

表 2 实验组和对照组治疗满意度比较

分组	n	不满意 (例)	基本满意 (例)	比较满意 (例)	十分满意 (例)	满意度 (%)
对照组	40	9	11	12	8	77.50
实验组	40	2	10	13	15	95.00
χ^2						5.165
P						0.023

3 讨论

牙列缺损易导致患者牙槽骨的加速吸收和颌骨出现畸形发育等情况,对牙列缺损患者的牙齿美观性产生严重不良影响,对牙列缺损患者的正常发音及咀嚼效率也产生一定影响^[3-4]。对牙列缺损实施口腔种植牙修复主要是使用生物相容性较好的材料作为人造的牙根并植于患者的上下颌骨,使其上部的结构和牙列缺损患者的种植体进行结合,形成比较完整的修复体,进而对牙列缺损产生较好的修复效果。因所植入材料与人体的生物相容性比较好,牙列缺损患者实施修复治疗后产生的不良反应比较少^[5-6]。

目前,牙列缺损的常规修复治疗方法多是利用相邻的基牙作为肩台进行一定的修复治疗。然而,牙列缺损患者经过常规的修复治疗后,常会对患者缺损牙列相邻的基牙带来一定的疼痛,容易发生修

复体脱落或修复体折断等不良反应,具有一定的不足。而对牙列缺损患者实施口腔种植牙修复治疗,可以比较精确的控制种植牙的植入位置、角度以及深度,并促使种植牙的咬合面与患者的基牙得以均匀地接触,可明显提高患者牙齿咀嚼力的承受度。并且,种植之后的稳固性与安全性较高。因此,给予牙列缺损患者口腔种植牙修复治疗要比常规修复治疗的效果更好,可明显提高患者的舒适度、美观效果及口腔相关功能等。另外,与应用常规修复治疗相比,牙列缺损患者应用口腔种植牙修复治疗后,患者对于治疗效果的满意度更高。

参考文献

[1]牛学刚,王小勇.天然牙与种植体联合支持修复牙列缺损的研究进展[J].国际口腔医学杂志,2016,43(5):614-618
[2]姜长伟.牙列缺损应用口腔种植牙修复与常规修复治疗的比较研究[J].中国实用医药,2016,11(5):103-104
[3]林耿冰.口腔种植牙修复牙列缺损的临床疗效分析[J].现代诊断与治疗,2015,26(14):3290-3291
[4]李兵.口腔种植牙修复牙列缺损的临床效果探讨[J].临床研究,2016,24(2):68-69
[5]陈志方,张薇.牙-牙槽骨联合移植修复牙列缺损的临床应用研究[J].华西口腔医学杂志,2016,34(4):364-368
[6]李彦.牙列缺损种植修复的咬合评估与设计[J].中华口腔医学杂志,2016,51(4):219-223

(收稿日期: 2017-03-03)

拔牙位点保存技术在口腔种植临床的应用效果评价

李洪波 黄鹤 李巧梅

(广东省深圳牙科医疗中心口腔种植修复科 深圳 518001)

摘要:目的:研究并探讨拔牙位点保存技术在口腔种植修复中的应用效果。方法:选取 2013 年 1 月~2016 年 6 月我院口腔门诊收治的 100 例口腔种植修复患者作为研究对象,采取计算机随机序列表将患者随机分为两组,每组 50 例。对照组在拔牙后进行常规处理,观察组在拔牙后实施即刻位点保存,再接受种植体植入,比较两组种植成功率、牙槽骨吸收情况、牙槽骨宽度、牙槽骨高度、美学效果以及满意度等。结果:观察组的种植成功率明显高于对照组($P<0.05$),牙槽骨吸收量明显低于对照组($P<0.05$),美学效果评分、满意度评分均明显高于对照组($P<0.05$);拔牙后 6 个月,两组的牙槽骨宽度、高度均有所减少($P<0.05$),但观察组拔牙后的牙槽骨宽度、高度均明显高于对照组($P<0.05$)。结论:在口腔种植修复中应用拔牙位点保存技术可有效减少拔牙后患者牙槽骨的吸收量,减轻牙槽骨高度、宽度缺失,为后期口腔种植修复创造良好的种植环境,有利于提高口腔种植成功率。

