

早产孕产妇转诊常见问题的处理及注意事项

罗丹*, 李艳, 张诗茂

作者单位: 610041 四川 成都, 成都市妇女儿童中心医院产科

作者简介: 罗丹, 毕业于四川大学华西临床医学院, 博士, 主任医师, 长期从事妇产科临床医学的医疗和科研工作, 擅长领域为围产医学、产科学、产前诊断。主要研究方向为孕期营养体重管理、妊娠期肝病及妊娠期各种危急重症的诊断治疗, 参加编著医学专著 1 部, 承担横向合作多中心研究课题 2 项, 参加国家自然科学基金研究 1 项, 省、市科研课题 3 项, 撰写专业论文 30 余篇。

* 通讯作者, E-mail: xiaodanluo66@163.com

【关键词】 早产; 转诊; 指征; 急救措施

【中图分类号】R 714.21 【文献标志码】A 【文章编号】1674-4020(2018)05-022-03

doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2018.05.05

早产是指妊娠满 28 周不足 37 周或新生儿出生体重为 1 000 ~ 2 499 g^[1]。根据原因不同, 早产分为自发性早产和治疗性早产。前者包括早产和胎膜早破后早产; 后者是因妊娠合并症或并发症, 为母儿安全需要提前终止妊娠者。按照《孕产期保健工作规范》^[2]、《四川省产科分级诊疗指南》^[3]的要求, 结合产科疾病特点, 将疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级治疗, 不同级别的医疗保健机构承担不同疾病治疗; 对于超出机构功能定位和服务能力的疾病, 应为患者提供及时正确的转诊服务, 是降低孕产妇和新生儿死亡率的重要措施。本文就早产孕产妇转诊工作的标准化操作流程进行讨论。

1 早产高危人群的识别

早产高危人群包括: ① 有晚期流产及早产史者^[4]; ② 孕中期阴道超声检查发现子宫颈长度 (cervical length, CL) < 25 mm 的孕妇^[5]; ③ 有子宫颈手术史者: 如宫颈锥切术、环形电极切除术 (loop electrosurgical excision procedure, LEEP) 等; ④ 孕妇年龄过小或过大者: ≤ 17 岁或 > 35 岁; ⑤ 妊娠间隔

过短的孕妇: 一般建议两次妊娠间隔控制在 18 ~ 23 个月; ⑥ 过度消瘦的孕妇: 体质指数 < 18.5 kg/m², 或孕前体重 < 40 kg; ⑦ 多胎妊娠、辅助生殖技术助孕、胎儿及羊水量异常者; ⑧ 胎位异常者, 如臀位、横位; ⑨ 子宫畸形者, 如残角子宫、马鞍状子宫、双子宫等; ⑩ 妊娠合并有生殖道炎症者; ⑪ 妊娠合并急、慢性内外科疾病。

若早产的孕妇出现胎膜早破、有严重的合并症和并发症, 尤其是合并双胎、重度子痫前期、严重内外科疾病、传染性疾病等, 若就诊的医院不能处理, 应及时转至相应的综合医院或有资质的医院进行检查和治疗, 因此, 在转诊过程中科学、有效、合理的院前急救和护理措施有着极为重要的作用。

2 早产孕产妇的转诊指征

早产孕妇的转诊指征主要分为: ① 胎儿原因: 无论是自发性早产还是治疗性早产, 其新生儿的预后均与孕周密切相关。对于胎儿孕周过小, 当地医院无相应的新生儿救治能力时, 应从技术设备有限的医院安全及时地转运至有早产儿救治能力的医院, 接受进一步监护、诊断和治疗护理, 这样可以很

好地改善围产儿预后,减少新生儿并发症和围产儿死亡。但新生儿的转运不是一个简单的运送过程,而是一个持续的监护治疗过程,早产儿尤其是 <32 孕周的极早产儿,需要良好的新生儿救治条件,故胎儿宫内转运优于出生后新生儿转运,在条件允许的情况下,尽量实施胎儿宫内转运。除孕周过小外,其它如胎儿生长受限,胎儿畸形等胎儿发育异常时,新生儿可能需要抢救或者需要产时手术等,也需要在宫内转运至有相应的新生儿救治能力的医院。② 孕妇原因:孕妇合并严重的并发症和合并症,超过当地医院的救治能力时,应转至相应的上级医院,以保障母婴安全。根据《四川省产科分级诊疗指南》^[3]中孕产妇风险预警评估和分类分级管理的要求,将孕妇分为绿、黄、橙、红、紫五种颜色,规定将不同颜色识别的孕妇以及不同轻重缓急病情的孕妇,转诊到相应级别的医疗保健机构就诊。

