

一例产时阴道复杂裂伤致盆腔血肿临床报告及分析

王芳雨¹, 谢宁^{2*}

¹济宁医学院临床医学院(附属医院), 山东 济宁

²济宁医学院附属医院产科, 山东 济宁

收稿日期: 2026年5月5日; 录用日期: 2026年5月29日; 发布日期: 2026年6月9日

摘要

本文报道1例产时阴道复杂裂伤, 阴道壁血肿清除后, 出现持续性且逐渐加重的盆腔血肿。孕妇顺产后感肛门坠胀感, 行阴道缝合止血后仍觉坠胀感, 伴有休克、感染、贫血, 行影像学示“盆腔包块”, 动态检测包块逐渐增大, 生命体征平稳后, 行“超声引导下盆腔血肿清除术”。产后血肿起病隐匿易被忽略, 处理不及时可引发产后出血、感染甚至休克, 早期预防和及时诊断对于改善预后至关重要。

关键词

产后出血, 阴道壁血肿, 盆腔血肿, 失血性休克

Clinical Report and Analysis of Pelvic Hematoma Caused by Complex Vaginal Laceration during Labor

Fangyu Wang¹, Ning Xie^{2*}

¹Clinical Medical College (Affiliated Hospital), Jining Medical University, Jining Shandong

²Department of Obstetrics, Affiliated Hospital of Jining Medical University, Jining Shandong

Received: May 5, 2026; accepted: May 29, 2026; published: June 9, 2026

Abstract

This article reports a case of complex vaginal laceration during labor. After the vaginal wall hematoma was cleared, a persistent and gradually worsening pelvic hematoma occurred. After a natural

*通讯作者。

delivery, a pregnant woman felt a sensation of rectal distension. Even after vaginal suture for hemostasis, she still felt the distension, accompanied by shock, infection and anemia. Imaging studies showed a “pelvic mass”. Dynamic detection showed that the mass gradually increased in size. After vital signs stabilized, an “ultrasound-guided pelvic hematoma evacuation” was performed. Postpartum hematoma has an insidious onset and is easily overlooked. If not treated in time, it can lead to postpartum hemorrhage, infection and even shock. Early prevention and timely diagnosis are crucial for improving prognosis.

Keywords

Postpartum Hemorrhage, Vaginal Wall Hematoma, Pelvic Hematoma, Hemorrhagic Shock

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

产道血肿是由于会阴血管损伤或断裂而皮肤黏膜保持完整, 血肿集聚于局部区域引起, 可发生于外阴、阴道、阔韧带, 严重者可沿腹膜上行至肾区。既往研究报告中产褥期产道血肿的发病率差异很大, 阴道分娩产道血肿的发生率为 1/500~1/4000。产道血肿往往具有起病隐匿的特点, 若未及时发现及处理可导致严重产后出血、失血性休克, 严重时危及生命[1], 其中阴道壁血肿及盆腔血肿虽发生率低, 但较为隐匿[2], 出血量无法评估准确, 常因发现不及时, 而致血肿局部出血过多, 血肿过大, 给血肿缝合造成困难, 同时可因失血而致贫血或休克, 甚至危及产妇生命。多数产科医生对因子宫收缩乏力或明确产道裂伤引起的产后出血处理经验丰富, 对快速形成或者位置深在的生殖道出血常因早期体征不明显而延误诊治。产道血肿的高危因素包括急产、巨大儿、阴道助产等高危因素[3], 但无上述明确危险因素的产妇中, 早期识别仍面临挑战, 且妇科查体难以触及, 易被误诊为盆腔包块或漏诊。超声检查对于位置深范围广的复杂血肿存在局限性, 盆腔 MRI 在此方面可发挥重要作用[4]。

2. 病例汇报

病历回顾: 女性, 24 岁, 因“顺产当日, 发现盆腔包块 2 小时余”于 2024 年 11 月 5 日就诊于济宁医学院附属医院。

既往分娩史: 孕 1 产 1, 既往体健, 无手术、外伤、输血及过敏史, 否认家族遗传病史。

现病史: 于 2024 年 11 月 5 日在当地医院经阴道分娩一男婴, 体重 3300 g, 患儿生命体征平稳, 未见明显异常, 胎盘娩出完整, 无助产, 阴道 I 度裂伤常规缝合。产后 1 小时出现排尿困难, 予留置导尿, 随即感明显肛门坠胀不适。阴道检查提示阴道后壁出现活动性出血, 紧急行缝合止血 + 阴道纱布填塞术, 术中出血约 200 mL。术后 3 小时肛门坠胀仍未缓解, 取出纱布后阴道流血不多, 超声提示: 左侧盆腔混合回声团块约 9.2 cm × 6.8 cm × 5.5 cm, 边界清, 内回声不均, 周边液性暗区深约 4.0 cm。当地医院考虑盆腔血肿处理困难, 以“产后出血、盆腔血肿?”转入我院。

