

持续性枕后位_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__E6_8C_81_E7_BB_AD_E6_80_A7_E6_c22_609410.htm 多年来，对于在分娩过程中，胎头枕骨不能转向前方，于分娩后期仍然位于母体骨盆后方，致使分娩发生困难者，称为持续性枕后位

（persistent occipito-posterior position）。根据重庆医科大学第二医院1975～1980年5年中发生295例持续性枕后位的资料分析，有211例行剖宫产术，其中先露未完全衔接产程即受阻，不得不行剖宫产术的150例，占71.09%。说明胎头不论在骨盆的任何一个平面，均有持续于枕后位并发生难产的可能性。因此，更精确地说凡产妇已正式临产，胎头不论在骨盆入口、中骨盆或盆底均处于枕后位，直至产程理当结束时，胎头枕部仍位于母体骨盆的后方，称为持续性枕后位。【病因】妨碍枕后位胎头向前旋转的原因虽然还不十分清楚，一般认为可能与以下几种情况有关。一、骨盆形态异常 多数学者认为，持续性枕后位常发生于男性型骨盆及猿型骨盆。男性型骨盆及猿型骨盆的特点是入口平面前半部狭窄，不如较宽的后半部更适合胎头枕部衔接；中骨盆及出口狭窄，骨盆呈漏斗状，由于中骨盆横径狭窄，阻碍胎头向前旋转，使胎头持续于枕后位。diesopo以x线检查过200例持续性枕后位产妇的骨盆形态，发现90%的持续性枕后位是由于骨盆形态异常所引起，他认为，枕后位是对骨盆前半部窄小、后半部宽大、前后径长的适应性表现。二、骨盆狭窄 骨盆偏小者比较容易发生持续性枕后位，在295例持续性枕后位的分析中，骨盆临界狭窄及狭窄者比正常骨盆（对照组）的百分比高，前者

为39.32%，后者为28.8%。因为骨盆偏小，胎头难以进行大于90度角的内旋转，胎头容易停滞于枕后位。三、头盆不称因为头盆大小不称，妨碍枕后位胎头内旋转，也是形成持续性枕后位的原因之一。据我们以295例持续性枕后位与250例正常分娩（对照组）相比较的结果，不同程度的头盆不称者，持续性枕后位为105例，占35.6%；正常对照组为45例，占18%，头盆不称者持续性枕后位的发生率为高。四、胎头俯屈不良枕后位时，胎儿脊柱与母体脊柱接近，不利于胎头俯屈，致使胎头与胎背不能形成一弧形的曲线，以适应骨产道的弯曲度。胎头俯屈不良，胎头入盆的径线势必增大，导致胎头径线与骨盆的不称，使内旋转及下降均遇到困难，以致胎头持续于枕后位状态。枕前位分娩时，由于胎头俯屈良好，以枕下前囟径（9.5cm）通过产道，枕后位胎头俯屈不良，以枕额径（11.3cm）甚至大于枕额径的径线通过产道，胎头径线增大了1.8cm或更多，因此，容易导致难产。五、宫缩乏力胎头内旋转及下降，均需要子宫收缩力来推动，如产力不足，则不易推动胎头旋转。但是，根据我们的临床资料，原发性宫缩乏力仅占12.2%，而在产程受阻以后表现为继发性宫缩乏力者则占31%。因此，产力异常并不是导致持续性枕后位的重要原因，而往往是胎位异常的后果。一旦发生宫缩乏力，则更难克服枕后位。骨盆、胎儿及宫缩正常时，大多数枕后位的胎头枕部可向前旋转135度角，成为枕前位自行娩出，这种情况不能称为持续性枕后位。如果不能自动转至枕前位，胎头除阻滞于枕右后位或枕左后位外，尚可向后转45度角，使矢状缝位于骨盆前后径，枕骨朝向骶岬，形成所谓枕直后位。胎头在转向枕直后位的过程中，以及已转成枕直

后位之后，仍可随时受阻，最终常需以阴道助产，或剖宫产结束分娩。但是，胎头取枕直后位者，如果骨盆不小，胎儿不大，也有可能自然娩出。此时，根据胎头不同俯屈程度，可有两种分娩机转：1.胎头俯屈较好，呈持续屈曲状态，胎头下降至骨盆底部遇有阻力，使大囟门先露于耻骨联合下方，并以此为支点，继续俯屈，使头顶、枕部相继自会阴部娩出，胎头再仰伸，相继娩出额、鼻、口、颏，全部胎头即娩出，其他肢体娩出与一般正常分娩相同，此种分娩方式为枕后位经阴道自然分娩最常见的方式。2.胎头俯屈不良呈半仰伸状态者，胎儿额部先露于耻骨联合下方，逐渐娩出鼻根部，以鼻根部为支点，胎头俯屈，先娩出大囟门，头顶及枕部，胎头再仰伸，继续娩出鼻、口、颏，胎头全部娩出。这种分娩机转，较前一种所遇到的困难为多。【发病机制】骨盆、胎儿及宫缩正常时，大多数枕后位的胎头枕部可向前旋转135度角，成为枕前位自行娩出，这种情况不能称为持续性枕后位。如果不能自动转至枕前位，胎头除阻滞于枕右后位或枕左后位外，尚可向后转45度角，使矢状缝位于骨盆前后径，枕骨朝向骶岬，形成所谓枕直后位。胎头在转向枕直后位的过程中，以及已转成枕直后位之后，仍可随时受阻，最终常需以阴道助产，或剖宫产结束分娩。但是，胎头取枕直后位者，如果骨盆不小，胎儿不大，也有可能自然娩出。此时，根据胎头不同俯屈程度，可有两种分娩机转：1.胎头俯屈较好，呈持续屈曲状态，胎头下降至骨盆底部遇有阻力，使大囟门先露于耻骨联合下方，并以此为支点，继续俯屈，使头顶、枕部相继自会阴部娩出，胎头再仰伸，相继娩出额、鼻、口、颏，全部胎头即娩出，其他肢体娩出与一般正常

