

替硝唑局部用药治疗牙周炎的临床有效性研究

马秀英

内蒙古赤峰市宁城县中医蒙医院 内蒙古 赤峰市 024200

【摘要】目的：研究并分析牙周炎治疗使用替硝唑局部用药的临床有效性。**方法：**选取我院2020年1月至2022年1月收集的98例牙周炎患者进行观察，结合不同的治疗方式，以随机数字表法将其分组为对照组和研究组，每组49例，其中对照组患者采用替硝唑口服治疗，研究组患者则采用替硝唑局部用药治疗。观察两组患者治疗后牙周指标水平、临床治疗疗效、治疗后炎症因子水平及不良反应发生率。**结果：**治疗后，研究组患者菌斑指数、牙龈指数、牙龈附着水平、牙周袋探诊深度等指标均高于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。研究组患者临床治疗总有效率为91.83%，高于对照组患者的65.30%，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。治疗后，研究组患者血清超敏C反应蛋白(hs-CRP)水平、 γ -干扰素(IFN- γ)水平、血清白细胞介素-6(IL-6)水平均低于对照组，差异具有统计学意义， $P<0.05$ 。研究组患者口腔干燥、发热、胃肠道不适、面色潮红等不良反应发生率低于对照组，差异存在统计学意义， $P<0.05$ 。**结论：**牙周炎患者在治疗期间运用替硝唑局部用药干预，不仅有利于患者牙周指标水平及炎症因子水平得到改善，而且在一定程度上降低了患者不良反应的发生率，提高治疗效果，在临床上具有显著治疗价值，建议推广借鉴使用。

【关键词】替硝唑局部用药；替硝唑口服治疗；牙周炎；炎症因子水平；有效性

【中图分类号】R781.4+2

【文献标识码】A

【文章编号】2096-1685(2022)08-0075-03

牙周炎在我国属于一种常见的口腔疾病，发病率及复发率均较高^[1]；该疾病主要因为牙周组织被牙菌斑中的细菌入侵，从而导致局部组织出现慢性炎症，进而造成牙周膜、牙龈及骨质等组织受到破坏，临床常表现为疼痛肿胀、咀嚼功能下降及牙周溢脓等不良症状，严重影响患者的生活质量；同时，随着病情的不断发展，严重时还会导致患者的消化系统、呼吸系统等遭受破坏^[2]。目前，临床常采用替硝唑进行治疗，主要治疗方式包括局部用药、口服治疗登封昂视，因治疗方式的不同治疗效果也存在一定差异。其中口服治疗往往因治疗的周期较长，从而导致患者在治疗期间极易出现不良反应等；而局部用药具有起效快、不良反应少、用药浓度高等优势，能快速使其康复，从而提高治疗效果^[3-4]。基于此，本次研究分析了替硝唑局部用药治疗牙周炎的临床有效性，并将我院在2020年1月至2022年1月收治入院的98例牙周炎患者进行了观察，主要内容如下所示。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2020年1月至2022年1月收集的98例牙周炎患者进行观察，结合不同的治疗方式，以随机数字表法将其分组为对照组和研究组，每组49例，其中对照组患者采用替硝唑口服治疗，而研究组患者则采用替硝唑局部用药治疗。对照组男性患者25例，女性患者24例，年龄19~45岁，平均年龄(32.04±2.58)岁；病程1~14周，平均病程(7.43±0.64)周。研究组：男性患者28例，女性患者21例，年龄20~46岁，平均年龄(32.98±2.86)岁；病程1~15周，平均病程(7.89±0.38)周。两组患者一般资料差异无统计学意义， $P>0.05$ ，研究可比。

纳入标准：(1)均临床确诊为牙周炎；(2)治疗前出现牙

齿松动、出血等症状；(3)均对本次研究内容掌握并签署知情同意书。

排除标准：(1)无法配合完成本次研究患者；(2)存在精神疾病患者；(3)对替硝唑过敏患者；(4)治疗前一周使用抗生素患者；(5)哺乳期女性或孕周未滿15周的女性。

1.2 方法

在治疗前期，均对所有患者进行牙龈局部清除，主要清洗方法为：先采用氯化钠(0.9%)溶液、过氧化氢(3%)溶液对患者的患处进行交替冲洗；待到患者患处的溢脓液完全清洗干净后，将牙结石进行取出，最后将患者牙龈处的冲洗液进行吸干。

