

产后出血急性失血性休克抢救护理流程 在手术室中的应用

严文萍¹, 张婷¹, 孙燕²

(1. 西北妇女儿童医院 手术室, 陕西 西安, 710061;

2. 陕西省人民医院 肾脏内科, 陕西 西安, 710068)

关键词: 产后出血; 急性失血性休克; 抢救护理; 手术室

中图分类号: R 473.71 文献标志码: A 文章编号: 1672-2353(2017)18-189-03 DOI: 10.7619/jcmp.201718066

产后出血通常是指产妇再分娩胎儿后的24 h内其出血量超过了500 mL, 大多数会发生在产后2 h^[1-2], 属于分娩期严重的并发症之一, 处理不当很容易引起急性失血性休克。由于产妇异位妊娠、剖宫产术中子宫收缩乏力引起的大出血, 使产妇在生产过程有限循环血量突然减少引起四周循环衰竭^[3-4]。防止产后出血是手术过程中的首要任务, 也需要临床护士在最短的时间内, 做出正确的处理, 认真配合医师采取有效的护理抢救措施, 保证患者的生命安全^[5]。相关资料^[6-7]显示, 急性失血性休克最合理的抢救方式是通过手术找到出血位置, 对其进行封闭止血, 控制出血, 缓解患者症状。本研究选取产后出血急性失血性休克患者, 探讨产后出血急性失血性休克抢救护理流程在手术室中的应用, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院2016年3月—2017年1月接诊70例产后出血急性失血性休克患者, 均分对照组和观察组各35例。入院时均有皮肤苍白、精神倦怠、烦躁、口渴、四肢湿冷等失血性休克临床症状, 所有患者呼吸均 >38 次/min, 脉搏 >105 次/min, 心率较快且肺部听诊可闻及湿啰音。均诊断为失血性休克。患者年龄23~38岁, 平均 (25.4 ± 2.9) 岁; 出血量550~750 mL者48例, 750 mL以上者22例。阴道分娩55例, 剖宫产15例。发生1次流产14例, 2次流产以上9例。按时产检20例, 未按时产检39例, 未进行产检11例, 孕周为 $(3+2) \sim (40+5)$ 周, 均伴有

不同程度的休克。本研究获院伦理委员会的批准, 得到患者及家属同意, 患者年龄、性别、体质量等一般资料无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组: 行常规抢救流程。护士接到通知立即通知器械护士; 准备抢救所需用品和手术器械; 患者进手术室, 建立静脉通路; 手术配合抢救; 术后医生下达医嘱; 护理护士执行医嘱; 送回病房护理、观察。

1.2.2 观察组: 采用标准化抢救护理流程。①准备阶段评估所需抢救用品、手术器械、用品以及参与抢救人员, 评估后准备手术器械、用品、抢救用品。②通知手术室护士长、麻醉科主任、护士长组织抢救小组并报告上级。③成立抢救小组: 器械护士立即准备手术器械, 巡回护士准备抢救物品, 协助麻醉器官插管, 执行口头医嘱时必须复述一次方可执行。④抢救: 建立静脉输液通路, 协助医生做静脉穿刺, 注意保暖, 保证良好照明、链接吸引力器、电力等, 保证仪器设备正常使用、术中输液、输血颜值执行三查八对和无菌技术操作流程, 及时准备留取各种样本、特别是血标本要及时送检。⑤整理: 密切关注患者情况, 完成各种手术记录, 详细记录出入量、血袋等保留至抢救结束, 以便查对、统计。送回重症监护室急性观察。

1.3 观察指标

观察会引起产后出血急性失血性休克的因素并做记录, 观察记录2组患者术后排气时间、平均住院时间以及下床活动时间。

1.4 评价指标

患者血压、心率、呼吸频率改善, 并顺利生产

收稿日期: 2017-04-26

基金项目: 陕西省科学技术研究发展计划项目(2014k11-03-04-05)

通信作者: 张婷

为痊愈。患者血压、心率、呼吸频率等均有所改善为好转；症状无变化，患者生命体征无明显改善，手术失败，抢救无效为死亡。

1.5 统计学分析

采用 SPSS 18.0 统计学软件进行数据分析，计数资料以 $[n(\%)]$ 表示，组间比较采用 χ^2 检验；计量资料采用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用 t 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 引起产后出血的相关因素

剖宫产出血率 (78.6%) 高于阴道分娩出血率 (21.4%)，一般前次剖宫产的出血率高于正常分娩者，去年至今二胎产妇增多，且大多数为前次剖宫产，致产后出血率增加。按时产检的出血率低于未产检的出血率 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 引起产后出血的相关因素分析 $[n(\%)]$

出血因素		出血
流产史	1 次	14(20.0)
	≥ 2 次	9(12.8)
分娩次数	1 次	43(61.4)
	≥ 2 次	27(38.6)
分娩方式	剖宫产	55(78.6)
	阴道分娩	15(21.4)
分娩胎数	单胎	68(97.0)
	双胎	2(3.0)
产检情况	按时检	39(16.1)
	未按时检	20(29.4)
	未检	11(54.5)

