

产后出血 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/308/2021_2022__E4_BA_A7_E5_90_8E_E5_87_BA_E8_c22_308377.htm 名称产后出血所属科室妇产科病因可分为宫缩乏力。较产道裂伤，胎盘因素及凝血功能障碍4类。1.宫缩乏力 胎儿娩出后，胎盘自宫壁剥离及排出，母体宫壁血窦开放致出血。在正常情况下由于产后宫腔容积缩小，肌纤维收缩加强，使交织于肌纤维间的子宫壁内血管被压迫止血，与此同时血窦关闭，出血停止。同时由于孕产妇的血液呈高凝状态，粘在胎盘剥离后损伤血管的内皮胶原纤维上的血小板大量聚集形成血栓，纤维蛋白沉积在血小板栓上，形成更大的血凝块，有效地堵塞子宫血管，使肌纤维收缩后放松时也不再出血。若胎儿娩出后宫缩乏力使子宫不能正常收缩和缩复，胎盘若未剥离、血窦未开放时尚不致发生出血，若胎盘有部分剥离或剥离排出后，宫缩乏力不能有效关闭胎盘附着部子宫壁血窦而致流血过多，是产后出血的主要原因。宫缩乏力可由于产妇精神过度紧张，分娩过程过多使用镇静剂、麻醉剂；异常头先露或其他阻塞性难产，致使产程过长，产妇衰竭；产妇产宫肌纤维发育不良；子宫过度膨胀，如双胎、巨大胎儿、羊水过多，使子宫肌纤维过度伸展；产妇贫血、妊高征或妊娠合并子宫肌瘤等，均可影响宫缩。2.软产道裂伤 为产后出血的另一重要原因。子宫收缩力过强，产程进展过快，胎儿过大，往往可致胎儿尚未娩出时宫颈和（或）***已有裂伤。保护会阴不当、助产手术操作不当也可致会阴***裂伤。而会阴切开过小胎儿娩出时易形成会阴严重裂伤，过早会阴侧切也可致切口流血过多。会阴***严重裂伤可上延达穹窿、***旁间隙，甚至深达盆壁

，***深部近穹窿处严重撕裂，其血肿可向上扩展至阔韧带内。分娩过程中，宫颈发生稍微裂伤几乎不可避免，通常裂伤浅且无明显出血，不作宫颈裂伤诊断。出血较多的宫颈裂伤发生在胎儿过快通过尚未开全的宫颈时，严重时可向下累及***穹窿，上延可达子宫下段而致大量出血。

3.胎盘因素

胎盘因素引起的产后出血，包括胎盘剥离不全、胎盘剥离后滞留、胎盘嵌顿、胎盘粘连、胎盘植入、胎盘和（或）胎膜残留。胎盘部分剥离及剥离后滞留可因宫缩乏力所致。胎盘嵌顿偶发生于使用催产素或麦角新碱后引起宫颈内口四周呈痉挛性收缩，形成狭窄环，把已完成剥离的胎盘嵌顿于宫腔内，妨碍子宫收缩而出血，这种狭窄环也可发生在粗暴按摩子宫时。膀胱过度充盈也可阻碍胎盘排出而致出血增多。胎盘全部或部分粘连于子宫壁上，不能自行剥离，称为胎盘粘连。部分粘连易引起出血。多次人工流产易致子宫内膜受损及发生子宫内膜炎。子宫内膜炎也可由于其他原因感染所致，子宫内膜炎可引起胎盘粘连。胎盘植入是指胎盘绒毛因子宫蜕膜发育不良等原因而植入子宫肌层，临床上较少见。根据胎盘植入面积又可分为完全性与部分性两类。胎盘残留较多见，可因过早牵拉脐带、过早用力揉挤子宫所致。胎盘残留可为部分胎盘小叶或副胎盘残留粘附于宫壁上，影响宫缩而出血，胎盘残留可包括胎膜部分残留。

