

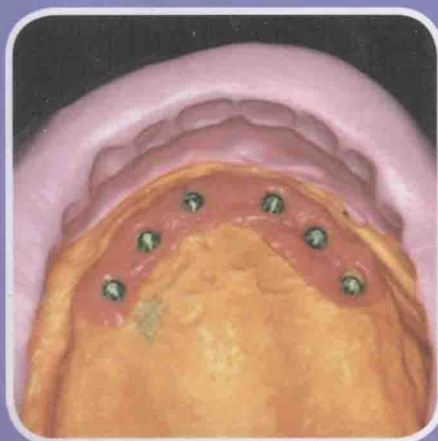
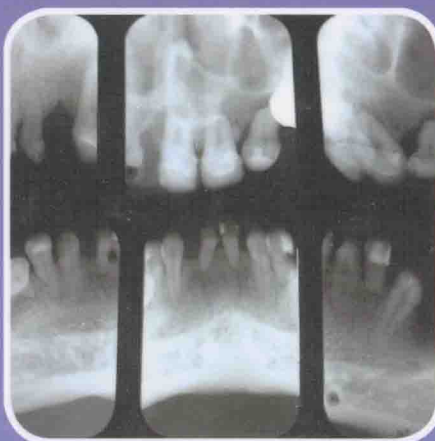
CLINICAL CASES SERIES

修复 临床病例解析

Clinical Cases in Prosthodontics

(美) 雷拉·查罕杰 (Leila Jahangiri)
(美) 玛尔江·默哈达姆 (Marjan Moghadam)
(美) 崔美俊 (Mijin Choi)
(美) 迈克尔·弗古森 (Michael Ferguson)

主编 王贻宁 主译
韦 健



WILEY-BLACKWELL

北方联合出版传媒(集团)股份有限公司

辽宁科学技术出版社

修复

临床病例解析

Clinical Cases in Prosthodontics

(美) 雷拉·查罕杰

(Leila Jahangiri)

(美) 玛尔江·默哈达姆

(Marjan Moghadam)

主编

(美) 崔美俊

(Mijin Choi)

(美) 迈克尔·弗古森

(Michael Ferguson)

王贻宁 韦 健 主译

北方联合出版传媒(集团)股份有限公司

辽宁科学技术出版社

沈 阳

TITLE: Clinical Cases in Prosthodontics

AUTHOR: Leila Jahangiri, Marjan Moghadam, Mijin Choi and Michael Ferguson

ALL RIGHTS RESERVED. AUTHORISED TRANSLATION FROM THE ENGLISH LANGUAGE EDITION PUBLISHED BY BLACKWELL PUBLISHING LIMITED. RESPONSIBILITY FOR THE ACCURACY OF THE TRANSLATION RESTS SOLELY WITH LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE LTD. AND IS NOT THE RESPONSIBILITY OF BLACKWELL PUBLISHING LIMITED. NO PART OF THIS BOOK MAY BE REPRODUCED IN ANY FORM WITHOUT THE WRITTEN PERMISSION OF THE ORIGINAL COPYRIGHT HOLDER, BLACKWELL PUBLISHING LIMITED.

©2013, 简体中文版权归辽宁科学技术出版社所有。

本书由Blackwell Publishing出版社授权辽宁科学技术出版社在世界范围独家出版简体中文版本。著作权合同登记号: 06-2013第27号。

版权所有·翻印必究

图书在版编目(CIP)数据

修复临床病例解析 / (美)查罕杰(Jahangiri, L.)等主编; 王贻宁, 韦健主译. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2013.11
(口腔临床病例解析丛书)
ISBN 978-7-5381-8319-1

I. ①修… II. ①查… ②王… ③韦… III. ①口腔矫形学—病案—分析 IV. ①R783

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第241103号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路29号 邮编: 110003)

印刷者: 沈阳新华印刷厂

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 210mm × 285mm

印 张: 10.5

插 页: 4

字 数: 240千字

出版时间: 2013年11月第1版

印刷时间: 2013年11月第1次印刷

责任编辑: 陈 刚

封面设计: 袁 舒

责任校对: 赵 治

书 号: ISBN 978-7-5381-8319-1

定 价: 128.00元

投稿热线: 024-23280336

邮购热线: 024-23284502

E-mail: cyclonechen@126.com

http://www.lnkj.com.cn

译者名单

主 译

王贻宁

韦 健

译 者

(按姓氏笔画排序)

