

86 例下颌近中低位阻生智齿拔除方法的临床比较分析

福建省级机关医院口腔科（福州 350003） 俞晓峰 陈 舟¹ 潘在兴

【摘要】 目的 通过对比涡轮钻法、改良传统法拔除下颌近中阻生智齿的临床效果，为临床治疗术式选择提供参考。**方法** 选取就诊于口腔科的下颌近中阻生智齿患者 86 例，随机分为观察组和对照组各 43 例，观察组采用改良传统拔牙法，对照组采用涡轮钻法，记录术中损伤、术后疼痛、并发症等情况，比较两组之间的临床治疗效果。**结果** 观察组与对照组术中损伤情况比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），但术后疼痛评分、术后并发症发生率比较，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。**结论** 改良传统法在拔除下颌近中阻生智齿术后疼痛、并发症等方面明显优于涡轮钻法，临床上值得推广应用。

【关键词】 下颌；近中阻生智齿；高速涡轮钻；改良传统法；牙拔除术

【中图分类号】 R781.05 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1002-2600(2020)05-0073-03

下颌阻生智齿是当代人的常见病、多发病^[1]，临床上较常见的类型是近中倾斜或水平阻生，手术拔除是其最普遍的处理方法。因其位置靠后，且有下颌骨软硬组织和/或第二磨牙阻挡，拔除难度较大，虽然有报道称应用超声骨刀拔除法具有创伤小、术后反应少等优点^[2]，但因器械昂贵、拔除效率较低、耗时长，尚未得到普及。传统（锤凿劈冠）法和高速涡轮机法是目前临床上最常用的 2 种

方式，两者术后均有可能出现疼痛、肿胀、张口受限、干槽症等并发症^[3]，传统法还有导致下唇麻木、颞下颌关节损伤、下颌骨骨折等风险^[4]，而高速涡轮机法也有导致皮下气肿，极个别患者甚至可能出现纵隔气肿^[5-6]。本文采用改良传统拔牙方法（高速涡轮钻联合锤凿劈冠）拔除下颌近中低位阻生智齿，通过对比涡轮钻法、改良传统法拔除下颌近中阻生智齿的临床效果，为临床治疗术式选择提

1 福建医科大学附属协和医院

供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料：选取 2016 年 1 月至 2019 年 12 月就诊于我科的下颌近中阻生智齿患者 86 例，随机分为观察组和对照组两组各 43 例。其中观察组男 23 例，女 20 例，年龄 22~36 岁，平均 (28.1 ± 4.1) 岁；对照组男 22 例，女 21 例，年龄 23~37 岁，平均 (29.1 ± 4.2) 岁。入选标准：1) 经笔者临床检查和曲面体层片等影像资料判断为下颌第三磨牙近中阻生，且有牙槽骨、邻牙及软组织阻力；2) 患者同意手术拔除，并且知晓本试验，自愿加入并配合术后回访复查；3) 无全身系统性疾病及药物、食物过敏史。排除标准：1) 有拔牙绝对、相对禁忌证患者；2) 妊娠或哺乳期患者；3) 邻牙严重龋坏或缺失患者。两组性别、年龄等一般资料比较，差异无统计学意义，具有可比性。

1.2 方法：

1.2.1 治疗方法：所有患者经临床检查，确定口内智齿为近中倾斜中低位阻生，有邻牙、软组织和牙槽骨阻力，根据全景片初步判断阻生牙与下牙槽神经管距离、牙根部阻力等情况，如有必要，加拍口腔颌面锥形束 CT (CBCT)，有利于术前准确评估并制订精准的手术方案^[7]。1) 观察组：采用改良传统拔牙方法（高速涡轮钻联合锤凿劈冠）。下齿槽、颊、舌神经阻滞加多点浸润麻醉，常规消毒铺巾，翻起角形粘骨膜瓣（磨牙后区正中或稍偏颊侧切口辅以第二磨牙远中颊侧轴角松弛切口），暴露阻生智齿，用高速涡轮钻去除牙冠颊侧及远中最大周径冠方部分的牙槽骨，在邻牙阻力外形最高点稍冠方对应的阻生智齿颊侧磨出一条宽 1~2 mm、深 3~4 mm 的沟，阻生智齿颊沟发育明显且处于邻牙阻力外形高点冠方的可不磨沟，双根且根分叉大者，在牙冠颊合面中央磨出同样深宽的沟，用双面凿置于沟内或发育沟上，掌握方向和角度，由经验丰富的护士锤击劈冠，劈开后牙挺于颊侧及远中牙周膜缓慢楔入且小范围转动，感受脱位阻力最小的方向，松动后挺出，再取出剩余部分。2) 对照组（微创法）：麻醉消毒铺巾翻瓣方法同上，暴露智齿后用高速涡轮钻磨除部分牙槽骨，暴露颊侧远中牙颈部，牙冠阻力小者可直接挺出，阻力大者 T 形分离牙冠后挺出^[8]，牙挺缓慢楔入根周膜内挺出牙根，根部阻力大者高速涡轮钻分根拔除。两组术后均彻底清除创面及牙窝，龈瓣对位缝合，棉卷压迫止血，术后常规止痛、预防性抗菌治疗，1 周后

复诊，拆线。

1.2.2 观察指标：1) 术中损伤情况（包括颞下颌关节脱位、牙龈撕裂、邻牙松动等）；2) 手术时间；3) 两组术后有无全身症状（如发热、头痛、全身不适、乏力、食欲减退等）；4) 术后创口疼痛程度：视觉模拟量表 (VAS) 评估，评分越高说明疼痛越严重；5) 术后并发症发生情况（有无干槽症、口唇麻木、张口受限、颞下颌关节疼痛等）。