2.2 2 组患者护理效果的分析

观察组术后排气时间、平均住院时间以及下床活动时间均优于对照组，2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 2 组患者护理效果分析 $(\bar{x} \pm s)$

组别	术后排气时间/h	平均住院时间/d	下床活动时间/h
对照组 ($n=35$)	25.5 \pm 8.5	4.5 \pm 0.5	8.5 \pm 2.5
观察组 ($n=35$)	15.5 \pm 4.5*	3.5 \pm 0.5*	6.5 \pm 1.5*

与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

2.3 2 组患者抢救效果比较

观察组患者痊愈、好转、并发症、成功率均优于对照组，说明对产后出血失血性休克患者实行抢救护理流程有利于患者的康复，2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

2.4 2 组术后的其他相关情况

观察组有 1 例患者发生急性呼吸窘迫综合征，2 例患者发生多器官功能衰竭；对照组 35 例

患者中 7 例患者发生急性呼吸窘迫综合征，5 例患者发生多器官功能衰竭；2 组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 2 组患者抢救效果比较 $[n(\%)]$

组别	痊愈	好转	死亡	并发症	成功率/%
对照组 ($n=35$)	15(42.9)	13(37.1)	3(8.6)	4(11.4)	80.0
观察组 ($n=35$)	24(68.6)*	10(28.6)	1(2.9)	0*	97.1*

与对照组比较，* $P < 0.05$ 。

3 讨论

造成产妇失血性休克的病症较重，处理方式、方法稍有不当地就容易造成产妇并发症的发生，严重的直接威胁产妇生命^[8-9]。研究^[10]认为，对于产妇出血发生急性失血性休克应在确诊的第一时间内进行抢救，以减少产妇并发症的发生率。以此同时，必须密切观察患者病症，准确计算出血量，对患者的休克程度进行判断，配合医生在最短的时间内查出出血原因，对症下药，做出针对性的止血操作^[11-12]。要求医生护士人员有序配合、统一指挥，掌握治疗原则和抢救操作技术，对患者生命体征的监测^[13]。止血同时立即建立静脉通道，进行中心静脉压测定，迅速补充血液、警惕、胶体平衡液等，改善患者的低血压，保持患者呼吸道畅通，给予吸氧、升压、改善患者的心肺功能，防止干扰的发生。科学的抢救流程还要求手术室护士具备良好的综合素质，灵活的应急能力和全面、熟练的抢救技能^[14-15]。

本研究通过分析引起产后出血的相关因素发现，剖宫产出血率高于阴道分娩出血率，一般前次剖宫产的出血率高于正常分娩者，去年至今二胎产妇增多，且大多数为前次剖宫产，致产后出血率增加，按时产检的出血率低于未产检的出血率。因此医务人员要加强产前检查的健康教育知识宣教，提高孕妇保健意识，督促孕妇按时接受产前检查并建立孕期保健档案。对有产后出血史、剖宫产史、凝血功能障碍、多次分娩史、多次人流史、羊水过多、巨大胎儿、妊娠高血压综合征、前置胎盘、胎盘早剥、合并有血液及肝胆系统疾病的高危产妇，应做好产妇及家属的思想工作，让产妇提前入院待产。比较 2 组患者护理效果发现，采用标准化抢救护理流程患者术后排气时间、平均住院时间以及下床活动时间均优于常规抢救患者。比较 2 组患者抢救效果发现，采用标准化抢救护理流程患者痊愈、好转、并发症、成功率均优于常规抢救患者。说明对产后出血失血性休克患者实行抢

救护理流程有利于患者的康复。并且采用标准化抢救护理流程患者发生急性呼吸窘迫综合征现象和多器官功能衰竭现象均少于常规抢救患者。以上结果表明,采用标准化抢救护理流程治疗产后出血急性失血性休克患者有利于患者康复,改善患者术后各项指标,值得推广。

参考文献

- [1] 伍少莹, 黄神姣, 汪道文. 大量输血方案用于凶险型前置胎盘产后大出血救治的临床研究[J]. 现代妇产科进展, 2016, 25(6): 425-428.
- [2] 刘锐洪, 何晶玲, 孙彬录, 等. 多普勒超声监测急性失血性休克肾血流动力学的实验研究[J]. 解放军医学杂志, 2015, 40(6): 454-457.
- [3] 刘锐洪, 李叶阔, 孙彬录, 等. 超声造影定量分析急性失血性休克肾血流灌注的实验研究[J]. 中国医学影像学杂志, 2015, 19(9): 641-644.
- [4] Mather C F, Feiner B, DeCuyper E M, et al. Laparoscopic sacral colpopexy versus total vaginal mesh for vaginal vault prolapse: A randomized trial [J]. Am J Obstet Gynecol, 2015, 204(4): 1-7.
- [5] 刘文秀, 李红兰, 练碧湖. 护理干预预防产后出血在阴道分娩产妇中的应用[J]. 广东医学, 2016, 37(22): 274-276.

