

非骨性错殆畸形早期矫治的体会

杨黎¹⁾, 赵虹²⁾, 陈翌¹⁾

(1) 昆明同仁医院口腔科, 云南昆明 650228; 2) 昆明医科大学附属口腔医院口腔颌面外科, 云南昆明 650031)

[关键词] 正畸 2×4 技术; 替牙期; 矫治

[中图分类号] R783.5 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 05-0140-03

错殆畸形是指儿童成长发育过程中由于先天因素及环境因素导致的牙排列不齐或咬合混乱。早期干预能够阻断错殆向更严重的畸形发展, 起到事半功倍的作用。笔者对 22 例替牙期儿童非骨性错殆畸形的矫治进行分析总结, 为临床治疗提供思路。

1 临床资料

1.1 一般资料

收集昆明同仁医院口腔科 2011 年 1 月至 2013 年 12 月就诊替牙期儿童非骨性错殆畸形患者 22 例; 其中男 14 例, 女 8 例, 年龄 8~11 岁, 平均 9.14 岁。其中错殆畸形类型为上中切牙埋伏阻生 2 例, 个别前牙反殆 9 例、上中切牙扭转 4 例, 上中切牙间隙 7 例。

1.2 矫治器的选择

所有的患者均使用方丝弓固定矫治器, 用“2×4”技术进行矫治。

2 结果

2.1 临床效果

经过 4~10 个月, 所有患者均恢复正常前牙覆殆、覆盖关系。错位牙均得到纠正, 获得满意的效果。

2.2 典型病例

患者, 男, 9 岁。因“前门牙换牙后未萌出”求矫治。身体健康, 发育良好, 有乳牙早脱史, 牙及颌骨外伤史, 检查见牙列为混合牙列: 第 1 磨牙已萌, 切牙已替换, A1 唇侧阻生, 可在前庭沟唇系带处扪及该牙, 右侧磨牙为轻远中关系, 左侧磨牙为中性关系, 牙列中各牙无明显拥挤及扭转。摄

X 线片见 A1 唇侧阻生, 方向为唇腭向。用“2×4”技术, 局部开展间隙, 上颌活动唇挡推磨牙向远中, 当间隙足够, 配合外科开窗、牵引 A1 萌出, 见图 1。经 6 个月零 6 d 矫治, A1 牵引助萌成功, 正常纳入牙列, 无错位、无扭转, 双侧磨牙调整至中性关系, 矫治结果令人满意, 见图 2。



图 1 矫治中



图 2 矫治后

3 讨论

3.1 早期矫治的优势

尽管对于单纯的牙性错殆畸形的矫治时机尚没有统一的认识, 替牙期 (6~12 岁) 是儿童颌骨和牙弓的主要生长发育期, 也是恒牙殆建立的关

[作者简介] 杨黎 (1972~), 男, 白族, 云南大理州人, 医学学士, 主治医师, 主要从事口腔正畸临床工作。

键时期. 如何有效预防错殆畸形, 以及发现后及时早期矫治、诱导建立正常的咬殆关系是这一时期的首要任务^[1]. 正畸治疗前发育未完成与发育完成牙根在正畸治疗后牙根吸收情况不同, 发育完成牙根有一定比例的牙根吸收, 而发育未完成的牙根没有明显牙根吸收现象; 而且早期矫治发育未完成牙根并未停止发育、喇叭口型的牙根继续生长发育至关闭, 牙根长度和形态无明显改变, 这就为早期正畸矫治提供了良好的参考指标^[2]. 在替牙期进行适当的矫治, 不仅能使恒牙在牙弓内正常萌出, 而且还能获得长时间的稳定, 大大减少了复发的现象^[3]. 接受早期治疗的患者大多数有满意的效果, 即使部分在恒牙期再次治疗, 拔牙病例的比例也较少.

