

凶险型前置胎盘围手术期的护理配合

朱 蓓, 吴雪梅, 罗 艳, 王 涛, 肖 虹, 马润玫

(昆明医科大学第一附属医院产科, 云南 昆明 650032)

[关键词] 凶险性前置胎盘; 围手术期护理; 护理配合

[中图分类号] R473.71 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2015) 01-0178-03

在产科领域中, 多年以来剖宫产率的增加, 致使瘢痕子宫再次怀孕, 临床诊断凶险型前置胎盘的病例在全国各地医院产科突显增加, 而剖宫产术是凶险性前置胎盘孕妇唯一的分娩方式, 手术中和手术后的出血几乎是无法避免的. 手术前至手术后的整个医疗决策、专科护理、麻醉和输血等的协作是挽救凶险型前置胎盘孕妇生命的必须因素. 本文通过对 36 例凶险型前置胎盘患者围手术期的急救配合、护理过程, 以客观救治病例数表明, 到位的专科围手术期护理在降低凶险型前置胎盘的不良结局中有极为重要的临床意义.

1 临床资料

1.1 一般资料

收集昆明医科大学第一附属医院产科 2012 年 1 月 1 日至 2013 年 12 月 30 日收治的剖宫产后瘢痕子宫再次怀孕, 即凶险型前置胎盘病例 36 例, 年龄 28~42 岁, 平均 35 岁, 术前无其他妊娠合并症, 在围手术期医疗急救中均有护理参与密切配合.

1.2 治疗结果

在护理与医疗急救配合的整个围手术期, 通过个体化的整体护理, 31 例凶险型前置胎盘患者均度过危险期, 6~7 d 平安出院; 5 例因止血困难, 继发出血, 予以子宫全切术, 9~10 d 出院. 专科护理在结合多学科知识技能实践后, 能更有效、更全面地在专科重症救治中降低凶险型前置胎盘的不良结局.

2 护理配合

2.1 术前护理

(1) 患者一旦入院将是由医护患将共同面对, 手术前医疗及护理都会对患者进行个体化评估, 制定个性化的专科护理计划, 以充分配合医疗的救治. (2) 护理参加医生术前讨论, 通过 B 超或核磁共振检查结果, 分析胎盘植入程度、植入范围、与周围比邻器官是否有植入的提示, 以及患者机体对手术耐受的程度, 选择手术日期. 由于胎盘循环血量可达 600~700 mL/min. 一旦出现产前大量出血, 难以在短时间完善术前准备, 导致术中出血量增多, 增加孕产妇及胎儿死亡的风险, 因此避免急诊手术是择期手术终止妊娠的目的之一^[1]. 护理计划中应协助完善相关辅助检查及生化检查, 确保能各项检查检验结果得到及时反馈; 完善可能涉及到的协作科室的术前准备和术后护理准备工作, 及人员配备. (3) 手术前血源的准备, 术前纠正贫血, 建议血红蛋白提升到 100 g/L 以上, 以提高患者对术中出血的耐受^[1]. 备足血源, 保证院内输血科能在术中迅速提供所需全血和成分血, 根据病情和治疗医嘱按输血规范纠正贫血. (4) 手术前配合介入科医生行双侧子宫动脉、髂内动脉栓塞做好准备, 提前完成造影剂碘海醇实验术, 为减少产妇术中出血和保留子宫争取机会. 介入治疗前开放两条大静脉通路, 做好一切急救、输血准备.

2.2 专科护理及心理护理

因出血急诊入院者若出血量均超过 500 mL,

[作者简介] 朱蓓 (1971~), 女, 云南昆明市人, 大学本科, 主管护师, 主要从事临床护理、助产和危急重症孕产妇急救护理工作.

