维普资讯 http://www.cqvip.com

307-310, 305

涡轮机拔除下颌阻生智齿的临床应用

第一医院口腔科 陈方育

R782.11

提 要 本文介绍应用涡轮机钻截牙冠，拔除下颌阻生智齿252例。且就本方法与常用的拔除法予以比较

关键词 涡轮机；钻截；阻生齿
中图分类号 R782.11

常用的拔除下颌阻生齿方法有挺出法，劈开法、去骨法，还有钳拔法、增隙法、冲出法，从1958年开始国外应用涡轮机钻法。本文报道涡轮机钻截牙冠拔除下颌阻生齿252例。

一般资料

252例中，男性180例，女性72例，年龄在18—46岁之间。阻生齿为下颌第三磨牙，均为冠周炎后拔除。其类型为前倾阻生（即近中阻生）158例，水平阻生94例。

方法

根据耿氏下颌阻生齿高低位分类法[1]，252例中，高位阻生224例，低位阻生28例。阻生的高低位不同，其方法各异。

1. 高位阻生齿 将涡轮机的牙钻针，横行放于阻生齿的最高点（一般为阻生齿的远中胎面迹），注意保护牙冠周围软组织，开动涡轮机逐渐钻截，使其欲要钻截掉的牙片呈直立的锥体，即是被钻截的牙片是，从阻生齿的远中颌面迹到近中冠的1/3～1/2；然后，分别按远中大部份（包括阻生齿的根），以及被钻截的牙片的顺序向舌侧上方挺出。

2. 低位阻生齿 将钻针垂直于阻生齿最高点，仍按高位阻生齿钻截方向，垂直钻入阻生齿牙冠之中，与此同时不断颊舌向摆动钻针，以便尽可能多地钻截牙冠内的牙本质，只将可视的牙冠的釉质钻截断，用凿或挺置于钻截的洞隙之间，轻劈使之断裂，然后用挺向舌侧上方挺出。如果根尖阻力较大，或为更低位阻生齿，或为尚未萌出的阻生齿，可作切口，翻瓣，用涡轮机去骨，钻截牙冠后拔除。

结 果

手术时间最短2min，最长60min，平均7min，3～9min189例（占75.00%）。术中断根16例（6.34%），涡轮机钻针钻伤软组织4例(1.59%)；术后出血13例(5.16%)，干槽症11例（4.37%）；术后无下唇麻木，无舌感觉异常，无邻牙松动。

讨 论

一般下颌阻生齿的拔除尚不困难，但对于较复杂的阻生齿，其中包括前倾阻生和水平阻生齿。欲达到拔牙方法设计合理，术中创伤小，手术时间短，术后并发症少，则并非容易，各类阻生齿所占比例不一，前倾位最多(占43.7%)，水平阻生次之(占26.3%)，此外垂直位（占25.3%），舌向位（3.8%），其他位（0.9%）[1]。垂直位牙冠部骨阻力较小，一般常用挺出法拔除。而占比例较多的前倾位和水平位，牙冠部骨阻生较大，拔除时常需要转动较大角度，常采用劈开法或去骨法。在劈开时震动大，往往会因各种原因，

维普资讯 http://www.cqvip.com

改使劈开方向，劈除多少不一，增加拔除难度，延长手术时间，增多术后干槽症的发生。本组252例采用涡轮机钻截牙冠法拔除，不但可避免劈开时的震动，而且可按预先设计去除牙冠部的阻力后拔除。

干槽症是拔除阻生齿常见的并发症。国内报道劈开法的干槽率为16.9%，去骨法为18.2%[2]。国外报道冠周炎后，拔除下颌阻生齿，干槽症最高为11.5%[3]。本组252例，术后并发的干槽症为4.37%；分别与劈开法，去骨法；以及国外报道的干槽率相比较，差异有非常显著意义（$P<0.01$）。表明本组252例，术后并发干槽症明显减少。术后干槽症的发生率与拔牙时间长短有一定关系，拔牙实际操作时间5分钟以下，常为挺出法或劈开法顺利者，创伤最小。去骨法或劈开法不顺利需要去骨或掏断根者，常在30分钟以上完成手术，创伤最大。创伤度增加干槽率明显上升。随手术时间延长干槽率逐渐上升[2]。本组252例中，有189例（占75%）在9分秒之内完成手术，术中无震动，创伤小，手术野清楚，用时较短，病员最容易接受。

