 北京名医世纪传媒

# 口腔 全科医师 笔记

主 编 葛 成 张 晓 东 董 青 山

KOUQIANG  
QUANKE YISHI BIJI

中原出版传媒集团  
中原传媒股份公司

 河南科学技术出版社

# 口腔全科医师笔记

KOUQIANG QUANKE YISHI BIJI

主 编 葛 成 张晓东 董青山  
副主编 李明勇 吴 勇 臧晓霞 刘 青  
刘 斌  
编 者 (以姓氏笔画为序)  
王亦菁 刘 莹 刘佼佼 刘艳春  
李志进 李浩萍 张文君 张莹莹  
周章华 孟 媛 赵灵洁 赵静子  
段娇红

河南科学技术出版社

• 郑州 •

## 内容提要

本书分5章,以一名医生的视角从牙体牙髓病、牙周黏膜病、口腔颌面外科、口腔修复、口腔正畸等方面介绍了作者在日常医疗工作过程中碰到的典型病例,将临床思维过程、解决临床问题的方式方法,以及对治疗效果的分析总结一一呈现给读者。本书立意新颖,病例典型,介绍全面,有很强的临床实用性,可供口腔全科医师及相关人员参考阅读。

### 图书在版编目(CIP)数据

口腔全科医师笔记/葛成等主编. —郑州:河南科学技术出版社,2018.9  
ISBN 978-7-5349-9150-9

I. ①口… II. ①葛… III. ①口腔疾病—诊疗 IV. ①R78

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第049839号

---

出版发行:河南科学技术出版社

北京名医世纪文化传媒有限公司

地址:北京市丰台区丰台北路18号院3号楼511室 邮编:100073

电话:010-53556511 010-53556508

策划编辑:张怡泓

文字编辑:韩志

责任审读:周晓洲 张宇辉

责任校对:龚利霞

封面设计:吴朝洪

版式设计:王新红

责任印制:陈震财

印刷:北京盛通印刷股份有限公司

经销:全国新华书店、医学书店、网店

开本:720 mm×1020 mm 1/16

印张:10.875·彩页2面

字数:200千字

版次:2018年9月第1版

2018年9月第1次印刷

定价:58.00元

---

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与出版社联系并调换

## 主编简介



**葛 成** 中国人民解放军军事医学科学院附属307医院口腔科主任、副主任医师、硕士研究生导师、医学博士,毕业于第四军医大学口腔颌面外科专业,中山大学博士后。

学术兼职:国际口腔种植学会(ITI)会员、国际口腔重建学会(FOR)会员、中国整形美容协会理事、北京口腔医学会理事、全军医学科学委员会口腔医学专委会委员、北京口腔医学会口腔美学专业委员会委员、北京市科委及卫健委评审专家。长期从事口腔医学的临床、教学和科研工作,已在学术期刊上发表论文50篇(其中第一或通讯作者文章31篇)。承担北京市自然科学基金等省部级课题3项,主编专著3部,获军队医疗成果二等奖1项、北京市科学技术奖三等奖1项,获国家授权专利8项。



**张晓东** 沈阳军区总医院口腔科主任、主任医师、硕士研究生导师、医学博士,毕业于第四军医大学口腔正畸学专业,曾留学东京医科齿科大学。

学术兼职:中华全科口腔专业委员会常务委员、中国整形美容协会口腔整形美容分会常务理事、中日医学技术交流协会口腔分会常务委员、辽宁省口腔医学会常务理事、辽宁省全科口腔专业委员会候任主任委员、辽宁省口腔正畸专业委员会委员、辽宁省生命科学学会睡眠医学专业委员会委员。《中国实用临床医学杂志》《美容整形外科杂志》编委,主译《平直弓丝矫治技术(第二版)》。主持多项省部级以上课题。



