

牙周正畸联合治疗牙周炎致前牙移位的疗效及预后分析

潘熙光 (安陆市普爱医院, 湖北安陆 432600)

摘要: 目的 分析牙周正畸联合治疗牙周炎致前牙移位的疗效及预后。方法 选取本院 2020 年 1 月~2020 年 12 月收治的牙周炎致前牙移位患者共 80 例, 随机分为观察组与对照组各 40 例。对照组给予常规牙周治疗, 观察组给予常规牙周治疗联合正畸治疗。比较两组治疗前后患者牙龈出血指数、临床附着水平、牙周袋深度、牙齿覆盖面宽度和临床疗效、治疗前后牙槽骨吸收情况、牙齿松动发生率。结果 观察组牙龈出血指数、临床附着水平、牙周袋深度、牙齿覆盖面宽度、牙槽骨吸收情况改善程度及治疗总有效率均大于对照组, P 均 < 0.05 ; 观察组牙齿松动发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。结论 常规牙周治疗联合正畸治疗牙周炎致前牙移位效果确切, 可改善牙周健康情况, 减轻牙槽骨吸收, 减少牙齿松动, 值得推广。

关键词: 牙周治疗; 正畸治疗; 牙周炎致前牙移位; 疗效; 预后

牙周病会诱发一系列的连锁症状, 例如前牙移位, 该症状不仅会影响患者的面貌, 造成患者的自卑心理等, 更值得警惕的是其导致的牙齿脱落, 会阻碍和影响患者正常咀嚼和进食, 严重时会造成患者产生其他身体健康问题^[1]。牙周炎致前牙移位是由于牙槽骨炎症所致, 牙周组织受损, 前牙支撑力降低, 导致牙体的咬合力不能承受, 牙体在压力作用下扩展, 前牙的脱位使牙周损伤更加严重, 同时在炎症期间, 对支撑体的损伤也会加剧, 从而形成一个恶性循环。尽管牙周炎能在短期内得到有效的控制, 但是由于牙齿的畸形和外伤, 也可能引起牙周炎的反复发作。所以, 正确的矫治方法是非常必要的^[2]。本研究旨在探索牙周正畸联合治疗牙周炎致前牙移位的疗效及预后, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2020 年 1 月~2020 年 12 月收治的牙周炎致前牙移位患者共 80 例, 随机分为观察组与对照组各 40 例。观察组: 男性 28 例, 女性 12 例; 年龄 22~65 岁, 平均 (40.56 ± 10.14) 岁。对照组: 男性 25 例,

女性 15 例; 年龄 21~62 岁, 平均 (40.75 ± 10.37) 岁。两组一般资料无显著差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 患者均有松动、移位、间隙变宽、间隙变宽等症状。

排除标准: 有全身病变的患者, X 线片显示, 所有患者都有不同程度的牙槽骨吸收。

1.2 方法

对照组给予常规牙周治疗: 治疗前, 检查牙齿情况, 去除不合格的义齿。首先, 进行的是冲洗牙周袋、齿龈上清洁、根面平整以及龈下的刮除, 将盐酸米诺环素置于牙周袋中。同时要做好卫生保健工作, 引导患者正确刷牙、正确使用牙线。加强口腔卫生知识的普及, 让患者对口腔卫生有更多的重视。在有效的治疗、缓解和控制了患者牙周的炎症后, 对患者牙齿进行了咬合和调整指导, 必要时临时性的固定和松动患者牙齿; 叮嘱患者保持良好的口腔和牙齿清洗习惯, 为患者讲解使用牙刷、压线等各种牙齿清洗器具的正确使用和安装方法, 嘱咐其按时刷牙, 并在饭后及时漱口注意保持口腔内的清洁卫生; 由医师开具适量的甲硝唑、布洛芬等药物及抗生素, 进行持续 4 个月左右的进一步感染预防观察组给予常规牙周治疗联合正畸治疗: ①待患

者在接受基础治疗有效控制住牙周症状后，采用直丝弓矫正技术，将托槽进行黏结，并在此期间尽量保持托槽紧贴切方，值得注意的是不可使用带环；②使用镍钛圆丝结扎尖牙，向后持续结扎并使牙齿排列整齐，继而采用多曲唇弓将上下尖牙压低，使牙齿更具支撑力；③采用滑动法，使前牙内收；④根据患者在正畸过程中牙周的实际情况以及患者的适应性，适当的调整正畸的力度，嘱咐患者每2~3个季度矫正1次，每1个季度复查一次；⑤在矫正结束后，为患者定制正畸保持器。