1.2.1 对照组患者采用替硝唑口服治疗 给予患者替硝唑(山东方明药业集团股份有限公司，国药准字H20033666，0.5g×8片)口服治疗，治疗方法：每次1g，每天1次，初次治疗剂量加倍，7天为一个疗程，连续治疗一个疗程后观察结果。

1.2.2 研究组患者采用替硝唑局部用药治疗 首先将明胶海绵放入提前准备好的替硝唑蒸馏水混合液(浓度为10%)中进行浸泡，浸泡完成后将其取出并放置于患者的牙周袋内；同时嘱咐患者喝水不能太过于用力，避免药物溢流，且禁止饮食；最后，告知患者第二天回院进行复诊，并根据患者的病情给予局部用药治疗，每周治疗次数不得超过3次，7天为一个疗程，连续治疗一个疗程后观察结果。

1.3 观察指标

1.3.1 比较两组患者治疗后牙周指标水平 其中包括菌斑指数、牙龈指数、牙龈附着水平及牙周袋探诊深度。

1.3.2 对比两组患者临床治疗疗效 显效：患者临床症状完全消失，且探诊深度减少90%以上；有效：患者临床症状得到

改善,且探诊深度减少50%~90%;无效:患者临床症状无任何变化,甚至出现加重情况,且探诊深度减少50%以下。总有效率=(显效例数+有效例数)÷总例数×100.00%。

1.3.3 观察两组患者治疗后炎症因子水平 采用免疫比浊法检测,检测指标为血清超敏-C反应蛋白(hs-CRP)水平,采用酶联免疫吸附实验法检测,检测指标包含 γ -干扰素(IFN- γ)水平及血清白细胞介素-6(IL-6)水平。

1.3.4 统计两组患者不良反应发生率 主要包含口腔干燥、发热、胃肠道不适以及面色潮红,总有效率=发生例数之和÷总例数×100.00%。

1.4 统计学分析

用SPSS 23.0 统计学软件对本次研究数据进行分析,计数资料、计量资料以 χ^2 和 t 值检验,以百分数(%)、均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后牙周指标水平分析

治疗后,研究组患者菌斑指数、牙龈指数、牙龈附着水平、牙周袋探诊深度等指标均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。如表1。

表1 两组患者治疗后牙周指标水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别(n=49)	菌斑指数(分)	牙龈指数(分)	牙龈附着水平(mm)	牙周袋探诊深度(mm)
对照组	1.24±0.09	2.08±0.46	3.32±0.15	2.88±0.52
研究组	0.59±0.18	1.68±0.57	1.63±0.22	2.23±0.29
t	22.6091	3.8227	44.4284	7.6419
P	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 两组患者临床治疗疗效分析

研究组患者临床治疗总有效率高高于对照组患者,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。如表2。

表2 两组患者临床治疗疗效对比[n(%)]

组别(n=49)	显效	有效	无效	总有效率
研究组	38 (77.55)	7 (14.28)	4 (8.16)	45 (91.83)
对照组	18 (36.73)	14 (28.57)	17 (34.69)	32 (65.30)
χ^2	—	—	—	9.7769
P	—	—	—	0.0017

2.3 两组患者治疗后炎症因子水平分析

治疗后,研究组患者血清超敏-C反应蛋白(hs-CRP)水平、 γ -干扰素(IFN- γ)水平、血清白细胞介素-6(IL-6)水平均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。如表3。

表3 两组患者治疗后炎症因子水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别(n=49)	hs-CRP(mg/L)	IFN- γ (ng/L)	IL-6(ng/L)
对照组	2.67±0.42	3.51±0.33	46.75±3.17
研究组	2.09±0.48	2.03±0.25	32.28±2.43
t	6.3655	25.0238	25.3591
P	0.0000	0.0000	0.0000

2.4 两组患者不良反应发生率分析

研究组患者口腔干燥、发热、胃肠道不适、面色潮红等不良反应发生率低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$ 。如表

4。

表4 两组患者不良反应发生率统计[n(%)]

