胰岛素预先混合制剂,通过每日早晚 2 次给药可提供基础量胰岛素以满足餐前需要,但其中可容性人胰岛素吸收延迟,即使是在餐前 30 min 注射,也难以满足控制餐后高血糖的需要[2]。而中效胰岛素的最大作用时间为 6 ~ 8 h,当晚餐前注射预混人胰岛素 30R 时,到凌晨时就出现胰岛素不足,空腹血糖仍较高,由于其不能很好模拟人体生理胰岛素分泌方式,使部分患者血糖控制不满意。在糖尿病的治疗中既要模拟基础胰岛素分泌,也要模拟与进餐相关的胰岛素升高,从而理想地控制空腹血糖及餐后血糖,减少血糖波动幅度、减少低血糖发生。糖尿病高血糖包括空腹高血糖和餐后高血糖,而餐后高血糖已被证实是 2 型糖尿病患者大血管和微血管并发症的独立危险因素,餐后高血糖与糖尿病心血管病的发生、发展密切相关,加强对餐后高血糖的控制已成为糖尿病降糖治疗达标、降低心血管事件的一项重要措施[3,4]。因此控制高血糖特别是餐后高血糖更为重要。

预混门冬胰岛素 30(诺和锐 30)是生物合成的人胰岛素类似物,含 30% 可容性门冬胰岛素,70% 精蛋白结合的结晶门冬胰岛素,餐前即刻注射预混门冬胰岛素,它同时满足了快速的餐时胰岛素和稳定基础胰岛素的需要,其中的速效胰岛素能提供更快、更高的餐时胰岛素分泌峰,而精蛋白结合胰岛素成份可提供基础胰岛素的补充,因此餐后胰岛素吸收峰与餐后血糖峰的同步性大大改善,可有效地降低餐后血糖的漂移,同时速效胰岛素降低餐后血糖后,血中药物浓度迅速下降,下餐前低血糖的危险性相对较少[5]。预混门冬胰岛素 30(诺和锐 30)能更好的模拟人体生理胰岛素分泌方式,比预混人胰岛素 30R(诺和灵 30R)具有更好的代谢动力学,能减少血糖波动幅度,从而更好而精细的控制血糖及减少低血糖的发生。

本研究观察到,用诺和灵 30R 治疗血糖控制不满意的 2 型糖尿病患者改用诺和锐 30 治疗后,空腹血糖及餐后血糖,HbA1c 均有所下降,每日胰岛素用量减少,低血糖发生率低。因此本试验结果显示,对使用诺和灵 30R 血糖控制不满意的 2 型糖尿病患者改用诺和锐 30 治疗,可以有效控制血糖,减少胰岛素用量,减少低血糖发生率,安全性及依从性好。

关键词:诺和锐 30;诺和灵 30R;2 型糖尿病
中图法分类号:R977.15　　文献标识码:B

参考文献:

[1] Stratton I M, Adler A I, Neil H A, *et al*. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study [J]. BMJ, 2000, 321(7258): 405 - 412.
[2] Boehm B, Home P D, Behread C, *et al*. Premixed insulin aspart 30 *vs*. premixed human insulin 30/70 twice daily: a randomized trial in Type 1 and Type 2 diabetic patients [J]. Diabet Med, 2002, 19(5): 393 - 399.
[3] Robert Heine. 餐后高血糖的临床意义[J]. 国际内分泌代谢杂志, 2006, 26(3): 附录 3 - 1, 附录 3 - 4.
[4] 陈家伦,许曼音. 餐后高血糖与心血管病[J]. 中华内分泌代谢杂志,2006,22(3) 增录 3S1 - 增录 3S6.
[5] 杨文英. 如何选择不同的胰岛素治疗方案以提高胰岛素治疗的技巧[J]. 国际内分泌代谢杂志, 2006, 26(3): 195 - 197.

(编辑　栾　嘉)

文章编号:1000-5404(2008)17-1675-01

经验交流

种植微型自攻种植体支抗的临床疗效分析

古亚兰,王　瑶　(泸州医学院附属口腔医院口腔颌面外科,四川 泸州 646000)

上颌前突和严重的牙列拥挤的患者在矫治过程中,常需要强力支抗以内收前牙。传统方法常使用磨牙作为支抗,但在内收前牙的同时可引起支抗牙移动。头帽、口外弓是获得磨牙最强支抗的常用方法,但其支抗效果过分依赖患者的合作[1]。近年来种植支抗已在正畸治疗中被广泛应用,成功植入种植体是关键的第一步。本研究采用两种不同的种植方式植入种植体,观察分析对支抗稳定性的影响,现报告如下。

1　资料与方法

1.1　病例资料

筛选 2005 - 2006 年我科正畸患者 36 例,年龄 13 ~ 34 岁,平均 21.8 岁,男性 14 例,女性 22 例。按就诊顺序分为 A、B 2 组,每组 18 例,共植入支抗钉 72 颗。正畸设计需要最大支抗甚至是绝对支抗,设计在上颌第二双尖牙与第一磨牙之间作种植支抗。

1.2　材料

国产自攻型种植支抗钛钉(宁波慈北医疗器械有限公司生产),长度 11 mm,直径 1.5 mm。

1.3　方法

1.3.1　术前准备　常规拍摄口腔曲面断层片及根尖片,了解牙根间距离、植入部位骨质密度和周围组织结构(与上颌窦的关系等)、手术部位有无炎症等。使用专用植入工具。病例均为作者本人操作。

1.3.2　操作步骤　①2% 利多卡因行局部浸润麻醉。②A 组用探针在上颌第二双尖牙与第一磨牙之间附着龈近膜龈联合处,作植入标记并在骨膜下稍加分离。B 组在植入标记处用

