表 3 外眼病与结膜囊带菌关系

	眼数	带菌眼	带菌率 (%)
慢性泪囊炎	17	13	76.47
睑内翻倒睫	31	14	45.16
下泪管阻塞	45	19	42.22
下睑外翻	21	6	28.57
睑球粘连	13	2	15.38
睑缘炎	5	1	20.00
其 它	9	1	11.11
合 计	141	56	39.72

3 讨论

随着抗生素的广泛应用,结膜囊带菌率在降低,菌种、耐药性也在变化。本文1100眼结膜囊细菌培养显示,葡萄球菌是结膜囊内主要寄生菌,高于80年代周祖廉[3]的报道而与张晓楼报道相似;特别是金黄色葡萄球菌,比以往报道均高,提示葡萄球菌属有回升趋势。类白喉杆菌阳性率在降低,绿脓杆菌似有增加趋势。药敏试验观察提示(表2):氯霉素+任一种氨基糖甙类抗生素可使全部细菌敏感。因此建议:在没有条件开展和未开展结膜囊细菌培养的医院,白内障术前应采用氯霉素与卡那霉素等氨基糖甙类抗生素联合点眼为宜。这符合抗生素的联合使用原则:氯霉素为高效抑菌剂,卡那霉素等为静止期杀菌剂,二者联合有协同增强作用。

外眼病患者结膜囊带菌率高已被公认[4,5]。对于该类病人我们的做法是:除常规细菌培养、药敏试验及点抗生素外,术前尽量手术治疗外眼病变,以消除致病源,防止白内障手术感染。10岁以下儿童结膜囊带菌率高,原因可能与常用不干净的手搓揉眼睛有关;取结膜囊拭子时,患儿不合作的因素也应考虑在内。老年人组带菌率高,尤其是75岁以上老年人。老年人除行动不便,不能及时进行清洁卫生外,泪道阻塞等外眼病也多发生在该年龄组;另外泪液分泌减少、泪液中各种抗体、补体、酶等缺乏及功能降低也与结膜囊高带菌率有关。这二组病人带菌率无差异,均较10~60岁年龄组明显高。本文所检出的双眼存在不同细菌,一眼同时存在2种细菌以及2次、3次培养均带菌者,多为该2组病人,应引起临床医生注意,白内障术前应充分用抗生素点眼和清洗结膜囊。带菌眼的2次、3次细菌培养中,主要为金黄色葡萄球菌和表皮葡萄球菌,采用0.25%氯霉素+0.5%卡那霉素点眼2天后复查,2次培养带菌率为1.18%,3次培养带菌率为0.27%(基本上无菌),故认为:对高带菌率病人,如老年人、外眼病患者等,术前用上述2种抗生素联合点眼4~6d,4~6次/日,基本上可以做到结膜囊内无菌。值得提出的是,表2虽然提示氯霉素对绿脓杆菌敏感,但临床上我们还是首选了多粘菌素点眼。

与以往报道不同的是性别、地区与结膜囊带菌率也有一定关系,男性高于女性、城市高于农村,目前尚无理想的解释,推测后者可能与城市污染较农村严重有关。

关键词 细菌培养;白内障;结膜囊
中图法分类号 R777.3

参考文献

1 Oxford KW, Abbott RL, Fung WE *et al*. Aspergillus endophthalmitis after sutureless cataract surgery. Am J Ophthalmol, 1995; 120: 534
2 Miller KW, Glasgow BJ. Bacterial endophthalmitis following sutureless cataract surgery. Arch Ophthalmol, 1993; 111: 377
3 周祖廉,张啸峰,沙连楚等.正常人结膜囊细菌和霉菌调查.眼科研究, 1988; 6: 235
4 张汗承,周祖廉著.泪液病学.北京:金盾出版社, 1992; 72~77
5 刘 翔,周祖廉,张啸峰等.感染性眼病厌氧菌培养及药敏试验.中华眼科杂志, 1991; 27: 80

(收稿:1995-09-15;修回:1996-06-07)
(编辑 仇玉福)

增强总义齿固位作用——基托三点伸展技术

The technique for strengthening the retention of complete denture——three points extension method

汪志德 周正贵 林景春 裘松波 (第三军医大学附属新桥医院口腔科)重庆, 630037

我们在临床工作中,见到很多总义齿,由于上下颌前弓区,上颌结节外侧颊间隙区及下颌舌侧翼缘区的基托伸展不充足,导致义齿固位不良,而一经延长上述部位基托后,固位作用明显增强。本文对1988~1991

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

年采用三点伸展技术处理的 26例总义齿临床效果进行总结,并就三点伸展理论做初步探讨。

1　临床资料

男 18例,女 8例。年龄 58~65岁。上下牙列缺失 18例,上牙列缺失 3例,下牙列缺失 5例。牙列缺失时间 4个月~3年,平均 14个月。曾戴过全口托牙者 17例,均固位不良。牙槽状况:$\frac{7-4|4-7}{7-4|4-7}$区牙槽骨萎缩 17例,$\frac{}{7-4|}$区萎缩 6例,$|\frac{5-7}{}$区萎缩 3例。

