

自体牙移植修复缺失磨牙的临床效果观察

曹秀华 段康博 马娜 李 腾

(河北辛集市第二医院口腔科 河北辛集 052360)

摘要 目的: 研究探讨自体牙移植修复缺失磨牙的临床效果。方法: 将 2021 年 1 月至 2021 年 12 月在本科室接受治疗的 20 例缺失磨牙患者为研究对象, 所有研究对象进行自体牙移植修复, 观察对比治疗的情况。结果: 20 例缺失磨牙患者中经自体移植 1 年后的成活率为 100%, 患者对修复结果非常满意, 修复后无其他不适; 修复后 1 年复查, 患者的牙组织恢复良好, 牙周软组织正常。结论: 自体牙移植修复缺失磨牙的临床效果治疗效果十分显著, 非常具有临床价值, 值得推荐, 但是并不是所有的患者都可以进行自体牙移植, 医生要根据患者的实际情况进行评估, 具体问题具体分析, 为患者量身打造针对性治疗方案, 促进患者康复。

关键词: 自体牙移植; 修复; 缺失磨牙; 临床效果

磨牙是承担着全口最重的咀嚼功能, 也称为牙合之“锁钥”。如果磨牙缺失, 会使咀嚼功能很差, 加重胃肠负担。近年来国家关注儿童健康, 全面推行暖民心行动, 积极推广免费儿童口腔健康检查、窝沟封闭、局部涂氟等口腔疾病干预模式。六龄齿及磨牙的患龋率明显降低。但是, 随着年龄的增长, 由于各种原因, 还是有许多少年出现磨牙缺失及严重龋坏的发生, 给患者带来严重影响。因此, 如果有磨牙有问题, 要及时进行修复治疗。自体牙移植作为牙齿缺失的一种治疗手段, 自体牙移植在生物相容性、功能、时间、费用和预后等方面较其他治疗方法有以下优越性^[1]。最常见的自体牙移植是用健康无功能的第三磨牙替代不能保留而拔除或缺失的第一或第二磨牙, 供牙与患牙的形态、大小相似, 移植后即可恢复牙列完整, 愈合稳固后可行使咀嚼功能, 是缺牙后生物相容性最好的治疗手段。成功的移植牙可重建良好的牙周膜, 在咬合时具有本体感知觉; 成功的移植牙可诱导和促进牙槽骨在三维方向的再生和龋乳头的形成。根尖尚未完全发育的牙齿移植后可获得牙髓再生, 具有萌出的可能, 并随着颌骨发育而重建, 移植后的牙齿可进行正畸移动^[2]。即使牙移植失败, 对后期的种植义齿和其他修复治疗影响不大, 不存在免疫排斥的风险。自体牙移植治疗周期短、创伤小、费用低, 是性价比最高的治疗方法^[3]。基于此, 本次研究分析自体牙移植修复缺失磨牙的临床效果, 现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2021 年 12 月在本科室接受治疗的 20 例缺失磨牙患者为研究对象, 男 11 例, 女 9 例, 年龄 18-45 岁, 平均年龄 (30.32 ± 9.74) 岁; 对比两组一般资料 (性别、年龄), 结果均无统计学差异, $p > 0.05$ 。

纳入标准: ①患者临床资料完整; ②均是自愿参与研究并签署同意书。

排除标准: ①具有心理问题, 配合差; ②具有认知障碍, 无法清晰交流。③资料不齐全。

1.2 方法

所有患者接受自体牙移植修复, 具体步骤如下: 局麻生效后, 微创法完整拔除智齿, 浸泡在生理盐水中, 种植机预备好受区牙槽窝后将智齿植入, 严密缝合牙龈创口, 再用麻花丝和流动树脂将智齿与前后邻牙固定。患者磨牙根尖周无病变, 局麻下同期行微创智齿拔除+受区患牙拔除+受区牙槽窝制备+智齿植入+ 移植牙固定术, 智齿脱离牙槽窝到植入受区牙槽窝内时间控制在 3 分钟以内。植入固定后立即拍摄牙片。

1.3 观察指标

据 Tsukiboshi 等推荐的自体牙移植术后的评价标准进行疗效评价, 包括成功、存留和失败三种情况。

1.4 统计学方法

将本次关于自体牙移植修复缺失磨牙的临床效果的研究的计量数据 ($\bar{x} \pm s$) 和计数数据 (%) 输入到统计学软件 (SPSS 22.0 版

本) 进行解析。

2 结果

20 例缺失磨牙患者中经自体移植修复下后的成活率为 100%, 患者对修复结果非常满意, 修复后无其他不适; 修复后 1 年复查, 患者的移植牙组织恢复良好, 牙周软组织正常。

