

妊娠合并肾病孕妇的产前转诊

张娜娜¹, 许燕滨², 王晨虹^{1*}

作者单位: 1. 518100 广东 深圳, 南方医科大学深圳医院妇产科; 2. 518028 广东 深圳, 南方医科大学附属深圳市妇幼保健院妇产科

作者简介: 毕业于中南大学湘雅医学院, 博士, 主任医师, 妇产科主任, 主要研究方向为高危妊娠、妊娠期高血压疾病、妊娠期糖尿病、优生遗传咨询、产前诊断、孕前产健康咨询

* 通讯作者, E-mail: szwangchenhong@vip.163.com

【摘要】 本文就妊娠合并肾病的高危孕妇如何安全有效地转诊到有救治能力的上级医院展开讨论, 包括转诊前的各项准备、转诊途中的处理方式以及转诊相关的注意事项等, 以期提升高危妊娠的管理与临床救治能力, 逐步探索并形成有效的高危妊娠转诊体系, 降低不良妊娠结局的发生率, 改善母婴结局。

【关键词】 妊娠; 肾病; 转诊; 临床处理

【中图分类号】 R 714.258

【文献标志码】 A

【文章编号】 1674-4020(2018)04-006-04

doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2018.04.02

妊娠合并肾病是临床常见的难题, 其种类较多, 病因、病理机制、临床表现多样性, 严重危及母婴生命, 目前对其发病率尚无确切定论^[1]。肾病与妊娠之间相互影响, 肾病可能会带来不良妊娠结局, 如胎儿窘迫、死胎、早产等; 妊娠在某种程度上也会加重肾脏负担^[2]。因此, 对妊娠合并肾病的早发现、早处理尤为重要。对于发现的超出现就诊医院诊治能力的妊娠合并肾病的高危孕妇应及时转诊到有救治条件的医疗机构进行救治, 而如何将孕妇安全转诊, 值得重视。妊娠合并肾病患者的转诊环节包括: 转诊的指征、转诊前的准备、转诊风险评估、医务人员的组成、转诊途中的器械药品的准备、监测、规范操作, 转运后的交接以及转诊相关的法律程序等^[3-4]。妊娠合并肾病患者转诊前治疗不足、转诊延迟和不恰当的转诊都将影响转诊结局。所以, 如何在医疗条件有限的基层医疗机构正确地处理妊娠合并肾病的高危孕妇并能成功地将患者转诊, 是每一位基层产科医务工作者必须掌握的基

本技能。文本就妊娠合并肾病者产前转诊的相关问题进行讨论。

1 分类和孕期管理

妊娠合并肾病大致分为妊娠合并泌尿系感染、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、多囊肾、尿石症、狼疮性肾炎、糖尿病肾病、肾移植和肾衰竭等^[5]。掌握不同肾脏疾病的临床特点, 以便及时发现问题、及时处理, 是减少孕产妇和围产儿不良结局的重要措施。妊娠合并肾病患者应由产科和肾病专家共同参与孕期管理, 根据病情制定个体化的管理方案, 包括血压管理、药物管理、实验室管理、胎儿监测及分娩期的管理^[6]。根据肾脏疾病的严重程度和进展, 对高危孕妇进行密切随访, 以发现疾病活动及产科并发症, 主要随访内容有^[6]: ① 肾功能(血清肌酐、尿素和肌酐清除率)、血尿酸、24 h 尿蛋白定量、尿红细胞计数; ② 监测血压, 以便尽早发现高血压和子痫前期; ③ 评价胎儿的大小和发育情况;

④ 常规尿检,必要时行清洁中段尿培养,尤其是既往有肾盂肾炎的孕妇;⑤ 监测血糖,必要时做糖耐量试验,尤其是服用激素或钙调蛋白抑制剂的孕妇;⑥ 对于系统性疾病如狼疮性肾炎和血管炎等需每次随访监测相关的免疫学参数;⑦ 必要时进行肾脏穿刺活检和产前诊断。

2 三级管理

各地区应完善高危妊娠分级诊疗管理制度,明确各级职责,以加强对高危妊娠的管理。一级机构为孕妇进行早孕建卡登记时,应对孕妇采用适合本地区的高危因素筛查表进行初筛,详细询问病史,及时发现有肾病危险因素的高危妊娠,如慢性肾脏疾病、高血压、糖尿病、系统性红斑狼疮、肾移植术后等,根据疾病严重程度转诊到相应的上级机构进行进一步诊治^[7]。二级机构对发现严重的肾功能损害,若综合诊治能力欠佳,新生儿救治水平有限,应及时转诊到三级综合医疗机构。二、三级妇幼保健机构或妇产科都应设有高危门诊和高危病房,接收下级机构的转诊,对妊娠合并肾病的孕妇进行监护和必要的处理^[7]。

