

牙的冠根比例 $\geq 1:1$ ,即牙根在牙槽骨内有足够的长度。

1.2 方法 ①所有病例正畸牵引前完善的根管治疗。②对于全部或部分覆盖残根断面的软组织行电刀切除暴露残根断面。③以邻近的 2~3 颗正常牙粘结方丝弓托槽作为支抗,在患牙根管内粘结自制的牵引钩,用 0.46 mm 的正畸圆丝按牙弓外形弯制唇弓,使唇弓通过断端的中间并牙与牙根长轴垂直,再做一小“V”形以免牵引的牙根发生倾斜,利用弹力丝施以 0.294~0.490 N 的力牵引,2~3 周复诊 1 次,一般经 6~10 周 20 颗牙断面全部达到龈上 0.5~1.0 mm,在确认咬合没有干扰时,结扎保持 1 个月,拆除矫正器观察 2 个月无临床症状桩冠修复。

## 2 结 果

牵引结束后,14 颗牙均无明显松动,垂直移动距离 1~4 mm,平均(2.7 $\pm$ 0.3) mm,达到桩冠修复要求。3 颗牙牙龈稍低于同名牙,由于患者美观要求不是太高,没有行牙龈切除术修整外形,其余牙龈与同名牙邻牙相协调。X 线提示根尖周组织正常,未见明显根尖吸收。桩冠修复后 14 颗牙中 12 颗牙龈无红肿增生及松动,效果满意,2 颗牙分别于 7 个月与 13 个月后因松动和根折而拔除。

## 3 讨 论

正确保留牙根在临床上会有很大难度。因为断缘位于龈下会损伤到正常牙龈上皮和结缔组织附着,使龈袋加深甚至形成牙周炎,所以适应证的选择非常重要。对于断缘在正常龈缘 3 mm 以下的残根,原则上要行冠延长术恢复正常的牙周组织生物学宽度,促进牙周组织健康<sup>[1]</sup>,但如果断缘在龈缘下过深,若完全牵引至龈上,则牙龈缘明显低于同名牙,单纯的牙龈修整不能达到龈缘与邻牙协调,且易出现牙龈炎症,

这时再作冠延长术,牙根相对更短,稳固性差。本文所选的病例断端在龈下 0.5~3.0 mm,附着水平没有丧失可以保证龈沟底至牙槽嵴顶的距离。另一方面,残根在正畸牵引时,牙冠和附着龈共同升高,可使附着龈加宽,有利于牙周健康<sup>[2]</sup>。本文 2 例患者失败,估计与患者咬合力过大和桩的根尖处距牙槽嵴顶距离较短有关。对于成年人多有不同程度的牙周炎症,一定要患者积极配合消除炎症控制菌斑。此外随年龄增大牙槽骨的增龄性萎缩吸收,牙周膜的反应性及改建能力下降,矫治力需用轻力、间断力,延长复诊时间,而不至于牙周损伤、牙松动,甚至牙丧失。

残根牵引结束后也存在复发的问題,所以我们对 14 颗牙正畸牵引使龈下断缘超出至少 0.5~1.0 mm,经固定保持后近期末发现明显复发,具有较好的稳固性。牙周组织的改建一般需要 6~12 个月<sup>[3]</sup>,所以牵引时尽量考虑矫枉过正。12 例患者牙龈无充血红肿等现象,正是建立了正常的生物学宽度的缘故。冠修复时要求冠边缘尽量覆盖在缺损和旧修复体线之外的健康牙本质上,即牙本质肩领尽量 $\leq 1.5$  mm,否则此处很容易产生继发龋,导致修复体失败。所以,我们把残根断缘牵引至龈上至少 0.5 mm,一方面能防止正畸后复发,另一方面冠边缘设计在健康的牙组织上符合修复理念。

## 参 考 文 献

- [1] 赵铤民. 口腔修复学. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2008:117.
- [2] 林久祥. 现代口腔正畸学. 4 版. 北京:中国医药科技出版社,1999.
- [3] 傅民魁. 口腔正畸学. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2003:259.

