

次体检及异常情况以及目前用药情况,应作为单独项目列在问卷表显眼的位置,有助于医生更好地评估患者的健康情况和制订治疗计划。

3.3 调查结果分析 2008 年第 3 次全国口腔健康流行病学调查报告显示,当前我国中老年人牙周健康率仅为 14.5% 和 14.1%^[3],其患病率远远居于龋病之上,本调查中,>40~60 岁的患者占 57.36%,与该结果相符。

由于口腔为呼吸道和消化道的起始端,有研究表明,牙周病与呼吸和消化系统疾病有一定相关性,主要原因可能是存在相同的相关致病菌,而牙齿菌斑可能促进口腔和口咽部病原体的定植^[4]。本调查中有 81.19% 和 20.30% 的患者分别患有呼吸系统疾病和消化系统疾病。有报告显示牙齿菌斑可能作为呼吸道和消化道病原体的储存库,菌种可能为金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、牙龈卟啉单胞菌和肠道的菌种,可被吸入或吞入呼吸道和消化道,导致相应的感染或加重原来的病情^[5]。

有研究表明,牙周病与心血管疾病都是多因素慢性疾病,有许多共同点,二者同时具有多种流行病学因素,如患者年龄较大、吸烟、糖尿病和社会经济状况偏低等。本调查中有 18.25% 的牙周病患者同时患有心脏病。另外有 35.57% 的牙周病患者患有糖尿病。目前,许多研究已经证实糖尿病与牙周病的双向关系,一方面糖尿病是牙周病的危险因素,糖尿病患者的高血糖为龈下菌群提供了丰富的营养,而其代谢障碍降低了中性粒细胞的黏附、趋化、吞噬及杀菌等功能,同时造成单核细胞分泌过多的炎症介质促进骨吸收和牙周附着的破坏;血管病变造成组织缺血缺氧,使牙周感染无法彻底清除,牙周病损害愈合障碍,并大大加重了牙周组织的破坏;另一方面牙周病作为慢性炎症对糖尿病的代谢控制具有负面影响,因此牙周病已被描述为糖尿病的第六并发症^[6]。

问卷中包括了感染性疾病,如肝炎、获得性免疫缺陷综合征、结核等。本调查中,26.44% 的牙周病患者有感染性疾病。口腔医生应明确曾患过乙型肝炎的患者目前是否为携带者,鼓励患者即便是为了家庭安全也应该进行检测。人类免疫缺陷病毒阳性通常伴随牙周相关问题,问卷涉及该病时应谨慎。结核病在现有医疗条件下并不常见,但在贫困人群和机体抵抗力低下者有一定分布,应予以重视。问卷中还涉及其他需要引起

口腔医生重视的是:肝硬化影响患者的康复能力,反复发作的肾炎患者可能在牙周治疗前需要预防性使用抗生素;癫痫病患者在牙周治疗前需额外用药;服用苯妥英钠的患者常常会有牙龈增生反应;在妊娠期间应避免非紧急牙周治疗带来的并发症,尤其是在妊娠前、后 3 个月内,同时应提醒有妊娠期牙周病的患者,要注意早产和出生低体质量婴儿的可能;各种类型的癌症患者在牙周治疗中均存在并发症,白血病可能伴随牙龈增生,恶性肿瘤会使牙周常规治疗计划的预后欠佳,放疗可能使手术治疗无法进行,若患者最近有化疗史,应与相应内科医生协同治疗;牙周治疗中使用的许多药物是重要抗原,应避免在过敏体质患者身上使用;一些皮肤病,如扁平苔藓、天疱疮、类天疱疮,可能伴有牙周因素的参与;某些类型的关节炎会降低菌斑控制的敏感度,皮质醇治疗常会延缓牙周治疗后组织修复时间;如果患者无法进行良好的口腔卫生护理时,身体或精神“不能自理”也许能解释牙周炎症的病因,并会影响预后和治疗计划。

参考文献

- [1] 刘鑫,贾艳,张莉,等. 盐酸小檗碱对体外培养人牙周膜细胞炎性反应影响的初步分析[J]. 激光杂志,2013,34(1):83-85.
- [2] 李正阳. 牙周病与全身系统性疾病的关系[J]. 武警后勤学院学报:医学版,2012,21(7):576-580.
- [3] 齐小秋,张博学,张立,等. 第三次全国口腔健康流行病学调查报告[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:46-47.
- [4] Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health[J]. J Periodontol, 2006, 77(9):1465-1482.
- [5] Fourrier F, Cau-pottier E, Boutigny H, et al. Effects of dental plaque antiseptic decontamination on bacterial colonization and nosocomial infections in critically ill patients[J]. Intensive Care Med, 2000, 26(9):1239-1247.
- [6] 黄婧. 糖尿病合并牙周病患者龈沟液的研究进展[J]. 国际口腔医学杂志, 2013, 40(4):519-522.

