

全牙弓即刻种植即刻修复的临床疗效分析

蔡勇涛

北京市平谷区妇幼保健院 101200

【摘要】目的 分析全牙弓即刻种植、即刻修复的临床疗效。**方法** 研究样本输入时间为2019年1月到2022年5月,共44例行全牙弓修复患者,基于回顾性研究方法,完成患者种植修复下颌点位数据分析及种植体植入点数据分析。**结果** 44例患者种植修复,176个下颌位数据分析中,年龄占比最高的患者为51~60、61~70岁,分别为29.55%、19.89%;其中男性患者共计120个下颌位、女性患者共计56个下颌位;44例患者共计种植,修复352枚种植体,其中植入点分布数据分析中,上颌点位共计176个、下颌点位共计176个,上颌侧切牙占比15.06%,下颌侧切牙占比12.78%;第二前磨牙上颌占比21.31%,第二前磨牙下颌占比20.17%;机械并发症发生率分析中,主要包含修复螺丝基台松动、修复螺丝基台折断、以及人工牙或基托断裂等三种大类型。**结论** 全牙弓即刻种植即刻修复医疗干预长期效果较好,能够有效完成患者口腔牙列修复干预,最大化恢复患者口腔功能改善牙周状态,有重要的应用价值体现。

【关键词】 全牙弓; 即刻种植; 即刻修复; 临床疗效

【中图分类号】 R782.12

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2023) 03-029-02

全牙弓种植修复干预是指单颗植入4~6枚种植体,支持全牙弓修复恢复口腔咀嚼功能医疗干预方式。基于国人的饮食结构、饮食习惯、口腔卫生维护情况等因素,制定符合国人情况的全牙弓即刻种植,即刻修复干预能进一步优化临床疗效,详见下文。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究样本输入时间为2021年1月到2022年5月,共44例行全牙弓修复患者,基于回顾性研究方法,男性患者30例,女性患者14例,最大年龄85岁,最小年龄37岁,平均年龄 61.25 ± 6.66 岁。

纳入标准:最低年龄不低于20岁,存在全口种植手术指征;因无牙颌或口内余牙无法保留,需要行种植修复治疗;种植术开展后24小时内,戴用种植体支持的单颌树脂修复体。

排除标准:患者个人信息不全,未参与复诊治疗者;患者存在头部颈部放疗时、存在二型糖尿病或系统性疾病;每日吸烟超过20只;口腔卫生状况不良,依从性不良者。

1.2 方法

术前明确患者的既往病史,评估病史情况,拍摄全口曲面体层X线片与CT成像;观测颊颌,下颌神经管、上颌窦的解剖结构位置,以便于种植体植入的位置、轴向、直径、长度设计;注射4%盐酸阿提卡因混合酒石酸肾上腺素注射液完成局部浸润麻醉,拔除全部无法保留的换牙,彻底韶关牙窝清除肉芽组织,使用氯己定,溶液冲洗,修整牙槽嵴,降低骨间高度,留有足够的颌间距离,根据颌骨解剖形态采用极差备洞技术,完成骨水平种植体,保持种植体平台与骨面平齐,完全就位以后锁紧,安放基台保护面,使用可吸收胶原膜覆盖植骨区,使用可吸收线缝合,术后使用西吡氯胺含漱液含漱一周,必要时口服布洛芬缓释胶囊300mg镇痛。

1.3 评判标准

统计各年龄段男女患者下颌位点数,完成数据格式对比。统计44例患者种植体植入点分布情况,完成数据分析。均于修复修复后12个月进行复查与机械并发症发生率分析。

1.4 统计学意义

软件:SPSS25.0;资料格式为 $[\bar{x} \pm s, (n, \%)]$,校验:

T值、 χ^2 值,意义: $P < 0.05$ 存在意义。

2 结果

2.1 44例患者种植修复176个下颌位分析

44例患者种植修复,176个下颌位数据分析中,年龄占比最高的患者为51~60、61~70岁,分别为29.55%、19.89%;其中男性患者共计120个下颌位、女性患者共计56个下颌位,详见表1。

表1: 44例患者种植修复176个下颌位分析(n, %)

