

对细菌有抑制作用,这样就可以达到预防泌尿系感染的目的。但越来越多的学者探讨了关于膀胱冲洗的效果以及冲洗的间隔时间,发现膀胱冲洗是个耗时及浪费的措施,冲洗液对膀胱壁会产生机械性损伤,操作时易增加接尿口的污染机会,并使尿管腔中尿液逆流流入膀胱,集尿系统的反复开放,增加了经冲洗液、冲洗管和护士的手等途径外源性感染机会<sup>[3]</sup>。朱子军<sup>[4]</sup>报道,尿管腔内细菌性生物膜的形成并包埋细菌大约需要1周时间,膀胱冲洗宜每周1~2次,本组实验证明每周膀胱冲洗1次或2次,可降低泌尿系感染,与周蓉等<sup>[5]</sup>研究相一致。许俊芳<sup>[6]</sup>报道,泌尿系感染与膀胱冲洗频率相关,冲洗频率越高,造成感染的机率也越高,本组实验也证明了这一点。

所以,在长期留置导尿的患者膀胱冲洗的过程中,护士必须严格无菌操作,重视每一个危险因素,采取切实有效的预防措施,尤其要选择合适膀胱冲洗频率每周1~2次,达到预防感染的目的,节省时间,提高工作效率,减少病人

不必要的痛苦和经济负担。

参考文献:

[1] 王枢群,张邦燮.医院感染学[M].重庆:科学技术文献出版社重庆分社,1990:343-349.  
 [2] 王燕.膀胱冲洗与泌尿系感染的研究现状[J].社区医学杂志,2007,5(17):43.  
 [3] 常会民,李建珍,陈育红.膀胱冲洗与非膀胱冲洗患者尿路感染的临床研究[J].中华医院感染学杂志,2000,10(6):435.  
 [4] 朱子军,马永江.尿路导管伴性尿路感染[J].临床泌尿外科杂志,1994,9(5):3081.  
 [5] 周蓉,姚文芳.长期留置尿管间隔时间的探讨[J].护理研究,2004,18(9B):1664-1666.  
 [6] 许俊芳.气囊尿管留置导尿的护理进展[J].实用护理杂志,2001,17(11):581.

(收稿日期:2009-06-25)

## 成人错牙合患者保留后牙局段烤瓷牙矫正效果观察

韦靖<sup>1</sup>,吴丽萍<sup>2</sup>,陈凤山<sup>2</sup>

(1.广西柳州市妇幼保健院口腔科,广西柳州 545000; 2.上海同济大学附属口腔医院正畸科,上海 200072)

[中图分类号] R561.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-4208(2009)19-0064-02

社区  
临床  
实践

随着成人矫正患者的增多,在正畸临床工作中,常能碰到原已有局段后牙烤瓷熔附金属修复体(烤瓷牙)镶复的错牙畸形患者要求通过正畸治疗来进一步取得牙列美观的效果,以往临床正畸医师多要求这些患者拆除原有烤瓷牙换为粘接力更强的临时树脂牙冠,以便粘接托槽、带环,待矫正结束后再重新以烤瓷牙镶复。但此举会增加患者拆冠时的心理恐惧、经济负担,且有一定的牙体牙周损坏风险。笔者在这方面作了一些有益的尝试,取得了较好的效果,现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 2005年8月~2009年5月经治疗原有局段后牙烤瓷牙镶复的成人错牙畸形患者共23例,见表1。均为女性,年龄24~43岁,平均年龄33岁。常规行临床检查记录,模型分析,拍前后全景片及头颅侧位片,照面相。

1.2 矫治方法 全部病例采用0.022"直丝弓矫治器(杭州新亚齿科材料有限公司生产)完成,其中2×6矫治6例,2×8矫治13例,全口矫治4例。中强支抗使用双磨牙带环(或粘接颊面管)或Nance弓、舌弓,安氏III类病例正常取模制作上下牙垫打开咬合。矫正结束后透明压模保持器常规保持。

