



产后出血





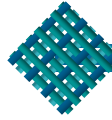
概述

发病率：12.8%
与出血量测量有关

占孕产妇死亡第一位原因
贫血
感染
Sheehan's综合征



定 义



早期产后出血:

胎儿娩出后2h 出血 \geq 400ml

剖宫产术中 出血 \geq 1000ml

胎儿娩出后24h 出血 \geq 500ml

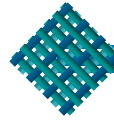


晚期产后出血:

胎儿娩出24h后 - 产褥期(6W)



病因



宫缩乏力70%



胎盘因素20%



软产道损伤10%



凝血功能障碍1%



中国产后出血诊治问题

1. 产后出血评估——少于出血量——（延误诊断）
2. 缺乏确实可用数据——（延误治疗）
3. 缺乏良好的教育与培训——（影响治疗效果）
4. 与其他科室未能较好沟通
5. 对重症患者诊治缺乏很好组织

 **可防治、可控制**



出血量的判别

最佳标准： 判别失血量占总血容量的百分比

失血速度： 也是反映病情轻重的重要指标

反映失血量的
重症指标

(1) 每分钟的失血量 $> 150\text{ml}$

(2) 3h内出血超过血容量的50%

(3) 24h内出血量超过全身血容量总量



失血量的测定和估计

- 失血量的测定和估计
- (1) 称重法: 失血量 (ml) = [分娩后敷料 (g) - 分娩前敷料 (g)] / 1.05
- (2) 容积法
- (3) 面积法: 血湿面积按 $10\text{cm} \times 10\text{cm} = 10\text{ml}$
- (4) 根据失血性休克程度估计出血量



休克指数=脉率/收缩压

1. $SI=0.5$ ，为正常
2. $SI=1$ ，失血量10%~30%（500~1500ml）
3. $SI=1.5$ ，失血量30%~50%（1500~2500ml）
4. $SI=2$ ，失血量50%~75%（2400~3500ml）



失血量的测定和估计

(5) 血色素：每下降1g约失血500ml

(6) 红细胞：下降100万血色素下降 $> 3g$ (1500ml)

(7) 血球压积：下降3%约失血500ml



产后出血的预防

循证医学研究表明：积极干预第三产程能有效降低产后出血量和发生产后出血的危险度。

具体内容包括：

- (1) 头位胎儿前肩娩出后、胎位异常胎儿全身娩出后、多胎妊娠最后1个胎儿娩出后，预防性应用缩宫素等
- (2) 胎儿娩出后（45~90s）及时钳夹并切断脐带，有控制地牵拉脐带协助胎盘娩出；
- (3) 胎盘娩出后按摩子宫等。



产后出血的治疗

- 成功治疗决定于：
- 分娩前诊断—————产科水平
- 产科止血能力—————团队建立
- 并发症防范能力—————学科能力



产后出血的“四级”抢救方案

根据产后出血量情况，将其分为：

预警期、处理期、危重期和
有生命危险。

➤ 抢救方案

- | | | |
|---------|---|--------|
| 1、预警期 | ⇒ | 一级抢救方案 |
| 2、处理期 | ⇒ | 二级抢救方案 |
| 3、危重期 | ⇒ | 三级抢救方案 |
| 4、有生命危险 | ⇒ | 四级抢救方案 |



(一) 预警线：产后2h内出血量 $>400\text{ml}$

一级急救处理

- 1、迅速建立两条畅通的静脉通道 (A) ；
- 2、呼吸道管理：吸氧 (B) ；
- 3、监测生命体征和尿量 (C) ；
- 4、向上级医护人员呼救；
- 5、交叉配血；
- 6、积极寻求出血原因并进行处理



(二) 处理线：产后2h内出血量达500~1500ml

二级急救处理

- 1、病因治疗：
 - a) 宫缩乏力；
 - b) 胎盘原因
 - c) 软产道损伤
 - d) 凝血功能障碍
- 2、抗休克治疗



(三) 危重线: 出血量 > 1500ml

三级急救处理

- 1、麻醉科协助治疗
- 2、重症监护室进行监护抢救
- 3、血液科医师协助抢救
- 4、纠正休克、DIC
- 5、强心、利尿、升压、抗炎治疗(D)



(四) 有生命危险：休克、DIC、神志不清

四级急救处理

- 1、请示院级领导到场组织抢救。
- 2、补液：酌情补液及输血，缺什么输什么
- 3、必要时血透纠正肾衰
- 4、病情稳定后考虑切除子宫
- 5、团结协助、浴“血”奋战



产后出血的病因学处理

1

子宫收缩乏力

加强宫缩:

