

提高。但是,由于诊断存在一定的假阳性,也导致胎儿窘迫的过度诊断。因此,剖宫产的适应证也发生变化,由过去的难产为主,转化为现在的胎儿窘迫为主^[6],使剖宫产率随之增高。近年来,由于人们生活水平的提高,80后怀孕很受父母们的关注和宠爱,饮食结构不合理,高蛋白、高热量饮食,造成营养过剩,巨大儿的发生率也逐年提高,相应以巨大儿为指征的剖宫产率随之升高。

3.2.3 母亲因素 本组母亲因素占12.4%,居第三位。包括母亲患有妊娠合并症或孕期并发症,如妊娠合并心脏病、肾病、甲状腺病、肝胆疾病、糖代谢异常等;妊娠并发症如胎膜早破、妊娠高血压、羊水过少、胎盘因素、过期妊娠等。80后孕产妇的文化水平相对较高,孕期保健意识较强,对高危妊娠做到早预防、早发现、早处理。因此,母亲因素的剖宫产率较低。

3.3 降低剖宫产率的措施 本组资料显示,剖宫产三大原因中社会因素居首位,因此降低剖宫产率,特别是降低以社会因素为指征的剖宫产的比例势在必行。(1)要严格掌握剖宫产指征,无绝对剖宫产指征者均给予试产机会。(2)加强产时保健,积极处理阴道分娩,做好产前教育和产时护理,严密监测产程,适当应用宫缩剂,提高助产技术。(3)广泛应用无痛分娩技术(如新斯的明的卡因镇痛、椎管内分娩镇痛、笑气分娩镇痛等),提倡导乐陪伴分娩,减

少不必要的产时干预,提供自然分娩的心理和医疗支持。(4)提高产科医生及助产士的助产技术。(5)广泛宣传剖宫产的适应证和并发症,宣传不必要的剖宫产对产妇和新生儿造成的伤害^[7],对非医学指征要求剖宫产者尽量解释、说服。(6)为产科医生创造和谐、安全的环境。总之,剖宫产率的剧升,不是一个单纯的医疗问题,而是一个社会问题。降低剖宫产率和围产儿死亡率是一项艰巨的系统工程,需要全社会都来关心这一问题,它将对两代人的健康产生广泛而深远的影响。

参考文献

- 1 邢淑敏. 剖宫产术的合理应用[J]. 中华妇产科杂志,1994,29(8):450-452.
- 2 张惜阴. 实用妇产科学[M]. 第2版. 北京:人民卫生出版社,2004:540.
- 3 张世梅,曹效红. 近5年剖宫产率及剖宫产原因变化的临床分析[J]. 基层医学论坛,2008,12(9):770.
- 4 杜翠平,王占东. 393例孕产妇剖宫产的原因分析[J]. 中国妇幼保健,2005,20(13):1674.
- 5 Penna L, Arulkumaran S. Cesarean section for non-medical reasons[J]. Int J Gynecol & Obstet,2003,(81):399-409.
- 6 王怡芳,顾建逸. 剖腹产率增高的原因分析[J]. 中国优生与遗传杂志,2001,9(2):71.
- 7 乐杰. 剖宫产儿综合征[J]. 实用妇产科杂志,1986,5(2):68.

[收稿日期 2009-05-24][本文编辑 谭毅 刘京虹]

临床研究

难治性根尖周炎的原因分析与疗效观察

陈燕, 黎石坚, 方萍, 李焱, 周宁

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院口腔科

作者简介: 陈燕(1974-),女,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:口腔内科。E-mail:cycy1333@sina.com

[摘要] 目的 分析难治性根尖周炎发生的原因及治疗后的疗效观察。方法 选择172例难治性根尖周炎患牙,针对不同原因分别给予对症治疗,并观察1年后的临床疗效。结果 1年后复查,166例治愈,6例无效,治愈率为96.5%。结论 认真分析寻找难治性根尖周炎的病因,针对不同病因进行治疗,能提高治愈率。

[关键词] 难治性根尖周炎; 病因; 疗效

[中图分类号] R 782.12 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2009)09-0932-05

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.09.16

Cause and curative effect of refractory periapical periodontitis CHEN Yan, Li Shi-jian, Fa Ping, et al. Department of oral medicine, the People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China

[Abstract] **Objective** To analyse the cause of refractory periapical periodontitis and evaluate the clinical effect. **Methods** One hundred and seventy-two patients with refractory periapical periodontitis were treated by symptomatic treatment. The effects were evaluated after one year. **Results** One year later, the reexamination results showed that 166 cases succeeded, and 6 cases failed. Effective rate was 96.5%. **Conclusion** To analyse and find out the cause of refractory periapical periodontitis, giving improved etiological treatment, and the cure rate will be high.

