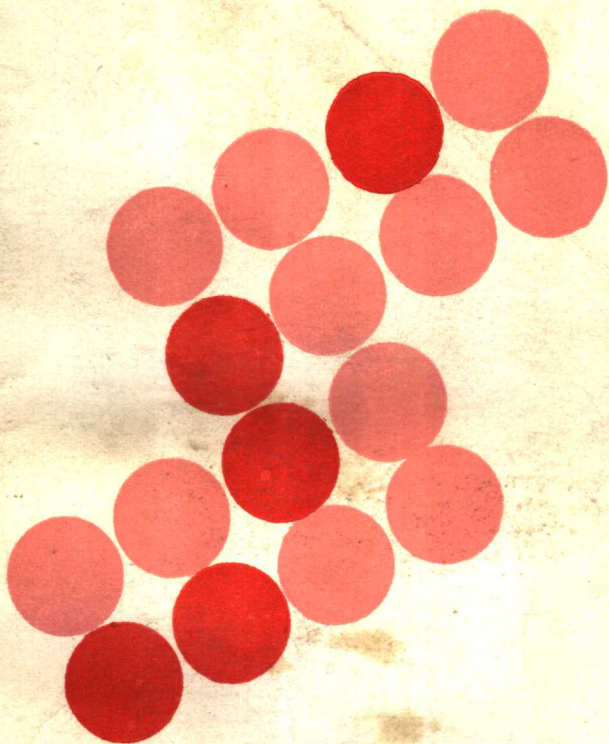


牙病

误诊误治

赵 皿 肖明振 编著



陕西科学技术出版社

牙体病误诊误治

赵 皿 肖明振 编著

陕西科学技术出版社

牙体病误诊误治

赵 皿 肖明振 编著

陕西科学技术出版社出版发行

(西安北大街131号)

新华书店经销 西安新华印刷厂印刷

787×1092毫米 32开本 3印张 6万字

1990年8月第1版 1990年8月第1次印刷

印数: 1—4,000

ISBN 7—5369—0715—x/R·212

定 价: 1.50元

前 言

本书分龋病、牙髓病、尖周病、非龋性牙体硬组织病、儿童牙病、x线照像检查等六章，收集了第四军医大学口腔医学院口腔内科学教研室牙体病科在医疗工作中的一些失误的病例，目的是给读者以前车之鉴，免于发生类似的错误，以减少病人的痛苦，缩短疗程，提高诊疗质量。此外，还附有经验病例介绍，供读者参考。

本书可作为教学、医疗参考书，供口腔专业学生、临床医师以及教学人员参考。限于作者的水平，本书必然存在不足之处，敬希读者批评指正。

编 著 者

1989年5月

目 录

第一章 龋 病	(1)
一、邻面龋诊断.....	(1)
二、补物脱落.....	(2)
三、补后疼痛.....	(5)
四、邻面补料悬突.....	(7)
五、流电性牙痛.....	(8)
六、银汞合金中的汞引起过敏性 口炎.....	(8)
第二章 牙髓病	(10)
一、误 诊.....	(10)
二、漏 诊.....	(16)
三、砷剂外溢.....	(18)
四、砷性尖周炎.....	(20)
五、封砷制剂后疼痛.....	(22)
六、干髓术后疼痛.....	(24)
七、去髓术后疼痛.....	(26)
八、髓腔壁穿孔.....	(28)
第三章 尖周病	(30)
一、误 诊.....	(30)
二、髓腔壁穿孔.....	(40)
三、器械折断于根管内.....	(41)

四、器械落入消化道内·····	(42)
五、皮下气肿·····	(43)
六、尖周囊肿的误治·····	(44)
第四章 非龋性牙体硬组织病·····	(47)
一、无龋牙的诊断·····	(47)
二、牙齿感觉过敏症·····	(50)
第五章 儿童牙病·····	(52)
第六章 X线照像检查·····	(58)
附录：经验病例介绍·····	(63)
一、空管药物疗法·····	(63)
二、慢性尖周炎并发深盲袋·····	(64)
三、半切术·····	(65)
四、裂缝牙综合征·····	(68)
五、创伤性牙周膜炎·····	(70)
六、根折·····	(71)
七、乳光牙·····	(75)
八、尖周放线菌病·····	(76)
九、压迫性牙根吸收·····	(79)
十、癌肿所致的牙痛·····	(81)
十一、糖尿病病人的牙痛·····	(86)
十二、牙痛伴有上下肢痛·····	(87)
十三、牙瘤·····	(88)
十四、致密性骨炎·····	(89)

