

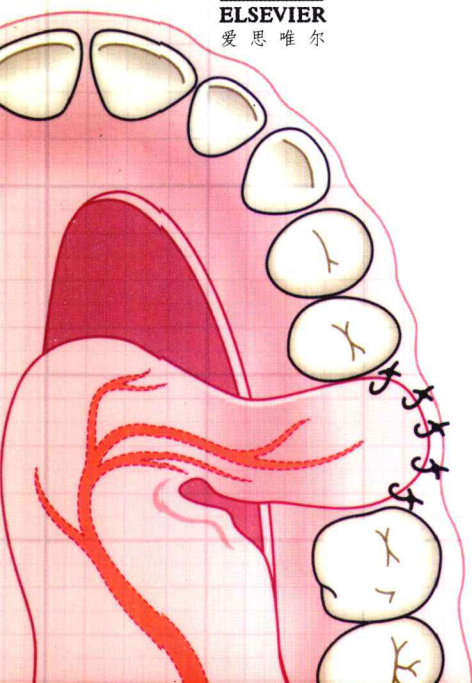
CLINICAL PROBLEM SOLVING IN DENTISTRY

SERIES



ELSEVIER

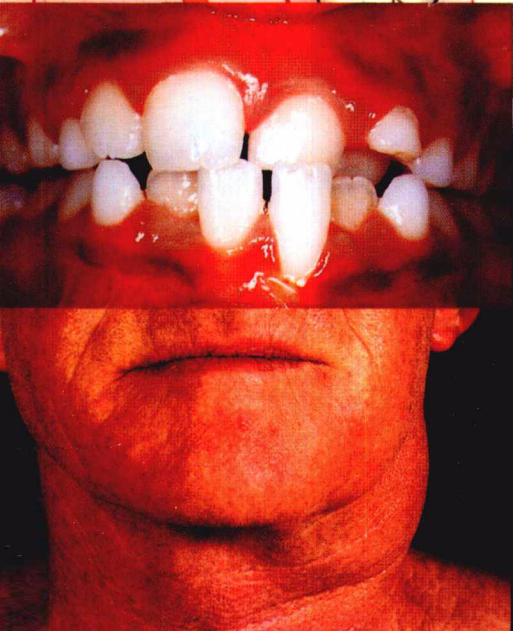
爱思唯尔



牙科临床 问题解答

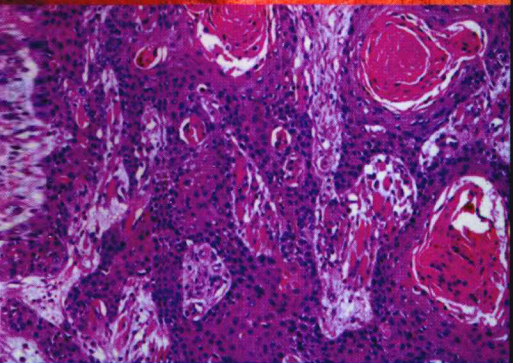
Clinical Problem
Solving in Dentistry

第 3 版



主编 Edward W. Odell

主译 邓 锋



人民卫生出版社

牙科临床问题解答

Clinical Problem Solving in Dentistry

第3版

人民卫生出版社

Clinical Problem Solving in Dentistry, 3/e

Edward W. Odell

ISBN: 978-0-443-06784-6

Copyright © 2010 by Elsevier. All rights reserved.

Authorized Simplified Chinese translation from English language edition published by the Proprietor.

ISBN-13: 978-981-272-686-5

ISBN-10: 981-272-686-1

Copyright © 2011 by Elsevier(Singapore)Pte Ltd. All rights reserved.

Elsevier(Singapore)Pte Ltd.

3 Killiney Road

08-01 Winsland House I

Singapore 239519

Tel: (65) 6349-0200

Fax: (65) 6733-1817

First Published 2011

2011年初版

Printed in China by People's Medical Publishing House under special arrangement with Elsevier(Singapore)Pte Ltd. This edition is authorized for sale in China only, excluding Hong Kong SAR and Taiwan. Unauthorized export of this edition is a violation of the Copyright Act. Violation of this Law is subject to Civil and Criminal Penalties.

本书简体中文版由 Elsevier(Singapore)Pte Ltd. 授权人民卫生出版社在中国大陆境内独家发行。本版仅限在中国境内(不包括香港特别行政区及台湾)出版及标价销售。未经许可之出口, 视为违反著作权法, 将受法律之制裁。

图字: 01-2010-6853

图书在版编目(CIP)数据

牙科临床问题解答/(美)奥黛尔(Odell, E. W.)主编;

邓锋译. —北京: 人民卫生出版社, 2011. 3

ISBN 978-7-117-13780-5

I. ①牙… II. ①奥…②邓… III. ①牙科学-问答

IV. ①R78-44

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第000496号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店

卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

牙科临床问题解答

主 译: 邓 锋

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 20

字 数: 647千字

版 次: 2011年3月第1版 2011年3月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13780-5/R·13781

