

宫复原汤。子宫复原汤药组成为益母草 25 g,白芍 15 g,当归 15 g,熟地黄 15 g,丹参 15 g,桃仁 15 g,阿胶 15 g(烊化后服用)。每日 1 剂,分 2 次早晚服用,连用 7 d。

1.3 观察指标及疗效判定标准 密切观察患者阴道出血量及恶露情况,患者阴道出血量在 200 mL 以下,或恶露持续时间在 42 d 内者视为治疗有效。患者阴道出血量在 200 mL 以上,或恶露持续天数超过 42 d 者,视为无效。

1.4 统计学方法 所得数据均经 SPSS 13.0 进行统计分析,其中率的比较采用 χ^2 检验。恶露持续天数比较采用 *t* 检验。 $P < 0.05$ 表示组间有显著性差异。

2 结果

2.1 阴道出血量比较 观察组阴道出血治疗有效率显著高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者产后阴道出血量比较

组别	例数	出血量		有效率 /%
		>200 mL/例	<200 mL/例	
观察	68	6	62	91.20 ¹⁾
对照	66	15	51	72.3

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ (表 2 同)。

2.2 恶露持续时间比较 观察组恶露持续时间明显短于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者恶露持续时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	>42 d	<42 d	平均时间/d
观察	68	7	61	32.5 ± 1.6 ¹⁾
对照	66	18	48	42.5 ± 3.1

3 讨论

胎儿胎盘娩出后,产妇子宫逐步恢复至孕前状态即为子宫复旧,通常包括子宫平滑肌纤维收缩复及子宫内膜再生^[1]两个主要变化。子宫平滑肌纤维收缩复是子宫复旧最为重要的因素^[2],产妇分娩后,子宫肌纤维收缩,造成肌层内血管狭窄甚至栓塞,宫壁局部血流供应减少,子宫肌纤维缺血、收缩,而引起子宫体积显著缩小。影响子宫复旧的因素较多,主要包括喂养方式、分娩方式等,其中以分娩方式较为重要^[3],目前有文献报道,随着剖宫产术的广泛应用,剖宫产引起的子宫复旧不良日益增多。而本研究中患者均为自然分娩者,其发生子宫复旧不良的原因主要与其妊娠前多次人工流产史造成了子宫内膜损伤等有关,从研究资料可以看出,134 例患者中有人工流产史者多达 115 例(85.8%),且其中 2 次及以上者流产者达 89 例之多。

子宫复旧不良是造成产后出血的重要原因,故必须积极预防和治疗该病。从中医上看,子宫复旧不良属于“恶露不尽”中医范畴,其主要与肝肾不足、冲任二脉虚损有关,鉴于这一病机,我院自制了子宫复原汤,汤中包括益母草、白芍、当归、熟地黄、丹参、桃仁、阿胶等,其中益母草活血化瘀、有

效促进子宫收缩,丹参等化瘀止血,使瘀祛生新,当归、桃仁等养血止血,有效增强子宫收缩频率和幅度,减少子宫感染几率。子宫复原汤中各药物合用,共奏逐瘀清宫,益气养血、可成功加强子宫复旧。

从研究结果来看,观察组阴道出血治疗有效率显著高于对照组,且恶露持续平均时间也明显短于对照组。子宫复原汤治疗子宫复旧具有良好的临床疗效,值得临床应用。

[参考文献]

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2004:82.
- [2] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:837.
- [3] 李晓勤,张瑛,孙江川,等. 剖宫产与自然分娩子宫复旧情况的比较[J]. 重庆医科大学学报, 2009, 34(5):640.

急性心肌梗死 56 例 院前急救与护理

靳宏*

(河北省廊坊市人民医院急救中心,
河北 廊坊 065800)

急性心肌梗死(AMI)是常见的心脏疾病急症之一。院前急病死亡率较高,及时有效地院前救治可以大大降低患者的死亡率,改善患者愈后。本文报告了对 56 例 AMI 患者进行院前急救及护理的措施,达到了较高的院前急救率。

1 资料与方法

1.1 临床资料 2008 年 6 月至 2010 年 7 月收治的 56 例 AMI。其中男性 37 名,女性 19 例,年龄 44~68 岁,平均 50.3 岁,发病至接诊时间 10 min~4 h。既往病史:冠心病 19 例,高血压病 17 例,糖尿病 12 例,高脂血症 8 例。梗死部位:广泛前壁梗死 22 例,前间壁梗死 18 例,下壁梗死 14 例,下壁并广泛前壁 2 例。

1.2 诊断标准^[1] ①缺血性胸痛的临床病史;②心电图的动态演变;③心肌坏死的血清心肌标记物浓度的动态改变。

1.3 现场急救护理

1.3.1 快速反应 值班人员接到急救讯息后,迅速携带急救设备:心电图机、心电监护仪、除颤仪、氧气以及急救药物:

