

主要包括传统开颅手术,但其极易损伤下丘脑、嗅神经额叶脑组织等,且并发症多。

经鼻蝶入路垂体瘤切除术的应用范围非常广,各种类型的鞍内肿瘤、垂体瘤向蝶窦生长、后侵及鞍背斜坡者、垂体卒中无颅内血肿者等均适用。尤其是对于鞍内或者鞍上的微腺瘤,采用该术式能够完全彻底切除,且手术创伤小,出血少,术后恢复快。但是对于鼻部感染、鼻窦炎者或肿瘤巨大等患者不适用该手术<sup>[4]</sup>,主要是因为容易造成颅内感染和肿瘤切除不净或大出血等。所以术前要准确定位肿瘤位置;术中要保护鼻黏膜、蝶窦以及鞍底,准确识别垂体和肿瘤组织,避免损伤毗邻动脉及神经,对于鞍上部位肿瘤可先使肿瘤下移后吸除<sup>[5]</sup>;术后采用明胶海绵等填充及常规使用抗生素,以减少或防止出血、脑脊液漏或颅内感染等并发症<sup>[6]</sup>。本研究采用鼻蝶入路垂体瘤切除术,结果治愈 81 例,缓解未复发 20 例,复发 12 例,病死 2 例。

肿瘤的大小、内分泌类型、切除范围均与临床疗效具有一定的关系。本研究结果显示,微腺瘤的治愈率均高于大腺瘤和巨大腺瘤( $P < 0.05$ );ACTH 腺瘤、GH 腺瘤、混合腺瘤的治愈率均高于无功能腺瘤的治愈率( $P < 0.05$ );全切和次全切的治愈率均

高于部分切除患者的治愈率( $P < 0.05$ )。具有基础内分泌功能性腺瘤术后并发症发生率明显低于非功能性腺瘤。

综上所述,经鼻蝶入路垂体瘤切除术有以下优点:(1)手术时间短,一般不超过 1 h;(2)手术风险低,降低了手术死亡率;(3)住院时间短,减轻患者经济负担;(4)术后患者的治愈率、缓解率明显提高,且并发症少,恢复快。

#### [参 考 文 献]

- [1] 张晓海,罗昆,曾祥富,等.显微镜下经鼻蝶入路切除垂体腺瘤 90 例[J].南华大学学报,2010,38(4):493-495.
- [2] 李辉,唐志鹏,陈荣举.经鼻蝶入路显微镜下垂体瘤切除术临床分析[J].中国现代医生,2013,51(15):25.
- [3] 吴震,张锋.使用神经内镜经单鼻孔-蝶窦入路切除垂体瘤临床体会[J].中国医刊,2013,48(1):53-55.
- [4] 杜奇勇,任林强,胡永光,等.经蝶入路垂体瘤切除术临床效果及其并发症[J].齐齐哈尔医学院学报,2012,33(21):2924-2925.
- [5] 罗勇,王凡,陈治军,等.经鼻蝶入路垂体瘤切除术 90 例临床分析[J].中外医疗,2013,2(12):50-51.
- [6] 周渊,王汉东,马驰原,等.显微镜下经鼻蝶入路垂体腺瘤切除术后并发症的影响因素分析[J].中国微侵袭神经外科杂志,2013,18(1):19-20.

(本文编辑 姚仁斌)

[文章编号] 1000-2200(2014)09-1238-03

· 临床医学 ·

## 牙周植骨法修复联合烤瓷夹板式联冠治疗牙周骨缺损的效果

常 谨<sup>1</sup>,刘 硕<sup>2</sup>

**[摘要]**目的:研究牙周骨缺损牙周病应用烤瓷夹板式联冠联合牙周植骨法修复与单纯烤瓷夹板式联冠法修复后患者基牙牙周的改变情况。**方法:**回顾分析 100 例牙周骨缺损牙周病患者临床资料,依据修复方式将其分为研究组与对照组各 50 例,对照组应用单纯烤瓷夹板式联冠法修复。研究组应用烤瓷夹板式联冠联合牙周植骨法修复。当夹板戴入后对 2 组 0、3、6 个月基牙龈沟液予以采集,对比分析白介素 1 $\beta$  的水平与变化,以及附着丧失情况。**结果:**经修复后 2 组患者龈沟液中白介素 1 $\beta$  水平均随时间延长明显降低( $P < 0.01$ ),研究组白介素 1 $\beta$  在 3 个月和 6 个月下降幅度均大于对照组( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ )。经修复后 2 组患者基牙探诊的深度及附着丧失均随时间延长呈下降趋势( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ ),在 3 个月和 6 个月时间点研究组下降程度均大于对照组( $P < 0.01$ ),并且研究组在 3 个月和 6 个月 2 项指标均低于 0 个月( $P < 0.01$ )。**结论:**牙周骨缺损牙周病应用烤瓷夹板式联冠联合牙周植骨法修复与单纯烤瓷夹板式联冠法修复相较,更有利于维持及促进基牙健康,近期效果显著,应予推广。

