

第五节 产后出血

导入情景:

王女士第二胎，妊娠 9 个半月入院生孩子。入院后第二天经阴道娩出一活婴，胎儿娩出后 10 分钟胎盘完整娩出。宫颈处有一裂伤，缝合修补后阴道仍出血，呈间歇性，流血量约 600ml。腹部检查子宫大而软。患者出现眩晕、面色苍白、脉搏快而细弱。

请思考:

- 1.该患者最主要的护理诊断是什么？
- 2.护士应重点监测哪些内容？
- 3.该患者应如何处理？

产后出血 (postpartum hemorrhage)是指胎儿娩出后 24 小时内，阴道流血量超过 500ml 者。产后出血的时间包括:胎儿娩出后至胎盘娩出前，胎盘娩出至产后 2 小时及产后 2~24 小时 3 个时期，约 80%发生于产后 2 小时内。产后出血是分晚期严重并发症,是我国目前孕产妇死亡的首要原因,发生率占分娩总数的 2%~3%。由于临床上失血量多是估计量，实际出血量往往高于估计量，实际产后出血发生率更高，因此产科工作者，应特别重视产后出血的防治与护理，以降低产后出血的发生率及产妇的死亡率。

【病因】

引起产后出血的主要原因有子宫收缩乏力、胎盘因素、软产道裂伤和凝血功能障碍。这些原因可以互为因果，相互影响。

1.子宫收缩乏力 (uterine atony) 是引起产后出血最常见的原因，占产后出血总数的 70%~80%。胎儿娩出后，子宫收缩对肌束间的血管起到有效的压迫作用，因此，凡影响子宫收缩和缩复功能的因素均可引起子宫收缩乏力性产后出血。常见因素如下：

- (1) 全身因素:①产妇精神过度紧张。②产程延长，体力消耗过多。③临产后

过多使用镇静剂和麻醉剂。④体质虚弱或合并有慢性全身性疾病等。



(2) 局部因素:①子宫肌纤维过度伸展:多胎、羊水过多、巨大儿等。②子宫肌壁损伤:剖宫产史、子宫肌瘤剔除术后、分娩过多、急产等。③子宫病变:子宫肌瘤、子宫发育不良、畸形等。④子宫肌壁水肿或渗血:重度贫血、妊娠期高血压疾病、子宫胎盘卒中、宫腔感染累及肌层等。

2. 胎盘因素 根据胎盘剥离情况, 导致产后出血的胎盘因素如下

(1) 胎盘滞留:胎盘多在胎儿娩出后 15 分钟娩出, 若胎儿娩出后 30 分钟胎盘尚未娩出者, 称胎盘滞留 (retained placenta)。常见原因如下:

