

基层医院产后出血抢救对策探讨

孙长虹

(江苏省盐城市滨海界牌卫生院 盐城 224000)

摘要:目的:探讨基层医院产后出血产妇的临床抢救方法。方法:随机选取 2014 年 1 月~2015 年 5 月在我院分娩发生产后大出血产妇 30 例作为研究组,分析产妇出血原因,采取对因方法抢救。同时采用回顾性分析,随机选取 2012 年 1 月~2013 年 12 月在我院分娩发生产后大出血产妇 30 例作为对照组,采用传统宫腔塞纱止血和输血治疗。对比两组患者的抢救成功率和平均输血量。结果:研究组抢救成功率明显高于对照组($P<0.05$);研究组平均输血量明显少于对照组($P<0.05$)。结论:根据产后出血原因,采用对因方法抢救,能有效减少输血量,提高抢救效果。基层医院应根据实际情况积极推广和普及产后出血对因抢救措施。

关键词:产后出血;抢救;出血量;宫缩;凝血功能障碍

中图分类号:R714.461

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.11.045

产后出血是指产妇在胎儿分娩后 24 h 内,急性出血量超过 500 ml 或分娩 2 h 内出血到 400 ml 以上。产后出血发病急、发病率高、病情重,是孕产妇死亡的主要原因,而大多数是因无法获得急救医疗丧失了生命^[1]。临床上传统的抢救方法是使用宫腔塞纱法止血联合输血治疗,但抢救效果较低,最终造成患者无法再生育,甚至死亡案例屡见不鲜。因此如何有效抢救治疗产后出血,成为广大医务工作者及科研人员研究的重要课题。2012 年“十二五”时期卫生事业发展指标提出 2015 年将孕产妇死亡降至 22/10 万。按照保基本、强基层的要求,应当为产妇产后出血提供安全、有效、价廉的急救适宜技术。本文根据产后出血原因有针对性采取抢救措施,取得了令人满意的研究成果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2014 年 1 月~2015 年 5 月在我院分娩发生产后大出血产妇 30 例作为研究组,年龄 21~42 岁,平均年龄(27.37 ± 5.27)岁;经产妇 21 例,初产妇 9 例;平均出血量(728.57 ± 73.23)ml;出血原因:子宫收缩乏力 24 例,胎盘因素 3 例,软产道损伤 2 例,凝血功能障碍(DIC)1 例。回顾性分析 2012 年 1 月~2013 年 12 月在我院分娩发生产后大出血的产妇 30 例作为对照组,年龄 20~41 岁,平均年龄(26.72 ± 4.36)岁;经产妇 20 例,初产妇 10 例;平均出血量(734.35 ± 75.43)ml;出血原因:子宫收缩乏力 23 例,胎盘因素 4 例,软产道损伤 2 例,DIC 1 例。两组患者年龄、出血量和出血原因比较均无明显差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准^[2] 胎儿分娩出后 2 h 总出血量超过 400 ml(产妇产后 2 h 总出血量=产后 2 h 子宫出血量+会阴伤口出血量+第三产程出血量);胎儿娩出 24 h 总出血量超过 500 ml;产时+产后的总出血

量超过 1 000 ml 则为严重的产后出血。

1.3 方法 产妇分娩后出现出血症状,应迅速召集医务人员,同时,保持产妇平卧位、保暖,按 4~6 L/min 氧流量吸氧,心电图监护,通过粗大静脉给予 20 U 缩宫素静滴,加快补液速度,备血。给予急查血常规,出凝血时间,采取准确方法测量出血量,补充血容量。

1.3.1 对照组 采用传统宫腔塞纱法。采用宫腔塞纱前需将残留的胎盘胎膜组织清除干净,遇羊水污染或疑似感染产妇可用甲硝唑冲洗宫腔。具体填塞方法是优先选择出血多部位进行塞纱压迫止血。若主要为宫腔出血时,应优先填塞上段宫体,而后填塞宫颈内口及宫下段并压紧。堵塞过程应均匀紧密,不留死腔。在填塞时切忌纱条相互交锁及缝合时将缝线穿过纱条,以免取出时困难。

1.3.2 研究组 采用对因方法进行抢救。除按上述常规措施救治外,产房医生应及时准确判断产妇出血原因,并根据出血的原因给予不同抢救措施。具体如下:对于宫缩乏力产妇,可按摩子宫,促进子宫收缩,同时给予缩宫素,如卡前列甲酯栓、欣母沛。对膀胱充盈产妇应进行导尿处理。若软产道损伤较深,伤及宫颈血管时,导致产后出血患者应及时缝扎血管,采取压迫止血。若遇胎盘因素产后出血,则需尽快采取人工胎盘剥离,宫腔探查。如植入性胎盘或出血不止,需做好子宫次全切或全切准备。凝血功能障碍者则给予查凝血功能,抗凝血功能障碍治疗。

1.4 观察指标及评价标准^[2] 观察两组患者抢救成功例数,进行紧急子宫切除术例数和死亡例数,对比两组抢救成功率和平均输血量。

1.5 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件进行统计学分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 说明差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组抢救成功率比较 两组总有效率比较差异无统计学意义($P>0.05$);研究组抢救成功率明显高于对照组($P<0.05$);研究组因止血治疗无效行子宫切除术明显少于对照组($P<0.05$);对照组因抢救失败发生死亡 1 例。见表 1。

表 1 两组抢救成功率比较[例(%)]

