

[DOI]10.12016/j.issn.2096-1456.2017.02.007

· 临床研究 ·

腭侧游离龈瓣修复上颌前牙区牙龈瘤切除术后缺损的临床效果评价

武东辉, 曹少萍, 朱韵莹, 梁坚强

广州市海珠区口腔医院口腔颌面外科, 广东 广州(510220)

【摘要】 目的 评价腭侧游离龈瓣修复上颌前牙区牙龈瘤切除术后缺损的临床效果。方法 制取腭侧游离龈瓣修复上颌前牙区牙龈瘤切除术后牙龈缺损22例。采用龈缘形态评价标准、龈乳头指数、改良出血指数等评价腭侧游离龈瓣修复前牙区牙龈瘤切除术后缺损的临床效果。结果 22例患者缺损区牙龈质地、厚度与高度、牙龈乳头丰满度均取得良好的效果。结论 腭侧游离龈瓣修复前牙区牙龈瘤切除术后缺损的临床效果满意。

【关键词】 牙龈瘤; 上颌前牙区; 牙龈缺损; 腭侧游离龈瓣; 临床效果

【中图分类号】 R781.4⁺1 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 2096-1456(2017)02-101-04

【引用著录格式】 武东辉, 曹少萍, 朱韵莹, 等. 腭侧游离龈瓣修复上颌前牙区牙龈瘤切除术后缺损的临床效果评价[J]. 口腔疾病防治, 2017, 25(2): 101-104.

Clinical effect evaluation of palatal free gingival flaps restoration applied to anterior maxillary gingival defect after epulis resection WU Dong-hui, CAO Shao-ping, ZHU Yun-ying, LIANG Jian-qiang. Department of Oral Surgery, Stomatology Hospital of Haizhu District, Guangzhou Guangdong 510220, China

Corresponding author: ZHU Yun-ying, Email:120148695@qq.com, Tel: 0086-20-84230200

【Abstract】 Objective To evaluate the effect of palatal free gingiva in anterior maxillary defect restoration after epulis resection. **Methods** 22 cases were included in this study. Palatal free gingival flap was prepared to restore anterior maxillary defect after epulis resection. Clinical effect was evaluated according to gingival margin, gingival papilla index and modified sulcus bleeding index. **Results** Satisfactory clinical effect was achieved in all 22 cases, with adequate height, thickness, fullness and texture. **Conclusion** Palatal free gingival flap was clinically effective in anterior maxillary defect treatment after epulis resection, with satisfactory aesthetic clinical effect.

【Key words】 Epulis; Anterior maxillary; Gingival defect; Palatal free gingival flaps; Clinical effect

牙龈瘤是一个以形态及部位命名的诊断学名词,是来源于牙周膜及颌骨牙槽突结缔组织的炎性增生物或类肿瘤性病变^[1]。对于上颌前牙区的牙龈瘤,切除牙龈瘤后,往往会造成牙龈组织缺损、牙龈乳头消失、牙齿根面暴露或牙龈乳头出现缺如,引起视觉黑三角,影响患者的美观^[2]。本研究采用腭侧游离龈瓣修复上颌前牙区牙龈瘤切除

术后缺损取得了较为满意的临床效果,现总结如下。

1 资料和方法

1.1 病例资料

本研究患者来自2013年2月—2015年3月期间在广州市海珠区口腔医院口腔颌面外科因上颌前牙区唇侧“牙龈肿物”就诊、临床与病理诊断为牙龈瘤的患者。纳入标准:所有患牙松动度不超过I度;术前拍摄X线片提示患牙牙槽骨未见吸收或仅根颈部少量吸收;术前均接受严格的牙周基础治疗,且基础治疗期间,菌斑控制良好;无吸

【收稿日期】 2016-03-29; **【修回日期】** 2016-05-05

【基金项目】 广东省科技计划项目(2015BC10125002); 广州市海珠区科技计划项目(2014-yl-05)