1) 胎盘剥离不全: 多由第三产程处理不当, 过早牵拉脐带或按压子宫影响胎盘正常剥离导致的胎盘剥离不全, 剥离面血窦开放导致出血。

2) 胎盘剥离后滞留: 由于宫缩乏力、膀胱充盈等因素使已剥离的胎盘滞留



胎盘粘连



胎盘植入

于宫腔，影响胎盘剥离面血窦关闭，引起产后出血。

3) 胎盘嵌顿：由于不正当使用宫缩剂或粗暴按压子宫，使子宫颈内口附近子宫平滑肌产生痉挛性狭窄环，使已剥离的胎盘嵌顿于狭窄环以上，影响宫缩，多引起隐性出血。

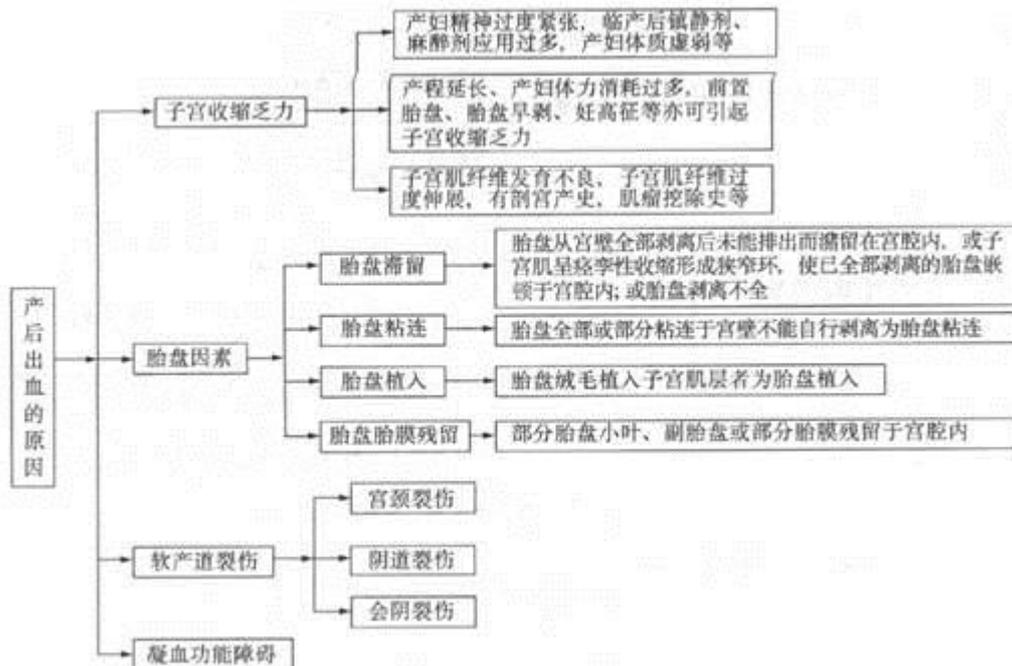


图1 产后出血的原因

(2) 胎盘粘连 (placenta accreta)或胎盘植入 (placenta increta)：胎盘绒毛仅穿入子宫肌壁表层为胎盘粘连，胎盘绒毛穿入子宫壁肌层为胎盘植入。常因多次刮宫或宫腔感染损伤子宫内膜和原发性蜕膜发育不良导致。胎盘粘连及胎盘植入均可分为部分性或完全性,部分性胎盘粘连或植入，因胎盘部分剥离，部分未剥离，导致子宫收缩不良，已剥离面血窦持续开放发生致命性产后出血;完全性粘连与植入则因未剥离而无出血。

(3) 胎盘、胎膜残留：多为部分胎盘小叶或副胎盘残留在宫腔，有时部分胎膜残留于宫腔，影响子宫收缩引起产后出血。

3. 软产道裂伤 软产道裂伤后未及时发现，导致产后出血。常见原因有胎儿过大、娩出过快、助产手术不当、宫缩过强、软产道组织弹性差等。会阴切开切口过小、切开过早等也可致切口流血过多。

4. 凝血功能障碍 较少见，多数由于产科情况引起的弥散性血管内凝血

(DIC)所致的凝血功能障碍,如胎盘早剥、羊水栓塞、妊娠期高血压疾病、死胎、重症肝炎等。少数由于产妇合并有血液系统疾病,如原发性血小板减少、再生障碍性贫血、白血病等。

【临床表现】

产后出血的主要临床表现是胎儿娩出后有多量阴道流血及失血性休克的症状和体征。

1. 阴道多量流血 不同原因引起的产后出血,阴道流血表现不同。胎儿娩出后,立即出现阴道持续流血,色鲜红,可自凝,出血时宫缩好,应考虑软产道裂伤;胎儿娩出后数分钟,胎盘娩出前,阴道流血量多,色暗红,间断性流出,有血块,应考虑胎盘因素;胎盘娩出后阴道流血较多,呈间歇性,血色暗红,有凝血块,多为子宫收缩乏力或胎盘、胎膜残留;胎儿娩出后阴道持续性阴道流血,血液不凝固,同时伴有全身不同部位的出血,应考虑凝血功能障碍。如果阴道流血不多,但失血表现明显,伴阴道疼痛时,应考虑为隐匿性软产道损伤,如阴道血肿。

2. 休克表现 表现轻重与出血量、出血速度、产妇机体反应及全身状况有着密切的关系。休克前可有眩晕、口渴、恶心、呕吐、打哈欠、烦躁不安,随之出现面色苍白、出冷汗、脉搏细数、血压下降等休克表现。