4.凝血功能障碍

为产后出血较少见的原因。如血液病（血小板减少症，白血症，凝血因子VII地、VIII减少，再生障碍性贫血等）多在孕前已存在，为妊娠禁忌证。重症肝炎、宫内死胎滞留过久、胎盘早剥、重度妊高征和羊水栓塞等，皆可影响凝血或致弥漫性血管内凝血，引起血凝障碍、产后流血血不凝，不易止血。

临床表现产后出血的主要临床表现为***流血过多，产后24小时内流血量超过500ml，继发出血性休克及易于发生感染。随病因的不同，其临床表现亦有差异。

1.宫缩乏力 多在分娩过程中已有宫缩乏力，延续至胎儿娩出后，但也有例外。出血特点是胎盘剥离延缓，在未剥离前***不流血或仅有少许流血，胎盘剥离后因子宫收缩乏力使子宫出血不止。流出的血液能凝固。未能及时减少出血者，产妇可出血失血性休克表现；面色苍白、心慌、出冷汗、头晕、脉细弱及血压下降。检查腹部时往往感到子宫轮廓不清，摸不到宫底，系因子宫松软无收缩缘故。有时胎盘已剥离，但子宫无力将其排出，血液积聚于宫腔内，按摩推压宫底部，可将胎盘及积血压出。

2.软产道裂伤 出血特点是出血发生在胎儿娩出后，此点与子宫乏力所致产后出血有所不同。软产道裂伤流出的血液能自凝，若裂伤损及小动脉，血色较鲜红。

3.凝血功能障碍 表现为血不凝，不易止血。诊断产后出血除从面血量进行诊断外，还应对病因作出明确的诊断，始能作出及时和正确的处理。

1.宫缩乏力 应警惕有时胎盘虽已排出，子宫松弛，较多量血液积聚于宫腔中，而***出血仅少量，产妇出现失血过多症状，故产后除密切注重***流血量外，还应注重子宫收缩情况。***流血量目测估计远少于实际失血量，故必须用弯盘收集测量。分娩前有宫缩乏力表现，胎盘娩出过程和娩出后出血过多，诊断当无困难，但要警惕前述隐性产后出血及可能与产道裂伤或胎盘因素同时存在。

2.软产道裂伤 宫颈裂伤多在两侧，也可能呈花瓣样。若裂伤较重，波及宫颈血管时，则会产生多量出血。宫颈裂伤个别可裂至子宫下段。***裂伤多在***侧壁、后壁和会阴部，多呈不规则裂伤。若***裂伤波

及深层组织，由于血运丰富，可引起严重出血。此时宫缩良好。***检查可明确裂伤的部位及裂伤的严重程度。按会阴裂伤的程度可分为3度。I度系指会阴皮肤及***入口粘膜撕裂，未达肌层，一般出血不多。II度系指裂伤已达会阴体肌层，累及***后壁粘膜，甚至***后壁两侧沟向上撕裂，裂伤可不规则，使原解剖组织不易辨认，出血较多。III度系***外括约肌已断裂，甚至***直肠隔及部分直肠前壁有裂伤，此情况虽严重。但出血量不一定很多。（图1）。图1 会阴裂伤

3.胎盘因素 胎盘剥离不全及剥离后胎盘滞留宫腔，临床上可见于子宫收缩乏力，胎盘未能娩出而出血量多。胎盘嵌顿则可发现子宫下段出现狭窄环。胎盘部分与宫壁粘连易发生剥离不全，且滞留的胎盘影响子宫收缩，剥离胎盘部位血窦开放出血，全部粘连者胎盘未能按时剥离排出，直至徒手剥离胎盘时，发现胎盘较牢固地附在宫壁上始能作出诊断。部分胎盘植入可发生未植入的部分剥离而出血不止，往往与胎盘粘连相混淆，当徒手剥离胎盘时，发现胎盘全部或部分与宫壁连成一体。剥离困难而确诊。胎盘残留往往是在胎盘娩出后例行仔细检查胎盘、胎膜是否完整时，发现胎盘线体面有缺损或胎膜有缺损而边缘有断裂的血管，则表示有胎盘组织或副胎盘的遗留，可作出诊断。

