

[文章编号] 1000-2200(2011)07-0712-03

· 临床医学 ·

持续性枕横位与枕后位 122 例临床分析

杨 玲

[摘要]目的:探讨持续性枕横位和枕后位产程进展、分娩方式及围生儿预后。方法:对 122 例持续性枕横位、枕后位产妇及围生儿的临床资料进行回顾性分析,并以同期 121 例枕前位产妇为对照。结果:持续性枕横位与枕后位骨盆异常、宫缩乏力发生率比枕前位高($P < 0.05 \sim P < 0.01$);第一产程、第二产程和总产程时间均明显长于枕前位($P < 0.01$),产钳助产率和剖宫产率均明显高于枕前位($P < 0.01$)。胎儿窘迫、轻度窒息、重度窒息均明显多于枕前位($P < 0.01$)。结论:持续性枕横位及枕后位产程时间延长、宫缩乏力是难产的主要原因之一;若处理不当,围生儿预后欠佳,手术产率提高。

[关键词] 分娩;枕横位;枕后位;预后

[中国图书资料分类法分类号] R 714.44

[文献标识码] A

Clinical analysis of 122 cases of fetal persistent occiput-transverse position and persistent occiput-posterior position

YANG Ling

(Department of Obstetrics and Gynecology, The Second Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

[Abstract] **Objective:** To study the characteristics of the delivery progress, methods of delivery and perinatal prognosis in cases with fetal persistent occiput-transverse position (POTP) and persistent occiput-posterior position (POPP). **Methods:** The clinical data of one hundred and twenty-two cases of POTP and POPP were analyzed retrospectively, and one hundred and twenty-one cases of occiput anterior position acted as control. **Results:** The incidence of fetal macrosomia and uterine atony in the abnormal fetal occipital position group was significantly higher than that in the control ($P < 0.05 - P < 0.01$). And their first labor stage, second labor stage and total labor stage were obviously prolonged compared with the control ($P < 0.01$). The incidence of fetal hypoxia and neonatal asphyxia was markedly higher in the abnormal occiput group than in the control ($P < 0.01$). **Conclusions:** The POTP and POPP are the major causes of dystocia. Unsuitable management may increase the operative delivery rate and lead to poor perinatal prognosis.

[Key words] pregnancy; transverse position; posterior position; prognosis

头先露时胎头不以枕前位俯屈通过产道称为胎头位置异常,是引起难产的首要原因。其中,内旋转发生障碍如持续性枕横位及枕后位,是头位难产的原因之一^[1],且常导致产程延长、胎先露下降延缓甚至阻滞及产后出血,若处理不当导致新生儿窒息率及病死率升高^[2]。本文就我科收治的 122 例持续性枕横位和枕后位产程特点、分娩方式以及对围生儿预后的影响作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 122 例均符合持续性枕横位或枕后位诊断标准^[3],年龄 19 ~ 32 岁;其中枕横位 79 例,枕后位 43 例。随机选择同期分娩枕前位 121 例作为对照组,年龄 19 ~ 32 岁。2 组均为足月单胎、初产妇,无严重妊娠合并症及并发症。

1.2 各种产程异常诊断标准^[4] (1) 潜伏期延长:潜伏期超过 16 h; (2) 活跃期延长:活跃期超过 8 h; (3) 活跃期停滞:活跃期子宫口停止扩张达 2 h 以上; (4) 第二产程延长:初产妇第二产程超过 2 h; (5) 胎头下降延缓:子宫颈扩张减速期及第二产程胎头下降速度初产妇 $< 1.0 \text{ cm/h}$; (6) 胎头下降停滞:减速期后胎头下降停止 1 h 以上。

1.3 观察指标 胎儿窘迫:胎儿在子宫内因急性或慢性缺氧危及其健康和生命者。新生儿窒息:新生儿出生时 1 min 或 5 min 或 10 min Apgar 评分 ≤ 7 分为轻度窒息, ≤ 3 分为重度窒息。