入院查体: 体温 38℃, 脉搏 130 次/min, 呼吸 22 次/min, 血压 146/88 mmHg, 子宫偏右侧, 宫底平脐, 左下腹压痛; 恶露量少、血性、无异味; 会阴裂伤缝合处清洁, 无渗血、红肿硬结。窥器下见阴道少量血迹, 阴道后壁轻压痛, 阴道内未触及明显肿块, 肛诊未及异常。

辅助检查: 妇科超声: 产后子宫改变, 宫腔内异常回声; 宫颈左后方混合性回声团块约 9.6 cm × 6.1

cm × 6.9 cm。盆腔 MRI：产后子宫，宫颈下段、阴道及会阴部结构紊乱，邻近盆腔左侧血肿形成，大小约 100 mm × 68 mm × 60 mm，腹盆腔积血(如图 1)。实验室检查：白细胞 $19.43 \times 10^9/L$ ，Hb 63 g/L，白蛋白 22.7 g/L，D-二聚体 11.56 $\mu\text{g/mL}$ 。

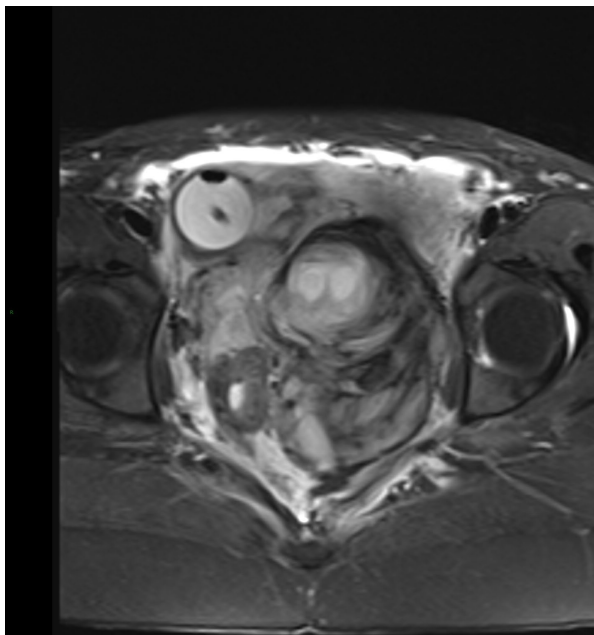


Figure 1. Pelvic magnetic resonance imaging
图 1. 盆腔核磁

诊疗方案：患者心率快，体温高且 Hb 63 g/L，考虑失血性休克早期合并感染，转入重症监护室稳定生命体征。予心电监护、补液、输血、止血、抗感染、纠正贫血与凝血功能，纠正低蛋白血症等治疗。请多学科会诊，制定方案：严密监测生命体征，输血补液后经阴道清除血肿，备开腹手术及介入治疗。

诊疗经过：经输血、抗感染、支持治疗后，患者生命体征趋稳，Hb 升至 85 g/L，感染指标有所下降，但血肿持续存在，感染风险高，具备手术清除指征。行超声引导下经阴道血肿清除术，术中见阴道左侧壁可触及直径约 10 cm 血肿，阴道左侧壁 1 点钟方向可见裂口，清除积血及血块约 350 g；会阴体见约 2 cm 裂伤，逐层缝合。术后超声复查未见明显包块。术后患者出现体温反跳、感染指标升高，及时升级抗生素为亚胺培南西司他丁钠，联合抗厌氧菌治疗，并请感染科会诊指导。术后第 11 天体温及血象恢复正常，超声复查无异常，患者治愈出院。

3. 病例分析

从分型、临床表现、发生部位及时间、高危因素和预防措施等方面分析。

3.1. 分型

速发型：发生于产后 24 小时内；迟发型：发生于产后 24 小时后。

3.2. 临床表现

外阴阴道包块隆起：血肿局限于外阴阴道组织内，局部肿胀隆起，皮肤或黏膜表面发紫，发生于外

阴时较易分辨, 发生于阴道内妇科查体时可发现; 肛门坠胀: 当血肿累及道格拉斯窝时, 可出现肛门坠胀感; 尿潴留: 当血肿压迫尿道、膀胱时, 可出现尿潴留; 失血性休克表现: 当血肿迅速进展时, 可出现心悸、头晕、改变体位后晕厥等失血性休克表现。