3.2 “2×4”技术

“2×4”矫治技术是 Mulligan 医师根据力学原理, 于 1982 年提出的一种矫治技术, 是标准方丝弓矫治技术的一个衍生支, 并且充分利用了 Begg 矫治技术“细丝”、“轻力”的原则, 形成了自身的特点. 此项技术虽然简单, 但具有高效、快速、准确的特点, 比活动矫治器而言, 具有一定的优势, 特别是用于儿童患者, 戴用舒适, 不须主动配合, 可以很好达到矫治目标, 用于替牙期或者恒牙早期某些类型的错殆, 可以收到满意的效果.

3.3 中切牙埋伏

上中切牙埋伏阻生较少见, 发病率为 0.016%~0.20%. 多由于乳牙外伤、滞留及多生牙导致萌出间隙不足、萌出道异常、萌出位置异常所致^[4]. 全身因素如甲状腺功能不足时, 也可影响恒牙胚的发育而导致迟萌或埋伏. 诊断主要是 X 线片显示未萌恒牙牙根已大部分形成, 位置异常, 阻生在牙槽骨中. 上颌前牙埋伏阻生如不及时纠正, 邻牙将向间隙处移动, 占据其萌出道, 而使其无法萌出, 并导致中线偏移, 造成复杂的错殆畸形, 加大矫治的难度. 应早期经开窗术, 轻力持续牵引, 并根据具体情况适时调整牵引力的方向, 纳其入牙弓.

3.4 个别前牙反殆

对于前牙反殆的矫治, 均以为越早越好, 对于替牙期前牙反殆, 则对矫治方法存在一些争议. 不少学者^[5-8]用 2×4 矫治技术进行矫治, 获得比较满意的疗效. 也有学者^[9]指出, 在用 2×4 技术矫治替牙期前牙反殆锁结脱离后磨牙关系不佳, 仍为近中关系以及偏殆、中线不齐等等问题. 在前牙反殆的患者中, 需要特别注意的是, 鉴别患者是否存在骨性因素, 本文作者认为对于中、重度骨性 III 类错殆, 应该首选前牵引器或者头帽颌兜进行矫形治

疗; 对于轻度骨性 III 类或功能性前牙反殆畸形的矫治, 应该首选功能矫治器进行矫治, 方可获得比较满意和稳定的效果. 文中作者用 2×4 矫治技术矫治的病例均为替牙期个别前牙反殆, 患者磨牙关系为中性关系, 侧貌为直面型, 无骨性畸形. 个别前牙反殆时, 下颌前牙会受到较大的创伤咬合力, 这可导致下颌前牙牙龈萎缩、牙齿松动等病症, 创伤性咬合也可引起下颌功能性偏移, 久而久之可形成偏颌畸形, 另外, 早接触使下颌前牙受到较大的创伤咬合力后, 人体的逃避反射会使下颌前伸, 造成下颌前突, 应该尽早进行矫治.

3.5 中切牙扭转

替牙期上颌中切牙扭转畸形在临床上很常见, 大多与牙列拥挤有关, 应根据具体病因确定矫治方法. 对于扭转 > 30° 的严重扭转牙, 早期矫治后片段弓保持有利于牙周膜重建, 而且后期还可以正确估计间隙, 从而实施顺序拔牙等治疗以及缩短二期矫治的时间. 或者降低二期矫治的难度^[10].

3.6 中切牙间隙

上中切牙间隙的发生时间较早, 首先应区分是属于生理性的还是属于错颌畸形, 临床上常规要拍片以确定有无多生牙以及数目、位置等情况. 若是上唇系带附丽过低, 一般应先关闭正中缝隙, 然后再行手术“V”字型切除系带根部. 尽管其最佳矫治时机仍存在争议, 当尖牙尚未萌出时, 如果间隙 < 2 mm, 可以暂不矫治, 随着尖牙的萌出, 间隙通常能够自行关闭. 如果中切牙间隙 > 2 mm, 自行关闭的可能性不大, 应在早期进行矫治^[11], 结束后以片段弓维持至尖牙萌出.

