

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

有蔗糖、葡萄糖、砂糖、果糖、蜂蜜等含糖饮料及甜食。晚上睡前可进餐一次,既能有效治疗高血糖,又能预防低血糖,以保证胎儿需要,避免午夜或清晨出现低血糖、孕期体质量每月增长不超过 1.5 kg 为宜,孕前体质量正常的妇女整个孕期体质量增长控制在 10~12 kg,孕前体质量肥胖的妇女孕期体质量增长控制在 8~10 kg,糖尿病孕妇最合适的体质量增加量为 6~8 kg。

2.2 运动锻炼 对 GDM 的治疗甚为重要,运动量不宜太大,一般使心率保持在每分钟 120 次以内,运动时间不宜太长,一般 20~30 min,并且适宜在餐后 1~2 h 时之间活动较为合适,可使血糖下降,但注意不要运动过量,以不感疲劳为宜,避免剧烈运动,以免造成流产。忌在空腹、注射胰岛素等待进餐的时间及身体不适的情况下运动,运动中注意安全,以防跌倒,如有不适,立即停止运动,到附近医院就诊。

2.3 密切监测血糖的变化,防止低血糖的发生 血糖水平的高低与孕妇、胎儿并发症发生情况成正比。应严密监测血糖变化,为治疗提供可靠的依据。监测点为 3 餐前、3 餐后 2 h 及睡前;血糖控制良好后,可改为早餐前、3 餐后 2 h 监测。向患者讲解低血糖的临床表现及处理方法,以便发生低血糖能及时进行处理,避免严重低血糖对胎儿造成影响。饮食及运动治疗无效者,可在医师指导下行胰岛素治疗,并根据复查血糖轮廓调节餐前胰岛素用量,一般可控制血糖达良好水平。

2.4 心理护理 许多孕妇在妊娠期缺乏糖尿病知识,大多数孕妇表现为恐惧、焦虑、抑郁等,这对母体及胎儿极为不利,使其了解虽然妊娠期血糖升高会对母体胎儿及新生儿造成不良影响,但良好的血糖控制可预防母婴并发症的发生,大部分患者在产后血糖均可恢复正常,使其正确对待疾病,以积极乐观的心态配合检查和治疗。

2.5 胎儿监护指导 定期进行产前检查和治疗,加强产科监护,详细耐心地给孕妇讲清自数胎动的重要意义和自数胎动的方法与正常和异常情况的辨别,以及出现异常情况的应对方

法,并做好胎动次数的纪录。

2.6 预防感染 GDM 易发生皮肤感染,且孕妇汗腺及皮脂腺分泌旺盛,应勤洗澡,勤换衣,鼓励孕妇尽可能穿着轻便宽松的衣服及干净的棉质内裤。由于女性尿道短又邻近肛门,若不注意清洁卫生或消毒隔离极易诱发尿路感染,应告诉孕妇排尿及排便后由前往后清洁会阴部。

3 体会

GDM 是妊娠常见的并发症,对孕妇、胎儿和新生儿的影响已被人们重视。GDM 易并发妊娠高血压综合征,血糖高易产生羊水过多,畸胎儿发生率增高;巨大胎儿,胎儿宫内发育迟缓及低体质量儿增多,易并发新生儿低血糖,新生儿呼吸窘迫综合征,产科感染率增加,剖宫产率明显增高。一经确诊,进行有针对性的孕期健康知识教育,提高了孕妇对自身疾病的护理能力和对胎儿的监护能力,消除了紧张恐惧心理,促使其早期接受正规治疗,积极控制病情,从而有效改善围生儿预后,保证孕妇的健康,积极采取预防措施,减少并发症,使母婴健康得到保障^[3-4]。另外,由于 GDM 的孕妇有 50% 的风险会发生糖尿病,这些潜在的孕期糖尿病患者,应及早努力改变不良生活习惯,预防和延缓糖尿病的发生。

参考文献

- [1] 张晓红. 健康教育对妊娠期糖尿病患者心理健康的影响[J]. 社区医学杂志, 2008, 6(23): 50-51.
- [2] 黄尤菊. 妊娠合并糖尿病患者健康教育护理体会[J]. 专科护理, 2008, 5(8): 1339-1340.
- [3] 高丽娟, 李玲. 妊娠期糖尿病健康教育及指导[J]. 中国社区医师: 综合版, 2008, 16(2): 167-168.
- [4] 任洪芬. 妊娠糖尿病患者的护理体会[J]. 井冈山医学学报, 2008, 15(5): 71.

(收稿日期: 2011-05-22)

骨科大手术后患者下肢深静脉血栓的预防护理

李素英(重庆市九龙坡区第三人民医院 400080)

【关键词】 骨科大手术; 深静脉血栓; 预防; 护理

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 19. 083 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)19-2431-02

深静脉血栓(DVT)是指血液在深静脉管腔内不正常的凝集,是骨科患者最严重的并发症之一。高龄、血管损伤、肢体制动、血流淤滞和高凝状态是骨科大手术患者易发静脉血栓栓塞症的重要原因。血栓一脱落,则导致重要器官的栓塞,轻则加重病情,延长病期,重则致命,所以,有效的预防至关重要。本文通过对骨科大手术后患者进行早期功能锻炼、有效的健康指导、中西药结合治疗等措施对骨科大手术后患者进行预防 DVT 的护理,取得了良好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本科 2009 年 3 月至 2011 年 3 月,收治患者 248 例,男 168 例,女 80 例,年龄 18~95 岁,平均 63 岁。其中骨盆手术 26 例,髌关节置换 124 例,股骨干骨折 98 例。住院时间 7~25 d。

1.2 方法 从入院开始,拟定全程的预防下肢深静脉血栓计划,从心理护理、健康指导、功能锻炼、中西药用药指导、手术前

后的指导,落实具体措施,评价效果实施情况。

1.3 结果 248 例中有 2 例发生 DVT,其中 1 例并发肺栓塞导致呼吸循环衰竭抢救无效死亡,另 1 例治愈,其余均未发生 DVT。

2 护理预防

2.1 术前护理

2.1.1 入院评估 DVT 的发生是一个逐渐形成的过程,早期预防可减少发生率。对患者的骨折部位、患肢疼痛肿胀程度、末梢血运情况进行评估。对 DVT 高危人群如高龄、肥胖、高血压、糖尿病、嗜烟、下肢静脉曲张、小腿水肿的患者都应作为重点观察对象。

2.1.2 术前进行预防宣教 入院后责任护士向患者详细讲解受伤后机体发生的一系列变化、卧床时间、可能出现的并发症等,重点讲解下肢 DVT 发生的原因及后果,引起患者的重视以便主动配合治疗护理及康复训练。