

宫缩乏力性产后出血的临床治疗进展

潘春红

(广西百色市人民医院,右江民族医学院附属西南医院妇产科,广西 百色 533000)

E-mail: pan8887420@163.com)

摘 要: 产后出血是引起孕妇产后死亡的首位原因,宫缩乏力是产后出血的首要因素。近年来,随着医学技术的快速发展,剖宫产率也明显升高,剖宫产属于有创的手术,若产妇又有高危妊娠的因素就容易出现产后出血的现象。产后出血若不及时处理有可能造成严重的并发症,如 DIC、休克、呼吸窘迫综合征等,甚至威胁产妇的生命。本文在阐述产后出血概念的基础上对产后出血临床治疗方法,包括药物治疗、保守性手术治疗、介入治疗及外科技术控制产后出血进行综述,以期临床宫缩乏力性产后出血的治疗提供理论依据。

关键词: 产后出血/治疗;宫缩乏力

中图分类号: R714.461

文献标识码: A

文章编号: 1001-5817(2016)04-0438-04

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2016.04.034

产后出血是产科最严重的并发症,是孕产妇死亡的首要因素。许多研究显示,产后出血的原因有宫缩乏力、胎盘因素、软产道损伤及凝血功能障碍,其中宫缩乏力是产后出血最常见的因素,约占产后出血总数的 70%~80%。随着孕期保健的不断发展,产妇越来越重视孕期的保健,孕产妇通过产前教育认识了分娩是一种自然的生理过程,但宫缩乏力性产后出血仍是很常见。产后出血的孕产妇若得不到及时止血治疗将会威胁孕产妇的生命安全。因此,本文从产后出血的概念和产后出血的治疗方式,包括药物治疗、保守性手术治疗、介入治疗及外科技术控制产后出血作一综述。

1 产后出血的概念

产后出血分为一般产后出血、严重产后出血和难治性产后出血。(1)一般产后出血:国内认为是指胎儿娩出后 24 h 内失血量超过了 500 ml,剖宫产时超过 1 000 ml。国外认为第三产程后 24 h 内失血量超过了 500 ml。(2)严重产后出血:是指胎儿娩出后至产后的 24 h 内出血量超过了 1 000 ml。(3)难治性产后出血:①经过临床各种保守性治疗无效的产妇;②胎儿娩出至产后 1 h 内阴道出血量>1 500 ml;③产后出血已造成产妇 DIC 或多器官功能衰竭。符合以上①、②项或①、③项均可作出诊断。

2 药物治疗

2.1 缩宫素的应用 缩宫素是临床治疗产后出血首选的药物。其主要是通过兴奋子宫的平滑肌,引起子宫平滑肌收缩,提高子宫收缩的频率。产后出血后静脉静滴 10~20 u 缩宫素,2~3 min 后立即起作用,但反复多量使用会造成中毒。目前认为在 24 h 内缩宫素最大量不应超过 60 u。在使用缩宫素后若未能止血,可静脉滴注 10 mg 加生理盐水 100 ml 的卡贝缩宫素,其作用强度是缩宫素的 10 倍。Widmer M 等^[1]对

30 000 名产后出血的患者进行回顾性分析,结果发现缩宫素是治疗产后出血一种安全有效且不可代替的药物。沈磊芬^[2]研究显示,缩宫素 20 IU 加卡贝缩宫素 100 μ g 静脉注射治疗宫缩乏力性产后出血患者,结果产后 2 h、24 h 平均出血量均少于单纯注射缩宫素组,认为与缩宫素相比,卡贝缩宫素治疗产后出血的效果更佳。缩宫素具有起效快、不良反应小、价格便宜的优点,但药效持续时间较短,需要反复注射,但需要注意剂量。

