

· 临床研究 ·

在口腔修复治疗中应用预成纤维桩的临床效果观察

李林娜

(山西省运城市口腔医院, 山西 运城)

摘要: **目的** 探索在口腔修复治疗中应用预成纤维桩的临床效果。**方法** 选取2017年2月25日至2018年2月25日期间本院口腔修复100例患者(实施信封随机分组模式), 对照组的50例患者进行铸造金属桩修复干预, 观察组的50例患者进行预成纤维桩修复干预。**结果** 观察组不良反应发生率(4.00%)低于对照组($P<0.05$), 骨厚度(2.96 ± 0.78) mm、植骨厚度(2.87 ± 0.86) mm均优于对照组($P<0.05$), 满意度(100.00%)、治疗成功率(98.00%)高于对照组($P<0.05$), 每个纤维桩所需时间(72.45 ± 5.68) min短于对照组($P<0.05$)。**结论** 将预成纤维桩修复干预用于口腔修复中效果显著, 且安全性更高。

关键词: 口腔修复; 预成纤维桩; 效果; 观察

中图分类号: R783.3

文献标识码: A

DOI: 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.64.016

本文引用格式: 李林娜. 在口腔修复治疗中应用预成纤维桩的临床效果观察[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(64): 30, 33.

0 引言

口腔疾病中较为常见的几类为牙周病、牙列缺损、颌关节病、牙列缺失、牙体缺损, 根据疾病特点, 常需不同的修复措施^[1]。早期由于技术有限, 常进行拔除方式, 虽能够将患牙去除, 但可增加患者痛苦, 且无法保留患牙牙根。而近年来, 随着医疗、器械技术的改善和进步, 铸造金属桩修复干预、预成纤维桩开始广泛推广于临床, 其均可达到良好生物相容性、耐疲劳性、无腐蚀性、良好器械性能, 但在评估其疗效时, 学者存在不同说法^[2,3]。而本文旨在探索不同治疗材料在口腔修复中的价值性, 如下文报道。

1 资料和方法

1.1 资料

本次研究对象为口腔修复患者100例, 采用信封随机化分组模式, 即两组各有50例, 均在2017年2月25日至2018年2月25日期间收治。入选标准: (1) 患者均存在牙根治疗史; (2) 患者均自愿加入本次实验; (3) 患者牙根长度>牙冠长度; (4) 患者均为单颗患牙。排除标准: (1) 排除存在咬合过紧患者; (2) 排除存在抵触情绪患者; (3) 排除存在合并其他牙周病患者; (4) 排除存在严重负面情绪患者。

观察组患者中31例为男性, 19例为女性, 平均年龄(38.46 ± 1.12)岁; 病变位置: 11例为磨牙, 29例为前磨牙, 10例为前牙。

对照组患者中32例为男性, 18例为女性, 平均年龄(38.15 ± 1.39)岁; 病变位置: 10例为磨牙, 31例为前磨牙, 9例为前牙。

两组患者一般资料不具备统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法

对照组采用铸造金属桩修复干预, 首先进行扩管预备根管, 测量根道长度, 保留根尖长度至少4mm, 根管壁要无倒

凹、光滑, 保证封闭的良好性, 同时还需在制定根管精细印模时, 运用专业印模材料, 在口外制作铸造金属桩核, 完成固定和粘附后, 再进行第二次取模, 制作金属烤瓷全冠^[4]。

观察组采用预成纤维桩修复干预, 首先和对照组相同, 选择合适的预成纤维桩, 常规预备根面和根管, 准备的纤维桩需与预备钻匹配, 完成准备工作后, 可消毒纤维桩, 吸除多余水分, 在牙体上涂抹杜拉非勒粘结剂, 随后在根管粘接面和纤维桩表面涂抹杜拉非勒粘结剂(使用毛刷均匀涂抹), 将纤维桩插入根管调整到合适位置后完成固化操作后, 还需将纤维桩和根管保持距离, 保证固化效果, 再对外形进行修整和整理, 随后再根据患者口腔形态, 选择相应的树脂, 并进行调整^[5]。

两组患者均在治疗后三周, 进行电话随访, 了解患者恢复情况和满意度。

1.3 观察指标

对比两组每个纤维桩所需时间、治疗成功率、患者满意度、骨厚度、植骨厚度、不良反应发生率。

治疗成功标准^[6]: 患者桩核未出现松动、移位、脱落等现象, 且未发生继发龋齿、牙根断裂现象, 口腔维持完整, 咀嚼功能恢复正常。

1.4 统计学处理

实施统计学 SPSS22.0 软件处理, 当对比值具有统计学意义时, 用 $P<0.05$ 表示。

2 结果

观察组患者满意度、治疗成功率高于对照组, 每个纤维桩所需时间短于对照组($P<0.05$)。如表1所示。

观察组骨厚度、植骨厚度均优于对照组($P<0.05$), 不良反应发生率低于对照组(其中观察组1例出现牙局部肿胀, 1例出现感染; 对照组5例出现创口裂开, 6例出现牙局部肿胀, 5例出现感染)。如表2所示。

