

劈裂磨牙冠延长术后桩冠修复效果研究

刘全红¹ 林秀萍^{1*} 王 丽²

1 上海市普陀区利群医院口腔科 2 上海市思美尔口腔门诊部

〔摘要〕目的 探讨劈裂磨牙冠延长术后桩冠修复的临床效果。方法 选择 2016 年 1 月 1 日-2017 年 12 月 31 日期间我院收治的 35 例行劈裂磨牙冠延长术的患者作为研究对象,共 45 颗患牙,分别于术后 3 个月、术后 6 个月评估患者的桩冠修复效果。结果 术后 3 个月,45 颗患牙中,修复满意 34 例、基本满意 9 例、不满意 2 例,满意度 95.56%;术后 6 个月,修复满意 34 例、基本满意 7 例、不满意 4 例,满意度 91.11%。结论 针对断端劈裂,直到牙龈下的磨牙,采取磨牙冠延长术治疗,不仅能够保留、修复劈裂的磨牙,同时又有理想的美观度,更容易被患者所接受,值得推广。

〔关键词〕磨牙;劈裂;磨牙冠延长术;桩冠修复;临床效果

〔中图分类号〕R783 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2019)03-034-02

临床治疗患牙,患者除了有基本的“治疗”需求外,更要求治疗后牙齿的美观度。对于磨牙劈裂的患者,保留患牙并尽可能延长牙齿的使用寿命,无疑是最完美的治疗方案。然而,断端劈裂到龈下的患牙,失去了完成牙体预备的条件,无法获得清晰的牙齿印模,而且修复后很难保证牙周组织的健康,因此临床常采用拔除患牙的治疗方式。近年来,牙冠延长术(Surgical crown lengthening)被广泛用于临床,这种牙周手术充分利用了牙齿的生物学宽度(Biologic width, BW)^[1],在残根龈下断端,暴露外伤劈裂牙的治疗中效果显著,能够改善过短的牙冠,纠正微笑时露出牙龈等不美观的现象,深受患者的认可。我院对 35 例患者、45 颗患牙实施了牙冠延长术,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 资料

本研究对象为 2016 年 1 月 1 日-2017 年 12 月 31 日期间我院收治的 35 例行劈裂磨牙冠延长术的患者,全部为冠根联合劈裂折断,2 例患者邻牙缺失,选择固定桥远中基牙,其他患者无邻牙缺失现象。所有患者的患牙无松动症状,无牙周炎,或者经治疗后牙周炎症控制良好;口腔卫生良好,符合单冠、固定桥的适应证,全身健康状况良好,经过系统的根管治疗后,牙根的形态和长度符合做桩冠的要求。患者中男性 23 例、女性 12 例;年龄 19-58 岁,平均年龄(38.64±1.27)岁;15 例后牙冠合并腭根折断、10 例单个舌根折断、6 例颊根折断、4 例双舌根折断;断端处于龈下的深度:15 例<2mm、9 例 2-3mm、7 例 3-4mm、4 例>4mm。患牙 45 颗,其中 20 颗上后磨牙、16 颗下后磨牙、9 颗前磨牙。

1.2 方法

1.2.1 手术方法

翻瓣术联合骨切除术,降低牙槽骨嵴顶端至牙断端的根方 4mm,使之与生物学宽度的要求相符。部分患牙的解剖位置比较特别,3 颗处于上颌结节位置、4 例处于下颌角位置,由于黏膜的转折位置很低,不能充分去骨,所以这 7 颗患牙在去骨后,牙槽嵴顶端到牙断端的距离<4mm。还有 1 颗患牙的断端在龈下的深度>4mm,去骨后,根长的骨内段比较短,所以去骨后牙槽嵴顶端到牙断端的距离<3mm。

1.2.2 修复方法

手术治疗后的 6-8 周,当组织消肿、牙周组织完全恢复正常之后,根据桩冠的要求制作根管预备,严格按修复制备的要求

完成硅胶取印和口腔技工工作,玻璃离子水门汀口内粘牢固^[2],再粘固桩核,然后制作全冠牙体预备。若患者不需要桩核修复,则直接进行全冠牙体预备。19 例患者的后牙冠边缘设计于龈上的 1mm,9 例患者的冠缘与牙龈持平,7 例患者由于不能完全去骨,无法充分暴露断端,所以冠缘设计于龈下。硅橡胶取印之后,严格按照技工的要求制作修复体,在患者口腔内粘接。

1.3 观察评定标准^[3]

