

• 手术室护理 •

急性显性脐带脱垂产妇急诊剖宫产术 5 例的护理体会

桂载弟,徐红艳,华九月

(浙江大学医学院附属妇产科医院,浙江杭州 310006)

摘 要:总结 5 例急性显性脐带脱垂行剖宫产术产妇的护理体会。护理要点包括及时解除脐带受压并予相应的药物护理,持续胎心监护,手术室做好术前各类抢救药品和物品的准备、手术人员准备及加强对产妇的心理护理,术中做好麻醉配合,胎儿娩出后配合新生儿抢救,预防出血和感染。本组 5 例脐带脱垂产妇自决定手术至胎儿娩出的时间间隔均小于 15 min,产下 6 例新生儿,均存活,结局好。

关键词:脐带脱垂;剖宫产;自决定手术至胎儿娩出时间;护理 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2018.09.030

中图分类号:R472.3

文献标识码:B

文章编号:1671-9875(2018)09-0091-03

脐带脱垂包括显性脐带脱垂和隐性脐带脱垂。胎膜未破时脐带位于胎先露前部或一侧称为脐带先露,又称隐性脐带脱垂。胎膜破裂后,脐带脱出胎先露的下方,经宫颈进入阴道,甚至显露于外阴,称为显性脐带脱垂。近 20 年来,随着剖宫产术的应用以及新生儿复苏技术的提高,脐带脱垂导致新生儿死亡率已由原来的 32%~47% 下降到 10% 左右^[1]。脐带脱垂常见原因有胎位异常、胎头高浮、脐带过长、羊水过多、早产、胎膜早破、胎头位置较高而不恰当人工破膜、阴道检查移动了脐带位置等^[2]。美国妇产科学会(ACOG)于 1989 年

即建议对急诊剖宫产术自决定手术至胎儿娩出时间(decision to delivery interval,DDI)不应该超过 30 min^[3],尽量缩短 DDI 时间力求达到≤15 min 的标准是提高产科质量最基本的要求。2016 年本院 5 例急性显性脐带脱垂进行急诊剖宫产手术,DDI 时间均≤15 min,抢救经过顺利,母子平安。现将围术期护理及体会报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2016 年 1 月至 7 月本院收治显性脐带脱垂产妇 5 例,入院时诊断为显性脐带脱垂 2 例,住院确诊 3 例。5 例产妇一般情况见表 1。

表 1 5 例产妇一般情况

项 目	病例 1	病例 2	病例 3	病例 4	病例 5
年龄/岁	25	39	28	33	35
孕 周	38	32	27	35	32
孕 产 次	孕 1 产 0	孕 3 产 1	孕 1 产 0	孕 4 产 1	孕 1 产 1
胎 位	左枕前	臀位	臀位/左枕前	横位	左枕前
宫口开大	3 cm	未开	全开	未开	4~5 cm
产 检	定期	定期	定期	定期	未定期
入室胎心率/(次/min)	50	145	126/123	147	60
1—5 min Apgar 评分	9—10	9—10	6—9/9—9	9—10	1—7
新生儿体质量/g	1 600	2 800	1 080/1 180	2 060	3 000
DDI 时间/min	9	10	10	15	8

作者简介:桂载弟(1989—),女,本科,护师。

收稿日期:2018-01-17

通信作者:华九月,huajy@zju.edu.cn

浙江省医药卫生科技计划项目,编号:2017KY096

1.2 手术方式及结果 5 例产妇均采用子宫下段剖宫产术,腹壁皆采取中线纵切口,手术均顺利完成,DDI 时间均小于 15 min。5 例(其中 1 例双胎)产妇产下 6 例新生儿,其中 1 例新生儿出生后

1 min Apgar 评分为 1 分,行胸外心脏按压,气管插管,新生儿 5 min Apgar 评分为 7 分,10 min Apgar 评分为 10 分,复苏成功;其他新生儿评分正常,其中 1 例新生儿正压通气、2 例新生儿气管插管(孕 27 周双胎)、2 例新生儿给混合氧。6 例新生儿皆存活,结局好。

