

临床急救治系列丛书

临床 急救治

妇儿分册

主编 窦洪涛 马立吉 李 良

LINCHUANG YINGJI JIUZHI
FUER FENCE



军事医学科学出版社

内容提要

本书对妇儿临床工作中常见的急危重症病人的应急处理进行了系统阐述。全书共分两篇,详细论述了妇产科和儿科常见急重症的应急处理,护理介入,医疗转运,医患交流,转运中的病情监护和预后评估。具有新颖性、系统性和实用性。适合临床一线的妇产科和儿科医护人员使用或参考。

图书在版编目(CIP)数据

临床应急救治. 妇儿分册/窦洪涛,马立吉,李良主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2009.9

ISBN 978-7-80245-140-7

I. 临… II. ①窦… ②马… ③李… III. ①妇产科病:急性病-急救 ②妇产科病:险症-急救 ③小儿疾病:急性病-急救 ④小儿疾病:险症-急救 IV. R459.7

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 167469 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,81858195

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmsp.cn>

印 装:三河佳星印装有限公司

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:14.125

字 数:343 千字

版 次:2009 年 10 月第 1 版

印 次:2009 年 10 月第 1 次

定 价:29.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

《临床急救治——妇儿分册》编委会

主 编 窦洪涛 马立吉 李 良

副主编 周宣秀 周荣国 马爱荣 路 明

姚运德 王 涛 张宝华 刘云凤

编 委 (以姓氏笔画为序)

丁玉梅 丁霄雁 于小辉 马立吉

马爱荣 王 涛 王艳霞 付海波

刘 芳 刘云凤 刘艳华 李 良

张 红 张 勇 张文霞 张宝华

张晓鹏 张清华 周荣国 周宣秀

赵 允 姚运德 耿 慧 彭向丽

路 明 窦洪涛

主 审 李忠泰 潘秉章

《妇产科》作者简介

窦洪涛 淄博市中心医院妇产科主任,副主任医师,滨州医学院兼职副教授,从事妇产科临床医疗工作20多年。山东省抗癌协会妇科肿瘤学会常务委员,山东省医学会围产学会委员,淄博市妇产科学会第一副主任委员,淄博市医疗事故鉴定委员会委员。近年来主编专业书籍1部,发表论文10余篇,参与完成科研项目3项,均达到国内领先水平,获淄博市科技进步三等奖1项,国家实用新型专利1项。

张新朴 贾群玉 王 王 荣受

身 李 李群欣 风天欣 荣 欣

李宝琳 贾文琳 贾 琳 王 琳

李宜周 周荣周 李春琳 魏琳琳

丽向莲 魏 琳 魏琳琳 李 琳

李琳琳 魏 琳

章秉德 秦思平 审 主

前 言

妇产科是专门研究妇女特有的生理和病理的一门学科,一般分为产科学和妇科学两大部分。产科学专门研究妊娠女性有关的生理和病理的变化及诊治,包括妊娠、分娩和产褥三个时期。妇科学专门研究女性在非妊娠期生殖系统的生理和病理变化及疾病诊治。应急(contingency)是针对可能或已经发生的意外事件或危险进行评估,采取迅速、有效、有序的应对行动的全过程。临床应急指临床医学对所面临的危及生命健康的危险(本书内容主要指疾病危险)所采取的非常态的紧急医疗应对过程。其紧急医疗行为可能在医院进行,也可能在医院外任何地点进行。妇产科临床应急的内容主要是高危妊娠的应急处理。高危是从英文 high risk 两字译来,高危妊娠是指在出现一个或多个高危因素或指标时孕产妇或胎儿、新生儿发生不良后果的概率增加超过一般孕产妇的基础风险。由于高危妊娠是导致母婴死亡的主要原因,而且某些重症高危妊娠病情变化突然,发展凶猛,如不采取及时、果断、正确的处理措施,必将导致严重的不良后果,危及母婴生命,这也是产科医患纠纷居高不下的原因之一,本书就常见的产科急症和妇科急症的临床诊断、应急处理、病情评估、医疗转运及预后并结合作者的临床经验进行综合阐述。本书第二部分为儿科临床应急救治章节。儿科病人危急重症多,临床应急救治显得尤为重要。本章节精选了各个系统常见的儿童危急重症,简要叙述了各个疾病的诊断要点,重点介绍了临床应急救治措施及病情观察与监护,对从事儿科临床工作者有一定参考价值。另外,还将近年来严重危害儿童生命的肠道病毒 71 型感染手足口病的救治进行了详细阐述,使本部分具有新颖实用的特点。书中的不妥之处望同道给予批评指正,将表示诚挚的谢意。

