

· 论著 · 典型病例分析 ·

# 上颌双侧第二磨牙不同拔牙位点保存及两种种植体系统修复效果观察 (附 1 例 6 年随访报告)

韩子瑶<sup>1</sup> 赵丽萍<sup>1,2</sup> 徐涛<sup>1,2</sup> 胡文杰<sup>1</sup> 刘云松<sup>3</sup>

<sup>1</sup>北京大学口腔医学院·口腔医院牙周科 国家口腔疾病临床医学研究中心 口腔数字化医疗技术和材料国家工程实验室 口腔数字医学北京市重点实验室 100081; <sup>2</sup>北京大学口腔医学院·口腔医院急诊科 国家口腔疾病临床医学研究中心 口腔数字化医疗技术和材料国家工程实验室 口腔数字医学北京市重点实验室 100081; <sup>3</sup>北京大学口腔医学院·口腔医院修复科 国家口腔疾病临床医学研究中心 口腔数字化医疗技术和材料国家工程实验室 口腔数字医学北京市重点实验室 100081

通信作者: 胡文杰, Email: huwenjie@pkuss.bjmu.edu.cn, 电话: 010-82195211

刘云松, Email: kqliuyunsong@163.com, 电话: 010-82195384

**【摘要】** 磨牙是牙周炎的好发牙位, 罹患重度牙周病变无保存价值的磨牙常存在广泛的牙槽骨破坏。拔牙位点保存可维持良好的牙槽嵴软硬组织轮廓, 为种植治疗提供有利条件。本文完整展示了 1 例双侧上颌第二磨牙在拔牙同期分别采用不同方法进行拔牙位点保存后进行种植修复, 并完成为期最长 6 年随访的全过程, 为存在严重牙槽骨破坏的上颌第二磨牙临床决策提供了一定参考。

**基金项目:** 北京大学临床科学家计划专项 (BMU2019LCKXJ010); 北京市科学技术委员会首都临床特色应用研究基金 (Z161100000516042); 首都卫生发展科研专项基金 (2011-4025-04)

## Evaluation of implants placed in ridge preserved bilateral maxillary second molars with flap versus flapless procedures: a case report with a 6-year post-loading follow-up.

Han Ziyao<sup>1</sup>, Zhao Liping<sup>1,2</sup>, Xu Tao<sup>1,2</sup>, Hu Wenjie<sup>1</sup>, Liu Yunsong<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Periodontology, Peking University School and Hospital of Stomatology & National Engineering Laboratory for Digital and Material Technology of Stomatology & Beijing Key Laboratory of Digital Stomatology, Beijing 100081, China; <sup>2</sup>Department of Emergency, Peking University School and Hospital of Stomatology & National Engineering Laboratory for Digital and Material Technology of Stomatology & Beijing Key Laboratory of Digital Stomatology, Beijing 100081, China; <sup>3</sup>Department of Prosthodontics, Peking University School and Hospital of Stomatology & National Engineering Laboratory for Digital and Material Technology of Stomatology & Beijing Key Laboratory of Digital Stomatology, Beijing 100081, China

Corresponding author: Hu Wenjie, Email: huwenjie@pkuss.bjmu.edu.cn Tel:0086-10-82195211; Liu Yunsong, Email: kqliuyunsong@163.com, Tel:0086-10-82195384

**【Abstract】** Molar sites with advanced periodontitis often caused severe bone loss. Maxillary second molar lies in the distal area of the maxillary arch, where oral hygiene is difficult to perform and implant treatments has higher risk. Ridge preservation is performed



韩子瑶

八年制本博连读生, 研究方向: 种植区软硬组织增量研究



胡文杰

主任医师、教授、博士研究生导师, 研究方向: 牙周病多学科综合诊治、牙周病种植及口腔美学等相关临床基础研究



刘云松

主任医师、副教授、博士研究生导师, 研究方向: 口腔数字化诊断与美学修复及口腔骨组织再生研究

DOI: 10.12337/zgkqzzzz.2021.02.012

收稿日期 2020-11-3 本文编辑 石淑芹, 宋宇

引用本文: 韩子瑶, 赵丽萍, 徐涛, 等. 上颌双侧第二磨牙不同拔牙位点保存及两种种植体系统修复效果观察 (附 1 例 6 年随访报告) [J]. 中国口腔种植学杂志, 2021, 26(1): 54-59. DOI:10.12337/zgkqzzzz.2021.02.012.

after tooth extraction to facilitate implant placement by maintaining hard and soft tissue contour. This article presents a case with bilateral maxillary second molars receiving different methods of ridge preservation prior to implant reconstruction at 6 years of function, which provides evidence and clinical experience for the treatment plan and management for such kind of cases.

