经验交流

文章编号:1000-5404(2010)04-0402-02

母婴分离时机与喂养方式的临床观察

王贤华,蒋红梅,文 霞,邱海燕 (400042 重庆,第三军医大学大坪医院野战外科研究所妇产科)

[关键词] 母婴分离;喂养方式
[中图法分类号] R174.4 [文献标志码] B

母乳是婴儿最佳的营养品。国外报道,10%左右的新生儿在出生后需要进入新生儿重症监护病房(neonatal intensive care unit, NICU)进行监护治疗,住院时间由几小时到几个月不等[1]。母婴分离产妇的乳房得不到及时有效的吸吮,导致泌乳时间推迟,乳量不足,乳房也易发生肿胀,最后待新生儿出院后不能得到很好的母乳喂养,喂养方式发生改变。本研究通过对67例母婴分离产妇进行跟踪随访,探讨母婴分离时间与喂养方式的关系,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2008年10月至2009年2月在我科住院分娩后母婴分离产妇67例,年龄20~40岁,孕34^{+1}~41^{+2}周,顺产13例,剖宫产54例,出生当天即转入NICU 32例,1~2 d 5例,3~4 d 30例,新生儿住院7 d以内25例,7~13 d 39例,14 d以上3例,因新生儿高胆红素血症转儿科23例,新生儿肺炎转科10例,早产儿转科12例,新生儿轻度窒息3例,其他合并症转科19例。产妇无1例内科疾病和严重妊娠并发症,乳头情况良好。

1.2 方法

所选产妇均在产前、产时、产后行母乳喂养宣教,于产后7 d、42 d、4个月通过打电话或上门的行式了解新生儿出院时间、产妇乳房肿胀情况和进行母乳喂养情况。

2 结果

2.1 分娩方式对母乳喂养的影响

调查结果显示,剖宫产产妇7 d、42 d、4个月的纯母乳喂养率分别为14.8%、38.9%、31.5%,混合喂养为16.7%、42.6%、31.5%,人工喂养为68.5%、18.5%、37%;而顺产产妇7 d、42 d、4个月的纯母乳喂养率分别为53.8%、69.2%、38.5%,混合喂养为23.1%、23.1%、38.5%,人工喂养为23.1%、7.7%、23.1%,其母乳喂养率明显高于剖宫产产妇,这与张金格等[2]的临床研究一致。

2.2 转科时间及住院时间对母乳喂养的影响

结果显示,出生当天即转入NICU的新生儿7 d内的母乳喂养率比生后3~4 d母婴分离的新生儿母乳喂养率低5.8%,而新生儿住院时间越长,7 d母乳喂养率越低,若新生儿在7 d以内出院其7、42 d的母乳喂养率在90%以上,4个月的母乳喂养率为76%,均高于母婴分离7 d以上的产妇。而新生儿住院期间要接受治疗,多采用人工喂养,因此,住院7 d以上新生儿7 d的母乳喂养率仅为5.2%。

3 讨论

Carter等[3]比较242位母婴分离产妇和100名正常新生儿产妇的心理状态,结果表明母婴分离产妇焦虑、抑郁发生率均高于正常新生儿产妇。精神因素可影响下丘脑及垂体功能,减少或抑制催乳素的分泌,使泌乳量减少。加强与产妇的沟通,了解其需求,向产妇讲解新生儿转入NICU治疗的重要性及母乳喂养的意义,经常与儿科联系,及时向产妇汇报新生儿在NICU的情况,让产妇树立信心,为成功母乳喂养奠定良好的基础。产妇在产前门诊及产后的宣教中加强母乳喂养好处的讲解。本组资料中3例住院14 d以上新生儿的母亲因母乳喂养信心坚定,在新生儿住院期间坚持乳房按摩及挤奶,保持了乳房的泌乳,本组资料中还有2例产妇坚持每天将挤出的乳汁送到NICU喂养新生儿,保证新生儿有更好的营养,因此此组产妇的母乳喂养率高。

母婴同室时,新生儿出生后早接触、早吸吮30 min要做到位,并保证每次喂养新生儿前先吸吮母亲乳房30 min。乳汁的分泌常与婴儿吸吮的频率成正比,因此出生当天即转入NICU的新生儿母乳喂养率比3~7 d以后再转走的低,且母婴当天即分离,乳房得不到及时有效的吸吮,乳腺管淤塞不通,产后泌乳时间延长,乳房肿胀发生率高,产妇乳房胀痛加重,舒适感下降。可在母婴分离后对产妇的乳房定时进行模仿早吸吮、勤吸吮、按需哺乳等护理[4],及时刺激乳头,促进泌乳,排空乳汁,并延续至新生儿出院,使产妇保持泌乳状态,提高母乳喂养率。

据文献[5]报道,在产后第1天即开始对乳房进行持续热敷、按摩、挤奶,能使产后4 d内乳房肿胀发生率下降45%。产妇出院时也应告回家后坚持热敷、按摩和挤奶,并坚持夜间挤奶,以预防乳房肿胀、乳腺炎的发生。

母婴分离时,产妇担心乳汁太多易发生乳房胀痛和乳腺炎,从而节制饮食,要加强对产妇的健康宣教,告知足够的营养是保证乳汁正常分泌和产后身体康复的关键,只要坚持挤奶,就能预防乳房肿胀。母婴分离时间越早、分离时间越长,母乳喂养率越低。为了提高母乳喂养率,首先要降低母婴分离率,预防导致母婴分离因素的发生,树立母婴分离情况下产妇母乳

