

术前检查的 X 线片,以供医生术中参阅。(2)手术区域常规消毒、铺巾,合理摆放好待用器械。(3)协助医生调节好种植机。(4)护士需熟悉手术过程,动作熟练,配合默契。(5)区分好种植钻针,并合理摆放于手术工具箱内,以便于医生取用。(6)在医生使用导向钻之后,及时提醒使用方位测定器,防止出现偏向的可能。(7)为了避免因局部高温(大于 47 ℃)影响种植体与周围骨组织的骨结合,应适时使用注射器喷生理盐水以协助外冷却,喷水部位一般在钻外露部分的骨上 2 mm 处。(8)术中及时吸唾,充分暴露手术视野。(9)将种植体用钛镊夹(切勿用手触碰种植体),取入相应的钛管中,由医生取用。(10)术中密切观察患者的生命体征和主观反应,若出现异常应及时提醒医生并协助其处理,同时还应做好心理护理。手术间歇,为避免长时间过度张口导致颞下颌关节疲劳,应适时嘱患者闭口休息。(11)打开植体之前,务必与医生核对植体型号;传递给医生时,应圆头向上、平头向下。(12)种植体的包装应妥善留存,清点剩余的植体,做好记录后保存。(13)种植体植入后,将不可吸收缝合线递给医生用于缝合。(14)术中按医生要求,协助调节灯光和种植机扭力。(15)手术结束后清点种植盒内工具,整理用物,送消毒室消毒,还应将植体标签贴在种植病历上。

3 术后的护理

3.1 患者的护理 术后应立即拍 X 线片,了解种植体在牙槽骨的位置。观察患者全身情况和生命体征,适时询问患者主观感觉有无不适,同时应观察局部伤口有无出血、渗血和红肿等情况。

嘱患者轻咬止血用纱条,30~60 min 后吐去。2 h 后,方可进食温凉的流质或软食,但应保持口腔卫生,可在餐后使用漱口水轻柔漱口。术后切勿激烈运动,忌辛辣食物,戒烟酒,特别应避免洗热水澡,睡觉时可稍垫高枕头。麻醉药的药性过后,个别患者稍有疼痛,可根据个人情况选用适合的止痛药。告知患者术后伤口稍有水肿或疼痛均属正常情况,术后 1~2 d 内,可局部冷敷以缓解水肿。因口腔内有多种菌群,为避免感染,患者术后应使用 3~5 d 抗菌药物,每天用漱口水漱口 3 次,以保持口腔卫生。7~10 d 来院拆线,伤口未愈合不能佩戴假牙。若伤口出现剧烈疼痛和明显肿胀等表现,应及时来院

复诊。
对于患有糖尿病、肾病以及血液系统等疾病的患者,其机体耐受力较弱,伤口不易愈合且容易发生感染,因此除了在术前控制好患者系统疾病外,术后也要特别注意防止感染的发生^[2]。

3.2 器械处理 认真清点器械,防止丢失。术中所用的金属器械应按“先浸泡、后清洗、再消毒”的原则进行处理。种植工具和种植机机头内芯等应使用专用的清洗液,放入振荡器中,至少应振荡 5 min,再用毛刷冲洗干净,擦干后放入高压蒸汽灭菌设备,至少应在 135 ℃保持 4 min,妥善放置备用。

4 心理护理

护士应在治疗过程和护理工作中,针对口腔卫生的保健,疾病的相关知识,治疗的方法等,给予患者一定的宣教和指导。在手术过程中,对患者进行适时的安抚和鼓励,可使其更加积极的配合,有助于手术的顺利进行。

研究发现,不同性格的患者会产生不同应对疾病的心理,对患者予以针对性的心理辅导,可更有效的提高手术成功率^[3]。因此,对患者进行有效的心理定位和恰当的心理疏导,适当介绍手术的程序、术中可能出现的主观感受等,及时给予有针对性的心理护理,对牙种植术的临床护理工作有较大的帮助,同时也有助于建立良好的医患、护患和医护关系^[4]。

