# 收藏！最全面的妇产科急危重症抢救流程2017-10-14 09:08:56

**1、产后失血性休克抢救流程**

1、根据不同病因采用相应措施：如子宫收缩不良应用宫缩剂、按摩子宫等。

2、开放两条以上的静脉通路。

3、组成抢救小组，人员包括产科大夫、产科护士、麻醉科大夫。持续导尿、记尿量；持续心电监护；持续低流量吸氧；急查血常规、血凝四项、血生化；配血备血等。

4、迅速补液，20分钟内补液1000ml，后40分钟补液1000ml，好转后6小时内再补1000ml，按先晶体后胶体补液原则进行。

5、血HCT维持在30%左右，孕产妇死亡率最低，故输血应维持血HCT在30%左右为宜，最好输新鲜全血。

6、血管活性药物应用：多巴胺 20mg + 5%葡萄糖250ml静脉点滴，根据血压情况调整滴速；酚妥拉明 20mg + 5%葡萄糖 250ml静脉点滴，根据血压情况调整滴速。

7、其他药物应用：如阿托品、654-2、东莨菪碱。如有电解质紊乱表现，给予纠正。

8、应用足量有效抗生素预防感染。

9、护肾：在补足液体的情况下若每小时尿量小于17ml，予速尿20mg入壶；必要时加倍给予。

10、护心：若有心衰表现，给予西地兰 0.4mg 静注（慢）。

11、必要时果断行子宫切除术。

**2、DIC抢救流程**

1、高凝阶段：凝血时间缩短，凝血酶原时间缩短，纤维蛋白原增多。应用肝素、潘生丁、阿司匹林、右旋糖酐、抑肽酶等。

2、消耗性低凝期：血小板小于100×109/L，凝血时间延长，纤维蛋白原降低，凝血酶原时间延长。补充凝血因子、输新鲜血、输纤维蛋白原及凝血酶原复合物，补充Vitk1。

3、继发性纤溶期：3P试验阴性，凝血酶原时间延长，FDP定量大于20ug/ml，优球蛋白溶解时间缩短，凝血酶原时间延长，D-2聚体阳性。给予6-氨基己酸、止血环酸、止血芳酸、新凝灵、立止血等治疗。