- 1) 手法
- 2) 宫缩剂
- 3) 手术: 动脉结扎、栓塞
- 4) 宫腔填塞
- 5) 切除子宫



按摩子宫

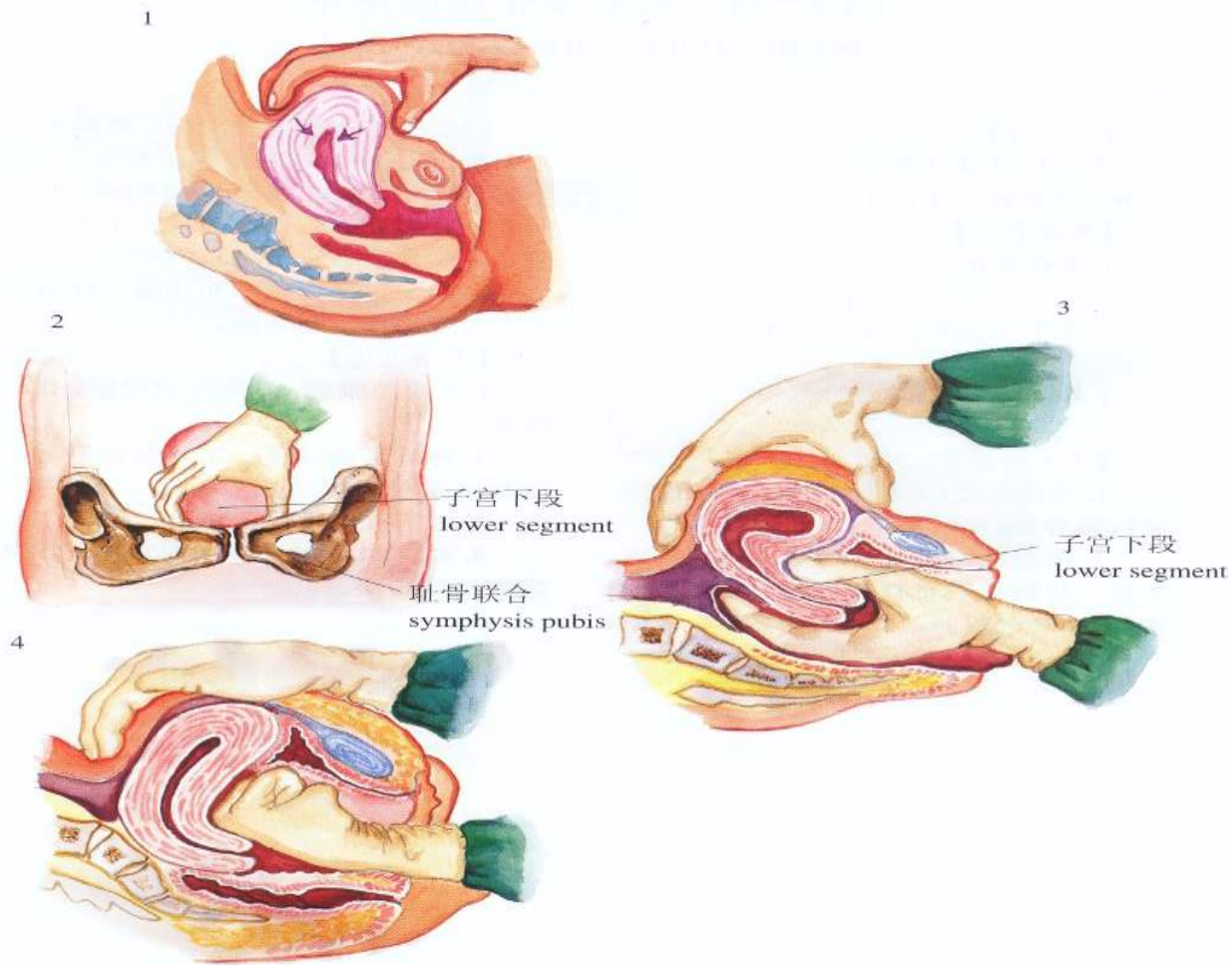


图 4—33 子宫按摩与压迫术
Uterus Massage and Compression