[Key words] Refractory periapical periodontitis; Cause; Clinical effect

临床上把按常规方法操作久治不愈的根尖周炎称为难治性根尖周炎^[1]。由于根管治疗量的增大,临床难治性根尖周炎也在不断增多,已成为临床上比较棘手的问题。针对以上情况我们认真收集病例,分析原因并给予对症治疗,取得了较满意的效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 选择2003-03~2006-05门诊患者172例,其中男93例,女79例,年龄为23~82岁之间,平均年龄48.3岁。病例纳入标准:(1)按常规方法操作久治不愈的根尖周炎;(2)瘻道或根尖周脓肿反复不消;(3)咬矜疼痛或咬矜无力;(4)放射性痛或冷热痛;(5)身体健康可耐受手术,经体检未发现全身系统性疾病者。病例必须符合第(1)~(4)中的一项和第(5)项。具体发病原因及牙位颗数见表1。

表1 难治性根尖周炎的发病原因及牙位(颗)

发病原因	下前牙	下前磨牙	下磨牙	上前牙	上前磨牙	上磨牙	合计
塑化不全	-	-	5	-	3	11	19
干尸	-	-	6	-	3	7	16
根管欠充	4	2	5	3	3	8	25
根管超充	2	4	7	2	4	7	26
根充不密合	-	-	4	3	5	6	18
遗漏根管	-	1	6	-	9	12	28
牙周病变	-	1	2	1	1	1	6
根管侧穿	-	2	2	3	1	3	11
牙根折裂	-	3	6	2	4	5	20
器械分离	-	-	2	-	-	-	2
根管壁龋坏	-	-	-	1	-	-	1
合计	6	13	45	15	33	60	172

1.2 材料和器械 采用芬兰FD-3600牙科综合治疗椅,W.H快速手机,法国TROPHY口腔数字化成像系统,TRRY根尖定位仪(美国天瑞科技杭州有限公司),瑞士HERO642镍钛根管预备系统,MM1500声波手机和Rispisonic扩大针(Micro-Mega,法国),

阿替卡因肾上腺素局麻注射液(法国赛特力-碧兰集团所属碧兰公司),H型扩孔锉(MANI,日本),ISO标准牙胶尖(天津加发医疗器械有限公司),日本而至富士IX玻璃离子等。

1.3 治疗方法 对久治不愈的根尖周炎先认真了解病史及治疗经过,初步进行口腔检查,观察牙冠是否有隐裂、牙折、磨耗、松动等情况;是否有牙周或牙槽脓肿、瘻道等;咬合是否有异常或早接触;同时拍数字化牙片以了解牙冠、髓腔、牙根、牙周韧带、牙槽骨等情况。对有可疑牙冷热痛的患者还需做叩诊、冷热诊及牙髓活力测试来判断患牙的情况,对已根管治疗的患牙要判断治疗是否正确及完善,还要判断是否存在被误治的情况,最后根据综合情况判断患牙的病因。

1.3.1 塑化不全 去除髓腔垫底材料可发现根管口周围牙本质有棕红色染色,数字化牙片显示根管空虚无根充物。根管内的塑化物用HERO642镍钛根管预备系统去除后进行根管再治疗。根管再治疗的流程:镍钛机扩系统采用冠根向进行预备根管中上段,根尖止点上2mm段使用不锈钢扩孔锉(H-file)采用逐步后退法手动预备。在根管治疗中辅助应用TRRY根尖定位仪进行根管长度测量,根管预备后插牙胶尖拍片,利用口腔数字化成像系统的软件分析根管的长度,最后采用手感、根测及X片三者相结合,分析出尽可能准确的根管长度。根管预备完毕后用甘油调制的氢氧化钙磷仿糊剂封药7d后复诊,患牙无不进行丁氧膏糊剂加冷牙胶尖侧方加压根充。对于塑化较密实无法扩通的根管暂不治疗,其余再通根管行根管再治疗,症状缓解可观察治疗。2周后如症状不缓解,拍片显示为塑化根尖周有阴影,其余根管根充完善无根折等病理性病变可行塑化根管的根尖切除及倒充术,倒充材料为而至富士IX玻璃离子,术后口服抗生素抗炎治疗。如病灶根管位于舌侧或腭侧,根管外科颊侧径路较难暴露病灶根尖时疗效欠佳。

