

临床狂犬病患者处理措施主要包括:(1)有效冲洗伤口的物理手段;(2)消毒伤口的化学手段;(3)接种狂犬疫苗、注射抗狂犬病免疫球蛋白的生物手段。凡不能确定伤人动物是否为健康动物者,应立即进行暴露部位的彻底清洗和消毒处理,用 20%肥皂水或一定压力的流动清水彻底冲洗伤口至少 15 min,然后用 2%~3%碘酒或 75%乙醇涂擦伤口,只要未伤及大血管,尽量不要缝合,不涂软膏,不撒粉剂,亦不应包扎,而伤口较深、污染严重者酌情进行抗破伤风处理和酌情使用抗菌药物等以控制狂犬病以外的其他感染,严格按疗程于 0、3、7、14、28 d 进行预防注射狂犬病疫苗主动免疫。有人建议同时注射人抗狂犬病免疫球蛋白,以延长潜伏期,为主动免疫争取时间^[6]。临床治疗时应综合考虑患者年龄、暴露部位,全面评估患者发病风险,以便更好地及时对症处理,降低患者病死率。以国家卫生部《狂犬病暴露预防处置工作规范(2009 版)》为准,相关部门应高度重视狂犬病防治工作,加强动物管理,提高动物免疫率,向社会大众普及狂犬病知识,强化对狂犬病的防范意识。

目前狂犬病毒的基础研究和应用研究已经取得一定的进展,但病毒基因组结构的亚型及其功能、病毒感染的分子生物学机制和致病机制和药物治疗等方面尚有深入探讨的空间,继

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.35.056

续深入研究具有十分重要的临床意义。

参考文献:

[1] 彭文伟. 传染病学[M]. 北京:人民卫生出版社,1995:46-49.
 [2] 孙梅玲,段俊荣,余学. 精神科所见狂犬病 21 例临床分析[J]. 中国健康心理学杂志,2008,16(1):65.
 [3] 唐家琪,万康林. 自然疫源性疾病[M]. 北京:科学出版社,2005:358.
 [4] Leung AM, Kennedy R, Levensen JL. Rabies exposure and psychosis[J]. Psychosomatics,2003,44(4):336-338.
 [5] 陈素梅,林琪. 10 例不同首发症状的狂犬病病例分析[J]. 当代医学,2011,17(8):89-90.
 [6] 王建伟,富小飞. 人狂犬病免疫球蛋白联合狂犬病疫苗对暴露后患者伤口愈合的影响[J]. 中华传染病杂志,2009,27(8):493-494.

(收稿日期:2014-07-08 修回日期:2014-08-19)

多曲方丝弓技术矫治恒牙期严重骨性下颌偏斜 1 例病例报告

冒叶琳

(苏州卫生职业技术学院附属苏州市华夏口腔医院,江苏苏州 215002)

中图分类号:R783.5

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)35-4845-03

多曲方丝弓技术是由 Dr. Kim 于 20 世纪 70 年代发明的一种固定矫治技术,主要用于疑难病例正畸,疗效较好^[1-2]。下颌偏斜患者的临床表现除了上下颌矢状方向不调,还常有横向及垂直向的异常,影响容貌、咬合及颞下颌关节功能,矫治难度很大^[3-6]。结合多曲方丝弓技术矫治恒牙期严重骨性下颌偏斜,可以获得较好的临床效果。本文介绍 1 例使用该方法的严重骨性下颌偏斜病例。

1 临床资料

患者,男性,年龄 12 岁。主诉:牙齿不齐,下巴歪,求矫正。无口腔不良习惯史,全身状况良好,无全身系统疾病,青春发育晚期,无家族遗传史。口内检查:牙列完整,磨牙关系右侧近中,左侧中性,前牙浅覆殆,浅覆盖,上颌右侧侧切牙、尖牙、第一前磨牙反合,上牙列拥挤Ⅱ度,上下中线相差 1 个中切牙。口外检查:正面观下颌骨右偏,长脸型;侧面观较直,开口型右偏,颞下颌关节无弹响,无疼痛。X 线片检查:双侧髁突形态差异大,颞部明显右偏,高角病例,上颌发育不足,上前牙唇倾,Oswestry 功能障碍指数(ODI 指数)低,开合倾向明显,头影测量分析见表 1。

诊断,(1)综合性诊断:牙列拥挤、颞右偏,上颌发育不足;(2)安氏分类:安氏Ⅲ类亚;(3)Moyer's 机制分类:骨性下颌偏斜轻度骨性Ⅲ类(有开合倾向)。矫治计划:建议 18 周岁后行正颌正畸联合治疗。患者家长拒绝,强烈要求行单纯正畸治疗。(1)拔牙矫治,单侧拔除左侧上 4;(2)全口 MBT 直丝弓固定矫治技术,多曲方丝弓矫治技术,利用牙弓移动补偿骨性偏斜;

