

析[J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(4): 243-244.

[4] Jurldmeef B, Cletememsn P, Ohram EM, et al. Sennn myoglobin for the early non-invasive detection Of coronary reperfusion in patients with acute myocardial infamtinn [J]. Eur Heart J, 1996, 17(3): 399-406.

[5] 王忠诚, 沈钧乐, 王强, 等. 心肌肌钙蛋白 I 的检测方法及临床应用进展[J]. 国外医学: 临床生物化学与检验学分册, 2004, 25(4): 303-305.

(收稿日期: 2012-02-08)

# 锻丝卡环结合铸造支架式设计修复老年患者牙列缺损后的义齿修理体会

龙 刚(重庆牙科医院口腔科, 重庆 400010)

**【摘要】 目的** 探讨锻丝卡环结合网状基托铸造支架式可摘局部义齿修复老年患者牙列缺损便于修改或修理的体会。**方法** 对 685 例老年患者佩戴锻丝卡环结合网状基托铸造支架式可摘局部义齿的老年患者进行义齿修理或修改。**结果** 680 例老年患者经过义齿及卡环的修理和增补人工牙等, 原义齿仍能较满意的使用; 5 例由于旧义齿戴用的时间过长, 旧义齿根本无法修理或患者主动要求更换, 重新制作了义齿。**结论** 针对老年患者进行可摘局部义齿修复时, 采用锻丝卡环结合铸造支架以及网状基托的合理设计形式, 以便于日后义齿的修理或调改, 更加地延长了义齿使用寿命, 既减少了老年患者的不适又为患者节约费用。

**【关键词】** 锻丝卡环; 网状基托; 铸造支架; 老年患者; 可摘局部义齿

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2012. 14. 055 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)14-1778-02

患者牙列缺损的修复, 铸造支架式可摘局部义齿因其舒适坚固在临床广泛应用, 但却存在卡环、基托不易修改或添加人工牙等问题。特别是老年患者余留牙及牙周组织的健康状况多不稳定的情况下, 基层医院口腔门诊采用锻丝卡环结合铸造支架以及网状基托设计形式修复老年患者的牙列缺损, 并对原义齿进行了修改或修理, 原义齿仍然使用良好, 延长了原义齿的使用寿命, 既节约费用又减少了老年患者的不适。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2007 年 9 月至 2011 年 9 月修复牙列缺损老年患者 685 例, 其中男 439 例, 女 246 例, 年龄 60~85 岁。

**1.2 设计方法** 根据缺失牙的位置和余留牙及其牙周组织的健康状况进行可摘局部义齿设计: (1) 采用不锈钢丝弯制卡环, (2) 预期牙周健康状况差的余留牙, 在其腭(舌)侧接触的基托设计为铸造加强树脂连接体。(3) 采用混合支持式义齿或黏膜支持式义齿。

**1.3 卡环的修理** 基牙由于余留牙健康条件, 软硬组织倒凹较大, 重度楔状缺损, 牙龈退缩或义齿长期戴用而使基牙发生牙体牙髓、牙周病变等情况, 而锻丝卡环弹性较大, 复诊检查时可以较大幅度调节卡环, 避免基牙出现疼痛或义齿固位、稳定不良等, 以减小对基牙的损伤。

**1.4 添加人工牙** 当义齿基牙折断, 脱落或拔除后, 可用砂石磨去不需要的卡环、支托, 如只是个别牙缺失时, 可摘局部义齿仍固位良好, 可直接用自凝树脂在口内直接添加人工牙, 并在口内调磨新添加的人工牙的咬合关系; 如多数牙缺失, 可摘局部义齿固位不良时, 既需要增加卡环, 又要添加人工牙、基托。则需戴原义齿取印模、灌注模型后在口外添加卡环、人工牙以及基托, 调磨并戴入。

**1.5 余留牙的处理** 由于楔状缺损, 牙龈退缩等原因引起基牙折断, 脱落或者拔除, 导致义齿固位、稳定不良时, 戴原义齿取模, 在模型上另选基牙弯制不锈钢卡环, 埋入基托树脂里或者焊接固定在支架上。经完善根管治疗适合桩冠修复的残根可做桩冠修复, 也可在原义齿上添加制作覆盖义齿。

