

8 实验结果的不灵敏性

任何试验方法都有其灵敏性,即最低检出量。只有患者体内的检测指标含量达到试验方法能够检出的最低限值时,方可提供有意义的参考数据。如 HBsAg 的金标免疫层析法的灵敏度就不如酶联免疫吸附试验高。另外,许多检测指标只有到患者临床症状明显时才显现出来,在这之前可能正常或阴性。如肝脏的储备、代偿和再生能力较强,在肝脏受损早期,实验结果往往正常。只有肝脏受损害达到一定程度时,才显示出肝功能的变化。因此,不能草率地仅凭检验报告就说患者没有问题,应根据临床情况进一步做其他检查或延期(隔期)检查。

9 实验结果的非特异性

许多检测指标并非机体某组织或器官所特有。因此,在分析结果时应注意到其他疾病或因素的影响。如诊断梅毒的快速血浆反应素(RPR)试验,梅毒螺旋体侵入人体后产生两种抗体,一种是非特异性抗体(反应素),另一种是针对梅毒螺旋体的特异性抗体。当 RPR 试验阳性时,应结合临床进一步做其特异性诊断试验(如梅毒螺旋体血细胞凝集试验、梅毒螺旋体颗粒凝集试验),不能仅凭 RPR 试验阳性就草率定为梅毒感染患者。

10 实验结果的局限性

由于机体生理、病理的复杂性,而试验项目的灵敏度、特异性又各不相同,仅凭一项两项检测指标就断然下诊断有失慎重,应多指标检查及做其他辅助检查。如:一女性患者,37 岁。右上腹部不适微痛,恶心、厌油腻 3 周,尿黄 1 周。体检发现:巩膜中度黄染,心、肺(-),腹平软,未扪及包块,肝肋下 1 cm,剑下 2 cm,质软,触痛,脾未扪及。实验室检查:白细胞 $8.9 \times 10^9/L$,中性粒细胞 0.68,淋巴细胞 0.32,URO(+),胆红素(+);ALT 180 U/L,总胆红素 $105 \mu\text{mol/L}$,直接胆红素 $89 \mu\text{mol/L}$,HBsAg(+),诊断为急性黄疸性乙型肝炎。入院后,黄疸逐渐加重,右上腹持续性疼痛,右肋下扪及核桃大包块。B 超、CT 提示胆囊内有占位性病变,经手术证实为胆囊癌。

11 两次检验结果有差异的判断

临床医生有时遇到同一患者在较短时间内两次检查结果有明显差异,在除外标本采集错误或不合格的情况下,主要考虑有两种情况:病情确实在较短时间内有了迅速的变化;实验室内试验误差引起^[13]。检查室内质控数据对于区分这两种情况会有所帮助,但有时仅凭二次检查很难区别,可以多次检查后,从检验结果的变化趋势可以作出判断。

综上所述,临床检验和检验结果虽然具有不可替代的重要作用,有些结果甚至具有决定性的作用,但也应该看到检验结果由于受各种因素的影响而存在着许多误差,如人员素质,试剂优劣、仪器设备的性能及标本因素等等。这不仅要求从事检

验管理和检验工作的人员努力改善工作条件,强化继续教育,提高业务素质,逐步健全检验质控程序,以减少检验结果的误差。同时也提示临床医生必须科学地看待检验结果,既不能一味地依赖检验结果,也不能脱离检验结果,只有将检验结果同其他检查手段并结合临床表现进行综合分析,才能对患者疾病作出科学、正确的诊断及治疗,从而使临床检验真正发挥其作用^[14-15]。

参考文献

- [1] 申子瑜,李萍.临床实验室管理学[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2007.
- [2] 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.
- [3] 丛玉隆.检验与临床诊断:质量管理和常规检验分册[M].北京:人民军医出版社,2006.
- [4] 杨振华.临床实验室质量管理[M].北京:人民卫生出版社,2003.
- [5] 李萍.临床实验室管理学[M].北京:高等教育出版社,2006.
- [6] 魏吴,丛玉隆.医学实验室质量管理与认可指南[M].北京:中国计量出版社,2004.
- [7] 王吉耀.循证医学与临床实践[M].北京:科学出版社,2002.
- [8] 丛玉隆.临床实验室分析前质量管理及对策[J].中华检验医学杂志,2004,27(8):483-487.
- [9] 胡礼仪.分析前各因素对临床生化检验结果的影响[J].检验医学与临床,2010,7(1):80-82.
- [10] 周靖,陈悦,王寅.关于实验室认可工作的一点思考[J].检验医学,2007,22(5):616-618.
- [11] 宗秋.如何正确看待检验结果[J].检验医学与临床,2008,5(2):121-122.
- [12] 顾小燕,何奕南.关于卫生理化实验室质量控制的探讨[J].临床和实验医学杂志,2006,5(10):1577-1588.
- [13] 荆庆会,吴云霞,李慧敏,等.正确认识与合理应用检验结果危急值[J].检验医学与临床,2008,5(6):380-381.
- [14] 张洁.生化检验分析前质量控制[J].检验医学与临床,2009,6(8):631-632.
- [15] 杨宝中.医院间检验报告单互认可行性探讨[J].检验医学与临床,2007,4(5):430.