**Fund program:** Peking University Clinical Scientist Program (BMU2019LCKXJ010); Capital foundation for Clinical Characteristics and Application Research (Z161100000516042); the Capital Medical Development and Research Fund, PRC (2011-4025-04).

磨牙是牙周炎的好发牙位，上颌第二磨牙位于牙弓末端，解剖结构复杂，口腔卫生维护难度大，炎症进展后不易得到彻底控制<sup>[1]</sup>。罹患重度牙周病变的上颌磨牙存在严重的牙槽骨吸收，感染极易波及毗邻的上颌窦底，刺激上颌窦黏膜增厚，增加拔牙与种植治疗的难度<sup>[2]</sup>。该区域拔牙后自然愈合，缺牙区常出现垂直骨量不足，常需行上颌窦底提升术<sup>[3-4]</sup>。上颌第二磨牙位置的操作视野与空间有限，对患者张口度要求较高，如何通过简洁、迅速的种植治疗恢复健康和功能，是临床医生常面临的难题<sup>[5]</sup>。拔牙位点保存能够较好地保存牙槽骨轮廓，为后续的种植治疗提供更理想的临床可操作性<sup>[6]</sup>。

拔牙位点保存的效果受术中是否翻瓣影响<sup>[7]</sup>。曾有动物研究比较翻瓣与否对拔牙位点保存术后牙槽骨改建的影响，结果显示，术后3~6个月，牙槽骨高度、宽度变化并无显著差异<sup>[8-9]</sup>。Engler-Hamm等<sup>[10]</sup>的研究显示，翻瓣或不翻瓣术后6个月牙槽骨量和骨宽度变化相似。然而也有研究显示，翻瓣与不翻瓣拔牙位点保存组术后新生骨占比相似，但翻瓣初期关闭创口可保存更多的牙槽骨量<sup>[11,12]</sup>。不翻瓣拔牙位点保存则能保留更多颊侧角化组织，与本课题组结论相似<sup>[10,12-13]</sup>。本文完整展示了一例双侧上颌第二磨牙分别因劈裂和罹患重度牙周病变拔除，采用不同方法进行拔牙位点保存种植修复并进行为期最长6年随访的全过程，为存在明显牙槽骨破坏的上颌第二磨牙处理的临床决策提供了一定参考。

### 病例资料

1.一般资料：患者男性，48岁。2012年12月因“右上后牙咬合痛1月”就诊于北京大学口腔医院牙周科。患者1月前咬物后出现右上后牙咬物痛。偶有刷牙出血，刷牙2次/d，Bass法。已戒烟。全身健康，无家族史、过敏史。

2.临床检查：17远中殆面可见牙色充填体，殆面正中可见近远中向劈裂（图1A），腭侧部分II度松动；27牙冠完整，近中探诊深度（probing depth, PD）7~9mm，根分叉病变（furcation involvement, FI）II度，松动I度（图1C，图2）；口腔卫生状况较差，菌斑软垢中量，牙龈轻度红肿（图2）。

3.放射线检查：17根尖放射线片示（图1B）冠部高密度充填影，根方可见纵向劈裂影，据病历资料描述“CBCT示17近远中劈裂达髓底，腭侧骨吸收较颊侧明显，颊根间距小”；27根尖放射线片示近中牙槽骨垂直吸收达根尖，远中牙槽骨水平吸收占根长1/2。CBCT示27上颌窦底壁连续，上颌窦底黏膜明显膨隆增厚，远中可见上颌窦内壁间隔（图1C~F）。

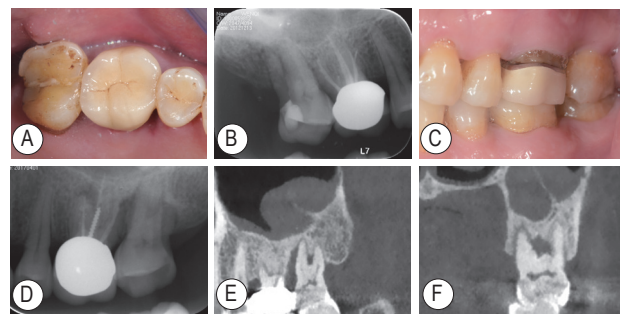


图1 17、27治疗前口内照及放射线检查 A: 17 殆面像；B: 17 根尖放射线片；C: 27 颊侧咬合像；D: 27 根尖放射线片；E: 27 CBCT 矢状面；F: 27 CBCT 冠状面