组别(n=49)	口腔干燥	发热	胃肠道不适	面色潮红	总发生率
对照组	5 (10.20)	7 (14.28)	3 (6.12)	4 (8.16)	19 (38.77)
研究组	2 (4.08)	3 (6.12)	0 (0.00)	1 (2.04)	6 (12.24)
χ^2	—	—	—	—	9.0751
P	—	—	—	—	0.0025

3 讨论

牙周炎在临床上具有较高的发病率,又被称为破坏性牙周病;该疾病主要是因牙菌斑中的细菌侵入到牙周组织后导致局部组织出现慢性炎症,如果不及时采取有效的治疗措施,则会引起牙骨质、牙周膜、牙龈等组织受到损坏,进而造成慢性感染。该病的发病主要与患者口腔卫生不干净、创伤性咬合、食物阻塞等因素有关,临床常表现为牙齿松动、疼痛肿胀和出血等症状,严重时还会严重影响患者的生活质量^[5-6]。以往,牙周炎在治疗过程中往往只是清除表面的斑菌,无法对牙齿内的细菌微生物进行彻底清除,进而导致牙周炎不能治愈,因此,需重视对该病的关注及治疗^[7]。

临床上主要采用替硝唑进行治疗牙周炎,该药物具有较好的抗菌作用,主要治疗方式包括口服治疗、局部用药治疗等方式。其中,口服治疗往往因治疗的周期较长,并且患者口服药的药浓度较低,从而导致患者口腔内微生态得到失衡,进而影响治疗效果。而替硝唑局部用药治疗能有效提高药物浓度,使其药力持续时间得到延长,提高治疗效果;同时,局部用药治疗还能在一定程度上减少用药剂量,有利于减少不良反应的发生率,安全性较高,临床疗效显著^[8-9]。

炎症因子水平中血清白细胞介素-6(IL-6)水平是一种重要的炎症细胞因子,是引起C反应蛋白合成的主要者,不仅能导致炎症细胞聚集,从而有效使炎症介质得到释放;而且该因子还能将患者机体内的中性粒细胞进行激活,进而使炎症介质快速产生,提高炎症反应^[10]。同时, γ -干扰素(IFN- γ)水平还能在一定程度上刺激患者体内单核-巨噬细胞分泌出大量的白细胞介素-18(IL-18)水平,从而导致炎症细胞因子出现,进而使患者免疫介质得到炎症损伤。因此,采用替硝唑局部用药治疗,有利于药物准确到达患者病灶部位,从而有效对病灶进行治疗;同时,将浓度为10%替硝唑蒸馏水混合液浸泡过的明胶海绵放入患者的牙周袋中,还能在一定程度上使药物与病灶密切接触,从而发挥药物的最大药性,进而达到最佳治疗效果,有效清除炎症^[11-12]。

在本次研究结果中,患者治疗后菌斑指数、牙龈指数、牙龈附着水平及牙周袋探诊深度等指标均低于对照组,差异具有统计学意义, $P<0.05$;由此可见,替硝唑局部用药治疗对改善患者的临床指标具有显著效果^[13]。结果显示,研究组患者治疗总有效率高高于对照组患者, $P<0.05$;说明牙周炎患者采用替硝唑局部治疗能有效缓解患者炎症水平及临床不良症状,进而

有助于患者的牙齿咀嚼功能得到恢复^[14]。除此之外,研究组患者治疗后血清超敏-C反应蛋白(hs-CRP)水平、 γ -干扰素(IFN- γ)水平、血清白细胞介素-6(IL-6)水平均低于对照组, $P<0.05$;证实了局部用药治疗能有效控制患者病情^[15]。对照组患者治疗后出现口腔干燥、发热、胃肠道不适以及面色潮红等不良反应的概率高于研究组, $P<0.05$;可见,局部用药治疗不仅使用的药物剂量较少,而且还能有效降低不良反应的发生率,提高用药的安全性,有效促进患者的病情得到改善,进而提高临床治疗效果^[16]。

