

文章编号: 1003-6946(2014)01-003-03

难产的早期识别及处理

伍绍文, 王 琪

(首都医科大学附属北京妇产医院, 北京 100026)

中图分类号: R714.4

文献标识码: B

难产又称异常分娩,主要是指头位难产,即发生于头先露的难产。国外报道其发生率为 21%。且初产妇中 15% 的剖宫产指征为难产^[1]。由于其严重危害母婴健康,故受到了广大产科医生的重视。因此,及早识别头位难产的征象,查明原因,作出正确的处理,使其向顺产方向发展,则能降低头位难产发生率,从而减少头位难产给孕产妇及胎婴儿带来的损伤。

1 病因

分娩过程是产力、产道及胎儿等因素相互适应的动态发展过程。因此任何一种或两种及以上因素发生异常,均可导致分娩异常。

1.1 产力异常 包括子宫收缩力异常、腹肌及膈肌异常和肛提肌异常,其中主要是子宫收缩力异常。子宫收缩力异常又分为子宫收缩乏力(协调性宫缩乏力及不协调性宫缩乏力)及子宫收缩过强(协调性宫缩过强和不协调性宫缩过强)。其中子宫收缩乏力多继发于梗阻性分娩,也可因产妇体质衰弱、精神紧张、过量镇静剂及麻醉剂引起。仅仅由于原发的产力异常而造成的头位难产极少见。

1.2 产道异常 有骨产道及软产道异常,临床上以骨产道异常多见。当头先露时骨盆狭窄,胎头巨大是较明显的头盆不称。如果骨盆略小,而胎儿也偏小,此时需要试产后才能判断是否存在头盆不称。此外骨盆倾斜度过大也可影响胎头入盆的方向,造成假骑跨,导致难产。常见的软产道异常有宫颈纤维化,子宫下段或宫颈肌瘤,阴道纵膈及横膈。此外肥胖孕妇,由于盆底组织脂肪较厚,也有可能阻碍胎头下降而难产。

1.3 胎儿因素 包括胎头位置异常(额先露、面先露、前不均倾位、高直后位)。凡是胎头位置异常,经过试产仍不能转为正常位置者几乎均将成为难产,自然分娩的机会极少。此外巨大儿、脑积水和连体双胞胎均可导致难产。

2 临床表现

2.1 胎膜早破 头盆不称及胎头位置异常都可因胎头不能适应骨盆入口平面而使入盆受阻,有时甚至处于高浮状态,胎头与骨盆入口之间存在较大空隙,致

使羊水由此进入前羊水囊,当宫缩高峰时胎膜不能承受强大压力而破裂,因而胎膜早破往往是难产的先兆征象。

2.2 宫缩乏力 可有原发性和继发性宫缩乏力。精神心理因素、药物和严重头盆不称等可引起原发性宫缩乏力,胎头受阻于骨盆入口平面。由于头盆不称和胎头位置异常等造成的产程停滞或延缓多表现为继发性宫缩乏力,胎头受阻于中骨盆或出口平面。

2.3 胎头未衔接 临产后胎头高浮,宫口扩张 5 cm 以上胎头仍未衔接或才衔接为衔接异常,提示骨盆入口平面有严重的头盆不称或胎头位置异常。

2.4 胎位异常 胎头位置异常是导致头位难产的首要原因,有胎方位衔接异常如高直位,有内旋转受阻如持续性枕后位及枕横位,胎头姿势异常如胎头仰伸呈前顶先露、额先露及面先露,胎头侧屈呈前不均倾。胎头位置异常使胎头下降受阻,宫颈扩张延缓、停滞,继发性宫缩乏力。

2.5 产程异常 ①潜伏期延长:是头位难产最早的征兆,提示有原发性宫缩乏力、头盆不称或胎头位置异常。②活跃期延长或停滞:宫口扩张 4~5 cm 时出现停滞,常常为胎头在骨盆入口平面受阻,提示头盆不称或严重胎位异常,如高直后位、前不均倾位、额先露等;宫口扩张 7~8 cm 时出现停滞,特别是伴有胎先露下降延缓或停滞,应注意有无中骨盆狭窄或持续性枕后位及枕横位。③第二产程延长或停滞:往往是由于头盆不称或胎头位置异常引起,产程延长、产妇衰竭、继发性宫缩乏力或因产妇不会向下屏气,都会导致第二产程异常。④胎头下降延缓或胎头下降停滞:原因与第二产程延长或停滞相似^[2]。

