

牙周组织再生术联合口腔正畸治疗牙周炎的效果

李娅楠*

云南省蒙自市人民医院 云南 蒙自 661100

摘要:目的: 分析口腔正畸联合牙周组织再生术治疗牙周炎的临床价值。方法: 回顾性分析本院收治的慢性牙周炎患者80例进行分析研究, 通过信封法对患者进行随机分组, 对照组($n=40$)单纯采用牙周组织再生术治疗, 观察组($n=40$)在此基础上联合口腔正畸治疗。结果: 观察组临床疗效显著优于对照组(95.00%VS72.50%, $P<0.05$)。结论: 治疗后, 两组患者牙周指标均低于治疗前, 观察组各项牙周指标均显著低于对照组($P<0.05$); 观察组治疗后的不良反应总发生率低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

关键词: 口腔正畸; 牙周组织再生术; 牙周炎; 牙周指标

DOI: <https://doi.org/10.37155/2717-5669-0301-14>

牙周炎在临床口腔疾病中较为常见, 属于慢性感染性口腔病症, 患者通常伴随着口臭、牙齿松动、牙龈出血等症状, 对牙周支持组织具有较强的破坏性, 严重影响患者咀嚼功能。临床通常采用牙周组织再生术对牙周炎进行治疗, 可在一定程度上对牙周缺损状况进行修复, 但易造成感染、牙齿错位等情况的发生, 影响治疗效果。口腔正畸可对牙齿颜色异常、排列不整齐等症状进行修复, 使颅面、颌骨得到有效矫治, 促进患者牙齿、面部美观度的提高^[1]。研究的目的是探讨口腔正畸对牙周指标及龈沟液炎性因子水平的影响, 结果汇报如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

对我院2019年1月至2020年6月收治的80例慢性牙周炎患者的一般资料进行回顾性分析。诊断标准: 轻度牙周炎x线片显示牙周袋深度 $\leq 4\text{mm}$, 牙槽骨吸收不超过根长的1/3; 中度牙周炎, 牙周袋深度 $\leq 6\text{mm}$, 牙槽骨吸收超过根长的1/3; 重度牙周袋深度 $> 6\text{mm}$, 牙槽骨吸收超过根长的1/2, 可伴有牙周炎。纳入标准: 满足阿米塔基牙周诊断标准, 并通过影像学检查确认; 有牙周组织再生和正畸治疗的适应症; 在入学前3个月内没有接受牙周治疗; 病人签署了书面知情同意书。排除标准: 1例严重器质性疾病患者; 2例在登记前3个月内接受抗生素治疗者; 3例失访者; 4例退出研究人员。采用包络法将患者随机分为两组。对照组男27例, 女13例, 年龄25-49岁, 平均(35.74 ± 4.72)岁, 病程1-15个月, 平均(7.93 ± 1.47)个月。联合组男25例, 女15例, 年龄24-48岁, 平均(35.91 ± 5.06)岁, 病程1-16个月, 平均(8.04 ± 1.54)个月。这项研究得到了我们医院伦理委员会的批准。入组患者的一般资料无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

两组患者均进行牙周基础治疗, 包括对牙周进行清洁消炎, 将化脓坏死组织清除及平整牙根等。

对照组采用牙周组织再生术进行治疗, 使用牙周翻瓣术治疗牙周袋大于5mm的患者, 对于牙槽骨严重受损者, 将人工骨植入相邻牙槽边缘部位, 并将黏骨膜瓣进行复位缝合, 对病变损伤的肉芽组织进行彻底清除^[2]。

观察组采用口腔正畸联合牙周组织再生术进行治疗, 牙周组织再生术治疗方式与对照组相同, 1周后进行口腔正畸治疗, 以患者牙齿状况为依据, 将牙齿表面选用适宜的托槽进行粘接, 在口腔中固定磨牙粘结颊面管, 并于牙齿内移段置入直丝弓矫正器, 上下牙弓用镍钛丝进行修齐整平。两组患者均需进行口腔清洁指导, 叮嘱患者定期进行复诊。

1.3 观察指标

记录治疗前后患者牙周指标及龈沟出血指数(SBI)变化情况, 其中牙龈指数(GI)、牙菌斑指数(PLI)采用钝头牙周探针结合探诊、视诊进行检查, 临床附着丧失(AL)、牙周袋探诊深度(PD)采用探针方法进行检查。比较

*通讯作者: 李娅楠, 1986年7月, 彝族, 女, 云南蒙自, 云南省蒙自市人民医院, 口腔内科学主治医师, 本科, 研究方向: 牙周病学及相关疾病的诊断及治疗。

两组不良反应总发生率^[3]。

1.4 统计学方法

采用统计学软件SPSS25.0进行数据分析,计数资料组间百分率比较采用 χ^2 检验;牙周指标、龈沟液炎性因子为计量资料,以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示,组间均数比较采用t检验;以 $\alpha = 0.05$ 为检验水准, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

