维普资讯 http://www.cqvip.com

治疗方法，应该加强宣教，缩短离体时间，并作适当保存。但在某些情况，再植不一定为最佳方案。

1.儿童的乳牙再植：乳牙再植的病例与研究都较少报导，Andreasen[1]认为不应提倡乳牙再植，因为乳牙发生PN机率较高，且有损伤恒牙胚的风险，较小的孩子配合较差，成功率较低，Kinoshita[19]等的研究也认为乳牙再植不是一种理想的治疗选择，除非父母非常关注孩子的外貌坚持再植。

2.青少年脱位牙的再植：对于离体时间较长（>2h）、未做适当保存的青少年的脱位牙，再植后发生骨性粘连及根吸收的比率较高，而青少年时期其它牙齿会继续萌出，骨性粘连的再植牙不能随颌骨发育建矜的需要调整位置，产生了低矜合（infraocclusion）[20]，而且其根周牙槽骨因失去应有的功能刺激而发育缓慢或发育不足，产生凹陷，这样的牙槽骨的轮廓与邻近的不一致，有的甚至影响邻牙的萌出与排列发生错矜[21]，而当患者不得不拔除时，骨组织的缺陷通常难以掩饰[12,20]。所以，对于快速生长期前的孩子，医生和家长决定再植时要慎重考虑。

参 考 文 献

1. Andreasen J. Traumatic injuries of the teeth. Munksgaard, 1981, 184 - 191.
2. Hammarstrom L, Pierod A, Blomlof L, et al. Tooth avulsion and replantation. A review Endod Dent Traumatol, 1986, 2: 1 - 8.
3. Andseasen Jo. Replantation of 400 avulsed permanent incisors 4 factors related to periodontal ligament healing Endod Dent Traumatol, 1995, 11: 76 - 89.
4. Andseasen Jo, Borum MK, Jacobsen H L, et al. Replantation of 400 avulsed permanent incisors. Factors 1. Diagnosis of healing compications. Endod Dent Traumatol, 1995, 11: 51 - 58.
5. Andseasen Jo. Effect of extra-alveolar period and storage media upon periodontal and pulpal healing after replantation of mature permanent incisors in monkeys Int J Orol Surg, 1981, 10: 43 - 53.
6. Dikarmen K. Tooth splinting: a review of the literature and consideration of the versatility of a wire-composite splint. Endod Dent Traumatol, 1990, 6: 637 - 640.
7. Barret EJ, kenny DJ. Avulsed permanent teeth: a revien of the literature and treatment guidelines. Endod Dent Traumatol, 1997, 13: 153.
8. Lindskog S, Blomlof L. Influence of osmolatity and composition of some storage media on human periodontal ligament cells. Acta Odontal Scand, 1982, 40: 435 - 441.
9. 张旭光. 牙齿再植的临床治疗探讨. 口腔颌面外科杂志, 1996, 6(2): 136 - 137.
10. Blomlof L, Lindskog. Periodontal healing of extoerticulated monkey teeth stored in milk or saliva. Scand J Dend Res, 1981, 89: 251 - 259.
11. Courds FJ, Mueller WA. Milk as in interun storage medium for avulsed teeth. Pediatric Dent, 1983, 5: 181 - 186.
12. Gramham Roberts, Peter Longhurst. Oral and dental trauma in children and adolescent. Oxford University Press, 1996, 77 - 88.
13. Andseasen Jo. The effect of splinting upon periodontal healing after replantation of permanent incisors in monkeys. Acta Odontal Scand, 1975, 33: 313 - 323.
14. Sae-lim V wang CY, Trope M. The effect of systemic tetra cycline on resorption of dried replant dog's teeth. Endod Dent Traumatol, 1998, 14: 127 - 132.
15. Hammarstrom L, Blomlof L, Replantation of teeth and antibiotic treatment. Endod Dent traumatol, 1986, 2: 51 - 57.
16. Kling M. Rate and Predictability of pulp revascularization in the therapeutically reimplanted permanent incisors. Endod Dent Traumatol, 1986, 2: 83 - 89.
17. Andseasen Jo, Borum MK, Jacobsen HL, et al. Replantation of 400 avulsed permanent incisors 2. Factors related to pulpal healing. Endod Dent Traumatol, 1995, 11: 59 - 68
18. Trope M. Effect of different endodontic treatment protocols on periodontal repair and root resorption of replanted dog's teeth. J Endod, 1992, 18: 492.
19. Kinoshita S, Mitoni T, Tagachy, et al. Prognosis of replanted primary incisors after injuries. Endod Dent Traumatol, 2000, 16: 173 - 183.
20. Kawanami M, Andseasen Jo. Infraplsition of ankylosed permanet maxillary insisors after replantation related to age and sex. Endod Dent traumatol, 1999, 15: 50 - 56.
21. 姜世同，牟会善. 牙再植后列拥挤一例. 华西口腔医学杂志, 2000, 18(1): 29

