

主审 刘学杰
主编 石爱梅
何 巍
姜育红

口腔

医学病案分析



河南医科大学出版社

口腔医学病案分析

主审 刘学杰

主编 石爱梅 何 巍 姜育红

河南医科大学出版社

• 郑州 •

图书在版编目(CIP)数据

口腔医学病案分析/石爱梅,何巍,姜育红主编. — 郑州:河南医科大学出版社,2000.8

ISBN 7-81048-448-6

I.口… II.①石…②何…③姜… III.口腔颌面部疾病-病案-分析 IV.R78

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 36212 号

河南医科大学出版社出版发行

郑州市大学路 40 号

邮政编码 450052 电话 (0371)6988300

河南医版激光照排中心照排

黄委会设计院印刷厂印刷

开本 786×1092 1/16 印张 18.25 字数 433 千字

2000 年 10 月第 1 版 2000 年 10 月第 1 次印刷

印数 1~4 150 册 定价:26.00 元

《口腔医学病案分析》编委名单

主 审	刘学杰		
主 编	石爱梅	何 巍	姜育红
副主编	吴豪阳	宋琰华	刘青青
	黄建华	王永功	王艳丽
	赵红宇	刘运岭	张现军
	郭大红	王国合	黄付梅
	栗清朝	杜志华	韩 萌
编 委	(按姓氏笔画排列)		
	王永功	王国合	王艳丽
	石爱梅	刘运岭	刘青青
	孙 予	朱娟芳	何 伟
	何 巍	吴豪阳	宋琰华
	张现军	李 沙	杜志华
	邱承林	陈 栋	季旭东
	姜育红	赵红宇	栗清朝
	郭大红	黄付梅	黄建华
	龚建民	韩 冰	韩 萌

内容提要

本书概述了病案分析的思路,汇集了口腔内科、口腔外科、口腔正畸科、口腔修复科的 348 例病案,包括常见病、少见病和疑难病案。编者对每个病案都系统论述了病史、临床检查、器械检查、实验室检查,进行了具体分析,总结了临床诊断、诊断依据、鉴别诊断、治疗原则和治疗方法的实践经验。

本书内容丰富,条理清楚,简明扼要,实用性强,是临床各级口腔专业医师医疗、教学、科研工作的重要参考书,也是晋级考试和升学考试应试复习的重要参考书之一,亦可作为医学院校口腔专业及其他专业学生、实习医师及进修医师的参考读物。

序 言

在高科技和高信息的 21 世纪的新千年里,《口腔医学病案分析》一书得以问世,甚感欣喜。2000 年是千载难逢的千禧年,新的世纪、新的千年以龙为首,更昭示着国家昌盛、人民幸福、社会进步、科学发展的辉煌未来。此书是编者们辛勤劳动的结晶,是对口腔医学的奉献,是献给新世纪、新千年的一份厚礼。

编者在自身参与医疗、教学和科研的实践工作基础上,认真总结了几十年积累的经验,又阅读了大量国内外有关文献,将理论与实践相结合精心编写成书。此书的显著特点是题材新颖、内容丰富、条理清楚、理论系统、突出实用。此书对口腔专业各级医师的医疗、教学和科研工作有重要指导和使用价值,对提高口腔专业人才的业务水平、培养口腔专业学生的临床实践工作能力有重要现实意义。它将有益于口腔医学的发展,实为不可多得的一本专著。谨此向编者表示热忱的祝贺。

姜国诚

2000 年 4 月于河南医科大学

前 言

随着高科技、高信息时代的到来,口腔医学也随之飞速发展。在新世纪口腔临床医学必须更新理论知识、开创新技术,并将其科学地运用于临床工作、从而提高确诊率和治愈率,为防治口腔疾病、提高人民健康水平做出新贡献。在前进的道路上,需要回首往事,总结经验教训,以便推广经验,发扬成绩;也要吸取教训克服缺点,促使创新。为了社会发展和人们的需求,我们组织了有丰富的医、教、研经验的专业教师、医师,汇总精选了亲自诊治的 348 例病案,认真撰写成书,为口腔专业临床医师提供了一本新的参考专著。

