

难产的诊断及处理原则_妇产科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E9_9A_BE_E4_BA_A7_E7_9A_84_E8_c22_609399.htm

产力、产道和胎儿三种因素引起的难产分别加以论述，这样有利于对每一种因素有深入的了解。虽然，某单一因素如严重的骨盆狭窄或是足月妊娠肩先露或宫缩乏力即可导致难产，但在临床上大多数情况为上述三种主要分娩因素的相互影响，甚至有因果关系存在，因此，要正确而及时地处理好难产，必须掌握难产的诊断，而要能掌握好难产的诊断，又必须清楚的认识与熟悉引起难产的有关因素及其间的关系。【难产的因素及其间的关系】导致难产的因素虽不外影响分娩的产力、产道与胎儿三方面的异常。但此三方面又各有不同情况所造成的不同影响，如产力异常方面有原发性子宫收缩乏力与继发性子宫收缩乏力，产道方面有骨产道与软产道的异常，胎儿方面不仅有发育方面的异常（包括过度发育与畸形），还有胎位方面的异常。所有这些异常既可以单独存在，又可以相互影响，如图30-1所示，此外，其影响不仅可发生于异常者之间，如胎儿发育异常与骨盆异常等，亦可发生于正常与异常之间，如胎儿发育正常与重度骨盆狭窄等。更值得注意的是有些异常并不明显，如轻度骨盆狭窄、头位异常等，其诊断与处理之正确与否，往往建立于医生对此类情况之基本概念与定义的认识与熟悉，如必须了解轻、中、重度骨盆狭窄的区分标准；枕后位之不同于持续性枕后位等。临床上由于医、护、助产士不能明辨影响分娩因素之正常与异常界线而诊治失当者，主要即在于对所遇情况的基本概念与定义认识与熟悉

不足，此在难产因素及其间关系的判断上尤为重要。【诊断说明】明显胎位异常、胎儿发育异常、产道（包括骨产道与软产道）异常，或/及母儿情况异常比较容易发现，而临界性异常往往在临产过程中由于分娩受阻再经仔细检查、分析，方始正确诊断。故难产的诊断应注意以下四点：一、全面检查产妇情况了解产妇思想状态，全身查体特别注意心、肺、肝、肾等重要器官情况，测血压、脉搏、呼吸；了解与诊查有无妊高征或其他并发症和合并症，有无脱水、酸中毒，以及排尿与排便情况。仅注意产科情况而忽略产妇全身状况每每酿成诊断与处理上的重大失误。二、仔细检查产科基本情况观察产程、产力如何；胎儿大小是否符合孕周（胎儿大小的估计对决定处理有极大关系，胎儿发育是否正常、健康，胎方位、胎先露如何，胎盘是否正常（位置、功能），是否破膜，骨盆是否狭小，程度如何或有无畸形，以便提高警惕。当然有的骨盆腔狭小并非外测量所能发现，更重要的是产程进展是否正常，即宫颈口是否如期扩张，胎头是否如期下降。正如第27章所提出的产程开始的阵缩应与假阵缩区别。这种动态观察要求接产者严密、仔细、正确地观察，方能做到心中有数，正确处理。在轻度骨盆狭小及轻度胎位不正（特别是头位异常），很难经现有骨盆测量法及胎位检查法判断胎儿能否经阴道娩出，必须在有良好阵缩的情况下，观察产程的进展，方能最终确定适当的分娩方式。凌萝达于1978年提出的头位评分法系根据以往经验，从骨盆大小、胎头位置、胎儿大小以及产力强弱四个方面综合判断，以帮助助产者决定处理之参考。对产道检查虽仍主要依靠骨盆外测量（虽然国外对此已摒弃）及内测量，甚至可用评分法加

以判断，但对轻度狭小，所谓临界性狭窄骨盆，仍难以据此肯定胎儿能否通过。在临界性骨盆，还须根据分娩的进展情况决定采取处理的方法。产力在多数分娩过程表现正常。胎位异常、胎儿过大、羊水过多等及骨盆异常，甚至某些软产道异常也可影响子宫收缩力。此外，精神影响亦不容忽视。产力可藉临床观察或宫缩监测仪了解宫缩频率、持续时间、子宫硬度及收缩的有效程度而分为强、中、弱三等，“强”指正常的强产力，为有效宫缩力，与宫缩虽强而无效之强直性宫缩不同；“中”为一般正常产力；“弱”指微弱产力，必须加以增强。总分高者为顺产；总分愈低，难产的可能性愈大。