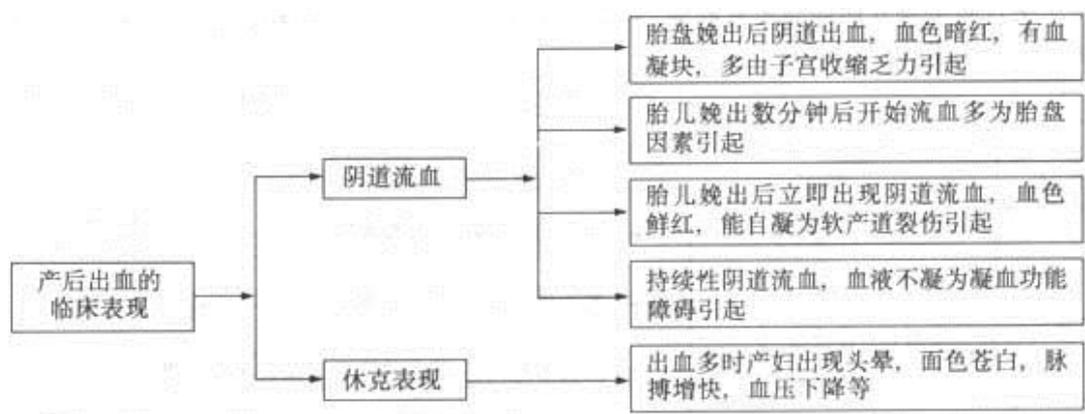


图2 产后出血临床表现

【护理评估】

1. 健康史 评估与产后出血有关的病史,如出血性疾病、重症肝炎、子宫肌瘤、多次人工流产及产后出血史;此次妊娠有无合并妊娠期高血压疾病、前置胎盘、胎盘早剥、多胎妊娠、羊水过多;评估分娩期产妇精神状态,是否过多使用镇静剂、麻醉剂,有无产程过长、产妇衰竭、急产或软产道裂伤等情况。

2. 身体状况

(1)症状:产妇表现为阴道流血过多,不同原因引起的产后出血症状不完全相同,应仔细评估。产妇多表现为面色苍白、心慌、出冷汗、头晕、懒言、表情淡漠等。软产道损伤造成阴道壁血肿的产妇会有尿频或肛门坠胀感,且有排尿疼痛。

