

产妇产后出血发病率及其影响因素分析

陈曙红

冷水江市人民医院 湖南娄底 417500

[摘要]目的 研究分析产妇产后出血发病率及其影响因素。**方法** 选取2012年3月至2017年3月间在我院分娩的356例产妇为研究对象,回顾性分析其临床资料,统计产后出血发生率及影响因素。**结果** 5年本院共有20例产妇出现产后出血,发病率5.62%,其中剖宫产妇产后出血率8.11%明显高于顺产妇产后出血率2.92%($P < 0.05$);产妇产后出血的主要原因有宫缩乏力(35.00%)、胎盘因素(25.00%)、贫血(20.00%)、软产道损伤(15.00%)、产程异常(5.00%)。**结论** 剖宫产分娩的产妇产后出血发病率较自然分娩高,产后出血的影响因素众多,应该针对其主要影响因素制定有效措施以降低产后出血的发病率。

[关键词] 产妇; 产后出血; 发病率; 影响因素

[中图分类号] R714.461

[文献标识码] A

[文章编号] 1674-9561(2017)06-017-02

产后出血(PPH)是产妇产后较为严重的并发症,指胎儿在分娩后24h内产妇产后出血量大于500ml,是临床上导致产妇死亡的主要原因^[1]。有研究指出全球范围内每年有超过50万的产妇因妊娠死亡,其中由于产后出血导致的死亡占据25%左右,且近年来其发病率及死亡率呈现逐年上升的趋势^[2]。临床上医生通常通过视觉评估产后的出血量,失血量评估准确率较差,一般对失血量的评估低于实际的出血量,极易导致产妇贫血、低血压甚至死亡,严重威胁着产妇的生命健康^[3]。本研究选取2012年3月至2017年3月间在我院分娩的356例产妇为研究对象,回顾性分析其临床资料,统计产后出血发生率及影响因素。取得了满意的成效,现汇报如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象为2012年3月至2017年3月间在我院分娩的356例产妇,年龄21-41岁,平均年龄(29.7±3.5)岁,孕周31-41周,平均孕周(36.8±1.6)周,其中初产妇199例,经产妇157例。

1.2 研究方法

回顾性分析其临床资料,主要包括产妇年龄、孕周、产程、贫血、胎儿体重等。产后出血量采取称重法联合容积法测量。具体如下:(1)顺产:产妇产时,在其臀部放置特定的弯盘,以确保血能够流入盘内,再测量,术后用会阴垫收集出血量。

(2)剖宫产:切开子宫壁,吸净羊水并记录其量,在分娩结束后,减除羊水量,计算产后出血量及手术所用纱布浸血量,术后用会阴垫收集出血量。两组用称重法称量血量后,按照血液的比重除以1.05即可换算成体积。

1.3 产后出血标准及观察指标

产后出血的诊断标准为:胎儿娩出后24h内产妇的失血量≥500ml。观察指标主要有1)胎盘因素:主要有胎盘粘连、滞留、植入、部分残留等;2)产程延长:主要有第二产程延长及停滞、抬头下降延缓及停滞等;此外其他如贫血、胎盘前置、低体质量儿等标准参考第七版的《妇产科学》。

1.4 统计学分析

采用统计学软件SPSS21.0处理研究数据。应用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示计量资料,采用独立样本t检验进行组间比较;率(%)表示计数资料,采用卡方(χ^2)检验进行组间比较。当 $P < 0.05$ 表示数据结果比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 产妇产后出血情况

产妇产后出血情况356例产妇中185例(51.97%)产妇为剖宫产,171例(48.03%)为顺产。共有20例产妇出现产后出血,发病率5.62%,其中剖宫产妇产后出血率8.11%明显高于顺产妇产后出血率2.92%($P < 0.05$),具统计学意义,具体见表1。

2.2 产后出血因素分析

产后出血因素分析产妇产后出血的主要原因有宫缩乏力(35.00%)、胎盘因素(25.00%)、贫血(20.00%)、软产道损伤(15.00%)、产程异常(5.00%)。具体见表2。

表1: 产妇产后出血情况 [n(%)]

| 组别 | 例数 | 出血率 |
|----------|-----|------------|
| 剖宫产 | 185 | 15 (8.11%) |
| 顺产 | 171 | 5 (2.92%) |
| χ^2 | -- | 4.504 |
| P | -- | 0.034 |

表2: 产后出血因素分析 [n(%)]

| 影响因素 | 例数 | 比例 |
|-------|----|--------|
| 宫缩乏力 | 7 | 35.00% |
| 胎盘因素 | 5 | 25.00% |
| 贫血 | 4 | 20.00% |
| 软产道损伤 | 3 | 15.00% |
| 产程异常 | 1 | 5.00% |

