

· 论 著 ·

年轻人慢性根尖周炎一次性根管充填临床疗效观察

王一敏, 陈贵敏, 黄霖

[摘要] **目的** 探讨年轻人慢性根尖周炎采用一次性根管治疗疗效。**方法** 将 198 例年轻人慢性根尖周炎随机分为观察组 100 例、对照组 98 例。观察组给予一次性根管充填治疗, 对照组给予常规多次性根管治疗。**结果** 观察组根管治疗后 1 周疼痛发生率为 9.00%, 对照组疼痛发生率为 11.22%, 两组疼痛发生率比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。随访 1 年后观察组治疗总有效率为 91.00%, 对照组总有效率 88.78%, 两组疗效比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 一次性根管充填治疗年轻人慢性根尖周炎术后疼痛发生率、临床疗效与常规多次性根管治疗相当, 是一种有效治疗方法。

[关键词] 慢性根尖周炎; 一次性根管充填; 年轻人

[中图分类号] R781.341 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1672-271X(2012)02-0126-03

Analysis of effects on chronic apical periodontitis with single-visit root canal treatment in the youngster

WANG Yi-min CHEN Gui-min HUANG Lin. Department of Stomatology, Fuzhou General Hospital of Nanjing Military Command, Fuzhou, Fujian 350025, China

[Abstract] **Objective** To explore the effect of single-visit root canal treatment on teeth with chronic apical periodontitis in the youngster. **Methods** 198 teeth with chronic apical periodontitis of the youngster were chosen and divided into 2 groups randomly, the observation group ($n = 100$), the control group ($n = 98$). The observation group were given to single-visit root canal treatment and the control group were given to multiple-visit root canal treatment. **Results** The incidence of post-obturation pain after a week was 9.00% in single-visit group and 11.22% in multiple-visit group. There was no difference between two groups ($P > 0.05$). The total success rate was 91.00% in single-visit group and 88.78% in multiple-visit group. There was no difference between two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The effect of single-visit root canal treatment on teeth with chronic apical periodontitis in the youngster was obvious, which was a effective treatment method.

[Key words] chronic apical periodontitis; single-visit root canal treatment; the youngster

慢性根尖周炎是口腔常见病、多发病。目前国际公认的治疗慢性根尖周炎最有效的方法是根管治疗术。但常规根管治疗方法患者就诊次数多、治疗周期长, 患者依从性差, 临床疗效受到较大影响^[1]。本文对 100 例慢性根尖周炎采用一次性根管充填治疗, 报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 我院 2008 年 6 月至 2009 年 5 月收治的 198 例 18 ~ 35 岁慢性根尖周炎军队患者, 均符合: ①仅有 1 颗患牙, 且患有慢性根尖周炎; ②患牙根尖孔完整, 根管通畅; ③患牙未患重度牙周炎, 且松动度在 2 度以下。随机将 198 例分为两组: 观察

组 100 例, 男 75 例, 女 25 例, 年龄 (25.54 ± 5.87) 岁; 对照组 98 例, 男 71 例, 女 27 例, 年龄 (26.76 ± 6.98) 岁。两组术前均进行 X 线摄片以了解患牙根管长度、患牙根尖周病变程度等。两组基本情况比较无统计学意义, 具有可比性。

1.2 方法 观察组给予一次性根管充填治疗, 对照组则给予常规根管治疗。两组患者均进行常规性开髓、ProTaper 手动镍钛根管锉 (美国登士柏公司) 进行根管预备, 根管测量仪进行根管工作长度测量 (美国登士柏公司), 并用 3% 过氧化氢溶液、0.9% 氯化钠溶液对根管进行交替冲洗。观察组 100 例均采用甲醛甲酚棉捻放置根管 2 min, 并吹干根管, 即刻用牙胶尖、根充糊剂 (美国登士柏公司) 进行永久性充填, 充填完毕后 X 线摄片以了解根管充填是否到位、是否均匀并进行纠正。对照组 98 例采用木榴油棉捻进行根管封药消毒, 且 1 周后复诊同样用牙胶尖、根充糊剂进行永久性充填。了解并观察两组

