

综合治疗产后尿潴留

季建媚

(浙江省青田县中医院 青田 323900)

关键词: 产后尿潴留; 针灸疗法; 穴位注射; 疗效观察

中图分类号: R 714.64

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0057-01

产后尿潴留是指产后 6~8h 不能自行排尿或排尿不畅致尿液不能排净, 是产后常见的并发症^[1]。我院自 2004 年 3 月~2006 年 12 月发生产后尿潴留的产妇 39 例, 选取三阴交、阴陵泉为主穴, 留针 20min, 平补平泻; 中极、关元为配穴, 给予新斯的明 0.25mg 分别穴位注射, 同时膀胱部位红外线理疗 30min, 达到满意效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 自 2004 年 3 月~2006 年 12 月住院分娩产妇发生产后尿潴留 39 例, 初产妇 30 例, 经产妇 9 例。全部产妇为会阴侧切术后, 产钳 7 例, 巨大儿 18 例。年龄最小 21 岁, 最大 32 岁, 产后 6h 未排尿, 经检查膀胱充盈有尿意感, 但不能自行排尿。

1.2 治疗方法 取三阴交、阴陵泉为主穴, 留针 20min, 平补平泻; 中极、关元为配穴, 常规消毒后, 用新斯的明 0.25 mg 分别穴位注射, 同时膀胱部位红外线理疗 30min。

1.3 疗效评定标准 治愈: 1h 内排尿; 有效: 1~3h 内排尿; 无效: 3h 后未排尿。

1.4 结果 治愈 28 例, 占 71.8%; 有效 10 例, 占 25.6%; 无效 1 例, 占 2.6%(本例患者产后第 4 天才发现尿潴留): 总有效率为 97.4%。

2 讨论

2.1 产后尿潴留的病因 (1) 妊娠期激素影响导致输尿管肌层增生、肥厚, 平滑肌松弛, 蠕动减弱, 使膀胱对张力的敏感性减弱, 而孕期有水钠潴留, 产后催产素抗利尿作用消失, 使尿量增加, 容易发生过度充盈, 排尿不完全, 残余尿增多。(2) 产时胎头长时间压迫膀胱三角区及尿道, 黏膜充血、水肿造成排尿困难。(3) 产妇体力消耗, 腹壁松弛, 腹腔内压力下降, 逼尿肌收缩乏力。(4) 会阴侧切口疼痛, 产妇精神紧张, 怕痛不敢用力排尿, 均使膀胱逼尿肌乏力。而中医学认为: 尿潴留为“癃闭”范畴, 其病位在膀胱, 小便正常排出, 有赖膀胱气化

的调节, 其原因与产妇产时劳力伤气, 气随血耗, 致脾肺气虚; 元气不足, 损伤肾气, 致肾阳不振; 膀胱受压, 气血运行不畅; 还有分娩疼痛导致产妇情志不遂, 肝气郁结, 气机阻滞, 膀胱气化失司而致小便不通, 与膀胱、肾、脾、肺、肝有关。

2.2 产后尿潴留的治疗 产后尿潴留的治疗以去除病因、恢复排尿为目的。三阴交为脾肝肾三经之交会穴, 以调脾胃, 益肝肾, 为利水之要穴, 阴陵泉为脾经合穴, 此二穴可以通调水道, 补益气血, 以促进水液运行和膀胱气化; 中极穴为膀胱募穴, 关元为足三阴与任脉之交会穴、小肠之募穴, 二穴合用, 可培肾固本, 助气化, 以利膀胱。诸穴相合具有疏理经络、补肾益气、增强膀胱气化功能而利小便的作用。新斯的明能使膀胱逼尿肌兴奋, 促进排尿。耻骨联合上方的膀胱部位红外线理疗, 可以改善膀胱的血液循环消除水肿。但是本文 1 例治疗失败, 因为产后尿潴留过久, 膀胱过度充盈, 导致肌纤维受损, 失去弹性及收缩力, 最后膀胱麻痹, 本例患者留置导尿 16d 仍未恢复排尿, 继之口服噢吡斯的明片直至产后 1 个月才恢复排尿。

