

口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的效应

方 喆

上海市闵行区中医医院口腔科 201100

〔摘 要〕目的 探讨口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的效应。方法 收集 2017 年 10 月~2018 年 10 月我院收治的 76 例牙缺损患者的临床资料, 其中对照组 38 例, 引导骨再生的材料为 Bio-Guid 生物膜; 观察组 38 例, 采用海奥口腔修复膜材料, 比较患者的治疗效果。结果 对照组治疗成功率 71.05% (27/38)、骨厚度 (2.09 ± 0.14) mm、植骨厚度 (2.29 ± 0.45) mm; 观察组治疗成功率、骨厚度、植骨厚度分别为 94.74% (36/38)、(2.51 ± 0.54) mm、(2.69 ± 0.74) mm, 组间比较具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论 在牙种植中使用海奥口腔修复膜材料, 能够提到引导骨再生的成功率, 增加骨厚度与植骨厚度, 具备临床推广价值。

〔关键词〕牙种植; 引导骨再生; 口腔修复膜材料; 应用效果

〔中图分类号〕R783.6 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2019) 02-021-02

临床修复牙缺损, 最重要的治疗方式便是牙种植。牙缺损除了对患者的咀嚼功能产生影响之外, 还会引起牙齿磨损, 导致牙槽嵴局部凹陷、过窄和过低。牙缺损患者通常存在骨量不足的情况^[1], 牙种植的过程中, 很容易因侧方穿孔而导致治疗失败。近年来, 引导骨再生技术飞速发展, 口腔修复膜材料的广泛应用, 很大程度上解决了临床问题, 修复膜的选择原则是: 降解时间长以及代谢产物无细胞毒性^[2]。本研究将 76 例牙缺损患者作为观察对象, 分别比较了 Bio-Guid 生物膜和海奥口腔修复膜在牙种植中引导骨再生的应用效果, 现将结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 资料

参与研究的 76 例患者均为单牙缺失, 健康状况良好, 没有传染性疾病、牙周病以及系统性疾病, 同意并配合本次研究。对照组 38 例, 男性 25 例、女性 13 例; 年龄 29~57 岁, 平均年龄 (44.37 ± 1.86) 岁; 23 例前牙缺损、4 例前磨牙缺损、11 例磨牙缺损。观察组 38 例, 男性 23 例、女性 15 例; 年龄 30~56 岁, 平均年龄 (45.26 ± 1.34) 岁; 24 例前牙缺损、5 例前磨牙缺损、9 例磨牙缺损。两组患者的基本资料比较, 不具有明显的统计学意义 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

本研究 76 例患者采用的种植体均是 ankylus, 种植术及术后, 对照组、观察组分别采用 Bio-Guid 生物膜和海奥口腔修复膜引导骨再生。术前, 患者拍摄全口曲面断层片, 以便掌握骨量和牙槽骨高度等信息; 明确上颌窦与下颌神经管的位置、走行等。

术中, 在种植区注射肾上腺素阿替卡因实施局部麻醉, 持手术刀片, 从缺牙区的牙槽嵴顶端开始, 纵向切开牙龈黏膜, 根据患者的牙龈张力, 于缺牙区近、远、中的 1~2 个牙位的距离松解牙龈及其黏膜组织^[3], 颊舌侧的牙龈黏膜采用翻瓣术处理, 完全显露手术区域的骨面, 然后去除牙龈下增生的肉芽组织。种植体的植入部位和方向采用先锋钻、低速球钻定位, 严格控制钻入颌骨的深度, 以免伤及上颌窦以及下颌神经管, 用裂钻钻孔扩大种植窝的孔径, 上下颌后牙区的深度和宽度分别扩大到 10mm 和 4.5mm; 前区牙深度扩大

