

活髓隐裂牙预防性全冠修复的临床体会

陆晓曙¹, 姜海鹰²

[摘要]目的: 探讨活髓牙隐裂的治疗方法及其疗效。方法: 对 74 例活髓牙隐裂患者分组按综合性治疗或预防性全冠修复治疗, 并追踪 2 年, 所得结果作统计学分析。结果: 预防性全冠修复组治疗有效率明显高于综合性治疗组 ($P < 0.01$)。结论: 预防性全冠修复是治疗活髓牙隐裂的有效途径。

[关键词] 牙隐裂; 全冠修复; 调整咬合; 牙裂/外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 781.2 [文献标识码] A

牙隐裂又称不全牙裂或牙微裂, 是临床常见的非龋性牙体疾病, 好发于中老年患者, 其裂纹常渗入到牙本质结构, 是引起牙痛的原因之一, 裂纹常不易发现, 如果治疗不及时使其发展会造成牙髓炎、根尖周病, 甚至牙折, 是牙齿缺失的重要原因之一。我们对 74 例活髓隐裂牙患者分组, 采用综合性治疗或预防性全冠修复, 追踪 2 年观察疗效, 现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 调查 1997~2002 年我院口腔科就诊的无牙髓炎症的隐裂牙患者 74 例, 其中男 35 例, 女 39 例; 年龄 28~57 岁, 以 40~50 岁年龄段为主。上颌第一磨牙 29 颗, 上颌第二磨牙 9 例, 上颌双尖牙 7 例, 下颌第一磨牙 19 例, 下颌第二磨牙 7 例, 下颌前磨牙 3 例。隐裂为近远中裂 62 例, 围绕牙尖附近窝沟走向 11 例, 沿颊舌向 1 例。

1.2 活髓牙隐裂诊断标准 (1) 牙冠完整, 咬合面可见与发育沟吻合并延伸越过边缘嵴的裂隙; (2) 患牙可无症状或有咬合不适或偶有咬硬物突发锐痛的症状; (3) 牙髓的活力正常或略有敏感, 无牙髓炎及尖周炎症; (4) 可有继发龋或对冷热酸甜刺激有过敏反应^[1]。

1.3 治疗方法 (1) 隐裂牙的治疗主要采用综合性治疗, 在整个治疗期间要反复多次调整咬合, 降低牙尖斜度及高度, 消除咬合创伤, 避免牙体进一步损伤^[1]。(2) 隐裂仅达釉牙本质界, 较浅无继发龋的隐裂牙用釉质封闭剂封闭裂纹。(3) 对继发龋或裂纹达牙本质者, 磨去继发龋或沿隐裂线作牙体预备, 尽可能去除隐裂, 洞底达牙本质中层, 洞宽 2 mm, 沿洞缘制备小斜面, 用氢氧化钙覆盖洞底, 氧化锌丁香油粘固粉暂封。2~4 周后无冷热刺激症状再换用复合树脂进行永久充填。(4) 74 例无牙髓炎症状

者永久充填后, 随机抽取 36 例在局部麻醉条件下, 作全冠牙体预备、取模, 作金属铸造全冠或烤瓷全冠修复, 以氧化锌丁香油粘固粉暂戴, 1~2 个月无牙髓症状者, 再行永久性粘结。

1.4 疗效评定标准 治愈: 患牙自觉症状消失, 咀嚼功能良好, 无叩痛, 牙髓活力正常, X 线片无尖周炎症。改善: 患牙自觉症状减轻, 咀嚼功能基本正常, 咬硬物偶有不适, 裂纹处对温度偶有一过性敏感, 牙髓活力正常。失败: 患牙自觉症状加重, 出现牙髓炎、根尖周炎、牙槽脓肿或牙折裂, X 线片出现根尖周、根分叉区病变。治愈和改善为有效, 失败为无效。

1.5 统计学方法 采用 χ^2 检验。

2 结果

74 颗患牙经过治疗后 3 个月、6 个月、12 个月、18 个月、24 个月复查, 有效率为 85.14%。失败者多发生在 18~24 个月期间, 预防性全冠组的治疗有效率为 94.44%, 明显高于综合治疗组的 76.32% ($P < 0.01$) (见表 1)。

表 1 不同治疗方法的疗效比较 (1)

治疗方法	牙数 (颗)	治愈	改善	失败	有效率 (%)	χ^2	P
综合性治疗	38	21	8	9	76.32		
预防性全冠	36	32	2	2	94.44	10.29	< 0.01
合计	74	53	10	11	85.14		

3 讨论

牙隐裂是导致牙折裂、牙缺失的重要因素之一。由于早期临床症状不明显, 诊断比较困难, 所以很容易被忽视。如果出现临床症状, 裂缝多已到达髓腔, 其需要进行牙髓治疗的居多。因此早期诊断牙隐裂、制止裂纹加深、防止牙髓病发生、恢复牙齿正常咀嚼功能尤为重要^[2]。

