可摘局部义齿适应证：文献综述

Indications for Removable Partial Dentures: A Literature Review
Bernd Wöstmann, Ejvind Budtz-Jørgensen, Nick Jepson, Eiko Mushimoto, Sigvard Palmqvist, Afrodite Sofou, Bengt Öwall
原载 Int J Prosthodont 2005;18:139~145(英文).

寇传哲 译　冯海兰 校

摘要　**目的**　依据全面的文献回顾评价可摘局部义齿的适应证。

材料和方法　在一个为时 2.5 天的研讨会中，7 位有经验的教育家使用类似于 Delphi 步骤的模型，讨论有关可摘局部义齿的适应证和禁忌证的文献。

结果　文献中未明确说明可摘局部义齿的适应证和禁忌证；然而，有些基本原则是确定的。考虑到长期使用可摘义齿会增加患龋病及牙周炎的风险，且患者不易接受此种修复方式。短牙弓概念的应用和取代常规可摘局部义齿的种植体支持修复受到重视。因固定局部义齿需牺牲牙体健康硬组织，基牙条件好时可摘局部义齿更为适用。当经济方面因素影响到所做决定时，患者常会选择可摘局部义齿。

结论　尽管符合循证医学观点的可摘局部义齿适应证和禁忌证仍缺乏，但指导临床修复抉择的根本性原则明确。

随着人们寿命的延长，几个工业化国家全国牙科健康调查显示，无牙颌者在人群中所占比例持续下降，更多人在晚年保有更多牙齿。以这些调查数据为基础的预测指出虽然失牙减少，但因牙列缺损导致患者口腔乃至全身健康受累所需的治疗还会增加。这种牙齿保留的增加趋势提示牙列缺损群体会较以前年老，比起年轻人来，他们可能不太接受广泛的牙或种植体支持的固定局部义齿(FPD)。随之而来地，社会经济因素和人群趋势显示，未来以多种局部修复体治疗的需求将增加。

本综述是基于这样的假设，即可摘局部义齿(RPD)修复的决定是建立在多种主观因素包括专业、功能、文化和经济方面考虑而不是建立在科学依据之上。因此，作者们寻求符合循证医学观点的 RPD 适应证。

译者　北京大学口腔医学院
北京海淀区中关村南大街 22 号　100081

材料和方法

7 位评价文献的作者为临床修复学家，均有 18 年以上从业经验。

检索策略

使用表 1 所列关键词在下列数据库中进行联机检索：

1. Cochrane 综述文摘数据库；
2. MEDLINE；
3. PubMed；

表1　电子检索中的关键词

关键词	点击次数	关键词	点击次数
RPD	283	满意度和 RPD	15
		可摘义齿	168
营养和牙科	3 523	营养和义齿	170
下一级检索：和(牙齿)和非儿童	468		
满意度和牙科	2 365	满意度和义齿	763
下一级检索：和修复	521		
生命质量和牙科	695	生命质量和义齿	113
QoL 和牙科	32	QoL 和义齿	10

4. Current Contents；
5. DIMDI(德国医学文档协会)。

联机数据库上查不到的期刊或教科书采用手工检索。病例报告和工艺流程描述不在检索范围之内。从现有的参考书目中，选择有关 RPD 下列领域的内容：

1. 咀嚼功能；
2. 营养状况；
3. 生命质量和患者满意度；
4. RPD 和口腔组织间的相互作用(龋病，牙周炎，剩余牙槽嵴吸收)；
5. 颞下颌关节紊乱(TMD)；
6. 预防方面(TMD，牙齿磨耗，牙齿移位)；
7. 其他治疗选择；
8. 禁忌证。

文献分析

采取类似于 Delphi 原则的方法，将文献分析分成下列几个轮次：
1.第一轮：根据上述策略检索文献；
2. 第二轮：在 2002 年 5 月于德国 Giessen 举办的研讨会上评估上述文献；
3. 第三轮：传阅第一稿并增加近期出版文献；
4. 第四轮：传阅初稿，添加新文献；
5. 第五轮：核准终稿。

于2002 年 4 月初次检索数据库，又于 2003 年 5 月即第四、五轮之间进行追加检索。

结果

咀嚼功能

咀嚼行为主要决定因素在于功能性牙单位数目及咬合力(表 2)。与年龄相关的咀嚼能力下降是由失牙、咀嚼肌质量、密度下降和身体虚弱造成的。然而，患者对咀嚼能力的主观评价受年龄因素影响较牙齿和修复状况影响更大。