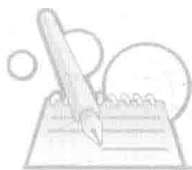
## 主编简介



**董青山** 解放军武汉总医院口腔科副主任、副主任医师、硕士研究生导师、医学博士,毕业于第四军医大学口腔颌面外科专业。

学术兼职:全军口腔医学会青年委员、湖北省口腔医学会理事、湖北省口腔医学会全科口腔医学专业委员会常委、湖北省口腔颌面创伤与整形(美容)专业委员会常委、湖北省口腔医学会口腔颌面外科专业委员会委员、武汉市口腔医学专业委员会理事、武汉市口腔医学会颌面外科专业委员会副主任委员。

长期从事口腔颌面颈部严重创伤、复杂骨折、重度炎症等救治,口腔各类良恶性肿瘤的外科和修复重建,面颈部畸形的整形美容和微创治疗等。湖北省美容主诊医师。以第一作者发表论文 30 余篇,其中国际 SCI 收录论文 4 篇,参编专著 3 部,主持湖北省自然科学基金 2 项,参与国家自然科学基金研究 1 项、创业基金 1 项。



## 前 言

---

好记性不如烂笔头。

记笔记,是每一位医学生的必修课。

记临床笔记,是每一位临床医师的必修课吗?

书架上,口腔解剖生理学笔记、口腔组织病理学笔记、专业学术讲座记录、培训笔记、问题病例随笔、临床日志等,厚厚薄薄的十几本,有些还会时常找出来翻翻看,常会有些新的启发。这些笔记是我近三十年从医之路的记录,些许辛苦、些许欣慰。

口腔临床医学是一门理论和技能紧密结合的学科,大量的工作不仅需要动脑筋设计方案,更需要动手操作来落实方案、实现治疗效果。因此,要求口腔医师重视对理论细节的理解和操作技能的把握。通过几十年的学习实践,对口腔专业越来越热爱,也越来越感到要做好工作,不仅需要强烈的事业心、责任心,更需要不断地学习积累,从自己的体会和他人的经验中,领悟到更多的心得,进而应用到临床实践中,注重细微之处,才能获得完美的治疗效果。

在日复一日、年复一年的磨牙、补牙等日常工作的同时,我们也需要思考。

本书作者均来自口腔专科医院或三甲综合医院口腔科的临床专家,善于思考,勤于笔记。有了思考感悟才会记录下来,记录下了才便于分析总结,只有不断地分析、总结,临床能力才会提高。他们,不仅是他们,那些高山仰止的医学大家,也正是这样成长起来的。

本书内容来源于作者在日常医疗工作过程中碰到的有启示意义的实际病例、临床问题,通过情景重现的方式,真实地呈现出来,经过梳理、提炼、分析、判断、观察、体会、经验和教训,体现出临床思维过程、解决临床问题的方式方法。

业精于勤,行成于思!

本书讲述的病例和问题是每个口腔医学实习生、初级医师成长过程中都会碰到的。通过学习,不仅有助于年轻医师们在将课本理论转化为临床技能的阶段,有预习、借鉴和警示作用,而且对有志于口腔医学事业的他们,逐渐培养形成良好的

临床思维习惯、坚持临床日志的记录,也有示范作用。全科口腔医师和有一定经历、经验的中级口腔医师,通过阅读这些临床笔记,结合自己的日常工作,回顾和思考,也大有裨益。

在本书编撰过程中,各位作者的热烈响应让我感动,非常感谢他们无私地分享!由于编者学识有限,书中或有缺点及错误之处,恳请广大读者批评指正。

衷心祝愿口腔医学事业人才兴旺!

衷心祝愿此书的付梓出版!