（收稿：2001-03-12）

药物性血压失衡

李兴锋* 刘志芳* 李贵忠* 周雪平* 王 俭* 姜 娟*

动有血压的高低受心肌收缩力、循环血容量、周围动脉的阻力和动脉壁伸缩性的影响。在临床用药过程中，有许多药物可影响上四种因素造成血压升高或降低而失衡，其中以抗高血压药、平喘药、治疗快速型心律失常药、生物工程药较为常见。本文就各类药物致血压失衡的发生机制及临床表现、易患因素和预防作一概述。

* 作者单位：110001 沈阳市中国医科大学 83K10B

维普资讯 http://www.cqvip.com

一、药物性心律失常的发生机制

(一)抗高血压药物

1.停药反应性血压升高:中枢性抗高血压药如可乐定,主要是激动脑干的 α2 受体及激动 II-咪唑啉受体,导致中枢发放的交感神经冲动减少,血管舒张、血压下降。久用突然停药,可出现交感神经功能亢进、血浆儿茶酚胺浓度突然增加、出现机体血压骤升、心悸、出汗等。

2.体位性低血压:抗去甲肾上腺素能神经末梢药如胍乙啶,代替去甲肾上腺素储存于囊泡,当神经受刺激时、取代去甲肾上腺素而被释放出来、使正常递质耗尽,由于降压作用强而持久致体位性低血压,常引起眩晕、乏力、恶心、呕吐、心率减慢。α1 受体阻滞剂药如哌唑嗪、选择性断 α1 受体而不影响 α2 受体,降压时附有交感神经反射性心率加快、血浆肾素活性增强,引起不同程度的体位性低血压,表现为晕厥、意识消失、钾通道开放药如吡那地尔、促使细胞膜钾离子通道开放,钾离子外流增加、阻止了细胞外钙离子内流、促进钙离子外流,使血管平滑肌松弛,血管舒张、外周阻力下降,收缩压和舒张压均下降、心率反射性加快而引起体位性低血压、表现为头痛、嗜睡、乏力、心悸。

(二)平喘药

麻黄碱能兴奋 α 和 β 受体,去甲肾上腺素、间羟胺可兴奋 α 受体,异丙肾上腺素、多酚丁胺可兴奋 β 受体,使皮肤粘膜和内脏血管收缩;心肌收缩力增强、心输出量增多,长期应用可使血压升高。沙丁胺醇、特布他林等 β2 受体兴奋剂用于治疗哮喘时对心血管的不良反应表现为心率加快、血压升高。

(三)治疗快速型心律失常药

奎尼丁抑制心肌收缩、同时阻断 α1 肾上腺素受体扩张血管,引起低血压、心功能不全的病人更易发生。心率平、胺碘酮、异搏定均有抑制心脏收缩,心肌自律性和传导性下降的作用,降低周围血管阻力,引起低血压。

(四)生物工程药

粒细胞集落刺激因子(G-CSF)具有促进血细胞增殖、分化和动员血细胞释放功能的药物,在用药初期约有 15~30%病人可发生低血压。干扰素 α-2a 可致血压失衡,白介素-2(IL-2)可致血压下降。

