

3 讨 论

全瓷修复体由于无金属底层,比金瓷修复体的颜色和半透明性好,与天然牙色泽更接近。金瓷修复体修复一段时间后金属离子渗出使牙龈变色,形成灰线。全瓷修复体无此缺点。因此,选择全瓷冠桥修复前牙效果更为理想。近年来 Vita 公司(德国)生产的 In-Ceram Alumina 全瓷系统以高强度铝瓷材料作为底层材料,用玻璃渗透增韧,增加了强度,并采用与天然牙颜色接近的低膨胀低熔饰面瓷,其美观效果更为理想⁴。

高强度渗透全瓷修复体的颈缘牙体预备关系到冠的固位和美观,牙周和牙体组织的健康以及修复的远期效果,所以要求颈部有 1 mm 的 90°肩台,以使颈缘瓷层有一定的厚度。笔者认为对牙体预备有困难者,颈缘肩台可以为 0.6~1 mm。肩台高度一般平齐龈缘或龈缘稍下,其各部应连续一致平滑而无粗糙面和锐边。

颈缘密合度是冠修复的关键,也是保护牙周健康的关键⁵。本文 3 例出现龈缘炎,其原因可能是修复体颈缘密合度欠佳或患者口腔卫生习惯不良,造成菌斑沉积,或修复体未能恢复正常的排列和解剖外形,造成黏膜创伤。经调

磨、牙周治疗及口腔健康维护指导,复查时龈缘炎均得到控制。

参考文献

- Oden A, Andersson M, Krystek-Ondmcek I, et al. Five-year clinical evaluation of pro-cera all-ceramic crowns. *J Prosthet Dent*, 1998, 80(4):450~456
- Ryge G, Snyder M. Evaluating the clinical quality of restorations. *J Am Dent Assoc*, 1973, 87:369~377
- Ryge G, Cvar JF. Criteria for the Clinical Evaluation of dental restorative materials. US, Public Health Service Publication, No. 244~790, San Francisco: Government Printing Office, 1971
- Josephson BA, Schulman A, Dunn ZA, et al. A compressive strength study of complete ceramic crowns. Part . *J Prosthet Dent*, 1991, 65(3):388~391
- Pera P, Glodi S, Bassi F, et al. In vitro marginal adaptation of alumina porcelain ceramic crowns. *J Prosthet Dent*, 1994, 72(6):585~590

(2000-05-17 收稿, 2001-03-12 修回)

(本文编辑 邹玲莹)

灼口综合征患者心因性躯体症状的临床观察

李幼华 李乐乐 胡珍玉

目前研究^{1,2}认为灼口综合征(burning mouth syndrome, BMS)与心理因素,如焦虑、抑郁,全身性疾病,如心脏病、高血压、糖尿病,舌部微循环障碍,维生素 B 族的缺乏,内分泌功能紊乱及局部刺激等因素有关。近年来,随着生物—心理—社会医学模式的兴起,BMS 的精神因素病因学说越来越受到重视。本文对 BMS 口腔症状以外的心因性躯体症状进行临床观察,探索 BMS 与心理因素的相互关系。

1 材料和方法

从 1998 年 6 月以来,根据 BMS 的诊断标准^{1,2},宁波市第二医院口腔科共收治 BMS 患者 56 例,其中男 16 例,女 40 例,年龄 30~77 岁,平均 52 岁。病程 3 个月~10 年,平均 1.5 年 \pm 1.8 年。全部患者经临床检查均无口腔局部的器质性病变,实验室常规检查无异常,并经对症处理或中药治疗

无明显效果。全身无重要脏器疾病史,有 2 例高血压病患者已服药多年。全部患者均排除非心因性疾病引起的 BMS。根据症状的部位,将 BMS 分为舌痛症和口腔黏膜异常感觉症(口腔异感症)。

方法:详细询问病史:专科病史、生活事件、可能的精神因素和以往的治疗情况。专科检查:通过临床检查、X 线片检查和常规的实验室检查,排除局部的器质性病变。

问卷调查:根据心理障碍所出现的常见非特征性的临床症状,设计统一的临床症状调查表格(美国 Lilly 亚洲公司提供),进行详细的询问并予以记录。根据表格内容进行分类统计,并进行统计学处理。

2 结 果

全部患者均伴有多项的全身躯体症状(表 1),其中以睡眠障碍最多见(51/56,占 91%),其中梦多易醒占睡眠障碍的 84%、早醒为 75%、入睡困难为 60%、睡眠过多为 24%。其他症状中,容易疲劳最多见(71%)、其次为记忆力减退

(68%)、烦恼(57%)、虚弱感(57%)、各种躯体不适感(57%)、腰酸背痛(55%)等,最少见的是耳鸣(27%)、易哭泣(22%)和睡眠过多(21%)。几乎所有BMS患者存在多项躯体症状,56例中少于5项者4例(7%),5~9项13例(23%),10~14项25例(45%),15~19项11例(20%),20项及多于20项3例(5%)。大部分患者的症状为5~20项,尤其是10~14项居多(45%)。

