

及对策[J]. 新疆医学, 2009, 39(10): 118-120.

16-17.

[2] 李红丽, 叶菲, 刘国红. 病房搬迁中护理安全隐患分析及管理对策[J]. 护理学报, 2007, 14(9): 36-38.

(收稿日期: 2011-06-15)

[3] 姜国和. 医疗风险与风险转移[J]. 中国医院, 2002, 6(3):

# 头位难产的识别与处理

陈美蓉(重庆市西郊医院预防保健科 400050)

**【摘要】** 目的 分析头位难产的临床表现, 总结头位难产的识别与处理方法。方法 对头位难产病例从发生原因、临床表现、处理方法、分娩方式、对母儿的影响进行分析与总结。**结果** 胎头位置异常是头位难产的主要原因。**结论** 胎膜早破是头位难产的早期信号, 胎头下降延缓或停滞, 第二产程延长是头位难产的晚期表现, 及时发现与处理胎头位置异常、纠正产力异常是处理头位难产的关键。

**【关键词】** 头位难产; 识别; 处理

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.062 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)22-2798-01

头位难产即以头为先露的难产。分娩是一个动态过程, 是否顺利取决于产力、产道、胎儿及产妇的精神因素, 它们既相互影响又互为因果关系<sup>[1-2]</sup>。因此, 产科医务工作者必须仔细观察, 早期发现难产倾向, 及时作出正确判断并进行恰当处理, 以保证分娩顺利和母婴安全。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 2005 年 10 月~2007 年 9 月本院住院分娩产妇 2 186 例, 头位难产 261 例, 发生率为 11.94%, 与文献报道的 12.56% 接近<sup>[3]</sup>。初产妇 227 例, 经产妇 34 例, 产妇产龄 21~39 岁, 平均 28 岁, 孕周 37~40<sup>+5</sup> 周。

**1.2 头位难产发生的原因** 资料显示, 头位难产发生的原因以胎儿因素为主, 其次是产力、产道和精神因素。胎儿因素 190 例(72.80%); 产力因素 35 例(13.41%), 产道因素 20 例(7.66%), 其中骨产道异常 15 例, 软产道异常 5 例; 精神因素 16 例(6.13%)。胎儿因素中胎头位置异常 175 例(67.05%), 其中持续性枕横位 123 例, 持续性枕后位 47 例, 胎头高直位 3 例, 后不均倾位 1 例, 面先露 1 例; 巨大儿 6 例(2.30%); 由于脐带绕颈或脐带过短导致的胎头下降受阻及产程延长 9 例(3.45%)。

## 1.3 头位难产的临床特点

**1.3.1 胎膜早破** 多因胎头位置异常, 使胎头不能衔接或衔接不良压迫直肠, 使产妇过早使用腹压, 导致前羊水囊受力不均发生胎膜早破。破膜后羊水大量流出, 降低了羊水对胎儿的缓冲作用, 宫壁紧裹胎体, 宫内压直接作用于胎儿, 易发生胎心率异常; 另外胎儿与宫壁的摩擦力增大, 阻碍内旋转。

**1.3.2 腹部触诊及听诊** 在产程早期、宫缩间隙进行腹部触诊, 腹壁的正中或稍偏旁一点可触到明显的或多个肢体, 听诊时胎心位置也靠近腹壁正中。

**1.3.3 宫缩乏力、产程延长** 多因头盆不称、胎头位置异常, 胎头不能紧贴宫颈内口反射性引起宫缩; 另外产妇过度紧张及体力消耗过多也可引起宫缩乏力, 从而导致产程延长。

**1.3.4 宫颈水肿** 主要是胎头位置异常引起, 特别是枕后位压迫直肠使产妇过早屏气用力, 宫颈长时间受压, 导致宫颈水肿。

**1.3.5 胎头下降延缓或停滞** 多由于头盆不称、胎头位置异常、宫缩乏力引起, 是头位难产的晚期表现。

## 2 结 果

**2.1 分娩方式** 261 例头位难产, 经适时处理, 自然分娩 115

例(44.06%), 阴道助产 28 例(10.73%), 剖宫分娩 118 例(45.21%)。170 例持续性枕横位及枕后位经采取体位及徒手旋转胎头纠正胎位后, 75 例自然分娩, 阴道助产 23 例, 72 例剖宫分娩; 胎头高直位、后不均倾位及面先露共 5 例均剖宫分娩; 6 例巨大儿, 除 1 例经产妇自然分娩外, 余 5 例均剖宫分娩; 脐带因素中 1 例自然分娩, 8 例剖宫产。产道异常 20 例中 1 例软产道异常经处理自然分娩, 余 19 例剖宫分娩。产力因素 35 例中 25 例经纠正自然分娩, 5 例阴道助产, 5 例剖宫产。精神因素中 12 例自然分娩, 4 例剖宫分娩。

