

埋伏阻生牙正畸牵引治疗的临床进展分析

江 莉

广西来宾市人民医院 广西来宾 546100

〔摘 要〕埋伏阻生牙是口腔科常见的疾病，此疾病的出现会对病患日常生活、口腔健康性和外观造成不良影响。当前，随着我国国民生活水平的提高，患者们除了追求疾病治疗效果外，针对口齿美观要求变得越来越高。择取有效方法治疗埋伏阻生牙，提升病患生活品质意义重大。特此，本文全面分析埋伏阻生牙正畸牵引治疗的临床进展研究情况，旨意为相关人员的研究工作提供参考文献。

〔关键词〕埋伏阻生牙；正畸以及牵引治疗；临床进展

〔中图分类号〕R783.5 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2022) 09-172-02

所谓埋伏牙 (embedded teeth)，主要指的是患者的牙齿已经度过萌出期，但依旧于颌骨组织内没有萌出的牙齿。当牙齿轻度阻生时，极有可能错位萌出或者萌出迟缓，严重的埋伏牙可能埋伏在骨骼内或者黏膜处。埋伏阻生牙为口腔科常见的错颌畸形疾病。引致这种疾病发生的病因比较复杂，疾病诊断和治疗难度高。基于此，本文分析埋伏阻生牙正畸牵引治疗的临床进展，现综述如下。

1 埋伏阻生牙的病理病因和疾病发生详情

1.1 埋伏阻生牙病理和病因

(1) 人体的牙胚原有位置发生错误、牙齿的萌出点太远或者萌出点位置不正常。(2) 牙齿萌出时发生障碍。出现这种情况的原因和乳牙过早丢失导致间隙减少、邻牙畸形、额外牙阻碍，幼儿期发生颌骨感染或者外伤有关^[1]。(3) 内分泌障碍、遗传因素以及全身性因素。比如说受试者存在颅骨以及颌骨发育不全症。这些病患往往有多个埋伏牙，阻生性埋伏牙和四周组织之间存在一定无炎性牙囊组织。埋伏阻生牙有朝向牙齿切端方向以及胎面移动的趋势。当遇到阻碍时牙齿会产生一定压力。当牙齿在埋伏一段期间以后，牙冠釉质表面成釉上皮发生萎缩。出现这种情况的原因很可能和源自于牙囊牙骨质沉积有关。埋伏牙的牙体组织出现置换性吸收情况比较罕见，这种情况常被口腔科医生误认为龋齿。

1.2 埋伏阻生牙的发病情况

埋伏阻生牙疾病的发生会因调查对象、人种以及地区存在一定差异。有文献报道表明^[2]：这种疾病的发生概率大约为 5.6%~18.6%。有国内研究指出：埋伏牙疾病的发生概率为 7.34%。孙少平^[3] 针对前往医院口腔正畸门诊就诊的 6840 例病患实施调查，结果表明：埋伏阻生牙的发病率为 8.02%。从上述内容中我们可以看出：前往口腔科就诊的患者群体中，埋伏牙疾病发生概率比较高。就埋伏牙分布方面来看，除去第三磨牙和多生牙之外，发病率最高的牙齿为上颌尖牙，其次为上颌中切牙以及上颌第二前磨牙等等^[4]。

2 埋伏阻生牙疾病诊断方法

2.1 埋伏阻生牙疾病的临床检查

医生在对埋伏阻生牙患者开展疾病检查过程中，能够发现埋伏牙区有时可见间隙不足、邻牙倾斜、多生牙等情况^[5-6]。具体表现为正常牙位缺失恒牙。如果患者的埋伏牙比较表浅，则能发现局部黏膜凸起。但值得说明的是，临床检查仅仅为一类辅助性检查方法，其无法对病患牙齿位置以及具体

形态加以确认。通常而言，口腔科医生需要对患者开展 CT 检查以及牙科 X 线片检查。

2.2 口腔科传统 X 线片检查

牙科所使用的 X 线片检查方式主要包含根尖片、咬合片以及曲面断层片等等。通过对病患开展上述检查，能够在早期确定患者埋伏牙形态和具体位置。国内有学者曾经应用视察法以及放大率法，判定埋伏牙颊舌向的具体位置加以判断。但不容忽视的是，二维 X 线片分辨率不高，存在影像重叠的情况，变形方法也比较少^[7]。就此导致传统 X 线片无法精准显示。患者埋伏牙具体的生长方向、和邻牙位置关系以及冠根形态，因而也没有办法针对埋伏牙的形态变异和具体位置以及位置较深的埋伏牙开展精准化诊断。

