

产后出血的 防治

安徽医科大学第一附属医院妇产科

目 标

- 能说出导致产后出血的重要原因.
- 说出预防产后出血的方法.
- 讨论产后出血认识上的困难性.
- 能描述产后出血的初步处理方法.

- 产后出血是分娩期严重的并发症，其发生率占分娩数的3—5%，居我国目前孕产妇死亡原因之首，也是全球性问题。
- 在发达国家，常常能够预见病情并加以预防，因此仅见于有关产科出血死亡率的病例报告。
在发展中国家，因产科出血导致死亡病例中产后出血占较高比例，产科出血并发症致死最常见的原因是妊娠物排出不全并发宫缩乏力，导致低血容量性休克和凝血功能障碍。
- 阴道分娩平均出血量约500ml,而剖宫产则在1000ml。
。

产后出血诊治的临床思路

如何准确诊断

如何评估产后出血严重状态

如何寻找最佳治疗方案

如何体现抢救的有效性和及时性

强调预防手段的循证证据

精确及时记录生命体征；

留下所有敷料正确估计出血量；

制定急救管理和预案。

需要记住的是：

有20%的产后出血并没有发生的危险因素。因此我们对每一位产妇需要警惕产后出血的发生。

尽量减少产后出血。

尽早发现产后出血。

一 产后出血的危险因素

产 前

子痫前期重度
初产
多胎
有产后出血史
有剖宫产史
前置胎盘
胎盘早剥

产 中

第三产程 $> 30\text{min}$
会阴切开
下降受阻
软产道撕裂

手术分娩（剖宫产及
阴道助产）
子宫损伤
缩宫素加强宫缩
急产
产程延长
胎盘残留

产 后

膀胱胀
全麻

产后出血防治评分

项目	0	1	2	3
妊高病	无	轻	无	重
人流刮宫史	0	1	2	≥3
宫底高度	<90 th	-	-	>90 th
血小板计数	≥80	<80	<50	<20
晚期产前出血史	无	-	-	有
分娩方式	顺产	-	-	阴道手术产
产程活跃期	正常	-	>10h	滞产
三程时间(分)	<10	10—14	15—20	>20
使用宫缩剂时间	胎肩娩出后	胎身娩出后	胎盘娩出后	未用
会阴切开	无	-	有	-

评分表总分为**29分**，**≥5分**的产妇易倾向于产后出血，应警惕并及时采取预防措施以减少产后出血。

医疗条件受限或无输血条件的医院应考虑将产妇转上一级医院诊治。

二 产后出血的预防

- 检查产前血Hb，在产前纠正贫血。
- 会阴切开不作为常规。
- 第三产程以“主动处理”代替“期待处理”。
- 产后要重新检查产妇的生命体征和阴道流血情况，可能会发现被忽略的慢性，持续的出血。

胎盘剥离过程的四个阶段

1. 潜伏期 胎盘附着面子宫壁变薄，没有胎盘附着的子宫壁收缩。
2. 宫缩 胎盘附着面子宫壁变厚。
3. 分离 胎盘从子宫壁剥离。
4. 娩出 胎盘从宫腔娩出。
- 5.
6. 有剖宫产史的产妇中几乎有一半胎盘剥离的方式是翻转式的从基底部开始剥离，这提示子宫疤痕处肌张力欠佳。

第三产程处理

期待处理

等待胎盘剥离

脐带未夹闭

胎盘自行娩出

在胎盘娩出后给予缩宫素
或哺乳（不预防性应用）

积极处理

在胎肩娩出后给予缩宫素

迅速夹闭和切断脐带促进胎盘剥离

脐带牵引助娩胎盘

已明确得出积极处理能显著降低产后出血的发生率

剖宫产时出血常见的原因

- **损伤** 较多见为子宫下段、阔韧带、阴道撕裂及血管损伤。
- **原因** 子宫下段菲薄；子宫畸形；切口过小，出头困难，协助用力过猛；胎儿畸形如联体胎儿。
- **预防** 术前充分估计，与助手很好配合。
- **治疗** 及时发现损伤，充分暴露缝合至撕裂的远端，避免输尿管与膀胱的损伤。