**[关键词]** 牙周病;白介素 1 $\beta$ ;夹板式固定义齿;牙周夹板;牙周植骨;口腔材料

[中国图书资料分类法分类号] R 781.4

[文献标志码] A

目前,牙周病为口腔科的常见病及多发病,如果

不及时予以治疗,中晚期可能出现牙槽骨缺损吸收,以及牙周附着丧失,引发牙齿松动甚至脱落,严重影响咀嚼功能与美观<sup>[1]</sup>。在以往进行牙周骨缺损修复时多选择活动义齿以及固定义齿进行修复,此外也可予以 2 种义齿进行联合修复<sup>[2]</sup>。同时,对牙周炎及牙列缺损导致牙周骨缺损患者,应用夹板义齿

[收稿日期] 2013-12-18

[作者单位] 1. 河北工程大学附属医院 美容整形科,河北 邯郸 056001;2. 河北省邯郸市第一医院 口腔科,056002

[作者简介] 常 谨(1975-),男,主治医师。

固定法进行修复也具有显著疗效。本文回顾分析我科 2010 年 5 月至 2012 年 5 月治疗的 100 例牙周骨缺损牙周病患者临床资料,旨在研究应用烤瓷夹板式联冠联合牙周植骨法修复与单纯烤瓷夹板式联冠修复治疗效果,以及修复后患者基牙牙周的改变情况。现作报道。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 100 例牙周骨缺损牙周病患者中,男 60 例,女 40 例;年龄 31~63 岁。依据修复方式将其分为研究组与对照组各 50 例,对照组应用单纯烤瓷夹板式联冠修复,研究组应用烤瓷夹板式联冠联合牙周植骨法修复。2 组制作夹板式的烤瓷冠桥共 100 件,包括下颌 70 件及上颌 30 件。实验牙数共纳入 365 颗,研究组 195 颗,对照组 170 颗。有 280 颗牙在术前予以牙体牙髓的完善治疗。上述 2 组患者在年龄、性别等资料具有可比性。纳入标准:患者慢性牙周炎同时伴发 III 类 Kennedy 牙列缺损,缺牙数目为 1~2 颗;患者骨缺损的基牙系孤立的远中基牙,其松动为 1~2 度,予以 X 线片检查患牙呈牙槽骨的角形吸收,骨缺损区域达到根中的 30%~50%。患者在治疗前及复查前的 3 个月内均未予以牙周治疗。排除标准:患者发生全身系统及其他类型疾病;牙周手术以及修复禁忌证;在 1 个月内有抗生素治疗;金属过敏者。

**1.2 修复方案** 患者在修复前均予牙周完善的基础治疗,对探诊深度为 2 mm 以上患牙予以局部的龈下刮治及局部上药,实施植骨的基牙在必要时应予根管完善治疗。在基础治疗实施后予以牙体预备。对照组实施基牙预备后并常规取模;研究组基牙预备实施后先予临时义齿戴入,在植骨完成 1 个月,参照牙周组织的情况实施基牙的二次预备并常规取模。之后 2 组实施夹板固位。殆面进行预备时需降低患者牙尖的高度使咬合力降低,并增加溢

出沟,从而加大外展隙以及消除扭力。其中桥体通常需达到卫生桥体,在桥体处将颊舌径减小后降低咀嚼时患者基牙承受力。

**植骨手术:**研究组选择 Widman 改良法,严格无菌操作。沿患者牙龈缘切开,并于术野不能够暴露的患牙予纵切口及横切口处理。之后将黏骨膜瓣翻开,待植入骨粉位置予以袋内壁的刮治保证根面平整,需尽量保留患者牙龈组织,特别是邻面牙龈需顺切口位置将其翻开,从而避免损伤患者牙龈瓣。之后取适量的骨粉(羟基磷灰石)逐次于骨缺损区植入,同时予以适当的加压。其中一壁骨袋及二壁骨袋选择生物膜覆盖在植入骨的外侧,其根方需大于牙槽骨的 2~3 mm,同时于釉牙骨质界将其同根面紧贴,从而防止植入的骨粉颗粒出现溢出,以及防止上皮与结缔组织长入。以钝性器械于黏骨膜瓣予以根方分离,旨在适当将龈瓣上提使冠方能够达到或接近正常的颈缘位置同时覆盖在膜外侧。之后褥式以及 8 字缝合,让牙龈能够覆盖已经植入的材料,压迫止血后予敷塞剂。因植骨前已经对基牙实施预备,临时冠完成在术后可予即刻戴入,能够保护塞剂,并对基牙完成固定。

