

临床认为,越早确诊急性白血病越有利于治疗。因此,诊断工作的高效性和准确性就显得尤为重要。其中血液指标检验的应用范围较广,操作便捷,可重复操作性强,数据获得速度快,对患者造成的不良影响也相对较小,因此所有群体均可接受此类检测。ADA 属于人体内自源性的、与免疫活性有关的、参与核酸代谢过程的酶类物质,通常血清中包含的 ADA 主要由肝脏细胞合成,其也是肝细胞液中的主要酶类物质,因此在肝脏损伤诊断中的敏感性较强。同时红细胞、淋巴细胞、粒细胞中也包含 ADA,尤其是在 T 淋巴细胞中活性更加明显,近几年临床也开始将其运用在白血病的早期诊断工作当中<sup>[7-8]</sup>。根据近几年研究显示,越来越多的自体免疫性疾病和血液中 ADA 指标的关联被医学界发现,且该酶类物质在 T 淋巴细胞中的活性高于 B 淋巴细胞,且自身属于非特异性因子,也是 T 淋巴细胞增殖、分化过程中的重要细胞因子之一<sup>[9-10]</sup>。本研究结果指出,急性髓系白血病患者 ADA、ALT、AST、GGT、LDH、Hcy 指标均明显高于急性淋巴细胞白血病患者,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),同时急性白血病血清 ADA 指标与其他相关指标均呈正比例关系。由此说明上述指标均为反映白血病患者疾病类型的重要指标,在临床鉴别诊断白血病种类中有重要价值<sup>[11-12]</sup>。分析原因为血清 ADA 是由巨噬细胞合成,是单核细胞分化过程中分泌的重要因子,可通过相应受体和膜蛋白聚糖产生结合后,在淋巴细胞分化或单核细胞转化等过程中便会大量合成<sup>[13-14]</sup>。因此,在急性白血病患者骨髓细胞异常增生的状态下即可大量被合成,该因子在白血病患者血清中的含量远高于健康人群,可用于急性白血病的临床诊断<sup>[15-16]</sup>。

本研究结果显示,观察组急性白血病患者 ADA 指标( $17.24 \pm 2.33$ )U/L 明显高于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。该研究结果与刘沛等<sup>[17]</sup>结论相一致。由此证实通过检测 ADA 指标能够一定程度鉴别诊断白血病类型。

综上所述,通过检验血清 ADA 指标可用于临床辅助诊断急性白血病,能够有效鉴别急性白血病的类型,为临床提供有效支持,值得临床应用。

#### 参考文献

[1] 崔雪,崔建娇,丛玉珠,等.四种检验方法不同组合对急性髓系白血病和骨髓增生异常综合征的诊断价值研究[J].陕西医学杂志,2021,50(6):738-741.

