

埋伏阻生齿微创拔除方法

桂春江, 舒 适, 王新舰, 高 云, 董青山

【摘要】目的 初步研究埋伏牙和阻生牙的微创拔除方法及技巧。**方法** 选择口腔门诊和住院的埋伏阻生牙患者 180 例, 其中上颌第三磨牙埋伏阻生 11 例、上颌埋伏尖牙阻生 26 例、上颌埋伏多生牙 13 例、下颌埋伏多生牙 14 例、下颌第三磨牙埋伏阻生 116 例(又随机分为微创拔牙 A 组 58 例和对照的传统拔牙 B 组 58 例)。排除拔牙禁忌症, 术前拍摄全颌曲面断层片或牙科锥束 CT, 评估患牙位置及其与毗邻重要解剖结构(牙和神经等)的位置关系, 设计牙龈翻瓣, 上下颌埋伏牙和下颌智齿的 A 组利用仰角机头等微创拔牙器械与技术拔除, B 组采用传统劈冠法拔除。记录术中及术后患者主观感受、手术并发症发生率等, 评估微创拔牙技术的临床效果。**结果** 埋伏阻生牙用微创拔牙器械和技术, 极大地降低了埋伏阻生牙的拔除难度, 并且拔牙时间可预测和可控制, 耗时 5~35 min, 平均为 15 min。与传统拔牙方法对比, 患者主观牙科畏惧感和术后不良反应如术区肿胀疼痛、张口受限、下唇麻木、干槽症等发生率明显较低, 无一例严重并发症发生。**结论** 通过微创拔牙方法可拔除各类埋伏阻生牙, 手术时间可控制、可预测, 并发症少, 反应轻, 是一种值得在临床上推广普及的技术。

【关键词】 埋伏牙; 阻生牙; 微创拔牙

【中图分类号】 R 782. 11

【文献标识码】 A

doi: 10. 3969/j. issn. 1009-2595. 2015. 02. 012

Minimally Invasive Extraction of Embedded or Impacted Teeth

GUI Chun-jiang, SHU Shi, WANG Xin-jian, GAO Yun, DONG Qing-shan. Department of Stomatology, The First People's Hospital of Wuxue, Wuxue Hubei 435400, China

Corresponding author: GUI Chun-jiang, E-mail: 851368760@qq.com, Tel: 13397262918

【Abstract】Objective To study the methods and techniques of minimally invasive extraction of embedded or impacted teeth. **Methods** One hundred and eighty embedded or impacted teeth were involved in this study, including 11 maxillary wisdom teeth, 26 maxillary embedded canine, 13 maxillary supernumerary teeth, 14 mandibular supernumerary teeth and 116 mandibular wisdom teeth (randomly divided to group A and group B). All the patients with extraction contraindications were excluded. Preoperative panoramic X-ray or cone beam CT was executed to locate the impacted teeth and the relationship between impacted teeth and adjacent anatomical structures. Then over the gingival flap was cut and turned, and the impacted teeth using minimal invasive apparatus was extracted. The operation time, intraoperative and postoperative patient's feeling and complications were recorded to assess the effect of minimally invasive extraction. **Results** Almost all the impacted teeth could be extracted by minimally invasive techniques. The operation time was divivable and controllable, which lasted from 5 to 35 minutes with the mean 15 minutes. Compared with the traditional extraction, the patients maintained good comfort during operation. The intraoperative and postoperative complication incidence, such as swelling, pain, limitation of mouth opening, numbness of lower lip and dry socket, was significantly lower. None had serious reactions. **Conclusions** It is possible and effective to extract all kinds of embedded or impacted teeth by minimal invasive extraction methods. The extraction time is divivable and controllable. The complications and reaction are light. This technique is worthy of popularizing.