1.4 统计学方法 采用方差分析和 q 检验及秩和检验。

2 结果

2.1 发生因素比较 除枕后位的胎儿过大发生率外,持续性枕横位、枕后位的骨盆异常、宫缩乏力、胎儿过大发生率均高于枕前位($P < 0.05$),而胎盘异常或子宫肌瘤因素差异无统计学意义($P > 0.05$);

[收稿日期] 2010-12-29

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 妇产科,安徽 蚌埠 233040

[作者简介] 杨 玲(1975 -),女,主治医师。

枕横位与枕后位各因素比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 1)。

表 1 枕横位与枕后位的发生因素比较 [n; 百分比 (%)]

分组	n	骨盆异常	宫缩乏力	胎儿过大	胎盘位置异常 或子宫肌瘤
枕横位	79	14(17.72)	28(35.44)	31(39.24)	6(7.59)
枕后位	43	9(20.93)	23(53.48)	11(25.58)	1(2.33)
枕前位	121	10(8.26) _#	25(20.66) _#	29(23.97) [*]	4(3.31)
合计	243	33(13.58)	76(31.28)	71(29.22)	11(4.53)
χ^2	—	6.05	16.85	5.73	2.62
P	—	<0.05	<0.01	>0.05	>0.05

两两比较:与枕横位比较* $P < 0.05$;与枕后位比较# $P < 0.05$

2.2 产程比较 持续性枕横位、枕后位第一产程、第二产程和总产程时间均明显长于枕前位组 ($P < 0.05$) 枕横位与枕后位各产程时间差异无统计学意义 ($P > 0.05$) (见表 2)。

表 2 3 组产程比较 (h; $\bar{x} \pm s$)

分组	n	第一产程	第二产程	总产程
枕前位	121	8.2 ± 1.9	0.8 ± 0.4	8.2 ± 3.1
枕横位	79	11.2 ± 0.5 ^{**}	1.6 ± 0.5 ^{**}	13.2 ± 3.5 ^{**}
枕后位	43	10.8 ± 0.4 ^{**}	1.7 ± 0.6 ^{**}	14.2 ± 2.9 ^{**}
F	—	130.86	95.12	86.91
P	—	<0.01	<0.01	<0.01
MS _{组内}	—	1.914	0.224	10.258

q 检验:与枕前位比较^{**} $P < 0.01$

2.3 新生儿结局比较 持续性枕横位与枕后位胎儿窘迫、轻度窒息和重度窒息均明显高于枕前位组 ($P < 0.01$) (见表 3)。

表 3 2 组胎儿窘迫、新生儿窒息程度比较 [n; 百分比 (%)]

分组	n	正常	胎儿窘迫	轻度窒息	重度窒息	Hc	P
枕横位	79	41(51.90)	19(24.05) ^{**}	14(17.72) ^{**}	5(6.33) ^{**}		
枕后位	43	12(27.91)	16(37.21) ^{**}	12(27.91) ^{**}	3(6.98) ^{**}	51.07	<0.01
枕前位	121	104(85.95)	8(6.61)	7(5.79)	2(1.65)		
合计	243	120(49.38)	43(17.70)	33(13.58)	10(4.1)		

两两比较的秩和检验:与枕前位比较^{**} $P < 0.01$

2.4 分娩方式比较 持续性枕横位与枕后位产钳助产率及剖宫产率均明显高于枕前位组 ($P < 0.01$) (见表 4)。

3 讨论

3.1 持续性枕横位和枕后位的诊断 胎头位置异常是引起难产的首要原因。枕横位和枕后位是常见的头位异常 在头位难产中,分娩的三大因素产力、

表 4 2 组分娩方式比较 [n; 百分比 (%)]

分组	n	自然顺产	产钳助产	剖宫产	χ^2	P
枕横位	79	15(18.99)	23(29.11)	41(51.90)		
枕后位	43	4(9.30)	7(16.28)	32(74.42)	146.55	<0.01
枕前位	121	110(90.91)	3(2.48)	8(6.61)		
合计	243	129(53.09)	33(13.58)	81(33.33)		