1.3 统计学分析：选择 SPSS 22.0 统计软件进行分析。计量资料以均数±标准差表示，组间比较采用 *t* 检验；计数资料以百分数表示，组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 术中损伤情况比较：两组术中均未发生牙槽骨断裂与颌骨骨折，各种损伤的总发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$ ，表 1)。

表 1 两组术中发生损伤情况比较 [n=43, 例 (%)]

组别	牙龈撕裂	邻牙松动	颞下颌关节脱位	合计
观察组	7 (16.28)	4 (9.30)	0 (0.00)	11 (25.58)
对照组	6 (13.95)	6 (13.95)	1 (2.33)	13 (30.23)
χ^2 值	0.091	0.453		0.231
<i>P</i> 值	0.793	0.501	1.000*	0.631

注：* 表示用 Fisher 确切概率法。

2.2 术后 VAS 评分比较：观察组术后疼痛程度较对照组轻，两组比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$ ，表 2)。

表 2 两组术后疼痛 VAS 评分比较 (n=43, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	术后第 1 天	术后第 2 天	术后第 3 天
观察组	4.34±0.95	3.47±1.02	1.98±0.84
对照组	5.39±0.82	4.41±0.86	2.69±0.91
<i>t</i> 值	5.487	4.620	3.759
<i>P</i> 值	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 术后并发症比较：观察组术后并发症少于对照组，两组术后并发症总发生率比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$ ，表 3)。

3 讨论

由于生存环境和饮食结构变化等原因，人类进化过程中出现下颌骨和牙齿萎缩速度不均衡现象，下颌骨萎缩速度快于牙齿，缺乏足够的间隙以容纳全部恒牙，使得下颌智齿经常不能正常萌出^[9]，是全口牙齿中最常见的阻生牙。依据不同的分类方式，

表 3 两组术后并发症发生率比较 [n=43, 例 (%)]

组别	感染	干槽症	张口受限	口唇麻木	颞下颌关节 疼痛、受限	合计
观察组	4 (9.30)	3 (6.98)	3 (6.98)	1 (2.33)	2 (4.65)	13 (30.23)
对照组	5 (11.63)	6 (13.95)	6 (13.95)	2 (4.65)	3 (6.98)	22 (51.16)
χ^2 值						3.903
P 值	1.000 *	0.483 *	0.483 *	1.000 *	1.000 *	0.048

注：* 表示用 Fisher 确切概率法。

可分为不同的阻生类型。其中，近中倾斜阻生是临床上最常见的类型，阻生牙与覆盖其上的牙龈之间常有一盲袋，食物残渣、软垢等易滞留其中，清理困难，致使细菌滋生，导致智齿冠周炎、口臭、龋坏等，一旦机体抵抗力减弱，可导致间隙感染等严重并发症。阻生齿处极易诱发炎症，一般都会建议患者预防性拔除。临床上最为常见的是锤凿劈冠和高速涡轮钻微创拔除法，传统法采用敲、凿、劈、撬等手法拔除智齿，因此对术者和助手要求高，操作不慎易出现舌侧骨板断裂、牙龈撕裂、根折、邻牙松动、颞下颌关节脱位等并发症。高速涡轮钻微创拔除法用高速涡轮机和加长钻头代替传统的锤子、骨凿等器械，根据阻力情况，采用少去骨、多磨牙原则分牙分根拔除智齿，操作中也要注意分割的方向、角度和手感，否则也易导致邻牙损伤、牙龈撕裂、损伤颊舌侧骨板及下牙槽神经血管束等并发症。笔者在临床治疗中发现应用改良传统法，可以利用传统法中劈冠的高效和高速涡轮钻法的精准微创优势，快速高效地拔除智齿，结合本文，针对近中低位阻生智齿，改良传统法在术后疼痛、并发症等方面均优于微创法，且手术器械简单常见，基层及口腔诊所医师可借鉴参考此方法。

参考文献

[1] 张震康, 俞光岩. 口腔颌面外科学 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007: 78.

[2] 刘朝阳, 唐璟, 唐祎, 等. 超声骨刀联合 45°反角涡轮钻拔除下颌复杂阻生智齿的临床疗效观察 [J]. 临床口腔医学杂志, 2018, 34 (8): 495-498.

[3] Blondeau F, Daniel N G. Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complications and their risk factors [J]. Can Dent Assoc, 2007, 73 (4): 325.

[4] Monaco G, Montevicchi M, Alessandri B G. Reliability of panoramic radiography in evaluating the topographic relationship between the mandibular canal and impacted third molars [J]. Am Dent Assoc, 2004, 135 (2): 312-316.

[5] Lee, J Y, Do H S, Lim J H, et al. Correlation of antibiotic prophylaxis and difficulty of extraction with postoperative inflammatory complications in the lower third molar surgery [J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2014, 52 (1): 54-57.

[6] Davies D E. Pneumomediastinum after dental surgery [J]. Anaesth Intensive Care, 2001, 29 (6): 638.

[7] 舒武新. CBCT 在口腔外科阻生牙拔除术中的应用价值 [J]. 临床医学研究, 2018, 17 (4): 26-27.

[8] 刘军平, 伍金华, 黄劲菊. T 形截冠法在拔除下颌低位水平阻生齿中的应用 [J]. 口腔疾病防治, 2018, 26 (5): 468-471.

[9] 邱蔚六. 口腔颌面外科学 [M]. 第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 64.