

产科临床实践中产后出血预防和护理的最佳证据总结

白悦¹, 李娜²

¹延安大学医学院护理学, 陕西 延安

²西北妇女儿童医院产六科, 陕西 西安

收稿日期: 2025年3月7日; 录用日期: 2025年4月3日; 发布日期: 2025年4月10日

摘要

目的: 检索、评价和整合预防产后出血的最佳证据。总结循证护理在产科临床中产后出血预防与护理中的应用效果, 指导其临床应用。**方法:** 采用PIPOST方法, 从人群、干预措施、对照措施、结局指标、实施场所、时间六个维度, 全面细致界定循证问题, 保障循证实践的科学与针对性。从上到下系统检索国内外权威资源, 依据“6S”金字塔证据模型。范围涵盖电脑决策系统、预览网站、专业学会网站、知名资料库。检索证据类型多样, 覆盖临床决策、指南、系统综述等, 全面涵盖预防产后出血领域成果。对符合标准文献严格质量评价, 用AGREE II量表评指南质量, 确保文献可靠有效。提取预防产后出血相关关键信息, 最后依据证据质量和可靠性分级, 为循证实践提供清晰依据, 协助医护人员合理选择措施。**结果:** 最终纳入文献13篇, 其中指南2篇、专家共识2篇、证据总结1篇、护理与调查研究3篇、系统评价1篇、综述3篇。从风险评估、贫血管理、健康教育、分娩方式选择、缩宫素应用、第三产程处理、产程控制、生命体征监测、阴道流血量监测、子宫收缩监测及心理护理11个方面, 系统总结出23条产后出血预防与护理的最佳证据。**结论:** 临床管理者肩负着重要职责, 需着重强化对产后大出血急诊处理流程的精细化管理。大力推进对医护人员的规范化、系统化培训工作, 通过丰富多样的培训形式与专业课程, 切实提升临床医护人员在预防和治疗产后大出血方面的专业素养与实操能力。在实际临床工作中, 能够更有效地应对产后大出血情况, 尽可能地减少产后大出血的发生几率, 显著降低其死亡率, 为产妇的生命健康提供更为坚实的保障。**意义:** 通过系统检索和整合国内外权威资源, 总结了23条产后出血预防与护理的最佳证据, 帮助护理人员更好地进行护理评估、护理诊断和护理规划, 制定科学有效的护理措施, 改进工作方法, 解决患者存在的和潜在的问题, 从而促进临床护理实践的科学性和有效性。**适用范围:** 适用于有出血倾向的产妇, 预防产妇产后出血, 帮助医务工作者制定科学有效的医疗护理措施。

关键词

产后出血, 预防, 最佳证据, 循证护理, 证据整合

Summary of the Best Evidence for Postpartum Hemorrhage Prevention and Care in Obstetric Clinical Practice

Yue Bai¹, Na Li²

¹School of Nursing, Yan'an University, Yan'an Shaanxi

²Department 6 of Obstetrics and Gynecology, Northwest Women and Children's Hospital, Xi'an Shaanxi

Received: Mar. 7th, 2025; accepted: Apr. 3rd, 2025; published: Apr. 10th, 2025

Abstract

Objective: To search, evaluate and integrate the best evidence for the prevention of postpartum hemorrhage. To summarize the application effect of evidence-based nursing in the prevention and nursing of postpartum hemorrhage in obstetrics and guide its clinical application. **Methods:** The PIPOST method was used to define evidence-based problems comprehensively and carefully from six dimensions of population, intervention measures, control measures, outcome indicators, implementation places and time, so as to ensure the scientific and pertinence of evidence-based practice. Authoritative resources at home and abroad were searched systematically from top to bottom, according to the "6S" pyramid evidence model. The scope covers computer decision systems, tour websites, professional association websites, and well-known databases. The search evidence types are diverse, covering clinical decision-making, guidelines, systematic reviews, etc., and comprehensively covering the prevention of postpartum hemorrhage. The paper conducted a rigorous quality assessment of eligible literature using the AGREE II instrument to ensure the reliability and validity of the guidelines. Key information related to the prevention of postpartum hemorrhage was extracted, and finally graded according to the quality and reliability of evidence to provide a clear basis for evidence-based practice and assist medical staff to choose reasonable measures. **Results:** 13 pieces of literature were included, including 2 guidelines, 2 expert consensus, 1 evidence summary, 3 nursing and investigation studies, 1 systematic review, and 3 reviews. From 11 aspects, such as risk assessment, anemia management, health education, delivery mode selection, uterine hormone application, the third stage of labor management, labor control, vital signs monitoring, vaginal bleeding monitoring, uterine contraction monitoring and psychological care, 23 best pieces of evidence for postpartum bleeding prevention and care were systematically summarized. **Conclusion:** Clinical managers shoulder important responsibilities and need to strengthen the fine management of the emergency treatment process of postpartum massive hemorrhage. Standardized and systematic training for medical staff should be vigorously promoted. Through a variety of training formats and specialized courses, the professional competence and practical skills of clinical medical staff in the prevention and treatment of postpartum hemorrhage should be effectively enhanced. In actual clinical work, it can more effectively deal with postpartum massive bleeding, reduce the incidence of postpartum massive bleeding as much as possible, significantly reduce its mortality, and provide a more solid and reliable guarantee for the life and health of pregnant women. **Significance:** Through systematic retrieval and integration of domestic and foreign authoritative resources, 23 best pieces of evidence of postpartum hemorrhage prevention and nursing were summarized to help nurses better conduct the nursing assessment, nursing diagnosis and nursing planning, formulate scientific and effective nursing measures, improve working methods, and solve existing and potential problems of patients, so as to promote the scientific and effective clinical nursing practice. **The scope of application:** It is applicable to women with bleeding tendencies, to prevent postpartum bleeding, and to help medical workers develop scientific and effective medical care measures.

Keywords

Postpartum Hemorrhage, Prevention, Best Evidence, Evidence-Based Nursing, Evidence Integration

Copyright © 2025 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. 资料与方法

1.1. 文献纳入及排除标准

纳入标准: 所纳入文献内容应围绕产后出血的预防与护理展开。研究对象限定为临产妇群体。文献发表所采用的语言为中文或者英文。文献的类型需为近 10 年内发布的临床指南、用于指导临床实践的决策依据、业内专家达成的共识以及基于循证医学的证据总结材料。

排除标准: 存在信息残缺问题, 导致关键内容缺失, 或者无法获取其完整原文的文献。发表年代久远, 难以反映当下最新研究动态与临床实践需求的文献。经过严谨的文献质量评价流程, 判定为未达合格标准, 无法为研究提供可靠依据的文献。单纯对已有指南进行直译, 缺乏创新性解读以及本土适用性考量, 或是仅为指南的简略摘要版本, 无法涵盖核心要点与详细信息的资料。