本书阐述了病案分析的意义、思路和方法。我们综合筛选了口腔临床医学的四个学科(口腔内科、口腔外科、口腔正畸科、口腔修复科)的 348 例病案。病案书写规范,病案资料包括病史、临床检查、器械检查、实验室检查,在对资料进行具体分析之后,总结出临床诊断、诊断依据、鉴别诊断、治疗原则和治疗方法。其内容丰富、条理清楚、简明扼要、实用性强、深浅结合,既具有一定深度,又便于学生自学。本书有助于口腔专业各级医师的医疗、教学和科研工作;有助于提高口腔专业临床医师的诊疗业务水平;有助于培养医学院校口腔专业本科生、实习生、研究生的临床实践能力。

承蒙著名口腔医学专家、河南省口腔医学会主任委员、河南医科大学口腔医学研究所所长、河南医科大学口腔医学系名誉主任姜国诚教授为本书写序。承蒙著名口腔医学专家、河南医科大学第四附属医院名誉院长刘学杰教授为本书主审。我们对两位专家教授的辛勤劳动表示衷心感谢。

我们以病案为题材撰写成书是初次探索,又因编者水平有限,书中谬误在所难免,恳请专家和读者批评指正,不吝指教,以期更臻完善,深表感谢。

编者

2000 年 4 月于河南医科大学

目 录

绪 论	(1)
第一章 口腔内科学	(4)
第一节 牙体硬组织疾病	(4)
第二节 牙髓病及根尖周病	(10)
第三节 牙周病	(24)
第四节 口腔黏膜病	(48)
第五节 全身疾病的口腔表征	(100)
第二章 口腔颌面外科学	(110)
第一节 口腔颌面部炎症	(110)
第二节 口腔颌面部损伤	(129)
第三节 口腔颌面部肿瘤及瘤样病变	(143)
第四节 涎腺疾病	(182)
第五节 口腔颌面神经疾病	(196)
第六节 颞下颌关节疾病	(203)
第三章 口腔修复学	(211)
第一节 嵌体与冠	(211)
第二节 固定义齿	(216)
第三节 可摘局部义齿	(225)
第四章 口腔正畸学	(235)
第一节 牙列拥挤与稀疏	(235)
第二节 双颌前突	(246)
第三节 深覆殆,深覆盖	(250)
第四节 开殆	(267)
第五节 锁殆	(270)
第六节 反殆	(273)

绪 论

病案是病历和其他医疗、护理文件的总称。病历是医师对病人的病情调查了解所得的资料(病史、体格检查、实验室检查、器械检查等其他检查结果),经过综合分析、归纳整理之后,按照规范化格式书写成的完整记录。它反映临床医师对疾病的诊断和思维过程,反映病情的动态变化、治疗方法、治疗效果及不良反应,是各级医师查房、有关专科参加会诊形成的意见和建议、判断疾病预后、制定预防措施等方面的记录和总结。完整规范的病历不仅可以提供充分的诊断和治疗依据,而且也是总结医疗经验、充实教学内容、进行科学研究和信息管理的宝贵资料。病历质量的高低,可反映一个医院的治疗、管理和服务质量,也体现出医务人员的责任心和业务素质。在某些情况下,它还是法医学和法律工作的重要档案,如对职业性疾病、劳动工伤、交通事故、医疗纠纷、差错事故、意外死亡等鉴定和处理等都具有法律意义。书写病历的过程也是培养和提高临床医师正确诊治疾病的科学思维过程。总之病历具有重要意义,因此临床医师必须以高度负责的精神和实事求是的科学态度,严肃认真地及时完成病历书写。病历的内容要具有系统性、完整性,应条理清楚、重点突出、文字简练、语句通顺、词义明确、字迹规整、标点符号正确。

完成病案的过程也是分析病案的过程,分析的目的是明确诊断和进行正确治疗,否则将导致误诊误治。病案分析过程应有基本步骤和科学思维方法:①调查研究,收集资料;②归纳分析,形成印象;③临床实践,明确诊断;④制订正确治疗方案。