涡轮机钻截时，如用水冲洗不足，磨擦产热可立即使周围骨组织烧伤。产热温度50℃以上，可使组织脱水、皱缩、碳化，烧伤时温度可达90℃以上[4]。本组病例中，虽没有发生骨组织烧伤，但是有4例钻伤周围软组织；这4例都发生在拔除低位水平阻生齿，其主要原因是在钻截时，快速、锋利的钻针，误伤软组织；为了避免发生钻伤软组织，在钻截中，不必将牙冠部全部钻断，而只将可见牙冠的釉质钻断，尽可能钻截牙冠内的牙本质，然后，置凿或挺于钻截裂隙中，再以轻劈后加以拔除。

参考文献

[1] 耿温琦.中华口腔科医学杂志 1981；16(3)：151

[2] 耿温琦.中华口腔科杂志 1978；13(1)：10

[3] Osborn（曹华琦译）. 国外医学口腔分册 1987；14(1)：54

[4] 耿温琦. 现代口腔医学杂志 1988；2(4)229

（收稿日期 1993-04-01）

（上接310页）

参考文献

[1] 徐焱成，等.临床内科杂志 1990；7(3)：31

[2] 马明信，等.临床血液学杂志 1991；4(3)：138

[3] 沈 浮：湖南医学 1991；8(6)：367

[4] 张明伟，等.上海医学 1991；14(5)：309

[5] 王东菊，等.中华血液学杂志1987；8(1)：37

[6] Tajiri J,et al,Arch Intern Med 1990；150(3)：621

[7] Asawa T, et al, Arch Intern Med 1992；152(1)：204

[8] Jerusalem ML, et al, Br Med J 1988；297(6643)：262

[9] Cooper DS, et al·Ann Intern Med 1983；98(1)：26

[10] 石尧忠，等.新医学 1990；21(2)：68

[11] 舟田久.日本临床 1990；48(10)：152

[12] Julia A,et al·Br J Haematology 1991；79(3)：366

[13] Rolston KVI, et al·Arch Intern Med 1992；152(2)：283

[14] 张 立，等.中华血液学杂志1980；1(5)：280

[15] Heinirich B, et al·Ann Infern Med 1989；111(7)621

（收稿日期1993-05-03）

维普资讯 http://www.cqvip.com

重庆医科大学学报 1993年第18卷第4期

他巴唑致粒细胞缺乏症7例临床分析

第二医院内科 李国群 苏韵华

中图分类号 R557

他巴唑系治疗甲状腺机能亢进的常用而有效的药物，但该药可引起粒细胞缺乏症(粒缺)并可危及病人生命。他巴唑致粒缺国内仅见少数病例报导[1~5]。本文将我院1971～1992年20余年中收治的7例他巴唑所致的粒缺的临床资料加以分析，结合文献加以讨论，以加深对本症的认识及更好地救治。

临床资料

1. 他巴唑致粒缺诊断标准[2,6]

（1） 粒细胞≤0.5×10^9/L。

（2） 有他巴唑服药史并能除外其它原因所致粒缺。

2. 临床表现

7例患者均为女性，年龄21～61岁，其中>40岁者4例，7例均确诊为甲亢。5例从开始服他巴唑到发生粒缺时间为23～90天。另2例曾间断服他巴唑分别为2年与16年，未见副作用，本次连续服用83天和76天时发生粒缺。7例发生粒缺时他巴唑剂量为30～40mg/d，总剂量为600～2700mg。7例中5例发生粒缺前服药近3个月未查血象。另2例在1个月前查血象正常。

7例患者均以发热，咽痛入院，体温高达39.5～41℃。2例有咳嗽，1例有尿频、尿急、尿痛。多数伴畏寒、头痛及全身酸痛。体检：扁桃体肿大伴分泌物5例，另2例仅有咽部充血。肺部湿罗音2例。口腔粘膜坏死性溃疡伴面部蜂窝炎1例。诊断为扁桃体炎5例，败血症，肺炎及急性咽炎各2例，尿路感染和口腔溃疡伴面部蜂窝织炎各1例(部分病例有多种感染)。

3. 实验室检查

（1） 血常规 7例患者入院时白细胞$0.35\sim2.5\times10^9$/L，粒细胞$0\sim0.25\times10^9$/L。3例入院后白细胞曾一度继续下降，入院时血红蛋白在80～125g/L，3例<100g/L，血小板$32\sim298\times10^9$/L，其中2例<100×10^9/L，1例为全血细胞减少。