(收稿日期 2011-03-28)

# 血清 C 反应蛋白与肺癌合并肺部感染的临床意义

湖北省襄樊市中医院(441000) 运 强

肺癌患者抵抗力低下,容易引发肺部感染,引起咳嗽、咯痰、呼吸困难等不适。如能早期诊断、早期治疗,意义重大。对我院 48 例肺癌患者进行血清 C 反应蛋白(CRP)检测,以观察其在诊断及治疗中的临床意义,现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 临床资料 2007 年 11 月至 2009 年 11 月在我院经临床确诊的 48 例肺癌患者,年龄 27~75 岁。其中男性 28 例,女性 20 例。上述患者有 8 例无典型咳嗽、咯痰、发热、呼吸困难等症状,肺部听诊无干、湿啰音。余下 40 例均有咳嗽、咯痰或兼见发热。或兼见呼吸困难等症状,同时这 40 例患者根据肺部听诊情况分类如下:度肺底或肺尖可及少许干啰音或湿啰音(14 例),度肺部可及干啰音或湿啰音(18 例),度肺部满布干啰音或湿啰音(8 例)。

1.2 仪器与试剂:血清 CRP 的检测仪器为美国杜邦公司生产的 Dimension AR 全自动生化分析仪,试剂为北京中生北控

生物科技股份有限公司产品。

1.3 方法:上述 48 例患者常规空腹取静脉血 2 mL,分离血清,采用免疫比浊测定血清中 CRP 含量,正常值上限为 5.0 mg/L, $>5.0$  mg/L 者为阳性。同时取静脉血做血常规分析(白细胞计数及分类),以供对比。

## 2 结 果

上述 48 例肺癌患者,CRP 阳性率为 67%,白细胞总数 $>10.0 \times 10^9/L$ 者为 33%,中性粒细胞比值 $>75\%$ 者为 40%,CRP 阳性率的比率最高,高于血常规分析(白细胞计数及分类)。

度患者 CRP 值多在 4.5~6.7 mg/L 之间,度患者 CRP 值多在 6.7~11.4 mg/L 之间,度患者 CRP 值多在 11.4~28.7 mg/L。随病情程度加重,CRP 值升高更为明显。上述 40 例肺癌患者使用足够抗感染治疗后,CRP 值降为正常或明显下降,复查 CRP 阳性者仅剩下 4 例。

## 3 讨 论

临床上常见不少肺部感染者,伴咳嗽、咯痰、发热、呼吸困难等症状,最常用的检验方法是血常规分析(白细胞计数及分类),但对于肺癌合并肺部感染患者,尤其在放、化学治疗治疗出现骨髓抑制时,或者同时使用皮质激素治疗者临床表现不典型时,血常规分析(白细胞计数及分类)就很难反映出感染及感染程度。CRP 是一种急性期反应蛋白,在炎症及侵袭因子作用下 6~12 h 后血清中 CRP 浓度开始增高。24~48 h 达到最高峰,反复的炎症刺激可使 CRP 水平持续上升,此反应不受放、化学治疗、皮质激素治疗的影响。CRP 升高的程度可反应炎症组织的大小和活动性。此外肿瘤发生转移或并发细菌感染时,CRP 也会增高。

本研究通过观察,CRP 的出现比其他急性期反应物质要早,对肺癌合并肺部感染诊断和治疗有一定临床意义,同时还

可以用来鉴定感染的活动程度和严重程度。当治疗有效,病情缓解或治愈时,CRP 值降低或正常,对合理使用抗生素治疗有提示作用。

综上所述,检测肺癌患者血清中 CRP 的含量对诊断和治疗肺癌合并肺部感染有一定临床意义,值得临床推广使用。

参 考 文 献

[1] 王淑娟,吴振茹,王泽芳,等.血清 CRP 助诊恶性肿瘤的应用价值.北京医科大学学报,1989,18(4):297-298.

[2] 代艳杰,包学英,吴玉华.CRP 检测的临床意义.北京大学学报:自然科学版,2003,4(3):233-234.

[3] 葛青玮,高原.高敏 C 反应蛋白检测在新生儿感染性疾病中的应用.上海医学检验杂志,2002,17(4):211-212.