(2)体征:不同原因引起的产后出血体征不同。①子宫收缩乏力:腹部触诊子宫轮廓不清,摸不到宫底,按摩、按压宫底时可压出大量积血。②胎盘因素:胎盘

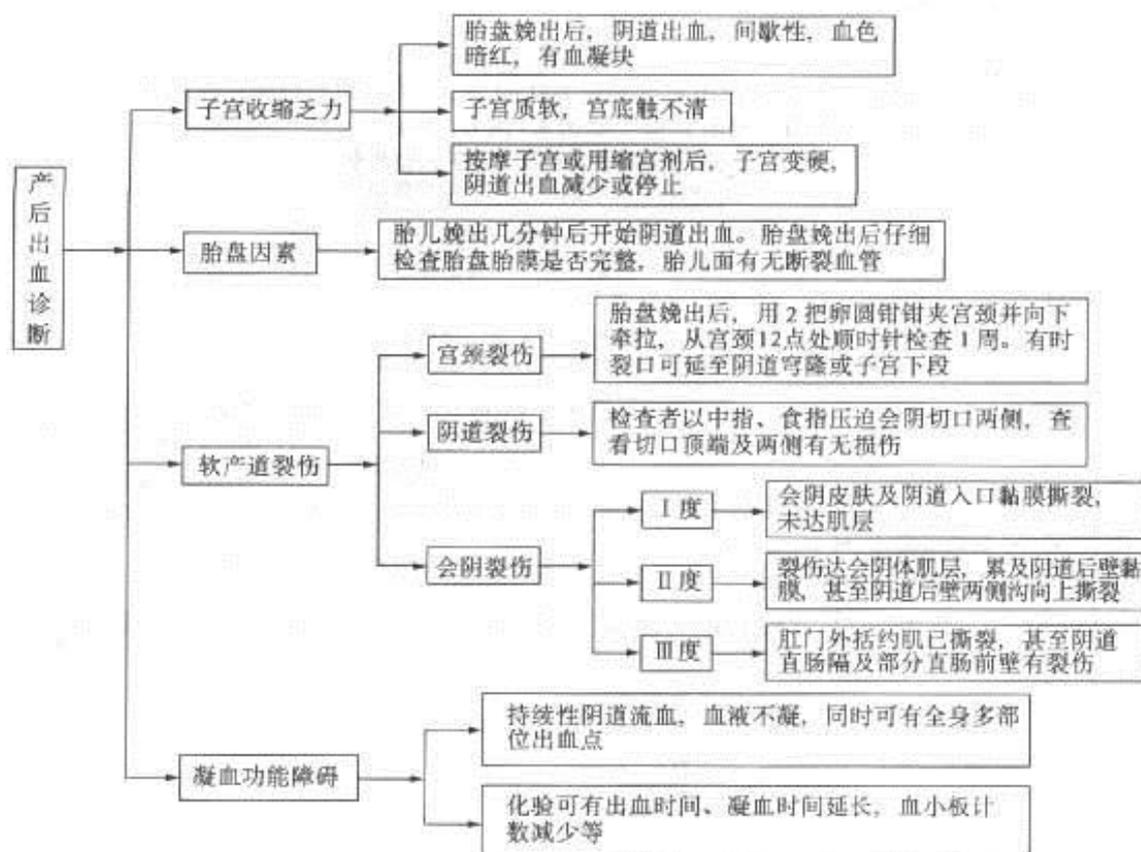


图3 产后出血诊断

剥离不全、粘连、植入,无胎盘剥离征象,行徒手剥离胎盘时发现胎盘较牢固附着在子宫壁上。胎盘已剥离而排出困难者,检查可发现子宫颈内口附近呈痉挛性收缩,形成狭窄环,使已剥离的胎盘嵌顿于子宫腔内。胎盘残留,胎盘娩出后检查胎盘、胎膜不完整。③软产道裂伤:宫缩良好,子宫轮廓清晰,仔细检查软产道,可发现宫颈、阴道或会阴有裂口、血肿。宫颈裂伤常发生在两侧,有时可上延至子宫下段、阴道穹隆。④凝血功能障碍:检查软产道无损伤,胎盘胎膜完整,子宫收缩良好,而产妇发生持续性阴道流血,血液不凝固,同时可出现全身多部位出血。

知识链接

失血量测定及估计方法

产后出血量测定方法包括主观测定法（目测法）和客观测定法，其中目测法不够准确，客观测定法可以较准确地测定出血量，常用测定方法有三种：①称重法：失血量(ml)=[分娩后敷料湿重(g)-分娩前敷料干重(g)]/1.05(血液比重 g/ml)。②容积法：用弯盘或专用的产后聚血器收集血液后用量杯测定失血量；③面积法：血湿面积按 $10\text{cm} \times 10\text{cm} = 10\text{ml}$ 计算。 |

对于产后未作失血量收集的产妇，或外院转诊者，可根据失血性休克程度估计失血量，指导休克的抢救。休克指数=脉率+收缩压；指数=0.5，为血容量正常；指数=1.0，失血量 500 ~ 1500ml；指数=1.5，失血量 1500 - 2500ml；指数=2.0，失血量 2500 ~ 3500ml。

3. 心理-社会支持状况 产后出血一旦发生，产妇及家属会表现异常惊慌、恐惧，担心产妇的生命安危，把全部希望寄托于医护人员。迅速大量的失血引起失血性休克，如果得不到及时纠正可危及生命。失血过多、休克时间过长，即使获救，仍有可能引起垂体缺血坏死，继发严重的腺垂体功能减退（希恩综合征），给社会和家庭造成负担。

4. 辅助检查 包括血常规、血型、出凝血时间、凝血酶原时间、纤维蛋白原及中心静脉压测定等。

5. 治疗原则及主要措施 治疗原则为针对病因迅速止血、补充血容量、防治休克，预防感染。在止血治疗的同时应积极预防与抢救休克，止血与抢救休克应同时进行，不可忽视任何一方面。根据不同原因采取不同的方法止血，主要措施如下：