关键词:拔牙位点保存技术;牙槽骨吸收;口腔科;口腔种植

中图分类号:R783.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.029

口腔种植修复中牙槽骨吸收是影响到种植效果的主要因素之一,而拔牙位点保存技术是基于拔牙后牙槽骨吸收而实施的处理措施,本次研究为探讨拔牙位点保存技术在口腔种植修复中的应用效果,对本院收治的期间共 100 例口腔种植修复患者拔牙后分别实施常规处理、位点保存处理,并比较其后期种植效果、牙槽骨吸收情况等。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月~2016 年 6 月我院口腔门诊收治的 100 例口腔种植修复患者作为研究对象,均经口腔检查证实为牙列缺损,均为单颗牙齿缺损,均无拔牙禁忌证,且在研究前对此次研究知情同意。此次研究经我院伦理委员会审批许可。采取计算机随机序列法将患者随机分为两组,每组 50

例,其中观察组男 26 例,女 24 例,年龄 19~48 岁,平均年龄(32.76± 13.24)岁;对照组男 27 例,女 23 例,年龄 21~49 岁,平均年龄(33.25± 12.69)岁。两组性别、年龄等一般资料比较, $P>0.05$,差异无统计学意义,说明此次研究具有可比性。

1.2 治疗方法 所有患者均在种植修复前接受拔牙,常规消毒铺巾,采用碧兰麻于拔牙窝点进行局部浸润麻醉,将牙龈分离后,拔除缺损牙齿,采用牙周膜环切刀将牙周膜切断,采取分根法将牙根轻柔拔除,尽可能保留舌侧、颊旁牙槽骨的完整性,减轻口腔软组织损伤,刮匙将拔牙窝内的肉芽组织、感染组织以及根尖囊肿予以刮除,生理盐水反复冲洗拔牙窝。对照组在拔牙后进行常规处理,即在拔牙后无菌棉球对创面进行压迫止血;观察组在拔牙后实施即刻位点保存,采用 Bio-Oss 骨粉在拔牙窝内充填,直至充填平整,再在拔牙创口表面采用 Bio-Gide 胶原膜覆盖,对胶原膜进行妥善固定。拔牙后 3~7 d 内所有患者均口服消炎药物,半年后复查,再将种植体植入拔牙窝内,行无张力缝合。

1.3 观察指标 比较两组种植成功率、牙槽骨吸收情况、牙槽骨宽度、牙槽骨高度、美学效果以及满意度等。其中,种植成功主要指种植体周围骨质稳定且无放射性透射区,种植体稳定,无疼痛;牙槽骨吸收情况、牙槽骨宽度、牙槽骨高度均采用锥形束 CT 进行测量,分别于拔牙后即刻、拔牙后 6 个月进行测量;美学效果根据牙龈、软组织颜色、牙槽骨缺失情况以及种植体色泽等情况进行打分,总分为 0~100 分,得分越高越美观;满意度采取满意度调查问卷进行评估,由患者对种植后口腔舒适度进行打分,总分为 0~100 分,得分越高越满意。

1.4 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件处理数据,计数资料采用例(%)表示,行 χ^2 检验,计量资料采用平均值± 标准差表示,行 t 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组种植成功率比较 对照组共有 42 例患者种植成功,种植成功率为 84.0%;观察组 50 例患者均种植成功,种植成功率达到 100.0%;两组比较,观察组种植成功率明显高于对照组($P<0.05$)。

2.2 两组牙槽骨吸收量、美学效果及满意度评分比较 观察组的牙槽骨吸收量明显低于对照组($P<0.05$),美学效果评分、满意度评分均明显高于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组牙槽骨吸收量、美学效果及满意度评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	牙槽骨吸收量(mm)	美学效果(分)	满意度(分)
对照组	50	1.62± 0.75	87.53± 6.12	84.29± 6.84
观察组	50	0.84± 0.31 [*]	94.25± 6.93 [*]	92.47± 7.35 [*]

