

效能、焦虑抑郁的相关性分析[J]. 国际护理学杂志, 2017, 36(14): 1906-1910.

[12] 陆林, 沈渔邨. 精神病学[M]. 6 版. 北京: 人民卫生出版社: 441.

[13] 杨晶晶. 理性情绪疗法对维持性血液透析患者负性情绪的影响[J]. 华夏医学, 2017, 30(3): 136-138.

[14] 敖春暖, 罗玲, 陈明玉. 心理干预联合营养支持

• 护理研究 •

对腹膜透析终末期肾病患者生活质量的影响[J]. 中国医药指南, 2022, 20(17): 69-71.

[15] 吴瑶瑶, 徐武秀, 谷禾. 团体心理辅导对血液透析患者述情障碍及焦虑抑郁的影响[J]. 医院管理论坛, 2017, 34(9): 69-72.

(收稿日期: 2022-10-13 修回日期: 2023-01-18)

镜像疗法结合 Resenbek 八步疗法改善失语症患者言语失用的疗效观察*

段亚莲¹, 张姗姗¹, 谭丽³, 杜丽², 张林林¹, 费凡⁴, 白定群², 喻秀丽^{1△}

(1. 重庆护理职业学院, 重庆 402763; 2. 重庆医科大学附属第一医院康复科, 重庆 400010; 3. 重庆医科大学附属康复医院康复治疗科, 重庆 400050; 4. 重庆医科大学附属儿童医院儿童保健科, 重庆 400015)

[摘要] 目的 观察镜像疗法结合 Resenbek 八步疗法改善失语症患者言语失用的疗效。方法 纳入 2021 年 7 月至 2022 年 7 月重庆医科大学附属第一医院和重庆医科大学附属康复医院收治的符合标准的脑卒中后言语失用的 27 例失语症患者, 将其分为治疗组($n=14$)和对照组($n=13$), 2 组患者均给予常规言语治疗结合 Resenbek 八步疗法, 治疗组在此基础上加入镜像治疗。评估 2 组患者治疗前和治疗 4 周后的失语商(AQ), AQ 提高大于或等于 30 分为言语功能改善明显。结果 对照组和治疗组治疗后信息内容、流畅性、听理解、复述、命名和 AQ 分均升高, 其中治疗组信息内容、流畅性、听理解、复述、命名和 AQ 分及分差值均显著高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 治疗组的言语功能明显改善率(85.7%)较对照组(15.4%)更明显, 差异有统计学意义($P<0.001$)。多因素 logistic 回归分析发现, 干预方式为言语功能明显改善的促进因素($P<0.05$)。结论 镜像疗法结合 Resenbek 八步疗法和常规言语训练结合 Resenbek 八步疗法均可改善失语症患者言语失用, 但镜像疗法结合 Resenbek 八步疗法效果更好。

[关键词] 言语失用; 镜像疗法; 言语训练; 镜像神经元; 脑卒中康复

DOI: 10.3969/j.issn.1009-5519.2023.12.031

中图法分类号: R493

文章编号: 1009-5519(2023)12-2130-05

文献标识码: B

言语失用是一种由于言语运动编程及发音动作的计划中出现而形成的运动性言语障碍, 其命名和描述在 20 世纪 60 年代由 DARLEY 等首次提出^[1]。不执行自主运动进行发音和言语活动是言语失用的主要表现。言语失用主要分为儿童型言语失用、原发性进行性言语失用和获得型言语失用。其中获得型言语失用常见于脑卒中患者, 伴随非流畅性失语出现^[2]。

近年来, 基于镜像神经元及相关应用, 如镜像疗法、动作观察疗法、运动想象疗法等在康复治疗各个领域取得了较明显的效果^[3]。镜像神经元是大脑中具有特殊映射功能的视觉运动神经元^[4]。不同脑区的镜像神经元构成了镜像神经元系统, 其负责统一