2.6 孕产妇表现 ①全身表现:产程延长的孕产妇常烦躁不安、体力衰竭,有时伴有严重脱水、口干、唇裂、皮肤失去弹性,甚至体温升高。严重时还可以导致电解质紊乱和酸碱平衡失调。②宫颈和外阴水肿:产程延长后由于胎头长时间压迫,引起血液循环障碍,导致宫颈、阴道前壁水肿。③肠胀气和尿潴留。④先兆子宫破裂或子宫破裂:病理性缩腹环、血尿和子宫下段固定点压痛,若处理不及时容易发生子宫破裂。

2.7 胎儿表现 ①胎儿窘迫;②胎头水肿和颅骨重叠:由于胎头受到产道长时间的挤压导致;③胎头血肿。

3 诊断

明显的骨盆狭窄或畸形以及胎儿过大与某些畸形通常在临产前即可做出诊断,处理大多以剖宫产终止妊娠。但绝大多数难产则是在产程进展过程中逐步

通讯作者:王 琪

表现出来,因此需要耐心细致观察产程进展,善于早期发现异常表现,及时准确的诊断难产。

3.1 病史 应了解孕产妇年龄、孕周、孕期体重增长情况、孕期有无合并症及并发症、既往难产史、手术史等。

3.2 体检 ①一般状况:了解孕妇身高、体重。身材矮小和体重肥胖的孕妇有难产的倾向。②腹部检查:观察腹部形态,是否为悬垂腹。测量宫高和腹围,结合羊水量、腹壁厚度,估计胎儿大小。根据四步触诊法了解胎方位及先露部位。判断跨耻征是否阳性。此外根据听胎心位置也可初步判断胎方位。③骨盆测量:分骨盆外测量及内测量。了解骨盆有无狭窄,有无畸形。如坐骨结节间径 $<8\text{ cm}$,需测量出口后矢状径。若坐骨结节间径与出口后矢状径之和 $>15\text{ cm}$,则表明骨盆出口狭窄不明显。

3.3 观察宫缩及胎儿状况 通过腹部扪诊观察宫缩持续时间、强度及间歇时间。一般情况下,越到产程后期宫缩强度应越强,持续时间越短。注意胎心基线率、变异性和反应性,有无减速及减速类型,早期判断有无胎儿窘迫。

3.4 阴道检查 阴道检查在难产的诊断和处理中具有决定性意义。阴道检查应了解以下情况:①宫口扩张程度。②宫颈有无水肿,水肿程度及部位,如前唇水肿应当警惕前不均倾位。③胎膜是否破裂,如未破,可行人工破膜,了解羊水的量及性状。④胎头下降程度,尤其是有产瘤或颅骨重叠时,应检查胎头双顶及胎耳的位置,这样可准确了解胎头位置的高低。⑤胎方位的确定:通过触及胎头的骨标志、颅缝及囟门的位置加以判定。在胎头产瘤和颅骨重叠明显时,胎方位不易查清楚。菱形的大囟门缩小呈“+”字形,小囟门由于枕骨嵌入两顶骨下方形成凹陷并呈“Y”字形,应注意与大囟门鉴别,因此在活跃早期产程图一出现异常时即应及早进行阴道检查以协助诊断,由于此时胎头水肿及颅骨重叠多不明显,易于查清囟门及颅缝。在试产一段时间后,如无进展或进展缓慢可作第2次阴道检查,以决定分娩方式。胎儿耳廓的方向也可帮助确定胎方位,耳廓的指向为枕骨的位置。不过由于耳廓位置较高,需要检查者的手完全进入阴道才能查清,多在宫口开全、阴道助产时使用。⑥骨盆内测量:阴道检查能准确了解骨盆内部情况,包括对角径、中骨盆及出口前后径,耻联后角,坐骨棘是否内聚,从而估计坐骨棘间径、骶骨弧度、骶尾关节活动度。

