

不同修复方式下颌磨牙根纵裂半切术后疗效分析

刘 硕¹, 常 谨²

[摘要] **目的:** 分析下颌磨牙不同方式半切术修复的临床效果。 **方法:** 回顾性分析实施半切术治疗的 122 例患者 (134 颗) 临床资料, 依据修复方式将其分为单端全冠组 (26 颗)、单端固定桥组 (50 颗) 和双端固定桥组 (58 颗), 对 3 种修复方式的治疗效果进行对比分析。 **结果:** 修复后对患者实施 6 个月和 12 个月的随访, 显示 3 种修复治疗的成功率差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 实施 24 个月的随访发现, 单端固定桥组和双端固定桥组修复治疗的成功率均显著高于单端全冠组 ($P < 0.01$)。3 组实施半切术后患者牙周袋的深度均较术前明显降低 ($P < 0.01$), 单端全冠组术后 24 个月和单端固定桥组术后 12 个月及 24 个月根分叉牙槽嵴比均高于术前 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$), 而双端固定桥组根分叉牙槽嵴比术前与术后不同时间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。 **结论:** 在实施半切术前, 需对牙纵裂及牙周炎、牙周炎及根折、器械分离等进行判断, 当病变仅涉及到一个根时, 可将牙根及相连部分的牙体冠部一并切除, 当病变为根分叉以及患牙出现髓室底穿, 确定牙根周组织仍呈健康状态, 可实施半切牙体, 将近远中根予以保留, 并依据 2 个双尖牙的形状实施单冠以及联冠修复。

[关键词] 牙根切除术; 修复方式; 单端全冠; 固定桥

[中图分类号] R 781.3

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.10.024

牙半切术治疗, 主要是对牙根冠以及连同部分破坏较严重的部分予以切除, 对牙周情况仍完好甚至轻微损伤的牙根冠以及其连同的部分予以保留^[1], 是临床对多根后磨牙出现根折以及严重根分叉损伤, 或髓室出现底穿病变进行治疗的常用手段。口腔临床参照患者余留牙具体情况修复设计, 主要包括单端全冠方式与单端固定桥方式以及双端固定桥方式^[2]。本文回顾性分析 2008 年 5 月至 2011 年 5 月于我科实施半切术治疗的 122 例患者 (134 颗) 的临床资料, 旨在探讨下颌磨牙不同方式半切术修复的临床效果。现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 122 例患者 (134 颗) 中, 有男 70 例 (78 颗), 女 52 例 (56 颗), 年龄 24 ~ 66 岁, 其中有 98 例 (106 颗) 为第一磨牙, 有 24 例 (28 颗) 为第二磨牙。依据修复方式将其分为单端全冠组 (26 颗)、单端固定桥组 (50 颗) 和双端固定桥组 (58 颗), 3 组患者性别、年龄和患牙位置均具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 **纳入标准:** 牙松动度在 II 度以下, 其牙周带在 6 mm 以下, 其牙周的附着丧失在 5 mm 以下, 予以 X 线检查显示, 牙槽骨吸收低于 1/2 根长。 **排除标准:** 伴糖尿病史、牙周破坏 - 掌跖角化综合征者、艾滋病、其他白细胞减少疾病、趋化

功能障碍、牙周炎以及牙周病青少年、顽固牙周炎、大于 II 松动、相邻牙出现缺失而无法予以设计修复等患者。

1.3 方法 (1) 牙体牙髓: 参考临床检查与 X 线检查确定患者患牙是否适合实施半切术治疗, 将相对健康的部分牙根予以保留, 同时彻底实施根管治疗, 以玻璃离子进行修复充填。(2) 牙周: 局麻选择细金刚砂钻顺牙体的长轴参照根分叉予以牙冠分开, 并拔除不考虑保留的侧牙根, 同时修整保留其侧牙根断面的边缘, 使保留冠部呈前磨牙形态打磨, 再予以龈上洁治以及龈下刮治, 将牙周袋内的肉芽组织清除后, 应用抗生素治疗。(3) 修复: 在术后 3 ~ 6 个月予以检查, 是否出现明显松动, 是否存在 < 3 mm 的牙周带, 并探诊未见出血, 而且呈正常牙龈色泽, 经 X 线检查根尖周阴影完全消失以及明显好转, 患者牙槽骨吸收小于根长的一半。之后对根分叉牙槽嵴比予以记录。参照保留的牙根以及邻牙情况选择修复设计。在术后实施 6 ~ 24 个月的随访。将牙周以及根部呈破坏严重部分的牙根予以清除。

1.4 疗效判定标准 患者基牙的牙龈健康, 并且牙周袋的深度在 3 mm 以下, 经 X 线检查病变区的齿槽骨密度幽邃增加, 而阴影则减小, 其修复体达到边缘密合并且稳固状态, 患者自述咀嚼功能如常, 即判定为成功; 患者牙齿松动在 0 度及以上, 并且修复体出现松动, 其牙周袋深度在 3 mm 以上, 出现牙龈充血, 经 X 线检查齿槽骨的骨密度无增加, 并且阴影扩大, 上述任何一项出现, 即判定为失败。

