

全冠修复磨牙折裂的临床疗效分析

杨棕嘉¹⁾, 叶吉云²⁾

(1) 昆明市妇幼保健院口腔科, 云南 昆明 650031; 2) 昆明医科大学, 云南 昆明 650500)

[关键词] 磨牙折裂; 根管治疗; 全冠修复

[中图分类号] R783.4 [文献标识码] A [文章编号] 1003-4706(2013)01-0129-02

牙体折裂在临床上较多见, 其多发生在主要行使咀嚼功能的磨牙, 如果不及时治疗或治疗不彻底, 易导致根管感染, 最终拔除。因此, 如何保留折裂磨牙对保持牙列的完整性, 维护患者的健康有着重要的临床意义。昆明市妇幼保健院口腔科对 60 例 65 颗折裂磨牙根管治疗后行全冠修复, 大多取得了良好的临床疗效, 现分析如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选择 2007 年 6 月至 2009 年 10 月到昆明市妇幼保健院口腔科就诊的 60 例患者共 65 颗患牙, 均为磨牙近远中向折裂, 年龄 22~68 岁。男 25 例, 26 颗患牙, 女 35 例 39 颗患牙。其中上颌第一磨牙 19 颗, 第二磨牙 7 颗, 前磨牙 5 颗。下颌第一磨牙 23 颗, 第二磨牙 10 颗, 前磨牙 1 颗。35~55 岁 36 人, 55 岁以上 22 例, 折裂时间为 1 d~3 个月不等。临床检查: 患牙叩痛, 冷热刺激痛明显, 不能咀嚼, 松动小于 I°, 牙龈稍红, 无牙周袋, X 线片见牙根无明显弯曲及闭锁, 根尖周及根分叉区无严重病变, 患牙均未做过根管治疗。

1.2 方法

用探针尽可能清除裂缝内存在的异物, 3% 双氧水和生理盐水反复冲洗裂缝并吹干。再用 3% 碘酒液消毒, 75% 酒精脱碘。在颊舌颈 1/3 处, 用裂钻作一深 0.5 mm 槽沟, 用结扎丝将折裂牙环结扎固定。结扎时要缓慢、间断加力, 注意保护牙周组织, 使牙体形态恢复正常, 再降低咬合。摄片, 然后将每颗患牙进行常规根管治疗, 治疗过程中如发现牙体形态恢复不到位者进一步加力以保证裂隙密和。治疗完成后拍片并观察 1 周, 无不适者牙体预

备进行全冠修复。全冠修复时应将冠颈缘设置于龈下, 密封牙冠及颈部, 防止食物残屑从颈缘侵入牙体组织。并适当降低全冠的咬殆面、牙尖斜度和缩小颊舌径。之后要进行半年、1 a、2 a 追踪随访。

1.3 疗效判断

成功: 患牙无自觉症状, 能正常咀嚼, 叩诊无不适, 根尖牙龈无瘘管, 牙周组织无异常, 半年后 X 线片见牙周及根尖周无异常或根尖暗影明显吸收。失败: 患牙疼痛, 松动, 叩痛, 不能咀嚼或根尖牙龈瘘管, X 线片牙周膜影增宽, 根尖暗影扩大。

2 结果

60 例患者 65 颗患牙, 经过半年, 1 a, 2 a 随访。60 颗患牙咀嚼功能正常, 无不适, 全冠无松动, 颈部无继发龋, 牙周组织健康, 无慢性根尖周炎及牙周脓肿, X 片见根尖及根分叉正常, 根尖无阴影, 牙周膜基本正常, 髓底折断处有薄层牙骨质沉积。5 例患牙保留失败。其中 1 例在治疗过程中反复叩痛, 经拔除后见牙周软组织长入裂缝内, 此牙是折裂后 3 个月就诊。4 例治疗后 1 a 内相继出现咬合痛, 叩痛, 2 例出现瘘管。摄片见根尖暗影扩大, 牙周膜影增宽。5 颗拔除的患牙折裂缝隙均通过 1 个根管, 1 颗有牙周组织长入缝隙中。