- [2] 李凯.血清腺苷脱氨酶检测对急性淋巴细胞白血病患者诊断价值分析[J].临床医学工程,2021,28(1):41-42.
- [3] 李明明,韩庆伟,路如磊,等.淋巴细胞白血病患者血清hs-CRP、TNF- $\alpha$ 、VEGF及ADA水平及其临床意义[J].中国实用医刊,2021,48(10):29-32.
- [4] 王会平,郜赵伟,刘冲,等.腺苷脱氨酶抑制剂红-9-(2-羟基-3-壬烷基)腺嘌呤对白血病细胞凋亡及细胞周期的影响[J].新乡医学院学报,2020,37(10):901-905.
- [5] 郑芳,肖钢,周国强,等.血清腺苷脱氨酶和乳酸脱氢酶水平对艾滋病合并马尔尼菲篮状菌病预后的判断[J].中国感染控制杂志,2019,18(4):295-299.
- [6] 王春.探讨血浆D-二聚体检验在急性白血病患者病情进展与疗效评估中的临床应用价值[J].健康之友,2020(4):89.
- [7] 王福超.探究流式细胞术(FCM)用于白血病外周血细胞检验对急性白血病(AL)预后的评估价值[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(42):153,155.
- [8] 李响.血浆D-二聚体检验对急性白血病患者病情判断和临床疗效的价值[J].中国医药指南,2019,17(28):107-108.
- [9] 陈国军.骨髓细胞形态学检验联合免疫分型及细胞遗传学在急性早幼粒细胞白血病中的诊断价值[J].辽宁医学杂志,2020,34(4):27-30.
- [10] 潘莹,龚五星,梁翠微,等.急性髓系白血病患者骨髓涂片FMS样酪氨酸激酶3、NPM1和c-kit基因检测及临床研究[J].白血病·淋巴瘤,2016,25(3):163-168,173.
- [11] 裴晓杭,张茵,陈香丽,等.急性白血病患者骨髓单个核细胞中芳香烃受体和色氨酸二加氧酶mRNA的表达[J].新乡医学院学报,2018,35(3):192-195.
- [12] 吴必嘉,龚峻梅,陈娟娟,等.急性淋巴细胞白血病患者血清乳酸脱氢酶和维生素D水平与其预后的关系[J].广东医学,2017,38(7):1009-1013.
- [13] 沈伟涛,洪楷.血清腺苷脱氨酶和乳酸脱氢酶水平测定在儿童急性白血病诊断中的价值[J].汕头大学医学院学报,2017,30(3):169-171.
- [14] 陈冬哲,刘志,孙雯雯,等.应用ROC曲线分析腺苷脱氨酶对急性淋巴细胞白血病的诊断价值[J].检验医学与临床,2017,14(11):1539-1541.
- [15] 韩静颖,张之芬,鞠瑛,等.急性髓系白血病患者血清腺苷脱氨酶测定的意义[J].海南医学,2017,28(15):2481-2483.
- [16] 闫壮敏,鞠瑛,段文冰,等.血清腺苷脱氨酶检测在急性淋巴细胞白血病中的临床意义[J].广西医学,2016(1):26-27,38.
- [17] 刘沛,杨春梅,叶宁,等.血清腺苷脱氨酶在急性白血病临床检验中的辅助诊断价值[J].中国实验血液学杂志,2021,29(4):1119-1122.

## 丙种球蛋白与甲泼尼龙治疗小儿原发性血小板减少症的效果比较分析

耿安阳

(内蒙古自治区人民医院小儿血液科,内蒙古 呼和浩特,010017)

摘要:目的 探讨对小儿原发性血小板减少症患者采用丙种球蛋白+甲泼尼龙药物治疗后的临床效果。方法 选取

2020 年 2 月 ~ 2022 年 1 月内蒙古自治区人民医院收治的 200 例小儿原发性血小板减少症原发病患儿作为研究对象, 采用随机数表法将患儿分为参照组和研究组, 每组 100 例。参照组接受甲泼尼龙治疗, 研究组在参照组甲泼尼龙用药基础上, 接受丙种球蛋白治疗。比较两组患儿用药总有效率、时间指标(血小板上升时间、出血症状消失时间、血小板恢复正常时间)、不良反应(恶心、头痛)总发生率、炎症因子[白细胞介素-6(IL-6)、血清肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )]、血小板计数(PLT)水平。**结果** 治疗后, 研究组总有效率高于参照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。研究组血小板上升时间、出血症状消失时间、血小板恢复正常时间短于参照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后, 研究组不良反应(恶心、头痛)总发生率低于参照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前, 两组患儿 IL-6、TNF- $\alpha$  水平比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 治疗后, 研究组 IL-6、TNF- $\alpha$  水平低于参照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗前, 两组患儿 PLT 水平比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ); 研究组治疗 2 d、3 d、5 d 后 PLT 水平均高于参照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 丙种球蛋白 + 甲泼尼龙药物较单用甲泼尼龙药物治疗效果更佳, 可显著提升患儿的治疗效果, 缩短时间指标, 减少不良反应, 改善炎症因子水平。