（2） 骨髓检查 6例作了骨髓检查，粒系成熟障碍4例，粒系再生障碍2例。

（3） 细菌培养 7例均作了血培养，其中2例为阳性，金黄色葡萄球菌和四联球菌各1例。咽拭子培养2例阳性，表皮葡萄球菌和绿脓杆菌各1例。尿培养1例为大肠杆菌。

4. 治疗及预后

除及时停药，注意病室消毒隔离，口腔及皮肤清洁护理外，全部病例均及时应用了抗生素治疗，静脉滴注氨苄青霉素、氧哌嗪青霉素、头孢菌素、庆大及丁胺卡那霉素等（单用或联合用药）。1例口腔溃疡伴面部蜂窝织炎患者疑伴有厌氧菌感染加用了灭滴灵治疗。7例静脉滴注地塞米松，剂量为5～10mg/d。输新鲜血及白细胞悬液者5例。7例均服用$VitB_4$及肌苷等药物。体温降至正常的时间为5～15天。白细胞及分类恢复至正常时间为10～21天。

本组7例患者均痊愈出院。出院前白细胞4.8×10^9/L，中性$0.7\sim0.73\times10^9$/L。出院后3例曾来院复诊，其中2例患者未再服用抗甲亢药物，病情稳定，1例患者作了甲状腺部分切除。

讨 论

1. 他巴唑引起粒缺的发生率为0.3～0.6%[6]。大多伴白细胞总数明显减少[1,6]。个别病例白细胞正常，但粒细胞可减少到

维普资讯 http://www.cqvip.com

0[7]。一般仅影响到粒细胞系统，少数全血细胞减少[2]。本组7例白细胞0.35～2.5×10⁹/L，仅1例入院时白细胞2.5×10⁹/L，其余6例白细胞均<2.0×10⁹/L，全血细胞减少1例。

他巴唑引起粒缺的机理尚未完全阐明。有作者认为与其对骨髓的直接毒性作用和/或通过免疫机制导致白细胞抗体产生有关[1,2,4,6,8]。不论系初治或复治的甲亢患者，粒缺发生时间多于用药后3个月内[1~3,6,8,9]，少数发生在服药3个月之后[4,8,9]。有作者报告发生粒缺与每日用量较大有关[9]，亦有作者认为与每日量大小及总剂量无关[2,6]。本组7例均在连续服药3个月内发生粒缺，与文献报告相同。发生粒缺时他巴唑每日用量均较大（30～40mg/d）。其所致粒缺以女性多见。文献报告89例患者中，女性84例，男性仅5例[1,2,4,6,9]。本组7例亦全为女性。文献报告>40岁者多见[6,9]，本组年龄>40岁者4例。与文献报告基本一致。

2. 对粒缺的救治措施包括及时停药，隔离病人，抗感染，输新鲜血和白细胞悬液及激素应用等[1,6]。

粒缺时，机体防御机能降低，极易发生感染，且易导致死亡[1~3,10]。粒缺时口腔及咽部感染最常见，亦易发生肺部感染及败血症；肛周及肠道感染亦多见[1,2,4,10,11]。由于粒细胞缺乏局部炎症反应可不明显，仅表现为发热而无感染病灶发现[11]。粒缺时感染的病原菌复杂，大肠杆菌，绿脓杆菌和葡萄球菌等均常见[1,10,11]。本组7例均以感染为首发症状，经检查发现粒缺。发热及咽痛常提示本病。本组细菌培养有金黄色葡萄球菌，表皮葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌及四联球菌。

药物所致粒缺，只要能及时控制住感染，血液学家常可望在15～30天内恢复正常[2,4,12]。有效控制感染是治疗成败的关键。在取得培养后，即可按经验及时选用抗生素。一般选用杀菌剂，静脉给药。常选用对G⁻杆菌（包括绿脓杆菌）有效的广谱青霉素或头孢菌素，加氨基甙类抗生素联合用药。为减轻耳、肾毒性也可用广谱青霉素加头孢菌素[13]。待细菌培养及药敏试验结果然后调整用药。本组病例均及时选用抗生素治疗。7例均痊愈出院。

除适当应用抗生素外，输新鲜全血及白细胞悬液可增加患者抵抗力，有利于感染的控制[1,14]。输注白细胞悬液，补充患者所缺乏的有吞噬能力的白细胞，使感染更易控制，渡过危险阶段，本组5例患者输注了白细胞悬液。