3 讨论

导致牙体折裂的原因很多, 如龋齿、牙外伤、牙位、咬硬物、牙发育畸形等。磨牙是发挥咀嚼功能的主要牙齿, 其牙合面上存在众多的沟裂或一些

[作者简介] 杨棕嘉 (1965~), 女, 四川成都市人, 医学学士, 主治医师, 主要从事口腔科临床工作。

[通讯作者] 叶吉云. E-mail: yejiyun789@126.com

先天缺陷^[1]。因其解剖特点和所处的位置,临床上折裂率较高,尤以第一恒磨牙居多。本文65颗患牙中有42颗为第一恒磨牙。因其萌出时间最早,承受殆力最大,磨损较为严重,殆面上有多而复杂的沟裂,结构薄弱,故殆力过大时易产生纵裂^[2]。在询问病史时有27名患者叙述有咬硬物后出现咀嚼病史,说明突然外力损伤是形成磨牙折裂的主要原因之一。随着年龄增长,牙齿中有机质含量减少,无机质含量增加,从而牙齿脆性逐渐增大,其抗折能力下降,加之殆面不均匀磨损,导致创伤殆力存在^[3]。老年人牙齿也易发生折裂,本文55岁以上患者22例。磨牙折裂后即刻就诊,可以提高修复保存患牙的成功率,折裂时间太长有牙龈组织增生,并进入牙裂隙内,会影响裂隙的复位关闭^[4]。细菌还可通过折裂线侵入根分叉,引起根分叉感染,最终导致治疗失败。

总之,磨牙折裂,早期准确复位,结扎固定,降低咬合,再经完善的根管治疗和全冠修复,让折裂处牙骨质沉积并愈合,保留了患牙,保持了牙列的完整,对行使正常的咀嚼功能具有重要意义。

[参考文献]

- [1] 徐君武主编. 口腔修复学[M]. 第4版. 北京:人民卫生出版社,2000:91.
- [2] 郑麟蕃,张振康. 实用口腔科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1993:41.
- [3] 朱建中. 55例磨牙纵裂中保存治疗及分析[J]. 临床口腔医学杂志,2005,21(1):52-55.
- [4] 黄伟安,郭冰后. 牙纵折的临床研究[J]. 中山大学学报(医学科学版),2005,26(35):185-186.

(2012-10-12 收稿)

(上接第122页)

部分病例患有乙肝病史^[10],本研究所报3例肝炎病原学检测均为阴性,1例具有长期口服避孕药史,其相互关系有待积累更多病例综合分析。目前文献提示FNH可伴发肝细胞肝癌,故本病一旦确诊,应予手术切除^[11]。本文3例患者,除1例死于手术并发症,余2例术后随访至今恢复良好。

[参考文献]

- [1] PIERO FARRUGIA, RITA ALAGGIO, FRANCESCA CARDELLA, et al. Focal nodular hyperplasia of the liver: an unusual association with diabetes mellitus in a child and review of literature[J]. Ital J Pediatr, 2010, 36: 41.
- [2] CHANG S K, CHUNG Y F, THNG C H, et al. Focal nodular hyperplasia presenting as acute abdomen[J]. Singapore Med J, 2005, 46(2): 90-92.
- [3] 纪元,朱雄增,谭云山. 肝局灶性结节性增生的临床病理学研究[J]. 中华病理学杂志, 2000, 29(5): 334-338.
- [4] HEIKEN J P. Distinguishing benign from malignant liver

tumours[J]. Cancer Imaging, 2007, 7: 1-14.

- [5] 回允中. 外科病理学[M]. 北京:北京大学医学出版社,2006:992-995.
- [6] 吴秉铨,刘彦衍. 免疫组织化学病理诊断[M]. 北京:北京科学技术出版社,2007:272-280.
- [7] 巩丽,苏勤. 肝局灶性结节性增生病变性质的探讨[D]. 西安:第四军医大学基础医学院,2006
- [8] CHERQUI D, RAHMOUNI A, CHARLOTTE F, et al. Management of focal nodular hyperplasia and hepatocellular adenoma in young women: a series of 41 patients with clinical, radiological, and pathological correlation[J]. Hepatology, 1995, 22: 1674-1681.
- [9] 管小琴,米黎,李圆圆. 5例肝局灶性结节性增生的临床病理学观察[J]. 诊断病理学杂志, 2000, 7(4): 252-254.
- [10] 印洪林,田晓军,张泰和,等. 肝实质瘤样病变3例[J]. 中华病理学杂志, 1997, 26: 61-62.
- [11] 许鹏君,许乙凯,陈大朝. 肝脏局灶性结节增生螺旋表现[J]. 南方医科大学学报, 2006, 26(10): 1500-1502.

(2012-09-13 收稿)