

# 探讨口腔正畸治疗技术在修复中的应用

肖 猛

上海市嘉定区安亭医院口腔科 201805

**【摘要】目的** 分析口腔正畸治疗技术在错颌畸形合并牙列缺损患者中的应用效果。**方法** 回顾性分析 2017 年 1 月~2019 年 1 月在我院接受治疗的 100 例错颌畸形伴牙列缺损患者的临床资料, 对照组 (n=50) 采用常规修复治疗; 联合组 (n=50) 在此基础上采用口腔正畸治疗, 评价临床效果。**结果** 联合组的治疗有效率达到 100.00% (50/50)、对照组 72.00% (36/50); 联合组的菌斑附着指数、软垢指数评分明显低于对照组; 语言功能与咀嚼功能评分明显高于对照组 (P < 0.05)。**结论** 口腔正畸与修复联合治疗错颌畸形伴牙列缺损患者, 能够显著改善患者的口腔功能, 提高临床疗效, 具备参考价值。

**【关键词】** 错颌畸形; 牙列缺损; 口腔正畸; 修复; 临床效果

**【中图分类号】** R783.5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 2095-7165 (2019) 12-020-02

错颌畸形合并牙列缺损是常见的牙科疾病, 由于患者牙列的完整性遭到破坏, 所以会出现牙齿倾斜、语言功能、咀嚼功能受限, 甚至失牙等症状, 饮食过程中, 常因食物嵌塞在患牙间隙而造成各种口腔疾病, 比如龋齿、口臭、牙周病等, 对患者的外形美观、日常生活、心理健康产生一系列不良影响。数据显示<sup>[1]</sup>: 错颌畸形伴牙列缺损的发生率约为 5%~10%, 发生机制并没有完全清晰。单一的口腔修复、种植义齿或者正畸治疗效果并不理想, 有学者提出<sup>[2]</sup>: 正畸治疗结合口腔修复在错颌畸形伴牙列缺损患者的临床治疗中优势显著。为此, 本研究同样对患者采用了这种治疗方法, 并与常规修复治疗的对照组进行了临床对比, 现报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 资料

参与研究的 100 例患者全部符合错颌畸形伴牙列缺损的诊断标准, 选取时间为 2017 年 1 月~2019 年 1 月, 患者自愿签署知情同意书。排除不具备正畸治疗、口腔修复的适应证; 合并精神疾病、牙周病、临床配合程度差、种植区骨质不符合要求的患者。对照组 50 例, 男性 31 例、女性 19 例; 年龄 20~57 岁, 平均年龄 (29.64±4.32) 岁; 安氏分类: 29 例 I 类、15 例 II 类、6 例 III 类; 缺失部位: 22 例侧切牙、15 例中切牙、13 例第二前磨牙。联合组 50 例, 男性 29 例、女性 21 例; 年龄 19~56 岁, 平均年龄 (28.93±3.41) 岁; 安氏分类: 27 例 I 类、17 例 II 类、6 例 III 类; 缺失部位: 20 例侧切牙、16 例中切牙、14 例第二前磨牙。两组患者的临床资料比较, 差异无统计学意义 (P > 0.05)。

### 1.2 方法

对所有患者的口腔情况进行全面、细致的检查, 了解患者的病情特点。对照组采用活动修复、固定桥修复等常规修复治疗。联合治疗措施如下: ① X 线全景片拍摄患者的残留

牙、牙周、缺牙区、邻牙牙体的倾斜程度, 根据患者具体的口腔环境制订个性化的治疗方案。②确定口腔修复方法, 应用直丝弓矫治治疗错颌畸形。然后通过种植义齿、活动修复、固定桥修复等口腔修复措施处理牙列缺损。

两组患者随访半年以上, 在此期间, 患者需要从流质饮食开始, 逐渐过渡到半流质、松软、易咀嚼的普通饮食。当适应了义齿之后, 再食用固态食物。做好口腔卫生, 遵医嘱按时复查。

