

口腔正畸辅助治疗上颌埋伏阻生牙的临床疗效及成功率分析

杨发伟

通海县妇幼保健院口腔科 652799

〔摘要〕目的 探讨口腔正畸辅助治疗上颌埋伏阻生牙的临床应用效果。方法 研究期(2019年1月-2022年1月)内,入组病例对象(上颌埋伏阻生牙患者)70例,经随机数字分组后,分别对病例对象应用手术导萌+口腔正畸辅助治疗(观察组,n=35)与常规手术导萌治疗(对照组,n=35),对比不同治疗方案的临床效果差异。结果 观察组中患者临床治疗总有效率(成功率)指标97.15%(34/35)高于对照组82.85%(29/35),($p < 0.05$)。结论 针对上颌埋伏阻生牙患者,手术导萌+口腔正畸辅助治疗效果显著,能够有效改善患者的口腔功能,降低异常率,可参考实施。

〔关键词〕口腔正畸;上颌埋伏阻生牙;临床疗效

〔中图分类号〕R783.5 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2023)05-031-02

牙齿在萌出阶段因邻牙、骨或软组织的影响,导致无法正常萌出的现象称为“阻生牙”,而牙齿萌出错位,在骨内延迟萌出、埋伏的情况则称为埋伏阻生牙,此症状多发生于上颌,因此临床称之为“上颌埋伏阻生牙”。上颌埋伏阻生牙会严重影响患者的口腔健康、功能以及面部美观程度^[1]。近年来,随着口腔正畸技术的不断发展,手术导萌联合口腔正畸技术,其凭借良好的治疗效果得到了临床的广泛认可^[2]。本次研究即以该方案为切入点,综合手术导萌+口腔正畸辅助治疗的临床应用优势,以对比模型的形式,入组病例对象(上颌埋伏阻生牙患者)70例,过程报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

按照研究设计要求,以2019年1月-2022年1月为时间节点,从上颌埋伏阻生牙患者患者中入组病例对象70例,以随机数字模型分组,分别应用不同治疗方案:手术导萌+口腔正畸辅助治疗(观察组,n=35)、常规手术导萌治疗(对照组,n=35),观察组中,男性患者17例,女性患者18例,年龄范围7-28岁,平均(12.56±3.44)岁,患牙类型:间隙不足10例,萌出道异常12例,多生牙7例,异位牙6例;对照组中,男性患者19例,女性患者16例,年龄8-24岁,平均(12.75±3.51)岁,患牙类型:间隙不足11例,萌出道异常11例,多生牙7例,异位牙6例,输入资料经统计学分析,所得结果表明,组间差异无意义,统计学结果可比较($p > 0.05$)。

1.2 方法

观察组实施手术导萌+口腔正畸辅助治疗:(1)手术导萌治疗:口腔消毒后,对患者实施局部麻醉,结合患牙的方向、

手术部位,行梯形/弧形切口,进行翻瓣,将埋伏牙冠周围骨组织、软组织去除,将埋伏牙冠充分暴露,去除埋伏牙萌出阻力,进行有效止血,缝合切口,术毕。(2)口腔正畸辅助治疗:在充分暴露牙冠并进行有效止血后,立即黏贴正畸托槽,结合患者的埋伏阻生牙的方向、与邻牙位置关系,利用结扎丝于托槽相连定位牵引方向开放于口内,固定结束后缝合切口,术毕。术后1周拆除缝线后,借助弹簧、结扎丝、弹力线、弓丝等辅助附件固定于邻牙牙冠或支抗钉进行牵引,在治疗后,需定期提醒患者回院复查。

对照组实施常规手术导萌治疗:操作过程同观察组。

1.3 观察指标

临床治疗效果^[3]:以显效、有效、无效进行判定:经治疗,患者口腔咀嚼功能恢复,语言无障碍,无牙列紊乱、错颌、牙龈炎症的发生,以上为显效,经治疗,患者口腔咀嚼功能基本恢复,语言功能正常,无牙列紊乱、错颌等症状发生,存在轻微牙龈炎症,以上为有效,其他情况可定义无效,总有效率(成功率)=显效率+有效率。