【作者简介】 武东辉, 副主任医师, 硕士, Email: 89619545@qq.com

【通讯作者】 朱韵莹, 副主任医师, 硕士, Email: 120148695@qq.com

烟史或在基础治疗开始之后停止吸烟;无手术禁忌证;排除1年内有妊娠史的女性患者。选取病例22例,其中男14例,女8例,年龄18~56岁,中位年龄27.5岁。

1.2 方法

1.2.1 器械与材料 2.5倍手术放大镜、15c号手术刀、牙龈分离器、骨膜分离器、颊拉钩、金属吸唾器、Grace刮治器、牙周探针、显微镊、显微持针器、显微剪、6-0缝线、消毒后的锡纸等。

1.2.2 手术方法 常规口内消毒、铺巾,在供区与受区局部阿替卡因肾上腺素注射液浸润麻醉。

牙龈瘤的切除:牙龈瘤的切除采用扩大切除术,在围绕病变蒂周的正常组织上做切口,将肿块完全切除。并用刮匙、牙周刮治器或骨钳将病变波及的牙周膜、骨膜及邻近的牙槽骨组织少量去除。将锡纸覆盖于切除术后缺损区,剪出缺损形状备用。

获得腭侧游离龈瓣:从上颌第一磨牙腭侧到尖牙远中线角区域获得游离龈移植瓣,将锡纸覆盖于供区,用手术刀划出游离龈瓣的轮廓,游离龈瓣的厚度约为1.5 mm,避免过薄或过厚。完成分离过程,如移植瓣带有脂肪,务必去除,尽力使其光滑、平整和规则。

缝合游离龈:将游离龈放置于缺损区后,游离龈的近远中采用间断缝合。需要加一根近远中水平缝线,以固定游离龈下半部分。采用骨膜内缝合,稳定移植瓣,减少死腔,使移植瓣和受区贴合良好,确保快速和良好的血管化。移植瓣表面可放置少量牙周塞治剂。供区用碘仿纱包缝扎。

术后处理:口服3 d消炎药,嘱术后24 h开始使用漱口水保持口腔卫生;术后2周拆线,拆除碘仿纱包。术后1个月、3个月、6个月、12个月复诊。

1.3 效果评价^[3]

术后1个月、3个月、6个月、12个月对受区牙龈进行软组织美学各项指标评价。指标为龈缘形态、龈乳头指数(gingival papilla index, PI)和改良龈沟出血指数(modification sulcus bleeding index, mSBI)等。

1.3.1 龈缘形态评价标准 ①不对称:龈缘外形无弧度,与邻牙不协调;②基本对称:龈缘外形弧度不明显,与邻牙基本协调;③对称:龈缘外形弧度良好,与邻牙协调。

1.3.2 PI的评价标准 0级为无龈乳头形态;1级为龈乳头小于正常高度的一半,但仍可辨认突出的龈乳头外形;2级为龈乳头超过正常高度的一半,但未填满外展隙;3级为龈乳头充满外展隙和邻牙乳头相一致(最佳软组织外形);4级为龈乳头增生并部分覆盖修复体或邻牙软组织外形不规则。

1.3.3 mSBI的评价标准 将牙周探针探入龈缘下1 mm,平行龈缘滑动,等候30 s,记录龈缘出血情况,0级为无出血;1级为分散的点状出血;2级为出血在龈沟内呈线状;3级为重度或自发出血。

2 结果

术后供区与受区均未出现明显肿胀、出血、感染等并发症,术后随访12个月,无复发病例。

22例病例均取得较为满意的临床效果,采用腭侧游离龈瓣修复牙龈瘤术后缺损后,受区牙龈形态、色泽、质地等在移植术后3周后均接近正常牙龈,牙龈乳头均丰满充盈于牙间隙,偶有瘢痕隐约可见,但在可接受范围内。所有患者均对治疗效果满意。

