

探讨即刻种植牙法和常规种植牙法对牙齿缺失的治疗效果

林继明

泉州医学高等专科学校附属人民医院 福建泉州 362000

【摘要】目的 对即刻种植牙法与常规种植牙法在牙齿缺失患者中的治疗效果进行调查。**方法** 选择我院54例牙齿缺失患者为调查样本,将其随机分为对照组、观察组,两组人数相等,对照组给予常规种植,观察组给予即刻种植,对患者牙齿种植情况进行评估。**结果** 两组患者治疗后1个月、3个月、6个月稳定系数无统计差异($P>0.05$);治疗后1个月牙颈部骨量吸收程度无统计差异($P>0.05$);治疗后3个月、6个月观察组患者牙颈部骨量吸收程度少于对照组,统计有差异($P<0.05$)。观察组患者并发症发生率为3.70%,对照组为25.92%,统计有差异($P<0.05$)。观察组患者口腔外观恢复正常时间、总治疗时间均少于对照组,统计有差异($P<0.05$)。**结论** 即刻种植牙法在牙齿缺失中的治疗效果更理想,治疗安全性更高。

【关键词】 即刻种植牙法; 常规种植牙法; 牙齿缺失**【中图分类号】** R783**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1672-0415 (2020) 10-043-02

牙齿缺失对牙列完整度、口腔功能有着明显的影响,牙齿缺失多由龋齿、牙周病等因素导致。口腔种植是修复牙齿缺失的主要方式,口腔修复根据患者种植时间可分为即刻种植和延迟种植两种方式,此两种方式均通过人工材料制作牙根形态种植体并将其置入牙颌,连接支持上部的牙修进行修复,此种方式治疗后能够恢复牙齿缺失,改善口腔功能和美观度^[1]。延迟种植是现阶段临床中常规治疗方式,使用率非常高,即刻种植是一种新的种植方式,两种方式种植周期差异较大,本次研究将针对两种方式的种植效果进行调查。内容如下:

1 资料与方法**1.1 一般资料**

选择我院54例牙齿缺失患者为调查样本,本次研究时间为2019年7月-2020年8月。纳入标准:所有患者均符合牙齿种植适应症;均为单牙缺失;无牙槽骨缺损、骨折表现;牙种植区牙龈状态良好;患者知情且同意参与调查。排除标准:凝血功能障碍、牙周病;种植区域骨量不足。

对照组:男性14例,女性13例,患者年龄平均 (36.8 ± 5.7) 岁,龋齿15例、外伤12例,牙齿根尖可用骨高度 (5.2 ± 1.3) mm。

观察组:男性13例,女性14例,患者年龄平均 (37.2 ± 5.4) 岁,龋齿16例、外伤11例,牙齿根尖可用骨高度 (5.5 ± 1.4) mm。

1.2 一般方法

对照组:患者采用常规种植治疗。通过影像扫描明确患者牙槽骨情况,完成前后牙永久性修复拆除后2-3个月进行复查,评估牙窝愈合情况,达到种植标准者开始种植。常规麻醉后于局部牙槽嵴顶略偏腭一侧做切口,切开黏膜后充分暴露种植区,根据患者情况选择种植体系,制备种植窝,置入Bio-oss骨粉,覆

盖生物膜,植入过程中扭矩在35Ncm以上,减张缝合切口。术后给予抗感染治疗,时间为3天。1周后拆线,患者半年左右复查,开展二期种植,种植后完成全冠修复。

观察组:患者采用即刻种植。通过影像扫描明确患者牙槽骨情况,选择微创动力系统拔牙,最大限度减小牙槽骨损伤,避免引发过度疼痛、出血症状。针对牙周骨完整、牙槽骨高度不足者可根据翻瓣范围选择切口位置完成拔牙,操作过程中禁止摇晃患牙,拔牙后采用生理盐水冲洗口腔,清理牙窝内肉芽组织、碎屑组织以及牙周膜。测量牙根长度、牙颈部宽度,根据测量结果选择合适的种植体。制备种植窝,保证置入深度超过牙槽窝底3.0mm。牙冠低于槽嵴顶约0.5mm左右。调整种植体与对侧牙轴保持良好对称性,术后缝合创面。术后2-3个月复查一次。

1.3 观察指标

观察指标包括种植后种植体系稳定系数、牙颈部骨量吸收程度、并发症发生率、口腔外观恢复正常时间、总治疗时间。采用ISQ系数评估种植体系稳定度。

1.4 数据统计

采用SPSS21.0软件处理文中数据,计量资料采用 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,资料t检验;计数资料采用百分比表示,资料卡方检验, $P<0.05$ 视为具有统计学差异。

2 结果**2.1 种植情况评估**

两组患者治疗后1个月、3个月、6个月稳定系数无统计差异($P>0.05$);治疗后1个月牙颈部骨量吸收程度无统计差异($P>0.05$);治疗后3个月、6个月观察组患者牙颈部骨量吸收程度少于对照组,统计有差异($P<0.05$),详见下表。

