



异常分娩

姚强

四川大学华西第二医院

异常分娩的概念

- 定义

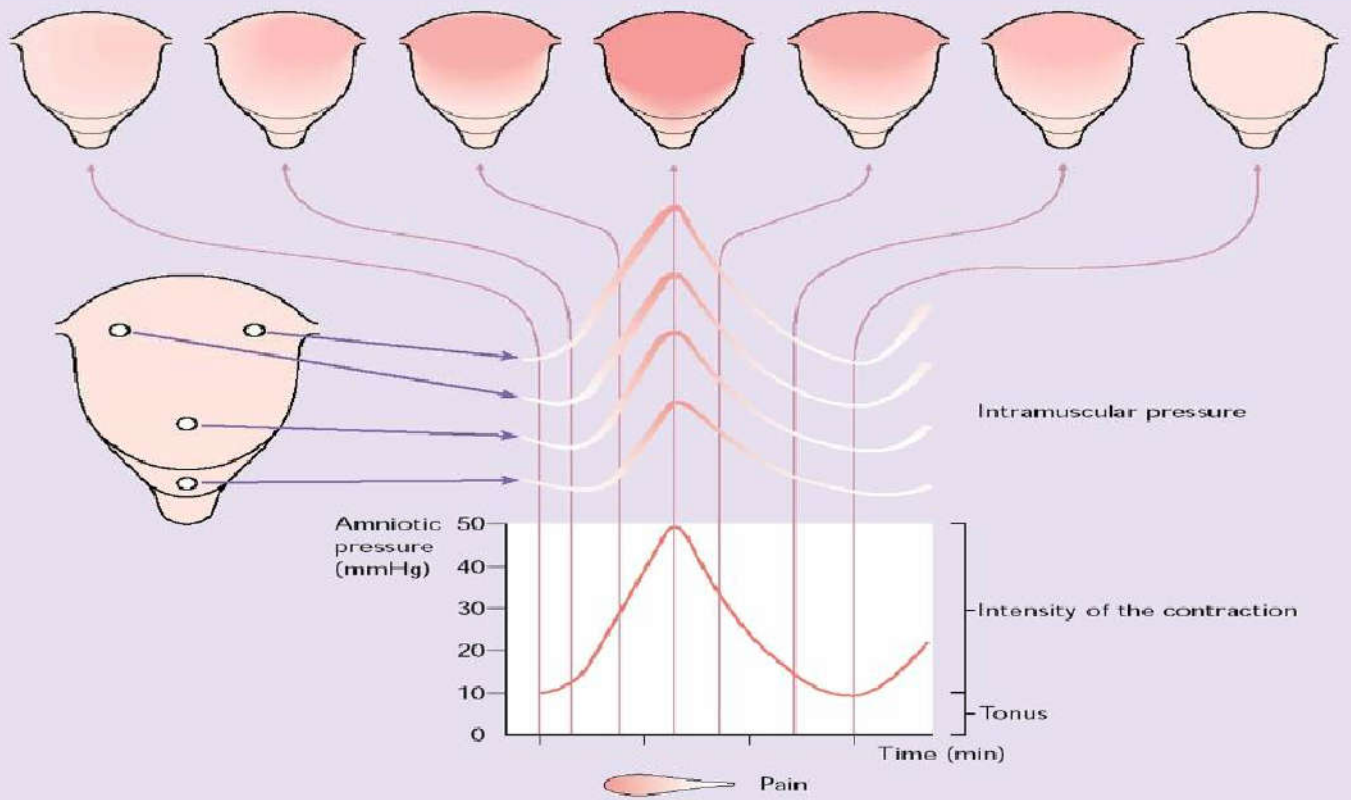
- 异常分娩又称难产(dystocia)，因产力、产道、胎儿及精神心理因素中任何一个或一个以上的因素发生异常以及四个因素间相互不能适应，而使分娩进展受到阻碍，称异常分娩。