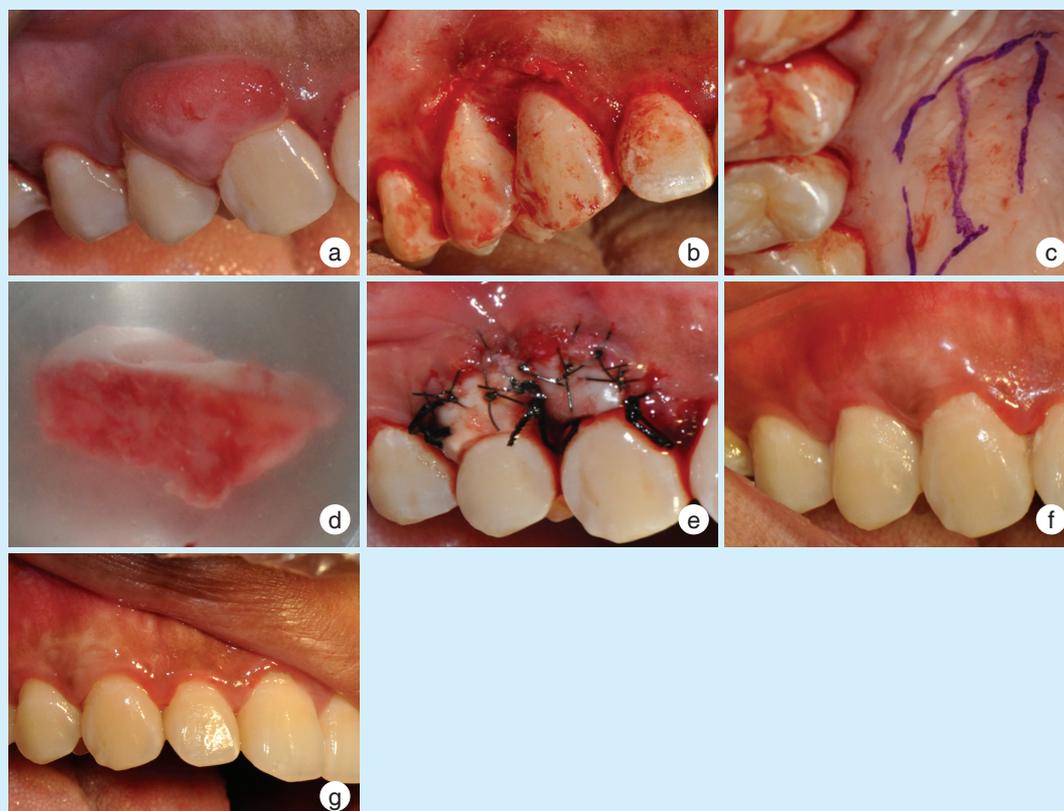
龈缘形态的检查情况见表1,PI和mSBI检查情况见表2。从表1和表2结果来看,腭侧游离龈瓣修复上前牙牙龈瘤术后缺损可以较好地恢复牙龈高度,术后患牙区牙龈龈缘形态与邻牙基本协调对称,术后随访12个月,各项指标均较为稳定,腭侧游离龈瓣修复上前牙牙龈瘤术后缺损临床效果确切(图1)。

表1 龈缘形态的检查情况 例

评价标准	术后	术后	术后	术后
	1个月	3个月	6个月	12个月
龈缘形态对称	17	16	14	14
龈缘形态基本对称	5	6	8	8
龈缘形态不对称	0	0	0	0

表2 PI和mSBI的检查情况 例

时间	PI					mSBI			
	0级	1级	2级	3级	4级	0级	1级	2级	3级
术后1个月	0	0	4	18	0	19	3	0	0
术后3个月	0	0	6	16	0	19	3	0	0
术后6个月	0	0	8	14	0	18	4	0	0
术后12个月	0	0	9	13	0	17	5	0	0



a: 牙龈瘤切除前; b: 牙龈瘤切除后缺损; c: 供区划线; d: 移植游离瓣; e: 游离龈移植术后2周; f: 术后6个月; g: 术后12个月。

图1 右上颌尖牙区牙龈瘤切除术及腭侧游离龈瓣修复术区牙龈缺损效果

Figure 1 Effect of palatal free gingival flaps in anterior maxillary defect restoration after epulis resection in right upper canine region