1.2. 检索策略

1.2.1. 问题确立

本研究采用 PIPOST 方法[1], 从人群、干预措施、对照措施、结局指标、实施场所、时间六个维度界定循证问题, **P (Population):** 所有存在产后出血潜在风险的孕产妇群体作为研究的核心对象, 其中涵盖不同身体状况、孕周、分娩方式选择倾向等多元背景下, 可能遭遇产后出血问题的个体。**I (Intervention):** 针对产后出血所实施的各类预防举措以及护理手段, 既包含产前基于产妇个体风险因素评估所定制的预防性护理计划, 对有高危因素产妇提前准备血制品、监测凝血功能等; 产后出血发生时迅速采取止血、补血、维持生命体征稳定等急救护理操作。**P (Professional):** 指医护人员这一专业群体, 凭借专业知识与技能在预防、诊断、处理产后出血流程中发挥关键主导作用; 同时纳入患者及其家属, 因为家属的配合、产妇自身的健康意识与自我护理能力, 对于产后出血预防及管理成效同样有着不可忽视的影响, 三方协同合作助力产妇平稳度过产后阶段。**O (Outcome):** 其一为产妇产后出血发生率, 直观反映预防及管理措施在降低出血风险上的实效; 其二是产妇产后出现出血状况时的死亡率; 其三是在分娩过程中, 医护人员对于产后大出血所制定的应急响应机制的有效执行率; 其四为临床医护人员对最佳证据知识运用掌握率, 间接影响着前三项指标成效。**S (Setting):** 指分娩单位, 包括各级各类具备助产资质的医疗机构场所, 诸如综合医院妇产科、妇幼保健专科医院、基层助产机构等, 不同分娩单位的资源配置、人员技术水平、应急流程规范程度各异, 均会对产后出血的预防及管理产生环境性影响。**T (Type of evidence):** 临床指南、临床决策、专家共识和证据总结, 这些权威资料来源为整个产后出血预防及管理的循证医学实践筑牢根基, 确保所有采取的措施都有一定的科学依据。

1.2.2. 检索资源

依据“6S”金字塔证据模式[2], 模式结构如图 1, 借助计算机展开自上而下的系统性检索工作。为

全面、系统地搜集关于产后出血预防及管理的各类证据, 本研究规划了检索路径。检索工作从顶层权威资源开始, 按照严谨的顺序依次展开。广泛检索并纳入了多个在国际上具有极高权威性和广泛影响力的数据库, 其中包括但不限于临床决策支持领域备受推崇 UpToDate、以循证医学为核心的 BMJ Best Practice、循证医学系统评价的 Cochrane Library、在循证卫生保健方面成果卓著的 JBI 循证卫生保健中心、涵盖护理学及健康领域丰富资源的 CINAHL、医学领域重要的文献数据库 Medline, 以及生物医学文献数据库 PubMed 等。这些数据库在医学领域享有极高的声誉, 收录了大量经过严格筛选和验证的高质量文献, 为我们的研究提供了坚实的数据基础。其次, 检索范围覆盖了多个专业的指南发布机构, 包括世界卫生组织(WHO)、美国指南网(NGC)等。这些机构发布的临床指南和相关文件, 代表了国际上在该领域的权威观点和最佳实践经验, 对于指导临床决策具有重要的参考价值。同时也充分考虑到国内学术资源的重要性, 将中国知网(CNKI)这一国内核心学术资源库纳入检索范围。检索路径还涉及多个专业学会网站, 如法国妇产科医师学会(CNGOF)、英国皇家妇产科医师学会(RCOG)、美国妇产科医师学会(ACOG)等。这些专业学会网站汇聚了大量本领域专家的智慧和经验, 发布的临床决策、证据总结以及专家共识等内容, 对于深入了解产后出血的预防及管理具有重要的指导意义。通过以上全面且系统的检索路径, 研究者搜集涵盖临床指南、临床决策、证据总结以及专家共识等各种类型的证据, 为产后出血的预防及管理提供全面、科学、权威的参考依据。

在检索过程中, 运用精准匹配的中英文关键词组合, 英文关键词设定为“postpartum hemorrhage/postpartum bleeding”、“obstetric hemorrhage/obstetric bleeding”、“guideline/practice guideline/clinical decisions/consensus/summary/evidence summary”, 中文关键词则确定为“产后出血/产科出血”“指南/临床实践指南/临床决策/共识”, 以此确保对目标文献类型, 即指南、临床决策、专家共识和证据总结进行精准且全面的检索, 最大程度挖掘与产后出血预防及管理紧密相关的高质量证据资源。

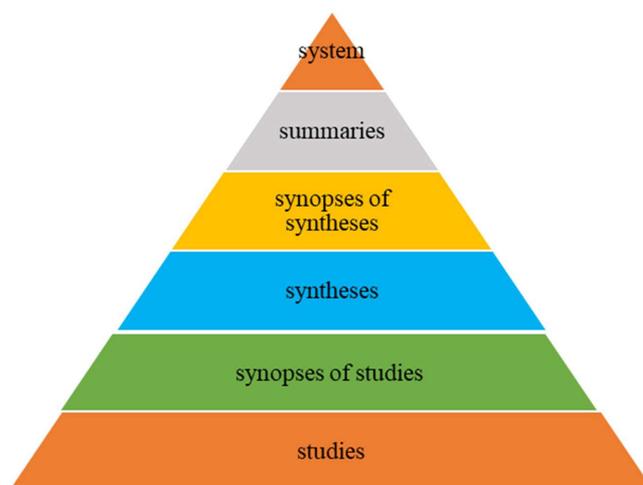


Figure 1. “6S” pyramid evidence mode
图 1. “6S” 金字塔证据模式

1.3. 文献检索的可行性

检索范围覆盖了国内外多个权威数据库和指南发布机构, 确保检索的全面性和系统性。

1.4. 文献的质量评价标准及过程

在医学领域的证据体系中, 临床决策 UpToDate 循证医学数据库占据着极为重要的地位, 位居证据金

字塔的顶端。其所提供的证据具备较高的等级与质量。该数据库的研究员会对众多证据展开深入分析,精心筛选出契合我国临床实际情景的部分,并全部予以采纳,旨在为我国医疗工作者提供最具价值和适用性的循证依据,以助力临床决策的精准制定。

指南的质量评价标准:本研究采用英国于2010年更新的《临床指南研究与评价系统》(The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument, AGREE II)对指南进行质量评价[3](详见附录)该量表涵盖6个领域,包含23个具体评价条目以及2个针对指南整体的评价条目。由2名研究员依据每个条目7分的评分标准(其中1分代表“很不同意”,7分代表“很同意”)进行打分。随后,计算每个得分领域的标准化百分比,计算公式为:标准化百分比=(实际得分-最低可能得分)/(最高可能得分-最低可能得分)×100%。最终,研究员根据标准化百分比的计算结果给出推荐等级:若标准化百分比大部分为60.00%及以上,则为A级推荐;若标准化百分比大部分处于30%至60%的区间,则为B级推荐;若标准化百分比大部分低于30%,则为C级推荐[3]。

证据总结的质量评价标准:在对证据总结进行质量评定时,主要追溯其证据所依赖的原始研究文献。具体可运用澳大利亚JBI循证卫生保健中心针对各种原始研究类型而编制的质量评价工具来开展评估工作。

在评估专家共识的质量时,运用的是澳大利亚JBI循证卫生保健中心于2016年公布的相关评价准则[4][5]。这套准则总计涵盖6个评价项目,最终的评价结论可分为“是”“否”以及“不清楚”这三种情形。