2.2 前列腺素类药物 米索前列醇、卡前列甲酯栓和卡前列素氨丁三醇(欣母沛)是前列腺素类药物治疗产后出血较为常见的药物。米索前列醇是合成前列腺素 E 的衍生物,具有增强子宫收缩的功能,药物半衰期为 90 min,舌下含服在 150 s 起效。卡前列甲酯栓通过黏膜快速吸收,促进子宫平滑肌收缩,口服或者直肠给药在 10 min 作用起效,药效持续 2~3 h。卡前列素氨丁三醇是含有天然前列腺素 F2a 的衍生物,具有起效快、作用时间长和胃肠反应轻的优点,在臀部深部肌肉注射或宫体注射后,15 s 起效。杨丽^[3]将宫缩乏力性产后出血的 56 例产妇分为 A 组和 B 组,A 组单用缩宫素治疗,B 组联用缩宫素和米索前列醇,结果显示 B 组产后出血明显少于 A 组,且不良反应少,疗效较佳。任国华^[4]将具有宫缩乏力高危因素的分娩患者 80 例随机分为 A 组和 B 组,A 组给予缩宫素治疗,B 组给予卡前列甲酯栓治疗,结果显示 B 组产后出血量较 A 组少,认为卡前列甲酯栓能够有效治疗产后出血。余方^[5]认为欣母沛治疗宫缩乏力性产后出血疗效显著,具有安全、迅速、方便的优点。钟菀杞^[6]采用三联疗法,即卡孕栓、缩宫素和欣母沛联合治疗难治性宫缩乏力性产后出血,结果表明有助于促进子宫收缩,能显著减少产后出血量,值得临床推广使用。

2.3 麦角新碱 麦角新碱选择性兴奋子宫平滑肌,引起子宫强直性收缩,压迫子宫从而达到止血的效果。使用小剂量的麦角新碱可增加子宫收缩的频率,大剂量时可引起子宫持续收缩,但其可引起恶心、呕吐和血压升高等不良反应,因此心脏病和妊娠期高血压患者慎用。Orji E 等^[7]将 600 名产后出血的患者作为研究对象,予 600 名产后出血产妇麦角新碱治疗,结果显示麦角新碱治疗产后出血效果较佳,但存在恶心、呕吐、头痛、血压升高等不良反应。Ezeama CO 等^[8]比较麦角新碱和催产素治疗宫缩乏力性产后出血产妇的疗效和不良反应,发现麦角新碱组治疗宫缩乏力性产后出血产妇的疗效比催产素效果好,但存在舒张期高血压的不良反应。

2.4 垂体后叶素的应用 垂体后叶素含有缩宫素和加压素两种不同类型,缩宫素通过对子宫平滑肌产生刺激,对子宫肌层血管压迫,起到止血的作用;加压素直接收缩小动脉和毛细血管,在血管破裂处形成血栓,从而达到止血的作用。垂体后叶素较为常见的给药方式有静脉滴注、肌注或子宫肌层注射。其具有起效快、作用强的优点,但用药时可使血压升高。黄艳思等^[9]将 93 例宫缩乏力性产后出血患者随机分为研究者和对照组,观察组给予垂体后叶素静脉滴注,对照组给予含服米索前列醇片,经过治疗后研究组产后出血量少于对照组,能够降低产后出血的发生率,两组血压及心电图 S-T 段 24 h 变化比较差异无统计学意义。闫芳等^[10]探讨垂体后叶素注射液用于预防和治疗产后出血的效果和安全性发现,垂体后叶素比缩宫素治疗宫缩乏力性产后出血具有更强的子宫收缩作用,经临床观察具有显著性疗效。

2.5 地塞米松 地塞米松通过与子宫上的糖皮质激素的靶细胞结合,与缩宫素联合应用可增加血液在毛细血管微循环的血流量和渗透力,增加药物有效浓度和局部缩宫素浓度,可使血小板增多并提高纤维蛋白原浓度,缩短凝血时间,有效地起到止血作用。梁艳等^[11]研究对 2 573 例分娩产妇再产后出血中加用地塞米松治疗,发现宫缩时间缩短,出血量明显减少,减少输血率和子宫切除率且减少并发症的发生。赵薇等^[12]研究显示地塞米松联合缩宫素可以有效减少宫缩乏力性产后出血患者在术中和术后的失血量,不良反应少。

2.6 葡萄糖酸钙注射液 细胞外的钙离子进入细胞内后,胞浆内游离的钙离子激活肌纤维收缩系统,从而引起子宫收缩达到止血的效果。钙离子不仅可增加子宫平滑肌对宫缩剂的敏感性,还可参与血栓的形成,血栓到达胎盘床达到止血的效果。此外,10%葡萄糖酸钙联合宫缩剂能够有效减少宫缩乏力性产后出血。韦

玉岚等^[13]将宫缩乏力引起产后出血高危因素的 68 例孕产妇分为对照组和观察组,对照组予缩宫素治疗,观察组予术前静滴 10%葡萄糖酸钙,胎儿娩出后在宫体注射欣母沛,结果显示观察组术中出血量、术后 2 h 出血量及术后 24 h 出血量均明显低于对照组,对照组产后出血发生率为 24.2%,观察组为 2.86%。认为欣母沛联合钙剂能有效预防高危产妇剖宫产术中及产后出血。

