止硅油再入前房，6点虹膜无周切患者应补做激光虹膜切除。对无周切孔或周切孔闭锁者试行激光或手术下方虹膜周切，眼压仍不降者，则应取出硅油。本研究显示，对硅油充满前房患者，虹膜周切孔常常不能奏效，可直接取出硅油。对硅油填充时间短硅油再注入者，术中注意硅油即将填满时使瞳孔缩小，防止硅油再入前房，同时避免硅油过度填充。有晶体眼患者由于有晶体阻挡硅油返回，俯卧位无效，需手术将前房硅油推出。对悬韧带断裂较多患者术后硅油可以再入前房，则需要硅油取出、晶体切除、下方虹膜周切，硅油再注入。如果以上方法均不能奏效，则行6点位角膜下方小梁切除术。

本组中1例硅油取出1个月后眼压再升，可能与残留的乳化硅油阻塞小梁网，硅油颗粒继续损伤小梁有关。本组26眼，除1例患者放弃外，其余25例(92%)患者眼压控制良好，表明硅油入前房继发青光眼经多种方法治疗后可获得满意疗效。

参考文献：

[1] 李美玉. 青光眼学[M]. 北京：人民卫生出版社，2004：497.
[2] Honavar S G, Goyal M, Majji A B, *et al*. Glaucoma after pars plana vitrectomy and silicone oil injection for complicated retinal detachments[J]. Ophthalmology, 1999, 106(1): 169-176.
[3] Madreperla S A, McCuen B W 2nd. Inferior peripheral iridectomy in patients receiving silicone oil. Rates of postoperative closure and effect on oil position[J]. Retina, 1995, 15(2): 87-90.
[4] 雍学龙，贾志晖，孙瑞霞. 硅油填充术后继发青光眼的原因分析及处理[J]. 临床眼科杂志，2006，14(6)：538-539.
[5] 李苏娜，王美吉，陈铁元. 硅油填充术后前房硅油分析[J]. 中国实用眼科杂志，2001，19(1)：43-45.
[6] 姜燕荣，黎晓新. 有晶体眼硅油入前房继发青光眼的手术处理[J]. 中国实用眼科杂志，2000，18(9)：558-559.

(编辑 江勃俭)

文章编号：1000-5404(2007)13-1333-01

个案与短篇

采用不同充填材料充填覆盖基牙的疗效比较

朱 周，李建新 (江苏省海门市人民医院口腔科，海门 226100)

覆盖义齿修复牙列缺损时，覆盖基牙因覆盖在义基托下，几乎不会受到口腔自洁作用的影响，基牙容易龋坏。而且，龋坏多发生在无保护性充填物的冠面和根面上，或顶盖边缘与牙根面交界处。选择合适的充填材料，尤为重要。

我们于2002年1月至2004年1月，分别采用银汞合金、松风玻璃离子、光固化复合树脂，对52例患者327颗覆盖基牙进行充填，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

52例门诊患者，其中男性29例，女性23例，年龄56～79岁，均为牙列缺损患者，符合覆盖义齿修复范畴。分成3组。分别用银汞合金(111颗)，松风玻璃离子(114颗)，光固化复合树脂(102颗)，充填覆盖基牙。

1.2 材料

银汞合金(北京安泰股份有限公司)，松风玻璃离子(日本松风株式会社)，卡瑞斯玛光固化复合树脂(贺利氏古莎齿科有限公司)。

1.3 方法

对存在病变的基牙去除病因，所有患牙进行完善根管治疗，观察2周。按覆盖义齿要求进行牙体预备，分别按3种材料要求进行操作，而后行覆盖义齿修复。

1.4 观察效果及评定标准

每6个月复查1次，观察效果。成功：充填物无折裂、脱落，外形完整，边缘密合，无继发龋；失败：充填物出现折裂、脱落，边缘不密合，出现继发龋。

1.5 统计学处理

行 χ^2 检验。

2 结果

根据统计结果：3种材料疗效不相同，银汞合金充填效果优于玻璃离子和光固化复合树脂，见表1。

表1 3种材料的疗效比较(颗)

