

隐裂牙综合征的研究进展

黎彦华

广西壮族自治区桂东人民医院 广西梧州 543000

【摘要】 现代医学发展中, 口腔疾病医学中, 隐裂牙作为常见口腔疾病, 好发人群为老年人, 临床是指牙冠表面产生非生理性细小裂纹, 肉眼观察下, 一般较难发现, 随着后续牙冠表面裂纹不断深入, 后续会造成牙本质结构严重受损, 以出血、疼痛作为主要症状。对临床伴有隐裂牙症状患者, 早期需坚持早发现、早治疗原则, 可进一步防止病情加重而引起患者伴有牙周炎、牙髓炎、牙折等, 避免牙缺失。针对临床上述患者, 早期合理开展有效治疗措施干预, 可进一步提高临床疗效, 文章就近年来隐裂牙综合征相关文献及我院防治开展情况如下进行总结, 现报道如下。

【关键词】 隐裂牙综合征; 文献; 防治; 症状

【中图分类号】 R781.2 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2095-7165 (2019) 07-267-02

因自身结构伴有窝沟缺陷, 此时咀嚼过程中, 往往用力过大或不良修复造成牙齿窝沟表面会产生一定裂纹, 随着时间推移, 裂纹会逐渐向牙齿深部扩张, 后续伴有一定临床症状, 包括酸痛、冷热刺激痛、一过性咬合痛以及反跳痛, 对上述患者来说, 正确咀嚼食物及饮水期间, 往往会合并不适反应, 临床将上述现象称之为隐裂牙综合征。上述词首是由 1964 年提出, 临床对其定义为活髓后牙的不完全折裂, 会累及或不累及患牙所产生临床常见症状^[1]。早期对压裂综合征患者治疗措施上, 以保护性修复为主, 包括牙列磨改、树脂粘接裂纹、树脂或银汞合金嵌体覆盖到金属冠、金属烤瓷冠等, 目前尚未统一治疗原则, 与隐裂牙诊断复杂性及患者主诉模糊性、有效文献报道相关。文章就近几年常用几类治疗措施如下进行总结, 为后续临床研究深入提供理论基础。

1 隐裂牙综合征易感因素和流行病学

现代学者认为, 隐裂牙综合征临床常见发病因素较多, 包括咬合力过大、创伤、龋而填充的牙齿、未治疗深龋等。但对具体起主导作用因素, 不同学者之间存在不同观点。骆小平、袁宇、石玉娟等^[2]研究得出, 若牙齿内部过多、大面积填充物, 作为引起隐裂牙综合征产生重要因素, 此时填充物范围、体积达到一程度, 此时患者牙齿折抗能力显著下降。崔丽丽、宋超颖、郭喜萍等^[3]研究证实, 对临床无龋齿、无修复体患者来说, 发生隐裂比例同样偏高。目前对牙齿创伤后并开展牙髓治疗牙齿, 易造成隐裂牙综合征相关临床研究得到广泛关注, 此时对牙齿开展牙髓治疗, 则折裂发生率高达 26~72%。目前对国内对隐裂牙好发部位存在一定分歧, 与国外基本报道相一致, 目前认为, 隐裂牙齿发生部位上, 以下颌第二磨牙为主, 其次为下颌第一磨牙, 与下颌前磨牙相比较, 此时上颌前磨牙隐裂发生率显著上升。与上颌磨牙自身具备稳定牙合关系相一致, 且自身抗折能力显著增强, 此时进行咀嚼期间, 下颌磨牙往往自身承担咀嚼力相对提升, 且高于上颌磨牙, 此时上颌磨牙接近中舌尖, 与下颌磨牙相比较, 往往存在楔作用等多种因素, 因此, 与下颌磨牙相比较, 更易并发折裂。国内学者认为^[4], 与下颌磨牙相比较, 上颌磨牙更易受累, 且咀嚼开展期间, 上颌磨牙往往处于被动状态, 斜峭萌出较早, 伴有较重磨损并形成陡尖, 相对增加隐裂发生率。