定 价: 125.00元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

说 明

该领域的知识和实践是不断变化的。新的研究和经历不断拓展我们的知识。操作、治疗和药物疗法也会不断变化。读者可以从本书中获取最新的信息:①操作特点;②每种药品的不同的剂量、剂型、给药方法、给药时间以及禁忌证。但从业人员的职责是要依赖实际情况和自己的经验及对病人的了解程度做出诊断、给药以及给出最佳的治疗方案和采取合适的安全预防措施。出版者或作者对由于采用本书中的药物和剂量而引起的个人或财产损害不负有任何责任。

出版者

Dr Avijit Banerjee BDS FDS MSc PhD
Senior Lecturer and Hon Consultant in
Restorative Dentistry, King's College London
Dental Institute, London, UK

Professor David W. Bartlett,
BDS PhD MRD FDSRCS (Rest. Dent.)
Professor of Prosthodontics, King's College
London Dental Institute, London, UK

Ms Wendy Bellis BDS MSc
Senior Dental Officer in Paediatric Dentistry,
Islington & Camden Primary Care Trust,
London, UK

Mrs Jackie Brown BDS MSC FDSRCPS DRRRCR
Consultant and Honorary Senior Lecturer in
Dental Radiology, King's College London
Dental Institute, London, UK

Dr Shahid I. Chaudhry BDS MBBS FDS
MRCP(UK)
Specialist Registrar/Honorary Lecturer in Oral
Medicine, UCL Eastman Dental Institute,
London, UK

Dr David C. Craig BA BDS MMedSci MFGDP
Consultant in Sedation and Special Care
Dentistry, King's College London Dental
Institute, London, UK

Dr Alexander Crighton BDS MBChB FDSRCS
(Oral Med) FDSRCPS
Consultant in Oral Medicine, Hon Clinical
Senior Lecturer in Medicine in Relation to
Dentistry, Glasgow Dental Hospital & School,
Glasgow, UK

Mr Chris Dickinson BDS MSc MFDS DDPH
RCS DipDSed
Consultant in Special Care Dentistry, Guy's and
St Thomas' NHS Foundation Trust, London,
UK

Dr Michael Escudier BDS FDSRCS FDSRCS
(Oral Med) MD FFGDP
Lecturer/Hon Consultant in Medicine in
Relation to Oral Disease, King's College
London Dental Institute, London, UK

Dr Anna Gibilaro BDS DDS MSc DOrth MOrth
FDSRCS FDSRCS (Orthodontics)
Consultant in Orthodontics, Guy's and St
Thomas' NHS Foundation Trust, London, UK

Mr Nicholas M. Goodger PhD FRCS (OMFS)
FDSRCS FFD DLORCS
Consultant Oral and Maxillofacial Surgeon,
East Kent Hospitals NHS Trust and Honorary
Senior Lecturer in Maxillofacial Surgery,
University of Kent, Canterbury, UK

Mrs Jennifer C. Harris BDS MSc FDSRCS
Specialist in Paediatric Dentistry, Sheffield
Salaried Primary Dental Care Service, Sheffield,
UK

Mr Mike G. Harrison BDS FDSRCS
(Paed. Dent) MPhil MScD
Consultant in Paediatric Dentistry, Guy's and
St Thomas' NHS Foundation Trust, London,
UK

Miss Emma K. Mahoney BDS MSc SND,
MSND RCS
Senior Dental Officer in Special Care Dentistry,
Islington and Camden Primary Care Trust,
London, UK

Mr Robert M. Mordecai BDS FDSRCS DOrth
MOrth
Formerly Senior Lecturer and Honorary
Consultant in Orthodontics, King's College
London Dental Institute, London, UK

Professor Edward W. Odell BDS FDSRCS
MSc PhD FRCPATH
Professor of Oral Pathology and Medicine,
King's College London Dental Institute,
London, UK

作者名录

Mr Guy D. Palmer BDS MSc MRD

Consultant in Special Care Dentistry, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London, UK

Professor Richard M. Palmer BDS FDSRCS PhD

Professor of Implant Dentistry and Periodontology, King's College London Dental Institute, London, UK

Dr David R. Radford BDS PhD FDSRCS MRD

Senior Lecturer and Honorary Consultant, King's College London Dental Institute, London, UK

Professor Tara F. Renton BDS FDSRCS FRACDS (OMS) PhD

Professor of Oral Surgery, King's College London Dental Institute, London, UK

Professor David Ricketts BDS MSc PhD FDSRCS FDS (Rest. Dent.)

Professor of Cariology and Conservative Dentistry and Honorary Consultant in Restorative Dentistry, Dundee Dental Hospital and School, Dundee, UK

Mr Paul D. Robinson MBBS BDS FDSRCS PhD

Specialist Oral Surgeon, Formerly Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Guy's Hospital, London, UK

Dr Evelyn Sheehy BDS PhD FDSRCS (Paed. Dent.)

