



临床病例报告: 用复合树脂修复神经性贪食患者的酸蚀牙

Composite resin rehabilitation of eroded dentition in a bulimic patient: a case report

Roberto C Spreafico

原载 The European Journal of Esthetic Dentistry 2010 ; 5 (1) :28-48(英文)

黄冬旭 译 姜婷 审

摘要

神经性贪食对于牙体组织具有损伤作用。胃酸不仅可以酸蚀牙釉质和牙本质,而且会进行性地破坏牙齿的美学表现及生理功能。

对于这种病症,传统的修复理念是对患牙进行根管治疗后全冠修复。这种治疗需花费大量金钱和时间并影响牙齿生理功能。随着复合树脂及粘结剂的发展,该类患牙修复时可以尽可能减少牙体预备量。本文介绍一例神经性贪食症并发牙齿酸蚀造成重度牙体组织丧失的患者行复合树脂直接修复的过程。对所有余留牙均只行少量预备并保存牙髓活力,继而以纳米树脂进行修复。该过程不涉及技工室操作部分。经过短期观察,修复后所有牙的生理功能、美学状态均可达到要求。

1 引言

神经性厌食、神经性贪食及其亚型发病率在发达国家逐年增高。神经性贪食是一种以进食超过其机体所需,常伴呕吐和使用轻泻的一种疾病。

酸蚀症的特征是无菌性牙釉质和牙本质组织丧失。当患者呕吐时,胃酸接触牙体表面并溶解牙釉质和牙本质组织。酸蚀程度与神经性贪食持续时间及呕吐频率直接相关。

牙体组织丧失会影响其健康状态(敏感、牙髓暴露)、功能(丧失尖牙及切牙的诱导作用)及美学效果。

进行牙体治疗的时机还不确定,即是否要等到

作为根源的精神疾病得到治愈。有些观点认为如果饮食紊乱持续存在,则修复后其酸蚀范围可能会超过修复体边缘。也有观点认为如果将预防和治疗相结合,即使是基础疾病正在进展的患者也可以获得有益的结果。

传统的固定修复为了开辟修复空间确保修复体强度需要磨除大量的牙体组织。在粘结修复出现前,洞型固位是保证义齿固位的一种主要方式。进行全冠牙体预备意味着牺牲健康牙体组织,有时需要进行根管治疗且花费较高。

20世纪90年代以来,粘结材料及粘结技术取得了长足的发展,不进行牙体预备也可以进行修复粘结。根据该理念,本文作者使用树脂材料,在没有进

译者单位 北京大学口腔医学院修复科
北京市海淀区中关村南大街22号 100081

行牙体预备和除了制作诊断蜡型外不涉及技工室操作的情况下,为一名神经性贪食患者进行咬合重建。

2 病例资料

该患者为一名具有12年神经性贪食病史,基础疾病已经治愈2年,正在进行心理治疗的28岁女性。其主诉为牙不美观及冷热敏感、咀嚼痛。无肌肉及颞下颌关节痛,下颌运动正常,无张口受限或偏斜,已丧失切牙及尖牙制导作用。图1为修复前口腔检查情况,表现为前牙修复空间不足。

2.1 治疗目标

修复治疗的目标是以最少费用,在尽可能减少侵入性操作的情况下,恢复患者的牙体健康、功能及美学效果。且修复效果应能持续较长时间。

目前有多种方法可以达到该治疗目标。传统的

治疗方案为经根管治疗后磨除大量牙体组织,制作全冠修复。该方案花费较高。

近年来报道了多种酸蚀症及磨耗牙的替代治疗方法。其中只需进行少量牙体预备进行粘结修复的方法具有明显的优点。

2.2 治疗计划

治疗设计主要是采用树脂来重建被酸蚀的牙体。包括使用树脂壳技术间接制作修复体,修复上颌切牙及第一磨牙,其中第一磨牙为树脂高嵌体修复,其他牙直接树脂修复。治疗步骤如下:

- (1) 26 根管再治疗及树脂高嵌体修复。
- (2) 上颌切牙抬高垂直距离咬合重建。
- (3) 重建后牙殆面。
- (4) 重建下切牙切缘。
- (5) 重建唇颊面。

