

蒲地蓝消炎口服液配合理疗治疗早期急性乳腺炎疗效观察

徐婉飞, 柴素萍 (浙江省宁海县妇幼保健院, 浙江 宁海 315600)

急性乳腺炎是哺乳期妇女的常见病, 尤其初产妇多见, 往往在产后 3~4 周发生, 致病菌多数为葡萄球菌, 少数为链球菌。患病时, 患者感乳胀、疼痛, 局部皮肤发红、硬结, 明显的触痛, 患侧腋下淋巴结肿大, 严重影响产后哺乳及产妇身心健康。近 2 年, 我们应用蒲地蓝消炎口服液配合理疗治疗哺乳期早期急性乳腺炎, 现将结果总结如下。

作者简介: 徐婉飞(1969—), 女, 主管护师。

1.3.2 护理 ① 呼吸道管理。保持病室内空气清新, 环境整洁, 避免对流风, 室温 18℃~20℃, 相对湿度 50%~60%, 减少对支气管黏膜的刺激, 以利于排痰。因小儿横膈位置较高, 胸腔相对较小, 仰卧位时胸廓活动度小, 肺活量低, 易出现呼吸困难、烦躁等症状, 宜采用坐位、半坐位或侧卧位。卧位时可将头胸部抬高, 每 2 h 变换体位。咳嗽、咳痰患儿给予侧卧位, 用空心掌拍背, 方向由外向内, 沿支气管走向进行拍击, 每次 1 min, 促进排痰。多加巡视, 密切观察患儿的面色、口唇及指甲有无缺氧发绀等, 随时监测患儿的呼吸频率, 如有异常立即报告医生处理。② 心理护理。患儿因喘息致呼吸困难而烦躁哭闹, 加上对医院的恐惧感易拒绝与医护人员的合作。因此, 要语气和蔼地与他们交流, 坚持微笑服务, 消除其恐惧感, 取得配合。

1.4 疗效标准^[1]

治愈: 治疗 7 d 后咳嗽、气喘消失, 肺部哮鸣音及湿啰音消失。好转: 治疗 7 d 后咳嗽、气喘减轻, 肺部哮鸣音、湿啰音减少。无效: 治疗 7 d 后, 咳嗽、气喘、肺部啰音无明显减少。

2 结果

两组的总有效率比较, 差异有统计学意义($\chi^2 = 6.90, P < 0.05$) (表 1)。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2009 年 7 月至 2011 年 6 月来我院乳腺门诊就诊的急性乳腺炎患者 168 例, 按就诊顺序分成治疗组和对照组(按同一时间先就诊者为治疗组, 后就诊者为对照组), 每组 84 例。两组病例的年龄、发病时间、症状、体征、实验室检查各项目数据基本一致, 具有可比性(表 1)。

表 1 两组患者的疗效比较

组别	例数	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	92	64	22	6	93.5
对照组	92	47	27	18	80.4

3 讨论

盐酸氨溴索注射液是一种黏液溶解剂, 能裂解痰液中酸性糖蛋白中的多糖纤维, 也能减少黏液腺的分泌, 增加浆液腺的分泌, 使黏液的黏稠度下降, 进而起到稀释痰液的作用^[2]。盐酸氨溴索能刺激黏膜反射性地引起支气管分泌增加, 使痰液稀释, 纤毛运动功能增加, 有助于痰液的排除, 使患儿喘憋症状明显缓解, 起到积极的治疗作用^[3]。且盐酸氨溴索注射液不良反应少, 较安全。同时在治疗过程中配合积极的护理措施, 结合患儿的临床症状和体征有针对性地实施护理, 更是提高疗效的重要环节。

4 参考文献

- [1] 吴红伟. 小儿喘息性支气管炎 41 例护理体会[J]. 中国乡村医药, 2009, 16(11): 75.
- [2] 田培超, 陈国洪. 盐酸氨溴索雾化吸入治疗小儿支气管肺炎 80 例疗效观察[J]. 中国现代医生, 2008, 46(15): 13-14.
- [3] 罗金梅. 盐酸氨溴索对毛细支气管炎的辅助治疗[J]. 河北医药, 2009, 31(20): 2785.

(收稿日期: 2012-01-06)

表1 两组患者治疗前一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	初产妇	经产妇	病程(d)	体温(℃)	乳腺红肿直径(cm)	血白细胞计数($\times 10^9/L$)	病灶	
									单侧	双侧
治疗组	84	30.5 ± 8.0	74	10	1.7 ± 1.3	38.2 ± 1.0	3.2 ± 0.6	10.5 ± 3.0	76	8
对照组	84	29.5 ± 8.0	73	11	1.8 ± 1.2	38.4 ± 1.0	3.2 ± 0.8	10.5 ± 3.3	75	9