编者

目 录

第一篇 妇产科急救救治部分

第一章 产科急症	(3)
第一节 妊娠期高血压疾病	(3)
第二节 胎儿宫内窘迫	(12)
第三节 产前出血	(16)
第四节 子宫破裂	(30)
第五节 急产	(35)
第六节 脐带脱垂	(36)
第七节 产后出血	(37)
第二章 妊娠合并内外科急症	(45)
第一节 妊娠合并心脏病	(45)
第二节 妊娠合并糖尿病	(48)
第三节 妊娠合并肝炎	(59)
第四节 妊娠合并甲状腺功能亢进	(63)
第五节 妊娠合并特发性血小板减少性紫癜	(67)
第六节 妊娠合并急性胰腺炎	(70)
第七节 妊娠合并急性胆囊炎和胆石症	(73)
第八节 妊娠合并急性阑尾炎	(75)
第九节 妊娠合并肠梗阻	(77)
第三章 妇科急症	(80)
第一节 异位妊娠	(80)
第二节 卵巢囊肿破裂和扭转	(85)
第三节 女性生殖器官损伤	(88)

第二篇 儿科急救治部分

第四章 新生儿急症	(93)
第一节 危重新生儿转运	(93)
第二节 新生儿窒息与复苏	(99)
第三节 新生儿呼吸窘迫综合征	(104)
第四节 新生儿呼吸暂停	(107)
第五节 新生儿缺氧缺血性脑病	(110)
第六节 新生儿惊厥	(114)
第七节 新生儿休克	(120)
第八节 新生儿坏死性小肠结肠炎	(126)
第九节 新生儿持续肺动脉高压症	(129)
第十节 新生儿肺出血	(133)
第五章 呼吸系统急症	(136)
第一节 急性上呼吸道梗阻	(136)
第二节 重症肺炎	(139)
第三节 支气管哮喘	(144)
第四节 哮喘持续状态	(157)
第六章 心血管系统急症	(163)
第一节 病毒性心肌炎	(163)
第二节 青紫型先天性心脏病缺氧发作的紧急处理	(168)
第三节 心力衰竭	(170)
第七章 神经系统急症	(182)
第一节 昏迷	(182)
第二节 癫痫持续状态	(186)
第八章 其他系统急症	(194)
第一节 小儿重症肠道病毒 71 感染	(194)
第二节 中毒型痢疾	(197)
第三节 药物过敏	(203)
第四节 急性中毒	(205)

第一篇

妇产科急救救治部分

第一章 产科急症

第一节 妊娠期高血压疾病

【概述】

妊娠期高血压疾病是妊娠期特有的疾病,该病严重影响母婴健康,是孕产妇和围生儿发病率和死亡率的主要原因。多数病例在妊娠期出现一过性高血压、蛋白尿等症状,在分娩后即随之消失。

妊娠可以使血压正常的妇女发生高血压,也可以加重已存在的高血压。妊娠期高血压的发生非常常见,是产科最常见的合并症。据统计,全世界每年因子痫而死亡的妇女约5万,根据我国对30个省、自治区、直辖市1989~1991年的监测资料分析,妊娠期高血压疾病造成的孕产妇死亡率为7.7/10万,占死亡总数的10%,是造成孕产妇死亡的第二大原因。

流行病学发现初产妇、年龄小于18岁或大于40岁、多胎妊娠、妊娠期高血压病史及家族史、慢性高血压、慢性肾炎、抗磷脂综合征、糖尿病、血管紧张素基因T235阳性、营养不良、低社会经济状况等因素是导致妊娠期高血压的高危因素。