**1.3 观察指标** 当夹板戴入后对 2 组 0、3、6 个月基牙龈沟液予以采集,对比分析 2 组白细胞介素 IL-1 $\beta$  的水平探诊深度变化以及附着丧失情况。

**1.4 统计学处理** 采用方差分析和  $q$  检验及  $t$  检验。

## 2 结果

**2.1 2 组不同时间点龈沟液白细胞介素 IL-1 $\beta$  变化比较** 经修复后 2 组患者龈沟液中的白细胞介素 IL-1 $\beta$  水平均随时间延长而明显降低( $P < 0.01$ ),研究组白细胞介素 IL-1 $\beta$  在 3 个月和 6 个月均显著低于对照组( $P < 0.01$ )(见表 1)。

表 1 2 组不同时间点白细胞介素 IL-1 $\beta$  变化比较( $\bar{x} \pm s$ ;ng/L)

分组	$n$	0 个月	3 个月	6 个月	$F$	$P$	$MS_{组内}$
研究组	50	196.02 $\pm$ 76.15	73.55 $\pm$ 11.95 **	65.61 $\pm$ 9.21 **	133.03	<0.01	2 008.081
对照组	50	208.16 $\pm$ 73.37	172.44 $\pm$ 49.79 **	119.46 $\pm$ 41.94 ##	31.05	<0.01	3 207.055
$t$	—	0.81	13.66	8.87	—	—	—
$P$	—	>0.05	<0.01	<0.01	—	—	—

$q$  检验:与 0 个月比较 \*\* $P < 0.01$ ;与 3 个月比较 ## $P < 0.01$

**2.2 2 组患者基牙探诊的深度及附着丧失情况比较** 经修复后 2 组患者基牙探诊的深度及附着丧失

均随时间延长呈下降趋势( $P < 0.05 \sim P < 0.01$ ),在 3 个月和 6 个月时间点研究组下降程度均大于对照

组( $P < 0.05$ ), 研究组在 3 个月和 6 个月基牙探诊深度和附着丧失程度均低于 0 个月( $P < 0.01$ ) (见表 2, 3)。

表 2 2 组不同时点基牙探诊的深度比较( $\bar{x} \pm s$ ; mm)

分组	n	0 个月	3 个月	6 个月	F	P	MS <sub>组内</sub>
研究组	50	6.71 ± 1.62	2.85 ± 0.87	1.71 ± 0.68	268.4	<0.01	0.984
对照组	50	5.29 ± 1.51	4.68 ± 1.33	1.61 ± 1.12	223.8	<0.01	1.874
t	—	4.53	8.14	0.54	—	—	—
P	—	<0.01	<0.01	>0.05	—	—	—

表 3 2 组不同时点基牙附着的丧失情况比较( $\bar{x} \pm s$ ; mm)

分组	n	0 个月	3 个月	6 个月	F	P	MS <sub>组内</sub>
研究组	50	4.91 ± 1.14	2.81 ± 0.71 **	1.31 ± 0.49 ***	239.99	<0.01	0.681
对照组	50	5.21 ± 1.32	4.71 ± 1.46	4.51 ± 1.54 *	3.12	<0.05	2.082
t	—	1.22	8.28	14.00	—	—	—
P	—	>0.05	<0.01	<0.01	—	—	—

q 检验:与 0 个月比较 \* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ ;与 3 个月比较## $P < 0.01$

