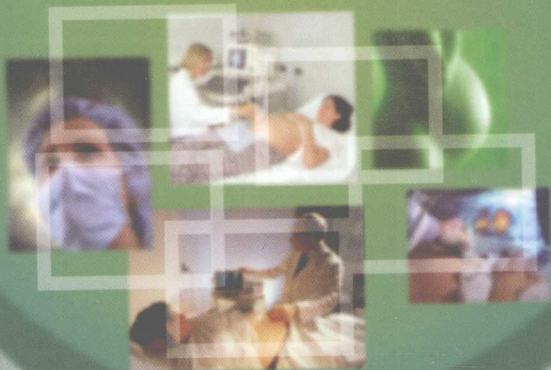


借

主编/王山米 吴久玲

孕产妇危急重症的防治和管理 实用指导手册



中国协和医科大学出版社

孕产妇危急重症的防治和管理 实用指导手册

主 编 王山米 吴久玲
副主编 林晓宁 张建华 杨锡蒂

编写人员 (按姓氏笔画排序)

王山米	王临虹	刘小玲
刘菊莲	但 阳	余友霞
孙宏伟	吴久玲	张凤霞
张建华	张海燕	杨锡蒂
杨拔贤	陈 倩	林晓宁
黄仕芬		

图书在版编目 (CIP) 数据

孕产妇危急重症的防治和管理实用指导手册/王山米, 吴久玲主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2007. 9

ISBN 978 - 7 - 81072 - 944 - 4

I. 孕… II. ①王… ②吴… III. ①妊娠病: 险症 - 防治 - 手册 ②产科病: 险症 - 防治 - 手册 ③妊娠病: 急性病 - 防治 - 手册 ④产科病: 急性病 - 防治 - 手册 IV. R714.059.7 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 112965 号

孕产妇危急重症的防治和管理实用指导手册

主 编: 王山米 吴久玲
责任编辑: 时宇静 严 楠

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 850 × 1168 毫米 1/32 开
印 张: 7.875
字 数: 210 千字
版 次: 2007 年 10 月第一版 2007 年 10 月第一次印刷
印 数: 1—3000
定 价: 16.60 元

ISBN 978 - 7 - 81072 - 944 - 4/R · 937

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

在我国，孕产妇死亡仍然是影响妇女健康的重大问题，尤其是在广大农村和偏远地区，由于孕产期保健服务提供和利用不够，住院分娩率低，安全分娩得不到保证，基本医疗设备和技能差，以致不能对孕产期危险因素、孕产期合并症和并发症做到及时识别、发现、诊断、治疗和抢救，从而延误病情，导致孕产妇和围生期儿死亡率的增加。随着农村住院分娩率大大提高，强调对产科服务质量的改进和对危急重症救治延误的干预就显得十分重要。针对目前农村基层医务人员对孕产妇危急重症的早期识别和抢救能力的不足、产科服务质量亟待提高的现状，我们组织专家编写了《孕产妇危急重症的防治和管理实用指导手册》，目的是提高基层妇产科医务人员对孕产妇危急重症的识别、监测、急救和综合服务管理能力，强化对产科危急重症的规范化管理，增强按照标准的诊疗常规进行临床操作的意识、对危急重症病人风险识别的意识和转诊意识，从而提高危急重症患者的抢救成功率，最大限度地保障孕产妇和围生期儿的生命安全和生存质量。

本书共分五部分：孕产妇危急重症的医疗救治和临床管理原则、症状与管理、操作技能及产科适宜技术、典型病例分析、产科管理相关制度。本书内容简明、扼要、重点突出，便于基层产科医务人员阅读和掌握。

本书在编写过程中参考了世界卫生组织为降低孕产妇、围生期儿死亡率和发病率提出的妊娠分娩的处理策略，借鉴了以往妇幼卫生项目以及部分地区产科质量管理的成功经验，编写形式不同于教科书，不是以疾病为主体，而是从危急重症孕产妇就诊的

常见症状入手，通过体征和辅助检查，做出诊断和鉴别诊断；按照识别关、处理关、转诊关、预防关的顺序进行编写，力求内容具有针对性、实用性和可操作性，有利于提高基层妇产科医务人员横向思维、综合分析和处理疾病的能力。