3 保守性手术治疗

3.1 按摩子宫底 按摩子宫分为单手法和双手法。当胎盘娩出后出血较多时立即按摩子宫,按摩的时间以子宫恢复正常收缩能力为止,一般 15 min 起效。按摩子宫联合缩宫素静脉滴注可加强宫缩,治疗有效率可达 93.8%,降低子宫切除发生率,是治疗宫缩乏力性产后出血的有效方法。向爱清等^[14]也认为缩宫素联合子宫按摩用于预防剖宫产术后出血,方法简单、方便、安全,效果良好,可有效地降低产后出血的发生率。

3.2 宫腔填塞法 宫腔填塞法分为纱布填塞法和气囊填塞法,前者是将宽为 6~8 cm,长为 150~200 cm 的四层纱布浸泡碘伏或甲硝唑晾干后从宫底部开始,自左向右,自上而下填塞宫腔,注意不留空隙。后者是将自制避孕套送入宫腔底部,注入无菌生理盐水 250~1 000 ml。宫腔填塞法是通过压迫胎盘剥离面的血窦达到止血目的,经过填塞后刺激子宫体压力感受器,向大脑皮层激发子宫收缩,从而控制了产后出血。梁升连等^[15]采用宫腔纱条填塞术治疗重度产后出血的 57 例孕产妇发现,宫腔纱条填塞术是治疗宫缩乏力引起的重度产后出血,避免产科急症子宫切除的有效措施。宫腔填塞法操作方便、并发症少、安全无创伤。

3.3 压迫腹主动脉 当产后出血不止时,在紧急的情况下向脊柱方向压迫腹主动脉可使子宫肌肉缺氧,减少出血,为抢救赢得时间,但获得的是暂时的效果。缪敏君^[16]分析 40 例产后出血患者的临床资料发现压迫腹主动脉可减小出血量。

4 介入治疗

经皮置管子宫动脉/髂内动脉栓塞术是在医学影像的引导下将介入导管插入出血动脉处或者子宫动脉进行栓塞的技术。该方法是将栓塞剂—明胶海绵颗粒从末梢开始栓塞至主干,将整个动脉管腔闭锁,从而控制子宫体内的血流量,有利于出血动脉的血栓形成,创面恢复。黄慧^[17]对比介入治疗和手术治疗产后出血的疗效发现,介入组麻醉时间和手术时间优于手术组,是治疗产后出血的可靠选择。冯丽梅等^[18]观察采用不同方法治疗 17 例剖宫产宫缩乏力性产后出血的临床治疗效果发现,采用介入性动脉栓塞治疗以及 B-Lynch 缝合术止血均有较好的止血成功率,同时在相

关指标方面,采用介入性动脉栓塞治疗优于 B-Lynch 缝合术止血。介入治疗能够保留子宫附件的功能,保留生育功能,但存在手术时间长,对技术要求高的缺点。

5 外科技术控制产后出血

5.1 宫颈钳夹术联合药物治疗 宫颈钳夹是直接钳夹宫颈起到机械止血的作用,通过钳夹压迫宫颈旁的压力感受器及宫颈管的神经末梢,引起子宫反射性收缩,释放内源性 PGE₂/PGF₂,促进子宫持续收缩。宫颈钳夹因钳夹方向与宫颈血管分布相交,可以起到机械性压迫止血的作用,使血流速度减慢,形成血栓,达到止血的目的。张晓蕾等^[19]将 98 例产后宫缩乏力出血的患者随机分为观察组和对照组,对照组予常规的子宫按摩和缩宫素治疗,观察组在此基础上予额外的宫颈钳夹术,结果宫颈钳夹术联合药物治疗产后宫缩乏力出血后 2 h、2~4 h、6~24 h 再出血量比对照组少,差异具有统计学意义。认为宫颈钳夹术联合药物治疗产后宫缩乏力出血效果明显。程腊花等^[20]研究显示,宫颈钳夹术联合欣母沛治疗宫缩乏力性产后出血总有效率高于欣母沛组,治疗的总有效率为 90%,具有操作简单,止血迅速可靠,能减少严重产后出血发生,同时减少患者的创伤。宫颈钳夹联合药物具有操作简便、经济,能够有效止血的优点。