参考文献

[1] 黄卫东,黄秀芳,徐勇刚.影响种植牙成功率的临床操作因素分析附 830 枚种植体植入修复报道[J].中国口腔种植学杂志,2006,11(2):85-87.
[2] 奚秋萍.口腔种植牙在牙周病患者中的护理研究进展[J].中国医药指南,2012,10(29):437-438.
[3] 闫丽范.护士素质与心理护理[J].医学信息:上旬刊,2012,25(10):164.
[4] 吴成红.种植牙手术 56 例围术期护理[J].齐鲁护理杂志:中旬刊,2012,18(26):106-107.

(收稿日期:2013-04-26 修回日期:2013-05-12)

某托幼机构 2009~2012 年幼儿体格发育状况评价

田雯雯¹,夏迎秋²(1.南京医科大学公共卫生学院,南京 210029;2.江苏省卫生厅,江苏南京 210029)

【关键词】 学前儿童; 生长发育; Z 评分
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.091 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2933-03

本研究通过调查分析马鞍山市某托幼机构 107 名儿童 2009~2012 年的体检资料,研究该托幼机构幼儿近三年的生长发育变化趋势,找出可能影响儿童健康的影响因素,为评价该托幼机构的卫生保健工作提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 在马鞍山市城区随机抽取 1 所幼儿园 2009 年入园的全体幼儿,选取其中 2006 年 1~12 月出生的幼儿作为研究对象,排除患有急慢性疾病的儿童,共 107 名,其中男 53 名,女 54 名。

1.2 数据来源 107 名儿童 2009 年入园时体检数据和

2010~2012 年 3 次“六一”体检数据,由专门的保健人员负责测量,测量时均使用国家标准测量工具。

1.3 数据处理 选取身高、体质量分析幼儿的生长发育趋势。各指标年龄别增长量计算公式为:2012 年均数-2009 年均数。各指标年龄别增长速度为:(2012 年均数-2009 年均数)/2009 年均数×100%^[1-3]。应用 2009 年我国 7 岁以下儿童生长发育参考指标计算 Z 评分:年龄别身高 Z 评分(HAZ),年龄别体质量 Z 评分(WAZ)和身高别体质量 Z 评分(WHZ)^[4]。计算公式:Z 值=(实测值-标准参照人群中位数)/标准参照人群的标准差。Z 评分用以筛查生长迟缓、肥胖等检出情况,以 HAZ

评价的营养不良定义为生长迟缓,以 WAZ 评价的营养不良定义为低体质量,WHZ 评价的营养不良定义为消瘦^[5-6]。

1.4 统计学处理 使用 Epidata3.1 软件双录入数据,以确保调查输入内容无误。使用 SPSS19.0 进行数据分析,结果使用 $\bar{x} \pm s$,均数比较采用 *t* 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 儿童的年龄及性别分布 本次共调查 107 名儿童,其中女 54 例,占 50.1%,男 53 例,占 49.9%,且属于同一年龄组,男女比例相当,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 2009~2012 年身高、体质量的变化状况 从 2009~2012 年,所调查的儿童男女身高与体质量均值总体上随年龄增长而增加($P < 0.05$),符合学龄前儿童生长发育的一般规律,其中

男童平均体质量增长量为 9.2 kg,平均身高增长量为 14.69 cm;女童平均体质量增长量为 7.54 kg,平均身高增长量 18.71 cm,女童平均身高增长量高于男童,男童平均体质量增长量高于女童;男童平均体质量增长速度 57.1%,身高增长速度 12.21%,女童平均体质量增长速度为 49.21%,身高增长速度为 19.1%,男女性别差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.3 用 HAZ WAZ WHZ 代表儿童身高体质量生长情况

2.3.1 调查儿童身高体质量与我国标准的比较 本次调查的儿童与我国 2009 年标准相比,男童与女童的身高、体质量均接近标准,生长发育状况正常,男童生长状况总体上优于女童,见表 2。

