

妇产科阴道分娩产后出血的临床原因及应对措施探析

段翔艳

沁源县人民医院 山西长治 046500

摘要: **目的:** 探究阴道分娩产妇产后出血的原因以及预防、应对措施。**方法:** 选取本院阴道分娩产妇100例, 随机分组法将其分为对照组与观察组, 每组各50例。对照给予常规围生期干预, 观察组给予产后出血预防干预, 观察两组产妇的不良不良反应发生率、出血率、产后出血量等指标。**结果:** 观察组孕妇的产后2h与24h的阴道出血量、第三产程时间均显著低于对照组; 观察组孕妇产后出血发生率是4.00% (2/50), 对照组是8.00% (4/50), 差异均有统计学显著性, $P < 0.05$ ($\chi^2 = 6.1346$); 观察、对照组不良不良反应发生率分别是12.00% (6/50)、16.00% (8/50), 差异具有统计学显著性, $P > 0.05$ ($\chi^2 = 0.3463$)。**结论:** 缩宫素联合卡前列甲酯栓可有效预防产后出血, 效果显著。此外, 临床上需加强分析产后出血的危险因素并及时作出干预治疗。

关键词: 妇产科; 阴道分娩; 产后出血; 应对措施; 原因

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入本院2021年1月至2021年7月100例阴道分娩孕产妇用作临床试验。随机分为对照和观察组。对照组年龄23~35岁, 均值(27.20 ± 4.13)岁; 观察组年龄23~36岁, 均值(28.14 ± 3.13)岁。两组基线资料均纳入统计学分析显示 $P > 0.05$, 具有可比性。

1.2 方法

对照组接受常规干预。

观察组接受产后出血预防干预:(1) 产前评估。产妇产前, 从产妇既往病史、身体健康状况等方面, 综合评估产妇产后出血发生风险, 并将其作为预防干预方案的参照依据。如产妇伴有瘢痕子宫、巨大儿、前置胎盘等危险因素, 直接纳入产后出血重点监控范畴, 于围生期阶段, 加强对此类产妇的监护与管理。(2) 围生期情绪调控。产妇持续存在不良情绪容易增加产后出血发生风险。在围生期管理中需积极与产妇保持沟通, 及时解答产妇关于阴道分娩的疑问, 帮助产妇理解阴道分娩对产后康复及新生儿的优势。当发现产妇因分娩疼痛而表现出不良情绪时, 可结合其产程进展, 鼓励产妇继续坚持, 借助引导产妇进食、沟通产妇感兴趣话题等方式, 缓解其紧张感、疲劳感, 同时做好产程时间的控制^[1]。(3) 产程干预。依据产妇的产程进展, 合理运用产后出血预防措施进行干预。第一产程阶段, 注意控制产程时间, 避免产程延长, 此外, 应注意观察产妇表现, 适时

使用镇静剂, 以确保分娩顺利进行。产妇主诉剧烈疼痛时, 引导产妇通过拉玛泽呼吸减痛法缓解分娩疼痛。第二产程阶段, 合理控制胎儿的娩出速度, 以轻柔动作保护产妇会阴部。胎儿娩出时, 严格遵循1:1:1原则, 合理控制胎头、胎肩及胎体的娩出速度, 确保产妇产宫能够得到适当收缩。分娩期间, 动态检查产妇阴道、宫颈等状态, 一旦发现阴道裂伤等异常情况发生, 立即采取缝合等措施进行干预。第三产程阶段, 待胎儿娩出后, 妥善扶住产妇宫底, 可见胎盘剥离征象时, 适度牵拉, 促进胎盘娩出, 以缩短第三产程时间。胎盘娩出后, 给予阴道分娩产妇产宫按摩, 以缓解产妇不适, 降低产后出血发生风险。此外, 于胎盘娩出后给予产妇产宫探查, 若发现软产道水肿或裂伤, 及时进行干预^[2]。(4) 产后出血防护。产后2h内, 密切监测产妇会阴伤口、血压及肛门感受等状况。定期给予阴道分娩产妇产宫检查, 辅助产妇排除积血。若发现宫缩乏力状况, 及时采取宫缩剂或子宫按摩干预。耐心为阴道分娩产妇讲解产后及时排尿的重要性, 以减少膀胱过度充盈带来的产后出血风险^[3]。

1.3 观察指标

观察两组产妇的不良不良反应发生率、产后出血率、产后2h与24h的阴道出血量、第三产程时间。

1.4 统计学方法

统计分析采用Stata/ic14.2, 计量资料表示为($\bar{x} \pm s$), 行t检验; 计数资料表示为“%”, 行 χ^2 检验。数据统计显著性设置为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组孕妇的各项临床指标对比

