

踪手术1例为胰腺炎,1例为腹腔平滑肌脂肪瘤。因此,要取得比较满意的病理符合率,有些病检阴性结果的可进行重复穿刺。

腹部穿刺活检并发症主要有出血、肠穿孔、腹膜炎、胰腺炎、针道种植转移等,要预防上述并发症发生,首先要熟练掌握穿刺技术及人体解剖知识;术前仔细阅片分析影像资料,并做好充分术前准备;详细介绍穿刺过程,消除病人的恐惧心理,取得病人的积极配合;脏器深部穿刺拔针,可将穿刺针拔至脏器浅层,数分钟待穿刺道血液凝固后,再迅速拔针,可减少穿刺道出血;穿刺完毕,压迫止血,复查CT未见并发症发生即可嘱病人在放射科留观半小时,无异常者回病房卧床休息或回家休息,注意观察24h。本组病例只有5例肝脏穿刺病人有少许出血,经复查无明显改变,未作特殊处理,其余病例无明显并发症发生。

CT导向穿刺活检,可提高疾病的诊断水平,为临床提供可靠的诊断依据以及治疗方案的重要参考,拓宽了CT设备的应用范围,具有独特的优势与良好的诊断价值,并适合各种类

型的CT机下进行手术。

参 考 文 献

- 1 许民生,周星帆,孙丽敏,等.胸部疑难病灶CT引导下经皮穿刺活检[J].实用放射学杂志,2000,16(4):218.
- 2 张雪哲主编. CT介入放射学[M].北京:中国科学技术出版社,1996.2.
- 3 Sechweiber GD, Yip VY, Brown BP. CT Fluoroscopic Guidance for percutaneous Needle Placement into Abdominal Lesions with Difficult Access Routes[J]. Abdom Imaging, 2000, 25(6):633~637.
- 4 许伟,徐洁,顾玉明,等. CT引导下胸腹部穿刺活检[J].徐州医学院学报,2002,22(4):329~331.
- 5 Khorri NF, Stitik FB, Erozan YE, et al. Transthoracic needle aspiration of benign and malignant Lung Lesions[J]. AJR Am J Roentgenol, 1985, 144(2):281~288.
- 6 Haaga JR, Alford RJ. Precise biopsy Localization by computer tomography[J]. Radiology, 1976, 118(3):603~607.

(收稿日期:2007-05-03 修回日期:2007-07-28)

牙钻微创去骨分牙法拔除下颌埋伏阻生智齿的临床研究

何影¹ 孙晋虎^{2*}

(1 广西医科大学02级口腔医学专业,南宁市 530021; 2 广西医科大学口腔医学院)

【摘要】 目的 探讨应用牙钻微创去骨分牙法拔除下颌埋伏阻生智齿的临床效果。方法 选择口腔门诊91例102颗下颌埋伏阻生智齿,随机分为牙钻组与对照组。牙钻组用微切口和高速涡轮牙钻去除骨阻力并分开牙齿,拔除低位近中埋伏阻生智齿33颗,近中水平埋伏阻生智齿18颗;对照组用传统的凿骨劈冠法拔除下颌阻生智齿51颗,其中近中埋伏阻生智齿29颗,近中水平埋伏阻生智齿22颗。两组患者术后牙槽窝内均未放入任何药物,常规缝合。术后常规给予消炎和止痛药物,拔牙术后3、7d各复诊1次,并记录相应的主诉、症状和体征。结果 牙钻组患者术后疼痛、肿胀、张口受限反应较轻,拔牙时间短,干槽症的发生率明显低于传统的凿骨劈冠法。结论 应用牙钻微创去骨分牙法拔除下颌埋伏阻生智齿,手术创伤小、时间短、术后反应较轻,干槽症的发生率较低,患者乐意接受,是值得推广使用的一项拔牙技术。

【关键词】 微切口;牙钻;埋伏阻生牙;智齿

【中图分类号】 R 782.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1673-6575(2007)05-0425-02