葛 成

2018年1月于北京



# 目 录

第一章 牙体牙髓疾病 .....	(1)
1. 令人困惑的根折 .....	(1)
2. 牙齿敏感 .....	(3)
3. 一块骨渣惹的祸——隐裂 .....	(5)
4. 探明受伤牙的根基——借助 CBCT 的慧眼 .....	(6)
5. 寻找病源牙,有的放矢 .....	(8)
6. 小窝洞,大问题 .....	(10)
7. 牙齿可以用作开瓶器吗——追踪病史,认真诊治 .....	(11)
8. 多颗疑似主诉牙的判断 .....	(13)
9. 差点被急性智齿冠周炎掩盖的牙髓炎 .....	(15)
10. 未清理干净根管 .....	(17)
11. 易被忽略的隐裂 .....	(18)
12. 如何对待情绪暴躁的隐裂牙髓炎患者 .....	(19)
13. 老年患者的牙痛不那么简单 .....	(21)
14. 被遗漏的右上第一磨牙近颊第二根管 .....	(23)
15. 好邻居和坏邻居——隐蔽的阻生智齿邻牙远中龋损 .....	(24)
16. 根尖小喇叭闭嘴记——畸形中央尖危害及处理 .....	(25)
17. 牙齿也会毁容——慢性根尖周炎伴颊部皮瘕 .....	(27)
18. 如同被斧子砍过的树——牙齿楔状缺损 .....	(28)
19. 啃过排骨,咯了一下——牙折了 .....	(30)
20. 牙齿也自残——牙内吸收 .....	(32)
21. 瀑布很美丽,治疗却不易——烦人的 C 形根管 .....	(33)
22. 老奶奶的牙髓炎——需要更多关爱 .....	(35)
23. 预防胜于治疗——窝沟封闭 .....	(36)
24. 捂着嘴巴的小姑娘——儿童尖周炎诊疗可不容易 .....	(37)
25. 就是它——准确定位急性牙髓炎的患牙 .....	(38)
26. 隐隐约约的牙齿裂纹 .....	(39)





27. 混淆视听的邻居——深龋和尖周炎 .....	(41)
28. 奇迹——多生牙的根尖周病变 .....	(42)
29. 补牙引起眶下间隙气肿——注意根管冲洗的细节 .....	(44)
30. 三氧化二砷失活剂导致牙槽骨坏死——慎用砷失活剂 .....	(45)
31. 失而复得的脱落牙——成人篇 .....	(46)
32. 失而复得的脱落牙——儿童篇 .....	(48)

**第二章 牙周黏膜疾病 .....** (50)

33. 根裂根折 .....	(50)
34. 可怕的牙周出血 .....	(53)
35. 都是指甲惹的祸 .....	(54)
36. 该不该拔牙 .....	(56)
37. 艾滋病 .....	(57)
38. 牙周-牙髓联合病变 .....	(59)
39. 做个假壁就那么难吗 .....	(61)
40. 小技巧解决大麻烦——食物嵌塞的调殆治疗 .....	(62)
41. 口臭的尴尬,不容忽视的龋齿 .....	(64)
42. 假牙根也会发炎——种植体周围黏膜炎 .....	(65)
43. 令人困惑的唇部溃烂 .....	(67)
44. 受心理因素影响的黏膜病 .....	(69)
45. 不要轻视口腔溃疡 .....	(70)

**第三章 口腔颌面外科及牙槽外科疾病 .....** (73)

46. 颈部受伤时不能忽视的——髁状突骨折 .....	(73)
47. 单纯依据临床检查如何判断上颌骨骨折类型 .....	(75)
48. 不能忽视的智齿冠周炎合并咬肌间隙感染 .....	(76)
49. 既典型又易误诊的舌下腺囊肿颌下型 .....	(78)
50. 典型的急性化脓性颌下腺炎 .....	(79)
51. 典型的化脓性复发性腮腺炎 .....	(80)
52. 舌根部异位甲状腺(专科医生的局限性) .....	(82)
53. 一例面部射钉枪损伤的诊疗过程 .....	(83)
54. 儿童双侧髁突骨折的循证医学治疗 .....	(84)
55. 时间就是生命——应高度重视儿童口底广泛间隙感染 .....	(85)
56. 早期救治是关键——重视越来越多发的严重颌面部创伤 .....	(87)
57. 牙龈癌患者术后突发心搏骤停 .....	(89)
58. 肿瘤术后并发肺炎——也是需紧急抢救的病例 .....	(90)
59. 颌面部骨折术后应激性溃疡 .....	(91)



