

中的价值以及评价疾病发展转归中的意义,与文献报道的结论一致^[6-7]。综上所述,牙周基础治疗能显著改善重度侵袭性牙周炎患者的牙周状况,同时改善其局部及全身炎症状况,从而促进疾病转归。

参考文献

[1]任秀云,王冲,刘欣,等.口腔干预措施对牙周炎大鼠颈动脉牙龈卟啉单胞菌检出量及 C-反应蛋白表达的影响[J].华西口腔医学杂志,2017,35(2):192-197
[2]李香君,沈丹,戴新军,等.牙周基础治疗对老年 2 型糖尿病牙周炎患者脂联素、炎症因子及糖代谢的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(22):5599-5601
[3]宫惠敏,张弘驰,张瑞敏.牙周基础治疗对口腔扁平苔藓伴慢性牙周

炎患者外周血 MMP-3 及 IFN- γ 水平的影响[J].实用口腔医学杂志,2017,33(4):546-549
[4]Nassar PO,Poleto R,Salvador CS,et al.One-stage full-mouth disinfection and basic periodontal treatment in patients with diabetes mellitus[J].Journal of Public Health,2014,22(1):81-86
[5]柴琳,詹渊博,宋雪静,等.牙周基础治疗对慢性牙周炎患者非刺激性全唾液、龈沟液及血清中基质金属蛋白酶-9 水平的影响[J].国际免疫学杂志,2014,37(6):531-535,539
[6]赵溪达,刘静波,张翀,等.Nd:YAG 激光联合牙周基础治疗对牙周炎疗效的评价[J].上海口腔医学,2016,25(2):248-253
[7]Tuna EB,Arai K,Tekkesin MS,et al.Effect of fibroblast growth factor and enamel matrix derivative treatment on root resorption after delayed replantation[J].Dental Traumatology,2015,31(1):49-56
(收稿日期:2018-05-12)

翻瓣刮治联合引导骨再生术治疗种植体周围感染的短期研究

魏晓静 刘志勇 韩朝艳

(河南省濮阳市第三人民医院口腔科 濮阳 457099)

摘要:目的:探讨种植体周围感染患者采用翻瓣刮治联合引导骨再生术治疗的临床效果。方法:选取 2015 年 1 月~2017 年 10 月我院收治的种植体周围感染患者 77 例,按治疗方案不同分为观察组 39 例和对照组 38 例。对照组采用药物与超声洁治联合治疗,观察组采用翻瓣刮治与引导骨再生术联合治疗。比较两组术前及术后 6 个月的 PLI、SBI、PD 种植体边缘骨高度以及生活质量评分。结果:术前,两组患者 PLI、SBI、PD、种植体边缘骨高度以及 SF-36 评分比较无显著性差异($P>0.05$);术后 6 个月,两组 PLI、SBI、PD 均较术前降低,但组间差异无统计学意义($P>0.05$);术后 6 个月,观察组种植体边缘骨高度及 SF-36 评分均显著高于对照组($P<0.05$)。结论:翻瓣刮治联合引导骨再生术治疗种植体周围感染,可有效改善临床症状,且能促进种植体与骨体的良好结合,提高患者生活质量。

关键词:种植体周围感染;翻瓣刮治;引导骨再生术;超声洁治

中图分类号:R783.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.060

种植义齿是一种新型口腔修复方法,具有固位力良好、体积小、无基托、美观舒适及咀嚼效率高等优点,被称作“人类第 3 副牙齿”,广受牙缺失患者及临床医师青睐^[1]。但近年随着各种种植体的广泛应用,多种不良反应及并发症也相继出现,其中以种植体周围感染为临床最常见,不仅影响修复效果,甚至会威胁种植体周围健康组织,从而导致骨丧失^[2]。目前针对种植体周围感染常用的治疗措施有药物辅助、机械洁治、外科手术等,但具体临床效果尚未达成一致共识。本研究采用翻瓣刮治联合引导骨再生术治疗种植体周围感染有显著效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月~2017 年 10 月我院收治的种植体周围感染患者 77 例,按治疗方案不同分为观察组 39 例和对照组 38 例。观察组男 22 例,女 17 例;年龄 19~58 岁,平均年龄 (37.64 $\pm$ 10.37) 岁;体质量指数 18~26 kg/m²,平均体质量指数 (22.50 $\pm$ 2.08) kg/m²。对照组男 22 例,女 16 例;年龄 20~58 岁,平均年龄 (37.95 $\pm$ 10.41) 岁;体质量指数 18~27 kg/m²,平均体质量指数 (22.49 $\pm$ 2.11) kg/m²。两组患者性别、年龄、体质量指数等一般资料