2 护 理

2.1 术前护理

2.1.1 脐带脱垂的护理 脐带脱垂常造成脐带受压,引起胎儿急性低氧,是胎儿窘迫的危险因素,最初临床表现为胎心率异常、羊水粪染、胎动减少或消失,如胎儿循环受阻时间过长(超过 7~8 min),可导致胎死宫内^[4]。脐带脱垂继续待产随时可能出现脐带受压、胎心消失、胎死宫内的风险。因此需立即采取适宜的分娩方式(剖宫产或者阴道助产)提高围生儿存活率。显性脐带脱垂者剖宫产新生儿窒息率低于阴道助产,且剖宫产新生儿成活率较高^[5]。根据当时条件及胎儿是否存活,等待手术期间静脉滴注过氧化氢碳酸酰胺以及静脉推注“新三联”(葡萄糖加维生素 C 加维生素 K1 或地塞米松)等有利于改善胎儿窘迫^[6]。本组 5 例产妇阴道内触及脐带样组织,可及搏动,均拟行急诊子宫下段剖宫产术。5 例产妇手术准备期间医生持续经阴道上推胎先露部,用手托住脐带,使之不落至阴道外,不被胎头压迫,术前给予产妇面罩纯氧吸入,抬高臀部;其中 1 例左枕前头位,宫口开 4~5 cm,脐带位于阴道内,胎心率降至 60 次/min,通知 B 超医生到场,随时监测胎心。3 例产妇在等待手术期间遵医嘱予静脉注射 5%葡萄糖 30 ml 加维生素 C 1.0 g,以降低毛细血管的通透性及脆性,提高胎儿脑组织对低氧的耐受力。

2.1.2 器械准备 产妇一旦确诊脐带脱垂,立即启动应急系统,使用专用手术物品箱,箱内含有手术所需用物,物品齐全,其中手术器械是直接使用,无须再清点,灭菌前由两位护士长进行双人清点并签名,术前只需清点缝针、纱布,为胎儿快速娩出争取时间。

2.1.3 医护人员准备 巡回护士帮助器械护士铺手术台,通知 B 超医生到场,部分脐带先露可以通过超声进行诊断^[2],有助于判断是否存在胎儿体质量过小等发生脐带脱垂的高危因素^[7]。一旦确

定脐带脱垂,通知新生儿科医生到场,并安排具有丰富临床经验的麻醉医生麻醉。器械护士直接洗手上台,整理器械,准备手术。

2.1.4 新生儿抢救的物品准备 设置专门的新生儿抢救药箱,备升压、扩容、血管活性药物,专人定期检查,固定位置放置。增加巡回护士 1 名,准备新生儿复苏物品,备大小合适的面罩、规格齐全的气管插管、简易呼吸皮囊、吸痰器、新生儿喉镜,并处于备用状态。

2.1.5 心理护理 脐带脱垂的产妇情绪有很大的波动,心理上的压力(担心新生儿的预后)及身体上的不适(剖宫产切口疼痛及宫缩痛)会引起焦虑、恐惧心理,容易发生产后抑郁。向产妇提供全面的心理护理,耐心、细致地安慰产妇,并对家属进行健康宣教,使其能更好地护理产妇。本组 5 例产妇入手术室时较紧张,加上医护人员紧张繁忙的操作,使产妇感到情况的严重性,产妇更加焦虑、恐惧,在做术前准备期间,巡回护士耐心地安慰产妇,抢救配合同时,详细告知手术过程,缓解了产妇焦虑、恐惧的情绪,使其能够积极配合麻醉、手术。

2.2 术中护理配合

2.2.1 麻醉配合 产妇入室后,由麻醉医生进行心电监护,巡回护士建立静脉通路,根据产妇病史、体检及辅助检查,了解血常规、凝血功能是否正常,选择合适的麻醉方式。本组 1 例因其未定期进行产检,并且是由于脐带脱垂突然发生而入院,血常规、凝血功能均不清楚,采用全身麻醉;其余 4 例产妇无明显麻醉禁忌证,采取椎管内麻醉,其中 3 例硬膜外麻醉、1 例蛛网膜下腔麻醉。巡回护士协助麻醉医生摆好麻醉体位,麻醉给药,同时加强对产妇的心理护理,让产妇积极配合麻醉。麻醉前备好去氧肾上腺素、麻黄碱、阿托品等药物以预防仰卧位综合征,麻醉前、麻醉时皆给予面罩吸氧,麻醉成功后将手术台左倾 15°臀高位,持续心电监护。本组 5 例均无仰卧位综合征出现。

2.2.2 手术配合 器械护士熟练掌握手术配合技术,动作快、稳、准,及时有效地配合手术医生实施剖宫产术,在胎儿娩出区域内无剪刀、手术刀等锐器,避免误伤胎儿。5 例剖宫产手术,从划刀到新生儿娩出,皆在 2 min 内完成。巡回护士在手术

过程中严密观察产妇的生命体征,安慰产妇,稳定其情绪。由于准备期间医生持续经阴道上推胎先露部,导尿管宜在新生儿娩出后留置。术毕巡回护士统计出血量、尿量,需要时补充血容量,与器械护士共同 3 遍清点所有手术器械、缝针、纱布,双人核对之前两位护士长填写清点记录单,巡回护士完成手术护理记录单的书写。