60. 轻视差点酿成大错——儿童患者颌下根尖瘘管术前误诊为腮裂瘘 .....	(92)
61. 血的教训——镶牙损伤口底舌动脉导致反复大出血 .....	(93)
62. 奇怪, 颈部伤口经久不愈 .....	(94)
63. 难以置信——一位脑瘫患者颈部骨折的 3 次复位内固定 .....	(95)
64. 隐匿的扁桃体癌颈淋巴结转移 .....	(96)
65. 舌癌术后继发颈部大出血——止血不完善险要人命 .....	(97)
66. 颌下小伤口也不能轻视——面动脉损伤导致大出血 .....	(99)
67. 遗落的纱布 .....	(100)
68. 耳朵前面的包块 .....	(101)
69. 都是智齿惹的祸 .....	(103)
70. 断成 3 节的下颌骨 .....	(104)
71. 是什么总让年轻人张不开嘴——智齿冠周炎 .....	(106)
<b>第四章 口腔修复</b> .....	(108)
72. 多年心病一朝了却——短根前牙贴面修复 .....	(108)
73. 耐心交流化解母子心结——精神疾病患者的沟通 .....	(110)
74. 特殊疾病(帕金森病)患者的镶牙 .....	(111)
75. 四环素牙的困惑 .....	(113)
76. 美学改观前的预判、准备 .....	(115)
77. 意外发生时的解决——理解万岁 .....	(116)
78. 下颌总义齿被谁硌了一下腰——无牙颌下埋藏的智齿 .....	(118)
79. 不老实的假牙之一——总义齿固位不良怎么办 .....	(119)
80. 不老实的假牙之二——总义齿固位不良怎么办 .....	(121)
81. 假牙磨穿带来的迷惑 .....	(122)
82. 三足鼎立少一足——一例关于磁附着体基牙的教训 .....	(124)
<b>第五章 口腔正畸</b> .....	(126)
83. 医生, 我的牙还有救吗 .....	(126)
84. 正畸医生——矫正牙齿, 也要矫正心理 .....	(129)
85. 冷面护花使者同意拔牙了 .....	(131)
86. 巧笑倩兮, 美目盼兮——“地包天”不见了 .....	(135)
87. 小战士的心愿——多生牙的烦恼 .....	(136)
88. 正畸患者的牙体牙周维护 .....	(138)
89. 牙齿矫正突遇脑炎, 我们撑起“信、望、爱”的天空 .....	(139)
90. 青春给我一点时间, 我还孩子一个自信的微笑 .....	(140)
91. 正颌术前正畸治疗——注重细节, 胆大心细 .....	(141)
92. 从“丑小鸭”蜕变成小美女——活动矫治器的魔力 .....	(143)



93. 美丽女主播再绽美丽笑容——成人矫治的成就感 .....	(145)
94. 顽皮小伙告别“兜齿”烦恼 .....	(147)
95. 唇腭裂患者,依旧阳光自信 .....	(149)
96. 青春期颞下颌关节异常不容小觑 .....	(151)
97. 鱼钩一样的牙——多生牙引起的替牙期牙扭转不齐 .....	(153)
98. 阿姨也要美——中年女性前牙扇形移位 .....	(155)
99. 成人正畸患者的接诊 .....	(158)
100. 俏皮的小兜齿——需要认真对待的乳牙反骀 .....	(160)
101. 龅牙妹也有春天——种植支抗在双颌前突矫治中的应用 .....	(161)