分别于术后 3 个月、术后 6 个月评估患者的桩冠修复满意度。①满意:龈缘、修复体冠缘的位置完全符合设计,未出现龈增生和龈退缩症状,没有牙周袋,跟周的骨组织和冠延长术后比较无明显差异。②基本满意:修复体冠缘、龈缘之间的位置基本没有变化,未出现牙周袋、龈增生、龈退缩现象,和手术相比,跟周骨组织无改变,只是牙龈色泽潮红,有轻微炎症。③不满意:修复体冠缘和牙龈之间的位置关系发生改变,与术后比较,跟周骨组织出现骨吸收,牙龈红肿、炎症明显,有牙周袋;总满意度=满意率+基本满意率。

2 结果

患者术后 3 个月、术后 6 个月的桩冠修复效果比较,见表 1。

表 1:患者术后 3 个月、术后 6 个月的桩冠修复效果比较(n, %)

时间	满意	基本满意	不满意	满意度
术后 3 个月(n=45)	34 (75.56)	9 (20.00)	2 (4.44)	95.56%
术后 6 个月(n=45)	34 (75.56)	7 (15.56)	4 (8.89)	91.11%

3 讨论

修复断端劈裂到龈下的患牙,首选方法是牙冠延长术,术中充分暴露劈裂牙的断端,再实施修复,有很大机会保留劈裂牙。本研究发现:只要劈裂牙的断端处于龈下 4mm 内,便可采用延长术治疗。特别是在保留劈裂牙的情况下,磨牙不会对牙齿的美观度产生太大影响,对牙龈外观、龈缘、邻牙龈缘之间协调关系的要求可以不那么严格^[4],从而未保留劈裂牙创造更好的条件。

本研究结果显示:术后 3 个月、6 个月,分别有 2 颗、4 颗患牙出现跟周骨吸收症状,出现牙周袋。可能和患牙断端在龈下的位置有关,导致术中无法充分去骨,断端亦无法充分暴露,冠缘只能设计在龈下,修复体冠缘和嵴顶之间的距离不满足生物学宽度^[5],所以导致牙周病变。

综上所述:磨牙不会严重影响美观度,所以,磨牙龈上冠边缘是修复患牙的首选位置,同时龈上冠边缘的视野较为开阔,利于清洁和手术操作。为提高劈裂磨牙冠延长术的修复效果,临床应严格筛选病例。

* 通讯作者:林秀萍

更年期综合症 (climacteric syndrome) 系指由于更年期精神心理、神经内分泌和代谢变化,所引起的各器官系统的症状和体片综合症候群。

男性更年期综合症: 男性更年期由睾丸功能退化所引起的。而睾丸的退化萎缩是缓慢渐进的,性激素分泌减少也是缓慢的,精子的生成在更年期也不完全消失,而男性更年期来得较晚,出现的时间很不一致,发病年龄一般在 55~65 岁左右,临床表现轻重不一,轻者甚至无所觉察,甚者影响生活及工作,患者感到很痛苦。

女性更年期综合症是指由于卵巢功能衰退,缺乏雌激素分泌而引起植物神经系统功能失调的症候群。

各类患者出现临床症状的发病机制如下:

(一) 血管舒缩综合征: 绝经后 1~5 年间发生率 75~85%。25 岁行双卵巢切除后,患者 1~6 年后的发病机率 76%。

血管舒缩综合征,系指因雌激素或雄激素匮乏、植物神经功能障碍,所引起的,以阵发性发作的发热、潮红、全身或局部疼痛和心悸等为主的临床表现。

潮热不适的发病机理:

①下丘脑视前区促性腺激素释放激素 (GnRH) 神经元与相邻体温调节神经元 (Thermoregulatory neurons) 有直接地突触和神经连结,故 GnRH 神经元功能变化将波及后者。

②绝经后雌激素缺乏,反馈性地引起去甲肾上腺素活性增强,从而激发 GnRH 的释放活性神经连结引起散热机能 (heat loss mechanism) 的活跃。潮热发作与 GnRH 波动性和去甲肾上腺素活性波动有关;

③中枢神经系统和下丘脑内多巴胺和 B-内啡肽能活性降低。

(二) 各器官系统衰老性疾病

1 性征退化和性器萎缩: 外阴干枯、阴毛脱落、白色病损、外阴瘙痒、继发感染、性功能减退、膀胱、直肠膨出、子宫脱垂等。部分妇女出现多毛、脂溢、痤疮等男性化征象。

2 乳房萎缩、下垂,乳头乳晕色素减退: 乳房坚挺性减弱,组织软塌。

3 皮肤粘膜: 干枯、多皱、毛发脱落、色素沉着和老年斑、易发皮肤病。几千、咽喉炎和声音嘶哑。

4 心血管系统: 包括高血压、动脉硬化和冠心病,栓塞性疾病发生率随绝经后年龄增长而增高。 ≤ 55 岁妇女冠心病发生率低于同龄男性 5~8 倍。

治疗措施

一、性激素疗法即雌/孕激素替代治疗。

(一) 指征: 血管舒缩综合征、骨质疏松症、萎缩性阴道炎、早绝经、复发或顽固性泌尿道膀胱炎; 脂蛋白血症 (Lipoproteinaemia)。

(二) 禁忌症: 栓塞病史、慢性肝肾功能不全、性激素依赖性肿瘤 (了子宫肌瘤、内膜痛、乳房痛、卵巢癌)、卟啉紫质沉着症 (Prophyria)、严重高血压、糖尿病、严重静脉曲张、嗜烟、不能坚持长期随诊者。