**关键词:** 丙种球蛋白; 甲泼尼龙; 小儿原发性血小板减少症; 用药效果; 时间指标; 不良反应; 炎症因子水平

**中图分类号:** R725.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-22-0180-04

血小板减少症作为一种小儿血液疾病, 其表现主要集中于黏膜出血以及自发性皮肤出血<sup>[1]</sup>。主要体现为针尖大小皮下出血点、皮内出血点或呈现出紫癜以及瘀斑, 很少表现出皮肤血肿以及血斑情况。血小板减少症属于重症, 会导致患儿出现系列严重并发症, 如颅内出血、肺出血以及死亡等。对此, 针对血小板减少症采取有效方法实施早期诊断以及治疗, 使患儿并发症发生率及病死率显著降低, 意义显著<sup>[2-5]</sup>。临床治疗血小板减少症患儿, 以丙种球蛋白静脉注射以及糖皮质激素应用较为常见, 确定最佳用药疗法, 以提高总体疗效, 意义显著。本研究选取 2020 年 2 月 ~ 2022 年 1 月内蒙古自治区人民医院收治的 200 例小儿原发性血小板减少症患儿作为研究对象, 旨在探讨对小儿原发性血小板减少症患儿采用丙种球蛋白 + 甲泼尼龙治疗后获得的临床效果, 现进行如下报告。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2020 年 2 月 ~ 2022 年 1 月内蒙古自治区人民医院收治的 200 例小儿原发性血小板减少症原发病患儿作为研究对象, 采用随机数表法将患儿分为参照组和研究组, 每组 100 例。参照组男 70 例, 女 30 例; 年龄 11 个月 ~ 7 岁, 平均年龄( $3.45 \pm 0.55$ )岁; 病程 1 ~ 11 d, 平均病程( $5.33 \pm 0.45$ )d。研究组男 68 例, 女 32 例; 年龄 12 个月 ~ 8 岁, 平均年龄( $3.49 \pm 0.57$ )岁; 病程 1 ~ 12 d, 平均病程( $5.36 \pm 0.47$ )d。两组患儿一般资料比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 有可比性。患儿家属对研究知情同意, 自愿签署知情同意书。本研究经内蒙古自治区人民医院医学伦理委员会审核批准。

### 1.2 纳入与排除标准

纳入标准: ①符合中医儿科临床诊疗指南·小儿免疫性血小板减少症(制订)<sup>[6]</sup>相关标准; ②均属于原发性疾病; ③未接受过免疫类药物以及激素治疗; ④对患儿一般资料展开统计, 均无任何漏缺, 可顺利展开本研究; ⑤静脉注射丙种球蛋白治疗第 1 天两组血小板均未恢复正常。

排除标准: ①伴有急慢性感染、免疫功能障碍以及恶性肿瘤等系列疾病者; ②合并心肝肾等系列严重脏器疾病者; ③合并继发性癫痫以及过敏性疾病者; ④中途退出研究者。

### 1.3 方法

参照组接受甲泼尼龙治疗。患儿在实施治疗前, 抽取静脉血, 针对血小板计数(PLT)以及血常规利用血细胞分析仪展开对应检查。此外合理展开抑酸、止血以及胃黏膜保护治疗。在上述常规治疗基础上, 接受甲泼尼龙治疗,  $5 \sim 10 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ , 用药方式为静脉滴注。甲泼尼龙用药时间 5 d。

研究组在参照组甲泼尼龙用药基础上, 接受丙种球蛋白治疗。患儿在实施治疗前, 抽取静脉血, 针对 PLT 以及血常规利用血细胞分析仪展开对应检查。此外合理展开抑酸、原发病治疗、止血以及胃黏膜保护治疗。在上述常规治疗基础上, 接受甲泼尼龙治疗,  $5 \sim 10 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ , 用药方式为静脉滴注。此外采用丙种球蛋白利用静脉泵实施注射治疗,  $400 \text{ mg}/(\text{kg} \cdot \text{d})$ 。其中甲泼尼龙用药 3 d, 丙种球蛋白用药 5 d。

### 1.4 观察指标

①比较两组患儿用药总有效率, 显效: 治疗后, 患儿血小板水平正常, PLT 水平  $> 100 \times 10^9/\text{L}$ , 未表现出出血症状; 有效: 治疗后, 患儿血小板有所提高, PLT 水平  $< 30 \times 10^9/\text{L}$ , 未表现出出血症状, 但未达到正常标准; 无效: 治疗后, PLT 水平  $< 30 \times 10^9/\text{L}$ , 并且合并出血等症状, 呈现出病情严重的情况, 总有效率 = (显效 + 有效) 例数 / 总例数  $\times 100\%$ 。②两组患儿治疗 5 d 后采血, 比较两组患儿时间指标, 包括血小板上升时间、出血症状消失时间、血小板恢复正常时间。③比较两组不良反应(恶心、头痛)总发生率, 不良反应发生率 = (恶心 + 头痛) 例数 / 总例数  $\times 100\%$ 。④比较两组炎症因子水平, 包括白细胞介素-6(IL-6)、血清肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )。⑤两组患儿治疗前、治疗 2 d 后、治疗 3 d 后、治疗 5 d 后实施采血, 比较两组 PLT 水平。