动作感知与执行, 因此又被称为“观察-执行匹配机制”^[5]。越来越多的研究表明, “观察-执行匹配机制”直接影响着动作的理解、模仿、想象和学习等神经生理过程^[4, 6]。镜像疗法结合常规言语训练被证实有助于急性脑梗后运动性失语患者言语及神经功能的康复^[7]。基于镜像神经元的理论上设计动作观察疗法对卒中后言语失用患者进行视听刺激后言语功能改善明显, 主要表现在患者的命名、复述、流畅度等方面^[8]。有研究表明, 采用患者视觉听觉反馈通过 Resenbek 言语失用八步疗法可以帮助言语失用患者建立正确的发音模式^[9]。事实上, 在现有研究中, 有关将镜像疗法结合 Resenbek 言语失用八步疗法用于治疗失语症患者言语失用的研究寥寥可数。因此, 本

* 基金项目: 重庆市语言文字科研项目(yyk21224)。

△ 通信作者, E-mail: 842540263@qq.com。

研究基于镜像神经元理论对镜像疗法结合 Resenbek 八步疗法改善失语症患者言语失用的疗效进行观察。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择重庆医科大学附属第一医院和重庆医科大学附属康复医院 2021 年 7 月至 2022 年 7 月收治入院的脑卒中患者 27 例。入选条件:(1)年龄小于 80 岁;(2)母语为汉语;(3)根据脑卒中诊断标准^[10]结合 X 线计算机断层摄影(CT)或磁共振成像(MRI)影像学检查确诊为脑卒中;(4)西方失语症成套测验(WAB)评估计算出失语商(AQ) < 93.8 分^[11-12];(5)经中国康复研究中心版言语失用评定方法评定为言语失用,符合言语失用诊断性特征^[2]。排除条件:(1)合并严重心、肝、肾功能障碍或其他生命体征不稳者;(2)既往有精神病史者;(3)简易智能精神状态量表(MMSE)小于或等于 9 分,意识不清、严重认知障碍、精神异常、严重听理解障碍等不能配合检查和治疗者;(4)严重视听障碍且无法行动作观察治疗者;(5)患者及家属拒绝接受治疗者。脱落条件:突发严重疾病;依从性较差,不能配合完成治疗。将 27 例患者随机分为对照组($n=13$)和治疗组($n=14$),患者及家属充分了解治疗过程,均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法 2 组患者均进行常规言语训练结合 Resenbek 成人言语八步治疗,逐步建立患者的正确发音模式,每次 30 min,每天 1 次,每周 5 d,4 周为 1 个疗程。治疗组在此基础上加入镜像疗法,每次 15 min,每天 1 次,每周 5 d,4 周为 1 个疗程。对照组常规言语训练如下。(1)发声训练:气息训练结合发音,用手加压腹部以帮助患者进行发声练习。发声以元音和腹部用力音为主,并且要求患者在放松状态下进行长时间的发声。(2)发音训练:利用自发的言语、反应性的言语,从元音和双唇音开始训练,具体训练时以辅音加元音的方式从单音开始渐渐地向音节过渡,再从构音模式简单易行的音节衍生到具体单词进行训练。(3)言语方式的变化训练:包括复述、朗读、命名、说明和问答训练。(4)自由会话训练:设定场景进行交流式言语训练。Resenbek 八步治疗法步骤^[9]如下。(1)联合刺激:“请看着我”(视觉 V1),“请听我说”(听觉 A),同时发音(患者和治疗师同时发音或词语);(2)联合刺激(V1、A)和延迟发音(治疗师先发音或词,随后患者模仿)伴 V1 提示;(3)联合刺激(V1、A)和不伴 V1 的延迟发音;(4)联合刺激和不提供任何刺激及听觉(A)或视觉(V1)状态下正确发音(词);(5)书写刺激(V2),同时发音(词);(6)书写刺激(V2),延迟发音(词);(7)提问以求适宜回答;(8)角色发挥情景下适宜的反应。治疗组在上述治疗基础上加入镜像疗法,每次 15 min,每天 1 次,每周 5 d,4 周

为 1 个疗程。治疗师在进行日常言语训练的基础上加入一面镜子,治疗师站在患者侧后方,保证患者及治疗师均出现在患者看到的镜子里的视野中。首先治疗师展示目标词的发音及口型,然后展示目标词的相关手势动作或实物结合发音,最后展示口型结合手势或实物同时配合发音。训练过程中治疗师嘱患者根据指令集中注意力在治疗师分阶段展示的口型、手势动作和对应发音上,患者在模仿治疗师的口面动作基础上完成复述并自主表达。

