

从表1可见,2000年拔牙人数占门诊人数的8.01%,比1991年明显下降,有统计学意义($P < 0.01$)。从表2可见,在拔牙病例中34.87%由龋病引起,33.14%由牙周病引起,龋病和牙周病始终为拔牙的主要病因。

3 讨 论

10年来,人民生活水平不断提高,口腔事业迅速发展,口腔卫生保健网逐步健全。一方面,通过广播、有线电视、实物标本等宣传方式,群众对口腔常见病,特别是对龋病和牙周病的危害有了足够的认识。另一方面,专业人员医疗水平提高,人民群众经济条件及文化素质提高,这一切均有效促进了口腔事业的发展。表1结果显示男性拔牙人数略高于女性,这种差异可能与男性口腔卫生状况及重视程度有关。乡村拔牙人数明显高于城镇,这可能与乡村人口多,医疗技术、经济条件、文化素质相对落后有关¹。表2结果显示近10年来,由龋病、牙周病引起的拔牙病例数逐步下降。1991年~1996年由龋病引起的拔牙病例数最多,1997年~2000年由牙周病引

起的拔牙病例数最多。乳牙滞留、镶牙造成的拔牙病例数逐年递增,这一现象说明人们懂得了乳牙滞留和长期牙列缺损、缺失给生活质量带来的影响,口腔保健意识正逐步增强²。

统计结果提示牙病的防治工作重点应放在龋病、牙周病的防治上,并应从学龄前儿童做起³。目前,在贫困落后的边远山区,寻找一套最经济有效、简便易行的龋病及牙周病的控制方法,是一项急需探索的工作。

参考文献

- 1 金桂兰,沈方杞,张丽娜,等.拔牙原因的调查分析.华西口腔医学杂志,1984,2(3):178-181
- 2 毛天球.拔牙原因的分析.口腔医学,1995,15(2):82-83
- 3 刘大维主编.口腔预防医学.北京:人民卫生出版社,1987:3-131

(2001-09-24 收稿,2002-10-10 修回)

(本文编辑 张凌琳)

紫外线治疗牙本质过敏症的临床观察

徐文华 黄昊红 王 凭

牙本质过敏症是口腔常见病。作者采用体腔紫外线治疗仪治疗牙本质过敏症,操作简便,疗效满意,现报道如下。

1 材料和方法

1.1 临床病例

收集2001年1月~2002年5月就诊于齐齐哈尔医学院附属第二医院口腔科的牙本质过敏患者47例,其中男26例,女21例,年龄28~70岁,平均47.8岁。诊断标准:患牙遇刺激产生酸痛症状,无延缓痛,并排除其它可能引起疼痛的因素。探诊并结合温度测试法确定患牙过敏点。患牙共计124颗,前牙20颗,双尖牙33颗,磨牙71颗。过敏部位主要为咬合面、牙颈部及切缘。

1.2 治疗方法

将患牙隔湿,遮盖余牙,清洁、干燥患牙敏感区。采用北京ZYY-9型紫外线治疗机,主波段波长为254.8nm,将石英弯导子距患牙过敏区0.3cm直接照射。首次照射时间为30s,以后每次照射时间在前一次基础上增加6s,每日照射1次,8次为1个疗程¹。通过探诊和温度测试法检查疗效。疗程完成当时的检查结果作为即时疗效,3个月后的复查结果作为近期疗效。

1.3 疗效评价

将患牙过敏点在探诊、温度测试下的患者主观反应分成

4级,0级:无不适;1级:轻度疼痛;2级:中度疼痛;3级:重度疼痛且持续。治疗后0级为显效;治疗后1、2级为有效;3级及治疗前后无变化为无效。

2 结 果

经测试,所有患牙的即时疗效为:显效牙116颗,占93.55%;有效牙8颗,占6.45%。所有患牙的近期疗效:显效牙106颗,占85.48%;有效牙16颗,占12.90%;无效牙2颗,占1.61%。

3 讨 论

牙本质过敏是一种常见的牙科疾病,其主要表现为暴露的牙本质对化学、温度、机械等刺激产生酸痛反应。牙本质过敏症的发病机制尚不清楚,多数学者倾向于流体动力学理论,即作用于牙本质的外部刺激引起了牙本质小管内容物的流动,这种异常流动被传递到牙髓,引起牙髓神经纤维的兴奋,产生痛觉。根据此理论,对于牙本质过敏症的有效治疗必须封闭牙本质小管,以减少或避免牙本质内的液体流动²。紫外线照射治疗牙本质过敏症的作用机理可能是紫外线照射可强烈抑制感光神经兴奋性,可使牙本质小管内容物凝固变性,从而消除患牙对机械、温度和化学刺激的敏感反应。1935年Grossman提出脱敏治疗必须满足:(1)对牙髓无刺激;(2)应用时无痛苦感;(3)易操作;(4)作用快;(5)作用期长;(6)无染色作用;(7)效果稳定³。紫外线照射治疗牙本质过敏症基本符合这一标准,因此,这一方法具有临床可行性。

作者单位:161006 齐齐哈尔医学院附属第二医院口腔科(徐文华,黄昊红),齐齐哈尔医学院附属第二医院理疗科(王凭)