2 隐裂牙综合征的治疗及预防

2.1 一次性根管治疗

治疗期间采取不锈钢环扎患牙, 能使得裂缝密合稳固, 避免牙折裂现象, 作为保存治疗先决条件。后续治疗开展上进行调整, 并消除损伤性颌力, 能避免临床操作及咀嚼运动期间对患牙造成损伤。对部分伴有牙髓炎患者, 临床接受治疗期间, 需严格遵守根管治疗, 并高质量进行根管预备, 可有效缩短治疗疗程, 对应充填材料选择

上, 以强碱性、抑制细菌生长、中和炎症酸性产物为主, 可促进肉芽组织纤维化, 类牙骨质、类骨质增生, 配伍碘伏, 具备杀菌防腐及强烈收敛作用。通过对隐裂牙综合征患者开展一次性根管填充治疗, 可减少复诊次数, 且临床疗效显著, 对隐裂牙治疗有效且可靠。

2.2 复合树脂修复治疗

孙凯莹、卜寿山、王峰等^[5]研究中得出, 复合树脂修复时, 将其覆盖至牙尖前磨牙, 相比较未覆盖在牙尖前磨牙, 更不易于折裂, 早期牙隐裂修复过程中, 维持牙髓活力作为一项重要手段。部分实验人员得出^[6]。对临床牙隐裂患者开展全冠修复, 能进一步缩短隐裂牙折裂时间, 目前对牙隐裂牙患者开展不同修复方式, 无法对其结果进行比较, 全冠修复体保存牙髓活力上, 无任何优势。李向阳、李姐、刘天英等^[7]研究得出, 对牙隐裂患者开展全冠修复, 牙齿会因牙髓炎症接受治疗人群占比高达 20%, 对失去牙髓活力隐裂牙患者, 采取根管治疗 2 年内保存率仅为 85.5%。通过对牙隐裂患者开展根管治疗后续开展即刻树脂修复, 约有 90% 以上隐裂牙可维持长期活力。可有效改善隐裂牙长期存活率, 对因牙齿隐裂伴有咬合疼痛患者开展即刻树脂修复, 为一类不错治疗措施。

2.3 全瓷冠修复治疗

对隐裂牙综合征, 临床治疗选择上, 以牙齿表面裂纹部位及深度、牙齿矿化程度及修复体介入时间点等因素相关。随着临床 20 几年技术不断发展, 治疗选择上, 以保护性修复为主, 临床多采取高强度二硅酸锂陶瓷, 特点为美观及耐磨性, 与牙釉质相似, 且可通过 X 线照射, 具有良好半透性, 能有效发现病变情况。早期, 石榴石增强长石质瓷强度偏低, 后牙全冠冠牙体预备过程中, 磨除量需达到 2.0mm, 且与金属烤瓷冠相同, 利用热压硅所铸造的硅酸锂玻璃陶瓷, 强度可高达 400MPa, 且断裂韧性高达 2.1MPa·m, 且酸蚀-树脂粘结后, 玻璃陶瓷全瓷强度相对提升。通过玻璃陶瓷修复后, 并予以 X 线透射, 相比较粘接树脂修复体, 修复体强度提升, 并延长修复体临床使用寿命。相比较氧化锆及金属, 往往会对 X 线起到阻射作用, 医师不易发现冠内继发龋, 且因修复体硬度大于天然牙, 往往磨损相对增加。周智妍^[8]研究中得出, 对 40 例可逆性牙髓炎的隐裂牙患者, 采取树脂修复, 经过随访得出, 无一颗牙齿因折裂拔除, 但 3 例患者经过根管治疗, 认为采取树脂修复作为隐裂牙疼痛治疗措施, 约有 90% 以上牙齿保存牙髓活力。采取高强度玻璃陶瓷材料, 隐裂牙全冠制作上, 具有强度高、美观性好, 且应用材料少。

3 小结

隐裂牙综合征产生为临床多种因素共同作用结果, 包括大面积填充、深龋等, 作为常见易感因素。早期对疾病临床表现上,

(下转第 270 页)

