



磁性附着体对口腔修复中固定、咀嚼及不良反应的改善作用

黄曦华 (广西壮族自治区来宾市兴宾区人民医院口腔科 546100)

摘要: 目的 探讨磁性附着体对口腔修复中固定、咀嚼及不良反应的改善作用。方法 将我院近一年收治的70例牙列缺损覆盖义齿修复患者作为本次研究对象,并对70例患者进行磁性附着体修复,比较70例患者修复前后的咀嚼效率、不良反应发生率以及固定力。结果 经过修复之后,所有患者在咀嚼效率以及固定力方面明显优于修复之前($P<0.05$);患者在修复后,有1例采用上颌全口修复的患者出现了牙龈炎,有1例采用下颌全口修复的患者出现了义齿折断,修复后随访观察患者的不良反应发生率为2.9%。结论 牙列缺损覆盖义齿修复患者采用磁性附着体修复,能够减少修复后不良的发生,可以提高患者的咀嚼效率以及义齿固定力,同时具有美观性与安全性,值得临床推广及应用。

关键词: 磁性附着体 口腔修复 疗效

中图分类号: R783 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2019)02-031-02

随着人们经济水平以及医学技术的不断提高,人们除了对口腔健康有着较高的追求之外,还对口腔修复的质量与美观有着越来越高的要求。传统的义齿修复缺乏美观性,这已经无法满足现代人们的需求,磁性附着体是一种新型的口腔修复装置,与传统义齿修复相比具有多方面的优点,如操作简单方便、易于清洁、无毒副作用以及异物感较小等等,该方法能够提高人们口腔的咀嚼效率以及固定力^[1]。本次研究选取70例采用磁性附着体进行牙齿修复的患者,旨在进一步探讨磁性附着体在口腔修复中的临床应用效果及价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院近一年来收治的牙列缺损覆盖义齿修复患者共70例,其中男性患者共40例,女性患者共30例,平均年龄为(58.1±3.2)岁,行局部修复的患者共15例,行上颌全口修复的患者共34例,行下颌全口修复的患者共21例。所有患者均接受过根管治疗但仍有牙列缺损。患者的病程在4个月至3年之间,平均病程为(15.2±2.5)个月。

1.2 方法

采用磁性附着体对70例患者进行口腔修复,具体方法包括以下几个方面:(1)基牙牙体的准备:在对患者进行正式修复的前1-2周,首先完成患者的根管治疗,同时将基牙根面磨至与牙龈同样的水平,然后将中心位置的牙根面磨成凹形,并将根尖区周围保留大于2mm的封闭区,从而确保密合根帽间隙。(2)根帽制作:在根管中注入适量的硅橡胶,确保根管面与硅胶面是相持平的,然后向颌弓以及基牙印模中灌入较硬的石膏模型,在准备好的模型上面制作根管蜡型,并将衔铁放置在根帽蜡型的最低点,注意要确保衔铁面与颌平面的平行。蜡型包埋结束后,在根帽中注入适量的铬合金^[2]。(3)义牙制作:试戴根帽看是否合适,在合适的情况下采用通用型牙釉质粘结剂将根帽固定于患者的基牙上面,然后将衔铁与磁性固位体对齐,最后取出模型制作义齿。(4)试戴:患者试戴2周,确认义齿与患者的口腔吻合度是否良好,并保证其舒适度与美观度,确认后用磁性附着体进行固定,为了预防义齿过度下沉,在固定前应在固位体以及衔铁之间放一层锡箔纸。指导患者带上义齿之后,进行数次的咬合并将溢出的多余物质清除^[3]。

1.3 观察指标

观察70例患者修复前后咀嚼效率、固定力的变化情况,并在修复后对患者进行定期随访,记录患者修复后的不良反应发生情况。

1.4 统计学处理

采用SPSS18.0统计学软件对所有数据进行分析处理,计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,用t检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

70例患者经过磁性附着体修复4周后,咀嚼效率以及固定力与修复前相比具有较大的提升($P<0.05$),患者修复后与修复时的咀嚼效率以及固定力相比无显著性差异($P>0.05$),具体见表1。

70例患者中进行局部修复的患者在修复后,随访观察未发现任

何不良反应,进行上颌全口修复的患者修复后有1例患者出现了牙龈炎,进行下颌全口修复的患者修复后有1例患者出现了义齿折断。所有患者的不良反应发生率为2.9%。具体见表2。

表1: 患者修复前后咀嚼效率以及固定力对比

时间	例数	咀嚼效率(%)	固定力(N)
修复前	70	0.35±0.14	1.33±0.17
修复时	70	0.72±0.32	4.11±1.28
修复后4周	70	0.75±0.47	4.39±0.35

表2: 患者修复后不良反应发生情况

修复类型	例数	磁体脱落	义齿折断	牙龈炎	根面龋	不良反应发生率
局部修复	15	0	0	0	0	0.0(0/15)
上颌全口修复	34	0	0	1	0	2.9(1/34)
下颌全口修复	21	0	1	0	0	4.8(1/21)
总计	70	0	1	1	0	2.9(2/70)