2.2.3 新生儿抢救护理配合 增加的巡回护士主要配合新生儿抢救,新生儿娩出后,手术医生交接给护士,护士迅速擦干新生儿全身,继而转放在预先加热的辐射床上对新生儿呼吸道进行清理,给氧,摆正体位,必要时协助新生儿科医生静脉给药、气管插管,甚至胸外心脏按压及正压面罩通气。当新生儿呼吸循环恢复后,遵医嘱剪断脐带。本组 1 例出生后 1 min Apgar 评分为 1 分,新生儿娩出后,清理呼吸道,心率 <60 次/min,巡回护士行胸外心脏按压,新生儿科医生气管插管,纯氧简易呼吸皮囊呼吸,两个循环,经脐静脉给 1:10 000 盐酸肾上腺素 0.6 ml,新生儿 5 min Apgar 评分为 7 分,10 min Apgar 评分为 10 分,复苏成功。1 例新生儿因心率 <100 次/min 行正压通气,2 例新生儿气管插管(孕 27 周双胎),2 例新生儿给混合氧。6 例新生儿皆存活,结局好。

2.3 术后护理 剖宫产手术有潜在感染风险,且因脐带脱垂,尤其是脐带脱出于阴道口的产妇,新生儿感染和产妇生殖系统感染风险大,护士或者医生产前持续在阴道内上托胎儿先露部位,增加感染机会。术中注意宫腔聚维酮碘溶液冲洗,并取样做培养以指导抗生素使用,同时加强术后的抗感染处理,用聚维酮碘溶液擦洗外阴 2 次/d,保持外阴清洁,注意个人卫生。胎儿娩出后,宫体注射催产素 20 U,注意观察产妇血压、阴道流血、体温,指导产妇正确母乳喂养,促进子宫收缩,减少产后出血。

3 体会

3.1 脐带脱垂的预测和预防 胎膜早破、早产是显性脐带脱垂的主要高危因素,本组有 4 例早产、4 例胎膜早破,3 例娩出的新生儿低体质量。故临床工作中应加强围生期保健,避免妊娠晚期性交、外伤、重体力劳动,预防早产,规范产前检查,支持并鼓励孕产妇在孕早期尽早建卡,及时发现并及

时纠正高危因素,对于不能纠正的臀位、头盆不称、多胎妊娠的产妇要提前住院观察,加强 B 超检查和全程胎心监护。产程中持续胎心监护及时发现胎心异常,减少不必要的产科干预,如人工破膜,尤其注意胎先露高浮情况下,排除隐形脐带脱垂后再破膜;尽量不做或少做肛查。必须行人工破膜时,宫缩间歇期,在手指引导下,采用高位小针孔刺破膜,同时手留在阴道内让羊水缓慢流出,破膜前后皆听胎心,如有异常,及时处理。围生儿死亡率的高低与脐带脱垂距分娩时间长短密切相关。脐带脱垂时间越短,抢救越及时,对新生儿智力影响越小,只有早产儿、低体质量儿伴脐带脱垂者,以后智商可能较正常者低^[8]。因此要加强脐带脱垂的预测和预防。

3.2 脐带脱垂的紧急处理科室管理 针对脐带脱垂等产科急诊手术,科室专门空置一间设备物品齐全的急诊手术间,手术间内配备急诊用物,如固定并已清点数量的剖宫产器械包、新生儿抢救箱等。医务科制定规章制度及应急流程并加强培训,定期与产科医生、麻醉医生联合进行情景模拟演练,提升业务水平。本次 5 例病例发生前,科室在职护士皆通过全院的新生儿 CPR 考核(分笔试和操作考试)且取得了证书。同时科室每半年会以提问、试卷、现场考核等形式来检验护士的掌握情况,为新生儿的生存率提供了安全保障。

参考文献:

- [1] 熊微,周容. 脐带脱垂预测及紧急处理[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2012,28(2):101-102.
- [2] 郭朝锋,王岩青,王晓静,等. 急诊床旁超声对血管前置及脐带脱垂的诊断价值[J]. 中国医学影像学杂志,2013,21(10):780-782.
- [3] Chukwudi OE, Okonkwo CA. Decision—delivery interval and perinatal outcome of emergency caesarean sections at a tertiary institution[J]. Pak J Med Sci,2014,30(5):946-950.
- [4] 韦有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2011:123.
- [5] 钱志大,杨小福,翁玥. 脐带脱垂 30 例临床分析[J]. 实用妇产科杂志,2007,23(7):443-445.
- [6] 毛佳慧,朱瑛,周林华. 头位分娩第二产程隐性脐带脱垂 1 例急救护理体会[J]. 浙江中医药大学学报,2012,36(5):587-589.
- [7] 韦秋梅. 脐带脱垂的原因分析及紧急处理后的护理[J]. 数理医学杂志,2016,29(4):612-613.
- [8] 张林,王莉莉,郭丽萍,等. 脐带脱垂 30 例围产儿结局分析[J]. 现代妇产科进展,2013,22(3):222-224.