

前牙微创拔牙后即刻种植和位点保存常规种植的临床效果

于 畅

河北省唐山市玉田县医院 河北 唐山 064100

【摘要】目的: 分析前牙微创拔牙后即刻种植和位点保存常规种植的治疗效果。**方法:** 选择在 2019 年 5 月至 2020 年 8 月期间, 来我院进行前牙微创拔牙的 86 例患者作为研究对象, 根据种植方法分为对照组和观察组, 对照组患者 43 例, 采用位点保存常规种植; 观察组患者 43 例, 采用即刻种植, 对比两组患者种植稳定性、种植体边缘骨差异对比、美观程度以及患者满意度。**结果:** 两组患者在种植后的种植体骨侧吸收量对比差异不明显 ($P>0.05$), 观察组患者的美学评分以及满意率均高于对照组, 两组数据对比差异明显 ($P>0.05$)。**结论:** 两种种植方式在治疗效果方面效果相近, 但即刻种植的治疗时间短, 种植后美学效果更明显, 有效提高了患者的满意度。

【关键词】 微创拔牙; 常规种植**【中图分类号】** R783.6**【文献标识码】** A**【文章编号】** 1674-1412(2021)25-0191-02

随着科学技术的不断进步和发展, 传统的拔牙技术逐渐被新的理念和技术所取代, 让患者承受的痛苦最小化, 是人们所追求的目标^[1]。近几年来, 微创拔牙技术的应用越来越广泛, 与传统拔牙相比, 微创拔牙在整个操作过程中, 没有明显的疼痛, 更容易被患者接受, 因为使用高速涡轮进行切割, 手术操作时间与传统拔牙时间相比, 有显著减少, 而且操作更为精准, 可以更大限度的减少患者的损伤, 因此, 微创拔牙所引起的并发症较少, 伤口恢复较快。在进行拔牙后, 患者需要修复牙裂缺损的问题, 口腔种植是治疗牙齿缺失的一项新型技术, 现代种植牙的历史有仅有三十多年, 但种植牙在牙科领域的发展速度却非常迅速, 以往种植义齿修复的局限性较大, 随着医疗技术的发展, 其优势以及在长期临床应用中取得的成功, 使种植的适用范围持续拓宽, 越来越多的患者选择种植义齿来修复牙列缺失, 常规种植方法是先拔牙, 在拔牙后 3~4 个月待拔牙窝愈合后开始进行常规种植植入手术^[2]。需要二次手术创伤, 还有可能出现拔牙后的骨质吸收及软组织退缩, 这不仅增加了患者的治疗周期, 而且前牙拔牙后对患者的形象也会造成影响, 不够美观^[3]。大量研究表明, 患者在具有良好适应症的情况下, 微创拔牙后实施即刻种植也具有同样的成功率。在拔牙的同时植入种植体, 可以有效缩短治疗周期, 并且减少了患者的手术次数, 但是从技术层面来讲, 即刻种植对于患者与医护人员的要求较高, 临床上普遍还是以常规种植为主。本次研究主要分析前牙微创拔牙后即刻种植与位点保存常规种植的疗效, 现报告如下。

1 一般资料和方法

1.1 一般资料

选择在 2019 年 5 月至 2020 年 8 月期间, 来我院进行前牙微创拔牙和种植修复的 86 例患者作为研究对象, 根据种植方法分为对照组和观察组, 对照组 43 例, 采用位点保存常规种植, 其中男性 18 例, 女性 25 例, 患者年龄在 21~56 岁, 平均 (37.51±3.27) 岁, 观察组患者 43 例, 采用即刻种植, 其中男性 20 例, 女性 23 例, 年龄 23~54 岁, 平均 (37.32±2.98) 岁, 两组患者一般资料对比差异没有统计学意义 ($P>0.05$)。研究排除有严重糖尿病、高血压、心脏病、骨质疏松等患者。

1.2 方法

所有患者均进行前牙微创拔牙, 观察组患者在拔牙后即刻进行种植, 检查患者拔牙窝内完整度以及具体情况, 在满足即可种植条件下, 对患者口腔内进行消毒, 之后进行局部麻醉, 待麻醉生效后清洗患者拔牙窝, 测量患者的牙窝形状和尺寸, 用钻头定位, 制备种植窝, 完成后植入对应大小的种植体, 完成即刻种植操作。

1.3 观察指标

对两组患者种植后的边缘骨水平进行对比, 观察两组差异; 统计对比两组种植后义齿稳定性以及对比两组 WES 与 PES 美

学分数 (以 10 分为准, 分数越高表示美学效果越好); 并记录对比两组患者对种植后的满意程度。

1.4 统计方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件进行分析处理, 美学评分、义齿边缘骨水平用 ($\bar{x}\pm s$), 用 t 检验, 患者满意度用 % 表示, 用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示数据对比差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者种植指标数据

