

# 多学科协同早期预警评分系统在危重症孕产妇中的应用效果研究

葛爱萍 汪淑香

随着二胎政策开放,高龄孕产妇比例不断上升<sup>[1]</sup>。孕产妇危急重症可以在任何时间、地点发生<sup>[2]</sup>。如何准确判断病情、掌握最佳救治时机显得尤为重要<sup>[3]</sup>。因此,应加强早期对危重症孕产妇监测。多学科协作团队(multidisciplinary team, MDT)是以多中心临床护理为基础,以多学科协作为依托,共同推出的新的临床护理模式,在临床并取得良好效果<sup>[4-6]</sup>。基于此,本次研究采用多学科协作构建早期预警评分系统并应用于危重症孕产妇。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取2018年1月至2019年1月在丽水市妇幼保健院就诊的危重症孕产妇100例作为干预组,平均年龄(27.27±4.13)岁;孕周:28~36周72例、37~41周24例、≤27周4例;初产妇84例、经产妇16例;学历:高中及以下43例、大专及以上57例。选取同时期本院危重症孕产妇100例作为对照组,平均(26.48±3.92)岁;孕周:28~36周83例、37~41周14例、≤27周3例;初产妇72例、经产妇28例;学历:高中及以下37例、大专及以上63例。纳入标准为:入院时间超过24h;符合危重孕产妇标准<sup>[7]</sup>;年龄>18岁;孕产妇及其家属知情同意。排除标准:中途放弃或转院产妇;不同意本研究。两组孕产妇年龄、孕周、孕产次、学历比较,差异无统计学意义( $P$ 均>0.05)。

## 1.2 护理方法

1.2.1 对照组 按照常规护理干预,首先为孕产妇进行实验室检查、超声检查以及影像学检查,监测其生命体征,如体温、脉搏、呼吸、血压、意识、体位,每30~60 min记录一次,观察有无腹痛、抽搐、胎心

音变化等情况,如患者出现面色苍白、皮肤湿冷、脉搏细弱、呼吸浅而快、晕厥、血压下降再结合患者具体的临床症状对患者做出合理的处置方案。

1.2.2 干预组 在对照组的基础上,建立由主管医生、责任护士、助产士、麻醉医生、新生儿科医生、药剂师以及营养师组成的MDT,采取针对危重症孕产妇的早期预警评分系统,共同为该组危重症孕产妇进行风险评估、制订护理、健康教育方案,并随时在诊疗和护理过程中调整方案。MDT还可依据该组危重症孕产妇早期预警评分系统的长期会诊讨论,结合医院实际情况制定符合危重症孕产妇的规范诊疗流程,以便及时准确对孕产妇实施恰当的护理干预,保障母婴安全。

1.3 评价指标 比较两组危重症孕产妇平均救治时间、住院时间及ICU转入率、意外事件总发生率。其中平均救治时间包括危重孕产妇从入院到接受治疗的时间;ICU转入率即转入ICU孕产妇例数占本组总例数的百分比;产科意外事件发生率包括各种产科意外(产前、后出血,休克等)、呼吸骤停、晕厥、神志意识改变等发生率。

1.4 统计学方法 采用SPSS 17.0统计学软件对数据进行分析。计量资料比较采用均数±标准差( $\bar{x}±s$ )表示,组间比较采用 $t$ 检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

两组危重症孕产妇平均救治时间、住院时间及ICU转入率、意外事件总发生率的比较见表1。

由表1可见,干预组的平均救治时间和住院时间明显低于对照组,差异均有统计学意义( $t$ 分别=27.32、9.83,  $P$ 均<0.05),且干预组ICU转入率及意外事件总发生率明显低于对照组,差异均有统计学意义( $\chi^2$ 分别=8.00、10.64,  $P$ 均<0.05)。

表1 两组平均救治时间、住院时间及ICU转入率、意外事件总发生率比较

| 组别  | n   | 平均救治时间/min    | 住院时间/d        | ICU转入率/例(%) | 意外事件总发生率/例(%) |
|-----|-----|---------------|---------------|-------------|---------------|
| 干预组 | 100 | 32.18 ± 3.25* | 13.52 ± 4.73* | 12(12.00)*  | 24(24.00)*    |
| 对照组 | 100 | 37.35 ± 3.74  | 18.43 ± 4.52  | 28(28.00)   | 46(46.00)     |

