

〈医疗管理〉

产科现场急救表格化、同质化管理在孕产妇
危急重症救治中的应用价值分析*

袁葛粉, 范雪梅, 张敏敏, 周永华

(扬州大学附属兴化市人民医院, 江苏省兴化市 225700)

【摘要】目的 分析产科现场急救表格化、同质化管理在孕产妇危急重症救治中的影响。方法 选用2019年2月至2021年12月接受救治的危急重症孕产妇共59例,分为两组,对照组为2019年2月至2020年5月全市助产机构救治的30例未实施表格化、同质化管理的危急重症孕产妇,观察组为2020年6月至2021年12月全市助产机构救治的29例实施表格化、同质化管理的危急重症孕产妇,比较指标差异。结果 两组救治成功率、并发症发生率、非计划再次手术率之间差异,均不存在明显差异($P>0.05$);观察组均次费用明显少于对照组,观察组住院时间明显短于对照组($P<0.05$)。结论 产科现场急救表格化、同质化管理在孕产妇危急重症救治中可确保最佳救治时机,缩短救治时间、降低救治费用。

【关键词】 产科;现场急救;表格化;同质化;孕产妇;危急重症救治;救治时间;救治费用;救治成功率

【中图分类号】 R197 【文献标识码】 A 【文章编号】 1672-4232(2024)02-0081-03

【DOI编码】 10.3969/j.issn.1672-4232.2024.02.023

Analysis of the Application Value of Tabulated and Homogenized Management of the On-site First Aid of Obstetrics and Gynecology in the Treatment of Critical Care of Pregnant and Postpartum Women/YUAN Ge-fen, FAN Xue-mei, ZHANG Min-min, ZHOU Yong-hua(Xinghua People's Hospital of Yangzhou University, Xinghua, Jiangsu 225700, China)

【Abstract】 **Objective:** In order to analyze the impact of tabulated and homogenized management of the on-site obstetric emergency in the treatment of critical and severe pregnant women. **Method:** A total of 59 critical and severe pregnant women who received treatment from February 2019 to December 2021 were selected and divided into two groups. The control group included 30 critically ill pregnant women treated by midwifery institutions in the city from February 2019 to May 2020 who had not implemented tabulated and homogenized management, and the observation group included 29 critically ill pregnant women treated by midwifery institutions in the city from June 2020 to December 2021 who had implemented tabulated and homogenized management. And compare the differences between indicators. **Result:** There were no significant differences in success rate of treatment, complication rate and unplanned reoperation rate between the two groups ($P>0.05$). The average cost of the observation group was significantly lower than that of the control group, and the length of hospitalization in the observation group was significantly shorter than that of the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** The formalization and homogenization of the on-site emergency management in obstetrics can ensure the best treatment opportunity, shorten the treatment time and reduce the cost of treatment in the critical treatment of pregnant women.

【Key words】 obstetrics; first aid on the spot; tabularization; homogenization; pregnant woman; critical treatment; time of treatment; expenses for medical treatment; success rate of treatment

孕产妇危急重症是指从怀孕开始到产后42 d发生的危及生命的疾病。近年来,随着二、三胎政策的开放,高龄孕产妇的增加,孕期疾病谱发生的变化,孕产妇危急重症发生率明显上升,如何快速有效地治疗危重孕产妇,改善妊娠结局,降低死亡率成为临床关注的焦点^[1]。研究表明,产科现场急救表格化、同质化可以大大缩短救治时间,提高救治成功率,降低均次费用、并发症的发生率、非计划再次手术率、平均住院日^[2],让患者能有一个好的妊娠结局,提高生存质量,救治人员发现孕产妇病情变化需要急救时,可以按照表格,及时呼救,快速组队,分工明确,各司其职,有条不紊,相互配合,使急救工作能够高效、快速地开展,从而迅速挽救患者生命,可有效改善患者预后^[3]。基于此,笔者分析兴化市孕产妇危急重症救治中心2019年2月至2021年12月接受救治的59例危急重症孕产妇应用产