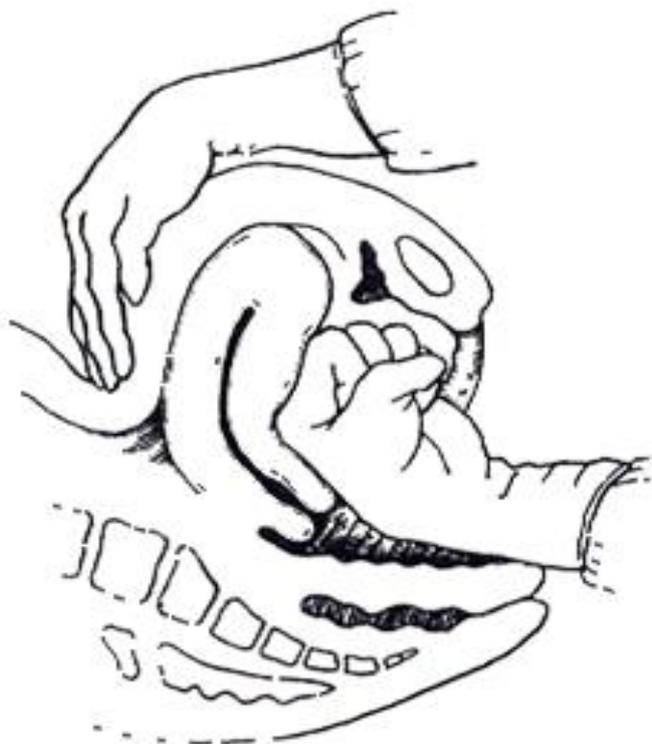
(1) 子宫收缩乏力止血

1) 按摩子宫：有经腹壁按摩子宫法和腹部-阴道双手按摩子宫法。经腹壁按摩子宫法包括单手按摩法和双手按摩法。单手按摩法操作简单，助产者将一手置于子宫底，拇指在前壁，其余四指在后壁，均匀而有节律地按摩子宫（图 12-6），此法产妇感到疼痛，按摩时切忌动作粗暴，用力不可过大。双手按摩法是用双手在腹部按摩子宫，一手放在耻骨联合上方按压下腹部，将子宫向上推起，另一手放

于子宫底部，拇指在前壁，其余四指在后壁握住子宫底部进行有节律地按摩，同时间断用力挤压子宫，压出子宫腔内的血块。经上法按摩无效，可改用腹部-阴道双手按摩子宫法。助产者一手戴消毒手套握拳置于阴道前穹隆，顶住子宫前壁，另一手自腹部按压子宫后壁，两手相对紧紧压迫子宫并做按摩，一般5~10分钟即可止血。



腹壁按摩宫底

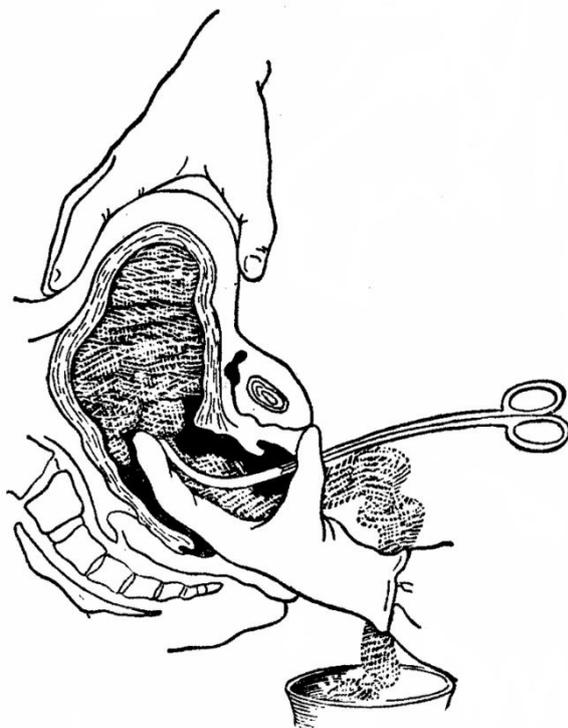


腹部—阴道双手按摩子宫法

2) 应用子宫收缩药物：根据产妇的情况，可采用静脉滴注、静脉推注、肌内注射、阴道上药等方式给药，以达到加强子宫收缩止血的目的。常用药物有：①缩宫素（oxytocin）10U 加于 0.9%氯化钠注射液 500ml 中静脉滴注，必要时缩宫素 10U 直接行宫体注射。②麦角新碱 0.2-0.4mg 肌内注射或宫体直接注射，或静脉快速滴注，或加入 25%葡萄糖注射液 20ml 中静脉缓慢推注，心脏病、妊娠期高血压疾病和高血压患者慎用。③前列腺素类药物：米索前列醇 20(Vg 舌下含化或卡前列甲酯栓 1mg 置于阴道后穹隆；地诺前列酮 0.5~1mg 直接行宫体注射。