两组患者在种植后, 观察组的近、远中侧骨吸收量以及种植体周围深度率数据与对照组患者相比, 差异不明显 ($P>0.05$), 详见表 1。

表 1 两组患者种植边缘骨数据对比 ($\bar{x}\pm s$, mm)

分组	n	近中侧骨吸收量	远中侧骨吸收量	种植体周围深度率
对照组	43	0.36±0.27	0.37±0.24	2.12±0.17
观察组	43	0.37±0.30	0.38±0.26	2.11±0.15
t	-	0.37	0.28	0.47
P	-	0.68	0.76	0.67

2.2 两组患者美学评分对比

两组患者种植结束后, 比较两组的美学效果, 可以看出, 对照组的 WES 评分和 PES 评分均低于观察组, 数据对比差异具有统计学意义 ($P<0.05$), 详见表 2。

表 2 两组患者美学评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	WES	PES
对照组	43	6.55±0.30	6.21±0.39
观察组	43	8.15±0.28	8.46±0.23
t	-	12.45	14.636
P	-	0.001	0.001

2.3 两组患者满意度比较

在种植后调查患者满意度, 观察组的满意度 90.7% 要高于对照组 72.09%, 两组满意度对比差异明显 ($P<0.05$), 详见表 3。

表 3 两组患者满意度比较 (n, %)

组别	n	很满意	满意	不满意	满意率
对照组	43	10	21	12	(31) 72.09
观察组	43	24	15	4	(39) 90.70
χ^2	-	-	-	-	4.914
P	-	-	-	-	0.0266

3 讨论

牙齿种植技术与传统义齿修复相比, 具有诸多优势。其外观真实、美观大方, 可靠性好, 基本咬合能力要远远优于传统活动义齿, 较好地维护患者的牙齿健康, 由于体型较小, 可以最大程度降低义齿对患者发音的影响, 且与传统义齿相比更加舒适, 患者口腔内不会有异物感, 有利于患者保持口腔内的清洁卫生。一般来讲, 在进行微创拔牙后三个月以上, 等待患者牙齿缺失区域痊愈, 吸收平稳时进行种植, 这段时间种植的成功率较高。

(下转第 198 页)

注:实验组与对照组比:* $P<0.05$, $\Delta P<0.01$;多骨折组与单骨折组比:☆ $P<0.05$,▲ $P<0.01$

3 讨论

骨折患者在治疗过程中需要较长时间的制动,容易造成局部血液系统流动减慢、活动不畅的状况,同时病人常存在一定炎症不良反应,炎症因子激活凝血循环系统,刺激机体出现高凝、高聚状况,从而增加DVT、VTE的发生风险^[2]。因此,临床应及时监测患者的凝血功能,以便采取有效的预防性措施,以免引发不良后果。

APTT和PT是临床上检测病人血液凝固功能的常用指标,APTT是反映内源性凝血通路比较敏感和常用的指标;而PT则是对外源性凝血状态的检测试验,延长见于V、VII、X等凝血因子的降低、原发性纤溶症及血循环中存在抗凝物质,而PT降低见于血液处于高凝状态和血栓性疾病等^[3]。本研究中PT在多发骨折组中显著高于在单骨折组中的结果,主要是因为多处骨折时患者机体常大量失血,容易丢失以外源性为主的凝血因子,导致PT延长出血。

FBG是急性时相反应蛋白,严重创伤性骨折往往突发,此时机体应激合成大量FBG进入血液中,参与凝血和止血。研究表明,骨折患者FBG增高,多见于应激反应及炎症因子等,用药后可逐渐下降^[4]。本研究中仅单骨折组患者FBG较对照组显著增高,表2可见单骨折组含量高于对照组,表明骨折患者的这种创伤反应可致FBG含量反应性升高,但是升高程度大于降解程度。多发性骨折组由于创伤一般较重,生成大量凝血酶的同时活化纤维蛋白溶解体系,使大部分FBG被迅速水解,因而外周血浆中含量与其他两组相比显示没有明显增高。

D-D水平升高,可特异性的提示血液高凝,继发纤溶亢进。表1、表2结果均显示,骨折组均明显超过对照组;而且多发性骨折组与中老年组D-D水平,较单部位骨折组和青少年组的增高更加明显,表明随着骨折程度加重,且年龄增长,产生血栓的机会增大,还有发生DIC的风险,故对中老年及多发性骨折患者需常规或动态监测血浆水平变化。测定D-D,对于早期诊断治疗创伤骨折患者的血凝状态及血栓的生成具有重要临床指导意义^[5],也有助于对深静脉血栓、肺栓塞病人的动态监测和指导临床治疗。