注:与对照组比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.3 两组拔牙后牙槽骨宽度、高度变化情况比较 拔牙后 6 个月,两组的牙槽骨宽度、高度均有所减少($P<0.05$),但观察组拔牙后的牙槽骨宽度、高度均明显高于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组拔牙后牙槽骨宽度、高度变化情况的比较 (mm, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	宽度	高度
对照组	50	治疗前	11.35± 0.87	12.42± 1.08
		治疗后	9.16± 0.51 [#]	10.23± 0.89 [#]
观察组	50	治疗前	11.27± 0.92	12.31± 1.10
		治疗后	10.08± 0.73 [#]	11.19± 0.87 [#]

注:与治疗前比较,[#] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

口腔种植修复是临床上治疗牙列缺损的主要方法,通过植入种植体,可使患者的咬合功能有效恢复^[1]。种植位点的骨量是否充足是决定口腔种植是否可成功的重要因素,但在实际治疗中,患者拔牙后的牙槽骨往往会出现骨量缺失,牙槽骨种植区高度、宽度均明显减少,对后期口腔种植较为不利,而随着口腔种植修复的普及,牙槽骨吸收现象越来越常见,逐渐得到临床广泛关注^[2-3],因此,临床上应针对拔牙后牙槽骨的吸收探讨积极的改进对策,以尽可能减少牙槽骨的吸收量,为后期口腔种植创造良好条件。拔牙位点保存技术是一种新型的口腔技术,主要是指通过在拔牙后即刻对拔牙窝进行干预,以期可达到减少牙槽骨吸收的目的^[4]。本次研究探讨拔牙位点保存技术在口腔种植修复中的应用效果,对拔牙后患者分别实施不同的处理措施,研究发现,观察组的种植成功率明显高于对照组($P<0.05$),其牙槽骨吸收量明显低于对照组($P<0.05$),美学效果评分、满意度评分均明显高于对照组($P<0.05$),且拔牙后 6 个月观察组拔牙后的牙槽骨宽度、高度均明显高于对照组($P<0.05$),这充分说明了拔牙位点保存技术可有效减少牙槽骨骨量的丢失,有利于提高牙槽骨骨量的保留,为后续口腔种植创造可靠条件。这主要是因为拔牙位点保存技术结合了微创拔牙技术、骨引导再生技术二者的优点,在拔牙过程中可有效减轻患者拔牙位点组织的受创,可最大程度保留牙槽骨及保护拔牙窝内的血液循环^[5-6]。同时,在拔牙后充填的 Bio-Oss 骨粉属于提纯小牛骨基质,可诱导牙槽骨再生,促进新鲜骨质的生成,有效弥补拔牙窝点因牙槽骨吸收而丢失的骨量,而覆盖于拔牙窝表面的 Bio-Gide 胶原膜可提供屏障作用,可促进拔

牙窝内骨质新生^[7-8]。综上所述,在口腔种植修复中应用拔牙位点保存技术可有效减少拔牙后患者牙槽骨的吸收量,减轻牙槽骨高度、宽度缺失,为后期口腔种植修复创造良好的种植环境,有利于提高口腔种植成功率。

参考文献

[1]张浙,谢珊珊,史慧刚,等.重度牙周炎患牙拔牙后位点保存的临床观察[J].中国口腔种植学杂志,2016,21(4):182-184
[2]黄国伟,庄浩,沈海平,等.拔牙位点保存技术在口腔种植临床的应用[J].上海口腔医学,2014,23(3):354-355
[3]尹伟,刘向辉,孙卫革,等.双尖牙区即刻种植位点保存的 CBCT 观

察研究[J].口腔颌面外科杂志,2016,26(3):202-206
[4]贺晓萍,白晓东.不同拔牙位点保存技术的临床应用效果分析[J].医学理论与实践,2016,29(21):2954-2955
[5]章欢.拔牙位点保存技术在口腔种植中的应用[J].全科口腔医学电子杂志,2015,2(8):79-79,81
[6]郭海波,康春慧,陈学军,等.拔牙位点保存技术在前牙美学区种植中的临床应用[J].南通大学学报(医学版),2015,35(6):540-542
[7]李景辉,杨瑛,张方明,等.应用位点保存技术预防拔牙后牙槽骨吸收的临床疗效观察[J].临床和实验医学杂志,2016,15(8):816-818
[8]李芳芳,高巍.拔牙位点保存在种植修复中的应用[J].中华口腔医学杂志,2013,48(7):444-446

