

# 中老年人牙楔状缺损充填疗效观察

金时清

(江西省景德镇市第二人民医院 景德镇 333000)

关键词: 3M KetacTM Molar Easymix 玻璃离子; 3M ESPE Filtek Z350 光固化树脂; 楔状缺损

中图分类号: R 713.5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0068-02

牙体楔状缺损是一种常见的非龋性牙体硬组织疾病, 是牙颈部硬组织缓慢磨耗所致的缺损, 由于这种缺损常呈楔形而得名。临床主要治疗方法为充填修复。笔者分别采用 3M 公司生产 KetacTM Molar Easymix 玻璃离子和 3M ESPE Filtek Z350 光固化树脂两种材料修复老年牙体楔状缺损, 共修复 406 颗有楔状缺损的牙齿, 随访观察 1 年, 现将结果报告如下。

## 1 材料与与方法

1.1 临床资料 选择门诊就诊的 135 例患者 406 颗楔状缺损患牙。患者年龄 40~70 岁, 男 74 例, 女 61 例。主诉多为冷热酸甜敏感, 体征为探查楔状缺损患牙敏感。

1.2 主要使用材料 充填材料为 3M KetacTM Molar Easymix 玻璃离子和 3M ESPE Filtek Z350 光固化树脂。

1.3 操作方法 (1) 3M KetacTM Molar Easymix 玻璃离子充填: 清洁患牙缺损处及周边, 先用玻璃离子液体涂布缺损表面, 用汽冲轻吹一下, 再用充填器取调好的材料(粉液比例为一平勺粉末和一滴液体), 沿窝洞边缘一侧送入洞内, 使窝洞充填饱满, 应在 2min 内一次完成外形修复, 6min 后修整形态并抛光修复体。表面涂布凡士林软膏防止玻璃离子固化前溶解。(2) 3M ESPE Filtek Z350 光固化树脂修复: 常规制备洞型, 累及牙本质较深用氢氧化钙垫底, 牙体清洁、隔湿、酸蚀、冲洗、干燥后涂布粘剂, 光照 30s 后参照邻牙择色充填, 光照固化抛光。

1.4 疗效评定标准 成功: 患者无主观症状; 充填物完整, 边缘密合, 无继发龋, 牙髓活力正常。失败: 充填物脱落, 边缘裂隙或有继发龋, 患牙有冷热刺激敏感症状或牙髓炎症状, 甚至瘘管形成或牙齿变色, 以上情况出现一项即为失败。

## 2 结果

玻璃离子组共 210 颗牙, 成功 202 颗, 成功率 96.2% (202/210); 光固化树脂组共 196 颗牙, 成功 161 颗, 成功率 82.1% (161/196): 两者相比, 差异非常显著 ( $\chi^2=19.67, P<0.001$ )。见表 1。

表 1 两种材料修复结果 颗

|        | 修复牙数 | 成功数 | 失败数 | 成功率(%) |
|--------|------|-----|-----|--------|
| 玻璃离子组  | 210  | 202 | 8   | 96.2   |
| 光固化树脂组 | 196  | 161 | 35  | 82.1   |

## 3 讨论

楔状缺损是一种临床多见的非龋性牙齿硬组织疾病, 因其缺损部位及形态的特殊性, 修复时往往不易获得固位, 充填物容易脱落。光固化复合树脂以其良好的性能在临床上广泛应用, 具有机械物理性能良好、硬度较高、与酸蚀后釉质形成机械性嵌合等优点<sup>[1]</sup>, 但与牙本质黏结性较差, 黏结技术要求较高, 且需要酸蚀、黏结、固化等环节, 操作复杂。由于楔状缺损多数都深达牙本质, 当酸蚀时导致牙本质通透性增加, 磷酸就可能通过牙本质小管, 与牙髓接触引起牙髓敏感和牙髓炎症<sup>[2]</sup>, 其中所含的化学成分刺激牙髓, 容易引起牙髓炎等并发症; 酸蚀需要冲洗, 操作时间长, 而且酸蚀后不容易保证牙面的干燥, 龈沟分泌物、唾液等极易污染牙面, 直接影响到修复后材料的固位<sup>[2]</sup>; 另外大多数患者对吸唾操作敏感, 易引起恶心、呕吐, 直接影响了隔湿效果, 降低了材料的黏结性; 树脂材料还存在聚合收缩的问题, 可造成边缘渗漏, 易引起继发龋。KetacTM Molar Easymix 玻璃离子材料对牙髓刺激性小, 与牙体组织有化学黏结性, 热膨胀系数与牙相近, 封闭性能好, 可释放氟<sup>[3]</sup>, 且具备以下特点: (1) 窝洞预备简单, 不酸蚀, 不磨牙, 最大限度地保留健康牙体组织; (2) 有较高的抗压强度, 溶解性低, 具有良好的边缘封闭性, 确保修复体边缘完整; (3) 生物相容性好, 对牙髓刺激极小, 不易变色; (4) 持久的氟离子释放, 有良好的抗龋性; (5) 固化后可直接抛光, 表面硬度极高。本研究中, 玻璃离子组在固位、继发龋齿、密合度和牙髓刺激情况方面均优于光固化树脂组。所以我们认为 KetacTM Molar Easymix 玻璃离子材料是目前充填楔状缺损的一种新型较满意的充填材料, 是非创伤性充填技术的最佳选择, 符合现代预防基本观点, 治疗时可以避免钻牙的痛苦, 特别适合中老年人。