第一节 产力异常

Abnormal Uterine Action

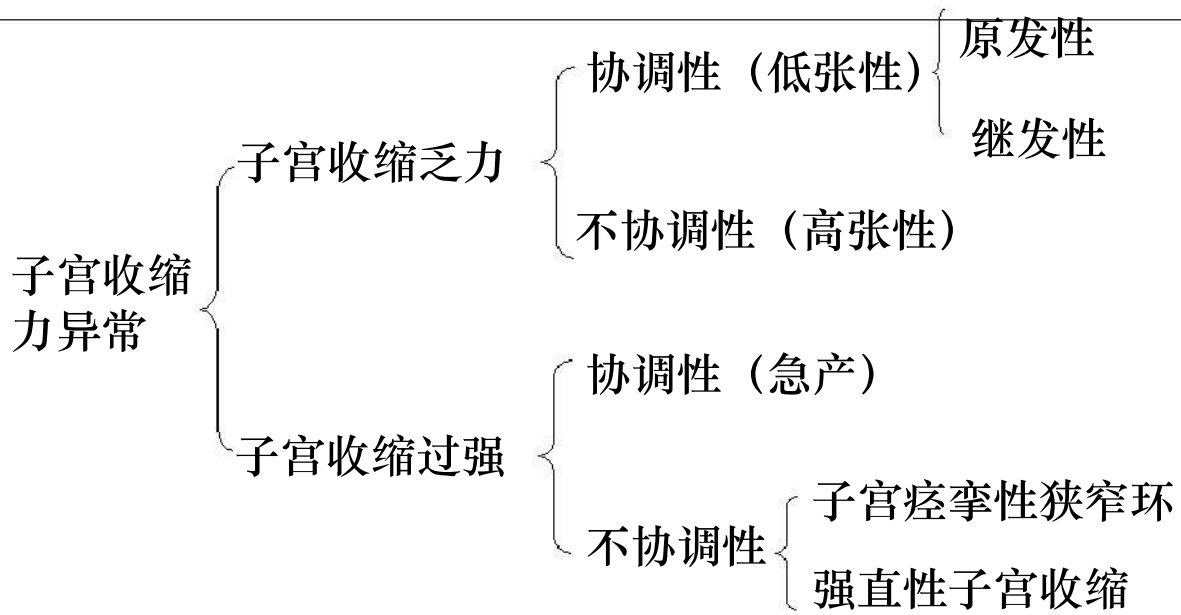
正常宫缩的特点



产力异常的定义

- 在分娩过程中，子宫收缩的节律性、对称性及极性不正常或强度、频率有改变，称为子宫收缩力异常，简称产力异常。

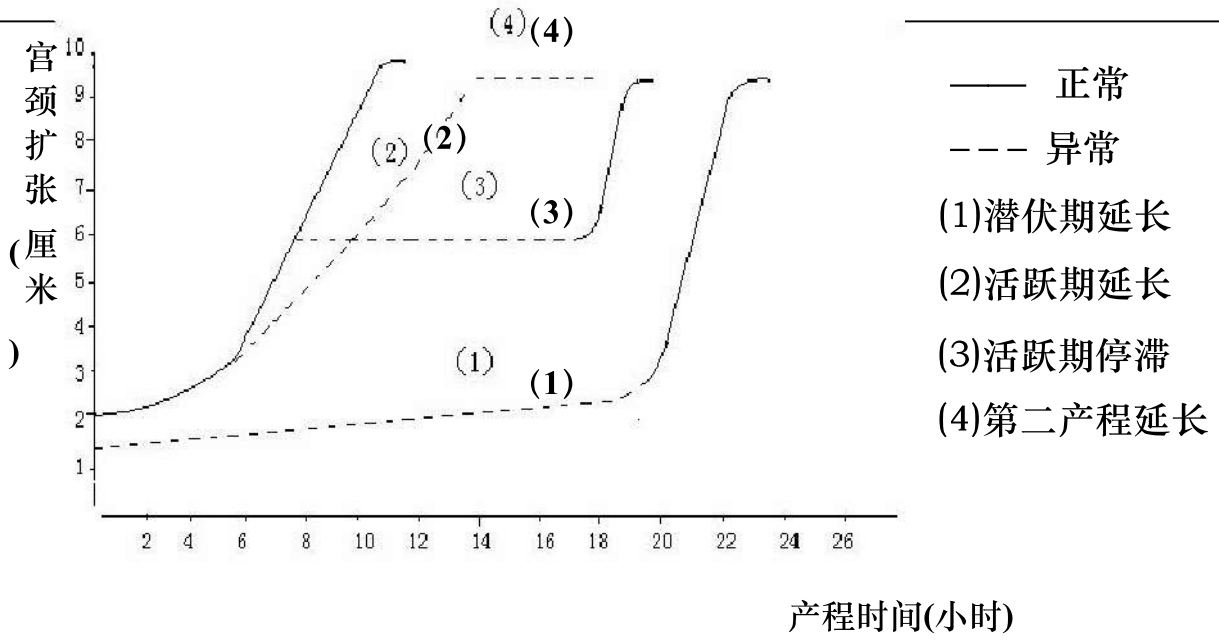
产力异常的分类



子宫收缩乏力的共性临床表现

潜伏期延长	潜伏期超过16小时
活跃期延长	活跃期超过8小时
活跃期停滞	活跃期宫口停止扩张达2小时以上
第二产程延长	初产妇第二产程超过2小时；经产妇第二产程超过1小时
胎头下降延缓	宫颈扩张减速期及第二产程胎头下降速度初产妇 < 1.0 厘米/小时；经产妇 < 2.0 厘米/小时
胎头下降停滞	减速期后胎头下降停止1小时以上
滞产	总产程超过24小时

产程延缓及停滞示意图



子宫收缩乏力对产妇的影响

- 产妇精神疲惫、全身乏力，重者可出现脱水及电解质紊乱
- 胎先露部压迫产道时间过长，可出现产后排尿困难及尿潴留，甚至可导致尿痿及粪痿等严重分娩并发症
- 产后出血、产褥感染病率增加

子宫收缩乏力对胎儿的影响

- 胎儿窘迫、新生儿窒息
- 新生儿产伤、颅内出血
- 吸入性肺炎等

协调性子宫收缩乏力的处理

- 首先寻找原因，检查有无头盆不称和胎位异常，估计能经阴道分娩者，加强宫缩，否则及时剖宫产。
- 第一产程：
 - 预防为主，缓解产妇紧张情绪，指导其休息、饮食、大小便等。
 - 对潜伏期出现的宫缩乏力，首先与假临产鉴别，疑有潜伏期延长时，首选治疗性休息，可用哌替啶100mg或吗啡10mg肌注。
 - 加强宫缩。

