

胎盘植入性疾病术中出血救治的表单化管理

蔡彦焯

西安交通大学第一附属医院 陕西西安 710061

摘要: 目的: 探讨表单化管理在胎盘植入性疾病(PAS)术中出血救治中的应用效果, 以期为临床提供有效的救治策略。方法: 选择我院2022年1月至2024年1月收治的40例PAS患者作为研究对象, 以随机数字表法分为2组, 每组20例。对照组采用常规救治护理措施, 观察组则引入表单化管理进行救治。比较两组患者的救治相关指标(救治时间、术中出血量)以及并发症发生率, 并对比护理后患者的阴道流血时间、月经复潮时间和VAS疼痛指数(术中、术后)。结果: 与对照组相比, 观察组的手术救治时间更短、术中出血量更少, 术后并发症发生率更低, 且患者护理后的阴道流血时间、月经复潮时间更早, 术中与术后VAS疼痛程度评分更低($P < 0.05$)。结论: 表单化管理在PAS患者术中出血救治中具有显著优势, 能够缩短手术救治时间, 减少出血量, 降低并发症发生率, 帮助患者提高康复效率, 并降低疼痛感, 值得临床推广。

关键词: 胎盘植入性疾病; 术中出血; 表单化管理; 并发症; 术中出血量

胎盘植入性疾病(placenta accrete spectrum disorders, PAS)指的是胎盘绒毛异常侵入子宫肌层, 甚至穿透子宫壁的一种病理状态, 不仅增加了分娩时的风险, 还可能引发严重的产后出血、子宫破裂等并发症, 对母婴生命构成重大威胁^[1]。手术治疗是PAS患者的常见治疗方式。在手术过程中, PAS患者极易出现大出血的情况, 这主要是由于胎盘绒毛异常侵入子宫肌层, 导致子宫收缩乏力, 加之胎盘剥离面血窦开放, 从而引发难以控制的出血^[2-3]。此外, 手术操作不当、止血措施不到位等因素也可能加剧出血风险。因此术中出血的救治与护理措施需迅速而有效。然而, 常规的救治流程存在诸多不足(如救治过程混乱、信息传递不畅等), 影响救治效果。因此, 寻求一种更为高效、有序的救治策略显得尤为重要。表单化管理作为一种科学、规范的护理管理模式, 是通过制定详细的救治流程和护理表单, 来确保救治措施的有序进行和全面覆盖^[4]。表单化管理不仅提高了护理工作的效率和质量, 还降低了人为差错的发生率。因此, 本文将就PAS患者术中出血救治的护理过程进行观察, 分析表单化管理的应用价值和推广前景。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选择我院2022年1月至2024年1月收治的40例PAS患者进行医疗观察。通过随机数字表法, 将患者分为2组, 每组各20例。对照组(患者年龄跨度为23

岁至38岁, 平均 30.28 ± 3.57 岁, 产前体重指数平均值 $25.03 \pm 1.29\text{kg}/\text{m}^2$); 观察组(年龄区间为22-39岁, 平均 30.38 ± 3.69 岁, 产前体重指数平均值为 $25.01 \pm 2.03\text{kg}/\text{m}^2$)。两组的一般资料信息(年龄、产次、体重指数)经过统计分析无显著性差异($P > 0.05$)。研究经医院伦理委员会审批。

纳入标准: (1)明确诊断为胎盘植入性疾病; (2)年龄在20-40岁之间; (3)无其他严重并发症; (4)患者及家属均签署知情同意书; (5)孕周 ≥ 28 周; (6)单胎妊娠; (7)能够配合完成研究; (8)产次 ≥ 2 次。

排除标准: (1)合并其他严重疾病, 如恶性肿瘤、严重感染等; (2)无法耐受手术或麻醉; (3)术前已接受其他相关治疗; (4)胎盘植入指数 ≥ 10 ; (5)有精神病史或无法配合研究; (6)术前血红蛋白水平过低, 需先行输血治疗; (7)合并其他产科严重并发症, 如重度子痫前期等; (8)术前已出现严重出血或休克症状; (9)其他研究者认为不适合纳入的情况。

1.2 方法

对照组: 常规救治护理措施, 包括迅速评估出血量, 启动紧急输血流程, 确保血容量稳定。采用局部压迫、缝合止血及宫腔填塞等物理方法控制出血。全程监测生命体征, 及时调整救治策略, 术中护士密切配合, 确保救治措施快速、有效执行, 保障患者生命安全。

