

本病进行比较,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 治疗组全部来源于本院针灸科 2009 年 6 月至 2011 年 6 月偏头痛患者 123 例,其中男 34 例,女 89 例,年龄 16~59 岁,病程为 23 d 至 29 年。对照组全部来源于本院门诊,共 117 例,其中男 32 例,女 85 例,年龄为 16~61 岁,病程 27 d 至 30 年。所有患者均经专科确诊,排除了颅内外器质性疾

1.2 治疗方法

1.2.1 选穴 风池、合谷、足临泣、外关、太阳、率谷、角孙、阿是穴。

1.2.2 操作 令患者取坐位,穴位常规消毒后,风池穴取 8.33 cm 毫针向鼻尖方向直刺 5.00~6.67 cm,采用提插手手法,以患者麻电感向前额部放射为宜,合谷取健侧,率谷向丝竹空方向透针,其余各穴均采用平补平泻。针得气后留针 30 min,每 10 分钟运针 1 次。每日 1 次,7 d 为一疗程,每疗程结束后休息 3 d,继续下 1 个疗程,3 个疗程后评定疗效。治疗组与对照组治疗前均停用其他止痛药,口服太极通天口服液 10 毫升/次,3 次/日,连服 1 个月。

1.3 疗效评判标准 临床治愈:疼痛消失,6 个月无复发;显效:疼痛明显减轻或 6 个月内偶有复发;有效:疼痛在治疗时缓解,或消失后经常复发;无效:症状无明显改变。

2 结果

2.1 治疗效果 治疗组与对照组差异有统计学意义($P < 0.05$),表明治疗组疗效明显优于对照组,见表 1。

表 1 两组患者疗效比较[n(%)]

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效
治疗组	123	39(31.7)	54(43.9)	27(22.0)	3(2.4)
对照组	117	15(12.8)	21(17.9)	53(45.3)	28(23.9)

2.2 典型病例 吴某,女,31 岁,务农,2009 年 8 月 27 日初

诊,自诉右侧头痛 6 年,发作时头痛如劈,并伴畏光、恶心、呕吐,曾在多家医院治疗,疗效不佳,经门诊介绍来本科治疗,取上述治法施治,2 个疗程后,头痛的症状完全消失,随访半年未复发。

3 讨论

偏头痛是临床上常见的一类比较顽固的疾病,既可单独出现,也可是全身疾病的症状之一,以阵发性一侧或双侧的剧烈疼痛,跳动性疼痛为多见,发作时常伴有恶心、呕吐、畏光等症状,好发于 20 岁左右的女性,有一定的遗传性,其原因及发病机制目前尚未十分明确,但有报道常发生于女性月经期^[1]。本组采用针刺加药物治疗此病,取穴以风池、合谷为主。《杂病穴位歌》亦指出:“风池合谷为之主,偏正头痛左右针。”风池穴为足少阳经和阳维脉交会穴,有清少阳郁热、疏风止痛的功效,合谷为手阳明经之原穴,有清热解表、行气化痰、解闭的作用,配以手少阳之络穴、八脉交会穴外关,能祛六淫表邪,通经络气滞,足少阳胆经之输穴,与带脉的交会穴足临泣,针之可泻少阳之邪。太阳、率谷、角孙、阿是穴,可通气血而止痛,诸穴合用,共起疏通经络、调和气血之效,脑有所养,则头痛自止,太极通天口服液与针刺配合产生协同作用,故能提高疗效^[2-4]。

参考文献

[1] 范洋溢,高旭光. 月经性偏头痛[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2009,3(12):39-41.

[2] 孙忠强,宫艳华. 针药合用治疗血管性头痛的临床观察[J]. 针灸临床杂志,1999,15(11):15-16

[3] 杨铭,刘宪岭,张雪峰. 针刺治疗偏头痛 54 例临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志,1999,15(8):15-16.

[4] 王泽涛. 苍龟探穴法治疗偏头痛 120 例临床观察[J]. 中国针灸,1997,17(10):625-626.