血小板具有促进凝血止血作用,骨折患者骨折损伤越重,血小板升高越多,因而多发性骨折组血小板高于单骨折组和对照组;此外,青少年组在机体创伤时凝血功能显著于中老年组,血小板被积极动员,而其他组PLT均正常,提示一般骨折后,机体可以通过自身调节,避免引发血液瘀滞。

临床研究发现,发生骨折后观察凝血指标的变化情况,并采取有效预防措施,可明显减低血栓发生率^[6-7]。机体具有自我调节能力,维持各项凝血指标平衡,但是随着年龄增长,骨折的复杂程度,需动态监测体内高凝状态和纤溶亢进。通过联合检测血常规及凝血指标,可有效预防和降低多发性及中老年骨折患者术中及术后并发症^[8-9]。

参考文献

[1] 伍阳,邵高海,李梦蕾,等.常规凝血指标联合诊断骨折患者术前高凝状态的价值[J].标记免疫分析与临床,2020,27(4):577-581.

[2] 沈宏姣,高娅,郭玉伟.骨折及静脉血栓对凝血四项和FDP及D-二聚体水平影响[J].社区医学杂志,2020,18(6):421-424.

[3] 汤然钧,曹杨.探讨创伤性骨折术后深静脉血栓的形成与凝血功能指标的相关性[J].解放军预防医学杂志,2019,37(12):144-145.

[4] Donahue D L,Beck J,Fritz B,etal.Early platelet dysfunction in a rodent model of blunt traumatic brain injury reflects the acute traumatic coagulopathy found in humans[J].J Neurotrauma,2014,31(4):404-410.

[5] 方磊.凝血指标和D-二聚体及FDP水平检测对骨折病人的临床意义[J].蚌埠医学院学报,2020,45(2):115-117.

[6] 陈志明,黄浩,丁兵,等.Sextant经皮内固定对胸腰椎骨折患者椎间功能的影响[J].中南医学科学杂志,2020,48(5):465-468.

[7] 张伟,阿斯艳·玉山.不同年龄多发性骨折患者血小板参数和凝血指标的时相变化及意义[J].中国保健营养,2016,26(15):27-28.

[8] 余晓艳.脊柱创伤患者围术期凝血功能及血小板的变化规律分析[J].血栓与止血学,2018(003):434-436.

[9] 卢聪.创伤性休克患者血小板参数与休克评分的动态变化及其意义[J].名医,2020(01):105,108.

(上接第191页)

据本次研究结果显示,即刻种植的观察组与位点保存常规种植的对照组,两组患者的近中侧骨吸收量、远中侧骨吸收量以及种植体周围深度等常规检测数据差异不大($P>0.05$),说明两种种植方式的治疗效果相近。但在种植美学评分以及患者满意度方面,观察组患者均高于对照组,说明即刻种植在前牙微创拔牙种植中具有良好效果。

综上所述,对于前牙微创拔牙的患者,采用即刻种植可以有效缩短治疗周期,对患者的形象影响较低,患者满意度较高,且美观效果好,在条件允许的情况下,建议使用即刻种植。

参考文献

[1] 范海珍,肖斌,蒋段林.微创拔牙即刻种植技术在42例前牙修复中的应用效果观察[J].中国口腔种植学杂志,2020,25(04):172-175.

[2] 陈伟,房睿.前牙微创拔牙后即刻种植和位点保存常规种植疗效对比[J].航空航天医学杂志,2020,31(07):827-829.

[3] 武强.微创拔牙后即刻种植在修复上颌前牙缺失的临床效果[J].名医,2020(03):43.

(上接第177页)

[2] 郭永勃,陈剑明,郭英俊,等.军队医护人员军事状态下性格特点与心理健康及处理方式的相关分析[J].国际护理学杂志,2019,38(2):173-177.

[3] 李丽,卢山.陆军某部官兵自我和谐及相关因素分析[J].解放军预防医学杂志,2019,37(7):73-75.

[4] 冯正直,杨国愉,任辉,等.军事应激条件下军人个性特征和应对方式及心理健康的关系研究[J].第四军医大学学报,2004,25(22):2079-2082.

[5] 史青,陈国良,刘晓荣,等.电子对抗部队官兵心理健康与应对方式及个性特征关系分析[J].人民军医,2008,51(8):484-485.