

• 论 著 •

分析前牙微创拔牙后即刻种植和位点保存常规种植疗效

刘泳之 曾婷雯

长沙市口腔医院 湖南长沙 410000

【摘要】目的 探讨分析前牙微创拔牙后即刻种植与位点保存种植的临床疗效。**方法** 按数字法随机选取本院收治的 36 例前牙微创拔牙患者,均等分为 18 例实验组和 18 例对照组,在前牙微创拔牙后,对对照组患者实行位点常规种植,对实验组患者采用即刻种植,比较两组患者的治疗满意度、种植体边缘骨水平及美学效果。**结果** 实验组患者满意度高达 94.44%,优于对照组的 66.67%;且患者的 WES、PES 评分要高于对照组 ($P>0.05$);对比两组患者的种植体边缘骨水平,无意义 ($P>0.05$)。**结论** 在同等疗效的不同治疗方式中,即刻种植的美容效果比位点保存种植的效果更佳,患者满意度更高,建议推广。

【关键词】 前牙微创拔牙;即刻种植;位点保存常规种植;临床疗效**【中图分类号】** R783.6**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-7711 (2019) 10-001-02

随着种植外科技术的日趋完善与成熟,所用的新型材料越来越丰富,牙齿缺损的治疗首选方案为种植修复。与传统的种植观念相悖的是,无需 3 个月的等待期,在手术前期准备完善的条件下,前牙微创拔牙联合即刻种植能有效地缩短患者的治疗时间,且能保证良好的临床疗效^[1]。本次实验就是为了探讨分析前牙微创拔牙后即刻种植和位点保存常规种植的疗效,报告如下:

1 资料与方法**1.1 基本资料**

随机挑选我院 2017 年 6 月~2019 年 3 月间收治的 36 例前牙微创拔牙患者为研究对象,均等分为 18 例实验组和 18 例对照组。实验组年龄 20~54 岁,平均年龄 (34.56 ± 2.71) 岁;男 10 例,女 8 例。对照组年龄 22~53 岁,平均年龄 (35.20 ± 2.58) 岁;男 11 例,女 7 例。对比两组的基本资料,无差异 ($P>0.05$)。

1.2 方法

实验组患者牙槽窝内未有明显的感染,唇侧骨板完整,软、硬组织丰富;在微创拔牙后,先对其进行常规消毒,采用阿替卡韦进行局部麻醉,将牙膜分离器楔入牙龈、牙槽窝间,切断牙膜,拔出松动的患牙,不做其余切口,采用生理盐水冲洗牙周膜、牙窝等组织;判定种植体的大小和方向,选择合适的种植体:定点拔牙窝腭侧壁,选用先锋钻座机钻孔,将相等的种植体植入龈缘下的 3mm 处,与天然牙相距 1.4mm 以上,一般情况下,保持种植体唇侧、骨壁间 2mm 的间隙,植入扭力高于 36Ncm^[2]。

对照组患者选择位点保存常规种植:该组患者均唇侧骨板薄弱,拔牙后其骨质较软,牙槽窝内有较多的炎性肉芽组织存在。患者愈合后 CT 检查,植入种植体,方法与实验组一致。

1.3 观察指标

观察两组患者的治疗满意度,总分 100 分:(1)满意:90 分(包含)以上的;(2)一般:位于 60 分(包含)和 90 分之间的;(3)不满意:低于 60 分的。

观察两组患者的种植体边缘骨水平:根据 WES 和 PES 评价美学效果。

1.4 统计学指标

使用 SPSS.19 分析实验数据, ($\bar{x} \pm s$) 与 (%) 分别表示计量与计数资料,组间比较由 t 与 χ^2 检验。 $P<0.05$,有意义。

2 结果**2.1 比较两组患者治疗满意度**

对照组患者的治疗满意度为 66.67%,明显低于实验组的 94.44%,组间差异明显 ($P<0.05$)。详见表 1。

表 1: 两组患者治疗满意度的对比 [n (%)]

组别	例数	满意	一般	不满意	满意度
实验组	18	11 (61.11)	6 (33.33)	1 (5.55)	17 (94.44)
对照组	18	5 (27.78)	7 (38.89)	6 (33.33)	12 (66.67)
χ^2 值					4.4335
P 值					0.0352

2.2 比较两组患者的种植体边缘水平

对照组患者远中侧骨吸收量、种植体周围探诊深度、近中侧骨吸收量,均要大于实验组,但两组相比,差异不明显 ($P>0.05$)。详见表 2。

表 2: 两组患者种植体边缘水平的对比 [n (%)]

