

妇幼专科医院产科重症监护病房管理模式探讨

晋兴林 王 曦 高晓梅 罗梅梅

淮北市妇幼保健院产科 安徽 淮北 235000

【摘要】：目的：探讨妇幼专科医院产科重症监护病房适合的管理模式。方法：回顾性分析在我院剖宫产术，有合并症、并发症的孕产妇的临床资料，按有合并症、并发症的孕产妇术后是否转入产科重症监护病房分为实验组和对照组，实验组 138 例，对照组 142 例。比较两组孕产妇住院费用；术后住院时间；术后出血量；术后恢复情况包括术后拔除尿管时间、术后下床活动时间、术后排气时间；术后并发症发生情况。结果：实验组和对照组住院费用、住院时间、术后出血量比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；术后拔除尿管时间、术后下床活动时间、术后排气时间 2 组比较差异有统计学意义 ($P<0.05$)。实验组术后并发症发生率低于对照组 ($P<0.05$)。结论：建立妇幼专科医院产科重症监护病房，是政策的规划，也是医院发展的需要，用适合的方式进行管理，有利于重症医疗资源的最好利用，能够保障妇幼专科医院的医疗安全，且该模式值得在妇幼专科医院推广应用。

【关键词】：产科；重症监护病房；管理模式

Discussion on Management Mode of Obstetric Intensive Care Unit in Maternity and Children's Hospital

Xinglin Jin Xi Wang Xiaomei Gao Meimei Luo

Department of Obstetrics Huaibei Maternal and Child Health Hospital Anhui Huaibei 235000

Abstract: Objective: To explore the suitable management mode of obstetric intensive care unit in maternity and child hospital. Methods: Retrospective analysis of the clinical data of the pregnant women with comorbidities and complications in our hospital, according to whether the pregnant women with comorbidities and complications were transferred to the obstetric intensive care unit after surgery were divided into experimental group and control group, experimental group 138 cases, control group 142 cases. The hospitalization costs of the two groups were compared. Postoperative hospital stay; Postoperative blood loss; The postoperative recovery included the time of catheter removal, the time of getting out of bed and the time of exhaust. The incidence of postoperative complications. Results: There was no significant difference in hospital expenses, hospital stay and postoperative blood loss between the experimental group and the control group ($P>0.05$). There were significant differences in the time of catheter removal, the time of getting out of bed and the time of exhaust between the two groups ($P<0.05$). The incidence of postoperative complications in the experimental group was lower than that in the control group ($P<0.05$). Conclusion: The establishment of obstetric intensive care unit in specialized hospitals for women and children is not only a policy planning, but also the needs of the development of the hospital. Management in a suitable way is conducive to the best use of intensive care medical resources, and can guarantee the medical safety of specialized hospitals for women and children, and this model is worth popularizing and applying in specialized hospitals for women and children.

Keywords: Obstetrics; Intensive care unit; Management mode

随着计划生育政策的放开，妇幼专科医院的高危孕产妇数量明显增加，大多数妇幼专科医院救治危重孕产妇的能力相对较弱，因而对新时期妇幼专科医院的发展提出了新的挑战和要求。开设产科重症监护病房是新形势下妇幼专科医院的要求，是危重孕产妇救治中心建设的要求，是三级甲等妇幼保健院评审的要求（三级妇幼保健院评审标准实施细则 2016 版 3.11.8.1 条款）^[1]。我院 2019 年 10 月成立了产科重症医学科，一直摸索适合妇幼专科医院的模式。我院将合并症、并发症的孕妇，在其知情同意的情况下，术后或产后转入产科重症监护病房，由产科病房和重症病房医师共同管理。该研究回顾性地分析了一年半内时间内医院孕产妇术后入住产科重症医学病房的相关临床资料，为探讨妇幼专科医院产科重症医学病房的管理模式提供理论依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性分析 2021 年 4 月—2022 年 9 月，在我院产科住院剖宫产的孕产妇，其中包括妊娠合并症、并发症者，术后转入产科重症监护病房观察治疗的为实验组，138 例；2020 年 1 月—2021 年 6 月，同类型患者，术后未转入产科重症监护病房观察治疗的为对照组（因同期对照组样本量小，对照组时间稍提前，142 例）。其中观察组年龄 20-43（ 30.72 ± 5.64 ）岁，对照组年龄 20-44（ 28.82 ± 5.20 ）岁，同时本研究通过我院伦理委员会的批准，2 组孕产妇比较年龄差异无统计学意义 (P 值 $0.199>0.05$)，具有可比性。

