**1例中央型前置胎盘产前大出血患者的急救与护理**

田茜茜 海安市人民医院

**【摘 要】**总结了1例中央型前置胎盘产前大出血患者的临床急救与护理。护理要点：与120无缝对接，快速抢救，紧急终止妊娠，术中密切配合，术后严密监测病情，做好体液管理，预防感染，预防下肢深静脉血栓和药物毒副作用，进行产妇的心理护理和健康指导。转归：术后10天痊愈出院。

**【关键词】**中央型前置胎盘 产前大出血 急救 护理

中央型前置胎盘是指胎盘组织完全覆盖自宫颈内口,为妊娠晚期阴道流血最常见的原因，也是妊娠期严重并发症之一，会引起产后出血、植入性胎盘、产褥感染，甚至因出血量多可致胎儿窘迫，甚至缺氧死亡[1]。研究显示中央性前置胎盘的发生率目前在中国高达1.25%[2]，随着国家二孩政策的实施，高危妊娠患者逐渐增多，中央型前置胎盘发生率呈上升趋势，需要采取合理有效的措施确保母婴安全，提高围产儿存活率。我院于2019年5月28日收治1例中央型前置胎盘大出血的患者，入院后经过术前急救、术中、术后护理及全过程的心理护理，使患者转危为安，并保留了子宫，术后患者恢复顺利，于术后10天痊愈出院。现将抢救与护理体会报告如下：

1. **临床资料：**

患者赵某，女，34岁，因“停经34周+5，阴道大量流血半小时余”于2019年5月28日17：19由120急诊入院，半小时前无明显诱因下突然出现阴道流血，量多，色鲜红，湿透衣裤，血染双足，估计出血量约1000ml。入院时主诉头晕，呈贫血貌，T 36.5℃，P 98次/分，R 18次/分，血压90/60mmHg，查体：腹部膨隆，呈晚孕腹型，未扪及明显宫缩，耻骨联合上两横指见一长约12cm横形陈旧性手术疤痕。专科检查：宫高28cm，腹围92cm，胎心音152次/分，胎方位：LOA，抬头高浮。阴道外口见较多鲜红色血液流出，伴血凝块。彩超（5月10日，我院）示：前置胎盘，胎盘覆盖宫颈内口。初步诊断：中央型前置胎盘伴出血，失血性贫血，妊娠合并子宫瘢痕，G4P1孕34周+5待产LOA。该妇10年前于海安市中医院行子宫下段剖宫产术，无遗传病史及过敏史，平日营养均衡，无特殊偏食，睡眠良好，每日能保证8小时睡眠，大小便正常，生活能自理，不吸烟，不饮酒，能积极配合治疗，医保，无经济负担，家庭支持到位。该妇入院后11min阴道流血仍多约400ml，精神萎，贫血貌明显，有休克加重趋势。在做好医患沟通、完善术前准备后于入院15分钟急诊去手术室在全身麻醉下行子宫下段剖宫产术，术中助娩一2050g成活女婴，1minApgar评分6分，予气囊复苏后，5min评分8分，早产转儿科治疗。胎盘附着于子宫后壁，覆盖宫颈内口达子宫前壁切口下，徒手剥离胎盘，内口周围见6cm\*8cm的植入面，可见大量活动性出血，缝合后仍见内口下方少量持续渗血，立即予卡前列素氨丁三醇250ug宫体注射，并予宫腔水囊放置。术中出血约1500ml，术毕掏宫腔凝血块约200g，予右锁骨下深静脉置管，术中输红细胞悬液5u，血浆500ml，但仍有持续阴道出血，术毕送至介入室，行双侧髂内动脉栓塞+MTX灌注术。介入过程中输红细胞悬液3.5u，血浆550ml，冷沉淀11.25u，介入术中出血约1000ml，宫腔水囊引流量约500ml，尿量约100ml。产后诊断：产后出血、胎盘植入、中央型前置胎盘伴出血、G4P2孕34+5周已产LOA、早产、宫腔球囊放置术后。术后返室，予病重、心电监护、吸氧、输血制品、抗感染、护胃、补液扩容、监测24小时出入量等对症支持治疗，患者入院后24小时入量为11577ml，出量为10010ml。术后10天恢复良好，予出院。

实验室检查结果如下图：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目  日期 | 血红蛋白（113-151）g/L | 红细胞计数\*10^12/L(3.70-5.10) | 红细胞压积（33.00-45.00） | 白细胞计数\*10^9/L(4.00-10.00) | 纤维蛋白原（2.00-4.00）g/L | D-二聚体（0.00-1.00）mg/L |
| 5月28号17：32 | 56 | 1.87 | 16.8 | 19.55 | 1.1 | 29.73 |
| 5月28号21：30 | 55 | 1.82 | 15.6 | 20.26 | 1.53 | 80 |
| 5月29号01：00 | 60 | 1.97 | 17 | 14.42 | 1.85 | 73.5 |
| 5月29号05:00 | 61 | 2.0 | 16.9 | 12.43 | 2.07 | 32.36 |
| 5月29号11：00 | 79 | 2.79 | 23.12 | 13.67 |  | 19.04 |
| 5月30号06：00 | 86 | 2.8 | 24 | 14.95 |  | 4.79 |
| 6月1号06：00 | 82 | 2.85 | 24.22 | 10.88 |  | 2.69 |
| 6月3号06：00 | 94 | 3.25 | 28 | 9.76 |  |  |

