



• 临床研究 •

Branemark 种植系统对全口牙列缺失患者进行全口种植固定修复后的临床效果

林芳邻 (浙江省金华市人民医院口腔医学中心 浙江金华 321000)

摘要: **目的** 针对将 Branemark 种植系统运用于全口牙列缺失患者进行全口种植固定修复后进行治疗的实际效果。**方法** 以本院在 2013 年 1 月至 2014 年 1 月所接收的全口牙列缺失患者 34 例以 Branemark 种植系统进行全口种植固定修复, 针对该修复治疗的实际效果进行分析。**结果** 结合治疗后长达 3 年的追踪调查可以发现, 该组患者累积成功率在 90% 以上, 种植体周围骨组织垂直吸收量均现在 0.2mm 以下, 且不存在有显著差异, 且仅少数患者种植体周围均不存在有炎症以及过度角化现象。**结论** 采用 Branemark 种植系统对全口牙列缺失患者进行全口种植固定修复可有效保证临床对该部分患者治疗效果, 对于提升其生活质量同样具备有积极意义。

关键词: Branemark 种植系统 全口牙列缺失 全口种植固定修复

中图分类号: R783.6 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 10-136-02

口腔疾病一直属于临床常见病症类型, 其中全口牙列缺失在各类口腔疾病症存在有较高临床病发率, 将对患者日常饮食等造成严重影响, 导致其生活质量持续降低。自从上世纪 90 年代 Branemark 种植系统被研究出后, 该系统已广泛运用于对全口牙列缺失、单个牙列缺失患者的治疗过程中, 且从临床反馈可知, 效果较为理想^[1]。本次我院就侧重针对该种植系统在全口牙列缺失患者进行全口种植固定修复后的实际效果进行分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以本院在 2013 年 1 月至 2014 年 1 月所接收的全口牙列缺失患者 14 例以 Branemark 种植系统进行全口种植固定修复。本组患者中存在有男性 10 例, 女性 4 例, 年龄于 39—56 岁, 均值为 (47.58±1.77)。结合临床检测可知, 该组患者上牙槽嵴不存在有明显收缩, 而下牙槽嵴则存在有明显收缩。经过我院口腔科医生会诊, 本组患者均适合进行 Branemark 种植系统修复治疗。

1.2 方法

本组患者均按照 Branemark 种植系统进行修复治疗, 具体步骤如下: (1) 种植前准备工作。所有患者在种植前均需要进行各方面常规检测, 以保证患者适合接受该方案治疗。借助患者原全口义齿, 对旧义齿组织面凹区残留石模进行除去, 使得义齿在石膏模上进行固定。结合 CT 检测结果对种植体具体位置进行确定, 并将舌侧面多余塑料基托进行去除。(2) 基台更换连同取模操作。结合 Branemark 种植系统治疗模式, 对就位方向进行调整, 并针对偏差进行调节。随后, 使用特制空托盘以及对应取模柱, 再结合 Hereaus 软、硬质硅橡胶取模, 并借助覆盖帽对各个基台进行保护。(3) 在上述操作完成后, 与技术室对蜡堤操作完成后, 则需要对全口义齿实施检测, 确保静息间距在 2mm 左右。并完成对正中咬合上哈氏颌架。(4) 支架试戴以及试牙。在完成对上接圈以及塑料支架的连接工作后。则需要指导患者进行义齿试戴, 进一步检测颌间距离, 并观察面型丰满程度以及义齿露出程度。之后, 需要再指导患者对塑料支架进行试戴。以保障各支架能精准定位, 贴合紧密且不存在有翘动的情况。(5) 对金属支架进行试戴。技术室结合塑料支架完成对金属支架的制作后, 需再次指导患者进行试戴, 以保障就位的精确性。并需要对金属支架桥体组织面和牙龈组织间的关系情况进行核查, 确保金属接圈与基台平行。(6) 初戴义齿。在完成对义齿的佩戴工作后, 借助螺丝进行固定, 并再次对支架稳定性进行检查, 以及颌关系连同义齿美观情况。在初次佩戴 3 周后, 在对固位螺丝进行拧紧, 借助玻璃树脂进行封闭处理。

1.3 观察指标^[2]

对本组患者在治疗后 1 年, 2 年以及 3 年后种植体成功情况进行统计, 同时针对修复体各方面情况、骨组织吸收情况进行统计。

1.4 统计学方法

本次研究中各方面资料均采用 SPSS19.0 进行处理, 采用平均数±标准差的方式对计量数据进行表示, 以 t 检测, 而计数数据则以 % 表示, 以 χ^2 检测, 若 $P<0.05$ 则表明数据间存在有显著差异, 具备统

计学意义。

2 结果

2.1 累计成功率情况统计

结合对本组患者为期 3 年的追踪调查可知, 累计成功率在各时间段不存在有显著差异, $P>0.05$ 无统计学意义, 详见下表 1。

表 1. 本组患者种植体成功率分析

时间	种植体数	失败数	成功率
修复前	110	4	96.36%
0—1 年	102	2	98.04%
1—2 年	100	1	99.00%
2—3 年	98	0	100.00%