协调性子宫收缩乏力的处理

- 第二产程：

- 头盆相称出现宫缩乏力，可静脉滴注缩宫素加强宫缩；
- 若伴胎儿窘迫应尽早结束分娩， $S \geq +3$ 者，产钳助产；
- 否则剖宫产分娩。

- 第三产程：

- 胎肩娩出后可立即将缩宫素10~20u加入25%葡萄糖20ml内静脉注射，预防产后出血。

不协调性子宫收缩乏力的处理

- 重点调节子宫收缩，使其恢复正常节律性及极性
- 强镇静剂
 - 哌替啶100mg或吗啡10mg肌注，产妇充分休息后多能恢复为协调性子宫收缩；
 - 但对伴胎儿窘迫征象及伴有头盆不称者则禁用强镇静剂，而应尽早行剖宫产。
- 宫缩恢复为协调性之前禁用缩宫素

加强子宫收缩方法

- 物理方法（可通过神经反射刺激催产素的释放）：
 - 对排尿困难有尿潴留者实施导尿。
 - 对宫口扩张初产妇不足3cm、经产妇不足2cm、胎膜未破、无头盆不称者用温肥皂水灌肠。
 - 活跃期胎头已衔接而产程延缓时，可行人工破膜术（artificial rupture of membranes）
- 药物：缩宫素(oxytocin)为主

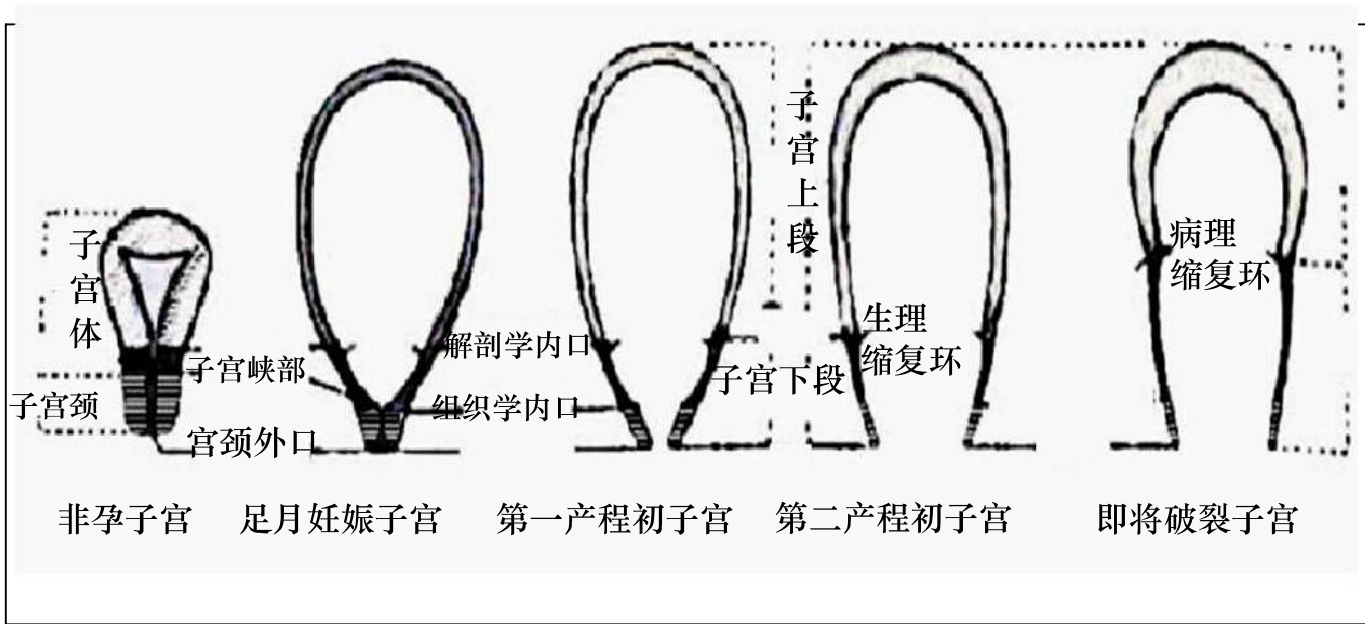
协调性子宫收缩过强的临床表现特点

- 子宫收缩具有节律性、对称性、极性，但收缩力过强。
- 产道无梗阻时，则表现为产程短暂，总产程 < 3小时为急产(precipitate delivery)。
- 若产道梗阻，可发生病理性缩复环(pathologic retraction ring)或子宫破裂(rupture of uterus)。