组别	例数	远中侧骨吸收量	种植体周围探诊深度	近中侧骨吸收量
实验组	18	0.39 ± 0.29	1.98 ± 0.33	0.34 ± 0.31
对照组	18	0.42 ± 0.30	2.01 ± 0.32	0.36 ± 0.32
T 值	—	0.3050	0.2768	0.1904
P 值	—	0.7622	0.7835	0.8501

2.3 比较两组患者的美学效果

实验组患者的 WES 评分、PES 评分均高于对照组的 ($P<0.05$)。详见表 3。

表 3: 两组患者美学效果的对比 [n (%)]

组别	例数	WES 评分	PES 评分
实验组	18	8.34 ± 0.33	8.46 ± 0.39
对照组	18	5.92 ± 0.21	5.99 ± 0.32
T 值	—	26.2485	20.7725
P 值	—	0.0000	0.0000

3 结论

牙科重建是临床中最为困难的工作,原因在于牙齿拔出后,牙槽骨吸收,唇颊侧骨板随着产生吸收的变化,继而引发唇颊侧的软组织下塌,且牙龈乳头出现缺损。微创拔牙的优势在于创伤小,骨组织损伤程度较轻,种植体初期的稳定性高;当其联合即刻种植时,种植体能准确植入牙槽窝内,和常规的种植手术相比,种植体周围的牙槽骨骨量不足^[3]。这意味着,在明确种植体的植入位置、方向的同时,要兼顾考虑种植体

(下转第 3 页)

表 3: 细菌培养药敏结果分析 [n(%)]

抗菌药物	表皮葡萄球菌 (n=14)	金黄色葡萄球菌 (n=7)	头状葡萄球菌 (n=3)	铜绿假单胞菌 (n=7)	大肠埃希菌 (n=4)	鲍曼不动杆菌 (n=3)
万古霉素	11 (78.57%)	6 (85.71%)	3 (100.00%)	0 (0.00%)	1 (25.00%)	0 (0.00%)
利奈唑胺	10 (71.43%)	6 (85.71%)	2 (66.67%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
丁胺卡那	6 (42.86%)	2 (28.57%)	1 (33.33%)	1 (14.26%)	1 (25.00%)	0 (0.00%)
氯霉素	1 (7.14%)	1 (14.29%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (25.00%)	0 (0.00%)
头孢哌酮舒巴坦	1 (7.14%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	6 (85.71%)	4 (100.00%)	1 (33.33%)
头孢他啶	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	5 (71.43%)	3 (75.00%)	1 (33.33%)
美罗培南	0 (0.00%)	2 (28.57%)	1 (33.33%)	4 (57.14%)	3 (75.00%)	2 (66.67%)
左氧氟沙星	2 (14.26%)	2 (28.57%)	1 (33.33%)	1 (14.26%)	2 (50.00%)	0 (0.00%)
庆大霉素	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (25.00%)	0 (0.00%)

本文通过收集临床资料发现老年、股静脉置管、导管留置时间大于 15d 在 CRI 患者中构成比较高。这可能是老年患者心肺、胃肠等多个脏器功能逐渐衰退, 营养吸收减少, 机体抵抗力逐渐下降, 且老年患者存在血管硬化, 血管条件差, 常需多次穿刺才能成功, 增加感染风险^[6]。股静脉置管位于腹股沟处, 靠近肛门及生殖器, 该处由于毛发、潮湿等因素, 常易滋生细菌, 使得股静脉置管感染率明显升高。多项研究表明^[4, 7] 导管留置时间是 CRI 的独立危险因素, 导管留置的 1~2 天内可在导管表面形成一层疏松的纤维蛋白鞘, 细菌可沿着导管表面侵入血液, 导致 CRI。张燕等^[5] 发现导管留置时间 ≥ 2 周感染率明显高于 < 2 周者, 但有学者研究发现导管留置时间 28d 内一般不会出现 CRI, 如时间超过 2 月则近 50% 患者出现 CRI^[8]。

