

## 凶险型前置胎盘剖宫产手术的护理配合

邱雪,李婷婷,李丽

(华中科技大学同济医学院附属协和医院,湖北武汉,430022)

**[摘要]** **目的** 探讨凶险型前置胎盘剖宫产手术的护理配合要点。**方法** 对45例凶险型前置胎盘患者实施剖宫产术并总结护理配合要点。**结果** 45例患者均以剖宫产手术终止妊娠,术中出血量400~5000 mL,中位数1250.50 mL;其中胎盘植入23例中行子宫全切除5例,新生儿均存活,住院时间5~15 d,中位数6.50 d,均康复出院。**结论** 手术所致的大出血及术中止血是手术配合的难点,充分的术前准备,做好术中护理配合对减少术中出血、争取抢救时间、维护母婴安全有重要意义。

**[关键词]** 凶险型前置胎盘;胎盘植入;剖宫产;护理配合

**[中图分类号]** R473.71 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-8283(2016)09-0026-04 **[DOI]** 10.3969/j.issn.1671-8283.2016.09.006

### Nursing cooperation in caesarean operation on critical placenta previa

Qiu Xue, Li Tingting, Li Li//Modern Clinical Nursing, -2016, 15(9):26.

**[Abstract]** **Objective** To explore the key points of nursing cooperation in critical pernicious placenta previa caesarean operation. **Method** The clinical data of 45 patients with critical placenta previa treated with caesarean operation were reviewed to summarize key points of nursing cooperation. **Results** All the patients came out with termination of pregnancy by cesarean section, the blood loss varying from 400 to 5000 mL, averaged 1250.50 mL. Toally 23 of them were complicated with placenta implantation. Five of them underwent subtotal resection, with the length of stay 5 to 15 days, averaged 6.50 days. All were recovered and discharged, with 100 percent of the neonatal survival. **Conclusion** The difficulty in cesarean section for critical pernicious placenta previa exists at hemostasis. Full preparation before resection and delicate cooperation at resection are critical for reducing blood loss, saving time and ensuring maternal and child safety.

**[Key words]** critical placenta previa; placenta implantation; cesarean section; nursing operation

凶险型前置胎盘(pernicious placenta previa, PPP)是指附着于前次剖宫产切口瘢痕处的前置胎盘<sup>[1]</sup>。PPP主要是指产妇接受剖宫产手术后再次妊娠发生的前置胎盘。产妇在接受剖宫产之后,若其子宫内膜损伤比较严重,或切口瘢痕位置愈合不佳、子宫内膜缺损严重时,绒毛和胎盘很容易直接侵入肌层和浆膜层,甚至到达患者的盆壁和膀胱组织,形成前置胎盘以及胎盘植入,危及产妇生命<sup>[2]</sup>。其中再次剖宫产产后前置性胎盘的产妇发生率较未接受过剖宫产的高。研究报道<sup>[3-4]</sup>,1次剖宫产术史者其发生率为24%~30%,2次剖宫产术史者30%~50%,3次剖宫产术史者为55%~65%。原因是随着剖宫产次数的不断增加,子宫切口瘢痕形成

以及内膜损伤的情况愈发严重,已引起临床方面的高度重视<sup>[5-6]</sup>。患者既往有子宫手术史,如子宫肌瘤切除等造成子宫疤痕,妊娠为前置胎盘且附着于子宫疤痕上也视为PPP。手术前准备、手术的专业配合、术中大出血的抢救、麻醉和输血等的协作是挽救孕妇生命的重要因素。本院2015年3~11月收治的PPP剖宫产的患者45例,现将护理配合报道如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

2015年3~11月本院收治的PPP患者45例,年龄25~45岁,平均 $(36.88 \pm 10.00)$ 岁,孕周30~38周,平均 $(34.00 \pm 4.00)$ 周,胎盘植入者23例。既往有一次剖宫产史22例,二次剖宫产史23例。

#### 1.2 手术方法

本组22例患者无胎盘植入,行子宫下段剖宫产

**[收稿日期]** 2016-05-09

**[作者简介]** 邱雪(1982-),女,湖北武汉人,主管护师,大专,主要从事手术室护理工作。

术胎儿娩出后立即肌注宫缩剂,待子宫收缩后徒手剥离胎盘,或用止血带将子宫下段血管扎紧数分钟,以利胎盘剥离时的止血,并警惕结扎部位以下的出血,以最快速度钳夹、切断、下移直至钳夹至子宫动脉水平以下,然后缝合打结。另外 23 例胎盘植入患者常规行剖宫产术后并根据胎盘面积的大小、深浅,钝锐性清除粘连及植入的胎盘组织,局部楔形切除,可吸收线“8”字缝合结扎出血点,子宫 B-Lynch 缝合,宫腔填塞纱布以及子宫动脉栓塞术等控制出血,出血无法控制者切除子宫。其中 18 例患者胎盘植入面积小、子宫壁厚、出血量少,且患者迫切要求保留生育能力采取保守治疗;另外 5 例患者胎盘植入面积大、子宫壁薄、胎盘穿透、子宫收缩差、短时间内大量出血(数分钟内出血 $>2000\text{ mL}$ )采取子宫全切术。其中 1 例患者胎盘植入侵犯膀胱,术中需要切除部分膀胱,出血风险大,邀请泌尿外科医师上台共同手术。

