

率占 9.69%, 3 个月后症着明显缓解或消失。阴道分泌物增多者经相应处理后症状消失, 对同房后男方有刺痛不适者, 经处理吉妮致美 IUD 尾丝后症状体征消失。

2.3 使用效果 196 例经随访 1 年, 终止使用 IUD 4 例 (2.0%), 其中自然脱落 1 例, 铜过敏 1 例, 因出血或疼痛取出 2 例。无子宫穿孔及感染发生。

3 讨论

剖宫产术后宫腔相对呈瘦长形, 且宫口较紧。放置有支架的 IUD 其大小, 形态与子宫腔不匹配, 易压迫、刺激子宫引起子宫收缩, 或损伤子宫内膜导致出血, 且放置较困难 (需扩宫), 易导致 IUD 异位或嵌顿, 引起疼痛; 由于宫腔较深, 易造成 IUD 下移、脱落, 或带器妊娠。1984 年比利时医生设计出一种取消支架的 IUD^[1]——吉妮致美, 它体积小, 无支架, 不受子宫腔大小、形状和宫颈口松弛的限制, 引起子宫内膜的异物反应与其他类型 IUD 相比范围更加局限^[2]。独特的固定方式消除了上述导致脱落的因素, 使脱落率明显降低, 尤其适合有脱环史的妇女, 其脱落率为 0.5%。

不规则阴道流血是放置 IUD 常见的副反应, 主要表现为经量增多, 经期延长或阴道少量点滴出血^[3]。由于 IUD 的异物反应, 使子宫内膜纤溶活性增强, 刺激子宫分泌前列腺素, 影响凝血功能, 导致出血。吉妮致美含吲哚美辛缓释系统, 抑制了前列腺素的分泌。由于无支架, 与子宫内膜的接触面积小, 改善了放置 IUD 导致早期出血的症状, 减少了副反应的发生率, 提高了妇女的满意度和 IUD 的续用率^[4], 1 年续用率达 98%。吉妮致美以独特方式固定于宫底, 且由于吉妮致美 IUD

为高效含铜宫内节育器, 使之避孕效果可靠, 明显降低了妊娠率^[5]。但过度前屈或后屈的子宫将增加 IUD 植入宫底肌层的技术难度, 放置时宫体轴线的拉直是关键。人流术后子宫内黏膜极薄, 而此时放置固定式吉妮致美 IUD 就更加牢固, 只要严格无菌操作, 不增加术后感染^[6], 均宜在人流术后即刻放置。但因宫壁较薄、较软, 术前应肌注缩宫素 10 U 以防穿孔。针对铜过敏者, 经治疗无好转, 予以取出。

综上所述, 剖宫产术后放置吉妮致美 IUD 具有避孕效果好、脱落率低、因症取出率低、累积续用率高、副反应少等优点, 是值得在临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] Wide meersch D, Van Der Pas H, Theiry R, et al. The Copper-Fix (Cu-Fix): a new concept in IUD technology [J]. *Adr Contracep*, 1988, 4(5):197-205.
- [2] 钱丽娟. 宫内节育器研究的新进展[J]. *国外医学·计划生育分册*, 2000, 19(4):202-204.
- [3] 乐 杰. 妇产科学[M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 366.
- [4] 吴尚纯, 王翠萍, 南秀牌, 等. 释放吲哚美辛的吉妮宫内节育器对改善出血副反应的临床研究[J]. *中华妇产科杂志*, 2004, 39(12):842-843.
- [5] 黄立冬. 放置吉妮致美宫内节育器的临床效果调查[J]. *广西医学*, 2006, 11(28):1799.
- [6] 尹志敏, 王海燕. 吉妮环、母体乐、铜圆环副反应及并发症对比分析[J]. *中国妇幼保健*, 2004, 19(19):126-127.

