

产后大出血的原因分析及护理对策的研究进展

邓红春

广西桂林市灌阳县人民医院妇产科 541600

【摘要】胎儿娩出后未 24 小时，若阴道分娩者与剖宫产者的出血量分别高于 500ml 和 1000ml，则可视为产后出血。产后大出血的发病率为 5%-10%，产后 2 小时为主要发病期。作为分娩期的并发症之一，产后大出血对产妇生命安全影响较大，情况严重时会造成孕产妇的死亡。为尽可能的避免产后大出血现象的发生，需要做好监测和防范对策，及时采取科学的护理措施，降低孕产妇死亡率。文章对产后大出血的原因及护理对策等进行综述。

【中图分类号】R473.71 【文献标识码】A 【文章编号】2095-7165 (2019) 04-211-02

近年来就我国孕产妇死亡情况来看，产后出血是最为主要的因素，尤其是边远落后地区^[1]。出血量的收集及测量受主观因素影响较大，使得该病的实际发病率更高，无法保障孕产妇生命安全。基于此，应对产后出血主要诱发原因进行分析和总结，重视产后出血护理、监测及防治工作，以降低发病率和死亡率。

1 原因分析

子宫收缩乏力、软产道裂伤、胎盘因素、凝血功能障碍等，都可能造成产后大出血，其中以子宫收缩乏力因素最为常见。一般情况下，胎儿娩出后，血窦会因为胎盘分离而进入开放状态，进而造成出血现象，正常情况下，子宫平滑肌收缩和缩复可有效压迫肌束间的血管，使子宫壁上的血窦关闭，血流速度便会下降，可促进血栓的形成，进而避免继续出血^[2]。1、当产妇精神过度紧张，对分娩有恐惧，对阴道分娩缺乏足够的信心；2、产程过长或难产，造成产妇体力消耗过多乃至衰竭使体质虚弱；3、临产后过度使用镇静剂、麻醉剂或子宫收缩抑制剂；4、合并有急、慢的全身性疾病；5、子宫过度膨胀，子宫肌纤维因巨大儿、多胎妊娠等原因，出现伸展过度现象；6、子宫肌纤维发育不育，子宫肌收缩性因子宫畸形、妊娠合并子宫肌瘤等，而受到影响；7、子宫肌壁损伤，如：剖宫产史、子宫肌瘤剔除术后、产次过多、急产等均可能造成子宫肌纤维损伤；8、子宫肌水肿或渗血，妊娠高血压疾病、宫内感染等，引发子宫平滑肌层水肿或渗血问题，造成子宫收缩乏力；9、胎盘早剥，所致子宫胎盘卒中、前置胎盘等均可引起产后出血；10、胎盘滞留、软产道损伤、产妇体力衰竭、胎盘粘连或植入等，都会对影响子宫肌肉收缩机能的正常发挥，造成产后出血现象。

2 护理对策

2.1 组织管理

(1) 科室成立抢救小组，制定抢救工作职责，成员分工明确，制定科室紧急情况下人力资源调配预案，一旦有产妇发生产后大出血需抢救，小组成员必须在规定的时间内到达救治地点参加救治^[3]。(2) 加强对所有产科医师、助产士以及护士的专科理论、应急预案演练、急救技能等相关知识培训，并对产妇急、危重症的监测、救治及护理做到熟练掌握，可规范使用各类急救药品、设备及仪器。(3) 做好对急救药品、设备及仪器的保管工作，确保其完好率。

2.2 做好产后出血的监测、预防

2.2.1 产前监测

对于高危孕妇产前，应进行定期产前检查及追踪，强化管理力度，随时了解妊娠妇女的情况，及早发现潜在因素和高危因素，努力提高对高危因素的识别能力。对高危因素的孕妇应积极除进行定期监测检查外还必须让高危孕妇提前入院，在分娩或剖宫产手术前做好充分准备。

2.2.2 产时监测

正确处理产程 (1) 第一产程对产妇情况进行密切观察，及时补充营养和水分，并指导其进行放松休息。生产过程中，注意观察产程进展，出现延缓或停滞现象时做到及时发现和处理，针对产后出血问题做好一系列防范工作，必要时需做好术前准备。(2) 第二产程规范使用无菌技术，指导产妇合理使用腹压，选择合适的机会进行会阴侧切操作，防止胎儿娩出过快，胎肩娩出后，为加强子宫收缩，需在第一时间使用缩宫素，降低出血量。(3) 第三产程应准确判断胎盘是否剥离，未剥离之前，禁止大力牵拉脐带，也不允许对子宫进行按摩挤压，出现胎盘剥离征象后，采取科学处理措施使胎盘顺利娩出，对胎盘胎膜完整性进行检查。并仔细检查软产道，当发现裂伤现象时需进行缝合。(4) 准确收集并测量产后出血量，如果 2 小时高于 180ml，需确定引发该现象的具体原因，及时采取科学处理对策^[4]。