### 参考文献

[1] 杨华, 章琛祥, 解耀帮, 等. 玻璃离子水门汀与复合树脂修复牙颈部

# 胞二磷胆碱加中药治疗视神经萎缩 16 例疗效观察

曾德萍

(江西省赣州市中医院 赣州 341000)

关键词:胞二磷胆碱;视神经萎缩;中西医结合疗法;复方丹参片;中药煎剂

中图分类号:R 774.63

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0069-01

视神经萎缩为眼科疑难病症之一,长期被国内外医学界视为不治之症。在我国盲人中,视神经萎缩占 7%左右。视神经萎缩是指由于缺血、炎症、外伤、中毒、遗传、青光眼、视网膜色素变性及不明原因等因素的影响,导致视神经胶质纤维增生的退行性病变。主要临床表现为视力减退,视野范围缩小,视盘色苍白。目前对此症的治疗主要是应用多种维生素、血管扩张剂、碘制剂及中药,疗效很不理想。我院自 2006 年 9 月~2008 年 3 月,应用胞二磷胆碱加中药治疗该病症 16 例,取得了较为满意的效果。现将治疗情况报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 16 例 32 眼视神经萎缩患者,男性 14 例,女性 2 例;年龄最大 57 岁,最小 16 岁。其中,视网膜色素变性视神经萎缩 2 例 4 眼,炎症性视神经萎缩 10 例 20 眼,青光眼性视神经萎缩 3 例 6 眼,先天性视神经萎缩 1 例 2 眼。

1.2 治疗方法 胞二磷胆碱注射液(国药准字 H19993928)0.3g 球后注射,隔日 1 次,辅以复方丹参、维脑路通、多种维生素口服,中药按辨证分型,每日 1 剂,上、下午各煎服 1 次。球后注射按 22 针次为 1 个疗程,1 个疗程结束视功能有提高趋势者,则继续治疗至视功能水平稳定。

中药按照下列分型,拟定基本方,根据辨证施治原则,加减用药。(1)视神经炎性视神经萎缩:肝气郁结型:丹参、柴胡、白芍、枳壳、香附、栀子、白术、苏木;气滞血瘀型:丹参、葛根、香附、白芍、红花、黄芪、桂枝、川芎、苏木、生蒲黄。(2)青光眼性视神经萎缩:阴虚火旺型:夏枯草、防风、茺蔚子、桔梗、青葙子、草决明、香附、车前仁、葛根;气滞血瘀型:丹参、葛根、香附、赤白芍、苏木、黄芪、川芎、红花、桃仁。(3)视网膜色素变性视神经萎缩:肝肾不足型:熟地、枸杞、桂枝、淫羊藿、菟丝子、黄芪、附片、丹参。

1.3 疗效标准 采用北京中外视觉系统科学研究中心制定的视功能标准:(1)视效率改善值 $\geq 15\%$ 为

显效;修加视力由 0、1、2 提高到 3.3 以上亦为显效<sup>[1]</sup>。(2)视效率改善值 $\geq 5\%$ 但 $< 15\%$ 为有效。(3)视效率改善值 $< 5\%$ 或成为负值为无效。

1.4 治疗结果 显效 9 眼,占 28.1%;有效 21 眼,占 65.6%;无效 2 眼,占 6.2%:总有效率 93.8%。

## 2 典型病例

2.1 病例 1 刘某,男,19 岁,双眼患炎症性视神经萎缩 2 个月,在其它医院住院,行 CT、腰椎穿刺检查排除颅内占位性病变,2006 年 12 月 20 日转入我院,查远视力右 2.0、左 2.3,视盘境界清、色淡,舌质红、有瘀斑,苔薄白,脉细弦,行走需他人扶持,住院治疗 60d,球后注射胞二磷胆碱 28 针次,服中药(视神经炎性视神经萎缩气滞血瘀型方)60 剂,远视力恢复至右 2.95、左 3.7,呈右眼有效、左眼显效。现能独立生活,随访至今视力无减退。

2.2 病例 2 冯某,男,41 岁,患视网膜色素变性 20 年,不能独立行走 2 年余,2007 年 4 月 8 日至我院,查远视力右 2.0、左 2.0,视盘境界清、色苍白,舌质淡红,苔薄白,脉沉细。球后注射胞二磷胆碱 15 针次,服中药(视网膜色素变性视神经萎缩肝肾不足型方)29 剂,视力达到右 2.8、左 3.8,呈右眼有效、左眼显效,基本上解决了自己的日常生活起居。

## 3 讨论

胞二磷胆碱为核苷衍生物,是卵磷脂合成的主要辅酶<sup>[2]</sup>,能促进并参与神经组织中磷脂及蛋白质的生物合成,调节血管运动张力,改善神经组织代谢。因此,球后注射胞二磷胆碱治疗视神经萎缩症有助于营养视神经,加上中药内服,改善微循环,增强视功能,提高了治疗的有效率。由此表明,中西医结合治疗视神经萎缩症值得深入探究。

### 参考文献

[1]天津市眼科医院编写组.眼科临床实践[M].北京:人民卫生出版社,1974.228

[2]张爱知,马伴吟,张灵恩,等.实用药物手册[M].上海:上海科学技术出版社,1994.87

(收稿日期:2009-01-10)

[3]樊明文.牙体牙髓病学[M].北京:人民卫生出版社,2003.87

(收稿日期:2009-01-21)

楔状缺损的比较[J].北京口腔医学,2001,9(1):26

[2]黄辉,孙光,许华山,等.三种不同类型的材料修复楔状缺损的临床分析[J].口腔医学,2000,20(1):26-27