年龄(岁)	男	女	合计
20~30	4 (2.27%)	1 (0.57%)	5 (2.84%)
31~40	11 (6.25%)	5 (2.84%)	16 (9.09%)
41~50	7 (3.98%)	6 (3.41%)	13 (7.39%)
51~60	37 (21.02%)	15 (8.52%)	52 (29.55%)
61~70	25 (14.20%)	10 (5.68%)	35 (19.89%)
71~80	21 (11.93%)	7 (3.98%)	28 (15.91%)
81以上	15 (8.52%)	6 (3.41%)	21 (11.93%)
合计	120 (68.18%)	56 (31.82%)	176 (100.00%)

2.2 44例患者种植修复352枚种植体植入点分布

44例患者共计种植,修复352枚种植体,其中植入点分布数据分析中,上颌点位共计176个、下颌点位共计176个,上颌侧切牙占比15.06%,下颌侧切牙占比12.78%;第二前磨牙上颌占比21.31%,第二前磨牙下颌占比20.17%,详见表2。

表2: 44例患者种植修复352枚种植体植入点分布(n, %)

牙位	上颌	下颌	合计
中切牙	4 (1.14%)	6 (1.70%)	10 (2.84%)
侧切牙	53 (15.06%)	45 (12.78%)	98 (27.84%)
尖牙	9 (2.56%)	11 (3.13%)	20 (5.68%)
第一前磨牙	10 (2.84%)	14 (3.98%)	24 (6.82%)
第二前磨牙	75 (21.31%)	71 (20.17%)	146 (41.48%)
第一磨牙	25 (7.10%)	29 (8.24%)	54 (15.34%)
合计	176 (50.00%)	176 (50.00%)	352 (100.00%)

2.3 机械并发症发生率分析

机械并发症发生率分析中,主要包含修复螺丝基台松动、修复螺丝基台折断、以及人工牙或基托断裂等三种大类型, (下转第31页)

表 2: 两组患者治疗 1 周后、治疗 2 周后肿胀情况 [n, (%)]

组别	例数	治疗 1 周后				治疗 2 周后			
		轻微肿胀	肿胀	肿胀明显	极度肿胀	轻微肿胀	肿胀	肿胀明显	极度肿胀
观察组	40	16 (40.0)	23 (57.5)	1 (2.5)	0	22 (55.0)	18 (45.0)	0	0
对照组	21	4 (19.1)	12 (57.1)	5 (23.8)	0	9 (42.9)	11 (52.4)	1 (4.8)	0
t	-	10.491	0.003	19.863	-	2.930	1.096	4.918	-
P	-	0.001	0.954	0.001	-	0.087	0.295	0.027	-

表 3: 两组患者治疗 1 周后、治疗 2 周后膝关节活动度情况 [n, (%)]

组别	例数	治疗 1 周后				治疗 2 周后			
		优	良	可	差	优	良	可	差
观察组	40	7 (17.5)	18 (45.0)	14 (35.0)	1 (2.5)	13 (32.5)	20 (50.0)	7 (17.5)	0
对照组	21	1 (4.8)	7 (33.3)	9 (42.9)	4 (19.1)	4 (19.1)	13 (61.9)	3 (14.3)	1 (4.8)
t	-	8.140	2.873	1.312	14.302	4.690	2.873	0.383	4.918
P	-	0.004	0.090	0.252	0.001	0.030	0.090	0.536	0.027

表 4: 两组患者治疗 2 周后不良反应率情况 [n, (%)]

组别	例数	切口感染	内固定松动	骨不连	静脉血栓	不良反应率
观察组	40	0	0	0	0	0
对照组	21	1	0	0	0	4.76%
χ^2	-	-	-	-	-	4.876
P	-	-	-	-	-	0.027

3 讨论

股骨颈骨折是指由股骨头下至股骨颈基底部之间的骨折,其骨折线绝大部分患者在关节内,女性发生率略高于男性,老年人都有不同层次的骨质疏松,故股骨颈骨折多发生于老年人。随着社会人口的老齡化,股骨颈骨折发生率也不断上升^[3]。

股骨骨折一般按具体骨折位置分为股骨近端骨折,股骨干骨折,股骨髁骨折。一般需要手术治疗。若术后不能早期进行关节功能锻炼,可能会致骨折端形成牢固纤维性粘连,也可发生挛缩,由于长期制动,膝关节内还将出现纤维束性渗出,严重影响患肢功能,降低其生活质量^[4]。CPM 是防止关节损伤和制动引起的关节挛缩粘连,可促进关节软骨再生和韧带肌腱修复的有效方法。但术后早期由于切口疼痛、肿胀等不适,导致患者产生不良心理,严重阻碍患者锻炼的积极性。所以本研究在 CPM 机治疗前使用骨创伤治疗仪辅助治疗,能增强组织通透性,促进水肿吸收,并使骨折处迅速生成骨痂,加

