外科导萌联合正畸矫治在小儿上颌前牙埋伏阻生治疗中的应用效果

贾淑霞
山东省潍坊市市直机关医院口腔科,山东潍坊 261041

[摘要] **目的** 探讨外科导萌联合正畸矫治在小儿上颌前牙埋伏阻生治疗中的应用效果。 **方法** 选取 2015 年 1 月 ~ 2019 年 12 月我院接诊的 60 例上颌前牙埋伏阻生患儿为研究对象,按随机数字表法分为对照组和研究组,各 30 例。对照组行外科导萌治疗,研究组在对照组的基础上联合正畸矫治治疗,比较两组埋伏牙萌出时间、埋伏牙萌出率、一次手术正常率及并发症发生情况。 **结果** 研究组埋伏牙萌出时间 [(5.76 ± 0.52) 月] 短于对照组 [(6.96 ± 0.88) 月],且埋伏牙萌出率(100.00%)、一次手术正常率(93.33%) 均高于对照组(60.00%、46.67%),差异均有统计学意义($P < 0.05$); 研究组并发症总发生率(6.67%) 显著低于对照组(60.00%) ($P < 0.05$)。 **结论** 对上颌前牙埋伏阻生患儿进行外科导萌联合正畸矫治治疗效果显著,可缩短埋伏牙萌出时间,提高埋伏牙萌出率、一次手术正常率,减少并发症的发生,值得临床推广应用。

[关键词] 外科导萌 ;正畸矫治 ;小儿上颌前牙埋伏阻生
[中图分类号] R788 [文献标识码] B [文章编号] 2095-2856 (2020) 09-42-02

小儿上颌前牙埋伏阻生是小儿常见口腔错颌畸形疾病,可引发囊性病变、牙列紊乱、邻牙牙根吸收等并发症,影响患儿口腔正常功能与美观度,需积极治疗。以往临床普遍对上颌前牙埋伏阻生患儿进行外科导萌治疗,将阻碍牙齿萌出的组织予以去除,使牙齿自然萌出,但近年来,有研究指出,经外科导萌处理后,患儿牙齿仍无法自行萌出,需要接受正畸牵引治疗 [1]。基于此,本文将探讨外科导萌联合正畸矫治在小儿上颌前牙埋伏治疗中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2015 年 1 月 ~ 2019 年 12 月我院接诊的 60 例上颌前牙埋伏阻生患儿为研究对象,按随机数字表法分为对照组和研究组,各 30 例。对照组男 14 例,女 16 例; 年龄 2 ~ 8 岁,平均(5.1 ± 1.3) 岁; 病程 3 ~ 14 个月,平均(8.5 ± 1.6) 个月; 腭侧移位 6 例,唇侧移位 5 例,正常位埋伏阻生 19 例; 侧切牙 4 例,尖牙 12 例,上颌中切牙 14 例; 研究组男 13 例,女 17 例; 年龄 2 ~ 9 岁,平均(5.2 ± 1.4)岁; 病程 2 ~ 15 个月,平均(8.6 ± 1.7)个月; 腭侧移位 4 例,唇侧移位 6 例,正常位埋伏阻生 20 例; 侧切牙 5 例,尖牙 13 例,上颌中切牙 12 例。纳入标准: ①经锥形束 CT (Cone beam CT, CBCT)、全景曲面断层片、咬合片、定位片等检查确诊 [2]; ②患儿家长了解研究内容自愿参与,并签署知情同意书。排除标准: ①重要脏器疾病的患儿; ②严重凝血功能障碍的患儿; ③认知功能异常的患儿; ④心脑血管疾病的患儿。两组患儿一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经由我院伦理委员会批准。

1.2 方法

所有患儿均接受 CBCT、全景曲面断层片、咬合片、定位片等检查,明确埋伏阻生牙的深度、位置、与邻牙关系等,并确定其发育情况、冠根比例与牙冠形态,设计手术方案。

对照组患儿行外科导萌治疗: 采用翻瓣法治疗,行局部麻醉,于埋伏阻生牙槽嵴顶部行弧形 / 梯形切口,翻开患儿黏骨膜瓣,使其形成舌形瓣(注意需达到埋伏牙高度),清除导萌道上的牙囊组织、埋伏牙表明骨质等(注意避开邻牙牙根),充分暴露埋伏牙牙冠,实施止血、冲洗等操作,粘贴牵引附件,复位黏骨膜瓣,缝合创面; 穿牵引丝,固定钢丝。

研究组在对照组的基础上联合正畸矫治治疗: 外科导萌治疗同对照组,且于外科导萌治疗 1 周后,结合埋伏阻生牙与邻牙关系、萌出方向等,于上颌弓丝上借助钛镍丝辅弓、橡皮圈、弹力线等牵引埋伏阻生牙,注意牵引力度,以 0.5 ~ 0.6 N 为宜; 叮嘱患儿家长间隔 3 周复查 1 次,调整牵引钩方向,以促进埋伏阻生牙萌出; 去除舌侧扣,更换托槽,并调整位置,实施常规正畸治疗,有效矫正排齐牙列,调整患儿上下牙咬合关系,并经由托槽实施 “8” 字交叉固定,之后佩戴 Hawley 保持器。