筛查出的每一例妊娠合并肾病的高危孕妇都要专册登记,在孕产妇健康手册上做好记录并在门诊检查卡上作出标记,以加强管理。转院者应填写转诊单,接收单位应继续监测直至分娩,最好能将妊娠结局反馈给转诊单位^[7]。

3 转诊延误的原因分析

(1) 由于妊娠是母体一个特殊生理变化的时期,妊娠合并内科疾病的临床表现常不十分典型,增加了鉴别诊断的困难,如导致妊娠期急性肾损伤的原因有:妊娠期高血压疾病、胎盘早剥、妊娠急性脂肪肝、HELLP 综合征、急性肾小管坏死、各种慢性肾脏疾病以及可以导致急性肾损伤的其他妊娠合并内科疾病,由于病情复杂,基层医务人员未能及时识别急性肾损伤的危险因素和早期征象,丧失了防治和转诊的最佳时机。患者往往就诊过迟或者很晚才被医生识别,导致更严重的肾脏损伤、多器官受累以及死亡率的增加。所以尽早区分导致妊娠合并肾病是起源于内科疾病、抑或是产科并发症,对于选择正确的治疗方案和转诊时机对改善孕

妇妊娠结局是十分重要的。

(2) 大多数慢性肾脏疾病发病隐匿,起病缓慢,往往被基层医务工作者忽略。

(3) 由于我国的国情、社会经济因素,医疗保健未得到普及,孕产妇转诊网络未得到完善,导致一些基层医疗机构在没有确定上级医院是否做好接收准备的情况下盲目转诊。

因此,如何尽快提高妊娠合并肾病的诊断正确率以及完善高危孕产妇转诊体系,是值得考虑的临床问题。

4 管理对策

(1) 加强医务人员知识技能培训,提高对妊娠合并肾病的早期识别能力。孕产妇死亡的原因与医疗机构知识技能及管理欠缺有一定关系,因此,应定期开展相关专业知识培训^[8-9],健全区域危重孕产妇综合抢救能力考核机制,提高基层医院产科医生对重症孕产妇的早期识别能力以及在成功转诊前对重症孕产妇正确的初步救治能力^[10-11]。基层医疗机构应与转诊中心及时协调沟通,全面评估转诊病例,制定适用于转诊医院和接受转诊医院的共同转诊准则,讨论转诊时机,不断探索完善的高危孕产妇转诊体系。

(2) 加强高危妊娠管理,开辟绿色转诊通道^[12]。作为基层医疗机构要及早识别妊娠合并肾病孕产妇,与有能力提供综合产科服务的转诊中心建立牢固的合作关系,开通绿色转诊通道,提供安全高效的转诊系统,减少不必要的延误。

(3) 结合转诊指征变化特点,适时调整高危管理工作重心^[12]。妊娠合并内科疾病和具有产科并发症的高危孕妇是高危管理的重中之重。因此,高危妊娠管理工作也要因时制宜,不断探索适合时代发展要求的高危管理及转诊体系。

(4) 大力宣传医疗保健知识,重点筛查特定人群。应充分发挥社区及乡镇卫生服务站的作用^[13],积极进行健康知识宣教,推广孕前检查以及督促孕产妇定期产检,及早发现高危因素患者,及时转诊到有救治能力的上级医院治疗。

5 疾病风险等级评估

目前还未有相关的妊娠合并肾病的风险等级

评估指南。妊娠合并肾病的高危孕妇可根据妊娠风险预警评估来评估风险等级^[14]。妊娠风险预警评估分为5个等级,包括绿色、黄色、紫色、橙色、红色预警,其中绿色预警代表正常,黄色预警代表低风险,红色、橙色、紫色预警代表高风险^[14]。

(1)红色预警:患有严重妊娠期并发症和(或)合并症,包括:①急、慢性肾脏疾病伴严重高血压、蛋白尿、肾功能不全(血肌酐 $>177\text{ }\mu\text{mol/L}$);②糖尿病并发肾病V级;③重症IgA肾病等。

(2)橙色预警:患有严重妊娠期并发症和(或)合并症,但程度较红色预警为轻,包括慢性肾脏疾病伴肾功能不全代偿期(血清肌酐 $133\sim177\text{ }\mu\text{mol/L}$)。