1.2.2 评价方法 受试者分别于治疗前和治疗后 4 周后由同一名对分组不知情的言语治疗师采用 WAB 进行评估,对患者的自发语(信息和流利性)、听理解、复述和命名四方面进行评估和计分,根据得分计算出 AQ, $AQ = (\text{自发语} + \text{听理解}/20 + \text{复述}/10 + \text{命名}/10) \times 2$ 。AQ 提高 30 分及以上为言语功能改善明显。

1.3 统计学处理 采用 SPSS26.0 统计软件进行数据整理和分析。计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验。计数资料以频数(百分比)表示,组间比较采用 χ^2 和 Fisher 精确检验。采用二元逻辑回归分析进行单因素和多因素回归分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者一般资料比较 2 组患者性别、年龄、文化程度、发病类型、病程、言语治疗历史时间、MMSE 评分、额叶、基底节、额叶+颞叶、基底节+额叶、颞叶、丘脑占比比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

项目	对照组 ($n=13$)	治疗组 ($n=14$)	t/χ^2	P
男[$n(\%)$]	11(84.6)	13(92.9)	—	0.596
年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	53.54 ± 12.29	56.43 ± 15.37	-0.537	0.596
文化程度[$n(\%)$]			1.215	0.545
小学	7(53.8)	9(64.3)		
初中	1(7.7)	0		
高中及以上	5(38.5)	5(35.7)		
发病类型[$n(\%)$]			2.304	0.316
脑出血	10(76.9)	9(64.3)		
脑出血/脑梗死	1(7.7)	0		
脑梗死	2(15.4)	5(35.7)		
病程($\bar{x} \pm s$, d)	85.69 ± 56.84	58.71 ± 20.36	1.667	0.108
言语治疗历史时间($\bar{x} \pm s$, h)	11.54 ± 19.41	30.00 ± 34.59	-1.692	0.103
MMSE 评分($\bar{x} \pm s$, 分)	16.85 ± 5.08	20.37 ± 4.57	-1.895	0.070
额叶[$n(\%)$]	1(7.7)	1(7.1)	—	1.000

续表 1 2 组患者一般资料比较

项目	对照组 (n=13)	治疗组 (n=14)	t/χ ²	P
基底节[n(%)]	8(61.5)	8(57.1)	0.054	0.816
额叶+颞叶[n(%)]	1(7.7)	2(14.3)	—	1.000
基底节+额叶[n(%)]	2(15.4)	1(7.1)	—	0.596
颞叶[n(%)]	2(15.4)	3(21.4)	—	1.000
丘脑[n(%)]	1(7.7)	2(14.3)	—	1.000

注:—表示无此项。

2.2 2 组患者治疗前后言语功能各项指标比较 治疗前 2 组患者信息内容、流畅性、听理解、复述、命名和 AQ 分组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。与治疗前比较,治疗后 2 组患者信息内容、流畅性、听理解、复述、命名和 AQ 分均升高,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后治疗组患者信息内容、流畅性、听理解、复述、命名和 AQ 分及分差值均显著高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。治疗组患者言语功能改善率(85.7%)较对照组(15.4%)更明显,差异均有统计学意义($\chi^2 = 13.355, P < 0.001$)。

2.3 2 组患者言语功能明显改善的 logistic 回归分析 以 AQ 提高 30 分及以上为因变量(是赋值 1,否赋值 0),纳入干预方式、年龄、文化程度、发病类型、病程、言语治疗历史时间、MMSE 评分、额叶、基底节、额

叶+颞叶、基底节+额叶、颞叶、丘脑为自变量进行单因素 logistic 回归分析发现,干预方式、言语治疗历史时间、MMSE 评分是影响 AQ 提高 30 分及以上的重要因素。多因素 logistic 回归分析发现,干预方式为 AQ 提高 30 分及以上的促进因素($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者治疗前后言语功能各项指标比较($\bar{x} \pm s$,分)