2.2 本组患者治疗期间种植体牙龈健康情况连同骨吸收情况

结合对本组患者骨吸收情况可知, 在各时间段, 本组患者种植体周围骨组织垂直吸收量均现在 0.2mm 以下, 且不存在有显著差异, 且仅少数患者种植体周围均不存在有炎症以及过度角化现象, 详见下表 2。

表 2. 本组患者种植体牙龈健康情况以及骨吸收情况分析

时间	例数	骨吸收量 mm/年	炎症以及过度角质发生率情况
修复前		0.18±0.11	3
0—1 年	14	0.16±0.08	2
1—2 年	14	0.14±0.05	1
2—3 年		0.13±0.02	0

3 讨论

Branemark 种植系统于上个世纪被运用于临床对各类口腔病症的治疗过程中, 且在治疗单个牙缺损以及多个牙缺损等口腔病症中体现出显著价值。结合本次研究可以发现, 对全口牙列缺失患者采用 Branemark 种植系统进行全口种植固定修复, 其远期种植成功率均在 95% 以上, 且在种植体周围骨吸收量均在 0.2mm 以下, 由此可见该治疗模式的有效性。需要注意的是, 该治疗方案在实施过程中, 步骤较多, 且操作较为复杂。为进一步提升该治疗方案的综合效率, 还需要对以下几方面问题加以重视: (1) 在固定修复中换基台中需要注意问题。结合临床实际可知, 在治疗过程中医生会种植多个种植体, 并使各个种植体存在有共同就位道, 为此在修复过程中, 仅需要将种植体均接上基台即可。而结合李晓茜等^[3]报道可知, 在使用外科导板实施手术的过程中, 单纯能对平面定位加以确定, 而垂直向定位依旧存在有一定偏差。为此, 在实际治疗中还需要结合模型分析结果对基台进行合理选用与调整。(2) 试支架问题。临床所使用的自凝材料存在有较大的收缩性, 在进行试支架的过程中, 很容易出现支架变形收缩的情况。因此, 在实际治疗中, 可按照多次、多段切割的方式, 再实于自凝塑料相连, 便能达到减少塑料收缩的情况。(3) 该治疗方案的美观性。在实际治疗中, 为有效确保牙龈自洁性, 金属支架桥体部位组织面应当与牙龈存在有 2mm 的距离, 但是该距离将直接影响到牙齿的美观性。为解决该问题, 可借助义齿支架凹并贴敷人工牙龈的方式进行处理, 达到提升美容性以及自洁性的效果^[4-5]。

(下转第 139 页)



短暂的阶段,也是人生的关键时刻,笔者建议开展宣传教育活动,鼓励引导广大孕妇花更多的时间来进行孕产期保健,这样不仅可以减少不良妊娠结局的发生率,还利于身心健康。

4 结论

怀孕期间,应注意孕产妇的饮食情况,正常妊娠饮食调节过程也是一个不容忽视的环节,但遗憾的是,大多数孕产妇不知道什么样的饮食结构不合理,孕妇过多的摄入肉、鸡蛋、牛奶及糖,势必造成能量过剩,脂肪堆积,身体素质下降,很多人认为吃肉类是科学的,这是一个片面的概念,摄入太多,孕妇更胖更不想运动,缺乏锻炼体重又增加,形成恶性循环。同时,孕妇肥胖会导致胎儿巨大,所以分娩期间不可避免地会发生难产,这对正常妊娠是极为不利的,本文研究结果也充分说明了这一点。孕产期保健能提高孕妇妊娠、分娩的心理承受能力。当孕妇焦虑或抑郁时,不利于分娩,而紧张也不利于分娩。现在,医疗条件的改善使大多数农村妇女能够享受到优质和廉价的医疗服务,而且孕产期保健的覆盖面也越来越广。但是由于一些特殊原因,有些孕妇仍然没有及时得到健康咨询,他们不了解怀孕和分娩知

识,非常害怕分娩。病例组产前心理不稳定的比例较高,难产的比例较高,而对照组较低。通过孕产期保健,进行妊娠并发症、合并症及胎儿生长发育监护、孕妇的健康教育,营养建议,制定个体化的饮食,可降低妊娠期糖尿病、妊娠期高血压等疾病,通过孕产期保健和健康妊娠和分娩知识的讲解,可减少分娩及妊娠产妇的焦虑,增加医务人员对孕妇的依从性,提高妊娠质量,提高自然分娩率,减少不良妊娠结局的发生。

参考文献

- [1] 刘欣燕,边旭明,韩京秀等.早期自然流产孕妇生活环境中的危险因素[J].中国医学科学院学报,2007,29(05):661-664.
- [2] 胡海燕,代旭东,马海燕.环境因素对孕妇妊娠结局影响的研究进展[J].中国药物经济学,2014(21):426-427.
- [3] 马丽.不同特征孕产妇孕产期保健、产前检查和妊娠结局的关系[J].双足与保健,2017(06):18-19.
- [4] 望艳美,万波,蔡春芳等.足月妊娠孕龄、分娩方式与母体产科并发症的关系[J].临床和实验医学杂志,2008,7(06):73-74.

