

DOI: 10.3969/j.issn.1004-4949.2026.15.020

双侧下颌阻生智齿同期拔除与分次拔除对面部美学指标及并发症发生情况的影响

孙昱东

(开鲁县煜齿口腔门诊部有限公司种植室, 内蒙古 通辽 028400)

[摘要]目的 比较双侧下颌阻生智齿同期拔除与分次拔除对面部美学指标及并发症发生情况的影响。方法 选取2024年1月-2025年12月开鲁县煜齿口腔门诊部有限公司种植室收治的80例口腔颌面外科接受双侧下颌阻生智齿拔除患者,按照随机数字表法分为同期组和分次组,各40例。同期组在同一麻醉时段内依次完成双侧下颌阻生智齿拔除,分次组每次拔除一侧下颌阻生智齿,两侧手术间隔4~8周,比较两组疼痛程度、面部美学指标、并发症发生情况、面部对称性、下颌角软组织恢复指数及面容满意度。结果 分次组术后24、72 h及术后7 d VAS评分低于同期组 ($P<0.05$);分次组术后72 h肿胀增加值、张口下降值低于同期组 ($P<0.05$);两组并发症发生率比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);分次组术后7 d面部对称性评分高于同期组 ($P<0.05$);两组术后30 d面部对称性评分比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$);分次组术后30 d下颌角软组织恢复指数为 (1.89 ± 0.35) mm,低于同期组的 (2.31 ± 0.93) mm ($P<0.05$);分次组术后7 d面容满意度评分高于同期组 ($P<0.05$);两组术后30 d面容满意度评分比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。结论 分次拔除双侧下颌阻生智齿可减轻术后早期疼痛、肿胀及张口受限程度,且早期面部美学效果更优,不会增加并发症发生风险,值得临床应用。

[关键词] 下颌阻生智齿;同期拔除;分次拔除;面部美学指标

[中图分类号] R782.11

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-4949 (2026) 15-0085-04

Effects of Simultaneous Versus Staged Extraction of Bilateral Mandibular Impacted Wisdom Teeth on Facial Aesthetic Indicators and Complications

SUN Yudong

(Implant Room, Kailu Yuchi Dental Clinic Co., Ltd., Tongliao 028400, Inner Mongolia, China)

[Abstract]**Objective** To compare the effects of simultaneous and staged extraction of bilateral mandibular impacted wisdom teeth on facial aesthetic indicators and complications. **Methods** A total of 80 patients who underwent bilateral mandibular impacted wisdom tooth extraction in the Implant Room of Kailu Yuchi Dental Clinic Co., Ltd. from January 2024 to December 2025 were selected. According to the random number table method, they were divided into the simultaneous extraction group and the staged extraction group, with 40 patients in each group. The simultaneous extraction group received sequential extraction of bilateral mandibular impacted wisdom teeth during the same anesthesia session. The staged extraction group had one mandibular impacted wisdom tooth extracted at a time, with a surgery interval of 4 to 8 weeks between the two sides. The pain intensity, facial aesthetic indicators, complications, facial symmetry, soft tissue recovery index of mandibular angle and facial satisfaction were compared between the two groups. **Results** The VAS scores in the staged extraction group at 24 and 72 hours after operation and 7 days after operation were lower than those in the simultaneous extraction group ($P<0.05$). The increased swelling value and reduced mouth-opening value in the staged extraction group at 72 hours after operation were lower than those in the simultaneous extraction group ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in the incidence of complications between the two groups ($P>0.05$). The facial symmetry score in the staged extraction group at 7 days after operation was higher than that in the simultaneous extraction

group ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in facial symmetry score between the two groups at 30 days after operation ($P>0.05$). The soft tissue recovery index of mandibular angle in the staged extraction group at 30 days after operation was (1.89 ± 0.35) mm, which was lower than (2.31 ± 0.93) mm in the simultaneous extraction group ($P<0.05$). The facial satisfaction score in the staged extraction group at 7 days after operation was higher than that in the simultaneous extraction group ($P<0.05$). There was no statistically significant difference in facial satisfaction score between the two groups at 30 days after operation ($P>0.05$).

Conclusion Staged extraction of bilateral mandibular impacted wisdom teeth can relieve early postoperative pain, swelling and mouth opening limitation, achieve better short-term facial aesthetic effect, without increasing the risk of complications, which is worthy of clinical application.