表 1 2009~2012 年 107 名学前儿童的平均体质量与身高($\bar{x} \pm s$)

性别	指标	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
男	身高(cm)	105.55±4.01	106.20±4.48	113.78±4.66	120.24±4.72
	体质量(kg)	16.61±2.24	18.79±2.47	21.90±3.11	25.30±3.93
女	身高(cm)	98.39±3.26	103.45±3.34	110.81±3.94	117.10±4.09
	体质量(kg)	15.32±1.79	17.25±2.06	19.90±2.72	22.86±3.47

表 2 调查 107 名学前儿童的 Z 评分均值

年份	性别	HAZ	WAZ	WHZ
2009	男	0.81	1.22	0.74
	女	0.53	0.52	0.43
2010	男	0.92	1.11	0.42
	女	0.56	1.60	0.89
2011	男	0.97	1.09	1.51
	女	0.14	0.49	1.03
2012	男	0.53	0.93	1.05
	女	0.12	0.83	1.14

2.3.2 Z 评分生长迟缓、超重、消瘦检出情况 调查对象在 2009~2012 年超重及肥胖检出率在各年份间差异有统计学意义($P < 0.05$);低体质量检出率差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 3。

表 3 调查 107 名学前儿童的 Z 评分分布(%)

年份	性别	HAZ			WAZ			WHZ		
		<-2	>2	>3	<-2	>2	>3	<-2	>2	>3
2009	男	0	13.2	3.8	0	26.4	7.5	0	11.0	4.0
	女	0	1.9	0	0	3.7	1.9	0	11.1	1.9
2010	男	0	18.9	3.8	0	18.9	3.8	0	19.0	9.4
	女	1.9	3.7	0	0	25.9	9.3	0	16.7	5.6
2011	男	0	20.8	3.8	0	15.1	3.8	0	16.9	9.4
	女	1.9	1.9	0	0	7.4	1.9	0	16.7	7.4
2012	男	0	3.8	1.9	0	9.4	1.9	0	9.4	1.9
	女	7.4	1.9	0	0	9.3	3.7	0	18.5	7.4

3 讨 论

3.1 本次调查学前儿童体格发育状况 本次调查儿童在 2009 体格发育水平总体正常,与国家标准持平,3 年间的身高、体质量增幅都较明显,符合儿童生长发育的规律。

3.2 本次调查所使用的标准和方法 目前学前儿童体格生长发育的评价指标多采用 2009 年我国 7 岁以下儿童生长发育指标和世界卫生组织 2007 年儿童体格生长标准^[7]。因为我国儿童的体格生长标准更适用于我国儿童的生长发育特点,所以本

次数据的 Z 评分使用的是 2009 年我国 7 岁以下儿童生长发育参考指标计算。本次调查使用的数据为体检资料,在录入过程中经过了数据处理,舍弃一部分不可信数据和缺失数据,使用的数据能够揭示调查儿童体格生长发育状况^[8]。

3.3 本次研究中存在的不足 本次所调查的学龄前儿童是按照我国 7 岁以下儿童生长发育指标中 3 个月为一个阶段划分,精确性仍需改进。该幼儿园的膳食保健制度一直按照标准严格执行,在幼儿园期间也能保证幼儿每日 2 h 以上的户外活动时间,说明儿童的生长发育存在个体差异性,与儿童在家的饮食安排与运动量亦有极大关系;但因为时间跨度较长,没有结合每个儿童的家庭养育状况进行分析,是本研究的缺憾^[9]。

整体而言,该幼儿园的 107 名学龄前儿童 3 年幼儿园学习生活期间,生长发育变化明显,呈现快速增长趋势,但体格发育中仍然存在生长迟缓、超重、肥胖等问题,营养缺乏与营养过剩并存^[10]。提示托幼机构与家庭要合作,通过合理的生活保健制度,培养学龄前儿童良好的生活习惯,形成动力定型,注意膳食营养均衡和保证适量的儿童户外活动时间,加强体育锻炼,促进学龄前儿童的健康成长^[11]。

参考文献

[1] 刘湘云,陈荣华,赵正言. 儿童保健学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2011:18-20.