在判断证据等级和推荐级别时,研究人员使用了GRADE系统(推荐等级评估)[6]。进行开发与评估,对证据进行科学分析。推荐级别的评估:强烈推荐(Strong Recommendation):清楚表明干预措施的益处明显大于风险,或风险明显大于益处,大部分患者应当选择接受或拒绝该项干预。弱推荐(Weak Recommendation):干预措施的利弊不确定或在不同患者中可能有所不同,患者的选择和价值观在决策中起重要作用。在证据评价过程中,若两名研究员对证据评价的意见相悖,将引入第三方参与商议并进行裁决。第三方由西北妇女儿童医院的专家小组成员组成,具体包括1名经验丰富的产科主任医师和1名业务精湛的副主任医师。根据GRADE系统,证据等级划分为:Level 1(高):高质量的系统评价或Meta分析、高质量的RCT。Level 2(中):低质量的系统评价或Meta分析、低质量的RCT或高质量的队列研究。Level 3(低):高质量的病例对照研究、低质量的病例对照研究。Level 4(极低):病例系列或低质量的队列研究。Level 5(极低):专家意见或基于生理学、实验室研究的证据。基于GRADE系统,推荐级别划分为:A级(强推荐):明确显示干预措施利大于弊或弊大于利,适用于大多数患者。B级(弱推荐):干预措施的利弊不确定或在不同患者中可能有所不同,需结合患者的具体情况和价值观进行决策。

通过采用GRADE系统,本研究对证据质量进行了科学、系统地评估,确保了证据的可靠性和适用性。GRADE系统的应用提高了证据评估的透明度和严谨性,为产后出血预防和护理的最佳证据总结提供了坚实的理论基础。

1.5. 证据提取和整合

在进行证据提取时,需涵盖纳入文献的名称、来源、发布时间、证据类型、推荐建议以及证据分级等关键信息[7]。当面对不同文献的证据推荐建议时,处理方式如下:若推荐建议呈现互补关系,需将其整合合并,形成全面的建议内容;若推荐意见涉及多个不同方面,需依据具体内容将其逐一拆分,为使各方面要点得以清晰且直观地呈现,在对推荐证据进行评估时,不同证据意见内容之间出现冲突的情况,将严格遵循既定的筛选与判断原则。优先采用高等级的证据,因为高等级证据在研究设计、样本量、数据处理等方面往往更具科学性和严谨性;若证据等级相同,则侧重于选择高质量的证据,此类证据通常

在研究方法的合理性、结果的准确性等方面表现更为突出；若证据等级和质量均相近，则以新发表的证据作为优先考虑对象，新发表的证据往往反映了该领域最新的研究成果和实践经验，具有更强的时效性和实用性。遵循以上方式，确保所采用的证据具备最高程度的可靠性与适用性，为相关决策和实践提供坚实且有力的支持。

1.6. 证据分级

提取后进行交叉核对。对纳入不同来源的证据，统一采用 GRADE 系统进行证据等级划分，GRADE 系统将证据质量分为四个等级：高(High)、中(Moderate)、低(Low)和极低(Very Low)，并根据证据质量和临床意义将推荐级别分为强推荐(Strong Recommendation)和弱推荐(Weak Recommendation) [6]。

1.7. 关键词

1.7.1. 产后出血

产后出血(postpartum hemorrhage, PPH)是指胎儿娩出后 24 小时内，阴道分娩产妇出血量 ≥ 500 ml、剖宫产术分娩产妇出血量 ≥ 1000 ml，或者失血后伴有低血容量的症状或体征[8]。在产后出血的界定方面，对于出血量的限定，各国专业组织的指南中始终存在分歧，争议点主要集中在是否应区分阴道分娩与剖宫产的情况，以及具体的出血量阈值究竟界定为 500 ml 还是 1000 ml。中华医学会 2023 年版的相关指南，在出血量量化定义标准上，依旧沿用了 2014 年版的规定，若阴道分娩时出血量达到 500 ml、剖宫产时出血量达到 1000 ml，则确定为产后出血。2023 年版指南存在一个关键的变化，除了依据累计出血量来判定产后出血外，还引入了失血伴有血容量不足表现这一重要定义。这意味着，当产妇出现诸如心慌、头晕、乏力、面色苍白、脉搏增快、血压下降等一系列低血容量相关表现时，无论通过各种方式“估测”的出血量具体数值是多少，均应诊断为产后出血[9]。

1.7.2. 预防

指预先做好事物发展过程中可能出现偏离主观预期轨道或客观普遍规律的应对措施。

1.7.3. 最佳证据

最佳证据原理是对证据规则进行系统化整合的一种理论尝试[10]。

1.7.4. 循证护理

循证护理是指护理人员将科研结论与临床经验、患者需求等相结合，在计划其护理活动过程中审慎、明确、明智地获取证据，并以此作为临床护理决策依据的过程。就是基于可靠证据来开展护理工作，以提高护理质量和患者的健康。

1.7.5. 证据整合

证据整合作为一种科学的研究手段，强调运用系统且严谨的方法，广泛收集来自不同研究或学术文献中的相关证据。并对这些证据进行严格地评估，深入分析其可靠性、有效性等特征，进而将其进行有机综合。基于当前最优的可获取证据，为决策过程提供坚实的支撑，在临床实践的推进、政策的科学制定以及后续相关研究的开展等方面发挥关键作用。

2. 结果

2.1. 文献检索结果及纳入文献的一般特征

在本研究中，初步检索后获取相关文献 593 篇。经过对重复收录文献、指南解读类文献以及不符合研究主题文献的排除工作，最终确定纳入 13 篇文献。这 13 篇文献具体涵盖：2 篇指南、2 篇专家共识、

