

桩核冠修复中直接法快速制作熔模桩核的体会

刘新庆

(江西省人民医院口腔科 南昌 330006)

关键词: 桩核; 修复; 熔模

中图分类号: R 783.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2003)05-0026-02

铸造桩核是桩冠修复中最理想的桩模式。我科从 1997 年开始, 采用直接法快速制作熔模桩核, 取得了满意的临床效果。现报道如下:

1 临床资料

320 例患者共 415 颗患牙; 年龄最大 78 岁, 最小 18 岁, 平均 43 岁; 男性 181 例 (243 颗牙), 女 139 例 (172 颗牙); 前牙 318 颗, 双尖牙 57 颗, 磨牙 40 颗; 烤瓷冠修复 372 颗, 铸造金属冠修复 43 颗; 随访时间最长 5 年, 最短 8 个月。

2 材料与方法

2.1 修复前准备 被修复牙牙根应于 1~2 周前进行完善的根管治疗, 并摄 X 线牙片, 结合口腔检查, 了解根管充填, 根尖、根周情况, 牙根弯直、长短等。要求牙根吸收小于 1/3, 松动小于 II 度, 能进行根管制备, 并取得足够的固位力。

2.2 材料与仪器 齿科铸造 CO-CR 合金 (上海); 齿科铸造用蜡条; 磷酸盐包埋料 (美国); 高频离心铸造机 (美国) 等。

2.3 牙冠与牙根制备 先用低速车针, 沿根管充填材料前进, 磨除充填的牙胶尖, 前牙深度达牙根的 1/2~3/4, 后牙达牙根的 1/3~1/2。再用高速金刚砂车针修整余留牙冠, 去除腐烂的牙体组织和悬空的牙釉质和牙本质, 尽量保存冠部的牙体硬组织。扩大低速车针制备的根管通道, 使根管呈圆锥形, 管径各部分宽约为根径的 1/3。修整管壁, 防止根管及髓腔内形成台阶、倒凹、侧穿, 并避免形成纯圆柱、圆锥样的管腔。制备根尖部时, 注意保存根尖部的充填物, 必要时摄 X 线牙片, 如根尖部充填物不慎去除, 则需补充填后方可进行熔模桩核的制作。

2.4 熔模桩核的制作 清洗制备的根管, 用蒸馏水或石蜡油保持根管的湿润。选用火柴杆, 修改其外形成锥形或扁平形, 要求其尖端能插入到制备的根管底部, 在火柴杆上挂蜡, 当蜡即将硬化时轻插入根管内。在蜡充满根管并冷却后, 取出蜡桩, 检查蜡桩根部蜡的完整性和光滑度, 如表面欠缺, 可滴蜡重衬。将蜡桩放回根管内, 冠部滴蜡, 依照烤瓷冠内核要求雕刻成形熔模核的部分。取出成形的熔模蜡桩核, 检查核冠部的密合度。如密合度差, 可熔烫修整。核的部分亦应认真雕塑, 这样可减少试戴桩核时的调磨。

按常规磷酸盐包埋料包埋, 失蜡、焙烧、铸造, 经打磨后临床试戴。试戴合适后在根管口较厚处磨一纵向细小浅沟, 以利于粘接时粘接剂的溢出, 防止桩核粘接后密合度降低。核桩喷砂后常规消毒, 玻璃离子水汀粘固。

3 结果

320 例患者 415 颗患牙, 治疗结束随访期间, 4 例桩脱落, 分析原因为: 2 例桩核的密合度差, 2 例桩过短。备牙后重

做桩核, 随访 1~2 年未脱落。4 例患者冠脱落, 分析原因为: 2 例核冠适合性差, 重做外冠; 1 例桩聚合度过大, 1 例桩短小, 经改用进口粘接剂粘固, 随访 2 年未脱落, 其余患者患牙修复体稳固, 无根尖、根周等病变。