速恢复,从而尽最大程度减轻疼痛,增大锻炼角度。研究结果显示,观察组在治疗 1 周后、治疗 2 周后,其疼痛缓解情况、肿胀消退程度以及膝关节活动度均有明显改善,且改善情况均优于对照组,差异明显(P<0.05)。充分表明骨创伤治疗仪及 CPM 机在股骨骨折术后应用效果确切,相较于单纯使用 CPM 机治疗,前者更能提高疗效,帮助患者尽早康复。除对照组有 1 例切口感染外,两组患者在治疗期间均无出现内固定松动、骨不连、静脉血栓等不良反应,差异不明显(P>0.05)。提示骨创伤治疗仪及 CPM 机在股骨骨折术后应用安全性高,对促进骨细胞增殖,加速骨折愈合时间有重要作用。

综上所述,骨创伤治疗仪及 CPM 机在股骨骨折术后有确切效果,可帮助患者进一步改善骨愈合情况,具有较高的应用意义。

参考文献:

[1] 喻田田, 陈七弟, 谌媛媛. 骨创伤治疗仪辅助治疗创伤性骨折患者的临床价值[J]. 医疗装备, 2020, 33(22):132-133.
[2] 王成龙, 罗岳, 李存宽. 骨创伤治疗仪联合骨愈凝胶辅助治疗创伤性骨折临床研究[J]. 国际中医中药杂志, 2019(12):1333-1337.
[3] 刘超. 骨创伤治疗仪及 CPM 机在股骨骨折术后的应用效果分析[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(9):114-115.
[4] 罗辑. 骨创伤治疗仪治疗创伤性骨折的临床效果分析[J]. 中国社区医师, 2019, 035(027):51, 54.

(上接第 29 页)

352 个修复体中,修复螺丝基台松动占比 5.68%、修复螺丝基台折断 0.85%、人工牙或基托断裂 7.67%,详见表 3。

表 3: 机械并发症发生率分析 (n, %)

并发症类型	患者 (44 例)	修复体 (352 个)
修复螺丝、基台松动	7 (15.91%)	20 (5.68%)
修复螺丝、基台折断	3 (6.82%)	3 (0.85%)
人工牙或基托断裂	14 (31.82%)	27 (7.67%)
合计	24 (54.55%)	50 (14.20%)

3 讨论

全牙弓即刻种植即刻修复术后的口腔卫生及健康维护极为重要,术后康复阶段要告诫患者注意口腔卫生的清洁,存在长期吸烟史的患者劝导其戒烟,因为过度吸烟会导致种植体作为感染的几率增加,严重影响到口腔种植修复效果,为了更好的保证修复效果,指导患者使用牙线、冲牙器、间隙刷牙等牙齿清洁用具,时期能够在日常生活中完成修复体积机台周围的清洁,更好的保证口腔卫生改善优化种植体修复效

果,减少不良事件的发生,相关性研究结果均证实,在口腔修复舒适中,全牙弓即刻种植,即刻修复干预的应用价值更高,能够有效促进患者口腔功能的改善。

综上所述,全牙弓即刻种植即刻修复技术用于口腔修复干预的效果显著,可有效优化患者口腔功能,有推广价值。

参考文献:

[1] 付钰, 吕凤仪, 赵文华, 等. 全牙弓即刻种植即刻修复的临床疗效观察[J]. 口腔生物医学, 2021, 12(2):120-123, 127.
[2] 范一鸣, 邱萍, 蒋析, 等. 全牙弓种植即刻修复 225 例患者的长期临床效果分析[J]. 中华口腔医学杂志, 2020, 55(8):555-564.
[3] 徐田松, 邱萍, 蒋析, 等. 全牙弓种植即刻固定修复患者的口腔健康相关生活质量与义齿满意度评价研究[J]. 中华口腔医学杂志, 2021, 56(10):998-1004.
[4] 吴燕. 单颗牙微创种植即刻负荷技术进行牙齿修复的临床效果观察[J]. 健康必读, 2020, 11(26):69, 77.
[5] 刘国春, 杨露, 郭航. 上颌前牙单牙即刻种植修复与延期修复的临床疗效分析[J]. 中国美容医学, 2022, 31(4):121-124.