1. **护理**

**2.1有母儿受伤的危险**

2.1.1院内绿色通道、抢救设备、人员配置均处于待命状态[3]。

2.1.2医护急救人员的抢救配合，分工协助：责任组长立即给氧并心电监护，再次开放另一条静脉通路，留取血标本、配血，遵医嘱用药；责任护士备皮，留置尿管，做好术前准备工作，并做好相应记录；医生快速行体格及专科检查。医生根据护士提供的病情变化信息，结合病史制定治疗方案，并与患者家属沟通。急诊护士立即电话通知手术室、麻醉师做好手术准备，通知检验科快速检验各项标本，通知输血科大量备血，通知新生儿科医生做好抢救新生儿的准备工作。

2.1.3告知患者紧急剖宫产术终止妊娠是兼顾母婴的最佳方案，手术是由多学科医疗团队共同参与以及医院对母婴的救治水平，减轻患者的恐惧心理，积极配合抢救。

评价：05-28 17：34该妇于入院后15分钟被安全护送至手术室行急诊剖宫产术，患儿Apgar评分6-8分，早产转儿科治疗。

**2.2组织灌注不足：与大量失血有关**

2.2.1持续心电监护，保暖，予氧气4L/min吸入，密切观察产妇意识、生命体征、皮肤颜色、温湿度、尿量、子宫收缩情况及阴道出血情况等，重视患者主诉，准确记录24小时出入量，计算休克指数

2.2.2做好液体管理：早期首选乳酸林格溶液2000ml进行扩容，补充丢失的细胞外液，后续加用琥珀酰明胶胶体液，维持血浆渗透压，输入晶体液与胶体液比例约为3：1，将平均动脉压维持在65mmHg以上，CVP 8-12mmHg，达到维持重要器官的基本灌注；掌握好输血的指征，及时、合理，尽量减少不必要的输血及其带来的不良后果[4]。患者术后复查血红蛋白为55g/L,遵医嘱使用中心静脉输血，输注红细胞悬液补充失血量，输注冷沉淀因子、血浆、纤维蛋白原补充凝血因子，使血红蛋白维持在80g/L以上。合理安排血液输注的顺序，严格执行输血查对制度，做好输血安全管理。患者入院后24h共输注晶体8452ml，胶体3125ml。

2.2.3做好宫腔水囊填塞的护理：妥善固定，保持引流管通畅；严禁按压宫底；做好宫底高度标记，每小时巡视宫高变化；每小时观察患者尿量、阴道流血量及宫腔引流液的色、质、量，警惕隐性出血；拔球囊后4h内，每30分钟观察患者的宫底高度及阴道出血的量及颜色[5]。

2.2.4遵医嘱及时检查血常规、血凝常规。

评价：05-29 17:00患者血红蛋白79g/L，出血得到控制。

**2.3有下肢深静脉血栓的危险**

2.3.1做好髂内动脉栓塞术的护理：术后每个小时观察患者术侧肢体皮肤颜色、温度、感知，观察患者足背动脉搏动是否良好；于髌骨上缘20cm处测量大腿周径，胫骨结节下15cm测量小腿的周径，记录双腿周径差，班班交接，做好记录[6]。

2.3.2患者术后VTE评分为5分，为下肢深静脉血栓高危患者。在患者下肢知觉后做踝泵运动：下肢伸展，缓缓勾起脚尖，至踝关节极度跖曲，幅度为20°，维持10s；然后脚尖缓缓朝下至最大位置，幅度为45°，维持10s；最后做绕环动作，以踝关节为中心，作360°绕环，5 min/ 次，每天5次。指导患者健肢可床上自由活动但幅度不宜过大，指导术后患者行深呼吸，15次/h，增加膈肌运动，促进血液回流[7]。

2.3.3指导患者肛门排气后进食清淡、低脂、高纤维饮食，如新鲜蔬菜、水果、鱼类、瘦肉等，指导患者每天饮水2000ml/d。

2.3.4术后第一日D-二聚体值为32.36mg/L，血液处于高凝状态，遵医嘱给予低分子肝素钙5000u皮下注射每天，每小时观察患者穿刺点、有无出血，皮肤有无出血点或者青紫淤斑，腹部切口敷料有无渗血[6]，指导患者发现牙龈出血，大、小便出血等要及时告知医护人员。

评价：用药期间，未发现异常出血，住院期间未发生静脉血栓.

