

抗生素与牙周病:君往何处?

Antimicrobials and Periodontal Disease : Quo Vadis?

Thomas J. Pallasch

原载 Int J Periodont Rest Dent 1998; 18: 212 - 213. (英文)

段清宇译 曹采方校

目前,大多数口腔保健人员均熟知美国心脏协会(AHA)新制定的关于预防细菌性心内膜炎的指导原则和美国牙医协会及美国矫形外科学会(ADA/AAOS)对接受全关节修复的牙科患者预防性的处理方针。这些文件显然更加限制了抗生素的预防性使用。作者是这些文件的制定者之一。我们关心的主要内容之一是普遍的过度预防性使用抗生素,以及它对全球性细菌耐药性这一严重问题的作用。

然而,此时在牙周病学科中却出现了一种与AHA和ADA/AAOS的方针显然不一致甚或相悖的现象:在牙周病的治疗中似乎在无节制地倡导使用抗生素。尤其是,有些人认为细菌性心内膜炎是一种致命性疾病而牙周病却并不致命时更是如此。AHA已修定了其对心内膜炎的预防重点,试图减少无根据的预防性使用抗生素所造成的细菌对抗生素耐药的严重问题。与此同时,另外一些部门却在推广使用抗生素为数以百万计的患者治疗,如牙周炎和牙龈炎,而这些病通过机械除菌是能得到控制的。

一些关于细菌对抗生素耐药的非专业或专业性报告应促使我们重新认真思考抗生素应用的问题。目前全球已有4篇关于耐万古霉素-青霉素的金黄色葡萄球菌报告,这是一种真正的侵木属菌株。在医院中大约有15%的肠球菌耐万古霉素。在住院病人的皮肤上肠球菌和葡萄球菌共有一些耐药基因。在中非国家有数万人死于耐奎诺酮的志贺氏菌属感染。在美国,25%的

肺炎球菌分离株对青霉素耐药。这是由于改变了青霉素结合蛋白所致,而且这种耐药性已明显地传递给草绿色链球菌,从而导致这些医院分离株的13% - 49%也耐青霉素类药物(不知有多少无节制地使用阿莫西林-棒甲酸导致了这种改变青霉素结合蛋白-耐药的机制)。

在牙周炎的治疗中非常倡导使用甲硝唑和四环素。在毛滴虫属和伴放线共生放线杆菌中已发现有耐甲硝唑者,更重要的是在可引起消化性溃疡及胃癌的幽门螺杆菌中也已发现有对甲硝唑耐药。四环素是一种主要的细菌耐药诱导剂,在胃肠道中它可使多种耐抗生素基因的传递比无四环素时快100 - 1 000倍。由此引出的问题,即其他化学剂(诸如漱口剂和口腔冲洗剂)不仅有耐药菌,而且还可能具有细菌间耐药基因传递诱导剂的重要作用。在过去的数十年中,抗生素中只有四环素的使用有所减少,现在又重新因它可能对一些危险致病菌,如耐万古霉素的肠球菌和耐青霉素的肺炎球菌有效而产生了兴趣。

必须对抗菌剂在牙周病治疗中的广泛使用提出严重质疑。这种滥用不仅可能使抗菌剂丧失其治疗很多严重疾病的有效作用,并且/或者使它们成为促进耐药基因在细菌间传递的诱导剂。当抗生素用于抗菌时,有4种情况可能发生,其中有3种是不希望出现的。抗生素可以辅助宿主防御致病菌从而获得临床治愈;用药也可能引起耐抗生素的染色体突变;选择出已经耐药的细菌;或者导致耐药基因传递给原本敏感的细菌。

显然,在牙周治疗中抗菌药的使用必须非常慎重。我

译者:北京医科大学口腔医学院
北京海淀区白石桥路38号 100081

中国口腔医学继续教育杂志

们无须去证实这些化学剂可能对个别或全球细菌生态学产生不良影响,而是要那些倡导使用抗生素者去设法不导致耐药菌的产生。如同应用所有其他疗法一样,必须考虑其恰当的风险-效益比和成本-效益比。

全身性抗菌疗法应保留给机械性治疗后病情仍不缓解的快速进展性或难治性牙周炎患者。抗生素制剂的选择,应尽可能基于细菌培养和药物敏感试验的结果。因为微生物对抗生素的敏感程度可随局部用药的方式不同而有很大差异。抗菌药的局部应用制剂尚有待进行成本-效益比和风险-效益比的检验。

微生物常常蒙骗人类,我们不要再给它们以证实其卓

越的生存能力的机会。

Thomas J. Pallasch DDS MS
南加州大学药理学和牙周病学教授

Dr. Pallasch 是美国心脏协会(AHA)关于“预防细菌性心内膜炎的建议书”的作者之一,并参与了美国牙医协会及美国矫形外科学会(ADA/AAOS)关于“全关节修复的牙科患者的抗生素预防性治疗的指导意见”的制定。