王 丹 朱安棣 李少冰 轩东英 余 挺 吴嘉怡
罗世高 陈 沛 钟德钰 徐琛蓉 徐 喆 魏迪欣

图文编辑

刘 菲 唐晓莉 肖 艳 廖国华 葛 宁 王 超
孙光雨 白 晶 李 洁 李 良 李淳朴 李淑云
张晓义 张丽莉 张来兴 杨春明

前言

很多医生根据多年的临床经验来制订治疗的计划，虽然这样的方案可能是有效的，但其他医生对同一病例的治疗计划也会有不同看法。例如，某位医生解释说某治疗计划综合考虑了各种因素，且已往经验已证明它是正确的时候，可能也会有医生说：“我不会那样做的。”如果治疗计划的每一步都能被已有的证据所证实，争论可能会相持不下，因为每位医生都确信自己的观点和做法是正确的。作为一名执业医师，应该不断地通过查阅文献参考并学习其他人在类似案例中是如何做的，这样才能不断丰富、完善和更新知识，这一过程又被称为“终生学习（lifelong learning）”。将临床经验与文献中最好的证据相结合，能使治疗计划从完全的主观个人观点转变为客观的综合性专业选择。

目前，用病例说明修复学原则和治疗计划制订的书不多。本书目的在于提供大量的临床病例并阐述如何制订有效的治疗计划，通过对案例的研究和学习，帮助学生及执业医师关注形成决策标准的一些重要基础因素。本书更着重于治疗计划的制订过程而不是治疗的结果，其独到之处在于案例中特别注重“客观”治疗计划的制订。在我过去15年口腔修复学的授课过程中，我感觉这一点是学生们在临床实践中常常遇到的问题，也是他们最大的挑战。有效的治疗计划不应仅关注牙科需求，而应该将患者看做一个整体。完善的计划必须考虑患者的全身情况、风险因素、其他疾病、情绪、心理状态、治疗动机以及经济情况。理想

情况下，在制订治疗计划时，临床医生应该能预见治疗结果和预后。如果将治疗计划比作一个流程图，那么它应理性且合理地指引医生去满足患者需求，恢复患者口腔的外形、功能及美观。

在纽约大学牙学院的教学让我们接触到大量患者，也积累了丰富的经验。患者的需求多种多样，因而我们将基于病例的教学加入到了学生们的核心课程当中。我与许多其他学校的同事讨论过我们的病例教学模式，他们都强力支持我将病例汇编成书。当我们有幸获得编写这本书的机会时，我们团队决定要将焦点放在临床决策和治疗计划制订上，而并不打算深度解析修复技术、材料或操作的流程。在牙科教学中，许多阐述修复核心原则和基础知识的教科书已经得到了成功地应用。我们的目的是告诉读者如何应用这些基本原则。希望《修复临床病例解析》一书能帮助读者拓宽修复学知识面，并运用循证医学来指导临床的实践。

本书展现的案例难易兼顾。有些案例中我们的决策标准可能会与传统观念相悖，我们将尽量提供新的证据和事实支持，并用合适的文献证实我们的选择。我们希望读者认识到制订治疗计划应当是动态的，持续终生的学习过程，它与科学证据的发展和进步紧密相关。第一节“循证医学简介”就是为了在探寻证据的过程中给读者提供帮助而特别编写的。目的在于激发读者在之后的执业生涯中不断提出质疑并寻找答案。虽然随着时间的推移，治疗方案和操作的过程会

发生改变，但我们仍希望通过查阅文献来指导临床实践的方法一直作为正确决策的核心。

本书中病例的种类多种多样，可以系列阅读也可单独学习。每个病例都采用了相似的形式：在开始的时候提供简要的患者情况介绍，并明确患者主诉或问题；接下来是一系列辅助数据和相关图表，以帮助读者进行决策。其中标注的学习目标是为了引导读者仔细研究病例中的特定细节。一些相关的数据，包括系统疾病史、牙科疾病史、社会史、用药情况、生命体征以及其他对明确诊断有意义的临床发现也会被列出。紧随这些信息之后的是重要的临床决策因素，它们被用来给推荐的治疗方案提供支持。