1 篇证据总结、3 篇护理及调查研究文献、1 篇系统评价文献以及 3 篇综述文献。文献筛选的流程与结果详见图 2, 而纳入文献的一般特征, 则见表 1。

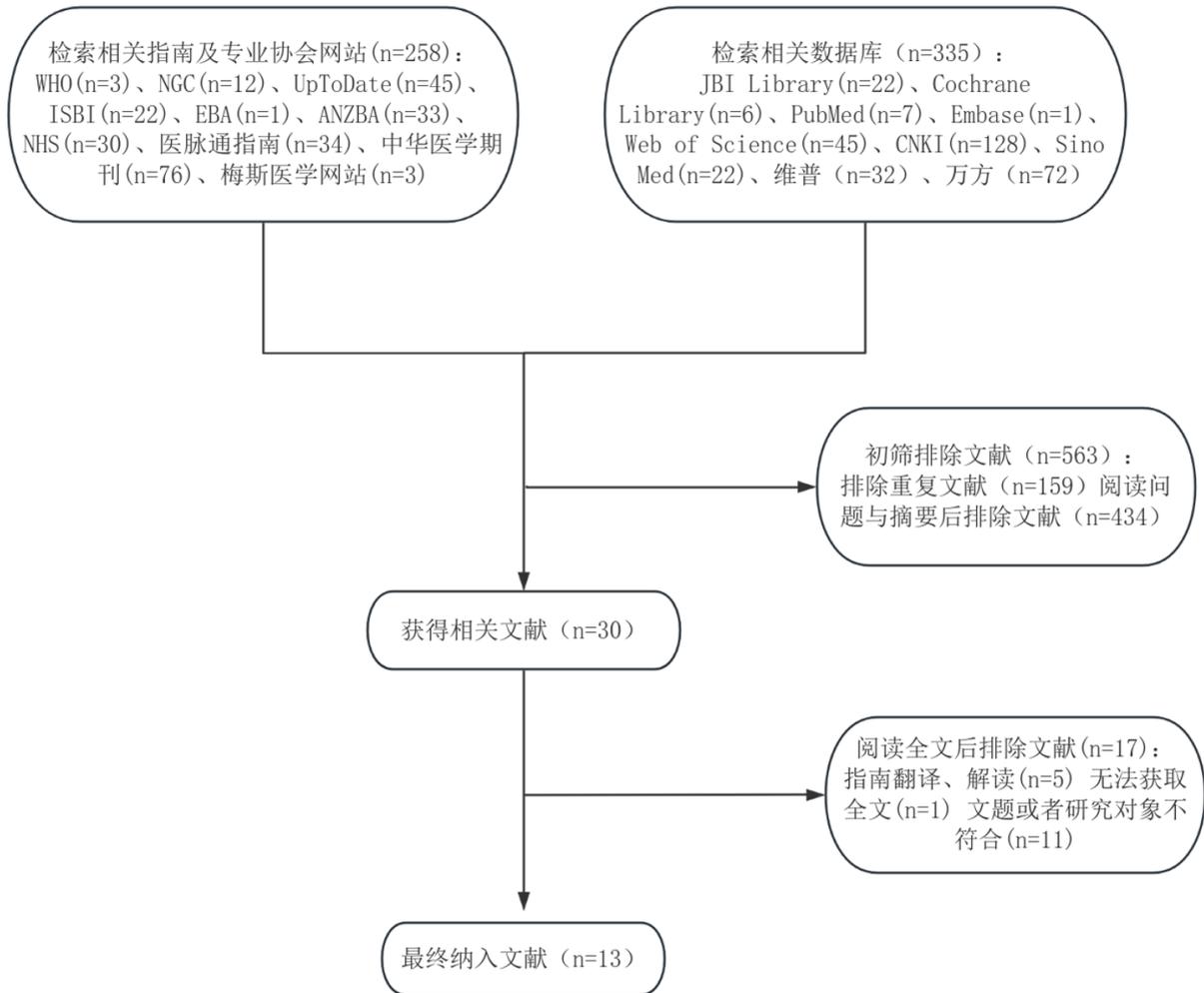


Figure 2. Flow chart and results of literature screening

图 2. 文献筛选流程图及结果

Table 1. General characteristics of the included literature (n = 13)

表 1. 纳入文献的一般特征(n = 13)

纳入文献	年份	来源	证据类型	文献主题	国家/地区
中华医学会围产医学分会	2023	YiigLE	指南	产后出血预防与处理	中国
护理学报	2020	CNKI	证据总结	产后出血预防及管理	中国
国际护理学杂志	2024	YiigLE	调查研究	阴道分娩产后出血	国际
中国医药科学	2019	CKNI	护理研究	循证护理在产科临床实践的应用	中国
护理进修杂志	2024	CKNI	护理研究	JBI 循证卫生保健中心文本证据的质量评价	中国
中华医学会妇产科学分会	2014	万方	指南	产后出血预防与处理	中国
中华围产医学杂志	2013	YiigLE	述评	产后出血预防和处理措施评价	中国

续表

中国实用医刊	2017	YiigLE	短篇论著	产后大出血高危因素分析	中国
Michael A Belfort	2024	UpToDate	文献综述	产后出血	国际
Loic Sentilhens 等	2016	PubMed	专家共识	产后出血: 预防和治疗	国际
Stefan Hofer 等	2023	PubMed	专家共识	产后出血中的止血支持	国际
Amene Ranjbar 等	2023	BMJ	系统评价	使用机器学习方法预测产后出血风险	国际
Alonso-Burgos A 等	2024	Embase	综述	原发性和继发性产后出血	瑞士

注: (YiigLE: 中华医学库, CKNI: 中国知网, UpToDate: 循证医学库, 基于循证医学原则的临床决策支持系统, PubMed: 生物医学库, BMJ: 英国医学杂志, Embase: 医药学文献资料库)。

2.2. 纳入文献的质量评价结果

2.2.1. 指南的质量评价结果

本研究共纳入 2 篇指南[8][9], 分别来自于中华医学会 YiigLE 和万方医学网。纳入指南均按照 AGREE II 量表[1]进行评价, 指南各领域标准化得分及评价结果, 见表 2。

Table 2. Quality evaluation results for inclusion guidelines

表 2. 纳入指南的质量评价结果

纳入文献	各领域标准化百分比(%)						>30% 领域数	>60% 领域数	级别 推荐
	范围和 目的	牵涉 人员	指南开 发的严 谨性	指南呈 现的清 晰性	指南的 适用性	指南编 撰的独 立性			
中华医学会妇产科学分会产科学组等 (2014 版) [9]	50.00	41.67	39.58	66.67	45.83	83.33	2	6	B
中华医学会妇产科学分会产科学组等 (2023 版) [8]	50.00	41.67	50.00	83.33	66.67	83.33	0	8	A

2.2.2. 专家共识的质量评价结果

本研究纳入的专家共识, 根据澳大利亚 JBI 的专家共识质量评价标(2016), 所有评价条目结果均为“是”, 研究主题明确, 思路清晰, 文献质量较高。

2.2.3. 系统评价的质量评价结果

本研究所纳入的系统评价, 来源于 BMJ, 所有条目均评价为“是”, 准予纳入。

2.2.4. 临床决策的质量评价结果

本研究共纳入 8 篇临床决策, 分别来源于中国知网 CKNI、中华医学库 YiigLE、Embase 和 UpToDate。经评价整体质量较高, 准予纳入。

2.3. 证据汇总与描述

对纳入的文献进行证据整理, 最终形成 23 条最佳证据, 其中包括风险评估、贫血管理、健康教育、分娩方式的选择、缩宫素的应用、积极处理第三产程、控制产程、生命体征的监测、阴道流血量监测、子

宫收缩情况的监测及心理护理 11 个方面[10]。这些证据为临床医护人员提供了明确的指导, 有助于降低产后出血的发生率和死亡率。预防及处理产后出血 PPH 的最佳证据总结[11], 见表 3。

Table 3. Summary of best evidence for the prevention and management of PPH in postpartum hemorrhage
表 3. 预防及处理产后出血 PPH 的最佳证据总结

