

1.2 方法 两组患者经明确诊断后口服用药均一样,对照组患者阴道塞药由患者将药带回,教会患者自己在家行局部塞药。观察组患者定期到医院由门诊专科护士给予阴道用药,具体措施如下:(1)给予心理康复训练。积极有效的心理护理干预是一切疾病康复成功的基础,医护人员应通过有效的沟通和适时的健康教育形成良好的护患关系,努力为患者营造和谐的就医环境,打消其紧张和害羞的心理,更加坚定患者战胜疾病的信心和决心,从而积极配合医护人员完成治疗。(2)膀胱截石位的训练。嘱咐患者排空膀胱后指导并协助患者取膀胱截石位,有利于外阴擦洗和投放器的插入。(3)擦洗外阴。先告知患者会阴擦洗的目的、方法及可能的感受,以取得患者的积极配合。根据病情选择合适的擦洗液,用一把镊子或消毒止血钳夹取干净的药液棉球,用另一把镊子或止血钳夹住棉球进行擦洗。一般擦洗 3 遍,擦洗的顺序为第 1 遍时自耻骨联合一直向下擦至臀部,先擦净一侧后换一棉球同样方法擦净对侧,再用另一棉球自阴阜向下擦净中间。自上而下、自外向内,初步擦净会阴部的污垢、分泌物和血迹等;第 2 遍的顺序为自内向外,或以伤口为中心向外擦洗,其目的为防止伤口、尿道口、阴道口被污染。擦洗时均应注意最后擦洗肛门,并将擦洗后的棉球丢弃。第 3 遍顺序同第 2 遍。必要时,可根据患者的情况增加擦洗的次数,直至擦净,最后用干纱布擦干。(4)阴道灌洗。外阴擦洗完毕后,选择合适的灌洗液,操作者右手持冲洗液冲洗外阴部,然后用左手将小阴唇分开,将灌洗头沿阴道纵侧壁的方向缓缓插入至阴道后穹窿部。边冲洗边将灌洗头围绕子宫颈轻轻地上下左右移动;或用窥阴器暴露宫颈后再冲洗,冲洗时不停地转动窥阴器,使整个阴道穹窿及阴道侧壁冲洗干净后,再将窥阴器按下,以使阴道内的残留液体完全流出。(5)阴道局部用药。用投药器将合适的药片、丸剂或栓剂向阴道后穹窿推进。

1.3 判定标准 痊愈:治疗后症状消失,每次月经后复查白带,若经 3 次检查均为阴性即可称为痊愈;显效:治疗后症状消失,月经后复查白带,3 次检查中有 2 次为阴性者视为显效;有效:治疗后症状消失,但月经后复查白带仍为阳性;无效:治疗后症状无明显改善^[4]。总有效率为痊愈率、显效率和有效率之和。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS12.0 软件进行统计学处理和分析,其中计量资料比较采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

两组患者临床治疗效果比较见表 1。两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 种尿液检测方法在临床应用中的价值

哈斯花尔(内蒙古自治区阿拉善盟蒙医医院检验科 750300)

【关键词】 干化学; 尿沉渣; 细胞; 镜检
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.22.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)22-2815-02

尿液检测在泌尿、生殖系统疾病及一些全身性疾病的诊治中具有很重要的价值。本科室随即收集了门诊和住院患者的晨尿 560 份,同时进行尿液 11 项分析仪分析、全自动尿沉渣仪

表 1 两组 86 例患者临床治疗效果比较[n(%)]					
组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30(34.88)	34(39.53)	12(13.96)	10(11.63)	76(88.37)
对照组	14(16.28)	28(32.56)	10(11.63)	34(39.53)	52(60.47)

3 讨 论

女性正常阴道内虽有多种细菌存在,但由于阴道与这些菌群之间形成生态平衡并不致病,平衡一旦被打破或外源病原体侵入即可导致阴道炎症的发生。虽为妇科常见病,不会影响人的生命,但由于其炎症部位的特殊性所引起的外阴瘙痒会让人难以忍受,坐卧不安,严重影响女性的生活质量。