比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审批通过。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:口腔内完成单颗种植体修复 >6 个月;种植体周围黏膜或牙龈组织出现明显炎症反应;X 线未见种植体根方出现阴影区域;牙槽嵴顶出现中度或轻微水平、垂直吸收,骨组织吸收 <4 mm;签署知情同意书。(2)排除标准:种植体松动;种植体周围出现窦道;伴有全身系统性疾病;未能如期随访者。

1.3 研究方法

1.3.1 仪器和材料 超声洁治器(南京独一电子科技有限公司,DY-698)、X 射线曲面断层机(天津市精工医疗设备技术有限公司,JY-QK-DR)、盐酸米诺环素软膏(国药准字 H10960011)、碳纤维刮治器、平行投照装置、X 射线片、牙线、刻度探针、Bio-Gide 胶原膜等。

1.3.2 治疗方法 对照组采用药物与超声洁治联合治疗。首先以超声洁治器行全口龈上洁治清理种植体牙冠表面,完全清除色素、牙石、斑菌,再以碳纤维刮治器行龈下洁治术,双氧水、生理盐水交替冲洗牙周袋、龈袋,待种植体周围软组织出血减少后,于牙

龈袋底部塞置盐酸米诺环素软膏。患者术后 1 h 内勿吮吸、漱口、进食。种植体冲洗、上药 1 次 / 周,4 次为 1 个疗程。观察组采用翻瓣刮治与引导骨再生术联合治疗。骨膜下翻瓣,刮治清理种植体表面病损区的炎性肉芽组织,磨除异常骨嵴、骨尖,以生理盐水反复冲洗术区,将 Bio-Oss 骨粉填入骨缺损区,按缺损面积大小覆盖合适的 Bio-Gide 胶原膜至骨膜下,尽量恢复正常牙槽骨形态,严密缝合伤口。患者术后 1 h 内勿吮吸、漱口、进食。

1.4 观察指标 (1)比较两组患者术前及术后 6 个月菌斑指数(PLI)、龈沟出血指数(SBI)、牙周袋探诊深度(PD)。(2)比较两组患者术前及术后 6 个月种植体边缘骨高度。记录 X 线片上种植体近、远中两个位置的骨高度变化,以种植体顶端视为参照点,边缘骨高度位于种植体以下为负值,位于种植体以上为正值。(3)采用健康调查简表(SF-36)评估两组患者术前及术后 6 个月的生活质量,共 100 分,得分越高,生活质量越好。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS21.0 统计软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验,计数资料用率表示,行 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 PLI、SBI、PD 比较 术前,两组患者 PLI、SBI、PD 比较无显著性差异($P > 0.05$);术后 6 个月,两组 PLI、SBI、PD 均较术前降低,但组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

表 1 两组术前及术后 6 个月 PLI、SBI、PD 比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	时间	PLI(分)	SBI(级)	PD(mm)
观察组	39	术前	2.75± 0.33	3.56± 0.63	4.57± 0.61
对照组	38		2.77± 0.36	3.54± 0.66	4.59± 0.60
t			0.254	0.136	0.145
P			0.800	0.892	0.885
观察组	39	术后 6 个月	1.12± 0.33	1.19± 0.28	2.20± 0.21
对照组	38		1.10± 0.32	1.20± 0.32	2.18± 0.20
t			0.270	0.146	0.428
P			0.788	0.884	0.670

