

83 例糖尿病患者的牙周病治疗体会

厉彬曙¹ 李少丹²

(1 浙江省温州市中西医结合医院 温州 325000;2 浙江省乐清市北白象中心卫生院 乐清 325603)

关键词:糖尿病;合并症;牙周病;碳氧冲洗;牙周洁治术;甲硝唑明胶海绵

中图分类号:R 781.4 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2005)04- 0039-02

糖尿病与牙周病的深入研究发现,糖尿病人群中牙周病的患病率高,而且较严重。此类牙周病的治疗需要考虑到糖尿病的影响。本文选择本院 1999~2004 年经治的兼有糖尿病的牙周病患者 83 例,谈谈治疗体会。

1 资料与方法

1.1 一般资料 全部 83 例患者,男性 40 例,女性 43 例;年龄在 40~70 岁之间,平均 59 岁。随机分成两组,其中 50 例跟内科医生配合,进行正规糖尿病治疗,严格控制血糖,空腹血糖低于 7mmol/L,成为血糖控制组;另一组 33 例未进行糖尿病治疗,血糖未控制,空腹血糖大于 7mmol/L,称血糖未控组。2 组都进行积极牙周治疗,复查、复治跟踪 1 年,1 年后观察疗效。

1.2 诊断标准 具有牙周炎四大特征:牙龈红肿出血,牙周袋形成,牙槽骨吸收,牙松动。并排除其他型的牙周炎。根据病变程度分为:轻度,牙周袋≤4mm,牙周附着丧失≤2mm,X 线片显示牙槽骨吸收不超过根长的 1/3;中度,牙周袋≤6mm,附着丧失≤5mm,X 线片显示牙槽骨吸收在根长的 1/3~1/2 之间,根分叉可能有轻度病变;重度,牙周袋>6mm,牙周附着丧失>5mm,X 线片显示牙槽骨的吸收超过根长的 1/2,有根分叉病变,患牙都已松动。

1.3 治疗方法 血糖控制组,患者积极配合内科医生治疗,空腹血糖控制在 7mmol/L 以下,并积极进行牙周病常规治疗:(1)教育并指导病人自我控制牙菌斑,保持口腔卫生;(2)牙周急性炎症期,予以全身抗炎及局部牙周碘氧冲洗;(3)急

性炎症控制后进行咬合调整、牙周洁治术、根面平整等;(4)牙周袋内放置缓释药物,如甲硝唑棒、甲硝唑明胶海绵等;(5)定期复治、复查,牙周维护。血糖未控组,患者未经糖尿病治疗,血糖始终在 7mmol/L 以上,牙周治疗同上。

1.4 疗效标准 经过 1 年跟踪,复查,判定。有效:牙龈炎症控制,流脓、出血消失,牙周袋变浅,X 线显示牙槽骨停止吸收,牙齿较为稳固;好转:牙龈流脓出血减少,牙槽骨吸收减慢;无效:治疗后牙周炎无改善。

2 结果

2 组对照的疗效见表 1。

表 1 2 组患者牙周病治疗效果比较 例				
组别	例数	无效	好转	有效
血糖控制组	50	1	13	36
血糖未控组	33	9	10	14
合计	83	10	23	50

注:用 Ridit 分析,u=2.9541>1.96,P<0.05。

结果表明,血糖控制的牙周病与血糖未控的患者疗效比较,差异有显著性。

3 体会和讨论

糖尿病与牙周病具有相关性,互相影响。糖尿病的基本病理变化,如小血管病变、免疫反应低下、胶原分解等,使牙周组织的抵抗力下降,因而破坏加重、加速,使牙周炎更严重。同时,彻底有效的牙周治疗后,糖化血红蛋白水平进一步降低,可减少患者对胰岛素的需要量,促进糖尿病的病情稳定。因此,对于同时患有糖尿病和牙周病的患者,两病兼顾的