阴道局部上药操作虽然简单,但规范的上药方法对治疗阴道炎症起着十分重要的作用,由门诊专科护士给予阴道上药有很多优点:(1)门诊护士严格按照比例配置冲洗液和灌洗液,浓度过高容易造成黏膜烧伤,浓度太低影响治疗效果;水温适中,不能过高,以免烫伤皮肤。(2)护士在给患者擦洗外阴、灌洗阴道时即可观察外阴、阴道局部有无皮肤、黏膜破溃等异常情况,如有即时给予处理。(3)会阴擦洗、阴道灌洗时严格按照操作方法进行,擦洗、灌洗较干净。(4)阴道上药时由护士操作比本人上药更易将药片推入到阴道后穹窿处,药片不易脱落。(5)护士在进行操作的同时与患者交谈,讲解相关知识以及上药后的注意事项,消除其紧张心理,配合治疗。(6)督促患者定期来院上药,保证治疗疗程。

本研究结果表明,阴道炎症患者由门诊专科护士给予阴道上药,其疗效确切,效果显著,大大提高了治愈率,降低了复发率,从而提高了女性患者的生活质量,值得进一步推广应用。

参考文献

[1] 谢智光,冯玉青. 667 例阴道炎症病原菌的临床分析[J]. 广西中医学院学报,2009,12(2):37-38.
[2] 纪瑞云,柏雪,范爱萍. 常见阴道炎症的治疗进展[J]. 国际妇产科杂志,2009,8(4):307-308.
[3] 蒋光荣,王松,蒋兵. 盐酸氟桂利嗪治疗老年性阴道炎的疗效观察[J]. 实用心脑血管病杂志,2009,8(2):700-701.
[4] 只晓娥,吴晓红. 阴道清洁度判定标准的探讨[J]. 中国计划生育杂志,2006,1(2):57-58.

(收稿日期:2011-06-09)

分析及常规的沉渣镜检,结果进行比较,现报道如下。
1 材料与方法
1.1 标本来源 用一次性洁净塑料杯收集门诊与住院患者晨

尿共 560 份,其中男 289 份,女 271 份。

1.2 试剂 优利特公司提供的 11 项尿试纸条、希桑美康公司提供的配套试剂。

1.3 材料 Sysmex UF-500i 沉渣仪、优利特 Uritest-150 型尿液干化学分析仪,LD4-2A 离心机、Olympus-CH 显微镜、尿 11 项试纸条、一次性吸管、试管、尿杯、尿沉渣计数板等。

1.4 尿样本选用干化学分析仪和全自动尿沉渣仪检测尿红细胞(RBC)、白细胞(WBC),然后取尿液 10 mL,1 500 r/min 离心 5 min,吸取上清尿液,沉渣的残留量为 0.2 mL,轻轻摇动,混匀后备用。

1.5 镜检 把制作好的尿沉渣混匀后,用一次性吸管吸取 20 μ L 载入计数板后镜检。

2 结 果

2.1 常规尿沉渣镜检范围男性 RBC 0~3 个/HP,女性 RBC 0~3 个/HP;男性 WBC 0~3 个/HP,女性 WBC 0~5 个/HP,以高于参数值范围为阳性。尿沉渣仪参考值范围男性 RBC 0~25/ μ L,女性 RBC 0~27/ μ L;男性 WBC 0~25/ μ L,女性 WBC 0~30/ μ L 以高于参数值范围为阳性。

2.2 3 种方法结果比较见表 1。

表 1 3 种方法检测 560 份尿样阳性结果[n(%)]

方法	RBC	WBC
常规沉渣镜检	37(6.6)	46(8.2)
干化学尿液分析法	52(9.2)	61(10.8)
全自动尿沉渣仪	58(10.3)	72(12.8)

3 讨 论

近几年来,随着干化学尿液分析仪和全自动尿沉渣分析仪在国内各大小医院的普及,不少操作者有忽视显微镜检测的倾向。由于尿液分析仪检测 RBC、WBC 的原理与显微镜下计数

截然不同,报告方式也不同,RBC/ μ L 和 RBC/HP 二者还没有一种直接的换算方式^[1]。

仪器分析与镜检结果不一致有以下原因:(1)试剂的质量差异;(2)尿液污染,最多见女性白带、经血、容量小于 50 mL 容器污染,留尿超过 2 h;(3)常用抗生素、维生素 C、激素、抗肿瘤药物及心血管、中区神经、植物神经、雷公藤等很多药物仪器会出现假阳性或阴性;(4)草酸钙结晶和酵母样菌与尿液细胞具有相似的荧光或前向散射特点,降低仪器对真性血尿的鉴别能力;(5)干化学法可以检测到血红蛋白尿和肌红蛋白尿,但是环境温度较低的情况下会出现假阴性或阳性程度降低的现象。