Consultant in Paediatric Dentistry, Guy's and St Thomas' Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK

Dr Martyn Sherriff BSc PhD MRSC MIMMM ANCRT FSS

Reader in Dental Materials Science, King's College London Dental Institute, London, UK

Mrs Penelope J. Shirlaw BDS FDSRCS

Consultant in Oral Medicine, Guy's and St Thomas' Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK

Carol Tait BDS MSc MFDS MRD

Senior Clinical Teacher in Endodontology, Dundee Dental Hospital and School, Dundee, UK

Dr Anwar R. Tappuni LDSRCS MRACDS(OM) PhD

Clinical Senior Lecturer in Oral Medicine, Bart's and the London School of Medicine and Dentistry, London, UK

Professor Wanninayaka M. Tilakaratne BDS MS FDSRCS FRCPath

Professor and Consultant in Oral Pathology, University of Peradeniya, Sri Lanka

Dr Michael J. Twitchen FFD LMSSA

General Medical Practitioner, West Sussex, UK

Mr Eric Whaites MSc BDS FDS RCS FRCR DRRRCR

Senior Lecturer and Honorary Consultant in Dental Radiology, King's College London Dental Institute, London, UK

序 言

本书第三次编辑出版是在解决临床问题的呼声诞生的。先前编辑出版的《牙科临床问题解答》序言中提及,它可以培养我们获得从书本上无法获取的临床实践技能。该书的巧妙构思帮助读者有机的将知识转化为临床能力,只有通过不断的临床实践,才能解决实际问题,没有捷径可循。

第3版中包含十个全新的病例,几乎是第1版的两倍长。所有的章节均进行了完善的修订。尽管离上一次出版发行的间隔时间很短,由于新的国际标准制定、立法的改变以及治疗技术的更新,所以有许多章节都做了大范围的改写。新章节的主题涉及基本的牙科学、特殊护理及儿童保护等。我希望您能喜欢该书,并从中受益。

我非常感谢许多朋友和同行的大力支持以及那些为本书做出默默贡献的人们,对于他们付出的艰辛我们无法言表。没有他们、患者、家人的支持和帮助,该书就无法出版发行。

EW Odell

目 录

1	高患龋率	1
2	一个多囊性透射病变	7
3	一种不良反应	12
4	牙龈退缩	17
5	一颗缺失的切牙	21
6	唐氏综合征	26
7	口干	32
8	痛苦的牙关紧闭	37
9	大面积的龋坏	42
10	牙龈上的一个肿物	49
11	咬合痛	53
12	义齿基托的缺陷	56
13	突发性昏迷	58
14	一名不配合的患儿	61
15	拔牙后疼痛	66
16	嘴唇麻木	69
17	一颗松动的牙	75
18	上颌窦瘘	79
19	让人心烦的口腔溃疡	84
20	颈部包块	88
21	年轻恒前牙外伤	92
22	低血糖	96
23	在下午茶时间一颗牙齿脱落了	99
24	一副有问题的覆盖义齿	104
25	下颌第三磨牙阻生	107
26	来自学校的一个电话	113
27	变色的前牙	119
28	剧烈疼痛的口腔	124
29	谨慎——X线检查	128
30	这次是谁的错?	132
31	哎哟!	138
32	面部肿胀与冠周炎	143
33	第一恒磨牙	146
34	口腔黏膜疼痛	150
35	失败的桥	155
36	滑板运动意外?	159
37	不良反应	165
38	晚期牙周炎	169

目 录

39	前牙折断	175
40	一名焦虑的患者	179
41	颊部的水疱	183
42	你愿意治疗我的儿子吗?	187
43	桥的设计	191
44	抗凝血情况的处理	195
45	舌部的白色斑块	201
46	舌部的另一个白色斑块	207
47	磨牙牙髓治疗	211
48	牙髓治疗问题	215
49	面部肿胀	220
50	上颌侧切牙缺失	225
51	前牙反骀	229
52	难治性牙周炎	232
53	意外地发现	238
54	前牙间隙	243
55	腭部包块	249
56	第一恒磨牙快速破坏	253
57	口腔癌	257
58	复杂拔牙术	264
59	张口困难	268
60	牙齿磨损	272
61	磨损的前牙	275
62	牙疼的病例	279
63	一个面部肿胀的小孩	283
64	颈部疼痛	286
65	失败的牙髓治疗	292
66	头部疼痛	297
	索引	302

高患龋率

摘要

一名六年制学院的 17 岁大学生有几颗龋齿,来到了你的牙科诊所就诊,其中有一颗龋坏范围比较大,你如何稳定他的病情。

病史

主诉

患者诉右下颌一颗牙齿的充填物脱落,残余牙冠的锐利边缘摩擦舌部引起疼痛,无其他不适。

现病史

1 年前,患者进食冷热食物和饮料时牙齿突发剧烈疼痛,仓促的到一牙医处就诊,进行了充填。患者没有复诊完成整个治疗过程。当他搬家后就与那位医师失去联系,没有再去接受治疗。

既往史

患者身体健康。

检查

口外检查

他是一个身体健康的青年人,无颌下、下颌下或颈部淋巴结肿大,颞下颌关节正常。

口内检查

右下象限情况见图 1.1。口腔黏膜健康,卫生状况良好。部分区域有牙龈炎,但无牙结石,牙周探诊深度 $\leq 3\text{mm}$ 。右下颌第一磨牙有明显龋坏,颊侧黏膜可见窦道开口。其他牙齿无修复情况,无拔牙,未见第三磨牙萌出。右下颌第二磨牙殆面见一小龋洞。

