

拔牙位点保存技术对牙列缺失患者美学效果的影响

陈晓莹, 谭永俏, 罗剑戈

(江门市口腔医院口腔科, 广东 江门 529020)

摘要: **目的** 研究拔牙位点保存技术对牙列缺失患者美学效果及牙槽骨宽度、高度、密度的影响。**方法** 选取江门市口腔医院 2019 年 1 月至 2021 年 1 月收治的 40 例牙列缺失患者, 将其根据随机数字表法分为两组, 各 20 例。对照组患者开展常规口腔种植拔牙修复技术, 观察组患者开展拔牙位点保存技术, 两组患者均于治疗后随访 3 个月。比较两组患者治疗后 3 个月美学效果、垂直向骨吸收量、唇腭向骨吸收量, 治疗前和治疗后 3 个月牙槽骨宽度、高度、密度变化, 以及患者对美学效果的满意度。**结果** 治疗后 3 个月观察组患者美学效果评分、总美观率及患者总满意率均高于对照组; 垂直向骨吸收量、唇腭向骨吸收量均少于对照组; 相比于治疗前, 两组患者治疗后 3 个月牙槽骨宽度、高度、密度均降低, 但观察组均高于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 在牙列缺失中应用拔牙位点保存技术, 可有效减少患者牙槽骨宽度、高度、密度丢失情况, 提高修复效果和美学效果, 提升患者满意度, 效果显著。

关键词: 拔牙位点保存技术; 牙列缺失; 口腔种植; 美学效果; 牙槽骨高度; 牙槽骨密度; 牙槽骨宽度

中图分类号: R782.11

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.20.0052.03

牙列缺失是临床上一种发病率较高的疾病, 很多患者由于在拔牙之后未能正确进行处理, 从而引发牙槽骨吸收或牙龈萎缩等情况, 对患者种植后恢复效果造成了极大的影响。临床中主要以口腔种植拔牙修复技术治疗牙齿缺失患者, 可对牙齿损伤进行修复, 还可恢复口腔功能, 显著提升患者生活质量。但牙槽嵴在拔牙后会出现, 可缩小牙槽嵴宽度、降低牙槽嵴高度, 继而影响修复效果和美学效果, 同时也会影响患者咀嚼功能的恢复^[1]。随着医疗技术的不断发展, 口腔种植中开始应用拔牙位点保存技术, 该项技术有助于减少拔牙后骨量的丢失, 并能减少牙槽嵴吸收, 从而提高修复效果和美学效果, 且患者接受度较高^[2]。基于此, 本研究旨在探讨牙列缺失患者采用拔牙位点保存技术治疗, 分析其对患者美学效果和牙槽骨指标的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取江门市口腔医院 2019 年 1 月至 2021 年 1 月接收的 40 例牙列缺失患者, 按照随机数字表法分为两组, 均 20 例。对照组患者中男性 13 例, 女性 7 例; 年龄 20~55 岁, 平均 (34.8 ± 2.5) 岁; 患牙共 27 颗, 病因为牙周炎 14 颗, 慢性根尖周炎 12 颗, 根折 1 颗。观察组患者中男性 12 例, 女性 8 例; 年龄 22~57 岁, 平均 (35.1 ± 2.6) 岁; 患牙共 31 颗, 病因为牙周炎 13 颗, 慢性根尖周炎 16 颗, 根折 2 颗。将两组患者一般资料进行比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 组间可进行对比分析。纳入标准: 符合《临床诊疗指南: 口腔医学分册》^[3]中关于牙列缺失的诊断标准; 经口腔检查、临床症状表现确诊者; 明确存在口腔种植拔牙修复适应证者; 精神、语

言表达能力均正常者等。排除标准: 存在拔牙禁忌证者; 拔牙位点伴有急性炎症者; 存在先天性免疫疾病者; 重要脏器功能存在障碍者等。江门市口腔医院医学伦理委员会已批准本研究, 且患者已签署本研究的知情同意书。