(收稿日期:2011-04-22)

中医正骨疗法临床运用心得

孙燕威(重庆市江北区中医院骨科 400020)

【关键词】 中医; 正骨疗法; 手法

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.19.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)19-2429-02

中医正骨疗法是中医治疗骨折、关节脱位等疾病的一种方法,是医生通过拔伸、复位、对正、按摩等手法,使用小夹板外固定,治疗患者的骨伤疾病的方法^[1]。在当今社会,虽然中医正骨疗法与西医手术治疗相比具有操作简便、费用低廉、见效快、治疗范围广、安全无毒副作用等特点,但受经济利益驱动,中医

正骨疗法正在逐步“淡出”,许多中医骨科医生抛弃了传统的中医正骨疗法,采用费用高、创伤大的西医手术治疗,使用高昂的内固定材料,加重了患者的痛苦和经济负担。作者从事中医骨科临床工作 28 年,常年门诊 15 年,坚持运用中医正骨疗法,以闭合治疗为主治疗骨伤疾病,继承了中华传统治疗医术,减轻

了患者的痛苦和经济负担。现将临床运用中医正骨疗法心得体会报道如下。

1 正骨疗法是中医骨伤的传统治疗方法

中医正骨疗法是祖国医学传统疗法的精华,是以闭合治疗为前提,以手法复位、中药外敷、小夹板固定为基础,指导患者功能锻炼为主的骨折、骨伤治疗方法,特别是“小夹板固定”属于中国首创,现已被不少国家效仿。中医正骨无需手术,能治疗绝大部分骨折、脱臼等疾病,能减少创伤、杜绝感染,痛苦少、并发症少、功能恢复好、治疗效果佳,且收费低廉,符合老百姓的医疗需求。中医正骨常用的基本诊疗方法一是摸法,以手触摸患者的伤处,判断出是否骨折、骨碎、裂纹或是脱臼和有无并发症,然后再根据病情进行治疗。二是提法,将陷下去的骨提起,使恢复正常。如遇到扭腰岔气或肋骨凹陷的病症都用提法。三是接法,对合折断骨复位,整复如初。四是端法,用手把握着应端的病位,斟酌用力,或从外向内托,或直端斜端,使脱臼的关节不偏不倚地回复原位。五是推拿法,“推”是用推使病肢复原,“拿”是用手掐定患处使缓缓复位,如果伤已痊愈但仍觉得气血不通,机能障碍或关节错落等,就用推拿法。六是按摩法,如果软组织受伤、局部麻木、血行迟滞、气血不通、机能障碍等病,用手往下压慢慢按摩,使淤闭阻塞气血部位畅通,消失臃肿,气血循环。

2 摸法是中医正骨的基础诊治方法

在中医正骨方法中,摸法最为首要,是中医正骨的基础诊治方法,也是最重要的一个环节。虽然在科学技术发展的今天,X线检查已经成为骨伤疾病检查的常用方法,肢体的正侧位X线片可以提供骨折的断面和移位情况,CT片的进一步检查,使骨折的检查诊断更为精确,但不能因科技的进步而废弃中医传统的摸法。在临床中由于患者的主诉不明确,投照的位置不准确或者错误,可能会导致误诊、漏诊的情况时有发生。运用中医正骨疗法诊断,用摸法可以作出初步的诊断,在了解患者的外伤病史、年龄、体质、有无心血管病等情况的同时,触摸清楚骨伤及周围状况,检查是否合并神经、血管、内脏等损伤,做到手随心转、法从手出,在全面诊断的基础上,考虑选择正确的正骨手法治疗,在正复过程中及正复后,也可通过摸诊大致了解骨折的治疗和复位情况。

