

引起的细菌性食物中毒多年来在广州地区引起食物中毒的病原菌中一直占前 3 位^[5-6]。该菌在自然界中的分布十分广泛,多种家禽、家畜、鱼类、飞鸟、鼠类及野生动物的肠腔及内脏中能查到此类细菌。细菌由粪便排出,污染饮水、食物、餐具,尤以新鲜肉类、蛋品、乳类较易受污染,人进食后造成感染。本次食物中毒事件经流行病学调查、实验室病原学检测及同源性分析,依据 WS/T13-1996《沙门菌食物中毒诊断标准及处理原则》和 GB14938-1994《食物中毒诊断标准及技术处理原则》初步判定为这是一起因为食用被肠炎沙门菌污染的蛋糕而引起的食物中毒事件。

本事件中,询问蛋糕店厨师最近无发烧、腹泻等症状,也没有进食过当日制作的糕点,可疑蛋糕所用的 2 份糕点原料中未均检出肠炎沙门菌,可排除原料污染的因素。而厨师肛拭子和手拭子中均检出肠炎沙门菌,3 份剩余食物样品也检出肠炎沙门菌,且 PFGE 图谱与 5 例患者的分离株 PFGE 图谱同源性为 100%,说明厨师为肠炎沙门菌的带菌者。此次食物中毒的发生过程可能是厨师将所带的肠炎沙门菌污染了其制作的糕点,患者进食糕点后被感染而引起食物中毒。

在食物中毒事件的处理中,首先要注意标本采集的完整性和合理性,其次如果能确定为感染来源的物料种类,要进一步溯源到其最初的污染源及污染途径,才能通过对发生于某一点的事件处置实现更大范围的溯源和相关疾病的有效防控^[7]。本次食物中毒事件中及时采集到厨师的肛拭子和手拭子是成功追溯到病原菌的源头和传播途径的基础,说明在此类事件中样品采集的重要性。因此若要从根本上控制食源性疾病的发

源所在,查明污染源头,切断传播途径。同时为预防类似食物中毒事件的再次发生,各地卫生监督部门应加强对餐饮行业从业人员的健康检查,加强食物中毒事件的检测和风险评估,以减少食物中毒事件的发生。

参考文献

- [1] 王兵. 沙门氏菌引起的食物中毒[J]. 当代医学, 2012, 18(23): 160.
- [2] 曹霞. 一起沙门氏菌食物中毒的病原检测分析[J]. 公共卫生与预防医学, 2012, 23(6): 84-85.
- [3] 陈玉红. 一起沙门菌引起食物中毒的检验结果分析[J]. 检验医学与临床, 2013, 10(2): 206-207.
- [4] 张金华, 王桂红. 一起由都伯沙门氏菌引起食物中毒的调查分析[J]. 东南大学学报: 医学版, 2013, 32(1): 29-31.
- [5] Tenover FC, Arbeit RD, Goering RV, et al. Interpreting chromosomal DNA restriction patterns produced by pulsed-field gel electrophoresis: criteria for bacterial strain typing[J]. J Clin Microbiol, 1995, 33(9): 2233-2239.
- [6] 景钦隆, 毛新武, 何洁仪, 等. 2006~2008 年广州市食源性疾病暴发监测分析[J]. 中国食品卫生杂志, 2010, 22(2): 160-164.
- [7] 周勇, 张欣强, 侯水平, 等. 广州市 76 株沙门菌的血清型分布及耐药性分析[J]. 现代预防医学, 2014, 41(2): 349-352.

(收稿日期: 2015-02-25 修回日期: 2015-04-15)

氧化锌丁香酚水门汀治疗干槽症

向 强, 郑 敏[△] (重庆牙科医院 400010)

【关键词】 干槽症; 氧化锌丁香酚水门汀; 填塞

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 14. 072 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)14-2136-02