(3)紫色预警:指妊娠合并传染性疾病。

(4)黄色预警:指妊娠期并发症和(或)合并症相对较轻者,包括目前病情稳定,肾功能正常的肾脏疾病。

此外,还可以联合采用RIFLE评分(R-风险期,I-损伤期,F-衰竭期)评价妊娠并发急性肾损伤的发生情况和临床预后情况,RIFLE评分参照分期标准,根据血清肌酐、肾小球滤过率(glomerular filtration rate, GFR)及尿量分级^[15]:①风险期(risk):血肌酐($\mu\text{mol/L}$)较基础值上升 >1.5 倍,或GFR下降 $>25\%$;尿量 $<0.5\text{ mL/kg/h}$,时间 $>6\text{ h}$ 。②损伤期(injury):血肌酐($\mu\text{mol/L}$)较基础值上升 >2 倍,或GFR下降 $>50\%$;尿量 $<0.5\text{ mL/kg/h}$,时间 $>12\text{ h}$ 。③衰竭期(failure):血肌酐($\mu\text{mol/L}$)较基础值上升 >3 倍,或GFR下降 $>75\%$,或血肌酐 $\geq 354\text{ }\mu\text{mol/L}$ 且急性上升 $>44\text{ }\mu\text{mol/L}$;少尿,尿量 $<0.3\text{ mL/kg/h}$,时间 $>24\text{ h}$,或无尿时间 $>12\text{ h}$ 。

6 转诊前的准备工作

在转诊前对孕妇的情况进行全面评估。首先,简单必要的病史记录。首诊医院有时是可以采集到一些关键病史信息的,及时询问和记录后移交上级医院,有益于明确诊断、及时治疗。其次,对患者病情、各项生命指标进行评估^[16],包括①呼吸道是否通畅或是否需要进行气管插管,要保证正常通气,维持正常血氧饱和度;②循环系统是否稳定,保证心率、血压平稳并建立静脉通道以维持循环容量;③进行神经系统评估,是否伴有意识障碍,如果并发子痫,确认已控制抽搐;④如果时间允许,尽量

完善各项相关检查(包括血、尿常规、尿素氮、24 h尿蛋白含量、泌尿系彩超、血清肌酐、计算CRF等)并监测各项指标(包括体温、血压、血糖、脉搏、呼吸、尿量等);⑤监测产科相关情况,如胎心、宫缩、宫口、阴道流血情况等。最后,确定是否可以转诊:①救护车内各类药品和设备是否齐全,包括相关抢救药品、监护设备、供氧设备、循环设备、抢救生命的设备等;②转诊医务人员的安排是否合理,包括随行的护士和能熟练掌握救护车内所有设备使用和具备急救能力的医生,建议配备1名新生儿科医生^[20],以备转运途中可能出现紧急分娩;③孕妇病情是否可以转诊,患者病情应趋于平稳且转诊医生能够应对转运途中可能出现的问题;④上级医院是否做好接收准备,医生必须事先和上级医院联系,确保有床位以及转诊医院有救治能力;⑤各类知情同意及文档资料是否齐备,告知孕妇及家属有关病情情况、为什么要转诊以及转诊风险,并确认签字^[7]。

7 转诊途中的常见问题、处理和注意事项

妊娠合并肾病者在转诊过程中主要存在的问题有:①孕妇途中可能出现病情进一步恶化甚至死亡;②医务人员对孕妇的病情监测和转运途中的文档记录存在不足;③救护车内药物配备不齐,或仪器设备功能异常等。

根据存在的问题,提出以下对策:①转诊前对孕妇进行充分的病情评估,并做好相应的处理,待病情平稳后再决定是否转运。②加强转运途中的病情监测,妊娠合并肾病的孕妇有其特殊性,在监测生命体征的同时,还要重视对产科相关情况的监测。③完善转诊相关记录^[17]:完善转诊前病情评估记录、转运途中监测记录、转诊双方交接记录、与患者及家属谈话记录以及相关处理的知情同意记录等;重视转运中产科产程及胎儿的监护记录及产科特殊疾病管理记录等。转诊相关记录的完善有利于转诊医院双方对病情的了解,提高患者及其家属的满意度,更重要的是有利于安全转诊。④完善救护车内药物及设备,并在转运前检查各类设备功能,保证其蓄电池电量充足、安全、性能良好^[18]。