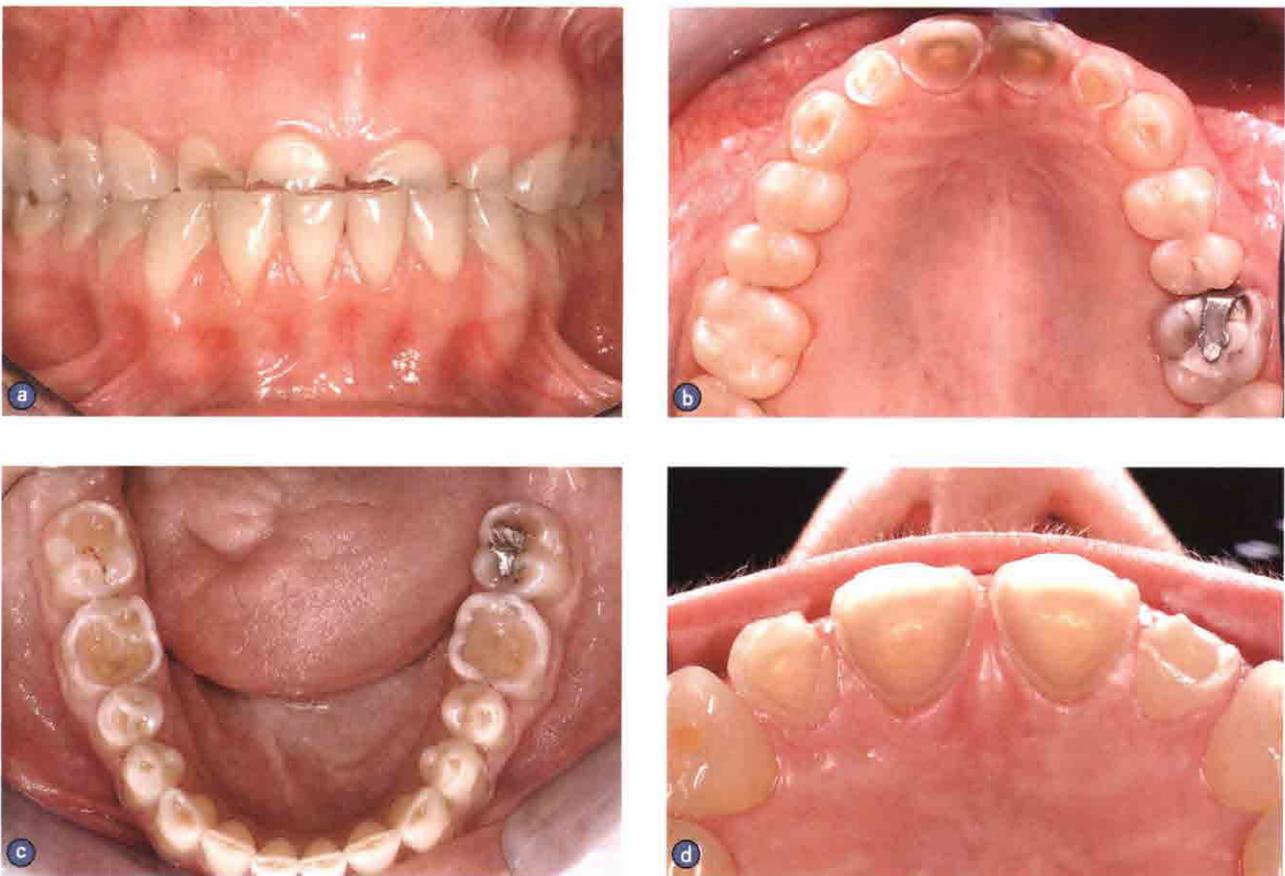


图1 ad 有12年神经性贪食病史患者修复前口腔情况。(28岁,2年前基础疾病痊愈,全口牙体组织因酸蚀不同程度破坏至牙本质)