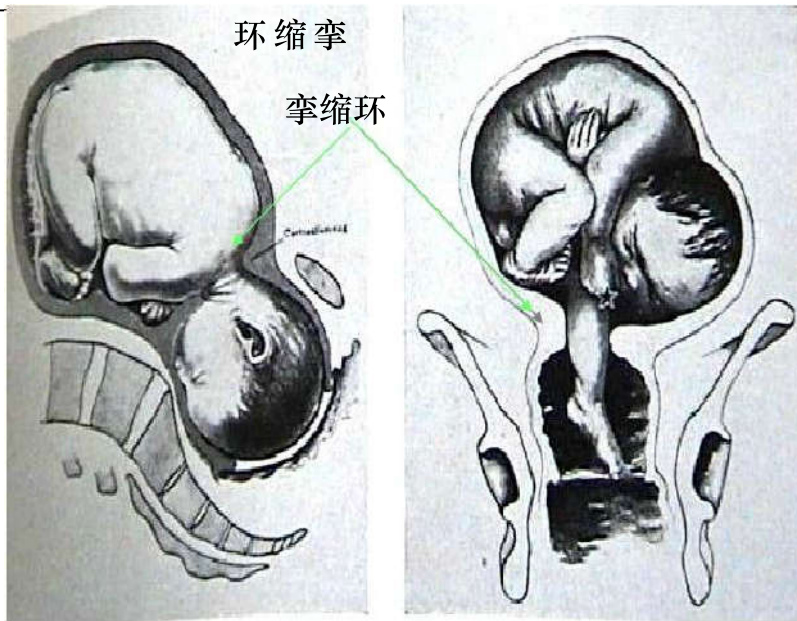
不协调性子宫收缩过强的临床表现特点

- 子宫痉挛性狭窄环(constriction ring of uterus):
 - 子宫局部平滑肌呈痉挛性收缩形成环形狭窄，与病理性缩复环的区别是环的位置不随宫缩而上升，不是子宫破裂的先兆；
 - 第三产程常造成胎盘嵌顿(placental incarceration)。
- 强直性子宫收缩(tetanic contraction of uterus) :
 - 子宫收缩失去节律性，呈强直性、持续性，若合并产道梗阻，可出现病理性缩复环、血尿等先兆子宫破裂征象。

子宫下段及生理与病理缩复环的形成



子宫痉挛性狭窄环



子宫下段挛缩环——

嵌顿胎儿颈部及下肢阻碍产程进展

子宫收缩过强对产妇的影响

- 急产增加软产道裂伤(laceration of birth canal)风险;
- 宫缩过强使宫内压力增高, 有发生羊水栓塞(amnionic fluid embolism)的危险;
- 子宫痉挛性狭窄环可使产程停滞、胎盘嵌顿, 增加产后出血、感染及手术产的机会。

子宫收缩过强对胎儿的影响

- 急产及强直性子宫收缩使子宫胎盘血流减少，子宫痉挛性狭窄环使产程延长，均易发生胎儿窘迫及新生儿窒息；
- 严重者胎死宫内及死产(stillbirth)。

子宫收缩过强——预防及处理

- 应以预防为主
- 药物治疗：
 - 宫缩抑制剂，如25%硫酸镁20ml加入5%葡萄糖液20ml缓慢静注，哌替啶100mg肌注（适用于4小时内不能分娩者），在抑制宫缩的同时密切观察胎儿安危。

子宫收缩过强——预防及处理

- 分娩方式的选择：

- 若宫缩缓解、胎心正常，可自然分娩或经阴道手术助产。
- 若宫缩不缓解，已出现胎儿窘迫征象或已出现病理缩复环者，争取时间尽早行剖宫产。
- 若已胎死宫内，应先缓解宫缩，随后阴道助产处理死胎，以不损害母体为原则。

Forceps



Vacuum Extraction



第二节 产道异常

Abnormal Birth Canal

产道异常的分类

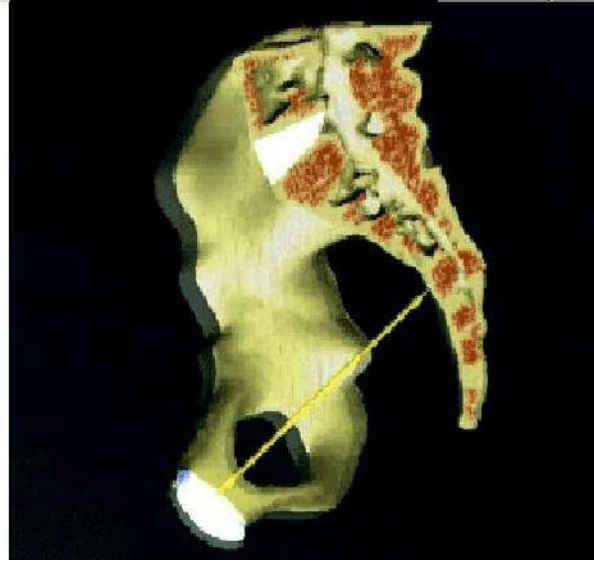
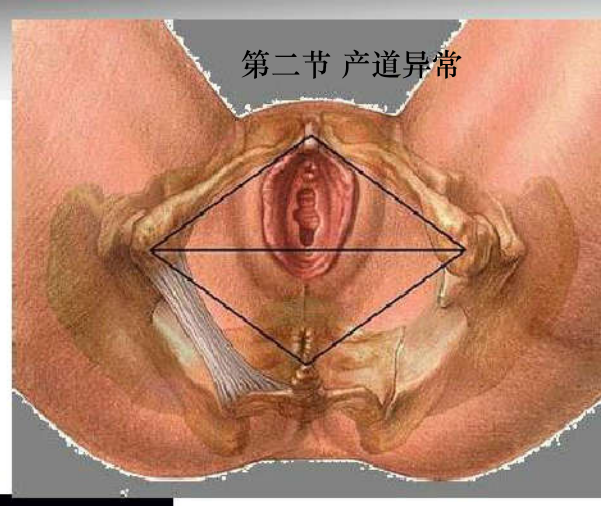
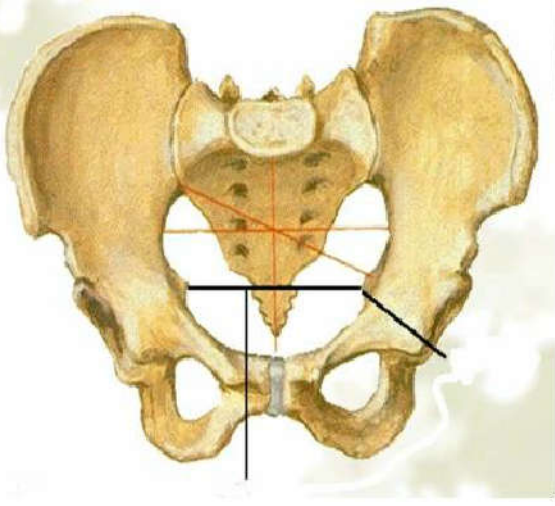
骨产道异常