第一章 龋 病

一、邻面龋诊断

例 1 男 56岁 主诉 冷热不适已月余。检查 近中邻面颈部探之有粗糙感，印诊 邻面龋，建议行充填术。术前经他人会诊、反复仔细检查同时摄 x 线咬翼片，确认 近中邻面无龋，有少量龈下牙结石，当即行局部龈下牙石洁治术，此后病人再未复诊。

分析讨论 邻面为龋病的好发部位之一，由于位置隐蔽，尤其是后牙接触点以下靠近牙颈部发生的龋，如果术者不仔细检查、或检查方法不当，均易漏诊或误诊，当然医生的经验也是很重要的原因。本例最初检查方法不当，后经纠正才免于误将完整的牙齿磨开。

检查邻面是否有龋要注意和正常的牙齿形态——颈部收缩区以及龈下牙结石相鉴别；其方法是：用三弯探针沿牙颈部与牙齿长轴有一定角度的方向来回在牙齿上滑动探测，如是颈部收缩区时，探针可在滑动时脱出，否则会被龋洞所阻和钩住，与此同时病人还可能出现酸痛的感觉；探测邻面龋和龈下牙结石时，虽然二者均有粗糙之感如本例，但仔细比较细心体会则二者略显不同：龈下牙结石有凸出感，龋坏则有凹陷感。

还可拍摄 x 线咬翼片来辅助诊断，必须指出：由于 x 线

片有一定局限性，因此不可仅凭 x 线片下诊断，还需对照检查患牙方可确诊。

笔者曾遇一例主诉全口牙冷热不适，检查牙无龋病，亦无牙本质过敏及其它非龋牙体硬组织疾病，只查出牙结石沉积多，经洁治后冷热不适即消除，本例 $\frac{6}{1}$ 亦然。为何牙结石会引起牙齿感觉冷热不适尚待研究。

二、补物脱落

例 2 张某 女 23 岁 初诊检查 $\frac{7}{7}$ 颊侧龋坏，当日去龋制洞后，均用暂时水门汀作基底，银汞合金补。半月后来诊诉 $\frac{7}{7}$ 补料脱落，检查 $\frac{7}{7}$ 颊侧窝洞浅，无固位形，补料全脱，随即修正洞形加强固位形后，直接银汞合金补。半年后病人又诉 $\frac{12}{1}$ 补料脱落，检查 $\frac{17}{1}$ 补料缺失，洞形尚可，探酸。处理 $\frac{17}{1}$ 局部修正洞形，暂时水门汀作基底，银汞合金充填。

例 3 张某 男 40 岁 $\frac{4}{4}$ 近中邻面龋，探微痛，无叩痛，行双层基底（暂时水门汀，磷酸锌水门汀）后，银汞合金充填。两周后来诊，检查 $\frac{14}{4}$ 近邻殆银补，齐鸠尾峡处折断，邻面补料脱落，修正洞形后重补。

例 4 赵某 女 42 岁 $\frac{7}{1}$ 远中龋， $\frac{8}{1}$ 缺失，当即 $\frac{7}{1}$ 去尽龋后，局部以银汞合金充填。两月后来诊诉 $\frac{7}{1}$ 补后几天补料全脱，冷热痛。检查 $\frac{7}{1}$ 窝洞固位形差，无补料，探微酸， $\frac{7}{1}$ 修正洞形加强固位后，暂时水门汀基底，银汞合金充填。

例 5 李某 男 40 岁 $\frac{1}{1}$ 因咬铁丝使切缘劈裂了

一小块，牙不松。当日作 $\frac{1}{1}$ (Ⅳ) EB树脂充填。一月后补脱，检查 $\frac{1}{1}$ 洞形潜凹不够，随即修正洞形，加深潜凹后重补。