[Key words] Mandibular impacted wisdom tooth; Simultaneous extraction; Staged extraction; Facial aesthetic indicators

下颌第三磨牙阻生 (impacted mandibular third molar) 是口腔颌面外科常见的发育性异常, 其中双侧阻生者占比较高。阻生智齿可诱发冠周炎反复、邻牙远中龋坏、牙槽骨吸收乃至颌骨囊肿等, 威胁患者口腔健康^[1]。双侧阻生牙拔除可选择同期或分次方案: 同期拔除疗程短、麻醉次数少, 但创伤叠加致炎症风险增高; 分次拔除创伤小、利于功能代偿, 但治疗周期长、复诊次数多^[2]。既往研究多聚焦单一维度的疼痛或肿胀评估, 对两种方案在面部软组织对称性及下颌角美学恢复方面的对比不足, 而面部外形改变是影响患者术后满意度与社交信心的关键因素^[3]。基于此, 本研究旨在比较双侧下颌阻生智齿同期与分次拔除对面面部美学指标及并发症发生情况的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2024年1月–2025年12月开鲁县煜齿口腔门诊部有限公司种植室收治的80例口腔颌面外科接受双侧下颌阻生智齿拔除的患者, 按照随机数字表法分为同期组和分次组, 各40例。同期组男18例, 女22例; 年龄18~35岁, 平均年龄 (24.25 ± 7.57) 岁; 体重指数 $18\sim28\text{ kg/m}^2$, 平均体重指数 $(23.78\pm1.33)\text{ kg/m}^2$ 。分次组男17例, 女23例; 年龄18~35岁, 平均年龄 (24.65 ± 7.64) 岁; 体重指数 $18\sim27\text{ kg/m}^2$, 平均体重指数 $(23.85\pm1.45)\text{ kg/m}^2$ 。两组性别、年龄、体重指数比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。患者均签署知情同意书。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准: 18~35岁, 双侧第三磨牙均有影像学阻生, 两侧阻生类型相近, 无面部整形或下颌外伤史。排除标准: 凝血异常; 糖代谢异常; 长期用抗凝药或激素; 妊娠期或哺乳期女性; 既往下颌手术史。

1.3 方法 术者均为高年资医师。术前记录一般资

料、阻生类型、Pell–Gregory分级、牙根形态及下颌管关系, 评估全身及口腔状况。CBCT评估牙根与下颌管关系、舌侧骨板及根尖弯曲, 邻近下颌管者告知风险。术前摄面部标准照片记录软组织基线, 含漱后局麻, 必要时行神经阻滞。两组不常规用抗菌药, 仅反复冠周炎者短期使用; 疼痛评分于服药前或服药后6 h记录。同期组于同次麻醉下拔除双侧, 优先处理高风险侧; 分次组每次拔除一侧, 间隔4~8周, 顺序原则与同期组相同。两组操作一致: 切开翻瓣、去骨显露智齿, 分割牙冠及牙根后取出, 埋伏牙分段取出, 清理修整牙槽窝、冲洗、缝合, 注意保护骨板及咬肌附着点。术后冷敷24 h, 指导饮食卫生, 按需服布洛芬并记录。

1.4 观察指标

1.4.1 评估两组疼痛程度 术后24、72 h及术后7 d采用视觉模拟评分法 (VAS) 评估, 评分范围为0~10分, 评分越高表示疼痛越剧烈。

1.4.2 评估两组面部美学指标 ①面部肿胀程度: 测量耳屏至口角/颏点、外毗至下颌角三条体表标志线的长度, 以术后各时间点测量值与术前基线值的差值表示肿胀增加值; ②张口受限程度: 以最大主动张口位时上下中切牙切缘间距的术后下降值表示张口受限程度, 下降值越大表示张口受限越严重。

1.4.3 记录两组并发症发生情况 包括干槽症、局部感染、延迟愈合、感觉异常等。

1.4.4 评估两组面部对称性 于术后7 d及30 d由两名医师及患者本人共同采用10分制对称性评分法对面面部对称性进行评定, 评分1~10分, 分值越高表示面部左右越对称。

1.4.5 记录两组下颌角软组织恢复指数 以术后30 d双侧下颌角区域软组织厚度差值的绝对值表示, 差值越小提示恢复越好。

1.4.6 调查两组面容满意度 于术后7 d及30 d进行

评定。采用自拟3条目问卷,分别评估面容协调性、颊部轮廓自然度及社交自信度。各条目均采用10分制评分(1~10分,1分代表非常不满意/非常不自然,10分代表非常满意/非常自然),取三个条目的平均分作为面容满意度综合得分,分值越高表示满意度越高。该问卷在本研究样本中的Cronbach's α 系数为0.87。