(收稿日期:2014-03-10 修回日期:2014-04-04)

罕见肺隔离症 1 例

张为民,赵兴吉[△],都定元,谭远康,孔令文(重庆市急救医疗中心/重庆市第四人民医院 400014)

【关键词】 肺隔离症; 先天性; 畸形

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.014.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)14-2040-02

隔离肺是一种少见的先天性肺发育畸形,隔离肺好发于下叶后基底段,左下叶最常见,分为叶内型和叶外型,叶外型与支气管不相通,故临床症状较少。本病例为 2014 年 1 月 1 日收治的 1 例罕见肺隔离症,本文对此病例表现及治疗报道如下。

1 临床资料

患者,男,53 岁,因反复咳嗽咳痰 2 月余,发热伴胸痛 1 月余入院。院外首次 CT 显示:右下肺团块影,实变,包裹性积液? 纤支镜及右肺包块穿刺病理检查均提示:纤维组织增生、

炎变。经抗感染治疗 9 d,体温逐渐降至正常,咳嗽、咳痰、胸痛好转,复查 CT 提示:右下肺部分实变、不张,右下肺叶占位性病变。半个月后再次复查 CT,包块未见缩小,提示右下肺肺癌? 右下肺炎性假瘤? 右下肺结核球? 拟行手术治疗。术中见右下肺与胸壁、纵隔、心包、膈肌呈膜状粘连;包块位于右下肺背段,鹅蛋大小,质地硬。形状边界不清楚;右下肺大部分实变,占据右下肺的 3/4,见图 1。拟行右下肺叶切除术,术中粘连分离困难,遂先肺门解剖,游离出右下肺动脉,切断并结扎。然后仔细分离右下肺粘连后,在右下肺外侧基底段表面见

一壁厚,搏动明显的体循环动脉自胸降主动脉分出后,进入右下肺内,见图2,术中诊断为肺隔离症。右下肺完整切除后,病理检查证实为右下肺肉芽肿伴脓肿形成。

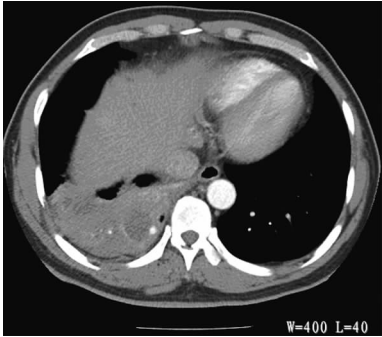


图1 右下肺感染性包块



图2 主动脉分出的体循环动脉进入右下肺包块内

2 讨论

隔离肺是一种少见的先天性肺发育畸形,在先天性肺畸形中占0.15%~6.40%^[1]。其特点是一部分胚胎肺组织与正常肺组织隔离开来,形成囊性肿块,由体循环供血。病因尚无定论,多支持 Pryce 血管牵拉学说^[2]。隔离肺好发于下叶后基底段,左下叶最常见,分为叶内型和叶外型,叶外型与支气管不相通,故临床症状较少。叶内型部分可与支气管相通,从而导致隔离肺反复感染,临床上常表现为发热、咳嗽、胸痛、咳脓痰甚至脓血痰及反复肺炎发作等。其诊断方法主要为 X 线平片、CT 及 CT 增强血管造影(CTA)。术前误诊率高,有学者在回顾分析中报道,近半数病

例术前误诊,均在术中探查发现异常起源血管时才确诊肺隔离症^[3]。目前认为 CTA 可显示异常供血动脉,是诊断肺隔离症的首选检查方法^[4],甚至可以替代术前的血管造影。而彩色多普勒超声检查对肺隔离症有一定的意义,尤其对于胎儿,彩色多普勒对诊断 PS 有重要的价值,可同时动态显示异常的动、静脉,常表现为胸主动脉或腹主动脉发出异常分支伸入肺组织内。但有报道显示,产前超声筛查肺隔离,部分或完全消退者占50%~70%^[5-6]。