	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
FI																
角化龈宽																
龈缘																
松动																
PLI																
龈缘-CRJ																
BI																
PD																
L																
8																
L																
PD																
B																
BI																
龈缘-CRJ																
PLI																
松动																
龈缘																
角化龈宽																
FI																

图2 患者初诊洁治后1周牙周检查表

4.诊断：17 劈裂牙；27 重度牙周炎；26 慢性根尖周炎（根管治疗后）；慢性牙周炎（Ⅲ期 C级）。

5.治疗计划：

（1）牙周基础治疗：通过洁治、刮治和根面平整控

制牙周炎症。

(2) 拔除 17、27 控制感染：17、27 均存在明显牙槽骨破坏，根尖毗邻上颌窦底，若感染加重可能导致上颌窦底骨壁穿透，应使感染局限化后微创拔除并彻底清创，降低炎症对邻近上颌窦组织的刺激。

(3) 17、27 位点种植修复：17、27 拔除后均为游离端缺失，建议种植修复恢复咀嚼功能。17、27 位点存在明显牙槽骨破坏，拟在拔牙同期行拔牙位点保存。

(4) 定期复查：进行必要的牙周和种植体周维护治疗。

6. 治疗过程：

(1) 牙周基础治疗：17、27 拔除前全口牙周基础治疗，17、27 超声龈下刮治。

(2) 17 治疗过程及复查：

①17 微创拔除及常规翻瓣拔牙位点保存 (图3)：术前 17 颊侧角化龈宽度 5 mm，阻滞麻醉下，17 沟内切口，延伸至 15 近中，颊腭侧翻全厚瓣，裂钻分离 17 牙冠后微创拔除，彻底清创。可见 17 位点远中牙槽骨壁吸收至根尖 1/3，颊腭侧及近中骨壁吸收至根中 1/3，拔牙窝底未与上颌窦底贯通。拔牙窝内植入 Bio-Oss 骨粉 (0.5 g, Geistlich, 瑞士)，表面覆盖双层 Bio-Gide 膜 (25 mm × 25 mm, Geistlich, 瑞士)，松弛龈瓣严密缝合。术后即刻拍摄根尖放射线片示牙槽窝内骨充填良好 (图3G)。术后 7 d 口服阿莫西林胶囊 (0.5 g/次, 3 次/d)，0.12% 醋酸氯己定溶液含漱 4 周 (10 ml/次, 2 次/d)。术后 2 周拆线。17 拔牙位点保存术后 1、2、4、8、16 周复查，记录创口愈合情况 (图4)。牙龈无明显肿胀，未见感染和骨粉暴露。术后 6 个月，17 颊侧牙槽嵴轮廓良好，颊侧角化组织宽度 5 mm。CBCT 示牙槽骨

高度约 9 mm，骨宽度约 12 mm，满足种植骨量要求 (图5)。

②17 位点种植修复：阻滞麻醉下，17 位点牙槽嵴顶行水平切口，翻双侧全厚瓣，逐级扩孔至 10 mm 深 (近中)，植入 Bicon 5.0 mm × 8.0 mm 种植体 1 颗，置临时愈合基台，龈瓣复位，4-0 不可吸收线严密缝合。术后 X 线片示 17 种植体位置可 (图6)。术后 6 个月完成二期手术 (图7)，2 个月后上部结构修复，戴入 Bicon 聚合瓷一体化基台冠。

③17 负荷后效果评价：每 6 个月复查，行种植体周与牙周维护。17 修复后 72 个月 (图8)，患者主诉无不适，种植体及上部结构无松动，外形轮廓良好，红色美学评分 (pink esthetic score, PES) 为 12。根尖放射线片示种植体周围骨结合良好，牙槽骨高度维持稳定 (图9)。