综上所述,牙周炎患者在治疗期间运用替硝唑局部用药干预,不仅有利于患者牙周指标水平、炎性因子水平得到改善,而且在一定程度上降低了患者发生不良反应的概率,提高治疗效果,安全性较高,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 邱伟.替硝唑局部用药治疗牙周炎的临床疗效研究[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(31):122,125.
- [2] 赵贵仙,廖康.替硝唑局部用药治疗牙周炎的效果及安全性分析[J].保健文汇,2018(5):155.
- [3] 孔悦.替硝唑局部用药治疗牙周炎的疗效及安全性分析[J].全科口腔医学杂志(电子版),2019,6(28):53-54.
- [4] 张蕊,张焯,杨兰芝,等.盐酸米诺环素软膏和替硝唑局部用药治疗牙周炎的效果观察[J].全科口腔医学杂志(电子版),2019,6(28):59,61.
- [5] 马洁玉.替硝唑片联合盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的临床研究[J].健康大视野,2019(5):46.
- [6] 张庆.盐酸米诺环素软膏和替硝唑局部用药治疗牙周炎的临床疗效比较[J].海峡药学,2019,31(4):180-181.
- [7] 蒋天娇,王鑫,马楠.培氟沙星联合盐酸米诺环素治疗牙周炎疗效及对早期牙周指标和龈沟液中骨钙素水平的影响[J].河北医学,2020,26(2):230-234.
- [8] 杨博,张思蒙,曹雯.盐酸米诺环素软膏联合超声洁治对慢性牙周炎患者牙周组织状况、复发率的影响[J].检验医学与临床,2020,17(4):547-549.
- [9] 陈明月,施俊.培氟沙星联合盐酸米诺环素治疗牙周炎的有效性以及对患者龈沟液中炎性因子的影响[J].解放军预防医学杂志,2019,37(7):42-43.
- [10] 章媛琴,张雪梅,简闽瑞.盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗慢性牙周炎对牙周指标及疗效的影响效果观察[J].当代医学,2019,25(33):133-134.
- [11] 刘钦赞,庞真贞,李晔.盐酸米诺环素软膏联合替硝唑治疗对慢性牙周炎患者龈沟液中IL-10、TGF- β 及外周血Th17、Treg水平的影响[J].临床和实验医学杂志,2019,18(9):966-969.
- [12] 邓涛.2%盐酸米诺环素软膏治疗对牙周炎患者菌斑指数、牙周袋深度、临床附着丧失及牙龈指数的影响[J].湖南师范大学学报(医学版),2019,16(6):156-159.
- [13] 陈双桥,张文菊.盐酸米诺环素软膏和替硝唑局部用药治疗牙周炎的有效性及其价值探讨[J].中国现代药物应用,2021,15(11):20-23.
- [14] 刘岩.替硝唑片联合盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎的临床价值[J].内蒙古医学杂志,2019,51(4):477-478.
- [15] COSTA L C M., SOLDATI K R., FONSECA D C., et al.Gingival crevicular fluid levels of human beta - defensin 1 in individuals with and without chronic periodontitis[J].Journal of periodontal research,2018,53(5):736-742.
- [16]JIANG X J, LIANG X, WANG S M, et al.An injectable in situ hexagonal mesophase system for local delivery of minocycline hydrochloride: Preparation and pharmacodynamics in rats[J].Die Pharmazie,2017,72(5):249-256.
- [17] 傅丹泓,高贤伟,彭梅静.丙泊酚联合地佐辛麻醉在无痛胃肠镜手术中的临床应用价值[J].中外医疗,2021,40(32):92-94,116.
- [18] 杨婉,孔令锁,陈兰仁.甲苯磺酸瑞马唑仑在老年患者无痛胃肠镜检查中的应用[J].实用医学杂志,2021,37(20):2665-2669.
- [19] 刘剑,李跃祥.纳美芬在老年患者芬太尼复合丙泊酚无痛胃肠镜检查中麻醉的效果及对认知功能的影响[J].黑龙江医学,2021,45(17):1805-1806,1809.

(上接第71页)

[9] 毛永莉,桂琳,朱克,等.小剂量右美托咪定+地佐辛+丙泊酚用于无痛胃肠镜检查的价值分析[J].中外医疗,2022,41(1):1-4.

[10] 宋兆卿,李冬冬.小剂量艾司氯胺酮在老年患者无痛胃肠镜诊疗中的应用[J].潍坊医学院学报,2021,43(6):475-477.

[11] 陈绪军.依托咪酯与丙泊酚配伍麻醉对无痛胃肠镜检查安全性及患者认知功能的影响[J].中外医学研究,2021,19(35):70-73.

[12] 赵颖颖,李锋.瑞马唑仑与丙泊酚用于无痛胃肠镜检