折愈合;间断全层缝合伤口,避免创面残留无效腔,打结应松紧适度;伤口内尽量减少线结,减少因异物反应而增加伤口感染概率;(8)临床医师应有一定的美学修养,应重视甲床修复,尽可能使甲床平整,以获得愈后良好外观,减少因愈后指甲外观不良对患者造成不良心理影响^[4],缝合甲床时使用 6~0 以上可吸收缝线,可于术后 4~5 d 拆除,可有效减轻拆线时的痛苦。(9)术后根据术中情况确定是否加用外固定,对于固定欠稳定者,作者参照文献^[5-6]的方法,将注射器外壳剖为两份,适度修剪或加热塑形制成外固定托置于掌侧行外固定保护,效果良好;(10)术后应注意观察末端血供情况,可早期使用改善微循环药物,减少残端缺血坏死可能性;术后 2 周开始保护下行功能活动,4~6 周复查 X 线片,如骨折线已模糊,则拔除内固定物,逐步恢复患指功能活动;如为两枚针头固定,术后 2~3 周拔除 1 枚,另 1 枚术后 4~6 周拔除,适时拔除内固定物,有利于骨折愈合及患指功能恢复^[7]。

3.4 注射针头的优点及不足 微型钢板为治疗掌指骨骨折良好材料^[8],但对于末节指骨开放性骨折却并不适用,临床上多采用克氏针内固定,但克氏针往往需使用电钻或手摇钻,需两人完成,且操作中存在方向不稳,深度不易掌控之弊端,而使用注射针头固定末节指骨的优点在于:(1)取材方便,不受器械设备限制;(2)易于操作,容易掌握,单人徒手即可完成,避免了克氏针内固定所存在的弊端^[9];(3)由于注射针头中空特性,易于引流^[10],并可减轻术后肿胀疼痛;(4)骨折愈合后取出极为方便,止血钳夹住外露部分稍加旋转即可拔除;(5)注射针头费用低廉,可减轻患者的经济负担。但由于自身材料特性,在实践过程中发现以下缺点:注射针头强度不及克氏针,容易折弯,操作不熟练,会出现断裂现象。

总之,对于开放性末节指骨骨折,应重视破损甲床良好修

复,以获得良好外观,而采用注射针头固定远节指骨骨折因其取材方便、操作容易、固定简单、疗效确切、费用低廉,适合门诊和基层医院开展。

参考文献

[1] 蓝凌友,刘云健. 107 例指骨骨折伴甲床损伤的急诊修复[J]. 实用手外科杂志,2001,2(15):105-106.
 [2] 符进卿,李巧珍. 手末节指骨骨折手术治疗体会[J]. 中国社区医师,2008,20(10):96.
 [3] 叶润轩,王平山. 手末节指骨骨折手术治疗分析[J]. 中国当代医药,2013,2(20):33.
 [4] 管正通,倪玲坚,周景明. 7 号注射器针头治疗末节指骨骨折伴甲床损伤 105 例体会[J]. 浙江创伤外科,2012,4(17):499-500.
 [5] 李保国. 一次性注射器管壁外固定治疗指骨骨折[J]. 中国骨伤,2011,11(24):963.
 [6] 游春华. 一次性注射器外壳固定指骨骨折经验介绍[J]. 中国乡村医药杂志,2011,10(18):32.
 [7] 李富仁. 适时拔除克氏针治疗指骨骨折 28 例体会[J]. 中国社区医师,2012,36(14):66.
 [8] 余锋,廖劲松. 手掌指骨骨折临床分析[J]. 中外医疗,2012,25(16):8-9.
 [9] 胥德政,任百芳. 注射针头内固定治疗远节指骨骨折[J]. 实用医药杂志,2011,5(28):444.
 [10] 顾建新,孟良. 注射器针头内固定治疗末节指骨骨折 62 例疗效分析[J]. 浙江创伤外科,2013,3(18):413-414.

