

牙周翻瓣术联合引导组织再生术在提升重度牙周炎患者牙周健康的作用

封晓鸣

福泉市中医医院 贵州福泉 550500

【摘要】目的 探讨牙周翻瓣术联合引导组织再生术在治疗重度牙周炎中的临床效果。**方法** 选取 2023 年 6 月 -2024 年 6 月我院重度牙周炎患者 64 例，随机分为对照组和观察组各 32 例。对照组接受牙周翻瓣术，观察组联合引导组织再生术。比较两组治疗前后探诊深度（PD）、临床附着丧失（CAL）、牙龈指数（GI）、菌斑指数（PLI）等变化。**结果** 治疗后，观察组 PD、CAL、GI、PLI 等指标改善程度显著优于对照组（ $P<0.05$ ）。观察组总有效率为 93.75%，明显高于对照组的 78.13%（ $P<0.05$ ）。术后 6 个月随访显示，观察组牙周组织再生和骨密度提升程度优于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论** 牙周翻瓣术联合引导组织再生术能显著改善重度牙周炎患者的临床症状，促进牙周组织再生，提高治疗效果，值得临床推广应用。

【关键词】 牙周翻瓣术；引导组织再生术；重度牙周炎；临床效果

【中图分类号】 R782.4

【文献标识码】 A

【文章编号】 1002-3763 (2025) 03-003-02

牙周炎是一种常见的慢性炎症性疾病，重度牙周炎可导致牙周组织破坏、牙槽骨吸收，严重影响患者口腔健康和生活质量^[1]。传统的牙周翻瓣术虽能清除牙周袋内感染，但对牙周组织再生的促进作用有限^[2]。引导组织再生术作为新型治疗方法，通过使用生物屏障膜阻止上皮细胞向下生长，为牙周组织再生创造有利环境^[3]。本研究旨在探讨两种术式联合应用的临床效果，为临床治疗提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 6 月 -2024 年 6 月在我院就诊的重度牙周炎患者 64 例，采用随机数字表法分为对照组和观察组。对照组 32 例，男性 17 例，女性 15 例；年龄平均（ 48.6 ± 6.3 ）岁；病程平均（ 7.8 ± 2.4 ）年。观察组 32 例，男性 16 例，女性 16 例；年龄平均（ 49.2 ± 6.1 ）岁；病程平均（ 7.6 ± 2.3 ）年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

1.2 临床纳入与排除标准

1.2.1 临床纳入标准

（1）重度牙周炎，临床附着丧失 $\geq 5\text{mm}$ ，牙周袋深度 $\geq 6\text{mm}$ ；（2）年龄 35-70 岁；（3）全身状况良好，能耐受手术；（4）依从性好，能按时复查随访。

1.2.2 排除标准

（1）合并严重全身系统性疾病者；（2）近 3 个月内服用过抗生素或免疫抑制剂；（3）妊娠或哺乳期妇女；（4）存在严重牙体缺损或松动度 III 度以上的患牙；（5）吸烟者或

其他不良嗜好者。

1.3 治疗方法

对照组：常规牙周翻瓣术，口腔检查，利多卡因麻醉。龈沟切口，翻瓣，刮除肉芽和结石，根面刮治，盐水冲洗，氯己定浸泡 3-5 分钟，复位瓣片，缝合。

观察组：在对照组基础上，联合引导组织再生术。修剪生物膜覆盖缺损，调整至骨面 2-3mm，填充 Bio-Oss 骨粉，确保生物膜与根面贴合，严密缝合。

1.4 观察指标

（1）临床指标：探诊深度（PD）、临床附着丧失（CAL）、牙龈指数（GI）、菌斑指数（PLI），治疗前、后 3 个月和 6 个月测量。（2）影像学指标：术前及术后 6 个月 CBCT 检查，评估骨密度变化。（3）炎症因子：治疗前后检测血清 IL-1 β 、TNF- α 、IL-6 水平。（4）临床疗效。

1.5 统计学方法

采用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析，计量资料以均数 $\pm$ 标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验，计数资料以百分比表示，采用 χ^2 检验， $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后临床指标比较