活髓牙隐裂的诊断比较困难, 特别是无牙髓症状的隐裂常被误诊为牙齿敏感症。隐裂除冷热、酸

[收稿日期] 2005-12-26

[作者单位] 1 上海市浦东新区公利医院 口腔科, 200135 2 同济大学口腔医院 口腔科, 上海 200072

[作者简介] 陆晓曙 (1969-), 女, 主治医师。

痛外,特有的咀嚼痛常是患者就诊的主诉症状。即患者在咀嚼时突然感到有穿透样的锐痛或感觉牙齿发“软”不敢咀嚼,此时通过仔细检查往往可以发现隐裂纹^[3]。在全部治疗过程中反复调整咬合关系,降低牙尖斜度,平衡全口的咬合力负担,修复缺失牙,治疗或拔除口内其他患牙,采用整体的观点,彻底去除牙隐裂致裂因素是治疗成功的关键,因此牙隐裂采取综合性治疗有一定的临床意义。对隐裂牙裂纹的处理既要保护患牙牙髓外,还应考虑到复合树脂充填材料的理化性质,复合树脂在一定时间内有防止隐裂加深的作用。然而通过长期临床观察后发现,可有充填物磨损过多,裂纹加深。同时,在反复调磨和充填治疗中,患牙的结构变得薄弱,在咀嚼力的作用下,也可出现裂纹加深的状况。所以患牙仍有并发牙髓炎和冠折的倾向^[4],本文结果也证明了这一点。因此建议从远期临床效果考虑,即使无任何牙髓症状的隐裂牙仍需做预防性全冠修复以巩固疗效,从而防止因咬合力的变化而导致裂纹加深。采用全冠保护隐裂牙可以有效保护患牙牙髓。由于

无髓牙牙体的有机构成比和微环境的改变,牙体对咬合力的耐受性较差。因此,从远期临床效果考虑应尽早做预防性全冠修复。预防性全冠修复具有全面保护作用和围箍效应,可以有效地保护牙尖斜度和消除咀嚼力的水平向分力,避免治疗后出现牙体折裂,同时恢复患牙的良好咀嚼功能。为了保证疗效,取得满意的临床效果,在治疗患牙的牙体和保护牙髓的同时,也要注意患牙的牙周情况,若伴有牙周病变,应给予及时治疗,预防性全冠修复后,应注意对牙周组织健康状况的检查。本文全冠修复中有1例就是因为牙周病变而导致失败。

[参 考 文 献]

- [1] Hasson R, Caputo AA, Bunshan RF. Fracture toughness of human enamel [J]. J Dent Res, 1981, 60(4): 820
- [2] 王嘉德. 早期牙隐裂的综合治疗及疗效观察 [J]. 中华口腔医学杂志, 1994, 29(6): 348-350
- [3] 陈 韵, 葛久禹. 隐裂牙 68例治疗的临床体会 [J]. 口腔医学, 2003, 23(6): 375
- [4] 刘旭东. 早期牙隐裂 70例临床分析 [J]. 上海口腔医学, 2000, 9(2): 81-83

[文章编号] 1000-2200(2006)04-0405-02

。 临床医学 。

改良高容血液稀释用于脊柱及全髋置换手术的临床观察

余四新¹, 陈 晨²

[摘要]目的:评价改良高容量血液稀释的有效性及其安全性。方法:选择预计术中出血量 $> 800\text{ ml}$ 的脊柱及全髋置换手术32例,术中采用改良高容血液稀释,持续监测平均动脉压(MAP)、心率(HR)、中心静脉压(CVP),于采血前、稀释毕、术毕抽血测定Hb红细胞比容(Hct)、电解质,随访术后24h有无输入异体血及Ht、Hct值的变化。结果:各时点与采血前比较,HR无明显变化($P>0.05$),CVP在稀释毕明显升高($P<0.01$),MAP术毕下降明显,12例术中输入异体血,术后24h5例输入异体血。结论:改良高容血液稀释安全有效,如何降低成本、合理运用有待进一步探讨。

[关键词] 血液稀释; 脊柱 外科手术; 髋置换术

[中国图书资料分类法分类号] R 457.1; R 681.5 [文献标识码] A

术前急性等容血液稀释(ANH)和急性高容血液稀释(AHH)作为术中减少异体输血的方法安全、有效,但其局限性^[1]。本研究拟对改良急性高容血液稀释(ANH)方法进行临床观察,以评价其应用于脊柱及全髋置换手术(预计术中出血 $> 800\text{ ml}$)的安全性及其有效性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2003~2004年预计术中出血量 $> 800\text{ ml}$ 的脊柱及全髋置换手术32例,其中男

19例,女13例;年龄17~72岁,ASA I~II级。体重54~76 kg。行椎体内固定术17例;椎管探查及肿瘤切除术6例;全髋置换及翻修9例。术前心肺及肝肾功能、电解质、动脉血气和酸碱值基本正常,凝血酶原时间、部分凝血活酶时间等凝血功能指标均正常, Hb $> 110\text{ g/L}$, Hct $> 35\%$ 。

1.2 麻醉方法 患者术前肌肉注射阿托品0.5 mg,咪达唑仑0.1~0.2 mg/kg,采用气管内插管静脉吸入复合麻醉,全髋置换联合硬膜外阻滞麻醉(侧重术后镇痛);诱导以咪达唑仑0.05~0.1 mg/kg,丙泊酚1~1.5 mg/kg,芬太尼2~5 $\mu\text{g/kg}$,罗库溴铵0.6 mg/kg静脉注射,气管插管后按 $V_T 6\sim 8\text{ ml/kg}$ 每分钟呼吸12~16次机械通气。术中以1%~2%异氟烷吸入,持续泵入或间断追加芬太尼和罗库溴

[收稿日期] 2005-11-01

[作者单位] 1 安徽省蚌埠市第三人民医院 麻醉科, 233000; 2 安徽省蚌埠市中医院, 233000

[作者简介] 余四新(1966-),男,主治医师。