在分析的最后，我们还提供了一系列选择题来使

读者深入理解学习的目标。这些问题可以用来测试读者的知识水平和提高决策技巧。参考文献列表给出了前文中所提出的概念的支持文献。最终决策的过程得到了目前已有的科学数据的支持，但我们并不坚持这里提出的方案是解决问题的唯一方法。

另外，阅读本书还可以得到额外的收获。国家级和各地的牙科或修复学考试中，包括修复学专业执照考试，都会有病例讨论的内容，它们的形式与本书相似。阅读时对细节进行分析并练习制订治疗计划可帮助读者准备上述的考试。

希望本书能引导读者走上发现并提出质疑的学习之路，进而拓宽知识面和加强临床诊疗的能力。

循证医学（Evidence-Based Practice）简介

Silvia E. Spivakovsky and Leila Jahangiri

实践口腔医学需要医生根据丰富的资料做出基于事实的临床决策，从而为患者提供最好的医疗服务。在实践中，特定治疗方式的选择受多种因素影响，包括医生的受教育程度、临床经验、同事的建议、研究结果和患者的意见。

在众多可利用的证据中，循证医学很快成为临床实践者制定临床决策的标准。循证医学是一种科学的方法，可汇总系统性的研究结果作为必要证据指导临床最佳方案的选择。在美国牙医协会（ADA）的定义中，循证医学指的是一种需要通过正确整合经过系统评估与临床相关的科学证据从而提供口腔健康护理的方法。这些医疗服务与患者口腔、全身状况，疾病史，牙医的临床技能，患者的治疗需求与选择相关。当今获取有效证据的方式很多，因而循证医学很快地成为了临床工作者制定基于事实的临床决策的标准。

然而医生工作繁忙，每个临床决策都采用循证医学的方式是不切实际的。但毋庸置疑的是，循证医学是回答临床疑惑最让人信服的方法。质疑与研究是一种终身学习的过程，它能促进研究型证据的收集与理解，揭开许多新的发现。医生通过应用这些证据进而确定或否决治疗的选择，并让一些特定的临床决策与其后续适当的医疗服务合理化。同时，这种终身学习的过程还能让医生了解新方法的可信度，并不断更新实践者的知识。

循证医学的步骤

科学的证据推陈出新，广泛信息，随手可得，现在面临的问题是如何获得大量资料并对其整理，随着资料的不断增加。当一些新的资料与原有资料冲突或替代了原有资料的时候，一些传统的资料就会过时。这对临床实践者及时跟进并应用最新证据以制定最佳决策带来挑战。获得不断更新的科学证据并不难，问

题在于如何处理当前可供掌握的庞大的数据资料。知识的正确应用将直接影响到患者照护的质量，循证医学逐渐发展成为了帮助临床工作者评价、辨别、确证特定情况的最佳证据，从而用于指导并提高医疗服务的质量。

循证医学的步骤通常包括5步，简称5个A：

1. ASK：提出一个可回答的临床问题
2. ACQUIRE：获得最佳证据
3. APPRAISE：评价证据（评价信息、强度、相关性）
4. APPLY：整合最佳证据于临床实践
5. ASSESS：后效评价

这样的方法能让实践者掌握高质量、切题且可信度高的资料，并提升医疗服务的质量。

1. 提问（ASK）

一个最佳的答案通常需要一个最合适的提问。这样的提问需要使用最佳的词汇来表达一个与医疗服务相关的可回答的问题。有很多种方法可提供和帮助实践者正确地提问，其中之一是PICO提问模式，具体代表意义如下：

P. Population, Patient, or Problem：人群，患者或者问题(主要的疾病或痛苦)

I. Intervention：干预措施（药物、测试或其他）

C. Comparison：对照（与另一药物、安慰剂或其他疗法）

O. Outcome结局（预期结局）

PICO模式可帮助确定检索的术语。首先汇总患者最具代表性的资料（P）和干预措施（I），如果信息量太大或者没有合适的答案，则再加上对照条件（C）。需要理解的是，一些问题中可能没有对照。