表1 两组治疗效果对比

组别	例数(n)	每个桩核所需时间(min)	治疗成功率(n; %)	患者满意度(n; %)
观察组	50	72.45 ± 5.68	49 (98.00%)	50 (100.00%)
对照组	50	108.95 ± 12.33	43 (86.00%)	42 (84.00%)

表2 两组植骨厚度和骨厚度对比

组别	例数(n)	植骨厚度(mm)	骨厚度(mm)	不良反应发生率(n; %)
观察组	50	2.87 ± 0.86	2.96 ± 0.78	2 (4.00%)
对照组	50	2.01 ± 0.11	2.13 ± 0.02	16 (32.00%)

3 讨论

口腔疾病种类较多, 若干预不及时, 可降低患者生活质量, 目前常实施口腔修复法, 早期常实施传统金属桩冠修复, 其具有价格低廉、机械强度高优点, 但冠折概率较高, 且容

易发生桩脱落, 整体利用价值不高^[7]。对此部分学者提议实施纤维桩修复材料, 其具有良好耐腐蚀性、机械性能高、良好生物相容性的优势^[8]。

预成纤维桩修复干预属于新型治疗方案, 不仅能够降低

(下转第33页)

究显示噻吗洛尔的药理作用是普萘洛尔的 4-10 倍。首先在美国用于治疗青光眼且在儿童治疗中具有较高的安全性,小儿眼科医师将其作为儿童青光眼的一线治疗药物已经超过 30 年^[4]。2016 年中华医学会血管瘤和脉管畸形诊断和治疗指南、以及《儿童皮肤病学》(2014 版)均明确提出婴幼儿血管瘤的治疗主要以局部外用和系统用药为主,辅以激光或局部注射等,目的是抑制血管内皮细胞增生,促进瘤体消退,减少瘤体残留物且对于中度风险婴幼儿血管瘤^[5],早期而非薄的病灶外用 β 受体阻滞剂是首选^[1],现已成为继口服 β 受体阻滞剂后重要的治疗方案。多数研究者认为,外用 β 受体阻滞剂与激光的联合使用可增强疗效。儿童皮肤病学(2014 版)中明确指出中度风险血管瘤应尽早治疗。早期而非薄的病灶可给予外用 β 受体阻滞剂,也可加用脉冲染料激光^[1];脉冲激光对局部 β 受体阻滞剂的吸收具有促进作用,可增强其在瘤体内的吸收,对较深在的血管瘤可增强其疗效^[6]。激光治疗能够加速病变消退,缩小病变体积,促进溃疡愈合,减轻疼痛,并为后续治疗创造条件^[7]。局部药物治疗适应证、周期和时机的确定,目前仍未规范,存在争议,相信随着相关理论研究的发展,严格设计的前瞻性研究会越来越多,血管瘤的

局部药物治疗法将更趋成熟^[8]。

参考文献

- [1] 马琳. 儿童皮肤治疗规范 [M]. 人民卫生出版社, 2014: 156-166.
- [2] 王佳, 石静, 王绪凯. 0.5% 马来酸噻吗洛尔溶液联合普萘洛尔治疗婴幼儿血管瘤的不良反应观察 [J]. 中国口腔颌面外科志, 2014, 12(6): 539-542.
- [3] 夏幼林. 普萘洛尔治疗婴幼儿血管瘤的临床疗效及安全性研究 [J]. 实用药物与临床, 2013, 16 (8): 694-696.
- [4] KumJJ, KhanZA. Mechanisms of propranolol action in infantile hemangioma[J]. Dermato-endocrinol, 2015, 6(1): e979699.
- [5] 陈玉兰. 马来酸噻吗洛尔治疗婴幼儿浅表性血管瘤的临床观察 [J]. 中国医疗美容, 2015(5): 89-90.
- [6] 何洪川, 吴坡, 羊书勇, 等. 噻吗洛尔治疗婴幼儿体表浅血管瘤 15 例临床观察 [J]. 西南国防医药, 2017, 27(6): 619-620.
- [7] 秦中平, 邵茂众, 李克雷, 等. 激光在婴幼儿血管瘤治疗中的作用评价 [J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2013, 11(6): 443-446.
- [8] 张文书. 综合疗法治疗小儿眼部血管瘤 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(4): 117.

(上接第 29 页)

着重要的作用^[12]。同时, 信息化管理为建立跨部门跨领域密切配合、统一归口的健康医疗数据共享机制提供协助。

区域健康管理中心在健康中国 2030 规划战略中承担了众多功能, 发挥着重要作用。区域健康管理中心的建设应得到进一步加强和重视, 功能应进一步完善, 作用要得到充分发挥。

参考文献

- [1] 陈君石, 黄建始. 健康管理师 [M]. 中国协和医科大学出版社, 2007: 7.
- [2] 关博. 发挥医疗金融“支点”作用, 助力实施健康中国战略 [J]. 中国发展观察, 2018(6): 48-49, 41.
- [3] 肖月, 赵琨, 薛明, 等. “健康中国 2030”综合目标及指标体系研究 [J]. 卫生经济研究, 2017(4): 3-7.
- [4] 王海涛, 孟兵林, 丁晨光, 等. “健康中国 2030”战略下全民健身指导人才培养探讨 [J]. 河北职业教育, 2017(2): 31-34.
- [5] 陈阳, 程雪莲, 唐贵忠, 等. 基于《“健康中国 2030”规划纲要》背景的健康教育创新机制探讨 [J]. 中国健康教育, 2018(1): 71-73.