[收稿日期] 2010-12-17

[通讯作者] *靳宏,主管护师,从事临床护理, Tel: 0316-20132733

抗栓药物、安定、吗啡、硝酸甘油、利多卡因、盐酸肾上腺素等,及时进行心理支持。在医护人员到达现场后迅速检查患者的反应、心跳、呼吸、血压等,进行生命体征评估。

1.3.2 绝对卧床休息 一经诊断AMI,需绝对卧床休息,并置于硬板床上,避免任何体力活动和情绪激动,从而减少患者的心肌耗氧量,减低胸腔内压力,减少心室负荷增加,以防止心律失常的发生和梗死范围扩大。

1.3.3 及时吸氧 常规采用鼻导管或面罩给氧,氧流量为 $3 \sim 6 \text{ L} \cdot \text{min}^{-1}$,对伴有心源性休克、心衰或心律失常的患者可采用高浓度面罩给氧,在吸氧过程中应仔细检查氧气装置并确保不漏气,鼻导管是否通畅。

1.3.4 镇痛镇静 患者出现胸前区疼痛,给予有效镇静、止痛,可选用哌替啶 $50 \sim 100 \text{ mg}$,im或吗啡 $5 \sim 10 \text{ mg}$,sc,有呼吸抑制者禁用吗啡。

1.3.5 迅速建立有效的静脉通道 尽早建立静脉通道,以保证在短时间内输入液体或急救药物。患者心脏停搏时不宜用手部、腕部的远端静脉,尽量使用靠近心脏的大静脉,以利心、肺、脑复苏时用药。如无血压降低可应用硝酸甘油以保护缺血心肌,但滴注不宜过快,滴注时密切监测血压,必要时开通两条静脉通道,根据血压调整两条通道的滴速。

1.3.6 防止并发症 心律失常、心力衰竭、心源性休克是重要的致死原因,对于心律失常者给予利多巴胺,gtt,同时根据患者的血压来调滴速;对心力衰竭患者给予毛花甙丙 0.4 mg ,呋塞米 40 mg ;对出现室颤者或心跳骤停者,立即给予除颤、胸外心脏按压、人工呼吸及药物实施现场心肺复苏。持续监测心电图动态演变,密切观察病情变化。

1.3.7 加强心理护理 AMI为突发疾病,情绪波动对病情可产生不利影响。抢救现场应保持安静,医护人员要以关心的态度、恰当的语言做好解释安慰工作,消除病人精神紧张和恐惧心理,积极配合治疗。

1.3.8 保证途中护理 在对AMI患者就地急救后,待患者疼痛基本缓解或趋于稳定,应尽快转送往就近医院进一步治疗。护送前做好患者及家属的解释工作。搬运患者时,动作要轻稳,减少心脏负担,途中严密监视生命体征,监测心电图,同时严密观察病情,特别是有无预警性心律失常的发生,做好随时除颤准备。救护车在运行中应安全、快速并尽量保持

平稳。

2 结果

院前有7例心脏骤停者中5例抢救无效死亡,余52例均经急救处理后生命体征平稳并及时转送心血管重症监护病房。住院期间,2例因恶性心律失常死亡,1例因顽固性心衰死亡,余49例均好转或痊愈出院,抢救成功率为87.5%。

3 讨论

AMI是在冠状动脉粥样硬化的基础上,斑块破裂出血、血栓形成或冠状动脉痉挛等引起冠状动脉供血急剧减少或中断,使相应的心肌严重而持久地缺血导致心肌坏死^[2]。发病突然,死亡多在第1周内,尤其在数小时内发生严重的心律失常、休克或心力衰竭,病死率极高,是造成猝死的重要原因。因此正确的诊断和院前急救是AMI抢救成功的关键,能明显降低患者的死亡率。

综上所述,我院院前急救AMI的抢救体会如下:①接到急救电话后迅速到达现场实施院前急救。应尽量缩短院前急救反应时间,快速出诊,确保每个环节畅通无阻,于 $5 \sim 15 \text{ min}$ 内得到及时救治,给予患者及时、迅速、正确、有效的救治。②患者心跳骤停后应马上施行现场心肺复苏,本组有7例心脏骤停者中经积极实施心肺复苏抢救后有3例恢复呼吸心跳。③严密监测患者生命征,稳定其情绪,密切观察病情变化,当患者并发症发生时,应即施行必要的防治措施。④患者经抢救治疗病情趋于平稳后,迅速在心电、呼吸、血压等监护下转送入院治疗。途中要密切监测生命体征,同时保持静脉、输氧管道通畅,并随时作好急救准备。⑤做好患者的心理护理,实施有针对性的心理护理,使患者情绪稳定,配合治疗,提高患者战胜疾病的信心,对于改善病情,获得良好的心理支持具有重要意义。⑥普及心血管疾病的急救知识也是提高患者生存率的重要措施。

[参考文献]

- [1] 赵水平,胡大一. 心血管病诊疗指南解读[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2006:115.
- [2] 万文辉. 急性心肌梗死的院前急救[J]. 解放军保健医学杂志,2007,9(4):203.