

三个时间段的比较可以看出,治疗组有效率分别为91.55%、88.73%、87.73%,明显优于对照组82.88%、59.89%、49.20%,经统计学处理,3个月组及半年组均有极显著差异,说明化合物沉积法治疗牙本质过敏是目前比较理想的治疗方法。

**3.4 脱敏作用** 氟化物中的氟离子渗透到牙本质中与钙盐结合形成氟磷灰石,封闭牙本质小管,使牙本质通透性明显减小,降低牙本质对刺激的敏感性。氟化物形成沉淀物需要一定的时间,对牙本质小管的封闭常常不够彻底<sup>[8]</sup>。从表1看到两组即刻疗效对比无显著性差异( $P>0.05$ ),而3个月疗效及半年疗效对比有非常显著性差异( $P<0.01$ ),说明局部涂氟治疗,因氟化钠糊剂中有许多大小不等的颗粒,而影响在牙齿表面的凝结,渗入的氟离子有限,远期疗效差,临床疗程长,这可能是化合物沉积法脱敏疗效优于氟化物脱敏的主要原因。

**3.5 酸蚀的选择** 对牙本质过敏症治疗使用化合物沉积前是否进行酸处理还有争论,有些报道<sup>[4]</sup>认为:酸处理会引起更多的牙本质小管开放。本文对上述病例均进行酸蚀处理,但酸蚀后必须彻底冲洗,酸蚀时间严格控制在15 s。本文对疗效仅观察6个月,

远期疗效有待追踪。

## 参考文献

- [1] 陈南燕.不同脱敏方法治疗牙本质过敏症的比较研究[J].中华老年口腔医学杂志,2005,3(2):68-70.
- [2] Smith BGN, Knight JK. An index for measuring the wear of tooth[J]. Br Dent J, 1994,156(120):435-438.
- [3] Brannstrom M, Linden LA, Astrom A. The hydrodynamics of the dental tubule and of pulp fluid: A discussion of its significance in relation to dentinal sensitivity[J]. Caries Res. 1967,1(2):310-317.
- [4] 孙卫斌.如何测评牙本质过敏的症状[J].口腔医学,1996,161(1):53.
- [5] 柳红荣,张 芃.自酸蚀粘接剂治疗牙本质过敏症的临床疗效观察[J].临床口腔医学杂志,2007,23(7):437-438.
- [6] 樊明文.牙体牙髓病学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2003:134-136.
- [7] 张 苗,林先军,吴子忠,等.牙本质过敏症三种脱敏药物的疗效比较[J].实用医药杂志,2007,24(2):166-167.
- [8] El-Mowafy OM, Lewis DW, Benmergui C, et al. Metanalysis on long term clinical performance of posterior composite restorations[J]. J Dentistry, 1994,22(1):33-43.

(收稿日期:2008-01-14)

(本文编辑 黄攸生)

## · 短 篇 ·

# 排龈线用于飞行员楔状缺损修复后牙龈指数变化研究

孙旭东,佟 宇

(南京军区杭州疗养院空勤疗养区口腔科,浙江杭州 310013)

**[关键词]** 排龈线;牙龈指数;楔状缺损

**中图分类号:** R783 **文献标识码:** B **文章编号:** 1672-271X(2008)02-0083-02

流行病学调查提示,楔状缺损发病率为5%,其中老年人群的发病率高达90%<sup>[1]</sup>,而我们以前的调查中飞行人员楔状缺损的发病率也达到27%。本研究将排龈线用于楔状缺损修复,并与直接充填修复作对照,以期评估排龈线用于楔状缺损修复后GI(牙龈指数)值的变化情况。

## 1 资料和方法

**1.1 病例选择** 选择入我院健康体检的飞行员,需作楔状缺损修复的患者39例,均为男性,年龄25~33岁,平均27.7岁。入选标准:口腔卫生良好,牙周健康,全身健康,至少6个月内未行牙周治疗或服用抗生素。共选取有楔状缺损且缺损涉及龈下的下颌双尖牙156颗。将每例患者左右对称的楔状

缺损患牙一侧设为观察组,另一侧为对照组。要求受试的每位飞行员均签署知情同意书。

**1.2 检查并记录GI值** 分别在治疗前、治疗后1周及治疗后1个月检查并记录两组的GI值。GI记分标准<sup>[2]</sup>:0=牙龈健康;1=牙龈轻度炎症,牙龈颜色轻度改变,轻度水肿,探诊不出血;2=牙龈呈中度炎症,牙龈色红,水肿发亮,探诊出血;3=牙龈呈重度炎症,牙龈明显红肿,或有溃疡,并有自动出血倾向。

**1.3 方法** 观察组在治疗前对观察牙进行超声波(法国赛特力公司P5洁牙机)洁治,牙面抛光,使牙周达到健康水平,3天后以粗细合适的排龈线(ULTRAPAK,USA)排龈,再用单组分光固化复合树脂(Charisma,德国)(下转第92页)

