



口腔正畸治疗上前牙埋伏阻生的临床效果观察

李鑫豪 (武平县医院 福建龙岩 364300)

摘要: 目的 探讨口腔正畸治疗上前牙埋伏阻生的临床效果。方法 随机抽取本院2016年1月到2018年5月期间诊疗的100例上前牙埋伏阻生患者,以数字表法的形式将患者划为A组50例、B组50例。即A组患者使用传统外科导萌手术,B组患者使用口腔正畸治疗,比较两组患者治疗总有效率、总不良反应率。结果 B组患者治疗总有效率为100.00%,A组患者治疗总有效率为90.00%,即两组患者各数据比较存在统计学意义($P < 0.05$)。A组患者总不良反应率为20.00%,B组患者总不良反应率为4.00%,即两组患者各数据比较存在统计学意义($P < 0.05$)。结论 在上前牙埋伏阻生患者中,口腔正畸治疗模式的使用,可在提高其治疗总有效率的同时,预防不良反应的出现,安全性较高,值得推广。

关键词: 口腔正畸治疗 上前牙 埋伏阻生 外科导萌手术 效果

中图分类号: R783.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2018) 12-089-02

上前牙埋伏阻生,作为口腔科常见疾患,罹患率约为3.4%,是指在牙齿生长期间因骨和纤维组织作用导致的牙齿萌出障碍现象,使之难以正常萌出。而上颌牙尖位于口角处,是口腔内停留时间最长、牙根最长的牙齿,在食物撕裂中的作用不容小觑,一旦滋生萌出障碍,不仅会对面部整体丰满性造成影响,还会危及口腔功能^[1]。对此,随机抽取本院2016年1月到2018年5月期间诊疗的100例上前牙埋伏阻生患者,探讨口腔正畸治疗上前牙埋伏阻生的临床效果。详细报告如下:

1 资料与方法

1.1 基本资料

随机抽取本院2016年1月到2018年5月期间诊疗的100例上前牙埋伏阻生患者,以数字表法的形式将患者划为A组50例、B组50例。即A组患者中,男女比为26:24;年龄上限为36岁,下限为13岁,中位数为(20.2±5.4)岁;20例为萌出异常、12例为多生牙、10例为间隙不足、8例为易位牙。B组患者中,男女比为25:25;年龄上限为36岁,下限为12岁,中位数为(20.4±5.5)岁;22例为萌出异常、15例为多生牙、7例为间隙不足、6例为易位牙。即两组患者各数据比较不存在统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法

A组:待局麻生效时,去除患者前牙埋伏组织、黏膜,使之可在充分显露埋伏牙冠的同时,去骨阻止血;手术期间,切忌不可对患者其余牙齿造成损伤,待骨阻清除时缝合切口,以1个月为时间间隔,要求患者复查^[2]。

B组:通过对患者口腔全方位拍摄的方式,依据患者自身情况拟定科学的治疗方案。即借助方丝弓的使用,对患者埋伏牙冠予以矫正、固定处理,若患者牙齿表现磨损,则需执行粘连操作,去阻生牙。在手术过程中,需对牙齿予以有效止血,预防细菌残留,同时借助钛镍圆丝的使用,固定牙齿,再执行咬合调整,且按照患者牙齿情况对正畸力度予以调节,杜绝牙周出血,切口缝合,以1个月为时间间隔,要求患者复查^[3]。

1.3 评价指标

显效:患者阻生牙恢复至正常状态,且口腔功能处于正常标准;有效:患者牙周各项指标呈现显著好转,但存在牙列轻度紊乱、轻度牙龈炎现象;无效:尚未达到上述标准。总有效率=(显效+有效)/总例数×100.00%^[4]。

1.4 统计学处理

使用统计软件SPSS 21.0对本研究数据加以处理,即计数资料以%表示,组间数据施行 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 时,各数据比较存在统计学意义。

2 结果

2.1 比较两组患者治疗总有效率

B组患者治疗总有效率为100.00%,A组患者治疗总有效率为90.00%,即两组患者各数据比较存在统计学意义($P < 0.05$),详见表1。

表1:比较两组患者治疗总有效率[n、%]

组别	显效	有效	无效	总有效率
B组(n=50)	46 (92.00)	4 (8.00)	0 (0.00)	50(100.00)
A组(n=50)	30 (60.00)	15 (30.00)	5 (10.00)	45 (90.00)
χ^2				5.2632
P				0.0217

2.2 比较两组患者总不良反应率

A组患者总不良反应率为20.00%,B组患者总不良反应率为4.00%,即两组患者各数据比较存在统计学意义($P < 0.05$),详见表2。

表2:比较两组患者总不良反应率[n、%]

组别	牙周炎症	牙周紊乱	牙周脓肿	总不良反应率
B组(n=50)	2 (4.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (4.00)
A组(n=50)	4 (8.00)	3 (6.00)	3 (6.00)	10 (20.00)
χ^2				6.0606
P				0.0138