在此，谨向参与本书编写的各位专家和有关人员表示衷心感谢和敬意。

由于时间仓促，本书的内容和编写难免有不妥之处，请同道们给予批评指正，以便纠正改进。

王山米 吴久玲

二〇〇七年八月

目 录

第一部分	孕产妇危急重症的医疗救治和临床	
	管理原则	(1)
第一章	急重症的初步快速诊断	(1)
第二章	急诊与转诊	(5)
第三章	失血量的评估	(23)
第四章	血及血制品、扩容剂的临床应用	(25)
第五章	抗生素的应用	(31)
第六章	待产、分娩、第四产程的观察与保健	(35)
第七章	危急重症手术的麻醉管理	(44)
第八章	危急重症的观察和护理	(62)
第九章	危重症手术的护理	(69)
第十章	医患沟通技巧及内容	(73)
第二部分	症状与管理	(77)
第一章	猝死	(77)
第二章	休克	(81)
第三章	出血	(87)
第四章	腹痛	(109)
第五章	头痛、视物不清、抽搐、昏迷、血压高	(113)
第六章	分娩期的异常情况	(126)
第三部分	操作技能及产科适宜技术	(146)
第一章	助产技术——接产操作常规	(146)

第二章	缩宫素在产程中的应用	(152)
第三章	会阴阻滞麻醉和侧切术	(159)
第四章	徒手剥离胎盘术	(163)
第五章	宫颈裂伤修补术	(165)
第六章	会阴阴道裂伤修补术	(167)
第七章	宫腔纱条填塞术	(173)
第八章	剖宫产术和剖宫产术中出血处理方法	(175)
第九章	静脉切开术	(180)
第十章	子宫内翻矫正术	(183)
第十一章	成人心肺复苏	(185)
第十二章	新生儿窒息复苏	(190)
第四部分	典型案例分析	(203)
第五部分	产科各项工作制度	(241)
(44)	.....	.....
(52)	.....	.....
(60)	.....	.....
(67)	.....	.....
(77)	.....	.....
(77)	.....	.....
(81)	.....	.....
(87)	.....	.....
(90)	.....	.....
(111)	.....	.....
(120)	.....	.....
(141)	.....	.....
(141)	.....	.....

第一部分

孕产妇危急重症的医疗救治 和临床管理原则

第一章 急重症的初步快速诊断

当育龄妇女（只要有性接触史者）出现异常，必须进行相关疾病的初步快速诊断，并迅速检查，以便及时评估疾病的严重程度（有条件时，应迅速由内科、外科、妇产科等相关科室共同进行疾病的快速初步诊断）。

一、相关疾病的快速初步诊断

（一）相关疾病的快速初步诊断的要点 见表1-1-1。

表1-1-1 孕产妇急重症的快速初步诊断

评估项目	危险指标	考虑诊断
呼吸道及呼吸	望:发绀	心衰
	呼吸困难	肺炎
	查:皮肤苍白	重度贫血
	听:肺哮鸣音或啰音	哮喘
休克的信号	查:皮肤:冷、湿(参考休克节)	
	脉搏:细速 ≥ 110 次/分钟	
	血压:收缩压 < 90 mmHg	
阴道出血 早孕期、中、晚孕期 或产褥期	问:停经史,是否妊娠、妊娠周数	流产、宫外孕
	最后一次分娩胎盘娩出情况	葡萄胎
	查:外阴出血量	胎盘早剥
	腹部:早孕:腹部有无压痛、反跳痛	前置胎盘
	中晚期:有无宫缩、宫体有无压痛	子宫破裂
	产褥期:宫底高度、有无子宫收缩乏力	宫缩乏力
	压痛,膀胱胀否	胎盘残留
	产道有无裂伤,胎盘完整否	产道损伤
	有条件可行B超辅助诊断	子宫内翻
	孕晚期阴道出血不应轻易做阴道检查	
神志不清或抽搐	问:是否妊娠,及妊娠周数	子痫
	查:血压:舒张压 ≥ 90 mmHg	癫痫
	体温: $\geq 38^{\circ}\text{C}$	破伤风
	有无异常神经反射	脑血管意外