1.3.2 干尸 在去除髓腔垫底材料后比较容易发现根管口,根管口周围牙本质无棕红色染色,数字化牙片可显示根管空虚无根充物。患牙通过完善的根管治疗可治愈。

1.3.3 根管欠充、超充、充填不严密 欠充、超充可在牙片清晰的显示,但对于根尖孔位于侧壁时是否存在欠充就较难判断清楚,此时只能把其余可能存在的病因排除后再考虑根管再治疗,同时辅助应用TRRY 根尖定位仪进行根管长度测量,充填后必须拍片以确保根充的质量。在去除欠充材料后少数患牙可发现根管侧穿或不通,先观察如症状好转可暂缓处理,如症状加重可行根管外科治疗。超充者可用 HERO642 镍钛根管预备系统去除超充牙脚尖,其余治疗同塑化不全后根管再治疗的步骤相同。但有时超出根尖孔外的牙脚尖会无法取出,先观察如症状好转可暂缓处理,如症状加重可行根管外科治疗。充填不严密者在牙片上不一定显示得非常清晰,有时需去除冠部充填及垫底材料后方能确诊,对充填不严密根管进行根管再治疗即可。欠充及超充的外科治疗同塑化不全的外科治疗。

1.3.4 遗漏根管 去除髓腔垫底材料后认真寻找即可发现遗漏的根管,同时插针照片证实后进行根管治疗即可。

1.3.5 牙周病变 患牙松动,叩痛明显,牙周袋探诊深达根尖,有龈下结石,并有咬矜异常。牙片显示根尖周有阴影,牙周膜间隙增宽。患牙在进行根管治疗的同时还必须行牙周基础治疗(包括龈上洁治、龈下刮治、调矜等),本研究还采用盐酸二甲胺四环素软膏辅助牙周基础治疗,每周用药1次,间隔1周,连用4次。

1.3.6 根管侧穿 未进行根管充填的患牙,根管预备时可见根管内渗血较多,而且渗血颜色鲜红;牙片显示根管壁有暗影。对于根管充填的患牙牙片可显示根管壁有暗影,根管内含有充填物,有时根充物可超出根管侧壁。先行根管再治疗后行根管外科治疗寻找侧穿的根管壁,备洞后用而至富士IX玻璃离子充填。如果侧穿在腭侧壁、舌侧壁或比较隐蔽的根面,根管外科颊侧径路较难暴露病灶时疗效欠佳。

1.3.7 牙根折裂 对于牙片明显显示牙根有纵折、横折或斜折的可行截根、半牙切除,其余根管行根管治疗。但对于X片显示不清又高度怀疑有根折的病例,如有根充物可用机扩方法去除根充物后进行根管预备,如未根管治疗可行根管预备,再用根尖定位仪辅助检查是否有根折。如果有根折时根尖定位

仪带扩大针的探针在进入根管口下2~3mm即可显示已超出根尖孔,但插针拍片扩大针在此深度还未到达根尖孔,同时多角度拍片也可显示根折影像,即可高度怀疑此根管有根折。

1.3.8 器械分离 牙片可明显显示器械分离位于牙根的不同部位。器械分离位于根管中上段者可用MM1500 声波手机和 Rispisonic 扩大针震荡分离器械,最后行根管再治疗即可。器械分离超出根尖有根尖阴影,根充完善者可给予根管外科治疗。本组病例无器械分离位于根管中下段者。

1.3.9 根管壁龋坏 在牙片上可显示为根管壁上的局限阴影,根管预备时渗血较多,往往易被误诊为侧穿,本研究也误诊为侧穿,经治疗后发现为根管壁龋坏。因患者年龄较高,为减小手术的创伤,给予阿替卡因肾上腺素局麻下根充后拔除患牙。术中发现龋坏面积为6mm×3mm大小,用盐水纱布包裹患牙备洞,而至富士IX玻璃离子充填后再植,术后口服抗生素抗炎治疗。

1.4 疗效评定标准^[2] 治疗1年后进行疗效评价,按照史俊南提出的标准评定。成功:无自觉症状,咀嚼功能良好,无叩痛、无窦道或窦道已闭合,X线片示无稀疏区或原有稀疏区缩小。失败:有自觉症状,牙咀嚼功能不良,有叩痛或叩时不适,有窦道或原有窦道未闭合,X线片显示尖周有稀疏区,或原有稀疏区未缩小或已扩大。

2 结果

根管再治疗成功119颗牙,根管外科治疗成功41颗牙,根管治疗与牙周基础联合治疗成功6颗牙,失败6颗牙,1年后的治愈率为96.5%。失败的6颗牙中有2例根管侧穿、2例塑化不全和2例根管欠充。后两者根管再治疗时均发生1例根管不通和1例根管侧穿。这6例患牙病灶根管均位于舌侧或腭侧,颊侧径路较难暴露病灶,患者不同意截根治疗,导致根尖瘻道反复不消。见表2~4。