2.3 修复上切牙

2.3.1 评估新的殆关系并进行美学设计

由于牙体组织缺损,为了获得足够的修复空间,必须抬高咬合垂直距离,使用诊断蜡型预测所需抬高的距离。

为使牙获得良好的解剖形态,在磨牙区获得0.5~1.0mm的咬合间隙而无须牙体预备,只需将殆架切导针抬高2mm。

需用诊断蜡型对牙列修复后的美学、发音、咬合状态进行预测(图2)。首先用硅橡胶取蜡型的阴模,然后在阴模内注入自凝树脂并在患者口内就位。硬化后将其取出(图3a~e)。中切牙短,添蜡增加其临床冠长。按预定牙冠形态进行最终修复(图3f)。推荐使用一种特殊的自凝树脂(Protemp™,3M ESPE, St Paul, MN, USA; Cool Temp®, Coltene Whaledent, Altstätten, Switzerland),其弹性好,容易取出,聚合产热少。

2.3.2 前牙修复体的制作

在修改后的诊断蜡型(Memosil®, Heraeus

Kulzer, South Bend, IN, USA)上涂间隙剂,使用硅橡胶取诊断蜡型阴模(图4a~c)。将牙本质树脂堆积于阴模腭侧,釉质树脂堆积于颊侧。树脂厚度约为0.5mm。将硅橡胶重新就位模型,光照使树脂(图5a~e),去除硅橡胶后每个牙面光照40s(图6a~c)。

将修复体在模型上试戴合适,参照牙齿酸蚀缺损范围进行调整。最后完成、抛光(图7a~f)。

2.3.3 粘结过程

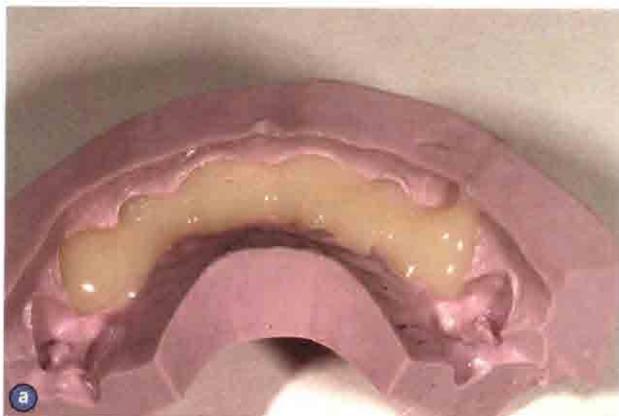
在粘结前检查修复体大小、密合度、就位情况。用粘结剂进行重衬使修复体密合(图8a)。在使用橡皮障及进行粘结前,应参照牙本质情况选择粘结剂及其颜色(图8b、c)。

安装橡皮障后无须进行牙体预备,使用无氟清洁剂清洁牙面。

粘结使用三步法“酸蚀粘结系统”。先于修复体内面涂抹粘结剂,涂牙本质树脂,然后在口内就位。去除牙面多余树脂,高强度光照每个牙面40s,用抛光杯沾抛光膏抛光(图9)。



