

家庭牙醫師與牙周病科醫師的合作治療

◎ 陳青青

牙周疾病為一盛行率高，且分布年齡層廣泛之疾病。家庭牙科醫師在門診治療時，難免會遇到需要牙周治療的病人。但常因對於牙周疾病診斷及治療不夠熟悉，而造成對病人的治療需求高估或低估。

病人在轉診過程中，常常會有類似下述抱怨：「診所醫師說我牙周病很嚴重要開刀，為什麼特地跑到大醫院卻說不需要？」或是「我在之前的診所定期洗牙達 5 年之久，為什麼牙醫師都沒有發現我有牙周病！現在牙周病這麼嚴重是不是之前的醫師延誤治療？」這些在牙周病治療過程中常常聽到的病患心聲，可能造成病患對原轉診醫師的信任度受影響，不願意回到原診所進行最終的覆復治療，進而使原本可以合作良好的雙向轉診治療變為單向，門診病人也在無形中流失！

以下以常見需要轉診至牙周病專科醫師治療的項目，分別簡述其診斷指標及治療方式，以利家庭牙科醫師做為轉診的參考。

美國牙周病醫學會建議轉診由牙周病專科醫師治療的項目

(AAP Guidelines for periodontal treatment by periodontist)

1. 嚴重慢性牙周炎 Severe chronic periodontitis
2. 牙根岔侵犯 Furcation involvement
3. 角狀骨缺損 Angular bony defects
4. 快速侵犯性牙周炎 Aggressive periodontitis

5. 植體周圍炎 Peri-implant disease
6. 牙齦黏膜缺陷 Mucogingiva problem

牙周炎嚴重性評估

附連喪失(clinical attachment loss)是診斷牙周問題嚴重性的主要指標，其數值顯示牙周炎造成之牙周支持組織缺損程度，臨床上指牙周囊袋底部至CEJ的距離。牙周炎嚴重程度之診斷依據 Severity: Slight: 1-2 mm, Moderate: 3-5 mm, Severe: ≥ 5 mm。

臨床上做為治療需求的指標通常是以牙周囊袋深度為判別標準，因為深度超過 5 毫米之牙周囊袋容易成為居家口腔衛生維護的死角，使該區域容易有進一步牙周破壞的風險，因此需要牙周病治療。

牙周炎造成牙周組織破壞後常見兩種結果，一是萎縮性破壞，造成牙齦萎縮及牙根暴露，但如果經檢查牙周囊袋深度小於五毫米，無深層牙齦下結石存在，此情況下病人只需進行牙結石清除及維持口腔衛生，適時合併牙根面抗敏感處理；另一種牙周炎結果是發炎性破壞，此時有深於五毫米的牙周囊袋或是深層牙齦下牙結石存在，則需要牙周病專科醫師治療。

非手術性牙周治療包括以下項目：牙齦上及牙齦下牙結石清除及牙根整平（超音波洗牙、牙齦下刮除術）、口腔衛生指導（改良式貝氏刷牙法、使用牙線或牙間刷清潔齒縫面）、牙面磨

光、移除不良覆復體。一般而言非手術性治療多在術後之一至三個月內可觀察到發炎紅腫情況消失、探測出血頻率減低，可以預期 1~3 毫米之牙周囊袋降低或附連獲得。

在牙周治療計畫初期，一般會以牙周囊袋深度配合放射線學檢查做為訂定治療計畫的指標。臨床上可以參考 Critical probing depth (Lindhe et al. 1982) 的觀念，此研究顯示囊袋深度小於 2.9 毫米進行牙齦下刮除術則較傾向於附連喪失而非獲得，囊袋深於 2.9 毫米進行牙齦下刮除術則可預期有附連獲得；囊袋深於 4.2 毫米進行降低囊袋手術較有機會達成附連獲得。治療前 1~3 毫米的囊袋進行非手術治療即可有效清除牙根面上的牙結石 (Caffesse et al. 1986)，4~6 毫米的牙周囊袋經由非手術治療可維持附連高度 (Pihlstrom et al. 1981)。4~6 毫米之牙周囊袋，合併水平性齒槽骨破壞，可預期經由非手術性牙周治療得到控制。

