

持续性枕后位、枕横位的诊断执业医师资格考试 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/508/2021_2022__E6_8C_81_E7_BB_AD_E6_80_A7_E6_c22_508030.htm

1. 临床表现 临产后胎头衔接较晚，以枕后位衔接使胎儿脊柱与母体脊柱相贴，影响胎头俯屈及下降，进而不能有效扩张宫颈及反射性刺激内源性缩宫素释放，易致低张性宫缩乏力。由于胎儿枕部持续位于骨盆后方压迫直肠，产妇自觉肛门坠胀及排便感，致使宫口尚未开全时过早屏气，在第一产程即加腹压用力而消耗体力，致第二产程腹肌收缩乏力使胎头下降延缓或停滞，致使第二产程延长。若在阴道口见到胎发，经过多次宫缩时屏气不见胎头继续下降时，应考虑可能是持续性枕后位。

2. 腹部检查 胎背偏向母体后方或侧方，前腹壁容易触及胎儿肢体，且在胎儿肢体侧容易听及胎心。

3. 肛门检查及阴道检查 枕后位时盆腔后部空虚。枕左后位时，胎头矢状缝位于骨盆斜径上，前凶在右前方，后凶在左后方。持续性枕横位时矢状缝与骨盆横径一致，前后凶分别位于骨盆两侧方，因胎头俯屈差，前凶常低于后凶。若宫口开全，因胎头产瘤触不清颅缝及凶门时，可借助胎儿耳廓及耳屏位置判定胎方位。若耳廓朝向骨盆后方诊断为枕后位，耳廓朝向骨盆侧方诊断为枕横位。

4. B型超声检查 通过B型超声探测胎头枕部及眼眶方位即可明确诊断。

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