3) 宫腔填塞纱布条法：经按摩法、用宫缩剂后仍出血，在缺乏输血和手术条件下，应用宫腔填塞纱布条止血为良好的应急措施。用特制的长 1.5~2m，宽 6

~8cm，4~6层无菌纱布条塞入宫腔止血。操作时注意无菌，术者用卵圆钳将纱布条送入宫腔内，自宫底由内向外填紧，不留死腔。术后严密观察血压、脉搏、宫底高度的变化，严防宫内隐性出血发生。24小时取出，取出前先注射宫缩剂，



器械填塞宫腔纱布条

并给予抗生素预防感染。

4) 结扎盆腔血管：严重的子宫弛缓性出血，用以上方法不能止血时或要求保留生育能力者，可经阴道结扎子宫动脉上行支，若无效再经腹结扎子宫动脉或髂内动脉，以达到止血的目的。

5) 髂内动脉或子宫动脉栓塞：在放射科医师协助下，行股动脉穿刺插入导管至髂内动脉或子宫动脉，注入明胶海绵颗粒栓动脉。栓塞剂可于2~3周后吸收，血管复通。适用于产妇生命体征稳定时进行。

6) 子宫切除：用上述几种止血法无效时，为挽救产妇生命，应立即行子宫次全切除术或子宫全切除术，不可犹豫不决，以免贻误抢救时机。

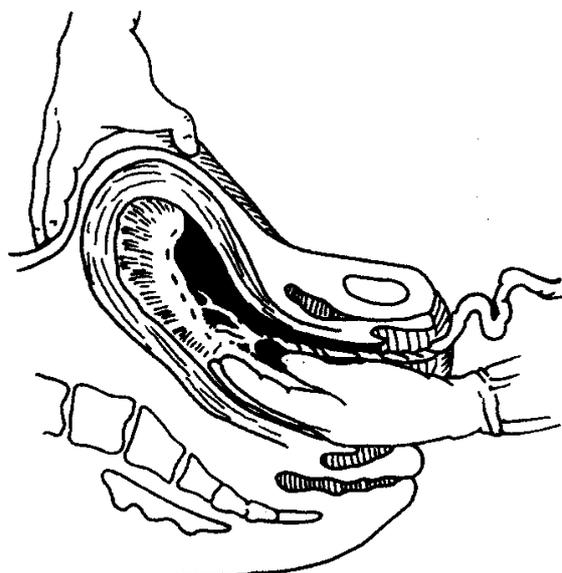
(2) 胎盘因素止血：根据不同原因，采取相应方法娩出胎盘而止血，处理前应排空膀胱。

1) 正确处理第三产程，当出现胎盘剥离征象后，协助胎盘及时、完整地娩出。

2) 胎盘剥离后滞留者，助产者一手轻按子宫底并按摩子宫刺激宫缩，嘱产

妇屏气向下用力，另一手轻轻牵拉脐带使胎盘娩出。

3) 胎盘粘连、剥离不全者,应行人工剥离胎盘术, 注意无菌操作, 操作轻、稳、准, 切忌挖除。



4) 胎盘嵌顿者, 在全身麻醉下, 待子宫狭窄环松解后用手取出胎盘。

5) 胎盘植入者, 行子宫次全切除术, 切忌用手指强行挖除。近年, 由于应用抗生素可预防感染, 对初产妇, 出血少等病例可采取甲氨蝶呤 (MTX)、5 氟尿嘧啶(5FU)和中药等保守治疗。