时间	言语功能	对照组 (n=13)	治疗组 (n=14)	t	P
治疗前	信息内容	2.85±1.77	2.79±1.76	0.089	0.930
	流畅性	1.62±1.56	2.93±2.13	-1.817	0.081
	听理解	3.97±1.79	3.83±2.28	0.178	0.860
	复述	4.11±3.13	2.81±2.61	1.169	0.253
	命名	1.74±1.35	1.82±1.41	-0.156	0.877
	AQ 得分	28.56±15.39	28.36±17.63	0.031	0.976
治疗后	信息内容	4.92±2.02 ^a	7.00±1.30 ^a	-3.201	0.004
	流畅性	4.00±2.04 ^a	7.00±1.36 ^a	-4.527	<0.001
	听理解	6.13±1.64 ^a	7.40±1.46 ^a	-2.118	0.044
	复述	6.28±2.50 ^a	7.96±1.08 ^a	-2.228	0.041
	命名	4.08±1.83 ^a	6.26±1.53 ^a	-3.377	0.002
	AQ 得分	50.83±17.00 ^a	71.22±7.45 ^a	-3.983	0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

表 3 2 组患者言语功能明显改善的 logistic 回归分析

变量	单因素 logistic 回归分析			多因素 logistic 回归分析		
	OR	95%CI	P	OR	95%CI	P
干预方式	33.00	3.946~275.992	0.001	19.544	1.229~310.908	0.035
年龄	0.991	0.937~1.049	0.765			
性别	2.000	0.159~25.115	0.591			
文化程度	0.865	0.392~1.909	0.720			
发病类型	1.561	0.632~3.853	0.334			
病程	0.978	0.950~1.007	0.130			
言语治疗历史时间	1.048	1.004~1.094	0.031	1.037	0.972~1.107	0.272
MMSE 评分	1.449	1.092~1.922	0.010	1.250	0.913~1.712	0.164
额叶	0.923	0.052~16.456	0.957			
基底节	0.833	0.179~3.884	0.816			
额叶、颞叶	2.000	0.159~25.115	0.591			
基底节、额叶	0.423	0.034~5.317	0.505			
颞叶	1.500	0.208~10.807	0.687			
丘脑	0.423	0.034~5.317	0.505			

注:OR 表示比值比;95%CI 表示 95%可信区间。

3 讨 论

中国老龄化已经到来,而城镇化进程仍在加速,

脑卒中发病率不断增加,卒中所带来的疾病负担日益增加^[14]。由脑卒中带来的言语、运动、认知障碍等影

响着人们的生活质量,其中约一半的脑卒中患者会出现言语功能障碍^[15],其中,脑卒中后失语症患者言语失用严重影响了患者的日常生活。因此,应及早采用合理有效的治疗方法提高患者的言语功能,从而改善其生活质量。目前,临床上常使用言语治疗结合运动贴扎、音乐治疗、头皮电针、计算机辅助、经颅磁刺激等方法治疗言语失用^[2],而镜像疗法所具有的操作简单、个性化强等特点更容易受到推广。

有研究显示,镜像神经元系统主要存在于额下回后部、前运动皮质腹侧、中央前回下部、顶下小叶头部、前额叶皮质、岛叶及杏仁核等区^[16]。有研究指出,言语失用优势半球额下回后部、岛叶前部、前运动区、辅助运动区、与 Broca 区联系的白质纤维及单独基底节损伤均可出现言语失用^[17-19]。因此,大脑镜像神经元系统所涉及的区域与言语区存在部分区域吻合,这种吻合将镜像神经元理论和言语功能的关系连接在一起。

Resenbek 言语失用八步疗法是言语失用的常用基础综合刺激法^[2]。此外有研究显示,镜像疗法运用到失语症患者的治疗中有明显效果^[7-8]。本研究将镜像疗法结合 Resenbek 八步治疗应用到言语失用患者的治疗中,经过 4 周治疗后发现,相对于常规言语训练而言,结合镜像疗法的形式更有助于脑卒中后失语症患者言语失用的康复。镜像疗法在常规感官刺激的基础上增加了镜像神经元系统的刺激,激活“观察-执行匹配机制”达到改善器官的协调控制能力,提高语言表达能力的效果。

