

在美学区口腔种植中应用骨劈开联合骨挤压及引导骨组织再生技术的效果分析

宋 勇

江苏省南京鼓楼医院集团宿迁市人民医院口腔科 江苏宿迁 223800 徐州医科大学附属宿迁医院

【摘要】目的 本次研究分析在美学区口腔种植中采用骨劈开联合骨挤压及引导骨组织再生技术的应用效果。**方法** 本次研究从前牙美学区口腔种植患者中选取 100 例, 研究时间从 2016 年 3 到 2018 年 3 月, 将种植方式作为分组依据, 分为 2 组。实验组患者采用骨劈开联合骨挤压及引导骨组织再生技术, 对照组患者采用骨劈开联合骨挤压术, 对比治疗效果。**结果** 实验组患者美学评分较高, 两组对比存在统计学差异 ($P<0.05$); 实验组患者牙槽嵴宽度增加较多, 两组对比存在统计学差异 ($P<0.05$)。**结论** 通过本次研究得知, 在美学区口腔种植中采用骨劈开联合骨挤压及引导骨组织再生技术, 可提高种植成功率, 改善口腔种植质量。

【关键词】 美学区口腔种植; 骨劈开; 骨挤压; 引导骨组织再生技术

【中图分类号】 R783.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 11-118-01

在传统口腔种植当中, 只有患者局部牙槽骨的厚度在 5mm 以上才能顺利完成种植, 而在患者牙齿缺失后的牙周的牙槽骨会被吸收, 从而使得牙槽嵴宽度下降, 根据临床研究得知, 当患者的牙槽嵴骨宽度在 3 到 5mm 的时候, 需要采用骨劈开术才能获得满意疗效, 而唇侧骨瓣是具有可动性的, 无法保持植入材料的稳定, 因此需要再次使用骨挤压术, 让植入体更好的固定。本次研究特对本院 100 例美学区口腔种植患者采用不同治疗方案, 探究骨劈开联合骨挤压及引导骨组织再生技术的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本次研究样本从本院前牙美学区口腔种植患者中选取 100 例, 研究时间从 2016 年 3 月到 2018 年 3 月, 将种植方式的差异作为分组依据, 分别分为 2 组, 其中实验组患者中, 男性患者选取 21 例, 女性患者选取 29 例, 患者年龄在 21-36 岁之间, 年龄均值为 (25.8 ± 2.1) 岁; 对照组患者中, 男性患者 28 例, 女性患者 22 例, 患者年龄在 21-38 岁之间, 年龄均值为 (28.6 ± 1.3) 岁, 从实验组与对照组患者的一般资料差异上看, 不会对本次研究科学性造成影响。

1.2 方法

骨劈开术: 采用微型电锯片沿着患者牙槽嵴顶中间的邻牙根作切口, 锯成骨槽, 采用骨劈凿子沿着切口进行凿入, 分离患者唇侧骨板与唇侧古板, 根据种植体的需要确定凿入深度。骨挤压术: 采用微创骨挤压器楔入, 扩大洞形后置入种植体, 将唇侧的骨皮质瓣进行复位。引导骨组织再生技术: 采用牙周探针测量患者骨间隙处与唇侧骨缺损的大小, 采用生理盐水与人工骨粉进行调制, 置入种植体的暴露区域, 保证种植体周围的骨覆盖厚度在 2mm 以上, 将胶原膜覆盖在缺损区域, 对周围的软组织进行潜行与分离操作, 减小张力后关闭窗口, 对伤口进行缝合。

1.3 观察指标

①美学评分、②牙槽嵴宽度

1.4 统计学处理

统计学软件采用 SPSS22.0, 分析研究所得数据。计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料采用 % 表示, 以 t 与 χ^2 检验。当 $P < 0.05$ 时, 对比差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 美学评分

表 1: 两组患者修复后美学评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	修复完成后美学评分	术后 1 年美学评分
实验组	50	5.41 ± 0.76	$12.34 \pm 2.44^{\#}$
对照组	50	5.43 ± 0.91	10.00 ± 1.45

注: $\#$ 与对照组相比, $P < 0.05$

2.2 牙槽嵴宽度

表 1: 两组患者修复后牙槽嵴宽度 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (n)	修复完成后牙槽嵴宽度	术后 1 年牙槽嵴宽度
实验组	50	4.50 ± 0.52	$7.01 \pm 0.88^{\#}$
对照组	50	4.50 ± 0.47	5.71 ± 0.63

注: $\#$ 与对照组相比, $P < 0.05$

3 讨论

在患者牙齿缺失后, 患者的牙槽骨会出现生理性吸收^[1], 而对于牙周疾病患者也会导致患者缺牙区域估量缺损, 患者种植区的骨质、骨量是种植手术成功的关键因素。因此在口腔修复患者中^[2], 需要提高患者的骨增量, 以此来保证患者种植成功率, 其中骨劈开术、骨挤压术都属于常见的提高骨增量方式, 并且在临床实践中取得了显著疗效^[3]。但是在骨挤压术之后患者容易出现局部骨裂的现象, 此时再采用骨组织再生技术, 诱导骨再生与愈合。而引导骨组织再生技术则可以通过人工骨粉的植入来诱导患者骨损伤区域的骨再生, 可以改善种植区估量不足的问题, 还能达到长期稳定的临床疗效。

虽然两种种植技术的种植成功率都没有较大差异, 但是骨劈开联合骨挤压及引导骨组织再生技术的应用远期疗效明显更好, 比如采用骨劈开联合引导骨组织再生技术患者可以提高牙槽嵴的宽度增加值, 在劈开之后, 患者唇侧骨瓣可动性比较强, 因此植入的材料难以稳定, 因此需要采用骨挤压术进行固定, 但是如果采用骨劈开联合骨挤压之后, 会在患者骨表面产生骨裂现象, 如果没有给予相应的处理, 会对骨质愈合造成较大的影响, 而引导骨组织再生技术则通过人工骨粉的将胶原骨膜进行覆盖, 从而阻止非成骨细胞的进入, 诱导骨再生。

在本次研究中, 对比两组患者美学评分, 并以此作为种植效果的评判依据, 统计得知, 实验组患者美学评分较高, 两组对比存在统计学差异 ($P < 0.05$); 对比两组手术前后牙槽嵴宽度, 并以此作为种植质量的评判依据, 统计得知, 实验组患者牙槽嵴宽度增加较多, 两组对比存在统计学差异 ($P < 0.05$)。

综上所述, 通过本次研究得知, 在美学区口腔种植中采用骨劈开联合骨挤压及引导骨组织再生技术, 可提高种植成功率, 改善口腔种植质量。

参考文献

- [1] 范静. 骨劈开、骨挤压术及 GBR 技术在前牙美学区种植的临床应用研究 [J]. 中国医学创新, 2016, 13(11):33-37.
- [2] 联合应用骨劈开、骨挤压术、引导骨组织再生技术并同期种植手术方案的短期临床疗效分析 [J]. 中国实用口腔科杂志, 2016, 9(9):532-537.
- [3] 陆学伟, 崔玲玲, 吴衍昌, et al. 垂直纵向骨劈开联合骨挤压和骨引导再生术在上颌前牙种植中的应用 [J]. 黑龙江医学, 2016, 30(8):579-580.