2.3 产后尿潴留的预防 注意观察并及时处理产程, 尽量避免发生第二产程延长, 及时纠正产妇的紧张、疲劳状态, 产后鼓励产妇多进饮食, 恢复体力, 尽量采取坐位排尿, 适当按压下腹部以增加腹内压以助排尿, 一旦发生尿潴留, 应尽快治愈, 防止并发症发生, 以免给产妇造成不必要的痛苦, 同时避免医疗纠纷的发生。

综上所述, 采用针灸与新斯的明穴位注射, 同时膀胱部位红外线理疗, 见效快, 值得推广应用。治疗中我们体会到, 病程越短, 疗效越好, 所以早期治疗是恢复自行排尿功能的关键, 因此要积极预防与治疗产后尿潴留。

参考文献

[1] 李英. 中西医结合治疗产后尿潴留方法探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2003, 12(12): 1 327

(收稿日期: 2007-06-15)

产后抑郁症相关因素的分析及预防

邬芬娣

(浙江省奉化市中医院 奉化 315500)

关键词: 产后抑郁症; 相关因素; 预防

中图分类号: R 714.69

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0057-02

产后抑郁症是产妇以情绪低落为主要特征的综合征, 以短暂抑郁为主, 无严重的精神病特征, 给产妇和婴儿的身心健康带来一定影响。本文主要讨论引起此病的相关因素及预防。

1 临床资料

1.1 研究对象 对 2006 年以来在本院分娩的 366 例产妇进行为期 6 个月的连续的跟踪评分。产妇有一定文化, 既往无精神病史, 能理解评分表内容, 自愿合作为测评对象, 抽查具

中西医结合治疗小儿高热惊厥 80 例

唐红玉

(山东省泰安市中医医院 泰安 271000)

关键词: 高热惊厥; 小儿; 中西医结合疗法; 抗惊厥药; 酒精擦浴; 药物降温; 安宫牛黄丸; 针剂

中图分类号: R 725

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0058-02

高热惊厥又称抽风, 是儿科常见急症之一, 约占小儿惊厥的一半左右, 一般预后良好。但其复发率高, 反复发作可导致继发性脑损伤, 遗留智力低下等后遗症。我院自 1992 年 4 月以来应用中西医结合救治高热惊厥患儿 80 例, 效果满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 体温在 38℃ 以上时, 突然出现惊厥, 并排除颅内感染和其它导致惊厥的器质性或代谢性异常疾患。可分为单纯性高热惊厥和复杂性高热惊厥。单纯性高热惊厥, 根据 1983 年全国小儿神经学术会议专题讨论会“关于高热惊厥诊断和治疗的建议”为诊断标准。复杂性高热惊厥诊断标准: 发作持续 15min 以上, 局限性发作或一次热病过程中惊厥发作 1 次以上。

1.2 一般资料 男 47 例, 女 33 例。其中 3 岁以下小儿 53 例, 占 66.2%; 4~6 岁 18 例, 占 22.5%; 7~12 岁 9 例, 占 11.2%。病因: 上呼吸道感染 59 例, 占 73.8%; 肺炎 7 例, 占 8.8%; 肠炎 4 例, 占 5.0%; 细菌性痢疾 5 例, 占 6.2%; 败血症 3 例, 占 3.8%; 麻疹 2 例, 占 2.5%。首次发作 68 例, 占 85.0%; 复发者 9 例, 占 11.2%; 持续状态 3 例, 占 3.8%。61 例做腰椎穿刺、脑脊液常规化验检查均正常。颅脑 CT 检查 15 例均正常。脑电图、脑地形图检查 30 例, 26 例正常, 4 例轻度异常。25 例有高热惊厥家庭史。

1.3 临床特点 发病年龄以 3 岁以内小儿多见, 4~6 岁次有随机性。

1.2 方法 用艾丁保产后抑郁量表进行筛查评分, 评分 ≥ 13 分为产后抑郁症。

1.3 结果 诊断为抑郁症者 38 位, 占 10.4%。对产后抑郁症从生理、心理和社会因素方面分析认为: 家庭支持系统不足为 18 位, 占 47.4%; 产妇的性格特征为 8 位, 占 21.0%; 产后内分泌的变化为 4 位, 占 10.5%; 其他因素(经济状况、居住条件等)为 5 位, 占 13.2%; 分娩中不良刺激为 3 位, 占 7.9%。