【Key words】 Embedded teeth; Impacted teeth; Minimally invasive extraction

传统的拔牙方法是切开翻瓣后, 用骨凿、劈冠器、牙挺等解除牙阻力、骨阻力, 才能拔除患牙^[1], 其过程较复杂, 并发症难以控制, 部分埋伏阻生牙常难以拔除。随着微创拔牙技术的引进与开发, 各类埋伏阻生牙的拔除成为一种可预测、可控制的门诊手术, 患者不

适感和不良反应明显减少, 拔牙效率明显提高^[2]。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2012-01/2014-06 月武穴市第一人民医院和广州军区武汉总医院门诊及住院诊断为“埋伏阻生牙”的患者 180 例, 男 110 例, 女 70 例, 年龄 8~70(26.0 ± 5.2) 岁, 其中上颌第三磨牙埋伏阻生 11 例、上颌埋伏尖牙

【作者单位】 435400 湖北武穴, 武穴市第一人民医院口腔科(桂春江、舒 适、王新舰、高云); 广州军区武汉总医院口腔科(董青山)

【通讯作者】 桂春江, E-mail: 851368760@qq.com; Tel: 13397262918

阻生 26 例, 上颌埋伏多生牙 13 例, 下颌埋伏多生牙 14 例, 下颌第三磨牙埋伏阻生 116 例(又随机分为微创拔牙 A 组 58 例和传统拔牙 B 组 58 例)。所有病例均未见超过 1/3 的临床牙冠, 经全颌曲面断层片初步检查确诊。

1.2 术前准备

所有患者拍全口曲面断层片, 必要时拍多角度根尖片或者锥束 CT, 明确埋伏阻生齿的位置和走形方向、与邻牙关系、与神经血管束或上颌窦底距离关系、颊舌(腭)侧骨量, 为手术入路选择、术中拟保护的组织结构等做好充分准备。术前查血常规和凝血功能, 术前半小时内口服抗生素。手术器械有 15 号小圆刀片及刀柄、微创拔牙专用的骨膜分离器、颊拉钩、金属吸唾器和 45° 仰角高速气动手机、拔牙挺、根尖挺、根尖钳等。

1.3 手术过程

1.3.1 基本方法与技巧 麻醉方法可以常规用 2% 利多卡因行相关神经阻滞麻醉^[3], 推荐选用必兰麻(阿替卡因)牙龈及牙周膜局部浸润麻醉。拔牙切口一般在磨牙远中向龈缘延伸, 以能暴露 2/3 牙冠为准, 上下颌前牙设计唇舌(腭)侧龈缘切口, 必要时加三角形辅助切口。在充分解除冠阻力基础上仍不能拔除时, 即考虑去除骨阻力, 要充分发挥仰角机头的作用, 大范围、大面积切割牙冠组织和必要的冠周骨组织, 减少正常组织的损伤, 尤其要扩大冠周或牙周间隙, 留出牙挺空间, 再用合适的拔牙挺伸入间隙, 拔除阻力已去除的牙, 如仍有阻力, 可以继续机头切割, 对于多根牙, 应寻找根分叉, 用机头切割分根, 再改用根尖挺分根拔出, 期间, 避免用邻牙做支点, 切割时掌握深部和方向, 避免过深伤害神经管束。牙拔除后, 不建议过度刮治, 也不需放置止血药等, 将牙龈复位缝合, 下颌智齿处缝合不主张过于严密, 利于引流。对于下颌智齿拔除术, 如翻瓣远、大、偏舌侧, 此时可在舌侧和远中注射地塞米松注射液一支, 预防术后水肿。

1.3.2 几种特殊部位拔牙技巧 ①下颌埋伏阻生第三磨牙(A 组微创法)。利多卡因下牙槽神经阻滞麻醉, 或者必兰麻局部浸润。牙龈翻瓣切口设计在第二磨牙远中长约 1.5 cm, 向前沿至第一或二磨牙颊侧龈缘, 用骨膜分离器充分翻开颊舌向龈骨膜瓣, 显露牙冠。使用颊拉钩拉开龈瓣, 保护软组织。直视下使用 45° 仰角高速气动手机沿冠边缘去骨, 充分暴露近远中牙冠, 颊侧暴露 3/4 牙冠, 沿牙冠颈部或近中横形截冠, 解除近中冠阻力, 同时磨改牙冠周径, 再用牙挺试行拔除远中部分, 遇有多根牙, 再用机头分根, 继续用