### 1.5 统计学分析

应用 SPSS 22.0 软件统计数据, 计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示, 行  $t$  检验; 计数资料采用 [ $n(\%)$ ] 表示, 行  $\chi^2$  检验。

$P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患儿用药总有效率比较

治疗后,研究组的总有效率 95.00% 高于参照组的 85.00%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组患儿用药总有效率比较 [n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
研究组	100	70 (70.00)	25 (25.00)	5 (5.00)	95 (95.00)
参照组	100	50 (50.00)	35 (35.00)	15 (15.00)	85 (85.00)
$\chi^2$					5.556
$P$					0.018

### 2.2 两组患儿时间指标比较

研究组血小板上升时间、出血症状消失时间、血小板恢复正常时间短于参照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患儿时间指标比较 ( $\bar{x} \pm s, d$ )

组别	例数	血小板上升时间	出血症状消失时间	血小板恢复正常时间
研究组	100	1.39 ± 0.43	2.05 ± 0.59	4.41 ± 0.76
参照组	100	3.06 ± 0.79	4.79 ± 0.17	7.89 ± 0.31
$t$		18.567	44.625	42.398
$P$		<0.001	<0.001	<0.001

### 2.3 两组患儿不良反应情况比较

治疗后,研究组患儿不良反应总发生率低于参照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患儿不良反应情况比较 [n(%)]

组别	例数	恶心	头痛	总发生率
研究组	100	1 (1.00)	1 (1.00)	2 (2.00)
参照组	100	6 (6.00)	5 (5.00)	11 (11.00)
$\chi^2$				6.664
$P$				0.010

### 2.4 两组患儿炎症因子水平比较

治疗前,两组患儿 IL-6、TNF- $\alpha$  水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后,研究组 IL-6、TNF- $\alpha$  水平低于参照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患儿炎症因子水平比较 ( $\bar{x} \pm s, ng/L$ )

组别	例数	IL-6		TNF- $\alpha$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	100	46.22 ± 2.05	18.09 ± 2.31*	50.37 ± 2.61	24.39 ± 2.25*
参照组	100	46.11 ± 2.39	25.86 ± 2.53*	50.38 ± 2.62	31.79 ± 2.39*
$t$		0.349	22.680	0.027	22.544
$P$		0.727	<0.001	0.979	<0.001

注: 与同组治疗前比较, \* $P < 0.05$ 。

### 2.5 两组患儿 PLT 水平比较

治疗前,两组患儿 PLT 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 研究组治疗 2 d、3 d、5 d 后 PLT 水平均高于参照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。见表 5。

表 5 两组患儿 PLT 水平比较 ( $\bar{x} \pm s, \times 10^9/L$ )

组别	例数	治疗前	治疗 2 d 后	治疗 3 d 后	治疗 5 d 后
研究组	100	39.25 ± 5.59	58.65 ± 5.61*	73.22 ± 6.52**	113.59 ± 5.17***
参照组	100	39.33 ± 6.12	43.49 ± 5.22*	64.29 ± 5.39**	96.39 ± 5.14***
$t$		0.097	19.784	10.556	23.593
$P$		0.923	<0.001	<0.001	<0.001

注: 与同组治疗前比较, \* $P < 0.05$ ; 与同组治疗 2 d 后比较, \*\* $P < 0.05$ ; 与同组治疗 3 d 后比较, \*\*\* $P < 0.05$ 。

