

给智齿的新家

▲ 南方医科大学口腔医院 万荻 张亚南

了解自体牙移植前,让我们看看最重要的角色“智齿”。智齿,也被称为第三磨牙,是位于人类口腔最里面的牙齿,通常是最后长出的牙齿。它们通常在青春期晚期到成年早期萌出,大约在18到25岁之间,这个时期被认为是一个人智力发展和成熟的重要阶段,因此得名“智齿”。

智齿的危害

通常情况下,智齿需要拔除。那么,不拔除会带来哪些危害呢?首先,如果智齿萌出不完全或生长不正,会导致诸多问题。最常见的是智齿冠周炎,当智齿长得不完全,牙龈会覆盖在其上面,形成一个“小口袋”,这个“口袋”容易藏污纳垢,成为细菌的温床,引起牙龈发炎,甚至皮瘻。其次,我们知道智齿与它前面的第二磨牙关系密切,如果智齿生长不正,它们之间会是食物残渣的藏身之地,最终导致邻牙和智齿自身蛀牙。最后,当智齿发炎严重时,细菌可能会扩散到颌骨,引起骨髓炎等等。

所以,临床上通常选择拔除有潜在危害的智齿。那么智齿是百害无一利吗?回答是:No!智齿可以通过自体牙移植的方式被利用。如果您感兴趣,让我们来了解一下吧。

自体牙移植的起源和经历

想不到吧,在古埃及人们就已经开始做牙齿移植手术了,最早把这一技

术记录下来的,是一位来自法国的医师Amboise Pare,进入20世纪,美国医师Apfel开创性地进行了自体牙移植手术,并取得了成功。四年后,他在《JADA》杂志上详细描述了自体牙移植的概念,即拔除阻生的、未完全发育的第三磨牙,然后将其移植到严重龋坏、无法修复的第一磨牙位置。随着时间、技术的发展,以及病例的积累,自体牙移植的成功率达到了86.67%,存留率高达96.67%。也证明了这一技术在现代口腔医学中的重要性和有效性。

自体牙移植的优缺点

自体牙移植与其他传统修复方法相比,是生物相容性最好的修复方式,有不少独特的好处,让我们来看看为什么吧。首先,它采用天然牙来进行修复,像一位忠诚的守护者一样,让牙槽骨的骨量得以维持,避免牙槽骨因为牙列缺失而逐渐流失。其次,它还可以神奇地让受牙区原本的牙周组织恢复到正常状态。而且,牙本体感受也能重新回来,这种感受能让我们在咀嚼、咬合等口腔活动中更好地感知力度、位置等信息,同时,还具有天然的牙冠形态、正常的牙龈乳头、自然的牙颜色,与邻牙和谐共存等优势,更重要的是术后可以进行正畸治疗,故可用于颌面部正在发育的儿童或青少年,以上这些奇妙的功能,是其他常见的牙齿修复方式都没办法做到的。有研究表明,随着对牙周微环

境的研究愈来愈深入、微创手术技术和计算机技术的不断高速发展,目前自体牙移植的成功率已经高达92%~95.4%了。当然,凡事都有利弊,自体牙移植也不例外,它的缺点是适应证限制以及手术难度大,为什么说手术难度大?因为影响牙移植成功率的因素有很多,包括牙周切带的完整性、供牙体外时间、微创手术、患者年龄、供体牙位置、根管治疗时机、抗菌药物的使用等。

什么样的牙齿适合自体牙移植

如果你的身体状况良好,不存在拔牙的禁忌情况,同时有这样一颗智齿:它本身很健康但没什么实际功能,牙根发育处于Moorrees 4期以上,也就是说形成牙根长度的2/3以上,并且智齿的牙冠与牙根的形状、大小和准备接受牙齿移植的区域比较匹配。另外,接受牙齿移植的区域要有充足的空间,牙槽骨在高度和宽度上也有足够的骨量,能够稳稳地容纳这颗智齿。要是这些条件都满足了,那么在牙齿治疗方面,你就拥有了一种额外的选择。

自体牙移植的过程

接下来看看牙齿移植包括哪些过程,我们一般会进行消毒和局部麻醉,整个过程状态是清醒的。接下来,我们会根据具体情况选择同期拔牙和移植或二期移植。如果是同期移植,会先拔除患牙,然后立即拔除供牙进行移植;如

果是二期移植,则先拔除患牙,等待2~4周后再进行供牙的移植。在整个过程中,我们会仔细测量和评估供牙,确保其适合移植。然后,在完成前期各项评估且条件适宜后,医生会在即将接纳供牙的受牙区牙槽窝开展一系列精心的预备操作。就好比是为即将入住的“新成员(供牙)”提前打造好合适的“房间”,调整好牙槽窝的状态,使其能更好地接纳供牙。当这一切准备就绪,医生便会将健康合适的供牙小心地放置到受牙区牙槽窝内,完成牙齿移植这一关键步骤。此后,这颗供牙就如同在新的“家”里开始了它新的“使命”,逐渐与周围组织相互适应、相互融合,为口腔的正常功能恢复发挥作用。此外,我们还会进行调牙合固定,确保牙齿移植的稳定性。为了确保移植的成功,还会定期进行影像学评估,以监控移植牙齿的状况。所以,移植牙需要定期复诊,以便医生跟踪恢复进展并及时处理可能出现的问题。这个过程需要患者和医生的密切合作,以确保最佳的治疗效果。

如果你有一颗需要拔除的牙,恰好又有一颗需要拔除的智齿,那么除了拔牙后等待种牙或镶牙外,或许你还可以尝试一下自体牙移植。给智齿一次“重新做牙”的机会,让它新的位置上发挥作用,让它不再是人人讨厌的智齿,你愿意给智齿建成一个合适的“新家”,达到“变废为宝”的目的,给它一次做有用牙齿的机会吗?