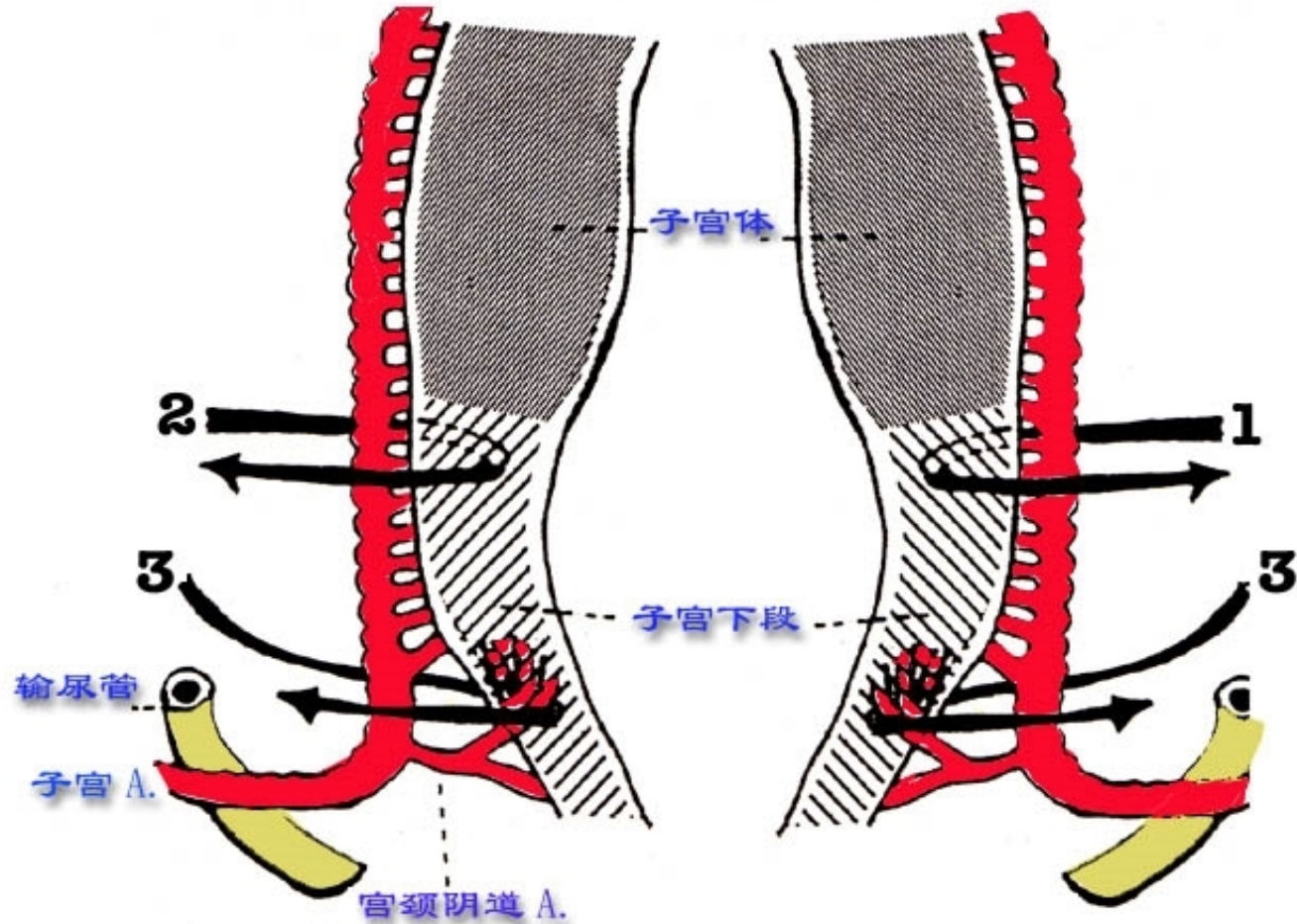


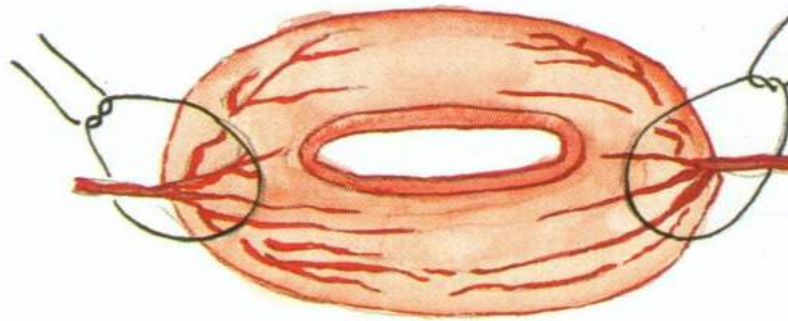
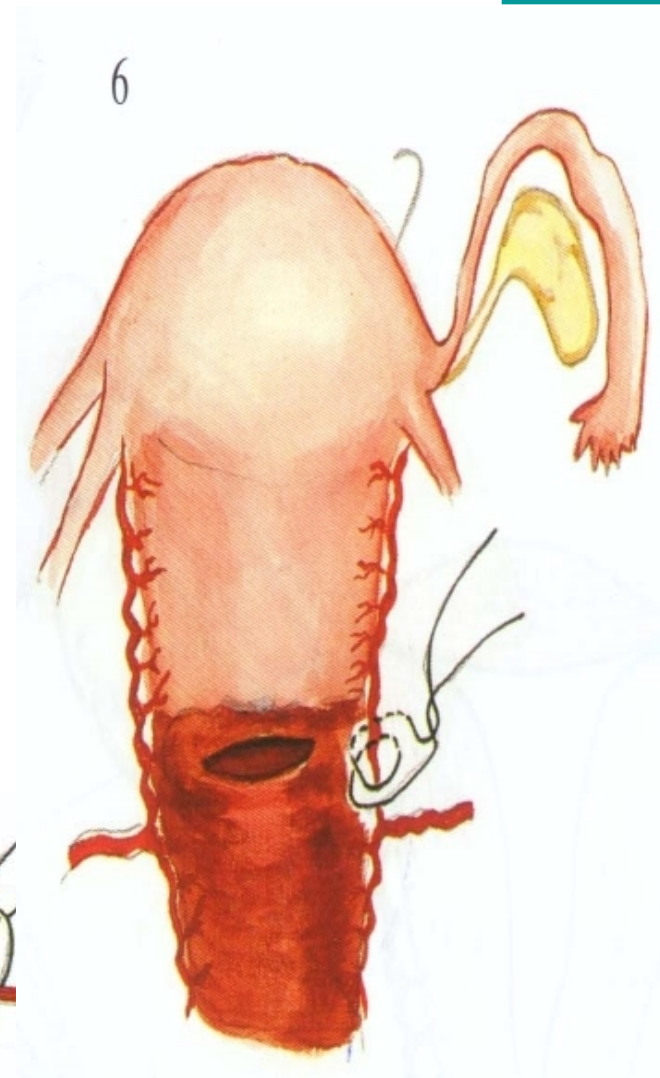
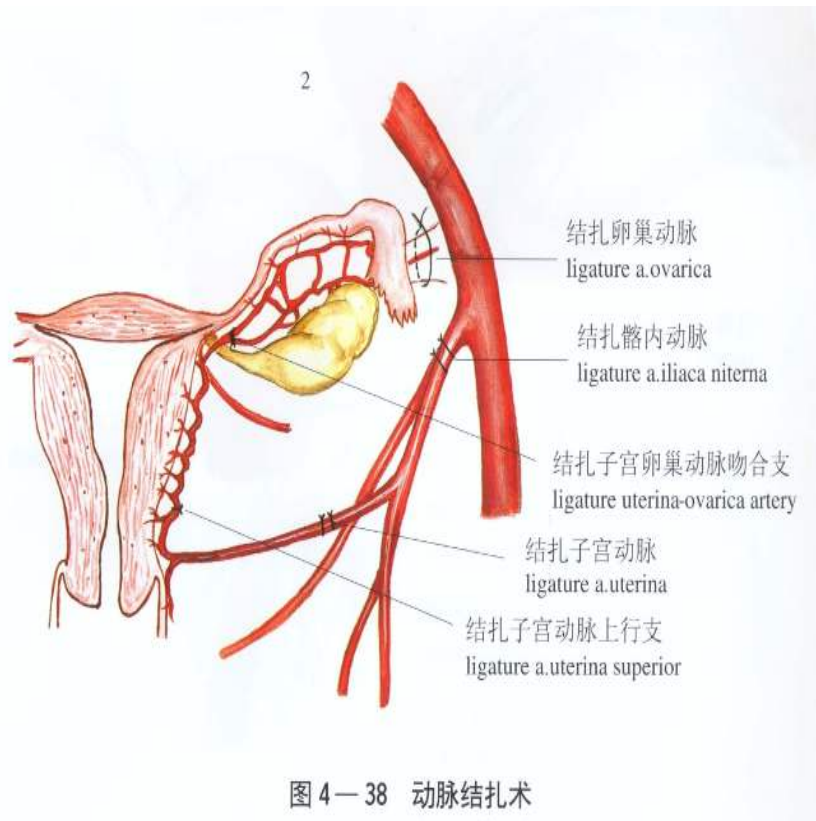
宫缩剂

