

口腔正畸配合种植修复治疗牙列缺损的观察

彭亚玲

如东贝加尔口腔门诊部 正畸科 江苏南通 226400

【摘要】目的：探究口腔正畸配合种植修复治疗牙列缺损的临床疗效。**方法：**择取本院收治的 35 例牙列缺损患者（2023.06-2026.05）进行研究，依据随机数字表法分组（对照组：种植修复治疗，18 例；观察组：口腔正畸配合种植修复治疗，17 例），对比两组修复体缺损率及松动率、牙周健康状态。**结果：**治疗后 1 个月，观察组修复体缺损率、松动率低于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ）；观察组治疗后牙龈指标水平低于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ）。**结论：**对牙列缺损患者采用口腔正畸配合种植修复治疗，可显著改善牙周健康状态，临床应用价值较高。

【关键词】：牙列缺损；口腔正畸；种植修复

近年来，牙列缺损患者逐年增多，与口腔疾病、外部因素、先天发育等有关，长期缺损易降低咬合功能，继发一系列牙颌畸形问题，影响患者日常饮食与发音，导致生活质量降低。种植修复是临床治疗本病的常用方法，可有效恢复缺牙区牙齿形态与咀嚼功能，但单纯种植修复极易出现相关问题，如种植体位置偏移、咬合受力不均、修复体适配性差等问题，增加并发症风险。口腔正畸治疗可通过生理性力学矫正实现正畸优化条件、种植重建功能，临床应用逐年广泛。本文以本院收治的 35 例牙列缺损患者为例，探究口腔正畸配合种植修复治疗的临床疗效。

1. 一般材料与方法

1.1. 纳入患者资料

择取本院收治的 35 例牙列缺损患者（2023.06-2026.05）进行研究，依据随机数字表法分组，对照组 18 例，男女例数分别为 10、8 例；平均年龄（30~60）（ 45.33 ± 4.28 ）岁；平均牙列缺失时间（1~5）（ 3.23 ± 0.41 ）年。观察组 17 例，男女例数分别为 11、6 例；平均年龄（32~58）（ 45.27 ± 4.19 ）岁；平均牙列缺失时间（1~5）（ 3.23 ± 0.41 ）年。各组患者基础资料无统计学差异（ $P>0.05$ ）。本研究经我院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入排除标准

纳入标准：①均经病史、X 线等检查确诊；②均行口腔正畸结合种植修复治疗；③均签署知情同意书。排除标准：①凝血功能障碍；②恶性肿瘤疾病；③合并其他口腔疾病；④对本文所用辅助材料过敏；⑤存在未控制的系统性疾病；⑥既往接受过正畸治疗且治疗未完成。

1.3. 方法

对照组采用种植修复治疗：术前进行口腔、头颅检测，评估缺牙区牙槽骨高度、宽度、骨密度。常规口腔消毒、局部浸润麻醉，根据缺牙区骨量情况进行手术。若骨量充足，行牙龈翻瓣、牙槽骨预备、种植体植入术；骨量轻度不足，同期行骨粉植入+屏障膜覆盖骨增量手术。术后严密缝合牙龈，常规抗感染、消肿对症治疗。术后 3~6 个月等待种植体完成骨结合，行二期牙龈成形术，放置愈合基台，2 周后取口内印模，制作全瓷修复冠，试戴后精细调整咬合及邻接关系，完成永久修复。观察组采用口腔正畸联合种植修复治疗：首先进行口腔正畸治疗，根据患者牙列缺损情况制定治疗方案，精准调整缺牙区近远中间隙与垂直咬合高度，均匀分配全牙列间隙，纠正异常咬合关系。每 4~6 周复诊调整矫治器，待牙列排列整齐、缺牙区种植空间充足、咬合关系稳定后，结束正畸治疗，佩戴保持器稳定牙列 1~3 个月。正畸治疗稳定后，复查 CBCT 评估口腔解剖条件，确认符合种植标准后进行种植修复治疗（流程与时间同对照组）。

1.4. 观察指标

- (1) 修复情况：对比两组治疗后 1 个月修复体缺损率、修复体松动率。
- (2) 牙周健康状态：对比两组治疗前后牙龈指标水平，牙龈指数（GI）测量：钝头牙周探针结合探诊和视诊检查，依据受试牙近、远中唇和唇面正中牙龈病变等级程度逐级划分。出血指数（BI）测量：对龈缘下 1 mm 部位使用钝头牙周探针进行轻探 30 s 取出，对牙龈出血情况、出血量详细观察。