Case Selection for non-surgical treatment

1. Generalized gingiva inflammation
2. Subgingival calculus deposition
3. Probing depth < 5 mm
4. Generalized horizontal bone destruction
5. Grade I furcation invasion

深度超過 6 毫米之牙周囊袋或合併角狀骨缺損、牙根岔侵犯、牙根面凹陷、牙骨質牙釉質突起 (CEP) 等，較難經由非手術治療獲得乾淨無牙結石表面，手術性治療可以獲得較好的視野 (Kaldalh et al., 1996)，利於改變齒槽骨型態或進行牙根面修型，術後可以預期較長期穩定。

檢查發現牙齒有合併二至三項以下情況，可判定為無希望保留需拔除：失去 75% 齒槽骨、兩面以上出現深度超過 8 毫米牙周囊袋、牙根岔侵犯完全穿通、牙齒搖動性三級、根冠比不佳、

反覆牙周囊腫之病史、治療後症狀不消影響咬合功能。

Furcation involvement

牙根岔侵犯在臨床上容易成為牙結石清除及牙根整平術的阻礙，同時因為器械在這個區域不容易處理出光滑的表面，因而使新的牙周附連不容易產生。無牙周附連得根岔凹陷處因而成為牙菌斑堆積，容易造成未來步牙周破壞或牙根面齶齒的區域。第一級根岔侵犯淺，非手術治療通常有良好效果，第三級根岔侵犯以完全穿通，牙周再生手術之預期性低。如果第一級或第三級根岔侵犯經治療後該區域沒有深於 3 毫米之牙周囊袋，應可指導病人使用牙間刷或單束毛牙刷清潔牙根間隙，仍然可以有良好預後。



● 上圖：#36 舌側根岔開口露出於軟組織之上，近遠心側齒槽骨連線低於根岔開口，即使進行牙周再生手術也難以達成根岔缺損的完全閉合。

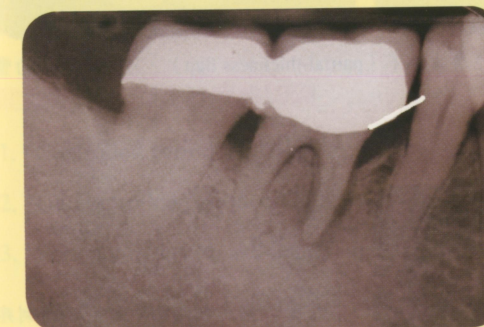
下列幾個因素有利於根岔區域的牙周再生：第二級根岔侵犯、根岔缺損為骨內缺損、缺損區域範圍深而窄、鄰近之齒槽 高於根岔開口處、術前軟組織未萎縮暴露根岔開口、牙根之間開展度足夠器械進行牙根整平、牙根岔區內面無牙根凹陷、預後頰側根岔侵犯優於舌側、近遠心側根岔 (器械難以清潔者預後差)。

Angular bony defects

骨內缺損是牙周治療過程極需控制的因素，骨內缺損存在是造成牙周囊袋無法消除的原因之一。骨內缺損臨床上常見的現象是單一、深度較深的囊袋，配合放射線學檢查，可見一條齒槽骨外型線不平行於相鄰兩側牙的 CEJ 連線，但這樣的現象僅限於鄰接面的骨缺損，仍有許多情況下骨內缺損是放射線學無法檢查出，例如頰舌側的骨缺損與牙齒影像重疊，幾乎難以判讀。骨內缺損深度超過 3 毫米，將難以僅由非手術性治療或翻瓣刮除術治療，建議進行齒槽骨修整或牙周再生手術，以完全消除骨內缺損凹陷部份。



● 上圖：#15、16 近心側可見一角狀齒槽骨缺損，角度與 CEJ 連線夾角約 45 度，配合臨床檢查有 7 毫米之囊袋深度，應為骨內缺損。



● 上圖：#45、46 近心側可見齒槽骨邊緣，角度與 CEJ 連線 (白線) 約呈平行，非骨內缺損。臨床檢查囊袋深度有 5 毫米，應是來自於牙齒排列的角度差異為主。