- ①缩宫素
- ②麦角新碱
- ③前列腺素类药物



子宫动脉结扎术



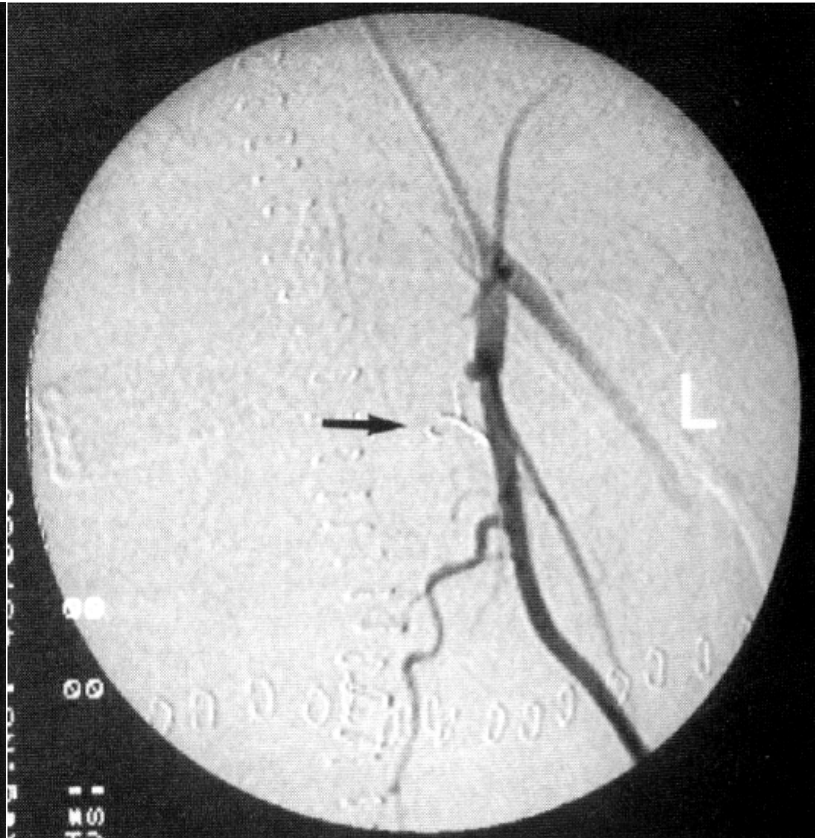
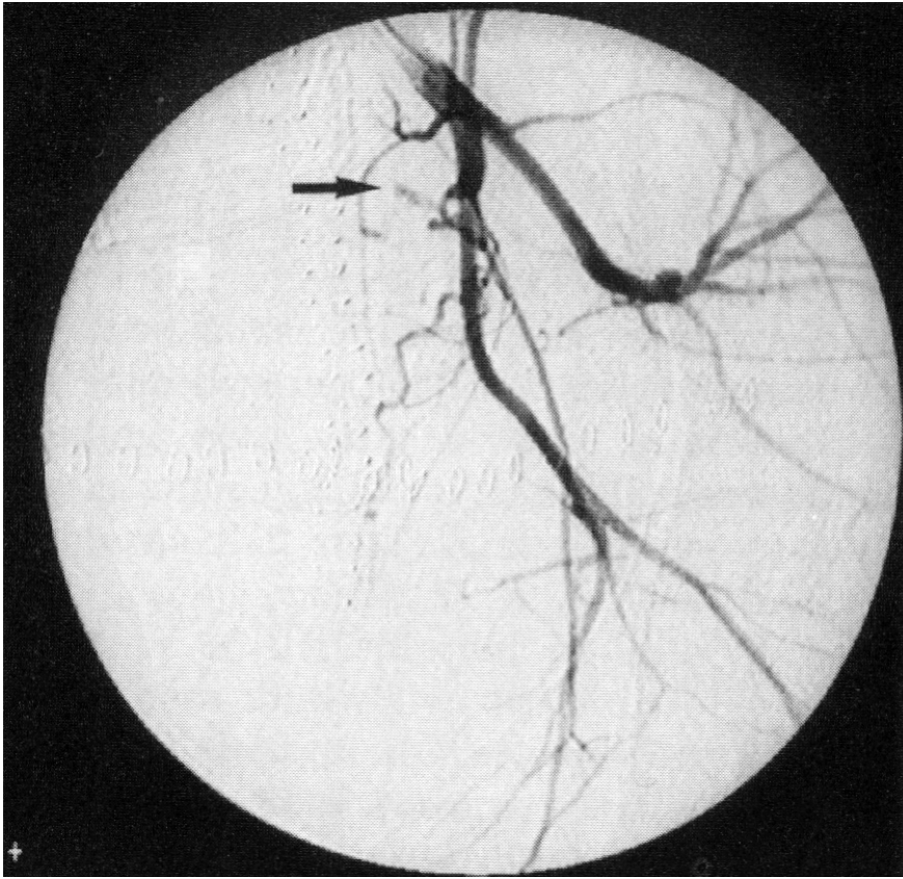




