

产后出血 72 例的原因分析及护理体会

翁 劲, 王春玲, 范先伟, 罗海慧, 梁爱婵

作者单位: 519040 广东, 珠海市三灶医院妇产科(翁 劲, 梁爱婵); 519090 广东, 珠海市红旗医院外科(王春玲, 范先伟, 罗海慧)

作者简介: 翁 劲(1972-), 女, 大学专科, 主管护师, 研究方向: 临床护理。E-mail: Lcffy@163.com

通讯作者: 范先伟(1963-), 男, 研究生, 副主任医师, 研究方向: 普通外科疾病诊治。E-mail: Lcffy@163.com

[摘要] 目的 探讨产后出血的原因, 总结抢救产后出血产妇的护理体会。方法 对 72 例产后出血病例的出血原因及抢救治疗过程中护理措施进行回顾性分析。结果 产后出血常见原因为宫缩乏力、胎盘因素、软产道损伤; 产后出血的护理要注重人文关怀和心理护理, 重视对产妇临床症状体征的观察, 密切观察出血量, 重点救治出血性休克产妇。结论 加强孕产期保健, 及时识别和处理异常分娩, 在休克的救治上给予限制性液体复苏, 是成功救治产后出血产妇的关键。

[关键词] 产后出血; 原因; 护理体会

[中图分类号] R 473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2011)07-0660-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.07.27

产后出血指胎儿娩出后 24 h 内失血量超过 500 ml, 是产科严重并发症。2006 年 WHO 报告发展中国家 1/3 孕产妇死亡是由于产后出血所致, 每年有 1 400 万产妇发生产后出血, 病死率为 1%^[1]。产后出血在我国孕产妇死因构成中一直居第一位。近 10 年来, 围产期技术虽然有长足的进步, 但在我国基层农村医院住院分娩的孕产妇, 产后出血的发生率仍然较高, 死于产后出血的孕产妇占全国同类病例的 80% 以上^[2]。2008-01~2010-12, 3 年间我院妇产科共发生产后出血 72 例, 笔者通过回顾性分析, 探讨关于产后出血的原因并将护理体会报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2008-01~2010-12 分娩总数 2 190 例, 发生产后出血 72 例, 占分娩总数的 3.29%。其中年龄最大 42 岁, 最小 19 岁; 初产 49 例, 经产妇 23 例; 最少出血量 650 ml, 最多出血量 2 500 ml; 发生出血性休克 16 例。

1.2 方法 采取回顾性分析的方法, 对 72 例产后出血者从孕产史、分娩方式、子宫收缩力、胎盘因素、产道因素等方面进行统计和分析。

2 结果

产后出血的相关因素

2.1 孕产史 初产妇产后出血率为 3.07% (49/1596), 经产妇产后出血率为 4.26% (23/594); 人工

流产或自然流产后出血率为 4.2% (57/1352), 无流产史者产后出血率为 1.8% (15/838)。

2.2 分娩方式 阴道分娩中使用胎头吸引器助产产后出血率最高, 为 6.8% (16/237), 其次是剖宫产, 为 5.4% (34/635), 平产最低, 为 1.7% (22/1318)。

2.3 子宫收缩乏力因素占 70.8% (51/72)。

2.4 胎盘因素占 19.4% (14/72), 其中胎盘粘连、胎盘残留 8 例, 前置胎盘 4 例, 胎盘植入 1 例, 胎盘早剥 1 例。

2.5 软产道裂伤占 9.7% (7/72), 其中宫颈、阴道裂伤 4 例, 合并阴道壁血肿 2 例, 剖宫产术中下段切口撕伤 1 例。

2.6 治疗转归 72 例产后出血产妇经积极治疗, 及时正确处理, 均治愈出院。其中 4 例行次全子宫切除, 16 例休克产妇中 10 例输血救治。

3 护理

3.1 加强孕产期保健, 定期产前检查。 对孕产妇进行系统的检查、监护和保健指导, 积极治疗各种妊娠合并症, 特别是妊高症、妊娠合并肝炎等防治工作, 加强孕产妇营养, 纠正贫血, 提高机体应对分娩过程的耐受性, 对存在产后出血高危因素者, 应提前待产。

3.2 加强对孕产妇的人文关怀及心理护理, 与孕产妇建立良好的关系, 全面了解孕产妇的情况, 针对不

同孕产妇特定的生理及心理状况进行有效的心理指导。精神心理因素不良会造成宫缩乏力、不协调宫缩及胎位异常,针对孕产妇普遍存在的紧张、害怕、焦虑、恐惧、抑郁等心理问题,护士应以良好的沟通技巧,解除其思想顾虑,增强分娩信心,并在待产过程中对孕妇进行全过程护理,尽量满足其各种合理的生理、心理、社会需求。

