

编者按:科学有序的分级诊疗制度是提高医疗卫生服务效率、合理利用医疗卫生资源、节约医疗费用的重要途径。为切实合理利用医疗卫生资源,保障孕产妇和新生儿安全,应做到危急重症适时转诊,转诊过程中科学处理。而在分级诊疗制度实施过程中,却存在转诊延误,或者转诊过程中处理不当,或者该转未转,没必要转却上转等无序现象。

为使产科危急重症的转诊更加科学有序,本刊特策划组织“产科危急重症转诊常见问题及注意事项”专题,设计了 20 多个常见病种转诊中常见问题的处理及注意事项等 20 多篇文章在近几期陆续刊出,以帮助临床工作者正确掌握转诊时机,科学处理转诊患者,减少转诊不当的发生,促进“小病在基层,大病到医院,康复回社区”的就医格局的形成。

产科危急重症转诊常见问题及注意事项专题

高危孕产妇安全转诊环节管理

喻琳麟,林永红*,潘晓娟,肖黎,罗丹

作者单位:610000 四川 成都,成都市妇女儿童中心医院

作者简介:林永红,毕业于四川大学华西医学中心,博士,主任医师,研究方向为妇科泌尿学及盆底重建,近年来发表 SCI 论文 4 篇,获得国家实用新型专利 1 项。

* 通讯作者,E-mail: linyh.2007@aliyun.com

【关键词】孕产妇;分级诊疗;转诊;质量控制

【中图分类号】R 714.2

【文献标志码】A

【文章编号】1674-4020(2018)02-001-03

doi:10.3969/j.issn.1674-4020.2018.02.01

妊娠期有某种并发症或致病因素可能危害孕妇、胎儿与新生儿,称为高危妊娠^[1]。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,根据产科疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级治疗,不同级别的医疗机构承担不同疾病的治疗,对本级不能处理的高危妊娠妇女,应转诊至可以提供良好产科及新生儿科医疗服务的医疗机构。加强高危妊娠管理是降低孕产妇和新生儿死亡率的重要措施,高危孕产妇安全转运是高危妊娠管理的重要环节。本文拟参考国际指南,结合国内的规范指南,对高危孕产妇的转运工作进行总结,提出标准化的操作流程,以期促进高危孕产妇转运的规范化实施,保障母婴安全。

1 转诊指导原则

按照《四川省产科分级诊疗指南》的规定,孕产妇在医疗保健机构建卡时,应根据《高危妊娠风险预警评估表》进行首次风险评估。低风险孕产妇原则上应转至二级医疗保健机构进行产前监护及随访,直至分娩;病情较重,对母婴安全会造成一定威胁的中等风险孕产妇原则上应在二级或三级医疗保健机构进行产前监护及随访,直至分娩;疾病严重,继续妊娠可能危及孕妇生命的高风险孕产妇原则上应立即转至三级医疗保健机构诊治^[3]。

美国妇产科学院和美国儿科学院发布的围产期转运指南指出任何需要 ICU 医疗的妊娠患者都需要在具备产科成人 ICU 和新生儿 ICU 能力的医

疗机构进行诊治。同时指南建议产前转运而非新生儿转运,产前转运的胎儿比转运新生儿有更高的存活率,并可降低长期后遗症发生风险。但如果预计孕妇很快分娩,转运孕妇不安全或不可行时,转运需推迟至分娩后^[4]。

2 转诊指征

孕产妇转诊的原因可能是由于母亲或胎儿因素,或双方因素,包括下述情况。孕产妇患有:① 产科疾病:惊厥、妊娠期急性脂肪肝、大出血、产后脓毒病、子痫前期、重度子痫前期、子痫、溶血、肝酶升高、血小板减少综合征(hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets, HELLP syndrome),早产、胎膜早破、多胎妊娠、产科出血(含产前、产后出血);② 心脏疾病:先天性心脏异常、心脏瓣膜病、高血压急症、缺血、充血性心力衰竭、围产期心脏病;③ 肺部疾病:呼吸功能不全、肺栓塞、重症哮喘、肺出血、肺动脉高压、囊性纤维化;④ 神经系统疾病:中风、脑肿瘤、动脉瘤、蛛网膜下出血;⑤ 胃肠疾病:胃肠出血、恶性肿瘤、急性肝炎、胰腺炎;⑥ 内分泌疾病:糖尿病、嗜铬细胞瘤、甲状腺危象、肾上腺功能不全;⑦ 血液系统疾病:再生障碍性危象、严重的小血小板减少症、凝血病、孕期发现的白血病或淋巴瘤、静脉血栓栓塞;⑧ 肾脏疾病:肾衰竭、肾透析患者、溶血性尿毒综合征;⑨ 自身免疫性疾病:系统性红斑狼疮多器官系统衰竭、抗磷脂抗体综合征、重度克罗恩病;⑩ 感染性疾病:脓毒症;以及其他需要重症监护或手术的孕产妇。胎儿诊断为:① 胎儿早熟;② 胎儿生长受限;③ 胎儿畸形等^[5]。

