

牙周正畸联合治疗对成人牙周病患者切牙区美学重建的作用

董国伟

(郑州大学附属洛阳中心医院 河南洛阳 471000)

摘要:目的:探讨牙周正畸联合治疗对成人牙周病患者切牙区美学重建的作用。方法:选取我院收治的接受牙周基础治疗和正畸治疗患者 11 例,对其治疗前后探诊深度(PD)、探诊出血(BOP)、龈乳头指数(PI),以及龈乳头高度(PH)进行比较。结果:牙周正畸联合治疗后,患者 PD、BOP、PI 以及 PH 均优于治疗前($P<0.05$)。结论:牙周正畸联合治疗对成人牙周病患者切牙区美学重建作用显著,可有效改善牙列美学效果,值得临床推广应用。

关键词:牙周基础治疗;正畸治疗;美学重建

中图分类号:R783

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.064

在口腔美学治疗过程中,“红白美学”被视作一种理想的境界。牙周组织围绕在机体的天然牙齿或是修复体的周围,其同口唇以及颜面组织的协调性决定着口腔的美观性。牙周病的发生,可能使患者前牙区相关牙齿伸长,并且发生一定程度的倾斜,导致牙间隙得以增大,牙龈乳头高度降低,影响患者该部位牙齿的功能以及美观^[1]。有学者研究报道^[2],当龈乳头的退缩距离超过 2 mm 时,就会导致视觉黑三角的形成,从而影响人体牙齿功能以及口腔美学。随着生活水平的不断提高,患者在进行牙周疾病治疗时,对于美学的要求也越来越高。正畸治疗的开展可使患者牙列美学效果得以有效改善,提高患者治疗满意度。本研究选取我院口腔科收治的接受牙周基础治疗和正畸治疗的患者 11 例,探讨牙周正畸联合治疗对成人牙周病患者切牙区美学重建的作用。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月~2015 年 2 月我院收治的接受牙周基础治疗和正畸治疗患者 11 例(88 颗切牙)。其中,男 3 例,女 8 例;年龄 22~46 岁,平均(35.6±4.5)岁。

1.2 纳入及排除标准 纳入标准:患者慢性牙周炎病情已经临床检查确诊;患者切牙区牙齿间歇增大,同时牙齿出现移位;龈乳头降低;对本次研究内容知情同意,签署知情同意书。排除标准:正在服用其他药物者;妊娠期妇女;存在重大脏器疾病。

1.3 治疗方法 全部患者均行牙周正畸联合治疗。具体方法为:(1)护理人员行健康宣教后,对患者口腔进行全口洁治术,如患牙 PD 达到 4 mm 及以上,则开展龈下刮治,同时开展超声根面平整。(2)对存在牙体病者给予对症治疗。(3)牙周基础治疗 3 个月后,评估牙周健康状况,适者开展正畸治疗。(4)对患者牙体施加持续性轻力,力度维持在

0.098~0.147 N,使牙列压低、重排,将牙间隙关闭,治疗周期 9~25 个月。(5)口腔维护频率为 3~6 个月一次。(6)为患者应用 Begg 保持器,时间 0.5~1 年。

1.4 观察指标 比较患者治疗前、牙周基础治疗 3 个月及全部治疗结束后 PD、BOP、PI 以及 PH。PD:每颗牙共 6 个位点(颊舌两侧的近中、中央、远中),88 颗牙共 528 个位点。PI:参照 Jemt^[3]进行判定,0 级为无龈乳头;I 级为龈乳头高度小于二分之一邻间隙;II 级为龈乳头高度大于二分之一邻间隙,但没有全部填满邻间隙;III 级为龈乳头全部填满邻间隙。BOP:根据颊舌进行两侧分别记录,88 颗牙共 176 个位点。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS17.0 统计学软件,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗前后 PD 和 BOP 比较 治疗后,患者 PD 和 BOP 均得以有效改善,与治疗前比较,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 治疗前后 PD 和 BOP 比较