项目	证据内容	证据等级	推荐强度
风险评估	1. 对所有孕妇在首次产前检查时应进行全面的产后出血风险评估, 包括既往病史(如多次流产史、前置胎盘、子宫肌瘤等)、孕期并发症(如妊娠期高血压、妊娠期糖尿病等)、本次妊娠情况(如多胎妊娠、巨大儿等)、产妇年龄、体重等因素。	Level 2	B
	2. 对于存在高危因素的孕妇, 应在妊娠晚期再次评估, 加强管理, 并制定个体化的分娩计划。	Level 2	B
贫血管理	3. 孕期应定期检测血常规, 及时发现和纠正贫血。对于缺铁性贫血, 可补充铁剂及维生素 C, 以提高孕妇的血红蛋白水平。	Level 1	A
	4. 建议分娩前血红蛋白水平应达到 110g/L 及以上, 以增强孕妇对失血的耐受性。	Level 2	B
健康教育	5. 对孕妇及家属进行产前健康教育, 包括产后出血的原因、症状、预防措施等知识, 提高其对产后出血的认识和重视程度。	Level 2	B
	6. 指导孕妇进行孕期保健, 合理饮食, 适当运动, 保持良好的心态, 以促进孕妇身心健康。	Level 2	B
分娩方式的选择	7. 根据孕妇的具体情况, 如胎儿大小、胎位、骨盆情况、孕妇的意愿等, 合理选择分娩方式。对于存在剖宫产指征的孕妇, 应及时行剖宫产术, 但应避免不必要的剖宫产。	Level 1	A
	8. 对于阴道分娩的孕妇, 应做好充分的分娩准备, 包括产程的观察与处理, 尽量缩短第二产程, 避免产妇过度疲劳。	Level 2	B
缩宫素的应用	9. 当胎儿前肩娩出后, 应该立即预防性使用缩宫素, 利于子宫收缩, 减少产后出血。常用的缩宫素给药途径为静脉滴注或肌肉注射, 剂量为 10~20 U。	Level 1	A
	10. 对于剖宫产分娩的产妇, 可在胎儿娩出后立即宫体注射缩宫素 10~20 U, 同时静脉滴注缩宫素以维持子宫收缩。	Level 1	A
积极处理第三产程	11. 胎儿娩出后, 应在 1~2 分钟内轻柔地牵拉脐带, 协助胎盘娩出, 但避免过度用力, 以免导致胎盘残留或子宫内翻。	Level 2	B
	12. 胎盘娩出之后, 需认真细致地检查胎盘以及胎膜的完整状况。一旦发现存在残留现象, 必须及时开展清宫操作。	Level 1	A
	13. 按摩子宫是促进子宫收缩、预防产后出血的重要措施。在胎盘娩出后, 应立即开始持续按摩子宫, 直至子宫收缩良好, 阴道流血减少。	Level 1	A
控制产程	14. 密切观察产程进展, 避免产程过长或过急。对于宫缩乏力的产妇, 可在排除头盆不称的情况下, 适当使用宫缩剂加强宫缩。	Level 2	B
	15. 对于急产的产妇, 应做好预防产后出血的准备, 如提前建立静脉通路、准备好缩宫素等药物。	Level 2	B
生命体征的监测	16. 产后应密切监测产妇的生命体征, 包括血压、心率、呼吸、体温等, 每 15~30 分钟测量 1 次, 直至平稳。	Level 1	A
	17. 同时, 应观察产妇的面色、神志、皮肤温度及湿度等, 以评估产妇的失血情况。	Level 2	B

续表

阴道流血量监测	18. 准确测量产后阴道流血量是早期发现产后出血的关键。可采用称重法、容积法或面积法等进行测量。	Level 1	A
	19. 产后 2 小时内是产后出血的高发时段, 应特别关注产妇的阴道流血情况, 如发现阴道流血量增多, 应及时查找原因并采取相应的措施。	Level 1	A
子宫收缩情况监测	20. 定时检查子宫收缩情况, 包括子宫底的高度、硬度等。如发现子宫收缩乏力, 应加强子宫按摩, 并遵医嘱使用宫缩剂。	Level 1	A
	21. 指导产妇正确的哺乳, 通过婴儿吸吮乳头, 可反射性地引起子宫收缩, 减少产后出血。	Level 2	B
心理护理	22. 产后出血产妇往往会出现紧张、恐惧等不良情绪, 这些情绪可能会进一步影响子宫收缩, 加重出血。因此, 护理人员应关心、安慰产妇, 向其解释病情及治疗措施, 缓解其紧张情绪, 增强其战胜疾病的信心。	Level 2	B
	23. 鼓励家属陪伴产妇, 给予其情感支持, 共同促进产妇的康复。	Level 2	B

3. 讨论

3.1. 产前预防

产后出血(Postpartum Hemorrhage, PPH)是导致孕产妇死亡的主要原因之一, 其危险因素的评估、早期预测、出血量的准确估量以及防治手段的提前筹备, 对于救治团队实施及时有效的止血干预至关重要。根据多个国际指南及患者血液管理、止血和血栓进展网络(Network for the Advancement of Patient Blood Management, Hemostasis and Thrombosis, NATA) [12]的共识, 产后出血的高危因素已被系统性地归纳和明确。在临床实践中, 这些因素在临床评估中需特别关注, 以便采取预防措施, 降低产后出血的发生率。包括多胎妊娠、既往产后出血病史、绒毛膜羊膜炎、阴道助产分娩、剖宫产手术、巨大儿分娩、产妇高龄(通常指 35 岁以上)、肥胖、贫血、辅助生殖技术受孕、妊娠期糖尿病、引产操作、第二产程延长以及第三产程延长等。这些因素不仅增加了产后出血的发生风险, 还可能影响出血的严重程度和预后。目前在我国的临床实践中, 普遍存在对产后出血量估计不够准确的现象。单纯依赖实验室检测指标或产妇的生命体征来评估产后出血量, 存在一定的滞后性问题, 难以实时、准确地反映产妇的实际出血情况。相关研究证据建议, 在临床工作中, 应采用称重法或容积法等更为客观、准确的方法, 来评估产后出血量。密切监测产妇生命体征的动态变化, 高度重视失血速度, 以防止因对产后出血量的低估, 而导致抢救时机的延误, 从而有效避免产妇在产后出现不同程度的出血状况, 甚至危及生命健康的严重后果。

风险评估: 在产科医疗服务中, 为保障孕妇分娩的安全与健康, 对于每一位孕妇, 在首次进行产前检查时, 都务必开展全面且细致的产后出血风险评估工作。这一评估需综合评估多方面因素, 具体包括孕妇的既往病史, 例如多次流产史会使子宫内膜受损, 增加产后子宫收缩乏力的风险; 前置胎盘可能导致分娩时胎盘剥离异常, 引发大出血; 子宫肌瘤则可能影响子宫正常的收缩形态和功能。孕期出现的并发症也是评估的关键内容, 像妊娠期高血压疾病, 会致使血管痉挛, 影响子宫胎盘的血液循环, 进而增加产后出血的可能性; 妊娠期糖尿病可使胎儿发育异常, 如巨大儿, 给分娩过程带来困难, 提高产后出血的发生几率。本次妊娠的具体情况, 如多胎妊娠会使子宫过度膨胀, 产后子宫恢复缓慢, 易出现宫缩乏力性出血; 产妇的年龄和体重等因素同样不可忽视, 高龄产妇身体机能有所下降, 对分娩创伤的恢复能力较弱, 而体重异常(过重或过轻)也可能对分娩产生不良影响。对于经评估确定存在高危因素的孕妇, 在妊娠晚期需再次进行详尽的风险评估。这一阶段的再次评估, 能够更精准地把握孕妇临近分娩时的身

体状况和潜在风险。针对这些高危孕妇, 应强化孕期管理措施, 增加产检的频率和项目, 密切监测孕妇和胎儿的各项生理指标。依据孕妇的个体差异, 制定个性化的分娩计划, 充分考虑各种可能出现的情况, 提前做好应对预案, 以最大程度降低产后出血的发生风险[13]。

孕期贫血的规范化管理是围产期保健的重要内容, 其核心在于建立系统化的监测与干预体系。通过实施定期的血常规筛查, 医疗保健人员能够及时识别孕妇的贫血状况, 并根据具体病因采取针对性的治疗措施。在临床实践中, 缺铁性贫血(Iron Deficiency Anemia, 简称 IDA)属于妊娠期最为常见的一类贫血病症, 该病症的发生概率能够达到 15%至 25%之间。对于确诊为 IDA 的孕妇, 建议采用联合补充方案: 每日口服铁剂(如硫酸亚铁 300 mg)配合维生素 C (200 mg)。这种联合用药方案具有显著的协同效应, 维生素 C 作为还原剂可将三价铁转化为更易吸收的二价铁, 同时促进铁蛋白的合成, 使铁的生物利用度提高 2~3 倍。临床研究表明, 规范的铁剂补充可使血红蛋白每周提升约 1 g/dL。为确保分娩安全, 世界卫生组织(WHO)建议在妊娠晚期将血红蛋白浓度维持在 110 g/L 及以上。这一标准基于循证医学证据, 能够显著提高孕妇对分娩期失血的耐受性。充足的血红蛋白水平可维持组织氧合指数在正常范围(PaO_2 80~100 mmHg), 确保胎盘-胎儿循环的氧输送, 降低胎儿宫内窘迫、产后出血等并发症的危险因素。