(3) 27 治疗过程及复查：

①27 微创拔除及微翻瓣拔牙位点保存 (图10)：术前 27 颊侧角化龈宽度 5 mm，阻滞麻醉下，距 27 龈缘约 0.5 mm 行内斜切口，微创拔除 27，彻底清创，暴露 27 拔牙窝新鲜骨面，拔牙窝底未与上颌窦底贯通。27 位点颊腭侧微翻全厚瓣至嵴顶根方 2~3 mm 处，植入 Bio-Oss 骨粉 (0.5 g, Geistlich, 瑞士)，表面置 Bio-Gide 膜 (13 mm × 25 mm, Geistlich, 瑞士)，覆盖可即邦胶原蛋白海绵 (13 mm × 25 mm, 无锡贝迪)，使之与拔牙窝创缘贴合，交叉缝合。术后即刻口服洛芬缓释胶囊和阿莫西林胶囊，拍摄根尖放射线片及 CBCT (图11A~C)。术后 6 个月，27 牙槽嵴轮廓良好，牙龈无红肿，颊侧角化组织宽度 7 mm。术后 6 个月拍摄 CBCT 示 (图11D~F) 植骨材料高密度影像较前更均一，上颌窦黏膜厚度较前有一定减少，但仍可见上颌窦内囊样密度增高影。



图3 17 微创拔牙及常规翻瓣拔牙位点保存 A: 术前颊面像; B: 常规翻瓣拔牙、彻底清创; C: 微创拔除的牙; D: 拔牙窝内植入 Bio-Oss 骨粉; E: 覆盖双层 Bio-Gide 膜; F: 龈瓣冠向复位、交叉缝合; G: 术后即刻根尖放射线片

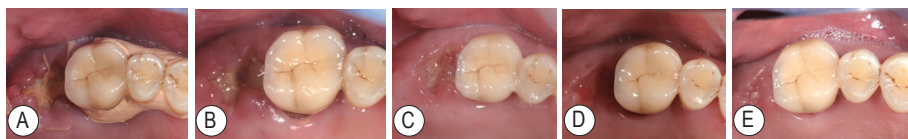


图4 17 拔牙位点保存后口内照片 A: 术后1周; B: 术后2周; C: 术后4周; D: 术后8周; E: 术后16周

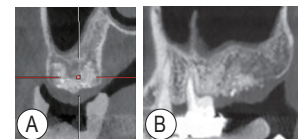


图5 17 拔牙位点保存后 6 个月 CBCT 影像 A: 冠状面; B: 矢状面

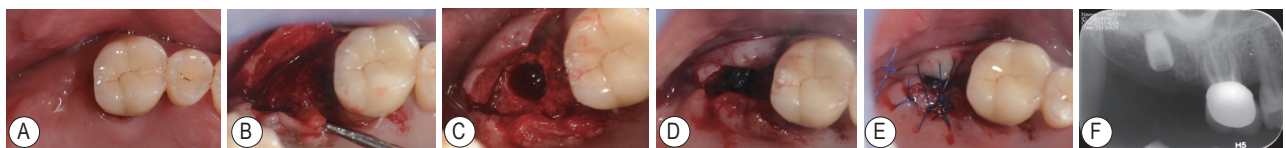


图6 17 位点种植一期手术过程 A: 术前颊面像; B: 嵴顶暴露; C: 扩孔备洞; D: 种植体植入; E: 缝合创口; F: 术后即刻根尖放射线片



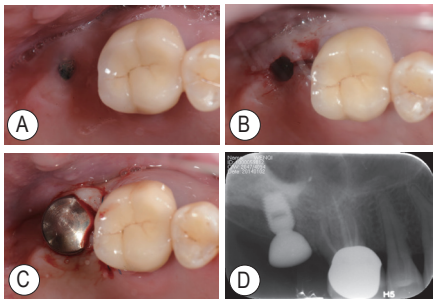


图7 17位点种植二期口内照片及二期术后、修复后即刻根尖放射线片 A: 二期术前颌面像; B: 取出愈合帽; C: 连接愈合基台, 龈瓣复位缝合; D: 术后即刻根尖放射线片