医生使用PICO模式提问时，需要区分问题的组成来发现并获得有意义的答案并确定预期的效果。为了

说明在循证医学的实践中如何使用PICO的提问模式，下面是一个临床提问的范例。

关于桩选择的困境

一位临床工作者需要寻找修复根管治疗后牙冠大面积缺损牙齿的最佳的桩核修复方案。PICO提问模式的内容如下：

- P. 根管治疗后牙体大面积缺损的牙齿
- I. 预成桩
- C. 铸造桩
- O. 修复体最终的寿命

借助于PICO模式得到了一个可供检索的问题：什么桩核系统是根管治疗后大面积缺损牙齿的最佳选择方案？

2. 获取资料 (ACQUIRE)

为了回答这个桩核选择的问题，下一步就是去获取资料。潜在的资料包括原始性研究 (original research studies)、系统评价(systematic reviews)、循证医学期刊上的文章和其他教育类著作。获得资料的方式很多，因而容易出现大量的检索结果而难以整理。例如，使用广受欢迎的搜索引擎Google，搜索“口腔治疗中最好的桩核”时，产生了近47000条结果。尽管结果是按一定的分类方式排序的，如依照被搜索语句出现和重复的频率，仍然没有一个肯定的方法去区分哪些是有用的资料，特别是搜索项目太宽泛而不具体的时候。

成功应用循证医学的方法和资源可让检索更为省时和有效。方法之一是减小问题的检索范围，如将其分类为防治、诊断、病因、危险因素或预后的研究。认定的分类、临床研究论证强度可以列表排序，如表1。

表1 不同临床问题证据强度推荐表

临床研究问题	临床研究设计论证强度 (由高到低)
防治性研究	随机对照临床试验 (RCT) > 队列研究 > 病例对照研究 > 系列病例报告
诊断性试验研究	前瞻性，有参考标准的盲法对照研究
病因学 (危险因素) 研究	队列研究 > 病例对照研究 > 系列病例报告
预后研究	队列研究 > 病例对照 > 系列病例报告

来自于Evidence-based Dentistry: Managing Information for Better Practice .

广义的研究包括了随机对照试验 (Randomized Control Trials)，队列研究 (Cohort Studies)，病例对照研究 (Case-Control Studies)、系列病例报告和专家评述 (Expert Opinions)。由于偏倚的存在，每种研究设计具有不同推荐强度和局限性。可用的资料可以分层像金字塔一样进行分类，如图1。那些基于循证医学证据的临床指南 (clinical guidelines) 是一种便于利用的资料形式，它处于塔尖的位置，其指导意义最高。美国牙医协会 (ADA) 认为，临床指南是临床工作者连接临床决策与患者需求的有效方式。

在编写本书的同时，口腔医学中已经出现了一些临床指南和建议，但还没有出现在口腔修复医学的领域中。金字塔结构所描绘的信息也表达了我们的愿望：希望临床医生、科研工作者、有声望的组织共同努力促进更多的系统评价和临床指南的产生，以用于指导临床决策。

继续刚才对桩选择的讨论，以PICO模式整理出的提问是：什么桩核系统是根管治疗后大面积缺损牙齿的最佳选择方案？

检索的结果中缺少临床指南，那么接下来要查找的是系统评价的资料，因为它处在金字塔结构次高的位置上。

ADA定义的系统评价是一个广泛、无偏倚的审核过程，需要从科学研究中定位、评价、合成证据，最终获得可信综述。

系统评价与叙述性综述不同，叙述性综述在评价和用语上更为主观。好的系统评价被认为是可靠的、高质量的信息来源。一些提供系统评价的数据库包括The Cochrane Library, The Center for Evidence-Based Dentistry in the ADA和PubMed。需特别注意的是，Cochrane Collaboration的系统评价都遵循全面的最高标准的方法学，因此“Cochrane Library”被推荐为寻找临床问题答案的首选，是回答临床问题的金标准，在桩核选择的问题上也一样。

但有可能因为缺少高质量的研究，“Cochrane Library”数据库或其他数据库里均检索不到相关的系统评价。

那么接下来要检索的证据是来源于随机对照试验和队列研究的资料。如果仍然没有答案，检索范围需从金字塔上再降一级至独立的临床研究。在金字塔结构中我们看出，低层次中包含的资料会多些，但其作为证据的强度会低一些。目前有多种检索引擎可对独立的临床研究进行检索，最受欢迎的是

