

· 临床研究 ·

老年患者 72 件固定桥修复临床分析

骆鸣宇, 付国祥

(重庆市第四人民医院口腔科 400014)

摘要:目的 分析老年患者固定桥设计,探讨如何提高固定桥在老年患者应用中的设计水平和修复质量。方法 对近年该院收治的 60 岁以上老年患者固定桥修复病例进行观察和分析。结果 经 2~6 年的临床观察,72 件固定桥修复体成功率为 86.11%。结论 老年患者固定桥修复应特别注意义齿的设计,这是提高固定桥修复质量的重要环节。

关键词:老年;固定桥;设计

中图分类号:R783.6

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2010)11-1417-01

The fixed bridge of the old designing analysis

LUO Ming-yu, FU Guo-xiang

(Department of Dentistry, the Fourth People's Hospital of Chongqing, Chongqing 400014, China)

Abstract: Objective To research how to improve the level of designing and quality of restoration in old patients who had the fixed bridge. **Methods** Observed and analyzed the cases of old patients above 60 years who had the fixed bridge. **Results** The success rate was 86.11% for 72 cases of the fixed bridge denture from 2 years to 6 years. **Conclusion** Designing of the fixed denture is important to improve quality of the fixed denture for old patients.

Key words: older; the fixed bridge; designing

本文通过对近年来的老年患者固定桥修复病例的观察和分析,探讨应用固定桥修复老年患者牙列缺损时的修复设计和注意事项。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组老年患者 57 例,年龄 60~81 岁,平均 67.8 岁;其中男 32 例,女 25 例。共 72 件固定桥修复体,其中金属烤瓷固定桥 58 件,铸造金属固定桥 14 件。

1.2 疗效评价标准 对以上患者进行 2~6 年的随诊观察。疗效评价标准,成功:修复体使用良好无不适,基牙及桥体无松动脱落,修复体边缘密合,牙龈无炎症或仅有轻度龈炎,基牙未发生继发龋,根尖无炎症;失败:修复体松动、损坏甚至出现脱落,边缘不密合,牙龈炎症明显,基牙发生根尖病变,修复体往往须要拆除或重新制作。

2 结果

72 件固定桥修复体中,有 62 件使用正常,成功率为 86.11%。修复失败 10 件,占总数的 13.89%。失败原因:基牙牙龈牙周疾病 5 件,经治疗后症状缓解,修复体能正常使用;修复体与邻牙接触关系不良致食物嵌塞 2 件,拆除后重新制作;修复体边缘不密合致牙龈炎 1 件,拆除后重新制作;基牙继发龋致修复体松动脱落 1 件、基牙根尖周疾病 1 件,均为治疗基牙后重新制作固定桥。

3 讨论

3.1 老年人口腔特点 老年患者一般多有牙龈退缩、牙槽骨吸收、牙周膜面积减少,表现为牙根外露,临床牙冠加长,牙齿倾斜、松动,牙周间隙增大。由于牙齿磨损,邻面由点接触变为面接触,殆面咬合紧。老年人随着全身组织器官的老年性退变,唾液腺的分泌量因腺泡萎缩而明显减少,对口腔组织的自洁作用减弱,常常是牙体病与牙周病并存,残根残冠与健康牙并存,牙体缺损与牙列缺损并存,往往有牙列不齐、咬合关系不良的表现。

3.2 老年患者固定桥修复中的问题

3.2.1 固位体的龈缘 老年人临床牙冠长,倒凹大。修复时

不要强求把龈缘深入龈下,只要能达到固位要求、不影响美观即可,可把修复体边缘做到龈缘以上或齐龈缘。关键是修复体与牙体要密合并呈移行状态,使之成为光滑的自然牙面,以防止菌斑生成,有利于牙周组织的健康维护^[1]。

3.2.2 牙冠外形 注意与余留牙协调,后牙应注意咀嚼功能的情况,为提高咀嚼效率,减轻牙周组织负荷,可适当减少殆面的颊舌径,扩大舌侧外展隙,适当加深沟窝的深度,并增加食物的排出道,牙齿斜度不宜过大^[2]。而前牙应注意美观和发音要求,注意牙体形态、色泽和覆殆覆盖关系。

3.2.3 固定桥与可摘局部义齿联合应用 老年人常出现牙间隙较大的情况,可以先将某些小间隙作固定桥修复,再行可摘局部义齿修复,这样一方面解决了可摘局部义齿戴入道的问题,另一方面又减少了余留牙的负担。

3.2.4 基牙选择 选择固定义齿修复时应从基牙情况(包括牙冠牙根状态、冠根比例、牙槽骨吸收程度、牙松动感、咬合情况)和基牙数目两方面进行整体考虑。老年患者行固定桥修复前一定要拍 X 光片,了解基牙有无邻面龋、根面龋以及根尖和牙周情况。余留牙稳固或个别牙 I 度松动,X 光片显示牙槽嵴吸收小于根长的 1/2,活髓牙或经过完善根管治疗的死髓牙以及残根都可以选择作为固定桥的基牙。基牙数目可视牙周状况和缺失牙数目差异适当增加。修复体的基牙应建立在健康的牙周组织上,这就应该先诊断和治疗牙周炎,在牙周状况改善后再实施修复治疗^[3]。对于可以保留的松动牙,牙周治疗后固定桥修复,可起到牙周夹板的作用^[4]。有时可使固定桥在修复缺失牙的同时也起到牙周夹板的作用。马轩祥^[5]报道,基牙的倾斜度在 30°以内时,应力分析证明固定桥修复体可以改善倾斜基牙的应力状态,故常规将倾斜基牙的倾斜度控制在 30°以内。

3.2.5 残冠残根的固定义齿 据调查,60 岁以上的老年人龋患率为 78%,而其中 2/3 为残冠残根。经根管治疗后的牙如果临床牙冠严重缺损,用桩核冠修复能获得较好的远期效果。桩核给修复体提供垂直和水平方向的支持和(下转第 1419 页)

2.2 各种恶性肿瘤 BXTM 测定结果的比较 A 组 155 例各种肿瘤患者总敏感性(真阳性数/患者受试者数×100%)为 73.55%,其中结直肠癌 87.5%、肺癌 85.7%、胃癌 76.19%、食管癌 66.67%,对少于 20 例的未计算敏感性(表 2)。

2.3 非肿瘤患者和健康体检者 BXTM 测定结果的比较 B 组 103 例非肿瘤患者的总特异性(真阴性数/无恶性肿瘤受试者数)为 78.64%,其中良性肿瘤的特异性为 82.5%,自身免疫系统疾病的特异性为 68.75%,感染性疾病的特异性为 77.4%(表 3),C 组 1 000 名健康体检人群中特异性达 98.4%。

表 3 非肿瘤患者(B组)和健康体检(C组)BXTM 检测结果

分组	n	阳性例数	阴性例数	特异性(%)
良性肿瘤	35	6	29	82.85
自身免疫病	16	5	11	68.75
感染性疾病	31	7	24	77.42
其他	21	4	17	80.95
合计	103	22	81	78.64

3 讨 论

目前,在恶性肿瘤的早期诊断中最常用的肿瘤标志物有甲胎蛋白(AFP)、癌胚抗原(CEA)等。由于多种因素影响,常见肿瘤标志物敏感性、特异性均不高,如 AFP 对原发性肝癌敏感性不超过 70%^[2],CEA 对不同阶段结、直肠癌的敏感性为 3%~65%^[3],难以满足临床要求。刘泽民^[4]和 Inoue 等^[5]研究均发现,游离羟脯氨酸在恶性肿瘤患者中显著增高,肽结合羟脯氨酸在鉴别骨肿瘤恶性和良性中有重要作用。BXTM 检测试剂盒能与目前大部分肿瘤标志物发生反应,且这些物质在一个体系中反应显色,使得显色叠加,因而提高了检测的灵敏度。本实验发现,恶性肿瘤 BXTM 含量较高,BXTM 结果检测对恶性肿瘤的诊断具有良好的敏感性和广谱性。但是阳性结果也出现在良性肿瘤和健康人群中,在本实验中,自身免疫系统疾病的特异性为 68.75%,感染性疾病的特异性为 77.42%,所以临床在应用 BXTM 检测时应注意对自身免疫系统疾病和感染性疾病的鉴别。但 BXTM 水平在炎症反应等非肿瘤患者病情改善后将

很快恢复正常,通过短期跟踪检测,可以排除假阳性干扰。另外,恶性肿瘤也并非 100%阳性,出现假阴性可能与恶性肿瘤发现的时期有关,因为少数极晚期恶性肿瘤细胞的自身凋亡,不再合成和分泌 BXTM,使其含量降低,甚至低于正常水平^[6]。

总之,BXTM 含量检测对肿瘤的诊断有较高的敏感性和广谱性,在肿瘤的早期诊断、良、恶性肿瘤的鉴别以及人群普查中有较为重要的价值。但在自身免疫系统疾病和感染性疾病时可能出现假阳性,必要时须做其他相应检查,以提高对肿瘤的诊断准确性。

参考文献:

- [1] 吴恒兴. 中国医学百科全书. 肿瘤学[M]. 上海科学技术出版社,1983:63.
- [2] 周妍,谢金魁. 肿瘤标记物检测诊断肝癌的研究进展[J]. 郴州医学高等专科学校学报,2002,4(3):52.
- [3] Goldstein MJ, Mitchell EP. Carcinoembryonic antigen in the staging and follow-up of patients with colorectal cancer[J]. Cancer Invest,2005,23:338.
- [4] 刘泽民. 血清游离脯氨酸游离羟脯氨酸和肽结合羟脯氨酸测定及其在骨肿瘤的评价[J]. 中华医学检验杂志,1986,9(3):129.
- [5] Inoue H, Iguch H, Kouno A, et al. Fluorometric determination of N-terminal prolyl dipeptides, proline and hydroxyproline in human serum by pre-column high-performance liquid chromatography using 4-(5,6-dimethoxy-2-phthalimidinyl)-2-methoxyphenylsufonyl chloride[J]. J Chromatogr Biomed Sci Appl,2001,757(2):369.
- [6] 段永强,王海林,汪晓龙,等. TSGF 测定在肺癌中的临床应用[J]. 临床肿瘤学杂志,2004,9(6):644.

(收稿日期:2009-11-10)

(上接第 1417 页)

固位,而桩核套上全冠修复体,使患牙增加冠外抗力和咬合力的保护。

以往在老年人牙齿缺失的治疗中,较普遍应用的方法为可摘局部义齿修复,而较少采用固定义齿修复。随着老年人体质及口腔卫生状况不断改善,人们对生活质量的要求更高,同时由于对牙体牙髓病和牙周病的防治技术手段日趋完善,口腔修复技术和应用材料的不断发展,固定义齿被越来越多地应用于老年缺牙患者。有学者在对老年患者固定及活动修复体的 5 年随访研究中发现,戴活动义齿的老年患者口腔微生物水平和继发龋的发生率比戴固定义齿的高,认为固定义齿较活动义齿更适合于老年患者^[9]。老年患者口腔情况复杂,心理状态和对经济负担的态度与青壮年患者有所不同,多数患者主要重视解决咀嚼问题。对这类患者要仔细检查,详细向患者讲明情况,取得他们的认可与配合,制订切实可行的设计和治疗方案,这是提高固定桥修复质量的重要环节。经临床跟踪观察证实,通过认真选择适应证和对固定义齿的合理设计,同时加强口腔卫生宣教及定期复诊,老年患者利用固定桥修复牙列缺损可获得较好的疗效。

参考文献:

- [1] 闫黎津,路正刚,郑迎,等. 老年人 196 件三单位固定桥修复失败临床分析[J]. 中华老年口腔医学杂志,2005,3(3):168.
- [2] 邱蔚六,刘正. 老年口腔医学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2002:460.
- [3] Kent L, Knoernschild, Stephen D. Campbell periodontal tissue responses after insertion of artificial crowns and fixed partial dentures[J]. J Prosthet Dent,2000,84(5):492.
- [4] 郭宏,李红梅,宫琦玮,等. 高龄老年患者烤瓷桥修复的临床应用体会[J]. 中华老年口腔医学杂志,2007,5(3):158.
- [5] 马轩祥. 口腔修复学[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:161.
- [6] Nevalainen MJ, Narhi TO, Ainamo A. A 5-year follow-up study on the prosthetic rehabilitation of the elderly in Helsinki, Finland[J]. J Oral Rehabil,2004,31(7):647.

(收稿日期:2009-08-18 修回日期:2010-01-09)