观察组: 表单化管理措施。(1)在术前准备阶段, 护

理人员需根据表单化管理要求,详细记录患者的病史、孕产史、既往手术史等关键信息,并进行出血风险评估。对于高风险患者,需提前准备充足的血液制品和急救药品(止血药、升压药、输血器等),并确保其处于备用状态,一旦需要,能够迅速、准确地提供给医生使用,确保手术顺利进行。同时,护理人员还需与患者进行充分的沟通,解释手术目的、风险及术后注意事项,缓解其焦虑和恐惧情绪。(2)术中出血救治的表单化管理:①生命体征监测与记录:指派专人密切监测患者生命体征(心率、血压、血氧饱和度、出血量等监测指标及记录频次),按照表单要求准确记录数据。一旦发现异常,立即报告医生并采取相应措施,如调整输液速度、给予升压药物等。②出血控制与输血管理:采用称重法或容积法精确估计出血量,根据表单中的输血指征及时申请输血。在输血过程中,严格控制输血速度,避免发生输血反应。同时,保持静脉通路通畅,确保急救药品和液体的及时输注。③保暖与体温管理:将手术室温度调节至适宜范围(如24℃左右),使用加温毯、输血加温器等设备保持患者体温稳定。持续监测患者鼻咽温,避免低体温引起的并发症。(3)①术后护理人员需根据表单化管理要求,密切观察患者的生命体征和伤口情况,及时发现并处理低血压、心率增快等异常情况,预防休克的发生。②列出术后可能出现的并发症(如感染、再次出血、DIC等),制定并执行术后并发症预防措施,包括保持病房环境清洁,定期消毒,预防交叉感染;指导患者正确咳嗽、排痰,预防肺部感染;密切观察伤口情况,及时更换敷料,预防切口感染;对于出血风险高的患者,加强巡视,及时发现并处理出血情况。③根据患者病情和营养状况,指导其进食高热量、高蛋白、高铁、高维生素的食物,促进身体恢复。鼓励患者早期下床活动,促进肠蠕动恢复和预防深静脉血栓的形成。同时,关注患者心理状态,提供必要的心理支持和疏导。

1.3 观察指标

- (1) 比较两组患者的救治相关指标,包括救治时间、术中出血量;
- (2) 对比两组的并发症发生率,包括恶心、呕吐、腹痛、发热、尿潴留;
- (3) 对比护理后患者的阴道流血时间、月经复潮时间和VAS疼痛指数(术中、术后,0-10分)。

1.4 统计学方法

将数据纳入SPSS17.0软件中分析,计量资料比较采用t检验,并以($\bar{x} \pm s$)表示,率计数资料采用 χ^2 检验,并以率(%)表示,($P < 0.05$)为差异显著,有统计学意义。

2 结果

2.1 分析两组的手术相关指标

观察组的手术救治时间($35.26 \pm 8.57\text{min}$)短于对照组($46.69 \pm 9.28\text{min}$)、术中出血量($958.26 \pm 45.11\text{ml}$)少于对照组($1217.34 \pm 67.49\text{ml}$),($t=4.047, 14.273, P=0.001, 0.001$)有统计差异。

2.2 分析两组的术后并发症情况

观察组的术后并发症发生率10.00%(2例/20例,恶心1例、呕吐1例)低于对照组40.00%(8例/43例,恶心3例、呕吐2例、腹痛1例、发热1例、尿潴留1例),($\chi^2=4.800, P=0.028$)有统计差异。

2.3 分析两组的康复相关指标

观察组患者护理后的阴道流血时间($10.23 \pm 2.34\text{d}$)、月经复潮时间($44.23 \pm 8.45\text{d}$)早于对照组($13.22 \pm 2.98\text{d}$)、($53.26 \pm 11.34\text{d}$),($t=3.529, 2.856, P=0.001, 0.001$)有统计差异。

2.4 分析两组的疼痛情况

观察组的VAS疼痛程度评分[术中(6.69 ± 1.31 分)、术后(2.58 ± 1.05 分)]分别低于对照组[术中(7.58 ± 1.46 分)、术后(4.05 ± 1.37 分)],($t=2.029, 3.809, P=0.004, 0.001$)有统计差异。