1.5.统计学方法

使用 SPSS25.0 软件统计分析，计量资料（ $\bar{x}\pm s$ ）用 t 检验，计数资料（ $n, \%$ ）用 χ^2 检验，当（ $p<0.05$ ）时，代表数据对比差异明显。

2. 结果

2.1. 对比两组治疗后 1 个月修复情况

治疗后 1 个月，观察组修复体缺损率、松动率低于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 两组修复后 3 个月修复情况对比[n, %]

组别	n	修复体缺损率	修复体松动率
对照组	18	8(44.44)	10(55.56)
观察组	17	1(5.88)	2(11.76)
Fisher/P		0.017	0.011

2.2. 对比两组牙周健康状态

观察组治疗后牙龈指标水平低于对照组，对比有差异（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 两组牙周健康状态比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	GI（分）		BI（分）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=18)	0.69±0.23	0.42±0.18 ^a	3.64±0.79	2.64±0.68 ^a
观察组(n=17)	0.70±0.30	0.23±0.09 ^a	3.59±0.86	1.13±0.43 ^a
<i>t</i>	0.111	3.913	0.179	7.798
<i>P</i>	0.912	<0.001	0.859	<0.001

注：组内与治疗前对比，^a $P<0.05$ 。

3. 讨论

牙列缺损主要是对缺牙进行修复，消除牙列畸形与咬合失衡风险。种植修复治疗虽具有一定的治疗效果，但是仅能对缺牙区局部形态与功能的修复，很难对全牙列的治疗，单一使用本方法的疗效有限。因此，本文探究了口腔正畸配合种植修复治疗的临床疗效。

本研究发现，与对照组相比，治疗后 1 个月观察组修复体缺损率、松动率更低（ $P<0.05$ ），主要是因口腔正畸治疗可对种植体修复治疗中植入位置与轴向受力起到优化作用，提升修复体系稳定性。在口腔正畸治疗的同时能够实现种植体轴向居中、受力沿体长轴传导，生物力学分布合理，修复体各结构受力均匀，疲劳损耗显著降低，以此降低修复体缺损率、松动率。本文研究显示，与对照组相比，观察组治疗后牙龈指标水平更低（ $P<0.05$ ），主要是因口腔正畸治疗方案可优化全牙列咬合关系，解除咬合创伤，降低牙周组织继发性损伤，同时正畸预处理后牙列排列整齐、牙面规整、龈沟形态正常，大幅提升了口腔生理性自洁作用，便于患者日常口腔清洁维护，减少菌斑、牙结石的附着与堆积。种植体植入位置精准、轴向合理，修复体边缘密合、形态自然，与周围牙龈软组织贴合协调，无机械性压迫与异常刺激，可有效维持种植体周围软组织稳定性，避免医源性牙周损伤，最终表现为更低的牙周探诊深度与牙龈出血指数。

综上所述,对牙列缺损患者采用口腔正畸配合种植修复治疗,可显著改善牙周健康状态,临床应用价值较高。

参考文献:

- [1]朴美玲,贾成亮.口腔正畸联合种植修复在牙列缺损伴牙颌畸形患者中的治疗效果[J].中国现代药物应用,2025(15):53-56.
- [2]彭德志,刘安娜,孙萍萍.口腔正畸联合种植修复治疗牙列缺损伴牙颌畸形的临床研究[J].临床医学,2024,44(4):52-54.
- [3]王钊,梁慧君.口腔正畸联合种植修复对错颌畸形伴牙列缺损患者口腔功能及美观度的影响[J].临床医学研究与实践,2024,9(23):90-93.
- [4]孔德红.口腔正畸联合种植修复治疗牙列缺损伴错 畸形的临床效果评估[J].中国实用医药,2023,18(4):71-73.
- [5]宫汝娟,何磊.正畸联合骨水平种植体修复在牙列缺损中的应用效果评价[J].上海口腔医学,2024,33(1):76-79.
- [6]刘璇.正畸联合种植修复治疗牙列缺损的临床研究[J].实用中西医结合临床,2024,24(10):79-82.