3 讨论

产后出血是产科临床上较为严重的一种并发症,患者预后较差,死亡率较高,临床研究资料表明产后出血是导致产妇死亡的主要诱因^[4]。本研究结果表明本院2012年3月至2017年3月间收治的356例产妇产后共有20例产妇出现产后出血,发病率为5.62%,统计数据表明剖宫产妇产后出血率8.11%明显高于顺产妇产后出血率2.92%($P < 0.05$),具统计学意义。说明顺产在一定程度上可以降低产后出血的发病率,而近年来由于剖宫产比例逐年升高,进而导致产后出血的发病率也在不断升高。因此临床医师需注意掌握剖宫产的指征,提高胎儿窘迫、难产等诊断准确率,降低无指征的剖宫产手术,同时医护人员需向产妇及家属详细讲解剖宫产的适应证及其术后并发症,提高科室助产的技术,鼓励产妇产,从而提升分娩质量,降低产后出血的发病率和死亡率。

本研究中20例产妇出现产后出血,其主要原因有宫缩乏力(35.00%)、胎盘因素(25.00%)、贫血(20.00%)、软产道损伤(15.00%)等,为产后出血的高危因素。这与王小娟^[5]等人的研究结果基本一致。其中宫缩乏力是导致产后出血的主要诱因,这与麻醉药的过量使用、子宫膨胀过度、产妇精神焦虑紧张有关。此外胎盘因素也是导致产后出血率增加的重要因素,如胎盘粘连会导致产妇在生产时胎盘无法完整剥离、子宫无法有效收缩从而引起血管闭合较为缓慢,增加产后出血的数量。胎盘前置也是不可忽视的因素,多见于产妇产下段的肌肉组织较为薄弱、肌收缩力较差,导致分娩过程中胎盘无法完整剥离,引起血窦的出血量骤增且难以有效控制。经产妇由于剖宫产次数多,其子宫内膜和肌层

(下转第19页)

切口瘢痕后方，超声诊断为宫内妊娠，稽留流产。患者一直流血，后复查彩超提示子宫峡部膨隆，可见一妊娠囊部分突向子宫剖宫产切口瘢痕处，病情得到确诊。

3 讨论

3.1 剖宫产切口瘢痕妊娠的病因

临床上关于该疾病产生的机制还在进一步研究中，目前尚不明确。通常患者在接受子宫手术和多次宫腔操作之后，子宫内膜都会受损，从而发生萎缩性改变和炎性改变，诱导子宫脱膜血管生长缺陷的发生，因此该病的重要产生原因就是子宫脱膜血管生长缺陷^[2]。对于剖宫产患者来说，由于功能层修复障碍和基底层腺上皮细胞受损，使得受精卵常在切口瘢痕处着床，再加上肌层直接将绒毛和脱膜经子宫脱膜血管生长缺陷部分植入，这样就导致剖宫产切口瘢痕妊娠产生^[3]。目前部分学者指出，子宫内膜和肌层间的愈合不良和错位缝合主要是由于切口部位缝合对位欠佳，切口憩室形成所致。盆腔和瘢痕处浆膜层等部位粘连，从而将子宫立体空间环境改变是导致切口术后愈合不佳的主要原因，除此之外还与宫腔内操作导致内膜缺失和缺陷相关。

3.2 剖宫产切口瘢痕妊娠的超声诊断

最近几年，随着阴道超声的广泛应用，伴随的彩色多普勒技术在疾病诊断中的应用，超声诊断剖宫产切口瘢痕妊娠的诊断准确率越来越高，并且在早期就能明确诊断，避免了瘢痕妊娠破裂导致的子宫穿孔、大出血等威胁患者生命的并发症的发生。在临床诊疗中，我们必须准确把握该疾病的特异性，与其他疾病做准确区分，从而提升临床诊断准确性^[4]。经超声图像显示，鉴别诊断如下：①滋养细胞疾病：可测到动静脉瘘频率，有异常丰富血流信号位于病灶内；②宫颈妊娠：子宫大小正常但宫颈膨大，有变形妊娠囊位于宫颈管内，混合团块在胚胎死亡后出现，血流信号丰富且位于周围；③流产：子宫中段出现形态不十分规则的妊娠囊，胚胎多死亡或无心

管搏动，没有丰富血流信号位于妊娠囊周围，切口瘢痕与妊娠囊无钝角插入；④宫内早孕：妊娠囊下缘与切口瘢痕相距较远，子宫上段有张力尚可、形态规则的妊娠囊。

3.3 剖宫产切口瘢痕妊娠的治疗

剖宫产切口瘢痕妊娠假如诊治不及时，就会危及患者的生命安全，因此，加强该疾病的诊断和治疗意义重大。目前临床上针对该疾病的治疗采用的手段具有多样性，治疗目标是将患者的生育能力最大程度保留，清除胚囊、杀死胚胎。常见的手段包括了手术（宫腔镜电切术、刮宫术）、药物（甲氨蝶呤、米非司酮等）和期待疗法，然而后者可能导致妊娠晚期子宫破裂，故而不倡导。