科现场急救表格化、同质化管理的效果,现研究结果如下。

1 资料与方法

1.1 资料

选用兴化市孕产妇危急重症救治中心2019年2月至2021年12月接受救治的危急重症孕产妇共59例进行分析,将其分为两组。其中2020年6月至2021年12月救治的29例患者为观察组,患者年龄分布在23~42岁,平均年龄为(29.66±2.97)岁;2019年2月至2020年5月救治的30例危急重症孕产妇为对照组,患者年龄分布在23~38岁,平均年龄为(29.65±2.99)岁。两组救治的病例均包括:羊水栓塞、产后出血、失血性休克、子痫、脐带脱垂、肩难产、胎盘早剥、前置胎盘、子宫破裂、产科DIC等。所有患者均为孕产妇危急重症,一般资料无统计学差异($P>0.05$)。

*基金项目:2021年度江苏省妇幼健康科研项目(F202170)

1.2 方法

产科现场急救表单化是指兴化市孕产妇危急重症救治中心通过近几年的摸索、实战、积累,制定的一套急救、保障流程形成表单式,包括制定基本措施、参加人员、实验室检查、用药记录、输血记录、新生儿情况、产妇情况记录、发病危通知单、介入治疗、子宫切除、沟通谈话等10张表单。

产科现场急救同质化是指兴化市孕产妇危急重症救治中心对各助产机构进行培训、演练、推广,各助产机构补充急救相关设施设备,如发生孕产妇危急重症时,依照统一表单,快速启动急救、组队,能根据本单位现有的人员、设备、药品等进行规范化救治,做到快速、便捷、有条不紊,确保救治中心救治人员到达前的有效救治,把握转诊时机,安全转诊。

对照组按常规救治,孕产妇危急重症走绿色通道,采用多学科会诊模式(MDT)及时会诊,按照应急预案及演练流程积极救治等。观察组实施产科现场急救表格化、同质化管理,具体如下:(1)急救人员。急救一线医生及时呼救、汇报,按照表格及时组队,包括经验丰富的急救护士、助产士、麻醉师、妇产科二、三线医生、ICU医生、输血专家和新生儿科医生、产安办主任、后勤人员。当发生孕产妇危急重症时,一线医生及时呼叫当班护士或助产士集中抢救,及时请二、三线医生协助救治,妇产科三线医生负责整个救治的指挥及产科的处理抉择。根据《高危孕产妇管理规范》,及时汇报产安办,由产安办协调抢救人员的调配,及时请麻醉科协助病人的容量和循环的管理,护士密切监测患者生命体征,协助医师检查和抢救。需要大量输血时,产安办领导调配输血科主任现场进行血源调配,确保用血方便、快捷。产科救治完成后患者生命体征不稳或有严重危及生命的并发症,ICU医生全程参与救治,并及时收治。根据表格将各个救治人员呼叫时间及到达时间进行记录,便于救治成败的各个环节的总结。(2)急救基本措施。急救医师无论工作年限、能力如何,按照表格中救治的措施执行,并将落实情况进行记录,包括氧气、静脉、尿管、心电监护、静脉血(血常规、血凝、感染八项、肝肾功能、电解质、血糖、血型)^[4],保暖设备、加压、加温输血设备、床边心电图、床边心脏超声、T组合、吸痰装置、气管插管、脐血采集管、抢救柜、子痫抢救箱、产后出血抢救箱与羊水栓塞抢救箱等。(3)实验室及检查。产科急救过程中往往病情发展快速,特别容易忽视实验室的检验,尤其是产科出血,凝血功能的检验结果出报告的时间较长,可以用血栓弹力图,急救医师按照表格进行相关实验室检验及各项检查,记录抽血时间、出结果时间,一目了然,便于病情评估及复查监测指标的时间。专人记录,追查结果,当病人检验

