

快速反应团队模式在危急重症孕产妇救治中的效果分析

朱颖¹ 周永华² 袁葛粉¹ 范雪梅^{1*} 通讯作者

(1.扬州大学附属兴化市人民医院妇产科 江苏泰州 225700 2.扬州大学附属兴化市人民医院院办 江苏泰州 225700)

摘要:目的:分析在危急重症孕产妇临床救治中应用快速反应团队工作模式的价值和效果。方法 回顾调查研究,将我院2019年1月-2020年5月未开展快速反应团队工作模式的52例危急重症孕产妇作为对照组,将2020年6月-2021年12月实施快速反应团队工作模式的52例危急重症孕产妇作为观察组,统计收集两组的均次费用,并发症发生率,非计划再次手术率、平均住院日等,分析快速反应团队工作模式实施价值和效益。结果 观察组住院时间短于对照组、医疗支出费用和非预期手术率低于对照组,并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 快速反应团队工作模式在危急重症孕产妇临床救治中可以缩短住院时间、降低医疗支出费用和并发症发生率,具有极高应用价值。

关键词:孕产妇;危急重症;快速反应团队工作模式;临床救治

危急重症孕产妇属于高危群体,具有病情发展速度快、危害程度高的特点,若救治不及时,不仅会影响产妇和胎儿健康,甚至会对产妇家庭造成严重影响^[1-2]。危急重症孕产妇生存质量和医疗机构救治时间、效率等直接相关^[3]。既往临床针对危急重症患者主要以接诊-会诊-抢救流程进行,但过程中易受多种因素影响,包括人手、医院基础设施和医务人员认知度等,进而影响抢救质量和效率^[4]。快速反应团队工作模式是一种新型且科学的干预模式,其原理是纳入多学科专业人才组建团队,以产科医生为主导,护士及其他科室人员配合,可快速评估患者病情且进行针对性处理以帮助其脱离危险,具有高效、专业和安全的特点^[5-6]。本院自2020年6月开展后取得良好效果,现将其报道整理如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2019年1月2021年12月我院危急重症孕产妇临床资料。将52例未开展快速反应团队工作模式(2019.1-2019.12)的作为对照组,年龄20~37岁,平均年龄(28.71 ± 0.13)岁,自然分娩15例,剖宫产37例,瘢痕子宫妊娠16例,妊娠期糖尿病16例,胎膜早破7例;轻度子痫前期5例,其他8例;将52例实

1.3.2 观察组采用快速反应团队工作模式,详见下表。

归纳	详情步骤
快速反应团队建立	由妇产科护士长邀请和统筹各科室人员,包括ICU医生1名、助产士/护士6名、产科医生4名、新生儿科医生1名、输血/麻醉医生各1名、产安办人员1名,团队成员需明确自身职责,当被需要时需第一时间达到现场并做好配合。同时将团队分为日间和夜间双向处理团队,以此能够在任何时间做好应急准备。
日间团队	除助产士/护士以外将上述安排人员各1名全部归纳为日间团队,助产士和护士安排6名负责日间团队处理。
夜间团队	夜间团队基础编制同上,助产士/护士安排在2-3名,同时需要配合1名巡回护士,负责巡查各病房情况以及做好应急准备。
医护人员专业培训	所有参与快速反应团队人员均需在组建团队之前进行专业的应急处理培训,由妇产科护士长作为

施快速反应团队工作模式(2021.1-2021.12)作为观察组,年龄21~41岁,平均年龄(29.42 ± 0.12)岁,自然分娩15例,剖宫产37例,瘢痕子宫妊娠16例,妊娠期糖尿病20例,胎膜早破8例;轻度子痫前期3例,其他5例,两组一般资料比较无差异($P > 0.05$),有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:①符合临床关于孕产妇危急重症收治标准^[7];②孕产妇及家属对研究知情;③一般资料齐全且主诉完整;④依从性良好。排除标准:①合并严重精神障碍或认知缺陷者;②存在严重传染性疾病者;③中途退出、转院者;④拒绝参与调查或随访脱落者。

1.3 方法

1.3.1 对照组开展传统救治模式,即孕产妇入院后由专业护士接待,简明了解孕产妇基本情况,然后转述给医生,医生根据孕产妇状态和身体情况评估其病情严重程度,护理人员全程从旁协助,随时准备配合医生进行抢救。护士长负责协调各护理人员工作,适当给予孕产妇心理支持,安慰家属,迅速建立静脉通道,连接心电监护仪,密切观察孕产妇生理指标波动,待医生评估结束及时开展救治。