## 2 结果

所有患者均顺利分娩,术前出血量 $0\sim1000\text{ mL}$ ,中位数 $575.00\text{ mL}$ ;术中出血量 $400\sim5000\text{ mL}$ ,中位数 $1250.50\text{ mL}$ ;术后 $24\text{ h}$ 出血量 $80\sim150\text{ mL}$ ,平均 $(95.33\pm35.00)\text{ mL}$ 。并发胎盘植入 23 例有 5 例行子宫全切除,住院时间 $5\sim15\text{ d}$ ,中位数 $6.50\text{ d}$ ,均康复出院,新生儿状况良好。

## 3 护理配合

### 3.1 术前准备

3.1.1 术前评估 因 PPP 患者多伴有胎盘植入,由于胎盘植入及盆腔组织及毗邻脏器严重粘连,手术操作困难,术中常出现难以控制的大出血,需要多科室的合作,术前请妇科、泌尿外科、麻醉科、ICU、新生儿科、输血科等相关科室的专家会诊,从医疗及护理角度对患者进行个体化评估,制订个性化的专科护理计划。术前再次超声等影像学检查进一步明确胎盘附着位置、有无植入情况以及胎位等情况以便制订合理的手术路径及方案,同时可根据测量的宫颈管长度、宫颈内口上方胎盘厚度、胎盘边缘无回声区预测术中大出血风险<sup>[6]</sup>。根据患者机体对手术耐受的程度选择手术日期。由于胎盘循环

血量可达 $600\sim700\text{ mL/min}$ ,一旦出现产前大量出血,难以在短时间完善术前准备,导致术中出血量增多,增加孕产妇胎儿死亡的风险,因此避免急诊手术是择期手术终止妊娠的目的之一<sup>[7]</sup>。

3.1.2 备血 术前 $1\text{ d}$ 遵医嘱交叉配血、备血,手术医生与血库联系提前备案为患者次日手术准备充足的血液制品,以便第一时间能够快速的取回血液。根据科室制订的大出血应急预案,手术当天科室安排 1 名护士负责取血,以保证快速用血。术前有出血的患者需先输血纠正贫血,建议血红蛋白提升到 $110\text{ g/L}$ 以上,红细胞压积在 $30\%$ 以上,以提高患者对术中出血的耐受,增加母体储备,改善胎儿宫内缺氧情况<sup>[8]</sup>。本组中有 3 例患者术前输血 $200\sim600\text{ mL}$ ,纠正贫血。

3.1.3 物品准备 术前物品准备包括以下:①宫缩剂:缩宫素 10 支、巧特欣 2 支、欣母沛 2 支等。②止血材料:止血粉 1 支,泰凌 2 张等。③止血用物:止血纱条 10 条、宫腔球囊 1 个等。

3.1.4 辅助性治疗 根据胎盘植入面积,胎盘穿透位置,子宫收缩力,术中可能出血量等为患者进行辅助性治疗。本组 5 例患者术前预防性植入输尿管支架、堵塞盆腔血管;3 例患者植入总动脉球囊导管;2 例患者植入腹主动脉球囊导管。

3.1.5 人员安排 PPP 剖宫产术中的出血量及凶险程度远高于一般的剖宫产出血,要求手术中配合准确迅速到位,并且术中配合关注点繁多为保证安全及配合到位。因此,安排 $3\sim4$ 名护理人员配合手术。由参与专科应急小组术前讨论的手术室专科护士担任巡回护士,由巡回护士统一调配各级护士的护理抢救配合工作,合理分工。另配 1 名高级护士辅助,随时做好患者生命体征、出血量、尿量、输液输血量统计等相关护理记录,洗手护士由经验丰富的初、中级护士担任,再配备一名护士负责取血。

### 3.2 术中配合

3.2.1 巡回护士配合 ①麻醉体位的护理。本组 45 例患者均采用硬膜外麻醉,其中 5 例患者术中行子宫全切术,术中改为气管插管全身麻醉。协助麻醉师完成硬膜外麻醉穿刺,关键是麻醉体位的摆放及防止患者坠床。因患者在妊娠期间体型变化较大,而手术床较狭窄,麻醉体位有特殊要求,患