4、改善器官功能：给氧、抗休克、利尿、纠正酸中毒。

5、去除病因，处理原发病。

**3、羊水栓塞抢救紧急预案流程**

1、抗过敏：地塞米松20-40mg静脉滴注或氢化可的松300-400mg静脉滴注。

2、解除肺动脉高压：罂粟碱30-90mg静脉入壶；阿托品1-2mg静脉入壶；氨茶碱250-500mg静脉滴注。

3、加压给氧。

4、纠正休克：补充血容量、输血、输液，多巴胺20-80mg、阿拉明20-80mg、酚妥拉明20-40mg静脉滴注。

5、抗心衰营养心肌：西地兰0.4mg静脉滴注，ATP、辅酶A、细胞色素C。

6、纠正DIC：

①高凝阶段：肝素50mg、潘生丁200-400mg、阿司匹林0.75mg、右旋糖酐、抑肽酶2-4万U静脉滴注。

②消耗性低凝期：补充凝血因子、输新鲜血、输纤维蛋白原、Vitk20-40mg静脉滴注。

③纤溶阶段：6-氨基己酸4-6g、止血芳酸100-300mg、立止血1KU、新凝灵600mg。

7、纠正肾衰：速尿40mg静推；利尿酸50—100mg静推；甘露醇250ml静脉滴注。

8、选用广谱抗生素：首选头孢类。

9、产科处理：

第一产程：抑制宫缩，迅速剖宫产终止妊娠。

第二产程：助产，缩短第二产程，禁用宫缩剂。

产后：检查修补产道损伤，剥离胎盘，必要时子宫切除。

**4、脐带脱垂抢救流程**

1、缓解脐带压迫

①脐先露采取臀高头低位，脐带对侧的侧俯卧位。

②脐带脱垂可采取脐带还纳术。

③充盈膀胱或者经阴道上推先露，以缓解对脐带的压迫，直至剖宫产将胎儿娩出。

2、提高胎儿对缺氧的耐受性

①给氧。

②静脉点滴葡萄糖及维生素C。

3、分娩方式的选择

①宫口开全，先露已降至盆底：立即阴道助产。

②宫口未开全，先露未达盆底，不具备助产条件者，立即就地行剖宫产手术。

4、术后常规给予抗生素预防感染。

**5、前置胎盘的紧急预案流程**

1、一旦诊断明确或者高度可疑，应立即住院。在确保母亲安全的前提下，期待胎儿生存，降低婴儿死亡率。

2、给予补血、止血，及时做好输血及手术准备（根据出血量多少、有无休克、孕龄、胎位、胎儿是否存活及宫口开大的程度，选择处理方法）。

3、期待疗法：多用于部分性或边缘性前置胎盘，阴道出血不多，胎儿存活者。

①住院观察，绝对卧床休息。

②每日氧气吸入3次，每次20-30分钟。

③给予补血药物纠正贫血。

④应用宫缩抑制剂：硫酸镁、沙丁胺醇等防止早产。

⑤宫颈内口环扎术：根据颈管长度选用，防止子宫颈口扩大，有助延长孕龄。缝合时，加用宫缩抑制剂，采用硬膜外麻醉。

⑥期待至妊娠36周，主动终止妊娠。终止妊娠前，应用地塞米松促胎肺成熟。

4、终止妊娠：

①终止妊娠指征：⑴孕妇反复多量出血致贫血甚至休克者，无论胎儿是否成熟，均应立即终止妊娠。⑵胎龄达36周以后，胎儿成熟度检查提示胎儿肺成熟者。

②终止妊娠方式：

剖宫产术：⑴为前置胎盘的主要分娩方式，子宫切口的选择以避开胎盘为原则。⑵胎儿娩出后，子宫体部注射催产素或麦角新碱，切口边缘以卵圆钳钳夹止血。⑶胎盘未及时娩出者，迅速徒手剥离胎盘。若胎盘剥离面出血，可用明胶海绵上放凝血酶或巴曲酶，快速置于出血部位，再加沙垫压迫10分钟。⑷ 若剥离困难，胎盘粘连或植入并出血多者，应选择切除子宫。⑸若局部渗血，用可吸收线局部“8”字缝合，或宫腔及下段填纱24小时后阴道抽出。⑹以上方法无效，可行子宫动脉、髂内动脉结扎术，或行子宫全切术或次全子宫切除术。

阴道分娩：⑴仅适用于边缘性前置胎盘、枕先露、流血不多，估计在短时间内能结束分娩者。⑵决定阴道分娩后，先行人工破膜，破膜后胎头下降压迫胎盘止血，并可促进子宫收缩加速分娩。⑶若破膜后胎先露下降不理想，仍有出血，应立即改行剖宫产术。

**6、胎盘早剥的抢救流程**

1、一般处理

输液、备血、给氧、抢救休克等应急措施。严密观察病情变化，测血压、记尿量、完善各项辅助检查，根据病情补充血容量、输血等。

2、及时终止妊娠

⑴经阴道分娩：①产妇，轻型病例，一般情况较好，估计短时间内能结束分娩者，可经阴道分娩。②先行破膜，使羊水缓慢流出，用腹带包裹腹部，起到压迫胎盘，使之不再继续剥离的作用。③必要时静脉滴注催产素，缩短产程。④产程中严密观察血压、脉搏、宫底高度、宫缩情况及胎心。有条件可行全程胎心监护。

⑵剖宫产：①重型胎盘早剥，特别是初产妇，不能在短时间内结束分娩者。②轻型胎盘早剥，出现胎儿窘迫征象，需抢救胎儿者。③重型胎盘早剥，产妇病情恶化，虽胎儿已死亡，但不能立即经阴道分娩者。④破膜后产程无进展者。

3、并发症及处理：

⑴产后出血：胎儿、胎盘娩出后，及时宫体注射催产素并按摩子宫。

⑵剖宫产术中发现子宫胎盘卒中，配以热盐水纱垫湿热敷子宫，若不奏效，可行子宫动脉上行支结扎或用可吸收线大“8”字缝合卒中部位浆肌层。

⑶若不能控制出血或发生DIC，应行子宫切除术。

⑷DIC及凝血功能障碍：重型早剥及胎死宫内者，出现皮下注射部位出血、尿血、咯血及呕血等，提示DIC发生，应立即采取应对措施。

⑸急性肾功能衰竭：易发生在有重度妊高征，出现失血性休克并发DIC的患者。记尿量、补充血容量，每小时尿量小于17ml时，应给20%甘露醇250ml快速滴注，或速尿40mg静推。严密监测肾功能，必要时行透析疗法。