1.5 统计学方法 采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析,符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,行 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疼痛程度比较 分次组术后24、72 h及术后7 d VAS评分低于同期组($P < 0.05$),见表1。

2.2 两组面部美学指标比较 分次组术后72 h肿胀增加值、张口下降值低于同期组($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组并发症发生情况比较 同期组发生干槽症

2例,局部感染1例,延迟愈合2例,感觉异常2例,并发症发生率为17.50%(7/40);分次组发生干槽症1例,局部感染2例,延迟愈合1例,感觉异常1例,并发症发生率为12.50%(5/40)。两组并发症发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 0.392, P = 0.531$)。

2.4 两组面部对称性比较 分次组术后7 d面部对称性评分高于同期组($P < 0.05$);两组术后30 d面部对称性评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表3。

2.5 两组下颌角软组织恢复指数比较 分次组术后30 d下颌角软组织恢复指数为(1.89 ± 0.35) mm,低于同期组的(2.31 ± 0.93) mm($t = 2.673, P = 0.009$)。

2.6 两组面容满意度比较 分次组术后7 d面容满意度评分高于同期组($P < 0.05$);两组术后30 d面容满意度评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表4。

表1 两组疼痛程度比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	术后 24 h	术后 72 h	术后 7 d
分次组	40	4.83 ± 1.03	3.66 ± 0.94	1.34 ± 0.58
同期组	40	6.28 ± 1.14	4.55 ± 1.03	1.73 ± 0.68
<i>t</i>		5.969	4.037	2.760
<i>P</i>		0.000	0.000	0.007

表2 两组面部美学指标比较($\bar{x} \pm s$, mm)

组别	<i>n</i>	肿胀增加值	张口下降值
分次组	40	13.98 ± 3.93	9.16 ± 2.17
同期组	40	18.64 ± 4.83	12.85 ± 3.68
<i>t</i>		4.733	6.463
<i>P</i>		0.000	0.000

表3 两组面面对称性比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	术后 7 d	术后 30 d
分次组	40	7.25 ± 1.15	8.45 ± 0.89
同期组	40	5.64 ± 1.33	8.41 ± 0.83
<i>t</i>		5.791	0.208
<i>P</i>		0.000	0.836

表4 两组面容满意度比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	术后 7 d	术后 30 d
分次组	40	7.05 ± 1.02	8.42 ± 0.88
同期组	40	5.88 ± 1.44	8.33 ± 0.98
<i>t</i>		4.193	0.432
<i>P</i>		0.000	0.667

3 讨论

双侧下颌阻生智齿拔牙方案的抉择不仅需要考量手术创伤、术后并发症风险,面部软组织外

形改变与患者主观美学体验现已成为临床决策不可忽视的重要维度^[4]。阻生智齿拔除属于有创口腔颌面操作,翻瓣、去骨、牙体分割等操作会激活局部炎症级联反应,炎症介质大量释放可诱发疼痛、肿胀、张口受限等系列术后反应,对于双侧阻生病例,手术时机选择直接影响炎症叠加效应与软组织修复进程^[5-7]。当前临床对于双侧下颌阻生智齿选择同期还是分次拔除存在观点分歧,既往多数研究仅聚焦疼痛、肿胀等传统术后指标,针对术后面部对称性、下颌角软组织恢复及面容主观满意度的量化对比研究相对匮乏^[8]。本

研究从客观体征、软组织美学指标、患者主观评价多维度评估两种术式的优劣, 以期对不同社交需求、耐受水平患者的个体化拔牙方案制定提供循证参考数据。

本研究结果显示, 分次组术后24、72 h及术后7 d VAS评分低于同期组 ($P < 0.05$); 分次组术后72 h肿胀增加值、张口下降值低于同期组 ($P < 0.05$); 分次组术后7 d面部对称性评分高于同期组 ($P < 0.05$); 两组术后30 d面部对称性评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 分次组术后30 d下颌角软组织恢复指数低于同期组, 术后7 d面容满意度评分高于同期组 ($P < 0.05$); 两组术后30 d面容满意度评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 证实分次拔除能够缓解术后急性期炎症相关临床表现, 优化早期面部美学状态, 而远期软组织修复结局与同期拔除无明显差异。分析其原因, 同期拔除会造成双侧骨组织、软组织同步损伤, 局部前列腺素、缓激肽等致痛致炎介质双向释放叠加, 放大疼痛感受, 同时双侧术区渗出、组织水肿同步发生, 加重面部肿胀并累及咀嚼肌群, 进而造成张口受限加剧^[9-12]; 分次模式下单侧创伤刺激有限, 机体炎症应答负荷更低, 仅单侧出现软组织肿胀变形, 因此术后早期面部对称度与患者主观面容感受更优^[13]。此外, 人体软组织具备自我重塑代偿能力, 随着水肿吸收、创面改建, 术后30 d两组软组织形态差异逐步消弭, 故远期面部美学与主观满意度趋于一致。两组并发症发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。分析认为, 干槽症、神经感觉异常等并发症更多与局部血供、牙根解剖、术区清创质量相关, 并非单纯由手术同期或分次实施决定; 两类手术操作流程、微创器械使用标准统一, 术者操作熟练度无组间差异, 拔牙窝清创、缝合止血规范一致, 因此干槽症、局部感染等并发症发生概率未出现统计学差异^[14, 15]。