图2 上颌前牙诊断蜡型。垂直距离抬高2mm 以提供修复空间



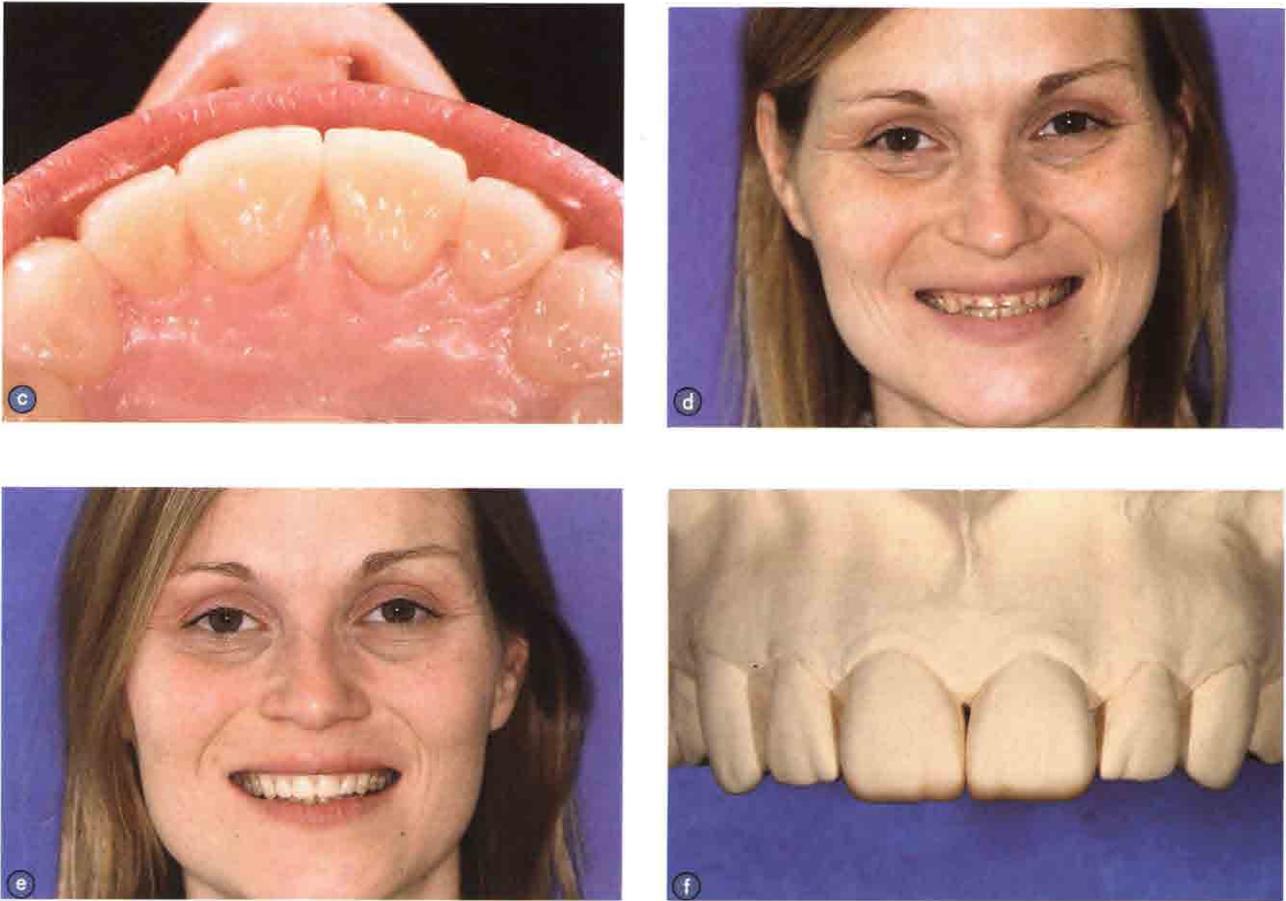


图3 a.使用硅橡胶取诊断蜡型阴模,注入自凝树脂在口腔内就位放置3min后凝固;b. c.取走硅橡胶阴模后,可以评估修复后牙咬合平面,美学效果及发音效果;d. e.减低树脂厚度使其容易移除。患者修复前及树脂凝固后的正面像;f.修复后患者笑容显得更加轻松,年轻。中切牙冠长不足,因此延长1mm。