3 讨论

磨牙是具有非常重要具有功能的牙齿, 特别是第一磨牙不能够保留只能拔除, 一定要尽快去修复, 因为第一磨牙的咀嚼效能有 80%, 如果缺失, 患者咀嚼效率会降低很多。并且长期缺失第一磨牙, 缺失的前后牙齿时间久了以后容易倾斜。而对颌的牙齿, 因为没有与其咬合也会往下伸长, 容易导致全口咬合的紊乱。所以如果第一磨牙不能够保留只能拔除, 一定要尽快修复, 否则容易导致咬合紊乱, 咀嚼效率低下^[4]。

随着科学技术的不断发展, 治疗磨牙缺失的医疗手段也不断优化, 自体移植是指将自身的某种细胞、组织、器官进行移位再植^[5]。自体牙移植是指拔牙后, 将口中利用率不大的牙齿, 比如智齿或者多生牙, 移植到患牙拔牙窝内, 重新发挥作用。移植牙要完整拔出整颗牙齿, 不能有任何损伤或者裂纹出现, 而且移植牙需要保留一定的牙周韧带, 利于移植到拔牙窝后的稳固生长。自体牙移植过程需要同步进行, 拔除患牙的同期拔除需要移植的牙齿, 并完成整个移植过程, 自体牙拔出到植入受区时间控制在 3 分钟以内。传统治疗修复磨牙缺失多采用活动假牙和固定桥修复, 活动桥修复因为异物感强咀嚼效率低越来越不被人接受, 固定桥修复是以相邻两侧邻牙作为基牙的冠桥修复, 优点是异物感小, 咀嚼效率高, 缺点需要磨除部分相邻两侧邻牙。种植牙是近些年来修复缺失牙的比较好的方式, 种植牙是一种假牙, 它是利用手术的方法在人的颌骨内将纯钛的种植体植入缺牙部位的牙槽骨内, 经过一段时间与颌骨发生骨结合, 再通过二期的手术, 在种植体上接一个基台, 然后再进行烤瓷冠或全瓷冠的修复, 恢复牙齿的形态和咀嚼功能, 被誉为人类的第三副牙齿, 但是种植牙往往存在费用高昂, 年龄太小不宜种植等条件制约。所以自体牙移植不失为另外一种恢复牙列完整的方式, 它的适应症范围虽然比较窄, 但是这种方法是在合适的适应症的情况下最好的修复方式。但是移植牙要进行完善的根管治疗, 而且要完整拔出整颗牙齿, 不能有任何损伤或者裂纹出现, 而且移植牙需要保留一定的牙周韧带, 利于移植到拔牙窝后的稳固生长^[7]。自体牙移植过程需要同步进行, 拔除患牙的同期拔除需要移植的牙齿, 并完成整个移植过程。自体牙移植对于缺牙部位的骨质和骨量要求不像种植牙那样苛刻, 不需要昂贵的设备和材料, 而且治疗周期短, 因而自体牙移植比种植牙更加经济实惠、适应症更加广泛^[8]。自体牙移植的牙齿是有生命力、有神经感觉的, 同时舒适及无异物感; 自体牙移植可形成牙周膜愈合, 诱导骨质的形成, 牙周膜有神经感受器的, 可以感受咬合力的大小、咬合功能及语言功能等, 成功的移植牙具有天然牙相同的本体感受。自体牙移植的牙齿在颌骨

(下转第 55 页)

(上接第 53 页)

