

一例穿透性胎盘植入手术患者术中失血性休克的抢救配合

陆洪丹 姚盛云 陈淦 徐燕 杨阳

盐城市第一人民医院 江苏盐城 224000

摘要: 总结一例穿透性胎盘植入手术患者术中失血性休克的抢救配合。要点包括: 手术过程、失血性休克的处理、避免手术感染、物品清点管理、转运交接、体温保护、心理护理等。本组成功完成穿透性胎盘植入手术患者术中失血性休克的抢救, 并且患者抢救成功, 已成功康复出院。

关键词: 失血性休克; 抢救配合。

胎盘植入是胎盘绒毛异常侵入子宫肌层的产科危重症, 国际统称胎盘植入性疾病, 按侵袭深度分为粘连型、植入型和穿透型, 后两者合称侵入性胎盘植入。主要并发子宫破裂、严重产后出血及围产期子宫切除, 是孕产妇死亡的重要诱因。胎盘植入危害十分大, 严重时会有生命危险。因此了解胎盘植入的相关知识及知晓发生胎盘植入手术患者术中失血性休克该如何处理尤为重要。经过多科协作, 密切配合患者脱离生命危险, 现将护理体会汇报如下。

1. 病例介绍

患者女, 34 岁, 身高: 165cm, 体重: 80kg, BMI29.38, 生育史 G2-P1-A1-L1, 主诉: 流产出血半月余, 既往史: 18 岁时受外部刺激后患者有精神分裂症, 服用氯硝西洋片、氯氮平片。手术史: 2021 年行剖宫产。皮肤粘膜无特殊。实验室检查: HCG7679.8IU/ml, 超敏 C 反应蛋白: 9.84mg/L, 血红蛋白: 117g/L, 纤维蛋白为 124ug/ml, D-二聚体: 4.47mg/L。辅助检查: 复查 B 超子宫体积增大 126*68mm, 宫颈长 50mm, 内膜厚 9mm, 回声不均, 宫腔下段见混合回声, 前壁肌层显示不清。局部膀胱壁连续性中断。盆腔见 18mm 积液。手术方式: 07-28 月经未来, 至大丰市人民医院检查。B 超示: 宫内早孕。住院行米非司酮+米索前列醇药流。07-31 未见妊娠物排出, 行钳刮术, 术中钳出胚胎组织后流水样出血, 予促宫缩, 输血抗炎治疗。08-02 复查 B 超: 子宫增大, 子宫下段见高回声。MRI: 子宫下段前壁见片状混杂信号灶, 与前壁分界不清。考虑胎盘植入, 继续服用米非司酮。08-13 复查的 HCG 的数值为 10781IU/L。08-16 复查 B 超: 子宫下段见高回声, 回声不均。患者现阴道少量出血, 无腹痛, 要求转至我院继续治疗。

2. 治疗经过

08-16 120 转至我院, 神志清楚, T36.5 摄氏度, P98 次/分, R18 次/分, BP111/77mmHg。

08-17 介入科会诊: 必要时可行介入治疗, 子宫动脉栓塞术。08-18 药学部会诊: 考虑宫腔残留时间长, 目前已行头孢西丁抗感染治疗, 拟抗菌药物升级加强抗感染治疗, 可考虑碳青霉烯类药物。听取意见后改为亚胺培南。08-19 在全麻下行经腹剖宫取胎盘+全子宫切除+膀胱病损切除术+膀胱修补术, 术后转 ICU。08-21 转入病房继续治疗, 08-29 康复出院。

3. 手术经过

13: 00 入室, 予以监护, 桡动脉穿刺, Hr110 次/分, R15/分, BP120/80mmHg。13: 12 气管插管, 右颈内深静脉置管, NS100ml+缩宫素 10u 静脉滴注, 麦角新碱 13: 20 突发大出血, 约 2000ml, BP40/25mmHg, Hr55 次/分, 肾上腺素 0.5g 静脉推注, 并申请血制品。13: 30 气管插管, 右颈内深静脉置管, NS100ml+缩宫素 10u 静脉滴注, 麦角新碱 0.2mg、欣母沛 250ug 子宫注射。14: 00 妇科会诊: 行全子宫切除术。14: 10 血液科会诊: 术中测凝血功能、凝血因子、血栓弹力圈, 指导输血。14: 30 THBC: 6.4g 到 3.3g 到 1.7g, 输注冷沉淀 8.5u, 新鲜冰冻血浆 1050ml, 红细胞悬液 7u, 纤维蛋白原 10g。14:00ICU 会诊。14: 45 泌尿科会诊: 行膀胱病损切除+膀胱修补术。16: 16 手术结束。THBC:4.7g,BP:76/42mmHG,HR:100 次/分, 共计输入液体 9915ml, 其中输血量 3915ml, 出血量 8500ml, 尿量无法估算。(膀胱破了, 混有血液) 16: 26 气管插管转入 ICU,HR:133 次/分, BP:76/46mmHG,SPO2 98%。