一、调查研究,收集资料

调查研究和收集资料是诊断过程中重要而关键的第一步。它包括收集病史资料、体检资料、实验室检查资料、器械检查资料等。这些资料的系统性、全面性和真实性是进一步分析综合、推理判断的先决条件,是确立诊断的基础和依据。

1. 详细询问病史。这是调查研究的基本方法。通过询问病史了解疾病发生的原因、时间、急缓、主要症状及伴随症状、发展过程及诊疗过程。根据其主要特点和规律可作出初步诊断或考虑几个诊断。

2. 体格检查。根据病史资料做全面系统体检,以免漏检某一重要体征。体检过程中还要抓住重点,注意病人所诉症状与体征的内在联系,病史中提示的病变部位及对诊断有价值的体征要重点仔细检查。

3. 实验室检查与器械检查。根据病史中的症状和体检中的阳性体征所提供的线索,有目的地、针对性地进行某些实验室检查和器械检查,这是调查研究、收集诊断依据的又

一重要手段。

二、归纳分析,形成印象

病人提供的资料往往比较零乱,缺乏系统性,甚至有些资料可能与现病无关。实验室检查和器械检查资料也可能由于多种原因而不完全真实。临床医师必须将调查收集来的资料进行归纳整理,去伪存真、去粗取精、由表及里、由此及彼,加以分析,使其系统化,然后综合、推理,考虑哪几个病比较符合病人的实际情况,逐一进行鉴别,形成诊断构想或印象,即初步诊断。归纳分析过程中的注意事项有以下几点。

1. 透过现象抓住疾病本质。人们认识事物,在于透过现象,揭示其本质,认识疾病也不例外。疾病的现象包括症状、体征、实验室及器械检查资料,在其之间都有着必然的、稳定的内在联系,即每个疾病都有其自身发生、发展和演变的规律及特点。必须掌握前述的各种资料,即疾病现象与疾病本质的关系,才能作出正确判断。疾病的本质是异常的实质性病理损害,即是诊断。如“腮腺快速增大肿块3个月,伴有面瘫、颊黏膜灼痛1周”是病人的症状;一般检查体征是“肿块硬、不活动,界限不清楚,面神经麻痹”;B超检查是“界限不清、内部回声不均,较强光团出现”;穿刺细胞学检查“有异形细胞,但组织量少,无法定类型,考虑恶性肿瘤”。上述这四种现象综合分析,其本质是腮腺的恶性肿瘤,需再作活检诊断肿瘤分型。

2. 抓主要临床表现。前述的腮腺肿瘤的肿块特点和面瘫是主要的,而黏膜灼痛是面瘫致食物存留于颊沟导致的继发黏膜病变,是次要症状。

3. 疾病的普遍性与特殊性。不同疾病可有相同的临床表现,即疾病的普遍性,称为异病同症,但又要注意其特殊性。如腮腺的良性肿瘤和恶性肿瘤的共同表现是出现肿块,而前者肿块的特点(即特殊性)是生长慢、活动度良好、界限清楚;后者则与其相反。

4. 局部与整体的关系。口周颌面皮肤疔肿,不适当的处理,可有高热、寒战、淋巴结肿大、白细胞计数增高,甚至败血症等全身症状。反之糖尿病人可引起反复皮肤疔肿。人体是由多系统和多器官组成的统一体,虽然各有其独立功能,但相互之间是紧密联系高度协调,既相互配合,又相互制约。

三、临床实践,明确诊断

因为受多种因素的影响,经过科学思维和综合分析作出的初步诊断或印象不一定正确或完善。例如,提供的病史资料不完整或不确切、辅助检查资料结果不准确、疾病早期症状体征不典型、疾病晚期出现并发症、一个病人同时患多种疾病、医师的分析判断水平等因素,都会干扰正确的判断。初步诊断是否正确,需经过临床实践进一步验证。即在临床实践中严密观察病情的动态变化、治疗反应,必要时再做一些选择性的实验室检查和器械检查,甚至手术探查,直至作出明确的符合实际的诊断。在建立明确的诊断过程应注意几项原则。