人粒细胞集落刺激因子（G-CSF）用于他巴唑所致粒缺的治疗国外亦有报告[7,15]，应用后可升高患者粒细胞，缩短粒缺时间，有利于预防及控制感染。

在粒缺的救治中不少作者应用了糖皮质激素治疗[1,2,6]。目的是为了减轻异常免疫反应，减轻中毒症状，提高机体对有害刺激的耐受性。当有效抗生素应用的同时短期应用糖皮质激素是有益的。本组病例均静脉用地塞米松5～10mg/d，连用3～5天。

3. 定期复查血象也很重要。Lajiri报告[6]，甲亢患者服药过程中，定期作白细胞计数，大多数粒缺患者可在感染发生之前检出并及时停用他巴唑，除少数停药后粒细胞继续减少而发生感染外，大多数患者经适当治疗在整个粒缺阶段不发生感染而恢复。预后良好。本组病例中5例在发生粒缺前3个月没作血象检查，其中1例系医务人员，均以感染入院，经抢救才脱险。对服他巴唑患者讲明该药副作用及可能导致的严重后果，使其能定期检查血象甚为重要。鉴于他巴唑致粒缺多发生在用药的最初3个月内，定期复查白细胞及分类至少3个月是必要的。

（下转308页）

维普资讯 http://www.cqvip.com

改使劈开方向，劈除多少不一，增加拔除难度，延长手术时间，增多术后干槽症的发生。本组252例采用涡轮机钻截牙冠法拔除，不但可避免劈开时的震动，而且可按预先设计去除牙冠部的阻力后拔除。

干槽症是拔除阻生齿常见的并发症。国内报道劈开法的干槽率为16.9%，去骨法为18.2%[2]。国外报道冠周炎后，拔除下颌阻生齿，干槽症最高为11.5%[3]。本组252例，术后并发的干槽症为4.37%；分别与劈开法，去骨法；以及国外报道的干槽率相比较，差异有非常显著意义（$P<0.01$）。表明本组252例，术后并发干槽症明显减少。术后干槽症的发生率与拔牙时间长短有一定关系，拔牙实际操作时间5分钟以下，常为挺出法或劈开法顺利者，创伤最小。去骨法或劈开法不顺利需要去骨或掏断根者，常在30分钟以上完成手术，创伤最大。创伤度增加干槽率明显上升。随手术时间延长干槽率逐渐上升[2]。本组252例中，有189例（占75%）在9分秒之内完成手术，术中无震动，创伤小，手术野清楚，用时较短，病员最容易接受。

涡轮机钻截时，如用水冲洗不足，磨擦产热可立即使周围骨组织烧伤。产热温度50℃以上，可使组织脱水、皱缩、碳化，烧伤时温度可达90℃以上[4]。本组病例中，虽没有发生骨组织烧伤，但是有4例钻伤周围软组织；这4例都发生在拔除低位水平阻生齿，其主要原因是在钻截时，快速、锋利的钻针，误伤软组织；为了避免发生钻伤软组织，在钻截中，不必将牙冠部全部钻断，而只将可见牙冠的釉质钻断，尽可能钻截牙冠内的牙本质，然后，置凿或挺于钻截裂隙中，再以轻劈后加以拔除。

参考文献

[1] 耿温琦.中华口腔科医学杂志 1981；16(3)：151

[2] 耿温琦.中华口腔科杂志 1978；13(1)：10

[3] Osborn（曹华琦译）. 国外医学口腔分册 1987；14(1)：54

[4] 耿温琦. 现代口腔医学杂志 1988；2(4)229

（收稿日期 1993-04-01）

（上接310页）

参考文献

[1] 徐焱成，等.临床内科杂志 1990；7(3)：31

[2] 马明信，等.临床血液学杂志 1991；4(3)：138

[3] 沈 浮：湖南医学 1991；8(6)：367

[4] 张明伟，等.上海医学 1991；14(5)：309

[5] 王东菊，等.中华血液学杂志1987；8(1)：37

[6] Tajiri J,et al,Arch Intern Med 1990；150(3)：621

[7] Asawa T, et al, Arch Intern Med 1992；152(1)：204

[8] Jerusalem ML, et al, Br Med J 1988；297(6643)：262

[9] Cooper DS, et al·Ann Intern Med 1983；98(1)：26

[10] 石尧忠，等.新医学 1990；21(2)：68

[11] 舟田久.日本临床 1990；48(10)：152

[12] Julia A,et al·Br J Haematology 1991；79(3)：366

[13] Rolston KVI, et al·Arch Intern Med 1992；152(2)：283

[14] 张 立，等.中华血液学杂志1980；1(5)：280

[15] Heinirich B, et al·Ann Infern Med 1989；111(7)621

（收稿日期1993-05-03）