1.2 手术方法 对照组患者开展常规口腔种植拔牙修复技术治疗, 前牙黏膜麻醉后, 利用 2% 碘伏在术区、麻醉穿刺点彻底消毒, 分离牙龈, 使用牙钳拔牙。拔牙期间保护牙龈, 避免损伤; 拔牙后对局部感染组织、根尖肉芽、囊肿进行彻底清除; 于微创条件下, 采用 0.9% 氯化钠溶液彻底冲洗创面, 待牙槽内异物清理干净后, 将消毒纱布棉卷放置在创面上, 使患者用力咬合; 30 min 后取出纱布, 进行缝合操作。于术后 3~5 d 应用抗生素进行抗炎治疗, 治疗后 3 个月通过 X 线片复查牙槽骨恢复情况, 待愈合后即可进行种植体植入治疗。观察组患者应用拔牙位点保存技术治疗, 拔牙、清创操作均同对照组, 对拔牙创面彻底冲洗后采用不翻瓣技术, 牙槽窝利用 100~200 g Bio-Oss 骨填充材料, 要求宽度基本相同于相邻牙齿骨面, 或高出相邻牙齿骨面 0.5 mm, 高度要比牙槽嵴高出 0.5 mm, 完成填充, 在上面覆盖胶原膜, 经钛钉固定, 用明胶海绵封闭创面, 完成手术, 嘱咐患者含漱口腔; 术后 8~10 d 拆线, 对软组织进行塑形处理, 采用马里兰桥修复, 愈合后行延期种植手术; 术后 3~5 d, 应用常规抗生素抗炎治疗, 治疗后 3 个月利用 X 线片复查牙槽窝情况, 待愈合后即可进行种植体植入治疗。

1.3 观察指标 ①对两组患者治疗后 3 个月美学效果进行比较, 评估内容包括牙龈颜色、骨吸收量、骨密度、高度、牙槽骨宽度、视觉角度、软组织形态, 采用自制口

腔种植美学效果调查问卷进行评估, 满分 200 分, 得分越高, 美学效果越好^[4]。其中非常美观 160~200 分, 美观 120~159 分, 不美观为 <120 分。总美观率 = 非常美观率 + 美观率。②比较两组患者治疗后 3 个月垂直向骨吸收量及唇腭向骨吸收量, 采用锥形束 CT 检测并记录数据。③比较两组患者治疗前、治疗后 3 个月牙槽骨宽度、高度、密度。利用锥形束 CT 进行检测。④比较两组患者治疗后 3 个月满意度。采用院内自制满意情况调查问卷, 总分 100 分, 85 分以上表示非常满意, 60~85 分表示基本满意, 低于 60 分表示不满意^[5]。总满意率 = (非常满意 + 基本满意) 例数 / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 25.0 软件分析数据, 计量资料 (美学效果评分、垂直向骨吸收量、唇腭向骨吸收量及牙槽骨相关指标) 与计数资料 (美学效果总美观率和满意率) 分别以 ($\bar{x} \pm s$)、[例 (%)] 表示, 分别行 t 、 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 美学效果 与对照组比, 治疗后 3 个月观察组患者总美观率与美学效果评分均升高, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组患者美学效果比较

组别	例数	非常美观 [例 (%)]	美观 [例 (%)]	不美观 [例 (%)]	总美观 [例 (%)]	美学效果评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)
对照组	20	4(20.0)	9(45.0)	7(35.0)	13(65.0)	123.6 ± 5.7
观察组	20	12(60.0)	7(35.0)	1(5.0)	19(95.0)	145.5 ± 3.3
χ^2/t 值					3.906	14.870
P 值					<0.05	<0.05

2.2 垂直向骨吸收量与唇腭向骨吸收量 治疗后 3 个月观察组患者垂直向骨吸收量、唇腭向骨吸收量均少于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者垂直向骨吸收量与唇腭向骨吸收量比较 ($\bar{x} \pm s$, mm)

组别	例数	垂直向骨吸收量	唇腭向骨吸收量
对照组	20	1.2 ± 0.3	2.0 ± 0.8
观察组	20	0.9 ± 0.2	1.5 ± 0.5
t 值		3.721	2.370
P 值		<0.05	<0.05

2.3 牙槽骨宽度、高度及密度 相比治疗前, 两组患者治疗后 3 个月牙槽骨宽度、高度及密度均下降, 但观察组较对照组升高, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 3。