中有一定的移动度,经过一定时间稳固后,口内存在牙齿不整齐的情况下,可做矫正方法将牙齿排列整齐;自体移植牙周膜干细胞可诱导牙周组织的再生,移植后不仅可以保存牙周嵴高度,而且对于部分牙槽骨的牙槽窝,移植牙可诱导其骨壁垂直生长,促进结合上皮在附着,形成自然牙龈沟,不存在种植修复中种植体与牙冠之间的美学的过渡问题。自体牙移植术既拔除了阻生智齿或额外牙,又修复了因劈裂、龋齿、外伤或牙周炎等原因造成的牙列缺损,可谓一举两得;自体牙移植无需进行邻牙牙体预备,因而不会损伤邻牙且对邻牙无特殊要求,移植后的牙齿还可作为固定桥的基牙,为固定义齿的修复提供条件;处于生长发育期的青少年不能进行修复,选择牙根未发育完全的自体牙移植,移植后牙齿可继续萌出,能伴随牙槽嵴生长适应远期的生长发育^[9]。长期临床实践发现,提高牙移植术后患者的依从性,保证患者定期复查,可提高自体牙移植术的使用年限。本次研究中 20 例缺失磨牙患者中经自体移植修复下后的成活率为 100%,患者对修复结果非常满意,修复后无其他不适;修复后 1 年复查,患者的牙组织恢复良好,牙周软组织正常;进一步说明自体牙移植治疗具有很高的优势,具有一定推广价值。此外,自体牙移植术具有一定的难点:不同位置的牙齿涉及牙槽窝和牙根外形不同的问题,需要牙槽窝的修整,以及植入牙齿牙周膜的保留,这些都是牙齿能否再植的基本条件。自体牙移植非常考验医生的操作技巧,对医生的技术要求也更高,自体牙移植的顺利和成功需要医生准确把握每个细节点:1 微创拔牙,保证牙周组织活性;2 移植深度和宽度位置合适(移植时需要精准定位,牙周膜位于牙槽嵴上方 1-2mm)及移植有效时间在 3 分钟以内;3 牙槽窝与牙根有均匀小间隙 4 有良好的初期稳定性;因此,对医生的要求较高,磨牙缺失患者一定要去正规医院进行治疗。自体牙移植术并不一定适用于所有患者,自体牙移植术主要适用于年轻恒牙,对移植的牙齿、种植的牙槽窝、患者的身体素质等都有一定的要求。比如,智齿牙根的发育程度和牙根形态得适合移植,受区的牙槽窝得有足够的高度和宽度来容纳智齿牙根,患者无严重的系统性疾病等等。只有满足了所有的要求,移植后的智齿预后才好。此外,任何技术的进展都离不开无数人锲而不舍的探索,并且可能会付出一定代价,在口腔种植技术日益成熟的今天,牙移植的适应证

可能越来越窄,但自体牙移植仍然是一种适宜技术,具有其独特优势值得临床推广和运用^[10]。

综上所述,自体牙移植修复缺失磨牙的临床效果治疗效果十分显著,非常具有临床价值,值得推荐,但是并不是所有的患者都可以进行自体牙移植,适应症窄,医生要根据患者的实际情况进行评估,具体问题具体分析,为患者量身打造针对性治疗方案,促进患者康复。

参考文献:

- [1]王姝,高宏宇,杨国英,等.智齿自体牙移植修复下颌第一磨牙缺失疗效分析[J].中国美容医学,2019,028(002):003-004.
- [2]许竞,张志勇.下颌阻生第三磨牙拔除术后第二磨牙牙周骨质缺损及自体骨移植的修复效果[J].广东医学,2018,039(011):005-006.
- [3]侯锐,许广杰,惠小勇,等.自体牙移植 300 例临床分析[J].中国口腔颌面外科杂志,2018,016(001):004-005.
- [4]张彦喜,杨敬一,刘鑫,等.牙根发育完全的自体牙移植后根管治疗与未治疗的临床效果比较[J].河南医学研究,2019,028(003):004-005.
- [5]梁德凤,周鑫才,李艳芬,等.自体骨即刻移植对阻生第三磨牙拔除术后第二磨牙远中骨质缺损的疗效分析[J].口腔医学,2019,001(007):005-006.
- [6]王丽,刘啸晨.自体牙移植结合正畸治疗 1 例牙齿缺损报告[J].医学信息,2018,031(024):003-004.
- [7]王伟德,陈清凉.三种不同修复方式修复根管治疗后前磨牙牙体缺损的临床研究[J].延安大学学报:医学科学版,2019,017(002):004-005.
- [8]惠小勇,许广杰,杨霞,等.自体牙移植的优缺点及其与口腔多学科的关系及应用[J].中国实用口腔科杂志,2020,013(001):005-006.
- [9]刘枫.口腔正畸结合修复治疗错颌畸形伴第一磨牙缺失的临床疗效观察[J].医学信息,2020,033(001):071-072.
- [10]马国武,贾崇智.自体牙骨移植材料在口腔种植领域中的应用[J].口腔医学研究,2020,036(008):004-005.