

针刺治疗产后小便不通 26 例

王发根 张学斌 高越会

(浙江省桐乡市濮院镇中心卫生院 桐乡 314502)

关键词: 产后; 小便不通; 针刺疗法

中图分类号: R 714.46

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.063

产后小便不通是指产褥期小便点滴而下,甚或闭塞不通,小腹胀急疼痛者,亦称“产后癃闭”。本病相当于西医学的产后尿潴留,以初产、难产、产程长及手术助产者多见,是产后常见疾病之一。笔者运用针刺穴位治疗本病 26 例,现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 26 例,均为我院妇产科住院病人,年龄 22~29 周岁。其中自然顺产 14 例,剖宫产 12 例;第一次妊娠 15 例,第二次妊娠 11 例;病程最长 7 d,最短 3 d,平均 4.5 d。

1.2 诊断标准 依照全国中医药院校高等教材《中医妇科学》中产后排尿异常^[1]诊断标准。症状有排尿困难或排尿不能自行控制,小腹胀急,坐卧不安。妇科检查子宫、附件等无异常发现,下腹部膨隆,膀胱

使新生儿的预后得到有效改善且不威胁孕产妇的生命安全。孕期不足 34 周的病例在病情允许下促胎儿宫内发育以及促胎肺成熟,尽可能延长孕周,适时择期剖宫产。对孕 34 周以后发展为重度子痫前期的患者可考虑剖宫产终止妊娠。近年来重度子痫前期患者以剖宫产方式终止妊娠逐渐增高,采取剖宫产术既能及时解除病因,又能保障孕产妇及其婴儿的生命安全。有报道称,剖宫产时,硬膜外麻醉或联合腰麻对妊高征是极为有利的^[2]。麻醉可使血压下降,血管扩张,减轻心脏负荷且不影响子宫收缩。因此,本院近年来对子痫前期重度的患者行剖宫产为主。根据我们的经验,综合分析母婴的状况,动态观察其各项生理生化指标,治疗期间若出现血压及蛋白尿进行性加重、心肝肾脑重要器官损害、血小板进行性下降或有出血倾向、胎儿宫内生长受限等情况,特别是胎儿监测脐动脉血舒张末期出现断流时,预测 24~48 h 可能出现胎死宫内,为保证母婴安全,应适时剖宫产终止妊娠。因此,重度子痫前期终止妊娠时间是长期以来产科医生共同探讨的问题,最佳时间应是母婴病死率及新生儿窒息率均为最低的时间。文献报道^[3]重度子痫前期孕周越大、病程越长,孕产妇并发症就越多。本组资料表明 <34 周分娩的新生儿窒息率、围生儿病死率高于其他两组 ($P < 0.05$),孕 34~36 周和 >36 周分娩的新生儿窒

充盈,有触痛。

1.3 治疗方法

1.3.1 选穴 主穴:中极、阴陵泉(双侧)、足三里(双侧)、三阴交(双侧)。产后产妇多虚多瘀,瘀血重配伍血海(双侧),气血两虚者配伍关元、气海。

1.3.2 操作 中极针用平补平泻,阴陵泉、三阴交、足三里针用补法,针刺行气到膀胱部位(视病人耐受度为准),得气后留针 20~30 min。气海、关元、血海针用平补平泻。2 次/d。

1.4 疗效标准 根据患者排尿时间和量,结合临床症状,制定疗效标准。治愈:排尿正常,能自行控制,下腹部胀急消失,B 超示膀胱充盈正常。好转:有排尿,但量少或不能自如控制,下腹部仍胀急,膀胱仍充盈触痛,B 超膀胱过度充盈。无效:(下转第 93 页)

息率及围生儿病死率并无显著性差异。说明孕 34 周以前,分娩者孕周越大,新生儿窒息及围生儿病死率越低;而 34 周以后,延长孕龄并不能降低新生儿窒息率及围生儿病死率。孕 34 周前分娩新生儿窒息及死亡主要为早产、低体重甚至极低体重所致,而妊娠 34 周后主要是由于胎盘功能障碍或母亲严重并发症如子痫、胎盘早剥等所致,而重度子痫前期的发生发展与胎盘密切相关,且随着妊娠的继续,母亲并发症发生的可能性越大。因此围生儿的预后不再随孕周的延长而得到改善。同时,重度子痫前期因为胎盘功能不足导致的缺氧状态能促使胎儿肾上腺皮质激素分泌增多而促进胎肺较早发育成熟。如能有条件保证早产儿存活,对于重度子痫前期患者而言,就无必要将孕周延长至足月^[4]。所以,终止妊娠的时间应该选择在孕 34~36 周之间的时刻。

参考文献

[1]乐杰.妇产科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008.92-99
[2]李云,高丽华,夏平,等.重度妊娠高血压综合征 42 例分娩方式临床分析[J].实用临床医学,2007,8(10):93-94
[3]肖凤英,谷春蓉.110 例重度妊高征剖宫产体会[J].美国中华临床医学杂志,2002,4(3):229-230
[4]姜晶,王希芝.122 例重度妊高征并发症的妊娠结局[J].中国优生与遗传杂志,2002,10(2):46
[5] Charkravaty A,Charkabarti SD.The neurology of eclampsia:some observation[J].Neurol India,2002,50(20):128

(收稿日期: 2012-01-04)

