

口腔正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的临床效果

李 慧

内蒙古乌海市伯瓷口腔医院 内蒙古乌海

【摘要】目的 探究口腔正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的临床效果。**方法** 选取 2023 年 1 月-2024 年 10 月本院收治的先天性缺牙患者 80 例进行研究，实施双盲法分组，纳入各组 40 例。对照组行口腔修复治疗，观察组行口腔正畸联合口腔修复治疗。统计两组治疗有效率；对比治疗前后患者的语言、咀嚼功能评分。**结果** 观察组先天性缺牙患者的治疗效率偏高。治疗前两组先天性缺牙患者的语言与咀嚼功能较差，无统计意义。治疗后观察组先天性缺牙患者的语言与咀嚼功能较好。（ $P<0.05$ ）。**结论** 口腔正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的临床效果显著，相较于单一口腔修复治疗更具优势。

【关键词】 口腔正畸；口腔修复治疗；先天性缺牙

【收稿日期】 2025 年 1 月 9 日

【出刊日期】 2025 年 2 月 10 日

【DOI】 10.12208/j.ijcr.20250092

Clinical effect of orthodontic combined with oral restoration in the treatment of congenital tooth loss

Hui Li

Boci Stomatological Hospital, Wuhai, Inner Mongolia, Wuhai, Inner Mongolia

【Abstract】Objective To explore the clinical effect of orthodontic combined with oral restoration in the treatment of congenital tooth loss. **Methods** A total of 80 patients with congenital tooth loss admitted to our hospital from January 2023 to October 2024 were selected for the study, and a double-blind grouping method was implemented, with 40 cases included in each group. The control group received oral restoration treatment, while the observation group received orthodontic combined with oral restoration treatment. Calculate the effective rates of two treatment groups; Compare the language and chewing function scores of patients before and after treatment. **Results** The treatment efficiency of patients with congenital tooth loss in the observation group was relatively high. The language and chewing function of the two groups of patients with congenital tooth loss before treatment were poor and not statistically significant. After treatment, the observation group of patients with congenital tooth loss showed better language and chewing function. ($P<0.05$). **Conclusion** The clinical effect of orthodontic combined with oral restoration treatment for congenital tooth loss is significant, and it has more advantages compared to single oral restoration treatment.

【Keywords】 Orthodontics; Oral restoration treatment; Congenital edentulism

先天性缺牙严重影响患者口腔功能与美观，给其生活带来诸多不便。口腔正畸联合口腔修复治疗为该病症提供了新的解决思路。此联合疗法可整合正畸对牙列的调整优势与修复对缺失牙的重建作用，其临床效果究竟如何，值得深入探究与剖析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月-2024 年 10 月本院收治的先天性缺牙患者 80 例进行研究，实施双盲法分组，纳入各组 40 例。对照组男性患者 18 例、女性患者 22 例，患者

的年龄为 21~41 岁之间，平均年龄为（ 32.53 ± 6.74 ）岁；观察组男性患者 15 例、女性患者 25 例，患者的年龄为 20~42 岁之间，平均年龄为（ 33.95 ± 6.14 ）岁。患者基线资料无对比意义 $P>0.05$ 。

纳入条件：经口腔检查、X 光片（如全景片、牙片）或口腔 CT 等检查，确诊为先天性缺牙；患者有改善牙齿缺失状况的意愿；患者一般身体状况良好。

排除条件：未成年；患有严重的未控制的牙周炎、口腔黏膜病等口腔疾病；合并全身性疾病禁忌；精神或认知障碍；依从性差。

1.2 方法

对照组行口腔修复治疗:

(1) 固定义齿修复

首先对缺牙两侧的基牙进行牙体预备,磨除部分牙体组织,为修复体留出空间。然后取模,制作与患者口腔情况精确匹配的固定桥。固定桥一般由固位体(如全冠)、桥体(替代缺失牙部分)和连接体组成。最后将固定桥粘固在基牙上,患者不能自行摘戴^[1]。

适用于少数牙缺失,且缺牙两侧的基牙健康、稳固,牙周情况良好的患者。例如,个别前牙或后牙缺失,基牙的牙冠高度、牙根长度等条件适合进行固定修复。

(2) 可摘局部义齿修复

先进行口腔检查和模型制取,确定义齿的设计。然后制作义齿支架,包括卡环、连接体等部分,再排牙,将人工牙排列在合适的位置。最后制作基托,使义齿能够贴合在口腔黏膜上。患者可以自行摘戴义齿进行清洁和维护。