(3)随访观察生长发育情况,不排除将来手术的可能。矫治过程:(1)拔除上颌左侧第 1 前磨牙;(2)1~17 个月,下直丝弓矫治器,排齐上下牙列,下颌多曲方丝弓,双侧不对称调整,右侧垂直牵引,左侧Ⅲ类牵引,旋转下颌牙弓;(3)上下中线对齐,精细调整。颞部仍有偏斜,侧貌改善;进入保持。积极治疗 16 个月。矫治结果:治疗结束后牙齿排齐,磨牙关系一侧中性,一侧完全远中,牙弓下上中线基本对齐,颞部偏斜有所改善,但仍然右侧偏斜。提示严重骨性偏斜病例的非手术治疗仅仅是牙弓移动补偿骨性偏斜,为掩饰性治疗。治疗前、治疗过程中、治疗后效果见图 1~4。

表 1 患者矫治前后 X 线头影测量值

测量项目	正常值(±s)	治疗前	治疗后
SNA(°)	82.8±4.0	80.4	80.8
SNB(°)	80.1±4.1	79.3	78.7
ANB(°)	2.7±2.0	0.9	2.1
MP-FH(°)	31.1±5.6	38.4	39.7
U1-L1(°)	125.4±7.9	119.5	122.6
UI-SN(°)	105.7±6.3	110.5	108.3
U1-NA(°)	22.8±5.7	26.6	24.5
U1-PP(mm)		27.8	29.0
L1-NB(°)	30.3±5.8	29.2	28.4
L1-MP(°)	92.7±7.0	89.4	87.8
L1-MP(mm)	42.2±5.4	41.3	42.5



A: 治疗前右侧合相; B: 治疗前正面合相; C: 治疗前左侧合相; D: 治疗前正面相。

图 1 治疗前照片



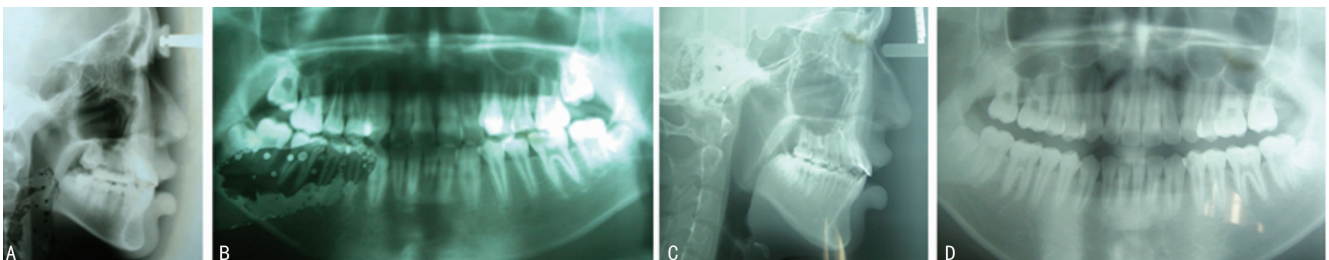
A: 治疗中右侧合相; B: 治疗中正面合相; C: 治疗中左侧合相。

图 2 治疗中照片



A: 治疗后右侧合相; B: 治疗后正面合相; C: 治疗后左侧合相; D: 治疗后正面相。

图 3 治疗后照片



A: 治疗前头颅侧位片; B: 治疗前全景片; C: 治疗后头颅侧位片; D: 治疗后全景片。

图 4 治疗前后 X 线片

2 讨论

2.1 本病例偏斜畸形明显,骨性为主,牙骀畸形严重,上下中线相差近一个下切牙的距离。由于患者还在生长发育期,偏骀可能在后期的生长中加重,因此治疗上尽可能采取保守方式,下颌严重偏斜病例,采用多曲方丝弓技术矫治原理与方法,用 0.017 英寸×0.025 英寸的不锈钢方丝,在弓丝上弯制靴型曲作为矫正牙的加力单位,下颌利用多曲方丝弓向远中左侧移动,补偿偏斜。而多曲弓丝使托槽间的弓丝长度增大,弓丝的负荷挠曲率降低,弹性好,力量小而柔和^[7-8]。

2.2 本病例属于垂直向高角骨面型,矫正中需要消除干扰,建立新的咬合关系。多曲方丝弓技术利用多曲可以单独调整每一个牙齿的三维位置在一定程度上增加偏牙合侧的咬合高度,压低对侧的咬合高度,从而达到上述矫治的目的。