表2 根管再治疗成功牙位(颗)

发病原因	下前牙	下前磨牙	下磨牙	上前牙	上前磨牙	上磨牙	合计
塑化不全	-	-	3	-	2	9	14
干尸	-	-	6	-	3	7	16
根管欠充	4	2	4	3	3	6	22
根管超充	2	4	4	2	4	5	21
根充不密合	-	-	4	3	5	6	18
遗漏根管	-	1	6	-	9	12	28
合计	6	7	27	8	26	45	119

表3 根管外科治疗成功牙位(颗)

发病原因	下前牙	下前磨牙	下磨牙	上前牙	上前磨牙	上磨牙	合计
塑化不全	-	-	-	-	1	2	3
根管欠充	-	-	-	-	-	1	1
根管超充	-	-	3	-	-	2	5
根管侧穿	-	2	1	3	-	3	9
牙根折裂	-	3	6	2	4	5	20
器械分离	-	-	2	-	-	-	2
根管壁龋坏	-	-	-	1	-	-	1
合计		5	12	6	5	13	41

表4 治疗失败牙位(颗)

发病原因	下前牙	下前磨牙	下磨牙	上前牙	上前磨牙	上磨牙	合计
根管不通	-	-	2	-	-	1	3
根管侧穿	-	-	2	-	1	-	3
合计			4		1	1	6

3 讨论

3.1 难治性根尖周炎的发生与下列几种因素有关:

(1)物理因素(如根管预备时器械超出根尖孔刺伤了尖周组织,或将根管内坏死组织及细菌推出根尖孔或导致根管壁穿孔、根管内台阶形成)。(2)化学因素(如根管消毒药物过量或刺激性太大)。(3)解剖因素(主要指患牙的根管狭窄、弯曲或数目不清或有侧副根管、牙齿过度倾斜等从而影响了根管的预备)。(4)根尖周组织的因素(即本身存在着不能治愈的根尖周病变,如有较大的根尖囊肿、尖周区骨质破坏较大或同时有牙周牙髓联合病变而未作牙周治疗等)。(5)微生物因素(已经从患牙根管中分离出的微生物有细菌、真菌和螺旋体等)。对于其发生机制目前主要考虑是“根尖生物膜”作用,感染根管内的细菌通过根尖孔到达根尖周组织,形成生物膜附着于牙骨质,生物膜保护了其内部的细菌免受药物的杀灭及机体免疫作用的损害^[3,4]。本组病例中亦包括上述因素。

3.2 有数据显示根管治疗过程中操作不当所引起的治疗失败占全部治疗失败比例的76%,是根管失败的最重要因素^[5],所以在根管治疗的每一个环节都必须规范操作。术前、术中、术后拍片了解牙体及治疗的情况,做到全程的质量监控,才能保证治疗的质量。首先正确的开髓,是根管治疗成功的第一步。充分暴露髓腔使根管器械能尽可能地循直线方向进

入根管,能避免遗漏根管及成角预备所导致的台阶、侧穿、不通、器械分离等不良情况的发生。本组病例中上颌第一磨牙因初次治疗时开髓不全,遗漏了近中颊侧第二根管12例。下颌第二磨牙远中舌侧根管遗漏有6例,上颌前磨牙遗漏另一根管9例,下颌前磨牙遗漏2个根管1例。其次X线图像是二维的,进行根管长度测量存在一定的缺陷,在根管治疗中辅助应用TRRY根尖定位仪,采用手感、根测及X片三者相结合,分析出的根管长度才可能比较准确,从而避免根管长度测量不准所导致的根管欠充及超充。机扩时应根据根管的弯曲度正确选择锉针,配合使用EDTA根管润滑剂,预备前要认真检查锉针是否有裂纹,预备时保持根管的湿润并小幅度上下提拉,才能避免器械的分离。

3.3 治疗期间用氢氧化钙糊剂封药,而氢氧化钙呈碱性,能中和细菌代谢产生的酸性物质,其抗菌效能显著强于樟脑酚和甲醛甲酚,且毒性小、更安全^[6],还能灭活内毒素,对消除根尖周病变有较好疗效^[7]。近年许多文献报道根尖周炎的形成成为机体局部免疫反应的表现。引起根尖周组织免疫应答的抗原主要有细菌及代谢产物、变性坏死的牙髓及其分解产物、消毒药物甲醛甲酚等作为半抗原与蛋白结合形成抗原物质,这些抗原物质进入根尖周组织,激发大量免疫活性细胞浸润,并产生炎性介质,导致根尖周结缔组织及牙槽骨等病理性免疫反应的发生^[8]。在本研究中有些病例甚至反复封甲醛甲酚多达5次。