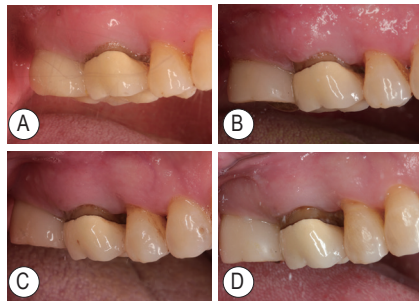


图8 17位点负荷后口内照片(颊侧像) A: 修复后即刻; B: 24个月; C: 36个月; D: 72个月

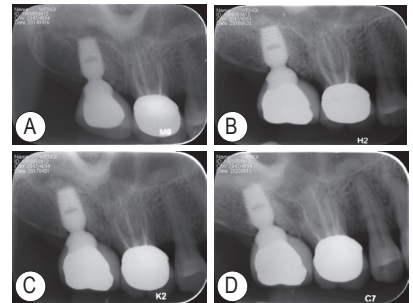


图9 17负荷后根尖放射线片 A: 修复后即刻; B: 24个月; C: 36个月; D: 72个月

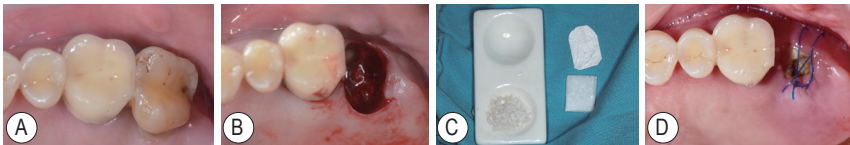


图10 27拔牙位点保存及术后1周口内照 A: 27术前; B: 27微翻瓣拔牙、彻底清创; C: 拔牙窝内植入物; D: 术后一周

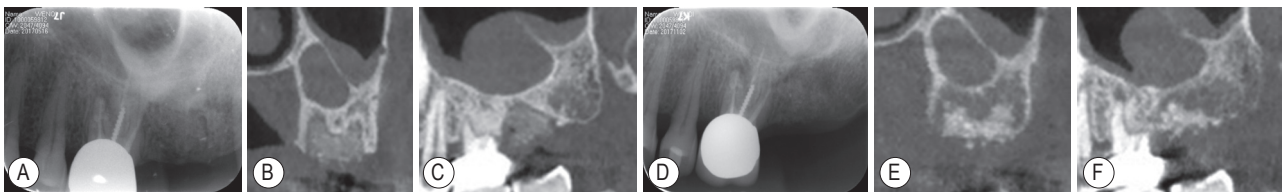


图11 27拔牙位点保存术后即刻与术后6个月放射线检查 A~C为术后即刻, A: 根尖放射线片; B: CBCT冠状面; C: CBCT矢状面; D~F为术后6个月, D: 根尖放射线片; E: CBCT冠状面; F: CBCT矢状面

②27位点种植修复: 阻滞麻醉下, 27位点牙槽嵴水平切口, 翻瓣。球钻定点, 逐级备洞至深度9 mm, 未穿透窦底骨壁, 植入 Straumann BL 4.8 mm × 8 mm 种植体1颗, 初期稳定性良好, 复位龈瓣, 4-0不可吸收线间断缝合, 术后根尖放射线片示种植体位置良好(图12)。术后

6个月完成二期手术, 2个月后完成上部结构修复, 戴入螺钉固位全氧化锆冠(图13)。

③27负荷后效果评价: 每6个月复查, 行种植体周与牙周维护。修复后20个月(图14)患者主诉无任何不适, 种植体及上部结构无松动, 软组织轮廓稳定,

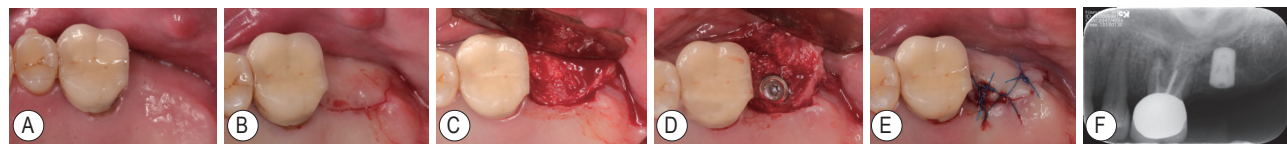


图12 27位点种植一期手术 A: 种植术前; B: 切口设计; C: 嵴顶暴露; D: 植入种植体并置封闭螺钉; E: 缝合创口; F: 术后即刻根尖放射线片

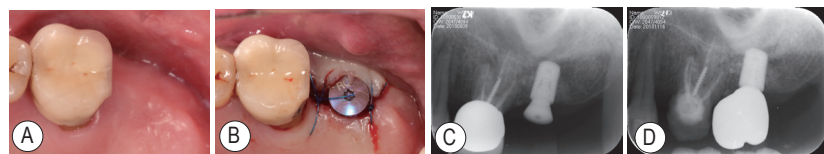


图13 27位点种植二期临床照片及二期术后、修复后即刻根尖放射线片 A: 术前咬合面像; B: 连接愈合基台, 龈瓣复位缝合; C: 术后即刻根尖放射线片; D: 修复后即刻根尖放射线片