雾化吸入辅佐治疗小儿支气管肺炎体会

彭芳¹ 杨文敏²

(1 贵州省纳雍县妇幼保健院 纳雍 553300; 2 贵州省纳雍县人民医院 纳雍 553300)

关键词: 小儿支气管肺炎; 雾化吸入; α -糜蛋白酶

中图分类号: R 563.12

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.02.064

支气管肺炎是小儿时期最常见的疾病, 主要症状是发热、咳嗽、呼吸急促等, 是威胁我国儿童健康的严重疾病, 其发病率、死亡率均高于发达国家^[1], 多死于并发症心力衰竭, 合理用药治疗是控制肺炎并发症的关键。2011 年 1~9 月我科收治的 36 例小儿支气管肺炎患儿采用雾化吸入辅佐治疗, 疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1~9 月我科收治的 72 例小儿支气管肺炎患儿, 均符合支气管肺炎诊断标准^[1], 按随机数字法分为对照组及观察组。观察组 36 例, 男 19 例, 女 17 例, 年龄 1~2 岁 15 例, 2~4 岁 11 例, 4~7 岁 10 例; 对照组 36 例, 男 20 例, 女 16 例, 年龄 1~2 岁 16 例, 2~4 岁 11 例, 4~7 岁 9 例。所有患儿均无心力衰竭等并发症。两组在性别、年龄、病情、病程等方面无统计学差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 对照组 36 例患儿均给予常规抗感染、抗病毒及退热治疗。观察组在此基础上给予生理盐水 20 mL + α -糜蛋白酶 4 000 U (国药准字 H31022112, 生产批号: 070409, 4 000 U/支) 雾化吸入, 2 次/d, 7 d 为 1 个疗程, 疗程结束后判定疗效。

1.3 疗效评价^[2] 显效: 治疗 3 d 内热退, 气促、喘息缓解, 两肺干湿罗音减少或消失; 有效: 治疗 3~7 d 咳嗽减轻, 气促、喘息缓解, 两肺干、湿罗音减少或消失; 无效: 治疗 7 d 后咳嗽、气促、肺部体征无变化。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 11.0 软件包对统计资料进行分析与统计, 采用 t 检验, 有效率采用百分率表示, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 见表 1。

表 1 观察组与对照组疗效比较 例(%)				
组别	n	显效	有效	总有效率(%)
观察组	36	32(88.89)	3(8.33)	97.22*
对照组	36	27(75.00)	5(13.89)	88.89

注: 两组比较, * $P<0.05$, 差异有统计学意义。

2.2 毒副作用 两组均未发现毒副作用。

3 讨论

支气管肺炎是小儿时期的常见病、多发病, 患儿一般均有咳痰甚至咳喘等症状。主要是由细菌、病毒所致, 为累及支气管壁和肺泡的炎症, 以肺组织充血、水肿、炎性细胞浸润为主。肺泡内充满渗出物, 经肺泡壁向周围组织蔓延, 可累及多个肺小叶或更为广泛, 引起咳嗽、咳痰, 甚至咳喘等症状, 严重者导致缺氧^[3]。

α -糜蛋白酶是从动物胰脏中提取的一种蛋白分解酶, 经无菌冷冻干燥而成的白色块状物, 是一种蛋白水解酶, 具有水解肽键的作用, 能分解炎症部位纤维蛋白的凝结物, 有利于痰液变稀、易于排除, 同时 α -糜蛋白酶还有抗炎、溶解渗出坏死组织及消除水肿的作用。雾化吸入药物能达到全肺, 在肺内沉积率高且停留时间长, 具有很好的安全性。本研究采用雾化吸入辅佐治疗小儿支气管肺炎, 结果显示观察组疗效明显优于对照组, 差异有显著性, 且无副作用, 因此值得临床上参考应用。

参考文献

[1] 胡亚美, 江载芳, 诸福棠. 实用儿科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 1 174-1 185
[2] 孙伟兴. 临床疾病诊断依据治愈标准[M]. 第 2 版. 北京: 人民军医出版社, 2002. 59
[3] 黄通笑. 中西医结合雾化吸入辅助治疗小儿支气管肺炎疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2005, 5(3): 33

(收稿日期: 2011-12-19)

(上接第 81 页)眩, 有研究表明, 高血压病患者均伴有不同程度的焦虑不安, 安神定眩对高血压病患者的血压下降是有所收益的; 生姜调和脾胃。诸药配伍共奏燥湿祛痰、健脾和胃、安神定眩之功。现代药理研究证明, 天麻具有降低外周血管阻力、降低血压、增加脑血流量等作用; 本方中多种药物具有降压作用。临床表明, 化痰安神定眩汤治疗痰湿壅盛型原发性高血压在稳定血压、改善症状、缓解焦虑等方面具有明显作用, 且无毒副作用, 能显著提高

患者的生活质量。

参考文献

[1] 王永年. 降压汤治疗原发性高血压病 108 例疗效观察[J]. 实用中西医结合临床, 2004, 4(3): 38
[2] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南[J]. 中国卒中杂志, 2006, 7(10): 581
[3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002. 73-77
[4] 李建松, 林树乔, 朱艺成. 高血压病中医证型与血压变化相关性分析研究[J]. 中华中西医杂志, 2005, 3(1): 96-97
[5] 郑彩云. 加味半夏泻心汤治疗原发性高血压病痰湿壅盛证 32 例[J]. 光明中医, 2008, 23(11): 1 690

(收稿日期: 2011-11-24)