[2] 蒋竞雄,王燕,连光利. 儿童体格生长评价及身高保健方法[J]. 中国儿童保健杂志,2012,20(11):963-965.

[3] 黎海芪. 儿童早期线性生长波动的研究[J]. 中国儿童保健杂志,2010,18(3):183.

[4] 宗心南,李辉. 7 岁以下儿童中国生长标准与世界卫生组织新标准比较[J]. 中国儿童保健杂志,2010,18(3):195-201.

[5] 熊锡,廖八根. 单纯性肥胖学龄儿童纵向生长与血清 IGF-1/IGFBP3 变化[J]. 中国儿童保健杂志,2012,20(6):547-550.

[6] 康如彤,钟燕,蒋耀辉. 长沙市学龄儿童生长发育的纵向追踪研究及体格偏离趋势分析[J]. 中国儿童保健杂志,

- 2011,19(8):695-697.
- [7] 盛志华,李莉萍,栲英,等. 徐州市 0~7 岁儿童身高、体重与体质指数研究[J]. 中国妇幼保健,2006,21(18):2514-2516.
- [8] 孙闽君,曹在池,丛明滋,等. 烟台市 0~7 岁儿童身高、体重和体质指数的探讨[J]. 中国妇幼保健,2007,22(24):3395-3397.
- [9] 盛晓阳,许积德,沈晓明. 中国 7 岁以下儿童正常体重和身高主要参数及估算公式[J]. 中国当代儿科杂志,2009,11(8):672-674.
- [10] 李辉. 中国 7 岁以下儿童体格发育状况及 30 年变化趋势[C]//全国儿童营养及苯丙酮尿症研讨会论文集,2007.
- [11] 张学兵,吕季东. 2000~2010 年中国幼儿(3-6 岁)身体形态状况的动态研究[J]. 南京体育学院学报:自然科学版,2012,11(1):29-33.
- (收稿日期:2013-01-13 修回日期:2013-04-02)

儿童感染艰难梭菌合并轮状病毒 1 例报道

王瑞莲,邓间开,江凌晓(南方医科大学珠江医院检验医学部,广州 510282)

【关键词】 艰难梭菌; 轮状病毒; 腹泻
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.21.092 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2013)21-2935-01

艰难梭菌(CD)是一种专性厌氧革兰阳性芽孢杆菌,1978 年 Bartlett 等^[1]对 CD 产毒株与抗菌药物相关性肠炎的研究中首次确定 CD 是可引起人类疾病的病原菌。CD 与临床长期使用某些抗菌药物引起的伪膜性肠炎有关,人们认为该细菌的主要感染人群为老年人,在儿童中罕见,而轮状病毒却是引起婴幼儿腹泻的主要病原体,两种病原体常见的临床表现均为腹泻、呕吐等。