表1: 种植情况评估

组别	稳定系数			牙颈部骨量吸收程度 (mm)		
	治疗后1个月	治疗后3个月	治疗后6个月	治疗后1个月	治疗后3个月	治疗后6个月
对照组	61.42±7.34	65.72±8.13	66.74±7.52	0.18±0.04	0.55±0.06	1.62±0.08
观察组	61.73±8.24	67.21±8.55	68.83±8.42	0.17±0.03	0.42±0.03	1.02±0.06
t	0.14	0.69	0.96	1.03	10.06	31.17
P	0.88	0.49	0.34	0.30	0.00	0.00

2.2 并发症发生率

观察组患者并发症发生率为3.70%,对照组为25.92%,统计有差异($P<0.05$),详见下表。

表2: 并发症发生率

组别	牙周红肿	溢脓	牙齿松动	发生率
对照组	3例	2例	2例	25.92%
观察组	1例	0例	0例	3.70%
χ^2	—	—	—	5.28
P	—	—	—	0.02

2.3 康复时间统计

观察组患者口腔外观恢复正常时间、总治疗时间均少于对照组,统计有差异($P<0.05$),详见下表。

表3: 康复时间

组别	口腔外观恢复正常时间 (d)	治疗总时间 (d)
对照组	23.65±4.56	29.65±4.13
观察组	17.42±3.16	23.11±3.62
t	5.83	6.18
P	0.00	0.00

3 讨论

牙齿龋坏、外力损伤均是导致牙齿缺失的重要因素,近年来,

人们生活结构、饮食结构均发生了剧大的变化,口腔问题发生率越来越高,尤其是中老年人群,发生牙齿缺损的几率非常高,不仅影响牙齿美观度同时也影响患者日常生活。牙齿缺损要积极进行治疗,否则会导致邻牙稳定性下降,牙列稳定性也会受到影响,严重者会导致其他牙齿松动脱落,因此,要积极开展治疗^[3]。牙齿种植是最常用的治疗方式,牙齿种植相对于义齿来说优势明显,其无需取戴,舒适度、美观度更高,对咀嚼功能的影响程度更小,因此临床使用率更高。

牙齿缺失的种植有两种方式,常规方式为延期种植,在拔牙后等待牙窝修复达到标准后开展种植。此种治疗方式治疗周期长,对患者的生活影响严重,且此种方式需要二次手术操作,对牙龈、牙槽骨均会带来一定的损伤,不符合临床微创治疗理念,因此需要选择更为简单、安全的方式进行治疗。即刻种植是指在拔牙完成后立刻开展牙齿种植操作。有研究发现,拔牙后立刻开展种植牙齿治疗能够减少牙槽骨吸收,最大限度维持种植区域内生理结构稳定性,同时能够减少治疗中植骨量,让种植体与自身骨骼有更大的融合空间,有效保存自体牙槽骨骨密度,对种植体植入更为有利。此外,拔牙后即刻种植也能够缩短患者治疗周期,有效避免牙龈等软组织萎缩、变形,且治疗无需二次操作,能够减少牙龈损伤,对患者牙龈美观度、种植后康复均有利。

在本次研究结果中发现,两组患者治疗后1个月、3个月、6个月稳定系数无统计差异,说明两种牙齿种植方式均能够促进

种植体周边骨组织生长、钙化,种植体负重能力、牙周组织强度能够达到理想效果。但治疗后3个月、6个月观察组患者牙颈部骨量吸收程度少于对照组,患者口腔外观恢复正常时间、总治疗时间均少于对照组,种植后并发症发生率少于对照组。对结果进行分析后我们认为,常规种植过程长,患者需要经历两次手术治疗,创伤较大,因此,牙前区唇侧骨板容易被吸收,导致后期种植区域骨量不足、厚度不足,种植后会增加骨组织开裂风险,牙槽萎缩几率更高,因此,发生其他牙周病、牙齿松动的几率也会增加。且常规种植拔牙后3个月才能够开始种植,此期间患者生活质量也会受到严重明显,因此,选择即刻种植法更为有效。

总的来说,针对牙齿缺失牙体种植患者来说,即刻种植牙法的治疗安全性更高,患者术后并发症发生率更低,能够有效缩短治疗周期,减轻患者治疗痛苦,是一种更为安全有效的治疗方式,更值得推广。

参考文献

- [1] 高敏,宋明文.牙齿缺失患者行即刻种植牙法与常规种植牙法治疗的临床疗效比较分析[J].全科口腔医学电子杂志,2019,6(26):30.
- [2] 冯佳仪.即刻种植牙和常规种植牙在前后牙永久性修复拆除后治疗中的疗效对比[J].现代诊断与治疗,2019,30(02):260-261.
- [3] 高尔涵.即刻种植牙法与常规种植牙法治疗牙齿缺失的临床疗效观察[J].中国实用医药,2017,12(33):64-65.