把结石排出体外,中西医结合及总攻排石是根据结石的部位运用不同的综合方法,促使结石溶解下移排出或消失。黄体酮抑制醛固酮分泌,有显著的利尿作用,能使输尿管平滑肌松弛扩张,产生有力的节律性蠕运,促使结石下移并有显著持久的镇痛效果。通窍化瘀排石汤以海金沙散加减组成。方中海金沙清利膀胱湿热,金钱草利尿排石为主药。辅以冬葵子滑利达窍,车前子利水清热,扁蓄、瞿麦利湿通淋,黄柏,黄芩清热燥湿。佐以延胡活血理气止痛;泽兰行血利水;牛膝散恶血,破微结,引药下行;甘草清热解毒。使以大黄泻热活瘀,推荡积滞下行,以助排石清热之力。化石胶囊以《金匱要略》硝石矾石散演化组成,方中硝石,苦寒无毒,治五淋,消积热,破积散坚,能化诸石(硝能柔五金,化七十二种石为水);硼砂,甘咸,凉,无毒,能柔五金而去垢腻,软坚除滞;白矾,酸寒无毒,通小便祛湿热;琥珀,味甘性平,利水通淋,活血散瘀;滑石清热通淋,利诸窍,通壅滞,下垢腻。药理研究表明化石胶囊有碱化尿液、升高尿液 PH、溶石化石的功能。二方共同清热利湿,排石通淋,破瘀溶石融为一体,结合西药充分发挥

其药理生物效应,又对肾及输尿管上段结石运用大量输液冲击给予甘露醇、速尿静注,通过强大的利尿作用,短时间内增加了小管液量及尿流速度,冲刷肾小管,使结石上部的流体静压升高,增加了输尿管的蠕动频率和力量冲击结石松动下移。山莨菪碱注射液能使输尿管蠕动性波幅增大,平滑肌紧张度降低,利于结石的下移。对结石长径大于 1.3cm 横径大于 0.8cm 者应用电极板穴位通电法,其脉冲物理作用送入人体,局部肌肉细微而持久的抽动,经过内脏运动神经再作用于效应器,增强尿路的平滑肌蠕动,使结石由静止变为运动状态,结石逐层松脆碎裂,加之大量尿液的冲刷,推挤尿路内结石下移。结石受利、溶、裂、松、推、荡的综合作用,最终以碎块渣屑的形式随尿流飘移,排出体外。

参考文献

[1]李恩.中国中西医结合临床全书[M].北京:中医古籍出版社,1996. 1 780~1 782

(收稿日期: 2005-01-10)

参考文献

[1]郑麟藩,张震康,俞光岩.实用口腔科学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,1999.127~129,932~934
[2] 薛耀明. 糖尿病的诊断与治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999.71~73
[3]张志勇.糖尿病与牙周病的关系[J].牙体牙髓牙周病学杂志,1999,6(9):174~176
[4]何春环.牙周病与糖尿病的关系[J].北京口腔医学,2004,12(3):175~177

(收稿日期: 2005-02-16)

综合治疗要优于单一的糖尿病治疗或牙周病治疗。
所以,我们提倡糖尿病患者的牙周病治疗,应与内科医生协作,同时治疗糖尿病。在有效控制患者血糖的基础上,进行系统的牙周病治疗,这样,牙周病的疗效是显著的。但在治疗中要注意以下几点:(1)应给患者饮食建议,维持适当的血糖平衡,就诊应安排在早餐后,防止低血糖;(2)治疗中采用无痛和无创技术,减轻患者的紧张情绪,尽量缩短就诊时间,必要时用镇静剂;(3)合理应用抗生素;(4)应强调复查、复治、口腔卫生护理,增进疗效。

凝血酶胸膜粘连术治疗顽固性气胸疗效分析

王智勇 陈朝容

(福建省莆田市第一医院呼吸内科 莆田 351100)

关键词: 顽固性气胸;胸膜粘连术;凝血酶;利多卡因
中图分类号:R561.4 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2005)04- 0040-01