续 表

评估项目	危险指标	考虑诊断
高热	问:发生在流产后,妊娠期还是产后是否无力、有无尿频、尿急、尿痛	妊娠合并生殖系统感染 流产并发症 泌尿系统感染
	查:体温: $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 浅表呼吸,神志不清,颈强直	
	肺:听诊有实变	肺炎
	腹:压痛,肌紧张	产褥感染
	外阴:有脓性分泌物	
	阴道检查:宫底宫旁有压痛	
	乳房:红、肿、胀	乳腺炎
	肾区:妊娠期有叩痛	妊娠期急性肾盂肾炎
	查血、尿常规辅助诊断	肾炎
	腹部疼痛可发生在早孕、中晚孕、产后	问:是否妊娠,妊娠周数	异位妊娠
查:血压:收缩压 $< 90\text{mmHg}$ 脉搏: > 110 次/分钟 体温: $\geq 38^{\circ}\text{C}$		晚期流产 卵巢囊肿 阑尾炎,附件炎
子宫:软硬度、大小		足月或早产临产
腹部:疼痛部位		羊膜炎
有无压痛、反跳痛、肌紧张		胎盘早剥
有无肿物		
妊娠子宫有无宫缩、宫体压痛		子宫破裂
产后子宫、宫旁有无压痛		产褥感染
有条件可行 B 超辅助诊断		

注:以上所列疾病不能包括全部妊娠或产褥期疾病;以上是孕产妇死亡率及患病率增高的主要危险因素。

(二) 对以下症状的妇女也应重视，并作适当处理

1. 胎膜早破
2. 面色苍白、无力
3. 虚脱
4. 严重头痛
5. 视物不清
6. 呕吐
7. 出血倾向
8. 全身水肿

二、快速初步判断程序的实施

为了保证在危重急症患者就诊时，或出现危重急症症状时，能够在第一时间内做出快速初步判断反应，应做到以下几点：

(一) 对全体医务人员进行培训，以便在处理产科急诊、妊娠并发症或医院确诊后需转诊时，能够及时发出求助警报（主要是对呼吸、循环、神志、出血、腹痛、高热等主要症状的观察）。

(二) 所有临床、急救设备均应处于功能状态（每日检查，记录在册）；急救物品做到随时可及、随时可用；确保所有通道通畅（门、柜的钥匙放在明显部位，人人皆知）。

(三) 所有医务人员经过培训，能使用这些器械；各种设备、仪器上均应附有使用说明步骤，便于操作应用。

(四) 院内应设有抢救小组，人员公示；备有通讯方式，分别存放在候诊室、急诊室、产房、手术室；所有医务人员做到招之即来，来之能战。

(五) 候诊室、急诊室或产房应有急诊、会诊抢救流程。

(六) 利用继续教育课堂，每年定期进行危急重症的抢救演练，并结合本院抢救的实际病例，不断总结经验教训，尽快提高快速判断和处理的能力。

第二章 急诊与转诊

第一节 急诊

降低孕产妇及围生期儿死亡率有赖于完善有效的管理和保健，但危重急症不可能完全避免。建立完善的急救机制和组织、培训精湛的急救技能和及时有效的转诊是保证母婴安全的最重要的措施。

一、建立急救组织

在一个地区的卫生行政部门应成立由卫生局分管局长任组长的“孕产妇急救领导小组”，并根据本地实际情况，组织专家评议，确定当地的“危重孕产妇急救中心”和“孕产妇急救专家组”。产科急救中心和孕产妇急救专家组的组长应由所在医疗保健机构负责人担任，专家组成员由本地区妇产科、儿科、内科、外科、急诊科、麻醉科、检验科、妇幼保健等方面的专家组成。各级助产机构成立“产科急救小组”。根据辖区范围和实际需要建立各级助产技术服务机构与急救中心的急救转诊网络，并保持经常性的密切联系，保证急救通道畅通无阻。孕产妇急救领导小组要制定转会诊制度，并监督落实。专家组负责指导和参与孕产妇急救和相关急救技术的定期培训。

由县级卫生行政部门向社会公布“危重孕产妇急救中心”的名单和联系方式。

成立县级急救中心，医院成立急救小组。

二、急救组织职能

(一) 急救中心的职能

1. 建立健全的产科急救小组 急救小组由业务院长、医务科科长以及妇产科、麻醉科、检验科、内外科、儿科、心电图、B超、放射科、后勤等相关科室的科主任或业务骨干组成。组长由业务院长担任，急救小组承担现场抢救及转运任务。急救小组成员分工明确，及时到位，技术精湛，熟悉业务。