2.2 两组种植体边缘骨高度、SF-36 评分比较 术前,两组种植体边缘骨高度、SF-36 评分比较无显著差异($P > 0.05$);术后 6 个月,观察组种植体边缘骨高度、SF-36 评分均显著高于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组术前及术后 6 个月种植体边缘骨高度、SF-36 评分比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	种植体边缘骨高度(mm)		SF-36(分)	
		术前	术后 6 个月	术前	术后 6 个月
观察组	39	-3.76± 1.21	-2.14± 0.93	54.97± 3.81	78.94± 3.25
对照组	38	-3.80± 1.19	-3.06± 1.02	55.84± 3.79	71.38± 3.30
t		0.146	4.138	1.004	10.128
P		0.884	0.000	0.318	0.000

3 讨论

种植体周围感染是影响其种植成功与否的重要

因素之一。目前,临床对种植体周围轻度感染的患者多采取药物保守治疗,但对中、重度患者单纯以保守治疗效果不佳,需联合其他治疗措施。超声洁治操作简便,且于抗菌、洁治、减少病损部位肉芽组织再生、促使牙周组织再生等方面治疗效果良好,广泛应用于种植体周围感染的临床治疗中。但研究指出^[3-4],因不同患者对药物吸收能力、接受能力不同,采取药物联合超声洁治治疗种植体周围感染的最终疗效与预期效果间存在一定差距。

翻瓣刮治与引导骨再生术联合治疗的原理是将洁治和引导骨再生术有效融合,先是借助引导骨再生术利用牙周模性材料作为屏障,阻断牙龈上皮在愈合过程中沿跟面生长,同时可于根面与牙龈结缔组织间形成屏障,引导具有形成新附着能力的牙周膜细胞优先占领根面,进而在原已暴露于牙周袋内的根面上形成新的牙骨质^[5-6];在牙周膜纤维埋入中,可促使牙周组织再生,形成新附着性愈合,然后通过另外注入骨粉、洁治、覆盖胶原膜等措施彻底清除种植体周围致病菌,促进骨与种植体的结合,进而有效提高种植体边缘高度,相较于药物与超声洁治联合治疗,能避免部分患者对药物吸收能力低的局限性^[7-8]。

本研究结果显示,术前,两组患者 PLI、SBI、PD、种植体边缘骨高度以及 SF-36 评分比较无显著性差异($P > 0.05$);术后 6 个月,两组 PLI、SBI、PD 均较术前降低,但组间差异无统计学意义($P > 0.05$);术后 6 个月,观察组种植体边缘骨高度及 SF-36 评分均显著高于对照组($P < 0.05$)。说明翻瓣刮治与引导骨再生术联合治疗在改善患者临床症状方面能达到传统治疗方案效果,有效性较高,且能显著促使种植体与骨体的良好结合,提高生活质量。

参考文献

[1]黎晶.种植修复与固定义齿修复对牙列缺损患者义齿固位功能及咀嚼功能的影响[J].临床医学,2017,37(7):105-106
[2]刘中林,彭澜,王晖,等.种植体周围细菌感染患者病原菌分布及耐药性分析[J].中华医院感染学杂志,2017,27(2):399-401
[3]杨艳.对比分析超声洁治联合药物治疗与 Er:YAG 激光治疗早期种植体周围炎的临床疗效[J].中国继续医学教育,2015,7(33):142-143
[4]郭志锋,方丽丽,徐岩,等.超声波洁治术联合口服清开灵胶囊治疗老年菌斑性龈炎的临床价值[J].中国医学装备,2017,14(2):63-67
[5]胡劲松.比较分析超声洁治联合药物治疗与翻瓣刮治联合引导骨再生术治疗种植体周围炎的临床疗效[J].中国继续医学教育,2015,7(19):132-133
[6]邓超文.翻瓣刮治联合引导骨再生与超声洁治联合药物治疗种植体周围感染比较[J].包头医学院学报,2017,33(10):28-29
[7]杨名辉,王岩莉,马玉琢,等.不同治疗方案对牙种植周围感染的疗效对比研究[J].中华医院感染学杂志,2016,26(13):3060-3062
[8]孙淑莉,王芳,史春涛,等.超声洁治联合药物治疗与翻瓣刮治联合引导骨再生术治疗种植体周围炎的临床疗效对比研究[J].滨州医学院学报,2014,37(6):436-438

(收稿日期:2018-06-26)