(上接第41页)

合使用,临床效果较为显著。左卡尼汀是一种内源性物质,在对患者的自身机体代谢功能进行改善方面,具有较好的功效,是一种天然的营养类药物,能够在氧化作用下全面促进患者脂类、葡萄糖及氨基酸的代谢,同时有效地改善患者本身机体的能量供应。此类药物对于糖尿病患者而言,有着良好的临床治疗效果,能够全面地提升患者对于胰岛素的抵抗性,使自身的糖耐量得到强化,对于患者血糖的控制,具有极为重要的作用。联合使用两种药物,能够全面地稳定患者的临床各项指标,其不良反应发生率也相对较低,在临床用药方面,有着较高的安全系数。本次研究结果显示:研究组不良反应发生率、餐后2小时血糖、空腹血糖、尿素氮、尿微球蛋白、24h蛋白尿均低于对照组,差异明显, $(P < 0.05)$ 。

综上所述,采用左卡尼汀联合前列地尔对糖尿病肾病治疗可帮助患者降低不良反应,改善肾功能及血糖水平。

(上接第42页)

开胆管以及狭窄段,接触狭窄,并将结石清除干净,但肝内胆管未得到清除,造成患者术后容易复发,需要再次接受手术治疗。给予患者肝方叶切除能够将肝内结石一并切除,并清除受到胆管狭窄影响的病变肝脏和感染灶,对结石复发具有预防作用。肝方叶切除会充分暴露肝总管上缘以及各级胆管,在手术视野内切开病变胆管,有效解除狭窄,在B超以及胆道镜的辅助下,能够在直视条件下充分取石^[5]。同时给予患者高位胆肠吻合术以及胆汁引流,可有效达到手术治疗目标。

肝方叶切除手术能够一次性清除感染灶,接触胆管狭窄,切除病变肝脏,有效降低胆结石复发率,治疗效果确切,具有较高的推广价值。本组研究对比行肝方叶切除术患者的手术疗效,研究结果显示,对照组治疗有效率25例(73.5%)。观察组治疗有效率31例(91.2%)。对照组残石率10例(29.4%),复发率5例(14.7%)。观察组残石率3例(8.8%),复发率1例(2.9%)。2组对比,差异显著 $(P < 0.05)$ 。证实患者行肝方叶切除术有利于提高疗效,降低复发率以及残石率,提高治疗效果。同时经过肝功能检查,对照组AST (81.28 ± 5.46) IU/L,ALT (60.43 ± 7.26) IU/L,ALP (60.58 ± 6.67) IU/L。观察组AST (55.70 ± 5.21) IU/L,

参考文献

- [1] 李春霞.为慢性肾脏病患者使用前列地尔联合左卡尼汀进行治疗的效果观察[J].当代医药论丛,2019,17(14):37-38.
- [2] 李强盛.前列地尔联合左卡尼汀对终末期糖尿病肾病患者肾功能、炎症反应影响[J].医学理论与实践,2019,32(12):1850-1851.
- [3] 赵光明.前列地尔联合左卡尼汀对糖尿病肾病患者血糖及肾功能指标的影响[J].实用糖尿病杂志,2019,15(03):45-46.
- [4] 黄振,蒋婕.前列地尔联合左卡尼汀对糖尿病肾病血液透析患者营养指标、肾功能及血清炎症指标的影响[J].中国煤炭工业医学杂志,2019,22(03):245-249.
- [5] 张丽萍.左卡尼汀联合前列地尔治疗糖尿病肾病临床疗效及安全性分析[J].中国现代医生,2019,57(15):46-48.
- [6] 黄娟,胡维,熊丹.左卡尼汀联合前列地尔治疗糖尿病肾病的疗效及其对患者血清CysC及RBP水平的影响[J].海南医学,2018,29(02):183-186.

ALT (41.14 ± 6.42) IU/L,ALP (41.32 ± 5.91) IU/L。2组对比,差异显著 $(P < 0.05)$ 。证实行肝方叶切除术患者预后效果更好,患者肝功能得到有效康复,对远期预后效果有积极影响,有利于提高患者健康水平。

综上所述,对于肝内胆管结石合并胆管狭窄患者采取肝方叶切除治疗可达到更好的临床疗效,降低残石率以及复发率,改善患者肝功能,能够有效清除病变,提高预后效果,具有较高临床价值。

参考文献

- [1] 谭志国,彭创,孙增鹏,等.转移胆管瓣修肝门胆管狭窄在肝胆管结石治疗中的应用[J].中国普通外科杂志,2020,29(08):909-915.
- [2] 黄上铨,蔡松晏.手术治疗肝胆结石合并胆管狭窄的临床研究[J].黑龙江医药,2020,33(04):897-899.
- [3] 丁文刚.腹腔镜联合胆道镜手术治疗肝胆管结石的临床疗效[J].中国医药指南,2020,18(23):99-100.
- [4] 吕立建,薛孟海.胆道镜下肝内胆管切开取石术治疗肝内胆管结石的效果[J].河南医学研究,2020,29(20):3719-3721.
- [5] 陈智敏,汪昱,徐建明,等.不同术式治疗肝胆管结石合并胆管狭窄的临床疗效对比分析[J].中国继续医学教育,2018,10(32):102-104.