(三) 慎用情况: 子宫肌瘤、子宫内膜异位症、子宫内膜增生史、高催乳素症、尚未控制的糖尿病及严重高血压、有血栓形成倾向、胆囊疾病、癫痫、偏头痛、哮喘、系统性红斑狼疮、乳腺良性疾病、乳腺癌家族史。

(四) 疗效: 雌孕激素治疗,可显著地改善精神、躯体症状,遏制潮红、明显改善骨质疏松症; 降低骨折率。

(五) 临测和随诊: 重点是防止子宫内膜增生过长和痛变、乳腺增生反应和全身代谢异常变化。凡接受性激素替代治疗者,应每 3 个月门诊复查或信访 1 次。6 个月 1 次妇科检查,以及必要的超声和内膜活检。乳房检查注意有无小叶增生或肿块,并注意心、肝、胆、血液功能的监测,定期复查性激素。

4 结果

两组治疗效果、住院时间、住院费用的对比: 从治疗效果、住院时间、住院费用等进行比较,激素治疗组明显优于常规治疗组。

(上接第 33 页)

高度凝固的状态,所以可以缓解异常子宫出血,达到治疗效果,并且改善了月经增多的情况。

综上所述,在放置宫内节育器初期出现异常子宫出血使用妈富隆的效果明显,可改善月经增多的情况,有效改善异常子宫出血,可临床应用推广。

[参考文献]

[1] 张惠琴. 妈富隆治疗上环后异常子宫出血的临床效果分析 [J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2017, 4(17):61-62.

[2] 陈延斌. 妈富隆治疗皮下埋植术后异常子宫出血的效果观察 [J]. 中外医学研究, 2017, 15(33):169-170.

[3] 刘兰香. 妈富隆与妇康片治疗上环后异常子宫出血临床疗效与安全性对比 [J]. 实用妇科内分泌杂志 (电子版), 2018, 5(03):67-68.

[4] 张娟. 妈富隆治疗上环后异常子宫出血的临床效果及不良事件发生率分析 [J]. 中国社区医师, 2018, 34(15):85+87.

[5] 王建敏. 妈富隆在治疗青春期内分泌失调性异常子宫出血的临床分析 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(1):59-60.

(上接第 34 页)

[参考文献]

[1] 李婵秀, 吴坚, 梁焕友等. 牙冠延长术后冠修复的牙周膜应力分析 [J]. 临床医学工程, 2013, 20(9):1110-1112.

[2] 袁冬, 刘树军. 应用改良冠延长术桩核冠修复上颌磨牙冠根折的临床观察 [J]. 北京口腔医学, 2016, 24(5):276-279.

[3] 拜合提亚尔·马合苏提, 阿不拉江·吐尔地. 磨牙冠延

长术在固定义齿修复中的应用效果评价 [J]. 医药前沿, 2016, 6(17):122-123.

[4] 李婵秀, 黄南楠, 吴坚等. 下颌第二前磨牙牙冠根折行牙冠延长术并桩冠修复后牙本质应力的三维有限元分析 [J]. 山东医药, 2015, (44):80-82.

[5] 陈芳, 韦纪英, 张君等. 牙冠延长术中牙根暴露量对患牙远期疗效的影响 [J]. 重庆医学, 2014, (9):1044-1046.

(上接第 35 页)

表明视觉反馈排尿训练能够减少并发症的发生,提高治疗有效率。

综上,视觉反馈排尿训练治疗神经源性膀胱时,能够提高治疗效果,同时降低尿路感染的发生率,推荐临床应用。

[参考文献]

[1] 齐冰, 李响. 视觉反馈排尿训练治疗脑卒中患者神经源性膀胱的临床观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2017, 8(19):33-35.

[2] 唐建锋. 频电刺激治疗结合视觉反馈排尿训练在治疗脊髓损伤后神经源性膀胱尿潴留疗效观察 [J]. 中国妇幼保健研究, 2017, 28(S1):666.

[3] 齐冰, 李响, 姜慧强. 视觉反馈排尿训练治疗神经源性膀胱疗效及安全性观察 [J]. 中国社区医师, 2017, 33(29):146-147.

[4] 刘澜涛. 膀胱功能训练对神经源性膀胱排尿障碍的疗效观察 [J]. 医学理论与实践, 2016, 29(7):963-964.