到 8~10mm, 宽度为 3.8mm。预备种植窝的同时收集患者的血液与骨质碎屑, 用人工小牛骨粉搅拌至均匀, 预备结束后, 搔刮牙槽窝, 再选入种植体, 将愈合帽放在种植体上, 使用小球钻在植骨区的牙槽骨上钻孔, 深度 1mm, 要求分布均匀, 将搅拌液一层层的植入到骨缺损部位, 保证种植体的周围包裹着 ≥ 1.5 mm 的骨质^[4]。剪裁口腔修复膜材料, 浸润患者的血液后, 覆盖到植骨区, 对照组不需要覆盖生物膜。最后拉拢、对位牙龈组织瓣, 牙龈软组织的缝合方法为褥式缝合。

术后, 检查患者是否有咬合障碍, 复查全口曲面断层片, 静脉滴注抗生素, 视软组织的愈合情况, 通过在术后 8d 拆线。

1.3 观察评定标准

①引导骨再生成功的判定标准^[5]: 患者牙缺损的部位形成新骨, 和自身牙齿骨体高度吻合, 牙种植未松动。

②比较患者的骨厚度和植骨厚度。

1.4 统计学方法

本研究应用 SPSS19.0 统计学软件进行处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较进行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的治疗成功率比较, 见表 1

表 1: 两组患者的治疗成功率比较 (n, %)

组别	n	成功	失败	成功率
观察组	38	36 (94.74)	2 (5.26)	94.74%
对照组	38	27 (71.05)	11 (28.95)	71.05%
χ^2				5.13
P				< 0.05

2.2 两组患者的骨厚度和植骨厚度比较, 见表 2

表 2: 两组患者的骨厚度和植骨厚度比较 (mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	骨厚度	植骨厚度
观察组	38	2.51 ± 0.54	2.69 ± 0.74
对照组	38	2.09 ± 0.14	2.29 ± 0.45
t		11.5762	12.4819
P		< 0.05	< 0.05

(下转第 23 页)

表 2: 两组患者不良反应发生情况

组别	n	放射性皮炎	放射性肠炎	放射性膀胱炎	骨髓抑制	泌尿症状
参照组	75	27(36.00)	31(41.33)	21(28.00)	13(17.33)	11(14.67)
考察组	75	12(16.00)	14(18.67)	10(13.33)	4(5.33)	3(4.00)
χ^2	-	7.796	9.175	4.920	5.374	5.042
P	-	0.005	0.002	0.027	0.0220	0.025

伤。正常组织对放射剂量的耐受性存在局限,一般情况下可耐受的放射剂量为 50Gy 以下,而该剂量控制肿瘤的效果有限。有些医院为了达到更好的治疗效果,就将放射剂量调高,以此来对肿瘤进行控制,但由于若盲目增加照射剂量会对正常组织造成严重放射性损伤,不但无法达到治疗目的,可能引发严重并发症,重者可危及患者生命健康。基于此,有效的将放射线集中肿瘤部位,减少对其它器官造成的影响,成为中晚期宫颈癌治疗中的重要问题。

近年来,医疗技术的不断改革,相应的中晚期照射治疗方案也在不断改革,调强配合后装放射技术逐渐应用于临床当中。武文娟^[4]研究显示,该方案在调强治疗基础上,对患者的照射剂量、区域、分割剂量等进行规划分析,针对病灶进行针对性后装放疗,合理分配照射剂量,能够减少患者周围组织、器官的照射剂量,而将放射剂量集中于肿瘤病灶上,照射范围更为准确,能够在提升肿瘤控制效果同时,降低放射性损伤发生率。本次研究予以考察组患者调强配合后装放射治疗。结果患者的治疗有效率显著提升,达到 82.67%,而

放疗相关不良反应发生率降低,仅为 4.00%,均优于参照组,差异明显($P < 0.05$)。这就与以往研究结果一致。

综合上述分析能够看出,调强配合后装放射治疗中晚期宫颈癌患者能够有效控制肿瘤的发展,且安全性较高,故应在临床中推广应用。

[参考文献]