其病因包括免疫学说、胎盘或滋养叶细胞缺血学说、遗传学说、血管活性物质学说、血管内皮损伤学说及钙平衡失调学说等几大学说。

基本病理生理变化是全身小血管痉挛,全身各系统、各脏器灌流减少,对母儿造成危害,甚至导致母儿死亡。大脑病变为脑血管痉挛、通透性增加,脑水肿、充血,贫血、血栓形成及出血等。肾脏病变为肾小球扩张20%,内皮细胞肿胀,纤维素沉积于内皮细胞下或肾小球间质;血浆蛋白自肾小球漏出形成蛋白尿,蛋白尿的多少标志着妊娠期高血压疾病的严重程度;由于血管痉挛,肾血流量及肾小球滤过率下降,导致血浆尿酸浓度升高,血浆肌酐上升为正常值的2倍。肝脏病变为子痫前期可出现肝功能异常,各种转氨酶水平升高。心血管系统病变表现为血管痉挛,血压升高,外周阻力增加,心肌收缩力和射血阻力增加,心输出量明显减少,心血管系统处于低排高阻状态,心室功能处于高动力状态;加之内皮细胞活化使血管通透性增加,血管内液进入细胞间质,导致心肌缺血、间质水肿、心肌点状出血或坏死、肺水肿,严重时导致心力衰竭。血液系统由于全身小动脉痉挛,血管壁渗透性增加,血液浓缩,常伴有一定量的凝血因子缺乏或变异所致的高凝血状态。子宫胎盘血流灌注,绒毛浅着床及血管痉挛导致胎盘灌流下降,若胎盘床血管破裂可致胎盘早剥,严重时母儿死亡。

【诊断与鉴别诊断】

一、分类与临床特点

分类	临 床 表 现
妊娠期高血压	BP $\geq$ 140/90 mmHg, 妊娠期首次出现, 并于产后 12 周恢复正常;尿蛋白(-)性;患者可伴有上腹部不适或血小板减少, 产后方可确诊
子痫前期	
轻度	BP $\geq$ 140/90 mmHg, 孕 20 周以后出现;尿蛋白 $\geq$ 300 mg/24h 或(+)。可伴有上腹不适、头痛等症状
重度	BP $\geq$ 160/110 mmHg;尿蛋白 $\geq$ 2.0 g/24 h 或(+ +);血肌酐 $>$ 106 μ mol/L;血小板 $<$ 100 $\times 10^{12}$ /L, 微血管病性溶血(血 LDH 升高);血清 ALT 或 AST 升高;持续性头痛或其他脑神经或视觉障碍;持续性上腹不适
子痫	子痫前期孕妇抽搐不能用其他原因解释
慢性高血压并发子痫前期	高血压孕妇妊娠 20 周以前无尿蛋白, 若出现尿蛋白 $\geq$ 300 mg/24 h, 高血压孕妇孕 20 周前突然尿蛋白增加, 血压进一步升高或血小板 $<$ 100 $\times 10^{12}$ /L
妊娠合并慢性高血压	BP $\geq$ 140/90 mmHg, 孕前期或孕 20 周后首次诊断高血压并持续到产后 12 周后

二、诊断

根据病史、临床表现、体征及辅助检查即可作出诊断, 同时应注意有无并发症及凝血机制障碍。

(一) 病史

详细询问患者于妊娠前及妊娠 20 周前有无高血压、蛋白尿等征象, 既往病史中有无慢性高血压、慢性肾炎和糖尿病等, 有无异常家族史, 此次妊娠经过, 出现异常症状的时间, 病情的发展过程等。

(二) 临床表现

1. 高血压 高血压的定义是持续血压升高至收缩压 $\geq$ 140 mmHg 或舒张压 $\geq$ 90 mmHg, 血压升高至少应出现两次以上, 间隔 $\geq$ 6 小时。慢性高血压并发子痫前期可在妊娠 20 周后血压持续上升。