- 骨盆平面主要径线狭窄
- 骨盆轴异常（如合并骨盆畸形时）
- 骨盆倾斜度异常等

软产道异常

- 先天发育异常
 - 阴道横膈、纵膈、双宫颈等
- 软产道瘢痕
- 盆腔肿瘤合并妊娠等

第二节 产道异常



女型

男型

骨盆入口



骨盆出口



骨盆腔



耻骨弓

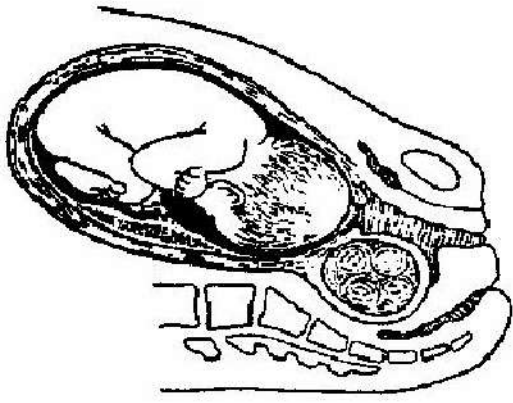


狭窄骨盆对产妇的影响

- 导致胎先露和胎方位异常、胎先露部下降受阻引起继发性宫缩乏力，产程延长，手术产及产后出血增多；产道受压过久，可形成尿瘘或粪瘘。
- 严重产道梗阻处理不及时可致先兆子宫破裂，甚至破裂。
- 胎膜早破及手术助产，增加感染机会。

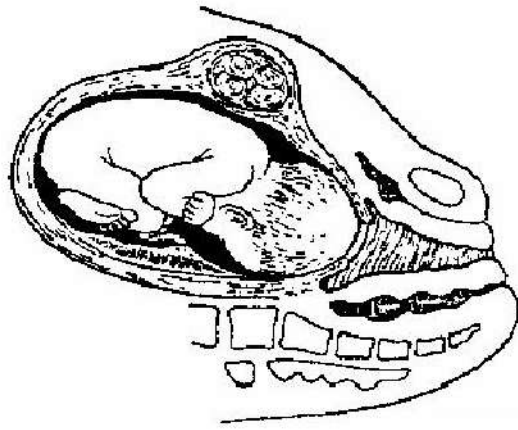
狭窄骨盆对胎儿的影响

- 发生胎膜早破、脐带脱垂(prolapse of cord)机会增多，导致胎儿窘迫甚至死亡。
- 产程延长，胎头受压过久，缺氧缺血易发生颅内出血。
- 产道狭窄手术助产机会增多，易发生新生儿产伤、感染等疾病。