1.5 统计学方法 采用方差分析和 q 检验、 χ^2 检

[收稿日期] 2013-12-30

[作者单位] 1. 河北省邯郸市第一医院 口腔科, 056001; 2. 河北工程大学附属医院 美容整形科, 河北 邯郸 056001

[作者简介] 刘 硕 (1975 -), 女, 主管医师。

验及秩和检验。

2 结果

修复后对患者实施 6 个月和 12 个月的随访,显示 3 种修复治疗的成功率差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 实施 24 个月的随访发现,单端固定桥组和双端固定桥组修复治疗的成功率均显著高于单端全冠组 ($P < 0.01$) (见表 1)。3 组实施半切术后患者牙周袋的深度均较术前明显降低 ($P < 0.01$),单端全冠组术后 24 个月和单端固定桥组术后 12 个月及 24 个月根分叉牙槽嵴比均高于术前 ($P < 0.05 \sim P < 0.01$),而双端固定桥组根分叉牙槽嵴比术前与术后不同时间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)

(见表 2、图 1)。

表 1 3 组患者随访不同时间半切修复术后牙齿成功率比较 [颗; 百分率 (%)]

分组	n	随访时间		
		6 个月成功	12 个月成功	24 个月成功
单端全冠组	26	24(92.31)	24(92.31)	16(61.54)
单端固定桥组	50	48(96.00)	48(96.00)	46(92.00)**
双端固定桥组	58	58(100.00)	58(100.00)	56(96.55)**
合计	134	130(97.01)	130(97.01)	118(88.06)
Hc	—	3.92	3.92	22.11*
P	—	>0.05	>0.05	<0.01

* χ^2 值; 率的两两比较; 与单端全冠组比较 ** $P < 0.01$

表 2 半切术前及术后随访牙周袋及根分叉牙槽嵴比对比 ($\bar{x} \pm s$)

分组	n	术前	术后 6 个月	术后 12 个月	术后 24 个月	F	P	MS _{组内}
牙周袋深度/mm								
单端全冠组	26	4.35 ± 0.62	3.02 ± 0.63**	2.78 ± 0.45**	2.52 ± 0.38**	61.13	<0.01	0.282
单端固定桥组	50	4.12 ± 0.72	2.79 ± 0.67**	2.54 ± 0.62**	2.34 ± 0.45**	80.95	<0.01	0.389
双端固定桥组	58	4.19 ± 0.59	2.68 ± 0.58**	2.44 ± 0.49**	2.31 ± 0.37**	165.53	<0.01	0.265
根分叉牙槽嵴比								
单端全冠组	26	0.38 ± 0.03	0.39 ± 0.03	0.39 ± 0.04	0.41 ± 0.04*	3.29	<0.05	0.001
单端固定桥组	50	0.39 ± 0.06	0.40 ± 0.05	0.42 ± 0.03*	0.42 ± 0.05**	4.74	<0.01	0.002
双端固定桥组	58	0.39 ± 0.07	0.41 ± 0.07	0.41 ± 0.06	0.41 ± 0.06	1.36	>0.05	0.004

q 检验: 与术前比较 * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$



A: 近中根纵裂患者牙半切除术后; B: 远中根修复双端固定桥方式; C: 36 个月后, 患者根周牙槽骨达到基本正常, 固定桥邻接的关系良好, 未见食物嵌塞

图 1 患者双端固定桥组根分叉牙槽嵴比术前与术后对比

3 讨论

目前, 对多根牙出现牙体牙髓或者根尖周疾病进行治疗时, 包括根折, 根尖周的顽固性炎症, 出现

器械分离, 单个牙根呈牙周病严重型以及出现根分叉病变选择牙半切术完成, 不仅能够使健康牙根得以保留, 而且能够对牙根无法保留的严重病变进行切除^[3]。由于牙半切术治疗受牙体解剖结构不同程度的限制, 多选择磨牙牙根分离为 2 个及以上。由于下颌的第二磨牙出现根分叉较低, 并且根管系统较复杂, 多不考虑。并且上颌磨牙由于将颊侧两根切除, 使腭侧根保留, 使患者牙周病变出现较早进而导致失败^[4]。

实施牙半切术后, 患者健侧牙根得以改善的牙周指标同术前牙周病能够波及的范围密切相关。当牙周袋的深度以及牙龈出血的指数等得到改善后, 其松动度未得到明显改善, 而且根分叉牙槽嵴比同样未见明显改善^[5]。从中长期观察, 其 X 线片中根分叉牙槽嵴比能够接近或者在 II 度松动以上, 对牙根进行保留的成功概率几乎为零^[6]。能够影响半切术对牙根实施存留成功的因素还包括手术以及牙周情况, 而修复体方案的设计也被列入其中^[7]。本研究中, 参照患者口腔的情况以及主观意愿共设计实施修复的 3 种方式, 在术后 24 个月, 患者单冠修