对照组治疗总有效率,联合组疗效显著优于对照组($P < 0.05$),见表1。

表1 两组临床疗效比较

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	17	12	11	29 (72.5%)
观察组	32	6	2	38 (95.00%)

2.2 两组患者牙周指标对比

两组治疗前PD、GI、PLI比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,两组各指标均明显降低,与对照组比较,观察组PD、GI、PLI水平更低,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2 两组患者牙周指标对比

组别	例数	PD (mm)		GI		PLI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	4.53±0.61	2.82±0.24	1.28±0.21	0.32±0.08	1.85±0.29	1.03±0.14
对照组	40	4.58±0.56	3.79±0.36	1.29±0.26	0.78±0.11	1.89±0.27	1.47±0.18

2.3 两组患者不良反应发生率、复发率的比较

观察组牙周炎患者的不良反应总发生率、复发率低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表3。

表3 两组患者不良反应发生率、复发率的比较

组别	例数	不良反应合计(头晕呕吐面部肿胀)	
对照组	40	23	38 (20.00%)
观察组	40	11	02 (2.50%)

3 讨论

牙周炎是一种较为常见的口腔慢性疾病,与食物嵌塞、吸烟、牙结石、牙菌斑等因素密切相关,临床症状主要表现为牙齿松动、牙龈红肿出血、牙周溢脓等,如果无法得到及时有效治疗,会对患者牙周组织造成严重损伤,导致牙齿畸形、牙齿脱落,牙周组织出现坏死情况,对患者日常生活质量及生理、心理健康造成严重影响^[4]。

随着口腔医学技术研究的进步,有效优化了口腔科治疗工作,满足了患者的疾病病症治疗需求、美观度需求。随着牙周炎疾病治疗工作的进展,发现口腔正畸治疗可以进行牙齿矫正,解除错牙合畸形,治疗效果理想。另外,牙齿美观度得以保证,满足了患者的治疗美观需求,尤其是满足年轻患者的治疗需求。牙周组织再生术联合口腔正畸治疗牙周炎,在解除错颌畸形的基础上实现牙周炎的深入诊治,治疗后牙龈附着水平、牙龈指数、牙周探诊深度、牙菌斑指数改善明显,不但可以有效矫正牙齿、减轻炎症水平,且口腔美容效果理想,满足患者美观度需求,进而保障患者口腔健康,提升患者生活质量,是牙周炎疾病治疗的理想方案^[5]。

口腔正畸治疗通过纠正面部骨骼与牙齿间的协调性来调整咬合关系,可以矫正牙齿畸形与错位提高患者的牙周功能,同时具有提高牙齿美观性的效果。从单独应用牙周组织再生技术的局限性中可知,调整咬合关系在牙周炎临床治疗中具有重要作用。研究指出,牙周组织再生术与正畸联合治疗可以改善患者的牙龈指标,同时降低术后不良反应风险,因为口腔正畸治疗可以调整牙齿排列,纠正牙齿错位,通过改善咬合关系避免患牙出现病理性位移加重牙周组织损伤;牙周组织再生术则可以增强牙周前体细胞生物活性并改善病变根面生物相容性,同时可以阻止牙龈上皮细胞根向生长,有效促进牙周支持组织功能恢复并抑制牙菌斑生长与炎症扩散,为口腔正畸治疗创造了有利条件。二者联用

可以促进牙根周围骨量吸收与牙周组织再生，能够起到良好的修复效果，继而提高牙周炎的临床疗效，改善患者的牙周功能。

综上所述，口腔正畸联合牙周组织再生术治疗牙周炎的疗效显著，可以促进牙周组织恢复，修复患者的牙周功能。其临床疗效确切，值得推广应用。

参考文献：

[1]余周庆,杨再波,戈春城,等.牙周组织再生术联合微螺钉种植体支抗技术治疗老年牙周炎的临床疗效分析[J].临床口腔医学杂志,2021,37(3):176-180.

[2]段立江,聂於凯.牙周组织再生术配合正畸治疗对糖尿病伴慢性牙周炎患者血清sICAM-1及氧化应激水平的影响[J].贵州医药,2020,44(5):689-692.

[3]刘磊.牙周组织再生术联合正畸治疗对牙周炎患者牙周功能的影响分析[J].中国社区医师,2020,36(36):36-37.

[4]赵飞.牙周组织再生术联合口腔正畸对牙周炎患者牙周状态及血清IL-8、IL-6、TNF- α 水平的影响[J].实用中西医结合临床,2021,21(1):57-58.

[5]唐春梅,赵会杰,许刚,等.牙周组织再生术联合口腔正畸对牙周炎患者血清炎症因子水平的影响及其疗效探究[J].现代生物医学进展,2017,17(20):3965-3968.