3 转运前的评估

转运前评估是安全转运的重要步骤,充分评估有利于:① 准确了解转运风险;② 合理选择风险应对措施;③ 确定可行转运方案。转运前评估应关注患者转运过程中的主要临床问题,并选用充分有效的应对手段,以保证患者转运安全。转运前评估包括母亲的重要生命指征、胎儿的评估、胎儿的位置、如果有宫缩还要对宫颈进行检查,所有评估必须在母亲转运表中记录。其他需要评估的还有转运人员、仪器、药品条件,医护人员还要充分评估转运路途是否顺畅及计算转运所需时间^[6]。

4 转运的形式

患者的转运主要有2种形式:① 单边转运,由

转出医疗机构派出运输工具及人员将患者运送到转入医疗机构;② 双边转运,由转入医疗机构派出运输工具及人员到转出机构,接收转运对象回转入机构救治,此情况多为转出医疗机构无转运条件时采用。

5 制定转运计划

制定转运计划时必须考虑到以下重要方面:① 转运应取得患者及家属的同意并签署书面文件。转运前必须和患者及家属沟通,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,提供可选择的方案。② 选择恰当的转入机构,确定转入机构具有提供必要的医疗服务的能力。转运前应与拟转入的机构进行沟通,将转运患者的相关情况(孕产史、孕周、主要的症状、检查结果等)详细告知转入机构,取得转入机构的同意及配合。③ 转运计划必须针对具体情况个体化考虑,尽可能针对转运过程中有可能发生的各种情况,制定相对应的应对措施。如果考虑到胎儿可能早产,及早与合适的医疗机构联系转诊,尽量避免急诊母亲转运。如果预计产妇即将很快分娩,那么转运应该推迟到分娩之后^[4]。④ 转运计划的制定还应考虑到转运的距离、路线和运送条件,包括护送人员、转运工具、转运所需仪器、药品等。

6 护送人员

孕产妇转运的一个重要方面是要具有丰富经验的医护人员进行护送,参加护送的医疗人员应至少有2人,通常1人为护理人员,另1人为产科医生^[7]。参加护送的医疗人员必需具有识别母亲和胎儿安危状况的能力,并具备对其后可能发生的情况进行相应处理的能力,包括对急诊分娩进行处理的能力,掌握新生儿复苏、成人心肺复苏、静脉穿刺,具备熟练操作各种仪器设备和应用急救药物的能力。

7 转运所需物品

通常转诊采用救护车运送,要与急救部门联系,以确定救护车中存在哪些设备、药品,所有物品必须任何时候均准备就绪,并且护送人员应清楚各种物品的具体位置。

7.1 母亲转运设备

一般设备:多参数监护仪(心电、血压、呼吸、血氧饱和度监测功能),电动呼吸机,喉镜手柄和刀

片,负压吸引器,电子胎儿监护仪,胎儿多普勒,听诊器,产包 1 个,体温计,无菌手套,反射锤,氧气罐,面罩,注射器(1 mL、5 mL、10 mL),导尿管,消毒溶液,会阴垫。

液体和母亲药物:5 % 葡萄糖液或葡萄糖盐水,林格氏液,胶带,止血带,静脉穿刺针(# 16, # 18, # 20, 各 2 个),医用胶布,酒精棉签,沙丁胺醇 2.5 mg,阿托品 1 mg,10 % 葡萄糖酸钙,50 % 葡萄糖 50 mL,地西洋 10 mg,苯海拉明 25 mg,麻黄碱 50 mg,肾上腺素 1:10 000,速尿 20 mg,欣母沛(前列腺素 F2 α) 0.25 mg,胍苯吡啶 20 mg,拉贝洛尔 20 mg,利多卡因 1 g/50 mL,硫酸镁 10 g,甲基麦角新碱 0.2 mg,米索前列醇 100 mg,吗啡 10 mg,纳洛酮 0.4 mg,催产素 10 U,盐酸异丙嗪 25 mg,维拉帕米 5 mg。