另外,本研究结果发现,治疗组和对照组患者治疗后各指标评估较治疗前均有所改善。即无论是镜像疗法结合常规训练还是单独常规训练均可以改善失语症患者言语功能。将 2 组患者进行了言语功能明显改善的 logistic 回归分析后发现,镜像疗法结合常规言语训练与言语功能明显改善独立相关,这进一步证明了镜像疗法结合常规语言训练在改善患者言语功能上的有效性。YOU 等^[8]研究结果也支持了这一结论。

本研究为首次对失语症患者言语失用的情况进行的系统研究。将镜像神经元理论结合 Resenbek 言语失用八步疗法以改善失语症患者的言语功能。本研究的另一项创新为将该训练模式以训练方法的形式应用于临床并进行数据采集研究。区别于常规仪器治疗的方式,该方式具有便捷、成本低、操作简单等优点。因此,本研究对于部分无法承担高额仪器费用的社区或其他医疗场所也提供了实践依据,可以让每一例患者得到更多的治疗机会,这是实现“人人享有康复服务”目标的重要内容。

综上所述,镜像疗法对于脑卒中后失语症患者言

语失用具有促进作用,能改善患者的言语功能障碍情况,提高患者的生活质量。此外,该方法简单易行,效果明显,值得推广。本研究的局限性在于样本量较小,后续研究需增大样本量;研究疗程偏短,可对言语失用患者进行长期的疗效评估,后续研究可增加远期数据的收集;本研究中的指标为量表定性评定,未来相关研究可结合脑电图等方式体现大脑活跃状态。

参考文献

- [1] WERTZ R T, LA POINTE L L, ROSENBEK J C. Apraxia of speech: The disorders and its management[M]. New York: Grune and Stratton, 1984.
- [2] 李思奇, 张玉梅. 言语失用的诊疗进展[J]. 中国康复医学杂志, 2021, 36(2): 227-231.
- [3] 谢青, 宋小慧. 脑卒中康复治疗技术发展史[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2015, 15(3): 177-181.
- [4] 陈芳婷. 基于镜像神经元理论的动作观察疗法在脑卒中康复的应用[J]. 中国康复, 2021, 36(9): 568-571.
- [5] RIZZOLATTI G, FABBRI-DESTRO M, CATTANEO L. Mirror neurons and their clinical relevance[J]. Nat Clin Pract Neurol, 2009, 5(1): 24.
- [6] GARRISON K A, WINSTEIN C J, AZIZ-ZADEH L. The mirror neuron system: A neural substrate for methods in stroke rehabilitation[J]. Neurorehabil Neural Repair, 2010, 24(5): 404.
- [7] 陈庆梅. 镜像疗法结合常规言语训练治疗急性脑梗死后运动性失语的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2020, 35(6): 688-693.
- [8] YOU L, WANG Y, CHEN W, et al. The effectiveness of action observation therapy based on mirror neuron theory in Chinese patients with apraxia of speech after stroke[J]. Eur Neurol, 2019, 81(5/6): 278-286.
- [9] ROSENBEK J, LEMME M, ATERN M, et al. A treatment for apraxia of speech in adults[J]. J Speech Hear Disorder, 1973, 38(4): 462-472.
- [10] 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 60-61.
- [11] 王荫华. 西方失语症成套测验(WAB)介绍(一)[J]. 中国康复理论与实践, 1997, 3(2): 87-89.
- [12] 王荫华. 西方失语症成套测验(WAB)介绍(二)[J]. 中国康复理论与实践, 1997, 3(3): 135-140.
- [13] 陈莺, 李焰生, 王智樱, 等. 多奈哌齐治疗卒中后

失语的疗效观察[J]. 中华内科杂志, 2010, 49(2):115-118.

[14] 王陇德. 中国脑卒中防治报告 2020 概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2):136-144.

[15] 王媛. 脑卒中患者主要照护者对言语功能障碍认知情况的质性研究[D]. 长春: 吉林大学, 2021.

[16] FOGASSI L, FERRARI P F. Mirror systems [J]. Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci, 2011, 2(1):22-38.