2. 建立妇产科危急重症管理制度及孕产妇急救小组工作制度 包括对全县的孕产妇危急重症管理、急救转会诊、重症监护、新生儿窒息复苏、产科儿科合作、危急重症及死亡病例讨论、急救药品管理、危重病人抢救报告、抢救用药管理、接受转诊和反馈转诊病人情况等工作。

3. 定期评估急救处理能力 包括全地区急救网络的运转；急救设备、药品、血源的完好、充足，是否随时处于功能状态；本中心各部门协调及诊断准确，能否及时成功救治孕产妇及围生期儿。

4. 建立各种严重产科并发症的急救程序及规范，并培训到基层，提高全地区处理危重症的水平。

5. 建立基础信息登记 设立孕产妇危急重症接诊及出诊登记本、孕产妇危急重症抢救登记本、转运与反馈登记本、院内危急重症及死亡病例讨论记录本、业务培训登记本。

6. 参加孕产妇死亡、围生期儿死亡及产科严重并发症病例讨论，总结转、接诊中成功的经验及存在问题。

7. 承担本地区的出诊任务，24小时随时保持功能状态，并及时将信息反馈到转诊单位。

8. 向社会公布急救中心和转诊网络等相关信息。

(二) 各级助产机构急救组织职能

1. 成立产科抢救小组 抢救小组由分管院长、医务科长、妇产科主任以及院内相关科室人员共同组成（名单及通讯方式应在医务科、急诊室、产房、手术室备案，并可随时查询）。发现危重症应立即通知到场。抢救小组成员有明确分工，在抢救过

程中各负其责，不得拖延。

2. 快速评估，及时处理，准确呼救。
3. 急救药品、设备、车辆随时处于功能状态。
4. 做好急诊过程中各种记录，保存好使用过的药品的包装和一次性用品。
5. 及时与家属进行沟通，给病人及家属以心理支持。
6. 急诊医生必须了解临床情况、诊断及治疗、急救药物及使用方法、副作用、急救器械及其功能。
7. 邀请妇幼保健院医生参加本院急救讨论，总结经验、教训，并作好讨论记录。
8. 在转诊过程中，陪同并给予转诊前和转诊途中的处理。

(三) 县级保健机构在急救转诊中的职能

1. 妇幼保健机构负责全县孕产妇保健管理和信息管理，同时负责全县急救转诊网络的协调和管理的工作，定期到各接产单位了解产科急救工作运行情况，及时发现急救转诊工作中存在的问题，并向孕产妇急救领导小组报告。

2. 组织对全县相关医务人员的急救培训。

三、院内急救管理

急诊往往以发热、腹痛、阴道出血、呼吸困难等症状就诊，应该在内、外科医生的配合下进行快速鉴别，初步诊断，将产科的急诊识别出来，积极处理，防止发展到危重程度。

(一) 识别高危孕产妇的产科相关急诊 产科工作人员，甚至院内的其他医护人员、职员、电话值班员、门房值班员、电梯工等都应对高危及急诊有基本认识，能以警觉的态度及早发现这些迹象。

如孕产妇出现下列症状应视为急诊：

1. 呼吸困难（心肺疾患）
2. 虚弱、脉快、肤冷（休克）
3. 妊娠各期及产后的异常出血（产前或产后出血）

4. 抽搐或昏迷（子痫、脑病）
5. 视力模糊、眼冒金星、头痛（妊娠高血压疾病、子痫前期）
6. 持续腹痛（急腹症、胎盘早剥）
7. 高热（感染）
8. 面色苍白、头晕、无力（重度贫血）

急诊孕产妇不必等候，应立即得到诊治。

（二）对急诊的快速反应 当发生急诊时，成功的抢救取决于及时有效的处理和各个环节的协调配合。

1. 所有的工作人员及临床、急诊设备均处于良好的功能状态（每日检查），所有工作人员都经过培训，能使用这些器械。应有各种仪器使用说明及步骤，以便急救时了解其如何使用。