下颌埋伏阻生智齿的拔除是口腔科门诊的常见手术,也是难度最大、并发症较多的拔牙手术操作^[1]。传统的凿骨劈冠拔除法用时长,损伤大,出血较多,术后反应较重。多年来,在下颌埋伏阻生智齿拔除方法上虽有不少改进,但尚不能根本有效地解决上述问题。近来长钻针高速涡轮牙钻逐步应用于牙槽外科手术中,并越来越受到国内外口腔外科医生的重视。为探讨牙钻微创去骨分牙法拔除下颌埋伏阻生智齿的优缺点,我们对91例102颗下颌埋伏阻生智齿拔除的临床资料进行了比较研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来自2006年5月至2007年3月我院

口腔外科门诊需要拔除下颌埋伏阻生智齿的患者中,选择无系统性疾病、无手术禁忌证的健康者,并拍摄X牙片。按性别、年龄、手术部位和手术难易程度进行配对,纳入实验者共91例(其中男47例、女44例,年龄20~30岁)102颗下颌埋伏阻生智齿(其中近中倾斜埋伏阻生智齿62颗,近中水平埋伏阻生智齿40颗)。将患者随机分为牙钻组与对照组。牙钻组用微切口和高速涡轮牙钻去除骨阻力并分开牙齿,拔除低位近中埋伏阻生智齿33颗,近中水平埋伏阻生智齿18颗;对照组用传统的凿骨劈冠法拔除下颌阻生智齿51颗,其中近中埋伏阻生智齿29颗,近中水平埋伏阻生智齿22颗。

1.2 方法 高速涡轮钻采用日本制造的NSK手机,配用长裂钻钻头。涡轮机的消毒采用高温高压灭菌器消毒,采用一人一机一用一消毒的制度原则。常规消毒铺巾,用2%利多卡因行下齿槽、颊和舌神经阻滞麻醉,待麻醉生效后切开显露术区。牙钻组:在下颌埋伏阻生智齿的上方作蒂部在舌侧的舌形瓣作微切口,翻瓣;先用高速涡轮牙钻机去除埋伏阻生牙周

* 通讯作者:孙晋虎(1969~),男,医学博士,副教授,现任广西医科大学口腔颌面外科学教研室副主任,主要从事口腔颌面部畸形及肿瘤的教学、临床和科研工作。

围的部分骨组织,解除骨阻力;然后用牙钻将牙分开解除牙冠或根的阻力,取出离断部分,再用牙挺或根尖挺挺出牙冠及其他部分。注意使用牙钻切割时保护好周围软组织。对照组:常规切开下颌埋伏阻生牙上方、远中及颊侧龈切口、翻粘骨膜瓣;使用传统的骨凿敲击去骨、劈冠消除邻牙或骨阻力,然后用牙挺牙钳拔除阻生智齿。牙断根者则用根尖挺挺出。两组均按常规进行伤口缝合,关闭拔牙创口;常规拔牙术后医嘱。术后配对两组给予等量的同种抗生素和镇痛药。

1.3 术后观察 术后观察并记录手术时间、邻牙损伤和疼痛情况。术后1 d、3 d、7 d复查,观察有无创口感染及愈合情况,记录术后出血、拔牙创口疼痛、颞下颌关节区疼痛、肿胀、张口受限及下唇麻木等并发症情况。采用视觉模拟比例尺法(VAS法)评价。

1.4 统计学方法 采用配对 t 检验及 χ^2 检验。

2 结果

牙钻组拔除下颌埋伏阻生牙用时12~46 min,平均23 min;对照组用时为21~80 min,平均38 min。可见牙钻组手术时间显著缩短。两种手术方法的术中并发症比较见表1,使用牙钻微创去骨分牙法拔除下颌埋伏阻生智齿较传统的骨凿法在术中疼痛的比较上均有显著性差异($P < 0.05$),引起关节区痛显著比对照组少($P < 0.05$)。两种手术方法术后并发症比较见表2,牙钻组的VAS值、张口受限、肿胀均比对照组小($P < 0.05$)。两组手术病例均无术后出血、术后感染等并发症。

表1 两种手术方法术中并发症的比较

| 组别 | VAS值 | 邻牙损伤 | 关节区痛 | 断根 |
|-----|------------|------|------|-----|
| 牙钻组 | 14.6±9.1 | 0 | 0 | 9 |
| 对照组 | 39.2±10.3* | 0 | 14* | 23* |