干槽症是拔牙术后的一种并发症^[1]。以疼痛剧烈, 迁延数日, 给患者带来极大痛苦为主要临床表现。多见于下颌后牙, 占 58%~92%, 发生率依次是下颌第 3 磨牙, 下颌第 1 磨牙, 下颌第 2 磨牙, 其他牙少见, 前牙发生率低^[2]。本文分析了用“氧化锌丁香酚水门汀糊剂”治愈干槽症的方法, 结合相关文献, 探讨该方法的治疗效果, 为临床治疗干槽症提供一定的参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 患者张某, 男, 26 岁, 因“右下颌拔牙创持续性疼痛, 伴耳侧疼痛”来院就诊。病史: 3 d 前在某院行右下颌第 3 磨牙拔除术, 自述拔牙过程中曾用“钉锤”敲击器械拔牙, 出血很多, 拔牙过程持续时间较长。某院病历记录: “右下颌第 3 磨牙低位阻生, 在传导阻滞麻醉下行右下颌第 3 磨牙拔除术, 术中劈冠, 去骨, 出血多, 拔除时间约 40 min”。经本科检查发现, 拔牙窝内极其空虚, 牙槽骨壁表面有少量灰白色的假膜覆盖, 窝底部有腐败坏死物质, 有明显臭味。骨壁红, 触骨壁疼痛剧烈, 见创口周围牙龈红肿。冷热水诊同侧上下牙齿, 无疼痛等不适症状。冷水冲拔牙窝, 极其敏感。扪淋巴结肿大。患者拔牙前无上述疼痛等症状, 拔牙后第 3 天出现拔牙窝及其周围持续性痛, 不分夜间和白天。口服芬必得无法止痛来诊。根

据上述临床表现, 诊断为干槽症。

1.2 治疗方法 首先用 3% 过氧化氢溶液和生理盐水交替冲洗拔牙窝直至过氧化氢溶液泡沫较少为止, 起到初步消毒拔牙窝, 使拔牙窝相对清洁无菌。用棉球隔湿, 再用消毒棉球吸干拔牙窝内残余水分, 将氧化锌丁香酚水门汀严格按照粉液比例调制成糊剂, 量以能充满窝洞为宜; 用镰形等充填器将糊剂少量的轻轻的压入拔牙窝洞口, 再用棉签蘸水后适当加压将糊剂压入拔牙窝, 直到糊剂完全充满拔牙窝且不影响咬合为止。经上述治疗糊剂充填拔牙窝后 30~60 min, 患者的剧烈疼痛症状缓解, 2 h 内疼痛消失。第 2 天口臭消失, 进食正常。在填塞后 1 周左右, 固化的糊剂从拔牙窝上部开始脱落, 直至糊剂从窝洞全部脱落, 创口内新鲜肉芽组织逐渐形成, 口腔内无任何不适症状。

2 结 果

通过运用上述治疗方法, 在临床上共对 5 例干槽症进行了相同方法的处理和治疗, 均在短时间内疼痛症状消失, 能快速减轻患者痛苦。操作简单快捷, 短时间内痊愈, 疗效明显。

3 讨 论

3.1 冲洗时, 3% 过氧化氢溶液遇到组织中的过氧化氢酶时立

即分解释放出新生氧,从而达到杀菌和除臭作用^[3-5]。3%过氧化氢溶液具有抑制厌氧菌并机械地清除窝洞表面坏死物和除臭的功能。对窝洞进行反复冲洗,能去除骨壁污物,抑制部分厌氧菌,达到消毒窝洞的目的。

3.2 氧化锌丁香酚水门汀的组成:由液剂和粉剂组成。粉剂由氧化锌(70%)、松香(30%)组成。液剂由丁香油酚(85%)、橄榄油(15%)组成^[3]。氧化锌具有弱的防腐作用和缓和的收敛作用,能保护创面和去除创口腐败臭味。丁香油酚具有轻度消毒防腐和较好的镇痛作用^[5],能迅速止痛。当糊剂凝固后,根据其传导性能,其传导系数近似于牙本质,是热和电的不良导体。同时具有尺寸稳定性的特性,其凝固过程中体积收缩极小为 0.1%,能够很好的贴合骨壁,使整个拔牙窝高度密合,能隔绝来自口内的各种不良刺激,从而保护空虚窝洞和裸露骨壁^[6],促进肉芽组织的形成。

