

多颗乳恒牙同时阻生 1 例

杨琴¹, 温秀杰^{1△}, 刘金城² (1. 第三军医大学大坪医院野战外科研究所口腔科, 重庆 400042; 2. 山东省威海市四〇四医院口腔科 264200)

【关键词】 恒牙; 乳牙; 阻生

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 16. 091 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)16-2105-01

1 临床资料

多颗乳恒牙阻生并存的病例在临床上极为罕见, 本文旨在介绍 1 例 11 颗乳恒牙同时阻生并伴有 10 颗恒牙缺失及乳牙滞留的病例。

患者, 女, 14 岁, 2009 年 7 月因多颗牙齿缺失来本院口腔科就诊。自诉出生以来左侧多颗牙齿未见萌出, 无先天性疾病史, 无家族遗传史及外伤史, 无其母亲在孕期疾病史, 无特殊用药史及不良嗜好。专科检查: 颜面部发育正常, 颌面部基本对称, 口内 3 颗乳牙滞留 (1 III、3 I、4 I), 另有 10 颗恒牙缺失 (17、25、26、31、32、34、35、36、37、41)。全口曲面断层片显示有 11 颗乳恒牙于牙槽骨内阻生 (图 1), 包括 8 颗恒牙 (17、25、26、27、34、35、36、37) 和 3 颗乳牙 (2 V、3 IV、3 V), 3 颗恒牙先天缺失 (31、32、41)。影像显示阻生乳牙牙根已经吸收, 阻生恒牙发育正常, 形态基本完整。

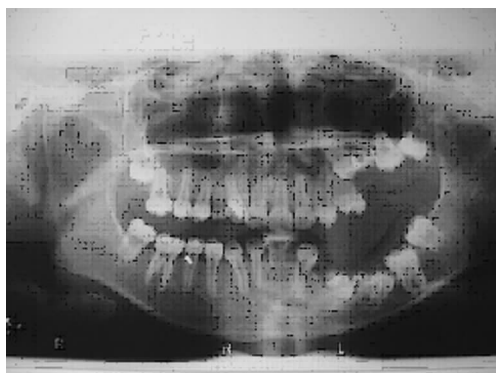


图 1 全口曲面断层

2 讨论

牙齿埋伏阻生是造成错牙合畸形的常见原因之一。临床

上最为常见的恒牙阻生牙位是下颌第 3 恒磨牙, 其次是尖牙及双尖牙。乳牙阻生的病例很少, 据报道其发病率仅为 1/10 000, 其中绝大部分为第 2 乳磨牙^[1], 第 1 乳磨牙阻生的情况较罕见^[2]。多颗乳恒牙阻生的病例在国内外也鲜有报道。造成牙齿缺失的原因很多, 其中造成乳牙阻生的原因有第 1 恒磨牙的提早萌出^[3]、先天性恒牙缺失、牙周膜缺失、牙龈外伤、肿瘤、遗传性因素等。而恒牙阻生的原因主要有乳牙滞留、萌出间隙不足、萌出道障碍、牙胚位置异常、邻牙结构异常、牙形态异常、全身性因素等。本病例中乳恒牙阻生的原因不明, 推测可能与先天性疾病或局部的理化刺激有关, 造成乳牙及恒牙的萌出动力不足, 继而导致其他恒牙出现阻生 (25、34、35), 其确切原因仍待进一步研究。目前, 患者已经通过手术拔除 3 IV、3 V (拔除过程中发现乳牙与牙槽骨有融合), 观察阻力去除后恒牙萌出情况。后期视情况进行正畸牵引萌阻生恒牙, 修复缺失恒牙。

参考文献

- [1] Kapur A, Goyal A, Jaffri S. Management of inverted impacted primary incisors; An unusual case[J]. J Indian Soc Pedod Prev Dent, 2008, 26(1): 26-28.
- [2] Hayashi-Sakai S, Taguchi Y, Noda T. Failure of tooth eruption involving a mandibular primary first molar: a case report[J]. J Dent Child (Chic), 2005, 72(1): 16-20.
- [3] Gündüz K, Muglali M, Inal S. Total impaction of deciduous maxillary molars: two case reports[J]. J Contemp Dent Pract, 2007, 8(6): 64-71.