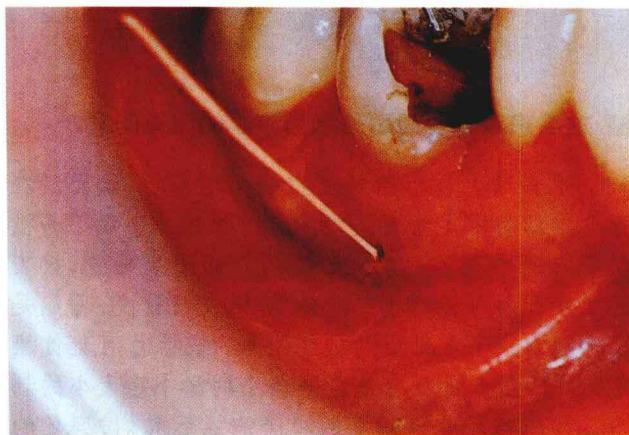


图 1.1 下颌右侧第一磨牙,牙胶尖指向窦道口

你将采取什么进一步的检查?

牙齿活力测试:在痿管区域进行活力测试。尽管第一磨牙是最可能的病因,但是相邻牙齿都应该进行检查。因为可能不止一颗牙齿没有活力。结果应该与对侧同名牙相比较。冷、热测及电活力测试都可以采用,因为广泛的反应性牙本质可能会缓和牙髓对刺激所做出的反应。

第一磨牙对任何刺激均无反应,其他牙齿均表现为有活力。

辅助检查

你会拍摄哪种 X 线片? 请说明为什么每种 X 线片都是需要的?

X 线片	摄片原因
咬合片	主要检查邻面龋,此病例也需要检查殆面龋
下颌右侧第一磨牙根尖片,最好采用平行技术拍摄	术前评估,是否需要根管治疗或是否有必要拔牙
全景 X 线片	对于一个新患者,做一个全面检查可能是有用的,并且可以判断是否有第三磨牙及其位置



图 1.2 根尖片和咬合片

■ 这名患者哪些问题是龋齿诊断的固有问题？

随着过去几十年龋病发病率的降低，骀面龋在青少年龋病中是主要类型。骀面龋通过视诊不易被发现有两个原因：首先，骀面龋开始于裂隙壁，被表面健康牙釉质所覆盖；其次，龋损成洞较晚，可能是氟化物增强了牙釉质的抗龋能力。咬合片可见健康牙釉质的重叠部分会掩盖一些小的和中等大小的龋坏。第二磨牙咬合面上的小龋洞提示我们，磨牙的窝沟点隙也可能会有龋坏。除非龋损很大，深入到牙本质中 1/3，否则通过咬合片是不能检查出来的。

■ X 线片见图 1.2 所示。你看到了什么？

根尖片显示下颌右侧第一磨牙的牙冠部龋坏面积大，波及牙髓腔。近中接触点破坏，磨牙向近中移位倾斜。牙根尖区均显示了 X 线透射影，近中根根



图 1.3 另一个病例，牙胶尖显示窦道的走行途径

尖区透射影比较大。透射影与牙周膜相连续，根分叉及根尖区大量硬骨板丧失。

咬合片上可见下颌右侧第一磨牙龋坏，同时显示除右上颌第一磨牙外，其余上下颌所有磨牙均有骀面龋。未见邻面龋。

■ 如果两颗或更多的牙齿有可能是窦道的病因，你怎样判断哪一颗牙齿是真正的病因？

在摄片之前可以将牙胶尖插入窦道内，如图 1.1 所示。如果将中号或小号牙胶尖稍弯曲插入窦道内，它有足够的可弯曲性和弹性顺着窦道延伸。牙胶尖具有 X 线阻射性，X 线片可见它延伸到感染源，如图 1.3 所示。

诊断

■ 你的诊断是什么？

患者下颌第一磨牙无活力，根尖有脓肿，此外，患者有很高的龋坏率，而前牙列几乎是无龋的。

治疗

患者在过去仅经历过一次牙痛，现在发现自己的牙列状况如此差，非常担忧。他希望采取措施保护所有的牙齿，并且试图去修复下颌磨牙。

■ 你将如何安排患者的治疗优先顺序，为什么会提供如下治疗序列？

见表 1.1。

■ 会用哪些暂时性修复材料？它们的性能是什么和在什么情况下使用？

见表 1.2。

表 1.1 治疗序列

治疗阶段	治疗项目	原因
当前阶段	右下颌第一磨牙去龋,开髓进入髓腔,为根管治疗做好准备,次氯酸钠冲洗,进行暂时性修复	这是挽救牙齿和去除根部感染源必不可少的。急需减少牙齿的进一步破坏,因为破坏是不可逆的。暂时性修复是必要的,以利于在根管治疗过程中安置橡皮障,而且还可以稳定咬合,防止近中移位
龋病的稳定	顺着象限逐一检查,去除所有牙齿的龋坏并放置暂时性修复体	当进行其他阶段的治疗时,预防牙齿的进一步破坏以及进展为暴露龋
预防治疗	饮食分析,口腔健康指导,推荐使用氟化物	应该立即开始,并纳入到整个计划当中,以减少高患龋率和确保牙列的长期维护
永久性修复	根据暂时性修复时我们所发现的情况	永久性修复可以放在最后,应该优先进行稳定