综上所述,在根管治疗中只有熟知牙齿的解剖结构,充分认识根管内解剖形态及可能存在的变异,治疗中进行每个环节的质量控制,才能提高首次根管治疗的成功机会,从而减少难治性根尖周炎的发生。对于难治性根尖周炎只要认真分析寻找病因,针对不同病因进行完善地治疗,还是有相当高的治愈率。

参考文献

- 1 Waltimo TM, Siren EK, Torkko HL, et al. Fungi in therapy-resistant apical periodontitis [J]. *Int Endod J*, 1997, 30(2):96-101.
- 2 王晓仪. 现代根管治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2001:89.
- 3 陈芮娟. 难治性根尖周炎常用药物的研究进展[J]. *国外医学口腔医学分册*, 2003, 30(9):400.
- 4 陈蕾, 李新. 根尖生物膜的研究现状[J]. *国外医学口腔医学分册*, 2004, 31(5):198.
- 5 范兵, 彭彬. 根管治疗[M]. 武汉:湖北科学技术出版社, 2004:210.
- 6 Stuart KC, Miller CH, Brown CE Jr, et al. The comparative antimicro-

bial effect of calcium hydroxide[J]. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1991,72(1):101-104.

7 Safavi KE, Nichols FC. Alteration of biological properties of bacterial lipopolysaccharide by calcium hydroxide treatment [J]. J Endod, 1991,20(3):127-129.

8 樊明文. 牙体牙髓病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:26. [收稿日期 2009-05-20][本文编辑 宋卓孙 刘京虹]

临床研究

硝苯地平缓释片联合依那普利治疗高血压病 48 例疗效观察

黄尚能

作者单位: 531500 广西,田东县人民医院心血管内科

作者简介: 黄尚能(1970-),男,大学本科,学士学位,科室主任,研究方向:心血管疾病诊治。E-mail:hshn700@163.com

[摘要] 目的 观察硝苯地平缓释片联合依那普利的降压作用、不良反应及对代谢的影响。方法 将 96 例原发性高血压病患者随机分为治疗组和对照组各 48 例,治疗组服用硝苯地平缓释片及依那普利,对照组单纯服用依那普利,疗程 4 周,由固定医生测坐位血压,于治疗前后测血糖、血脂、电解质、肝功能、肾功能,并行心电图检查。结果 治疗组和对照组在服药 4 周后显效率分别为 45.8%、25.0%,总有效率分别为 95.8%、68.7%,两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),而两组治疗对糖代谢、脂代谢、电解质、肝功能、肾功能及心电图并无明显影响。结论 硝苯地平联合依那普利降压效果好,副作用小,值得临床推广应用。

[关键词] 高血压病; 硝苯地平缓释片; 依那普利; 联合用药

[中图分类号] R 544.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2009)09-0936-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2009.09.17

Curative observation of nifedipine sustained-release tablet combined with enalapril in the treatment of 48 patients with hypertension HUANG Shang-neng. Department of Cardiology, Tiandong People's Hospital, Tiandong, Guangxi 531500, China

[Abstract] **Objective** To observe the decompression effect, adverse reaction and metabolism effect of nifedipine sustained-release tablet combined with enalapril. **Methods** Ninety-six patients with hypertension were randomly divided into treatment group and control group, in which there's 48 patients respectively, the patients in treatment group were treated with nifedipine sustained-release tablet combined with enalapril, and only enalapril were given in control group, this course of treatment was 4 weeks, their blood pressure were measured by the same doctor from beginning to end, and the blood sugar, blood-lipid, electrolyte, hepatic function and renal function before and after treatment were determined, and also did electrocardiogram. **Results** After treatment for four weeks, the effectiveness rate of treatment group and control group were 45.8 percent and 25.0 percent respectively, and the total effective rate were 95.8 percent and 68.7 percent respectively. There were significant difference between the two groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and no effects on glycometabolism, lipid metabolism, electrolyte, hepatic function, renal function and electrocardiogram of the two groups. **Conclusion** There is very good effects of nifedipine sustained-release tablet combined with enalapril on the decompression, with less side effect, it is well worth widely using in clinic.

[Key words] Hypertension; Nifedipine sustained-release tablet; Enalapril; Combined drugs

高血压病是当今世界上最常见的心血管疾病,其发病机制较为复杂,患者一旦被确诊为高血压病,

就需要终身治疗。由于长期用药,部分患者因不能耐受药物的副作用,而自行停药或改用他药,导致血