综上所述, 分次拔除双侧下颌阻生智齿可降低术后急性期疼痛、肿胀与张口受限程度, 术后短期面部对称性与患者面容满意度更优, 且并发症风险与同期拔除无差异; 同期拔除仅存在短期面部外形不对称, 远期软组织美学恢复效果与分次方案等效。临床需结合患者阻生难度、社交需求、牙科耐受度个体化选择拔牙方案。

[参考文献]

- [1]王凯璇,李璐,程婵,等.甲苯磺酸瑞马唑仑与丙泊酚在下颌低位阻生智齿拔除患者舒适镇静中的效果比较[J].中国医药导报,2025,22(6):119-123.
- [2]彭亮,张启海,吴永盛.壳聚糖海绵减少下颌阻生智齿拔除术后并发症的临床效果[J].北京口腔医学,2022,30(5):365-367.
- [3]张宏羽,苏莉雯,孙欢,等.电动牙科手机与涡轮气动牙科手机在下颌阻生第三磨牙拔除术中的应用及术后反应比较[J].中国口腔颌面外科杂志,2024,22(5):440-445.
- [4]王衍,何箴,张雷.骨性埋伏阻生智齿引起邻牙牙根外吸收的预后研究[J].口腔医学研究,2022,38(3):243-247.
- [5]郑林威,赵吉宏.左下颌埋伏阻生智齿伴根尖成牙骨质细胞瘤微创手术1例[J].口腔医学研究,2022,38(8):794-796.
- [6]胡娟,刘瑜,张艳梅,等.不同拔除术治疗下颌水平阻生智齿的临床疗效及术后感染危险因素研究[J].新疆医科大学学报,2025,48(6):807-812.
- [7]闫娜,张玲玲,胡志伟,等.静脉注射右美托咪定对拔除下颌阻生智齿患者焦虑及疼痛的影响[J].口腔颌面修复学杂志,2025,26(6):423-427.
- [8]张宏波,王元银.抗生素联合益生菌在下颌阻生智齿拔除术后患者中的应用效果[J].中国医药导报,2024,21(9):121-124.
- [9]谢雪梅,俞晓佳.超声骨刀联合45°反角涡轮钻拔除下颌阻生智齿效果及预后分析[J].上海口腔医学,2025,34(3):298-302.
- [10]陈正岗,唐永平,袁希英,等.低能量激光联合地塞米松缓解下颌阻生智齿拔除术后并发症的疗效评价[J].中国医刊,2022,57(10):1151-1154.
- [11]马勇全,陆子杰,彭伟槟,等.超声骨刀拔除下颌水平低位阻生智齿的疗效及对血清炎性介质的影响[J].中国美容医学,2025,34(6):152-155.
- [12]闫娜,张玲玲,胡志伟,等.制霉菌素片联合康复新液预防阻生智齿拔除术后口腔感染的临床效果及对Th17/Treg细胞免疫的影响[J].中华医院感染学杂志,2024,34(13):2022-2026.
- [13]宋乐军,卢阳.高速涡轮牙钻法在阻生智齿拔除术中的应用研究[J].临床和实验医学杂志,2024,23(16):1779-1783.
- [14]羊小娟,李灵芝,方略.微创拔牙术在下颌埋伏阻生智齿拔除中的应用及对患者术后疼痛和美观满意度的影响[J].中国美容医学,2024,33(5):140-143.
- [15]刘灿灿,刘茜,朱永娜,等.标准化微创拔牙术在下颌阻生智齿拔除中的应用价值分析[J].中国标准化,2024(22):277-280.

收稿日期: 2026-7-20 编辑: 刘雯