3.5 超声检查 超声可测量胎儿双顶径、股骨长、头

围及腹围等数据并可估计胎儿体重。了解胎方位,特别是胎头产瘤和颅骨重叠非常明显,阴道检查判断胎方位较为困难时,超声可协助观察胎方位,正确指导难产处理。

3.6 产程图监测 产程图是描记宫口扩张及先露下降的一种曲线图,可直观反映产程进展情况,是帮助识别和监测难产的重要手段。产程图能帮助医务人员识别难产发生的时期,并提示产程异常的性质和程度,从而协助作出恰当的处理。

4 难产的处理

4.1 一般处理

4.1.1 舒适的待产环境及体位 待产室应布置得轻松、恬静,有音乐和电视及相关书籍。孕妇可以随意在产房内走动和交谈,此外在分娩过程中也应采用舒适的体位。目前国内外提倡的“Doula”分娩就是给产妇创造一个舒适、温馨的环境有利于分娩。国内有些医院开展的丈夫陪产也有类似的作用。

4.1.2 注意水分和营养的补给 产程过程中鼓励产妇饮水和进食,特别是妊娠期糖尿病产妇,必要时可输注葡萄糖,提供相应的能量,避免宫缩乏力及产程延长所致的失水及酸碱平衡紊乱。

4.1.3 分娩镇痛 由于疼痛导致孕妇情绪紧张、焦虑,且影响分娩过程,因此对产痛的处理也是处理难产的重要辅助手段。目前常用的方法有药物性镇痛和非药物性镇痛。

4.2 应用头位分娩评分法协助处理 头位分娩评分是由国内学者凌萝达教授首先提出的。①临产前判断:只有2项指标,故称头盆评分,可初步了解胎头与骨盆大小是否相称,决定是否进行阴道试产及阴道分娩的可能性。头盆评分 ≥ 8 分为头盆相称, $6、7$ 分为轻微头盆不称, ≤ 5 分为严重头盆不称。头盆评分为5分者如系骨盆入口问题可予短期试产,否则行剖宫产。头盆评分6分可以行阴道试产,待临产后加入其他两项指标(产力和胎方位),进行4项评分,再进一步判断是否有头位难产倾向。②临产后处理:产程进入活跃期,宫颈扩张 3 cm 以上时可以确定胎方位,结合此时的产力情况,进行头位分娩4项评分(骨盆大小、胎儿体重、胎头位置、产力强弱),头位分娩4项评分可以初步判断分娩的难易度并决定分娩方式。总分 <10 分以剖宫产结束分娩为宜, 10 分可在严密观察下短期试产, >10 分可大胆试产, 12 分以上除个别情况外不会采用剖宫产。因此头位分娩4项评分总分 10 分是处理头位难产的界限值。见表1,表2。

表 1 头位分娩评分

| 骨盆形态评分 | | 胎儿体重评分 | | 胎头位置评分 | | 产力评分 | |
|--------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|-------|
| 骨盆形态 | 评分(分) | 体重(g) | 评分(分) | 胎头位置 | 评分(分) | 产力 | 评分(分) |
| >正常 | 6 | 2500±250 | 4 | 枕前位 | 3 | 强 | 3 |
| 正常 | 5 | 3000±250 | 3 | 枕横位 | 2 | 中(正常) | 2 |
| 临界狭窄 | 4 | 3500±250 | 2 | 枕后位 | 1 | 弱 | 1 |
| 轻度狭窄 | 3 | 4000±250 | 1 | 高直位 | 0 | | |
| 中度狭窄 | 2 | | | 面位、额位 | 0 | | |
| 重度狭窄 | 1 | | | 前不均倾位 | 0 | | |

应用头位分娩评分法需要注意的是:①重视可变因素与不可变因素的分析。头位分娩评分法 4 项指标中,骨盆大小及胎儿体重是无法改变的,为不可变因素,只有产力和胎头位置通过积极处理可以改变,是可变因素,可促使分娩向顺产方向转化。②重视针对可变因素的处理:出现继发性宫缩乏力时要采取有效措施,使产力恢复正常。良好的产力不但能促进宫颈扩张,同时能帮助不利的胎方位(如枕横位、枕后位)旋转为枕前位。如果加强产力后胎方位不能转为正常,可以进行徒手旋转胎头或者器械旋转胎头,成功后大多可经阴道分娩。