## 3 讨论

近年来,原发性血小板减少症患儿发病率显著增加,在病情轻微情形下,患儿症状较轻,又因为其症状表现不典型,较易发生误诊现象<sup>[7-11]</sup>。如治疗不当,则会表现出重度血小板减少的情况,从而导致颅内出血,导致病死率提高。血小板减少症病因复杂,如疫苗接种、感染性因素、免疫性因素等。此外,系统性红斑狼疮以及药物不良反应,也会导致血小板减少症<sup>[12-15]</sup>。在诊断败血症期间,血小板减少通常属于早期诊断指标,主要因为在感染初期,诸多患儿会表现出血小板减少的情况。在内毒素炎性作用下,会导致感染时凝血酶被激活,从而促进血小板的聚集以及活化,导致血栓素 A2 被释放,使血小板破坏以及消耗有所增加,使循环血液中血小板减少<sup>[16-17]</sup>。

本研究发现,治疗后,研究组的总有效率 95.00% 高于参照组的 85.00%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。研究组血小板上升时间、出血症状消失时间、血小板恢复正常时间均短于参照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。研究组不良反应总发生率低于参照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前,两组患儿 IL-6、TNF- $\alpha$  水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后,研究组 IL-6、TNF- $\alpha$  水平低于参照组。治疗前,两组患儿 PLT 水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 研究组治疗 2 d、3 d、5 d 后 PLT 水平高于参照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。同李晓虹<sup>[18]</sup> 研究结论一致。分析原因为,丙种球蛋白 + 甲泼尼龙联合应用,可有效治疗血小板减少症,增加 PLT 水平,显著提高治疗效果。甲泼尼龙作为一种中效糖皮质激素,生物半衰期 12 ~ 36 h,同常规糖皮质激素药物比较,呈现出作用强、起效快、不良反应少、体内残留时间短等优势。患儿使用丙种球蛋白后,血小板升高速度加快,且升高幅度较大,可获得较好疗效。最终二者结合,能够将丙种球蛋白、甲泼尼龙治疗优势充分结合,显著提高患儿治疗效果,有效改善 PLT 降低情况,治疗安全性显著,对病情控制可发挥明显促进作用,极大程度提高疾病治疗效果,促进患儿预后水平的显著提升,进一步表明对小儿原发性血小板减少症患儿采用丙种球蛋白 + 甲泼尼龙药物进行治疗的临床价值。