“PubMed”。使用最基本的检索方式可能会得到上千条检索结果，但其中大部分是不相关的。为了避免这些不可控的检索内容的产生，建议先浏览MeSH数据库，它是美国国家图书馆管理MEDLINE/PubMed文章索引词条的机构。用MeSH中的规范化主题词可以找到不同术语所表达的同一概念的信息。

因为金字塔低端层次里文献多，在检索中添加各种筛选条件，如实验设计、发表时间和使用语言等，可缩小并精确检索的范围和结果。比如，在桩核这个问题中，筛选后的结果中可能出现了一些对多种形式的预成桩的系列病例报告，一些研究中可能会出现与铸造桩的对照。这些结果可以一起用来帮助临床的决策。

3. 评价 (APPRAISE)

检索相关资料并不是循证医学的终点，它仅仅是应用信息解决临床问题的一步。汇总的资料必须进行公正的评价，并判断其真实性、可靠性，而不是仅仅通过阅读摘要来完成。标准化的评价包括3个部分：

- (1) 试验的真实性？
- (2) 结果如何？
- (3) 实验结果与问题的相关性大小

因为该评价过程复杂且耗时，一些已评价的文章 (preappraised literature)，或称为二次文献

(secondary or filtered literature)，包括独立的论文和前面提及的系统评价，可对结果进行客观评价并以更通俗易懂的形式表达出来，提供给临床的工作者使用。这些资料也是以质量、数量、一致性和相关性进行分级的。

二次文献可在“Journal of Evidence-based Dental Practice”，“Evidence-based Dentistry journal” (ADA对循证医学最关键的汇总，也是循证医学的中心) 里找到。在检索答案时，这些资源对于忙碌的实践者来说都是极好的。

二次文献中关键而有效的评价可通过使用CASP免费提供的标准化工具来完成。对于系统评价，还有其他的工具如AMSTAR和PRISMA。AMSTAR工具可对系统评价的方法学质量进行评价，PRISMA (偏于报道系统评价和Meta分析) 提供了报道系统评价和Meta分析系列条目。

评价过程中，另一重点是证据的有效性、真实性，其指的是研究结果的真实度、可信度和偏倚大小。偏倚是指任何以非随机性方式改变研究结果的非实验性因素。评价有效性的时候，建议使用适当的针对实验设计的评价工具。对资料有效性高低的综合评价将决定其质量。一旦有效性确定了，其结果的重要程度或意义就可以确定了。但要指出的是统计学上有