- [6] 张方芳, 徐永莲, 刘兴会, 等. 产后出血原因及相关危险因素 135 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志, 2014, 30(2): 144-146.
- [7] 苗洪. 产后出血原因及相关危险因素 135 例临床分析[J]. 医学信息, 2015, 28(52): 115-116.
- [8] 任为. 产后出血预测评分及防治机制在产后出血中的临床应用价值分析[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(4): 625-626.
- [9] 邢准, 王秋实, 杨巧妮等. 产后出血临床大量用血方案的应用[J]. 中国输血杂志, 2015, 28(11): 1381-1385.
- [10] Gabriel B, Nassif J, Barata S, et al. Twenty years of laparoscopic sacrocolpopexy: Where are we now[J]. Int Urogynecol J, 2016, 22(9): 1165-1169.
- [11] 陈丽华, 胡美霞, 彭群英, 等. 妊娠期贫血病因及治疗效果的临床分析[J]. 南昌大学学报: 医学版, 2011, 51(3): 37-39, 45.
- [12] 乔蕾, 谢平. 产后出血 45 例临床分析[J]. 现代医药卫生, 2013, 29(2): 251-252.
- [13] 彭燕. 卡贝缩宫素治疗宫缩乏力性产后出血 60 例临床观察[J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(7): 1120-1121.
- [14] Zen G L Q, Chou Danny, Wong Felix, et al. Laparoscopic sacral colpopexy with Gynemesh for vaginal vault prolapse[J]. Chin J Obstet Gynecol, 2012, 47(2): 154-157.
- [15] 戴妮. 宫腔填纱、子宫动脉栓塞术及子宫切除术在难治性产后出血中的合理应用价值分析[J]. 中国计划生育和妇产科, 2016, 20(2): 61-64.

(上接第 186 面)

术器械进行预处理,可使残留在手术器械上的干涸有机物等松解,然后进行常规清洗即可有效去除手术器械上的残留物,有利于提高消毒与灭菌效果^[8]。碱性清洗剂的作用可分为两部分,一是表面活性剂作用,而清洗剂的核心成分正是活性剂,多酶清洗剂的作用功效也为表面活性剂,然而酶清洗剂中酶只起着辅助作用,并非起着决定性作用,对于清洗剂来说,清洗效果在于其所含的表面活性剂是否能够对器械上的残留物予以去除^[9];二是高 pH 值(≥ 7.5)作用,表面活性剂与高 pH 值协同配合,能够使蛋白质水解、脂类通过皂化反应分解^[10]。因此,采用碱性清洗剂预处理,能够高效去除干涸的污渍及蛋白质等残留物,可直接处理各种有机物及无机物,具有很好的乳化及分解能力,可快速使残留物脱离手术器械表面,使器械经常规清洗后即具有优良的合格率。

综上所述,在隔夜手术器械的预处理中,采用碱性清洗剂浸泡的手术器械清洗质量良好,采用多酶清洗剂浸泡的次之,而未处理的则最差。对于隔夜手术器械,应采用碱性清洗剂进行预处理,以提高手术器械残留血检测、ATP 法检测、表面蛋白检测的合格率,减少因手术器械清洗不彻底而引起的院内感染。

参考文献

- [1] Roberts C G. The role of biofilms in reprocessing medical devices[J]. Am J Infect Control, 2013, 41(5): S77-80.
- [2] Rutala W A, Weber D J. Disinfection and sterilization: an overview[J]. Am J Infect Control, 2013, 41(5): S2-5.
- [3] 黄代芳, 李凤英, 代秀华, 等. 不同预处理及清洗方法对宫腔吸引管清洗效果的比较研究[J]. 中国当代医药, 2013, 20(4): 51-52, 54.
- [4] 葛多云, 陈付华, 张淑琴, 等. 不同预处理方法对手术器械清洗质量的效果观察[J]. 中华全科医学, 2013, 11(9): 1464-1465.
- [5] Kehoe B, Surface safety. Best practices in surface and medical device disinfection[J]. Health Facil Manage, 2014, 27(3): 2-2.
- [6] 陈东方, 汤莉, 马艳丽. 不同预处理方法对妇科器械清洗效果的对比研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(20): 4996-4997.
- [7] Seavey R. High-level disinfection, sterilization, and antisepsis: current issues in reprocessing medical and surgical instruments[J]. Am J Infect Control, 2013, 41(5): S111-S117.
- [8] 崔兴芬, 肖海荣, 王彩华. 不同预处理方法对手术器械清洗效果的影响[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(2): 461-463.
- [9] Kehoe B, Surface safety. Best practices in surface and medical device disinfection[J]. Health Facil Manage, 2012, 25(6): 2 following 44.
- [10] 韩燕, 蒋雪梅, 杨川巍, 等. 不同处理方法对隔夜诊疗器械清洗效果的影响[J]. 中国消毒学杂志, 2015, 32(11): 1143-1144.