- [1] 张晶.调强配合后装放射治疗中晚期宫颈癌的效果研究[J].世界复合医学,2018,4(1):78-80.
- [2] 赵青莲.调强适形放疗加后装放疗联合化疗在中晚期宫颈癌治疗中的临床研究[J].现代妇产科进展,2018,27(2):131-133.
- [3] 魏炜.调强放射治疗与盆野照射放射治疗在晚期子宫颈癌患者中的临床应用观察[J].实用医技杂志,2018,13(1):97-98.
- [4] 武文娟,林益匡,徐宜武,等.中晚期宫颈癌调强适形放射治疗与常规放疗疗效及不良反应的比较[J].中国医刊,2017,52(11):61-64.

(上接第 20 页)

以及胰管扩张等问题,此外 CT 值一般在 30HU,密度比胰腺正常标准更低。当病情更为严重,胰周的脂肪间隙会逐步消除,肾前筋膜会呈现变厚,胰腺轮廓会变得模糊不清。胰腺如果有炎性水肿或者组织坏死情况时,则会呈现出现胰腺低密度影,CT 值一般在 10 至 20HU 左右。水肿的病灶区域进行增强扫描则会有轻度强化状况,表现为低密度状况,坏死情况下则会有气液平面,出血情况下会有高密度影像出现。此外 CT 技术可以有效的展现急性胰腺炎中胰腺的形态与坏死的具体分级情况,由此判断其病情严重性,为预后情况做有效的判断指导。如果严重程度轻,可以运用药物保守治疗,情况严重则需要及时手术干预。因此诊断的具体程度情况直接影响的的治疗方式,CT 诊断在此方面具有一定优势。具体情况还需要依据患者的症状表现以及综合情况考虑,保证治疗方案的准确性,让诊治工作因人制宜的个性化展开。在临床诊断中,

需要不断积累检查经验,提升病情判断能力,保证诊断有关参数设置的合理性,避免差错误诊与漏诊。必要情况下,需要考虑采用联合技术诊断,发挥不同技术的优势。尤其是患者综合情况复杂时,需要发挥技术间的互补性效果。

综上所述,急性胰腺炎采用 CT 诊断可以有效的提升阳性率,对临床诊治工作提供更多帮助。

[参考文献]

- [1] 景建超.CT 对急性胰腺炎的临床诊断价值探析[J].现代医用影像学,2017,26(2):428-429.
- [2] 王斌,纪仁浩,贺启龙等.超声与多层螺旋 CT 在诊断急性胰腺炎中的应用比较[J].浙江临床医学,2018,20(8):1441-1442.
- [3] 杨红玉.CT 与 MRI 在急性胰腺炎诊断中的效果比照观察[J].中国实用医药,2017,12(9):67-69.

(上接第 21 页)

3 讨论

牙种植过程中,通常会用到引导骨再生技术,根据成骨细胞、纤维细胞、上皮细胞三者移动速度的不同,将生物膜覆盖至牙缺损部位,创造完全封闭的环境,加速牙骨组织的再生,预防牙龈结缔组织细胞、上皮组织细胞嵌入到牙缺损区域,促进骨细胞的嵌入,从而实现牙缺损部位的骨再生。

从本次研究结果来看,海奥口腔修复膜材料引导骨再生的成功率(94.74%)要显著高于 Bio-Guid 生物膜(71.05%),骨厚度和植骨厚度也更有优势,因此建议推广。

[参考文献]

- [1] 王杏松.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生中的应用分析[J].中国医药指南,2014,(4):172-172,173.
- [2] 孙欢,吴杨,赵吉宏等.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的效应研究[J].西部医学,2016,28(5):666-669.
- [3] 何丽明,郭强,何永文等.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的临床效果[J].昆明医科大学学报,2017,38(3):31-34.
- [4] 梅群英.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的效应分析[J].实用心脑血管病杂志,2018,26(z1):80-81.
- [5] 张艺平.口腔修复膜材料在牙种植中引导骨再生的临床效果评价[J].中国医药科学,2016,6(20):197-199.