3 讨论

牙龈瘤为发生于牙龈组织上的一组肿瘤或类肿瘤病变,来源于牙龈、牙周膜及颌骨牙槽突的结缔组织。对于牙槽骨破坏程度轻的牙龈瘤,目前的主流方法多倾向于尽可能保留牙齿,瘤体内注射鱼肝油酸钠、使用液氮、注射平阳霉素等^[4],但最常见的仍是手术切除结合龈下刮治和牙槽骨修整^[1]。笔者认为,牙龈瘤的治疗应贯彻“牙周系统治疗理念”与外科“无瘤原则”两个重要理念,在术前应充分评估牙龈瘤的可能病因,并在术前进行彻底的洁刮治,术后进行口腔健康指导并定期复查,必要时进行再次的牙周治疗,确保局部刺激因素的消除。在手术过程中,判断瘤体边界扩大切除,切除瘤体累及的龈乳头并去除少量牙槽嵴顶及牙槽骨、彻底搔刮残余的牙周膜,大量生理盐水冲洗。

牙龈瘤切除术后往往面临附着龈变窄引起的根面暴露、牙本质过敏,特别对前牙区牙龈瘤,切除术后往往会出现附着龈缺如或减少,龈乳头高度不足引起视觉黑三角等口腔软组织美学问题^[2]。如何解决上颌前牙区视觉黑三角,是口腔医师面临的一个问题。目前改善牙龈退缩与修复牙龈缺损的方法主要有游离龈移植、侧向转位瓣术和冠向复位瓣术等。有研究指出,用冠向复位瓣法或侧向转位瓣术处理创面,在牙龈的外形恢复方面能得到较理想的效果。但是薄龈生物型的牙龈较厚龈生物型在术后更容易出现牙龈退缩。冠向复位瓣或侧向转位瓣在牙龈瘤周取瓣,组织量、转瓣方向与延伸度等与厚度、质地等均会受到限制,往往难以达到理想的修复效果^[5-7]。近年,也有学者利用血管化骨膜-结缔组织夹层(vascularized interpositional periosteal connective tissue flap, VIP-CT)瓣修

复上颌前牙区牙龈肿物切除术后牙龈缺损^[8],但由于VIP-CT瓣带蒂,适用于牙间隙较大或缺失牙病例。自20世纪60年代以来,自体游离龈移植术出现并最初用于附着龈增宽和前庭沟加深,用于增加附着龈宽度的游离龈自体移植术简单易行,而且具有良好的预后效果^[9]。对于角化龈增量而言,游离龈移植是最有效的方法^[10],柴红波等^[11]进行的上皮下结缔组织移植术对牙龈退缩治疗效果的Meta分析,经上皮结缔组织移植术后可增加退缩牙龈的高度和角化龈的宽度,获得显著的根面再覆盖。在口腔种植中,游离龈瓣移植可增宽种植体附着龈,有助于预防种植体周围炎,有助于种植修复的长期成功^[12]。Cortellini等^[13]利用腭侧游离龈瓣修复上前牙区牙龈退缩取得了较好的美学效果。

本研究利用腭侧游离龈瓣修复上前牙区牙龈瘤切除术后牙龈缺损,采用龈缘形态、PI和mSBI等指标评估游离龈瓣修复上前牙区牙龈瘤术后缺损的美学效果。结果显示,腭侧游离龈瓣移植可以较好地恢复缺损区牙龈高度和牙龈厚度,且牙龈颜色与质地接近同名牙牙龈,术后患牙区牙龈龈缘形态可达到与邻牙协调对称。由于本研究所有病例均无明显牙槽骨吸收,术中少量去除牙槽骨,牙间接触点到牙槽嵴顶距离仍可保持在5 mm以内^[14-15],由于腭侧游离龈瓣本身较厚且为龈乳头恢复提供了较好的“基质和支撑”,术后牙龈乳头丰满的充盈于外展隙与邻牙对称,术后随访至12个月各项指标均较为稳定,腭侧游离龈瓣修复上前牙牙龈瘤术后缺损临床效果确切。