2.4 满意率 治疗后 3 个月观察组患者总满意率为 95.0%, 对照组总满意率为 65.0%, 观察组较对照组升高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 3 两组患者牙槽骨宽度、高度及密度比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	牙槽骨宽度 (mm)		牙槽骨高度 (mm)		牙槽骨密度 (g/cm ²)	
		治疗前	治疗后 3 个月	治疗前	治疗后 3 个月	治疗前	治疗后 3 个月
对照组	20	7.5 ± 0.7	5.6 ± 0.7*	15.8 ± 1.8	12.8 ± 1.3*	1.9 ± 0.4	1.2 ± 0.2*
观察组	20	7.5 ± 0.9	6.2 ± 0.8*	15.7 ± 1.9	14.4 ± 1.6*	1.9 ± 0.3	1.6 ± 0.2*
t 值		0.000	2.524	0.171	3.471	0.000	6.325
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者满意率比较 [例 (%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意
对照组	20	8(40.0)	5(25.0)	7(35.0)	13(65.0)
观察组	20	11(55.0)	8(40.0)	1(5.0)	19(95.0)
χ^2 值					3.906
P 值					<0.05

3 讨论

牙列缺失是口腔科中常见的一种疾病, 治疗时多采用口腔种植修复术, 治疗后患者咀嚼功能会得到有效恢复, 可提升生活质量。但在拔牙后有着较为复杂的恢复过程, 若未能恰当处理, 会造成牙槽窝内的血凝块逐渐积聚, 对牙槽骨的稳定性造成影响, 导致后续口腔种植难度增大^[6]。常规口腔种植修复中, 牙颈附着软组织要先在拔牙前有效分离, 再经物理松动后才能将牙齿拔除, 所以拔牙后会损伤患牙周边组织和牙槽骨骨质, 虽然缝合、止血、消毒的实施能一定程度促进牙周软组织愈合, 却不能改善牙槽骨骨质损伤愈合情况^[7]。

拔牙位点保存技术是一种新型口腔科治疗技术, 有着较强的实用性, 拔牙后, 即刻处理拔牙窝, 尽早充填骨粉, 可有效防止牙槽骨进一步吸收, 且应用不翻瓣技术最大程度保留牙槽骨, 从而有利于牙窝内血液运行, 并尽可能减轻对机体的损伤, 为后续口腔种植提供了最佳治疗条件; 另外通过将拔牙位点保存技术应用于口腔种植中, 完成了对牙槽骨外观及骨密度的有效维持, 牙槽骨吸收问题得到了有效的解决, 使种植体稳定性更强^[8-9]。此外, 充填所使用的骨粉以小牛骨基质作为材料来源, 具有引导牙槽骨再生的作用, 而可吸收的胶原膜覆盖在填充表面后, 一定程度上保护了牙槽窝, 进一步提高口腔种植效果^[10]。本研究表明, 观察组患者治疗后 3 个月美学效果、总美观率均较对照组升高, 垂直向骨吸收量、唇腭向骨吸收量均少于对照组, 提示拔牙位点保存技术在口腔种植中的应用, 可提高患者美学效果和美观度, 有效改善牙槽骨吸收情况, 治疗效果显著。

牙体种植中, 牙槽骨的宽度和高度属于支撑结构, 宽度、高度适中, 且骨密度良好情况下, 可为后续口腔种植

胸腔镜微创术后不留置胸腔引流管 在胸部快速康复外科中的效果研究

林震宇, 吴金伟

(南宁市第四人民医院胸外科, 广西 南宁 530002)

摘要: **目的** 探讨胸腔镜微创术后不留置胸腔引流管在胸部快速康复外科中的可行性与安全性。**方法** 回顾性分析南宁市第四人民医院于 2020 年 2 月至 2021 年 6 月收治的 70 例胸腔镜微创术患者的临床资料, 根据术后有无留置引流管将其分为 A 组和 B 组, 各 35 例。其中 A 组患者术后留置胸腔引流管, B 组患者术后不留置胸腔引流管, 两组患者均于出院 1 周后进行复查。对比两组患者手术相关指标、术后 1、2、3 d 的视觉模拟疼痛量表 (VAS) 评分, 术前与术后 1 d 的应激指标水平变化, 以及术后并发症发生情况。**结果** B 组患者术后早期下床活动时间与住院时间均显著短于 A 组; 术后 1~3 d, 两组患者 VAS 评分均呈下降趋势, 且 B 组显著低于 A 组; 与术前比, 术后 1 d 两组患者血清去甲肾上腺素 (NE)、促肾上腺皮质激素 (ACTH)、内皮素 (ET)、皮质醇 (Cor) 水平均显著升高, 但 B 组显著低于 A 组 (均 $P < 0.05$); 两组患者手术时间、术中出血量及并发症总发生率比较, 差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$)。**结论** 胸腔镜微创术后不留置胸腔引流管在快速康复外科中的应用效果明显, 可以在不增加并发症的情况下, 减轻患者术后的应激反应与疼痛, 缩短治疗时间, 具有一定的可行性与安全性。