表 1.2 暂时性修复材料

材料	样品	特性	适用条件
氧化锌和丁香酚膏	Kalzinol	杀菌性、容易调拌和放置、便宜;但是硬度不够和容易脱落	适合于不承受明显咬合力的大部分龋齿的暂时性充填 近髓龋洞
自凝氧化锌黏固剂	Cavit Coltosol	与唾液接触硬化,合适的强度,容易去除	近髓龋洞 不承受咬合力
聚羧酸盐黏固剂	Poly-F	与牙釉质和牙本质相粘结,硬而耐用	当机械固位力不良时使用 当牙齿严重损坏,而具有足够强度放置橡皮障时使用
银加强型玻璃离子	Chem-fil Shofu Hi-Fi Ketac Silver	与牙釉质和牙本质相粘结,硬而耐用,具有良好的外观	与聚羧酸黏固剂一样,并且前牙可以使用

■ 为什么这颗磨牙比其他牙齿破坏得严重?

原因难以确定,但广泛龋在一定程度上可能是以前修复的结果。根据其他磨牙龋坏的方式,这似乎很可能是一个较大的骀面充填且病史也表明该充填体位于活髓牙上。近中牙尖和边缘嵴很可能被逐渐削弱。仅仅1年的时间就出现广泛性龋坏,与三个因素有关:边缘渗漏,边缘嵴和近中牙尖的削弱导致崩解,或者没有去除全部龋坏。没有去除所有龋坏的牙釉质和牙本质是银汞合金充填失败的常见原因。

■ 当你修复有活力磨牙时,如何确保去除所有龋坏组织?

有必要去除釉牙本质界处所有的软化龋坏组织,而仅仅染色但是硬的牙本质可以保留。

牙髓上方的龋坏牙本质需要不同的去除方法。对于年轻患者,牙髓腔大,治疗往往比较保守,但是如果保留软化和感染的牙本质在修复体下面,将产生副作用。非常软的和易于剥脱的牙本质应该将其去除。

稍微有点软的牙本质可以保留,上面必须进行密封良好的修复。决定最后一层软化牙本质是否去除非常困难,这种决定常常建立在一定程度的临床经验基础上。牙髓炎引起的疼痛提示有必要去除较多的牙本质,如果症状严重,需要进行根管治疗。阐明快速进展的龋齿中形成软化牙本质的过程是困难的。最深一层,通过脱矿变软,但是没有感染,有时候可以保留该层组织。另外,在快速进展的龋齿中,通过染色来判断细菌侵入层是不可靠的。在深的龋损中,去除最后一层龋坏牙本质需要一定的勇气。

更多有关去除龋坏的详细信息在“病例9大面积龋坏”中会提到。

■ 对于这个患者最重要的预防性程序是什么?解释为什么。

饮食分析。龋齿形成需要饮食中的糖,尤其是蔗糖、葡萄糖和果糖,产酸菌群和易感牙面。抑制菌斑生物膜基质糖产生是抑制已有龋损进一步发展和预防新龋损形成的最有效措施,没有影响菌群或牙

齿的预防措施比这种措施有效。强调饮食的另一个好处就是促使患者认识到他们必须为预防自己的疾病负责。

■ 你如何评估一个患者的饮食?

饮食分析包括两个方面:调查生活方式和饮食成分。有关饮食本身的信息用处不大,除非与患者的生活方式相联系。只有适合患者生活方式的饮食建议才可能被采纳。

饮食记录包括所有的食物和饮料消耗、数量(采用简单的估量单位)以及进食或饮用时间。

在这个病例中,应该标明患者是一个17岁的学生。16~20岁的人生活方式变化较大。他可能不再在家里生活,物质、经济和饮食不再依赖父母。他可能比较贫困,会吃快餐厅里面廉价的富含碳水化合物的食物,而不是有规律的饮食。长时间的学习也

可能伴随着频繁饮用含糖饮料。

可采用各种方式进行饮食的自身分析。可以让患者回忆之前24小时所有消费的食物。这不是很有效,因为它依赖于好的记忆和诚实,不可能提供具有代表性的信息。依赖超过24小时的记忆是太不可靠的。

最有效的方法就是让患者连续4天记录下饮食情况,包括2个工作日和2个休闲日。对患者的要求就是认真履行、诚实填写,当然不要因为要记录就改变饮食结构。在提出饮食建议之前应该进行充分的分析。即使那些没有诚实记录的患者也更多了解到自己的饮食情况。如果他们知道什么食物从表中剔除可以让牙科医师感到高兴,至少在教育过程就迈出了第一步。

■ 你如何分析这名患者4天的饮食表,见图1.4,什么是易于患龋的原因?