图4 取诊断蜡型的硅橡胶印模,同时涂分离剂后用橡胶记录患者口腔情况

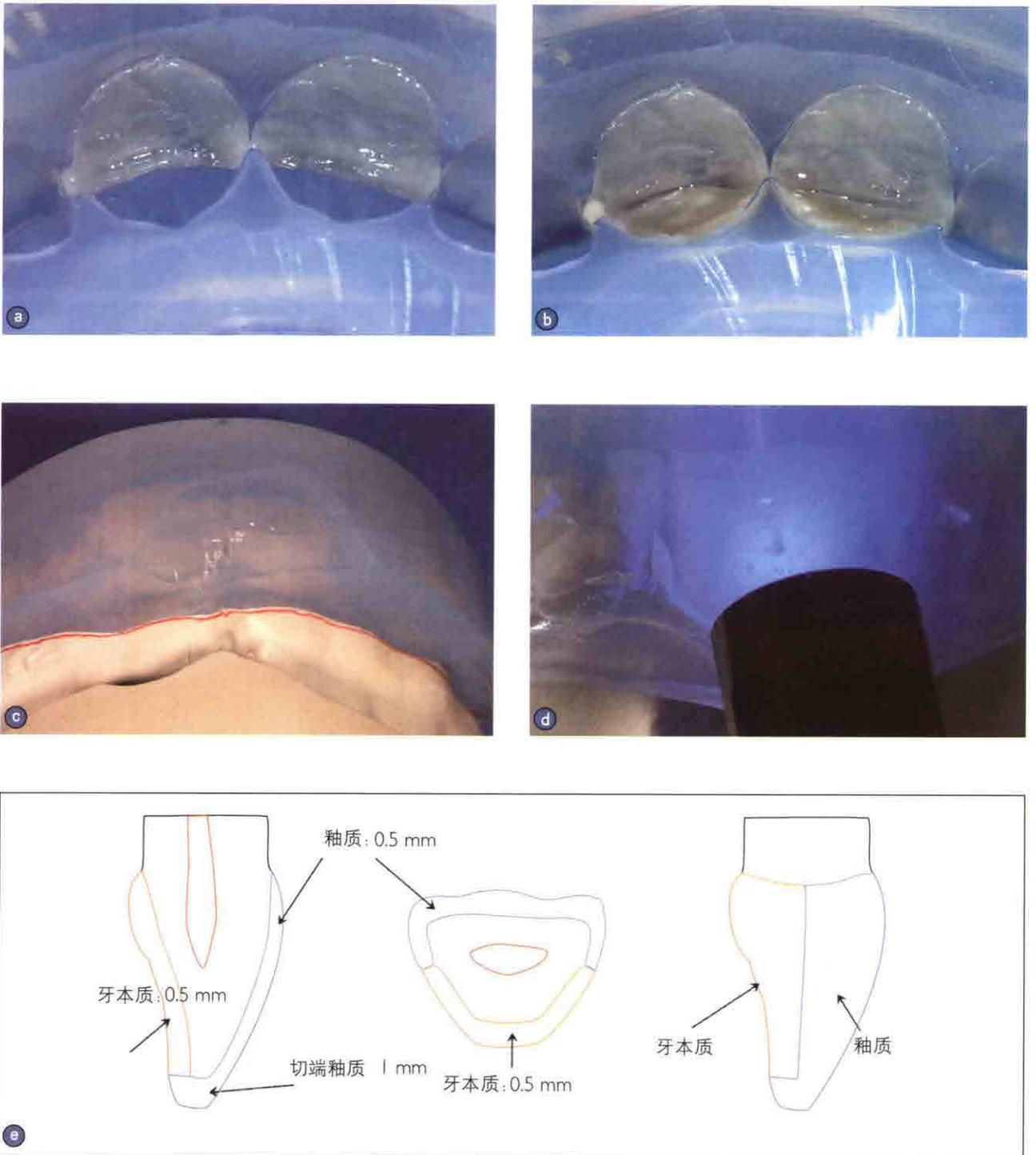


图5 a.d.在硅橡胶阴模相当于牙的颊面处堆积厚约0.5mm的釉质树脂,在相当于牙的腭侧处堆积牙本质树脂,模型上重新就位,光照40s固化。e.釉质及牙本质树脂堆积的部位及厚度



图6 近中邻接未分开的修复体颊面(a)及腭面(b), 修复体邻接分开及抛光后在模型上试戴(c)