时间	PD($n=528$)			BOP($n=176$)	
	1~3 mm	4 mm	5 mm	0	1
治疗前	138(26.14)	186(35.23)	204(38.64)	39(22.16)	137(77.84)
牙周基础治疗 结束	422(79.92)*	105(19.89)*	1(0.19)*	158(89.77)*	18(10.23)*
全部治疗结束	416(78.79)*	108(20.45)*	4(0.76)*	143(81.25)*	33(18.75)*

注:和治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.2 治疗前后 PI 和 PH 比较 牙周基础治疗 3 个月后,共测量 106 个龈乳头。PI 分级:0 级 27 颗(25.47%),I 级 55 颗(51.89%),II 级 18 颗(16.98%),III 级 6 颗(5.66%),PH 为(1.70±0.60)mm;全部治疗结束后,PI 分级:0 级 4 颗(3.77%),I 级 5 颗(4.72%),II 级 54 颗(50.94%),III 级 43 颗(40.57%),PH 为(2.95±0.63)mm,差异具有统计学

意义, $P < 0.05$ 。

3 讨论

牙周组织直接影响前牙美学, 影响因素包括牙龈组织是否健康、龈缘高点、龈缘曲线以及龈乳头^[4]。当患者牙周炎症较为严重时, 容易失去牙周支持组织, 牙周组织完整性被破坏, 牙龈质地、颜色发生改变, 还可能由于肌力无法平衡, 使牙体位置发生变化, 引发咬合创伤^[5]。目前, 患者是否存在重度牙周炎已不是正畸治疗的禁忌证。正畸治疗的开展, 可使患者牙齿发生的病理性移位得到有效治疗, 对牙齿进行重新排列后, 可有效恢复牙齿所具有的功能, 获得更为满意的美学效果。有学者通过动物实验, 对菌斑感染和非菌斑感染牙列采用正畸力进行矫正的效果进行研究, 结果表明龈下菌斑是导致牙周损害发展以及破坏的前提。这一观点也得到其他许多学者的支持和认可。

本研究没有采用对照研究的方式开展, 究其缘由是因为个体化差异的存在, 即每个患者都拥有与众不同的牙周形态和环境, 患者龈乳头发生退缩可能受到多种因素的共同干扰, 因此对照组的设立难度较大, 很难确保不受患者个体因素的影响。研究

中的 11 例患者资料在严格的评价指标和纳入标准下获得, 首先进行牙周基础治疗, 改善牙周软组织状况, 随后为其开展正畸治疗, 对牙体存在的畸形进行纠正。结果显示, 治疗后患者 PD、BOP、PI 以及 PH 均得以改善。这一结果与高慧等^[6]研究结果相符。综上所述, 牙周正畸联合治疗对成人牙周病患者切牙区美学重建的作用显著, 可有效提高牙列美学效果, 值得推广应用。

参考文献

[1]朱丽红,李飒,何飞,等.牙周-正畸联合治疗对成人牙周病患者切牙区的美学重建研究[J].华西口腔医学杂志,2014,32(5):436-440
 [2]刘文芳,朱丽红,何飞,等.多学科联合治疗对成人牙周病患者切牙区牙龈乳头的重建研究[J].口腔医学研究,2015,31(3):294-298
 [3]Jemt T.Regeneration of gingival papillae after single-implant treatment [J].International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry,1997,17(4):326-333
 [4]蓝旭华,樊彤海,雷桂花,等.牙周病的单纯性牙周治疗和牙周正畸联合治疗的疗效比较[J].中华全科医学,2016,14(5):733-735
 [5]李慧君.牙周正畸联合治疗牙周炎所致前牙扇形移位效果分析[J].中国医学创新,2016,13(28):122-125
 [6]高慧,王旭霞,张君.正畸在牙周病治疗中的应用及其效果的评价[J].牙体牙髓牙周病学杂志,2011,21(12):725-728,686

(收稿日期: 2017-04-27)

