

牙周基础治疗结合盐酸米诺环素软膏治疗慢性牙周炎患者的临床疗效及对患者咀嚼能力的影响研究

郭鑫

甘谷县大像山镇卫生院, 甘肃 天水 741200

摘要:目的 研究慢性牙周炎患者在采取牙周基础治疗结合盐酸米诺环素软膏治疗时的影响。方法 纳入我院 2017 年 5 月~2020 年 2 月期间收治的 83 例慢性牙周炎患者, 按照随机方式均分为 I 组 (n=42 例) 和 II 组 (n=41 例), I 组采取牙周组织基础治疗, II 组采取牙周基础治疗合并盐酸米诺环素软膏治疗, 比较治疗效果和咀嚼能力。结果 II 组治疗后牙周各项指标皆优于 I 组, 差异有统计学意义 (P<0.05); 治疗后 II 组咀嚼能力得分高于 I 组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。结论 慢性牙周炎患者在采取牙周基础治疗结合盐酸米诺环素软膏治疗时, 可显著改善牙周功能, 提升咀嚼能力。
关键词: 牙周基础治疗; 盐酸米诺环素软膏; 牙周炎; 咀嚼能力

牙周病是口腔两大类主要疾病之一, 在世界范围内均有较高的患病率。牙周炎是由牙菌斑中的微生物所引起的牙周支持组织的炎症和破坏, 如牙周袋形成、进行性附着丧失和牙槽骨吸收, 最后导致牙松动和被拔除^[1]。目前对于牙周炎的治疗中首先要消除牙周疾病的致病因素, 从而控制炎症、终止疾病的进展。慢性牙周炎的基础治疗 (口腔卫生指导、龈上洁治、龈下刮治和根面平整、菌斑滞留因素的控制、咬合创伤的消除、食物嵌塞的治疗、不良习惯的消除、戒烟等) 是控制慢性牙周炎病情发展的最重要的措施。在牙周基础治疗后控制甚至消除侵入牙周组织的微生物显得尤为重要, 选择盐酸米诺环素软膏局部治疗, 能够在牙周组织保存较长时间, 持续发挥消灭侵入牙周微生物的作用, 促进牙周组织的再生。因此须在牙周基础治疗的同时辅以盐酸米诺环素软膏局部治疗, 方能进一步控制牙周组织慢性感染, 优化治疗效果。因此在临床研究中, 需要从联合治疗方式着手, 寻找疗效更为显著的治疗方案, 这也是本文深入研究牙周基础治疗与盐酸米诺环素软膏局部应用联合的意义, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2019 年 5 月~2020 年 2 月, 纳入我院 83 例牙周炎患者, 按照随机方式均分为 I 组和 II 组。I 组男女之比为 24: 28, 年龄 18~63 岁, 平均 (38.52±2.04) 岁, 病程 5~31 年, 平均 (18.65±4.62) 年; II 组男女之比为 22: 27, 年龄 19~62 岁, 平均 (38.43±2.15) 岁, 病程 5~32 年, 平均 (18.74±4.63) 年。比较以上资料, 无统计学差异 (P>0.05)。

1.2 方法

I 组首先采取牙周基础治疗术: 对患者开展口腔卫生指导, 教会患者正确刷牙、使用牙线、雅间隙刷或冲牙器, 控制菌斑。开展龈上洁治、龈下刮治和根面平整 (SRP) 消除牙结石、菌斑微生物的局部刺激。对存在咬合创伤的患牙予以调整咬合。II 组在牙周基础治疗的基础上采取盐酸米诺环素软膏治疗, 药物由 Sunstar INC 提供, 国药准字号: H20150106, 采取专用注射器, 然后将药物注射于牙周袋底, 在药物略有溢出时停止, 一周一次, 连续使用 4 周。

1.3 统计学分析

以 SPSS 20 处理, 牙周功能、咀嚼能力以 (x±s) 表示, 行 t 检验。P<0.05 时有统计学意义。

2 结果

2.1 牙周功能水平对比

II 组治疗后牙周各项指标皆优于 I 组, 差异有统计学意义 (P<0.05); 见表 1。

2.2 咀嚼能力对比

治疗后 I 组咀嚼能力得分为 (1.25±0.21), II 组为 (2.25±0.57), 差异有统计学意义 (P<0.05)。(t=10.654, P=0.000)

3 讨论

牙周炎作为当前口腔科临床中十分常见的一类疾病, 会引起牙周支持组织的炎症和破坏, 导致牙齿松动甚至脱落, 严重影响患者的功能, 是造成牙列缺损、牙列缺失最主要的因素。目前在牙周炎治疗中, 牙周基础治疗是消除病因、控制牙周组织的感染的最有效手段。但牙周基础治疗对侵入牙周组织中存在的致病菌以及 SPA 中器械难以到达的部位 (如深的牙周袋、根分叉区) 的致病菌缺乏有效方法。盐酸米诺环素是一种能够阻止细菌蛋白合成而发挥抗菌作用的广谱抗生素, 对牙龈菌、中间普氏菌、伴放线放线杆菌等牙周致病菌具有广泛抑制作用。盐酸米诺环素软膏通过纤细的注射器针头将药物注射到牙周袋内, 可在牙周袋内缓慢释放其有效成分, 并在较长时间内保持较高的药物浓度从而能够控制牙周组织感染。盐酸米诺环素能抑制与破坏牙周组织和形成牙周袋有关的胶原酶的活性, 阻止牙周组织的进一步破坏。盐酸米诺环素牙周袋内给药既能避免全身给药的副反应, 减少耐药菌株的产生, 又能在牙周组织中保持高浓度, 可以有效控制患者牙周炎症, 阻止牙周病变进一步发展、减缓牙周附着丧失。在本次研究中, II 组治疗后牙周各项指标皆优于 I 组, 差异有统计学意义 (P<0.05); 治疗后 II 组咀嚼能力得分高于 I 组, 差异有统计学意义 (P<0.05)。具体分析为: 在牙周炎患者中, 应用牙周基础治疗联合盐酸米诺环素软膏治疗时, 可以避免继发性疾病, 二者相互配合, 可以弥补不足^[3]。在治疗时, 首先对患者实施牙周基础治疗, 在牙周基础治疗一月后, 再应用盐酸米诺环素软膏治疗, 其实际效果高于单一采取牙周基础治疗治疗。

综上, 牙周炎患者在采取牙周基础治疗结合盐酸米诺环素软膏治疗时, 可显著改善牙周功能, 提升咀嚼能力, 值得推广。

参考文献

- [1] 曹彩芳. 临床牙周病学[M]. 北京: 北京大学出版社.
- [2] 李伟. 种植修复技术治疗慢性牙周炎患者对龈沟液内人软骨糖蛋白 39 及抵抗素水平影响[J]. 临床军医杂志, 2020, v. 48(02): 79-80.
- [3] 杜锐, 李隽, 吴迎涛. SFRP1 蛋白, MIF 在重度牙周炎老年患者中的表达及与认知功能的相关性分析[J]. 上海口腔医学, 2020, v. 29(01): 103-107.

表 1 牙周功能水平对比 (x±s, 分)

组别	n	GI	PLI	SBI	PD	CAL
II 组	41	0.31±0.08	0.92±0.07	1.74±0.15	2.74±0.15	1.87±0.10
I 组	42	0.59±0.11	1.33±0.18	2.12±0.28	3.21±0.63	2.41±0.21
T	/	13.286	13.737	7.733	4.701	15.014
P	/	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000