(收稿日期:2012-03-03)

AVE-763A 尿液有形成分分析仪的使用体会

黄记兵,雷艳军,殷彩虹(湖北省黄梅县中医医院检验科 435500)

【关键词】 AVE-763A 尿液有形成分分析仪; 尿液常规; 使用体会

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.094 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)17-2254-02

尿液有形成分显微镜检查是一项繁琐、耗时长的工作,AVE-763A 尿液有形成分分析仪与干化学尿液分析仪串联进行贮存、打印分析综合报告单及尿液有形成分的形态学图像,减轻了工作人员处理尿液标本显微镜检查及登记结果的工作量。现将 AVE-763A 尿液有形成分分析仪使用体会报道如下。

1 AVE-763A 尿液有形成分分析仪的特点

1.1 AVE-763A 尿液有形成分分析仪采用“机器视觉技术”(即通过全自动显微镜和数码图像采集单元的配合,采用计算机图像处理与识别软件,自动跟踪、识别和分类尿液中的有形成分)对尿液有形成分通过低倍镜扫描阴性过筛,低倍镜目标定位,高倍镜跟踪识别;运用人工辅助审核,提高了系统的可靠性和实用性;标本不离心进行分析较离心标本结果接近真实^[1-2],镜检项目自动识别与计数,漏检率低。

1.2 仪器配有自动进样装置,采用高精度计数池,操作者将样

本置入试管架后,进样、采集图像、低倍过筛、低倍目标跟踪到高倍图像处理与分类识别均可由仪器自动完成,工作速度快,每小时 40 个测试样本,并可随时插入急诊检查。

1.3 仪器工作站能与尿液干化学分析仪连接,分析报告全面,操作程序简便,贮存、打印分析综合报告单及尿液有形成分的形态学图像,方便工作人员统计、整理患者资料,最大限度地减少了工作人员的劳动强度。

2 AVE-763A 尿液有形成分分析仪的使用与保养

2.1 样本采集质量

2.1.1 标本采集 尿液标本的采集最好应用晨尿的中段尿,避免经血、白带、精液、粪便等混入。标本留取时用加盖采样杯避免昆虫、灰尘等异物混入,应及时送检,以免细菌繁殖、细胞溶解等,如标本收集后 2 h 内无法进行分析,应根据申请项目不同应用不同的防腐剂保存(如尿有形成分检查时用麝香草酚每 100 毫升尿加入量小于 0.1 g 进行防腐)^[3]。

2.1.2 标本处理 标本如果清亮、透明时无需处理直接上机进行检测,如标本为血性、脓性尿液应进行稀释(根据混浊程度进行倍数稀释至无明显浑浊,操作程序输入稀释倍数仪器自动计算出有形成分数量),否则仪器计数池充满细胞至重叠无法识别计数;标本外观呈乳糜样尿液时则进行加热处理,如加热后仍未改变,应进行涂片染色显微镜检查是否为丝虫病尿,只能人工显微镜进行有形成分检查(仪器不能识别乳糜样物,并且引起管道堵塞,造成仪器性能下降);如标本中有明显肉眼可见的黏液、血块和其他异物,应及时清理后再上机检查,否则造成仪器堵塞而无法正常工作。

2.2 工作环境 仪器应处于固定平稳的工作台上,且远离振动源的干扰,环境温度在 5~40℃,相对湿度在 30%~70%,具有良好的接地,配备功率不小于 1 000 VA 的 UPS 电源,避免阳光直接照射(由于仪器的自动进样系统为光源感应系统,一旦阳光照射到感光处将自动空白进样,导致空吸影响仪器正常工作且浪费试剂,加快仪器老化),以保证仪器正常工作。

2.3 仪器使用

2.3.1 打开和关闭仪器 每天开机之前应检查试剂是否足够 1 d 的使用,仪器与尿液干化分析仪自动联机,开机后应用新鲜红细胞混悬液对仪器进行调焦,把图像调至理想效果,以免影响当天所有报告审核,且图像报告模糊不清,影响检验质量。每天工作完成之后,仪器不能直接关闭电源,应先执行清洗,仪器管道充满维护液后自动关机,分步关闭主机电源,否则导致管道中的液体结晶形成堵塞,引起第 2 天不能正常工作。

2.3.2 结果报告 由于仪器使用计算机图像处理与识别软件,自动跟踪、识别和分类尿液中的有形成分,有时也可把异物识别为不同的有形成分,仪器在检测全部阴性时将直接审核,当有有形成分存在时,必需人工进行审核,如有把浑浊尿液中的异物自动计算为上皮细胞和白细胞,在上皮细胞存在时则把上皮细胞核当做红细胞计数等。