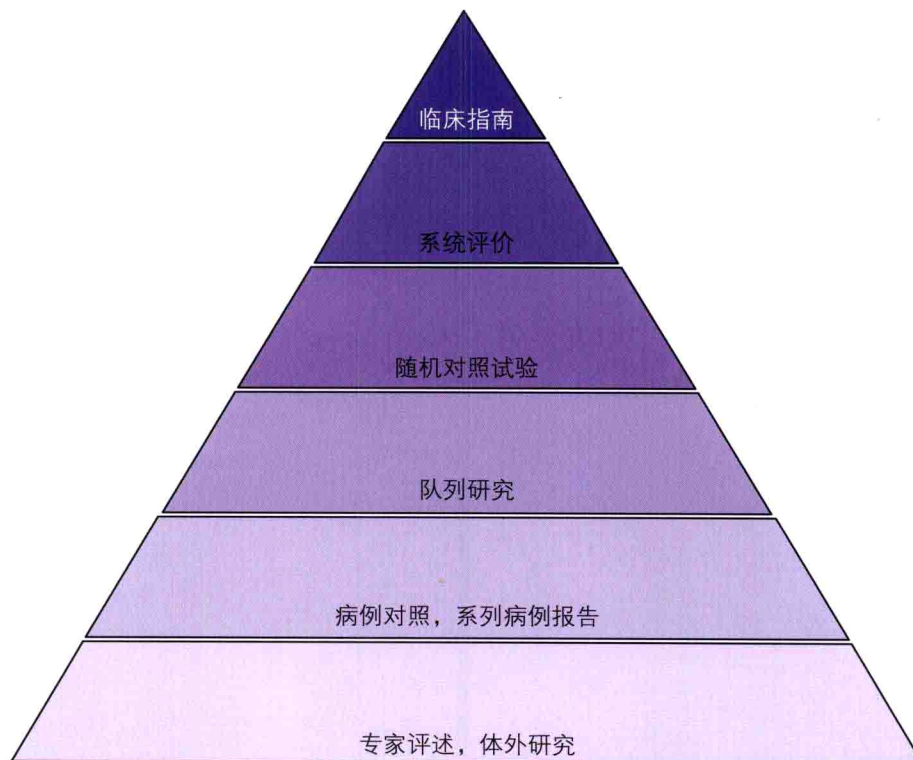


图1 治疗相关临床问题的证据金字塔构图

意义并不总代表着临床上有意义。

4. 应用 (APPLY)

在汇总最佳可利用证据以后，实践者必须决定根据现有的环境是否将该证据应用于患者。口腔知识每10~15年就会更新，收集精练的证据可为临床治疗决策提供重要的帮助。用这样的方式学习知识将会更好地指导临床实践。

5. 评估 (ASSESS)

最后临床医生应客观评估所有证据的作用，必须对预期结局与实际的差异进行评估，并衡量所推荐治疗方法的效果。

对于桩核的选择这个问题，结局指标 (PICO中的O) 关注的是最终修复体的寿命。如果临床工作者在

治疗完成以后，并想通过一定时间的随访来判断该桩是否为有效选择，就可以在其研究的文献中增加类似的评估，这同时也是一种终身学习的方式。

参考文献

- <http://ebd.ada.org/about.aspx>
- Richards, D. and J. Clarkson. (2008). *Evidence-based dentistry: Managing information for better practice*. London, Quintessence Publishing Co. Ltd.
- Richardson, W., M. Wilson et al. (1995). The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions. *ACP Journal Club* 123: A12-13.
- <http://ebd.ada.org/ClinicalRecommendations.aspx>
- <http://ebd.ada.org/SystematicReviews.aspx>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>
- <http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/resources.htm>
- <http://www.cebd.org/practising-ebd/appraise/>
- Glick, M. (2006). Dental-lore-based dentistry, or where is the evidence? *J Am Dent Assoc* 137(5): 576, 578.

目 录

病例1	1
传统全口义齿修复无牙颌患者	
病例2	5
下颌双种植体固位式覆盖义齿修复无牙患者	
病例3	9
Combination Syndrome综合征患者的治疗	
病例4	13
下颌骨严重萎缩的无牙患者的治疗	
病例5	17
繁茂性牙骨质-骨异常增生（FCOD）的治疗	
病例6	21
牙列缺损的种植体固位式可摘局部义齿修复治疗	
病例7	25
牙列缺损的固定-可摘联合修复治疗	
病例8	29
外胚层发育不良的治疗 I——覆盖义齿修复	
病例9	33
外胚层发育不良的治疗 II——种植体固位的可摘修复体	

病例10	37
外胚层发育不良的治疗Ⅲ——多学科综合治疗	
病例11	41
中切牙牙折的治疗Ⅰ——轻度	
病例12	45
中切牙牙折的治疗Ⅱ——中度	
病例13	49
中切牙牙折的治疗Ⅲ——重度	
病例14	53
前牙修复Ⅰ——全包绕和部分包绕修复体的结合	
病例15	57
前牙修复Ⅱ——部分包绕修复体	
病例16	61
需要正畸牵引的前牙修复	
病例17	64
使用多学科方法治疗严重的牙列拥挤	
病例18	69
上颌尖牙错位的处理	
病例19	73
后牙缺失的治疗	
病例20	77
牙列缺损的治疗	

病例21	82
牙齿磨损的治疗Ⅰ——错骀畸形	
病例22	87
牙齿磨损的治疗Ⅱ——局部严重磨损	
病例23	93
牙齿磨损的治疗Ⅲ——广泛的严重磨损	
病例24	98
种植治疗与根管治疗	
病例25	102
根管治疗后牙齿的处理	
病例26	107
全口重建中策略性拔牙及其预后指标	
病例27	111
种植体固位式全口义齿修复治疗	
病例28	115
全口咬合重建——种植体固位式义齿Ⅰ	
病例29	119
全口咬合重建——种植体固位式义齿Ⅱ	
病例30	124
全口咬合重建——螺丝固位型种植体固位式义齿	
病例31	128
全口咬合重建——粘结固位型种植体固位式固定义齿	

