

McCracken

可摘局部义齿修复学

McCracken's

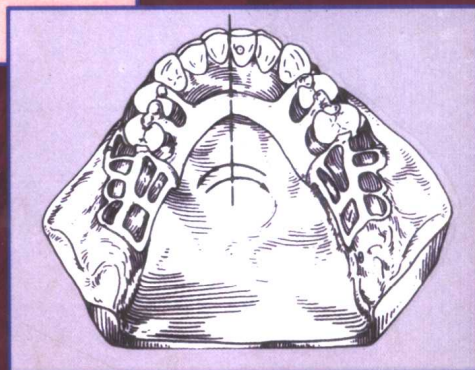
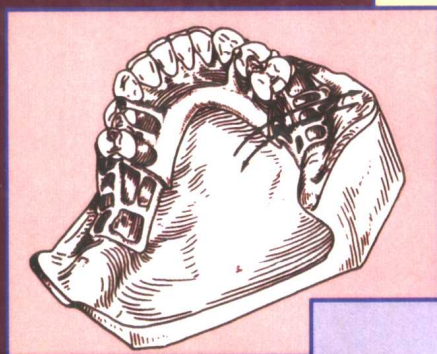
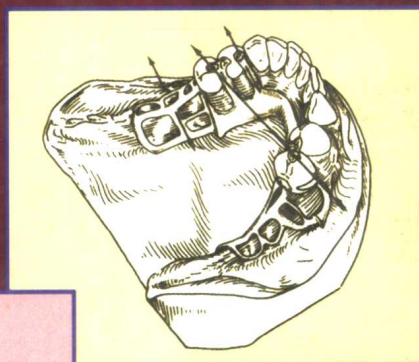
原书第10版

Removable Partial Prosthodontics

〔美〕G.P.麦吉夫尼

〔美〕A.B.卡尔

著



科学出版社

www.sciencep.com

McCracken's Removable Partial Prosthodontics
(Tenth Edition)

McCracken
可摘局部义齿修复学

(原书第 10 版)

[美] G. P. 麦吉夫尼 著
[美] A. B. 卡尔
杨亚东 姜 婷 合译

科 学 出 版 社

北 京

图书在版编目(CIP)数据

McCracken 可摘局部义齿修复学/[美]麦吉夫尼等著;杨亚东等译.-北京:科学出版社,2003.1

ISBN 7-03-010181-2

I.M… I.①麦…②杨… III.义齿学 N.R783.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 010135 号

责任编辑:裴中惠 张德亮/责任校对:刘婉筠

责任印制:刘士平/封面设计:卢秋红

北京市版权局图字:01-2001-0661

原书名:McCracken's Removable Partial Prosthodontics

版次:Tenth Edition

作者:Glen P. McGivney

Alan B. Carr

出版者:Mosby

出版年代:2000

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双青印刷厂 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2003年1月第一版 开本:787×1092 1/16

2003年1月第一次印刷 印张:24 1/4

印数:1—2 000 字数:785 000

定价:120.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈新欣〉)

G. P. 麦吉夫尼

纽约州立大学(布法罗)牙医学院保存修复学系教授

修复牙医学杂志编委

美国口腔修复学理事会颁证专科医师

口腔修复学会特别会员及前主席

美国口腔修复协会会员

骨结合学会特别会员

口腔修复组织联合会前主席

美国牙科协会会员

美国口腔修复学院创办人

A. B. 卡尔

俄亥俄州立大学牙医学院保存修复学、义齿修复学及牙髓病学副教授，

口腔修复学研究生部主任

A. G. James 癌症医院和 Solove 研究所颌面修复科主任

美国口腔修复学理事会颁证专科医师

口腔修复学会特别会员

美国口腔修复学院特别会员

美国牙科研究协会会员

美国颌面修复学会会员

中文版序

许多科学家论述 21 世纪是知识经济时代,是信息时代。知识和信息对社会的发展越来越占主导地位。而知识和信息对一个专业人员来讲,再强调其重要性也不会过分。现代科技的发展使知识和信息传播、扩散及交流的工具越来越多,速率也越来越快,如计算机不断更新换代,图像信息处理系统不断完善,计算机互联网深入到家庭,卫星远程通讯技术进入医学以及电子书的发行等。据报道,单信道光纤传输速率已达到 10Gb/s,这种传输速率和容量可以在几秒钟内把美国国立图书馆的藏书内容全部传输出去。尽管如此,传统的印刷图书出版发行仍然是我国当今知识传播的最主要工具。