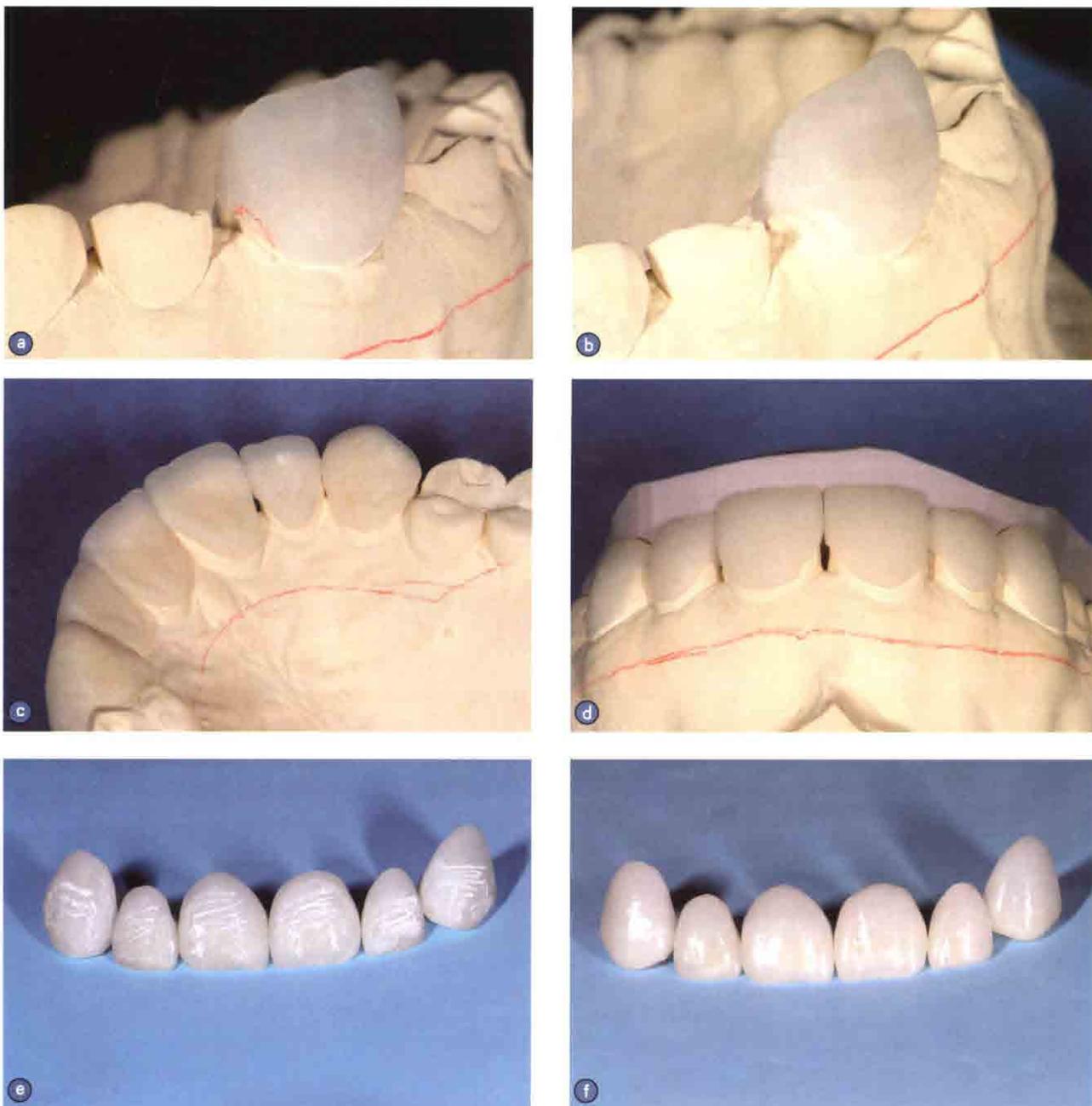


图7 a-c. 参照酸蚀范围修整树脂壳; d. 用硅橡胶诊断蜡型阴模评估修复体位置是否与诊断蜡型一致; e、f. 修复体完成, 抛光



图8 a. 修复体试戴, 不密合处用粘树脂重衬; b. 粘结前修复体内衬牙本质树脂在口内就位。检查各面情况, 必要时更改牙色度或亮度。使用硅橡胶阴模检查修复体位置; c. 去除多余树脂