作者简介:古亚兰,女,四川省泸州市人,副主任医师,主要从事口腔齿槽外科方面的研究,发表论文 15 篇。电话:(0830)2867820,E-mail:guyalan88@yahoo.com.cn

收稿日期:2008-07-07　修回日期:2008-07-24

尖刀片作一纵型切口长2～3 mm同时剥离周围骨膜。③用专用工具按顺时针方向手动旋入微型自攻钛钉。④术后用复方氯已定漱口液漱口1日3次,5～7 d。⑤1周后用150～200 g矫治力关闭间歇。⑥关闭间隙后用植入工具按逆时针方向旋转取出(无需麻醉)。

1.4 统计学方法

对得到的数据进行χ^2检验。

2 结果

种植体植入后患者分别于7 d、1个月复诊。7 d后复诊发现种植体稳定无松动,1个月复诊发现A组种植体有33颗稳定,3颗出现松动;B组种植体有32颗稳定,4颗出现松动。两组经单因素方差分析组间差异,差异无统计学意义($P>0.05$)。松动的种植体中6颗出现周围软组织炎症,1颗暴露在外稍长,分别取出1个月后重新植入。

3 讨论

微型种植支抗,可以解决传统的方法不能解决的问题,因其在骨内的稳定性特征,临床上广泛用于前牙的内收[2]。临床分析提示:采用不切开牙龈和切开牙龈两种方式植入微型自攻型支抗钛钉,对种植体的稳定性无明显差异。但采用不切开牙龈方式植入微型种植体,方法简单,效果好,易于推广。研究显示松动的7颗种植体中6颗有周围软组织炎症,种植体周围有软垢。感染的发生与手术的无菌条件、患者自身局部或全身炎症的控制、口腔卫生的保持有关[2]。为了避免种植体周围炎症的发生,需要加强对患者口腔卫生的宣传、指导,特别强调用小头软毛牙刷清洁种植体周围。种植体露出黏膜的部份不应超过3 mm,以免由于杠杆作用骨组织受力过大而松动[3]。选择相对于接近黏膜转折部和附着龈更适于种植体植入,成功率更高[2]。

关键词:种植体支抗;稳定性;正畸
中图法分类号:R783.5 文献标识码:B

参考文献:

[1] Egolf R J, BeGole E A, Upshaw H S. Factors associated with orthodontic patient compliance with intraoral elastic and headgear wear[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1990, 97(4): 336－348.
[2] 赵志河,王 军. 正畸种植体支抗的临床应用与基础研究[J]. 中华口腔医学杂志, 2006, 41(1): 57－59.
[3] 李 琳,张苗苗,王秀芳,等. 微型钛钉支抗种植体内收前牙的临床应用研究[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2005, 39(3): 282－284.

(编辑 吴培红)

经验交流

文章编号:1000-5404(2008)17-1676-02

深圳市553例门诊儿童PPD试验反应分析

周亚玲[1],郑 梅[2],郑跃杰[1] ([1]深圳市儿童医院儿内科,深圳 518026;[2]南山蛇口联合医院小儿内科,深圳 518000)

儿童结核病由于缺乏特异性的临床表现和理想的快速病因学诊断方法,早期诊断比较困难。本研究针对门诊患儿,采用结核菌素纯化蛋白衍生物(purified protein derivation,PPD)试验并结合结核抗体检测,分析PPD试验阳性情况与结核感染,提高对儿童结核病的认识。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2007年6－12月我院门诊患儿553例,其中男性341例,女性212例。年龄最小75 d,最大13岁,1～6岁占67.1%(371/553)。纳入标准:①咳嗽超2周;②低热不退1周以上;③颈部淋巴结肿大;④不明原因汗多,腹痛,纳差消瘦,血尿等。本组病儿门诊的初步诊断上呼吸道感染50例,支气管炎163例,肺炎67例,发热查因41例,淋巴结炎60例,伴有哮喘或皮肤过敏有53例,其他如消瘦、厌食、汗多、腹痛头晕和血尿查因等共119例。

本组患儿未接种卡介苗有35例(6.3%),家族中有结核病史有74例(13.5%),这部分患儿全做结核抗体检测,另有181例高度怀疑结核感染在家长同意情况下抽血做结核抗体检测。

1.2 方法

1.2.1 试剂 卡介菌纯蛋白衍生物(BCG-PPD)由成都生物制品研究所提供(批号20070306-1),规格1 ml含有50 U BCG-PPD稀释制剂,每人用0.1 ml(稀释液中含有苯酚防腐剂)。

1.2.2 皮试方法 由护士操作,将0.1 ml(含5 U BCG-PPD)准确注入左前臂掌侧中下1/3交间处皮内,皮丘直径6～10 mm。

1.2.3 结果判断 由同一人测量记录局部硬结平均直径(横径/2+纵径/2)。于48～72 h观察测量皮肤硬结。判断标准:无硬结或硬结直径<5 mm为阴性(－);5～9 mm为阳性(+);10～15 mm为中度阳性(++);>15 mm或伴有水泡、溃疡坏死及淋巴管炎均为强阳性(+++)。PPD含义:阴性无结核感染;"+"有结核的人工接种(BCG接种);"++"有结核感染;"+++"及以上表示可能有结核病。

1.2.4 结核抗体检测 用结核抗体金标检测卡,由兰州雅华生物技术有限公司提供。收集新鲜血清在1 h内完成,超过

基金项目:深圳市科委基金(200702083)
Supported by the Sci & Tech Research Project Foundation of Scientific Committee of Shenzhen (200702083)
作者简介:周亚玲,女,四川省广安市人,硕士,副主任医师,主要从事感染和呼吸疾病方面的研究,发表论文11篇。E-mail:zhou-ya-ling@163.com
收稿日期:2008-06-20;修回日期:2008-06-30