维普资讯 http://www.cqvip.com

异物到手术时间 12～72 h。入院时血氧饱和度 83 %～95 %。右侧支气管异物 15 例，左侧 9 例。

1.2 麻醉及手术方法

术前 30 min 给阿托品 0.02 mg/kg，到手术室后肌注氯胺酮 1 mg/kg，静脉芬太尼 2～3 μg/kg、γ-羟基丁酸钠 10 mg/kg 或异丙酚 20 mg/kg，面罩紧扣给予过度换气并吸入异氧醚或安氟醚(2%～4%)，尽可能地保持自主呼吸。插气管镜时，将 KR-Ⅱ呼吸机的氧气输送管与气管镜相连，呼吸频率 60 次/分，以患儿健侧胸廓适当的起伏为度。术中 SpO_2 低于 70%时停止手术退出气管镜，给面罩加压呼吸或插入气管导管控制呼吸，术毕视病人呼吸道水肿程度及自主呼吸情况留置气管导管。

2 结果

24 例中有 4 例因手术操作时间过久而进行面罩加压通气、2 例因气管水肿插入气管导管送入 ICU 继续观察。病人无一例发生严重并发症，患儿均痊愈出院。

3 讨论

小儿气管异物取出术的麻醉选择，主要是根据患儿的年龄，发病时间的长短，气管的感染程度，缺氧严重程度以及患儿对麻醉药耐受等多方面的考虑。多数学者仍是主张保留自主呼吸[1-3]，特别是严重缺氧的患儿，自主呼吸的存在比人工通氧气更容易进入肺泡进行交换。

自主呼吸的保留和存在使得应用高频通气的优点得到很好的发挥，高频通气的送气管可直接接在气管镜的供氧管上，由于未使用高频通气的专用喷气接嘴，因此为纯氧供给。同时气管镜为开放的，高频通气供氧时，部分气体经气管镜返流而影响肺的气体交换，可通过提高高频呼吸机的工作压力增加供氧量即可解决。另一方面，气管镜的开放也使高频通气与自主呼吸不产生明显的对抗，无"人机对抗"之虑。

喷射通气中气体运输的主要方式是对流性流动和对流性扩散[4]，由于气管异物往往造成患儿单肺通气，存在低氧血症及二氧化碳蓄积。高频通气时气道压力低，肺管道阻力下降，从而增强了未通气肺的低氧性肺血管收缩[5]，有利于改善低氧血症，这也是高频通气适用于小儿气管异物手术的原因之一。

[参考文献]

[1] 周乐顺，郭贵林. 49 例婴儿加气管内异物取出术的麻醉体会[J]. 临床麻醉学杂志，2000，16(3)：143.
[2] 赵国栋，陈正贤. 气管内支架内置术中采用高频喷射通气的可行性[J]. 中华麻醉学杂志，2000，20(12)：749－750.
[3] 郭玉良，李天佑，张炳熙. 全麻下儿童喉乳头状瘤激光手术的呼吸管理[J]. 临床麻醉学杂志，2002，18(8)：443.
[4] 曹 勇. 高频通气[M]. 南昌：江西科学技术出版社，1989. 11－14.
[5] 俞卫锋. 麻醉与复苏新论[M]. 上海：第二军医大学出版社，2001. 572.

(编辑：左艳芳)

·个案与短篇·

樟脑酚加碘仿对根尖周炎治疗的疗效观察

舒绍兵
(重庆武警总队机关门诊部口腔科，重庆 401147)

[关键词]樟脑酚；碘仿；根尖周炎
[中图分类号]R781.34+1 [文献标识码]B [文章编号]1672－5042(2003)05－0362－01

根尖周炎是口腔内科疾病中极为常见的一种疾病，自 2001 年 4 月至 2002 年 6 月，作者将樟脑酚加碘仿应用于此类患者，有较好的疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 根尖周炎的诊断标准