2. 尿蛋白 尿蛋白的定义是在 24 小时内尿液中的蛋白含量 $\geq$ 300 mg 或在至少相隔 6 小时的两次随机尿液检查中尿蛋白浓度为 0.1 g/L(定性 +), 其准确率达 92%。应留取 24 小时尿作定量检查, 也可取中段尿测定, 避免阴道分泌物污染尿液, 造成误诊。

3. 水肿 体重异常增加是许多患者的首发症状, 孕妇体重突然增加 $\geq$ 0.9 kg/周, 或 $\geq$ 2.7 kg/月是子痫前期的信号。本病患者水肿的特点是自踝部逐渐向上延伸的凹陷性水肿, 经休息后不缓解。水肿局限于踝以下为 + , 延及大腿为 + + , 延及外阴及腹部为 + + + , 全身水肿或伴有腹水为 + + + + 。

(三) 辅助检查

1. 血液检查 包括全血细胞计数、血红蛋白含量、血细胞比容、血黏度、凝血功能,根据病情轻重可反复检查。

2. 肝、肾功能测定 肝细胞功能受损可致 ALT、AST 升高。患者可出现白蛋白缺乏为主的低蛋白血症,白/球蛋白比值倒置。肾功能受损时,血清肌酐、尿素氮、尿酸升高,肌酐升高与病情严重程度相平行。尿酸在慢性高血压患者中升高不明显,因此可用于本病与慢性高血压的鉴别诊断。重度子痫前期与子痫应测定电解质与二氧化碳结合力,以便早期发现酸中毒并纠正。

3. 尿液检查 应测尿比重、尿常规,当尿比重 ≥ 1.020 时说明尿液浓缩,尿蛋白(+)时,尿蛋白含量 $300\text{ mg}/24\text{ h}$;当尿蛋白(++++)时尿蛋白含量 $5\text{ g}/24\text{ h}$ 。尿蛋白检查对于重度妊娠期高血压疾病患者应每2日进行一次。

4. 眼底检查 视网膜小动脉的痉挛程度可以反映全身小血管痉挛的程度,亦可反映本病的严重程度。通常眼底检查可见视网膜小动脉痉挛,视网膜水肿,絮状渗出或出血,严重时可发生视网膜脱离。患者可出现视力模糊或失明。

5. 其他 心电图、超声心动图、胎盘功能、胎儿成熟度检查、脑血流图检查等,视病情而定。

三、鉴别诊断

1. 妊娠期高血压疾病主要与妊娠合并慢性肾炎、高血压相鉴别。妊娠合并慢性肾炎常有肾炎病史,收缩压常可超过 200 mmHg ,蛋白尿多为+++~++++,管型尿较多,肾功能显著减退,产后较难恢复或继续加重。妊娠合并慢性高血压既往有高血压病史,多见于年龄较大经产妇,无或轻度水肿,血压高达 $200/100\text{ mmHg}$ 或以上,尿蛋白-~+,产后血压继续不变。