4 讨论

铸造桩核因具有灵活的桩和核的外形、密合度佳, 是桩冠修复中理想的桩类型。在临床工作中, 熔模桩核的制作是铸造桩核技术的核心。其制作方法有直接法和间接法^[1]。由于间接法根管印模技术要求高, 临床医师常选用直接法进行熔模桩核的制作。许多学者设计了不同的直接制作熔模桩核的方法^[2-3]。笔者采用火柴杆外挂蜡成型熔模桩核, 方法简单, 操作方便, 密合度高。笔者的体会是: 根管预备时确保管壁光滑, 消除根管内壁的倒凹。制作熔模时, 保持根管壁的湿润。火柴杆挂蜡前应干燥, 挂蜡后插入根管的时机应恰当掌握。呈熔化状态的蜡杆插入时根部蜡易松脱, 造成熔模桩核成型不全。完全结固的蜡杆插入根管困难, 导致熔模桩核根部伸展不够。宜选择蜡即将结固时插入, 这时既能顺利插入根管, 又不至于造成熔模根部充填不全或脱蜡。熔模的核部亦应仔细成型, 完成后的熔模桩核应仔细检查其核部的完整性、大小、聚合度、与牙体组织的密合度、是否有倒凹等。这些均会影响外冠的固位力。

铸造桩核技术为残冠残根的保存修复带来了广阔的前景。在临床上要充分利用主观成型思维, 根据患牙的解剖、生理、病理等特点, 灵活进行桩核的设计, 拓展修复的空间, 提高修复质量。如分体栓道式铸造桩核和短顶帽桩核技术^[4-5]。笔者根据各牙根的解剖特点, 结合 X 线牙片上牙根的长短、大小、弯直, 设计桩核的根部外形、长短。前牙桩呈圆锥形, 长达根长的 1/2~3/4; 双尖牙桩呈扁圆锥形或亚铃样锥形, 长达根长的 1/3~1/2; 下磨牙桩分体栓道式扁圆锥形, 长达根长的 1/3~1/2; 上磨牙桩为分体栓道式圆锥形, 磨桩长达根长的 1/3~1/2, 颊桩为根长的 1/3~1/2。单纯的圆锥形桩不利于桩核的抗旋转力作用。而一味追求桩长达根长的 2/3~3/4, 则临床上绝大多数的侧切牙、双尖牙、磨牙的残冠残根将难于保存。上述设计充分利用了铸造桩核的良好密合性、高强度、主观造型技术。非圆锥形桩外形增强了桩核的抗旋转力和固位力, 适当降低桩的长度不仅不会影响桩的固位力, 而且能更好地避免根管制备过程中根管侧穿, 保留更多的充填材料, 有利于牙根的健康。

制作精良的铸造桩核大都有良好的密合度和固位力。临床粘接时应采用较稀的粘接剂, 太稠的粘接剂影响桩的就位, 破坏桩核的密合度。避免使用强力或旋转力就位, 否则易

中西医结合治疗糖尿病性视网膜病变

陈瑛

(江西省南昌市三三四医院 南昌 330024)

关键词:糖尿病性视网膜病变;中西医结合疗法;血栓通注射液;血府逐瘀汤

中图分类号:R541.61

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2003)05-0027-01

糖尿病性视网膜病变是中、老年最常见的致盲原因,特别是出血斑是糖尿病性视网膜病变的常见体征。我科自 1999 年以来,采用中西医结合治疗糖尿病性视网膜病变所致眼底出血 35 例,疗效较好。现报道如下:

1 一般资料

本文 35 例,男性 20 例,女性 15 例;单眼 27 例,双眼 8 例;年龄 51~78 岁;发病 1 周以内 24 例,1~2 周 6 例,2 周以上 5 例;有高血压病史 13 人。主要症状为视力减退,视物有阴影,查视力光感 0.5 不等,眼底见视盘境界清,点状或片状出血斑,动脉管径后光增强,3 例因玻璃体积血,照底窥不见。

2 治疗方法

2.1 西药疗法 在内科医生指导下积极治疗原发病。1 周内出血者,0.9%生理盐水 250mL 加入止血敏 4.0 静脉点滴,每日 1 次,连续 5~7d;口服安络血片 10mg,每日 3 次;复方路丁片 2 片,每日 3 次;维生素 E0.1,每日 2 次。后期改用生理盐水 250mL 加入 ATP20mg、辅酶 A100 U、肌苷 0.3 静脉点滴,每日 1 次;安妥碘针 0.4 肌注,每日 1 次;10 次 1 个疗程,共 2~3 个疗程;口服维脑路通片 200mg,每日 3 次。