康教育创新机制探讨 [J]. 中国健康教育, 2018(1): 71-73.

- [6] 丁华英. 探讨护理健康教育的科学化、个性化实施在健康管理中心的重要性 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2016, 16(40): 282-283.
- [7] 邱芳. “大健康”理念下的健康管理服务业转型发展 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(90): 264.
- [8] 吴春艳, 张玉超. 健康中国视域下的全民健身实施难点与破解路径 [J]. 体育科技文献通报, 2017, 25(6): 29-30.
- [9] 李雄波, 王树明, 段克文, 等. 汉川市基本公共卫生服务与健康管理协调发展 [J]. 公共卫生与预防医学, 2014, 25 (5): 85.
- [10] 孟群. 促进健康医疗大数据应用保障“健康中国 2030”建设 [J]. 中国卫生信息管理杂志, 2016, 13(6): 539-539.
- [11] 孟群. 大健康大数据大融合大发展 [J]. 中国卫生信息管理杂志, 2017, 14(3): 379-379.
- [12] 刘克浩, 肖飞龙. 基于云计算和大数据的新型健康管理模式 [J]. 公共卫生与预防医学, 2014, 25 (5): 90.

(上接第 30 页)

修复后脱落、折断的风险, 减轻患者不适感和疼痛感, 提高治疗安全性, 且分析往期报道, 可发现此类修复材料更加符合人体组织, 发挥明显固定强度和弹性, 提高近期、远期疗效, 与铸造金属桩修复干预相比, 修复效果更好, 具有较高的美观性, 发挥粘连性高、弹性度强、不良反应少、操作简单、减少复诊次数等优势, 可作为口腔修复的首选方案, 且操作方式较为简单、优化, 可适用于基层医院, 利用价值较高。

分析本次实验, 观察组创口裂开率、牙周局部肿胀率、感染率均低于对照组 ($P < 0.05$), 骨厚度、植骨厚度均优于对照组 ($P < 0.05$), 满意度、治疗成功率高于对照组 ($P < 0.05$), 每个纤维桩所需时间短于对照组 ($P < 0.05$), 由此说明, 预成纤维桩修复干预利用价值更高, 其能够提高口腔修复质量, 具有高度可行性, 与其他修复方式相比, 制作方式更为简单, 且可减轻患者治疗痛苦, 保留更多的牙体组织, 利于根管的修复和再治疗, 且不会对外观造成影响, 利于疾病恢复。虽然预成纤维桩修复效果较为明显, 但本次实验中, 仍有 2 例出现并发症, 2 例为治疗无效, 对此在治疗期间, 还需注意以下几点: (1) 在治疗前, 还需评估患者口腔受损情况, 合理规划适应证, 且需严格控制感染几率的发生; (2) 为了提高修复成功率, 还要求医务人员熟悉掌握手术方式。

总而言之, 预成纤维桩修复干预具有操作简单、生物相容性和稳定性良好、安全性高、作用性强等特点, 用于口腔修复中效

果显著, 可提高患者对外观美感受度, 降低不良事件发生率。

参考文献

- [1] 张玉兰. 探讨预成纤维桩在口腔修复中的临床效果 [J]. 中国保健营养, 2016, 26(30): 165-166.
- [2] 李文利. 预成纤维桩在口腔修复中的临床应用评价 [J]. 大家健康(下旬版), 2017, 11(7): 99.
- [3] 刘莉. 观察纤维桩与铸造金属桩进行口腔修复的临床效果 [J]. 健康周刊, 2016, 18(2): 5-6.
- [4] 侯永福, 朱智敏. 预成纤维桩应用于冠改向修复的初步研究 [J]. 实用口腔医学杂志, 2016, 32(3): 430-431.
- [5] 王婷. 预成纤维桩在口腔修复中的临床效果评价及安全性分析 [J]. 中外医学研究, 2015, 11(6): 6-8.
- [6] 魏丽君, 曹均凯, 赵迪, 等. 玻璃纤维桩与铸造金属桩在老年患者前牙修复中的临床效果观察 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2016, 15(4): 270-273.
- [7] 刘霆钧, 王玉玲, 李敏, 等. 预成纤维桩口腔修复效果分析 [J]. 实用中医药杂志, 2017, 33(1): 95-96.
- [8] 葛奕超. 预成纤维桩在口腔修复中的临床效果评价 [J]. 医学信息, 2015, 15(32): 109-110.