

版), 2014, 22(6): 23-26.

[2] 李乃洋, 赵岐. 超声乳化联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼合并白内障的疗效观察[J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(2): 290-292.

[3] 周历, 关娟, 盛豫, 等. 单纯白内障摘除术治疗白内障膨胀期继发性青光眼[J]. 医学临床研究, 2008, 25(4): 621-623.

[4] 禚中宁, 陈洁, 刘晶. 白内障超声乳化吸除联合房角分离术治疗原发性闭角型青光眼的远期疗效观察[J]. 广西医学, 2014, 42(10): 1452-1453.

[5] 袁松涛, 蒋沁, 袁南荣. 青光眼小梁切除术联合白内障吸除治疗原发性闭角型青光眼[J]. 医学临床研究, 2008, 25(10): 1828-1831.

[6] 汪丰, 叶汉元. 超声乳化白内障吸除人工晶状体植入术治疗急性闭角型青光眼[J]. 国际眼科杂志, 2016, 16(1): 141-143.

[7] Trikha S, Perera SA, Husain R, et al. The role of lens extraction in the current management of primary angle-closure glaucoma[J]. Curr Opin Ophthalmol, 2015, 26(2): 128-134.

[8] 艾尼瓦尔·阿布都克里木. 白内障超声乳化吸除、人工晶状体植入联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼合并白内障的临床疗效观察[J/CD]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2014, 6(8): 138-141.

[9] Su WW, Chen PY, Hsiao CH, et al. Primary phacoemulsification and intraocular lens implantation for acute primary angle-closure[J]. PLoS One, 2011, 6(5): e20056.

[10] 梁文涛, 万修华, 李航. 白内障超声乳化吸除联合房角分离术治疗急性闭角型青光眼合并白内障 78 例疗效观察[J]. 中国民康医学, 2014, 26(21): 56-57.

[11] White AJ, Orros JM, Healey PR. Outcomes of combined lens extraction and goniosynechialysis in angle closure[J]. Clin Exper Ophthalmol, 2013, 41(8): 746-752.

(收稿日期: 2016-07-15 修回日期: 2016-12-04)

• 临床探讨 •

闭式冲洗留置负压引流对口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度及脓肿大小的影响

易 辉, 胡方育

(四川省科学城医院口腔科, 四川绵阳 621900)

摘 要:目的 探讨闭式冲洗留置负压引流对口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度及脓肿大小的影响。方法 随机选取 2013 年 3 月至 2016 年 3 月该院收治的口腔颌面部间隙感染患者 120 例, 依据冲洗引流方法将患者分为两组, 常规冲洗脓肿部位切开引流组(常规组, 60 例)和闭式冲洗留置负压引流组(研究组, 60 例), 对两组患者的临床疗效、疼痛程度及脓肿大小进行统计分析。结果 研究组患者治疗的总有效率为 98.3%(59/60), 显著高于常规组 81.7%(49/60), 差异有统计学意义($P<0.05$); 治疗后研究组 VAS 评分显著低于常规组, 差异有统计学意义($P<0.05$); 研究组脓肿直径显著小于常规组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 闭式冲洗留置负压引流能够有效缓解口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度, 缩小患者脓肿大小, 值得临床推广。

关键词:闭式冲洗留置负压引流; 口腔颌面部间隙感染; 疼痛; 脓肿

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.049 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)06-0863-03

口腔颌面部感染属于口腔科急危疾病, 在临床极为常见。由于口腔颌面部具有较为疏松的组织、较为复杂的解剖, 各个间隙之间互相影响, 因此感染极易扩散, 还可能引发严重并发症, 如中毒性休克等, 对患者的生命造成严重威胁^[1]。一直以来, 临床医护人员对有效处理口腔颌面部间隙感染, 促进伤口愈合速度, 以及减轻患者都非常重视^[2]。本研究统计分析了 2013 年 3 月至 2016 年 3 月本院收治的口腔颌面部间隙感染患者 120 例的临床资料, 对闭式冲洗留置负压引流对口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度及脓肿大小的影响进行了探讨, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取 2013 年 3 月至 2016 年 3 月本院收治的口腔颌面部间隙感染患者 120 例, 所有患者均知情同意。依据冲洗引流方法将患者分为两组, 常规冲洗脓肿部位切开引流组(常规组, 60 例)和闭式冲洗留置负压引流组(研究组, 60 例)。常规组中男 34 例, 女 26 例; 年龄 20~77 岁, 平均(47.3±5.8)岁; 在间隙感染部位方面, 26 例为颌下, 17 例为眶下, 12 例为颊部, 5 例为翼下颌; 在间隙感染原因方面, 45 例为牙源性感染, 5 例为腺源性脓肿感染, 5 例为面部疖肿感染, 3 例为颌