- 1 子宫动脉上行支结扎适于宫体部出血，在子宫下段的上部初进行结扎，结扎为动静脉整体，用可吸收缝线，直接从前壁缝到后壁，将2~3cm子宫肌结扎在内非常重要；若已行剖宫产，则应下推膀胱，在切口下2~3cm进行结扎。
- 2 若上述操作效果不佳，可以缝第二针，选择在第一针下3~5cm处，这次结扎包括了大部分供给子宫下段的子宫动脉支。
- 3 若仍然有持续出血，可进行单侧或双侧卵巢血管结扎。
- 4 逐步血管阻断法：单侧子宫动脉上行支结扎→双侧子宫动脉上行支结扎→低位子宫血管结扎→单侧卵巢血管结扎→双侧卵巢血管结扎。

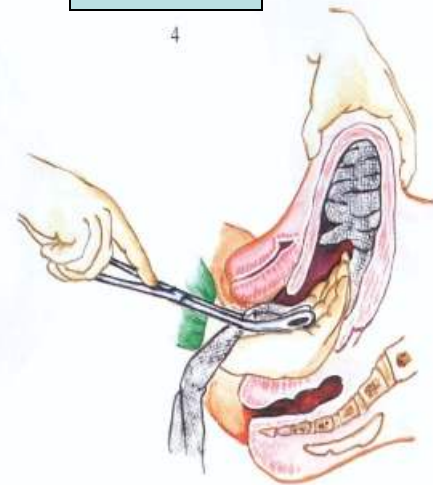


动脉栓塞



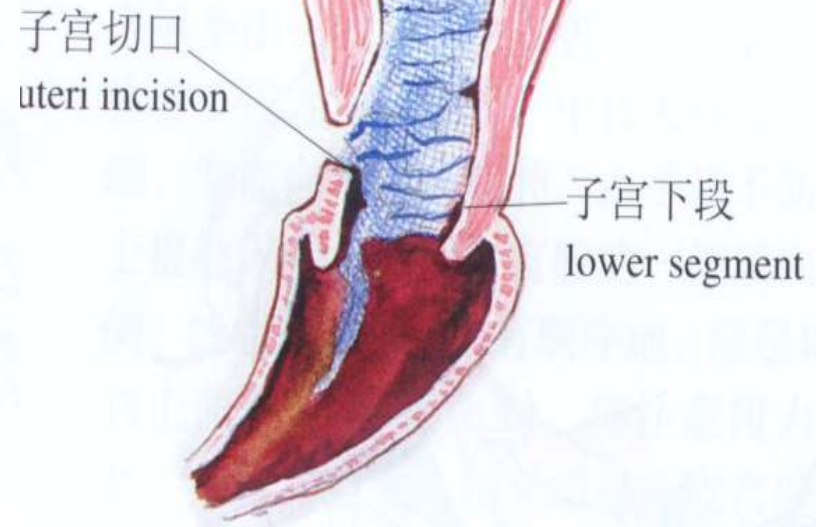
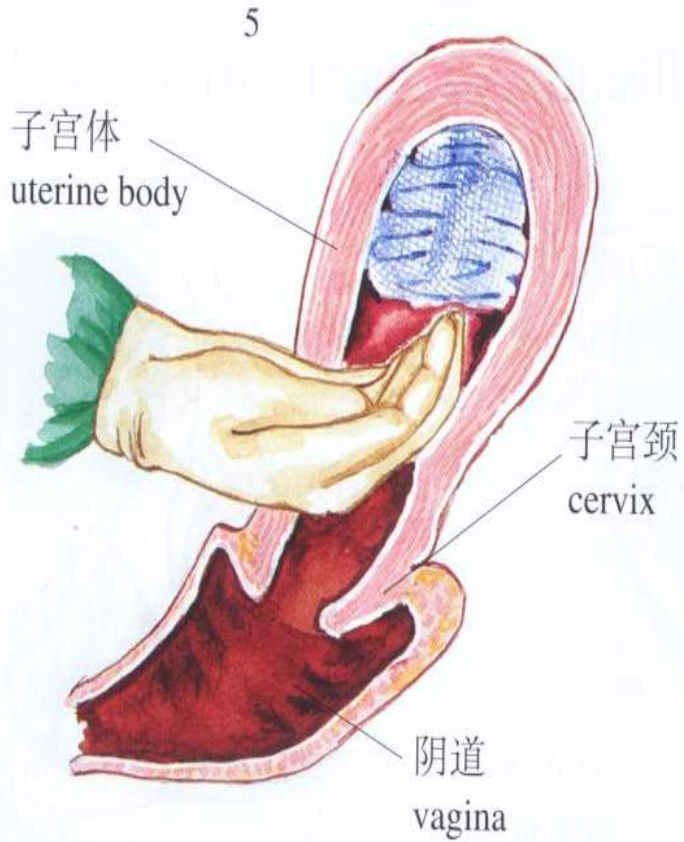