2.3 口腔科 CT 诊断

传统牙科 X 线诊断埋伏阻生牙疾病存在一定缺陷，基于此，CT 检查也成为了诊断此疾病的重要方法，其被运用到现今如今的埋伏阻生牙疾病诊断工作之中。但值得注意的是，螺旋 CT 为一类针对人体全身扫描而设计出来的检查仪器。应用 CT 诊断埋伏阻生牙时，存在着空间分辨率过低、放射剂量大等不良问题^[8]。CT 主要经过很多个二维图像积累为三维图像。这种检查手段有着比较严重的金属伪影。直至 20 世纪 90 年代末期出现锥束 CT 之后，口腔科才拥有了专属于口腔三维成像检查方式。其也被称之为口腔 CBCT，发展到至今已进入成熟阶段。口腔 CBCT 有着分辨率高、检查剂量低等优势，其在复杂埋伏牙病例中应用愈加广泛。相关研究表明：CBCT 经三维重建之后所出具的图像比传统直观性更强，其为一类诊断埋伏阻生牙疾病的重要方式。CBCT 的应用能够有效提升医生诊断埋伏阻生牙的精准率。

3 埋伏牙正畸牵引治疗的临床研究情况

3.1 埋伏牙的外科暴露手术方法

牵引治疗为外科处理暴露埋伏牙的重点环节。常见的手术暴露方式主要包含翻瓣导萌术以及环切导萌术。后者主要指的是直接切掉覆盖在埋伏牙的牙冠部分黏膜或者牙龈，粘连矫治附件，在此最后实施开放性牵引。这种操作方法有着简单易行、创伤低、不需要正畸医生参与开窗治疗、可再次粘接等等优势^[9]。但这种方法经远期观察牵引治疗之后，患者往往会出现牙周组织附着不足的缺陷。前者主要指的是尽量与邻近牙槽嵴顶切口朝向上方翻开患者的粘骨膜瓣，去骨，同时有效暴露埋伏牙的部分牙冠，清理埋伏牙出道的阻力水平，粘连矫治附件缝合，实施闭合牵引。翻瓣导萌术适应症比较广泛，这种

操作方法特别适合存在骨阻力、位置深、复杂的埋伏牙^[10]。患者经此项干预处理之后,患者牙齿导萌时间短,经排齐处理之后牙周附着情况满意,因而备受广大学者。值得说明的是,在对受试者开展操作过程中,口腔科医生应当尽可能降低对患者的操作性损伤降到最低,牙冠暴露面积可以黏结矫治装置即为标准,特别是不能伤害患者牙釉骨质,避免牙龈发生退缩。

3.2 埋伏牙的正畸牵引治疗

关于埋伏阻生牙的正畸牵引治疗,一般可分成开展间隙、手术、粘接矫治附件以及牵引力度、正畸排齐几个步骤。开展间隙一般应用固定矫治器完成该项工作,医生需要排齐患者的邻牙,应用螺旋推簧为埋伏阻生牙预备充分间隙,应用尺寸适宜的弓丝稳定牙弓,如非必要,应当对患者使用腭弓或者口外弓予以强化支抗。牵引附件主要包含 Begg 托槽、牵引钩、舌侧扣等等。值得说明的是,医生在开展相关操作工作时,必须保证粘接牢固,避免松脱。建议对患者应用闭合牵引助萌术治疗疾病^[11]。经外科手术有效暴露埋伏牙之后,口腔科医生应尽早对患者开展牵引工作,最晚不能超过 2~3 周。详细地牵引力源可以应用弹力链圈、弹力线、Niti 辅弓、拉簧或者垂直曲等等^[12]。不管应用何类装置,均强调在操作时使用牵引速度不能太快,以免引起附着龈丧失、牙槽边缘支持骨丧失或者牙龈退缩的不良情况^[13]。医生在开展该项操作过程中,具体的牵引力方向应朝向事先备好的间隙位置,同时引领埋伏牙向预期萌出的路径萌出并规避邻牙的牙根,防止邻牙根吸收,尽可能患者的埋伏牙经牙槽嵴顶萌出,否则非常容易附着龈丧失、临床冠外形不良、牙龈退缩的情况。阻生埋伏齿被牵引出牙龈暴露充足牙冠以后,医生需要拆除附着在牙冠上的附件,以常规化正畸排齐的方式开展三维位置精细化调整^[14-15]。随着阻生齿诊断以及技术的不断提升,使得很多以前常规被拔除的冠根倒置弯根埋伏阻生牙能够得以保留。对这些受试者实施正畸牵引治疗,能够取得满意的效果。

4 小结

综上所述,埋伏阻生牙为一类相对复杂的错颌畸形疾病。当前,随着我国口腔医学影像学检查技术的提升,特别是 CBCT 的应用,让埋伏阻生齿的诊断精准率明显提高。从这种疾病的治疗方法来看,临床通常应用外科导萌术联合正畸牵引法对患者开展治疗,以降低相关不良并发症发生概率,提高患者正畸牵引治疗成功率。医生在对患者开展实际治疗过

程中,必须结合埋伏牙真实情况,为患者取最适宜的手术方法。医生需要合理设计正畸牵引的方向、力值、速率,控制支抗,有效维护患者的牙周健康。

[参考文献]