3 讨论

埋伏牙(embedded teeth)是指牙齿萌出期已过,但仍在颌骨组织内的牙齿。多由牙胚原位错误、萌出障碍、全身性因素引起,即牙胚原位错误多表现为牙胚和萌出点相距较远、牙胚位置异常;萌出障碍表现为邻牙畸形、乳牙消失过早、间隙较小、额外牙阻碍、颌骨感染/外伤;全身性因素表现为遗传因素、内分泌障碍等,例如锁骨、颅骨发育不健全患者,使之多面临多埋伏牙的现象。而在埋伏牙处理中,需依据其自身情况执行不同治疗方案,例如,若为前牙、双尖牙,且牙列位置相对充分,则可借助外科手术、正畸操作的方式对埋伏牙予以萌出诱导;若埋伏牙呈现疼痛、压迫吸收等现象,可执行截根术、牙髓治疗和半切除术、拔除等方式;若埋伏牙无任何现象,可不予处理^[5]。

通过牙科接收患者比例来讲,上前牙埋伏阻生患者比例持续增高,且年龄段多为10-18岁群体,而在诱病机理思考中,可知其制约因素为:上颌尖牙、萌出点相距较远;牙列拥挤造成上颌牙萌出移位,使之对牙齿正常萌出造成影响;尖牙发育迟缓/障碍;遗传因素和牙周囊肿。为对此类现象予以救治,预防性、外科手术、口腔正畸逐渐成为上前牙埋伏阻生患者的核心治疗方案。例如:预防性治疗,则是在尖牙萌出异常时,以乳牙拔除的方式逐步扩大牙弓,以便可为尖牙萌出提供空间、间隙;外科导萌手术,则是通过对埋伏牙四周组织的去除,使之可在减少萌出阻力的同时,保证牙齿正常萌出;

(下转第92页)



注:较术前对比: * $P < 0.05$

软镜组术后 6h NGAL、肌酐水平较肾镜组明显降低($P < 0.05$), 见下表 2。

3 讨论

肾结石常导致患者出现不同程度腰痛状况, 病情加重后可影响患者肾功能, 诱发输尿管堵塞、尿路感染、脏器功能损伤等多种并发症, 及早清除结石是临床治疗肾结石的主要原则。以往实施开放性手术清除结石创伤较大, 影响患者术后恢复; 体外冲击波碎石术操作过程较为简单, 但结石清除效果不佳。输尿管软镜碎石术和微创经皮肾镜碎石术是临床治疗孤立肾结石的常用术式, 输尿管软镜碎石术是经输尿管置入输尿管软镜, 在软镜监测下实施激光碎石的治疗方式, 微创经皮肾镜碎石术是在腰部建立小切口及取石通道, 通过肾镜辅助进行激光碎石、取石的治疗方式^[3]。本研究中软镜组碎石时间较肾镜组明显升高, 但软镜组术后肠功能恢复时间、术后住院时间、住院费用较肾镜组明显降低, 分析原因是输尿管软镜碎石术治疗过程中可利用人体天然泌尿系统腔道, 无需其他手术切口, 可有效减轻手术创伤, 且可降低治疗费用; 而实施微创经皮肾镜碎石术时需进行穿刺、扩张处理, 极易损伤血管及周边脏器, 对机体影响更大, 影响患者术后恢复^[4]。本研究中两种术式并发症发生率对比无差异, 但肾镜组出现出血、胸膜损伤患者, 提示微创经皮肾镜碎石术手术潜在风险更高, 可能会引起患者出血。两组患者术后 NGAL、肌酐水平较术前 1h 明显升高, 提示两组术式均会损伤患者肾功能, 但软镜组术后 6h NGAL、肌酐水平较肾镜组明显降低, 分析原

因可能是肾镜组中存在大出血患者, 且手术出血风险更高, 引起患者肾功能大幅度改变。本研究中软镜组患者一期结石清除率 72.5% 较肾镜组 90.0% 明显降低, 原因可能是肾镜组治疗时通道大, 碎石同时也可取石, 光纤承载能量大, 对于质地坚硬的结石也可达到良好的碎石和取石效果, 因此可提升一期取石效果^[5]。但软镜组患者 3 个月结石清除率 92.5% 较肾镜组 95.0% 无明显差异, 说明两种术式远期效果相当。

综上所述, 孤立肾结石实施输尿管软镜碎石远期效果与经皮肾镜碎石术相当, 但输尿管软镜碎石创伤更小, 出血风险更低, 治疗费用更低, 对肾功能影响更小, 术后恢复更快, 应用价值更高。

参考文献

- [1] 杨春生, 梁磊, 孟繁林, 等. 输尿管软镜碎石术与微创经皮肾镜碎石术治疗孤立肾结石对比观察[J]. 山东医药, 2015, 55(19):48-50.
- [2] 朱峰, 范毛川, 陈帅奇, 等. 输尿管软镜与微创经皮肾镜碎石术治疗直径 $\leq 2\text{cm}$ 肾结石的对比分析[J]. 新乡医学院学报, 2016, 33(6):533-535, 540.
- [3] 皇甫佳文, 颜伟, 张菊根, 等. 经皮肾镜碎石术与输尿管软镜治疗肾结石的临床疗效对比研究[J]. 河北医学, 2016, 22(10):1683-1685.
- [4] 邓青富, 姜蓉, 裴利军, 等. 电子输尿管软镜与微创经皮肾镜碎石术治疗肾结石的比较[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(5):721-723.
- [5] 李秉龙, 乔庆东, 王华礼, 等. 输尿管软镜碎石术与经皮肾镜碎石术治疗鹿角形肾结石疗效比较[J]. 新乡医学院学报, 2016, 33(8):692-694.