[通信作者] 王贤华,E-mail: cww-520@163.com

喂养信心和保持有效的泌乳,以提高母乳喂养率,增强人口素质。

参考文献:

[1] Wigert H, Berg M, Hellstrom A L. Health care professionals' experiences of parental presence and participation in neonatal intensive care unit[J]. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 2007, 2(1): 45-54.
[2] 张金格, 康西忠, 窦保凤. 自然顺产与剖宫产泌乳量的临床分析[J]. 中国现代医生, 2008, 46(1): 54.
[3] Carter J D, Mulder R T, Bartram A F, *et al*. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response[J]. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2005, 90(2): F109-F113.
[4] 陆照娣. 母婴分离时保持母亲泌乳状态的护理[J]. 护理与康复, 2006, 5(2): 119-120.
[5] 张卫华. 护理干预对母婴分离产妇乳汁分泌的影响[J]. 当代护士, 2006, (5): 48-49.

(**收稿**:2009-08-28;**修回**:2009-10-09)
(编辑 栾 嘉)

文章编号:1000-5404(2010)04-0403-02

经验交流

经皮激光椎间盘减压术治疗极外侧腰椎间盘突出症

付爱军,李建民,朱 军,张云鹤,刘 刚,刘清军,陈 通 (063000 河北 唐山,华北煤炭医学院附属医院神经外科)

[关键词] 腰椎间盘突出症;椎间孔;经皮;激光;减压术
[中图法分类号] R681.53 **[文献标志码]** B

Abdullah 等于 1974 年最早报道了极外侧型腰椎间盘突出症(far lateral lumbar disc herniation, FLLDH)。随着高清晰 CT 和 MRI 应用,对该病的诊断率显著提高,外科治疗方法也由传统开放手术发展为微创技术[1,2]。2006 年 10 月至 2007 年 12 月我科采用经皮激光椎间盘减压术治疗 FLLDH 患者 8 例,分析和评价其近期效果。

1 资料与方法

1.1 临床资料

患者 8 例,男性 6 例,女性 2 例,平均 56.8(38~72)岁。临床表现多为单侧腰腿部放射性疼痛反复发作,其中 1 例急性起病;下肢痛多重于腰痛,查体多有膝跟腱反射减弱,股神经或坐骨神经阳性。平均病程 16(3~36)个月,均经高分辨率 CT 及 MRI 证实诊断,突出间隙:L_3~L_4 4 例,L_4~L_5 3 例,L_5~S_1 1 例;本组 8 例椎间孔外侧突出(EFDH) 3 例,椎间孔内突出(FDH) 3 例,后外侧突出(PLH) + FDH 2 例。占同期腰椎间盘突出症接受经皮激光椎间盘减压(percutaneous laser disc decompression, PLDD)手术患者的 4.6%。

1.2 手术方法

1.2.1 设备与仪器 日本 SLT 公司生产的 Nd:YAG 激光治疗机(参数:波长 1.06 μm,末端输出功率 10~20 W),直径 400 μm 的激光光导纤维,18G、长 15 cm 的穿刺针,岛津数字减影血管造影机床。

1.2.2 操作方法 患者患侧在上侧卧于数字减影血管造影机床上,局部浸润麻醉。根据患者的胖瘦及病变间隙的不同,将 18G、长 15 cm 的穿刺针弯出 70°~90°的弧形,在 DSA 透视下将穿刺针置入病变椎间盘,穿刺针尖最终位置为:正位像在椎间隙中央(或稍偏患侧),侧位像在相应椎间隙的后 1/3。在穿刺过程中,如患者有放射性疼痛时重新调整进针方向。确定穿刺针位置良好,将直径 400 μm 的光纤导入,用 Nd:YAG 激光烧灼椎间盘。输出功率范围 10~15 W,常规为 13.5 W,如果患者不能耐受可使用 10 W。采用发射 1 s、间歇 1 s 的方法进行操作,如果患者有疼痛或热感时,间歇时间可适当延长,烧灼过程中间断回撤穿刺针。由于椎间盘的大小、水分含量及变性程度不同,每次所用激光能量不同,能量范围在 400~800 J,一般不超过 1 000 J。出现以下情况时停止激光烧灼:①患者自诉疼痛或热感较强;②光纤尖端附着炭化物;③出现烧焦气味。整个操作过程 5~20 min。术后平卧 2~3 h 后可带软性腰围离床活动。手术后 1~5 d 常规静脉滴注抗生素预防感染、止痛、脱水等治疗,辅以卧床制动、腰部的适应性康复计划。

1.3 临床评价

术前、术后 3 个月进行视觉模拟疼痛评分(visual analog scale, VAS)及奥斯维斯失能指数计分(oswestry disability index, ODI)。末次随访时采用改良的 Macnab 标准评价临床疗效,优:疼痛消失,无运动功能受限,恢复正常工作和活动;良:偶有疼痛,能做轻工作;可:有些改善,仍有疼痛,不能工作;差:仍有神经受压表现,须进一步手术。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 13.0 统计软件,对术前、术后 VAS 及 ODI 得分行 t 检验。

2 结果

8 例平均手术时间为 18 min。术后随访 6~72 个月,ODI 由术前的 31.1 分变为术后的 11.8 分;VAS 由术前的 7 分变为术后的 3 分。经统计学分析,手术前后 ODI 及 VAS 差异有统计学意义($P<0.01$),Macnab 疗效评价,优 5 例,良 2 例,可 1 例,本组 5 例患者 3 个月后复查 CT 或 MRI,观察到突出物消失

[通信作者] 付爱军,电话:(0315)3725998,E-mail:tsfaj@sina.com