训 培训老师，主要培训内容包括危急重症护理手段、抢救过程和步骤以及不同病症专业知识等，同时需要进行沟通交流培训，切实保证孕产妇住院时，能够准确无误评估和叙述患者病情，便于医生评估。护士人员还需要进行专业技能考核，包括各类抢救手法、操作等，考核通过后方能加入团队开展工作。

根据孕产妇危急严重程度分为三级标志，即①一级红色（特别危急）：红色预警为紧急事态，表示情况特别严重。当预警发出后，护士需要间隔 15min 进行一次体征监测，同时在 3min 内将孕产妇一般情况告知医师，制定病危通知单，同时在 5min 内要求团队内所有成员到场研究抢救和干预措施。由医生根据制定方案开展后续治疗。由 1 名医生、护士和家属进行沟通，了解产妇近况以及安抚家属情绪。②二级橙色（较危急）：橙色已经表明事态较紧急但尚在可控制范围之内。预警发出，护士需间隔 30min-1h 进行体征监测，10min 内了解孕产妇情况并详细告知产科医生，由护士长协调各人员制定抢救和干预对策，在对策拟定期间，由至少 1 名医师和家属进行沟通，了解孕产妇情况并填好病历单，待抢救方案拟定后各成员各司其职进行抢救干预。③三级黄色（一般危急）：黄色预警发出，护士间隔 1-2h 进行一次体征监测，及时通知产科医生进行查房，了解孕产妇状态和情况并由中心主任组织产科内人员讨论对策和方案，方案拟定过程中由 1 名医师告知家属情况并安抚孕产妇和家属情绪，对策拟定后开展救治。

标准沟通模式建立

由护士长牵头，邀请科室所有护理人员涉及制定标准沟通信息登记手册。护士需要根据手册制定内容分析一般信息，了解其未交待项目，产科医生将孕产妇完整信息收集后和护士共同制定治疗、干预策略并提前准备床位。

反馈与建议

抢救完成后，由 2 名护士对孕产妇和家属建议进行收集，包括流程、抢救效率和沟通交流情况等，根据反馈意见由护士长完善流程，保证持续质量改进，便于为孕产妇和家属提供更为有优质的服务

1.4 观察指标 (1)记录两组孕产妇住院时间和医疗支出费用；(2)统计两组非预期再次手术情况和并发症发生率，包括子宫捆绑术、子宫动脉栓塞术、产后出血等。

1.5 统计学方法 Excel 建立数据库，SPSS 22.0 进行统计学分析，计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，计数资料采用[n (%)]表示。计量资料组间比较先行正态性检

验，符合正态分布，行 t 检验；不符合正态分布，则行非参数检验。计数资料组间比较行 X^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床指标对比 观察组住院时间短于对照组、医疗支出费用和非预期手术率低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组临床指标比较[n(%), ($\bar{x} \pm s$)]

组别	n	住院时间 (d)	医疗支出费用 (万元)	非预期再次手术 (%)
对照组	52	8.46 ± 1.06	1.23 ± 0.21	2 (3.85)
观察组	52	6.52 ± 0.83	0.86 ± 0.14	0 (0.00)
X^2/t 值		10.391	10.571	2.039
P 值		< 0.001	< 0.001	0.153

2.2 两组并发症发生情况比较 观察组并发症总发生率低于对照组，差异显著 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组并发症发生率比较[n (%)]

组别	n	子宫捆绑术	子宫动脉栓塞术	产后出血	总发生率
对照组	52	4 (7.69)	2 (7.69)	2 (3.85)	8 (15.38)
观察组	52	1 (1.92)	1 (1.92)	0 (0.00)	2 (3.85)
X^2 值					3.983
P 值					0.046

3 讨论

危急重症孕产妇，其病情发展迅速且危急，若无法

在短时间内进行有效救治，严重会导致孕产妇和围生儿死亡^[8]。相关研究结果表明，危急重症孕产妇死亡因素众

多,不仅仅因为孕产妇自身存在严重基础病变,而且还与医疗机构中抢救流程及时效相关^[9]。鉴于各医院针对危急重症患者抢救步骤较为繁琐且容易受到沟通以及职责划分等因素影响,导致抢救效率下降,影响抢救结果^[10]。对此,如何提高医疗机构抢救工作效率和质量成为临床研究重点。