口腔医学专业图书,在改革开放前 20 余年间寥寥无几,有水平的专著只有 10 本左右。改革开放后的 20 年间,随着口腔医学迅速发展,口腔专著的出版发行成倍甚至十几倍地迅速增长,是新中国成立以来最为兴盛的时期。在这些口腔医学专业的专著中,精品还是很少。因此,引进国外最新的技术知识信息,翻译国外口腔医学图书精品,仍然是不可缺少的补充。由于种种原因,好的译著出版的实在太少。

由 Glen P. McGivney 教授和 Alan B. Carr 副教授合著的最新版(第 10 版)“McCracken's Removable Partial Prosthodontics”一书是口腔修复学专业中的一本精品,所以是精品,我认为可以从以下几方面来评估:

(1) 本书在国外被牙科学院广泛使用,自从 1960 年第 1 版出版后,每隔 4~5 年修订一次,至今已连续到第 10 版,可以说经久不衰,也可见 40 年来深受口腔专业人员喜爱。在我国医学界也有精品,其中曾数次获国家图书奖的《黄家驷外科学》刚刚出版到第 6 版。在口腔医学界出版版次最多的也只到第 4 版。

(2) 本书两位修订版的主编,是在同行中选出的优秀者来承担的。他们都在美国知名的牙科学院任教多年,有丰富的临床和教学经验。著作中不仅有他们自己的宝贵经验,很重要的一点是他们选读了世界各国 1 000 篇以上的文献资料。这些文献从 20 世纪 20 年代直到本书出版前一年跨度长达 70 年。可见资料来源之丰富,所谓集百家之精华。可贵之处是这些文献的引用是应用循证医学(evidence-based medicine)的观点来选定的,使人感到书内资料的可信。

(3) 本书的内容有全、新和实用的特点,有关可摘局部义齿的专业内容几乎全部收集无遗,有理论知识也有临床实践。从如何检查病人,确定分类,做出诊断,进行治疗计划、设计到技工制作;由技工制作的原理以及应用这些原理如何去制成义齿,其操作程序及步骤具体而易学;还包括临床后的处理、义齿修理、随访以及失败原因的分析 and 告诫,甚至包括医生如何和病人交流,怎样去取得病人的配合和服从来达到修复治疗的好效果,非常实用。第 10 版还反映了许多最新的成果。

(4) 写作的方式和格调也有特色。首先是图文并茂,看图识意——几乎页页有图,有的更以

图为主,在几十万文字中竟然配图多达 864 幅;除了总目录外,每看到一章篇头还有分目录,一眼就知本章之梗概;每一章后有自我测试题,使读者能自我反馈学习情况,收获到学习的果子。测试题也不是一刀切,根据内容,少则几道,多则 40~50 道。测试题有叙述题,有填空题,有选择题,有问答题等,可见著者用心之细处。

一本好的外文图书,必须要有好的译者。本书两位译者杨亚东博士和姜婷博士,有很好的学历背景和外语水平,有长期在国外学习工作的经历,现在我国著名的北京大学口腔医学院口腔修复教研室任副教授,有丰富的临床、教学经验和写作能力。他(她)们的译文忠实于原著,文字流畅易读,是值得推荐的一本好书,愿广大口腔修复工作者喜欢,开卷有益。



2002 年 11 月

注:张震康教授为北京大学口腔医学院名誉院长,中华口腔医学会会长。

第十版序

虽然第 10 版在图片、写作方式和格式上有很大的改变,但我们还是尽量保留了原有的基本原则、概念和操作,正是这些使本书一直受到学生、教师、临床医生和技师们的欢迎。为使本书内容更清楚、更实用,我们收集了大量的参考文献,以提供循证医学的手段,并使其与《修复学词汇表》^①中报告的现行术语保持一致。本书为读者提供了科学的诊断、设计和制定治疗计划的知识,使读者了解何时及如何对牙列缺损患者进行口腔准备、取印模、确定颌位关系记录、选择和排列人工牙,以及确定殆型等内容。本书还提供了关于如何满足患者对功能要求的知识,以及如何制作可摘局部义齿来满足这些要求与愿望。本书以循证资料为依据,但同时也介绍了不同的理论和技术,允许读者根据自身情况进行选择。