注:\*,与对照组比较, $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

多学科协同早期预警评分系统在危重症孕产妇病情评估、诊疗过程中具有重要作用。危重症孕产妇具有起病急、病情发展快的临床特点<sup>[8]</sup>。当前单一的护理预警模式不能够满足孕产妇的需求<sup>[9]</sup>。多学科协同早期预警评分系统能够有效整合优势医疗资源,充分发挥各学科的专业优势,在对危重症孕产妇的风险评估、病情诊断的基础上,从多视角对孕产妇病情进行全面的把握和处理,提供个体化的护理方案。多学科协同早期预警评分系统在危重症孕产妇诊疗过程中的应用,对能否提高急危重症孕产妇救治水平,改善妊娠结局尚值得探讨。

在本次研究结果中,采用多学科协同早期预警评分系统的干预组,在平均救治时间和住院时间上明显短于对照组( $P$ 均 $< 0.05$ ),说明多学科协同早期预警评分系统在危重症孕产妇的诊疗全过程中具有明显的优势,且能够有效改善孕产妇的临床结局。分析主要原因为多学科协同早期预警评分系统采取组建专业的医疗护理团队资源优势,及时掌握各个急危重症孕产妇的病情并及时采取有效的方案救治。多学科协同模式有益于医护人员各自分工、有的放矢,从而有效地提高工作效率,避免了病情的延误,为孕产妇院内救治争取更多时间和机会。且本次研究干预组的ICU转入率及意外事件总发生率明显低于对照组( $P$ 均 $< 0.05$ ),说明多学科协同早期预警评分系统在危重症孕产妇的应用中有助于减少孕产妇的死亡率及意外医疗事故风险。

综上所述,多学科协同早期预警评分系统在危重症孕产妇中的应用能够尽早发现高危孕产妇潜在风险并及时处理,从而缩短救治与住院时间,减少住院期间入住ICU和不良事件发生,对临床产科早期风险预警具有一定的参考价值。同时,在早期预警评分系统中应用多学科协作模式也为促进医院各科室开展多学科协作模式提供了良好的借鉴,

对促进医院良性发展,进一步提升医院整体的工作效率具有重要意义。在本次研究中,对于多学科协同早期预警评分系统在危重症孕产妇的研究中存在一定数量上的局限性和具体且细致的临床信息的不完整性,尚待不断完善。

### 参考文献

- 李菲菲,徐先明.妊娠期高危孕产妇风险管理及分级预警的应用[J].中华产科急救电子杂志,2018,7(2):68-71.
- 瞿礼华,闻亚军,王娟.急诊高危孕产妇的风险评估与预警管理[J].实用临床护理学电子杂志,2018,3(18):197-198.
- 沈敏,郭梅,汤珏瑶.基于MEWS的产妇临产早期风险预警评分表的设计及应用[J].护理研究,2016,30(33):4190-4191.
- 吴正琮,郑宏宗,敖日影,等.不同强度有氧训练对轻中度稳定期慢性阻塞性肺疾病患者运动心肺功能的影响[J].临床肺科杂志,2017,22(8):1440-1443.
- Kaminetzky CP, Beste LA, Poppe AP, et al. Implementation of a novel population panel management curriculum among interprofessional health care trainees[J]. BMC Med Educ,2017,7(1):264.
- 刘丹,刘莉娜,华可.多学科团队协作在重症肺炎患儿持续性护理中的应用现状及发展趋势[J].中西医结合护理(中英文),2019,5(1):197-200.
- Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care[J]. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2009, 23(3):287-296.
- 陈丽红,洪婧贞,胡继芬.改良产科危重症评分在危重症孕产妇病情评估中的意义[J].中国实用妇科与产科杂志,2012,28(7):509-512.
- 鲁丽利,王静霞.降阶梯方案治疗重症监护病房重症肺炎效果的综合评估[J].全科医学临床与教育,2017,15(6):685-687.

(收稿日期 2019-11-12)

(本文编辑 蔡华波)