

老年患者后牙残根残冠的保留与修复

黄鸢英

[摘要] 目的:探讨老年患者后牙残根残冠进行桩核全冠修复的效果。方法:对 28 例 55 岁以上老年人的 35 颗后牙残根残冠进行根充治疗,制作桩核后行全瓷或金属全冠修复,对修复体的使用情况、牙周情况进行为期 3 年的随访观察。结果:1 颗桩核脱落,1 颗因根管治疗不彻底形成瘘管,1 颗基牙牙周脓肿、牙龈退缩、II 度松动。91.4% 的义齿使用良好。结论:后牙桩核全冠修复,不仅能恢复咀嚼功能,还可促进老年患者身心健康。

[关键词] 口腔疾病/治疗;老年患者;后牙残根残冠;桩核冠

[中国图书资料分类法分类号] R 781.05 [文献标识码] A

随着根管治疗技术和固定修复技术日臻完善,临床上多数残根残冠得到保留,并加以修复,达到恢复牙体外形和功能的目的,这样既减少了老年人的缺牙痛苦,也提高了生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2001~2003 年我院收治的 55 岁以上老年后牙残根残冠患者 28 例,男 16 例,女 12 例;年龄 55~65 岁。共 35 颗后牙残根残冠,其中残根 22 颗,残冠 13 颗。

1.2 适应证 (1)X 线片示牙根较长,牙根长度等于或大于冠长度,牙根有足够的牙槽高度,无病变或病变已治愈;(2)残根去腐质后不低于龈下 0.5 mm,经龈切术后能露出缺损面;(3)残根、残冠的牙周情况良好,无松动。

1.3 治疗方法 (1)所有保留的残根、残冠经过完善的根管治疗或塑化治疗。固位桩采用成品桩(5 颗)、铸造桩(30 颗)两种固位方式。修复体采用单冠(30 颗)或作为固定桥基牙修复(5 颗)。(2)核桩预备:按照铸造桩的要求进行牙体预备。除去残冠、残根的腐质,尽量修磨唇舌两个斜面,然后用根管钻针由细到粗逐号预备,桩的长度为根长的 2/3 或 3/4,直径为根的 1/3^[1]。根尖至少留有 4 mm 根充物,以保证良好的根尖封闭区^[2]。(3)蜡型制作:用嵌体蜡完成桩和核的蜡型制作,根管外核蜡型应按全冠的牙体预备要求制作。对于后牙不易在口腔内直接操作的可用间接法即“寒天”印模材取模,灌注模型,然后在模型上制作。铸造用常规高熔合金铸造,完成核桩。口内试戴合适后进行粘结,牙体预备、再取印模,常规完成外冠修复体。

1.4 疗效标准 判断疗效的标准可分为成功、失败两类。成功:修复体固位良好;牙齿无松动;无瘘管,无叩诊阳性;X 线检查根尖无阴影。若未完全达到上述标准为失败。

2 结果

28 例经 1~3 年的随访,有 3 例失败,1 颗桩核冠脱落,1 颗根管治疗不彻底出现瘘管,1 颗牙周脓肿、II 度松动。有效率达 91.4%。

3 讨论

3.1 残根、残冠保存的意义 残根、残冠经完善的根管治疗后,可以保存牙周膜本体感受器,起到支持作用,延缓牙槽骨的吸收速度。残根、残冠保留的最终目的是恢复牙冠正常外形,并在咀嚼运动中行使功能,保留一些重要位置的后牙残根、残冠,如第一、第二磨牙残根、残冠有重要意义,可以避免肯氏 I、II 类游离端缺失修复。

3.2 提高残根、残冠修复效果的注意事项

3.2.1 牙体预备 牙体预备时尽可能保留牙体组织,研究表明,当余留牙体在 2 mm 以上时桩、冠应力分布情况较为接近;当余留牙体在 2 mm 以下时,根部应力显著大于颈部应力,余留牙体为 1 mm 时也可以提供箍效应^[3]。因此,残根残冠已硬化的腐质可以不去除,以增加修复体固位力。

3.2.2 核桩的粘结 粘结剂的使用能促进核桩对根管的内部适应,当粘结剂使核桩和根管紧密粘合时,可使应力均匀分布于整个牙根结构。因此,往根管内充填粘结剂时要均匀,防止有空气或气泡。有学者认为牙本质粘结剂可对核桩系统提供额外抵抗。尤其使用树脂类粘结剂较使用磷酸锌粘结剂可对断裂抵抗力更强。