综上所述,丙种球蛋白 + 甲泼尼龙药物较甲泼尼龙药物的单用治疗效果更佳,可显著提升患儿的用药治疗效果,缩短时间指标,并减少不良反应,改善炎症因子水平。

### 参考文献

- [1] 赵袁娣, 赖伟权. 丙种球蛋白联合激素对小儿血小板减少性紫癜相关参数和出血情况的影响[J]. 黑龙江医药, 2021, 34(5): 1115-1116.
- [2] 刘雪霞, 孙晓华, 张映, 等. 甲基强的松龙与丙种球蛋白结合清热凉血方治疗小儿血小板减少性紫癜效果分析[J]. 医学美学美容, 2021, 30(10): 103.
- [3] 金学军. 小儿急重症特发性血小板减少性紫癜的临床治疗效果观察[J]. 血栓与止血学, 2019, 25(2): 278-280.
- [4] 寿晓霞. 聚焦解决模式在小儿特发性血小板减少性紫癜用丙种球蛋白治疗时对凝血指标和负面情绪改善的效果[J]. 血栓与止血学, 2018, 24(4): 694-695, 698.
- [5] 王明凤, 孙晓华, 张映, 等. 探讨 70 例小儿血小板减少性紫癜患者给予甲基强的松龙、丙种球蛋白、清热凉血方治疗的效果[J]. 医学美学美容, 2021, 30(10): 111-112.
- [6] 戴启刚, 余惠平, 宋建芳. 中医儿科临床诊疗指南·小儿免疫性血小板减少症(制订)[J]. 中医儿科杂志, 2016, 12(4): 1-5.
- [7] 王明凤, 孙晓华, 张映, 等. 探讨 70 例小儿血小板减少性紫癜患者给予甲基强的松龙、丙种球蛋白、清热凉血方治疗的效果[J]. 医学美学美容, 2021, 30(10): 111-112.
- [8] 陈珊珊. 甲基强的松龙联合丙种球蛋白治疗小儿 ITP 的临床效果[J]. 中外医学研究, 2021, 19(8): 143-145.
- [9] 宁萍, 原宁. 艾曲泊帕治疗慢性免疫性血小板减少症疗效及对患儿免疫学指标的影响[J]. 陕西医学杂志, 2021, 50(10): 1279-1281, 1288.
- [10] 孙雪. 小儿特发性血小板减少性紫癜临床治疗[J]. 糖尿病天地, 2021, 18(7): 171.
- [11] 祝贺. 不同剂量丙种球蛋白治疗小儿免疫性血小板减少症疗效观察[J]. 糖尿病天地, 2020, 17(7): 191.
- [12] 曾婷. 针对小儿血小板减少性紫癜患儿借助丙种球蛋白以及地塞米松共同进行治疗的临床价值[J]. 医学美学美容, 2020, 29(23): 25-26.
- [13] 田莹, 程永昌, 范晓娜. 丙种球蛋白辅助治疗原发免疫性血小板减少症患儿的效果分析[J]. 中国中西医结合儿科学, 2020, 12(1): 86-88.
- [14] 何丹. 人血丙种球蛋白冲击治疗小儿血小板减少性紫癜的护理对策探讨[J]. 智慧健康, 2020, 6(2): 75-77.
- [15] 唐俊海, 杨波, 熊高洁. 中小剂量丙种球蛋白治疗方案对重症免疫性血小板减少性紫癜患儿血小板的影响[J]. 中国小儿血液与肿瘤杂志, 2020, 25(2): 94-97.
- [16] 卢仕仰, 李秀云, 廖锦文. 甲基强的松龙联合丙种球蛋白在小儿急性特发性血小板减少性紫癜(AITP)治疗中的应用效果观察[J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(13): 2017-2019.
- [17] 靳磊, 史长松, 刘炜, 等. 不同剂量丙种球蛋白对急性免疫性血小板减少症患儿血清白介素-6 和白介素-10 及自然杀伤细胞表达的影响[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2020, 34(5): 466-469.
- [18] 李晓虹. 甲基强的松龙联合丙种球蛋白治疗小儿急性特发性血小板减少性紫癜效果分析[J]. 当代医学, 2019, 25(3): 98-100.

## 引导骨组织再生技术在口腔颌面部创伤后牙缺失伴骨缺损种植修复中的应用

丁勇

(枣庄市薛城区人民医院口腔科, 山东 枣庄, 277000)

**摘要:**目的 研究分析在口腔颌面部创伤后牙缺失伴骨缺损种植修复中应用引导骨组织再生技术的效果。方法 选取 2020 年 1 月~2021 年 2 月枣庄市薛城区人民医院收治的 92 例口腔颌面部创伤后牙缺失伴骨缺损患者作为研究对象, 按照随机数表法将患者分为对照组和观察组, 每组 46 例。对照组应用上颌前牙二期种植修复术治疗, 观察组应用引导骨组织再生技术治疗。比较两组患者修复效果、成骨效果、美学效果及心理状态。结果 观察组修复成功率高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 两组牙槽骨厚度比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组牙槽骨厚度、成骨厚度均显著大于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 两组患者白色美学标准 (WES)、红色美学标准 (PES) 评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组白色美学标准 (WES)、红色美学标准 (PES) 评分均显著高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前, 两组患者抑郁、焦虑评分比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 观察组抑郁、焦虑评分均显著低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论 在口腔颌面部创伤后牙缺失伴骨缺损患者治疗中, 通过应用引导骨组织再生技术, 能够显著提高患者修复效果、成骨效果及美学效果, 同时还可以有效改善患者心理状态, 值得临床应用。

**关键词:** 口腔颌面部创伤; 牙缺失; 骨缺损; 种植修复; 引导骨组织再生技术

**中图分类号:** R783.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2022)-22-0183-04

目前, 随着交通事业的快速发展, 交通事故日益增多, 易

**作者简介:** 丁勇 (1973.8-), 男, 汉族, 籍贯: 山东省枣庄市, 本科, 主治医师, 研究方向: 口腔科颌面外科、口腔种植科临床治疗。

出现口腔颌面部创伤<sup>[1]</sup>。口腔颌面部创伤经常会引起一系列硬组织损伤, 如牙齿松动或脱落、咬合关系紊乱、颌骨骨折、牙缺失伴骨缺损等, 其中最为常见的疾病类型就是牙缺失伴