[参考文献]

- [1] 石四箴. 儿童口腔医学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,2008:12.
- [2] 李长霞,李春雷,朱双林. 正畸治疗中牙根发育对牙龈吸收影响临床研究[J]. 口腔正畸学,2003,10(1):20-22.
- [3] 莫如昌. 早期矫治与恒牙咬殆情况的研究[J]. 河北医学,2009,15(1):13-15.
- [4] 赵红艳,王春玲,魏兰福. 替牙期上颌埋伏中切牙的矫治[J]. 牙体牙髓牙周病学杂志,2006,16(2):103-104.
- [5] 杨再波,段仁燕,田涛,等. 2×4矫治技术在替牙期前牙反殆中的临床应用[J]. 湖北民族学院学报(医学

(下转第 148 页)

及时切开引流和选择适当的手术径路是减少术后并发症,保证手术成功的关键。把握手术时机尤为重要,切开过早为炎症反应期,尚无明显脓液形成;患者肿痛症状明显加剧,过晚则发生并发症,不仅延误病情,而且增加手术风险^[4]。本组16例患者均在入院后即确诊有脓肿形成,随即行脓肿切开引流术。手术切开引流路径有2种:(1)口内入路:本组共11例。咽旁脓肿多接近咽侧粘膜,此径路距脓腔较近,引流充分,临床上一般作为首选;(2)颈侧入路:本组5例。适用于合并多间隙感染、张口受限及颈部肿胀明显的患者。因本病感染部位较深,由颈侧径路需要切开多层组织,术中操作需谨慎,避免误伤颈部血管。

术后应每日换药,应注意脓腔冲洗时压力不可太大,以免造成皮下气肿或感染扩散;每日行口腔常规护理,保持呼吸道通畅;全身应用抗生素积极控制原发感染灶。

咽旁脓肿感染部位深、发展快,如果处理不及时可危及患者生命,因此,笔者认为临床上应

早期明确诊断,先行CT增强扫描再行脓腔穿刺检查^[5],及时手术切开引流,可取得满意疗效。

[参考文献]

- [1] WANG L F, KUO W R, TSAI S M, et al. Characterizations of life threatening deep cervical space infections: a review of one hundred ninety-six cases [J]. *Am J Otolaryngol*, 2003, 24(2): 111-117.
- [2] SMEVIK B, ENGER E A, OSE L. Computed tomography of a tuberculous paravertebral abscess [J]. *Z Kinderchir*, 1988, 43(6): 430-432.
- [3] GIDLEY P W, GHORAYEB B Y, STIERNBERG C M. Contemporary management of deep neck space infections [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1997, 116(1): 16-22.
- [4] 秦贺, 黄金中, 龚剑. 咽旁、咽后并纵隔脓肿1例及文献复习[J]. *实用医学杂志*, 2007, 23(12): 1883-1884.
- [5] 毕凌志, 闫红英, 张彩花, 等. 咽旁脓肿3例诊治体会[J]. *中国医药导报*, 2009, 6(22): 213.

(2014-02-19 收稿)

(上接第141页)

- 版), 2009, 26(3): 65-66.
- [6] 催洲迎, 赖文莉, 蒋兴棵, 等. 2x4矫治技术矫正替牙期前牙反骀的临床分析 [J]. *国际口腔医学杂志*, 2009, 36(3): 287.
- [7] 刘丽, 郑春燕. 替牙期前牙反骀采用2x4矫治技术结合后牙骀垫的疗效观察 [J]. *新疆医学*, 2010, 40(11): 23-24.
- [8] 姜涛, 杨东伟. 2x4矫治技术在替牙期前牙反骀中的应用研究 [J]. *临床口腔医学杂志*, 2007, 23(12): 741-743.
- [9] 徐璐璐, 段银钟, 陈莉莉. 2x4技术配合类牵引矫治替牙期轻度骨性反骀 [J]. *临床口腔医学杂志*, 2003, 19(7): 234-236.
- [10] 曾文洲. 第二乳磨牙支抗在替牙期早期矫治中的应用 [J]. *浙江医学*, 2009, 31(10): 1434-1435.
- [11] WILLIAM R, PROFFIT, HENRY W, FIELDS 著, 傅民魁主译. *当代口腔正畸学* [M], 第3版. 北京: 人民军医出版社, 2007: 453.

(2014-02-14 收稿)