纱布填塞





6



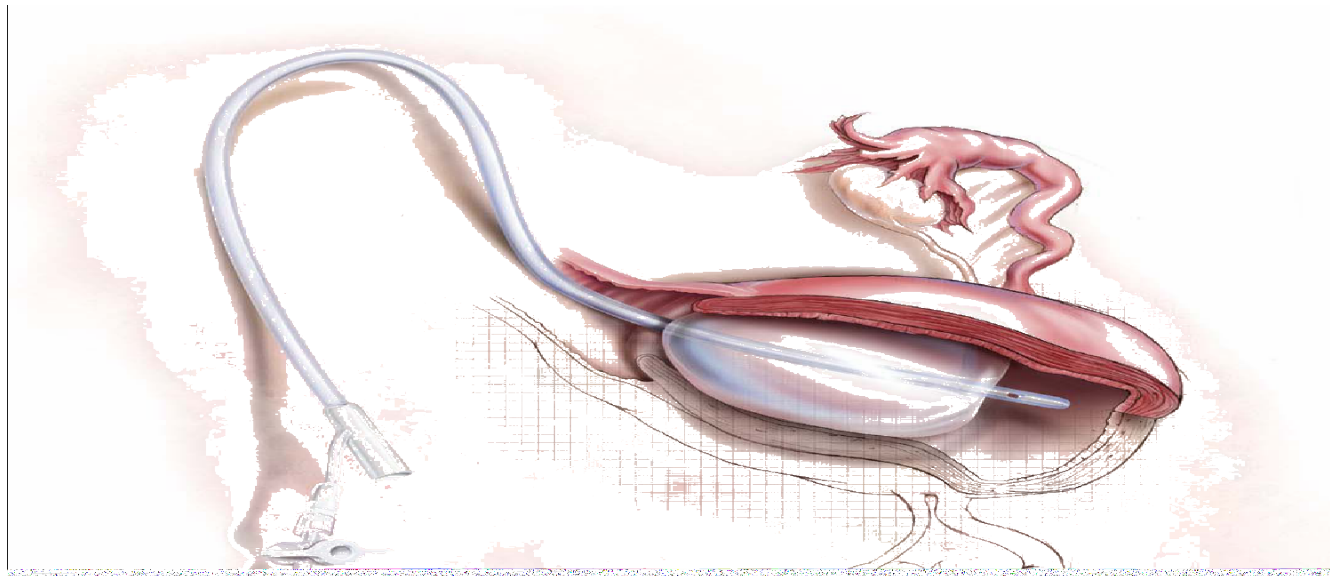


宫腔纱布填塞

- 1 纱布：宽4-6cm，四层，长5米、10米，用碘伏或灭滴灵浸透并拧干，有序填塞，并压紧不留空隙
- 2 剖宫产术中填塞纱条，在缝合子宫切口时要特别小心，避免缝到纱条，引起取出困难
- 3 纱条放置24~48小时取出，要注意预防感染