2. 妊娠期高血压疾病子痫应与癫痫、脑炎、脑肿瘤、脑血管畸形破裂出血、糖尿病高渗性昏迷、低血糖昏迷等相鉴别。

【应急措施】

一、治疗原则

1. 总的治疗目的 防止子痫等并发症的发生、保证母婴健康、降低围生儿死亡率。

2. 具体处治原则 加强孕期保健,及早发现和诊断,重症者积极解痉降压,适时终止妊娠,减少母婴并发症。

二、妊娠期高血压

(一) 休息

保证充足的睡眠,取左侧卧位,休息不少于10小时。

(二) 镇静

一般不需要药物治疗,对于精神紧张、焦虑或睡眠欠佳者可给予镇静剂。

(三) 密切监护母儿状态

应询问孕妇是否出现头痛、视力改变、上腹不适等症状。

(四) 间断吸氧

可增加血氧含量,改善全身主要脏器和胎盘的血供。

(五) 饮食

应包括充足的蛋白质、热量,不限盐和液体,但对于全身水肿者应适时限制盐的摄入。

三、子痫前期

(一) 休息

同妊娠期高血压。

(二) 镇静

适时镇静可消除患者的焦虑和精神紧张,达到降低血压,缓解症状及预防子痫发作的作用。

(三) 解痉

首选药物为硫酸镁。

1. 用药指征 控制子痫抽搐及防止再抽搐;预防重度子痫前期发展成为子痫;子痫前期临产前用药预防抽搐。

2. 用药方法 首次负荷剂量 25% 硫酸镁 20 ml + 10% 葡萄糖注射液 20 ml,静脉注入,5 ~ 10 分钟推完;然后 25% 硫酸镁 60 ml + 5% 葡萄糖注射液 500 ml 静脉滴注,滴速为 1 ~ 2 g/h。根据血压情况,决定是否加用肌内注射,用法为 25% 硫酸镁 20 ml 加 2% 利多卡因 2 ml,臀部深部肌内注射。

3. 注意事项 因硫酸镁毒性剂量与治疗量接近且毒性反应严重,用药时要注意以下事项:定期检查膝腱反射是否减弱或消失;呼吸要大于 16 次/min;尿量大于 25 ml/h;一旦出现中毒反应,立即静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 10 ml;肾功能不全时要减量或停用硫酸镁;产后 24 ~ 48 小时停药。

(四) 降压

降压的目的是为了延长孕周或改变围生期结局。对于血压 $\geq 160/110$ mmHg,或舒张压 ≥ 110 mmHg,平均动脉压 ≥ 140 mmHg 者,以及原发性高血压、妊娠前高血压已用降压药者,须应用降压药物。降压药物选择的原则:对胎儿无毒副作用,不影响心每搏输出量、肾血浆流量及子宫胎盘灌注量,不致血压急剧下降或下降过低。一般用药多为肼屈嗪、拉贝洛尔、硝苯地平、尼莫地平、甲基多巴、硝普钠。

(五) 扩容

一般不主张应用扩容剂,仅用于严重的低蛋白血症、贫血,可选用人血白蛋白、血浆、全血等。

(六) 利尿

一般不主张应用,仅用于全身性水肿、急性心力衰竭、肺水肿、血容量过多且伴有潜在性肺水肿者。

(七) 适时终止妊娠

指征如下:

1. 子痫前期患者经积极治疗 24 ~ 48 小时仍无明显好转者;
2. 子痫前期患者孕周已超过 34 周;

3. 子痫前期患者孕龄不足 34 周, 胎盘功能减退, 胎儿已成熟者;
4. 子痫前期患者孕龄不足 34 周, 胎盘功能减退, 胎儿尚未成熟者, 可用地塞米松促胎肺成熟后终止妊娠;
5. 子痫控制后 2 小时可考虑终止妊娠。

四、子痫的处理

子痫是妊娠期高血压疾病最严重的阶段, 是妊娠期高血压疾病所致母儿死亡的最主要原因, 应积极处理。

处理原则: 控制抽搐, 纠正缺氧和酸中毒, 控制血压, 抽搐控制后终止妊娠。

1. 控制抽搐。

(1) 镇静: 地西泮 10 mg + 10% 葡萄糖注射液 10 ml 静脉缓慢注射, 也可加用氯丙嗪半量肌肉注射。

(2) 解痉: 25% 硫酸镁 20 ml + 25% 葡萄糖液 20 ml 静脉缓慢注射, 然后继续用硫酸镁静脉滴注。

(3) 降低颅内压: 20% 甘露醇 250 ml 快速静脉滴注, 有心衰、肺水肿时不用, 改用呋塞米 40 mg 静推, 并迅速洋地黄化。

2. 血压过高时给予降压药。

3. 纠正缺氧和酸中毒。面罩吸氧, 根据二氧化碳结合力给予适量的 4% 碳酸氢钠纠正酸中毒。

4. 应用广谱抗生素预防感染。

【护理介入】

一、一般护理

1. 保持病室安静, 避免各种声光刺激, 若为重度子痫前期患者, 还应准备下列物品: 呼叫器、床挡、急救车、吸引器、氧气、开口器、产包, 以及急救药品, 如硫酸镁、葡萄糖酸钙等。

