DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.13.021
第26卷第13期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 13
2004年7月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Jul. 2004

在临床治疗上，可以考虑采取以下措施：①为减小颈部应力，颈龋充填后如颊舌尖高，可以采取预防性调磨降低牙尖的措施。这样可以防止颈部继续损伤及充填物脱落。②为了防止龋坏充填物脱落。在颈部根面上可制备固位型和抗力型的倒凹洞型。③填充材料应选用性能好的抗力型材料，如银汞合金、粘接银汞合金等，不要用抗力性能差的粘固粉、塑脂等填充材料。此外，有的中老年人磨牙及双尖的合面斜嵴磨损形成尖高凹深磨牙、双尖牙区域的非炎症牙槽骨萎缩是否也与牙颈部受力较大有关，需要作进一步的研究。

实验中模型的折裂情况与临床常见的牙折裂现象相吻合。在临床上常常可以看到牙冠近远中折裂偏颊舌侧较多见，牙冠近远中从正中裂开较少。此类折裂方式常见于做充填的牙齿。另外，靠颊侧或靠舌侧折裂，其折裂延伸至牙龈下者较多。

参考文献：

[1] Sabison C B. Etiology of cracked teeth: review and proposal[J]. Lowa Dent J, 1994, 80(4): 13-14.
[2] 王嘉德，靳金梅. 牙隐裂的临床观察和治疗[J]. 中华口腔医学杂志，1989，24(2)：72-74.
[3] 陈亚明，周书敏. 不同咬合状态下预备体受力分析：力学模型及二维光弹实验研究[J]. 南京医科大学学报，1995，15(3)：502-505.
[4] 王惠芸. 我国人牙的测量和统计[J]. 中华口腔科杂志，1959，3：149-155.
[5] Pioch T, Staehle H J. Experimental investigation of the shear strengths of teeth in the region of the dentioenamel junction[J]. Quintessence international, 1996, 27(10): 711-714.
[6] Xiong B Z, Wang Z R, Lu X X, *et al*. Applicataion of real-time holographic method to the micro-crack nucleation process study[J]. Proc SPIE Int, 2000, 4221: 326-330.

（编辑 薛国文）

文章编号：1000-5404(2004)13-1183-02

个案与短篇

小儿支原体肺炎51例肺部X线分析

X-ray analysis of 51 cases of infantile mycoplasmal pneumonia

田 野，任建政，陈毓秀，冯 晨 （武警陕西总队医院放射科，西安 710054）

1 一般资料

本组男24例，女27例。均为我院患者，年龄1岁4个月至12岁，临床表现轻重不一，均有发热（体温37.5～39.2 ℃）、咳嗽。阳性体征少，仅13例患者肺部听诊有干、湿性啰音，白细胞计数正常。

2 肺部X线表现

大叶性肺炎3例（占6%），其中右肺上叶2例，左肺上叶1例，X线表现为病变自肺门向外呈扇形分布、呈大叶分布，边缘模糊，密度不均，此类型最易误诊为细菌性大叶性肺炎。

支气管肺炎15例（占29%），X线表现为两肺下野内中带大小不等的点状或斑点状致密影，边缘模糊，密度不均匀，病变较小时就互相融合成较大的片状致密影，本组共计10例，于确诊后3～7 d复查原较小病变已融合，表现为局限性肺透光度增高者9例，其原因可能是当小支气管被分泌物阻塞时病变内可发生局限性肺气肿或肺不张，1例并发胸腔积液，均无肺门淋巴结肿大征象。

肺门影增浓9例（占18%），表现为1侧或两侧肺门影增浓、增大，密度增高，边缘比较模糊，此种表现很容易误诊为肺门淋巴结结核。

肺纹理增粗、紊乱24例（占47%），X线表现为双肺纹理增粗、模糊、紊乱，延伸至肺外带，但未见片状或斑点状之致密影。

3 讨论

支原体是柔膜体纲属的成员。目前，这是已知的1类能在无生命培养基上生长繁殖的最小的原核细胞型微生物，平均直径125～150 nm，有细胞壁，但被1层含脂类的限制膜裹着，呈球形或丝形。与人类感染有关的主要是肺炎支原体和解脲支原体。肺炎支原体对呼吸道上皮选择性吸附和产生H_2O_2。H_2O_2可导致红细胞膜的损伤与呼吸道初生细胞的破坏有关。