(上接第 89 页)

正畸治疗则以清理牙槽骨为核心, 不仅可对尖牙、四周组织关系的维护, 还可借助牵引作用, 保证牙周正常功能。但是, 在正畸治疗中, 需对以下事项予以注意, 即若患者埋伏牙处于正常位置时, 需执行开窗牵引术; 若患者表现为横位埋伏、多牙同埋伏的现象, 需执行自体牙移植术; 牵引力度不宜过大, 以防对其他组织造成刺激性损伤^[6]。

本研究中, B 组患者治疗总有效率为 100.00%, A 组患者治疗总有效率为 90.00%, 即两组患者各数据比较存在统计学意义($P < 0.05$)。A 组患者总不良反应率为 20.00%, B 组患者总不良反应率为 4.00%, 即两组患者各数据比较存在统计学意义($P < 0.05$)。总而言之, 在上前牙埋伏阻生患者中, 口腔正畸治疗模式的使用, 可在提高其治疗总有效率的同时, 预防不良反应的出现, 安全性较高, 值得推广。

(上接第 90 页)

层切开手术方式的优点是: 便于辨认、游离食管, 切开肌层较容易、充分, 但行胃底折叠时较困难, 会破坏膈食管韧带, 创伤较大, 对正常及解剖结构破坏较大。经腹腔镜术式相对来说创伤及生理干扰小, 易行胃底折叠, 操作方便, 其优点是: ①保留正常的生理解剖结构, 不需要破坏膈肌的食管裂孔, 术中沿食管裂孔即可向上游离食管并达到切开肌层的目的; ②便于行胃底折叠术, 胃底折叠术能够显著减少术后食管反流的发生, 通过胃底折叠覆盖肌层切开后裸露的食管黏膜, 同时对黏膜也具有一定的保护作用^[8]。经腹腔镜手术增加了手术的可靠性和安全性, 患者术后恢复快, 而且完全能达到手术目的和要求, 特别是随着 CO₂ 气腹技术在腹腔镜手术中应用后, 在腹腔镜下游离并肌层切开尤为方便, 因此优于经胸途径。

参考文献

- [1] 夏忠胜, 朱兆华. 贲门失弛缓症治疗进展[J]. 国外医学: 内科学分册, 2004, 31(3):114-116.

参考文献

- [1] 李重青. 上前牙埋伏阻生运用口腔正畸治疗的临床观察[J]. 中国医疗美容, 2016, 6(12):58-59.
- [2] 范磊. 口腔正畸辅助治疗上颌埋伏阻生牙的临床疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2016, 27(4):615-616.
- [3] 吾尔古力·阿不都热依木, 热那古丽·伊那木. 上颌前牙埋伏阻生治疗中固定正畸技术的临床应用[J]. 中外医疗, 2017, 36(1):85-87.
- [4] 殷越. 口腔正畸用于上前牙埋伏阻生治疗临床研究[J]. 医药前沿, 2016, 6(12):211-212.
- [5] 钟小旭. 上颌尖牙埋伏阻生的正畸的疗效研究[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2016, 3(3):90-91.
- [6] 曹艳华. 浅析上颌埋伏阻生前牙正畸治疗的效果分析[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2016, 3(1):151-152.

- [2] Spivak H, LeCuk S, Hunter JG. Laparoscopic surgery of the gastroesophageal junction[J]. World J Surg, 1999, 23(4): 356-367.

- [3] Stewart KC, Finley RJ, Clifton JC, et al. Thoracoscopic versus laparoscopic modified Heller Myotomy for achalasia: efficacy and safety in 87 patients[J]. J Am Coll Surg, 1999, 189(2): 164-170.

- [4] Maher JW. Thoracoscopic esophagomyotomy for achalasia: maximum gain, minimal pain[J]. Surgery, 1997, 122(4): 836-841.

- [5] Ellis FH. Oesophagomyotomy for achalasia: a 22-year experience[J]. Br J Surg, 1993, 80(7): 882-885.

- [6] El Hak NG, Hamdy E, Abdalla T, et al. Laparoscopic Heller myotomy for achalasia: analysis of successes and failures[J]. Hepatogastroenterology, 2012, 59(117):1450-1454.

- [7] 秦鸣放, 赵宏志. 胃食管结合部常见良性疾病的腹腔镜治疗[J]. 中国微创外科杂志, 2010, 10(1):63-66.

- [8] 陈书山, 张振兴, 赵广明. Heller 术加胃底前壁折叠固定治疗贲门痉挛[J]. 中华胸心血管外科杂志, 1996, 12(3).