临床上对于任何存在感染的疾病均建议行细菌培养检查, 再根据细菌培养结果及药敏实验选择抗生素治疗。然而, 在实际临床工作中, 细菌培养及药敏实验周期较长, 常先经验性选择抗生素治疗, 以免延误病情。因此, 应对 CRI 常见的病原菌较为熟悉才有利于抗生素的选择。本研究共分离出 38 例菌株, 革兰阳性菌株占 63.16%, 革兰阴性菌株占 36.84%, 与赵茜芸^[9] 等结果研究一致, 这可能是与革兰阳性菌易在皮肤定植和繁殖, 容易通过导管造成侵入性感染相关。本研究发现革兰阳性球菌以表皮葡萄球菌、金黄色葡萄球菌为主, 对万古霉素、利奈唑胺敏感性较高; 革兰阴性菌以铜绿假单胞菌、大肠埃希菌为主, 对头孢他啶、头孢哌酮舒巴坦敏感性较高, 与国内多中心^[9, 10] 研究基本一致。

综上所述, 慢性肾衰竭血液透析发生导管相关性感染患者以老年人、股静脉置管、导管留置时间长者多见, 感染细菌以革兰氏阳性菌为主, 对万古霉素、利奈唑胺敏感性较高。

参考文献:

[1] 傅丽丽, 陈颖, 王云燕, 等. 血液透析患者中心静

脉导管相关性血流感染研究进展 [J]. 解放军预防医学杂志, 2016, 34(3):52.

[2] Chua HR, Schneider AG, Sherry NL, et al. Initial and extended use of femoral versus nonfemoral double-lumen vascular catheters and catheter-related infection during continuous renal replacement therapy [J]. Am J Kidney Dis, 2014, 64(6):909-917.

[3] Mermel LA, Allon M, Bouza E, et al. Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Intravascular Catheter-Related Infection: 2009 Update by the Infectious Diseases Society of America [J]. Clin Infect Dis, 2009, 49(1):1-45.

[4] 李琴, 刘凌云, 汪力. 长期透析患者置管导管相关性感染的危险因素调查分析 [J]. 西部医学, 2018, 30(7):1064-1068.

[5] 张燕, 王少亭, 张瑾, 等. 血液透析中心静脉导管相关性感染危险因素分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2013, 23(5):1000-1001.

[6] 陈杏迪. 外周中心静脉置管导管相关性感染的因素分析及对策 [J]. 中华医院感染学杂志, 2012, 22(16):3497-3498.

[7] 方帆, 杜晓刚. 尿毒症患者导管相关性血流感染的危险因素分析 [J]. 中国血液净化, 2017, 16(6):423-426.

[8] De Cicco M, Campisi C, Matovic M. Central venous catheter-related bloodstream infections: Pathogenesis factors, new perspectives in prevention and early diagnosis [J]. Vasc Access, 2003, 1(4):83-89.

[9] 赵茜芸, 丛静静, 鲁业芳, 等. 血液透析患者中心静脉导管相关性血流感染的病原菌分布与耐药性及相关因素分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(21):4891-4894.

[10] 张林娟, 周晓峰, 张鹏远, 等. 血液透析患者中心静脉导管留置发生导管相关性感染的特点单中心分析 [J]. 中华医院感染学杂志, 2017, 27(11):2453-2456.

(上接第 1 页)

的材料, 避免在新骨形成的后期因唇侧骨板吸收致软组织塌陷而引发美学问题。何艳召等人^[4] 的研究中, 选取了 76 例前牙微创拔牙患者, 实验发现, 甲乙两组患者的种植体边缘骨水平无差异 ($P>0.05$); 甲组的 WES、PES 评分和总体满意度均优于对照组 ($P<0.05$), 和本文完全一致。本次研究发现: 实验组患者满意度高达 94.44%, 优于对照组的 66.67%; 且患者的 WES、PES 评分要高于对照组 ($P>0.05$); 而两组患者的种植体边缘骨水平相比, 无差异 ($P>0.05$)。

综上所述, 在同等疗效的不同治疗方式中, 即刻种植的美容效果比位点保存种植的效果更佳, 患者满意度更高, 值

得在临床中广泛应用。

参考文献:

[1] 徐景明, 陈冬雷, 汤春波, 等. 前牙微创拔牙后即刻种植和位点保存常规种植疗效的临床回顾性研究 [J]. 口腔医学, 2017, 37(04):325-330.

[2] 尹东, 王天鹏, 李佳琦, 等. 30 例前牙美学区微创拔牙即刻种植的临床效果 [J]. 宁夏医科大学学报, 2018, 40(01):105-107.

[3] 何艳召, 丁伯峰, 田雪丽. 前牙微创拔牙后即刻种植和位点保存常规种植疗效比较 [J]. 医学理论与实践, 2018, 31(06):866-868.