

损达中度、重度者和松动达Ⅱ°、Ⅲ°者占 65.79%),说明年龄越大,基牙磨损、松动的比例越高。这与年龄大的患者缺牙后行义齿修复的人多和使用义齿的时间相对较长的规律相符。

2.2 基牙损伤与义齿使用时间有关 在 59 件 PRDs 中有基牙损伤、松动的 56 件,配戴时间在 5 年以上者有 45 件,占 80.36%(其中磨损达中度、重度者和松动达Ⅱ°、Ⅲ°者占 75.56%);5 年以下仅 11 件,占 19.64%。说明戴牙时间越长基牙磨损、松动的发生越多,程度也越重,这与卡环同基牙的磨损较大或卡环失效后基托对基牙的异常推力有关。

2.3 基牙损伤与相应部位有关 基牙损伤最常见的是双尖牙,达 27 例,其次为磨牙 16 例、切牙 6 例和尖牙 3 例。由于双尖牙被选为基牙的机会比较多,故损伤也多。其损伤可能因为牙颈部为牙釉骨质交界处,釉质薄而骨质软易磨损有关。基牙磨损多以牙颈部为中心,有随程度加重向牙根部扩展之趋势。

2.4 基牙损伤与义齿质量、基牙适应证有关 在检查中发现,RPDs 固定不良、支持力较差的普遍易出现基牙损伤,原因多为义齿卡环铅支托发生磨损、滑动移位或断裂甚至原本就无铅支托,造成基托下沉,义齿随使用时间明显移位、不稳定。卡环从原正常位置向根部移位,与牙颈部相对薄弱部位发生摩擦,加速损伤的发生。由此,原有松动缺损未经治疗的基牙,因卡环持续摩擦损伤极易加重。

3 讨论

从临床观察中可以看出 RPDs 对基牙有直接的

影响,龋斑、龋齿的发生多见于与义齿的连接面,其次为卡环臂、卡环尖与牙的接触点或面。有学者认为,尽管 RPDs 的种类由原来单一的冷弯钢丝卡环固位形式发展为形式多样的如各种合金铸造的固位体、透明美观的弹性固位体等,但不论哪种材料或形式的 RPDs 都存在着基牙龋坏的现象,即使在遵从医嘱做好口腔保健基础上,基牙的龋坏仍不能避免^[1]。另有资料显示,不同材料的义齿,对基牙健康的损害统计学处理差异无显著性,这提示我们无论是铸造支架还是塑料义齿,不做特殊处理,造成基牙损坏的机会是均等的^[2]。但是,也有研究认为铸造卡环优于冷弯卡环,早年张富强等^[3]就认为,铸造卡环固位对基牙健康的影响较冷弯卡环小,应该有利于降低基牙的患龋率。理由是铸造卡环为半圆形,与基牙为面接触,边缘移行良好,表面高度抛光,而冷弯卡环外形为圆形,与基牙为点接触,边缘移行欠佳。二者比较,铸造卡环对口腔生理性自洁作用的影响小于冷弯卡环,其对基牙健康的影响也较后者小。总之,依据本文 52 例患者 59 件义齿体会,临床对症治疗及处理为延长义齿的使用寿命和保护基牙的健康有积极作用,同时定期复查与保持口腔清洁卫生是非常重要的。

参考文献

[1]吴萍,王金玉.可摘局部义齿与基牙龋研究现状[J].口腔颌面修复杂志,2006,7(3):232-233
[2]徐君伍.口腔修复学[M].第 5 版.北京:人民卫生出版社,2005. 202-234
[3]张富强,朱敏,余文,等.铸造与冷弯卡环对基牙菌斑致龋菌分析[J].中华口腔医学杂志,1999,34(1):38-39

(收稿日期:2011-01-11)

小儿哮喘型支气管炎的临床治疗体会

冯娜

(江西省抚州市临川区第二人民医院 抚州 344000)

关键词:哮喘型支气管炎;小儿;诊断;治疗;中医药疗法

中图分类号:R 562.25

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.056

小儿哮喘型支气管炎是临床常见的一种呼吸系统疾病,以哮喘气促、呼吸延长为特征。本病冬春两季的发病率较高,常反复发作,气候骤变或接触异物多为发作诱因。笔者以小青龙汤加减治疗,取得较为满意的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本院病例 85 例,男性 43 例,女性 42 例,年龄 3 个月~5 岁,病程 1~5 d。诊断依据:咳嗽气促,喉间有哮鸣音,呕吐痰涎。听诊两肺满布哮鸣音及少量湿罗音。舌苔薄白或白腻,指纹青或脉

浮滑。有反复发作倾向,随年龄增长而发作次数减少。X 线检查为肺透明度增高或过度充气状态,合并肺部感染时可见肺纹理增强,也可见炎性浸润阴影。

1.2 治疗方法 基本用药:麻黄、细辛、杏仁、法半夏、瓜蒌皮、陈皮、款冬花、紫菀、白芥子、莱菔子、川贝母、僵蚕、蝉蜕。每日 1 剂,5 d 为 1 个疗程。药物加减:咳甚者加白前、百部;喘甚者加厚朴、苏子;呕吐甚者加生姜;汗多者加五味子;有过敏史者减僵蚕;舌苔浊者加黄芩。咳喘消失改用(下转第 77 页)

