DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.08.054

作中根据药敏结果选择敏感抗生素对减少脓毒症的发生是非常必要的。

参考文献：

[1] Kremery V Jr, Sykora P, Trupl J, *et al*. Antibiotic use and development of resistance in bloob culture isolate: 8 years of experience from a cancer referral center [J]. J Chemother, 2001, 13(2): 133-142.
[2] 叶应妩, 王毓三, 主编. 全国临床检验操作规程[M]. 江苏: 东南大学出版社, 1997. 465-466.
[3] Weightman N C. False penicillin resistance in Neisseria meningitidis following direct susceptibility tests from blood culture[J]. J Clin Pathol, 2001, 54(11): 893-895.
[4] 张锦英, 梅亚宁, 赵旺胜. 1 906份细菌培养结果分析[J]. 南京医科大学学报, 2000, 20(5): 404-405.
[5] 余鑫之, 徐元宏, 李家斌, 等. 13年脓毒症的致病菌变迁和耐药谱研究[J]. 中国微生态学杂志, 2000, 12(4): 230-232.
[6] 解晓珍, 田洪明, 潘绍武. 3 816份血培养结果及菌株耐药状况分析[J]. 中华医院感染杂志, 1995, 5(特刊): 384-385.
[7] 蒋燕群, 卫 园, 倪语星. 应用全自动血培养仪提高血液、无菌液培养阳性率[J]. 中华医学检验杂志, 1999, 22: 71-73.

（编辑 王 红）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2002)08-0986-01

深覆牙合的烤瓷冠固位与基牙制备

Retention of ceramic crown and preparation of abutment for deep overbite

汪志德, 汪 蕾, 裘松波 （第三军医大学附属新桥医院口腔科, 重庆 400037）

自1997-1999年, 开展烤瓷冠桥修复工作, 先后为206例患者, 针对深覆牙合上颌前突牙体缺损及后牙冠过短进行修复, 因其生物相容性好, 并具有与牙釉质相近似的半透明效果, 深受患者欢迎, 现介绍如下。

1 临床资料

门诊病例206例, 其中桥体63例, 残根残冠73例, 后牙冠桥52例, 单端桥18例。患者年龄18~52岁, 经检查, 牙龈组织无炎症, 牙齿无叩痛, 松动度不超过Ⅰ°, 牙槽骨吸收不严重, X光片显示也无根尖阴影, 如果需要进行根管充填, 经过1周观察方可作牙体制备。

2 牙体制备方法

深复牙合患者制备牙体时, 唇侧牙体组织须保留较多, 腭侧牙体组织需留够冠套间隙, 如上下牙齿咬合过紧时应将对颌牙齿适当调磨。腭侧舌面凹处需磨一条固位槽, 以防使用中脱落。

上前牙冠突出的患者制备牙体前, 先进行根管治疗, 观察1周, 无任何不适反应后, 可作牙体制备。牙体预备时, 为开辟足够的修复体间隙, 取得就位道, 常要磨除一部分牙质。上前牙外突的牙体预备, 唇侧牙体组织需多磨, 腭侧适当保留, 在唇侧磨两条固位槽, 腭侧舌面凹处磨一条固位槽, 见图1。

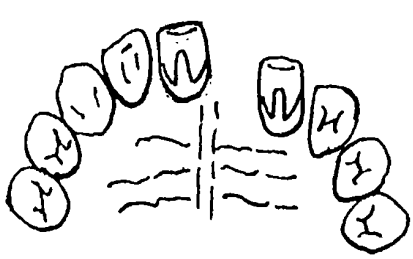


图1 上前牙腭侧面固位槽

作者简介: 汪志德(1952-), 男, 湖北省襄樊市人, 副主任技师, 主要从事口腔修复正畸方面的研究, 发表论文20余篇。电话: (023)68755632
收稿日期: 2001-12-20; 修回日期: 2002-03-13

后牙冠过短的患者制备牙体时, 要充分利用牙体组织, 制备后的牙冠角度呈90°垂直。舌颊侧两条沟槽达龈下0.55 mm处, 见图2从面向根管处打两个钉道。将蜡条插入钉道内, 两个钉道由蜡条连接成"n"型, 取印模时可带出, 见图3。



图2 磨牙颊面双沟槽



图3 磨牙牙合面双钉道

残根、残冠患者如果能做桩核, 须掌握唇舌侧的适当角度, 确保烤瓷冠桥固位的牢固性。若牙冠前突, 可将下牙体适当调磨, 桩核适当内收, 解决突出问题, 以达美观的效果。

桩冠核制作方法: 根管适度扩深, 在根管内注射少量消毒石蜡油以避免蜡条与根管粘连, 再选择大小适当的蜡条插入根管内, 用牙齿大小的红蜡片烤软后放在根管上, 滴蜡成型, 需放好铸道, 再拿出根管进行包埋铸造, 桩冠核在试戴调磨合适后固定桩核, 后取印模进行烤瓷修复。

3 讨论

烤瓷冠桥修复的效果好, 但有严重牙结石或结石性龈炎时对烤瓷修复不利。在制备牙体时, 须洁治消炎, 待伤口愈合后

（下转988页）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

仍 10 余次。3 例术后发生并发症，并发症发生时间为术后 13 天至 1 年，2 例发生肠粘连肠梗阻（其中 1 例为不全性肠梗阻，经内科治疗后好转；1 例为完全性肠梗阻，经肠粘连松解、坏死灶清除术后治愈），1 例发生切口感染；全组无肠瘘、吻合口狭窄发生。

