



牙体牙髓与正畸联合治疗恒上前牙龈下牙折的临床疗效观察

鲁 坚 (湖南旺旺医院 湖南长沙 410014)

摘要: **目的** 对恒上前牙出现龈下牙折的患者,联合使用牙体牙髓治疗和正畸治疗,观察其临床疗效。**方法** 选取在我院就诊并进行治疗修复的恒上前牙龈下牙折患者140例作为本次研究对象,选取时间段为2011年10月至2016年10月,根据患者采用的治疗方式,按照回顾性分析法分成对照组(n=60)和联合组(n=80),对照组患者经过完善根管治疗后直接行桩核+全冠修复,联合组患者经过完善根管治疗后,先通过正畸牵引移位后,再行桩核+全冠修复。对两种治疗方式的临床疗效进行观察分析。**结果** 对比两组患者临床治疗总有效率:联合组为92.50%(74/80),对照组为65.00%(39/60),联合组较对照组治疗总有效率高出27.50%,优势明显。观察修复后两组患者牙周是否出现炎症:对照组发生率为11.67%(7/60),联合组发生率为3.75%(3/80)。统计患者满意度:联合组为97.50%(78/80),对照组为76.67%(46/60)。**结论** 采用牙体牙髓和正畸联合治疗恒上前牙牙折,临床疗效显著,治疗有效率显著提高,不良反应少,患者满意度高,应该在临床中广泛推广应用。

关键词: 龈下牙折 牙体牙髓 正畸 恒上前牙 临床疗效

中图分类号: R783 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2017)06-109-02

外伤致使前牙发生折断是临床上比较常见的疾病之一。对于牙折断端位于龈下3mm以内的病例,临床上常规采用的治疗方法是进行完善的根管治疗后,直接行桩核和全冠的修复,修复后牙周炎发病率较高且美观性一般,极大的影响了治疗成功率^[1]。本次研究针对恒上前牙龈下牙折采用牙体牙髓和正畸联合治疗,临床疗效显著,现做以下报道。

1 基本资料与研究方法

1.1 基本资料

选取在我院就诊并进行治疗和修复的恒上前牙龈下牙折患者140例作为本次研究对象,选取时间段为2011年10月至2016年10月,选取对象必须术前常规进行口腔检查和X线检查,应符合以下要求:患者外伤牙均为恒上前牙(包括3┐—┐3),临床检查为牙折断面均位于牙龈下1.6-3.0mm,且断面无其他折裂,无龋损、牙龈无瘘口、无牙周疾病;X片检查为剩余牙根长度足够行桩核冠修复,牙根无其他折裂影像、无根内根外吸收、根尖区无病变、牙槽骨无吸收。患者既往体健,无全身系统性疾病(如糖尿病、肾病、血液病、红斑狼疮、免疫功能低下等)。根据患者采用的治疗修复方式,按照回顾性分析法分成对照组(n=60)和联合组(n=80)。对照组患者:男女患者性别比例为35:25,平均年龄为(29.95±4.32)岁,联合组患者:男女患者性别比例为49:31,平均年龄为(28.89±5.73)岁。对比两组患者的基本资料,P>0.05,可以进行对比研究。

1.2 研究方法

对照组:患者经过完善根管治疗后,直接行纤维桩核+全瓷冠修复;联合组:患者经过完善根管治疗后,先通过正畸牵引移位后,再行纤维桩核+全瓷冠修复。牙体牙髓治疗:术前拍摄X线片了解牙齿的根管形态以及根尖周情况,并进行完善的根管治疗,充填后再次拍摄根尖片确定根管是否恰当充填,充填是否严密等,半个月后复诊进行口腔检查,当无明显临床症状时开始正畸牵引。正畸治疗:将根管

上部填充物去除,根尖保留3-5mm的根充材料,将用不锈钢丝弯制的牵引钩使用聚羧酸锌水门汀粘固在根管内部;同时选取折断牙齿两侧2或3颗的健康牙齿作为支抗牙并粘结固定托槽、结扎丝连续结扎;制备牙弓的随形弓和唇弓,弧度需与前牙唇面完全吻合,使用橡皮链连接牵引钩,牵引方向需要和折断牙齿的牙体长轴方向保持一致,力量约在30-50g,每半个月复诊加力一次。当折断断端位于龈缘以上>1mm可以停止牵引,固定患牙6至8周。修复治疗:待牙齿位置稳定后,制作修复体恢复牙齿形态,完成修复后3-6月电话回访并嘱其复诊检查,评估临床疗效。