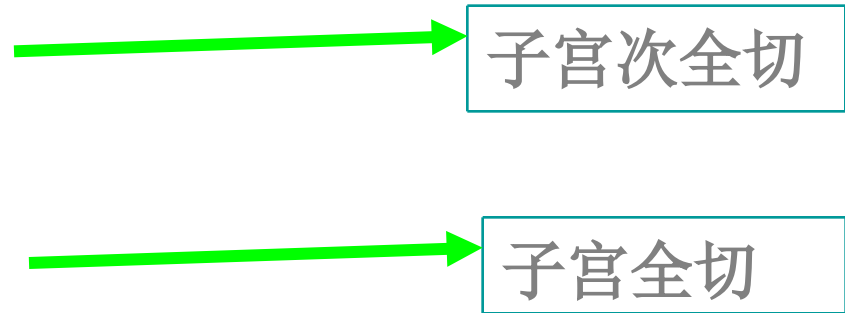


宫腔水囊填塞





子宫切除术



- 1 提倡次全子宫切除以缩短手术时间，减少出血量。
- 2 前置胎盘时应行全子宫切除术。



2

胎盘因素

胎盘粘连, 胎盘滞留, 胎盘嵌顿

—胎盘不剥离, 宫缩乏力, 出血

胎盘植入, 胎盘完全粘连

—胎盘不剥离

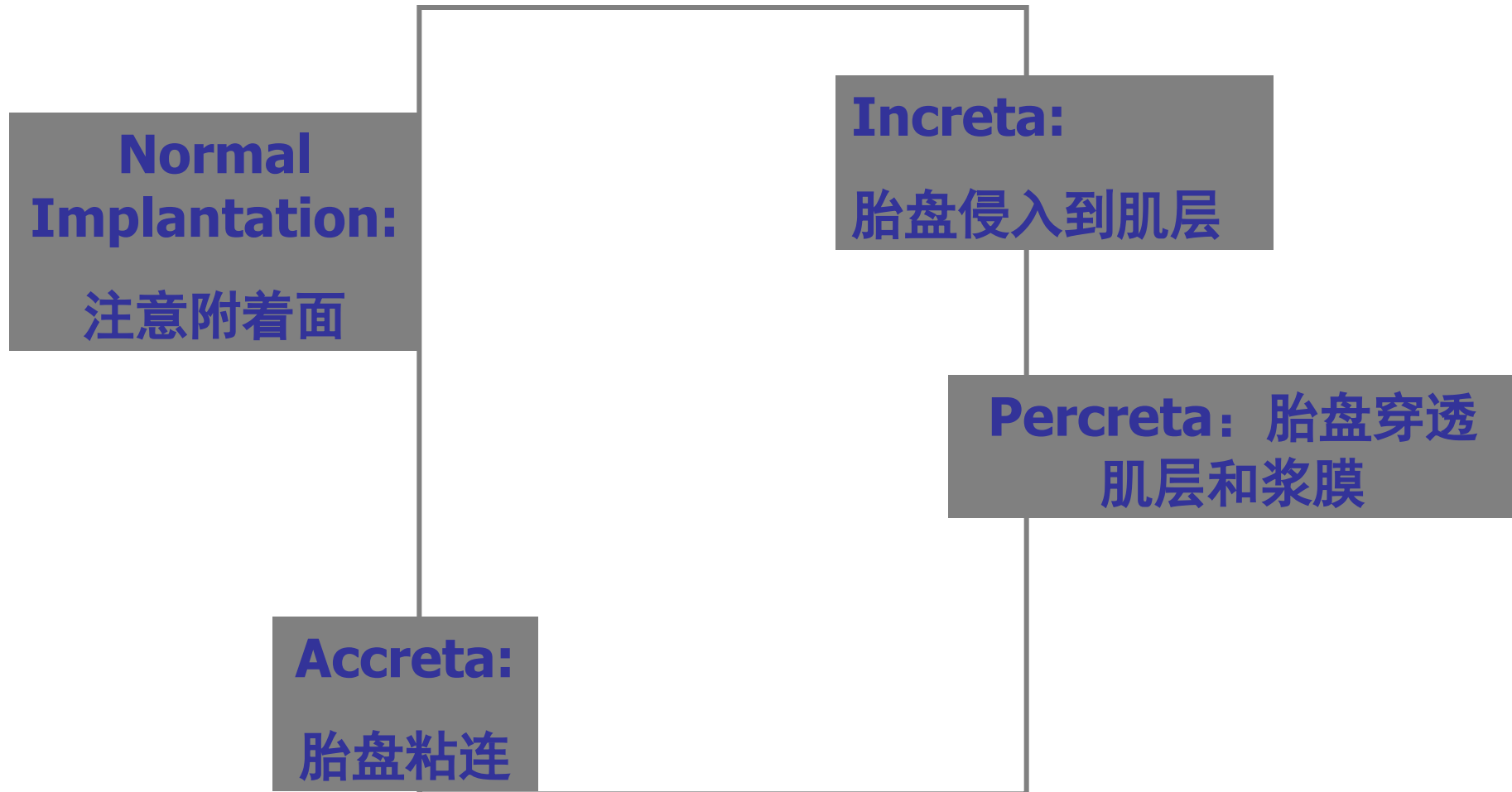
胎盘胎膜残留, 部分胎盘植入

—出血少或不出血 胎盘剥离后出血

处理措施: 考虑行子宫切除术, 若出血不

多, 需保留子宫者, 可保守治疗, 目前用甲

氨蝶呤治疗, 介入治疗效果甚佳







3

软产道损伤(1)

损伤原因:

- a、宫缩过强
- b、产程进过快
- c、胎儿过大
- d、操作不当



3

软产道损伤(2)

损伤类型:

- a、侧切伤口沿裂
- b、阴道黏膜裂伤
- c、宫颈裂伤
- d、会阴裂伤I⁰ II⁰ III⁰



3

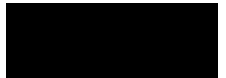
软产道损伤(3)

临床表现

- a、胎儿娩出后即刻出现阴道出血
- b、血鲜红色

处理措施:

- a、仔细检查
- b、根据情况适当缝合





4

凝血功能障碍

病因:

产前即有凝血功能障碍

临床表现:

a、血不凝； b、不易止血

处理措施:

根据病因进行相应按内科处理



临床病例讨论

——子宫破裂

山东省千佛山医院



病例1：入院情况

- xxx，女，32岁，因“产后大出血、子宫次全切除术后1天”于2012. 2. 27. 14:00由某医院转入我院ICU。
- 病史（某医院提供）：
 - 2013-2-26 15:50 足月妊娠，二胎，因“胎儿窘迫”行“胎头吸引术+腹压”在某医院分娩一男婴。
 - 产后阴道流血多约1500ml，给予米索前列醇400mg口服，缩宫素20u肌注，垂体后叶素6u肌注”，检查：阴道多处裂伤至后穹窿、宫颈环形裂伤并1/3缺损，已无法暴露缝合，给予输“红细胞6u、血浆600ml”拟诊为“产后出血、软产道裂伤、子宫破裂？”



病史（高唐县人民医院提供）

- 16:00 手术室在全麻下行“阴道探查术”见：阴道后壁及侧壁多处撕裂延至后穹窿及宫腔，未探及裂伤顶端，粘膜缺损约1/2，阴道裂伤处及宫腔大量流血。考虑子宫破裂，立即行剖腹探查术。
- 剖腹探查术中见：子宫较大，打开子宫下段，见子宫下段、后壁及左右侧壁见多个纵行裂伤，深达子宫肌层，最长约6cm，左右侧阔韧带血肿约7*7 cm²，行修补缝合术。观察宫缩的同时行阴道裂伤修补术，见宫颈环形裂伤，后唇缺失，此时血流量持续增加，患者一般情况差，血压持续下降至40/20mmHg，子宫收缩极差，苍白，水肿，呈布袋状。向家属讲明病情征得家属同意后行“子宫次全切除术+宫颈成形术+阴道修补成形术”。