隔离肺手术成功的关键是分离并正确判断隔离肺的异常体循环血供,并妥善处理。此血管多存在纤维化,管壁较薄,一旦损伤可能回缩于纵隔或腹腔,造成难以控制的大出血,因此,这是手术最大的潜在风险。王新桥和刘晓琳^[7]在隔离肺的外科治疗中曾出现过1例因缺乏警惕而误伤异常动脉造成意外大出血,后经紧急处理未造成严重后果。本病例也是术中分离粘连带时,扣及其内有动脉搏动时确诊的。因此在行下叶切除时均要仔细检查,在解剖下肺韧带及膈肌胸膜粘连带时警惕异常动脉,从而尽可能规避手术风险。

参考文献

[1] 顾恺时. 顾恺时胸心外科手术学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2003:772-774.
[2] 黄孝迈. 现代胸外科学[M]. 北京:人民军医出版社,1991:80.
[3] 陈圣杰,廖斌,易善永,等. 肺隔离症 24 例报告[J]. 江苏大学学报:医学版,2005,15(6):518-519.
[4] 张清峰,杨海泉,寇瑛,等. 肺隔离症的临床诊断与治疗[J]. 华西医学,2010,25(9):1622-1624.
[5] Felker RE, Tonkin IL. Imaging of pulmonary sequestration[J]. AJR, 2010, 154(2):241-249.
[6] Siegel MJ. Multiplanar and three-dimensional multi-detector row CT of thoracic vessels and airways in the pediatric population[J]. Radiology, 2009, 229(3):641-650.
[7] 王新桥,刘晓琳. 肺隔离症 9 例的外科治疗并文献复习[J]. 中国社区医师:医学专业,2011,13(36):99-100.

(收稿日期:2014-03-26 修回日期:2014-04-26)

(上接第 2036 页)

卫生服务机构和大医院就诊时可实行不同的自费比例,引导参保人员在社区卫生服务机构诊治一般常见病、多发病和慢性病。医保部门可在保险协议上作出相应规定,只有在社区医院无法诊治的疾病才能转往上级医院,如英国实施的全科医生首诊制度,只有经过全科医生转诊才能进入医院接受治疗,享受免费医疗服务。深圳市医保政策对综合医保参保者没有限制,自费患者就有更大的选择权,所以此两类患者转诊率只有1.0%和0.4%。如果有政府政策给以规定,转诊率也会与需要绑定社康的参保者一致。

参考文献

[1] 刘梅,陈金华,彭晓明. 社区卫生服务机构与医院实施双向转诊的意义及建议[J]. 中国全科医学,2004,7(1):38-39.
[2] 陈倩. “双向转诊零病例”的原因分析及对策[J]. 中国全科医学,2008,11(19):1734-1735.
[3] 陈惠萍,王松梅. 完善社区卫生服务双向转诊方式的探讨[J]. 中国卫生经济,2010,29(8):43-44.

[4] 郑大喜. 新医改背景下构建公立医院与基层医疗机构分工协作机制探讨[J]. 医学与社会,2011,24(8):42-45.
[5] 吴启斌,郭伟. 实施双向转诊制度中的问题与对策[J]. 中国农村卫生事业管理,2011,31(8):785-786.
[6] 刘晓溪,陈玉文,毕开顺. 借鉴英国医疗服务体系破解我国实施双向转诊制度难题[J]. 中国全科医学,2013,16(25):2926-2929.
[7] 张静,董芬,王德扬. 社区卫生服务中心与综合性医院开展双向转诊的 SWOT 分析和策略[J]. 中国农村卫生事业管理,2010,30(1):28-30.
[8] 胡卫中,韩瑾,朱芳. 社区医生信任度影响因素分析[J]. 中华医院管理杂志,2011,27(3):198-200.
[9] 孙振亚,黄志平,张豪,等. 患者对双向转诊的认知与满意度分析[J]. 中国农村卫生事业管理,2009,29(2):128-131.
[10] 雷光和. 以基本医疗保险为视角的双向转诊激励与约束机制构建研究[J]. 中国全科医学,2013,16(16):1829-1832.

(收稿日期:2014-01-24 修回日期:2014-04-01)