舌痛症30例的发病年龄高于口腔异感症(26例)($P < 0.05$),但性别无明显差异($P > 0.05$),舌痛症和口腔异感症在几项主要躯体症状中无明显区别($P > 0.05$)。

大部分患者均有心理背景因素,主要有多虑、多思、疑病症(包括恐癌症)占38%,生活事件为21%,生活问题、夫妻关系长期不和为16%,工作紧张、领导关系长期不和为13%,神经衰弱为5%,无明显原因为7%。

表1 56例灼口综合征患者心因性躯体症状(n=56)

症状	例数(%)	症状	例数(%)
入睡困难	31(55)	虚弱感	32(57)
梦多易醒	43(77)	各种躯体不适	32(57)
早醒	38(68)	肢体麻木感	23(41)
睡眠过多	12(21)	容易疲劳、不想动	40(71)
容易激动	28(50)	记忆减退	38(68)
情绪低落	29(52)	头痛	16(29)
烦恼	32(57)	颈肌僵硬感	17(30)
易紧张	29(52)	耳鸣	15(27)
易哭泣	14(25)	体重减轻	20(36)
兴奋减少、恐惧	19(34)	性欲减退	19(34)
消极观念	22(39)	注意力不集中	22(39)
头昏脑胀感	27(48)	腰酸背痛	31(55)

3 讨 论

BMS的发病机制复杂,目前对BMS的诊断标准不统一,发病机制学说众多,治疗效果不满意。目前BMS心理因素学说已越来越受到关注和重视。本文通过分析BMS患者的心因性躯体症状,旨在了解BMS的主要躯体症状,有助于对心理因素引起的BMS诊治。

心理学研究¹发现,BMS的发生与情绪改变、社会生活应激事件和个性特征有关。作者同样发现BMS患者93%有多虑、多思、疑病症(包括恐癌症)、生活事件、生活问题、夫妻关系长期不和、工作紧张、领导关系长期不和、神经衰弱。说明这些因素可能在心理障碍的发生中起启动作用。近年来国外精神学研究^{2~5}也表明,情绪状态异常,尤其抑郁情绪是舌痛症的重要病因。舌痛患者平均年龄为55岁,

73%为女性,31%可诊断为焦虑症,10.8%可诊断为抑郁症,8.1%可诊断为混合型神经症。多数患者从精神衰弱开始,容易疲劳,好生气,睡眠不好,注意力和记忆力减退,情绪低落等。分类研究发现以神经衰弱疑病综合征为主。Lauritano等⁵发现合乎BMS者大部分存在抑郁和焦虑症状,与笔者的研究结果相符合。本研究结果,BMS的心因性躯体化症状依次为睡眠障碍、容易疲劳、记忆力减退、烦恼、虚弱感、各种躯体不适感、腰酸背痛,最少见的是睡眠过多、易哭泣和耳鸣。因此,笔者认为,对BMS的心理学诊断,除询问心理背景外,询问这些常见症状也必要,并且可作为疗效观察指标之一。

近年来,将BMS的心理学量表测定作为判断心理障碍的各种类型的量化标志^{3,6,7},常见的有ZUNG自我评定焦虑量表(SAS)、ZUNG自我评定抑郁量表(SDS)、SCL-90、汉密尔顿焦虑抑郁量表(HDAS)等。这些量表对评定BMS患者的焦虑、抑郁、躯体化、人格特性等的量化,指导临床的心理行为治疗并进行治疗前后的对照具有较高的临床价值。宁波市第二医院口腔科对BMS患者进行SAS、SDS、SCL-90量表测定(另文报道),发现BMS患者存在不同程度的焦虑和抑郁,经过抗抑郁和抗焦虑药物治疗,同时心理疏导和行为治疗,取得满意的疗效。

参考文献

- 岳玉敏,陈谦明,林梅(综述).精神因素在灼口综合症发生与治疗中的作用.国外医学口腔医学分册,1997,24(3):220~222
- 陈晴,李乐乐,李幼华(综述).舌痛症.宁波医学,1999,2:101~103
- Trikkas G, Nikolatou O, Samara C, et al. Gossodynia: personality characteristics and psychopathology. Psychother Psychosom, 1996,65(3):163~168
- Bogetto F, Maina G, Ferro G, et al. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. Psychosom Med, 1998,60(3):378~385
- Lauritano D, Spadari F, Formaglio F. Etiopathogenic, clinical-diagnostic and therapeutic aspects of the burning mouth syndrome. Research and treatment protocols in a patient group. Minerva Stomatol, 1998,47(6):239~242
- Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, et al. Prevalence of psychopathology in burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral pathol, 1994,78(3):312~316
- Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, et al. psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. Oral Surg Oral Med Oral pathol, 1993,75(3):308~311

(2000-01-14 收稿)

(本文编辑 邹玲莹)