通过以上探讨我们了解到，以上 40 例患者中 38 例经阴道超声确诊为剖宫产切口瘢痕妊娠患者，准确率达 95.%，因此，在临床疾病诊疗中，我们必须借助超声诊断仪密切关注和重视剖宫产切口瘢痕妊娠患者的情况，超声是诊断剖宫产瘢痕妊娠的可靠依据，能够尽早进行诊断，超声医生可以依据超声诊断的标准准确判断，把握疾病特异性，准确区分各种类似疾病与剖宫产切口瘢痕妊娠疾病，提升临床诊断准确性，减少误诊率，避免延误治疗，为患者的生命安全保驾护航，同时改善患者的预后。

【参考文献】

- [1] 孙懿, 聂小堯. 经阴道彩色多普勒超声诊断剖宫产切口瘢痕妊娠的临床价值 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 31(02):149-152.
- [2] 方建华, 陈莞春, 叶敏欢, 等. 超声造影与彩色多普勒超声诊断剖宫产切口瘢痕妊娠的对比研究 [J]. 牡丹江医学院学报, 2015(2):42-44.
- [3] 曹燕, 耿秀艳, 赵长燕. 经阴道彩色多普勒超声诊断剖宫产切口瘢痕妊娠的临床价值 [J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(05):1067-1069.
- [4] 陈忠文. 经阴道彩色多普勒超声诊断剖宫产切口瘢痕妊娠的临床价值 [J]. 中国医疗器械信息, 2015(2Z):78-78.

(上接第 16 页)

人数显著减少。本次观察组患者的治疗研究结果与向怒涛, 申永等学者在 2015 年的《PiCCO 监测技术在感染性休克液体复苏中的应用》一文中 PiCCO 监测组患者的研究结果大致相同, 具有较高的研究准确性。

综上所述, 临床上在对感染性休克患者进行早期液体复苏治疗时, 可以采用 PiCCO 监测干预治疗的方法, 能使患者乳酸水平、动脉血氧饱和度 (SaO₂) 及排尿量等指标明显上升, 提高患者复苏概率, 减少患者死亡例数, 值得在感染性休克者复苏治疗中推广使用。

【参考文献】

- [1] 魏卿, 张帆, 苏勇. PiCCO 监测下感染性休克早期液体复苏

36 例临床疗效分析 [J]. 现代医药卫生, 2014, 01(09):87-88.

- [2] 刘锦全, 罗文晓, 郑志忠, 伍荣乐, 蔡清丹. PiCCO 监测进行脓毒症早期液体复苏的研究 [J]. 中外医学研究, 2014, 13(24):115-116.
- [3] 吴立春. PiCCO 监测在感染性休克早期液体复苏中的应用研究 [J]. 中国当代医药, 2014, 28(31):43-45.
- [4] 肖宏涛, 田社民, 魏莹, 查新建, 黄红军, 李允, 杨焕纳, 夏成德. PiCCO 监测在危重烧伤患者早期液体复苏中的应用 [J]. 中国实用医药, 2016, 21(17):95-96.
- [5] 魏华. 脓毒性休克早期液体复苏中 PiCCO 的应用价值探讨 [J]. 现代诊断与治疗, 2014, 19(25):4489-4490.
- [6] 向怒涛, 申永. PiCCO 监测技术在感染性休克液体复苏中的应用 [J]. 现代医药卫生, 2015, 17(03):2588-2589+2593.

(上接第 17 页)

已经有所损伤, 肌纤维完整性已经破坏, 且大多数的产妇为瘢痕体质, 易导致肌层的瘢痕出现撕裂, 软产道损伤, 而引起产后出血的发病率增加。因此临床医师应遵循“早诊断、早治疗”的原则, 需严格详细检查产妇产下段、软产道, 尽早发现损伤, 采取有效措施合理处理, 从而降低其产后出血发病率及死亡率^[6]。

综上, 产后出血的影响因素众多, 临床医师应该提高自身技术水平, 减少不规范操作, 并根据产后出血的影响因素在分娩全程进行综合评估, 若出现产后出血的体征, 应采取有效的措施及时干预, 从而降低产后出血的发病率。

【参考文献】

- [1] 刘景霞. 苏尼特右旗产妇产后出血发病率及其影响因素分析

[J]. 中国民族医学, 2016, 28(5):44-45.

- [2] El-Refaey A A, Gibrel A, Fawzy M. Novel modification of B-Lynch uterine compression sutures for management of atonic postpartum hemorrhage: VV uterine compression sutures [J]. Journal of Obstetrics & Gynaecology Research, 2014, 40(2):387-91.
- [3] 陆景珍. 初产妇阴道分娩产后出血及其危险因素分析 [J]. 大家健康: 学术版, 2015, 15(8):161-162.
- [4] 杨素云. 剖宫产后出血高危因素分析及应对措施 [J]. 中国卫生产业, 2013, 10(5):128-129.
- [5] 王小娟, 谭红专, 周书进, 等. 湖南省浏阳市产妇产后出血发病率及其影响因素分析 [J]. 中南大学学报 (医学版), 2014, 39(2):151-156.
- [6] 马俊莲. 2013-2015 年北京市延庆区医院产后出血发病率及其影响因素分析 [J]. 中国妇幼保健, 2017(3):489-490.