我们向为本书的再版做出过贡献的各位表示衷心的感谢。Norman G. Schaaf 博士和 David M. Casey 博士再次撰写了本书关于利用可摘局部义齿治疗先天性、发育性和获得性缺损畸形的第二十四章。他们在颌面缺损修复领域的技术水平使他们非常胜任这个工作。其他的同事们也花费了大量的时间和精力来审阅各章节,并提供了中肯的意见和建议。感谢我们的朋友和家人,由于他们的忍耐、宽容和鼓励,使这些繁重的工作变得愉快。

我们还要特别感谢已故的 Dwight J. Castleberry 博士。他曾是本书第 7、8、9 版的合作著者。他的临床技术、经验和学术贡献仍然是本书的精髓。我们很荣幸曾经有机会认识他,并通过本书分享他的理想。

G. P. 麦吉夫尼
A. B. 卡尔

① Glossary of Prosthodontic Terms. seventh edition, J Prosthet Dent, 81:41-110, 1999.

第一版序

我在接受邀请来写局部义齿修复教材的开始就意识到,这本书会在很大程度上效仿本专业的其他几本优秀的教科书。因此,在接受这个工作时感觉责任重大。这样的教材是为牙科学生、开业医师和牙科技师提供局部义齿修复治疗的必需知识,非常重要。但是,如果我不能为已有的教材增加新的内容,我就不会接受这个挑战了。我衷心希望,不仅是讲授牙科修复学的教师,更希望临床医生和技师也能利用此书,并在其中找到针对牙列缺损患者的更好的解决办法。

我非常高兴曾经有过私人开业和教学相结合的机会,以及由此获得的经验和知识。尽管我在书中尽量地提供不同的理论与技术,以使读者可以根据自身情况选择应用,但是,由于个人开业和临床修复学教学工作中的经验积累,存在个人偏好在所难免。因此,我应该先陈述一下我个人的观点:

(1) 牙科医生必须掌握牙科修复学的临床技术,而且应能完全胜任这项工作。在可摘局部义齿修复治疗中,医生要为牙列缺损者做出全面的诊断,使用各种必需的医疗器械,制定详细的治疗方案。他可以亲自完成患者所有的口腔准备,或者委托同事进行外科、牙周或牙体等专门的治疗,但必须保证患者能得到完善的口腔准备。他要掌握各种必需的印模方法,并保证工作模型的准确性。他要为技师提供以草图和文字说明的详细指示,和经过观测、画有详细的设计外形线的工作模型。他还必须保证各种颌位关系记录的正确,并确定建立义齿咬合关系的材料和方法。最后,他还必须能够确定最终修复体的质量优劣,必须对技师严格要求,这样才能逐步提高技师服务的水平。

(2) 牙科医生要有能力指导技师,并得到技师的尊敬和服从。医生和技师都有责任为患者提供良好的修复治疗,双方也有权利和义务要求对方与自己通力合作。如果技师能拒绝医师提供的不准确的材料,并谦恭地提出制作好这个修复体尚需改进的建议,将会对医生有很大的帮助。但是,如果技师可以接受不准确的材料,医生也不介意将不良的修复体戴入患者的口内,那么义齿修复治疗的质量会变得越来越糟,正像目前所常见的那样。

牙科技工所应该不断采纳牙医学发展的新技术和新理论。商业技工所不要太墨守成规,也不要轻视那些专业知识远超过他们的教授们,要让那些新毕业的医生能够将他们在学院辛苦学到的先进方法和技术付诸实践。

(3) 远中游离端局部义齿必须尽可能地获得牙槽嵴的支持,必须尽量减小固位体对末端基牙的扭力。采取某些二次印模技术,通过对组织压力的分布和在生理限度内尽量扩大基托覆盖面积,完全能够使基托获得足够的支持。

(4) 应采取功能性或动态殆关系记录。不能只建立正中殆,然后在口内进行调殆;也不能完全依靠殆架来模仿咬合滑动。无论是固定义齿还是活动义齿,都应与经过调整的余留牙的咬合关系相协调,可以通过记录功能性咬合路径来实现。为了达到这一点,局部义齿的咬合必须建

立在恒基托上,或能准确代替恒基托的材料上。在义齿支架制作完成之前就给技师提供颌位关系记录的做法是非常不可取的。

(5) 一个设计得当、制作精良、修复及时的可摘局部义齿可以非常舒适。它不仅可以修复牙列缺损,而且可以保护口腔剩余组织的健康。我们应该清楚,如果一个局部义齿没有足够的基牙支持和基托支持,没有协调的、功能良好的咬合关系,就只能作为暂时性的或过渡性的义齿,而不能代表现代口腔修复的最佳治疗效果。