# 第一章

## 牙体牙髓疾病

### 1. 令人困惑的根折

经过

诊室里急匆匆地进来了几个年轻人，“大夫，她的牙摔坏了，怎么办啊？”

“先坐下，怎么摔的？撞到哪了？头晕吗？想吐吗？”看着他们着急的样子，我急忙问。

“我们几个去滑冰，她低头滑，头撞到迎面来的人，把牙撞坏了。”“还好没撞晕。”“可能是太冷了，她也没觉得痛，也没吐。”没等受伤的人说话，同行的人就七嘴八舌地说开了。

伤者是个 20 岁左右的女孩，用手捂着嘴，坐在了牙椅上，有点紧张，嘴唇边缘沾着血迹。

“把手拿开，张开嘴，让我看看。”我说。

女孩面部没有伤口，嘴唇内侧黏膜轻度挫裂，黏膜下血肿。我用口镜轻轻地拉开嘴唇，看到左上侧切牙牙冠没了，牙根断面和牙髓暴露出来，左上中切牙牙冠折断，断面斜向腭侧牙龈下。右上中切牙和左上尖牙没有明显的裂纹和松动。牙龈没有明显的撕裂。“拍个片吧。”

从牙片上看，左上中切牙颈部有多道折断线，断面已经位于牙槽骨平面以下，侧切牙牙根断面位于牙槽骨平面以上约 2mm，在这两颗牙根下段 1/3 处，可见几处高阻射白线（可能是骨小梁影像），未见明确的牙根中下段折断线影像（图 1-1）。

做完必要的检查，我对伤者说：“两颗牙都断了，看来碰撞的力量挺大。这个门牙断得很低了，最好拔掉，以后可以种颗牙，或者跟旁边的牙一块儿做烤瓷牙。门牙旁边的这个断牙，现在还不能明确是不是有牙根折断，可以先做根管治疗。以后，采用桩冠修复。”

“不能拔牙！我的牙不痛，干嘛要拔！”受伤的女孩伤心地说，有点想哭的样子。“大夫，这两个牙都别拔。我不想这么年轻就拔牙。”

这么年轻就没有门牙，的确可惜，还是尽力保留这两个牙根吧，我心里想着。

但是,还是跟患者详细说明了病情,解释了拔与不拔的原因和治疗方案,以及可能的后果。患者坚持要求先做保留牙根的治疗,实在不行,再拔牙。

“那我试试吧,不过,拔的可能很大。”中切牙的牙根情况不符合保留的适应证,除非是将牙根牵出,才能为后期修复提供条件。能否留下侧切牙牙根,我心里也没有十足的把握。“那就请你在病历上签名,表示明了了病情,要求保留牙根,做根管治疗及相应的修复方案。”

根管充填时,充填压力使中切牙断面的牙折片松动并挤压牙周组织,患者感到疼痛,同时也暴露出比 X 线牙片看到的更多的折裂线和小的折裂碎片。因此,建议患者拔除中切牙残根。患者终于放弃了保留该牙根的想法,同意拔除牙根。

侧切牙根管治疗全过程患者没有感到不适,根充后牙片上虽然隐约见到侧切牙中段近中侧阴影线,但是没有根充糊剂突入该阴影线区的影像(图 1-2),因此,初步排除该处存在根折的可能。3 个月内,患者都没有感到该侧切牙有任何不适。

3 个月后,中切牙拔牙创已愈合,拟利用右上中切牙和左上侧切牙作为基牙,固定桥修复缺失的左上中切牙。在侧切牙预备根管桩道时,患者稍感不适。将纤维桩压入根管内时,患者稍感疼痛。拍牙片见侧切牙中段有粘接剂横向分布影像,原近中侧阴影线比 3 个月前根充后牙片更明显(图 1-3)。由此确认侧切牙根中部横折。因此,决定拔除该患牙。



