

2 吴文源 焦虑自评量表 中国心理卫生杂志, 1993, (增刊): 202

3 舒 良 抑郁自评量表 中国心理卫生杂志, 1993, (增刊): 160

4 李心天主编 医学心理学 北京: 人民卫生出版社, 1991: 75

5 岳文浩, 何姗姗, 潘 芳, 等 颞颌关节紊乱综合征患者的个性分析 山东医科大学学报, 1986, 24(3): 36

6 Zung WW K, Rating A. Instrument for anxiety disorders Psychosomatic, 1971, (12): 371

7 Garfield CA. Stress and Survival The CV. Mosby Company, 1979: 105~ 112
(1995- 12- 01 收稿, 1996- 06- 17 修回)

烤瓷贴面与光固化树脂贴面治疗四环素染色牙的比较研究

蒋晓辉 闫 妍 李 静

治疗中, 重度四环素染色牙, 用漂白法效果较差, 一般采用贴面或人工冠修复。光固化树脂贴面虽然能达到一定的美容修复效果, 但不能持久。烤瓷贴面给此类牙的修复提供了更佳的选择。本文用光固化树脂贴面和烤瓷贴面治疗中, 重度四环素染色牙, 对疗效进行比较研究。

1 材料和方法

1.1 根据 Kanzer 等对四环素染色牙的诊断标准, 随机选择中, 重度四环素牙患者 40 例, 其中男 14 例, 女 26 例。年龄 18~ 36 岁, 平均年龄 28.2 岁。全部患者均未作过治疗, 且不适合漂白治疗。

1.2 全部患者自行选择光固化树脂贴面或烤瓷贴面修复, 牙位主要位于上前牙及双尖牙。光固化树脂贴面应用一般光固化粘接剂, 烤瓷贴面采用瑞士 Vivadent 的双重固化粘接剂粘固。完成光固化树脂贴面 28 例, 338 个贴面, 烤瓷贴面 12 例, 152 个贴面, 共计 490 个贴面。观察时间为 6 个月。

1.3 贴面修复后的质量评定采取临床直接评定。复查时根据修复体表面的情况及颜色、解剖形态及边缘完整性, 参照有关文献¹ 制定的 2 个等级的评定标准进行评定。

1.4 用日本岛津万能试验机及山东压力测试机, 对两组材料分组测其硬度及抗压强度的结果, 以及在同等条件下对离体牙的测试结果作性能上的比较。

2 结 果

2.1 烤瓷贴面和光固化树脂贴面的质量评定结果见表 1。经过 6 个月在口腔环境的使用配戴, 烤瓷贴面组的优良率明显高于光固化贴面组, 差异显著 ($P < 0.05$)。烤瓷贴面脱落原因由患者咬硬物造成, 光固化树脂贴面脱落由于粘接原因造成。光固化树脂贴面患者感觉不佳者, 多由于其色泽透感差造成。

2.2 烤瓷贴面与光固化树脂贴面及离体牙的部分物理性能比较见表 2。在材料硬度上, 烤瓷贴面和离体牙的差值与

树脂贴面和离体牙的差值, 经统计学比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。

表 1 两种贴面质量评定结果(个)

组 别	n	优良	尚可	色泽原因	边缘不完整	脱落
光固化树脂贴面	338	170	168	152	16	8
烤瓷贴面	152	151	1			1

表 2 两种贴面和离体牙的硬度和抗压强度比较

	硬度(GPa)	HR 15 N	抗压强度(MPa)
烤瓷贴面	97.5	97.5	580
光固化树脂贴面	82.5	82.0	295
离体牙	92.5	91.5	

3 讨 论

作者认为由于光固化贴面简单, 快捷, 材料费较低, 临床实践中较普遍采用光固化树脂进行前牙的美容修复。但文献报道² 光固化树脂存在致密度差, 表面固化不全, 边微漏, 边缘变色, 本体变色以及光洁度较差等缺陷。

预成瓷贴面进行前牙的美观修复, 虽然其强度、密度、稳定性较树脂材料有了很大提高, 但适合性较差, 不能满足临床要求。个别制作瓷贴面使修复疗效提高了一大步。瓷贴面的优异性能在于瓷材的特点³: 美观、耐磨、良好的化学稳定性和生物相容性, 在口腔特异环境下基本上形质稳定, 性质与釉质接近。其次, 个别制作使其与牙面更密贴, 为粘接提供了良好基础。从临床修复 6 个月后的复查结果, 可见烤瓷贴面从表面情况、颜色透度以及解剖形态及边缘的完整性等方面均达到了一定的等级标准。在口内的稳定性、自洁率、边缘的完整性、密合度及遮色效果均强于一般树脂贴