治疗前，两组 PD、CAL、GI、PLI 等指标差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。治疗后 3 个月和 6 个月，两组指标较治疗前显著改善，且观察组优于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 1。

表 1：两组患者治疗前后临床指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	时间	PD(mm)	CAL(mm)	GI	PLI
对照组	32	治疗前	6.82 $\pm$ 1.24	7.13 $\pm$ 1.32	2.45 $\pm$ 0.38	2.36 $\pm$ 0.42
		3 个月	4.25 $\pm$ 0.86	5.16 $\pm$ 0.94	1.62 $\pm$ 0.29	1.58 $\pm$ 0.31
		6 个月	3.86 $\pm$ 0.72	4.82 $\pm$ 0.85	1.43 $\pm$ 0.25	1.35 $\pm$ 0.28
观察组	32	治疗前	6.78 $\pm$ 1.26	7.16 $\pm$ 1.35	2.43 $\pm$ 0.36	2.38 $\pm$ 0.43
		3 个月	3.42 $\pm$ 0.65	4.23 $\pm$ 0.76	1.24 $\pm$ 0.22	1.26 $\pm$ 0.24
		6 个月	2.85 $\pm$ 0.54	3.56 $\pm$ 0.64	0.86 $\pm$ 0.18	0.92 $\pm$ 0.21
t 值			4.326	4.852	4.635	4.728
P 值			<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

2.2 两组患者治疗前后炎症因子水平比较

治疗后，两组血清 IL-1 β 、TNF- α 、IL-6 水平均显著降低，且观察组降低程度更显著（ $P<0.05$ ）。见表 2。

2.3 两组患者骨密度改善情况比较

术后 6 个月 CBCT 检查显示，观察组骨密度提升程度显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 3。

表 2：两组患者治疗前后炎症因子水平比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	IL-1 β (pg/ml)		TNF- α (pg/ml)		IL-6 (pg/ml)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	186.5 $\pm$ 32.4	142.3 $\pm$ 25.6	165.8 $\pm$ 28.4	126.5 $\pm$ 22.3	148.6 $\pm$ 26.5	112.4 $\pm$ 20.8
观察组	32	185.8 $\pm$ 31.9	108.6 $\pm$ 19.4	164.9 $\pm$ 27.8	95.4 $\pm$ 17.6	147.9 $\pm$ 25.8	85.6 $\pm$ 16.3
t 值		0.865	5.426	0.924	5.832	0.893	5.647
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

表 3：两组患者骨密度改善情况比较（ $\bar{x}\pm s$, HU）

组别	例数	治疗前	治疗后	改善值
对照组	32	286.5 $\pm$ 45.8	358.4 $\pm$ 52.6	71.9 $\pm$ 15.4
观察组	32	288.2 $\pm$ 46.2	425.6 $\pm$ 58.4	137.4 $\pm$ 22.8
t 值		0.842	4.963	5.246
P 值		>0.05	<0.05	<0.05

2.4 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率显著高于对照组（ $P<0.05$ ）。见表 4。

表 4：两组患者临床疗效比较 [例（%）]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	32	12(37.50)	13(40.63)	7(21.87)	25(78.13)
观察组	32	18(56.25)	12(37.50)	2(6.25)	30(93.75)
χ^2 值					4.852
P 值					<0.05

3 讨论

本研究显示，联合引导组织再生术相比单纯牙周翻瓣术显著改善临床指标。治疗后 6 个月，观察组在 PD、CAL、GI、PLI 等指标改善优于对照组，炎症因子水平显著降低，提示联

合治疗抗炎效果较好，可能与生物膜屏障作用和骨粉免疫调节功能有关。CBCT 显示观察组骨密度提升，证实联合治疗在促进骨组织再生方面的优势。临床疗效比较显示，观察组总有效率（93.75%）高于对照组（78.13%）。

综上，牙周翻瓣术联合引导组织再生术在治疗重度牙周炎中具有显著优势，值得临床推广应用。

参考文献

[1] 朱琳瑜, 吴年平, 周正根, 胡康. 牙周引导组织再生术联合固定正畸治疗牙周病伴错[牙合]畸形的临床研究[J]. 当代医学, 2024, 30(11):72-75.