效果:26例均获随访,时间 4~7年。戴牙后均感觉舒适,能进普通食,义齿脱下时有吸附力,舌活动自如,舌在功能运动时义齿固位及稳定性良好。牙槽粘膜情况:3例$\frac{}{3|3}$区及 1例上颌结节区创伤性溃疡,经磨改后,溃疡愈合未复发。

典型病例:唐××,男,63岁。铝制品厂退休工人。6年前因牙列缺失作全口义齿修复,由于固位不良要求重做。口腔检查:全口牙列缺失,$\frac{7-4|4-7}{7-4|4-7}$牙槽重度萎缩平坦,粘膜薄,原义齿基托与组织面无吸附力,咀嚼时义齿脱落。采用上下颌前方区、上颌结节外侧颊间隙及下颌舌侧翼缘区基托伸展原则,重新取印模,制作全口义齿。新义齿使用至今,固位及稳定性良好,义齿脱下时有明显吸附力;戴入感觉舒适,能吃普通食物、饼干、花生米。患者满意。

2　方法

2.1　上颌总义齿基托三点伸展

2.1.1　上颌结节外侧颊间隙区,上颌结节为圆突状,其外侧为颊间隙,结节越丰满者,间隙则越深而宽。义齿基托可在此充分伸展及适当加厚,从而增强固位作用。

2.1.2　上颌前弓区　　指的是上颌唇系带、颊系带之间的区域,该区无肌肉附着,义齿基托边缘在不影响唇颊活动情况下应该充分向上伸展,以达到较好的固位。

2.2　下颌总义齿基托三点伸展

2.2.1　舌侧翼缘区　　该区指的是下颌骨磨牙区之舌侧,尤其是下颌舌骨嵴(内斜线)之下,磨牙后垫下后方,常存在向后外侧方向倒凹区具有重要的临床意义,当基托边缘伸展到倒凹区内,能提供良好的固位作用。

2.2.2　下颌前弓区　　指的是下颌前牙区唇侧牙槽及口腔前庭部位,该区有口轮匝肌、下唇方肌、颊肌及下唇门齿肌附着,并且伸缩性较大,抗力较强,因此义齿基托边缘在不影响上述肌肉活动,适度向下伸展,对固位也很重要。基托伸展的幅度主要应依靠准确的印模。

3　讨论

从肌肉附着点看,上述区域,除下颌前弓区外,其它部位或无活动范围大抗力强的肌肉直接附着或仅有阻力较弱活动范围较小的肌肉附着[1],有利于义齿基托边缘尽可能大范围的伸展,从而扩大了基托的组织面与口腔非膜接触面积,增强了对义齿的吸附力。

从工程力学角度看,三角形结构具有稳定性、坚固性且不易变形,上述义齿基托三处部位的适当伸展,恰好构成三角形力点结构[2]。就义齿固位目的而论,三处基托适度伸展,既可互相制约最大限度减小义齿水平和垂直方向移位幅度,又可以相辅相成的构成小倒凹,对义齿固位起到相加作用。

从倒凹的机械固位看,双侧下颌舌侧翼缘区存在向后外方倾斜的倒凹,义齿固位力较强,若在前弓区牙槽突唇侧亦有轻度倒凹,则固位力更强,如果三处均有倒凹造成义齿就位困难时则应采用手术方法去除前弓区牙槽唇侧倒凹,义齿戴入时后端先就位。上颌亦然。上颌结节区倒凹大者手术矫正;小倒凹充分利用,义齿先从倒凹小一侧就位,然后再以旋转方式就位戴入,如果双侧上颌结节区有倒凹侧前弓区不能有倒凹,否则义齿难于就位。总之,充分合理利用上述三区倒凹,可明显增进义齿固位效应。

实现三点适度伸展关键是取好印模。临床上所见上述三处基托伸展不足,主要是无经验术者取印模时,发生该三处伸展不足,究其原因,主要是在盛有弹性打样膏的托盘放入口内就位之前,未先抹少量打样膏于上颌结节颊侧及下颌舌侧翼缘区,其次是该部位托盘边缘又未加蜡伸展长度或高度不够。上下颌前弓区印模伸展不足,常因术者协助患者做上下颌颊侧功能整理时,上下唇拉动过大,打样膏易于流动,凝固较慢,致印模伸展不足。

关键词　总义齿;固位;基托

中图法分类号　R783.6

参考文献

1 樊　森.全口义齿修复.见:樊　森主编.口腔矫形技术工艺学.上海:上海科学技术出版社,1993.276

2 朱永康.126例总义齿固位的探讨.苏州医学杂志,1993;(1):34

(收稿:1995-09-19;修回:1996-05-01)

(编辑　王　红、沈锡庚)

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