### 3 讨论

目前,细胞因子同牙周炎具有相关性炎症因子,除 IL-1 $\beta$  外,主要包括 IL-6 与 IL-8 及肿瘤坏死因子(TNF) $\alpha$ <sup>[3]</sup>。这些炎症因子于炎症整个发展过程中所发挥作用的大小可依次为,IL-1 $\beta$  > IL-6 > IL-8 > TNF- $\alpha$ 。而 IL-8 主要为内源性的趋化因子,同时也是具有诱导功能的细胞因子,同骨破坏吸收不具有密切关系,仅为炎症递质<sup>[4]</sup>。本文主要研究牙周病引起的牙周骨缺损患者患牙实施治疗后,其患牙龈沟液的细胞因子当中,导致牙周骨缺损的炎症因子出现的改变情况,从而便于评价患者实施治疗后其患牙的牙周组织康复以及再生能力情况,因此,同牙周骨吸收不具密切关系的 IL-8 未被列入研究范围。而 TNF- $\alpha$  仅为牙周炎潜在的破坏因子,多与早期的牙周炎相关,也未被列入研究范围。患者牙槽骨吸收时 IL-1 $\beta$  发挥主要作用,而 TNF 所介导炎症改变下,发生 IL-1 $\beta$  的缺乏也不影响骨吸收<sup>[5]</sup>。因此, TNF- $\alpha$  同 IL-8 一样,也未被列入研究范围。IL-6 为 T 细胞所分泌的一种细胞因子,于牙周炎患牙的龈沟液中未被检出呈高水平表达,予以牙周治疗后患者 IL-6 的水平明显降低<sup>[6]</sup>。尽管牙周病患者龈沟液中的 IL-6 表达变化同菌斑指数不具相关性,与牙周袋的深度及牙周的出血指数却呈显著相关性<sup>[7]</sup>,但由于实际的临床操作中对合适样本进行收集仍具有一定难度,该指标将在我们进一步研究中予以报道。

当固定义齿对牙周病的患牙予以连接固定后,

可以形成完整咀嚼体,同健康邻牙共同承担咀嚼力,使力量得以平均分配,提供便利条件对松动牙的牙周组织进行修复<sup>[8]</sup>。采用夹板式的烤瓷冠夹板对牙周炎患者牙列缺损进行修复,能够获得满意的治疗效果。选择烤瓷冠夹板予以恒久的固定式夹板,对患牙修复治疗,患者牙周的附着水平不出现明显改变,仅龈沟液以及 IL-1 $\beta$  的水平呈下降趋势( $P < 0.05$ )。在本研究中,对对照组修复即选择烤瓷冠夹板予以恒久的固定式夹板,而研究组患者龈沟液当中的 IL-1 $\beta$  较对照组下降水平更为显著,也提示牙周骨缺损牙周病应用烤瓷夹板式联冠联合牙周植骨法修复,与单纯烤瓷夹板式联冠法修复相比较临床效果更佳。

本研究中,牙周植骨对牙槽骨与牙周纤维以及再生牙周膜实施生理性引导,使得患者牙周骨获得高度恢复,促进患者牙周组织平稳恢复,有效控制炎症。将牙周植骨同夹板式烤瓷联冠结合,不仅使愈合环术区出现的血凝块稳定,而且促进再生牙周的新附着,对植骨材料也起到了固定作用,有效提高牙周组织在术后的再生效果。因为夹板固定完成后,患牙的松动度得以减轻,能够帮助稳定植骨的材料,而且使牙周组织保持平稳愈合的状态,效果显著。

综上所述,牙周骨缺损牙周病应用烤瓷夹板式联冠联合牙周植骨法修复与单纯烤瓷夹板式联冠法修复相较,更有利于维持及促进基牙健康,近期效果显著,应予推广。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] 满云娜,何惠宇,王星,等. 牙周植骨术联合夹板式金属烤瓷冠修复基牙牙周骨缺损 15 例疗效分析[J]. 中国实用口腔科杂志,2010,3(3):161-163.
- [2] 曹甜,徐莉,周彦恒,等. 牙周组织再生术-正畸联合治疗牙周炎患者的初步研究[J]. 中华口腔正畸学杂志,2013,20(2):61-66.
- [3] 张海东,孟焕新. 牙周状况及牙周治疗对口腔种植修复长期效果的影响[J]. 中华口腔医学杂志,2013,48(4):229-232.
- [4] 王红梅,杨永进,蔡兴伟,等. 简冠义齿修复轻中度牙周炎伴多数牙缺失的疗效观察[J]. 中华老年口腔医学杂志,2012,10(3):142-145.
- [5] 卢怡,施生根,牛忠英,等. IL-1 $\beta$ -511 基因多态性与牙周炎合并 2 型糖尿病的关联研究[J]. 牙体牙髓牙周病学杂志,2013,23(8):161-164.
- [6] 谢立本,罗维,田爱峰,等. 支架式可摘局部义齿在牙周炎牙列缺损修复中的应用[J]. 临床口腔医学杂志,2013,29(3):172-173.
- [7] 曹裕杰,魏斌,吴赞,等. 夹板式黏结桥修复牙周炎伴牙列缺损的临床效果[J]. 上海医学,2011,34(12):949-952.
- [8] 陈茜,唐倩. 牙周组织再生治疗中牙源性干细胞的研究进展[J/CD]. 中华口腔医学研究杂志:电子版,2013,7(5):33-35.

( 本文编辑 刘梦楠 )