

# 高原地区重度子痫前期并发多器官功能衰竭患者的抢救及护理个案

卓玛次仁 郑敏

拉萨市人民医院

DOI:10.12238/bmtr.v7i6.17022

**[摘要]** 本文通过分享一例高原重度子痫前期孕妇出现严重并发症致心脏骤停后成功救治的护理个案，详细介绍了患者的病情发展过程、护理措施及多学科协作的救治经过，强调高原地区孕产妇健康管理及早期干预的重要性，旨在为类似病例的护理工作提供经验参考。

**[关键词]** 重度子痫前期；心脏骤停；孕产妇健康管理及早期干预

中图分类号：R473.7 文献标识码：A

## Rescue and Nursing Cases of Patients with Severe Preeclampsia Complicated with Multiple Organ Failure in Plateau Areas

Ciren Zhuoma, Min Zheng

Lhasa People's Hospital

**[Abstract]** This article shares a nursing case of a pregnant woman with severe preeclampsia at high altitudes who suffered from severe complications leading to cardiac arrest and was successfully treated. It elaborates on the patient's disease development process, nursing measures, and the multi-disciplinary collaborative treatment process. It emphasizes the importance of health management and early intervention for pregnant and postpartum women in high-altitude areas, aiming to provide experience references for the nursing work of similar cases.

**[Key words]** Severe preeclampsia; Cardiac arrest; Maternal health Management and Early intervention

### 引言

HELLP 综合征以溶血、肝酶升高及血小板减少为特点，常危及母儿生命，是妊娠期高血压严重的并发症，多数发生在产前。可分为完全性和部分性。常见的主诉有上腹部及背部疼痛，恶心、呕吐、全身不适等症状。查体可发现全身水肿，蛋白尿，严重可出现血尿、消化道出血。

### 1 病例介绍

#### 1.1 一般资料

患者女，41岁，农民，因“停经9+月，腹痛13小时，神志不清30分钟”于2024年10月3日入院。入院诊断：1.心肺复苏后；2.失血性休克；3.DIC；4.HELLP综合征；5.胎盘早剥；6.重度子痫前期；7.G3P2孕39+5周宫内死胎；8.多器官功能衰竭。

#### 1.2 现病史

患者平素月经规律，停经3月在当地医院查B超确认妊娠，孕期产检3次，未完善重要检查。2月前在当地县医院产检测测血压升高，予以硝苯地平口服，未按时监测血压及定期产检。2天前出现下腹隐痛未在意，13小时前腹痛加剧，

就诊于当地县医院，测血压升高，内诊宫口开大1cm，胎膜已破，完善检查考虑HELLP综合征、重度子痫前期等，予以降压、解痉、抗感染等处理，因当地条件有限建议转院。转诊途中患者血压、心率等生命体征波动，出现血尿、烦躁、面色苍白、语言不清等症状，在转入前30分钟出现神志不清，到达我院时呼之不应、生命体征消失，立即进行心肺复苏等抢救措施。

#### 1.3 身体评估

入院时患者神志不清，呼之不应，双侧瞳孔散大，对光反射消失。全身皮肤黏膜苍白，血压170/110 mmHg，心率60~80次/分，呼吸15次/分（气管插管下），腹隆，子宫如孕足月大小，胎心未闻及，尿袋内见血尿。

#### 1.4 辅助检查

产科彩超：宫内死胎，胎盘早剥。

生化检查：ALT、AST、LDH，TB、ALB降低，肌酐、尿酸升高。

血常规：WBC升高，NEUT%升高，HGB、RBC、PLT降低。凝血全套：PT、APTT延长，FIB降低，D-Dimer升

高。头颅 CT：右侧额颞叶硬膜下出血，蛛网膜下腔出血。  
胸部 CT：双肺多叶多段炎症，以双下肺为主，双下肺实变不张，双侧对称性少-中量积液。

### 1.5 治疗经过及转归

#### 治疗过程：

(1) 紧急复苏与生命支持：入院时无呼吸、血压，心率骤降至 0 次/分，立即气管插管、胸外按压，静推肾上腺素，1 个循环后恢复自主心率（60~80 次/分），血压回升至 170-200/110mmHg，转 ICU。

(2) 重症支持治疗：呼吸循环：有创呼吸机辅助通气，深静置管，泵入去甲肾上腺素升压，静推地塞米松抗炎。

凝血纠正：输注血浆、红细胞悬液、冷沉淀、纤维蛋白原，纠正失血性休克及 DIC（纤维蛋白原 0.29g/L→1.12g/L）。

(3) 终止妊娠：阴道助产：产钳娩出死胎及胎盘，清除宫腔积血 2000ml，肌注新母沛、静滴缩宫素促进宫缩，会阴 I 度裂伤缝合。宫腔止血：因宫缩乏力、阴道出血 300ml，放置宫腔止血球囊，再次注射新母沛。