(收稿日期:2009-03-12 修回日期:2009-06-14)

103 例隐裂牙综合治疗的疗效观察

刘鸿雁

(广西医科大学附属口腔医院口腔内科, 南宁市 530021)

【摘要】 目的 评价隐裂牙综合治疗的临床疗效。方法 对 103 例隐裂牙患者进行综合治疗, 包括调整骀、隐裂暂时封闭或充填处理、制备带环、根管治疗永久性修复, 1 年以上随访观察。结果 95 例成功, 8 例失败, 成功率为 92.23%。结论 对隐裂牙行综合治疗, 可以保留牙体组织并恢复骀力。

【关键词】 隐裂牙; 综合治疗; 疗效

【中图分类号】 R 783.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2009)08-1174-02

牙隐裂又称不全牙裂, 是指牙冠表面的非生理性细小裂纹, 常不易被发现, 其裂纹常渗入到牙本质结构, 是引起牙疼的原因之一, 病情加重可导致牙髓炎、根尖周炎, 最终导致牙折, 甚至牙缺失。牙隐裂好发于上颌磨牙, 其次是下颌磨牙和上颌前磨牙^[1]。2002~2009 年 3 月笔者对 103 例隐裂牙进行综合治疗, 并随访 1 年以上, 治疗成功率为 92.23%, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 隐裂牙 103 例, 男 61 例, 女 42 例, 年龄 23~56 岁, 上颌磨牙 50 例, 上颌双尖牙 17 例, 下颌磨牙 27 例, 下颌双尖牙 9 例, 均未做过牙髓治疗。其中有牙髓充血症状者 (有刺激痛, 无自发痛) 40 例, 有牙髓炎、根尖周炎症状者 63 例。

1.2 诊断依据 根据患者主诉与一般检查及碘酞染色法、电

活力测试、X线检查,放大镜检查等结果判断,并明确隐裂纹的部位及走向及大概深度。

1.3 治疗方法

1.3.1 调整殆所有隐裂牙患者进行调整殆,减低牙尖高度和斜度以减少劈裂力量,调整殆需反复多次。

1.3.2 隐裂暂时封闭或充填处理:对隐裂纹仅达釉牙本质界,着色浅无继发龋者,用釉质粘合剂光固化处理;有继发龋或者裂纹深、着色深,达牙本质浅、中层者,备洞,氢氧化钙糊剂覆盖,氧化锌丁香油粘固粉暂封,2~4周后无症状者换光固化复合树脂充填。本组12例用釉质粘合剂光固化处理,25例进行充填治疗。

1.3.3 制备带环:对有明确隐裂纹达牙本质层的患牙行口内直接制作带环,用磷酸锌粘固粉进行粘固,使之与牙齿紧密贴合。本组共86例,其中20例为充填治疗后制作带环,66例为根管治疗过程中制作带环,治疗结束后去除带环行全冠修复。

1.3.4 根管治疗:如隐裂纹深及牙本质深层,波及牙髓,出现牙髓症状或根尖周炎症状,进行完善的根管治疗。本组有66例。

1.3.5 永久性修复:裂纹深并行根管治疗的患牙,于根管治疗后观察2周后无症状者,去除带环,行全冠修复。本组有66例。

1.4 疗效评定 成功:牙体完成,无自觉症状,咀嚼功能正常,牙髓活力正常,根尖周有病变的牙齿病变缩小或消失,牙周组织完好。失败:牙体折裂,出现各种不适症状,咀嚼疼痛,牙周组织红肿。

2 结果

103例隐裂牙治疗后3、6、12、24个月随访。成功95例,成功率92.23%,失败8例,失败率7.77%。其中粘合剂封闭的12例,成功11例,成功率91.67%;充填治疗共25例,成功21例,成功率84.00%;根管治疗及全冠修复66例,成功63例,成功率95.45%。

釉质粘合剂封闭后失败的1例患牙出现牙髓症状,对其行根管治疗并全冠修复,修复后无明显自觉症状;充填治疗后失败4例,3例患牙出现牙髓症状或冠折,对其进行根管治疗并全冠修复,1例根折被拔除。根管治疗及全冠修复后失败3例均出现牙折,其中2例根折被拔除,1例冠折重新修复。