急性根尖炎：局限性疼痛，咀嚼痛，叩痛极度敏感。慢性根尖炎急性发作：除具备急性根尖炎的症状体征外，X 片可见根尖阴影。慢性根尖炎：牙髓多无活力，无明显疼痛，咀嚼乏力或不适，叩诊仅有异样感或轻微叩痛，X 片可见根尖阴影。

1.2 病例选择

本组 130 例患者，150 颗患牙，其中男性 78 例，女性 52 例。前牙 55 颗，后牙 95 颗。以上患牙在治疗前均有不同程度的自发性疼痛，咀嚼痛或咀嚼不适感。叩痛(+～++++)，冷热测试(—)。X 片可见牙周间隙增宽或不同程度的根尖阴影。其中 28 个患牙伴有颊侧瘘管。均确诊为根尖周炎。

1.3 方法

将 150 颗患牙分成 A、B、C 三组，每组 50 颗患牙，处理如下：A 组：将慢性根尖炎开髓，清理扩锉根管，用 3% H_2O_2 液与生理盐水交替冲洗根管，隔湿，吸干，前牙封碘仿糊剂(碘仿粉与生理盐水调制而成)纸尖，后牙在髓腔内封一个碘仿糊剂小棉球，暂封。一周后复诊，症状体征消失后行根充术，否则继续封药。若是急性根尖炎或是慢性根尖炎急性发作，则需先开放根管 2～3 d，待急性症状缓解后，再进行如上操作。B 组：封药时，前牙封樟脑酚纸尖，后牙在髓腔内封一个樟脑酚小棉球。

(下转 384 页)

[收稿日期]2003－08－12 [修回日期]2003－10－09

维普资讯 http://www.cqvip.com

患者施行伤口清创或筋膜切开减压术，就切除而言，一般建议在毒蛇咬伤中毒后3～4 d只就血泡和坏死组织做小的外科干预切除，而只有当抗蛇毒血清治疗无效、筋膜腔内压持续升高超过30～40 mmHg/舒张压与筋膜室内压差大于30 mmHg时，才考虑行筋膜切开减压术；蛇咬伤的手指/趾若出现了紧张、苍白、紫绀，伴随毛细血管充盈缺失或减弱，可进行指/趾皮肤切开。

大部分毒蛇咬伤局部管理方法都是围绕着减轻及延缓发生系统中毒症状这一目的，而往往忽略了早日促进局部中毒症状的转归，提高患者生命质量这一方面。局部中毒症状通常是毒蛇咬伤后最早出现的症状，也是折磨伤患者时间最长的症状。及时运用抗蛇毒血清后局部中毒症状可以得到迅速控制，然而有动物实验显示抗蛇毒血清的使用对于已发生的局部中毒症状似乎并没有什么作用[8]。对于毒蛇咬伤的局部治疗不应该只停留在对一系列治疗方法的肯定或是否定上，也不应该不顾科学证据采取不甚恰当的局部治疗。应该以提高患者的生命质量、促进患者早日重返正常的生活、减少患者痛苦的和经济压力为目的，主动探索、尝试新的、科学的局部治疗方法。

[参考文献]

[1] Tchoua R, Raouf AO, Ogandaga A, et al. Analysis of snake bite envenomations in Gabon[J]. Bull Soc Pathol Exot, 2002, 95(3): 188－190.

[2] Stewart CJ. Snake bite in Australia: first aid and envenomation management[J]. Accid Emerg Nurs, 2003, 11(2): 106－111.

[3] da Silva CJ, Jorge MT, Ribeiro LA. Epidemiology of snakebite in a central region of Brazil[J]. Toxicon, 2003, 41(2): 251－255.

[4] Callahan M. Challenging paradigms is risky business: reflections on C. C. Snyder's "A definitive study of snakebite" － a commentary[J]. Wilderness Environ Med, 2001, 12(4): 273－275.

[5] Hall EL. Role of Surgical intervention in the management of crotaline snake envenomation[J]. Ann Emerg Med, 2001, 37 (2): 175－180.