1.3 疗效判定

临床疗效包括治愈、有效和无效三个评级标准,治愈:修复后功能和外观均良好,如全瓷冠及牙龈缘外形美观、牙无疼痛无松动、牙龈无红肿无瘘口等,X片提示根尖无病变、牙根及牙槽骨无吸收等;有效:修复后牙齿功能正常,无疼痛、牙齿无明显松动,但美观效果欠佳,牙周组织存在轻微炎症,如牙龈边缘稍红,牙龈边缘轻微退缩等,X片提示牙槽骨轻度吸收;无效:修复后功能和外观均较差,如叩诊疼痛、牙齿松动,形成牙周袋,牙龈红肿,牙龈严重萎缩,全瓷冠边缘外露,龈缘与同名健康牙龈缘高度相差较多,美观性较差^[2],X片提示牙槽骨明显吸收。总有效数=治愈+有效。患者满意度分为三个等级:非常满意,满意,不满意,总满意数=非常满意+满意。

1.4 数据处理

本次研究所有数据均使用SPSS17.0软件进行处理,以均数±标准差表示计量资料,以率表示计数资料,P<0.05代表有统计意义。

2 结果

对比两组患者临床治疗总有效率和患者对修复效果的满意度,联合组均明显高于对照组;观察修复后两组患者牙周是否出现炎症:联合组的发生率明显低于对照组;P<0.05。详细数据见表1,表2。

表1: 患者临床治疗效果和牙周炎症情况对比

分组	例数	治愈	有效	无效	总有效率	牙周炎
联合组	80	40 (50.00%)	34 (42.50%)	6 (7.50%)	74 (92.50%)	3 (3.75%)
对照组	60	25 (41.67%)	14 (23.33%)	21 (35.00%)	39 (65.00%)	7 (11.67%)

表2: 患者对修复满意度对比

分组	例数	非常满意	满意	不满意	满意度
联合组	80	41 (51.25%)	37 (46.25%)	2 (2.50%)	78 (97.50%)
对照组	60	18 (30.00%)	28 (46.67%)	14 (23.33%)	46 (76.67%)

3 讨论

临床上对于牙折断面位于牙龈下3mm以内的牙齿,传统治疗方式为首先进行完善的根管治疗,然后直接进行桩和冠的修复。由于断面位于龈下,牙体边缘不能被充分暴露,使得难以制备合理的生物学宽度^[3];且在整个修复过程中,血液和唾液不能完全被隔绝从而造成污染,影响到牙体制备和精细印模,使修复体的边缘密合性难以保证;

龈下边缘得不到有效清洁,同时对牙周组织持续不断的造成刺激引发牙周炎症反应^[4];修复体的边缘不密合会出现继发龋或修复体脱落,牙周长期慢性炎症会造成牙槽骨吸收牙齿出现松动。这些因素共同作用极大的影响了牙齿和修复体的远期使用效果。

经过很多年的发展,正畸治疗的应用已越来越普遍,临床上利用牙体牙髓联合正畸治疗龈下牙折的优势比较明显。患牙经过完善的根管治疗后,使用正畸牵引的方式使牙根向冠方移动至龈上,使折断牙齿的断缘高出牙龈缘多于1mm,待牙体及牙周骨组织均稳定后,再行桩和冠的修复^[5]。通过联合正畸牵引这一过程,使得边缘位于龈上,

(下转第112页)