(4) 剖腹探查手术：腹腔活动性出血（腹引量>800ml、HGB 持续下降至 58g/L），超声示腹腔积液最深 10.3cm。术中发现：肝右叶 4cm 破口活动性出血，腹腔积血 3400ml，子宫次全切+肝修补术，术后继续输血（累计红细胞 10000ml、血浆 3700ml）。

(5) 术后综合治疗：器官功能支持：

肾脏：CRRT 治疗 2 次，Cr 从 247.6 μmol/L 降至 114.3 μmol/L。肝脏：保肝治疗。纠正低蛋白血症。

并发症处理：血栓管理：右侧股总静脉血栓予以抗凝治疗，置管拔除后血栓缩小至 0.9×0.15cm。

感染控制：头孢曲松钠抗感染，体温正常，炎症指标（CRP）下降。

#### 转归：

(1) 生命体征与意识

恢复情况：术后第 3 天神志转清，脱机；术后 32 天生命体征平稳，无呼吸困难、腹痛，好转出院。

(2) 器官功能评估

凝血系统：DIC 纠正，凝血酶原时间（PT）从 38.4 秒降至 12.7 秒。肝脏：肝破口愈合，转氨酶正常；肾脏：尿量恢复，肾前性损伤缓解。肺部：胸腔积液吸收，炎症减轻，呼吸音低未闻及湿啰音。

(3) 并发症转归

下肢血栓：抗凝治疗后血栓稳定，拔管后无栓塞症状。

## 2 护理评估

### 2.1 健康史评估

长期居住于高原，文盲，无疫区接触史，无不良嗜好，

无粉尘放射性物质接触史，否认冶游史。父母健在，否认家族性遗传病史。

### 2.2 身体状况评估

主要症状包括腹痛、阴道出血、血压升高、神志不清等，存在心肺复苏后、失血性休克、DIC、HELLP 综合征、胎盘早剥、多器官功能衰竭等多种严重问题。

### 2.3 心理状态评估

病情危重，经历心脏骤停及抢救过程，有明显的焦虑和恐惧情绪。清醒后面对身体的创伤和手术结果，可能会出现抑郁、担忧等心理。

### 2.4 风险评估

出血风险：DIC、胎盘早剥、肝被膜下血肿破裂等，可能导致继续出血。2.感染风险：手术、有创操作、多器官功能衰竭等，增加感染几率。3.压疮风险：长期卧床、循环障碍，易发生压疮。4.跌倒、坠床风险：患者意识不清，术后身体虚弱，有跌倒坠床的可能。

血栓风险：长期卧床、血液高凝状态，可能引发静脉血栓。

原有多器官功能衰竭，病情复杂，可能进一步恶化。

## 3 护理诊断

1.组织灌注无效：与失血性休克、DIC 导致全身循环障碍有关，表现为血压测不出、心率异常、皮肤苍白等。2.气体交换受损：与心肺复苏后、双肺炎症、实变不张、胸腔积液有关，表现为呼吸频率异常、SPO2 未测及等。3.潜在并发症：出血：与 HELLP 综合征、胎盘早剥、DIC、肝被膜下血肿破裂等有关，表现为阴道出血、血尿、腹腔积血等。4.体温过低：与休克、大量出血、机体代谢紊乱有关，表现为体温 35.6℃。5.皮肤完整性受损的危险：与长期卧床、意识不清、循环障碍有关。6.有下肢静脉血栓发生的危险：与血流缓慢，血管内皮损伤、血液高凝状态有关。7.焦虑/恐惧：与病情危重、担心预后有关。

## 4 护理目标

1.组织灌注得到改善，生命体征维持在正常范围。2.气体交换功能改善，呼吸平稳，SPO2 达 95%以上。3.住院期间，未发生进一步出血或出血得到及时控制。4.在护理干预下，患者及家属焦虑/恐惧情绪减轻，能够积极配合治疗和护理。5.住院期间无感染发生。6.住院期间，皮肤保持完整，未发生压疮。7.住院期间无血栓发生。