(收稿日期:2015-01-25 修回日期:2015-03-15)

隐形义齿固位不良的临床分析

向 强,郑 敏[△](重庆牙科医院 400010)

【关键词】 隐形义齿; 修复; 固位不良

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.13.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)13-1977-02

隐形义齿又称弹性义齿、弹性仿生义齿,是修复缺失牙齿的可摘局部义齿的一种。1953 年, valplast 公司开发了一种新型牙科树脂材料,该材料具有更好的弹性,柔韧性和半透明性,其色泽与牙龈组织相似,修复效果逼真,能实现更好的美观性能^[1]。它是运用弹性树脂替代金属卡环,并将这种树脂卡环的位置制作在牙龈边缘的下方,色泽接近天然牙龈组织,并含有仿生效果的“毛细血管”,与牙龈组织的色、形、质高度类似,具有良好的仿生效果和很好的隐蔽性,能达到一定的仿真、仿生效果。本文通过对多例隐形义齿修复患者 3 年的跟踪,对使用年限越长、义齿的固位效果和其他临床表现进行的分析,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 对 70 例隐形义齿修复的患者,连续 3 年的跟

踪观察,分别以 1 年为时间段,在 3 年的 3 个时间段内义齿使用过程中出现“固位不良”等具体临床表现进行了分析。

1.2 方法 (1)常规备牙。(2)取印模,超硬石膏灌注模型。(3)画观测线。(4)排牙、制作蜡型。(5)装盒及安装铸道。(6)煮沸。(7)打磨和试戴。

2 结 果

70 例隐形义齿修复病例中,第 1 年共有 6 例出现不同程度的固位不良,食物嵌塞,约占 8%,上述 6 例中有 1 例基牙近远中釉质变暗。第 2 年,上述 6 例固位不良和食物嵌塞症状加重未愈,又增加 7 例固位不良和食物嵌塞,共计 13 例,占 18%,上述 13 例中有 5 例基牙近远中釉质变暗,上述 5 例中有 2 例发现龋洞。第 3 年,共有 29 例出现不同程度的固位不良和食物嵌塞,占 41%,其中有 13 例基牙近远中釉质变暗,出现

[△] 通讯作者, E-mail: 878978067@qq.com.

龋齿 8 例。

3 讨 论

3.1 牙列缺损可摘局部义齿的隐形义齿修复,多用于缺牙在三个单位的肯氏Ⅲ类和肯氏Ⅳ类修复。在安放金属支架和固位体时也可用于肯氏Ⅰ类和肯氏Ⅱ类的修复^[2]。

3.2 隐形义齿的优点,形态逼真,美观性好;义齿固位、稳定性可靠;基牙预备量少;弹性较好,义齿折断少^[3]。

3.3 不适合做隐形义齿的原因:缺牙间隙过小,咬合较紧;基牙过小及缺乏牙体和组织倒凹者;基牙Ⅱ度松动以上的牙周病患者^[2]。

3.4 隐形义齿的基托具有弹性较好的特点,但刚性不足^[3],不能承受较大的咀嚼力,长期使用容易发生形变而下沉,固位不良而造成组织压痛。

3.5 佩戴隐形义齿时基牙的自洁作用较差,并且由于极具舒适性,患者偶有疏忽而不及及时清洁义齿,由于义齿磨光面常无法进行充分抛光,使义齿局部容易堆积菌斑和食物残渣,若患者口腔卫生状况维护不善,容易发生基牙牙颈部龋和牙周病变^[3]。

3.6 隐形义齿固位不良,主要是制作中义齿变形或者戴牙时因为就位的原因医生缓冲义齿邻面过多引起松动。由于固位不良,义齿摇摆松动,导致义齿与基牙不贴合而导致食物嵌塞。经调查,第1年6例中有4例是由于就位时稍有困难,医生缓冲边缘所致。2例是戴上感觉不稳(制作出来后),但患者没引起足够重视。

3.7 第2年出现固位力差,多由于取戴次数的不断增加,造成隐形义齿卡环部分发生一定的形变。原本固位力差的上述6例和新增加的7例均是在卡环发生形变的情况下,加重义齿的松动。由于固位不良导致食物嵌塞,使食物残渣沉积,菌斑滋生,对基牙釉质的侵蚀,颜色变暗。同时基牙清洁降低,长期作

