

# 产后出血风险评估与管理



# 什么是产后出血？

胎儿娩出后失血过多

PPH>500ml (3.5-3.0%)

严重PPH>1000ml (1.5-5.0%)

即刻的产后出血：

分娩24h内发病

晚期的产后出血：

分娩24h后发病

这些定义并未被所有人接受！



# 产后出血的其它定义

- 产后出血量难以准确估计
- 临床估计的产后出血量比实际出血量低30-50%
- 以出血量作为诊断产后出血的唯一标准尚有争议
- 产后出血的另一个定义为产妇红细胞压积降低10%以上
- 失血量导致产妇血液动力学（脉搏、心率、血压等）发生变化时，即为产后出血

# 一、产后出血的早期识别 与准确评估产后出血量

# (一) 产后出血的早期识别



# 产后生命体征监测

## WHO及FIGO的具体建议

- 应监测产妇生命体征（血压、脉搏和宫底位置）：
- 在最初30min内，每5-10分钟1次；
- 之后30min内，每15分钟1次；
- 之后每30分钟1次；
- 达2h。
- 还包括按摩子宫、监测阴道出血、确保子宫处于收缩状态。
- 检查胎血是否完整。

# 产后出血的临床表现

	I 型	II 型	III 型	IV 型
失血量 (ml)	<750	750-1500	1500-2000	>2000
血容量 (%)	≤15	15-30	30-40	>40
心率 (次/分)	<100	>100	>120	>140
血压	正常或增高	正常 (倾斜征+)	下降MAP<60	下降
脉压	正常	下降	下降	下降
毛细血管再灌注	正常	可能延迟	通常延迟	始终延迟
呼吸	正常	略增加	中度或加快	显著加快、呼吸衰竭
尿排量 (ml/h)	>30	20-30	5-15	基本无尿
神志情况	正常或忧虑	忧虑	混乱	昏睡、迟纯

# 早期预警评分（MEOWS）

- 分娩前产后出血风险的识别
  - 临床发病前失血量的充分评估
  - 充分评估：教学工具——重建和象形图
- 客观的测量失血量：收集器
- 以早期预警评分（MEOWS）对患者进行严格监测：  
精神状态，脉搏，收缩压，呼吸频率
- 实验室检查：凝血时间
- 病因的快速诊断——治疗

## 产科出血早期预警评分（ $\geq 2$ 分应给予早期干预）（2013ASA会议资料）

分数	2	1	0	1	2
脉搏	$\leq 40$	41-50	51-100	101-120或 上升10-20%	$> 120$ 或 上升 $> 20\%$
收缩压	$\leq 85$ 或 下降 $> 20\%$	85-100	101-150	151-160	$> 160$
舒张压		$< 45$	45-80	80-100	$> 100$
呼吸	$\leq 10$		11-20	21-30	$> 30$
体温	$\leq 35$	35.1-35.9	36-37.9		$> 38$
中枢神经			正常	对声音有反应	仅对疼痛反应 或无反应