两组产后2h与24h阴道出血量、第三产程时间

作者简介: 段翔艳, 女, 汉族, 1973.01.07, 山西长治, 本科, 副主任医师, 研究方向: 妇产科。

差异明显, 相比于对照组, 观察组更低, 差异均有统计学显著性, $P < 0.05$; 观察组产后出血发生率是4.0% (2/50), 对照组产后出血发生率是8.00% (4/50), 观察组显著低于对照组, 差异均有统计学显著性, $P < 0.05$ ($\chi^2 = 6.1346$), 见表1。

表1 两组孕妇的各项临床指标对比

组别	n	2年内妊娠率/%	产后2h阴道出血量/mL	产后24h阴道出血量/mL	第三产程时间/min
观察组	50	2 (4.0)	120.64 ± 12.13	221.16 ± 32.29	5.15 ± 1.01
对照组	50	4 (8.0)	189.21 ± 23.75	463.75 ± 42.22	8.67 ± 1.77
t值/ χ^2 值		6.1346	16.2618	28.8656	10.9243
P值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组孕妇的不良反应发生率对比

治疗后, 观察、对照组不良反应发生率分别是12.00% (6/50)、16.00% (8/50), 差异具有统计学显著性, $P > 0.05$ ($\chi^2 = 0.3463$), 见表2。

表2 两组孕妇的不良反应发生率对比

组别	n	胃肠道不适	胸闷	面色潮红	血压升高	不良反应发生率/%
观察组	50	2	2	1	1	6 (12.00)
对照组	50	3	2	1	2	8 (16.00)
χ^2 值						0.3463
P值						>0.05

3 讨论

目前关于经阴道分娩产后出血的发生率在世界各地报道存在一定差异, 但产后出血是导致产妇死亡的主要原因, 影响产妇产后出血的相关因素成为广大学者研究的热点。若掌握诱发产妇产后出血的相关因素, 妇产科医师便可根据这些因素预测发生产后出血的几率并采取相应的预防措施, 以保障产妇生命安全。导致宫缩乏力的原因较多, 除了妊娠期糖尿病、高血压、贫血等疾病会引发宫缩乏力之外, 部分产妇也会因生产时精神紧张、

焦虑而影响宫缩。已有较多文献报道, 胎盘早剥、低置胎盘等因素是妊娠期急危重症, 危及产妇及胎儿的生命安全。导致产后出血的因素包括软产道损伤、胎盘剥离、宫缩乏力等, 其中由于宫缩乏力导致产后出血的情况十分常见。子宫体肌壁的结构驳杂, 包括中层交织、外层纵行、内层环行的结构, 其次, 产妇在分娩时需要各个方向的子宫肌纤维力共同收缩, 因此会对子宫周围肌束产生压迫, 引发生产时子宫肌纤维收缩力不足, 从而导致宫缩乏力。一旦产妇发生宫缩乏力, 胎盘血运关闭异常, 则会导致产后出血。胎盘剥离也是一项诱发生后出血的主要因素, 包括黏连胎膜残留、胎盘滞留等, 对产妇宫缩有着不良影响, 可降低子宫血管压迫力, 从而导致产后出血。软产道损伤主要为子宫下段、宫颈、阴道、会阴部不同程度受损, 若产妇软产道发生裂伤, 将大大提高产后出血的风险, 因此, 临床中需重点分析产后出血的相关危险因素, 并及早进行干预治疗, 降低产后出血的发生率^[4]。

4 结束语

综上所述, 产次、胎数、前置胎盘、宫缩乏力、胎儿体质量、胎盘粘连或植入、合并妊娠疾病为影响经阴道分娩产妇产后出血发生的独立危险因素。及时采取对症处理措施加速产程, 可减少阴道分娩产后出血。

参考文献:

- [1]安泽云, 郭秀环. 妇产科阴道分娩产后出血的相关因素及其应对措施[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (94): 138+144.
- [2]康爱仙, 程霜花. 血浆D-二聚体在妊娠期妇女中的表达及对静脉血栓栓塞和产后出血的预测价值[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34 (22): 5128-5130.
- [3]王丹. 马来酸麦角新碱联合缩宫素对阴道分娩产妇产后出血的预防及血流动力学的影响[J]. 中国妇幼保健, 2019, 34 (21): 4894-4897.
- [4]杜欣. 阴道分娩产后出血不同治疗方法效果比较研究[J]. 现代医药卫生, 2019, 35 (20): 3219-3221.