3.3 严密观察产程进展,及时识别异常分娩,正确决定分娩方式,掌握好剖宫产指征,防止产程延长、滞产、难产、产妇衰竭等情况发生。

3.4 有存在产后出血高危因素及可疑出血倾向者,第二产程应建立有效的静脉通道,备足各种急救物品、药品、充分作好输血等准备,及时组织抢救人员到位,医护人员要密切配合,分工合作,使抢救工作忙而不乱,有序进行。

3.5 产时、产后有宫缩乏力者,应及时采取适当而有效的方法预防及治疗产后出血,按摩子宫、及时正确应用宫缩剂、子宫阴道堵塞止血法等均是控制子宫乏力出血的有效措施。正确处理第三产程,严密观察胎盘剥离征象,一旦发现第三产程大量出血时,先排空膀胱双手压迫和按摩子宫,应用宫缩剂,同时检查胎盘、胎膜是否完整,检查软产道有无撕裂或生殖道有无血肿,排除其他原因引起的出血。

3.6 产后 2 h 内严密观察是避免产后出血的关键,胎盘娩出后 2 h 内仍应将产妇留在产房内进行严密观察,并及时排空膀胱,压出子宫内积血,并不时地按摩子宫,促进子宫收缩,注意阴道流血量。

3.7 产后出血抢救最重要在于及时发现与处理,而正确估计出血量对于产后出血诊断治疗至关重要。因目测方法估计阴道流血量往往被低估 50%^[1],导致不能及时治疗,贻误病情,因此近年来我们将称重法与容积法相结合来判断出血量。临床上发现产后出血时,根据阴道流血发生的时间、量及特点,与胎儿、胎盘娩出之关系,积极协助医生初步判断出血的主要原因,迅速给予相应的止血措施,补充血容量,保证重要器官供血。

3.8 重视对产妇临床症状体征的护理观察,重点对产后失血性休克的诊断和处理,如出现心率加快,脸色苍白,少尿,可能失血量超过 20%;当血压下降开始出现休克症状,出血量则超过 30%。因此在临床护理中,密切监测产妇神志、血压、脉搏、呼吸、尿量,每 10~15 min 观察子宫收缩及阴道出血情况,根据出血量及生命体征的变化,早期判断休克与否。护理过程中既要及时落实化验和检查的医嘱,但又切

忌过于依赖化验和检查,忽略最基本的病史询问、体格检查。护理观察中尤其要注意重视少量持续不断的出血,当失血量达到使机体不能再代偿时,会出现一系列休克症状。

3.9 可疑产后出血高危因素的产妇进入产房后,常规建立静脉通道,根据医嘱给予输液、选用对产妇及胎儿无明显用药禁忌证的青霉素类或头孢菌素类抗感染药物,并按用药要求做好皮试,同时做好 ABO、Rh 血型鉴定,以备配血。

3.10 出血性休克的护理 (1) 体位:取平卧位或头部及下肢各抬高 20°,以利于静脉回流和改善呼吸,同时注意消除产妇的紧张情绪,使产妇安静休息,注意保暖。(2) 迅速建立 2~3 条静脉留置针通路,自留置针应用于临床后,我们已摒弃静脉切开做法,建立 2~3 条静脉留置针通路能满足及时快速输液、输血的抢救要求。(3) 在估计出血量方面,我们宁多勿少,根据出血量的估计,结合产妇的生命体征、精神状态、尿量判断休克程度。(4) 针对出血原因行止血治疗的同时积极抢救休克,给予早期限制性液体复苏抗休克治疗,基层医院在没有血库的情况下,输入液体以平衡液及羟乙基淀粉代血浆为主,同时按红细胞:血浆:血小板输注 1:1:1 的比例积极备血,以纠正因晶体液和红细胞的早期大量使用导致的凝血因子丧失造成的凝血功能障碍^[3]。在以往抢救失血性休克的临床护理经历中我们发现医生注重的是液体总量和液体成分的把握,而对输液速度及其对病情变化的影响则倚重于护士的护理观察。有鉴于此,在抗休克护理过程中,我们将损伤控制理论的限制性液体复苏应用于实践,具体的操作是:快速建立输液通道,快速输液,以达到维持机体基本需要为把握点,将平均动脉血压维持在 90/60 mmHg 或稍高一点的血压水平即可,并以维持尿量每小时 > 50 ml。在实际操作过程中,我们体会到液体复苏时将血压控制在某一血压点是很难做到的,而将血压控制在一定范围是可操作的。(5) 常规中流量给氧。外源性改善因失血导致红细胞比容急剧下降血液过度稀释而致的载氧能力降低,以增加动脉血氧含量,提高组织氧供,减轻组织缺氧状态,避免细胞无氧代谢产生大量酸性代谢产物而出现的代谢性酸中毒。(6) 留置导尿,记录尿量。尿量是反映肾血流灌注的敏感指标,尿量的多少能直观地反映生命器官的血流灌注情况,若尿量能维持在 30 ml/h 以上,则提示休克已被纠正。留置导尿管还有利于膀胱排空促进宫缩。(7) 纠正酸碱平衡失调。