3.2.3 冠的粘结 永久性修复体在替代临时甲冠

粘接前一定要用排龈线排龈,以防有多余的粘结材料残留导致悬突,最终导致龈炎、牙周炎等。

3.3 发生问题的原因及处理 在脱落的 1 例中因桩细、长度不够,后经根管再预备,桩加粗、加长后使用良好。核桩的固位受桩的长度、粗细、形态、粘固剂种类、义齿受力情况和在牙弓上的位置等因素的影响。1 颗根管治疗失败,是因根充不实所致。去除桩后重做根管治疗再全冠修复。另 1 颗出现牙周脓肿、牙龈萎缩是因修复体边缘有悬突所致。去除修复体、磨除悬突再粘结。笔者体会老年人的后牙残根、残冠的冠边缘以龈上为宜。老年患者后牙残根、残冠的保存修复治疗,不仅保存了牙根和牙槽骨,也恢复了患牙功能,促进患者身心健康。

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0453-02

·临床医学·

肠系膜静脉血栓形成 9 例误诊分析

胡锦涛

[摘要] 目的:探讨肠系膜静脉血栓形成(MVT)的误诊原因及防止误诊对策。方法:回顾分析 9 例 MVT 误诊病例的临床资料。结果:误诊为机械性肠梗阻 6 例,胰腺炎 1 例,上消化道出血 1 例,胆囊炎、胆石症 1 例。结论:MVT 的症状、体征无特异性和临床医师的认识不足是易误诊的主要原因。提高对该病的认识,选择敏感的影像学检查方法,是减少 MVT 误诊提高诊疗的关键。

[关键词] 肠系膜血管闭塞/外科手术;血栓形成;误诊

[中国图书资料分类法分类号] R 657.2;R 364.51 [文献标识码] A

肠系膜静脉血栓形成(MVT)是一种发病率低、症状重、误诊率高和病死率高的危重急腹症^[1,2],1980 年 5 月~2003 年 10 月,我院收治的 9 例 MVT 均误诊,现就其误诊原因及防止误诊对策作一探讨。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组男 6 例,女 3 例;年龄 38~66 岁。均有血吸虫病史,其中门静脉高压症 7 例;有胆囊炎、胆石症 1 例。病程 4~10 天。临床表现均有剧烈腹痛,腹胀 8 例,恶心、呕吐 6 例,停止肛门排便排气 4 例,腹泻 1 例,呕血及便血 1 例。腹腔穿刺抽出血性液体者 3 例,血淀粉酶和腹穿液淀粉酶增高 1 例。

1.2 辅助检查 白细胞计数 $(14\sim 22)\times 10^9/L$;中性粒细胞平均 0.84,淋巴细胞平均 0.12。血小板 $(118\sim 384)\times 10^9/L$ 。立位腹部 X 线平片显示肠腔

残根、残冠治疗是较复杂、较繁琐的治疗过程。在治疗前应对残根、残冠有一个正确的评估选择,从牙体缺损程度、根尖病变范围、桩固位效果以及修复效果四方面评估。对根管钙化、根尖病变较大、牙体缺损严重病例,应由口内修复医师共同制定治疗计划,确定保留的可行性及治疗方案,以减少治疗失败几率。

[参考文献]

- [1] 徐君伍主编.口腔修复学[M].第 4 版;北京:人民卫生出版社,2000;19~27.
- [2] 冯海兰.现代口腔修复诊断手册[M].北京:北京医科大学出版社,2000;46~53.
- [3] 张新春,王焱,米乃元,等.不同余留牙体高度对桩冠箍效应影响的三维有限元分析[J].口腔颌面修复学杂志,2002,3(1):12.

有积气、液平 6 例。腹部 B 超检查见腹腔积液 7 例。

2 结果

本组误诊为机械性肠梗阻 6 例,胰腺炎 1 例,上消化道出血 1 例,胆囊炎、胆石症 1 例。9 例均剖腹探查,行长度不等的肠切除术,术后病理均证实为 MVT。治愈 7 例,另外 2 例因为切除肠段和系膜范围过小而致术后再发 MVT,死于中毒性休克。

3 讨论

3.1 误诊原因 (1)认识不足。肠系膜静脉血栓形成临床较少见,故临床医师缺乏对此病的临床认识,警惕性不高易被忽视。由于本地区是血吸虫疫区,本组 9 例均有血吸虫病史,且 7 例有肝硬化伴门静脉高压症史。由于门静脉高压所致的门静脉系包括肠系膜上静脉血液瘀滞是肠系膜血栓形成的基本因素之一,而临床医师却未引起足够重视,因而延误诊治。(2)临床表现不典型。肠系膜静脉血栓形成的起病初期,多表现为数日或数周腹部不适、厌食、大便习惯改变(腹泻或便秘)。此时,患者症状不典型,

[收稿日期] 2004-04-18

[作者单位] 安徽省东至县尧渡医院 外科,247200

[作者简介] 胡锦涛(1967-),男,安徽东至县人,主治医师。