图 1-1 左上中切牙及侧切牙损伤



图 1-2 去根充后

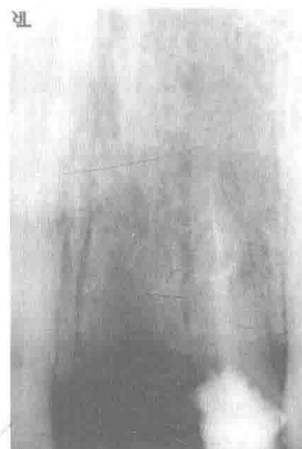


图 1-3 侧切牙中段可见粘接剂横向分布影像

## 诊断和治疗思维要点

初步诊断:左上中切牙、侧切牙外伤性牙折。诊断明确,但存在不足之处,即没能在初诊时就明确牙折具体部位和严重程度。与骨折类似,没有移位的牙折,很难



在早期出现明确的影像学证据,因此,要注意复查,通过获得确切的临床证据,来修正诊断。

治疗思维要点:露出牙龈平面的残根,可以在完善的根管治疗后,桩冠修复。这符合一般的残根治疗修复原则。外伤的牙,在牙折线不明显的时候,由于短期无法准确判断根折的具体情况,就要在每一个治疗步骤中,都注意仔细观察患牙牙根的情况,及时获取明确的依据,修正最初的诊断,并有针对性地随时修改治疗方案。

## 处理技巧和心得体会

(1)充分尊重患者的同时,一定要坚持医学原则,不能因迁就患者的主观愿望而违背了客观科学规律。本病例在中切牙的处理上,存在迁就患者的问题,作为一个高年资的医生,应该更注意遵照医学原则和规律,做出合理的判断和治疗计划。当然,需要充分地向患者讲述判断的依据,取得患者的同意。

(2)对于外伤牙,要尽量采取谨慎的诊断和治疗方案。随时注意可能出现的各种客观的临床证据,调整治疗方案。如在本病例中,侧切牙根中段的横折,在初诊第一张牙片中,没有明确的影像。但是随后4处提示存在根折的可能:①根充后牙片,出现可疑横向阴影线;②预备根管桩道时,患者感患牙不适;③粘接根管桩时,患牙出现一过性疼痛;④牙片见根管桩粘接剂横向溢出影像,及根中段牙周膜间隙增宽(根充后3个月时)。以上4处客观表现明确提示该侧切牙根中段根折。

(3)由于一向注重与患者的沟通,该病例诊断和治疗方案的调整,得到了患者的充分理解。可见,良好的沟通有助于患者了解病情的复杂性,理解在某些情况下,即使是有经验的医师,也不能迅速准确地判断出真实的病情,治疗方案也会随着对病情的深入了解而调整。

## 2. 牙齿敏感

### 经过

“医生,我右边的牙齿不敢咬东西已经1个月了,一直都用左边吃饭,估计是累了,现在左边的牙齿遇冷热全痛,和右边最开始是一样的。我怕再这样的话,两边的牙齿以后就都不能用了。我现在连雪糕都不能吃了,刷牙也不能用凉水了。”一位60多岁的阿姨刚进诊室,还没等坐稳就迫不及待地开始叙述她的病情。

我刚想告诉她刷牙最好用温水,可是还没等说出口,她就继续说了下去。

“我以前看过,说是我左右的大牙都磨得很厉害,很矮很平。这次最严重的就是右上的最后一颗牙,我看其他的牙早晚都得这样。”

“那右上最后那颗牙平时怎么不舒服呢?”我问道,先从患者就诊需求最强烈的



症状开始。

“一般平时不怎么痛,但刺激到了肯定痛,有的时候还隐隐地、闷闷地痛,咬稍硬点儿的東西就痛。”阿姨回答道。

“阿姨,您躺好,让我检查一下。”两侧磨牙均牙尖高耸、边缘锐利;咬合面磨损严重,牙冠明显变矮;尖、窝、沟、嵴结构模糊;牙本质外露;磨损处表面坚硬光滑。右上第二磨牙咬合面探诊较为迟钝,对冷热刺激迟钝,轻度叩痛。其余磨牙釉牙本质界区探诊、温度刺激均敏感,但无叩痛。牙片显示#17患牙咬合面磨损近髓。