1.3 观察指标

(1) 观察比较两组患儿临床参数,包括埋伏牙萌出时间、埋伏牙萌出率、一次手术正常率; (2) 观

表1 两组患儿临床参数比较

组别	n	埋伏牙萌出时间（$\bar{x} \pm s$，月）	埋伏牙萌出率［n（%）］	一次手术正常率［n（%）］
对照组	30	6.96 ± 0.88	18（60.00）	14（46.67）
研究组	30	5.76 ± 0.52	30（100.00）	28（93.33）
t/χ^2		6.4302	15.0000	15.5556
P		0.0000	0.0001	0.0000

察两组患儿并发症的发生情况，包括牙龈退缩、牙龈坏死、牙列紊乱[3]。

1.4 统计学方法

采用SPSS 23.0统计学软件对数据进行分析，计量资料用均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，行t检验，计数资料用率（%）表示，行χ^2检验，$P < 0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿临床参数比较

研究组埋伏牙萌出时间短于对照组，埋伏牙萌出率（100.00%）、一次手术正常率（93.33%）均高于对照组（60.00%、46.67%），差异均有统计学意义（$P < 0.05$）。见表1。

2.2 两组患儿并发症发生情况比较

研究组总并发症发生率（6.67%）低于对照组（60.00%），差异有统计学意义（$P < 0.05$）。见表2。

表2 两组患儿并发症发生情况比较

组别	n	牙龈退缩	牙龈坏死	牙列紊乱	总并发症［n（%）］
对照组	30	3	5	10	18（60.00）
研究组	30	1	1	0	2（6.67）
χ^2					19.2000
P					0.0000

3 讨论

牙齿发育异常是临床小儿口腔多发性疾病，尤其是上颌前牙埋伏极为常见，易导致恒牙移位、牙列紊乱。上颌前牙埋伏阻生的典型表现为萌出道异常、缺牙两侧牙齿倾斜、上颌前牙缺失、间隙不足等[4]，可影响患儿面部美观、咀嚼功能及牙齿发育，需要及时治疗。临床上，通常对小儿上颌前牙埋伏阻生多行单纯外科导萌治疗，但该方法难以使阻生牙自行萌出，分析原因主要是因为开拓的间隙不够宽阔[5]，所以联合正畸矫治技术进行辅助治疗存在必要性。外科导萌联合正畸矫治通常会借助影像学检查进行阻生牙定位，并据此明确其形态与位置，然后判断去除阻力后能否自行萌出，有助于确定合理的手术导萌方案、正畸矫正加力方向、手术翻瓣位置等，其可开拓间隙，去除纤维化牙龈组织，提供充足的萌出空间。

本研究果显示，研究组埋伏牙萌出时间短于对照组，埋伏牙萌出率（100.00%）高于对照组（60.00%）（$P < 0.05$），提示外科导萌联合正畸矫治治疗小儿上颌前牙埋伏阻生效果显著，可缩短埋伏牙萌出时间，提高埋伏牙萌出率。另外本研究中，研究组一次手术正常率（93.33%）高于对照组（46.67%），总并发症发生率（6.67%）低于对照组（60.00%）（$P < 0.05$），分析原因在于外科导萌联合正畸矫治治疗能够减轻对牙囊壁的损伤，避免剩余牙囊壁脱位、移位，可有效促进其与口腔黏膜组织融合，建立牙周组织附着；此外，实施外科导萌术后，患儿受炎症反应的影响，易发生牙龈退缩，在进行正畸矫治时，通过有效控制牵引力，可同步进行牙槽骨改建与牙齿移动，保持牙髓组织活力，可减轻对埋伏牙牙髓组织的刺激[6]，防止因牙髓牵引力过大而发生牙龈退缩、牙髓组织坏死等并发症，有助于确保治疗安全；加之定期检查埋伏牙牙周情况，可减少牙周组织炎症情况。

综上所述，外科导萌联合正畸矫治在小儿上颌前牙埋伏治疗中效果较好，可缩短埋伏牙萌出时间，提高埋伏牙萌出率、一次手术正常率，减少并发症的发生，值得临床推广应用。

[参考文献]

[1] 刘彩凤，杨盼盼，董杰，等. 外科导萌联合正畸矫治在小儿上颌前牙埋伏治疗中的应用分析[J]. 临床研究，2020，28（1）：38-39.

[2] 洪虓，刘亮，徐锦程. 口腔全景片联合锥形束CT在上颌前部埋伏多生牙手术中的应用[J]. 中华解剖与临床杂志，2018，23（6）：551-553.

[3] 谷达明，文瑜，谷益豪. 上颌前牙区埋伏牙对牙列功能变异的临床分析[J]. 重庆医学，2018，47（29）：3826-3827.

[4] 刘东秀，杨省卫. 外科导萌联合正畸矫治在小儿上颌前牙埋伏治疗中的应用[J]. 实用临床医药杂志，2018，22（17）：87-89.

[5] 史卫泽. 垂直开大曲矫治上前牙埋伏阻生伴前牙反或拥挤分析[J]. 中国药物与临床，2018，18（7）：1223-1224.

[6] 韩红娟，吴浩，任小华，等. 上颌前牙埋伏阻生治疗前后的CBCT分析[J]. 四川医学，2018，39（2）：116-118.