2. 确保急救场所所有通道畅通（关闭的门有相应钥匙）。

3. 医院应配备相应的急救药品，产科病房和产房都应有急救车（柜），并有齐备的急救药品和器械，能保证急救处理过程中被快速获取和使用。

4. 对转诊、接诊的危重孕产妇经初步判断后，直接送入ICU（不需手术的）或手术室（需急诊手术的），实验室检查和特殊检查应由检查人员快速赶到病人身边，减少在检查过程中的延误。

5. 巡诊护士或产科门诊医生应该清楚地了解候诊孕妇病情的轻重缓急，并应优先安排危、急、重的患者就诊。

6. 急诊病人在转诊前应作初步处理，同时及时呼救，并应该实行转诊一步到位，避免逐层上转造成的时间延误。

7. 病情危急的病人无法上转时应立即呼救，请上级会诊，参与抢救，并提供明确的需要协助抢救的物品、药品、甚至血源等，呼救时做好记录，同时组织、安排好院内的抢救协调工作。

（三）急诊的初步处理 处理任何急诊的最初步骤包括：

1. 让患者平静，医务人员的思考要有逻辑，关注患者的需要。

2. 要时刻有人关照患者。

3. 专人负责，以免造成混乱。

4. 呼救：医生在发现急诊病人需有其他医务人员协助准备好急救设备及供应（氧气筒、急救箱等）时，应及时呼救，并请相关科室会诊，确诊后分科处理。

5. 如患者昏迷则评估其呼吸道是否通畅，呼吸及循环状况。

6. 如已经表现为休克，则即刻进行抢救（保持呼吸道通畅、建立静脉通道等）；如怀疑休克，应立即治疗；如目前还没有出现休克的表现，但在进一步检查处理过程中，有可能发展成为休克，应立即做好休克的预防工作。

7. 将患者左侧卧位，下肢抬高，解开衣服。

8. 与患者交谈，帮助她平静下来，并询问有什么症状及疾病的发生过程。

9. 在与患者交谈，安顿患者的同时，尽快进行快速检查，包括生命体征（血压、脉搏、呼吸、体温）、皮肤颜色、估计失血量、评估症状及体征等。

10. 紧急转诊到上级医院。

11. 转诊前完成所有紧急治疗。

（四）院内急救组织的管理

1. 人员配备 抢救组人员应包括：

（1）医院领导（组织院内的抢救，进行院内科室间的协调）、后勤领导（负责交通保障、取血、接送抢救人员、转送病人、抢救所需物品的供应）。

（2）妇产科主任（负责具体抢救的组织工作）。

（3）药房人员（保证抢救药品供应）。

（4）检验人员（负责实验室检查）。

（5）手术室麻醉人员（负责麻醉选择、气管插管、心肺复

苏)。

(6) 内科医生 (负责心电图、心肺功能监测, 负责相关的内科疾病的鉴别和诊治)。

(7) 外科医生 (负责静脉切开、锁骨下静脉穿刺及相关的外科疾病的鉴别和诊治)。

(8) 放射科医生 (做床旁 X 线胸片、CT 等)。

2. 现场抢救人员的组织分工

(1) 总指挥: 多由产科主任担任。

(2) 行动组: 实施抢救的医生、护士执行主任下达的抢救措施。

(3) 监测组: 记录人员——护士: 如实、及时做好抢救记录 (病情、用药、抢救会诊等)。

记录人员——医生: 定时监测病情, 做辅助检查, 向总指挥汇报病情, 间断记录病程。

3. 急救小组人员知识技能 掌握必要的知识技能是保证救治成功的基础, 因此对急救小组人员要进行专业知识技能的培训。

(1) 基础理论: 熟练掌握高危妊娠的基础理论, 重点掌握妊娠及分娩并发症、合并症及新生儿急救的基础理论。

(2) 基本知识: 重点掌握高危孕产妇的识别及危急重症的抢救知识, 抢救药物的药理及药物代谢动力学等基本知识。

(3) 基本技能: 掌握危重孕产妇急救的基本技能, 具有识别和处理异常分娩的能力, 掌握静脉穿刺切开技术, 心肺脑复苏技能, 各种监护技术及其结果的识别, 合理的输血、输液, 抢救药物合理使用, 新生儿窒息复苏技能, 转运途中的抢救及监护技能。

(五) 急救药品和器械的管理

1. 在产科门诊、产科病房、产房、产科手术室都应设急救柜和急救车。