## 5 护理措施

### 5.1 基础护理

1.生活护理：保持床铺清洁、干燥、平整，定期翻身、拍背，做好口腔、会阴护理，保持皮肤清洁。2.饮食护理：病情稳定后，少量多餐，从流质饮食逐步过渡至半流质和普

食。注意补充铁剂和维生素，纠正贫血。避免辛辣刺激、高脂肪，减少肝脏代谢负担。限制钾摄入（肾功能不全时）：避免香蕉、橙子、坚果等，防止高血钾。根据每日体重、出入量、实验室指标动态调整饮食。指导家属制作低盐高蛋白餐食，避免传统高盐饮食（如糍粑配腌肉），学会使用限盐勺。3.排泄护理：留置尿管期间，保持尿管通畅，观察尿液的颜色、量和性质，每日进行尿道口护理，预防尿路感染。

### 5.2 专科护理

1.循环系统护理：监测患者生命体征，准确记录出入量。遵医嘱使用血管活性药物、输血、补液等，维持循环稳定。观察用药效果和不良反应。2.呼吸系统护理：保持气道通畅，及时清理呼吸道分泌物，做好气管插管或呼吸机的护理。观察呼吸频率、深度、节律的变化，定期进行血气分析，根据结果调整呼吸机参数。3.出血护理：密切观察患者阴道出血、腹腔引流液、尿液等的颜色、量和性质，监测凝血功能指标。遵医嘱使用止血药物、输注血液制品等。4.多器官功能监测护理：密切监测肝、肾、心等器官功能指标，及时发现器官功能衰竭的迹象，配合医生进行处理。5.管道护理：妥善固定各种管道，如深静脉置管、腹腔引流管、尿管等，保持管道通畅，观察引流情况，预防管道脱出和感染。

深静脉置管：①采用透明敷料无张力粘贴，每周更换2次（如渗血、潮湿及时更换），体外导管呈“S”形固定，避免打折。导管标签注明置管日期、深度、通路类型②使用10U/ml肝素盐水5ml正压封管，每日一次防止堵管。③禁止从置管处抽取血标本。④每日评估穿刺点，测体温Q4h，若穿刺点脓性分泌物或患者高热（ $>38.5^{\circ}\text{C}$ ），立即拔除导管并送检培养。观察置管侧肢体肿胀情况，每日测量大腿周径，双侧差值 $>2\text{cm}$ 时报告医生。

腹腔引流管：①每日定时挤捏管道，防止血凝块堵塞，若引流突然减少或停止，用5~10ml生理盐水低压冲洗。②观察与记录：术后24小时内每小时记录引流量，警惕活动性出血，必要时送检常规+生化。③拔管指征：引流量 $<50\text{ml}/\text{d}$ ，且超声提示腹腔无积液，体温正常，血常规无感染迹象，可逐步拔除。

尿管：①尿管妥善固定于大腿内侧，避免牵拉导致尿道损伤，引流袋低于膀胱水平，每日更换1次。②每日用消毒液擦拭尿道口及尿管近端2次。③观察尿液颜色、性质，并准确记录尿量。

宫腔止血球囊：①球囊内注入350ml生理盐水，外接无菌引流袋，记录注入量及引出量。②球囊留置时间一般不超过24小时，最长不超过48小时。

会阴及恶露护理：每日用碘伏擦洗外阴1次，密切观察阴道出血量、性状、味及色情况，做好会阴护理，有效预防

患者感染。

血栓预防：卧床期间被动活动下肢，每日评估双下肢肿胀程度；病情允许后尽早下床活动，使用弹力袜，遵医嘱皮下注射抗凝药。

### 5.3 心理护理

1.与家属沟通：及时向家属介绍患者的病情、治疗方案和预后，缓解家属的焦虑和恐惧情绪。2.患者心理支持：主动与患者沟通，了解心理需求，介绍疾病相关知识和治疗进展，增强战胜疾病的信心。

### 5.4 健康教育

1.疾病知识教育：讲解疾病的病因、症状、治疗和预后，提高对疾病的认知。2.出院指导：告知出院后的注意事项，如休息、饮食、用药、复查等。强调按时服药的重要性，定期复查凝血五项、肾功等。避免重体力劳动和性生活3-6个月，3个月后来院复查HPV、TCT。

## 6 护理效果评价

### (1) 评价方法

通过观察患者的生命体征、症状、体征的变化，询问患者及家属的感受，检查实验室指标和影像学检查结果等方法进行评价。

### (2) 评价指标

1.生命体征是否平稳。2.出血是否停止，凝血功能是否恢复正常。3.呼吸功能是否改善，血气结果是否正常。4.是否有感染发生。5.皮肤是否完整，有无压疮发生。6.患者及家属的焦虑/恐惧情绪是否减轻，是否能够积极配合治疗和护理。