房颤的出现会直接导致患者出现严重临床症状,而抗凝作为有效的治疗方式,可有效改善患者生活质量,并积极防止血栓,改善患者预后。新型口服抗凝药相对于华法林口服使用无需监测常规凝血指标,可以减少出血不良事件,更安全、有效,起效更快,使用更方便。

[参考文献]

[1] 张清琼, 孙学春, 周晓芳等. 新型口服抗凝药物治疗高龄非瓣膜性房颤患者的疗效分析[J]. 重庆医学, 2016, 45(4):486-489.
 [2] 袁诚, 李伟, 朱代荣等. 126 例贵州省少数民族老年非瓣膜性房颤患者血清炎症因子水平变化及意义[J]. 山东医药, 2016, 56(28):70-72.
 [3] 黎计明, 罗伟良. 60 岁以上非瓣膜性房颤住院患者无症状性脑梗死与轻度认知障碍的临床研究[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2016, 42(8):473-478.
 [4] 尚亮, 马庆, 卫娜等. 利伐沙班抗凝治疗在改善高龄非瓣膜病房颤患者轻度认知功能障碍的价值研究[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2018, 10(4):439-441.

[5] 金鹏, 周琪, 石向明等. 利伐沙班和达比加群酯治疗高龄非瓣膜性房颤病人的安全性及疗效观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(13):1504-1506.
 [6] 张静, 耿慧, 侯丽萍等. 老年综合评估与干预对高龄非瓣膜性房颤抗凝疗效及安全性影响的研究[J]. 医学与哲学, 2017, 38(12):42-46, 75.
 [7] 叶贞发, 叶齐饶, 赖心味等. 不同强度华法林抗凝对老年非瓣膜性房颤患者长期疗效及预后的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(9):55-58.
 [8] 金星星, 林海燕, 高达等. CHADS2 评分和 CHA2DS2VASc 评分预测非瓣膜性房颤患者缺血性卒中风险的价值比较[J]. 浙江临床医学, 2018, 20(2):233-234.
 [9] 徐英, 陈红, 彭仕凤等. 老年慢性阻塞性肺疾病急性加重合并非瓣膜性房颤患者临床特点和抗栓治疗现状[J]. 四川医学, 2018, 39(5):497-501.
 [10] 王汝朋, 杨水祥. 利伐沙班和达比加群酯及华法林在非瓣膜性心房颤动患者抗凝治疗的研究[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2015, 17(12):1246-1249.

(上接第 266 页)

少胆红素的重吸收,降低胆红素水平。

4 结语

新生儿病理性黄疸的治疗方法有很多,主要从抑制胆红素生成、加速胆红素转运、阻断胆红素肠肝循环、增加胆红素结合及促进胆红素排泄等不同环节进行治疗,临床上需要根据患儿自身的情况选择合适的治疗方式。蓝光照射是新生儿病理性黄疸最常用的治疗方法,LED 冷光治疗优于普通蓝光照射治疗,药物与光疗联合治疗新生儿病理性黄疸是最佳选择,能够显著提升治疗效果,预防胆红素脑病发生。

[参考文献]

[1] 王卫平. 儿科学[M], 第八版, 北京: 人民卫生出版社, 2013: 119-120.
 [2] 胡娟. 用三种不同的方法治疗新生儿病理性黄疸的疗效观察[J]. 当代医药论丛, 2015, (13): 204.