两组比较,* $P < 0.05$ 。

表2 两种手术方法术后并发症的比较

| 组别 | VAS值 | 张口受限 | 面颊肿胀 | 下唇麻木 | 关节区痛 |
|-----|-----------|------|------|------|------|
| 牙钻组 | 37.3±8.6 | 5 | 16 | 0 | 0 |
| 对照组 | 56.1±9.6* | 19* | 37* | 0 | 1 |

两组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

下颌埋伏阻生智齿的拔除是拔牙术中是难度最大、并发症也比较多的手术。在拔除下颌埋伏阻生智齿前应拍摄X线牙片,了解阻生齿牙冠的形态、牙根的数目和弯曲度、埋伏的深浅和附近结构的关系等,以便进行阻力分析^[1,2]。

由于埋伏阻生智齿的牙冠位置低或牙齿扭转应用传统的骨凿去骨劈冠法时,骨凿放置部位往往不理想,劈凿的方向也不易掌握,有一定的盲目性,从而导致拔除的困难及所需时间较长。由于要在患者面前挥锤敲击,敲锤时较大的震动和响

声给患者心理造成恐惧感和不良影响,同时可能造成颞下颌关节的损伤^[3,4]。

本组病例中牙钻组患者术后张口度、拔牙创口疼痛程度、颞下颌关节区疼痛发生率均明显低于对照组,无干槽症发生。这主要是由于高速涡轮钻切割力强,能快速准确磨除阻力部分,因而手术时震动小、出血少,明显缩短了手术时间;对于术区渗血较多的患者,涡轮牙钻喷水冲刷可使术区视野更清楚,便于操作。

拔除下颌智齿所致面颊组织肿胀主要开始于拔牙术后,3 d时达到高峰,在4~5 d左右逐渐消退。其原因是翻瓣时的创伤,瓣的切口过低,缝合过于严密等,可能为组织渗出物沿颊沟向前扩散所致,也与患者的个人体质有关^[3,4]。在临床中为了减轻术后肿胀,处理切口时均注意缝合不要过于严密和术后立即用冰袋冷敷2 h。我们发现牙钻组的肿胀显著低于对照组,这可能与术中采用的蒂在舌侧的牙龈组织瓣,减小了创口和避免损伤颊沟区的软组织,从而有效地减少了术后的水肿,同时也避免了气肿和感染等术后并发症的发生有关。

拔牙术后张口受限常见的原因是由于损伤导致升颌肌群痉挛、手术创伤造成邻近间隙感染、拔牙创口疼痛等所致^[1,2]。本研究中牙钻组患者术后张口受限率低于对照组,说明牙钻微创去骨分牙法在拔除下颌埋伏阻生智齿中损伤小于骨凿劈冠法,其所致术后疼痛亦较后者小。

在埋伏阻生智齿底部或舌侧距下齿槽管或舌神经较近时,用牙钻分牙时宜于智齿舌侧及底部保留1 mm左右牙体组织以防伤及下齿槽神经血管束及舌神经,然后用薄刃牙挺插入间隙转动即可分开牙齿,解除阻力,这样可有效地防止相邻神经的损伤。本组病例中没有一例发生拔牙后干槽症,主要是进行手术操作的医生为高年资医生并且熟悉下颌阻生智齿拔除术后干槽症的病因^[5],从而避免了干槽症的发生。

牙钻微创去骨分牙法拔除下颌埋伏阻生智齿具有切割牙齿及去骨准确、缩短手术时间、减轻患者痛苦等优点,是一种值得推广的好方法。

参 考 文 献

- 1 耿温琦主编. 下颌阻生智齿[M]. 北京:人民卫生出版社,1992. 115~179.
- 2 邱蔚六主编. 口腔颌面外科学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2003. 64~70.
- 3 任世明. 高速涡轮钻在下颌阻生牙拔除中的应用体会[J]. 现代临床医学,2006,32(3):179~179.
- 4 万群祥,董金凤,焦惠民,等. 高速涡轮钻在下颌阻生齿拔除中的应用[J]. 实用口腔医学杂志,2001,17(5):387~387.
- 5 薛振恂,毛天球,夏结来. 下颌阻生智齿拔除术后干槽症的病因 Logistic 分析[J]. 实用口腔医学杂志,1997,13(2):137~139.

(收稿日期:2007-06-02 修回日期:2007-07-28)