### (3) 评价结果

经过积极抢救和护理，患者生命体征逐渐平稳，出血得到控制，凝血功能、肝肾功能等指标逐渐恢复正常，体温恢复正常，皮肤完整，未发生压疮，住院期间患者未发生感染。焦虑、恐惧情绪减轻，能够积极配合治疗和护理。住院32天出院，出院时一般情况良好。

## 7 讨论与小结

### 7.1 讨论

#### (1) 如何早期识别妊娠期高血压疾病的高危因素？

妊娠期高血压疾病的高危因素包括子痫前期病史、多胎妊娠、慢性高血压、1型或2型糖尿病、肾脏疾病、自身免疫性疾病等。中危因素有初产、肥胖（ $\text{BMI} \geq 30\text{kg}/\text{m}^2$ ）、子痫前期家族史、年龄 $\geq 35$ 岁、个人病史因素。通过对孕妇进行全面的风险评估，包括询问病史、体格检查和必要的辅助检查，能够早期识别高危人群，从而进行早期干预<sup>[1-2]</sup>。

#### (2) HELLP 综合征的诊断要点是什么？

HELLP 综合征是在子痫前期-子痫基础上发生的以溶血、转氨酶升高及血小板减少为特点的一组综合征。诊断要点包

括: 血压升高, 实验室检查显示血管内溶血、肝酶升高、血小板减少。该患者的检查结果符合这些特点, 故诊断为HELLP综合征<sup>[3]</sup>。

(3) 为什么高原地区妊娠期高血压疾病发病率更高?

在高原地区, 孕妇长期处于低压低氧环境, 子宫动脉血流量比平原地区减少三分之一, 这会导致子宫胎盘缺血缺氧。同时, 高原地区寒冷的温度会使血管收缩, 进一步减少冠状动脉血流量并可能导致血栓形成。就医意识相对较差, 不规律产前检查, 早期干预少, 这些因素共同使得高原地区妊娠期高血压疾病的发病率明显高于平原地区<sup>[1]</sup>。

(4) 在高原地区抢救重度子痫前期并发多器官功能衰竭患者时, 需要特别注意哪些问题?

在高原地区抢救此类患者时, 除了常规的抢救措施外, 还需要特别注意高原缺氧环境对患者各器官功能的影响。由于缺氧, 患者心肺功能可能更易受损, 呼吸支持和循环支持难度可能更大。同时, 高原地区的医疗资源相对有限, 在转诊和抢救过程中, 要充分考虑到交通、设备等因素的影响, 确保抢救措施的及时实施。<sup>[4-5]</sup>

(5) 如何预防妊娠期高血压疾病的发生?

对于子痫前期风险筛查中符合高风险或中风险的孕妇, 可采取以下预防措施: 早孕期开始服用小剂量阿司匹林; 低钙摄入人群推荐口服补钙; 孕期规律产检, 以便早发现、早诊断、早治疗; 合理饮食, 严格限制盐摄入, 保证蛋白质等营养的均衡摄入; 适度锻炼, 保持身体健康<sup>[1-3]</sup>。

## 7.2 小结

本病例是一例发生在高原地区的重度子痫前期孕妇, 并

发HELLP综合征、胎盘早剥、DIC、多器官功能衰竭等多种严重并发症, 最终导致心脏骤停, 经过积极的心肺复苏和多学科联合抢救, 以及全面、细致的护理, 患者成功获救并康复出院。通过对该病例的护理, 我们深刻认识到高原地区妊娠期高血压疾病的特殊性和严重性, 早期识别高危因素、及时干预和转诊、密切监测病情变化、采取针对性的护理措施对于改善患者预后至关重要。加强对高原地区孕妇的健康教育和产前检查, 提高对妊娠期高血压疾病的认识和防治水平, 降低孕产妇和围产儿的死亡率。

## [参考文献]

[1]孔北华, 马丁, 段涛. 妇产科学[M]. 第十版. 北京: 人民卫生出版社, 2024.

[2]中华医学会妇产科学分会妊娠期高血压疾病学组. 妊娠期高血压疾病诊治指南(2020)完整版[J]. 中华妇产科杂志, 2020, 55(4).

[3]Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222[J]. Obstet Gynecol 2020, 135(6):1492-1495.

[4]张军, 国吉. 西藏不同海拔地区妊娠期高血压疾病的调查分析[J]. 中国计划生育学杂志, 2007(9):548-550.

[5]赵昆, 董伯岩, 廖静. 西藏高原地区重度子痫前期患者临床生化指标异常分析及意义[J]. 吉林医学, 2018, 39(2):203-206.

## 作者简介:

卓玛次仁(1981-), 女, 藏族, 西藏自治区拉萨市, 本科, 中级, 研究方向为临床护理。