无论采用何种设计和类型的义齿(FPD / RPD)修复，咀嚼功能都会提高。然而，除非患者后牙咬合单位少于 3 对，否则修复缺失后牙似乎并无社会功能方面益处。

营养状况

营养缺乏常见于老年人。失牙引起的咀嚼功能受损会导致饮食缺陷和不平衡，营养不良，甚至危及全身健康。但是，其它的因素如全身健康，社会经济状况，饮食习惯也会影响食谱选择(表 2)。虽然修复治疗后咀嚼能力普遍提高，但无论怎样修复设计，食物选择是不变的。

尽管牙齿和营养状况明显相关，但二者何为自变量，何为因变量仍不明确。此种意见由于患者往往过高估计其营养状况和咀嚼能力而更明显。多数患者认为自己能得到适当营养，对其义齿的期望高于一个称职的修复医生所能达到的。

生命质量和患者满意度

相当大比例医生提供的 RPD 未被使用。在这一点上，必须认清 RPD 存在一些普遍问题(存积食物，压力点等)，许多病人因而停止戴用 RPD(表 2)。当 RPD 增加牙列中殆单位数量显著时，患者满意度提高。然而，修复少数牙齿的 RPD 所提高的可感知的功能无法补偿戴用 RPD 带来的不适。有报道说，在患者满意度方面，FPD 优于 RPD，但这不是说 FPD 在所有方面都较 RPD 更有利。

RPD 和口腔组织间的相互作用

表 2 文献综述中的循证论点

论点	支持的参考文献	共计*
咀嚼功能		
咀嚼能力决定于咬合单位数量和殆力	38–40	644
咀嚼能力取决于失牙和肌肉状况	4–9 39–42	11 305
修复治疗后咀嚼能力提高	8,9,43–46	568
营养状况		
咀嚼功能受损影响全身健康	11,12,30,47–49	3 617
咀嚼功能受损影响食物选择	50,51	735
社会经济因素和全身健康影响食物选择	52,53	>166
修复治疗对饮食无影响	8,39,54–56	793
生命质量和患者满意度		
RPD 患者对其口腔功能比 FPD 者及天然牙者不满意	16,18,19,57–59	8 100
许多 RPD 未戴用	22,60–63	629
RPD 引起不便	22,61,64,65	321
RPD 和口腔组织相互作用		
RPD 与龋病和牙周病有关	33,66–75	8 137
RPD 设计和菌斑控制良好时，患龋和牙周炎风险不会增高	36,76–80	3 394
不合适的 RPD 与骨吸收有关	22,81	227
TMD		
磨牙支持丧失并非 TMD 病因	20–22,66,83,83	1 419
预防方面		
未修复的短牙弓咬合稳定	84,85	851

*能检索到的相应参考文献样本总量；> 未找到该样本总量
RPD=可摘局部义齿；FPD=固定局部义齿；TMD=颞下颌关节紊乱

使用 RPD 会增加患龋病和牙周炎风险，虽然没有证据表明 RPD 本身造成危害。在设计恰当和菌斑控制充分的条件下，临床长期应用 RPD 未对牙周组织或基牙造成不利影响。然而，对老年人而言可能是一个特殊问题，有明确的证据表明 RPD 同根面龋有关(表 2)。

TMD

一些研究显示磨牙缺失与 TMD 有关；然而没有证据表明 TMD 症状同缩短的牙弓(SDA)有关。因而，不能认为以 RPD 修复后牙可防止 TMD 发展(表 2)。此外，长期使用维护不良的 RPD 可能引起下颌运动异常。

预防方面

持续使用适合性好的 RPD 可望稳定殆关系，防止牙齿移位。但是，未经修复的 SDA 牙列，其殆稳定性远远高于过去的想象（表 2)。在这个意义上说，SDA 和 RPD 修复患者间没有显著差异。

其他治疗选择

对牙列缺损病例，种植体支持的修复几乎总是一个另外的治疗选择；因此，本分析中不包含这一选择。当仅缺失少数牙齿，病人未有功能方面主诉时，应考虑 SDA 概念。若基牙需冠修复，以附着体固位(比如精密附着体或双套冠)考虑到更好的寿命和口腔舒适度，建议选用 RPD 或悬臂梁式 FPD。如牙齿条件好，丙烯酸树脂粘接桥或树脂粘接的附着体固位 RPD 也是一种选择。只要可能，固定修复体就应作为首选，因为已有文献证明其使用寿命更长。

禁忌证

RPD 使用的明确禁忌证尚未见报道。不过，糖尿病、口干患者的粘膜难以耐受机械创伤，会限制 RPD 的应用。禁忌证还包括美观和舒适度方面的考虑。没有充分证据表明对铸造合金中特定金属过敏也属 RPD 禁忌证。