**1.6 基托的修理** 戴义齿后由于牙槽嵴的不断吸收, 基托与

组织面已不贴合或义齿制作过程中的原因, 使义齿基托与黏膜之间出现间隙, 造成食物嵌塞、滞留, 义齿翘动。原义齿可以采取口内直接或口外间接法重衬处理。

## 2 结 果

本组 685 例中有 680 例可摘局部义齿患者经过一定时间使用, 来院复诊修理或修改后通过 2~3 年门诊随访观察, 患者仍能较满意地使用原义齿, 更加延长了原义齿的使用寿命。5 例由于旧义齿戴用的时间过长, 旧义齿根本无法修理或患者主动要求更换, 重新制作了新的义齿。

## 3 讨 论

口腔牙列缺损修复中整体铸造支架式可摘局部义齿适用范围较大, 铸造金属基托薄而且坚固, 患者戴入后较舒适, 异物感小。但是整体铸造金属卡环及其基托不易调磨修改, 在进行原义齿的修理时较困难<sup>[1]</sup>。因此针对老年患者余留牙及牙周组织的健康状况不稳定的牙列缺损修复, 采取锻丝卡环结合铸造支架设计以及网状基托的设计形式, 符合了广大老年患者一般消费水平, 也便于患者复诊随访时, 医生可以对原义齿进行必要的修理、调整, 重衬基托以及增补人工牙等优点<sup>[2]</sup>。

当旧义齿戴用的时间过长, 旧义齿根本不能修理或老年患者主动要求更换旧义齿者须重新制作义齿。若旧义齿使用状态较好, 能修理时则尽量作必要的修理、调整, 重衬基托以及增补人工牙和卡环的修理, 这样, 既节约费用又减少了老年患者的不适, 特别老年患者耐受能力差, 很多人对新的修复体适应非常缓慢, 当发生余留牙丧失, 以及牙槽嵴吸收后, 在原义齿上添加卡环、义齿, 重衬基托等可以使老年患者较容易地适应。

老年患者牙列缺损修复前作好口腔准备工作是有必要的。在自己身体健康状况允许的情况下应当拔除确实不能保留的患牙, 对能保留的牙及残冠, 残根, 进行完善的治疗, 作保存修复<sup>[2]</sup>。老年患者随着年龄增长, 与口腔相关的各种组织器官都要发生明显的老化改变, 这些改变导致各种老年口腔疾病的发生, 造成了很多老年患者丧失了牙齿<sup>[3]</sup>。由于可摘局部义齿修复体更增加了老年患者保持口腔卫生的难度, 并随时间延长牙槽嵴逐渐吸收, 义齿变形或磨损, 造成义齿的固位、稳定, 适合性, 颌力传递分配等受到严重影响, 其口腔卫生逐渐变差, 直接

威胁到口腔软硬组织的健康<sup>[4-6]</sup>。因此老年患者修复后应每隔半年定期到医院复查,接受医生卫生指导并对义齿进行必要的修改,调整,这样不仅能长期保持义齿功能,又能防止因龋病及牙周病造成失牙,又能延长义齿的使用寿命,满足了基层广大普通老年患者的一般消费水平。

参考文献

[1] 冷琳,黄玲,李洁茹,等.整体铸造支架式可摘局部义齿添加人工牙的修理体会 [J]. 临床口腔医学杂志,2010,26(10):627.  
 [2] 马轩祥.口腔修复学[M].5版.北京:人民卫生出版社,

2007:183.  
 [3] 马轩祥.残冠、残根保存修复的概况与进展[J].中华口腔医学杂志,2006,41(6):333.  
 [4] 刘洪臣.老年人口腔健康指导[M].北京:人民卫生出版社,2011:2-3.  
 [5] 马轩祥.口腔修复学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2007:505.  
 [6] 刘莉,雍.可摘局部义齿结合烤瓷固定修复进行咬殆重建的临床观察[J].中国误诊学,2011,11(3):556.