6) 胎盘、胎膜残留者, 用手取出, 手取困难者, 可用大号刮匙刮取。

(3) 软产道裂伤止血:应按解剖关系及时准确地缝合直至彻底止血。软产道血肿应切开并清除积血、彻底止血缝合, 必要时放置弓 I 流条。

(4) 凝血功能障碍止血:应积极止血, 治疗原发病。输新鲜血、血小板、纤维蛋白原或凝血因子等,若已发生 DIC, 则按 DIC 处理。

【常见护理诊断/问题】

1. 组织灌注量不足与阴道多量流血, 不能及时补充有关。
2. 有感染的危险与失血过多抵抗力下降及手术操作有关。
3. 恐惧与阴道大出血, 有死亡逼近的压迫感有关。
- 4.潜在并发症:失血性休克、希恩综合征。

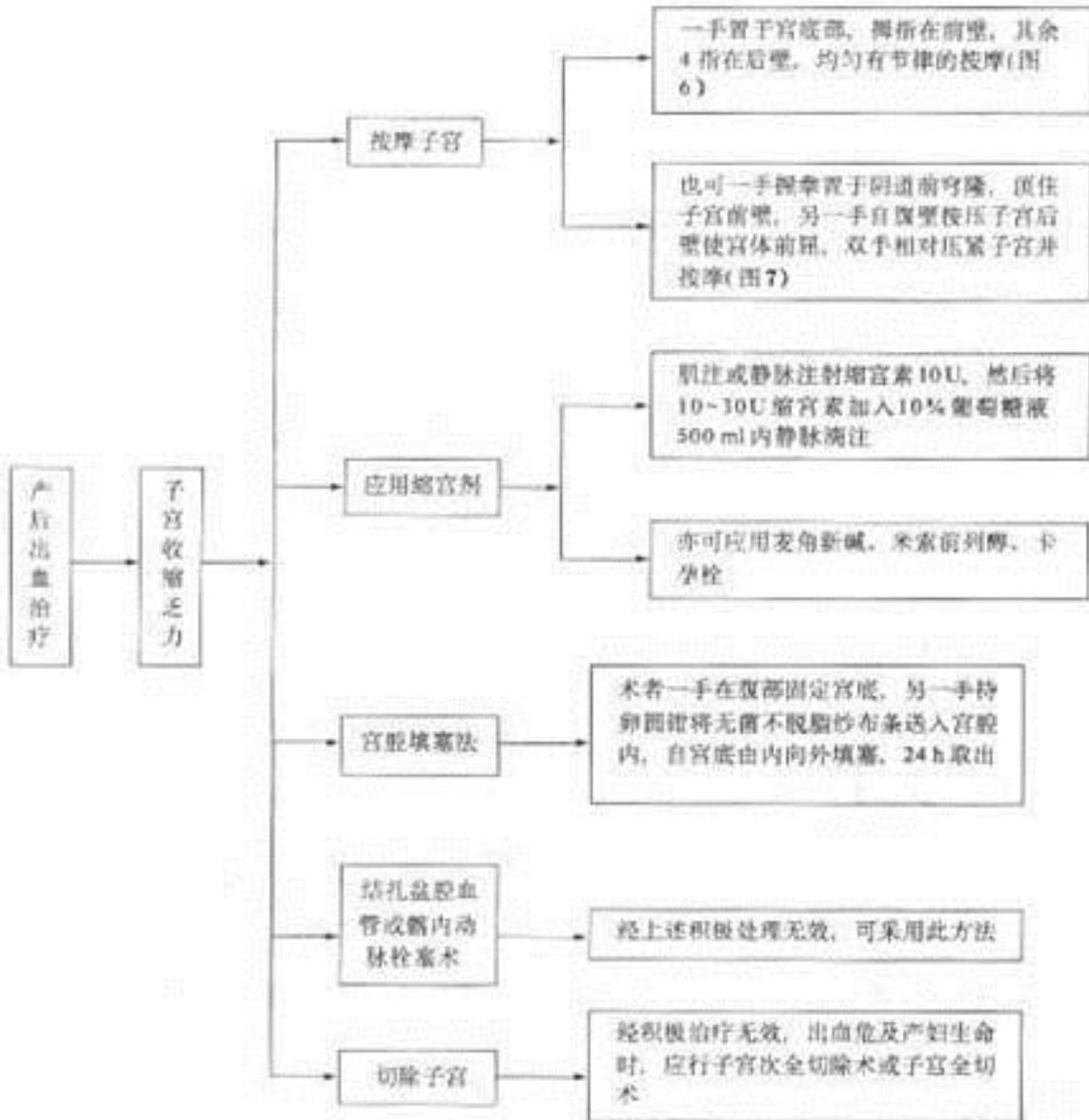
【护理目标】

1. 产妇阴道出血得到控制, 血容量尽快得到恢复, 血压、脉搏、尿量保持正

常,不出现并发症。

2. 能说出感染的危险因素, 体温、恶露、伤口无异常。

3. 产妇能叙述恐惧的心理感受, 情绪稳定, 并积极配合治疗与护理。



【护理措施】

1. 预防产后出血

(1) 妊娠期: 加强孕期保健, 及时治疗全身性疾病, 凡有血液病不宜妊娠者应及时终止妊娠。对有产后出血倾向的孕妇, 如多胎妊娠、羊水过多、肝炎、妊娠期高血压疾病、血液病等, 应加强产前检查并积极纠正, 提前入院待产。

(2) 分娩期: 正确处理产程。

1) 第一产程: 严密观察产程进展, 安慰产妇, 消除其思想顾虑, 合理应用镇

静剂，加强营养，注意休息。有产后出血可能者，保持静脉通畅，做好输血和急救的准备。

2) 第二产程:正确保护会阴，正确掌握会阴切开的时机，胎儿娩出不宜过快，勿使胎头过早仰伸，阴道助产术要严格按着操作规程进行。有出血可能者，当胎儿前肩娩出后，立即肌内注射或静脉推注缩宫素 WU。

3) 第三产程: 正确处理第三产程，在胎盘未剥离之前，避免压挤子宫及牵拉脐带，胎盘剥离后及时协助娩出。胎盘娩出后仔细检查是否完整，有残留者应及时取出，常规检查软产道有无损伤，有损伤及时缝合。