**2.4焦虑**

2.4.1对患者进行个体化护理措施：使用焦虑自评量表，术后当天焦虑评分为59分为轻度焦虑。每天由责任护士评估患者心理状态，及时给予心理疏导。

2.4.2向患者讲解术后可能出现的问题，我们会采取相应的措施保障其安全，让患者放松。

2.4.3向患者及家属介绍同种案例转好的案例。

2.4.4与新生儿沟通，告知患者新生儿情况。

2.4.5动员家庭支持，给予患者安慰。

评价：05-31 14：00患者焦虑评分为40分，能积极配合治疗。

**2.5感染的危险**

2.5.1严格执行手卫生及无菌操作，观察深静脉及股动脉穿刺点周围皮肤有无红、

肿热、痛、硬结等炎症表现，保持穿刺点敷料干净、干燥，及时评估尽早拔除中

心静脉导管。

2.5.2导尿管拔除前导尿口每天用碘伏消毒两次，妥善固定尿管，避免打折、弯曲，保证集尿袋高度低于患者膀胱水平，保持引流装置的密闭性，及时清空集尿袋中的尿液。

2.5.3对患者卫生宣传教育，保持会阴部的清洁，及时更换卫生垫，观察患者的恶露量、色、气味，子宫有无压痛；保持床单元的整洁，及时更换褥汗衣服，穿棉质内衣保证吸汗透气。

2.5.4遵医嘱应用抗生素，术后每8h监测一次体温，连续三天且正常后改为每12h监测一次体温。

2.5.5纠正贫血，根据医嘱服用补铁药物，增加营养，嘱患者吃瘦肉、水果、蔬菜，增加维生素的摄入。

2.5.6做好病室的环境护理, 定期开窗通风, 每次通风30min, 每天2次。

评价：06-06 09：00患者住院期间未发生感染。

**2.6母乳喂养中断**

2.6.1向患者及家属宣教母乳喂养优点，泌乳的原理、促进乳汁分泌的方法，树立母乳喂养信心，建立家庭支持系统，让家属协助患者保持泌乳通畅。

2.6.2指导患者及家属正确的乳房按摩、挤奶方法。

2.6.3每日评估患者乳房泌乳情况，有无乳头破损、皲裂、乳房肿胀， 警惕席汉氏综合征发生[8]。

2.6.4告知乳房肿胀的表现及处理方法。

评价：06-06 09：00患者住院期间未发生乳房肿胀。

**2.7知识缺乏**

2.7.1予术后饮食、活动、用药指导。

2.7.2指导产后康复操及科学坐月子的方法。

2.7.3做好出院指导：栓塞后2-3周明胶海绵溶解吸收，血管复通，此时有再出血的危险[9]。指导患者在产褥期观察、评估阴道出血量，若出血量较多，多于月经量时，则及时就诊, 警惕晚期产后出血的发生；出院后1周复查B超及HCG，产后42天门诊复查，严格避孕；告知产后访视、电话随访及母乳喂养热线电话。

评价：06-06 09：00患者掌握相关知识。

**3、体会与感想**

3.1 本病例通过医护术前的抢救配合将胎儿于患者入院后15min娩出，缩短了在急诊滞留的时间，提高了抢救成功率，保留了患者子宫。在术后的护理过程我们要做好病情观察及各项护理，减少产妇并发症的发生，做好母乳喂养指导及出院指导。

3.2高危妊娠孕妇的管理存在不足。对于高危孕产妇，应保证专人专案，全程管理，动态监管，集中救治。本病例患者的依从性差，以后要加强对高危妊娠孕妇的随访，充分利用孕妇学校、产前门诊等，使患者意识到高危因素存在的风险性，加强对疾病的重视度，增加依从性。

**参考文献：**

1. 谢幸,孔北华,殷涛.妇产科学.第9版.北京:人民卫生出版社,2018:147-149.
2. Fan D,Wu S,Wang W,etal.Prevalence of placenta previa among deliveries in Mainland China:A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis[J].Medicine,2016,95(40):e5107.
3. 韦天全,欧连春,邓新琼.缩短紧急剖宫产术DDI的临床研究[J].中国卫生标准管理,2017,8(8):27-29.
4. 姚尚龙.凶险性前置胎盘大出血的容量治疗策略[J].实用妇产科杂志,2017,33(9):652-654.
5. 徐琼,吴祝凤,杨楠楠,石莫.Bakri球囊管理循证实践在前置胎盘产后出血患者中的应用效果[J].中国护理管理,2018,18(12):1610.
6. 褚婕,严敏,胡琼,胡德英,刘义兰,吴欣.急性下肢深静脉血栓患者AngioJet机械血栓清除术的护理[J].护理学杂志,2018,33(12):29-31.
7. 苏霞.骨科术后下肢深静脉血栓护理的研究进展[J].中国矫形外科杂志,2018,26(24):

2274-2276.

1. 王乔,綦小蓉.孕中期凶险性前置胎盘状态流产大出血1例[J].实用妇产科杂志,2016,32(7):540-542.
2. 朱乃芬.6例植入性凶险型前置胎盘产妇行股动脉预置管栓塞术的护理[J].中华护理杂志,2013,47(9):797.