产前健康教育体系的构建与实施是围产期护理质量管理的核心要素之一[14]。基于循证医学理念, 建议建立多维度、分层次的健康教育模式, 其干预对象应包括孕妇及其主要照顾者(如配偶、直系亲属等)。教育内容应当遵循系统化、标准化原则, 重点针对产后出血(Postpartum Hemorrhage, PPH)这一产科急症进行深入讲解。重点讲解 PPH 的临床识别要点: 当产后 24 小时内阴道出血量 ≥ 500 ml (剖宫产出血量 ≥ 1000 ml), 或出现进行性血红蛋白下降(大于 20 g/L)时, 应警惕 PPH 的发生。典型临床表现包括: ① 出血体征: 持续性阴道流血或血块排出; ② 休克征象: 面色苍白、皮肤湿冷、脉搏 > 110 次/分、收缩压 < 90 mmHg; ③ 组织灌注不足: 尿量 < 30 ml/h、意识改变等。

3.2. 产时预防

3.2.1. 产后出血的原因

子宫收缩乏力(1. 全身因素: 当产妇精神处于过度紧张状态时, 神经系统对子宫收缩的调节功能会受到影响。体质虚弱的产妇, 其子宫肌纤维的收缩能力相对较弱; 而合并慢性全身性疾病的产妇, 身体整体机能下降, 也会波及子宫的正常收缩功能。2. 药物因素: 在临产后, 如果过多地使用镇静剂、麻醉剂, 会抑制产妇的神经系统, 进而影响子宫收缩的正常节律。子宫收缩抑制剂的不当使用, 也会直接削弱子宫的收缩力量。3. 产程因素: 产程过长会使产妇体力过度消耗, 子宫肌纤维持续处于工作状态, 容易导致疲劳, 从而影响收缩功能。而急产时, 子宫肌纤维在短时间内快速强烈收缩, 也会因疲劳而出现后续收缩乏力的情况。4. 产科并发症: 前置胎盘, 胎盘附着位置异常, 影响了子宫肌层的正常收缩; 胎盘早剥时, 胎盘在胎儿娩出前部分或全部从子宫壁剥离, 不仅会导致出血, 还会干扰子宫肌层的正常生理功能, 阻碍子宫收缩。5. 宫内感染: 一旦发生宫内感染, 子宫肌层会出现炎性水肿, 这会改变子宫肌层的组织结构和生理特性, 使其收缩功能受到严重影响, 无法正常有效地收缩。6. 子宫过度膨胀: 多胎妊娠时, 多个胎儿同时在子宫内生长, 使子宫过度扩张; 羊水过多会增加子宫内的压力, 导致子宫肌纤维过度伸展; 巨大胎儿也会使子宫体积增大, 肌纤维被过度拉伸。这些情况都会使子宫肌纤维的正常收缩能力下降, 在产后难以有效收缩止血。7. 子宫肌壁损伤: 有剖宫产史的产妇, 子宫肌层存在手术切口瘢痕, 这会影响到子宫肌层的完整性和收缩的协调性。子宫肌层剔除术后, 子宫肌层也会受到一定程度的损伤, 导致收缩功能减弱。8. 子宫发育异常: 例如子宫畸形, 其结构和形态与正常子宫不同, 子宫肌层的分布和功能也会存在差异, 这使得子宫在分娩时难以进行有效地收缩, 容易出现收缩乏力的情况)。

软产道损伤(1. 子宫颈、阴道或会阴裂伤: 分娩过程中胎儿娩出过快、助产操作不当等; 2. 剖宫产术

子宫切口延伸或裂伤: 手术中子宫切口选择不当、缝合技术不佳等; 3. 子宫破裂: 多发生于有剖宫产史、梗阻性难产等情况; 4. 子宫内翻: 第三产程处理不当等)。

胎盘因素(1. 胎盘异常: 如胎盘植入、胎盘粘连等; 2. 胎盘胎膜残留: 部分胎盘小叶或胎膜残留于宫腔内)。

凝血功能障碍(1. 血液系统疾病: 如血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血等; 2. 肝脏疾病: 肝功能损害, 凝血因子合成减少; 3. 产科 DIC: 如胎盘早剥、羊水栓塞等产科并发症)。

上述各类原因均可能导致不同程度的产后出血。所以依据病因预防原则, 对产妇展开针对性的治疗与护理工作, 以降低产后出血的发生率及危害。

3.2.2. 产时预防的措施

分娩决策的循证医学实践: 基于个体化医疗原则, 分娩方式的选择应当建立在对孕妇-胎儿系统全面评估的基础上。关键评估参数包括: 胎儿体重估计值(Estimated Fetal Weight, EFW)、胎位(如头位、臀位等)、骨盆形态学测量(包括对角径、坐骨棘间径等)以及孕妇的社会心理因素。对于符合剖宫产指征的病例(如胎盘前置、胎儿窘迫等), 应当及时实施手术干预, 以优化母婴结局。同时, 必须严格遵循 WHO 推荐的标准, 将非医学指征剖宫产率控制在合理范围内(建议 15%以内), 以降低手术相关并发症(如产后出血、感染、血栓形成等)的发生风险。

对于经评估适宜阴道分娩的孕妇, 应当实施全程化管理模式。重点包括: ① 建立个体化产程监护方案, 采用产程图进行动态监测; ② 优化第二产程管理, 建议经产妇控制在 1 小时内, 初产妇控制在 2 小时内; ③ 实施预防性干预措施, 如自由体位分娩、会阴保护技术等, 以降低会阴损伤和产后出血风险。

缩宫素的使用与管理: 基于循证医学证据, 建议在胎儿前肩娩出后立即启动预防性用药方案。标准给药方案为: 静脉注射 10 U (稀释于 10 ml 生理盐水中)或肌肉注射 10 U。对于剖宫产病例, 推荐采用联合给药方案: 宫体直接注射 10~20 U, 同时静脉滴注 10~20 U (加入 500 ml 晶体液中, 20~40 滴/分钟), 以维持有效宫缩[15]。

第三产程的管理: 建议在胎儿娩出后 1~2 分钟内实施控制性脐带牵引(Controlled Cord Traction, CCT), 以避免医源性并发症。胎盘娩出后, 应当进行系统性检查: ① 确认胎盘完整性(母体面、胎儿面及边缘血管); ② 测量胎盘直径及厚度; ③ 评估胎膜完整性。发现残留时, 应当及时进行超声引导下清宫术。

子宫按摩: 采用双手按摩法, 频率维持在 15~20 次/分钟, 力度以子宫体明显变硬为标准。按摩持续时间应当根据子宫收缩情况和出血量动态调整, 通常持续 15~30 分钟。

产程管理的精准化策略: 建议采用电子胎心监护联合宫缩压力监测, 建立预警机制。对于急产倾向病例, 应当建立快速反应团队, 确保静脉通路通畅, 并备好急救药物(如卡贝缩宫素、米索前列醇等), 以构建完善的安全保障体系。