3 中医正骨手法要协调组合应用

当发生骨折或脱位情况时,因残余暴力、肌肉韧带牵拉或

搬运不当而使断端发生了移位,临床上常见的移位有成角、侧方、短缩(重叠)、分离和旋转5种。中医正骨就是使用手法纠正移位,使骨对合,但中医单个正骨手法都有一定的局限性,在临床运用中必须将相关手法组合运用,医患之间高度协调,在短暂的正复过程中,正确选择和运用正骨手法,把握手法的整体性、灵活性和时效性,才能一次正复成功,达到解剖复位和功能复位,提高正复效果。临床常用的正骨手法有拔伸、旋转、屈伸、横挤、分骨、折顶、回旋、纵压、分筋、拨络、理筋、弹筋等等,每个手法皆有其适应证,如拔伸可纠正短缩和成角,横挤可纠正侧移,折顶可纠正成角或用于折骨等,每种手法均视骨折的具体部位、具体情况而灵活选择应用^[2]。由于绝大多数有移位的骨折不是孤立存在的,而是复合移位,如尺、桡骨双骨折的短缩移位,必有侧方移位,也可因肌肉牵拉同时发生旋转和成角移位,所以在正骨手法进行闭合复位时,采用单用一种手法就难以奏效,必须同时几种手法协调配合运用才能获得满意的复位效果。如股骨干中段骨折有短缩成角移位时,一要用拔伸牵引正骨手法纠正短缩成角移位,力要大,不大不足以纠正短缩和成角;二要用横挤正骨手法纠正侧方移位,力要稳,并时时用指腹触摸骨折端以检查对位程度;三要用旋前旋后摇晃正骨手法以纠正骨折端的旋转和残余移位。又如肩关节前脱位,在进行足蹬法复位时,单用患肢外展位作牵引不易成功,若是将上臂外展拔伸,在足蹬的配合下,内收患肢并做患肢旋转活动,则立刻复位,这就是拔伸牵引、内收、旋转正骨手法的组合协调运用。如髌骨骨折有分离移位时,应组合协调运用顶挤、按捏、膝关节屈伸等中医正骨手法。如肱骨外髁翻转骨折,应组合协调运用旋转、牵引内收、肘时时摇转等中医正骨手法。在每个骨折脱位整复后,采用轻手法以理筋脉,顺气血,减少后遗症,加速骨折愈合,肢体机能康复。

参考文献

- [1] 赵金荣. 新医正骨疗法治疗少年椎动脉型颈椎病 50 例[J]. 河北中医药学报, 2010, 25(4): 35-36.
- [2] 潘俊晖, 张建光, 孙梓祥. 中医正骨手法在胫腓骨骨折闭合复位微创内固定中的运用[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2009, 24(9): 830-831.

(收稿日期: 2011-05-22)

妊娠期糖尿病健康教育对妊娠结局的影响

朱佳佳(重庆市妇幼保健院 400013)

【关键词】 妊娠期糖尿病; 健康教育; 妊娠结局

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 19. 082 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)19-2430-02

妊娠期糖尿病(GDM)它威胁着母亲与胎儿、新生儿的生命与健康,是怀孕期间的一个主要并发症,属高危妊娠。因此,通过对GDM患者的健康教育,提高对相关知识的认知程度,增强保健意识,提高其配合治疗效果,减少并发症的发生。

1 临床资料

2009年5~12月在重庆市妇幼保健院妇产科产前检查确诊并住院分娩的GDM患者209例,其中初产妇179例,经产妇30例,发病年龄22~40岁,平均31岁,无孕产妇及新生儿严重并发症发生,妊娠结局良好。

2 健康教育

2.1 饮食控制 是治疗GDM的主要方法,应兼顾母儿双方,既保证胎儿营养,又防止餐后高血糖,避免饥饿性低血糖及酮症酸中毒,饮食应少量多餐,定量、定时,以达到正常血糖水平而孕妇无饥饿感,亦无饱胀感^[1-2]。膳食结构为碳水化合物50%~60%、蛋白质15%~20%、脂肪25%~30%,多摄入富含纤维素和维生素的食品,以蔬菜、豆制品、瘦肉、蛋、奶、鱼为主,水果以西红柿、青瓜为宜,补充微量元素,鼓励食品多样化,忌食动物脂肪、油炸食品、辛辣生冷等食物,应尽量避免进食加