



· 临床研究 ·

涡轮机拔除下颌阻生智齿的应用与临床经验分析

刘 棋 (岳阳市第二人民医院 湖南岳阳 414000)

摘要: **目的** 观察利用涡轮机拔除下颌阻生智齿的应用价值。**方法** 从我院选择 60 例下颌阻生智齿患者作为本次研究对象,按照相同的比例将其进行分组,分为涡轮机组和劈冠组,分别采用相应的方法拔除,比较两组患者的疼痛程度、肿胀程度和干槽症的发生情况。**结果** 涡轮机组患者的术后疼痛程度和肿胀程度均比劈冠组轻,两组差异存在统计学意义, $P < 0.05$; 涡轮机组的干槽症发生率低于劈冠组,两组差异存在统计学意义, $P < 0.05$ 。**结论** 与传统的劈冠法相比,利用涡轮机拔除下颌阻生智齿能够减轻疼痛,减少肿胀,术后并发症少,对术后的恢复更有利。

关键词: 涡轮机 下颌阻生智齿 劈冠法

中图分类号: R782.11 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 01-122-02

前言: 下颌阻生智齿拔除是口腔门诊最常见的手术之一,在 1983 年涡轮机开始出现,但是在拔牙手术中应用尚未普及,传统的劈冠法是比较常用的拔牙术。因下颌阻生智齿的解剖比较复杂,特别是下颌骨组织覆盖以及下颌第二磨牙的阻挡,在拔牙时具有一定的难度,创伤比较大,出血较多^[1]。近年来我院开始广泛使用高速涡轮机,并取得了很好的疗效。为了探讨涡轮机和劈冠法的疗效区别,现对此进行研究。

1 资料和方法

1.1 一般资料

将我院 2014 年 8 月至 2016 年 8 月收治的 60 例下颌阻生智齿患者纳入本次的研究对象,并以随机数字法分为涡轮机组和劈冠组。所有患者均无系统性疾病和手术禁忌症。涡轮机组中共有 30 例患者,其中男性患者 15 例,女性患者 15 例;年龄为 21 ~ 43 岁,平均年龄为 34.48 ± 3.41 岁;低位近中阻生 12 例,低位垂直阻生 8 例,水平阻生 10 例。在劈冠组中有 30 例患者,其中男性患者 17 例,女性患者 13 例;年龄为 23 ~ 44 岁,平均年龄为 34.27 ± 3.26 岁;低位近中阻生 10 例,低位垂直阻生 9 例,水平阻生 11 例。两组患者一般资料上的差异没有显著性 ($P > 0.05$), 可以进行比较。

1.2 方法

劈冠组采用传统凿骨劈冠法,先将下颌骨骨质去除,在近中颊沟处将牙冠劈开,将阻生智齿拔除,术后搔刮拔牙创面,将新鲜血液充满牙槽窝,用消毒纱布卷对创口进行压迫止血 40 到 60 分钟,常规应用抗生素。

涡轮机组在智齿远中龈缘正中斜向外后方和邻牙远中颊面轴角处切开作角形切口,翻瓣剥离,将软组织阻力解除,暴露患牙,用涡轮机将牙冠周围骨质磨除到外形高点以下将冠部的骨阻力解除。对倾斜的牙冠进行颊舌向磨切,直到将阻生智齿完全分离。如果分离的牙体较大难以取出,沿着近远中方向对分离的牙体组织继续磨切,对近中部分牙体分块取出,将剩余的部分牙体用牙挺挺出。

1.3 观察指标

对比两组患者的术后疼痛程度、肿胀程度和干槽症的发生情况。根据患者的主诉评价疼痛标准,一共四个等级,分别为:无痛为 1 级,轻度疼痛为 2 级,中度疼痛为 3 级,重度疼痛为 4 级。肿胀程度根据目测来进行评价:无肿胀或者经仔细观察才能判断出轻微肿胀,外观基本正常为 1 度;能够明显观察到轻度肿胀的为 2 度;外观明显肿胀为 3 度。干槽症一般在拔除智齿之后两天发生,在创口处出现明显且难以忍受的疼痛,服用常规药物仍然不能缓解,并还能向颌面部周围放射痛,拔牙窝内有臭味^[2-3]。