2. 每 4 小时测一次血压, 并随时观察和询问孕妇有无头昏、头痛、目眩等自觉症状出现。

3. 注意胎动、胎心以及子宫敏感性有无改变。

4. 重度子痫前期患者应根据病情需要, 适当限制食盐摄入量(每天少于 3 g), 每天或隔天测体重, 保留尿管, 每天记录液体出入量、测尿蛋白, 必要时测 24 小时蛋白定量, 查肝肾功能、二氧化碳结合力等项目。

二、用药护理

硫酸镁是目前治疗妊娠期高血压疾病的首选解痉药物, 但是硫酸镁的治疗浓度和中毒浓度相近, 因此在进行硫酸镁治疗时应严密观察其毒性作用, 并认真控制硫酸镁的入量。硫酸镁过量会使呼吸及心肌收缩功能受到抑制, 危及生命。中毒首先表现为膝反射消失, 随着血镁浓度的增加可出现全身肌张力减退及呼吸抑制、复视、语言不清, 严重者可出现呼吸肌麻痹, 甚至呼吸、心跳停止。因此, 在用药过程中除评估孕妇的血压外, 还应检测以下指标: ①膝腱反射必须存在; ②呼吸不少于 16 次/min; ③尿量每 24 小时不少于 600 ml, 或每小时不少于 25 ml。随

时准备好 10% 的葡萄糖钙注射液,以便出现毒性作用时及时予以解毒。

三、子痫患者的护理介入

1. 协助医生控制抽搐 患者一旦发生抽搐,应尽快控制。

2. 专人护理,防止受伤 在子痫发生后,首先应保持患者的呼吸道通畅,并立即给氧,用开口器或于上下磨牙间放一缠好纱布的压舌板,用舌钳固定舌头以防咬伤唇舌或致舌后坠。使患者取头低侧卧位,以防黏液吸入呼吸道或舌头阻塞呼吸道,也可避免发生低血压综合征。必要时,用吸引器吸出喉部黏液或呕吐物,以免窒息。在患者昏迷或未完全清醒时,禁止给予一切饮食和口服药,防止误入呼吸道而致吸入性肺炎。

3. 减少刺激,以免诱发抽搐 患者应安置于单人暗室,保持绝对安静,以避免声、光刺激;一切治疗活动和护理操作尽量轻柔且相对集中,避免干扰患者。

4. 严密监护 密切注意血压、脉搏、呼吸、体温及尿量(留置尿管),记录出入量。及时进行必要的血、尿化验和特殊检查,及早发现脑出血、肺水肿、急性肾功能衰竭等并发症。

5. 为终止妊娠做好准备 子痫发作者往往在发作后自然临产,应严密观察,及时发现产兆,并作好母儿抢救准备。

四、产时及产后护理

妊娠期高血压疾病孕妇的分娩方式应根据母儿的情形而定。若决定经阴道分娩,在第一产程中,应密切监测患者的血压、脉搏、尿量、胎心、子宫收缩情况以及有无自觉症状;血压升高时应及时与医师联系。在第二产程中,应尽量缩短产程,避免产妇过度用力,初产妇可行会阴侧切并用产钳或胎吸助产。在第三产程中,必须预防产后出血,在胎儿娩出前肩后应立即静推缩宫素(禁用麦角新碱),及时娩出胎盘并按摩宫底,观察血压变化,重视患者的主诉。病情较重者于分娩开始即需开放静脉。胎儿娩出后测血压,病情稳定者方可送回病房。产后 24 小时至 5 天内仍有发生子痫的可能,故不可放松治疗及护理观察。

妊娠期高血压疾病孕妇在产褥期仍需继续监测血压,产后 48 小时内应每 4 小时观察一次血压。即使产前未发生抽搐,产后 48 小时亦有发生的可能,故产后 48 小时内仍应继续硫酸镁的治疗。使用大量硫酸镁的孕妇,产后易发生子宫收缩乏力,恶露较常人多,因此应严密观察子宫复旧情况,严防产后出血。