(收稿日期:2012-02-22)

# 无偿献血者丙氨酸氨基转移酶单项不合格相关因素的研究分析

易 峰(广东省中山市红十字中心血站 528403)

**【摘要】 目的** 通过对本地区无偿献血者丙氨酸氨基转移酶(ALT)单项不合格相关因素的分析,探讨降低 ALT 不合格血液报废对策。**方法** 对广东省中山市红十字中心血站 2009~2010 年无偿献血者中 ALT 单项检测不合格者的相关资料进行回顾性分析。**结果** 2009~2010 年无偿献血者 ALT 检测不合格 3 154 例,其中男性占 91.13%,女性占 8.87%。不合格者平均年龄 29.9 岁,平均体质量 74.33 kg,体质量大于 70 kg 的占 71.76%。**结论** 本地区 ALT 单项不合格者体型偏胖,男性占绝大多数,而献血者的年龄对 ALT 影响不明显。

**【关键词】** 无偿献血者; 丙氨酸氨基转移酶; 血液

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.14.056 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)14-1779-02

丙氨酸氨基转移酶(ALT)单项检测不合格是广东省中山市红十字中心血站血液报废的首要原因<sup>[1]</sup>。为了降低血液报废率,进一步巩固无偿献血者队伍,作者对本站 2009~2010 年无偿献血者中 ALT 单项检测不合格者的性别、体质量、年龄等相关因素进行了回顾性分析,现报道如下。

## 1 材料与与方法

**1.1 研究对象** 本站 2009~2010 年中山市无偿献血者 ALT 单项检测不合格样本共计 3 154 份。

**1.2 仪器与试剂** 迈瑞全自动生化仪;ALT 初筛试剂盒(利德曼),ALT 复检试剂盒(长征)。所用试剂均在有效期内使用。

**1.4 统计学方法** 两组比较采用  $\chi^2$  检验,样本均值与总体均值比较用单样本 *t* 检验, $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结 果

**2.1 不同性别献血者 ALT 单项不合格率比较** 见表 1。2009~2010 年 ALT 单项不合格 3 154 份,男 2 875 份(91.13%),女 279 份(8.87%),不同性别之间 ALT 单项不合格率比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 1 不同性别 ALT 单项不合格率比较

性别	无偿献血人次	ALT 单项不合格人次	ALT 单项不合格率(%)
男	61 165	2 875	4.70
女	34 395	279	0.81
合计	95 560	3 154	5.51

注: $\chi^2 = 195.06, P < 0.05$ 。

**2.2 献血者 ALT 单项不合格的年龄因素分析** 见表 2。2009~2010 年全部无偿献血者与 ALT 单项不合格者平均年龄对比,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 2 献血者 ALT 单项不合格的年龄因素分析表

项目	人次	平均年龄(岁)
全部无偿献血	95 560	30.1
ALT 单项不合格	3 154	29.9

注: $t = 1.56, P > 0.05$ 。

**2.3 献血者 ALT 单项不合格的体质量因素分析** 见表 3。2009~2010 年献血者 ALT 单项不合格献血者平均体质量 74.33 kg,体质量大于 70 kg 的占 71.76%,与同时间段全部无偿献血者的平均体质量对比,差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表 3 献血者 ALT 单项不合格体质量因素分析表

项目	人次	平均体质量(kg)
全部无偿献血	95560	60.2
ALT 单项不合格	3154	74.3

注: $t = 69.46, P < 0.05$ 。

## 3 讨 论

目前,ALT 不合格仍是国内采供血机构血液报废的首要原因,也是导致献血者延迟献血的重要因素<sup>[2]</sup>。如何降低因 ALT 不合格而导致的较高的血液报废率成为采供血机构亟待解决的重要问题。通过对无偿献血者每次献血前初筛 ALT,虽可有效降低 ALT 不合格报废率,但需经济成本大,难于在每个采供血机构推广。因此,本研究通过对本地区无偿献血者 ALT 单项不合格相关因素的分析,旨在对献血者做合理的选择性 ALT 初筛,既在有效降低 ALT 不合格报废率的同时又能真正体现成本效益最大化。

综合以上统计资料结果分析,ALT 单项不合格者体型偏胖,平均体质量达 74.33 kg,男性占 91.13%,不合格率明显高