3.3. 发生部位

产后盆腔血肿的好发部位与女性盆腔血管解剖分布密切相关。因女性左侧盆腔血管为网状, 右侧呈干状, 因此 44.95% 患者血肿部位主要分布在左侧阴道壁, 28.44% 为阴道右侧壁, 两侧阴道 11.01%, 后侧阴道壁 5.5%, 会阴体 2.75% [5]。

3.4. 发生时间

血肿最常见发生于产时, 约占比 80.73%, 产后 2 小时 13.76%; 产后 2~24 小时 3.67%。

3.5. 高危因素

初产妇: 初产妇会阴、阴道较紧张, 产时急剧扩张, 易致深层组织血管破裂形成血肿; 急产、第二产程 < 30 分钟: 胎儿较快通过产道的过程中, 可因软产道无法及时扩张而导致深部血管裂伤而形成血肿; 妊娠合并贫血: 组织水肿, 弹性差, 凝血功能降低, 发生损伤易引起出血; 阴道炎: 阴道炎可导致组织充血、水肿、组织脆烂更易出现血肿; 妊娠期糖尿病: 妊娠期血糖控制欠佳者可诱发血管脆性增加, 从而导致出血风险增加; 乙肝病毒携带者: 肝功能受损使凝血因子合成减少, 造成凝血障碍, 肝脏合成凝血酶原减少, 维生素 K 依赖性凝血因子 II、VII、IX、X 的含量减少。造成凝血障碍, 凝血酶原时间延长, 也易引起血肿的发生; 妊娠期高血压疾病: 全身小动脉痉挛, 血液呈浓缩和高凝状态, 导致组织细胞缺氧, 微血管病变及血管脆性增加; 凝血功能异常: 导致产时止血效果差, 诱发血肿; 阴道助产不当: 胎头牵引术、胎头吸引器术、产钳术等操作过程中, 暴力操作、操作失误等是导致阴道血肿的高危因素; 会阴侧切不当: 角度部位不恰当或缝合不正确、缝合已撕裂的阴道黏膜及其深部组织未超过撕裂顶端、血管回缩出血, 或缝线未拉紧, 未能充分止血, 留有死腔, 或保护会阴不当, 均可增加血肿发生几率。

结合本例患者的发病特点、诊疗经过及上述系统病例分析, 将围绕本病例的临床独特性、误诊特点与创新诊疗价值展开核心分析, 再针对产后血肿的高危因素、手术方案选择、临床风险防控及诊疗策略优化进行全面讨论, 总结临床经验, 为同类隐匿性产后盆腔血肿的早期识别与规范处置提供参考。

4. 讨论

4.1. 病例独特性与血肿扩散规律探讨

阴道后壁深部血肿位置隐蔽, 出血易沿盆底筋膜向上潜行扩散, 影像学易误诊为腹膜后血肿[6], 但其原发损伤位于阴道后壁, 具有独特的诊疗特点。本病例具有独特的部位特征与临床创新价值。患者为阴道后壁血管破裂所致深部血肿, 出血沿盆底筋膜向左侧疏松间隙潜行扩散, 表现为子宫偏右、左下腹明显压痛, 阴道无活动性出血且未触及包块, 易被误诊为腹膜后血肿。本病例突破传统认知中“左侧血肿均源于左侧阴道壁原发损伤”的局限, 证实阴道后壁损伤亦可导致出血向左侧盆腔间隙扩散, 丰富了产后血肿的扩散路径与部位分布规律。

4.2. 手术入路选择与微创治疗依据

阴道后壁深部血肿合并休克或感染时, 临床处理极为棘手。传统观点多主张剖腹探查、广泛组织剥离与血管结扎止血, 但产后早期开腹手术创伤大, 易加重组织水肿、增加术中出血风险, 且母婴死亡

率、术后并发症发生率高, 患者术后恢复慢、远期盆腔粘连风险显著增加[7], 阴道后壁深部血肿虽位置深, 但多存在阴道黏膜裂口, 为经阴道入路提供解剖基础, 临床应警惕误诊为腹膜后血肿而盲目开腹。

4.3. 个体化诊疗实施与风险防控经验

本病例通过术前超声联合 MRI 精准定位、术中备足血制品、多学科团队(MDT)同台待命等措施, 有效规避血肿周围组织因炎症反应水肿明显、界限不清, 易发生术中出血、细菌入血导致感染扩散, 且存在需紧急中转开腹或介入栓塞的风险; 术中血肿完全清除, 术后超声复查无残留, 患者生命体征快速稳定, 术后恢复顺利、无远期并发症, 证实微创入路的安全性与有效性。但若术中出现大血管撕裂、组织脆性增加或血肿延伸至腹膜后高位无法暴露, 则可能导致止血困难、二次手术或脓毒症, 临床需坚持“能经阴道则经阴道, 必要时果断中转开腹”的灵活原则。

