

# 肩难产46例临床分析

芮燕文

(浙江省三门市中医院 三门 317100)

关键词: 肩难产; 临床分析

中图分类号: R 714.4

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0056-01

肩难产属于产科急诊, 如果处理不当, 常发生母婴损伤, 造成严重后果, 极易引起医疗纠纷。本院采用美国家庭医师学会编写的、由盖铭英教授审译的《ALSO 高级产科生命支持》一书中肩难产处理中的 HELPERR 口诀, 成功处理肩难产 46 例。现分析如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本院自 2002 年 10 月~2006 年 12 月经阴道分娩总数 5 260 例, 发生肩难产 46 例(发生率 0.87%)。其中胎儿体重  $\geq 4 000\text{g}$  26 例(占 57.52%), 正常出生体重的 20 例(占 43.48%)。妊娠合并糖尿病 3 例, 母亲肥胖 5 例, 过期妊娠 6 例, 既往有肩难产病史 5 例, 产钳助产 8 例。

1.2 方法 本院妇产科所有医师及助产士均进行肩难产知识的培训, 利用模型演示, 能熟练掌握 HELPERR 口诀及其具体操作。其口诀的具体操作如下: (1)H- 通知支援: 请产科、麻醉科、儿科医生到位, 明确每位医务人员的职责, 做好新生儿复苏的各项准备。(2)E- 估计是否会阴切开。(3)L- 双腿 Mcrobert 操作: 产妇大腿屈曲并压向其腹部, 该操作有两点好处, 一是耻骨联合向头侧旋转并使腰椎伸直, 增大了骨盆入口平面, 可以松解嵌顿前肩; 二是使骨盆入口处于垂直于产力的位置, 减少分娩时的阻力。(4)P- 耻骨上加压: 当接生医师持续轻轻地向外牵拉胎儿时, 助手在耻骨上加压约 30~60s。置于耻骨联合上加压的手必须放在胎儿前肩上, 按心肺复苏的手法使胎肩内收或向前压下通过耻骨联合。压力应从母侧方, 使助手手掌向下、向侧方施力作用于胎肩的后部。如果该操作失败, 那么立即转入下一步。(5)E- 进入阴道内操作: 这项操作企图将胎儿前肩转到斜径上, 使其转入耻骨下。可以用 Rubrn 或 Woods 旋转手法完成。(6)R- 娩出后臂: 该操作是将后臂拉出产道以缩短双肩径, 同时使胎儿降落骨盆陷凹内, 而使前肩内收从前方解脱嵌顿。要有效地完成这一操作, 临床医师应将手深深插入阴道内试图找到后臂, 弄清前臂的位置后, 要使其肘关节屈曲于胸前, 以洗脸的方式从胸前娩出该前臂。(7)R- 将产妇转成“四肢着床”(趴位)的姿势: 这种“四肢着床”的操作是处理肩难产的一种安全快速而有效的操作方法。HELPERR 口诀要求每次操作 30~60s 内完成, 如果此项操作失败, 那么立即转入下一步。操作顺序不一定要严格按口诀顺序进行, 可灵活安排, 但各个措施安排要符合逻辑。

## 1.3 结果

1.3.1 母体情况 46 例中软产道裂伤 8 例, 其中会阴侧切加直裂 4 例, 阴道后壁裂伤 3 例, 会阴 3 度裂伤 1 例。产后大出血, 造成漏吸, 峡部的肌瘤可阻碍器械操作, 引起吸宫不全。此类高危手术应请有经验医师, 最好在 B 超监视下进行。由于高度重视, 本文无 1 例漏吸及吸宫不全发生。

血 5 例, 其中 1 例是软产道裂伤, 4 例宫缩乏力引起。

1.3.2 新生儿情况 轻度窒息 10 例, 重度窒息 2 例, 臂丛神经损伤 1 例, 新生儿锁骨骨折 1 例。46 例均跟踪随访, 未出现后遗症。

## 2 讨论

2.1 肩难产的定义及诊断 因对肩难产的定义掌握不同, 肩难产的发生率各家报道不一致, 国外报告 0.15%~0.6%。国内近年来对肩难产逐渐引起重视, 报道渐多, 杨辛等报告的发病率为 0.15%, 与国外大致相同<sup>[1]</sup>。本院统计为 0.87%, 发生率较文献报道略有升高, 这可能与胎儿体重增加有关。传统肩难产的定义是胎头娩出后, 胎儿前肩嵌顿于耻骨联合上方, 用常规助产手法不能娩出胎儿双肩。目前多认为胎头娩出到胎体娩出时间  $\geq 60\text{s}$  作为肩难产诊断更具有临床意义。

2.2 肩难产的高危因素及预测 肩难产的产前因素有巨大儿、妊娠合并糖尿病、过期妊娠、既往有肩难产病史者、骨盆狭窄、扁平骨盆及骨盆倾斜度过大等。发生肩难产的一些警告体征: 第一产程活跃期进展缓慢, 第二产程延长伴“乌龟征”, 以及使用胎头吸引器或产钳助产。肩难产与胎儿体重、胎头与肩围、胎头与胸围的比例不协调有关, 因此预测肩难产需要从以下几方面着手。(1)体重的预测: 临床应用母亲的宫高和腹围, 妊娠晚期宫高  $\geq 35\text{cm}$ 、腹围加宫高  $\geq 140\text{cm}$  则有可能为巨大儿, 但应排除多胎妊娠、羊水过多、母体过度肥胖等。(2)肩难产的预测: 当胸围与头围之差  $\geq 1.6\text{cm}$ , 肩围与头围之差  $\geq 4.8\text{cm}$ , 胸径与头围之差  $\geq 1.5\text{cm}$  或双肩径  $\geq 14\text{cm}$ , 有肩难产可能<sup>[2]</sup>。

肩难产一旦发生, 一般的助产手法多难以奏效。由于它发生突然, 常使无经验的助产者在惊慌失措中使用暴力牵拉胎头, 造成严重的新生儿并发症及产妇的产道损伤或产后出血, 故需正确而快速处理。虽然处理肩难产的理论和方法在产科教材和许多工具书中均有描述, 但总感觉没有形成一种规范, 操作起来手忙脚乱。本院依据 HELPERR 口诀成功处理 46 例肩难产, 50% 以上的病例采用耻骨上加压加 Mcrobert 操作法解除嵌顿, 2 例经试用各项操作无效的情况下, 运用“四肢着床”位获得成功。HELPERR 口诀作为一个临床工具和操作规范, 给操作者提供记忆指南和应有的动作框架, 值得临床推广和应用。

### 参考文献

[1]凌萝达, 顾美礼. 头位难产[M]. 重庆: 重庆出版社, 2001. 372-376  
[2]乐杰. 妇产科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 131-132  
(收稿日期: 2007-07-16)

### 参考文献

[1]丰有吉. 妇产科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001. 283-284  
(收稿日期: 2007-09-03)