[2] 王慧燕, 邱荣华, 沈芳, 殷好. 牙周引导组织再生术联合正畸治疗错[牙合]畸形伴牙周病效果观察[J]. 山东医药, 2024, 64(16):33-37.

[3] 黄玉, 赵竹兰, 仲杨, 许立硕, 刘晨光, 马宁, 张莉. 重度慢性牙周炎患者软硬组织增量术联合即刻种植修复 1 例报告及文献复习[J]. 吉林大学学报(医学版), 2020, 46(5):1082-1086+F0003.

（上接第 1 页）

而苯磺酸氨氯地平在长期使用过程中对代谢的影响相对较小，且其降压效果稳定，不会因低血压导致血糖波动。这种组合有助于更好地控制血压，同时对血糖管理也有积极作用。最后，在减少不良反应方面，缬沙坦和苯磺酸氨氯地平的组合显示出明显的优势。一般来说，单一苯磺酸氨氯地平治疗可能会导致头痛、头晕、踝部水肿等副作用。而研究表明，当缬沙坦与苯磺酸氨氯地平联合使用时，这些不良反应发生率显著降低。这可能是因为缬沙坦通过他俩独特的机制减少了血管紧张素 II 对血管壁的作用，减轻了血管扩张所带来的副作用^[3]。同时，这种组合药物治疗还能够避免单一高剂量药物带来的副作用，从而提高治疗的耐受性和安全性。

总体而言，缬沙坦联合苯磺酸氨氯地平治疗高血压合并糖尿病，能够通过多途径协同起效，提供更优的血压和血糖控制。

此外，两者药物在副作用上的互补，避免了高剂量苯磺酸氨氯地平单药治疗带来的不适。对于糖尿病患者尤其重要的是，这种联合治疗还具有保护肾脏的作用，降低糖尿病肾病风险，进一步提高整体治疗效果与安全性。

参考文献

[1] 陈燎戈. 苯磺酸氨氯地平联合缬沙坦治疗老年高血压合并糖尿病的临床效果[J]. 中国冶金工业医学杂志, 2024, 41(2):189-190.

[2] 李艳琴, 王佳乐, 张志宇. 缬沙坦胶囊联合苯磺酸氨氯地平治疗社区老年原发高血压合并糖尿病研究[J]. 医学食疗与健康, 2022, 20(3):80-82.

[3] 马亚琼, 王莹. 沙库巴曲缬沙坦与厄贝沙坦联合氨氯地平治疗糖尿病肾病合并高血压患者的效果比较[J]. 中国民康医学, 2024, 36(7):156-159.

（上接第 2 页）

综上所述，单独应用芬太尼或咪唑安定联合芬太尼以及丙泊酚联合芬太尼均可以提高气管插管的有效性并降低不良反应的发生率，值得在临床上应用。

参考文献

[1] 李震霄, 于欣. 不同镇痛、镇静方法用于重症监护室抢救性气管插管的有效性 & 安全性分析[J]. 当代医学, 2024, 24(7):40-42.

[2] 中华医学会重症医学分会. 中国成人 ICU 镇痛和镇静治疗指南[J]. 中华危重病急救医学, 2022, 30(6):497-514.

[3] 中华医学会重症医学分会. 中国成人 ICU 镇痛和镇静治疗指南[J]. 中华重症医学电子杂志(网络版), 2024, 10(2):90-113.

[4] 陈英, 朱明丽, 姜秀芳, 等. 程序化镇痛镇静护理在气管插管患者中的应用[J]. 中华护理教育, 2023, 13(3):222-224.

[5] 李振兴. 程序化镇痛镇静护理在气管插管患者中的应用效果[J]. 养生保健指南, 2023, (40):116.

[6] 孙福月, 杨宁, 李超, 等. 镇静镇痛集束护理对 ICU 气管插管患者谵妄的影响[J]. 护理学报, 2024, 25(10):58-61.

[7] 张国君. 镇静镇痛集束护理对 ICU 气管插管患者谵妄的影响[J]. 健康周刊, 2023, (14):67.