三 产后出血的处理

严格测量出血量是处理产后出血的前提。
目前临床常用的三种方法：

- **称重法：** 将分娩前产妇所需用品称重，再将产后被血浸湿的物品称重后减去原重量，按血液比重1.05g核算为1ml。
- **容积法：** 用量杯，弯盘或专用产后接血容器收集，并用量杯测量。
- **面积法：** 按事先测算过的血液浸湿的面10cmX10cm为10ml，15cmX15cm为15ml。

如已发生了失血性休克，最好测量中心静脉压以估计失血量的多少和血容量是否补足。

中心静脉压正常为6---12mmH₂O，
<10mmH₂O表示血容量不足。

若无条件测量中心静脉压，可以根据症状和体征评估。

- 收缩压 $<80\text{mmHg}$ 或脉压差 $<25\text{mmHg}$,表示血容量不足,失血量 $>800\text{ml}$ 。

- 产后血Ht $<30\%$ 或Hb $50\text{---}70\text{g/L}$,表示失血量 $>1000\text{ml}$ 。

- 休克指数(ST) =脉率 / 收缩压 正常0.5

ST= 1.0 示出血量(20---30%)1000---1500ml, 临床可出现血压轻度下降, 心率增快。

ST= 1.5 示出血量(30---50%)1800---2000ml, 产妇休克症状已很明显。

ST= 2.0 示出血量(50---70%) $>2000\text{ml}$ 。

- 尿量 $<25\text{ml / h}$, 说明出血量 $>2500\text{ml}$ 。

产后出血常用的治疗方法

一旦发生产后大出血时，需要迅速作出一般复苏处理。

1. **求助** 必要时请上级医师及相关科室协助处理。
2. **保持气道通畅** 吸氧，必要时气管插管。
3. **开放二通道** 给予生理盐水或其他晶体液。
4. **监测生命体征** BP, HR, R, PO₂, CVP等。
5. **准确估计出血量**
6. **记尿量**
7. **针对出血原因处理** （特异性处理）

8. 补充血容量

输液 可快速输平衡液或右旋糖酐，在休克早期不宜输葡萄糖，加重酸中毒。

输血 可补充循环血量，改善微循环，同时提高输氧功能，最好是新鲜血液。

输血量应为实际丧失量加扩大的毛细血管床量，原则上为等量补血加**500-600ml**，不可过多。

临床上可参考收缩压，指导每小时应补充的血容量

收缩压90---80mmHg,可补充500ml,

<80---60mmHg,可补充1000ml,

<60---40mmHg,可补充1500ml,

<40mmHg, 应补充3000ml.

补充血容量的原则：
是患者要达到两个“1 0 0”和两个“3 0”。

即：收缩压 $>100\text{mmHg}$, HR <100 次min

尿量 $>30\text{ml / h}$, Ht $>30\%$

说明患者血容量已得到充分的恢复.

9. **纠正酸中毒** 可给予5%SB 200ml。
10. **应用皮质激素** 氢考 300mg或DXM 20---40mg静注，以后每4—6 h 减半量重复注射，可改善血流动力学，使休克迅速好转。
11. **DIC的检测** 对治疗及估计预后有关。
12. **大量广谱抗生素使用。**

- 当心血管功能受损而未见明显失血时，要考虑是否有潜在的血肿，子宫破裂，部分内翻，过敏，羊水栓塞或肺栓塞。
- 如胎盘娩出前有大量活跃性出血，在控制牵拉脐带的同时给予缩宫素，必要时人工剥离胎盘。
- 如胎盘未能完整娩出，残留部分需要用手取或刮宫处理。
- 在胎盘与子宫壁间不能找到明确的界限，可能是由于胎盘植入或与其相关的情况，这是往往需要剖宫或手术治疗。

胎盘娩出导致活跃性出血最常见的原因是宫缩乏力。

首先通过**按摩子宫**；

使用缩宫剂：缩宫素，卡前列素，米索；

必要时最终可能通过**手术**来诊断和治疗无反应的子宫乏力，胎盘植入，部分或持续的子宫内翻，子宫破裂或生殖道血肿。

产后出血特异性治疗方法

如果出血时间长或出血量大时，应记住复苏的要点“**A B C**”，

即：保持气道通畅 (airway)
维持呼吸 (breathing)
维持循环 (circulation)