Aggressive periodontitis

快速侵犯型牙周炎之診斷依據無法僅由臨床表徵診斷出，需考慮到病患的病史及牙周疾病的發展進程。以下為主要診斷依據：

1. Otherwise clinically health patient：病患為健康之個體，無糖尿病、血液疾病、免疫不全疾病等影響牙周疾病的情形。
2. Rapid attachment loss and bone destruction：短期有快速的牙周組織喪失及齒槽骨破壞。
3. Familial aggregation of diseased individuals：家族 (父母手足) 中有牙周病患。
4. Amount of microbial deposits inconsistent with disease severity：臨床上觀察到牙菌斑堆積的程度與疾病的破壞程度不一致。意指病患可能有適當的牙科照顧及口腔清潔，但仍觀察到牙周持續有發炎及破壞的情況。

侵犯型牙周炎依然可以經由傳統治療獲得控制，但在口腔清潔及維持治療的要求較為嚴格，需長期維持高標準的牙菌斑控制。侵犯型牙周炎對傳統治療反應不佳的比率可能比慢性牙周炎患者高，或是容易有疾病復發的情況，這類患者可以考慮合併使用局部投予抗生素藥物或是口服抗生素藥物。

Peri-implant disease

植體覆復完成之前應評估居家維持清潔的可行性，如果有嚴重的牙齦缺陷，或是角質化牙齦缺損，可能造成清潔困難，進而使植體周圍炎容易發生。另外植體周圍齒槽骨厚度太薄或缺少，可能在植體周圍炎發生後有大範圍的破壞。

植體周圍炎的治療與牙周炎類似，可經由器械進行清創及植體表面清潔，建議避免不鏽鋼器械，例行清潔可選擇植體專用的洗牙機頭或牙周刮刀、噴沙機等方式。一但有植體周圍炎產生造

成骨缺損，也可以考慮進行骨再生手術及軟組織移植以重建正常組織，必要時可以考慮卸除贗復體及支台，以利手術的進行。

Mucogingiva problem

黏膜缺損存在可能不影響牙周健康，但造成美觀的問題，常見的包括：

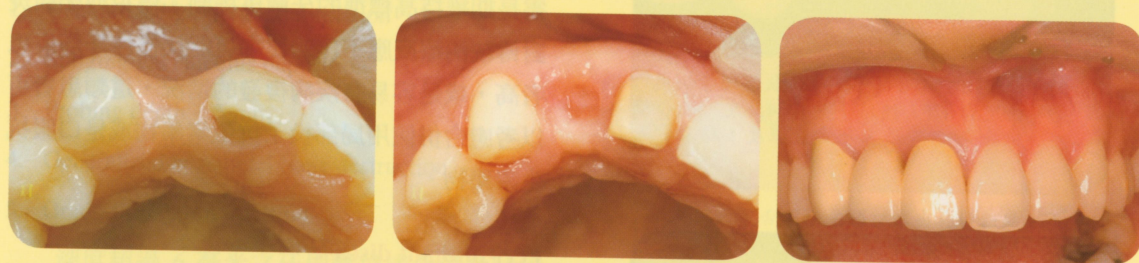
1. 缺牙嵴塌陷，造成牙橋 pontic 的 emergency profile 與軟組織外型不符合，假牙看起來不自然。
2. 牙齦萎縮，造成牙齒看起來過長；牙根外露，牙根面敏感。
3. 缺乏角質化牙齦，導致刷牙時疼痛，或前庭過淺，牙齦邊緣為黏膜 (alveolar mucosa)，清潔不易。

軟組織缺損可藉由軟組織增進術，改善軟組織的質、量。軟組織移植體來源可以為同

區域的轉移皮瓣，或是從腭側、上顎臼齒遠心側取得游離移植體，上顎腭側組織可提供角質化牙齦移植體或是結締組織移植體，donor site 經過癒合二至三個月之後，可完全復原，甚至可再取一次移植組織。