病史（某医院提供）

- 手术经过困难，术中出血约3000ml，患者一般情况差。
- 术后诊断“产后出血、子宫破裂、软产道裂伤”
- 术中输“红细胞18u，血浆2200ml，冷沉淀6u，血小板2治疗量”
- 术后22:00转入ICU病房：持续呼吸机辅助呼吸，心率100次/分左右，氧合>95%，血压130/80mmHg，转入后输入红细胞24u，血浆3800ml，冷沉淀16单位，血小板4治疗量。患者血小板呈进行性下降，2月27日08:00 血红蛋白71g/L，纤维蛋白原0.8左右，血小板 $46 \times 10^9/L$ ，行腹部B超检查示盆腔内混合性团块，约8cm*7.8cm，肝肾之间可探及6.5cm液性暗区，腹腔引流量750ml”。患者病情危重，脱呼吸机困难。为求进一步诊治，遂转入我院ICU。



入院情况

- 查体：T 37.7℃，P 106次/min，R 30次/min，BP140/96mmHg。口插管接呼吸机辅助通气，口唇无紫绀。双肺呼吸音清晰，未闻及干、湿性啰音。心率106次/分，节律规整，各瓣膜听诊区无闻及病理性杂音。腹部膨隆，下腹正中可见一长约15cm纵形手术切口，清洁纱布覆盖，无渗血渗液，腹部膨隆，有压痛。
- 辅助检查：血常规：N% 0.758，Hb 87.0 g/L，PLT 80；肝肾功：肌酐 54.0 umol/L，白蛋白30.0 g/L $10^9/L$ ；腹部B超：腹腔大量积液，多发混合回声包块。床边胸片：双肺炎症。



诊疗经过

- 转入半小时腹部引流管突然引流血性液体约2000ml，腹部膨隆，腹部B超提示大量腹腔积液，多处混合回声区，考虑为子宫切除术后手术创面渗血，提示仍有活动性出血，立即组织相关科室（妇产科、血液科、麻醉科、介入科）会诊。
- 会诊后讨论，目前处理出血的方法有：1、二次剖腹探查止血，但手术风险大，包括：麻醉风险和麻醉后脱机困难、术中出血、复杂裂伤子宫切除后创面糟烂、水肿，找不到出血点、诱发DIC、手术创伤对患者的打击、术后多脏器功能衰竭等；2、血管介入治疗：髂内动脉栓塞，创伤小，能有效止血，可局麻下进行，缺点不能彻底清理腹腔积血、血块。与患者家属商议后选择血管介入治疗。



诊疗经过

- 局麻下行双侧髂内动脉栓塞术，手术顺利。
- 术中输患者自某医院带来4u红细胞，术后血RT:Hb 77 g/L，PLT $101 \times 10^9/L$ ；D-二聚体 995 ug/L。
- 术后监测血色素、血小板水平逐渐上升。患者逐渐脱呼吸机成功，术后5天病情相对平稳，血Hb 100g/L。盆腔B超提示：膀胱右上方探及范围约107mm×64mm×113mm的囊性包块，囊壁清，内见分隔。
- 于2013. 3. 6转产科进一步诊治。



诊疗经过

- 给予理疗、抗生素预防感染等治疗，效果好，患者逐渐恢复。引流量由每日600ml逐渐减少，术后13天引流干净，复查盆腔B超检查提示：膀胱右上方探及范围约117mm×61mm×83mm的囊性包块，囊壁清，内见分隔。未见腹腔积液，拔出腹腔引流管，出院。
- 2013. 3. 26患者出现发热，阴道少量褐色分泌物再次入院，妇科检查：阴道壁切口愈合好，宫颈残端近左侧阴道穹窿处见一长约1.0cm的裂口，可见陈旧性血性分泌物流出，有少许脓血性物，用甲硝唑注射液局部冲洗。 给予抗生素积极控制感染。



诊疗经过

- 2013-04-03阴道排出物较多，遂在超声监视下行阴道残端置管引流，见：阴道残端左侧有一长约2cm裂口，其内流出暗红色粘稠恶臭液体。B超监视下用卵圆钳自阴道残端裂口处探入盆腔包块内，清理全部包块内容物。自开口处植入一T型引流管，并用甲硝唑氯化钠溶液冲洗囊腔。
- 阴道残端引流逐渐减少，复查B超盆腔包块消失，拔除阴道残端引流管，残端逐渐愈合，于2013. 4. 17出院。



子宫动脉栓塞 --- 随着介入技术在产后出血中的应用，为保留生育功能提供了全新的治疗方法



病例2：入院情况

- xxx，女，34岁，因“人工流产术后2+月，发现胎儿存活（符合19周），要求引产”于2012.4.5收入院。
- 查体：一般状况好，下腹正中纵行手术瘢痕约15cm，妇科检查：外阴发育正常，阴道通畅，宫颈轻度糜烂。宫底平脐，宫体无压痛，双侧附件区未及明显异常。
- B超（2012.3.27.本院）：双顶径4.3cm，股骨2.9cm，胎盘位于子宫后壁，I级，羊水深度4.9cm。提示：19周妊娠。

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/088041142035006112>