讨论

看来口腔和牙齿健康状况与患者全身情况之间存在明确联系，无数研究认为营养不良可能与牙齿情况有关。然而，支持此论点的科学依据并不充分。不过可以下这样的断言，良好的牙齿和修复状况对一个人的全身健康和幸福具有重要的促进作用，尤其在工业化国家。且这方面状况与社会经济地位有关。

既然固定修复较活动修复能获得更高的口腔舒适度，在 SDA 情况下美观未受影响时，RPD 并非首选治疗方式。修复少数牙而美观或口腔功能仅略有提高时，RPD 的应用值得怀疑。RPD 修复使患者满意度的提高被修复体本身不可避免引起的口腔不适所抵消，特别是失牙数目少时。当需修复的失牙数增加时，RPD 使用适应证更明确。

RPD 修复对余留牙列组织是非损伤性的治疗，但 RPD 会增加患龋病，牙周炎以及牙槽嵴吸收的风险，特别在远中游离端区域。老年患者，口腔卫生不良，难以定期复查维护者易患特有的根面龋，这种情况应避免应用

RPD。这时，SDA 方法是更优先的治疗选择。

在处理诊断为 TMD 的病人时，应区别是伴有疼痛和其他问题还是没有任何主诉。前者如需修复磨牙支持时，考虑到 RPD 可逆性的优点，应优先选择 RPD 修复。

看来患者的经济状况和第三者医疗保险系统显著影响到不同修复方式的选择，在国家间进行比较就更困难。总之，财政资源不足时多选择 RPD，但也必须考虑其他经济方面因素；在高度工业化国家，RPD 多被看作低消费的治疗选项。然而，在许多其他国家，患者连最简单的牙科修复体也负担不起。显然医疗保障体系显著影响的不仅是 RPD 的适应证，还包括所有修复种类适应证。不过，一件设计正确的"卫生"RPD，较其他更复杂治疗方式费用低廉，是一种非损伤性的选择，尽管从长远看其维护费用增加，寿命较短且长期治疗的需要可能会增加。即便有这些额外支出，也不会比更复杂的修复方式最初和维护费用的总和要高。

对不同治疗方式实用的选择是基于专业和患者主观 2 个方面的评价。其它具体的考虑还包括目前的疾病负担，治疗时间，术者技术，患者知觉，修复体预期寿命，当然还包括费用。不过，对多数这样的因素无法作出客观评价。

结论

详细分析文献未能得出符合循证医学观点的 RPD 适应证，不过，较低水平的证据得出下列意见：

1. SDA 概念的应用似可避免使用 RPD；
2. RPD 与患龋和牙周疾病（较小程度上）风险增高有关，尤其在口腔卫生维护差患者长期戴用 RPD 情况下；
3. 用 RPD 作为预防性口腔卫生治疗尚有问题；
4. 口腔维护良好，基牙条件好的情况适于选用 RPD；
5. 当失牙过多无法应用常规 FPD 和种植修复不现实时，卡环固位的 RPD 是有效的替代选择；
6. 应用最佳的生物学设计原则可降低与 RPD 有关的风险；
7. 必须考虑到患者对 RPD 接受程度低这一点；
8. 经济方面的考虑是选择 RPD 修复的重要因素。

（凡需要表 2 中某些参考文献的读者请与 编辑部联系）

2006 年中华口腔医学会全国性学术会议

编号	会议名称	主办单位	联系人	电话	起止日期	举办地点
1.	第五次全国口腔修复学学术会议	口腔修复专业委员会	冯海兰	010-62091475	9.27-28	深圳
2.	第七次全国口腔病理学学术会议	口腔病理专业委员会	李欣	010-62179977-2214	10.13-15	沈阳
3.	第二届两岸四地口腔正畸学学术交流会	口腔正畸专业委员会	王林	025-86516414	10.20-22	南京
4.	第三届口腔粘膜病专业委员会第三次全委会暨 OSF 研讨会	口腔粘膜病专业委员会	刘宏伟	010-6218 3939	10.13-16	长沙
5.	第 22 届亚洲种植学术会议	北京大学口腔医学院	袁禧英	010-62179977-2344	10.18-19	北京
6.	第四届北京国际种植学术会议	北京大学口腔医学院	袁禧英	010-62179977-2344	10.20-21	北京
7.	第三次全国涎腺疾病学术会议	北京大学口腔医学院	张雷	010-62179977-2245	10.13-15	西安