2.3 本病例矫正中所使用的牵引为颌间一侧短Ⅲ类牵引,另一侧短Ⅱ类牵引,以防止应用长距离的颌间牵引所造成的上下磨牙升高问题。众所周知,磨牙的升高会使下颌发生顺时针旋

转,这虽然有利于改善 ANB 角,减轻颌骨矢状方向上的不调,但在垂直向上加重开合趋势的不良反应也不容忽视,因此这类病例提倡使用短颌间牵引,以避免垂直向下的力直接作用于磨牙,若要防止磨牙下垂,可加大后倾弯曲,并可应用横腭杆或口外头帽等装置及等来控制上磨牙的支抗。

2.4 本病例的矫治过程中,合理的弓丝调整加上患者颌间牵引的配合是矫治成功的关键。上颌并未使用多曲方丝弓,也未利用粗的方丝来增强支抗,而是采用圆丝,希望牙合补偿中以下颌的移动为主,同时上颌有一定的自由度,可以加快治疗的进度,最终证明牙颌的移动是理想的,补偿治疗的结果在矢状向的改善更为明显。

此外,曾建议患者尽早拔除下颌偏斜对侧第 3 磨牙,以利于磨牙远中移动。特别须注意的是,颌间牵引过程中,由于颞颌关节位置变化易导致的颞下颌关节紊乱综合征^[9],本病例亦有出现,需及时采取措施并术后定期随访。

参考文献:

[1] Kim YH. The versatility and effectiveness of the multi-loop edgewise archwire (MEAW) in treatment of various malocclusion I [J]. World J Orthod, 2001, 2 (3): 208-218.

[2] Kim YH, Han UK, Lim DD, et al. Am J orthod Dentofacial orthop, 2000, 118(1): 43-54.

[3] 寇波, 王春玲, 刘东旭, 等. 年轻成人上颌快速扩弓 (YARME) 对牙颌结构的影响 [J]. 现代口腔医学杂志, 2006, 20(5): 464-467.

[4] Yoshimura O. A mechanical study on multiloop edgewise archwire [J]. (MEAW) Orthod Waves, 1999, 58 (3): 214-221.

[5] 魏松, 傅民魁. 多曲方丝弓技术矫治骨性 III 类错畸形的临

床应用 [J]. 口腔正畸学, 2000, 7(4): 147-151.

[6] Sato S, Hiroko sakai. developmental alteration of the form of denture frame in skeletal class III malocclusion and its significance in orthodontic diagnosis and treatment [J]. MEAW, 1994(1): 191-197.

[7] Department of Orthodontics, Kanagawa Dental College, Japan. Sato Sado Case Report: Development Characterization Of skeletal Class III [J]. Angle Orthod, 1994, 64(2): 105-111.

[8] Szczesny G. Molecular aspects of bone healing and remodeling [J]. Pol J Pathol, 2002, 53(3): 145-153.

[9] 晋长伟, 林久祥. 多曲方丝弓技术矫治恒牙期偏矫治的颌变化的研究 [J]. 现代口腔医学杂志, 2007, 21(1): 23-25.

(收稿日期: 2014-06-08 修回日期: 2014-09-21)

一氧化碳中毒致多脏器损伤 1 例临床报道

沈会, 姜畅, 姜永珊, 赵妍妍[△], 朱炜楷

(大连医科大学附属第一医院中医康复科, 辽宁大连 116011)

中图分类号: R459.6

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2014)35-4847-02

一氧化碳中毒是含碳物质燃烧不完全时的产物经呼吸道吸入引起的中毒。临床上, 重度一氧化碳中毒可造成脑、心、肝、肾等多脏器功能衰竭, 这在临床上已较为常见。一氧化碳中毒引起的少见并发症, 如横纹肌溶解症、周围神经损伤, 近年来时有报道^[1-2]。一氧化碳中毒致横纹肌溶解、急性心、肝、肾损伤、周围神经损伤, 合并下肢挤压综合征较少报道, 现将大连医科大学附属第一医院中医康复科收治 1 例报道如下。