例6 潘某 男 37岁 $\frac{3}{3}$ 远中邻面深龋，当即去龋后以暂时水门汀作基，银汞合金充填。半月后来诉 $\frac{3}{3}$ 补脱，检查 $\frac{3}{3}$ 远中补物缺失，窝洞内残留有龋，去净龋见已穿髓，牙髓坏疽，改行根管治疗术。

例7 胡某 男 27岁 $\frac{4}{4}$ 因颊侧颈部楔形缺损行 (Ⅴ) 洞充填术，用暂时水门汀作基底，银汞合金充填。半年后来诊诉 $\frac{4}{4}$ 补料脱落，检查 $\frac{4}{4}$ 银汞合金缺失，暂汀基底存在，但较厚，修正基底后，银汞合金重补。

分析讨论 引起补物脱落的因素诸如洞形的设计和制备，抗力形和固位形如何，基底、龋坏组织特别是窝洞边缘的龋坏组织是否去净以及咬合的调整等等。要想获得一理想而维持时间较长的充填不容易，综合因素太多，除了上述的一些因素术者应按常规要求一步一步认真进行以外，还有充填材料的性能、质量是否合乎标准、材料调拌是否得当，这些也是影响充填术成功的重要因素。

例2 $\frac{7}{7}$ 补后半个月补物即脱，检查分析为窝洞无固位形，其次该龋坏不深，垫了基底后剩下的窝洞体积用来充填银汞就不多，以致影响到银汞的固位而脱落。 $\frac{7}{7}$ 术后半年补物脱落，检查发现窝洞固位形尚可，分析原因主要是操作问题：分层填塞银汞时压紧的力量不够，致使银汞结固较松散而脱落。

$\frac{7}{1}$ 位置靠后，又是颊侧洞操作比较困难，可让病人肌肉放松，张口不宜大，以口镜牵拉开颊侧粘膜操作为宜。

例3 仍属窝洞的洞形问题，鸠尾峡制备过窄，双层基底也太厚，致使银汞体积薄在鸠尾峡处折断，邻面银汞亦因固位欠佳而脱落。

正确的方法应修正洞形，根据目前国内银粉产品的质量来作鸠尾峡，其宽度略相当于邻面颊舌径宽度的 $\frac{1}{3}$ 。 $\frac{4}{1}$ 牙体小，洞底可垫一层聚羧酸锌水门汀作基底，充填完毕刻形时，要注意调整磨改咬合。

例4 $\frac{7}{1}$ 远中局部洞制备较困难，固位形差和不易操作有一定关系。该洞只要求将龋坏组织去净后作出潜凹固位，可试行用低速牙钻从 $\frac{7}{1}$ 的颊、舌侧两方向进行。如果龋坏接近牙体边缘嵴，或病人具体情况如易恶心等，亦可考虑为远中邻骀面洞的设计，这样制作较容易。

例5 前牙切缘包括切角的修复，既要恢复牙体形态和功能，又要照顾到美观，洞制备时抗力形固位形均属重要。本例由于固位欠佳，因而一个月后导致补物脱落。

前牙切缘修复加强固位的方法除作潜凹固位外，尚有向舌面扩展形成鸠尾固位，或加钉固位，也可二者兼有视具体病例需要而定。修复完毕必须注意调骀并嘱病人小心爱惜使用，切不可咬过硬食物以防补物脱落或折断。近年来利用酸蚀法新技术来修复，可少切割牙体组织。

例6 $\frac{3}{1}$ 窝洞内残存龋，致使补物不能和窝洞紧密接触导致半个月后脱落。应该指出：这种在窝洞内残存龋不去净，是由于术者操作粗疏、马虎和责任心不强，和深龋治疗

时有意识地在极近牙髓部位保留极少量的龋坏组织此二者的性质还不相同。此外，半个月后复诊，去净龋后即见穿髓，牙髓已坏疽。一般术后这么短的时间就发生牙髓坏疽，病情不可能发展这样快，因此第一次初诊时诊断为深龋是值得怀疑的。当时应该询问病史，然后去净龋，根据穿髓点情况如为活髓可行干髓术，否则应摄 x 线片检查根尖周骨质情况，决定是作死髓切断术抑根管治疗术。