3.3 目前干槽症的治疗方法很多。最佳方案是通过传导阻滞麻醉,在无痛的情况下彻底清创,使用 3%过氧化氢溶液棉球反复擦拭以去除腐败坏死物质,直至牙槽窝清洁,棉球干净无臭味。用生理盐水冲洗牙槽窝。将碘仿纱条填入拔牙创,先将纱条的一端填入牙槽窝底部,再依次叠列严密填满牙槽窝,松紧适度,最后将纱条末端塞入牙槽窝深部避免松脱,也可缝合两侧牙龈^[7-8]。经上述处理后,绝大多数当天疼痛就可减轻,次日疼痛消失^[1]。治疗失败的原因在于首次清创不彻底或碘仿纱条堵塞过松未完全隔绝外界刺激^[1],用氧化锌丁香酚水门汀糊剂治疗干槽症和上述常规的治疗干槽症方法相比较,具有以下优点:(1)无需麻醉,消除患者的恐惧感,降低麻醉风险;(2)无需对拔牙窝进行创面彻底清创,缩短就诊时间,简化治疗程

序;(3)疼痛缓解时间更短,止痛效果更好,及时减轻患者痛苦;(4)填塞材料与窝洞密合,隔绝刺激更好,失败率更低;(5)填塞物不易松动脱落,治愈时间缩短;(6)操作简便。本方法缺点是对窝洞太浅者不适用。由于氧化锌丁香酚水门汀糊剂溶于唾液,窝洞太浅不易固位容易脱落。

参考文献

[1] 杨佑成,崔秀珍. 简明口腔科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:293-294.
[2] 张志愿. 口腔颌面外科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2012:132-134.
[3] 陈治清. 口腔材料学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2008:130-131.
[4] 董艳丽. 实用临床口腔诊疗及护理[M]. 上海:上海交通大学出版社,2014:55-56.
[5] 周翔翔,叶文忠. 口腔全科诊疗要点手册[M]. 北京:人民军医出版社,2001:316.
[6] 马净植. 口腔疾病诊疗指南[M]. 3 版. 北京:科学出版社,2013:84-85.
[7] 郑家伟. 口腔颌面外科精要[M]. 上海:上海科学技术出版社,2014:79.
[8] 郅克谦,杨壮群. 口腔颌面外科学[M]. 西安:西安交通大学出版社,2011:89-92.

(收稿日期:2015-02-25 修回日期:2015-04-15)

住院基本药物应用情况分析

张筱林¹,左六一²(1. 四川省双流县妇幼保健院 610200;2. 重庆医科大学附属第一医院药学部,重庆 400016)

【关键词】 基本药物; 用药频度; 销售金额; 合理用药
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 14. 073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)14-2137-02

为全面了解 2012 版替换 2009 版《国家基本药物目录》《国家基本药物四川省补充药物目录》对本院的药品使用的影响,对 2012~2013 年住院基本药物的使用数量、品种、金额、合理性进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料 来源于 2012~2013 年住院基本药物使用数据,用 Excel 进行分类统计和排序。

1.2 方法 统计基本药物的销售数量,金额,采用世界卫生组织推荐的 DDD 值,根据《新编药物学(第 17 版)》推荐的成人平均日剂量,文献未收录的采用药品说明书而定 DDD 值。

DDD=药品年销售总量/DDD 值;DDC=药品年销售金额/DDDs;DDDs 反映药物动态和用药变化结构的变化,DDDs 越大说明该药品使用频率越高。DDC 反映该药的总价格水平的高低。

2 结 果

2.1 中成药,调节水、电解质及酸碱平衡药,抗菌药物,血液系统用药,妇科用药,呼吸系统用药两年一致。其中中成药两年保持第 1,呼吸系统用药 2013 年度上升 4 位。见表 1。

2.2 头孢类辛酯分散片 DDs 两年排前 3 位,DDC(7. 3)较低;阿莫西林胶囊 2013 年排前 3 位,DDC(0. 35)较低。见表 2。

表 1 本院住院 2012~2013 年基本药物销售种类及金额

药品分类	2012 年			药品分类	2013 年		
	种类	金额(元)	占比(%)		种类	金额(元)	占比(%)
中成药	12	603 212. 30	51. 60	中成药	26	1 083 067. 60	33. 38
调节水、电解质及酸碱平衡药	8	214 499. 30	18. 30	呼吸系统用药	12	542 828. 78	16. 73
抗菌药物	16	104 832. 00	8. 98	调节水、电解质及酸碱平衡药	11	437 268. 30	13. 48