者行动不便及手术前情绪紧张很难主动配合完成操作。采用本院手术室产科专科手术间专门为孕妇患者设计的硬膜外麻醉体位的图文演示卡(真人模拟麻醉体位,正、背面拍成图片并配上文字解说)。麻醉操作前巡回护士使用该卡片向患者讲解麻醉体位摆放的方法、要点及注意事项,让患者明白如何有效配合,麻醉操作时由1名护士全程守护在旁,麻醉操作中疏导患者紧张情绪并防止患者坠床,本组无患者发生坠床情况。②手术体位的护理。术前评估为PPP患者取膀胱截石位,有利于膀胱镜下插管和术中关注阴道出血、从阴道抽取碘仿纱条、宫腔球囊的使用等,手术开始前在膀胱镜下插入双侧输尿管支架(术中避免损伤输尿管),按阴式手术进行消毒铺巾暴露好腹部和外阴部两个手术视野。③输液管理。建立两条有效静脉通道,协助麻醉师动、静脉穿刺,妥善固定每条通路并分别标记显著标识。术中密切观察输液情况,保持每条通路的畅通,详细记录输入量及药品种类,保留空瓶、空袋,便于术后核查统计。④病情观察。持续心电监护,密切观察并记录产妇意识、心率、血压、呼吸、氧饱和度。及时观察出血量,如超过500 mL立即向台上主治医师汇报、尿量、尿色,准确记录出入量,及早发现并预防肾功能衰竭。术中严密监测患者生命体征,血红蛋白及凝血功能,以决定输注血液制品的种类及数量,及时纠正因大量失血导致的凝血功能障碍。本组有5例患者术中短时间出血>2000 mL,患者出现意识模糊,脉搏细速,血压下降,尿量减少等症状,积极给予缩血管活性药物止血,快速补充血容量等对症抢救治疗,患者均得到改善。⑤术中出血的抢救护理。患者大出血需抢救立即报告护士长,组织3~4名人员按抢救流程进行抢救,由专科巡回护士统一安排调配:1人负责了解子宫出血情况,估算出血量,计算液体入量及时告知医生及麻醉医生并做好抢救记录;1人负责手术用物、急救药品、物品的供给;1人负责输液输血管理,加强体温监测,密切观察病情变化,警惕弥漫性血管内凝血(disseminated intravascular coagulation, DIC)、心力衰竭等并发症;1人负责血标本的采集协助麻醉医生、产科医生进行良好的抢救配合。抢救过程中认真准确地执行每一项口头医

嘱,所用药品空瓶,空血袋集中存放,便于术后核查统计。本组术中5例子宫全切的患者出血量2000~5000 mL,平均 $(3900.00 \pm 1500.00)$  mL,术中补充血容量:输入压积红3000~6000 mL,平均 $(4540.00 \pm 1500.00)$  mL,血浆600~1500 mL,中位数500.50 mL,血小板1~3人份,平均 $(1.80 \pm 0.70)$ 人份,冷沉淀8~12 U,平均 $(10.60 \pm 3.50)$  U。经处理,患者各项指标维持正常,生命体征平稳。⑥新生儿急救。将新生儿急救药物、物品备于复苏台旁边,连接好氧气,气管插管必需的器械与物品应该保存在一起;严密观察新生儿情况,特别注意观察有无贫血貌,同时做好新生儿窒息复苏准备,本组有3例新生儿发生窒息,协助儿科医生、麻醉医生、助产士抢救,新生儿窒息解除。3.2.2 洗手护士配合 术中密切观察手术进程,熟练配合手术医生操作,动作准确无误,胎儿娩出后,动作轻柔,避免对胎儿造成伤害。在术中行子宫动脉结扎时使用“T”形管捆扎时注意捆扎时间,超过时间15 min及时提醒手术医生,以免影响宫体血运。本组患者捆扎时间均超过15 min;注射欣母沛及时告知巡回护士便于台下观察;需宫腔填塞纱条注意术后纱条取出时间回访。若发现大面积穿透型植入胎盘或经以上措施无效需行子宫切除时,应当机立断告知巡回护士给予子宫包进行子宫全切并熟练配合手术。本组有5例患者发生上述情况术中行子宫切除术。器械护士要进行台上出血量估计,包括吸引瓶中的引流量,纱布、生理盐水垫吸血量,台上流血量,及时报告手术医生、巡回护士、麻醉医生。

#### 4 小结

PPP均需剖宫产分娩,由于PPP胎盘植入及盆腔组织及毗邻脏器严重粘连,手术操作困难,术中常出现难以控制的大出血,危及母儿生命。手术室护理人员术前做好充分准备,术中以良好的基本功,严谨的工作态度,与麻醉、手术医师默契配合,熟练掌握大出血抢救原则,保证抢救器械、药品的供应,减少出血,才能为产妇的成功抢救赢得宝贵的时机。

#### 参考文献:

- [1] Chattopadhyay SK. Placenta previa and accrete after previous caesarean section[J]. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2008, 52(3): 151-156.