自发性气胸是常见的呼吸内科急症,临床上自发性气胸复发率为 19.6%~56.1%。因此,顽固性气胸的治疗是临床上比较关注的,其中胸膜粘连术是常用和有效的治疗方法,可以缩短气胸的治愈时间,提高治愈率,减低病死率和复发率^{〔1〕}。我院呼吸内科开展凝血酶胸膜粘连术治疗顽固性气胸,取得了良好效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有 54 例病例均来自 2000 年 9 月~2004 年 8 月我院呼吸内科住院患者,均符合顽固性气胸的标准:(1)自发性气胸经胸闭式引流或加用负压吸引,超过 14d 仍然漏气者;(2)单侧气胸发作超过 2 次或双侧性气胸发作 3 次以上者^{〔2〕}。其中男性 38 例,女性 16 例;年龄 15~64 岁,平均年龄 47 岁;特发性气胸 11 例,继发性气胸(包括严重肺气肿、肺大泡、肺纤维化、肺结核等)43 例;气胸发生于右侧 32 例,左侧 21 例,双侧 1 例。

1.2 方法 经胸闭式引流管胸腔内注入充分混合均匀的凝血酶 500U+2%利多卡因 5~10mL+50%葡萄糖 40mL,再用 NS10~20mL 冲洗管腔,夹闭胸管 2h,注药后嘱患者每 15min 变动体位(头低、脚低、仰、俯、左、右位)1 次,再持续引流,待肺全复张,水封瓶无气泡溢出,24h 后可拔除胸管。如注药后 72h,水封流气泡未见减少,说明胸膜破裂口未愈合,可再重复注药 1 次或多次。

1.3 观察指标 观察指标包括胸腔引流情况、注药至胸腔漏气终止时间、药物不良反应等,每隔 1~3d 行胸部 X 线检查,观察肺复张情况。

2 结果

38 例顽固性气胸于胸腔注药后第 1~3 天后肺复张而治愈;有 11 例接受 2 次胸腔注射,有 3 例接受 3 次或 3 次以上胸腔注药;2 例经多次注药无效,转外科手术治疗。治疗过程中有轻度胸痛、胸闷不适 13 例(24.1%),低热 4 例(7.4%),均自行缓解。本组治愈率 96.3%(52/54),其中 31 例经 2 月~2 年随访未见复发。

3 讨论

本组病例研究结果表明,凝血酶胸膜粘连术是治疗顽固性气胸的有效手段。顽固性气胸常由于有基础疾病导致肺泡弹性减退,而致气胸复发,胸膜裂口难以愈合。其治疗方法主要有内科胸膜粘连术、开胸行胸膜粘连、手术结扎、修补裂孔或切除肺组织以及胸腔镜胸膜粘连法等。尽管开胸手术治疗气胸复发率低,但费用高、痛苦大,而且不适宜严重的心肺功能不全患者。而电视胸腔镜治疗自发性气胸,近年来被认为是具有创伤小、疼痛轻、恢复快等优点,但多数需在全麻下行健侧单肺通气,对老年呼吸功能不全者需考虑到麻醉时间相对较长、手术复杂程度较大等,目前认为还不能完全代替内科胸膜粘连术。内科胸膜粘连术经济实用、痛苦小,易被病人接受。有人认为胸膜粘连术会影响肺功能,但有大量统计表明,胸膜粘连术不影响 FEV₁ 及 VC%,进而不少学者主张肺功能低下者更须考虑胸膜粘连术。

本组病例采用凝血酶胸膜粘连术,其机制是凝血酶能促进纤维蛋白原形成纤维蛋白,增加纤维蛋白对漏气口的覆盖。因凝血酶为人体生理物质,故不良反应轻微。同时高渗葡萄糖注入胸膜腔能刺激胸膜产生无菌性化学性炎症反应。以上均促使脏层和壁层两层胸膜粘连,从而消灭胸膜腔间隙,使空气无处积存。

本法成功的关键:(1)由于可能存在多处胸膜破裂口,故应变换体位,使药液充分弥散,尤其须使药液流至肺尖部,因肺大泡好发于肺尖部。(2)保持引流管通畅,直至再无气体排出,胸部 X 线证实肺已复张,再拔除胸管。(3)严格无菌操作。

总之,凝血酶胸膜粘连术治疗顽固性气胸,具有疗效高、副作用少、经济实用等优点,值得推广。

参考文献

[1]叶任高,陆再英.内科学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2004.110~115
[2] 朱元钰, 陈文彬. 呼吸病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社,2003. 1 304~1 307

(收稿日期: 2005-03-10)