纳入标准：在知情同意的情况下（1）剖宫产后；（2）有较重的合并症并发症；（3）糖尿病病人，需要用胰岛素治疗，或孕期血糖控制不好而拒绝用胰岛素治疗者；（4）妊娠期高血压均需降压药物治疗者；（5）完全性前置胎盘；（6）I 级以上胎盘早剥；（7）重度肝内胆汁淤积症。

排除标准：（1）合并症、并发症较轻者；（2）糖尿病且不需服用胰岛素治疗可控制良好者；（3）妊娠期高血压不需服用药物且术后控制良好者。

1.2 方法

实验组患者术前通知重症监护病房医师，做好准备工作，术后送至重症监护室，常规监测生命体征，由重症监护病房医师、产科医生共同制定监护救治，给予产妇多学科综合监护与治疗，护理人员执行 24 h 无间断监护，记录生命体征变化情况，待其生命体征稳定，观察 6-24 小时或病情平稳后转入产科普通病房。患者转入产科重症监护病房观察如无特殊治疗，其费用由产科病房计费，无需额外

增加住院费用。

1.3 观察指标

收集分析病例资料，比较 2 组患者的住院费用、住院时间、术后出血情况；术后恢复情况；拔出导尿管的时间、下床活动时间、术后排气时间；术后并发症的发生等的差别，并对其数据进行研究，以体现新模式的优越性。

1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件进行数据统计分析，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，组间比较采用 t 检验，计数资料用例数及 % 表示，组间比较采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

表 1 两组患者的疾病前五位分布 [例 (%)]

组别	重度子痫前期 [例 (%)]	妊娠期高血压 [例 (%)]	妊娠期糖尿病 [例 (%)]	宫内感染 [例 (%)]	胎盘早博 [例 (%)]
实验组 (n=138)	52 (37.68)	23 (16.67)	20 (14.49)	12 (8.70)	9 (6.52)
对照组 (n=142)	56 (39.44)	24 (16.90)	24 (16.90)	10 (7.04)	9 (6.34)
χ^2 值	0.091	0.003	0.307	0.264	0.004
P 值	0.763	0.958	0.580	0.607	0.950

表 2 两组患者住院费用、术后出血、术后住院时间比较

组别	住院费用 (元)	术后出血 (不包括术中) (ml)	术后住院时间 (天)
实验组 (n=138)	6704 ± 1701	180 ± 38	4.75 ± 0.97
对照组 (n=142)	6609 ± 1604	182 ± 41	4.72 ± 0.92
t 值	0.477	-0.428	0.248
p 值	0.220	0.114	0.388

表 3 两组患者术后恢复情况比较

组别	拔出尿管的时间	下床活动时间	术后排气时间 (小时)	术后并发症 [例 (%)]
实验组 (n=138)	16.01 ± 3.66	16.78 ± 3.35	44.60 ± 8.72	2 (1.45%)
对照组 (n=142)	19.94 ± 4.67	20.86 ± 4.37	48.42 ± 12.64	10 (7.04%)
t 值	-7.665	-8.791	-2.967	4.061
p 值	0.015	0.006	0.033	0.044

3 讨论

大多数妇幼专科医院救治危重孕产妇的能力相对较弱，开设产科重症医学病房是新形势下妇幼专科医院发展的要求，是提升危重孕产妇救治能力、提高抢救成功率，降低孕妇产后术后并发症及危重率发生的有效措施。

我院 2019 年 10 月成立了产科重症医学科，前期，妇幼专科医院与综合医院情况不同，科室单纯，危重病人少，产科重症医学科无病人是常态。据统计，发达国家危重孕

产妇入住重症监护病房 (ICU) 的比例为 0.08%-0.76%，美国仅 0.1%-0.8% 的危重孕产妇需要入住 ICU；在发展中国家为 0.13%-4.6%^[2]。西北妇女儿童医院报道，近 3 年来共收治 71757 例孕产妇，其中入住重症监护病房救治 2531 例，入住率是 3.52%^[3]。我院年分娩量 4000 左右，由于是市级妇幼专科医院，危重孕产妇少，根据世界卫生组织 (WHO) 的定义，危重孕产妇为：“在怀孕、分娩期间或终止妊娠后 42d 内出现威胁孕产妇生命安全的并发症并幸存下来的妇

女?^[4]。”真正发展为多脏器功能障碍、需要综合 ICU 救治的孕产妇很少, 我院每年数个。如果仅仅危重病人转入重症监护病房, 一会造成重症监护病房稀缺资源的浪费; 二会造成人力资源浪费, 医护人员闲置, 技术得不到提升, 但这个科室不可缺少。

