



全瓷粘接桥进展及临床回顾

A review of clinical and research progress of all ceramic adhesion fixed bridges

朱松

(吉林大学口腔医院修复科, 长春 130021)

DOI : 10.11752/j.kqcl.2019.03.01

个别牙齿缺失是常见的一类牙列缺损, 临床可以选择活动义齿、固定义齿和种植义齿等多种修复方式。由于活动义齿美观性及舒适度较差, 种植义齿造价昂贵、修复周期较长, 且缺牙间隙过小时无法进行种植修复, 传统固定义齿需要磨除更多牙体组织, 而粘接桥因其基本不磨切或少量磨切健康邻牙而倍受关注。粘接桥, 又名“马里兰桥”, 于19世纪70年代应用于临床, 主要通过粘接力获得固位^[1]。“马里兰桥”一词来源于马里兰大学发明的一种电解蚀刻技术。最初粘接桥为金属材料粘接桥, 随着人们对美观要求越来越高以及全瓷类修复材料和新型树脂粘接剂的快速发展, 1991年出现了第一例全瓷粘接桥, 20世纪90年代全瓷粘接桥逐步取代金属粘接桥^[2-3]。如今最常用的材料是氧化钇稳定的氧化锆瓷(yttria-stabilized tetragonal zirconia, Y-TZP), 例如Lava TM (3M Espe) 和Cercon (Degudent)^[4]。最初粘接桥使用时间短、成功率不高, 但随着修复体设计的改善、修复材料及粘接剂的发展, 粘接桥成功率愈来愈高, 已经可以作为长期修复方式^[5-8]。粘接桥具有牙体预备量少、价格相对较低、患者满意度高等优点^[9-10]。虽然粘接桥成功率仍然低于传统固定修复义齿, 但不妨成为一种可供患者选择的修复方式。

1 病例选择

为了临床正确设计使用粘接桥, 提高其成功

率, 正确选择临床病例是非常关键的^[11-13]。全瓷粘接桥在病例选择方面与金属粘接桥基本一致。

1.1 适应证

- (1) 个别牙齿缺失, 跨度小。
- (2) 基牙具有足够的临床牙冠高度, 保证粘接面积。
- (3) 基牙牙体健康, 无龋坏或龋坏范围小, 不影响固位和粘接。
- (4) 基牙牙周组织健康, 牙槽骨吸收不超过根尖1/3。
- (5) 咬合关系正常, 无不良咬合习惯。

1.2 禁忌证

- (1) 牙齿缺失较多, 跨度大。
- (2) 基牙临床牙冠高度过低, 不能保证足够的粘接面积。
- (3) 基牙龋坏范围过大, 或大部分为修复体。
- (4) 存在不良咬合习惯, 如夜磨牙。

2 临床操作要点

2.1 粘接桥设计

粘接桥设计时要考虑的因素包括患者健康状况, 年龄, 还有与牙齿健康有关的局部因素和牙齿缺失本身均需要考虑。在有牙周病或龋齿病史的情况下, 粘接桥可能优于可摘局部义齿^[14]。选择基牙时, 应检查以确保牙髓和牙周健康。同时, 应有足够的牙釉质进行粘接。牙列拥挤可能意味着难以实现完全环绕。同时还应考虑咬合因素, 对深覆殆或者对颌牙过度伸长的患者在选择此类

基金项目: 国家自然科学基金资助项目(编号: 81671033)

通信作者: 朱松, Email: zhusong1965@163.com