1. “一元化”原则。最好能以一个主要疾病解释全部临床现象,但具有确切的资料证实有几种疾病同时存在时,也应实事求是,予以确认。

2. 优先选择常见病和多发病。当诊断出现几种可能时,应首先考虑多发病、常见病、

当时流行病,然后再考虑少见病。

3. 首先考虑器质性疾病。若一时遇到器质性疾病和功能性疾病难以鉴别时,应首先考虑到前者,以免延误治疗。在排除器质性疾病之后再诊断功能性疾病,如神经官能症。一个完整的诊断应包括病因诊断、病理解剖诊断和病理生理诊断,如病毒性腮腺炎。若同一病人同时患几种疾病,则应分清主次,顺序排列。主要疾病排在前面;与主病有关的称为并发症,排在主病之后;与主病无关而同时存在的疾病称伴发病,排在最后

四、制订正确的治疗方案

在建立明确诊断的前提下,才可能制订正确的治疗方案,误诊必然导致误治。如病毒性腮腺炎确诊后,首先采用抗病毒药物治疗;酌情给以抗生素,防治继发细菌感染;隔离病人,防止传染流行。同时患多种疾病者应根据诊断的顺序,首先重点治疗主要疾病,酌情暂时不治或适当配合治疗伴发病,这样将会如期使疾病治愈。

第一章 口腔内科学

第一节 牙体硬组织疾病

【病案 1】

患者,男,33 岁,干部。

主诉 右侧牙疼痛半月。

现病史 半月来右侧牙遇冷、热、酸疼痛,特别是冷刺激,疼痛明显。解除刺激,疼痛即刻消失。在外院检查未找出明显诱因,遂来我院就诊。

检查 $\overline{6}^0$ 银汞充填。窝洞壁边缘有墨浸状改变,探诊时探针尖可进入。冷测验敏感,去除刺激,症状消失。热测验同对照牙。叩诊(-),去除原充填物及腐质,窝洞底位于牙本质深层,未见穿髓孔。

X 射线片检查 充填体与洞壁周围有 X 射线透射影。

1. 诊断 $\overline{6}^0$ 继发龋(深龋)。

2. 诊断依据

(1)右侧牙齿遇冷发生一过性疼痛。检查窝洞边缘发现颜色改变并有裂隙。冷测验敏感,解除刺激疼痛消失。

(2)X 射线示充填体与洞壁周围有 X 射线透射影。

3. 鉴别诊断

(1)牙髓充血 深龋是否伴有牙髓充血(表 1-1)。

表 1-1 深龋与深龋伴有牙髓充血的鉴别诊断

	深龋	深龋伴有牙髓充血
冷测验	入龋洞敏感	接触牙面和洞内均敏感
敏感程度	一般	显著
冷刺激去除后	疼痛立即消失	疼痛持续一短暂时间

(2)慢性闭锁性牙髓炎(表 1-2)。

表 1-2 深龋与慢性闭锁性牙髓炎的鉴别诊断

	深龋	慢性闭锁性牙髓炎
自发性痛史	无	可有
叩诊	(-)	多有(±)、(+)
温度测验	一过性激发痛	激发痛在刺激除去后持续一段时间,对热测验反应迟缓
探诊	洞底敏感,无穿髓孔	去净腐质后多有穿髓孔,洞底可以感觉迟钝

(3)牙髓坏死(表 1-3)。

表 1-3 深龋与牙髓坏死的鉴别诊断

	深龋	牙髓坏死
自发性痛史	无	可有
叩诊	(-)	(-)或(±)、(+)
探诊	洞底敏感无穿髓孔	无反应或(和)有穿髓孔
牙髓电活力测验	正常	无反应
热测验	正常	无反应

