

牙隐裂与𪚩关系的临床分析

石平

(解放军第九四医院 江西南昌 330001)

摘要:目的:探讨牙隐裂与𪚩的关系及早期治疗的有效方法。方法:将 60 颗隐裂牙随机分为 A、B、C 三组。A、B 组均采用调磨加充填法治疗,B 组每三个月对患牙进行检查调𪚩,C 组采用烤瓷全冠修复治疗,治疗后每半年复查 1 次,连续观察 2 年,对临床疗效进行比较。结果:A、B、C 三组隐裂牙 2 年治疗成功率分别为 50%、65%和 80%,三者之间的差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:牙隐裂与𪚩关系密切,良好的咬合关系能延缓隐裂的发展;烤瓷全冠早期修复治疗隐裂牙,可以减少牙髓炎和牙折裂的发生,是一种较好的牙隐裂早期治疗方法。

关键词:牙隐裂;早期治疗;烤瓷全冠

中图分类号:R 783.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)06-0062-01

牙隐裂是导致成年人牙齿劈裂,继而牙齿丧失的一种主要疾病。在临床上极为常见,但因裂纹细小,不易发现而延误治疗,最终发展为纵折造成拔除^[1]。在一些工业化国家,牙隐裂已经成为继龋病和牙周病之后导致牙缺失的第三大因素。因此对隐裂牙的早发现早治疗,对保存牙齿的牙髓活力,防止折裂具有重要的临床意义。笔者对本院 2 年来门诊收治的 60 颗隐裂牙进行早期治疗观察,以比较三种方法治疗隐裂牙的效果,探讨牙隐裂与𪚩的关系及早期治疗的较好方法。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选择 2005~2006 年在我院就诊的 60 名患者的 60 颗早期隐裂牙为研究对象。男性 35 名,女性 25 名,年龄 28~60 岁。前磨牙 24 颗,磨牙 36 颗。

1.2 诊断标准 病史:较长期的咬合不适和咬在某一特殊部位时的剧烈疼痛。检查:叩诊:各个牙尖和各个方向的叩诊可以帮助患牙定位,叩痛显著处则为隐裂所在位置;温度试验:当患者对冷敏感时,以隐裂纹处最显著;染色试验:用 2.5%碘酊擦于牙表面,等 1min 后用清水洗净揩干,可使已有的裂纹清晰可见;咬楔法:将棉签放在可疑隐裂处做咀嚼运动时,可以引起疼痛。X 线表现:有的可见到某部位的牙周膜间隙增宽、相应的硬骨板增宽或齿槽骨出现 X 线透射区,也有的可以无任何异常表现。牙髓活力正常或敏感。

1.3 治疗方法 将 60 颗患牙随机分为 A、B、C 三组,每组均为前磨牙 8 颗,磨牙 12 颗。A 组:直接调磨充填;调磨过锐牙尖、边缘嵴,减轻颌力,再沿裂纹磨除,按龋洞充填原则备洞,氢氧化钙糊剂覆盖,玻璃离子黏固剂暂封,两周后无症状,再用复合树脂充填。B 组:采用调磨充填,方法同上,并嘱患者 3 个月复诊,检查充填情况并调整咬合。C 组:采用调𪚩+全冠修复:在局麻下进行牙体预备,然后进行烤瓷全冠修复,并进行调𪚩。A、B、C 三组患牙每半年复查 1 次,对疗效进行评价。复查 2 年,若复查期间隐裂牙出现临床症状,则行根管治疗。

1.4 疗效评价标准 成功:牙体完整,牙髓活力正常,牙周组织健康。失败:发生牙髓炎、牙髓坏死、牙体折裂(斜折、纵折)、牙周组织炎症中的任何一项。

2 结果

A、B、C 三组 2 年复查无失访病例。三组患牙不同复诊时期的临床疗效见表 1。A 组 20 颗患牙充填后 2 年,10 颗牙治疗成功,2 年成功率为 50%;10 颗发生牙髓炎,牙髓炎发生率为 50%,其中 5 颗伴发牙折裂,牙折裂发生率为 25%,3 颗因

纵折被拔除,2 颗因斜折至龈下致牙龈炎。B 组 20 颗患牙充填后 2 年,13 颗牙治疗成功,2 年成功率为 65%;7 颗发生牙髓炎,牙髓炎发生率为 35%,其中 3 颗伴发牙折裂,牙折裂发生率为 15%,无拔除牙。C 组 20 颗患牙烤瓷全冠修复后 2 年,16 颗牙治疗成功,2 年成功率为 80%,4 颗牙发生了牙髓炎,牙髓炎发生率为 20%,无 1 颗牙齿出现牙折裂和牙周组织炎症。 χ^2 检验表明,A、B、C 三组两两比较,2 年治疗成功率之间的差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 三组隐裂牙不同复诊时期的临床疗效 例