残腔也会因持续负压的存在而加速缩小,及时排除积血积液及坏死组织,减轻机体炎性反应,极大减少了并发症的发生;同时持续封闭负压引流改善局部微循环、减轻组织水肿,刺激健康肉芽组织生长有利于缩小缺损创面^[4]。扩张术中剥离层次一定要在帽状腱膜下层,并尽可能完整保留颅骨骨膜。帽状腱膜下剥离腔隙应比缺损头皮面积大(尽可能广泛游离),VSD 敷料及扩张器位于帽状腱膜下层与颅骨骨膜之间同一间隙,VSD 敷料与扩张器防止折叠及外露。术后要掌握注水速度及注水量,避免造成皮瓣血液循环障碍。在扩张皮瓣转移时,要注意蒂部不要过窄,保证血液循环良好,切口缝合时张力不要大,术后常规放置负压引流管。通过本组 28 例观察,认为负压封闭引流(VSD)联合头皮帽状腱膜下软组织扩张皮瓣转移是大面积头皮缺损患者治疗的理想选择,较单纯软组织扩张皮瓣转移及植皮治疗时间短,并发症发生率低。部分患者切口瘢痕较宽,产生瘢痕性脱发,主要原因是切口张力过大所致,修复过程中应予以注意^[5]。通过我院 28 例头皮缺损病例采用负压封闭引流(VSD)联合头皮帽状腱膜下软组织扩张皮瓣转移修复创面总结分析,该方法既能修复大面积不同层次的头皮缺损,又有满意的美容效果,是治疗大面积头皮缺损的简单、有效的治疗方法。

(上接第 107 页)

参考文献

- [1] 姚忠彦. 急性 ST 段抬高型心肌梗死的心电图表现特征分析[J]. 心血管病防治知识(学术版), 2016, (07):46-48.
- [2] 刘强, 杨小梅, 韩乾国. 急性 ST 段抬高型心肌梗死患者心电图特征临床分析[J]. 医学与哲学(B), 2015, (08):32-34.
- [3] 魏宇森, 陈芬, 邓珊, 王祥, 程翔, 曾秋棠, 廖玉华. 无明显 ST 段抬高的急性单支冠状动脉完全血栓闭塞所致急性心肌梗死临床特征分析[J]. 临床心血管病杂志, 2015, (06):594-597.
- [4] 梁滨, 黄榕翀, 康美丽, 史晓利, 李智, 刘俊, 朱皓, 周旭晨

(上接第 108 页)

- [1] 李和根, 赵丽红, 田建辉等. 晚期非小细胞肺癌中医药联合外治法的临床研究[C]. 世界中医药学会联合会肿瘤外治法专业委员会第二届国际学术年会暨首届中医肿瘤临床创新与标准化论坛论文集. 2015:102-105.
- [2] 谢利, 刁本恕. 中药雾化吸入配合中药内服治疗晚期非小细胞肺癌的临床研究[C]. 世界中医药学会联合会肿瘤外治法专业委员会第二届国际学术年会暨首届中医肿瘤临床创新与标准化论坛论文集. 2015:94-96.
- [3] 曾启全, 裴润琼, 吴世东等. 平消胶囊联合化疗治疗晚期非

(上接第 109 页)

再行修复时,避免了单纯常规修复存在的弊端,且修复体边缘密合,对牙周组织不产生任何刺激作用,远期修复率显著提高^[5];同时经过正畸牵引,修复后牙龈缘与同名牙几乎一致或差距较小,极大地提高了美观效果^[6]。

综上所述,采用牙体牙髓和正畸联合治疗恒上前牙牙折,治疗效率和患者满意度均显著提高,术后不良反应发生率低,临床疗效显著,具有较高的临床应用价值。

参考文献

- [1] 宜云州, 史莉. 正畸牵引联合桩冠修复治疗前牙龈下牙折(附 23 例报告)[J]. 中国医学工程, 2014, 22(7):88-88.