[17] PEACH R K, TONKOVICH J D. Phonemic characteristics of apraxia of speech resulting

from subcortical hemorrhage [J]. J Commun Disord, 2004, 37(1):77.

[18] SQUARE P A, MARTIN R E. The nature and treatment of neuro-motor speech disorders in Aphasia[M]. Baltimore: Williams and Wilkins, 1984:467.

[19] HILLIS A E, WORK M, BARKER P B, et al. RE-examining the brain regions crucial for orchestrating speech articulation[J]. Brain, 2004, 127(Pt 7):335.

(收稿日期:2022-11-10 修回日期:2023-02-19)

• 护理研究 •

临床案例教育联合中医辨证取穴治疗对产后缺乳 产妇乳汁分泌及母乳喂养效能的影响

莫丽霞, 陈文秀[△], 杨 焯

(昆山市中医医院, 江苏 苏州 215300)

[摘要] 目的 探究临床案例教育联合中医辨证取穴治疗对产后缺乳产妇乳汁分泌及母乳喂养效能的影响。方法 选择该院 2020 年 2 月至 2022 年 2 月收治的产后缺乳产妇 120 例, 按随机数字表法分为 2 组, 对照组采取常规护理, 观察组在常规护理基础上加以临床案例教育联合中医辨证取穴治疗, 比较 2 组产妇的乳汁分泌情况及母乳喂养效能。结果 治疗后, 观察组日乳汁分泌量大于对照组, 且缺乳症状的改善产妇占比高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组母乳喂养自我效能简式量表评分高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 临床案例教育联合中医辨证取穴治疗在产后缺乳产妇中的应用能促进乳汁分泌, 增强产妇对母乳喂养的自信, 提高母乳喂养效能。

[关键词] 产后缺乳; 乳汁分泌; 母乳喂养效能; 辨证取穴治疗

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2023.12.032

中图法分类号:R71

文章编号:1009-5519(2023)12-2134-03

文献标识码:B

产后缺乳是指产妇哺乳期乳汁分泌少或全无, 多发于产后 2~3 d 或产后 15 d 内, 发生率为 20%~30%, 母乳中富含免疫球蛋白及相关营养成分, 缺乳情况下, 母乳喂养不足, 新生儿免疫力及营养均受到影响^[1-2]。中医理论认为产后缺乳与脾胃虚弱、气血不足或怒气伤肝、肝气郁结相关, 且中医强调辨证施治, 以促进乳汁分泌^[3]。临床案例教育以临床案例为基础, 通过案例分析明确产后自护要点, 教授自护技能, 疏导负性情绪, 而中医取穴治疗强调首先对产妇进行辨证分型, 据此选取穴位并实施治疗。本研究在产后缺乳产妇中应用临床案例教育联合中医辨证取穴治疗, 探究其对产后乳汁分泌及母乳喂养效能的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择本院 2020 年 2 月至 2022 年 2

月收治的产后缺乳产妇 120 例作为研究对象。纳入标准:单胎足月妊娠;具有母乳喂养意愿;产后乳汁分泌量少于新生儿喂养需求, 检查乳房松软, 乳汁清稀, 且外观正常;产妇认知、沟通能力正常;同意参与本研究并签署知情同意书。排除标准:因乳腺组织损伤或乳头凹陷等原因造成乳汁分泌或母乳喂养困难;对中药或胶布过敏;内分泌功能异常;合并严重的妊娠并发症, 如产后出血、妊娠高血压、子痫等。根据随机数字表法对产妇实施分组, 对照组年龄小于 30 岁 32 例, 大于或等于 30 岁 28 例;孕次:初产妇 43 例, 经产妇 17 例;分娩方式:经阴道分娩 45 例, 剖宫产 15 例;泌乳情况:无乳汁分泌 32 例, 乳汁分泌极少 28 例。观察组年龄小于 30 岁 31 例, 大于或等于 30 岁 29 例;孕次:初产妇 42 例, 经产妇 18 例;分娩方式:经阴道分娩 43 例, 剖宫产 17 例;泌乳情况:无乳汁分泌 34

[△] 通信作者, E-mail:117574907@qq.com。