例 7 由于基底太厚银汞体积因而相对减少而脱落。中度龋以上的窝洞均需要垫基底以保护牙髓、隔绝刺激。基底垫的厚薄要根据窝洞情况掌握适量，深洞可垫双层基底，浅洞可垫单基甚至还可不垫基底。一般来讲，垫好基底以后的窝洞应留有 1 毫米深度的空间来容纳银汞才不致使之脱落或折断。此外还需注意在垫基底时要将潜凹留出，以达到固位银汞的目的，在较浅的窝洞更显得重要。

三、补后疼痛

例 8 王某 女 49 岁 诉 $\frac{7}{7}$ 两周前曾行骀面 (I) 洞充填术，现 $\frac{7}{7}$ 仍有冷热痛外，尚有反射性痛， $\frac{7}{7}$ 有早接触感，不能碰。检查 $\frac{7}{7}$ 骀面银补均完正无缺， $\frac{7}{7}$ 近中邻面深龋，探痛，叩痛， $\frac{7}{7}$ 去除补料后发现洞底有隐裂，叩痛明显。处理 $\frac{7}{7}$ 改行干髓术。

例 9 唐某 男 43 岁 $\frac{5}{1}$ 干髓术后仍有刺激性痛。检查 $\frac{5}{1}$ 银补良好，牙无叩痛，又查出 $\frac{5}{1}$ 近中中度龋，行充填术，再未复诊。

例 10 李某 女 24 岁 $\frac{4}{1}$ 远中邻骀面深龋，去净龋

后以氧化锌丁香油水门汀和锌水门汀作双层基底，银汞合金充填，调𪙇。术后当天下午即来诊：诉 $\frac{4}{1}$ 中饭后即感牙跳痛，大约5分钟一次，并反射至头部。检查 $\frac{4}{1}$ 银汞合金完好，牙无叩痛。处理：仔细小心地去除原补料后，检查窝洞远颊角处有一针尖大小的穿髓孔，探之痛甚，改行干髓术后 $\frac{4}{1}$ 疼痛症状消失。

例11 刘某 男 16岁 $\frac{1}{7}$ 𪙇面深龋，去净后以氧化锌丁香油水门汀、磷酸锌水门汀作双层基底，银汞合金充填。半月后诉 $\frac{1}{7}$ 有冷热痛，尚无自发痛和咬合痛。处理： $\frac{1}{7}$ 去原封料时，发现基底较薄，加厚基底，重新充填银汞合金。未再复诊。

例12 丁某 女 48岁 $\frac{6}{1}$ 因砂子梗了一下，使远颊尖缺损，探之酸痛。处理 $\frac{6}{1}$ 制洞行充填术，两天后诉 $\frac{6}{1}$ 补后冷热感不适。处理：去补料见窝洞基底不全，重垫基底，银汞合金充填。

例13 谢某 女 35岁 诉 $\frac{6}{1}$ 补料脱落三个月，冷热刺激痛。检查 $\frac{6}{1}$ 颊𪙇银汞合金部分脱落，探之敏感，洞固位形很差。处理： $\frac{6}{1}$ 修正洞形后，酸蚀复合树脂充填。术后三个月来诊诉 $\frac{6}{1}$ 补后冷热刺激痛，咬合痛，近二日肿痛，自发剧痛。检查 $\frac{6}{1}$ 大面积复合树脂补，牙松动2度多，叩触痛明显，根尖部位压痛，面颊肿胀。诊断： $\frac{6}{1}$ 急性化脓性尖周炎。经根管开放，消炎后常规根管治疗术。

分析讨论 误诊漏诊、穿髓点未发现以及基底问题是充

填术术后发生疼痛的常见原因。

例8的 $\overline{7}$ 应是慢性牙髓炎，由于漏查了近中邻面有深龋，也是漏诊，因此仅充填了殆面龋洞当然会发生疼痛； $\overline{7}$ 为隐裂，原牙髓已有慢性炎症。本例提示术前仔细检查正确诊断极其重要。

有些病人可能在患牙的邻近还有龋齿，如例9，因此术前最好作到全面检查重点治疗（先解决病人的主诉），同时将检查结果告诉病人使之心中有数，临床上有时在同一病人一侧可先后1—2个牙出现牙髓炎症的。

例10提示术前应仔细询问病史，其次是当龋坏组织去净后，应仔细检查洞底，尤其要注意髓角部位，可用电筒透照看有无穿髓点。术后发生问题应小心地逐层去除补料，以帮助寻找原因，吸取教训，总结经验。