2.4 仪器保养

2.4.1 日常保养 仪器关机后,清洗试管架和自动进样台,以

免造成污染及影响仪器自动进样,定期进行机体外清洁,机内显微镜的镜头、计数池表面、载物台面及聚光器处的清洁。

2.4.2 工作中保养 仪器工作时一般不作保养,当画面出现污点、空泡和纤维样物时,此时应进行强制清洗和反冲,仪器自动吸取清洗液浸泡、排空和冲洗完成清洁,使仪器达到最佳效果。仪器每天关机前,应进行关机维护,仪器管路系统充入维护液,当开机时仪器将自动排出管路中的维护液,以保证仪器的最佳运行。

2.5 故障处理 仪器在工作中出现不吸样,工作人员应先检查管路是否破损、控制阀是否正常、蠕动泵及泵管是否损坏,如有损坏更换即可。仪器的管路、进样针一般不易堵塞,如有堵塞执行反冲可自行解决,主要堵塞部位是计数池,当强制清洗和反冲不能解决,只有打开仪器前窗门,取出计数池,拔下两端管道,使用口径相同的软管连接计数池两端和注射器,抽取 84 消毒液充满计数池进行浸泡 20 min 左右,使用注射器来回抽吸直至堵塞物清除。

总之,工作人员在使用 AVE-763A 尿液有形成分分析仪之前应仔细阅读说明书,应具有高度的责任心,熟练掌握仪器操作规程,熟知仪器性能,工作中要善于观察,勤动手,定期定时按说明书维护、保养仪器,使仪器处于最佳状态,全面贯彻质量方针,公正、科学、准确、及时和有效,不断提高检验质量和服务水平。

参考文献

[1] 丛玉隆,马骏龙,张时民,等. 尿液细胞成分定量分析方法学研究[J]. 中华检验医学杂志,2006,29(3):211-214.
 [2] 马骏龙,陆玉静,黎晓晖. 尿液红、白细胞定量计数不同测定方法的探讨[J]. 临床检验杂志,2006,24(5):248-250.
 [3] 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,2006:275-276.

(收稿日期:2012-03-11)

卒中后尿失禁的护理

李荣秀(重庆市垫江县中医院 408300)

【关键词】 卒中; 尿失禁; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.17.095 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)17-2255-02

卒中后尿失禁的发生,不仅影响患者的预后,而且严重影响患者的生活质量,同时也给家庭和社会带来了沉重的负担^[1-3]。多数住院患者携带并发症回归家庭,故卒中患者尿失禁的护理应引起人们足够重视。对尿失禁患者的评估、管理、训练、支持治疗及有关教育均由护士发起,护士要不断学习有关卒中尿失禁的知识,研究对尿失禁患者护理的内容以及训练方法等^[4]。

1 中医护理

1.1 辨证施护 辨证施护首先护士要熟悉病情,通过中医望闻问切,四诊合参收集患者的第一手资料,确定疾病的性质及部位程度,然后提出相应的辨证施护措施^[5]。

1.2 情志护理 在情志护理中,可以科学地指导患者调整心态,乐观地面对疾病。当患者卧病在床并尿失禁时,首先是面对现实,接受现实,拥有一个良好的心态,应配合治疗,而不是怨天尤人。护理人员应多安慰、鼓励并及时消除不良因素,帮

助患者树立战胜疾病的信心,使患者能在最佳心理状态下接受治疗并早日康复。

1.3 饮食护理 在饮食护理中,科学的指导患者的饮食,做好饮食禁忌,既要营养均衡,又要讲究合理搭配,根据四气五味的不同,选择不同的食物。卒中患者的饮食应以低盐低脂为原则,禁食辛辣刺激及肥甘厚味,饮食清淡,增加蛋白质及维生素的摄入,多食瓜果蔬菜,并戒烟、戒酒。

2 西医护理

2.1 综合评估患者情况 (1)评估患者泌尿系有无基础病变:如前列腺肥大、泌尿系感染。(2)评估患者生理功能活动状态:包含肌力、自理能力、智能状况及语言沟通能力。(3)评估患者对尿失禁的反应:是否能主动要求协助排尿或失禁后才告知他人。

2.2 健康教育指导 护士应成为健康宣教和指导的主角,通过通俗易懂的语言及形象直观的示教方法,让患者及家属掌握