### 1.3 观察评定标准<sup>[3]</sup>

①疗效判定标准: 显效: 留牙的牙周、根尖周围组织、语言和咀嚼功能完全恢复正常; 能够摘掉牙齿保持器。有效: 留牙的牙周和根尖周围组织改善明显, 语言功能恢复正常, 可以不佩戴牙齿保持器。无效: 患者的口腔状况没有明显改善, 语言功能、咀嚼功能未恢复正常, 还需要佩戴牙齿保持器。总有效率 = 显效率 + 有效率。②临床指标: 菌斑附着指数评分、软垢指数评分、语言功能和咀嚼功能评分。

### 1.4 统计学方法

本研究应用 SPSS19.0 统计学软件进行处理, 计量资料以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较进行  $\chi^2$  检验, P < 0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较, 如表 1 所示

表 1: 两组患者的临床疗效比较 (n, %)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
联合组	50	35 (70.00)	15 (30.00)	0 (0.00)	100.00%
对照组	50	16 (32.00)	20 (40.00)	14 (28.00)	72.00%
$\chi^2$					12.921
P					0.000

2.2 两组患者的临床指标比较, 如表 2 所示

表 2: 两组患者的临床指标比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	菌斑附着指数	软垢指数	语言功能	咀嚼功能
联合组	50	1.70±0.79	1.08±0.24	43.58±4.36	42.51±6.84
对照组	50	6.67±3.42	5.68±1.03	33.25±4.72	33.19±5.38
t		10.7316	11.8492	10.6817	13.5468
P		0.000	0.000	0.000	0.000

## 3 讨论

牙列缺损是因牙缺失后恒牙牙列不完整引起的, 会对患

者的口腔功能、牙齿功能、面部形态的美观造成影响, 尤其 (下转第 23 页)

注：# 表示与组麻醉前比  $P < 0.05$ ；\* 表示与观察组相比，观察组患者的术后麻醉恢复时间显著低于对照组患者，( $P < 0.05$ )，见表 2。

2.2 对比两组患者术后麻醉恢复情况

表 2: 对比两组患者术后麻醉恢复情况 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	自主呼吸时间 (min)	拔管时间 (min)	麻醉恢复时间 (min)	清醒时间 (min)
观察组	63	4.26 ± 2.18	6.27 ± 1.24	21.53 ± 1.77	6.76 ± 1.08
对照组	63	7.39 ± 3.24	9.96 ± 2.13	36.85 ± 4.15	14.19 ± 2.10
t		6.362	11.883	26.952	24.974
P		0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 对比两组患者术后的并发症发生率

观察组患者术后并发症发生率显著低于对照组患者，( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3: 对比两组患者术后的并发症发生率 [n, (%)]

组别	n	呼吸窘迫	心率过慢	痉挛	总发生率
观察组	63	1 (1.59%)	2 (3.17%)	0 (0)	3 (4.76%)
对照组	63	4 (6.35%)	3 (4.76%)	3 (4.76%)	10 (15.87%)
$\chi^2$		2.972	0.332	4.876	6.671
P		0.085	0.565	0.027	0.010

3 讨论

在临床治疗中，阑尾炎属于较为常见的外科急症，能够发病于各个年龄阶段。在临床治疗中，阑尾炎通常采用手术切除的方式进行治疗。当前治疗方式中，微创手术治疗已经逐渐成为阑尾炎治疗的主流，并且具有切口小、恢复快、无瘢痕等特点<sup>[2~3]</sup>。

本次研究中观察组患者采用氯胺酮与丙泊酚复合硬膜外麻醉在临床手术麻醉中，观察组患者在术中、术后的 SBP 低于麻醉前，其余指标差异较小，( $P > 0.05$ )；对照组患者在术中的 DBP 与 SBP 差异较大，( $P < 0.05$ )，其余指标差异较小，( $P < 0.05$ )，并且观察组患者的 SBP 在不同时段指标显著低于对照组患者，( $P < 0.05$ )，并且观察组患

者在术后麻醉恢复时间显著低于对照组患者，观察组患者术后的并发症发生率显著低于对照组患者，因此，我们认为，采用氯胺酮与丙泊酚复合硬膜外麻醉效果更佳<sup>[4~5]</sup>。

综上所述，氯胺酮与丙泊酚复合硬膜外麻醉能够显著降低患者的术后麻醉恢复时间，减少患者术后的并发症发生率，值得广泛推广使用。

[参考文献]

[1] 朱志华, 刘杏, 李景明, 等. 右美托咪定、丙泊酚和咪唑达仑辅助硬膜外麻醉的镇静效果比较 [J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(3):170.