(收稿日期: 2012-02-10)

1 例巨球蛋白血症患者的情志护理

张黎丹 (重庆市肿瘤医院中医肿瘤科 400030)

【关键词】 巨球蛋白血症; 情志护理; 诊断

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 16. 092 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)16-2105-02

原发性巨球蛋白血症 (WM), 是慢性浆细胞系统肿瘤, 以淋巴样浆细胞浸润及血清中大量高分子球蛋白引起的高黏滞综合征为其临床特点。好发于老年男性患者, 为罕见病^[1]。本研究通过对 1 例 WM 患者的情志护理, 展现中医情志护理在患者的心理护理上的重要性, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 64 岁。因“反复乏力 2 年, 加重 5 个月”, 于 2010 年 9 月 14 日, 收入本科。查体: 面色苍白, 目少光彩, 耳轮欠润, 舌质淡红, 微暗, 苔黄, 舌下静脉迂曲。声音低弱, 语言清晰, 语句条理清楚。无口臭及异常体味, 行走艰难, 无视听力下

降, 无雷诺现象, 大、小便正常, 脉细。患病以来, 患者精神、食欲不佳, 体质量减轻约 5 kg。查血常规: 白细胞 $2.52 \times 10^9/L$, 血红蛋白 50 g/L, 血小板 $64 \times 10^9/L$ 。骨髓活检提示: 淋巴细胞异常增生, 以成熟为主, 提示外周淋巴细胞肿瘤。白血病免疫分型: 异常细胞群 R1 区占 70.76%, 其 CD20/CD23/CD56/HLA-DR 阳性表达, 余呈阴性表达, 提示外周 B 淋巴细胞肿瘤; 诊断为“巨球蛋白血症”, 建议患者行化疗, 患者及家属拒绝化疗。给予核糖核酸、参芪扶正, 增强其免疫力。口服地榆升白片、养阴生血合剂治疗。9 月 19 日查血常规示: 血红蛋白 54 g/L, 红细胞 $1.81 \times 10^9/L$, 白细胞 $2.75 \times 10^9/L$, 血小板 $16 \times$

△ 通讯作者, E-mail: wenxiujie@tom.com.

10⁹/L,嘱其吸氧,保护性隔离,预约血小板,补充红细胞悬液,使用重组人粒细胞巨噬细胞刺激因子、白细胞介素2等处理。从中医来看,寒主吸引,拘挛疼痛,结合其舌脉:舌质淡,苔薄,脉细数,给予四物汤加减。通过各项治疗及情志护理工作,患者病情好转。

2 讨论

情志护理如《灵枢·口问》中所说:“悲哀忧愁则心动,心动则五脏六腑皆摇”。因患者三系降低,有潜在颅内,内脏出血极易感染,加之输血困难,患者本身的心理压力极大。乐观的心情均可促使其病情好转。因此,要避免外界事务对心神的刺激。

2.1 关心体贴 因对患者采取了保护性隔离,因此减少了患者与家属之间的探视机会,患者每日基本上都是独处。这突然的改变使患者心理上很失落,感觉与世隔绝。为了避免由此造成的心理上的落差,每日在给患者病房消毒,为他进行各项治疗和护理工作时尽量多与患者沟通,探讨患者感兴趣的话题。对患者的态度和语言都温和、礼貌。同时为患者创造安静、舒适的病房环境。每天给患者打水、打饭,使其感受到家的温暖。

2.2 言语开导 通过正面的说理疏导,为其讲解治疗较好的病例,开导并消除其不良的心理因素,从而改变患者的精神状态。同时在患者询问自身病情和治疗的同时,及时解除患者对病情的疑惑,帮助患者多了解一些医学知识,使其消除疑问,丢掉思想包袱,树立战胜疾病的信心。通过适时地缓解患者的各种不良情绪,帮助患者从各种不正常的心态中解脱出来,以加速康复的过程。

2.3 移情易性 移情是指指排遣情思,使思想焦点转移它处。在护理工作中,主要是指将患者精神的注意力,从疾病转移到其他方面。易性是指改易心志,包括消除或改变患者的某些不良情绪、习惯或错误的认识,使其能恢复正常心态,有利于疾病的康复。因患者体质虚弱,不宜户外活动,移情以听音乐、看电视、阅书报、打太极,练气功等舒缓的方式为主^[2]。

2.4 情志相胜 情志相胜是以五行相克规律为理论依据,用

一种情志抑制另一种情志,根据五行相生相克的规律,怒胜思、思胜恐、恐胜喜、喜胜悲、悲胜怒。如当患者情绪悲伤的时候,应当用愉悦的情绪感染他,与其沟通其生活中快乐的事情^[3]。