组别	n	半年		1 年		1 年半		2 年	
		成功	失败	成功	失败	成功	失败	成功	失败
A 组	20	17	3	15	5	13	7	10	10
B 组	20	18	2	17	3	15	5	13	7
C 组	20	19	1	18	2	18	2	16	4

3 讨论

牙结构的薄弱环节、创伤𪚩、咬合力过大等是牙隐裂发生的重要因素^[2]。其中创伤𪚩是导致牙隐裂进一步发展为牙髓炎、根尖炎,甚至牙纵裂的重要原因。及早控制隐裂不使其加深,维护牙齿的正常咬合关系对控制早期隐裂牙继续发展非常重要。目前调磨加充填法是隐裂牙早期治疗的常用方法,但临床研究认为其成功率很低。有研究^[3]对牙隐裂的治疗方法进行探讨,发现只做充填治疗未做全冠修复的隐裂牙在治疗后 4 年牙髓病变的发生率为 62.86%,10 年后牙髓病变的发生率高达 86.12%。

本文 A、B 两组采用的均为调磨加充填法,其中 B 组患者采取 3 个月定期随访检查维护,2 年成功率 A 组为 50%,B 组为 65%,A 组牙折率为 25%,B 组为 15%,统计结果表明二者有显著差异($P<0.05$),B 组效果优于 A 组。分析原因:一些患者随着年龄增长,牙齿磨损程度加重,不均匀磨损形成的过陡牙尖引起牙隐裂;另一些患者由于单侧咀嚼,使部分牙受力过大造成牙隐裂^[4]。虽然初次的调𪚩加充填可以延缓隐裂的发生,但随着时间的发展,这些异常颌因素又会不断出现,因此应不断调整,B 组正是对患者采取定期检查调𪚩,因此成功率优于 A 组。

C 组烤瓷全冠修复,其 2 年成功率为 80%,效果明显优于 A、B 组。这是因为,由于有全冠的保护,牙体很少会发生折裂,从而使治疗后牙髓炎及牙折裂的发生率减低。本文中烤瓷全冠修复后有 4 颗牙出现牙髓问题,可能与牙隐裂过深波及牙髓、牙体预备中刺激过大、创伤𪚩等有(下转第 67 页)

寒战反应后即刻,A 组病人予椎管内注射布托啡诺 1mg,B 组病人予静脉注射杜氟合剂半量(杜冷丁 50mg+ 氟哌啶 2.5mg)。

1.3 观察指标 (1)监测并记录注药前、注药后 5min、注药后 15min MAP、HR、SPO₂ 数值。(2)记录寒战停止时间,对寒战反应进行评估。优:安静入睡或寒战缓解,无任何不适;良:有轻微寒战不适,但能忍受,毋须辅助药;差:仍有明显寒战,不适感严重,甚至影响手术,必须使用辅助药。(3)记录各种不良反应(包括恶心、呕吐、胸闷、头昏、呼吸循环抑制等)。

1.4 统计分析 所有数据采用均数± 标准差 ($\bar{X} \pm S$) 表示,用 SPSS13.0 软件进行分析,组内和组间比较采用 *t* 检验, *P* <0.05 为差异有显著性意义。

2 结果

注射布托啡诺后寒战停止时间平均为 (1.9± 0.5)min,注射杜氟后寒战停止时间平均为(2.1± 0.5)min,组间无统计学差异 (*P* >0.05)。两组病人注药前、注药后 5min、注药后 15min MAP、HR 数值无明显差异。B 组注药后 5min SPO₂ 显著下降 (*P* <0.05),其中 5 例 (20%)病人 SPO₂ 下降至 90%以下,经吸氧后改善,见表 1。A 组评分为优良的有 25 例,无明显不良反应出现;B 组 24 例病人评分为优良,8 例 (32%)病人出现恶心、欲吐、头晕,即以咪唑安定 2mg 静脉注射,入睡后无明显不适。见表 2。

表 1 两组病人治疗前后生命体征变化 ($\bar{X} \pm S$)					
组别	生命体征	注药前	注药后 5min	注药后 15min	
A 组	MAP(mmHg)	89.2± 12.2	87.3± 9.5	85.2± 13.2	
	HR(次/min)	75.2± 5.9	78.5± 6.7	77.5± 1.6	
	SPO ₂ (%)	96.3± 1.6	95.2± 2.6	96.3± 3.1	
B 组	MAP(mmHg)	89.6± 5.6	86.3± 6.8	86.7± 12.9	
	HR(次/min)	76.2± 6.5	78.9± 6.2	77.6± 5.2	
	SPO ₂ (%)	96.7± 3.5	90.2± 2.7*	93.5± 4.8*	

注:与注药前相比,**P* <0.05。

表 2 两组病人评分及不良反应 例						
组别	<i>n</i>	优	良	差	呼吸抑制	恶心、呕吐
A 组	25	20	5	0	0	0
B 组	25	18	6	1	5	8