3.3. 产后护理

产后生命体征的监测: 建立系统化的产后生命体征监测方案是保障产妇安全的重要举措。建议采用多参数监护仪进行持续监测, 监测频率为: 产后 2 小时内每 15 分钟记录一次, 2~6 小时内每 30 分钟记录一次, 6~24 小时内每小时记录一次。关键监测指标包括: ① 血压(维持大于或等于 90/60 mmHg); ② 心率(控制在 60~100 次/分); ③ 呼吸频率(16~20 次/分); ④ 体温(36.5~37.5℃)。当出现以下预警信号时需立即启动应急响应: 收缩压下降 > 20 mmHg 或小于 90 mmHg, 心率 > 110 次/分或小于 50 次/分, 呼吸频率 > 24 次/分, 体温 > 38℃。同时, 需密切观察产妇的面色(苍白程度)、意识状态(Glasgow 评分)及皮肤情况。

产后出血量的精准量化评估: 推荐采用联合测量法进行出血量评估: ① 称重法: 使用专用计量垫, 1

g ≈ 1 ml 出血量; ② 容积法: 使用有刻度的集血器; ③ 面积法: 血染面积 10 cm × 10 cm ≈ 10 ml 出血量。

子宫复旧: 建议采用“三线”监测法: ① 子宫底高度: 每日下降 1~2 cm, 产后 10 日应降入骨盆; ② 子宫硬度: 采用四级评分法(0 级: 软如面团; 1 级: 轻度收缩; 2 级: 中度收缩; 3 级: 坚硬如石); ③ 宫缩频率: 正常应保持 3~5 分钟/次。当发现子宫复旧不良时(子宫底下降速度 < 1 cm/d), 应当启动“三步”干预方案: ① 手法按摩: 采用环形按摩法, 15~20 次/分钟; ② 药物干预: 缩宫素 10 U 肌注或静脉注射; ③ 哺乳指导: 建议产后 30 分钟内开始哺乳, 每 2~3 小时哺乳一次, 每次 15~20 分钟。

心理干预: 基于生物-心理-社会医学模式, 建议构建多层次心理支持体系: ① 认知干预; ② 情绪管理; ③ 社会支持; ④ 环境调节。

3.4. 产后出血的预防

在降低产后出血风险的众多策略中, 预防产后出血、减少其发生率以及减轻其严重程度, 被视为成本效益比最为理想的举措。产后出血的预防措施: ① 预防性使用宫缩剂: 这是目前对产后出血预防具有积极作用的方法。但是缩宫素作为常用的宫缩剂也存在一定局限性。其一它主要作用于子宫体部, 对于缺乏平滑肌和受体的子宫下段效果欠佳; 其二由于存在受体饱和作用, 盲目增加剂量不仅无法增强效果, 还可能引发水钠潴留以及循环系统的不良反应[16]。② 延迟钳夹脐带和控制性牵拉脐带: 主要是提醒助产人员切勿为减少产后出血而过早切断脐带, 因为过早切断脐带不仅对预防出血无益, 还会对新生儿产生不利影响。控制性牵拉脐带并不推荐作为常规操作, 对预防产后出血作用不大。③ 预防性子宫按摩: 预防性子宫按摩也不建议常规开展, 它对预防产后出血没有明显效果。但是助产人员通过常规触诊子宫, 以此了解子宫收缩状态, 并依据具体情况进行相应处理, 这一操作是十分必要的。

3.5. 产后出血的处理措施

严重产后出血是产科的危急重症, 产科医师的力量难以有效应对。孕期女性生理状态特殊, 体内重要脏器持续承受着高负荷运转, 凝血功能也处于促凝与抗凝过度激活的微妙平衡中。这种脆弱的生理状态下, 一旦出血量迅速增多, 极有可能在短时间内引发多系统、多器官功能衰竭, 严重威胁产妇生命安全。所以组建多学科联合抢救团队是非常重要的。该团队应包括经验丰富的产科医师、专业的助产士和护士、麻醉科医师、妇科医师、血液科医师、重症医学科医师、放射科介入医师。团队中的各学科人员需明确自身职责, 紧密协作, 妥善处理局部与整体的关系, 确保抢救工作高效、有序地进行, 为挽救产妇生命赢得宝贵时机。

产后出血最为常见的原因是子宫收缩乏力, 这一病因引发的产后出血约占所有产后出血病例的 60% 至 70%。但是子宫收缩乏力的发生机制至今尚未明确, 这也成为了制约产后出血预测手段以及防治策略进一步发展的关键阻碍因素[17]。缩宫素作为治疗子宫收缩乏力引起的产后出血的首选药物。但如果缩宫素的使用未能产生预期的止血效果, 就需要及时更换其他宫缩剂, 麦角新碱便是常用的替代药物之一。无论产后出血是由何种原因引起的, 一旦确诊, 都应尽早使用氨甲环酸。氨甲环酸作为一种抗纤溶药物, 在产后出血的治疗中效果显著, 适用于各种病因导致的产后出血患者。如果宫缩剂无法有效止血, 就必须迅速寻找其他止血途径, 其中包括宫腔填塞以及其他手术止血方法。子宫按摩是临床上常用且有效的促进子宫收缩的方法, 通过这种方式刺激子宫收缩, 从而减少出血。当产后出血的症状通过单纯应用宫缩剂、子宫按摩等措施仍无法实现有效止血时, 则可判定为难治性产后出血。在阴道分娩导致的产后出血情况中, 若经按摩和药物治疗无效的宫缩乏力性出血, 宫腔填塞往往是首选的止血措施。

软产道裂伤的处理: 应在良好的照明和暴露下, 查明裂伤部位, 及时准确地缝合裂伤。

胎盘因素的处理: 若胎盘已剥离但未排出, 可经腹部按压宫底, 同时轻拉脐带, 协助胎盘娩出; 若

胎盘粘连,可徒手剥离胎盘后协助娩出;若为胎盘植入,应根据产妇的生命体征、出血量、子宫状态以及生育要求等,选择保守治疗(如药物治疗、子宫动脉栓塞术等)或手术治疗(如子宫切除术);若有胎盘、胎膜残留,可行刮宫术清除残留组织。

针对凝血功能障碍的处理:首先应排除子宫收缩乏力、软产道裂伤、胎盘因素等导致的出血,明确诊断为凝血功能障碍后,应尽快补充凝血因子,如输入新鲜冰冻血浆、血小板、冷沉淀等,同时针对原发疾病进行治疗,如治疗血小板减少症、弥散性血管内凝血等。

一般支持治疗:在进行上述止血处理的同时,应积极补充血容量,纠正休克,维持产妇的生命体征平稳。密切监测产妇的生命体征、尿量、阴道出血量等情况,做好保暖、吸氧等护理措施。产后出血输血旨在维持一系列关键指标:血红蛋白 ≥ 70 g/L、凝血酶原时间(PT)及活化部分凝血活酶时间(APTT)均小于1.5倍平均值、血小板 $\geq 50 \times 10^9$ /L、纤维蛋白原 ≥ 2 g/L。但是产后出血患者的血红蛋白目标值并非固定不变,接产者需要依据累计出血量以及患者当前的实际状况进行综合判断。尤其在抢救过程中,对血红蛋白数值的要求更为严苛。