### 2 结果

治疗完成时,所有病例咬合关系良好,前牙覆合覆盖正常,上下中线对齐或居中,设计拔牙间隙完全关闭。牙根基本平行,无明显吸收,面型改善。原有烤瓷牙与牙龈软组织密合,未见明显倾斜、伸长、压低等异常现象。与对牙接触良好。疗程8~26个月,平均22个月。

### 3 讨论

3.1 周密设计 详细检查周密设计,确保矫正顺利完成,对不良修复体的患牙应优先设计拔除。当修复体及基牙良好时,且需要保留其以取得良好牙合关系时则尽量保留。对涉及牙周病、颞下颌关节病、牙体牙髓病的患者,应多学科协同诊治。同时应签好知情同意书,避免法律纠纷。

3.2 根据具体情况,采用不同方法 对于仅需局部轻微移动牙齿即可取得良好矫治效果的患者,可用局部牙齿微量移动的矫正技术(MIM)加以矫正,对其修复体加以避

让,甚至可将其修复体设计为支抗的一部分加以利用,达到矫治目标;若经矫正目标分析需做全口矫正的则选择全牙列矫正。选择直丝弓技术,以取得最佳疗效<sup>[1]</sup>。我们对所有病例均使用杭州新亚齿科材料有限公司生产的0.022"程式化直丝弓托槽及相应的直丝矫正技术,矫正后患者均在最短时间内取得满意疗效。需要打开咬合的此类病例,可正常取模制作、戴用颌垫或平导,PEM冠桥本身在压缩强度及弹性模量方面与牙釉质相当,可很好的承受相当于正常牙所能承受的咀嚼力和外力<sup>[2]</sup>。笔者用上后牙区半解剖式牙垫打开此安氏III类患者咬合,均未对相应侧及对颌烤瓷熔附金属修复体(PEM)造成损害。

### 3.3 合理选择支抗牙

3.3.1 对弱支抗 第一磨牙为单独修复的,可选做支抗牙,选择粘带环或颊面管均可;有第2或第3磨牙且需纳入矫治范围的,也可选择第2或第3磨牙做支抗牙;第1磨牙与前磨牙做了联体烤瓷牙的则选择第2磨牙或第3磨牙做支抗牙;第2磨牙为修复体,则正常选用第1磨牙作支抗牙。矫正过程中,第2磨牙会自行向近中移动与第一磨牙靠拢;第2磨牙若不能完全与第一磨牙并拢,则可粘带环或颊面管牵引其向近中与第1磨牙靠拢。

3.3.2 中、强支抗 同样可选择上述牙戴用TPA或Nance弓、舌弓;或选择第1磨牙、第2磨牙同时粘双带环或双颊面管达到加强支抗的目的。此方法还可充分整平牙弓,较好地减少第1磨牙矫正过程中倾斜移动的机率。

3.4 妥善处置矫正后修复体 对于PEM完好的,则无需处理。对PEM轻微磨损的,予烤瓷抛光套结合抛光膏抛光<sup>[3]</sup>;损坏较严重的可予金刚砂车针直接打磨。PEM暴露之瓷面或金属基底,再以9.6%氢氟酸与硅烷偶联剂处理相应牙面增加粘接剂,配合树脂修复或瓷片修复<sup>[4]</sup>;否则,需重新制作全冠修复。

综上所述,只要选择合适的病例,合适的矫正技术,正畸科医师可以在不去除患者原有后牙修复体情况下,对其进行矫正并取得满意效果。

参考文献:

[1] 徐宝华.现代临床口腔正畸学——骨性错牙畸形矫治与成人

- 正崎 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 284-296.
- [2] 陈治清. 口腔材料学 [M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 99-102.
- [3] Scurrig MS Powers M. Surface roughness of two polished Ceramic materials [J]. J Prosthet Dent 1994; 71: 174-178.