失血性休克产妇一般在应用平衡盐液,机体获得充足血容量和微循环得到改善后,轻度的酸中毒即可消失,因此我们不盲目输注碱性药物,只是对重度休克的产妇,且有明确的代谢性酸中毒时才给予 5% 碳酸氢钠静脉滴注。

3.11 营养支持 产后出血产妇处于应激状态,其能量代谢与一般健康人不相同,必须加强营养支持,每天蛋白质的供给增加至 2~3 g/kg,进食高能量、丰富脂肪、含铁、叶酸、富含维生素及碳水化合物等易消化吸收的食物,以利身体复原。

3.12 防范产褥等感染 产后出血可导致产妇机体抵抗力下降,成为产褥等各种感染的诱因,应及时给

予足量、对哺乳期产妇及婴儿无毒副作用的抗生素预防感染,在滴入抗生素时,我们通常将一个剂量的药物加入 100 ml 生理盐水中 30 min 内滴完,以达到满意的抗感染效果。

参考文献

- 1 曹泽毅,主编. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:222-228.
- 2 王临虹,王爱玲. 农村地区及基层医院预防和处理产后出血的有关问题[J]. 实用妇产科杂志,2003,19(5):266-267.
- 3 庄 远. 创伤大剂量输血治疗新策略[J]. 中国医刊,2009,44(12):7-9.

[收稿日期 2011-04-27][本文编辑 刘京虹 吕文娟]

护理研讨

血液净化临床进修护士护理教学方法的探讨

吴新莲, 黄 玲, 吕海莲

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院血液净化治疗中心

作者简介: 吴新莲(1971-),女,大学本科,主管护师,研究方向:血液净化护理。E-mail:wuxinliande@163.com

【摘要】 目的 探讨护理临床进修护士规范有效的教学方法和提高教学质量。**方法** 选择在该中心进修的 37 名进修护士为实验组,采用导师负责制教学方法进行带教。另选 25 名进修护士采用传统教学方法进行带教作对照,比较两组教学效果。**结果** 实验组进修护士的专科理论知识、专业技能、应急能力、满意度方面均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 实行导师负责制,可提高护士进修教学质量,是一种行之有效的教学方法。

【关键词】 血液净化; 进修护士; 导师负责制

【中图分类号】 R 459.5 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1674-3806(2011)07-0662-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2011.07.28

随着各个血液净化中心(室)规模不断扩大,需要从事血液净化的护士不断增加。卫生部制定的 2010 版血液净化标准操作规程的出台,要逐渐形成和发展专业的血液净化队伍。进修是护士接受专业培训的独特方式,为了提高临床教学质量,使进修护士回到原单位担当起血液净化护士的角色^[1],本中心 2007-01~2010-12 对来进修学习的 37 名进修护士实行了导师负责制教学方法,取得较好效果,现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本中心 2007-01~2010-12 共接收进修护士 62 名,均为女性,进修学习 3 个月。按进修时间先后分为对照组 25 人(传统教学法),年龄

21~39(29.00±3.18)岁;中专 5 人,大专 17 人,本科 3 人;初级职称 20 人,中级职称 5 人;21 人未接触过血液净化。实验组 37 人(导师制教学法),年龄 24~40(30.00±2.76)岁;中专 7 人,大专 26 人,本科 4 人;初级职称 31 人,中级职称 6 人;31 人未接触过血液净化。两组年龄、学历、职称、专科知识差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 教学方法 对照组采用传统带教方法,实验组采用导师制带教方法。比较两组护士在专科理论知识、专业技能、应急能力、满意度方面的差异。

1.2.1 导师的选择标准 带教老师必须具有高度的责任心,专业技术过硬,综合素质佳,能为人师表,热心临床教学并有丰富的临床教学经验,同时还应