突出高含糖食物和饮料,如图1.4所示。

John Smith 的4天饮食分析表

	星期四		星期五		星期六		星期日	
	时间	食品	时间	食品	时间	食品	时间	食品
早餐前			7:00	2杯茶(加两颗糖)	7:30	4块巧克力饼干、茶(加2颗糖)		
早餐	8:30	香肠、皮塔饼、番茄酱、茶(加两颗糖)	8:30	香蕉			8:00	巧克力爆米花、早餐麦片、1杯可乐饮料
上午	9:20	1杯可乐饮料	9:30	大杯巧克力热饮、一包薯片、1听餐饮可乐饮料	11:00	1片樱桃蛋糕	10:30	4片吐司和花生酱、1片蛋糕
	11:15	巧克力热饮、巧克力棒						
午餐	12:30	火鸡沙拉、三明治、1杯可乐饮料、茶(加两颗糖)	1:00pm	2块奶酪吐司、大蒜香肠、1片蛋糕、1杯可乐饮料	12:30	1片蛋糕、茶(加2颗糖)	1:00pm	鱼馅饼、1杯可乐饮料
下午	4:00pm	碳酸饮料、巧克力棒、1片蛋糕	4:30pm	火腿、1片蛋糕、茶(加2颗糖)	3:00pm	香肠、豆、吐司、1个橘子、1听可乐饮料	2:00pm	茶(加2颗糖)
			5:00pm	1杯可乐饮料			4:30pm	1块饼干
晚餐	6:00pm	沙拉、蒜、香肠、火腿、凉拌菜丝	7:30pm	汉堡和薯条、1听可乐饮料	8:00pm	意大利面条、冰淇淋	6:00pm	1块蛋糕、茶(加2颗糖)
							9:00pm	巧克力棒
晚上	10:00pm	香肠、薯片、1杯碳酸饮料			9:30pm	茶(加2颗糖)		鱼和薯条、豌豆、1杯可乐饮料

图1.4 患者的饮食表

应该标明他们是否是在就餐时候食用,还是作为零食整天**频繁食用**。应该计算出**糖的摄入量**,并与患者讨论。应该标明食物的**黏稠度**,因为清除口腔内干燥和黏性食物需要花费更长的时间。睡前饮用含糖饮料具有高度的显著性作用,因为睡觉时唾液流量减少,清除时间更长。确认一种高含糖食物很有意义,因为患者通常忽略这些食物,如烤豆、早餐麦片、番茄酱以及普通饼干。

饮食表显示这名患者的主要问题是喝很多含糖饮料以及频繁进食蛋糕和饼干。大部分食物或零食含有高糖成分,一些食物还不止一种含糖成分。这一年龄群体高患龋率的另一个典型原因就是糖果,特别是薄荷糖。

■ 你将提供给患者什么建议?

安全饮食的原则见表 1.3。

饮食建议几乎总是通过健康教育的健康信念模式提供。然而,众所周知,有关生活方式、习惯和饮食的风险及后果的教育通常是没有效果的。根据患者的可能依从性提供饮食建议很重要,这些建议能够产生小的改变,但是意义重大,而不是试图消除饮食中的所有糖,随着饮食的改善,可以调整和提供新的建议。

建议必须易于接受、具有可操作性和患者可以承受。在这个病例中,患者已经从不健康的饮食中承受了严重的后果,这可能会帮助他改变一些行为。

患者必须意识到,摄糖后对牙齿的影响会持续 1 个小时。对一些患者的解释不仅仅是这一简单的声明。许多患者在理解 Stephan 曲线的概念(不需要详细了解细节)上没有困难。

应该推荐患者使用含氟牙膏。在饮食改变期间,每周使用含氟漱口水也是有用的。只要认为饮食是不安全的,这些措施就可以一直采用。

口腔卫生指导也很重要,在治疗的最后阶段,应该加以强调。它不会停止龋病的进展,但对于这个患者非常关键,因为他仅仅有轻微的牙龈炎。

■ 假设患者有良好的依从性并积极配合,你将如何对这颗牙齿进行永久性修复?

右下颌第一磨牙需要根管治疗和临时性修复。如果龋损破坏不太严重,修复体可以通过残留牙体组织固位。修复材料应该置于髓腔内及根管 2~3mm 内。如果没有足够的自然冠保留,可以在远中根管制备一个根管桩加以补充固位。远中根管并不是最理想的,因为它远离最广泛的破坏区域,但是它比较粗大。

其他磨牙需要用永久修复代替暂时性修复。龋齿只涉及咬合面,但是大面积龋损的去除可能会遗留一些无基釉。用银汞修复时应该去除所有的无基釉。用 X 线阻射的玻璃离子和复合修复材料可以达到更好的修复效果。玻璃离子与牙本质结合,具有 X 线阻射性,那么 X 线片检查就不会混淆残留龋或者继发龋。利用粘结剂与牙本质结合的复合材料将会是玻璃离子的替代材料。

■ 图 1.5 显示的是下颌第一磨牙根管治疗 2 个月后的情况。你看到了什么? 显而易见的长期问题是什么?

