

矫治技术牵尖牙向远中或内收前牙时易出现尖牙扭转及磨牙近中倾斜及缺隙两侧牙齿向缺隙侧倾斜等不利的牙齿移动<sup>[1]</sup>，一旦出现了这种不利的牙齿移动会使后期阶段的调整变得复杂也延长了疗程，因此方丝弓矫治技术要求更高的个人技术在治疗过程中对牙齿移动加以控制。

直丝弓矫治技术治疗程序相对简单，弓丝改变少，因此缩短了患者就诊时间和医生的椅旁操作时间<sup>[3]</sup>。而方丝弓矫治技术需要在弓丝上弯制各种曲来对牙齿加以控制，不仅延长了椅旁操作时间，而且使矫治器系统内的摩擦力增加，减慢了牙齿移动。又因弯制的各种曲使系统内的力变得较为复杂，因而控制起来难度较大。

2 种矫治技术相比直丝弓矫治器戴入患者口内时的感觉更舒适，因此更容易取得患者的配合，从而保证了治疗的顺利进行。

通过以上对比分析，作者认为直丝弓矫治技术具有治疗程序简单，椅旁操作时间短，疗程相对短以及牙齿定位更加准确等优点，使正畸临床工作变得简单且有效，是一门值得应用推广的技术。值得一提的是，虽然直丝弓矫治器系统设计中加入了 3 种序列弯曲，但在矫治过程中仍需适当弯制曲来控制牙齿，以便使矫治器系统内所包含的数据充分体现而使矫治结果更加完美。

#### 【参考文献】

- [1] 曾祥龙. 现代口腔正畸学诊疗手册[M]. 北京: 北京大学出版社, 2000. 217, 233.
- [2] 月华, 曾祥龙, 傅民魁. 直丝弓矫治技术系列讲座[J]. 口腔正畸学杂志, 1996, 3(1): 37-41.
- [3] 阎燕, 傅民魁. Alexander 直丝弓矫治技术矫正 8 例安氏 II 类 I 分类错合的临床分析[J]. 口腔正畸学杂志, 2002, 9(1): 4-7.

· 临床体会 ·

## 肝病患者幽门螺杆菌感染的临床分析

侯军良, 张新元, 贾彦生, 宁更献, 刘先轶

(河北省石家庄市第五医院, 河北 石家庄 050021)

【关键词】 慢性肝炎; 肝硬化; 幽门螺杆菌; 胃镜检查

【中图分类号】 R512.6

【文献标识码】 B

【文章编号】 1007-3205(2005)06-0713-02

2000 年 3 月~2004 年 12 月, 我院对 2 574 例慢性肝炎、肝硬化患者进行了胃镜检查及幽门螺杆菌检测, 并对其相关性<sup>[1]</sup>进行了探讨, 现将结果报告如下。

### 1 资料和方法

1.1 一般资料: 慢性肝病患者 2 574 例均为我院 2000 年 3 月~2004 年 12 月住院及门诊患者, 男性 2 026 例, 女性 548 例; 年龄 16~74 岁, 平均 42.6 岁。其中肝炎肝硬化 1 235 例, 慢性肝炎 1 339 例

(轻度 58 例, 中度 831 例, 重度 450 例)。均符合 2000 年 9 月西安第十次病毒性肝炎学术会议制定的《病毒性肝炎防治方案》诊断标准<sup>[2]</sup>。

1.2 方法: 采用日本富士能电子胃镜检查, 幽门螺杆菌诊断采用胃窦黏膜活检试纸法(胃黏膜尿素酶活性测定法), 试纸由海口南科科技发展有限公司生产。胃镜下以活检钳取胃窦及胃体黏膜组织, 将组织黏膜置于试纸之间, 阳性者示有幽门螺杆菌感染。血氨测定采用直接显色法, 正常值为 15~58 U/L。

### 1.3 结果

1.3.1 幽门螺杆菌感染: 2 574 例慢性肝病中, 阳性 1 368 例, 占 53.13%。1 339 例慢性肝炎中阳性 693 例, 占 51.8%; 1 235 例肝硬化中阳性 675 例, 占 54.7%。两者阳性率无统计学意义( $P >$

[收稿日期] 2005-04-27; [修回日期] 2005-07-21

[作者简介] 侯军良(1970-), 男, 河北赵县人, 石家庄市第五医院主管检验师, 医学学士, 从事临床检验学研究。

0.05)。

1.3.2 胃黏膜病变: 2 574 例中并发胃黏膜病变 2 389 例, 占 92.8 %; 其中慢性浅表性胃炎 903 例 (35.1 %), 反流性胃炎 124 例 (4.8 %), 胃十二指肠溃疡 687 例 (26.7 %), 门脉高压性胃病 291 例 (11.3 %), 出血性胃炎 479 例 (20.1 %)。胃黏膜病变与幽门螺杆菌感染的关系见表 1。结果显示, 胃黏膜病变以慢性浅表性胃炎居多, 且多并发消化性溃疡、出血性胃炎、门脉高压性胃病等病变, 幽门螺杆菌感染率也显著增高。