充填材料	总数	成功	失败				成功率(%)
			折裂	脱落	不密合	继发龋	
银汞合金	111	84	15	7	0	5	75.7
玻璃离子	114	54	43	17	0	0	47.4[a]
复合树脂	102	30	20	16	25	11	29.4[a]
合计	327	168	78	40	25	16	51.4

a：$P<0.05$，与充填银汞合金比较

3 讨论

银汞合金具有强大的抗压强度(固化后不小于300 MPa)、硬度和耐磨性，且性能稳定，但与牙体组织无黏结性，必须依靠辅助固位形[1]。使用银汞合金的患牙，均制备了倒凹。由于合金弹性模量小，受外力冲击时，应力使向于集中在体积较小部

(下转1336页)

作者简介：朱 周(1982-)，男，江苏省海门市人，医师，主要从事口腔颌面缺损及修复方面的研究。电话：13862845680，E-mail：lenxiaotian@chinaren.com

收稿日期：2006-05-30；修回日期：2006-09-09

伴侣作用有：①帮助蛋白质进入细胞腔隙；②在细胞质、内质网和线粒中对蛋白质的折叠；③不稳定蛋白质的降解；④蛋白质复合物的分解；⑤阻止蛋白质的聚集；⑥对调节蛋白的控制；⑦错误折叠蛋白质的重新折叠。目前大量研究表明热休克蛋白（HSPs）作为一种在所有细胞中表达的高度保守、具有保护作用的蛋白质家族在肿瘤分子标志物、肿瘤预后、肿瘤治疗方面具有重要的作用。一个或多个HSPs异常表达在许多不同的肿瘤细胞和组织中发现。

在肿瘤方面，目前有研究表明HSP60在多种肿瘤组织中呈高表达[6,7]。本研究结果显示，HSP60在结直肠癌组织的上皮层明显高表达，与Cappello等[8]发现一致。结直肠癌多为肠腔内生长，每天大量肿瘤细胞分解产物直接进入肠腔，随粪便排出体外，从粪便中能够检测到更多的目的蛋白质，本研究结果表明结直肠癌患者粪便中HSP60浓度明显高于血清中HSP60浓度，并且通过对粪便中HSP60进行检测来诊断结直肠癌能获得更高的敏感度（55.0%）。本研究表明结直肠癌患者粪便HSP60浓度在肿瘤浸润深度T_4期和远处转移M_1期增加，提示粪便HSP60有可能作为结直肠癌进展的监测指标。肿块型结直肠癌患者的粪便中HSP60浓度明显增高（$P<0.05$），可能与肿瘤为肠腔内生长，更易脱落入肠腔有关。同时发现不同部位的结直肠癌粪便中HSP60表达未见差异（$P>0.05$），可能与蛋白质在粪便中一般较稳定、不易降解有关。检测粪便中HSP60对结直肠癌诊断的敏感度为55.0%，而目前临床广泛使用的粪潜血试验敏感度为24.0%[9]。

本研究证明了HSP60在结直肠癌组织及其患者血清、粪便中异常高表达，而且粪便中HSP60的检测对诊断结直肠癌具有更高的敏感度，可能作为结直肠癌新的标记物，在寻找无创、低成本、有效的结直肠癌筛检方法方面有进一步研究的价值。

参考文献：

[1] Service R F. Proteomics. Can Celera do it again? [J]. Science, 2000, 287(5461): 2136-2138.

[2] Rai A J, Chan D W. Cancer proteomics: Serum diagnostics for tumor marker discovery[J]. Ann N Y Acad Sci, 2004, 1022: 286-294.

[3] Rosenblatt K P, Bryant-Greenwood P, Killian J K, *et al*. Serum proteomics in cancer diagnosis and management[J]. Annu Rev Med, 2004, 55: 97-112.