[3] 林晓珠, 蓝允昌. 蓝光辅助茵栀黄颗粒联合苯巴比妥钠治疗新生儿黄疸的效果观察[J]. 海峡药学, 2015, 22(3):168-169.
 [4] 王小玲, 李雄, 康兰, 等. 预防性使用益生菌对降低极低出生体重早产儿坏死性小肠结肠炎发病率和病死率的 Meta 分析[J]. 中国当代儿科杂志, 2015, 17(8):852-858.
 [5] 刘备, 马国. 新生儿黄疸的治疗药物研究进展[J]. 中国医院药学杂志, 2015, 35(16):1515-1519.
 [6] 马月兰. 光疗及大剂量丙种球蛋白联合茵栀黄治疗新生儿高胆红素血症的效果[J]. 中国妇幼保健, 2016, 31(24):5405-5407.
 [7] 张晓蕊, 曾超美, 刘捷. 强光照治疗新生儿高胆红素血症的疗效及安全性[J]. 中国当代儿科杂志, 2016, 18(3):195-200.
 [8] 周雪莲, 张天勇, 杨小凤, 张孝彬, 王婷, 万志佳, 万健. LED 冷光治疗新生儿黄疸的疗效[J]. 检验医学与临床, 2017, 14(21):3260-3261

(上接第 267 页)

呈现多样性及易混淆性,对应诊断上较为困难。目前认为是一类排他性诊断。目前对应治疗上,仅采取综合治疗隐裂牙综合征,无法满足牙体保存需要,而开展冠修复为一类有效保存方法,可减少牙齿脱落率,减轻疼痛。

[参考文献]

[1] 桂萍. 全冠修复与根管治疗同步治疗隐裂牙牙髓炎的临床效果观察[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(19):127-128.
 [2] 骆小平, 袁宇, 石玉娟等. 隐裂牙综合征全瓷冠修复十年的临床观察[J]. 中华口腔医学杂志, 2016, 51(10):583-586.
 [3] 崔丽丽, 宋超颖, 郭喜萍等. 冠修复与根管治疗同步治疗

隐裂牙牙髓病的临床疗效[J]. 河南医学研究, 2016, 25(5):910-911.
 [4] 张君. 根管治疗同步冠修复治疗隐裂牙牙髓病的临床分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11(6):119-120.
 [5] 孙凯莹, 卜寿山, 王峰等. 一次性根管充填治疗隐裂牙伴牙髓炎的疗效[J]. 江苏医药, 2016, 42(22):2505-2506.
 [6] 董丽华. 不同根管治疗术对老年隐裂牙患者咀嚼能力及生活质量的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(1):143-144.
 [7] 李向阳, 李妞, 刘天英等. 冠修复与根管治疗同步治疗隐裂牙牙髓病的临床效果研究[J]. 中国医药科学, 2016, 6(8):226-228.
 [8] 周智妍. 热牙胶充填法治疗隐裂牙伴牙髓炎的可行性研究[J]. 中国医药指南, 2018, 16(10):75-76.

(上接第 268 页)

教育,可明显提高患者对于疾病的认知程度,保持较为平稳、积极地心态配合临床治疗,有效提高患者依从性,使之能够按照患者医嘱用药,并养成良好日常生活习惯,积极消除阴道感染的危险因素,使得疾病得到有效控制,而且能够有效防止复发。

[参考文献]

[1] 李敏. 阴道炎健康教育护理[J]. 饮食保健, 2019, 6(36): 150.
 [2] 陈华. 阴道炎健康教育[J]. 特别健康, 2019, (10): 16.
 [3] 张宏春. 门诊妇科阴道炎护理健康教育干预观察研究[J]. 大家健康(学术版), 2014, 03(02):274-275.
 [4] 高文婷. 门诊妇科阴道炎护理中健康教育的应用研究进展

[J]. 现代养生, 2016, (11): 189.
 [5] 刘泽平. 妇科门诊阴道炎护理健康教育干预效果分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(57): 17-19.
 [6] 唐结仪. 妇科阴道炎护理中健康教育的应用[J]. 实用妇科内分泌杂志, 2019, 6(6): 151-152.
 [7] 房冬梅. 探究健康教育护理干预对妇科阴道炎的影响[J]. 实用妇科内分泌电子杂志, 2019, 6(8): 140-141.
 [8] 尚晓云. 健康教育用于阴道炎护理中的临床效果[J]. 临床医学研究与实践, 2018, 3(2): 171-172.
 [9] 张冬梅. 霉菌性阴道炎健康教育干预的效果观察[J]. 黑龙江医学, 2019, 43(5): 511-512.