**2.2 对母亲和新生儿的影响** 发生新生儿窒息 54 例(20.69%), 中度窒息 18 例(6.90%), 重度窒息 6 例(2.30%); 胎头血肿和严重胎头水肿 26 例(9.96%); 产后出血 13 例(4.98%), 10 例由宫缩乏力引起, 其中 1 例多种方法处理无效行子宫次全切除, 3 例由软产道撕裂引起; 腹部切口感染 2 例。

## 3 讨 论

### 3.1 头位难产的识别

**3.1.1 腹部触诊和听诊识别头位难产** 腹部检查时要注意观察腹部形态、胎心及胎儿肢体的位置。枕后位时在腹壁正中或稍偏旁较易摸到胎肢和听到胎心, 当胎背和胎儿肢体分别位于腹部两侧时, 考虑为枕横位, 而枕前位在腹部是不易摸到肢体的。悬垂腹及身高小于 145 cm 者, 尤其是跨耻征阳性常提示头盆不称。

**3.1.2 有下列临床表现时要警惕头位难产** (1)胎膜早破: 据统计, 胎膜早破的难产发生率为 46.1%<sup>[4]</sup>, 因此对胎膜早破者要密切观察, 及早明确胎方位。(2)宫缩乏力: 头盆不称、胎头位置异常、产妇过度紧张, 可导致原发性或继发性宫缩乏力。(3)胎头下降延缓或停滞、产程延长是头位难产的重要表现, 多数是由于胎头位置异常引起。严重的胎头位置异常在骨盆入口即受阻而不能衔接, 表现为潜伏期延长或活跃早期宫口扩张延缓或停滞、宫颈水肿。轻度的胎头位置异常, 要胎头到达中骨盆平面时才遇到阻力, 表现为活跃期延长、胎头下降延缓或停滞、第二产程延长。因此, 胎头下降延缓或停滞、第二产程延长是头位难产的晚期表现。(4)胎儿宫内窘迫、颅骨骨缝过度重叠或严重的胎头水肿。(5)产妇过度紧张、进食及睡眠差、过早屏气用力、体力衰竭、肠胀气、尿潴留。

**3.1.3 骨盆内诊** 根据矢状缝和大小囟门的位置与骨盆的关系判断胎方位。检查时要仔细体会, 特别是胎头水肿较明显时, 结合腹部触诊和听诊及 B 超进行综合判断。(下转第 2816 页)

尿共 560 份,其中男 289 份,女 271 份。

**1.2 试剂** 优利特公司提供的 11 项尿试纸条、希桑美康公司提供的配套试剂。

**1.3 材料** Sysmex UF-500i 沉渣仪、优利特 Uritest-150 型尿液干化学分析仪,LD4-2A 离心机、Olympus-CH 显微镜、尿 11 项试纸条、一次性吸管、试管、尿杯、尿沉渣计数板等。

**1.4 尿样本** 选用干化学分析仪和全自动尿沉渣仪检测尿红细胞(RBC)、白细胞(WBC),然后取尿液 10 mL,1 500 r/min 离心 5 min,吸取上清尿液,沉渣的残留量为 0.2 mL,轻轻摇动,混匀后备用。

**1.5 镜检** 把制作好的尿沉渣混匀后,用一次性吸管吸取 20  $\mu$ L 载入计数板后镜检。

## 2 结果

**2.1 常规尿沉渣镜检范围** 男性 RBC 0~3 个/HP,女性 RBC 0~3 个/HP;男性 WBC 0~3 个/HP,女性 WBC 0~5 个/HP,以高于参数值范围为阳性。尿沉渣仪参考值范围男性 RBC 0~25/ $\mu$ L,女性 RBC 0~27/ $\mu$ L;男性 WBC 0~25/ $\mu$ L,女性 WBC 0~30/ $\mu$ L 以高于参数值范围为阳性。

**2.2 3 种方法结果比较** 见表 1。

表 1 3 种方法检测 560 份尿样阳性结果[n(%)]

方法	RBC	WBC
常规沉渣镜检	37(6.6)	46(8.2)
干化学尿液分析法	52(9.2)	61(10.8)
全自动尿沉渣仪	58(10.3)	72(12.8)

## 3 讨论

近几年来,随着干化学尿液分析仪和全自动尿沉渣分析仪在国内各大小医院的普及,不少操作者有忽视显微镜检测的倾向。由于尿液分析仪检测 RBC、WBC 的原理与显微镜下计数