产道、胎儿关系相辅相成,很少是由单一因素而造成^[5]。在胎头位置异常中又以持续性枕横位与枕后位发生率最高。很多病例经过充分试产,持续性枕后位或持续性枕横位仍不能自转成枕前位,应该仍然以持续性枕横位或持续性枕后位作为第一诊断,若行子宫下段剖宫产,则应为手术产的第一指征,如同时合并头盆不称时,则列为第二诊断。

3.2 持续性枕横位和枕后位的产程特点及对围生儿影响 骨盆异常、宫缩乏力、头盆不称、胎盘位置异常、子宫肌瘤均可妨碍胎头内旋转。枕横位及枕后位时,由于上述原因致胎头俯屈不良,不能以枕下前囟径而以枕额径入盆,使胎儿通过产道的径线增大,阻力增加,故产程明显延长;尤其活跃期后进展缓慢,不利胎头下降。由于产程延长,尤其产钳助产时,胎头在盆底受压时间较长,增加缺氧机会,常出现胎儿窘迫和新生儿窒息,使围生儿病死率增加^[6]。本研究发现,枕横位及枕后位的产程时间明显较枕前位延长,同时胎儿窘迫及新生儿窒息的发生率明显均明显高于枕前位。

3.3 持续性枕横位和枕后位的早期诊断及处理 本研究中持续性枕横位和枕后位的产钳助产率及剖宫产率远高于枕前位,鉴于枕位异常的产程特点、手术产率及对围生儿的危害,故早期发现、及时处理,防止产程延长就十分重要。文献^[7]报道,持续性枕横位及枕后位产程异常可表现不同类型。当胎儿巨大,宫口扩张 3~5 cm 时出现产程延缓或阻滞;或骨盆中下段临界狭窄,子宫口扩张 8~9 cm 时出现延缓或阻滞,应考虑枕位异常所致难产的可能^[8]。

凡以枕横位入盆者,除明显头盆不称外,均应试产。但是,在试产过程中出现产程异常,应引起注意,不外乎头盆不称和产力不佳。当子宫颈扩张近全,或开全以后,可以拇指与四指自然分开握住儿头向前旋转。旋转至前位后,胎头一般均能很快下降,可自然分娩或以产钳助产。常常由于认识上的错误,认为持续性枕横位是一种轻微的胎位异常,胎头位置低,阴道分娩的机会比持续性枕后位多。因此,容易放松警惕,对胎儿造成严重后果。(下转第 716 页)

13% 为 CIN2、CIN3。我们认为对 CIN1 患者治疗应依据阴道镜检查图像满意度、随访可行性、患者年龄、生育要求综合分析,并充分尊重患者对治疗方案的选择权。除了对 CIN1 密切随访外,对阴道镜图像不满意、无生育要求、年龄较大者(>35 岁)、难以随访者应积极进行 LEEP 子宫颈锥切以防漏诊,并同时治疗^[4]。本研究中,CIN130 例,占 40%,比例偏高,可能与本单位大部分患者为农民随访不便有关。

3.2 术后并发症对策 出血是 LEEP 最常见的术后并发症,常发生于术后 7~14 d,大部分为创面感染、焦痂脱落所致,少部分与手术切除范围过大、过深有关^[5]。为了减少术中、术后出血,建议采取如下措施:(1)术前需阴道准备,如有阴道及子宫颈局部炎症,应给予相应治疗后再手术;(2)术中正确掌握切除范围和深度,术后出血一般发生在 10~14 d,可给予电凝止血、阴道填塞碘仿纱条、局部涂抹止血剂等。子宫颈管狭窄、粘连与患者年龄及切除病变深度有关,一般绝经后妇女子宫颈移行区上移容易发生,另外电凝时间过长也是造成狭窄的原因。凝固坏死组织增多,会增加感染机会和手术后阴道排液量。术前应排除阴道炎症、子宫颈感染,术后预防

性应用抗生素,积极控制手术范围和深度以预防子宫颈管狭窄的发生。本研究中有 1 例 CIN3 患者术后 13 天阴道出血量多就诊,妇检见创面有活动性出血予以电凝止血后痊愈,可能与切除子宫颈组织范围过大、过深有关。

LEEP 术是治疗 CIN 的安全有效方法,只要掌握手术指征,规范手术步骤,把握手术范围和深度,严密有序随访,注意术后并发症,加强护理,可获得满意疗效。

[参 考 文 献]