复与其他 2 种修复方式的成功率相比较,明显偏低。这说明患牙术后实施修复设计时选择合理,能够使牙周膜负担的应力值相应减少,同时达到分布均匀为修复设计获得成功的重要因素。而双端固定桥方式中,其应力较其他两法更为合理,同理,方式选择单端全冠时,务必要将牙周情况考虑在内,才能使修复达到最佳效果^[8]。

本研究中,在修复后对患者实施 12 个月的随访,对比发现 3 种修复治疗的成功率差异均无统计学意义($P > 0.05$),这说明 3 种修复选择均为合理,在 1 年内未见失败病例;但实施 24 个月的随访发现,双端固定桥组同单端全冠组疗效差异有统计学意义($P < 0.01$),并且单端固定桥组同单端全冠组疗效差异亦有统计学意义($P < 0.01$),这说明修复方式中,单端全冠可以考虑在其中,但如其他两方案可行,还是要依据患者具体情况,予以更为合理的修复。3 组实施半切术后,患者牙周袋的深度同术前相比较均降低($P < 0.01$),而根分叉牙槽嵴比同术前相比较,3 组差异均无统计学意义($P > 0.05$),充分说明 3 种修复术后对根分叉牙槽嵴比均不产生影响,选择设计方式时,可以不必考虑此项指标。需优先考虑能够使牙周袋深度改善的修复方式,使治疗达到最佳效果。

综上所述,在实施半切术前,需对牙纵裂及牙周炎、牙周炎及根折、器械分离等进行判断,当病变仅

涉及到一个根时,可将牙根及相连部分的牙体冠部一并切除,当病变为根分叉以及患牙出现髓室底穿,确定牙根周组织仍呈健康状态,可实施半切牙体,将近远中根予以保留,并依据 2 个双尖牙的形状实施单冠以及联冠修复。

[参 考 文 献]

- [1] 闫永发,赵彤,彭诚,等. 牙半切除术后种植体联合单冠修复下颌磨牙重度单根病变的临床观察[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2011,5(10):3040-3043.
- [2] 杜发亮,陈霞云,聂二民,等. 下颌第二磨牙半切术后固定修复的三维有限元分析[J/CD]. 中华口腔医学研究杂志:电子版,2010,4(1):22-26.
- [3] 孙静. 112 例根纵裂下颌磨牙半切术后不同修复方式的疗效比较[J]. 牙体牙髓牙周病学杂志,2013,23(7):462-464.
- [4] 李景辉,陈光宇,张方明,等. 种植体联合牙半切术单冠修复下颌磨牙的疗效观察[J]. 北京口腔医学,2012,20(6):334-337.
- [5] 刘治慧,陈舜岳,严齐会,等. 牙半切除术联合固定修复在下颌第二磨牙保留中的应用[J]. 口腔颌面修复学杂志,2011,12(6):342.
- [6] 刘扬,冯超,田慧颖,等. 磨牙半牙切除术后修复疗效观察[J]. 中日友好医院学报,2011,25(2):74-76.
- [7] 闫永发,赵彤,彭诚. 牙半切除术后种植体联合单冠修复下颌磨牙重度单根病变的临床观察[J/CD]. 中华临床医师杂志:电子版,2011,5(10):730-733.
- [8] 王桃,李可,邱晓霞,等. 下颌第一磨牙分根后单冠与联冠修复的有限元分析[J]. 上海口腔医学,2013,22(4):314-316.

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2015)10-1368-03

· 临床医学 ·

食管癌与肾癌并存 2 例报道

冯少彬,李金丽

[关键词] 食管肿瘤;肾肿瘤;多原发性癌

[中图分类号] R 735.1;R 737.11

[文献标志码] B

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.10.025

多原发性癌(multiple primary cancers, MPC)是指同一个体同时或先后发生 2 种或 2 种以上的原发性恶性肿瘤^[1]。对于食管、肾 MPC 的报道较为罕见,本文对 2010 年以来我院收治 2 例食管、肾原发癌进行报道并就文献进行复习。

例 1 男,74 岁,退休工人,因“进行性吞咽困难

半月”于 2010 年 8 月 4 日入院。半月前进食时出现吞咽困难,以固体食物明显,进行性加重,入院时仅能进半流质饮食,呕吐白色黏液样物,无进食时胸骨后疼痛、反酸等。既往吸烟 10 年,日均 15 支,父母均死于贲门癌。体格检查和术前常规检查未见明显异常;上消化道造影示食管下段可见长约 3.5 cm 局限性管腔明显狭窄,管壁僵硬,钡剂通过明显受阻,局部黏膜结构紊乱;胃镜示距门齿 30 cm 见食管四壁条状糜烂,糜烂表面覆盖厚白苔,食管管腔狭窄,内镜可达距门齿 35 cm,不能通过;上腹部 CT 示左

[收稿日期] 2014-06-30

[作者单位] 河南科技大学附属黄河医院 质控办,河南 三门峡 472000

[作者简介] 冯少彬(1975-),男,主治医师。