3 讨论

牙隐裂是临床多见病,多数学者认为牙隐裂是多因素共同作用的结果,如殆力过大、创伤龋病、牙髓治疗等^[2,3],由于其症状及临床表现各不相同,因此有人提出隐裂牙综合征(CTS)这一定义^[4],这一定义被逐渐采纳并被沿用至今。由于牙隐裂临床表现具有多样性及不确定性,同时肉眼无法观察到早期牙齿的隐裂纹,这使得很多牙隐裂患者早期得不到诊断和治疗,从而丧失最佳治疗时机,因此临床上要细心观察,多与患者沟通,尽量做到早诊断、早治疗。

本文对103例隐裂牙进行综合治疗,治疗后追踪随访,有8例治疗失败,失败的病例多发生在治疗后0.5~1年。这主要是因为对隐裂牙的裂纹深度及波及牙髓的程度很难判断,采取的治疗措施不对应。此外,随着年龄增加,殆面磨耗加大,易形成高尖陡斜面,正常合力产生水平侧向力,形成创伤性殆力^[5],因此通过临床调整殆并不一定能达到完全消除咬合干扰、殆力过大等情况,所以会出现根管治疗与全冠修复后牙齿进一步折裂现象。

目前龋病与牙周病造成的牙缺失有下降趋势,相反牙隐裂导致的牙缺失呈上升趋势,因此加强对牙隐裂的早期诊断治疗可减少牙缺失,达到保留天然牙的目的。本组资料提示综合治疗可保留牙体组织及殆功能,是目前较为理想的隐裂牙治疗手段。

参 考 文 献

- [1] 赵琼芝,刘国华. 104颗隐裂牙的临床分布[J]. 上海口腔医学, 1998,7(1):47-49.
- [2] Ratclif S, Becker IM, Quinn L. Type and incidence of cracks in posterior teeth[J]. J Prosthet Dent, 2001,86(2):168-172.
- [3] Geurtsen W, Schwarze T, Gunay H. Diagnosis, therapy and prevention of the cracked tooth syndrome[J]. Quintessence Int, 2003,34(6):409-417.
- [4] Ehrmann EH, Tyas MT. Cracked tooth syndrome: diagnosis, treatment and correlation between symptoms and post-extraction findings[J]. Aust Dent J, 1990,35(2):105-112.
- [5] 龙世明,苏鹏,成小琼. 带环在78例隐裂牙治疗过程中保护作用的临床观察[J]. 广西医学, 2007,29(2):270-271.

(收稿日期:2009-04-01 修回日期:2009-06-01)

● 关于文稿中医学符号的使用

统计学符号不论用哪种字母,也不论大写或小写一律用斜体。要注意区分拉丁字母和希腊字母,例如均数的符号是英文字母 \bar{x} ,卡方的符号是希腊字母 χ^2 ,自由度的符号是希腊文“ ν ”不是拉丁文“ V ”,样本的相关系数是英文“ r ”,不能误为希腊文“ γ ”。

化学元素及核素在医学写作时一般多采用符号,都是拉丁字母正体大写。离子态是在右上角用数字加“-”或“+”表示。例如 Na^+ 、 Ca^{2+} 、 P^{3-} 等等,不能用 Ca^{++} 、 P^{---} 、 Al^{+3} 、 O^{-2} 表示。核素的核子素(质量数)应写在元素符号的左上角,例如: ^{131}I 、 ^{32}P 。表示激发状态的 m 写在右上角,例如: $^{99}\text{Tc}^m$ 、 $^{133}\text{In}^m$ 。在科技论文和专著中不应写核素的中文名称,即不能写成 $^{131}\text{碘}$ 、 $^{133\text{m}}\text{铟}$ 、 P^{32} 、 $\text{Tc}^{99\text{m}}$ 。

近几年分子生物学发展很快,并已渗透到许多学科,大多数分子生物学名词术语的符号已有统一的确定形式,要对符号的来源及其内涵有深刻的了解,使用时不致发生错误,例如:RNA有rRNA(ribosomal RNA)、tRNA(transfer RNA)、mRNA(messenger RNA)3类。r、t、m是表示类型的符号应小写,RNA应大写。