产后出血的特异性原因可用“4 T”记忆法有助于我们牢记。

Tone （张力）	宫缩乏力 发生率70—90%
Trauma （损伤）	宫颈，阴道及会阴撕裂；盆腔血肿；子宫内翻；子宫破裂 发生率20%
Tissue （组织）	组织残留，胎盘植入 发生率10%
Thrombin （凝血酶）	凝血机制异常 发生率1%

宫缩乏力原因

- 全身原因：精神因素，镇静剂，头盆不称、胎位异常等导致产程延长，妊娠高血压疾病，低蛋白血症，重度贫血等慢性全身性疾病。
- 局部原因：肌纤维膨大，子宫肌瘤，子宫畸形等。

宫缩乏力常为分娩过程中宫缩乏力的延续。表现有胎盘剥离延缓,间歇性阴道流血多,有血凝块,按压宫底有大量的血或血块排出,子宫软甚至轮廓不清。

若快速大量的出血,产妇迅速出现休克。

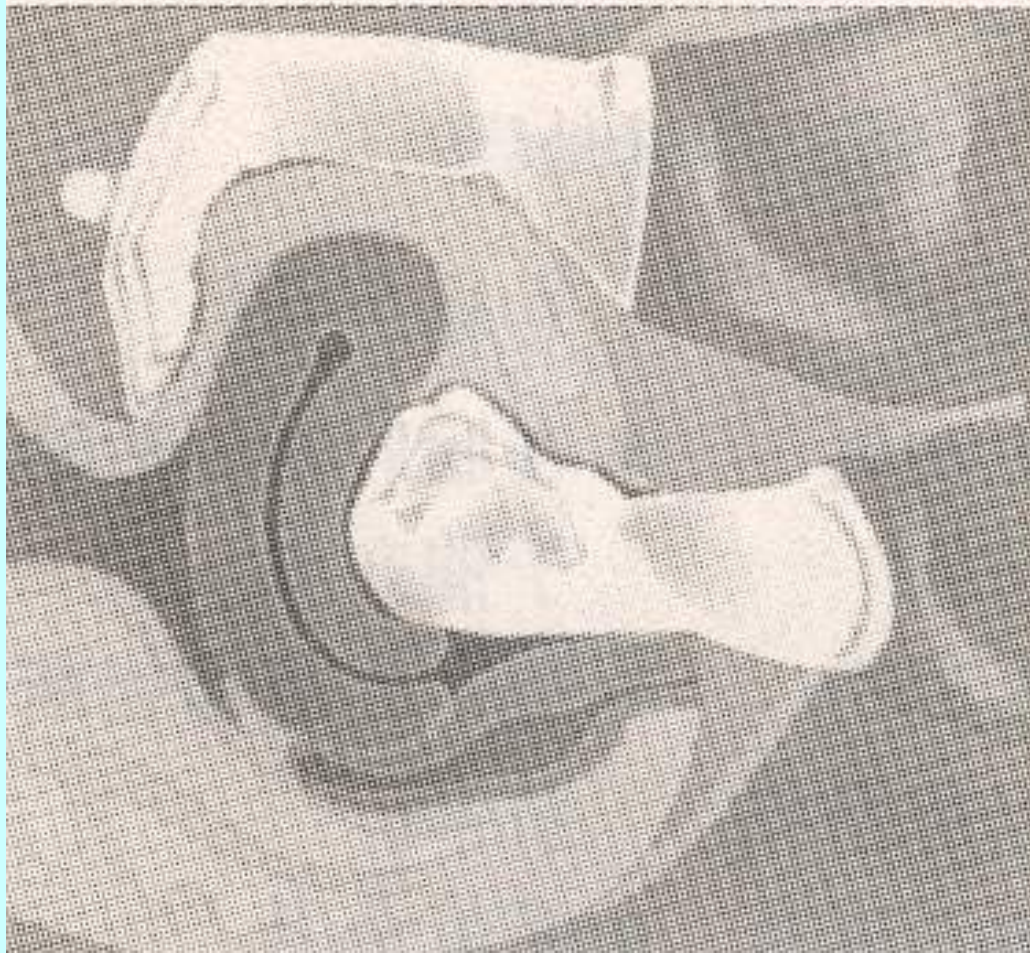
宫缩乏力处理

(一) **子宫按摩** 可以压迫子宫肌层血管并刺激宫缩。

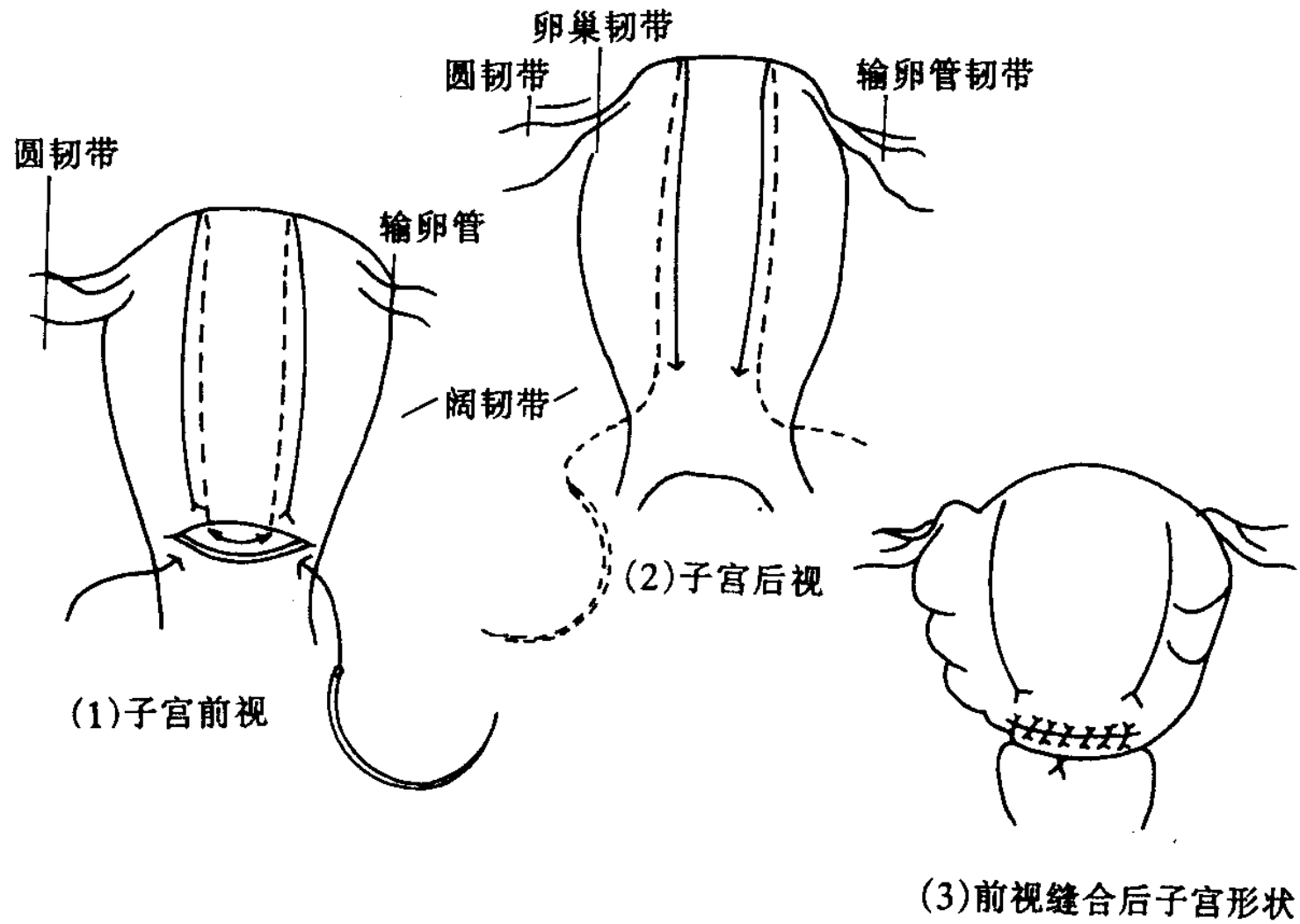
步骤：一手置入阴道将宫体上推，另一手放在子宫上将子宫压向阴道内的手；腹部的手按摩子宫后壁，同时阴道内的手按摩子宫前壁。

(二) **宫腔水囊填塞** 注入250---500---1000ml液体，24—48h取出。需防脱落抗感染。

(三) **子宫捆绑术（B—Lynch缝线法）**



双手按摩与压迫子宫



B-Lynch 缝线法

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/795304100111011310>