远期疗效。

3.2 手术准备 术前全面了解胆石分布及胆管狭窄、扩张部位对手术定位十分重要,可借助于 B 超、经皮肝穿刺胆道造影(PTC)、逆行内镜胰胆管造影术(ERCP)、CT、磁共振胰胆管造影(MRCP)等检查。B 超为无创、经济的检查方法,对胆管结石的定位诊断方便快捷,且可术前术中对比检查。PTC 和 ERCP 能较全面了解胆管结石的分布和有无胆管狭窄及部位,且能提供较清晰的影像 X 光片。无创性检查螺旋 CT 和 MRCP 不但可以显示肝内胆管病变,而且可了解肝脏功能,近年来逐步得到较广泛应用。原发性肝内胆管结石术前常合并胆道感染,甚至肝脓肿,术前应使用对革兰阴性菌和厌氧菌有效的抗生素。

3.3 手术适应证 自 1957 年黄志强等在西南肝胆医院首次提出肝叶切除治疗肝内胆管结石病以来,肝切除逐渐成为治疗肝胆管结石病最有效的方法之一^[3]。肝部分切除手术适应证:(1)难以取尽的左肝或肝左外叶结石;(2)肝区域性结石合并二级以上胆管狭窄;(3)肝区域性结石合并肝叶纤维化、肝叶萎缩;(4)结石梗阻合并梗阻部位慢性肝脓肿;(5)肝内胆管结石并发胆管癌。

3.4 术式选择 局限于单侧肝胆管结石,原则上行病变肝叶或肝段切除。单纯左外叶胆管结石并肝纤维化,左内叶无结石者,可行左外叶规则切除。而左内外叶均有大量结石时,应行左半肝切除。因为单纯左外叶切除,再经断端胆管取内叶结石,往往难

(上接第 74 页)玉屏风散和健脾补气方。煎药方法:冷水浸泡 10 min 后,武火煎煮 15 min 后取汁,一副药煎 2 次即可。注意事项:由于小儿服药难于配合,药液应量少汁浓,分多次温服。服药期间应忌油腻、辛辣之品,避免寒冷之气再次侵袭。哺乳患儿的母亲同样要注意肥甘厚腻食物的摄入。

1.3 疗效评定标准 临床痊愈:咳嗽气喘消失,肺部听诊无哮鸣音或干湿罗音;显效:气喘消失,仍有咳嗽,肺部听诊可闻及干湿罗音;有效:咳嗽、气喘明显减轻,肺部听诊仍可有哮鸣音;无效:咳嗽、气喘未得改善,听诊肺部仍满布哮鸣音。

1.4 治疗结果 治疗 2 个疗程后,临床痊愈 54 例,显效 15 例,有效 11 例,无效 5 例。其中部分患儿未能坚持服药而转西医治疗。

2 典型病例

陈某,3 岁,男,2009 年 11 月 12 日就诊。患儿

以取尽结石,且胆管狭窄难以解除,是术后结石残留和复发的主要原因^[4]。右肝内胆管结石以右后叶胆管多见,术中取石较困难,术后残石率高。采用切除部分右后叶,经右肝后叶胆管取石,加适当的整形或 / 和胆肠内引流术,较易取净右肝后叶胆管结石和处理胆管狭窄^[5]。对肝内胆管广泛结石的病例,应选用多方位、多区段肝部分切除^[6]。选择结石集中、肝纤维化严重,尤其是 II 级以上胆管狭窄者实施肝叶切除,而病变较轻一侧仅行肝部分切除或肝实质切开取石,经肝断面和切开胆管取石。多方位、多区段肝部分切除术有利于多处病灶清除;切除肝实质较少,能有效的保护肝脏功能;经肝切除的胆管断面行多管道取石,有利于取净结石和矫正狭窄;降低术后残石率、结石复发率。

3.5 防治 肝部分切除治疗肝内胆管结石,以胆道、腹腔感染为主要并发症。预防的要点在于:(1)胆管炎时感染发生率明显增高,应选择适当的手术时机,尽量避免在胆管炎尚未消退前手术;(2)感染主要是膈下、肝断面及切口,发生率远比肝肿瘤行肝切除高,对肝断面的血管、胆管应逐个结扎或缝扎,肝断面反复用生理盐水冲洗,而后用大网膜贴紧肝断面,对预防胆漏非常重要^[7],左外叶切除后,肝断面小,可用链状韧带包埋缝合,缝线可用血管缝合线,减少异物刺激;(3)通畅引流,对减少并发症有重要的预防作用,我们于肝断面常规放置双套管引流,术后持续负压吸引,可有效地预防膈下积液及感染;(4)术前尽量纠正低蛋白血症、水电解质

咳喘 5 d,用抗生素及解痉、化痰等西药治疗 3 d 后症状未能明显改善,即改用中药治疗。症见咳嗽、气喘、呕吐痰涎、形寒无汗、四肢不温、纳呆少食、晚上烦躁难安,舌苔白浊,指纹青,肺部听诊可闻及大量哮鸣音。中药:麻黄 3 g,细辛 1 g,法半夏、白芥子、川贝母、僵蚕各 4 g,瓜蒌皮、陈皮、款冬花、紫菀、莱菔子、蝉蜕各 5 g。服药 5 剂,咳喘完全消失,后改玉屏风散加健脾补气之品以善后。

3 讨论

小儿喘息型支气管炎主要是素体肺脾肾三脏不足,痰湿内盛,加之受寒或接触某种物质后,以致痰阻气道,失于宣肃而肺气上逆所成。方中麻黄发汗散寒、宣肺平喘为君药,细辛温肺化饮为臣药,伍法半夏、杏仁、莱菔子、白芥子、陈皮、川贝母、瓜蒌皮、款冬花、紫菀协助化痰降气、止咳平喘为佐药,以达缓解支气管痉挛的作用。