掌握四招 呵护好消化道出血者

▲ 南宁市第三人民医院 农梅香

上消化道出血在临床上一般是指屈氏韧带以上的食管、胃、十二指肠、胃空肠吻合术后的空肠及胰腺、胆道的急性出血。上消化道出血的护理主要包括早期判断与干预、止血与维持血容量、预防并发症以及心理护理等方面。下面将以上几个方面进行详细介绍。

早期判断与干预

消化道出血的早期判断非常重要,可以通过以下几个方面进行判断:

1. 观察患者出血的症状和体征,如呕血、黑便、腹痛等,特别是呕血量的多少与颜色的变化,黑便的程度等。上消化道出血出血量评估:大便隐血试验阳性;每日出血量5ml以上;柏油样便:出血量50~70ml以上;呕血:胃内积血量达250~300ml时;头晕、乏力、心悸、出汗:出血量超过400~500ml时;周围循环衰竭、出血性休克:出血量超过1000ml。
2. 监测患者的血压、脉搏、体温、呼吸、密切观察患者意识状态、尿量、肢体是否温暖等,评估出血的情况。
3. 监测患者的血常规、电解质和肝肾功能,判断出血的程度。
4. 及时进行胃镜检查,确定出血部位。

止血与维持血容量

止血是上消化道出血护理的重要环节之一。一般情况下,可以通过以下几个方面的操作来实施止血。

1. 给予抑酸药物:通过减少胃酸的分泌,来保护胃黏膜。常用的抑酸药物有质子泵抑制剂和H₂受体拮抗剂。
2. 静脉输液:对于大量出血导致的血容量不足,治疗上需要及时给予静脉输血、输液,以恢复血容量及有效循环。同时对患者的输液速度、输液量和输液温度等进行监控,以免引起心力衰竭或肺水肿。
3. 明确血液状态:患者出血量多少、出血速率等是判断临床状况严重程度的一个重要指标。护士需要对患者进行血常规、凝血功能和红细胞计数等相关检查,以了解患者的血液状态,并及时向医生汇报。
4. 进行止血药物的应用:常见的止血药物包括血凝酶、去甲肾上腺素和血管加压素等。护士需要根据医嘱正确使用止血药物,并密切观察患者的出血情况。
5. 内镜止血:在出血部位进行电凝、止血剂喷洒、钛夹夹闭等方法,以达到迅速止血。
6. 手术治疗:对于出血部位明确、出

血量较大或药物治疗无效或特定病因引起的出血,需要进行手术治疗。

预防并发症

上消化道出血患者常常会发生一系列的并发症,如消化道梗阻、感染、出血再发等。因此,需要积极地进行并发症的预防工作。

1. 保护患者的胃黏膜,合理饮食,以免过度充饥或饥饿过度导致胃肠道运动不协调,加重胃黏膜的刺激。过度饮酒及进食刺激性食物,也容易增加胃黏膜的刺激,进而损害胃黏膜。避免使用非甾体类抗炎药物、减少使用抗凝剂等。避免进食过热食物,因其对胃黏膜会造成刺激,增加胃黏膜血流量,导致出血风险增加。最好采用小份量的餐饮,每日分次进食,确保能吃完餐食,同时避免进食过多的食物,以减轻胃肠道压力。
2. 规范护理操作,注意口腔护理,避免刺激和损伤口腔黏膜。
3. 处理呕血、黑便及其他分泌物时,注意个人防护,戴好手套、口罩等防护用品,避免交叉感染。
4. 防止并发感染的出现,保持患者的皮肤清洁、干燥,及时更换床单,充足的

营养和休息,增强患者的抵抗力。合理使用抗生素,定期检查体温,检查血常规等指标,及时发现感染征象。

心理护理

消化道出血对于患者来说是一种严重的身体创伤,容易引发患者的焦虑、抑郁等心理问题。因此,在护理过程中应给予患者充分的关怀和支持,以减轻其心理压力。

1. 了解患者的基本情况,并与患者进行有效沟通和交流,倾听其心声,了解其内心的焦虑和恐惧。
 2. 给予患者必要的、科学的、针对性的心理疏导,鼓励其积极面对疾病,树立治愈疾病的信心,提高康复的积极性。
 3. 提供相关的健康宣教,讲解病情、治疗方法等,增加患者的知识储备,减少不必要的恐惧,同时配合临床医师进行规范治疗和检查,加快疾病康复进程。
- 总之,围绕上消化道出血的护理需要综合考虑患者的病情、需求和心理状态,通过早期判断与干预、止血与维持血容量、预防并发症以及心理护理等措施进行综合护理,以减轻患者的痛苦并尽快恢复健康。