根尖区和根分叉区可见骨组织愈合。完全愈合可能需要 6 个月~1 年的时间,那个时候,就可以判定根管治疗是否成功。

如最初的 X 线片所示,下颌右侧第一磨牙的近中接触区破坏、移位和倾斜。这使得恢复近中面及近中接触点的外形变得不可能。近中面平坦,没有固定的接触点。长远看,第二前磨牙的远中面有患龋危险,并且与正常接触所患龋比较,龋损可能会影响更大的牙面,并向牙龈更进一步延伸。这个区域

表 1.3 饮食建议

目 的	方 法
减少摄糖量	检查制造商标签,避免含糖食品,如蔗糖、葡萄糖和果糖。自然糖(如蜂蜜、红糖)与提炼糖或添加糖的致龋性一样。当需要甜食时,可以选择含甜味剂的食物,如糖精、安赛蜜、阿斯巴甜代替糖。饮食配方含有的糖应该少于所对应的标准。应该减少饮料和食物的甜度,习惯于少糖饮食
在正餐之间尽可能控制摄糖频率	努力减少零食。当需要零食时,选择“安全零食”,如奶酪、薯片、水果;或无糖甜品,如薄荷糖和口香糖(它不仅不含糖,而且促进唾液分泌和增加 pH)。就餐之间可以饮用人造甜品
加快口内糖的清除	不要以含糖食品或饮料结束就餐。吃了含糖食物后,喝无糖饮料、咀嚼口香糖或吃保护性食物,如奶酪



图 1.5 修复后的下颌第一磨牙根尖片

也不易清洁,有患局部牙周炎的危险。咬合面倾斜将有利于食物填塞到接触区,除非恢复外形,包括人工增强边缘嵴。

从长远看,这颗牙齿需要冠修复。大量釉质破坏,根管治疗后牙齿也被削弱。修复的冠使得接触区有一个良好的外形,然而如果牙齿保持在现有的

位置,这个问题很难解决。我们可以考虑通过正畸将牙齿直立。

■ 为什么不能简单拔除下颌磨牙?

右下颌第一磨牙的拔除也许是一种可取的治疗方案。龋损面积大,牙齿修复复杂,治疗费用贵,且一段较长时间内会有问题接踵而至。缺牙可能不易被看见。

很大程度上,决定取决于患者的愿望。如果他不为缺牙担忧,那么拔牙会是一个可行的建议。然而,如果需要修复牙齿,修复桥体需要预备另外两颗牙齿。义齿基底的更换可能没有标明,但是稍后可以考虑种植体。患者的任何犹豫和不确定性都会影响你建议拔牙。

另一个影响决定的因素就是其他磨牙的状况和远期预后。如果短期或中期内其他磨牙有可能出现缺失,那么无论保存哪颗牙齿并成功修复都有意义。

(王金华 邓锋 译)

一个多囊性透射病变

摘要

一名 45 岁的非洲男性因为下颌肿大来看急诊。你要做出诊断并决定治疗方案。

病史

主诉

右下颌后牙松动,伴右下颌肿大。

现病史

6 个月前患者发现右下颌后牙出现缓慢的进行性松动,后牙有浮出感,与前牙不在同一高度,导致进食困难,同时伴右侧下颌骨肿大且舌活动空间受限。患者近期拔除已松动的右下颌第二磨牙,但是拔除后并未减轻肿胀。尽管没有疼痛,但是患者要求进一步诊治。

既往史

患者平时身体健康。

检查

口外检查

患者面部正常,无明显不对称,右侧下颌稍丰满。右侧下颌颊侧及舌侧可扪及一圆形、表面光滑的骨性膨隆。可触及右侧颈部深部淋巴结,稍肿大,质软,活动度好,无压痛。

口内检查

■ 从图 2.1 可以看到什么?

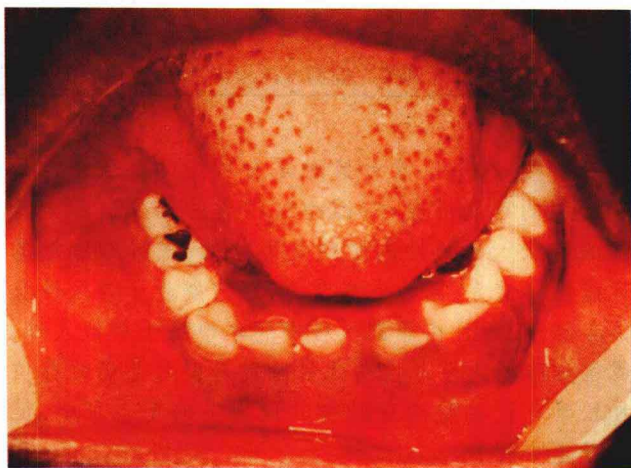


图 2.1 患者的口腔表现

右下颌后牙颊黏膜转折处可见明显的隆起,其前方边缘清晰,止于第一前磨牙。颌骨舌侧不可见,但是我们可以看见舌体上抬,这提示右下颌颌骨舌侧肿大。肿胀区黏膜颜色正常,没有明显的炎症和感染。下颌第二前磨牙和第一磨牙可见较小的银汞充填物。

如果你对患者进行检查,你会发现患者的右侧上颌后牙均已拔除,右下颌后牙伸长,高于殆平面约 2~3mm。右下颌后牙松动 III°,牙髓均有活力。

■ 患者舌体上红色的斑点是什么?