本次研究中观察组并发症发生率 3.01%明显低于对照组 12.44% ($P < 0.05$) 与相关研究结论一致。表明在危急重症孕产妇抢救中应用快速反应团队工作模式可以提高抢救效率,减少各类妊娠并发症发生几率。快速反应团队工作模式中,先将整个团队组建并按照日间/夜间进行排班,可以减少人员工作压力,提高医护人员工作质量和效率^[10-11]。另外,由专业人员进行知识、技能培训,可以提升医护人员专业素养,对后续孕产妇救治奠定基础^[12]。而其中最关键点是抢救时间的把握。刘小霞等^[13]人在研究中提出,适当的优化抢救流程,可以进一步缩短危急重症患者抢救时间,进而提高抢救成功率。对此,本研究按照三级预警进行抢救处理,包括红色(重点抢救)、橙色(一般抢救)和黄色(常规救治)能够高效地处理不同症状的孕产妇,确保各级人员都能够得到有效治疗,避免因延误治疗时机而影响孕产妇和围生儿健康。虽然本院纳入快速反应团队工作模式时间较短,但其模式运转过程中仍存在不足之处。对此,本院在方法中纳入反馈与建议,通过定期收集患者、家属意见,不断完善工作模式,以此为患者和家属提供更为优质的服务,保证其身心健康,提高医院综合能力水平。

综上所述,将快速反应团队工作模式用于危急重症孕产妇中效果良好,对于降低孕产妇并发症有较大帮助且能够降低成本支出,值得推广。

参考文献:

- [1] 向瑾操,陈俊虎,唐赛利,等. 危急重症急救应急演练对产科快速反应团队能力提升的效果研究[J]. 中华全科医学,2020,18(9):1523-1526.
- [2] 伍军平,张金陶,李晓君,等. 广州市花都区 2000~2019 年孕产妇死亡影响因素变化趋势分析[J]. 中国计划生育和妇产科,2021,13(3):85-8993.
- [3] 张红玲. 区域性救治体系在危重症孕产妇救治中的应用效果及对应激反应和管理能力的影响研究[J]. 医学理论与实践,2021,34(21):3842-3844.
- [4] 林雪燕,杨孜,史峻梅,李凤秋. 不同转诊时机对转

诊系统内重度子痫前期孕产妇妊娠结局的影响[J]. 中华妇产科杂志,2022,57(3):164-171.

[5] 黄志红. 快速反应团队工作模式应用于重症孕产妇救治中的优化管理效果分析[J]. 中国社区医师,2020,36(10):191-192.

[6] 陈云,杨帅,罗太珍. 快速反应团队工作模式在重症孕产妇救治中的优化管理[J]. 中国护理管理,2018,18(5):696-700.

[7] 刘俊英. 常见孕产妇危急重症种类及其诊断标准[J]. 吉林医药学院学报,2020,41(6):424-425.

[8] 姜婷婷,易立岩,万立新. 吉林省 2014-2018 年孕产妇产科出血死亡相关因素分析[J]. 实用预防医学,2020,27(3):319-323.

[9] 汪金鹏,张文婕,王小丽,马忠华. 2007-2018 年新疆地区孕产妇死亡率变化趋势及影响因素分析[J]. 实用预防医学,2021,28(6):688-691.

[10] 贺同强,乔媛,吕艳香,呼瑞,王君,周颖. 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.

[11] 杨斌. 快速反应团队在重症孕产妇救治中的应用效果分析[J]. 全科护理,2020,18(34):4804-4806.

[12] 万永珍,邓玲. 产科危重症患者病情评估及序贯性救治措施的实施效果分析[J]. 江西医药,2021,56(10):1707-1709.

[13] 刘小霞. 关于缩短急诊危急重症患者抢救反应时间的方法探讨[J]. 中国保健营养, 2020, 30(1):320-321.

第一作者:朱颖 具体职业:妇产科医师 性别:女 籍贯:江苏泰州兴化 民族:汉 出生年月日:1984-12-30 学历:本科 职称:副主任医师 研究方向:危急重症孕产妇临床救治 科室:妇产科 工作单位:兴化市人民医院

通讯作者:范雪梅 具体职业:妇产科科主任 性别:女 籍贯:江苏泰州兴化 民族:汉 出生年月日:1968-01-17 学历:本科 职称:主任医师 研究方向:危急重症孕产妇临床救治 科室:妇产科 工作单位:兴化市人民医院

第二三作者:周永华/袁葛粉 性别:男/女 研究方向:危急重症孕产妇临床救治 科室:院办/妇产科 工作单位:兴化市人民医院