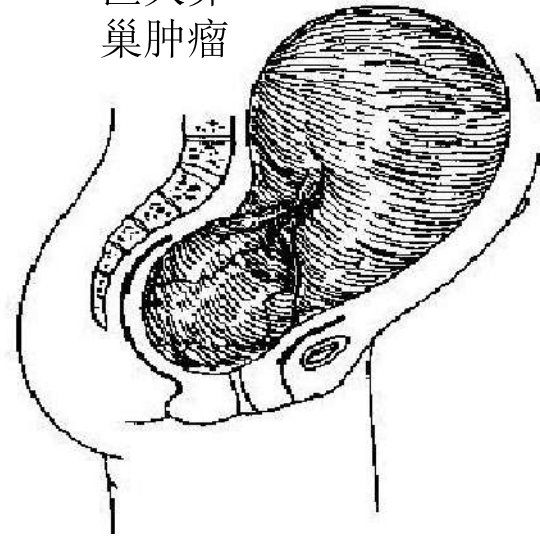
(1) 胎头下降受阻

子宫肌瘤



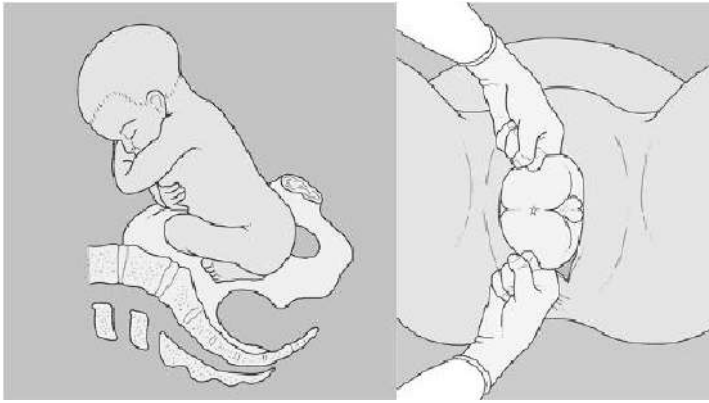
(2) 不影响胎

巨大卵
巢肿瘤



软产道异常（子宫下段瘢痕）

- 近年初产妇剖宫产率的升高使有子宫下段的手术瘢痕者增多，重复剖宫产相应增加
- 瘢痕子宫再孕分娩时有瘢痕破裂的危险
- 并非所有曾行剖宫产的妇女再孕后均须剖宫产