我院以重症监护病房为救治地点、重症医生管理、寻求产科医师参与的封闭式管理模式, 接受该管理模式的患者大多以妊娠合并症或并发症为主, 一般无严重器官功能障碍。将较重内科合并症及并发症的孕妇产后术后均转入产科重症监护病房, 一些暂时不能终止妊娠且有内科合并症的孕妇也于产科重症监护病房治疗, 其住院治疗费用不增。产科重症监护病房包括一名重症医学科医师, 三名产科医师, 其护士均在产科轮转学习培训后上岗。转入的病人由病房医师参与管理查房, 使孕产妇的安全有了一定的保障^[5]。起初, 由于医生护士的依从性不高, 适应能力不足, 且重症监护病房使患者畏惧, 不愿转入重症监护科, 部分患者易可产生“ICU 综合征”, 造成前期转入产科重症监护病房的人数较少。

2021 年 6 月, 由院领导出面解决上述问题, 指导医护人员改变与患者沟通方式, 术前做好充分沟通交流, 做好健康宣教工作, 并积极做出相应解释, 同时, 医护人员应做到对患者关心、体贴, 加强生活照顾, 进行心理疏导, 缓解产妇的紧张感和恐惧感, 创造舒适、安详、亲切的环境, 并提升自身服务态度、业务水平, 使患者愿意接受。

从 2021 年 7 月实施以来, 基本该类患者产后、术后均转入产科重症监护病房, 平稳后转回普通病房, 本实验组, 在重症监护病房住院时间在 24 小时之内 117 人、1 天以上 21 人, 其中 12 例从产科重症监护病房出院, 一例因胸腔积液转外院治疗, 其他患者均转回产科病房。实验组中从重症监护病房出院 12 人, 其中宫腔感染 5 人, 重度子痫前期 3 人, 胎盘早剥术中出血 2 人, 妊娠合并抑郁状态、脑瘫各 1 例。从以上数据分析可见, 在我院, 如仅危重病人入住产科重症监护病房, 其病人量非常少, 会造成一定的资源浪费。采用该模式后, 产科病房护士工作量减少, 最大限度优化了人力资源。

姚智远等^[6]通过 96 例危重孕产妇的研究得出结论, 危重孕产妇选择剖腹产进行分娩的比例最高, 且不受孕产妇年龄及此前是否有过分娩经历的影响。此项数据表明, 剖宫产是危重孕产妇解除危险的首选方式。关于疾病分布: 实验组患者占第一位的是重度子痫前期, 其次妊娠期高血压、妊娠期糖尿病、产褥感染, 与一些综合性医院研究的疾病分布基本一致^[7]。本实验组入住重症监护病房时间较长的是宫腔感染病人。产科病人, 由于孕期产褥期特殊的生理改变, 产科疾病具有突变、多变及易变性, 有合并症及并发症的孕产妇随时有发生危重的可能, 转入重症监护病房, 其医生护士专注性高, 可更严密的监护及早期处理, 并积极进行健康宣教, 保障其安全。通过本次研究, 实验组比对照组的费用稍微增加, 但统计学无明显差别。我院转入产科重症监护病房患者, 收费按普通病房收费, 不增加患者费用, 患者在重症监护病房发生的费用, 计算科室绩效

时, 双重计算, 即算重症监护科收入, 也算产科病房收入, 这样医务人员及患者在费用方面都能接受。实验组和对照组比较, 术后出血量 (不包括术中出血) 无统计学意义, 跟术中严密的处理和手术技巧相关; 术后住院天数无统计学意义, 跟我们转入病人危重少有关。

通过本研究, 实验组患者恢复较快, 包括术后拔出导尿管的时间、下床活动时间、术后排气时间均短于对照组。实验组患者术后并发症的发生率低。从上面研究得出结论, 实验组患者术后转入重症监护病房, 受到专门照顾, 恢复快, 术后发生异常能及时处理, 术后发生并发症低。

我们产科重症病房配备有产科医师、重症医师和有产科经验的护理人员, 患者住入产科重症病房后, 产前管理主要由产科医师负责, 产科病房医师、重症医师参与, 完成母胎监护, 完成对分娩方式分娩时机决策、高危手术的术前评估和准备; 产后术后主要由重症医师负责, 管理患者循环、血容量及生命体征, 产科病房医师参与查房, 做到产科与重症无缝衔接。患者病情好转或平稳后, 转入产科普通病区继续治疗或出院。我们的管理模式是对危重孕产妇实施全程管理, 但产前入住的少, 至今只有 5 例, 主要是早期发生的严重的重度子痫前期及严重的肝功能损伤。由产科转入重症医学病房时, 产科会提前和重症医学科医生护士沟通, 重症医学科医生提前了解患者病情, 护士提前做好准备工作。尽早参与治疗过程。可以母乳喂养的, 可以母婴同室, 也可以抱到妈妈身边喂奶。