Crown lengthening procedure

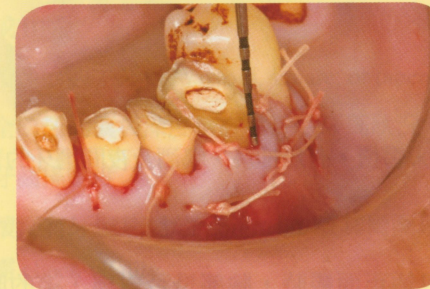
牙冠長度不足可能原因有：interarch distance 不足、軟組織覆蓋過高、齒質喪失過多等。當齒質喪失範圍影響 biological width 或是需要將贗復範圍往根間方向延伸時，可藉助牙冠增長手術增加臨床牙冠長度，但仍需謹慎評估該牙根條件，以免造成術後根冠比例不佳、牙根岔外露、牙齦緣周圍難以清潔的不良結果。另外手術範圍可能會延伸至兩側鄰牙，術前需與患者說明，並評估手術對鄰牙的影響，例如牙根裸露、牙根面敏感、牙縫變大、牙齦萎縮、贗復體邊緣外露等都是常見的併發症。



●上圖：#12 缺牙後齒槽嵴塌陷，利用結締組織移植體放置於缺牙區半層皮瓣下 (partial-thickness flap)，可恢復組織的豐隆度，而且軟組織色澤與旁邊自然牙區域無異。



●左圖：病患抱怨刷牙時牙齦感到疼痛，經檢查 #33~35 頰側牙齦萎縮，牙齦邊緣組織相當薄，進行牙根覆蓋手術後恢復正常外觀。



●上圖：#31~33 因為嚴重磨耗喪失齒質，欲恢復咬合高度卻缺乏齒質以提供牙冠所需之 ferrule effect，經過牙冠增長術後露出 2 毫米之齒質。

牙周治療後建議最終贗復完成時機

1. 1~3 months after non-surgical treatment
2. 3 months after open curettage surgery
3. 6 months after GTR
4. 6~12 months after GBR
5. 3~6 months after soft tissue surgery
6. 3~6 months after osseous surgery

建議牙周維持性治療的間隔

1. Controlled periodontal disease: 3~6 months
2. Un-controlled periodontal disease: 1~3 months
3. Periodontal health and dental implants : 6 months

在診所接到有上述牙周問題的患者時，不需要覺得無法提供病患完整治療，而直接打發病人到醫學中心，抱定此生不再相見的念頭！其實只要稍為花一些時間做好牙周評估，與病患

溝通需要轉診的項目，並與牙周病科醫師建立雙項的溝通管道，牙周治療可以是納入例行門診治療的一個項目，再也不是您的門診服務中缺失的一環。

Reference

1. Linde J, Socransky S, Nyman S, Haffajee A, Westfelt E. "Critical probing depth" in periodontal therapy. J Clin Periodontol 1982; 9: 323-336.
2. Philstrom B, Ortiz-Campos C, McHugh R. A randomized four-year study of periodontal therapy. J Periodontol 1981; 52: 227-242.
3. Kaldahl W, Kalkwarf K, Patil K, Dyer J, Bates R. Evaluation of four modalities of periodontal therapy. Mean probing depth, probing attachment level and recession changes. J periodontal 1988; 59: 783-793.
4. Kerry G, Becker W, Morrison E, Ochsenbein B, Becker B, Caffesse R. Three modalities of periodontal therapy: I. 5 year final results. J Dent Res 1990; 69: 246.
5. Caffesse R, Sweeny P, Smith B. Scaling and root planning with and without periodontal flap surgery. J Clin Periodontol 1986; 13: 205-210.
6. Pontoriero R, Linde J, Nyman S, Karring T, Rosenberg E, Guided tissue regeneration in the treatment of furcation defects in man. J Clin Periodontol 1987; 14: 618-620.

作者簡介

- 高雄醫學大學牙醫學士
- 陽明大學臨床牙醫學研究所碩士
- 陽明大學牙醫臨床教育中心 牙周病科主治醫師
- 中華民國牙周病醫學會專科醫師