3 讨论

牙列缺损患者通常会容易出现咀嚼功能逐渐减退,甚至带来严重的语言障碍,长期缺牙不及时进行治疗一方面会影响整体的美观,另一方面会影响人们的日常生活,因此,应及时的修复牙列缺损。传统的口腔修复主要是杆式附着体修复以及帽式附着体修复,将附着体置入人体口腔内的残留根冠上,传统口腔修复的方法其优点是能够将患者的残根有效的保留下来,还可以维护患者牙槽骨的丰满度,但是患者在传统口腔修复方法时却容易出现口臭、异物感较大等不良现象,而且并发牙龈炎的几率较高。

目前临床上多采用磁性附着体进行口腔修复,该方法改善了传统口腔修复方法中的种种弊端,具有许多优势之处,具体包括:(1)该方法没有将金属与卡环显露出来,既能够达到美观的效果,还可以有效的减少患者的异物感,促进患者语言功能的快速恢复,同时还可以提高患者咀嚼食物的效率。(2)该方法能够根据患者牙根的位置、具体状况以及固定力等,自由的选择磁性固位体类型,如果患者牙根余留较少以及缺牙区域较大的情况下,磁性附着体修复方法可以没有严格的就位要求,不受基牙方向的限制,牙根即使会出现一定的倾斜也完全不影响附着体的应用^[4]。(3)在采用磁性附着体修复方法对患者口腔进行修复时,由于其体积较小。能够非常方便将其置于义齿基托中,操作简单方便,易于掌握,且义齿完成之后不需要经常进行调节。(4)磁性附着体修复方法所采用的是闭合式磁路,会消除外磁场,当患者的义齿取出之后,衔铁本身没有磁性,且具有较强的稳定性,不易腐蚀,这样就不会对机体产生伤害。(5)患者采用磁性附着体进行口腔修复后,咀嚼时会由于磁体的引力使义齿轻度上浮,这样一来便会减少义齿对口腔黏膜的压力,降低患者的疼痛感与不适感^[5]。

通过本次研究可知,70例患者在修复后,由随访观察结果可知,有2例患者出现了不良反应,其不良反应发生率为2.9%。患者经过磁性附着体修复4周后,咀嚼效率以及固定力都有了非常明显的提升,

(下转第34页)



组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3: 两组患者治疗前后主要症状评分及焦虑评分比较 (分 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	胃脘胀满		胃痛		暖气反酸		焦虑评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	2.46 $\pm$ 0.72	0.57 $\pm$ 0.43	2.37 $\pm$ 0.70	0.46 $\pm$ 0.27	1.64 $\pm$ 0.63	0.37 $\pm$ 0.13	56.87 $\pm$ 5.69	32.96 $\pm$ 6.33
对照组	30	2.35 $\pm$ 0.63	1.06 $\pm$ 0.43	2.46 $\pm$ 0.53	1.07 $\pm$ 0.53	1.57 $\pm$ 0.57	0.54 $\pm$ 0.23	54.04 $\pm$ 5.71	39.18 $\pm$ 8.42
t 值		0.35	2.39	0.55	2.94	0.82	3.19	0.72	2.96
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者焦虑评分比较

治疗前, 两组患者焦虑评分评分进行比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治疗前后焦虑评分比较, 差异有统计学意义 ($t_{\text{焦}} = 3.22, P < 0.05$); 对照组治疗前后焦虑评分比较, 差异有统计学意义 ($t_{\text{焦}} = 3.32, P < 0.05$); 治疗后治疗组焦虑评分评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 3。

2.3 两组患者临床疗效比较

治疗组患者总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 (χ^2 值 = 6.458, $P < 0.05$), 见表 4。

表 4: 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 %
治疗组	30	4	12	9	5	83.33
对照组	30	2	9	10	9	70.00

2.4 两组患者不良反应发生情况比较

治疗组患者不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 (χ^2 值 = 11.26, $P < 0.05$), 见表 5。

表 5: 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	恶心呕吐	顽固性便秘	腹泻	合计
治疗组	30	1 (3.3)	0	0	1 (3.3)
对照组	30	2 (6.6)	1 (3.3)	2 (6.6)	5 (16.6)

3 讨论

胃脘痛的病因较为复杂, 外邪犯胃、饮食不节、情志失调、脾胃素虚皆可致病, 病机变化为胃气郁滞, 失于和降, 不通则痛。其中, 情志失调是主要因素。因肝主疏泄, 具有疏土助运化的作用, 而脾胃同居中焦, 互为表里, 脾气主升, 胃气主降, 脾胃有病常相互影响。若忧思恼怒, 气郁伤肝, 肝气横逆, 势必克脾犯胃, 致气机郁滞, 胃失和降而为病。《杂病源流犀烛·胃病源流》中说: “胃痛, 邪干胃脘也。……惟肝气相乘为尤甚, 以木性暴, 且正克也。”^[1]