4.凝血功能障碍 在孕前或妊娠期已有易于出血倾向，胎盘剥离或产道有损伤时，出血凝血功能障碍。治疗原则是迅速止血、纠正失血性休克及控制感染。

1.宫缩乏力 加强宫缩是治疗宫缩乏力最迅速有效的止血方法。助产者迅速用一手置于宫底部，拇指在前壁，其余4指在后壁，作均匀有按摩宫底，经按摩后子宫开始收缩（图2），亦可一手握拳置于***前穹窿，顶住子宫前壁，另一手自腹壁

按压子宫后壁，使子宫体前屈，两手相对紧压子宫并作按摩（图3）。必要时可用另手置于耻骨联合上缘，按压下腹正中部位，将子宫上推，按摩子宫必须强调用手握宫体，使之高出盆腔，有节律轻柔按摩。按压时间以子宫恢复正常收缩，并能保持收缩状态为止，使之高出盆腔，有节律轻柔按摩。按压时间以子宫恢复正常收缩，并能保持收缩状态为止。在按摩的同时，可肌注或静脉缓慢推注催产素10U(加入20ml10%~25%葡萄糖液内)，继以肌注或静脉推注麦角新碱0.2mg（有心脏病者慎用）。然后将催产素10~30U加入10%葡萄糖液500ml内静脉滴注，以维持子宫处于良好的收缩状态。图2 腹壁按摩宫底图3 腹部-***双手按摩子宫法通过如上处理，多能使子宫收缩而迅速止血。若仍不能奏效可采取以下措施：（1）填塞宫腔：近代产科学中鲜有应用纱布条填塞宫腔治疗子宫出血者，若需行此术则宜及早进行，患者情况已差则往往效果不好，盖因子宫肌可能其收缩力甚差之故。方法为经消毒后，术者用一手在腹部固定宫底，用另手或持卵圆钳将2cm宽的纱布条送入宫腔内，纱布条必须自宫底开始自内而外填塞，应塞紧（图4）。填塞后一般不再出血，产妇经抗休克处理后，情况可逐渐改善。若能用纱布包裹不脱脂棉缝制成肠形代替纱布条，效果更好。24小时后缓慢抽出纱布条，抽出前应先肌肉注射催产素、麦角新碱等宫缩剂。宫腔填塞纱布条后应密切观察一般情况及血压、脉搏等生命指征，注重宫底高度、子宫大小的变化，警惕因填塞不紧，纱布条仅填塞于子宫下段，宫腔内继续出血，但***则未见出血的止血假象。图4 宫腔内填塞纱布条法（2）结扎子宫动脉：按摩失败或按摩半小时仍不能使子宫收缩恢复时，可

实行经***双侧子宫动脉上行支结扎法。消毒后用两把长鼠齿钳钳夹宫颈前后唇，轻轻向下牵引，在***部宫颈两侧上端用2号肠线缝扎双侧壁，深入组织约0.5cm处，若无效，则应迅速开腹，结扎子宫动脉上行支，即在宫颈内口平面，距宫颈侧壁1cm处，触诊无输尿管始进针，缝扎宫颈侧壁，进入宫颈组织约1cm，两侧同样处理，若见子宫收缩即有效。（3）结扎髂内动脉：若上述处理仍无效，可分离出两侧髂内动脉起始点，以7号丝线结扎，结扎后一般可见子宫收缩良好。此措施可以保留子宫，保留生育能力，在剖宫产时易于施行。（4）子宫切除：结扎血管或填塞宫腔仍无效时，应立即行子宫次全切除术，不可犹豫不决而贻误抢救时机。