图14 27位点负荷后口内照(颊侧像) A: 上部结构修复后即刻; B: 12个月; C: 20个月

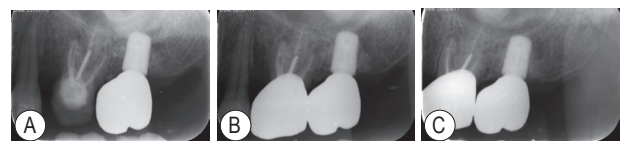


图15 27负荷后根尖放射线片 A: 负荷后即刻; B: 12个月; C: 20个月

近中龈乳头充盈较好, PES 分值为 12 (游离端, 远中无龈乳头), 颊侧角化组织宽度充足。根尖放射线片示种植体周围骨结合良好, 近远中边缘骨水平维持稳定 (图 15)。

(4) 定期牙周和种植体周维护: 每 6 个月复查, 17 位点修复后 72 个月、27 位点修复后 20 个月, 口腔卫生状况良好, 牙龈色粉、质韧。牙周与种植体周健康状况良好, 全口 PD 2~4 mm, 个别位点可及 5 mm, BI 0~3。

### 分析和讨论

磨牙因罹患重度牙周病变拔除时, 如何在拔牙后恢复良好的健康和功能是临床中常面临的难题。上颌第二磨牙种植治疗存在一定特殊要求。首先, 该牙位于上颌牙弓末端, 口腔卫生维护难度较大, 种植治疗操作空间和视野有限, 对患者张口度要求更高<sup>[5]</sup>。因此, 该部位行种植治疗更需依托充足骨量和良好的牙槽骨形态。其次, 上颌第二磨牙根尖毗邻上颌窦, 根尖区感染极易累及上颌窦组织, 增加拔牙和种植治疗的难度与风险<sup>[2]</sup>。

本课题组对上颌重度牙周病变磨牙拔牙位点保存效果进行系列研究, 结果显示, 拔牙同期拔牙位点保存较自然愈合相比可更好地保存牙槽骨三维骨量, 牙源性炎症刺激导致对应的上颌窦黏膜增厚可得到不同程度的缓解<sup>[14-17]</sup>。本病例中, 双侧上颌第二磨牙在拔牙前牙槽骨破坏较重, 自然愈合出现牙槽骨垂直骨量不足的风险较高; 拔牙位点保存术后 6 个月, CBCT 显示双侧种植位点牙槽骨高度均在 9 mm 左右, 上颌窦黏膜厚度减少, 可行常规种植治疗, 简化了手术步骤, 缩短了种植疗程。

本病例双侧上颌第二磨牙采用不同的手术方法和种植系统, 但最终均获得了令人满意的治疗效果, 患牙在拔牙位点保存时分别采用了大范围常规翻瓣和微翻瓣技术。既往研究评价了两种翻瓣方法对拔牙位点保存效果的影响, 结果显示是否大范围翻瓣对拔牙位点保存术后牙槽骨量的维持无显著影响, 微翻瓣可更好地保存颊侧角化组织宽度<sup>[8,13]</sup>。本病例拔牙位点保存后均收获了良好的牙槽嵴轮廓维持效果。17 与 27 术前颊侧角化龈宽度均为 5 mm, 术后 6 个月分别为 5 mm 与 7 mm, 微翻瓣侧较大范围翻瓣侧保存了更多的颊侧角化组织, 与既往研究一致。修复后的长期随访, 均未出现上部结构松动, 种植体周软组织色、形、质良好, 种植体边缘骨水平维持稳定, 通过拔牙位点保存恢复良好牙槽嵴轮廓, 即使采用不同的种植修复系统也均能达到令人满意的疗效。

综上所述, 本病例在种植前行拔牙位点保存, 结合规范的种植治疗, 最终恢复了良好的健康和功能, 并分别在修复后 20 个月和 72 个月的随访中保持稳定, 患者对修复效果满意。本病例为存在广泛牙槽骨破坏的待拔上