1.4 统计学处理

所有数据采用 SPSS17.0 统计学软件进行分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,并用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术后疼痛程度比较

涡轮机组的疼痛程度较劈冠组轻,详见表 1。

表 1: 两组患者术后疼痛程度比较 n(%)

组别	例数	1 级	2 级	3 级	4 级
涡轮机组	30	2 (6.67)	8 (26.67)	17 (56.67)	3 (10.00)
劈冠组	30	0 (0.00)	3 (10.00)	10 (33.33)	17 (56.67)
χ^2		2.07	2.78	3.30	14.70
P		>0.05	>0.05	>0.05	<0.05

2.2 术后肿胀程度

涡轮机组的 1 度肿胀有 13 例 (43.33%), 2 度肿胀有 12 例 (40.00%), 3 度肿胀有 5 例 (16.67%)。劈冠组 1 度肿胀有 3 例 (10.00%), 2 度肿胀有 19 例 (63.33%), 3 度肿胀有 8 例 (26.67%), 两组差异显著, $P < 0.05$ 。

2.3 干槽症发生情况

涡轮机组的干槽症发生率为 3.33% (1 例), 劈冠组的干槽症发生率为 20.00% (6 例), 两组差异显著, $P < 0.05$ 。

3 讨论

阻生牙是牙齿拔除中最为复杂的手术,拔除下颌阻生智齿的难点在于冠部的骨阻力,传统的凿骨劈冠术一般会去除远中冠,如果操作不当,很容易将劈冠力从牙槽传到下颌骨,引起下颌角骨折、肿胀和关节酸痛等并发症,而且传统的劈冠法容易造成局部软组织的挫伤和邻牙损伤。如果敲击力量过大,容易导致牙根折断或者移位,导致阻生牙连同舌侧骨板一起脱位,严重的还会滑入阻生牙邻近的组织间隙^[4]。牙挺盲目使用也会对第二磨牙造成损伤。而使用涡轮机,能够在比较清晰的手术视野中进行操作,在拔除智齿时,施力准确,能够减少震动,减少创伤和出血,还能降低术后并发症。拔牙后最常见的并发症就是干槽症,它是一种骨创感染性疾病,是由于手术时间长、创伤大而引起的。涡轮机法具有很快的转动速度,磨削力强,可以在减少邻牙阻力和低位阻生智齿的骨阻力的同时减少创伤和震动力,使患者的疼痛感减轻,并且还能够保留颞颌关节功能,避免邻牙的损伤。

在本次的研究结果中,我们通过比较发现,利用涡轮机进行下颌阻生智齿的拔除,患者术后的疼痛程度和肿胀程度明显有所降低,术后只出现了 1 例干槽症,说明该方法相比于传统的劈冠法对促进患者术后的恢复更有利。涡轮机的优势在于,可以快速并准确地进行去骨和分离牙体,避免了传统方法的盲目性;还具有自动喷水功能,可以将切割牙体过程中产生的碎屑和出血冲洗干净,使手术视野更加清晰;并且高速涡轮机创伤小,在手术的过程中不需要使用锤击,能够防止传统的劈冠法在锤击下引起的颞颌关节的损伤,减少术后并发症的发生,促进术后的恢复。总而言之,采用高速涡轮机进行下颌阻生智齿的拔除,患者的疼痛程度和肿胀程度轻,并发症少,可作为下颌阻生智齿拔除术的首选方法。但在使用涡轮机进行拔除时,因为涡轮机高速转动会产生负压,软组织瓣容易在车针上吸附,如果操作不当,会引起软组织损伤,所以医生在手术过程中一定要保持高度注意力^[5]。在拔牙之前,先利用 X 线检查,确定阻力的大小。在对中低位阻生进行处理时,一般要将翻瓣切开,切口要偏离颊侧,远中斜向后外,