## (二) 准确评估出血量



# 用于诊断产后出血的方法

## 临床方法

■ 失血的生理反应

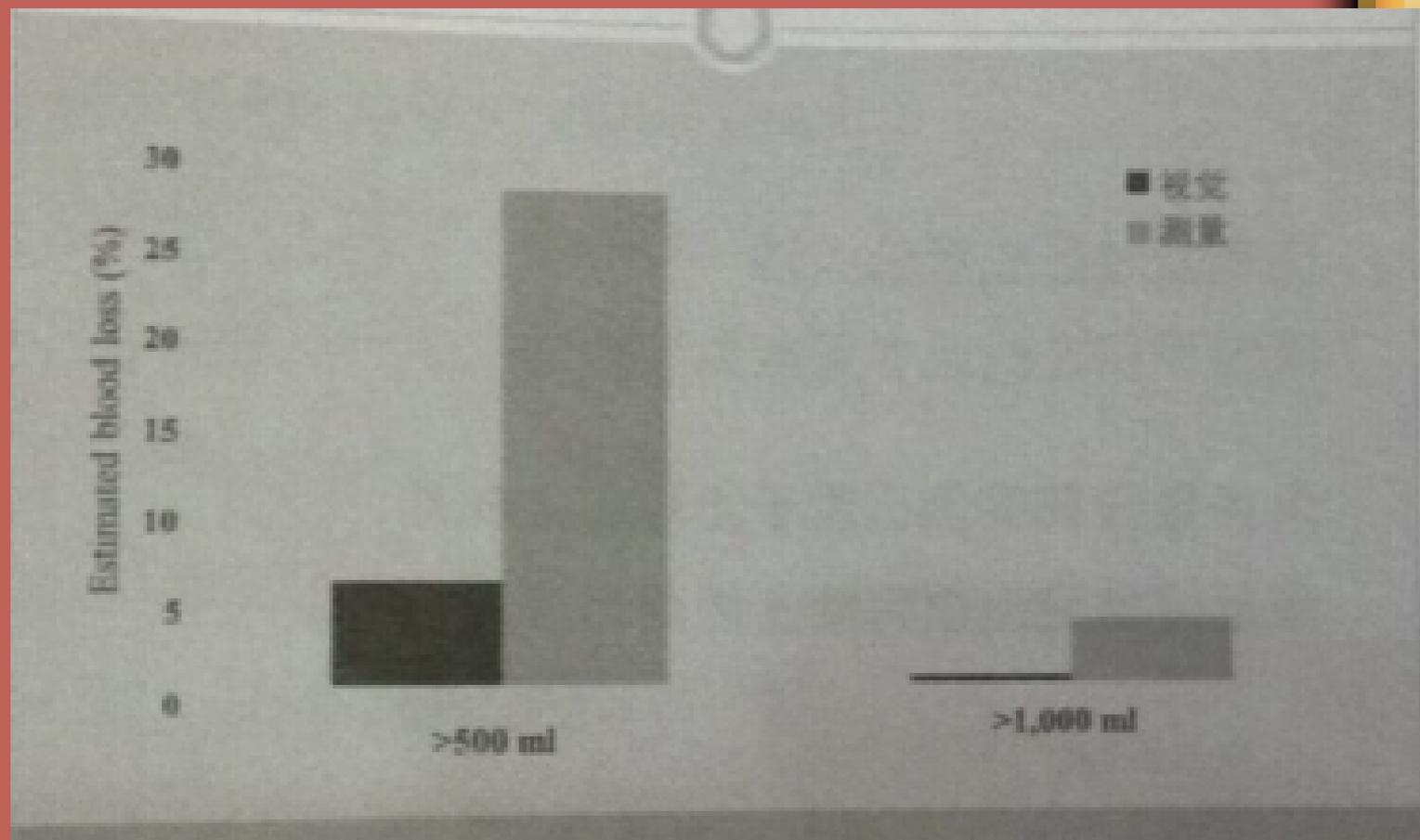
■ 定量方法

- 视觉评估（目测法）
- 面积法
- 以便盆或者塑料袋直接收集血液（容积法）
- 重量法（称重法）
- 血污染羊水中血量的估计（剖宫产）
- 休克指数法（**shock index, SI**）
- 血细胞比容和血红蛋白的变化

## 其他

- 血浆量
- 标记红细胞

# 失血量评估



# 休克指数（脉率/收缩压）（正常 $<0.5$ ）

休克指数	估计失血量 (ml)	占血容量
0.6-0.9	$<500-750$	$<20\%$
$=1.0$	1000-1500	20-30%
$=1.5$	1500-2500	30-50%
$\geq 2.0$	2500-3000	$\geq 50-70\%$

# 血细胞比容（HCT）

- 未孕时0.38-0.47
- 妊娠时0.31-0.34
- 产后出血的另一个定义为产妇红细胞压积降低10%以上
- 血气分析

# 血红蛋白（HB）

- 用血红蛋白的变化估计失血量，血红蛋白每下降10g/L，失血约400-500ml。

# 失血速度监测

■ 失血速度是反映病情轻重的重要指标

重度的情况包括：

- 失血速度  $> 150\text{ml}/\text{min}$
- 3h内出血超过血容量的50%
- 24h内出血超过全身血容量

# 容易错过的要点

失血量被医生低估50%

缓慢而稳定的出血可能是致命的

大多数致死病例出现于发现出血5h后

腹部或盆腔出血可能会隐蔽地发生



# 羊水栓塞最初临床表现-出血凝血障碍型

- ◆ 大量产后出血，宫缩乏力表现；
- ◆ 无原因的产后出血、渗血、细流不断、血不凝；
- ◆ 多部位出血（补液针眼，伤口缝针处等）；
- ◆ 应用宫缩剂无效；
- ◆ 很快出现凝血功能障碍（DIC），与出血量不成正比；
- ◆ 很快出现休克，与出血量不成正比；
- ◆ 很快出现氧饱和度下降。



# 羊水栓塞和产后出血的鉴别

区别	羊水栓塞	产后出血
宫缩	宫缩较好或者较差	顽固性宫缩乏力
宫缩素	没有效果	效果较好
呼吸	胸闷，呼吸困难	早期呼吸比较平稳
心肺	HR快，肺底闻及湿啰音	HR快，但二肺均为正常
SpO <sub>2</sub>	早期就下降	早期不下降
失血量和休克	与失血量不一致且迅速进入休克状态	休克同失血量是一致
DIC发生时间	迅速进入DIC	早期无DIC
病理检查： 深静脉血涂片 子宫 尸解	镜检发现羊水的形成物	呈阴性

## 二、产后出血临床处置



# 宫缩乏力PPH‘HAEMOSTASIS’处理法则

- H-寻求帮助
- A-评估（生命征，失血）及复苏
- E-建立病因+催产（麦角新碱，催产素，米索前列醇）保证血块形成
- M-按摩子宫
- O-输缩宫素/前列腺素-静脉/经直肠/肌肉内/子宫肌层内
- S-休克外衣（抗）&转移至手术室-排除残留物及损伤/双手压迫
- T-填塞-球囊/子宫压迫
- A-提供压迫缝合-B-Lynch/改良的
- S-系统的盆腔去血供-子宫/卵巢/髂内
- I-放射介入-如需恰当的子宫动脉栓塞
- S-开腹子宫次全/全切

# RCOG产科输血指南

- 回顾性临床情况分析发现输血往往“太少，太晚”。
- 当产妇处于失血超过1000ml的高危情况时，强烈建议在输血和重症监护设施齐备的环境下分娩。

# 产后出血导致死亡的原因

## 太少 (Too little)

- 出血量的估计
- 宫缩剂的应用
- 输血
- 补充凝血因子

## 太晚 (Too late)

- 呼叫麻醉医生/上级医生
- 输血
- 复苏
- 子宫切除



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/656210234051010212>