菌状乳头。在舌体干燥的时候它们变得更加明显,比如饮食缺乏摩擦性时。

■ 在目前你所了解的基础上你会考虑哪些情况?

病史相对缓慢,提示病变可能是良性的。未见明显的恶性病变征象,例如骨皮质穿孔,软组织撕裂,黏膜溃疡,嘴唇麻木和牙齿失去活力。淋巴结肿大也不能提示恶性病变。

引起颌骨肿大最常见的病变是牙源性囊肿。最普遍的牙源性囊肿有根尖周囊肿、含牙囊肿及牙源性角化囊肿。如果是根尖周囊肿,那么可能是由下颌第一磨牙引起,虽然殆面可见银汞充填物,但是没有任何证据证实它已是死髓牙。牙源性囊肿也有可能来自于第二或第三磨牙的残余囊肿。如果第三磨

放 射 片	选 择 理 由
全口牙位曲面体层 X 线片或斜位片	从水平方向上显示病损。侧位片可能会更好地显示病变,但是无法显示前牙区情况。全口牙位曲面体层 X 线片可以很好地显示剩余颌骨的情况,但是病变区域才是重点
颌骨后前位片	可以显示下颌骨体、下颌角和下颌升支的病变范围
下颌 90° 咬合片	显示在后前位片中因为切牙遮挡而无法显示的舌侧病变
下颌右侧第一磨牙和第二前磨牙的根尖片	评估牙槽骨的支持和牙根的吸收情况

牙没有拔除,那么含牙囊肿是有可能的。牙源性角化囊肿的可能性较小,因为这种囊肿较少引起大范围的肿胀。牙源性的肿瘤是可能的,成釉细胞瘤的可能性非常大,因为它最常见,经常发生于该区域及该年龄段,而且在非洲人种发病率也高于其他人种。成釉细胞瘤比牙源性角化囊肿更易引起牙齿的移位和松动。巨细胞肉芽肿和其他许多病变也可能,但是可能性很小。

辅助检查

■ 放射线检查是必需的,那么你将选择哪种体位摄片,为什么?

多个不同方位的影像可以帮助确定病变范围,如表所示。

■ 以上四个不同的检查结果如图 2.2~2.5 所示。病变的放射学特征描述如下。

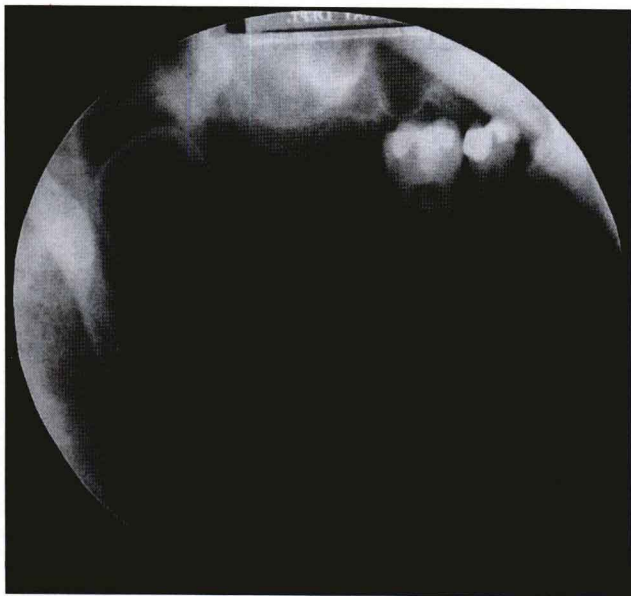


图 2.2 侧斜位片

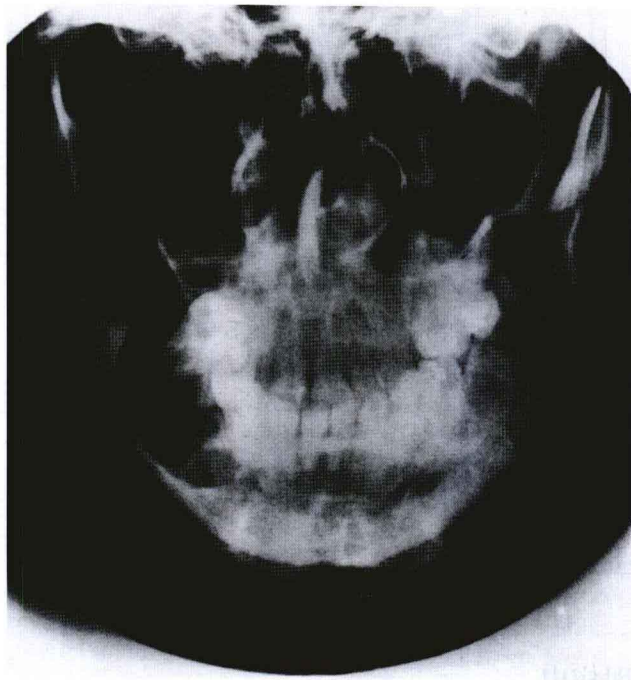


图 2.3 颌骨后前位片



图 2.4 下颌殆面观