(下转第 126 页)



匿或者不典型,容易被患者忽视,因此多数患者就诊时已为中晚期。NCCN 指南推荐同步放化疗是局部进展期食管癌的标准治疗方案。国内外有很多关于进展期食管癌同步放化疗的研究报道,同步放化疗可显著提高其局部控制率、降低远处转移风险,延长生存期。Yamashita 等研究认为同步放化疗治疗进展期食管癌较单纯手术治疗可达到更高的无瘤生存率(DFS)。由于老年食管癌患者体质差,往往伴有基础疾病,确诊时已为中晚期而失去手术机会,该类患者更愿意接受放射治疗。然而单纯放疗预后较差,5 年生存率仅在 10% 左右,这与其高复发及远处转移有关。因此选择疗效好、毒副反应轻、老年患者能耐受的同步放化疗方案已经成为当前临床研究的热点之一。

本研究结果显示,观察组近期总有效率为 91.3%,而对照组仅为 65.2%,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组 1 年、2 年生存率也均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。在不良反应方面,两组患者的不良反应均以 0-2 级为主,主要表现为放射性食管炎、

放射性肺炎、恶心呕吐等,个别患者出现 3 级以上不良反应,但两组之间差异无统计学意义($P > 0.05$),提示 S-1 同步放化疗并未显著增加患者的不良反应,与国内外研究结果类似。说明 S-1 单药联合放化疗治疗老年食管癌,疗效显著,而且安全性较好。

综上所述,S-1 具有一定的放射增敏作用,联合放疗治疗老年食管癌可显著提高其近期疗效,延长生存时间,且不良反应并未显著增加,值得临床推荐使用。

参考文献

- [1] 赵福军.替吉奥单药联合调强放疗老年局部晚期食管癌的 II 期临床试验[J].中国医疗前沿,2013(16)
- [2] 王向前,蔡晶,顾红芳,夏小春.放疗同步联合替吉奥治疗老年食管癌的临床观察[J].临床肿瘤学杂志,2013(05)
- [3] 姚元虎,章龙珍,吴阳等.80 岁以上高龄老年食管癌患者调强放射治疗的临床分析[J].中国老年学杂志,2012(19)

(上接第 121 页)

Hepatol,2013,25(7):825-829.

[6] Seeff LB. Herbal hepatotoxicity[J]. Clin Liver Dis,2007,11(3):577-596.

[7] Stikel F, Droz S, Patsenker E, et al. Severe hepatotoxicity following ingestion of Herbalife nutritional supplements contaminated with Bacillus subtilis[J]. J Hepatol,2009,50(1):111-117.

[8] 明雅南,刘晓琳,茅益民.药物性肝损伤发病机制研究进展[J].实用肝脏病杂志,2014,17(6):657-660.

[9] Deriek Han, Lily Data, Sanda Win, et al. Regulation of drug-

induced liver injury by signal transduction pathways: critical role of mitochondria[J]. Trends Pharmacol Sci,2013,34(4):243-253.

[10] 鲁晓岚,罗金燕.药物性肝病的临床类型、特点及影响因素[J].中华肝脏病杂志,2004,12(4):241

[11] 王明媚,周亮,张鑫,等.药物性肝损伤的诊断和防治研究进展[J].中国药业,2014,23(7):94-96

[12] 许建,明蔡轶.药物性肝损伤适应与耐受的认识与困惑[J].中华肝脏病杂志,2012,20(3):178-181

[13] Chen M, Bisgin H, Long Let al. Toward predictive models for drug-induced liver injury in humans: are we there yet? [J]. Biomark Med, 2014, 8(2):201-213.