第三节 胎位异常
Abnormal Presentation and Position

胎位异常

- 胎产式异常
- 胎先露异常
- 胎方位异常



胎位异常

胎产式异常

包括纵产式中的臀先露、横产式及斜产式

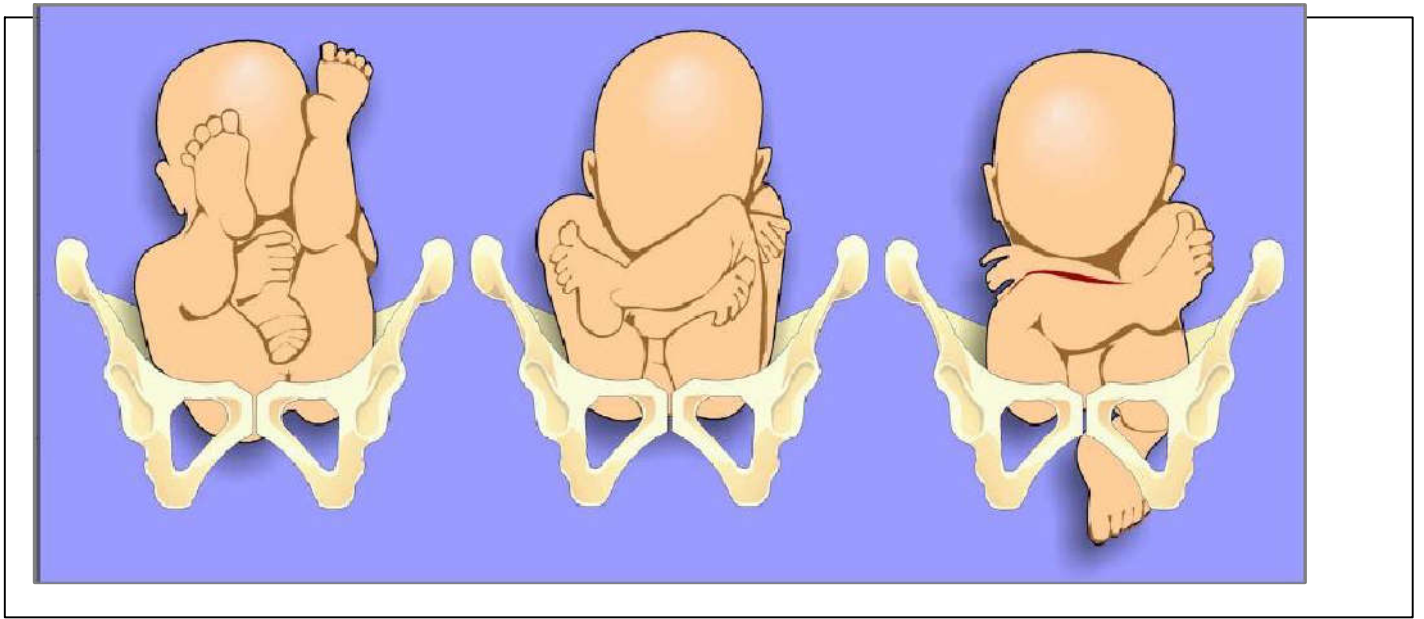
胎先露异常

包括顶先露、臀先露、面先露、额先露、肩先露、复合先露

胎方位异常

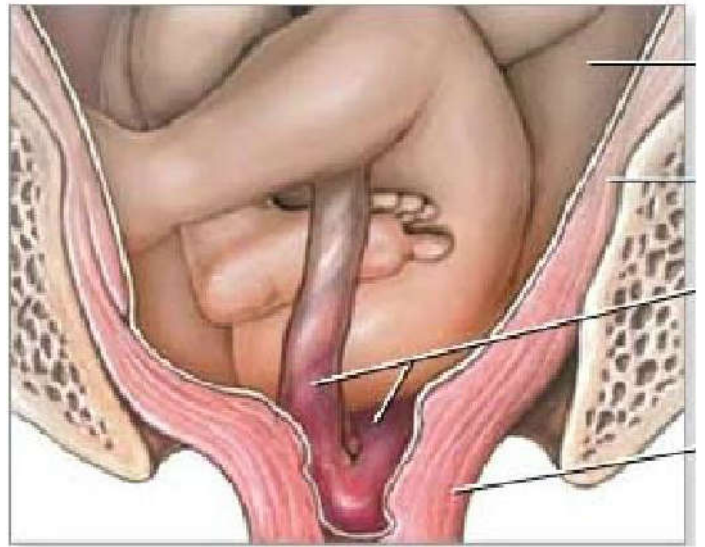
主要有：持续性枕后/枕横位

臀先露的分类



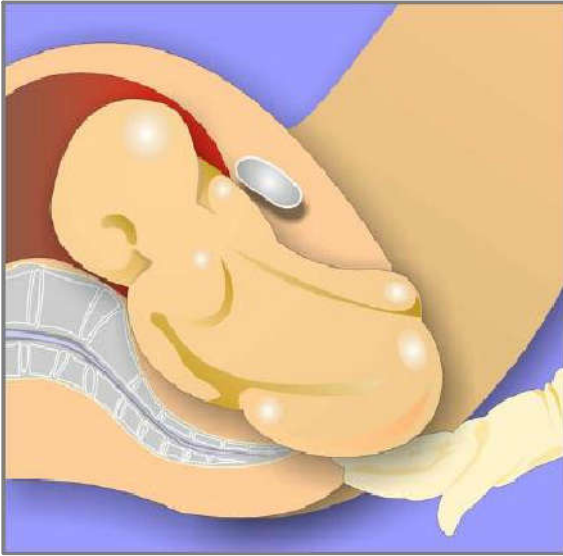
臀先露对母儿的影响

- 对母体的影响
- 对胎儿及新生儿的影响



臀先露的分娩机制及助产

协助胎臀娩出

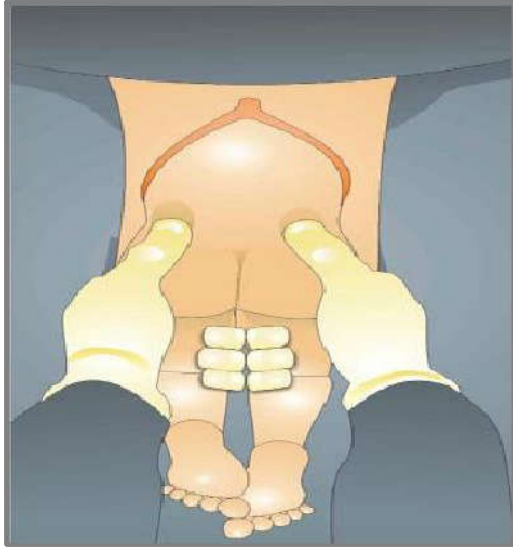