二、易患因素

(一)原有高血压:原有高血压的患者在应用降压药时可能产生药源性血压失衡,如可乐定、胍乙啶,哌唑嗪、吡那地尔等。

(二)心功能不全:心功能不全可以改变机体对药物敏感性,如异搏定、氟卡胺可产生负性肌力、负性频率,降低血压。

(三)冠状动脉病变:肼苯唑嗪可使血压下降、心绞痛或心律失常,主要是血管扩张后的反射性交感神经兴奋和心动过速。

(四)肾功能不良:经肝脏代谢的药物如哌唑嗪,脱去甲基与葡萄糖醛酸结合,由胆汁排泄,原形药物由尿排出少于 10%,肾功能不良者使其半衰期延长,血药浓度增加而使血压降低。另有硝普钠在体内首先代谢成氰化物、然后进一步转化为硫氰化物,肾功能不良既可延长其半衰期(>4 天),又会使硫化物蓄积发生中毒。

(五)药量过大或注射过快:喷他佐辛是阿片受体部分激动剂,可提高血浆儿茶酚胺浓度,收缩血管、大剂量可以引起血压升高。阿片受体纳络酮可对抗内啡呔作用,小剂量肌肉注射或静脉注射就能拮抗阿片类药物作用、可用于休克治疗,亦可引起高血压。

(六)联合用药:甲基多巴和去甲肾上腺素(或其他拟交感药物)间的相互影响有可能致高血压过高;噻嗪类利尿剂也可增强胍乙啶的降压作用。

(七)其他:应用胍乙啶同时饮酒,可增加体位性高血压的发生率;周围环境温度高、长时间站立,由坐位或卧位迅速站立及运动时,都可出现体位性低血压。

三、诊断

常用血压监测仪器为各式血压计、当收缩压(SBP)达到 140mmHg 或舒张压(DBP)达到 90mmHg 时,按 JNC-VI1997 及 WHO1999 报告(见附表)即可诊断为高血压病、即大于等于 140/90mmHg 即为高血压。

附表 高血压诊断标准表

	JNC-VII1997		WHO1999	
	SBP(mmHg)	DBP(mmHg)	SBP(mmHg)	DBP(mmHg)
最佳	<120	<80	<120	<80
正常	<130	<85	<130	<85
正常范围	130~139	85~89	130~139	85~89
高血压 I 级	140~159	90~99	(1级)140~159	90~99
高血压 II 级	160~179	100~109	(2级)160~179	100~109
高血压 III 级	≥180	≥110	(3级)≥180	≥110
单纯收缩期高血压			>140	<90

四、防治

(一)避免因用药而诱发高血压危险因子(如高血压、糖尿病)。

(二)全面了解药物作用机理,及其对人体循环系统的影响,严格掌握适应症用量和用法。宜选用高效、安全、口服的降压药,因人制宜,坚持用药个体化。

(三)若发现药源性血压下降、应立即停药,并对症给予升压药物,如强的松、地塞米松、多巴胺、阿拉明或补液、纠正水、电解质平衡,输血浆或代血浆、人血、白蛋白。

(四)必须避免某些治疗药物的骤然中断,一般要经过数日或数十余日逐渐减量,然后停药,否则将发生"停药综合征",血压反而升高,甚至超过治疗前水平,酷似嗜铬细胞瘤、通常发生在撤药后 24~72h 之内,若出现于 72h 以上,则与中断药物无关。如可乐定,常重新给予大于原剂量的可乐定、或将一种 α 受体阻断剂(酚乃拉明)与一种 β 受体阻断剂(心得安)联合应用,兼具 α、β 受体阻断作用的柳胺苄心定也有效。如欲停药,

维普资讯 http://www.cqvip.com

应在其它抗高血压药物取代的情况下逐渐减量。

参 考 文 献

1. 汤 光. 现代药物学. 北京: 中国医药科技出版社, 1996. 351.
2. 高东宸, 张丽雅. 药物不良反应监察指南. 北京: 中国医药科技出版社, 1994. 28 - 42.
3. 马统勋, 乔海灵. 临床药理学. 河南: 河南医科大学出版社, 1994. 192.
4. 杨藻宸. 药理学和药物治疗学. 北京: 人民卫生出版社, 1996. 861.
5. 罗建仲. 临床合理用药. 重庆: 重庆出版社, 1993. 147 - 150.