例11、12均为基底的原因引起术后冷热不适。因为银汞合金具有传导性能。操作时应注意要待基底完全结固后才能充填银汞合金，否则充填银汞时力量较大，可能将尚未结固完全的基底料散开，导致基底厚薄不均匀或基底不完全。

例13为酸蚀复合树脂修复不当引起的急性尖周炎，属化学性刺激引起牙髓坏死，继之形成尖周炎。因此，酸蚀复合树脂修复如何防止化学性刺激牙髓是关键性环节，操作宜特别小心。

四、邻面补料悬突

例14 姚某 女 27岁 $\overline{6}$ 完成死髓切断术后作邻殆银汞合金充填。两年半后复诊诉 $\overline{6}$ 易出血，检查 $\overline{6}$ 近邻银补好，似有悬突，探之易出血，近中邻面偏颊侧有1cm左

右的深盲袋，牙无叩痛，x线片显示 $\frac{6}{6}$ 根尖正常，邻面补料悬突， $\frac{56}{56}$ 间牙槽嵴呈1度和缓型吸收。处理 $\frac{6}{6}$ 磨除悬突并行近颊盲袋内壁刮除术。

分析讨论 成形片未上好、楔子又未楔紧（使成形片和患牙颈壁的边缘密切接触）是邻面悬突形成的原因。根据悬突的大小、部位深浅以及术后时间的长短来决定症状的程度，轻者可引起龈炎，深浅不等的盲袋，牙槽嵴吸收，重者可致牙周炎，有时还会出现牙周脓肿。

本例提示充填术是重要的基本功，无论龋病的治疗，或是牙髓病、尖周病等治疗最后都要用银汞（复合树脂）来充填，以使患牙能担负咀嚼功能。

五、流电性牙痛

例15 王某 男 58岁 $\frac{4}{4}$ 近中邻面中度龋，行银汞合金充填术，当填好银汞病人即感不适，再检查 $\frac{21}{21}$ 金固定桥，当即将 $\frac{4}{4}$ 银汞合金换成复合树脂，病人不适即消除。

分析讨论 这是由于银汞合金和金两种不同的金属相接触产生局部电流，从而出现了流电性牙痛。

六、银汞合金中的汞引起过敏性口炎

例16 陈某 男 52岁 因感牙酸痛来诊。检查 $\frac{54}{54} \frac{234}{234} \frac{3}{3}$ 唇（颊）颈部楔形缺损，探之均感酸痛。先后分4次将上述牙进行了（V）类洞银汞合金充填术。4个月后复诊诉每次补牙后约半个月左右，感该处相对之粘膜有不适和粗糙感。检查 $\frac{54}{54} \frac{234}{234} \frac{3}{3}$ 银汞合金充填完好，突度和光洁度正

常，相对之粘膜显示白色斑膜，较软，其间参以白色花纹，手触之无粗糙感，周围粘膜微充血。白色斑膜在 $\frac{54}{6543}$ 区最大，约 3.5×1.5 厘米，在 $\frac{1}{3}$ 区最小，约 1×0.6 厘米。印诊：待排除过敏性口炎。

当即去除 $\frac{54}{6543}$ 之银汞合金，以氧化锌丁香油水门汀暂封，日后陆续去除 $\frac{234}{6543}$ 之银汞合金，最后均以复合树脂充填。随着银汞合金去除的先后，相应之粘膜病变亦逐渐缩小，继而消失，不留瘢痕。病人局部粗糙等不适感亦消失。

为排除由汞引起过敏性口炎的可能，于左前臂内侧先后以银汞合金、汞、银粉作斑贴试验，孔径 4 毫米。敷贴银汞合金部位的皮肤在 24 小时后出现与孔径面积一致的红斑、丘疹并有痒、微痛。以后用汞及银粉分别作斑贴试验，结果敷贴汞处的皮肤阳性反应更外强烈，而银粉敷贴处的皮肤正常。

化验检查：血红蛋白 13 克，白细胞总数为 6900，淋巴细胞 32%，中性 66%，嗜酸细胞 3%。嗜酸性细胞计数：500/毫米³。淋巴细胞转化率 66%。脱颗粒试验(嗜碱细胞)：汞为阳性，银粉为阴性。