1.2 诊断标准

患者表现为乳房肿硬或红、肿、痛、灼热,乳汁排出不畅,肿块中央未触及波动感;可伴有畏寒、发热,体温 37.2℃ ~ 39.4℃;血常规检查可出现白细胞及中性粒细胞升高;脓肿未形成;病程 0.5 ~ 3 d。

1.3 治疗方法

1.3.1 药物治疗 治疗组口服蒲地蓝消炎口服液 10 mL,每日 3 次;同时患侧乳房配合理疗,仪器为江苏福瑞科技有限公司生产的普林格尔多系统治疗仪(型号为 YS-C200)。先将磁贴用酒精消毒,均匀涂上耦合剂,贴在单侧或双侧乳房上,注意不要遮住乳头;然后用腹带包扎固定,逐渐增加能量至患者能够耐受为止。能量范围 60 ~ 200 J,在耐受范围内,能量越大效果越好。每日 1 次,每次 20 ~ 30 min,连续 3 次为一疗程。对照组口服头孢拉定胶囊 0.5 g,每日 3 次。所有患者如体温高于 38.5℃,可口服美林(布洛芬混悬液) 15 mL 对症治疗,如体温高于 39℃,暂停哺乳,但要按时挤奶。3 d 后评定治疗效果。

1.3.2 护理

① 心理护理。中医认为两乳为肝经所布,乳汁的正常排出与肝气条达有关^[1]。情志的调摄有助于乳汁通畅、分泌及排泄,情志不畅、肝气不舒而致乳络不通。产妇由于精神紧张、抑郁或发怒致肝气郁结,胃热变盛,使乳汁不畅,气滞血瘀,热毒内蕴,壅结而成乳痈。故产妇应开朗乐观,保持心情舒畅,使肝气条达通顺。患者多为初产妇,较年轻,对疼痛的耐受力较差,思想顾虑也多,情绪容易低落。所以要加强心理护理,多与患者及家属沟通,了解其思想动态,要劝导患者解除烦恼,消除不良情绪。嘱咐家属护理要细心、体贴,要有耐心,切忌冷言冷语。

② 饮食护理。中医称急性乳腺炎为“乳痈”,认为本病发病内因是肝郁气滞,疏泻失职,致使乳汁郁滞,且能涉及脾胃;饮食失常,过食厚腻,以及脾胃失和,胃热壅滞^[2]。因此,产妇饮食要清淡,易消化,少量多餐,多喝开水,有利于乳汁稀释排出。少食下奶的荤腥汤水,忌辛辣、生冷等刺激性食物。

③ 乳房护理。中医认为发病的外因是火毒内侵,或小儿口气烧热,内热与外邪相搏,蒸腐淤乳,久而成脓,发为乳痈^[2]。故哺乳期要保持乳头清洁,常

用温水清洗乳头,定时哺乳,每次应尽可能将乳汁排空。如乳汁过多婴儿不能吸尽,应人工挤奶或借助吸乳器将乳汁排空。发热,体温达 39℃ 时不宜哺乳。注意小儿的口腔卫生,不宜让婴儿含乳头睡觉。哺乳后用胸罩将乳腺托起。

1.4 疗效判断标准^[3]

治愈:临床症状消失,肿块消退,血液检查白细胞及中性粒细胞正常。显效:症状、体征明显减轻,白细胞总数及中性粒细胞接近正常。无效:症状、体征加重或发展为乳腺脓肿,白细胞及中性粒细胞升高。

1.5 统计分析

两组疗效比较采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗组总有效率为 95.2%,对照组总有效率为 81.0%,两组疗效比较,差异有统计学意义($\chi^2 = 8.60, v = 1, P < 0.01$) (表 2)。

表2 两组患者的疗效比较

组别	例数	治愈	显效	无效	总有效率(%)
治疗组	84	74	6	4	95.2
对照组	84	58	10	16	81.0

3 讨论

急性乳腺炎是哺乳期妇女的常见多发病,传统的理论认为此病多数为葡萄球菌感染所致,因此常单一应用抗生素治疗。有些产妇因担心抗生素进入母乳会影响婴儿,不敢按时哺乳,导致乳汁淤积,加重炎症,甚至发展为乳腺脓肿,需做脓肿切开引流术,不但病程长,患者痛苦,还影响母乳喂养的质量和乳母的身心健康。中医认为乳房为肝胃二经所循,多因情志不舒或胃经蕴热,使乳汁淤滞所致。若失治则可发展到化脓期,治疗就更棘手,故贵在早治疗。蒲地蓝消炎口服液是纯中药制剂,主要成分是蒲公英、板蓝根、苦地丁和黄芩,其中蒲公英甾醇、豆甾醇、谷甾醇具有抑菌、抗病毒、抗内毒素及抗炎作用。中医认为蒲公英归肝胃经,清热解毒,为治疗乳痈肿痛之要药;板蓝根中的靛甙、 β -豆甾醇具有抗病毒、抗菌作用;苦地丁具有抗炎、镇痛、抑菌作用;黄芩甙具有抗炎、抗过敏、解热作用。诸药合用,具有清热解毒、消肿散结、疏肝