1.4 统计学分析

统计学分析由SPSS20.00统计学软件完成,统计规则如下,计数资料:统计方法“%”,检验方式“ χ^2 ”,计量资料“ $\bar{x} \pm s$ ”,检验方式“t”,统计学差异性标准“ $p < 0.05$ ”。

2 结果

2.1 临床治疗效果

观察组中患者临床治疗总有效率(成功率)指标97.15%(34/35)高于对照组82.85%(29/35),($p < 0.05$)。见

下表1:

表1 临床治疗效果对比

组别	显效	有效	无效	总有效率(成功率)
观察组(n=35)	22(62.85%)	12(34.28%)	1(2.86%)	97.15%(34/35)
对照组(n=35)	19(54.29%)	10(28.57%)	6(17.14%)	82.85%(29/35)
χ^2 值	—	—	—	3.9683
p值	—	—	—	0.0463

3 讨论

在临床中,埋伏阻生牙多见于青少年群体中,上颌尖牙与萌出平面距离较大、牙列拥挤、尖牙发育障碍、乳牙早失、患者自身的遗传病影响等因素均与埋伏阻生牙的发生存在相

关性^[4]。

现阶段,临床针对埋伏阻生牙患者多以预防性治疗+手术导萌治疗为主,其中手术导萌治疗在临床应用中存在明显的局限性,例如在骨阻力、牙列异常、囊肿等埋伏牙阻生较

为复杂的情况下,治疗效果难以达到预期^[5]。为解决上述问题,本次研究对观察组患者以口腔正畸辅助治疗,通过口腔正畸治疗,能够有效对患者牙槽骨,移位严重的邻牙进行校正,并且清除尖牙上的牙槽骨,并且完整保留牙槽嵴顶的颊侧缘牙槽骨,进而帮助患牙与附近邻牙建立起有序的牙周关系,进而为外科导萌手术的顺利进行创造有利条件,正畸辅助治疗后还可以进一步调整患者的咬合关系,回复良好的咀嚼功能,有效提升手术总体治疗效果^[6]。而对照组中能自行萌出的阻生牙,由于不能达到理想的三维位置,往往不能与邻牙及对颌牙恢复良好的邻接与咬合关系。研究结果也显示,经口腔正畸辅助治疗后,观察组中患者临床治疗总有效率(成功率)指标 97.15% (34/35) 高于对照组 82.85% (29/35), ($p < 0.05$)。

综上所述,针对上颌埋伏阻生牙患者,手术导萌+口腔正畸辅助治疗能有效提升临床疗效,降低单独手术导萌存在的异常率高等问题,提高患者的治疗满意度,效果显著,可行性价值高。

(上接第 28 页)

住院时间,术中出血量低,保护了患者的颈部皮肤^[4]。

综上所述,腔镜下手术治疗甲状腺良性肿瘤更易被患者所接受,患者的康复效率高,并发症较少,且对患者的个人形象没有影响,不会出现颈部瘢痕,在临床上具有重要的研究价值。

[参考文献]

[1] 崔云,江晓斌,杜永基.甲状腺良性肿瘤运用峡部入路与上外侧入路改良 Miccoli 手术治疗的效果对比[J].黑龙江

[参考文献]

[1] 谢佳典,连会娜.翻瓣导萌术联合口腔正畸治疗上颌埋伏阻生前牙患儿的临床效果[J].中国民康医学,2021,33(18):67-68,71.

[2] 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(7):870-872.

[3] 胡莲.手术导萌联合口腔正畸治疗对上颌埋伏阻生牙患者疼痛及美观度的影响[J].临床医学研究与实践,2020,5(27):113-114.

[4] 刘锐.正畸辅助导萌手术治疗儿童上颌前牙埋伏阻生的疗效观察[J].承德医学院学报,2021,38(2):110-113.