作者简介: 王一敏 (1966-), 女, 浙江杭州人, 副主任医师, 从事牙体牙髓及牙周黏膜病的诊治

作者单位: 350025 福建福州, 南京军区福州总医院口腔科

患者充填后 1 周内患者疼痛情况。对两组患者均进行 1 年随访,观察并比较两组根管充填治疗效果。

1.3 疗效判定^[2] 痊愈:患者自觉症状消失,患牙无叩痛、松动等表现,且能正常咀嚼,患牙 X 线片显示骨质破坏区有显著缩小或消失,原有瘘管闭合,或无瘘管。有效:患者自觉症状消失,患牙无叩痛,且松动度减小,患牙能正常咀嚼,X 线片示骨质破坏区无变化或变化不大,原有瘘管闭合,或无瘘管。失败:患牙有叩痛,且松动度增加,有自觉症状,不能咀嚼,X 线片示骨质破坏区有扩大,原有瘘管未闭或有新增瘘管。治疗总有效率包括痊愈及有效。随访 1 年内患者因为自觉症状等来院复诊者均为治疗失败。患牙疼痛共分 4 级,0 级即无明显疼痛;Ⅰ级即有轻微疼痛,但无需使用止痛药物;Ⅱ级即有轻微咬合痛,且需用止痛药物;Ⅲ级即患牙疼痛、不能咬合,需局部引流或用强效止痛药物。其中 0 ~ Ⅰ级视为无疼痛,Ⅱ ~ Ⅲ级视为有疼痛。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 13.0 进行统计分析,组间率的比较均采用 χ^2 检验,组间计量资料比较采用 t 检验,疗效对比则采用 ridit 分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛发生率比较 观察组 100 例(100 颗患牙)治疗后 1 周有疼痛 9 例,发生率 9.00%;对照组 98 例(98 颗患牙)治疗后有疼痛者 11 颗,发生率 11.22%。两组疼痛发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 两组随访 1 年后疗效比较 随访 1 年后观察组 100 例中痊愈 63 例,有效 28 例,失败 9 例,总有效率 91.00%;对照组 98 例中痊愈 61 例,有效 26 例,失败 11 例,总有效率 88.78%。两组疗效比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

3.1 适应证的选择 对年轻人慢性根尖周炎行一次性根管治疗必须严格掌握适应证,笔者认为其适合于:①无临床症状的慢性根尖周炎^[3];②根尖孔完整,根管通畅;③未患重度牙周炎,且松动度在 2 度以下。对于根管解剖变异及一次完成操作困难或根管预备后疼痛、叩痛明显的病例、根尖破坏严重的慢性根尖周炎、根尖囊肿及根管再治疗的不适合一次性根管治疗。

3.2 疼痛的发生率及相关原因 本研究观察组根管治疗后 1 周疼痛发生率为 9.00%,对照组疼痛发生率为 11.22%。根管充填术后不良反应主要是疼痛、肿胀,其发生原因有:①根管预备不彻底,根管内

残留细菌;②操作时将根管内感染物推出根尖孔,激惹根尖周组织;③牙胶尖超充;④适应证选择不当。现代根管治疗术的理论已证明,根管治疗术急发症的主要原因是来自根管内残余的细菌^[4],因此遵守操作规程,严格按照无菌操作技术预备根管,切忌粗暴操作,冲洗时不加压,减少对根尖周的理化和生物刺激,最大限度地降低医源性损伤造成的术后疼痛反应避免失败。

3.3 根管预备器械的选择 慢性根尖周炎属于口腔内慢性炎症反应,如能将引起炎症反应的刺激物全部剔除,根尖周病变将可以完全修复,因而如何彻底清除或剔除刺激物是慢性根尖周炎治疗的关键所在^[5]。镍钛手用器械 ProTaper 是一种新兴的根管预备系统,具备工作效率高、有效缩短操作时间及减轻术后疼痛等特点,同时其成形能力、清洁作用较其他器械明显增强^[6]。本组患者均使用 ProTaper 手用镍钛根管锉,采用逐步深入法对根管进行预备,以确保根管内感染物的彻底清除,同时也能减少术者疲劳,提高了工作效率。

3.4 一次性根管治疗的优点 一次性根管治疗是近年来开展的根管治疗新方法,是指在一次就诊时将根管预备、根管清洗消毒、根管充填全部完成。它与常规根管治疗在治疗环节上少了根管封药、药物消毒根管这一步,这不仅可以减少多次就诊感染的机会,也可以减少患者的就诊次数^[7],达到缩短疗程的目的,医患双方都受益。本组患者均为部队官兵,平时工作、训练时间紧,离队时间少且不固定,就诊时间短,故一次性根管治疗从很大程度上解决了他们的实际问题,使更多患牙接受到完整的治疗,提高患牙保存率,极大地提高了患者对治疗的依从性^[8]。从本研究看,一次性根管充填治疗年轻人慢性根尖周炎术后疼痛发生率、临床疗效与常规根管治疗均相当,一次性根管治疗年轻人慢性根尖周炎疗效显著,术后疼痛轻微,是一种有效治疗方法。因此,在临床上只要正确选择适应证、对病变有正确的诊断、临床操作规范细致、遵循严格的无菌观念,一次性根管治疗术和多次性根管治疗术都能达到同样的临床效果。

【参考文献】

- [1] 陈 旗.慢性根尖周炎一次性根管治疗临床分析[J].中国现代医生,2011,49(4):99.
- [2] 曹 红.一次性根管治疗术治疗慢性根尖周炎的疗效观察[J].中外医疗,2008,(32):63.
- [3] 林南雁,高学军.感染根管一次性根管治疗的短期疗效分析[J].中华口腔医学杂志,2006,41(9):525-528.
- [4] 许书忠,朱美玲.老年人活髓牙一次性根管治疗术的术后观察对比[J].中华老年口腔医学杂志,2010,8(4):209.
- [5] 王 颖.慢性根尖周炎进行一次性根管治疗术的临床观察

- [J]. 实用医技杂志, 2007, 14(26): 3633-3634.
- [6] 罗 荣, 周少云. 应用镍钛器械 ProTaper 一次性根管治疗磨牙慢性根尖周炎的疗效分析[J]. 实用医学杂志, 2007, 23(14): 2158.
- [7] 林南雁, 高学军. 感染根管一次性根管治疗的短期疗效分析[J]. 中华口腔医学杂志, 2006, 14(9): 525-528.

