

上颌窦外提升法种植修复10例缺牙的临床初步应用

丁加根,章加宇,李新军,陆伟,周洪,曹雪
(解放军第101医院,江苏无锡 214044)

[关键词] 上颌窦;牙种植;骨移植

中图分类号: R783 文献标识码: B 文章编号: 1672-271X(2008)05-0366-02

上颌后牙区常因骨量不足和骨质疏松使种植体植入困难,上颌窦前外侧壁开窗植骨种植技术已成为解决上颌后牙骨量不足的常规手段,但手术创伤较大,对术者的技术要求较高。近年来有学者报告采用从牙槽嵴顶入路外提升法(冲压法)提升上颌窦底,并植入骨移植材料,手术创伤明显缩小,临床效果较满意,我科2006年5月~2007年8月对10例患者采用局部提升法局部提升上颌窦底,植入骨粉和自体骨,种植体同期植入后上颌牙区,取得较好的初期临床效果,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 10例男性患者36颗种植体,平均年龄56岁(41~65岁)。其中4例植入各6枚种植体(共24枚,均为双侧),6例植入各2枚种植体(共12枚,均为一侧)。种植体均为法国产Anthogyr系统。所有病例均行义齿修复。病例纳入标准:①上颌前磨牙及磨牙区牙齿缺失者。②术前X线片显示牙槽嵴顶距上颌窦底的骨高度在6mm以上。③全身无系统性疾病。④拔牙术后3个月以上。⑤牙槽嵴宽度是以保证种植体植入后的初期稳定。⑥无上颌窦病变。

1.2 术前检查 术前摄曲面断层X线片,观察上颌窦底的位置与上颌窦的状况,测量牙槽嵴顶距上颌窦底的骨高度。

1.3 手术方法 局麻下牙槽嵴顶偏腭侧切开,翻起粘骨膜瓣,暴露牙槽嵴顶,以不同直径取骨钻制备窝洞,原则上比种植体直径小0.5~1mm,深度距上颌窦底1~2mm,即达窦底皮质骨,(将骨钻取出的骨留置备用,以回填入置备洞内的窦底)选用Medicom骨冲压器,其顶端为凹形,直径3.5~4.5mm,轻轻敲击,造成窦底皮质骨骨折,连同上颌窦底粘骨膜向上抬起2~6mm,然后再用骨挤压器进行挤压逐级备洞,把疏松的骨挤压成相对致密的骨,以增加种植体的初期稳定性。然后植入相应高度的种植体,缝合粘骨膜,待愈合半年后,行Ⅱ期手术暴露种植体并完成修复。

1.4 术后注意事项 避免鼓气,术后5天静脉用抗生素,第6天始口服抗生素7天。同时以替硝唑漱口液含漱。术后当

天、1、2周,义齿修复前定期行X线片检查。

2 结果

10例外提升法提升上颌窦底的患者中,有1例术中发生1颗种植体进入上颌窦粘膜下,术中予以取出,未计入本组种植体数。但粘膜未见破溃,观察期内X线片见所植入的36颗种植体均已获得良好的骨结合,半年后行Ⅱ期手术,接牙龈成形器,第7个月行种植义齿修复。检查种植体边缘被新生骨组织所包绕,种植体周围无阴影,窦底形状似帐篷状。

3 讨论

3.1 上颌窦外提升技术优点 上颌窦外提升法是一种改良的上颌窦底提升术,1986年Tatum^[1]曾应用创伤较小的手术方法从牙槽嵴入路外提升上颌窦底同时植骨并植入种植体。1994年Summers^[2]用特殊外科器械冲压法提升上颌窦底并植入少量自体碎骨或异种碎骨提升上颌窦。这一技术的优点是:①手术创伤较小^[3-4];②外科器械不直接与上颌窦底粘骨膜接触,减少了并发症;③骨挤压器械可同时挤压松质骨或密质骨,减少了手术次数,降低了治疗费用。其缺点是:①较外侧壁开窗提升窦底操作术野小,窦底粘膜破裂不易发现;②提升幅度受到一定影响。本组病例牙槽嵴顶距上颌窦底的骨高度在6~10mm,采用Medicom上颌窦提升骨挤压器,造成窦底骨皮质青枝性骨折,骨折片连同窦底粘骨膜向上抬起2~6mm,将取骨钻取下的骨及骨粉植入窦底,同期植入10~13mm种植体,种植体的根尖部深入窦内约2~6mm。在2个多月时所有种植体均产生了有效的骨结合,说明上颌窦外提升法在提升窦底一定高度的情况下采用回填制窝洞时的自体骨+骨粉,同期植入种植体是安全可行的。许多学者对这一技术的可靠性及种植修复效果曾进行研究,1994年Summers植入143枚种植体,各在18个月后种植体存留率为96%。1999年Rosen等多中心的研究报告:9位医师采用Summers方法,为101例患者植入174枚种植体,其中166枚至少各在6个月以上,总的存留率为95.4%。术前剩余高度<4cm者种植体存留率为85.7%,而>4cm者种植体存留率为96%,剩余骨高度对种植体存留率影响较大。