2.软产道裂伤止血的有效措施是及时准确地修补缝合。一般情况下，严重的宫颈裂伤可延及穹窿及裂口甚至伸入邻近组织，疑为宫颈裂伤者应在消毒下暴露宫颈，用两把卵圆钳并排钳夹宫颈前唇并向***口方向牵拉，顺时针方向逐步移动卵圆钳，直视下观察宫颈情况，若发现裂伤即用肠线缝合，缝时第一针应从裂口顶端稍上方开始，最后一针应距宫颈外侧端0.5cm处止，若缝合至外缘，则可能日后发生宫颈口狭窄（图5）。图5 宫颈裂伤缝合***裂伤的缝合需注重缝合至底部，避免留下死腔，注重缝合后要达到组织对合好及止血的效果。***缝合过程要避免缝线穿过直肠。缝合采取与血管走向垂直则能更有效止血。会阴部裂伤可按解剖部位缝合肌层及粘膜下层，最后缝合***粘膜及会阴皮肤。

3.胎盘因素 治疗的要害是及早诊断和尽快去除此因素的存在。胎盘剥离不全、滞留及粘连均可徒手剥离取出。部分残留用手不能取出者，可用大号刮匙刮取残留物。若徒手剥离胎盘时，手感分不清附着界限

则切忌以手指用力分离胎盘，因很可能是胎盘植入，此情况应剖腹切开子宫检查，若确诊则以施行子宫次全切除为宜。胎盘嵌顿在子宫狭窄环以上者，应使用乙醚麻醉，待子宫狭窄环松解后，用手取出胎盘当无困难。

4.凝血功能障碍 若于妊娠早期，则应在内科医师协同处理下，尽早施行人工流产终止妊娠。于妊娠中、晚期始发现者，应协同内科医师积极治疗，争取去除病因或使病情明显好转。分娩期则应在病因治疗的同时，出血稍多即作处理，使用药物以改善凝血机制，输新鲜血液，积极预备做好抗休克及纠正酸中毒等抢救工作。处理见有关章节。对产后出血的处理，在止血的同时，应积极进行对失血性休克的处理，争取尽速改善患者的情况。应用抗生素控制感染。预防及预后做好产后出血的预防工作，可以大大降低其发病率。预防工作应贯穿在以下各个环节。

1.做好孕前及孕期的保健工作，孕早期开始产前检查监护，不宜妊娠者及时在早孕时终止妊娠。

2.对具有较高产后出血危险的产妇做好及早处理的预备工作，这类产妇包括：

- ①多孕、多产及曾有多次宫腔手术者；
- ②高龄初产妇或低龄孕妇；
- ③有子宫肌瘤剔除史；
- ④生殖器发育不全或畸形；
- ⑤妊高征；
- ⑥合并糖尿病、血液病等；
- ⑦宫缩乏力产程延长；
- ⑧行胎头吸引、产钳等助产手术助产，非凡是并用宫缩剂更需注重；
- ⑨死胎等。

3.第一产程密切观察产妇情况，注重水分及营养的补充，避免产妇过度疲惫，必要时可酌情肌注度冷丁，使产妇有休息机会。

4.重视第二产程处理，指导产妇适时及正确使用腹压。对有可能发生产后出血者，应安排有较高业务水平的医师在场守候。有指征者适时适度作会阴侧切或会阴正中切开。接产技术操作要规范，正确引导胎头、

胎肩及胎头顺利娩出。对已有宫缩乏力者，当胎肩娩出后，即肌注催产素10U，并继以静脉滴注催产素，以增强子宫收缩，减少出血。5.正确处理第三产程，准确收集并测量产后出血量。待胎盘自然剥离征象出现后，轻压子宫下段及轻轻牵引脐带帮助胎盘、胎膜完整排出，并仔细检查胎盘、胎膜是否完整。检查软产道有无撕裂或血肿。检查子宫收缩情况，按摩子宫以促进子宫收缩。6.胎盘娩出后，产妇应继续留在产房观察2小时，因产后出血约80%发生在产后2小时内，故应重点监护，密切观察一般情况、生命指征、***流血和宫缩情况。但也不能忽视12小时以后的出血情况，应向产妇交代注重事项，医护人员定期巡视，发现问题及早处理。7.失血较多尚未有休克征象者，应及早补充血容量，其效果远较发生休克后再补同等血量为好。8.早期哺乳可刺激子宫收缩，减少***流血量。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com