- [4] 张震芳, 陈吉华, 沈丽娟, 等. 三种陶瓷酸蚀剂对 Cerinate瓷和树脂粘强度的影响 [J]. 临床口腔医学杂志, 2005 21(2): 110-111.

(收稿日期: 2009-06-11)

## 慢性阻塞性肺病并发自发性气胸 26例误诊分析

高明峰

(响水县人民医院, 江苏响水 224600)

[中图分类号] R561.4 [文献标识码] B [文章编号] 1672-4208(2009)19-0065-02

自发性气胸是老年慢性阻塞性肺疾病 (COPD)常见的并发症之一<sup>[1]</sup>, 起病隐匿、进展快, 由于这种患者肺部存在基础疾病, 掩盖了气胸的症状和体征, 临床表现缺乏特异性, 容易造成漏诊, 延误治疗。为了提高认识, 吸取教训, 现将我院 2006年 10月~2008年 10月收治的 COPD并发自发性气胸 26例就其发病诱因、气胸特点、临床表现、治疗情况进行分析, 报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 本组患者 26例, 男 22例, 女 4例, 年龄 60~81岁, 平均 69岁。病程 8~50年。均符合 2002年中华医学会呼吸学会慢性阻塞性肺疾病学组关于慢性阻塞性肺疾病诊治指南<sup>[2]</sup>。肺部基础疾病: 慢性支气管炎 21例, 其中合并阻塞性肺气肿 18例, 并发慢性肺心病 14例。支气管哮喘 5例, 其中并发慢性支气管炎 3例。自发性气胸首次发作 16例, 第 2次发作 8例, 第 3次发作 2例。本组病例中起病较急的 11例, 占 42%, 表现为突然胸闷、气促较前加剧, 呼吸困难, 大汗淋漓, 伴端坐呼吸、咳嗽、气促、烦躁, 有时伴有胸痛、窒息、濒死感; 起病缓慢者 15例, 占 58%, 表现为原有基础疾病症状加重, 咳嗽, 喘息渐加重至呼吸困难, 发绀明显。

1.2 诱发因素 近期呼吸道感染 14例, 剧烈咳嗽诱发 4例, 有明显劳累用力史诱发 3例, 无明显诱因 5例。

1.3 气胸体征 12例 (47%) 有气管移位或局限性呼吸音减弱或消失, 14例 (51%) 无典型气胸体征。

1.4 气胸情况 右侧气胸 12例 (47%), 左侧气胸 12例 (47%), 双侧气胸 2例 (6%); 肺压缩 20% 以下 6例 (23%), 20%~50% 15例 (57%), 50% 以上 5例 (20%)。张力性气胸 11例 (42%), 交通性气胸 5例 (20%), 闭合性气胸 10例 (38%)。

1.5 诊断 发病至确诊时间 4 h~6 d 本组病例中 24例。经胸片或胸部 CT检查确诊为自发性气胸。2例因病情危重, 不易搬动, 无法摄片, 经诊断性胸腔穿刺抽气确诊。均符合实用内科学第 11版关于自发性气胸的诊断标准<sup>[3]</sup>。

1.6 误诊情况 有 18例首诊误诊, 其中 12例咳嗽气促较前加剧误诊为 COPD急性发作。3例咳嗽气促烦躁大汗, 不能平卧误诊为慢性阻塞性肺病并左心衰 4例。2例气喘明显, 不能平卧, 双肺闻及哮鸣音误诊为支气管哮喘急发。1例因伴有胸痛、窒息、濒死感误诊为心肌梗死。

1.7 治疗 均采取卧床休息、吸氧、镇咳、解痉、抗感染、通畅呼吸道等治疗, 合并休克、心衰者给予对症处理和支持治疗。

### 2 结果

< 20% 闭合性气胸 6例在严密观察下卧床休息、吸氧、抗感染等治疗后治愈。反复或单次胸穿抽气减压 8例, 经胸腔抽气后症状缓解, 抽 2~4次后治愈, 12~25 d 完全或基本吸收; 其余均行胸腔闭式引流, 其中 1例 80岁男性患