根挺分根拔除, 然后在遗留的较大空间内拔除近中阻挡的牙冠。传统拔牙方法(B 组传统法)是切开翻瓣后, 骨凿去骨(必要时), 用劈冠器锤击断冠, 去除近中向阻力, 配合牙挺和(或)牙钳拔除阻生智齿, 其余步骤同微创法。②上颌埋伏阻生多生牙或尖牙。必兰麻局部浸润麻醉和腭前神经阻滞麻醉。选用梯形切口, 阻生尖牙两边延伸一个牙位为切口范围, 腭侧一般顺龈缘切开 4~5 个牙位。沿粘骨膜瓣翻起, 至骨面牙暴露点, 用仰角机头去骨, 暴露牙冠, 分冠和磨改冠周径, 用根尖钳一般可顺利拔除。如遇根阻力, 可继续磨改, 尽量少磨骨质, 避免损伤邻牙。术毕, 清理拔牙创, 牙龈瓣复位缝合。

1.4 术后处理

术后常规医嘱, 复杂的埋伏阻生牙拔除后可注射抗生素, 其余可口服抗生素 3 d, 必要时服止痛药。术后一周拆线。

1.5 观察和记录项目及评价标准^[4]

①拔牙时间: 从麻醉生效后开始拔牙到伤口缝合完毕的时间; ②畏惧症发生率: 根据患者对拔牙过程的畏惧程度采用 5 级评分, 即从没有、较轻、中等、较重到严重, 分别记 1~5 分, 1~2 分为不畏惧, 3~5 分为畏惧, 统计畏惧症发生率; ③术后并发症: 术后 4 d 复查, 检查并记录邻牙损伤、干槽症、严重肿胀、下唇麻木、颞下颌关节区疼痛伴张口受限等发生情况。

1.6 统计学处理

采用 SPSS 统计软件包进行分析, 计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间均值比较采用 *t* 检验; 计数资料采用率表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

上下颌除智齿外的埋伏阻生牙共 64 例, 拔牙时间平均 14 min(14.0 ± 2.1)min, 患者主观畏惧率 30%, 术后局部轻度肿胀, 无一例大出血、邻牙损伤和干槽症, 2 例面中部中度肿胀伴张口受限, 一周后消退。

下颌第三磨牙阻生齿 116 例结果显示, 微创法拔牙时间[(15.66 ± 8.24)min]较传统法拔牙时间[(25.32 ± 12.30)min]明显缩短, 差异有统计学意义($t = 3.49$, $P = 0.001$)。

A 组畏惧症发生率(32.8%)较 B 组(69.0%)明显低, 差异有统计学意义($\chi^2 = 41.18$, $P < 0.05$); 微创法拔牙中, 患者无明显疼痛感, 拔除顺利, 均未损伤邻牙。术后不良反应少, 10 例出现皮下瘀血, 逐渐吸收消退。2 例出现下颌智齿拔牙后干槽症, 给予伤口拆线、

冲洗、止痛,一周好转。B组15例出现邻牙疼痛、部分松动等,3例邻牙损伤,6例出现干槽症,10例严重肿胀,2例下唇麻木,12例张口受限,均较A组发生数多,其中严重肿胀与张口受限2组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 12.67, P < 0.05$)。

3 讨论

传统方法虽然经典实用,但更多的是用于常规牙的拔除,对于埋伏阻生牙的拔除,往往存在以下问题:①术中敲击产生的震动导致患者产生心理恐惧,易患“牙科畏惧症”;②敲击和长时间的张口可能导致颞下颌关节受损;③在拔牙过程中可能会引起严重的术中、术后并发症,如下牙槽神经损伤、舌侧骨板骨折、出血水肿,甚至下颌骨骨折。