[通讯作者] 张燕. E-mail:zhangyankmmc@136

准确测量垫会阴垫出血量, 心电监护严密监测生命体征, 绝对卧床休息, 予以左侧卧位, 使子宫右旋, 减轻下腔静脉受压, 增加回心血量, 利于子宫胎盘血液循环; 吸氧, 持续胎心监护胎心, 定时分析胎心监护, 获取胎儿信息; 立即开放静脉, 留取相关血液检验标本, 并送血标本联系血库备血, 明确血型; 同时建立两条有效静脉通道补充血容量; 留置尿管观察记录每小时尿量、四肢末端温湿度及颜色、面色、神志意识、体温、主诉等警惕失血性休克, 予以产妇心理支持, 获取家属最大程度的配合; 及时客观规范记录护理救治过程。一方面配合医生立即使用必要的宫锁抑制剂有效抑制宫缩, 另一方面配合紧急进行剖宫产手术。

配合医疗充分协调输血科、麻醉科、重症监护室、新生儿科药剂科等多科室协作与支持。充分准备新生儿复苏保暖设施, 人员设备准确到位, 各司其责, 保证检验结果、血液、药物等急用物品急需即到。

2.3 手术后护理

密切配合医疗给予产妇生命支持、保护多器官和抗感染, 严格按照体液需要输血及补液治疗。有效实施无间隙的监测和护理, 持续进行产后出血的救治有效流程: (1) 生命征监测: 持续心电监护, 对患者血压、脉搏、呼吸、氧饱和度、神志意识状态、妥善固定各种管道并保持通畅, 根据病情调整输液或输血速度, 每小时监测小便量及颜色, 每小时尿量 ≥ 25 mL, 察宫缩和阴道出血量, 垫产妇卫生巾以便准确测量产后出血量, 关注腹部切口有无渗血情况及产妇主诉, 进行动态评估; (2) 有效保持2条以上大静脉通路, 采集血标本, 交叉配血; (3) 大出血时迅速输血、补充凝血因子、补液, 以迅速纠正组织器官缺血缺氧症状, 操作中严格执行无菌操作及输血原则, 严密观察生命征, 及时发现不良反应及潜在并发症的发生; (4) 密切关注宫缩、阴道流血、出血量及主诉, 根据病情进行相应处理; (5) 患者取平卧位, 抬高头部及下肢, 关注保暖; (6) 保持呼吸道通畅, 吸氧(必要时面罩吸氧); (7) 医护紧密协作, 进行急救的同时动态监测生命征、出入量、检验结果; (8) 密切观察复苏情况, 加强专科护理及基础护理, 预防感染; 准确及时执行医嘱, 客观规范书写护理记录; (9) 保护病人隐私, 加强患者及家属心理指导, 取得主动配合;

2.4 术后特殊专科护理

2.4.1 术后放置止血球囊观察及护理 当剖宫产术后保留子宫使用止血球囊放置24 h, 期间观察止血球囊引流的血量每小时 < 30 mL, 无活动性出血; 保持止血球囊引流管道通畅, 球囊无滑脱; 宫内放置止血球囊24 h期间, 不能按产后护理常规按手法按摩子宫底, 以免造成球囊过度挤压导致止血失败, 应严密观察、准确评估子宫底高度、宽度及轮廓。

2.4.2 介入治疗后观察及护理 观察子宫底高度、阴道流血量; 观察尿量、尿色; 观察穿刺点局部有无渗血、瘀斑、血肿; 观察术肢皮肤温度、颜色、运动能力、感觉、疼痛、足背动脉搏动情况。识别血管栓塞及5P征: 疼痛(pain)、感觉异常(par-esthesia)、麻痹(paralysis)、无脉(pulselessness)、苍白(pallor); 若出现则警惕血管血栓发生^[2]。护理: (1) 术后绝对卧床休息, 穿刺点加压1 kg盐袋6~8 h, 术侧肢体制动12 h, 24 h后可下床活动, 可采用间歇式加压装置或梯度压力袜防止出血、血肿、血栓的发生; (2) 压疮的预防, 协助产妇轴式改变体位, 每2小时一次协助产妇一侧身体翻动20~30°。垫以软枕或气垫协助固定翻身后的体位或小腿、腘窝处, 相同方法在协助翻动对侧。