- [1] 王伟,刘兰.手术导萌联合口腔正畸治疗上颌埋伏阻生牙的疗效分析[J].中国临床医生杂志,2019,47(07):870-872.
- [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(04):615-616.
- [3] 李璇,秦青,蒋阳.活动矫治器牵引导萌多个埋伏阻生牙 1 例[J].兰州大学学报(医学版),2018,44(03):77-81.
- [4] 孙少平.锥形束 CT 在口腔正畸埋伏阻生牙诊疗中的临床应用研究[J].黑龙江医学,2017,41(3):262-263.
- [5] Ackerman M B. The apically repositioned flap and unerupted teeth[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2004, 125(6): 17A-18A.
- [6] 陈何熙.手术—正畸联合治疗唇侧与腭侧上颌埋伏阻生尖牙的疗效观察.中外医学研究,2012,10(6):141-142.
- [7] 于剑南,王林,赵春洋.CBCT 在埋伏阻生上颌尖牙诊断及治疗中的应用.口腔生物医学,2013,4(3):154-157.
- [8] 马秋君.正畸牵引治疗不同年龄上颌埋伏阻生尖牙疗效比较.重庆医学,2013,42(33):4034-4035,4038.
- [9] 努尔比亚·阿不都西库,阿不都吉力力,买买提.应用固定正畸技术治疗儿童牙和牙槽损伤 68 例效果观察[J].中外医疗,2013,32(30):10-11.
- [10] 敖同江,孙良丰,袁小平,等.微种植体支抗联合正畸矫正上颌埋伏阻生前牙的临床研究[J].华西医学,2015,30(8):1473-1475.
- [11] 任素锋.固定正畸技术在上颌前牙埋伏阻生治疗中的应用效果研究[J].中国保健营养,2013(8):1796.
- [12] 孙红,李琳,端木婷婷,等.埋伏阻生牙的正畸-外科联合治疗[J].安徽卫生职业技术学院学报,2011,10(5):29-30.
- [13] 高振英,郁峰霞,刘忠虎.手术助萌与口腔正畸治疗埋伏阻生牙的疗效观察[J].临床合理用药,2013,6(7C):116-117.
- [14] 陈琳,钟燕雷,郭红梅,等.上颌中切牙埋伏阻生的临床分析[J].中华医学美容美容杂志,2012,18(2):90-93.
- [15] 靳爱萍,胡晓聪,黄月燕.固定正畸技术在上颌前牙埋伏阻生治疗中的应用[J].中国美容医学,2011,20(12):1966-1967.

(上接第 171 页)

样也是患者疼痛症状主要护理者,更是患者病症医治的主要干预者^[11],为此医护人员需善于采取“疼痛评估—实际干预—效果评价”的作业方式为患者带来无痛病房护理,进而起到系统化、规范化护理服务,控制疼痛管理的质量。

[参考文献]

- [1] 江丹丹,丁娟,肖继荣,姚小云.骨科患者围手术期疼痛管理的最佳证据总结[J].护理管理杂志,2022,22(4):290-295.
- [2] 周晓慧,林璐,赵鑫.人文关怀理念在骨科患者围手术期疼痛管理中的应用研究[J].护士进修杂志,2019,34(14):1330-1332.
- [3] 王悦.无痛病房护理管理模式应用于骨折患者中的价值[J].中国卫生产业,2019,16(6):94-95.
- [4] 刘泱川.护理干预在骨科无痛病房中的应用[J].实用临床护理学电子杂志,2019,4(36):78.
- [5] 段滨杰.以人文关怀为核心的综合疼痛管理在骨科手术患者中的应用分析[J].辽宁医学杂志,2021,35(1):67-69.

[6] 车丽敏.骨科无痛病房护理模式的应用分析[J].中外女性健康研究,2019,(07):129+176.

[7] 杨红萍.多模式疼痛管理对骨科术后患者疼痛程度、预后效果及护理满意度的影响[J].中华现代护理杂志,2019,25(31):4106-4109.

[8] 曾晓燕.无痛病房护理模式在骨科患者围手术期护理中的应用[J].临床医药文献电子杂志,2018,5(A2):162.

[9] 徐慧萍,赵辉,李东哲,关丽娜,梅展展,张春霖,刘延锦.腰椎术后患者疼痛管理智能化方案的制订及应用[J].中华护理杂志,2020,55(10):1465-1470.

[10] 王建业,郑林克,倪文卓,王敏超,闫金栋,吴坚.无痛病房模式下药物辅助治疗对全膝关节置换术后膝关节早期功能康复作用的观察[J].骨科临床与研究杂志,2020,5(5):304-308.

[11] 魏建梅,王志剑,夏梅,宁玉梅,罗丽婷,熊晨悦,万露,李璐柳,张达颖.系统化疼痛护理管理模式在临床疼痛护理实践中的应用[J].中国疼痛医学杂志,2019,25(7):531-536.