2.3 抢救护理

(1) 使患者呼吸道保持通畅，规范使用宫缩剂。(2) 及时补充血容量，不要错过最佳抢救时机，并借助直通留置针头形成快速静脉通道，其数量不少于两条。对患者的呼吸、脉搏、皮肤颜色、血压、生命体征、尿量等变化情况进行实时监测，并控制输液速度的合理性。(3) 通过按摩对子宫形成刺激作用，促进其收缩，使宫壁血窦逐渐闭合^[5]。(4) 为促进孕产妇下肢静脉回流，可采用平卧位或足高头低的体位，还可降低并发症发生几率。

3 讨论

产前及生产过程中，做好监测工作，针对产后出血的诱发因素，应做到早发现、早防范，减小产后出血发生的可能性。对于产后出血及高危妊娠的高危因素，产科医护人员应能够熟练掌握，及时发现危险因素并做好对应的准备工作。

对于产后大出血的救治和护理来讲，完善的抢救组织的建立是尤为重要且必要的，可为医院急救工作的开展提供了便利，并且，通过建立抢救组织，还能够协调各方面关系，使得抢救工作可顺利开展。对于各种急救常规与急救技术，产科医护人员应做到熟练掌握，并规范使用各类急救药品、设备及仪器，以提高抢救患者的成功率。

宫缩乏力是产后大出血的主要诱发因素，除病理和生活原因之外，心理因素也会造成导致宫缩乏力，进而导致产后大出血，如孕妇产前或生产过程中存在较多顾虑、精神或心理紧张等，对此，医护人员在开展抢救和护理工作时，应照顾孕产妇的情绪，通过安抚和疏导缓解其精神压力和心理压力，在救治过程中能够做到积极配合^[6]。

在围生期医学及产科领域，产后出血是其中的重要研究课题。如何减小孕妇产后大出血发生的可能性，避免造成孕产妇死亡率，是一项重要的研究任务。对于临床工作者而言，必须明确产后大

(下转第 213 页)

3 隔药灸联合其他中医治疗原发性痛经

3.1 联合针刺

在针刺辅助治疗中,采用平补平泻法,可以进一步提升人体对药物的吸收量,而且药效会明显优于西药治疗。并且整体不良反应小,通过调养,患者能在短时间内摆脱痛经带来的痛楚。

3.2 联合中药内服

中药本身具有活血化瘀,温经通络的效果,通过内服和外用的联合治疗,可以起到相辅相成作用,进一步提升疗效。由于艾条药性偏温,所以一般会将艾叶作为主要内服药。

3.3 联合中药离子导入和耳穴压法

在刘照时等的《隔药灸治疗前后不同证型原发性痛经患者生殖激素水平检测研究》中详细提到^[6],该种联合治疗方式是近几年才出现的新颖治疗方法,在通过隔药灸关元穴的同时,将中药离子导入子宫、神门、内耳分泌,并且进行合理按压,在数个疗程后,即可取得优异疗效。

4 小结与未来展望

原发性痛经与多个因素有联系,如生理发育、神经、内分泌、吸烟、饮酒等。其中,内分泌因素是一种依赖研究的重点内容,而且经过实验证明,内分泌确实是原发性痛经最直接的影响因素。近年来,隔药灸的使用越来越多,其疗效也得到了大多数人的认可。

中医在临床上对原发性痛经类型进行分类,可将其划分为五个证型,其中寒湿凝滞型是原发性痛经最常见痛经类型,且对其研究相应较多,其他证型原发性痛经相对较少。因此,未来的研究方向上大体是对其他证型原发性痛经进行研究。此外,最佳穴位的选择也是临床重难点问题,具体是对于单一证型原发性痛经患者究竟是选择单一穴位还是多穴,或者是否存在其他特异性穴

位,均是研究重难点问题,并且,还涉及到最佳隔药灸介质问题以及用法用量,这些问题均需要展开深入探究,从而得到最佳治疗方案。而且目前中医发展迅猛,新型治疗方式更新换代较快,在不久的将来,可能会出现更加优质的辅助治疗方式,使隔药灸的疗效再提升一个档次。

[参考文献]

[1] 耿宝忠,范郁山,叶子维等.隔药灸命门穴对痛经模型大鼠子宫前列腺素表达的作用[J].北京中医药大学学报,2015,38(7):486-489.

[2] 杨星月,马玉侠,杜冬青等.基于代谢组学的隔药灸脐法治疗原发性痛经的机理研究[J].上海针灸杂志,2015,34(8):707-710.

[3] 姬乐,陈日兰,周丽晶等.隔药灸不同灸量对寒凝型痛经的 IL-4、IL-10 和 IFN- γ 影响[J].针灸临床杂志,2014,30(9):4-6,7.