关键词: 胸腔镜微创术; 胸腔引流; 快速康复外科

中图分类号: R655

文献标识码: A

文章编号: 2096-3718.2021.20.0054.04

作者简介: 林震宇, 主治医师, 硕士研究生, 研究方向: 胸外科。

提供更加良好的基础条件。在牙生长过程中, 随着牙槽骨的生长, 拔牙后会失去功能性刺激, 将无法再刺激牙槽骨, 导致生理基础改变, 主要表现为牙槽嵴萎缩, 应用拔牙位点保存技术后, 利用骨和骨代替材料填充拔牙部位, 会尽可能减少残余牙槽嵴的吸收, 维持牙窝内的骨和骨量, 提高拔牙质量, 确保顺利放置口腔种植体^[1]。此外, 应用拔牙位点保存技术后可充分弥补常规拔牙治疗的不足, 利于咀嚼功能良好的恢复, 有助于提高患者对治疗的满意度。本研究结果显示, 观察组患者治疗后 3 个月牙槽骨宽度、高度、密度及总满意度均较对照组升高, 提示应用拔牙位点保存技术治疗口腔种植, 可有效减少牙槽骨变化, 提高患者满意度。

综上, 牙列缺失中应用拔牙位点保存技术后, 可提高牙槽骨的美观程度, 减少牙槽骨宽度、高度、密度丢失情况, 同时充分满足患者对拔牙后的美观度要求, 继而提升患者对整体治疗的满意程度, 且治疗效果显著, 值得临床进一步推广。

参考文献

- [1] 赵炜, 胡砚平, 叶明福, 等. 拔牙位点保留技术在口腔种植患者中的应用效果 [J]. 临床医学工程, 2020, 27(5): 591-592.
- [2] 李伟. 探讨拔牙位点保存技术在口腔种植修复中的应用效果 [J]. 中国实用医药, 2020, 15(27): 93-95.

- [3] 中华医学会. 临床诊疗指南: 口腔医学分册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 61.
- [4] 谢代华. 拔牙位点保存技术在口腔种植临床中的应用效果观察 [J]. 中国药物与临床, 2020, 20(3): 409-410.
- [5] 陈亚莉. 保存拔牙位点对口腔种植患者牙槽美学效果及患者满意度的影响 [J]. 河南医学研究, 2020, 29(4): 609-611.
- [6] 韦彦锋, 刘艳春, 白琴, 等. 口腔种植修复与常规修复对牙列缺损患者的治疗效果及预后影响 [J]. 临床和实验医学杂志, 2017, 16(21): 2171-2173.
- [7] 赵丽. 拔牙位点保存技术对口腔种植患者牙槽美学效果的影响 [J]. 全科口腔医学电子杂志, 2020, 7(2): 138, 146.
- [8] 郑少平. 拔牙位点保存技术对前牙口腔种植患者牙槽骨骨量及牙槽美学效果的影响 [J]. 当代医学, 2020, 26(3): 173-174.
- [9] 宋勇, 李想, 曹艳妮, 等. 基于 Bio-Oss Geistlich 的拔牙位点保存技术对牙槽骨吸收及短期美学疗效的影响 [J]. 现代医学, 2017, 45(7): 965-969.
- [10] NOHARET R, DOOREN E V. Combination of cone beam computed tomography and CAD-CAM techniques for maintaining natural emergence profile in immediate extraction and/or implant placement and restoration of a central incisor: A dental technique[J]. J Prosthet Dent, 2019, 122(3): 193-197.
- [11] 梁向新, 余晓波, 黄嫒. 拔牙位点保存技术对口腔种植患者牙槽美学效果的影响 [J]. 广东医学, 2017, 38(23): 3628-3630.