**7、心衰的抢救流程**

1、半卧位或坐位，高流量吸氧（6-8L/分）或者加压供氧。

2、镇静剂：吗啡10mg肌肉注射，或杜冷丁50mg肌肉注射。

3、洋地黄药物的应用：对充血性心衰效果好，如心瓣膜病、先心、高血压心脏病；对阵发性室上速和快速性心房颤动或扑动并发心衰时有明显疗效，对肺心病、心肌炎等心衰疗效较差。

4、对低排高阻型心衰，给予强心利尿；多采用快速洋地黄类药物，如西地兰0.2-0.4mg加入25%葡萄糖20ml，缓慢静脉注射，4-6小时后重复给药，总量不超过0.8-1.0mg。然后改用口服维持，与此同时可给予速尿20-40mg，静脉注射，对合并肺水肿者，效果更好。

5、发生急性肺水肿时，可给地塞米松10-20mg静脉注射，解除支气管的痉挛，缓解肺水肿。

6、及时终止妊娠。

7、产后72小时内，应密切观察产妇的心率、呼吸、脉搏、血压、体温，每4小时一次；心功能Ⅲ-Ⅳ级每2小时一次，严防心衰及感染的发生。

8、产后4小时内要绝对卧床休息，其后继续保证充分休息，根据心功能情况，产后至少2周后方可出院。

9、应用广谱抗生素预防感染，自临产至产后1周，无感染方可停药，尤其是预防亚急性感染性心内膜炎的发生。主要用药为青霉素等。

10、心功能级Ⅰ-Ⅱ者可以哺乳，但应避免劳累，心功能Ⅲ-Ⅳ者，不宜哺乳，及时退奶。

11、不宜再妊娠者，产后心功能良好且稳定者，可于产后1周行绝育手术，如有心衰，待心衰控制后再手术。

12、产后如果心率超过100次/分，仍需继续应用强心药。、

**8、重症肝炎合并妊娠的紧急预案流程**

1、应请肝病科医生协同处理。

2、预防与治疗肝性脑病：

①饮食与热量：低蛋白、低脂肪、高碳水化合物饮食，限制蛋白入量（小于20g/日）。增加碳水化合物，保障热量供给，维持在1800kcal/日以上。补充大量维生素。必要时补充新鲜血浆和白蛋白。

②抑制肠道内产生和吸收毒性物质：口服新霉素、甲硝唑、乳果糖。

③脱氨药的应用：精氨酸或谷氨酸钠静脉点滴。

④支链氨基酸的应用：6-合氨基酸250ml每日1-2次静点。

⑤维得健100mg静脉滴注，每日2次。

⑥其他：10%葡萄糖250ml+胰高血糖素1-2mg+胰岛素8U+50%葡萄糖250ml+10%氯化钾10ml+辅酶A50U+ATP 20mg静脉点滴。

⑦预防肝细胞坏死、促进肝细胞再生：促肝细胞生成素静脉点滴。

3、调节免疫功能：如胸腺肽。

4、维持水电解质、酸碱平衡。

5、预防和治疗DIC：

①动态观察血小板、PT、APTT、纤维蛋白原的变化。

②肝素应用的问题：重症肝炎在应用肝素时，必须补充新鲜血液、血浆、抗凝血酶Ⅲ；宜小剂量应用；在临产或分娩结束12小时内不宜应用，以免发生创面大出血。

③在DIC治疗中复方丹参的作用较肝素缓和、安全。

6、积极治疗并发症（如感染、出血、肾衰等）。

7、产科处理：

①早孕发病者首先治疗肝炎，病情好转后应尽早行人工流产术。

②中孕发病时，因手术危险性大，一般不宜终止妊娠；但个别重症患者，经保守治疗无效，病情继续发展，亦可考虑终止妊娠。

③晚期妊娠发病者，宜积极保肝治疗24小时后尽早终止妊娠。分娩方式选择剖宫产术，应做好输血准备，备好新鲜血、新鲜冰冻血浆、浓缩红细胞、凝血酶原复合物、纤维蛋白原等。