(3)产褥期: 产后出血 80%发生在产后 2 小时内，所以产后 2 小时内产妇应留在分娩室。严密观察产妇产宫收缩、阴道流血、会阴伤口等情况。定时测量生命体征。鼓励产妇及时排尿、早期哺乳。有感染可能者，应用抗生素，预防晚期产后出血。

2. 协助医生迅速止血，纠正失血性休克

(1) 协助产妇采取平卧位，立即建立静脉通道，给予保暖、吸氧。

(2) 做好急救物品及药品准备，遵医嘱尽快输液、输血，并记录出入量。

(3) 密切监测血压、脉搏、呼吸、神志变化，观察皮肤黏膜、嘴唇及指甲的颜色，注意宫缩

及阴道流血情况，发现休克征象立即报告医生。

(4) 根据产后出血的不同原因，协助医生进行相应的止血措施。

(5) 根据医嘱准确采集各种标本，及时送检。

3. 防治感染失血使产妇抵抗力下降易感染，在抢救的过程中应加强无菌操作，遵医嘱给予抗生素。积极改善产妇一般状况,加强营养,纠正贫血,注意休息,给予支持疗法。保持环境清洁，定期通风、消毒。保持外阴清洁，每日擦洗 2 次，便后及时擦洗，指导产妇应用消毒会阴垫。

4. 心理护理

(1) 做好产妇及家属的安慰、解释工作，使产妇保持安静，与医护人员主动配合。

(2) 尽量陪伴在产妇身旁，给予同情和关爱，增加安全感。

(3) 教会产妇一些放松的方法,鼓励产妇说出内心的感受，消除恐惧心理。

5. 健康指导 做好出院指导尤为重要。指导产妇加强营养,逐步增加活动量;继续观察子宫复旧及恶露的情况,警惕晚期产后出血和产褥感染的发生;产褥期禁止盆浴及性生活;明确产后复查的时间、目的和意义,使产妇能按时接受检查,以便及时发现问题,及时处理,使其尽快恢复健康。

【护理评价】

1. 产妇是否避免了失血性休克,血压、脉搏、尿量是否保持正常。
2. 产妇是否避免了感染,体温、恶露、伤口有无异常。
3. 产妇情绪是否稳定,能否主动配合各种治疗与护理,生理及心理上的舒适感是否增加。