

臀先露 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\\_87\\_80\\_E5\\_85\\_88\\_E9\\_9C\\_B2\\_c22\\_308650.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E8_87_80_E5_85_88_E9_9C_B2_c22_308650.htm) 名称臀先露所属科室妇产科

病因妊娠30周以前，臀先露较多见，妊娠30周以后多能自然转成头先露。临产后持续为臀先露的原因尚不十分明确，可能的因素有：1.胎儿在宫腔内活动范围过大 羊水过多、经产妇腹壁松弛以及早产儿羊水相对偏多，胎儿易在宫腔内自由活动形成臀先露。2.胎儿在宫腔内活动范围受限 子宫畸形（如单角子宫、双角子宫等）、胎儿畸形（如脑积水等）、双胎及羊水过少等，轻易发生臀先露。3.胎头衔接受阻 狭窄骨盆、前置胎盘、肿瘤阻塞盆腔等，也易发生臀先露。临床表现根据两下肢所取的姿势分为：1.单臀先露或腿直臀先露（frank breech presentation）胎儿双髋关节屈曲，双膝关节伸直，以臀部为先露。最多见。2.完全臀先露或混合臀先露（complete breech presentation）胎儿双髋关节及膝关节均屈曲有如盘膝坐，以臀部和双足为先露。较多见。3.不完全臀先露（incomplete breech presentation）以一足或双足、一膝或双膝或一足一膝为先露。膝先露是暂时的，产程开始后转为足先露。较少见。孕妇常感肋下有圆而硬的胎头。由于胎臀不能紧贴子宫下段及宫颈，常导致子宫收缩乏力，宫颈扩张缓慢，致使产程延长。对母体的影响 胎臀外形不规则，不能紧贴子宫下段及宫颈，轻易发生胎膜早破或继发性子宫收缩乏力，使产褥感染与产后出血的机会增多。若宫口未开全强行牵拉，轻易造成宫颈撕裂甚至延及子宫下段。对胎儿的影响 胎臀高低不平，对前羊膜囊压力不均匀，常致胎膜早破，脐带轻易脱出，脐带受压可致胎儿窘迫甚至死亡。由于后出

胎头牵出困难，可发生新生儿窒息、臀丛神经损伤及颅内出血。

**诊断**

- 1.临床表现** 孕妇常感肋下有圆而硬的胎头。由于胎臀不能紧贴子宫下段及宫颈，常导致子宫收缩乏力，宫颈扩张缓慢，致使产程延长。
- 2.腹部检查** 子宫呈纵椭圆形，胎本纵轴与母体纵轴一致。在宫底部可触到圆而硬、按压有时有浮球感的胎头；在耻骨联合上方可触到不规则、软而宽的胎臀，胎心在及左（或右）上方听得最清楚。
- 3.检查及检查** 检查时，可触及软而不规则的胎臀或触到胎足、胎膝。若胎臀位置高，肛查不能确定时，需行检查。检查时，了解宫颈扩张程度及有无脐带脱垂。若胎膜已破可直接触到胎臀、外生殖器及，此时应注重与颜面相鉴别。若为胎臀，可触及与两坐骨结节连在一条直线上，手指放入内有环状括约肌收缩感，取出手指可见有胎粪。若为颜面，口与两颧骨突出点呈三角形，手指放入口内可触及齿龈和弓状的下颌骨。若触及胎足时，应与胎手相鉴别（图1）。图1 胎手与胎足的区别

**4.B型超声检查** 能准确探清臀先露类型以及胎儿大小、胎头姿势等。

**治疗**

- 1.妊娠期** 于妊娠30周前，臀先露多能自行转为头先露。若妊娠30周后仍为臀先露应予矫正。常用的矫正方法有：
  - （1）胸膝卧位：**让孕妇排空膀胱，松解裤带，胸膝卧位的姿势如图2所示，每日2次，每次15分钟，连续做1周后复查。这种姿势可使胎臀退出盆腔，借助胎儿重心的改变，使胎头与胎背所形成的弧形顺着宫底弧面滑动完成。图2 胸膝卧位
  - （2）激光照射或艾灸至阴穴：**近年多用激光照射两侧至阴穴（足小趾外侧，距趾甲角1分），也可用艾条灸，每日1次，每次15~20分钟，5次为一疗程。
  - （3）外倒转术：**应用上述矫正方法无效者，于妊娠32~34周时，可行外倒转术，因有发

生胎盘早剥、脐带缠绕等严重并发症的可能，应用时要慎重，术前半小时口服舒喘灵4.8mg。行外倒转术时，最好在B型超声监测下进行。孕妇平卧，露出腹壁。查清胎位，听胎心率。步骤包括松动胎先露部（两手插入先露部下方向上提拉，使之松动），转胎（两手把握胎儿两端，一手将胎头沿胎儿腹侧轻轻向骨盆入口推移，另手将胎臀上推，与推胎头动作配合，直至转为头先露）。动作应轻柔，间断进行。若术中或术后发现胎动频繁而剧烈、胎心率异常，应停止转动并退回原始位并观察半小时。

2.分娩期 应根据产妇年龄、胎产次、骨盆大小、胎儿大小、胎儿是否存活、臀先露类型以及有无合并症，于临产初期作出正确判定，决定分娩方式。（1）选择性剖宫产的指征：狭窄骨盆、软产道异常、胎儿体重大于3500g、胎儿窘迫、高龄初产、有难产史、不完全臀先露等，均应行剖宫产术结束分娩。（2）决定经分娩的处理：1）第一产程：产妇应侧卧，不宜站立走动。少做肛查，不灌肠，尽量避免胎膜破裂。一当破膜，应立即听胎心。若胎心变慢或变快，应行肛查，必要时行检查，了解有无脐带脱垂。若有脐带脱垂，胎心尚好，宫口未开全，为抢救胎儿，需立即行剖宫产术。若无脐带脱垂，可严密观察胎心及产程进展。若出现协调性宫缩乏力，应设法加强宫缩。当宫口开大4~5cm时，胎足即可经宫口脱出至。为了使宫颈和充分扩张，消毒外阴之后，使用“外阴方法”。当宫缩时用无菌巾以手掌堵住口，让胎臀下降，避免胎足先下降，待宫口及充分扩张后才让胎臀娩出。此法有利于后出胎头的顺利娩出（图3）。在“的过程中应每隔10~15分钟听胎心一次，并注重宫口是否开全。宫口已开全再堵易引起胎儿窘迫或子宫

破裂。宫口近开全时，要做好接产和抢救新生儿窒息的预备。图3用手掌堵住外阴促使胎臀下蹲2) 第二产程：接产前，应导尿排空膀胱。初产妇应作会阴侧切术。有3种分娩方式：  
自然分娩：胎儿自然娩出，不作任何牵拉。极少见，仅见于经产妇、胎儿小、宫缩强、产道正常者。臀助产术：当胎臀自然娩出至脐部后，胎肩及后出胎头由接产者协助娩出。脐部娩出后，一般应在2~3分钟娩出胎头，最长不能超过8分钟。后出胎头娩出有主张用单叶产钳效果佳。臀牵引术：胎儿全部由接产者牵拉娩出，此种手术对胎儿损伤大，不宜采用。3) 第三产程：产程延长易并发子宫乏力性出血。胎盘娩出后，应肌注催产素，防止产后出血。行手术操作及有软产道损伤者，应及时缝合，并给抗生素预防感染。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)