指标达到预警标准时,应第一时间通知急救医师,保证信息传递的准确性,避免误诊和延误治疗。(4)用药记录。产科危急重症大多靠手术操作救治,用药也比较单一,主要是缩宫、止血药,但有些妊娠合并症及并发症的救治,产科医师用药经验不足,特别是剂量及用法,急救医师根据病情按照表格的药物进行选择,并记录用药时间及用量,便于产科的容量管理,通过表格也能提醒急救医师特殊药物的使用。(5)输血记录。急救医师根据表格,进行输血记录,包括输血时间、输血量及血液制品的成分,通过表格能提醒急救医师根据病情进行相应成分输血的选择。特别是产后大出血的病人,冷沉淀及血小板的使用对病情的控制至关重要。(6)医患沟通。产科风险大,医患纠纷多,在救治过程中医患沟通相当重要,要及时告知患者及家属病情及病情的发展预后等,救治医师忙于抢救,有时沟通不到位,根据表格模板,结合病情进行模板的选择与病人及家属进行有效沟通,避免医患纠纷。

1.3 观察指标

将救治中心制定的一套急救、保障流程,包括急救启动、组队、到达时间、现场救治安排、护理、药品、检验、血源、交通、转运、上级会诊等都按表格式执行,做到快速、便捷、有条不紊。表格专人记录,追查检验结果,通过表格的记录,包括各个时间点的生命体征、出入量、实验室检查结果等,及时进行病情评估,把握转诊时机,安全转诊。兴化市人民医院是全市的孕产妇危急重症救治中心,承担全市各助产机构的人员培训、能力提升职责,根据《江苏省高危孕产妇管理规范》的24项制度要求,通过每月每季对全市所有助产机构进行培训、演练、推广,做到同质化管理,确保救治中心救治人员到达前的有效救治。

选取全市所有的助产机构,根据孕产妇危急重症的发生率、救治成功率、均次费用、并发症的发生率、非计划再次手术率、平均住院日等作为考核指标,分析产科现场急救格式化的推广、培训、演练前后的数据对比。

1.4 统计学分析

借助PEMS 3.2统计学软件,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,检验水准 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 救治成功率、并发症的发生率比较

观察组和对照组两组救治成功率之间差异不具有统计学意义($P>0.05$),并发症的发生率、非计划再次手术率比较两组之间差异也不具有统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 观察组和对照组救治成功率、并发症的发生率比较[例(%)]

组别	救治成功率	并发症发生率	非计划再次手术率
观察组(29例)	29(100.00)	1(3.45)	1(3.45)
对照组(30例)	30(100.00)	1(3.33)	2(6.67)
χ^2 值	1	0.001	0.317
P值	0.317 3	0.981	0.574

2.2 救治费用、平均住院日比较

观察组救治费用明显低于对照组($P<0.05$),观察组平均住院时间明显短于对照组($P<0.05$),见表2。

表2 观察组和对照组救治费用、平均住院日比较

组别	救治费用 ($\bar{x} \pm s$, 元)	平均住院时间 ($\bar{x} \pm s$, 分)
观察组(29例)	15 812.00±745.25	9.45±0.25
对照组(30例)	20 361.88±975.69	11.42±1.15
t值	20.079	9.019
P值	<0.001	<0.001

3 讨论

近年来,随着孕产妇重大疾病类型的逐渐多样化,导致产科重症孕产妇死亡比例也发生一定程度的变化,这就要求急诊人员应具备较强的能力,如果因治疗能力不足导致转诊不及时,很容易错过患者的最佳治疗时间,因此,不仅要加强专业能力的培养,还要培养团队成员的应变能力、风险管理能力等综合能力,有效提高整体治疗水平^[5]。危急重症孕产妇死亡率是衡量一个国家社会经济和文化发展的重要指标,直接反映当地医疗卫生技术水平及救治能力,产科常见的危急重症包括:羊水栓塞、产后出血,失血性休克、子痫、心脏骤停、脐带脱垂、肩难产、胎盘早剥、前置胎盘、HELLP综合征、急性脂肪肝、妊娠合并心脏病、子宫破裂、产科DIC等,高危孕产妇病情复杂,往往涉及多学科的联合治疗^[6]。