4. 治疗

6⁰ 去除原充填体,去净腐质,备 I 类洞型,垫底,永久充填。

【病案 2】

患者,女,35 岁,农民。

主诉 左下后牙疼痛 1 周。

现病史 1 周来左下后牙遇冷、热、酸、甜刺激出现疼痛。无自发痛,常有食物嵌塞。

检查 7^D 深龋洞,探诊稍敏感,去净腐质未见穿髓孔。冷测验敏感,持续数秒钟。热测验反应同对照牙。叩诊(-),松动(-)。龈远中暗红色,乳头圆钝。8¹近中阻生无对殆。

X 射线片检查 7^D 可见低密度透射影。8¹近中阻生。

1. 诊断 7^D 深龋伴牙髓充血。

2. 诊断依据

(1)有对冷热刺激,特别是对冷刺激敏感的症状。

(2)检查时可见较深龋洞。

(3)临床检查有时不易发现,应拍 X 射线片检查。X 射线示龋洞部位有深近牙髓部位的 X 射线透射影。

3. 鉴别诊断与深龋相鉴别,同病案 1。

4. 治疗

(1) $\overline{7^D}$ 去净腐质,备 II 类洞,ZOE 安抚,2 周后无症状进行永久充填。

(2) 拔除 $\overline{8}$ 。

【病案 3】

患者,女,28 岁,干部。

主诉 要求黄牙变白。

现病史 从小全口牙齿为黄褐色,影响美观,要求治疗,自诉母亲怀孕期间曾大量服用“四环素”。

检查 全口牙齿为黄褐色,切牙唇面颜色呈灰褐色,并有缺损。

1. 诊断 四环素牙。

2. 诊断依据

(1) 其母有大量服用四环素药物史,本人自幼牙色异常。

(2) 全口牙呈均匀的黄褐色改变。

(3) 切牙唇面有在同一水平线上的缺损,质硬光滑。

3. 鉴别诊断

(1) 斑釉牙

1) 患者牙齿发育期间生活在高氟地区,有流行性。

2) 全口牙齿釉质呈白垩状,着色(黄褐色),甚至严重的实质性缺损。

3) 缺损部位光滑,质硬,无软化牙本质。

4) 抗酸力高,不易龋坏,易磨耗。

(2) 牙釉质发育不全

1) 患者在婴幼儿牙齿发育时期,多有较严重的全身疾病或营养障碍等病史,患病时期与釉质发育不全的部位相关。

2) 同时期发育的牙齿釉质表面均有颜色或结构上的改变,轻者釉质出现白垩状或黄褐色横纹,重者釉质表面出现着色深浅不一的窝或沟状缺损,缺损部位光滑,质地坚硬。严重者釉质呈蜂窝状缺损或完全无釉质。牙冠失去正常形态。

3) 因矿化低或缺乏矿化,易磨耗及患龋。

(3) 龋病

1) 发生于各种民族、各个年龄段。与牙齿发育期无直接关系,故龋洞亦无对称性。

2) 波及单个或多个牙。

3) 可探及软化的牙本质,重者对冷刺激敏感。

4. 治疗 $\underline{432111234}$ 贴面。可根据患者要求做脱色、贴面或冠修复。

【病案 4】

患者,男,11 岁,学生。

主诉 右侧牙痛 3 d。

现病史 3 d 来右侧牙齿遇冷痛、进食痛,偶有夜间痛,昨天疼痛加重。白天阵痛,夜间痛醒。

检查 5| 𪚩面中央窝可见圆形、直径约 2 mm、可与釉质表面区别开来的圈,中央有一深色小点。冷测验敏感,热测验引起剧烈疼痛。叩诊(±)、松动度(-)、龈探诊(-)。