W.L. 麦克拉肯

目 录

第一章 导言与术语	(1)	六、尖牙和切牙上的舌支托	(57)
一、导言	(1)	七、切支托和支托凹	(60)
二、术语	(2)	八、自我测试题	(63)
第二章 卡环固位局部义齿	(5)	第七章 直接固位体	(65)
一、基本观点	(5)	一、冠内附着体	(65)
二、局部义齿修复的六个阶段	(5)	二、冠外直接固位体	(66)
三、卡环固位局部义齿失败的原因	(9)	三、各种卡环设计的选择标准	(72)
四、自我测试题	(9)	四、卡环设计的基本原则	(74)
第三章 牙列缺损的分类	(11)	五、其他类型的固位体	(90)
一、对分类的要求	(11)	六、自我测试题	(97)
二、Kennedy 分类	(11)	第八章 间接固位体	(99)
三、自我测试题	(12)	一、间接固位体作用效果的影响因素	(99)
第四章 可摘局部义齿的生物力学	(15)	二、间接固位体的辅助作用	(99)
一、义齿修复中的生物力学	(15)	三、间接固位体的类型	(101)
二、可摘局部义齿的运动	(16)	四、自我测试题	(105)
三、自我测试题	(20)	第九章 义齿基托的要求	(106)
第五章 大、小连接体	(21)	一、义齿基托的功能	(106)
一、大连接体	(21)	二、义齿基托的连接方式	(108)
二、小连接体	(36)	三、理想的义齿基托材料	(110)
三、终止线	(42)	四、金属基托的优点	(111)
四、组织对金属覆盖物的反应	(43)	五、人工牙的连接方式	(112)
五、大连接体综述	(43)	六、重衬	(114)
六、自我测试题	(47)	七、应力中断器(应力平衡器)	(117)
第六章 支托与支托凹	(49)	八、自我测试题	(120)
一、殆支托与支托凹的形态	(50)	第十章 可摘局部义齿的设计原则	(121)
二、延伸殆支托	(52)	一、影响设计的因素	(121)
三、邻间殆支托	(53)	二、局部义齿两种主要类型的区别	(121)
四、冠内殆支托	(54)	三、局部义齿设计的基本要素	(124)
五、对支托的支持	(56)		

四、局部义齿各组成部分的设计	(126)	预备	(201)
五、影响设计的其他因素	(132)	四、利用冠进行基牙预备	(202)
六、自我测试题	(136)	五、基牙的连接	(207)
第十一章 模型观测	(138)	六、利用孤立牙作为基牙	(207)
一、牙科模型观测仪简介	(138)	七、前牙缺失	(208)
二、观测仪的作用	(141)	八、局部义齿戴牙中制作暂时冠	(209)
三、决定就位道的因素	(143)	九、制作与原有义齿固位体适合的修复体	(210)
四、诊断模型观测的步骤	(145)	十、自我测试题	(213)
五、最终就位道的确立	(147)	第十五章 可摘局部义齿印模的	
六、模型与观测仪的位置关系记录	(148)	材料与方法	(214)
七、工作模型观测	(149)	一、非弹性印模材	(214)
八、固位倒凹的测量	(149)	二、热可塑性印模材	(214)
九、工作模型填倒凹	(149)	三、弹性印模材	(215)
十、工作模型缓冲	(151)	四、牙列缺损牙弓的印模	(216)
十一、平行填倒凹、成形填倒凹、 随意填倒凹和缓冲	(152)	五、个别托盘	(220)
十二、自我测试题	(152)	六、自我测试题	(227)
第十二章 诊断与治疗计划	(155)	第十六章 远中游离端义齿基托的	
一、临床检查	(156)	支持	(228)
二、诊断发现	(168)	一、远中游离端可摘局部义齿	(228)
三、自我测试题	(181)	二、影响游离端基托支持的因素	(228)
第十三章 可摘局部义齿的口腔		三、解剖式印模	(233)
准备	(183)	四、获得远中游离端基托功能性支持的方法	(233)
一、口腔外科准备	(183)	五、自我测试题	(240)
二、病损组织的调整	(186)	第十七章 可摘局部义齿的殆关系	
三、牙周准备	(188)		(242)
四、基牙预备	(195)	一、可摘局部义齿的理想殆接触关系	(242)
五、自我测试题	(198)	二、确定殆关系的方法	(246)
第十四章 基牙预备	(200)	三、人工后牙的材料	(253)
一、基牙的分类	(200)	四、下颌可摘局部义齿对上颌总义齿的颌位关系的确定	(254)
二、健全牙釉质或修复体上基牙预备步骤	(200)		
三、利用保守性修复体进行基牙			