5.2 B-Lynch 缝合术 1997 年,英国 B-Lynch 教授首次提出 B-Lynch 缝合术。经典的 B-Lynch 缝合术对剖宫产术中宫缩乏力的产后出血效果较好,但由于其经过宫腔,增加产褥感染及缝线从宫底滑脱的风险。经过改良形成了 Hayman 缝合术,改良 B-Lynch 缝合术是在子宫前后壁缝线加压子宫,使子宫关闭血窦,减少出血。郭华等^[21]将剖宫产后宫缩乏力性产后出血产妇 58 例,随机分为对照组和观察组,对照组采取 8 字缝合血窦及宫腔纱布填塞治疗,观察组采取改良 B-Lynch 缝合术治疗,结果显示观察组患者术后 24 h 出血量显著少于对照组,而术后 Hb 水平显著高于对照组,产后输血率、术后感染发生率、产褥病率均显著低于对照组,认为改良 B-Lynch 缝合术治疗剖宫产后宫缩乏力性产后出血可提高止血效果,促进患者术后的恢复,可作为剖宫产后宫缩乏力性产后出血首选治疗方法。张丽珍等^[22]认为在剖宫产术中出现宫缩乏力性产后出血,应用改良 B-Lynch 缝合术治疗安全可靠,不仅减少了产后出血量,而且减少了并发症的发生。

5.3 子宫动脉结扎术 子宫动脉结扎术是结扎双侧子宫动脉上行支及其伴行静脉,能有效控制产后出血,是一种安全、有效的方法,保留了女性的生育能力。祝佳等^[23]回顾性分析 100 例宫缩乏力性产后出血的产

妇,分为观察组和对照组,对照组单纯予子宫缩剂治疗,观察组在此基础上行子宫动脉下行支结扎及宫旁血管钳夹术治疗,结果显示观察组患者产后 2 h 出血量、24 h 总出血量均明显比对照组患者少,观察组患者的止血时间明显比对照组短,认为子宫动脉下行支结扎术治疗宫缩乏力性产后出血安全有效。

5.4 子宫切除术 宫缩乏力性产后出血经过保守手术治疗后仍无效果,应立即行子宫切除术,减少出血量,为抢救患者争取时间。龚琼华等^[24]回顾性分析产后出血致子宫切除的流行病学情况发现子宫切除术是一项抢救产科危重产后出血患者生命的重要手段,宫缩乏力是产科急诊子宫切除的主要指征。刘待霞等^[25]也认为子宫切除是治疗产后严重出血、抢救孕产妇生命的重要措施。

综上所述,产后出血仍是引起孕妇产后死亡主要原因,宫缩乏力是产后出血的首要因素。产后出血若不及时处理有可能造成严重的并发症,如 DIC、休克、呼吸窘迫综合征等,甚至威胁产妇的生命。随着近年医疗技术的不断发展,目前临床上对宫缩乏力性产后出血治疗方法逐渐增多。产科医师应在自己的实际工作中,根据产妇的具体病情及医疗条件,选择有效及合理的治疗方式,包括药物治疗、保守性手术治疗、介入治疗及外科技术等。同时应注意在挽救患者生命的前提下,尽可能保留生育功能,不断提高产科的治疗技术及工作质量。

参考文献:

- [1] Widmer M, Piaggio G, Abdel-Aleem H, et al. Room temperature stable carbetocin for the prevention of postpartum haemorrhage during the third stage of labour in women delivering vaginally: study protocol for a randomized controlled trial[J]. *Trials*, 2016, 7(1):143.
- [2] 沈磊芬. 卡贝缩宫素防治剖宫产产后出血的临床观察[J]. *吉林医学*, 2013, 34(34):7121-7122.
- [3] 杨丽. 缩宫素联合米索前列醇治疗子宫收缩乏力性产后出血的临床效果[J]. *中国处方药*, 2015, 13(11):61-62.
- [4] 任国华. 卡前列甲酯栓预防宫缩乏力性产后出血 40 例临床分析[J]. *临床医药实践*, 2014, 23(9):714-715.
- [5] 余方. 欣母沛在宫缩乏力性产后出血中的应用研究[J]. *实用药物与临床*, 2013, 16(7):636-637.
- [6] 钟菀杞. 三联法治疗难治性宫缩乏力性产后出血疗效观察[J]. *右江民族医学院学报*, 2014, 36(3):400-401.
- [7] Orji E, Agwu F, Loto O, et al. A randomized comparative study of prophylactic oxytocin versus ergometrine in the third stage of labor[J]. *Int J Gynaecol Obstet*, 2008, 101(2):129-132.
- [8] Ezeama CO, Eleje GU, Ezeama NN, et al. A comparison of prophylactic intramuscular ergometrine and oxytocin

for women in the third stage of labor[J]. Int J Gynaecol Obstet,2014,124(1):67-71.