截然不同,报告方式也不同,RBC/ $\mu$ L 和 RBC/HP 二者还没有一种直接的换算方式<sup>[1]</sup>。

仪器分析与镜检结果不一致有以下原因:(1)试剂的质量差异;(2)尿液污染,最多见女性白带、经血、容量小于 50 mL 容器污染,留尿超过 2 h;(3)常用抗生素、维生素 C、激素、抗肿瘤药物及心血管、中区神经、植物神经、雷公藤等很多药物仪器会出现假阳性或阴性;(4)草酸钙结晶和酵母样菌与尿液细胞具有相似的荧光或前向散射特点,降低仪器对真性血尿的鉴别能力;(5)干化学法可以检测到血红蛋白尿和肌红蛋白尿,但是环境温度较低的情况下会出现假阴性或阳性程度降低的现象。

显微镜检测时尿标本离心沉淀后,可能造成细胞聚集及破坏。人工操作就会因倾倒手法的不同及沉淀时间等导致出现较大的误差。

尿沉渣显微镜检测可以分别 RBC 和 WBC 形态特点,比如说新鲜尿中 RBC 形态对鉴别肾小球源性和非肾小球源性尿有重要的临床价值<sup>[2-3]</sup>。说明显微镜检测在尿液分析中仍必不可少。所以本科室要求不管干化学分析仪检测还是沉渣仪检测必须同时进行沉渣尿显微镜检测。

## 参考文献

- [1] 刘金荣.干化学法和显微镜法检测尿液中红白细胞结果分析[J].检验医学与临床,2011,8(7):852-853.
- [2] 段兴同,葛成明.尿沉渣染色镜检在临床应用中的价值[J].临床检验杂志,2002,9(1):20-25.
- [3] 孟祥东.2 300 例尿沉渣镜检与尿液干化学分析法测定白细胞结果分析[J].检验医学与临床,2011,8(10):1225-1226.

(收稿日期:2011-08-11)

(上接第 2798 页)

### 3.2 头位难产的处理

**3.2.1 体位** 在腹壁正中或稍偏旁较易摸到胎肢和听到胎心、胎背和胎儿肢体分别位于腹部两侧者,孕妇应采取胎腹侧侧俯位,利用重力使胎方位自然转成枕前或枕横位。

**3.2.2 徒手旋转胎头** 时机选择非常重要,宜在宫口开大至 6~7 cm,先露在坐骨棘下 1.5 cm 时为宜<sup>[5]</sup>。方法:在宫缩间隙时,将右手食指和中指伸入阴道内,与矢状缝平行,食指与中指分开约 30°轻轻钳住胎头,宫缩时缓慢旋转至枕前位。持续性枕右横和持续性枕右后应按顺时针方向旋转;持续性枕左横和持续性枕左后应按反时针方向旋转。如旋转过程中感觉不易转动胎头时,可上推胎头,待其松动后再作旋转,旋转成功后取出右手。旋转胎头的时候,左手可在孕妇腹部轻推胎背,按压胎肩以协助胎头旋转和固定胎头以保证旋转成功。

**3.2.3 宫缩乏力的处理** 潜伏期可给镇静剂及宫缩剂;活跃期延长或停滞,在排除产道和胎方位异常后可破膜加强宫缩。

**3.2.4 宫颈水肿** 用阿托品、利多卡因分点宫颈注射。

**3.2.5 陪伴分娩** 对精神过于紧张者,提供安静舒适的独立环境,采取专人及家属陪伴,予讲解分娩知识、播放轻音乐、按摩腰背部等方法转移注意力,取得产妇合作,保证分娩顺利进行。

**3.2.6 阴道助产** 先露达+3 可根据情况酌情进行产钳或胎吸助产。

**3.2.7 剖宫分娩** 转头失败、阴道分娩困难、胎儿宫内窘迫、严重的胎头位置异常、巨大儿、骨产道异常者,宜行剖宫分娩。

综上所述,胎膜早破是头位难产的早期信号,胎头下降延缓或停滞、第二产程延长是头位难产的晚期表现。在分娩的诸多因素中,产道特别是骨产道异常和胎儿大小是不变因素,胎头位置、产力及精神因素是可变因素,而头位难产的最主要原因是胎头位置异常,其次是产力异常,因此及时发现与处理胎头位置异常、纠正异常产力是处理头位难产的关键。

## 参考文献

- [1] 曹缙孙,苟文丽.围产医学[M].北京:人民卫生出版社,2000:479.
- [2] 龙慧.头位难产的识别及处理[J].实用医技杂志,2006,13(23):4280.
- [3] 凌萝达,顾美礼.难产[M].2 版.重庆:重庆出版社,2001:287.
- [4] 岳宝梅.头位难产的识别与处理[J].陕西医学杂志,2000,29(1):34.
- [5] 邱要儿.头位难产采用徒手胎头旋转术的时机探讨[J].中国实用妇科与产科杂志,2001,17(10):637.

(收稿日期:2011-09-19)