2.3 术后病理报告

18 例手术治疗的患者中 15 例术后病理报告为结肠粘膜呈慢性炎症反应（3 例无病理报告），13 例嗜银染色显示结肠肌间丛细胞变性减少，肌间神经丛有超微结构变化；1 例消失，神经纤维排列紊乱有缠结现象神经元及其突起退行性改变；1 例神经细胞胞质出现空泡，轴突末端膨体及触突前区触突小泡明显减少，并出现空化；1 例肌间神经节增大形成大的神经节；1 例有回肠末端升结肠多发良性淋巴组织增生性息肉。

3 讨论

国外报道结肠慢传输性便秘发病男女之比为 1∶3，我们的资料表明男女之比为 1∶6，男女发病年龄、STC 与 STC 合并 OOC 的发病率经 χ^2 检验无显著性差异（$P>0.05$）。

结肠慢传输性便秘分为原发性和继发性两类。原发性的病因不明，从小发病，可能是在短型巨结肠的基础上长期给予结肠刺激泻药而发生的，也可能与内分泌失调有关；继发性者多数是在出口梗阻型便秘的基础上，长期用泻药，该类药物引起肠肌间神经丛变性，肠蠕动减少，还可能引起结肠黑变病，并损害肠神经系统，所以长期使用泻剂亦是导致慢性便秘的一个原因[1]。显示用泻药的有 75%，合并 OOC 的明显多于单纯性 STC。国外学者 He 等[2]用激光扫描共焦显微镜对比正常的与 STC 的结肠平滑肌的 Cajal 间质细胞数量，发现 STC 患者的间质细胞明显减少。本组 87%的病例病理报告有肠肌间神经丛变性。童卫东等[3]认为 STC 结肠神经系统 NOS 和 P 物质免疫反应性异常变化，可能是其结肠传输减慢的神经病理基础。也有认为性激素水平紊乱也影响肠道蠕动功能，本组 10 例行激素检查中 7 例患者雌二醇水平下降。

单纯性 STC 患者的症状主要为长期便次减少，可 1 次/ 5 ~ 10 d，无排便欲望、无肛门坠胀，依靠泻剂排便，用量愈来愈大，最后无效，但合并 OOC 的则有肛门坠胀、腹胀、腹痛、便血等症状，故临床上除病史外，应做结肠通过试验检查结肠通过时间以确定哪段结肠传输障碍。本组 20 例 STC 中合并 OOC 的为 65%，故 STC 的患者应同时做排粪和盆底造影检查看是否合并 OOC；纤维结肠镜检查排除结肠器质性疾病如肿瘤、息肉等。肛肠测压了解直肠肛管压力和生理反射，并可对神经肌肉活动状态做出评价。肌电图检查可帮助了解盆底肌肉神经的功能状态。

在治疗上，要选择合适的手术对象及合适的手术时机。STC 的手术适应证：①对 STC 诊断明确，症状顽固，饮食调节及药物治疗效果不佳者；②对 STC 合并 OOC 的患者，应早期手术，不应等长期药物治疗使盆底肌和神经严重损害后再手术；③非全消化道传输减慢。同时手术前应了解清楚结肠的病变范围，结肠传输试验及胃肠道放射性核素扫描检查有助于了解病变范围。

STC 的外科治疗主要是结肠传输缓慢的肠段切除术，但必须准确掌握切除范围，以防止切除过少便秘复发，切除过多致严重腹泻[4]。手术方式主要有：全结肠切除术，部分结肠切除术。合并 OOC 的要按 OOC 的手术处理，合并直肠内套叠者采用 Orr' s 直肠悬吊术；直肠前膨出采用经阴道直肠前膨出修补术；耻骨直肠肌痉挛可采用耻骨直肠肌部分切除术；对合并盆底功能严重障碍、直肠无张力者可行全直结肠切除、回肠贮袋肛管吻合术。我们的资料显示结肠切除术对单纯性 STC 和合并 OCC 的均有良好效果。

参考文献：

[1] 张胜本，黄显凯. 顽固性便秘的外科治疗[J]. 中国普外基础与临床杂志，1999，6(1)：43－44.

[2] He C L，Burgart L，Wang L，*et al*. Decreased interstitial cell of cajal volume in patients with slow-transit constipation[J]. Gastroenterology，2000，118(1)：14－21.

[3] 童卫东，张胜本，张连阳. 结肠慢传输性便秘型便秘肠神经系统一氧化氮氧合酶和 P 物质的分布意义[J]. 世界华人消化杂志，1998，6(5)：380－382.

[4] 黄显凯，张胜本，张连阳，等. 结肠慢传输性便秘型便秘手术治疗的评价[J]. 第三军医大学学报，2000，22(5)：462－464.

（编辑 张大春）

（上接 986 页）

再取印模最为理想。

为了使烤瓷冠桥有良好固位，应尽可能制备沟槽，同时应在龈边缘以下 0.3 ~ 0.5 mm 处制备台阶，合理制备出共同就位道。

烤瓷冠桥制作好后，需调整好咬合关系，防止对邻牙或对颌牙的牙体组织造成过度磨损[1]，烤瓷冠桥修复减少了牙龈边缘发炎的机会，确保了基牙的稳固性，不但提高了咀嚼效果，而且在生理、心理上提高了咀嚼质量[2]。有益于健康，且经久耐用。

关键词：烤瓷冠桥；基牙制备
中图法分类号：R783.3 文献标识码：B

参考文献：

[1] 马轩祥 主编. 口腔修复学[M]. 沈阳：辽宁科学技术出版社. 1999. 369－372.

[2] 徐君任 主编. 口腔修复学[M]. 第 3 版. 北京：人民卫生出版社，1996. 293－310.

（编辑 汪勤俭）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net