面,效果显著。其中仅有1个贴面由于患者咬硬物脱落,重新粘接后达到满意。

烤瓷贴面采用瑞士 Vivadent 的双重固化树脂粘接剂粘接,避免了一般单纯光固化树脂由于瓷层阻挡光源而造成固化不完全的缺点,增加了粘接强度。且不同的色泽选配亦可起到一定的遮色效果,又不影响瓷面本身的透感,故有广阔的发展前景。

4 参考文献

- 1 Horsted-Bindslev P, Mjør IA. 新概念牙体修复学 1988, 9: 207
- 2 Van Dijken JWV. A clinical evaluation of anterior conventional, microfiller, and hybrid composite resin fillings Acta Odontol Scand, 1986, 44: 357
- 3 钟国雄 牙科材料学 台北市: 合记图书出版社, 1994: 372, 397
- 4 Garber DA, Goldstein RE, Feinman RA. Procelain Laminate Veneer, 1988, 3: 28, 31

(1997- 02- 28 收稿)

腭裂整复术后出血止血术的麻醉处理

孟加林

腭裂整复术后出血是腭裂整复术的常见并发症之一。作者复查近十年资料,此类患者约占腭裂整复术的7%。出血大多发生在手术后24h内,约90%以上的患者需及时进行手术止血。患者多为儿童,且在刚接受过手术和全身麻醉后的情况下再次手术。选择什么样的麻醉方法最合适、最安全呢?作者在多年的临床实践中摸索到一些选择合适的麻醉方法的经验。本文报道56例止血术的麻醉处理,以供同道参考。

1 临床资料

本组56例,其中男35例,女21例,年龄2~12岁。出血时间为手术后2~27h,失血量约160~750ml,采用压迫止血5例,鼻后孔填塞止血13例,拆开腭瓣电凝、结扎、缝合出血点止血38例,手术时间1~3h,平均1h15min。

2 麻醉方法

术前用药:阿托品、鲁米那钠,同一般全身麻醉,按患儿公斤体重计算量用药。术前30min肌肉注射。

麻醉方法:本组病例均采用单纯氯胺酮静脉麻醉法。

当患儿进入手术室后,置头低后仰卧位。施术者用手压迫腭部敷料,此时麻醉师从一侧鼻孔插入鼻咽通气管,并吸净血液和分泌物,保持上呼吸道通畅。然后从静脉缓慢推注10%氯胺酮液0.5~1.5ml/kg,约3min后患儿熟睡即可开始手术止血。当麻醉减浅时,再剂量追加氯胺酮液,直至术毕。若手术时间过长亦可用0.1%~0.5%氯胺酮液静脉持续点滴维持麻醉平稳。术毕患儿清醒后送回病房。

耐受力低,手术不能合作,故不宜选用局部麻醉。又因腭裂术后出血的止血手术时间短,故除个别病例外,大多没有作再次气管插管全麻的必要,故选用单纯静脉氯胺酮麻醉法较为适宜。在操作中应切实维持呼吸道的通畅,以保证安全,但不排除再插管的可能。

3.2 腭裂整复术后出血的患儿一般都较虚弱,在保证麻醉平稳,满足手术要求的情况下,应严格控制用药量,以保障患儿的安全。本组病例氯胺酮总用量35~86mg,平均1.8mg/kg。氯胺酮安全范围大,效果确切,使用方法简便,易维持,苏醒快,是较理想的药物。

3.3 术前在患儿意识清醒状态下置入鼻咽通气管,对及时清除鼻咽部血液、分泌物,保证上呼吸道的通畅和必要时给氧吸入都有着重要作用。本组选用德国或美国产软橡胶鼻咽通气管,对鼻道损伤小,易于通过鼻后孔。若无此专用的鼻咽通道,可用国产软塑料气管导管代替,使用前微加热并涂润滑剂。止血毕,可将通气管保留到患儿完全清醒后再拔除。

3.4 患儿因手术失血和术后出血,大多数存在血容量不足。本组病例总失血量按公斤体重计算,约为全身血容量的12%~30%。因而开放好静脉,建立通畅的输血、输液通道,及时补血补液,以维持机体有效血容量,对保证患儿安全、创口愈合和术后恢复都极其重要。

3.5 为保障患儿安全,应在术中作必要的监测。如无创脉搏血氧监测、生命体征监测等。本组病例均作了有关的监测,患儿均安全。

(1994- 12- 06 收稿,1997- 03- 02 修回)

2 讨 论

3.1 腭裂手术患者多为6岁以下儿童,因恐惧和对疼痛的

作者单位:610041 华西医科大学口腔医院麻醉科