显微镜检测时尿标本离心沉淀后,可能造成细胞聚集及破坏。人工操作就会因倾倒手法的不同及沉淀时间等导致出现较大的误差。

尿沉渣显微镜检测可以分别 RBC 和 WBC 形态特点,比如说新鲜尿中 RBC 形态对鉴别肾小球源性和非肾小球源性尿有重要的临床价值^[2-3]。说明显微镜检测在尿液分析中仍必不可少。所以本科室要求不管干化学分析仪检测还是沉渣仪检测必须同时进行沉渣尿显微镜检测。

参考文献

[1] 刘金荣.干化学法和显微镜法检测尿液中红白细胞结果分析[J].检验医学与临床,2011,8(7):852-853.
[2] 段兴同,葛成明.尿沉渣染色镜检在临床应用中的价值[J].临床检验杂志,2002,9(1):20-25.
[3] 孟祥东.2 300 例尿沉渣镜检与尿液干化学分析法测定白细胞结果分析[J].检验医学与临床,2011,8(10):1225-1226.

(收稿日期:2011-08-11)

(上接第 2798 页)

3.2 头位难产的处理

3.2.1 体位 在腹壁正中或稍偏旁较易摸到胎肢和听到胎心、胎背和胎儿肢体分别位于腹部两侧者,孕妇应采取胎腹侧侧卧位,利用重力使胎方位自然转成枕前或枕横位。

3.2.2 徒手旋转胎头 时机选择非常重要,宜在宫口开大至 6~7 cm,先露在坐骨棘下 1.5 cm 时为宜^[5]。方法:在宫缩间隙时,将右手食指和中指伸入阴道内,与矢状缝平行,食指与中指分开约 30°轻轻钳住胎头,宫缩时缓慢旋转至枕前位。持续性枕右横和持续性枕右后应按顺时针方向旋转;持续性枕左横和持续性枕左后应按反时针方向旋转。如旋转过程中感觉不易转动胎头时,可上推胎头,待其松动后再作旋转,旋转成功后取出右手。旋转胎头的时候,左手可在孕妇腹部轻推胎背,按压胎肩以协助胎头旋转和固定胎头以保证旋转成功。

3.2.3 宫缩乏力的处理 潜伏期可给镇静剂及宫缩剂;活跃期延长或停滞,在排除产道和胎方位异常后可破膜加强宫缩。

3.2.4 宫颈水肿 用阿托品、利多卡因分点宫颈注射。

3.2.5 陪伴分娩 对精神过于紧张者,提供安静舒适的独立环境,采取专人及家属陪伴,予讲解分娩知识、播放轻音乐、按摩腰背部等方法转移注意力,取得产妇合作,保证分娩顺利进行。

3.2.6 阴道助产 先露达+3 可根据情况酌情进行产钳或胎吸助产。

3.2.7 剖宫分娩 转头失败、阴道分娩困难、胎儿宫内窘迫、严重的胎头位置异常、巨大儿、骨产道异常者,宜行剖宫分娩。

综上所述,胎膜早破是头位难产的早期信号,胎头下降延缓或停滞、第二产程延长是头位难产的晚期表现。在分娩的诸多因素中,产道特别是骨产道异常和胎儿大小是不变因素,胎头位置、产力及精神因素是可变因素,而头位难产的最主要原因是胎头位置异常,其次是产力异常,因此及时发现与处理胎头位置异常、纠正异常产力是处理头位难产的关键。

参考文献

[1] 曹缦孙,苟文丽.围产医学[M].北京:人民卫生出版社,2000:479.
[2] 龙慧.头位难产的识别及处理[J].实用医技杂志,2006,13(23):4280.
[3] 凌萝达,顾美礼.难产[M].2 版.重庆:重庆出版社,2001:287.
[4] 岳宝梅.头位难产的识别与处理[J].陕西医学杂志,2000,29(1):34.
[5] 邱要儿.头位难产采用徒手胎头旋转术的时机探讨[J].中国实用妇科与产科杂志,2001,17(10):637.

(收稿日期:2011-09-19)