

2.2 试验检测系统的可接受性能评价 将医学决定水平代入回归方程,计算试验检测系统与目标检测系统间测定结果的 $SE\%$,以 $SE\% \leq 10\%$ 为临床可接受性能的判断标准,判断试验检测系统的可比性。结果见表 1。

3 讨 论

同一实验室内不同检测系统检测相同项目时,结果经常出现不一致^[4],常常造成临床判断病情困难,导致临床医生和患者对检验科投诉,严重影响检验科信誉度。如何实现同一实验室内不同检测系统检测同一项目的结果具有可比性显得尤为重要,在实验室内,可对不同检测系统检测相同项目进行定期比对试验,并根据比对结果进行相应的整改,确保不同检测系统检测结果的一致性。

临床实验室引进新仪器时,应该对检测系统做一次十分全面的性能评价,保证仪器检测性能能够满足临床要求,ISO 15189 认可准则要求,同一实验室内仪器检测相同项目时必须严格做好比对工作,目标仪器参加室间质评成绩优秀,通过比对的方式来验证新购进仪器的准确性是否满足要求,当两检测系统可比性满足要求时,新购仪器在室内质控合格的前提下可以正常运行检测患者标本;如果两检测系统可比性较差,不能满足质量目标的要求,且会对临床诊断产生不良影响时,应该以目标仪器为参考仪器,对新购仪器进行校准,如果由于仪器性能原因在校准后依然无法达到质量目标的要求,应该与厂家联系或者拒绝使用该仪器。

本文中,快速 CRP 测试仪是目前兴起的袖珍式仪器,具有检测速度快、稳定性好、占用空间小、操作简便等优点,虽然是半自动仪器,但室内质控精密度较好,能够满足临床检测要求。本文通过实验室内部比对分析发现,该仪器与全自动特定蛋白

分析仪检测系统间具有很好的可比性。本文采用 EP9-A 文件方法进行比对,线性回归方程中斜率系数和 r 均与 1 相比差异无统计学意义,表明两组数据 r 较好,截距为 0.293 1,与 0 相比差异无统计学意义,表明两种检测仪器间系统误差很小^[5]。

比对分析对于临床实验室正规化建设是必不可少的因素之一,也是今后不同实验室检测结果互认的重要手段,在保证室内质控正常运行的基础上,临床工作者应该加强实验室内部以及实验室间的检测结果比对,使同一地区、同一省份甚至是全国临床实验室检测结果能够互认,使检验报告更具科学性,提高检验专业的地位和信誉度,减少不必要的重复检测,减轻患者的就医负担,节省社会资源。

参考文献

- [1] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3 版. 南京:东南大学出版社,2006:590-591.
- [2] 杨有业,张秀明. 临床检验方法学评价[M]北京:人民卫生出版社,2008:119-121.
- [3] 林莉,黄宪章,庄俊华,等. 不同检测系统测定总胆汁酸的比对试验[J]. 国际检验医学杂志,2006,27(6):484-486.
- [4] 李术惠,曲本祥,丛栋滋. 异源系统对同一生化样品测定结果可比性研究[J]. 医学检验进修杂志,1998,5(3):107-108.
- [5] 竺澎波,许婉华,陈剑峰,等. 自建生化检测系统检测结果溯源性分析[J]. 现代医院,2008,12(8):46-47.

(收稿日期:2010-03-24)

临床研究

周围性面瘫针灸治疗时机的选择

孙凌蓉(重庆市沙坪坝区中医院针灸科 400030)

【摘要】 目的 探讨针灸在周围性面瘫治疗过程中的最佳治疗时机。**方法** 根据 152 例门诊病例接受针灸治疗时期的不同,采用随机对照方法,分为发展期组、静止期组和恢复期组,观察 3 组患者针灸治疗 3 个疗程后的临床疗效。**结果** 发展期组痊愈加显效率为 88.89%,明显高于静止期组的 80.33%和恢复期组的 57.89%,差异有统计学意义($P < 0.05$);前者的治疗次数明显少于后两者($P < 0.05$)。**结论** 针灸治疗周围性面瘫的最佳时机是发展期。

【关键词】 面瘫; 针灸; 时机; 发展期

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.18.030

中图分类号:R745.12

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)18-1981-03

周围性面瘫(下称面瘫)是由病毒感染引起的面神经麻痹,因其遭受风寒病毒侵袭,引起神经血管发生痉挛,导致神经缺血、水肿而致麻痹。在针灸临床工作中,作者遇到不少面瘫患者往往因错过针灸治疗的最佳时机而难以恢复。本文根据 152 例面瘫患者接受针灸治疗时期的不同,分为发展期组、静止期组和恢复期组,现将治疗结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中华针灸临床诊疗规范》^[1] 中面瘫的诊断标准:起病突然;患侧眼裂大,眼睑不能闭合,流泪,额纹消失,不能皱眉;患侧鼻唇沟变浅或平坦、口角低并向健侧牵引。