据统计，药物过敏的病人中，37.5% 有过敏性疾病史。本例病人对生漆过敏，虫叮咬后易引起全身风疹块，曾于静脉注射溴化钙过程中，发生过敏性休克，这些都说明了病人具有过敏性体质。

汞除其本身具有毒性外，还可引起过敏反应，值得重视。

第二章 牙髓病

一、误 诊

例1 男 39岁 诉 $\frac{7}{1}$ 遇热刺激时感痛，含冷水好些，夜间自发痛。检查 $\frac{7}{1}$ 远中邻面深龋，探之穿髓有剧痛，牙松动1度，叩痛，电活力试验敏感。印诊 $\frac{7}{1}$ 化脓性牙髓炎、部分牙髓坏疽。处理于 $\frac{7}{1}$ 远颊穿髓点处封神失活剂，准备三天后切髓。

封神剂后片刻，病人仍感牙痛，每隔3~5分钟痛一次，含冷水可缓解疼痛。遂以2%普鲁卡因3ml注射右上牙后神经，并揭除 $\frac{7}{1}$ 红色之冠髓组织，行髓室开放，内放一丁香油棉球。

补充检查 $\frac{7}{1}$ 远中邻面似有龋，牙叩痛， $\frac{8}{1}$ 近中向位阻生。在右下牙神经阻滞麻醉后，病人牙痛症状完全消失。

当天下午来诊，诉牙不痛了，午睡好。随即摄 $\frac{7}{1}$ x线片，x线片显示 $\frac{7}{1}$ 远中邻面深龋，穿髓，根尖周膜腔增宽，硬板消失。印诊 $\frac{7}{1}$ 急性牙髓坏疽、坏疽性牙髓炎。处理 $\frac{7}{1}$ 由骀面开髓，冠髓已坏疽，根管口亦未见血及分泌物。用3%过氧化氢溶液冲洗后行髓室开放。 $\frac{7}{1}$ 根管口有血，探之疼痛，乃封入少量砷制剂，上覆盖丁香油棉球，氧化锌丁香油水门汀封固。

三天后复诊病人诉这两天牙不痛了，并补充病史说：以前右下后牙曾有过冷热刺激痛，半个月前，晚上出现自发痛，右侧面部放射性痛波及耳部周围，剧痛难忍，阵发性痛，分不清是何牙，上下亦难辨别，含冷水后好1—2分钟，以后又痛，如此反复一夜。来挂号时仍要不断地含冷水。 $\frac{7}{81}$ 已于三天前拔除，现张口受限。

五天后复诊检查 $\frac{7}{7}$ 轻叩痛，冲洗髓室后封入甲醛甲酚棉球，氧化锌丁香油水门汀封固。 $\frac{7}{7}$ 完成切髓术。

一周后 $\frac{7}{7}$ 无症状，完成死髓切断术。

分析讨论 本例主诉牙是 $\frac{7}{7}$ ，为急性牙髓部分坏疽的典型病案。其特点是剧痛难忍，含冷水可以缓解疼痛，牙痛不能定位。牙髓炎的疼痛虽然上下可混淆不清，如本例病人开始一直诉说 $\frac{7}{7}$ 疼痛，但一般是不会超过中线到对侧牙列说痛的。因此本例应该结合病人过去有 $\frac{7}{7}$ 的疼痛史，作一全面的检查，髓的好发部位不可遗漏，例如本例要考虑 $\frac{7}{81}$ 阻生是否会引起 $\frac{7}{7}$ 发生邻面龋而造成牙髓炎呢？必要时可摄x线片来检查有无邻面龋，如本例。正因为忽视了对 $\frac{7}{7}$ 的考虑和全面检查，仅相信病人的主诉（当然病人的主诉要作参考，不可不信，但也不可全信，要去伪存真，分析判断），故在 $\frac{7}{7}$ 封砵失活剂后疼痛未减，这时才注意到了是否有下颌牙牙痛的可能性。在右下牙神经麻醉下，牙痛完全消失，足以说明疼痛主要是在下牙。当病人就诊时牙痛正发作，而医生又不能确诊是上牙抑下牙，此时即可采用局部注射麻药于可疑部位的方法来协助诊断，如本例在注射右下