彩超引导联合改良塞丁格行 PICC 置管在疑难输液患者的应用

姚碧君, 陈芳芳, 王利波, 陈燕枫, 叶盈 (浙江省宁波市镇海龙赛医院, 浙江 宁波 315200)

静脉输液发展至今已经有 100 多年的历史, 输液的途径已由单一外周静脉向深静脉输液发展, 经外周静脉置入中心静脉导管 (PICC) 20 世纪 90 年代后期被美国 BD 公司引入中国, 广泛用于肿瘤化疗、成人术后肠外营养和早产儿营养通路的建立等方面^[1]。随着中国人口的老齡化, 慢性病患者增多, 长期反复输液患者增多, 长期输液导致静脉变细、萎缩, 肉眼可见度低, 穿刺难度大, 给护理工作带来了困难。对于 PICC 能否拓展使用范围, 用于疑难输液患者, 我们进行了彩超引导联合改良塞丁格行 PICC 置管的可行性探索。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 10 月至 2011 年 10 月, 我院静脉输液专科护士共接诊 106 例由于长期输液致外周静脉差、穿刺困难的患者, 其中男性 59 例, 女性 47 例, 年龄 25~93 岁, 平均年龄 70.8 岁。脑梗塞 26 例, 慢阻肺 20 例, 冠心病 5 例, 糖尿病合并症 23 例, 肿瘤患者 32 例。本组入选的患者多为经历多疗程化疗或长期卧床已反复静脉治疗者, 均经过临床各科室静脉治疗小组骨干评估, 确定上肢不具备肉眼可视静脉, 同时根据血管的解剖位置和弹性, 用指腹未触摸到血管。

基金项目: 宁波市镇海区 2011 年区级课题立项 (2011A2056)。
作者简介: 姚碧君 (1970—), 女, 副主任护师。

活血、祛瘀止痛、通乳消痈作用。而理疗能促进乳腺血液循环, 活血化瘀, 有利于疏通阻滞之经络, 加快包块的消散。此法治疗加上适当的护理, 能迅速阻止病情发展, 促使炎症消散, 避免了乳腺脓肿的发生, 使患者免受手术痛苦, 并减少医疗费用, 同时大部分患者不中断母乳喂养, 有益母子的身心健康。另外, 此法可避免抗生素用药经乳汁代谢对婴儿的影响, 故此疗法对治疗哺乳期早期急性乳腺炎既经济、简单又安全无毒副作用, 在临床上值得推广。

1.2 方法

1.2.1 用物准备 美国 sonosite 便携式彩超仪 1 台, 改良塞丁格穿刺组件 1 套, PICC 穿刺包 1 只 (无菌手术衣、洞巾、无菌巾若干、无菌止血带、无菌敷贴等), 巴德 PICC 导管 1 套, 1% 碘伏, 75% 酒精, 生理盐水 500 mL, 肝素封管液, 2% 利多卡因 5 mL, 无菌手套 1 付, 1 mL、20 mL 针筒各 1 只、皮尺 1 条。

1.2.2 患者准备 穿刺前护士要详细了解病情, 评估患者血小板计数、功能和凝血功能, 向患者及家属介绍彩超引导联合改良塞丁格行 PICC 置管技术的优点及在操作过程中需配合的注意事项, 讲解可能出现的并发症及相关处理原则, 得到患者及家属的同意并让患者或家属签定知情同意书。做好患者的心理安慰, 也可以请成功置管的患者现身说法, 以消除患者的紧张情绪。

1.2.3 操作方法 ① 患者取平卧位, 置管侧肢体外展 90°, 血管超声仪在患者肘窝以上部位选择可置管的静脉, 并做好标记。② 测量从穿刺点经右侧胸锁关节到第三肋间的距离, 并测量穿刺点上方 10 cm 处上臂围径, 以便观察置管后肢体有无肿胀。③ 以穿刺点为中心, 在周围 ≥20 cm 范围内, 用 75% 酒精和 1% 碘伏分别常规消毒 3 遍。患者手臂下垫无菌巾, 手臂外展并稍外旋, 打开各种无菌包, 扩大无菌区, 操作者穿无菌手术衣, 铺 120 cm × 90 cm 的无菌巾, 在无菌操作下将无菌物品放于方便操作的位置。④ 预冲导管, 将少量无菌耦合剂涂于 B 超探头并用无菌

4 参考文献

- [1] 段爱萍, 李秋颖. 63 例乳头溢液的中医治疗 [J]. 四川中医杂志, 2005, 23 (2): 63-64.
- [2] 王钟富. 现代实用乳房疾病诊疗学 [M]. 郑州: 河南科技出版社, 2000: 286.
- [3] 李朝安. 早期急性乳腺炎的治疗体会 [J]. 中华医学实践杂志, 2003, 2 (6): 491.

(收稿日期: 2012-02-08)