根据损害部位不同又分为:(1)茎乳突孔以上影响鼓索支时,则有舌前 2/3 味觉障碍;(2)损害在镫骨神经处,可有舌前 2/3 味觉障碍;(3)损害在膝状神经节,可有乳突部疼痛,外耳道与耳廓部的感觉障碍或出现疱疹;(4)损害在膝状神经节以上,可有流泪,唾液减少。

1.2 纳入标准 (1)年龄和性别不限;(2)符合以上临床诊断标准;(3)所有病例均排除因中枢神经系统疾病、耳科疾病和外伤引起的面瘫;(4)发病时间在 1 个月以内;(5)完全接受和配合针灸治疗。

1.3 病例来源 所有病例来源于 2006 年 1 月至 2009 年 12

月在本院针灸科就诊的 152 例门诊患者,均符合纳入标准。临床将面瘫分为 3 期,发病 1~7 d 为发展期,发病 8~15 d 为静止期,发病 15 d 以上为恢复期^[2]。根据患者就诊时期的不同,按以上分期将患者分为发展期组、静止期组和恢复期组。其中发展期组 72 例,男 41 例,女 31 例,年龄 12~78 岁,平均(42.15±12.2)岁;静止期组 61 例,男 29 例,女 32 例,年龄 8~81 岁,平均(39.28±10.26)岁;恢复期组 19 例,男 10 例,女 9 例,年龄 15~71 岁,平均(41.65±11.2)岁。3 组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 发展期 治则:祛风清热活络。取穴:患侧面部翳风、攒竹、阳白、四白、颊车、承浆、地仓以及双侧合谷。针法:选用 30 号 0.5~1.0 寸毫针浅刺、轻刺,留针 30 min,每日 1 次。同时 TDP 照射翳风穴。其他疗法:结合现代医学,口服泼尼松、地巴唑和维生素 C 片。

2.2 静止期 治则:活血化瘀通络。取穴:患侧面部太阳、四白、下关、地仓、攒竹、阳白、鱼腰、人中、颊车、迎香、承浆、双侧合谷、双侧足三里、双侧太冲。针法:选用 30 号 1.5~2.0 寸毫针中强刺激,要求得气,面部诸穴透刺,地仓透颊车、下关透太阳、四白透睛明、承浆透地仓。留针 30 min,每日 1 次。灸法:将艾条点燃后灸患处 20 min。其他疗法:口服牵正散、甲钴胺片,维生素 B₁₂注射液 0.5 mL 穴位注射(四白、地仓、阳白、承浆,每日选两穴)。

2.3 恢复期 治则:益气养血通络。取穴:患侧面部翳风、风池、下关、太阳、地仓、攒竹、阳白、四白、颧髎、颊车、承浆、三阴交、双侧足三里、太冲、双侧合谷。针法:选用 30 号 1.5~2.0 寸毫针中强刺激,得气后留针,接电针仪,采用连续波,以面部肌肉轻微抽动为宜。留针 40 min,每日 1 次。继续加灸法。其他疗法:口服牵正散、甲钴胺片,维生素 B₁₂穴位注射。并嘱患者进行自主面肌功能锻炼,如皱眉、蹙额、鼓腮、噘嘴等动作,或多用患侧吃饭及咀嚼口香糖。

2.4 3 组治疗方案 发展期组:完全按以上治疗方法分期进行治疗;静止期组:患者在发展期只用了药物治疗,从静止期开始进行针灸治疗;恢复期组:患者在前两期都只用了药物治疗,从恢复期才开始进行针灸治疗。

2.5 疗程 以上治疗每日 1 次,10 次为 1 个疗程,疗程间间隔 2 d。患者治疗 3 个疗程后观察结果。

3 结果

3.1 疗效标准 参照第五次国际面神经外科专题讨论会推荐的 House-Brackmann 面神经功能评价分级系统确定^[3]。痊愈:面部所有区域正常。显效:仔细观察可看出轻微的功能减弱,可能有轻微的联带运动,面部静止时对称,张力正常;上额运动中等,眼轻用力可完全闭合,口轻度不对称。有效:有明显的功能减弱,但双侧无损害性不对称,可观察到并不严重的联带运动,挛缩和半侧面部痉挛,面部静止时张力正常,上额运动微弱,眼用力可完全闭合,口明显不对称。无效:面部静止时不对称,上额无运动,眼不能完全闭合,口仅有轻微对称。