3. 讨论

随着剖宫产率的上升、高龄产妇的增加以及多次妊娠史等因素的累积,PAS的发病率在全球范围内呈现上升趋势^[5]。尤其是在一些医疗资源相对匮乏、剖宫产指征把握不严的地区,其发病率更为显著。针对PAS的治疗方法的选择需根据患者的具体情况而定。对于胎盘植入之后导致产后出血情况不严重者,即无出血或出血量少的患者,可采取血管栓塞手术以及清宫手术来对坏死的胎盘进行清理,并辅以对症药物治疗;而对于出血量大、危及生命的患者,则需立即进行手术治疗,包括子宫切除术和保留子宫的保守性手术^[6-7]。近年来,随着介入治疗的兴起,动脉栓塞术等微创技术也为PAS的治疗提供了新的选择。

本研究中,以对照组为参考对象,采用表单化管理护

理的观察组患者的手术救治时间更短、术中出血量更少,术后并发症发生率更低,且患者护理后的阴道流血时间、月经复潮时间更早,术中与术后VAS疼痛程度评分更低($P < 0.05$)。手术救治效率的提高体现在表单化管理标准化、流程化的操作规范上,使得术中出血救治护理的每一步救治措施都能迅速、准确地执行,其中护理操作更为精准,对患者体征观察更为细致能根据患者的实际表现及时、精准判断患者术中的并发症情况,从而做好提前干预措施,以减少患者术中受损情况,对促进患者术后恢复有极大意义。在本研究中,表单化管理使得医护人员能够迅速评估患者病情,迅速启动抢救预案,从而显著缩短了手术救治时间。国内研究也表明,表单化的流程管理在急诊手术中的应用能够显著提高救治效率,减少不必要的时间延误,与本研究结果一致^[8]。术中出血的控制是PAS救治的关键。表单化管理通过详细记录患者体征、临床表现及出血量,使得医护人员能够实时掌握病情变化,及时调整救治方案。同时,配合输血加温器、手术室温度调节等措施,有效维持了患者的体温和循环稳定,减少了因低温导致的凝血功能障碍和休克症状^[9]。另一研究同样强调了术中严密监测和及时输血的重要性,指出这些措施能够显著降低术中出血量和输血需求^[10]。此外,表单化管理的护理措施通过优化救治流程,其应用效果不仅体现在手术时间缩短与术中出血量的减少上,还表现为在表单化管理模式下患者术中损伤得到一定控制,从而降低了术中术后疼痛,进而对患者术后预后恢复效果和并发症发生方面起到积极效果,加快患者的康复进程。

综上所述,表单化管理在胎盘植入性疾病术中出血救治中的应用,通过标准化流程、严密监测和及时干预,显著提高了救治效率、减少了术中出血量和术后并发症发生率,并降低患者疼痛度,促进了患者康复。

参考文献:

- [1] 魏芸,陈洁,赵青,等.胎盘植入性疾病的产前超声图像特征及妊娠结局分析[J].中国超声医学杂志,2024,40(05):562-565.
- [2] 刘德红,陈先侠,郑晨旻,等.腹主动脉球囊阻断术与改良后子宫血管阻断术在胎盘植入性疾病患者再次剖宫产中的应用比较[J].实用医学杂志,2024,40(13):1822-1826.
- [3] 黄畅晓,彭珠芸,李力.胎盘植入性疾病的高危因素和预防要点[J].中国实用妇科与产科杂志,2024,40(02):244-247.
- [4] 辛思明,邱莺华,郑九生,等.表单化管理在Kielland产钳助产中的临床效应分析[J].江西医药,2023,58(01):20-23+27.
- [5] 白秀丽,张素英,陈杨萍.胎盘植入性疾病的相关影响因素分析及预测[J].中国现代医生,2024,62(06):40-44.
- [6] 罗爱英.改良子宫背带缝合术联合止血带对剖宫产术中出血患者出血量及术后恢复的影响[J].黑龙江医药,2023,36(04):902-904.
- [7] 李传征,钱俊如.止血带联合子宫下段提拉式缝合在胎盘植入性疾病中的应用效果观察[J].中国实用医药,2024,19(07):75-78.
- [8] 邓霞,龚玲,戴金妮.早产表单化管理对早产高危因素孕妇的影响研究[J].中国妇幼保健,2024,39(11):2045-2048.
- [9] 黄青梅.集束化护理结合清单式管理在重症监护室危重症患者院内转运中的应用研究[J].基层医学论坛,2022,26(26):112-114.
- [10] 高梅.围术期流程化护理干预对脑出血患者的效果观察及并发症发生率影响分析[J].黑龙江中医药,2021,50(04):261-262.