三、严密观察产程中的变化 上述评分法可作为参考，应尽量做到检查准确。当然对骨盆外测量的评价有不同看法，所以在应用上述评分时，还要观察产程进展的情况，而最后决定应以产程中有关变化的动态观察为依据。所谓产程中有关变化的动态观察指对母体情况（精神、体力、并发症等）与胎儿情况（胎动、胎心率、胎先露、胎方位、胎头衔接程度、受压程度），宫颈扩张大小，有无水肿，以及骨盆内测量等情况的及时了解。凡经肛诊仍不能判明宫颈或/及胎先露与方位者，必须做阴道检查以资确诊。产科工作者必须锻炼自己准确做好阴道检查。

四、试产 多用于头盆不称，产妇宫缩不佳，骨盆、胎儿或/及母体情况并无明显剖宫产指征者。仅是产力为协调性乏力，产程业已延长，应考虑用静脉滴注催产素以加强宫缩，试看产程是否在数小时内有适当的进展。试产一般不超过6~8小时良好的宫缩，要随时注意产妇和胎儿情况，应由有经验者专门守护。宫颈扩张3cm以上时，宜予破膜。破膜也用在胎头未入盆而无明显头盆不称

者。因此，试产不仅是进一步明确是否难产的诊断方法，亦是处理轻度分娩异常的有效措施之一。【治疗说明】难产尤其是微小胎位异常及轻度骨盆狭小，包括头盆不称者，往往产程过长，所以要及时予以正确处理，如体贴、安慰、补液、必要的镇静剂，适时加强宫缩，适时破膜，改变体位（枕后位，妊高征等），助排大、小便。在采取措施中也应考虑到产妇今后健康影响，如剖宫产指征过宽，使原可经阴道分娩者，做了非必要的剖宫手术，既增加了产妇负担，亦可能带来术后的并发症。反之，应剖宫产而未能及时施行者，则又可能给婴儿甚至产妇带来恶果。正确的处理有赖于正确、全面了解产妇、胎儿情况，根据客观检查作出正确的判断。因此，难产的处理必须建立于前述难产诊断的基础上，其具体措施可提要如下：1.改善产妇与胎儿的状况，不论试产与否，均应注意改善产妇的全身状况，尤其当前初产多，往往对分娩恐惧，精神极度紧张，除应体贴入微地予以解说、安慰与鼓励外，可适当给以镇静剂。对疲乏、不能进食者，可静滴10%葡萄糖液、维生素b6、维生素c或 / 及电解质。产妇以采取左侧卧位为宜，以改善胎儿-胎盘循环，并防止仰卧位低血压或高血压（并发妊高征者）。对胎动或 / 及胎心率异常者，查明原因针对处理。2.凡无明显头盆不称、胎先露低、产妇与胎儿情况好而第二产程达到或超过2小时者，宜根据初产、经产、胎儿大小、胎先露与方位及会阴情况，选择经阴道手术助产（会阴切开或 / 及胎头负压吸引术，产钳术，臀助产术）。3.凡经正确试产失败（包括因母儿情况突然变化，不能继续进行者），骨盆明显狭窄或畸形，横位，颏后位或初产妇颏前位，腿直臀位，足位，或臀位伴有骨盆狭窄

，先兆子宫破裂或软产道严重高位畸形、狭窄或曾行修补术者（膀胱或直肠膨出、尿瘘、粪瘘修补术后）等应行剖宫产术。4.高、中位产钳术，臀牵引术，内倒转术对母儿危险性大，除个别特殊情况外，应为剖宫产术取代。穿颅术及其他毁胎术，除用于死胎及畸胎外，以近代产科临床监测技术之进展，已不再用以牺牲活胎儿挽救母体。5.凡行手术产者，术中应注意避免伤及邻近组织器官，术后应复查，及时处理，并防止产后出血与感染。对难产儿亦应针对情况，加强护理。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