1.3 观察指标

比较两组治疗前后患者牙龈出血指数、临床附着水平、牙周袋深度、牙齿覆盖面宽度及临床疗效、治疗前后牙槽骨吸收情况、牙齿松动发生率。

显效：菌斑指数下降，牙龈出血明显改善，牙周溢脓和红肿情况均消失，牙列整齐，无牙颌损伤，上下牙列无间隙，牙槽骨停止吸收，牙周袋深度减少至少2 mm，前牙位置恢复正常；有效：菌斑指数下降，牙龈出血得到有效控制，牙周溢脓和红肿情况减轻，上下牙列只有细微的间隙，前牙位置有

所改善，牙槽骨吸收程度降低；无效：菌斑指数增加，牙龈出血未改善，上下牙列仍存在较大的间隙，且牙槽骨吸收无得到明显控制，前牙位置无改善^[3]。

1.4 统计学方法

采用SPSS26.0软件分析，计量数据采取t检验， $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组牙龈出血指数、临床附着水平、牙周袋深度、牙齿覆盖面宽度比较

观察组牙龈出血指数、临床附着水平、牙周袋深度、牙齿覆盖面宽度改善程度大于对照组改善程度， $P < 0.05$ 。见表1。

2.2 两组治疗总有效率比较

观察组临床治疗总有效率大于对照组， $P < 0.05$ 。见表2。

2.3 两组治疗前后牙槽骨吸收情况比较

观察组牙槽骨吸收情况改善程度大于对照组， $P < 0.05$ 。见表3。

表1 两组牙龈出血指数、临床附着水平、牙周袋深度、牙齿覆盖面宽度比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时期	牙龈出血指数	临床附着水平 (mm)	牙周袋深度 (mm)	牙齿覆盖面宽度 (mm)
观察组 (40)	治疗前	2.51 ± 1.26	4.42 ± 0.71	4.42 ± 0.34	6.52 ± 0.35
	治疗后	1.11 ± 0.21	3.12 ± 0.11	1.52 ± 0.12	2.51 ± 0.04
对照组 (40)	治疗前	2.52 ± 1.26	4.52 ± 0.74	4.45 ± 0.34	6.51 ± 0.37
	治疗后	1.61 ± 0.34	4.12 ± 0.56	2.78 ± 0.33	3.72 ± 0.13

表2 两组总有效率比较 [n (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (40)	11	21	8	32 (80.00)
观察组 (40)	27	13	0	40 (100.00)
χ^2				6.913
P				0.015

表3 两组治疗前后牙槽骨吸收情况比较 [n (%)]

组别	时期	吸收程度达到根尖 1/3	吸收程度达到根中 1/3	吸收程度达到根颈 1/3
观察组 (40)	治疗前	6 (15.00)	12 (30.00)	22 (55.00)
	治疗后	0 (0.00)	6 (15.00)	34 (85.00)
对照组 (40)	治疗前	6 (15.00)	13 (32.50)	21 (52.50)
	治疗后	3 (7.50)	10 (22.50)	27 (70.00)

2.4 两组牙齿松动发生率比较

观察组牙齿松动发生率是2.50% 低于对照组的15.00%， $P < 0.05$ 。

3 讨论

近年来，口腔疾病的发病率逐年上升。前牙移

位初期一般不会出现显著的临床表现。随着病情的发展,炎症加剧,继而出现牙齿松动、牙槽骨吸收严重、牙周组织支持能力下降等症状,从而导致牙齿脱落、咀嚼无力、牙龈出血、牙齿移位,严重影响到患者的身体和精神和生活品质。目前,固定矫治器在临床上应用较为复杂,且效果不佳^[4-5]。