“对了,上次看的时候好像说我的牙之所以都变成这样,和晚上经常磨牙有关。”阿姨突然若有所思地说。

“是呀,就是这种在没有进食的情况下的不自主的咬合运动,因为没有食物缓冲和唾液的润滑,再加上用力大、速度快导致您牙齿出现现在的这种情况。”我回答道。

经过以上的检查,我做出了右上第二磨牙慢性牙髓炎的诊断,其余磨牙为磨损、牙本质过敏症。通过与患者交流并做到其知情同意后,确定了治疗方案,即对右上第二磨牙行牙髓治疗;其余患牙行脱敏治疗;对于夜磨牙,戴咬合垫。同时,叮嘱患者禁食或少食用酸、硬、冷的食物。2个月后,老人来复查,已经没有明显的不适了。

## 诊断和治疗思维要点

诊断:右上第二磨牙慢性牙髓炎,磨损,牙本质过敏症。诊断依据:右上第二磨牙无明显自发痛,阵发性隐痛,咬合面磨损近髓,有长期的冷、热刺激痛病史,探诊迟钝,对温度测验反应迟钝,轻度叩痛。其余磨牙在釉牙本质界区探诊有不适感,温度刺激敏感。

治疗思维要点:倾听患者主诉,并结合患牙临床检查情况发现,右上第二磨牙不单纯是牙本质过敏,炎症已波及全部牙髓及根尖部的牙周膜。

## 处理技巧和心得体会

(1)夜磨牙造成的磨损,也称为非咀嚼磨损,是指正常的咀嚼运动之外,高强度、反复的机械摩擦造成的牙体硬组织的快速丧失,是病理性的,应采取措施加以阻断。

(2)牙本质过敏症一般是磨损等原因导致牙本质暴露出现的酸痛感,磨损愈快、愈重,酸痛感就愈明显。

(3)过度磨损会接近髓腔,牙髓受到理化刺激或细菌侵入,而引起牙髓病、根尖周病。

(4)慢性牙髓炎是临床上最为常见的一型牙髓炎,有时临床症状很不典型,容易误诊而延误治疗。

## 9. 一块骨渣惹的祸——隐裂

### 经过

几个月以前的一个星期一，下午刚上班，诊室里就进来了一位“气势汹汹”、一看便知因为牙痛难忍而一肚子火气的中年男子。还没等我说话，便大声叫嚷着“医生，你快给我看看，我的牙痛了两天两夜，现在带着这半侧头痛得要命，还不能合牙，实在受不了了。”

“你的牙以前痛过吗？”我问道。

“以前基本上都没痛过，也就是偶尔咬东西哪一下不对了，有点不舒服。”

“那这次是怎么突然之间痛了呢？”我又问道。

“不知道呀，就是前天晚上家里做排骨吃的时候，本来好好的，可是一下咬到了一块骨渣咯了一下，就变成这样了。当时就痛的不行，半天都没缓过来，后来好些了，但是一直痛。一开始好像还没这么厉害，能知道是下面的咯了的这颗牙痛，可是后来越来痛得越厉害，连上面的牙都痛了，带着整个这一面的太阳穴、头全痛，晚上连觉都睡不着了。对了，牙也不敢咬，上下牙一碰上就痛得不行，连饭都吃不好了。你说这人不吃饭不睡觉还怎么活呀？快给我看看。”说完就迫不及待地张开嘴指着右面的下后牙让我给他检查。