参考文献

1 江章茂,曾定娟.紫外线照射治疗重症牙本质过敏临床观察.中华理疗杂志,1998,21(2):123-124

2 陶丽雯.牙本质过敏症的研究进展.国外医学口腔医学分册,

1987,14(1):18-20

3 陈建和.牙本质过敏的病因、鉴别诊断和处理.国外医学口腔医学分册,1987,14(1):21-24

(2002-09-12 收稿,2003-03-10 修回)

(本文编辑 张凌琳)

地卡因、地塞米松对气管插管后喉水肿的疗效

张国良 徐礼鲜

气管插管最常见的并发症是术后喉水肿及其引发的上呼吸道梗阻。地卡因是一种快速、强效的常用粘膜表面麻醉剂,较利多卡因起效快、作用持久。本文采用 1%地卡因混合地塞米松进行声门表面麻醉后行气管插管,了解术后喉头水肿的发生情况,以探讨地卡因混合地塞米松预防气管插管术后喉水肿的效果,为防止气管插管术后喉水肿的发生提供依据。

1 材料和方法

1.1 临床资料

选择第四军医大学口腔医院颌面外科 2000 年 1 月~2001 年 12 月收治的 190 例全麻手术患者为研究对象。纳入标准:术前全身情况符合美国麻醉医师联合会分级标准 ASA I~II 级,年龄 18~45 岁,全麻气管插管下可择期手术治疗的患者。排除标准:喉炎及慢性咽炎患者;小颌畸形、张口度小于 3 cm 及颈短粗不能顺利气管插管者。随机将 190 例患者分为实验组和对照组。实验组 96 例患者,男 65 例,女 31 例,年龄平均为(37.6 ± 5.4)岁。对照组 94 例患者,男 59 例,女 35 例,年龄平均为(36.2 ± 4.5)岁。两组的年龄、性别构成无显著性差异。

1.2 治疗方法

实验组用 1%地卡因 2 ml 混合地塞米松 5 mg 对声门区进行表面喷雾麻醉,然后行常规气管导管插管。对照组行常规气管插管。诱导均采用维库溴铵和异丙酚,麻醉维持采用芬太尼和安氟醚静吸复合麻醉。气管导管采用德国 RUSH 乳胶纹气管导管,按年龄选择导管的粗细,插管操作由同一名主治医师完成。患者清醒后拔管,监护 24 h 后纤维喉镜盲法进行声门咽喉部的检查,记录两组患者声门及咽喉部红肿、溃疡发生情况。

1.3 统计学处理

对所有数据采用 χ^2 检验及成组 t 检验。

2 结果

实验组导管留置时间为(4.5 ± 1.5)h,对照组为(4.2 ± 1.3)h,两组导管留置时间无显著性差异, $t = 1.34, P < 0.05$ 。纤维喉镜观察显示对照组 94 例患者术后 24 h 有 16 例咽部、会厌和喉腔出现红肿,实验组 96 例患者仅 3 例出现咽喉红肿。两组患者喉水肿例数有统计学差异, $\chi^2 = 10.11,$

$P < 0.05$ 。

3 讨论

气管插管的主要并发症是喉水肿,术后 24 h 是发作高峰。喉水肿主要表现为术后声音嘶哑,吞咽咽喉部疼痛及喉部紧缩感,病理改变主要为咽喉、会厌下和声门区肿胀。该并发症的发生主要与下列因素有关:(1)导管过粗;(2)插管后麻醉不平稳,呛咳;(3)插管困难,反复试插或插管用力过猛;(4)导管长时间置管;(5)术中头过度后仰,过多扭动颈部。该并发症的发生率为 3%~40%¹,术后雾化吸入激素及抗生素类药物是主要治疗方法。本研究采用 1%地卡因混合地塞米松对声门区进行表面喷雾麻醉,临床发现气管插管后咽喉部水肿发生率明显低于对照组, $P < 0.05$ 。地卡因混合地塞米松减轻术后喉水肿的作用机制包括:(1)地卡因声门区表面麻醉后,声带松弛,可减少声带与气管导管间的磨擦,降低声带损伤;(2)地塞米松通过增高血管对儿茶酚胺的敏感性,抑制致炎活性物质的产生和激活,减少炎性介质的释放,从而缓解气管插管操作引起的喉水肿²。(3)地塞米松可减轻术后疼痛介导的精神心理反应³。(4)组织损伤可激活并释放炎性介质,地塞米松可抑制创伤部位的氧化酶活性和前列腺素合成,而发挥其镇痛作用⁴。

由于地卡因毒性较大,临床上使用时应当注意用药量,在显露声门区后,对声门区喷雾 3 次即可。本研究中未见地卡因过量中毒现象。实验表明气管插管前应用 1%地卡因和地塞米松对声门区进行喷雾表面麻醉可有效减轻气管插管造成的喉水肿。

参考文献

1 刘俊杰,赵俊.现代麻醉学.第二版,北京:人民卫生出版社,2000:556-558

2 龙火昆.临床药物手册.北京:金盾出版社,1992:751-752

3 寿柏泉,孟昭业,杨震.平阳霉素和地塞米松及鱼肝油酸钠联合注射治疗颌面部海绵状血管瘤.华西口腔医学杂志,2000,18(1):40-47

4 Means ED, Anderson DK, Waters TR, et al. Effect of methylprednisolone in compression trauma to the feline spinal cord. J Neurosurg,1996,55(2):200-203

(2002-05-22 收稿,2003-05-22 修回)

(本文编辑 张凌琳)