颌第二磨牙的临床处置积累了经验。

**利益冲突** 本文作者均声明不存在利益冲突

**致谢** 本文获得学位与研究生教育研究课题 (B1-YX20180304-01)、北京市住院医师规范化培训质量提高项目 (住培 2018009) 和 2018 年北京口腔医学院教学改革重点项目的支持。

### 参 考 文 献

- [1] Söder B, Johannsen A, Lagerlöf F. Percent of plaque on individual tooth surfaces and differences in plaque area between adjacent teeth in healthy adults[J]. *Int J Dent Hyg*, 2003,1(1):23-28. DOI: 10.1034/j.1601-5037.2003.00003.x.
- [2] Zhang B, Wei Y, Cao J, et al. Association between the dimensions of the maxillary sinus membrane and molar periodontal status: A retrospective CBCT study[J]. *J Periodontol*, 2020,91(11):1429-1435. DOI: 10.1002/JPER.19-0391.
- [3] Hämmerle CH, Araújo MG, Simion M. Evidence-based knowledge on the biology and treatment of extraction sockets[J]. *Clin Oral Implants Res*, 2012,23 Suppl 5:80-82. DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02370.x.
- [4] Araújo MG, Silva CO, Misawa M, et al. Alveolar socket healing: what can we learn?[J]. *Periodontol* 2000, 2015,68(1):122-134. DOI: 10.1111/prd.12082.
- [5] 宿玉成. 口腔种植学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 139.
- [6] Zhao L, Xu T, Hu W, et al. Preservation and augmentation of molar extraction sites affected by severe bone defect due to advanced periodontitis: A prospective clinical trial[J]. *Clin Implant Dent Relat Res*, 2018,20(3):333-344. DOI: 10.1111/cid.12585.
- [7] Vignoletti F, Matesanz P, Rodrigo D, et al. Surgical protocols for ridge preservation after tooth extraction. A systematic review[J]. *Clin Oral Implants Res*, 2012,23 Suppl 5:22-38. DOI: 10.1111/j.1600-0501.2011.02331.x.
- [8] Araújo MG, Lindhe J. Ridge alterations following tooth extraction with and without flap elevation: an experimental study in the dog[J]. *Clin Oral Implants Res*, 2009,20(6):545-549. DOI: 10.1111/j.1600-0501.2008.01703.x.
- [9] Blanco J, Mareque S, Liñares A, et al. Vertical and horizontal ridge alterations after tooth extraction in the dog: flap vs. flapless surgery[J]. *Clin Oral Implants Res*, 2011,22(11):1255-1258. DOI: 10.1111/j.1600-0501.2010.02097.x.
- [10] Engler-Hamm D, Cheung WS, Yen A, et al. Ridge preservation using a composite bone graft and a bioabsorbable membrane with and without primary wound closure: a comparative clinical trial[J]. *J Periodontol*, 2011,82(3):377-387. DOI: 10.1902/jop.2010.090342.
- [11] Kim DM, De Angelis N, Camelo M, et al. Ridge

preservation with and without primary wound closure: a case series[J]. Int J Periodontics Restorative Dent, 2013,33(1):71-78. DOI: 10.11607/prd.1463.

[12] Barone A, Toti P, Piattelli A, et al. Extraction socket healing in humans after ridge preservation techniques: comparison between flapless and flapped procedures in a randomized clinical trial[J]. J Periodontol, 2014,85(1):14-23. DOI: 10.1902/jop.2013.120711.

[13] 赵丽萍, 胡文杰, 徐涛, 等. 罹患重度牙周病变磨牙拔牙后两种牙槽嵴保存方法的比较[J]. 北京大学学报(医学版), 2019, 51(3):579-585. DOI: 10.19723/j.issn.1671-167X.2019.03.030.

[14] 张波, 甄敏, 杨刚, 等. 多学科联合治疗重度牙周炎导致的前牙连续缺失(附 1 例 4 年随访报告)[J]. 中国实用口腔杂志, 2020, 13(9): 539-545. DOI: 10.19538/j.kq.2020.09.004.

[15] 赵丽萍, 詹雅琳, 胡文杰, 等. 不同测量方法评价磨牙拔牙位点保存术后牙槽骨的变化[J]. 北京大学学报(医学版), 2016, 48(1): 126-132. DOI: 10.3969/j.issn.1671-167X.2016.01.023.