3.6. 局限与扩展

本研究的证据内容主要来源于国外研究指南,国内指南较少,为进一步符合国内情况提供了理论依据,但是未来研究应更多关注本土化证据的整合和应用。

4. 结论

本研究全面梳理了产后出血预防与处理的最佳证据,并从产前、产中、产后三个时期,十一个维度进行归纳,分别为风险评估、贫血管理、健康教育、分娩方式的选择、缩宫素的应用、积极处理第三产程、控制产程、生命体征的监测、阴道流血量监测、子宫收缩情况的监测及心理护理。这一成果为临床分娩单位及医护人员在预防和处理产后出血方面,提供了坚实的理论支撑。值得注意的是,本研究所纳入的证据,大部分源自国外的临床指南。各分娩单位在运用本研究总结出的最佳证据时,应充分尊重临床管理者的意见,全面评估分娩单位自身的条件、所处的文化环境、证据应用过程中可能面临的障碍与促进因素,同时高度重视患者本人的意愿。结合我国当下医疗水平的实际状况,对这些证据进行本土化改造,从而确保其能够在临床实践中得以顺利应用,切实提升产后出血的防治效果。

参考文献

- [1] Schünemann, H.J., Wiercioch, W., Etzandia, I., Falavigna, M., Santesso, N., Mustafa, R., *et al.* (2013) Guidelines 2.0: Systematic Development of a Comprehensive Checklist for a Successful Guideline Enterprise. *Canadian Medical Association Journal*, **186**, E123-E142. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131237>
- [2] DiCenso, A., Bayley, L. and Haynes, R.B. (2009) Accessing Pre-Appraised Evidence: Fine-Tuning the 5S Model into a 6S Model. *Evidence Based Nursing*, **12**, 99-101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- [3] Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., *et al.* (2010) AGREE II: Advancing Guideline Development, Reporting, and Evaluation in Health Care. *Preventive Medicine*, **51**, 421-424. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.08.005>
- [4] Lockwood, C., Munn, Z. and Porritt, K. (2015) Qualitative Research Synthesis. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, **13**, 179-187. <https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000062>
- [5] 王春青, 胡雁. JBI 证据预分级及证据推荐级别系统(2014版)[J]. 护士进修杂志, 2015, 30(11): 964-967.
- [6] Balslem, H., Helfand, M., Schünemann, H.J., Oxman, A.D., Kunz, R., Brozek, J., *et al.* (2011) GRADE Guidelines: 3. Rating the Quality of Evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, **64**, 401-406. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>
- [7] 肖星婷, 王娴, 王燕, 等. 乳腺癌患者化疗所致脱发预防及护理的证据总结[J]. 中华护理杂志, 2021, 7(7): 1072-1078.

- [8] 中华医学会妇产科学分会产科学组, 中华医学会围产医学分会. 产后出血预防与处理指南(2023) [J]. 中华妇产科杂志, 2023, 58(6): 401-409.
- [9] 中华医学会妇产科学分会产科学组. 产后出血预防与处理指南(2014) [J]. 中华妇产科杂志, 2014, 49(9): 641-646.
- [10] 周玮. 产后出血预防与处理指南(2023年)解读[J]. 实用妇产科杂志, 2024, 40(3): 195-198.
- [11] 樊传明, 崔瀚月. 作为融贯性原理的最佳证据原则[J]. 青少年犯罪问题, 2024(2): 37-49.
- [12] Feduniw, S., Warzecha, D., Szymusik, I. and Wielgos, M. (2020) Epidemiology, Prevention and Management of Early Postpartum Hemorrhage—A Systematic Review. *Ginekologia Polska*, **91**, 38-44. <https://doi.org/10.5603/gp.2020.0009>
- [13] 徐焕, 李笑天徐焕, 李笑天. 产后出血的风险评估与预处理[J]. 中华产科急救电子杂志, 2017, 6(1): 36-38.
- [14] 黄妙枝. 健康教育在产后出血中的应用效果[J]. 中国城乡企业卫生, 2024, 39(11): 79-81.
- [15] 陈佳, 罗欣, 李飞霏, 等. 马来酸麦角新碱和缩宫素促进产后子宫复旧的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39(23): 3393-3396.
- [16] 陈锰, 何国琳, 刘兴会. 产后出血预防和治疗性药物使用[J]. 实用妇产科杂志, 2024, 40(3): 167-170.
- [17] 赵扬玉, 杨怡珂, 石慧峰. 我国产后出血研究现状和思考[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2024, 40(4): 385-388.

附录

1. AGREE II 评分表

1. 评价指南名称[填空题]*
-

2. 范围和目的

2. 明确描述指南的目的

The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

3. 明确描述指南所涵盖的卫生问题

The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically described. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

4. 明确描述指南的目标人群(患者和公众等)

The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

3. 参与人员

5. 指南制定小组包括了所有相关的专业人员

The guideline development group includes individuals from all relevant professional groups. [单选题]*

- 1 很不满意

2

3

4

5

6

7 很满意

6. 指南考虑或收集了目标人群(患者, 公众, 等)的观点和偏好

The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought. [单选题]*

1 很不满意

2

3

4

5

6

7 很满意

7. 明确规定指南的使用者 The target users of the guideline are clearly defined. [单选题]*

1 很不满意

2

3

4

5

6

7 很满意

4. 制定的严谨性

8. 采用系统方法检索证据

Systematic methods were used to search for evidence. [单选题]*

1 很不满意

2

3

4

5

6

7 很满意

9. 清楚描述了证据筛选的标准

The criteria for selecting the evidence are clearly described. [单选题]*

1 很不满意

2

3

4

○5

○6

○7 很满意

10. 清楚描述证据/证据体的质量等级和局限性

The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described. [单选题]*

○1 很不满意

○2

○3

○4

○5

○6

○7 很满意

11. 清楚描述形成推荐建议的方法

The methods for formulating the recommendations are clearly described. [单选题]*

○1 很不满意

○2

○3

○4

○5

○6

○7 很满意

12. 形成推荐建议时考虑了对健康的益处、副作用以及危险

The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations. [单选题]*

○1 很不满意

○2

○3

○4

○5

○6

○7 很满意

13. 推荐意见和证据之间有清晰的联系

There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence. [单选题]*

○1 很不满意

○2

○3

○4

○5

○6

○7 很满意

14. 指南在发布前接受过外部专家的评审

The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

15. 提供了指南的更新程序

A procedure for updating the guideline is provided. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

5. 清晰性

16. 推荐意见明确, 不模棱两可

The recommendations are specific and unambiguous. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

17. 明确列出了针对某个情景或健康问题的不同选择

The different options for management of the condition or health issue are clearly presented. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

18. 容易识别重要的推荐建议

Key recommendations are easily identifiable. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

6. 应用性

19. 指南描述了应用过程中的促进和阻碍因素

The guideline describes facilitators and barriers to its application. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

20. 提供了将推荐建议应用于实践中去的建议和/或工具

The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

21. 考虑了推荐建议应用中可能需要的资源

The potential resource implications of applying the recommendations have been considered. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

22. 提供了监测和/或审查标准

The guideline presents monitoring and/or auditing criteria. [单选题]

- 1 很不满意
- 2

- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

7. 编辑的独立性

23. 资金资助者的观点不影响指南的内容

The views of the funding body have not influenced the content of the guideline. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

24. 记录并公开了指南制定小组成员的利益冲突

Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed. [单选题]*

- 1 很不满意
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 很满意

8. 总体评价

25. 该指南总的质量

Rate the overall quality of this guideline [单选题]*

- 1 最低质量
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 最高质量

26. 是否推荐使用该指南

I would recommend this guideline for use. [单选题]*

- 是
- 是(修订后发布)

○否

27. 其它说明或备注[填空题]