1 病历报告

患儿,男,3 岁,来自农村,6 h 前开始出现呕吐症状,呕吐物为胃内容物,非喷射状呕吐,每次呕吐量较少,至就诊时呕吐 7~8 次,水样便 1 次,无哭闹、腹胀、腹痛、无发热、抽搐等症状,由门诊收入病房,入院诊断为“急性胃肠炎”。入院时体格检查:体温 36.6℃,脉搏 110 次/分,呼吸 25 次/分,体质量 13 kg,身高 95 cm,发育正常,患儿精神一般,尿量少,食欲欠佳。腹部平坦,未见腹壁静脉显露或曲张、未见胃肠型蠕动波,腹肌柔软,腹部无压痛,反跳痛,未触及异常包块,肛门未见异常,尿道口未见异常。入院后第 2 天和第 3 天患儿连续 2 d 出现发热症状,体温在 37.7~38.8℃,肠鸣音活跃现象,水样便 1 次。既往病史:患儿属于过敏体质,就诊前在外院持续进行抗过敏治疗 1 个多月,具体药物使用情况不详,未见明显好转。经实验室检查,血常规:白细胞 15.38 g/L,淋巴细胞 19.4%,中性粒细胞 70.7%;生化检查:钾 3.92 mmol/L,钠 139.4 mmol/L,氯 103.9 mmol/L,二氧化碳 17.8 mmol/L;粪便常规:稀便,转铁蛋白阳性,未见红细胞、白细胞;病原学检查:采集患儿入院后第 2 天粪便标本 1 份,利用免疫方法包括胶体金方法和化学发光方法、传统的方法细菌培养和分子生物学方法液相悬浮芯片系统等进行检测。检测的细菌包括沙门菌、志贺菌、霍乱弧菌、小肠炎耶尔森菌、弯曲菌、致泻性大肠埃希菌(包括产毒型大肠杆菌、产志贺毒素大肠杆菌、大肠杆菌 O157)、CD 等,病毒包括诺如病毒 I、II 型,腺病毒 40/41 型,轮状病毒 A 型。CD 毒素首次用梅里埃的化学发光法检测为阳性再利用液相悬浮芯片验证均为阳性,轮状病毒首次用胶体金方法检测为阳性再利用液相悬浮芯片验证为阳性,剩余的其他检测项目均为阴性。治疗:连续补液 2 d,药物以 10%氯化钾注射液、10%葡萄糖注射液、葡萄糖氯化钠注射液、浓氯化钠注射液等为主,以保护胃肠黏膜、维持水电解质和酸碱平衡;另外加用肛周吹氧,

保持肛周皮肤清洁,症状持续好转,入院后第 2 天,腹泻和呕吐开始好转。

2 讨论

CD 是梭菌属的一种专性厌氧菌,为革兰阳性细菌,对氧十分敏感,很难分离培养。CD 目前的检测方法包括细菌培养、细胞毒素测定、免疫学检测、分子生物学方法等^[2]。目前,国际公认诊断 CD 感染的金标准是粪便标本培养和细胞毒素测定,这两种方法需要时间比较长,对人员和仪器设备要求高,建议实验室可先用免疫学检测作为初筛实验,再利用分子生物学方法做进一步验证。

国外也有相关报道报道儿童和社区 CD 感染率正在上升,CD 感染不再局限于老人和住院患者^[3];轮状病毒腹泻是一个自限病程,现今所有的治疗手段并没有特效,仅是不同程度的改善症状;如果发生细菌且合并病毒感染引起腹泻可能会使得疾病变得更加复杂;这些提醒应该重视腹泻的人群,即使不存在传统危险因素仍需要考虑到 CD 感染可能。另外,CD 和轮状病毒广泛分布于自然环境中,主要通过粪-口传播,提高个人抵抗力的同时要加强卫生宣教工作,注意个人卫生和环境清洁消毒。对于因 CD 感染引起的腹泻,目前常见的治疗方法有停用抗菌药物治疗(主要指万古霉素和甲硝唑)和粪便移植,具体治疗方案根据疾病严重程度而定,本次治疗所用的肛周吸氧的方法可能也在一定程度上也抑制了 CD 的繁殖,有利于疾病康复。

参考文献

- [1] Bartlett JG,Chang TW,Gurwith M,et al. Antibiotic-associated pseudomembranous colitis due to toxin-producing clostridia[J]. N Engl J Med,1978,298(10):531-534.
- [2] 赵建宏,杨靖. 艰难梭菌感染流行病学特征、实验室诊断与治疗的研究进展[J]. 临床检验杂志,2013,31(1):40-43.
- [3] Khanna S,Baddour LM,Huskins WC,et al. The epidemiology of Clostridium difficile infection in children:a population-based study[J]. Clin Infect Dis,2013,56(10):1401-1406.

(收稿日期:2013-04-18 修回日期:2013-06-12)