2 相关因素分析

2.1 社会因素 社会支持不足是产后抑郁症的重要原因。丈夫、亲属是重要的社会支持系统, 婚姻不和谐、婆媳关系紧张及严重的性别取向, 在农村尤其突出, 因以上原因引起的社会支持不足致抑郁症在本研究中最。分娩是一个重大生活事件, 使产妇处在应激状态下, 此时, 社会支持系统提供及时有效的帮助, 使其有良好的情绪体验, 能更快地进入母亲角色, 投入到养育新生儿的工作中, 可减少抑郁症的发生。

2.2 产妇因素 产妇个性中的精神质和情绪紧张, 初产妇无生育经验, 对妊娠分娩缺乏足够的心理准备, 担心无法承担养育的重任也是产后抑郁的常见原因, 本研究中占 8 位。其他相关因素如文化因素、经济状况、居住条件、产妇是否失去

之。惊厥发生在病初体温骤升时, 体温在 39℃ 或 39℃ 以上者 57 例, 占 71.2%。以发热 24h 内出现惊厥为最多, 共 65 例, 占 81.2%。在同一热病过程中只有一次惊厥者 61 例, 占 76.2%。单纯性热惊厥 67 例, 占 83.8%; 复杂性热惊厥 13 例, 占 16.2%。上述病例均表现为意识突然丧失, 多伴有双眼上翻、凝视或斜视, 面肌和四肢强直性痉挛或不停地抽动, 发作时间可数秒至数分钟, 有时反复发作, 有时呈现持续状态。

1.4 急诊处理 接诊后迅速给予安定、苯巴比妥、水合氯醛类抗惊厥药物, 并予以酒精擦浴, 药物或冰块物理降温, 针刺人中、百会、合谷、内关、曲池等穴位, 配合吸氧、吸痰, 静注 10% 葡萄糖酸钙、能量合剂等。在上述治疗的同时, 常规口服或经鼻饲管给予安宫牛黄丸。本组病例惊厥控制后留观察室 27 例, 其余转入病房病因治疗, 均痊愈出院。

2 讨论

2.1 抗惊厥药物的选择和用法 这是治疗的关键。对抽搐状态的患儿, 首选安定止痉。安定具有松弛横纹肌功能, 是一种安全有效、用药途径广的首选抗惊厥药, 用法: 0.1~0.3mg/(kg·次), 最大量不超过 10mg, 静注或肌注。静注作用迅速, 其药液可在数秒内进入脑组织, 因此有的病例一次即可控制症状。静注过快或量大可引起心跳、呼吸骤停, 故婴儿慎用。亦可选用苯巴比妥, 用量 6~10mg/(kg·次), 肌肉注射, 可 4~6h 重复一次。如不能立即奏效, 可再给 10% 水合氯醛 50~60mg/(kg·次), 适量稀释后灌肠, 一般 10min 后即能发挥止痉作用。工作等, 也影响产妇的情绪, 本研究中占 5 位。

2.3 其他 分娩中不良的刺激, 如产钳、疼痛、新生儿窒息等预后不良疾病, 对产妇产生负性情绪影响, 本研究中占 3 位。

3 预防

产后抑郁症的预防重在心理护理, 应从产前做起。做好围产期的保健和产前健康宣教, 开展心理咨询, 了解产妇的生理和心理状况(包括家族性精神病史、孕期合并症、与家庭成员的人际关系、对婴儿的性别取向等)并讲解有关分娩知识, 使其对分娩有一个正确的了解。在产时进行全程的心理支持, 增强信心, 顺利分娩, 以减少因难产、婴儿并发症等因素对产妇发生应激。产后护理人员应密切注意产妇的心理变化, 及时教会产妇母乳喂养和新生儿护理技巧, 使其尽快进入母亲角色, 同时帮助调动家庭成员的支持网络, 及时发现各种压力源, 包括经济、精神等方面, 同时也应对产妇提供多方面指导, 使她们正确认识和处理生活难题。出院后做好家庭访视、电话回访, 并鼓励产妇有异常情况及时咨询。

综上所述, 产后抑郁症与生理、心理及社会因素密切相关, 故孕产妇的心理卫生健康教育和健康指导是减少产后抑郁的重要手段。

(收稿日期: 2007-08-11)