④产后注意观察阴道出血量、子宫收缩情况。

⑤抗生素预防感染，选用肝损小的抗生素，如青霉素、头孢类。

⑥回奶时避免应用雌激素。

**9、妊娠期急性脂肪肝的紧急预案流程**

1、此病凶险，处理难度大，应请肝病科医生协同处理。

2、一般治疗：

①卧床休息。

②给予高碳水化合物、低脂肪、低蛋白饮食。

③纠正低血糖、水电解质紊乱及酸中毒。

3、使用保肝药物和维生素C、K、ATP、辅酶A等。

4、成分输血纠正凝血因子的消耗，大量冷冻新鲜血浆可补充凝血因子，输人体血清白蛋白纠正低蛋白血症，降低脑水肿发生率。也可根据情况给予浓缩红细胞悬液、血小板及新鲜血液。

5、肾上腺皮质激素的应用，短时间使用可保护肾小管上皮，宜用氢化可的松每日200-300mg静滴。

6、换血及血浆置换。

7、其他（纠正及治疗并发症）。

8、使用H2受体阻滞剂，维持胃液PH>5避免发生应激性溃疡。

9、肾功能衰竭，利尿剂无效时可行透析疗法、人工肾等治疗。

10、纠正休克，改善微循环障碍。

11、产科处理：

①一旦确诊或高度怀疑时，无论病情轻重、病程早晚、均应尽快终止妊娠。

②剖宫产适用于短期内无分娩可能者。术中宜采用局部或硬膜外麻醉，不应全麻以免加重肝脏损害。

③若胎死宫内，宫颈条件差，短期内不能经阴分娩者也应行剖宫产术。

④若剖宫产时发生凝血障碍，出血不止，经缩宫剂等保守治疗无效宜行子宫全切术。术后禁用镇静、止痛剂。

⑤若宫颈条件好，胎儿较小，估计短期内分娩者亦可考虑经阴道分娩（或引产）。

⑥产后应注意休息，不宜哺乳。

**10、围产期心肺脑复苏的抢救流程**

1、重建循环：心前区捶击、胸外心脏按压。

2、开放气道、清除喉头血液、分泌物、呕吐物。

3、人工呼吸：面罩、加压给氧、气管插管、呼吸机。

4、开放静脉通路，行药物治疗：肾上腺素能药、碱性药。

5、经上述处理5分钟无效，急诊剖宫取胎。

6、保持脑灌注：应用血管活性药物，补液。

7、心电监护，请内科会诊，协助抢救。

**11、急性胎儿宫内窘迫的抢救流程**

1、积极寻找母儿双方原因：如心衰、呼吸困难、贫血、脐带脱垂等。

2、及早纠正酸中毒，静脉补液加5%碳酸氢钠250ml。

3、尽快终止妊娠：若宫内窘迫达严重阶段必须尽快结束分娩。

①宫颈尚未完全扩张，宫缩过强致胎儿窘迫情况不严重者，应立即停止滴注催产素或用抑制宫缩的药物，嘱产妇左侧卧位，吸氧（5升/分，面罩供氧）观察10分钟，若胎心率变为正常，可继续吸氧观察；若无显效，应行剖宫产手术。

②宫口开全，胎先露部已达坐骨棘平面以下3cm者，吸氧同时应尽快助产，经阴道娩出胎儿。

**12、子宫破裂的抢救流程**

1、先兆子宫破裂：立即给以抑制子宫收缩药物（肌注哌替啶100mg，或静脉全身麻醉），立即行剖宫产术。

2、子宫破裂：在输血、输液、给氧、抢救休克的同时，尽快手术治疗。

①若破口整齐、距破裂时间短、无明显感染者或患者全身情况差不能耐受大手术者，可行修补术，并行输卵管结扎术。

②破口大、不整齐，有明显感染者应行子宫次全切除术。

③若破口大、撕伤超过宫颈者，应行子宫全切术。

3、术后给予足量有效抗生素。

严重休克者应尽可能就地抢救，若必须转送，应输血、输液、包扎腹部后方可转送。