3 早产转诊前准备及转运

转诊高危孕妇前应全面了解孕妇情况并有相关检查及病历资料,转运途中做好相应的安全措施,建立好静脉通道,做好途中供氧、止血、抑制子宫收缩及急救药品配备等准备。对孕周较小的先兆早产孕妇积极采取相应措施,应用宫缩抑制剂预防即刻早产,糖皮质激素促胎肺成熟治疗,积极处理围产期缺氧因素和胎儿窘迫,减少新生儿窒息的发生。转运过程中,应延续原医院必要的治疗措施及专科特殊处理。途中应动态评估病情,密切监测孕产妇体温、呼吸、血压、脉搏等生命体征,根据病情变化及时进行处理,坚持生命支持为先、器官功能维持为主的原则,同时评估孕产妇及胎儿宫内情况。在转运途中医护人员应安慰孕产妇,给予其精神鼓舞和支持,以缓解孕妇紧张、焦虑的情绪,同时监测产妇宫缩的频率,检查宫口情况,监测并记录胎心、甚至宫口开大、先露下降等产程进展情况,预估生产的时间,维持孕产妇的静脉通道^[6]。另外应根据早产孕产妇合并不同的并发症和合并症进行不同的急救处理:① 若合并胎膜早破,应观察有无腹痛,阴道流出液中是否混有胎脂及胎粪,根据孕周的大小进行相应处理,如产妇取平卧或左侧卧位,抬高臀部严禁让产妇坐位或立位,吸氧,抑制宫缩,促胎肺成熟,预防性给予抗生素防止细菌感染等。若出现脐带脱垂的情况,应给予脐带还纳术处置,尽快到达转入医院进行治疗;② 若合并前置胎

盘、胎盘早剥应密切观察出血情况,有无腹痛、宫缩,监测胎心变化,给予吸氧。出血患者应立即补充血容量,给氧,纠正酸中毒,应用升压药及肾上腺皮质激素改善心肺功能,纠正失血性休克的同时尽快将孕妇送往转入机构;③ 若合并重度子痫前期,应监测血压,观察是否有水肿,根据病情给予解痉,镇静,降压,吸氧,硫酸镁抑制宫缩等,同时协助孕产妇进行侧卧,以降低腹腔大血管的压迫,防止孕产妇发生误吸;④ 若合并产程时限异常,给予一般处理,转运途中严密观察产程,注意有无胎儿窘迫,并随时做好消毒接生准备;⑤ 若合并其他内外科疾病则需给予相关疾病的监测、对症处理。如早产合并心脏疾病则需监测孕妇的心率、氧饱和度、心电图、尿量等心功能衰竭指标。

4 早产转诊时机

尽早转运、重视转运前急救是转运成功的保证;提倡胎儿宫内转运并应用“STABLE”(sugar, temperature, assisted breathing, blood pressure, lab work, emotional support)技术转运为新生儿救护提供担保,从而积极有效地降低新生儿病死率及致残率。但也要避免盲目转诊,如果患者病情不稳定,则需就地救治,待病情稳定后再转诊。如果患者宫口已开大,估计短时间内可能分娩者,则应在产后进行转诊或者是在转运途中做好阴道分娩和新生儿窒息抢救准备。

5 早产转诊风险评估

转诊前进行风险评估是为了防止转诊时机把握不当,避免转诊过程中孕妇病情加重,避免发生胎膜早破、脐带脱垂、掉产等危及母婴安全的并发症发生。对孕产妇和胎儿情况的全面评估包括生命体征,准确核实孕周、胎儿状况、胎次、产次、胎方位,检查胎儿是否缺氧,宫缩强度及宫口开大情况,有无感染,有无妊娠其他合并症和并发症等,并对评估进行记录,以便确定患者是否可以进行转运,评估转运风险,确定转运方案,并选用充分有效的应对手段,以保证患者转运安全。

6 医务人员的组成

选择经验丰富、应急处置能力强的医护人员负责转运及医疗救护,转运人员要熟练掌握妇产科急危重症的院前急救措施及常规护理(下转第 28 页)

xenobiotic metabolism [J]. Nature Reviews Microbiology, 2016, 14(5): 273-287.

[22] GUI Q-f, LU H-f, ZHANG C-x, et al. Well-balanced commensal microbiota contributes to anti-cancer response in a lung cancer mouse model [J]. Genetics and Molecular Research: GMR, 2015, 14(2): 5642-5651.