(上接第 122 页)

形成弧形,这样能够使术野更加清晰,便于医生操作。在磨削牙体的过程中,要注意保护相邻软组织,避免损伤增加患者的疼痛感。

参考文献

[1] 隋淑丽,王建军,朱凯.种植机与涡轮机拔除下颌阻生智齿的疗效比较[J].山东医药,2015,55(09):84-85.

[2] 黄旋平,谢庆条,李华等.牙周增隙法与涡轮机法在下颌阻

生智齿拔除中的临床对比研究[J].口腔医学,2014,34(02):150-152.

[3] 梁培宁.下颌阻生智齿拔除术 50 例临床观察[J].临床合理用药,2014,7(02):100.

[4] 牛纪霞,牟越.两种不同拔除方法在阻生齿拔除中的应用和体会[J].医学信息,2015,28(48):228.

[5] 刘刚,冉浩,王鹏来.高速涡轮机拔除下颌阻生智齿的疗效观察[J].全科口腔医学杂志,2015,2(09):55-56.

(上接第 123 页)

本次研究中观察组便予以了患者激光治疗糖尿病视网膜病变和胰岛素治疗血糖,最终的结果显示:观察组患者的视力改变情况、眼底荧光造影检查结果和血糖控制效果均明显优于对照组患者,组间存在明显差异,有统计学意义($P < 0.05$)。

综上所述,对糖尿病视网膜病变患者予以激光治疗和胰岛素治疗,能够有效的控制视网膜病变程度,患者眼底荧光造影检查结果良好,且血糖得到有效控制,值得应用并推广。

参考文献

[1] 陈永喜,郑红,詹文芳.激光光凝治疗糖尿病视网膜病变的

疗效观察[J].中国医疗前沿,2012,08(05):52-53.

[2] 邱平,肖巴伊,罗新明,等.532 激光治疗糖尿病视网膜病变的临床疗效[J].求医问药(下半月),2012,11(11):703-704.

[3] 刘国颖.532nm 激光治疗糖尿病视网膜病变的临床观察[J].国际眼科杂志,2013,09(09):1829-1831.

[4] 张晓梅,纪立农, Bailey CJ, 等.2 型糖尿病患者个体化血糖控制目标和药物治疗[J].中国糖尿病杂志,2014,10(04):870-878.

[5] 陈雪,石晓聪,彭宇辉,等.胰岛素泵短期强化治疗血糖控制不佳 2 型糖尿病的疗效及相关影响因素分析[J].数理医药学杂志,2015,09(10):1314-1316.

(上接第 124 页)

者并发症发生,改善患者预后^[6]。

综上,胫骨远端骨折采取微创内固定技术治疗效果优于切开复位钢板内固定治疗,可有效减少患者手术创伤,可促进患者骨折愈合,促进患者踝关节功能恢复,临床应用价值高。

参考文献

[1] 姜福龙,郭志强,徐丽丽,等.微创内固定技术与切开复位钢板内固定治疗胫骨远端骨折疗效比较[J].临床骨科杂志,2013,16(1):68-70.

[2] 邹凯,车彪,王凯,等.微创经皮钢板内固定与切开复位钢板内固定治疗胫骨远端骨折的疗效对比研究[J].临床和实验医学杂志

2013,12(11):851-852,855.

[3] 曾健聪,林卓峰,杨云海,等.微创内固定技术与切开复位钢板内固定治疗胫骨远端骨折的效果比较[J].中国当代医药,2014,6(16):63-64,67.

[4] 黄少辉,谢章家,李兰泉,等.微创与切开复位钢板内固定修复胫骨远端骨折的比较[J].中国组织工程研究,2014,17(26):4173-4178.

[5] 刘剑军,闵智熔,谢静波,等.微创内固定技术与切开复位内固定治疗胫骨远端骨折的效果比较[J].中国医学创新,2015,13(28):32-34.

[6] 范磊,宋良玉,沙广钊,等.对比分析微创内固定技术和切开复位钢板内固定治疗胫骨远端骨折患者的临床效果[J].中国伤残医学,2016,24(16):41-42.