[9] 黄艳思,黄小苏,黎丽荣,等. 垂体后叶素用于防治子宫收缩乏力性产后出血的临床观察[J]. 中国保健营养:下旬刊,2013,23(3):1429.

[10] 闫芳,刘凤新. 垂体后叶素预防治疗产后出血的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘,2014,14(10):121-122.

[11] 梁艳,郭玮. 地塞米松在子宫收缩乏力致产后出血中的应用[J]. 中国误诊学杂志,2007,7(16):3748.

[12] 赵薇,李良丽. 地塞米松联合缩宫素预防产后出血疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2013,6(22):86.

[13] 韦玉岚,潘春红. 欣母沛联合钙剂预防高危产妇剖宫产术中产后出血疗效观察[J]. 右江民族医学院学报,2015,37(2):260-261.

[14] 向爱清,周小飞. 缩宫素联合子宫按摩预防剖宫产术中、术后出血[J]. 实用临床医学,2013,14(7):74-75,79.

[15] 梁升连,葛海艳,褚志平,等. 宫腔纱条填塞治疗重度产后出血 57 例分析[J]. 医学综述,2015,21(16):3021-3024.

[16] 缪敏君. 产后出血原因及其防范急救措施[J]. 中外医学研究,2014,12(11):140-141.

[17] 黄慧. 介入治疗在治疗产后出血过程中的临床效果观察[J]. 中国医学创新,2013,10(29):48-49.

[18] 冯丽梅,赵庆玲. 不同方法治疗剖宫产宫缩乏力性产后出血疗效分析[J]. 世界最新医学信息文摘,2016,16(4):14-15.

[19] 张晓蕾,华海琴. 宫颈钳夹术联合药物在产后宫缩乏力出血中的应用[J]. 中国妇幼保健,2014,29(16):2616-2618.

[20] 程腊花,邹卫,缪丽珍,等. 宫颈钳夹术联合欣母沛治疗顽固性宫缩乏力产后出血的临床观察[J]. 江西医药,2014,49(2):160-161.

[21] 邹华,严思萍,廖琪,等. 改良 B-Lynch 缝合术治疗剖宫产后宫缩乏力性产后出血的临床观察[J]. 现代生物医学进展,2013,13(17):3331-3333,3365.

[22] 张丽珍,苏秀球,骆小辉,等. 改良 B-Lynch 缝扎术治疗剖宫产术中子宫收缩乏力性产后出血临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗,2015,26(14):3243-3244.

[23] 祝佳,程丽村. 子宫动脉下行支结扎术治疗产后出血的临床价值[J]. 临床和实验医学杂志,2014,13(20):1706-1708.

[24] 龚琼华,曾丽,邵勇,等. 产后出血致子宫切除 35 例临床分析[J]. 重庆医学,2011,40(19):1934-1936.

[25] 刘待霞,刘展,孙克佳,等. 产后出血性子宫切除临床研究[J]. 中国实用医刊,2013,40(5):61-62.

收稿日期:2016-01-25;修回日期:2016-05-16

(上接第 437 页)

交感神经中枢发出的神经可能参与支配头面到下肢整个一侧躯干(包括眼睑、瞳孔、内脏、皮肤汗腺)的交感功能,在解剖上可能存在某些神经纤维联系胸腰段及颈部交感神经。在临床中,单纯出现交感神经症状,患者的病变范围可能不只局限在颈部及上胸段,其范围可能在上颈部至 L₃ 节段,如果同时存在其他症状,则对病位的判断更有意义。

参考文献:

[1] Pirouzian A, Holz HA, Ip KC, et al. Acquired infantile Horner syndrome and spontaneous internal carotid artery dissection: a case report and review of literature[J]. J AAPOS,2010,14(2): 172-174.

[2] Walton KA, Buono LM. Horner syndrome[J]. Current opinion in ophthalmology,2003,14(6): 357-363.

[3] Inagaki T. Congenital anomalies in the central nervous system(12) arachnoid cyst[J]. No shinkei geka Neurological surgery,2011,39(11): 1105-1111.

[4] G M. Handbook of Neurosurgery[M]. sixth edition, 2006:94-99.

[5] Fridman A, Sagiv S, Shvidel L, Berrebi A. Reversible Horner syndrome caused by solitary plasmacytoma of second thoracic vertebrae[J]. Leukemia & lymphoma, 2004,45(12): 2531-2532.

[6] 冯胜利,张芮. 胸腰段巨大蛛网膜囊肿 1 例[J]. 人民军医,2006,49(1):56.

收稿日期:2016-07-26;修回日期:2016-08-02