[4] 张晓宁,杜冬青,马海洋等.隔药灸脐法对原发性痛经患者下腹部疼痛及额外卧床时间的影响[J].南京中医药大学学报,2015,31(6):528-531.

[5] 薛哲,刘存志,高树中等.隔药灸治疗原发性痛经及对患者生殖内分泌的影响[J].中国针灸,2014,34(3):209-212.

[6] 雷海燕.辨证分型隔药灸治疗原发性痛经临床观察[J].上海针灸杂志,2014,33(2):140-142.

[7] 李振联,李艳青,潘分乔等.隔中穴位贴敷灸治疗原发性痛经 55 例[J].上海针灸杂志,2013,32(2):130.

[8] 刘照时,黄月娜,赵苏萍等.隔药灸治疗前后不同证型原发性痛经患者生殖激素水平检测研究[J].中国妇幼保健,2016,31(4):779-781.

(上接第 210 页)

抗凝血酶和纤溶功能的关系[J].浙江临床医学,2004,6(4):274-275.

[13] 沈培辰,张代富,王娟,等.急性心肌梗死患者血浆 TAT 变化的价值[J].实用全科医学,2005,3(6):477-478.

[14] 芦璐,高辉,葛汝村,等.老年原发性高血压患者血栓前状态的研究[J].中国老年学杂志,2006,26(2):148-150.

[15] 李衬,李月川.慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血浆 D-二聚体、抗凝血酶 III、纤维蛋白原检测的临床意义[J].湖北中医学报,2007,9(3):39.

[16] 吕元文,姜正华,李昌喜,等.慢性阻塞性肺疾病患者血浆抗凝血酶及凝血 3 项的测定[J].临床荟萃,2005,20(12):702.

[17] 翟中良,汪宏良,蒋玉叶,等.凝固时间法测定血浆抗凝血酶 III 活性及在肝病诊断中的临床应用[J].重庆医学,2006,35(21):1983-1984.

[18] Carr JM, Mckinney M, Donagh J, et al. Diagnosis of disseminated intravascular coagulation roce of Ddimer[J]. AMJ Clinpathol, 2009, 91

(34): 1020-1022.

[19] 苏学飞,黄秋莲,陈广新,等.肿瘤患者抗凝物质的检测及临床意义[J].右江民族医学院学报,2006,28(3):454.

[20] 苍忠齐,蔡奕蓉,徐成轩,等.三种恶性肿瘤患者血浆 D-二聚体、抗凝血酶 III 活性、纤维蛋白原含量的测定及其临床意义[J].吉林医学,2011,32(20):4114-4115.

[21] 薛城敬,于钦凤,肖伟,等.胸腔积液患者抗凝血酶活性测定及其临床意义[J].山东医药,2002,42(31):83-84.

[22] 张一鸣,蒋雅琴,袁佩.孕妇血浆纤维蛋白原、D-二聚体和 AT-III 动态检测的临床意义[J].临床检验杂志,2007,25(3):229.

[23] 杨锐,魏文宁,杨焰,等.血浆二聚体与抗凝血酶活性在血管内凝血诊治中的应用价值[J].中华内科杂志,2004,43(2):131.

[24] 殷勤,王丽馨,帖儒修,等.严重下肢创伤患者血浆纤溶酶原激活物抑制物和抗凝血酶 III 水平变化及弥散性血管内凝血相关性研究[J].药物研究,2011,20(16)21-22.

(上接第 211 页)

出血特征,充分认识并了解诱发该现象的高危因素,提高对产前评估的重视力度,做好整个生产过程的监测工作,实时掌握患者病情。当出现产后大出血现象时,需及时对出血量进行准确评估。要想减少产后大出血并发症,降低孕产妇死亡率,就应做到早发现、早治疗,所以,在临床工作中,应了解并掌握易引发产后出血的因素,通过监测和防范来应对产后大出血的发生,做好产后大出血的急救抢救预案,采取科学的护理措施,为孕产妇的生命安全提供最大保障,提高产后大出血患者生存率。

[参考文献]

[1] 刘永杰.浅谈产后出血的临床原因及护理措施[J].临床医

药文献电子杂志,2015,2(15):3055-3056.

[2] 张钰梓.探讨产后出血的原因及护理对策[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(90):342-343.

[3] 叶金好.产后出血的原因及护理对策分析[J].内蒙古中医药,2016,35(3):155-156.

[4] 柯春华.产后出血的原因与护理方法分析[J].湖北科技学院学报(医学版),2017,31(3):271-272.

[5] 肖碧蓉.早期产后出血发生的原因及护理干预措施[J].智慧健康,2017,3(6):109-110.

[6] 张丽.产后出血原因及护理体会[J].医药前沿,2017,7(24):278-279.