(上接第 110 页)

检测,消退其全身炎性反应,及时做好并发症处理,确保患者有一个良好的状态面对二次手术治疗^[3]。

综上,临床建立并应用严重骨盆骨折伴多发伤院前院内一体化损伤控制救治模式的效果显著,患者死亡率和并发症的发生率均相对较低,值得广泛推广。

参考文献

案。然而对于大面积头皮缺损合并颅骨缺损或脑脊液漏的病例尚还有待于做进一步的临床研究。

参考文献

- [1] 廉洁, 王明刚, 汪洪源, 等. 大面积头皮缺损的整形修复方法探讨[J]. 安徽医学, 2011, 32(6): 724-726.
- [2] 刘祥夏, 唐庆, 曾瑞曦, 等. 大面积头皮缺损修复的探讨[J]. 中华损伤与修复杂志, 2013, 8(3): 283-285.
- [3] 纪彰畅, 蔡湘娜, 许宏权, 等. 以皮肤软组织扩张术为主的联合方案修复面部大面积瘢痕畸形[J]. 中国美容整形外科杂志, 2012, 23(1): 41-44.
- [4] Birke-Sorensen H, Malmisjo M, Rome P, et al. Evidence-based recommendations for negative pressure wound therapy: treatment variables (pressure levels, wound filler and contact layer)-steps towards an international consensus[J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2011, 64(1): 1-6.
- [5] 王江允, 周世华, 吴俊勇, 等. 扩张易位皮瓣修复头皮缺损[J]. 中国美容医学, 2011, 20(11): 1701-1702.

. 心电图以 ST 段抬高为特征的 TakoTsubo 心肌病与急性前壁 ST 段抬高型心肌梗死临床特征比较[J]. 中国循环杂志, 2015, (06):534-539.

- [5] 田红旭. ST 段抬高型心肌梗死超急性期患者的心电图分析[J]. 中国卫生产业, 2014, (17):115-116.
- [6] 廖静, 余辉, 马依彤, 于子翔, 马翔. 血栓抽吸装置在急性 ST 段抬高型心肌梗死患者中临床疗效的 Meta 分析[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2014, (02):125-130.
- [7] 王东琦, 杨海婧, 李红兵, 程功, 崔长琮, 苏显明, 舒娟, 薛小临, 孙超峰. ST 段抬高型急性心肌梗死合并 J 波综合征患者的心电图特征[J]. 山西医科大学学报, 2008, (03):235-237.

小细胞肺癌对生活质量的影响[C]. 世界中医药学会联合会肿瘤外治法专业委员会第二届国际学术年会暨首届中医肿瘤临床创新与标准化论坛论文集. 2015:62-65.

- [4] 王惠琴, 李天浩, 雷琰等. 肺癌骨痛的中西医结合治疗临床研究[J]. 世界中医药, 2014(2):181-182, 185.
- [5] 吴昊, 魏吉红, 钱仲等. 穴位敷贴治疗晚期虚寒型肺癌咳嗽经验分析[J]. 中国保健营养, 2016, 26(11):173-173.
- [6] 张磊, 李换男, 杨岚等. 肺癌中医外治法研究进展[J]. 亚太传统医药, 2016, 12(20):54-56.

[2] 夏春杰. 牙体牙髓正畸方法联合处理恒上前牙龈下牙折的疗效观察[J]. 全科口腔医学杂志(电子版), 2015, 2(5):55-56.

- [3] 曾翠敏, 赵世俊, 马东湘, 王娟. 正畸联合修复治疗牙龈下根折外伤前牙的临床应用[J]. 临床口腔医学杂志, 2014, 30(8):488-489.
- [4] 李永华. 牙周手术联合修复治疗牙龈下根折外伤前牙的临床应用[J]. 全科口腔医学杂志(电子版), 2016, 3(3):53-54.
- [5] 王秋影, 田玉楼. 前牙龈下牙折修复前正畸牵引治疗的临床体会[J]. 中国医疗美容, 2015, 5(1):86-88.
- [6] 马建薇, 沈绍莹, 何红. 牙体牙髓正畸联合修复治疗恒上前牙龈下牙折效果分析[J]. 中外医学研究, 2015, 13(10):15-17.

[1] 徐慧仙, 金丽萍. 严重骨盆骨折救治中损伤控制骨科的实施与护理[J]. 护士进修杂志, 2015, 16(07):637-638.

- [2] 赵资坚, 蔡史健, 张荣臻, 等. 严重骨盆骨折伴多发伤院前院内一体化损伤控制救治模式的建立及临床应用[J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2015, 30(06):561-565.
- [3] 张兵. 简述严重骨盆骨折救治中损伤控制骨科的实施与护理[J]. 大家健康(学术版), 2016, 16(01):257-258.