2.5 顺情解郁 对于患者特别是在其精神状态忧郁和感到压抑的时候,应尽量满足其合理的要求,顺从其意志和情绪。积极鼓励甚至引导患者将郁闷的情绪发泄出来,以化郁为畅,疏泄情绪。当患者郁闷时,鼓励其开阔眼界,扩展心胸,提高其对不良刺激的耐受性。此外,适当的哭诉也可以使患者的郁闷之情得以发泄,达到解郁的目的^[4]。

2.6 自我调护 平日告知患者宜保持心态平和,清静养神,不可过分劳耗心神,乐观随和,做到静神不用,劳神有度,用神不躁,修身养性,怡情快志,平和七情^[5]。

综上所述,通过对患者的各种情志护理,使患者在住院期间的情绪一直保持平和,患者平日里非常配合医护人员的各项工作,态度积极乐观,因此治疗效果很好,患者及家属对本科护理工作很满意。

参考文献

[1] 王军,陈颖,李艳,等. Waldenstrom 巨球蛋白血症 26 例临床特征与治疗分析[J]. 医学临床研究, 2010, 27(1): 48-50.

[2] 季红,赵庆英. 一例原发性巨球蛋白血症病人护理[J]. 护理研究, 2008, 9(22): 2343.

[3] 陈文新. RFC 方案治疗华氏巨球蛋白血症 1 例[J]. 包头医学院学报, 2009, 6(25): 8.

[4] 徐晓燕. 原发性巨球蛋白血症 10 例报告[J]. 中国实用医药, 2009, 4(7): 170-171.

[5] 孙丽霞,王金铠. 原发性巨球蛋白血症的诊治进展[J]. 临床荟萃, 2006, 21(6): 439-441.

(收稿日期:2012-03-18)

1 例骶尾部坏死性筋膜炎围术期护理体会

李德霞, 宋世兰[△], 雷山川, 税春玲(重庆医科大学附属永川医院手术室 402160)

【关键词】 坏死性筋膜炎; 臀大肌皮瓣术; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.16.093 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)16-2106-02

坏死性筋膜炎(necrotizing fasciitis, NF)是一种由多种细菌混合感染引起的皮下组织和筋膜广泛坏死的疾病,病死率较高。本院收治 1 例骶尾部坏死性筋膜炎的患者采用臀上带动脉的臀大肌肌皮瓣术修复创面,对其围术期进行创面护理、基础护理、心理护理等,患者痊愈出院。现将围术期护理体会报道如下。

1 临床资料

患者,女,45 岁。因右臀尾部溃疡发黑伴恶臭 1 周入院。查体:T 38.8℃,P 93 次/分,HR 21 次/分,BP 138/75 mm Hg。入院时精神状态差,浅表淋巴结未及。皮肤专科检查:右臀部近骶尾处见约两手掌大小红肿面,其红肿面上有 2 片 2.5 cm×3.5 cm 左右、界限清楚的皮肤坏死发黑的溃烂面,面边缘见淡黄绿的脓性分泌物,分泌物恶臭、皮损面触痛。实验室及特殊检查:血 WBC 15.4×10⁹/L、N 0.81、L 0.19、PLT 44×10⁹/L。尿常规、肝功、肾功、血糖、胸透等均无异常。坏死深层组织细菌培养:大肠埃希菌。组织病理:表皮及真皮全层坏死,

皮下筋膜组织液化坏死。临床诊断为骶尾部坏死性筋膜炎。入院后早期先后给予静脉滴入司帕沙星、头孢他啶、替硝唑抗感染,同时分 3 次给予新鲜血浆 600 mL 等支持疗法,局部用过氧化氢溶液清创引流,林可霉素与庆大霉素局部换药,连续 12 d,炎症得到明显控制,体温逐渐正常,局部红肿逐渐消退,创面出现新鲜肉芽。再次取皮损分泌物培养阴性,其后,在持续硬膜外麻醉下,以臀上动脉浅支为血管蒂的岛状肌皮瓣,将其肌皮瓣旋转缝合修复 NF 创面的缺损组织部位。2~3 d 后拔出引流管,12 d 拆线后切口愈合良好;2 个月后随访,双侧臀部基本对称;1 年后随访双侧臀部完全对称,大腿外观及活动良好。

2 讨论

2.1 术前护理

2.1.1 基础护理 坏死性筋膜炎的致病菌可通过咳嗽、喷嚏或直接接触分泌物而传播,也可通过皮肤破损处侵入,在医院内还可通过医护人员被污染的手传播^[1]。因此,必须将患者安

[△] 通讯作者, E-mail:isc85381122@163.com。