微创拔除术不仅简化了拔牙过程,缩短了手术时间,更减轻了患者的恐惧和痛苦,也有效减少了并发症的发生^[2,5]。

微创拔牙的概念^[5-6]是指“在拔牙过程中,通过使用标准的拔牙器械,应用微创的手术技巧,使拔牙过程对患者产生的身心创伤和影响最小化”。微创拔牙器械主要包括45°仰角冲击式气动手机、外科专用切割针、颊拉钩、骨膜分离器、外科专用金属吸唾器、橡胶开口牙合垫;微创拔牙理念及技术包含改良的牙龈翻瓣切口设计、去除骨阻挡与牙阻挡的方法、牙周增隙原则、去骨与分根技巧等,做到保护牙龈与骨组织、减小创伤反应的效果。本研究采用微创拔牙的122例患牙中,85.7%的患者术中和术后没有感觉到明显的痛苦,58例采用传统拔牙的患者中有40例有牙科畏惧。尤其是采用微创拔牙方法后,各种牙拔除术后并发症的发生率也明显降低。

作者近几年在应用微创拔牙方法过程中,不断总结经验,逐渐向较大难度的埋伏阻生牙过渡。该方法切实有效,患者满意度很高,经济效益和社会效益取得双赢。但也有几点值得关注和深入研究:①有牙科畏惧症的患者,配合仍较差,有必要联合无痛镇静拔牙方法;②术前埋伏牙的定位很重要,必须有全颌曲面断层片,有条件单位建议行锥束CT(CBCT)检查。目的是

明确埋伏牙的位置以及其与毗邻结构的关系,如神经管、邻牙等关系;③拔牙过程中的视野清晰很重要,必须有四手操作程序,配置专用金属吸引器头,在切割全程保持合适的吸引力量与位置,才能保证切割不至于偏斜或过深,也能避免皮下气肿的发生;④充分发挥颊拉钩的优势,保护好软组织,避免铰链舌神经和牙龈。我们在早期配合不熟练时,时有软组织损伤情况发生,切割时不能做到狠、稳、准,拔牙时间偏长,但患者的整体损伤和术后肿痛发生率仍较传统方法低很多。此外,埋伏牙的拔除,尤其是上颌多生牙,主张最大限度保存正常骨量和邻近正常牙,以切割分块拔除患牙为目标。过去部分埋伏阻生牙因条件限制,放弃拔牙,也暂时使得这部分数据无法做对比研究。本组研究未将各类埋伏阻生牙牙齿分类统计。如果样本量够大,分类讨论可能更具有临床意义。

总之,微创的理念不仅是生理微创,还包括心理微创。微创法无需锤击,减轻了拔牙的恐惧感,术中创伤小,麻醉效果好,出血少,所有需再次拔牙患者均能按预约就诊完成治疗^[7-8]。微创拔牙技术近年来已越来越被推广应用,其优越性已经展现,取代传统的锤凿法将会成为牙槽外科的趋势。但这并不否认传统拔牙的原理、方法和技术,如何把微创理念贯穿在拔牙的每一细节上,值得深入研究。

参 考 文 献

- [1] 谢桂英,陈胜华. 1059颗下颌阻生智齿拔除临床分析[J]. 口腔医学研究, 2009, 25(2): 148-152
- [2] 胡开进,杨擎天. 微创拔牙理念及技术操作[J]. 国际口腔医学杂志, 2011, 38(3): 249-252
- [3] 邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003: 20-30
- [4] 肖平,卢向阳,余尚龙,等. 微创法与锤凿法拔除下颌阻生智齿的临床研究[J]. 中华老年口腔医学杂志, 2012, 10(1): 25-28
- [5] 潘剑,张壮,华成舸. 标准拔牙器械及其使用[J]. 中国实用口腔科杂志, 2010, 3(10): 581-584
- [6] 秦瑞峰,胡开进. 微创拔牙技术的应用[J]. 中国实用口腔科杂志, 2010, 3(10): 592-596
- [7] 杨擎天,胡开进,薛洋,等. 阻生下颌第三磨牙2种拔除方法的比较[J]. 实用口腔医学杂志, 2010, 26(1): 71-74
- [8] 高学琴,董亚鹏. 微创拔牙术在临床工作中的疗效分析[J]. 中国医学创新, 2014, 11(7): 85-87

(2014-11-21 收稿 2014-12-25 修回)