者, 因系复发经抽气减压 2次, 后行胸腔闭式引流, 症状无缓解, 家属拒绝行手术治疗, 自动出院。1例因引流效果差最后留置引流管送上级医院行胸腔镜治疗而痊愈。其余 10例持续引流, 在 X线示肺复张后 24 h 夹管, 24 h 后拔管, 时间为 5~18 d 基本或完全吸收。

### 3 讨论

自发性气胸可分为原发性和继发性, 前者发生在无基础疾病的健康人, 后者常发生在有基础疾病的患者, 如 COPD<sup>[4]</sup>。COPD使细支气管炎性狭窄、扭曲、半阻塞, 产生活瓣机制导致肺通气过度充盈, 膨胀, 弹性减弱, 肺泡壁变薄, 肺泡腔扩大、破裂形成肺大泡。肺气肿患者因肺泡营养循环障碍而发生退行性改变, 当呼吸道感染, 咳嗽或突然用力时, 肺大泡极易破裂形成气胸<sup>[5]</sup>。因原已存在严重的肺功能减退, 即使气胸量小, 也可能有明显的呼吸困难<sup>[6]</sup>, 临床表现多不典型。COPD有肺气肿体征者发生气胸后, 体征不明显, 呼吸音减低不明显, 病变侧与对侧对比性不明显, 气管移位不明显, 宜漏诊误诊。本组 26例中 18例首诊 (69%) 误诊。

误诊原因: (1) 对本病的认识程度不高, 一遇到 COPD患者原有基础症状加重, 往往认为是慢性阻塞性肺病急性发作。(2) 无典型气胸症状, 询问病史不够细致。COPD患者往往年龄偏大, 痛觉敏感性下降, 胸痛发生率, 原有基础症状加重, 呼吸困难, 端坐, 大汗, 气促, 发绀, 常主观判断为慢性阻塞性肺病合并症, 如左心衰、哮喘、肺栓塞, 甚至痰阻等。(3) 气胸体征不明显, 查体不够细致。体征不明显, 呼吸音减低不明显, 病变侧与对侧对比性不明显, 气管移位不明显, 没有注意到两侧呼吸音和上下呼吸音对比的细微变化, 加之本病常在冬季发生, 天气寒冷, 没有充分的暴露胸部, 不易发现细微的变化而误诊。(4) 未及时进行 X线、CT等辅助检查是造成误诊漏诊的主要原因。防范误诊的措施: 临床医生应避免思维的片面性, 患者病史长, 发生气胸时其临床表现多不典型, 对有下列情况时, 应考虑合并气胸的可能: (1) 突然发生或进行性加重的呼吸困难, 胸闷, 端坐呼吸, 张口呼吸, 发绀。尤其是伴有刺激性咳嗽或一过性胸痛者。(2) 有气管不同程度移位或肺部局限性呼吸音降低或消失者。(3) 查体认真, 仔细, 对虽无明显体征, 但经支气管扩张药或肾上腺皮质激素等规范治疗, 呼吸困难, 发绀无缓解甚至加重的。(4) 早期 X线检查可及时对 COPD诊断, 但局限性气胸常被忽略或误诊为肺大泡, 因此必要时行 CT扫描。CT对隐匿性、局限性气胸有较高的诊断价值, 同时 CT也被用于肺大泡和气胸的鉴别诊断<sup>[7]</sup>。(5) 若病情危重而不能及时检查者, 在可疑气胸部位谨慎穿刺测压确定。对 COPD患者的诊治, 病史采集要详细客观, 体检要仔细认真。一旦诊断明确, 及早行胸腔闭式引流术, 同时加强抗炎、解痉、吸氧、抗感染、支持治疗。COPD患者应注意防止呼吸道感染, 避免剧烈咳嗽, 大便应保持通畅, 以预防