骨囊肿继发感染, 2 例为损伤性感染。研究组中男 33 例, 女 27 例; 年龄 20~76 岁, 平均(47.1±5.4)岁; 在间隙感染部位方面, 25 例为颌下, 18 例为眶下, 11 例为颊部, 6 例为翼下颌; 在间隙感染原因方面, 44 例为牙源性感染, 6 例为腺源性脓肿感染, 4 例为面部疖肿感染, 4 例为颌骨囊肿继发感染, 2 例为损伤性感染。两组患者的一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。见表 1。

1.2 方法 常规组患者采用常规冲洗脓肿部位切开引流, 首先给予患者静脉输注足量抗菌药物, 然后切开脓肿部位引流, 定期换药冲洗, 每天 1 次; 研究组患者采用闭式冲洗留置负压引流, 通过 B 超或 CT 检查确定脓腔范围、大小等, 然后打开脓腔, 打开过程中严格依据脓肿切开排脓原则, 并对其进行钝性分离, 尽量完全排除脓液。用生理盐水进行反复冲洗, 对负压封闭引流装置进行修剪, 修剪过程中严格依据创面大小, 向脓腔中塞入, 同时将引流管从切排口处引出, 间断缝合切口部位。对创口进行紧密缝合后擦拭干净周围皮肤, 并将生物透明薄膜粘贴在创口周围皮肤上, 运用系膜法将引流管封闭起来, 使不漏气的真空环境形成于创面和腔隙得到切实有效的保证。持续负压吸引的开始时间为置管后 8 h, 24 h 不间断。如果患者

卧床,则将中心负压充分利用起来,如果患者能够下床,则采用自带负压瓶,中心负压和自带负压瓶的压力均在 50~60 kPa 范围内。嘱咐患者及其家属定时将负压关闭,每 3~4 h 进行 1 次,采用 5-20 醋酸磺胺米隆液进行灌冲,灌冲过程中严格依据患者脓腔大小,10~20 min 后将负压开放,用 50 mL 0.9% 氯化钠溶液对其进行冲洗。详细记录下患者的 24 h 引流量和冲洗量,对手术过程中排出的脓液进行细菌培养及药敏试验。如果患者有较为严重的临床症状,则在入院当天进行血液培养。给予患者静脉输注足量抗菌药物,并对患者进行营养支持。

表 1 两组患者的一般资料比较				
项目	研究组(n=60)	常规组(n=60)	t/χ^2	P
性别[n(%)]				
男	33(55.0)	34(56.7)	2.71	>0.05
女	27(45.0)	26(43.3)		
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	47.1 $\pm$ 5.4	47.3 $\pm$ 5.8	1.88	>0.05
间隙感染部位[n(%)]				
颌下	25(41.7)	26(43.3)	4.61	>0.05
眶下	18(30.0)	17(28.3)		
颊	11(18.3)	12(20.0)		
翼下颌	6(10.0)	5(8.3)		
间隙感染原因[n(%)]				
牙源性感染	44(73.3)	45(75.0)	5.35	>0.05
腺源性疳肿感染	6(10.0)	5(8.3)		
面部疳肿感染	4(6.7)	5(8.3)		
颌骨囊肿继发感染	4(6.7)	3(5.0)		
损伤性感染	2(3.3)	2(3.3)		

1.3 疗效评定 治疗后患者病变部位感染临床症状均完全消失,包括红肿热痛等,则评定为痊愈;治疗后患者病变部位感染临床症状显著减轻,或不正常的病变部位感染临床症状只有一项,则评定为显效;治疗后患者的病变部位感染临床症状有所减轻,则评定为有效;治疗后患者的病变部位感染临床症状没有减轻或加重,则评定为无效^[3]。总有效=痊愈+显效+有效。

1.4 观察指标 治疗前后分别应用视觉模拟评分(VAS)法对两组患者的疼痛程度进行评定,患者的疼痛程度和分值呈显著的正相关关系^[4]。同时,治疗前后分别测量两组患者的脓肿直径并将其详细记录下来。

1.5 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较 研究组患者治疗的总有效率为 98.3%(59/60),显著高于常规组的 81.7%(49/60),差异有统计学意义($\chi^2=5.02, P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者的临床疗效比较[n(%)]					
组别	n	痊愈	显效	有效	无效
研究组	60	27(45.0)	30(50.0)	2(3.3)	1(1.7)
常规组	60	17(28.3)	28(46.7)	4(6.7)	11(18.3)