[23] CHITAPANARUX I, CHITAPANARUX T, TRAISATHIT P, et al. Randomized controlled trial of live lactobacillus acidophilus plus bifidobacterium bifidum in prophylaxis of diarrhea during radiotherapy in cervical cancer patients [J]. Radiation Oncology (London, England), 2010, 5: 31.

[24] LIANG M, PRENDERGAST E, RIMEL B J, et al. Antibiotic use negatively influences survival in epithelial ovarian cancer; a case for studying the microbiome [J]. Gynecologic Oncology, 2016, 143(1): 204.

[25] VIAUD S, SACCHERI F, MIGNOT G, et al. The intestinal microbiota modulates the anticancer immune effects of cyclophosphamide [J]. Science (New York, N. Y.), 2013, 342(6161): 971-976.

[26] DAILLÈRE R, VÉTIZOU M, WALDSCHMITT N, et al. Enterococcus hirae and barnesiella intestinihominis facilitate cyclophosphamide-induced therapeutic immunomodulatory effects [J]. Immunity, 2016, 45(4): 931-943.

[27] IIDA N, DZUTSEV A, STEWART C A, et al. Commensal bacteria control cancer response to therapy by modulating the tumor microenvironment [J]. Science (New York, N. Y.), 2013, 342(6161): 967-970.

[28] ABIKO K, MANDAI M, HAMANISHI J, et al. PD-L1 on tumor cells is induced in ascites and promotes peritoneal dissemination of ovarian cancer through CTL dysfunction [J]. Clinical Cancer Research: an Official Journal of the American Association for Cancer Research, 2013, 19(6): 1363-1374.

[29] DE FELICE F, MARCHETTI C, PALAIA I, et al. Immunotherapy of ovarian cancer: the role of checkpoint inhibitors [J]. Journal of Immunology Research, 2015, 2015(1): 762231-762238.

[30] VÉTIZOU M, PITT J M, DAILLÈRE R, et al. Anticancer immunotherapy by CTLA-4 blockade relies on the gut microbiota [J]. Science (New York, N. Y.), 2015, 350(6264): 1079-1084.

(收稿日期:2017-08-15 编辑:舒硯)

(上接第 23 页)方法,必须熟悉转诊的运作流程,同时需要配备熟悉地址的司机出诊,以缩短急救时间。

7 转诊途中的器械药品的准备、监测、规范操作

急救车上应配有抢救所需的仪器和设备,包括固定多参数心电、血压、呼吸、血氧饱和度监测仪,电击除颤仪,便携式电动呼吸机,负压吸引器,气管插管喉镜 2 个,接产包,新生儿复苏设备,胎心多普勒,氧气瓶,消毒设备,各类急救药品以及保暖的被子等。

8 转运后的交接以及转诊相关的法律程序

医务人员决定转诊早产孕妇后,应向患者家属介绍病情与危险,说明转诊必要性、风险以及可能出现的不良后果,并回答目前的疑问和担心事项,履行签名手续。确认转诊后,转出医院应与转入医院联系,将转运患者的相关情况(孕产史、孕周、主要症状、检查结果等)详细告知转入医院,取得转入机构的同意及配合。到达转入医院后,护送人员应即刻通过危重孕产妇绿色通道直接与转入机构的妇产科进行交接,将母婴病情、院前急救处理、用药、护理措施详细交待,同时转入机构应将设备、人

员、药品等方面保持在应急状态,随时做好抢救准备。

9 转运相关注意事项

转运前做好评估,确保转运过程中孕妇病情稳定,预防发生胎膜早破、脐带脱垂、掉产等危及母婴安全的并发症发生。早产孕产妇规范化、高质量的安全转运是诊治、抢救乃至关系康复成败的重要环节,是确保母婴安全,进一步控制孕产妇死亡和降低围生儿病死率的关键所在。

【参考文献】

[1] 边旭明,董悦. 早产的临床诊断与治疗推荐指南(草案)[J]. 中华妇产科杂志,2007,42(7):498-500.

[2] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 孕产期保健工作规范 [Z]. 2011-6-23.

[3] 四川省卫生和计划生育委员会. 四川省产科分级诊疗指南(2016 年版)[Z]. 2016-5-3.

[4] Spong CY. Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth [J]. Obstet Gynecol, 2007, 110(6):405-415.

[5] FJ Hermans, BM Kazemier, BW Mol. Prevention of preterm parturition [J]. New Engl J Med, 2014, 370(19):1860-1861.

[6] 谢幸,黄引平. 妇产科学 [M]. 第 8 版,北京:人民卫生出版社,2013: 177-179.