近几年我院救治中心根据《江苏省高危孕产妇管理规范》,建立孕产妇危急重症绿色通道^[7],组建MDT,制定各种危急重症应急预案,定期进行培训、演练等,但是由于各助产机构的救治人员诊疗水平有限及设施的不完善,救治流程不流畅,达不到理想的结果^[8]。为了优化流程,关注细节,我院救治中心参考各上级医院的救治方案,制定救治表格,将救治过程表格化,逐渐应用于孕产妇危急重症的临床救治,并在全市各助产机构推广,进行同质化管理,取得了理想的效果。根据江苏省医学情报研究所查新报告:在检索的国内文献范围内,国内见产科现场急救的规范化、程序化管理以及产科急救物品的表格式管理的文献报道,但是在检索范围内,尚未见对基层助产机构进行培训、

演练、推广,实现产科现场急救格式化、同质化管理的文献报道。结论表明,针对产科急危重症患者,建立抢救绿色通道,采取有效的规范化、程序化的急救流程和护理措施,使抢救工作急而有序,是提高抢救成功率的关键^[9]。危重症孕产妇的救治往往是非常紧迫的,院前抢救再到入院后要紧密联系,每次治疗要快速、有效、规范,如何制定合理有效的治疗策略对于改善患者病情、降低孕产妇死亡率至关重要,在一定程度上还可以减轻患者及家庭压力,缩短患者住院时间,加快康复速度^[10]。研究表明,观察组救治费用、住院时间均低于对照组($P<0.05$)。近年来生育率降低,且孕产妇的管理越来越规范化,孕产妇危急重症的发生率下降,该研究病例数减少,抢救成功率、并发症发生率、非计划再次手术率在统计学意义上没有体现。

综上所述,将救治过程表格化,并在全市各助产机构推广,进行同质化管理,在孕产妇危急重症救治中可确保最佳救治时间,缩短救治时间,降低救治费用。

参 考 文 献

- [1] 黄志红.快速反应团队工作模式应用于重症孕产妇救治中的优化管理效果分析[J].中国社区医师,2020,36(10):28-39.
- [2] 钟爱丽,叶琳,樊志勇,等.消化科整合医学模式对急性上消化道大出血救治效果的影响[J].海南医学,2018,29(1):101-103.
- [3] 孟奇,徐娟娟.情景模拟教学在危重孕产妇抢救教学中的作用分析及探索[J].现代医药卫生,2021,37(1):212-214.
- [4] 陈宇航,王佩安.外周动静脉同步换血治疗新生儿高胆红素血症14例[J].中国乡村医药,2017,24(17):20.
- [5] 张红玲.区域性救治体系在危重症孕产妇救治中的应用效果及对应激反应和管理能力的影响研究[J].医学理论与实践,2021,34(21):32-35.
- [6] 张卫娟,任胜男.前瞻性理论引导的零缺陷护理模式在重症颅脑损伤急诊救治中的应用[J].中国医药导报,2021,18(29):4-18.
- [7] 董文玲.盐都区1996—2015年孕产妇死亡情况分析[J].基层医学论坛,2018,22(11):1476-1477.
- [8] 山蕾,彭兰,吴晓,等.孕产妇急救工作小组推荐的分层监护评价系统在重症监护室孕产妇中的应用价值[J].中国当代医药,2022,5(5):4-9.
- [9] 刁冬秀,李玉宇.专职监管下链式转运流程对急危重症孕产妇母婴结局的影响[J].中国当代医药,2021,28(35):118-120.
- [10] 周圆圆.快速康复外科理念在骨科手术围术期护理中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(27):153.

通信作者:周永华(1972-),男,本科,主任医师;研究方向:医院管理。

收稿日期:2023-03-02

修回日期:2023-05-11

(编辑 曹晓芸)