协助下肢娩出

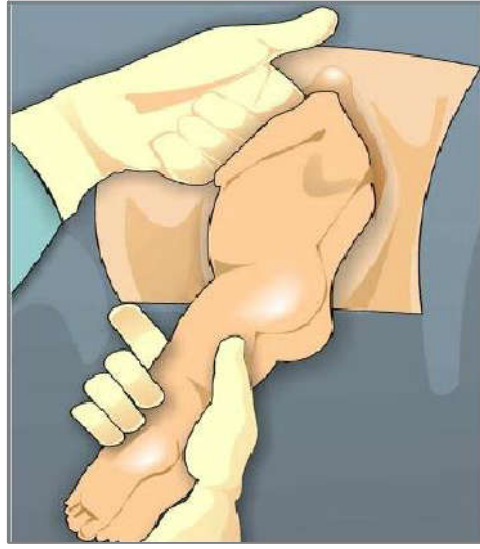


臀先露的分娩机制及助产

协助躯干娩出

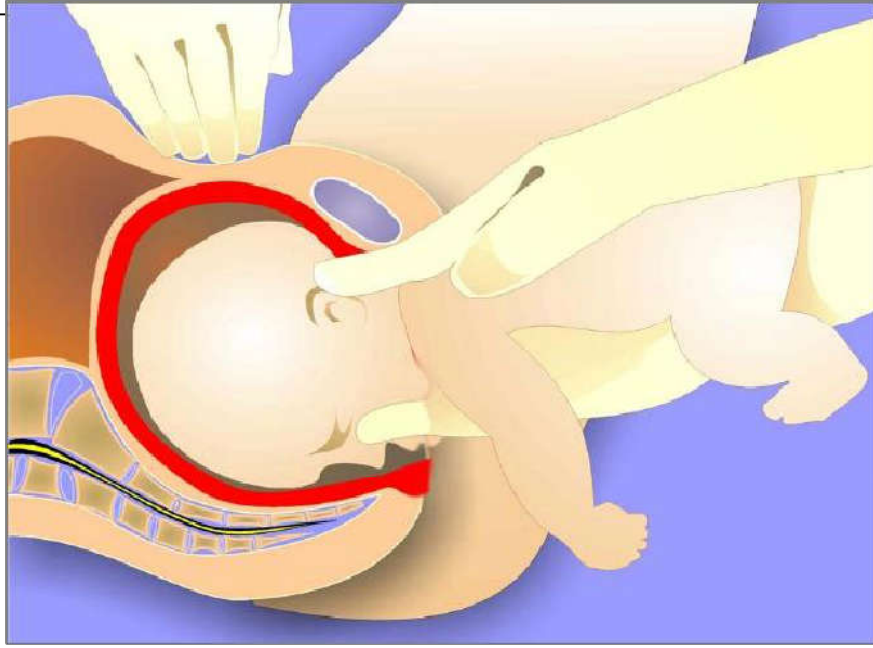


协助上肢娩出



臀先露的分娩机制及助产

助
娩
胎
头



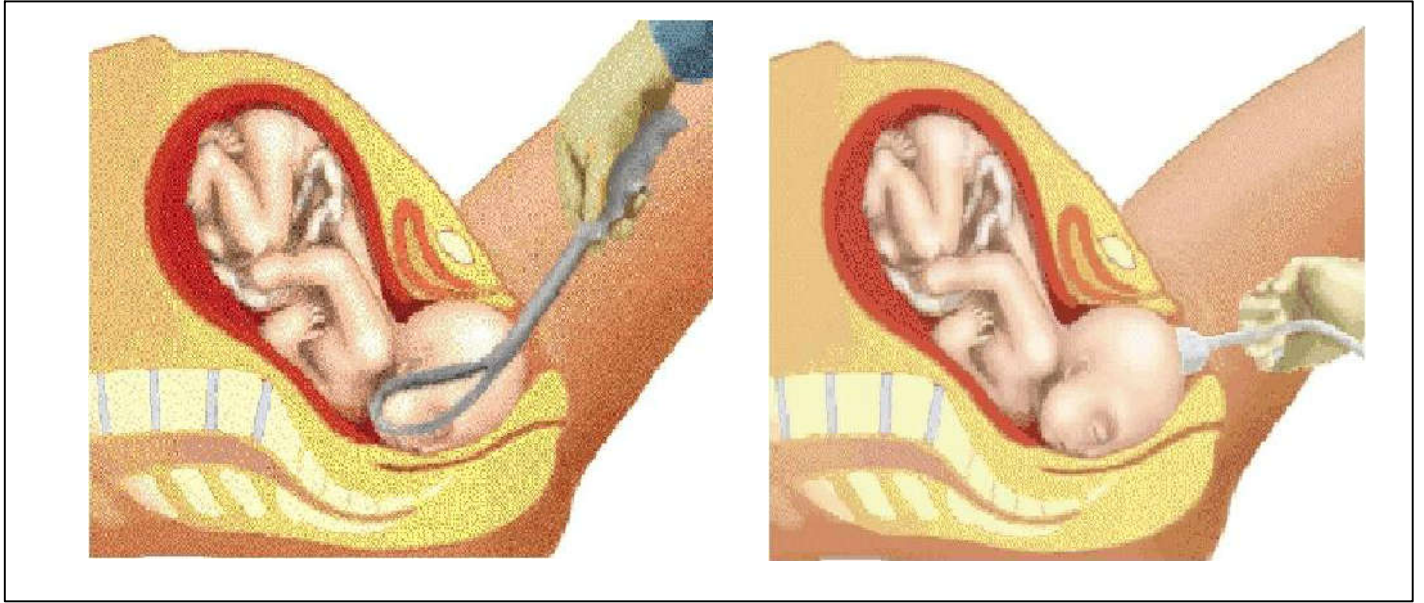
异常分娩的诊治要点

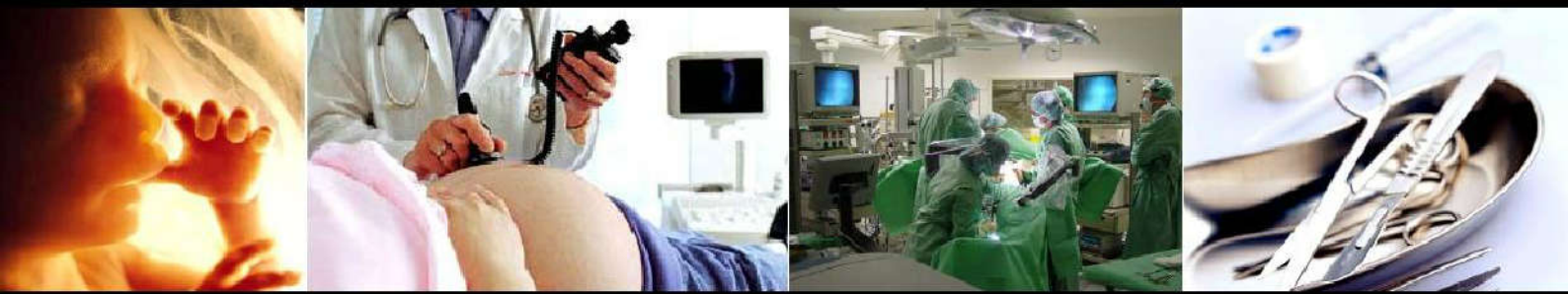
- 产前诊断
 - 妊娠早期—及时发现可能导致肌源性宫缩乏力及产道梗阻的异常因素；
 - 妊娠中晚期—及时发现胎位异常及胎儿畸形。

异常分娩的诊治要点

- 产时诊断
 - 产程进展缓慢及受阻是异常分娩的特征之一，应严密观察产程进展，及时发现异常情况。
- 注重病因学诊断

产钳助产及胎头吸引术助产处理异常分娩





谢 谢