2.2 中药疗法 停用止血药后给予生理盐水 250mL 加入血栓通 10mL(或复方丹参注射液 20mL)静脉点滴,每日 1 次,10 次为 1 个疗程,共 2~3 个疗程;血府逐瘀汤(生地、赤芍、当归、川芎、桃红、红花、桔梗、牛膝、柴胡、枳壳、茯苓、甘草)加味,每日 1 剂,分 2 次服。肝阳上亢加钩藤、牡蛎以镇肝潜阳,气血两亏加党参、黄芪以健脾益气。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈:眼底出血及渗出基本吸收,视力恢复或接近正常水平。显效:出血大部分吸收,视力提高 3 行以上。有效:出血部分吸收,视力提高 1~2 行。无效:症状及体征无变化或加重。

3.2 治疗结果 本组 35 例中,治愈 10 例,显效 16 例,有效 6 例,无效 3 例,总有效率 91.4%。

4 讨论

糖尿病性视网膜病是糖尿病严重的并发症之一,其发生与糖尿病程、治疗方法及空腹血糖水平显著相关。分为背景型和增殖型两类。眼底最早出现微血管瘤,而眼底出血是常见眼部体征,亦伴有硬性渗出、棉絮状斑、血管病变等。增殖型的新生血管破裂可致玻璃体大量积血,治疗上应积极治疗原发病,包括控制饮食和药物治疗,降低血脂水平,稳定血压,而长期稳定地控制血糖可降低糖尿病性视网膜病变的发生和减慢其发展。

近期出血者首先给予止血治疗,稳定出血后给予改善微循环,促吸收、支持疗法。本组中药中丹参、田七、血栓通注射液主要成份(桃红、川芎、红花)活血化瘀,田七亦有止血作用,当归、生地养血活血,柴胡枳壳疏肝理气,牛膝活血补肾导瘀血下行,茯苓利水,甘草缓中。现代医学研究表明,丹参、田七等能降低血液粘稠度,并有抑制纤溶及血小板凝聚与扩张外周血管、改善微循环、增强血流量、促进局部代谢的作用。肌苷及 ATP、辅酶 A 能营养视网膜,维生素 E 能改善脂质代谢及视网膜微循环的作用,维脑路通和复方路丁片均能减轻血管通透性,增强毛细血管抵抗力;安妥碘可促进陈旧性出血、渗出的吸收。中西药药物结合治疗,相辅相成发挥改善微循环和局部代谢、促吸收的作用。

早期诊断糖尿病、控制血糖、定期进行眼底检查是预防糖尿病性视网膜病变的最好办法,有 2 例因视力下降就诊眼科,查眼底片状出血斑,常规查血糖时发现患有糖尿病,故尚需建议中、老人定期全面体检;有 3 例增殖型视网膜质变伴玻璃体反复出血,应行玻璃体切割手术及视网膜激光光凝治疗。

参考文献

[1]彭广华,李志杰,李辰.现代眼科治疗学[M].广州:广东科技出版社,2001.409~413

(收稿日期:2003-04-29)



造成根裂。采用粘固前根管口磨制窄浅的粘固剂溢出沟亦是较好的办法。

参考文献

[1]徐君伍.口腔修复学[M].第 4 版.北京:人民卫生出版社,2001.76
[2]刘克礼,李华,马妍,等.牙体严重缺损直接法快速制作桩核蜡型的体会[J].口腔颌面修复学杂志,2003,4(1):60

[3]彭晓明.铸造桩核塑胶熔模的制作及应用[J].口腔颌面修复学杂志,2002,3(1):109
[4]刘克,黄继贤,王瑜.分体栓道式铸造桩核在磨牙残冠残根中的应用[J].口腔颌面修复学杂志,2000,1(4):223
[5]常杰,剡永烈.短顶帽桩核辅助支持的单端固定桥设计及应用[J].口腔颌面修复学杂志,2003,4(1):18

(收稿日期:2003-07-09)