我立刻着手检查患者的右下后牙区。右下第一、二磨牙牙体完好，未发现明显的龋坏、缺损。右下第一磨牙牙尖高陡、边缘锐利，咬合面近、远中发育沟明显加深并越过远中边缘嵴到达远中邻面。于发育沟处加力探诊疼痛明显，棉卷咬诊及叩诊疼痛剧烈，温度刺激加剧疼痛。对颌牙牙体均完好。

“你的右下第一磨牙上的沟非常深，要拍一张小牙片看一下这个沟的深度，和牙根周围有没有问题吧。”口内检查比较符合牙隐裂的临床表现，但我还需要影像学的检查，来排除邻面隐匿性的深龋所致的慢性牙髓炎急性发作或是慢性根尖周炎急性发作。牙片显示，右下第一磨牙邻面无龋损，根尖周未见明显异常影像。

经过以上的检查，我做出了牙隐裂所致的急性牙髓炎的诊断。通过与患者交流并做到其知情同意后，确定了治疗方案，即先行牙髓治疗（根管治疗）后及时行冠修复。

### 诊断和治疗思维要点

诊断：右下第一磨牙急性牙髓炎。诊断依据：患牙有明显的急性牙髓炎的疼痛特点，并有牙隐裂这一牙体硬组织疾病。如咬棉签时有撕裂样疼痛，有助于诊断。



也可用碘酊染色或光照法检查是否存在隐裂。

治疗思维要点:该患牙牙尖高陡、边缘锐利,发育沟加深并无龋坏、缺损等牙体硬组织疾病,就应高度怀疑牙隐裂的存在。之前偶有咬合不适,是因裂线局限于牙本质的浅层、中层;骨渣咯了之后引起的牙髓炎样的疼痛,则是因为裂线到达了牙本质深层进而累及牙髓所致。

## 处理技巧和心得体会

(1)急性牙髓炎的患者,常常因为疼痛影响正常生活,以致脾气暴躁。我们应该耐心地倾听患者的主诉,适时引导其全面叙述客观症状和体征,以利于诊断。

(2)必要的影像学检查是获取客观资料的有效手段,在诊断中起非常重要的作用。有时获得的是阳性体征,有时获得的是必要的阴性体征,便于鉴别诊断。

(3)因牙隐裂累及牙髓的患牙,因牙髓病治疗过程中牙体硬组织会进一步被削弱,为了防止裂线的加深,治疗前应降低咬合面,治疗期间可做带环、暂时冠或开面冠粘结,治疗完毕要及时冠修复。

(4)全部治疗结束后应随访。如果咬合痛不能控制,牙周反复肿胀,甚至出现窦道,应考虑拔除。这点应在治疗之前向患者明确交代,征得其理解并同意。

(5)在牙体牙髓科的临床工作中,我们经常会遇到因牙齿疼痛难忍而就诊的患者。在这些患者的患牙中,绝大部分的疼痛都经过了一个迁延不愈、由缓变急的过程,即患者自己很早就发现牙齿有洞,但因为以恐惧为主导的心理作祟而拒绝治疗,直到疼痛加剧影响正常生活才来就诊。可是这位中年男子的就诊经过因为与大多数患者有明显不同,而给我留下了深刻的印象,也对我日后的临床工作起到了警醒的作用。

## 4 探明受伤牙的根基——借助 CBCT 的慧眼

### 经过

那是去年夏末的一天,已经快到下班的时间了,外面下着瓢泼大雨,候诊区里空无一人。这时候,一个 20 多岁的年轻女孩用手捂着嘴,在年龄相仿的男孩搀扶下,一瘸一拐地走进了诊室。

“医生,快给我女朋友看看吧,外面地滑,她刚才摔了一跤,把嘴都磕着了。”男孩不知所措、焦急地说着。

女孩在护士的指引下,哭泣着躺在牙椅上,松开了一直捂在嘴边的手。只见她面部完好,上下嘴唇外缘擦伤致双唇肿胀。

“姑娘,你把嘴张开,我看看你的牙齿。”我一边安抚女孩紧张慌乱的情绪,一边