分娩相同，此种分娩方式为枕后位经阴道自然分娩最常见的方式。2.胎头俯屈不良呈半仰伸状态者，胎儿额部先露于耻骨联合下方，逐渐娩出鼻根部，以鼻根部为支点，胎头俯屈，先娩出大囟门，头顶及枕部，胎头再仰伸，继续娩出鼻、口、颏，胎头全部娩出。这种分娩机转，较前一种所遇到的困难为多。【临床表现】一、产程特点胎头常于临产后方衔接，如头盆稍有不称则甚至可不衔接，使活跃早期宫颈扩张阻滞。我们的295例中有150例表现早期阻滞，占71.09%，胎头未完全衔接即需作剖宫产术。枕后位胎头俯屈差，先露部不能紧贴子宫颈，故常伴有宫缩乏力，子宫口扩张缓慢，使产程延长，特别表现为活跃期中减速期延长。因枕骨位于骨盆后方，直接压迫直肠，故子宫颈口尚未开全时，产妇即出现肛门下坠及排便感，这种感觉在枕后位较为常见，腰痛亦较明显。产妇过早用腹压，宫颈容易水肿。持续性枕后位宫颈开全后胎头下降阻滞或延缓，常致第二产程延长。二、腹部体征在前腹壁的大部分（2/3）可扪及胎肢，胎背偏向母体的侧方或后方。胎心音在母体腹侧偏外侧或胎儿肢体侧最响亮。有时，可在胎儿肢体侧耻骨联合上方摸到胎儿颏及面部。三、肛查及腹部联合扪诊当宫颈口扩张至3~5cm时，可采取肛查及腹部联合扪诊。若肛查触及胎头矢状缝在骨盆右斜径上，颏在耻骨左上方，为右枕后位，若矢状缝在骨盆左斜径上，颏在耻骨右上方，则为左枕后位。以肛查之手指将胎头往上顶，有利于置于腹壁的手扪触颏部。故肛查及腹部联合扪诊有利于早期发现枕后位。四、阴道检查是最后确诊枕后位的重要方法，一般在宫颈扩张3~4cm时作阴道检查即能确定胎头的位置。可用2指伸入宫颈口内，如胎头水肿不明

显，矢状缝及囟门的位置不难确定。如矢状缝在骨盆左斜径上，大囟门在骨盆右前方，小囟门在骨盆左后方则为左枕后位；若矢状缝在骨盆右斜径上，大囟门在骨盆左前方，小囟门在骨盆右后方，则为右枕后位。耳廓朝向后方。可用作诊断枕后位的标记，但只能在宫颈完全或近完全扩张时方可实行。【治疗】首先应判断有无头盆不称，以便决定是否应试产。枕后位头盆无不称或临界不称可以试产，但其中一部分仍可能需剖宫产。经阴道分娩者必须在严密观察下进行。一、潜伏期应采取支持治疗，使产妇具有良好的产力，保证产妇充分的营养、水分和休息，如情绪紧张，不能睡眠，子宫收缩欠佳，可给强镇静剂如度冷丁或安定等，使宫缩转佳。进食少者应补液。二、活跃期除继续保护产力外，应积极处理，不要等待。如宫口开张至3~4cm产程停滞，可人工破膜；如产力欠佳，又无头盆不称，可及早使用催产素；如果产程曲线表现宫颈扩张阻滞，经破膜及静脉滴注催产素效果不佳，扩张率每小时仍低于1cm或无进展，应考虑剖宫产结束分娩。如无头盆不称，产程曲线表现宫颈扩张缓慢者，经破膜及催产素处理后，一般效果较好。治疗后如宫颈扩张率每小时可达1cm以上，阴道分娩的可能性较大。如果效果不理想，仍应行剖宫产术。三、第二产程宫口开全后，先露停留在+2及+2以上不再下降，若骨盆无漏斗型狭窄，胎儿一般大小，可先做双侧阴部神经阻滞麻醉后，试徒手旋转至枕前位，如旋转成功，胎头继续下降，可进行阴道助产或令其自然分娩。也有赞成产钳转位，但容易造成软产道损伤。若骨盆有漏斗型狭窄，胎儿较大，徒手旋转胎头失败，需作剖宫产术。williams及benson等（1978）认为持续性枕后位如先露不

能入盆，应行剖宫产术。相反，另有一部分学者认为对枕后位应持耐心等待的态度，即使胎头不能向前旋转，但最终先露仍能达到盆底而进行阴道助产。但必须指出，阴道分娩者新生儿病率比剖宫产高。因此，凡是经过较长时间试产，并经各种处理，产程曲线表现为宫颈扩张阻滞或胎头下降阻滞，应多考虑剖宫产。阴道助产只宜用于胎头达 3 或更低者。中位产钳则不宜使用。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