用,使基牙发生了龋坏。

3.8 随着使用时间的不断增加和取戴次数的增多,加快了义齿卡环部分的形变,同时随着隐形义齿材料的逐渐老化导致卡抱力下降,使固位不良的患者增加。龋坏的逐渐深入,加快了基牙的龋坏进度,使基牙的健康受到巨大的威胁。

3.9 隐形义齿在使用过程中,还出现人工牙折断脱落,损坏后不易修理,不能重衬^[4-5],只能重做和软组织压迫痛等不良现象。

综上所述,隐形义齿作为一种可以不进行或少量进行基牙预备,且摒弃金属卡环的牙列缺损的修复技术,制作得当可获得较好的前牙美学修复和牙龈封闭效果。但由于其适应证的局限,材料的特殊性,患者的用牙习惯性和义齿的边缘封闭,基牙自洁等原因,建议隐形义齿适用于短期修复或临时美容修复,在患者感觉不适之前,及时寻求其他修复方式以替代隐形义齿永久修复。

参考文献

[1] 于海洋. 口腔活动修复工艺学[M]. 北京:人民卫生出版社,2014:153-154.

[2] 姚树宾. 可摘义齿修复工艺技术[M]. 2版. 北京:科学出版社,2014:148-150.

[3] 刘峰. 美容牙科[M]. 北京:中国医药科技出版社,2014:122-123.

[4] 李新春. 口腔修复学[M]. 2版. 北京:北京科学出版社 2014:265-268.

[5] 王志松,周批. 隐形义齿 64 例临床观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2011,6(17):16-17.

(收稿日期:2015-01-25 修回日期:2015-03-15)

(上接第 1929 页)

脂代谢特点分析[J]. 天津医药,2011,39(3):208-211.

[2] 张少敏,夏志琦,朱蕾,等. 冠心病患者合并代谢综合征危险因素与冠状动脉病变的关系[J]. 第三军医大学学报,2008,30(15):1484-1486.

[3] Von Eynatten M, Hamann A, Twardella D, et al. Atherogenic dyslipidaemia but not total- and high-molecular weight adiponectin are associated with the prognostic outcome in patients with coronary heart disease [J]. Eur Heart J, 2008, 29(10): 1307-1315.

[4] 姚武位,陈庆伟,柯大智. 高密度脂蛋白胆固醇和冠心病的相关性研究[J]. 重庆医科大学学报,2009,34(11):1510-1513.

[5] 王岚峰,吴双,关秀茹,等. 脑钠素与急性心肌梗死预后关系的临床研究[J]. 中华心血管病杂志,2005,33(3):234-237.

[5] Von Eckardstein A, Hersberger M, Rohrer L. Current understanding of the metabolism and biological actions of HDL [J]. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2005, 8(2): 147-152.

[7] 伏君. 高龄老年冠心病患者心血管病危险因素分析与干预现状[D]. 石家庄:河北医科大学,2012:14-18.

[8] 李健斋,陈曼丽,王抒,等. 高密度脂蛋白对老年人冠心病的保护作用[J]. 中华医学杂志,2003,83(10):827-831.

[9] 邱雅慧,薛凌,李华伟,等. 老年急性冠状动脉综合征患者血清 hsCRP、Nt-proBNP 水平及临床意义[J]. 中国老年学杂志,2013,33(8):1891-1892.

[10] 陈泓颖. 吸烟和戒烟对冠心病患者高密度脂蛋白功能的影响[D]. 北京:北京协和医学院,2012:15-21.

[11] 陈晓春. 高密度脂蛋白对动脉粥样硬化抵抗作用及其机制[D]. 上海:复旦大学,2010:22-36.

[12] 张新文,李三潭,蔡洪冰,等. 急性冠状动脉综合征患者血清 C 反应蛋白、脑钠尿肽、D-二聚体的水平变化及其临床意义[J]. 中国医药导报,2012,9(10):107-108.

[13] 宋军,任绪功,王平,等. 急性冠状动脉综合征患者血清 BNP 水平与 hs-CRP、cTNI 水平的相关性研究[J]. 国际内科学杂志,2008,35(5):255-257.

(收稿日期:2015-01-18 修回日期:2015-03-12)