长期以来,人们对牙周炎的正畸治疗意见不一,原因主要有:①患者的支持组织较少,无法承受正畸的压力。②正畸固定矫治器容易导致牙垢细菌聚集,严重影响口腔卫生。在过去的20多年里,国内外的学者已经证实,在不发生炎症和精心养护的情况下,对患者的牙齿施加在生物极限之内的矫治力,不会造成或加剧牙周组织的损害,确实可以有效地减轻患者的牙周病。其实从临床数据来看,牙周病的治疗应该是一个很关键的过程,二者之间的关系是相互依赖的,是必不可少的。正畸的治疗目的在于①消除牙列拥挤,有助于控制牙垢和菌斑的产生,牙周病患者最容易受伤,而拥挤的牙齿最先松动。在牙周疾病发生前,拥挤的牙齿和牙齿间的牙槽骨就会出现缺损,并且不能在清洗时形成菌斑。在牙周病初期,这里的慢性炎症从未停止,其中以支持牙的骨组织的吸收最为明显。必须纠正牙齿的拥挤。②促进前牙深覆牙合的矫正,有助于减轻根周组织的局部损伤。③可清除牙合损伤,恢复正常牙合关系,使上下颌具有完整的支抗,并分散咀嚼力;此外,还可以利用正畸力将根尖向内挤压,从而加深牙槽骨周围的牙根厚度。

目前单纯采用正畸疗法,虽能使患者的咬合及牙齿排列有所改善,但仍有炎症反应,且有较高的复发率。正畸与牙周病结合能达到较好的疗效。牙周正畸联合治疗是一种非常有效的方法,可以关闭前牙间隙,安置牙槽骨,预防牙齿的脱落^[9-11]。但是在治疗过程中,要注意掌握正畸的力量,要适当的控制正畸的强度。牙周病与正畸结合治疗,能明显改善患者的口腔条件,消除炎症反应,维持牙周组织的健康。牙周病患者牙槽骨在某种程度上会被吸收,牙周膜的面积较小,患者对正畸力的抵抗能力降低。在具体标定时,应严格遵守轻量的原则,如果正畸能力超出标准,

就会造成牙根、牙槽骨的进一步吸收^[6]。

需要注意的是,这种病的治疗,取决于医生的技术和配合程度,有些患者在治疗结束后,就会以为自己的病情已经痊愈,不需要再进行后续的牙齿维护。在此情况下,一些患者会反复发生牙周炎而导致病情进一步加重,不仅会影响患者的就医体验,还会降低患者的生存质量。为此,需要对患者普及牙周护理理念。通过定期的复查,制定相应的治疗方案,保证临床的疗效。同时,口腔维护也不能只靠医生来完成,还要让患者认识到口腔卫生维护的重要。在进行了牙周基础治疗之后,需要根据医生的指示进行复查,平时要注意饮食,正确刷牙和使用牙线,这样才能维持基本的治疗效果。

研究结果所示,观察组牙龈出血指数、临床附着水平、牙周袋深度、牙齿覆盖面宽度、牙槽骨吸收情况改善程度及治疗总有效率均大于对照组, P 均 < 0.05 ;观察组牙齿松动发生率低于对照组, $P < 0.05$ 。牙周基础及正畸治疗后,能有效地减少患者的活动度、排整错牙、积极纠正牙颌覆盖、修复牙周组织、稳固咬合关系。前牙的移位得到了成功的修复。牙龈出血指数、临床附着水平、牙周袋深度、牙齿覆盖面宽度均改善,说明牙周正畸联合治疗前牙移位牙周病的疗效。

综上所述,常规牙周治疗联合正畸治疗牙周炎致前牙移位效果确切,可改善牙周健康情况,减轻牙槽骨吸收,减少牙齿松动,值得推广。

参考文献

- [1]李继龙,张桂荣,丛芳,等.牙周-正畸联合治疗牙周炎致前牙移位的临床疗效[J].中国医科大学学报,2021,50(10):948-951.
- [2]刘伟,陈龙,王振宇.传动直丝弓矫治器与MBT直丝弓矫治器对牙周病患者前牙移位的疗效比较[J].宁夏医学杂志,2020,42(08):759-761.
- [3]谭义红.牙周正畸联合治疗牙周炎致前牙移位的临床效果研究[J].吉林医学,2019,40(11):2628-2629.
- [4]方溢云.牙周-正畸联合治疗牙周炎致前牙移位患者的效果观察[J].心血管外科杂志(电子版),2019,8(04):73.
- [5]沈娇乡,苏晶晶.正畸牙周联合治疗牙周炎导致前牙移位的临床效果分析[J].中外医学研究,2019,17(27):1-3.
- [6]杨柳,郭璨,曹正国.一例前牙伸长及移位的牙周炎患者的牙周正畸联合治疗2.5年长期观察[C].中华口腔医学会牙周病学专业委员会.第十一次全国牙周病学学术会议摘要汇编.中华口腔医学会牙周病学专业委员会:中华口腔医学会,2017:568.