病例32	132
全口咬合重建——种植体和天然牙混合固位式固定义齿	
病例33	136
全口咬合重建——种植体-天然牙混合固位式固定义齿和活动义齿	
病例34	140
一例贪食症患者的治疗	
病例35	144
甲基苯丙胺药物滥用患者的口腔治疗	
病例36	148
锁骨颅骨发育不良I——青少年患者的治疗	
病例37	152
锁骨颅骨发育不良II——成年患者的治疗	

病例1

传统全口义齿修复无牙颌患者

病例介绍

患者是一位62岁的男性，白种人，全口牙缺失，主诉：“我需要一副新牙齿。”要求修复上、下颌牙列的形态、功能及美观。患者上颌无牙已有15年，8个月前又拔除了下颌切牙。患者抱怨说现有的义齿不合适，进食和说话时会活动。初步检查我们发现他口腔中的软组织炎症很重，义齿不合适，但牙槽骨量足够为义齿提供支持。

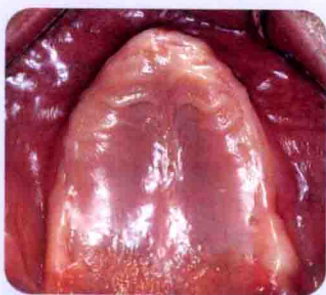


图1 上颌治疗前

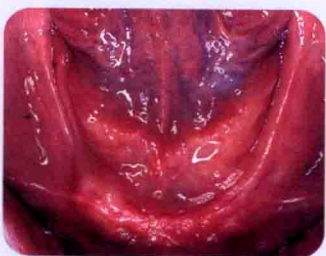


图2 下颌治疗前

学习目标

- 制作修复体之前的软组织处理
- 确定及恢复合适的垂直颌位关系
- 评价前牙区的人工牙排列
- 发现和解决常见的戴牙后出现的问题

系统疾病史

- 糖尿病：17岁发现，药物控制于较好状态

牙科疾病史

- 患者15年前拔除上颌牙齿，8个月前拔除下颌切牙。自述拔牙原因均为“牙龈疾病”
- 患者夜间将义齿浸泡于水中但不刷洗；每日戴入义齿前用漱口水漱口
- 饮食正常，近期主要进食软食

用药及过敏史

- 二甲双胍 500mg，每日2次
- 每日服用多维维生素

全身情况

- 2型糖尿病
- 生命体征：
 - 血压：129/78 mmHg
 - 心率：72次/min
 - 呼吸：16次/min

社会史

- 吸烟：卷烟，15岁起每天1包
- 饮酒：每日2~3瓶啤酒
- 毒品：否认使用

口外检查

- 头：正常形状，对称，无肿块或疤痕
- 颈：正常
- 肌肉：正常
- 淋巴结：正常
- 颞下颌关节：无弹响、杂音、压痛；开口度、开口型正常

软组织检查

- 唇：湿润，对称，正常形态、大小、颜色，轻度口角炎
- 黏膜：轻度炎症，腮腺导管未堵塞，无肿物、疤痕或病损
- 硬腭：正常形态、大小，尼古丁口炎
- 软腭：轻微红斑性状，正常大小和形状
- 舌：正常，无肿物、疤痕和病损。腭部白色念珠菌增生，擦去后有红斑
- 唾液：正常流量及浓度（制作新义齿时，考虑软组织和唾液流率很重要）
- 口底：下颌下腺导管开放，无肿物、疤痕或病损
- 口腔癌筛查：口腔癌症状（阴性），因为患者有吸烟、饮酒史，该方面检查很重要

临床检查与问题列表

- 全口无牙颌
- 口腔卫生状况不良
- 不良全口义齿
- 咀嚼功能差

诊断

- 全口牙列缺失
- 口角炎
- 白色念珠菌病
- 尼古丁口炎
- 咬合垂直距离不足

临床决策的决定因素

- 全口牙列缺失是指口内没有牙体余留的状态，多由于龋病或牙周病造成。剩余的牙槽嵴会不同程度地吸收和改建，造成全口义齿不稳定。制作全口义齿时需仔细评估牙槽嵴高度及宽度是否足够（Slagter, Olthoff et al. 1992; Eklund and Burt 1994; Carlsson 2004）
- 义齿的固位和舒适度与支持组织及剩余牙槽嵴直接相关，足够的前庭深度是义齿基托伸展的关键。不合适的义齿会激惹黏膜，使其增生形成肉芽肿性牙龈瘤或溃疡。在制作新义齿及取终印模前，这些炎症问题应先通过软组织调理剂和调整现有义齿解决。当现有义齿无法调