[6] Bush SP, Hegewald KG, Green SM, et al. Effects of a negative pressure venom extraction device (Extractor) on local tissue injury after artificial rattlesnake envenomation in a porcine model[J]. Wilderness Environ Med, 2000, 11(3): 180－188.

[7] Anonymous. Information from your family doctor. Snakebite prevention and first aid[J]. Am Fam Physician, 2002, 65(7): 1377.

[8] Juqckett G, Hancox JG. Venomous snakebites in the United States: management review and update[J]. Am Fam Physician, 2002, 65(7): 1367－1374.

[9] Cawrse NH, Inglefield CJ, Hayes C, et al. A snake in the clinical grass: late compartment syndrome in a child bitten by an adder [J]. Br J Plast Surg, 2002, 55(5): 434－435.

[10] Mckinney PE. Out-of-hospital and interhospital management of crotaline snakebite[J]. Ann Emerg Med, 2001, 37(2): 168－174.

[11] Gunnels D, Gunnels MD. Snakebite poisoning: treatment myths and facts[J]. J Emerg Nurs, 2003, 29(1): 80－82.

(编辑：余汇洋)

(上接362页)

其余处理过程与A组相同。C组：封药时，前牙封蘸有碘仿粉的樟脑酚纸尖，后牙在髓腔内封一个蘸有碘仿粉的樟脑酚小棉球。其余处理过程与A组相同。

2 结果

2.1 疗效评价标准

①疗效明显：封一次药就能达到无自发痛，叩诊无反应，根尖部牙龈无红肿，窦道中封闭，无按痛，无腐败臭味。②疗效一般：封两次药才能达到无自发痛，叩诊无反应，根尖部牙龈无红肿，窦道口封闭，无按痛，无腐败臭味。③疗效较差：封两次或三次以上药才能达到无自发痛，叩诊无反应，根尖部牙龈无红肿，窦道口封闭，无按痛，无腐败臭味。

2.2 疗效评价如下表

表1 根尖周炎的治疗效果(n,%)

组别	牙例数	疗效明显	疗效一般	疗效较差
A组	50	38(76)	10(20)	2(4)
B组	50	35(70)	12(24)	3(6)
C组	50	44(88)	5(10)	1(2)

注：C组与A组比较，$P<0.05$；C组与B组比较，$P<0.01$

3 讨论

碘仿又名三碘甲烷，呈淡黄色粉沫或结晶。当遇到炎性组织液、渗出物或血液时，能缓慢释放游离碘，通过碘化和氧化作用，使细菌代谢酚受到抑制，从而起到消毒、防腐和杀菌作用[1]。碘仿对正常组织无刺激性[2]，但渗透性较差。樟脑酚是将樟脑加入酚中制成，有较强的渗透性，杀菌力强，不凝固蛋白，有一定的安抚镇痛作用，但对尖周组织有轻度刺激性[3]，且作用时间不及碘仿长。将两者配合应用于根管消毒，不仅操作简单，而且还能发挥各自优越性，弥补彼此不足之处，从而提高疗效。由以上统计学处理也可看出樟脑酚碘仿组(C组)对根尖周炎的疗效优于碘仿组(A组)，明显优于樟脑酚组(B组)。但应注意的是凡对碘剂过敏者忌用此种方法进行根管消毒[4]。

[参考文献]

[1] 张举之.口腔内科学技术学[M].第三版.北京：人民卫生出版社，1995.174.

[2] 刘冬梅，平雅坤，李 键.替硝唑碘仿糊剂治疗乳磨牙髓底穿通的疗效观察[J].现代口腔医学杂志，2003，17(1)：3.

[3] 葛久禹，王铁梅.根管治疗学[M].南京：江苏科学技术出版社，1997.162.

[4] 程 平.碘伏对难治性根尖炎的疗效[J].牙体牙髓牙周病学杂志，2002，12(6)：325.

(编辑：黄春霞)