(上接第135页)

部内上区域为胆囊壁进行确认,其上方区域不存在胆管样结构,才可进行上夹操作。注意沿胆囊壁作分离动作时,不可对增粗的管道结构随意钳夹处理^[5-6]。(5)预防胆道损伤:首先,依据需要,手术可由经验丰富的医生负责实施,以降低人为因素引发的损伤;其次,若经观察患者胆囊周围有严重瘢痕、粘连,在分离时,动作需轻柔,以降低胆道因暴力操作而损伤的风险;另外,电刀在术中应尽量在与胆囊三角区距离稍远处应用,且需仔细辨认胆囊三角区结构,以准确操作;同时,若有开腹手术征象,需积极开腹。(6)术后管理:急性胆囊炎术后腹腔及创面可有渗液,故行置管引流操作可促手术安全性显著提高。另外,还需加强患者疼痛管理,以减少不适,加快康复进程。

综上,急性胆囊炎采用腹腔镜切除术治疗,相较常规开腹术,具创伤小、术后恢复快等优势。但为保障微创手术效果,需分析围术期存在的问题,如易引发胆道损伤等,对相应的防范技巧进行掌握,以确保手术安全性。

参考文献

- [1] 李小伟,郭定刚,林加宝.腹腔镜胆囊切除术(LC)治疗急性胆囊炎的手术时机及效果观察[J].中国现代医生,2011,27(49):139-140.
- [2] Nikfarjam M,Yeo D,Perini M,et al.Outcomes of cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis in octogenarians[J].ANZ J Surg,2014,84(12):943-948.
- [3] 杨春龙,施兆文,李一清,等.急性结石性胆囊炎行腹腔镜胆囊切除术120例临床经验与分析[J].世界最新医学信息文摘,2015,51(16):209.
- [4] 所广辉,刘养洲,徐安安,等.胆囊颈部结石嵌顿无或伴急性胆囊炎的免钛夹腹腔镜胆囊切除术[J].中国微创外科杂志,2011,11(8):694-696.
- [5] 赵光兵,宋修岐,薛伟山.急性胆囊炎病人腹腔镜胆囊切除术技巧探讨[J].齐鲁医学杂志,2010,25(3):247-250.
- [6] 许军,翟博,关英辉,等.急性胆囊炎腹腔镜手术时机选择[J].中国实用外科杂志,2011,31(6):511-513.

(上接第136页)

总之,结合本次研究可知,采用 Branemark 种植系统对全口牙列缺失患者进行全口种植固定修复可有效保证临床对该部分患者治疗效果,对于提升其生活质量同样具备积极意义。

参考文献

- [1] 徐侃,张建中.用 Branemark 种植系统对全口牙列缺失患者进行固定修复的临床探讨[J].中国口腔种植学杂志,2000,32(1):15-17.
- [2] 邓飞龙,罗智斌,张辉.Branemark 种植义齿修复上颌全牙列

缺失的临床评价[J].中国口腔种植学杂志,2001,6(2):73-75.

- [3] 李晓晔.无牙颌种植修复临床回顾性研究及无牙颌种植固定修复咬合初步分析[D].山东大学,2016.
- [4] 汪莉娜,朱静燕,周菁.对行全口义齿修复的牙列缺失患者实施综合性护理的效果分析[J].当代医药论坛,2016,14(7):87-88.
- [5] 林智勇,何颖朝,张雪锋.种植固定—活动结合修复综合疗法对患者牙列缺失修复的作用影响[J].中国口腔种植学杂志,2017,22(1):16-18.

(上接第137页)

程序化撤机通过客观的标准评价撤机过程的各个环节,减少由医生进行经验判断的不准确性,降低机械通气时间,同时减少撤机失败的出现几率^[4]。本文所选神经危重症患者,患者的中枢神经系统受累导致意识障碍时间延长,呼吸驱动力会由于呼吸泵衰竭处在低水平,上述因素会造成患者机械通气时间延长,配合撤机不理想,同时提高了撤机难度^[5]。通过本文的研究结果显示,对于神经危重症患者机械通气期间采取程序化撤机可以提升撤机成功率,减少死亡率,具有临床推广价值。

参考文献

- [1] 潘洪显,赵林.呼吸机撤离困难相关因素临床分析[J].临床肺科杂志,2013,18(2):344-345.

[2] 赵晓晶,李群喜,安雅臣,等.APACHE II 评分在急性脑梗死患者中的应用[J].中国临床医生,2014,42(4):51-53.

- [3] Macintyre N R. Evidence-based assessments in the ventilator is continuation process[J]. Respir Care,2012,57(10):1611-1618.
- [4] Smailes ST, Mcvicar AJ, Martin R. Cough strength, secretions and extubation outcome in burn patients who have passed spontaneous breathing trial[J]. Burns, 2013,39(2):236-242.
- [5] Kaczmarek J, Kamlin CO, Morley CJ, et al. Variability of respiratory parameters and extubation readiness in ventilated neonates[J]. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 2013,98(1):F70-F73.