1.3.3 并发症与幽门螺杆菌感染: 消化道出血、自发性腹膜炎、血氨增高和肝性脑病患者的幽门螺杆菌阳性率分别为 69.8 %、76.6 %、78.1 % 和 88.5 %。见表 2。

表 1 胃黏膜病变与幽门螺杆菌的关系

病变类型	例数	幽门螺杆菌阳性	
		例数	%
慢性浅表性胃炎	993	409	41.2
反流性胃炎	124	72	58.1
胃十二指肠溃疡	687	498	72.5
门脉高压性胃病	291	169	76.5
出血性胃炎	479	276	57.6

表 2 并发症与幽门螺杆菌感染的关系

并发症	例数	幽门螺杆菌阳性		幽门螺杆菌阴性	
		例数	%	例数	%
消化道出血	321	224	69.8 *	97	30.2
自发性腹膜炎	296	227	76.6 *	69	23.4
血氨增高	168	131	78.1 *	37	21.9
肝性脑病	65	54	88.5 *	7	11.5

\*  $P < 0.01$  与幽门螺杆菌阴性比较 ( $\chi^2$  检验)

## 2 讨 论

有关资料显示, 正常人群幽门螺杆菌的感染率为 20 % 左右<sup>[3]</sup>, 而本组资料中慢性肝病患者感染率为 53.1 %, 明显高于正常人群, 提示慢性肝病患者是幽门螺杆菌感染的易感人群。幽门螺杆菌感染在慢性肝炎和肝硬化患者中无统计学差异, 但在并发门静脉高压性胃病、消化性溃疡时, 幽门螺杆菌感染率显著高于非感染组, 表明幽门螺杆菌感染与门静脉高压性胃病和胃黏膜病变有相关性。

近年来研究还发现幽门螺杆菌与许多胃外疾病的发生、发展有关<sup>[4]</sup>。本文研究结果显示, 慢性肝病患者并发上消化道出血、高氨血症、肝性脑病及自发

性腹膜炎时, 幽门螺杆菌感染阳性率明显增高, 表明幽门螺杆菌感染是上述并发症的重要因素之一。幽门螺杆菌感染时引起上消化道出血、高氨血症、肝性脑病及自发性腹膜炎多与以下因素有关: ①慢性肝病特别是在肝硬变时, 机体免疫功能降低, 胃黏膜的防御机制减退, 胃黏膜瘀血水肿, 局部组织缺血、缺氧、微循环障碍, 易致幽门螺杆菌感染和胃黏膜糜烂出血, 同时由于肠道菌群的变化, 不利于幽门螺杆菌的清除, 使幽门螺杆菌感染率增高。②幽门螺杆菌感染对胃酸分泌有复杂的影响, 在急性感染期能抑制壁细胞分泌胃酸, 而在慢性感染期抑制壁细胞分泌的因素可能降低, 从而导致血清胃泌素水平增加, 致使胃酸分泌增加, 高胃酸分泌是导致上消化道出血的一个重要因素; 同时, 胃泌素可使门脉血流量和门脉压力增加, 导致食管胃底静脉曲张破裂出血, 因此幽门螺杆菌与胃酸分泌之间的相互作用在上消化道出血的发病中占有重要的地位。③幽门螺杆菌最显著的生物学特征之一是可以产生尿素酶, 将尿素分解为氨和二氧化碳, 使血氨增加, 氨除了对幽门螺杆菌具有保护作用外, 还能直接或间接造成胃黏膜屏障的损害, 加之幽门螺杆菌的肝细胞毒作用, 可加重肝损伤, 诱发高血氨症、肝性脑病<sup>[5]</sup>。本研究结果表明, 慢性肝病患者中幽门螺杆菌阳性血氨水平明显高于阴性患者, 提示幽门螺杆菌感染是慢性肝病患者血氨升高的因素之一, 且与肝性脑病的发生有明显关系。综上所述, 慢性肝病时合并幽门螺杆菌阳性者及时行幽门螺杆菌的根除治疗, 对改善肝功能、预防肝性脑病、上消化道出血的发生具有重要的临床意义。

### 【参考文献】

[1] 焦建中, 聂青和, 吴永胜, 等. 慢性肝病 150 例幽门螺杆菌感染情况分析[J]. 世界感染杂志, 2002, 2(1): 483.  
 [2] 中华医学会传染病与寄生虫病学会, 肝病学会联合修订. 病毒性肝炎防治方案[J]. 中华传染病杂志, 2001, 19(1): 562.  
 [3] 范学工, 邹益友, 阳惠湘, 等. 慢性乙型病毒性肝炎的幽门螺杆菌感染[J]. 华人消化杂志, 1998, 6(8): 673-674.  
 [4] 郭雁宾, 王贞彪, 金瑞, 等. 104 例肝硬化患者胃镜检查结果及其临床意义[J]. 中华消化内镜杂志, 1999, 16(6): 359.  
 [7] 方黎明, 姚建敏, 钱国胜, 等. 肝硬化并幽门螺杆菌感染病人血氨浓度变化[J]. 中华消化杂志, 2001, 21(2): 554.