五、心理护理

妊娠期高血压疾病孕妇会产生紧张、焦虑、恐惧的心理状态,这与孕妇对疾病的认识以及其支持系统的认知与帮助有关,而孕妇的心理状态与病情的严重程度密切相关。因此,必须重视心理护理:①医务人员对患者应亲切和蔼、耐心周到,避免言语生硬、举止粗鲁而对患者产生不良的刺激;②深入了解患者的思想动态,有针对性地进行心理疏导,消除患者的焦虑、恐惧心理;③多与患者交流、沟通,讲解与疾病相关的知识,使患者消除顾虑,树立良好的心态和信心;④保持环境清洁安静,为患者提供良好的客观环境,防止发生意外;⑤鼓励患者与医务人员配合,需要患者注意的事项要反复多次进行讲解或指导,使患者积极主动配合治疗。

【医疗转运】

一、转运目的

妊娠期高血压疾病尤其是子痫患者抽搐频繁且持续时间较长,患者可陷入深昏迷状态,在抽搐过程中易发生唇舌咬伤、摔伤甚至骨折等多种创伤,昏迷时呕吐可造成窒息或吸入性肺炎。如抢救不及时将危及患者生命,早期处理,争取时间是挽救患者生命的关键。院前处理仅是早期初步急救措施,患者必须尽快到医院进一步检查,明确诊断,尽快选择或实施最合适的治疗方案。对心理承受力较差的患者或家属,应针对其病情耐心做好解释安慰工作,建议患者入院治疗,讲清楚医院治疗的目的和必要性。患者情况一旦改善,应迅速转送到有条件或有能力的医院进一步治疗,以使患者获得更好的预后。

二、转运时机

为确保院前医疗安全,实施医疗转运前必须做好以下几项工作。

(一) 病情评估

现场应迅速对患者病情作出评估,病情评估主要在于病史询问、临床表现观察、体检和门诊资料分析。

1. 询问病史 迅速了解患者有无本病的高危因素以及发病原因,特别应询问有无头痛、视力改变、上腹不适等。

2. 确定当时病情状况 ①立即测血压:了解血压状况有助于判断病情。②自觉症状:有无上腹不适、头痛、视物模糊及抽搐,子痫抽搐进展迅速,前驱症状短暂,表现为抽搐、面部充血、口吐白沫、深昏迷;随之深部肌肉僵硬,很快发展成典型的全身高张阵挛惊厥、有节律的肌肉收缩和紧张,持续1~1.5分钟,其间患者无呼吸动作;此后抽搐停止,呼吸恢复,但患者仍昏迷,最后意识恢复,但困惑、易激惹、烦躁。发作前常有血压明显升高、剧烈头痛等先兆症状。③有无尿蛋白。④有无血小板减少,血小板减少是子痫前期病情加重的特征性改变。

3. 易患及危险因素确定 初产妇、年龄小于18岁或大于40岁、多胎妊娠、妊娠期高血压病史及家族史、慢性高血压、慢性肾炎、抗磷脂综合征、糖尿病、血管紧张素基因T235阳性、营养不良、低社会经济状况均与妊娠期高血压疾病发病风险增加密切相关。

4. 并发症的情况 ①并发脑血管意外;②并发妊娠期高血压病心脏病;③并发胎盘早期剥离;④凝血功能障碍;⑤HELLP综合征;⑥并发急性肾功能衰竭;⑦并发产后血液循环障碍;⑧并发胎儿生长受限。

(二) 交代病情

医疗转运前必须及时向家属交代患者有关病情,特别是发病急、病情危重者,需将可能出现的病情变化或意外、医疗转运的目的、必要性及注意事项,及时告知家属或患者并取得理解同意,予以积极的配合;必要时需签字立据,方可实施医疗转运。因产科急症有其相同的特点,如无特殊之处,后面章节不再重复。

三、搬运方法

应根据患者发病时或抢救后的具体情况,采取患者最适体位的搬运方法,尽可能使患者舒