腭侧游离龈取瓣与修复的注意事项有:①供区应在上颌前磨牙至第一磨牙近中的腭侧角化牙龈,距龈缘约2~3 mm,取瓣位置过前可能会取到腭皱襞,过后则易损伤腭大血管神经束;②切取的半厚瓣厚度以1.0~1.5 mm为宜,太厚容易切断小血管,造成术区出血较多;③游离移植瓣需固定于缺损区,紧贴骨面,不能留有死腔,术后数天内避免唇颊肌剧烈运动,以利于血管生成及结缔组织纤维的连接^[16]。

腭侧游离龈瓣制取手术相对简单,术后出血、疼痛、移植瓣坏死的风险较低,本研究22例均未

出现较为严重的并发症,表明此方法较为安全有效。

参考文献

- [1] 邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 261.
- [2] 孙素珍, 曹正国, 戴杰, 等. 牙龈瘤切除术后的美学处理与分析[J]. 口腔医学研究, 2015, 31(4): 401-407.
- [3] 胡晓文, 李斯日古楞, 李玲蔚, 等. 应用羟基磷灰石生物陶瓷引导骨再生对单牙种植修复体牙龈形态的影响[J]. 中国口腔种植学杂志, 2009, 14(2): 48-54.
- [4] 杨芳, 罗和平, 葛光华等. 平阳霉素注射联合瘤体切除治疗牙龈瘤的临床评价[J]. 广东牙病防治, 2009, 17(2): 69-71.
- [5] 张晨, 赵绮, 秦红霞. 冠向复位术治疗 Miller I、II度牙龈退缩[J]. 国际口腔医学杂志, 2012, 39(5): 639-645.
- [6] 王乾隆, 刘宏伟. 牙龈退缩的病因和治疗进展[J]. 现代口腔医学杂志, 2012, 26(3): 200-203.
- [7] Bittencourt S, Ribeiro Edel P, Sallum EA, et al. Semilunar coronally positioned flap or subepithelial connective tissue graft for the treatment of gingival recession: a 30-month follow-up study[J]. J Periodontol, 2009, 80(7): 1076-1082.
- [8] Rahpeyma A, Khajehahmadi S. Esthetic management of gingival lesions in anterior maxilla: the role of VIP-CT Flap, a technical note[J]. J Surg Tech Case Rep, 2014, 6(1): 12-14.
- [9] 章锦才, 万鹏, 董潇潇. 牙齿与种植体软组织美学处理[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2014: 85-89.
- [10] Kerner S, Katsabian S, Sarfati A, et al. A comparison of methods of aesthetic assessment in root coverage procedures[J]. J Clin Periodontol, 2009, 36(1): 80-87.
- [11] 柴红波, 廖海清, 曹正国. 上皮下结缔组织移植术对牙龈退缩治疗效果的Meta分析[J]. 口腔医学研究, 2014, 30(9): 897-900.
- [12] 王春先, 章锦才, 周磊, 等. 种植修复前附着龈增宽的临床意义[J]. 中国口腔种植学杂志, 2013, 18(2): 79.
- [13] Cortellini P, Tonetti M, Prato GP. The partly epithelialized free gingival graft (pe-fgg) at lower incisors. A pilot study with implications for alignment of the mucogingival junction[J]. J Clin Periodontol, 2012, 39(7): 674-680.
- [14] 束蓉, 钱洁蕾. 影响龈乳头高度的因素[J]. 华西口腔医学杂志, 2012, 29(6): 565-567.
- [15] 李蓬, 唐志辉, 许卫华, 等. 天然上前牙(根)术后龈乳头影响因素的探索[J]. 实用口腔医学杂志, 2011, 27(1): 111-115.
- [16] Pini Prato G, Rotundo R, Franceschi D, et al. Fourteen-year outcomes of coronally advanced flap for root coverage: follow-up from a randomized trial[J]. J Clin Periodontol, 2011, 38(8): 715-720.

(编辑 全春天, 曾曙光)