

危重孕产妇 250 例转诊的临床分析和护理体会

兰惠英

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院产科

作者简介: 兰惠英(1966-), 女, 大学本科, 学士学位, 副主任护师, 研究方向: 妇产科护理。E-mail: lanhuiying@126.com

【摘要】 目的 探讨产科护士在接转诊危重孕产妇时的护理措施。**方法** 回顾性分析转诊危重孕产妇主要病种、原因、治疗结果及护理措施。**结果** 转诊病种主要有妊娠合并高血压疾病、妊娠合并前置胎盘、产后出血、妊娠合并胎膜早破先兆早产、妊娠合并内科疾病等。本组 250 例中, 行剖宫产 147 例, 阴道分娩 68 例, 足月儿 70 例, 早产儿 105 例; 治愈 61 例, 好转 14 例, 产后出血 15 例, 放弃保胎引产 10 例, 新生儿死亡 5 例, 孕产妇死亡 3 例, 自动出院 1 例。**结论** 转院医院转院前做好必要的处置与准备, 接诊医院开通绿色通道, 安排好人员、床位, 准备好抢救仪器、血制品、药物等是保证转诊危重孕产妇安全交接的重要措施。

【关键词】 危重孕产妇; 转诊; 护理

【中图分类号】 R 473.71 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2015)08-0778-02

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2015.08.26

危重孕产妇是指在妊娠期、分娩期或产后 42 d 内患有任何一种按 WHO 定义危及其生命的病情并存活下来的孕产妇。目前全世界每年至少有 1 亿多妊娠妇女, 其中 15% 会发生严重并发症, 约 30% 的并发症可危及生命, 60 万妇女会因妊娠相关并发症而死亡, 而其中大多数是可以预防或避免的^[1]。孕产妇死亡率是衡量一个国家或地区经济、文化、医疗卫生水平的重要指标之一^[2]。转诊工作受到卫生系统功能、孕产妇保健意识、经济状况以及医疗卫生系统协调性多方面的影响。随着医学科学技术的发展, 我国妇幼保健水平正在大大提高, 转诊网络也日渐完善, 危重孕产妇的转诊救治取得良好的效果^[3]。国内报道转诊病种以产前为妊娠合并高血压、妊娠合并前置胎盘出血、妊娠合并脂肪肝、妊娠合并血小板减少、妊娠合并心脏病和产后大出血为主^[4]。本文就我院近两年接诊外院转送的危重孕产妇 250 例的救治和护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2011-12~2013-12 我院产科共接收基层及地市一级医院转院的危重孕产妇 250 例, 其中产前孕妇 215 例, 产后产妇 35 例; 重度子痫前期 75 例, 前置胎盘 49 例(其中凶险性 15 例), 胎膜早破 30 例, 妊娠合并脂肪肝 24 例, 妊娠合并血小板减少 17 例, 妊娠合并心脏病 10 例, 妊娠合并肾病 5 例, 妊娠合并胰腺炎 2 例, 死胎引产失败 4 例, 妊

娠合并胎盘早剥 2 例, 产后出血 14 例, 术后伤口愈合不良 7 例, 产褥感染 5 例, 羊水栓塞 2 例, 子痫 2 例, 其他 2 例。年龄 18~42 岁, 平均年龄 30 岁; 孕周 29~40 周, 平均孕周 34 周; 初产妇 185 例, 经产妇 65 例。未接受产检 56 例, 接受产检 194 例, 按时产检 80 例。

1.2 治疗方法 入院后根据病情立即进行心电图和胎儿及附属物、肝胆胰脾、肾及输尿管、心脏及心包超声检查, 采血进行血液常规、出凝血时间及生化、肝功检查, 交叉配血, 申请相关科室专家会诊。75 例妊娠合并高血压疾病、子痫前期孕妇立即给予硫酸镁解痉降压治疗, 血压过高(收缩压 ≥ 160 mmHg, 舒张压 ≥ 110 mmHg, 平均动脉压 ≥ 140 mmHg)者给予静脉点滴降压, 给予甘露醇降低颅内压, 防止孕产妇发生子痫, 必要时使用硝酸甘油点滴, 并根据病情、血压控制情况及孕周考虑是否终止妊娠; 血压控制不理想(理想降压至收缩压 140~155 mmHg, 舒张压 90~105 mmHg)、合并肝肾功能损害、孕周 32 周以上的 50 例行剖宫产终止妊娠, 15 例孕周不足 32 周、血压经使用药物在理想范围, 无并发症发生者, 继续监测病情变化, 药物治疗并发症, 延长孕周^[5]。10 例因病情危重合并肝肾功能损害严重, 胎儿宫内发育延缓, 孕周过小, 考虑孕妇继续妊娠危及孕妇生命安全及胎儿出生生存率极低, 建议孕妇及家属慎重考虑放弃继续妊娠, 其中放弃胎儿行剖宫取胎 5