- [8] 杜 丽. 根管治疗一次法术后反应的发生率及相关因素[J]. 现代口腔医学杂志, 2005, 25(2): 125.

(收稿日期: 2011-08-29; 修回日期: 2011-10-28)

(本文编辑: 黄攸生; 英文编辑: 王建东)

· 个 案 ·

原发性输卵管移行细胞癌 1 例

杨林东, 周秋明, 李 娜

[关键词] 原发性移行细胞癌; 输卵管; 诊断; 治疗

[中图分类号] R737.32 [文献标志码] B

[文章编号] 1672-271X(2012)02-0128-02

1 病例报告

患者女, 56 岁, 2010 年 8 月 15 日无诱因出现下腹部阵发性疼痛, 下腹部触及包块, 服用“芬必得”止痛, 效果欠佳。6 d 后到当地医院就诊盆腔超声示“子宫肌瘤, 卵巢囊肿”, 2010 年 8 月 31 日来我院就诊。妇科检查: 左侧附件区扪及囊实性包块约 6 cm × 7 cm × 7 cm, 表面光滑, 活动, 压痛明显。阴道超声: 子宫左后方 93.2 mm × 83.4 mm 低回声光团, 内有密集细小光点及实性小乳头, 外形规则, 包膜完整, CT 左侧附件区巨大不规则囊实性占位, 边界不清, 增强后实性部分中度强化, 子宫及膀胱受压。血清肿瘤指标: 糖类抗原 125 (CA125) > 1000 IU/ml, 癌胚抗原, 糖类抗原 19-9 (CA19-9), 糖类抗原 153 (CA153), 鳞状细胞抗原值均在正常范围。2010 年 9 月 6 日行剖腹探查术, 腹腔冲洗液送细胞学检查, 子宫左附件区见大小约 7 cm × 7 cm × 6 cm 实性包块与部分结肠及系膜、膀胱腹膜反折致密粘连, 表面毛糙, 组织脆, 左侧输卵管形态消失, 壶腹部增粗, 呈实性与左卵巢分界不清, 左卵巢囊性改变约 6 cm × 6 cm × 6 cm 大小, 色暗, 不透明, 子宫底部左侧见直径约 1 cm 肌瘤突起, 见图 1。

术中将左侧输卵管与部分卵巢送快速病理报告: 输卵管低分化腺癌累及卵巢。行肿瘤减灭术, 全子宫、双附件、部分大网膜、阑尾切除、盆腔淋巴结清扫术。术后常规病理报告: 左输卵管移行细胞癌, 侵犯左卵巢、骶韧带、直肠前壁、结肠系膜, 左卵巢单纯性囊肿, 盆腔淋巴结、右附件、阑尾未见癌转移, 腹水细胞未见癌细胞。根据 FIGO2000 分期标准, 该病例属 IIIc 期 G3 级。术后 9 月 14 日复查 CA125: 368.1 IU/ml, 9 月 15 日予以静脉腹腔 PT 方案 (紫杉醇 + 顺铂) 化疗, D₁、D₂, 9 月 21 日复查 CA125: 354.5 IU/ml。2010 年 10

月 15 日再入院行第二次化疗, 复查 CA125: 23.6 IU/ml, CA19-9 均在正常范围, 计划化疗 6 次, 每 3~4 周一次, 因多种原因, 患者化疗 4 次, 即腹腔 + 静脉 2 次, 全静脉 2 次 (紫杉醇 + 奈达铂), CA125、CA19-9 均在正常范围, 目前仍在随访中。



图 1 大体标本示子宫略大, 箭头所指即为输卵管病变, 呈实性改变, 与卵巢分解不清, 卵巢囊性变

2 讨论

由于原发性输卵管癌少见, 且缺乏特异临床表现, 常常被误诊为卵巢肿瘤或子宫平滑肌瘤, 术前诊断率不到 15%^[1]。本例由于盆腔 CT 提示囊实性包块分界不清, 增强后实性部分中度强化, 结合 CA125 > 1000 IU/ml, 高度怀疑为盆腔恶性肿瘤, 但由于肿块分界不清, 且临床上卵巢肿瘤多见, 所以在术前我们倾向于卵巢肿瘤。随着超声及影像技术发展, 已有报道^[2]通过阴道超声、CT、MRI 及 CA125 水平使我们在术前就可能对输卵管肿瘤作出诊断。本病例中术前 CA125 明显升高, 结合阴道超声及盆腔 CT 仍无法明确区分来源于卵巢或输卵管, 通过手术证实其为输卵管起源累及卵巢。文献报道^[3]一种叫输卵管旁移行细胞癌, 其与输卵管腔外部分紧密粘连, 输卵管腔内上皮及输卵管壁无病变,

(下转第 155 页)