3.2 治疗结果 见表 1、2。

4 典型病例

病例 1:李某,女,42 岁,教师,于 2008 年 8 月 3 日来诊。主诉右侧面部不适 2 d,右口角漏水,眼睛不能闭合并伴右耳后疼痛。检查见右额纹消失,眼睑闭合不全,鼻唇沟变浅,鼓腮漏

气、口角歪向左侧等。诊断为面瘫。按发展期组的治疗方案及时给予针灸治疗和药物治疗,经治疗 1 个疗程后痊愈,随访 1 年未见复发。

表 1 3 组患者 3 个疗程后的疗效比较[n(%)]

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	愈显率(%)
发展期	72	48(66.67)*	16(22.22)	6(8.33)	2(2.78)	88.89
静止期	61	33(54.10)**	16(26.23)	8(13.11)	4(6.56)	80.33
恢复期	19	4(21.05)	7(36.84)	5(26.32)	3(15.79)	57.89

注:与其他两组比较,* $P<0.05$;与恢复期组比较,** $P<0.05$ 。

表 2 3 组痊愈和显效患者与疗程的关系[n(%)]

组别	<i>n</i>	第 1 疗程	第 2 疗程	第 3 疗程
发展期	64	33(51.56) [△]	24(37.5)	7(10.94)
静止期	49	14(28.57) ^{△△}	24(48.99)	11(22.44)
恢复期	11	0	6(54.55)	5(45.45)

注:与其他两组比较,[△] $P<0.05$;与恢复期组比较,^{△△} $P<0.05$ 。

5 结论

中医认为,面瘫多系外感风寒侵袭面部经络,以致经气阻滞,气血失和,经筋失于濡养,纵缓不收而发病。现代医学多数认为,面瘫是因为茎乳突孔内急性非化脓性面神经炎所致。面瘫的早期病理变化主要是面神经水肿,脱髓鞘;晚期可致轴突变形、萎缩。因此,面神经的受损程度取决于茎乳突孔内急性炎症反应水肿的程度和持续时间,水肿越厉害,持续时间越长,面神经越难以恢复。所以早期加速炎性渗出物和水肿的吸收,是治疗的关键,直接影响面瘫患者的预后。实验研究表明,针刺可使面部的红外热像图发生变化;激光多普勒血流仪测定表明针刺可使面部的血流量增加,这些都有助于面部水肿的吸收,增加营养代谢,促进面神经的早期恢复^[1]。所以在面瘫的急性期若给予良性刺激,可以使受压的面神经产生兴奋,加速局部血液循环,促进新陈代谢,改善面神经的营养,从而减轻面神经的受压程度^[4]。

从中医来看:“正气存内,邪不可干”,发病初期,正气一时亏虚,邪气得以入侵,导致经气阻滞,如果及时给予针刺,引邪外出,可以折其病势,促进正气恢复,为疾病的修复提供有利条件。根据“未病先防,既病防变”的治疗原则,在急性期也应该尽早治疗,如果急性期没有得到有效治疗,致使面神经压迫时间长,面神经损伤程度重,也会使疾病程度加深,甚至难以恢复^[5]。

作者通过对 152 例面瘫患者的临床观察发现,患者因接受针灸治疗时期的不同,导致最终疗效和疗程的显著差异,在急性期接受针灸治疗的患者疗效明显优于静止期和恢复期的患者,而且痊愈和显效所需疗程短,后遗症少。静止期组的疗效也优于恢复期组。这就表明早期针灸治疗可以改善局部血液循环,促进炎性渗出物吸收,减少神经的损伤,有利于神经的修复。所以作者认为,针灸治疗面瘫患者的最佳时机是发展期。

参考文献

[1] 杜元灏,石学敏.中华针灸临床诊疗规范[M].南京:江苏科学技术出版社,2007.
[2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:

南京大学出版社,1994.

[3] 王子臣.“分期针刺法”治疗周围性面瘫 31 例疗效观察[J]. 中国针灸,2002,22(7):453.

[4] 王丽莉,宣丽华. 周围性面瘫针灸治疗时机及方法的选择[J]. 国际中医中药杂志,2006,28(3):146.

[5] 刘锦. 浅析针灸治疗周围性面瘫的取穴和治疗时机[J]. 针灸临床杂志,2006,22(10):3.