凝或用钛夹夹闭,止血确切。对于肺大泡,根据大小,采取结扎或用直线切割缝合器切割。外伤性血气胸可通过VAST探查了解出血和损伤部位,给予电凝或缝扎止血,同时对肺组织损伤进行缝合修补。如肺损伤严重、肺穿透伤致气管、支气管或近肺门的肺实质血管损伤,导致肺漏气严重或难以止血时,可VATS辅助小切口修补、缝闭肺裂口或Endo-GIA切除肺组织,有效止血、止漏,促进术后肺复张,减少术后并发症。对于伴有膈肌及膈下脏器的损伤者,VATS可修补肺和膈肌,同时行腹部手术,减少手术创伤,利于患者术后恢复。胸腔镜切口小,可不切断胸壁大的肌束和神经,比较传统开胸切口,缩短开关胸手术时间,减少手术出血,对上肢活动机能影响小,术后疼痛轻,利于排痰,可早期下床活动,患者术后恢复快<sup>[7]</sup>。VATS也有一定局限性<sup>[8]</sup>:由于胸外伤的突发性、危重性,可能无足够时间等待而需行开胸手术;遇心脏大血管损伤出血凶猛者,应及时开胸手术;胸腔广泛致密粘连时,胸腔镜及操作器械无法进入;对麻醉要求较高,患者心脏储备功能差不能耐受单肺通气者不宜采用VATS。所以根据伤者病情,合理地应用VATS才能发挥其安全、有效、微创的优势。

## 参考文献

- [1] Karmy-J R, Jurkovich G, Nathens AB, et al. Timing of urgent thoracotomy for hemorrhage after trauma [J]. Arch Surg, 2001, 136(5): 513-518.
- [2] Helling TS, Gyles NR, Eisenstein CL, et al. Complications following blunt and penetrating injuries in 216 victims of chest trauma requiring tube thoracoscopy [J]. J Trauma, 1989, 29: 1367.
- [3] 郭毅, 杨华刚. 胸部刀伤穿透伤112例临床分析[J]. 创伤外科杂志, 2001, 3(3): 171-173.
- [4] 高劲谋. 胸部创伤救治进展[J]. 中华创伤杂志, 1999, 15(2): 157-158.
- [5] Tschopp JM, Frey JG. Treatment of primary spontaneous pneumothorax by simple talcage under medical thoracoscopy [J]. Monaldi Arch Chest Dis, 2002, 57(1): 88-92.
- [6] 禹亮, 张健, 王雪峰, 等. 电视胸腔镜在胸部外伤中应用的研讨[J]. 中国微创外科杂志, 2005, 5(12): 999-1000.
- [7] Charrillo EH, Richardson JD. Thoracoscopy for the acutely injured patient [J]. Am J Surg, 2005, 190(2): 234-238.
- [8] Manlulu AV, Lee TW, Thung KH, et al. Current indications and results of VATS in the evaluation and management of hemodynamically stable thoracic injuries [J]. Eur J Cardiothorac Surg, 2004, 25(6): 1048-1053.

(收稿日期: 2007-11-01; 修回日期: 2007-12-29)

(本文编辑 黄攸生)

(上接第83页)充填,并作边缘修整,抛光。对照组直接以单组分光固化复合树脂(Charisma, 德国)充填,并作边缘修整,抛光。

## 2 结果

治疗期间所有充填体均在位,颜色形态良好,患牙功能良好,患者无不适主诉。对两组治疗后的GI值进行单因素方差分析(ANOVA),治疗后1周两组GI值无明显差异( $P > 0.05$ );治疗后1个月对照组GI值明显高于观察组( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 观察组与对照组GI值的比较( $\bar{x} \pm s$ )

分组	牙龈指数		
	治疗前	治疗后1周	治疗后1个月
观察组	0.17 ± 0.23	0.19 ± 0.26	0.26 ± 0.29
对照组	0.18 ± 0.21	0.20 ± 0.23	1.16 ± 0.31

## 3 讨论

影响楔状缺损修复疗效的因素很多,关键是修复材料与窝洞边缘是否封闭良好,过渡光滑。本研究结果表明观察组在缺损充填前后GI值变化不大,而对照组在缺损充填前后

GI值变化有显著性差异。这提示观察组在充填前用排龈线推开牙龈,暴露缺损窝洞边缘,减少了悬突形成的机会及对牙龈的损伤,同时排龈线有收缩血管的作用,减少了龈沟液的分泌,有利于复合树脂的边缘密合,减少了对牙周组织的刺激,有效提高了修复体的质量。这一结果与Brunsvold等<sup>[3]</sup>发现约25%~76%的充填体表面存在悬突相一致。

本研究由于受飞行员疗养期限的限制(1个月),未能观察到远期GI值的变化情况,希望在以后的随访中能掌握更为详尽的数据。

## 参考文献

- [1] 王嘉德, 高学军. 牙体牙髓病学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 199-200.
- [2] 曹采方. 牙周病学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 93-96.
- [3] Brunsvold MA, Lane JJ. The prevalence of overhanging dental restoration and their relationship to periodontal disease [M]. J Clin Periodontol, 1999, 17(20): 67-72.

(收稿日期: 2007-07-11; 修回日期: 2007-12-17)

(本文编辑 黄攸生)