4.4. 高危因素分析与早期监测要点

产后血肿是分娩期不容忽视的并发症, 其发生发展涉及多维度高危因素的交互作用。现有研究已明确, 阴道或会阴裂伤、会阴切开术、阴道器械助产术、人工剥离胎盘、第二产程延长、巨大儿、多胎妊娠、外阴阴道静脉曲张、子痫前期及凝血功能障碍等, 均为产后血肿的潜在诱因[8]-[11], 无分娩期并发症的产后自发性血肿的发病可能与盆腹腔血管在分娩过程中过度拉伸导致破裂有关[5], 提示临床医护人员, 即使在看似“低危”的初产妇群体中, 也不能仅凭传统高危因素评估放松警惕, 而应更加关注个体特征特点, 加强产时及产后的严密监测, 以便早期发现血肿征兆, 及时干预患者预后。

本研究通过分析 1 例阴道后壁深部血肿病例, 证实该类血肿因出血沿盆底筋膜潜行扩散, 易误诊为腹膜后血肿, 阴道入路清除血肿具有微创优势, 联合 MDT 协作、备血等风险防控措施, 可有效避免盲目开腹。保守治疗存在感染失控、再出血及远期并发症风险, 对于合并休克或感染者, 应在纠正贫血与控制感染达手术窗口期后积极干预。本研究为阴道后壁深部血肿的精准诊断与微创治疗提供临床依据, 提示重视原发损伤部位判断以优化诊疗策略、改善预后。

声 明

该病例报道已获得患者的知情同意。

参考文献

- [1] 谭章敏, 程林, 尹玉竹. 阴道分娩产妇产道血肿形成的危险因素分析[J]. 新医学, 2022, 53(7): 524-527.
- [2] Palacios-Jaraquemada, J.M., Nieto-Calvache, A.J. and Basanta, A.N. (2024) Extruterine Causes of Severe and Concealed Postpartum Bleeding: Clinical Aspects and Challenges. *Maternal-Fetal Medicine*, 6, 232-235. <https://doi.org/10.1097/fm9.000000000000253>
- [3] 江真真, 李浩娟. 经阴道分娩 260 例产妇产道壁血肿形成的主要危险因素分析[J]. 中国卫生标准管理, 2024, 15(6): 26-29.
- [4] Barrios-López, M., Sánchez-Bernal, S., Julián Gómez, E., Galante, M.J., Herrán de la Gala, D., González-Sánchez, F.J., et al. (2025) Postpartum Obstetric Complications: A Guide for Radiologists. *Abdominal Radiology*, 50, 513-527. <https://doi.org/10.1007/s00261-024-04445-y>
- [5] 丘秋金, 林玉平, 刘秀武, 等. 初产妇产道血肿高危因素的病例对照研究[J]. 中外医学研究, 2021, 19(25): 180-185.
- [6] 罗亚琦, 杨秀英. 产后腹膜后血肿 1 例报告并文献复习[J]. 牡丹江医学院学报, 2022, 43(5): 109-111.
- [7] 陈璐, 周微笑, 贺晶. 软产道裂伤致隐匿性产后出血的早期识别及处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2022, 38(8): 784-787.

-
- [8] Rafi, J. and Muppala, H. (2008) Conservative Management of Massive Puerperal Spontaneous Onset Retroperitoneal Psoas Muscle Haematoma Following Normal Vaginal Delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **28**, 105-106. <https://doi.org/10.1080/01443610701846395>
- [9] İskender, C., Topçu, H.O., Timur, H., Oskovi, A., Göksu, G., Sucak, A., *et al.* (2016) Evaluation of Risk Factors in Women with Puerperal Genital Hematomas. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, **29**, 1435-1439. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1051018>
- [10] Sherer, D.M., Dayal, A.K., Schwartz, B.M., Oren, R. and Abulafia, O. (1999) Extensive Spontaneous Retroperitoneal Hemorrhage: An Unusual Complication of Heparin Anticoagulation during Pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal Medicine*, **8**, 196-199. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6661\(199907/08\)8:4<196::aid-mfm12>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-6661(199907/08)8:4<196::aid-mfm12>3.0.co;2-y)
- [11] 田莉, 史则霞. 分娩致盆底静脉丛破裂出血 1 例[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2004(4): 51.