小儿支原体肺炎又称原发性非典型肺炎，国外报道小儿支原体肺炎占社区获得性肺炎的1%，国内报道近几年来发病率有逐渐增高的趋势[1]。支原体肺炎的肺部体征与X线表现不同步，往往是肺部体征较X线改变晚约7～14 d[2]。肺炎支原体主要是侵入肺组织细胞，因而其病理改变以间质炎症为主，即支气管、细支气管粘膜及其周围间质组织和肺泡间隔充血、水肿及多核细胞浸润，如侵及肺泡表现为大叶性及小叶性肺炎，由于病理改变主要影响肺泡和间质，故X线表现呈多样性，

（下转1186页）

作者简介：田 野（1972－），男，陕西省西安市人，技师，主要从事X线诊断方面的研究。电话：（029）82227943

收稿日期：2003-08-18；修回日期：2003-10-11

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

察与临床应用案例，我们认为，在临床实施 SG 阻滞时，可首先以颈 7 横突为标志明确节的体表投影，再以颈6 横突为标志进行穿刺，进针深度控制在前结节深方 1 cm 以内，注药时应尽可能朝向节的方向，这样可能会获得更好的阻滞效果，同时避免并发症的发生。

在SG 毗邻的各结构中，尤以与椎动脉的关系最为密切，SG 或在其内侧或背侧紧密贴靠或被椎动脉穿过。所以，不宜贴近 SG 注药阻滞，临床行气管旁颈 7 横突穿刺时，一定要回抽注射器确定无血液，以免误刺入椎动脉引起并发症。SG 与胸膜顶的关系也较为紧密，距胸膜顶的垂直距离平均仅为0.57 cm，部分SG 与胸膜顶紧密贴靠(约占 23.3%)，若穿刺针向下方过度倾斜易刺入胸膜导致气胸，应予以足够重视。SG 与椎间孔距离 0.95 cm，与喉返神经距离 1.30 cm，若穿刺针向内侧过度倾斜，可致针刺入椎间孔而误入蛛网膜下腔，或阻滞喉返神经产生声音嘶哑。膈神经走行于前斜角肌前方，位于SG 外侧(2.31±0.31)cm 处，若穿刺针过度外偏，则可能阻滞膈神经，产生单侧膈肌麻痹，影响正常的呼吸。颈动脉鞘位于 SG 的前方，前后距离(1.40±0.11)cm，穿刺时应向外推开颈动脉鞘，避免穿刺针刺入鞘内，阻滞迷走神经或将药物误入血管内。SG 的前外、后外、下方及前内分别临近甲状颈干、肋颈干、锁骨下动脉及胸导管(左侧)，临床操作中也应避免刺入。另外，在进行 SG 阻滞时，要定位准确，避免损伤交感干。史珞等[7] 报道了 1 例 SG 阻滞致交感神经损伤的病例。由于操作者技术不熟练，反复穿刺寻找C6 横突骨性标志的过程中，进针过深造成交感神经链的损伤，导致霍纳氏综合征持续存在。

参考文献：

[1] 胡 岚，郑利民. 疼痛治疗[A]. 见：刘先义 主编. 临床麻醉实施程序[M]. 北京：人民卫生出版社，2000. 305.

[2] 丁朝梁. 星状神经节阻滞所致吞咽不适并发症15例[J]. 浙江中西医结合杂志，2001，11(5)：317－318.

[3] Pandita D，Danielson B D，Potti A，*et al*. Complex regional pain syndrome type-1：a rare complication of arteriovenous graft placement[J]. J Rheumatol，1999，26(10)：2254－2256.

[4] 齐聪儒，陈志宏，宋成军，等. 星状神经节的应用解剖[J]. 承德医学院学报，2001，18(2)：89－91.