组别	n	抢救成功	子宫切除	死亡	总有效
对照组	30	24(80.00)	5(16.67)	1(3.33)	29(96.67)
研究组	30	29(96.67) [#]	1(3.33) [#]	0(0.00)	30(100.00)

注:与对照组比较,[#] $P<0.05$ 。

2.2 两组平均输血量比较 研究组患者平均输血量为(243.57±21.41) ml,对照组患者平均输血量为(412.82±32.15) ml,研究组平均输血量明显少于对照组($P<0.05$)。

3 讨论

临床产后出血是产科常见危急重症,大多发病突然,来势凶,临床发病率高,死亡率高。研究发现,引起产后出血的原因主要有子宫收缩乏力、软产道损伤、胎盘因素、凝血功能障碍。另外,产妇体力衰竭、巨大儿、产程延长、多胎、羊水过多、剖宫产、镇静药物使用过多等均可导致产后出血症状^[1]。本研究 60 例患者产后出血原因主要有宫缩乏力、软产道损伤、胎盘因素、凝血功能障碍,其中子宫收缩乏力占比较高。两组研究结果虽抢救成功率较高(80.00%以上),但对照组最后行子宫切除术产妇高达 5 例(16.67%),对于产妇身心健康影响深远,特别是对受传统观念影响较深的乡镇患者及家属。研究组通过对因抢救治疗措施,总有效率高达 100.00%。行子宫切除术 1 例(3.33%),显著低于对照组。

研究认为,引起子宫收缩乏力因素较多,如巨大儿、产程延长、多胎、镇静药物使用不当可引发子宫收缩乏力,另外如产妇贫血、低蛋白、水肿、产妇精神过度紧张也易引发子宫收缩乏力^[4]。因此,如产妇出现上述临床表现可在胎儿娩出后考虑使用缩宫素。对于无药物禁忌可给予米索前列醇肛塞预防和减少产后出血。针对产妇情况,必要时补充血容量和凝血因子、子宫捆绑式压迫及止血药物治疗等处理。如常规措施无效后可采用手术止血,包括子宫切除术、子宫动脉上行支结扎术等,以降低产妇死亡率。

笔者认为,对于基层医院除建立相应抢救措施外,需针对基层医院制定预警管理。包括:(1)建立基层医院产科医生、助产士和产房护士定期培训制度,提高医务人员业务能力。医护人员应能准确评估产妇出血量,及时尽早辨别出血原因及出血点,能

有效采取对应抢救及治疗措施,以免延误抢救时机。(2)建立基层医院产后出血分级预警系统。任何孕妇生产过程都有可能发生产后出血。研究认为,子宫收缩乏力是引起产后出血的主要原因,而巨大儿、产程延长、绒毛膜羊膜炎和硫酸镁的应用均有可能导致宫缩乏力。其他引起产后出血原因还包括胎盘因素、软产道损伤、高龄初产、妊娠高血压等。有研究认为存在上述一种或多种高危因素的孕妇比其他孕妇更易发生产后出血。因此可针对上述高危因素建立相应预警措施。(3)建立基层医院产后出血抢救程序。发达国家如美国、英国和加拿大等国对产后出血均有一套详细的诊断和治疗指南^[5]。中华医学会妇产科分会 2009 年虽制定了《产后出血的预防和诊治指南(草案)》,对产后出血的处理流程进行规范,但对于基层医院来说,在实际抢救力量的组织及流程、对内抢救部门的应急联络、对外抢救及会诊治疗的联络等操作与实际临床存在一定差距。因此,需针对基层医院建立产后出血抢救程序,建立相应应急抢救方案。(4)建立产房留观制度及内容。产后出血发生在分娩 2 h 以内的占 80%左右。为此,产妇分娩后,应继续重点监护 2 h 内产妇一般情况、阴道流血量、宫缩情况及生命体征。做到认真、及时处理每个环节,及早发现问题,赢得抢救时间。(5)建立孕期科普宣传工作制度。如前所述,导致产后出血的相关因素较多,其中有部分危险因素可通过日常孕产教育、孕期保健、高危因素筛查、妊娠合并症及并发症积极治疗降低甚至解除产后出血可能的威胁。但目前基层医院大多面对的患者为乡镇低学历、知识面匮乏人群,对孕产期保健知识存在严重匮乏,甚至有患者对孕期炎症感染都置若罔闻。因此,应通过相应制度,积极及时普及孕前、孕期及产后知识,从源头尽量控制产后出血因素。

总之,基层医院应深入分析产后出血的原因,根据出血原因给予不同的抢救措施,完善各出血相关的抢救措施,降低因产后出血而造成的子宫切除率和死亡率,更好地为患者服务,提高临床治疗水平。

参考文献

[1]刘亚兰,蒋祎,汪洋,等.中国产妇产后出血急救适宜技术有效性的系统评价[J].中华急诊医学杂志,2015,24(5):551-553
[2]乐杰.妇产科学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,1995.206
[3]张方芳,徐永莲,刘兴会,等.产后出血原因及相关危险因素 135 例临床分析[J].实用妇产科杂志,2014,30(2):144-146
[4]朱玉珍.产后出血的病因及防治[J].中国当代医药,2009,16(5):168
[5]李跃红,许建凤,张美华,等.基层医院产后出血分级预警系统的建立及效果[J].浙江预防医学,2015,27(2):191-192,197

(收稿日期: 2015-08-24)