| 5| 𪚩面中央窝处可见一个畸形小尖。尖呈圆锥状,尖高约 2 mm。

X 射线片检查 5°| 5°均可见突入尖中的髓角,以及未发育完成的喇叭口状的牙根。

1. 诊断

(1) 5°| 畸形中央尖并发急性牙髓炎。

(2) | 5° 畸形中央尖

2. 诊断依据

(1) 5°| 𪚩面中央窝可见圆形暗色环,冷测验敏感,热测验剧痛。有剧痛、自发性、阵发性痛、激惹痛、昼轻夜重病史。

(2) 5| 5 X 射线片示可见突入中央尖中的髓角。

3. 治疗

(1) 5°| 在无菌条件局部麻醉下拔髓,行根尖形成术。

(2) | 5° 在无菌条件局部麻醉下磨去中央尖,直接或间接盖髓后充填修复。

另外如果 X 射线片未见有髓角伸入尖内的畸形中央尖则可分次调磨中央尖,促使髓角处形成修复性牙本质。

【病案 5】

患者,女,9 岁,学生。

主诉 要求治疗坏牙。

现病史 近日患者家长发现患儿左上前牙变黑,要求治疗。

检查 | 2^L 舌侧釉质内陷,探诊有食物残渣,沟内有色素沉着。

X 射线片检查 牙冠中央内陷的囊腔,周围完全是釉质,如一小牙包在牙冠中。

1. 诊断 | 2^L 牙中牙。

2. 诊断依据

(1) | 2^L 釉质内陷,牙齿呈圆锥状。

(2) X 射线片示似有一个小牙包在牙冠上。

3. 治疗 | 2^L 去净色素沉着,树脂充填。

【病案 6】

患者,男,6 岁,学生。

主诉 乳牙大部分未萌。

现病史 患者出生至今从不出汗、怕热、言语极少。频繁揉眼,畏光。3 岁时曾因“哭无泪”在当地医院诊治后好转(病历遗失,具体治疗情况不详)。

家族史 患者父母无血缘关系,母亲妊娠期间未患病,未服任何药物及接触有害化学物质,患者家族中无类似病史及其他遗传病史。

检查 头发略稀黄,皮肤无汗毛,肤色略白及干燥。体格发育正常,头面部及四肢无其他明显畸形。反应迟钝,表情呆板。双眼角膜基质层点状浑浊,泪液分泌量减少,视力检查不能合作。口腔检查:全口乳牙中除 $\underline{V}$ 、 $\underline{IV}$ 、 $\underline{IV}$ 、 $\overline{IV}$ 、 $\overline{IV}$ 萌出外,其余牙齿均未萌出,牙槽嵴狭窄低平。

X射线片检查 $\underline{6}$ 、 $\underline{6}$ 、 $\overline{6}$ 、 $\overline{6}$ 牙胚形成,其余乳、恒牙缺失。

1. 诊断 先天性外胚层发育不全综合征(非遗传性)。

2. 诊断依据

(1)除 $\underline{V}$ 、 $\underline{IV}$ 、 $\underline{IV}$ 、 $\overline{IV}$ 、 $\overline{IV}$ 萌出外,其余牙齿未萌出,伴有汗腺、毛发发育异常及眼部病变,智力低下。

(2)X射线片显示除 $\underline{6}$ 、 $\underline{6}$ 、 $\overline{6}$ 、 $\overline{6}$ 形成,其余乳、恒牙缺失。

3. 进一步检查 因患儿父母经济情况,未作遗传学检查。

4. 治疗 作义齿修复。其修复特点:①托牙的设计应采取黏膜支持式;②以不妨碍余留牙的继续萌出为原则(可在余留牙处挖空);③根据颌面部生长发育的不同时期而间隔相应的时间复查,更换修复体;④修复应从4岁开始为好,因为4~6岁时颌弓的长度和宽度增长相对缓慢,且患儿4岁以后才能配合医生治疗。

【病案7】

患者,男,18岁,学生。

主诉 先天性全口缺牙。

现病史 患者自出生后从未出过汗,亦未长过牙齿。智力明显低于正常人,劳动力一般。患者系第一胎足月顺产。

家族史 双亲无血缘关系,身体均健康,家族成员中无类似病史,其母无习惯性流产史,生育该患者时其母为22岁,妊娠期无服药及放射线接触史。

检查 发育营养一般,身高1.60 m,体重50 kg,心肺功能正常,心电图示窦性心率,肝脾无肿大,四肢脊柱无畸形,指甲发育正常。两侧睾丸对称,阴茎发育正常。眼间距宽,眼裂狭小,两眼外侧上倾,眼底检查无异常。耳大,鼻梁塌,鼻黏膜干燥,嘴唇肥厚,口腔内牙全缺失,上下颌骨发育不良,上下牙槽嵴低平、狭窄,两侧对称,腭弓高尖,口腔黏膜正常,轻度伸舌。两手掌AtD角大于70°,头发、眉毛、睫毛、腋毛均稀疏,无鼻毛、阴毛,全身皮肤干燥,少见汗毛。