7.2 急诊新生儿接生消毒包

儿科听诊器,产包 1 个,6 块纱布垫,1 块小床垫,黏液吸引器或机械吸引器和吸管,2 个脐带夹,2 个塑料袋(胎盘和垃圾),胎儿用毛毯,急诊毛毯,棉签,外科缝线。

7.3 新生儿复苏设备

新生儿喉镜,新生儿自膨胀氧气袋和面罩,带有导芯和连接器的透气管内导管,肾上腺素 1:10 000,盐酸纳洛酮 0.4 mg,胃管,弹力绷带,剪刀,刀片。

7.4 成人复苏设备

自膨胀氧气袋和面罩,车载简易除颤仪。

8 转运中的管理

在转运前,医师应对患者进行全面评估,包括母亲的重要生命体征如血压、体温、脉搏、呼吸,并进行相应的预处理,使患者生命体征平稳^[8]。监测产妇产缩的频率,检查宫口情况,预估生产的时间,确保产妇不会即刻生产,同时监测胎儿胎心率,维持危重产妇的静脉通道,并留置导尿管^[5]。

护送的医疗人员必须熟悉转诊的运作流程,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。按照危重患者监护的要求持续监测孕产妇生命体征,血压、呼吸、心率、心电、神志,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,每 15 min 评估 1 次^[5],并详细记录在册。转运中孕产妇应保持左侧卧位并吸氧,对于机械通气的患者,必须确认气管内插管位置并确认通畅,且评估有足够的氧合和通气。对于已临产的危重孕

产妇,转运过程中同样需要监测并记录胎心、宫缩以及宫口开大、先露下降等产程进展情况。

随同护送的医疗人员应随时保持与转入机构医务人员的动态交流,对孕产妇情况的即时变化及时通报,首先判断并共识存在的问题,协同评估患者病情,关注并及时通报胎儿情况及产科情况,以便转入机构能做好应急的准备,转入机构根据孕产妇的病情与相关科室沟通做好对应的抢救准备,包括人员、物品、药品、床均应处于应急状态。转运到达目的医院后,护送人员应即刻与转入机构的急救小组交接,将母婴病情、急救处理用药、护理措施详细交待,转入机构应立即按照危重孕产妇处理流程进行抢救处理。交接的文档资料应包括:患者一般资料、相关检查结果、转运前相应诊疗记录、转运前病情评估记录、转运指征、转运途中病情监测、转运相关文档记录(知情同意书等)^[7,9]。

9 小结

规范急危重孕产妇转运工作流程,是保证急危重孕产妇安全转运的重要保障。转运前准确的评估病情、科学的制定转运计划、合理的人员配置、物品的准备、转出和转入机构间的沟通,转运途中病情的观察,是确保母婴安全,降低孕产妇死亡率的关键。

【参考文献】

- [1] Coco L, Giannone TT, Zarbo G. Management of high - risk pregnancy [J]. Minerva Ginecol, 2014, 66(4): 383 - 389.
- [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[Z]. 2016.
- [4] American Academy of Pediatrics. American College of Obstetricians and Gynecologists [Z]. 7th ed, 2012.
- [5] J Scott. Obstetric Transport[J]. Obstet Gynecol Clin N Am, 2016, 43(4): 821 - 840.
- [6] 高健,华小雪,徐军. 急诊危重症患者院内转运共识[J]. 中华急诊医学杂志, 2017, 26(5): 512 - 516.
- [7] Warren J, Fromm RE, Orr RA, et al. Guidelines for the inter - and intrahospital transport of critically ill patients [J]. Crit Care Med, 2004, 32(1): 256 - 262.
- [8] American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. Practice Bulletin No. 170. Critical Care in Pregnancy [J]. Obstet Gynecol, 2016, 128(4): e147 - e154.
- [9] Sharma BR. Development of pre - hospital trauma - care system - an overview [J]. Injury, 2005, 36(5): 579 - 587.

(收稿日期:2017 - 11 - 30 编辑:杨叶)