适用于多个牙缺失,尤其是游离端缺失(如后牙区末端牙齿缺失)的患者。对于那些不能耐受固定义齿牙体预备或者经济条件有限的患者,可摘局部义齿也是一种选择^[2]。

(3) 种植义齿修复

首先进行种植体植入手术,在缺牙部位的牙槽骨内制备种植窝,将种植体植入,然后缝合创口。等待种植体与牙槽骨愈合(一般需要3-6个月或更长时间),之后安装愈合基台、取模,制作并安装上部牙冠。

适用于大多数先天性缺牙患者,尤其是对美观和功能要求较高,且牙槽骨条件允许(有足够的骨量和骨密度)的患者。它可以较好地恢复牙齿的外观和功能,且不损伤邻牙。

观察组行口腔正畸联合口腔修复治疗:

(1) 正畸治疗阶段

间隙调整:如果缺牙导致牙列存在间隙不均匀的情况,通过正畸矫治器(如金属矫治器或隐形矫治器)来移动牙齿,使间隙合理分布。例如,将分散的间隙集中在缺牙部位,以便于后续修复体的放置。

牙齿位置矫正:对于倾斜、扭转的邻牙,利用矫治力将其扶正、排齐,改善牙齿的轴向关系。这样可以增加基牙的平行度,有利于固定义齿的修复或者提高可摘义齿的就位和固位^[3-4]。

咬合改善:调整上下颌牙齿的咬合关系,使咬合达到稳定、均匀的状态。这对于种植义齿修复后的咬合功能恢复非常重要,避免因咬合不良导致种植失败或修

复体损坏。

(2) 口腔修复阶段

根据正畸后的口腔情况,选择合适的修复方法(如上述的固定义齿、可摘局部义齿或种植义齿修复)进行缺失牙的修复。由于正畸已经对牙列进行了优化,修复体的制作和安装会更加顺利,并且修复后的效果在功能和美观上也会更好。例如,经过正畸后牙列间隙合适,进行固定义齿修复时,基牙的受力更合理,修复体的使用寿命可能会延长;进行种植义齿修复时,种植体的植入位置和角度更理想,有利于种植的成功率和上部牙冠的美学效果^[5-6]。

1.3 观察指标

(1) 统计两组治疗有效率:

显效指标:患者咀嚼功能基本恢复正常,能够正常咬碎和咀嚼各种食物,进食时没有明显不适感。例如,在吃坚果、肉类等较硬食物时也不会出现咀嚼无力或疼痛的情况。

缺牙部位得到良好修复,牙齿排列整齐,外观自然,与周围牙齿色泽协调,面部的丰满度恢复正常,微笑或说话时旁人很难发现曾经有缺牙情况。

修复后的牙齿周围牙龈健康,没有红肿、出血等炎症表现,口腔卫生容易维护,牙菌斑和牙结石的附着程度较低,也没有出现龋齿等新的口腔问题。

有效指标:牙齿功能部分恢复。口腔健康基本稳定。

无效指标:功能无改善。美观无变化。口腔健康问题依旧或加重。

(2) 对比治疗前后患者的语言、咀嚼功能评分:

咀嚼功能评分:计算以下两项均分。

咀嚼效率:采用吸光度法(测咀嚼后漱口水在特定波长下吸光度,越高越好)或筛分法(测咀嚼后食物残渣重量,越小越好)衡量。0-20分:咀嚼效率极低,只能进流食或软食,如吸光度低于0.1或残渣重量大于70%。21-40分:较差,能吃软食但硬食困难,吸光度0.1-0.3或残渣重40%-70%。41-60分:一般,可咀嚼软食与部分中等硬度食物,吸光度0.3-0.5或残渣重20%-40%。

61-80分:良好,多数食物可咀嚼,硬食稍吃力,吸光度0.5-0.7或残渣重10%-20%。81-100分:高,各种食物轻松咀嚼,吸光度大于0.7或残渣重小于10%。