X射线片检查 头颅正侧位片见颅盖骨比正常薄,上下颌骨发育比正常小,骨质疏松。乳恒牙和牙胚均未出现。

ABC细胞遗传学检查 取患者外周血淋巴细胞培养,分析了50个淋巴细胞,结果每个细胞都是46条染色体,常染色体及Y染色体未见异常,所有细胞的X染色体均为臂间倒位。

1. 诊断 无汗腺外胚层发育不良综合征伴X染色体臂间倒位。

2. 诊断依据

(1)自幼未出过汗,未长过牙齿。

(2)口腔颌面及口内专科检查。

(3)头发、眉毛、腋毛均稀疏,无鼻毛、阴毛、汗毛。

(4)X射线片显示颅盖骨比较薄,上下颌骨较小,骨质疏松。

(5)细胞遗传学检查 X 染色体异常。

3.进一步检查 抽取患者母亲的外周血进行培养分析,发现患者母亲的淋巴细胞都是 46 条染色体,其中 1 条 X 染色体正常,另 1 条 X 染色体亦为臂间倒位,且断裂和重接的位置与患者完全一致。

4.治疗 全口义齿修复。

【病案 8】

患者,女,35 岁,工人

主诉 16 折裂,咀嚼疼痛 1 周。

现病史 患者于 1 周前咬硬物时致 16 折裂,咀嚼即产生疼痛,要求拔除 16。

既往史 颅骨、枕骨、锁骨、股骨和胫骨曾多次发生骨折,15 年前被诊断为成骨不全。

检查 患者身体矮小,面部凹陷,头颅大,胸骨外凸(鸡胸),“X”形腿,右肘关节功能障碍(骨折后遗症),全身淋巴结无肿大。口腔检查:16 远近中纵折,全口牙冠膨大,颈部缩窄。牙冠色泽暗褐,质地较软,1246 残根,16 义齿,12 缺失,15 远中扭转、舌尖扭转至远中。76515 银汞充填,11 切角缺损,复合树脂修复,殆关系紊乱。

X 射线检查 口腔全颌曲面断层片显示:全口牙牙冠均较小,颈部缩窄,牙根短小,髓腔明显变小,根管狭细,有些牙齿髓腔消失。牙周膜无异常,根尖无阴影,牙槽骨骨小梁稀疏,骨质变薄。四肢 X 射线显示:骨质密度减低,骨小梁稀疏,骨皮质变薄,有骨折后骨痂形成。

实验室检查 血钙增高,血磷正常,碱性磷酸酶增高。

组织病理检查 16 因纵折而拔除,制作磨片观察,牙釉质发育基本正常,釉牙本质界趋于平滑,可见釉板深入牙本质一定距离,球间牙本质增加,牙本质小管显著减少,很多区域小管完全消失,髓室和根管狭小,造牙本质细胞层消失,细胞成分减少,牙髓中可见钙化沉积。

1.诊断 成骨不全综合征并牙本质发育不良。

2.诊断依据

(1)颅骨、枕骨、锁骨、股骨和胫骨曾多次发生骨折。

(2)X 射线片显示全口牙牙冠均较小,颈部缩窄,牙根短小,髓腔明显变小,根管狭细,有些牙髓腔消失。

(3)组织病理检查牙釉质发育基本正常。牙本质小管显著减少,髓腔和根管狭小,造牙本质细胞层消失,细胞成分减少,牙髓中可见钙化沉积。

3.治疗

(1)前牙用可见光复合树脂恢复患牙的形态和色泽。

(2)后牙用局部义齿恢复功能并矫正殆关系紊乱。