整时，应建议患者取终印模前48~72h不戴用旧义齿（Lytle 1957; Klein and Lennon 1984; MacEntee 1985）

- 在制作蜡堤和试排牙阶段都应注意维持垂直距离。若咬合力分布不均匀或垂直距离过大可使基托压力增大，导致支持黏膜及牙槽骨的轻度炎症。多数情况下这种炎症是可逆的（Davies, Gray et al. 2001）
- 垂直距离过小可能是制作旧义齿时未确定合适的垂直距离、人工牙磨耗或牙槽骨生理性改变造成的。垂直距离过小可表现为口角炎、咀嚼困难、流口水和假Ⅲ类殆（Turrell 1972）
- 上颌前牙的排列应考虑美观和发音。美学参数包括唇丰满度、切端暴露量、轴向倾斜度、前殆平面及对称性。语音参数包括摩擦音“f”、“v”和口丝音“s”等（Pound 1977）
- 新义齿刚戴入时，应检查基托是否适合，磨除伸展过度的边缘；检查上颌后堤区是否封闭。经过这些程序之后，最好重新上殆架检查咬合关系（Landa 1977; Ettinger and Scandrett 1980; Shigli, Angadi et al. 2008）



图3 全口义齿排牙完成照



图4 全口义齿右侧面照



图5 全口义齿戴牙后口内照

- 日常义齿清洁、保养以及常规复诊对维护口腔组织的长期健康非常关键，能提高无牙颌患者的生活质量。应向患者强调每年复诊，

因为口腔内的改变是渐进性的生物学过程 (Chamberlain, Bernier et al. 1985)

提问

1. 取上、下颌全口初印模前，应该：

- 进行完善的口腔检查，评价软硬组织是否能支持义齿
- 解决现存的炎症或感染
- 检查现有的修复体
- 以上皆是

2. 病例中患者的口角炎可能是哪些因素引起的？

- 念珠菌病及旧义齿垂直距离不足
- 口干
- 口腔卫生不良
- 垂直距离过大

3. 全口义齿印模的主要目的是：

- 消除牙龈瘤
- 获得义齿的固位，支持和稳定
- 帮助重衬现有义齿
- 辅助人工牙的选择

4. 根据诊断模型制作的个别托盘应该：

- 用坚固稳定的托盘材料制作并进行边缘整塑
- 边缘比诊断模型的前庭深度缩短8mm
- 有手柄
- 用来制作边缘伸展过度的最终模型

5. 重建垂直距离时，以下哪项是正确的？

- 垂直距离是天然牙或蜡堤正中咬合时，嘴部上下特定的面部两点的垂直距离
- 垂直距离总比息止颌位距离长
- 垂直距离与息止颌间隙的和不等于息止颌位距离
- 垂直距离又叫息止颌间隙

6. 当建立咬合关系时：

- 殆平面的建立可不需患者在场
- 颌托和蜡堤记录应被用来确定垂直距离
- 垂直距离等于息止颌位距离
- 老年患者垂直距离大于息止颌位距离

7. 试排牙时，应评价前牙哪些指标？

- 美观、发音、软组织支持
- 髁导斜度，垂直距离
- 正中关系
- 确定息止颌位距离

8. 建立双侧平衡殆时，应考虑下列因素：

- 补偿曲线
- 前伸颌运动
- 正中前伸及侧方前伸接触
- 以上皆是

9. 戴牙时，患者诉“咬合不正确”，应怎样处理？

- 取下义齿进行表面美化
- 用咬合纸在口内调殆
- 重上殆架进一步调整咬合
- 均不是

10. 患者3周后复诊，诉发“s”音障碍，发音类似“th”音，可能原因是：

- 这是正常适应过程
- 切牙过于偏腭侧
- 牙排列偏颊侧
- 垂直颌位距离不足