五、自我测试题	(255)	六、自我测试题	(306)
第十八章 技工室操作流程	(257)	第二十一章 可摘局部义齿的重衬	
一、复制硬石膏模型	(257)	和换托	(308)
二、制作局部义齿支架蜡型	(261)	一、牙支持式义齿基托的重衬 ...	(308)
三、插铸道、包埋、除蜡、铸造、打磨		二、远中游离端义齿基托的重衬	
局部义齿支架	(270)		(309)
四、制作记录基托	(274)	三、在重衬的局部义齿上重建咬合	
五、制作殆堤	(278)	的方法	(311)
六、依照功能性殆记录制作石膏		四、自我测试题	(312)
咬合模板	(278)	第二十二章 可摘局部义齿的修理	
七、参照对颌模型或咬合模板		和添加	(313)
排列后牙	(280)	一、卡环臂折断	(313)
八、前牙的类型	(280)	二、殆支托折断	(314)
九、局部义齿塑料基托蜡型		三、其他部分的变形或破损——大、	
制作与包埋	(282)	小连接体	(314)
十、义齿的热处理	(285)	四、不涉及修复体的支持和固位的	
十一、重上殆架,依照咬合模板		牙缺失	(314)
校正殆关系	(289)	五、需要替换并制作新直接固位体	
十二、义齿抛光	(290)	的基牙丧失	(315)
十三、自我测试题	(291)	六、其他类型的修理	(315)
第十九章 可摘局部义齿的设计单		七、焊接修理	(316)
.....	(294)	八、自我测试题	(318)
一、设计单	(294)	第二十三章 暂时性可摘局部义齿	
二、设计单的指示作用	(294)		(320)
三、设计单的法律意义	(297)	一、美观	(320)
四、设计单的责任划分	(297)	二、间隙保持	(321)
五、自我测试题	(297)	三、咬合关系重建	(321)
第二十章 可摘局部义齿的初戴、		四、基牙与剩余牙槽嵴的调整 ...	(322)
调改及维护使用	(299)	五、治疗期间的过渡性修复	(323)
一、义齿基托组织面的调改	(299)	六、患者对修复体的适应	(323)
二、义齿支架的殆干扰	(300)	七、自我测试题	(323)
三、调殆使天然牙和人工牙列		第二十四章 颌面缺损修复中的可	
达到殆平衡	(301)	摘局部义齿设计	(325)
四、对患者的指导	(304)	一、颌面修复	(325)
五、随访服务	(305)	二、口内修复体的设计	(325)

三、总结	(337)
四、自我测试题	(337)

选读文献	(339)
索引	(369)

采用可摘义齿对牙列缺损患者进行修复治疗的目的是:①尽最大可能地去除口腔疾病;②保护余留牙的健康和相互关系以及口腔及其周围组织的健康,健康的组织将有助于可摘局部义齿的设计;③恢复口腔的功能,使其舒适、美观,不干扰患者的发音。

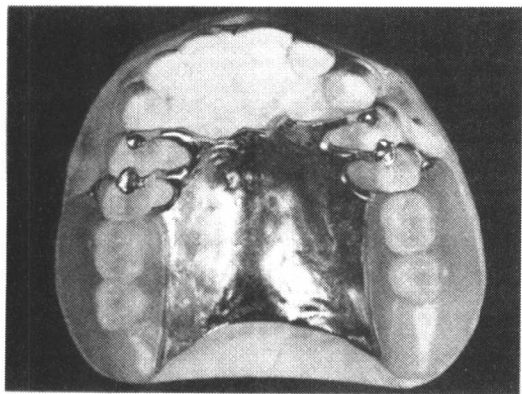


图 1-4 修复上颌第一和第二磨牙缺失的双侧远中游离端可摘局部义齿,由基牙和剩余牙槽嵴共同分担义齿的支持、固位和稳定作用

认真学习可摘局部义齿修复学之后,如果能按照下面的原则去做,会更容易取得工作上的成功与满足:

- (1) 与患者建立真诚的关系,增强信任和信心。
- (2) 在做诊断和治疗计划时要考虑周全。
- (3) 仔细发现问题及其原因。
- (4) 让患者充分认识到牙齿健康与全身健康的相互关系及其对人生幸福的影响。
- (5) 向患者解释你所推荐的治疗方案和其他替代方案,包括治疗的时间安排。
- (6) 让患者充分认识到,为了治疗的成功,必须进行认真的自我保健和定期复诊。
- (7) 避免过于乐观的预后分析。
- (8) 简单明了地说明,由于某些无法通过治疗改变的因素的影响,可能会做的妥协处理。
- (9) 要考虑患者的价值观、愿望、经济状况以及其他的限制因素,调整治疗方案,达到一个比较合适的价格,使其在特定的条件下最有利于患者。
- (10) 任何时候都要非常尊重每一位患者的尊严、舒适和幸福。

二、术 语

牙科学生应该熟悉通用的修复学术语,因为一旦一个术语建立以后就很难改变。我们不可能让牙科学生从背名词开始学习可摘局部义齿修复学,因此,这个部分可看做是修复学术语的概述和某些术语的解释。

近年来,修复学用语有了很大的进步,清除了很

多因用词不一致造成的混乱。修复学学会(Academy of Prosthodontics)经过不懈的努力,为我们提供了一本《修复学术语词汇表》^①,另外还有一本包括牙科学所有分科的通用术语词汇表,即《Mosby 牙科词典》^②。这两本词汇表为口腔修复学的正式交流提供了良好的基础。

修复学中常用的混乱或不确切的术语需要重新定义和澄清,其中有很多使用同义词,而其他的则用词错误。下面的内容并不是一个完整的可摘局部义齿修复学术语表,有些定义是根据现有的参考资料给出的。下面的定义是按讨论的形式给出的,而不是按字母顺序排列的详细解释,希望不会给读者造成很大的不便。

器具(appliance)这个词只适用于称呼患者在治疗期间所戴的装置(如殆垫、矫治器和间隙保持器)。义齿、阻塞器、固定桥和冠类等应称修复体。在本书中,修复体和义齿将作为同义词使用。

稳定(stability)是指修复体保持稳固、安定的性质,即抵抗功能性、水平或旋转作用力的作用。为了便于理解,稳定可看做是抵抗义齿基托在支持组织上移动的作用。

固位(retention)是指义齿所具有的抵抗垂直向脱位力(如重力、食物黏性或其他与开口有关的作用力)的作用。

过渡义齿(interim denture, provisional denture)是指在能够进行特定的修复治疗以前短期内使用的修复体。是为了保持美观、咀嚼、咬合支持或舒适等,或者是为了调整患者的条件以适合某种修复治疗。

总义齿(complete denture)是修复整个牙列及相邻的上或下颌组织缺损的修复体。完全由组织支持(义齿下的黏膜、结缔组织和骨组织)。

基牙(abutment)是指支持和(或)固定修复体的牙齿、部分牙齿或种植体。

外形高点(height of contour)是在观测器所确定的某个位置上,环绕牙冠,显示最大周径的外形线。

基牙倒凹(undercut)是指基牙牙冠上位于外形高点线和牙龈之间的部分;组织倒凹是指阻碍义齿就

① 这本词汇表最早发表于1956年3月的The Journal of Prosthetic Dentistry (published by Mosby-Year Book, Inc. St. Louis, Mo.). 最新的第7版发表于1999年,索取地址: Mosby-Year Book, Inc., 11830 Westline Industrial Drive, St. Louis, Mo., 63146.

② Zwemer TJ, ed: Mosby's Dental Dictionary, St Louis, 1998, Mosby, Inc.

位的剩余牙槽嵴或牙弓的外形或横截面。

颈部收缩角度(angle of cervical convergence)是指垂直观测杆和基牙轴面之间的靠根尖侧的角度,角的顶点在基牙的外形高点线上。了解这个角度对采用卡环获得均匀固位非常重要。

两个或更多的预备成垂直向平行,确定修复体摘戴方向的基牙表面称为导平面(guiding plane)。导平面平行于就位道,且互相平行,但不一定是面对面的。最好让导平面平行于基牙长轴。

描述局部义齿各组成部分的用语要定义明确,避免混乱。固位体是用于修复体的固定、稳定或固位目的的各种卡环(clasp)、附着体(attachment)或其他装置。固位体可以是冠内的,也可以是冠外的;可以是用于可摘修复的,也可以是用于固定修复的。任何依靠阴阳部件(栓与栓道)的平行壁之间的摩擦力固位的机械固位装置均称作冠内附着体(internal attachment),而不用精密附着体、摩擦附着体或其他名称。精密附着体这个词容易让人产生异议,好像所有其他的固位体的设计和制作都不精密。