3.2 上颌窦提升的幅度 颊侧开窗技术(内提升法)提升上

作者简介:丁加根(1950-),男,江苏泰州人,本科,主任医师,从事口腔颌面外科。

颌窦底,在直视下植骨,骨高度可增加10~12 mm,而外提升法提升幅度则比较有限。Summers^[2]报道冲压法上颌窦提升并植入自体碎骨或异种碎骨,其上颌窦底提升的幅度为4~5 mm。Zitzmawn等^[4]报道了剩余骨量>6 mm(平均8.8 mm)情况下,直接采用此技术提升上颌窦底平均提升了3.5 mm。Boyne^[5]的动物实验研究证实,当种植体穿入上颌窦内2~3 mm时,这部分的种植体的表面将完全被再生的新骨所交盖。邱立新等^[6]报告提升2~5 mm,术中未使用任何骨移植材料,同期植入种植体均取得了较好的修复效果。本组上颌窦提升幅度为2~6 mm,均植入自体骨(制备窝洞时保留下来的骨组织)和骨粉,修复后的X线片示:提升的幅度为2~3 mm,穿入窦内的种植体的近远中均有骨组织包绕,可见新的上颌窦底从种植体末端越过,而穿入上颌窦内为3~6 mm者,穿入窦内的种植体的近远中只有部分骨形成,此处上颌窦底形状类似帐篷。这与Boyne的动物实验结果基本一致。

3.3 手术中应注意的问题 外提升上颌窦底由于不能在直视下观察窦底粘膜情况,也不能像内提升法那样准确测定骨量的高度,所以外提升上颌窦底技术要求较高,因而术前应力求准确判断骨的高度,骨质类型及上颌窦底的形状,即上颌窦底属于哪一种类型(即窦底平坦型、窦底漏斗型、窦腔分隔型),如为分隔型及骨嵴区时,易造成上颌窦底粘骨膜撕裂,所以在选择病例时要更加慎重。术中首先要确保制备洞型的深度,最好保持在距窦底粘骨膜1~2 mm左右,以免钻头穿破粘骨膜,其次在冲压时力量要适中,既要保证使窦底1 mm左右的骨板折断,抬起粘骨膜,又不至于造成粘骨膜破裂。一旦发生粘骨膜破裂,可根据以往上颌窦内提升法的经

验处理,先在窦粘膜下贴一张Bio-Gide膜,然后再用Bio-Oss骨粉及自体骨抬高窦粘膜,继之种植或者应用异体纤维蛋白胶封闭^[7]。经以上处理一般不会发生感染,种植修复效果良好。

参考文献

- [1] Tatum H Jr. Maxillary and sinus implant reconstructions[J]. Dent Clin North Am, 1986, (30):207-229.
- [2] Summers RB. The osteotome technique part 3 -Less invasive methods of elevating the sinus floor. Compendium[J]. 1994, 15(6):698, 700, 702-704.
- [3] 邱亦元,吴汉江. 上颌窦提升术用于牙种植的研究进展[J]. 口腔医学, 2007, 27(10):207-229.
- [4] Zitzmawn Nu, Scharer P. Sinus elevation procedures in the resorbed posterior maxilla. Comparison of the crestal and lateral approaches[J]. Oral Surg Oral Med Oral Radiol Endod, 1998, 85(3):8-17.
- [5] Boyne PJ. Restoration of osseous defects in maxillofacial casualties[J]. J Am Dent Assoc, 1969, 78(6):767-776.
- [6] 邱立新,胡秀莲,陈波,等. 上颌窦底冲压提升法种植修复122例缺牙的临床观察[J], 中华口腔医学杂志, 2006, 41(3):136-139.
- [7] 丁加根,陆伟,章加宇,等. 上颌窦提升术在上颌后牙种植中的初步应用[J]. 东南国防医药, 2006, 8(1):40-42.

(收稿日期:2008-03-20;修回日期:2008-05-05)

(本文编辑:黄攸生)

无痛胃胃肠镜诊疗8 660例体会

徐萍,何绍明,黄重发,朱清,武陵,周悻
(解放军第454医院消化科,江苏南京 210002)

[关键词] 胃肠镜;异丙酚;依托米酯

中图分类号: R573;R574 **文献标识码:** B **文章编号:** 1672-271X(2008)05-0367-02

胃肠镜诊疗技术是目前诊断及治疗消化道疾病最常用、最主要的方法,但患者在胃肠镜诊疗术中有恐惧心理和内镜插入的痛苦。我科应用无痛胃胃肠镜诊疗8 660例患者,均取得满意结果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 符合适应证的住院及门诊患者8 660例,男性5 430例,女性3 230例;年龄9~87岁,平均年龄42岁;胃

作者简介:徐萍(1951-),女,湖南人,大学本科,主任医师,从事消化临床及研究工作。

肠镜下所见相关疾病参见表1。

1.2 麻醉方法 按常规配置氧气、麻醉机、心电监护仪,备用急救药品。开放静脉通道,静脉注射阿托品0.5 mg后10~20 min,开始使用麻醉剂。麻醉制剂包括酚太尼、异丙酚、依托咪酯水剂及乳剂。

麻醉方式1:术前静注酚太尼0.1 mg,以避免麻醉药物对血管的局部刺激,3~5 min后开始单独使用异丙酚,用量为1~1.5 mg/kg,约每10 s给药40 mg。

麻醉方式2:先静脉推注依托咪酯乳剂0.15~0.2 mg/kg,后静脉推注异丙酚0.5~1 mg/kg。推注速度一般控制在每10 s给药2~4 ml,高龄患者推注给药相对缓慢。给药后待患者睫毛