2.4.3 基础护理 24 h拔除止血球囊、尿管后, 指导早期活动, 预防血栓发生; 督促自主排小便, 指导合理饮食, 加强营养; 术后协助产妇与新生儿进行早接触、早吸吮; 若产妇与新生儿暂时分离时, 应协助做好乳房护理; 完善出院指导, 若阴道出血量 \geq 月经量或流血呈鲜红色, 应立即到医院就诊^[3]; 避免劳累, 禁盆浴及性生活, 产后42 d复诊, 指导严格避孕。

3 讨论

由于凶险型前置胎盘植入及盆腔组织及毗邻脏器严重粘连, 手术操作困难, 术中常出现难以控制的大出血, 危及母儿生命; 几乎都会启用大量的供血资源, 急救所产生的医疗费用以及动用的医疗资源是医、护、患共同面临问题, 也是社会问题, 需要强大的专业团队、大量人、物、财力相互支持才能达到有效救治。促进自然分娩, 避免无医学指征剖宫产, 有效降低凶险型前置胎盘的发生率、降低孕产妇死亡率, 提升妇女产后生活质量, 减少由此给家庭和社会造成的经济负担是产科医护共同的责任和目标。

[参考文献]

- [1] 宋天蓉,陈敦金. 凶险型前置胎盘围手术期管理[J]. 中华产科急救电子杂志,2013,2(1):9-13.
- [2] 高少波,迟旭英,万欣. 介入治疗用于重度产后出血的护理24例[J]. 中国实用护理杂志,2005,2(20):22-23.
- [3] 朱月琴. 6例预置管动脉栓塞治疗凶险型前置胎盘合并植入患者的护理 [J]. 国际护理学杂志,2013,32(4):728-730.
(2014-10-06 收稿)
- (上接第 164 页)
- [11] RAHMAN I, MULIER B, GILMOUR P S, et al. Oxidant-mediated lung epithelial cell tolerance: the role of intracellular glutathione and nuclear factor- κ B [J]. *Biochem pharmacol*, 2001, 62(6):787-794.
- [12] RENNARD S I. Inflammation and repair processes in chronic obstructive pulmonary disease [J]. *Am J Respir Crit Care Med*, 1999, 160(5):12-16.
- [13] MACNEE W. Oxidants/antioxidants and chronic obstructive pulmonary disease: pathogenesis to therapy [J]. *No-vartis Found Symp*, 2001, 234(1):169-185.
- [14] MACNEE W, DONALDSON K. Exacerbations of COPD: environmental mechanisms [J]. *Chest*, 2000, 117(5):303-317.
- [15] SALVATORE C, EMANUELA M, LAURA D, et al. Protective effects of N-acetylcysteine on lung injury and red blood cell modification induced by carrageenan in the rat [J]. *FASEB*, 2001, 15(2):1187-1200.
- [16] KASIELSKI M, NOWAK D. Long-term administration of N-acetylcysteine decreases hydrogen peroxide exhalation in subjects with chronic obstructive pulmonary disease [J]. *Respir Med*, 2001, 95(6):448-456.
- [17] NOWAK D, KASIELSKI M, ANTEZAK A, et al. Increased content of thiobarbituric acid reactive substances (TBARs) by healthy subjects [J]. *Free Radic Biol Med*, 2001, 30(1):178-186.
- [18] MONTUSCHI P, KHARITONOV S A, BAMES P J. Exhaled carbon monoxide and nitric oxide in COPD [J]. *Chest*, 2001, 120(2):496-501.
- [19] BRAJER B, BATURA-GABRYEL H, NOWICKA A, et al. Concentration of matrix metalloproteinase-9 in serum of patients with chronic obstructive pulmonary disease and a degree of airway obstruction and disease progression [J]. *J Physiol Pharmacol*, 2008, 59(16):145-152.
- [20] HIGASHINOTO Y, YAMAGATA Y, IWATA T, et al. Increased serum concentrations of tissue inhibitor of metalloproteinase-1 in COPD patients [J]. *Eur Respir J*, 2005, 25(5):885-890.
(2014-06-21 收稿)