产科病房医师可根据我们医院的重症监护病房模式转入 ICU 的条件作出选择。产科医生参与查房, 参与病情监测和临床决策, 有利于一系列医疗质量指标的改善。产科医生应针对孕妇、胎儿在药物、放射等中的利弊提供意见; 与重症医学科一起, 解读妊娠时特殊的生命体征和各项检查结果。病房产科医生在产后出血、产褥期感染、预防子痫、哺乳以及新生儿问题等方面提出建议。

在我国造成孕产妇死亡的主要原因有产后出血、子痫前期、羊水栓塞、妊娠合并心脏病、产褥期感染等。产科患者是一个特殊群体, 大多数都比较年轻, 一般都没有基础疾病, 危重症来势凶猛、病情变化快, 不可预测, 度过危险期后恢复也较快。大部分的急危重症经过积极的诊治能够获得比较满意的结局, 最重要的是早发现、早识别, 由产科 ICU 医师护士专门管理, 更利用观察。妇幼专科医院, 科室少主要由产科为主, 建立专门的产科 ICU, 由产科及 ICU 的医师共同管理, 医院提供完备先进硬件设备, 逐步加强产科与重症医学的渗透与交叉^[11], 互相学习, 不断拓宽提升业务水平和救治能力, 更能保障孕产妇安全。

重症监护病房是医院现代化监护和抢救设备最先进、最齐全的病房, 可最大限度确保急危重患者生命抢救, 危重孕产妇转入 ICU 救治可更大的确保孕产妇安全^[12]。我院产科重症监护病房设置 10 张床位, 其中重症监护病房 4 张, 加强监护病房 1 张, 一般监护病房 5 张床位, 在重症孕产妇救治工作中发挥了巨大作用。医院投资大, 我们医院这个模式, 更加充分利用医疗资源。

为进一步完善妇幼专科医院重症监护病房模式, 我们

还应继续关注、开展产科重症疾病的标准和早期识别异常情况指标的研究,更好地为孕产妇服务,更好地保障母婴

安全。通过该研究,该模式值得在妇幼专科医院推广应用,并应被综合医院同行们所了解。

参考文献:

- [1] 国家卫生和计划生育委员会办公厅文件《危重孕产妇救治中心建设与管理指南》(国卫办妇幼发[2017]40号)。
- [2] 中华医学会重症医学分会.中国重症加强治疗病房建设与管理指南(2006)
- [3] Leovic MP,Robbins HN,Foley MR,et al.The “virtual”obstetrical intensive care unit:Providing critical care for contemporary obstetrics in nontraditional locations [J].Am J Obstet Gynecol,2016,215(6):736.e1-736.e4
- [4] 贺同强,乔媛,吕艳香,等.产科重症监护病房危重孕产妇 2531 例临床情况及管理模式分析 [J].人民军医,2020,63(11):1120-1122.
- [5] Say L, Pattinson RC, Gülmezoglu AM. WHO system-atic review of maternal morbidity and mortality: The prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) [J]. Reprod Health, 2004, 1(1): 3.
- [6] 马超,李丽娜.产科联合 ICU 救治孕产妇危急重症临床分析 [J].中西医结合心血管病杂志,2017,5(28):74.
- [7] 姚智远,柳舟,伍威,等.96 例 ICU 治疗的危重孕产妇的临床特征 [J].武汉大学学报(医学版),2022,43(4):572-576.
- [8] 赵保静,杨媛媛,丛林,等.产科联合 ICU 救治 232 例危重孕产妇的资料分析 [J].安徽医科大学学报,2017,52(9):1375-1378.
- [9] 逯峰,马德晶,刘晓立,等.ICU 联合产科救治危重孕产妇现状:来自真实世界的观察性分析 [J].滨州医学院学报,2018,41(4):272-274.
- [10] 侯一珺,谢云,王涛,等.283 例入住重症监护病房救治的危重孕产妇的临床特征分析 [J].上海交通大学学报(医学版),2021,41(5):632-636.
- [11] 贺同强,乔媛,吕艳香,等.妇幼专科医院孕产妇重症监护病房管理模式的初步探索 [J].医疗卫生管理,2019,(3):187-191.
- [12] 张彬,陈先侠,刘辉,等.基于全面质量管理理论的危重孕产妇安全管理体系构建 [J].中国妇幼保健,2020,35(1):8-10.