1 临床资料

患者, 男性, 年龄 53 岁, 一氧化碳中毒后出现头痛、头晕, 伴左下肢肿胀 2 d, 2012 年 12 月 29 日入院。患者入院 2 d 前约 18:00 于住处烧柴取暖过夜, 第 2 日早晨约 6:00 被人发现昏迷, 左下肢蜷缩、肿胀。被家人送往某院, 查碳氧血红蛋白 (COHb) 阳性, 对症治疗, 患者转醒, 遗留头痛、头晕, 左下肢肿胀无好转, 转入本院。患者既往体健, 否认服药史。查体: 体温 36.5℃, 脉搏 80 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 130/90 mm Hg, 意识清, 心率 80 次/min, 律齐, 左下肢肿胀。血气分析: COHb 1.3%; 血常规: Hb 155 g/L; 心肌标志物: 肌酸激酶 (CK) 35 320 IU/L, 肌酸激酶同工酶 (CK-MB) 720.64 μg/L, 高敏肌钙蛋白 I (hs-TnI) 0.904 μg/L; 肝功能: 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 385 IU/L, 天门冬氨酸氨基转移酶 (AST) 525 IU/L; 清蛋白: 32.3 g/L; 肾功能: 尿素氮 (Urea) 23 μmol/L, 肌酐 (Cre) 284 μmol/L; 血钾 4.9 mmol/L; 尿常规: 潜血 (++) , 尿蛋白 (Pro) +; D-二聚体: 910 μg/L; 头部 CT、下肢血管彩超、左股骨 X 线片、肝肾脏彩超、心电图均未见明显异常。入院诊断: 一氧化碳中毒致横纹肌溶解, 心、肝、肾损伤, 左下肢挤压综合征。入院后, 予高压氧, 减轻脑水肿、营养神经, 保护心、肝、肾功能、利尿等治疗。入院 3 d 后, 尿量进行性减少, 并出现全身水肿, 左下肢肿胀加重。血常规: Hb 104 g/L; D-二聚体: 10 940 μg/L; 肾功能: Urea 45.9 μmol/L, Cre 866 μmol/L; 血钾 5.4 mmol/L; 心肌标志物: CK 4 466 IU/L, CK-MB 7.54 μg/L, hs-

TnI 0.036 μg/L。肾功能损害进行性加重, 予血液透析治疗, 并改善肾循环, 增加肾灌注, 利尿。间断血液透析治疗 3 次后, 症状无明显改善, 尿量 1 000 mL/d, 肾功能: Urea 32.9 μmol/L, Cre 731 μmol/L; 血钾 4.4 mmol/L; 心肌标志物: CK 1 382 IU/L, CK-MB 5.99 μg/L, hs-TnI 0.018 μg/L; 尿常规: 潜血 (±), Pro (-); 血常规: Hb 117 g/L; 彩超: 肝脏、肾脏弥漫性损害。间断血液透析后肾功无明显好转, 改用血滤治疗, 持续利尿。血滤治疗后, 全身水肿好转, 尿量增加 2 500 mL/d。肾功: Urea 21.3 μmol/L, Cre 478 μmol/L; 血钾 4.1 mmol/L; 肝功: ALT 138 IU/L, AST 52 IU/L; 清蛋白: 28.2 g/L; 尿常规: 潜血 (+), Pro (-)。患者入院 25 d 后, 全身水肿明显好转。肾功: Urea 10.95 μmol/L, Cre 156 μmol/L; 血钾 3.7 mmol/L; 肝功: ALT 67 IU/L, AST 29 IU/L; 清蛋白: 31.1 g/L; 心肌标志物: CK 56 IU/L, CK-MB 11.95 μg/L, hs-TnI < 0.006 μg/L; 血常规: Hb 102 g/L; 尿常规: 潜血 (-), Pro (-); Holter: 窦性心动过缓 (平均心率 53 次/min)。出院随访 3 个月, 右下肢遗留麻木、疼痛, 余正常。血尿常规、肝功能、肾功能、心肌标志物、D 二聚体、心电图、肝肾彩超均正常。

2 讨论

一氧化碳中毒具有明显季节性, 以冬季高发, 其主要原因为不正确使用煤炉、煤气灶及燃气热水器, 用煤炉、炭火炉等取暖时室内门窗关闭、空气不能流通而易致中毒^[3]。该患者入院时, 明确的一氧化碳吸入史, 头痛、头晕, 左下肢肿胀, 皮温、皮张力不高, 心肌标志物、肌酸肌酶、肝功能、肾功能指标明显异常上升。住院期间肾功能损害进行性加重, 缓解。后遗留左下肢麻木、疼痛。一氧化碳中毒致横纹肌溶解、心肝肾损伤、周围神经损伤, 合并左下肢挤压综合征诊断明确。

本例患者一氧化碳中毒时间近 12 h, 一氧化碳中毒致全身缺氧, 骨骼肌对一氧化碳中毒特别敏感, 易出现横纹肌溶解。CK 是骨骼肌损伤最敏感和可靠的指标, 有学者认为其超过正