[5] 陈国锋,王笑辰,王亮,等.垂直位埋伏阻生上颌中切牙正畸牵引治疗牙根发育的研究[J].口腔医学,2020,40(4):330-333.

[6] 胡诗靖,吴敏茹,莫丽妮.正畸-外科综合治疗上颌埋伏阻生牙的效果研究[J].中国实用医药,2021,16(22):101-103.

中医药,2020,309(01):37-38.

[2] 何德,周兴舰.小切口甲状腺手术治疗甲状腺良性肿瘤的临床效果[J].中国当代医药,2021,027(009):50-52,56.

[3] 崔广军.经胸壁入路腔镜下甲状腺肿瘤切除术在良性甲状腺肿瘤患者中的应用效果[J].长治医学院学报,2022,34(4):267-270.

[4] 赵北永,宋晓丹,关华鹤.两种腹腔镜手术方案治疗甲状腺良性肿瘤的对比分析[J].腹腔镜外科杂志,2022(2):90-93.

(上接第 29 页)

而且心血管并发症是导致糖尿病患者死亡的重要因素之一,因为大量脂质沉积在血管壁加速了动脉粥样硬化病变的进程,动脉硬化病变会进一步引发肾功能损伤、眼底损伤及冠心病等疾病,这也是糖尿病相关并发症的病理基础^[3]。

综上所述,糖尿病患者进行血脂水平检测不仅可作为病情严重程度的评价指标,而且可为提前预防糖尿病并发心血管疾病提供可靠依据,在降糖治疗同时,及时对其血脂水平

进行干预和调节。

[参考文献]

[1] 李海光.糖尿病患者进行血脂检验的临床价值分析[J].中外女性健康研究,2021,7(11):46-52.

[2] 林琳,卢秋香.分析血脂检验对糖尿病患者的临床诊断价值[J].临床心身疾病杂志,2021,22(z1):386-387.

[3] 吴美亚.血脂检验对糖尿病患者的临床价值分析[J].中国社区医师,2021,33(29):104-106.

(上接第 30 页)

切开复位内固定术已经成为了目前临床治疗中的一种新的趋势,也逐渐开始代替保守法治疗。尤其是在手术的过程中采用了全肱骨板,和人体的组织相容性较好,是当前医学领域中比较理想的材料,而且手术时间较短,成本低廉,可以有效地缓解患者的呼吸疼痛感。本次研究也围绕这一方法展开了讨论,通过术后的观察和统计,我们可以明显地看出 B 组患者的不良反应率明显低于 A 组患者,而且从手术后两天、七天的 VAS 评分结果来看, B 组患者的 VAS 评分明显低于 A 组患者,其结果具有统计学方面的意义。

综上所述,对于患有严重的肋骨骨折重症胸外伤患者来说,采用肋骨骨折切开复位内固定术有着非常不错的疗效,而且和保守法相比较,该方法术后的不良反应率明显降低,而且患者的疼痛感也得到了一定的缓解,所以,该方法有助

于提高患者的生活质量,使得患者能够早日康复,降低了患者的痛苦,在以后的临床实践中可以大力地推广和使用。

[参考文献]

[1] 史永康,李新华,程亚磊,董德辉.肋骨骨折切开复位内固定术与保守治疗在重症胸外伤治疗中的临床效果[J].云南医药,2022,39(03):215-216.

[2] 陈正海,王罗筛,汪性展,杨兆东.切开复位内固定术治疗肋骨骨折的效果研究[J].当代医药论丛,2020,16(09):66-67.

[3] 韩安勇,范加社,邵强,鲁星,胡延刚,段雪琦,蒋仲敏.肋骨骨折切开复位内固定术治疗重症胸外伤的临床效果[J].世界复合医学,2022,4(03):54-56.

[4] 郑天明,林丽娟.肋骨骨折切开复位内固定术与保守治疗在重症胸外伤治疗中的临床效果比较[J].中国农村卫生,2021(18):25.