[5] 张一飞，郭国荣，张兴华. 避免星状神经节阻滞并发症的应用解剖[J]. 临床麻醉学杂志，1998，14(3)：198.

[6] 王其豪，陈敏光，陈孔利. 颈中交感神经节阻滞方法和并发症预防[J]. 中国疼痛医学杂志，1996，2(4)：208－211.

[7] 史 珞，张晓昆，汤淑芬. 星状神经节阻滞致交感神经损伤一例[J]. 临床麻醉学杂志，1996，12(5)：288.

(编辑 栾 嘉)

(上接 1183 页)

并以间质性炎(肺纹理增粗、紊乱、模糊)改变为多，本组 24 例表现为间质性炎(占 47%)。根据文献[3]报道支原体肺炎常并发胸腔积液，并且 2%～10%严重患者可出现 3 个肺外并发症：①多形红斑；②雷诺化现象；③溶血。本组病例发现胸腔积液 1 例，溶血 1 例。

表现为大叶性肺炎的支原体肺炎和肺炎球菌所致的大叶性肺炎的影像学鉴别很困难，须密切结合临床[4]。笔者认为：①发热是其共有的临床表现，且都以高热为主，支原体肺炎全身中毒症状轻，而肺炎球菌肺炎全身中毒症状重；②两者均有咳嗽，支原体肺炎以刺激性干咳为主，有的甚至很象百日咳，而肺炎球菌肺炎早期咳嗽不明显，继之咯铁锈色痰；③血象支原体肺炎大多正常，而肺炎球菌肺炎白细胞数增高，常高达 20×10^9/L 甚至更高；④胸片上两者密度相比较，支原体肺炎的密度相对较低，对症治疗后吸收较快，合并肺门增大者相对较少。

支原体肺炎的确诊须血清学检查，常有的方法是①血清冷凝集试验，支原体肺炎常在 1∶32 以上。②酶联免疫吸附法检测 MP-IgM（支原体 IgM 抗体），支原体肺炎肺炎定性试验结果为阳性，本组病例用此法，结果均为阳性，比值 1∶32 为 4 例，1∶64 为 27 例，1∶128 为 13 例，1∶512 为 7 例 。此外可用聚合酶链反应(PCR)检测 MP-DNA，此法灵敏度高，但因假阳性率高，近年已很少采用。

胸片对支原体肺炎早期诊断及治疗的价值。支原体肺炎的确诊须血清学检测 MP-IgM，血清学检测特异性高，但 MP-IgM 在发病 7～14 d 后才可检测到，故对早期诊断价值不大。治疗上一般的抗病毒及抗细菌药(青霉素类、头孢菌素类等)对支原体无效，而且部分支原体肺炎可有严重的并发症及后遗症，贻误治疗，后果严重。而支原体对大环内酯类抗生素如红霉素、罗红霉素等非常敏感，疗效非常好。因此早期的诊断尤其是影像学所提供的诊断线索，在支原体肺炎诊断治疗上价值突出。支原体肺炎的胸部 X 线表现较肺部体征及血清学改变早 3～10 d。因胸部症状、体征与 X 线表现的不同步，即胸部症状、体征出现较 X 线改变晚，是支原体肺炎的一个重要特点，因此临床上怀疑患者支原体肺炎时应早做胸部 X 线检查。

关键词：小儿；支原体肺炎；肺部 X 线

中图法分类号：R725.631.04 文献标识码：B

参考文献：

[1] 俞善昌. 实用儿科学[M]. 北京：人民卫生出版社，1993. 209.

[2] 张桂英，章沛时. 实用放射学[M]. 北京：人民卫生出版社，1999. 304.

[3] [美] 温加登，史密斯，贝内特. 西氏内科学[M]. 第 19 版. 西安：世界图书出版社西安分公司，1995. 268－269.

[4] 李言文，李润霞. 小儿支原体肺炎15例诊断体会[J]. 现代中西医结合杂志，2001，10(6)：551－553.

(编辑 薛国文)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net