穴位。经过上述处理，若产程仍无进展或出现胎儿窘迫征象时，应及时行剖宫产术。（2）第二产程：第二产程若无头盆不称，出现子宫收缩乏力时，也应加强子宫收缩，给予催产素静脉滴注促进产程进展。若胎头双顶径已通过坐骨棘平面，等待自然分娩，或行会阴侧切，行胎头吸引术或产钳助产；若胎头尚未衔接或伴有胎儿窘迫征象，应行剖宫产术。（3）第三产程：为预防产后出血，当胎儿前肩露于**口时，可给予麦角新碱 0.2mg 静脉推注，并同时给予催产素 $10\sim 20\text{U}$ 静脉滴注，使子宫收缩增强，促使胎盘剥离与娩出及子宫血窦关闭。若产程长、破膜时间长，应给予抗生素预防感染。

2.不协调性子宫收缩乏力 处理原则是调节子宫收缩，恢复子宫收缩极性。给予强镇静剂度冷丁 100mg 或吗啡 $10\sim 15\text{mg}$ 肌注，使产妇充分休息，醒后多能恢复为协调性子宫收缩。在子宫收缩恢复为协调性之前，严禁应用催产素。若经上述处理，不协调性宫缩未能得到纠正，或伴有胎儿窘迫征象，或伴有头盆不称，均应行剖宫产术。若不协调性子宫收缩已被控制，但子宫收缩仍弱时，则可采用协调性子宫收缩乏力时加强子宫收缩的方法。预防及预后应对孕妇进行产前教育，解除孕妇思想顾虑和惧怕心理，使孕妇了解妊娠和分娩是生理过程。目前国内外都设康乐待产室（让其爱人及家属陪伴）和家庭化病房，有助于消除产妇的紧张情绪

，增强信心，可预防精神紧张所致的宫缩乏力。分娩时鼓励多进食，必要时可从静脉补充营养。避免过多地使用镇静药物，注重检查有无头盆不称等，均是预防子宫收缩乏力的有效措施。注重及时排空直肠和膀胱，必要时可行温肥皂水灌肠及导尿。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