(收稿日期:2010-05-27)

临床研究

间接血凝试验在晚期血吸虫病诊断中的应用评价

罗江龙(安徽省东至县血吸虫病防治站 247230)

【摘要】 目的 了解间接血凝试验(IHA)在晚期血吸虫病(以下简称晚血)中的应用价值。**方法** 以临床诊断为标准,应用 IHA 和酶联免疫吸附试验(ELISA)两种不同的免疫学方法分别对血吸虫病流行区的 371 例晚血病例、84 例非流行区(中铁十二局)的健康铁路工人的血清标本进行血吸虫抗体检测。**结果** IHA 和 ELISA 两种试剂敏感度分别为 24%、32%;特异度分别为 95%和 99%。**结论** 由于 IHA 操作简便、结果快速、易于判断、不需特殊仪器,已被广泛使用,可作为门诊筛查方法之一,但不能作为晚血诊断标准。

【关键词】 间接血凝试验; 酶联免疫吸附试验; 晚期血吸虫病

DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2010. 18. 031

中图分类号:R446. 1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)18-1983-02

为研究和探讨间接血凝试验(IHA)在晚期血吸虫病(以下简称晚血)诊断中的价值,对符合晚血诊断标准的 371 例晚血病例应用 IHA 和酶联免疫吸附试验(ELISA)同时检测,并进行比较分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 371 例晚血病例来自安徽省东至县血吸虫病流行区,其中男 167 例,女 204 例,年龄 13~82 岁,平均 51 岁,根据临床诊断将晚血分为腹水型、巨脾型、混合型。临床诊断均符合 2000 年版《血吸虫病防治手册》中的晚血诊断标准^[1]。84 例非流行区健康者为中铁十二局在东至县查桥段修建铁路的工人,其中男 67 例,女 17 例,年龄 20~68 岁,平均 38 岁。

1.2 方法 所有被检测标本均为测定生化项目的剩余血清。IHA 以 1:10 明显凝集者为阳性,试剂为安徽省血吸虫病防治研究所提供的日本血吸虫冻干间接抗原血细胞,批号为 20080321。ELISA 以阳性对照为标准,即显示革兰染色为阳性,试剂为深圳市康百得生物科技有限公司产品,批号为 20080613,两法均按试剂盒内说明书严格操作。

2 结果

2.1 两种方法在晚血各型中的阳性检出率 IHA 法阳性检出率分别为 17%(6/35)、22%(65/298)、47%(18/38);ELISA 法分别为 29%(10/35)、30%(89/298)、50%(19/38),见表 1。

表 1 两种免疫方法在晚血病例各型中的阳性检出率

对象	人数	IHA 法		ELISA 法	
		阳性数	阳性率(%)	阳性数	阳性率(%)
腹水型	35	6	17	10	29
巨脾型	298	65	22	89	30
混合型	38	18	47	19	50
非流行区	84	4	5	1	1.2
合计	455	93	20	119	26

2.2 两种方法检测晚血抗体的敏感度 IHA 法和 ELISA 法在 371 例晚血病例中抗体检测的敏感度分别是 24%和 32%,

特异度分别为 95%和 99%,差异无统计学意义($t=1.57, P>0.05$)。

3 讨论

晚期血吸虫病是一个慢性积累过程,反复感染没有及时进行病原治疗或治疗不彻底是其主要原因之一,其次是缺乏较理想的检测手段而延误病情。虽然在血吸虫病诊断中病原学诊断是确诊的主要手段,但在血吸虫病晚期,要直接找到病原学证据是非常困难的。因此必须依靠血清免疫学诊断作为主要的辅助诊断^[2]。近年来,血清免疫学诊断发展迅速,方法甚多,选择较为理想的免疫学诊断方法是非常重要的,早在 1987 年苏州医学院李允鹤教授在重庆会议上就提出了,寄生虫感染的血清免疫学诊断方法应具备 5 个理想条件:(1)特异性强;(2)敏感性高;(3)重现性好;(4)具有疗效考核价值;(6)方法简便、费用低廉、适用现场、便于推广等^[3]。1976 年,广州部队 163 医院杨赞元教授首先报道了应用冻干血细胞 IHA 诊断日本血吸虫病,具有敏感性高、操作简便、结果快速直观、费用低廉、适合现场检测、便于推广、患者容易接受等优点。因为存在于晚血病例血清中的血吸虫循环抗原物质与体内的相应抗体形成免疫复合物不易检出或很快从体内被清除,造成 IHA 法在晚血病例诊断中敏感性低。本次结果显示,由于晚血类型不同,阳性检出率存在统计学意义,是否与晚血各型患者免疫功能紊乱,网状内皮系统的单核-巨噬细胞吞噬功能减低的程度及清除体内免疫复合物和抗原不一等因素有关,有待于今后工作中观察研究。IHA 具有敏感性高、简便、快速的优点^[4],是目前最常用的一种血吸虫病诊断方法,被广泛应用于血吸虫病诊断及现场血吸虫病普查和流行病学调查^[5],但作者认为不能作为晚血诊断标准。

参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部疾病控制司. 血吸虫病防治手册[M]. 3 版. 上海:上海科学技术出版社,2000:108.

[2] 杨兆莘. 寄生虫病免疫诊断的概况和进展[J]. 寄生虫病防治与研究,1990,19(2):59.