(收稿日期 2011-03-07)

## 口服地西洋预防热性惊厥复发的疗效观察

山西省长治市郊区人民医院(046000) 李新华 郭俊霞 董爱斌

热性惊厥(FC)是儿童常见急症,可引起癫痫、智力低下及行为异常等神经系统后遗症。因此,预防其复发是十分必要的。我院采用地西洋口服预防性治疗 FC 复发,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 我科 2008—2010 年共收治 FC 患儿 88 例,男性 51 例,女性 37 例,年龄 6 个月至 6 岁,其中初发体温<39℃者 18 例,39~40℃者 42 例,>40℃者 23 例,无体温记录者 5 例。诱因:上呼吸道感染 45 例,支气管炎、肺炎 25 例,腹泻 10 例,麻疹 2 例,流行性腮腺炎 3 例,幼儿急疹 3 例。首次发作类型:单纯性热性惊厥(SFC) 59 例,复杂性热性惊厥(CGC) 29 例,全部符合文献报道 FC 的诊断标准<sup>[1]</sup>。其中有复发高危因素者 42 例,包括有癫痫家族病史(Ⅰ、Ⅱ级)的 6 例,占 6.82%;有热性惊厥家族史的 27 例,占 30.68%;有影响神经发育因素者 7 例(其中母亲妊娠期因素 4 例,围生期因素 3 例)占 7.95%。

1.2 方法 随机将 88 例患者分成对照组 40 例和发热初期采取地西洋预防治疗的治疗组 48 例。上述 2 组在性别、年龄、惊厥分型及随访时间方面差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。上述 2 组在积极治疗原发病的同时,对照组发热时仅给退热药物对症治疗。治疗组于发热初期患儿发热 $\geq 38^{\circ}\text{C}$ 时即予以口服地西洋每次 0.2 mg/kg 体质量,每 8 h 1 次,共 3 次,同时适当给予退热药物。2 组给药时机、方法差异均无统计学意义。

1.3 随访方法:患者出院后继续在门诊定期随访,3 年内随访 2 组发热次数、惊厥复发次数,地西洋服用情况及不良反应,每 6 个月至 1 年做脑电图 1 次,若有热惊厥转为无热惊厥,脑电图表现为痫样放电,则诊断为癫痫。

1.4 统计学处理:治疗组与对照组差异性率的比较用 $\chi^2$ 检

验,均数的比较用  $t$  检验,以  $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结 果

经统计学分析治疗组 FC 复发率、平均复发次数均显著低于对照组,见表 1。

表 1 FC 患儿地西洋预防治疗后复发情况比较

组别	例数	发热次数	复发		复发次数
			例数	%	
治疗组	48	12 $\pm$ 6	7	15	1.5 $\pm$ 0.6
对照组	40	12 $\pm$ 7	15	38	3.2 $\pm$ 0.9

不良反应:以上治疗组 88 例患儿中出现不良反应仅 4 例,表现为肌张力降低 3 例,共济失调 1 例,且持续时间短暂,症状轻,无一例发生呼吸抑制等严重不良反应。

3 讨 论

FC 的发病机制尚不完全清楚,可能与婴幼儿时期大脑发育不成熟,神经细胞兴奋性较高,对皮质下的抑制作用较弱,神经髓鞘生成形成不良,绝缘和保护作用差,以及兴奋、抑制性神经递质不平衡有关,结果使脑部的惊厥阈降低,导致神经细胞异常放电,发生惊厥。而发热时兴奋性增高,并易扩散和泛化至整个大脑,形成 FC。

一般认为,由于单纯性热性惊厥首次发作后,约有 2/3 永不复发,故我们认为 1 次单纯热性惊厥可不进行预防性治疗,同时约 1/3 的热惊厥有复发,初次发作后 1 年内复发者占 70%,2 年内复发者占 90%。复发的高危因素是 FC 的初发年龄小及家中有 FC 或癫痫病史者。有研究称 FC 患儿以后癫痫的发生率约为 2%~3%,比一般人群高 3~6 倍。

由于 FC 多发生在热程早期约 12 h 内体温骤升时,所以及时给药是预防复发的关键。家长或看护人员要认真观察小儿,早期发现发热性疾病,应及时退热。治疗原发病的同时,立