注:与常规组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后疼痛程度及脓肿大小变化情况比较 组内比较,两组患者治疗后的 VAS 评分显著低于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$),脓肿直径显著小于治疗前,差异有统计学意义($P<0.05$);组间比较,治疗前两组患者的 VAS 评分和脓肿直径之间的差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后研究组患者的 VAS 评分显著低于常规组,脓肿直径显著小于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者治疗前后的 VAS 评分及脓肿直径变化情况比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	n	时间	VAS 评分(分)	脓肿直径(cm)
研究组	60	治疗前	7.3 $\pm$ 1.1	6.7 $\pm$ 1.0
		治疗后	0.4 $\pm$ 0.1 ^{#*}	0.5 $\pm$ 0.1 ^{#*}
常规组	60	治疗前	7.2 $\pm$ 0.7	6.6 $\pm$ 0.9
		治疗后	1.4 $\pm$ 0.1 [#]	1.3 $\pm$ 0.1 [#]

注:与同组治疗前比较,[#] $P<0.05$;与常规组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

3.1 闭式冲洗留置负压引流治疗口腔颌面部间隙感染的优势 闭式冲洗留置负压引流比传统引流管更简便、高效,其动力为负压,中介为医用泡沫材料,在引流期间将负压切断,然后向脓腔注入醋酸磺胺米隆液,进行 10~20 min 的停留,药物能够在腔隙的各个部位充分分布,从而有效浸泡腔隙,在局部对感染进行有效的抵抗。之后将断流器打开,用生理盐水对其进行冲洗,这样在负压下不但能够引出冲洗液,而且还能够引出脓腔内的脓液。这种高效治疗不断持续和循环,有效避免了脓腔内滞留渗出液的现象,缩短了治疗时间。同时,脓腔在医用泡沫材料流出时,在负压吸引的作用下紧紧贴合腔壁,从而有效地避免引流后死腔的形成^[5-8]。同时,抗菌药物在该治疗下,在局部将良好效果充分发挥了出来,从而显著减少了患者全身应用抗菌药物量^[9]。

3.2 闭式冲洗留置负压引流对口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度及脓肿大小的影响 本研究表明,研究组患者治疗的总有效率显著高于常规组($P<0.05$);组内比较,两组患者治疗后的 VAS 评分均显著低于治疗前($P<0.05$),脓肿直径均显著小于治疗前($P<0.05$);组间比较,治疗前两组患者的 VAS 评分和脓肿直径之间的差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后研究组患者的 VAS 评分显著低于常规组($P<0.05$),脓肿直径显著小于常规组($P<0.05$)。发生这一现象的原因为局部的微循环状况在高负压吸引下能够得到有效改善,将创口愈合速度提升到最高限度。同时,一次负压封闭引流的引流效果在 5 d 内均能够良好保持,在这期间不需要对辅料进行更换,同时具有极为简便的操作,因此患者及其家属极易接受,这就促进了临床护理人员工作量的极大减轻^[10]。

综上所述,闭式冲洗留置负压引流能够有效缓解口腔颌面部间隙感染患者疼痛程度,缩小患者脓肿大小,提高对患者治疗的总有效率,值得临床推广。

参考文献

[1] 胡银徐. 老年口腔颌面部间隙感染患者临床特征分析[J]. 山东医药,2014,54(22):68-69.
[2] 郑先雨,程继光. 口腔颌面部间隙感染治疗效果的回顾性分析[J]. 安徽医药,2015,19(10):1966-1968.
[3] 俞丹,陈舜岳,王姝,等. 闭式冲洗留置负压引流口腔颌面

部间隙感染的临床研究[J]. 中国现代医生, 2014, 52(4): 108-110.

[4] 徐金标, 孙鑫, 魏军水. 口腔颌面部间隙感染的诊断及治疗效果评价[J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(8): 1832-1834.

[5] 赵全刚, 梁丹, 路明. 颌面部间隙感染微创切口负压引流的临床治疗研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2015, 25(1): 211-213.

[6] 姜滨, 蔡协艺, 张伟杰, 等. 增强 CT 在口腔颌面部多间隙感染中的应用评价[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2013, 11(1): 29-33.

[7] 吕继连, 孙歌鸿, 张瑞. 重症口腔颌面部间隙感染合并糖尿病 31 例临床分析[J]. 中国医学创新, 2015, 12(17): 21-22.

[8] 杨光辉. 小切口负压引流治疗颌面部间隙感染疗效观察[J]. 河南外科学杂志, 2014, 20(1): 123-124.

[9] Han X, An J, Zhang Y, et al. Risk factors for Life-Threatening complications of maxillofacial space infection[J]. J Craniofac Surg, 2016, 27(2): 385-390.

[10] Bao ZY, Lin Q, Meng YH, et al. Application of anaerobic bacteria detection in oral and maxillofacial infection[J]. J Peking University, 2016, 48(1): 76-79.