[2] 邵海涛. 右美托咪定和丙泊酚用于硬膜外麻醉下妇科手术患者镇静的比较 [J]. 航空航天医学杂志, 2017, 28(4):472-473.

[3] 胥荣民. 小剂量氯胺酮复合丙泊酚硬膜外麻醉在腹腔镜阑尾炎切除术中的应用 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(2):124-125.

[4] 夏鲲. 丙泊酚复合瑞芬太尼靶控输注麻醉对急性阑尾炎患者行腹腔镜阑尾切除术术后自主呼吸及拔管时间的影响 [J]. 药品评价, 2017, 14(15):55-57.

[5] 李卫东. 硬膜外麻醉对腹腔镜手术患者血液动力学及应激反应的影响 [J]. 基层医学论坛, 2019, 23(7):952-954.

(上接第 20 页)

是年轻患者，很容易因牙列缺损而产生焦虑、自卑等负性情绪。错颌畸形是牙列缺损患者最常见、最严重的一种并发症。口腔修复之前采用正畸治疗，最大的优势是为修复效果奠定了良好基础，但由于患者的病情存在个体差异性，所以这种治疗方法不太具有普适性。年龄越大，机体自身所具备的改建能力就越差<sup>[4]</sup>，牙齿的移动就越困难，所以成年患者主要采用辅助性的正畸治疗。磨牙缺失可能会导致第二磨牙近中倾斜、前磨牙远中倾斜，可采用常用的片段弓与垂直弹簧的方法来竖直基牙。第一磨牙缺失，会给颌牙造成咬合创伤，可通过直丝弓矫正，将伸长的牙齿压低。本研究中，联合组的临床疗效和各项临床指标均优于常规修复治疗的对照组 ( $P < 0.05$ )。由此表明：错颌畸形伴牙列缺损患者联合正畸治

疗与口腔修复治疗效果理想，值得推广。

[参考文献]

[1] 杨瑛, 张方明, 李景辉, 等. 口腔正畸牵引联合多学科综合治疗后牙残根的临床研究 [J]. 临床和实验医学杂志, 2019, 18(13):1451-1454.

[2] 陈丹丹. 口腔正畸结合修复治疗错颌形伴牙列缺损的临床疗效 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(27):135.

[3] 丰玉太. 正畸治疗在口腔修复中的临床效果及安全性分析 [J]. 中国基层医药, 2019, 26(8):935-938.

[4] 董玉峰, 夏海平, 杜文婷. 口腔正畸结合修复治疗安氏 II 类错 (牙合) 畸形的疗效分析 [J]. 中国基层医药, 2019, 26(5):612-614.

(上接第 21 页)

于骨折愈合，并发症少，安全性高。

[参考文献]

[1] 赵志辉, 陈居文, 王永清等. 弹性带锁髓内钉与锁定钢板治疗锁骨中段骨折的疗效比较 [J]. 中华骨科杂志, 2019, 39(16):1029-1036.

[2] 田晋, 施向春, 邹祖义. 锁骨复位器在移位锁骨中段骨折患者中的应用 [J]. 中国现代医学杂志, 2019, 29(22):103-

107.

[3] 梁杰, 向飞帆, 杨琨等. 弹性髓内钉与钢板内固定治疗移位型锁骨中段骨折的 Meta 分析 [J]. 中国组织工程研究, 2020, 24(6):947-955.

[4] 章宁杰, 吕宇航, 王晋钟等. 锁骨中段骨折的临床治疗并发症 [J]. 中华手外科杂志, 2019, 35(3):237-240.

[5] 甄小伟, 李昊, 吴强. 解剖锁定钢板与普通重建钢板治疗锁骨中段粉碎性骨折 [J]. 临床骨科杂志, 2019, 22(4):507.