例,行羊膜腔内注射利凡诺引产 3 例,行宫腔内放置水囊引产 2 例。49 例前置胎盘给予利托君抑制宫缩保胎治疗,一旦阴道反复出血或一次性出血 > 300 ml 或规律宫缩,药物无法抑制者即刻给予剖宫产,其中孕周 < 32 周分娩 6 例,延长孕周至 32 周 + 1 天至 34 周 10 例,延长孕周至 34 周 + 1 天至 36 周 30 例,延长孕周 36 周以上 5 例。胎膜早破 30 例,全部为孕 37 周以下,23 例给予利托君保胎,7 例给予硫酸镁保胎,经过保胎治疗,18 例自然分娩,6 例因双胎妊娠考虑给予剖宫产,6 例因胎儿宫内窘迫给予剖宫产。妊娠合并内科疾病 58 例,请相关科室给予会诊,指导治疗方案及用药。分娩方式:行剖宫产 38 例(其中 2 例出现严重并发症,经抢救无效死亡),自然分娩 20 例。妊娠合并胎盘早剥 2 例,给予紧急剖宫产,母婴抢救成功。4 例死胎给予利凡诺宫腔内注射 + 缩宫素点滴引产成功。14 例产后出血产妇给予抗炎、止血、输血治疗,提高血容量,2 例给予手术探查止血,12 例经一系列抗炎止血、补充血容量后治愈,1 例放弃治疗出院,1 例经积极抢救无效死亡。术后伤口愈合不良 7 例,产褥感染 5 例,按产科常规给予抗炎、伤口换药,治愈。羊水栓塞 2 例,给予稳定细胞膜抗过敏治疗好转,子痫 2 例予硫酸镁解痉、镇静、降压治疗后治愈,另 2 例给予对症抗炎治疗好转出院。

2 结果

本组 250 例中剖宫产 147 例,阴道分娩 68 例,足月儿 70 例,早产儿 105 例;治愈 61 例,好转 14 例,产后出血 15 例,放弃保胎引产 10 例,新生儿放弃治疗 5 例,新生儿死亡 5 例,孕产妇死亡 3 例,自动出院 1 例。

3 讨论

3.1 转(接)诊的原因分析 (1)病情危重,经药物治疗及处置效果不好,妊娠合并高血压子痫前期,部分顽固性高血压患者一般的药物控制效果不好。(2)病情复杂,妊娠合并内科疾病,基层医院产科得不到相关内科专家的学会会诊及用药指导。(3)血源紧缺,有出血风险及输血需求的孕产妇,基层血站无法供应足够血量,特别是血小板减少和 RH 阴性血。这类病人一旦术中大出血,往往得不到足够血液的补充。(4)医疗设备及医疗技术落后,疑难病例无解决方法,前置胎盘的病人特别是凶险性前置胎盘,有条件者可行 MR 检查,可为手术治疗方案提供良好依据,放射介入手术行子宫动脉栓塞术可预

防及治疗产后出血,但是基层医院无法实现。(5)未设新生儿科重症监护基地,但高危儿需转新生儿科监护室,因此都要求转院。(6)其他:基层医院医疗设施差,救治仪器及药品不足,承担医疗风险较大,患者及家属要求及期望值增加,要求转诊。

3.2 转(接)诊危重孕产妇的紧急处理 (1)及时落实救护措施。危重孕产妇入院后,立即报告值班医生,责任护士根据病情遵医嘱给予胎心监护、心电监护、氧气吸入、采集血液标本,开通静脉通道,必要时留置导尿管,做好术前备皮。(2)立即启动医院绿色通道,及时与重症病区、输血科联系,安排好监护床位和准备血源,做好院内会诊及综合抢救的准备,以提高抢救成功率^[6]。

3.3 护理体会 (1)建立有效的急救孕产妇绿色通道,是降低孕产妇死亡率的有效措施^[7]。患者进入病区,立即报告医生接诊,根据情况通知产房助产士做好接诊和接生准备,孕产妇立即送入抢救室,责任护士立即给予胎心监护、心电监护、氧气吸入,采集血液标本,开通静脉通道,必要时留置导尿管,做好术前备皮、配血等工作^[8]。(2)为孕产妇及时提供心理支持和疏导,接诊护士同时做好入科介绍和做好家属心理安慰和疏导工作。(3)人员、物品、药品准备充分。一旦接到转院通知,护士长立即做好抢救人员安排,准备好抢救的床位,床旁备好胎心监护和心电监护仪、氧气装置管道,输液架,采血管采血针,导尿管,静脉置管针,根据病情准备输液、输血用品,止血药及降压药。

参考文献

- 1 危重孕产妇判断标准[S]. WHO 妇幼保健多国调查研究报告. 瑞士日内瓦,2009.
- 2 胡焕青,张 彤,潘晓平. 国内外危重症孕产妇转诊系统综述[J]. 中国妇幼健康研究,2013,24(1):92-94.
- 3 王卫星,胡美霞,陈丽华. 九江市危重孕产妇转运及抢救状况分析[J]. 中国现代医生,2013,51(5):42-44.
- 4 陶才莉. 重庆市璧山县产科危重症病种及转诊指征变化[J]. 中华妇幼临床医学杂志,2011,7(6):570-572.
- 5 乐 杰. 妇产科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008:92-99.
- 6 武凤美,张玉清. 产科急危重症病例救治过程及母婴结局分析[J]. 中外健康文摘,2013,10(14):180.
- 7 陈 莉. 妇产科急危重症患者的院前急救护理[J]. 中国实用护理杂志,2009,25(18):53-54.
- 8 汤玉玲. 15 例急危重症孕产妇抢救的护理体会[J]. 医学理论与实践,2010,23(7):883-884.

[收稿日期 2014-08-20][本文编辑 潘洪平]