表 2 骨盆形态的标准及评分

| 骨盆大小 | 骶耻外径(cm) | 对角径(cm) | 坐骨结节间径(cm) | 坐骨结节间径+后矢状径(cm) | 出口前后径(cm) | 评分 |
|------|-----------|-----------|------------|-----------------|-----------|----|
| >正常 | >19.5 | >13.5 | >9.0 | >19.0 | >12.0 | 6 |
| 正常 | 18.5~19.5 | 12.0~13.5 | 8.0~9.0 | 15.5~19.0 | 11.0~12.0 | 5 |
| 临界狭窄 | 18.0 | 11.5 | 7.5 | 15.0 | 10.5 | 4 |
| 轻度狭窄 | 17.5 | 11.0 | 7.0 | 14.0 | 10.0 | 3 |
| 中度狭窄 | 17.0 | 10.5 | 6.5 | 13.0 | 9.5 | 2 |
| 重度狭窄 | ≤16.5 | ≤10.0 | ≤6.0 | ≤12.0 | 9.0 | 1 |

4.3 按照产程图来处理 ①潜伏期异常:对潜伏期异常应立即处理,首先除外假临产。如已临产可给予盐酸哌替啶 100 mg 或地西泮 10 mg 肌肉注射,纠正不协调宫缩。当进入活跃期后可给予缩宫素静脉滴注,如仍无进展,需评估头盆关系,如有头盆不称,则行剖宫产。②活跃期异常:首先做阴道检查判断胎方位,如为前不均倾、高直后位、额位及颈后位则行剖宫产终止妊娠。如无头盆不称,可人工破膜后静脉滴注缩宫素,观察 2~4 小时后仍无进展,可考虑剖宫产。③胎头下降停滞:首先应阴道检查,了解头盆情况,如无头盆不称可应用缩宫素加强宫缩,如为枕横位或枕后位,可用分娩球,借助重力作用,在宫缩的协助下纠正枕位。可手转胎头至枕前位,若先露下降至+2,可考虑阴道助产,否则行剖宫产。近年来,国外学者提出了对产程图的修改,但尚未在国内广泛推广和应用。

5 分娩方式

5.1 剖宫产 对如下情况应考虑选择性剖宫产:①严重的骨盆异常,如歪斜骨盆;②头盆明显不称,头位分娩评分≤5 分者;③严重的胎儿畸形,如联体双胎。在试产过程中发现以下情况可考虑剖宫产终止妊娠:①严重的胎位异常,如前不均倾、高直后位、额位及颈后位在阴道检查证实后可行剖宫产;②产程停滞,复查存在头盆不称者;③宫颈未能开全者;④胎头始终

未能衔接;⑤子宫收缩乏力,经积极处理后仍无明显好转^[3]。

5.2 阴道分娩 对初产妇而言,除无上述选择性剖宫产指征外,应给予充分试产机会。在试产过程中严密观察产程,对影响分娩的四要素(产力、产道、胎儿、孕妇精神心理因素)充分评估和处理,促进自然分娩。

参 考 文 献

- [1] Shields SG, Ratcliffe SD, Fontaine P, et al. Dystocia in nulliparous women[J]. Am Fam Physician 2007, 75(11): 1671-1678.
- [2] 谢幸,苟文丽主编. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013: 187-210.
- [3] 凌萝达,顾美礼主编. 难产[M]. 2 版. 重庆:重庆出版社, 2000: 290-321.

(收稿日期: 2013-10-28)

文章编号: 1003-6946(2014)01-005-03

产程中的胎儿监护

马玉燕, 王琳琳

(山东大学齐鲁医院, 山东 济南 250012)

中图分类号: R714.7

文献标识码: B

产程中胎儿窘迫仍然是围生儿死亡和远期后遗症的主要原因,及时发现并合理地处理胎儿窘迫是获