- [1] 张蕙,魏立慧.高频电波刀在子宫颈手术中的应用[J].中华妇产科杂志 2000 35(2):121-122.
- [2] 薛月珍,韩玲,江立珍.不同 LEEP 术式在治疗子宫颈病变后子宫颈塑形观察[J].上海交通大学学报:医学版 2006 26(9):1051-1055.
- [3] 徐卫萍,陈仙黔,郑素萍.高频电波刀(LEEP 电波刀)在子宫颈病变中的临床应用[J].牡丹江医学院学报 2006 27(5):27-29.
- [4] 姚红霞,王玲,吴红.LEEP 术在子宫颈上皮内瘤变中的诊治价值[J].同济大学学报:医学版 2009 30(3):106-108.
- [5] 伍东月.子宫颈 LEEP 术 229 例并发症的临床分析[J].中国妇幼保健 2010 25(19):2660-2661.

(本文编辑 姚仁斌)

(上接第 713 页)

枕后位应争取早期诊断,及时处理,产程中始终保持良好的产力是处理早期枕后位的关键。只有让产妇具有良好的产力,在没有头盆不称的前提下,可能促使胎儿枕部转向前方经阴道分娩。持续性枕后位的处理原则仍然是加强产力,促使胎头旋转及下降。改善产力,应根据产程的不同阶段作相应的处理。徒手旋转胎头是持续性枕后位常用的处理方法,如转为枕前位则有助于胎头良好俯屈,缩小胎头径线,促使胎头下降,阴道分娩几率增加。因此,徒手旋转胎头成功与否势必影响持续性枕后位的分娩方式,如转胎头后下降达 S⁺³以后无进展,再行产钳助产。若经以上方式仍不能进展则考虑剖宫产^[9]。

处理持续性枕后位、枕横位的分娩方式关键是要正确判断导致持续性枕后位、枕横位的原因,如骨盆狭窄、头盆不称,则应及早采用剖宫产术结束分娩,以确保母婴平安。对于第一产程因精神因素导致的原发性宫缩乏力而致的持续性枕后位、枕横位,经排除产道及胎儿因素异常后,可进行心理疏导,使用镇静剂,待产妇体力恢复,宫缩乏力得以纠正后,产程则能顺利进展,经产道分娩。对于第二产程延长、停滞的持续性枕后位、枕横位,如无骨盆狭

窄、胎儿异常,则可进行阴道手术助产(产钳术、胎头吸引术)。对骨盆狭窄者最好的办法还是及早实施剖宫产术。

[参 考 文 献]

- [1] 庄依亮,李笑天.病理产科学[M].北京:人民卫生出版社,2003:651-656.
- [2] 周玮,蔡汉忠.胎头位置异常与梗阻性难产[J].中国实用妇科与产科杂志 2006 22(2):89.
- [3] 凌萝达,顾美礼.难产[M].2版.重庆:重庆出版社,2001:290-321.
- [4] 乐杰.妇产科学[M].6版.北京:人民卫生出版社 2004:209-210.
- [5] 韩爱卿,张志伟,侯艳梅.及时处理持续性枕横位枕后位可降低低位难产[J].中国妇幼保健 2005 20(1):30-37.
- [6] 冷波,王丽霞,宋朝晖.持续性枕后位 180 例临床分析[J].中国实用妇科与产科杂志 2005 21(4):2392-2401.
- [7] Blasi I, D'Amico R. Sonographic FV. assessment of fetal spine and head position during the first and second stages of labor for the diagnosis of persistent occiput posterior position: a pilot study[J]. Ultrasound Obstet Gynecol 2010 35(2):210-215.
- [8] 范玲,黄醒华,王琪.持续性枕横位及枕后位的产程特点及围产儿预后[J].中华妇产科杂志 2002 32(10):6202-6221.
- [9] 漆洪波,孙江川,李莉.持续性枕后位的临床特点及分娩方式的选择[J].中国实用妇科与产科杂志 2006 22(2):102-105.

(本文编辑 章新生)