转运途中的严密监测能指导转运中的临床处理,减少途中不良事件发生,有利于降低孕产妇的

死亡率。全程严密监护孕妇:① 观察生命体征、面色、意识、瞳孔的变化,进行可持续性心电监护,严密监测心率、血压、体温、血氧饱和度等指标,认真听取和观察孕妇的主诉和症状。② 母胎监测:持续胎心监护,注意宫缩及阴道流血情况。肾脏疾病合并高血压孕妇并发子痫前期的风险高^[6],若转诊重度子痫前期的孕妇应在转运途中用硫酸镁维持剂量(1~2 g/h)持续滴注,并用输液泵控制速度,每 15 min 检查一次生命体征,一旦发生抽搐,则进行相应的控制子痫处理(防止舌咬伤、误吸、硫酸镁控制抽搐、地西泮镇静、吸氧、左侧卧位等)^[19]。此外,转运过程中对孕妇的搬运、途中的颠簸以及孕妇血压的变化都使胎盘早剥的发生风险增加^[20],一旦高度怀疑胎盘早剥,应给予积极处理,观察阴道出血情况,持续胎心监护,给予抑制宫缩、吸氧、补液等宫内复苏处理,做好紧急手术的术前准备,并尽快赶往转运目的地或就近医院紧急处理,以及通知预接收医院做好相关检查及抢救的准备^[20]。对于转运已临产的孕产妇^[20],转运过程中需要监测并记录胎心、宫缩、宫口扩张和胎膜的情况,可以通过调节宫缩抑制剂控制宫缩,如宫口开全,应停车,做好阴道接生的准备,遵循无菌操作原则,进行紧急接生,并做好预防产后出血及子痫抽搐的风险。但应最大限度避免在转诊途中分娩。

8 转诊后的交接

妊娠合并肾病孕妇转诊到接收医院后,要向接诊医生就孕妇病史、转运前病情评估情况、转运途中的病情变化及相应处理等以详细的文书形式交接及汇报。

综上所述,建立分级负责、上下联动、应对有序的高危孕产妇急救转诊体系,进行安全、高效的转诊,可以降低妊娠合并肾病者不良妊娠结局的发生率,改善母婴结局。

【参考文献】

[1] EDIPIDIS K. Pregnancy in women with renal disease. Yes or no? [J]. Hippokratia, 2011, 15(Suppl 1): 8-12.

[2] 李力,韩磊. 肾脏疾病与妊娠的相互影响 [J]. 实用妇产科杂志, 2015, 31(10): 726-728.

[3] DUNN M J, GWINNUTT C L, GRAY A J. Critical care in the

emergency department: patient transfer [J]. Emergency Medicine Journal: EMJ, 2007, 24(1): 40-44.

[4] IWASHYNA T J, COUREY A J. Guided transfer of critically ill patients: where patients are transferred can be an informed choice [J]. Current Opinion in Critical Care, 2011, 17(6): 641-647.

[5] 蔺莉. 妊娠合并肾脏疾病的分类及诊治特点 [J]. 实用妇产科杂志, 2015, 31(10): 723-725.

[6] 南京总医院. 国家肾脏疾病临床医学研究中心. 慢性肾脏病患者妊娠管理指南 [J]. 中华医学杂志, 2017, 97(46): 3604-3611.

[7] 熊庆,王临虹. 妇女保健学 [M]. 第 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2014: 137-138.

[8] 孙险峰,谭细凤. 嘉兴市流动孕产妇保健管理分析 [J]. 中国妇幼保健, 2014, 29(22): 3540-3542.

[9] 李晓蕾,王以新,殷玲,等. 妊娠合并心脏病的风险评估和管理 [J]. 心肺血管病杂志, 2014, 33(4): 604-608.

[10] 王克,刘子瑜. 高危孕产妇 406 例转诊原因和结局分析 [J]. 广西医学, 2012, 34(9): 1179-1180.

[11] 谢莉玲,余昕焯,朱建华. 351 例重症孕产妇转诊病种和结局分析 [J]. 实用妇产科杂志, 2011, 27(5): 385-388.

[12] 麻伟博,唐智超,董小娥. 顺义区高危妊娠转诊情况分析 [J]. 中国现代医生, 2015, 53(30): 39-41.

[13] 周远洋,朱军,王艳萍,等. 1996-2010 年全国孕产妇死亡率变化趋势 [J]. 中华预防医学杂志, 2011, 45(10): 934-939.

[14] 花静,朱丽萍,杜莉,等. 妊娠风险预警评估对改善围产结局的效果 [J]. 中华围产医学杂志, 2016, 19(3): 200-205.

[15] BELLOMO R, RONCO C, KELLUM J A, et al. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group [J]. Critical Care (London, England), 2004, 8(4): R 204-R 212.

[16] 狄小丹,刘慧妹,陈敦金,等. 广州地区产科危重症患者转运文档案状况分析 [J]. 中华产科急救电子杂志, 2013, 2(4): 284-288.

[17] SHARMA B R. Development of pre-hospital trauma-care system - an overview [J]. Injury, 2005, 36(5): 579-587.

[18] 徐春景,李君琴,吴淑芳. 产科急危重孕产妇院内转运中的护理风险分析与对策 [J]. 护理与康复, 2014, 13(9): 872-874.

[19] MURRAY S F, PEARSON S C. Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs [J]. Social Science & Medicine (1982), 2006, 62(9): 2205-2215.

[20] 杨金英,刘慧妹,陈敦金. 重度子痫前期产前转运 [J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2011, 27(12): 922-924.

(收稿日期: 2017-12-20 编辑: 刘璐)