(收稿日期: 2016-07-16 修回日期: 2016-12-03)

• 临床探讨 •

PCT、CRP、PA 及 WBC 对重症肺炎的诊断价值

陈小龙, 郝琴[△], 薛乐

(陕西省延安市人民医院检验科 716000)

摘要:目的 探讨 C 反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)、外周血白细胞计数(WBC)及前清蛋白(PA)对重症肺炎的诊断价值。方法 选取 2015 年 10 月至 2016 年 1 月该院收治的肺炎患者 115 例, 根据重症肺炎诊断标准将患者分成重症肺炎组(41 例)及轻症肺炎组(74 例), 另选取同期至该院体检的健康体检者 45 例, 作为健康对照组。对比 3 组研究对象的年龄、性别, 以及血 CRP、PCT、WBC、PA 水平。结果 与轻症肺炎组和健康对照组相比, 重症肺炎组患者年龄较大, 男性比例较高, 差异有统计学意义($P<0.05$)。与健康对照组相比, 重症肺炎组和轻症肺炎组患者 PCT、CRP、WBC 水平较高, PA 水平较低, 差异有统计学意义($P<0.05$); 与轻症肺炎组相比, 重症肺炎组患者 PCT、CRP、WBC 水平较高, PA 水平较低, 差异有统计学意义($P<0.05$)。PCT、CRP、WBC、PA 诊断重症肺炎的受试者工作特征曲线的曲线下面积分别为 0.821、0.742、0.674、0.383, PCT 的诊断价值较高, 差异有统计学意义($P<0.05$), PCT 的灵敏度为 65.6%, 特异度为 80.1%, 准确度为 78.3%。结论 PCT 对重症肺炎的诊断价值较高, 联合检测 CRP、PCT、WBC 对重症肺炎的诊断具有一定的价值。

关键词:降钙素原; C 反应蛋白; 白细胞计数; 前清蛋白; 重症肺炎

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.06.050 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)06-0865-03

肺炎是常见的呼吸系统疾病^[1], 随着社会发展, 环境问题日益严重, 肺炎的发病率居高不下^[2]。重症肺炎病情危重, 病死率较高, 为导致重症监护室患者死亡的原因之一^[3]。因此, 早期诊断及早期治疗重症肺炎有利于控制患者的病情, 提高患者预后, 降低病死率。而 C 反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)、外周血白细胞计数(WBC)及前清蛋白(PA)等为炎症的重要指标^[4-5]。本研究通过对比轻症肺炎患者、重症肺炎患者及健康人群的血 CRP、PCT、WBC、PA 水平, 探究以上指标对重症肺炎的诊断价值, 为临床早期诊断及治疗重症肺炎提供研究依据。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 10 月至 2016 年 1 月本院收治的肺炎患者 115 例, 根据重症肺炎诊断标准将患者分成重症肺炎组(41 例)及轻症肺炎组(74 例), 选取同期本院体检的健康体检者 45 例, 作为健康对照组。重症肺炎诊断标准参考 2007 年美国感染病学会和美国胸科学会制订的标准(包括主要标准和次要标准)。主要标准包括: (1)需要机械通气; (2)感染性休克, 需要给予血管收缩剂治疗。次要标准: (1)呼吸频率 ≥ 30 次/分; (2)氧合指数 ≤ 250 mm Hg; (3)病变累及多个肺叶; (4)意识障碍或定向障碍; (5)氮质血症; (6)WBC $< 4.0 \times 10^9$ /L; (7)血小板计数 $< 100 \times 10^9$ /L; (8)低体温(< 36 $^{\circ}$ C); (9)低血

压需要液体复苏。符合 1 项主要标准或 3 项次要标准以上者诊断为重症肺炎。

1.2 方法 所有研究对象抽取静脉血, 检测血 CRP、PCT、WBC、PA 水平。阳性标准^[6-7]: CRP > 8 mg/L; PCT > 0.5 ng/mL; PA < 160 mg/L; WBC $> 10 \times 10^9$ /L。对比 3 组研究对象的 CRP、PCT、WBC、PA 水平。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 统计软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以率表示, 组间比较采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。以受试者工作特征(ROC)曲线分析判断 CRP、PCT、WBC、PA 对重症肺炎的诊断价值。

2 结果

2.1 3 组患者年龄及性别比较 与轻症肺炎组和健康对照组相比, 重症肺炎组患者年龄较大, 男性比例较高, 差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 3 组患者年龄及性别比较			
组别	<i>n</i>	年龄($\bar{x} \pm s$, 岁)	男性[<i>n</i> (%)]
重症肺炎组	41	77.6 $\pm$ 7.6	32(78.0)
轻症肺炎组	74	34.6 $\pm$ 20.4 [*]	43(58.1) [*]

[△] 通信作者, E-mail: 175533695@qq.com.