3 讨论

椎管内麻醉后病人寒战反应的发生率高,有文献报道达 60%,其确切发生机制尚未明确,一般认为与许多因素有关:如室温、局麻药液的温度、麻醉后散热增加致低体温、心理因素等^[1],但最重要的还是椎管内麻醉导致机体体温调节受抑制,而出现的再分布性低温症^[2]。其可能机制为:由于椎管内

(上接第 62 页)关。因此在隐裂牙的烤瓷全冠修复中应注意牙体预备时要采用降温措施保护牙髓,并仔细调整咬合关系,尤其避免侧向殆创伤,尽量减少全冠修复后的牙髓问题。

早期有效治疗隐裂牙,可以防止牙髓炎和牙折裂的发生,延长患牙的使用寿命,对提高患者咀嚼效率和生活质量有重要意义。本研究结果表明,牙隐裂与殆关系密切,维持正常的颌关系能延缓隐裂牙的发展,烤瓷全冠修复治疗早期隐裂牙可获得较好的临床效果。但由于本研究的样本数量较少,且观察时间较短,还需要更多的试验进一步研究。

麻醉导致部分交感神经被阻滞,阻滞区的血管不能发生代偿性的收缩,机体对寒冷的反应被削弱,因此体温迅速通过传导的方式由中央室向外周室分布,中央室的体温随之下降,由于运动神经阻滞可减少肌肉运动和张力而减少产热,阻滞区域皮肤温度的上升给调节系统造成错觉,使其对实际是低于正常的中心体温不发生反应,阻滞后外周的冷感觉传入信号被阻断,中枢认为外周处于温暖状态,因而中枢不指令增加外周温度等因素致使机体产热减少,中央室温度进一步下降,引起寒战反应^[3]。临床上常常使用杜氟合剂,对消除这种寒战反应的作用肯定,但往往存在镇静过深、恶心、呕吐、呼吸循环抑制等不良反应。本研究发现使用杜氟半量组 25 例病人有 5 例发生呼吸抑制,8 例出现恶心、呕吐等不良反应。

布托啡诺(butorphanol)又称丁啡南^[4],为吗啡南的衍生物,是阿片受体激动 - 拮抗药中 κ 部分受体激动型药,80 年代已在欧美广泛用于临床,主要用于术后镇痛,作用持续时间与吗啡相似^[5],由于对 δ 受体的亲和力低,很少产生烦躁不安等不适感,对呼吸、循环抑制一般不随给药剂量的增加而增强^[6],显示“封顶”效应^[6],该药的分子与 κ 受体具有高度选择性结合并产生镇痛、镇静效能,镇痛剂量可产生高度镇静,意识存在,患者可清晰对话,当剂量增加时,不适反应轻微^[5]。布托啡诺镇静适度,对呼吸、循环抑制小,不良反应轻微,可有效防止寒战的发生^[7]。我们试用布托啡诺来处理椎管内麻醉后病人的寒战反应,获得了良好的临床效果,且不良反应少。这对于一些老年、心血管功能和(或)呼吸功能较差的病人,以及门诊短小手术的病人,较其它阿片类镇痛药有着很大的优势。

参考文献

[1]陈素明.哌替啶、氟哌啶治疗硬膜外麻醉期寒战[J].临床麻醉学杂志,1996,12(2): 62
[2]Alfonsi P. Postanaesthetic shivering Epidemiology, pathophysiology and approaches to prevention and management [J].Minerva Anesthesiol,2003,69(5):438-442
[3]谭冠先,蒋宗滨,李丹亚.硬膜外麻醉中寒战原因的临床研究[J].临床麻醉学杂志,1990(6): 11
[4]庄心良,曾因明,陈伯奎.现代麻醉学[M].第 3 版.北京:人民卫生出版社,2000.527-528
[5]杭燕南,庄心良,蒋豪,等.当代麻醉学[M].上海:上海科学技术出版社,2001.306-307
[6]盛卓人.实用临床麻醉学[M].第 3 版.沈阳:辽宁科学技术出版社,1996.131-133
[7]Vogelsang J,Hayes SR. Butorphanol tartrate (stadol): a review[J].J Post Anesth Nurs,1991,6 (2): 29-35

(收稿日期: 2008-09-14)

参考文献

[1]徐海.隐裂牙综合征的研究进展[J].牙体牙髓牙周病学杂志,2004,14(10): 596-598
[2]周学东,岳松龄.实用牙体牙髓病治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2004.184-186
[3]邵明英.牙隐裂治疗方法探讨[J].口腔颌面修复学杂志,2004,5(3): 204-205
[4]邓勇.诊断与治疗牙隐裂的临床分析[J].人人健康(医学导刊),2008 (3): 28

(收稿日期: 2008-08-27)