卡环(直接固位体)将与固位体、卡臂或卡环组等结合使用。卡环组包括一个固位卡臂和一个对抗卡臂或稳定卡臂,以及与其相连的小连接体和支托。杆形卡臂(bar clasp arm)又称 Roach 卡环,是起始于基托或支架,横过软组织,从龈向进入基牙倒凹的冠外固位卡臂。相对应地,起始于基牙外形高点以上,经过突起部分,从殆向进入倒凹的卡臂称作圆环形卡臂(circumferential clasp arm)。两种卡臂均止于牙龈与外形高点之间的固位倒凹,且均靠金属的抗变形力而非卡臂与牙面间的摩擦阻力来提供固位。

大连接体(major connector)是可摘局部义齿上连接义齿位于牙弓两侧部分的结构。

连续杆(continuous bar)是局部义齿支架上用来增加大连接体强度的部分,位于数个牙齿的舌面或唇颊面上,常用于下颌前牙舌面的中 1/3 处。如果它通过一个薄而贴合的裙板与舌杆(lingual bar)大连接体相连,就变成了一个舌板(lingual plate)。

起大连接体作用的任何薄而宽的上腭覆盖物均称作上腭大连接体,其中窄的(宽度小于 8mm)称腭杆(palatal bar)。上腭大连接体可根据其在上腭的前后位置进一步分类,比如上腭前部大连接体和后腭杆。腭杆与宽腭杆之间没有明确的分界。我们的解释是宽腭杆(palatal strap)比腭杆薄而宽。本书中宽度小于 8mm 的上腭大连接体被归于腭杆。复制上腭表面形态的大连接体被称作解剖形态连接体。

间接固位体(indirect retainer)是可摘局部义齿

的一个部分,它通过位于支点线对侧的阻力杠杆作用,协助直接固位体防止义齿游离端脱位。

支托(rest)是指局部义齿支于基牙上的,最好是位于经过预备的支托凹内,从而限制义齿龈向运动并将功能性咬合力传导到基牙的部分。当支托位于后牙殆面时称作殆支托,位于前牙舌面的称舌支托,位于前牙切端的称切支托。

基托(denture base)是指义齿支于组织之上,连接人工牙的部分(无论是金属的还是塑料的)。用鞍基这个词来指可摘局部义齿的基托容易产生混淆。

义齿基托覆盖下的剩余骨及其软组织称作剩余牙槽嵴(residual ridge)或无牙颌牙槽嵴。覆盖其上的软组织的性质可能不尽相同,但均包含黏膜和黏膜下纤维结缔组织。支持义齿基托的剩余牙槽嵴的组织 and 结构称作基座组织(basal seat)或义齿承托区(denture foundation area)。

用新材料重塑义齿基托表面,使其与组织更密合的过程称作重衬(relining)。换托(rebasing)是指超出重衬的范围,在不改变咬合关系的情况下,用新材料替换整个基托,使义齿重新贴合的过程。

我们采用功能性印模(functional impression)和功能性牙槽嵴形态来描述记录无牙颌牙槽嵴的支持形态的印模和模型。这些词的意思是指支持义齿基托时的牙槽嵴的形态。采用经过个别整塑的印模托盘和(或)特殊的印模材,人为地使在功能负荷下不能为义齿基托提供支持的软组织发生变形。因为印模材具有流动性,稳固的部位不会变形,这样记录下的组织形态非常接近承受功能负荷时的形态。相反,当印模托盘均匀缓冲,用软性印模材如水胶体或氧化锌印模糊剂记录静态的牙槽嵴形态称作解剖性牙槽嵴形态。这是牙槽嵴在休息状态下未承受功能性负荷时的表面形态。

修复学中大概没有别的术语比正中关系和正中殆更具有争议的了。明确正中关系和正中殆的定义可以消除所有的混乱。这两个位置可以作为下颌其他水平位置和其他对殆关系的参照。但是,在《修复学术语词汇表》第 7 版公认的定义中,将正中殆和正中关系看做是可以转换的术语。为了减少转换中出现混乱,我们给出如下定义:

正中殆(centric occlusion):当下颌位于正中关系位时,对殆牙齿的咬合关系。与最大牙尖交错位可能一致也可能不一致。

最大牙尖交错位(maximum intercuspation):对殆牙牙尖完全嵌合位,与髁突位置无关。

正中关系(centric relation):当髁突相对于关节

盘最薄的部分,且髁突与关节盘复合体抵于关节突前斜面,处于前上位置时上颌与下颌的关系,与牙齿接触无关。通过引导下颌向上、向前,限制髁突只沿水平横轴旋转,可以在临床上确定这个位置。这个词以前指在所确定的咬合垂直高度下下颌对上颌的最后位置关系。

上下颌关系(maxillomandibular relationship):任意一种下颌对上颌的空间位置关系。

上下颌关系记录(maxillomandibular relationship record):下颌对上颌的相对位置关系的记录。可以是任何垂直、水平或侧方位置关系的记录。

对于全口义齿,应该使患者的正中殆与正中关系一致;对于天然牙列,调整殆关系的目的是使正中关系和正中殆之间和谐;对于可摘局部义齿,要使人工作牙的殆关系一致,并与剩余天然牙的殆关系相和谐。最好在建立局部义齿咬合关系以前,先将天然牙正中关系殆调整成和谐的咬合接触。

平衡殆(balanced occlusion)是描述对殆牙接触关系的术语。它的定义是,在功能范围内无论是在正中或非正中位置,上下颌牙齿前后咬合区均左右同时接触。

功能性殆记录(functional occlusal registration)正如其字面意思那样,是指相对牙列的动态记录,而不是上下颌间的静态关系记录。利用功能性咬合记录,在确定正中位置的同时也记录下了非正中位置,这样建立的咬合关系与患者所能做的所有滑动和咀嚼运动相协调。

模型(cast)指通过印模制作的上下颌牙弓的阳性复制品,并进一步根据使用的目的分为诊断模型、工作模型和铸造模型等。铸造模型也可称作耐火模型,因为它可以经受高温而不分解,并能完成与铸模的除蜡和膨胀有关的功能。高温包埋材是指能经受铸造和焊接高温的包埋材料。普通石膏和人造石被用来包埋修复体进行处理时也可以称作包埋材。

模型应该是被研究的组织或要修复的组织的确复制品。在现代牙医学中模型必须准确,因为我们有很多性质优良的印模和模型材料。

将蜡型转换成铸件的方法是经加热将蜡型除去

后留下一个空腔,再将熔化的金属用离心力或其他方式注入空腔。铸件指注入阴型后硬化成形的金属物体。铸件主要指局部义齿铸造金属支架,但也可以指铸造金属基托。

牙科人造石(dental stones)用于灌制模型,也用于包埋和上殆架。牙科人造石均为石膏制品,人造石这个词是指那些坚硬、准确和耐磨的石膏材料。

牙科模型观测仪(dental cast surveyor)是用来确定牙颌模型的牙齿轴面及其他部分的相对平行关系的工具。它可以定位并描画基牙和相关组织的外形和相对位置。

锻造(wrought)指通过卷绕、打制或挤压将金属合金成型。合金的机械处理有两个主要目的,一个是获得需要的形态,比如丝状、带状、杆状和片状;另一个是改善铸造合金的某些力学特性。

尖牙(canine)又称作犬齿,前磨牙(premolar)又称作双尖牙。Denton 主张称尖牙,因为:①在其他学科也使用;②有些常用术语与尖牙有关,如尖牙隆突、尖牙肌和尖牙窝。主张称前磨牙的原因是:①并不是所有这类牙都是双尖;②用前磨牙可以使牙医学术语比较一致,且与牙体解剖相对应^①。

X线照相和伦琴照相术语的使用还比较混乱。美国口腔放射线学会建议使用伦琴照相。但在最近出版的几种牙医学教科书中,使用了三种术语。在本书中将使用X线照相、X线检查和读片。

丙烯酸只能用作形容词,如丙烯酸树脂,避免用作名词。塑料既可以做形容词,也可以做名词,指各种经成型后硬化并保持形状的材料。树脂主要用于根据自身化学成分、物理结构和活化或硬化方式来命名的物质,如丙烯酸树脂。

对于总义齿,固位是指义齿基托与软组织的关系。在可摘局部义齿中,有直接固位和间接固位。直接固位是指义齿通过附着体或直接固位体(卡环)获得的,抵抗局部义齿相对于基牙移动或脱位的作用。

本章所选择的术语及其定义是为了使本书的内容更清楚。口腔修复学会术语命名委员会所编辑的通用词汇表可以作为修复学术语的使用标准。

① 引自Denton GB: The Vocabulary of Dentistry and Oral Science, Chicago, 1958, American Dental Association.