(上接第 8 页)降低, 两组均得到改善, 且观察组改善程度优于对照组 ($P < 0.05$)。表明在肺部感染控制窗指导下对 AECOPD 患者行序贯机械通气治疗可对患者酸血症进行纠正, 提高其氧分压, 减轻 CO_2 潴留, 同时可缩短有创机械通气时间以及 ICU 住院时间。综上所述, 在肺部感染控制指导下对 AECOPD 患者行序贯机械通气治疗, 能够缩短患者机械通气时间, 改善其肺功能。

参考文献

[1]丁俊华,沈雁波,王霆,等.慢阻肺急性加重患者行有创-无创序贯机械通气切换时机的研究[J].临床肺科杂志,2015,20(12):2223-2226
 [2]姜娟,姚贵江.有创-无创序贯机械通气治疗 COPD 并急性呼吸衰竭的疗效分析[J].中国现代药物应用,2014,8(19):105-106
 [3]王河焱,唐忠平,林凤,等.序贯机械通气治疗 AECOPD 期合并呼吸衰竭 42 例疗效观察[J].贵州医药,2015,39(9):802-803
 [4]王翠洁,雒否乐.序贯机械通气治疗慢性阻塞性肺疾病并呼吸衰竭临床观察.序贯机械通气治疗慢性阻塞性肺疾病并呼吸衰竭临床观察[J].吉林医学,2014,35(10):2101
 [5]章敬玉,邓桂胜,吴刚,等.PIC 窗指导下序贯机械通气在 AECOPD 患者治疗中的应用[J].山东医药,2016,56(38):50-52
 [6]张永庆,涂云勇.慢性阻塞性肺疾病急性加重患者行序贯机械通气的切换时机分析[J].哈尔滨医药,2016,36(5):511-513
 [7]Fiorino S,Bacchi-Reggiani L,Detotto E,et al.Efficacy of Non-invasive Mechanical Ventilation in the General Ward in Patients with Chronic

Obstructive Pulmonary Disease Admitted for Hypercapnic Acute Respiratory Failure and $Ph < 7.35$: A Feasibility Pilot Study [J]. Internal Medicine Journal,2015,45(5):527-537

[8]胡晓,张凌,周丽红.纤支镜吸痰联合肺泡灌洗治疗 COPD 合并呼吸衰竭患者的疗效观察[J].临床肺科杂志,2014,19(3):532-533
 [9]袁顺蓉,刘南伶,杨三春,等.有创无创序贯机械通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并 II 型呼吸衰竭的临床研究[J].西部医学,2014,26(9):1176-1178
 [10]林祢威,林福筹.有创-无创序贯通气在 AECOPD 合并肺性脑病患者呼吸机撤机中的研究分析[J].中国医学创新.2017,14(3):59-62
 [11]沈艳,沈雁波.肺部感染控制窗和自主呼吸试验在指导慢性阻塞性肺疾病急性发作机械通气患者脱机时机的应用 [J]. 江苏医药, 2015,41(18):2154-2156
 [12]李树铁,汪业铭,李媛莉,等.丹参多酚酸盐对有创机械通气的急性加重期慢性阻塞性肺疾病患者肺部感染的影响 [J]. 广西医学, 2015,37(8):1131-1133
 [13]黄维.有创-无创序贯机械通气治疗 COPD 合并呼吸衰竭患者疗效分析[J].内科,2015,10(3):310-311
 [14]何为群,刘晓青,黎毅敏,等.机械通气患者肺来源性鲍曼不动杆菌导致血流感染的危险因素分析:来自真实世界的 5 年观察性研究 [J].中华危重病急救医学,2016,28(6):487-491
 [15]许敏,杨洁,柯莹,等.序贯性机械通气治疗慢性阻塞性肺疾病合并严重 II 型呼吸衰竭疗效观察[J].世界最新医学信息文摘:连续型电子期刊,2015,8(64):26-27

(收稿日期: 2017-03-26)