[4] He Y J, Wu Y Z, Mou Z R, *et al*. Proteomics-based identification of HSP60 as a tumor-associated antigen in colorectal cancer[J]. PROTEOMICS Clinical Applications, 2007, 1(3): 336-342.

[5] Ratto C, Flamini G, Sofo L, *et al*. Detection of oncogene mutation from neoplastic colonic cells exfoliated in feces[J]. Dis Colon Rectum, 1996, 39(11): 1238-1244.

[6] Cappello F, Rappa F, David S, *et al*. Immunohistochemical evaluation of PCNA, p53, HSP60, HSP10 and MUC-2 presence and expression in prostate carcinogenesis[J]. Anticancer Res, 2003, 23(2B): 1325-1331.

[7] Pignatelli D, Ferreira J, Soares P, *et al*. Immunohistochemical study of heat shock proteins 27, 60 and 70 in the normal human adrenal and in adrenal tumors with suppressed ACTH production[J]. Microsc Res Tech, 2003, 61(3): 315-323.

[8] Cappello F, Bellafiore M, Palma A, *et al*. 60KDa chaperonin (HSP60) is over-expressed during colorectal carcinogenesis[J]. Eur J Histochem, 2003, 47(2): 105-110.

[9] Lieberman D A, Weiss D G. One-time screening for colorectal cancer with combined fecal occult-blood testing and examination of the distal colon[J]. N Engl J Med, 2001, 345(8): 555-560.

（编辑 王小寒）

（上接1333页）

位，因此，边缘区域相对较脆弱，常发生折裂、破碎[2]。本组中出现继发龋患牙也均有合金折裂。边缘区域的脆弱是银汞合金本身固有的，不可能完全消除，必须严格、规范进行临床操作，将缺陷降至最低。

玻璃离子水门汀流动性好，与牙体组织黏结性、边缘封闭性较强。牙体制备时，无需严格制备抗力、固位形，可最大限度保留牙体组织。固化后持续释放氟离子，具有防龋作用；但其机械强度，耐磨性低于银汞合金[3]。在临床操作中，还应严格按照要求，掌握好粉、液质量比；失调容易造成不凝固，脱落等后果。在该组中较多充填体出现折裂、脱落，也说明材料耐磨性函待改进。

光固化复合树脂与牙体黏结依靠釉质表面酸性，使材料与牙体产生树脂突镶嵌固位[4]。但根面主要组织是牙本质，致使黏结强度降低。复合树脂在光固化时，均存在一定的聚合、体积收缩，收缩率为1.7%~3.7%，这导致树脂与牙体之间形成边缘缝隙、不密合，产生继发龋，脱落[5-7]。另外，光固化复合树脂对隔湿、干燥要求严格，给操作也带来难度。

关键词：充填材料；覆盖基牙；疗效
中图法分类号：R783.1 **文献标识码**：B

参考文献：

[1] 樊明文. 牙体牙髓病学[M]. 第2版. 北京：人民卫生出版社，2003：73.

[2] 陈治清. 口腔材料学[M]. 第3版. 北京：人民卫生出版社，2003：179.

[3] Leinfelder K F. Glass ionomers: current clinical developments[J]. J Am Dent Assoc, 1993, 124(9): 62-64.

[4] 俞海英，吴友农. 湿性黏接技术修复牙颈部缺损的疗效观察[J]. 口腔医学，2003，23(6)：352-353.

[5] 金 蕾. 固定正畸技术在治疗上颌埋伏阻生前牙中的应用[J]. 实用临床医药杂志，2005，9(5)：77.

[6] 冯翠娟，包 扬，艾红军，等. 疲劳试验对两种口腔树脂的黏接耐久性研究[J]. 口腔医学，2003，23(4)：203-204.

[7] 朱庆党，巢永烈，田 保，等. 套筒冠义齿修复重度牙周病伴多数牙缺失的疗效观察[J]. 第三军医大学学报，2005，27(19)：1985-1987.

（编辑 张大春）