[16] 毕小成, 危伊萍, 胡文杰, 等. 罹患重度牙周病变磨牙拔牙后位点保存与自然愈合后种植治疗效果对比研究[J]. 中国实用口腔杂志, 2017,10(10):598-604. DOI: 10.19538/j.kq.2017.10.006.

[17] 詹雅琳, 胡文杰, 徐涛, 等. 罹患重度牙周炎磨牙拔除后应用去蛋白牛骨基质与可吸收胶原膜进行位点保存的组织学研究[J]. 北京大学学报(医学版), 2017,49(1):169-175. DOI: 10.3969/j.issn.1671-167X.2017.01.031.

## 第六届中华口腔医学会口腔种植专业委员会组成名单

主任委员: 宿玉成

候任主任委员: 赖红昌

副主任委员: (8 人, 按姓氏笔画排序)

王慧明 吴轶群 邱立新 宋应亮 陈江 陈卓凡 宫革 徐淑兰

常务委员: (53 人, 按姓氏笔画排序)

马国武	马威	王佐林	王慧明	戈怡	邓飞龙	邓春富	叶平	汤春波	李德华
吴东	吴轶群	吴豪阳	邱立新	何家才	余优成	谷志远	邱萍	宋应亮	张志勇
张健	陈宁	陈江	陈卓凡	陈明	陈波	范震	林野	季平	周延民
周磊	孟维艳	赵保东	柳忠豪	施斌	宫革	袁泉	耿威	夏海斌	顾新华
徐世同	徐淑兰	郭平川	唐志辉	黄远亮	黄盛兴	常晓峰	宿玉成	焦艳军	童昕
谢志刚	赖红昌	满毅							

委员: (159 人, 按姓氏笔画排序)

马国武	马威	王仁飞	王方	王聿明	王远勤	王丽萍	王佐林	王劲茗	王林
王国庆	王峰	王稚英	王鹏来	王熙	王慧明	木合塔尔·霍加	戈怡	巴桑德吉	巴桑德吉
邓飞龙	邓春富	邓悦	左军	石培凯	叶平	叶钟泰	史久慧	付钢	白轶
冯青	兰晶	曲哲	朱兆夫	朱娟芳	任贵云	刘一涵	刘月	刘正彤	刘亚林
刘传通	刘倩	刘继红	刘清辉	刘静明	刘鑫	汤春波	孙致宗	孙晓军	孙竞
孙焯	牟永斌	牟雁东	杜良智	李京平	李春明	李涛	李德华	李德超	杨成
杨国利	杨建军	杨晓喻	吴东	吴轶群	吴润发	吴豪阳	邱立新	何军	何宝杰
何家才	余占海	余优成	谷志远	邱萍	邹德荣	汪振华	沈铭	宋应亮	张大勇
张文云	张玉峰	张宇	(广州)	张宇	(北京)	张志宏	张志勇	张健	张喆焱
张磊	陈宁	陈永辉	陈江	陈希柱	陈卓凡	陈明	陈波	陈辉	范芹
范海东	范震	林海燕	林野	季平	周艺	周延民	周尚敏	周磊	郑根建
郑葆春	孟培松	孟维艳	赵宝红	赵保东	赵静辉	胡文杰	胡劲松	柳忠豪	施斌
姜宝岐	宫革	秦猛	袁泉	耿威	莫安春	夏海斌	顾新华	徐世同	徐欣
徐淑兰	殷丽华	高永波	郭平川	郭吕华	唐志辉	黄元丁	黄长波	黄文秀	黄伟
黄远亮	黄建生	黄盛兴	常晓峰	宿玉成	葛精一	董广英	董强	蒋析	程志鹏
焦艳军	童昕	温波	谢志刚	赖红昌	雷建亮	满毅	蔡潇潇	韶波	谭包生
薛毅	魏娜								

青年委员: (25 人, 按姓氏笔画排序)

王凤	王兴	方巍	叶颖	付丽	吕绳漪	刘鑫	汤雨龙	许舒宇	吴王喜
张馨文	陈陶	尚德浩	周文娟	周益	胡那日苏	贺龙龙	顾迎新	晏奇	唐华
黄宝鑫	程伟	谢超	雷群	廖立凡					

学术秘书: 刘倩

工作秘书: 王英姿 宋宇

前任主任委员: 王佐林