(收稿日期: 2017-04-11)

中医药治疗反流性咽喉炎的疗效观察

刘丹丹 李培科

(江苏省丹阳市中医院 丹阳 212300)

摘要:目的:探究中医药治疗气郁痰阻型反流性咽喉炎的临床疗效及安全性。方法:选取我院 2015 年 12 月~2016 年 12 月收治的反流性咽喉炎患者 124 例作为研究对象,随机分为研究组和参照组各 62 例。研究组给予中药方剂治疗,参照组给予奥美拉唑治疗,观察两组中医证候评分、临床治疗效果以及不良反应发生率。结果:治疗后,研究组平均中医证候评分(1.34± 0.94)分优于参照组(1.98± 1.54)分;研究组治疗总有效率 93.55%优于参照组 80.65%;研究组不良反应发生率 3.23%优于参照组 11.29%;两组比较均有统计学差异($P<0.05$)。结论:中医药治疗反流性咽喉炎可有效改善患者临床症状、体征,降低不良反应发生率,提高临床疗效。

关键词:反流性咽喉炎;中医药疗法;临床疗效

中图分类号:R766

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.030

作为常见的消化系统疾病,反流性咽喉炎是一种与酸相关的疾病,临床指胃内容物反流至食管上括约肌以上部位(包括口咽、鼻咽、喉咽、喉部等)所引起一系列症状和体征的总称。该疾病临床表现多与慢性咽炎、喉炎等的症状相似,因此统称为反流性咽喉炎^[1]。中医将反流性咽喉炎归纳为“喉痹”范畴,是因气血、阴阳、脏腑、经络等功能失调而为病。本病主要的发病机制为脾胃升降功能失调、情志不遂、饮食不节等导致脾胃虚弱,脾土瘀滞,郁而化热,因热致酸,上逆而成病。笔者采用中医药治疗反流性咽喉炎患者取得了良好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 12 月~2016 年 12 月收治的反流性咽喉炎患者 124 例作为研究对象,随机分为研究组和参照组各 62 例。研究组男 34 例,女 28 例;年龄 23~60 岁,平均(41.28± 6.71)岁;病程 1~2 年,平均(1.24± 0.56)年。参照组男 36 例,女 26 例;年龄 24~65 岁,平均(40.58± 9.01)岁;病程 1~3 年,平均(1.94± 0.48)年。两组性别、年龄、病程等临床基础资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 参照组给予奥美拉唑(国药准字

H44023977)口服,20~60 mg/次,1~2 次/d,晨起吞服或早晚各 1 次,疗程 4~8 周。研究组给予中药治疗,方剂组成:半夏、白芷、海螵蛸、瓦楞子、蒲公英、夏枯草、枳壳、焦山楂、甘草,如嗝气,加陈皮、沉香和胃降逆;如呕吐食物与痰的混合物,加旋覆花、代赭石降逆消痰;如大便不畅,加大黄、芒硝、玄参、麦冬、生地生津润下,但应中病即止,以免伤津。

1.3 疗效判断标准^[2] (1)观察患者中医证候评分:对所有患者治疗前、治疗结束后 1 周各进行 1 次评分,主要针对患者咽喉部不适以及嗝气、反酸、腹胀、恶心、呕吐等症状的严重程度和出现频率进行评分。无症状 0 分;症状轻微,不影响生活工作 1 分;症状明显,影响生活工作 2 分;症状严重,无法生活和工作,需要休息 3 分。发作频率评分:患者无发作 0 分;偶尔发作,1 周内仅 1 次 1 分;1 周内 2~4 次 2 分;1 周内 5~6 次 3 分;1 周内每天发作 4 分。证候评分:将严重程度和频率相加最终得分,最高为 7 分。(2)临床疗效,治愈:中医证候评分 0~2 分,精神状态良好,临床症状、体征消失;有效:中医证候评分 3~5 分,精神状态良好,临床症状、体征改善;无效:中医证候评分 6~7 分,精神状态和临床表现均未改变,甚至加重。治疗总有效率 = (治愈 + 有效) / 患者例