(收稿: 2001-01-04)

·个案与短篇·

POME 光治疗宫颈糜烂 68 例临床观察

王 平*

宫颈糜烂是妇科常见病、多发病。我院于 1997 年妇女病普查 277 例中, 宫颈糜烂 79 例, 发病率为 28.52%。用 POME 光治疗 68 例, 疗效满意, 现总结如下。

一、资料与方法

1、一般资料: 患者为普查及门诊就诊病人, 经专门医生诊断为 Ⅰ°~ Ⅱ°宫颈糜烂, 均已婚, 年龄最小 24 岁, 最大 48 岁。盆腔检查正常, 宫颈刮片未见癌细胞, 无滴虫, 霉菌及其它阴道炎。

2、宫颈糜烂的评定: 轻度糜烂 Ⅰ°, 糜烂面积 < 宫颈总面积 1/3; 中度糜烂 Ⅱ°, 糜烂面积占宫颈总面积的 1/3 ~ 2/3; 重度糜烂 Ⅲ°, 糜烂面积占宫颈总面积的 2/3 以上。

3、疗效判定: 1 痊愈: 糜烂面消失, 宫颈光滑, 症状消失。2 好转: 糜烂面缩小, 变浅, 症状减轻。3 无效: 治疗前后宫颈糜烂无变化, 自觉症状未消失。4 恶化: 宫颈糜烂面积扩大, 变深, 症状加重。

4、治疗方法: 采用国产 Ⅲ 型 POME 光治疗仪, 于月经干净后 3 ~ 7d 治疗。患者取膀胱截石位, 常规消毒外阴及阴道, 以窥阴器暴露宫颈, 用干棉球擦净分泌物后, 治疗头距宫颈 2 ~ 3cm, 照射功率为 12 ~ 14W, 启动开关, 自上而下照射宫颈, 约 1 ~ 3min, 照射时间根据糜烂程度而定, 使宫颈糜烂面全部发白, 直到略越过糜烂面。术后 1 个月应避免盆浴和房事, 1 个月及 2 个月随访。

二、结果

1、本组共治疗 68 例, 按国内宫颈糜烂的程度评定标准, 依病变范围分为轻、中度 40 例, 重度 10 例, 曾行 CO_2 激光治疗, 宫颈表面凹凸不平、糜烂面未完全消失, 有 1 例宫颈反复出血。

2、治疗效果: 68 例随访观察, 询问白带量, 颜色, 腰骶疼痛, 接触性出血等症状改善情况, 并检查糜烂面积是否缩小变浅。2 个月随访, 痊愈 56 例(82.35%), 均为一次性治愈。好转 12 例(17.65%), 总有效率 100%, 未发现恶化者。Ⅰ°宫颈糜烂 18 例, 均痊愈; Ⅱ°宫颈糜烂 40 例, 3 例痊愈 7 例好转。在好转的病例中, 除糜烂面未完全消失外, 症状得到明显改善。2 月后, 对好转病例行二次照射治疗, 所有病例均痊愈。3 例 2 次 CO_2 激光治疗者, 经治疗宫颈表面光滑, 未见疤痕。1 例反复出血者, 经治疗, 未再出血。

三、讨论

1、POME 光具有使局部血管扩张, 血液循环加速, 组织代谢增强, 杀灭病原菌, 清除炎性坏死组织和止血作用。

2、观察结果: 68 例宫颈糜烂患者的治疗, 体会到: ①POME 光操作简单, 无需专门培训, 便于推广。②疗程短, 一次治疗只需 1 ~ 3min, ③治疗探头不接触糜烂面, 无组织烧焦的臭味, 无交叉感染可能, 无痛苦安全。④治疗后不留疤痕, 表面光滑, Ⅱ°宫颈糜烂一次基本治愈, Ⅲ°糜烂者, 经二次照射均治愈。治疗期间会出现阴道排液增多, 一般持续 2 周, 不需处理。治疗 2 周左右, 宫颈痂皮开始剥脱, 可有阴道出血, 出血量不超过月经量, 4 ~ 5d 干净, 无需处理, 出血量多者可服止血药。68 例均有不同程度的阴道排液及阴道出血, 均未处理。阴道排液与组织水肿, 炎性渗出有关, 阴道出血与痂皮大块脱落, 毛细血管出血管出血有关。POME 光对宫颈糜烂治疗疗效显著, 无并发症, 病人乐于接受, 值得应用推广。

(收稿: 2001-01-08)

* 作者单位: 710043 西安市解放军 518 医院外科