4 护理配合

4.1 失血性休克的处理

调整患者体位为平卧体位。迅速补充血容量：建立 2 条及以上静脉通路，必要时穿深静脉，根据动脉血压及 CVP 的变化，合理补液，输血。用药护理：观察患者用药后生命体征变化。评估出血量，准确记录出入量。

4.2 避免手术感染

术中严格执行无菌技术操作，保持无菌物品的无菌状态。保证手术间门关闭。术中防止患者低体温。遵医嘱正确使用抗生素。出血大于等于 1500ml 或手术时间超过 3 小时必要时追加抗生素。做好人员管理和空间管理。患有呼吸道感染期的医务人员不应进入手术室的限制区。根据手术间级别，严格控制进入人员数量（I 级不宜超过 14 人，II 不宜超过 12 人，III、IV 级不宜超过 10 人）。指引会诊人员在指定区域，距离手术台至少 30cm 以上，减少走动。择期手术患者术前应沐浴或清洁手术部位，更换清洁患者服。当毛发影响手术部位操作时应选择不损伤皮肤的方式去除毛发。手术部位皮肤准备宜于当日临近手术前，在病房或手术室限制区外的患者准备区进行。台上做好隔离技术。

4.3 用物的清点管理

术中大出血，需要手术护士沉着冷静，密切配合。要比之前增加清点次数。我们将台上添加的纱布器械缝针等先直接登记在手中清点单上，随身携带。洗手护士对台上物品去向做到心中有数，做到忙而不乱。抢救时可以派一人员专门供应台上物品，节约抢救时间。

4.4 做好转运交接

设置规范合理的转运流程、应急预案、知情同意书、转运评估单、转运交接单并监督落实。设置规范合理的转运人员岗位职责，转运后勤保障管理制度，感染防控管理制度，转运人员保险制度并监督落实。转运设备配置齐全，药品配置齐全，转运车辆符合转运分级需求，建立院间转运信息平台，实现转出 - 转运 - 接收单位间信息的互联互通。做好转运人力资源配置，教育与培训，质量管理，过程质量，参与程度，患者评估等措施^[1]。转运前提前通知目的地做好接收准备。同时做好用物准备、药物准备、人员准备。运输途中观察病人生命体征，面色等，确保各种管路通畅在位。到地点立即接呼吸机，监测生命体征，做好与目的地交接工作，介绍术中情况，转运途中情况，查看管道、皮肤、病例、影

像片等物品，交接单上双签名，带齐用物后离开。

4.5 体温保护

由于术中失血过多，术中抢救时间长、大量输血、输液等均会导致患者术中低体温的出现，因此，高度重视手术室的温度、患者的体温等细节^[2]。调节室温 23-25 摄氏度。当日所需的液体加温至 38 摄氏度、冲洗液加温至 38 到 40 摄氏度备用。患者全麻后进行体温监测。采取综合保温措施，根据实时体温，并动态给予相应措施。

4.6 心理护理

术前一天访视患者，评估患者身体、心理状况等做好健康宣教，讲解术前术中术后后注意事项。放轻音乐，缓解患者紧张情绪及时了解患者心理状态，给予心理护理，有效缓解其紧张情绪。

5 体会

5.1 立即启动应急预案，分工明确，抢救及时。

5.2 启动 MDT 诊疗小组，保障患者安全。

6 讨论

6.1 原因分析：穿透性胎盘植入到膀胱，在术中剥离时候出现大出血。

处理：台上护士配合医生止血，准备好器械，缝线，止血材料等。台下护士及时汇报，请求增派人员，供应台上物品，增加建立静脉通路，配合麻醉建立深静脉，输血，调整休克卧位，保暖等工作。多科协作会诊配合抢救。

6.2 预防

术前一天做好访视工作，了解患者病情，评估患者的情况。全面、准确将手术过程中用到的器械、耗材、一次性用物提前备好，尤其是止血材料，缝线等。建立两条静脉通路，以便在特殊情况下可以快速为患者补充血容量，节约抢救时间。术中密切观察患者生命体征。及时关注出入量。做好原发病治疗，补充血液制品。

6.3 加强培训，提高抢救配合能力。

建立抢救病人风险管理组。护士组：洗手巡回为清点记录组。护士汇报上级。护士组：增援护士 1 为输液输血组。护士组：增援护士 2 为抢救记录组，仪器物品组。麻醉组 1：管理气道，观察生命体征。麻醉组 2：抽吸药物，做血气分析。医生 1：抢救，继续手术。医生 2：及时与家属沟通，签字。制定专属的护理措施，可以快速有效纠正患者休克，保障患者安全，提高医生满意度。

参考文献

- [1] 孙朋霞, 李树亚, 华小雪, 高健, 蔡梦歆, 李凡. 急危重症患者院间转运护理质量评价指标的构建 [J]. 中华护理杂志 2023, 08, 58 (15) : 1834.
- [2] 李湘奇. 剖宫产术中 大出血产妇的手术室护理配合及抢救措施 [J]. 中国科技期刊数据库 医药 2023,12,22:190.