治疗当以和胃止痛、疏通气机为法, 所谓“通则不痛”。方中

柴胡疏肝解郁、宣畅气血, 使肝气条达; 白芍平抑肝阳、柔肝止痛; 柴胡轻清辛散、白芍酸寒收敛, 二药伍用, 互制其短而展其长, 使药效直达少阳肝经^[7], 共为君药; 香附疏肝理气、行气止痛, 为行气开郁之要品; 当归柔肝止痛、活血养血; 川芎辛温香窜、走而不守、行气止痛, 共为血中气药^[7]; 陈皮行气健脾、调中快膈、和胃降逆而为臣; 木郁则土衰, 肝病易于传脾, 故以白术、茯苓、甘草健脾益气, 白术甘温补中、补脾燥湿, 茯苓甘淡渗利、健脾补中^[7], 甘草益气, 非但实土以抑木, 且使营血生化有源; 薄荷为药中春生之令, 疏散郁遏之气, 透达肝经郁热^[7]; 煨姜降逆和中, 且能辛散达郁, 共为佐使药。胃痛较甚者加元胡、川楝子以理气止痛、行气活血, 郁金、木香行气解郁、消滞止痛^[7]; 暖气频繁加旋复花、代赭石一宣一降、宣降合法, 共同镇逆下气^[7]; 泛吐酸水加黄连、吴茱萸辛苦开降、清肝和胃制酸^[7]。

逍遥散加减治疗肝胃不和型胃脘痛, 本着治病求本的原则, 有效的改善症状、缓解焦虑, 降低不良反应, 取得了满意的疗效。

参考文献

- [1] 吴勉华、王新月. 中医内科学 [M]. 第 9 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 178-188.
- [2] 唐秀丽. 舒肝健胃合剂联合三联疗法治疗慢性萎缩性胃炎 56 例疗效观察 [J]. 河北中医, 2011, 33(2): 239-240.
- [3] 郝泉、李瑞珍、周其华等. 半夏泻心汤加减治疗幽门螺旋杆菌相关胃炎 21 例 [J]. 河南中医, 2015, 35(4): 687-688.
- [4] 潘建荣. 益气养阴活血法治疗慢性萎缩性胃炎疗效观察 [J]. 湖北中医药大学学报, 2015, 17(6): 69-71.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 124-129.
- [6] 沈红亮. 疏肝泄热和胃法治疗慢性胃炎 40 例临床观察 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(5): 338.
- [7] 吕景山. 施今墨对药 [M] 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1996: 45, 168, 195, 128, 10, 172, 180, 166, 183.

(上接第 31 页)

咀嚼效率达到了 (0.75 $\pm$ 0.47)%, 固定力为 (4.39 $\pm$ 0.35) N, 与修复前的咀嚼力 (0.35 $\pm$ 0.14) % 以及固定力 (1.33 $\pm$ 0.17) N 相比具有显著性的差异 ($P < 0.05$)。由此可知, 长时间使用磁性附着体能够为患者的义齿提供长期稳定的固定力, 磁性附着体能够消除义齿运动中产生的对基牙的侧向力, 基牙进行截冠之后, 牙根的活动进一步减少, 这样就促使患者牙周状况得到进一步改善, 降低患者牙周炎以及牙龈炎的发生率。同时, 磁性附着体对患者基牙的保健具有良好效果, 使用后患者的异物感会大大的减轻, 而且外形较为美观, 提高患者的满意度。

总之, 患者采用磁性附着体进行口腔修复, 其外形美观, 且口感舒适, 能够为义齿提供长期稳定的固定力, 减少修复后不良反应的

发生, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 李春锐. 磁性附着体在口腔修复中的临床效果观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2015, 10 期: 83-84.
- [2] 蒋永元. 磁性附着体在口腔修复中的临床价值 [J]. 现代养生, 2014, 12 期: 35-35.
- [3] 徐炜. 磁性附着体在口腔修复中的应用观察 [J]. 世界最新医学信息文摘: 连续型电子期刊, 2015.
- [4] 郭英娜, 王好红, 王刚. 磁性附着体在口腔修复中的临床应用效果分析 [J]. 中国医学创新, 2013, 第 32 期: 120-122.
- [5] 赵萍. 磁性附着体在口腔修复中的临床应用观察 [J]. 健康之路, 2014: 18-19.

(上接第 32 页)

参考文献

- [1] 宜丽, 屈慧芹. 门诊西药房处方调剂差错分析及防范效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(34): 197-198.
- [2] 张文华, 丁红丽, 张德荣, 等. 门诊药房处方调剂的差错原因及防范措施 [J]. 医疗装备, 2018, 31(21): 90-91.
- [3] 张国良. 医院门诊西药房处方调剂差错原因及对策 [J]. 临床

合理用药杂志, 2018, 11(26): 91-92.

- [4] 梁珊英. 浅析社区门诊药房处方调剂差错原因及预防措施 [J]. 饮食保健, 2018, 5(46): 277.
- [5] 敖建瑜. 门诊西药房处方调剂差错点分析及处方探讨 [J]. 临床合理用药杂志, 2018, 11(2): 97-98.
- [6] 白玲, 马敏怡. 浅析门诊药房处方调剂差错原因及预防措施 [J]. 兵团医学, 2018, (2): 54-55.