咀嚼舒适度:0-20分:咀嚼剧痛难忍,无法正常咀嚼。21-40分:明显不适,有轻到中度疼痛或异物、压力感。41-60分:轻微不适,偶有短暂疼痛或

异物感。61-80分：基本无不适，硬食或久嚼后稍不适。81-100分：无任何不适。

语言功能评分：计算以下两项均分。

发音清晰度：

让患者读含多种发音文本或对话，专业人员评估。

0-20分：大部分音不清，严重影响交流。21-40分：较多发音错误，唇齿音等不准，交流有难。41-60分：有错误但基本交流无碍。61-80分：少数发音不准，正常交流可。81-100分：无明显错误，表达清晰。

语言流畅性：观察患者说话停顿、重复等情况。0-20分：频繁中断、重复，卡顿严重。21-40分：较频繁停顿、重复，连贯性差。41-60分：语言流畅性一般，偶尔会有停顿或重复，不太影响正常交流节奏。

61-80分：语言流畅性良好，仅有少量不明显的停顿或重复。81-100分：语言流畅性极佳，说话如常人般自然流畅^[7-8]。

1.4 统计学处理

利用 excel 表格 SPSS20.0 系统展开本次的数据统计和分析，计数资料进行 χ^2 检验，以 t 检验计数资料，以 $\bar{x} \pm s$ 表示，两组对比分析具有显著性差异 ($P < 0.05$)。

2 结果

观察组先天性缺牙患者的治疗效率偏高。 $P < 0.05$ 。见表 1。

治疗前两组先天性缺牙患者的语言与咀嚼功能较差，无统计意义。治疗后观察组先天性缺牙患者的语言与咀嚼功能较好。 $P < 0.05$ 。见表 2。

表 1 两组患者治疗的有效率对比

组别	显效	有效	无效	总有效率
观察组	24	15	1	39/97.50
对照组	14	19	7	33/82.50
χ^2	2.135	2.985	2.152	7.425
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

表 2 两组先天性缺牙患者的语言与咀嚼功能对比

组别	n	语言功能		咀嚼功能	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	40	55.21 ± 6.44	82.56 ± 6.35	44.29 ± 7.23	86.45 ± 7.59
对照组	40	54.37 ± 5.74	70.87 ± 4.95	45.86 ± 4.92	76.49 ± 8.75
t	-	0.845	11.526	0.586	12.374
P	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

口腔正畸能精准调整牙列间隙，将分散间隙集中于缺牙处，为修复体创造理想空间，同时改善牙齿排列与咬合关系，使修复后的牙齿咀嚼效率大幅提升，能更好地咬碎、研磨食物，促进消化吸收。口腔正畸联合口腔修复亦可矫正邻牙的倾斜、扭转，让牙列整齐美观，结合修复体对缺失牙的完美补充，极大地改善了患者的面部外观，增强其自信心与社交意愿。另外，口腔正畸联合口腔修复优化了基牙条件，增加其平行度与稳定性，无论是固定义齿、可摘局部义齿还是种植义齿修复，都能更好地适配，降低修复后因受力不均导致的松动、脱落等风险，延长修复体使用寿命，减少后续维护成本与复诊次数，

综上所述，口腔正畸联合口腔修复为先天性缺牙

患者提供了更优质、持久的口腔功能与美学解决方案。

参考文献

- [1] 刘强,刘倩,黄帅.口腔正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的临床效果[J].系统医学, 2024, 9(18):170-173.
- [2] 郑力.先天性缺牙患者开展口腔修复术治疗的临床效果观察[J].中国实用医药, 2022, 17(22):87-89.
- [3] 贾颖颖,吴慧,王少华.口腔修复治疗先天性缺牙患者的临床效果研究[J].深圳中西医结合杂志, 2024, 34(11):110-113.
- [4] 孙艳艳,王伟,唐娜,等.正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的效果[J].全科口腔医学电子杂志, 2023, 10(17):12-14,30.
- [5] 邵海群,陈俊俊.正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的临

床疗效分析[J].中外医疗, 2023, 42(20):86-89.

中外医药研究, 2024, 3(9):24-26.

[6] 徐昌胤,张欣怡.正畸疗法联合口腔修复治疗先天性缺牙患者的临床研究[J].临床医学工程, 2024, 31(8):911-912

[7] 杨晓彤.正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的效果分析[J].中国社区医师, 2024, 40(15):20-22.

[8] 邵灿.正畸联合口腔修复治疗先天性缺牙的效果观察[J].

版权声明: ©2025 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS