

微创技术在下颌阻生齿拔除术中的临床应用研究

黎妍

(六盘水市人民医院 贵州 六盘水 553000)

摘要: 目的: 分析微创技术在下颌阻生齿拔除术中的临床应用效果。方法: 选择 2021 年 1 月-2022 年 4 月在我院拔除下颌阻生齿的 80 例患者, 采用随机分组法将其分为研究组与对照组, 各 40 例。对照组采用常规拔牙术进行治疗, 研究组采用微创技术治疗, 对比两者的术中畏惧率、牙窝不完整率、断根率、敲击增隙率以及手术拔牙时间和疼痛评分。结果: 研究组术中畏惧率、牙窝不完整率、断根率、敲击增隙率均低于对照组, $P < 0.05$ 。和对照组的手术拔牙时间对比, 研究组的手术拔牙时间较短, 两者经过对比差异性显著, 存在统计学意义 ($P < 0.05$); 研究组患者疼痛评分较对照组低, 组间经对比差异性显著, $P < 0.05$ 。结论: 下颌阻生齿拔除术中应用微创技术效果较好, 可提高手术效果, 减轻患者的不适感, 改善手术后的各项指标, 临床应用价值较高。

关键词: 微创技术; 下颌阻生齿拔除术; 手术效果

下颌阻生齿是口腔科比较常见的一种疾病, 极易导致冠周炎反复发作, 患者也可能会出现邻牙龋齿、间隙感染等情况, 严重影响着患者口腔健康, 在临床上需要尽早拔除患牙^[1]。下颌阻生齿在临床上主要选用手术方式进行治疗, 常规拔牙术治疗, 虽有一定的治疗效果, 但是, 治疗后极易导致多种并发症的发生对整体治疗效果有着一定的影响。因此, 应为患者制定更为有效的治疗方案, 来保证患者的预后^[2]。基于此, 本文中 2021 年 1 月-2022 年 4 月在我院拔除下颌阻生齿的 80 例患者作为研究对象, 针对微创技术的应用效果展开进一步研究, 报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2021 年 1 月-2022 年 4 月在我院拔除下颌阻生齿的 80 例患者, 对照组男 25 例, 女 15 例, 最小年龄为 23 岁, 最大年龄为 56 岁, 平均 (32.25 ± 3.78) 岁; 研究组男 22 例, 女 18 例, 最小年龄为 24 岁, 最大年龄为 57 岁, 平均 (32.88 ± 3.66) 岁。一般资料对比 ($P > 0.05$)。

纳入标准: 经 X 线检查和诊断, 发现患者口中可见阻生齿近中阻生, 部分有萌出但未完全萌出的现象; 患者知情且签署同意书。

排除标准: 处于妊娠期; 哺乳期者; 有手术禁忌症者。

1.2 方法

对照组: 采用常规拔牙术进行治疗, 术后采取少量劈牙、大量去骨分开发法, 术后给予患者进行冰袋冷敷, 并给予患者注射抗生素预防感染治疗。

研究组: 采用微创技术进行治疗, 术中应用超声骨刀去骨拔牙。对患者进行局部麻醉, 用牙龈分离器将患牙周围牙龈组织进行分离, 去除残余的牙冠, 充分暴露牙根。将超声刀调整为 Surgrey 模式, 应用 EXL、EXR 刀分别处理左侧患牙与右侧患牙, 随后应用“T”型分根法切割牙根。进行去骨处理, 先把超声骨刀调成 Standard 模式, 将 EXL 刀头楔入牙根与牙槽间隙中间, 并切割处理牙周膜纤维组织, 随后调整为 Surgrey 模式, 将牙根上三分之二的骨质进行深入切割。将牙根应用微创的方式逐渐拔出。应用生理盐水反复冲洗拔牙的创面, 术后指导患者咬棉 1 小时, 待无出血症状后可离开医院。术后给予患者进行冰袋冷敷, 并给予患者注射抗生素预防感染治疗。叮嘱患者术后 24 小时、3 个月到院进行复查。

1.3 观察指标

(1) 统计对比两组患者在手术期间的心理变化与断根率、有无不适感、敲击增隙率与拔牙窝不完整率等。(2) 两组患者的手术拔牙时间, 临床上, 主要观察和记录患者的手术拔牙时间。(3) 疼痛评分: 应用视觉评估法 (VAS) 对患者的疼痛程度进行评估, 其

中, 如果分值为 0-2 分代表无明显疼痛, 如果分值为 3-4 分为轻度疼痛, 如果分值为 5-6 分为中度疼痛, 如果分值为 7-8 分为重度疼痛, 如果分值为 9-10 分则是剧烈疼痛, 无法保证患者的正常生活。

1.4 数据分析

本文中的所有数据处理均使用 SPSS23.0 统计学软件; 资料描述: 计数资料为 $(n\%)$, 如: 患者的手术效果; 计量资料为 $(\bar{x} \pm s)$, 如: 患者手术拔牙时间、疼痛评分, 实现组间的差异检验: 计数资料为 χ^2 , 计量资料为 t ; 统计学意义判定标准: $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者手术效果的对比

研究组术中畏惧率、牙窝不完整率、断根率、敲击增隙率均低于对照组, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 对比手术效果 ($n/\%$; 例)

组别	例数	术中畏惧率	牙窝不完整率	断根率	敲击增隙率
研究组	40	10 (25.00%)	4 (10.00%)	1 (2.50%)	6 (15.00%)
对照组	40	22 (55.00%)	12 (30.00%)	7 (17.50%)	15 (37.50%)
χ^2	-	7.5000	5.0000	5.0000	5.2300
p	-	0.0061	0.0253	0.0253	0.0222

2.2 两组患者手术拔牙时间的对比

研究组患者手术拔牙时间较对照组低, 组间经对比差异性显著, $P < 0.05$, 见表 2。

表 2 两组手术拔牙时间对比 (min)

组别	n	手术拔牙时间
研究组	40	15.42 ± 2.34
对照组	40	35.23 ± 2.34
T 值		37.8603
P 值		0.0000

2.3 患者的疼痛评分

研究组患者疼痛评分较对照组低, 组间经对比差异性显著, $P < 0.05$, 见表 3。

表 3 两组疼痛评分对比 (min)

组别	n	手术拔牙时间
研究组	40	2.72 ± 1.34
对照组	40	6.21 ± 0.31
T 值		16.0483
P 值		0.0000

3. 讨论

下颌阻生齿是临床常见病,该病患者以牙龈发炎、脸颊肿痛、张口困难、疼痛等等为主要症状,严重也可能会出现全身发热、淋巴结中等情况,严重影响着患者的正常生活、工作。该病在临床上以手术拔除患牙为主要治疗方式,但是治疗效果并不理想。传统拔牙术,患者在心理上会出现一定的畏惧感,特别是拔牙器械的应用,会导致患者出现不良行为,术中患者的口腔有较大的损伤,影响了患者预后^[1]。

近些年,随着临床微创技术的广泛应用,此种手术方式改变了传统骨凿方式,采用长钻针与高速涡轮机,可降低术中操作声音,继而缓解患者不良情绪。在治疗期间,需要分离患者牙冠与牙根,并取出牙冠,切断牙周膜,保证患牙可以顺利拔除,减少患者的痛苦程度。此种手术方式控而已保证患者牙槽的完整性,并且损伤比较小,预后效果比较理想^[2]。本文研究显示,研究组术中畏惧率、牙窝不完整率、断根率、敲击增隙率均低于对照组, $P < 0.05$ 。

传统的拔牙手术开始需要打麻醉针,但是期间患者会面对一定畏惧感、恐惧感,这种情况下无法获得良好的治疗效果。传统的下颌阻生齿拔除术是基于全面阻力分析情况下,将软组织切开,当阻力骨去除后,进行劈冠、分根等工作,使用牙挺挺松患牙。在整个过程中,实施的去骨、劈冠、分根流程都是分开进行的,需要护理人员在能积极保护下颌角、颞下颌关节的情况下,使用骨凿、鼓锤进行敲击,保证骨阻力去除,实现牙齿的拔除工作^[3]。近几年,微创技术得到广泛应用,在实际应用中,通过极快的速度将其渗透到口腔临床上,能对传统的敲击步骤进行优化,且应用牙钻来代替。在去除骨阻力或者牙槽间隔阻力的时候,使用应用高速涡轮机来实现,对牙冠磨开的时候,一般应用磨切方法,以免因为暴力的敲击等患牙的临近组织带来影响,影响患者心理。所以,该方法在实际操作期间,是否能最大程度降低手术受到的损伤是非常必要的,值得牙槽外科医生的积极探讨^[4]。当受传统方法拔除下颌阻生齿的时候,需要充分切开远中磨牙后垫区域,该切口和微创小型切口比较一般比较长,容易导致患者受到较大的软组织损伤,且患者术后反应更严重。比如:患者因为咀嚼肌群损伤,导致发生张口受限现象,当磨牙后区域的血管受到损伤的时候,也将发生局部出血的现象,且第二磨牙远中切口也将给牙周带来很大影响。在进行骨阻力去除的时候,如果去骨较多,也将导致牙槽骨的高度不断降低,且术后第二磨牙将面对较高敏感性^[5]。

微创技术在拔牙的时候,不需要应用骨凿,经专门反角高速涡轮机头的使用,在超声骨头下将牙周膜切断,对牙槽骨实施逐步挤压、增隙工作等,拔牙牙根过程较为柔和。实际上,能为拔出残根提供很大方便,有效保证牙槽骨的完整性,避免给牙槽窝带来很大损伤,且患者拔牙创口的愈合时间也会缩短,确保患者的疼痛程度得到控制,消除患者的不良情绪。本次研究应用的微创技术为基于高速涡轮钻方法来去骨、劈冠、分根等操作,和传统的骨凿方法比较,微创技术在实际应用期间特点非常明显,整体操作非常简单,且创口小,不会面对大量出血,一般适合口腔较为复杂的解剖空间。通过合适且灵活位点的选择去除阻力,不仅具备更高的准确性,在手术中也能避免盲目性,降低手术中的风险性,以免因为敲击引起多种不良情况,能保证患者拔牙的创口快速愈合,避免在手术中、手术后引起并发症,也能使患者的焦虑、抑郁等情绪得到缓解^[6]。本次研究,和对照组的手术拔牙时间对比,研究组的手术拔牙时间较短,两者经过对比差异性显著,存在统计学意义 ($P < 0.05$);研究

组患者疼痛评分较对照组低,组间经对比差异性显著, $P < 0.05$ 。其结果说明,因为传统拔牙需要应用牙挺实施增隙、敲击劈冠工作,虽然在手术过程中要加强对护颞下颌关节的积极保护,努力抵抗敲击力量,但是,关节区域的结构因为较为薄弱,其中的震荡不管是针对关节、患者心理情况等都将受到很大影响。应用微创技术中,利用的磨切方法进行骨阻力的去除,能在期间更详细的掌握去骨范围,手术中存在一定预见性,患者术后反应会不断减少,能对患者的骨质积极保存。加上对照组的拔牙窝不完整率较高,更说明了传统手术方式造成的骨损伤。手术期间因为缺乏一定预期性,导致应用传统手术方法发生较大几率的断根现象。而使用微创手术能避免其中的缺陷,不能通过敲击增隙,一些患者在手术后也不会导致关节区域发生不适。拔牙创口愈合主要是分析患者的凝血块是否形成、是否存在血块机化、表面上皮覆盖、骨及等情况。因为新骨形成伴有牙槽嵴顶骨质吸收,所以,在拔牙的时候,要尽量将牙槽的嵴顶高度保存,能少去骨,以免给拔牙创口的牙槽骨修复重建带来影响。微创技术拔牙操作中,各个环节目的都是避免牙槽骨面对较大损伤,能更好的保证骨质,且在牙槽骨保存中,微创拔牙为其中的主要步骤^[7]。

微创作为一种新型概念,无论是检查还是治疗,因为侵袭机体组织后都可能造成一定损伤。所以,期间应用先进器械与方法,保证能最大程度的降低组织受到的损伤,加强对组织的有效保护,保证获得良好的治疗效果。从目前实际情况看,我国的微创拔牙手术已经得到认可和广泛应用,随着现代社会的不断进步和发展,在我国的口腔临床上被有效推广^[8]。

综上,下颌阻生齿拔除术中应用微创技术效果较好,可提高手术效果,减轻患者的不适感,且患者的疼痛程度得到控制,能促使患者伤口快速愈合,临床应用价值较高。

参考文献:

- [1] 韦伟,梁又德,张丽辉等.比较微创拔牙技术与传统骨凿劈冠法拔除下颌低位埋伏阻生智齿的临床效果[J].当代医学,2021,27(4):115-116.
- [2] 段登辉,王恩博,崔念晖,等.下颌阻生智齿拔除手术的可预期微创化[J].北京大学学报(医学版),2020,52(2):395-403.
- [3] 单贤文,辛保华.微创拔牙技术与传统骨凿劈冠法对于下颌低位埋伏阻生智齿的拔除疗效[J].当代医学,2020,26(31):166-168.
- [4] 迟素光.微创技术在下颌阻生齿拔除术中的临床应用效果研究[J].全科口腔医学杂志(电子版),2019,6(8):63,65.
- [5] 曾薇,马小红.微创技术在下颌阻生齿拔除术中的临床应用效果研究[J].医药前沿,2018,8(2):161-162.
- [6] 雷飞,倪菁,王丹杨.微创拔牙技术在下颌埋伏阻生智齿拔除过程中的应用研究[J].临床口腔医学杂志,2020,36(6):338-341.
- [7] 张佰杰.微创技术在下颌阻生齿拔除术中的临床应用价值探析[J].中外医疗,2017,36(4):73-74,77.
- [8] 关学宽.微创技术在拔除下颌低位埋伏阻生智齿中的应用价值[J].中国保健营养,2020,30(26):100.
- [9] 肖伦旺,王治平.微创拔牙技术在下颌阻生智齿拔除中的临床效果[J].中外医学研究,2018,16(23):163-164.
- [10] 任一雄,拜薛鹏,张玲,等.笑气吸入镇静技术在牙科焦虑症患者微创拔除下颌阻生齿中的应用[J].中国药物与临床,2019,19(9):1457-1458.