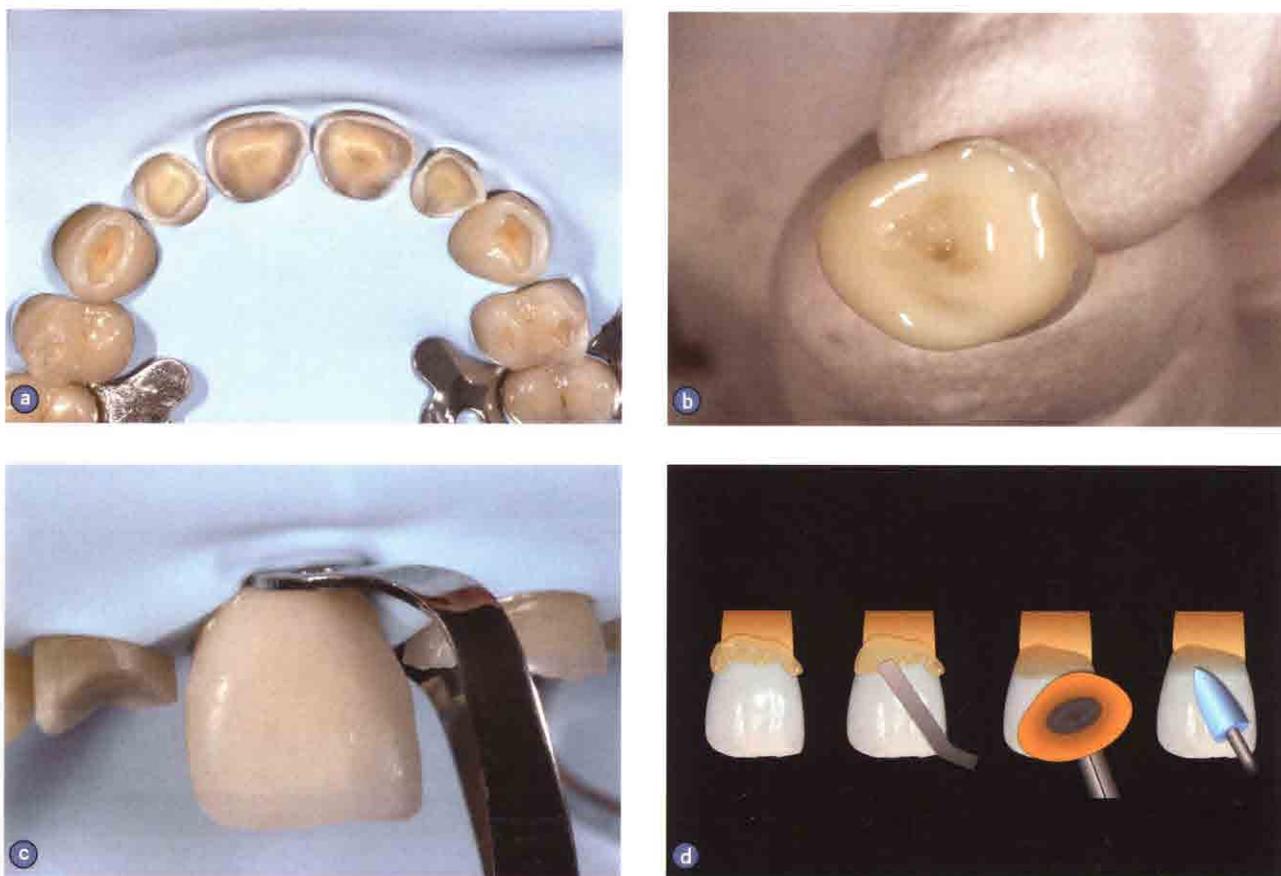


图9 a~d. 使用橡皮障隔离术区, 用橡皮杯, 小毛刷及无氟清洁剂清洁牙面。粘结使用三步酸蚀粘结系统。用小毛刷沾粘结剂涂于修复体内面, 置入一层牙本质树脂, 在口内就位。清理修复体边缘使其光滑及边缘密合。抛光完成后, 以相同步骤对其余牙齿进行修复。e. 粘结 2d 后修复体形态



2.4 修复后牙及下前牙

前牙抬高垂直距离后,后牙无咬合接触(图10)。在粘结完成上前牙修复体 2d 后开始进行后牙及下前牙的修复。需重建咬合面及部分轴面。

𠵼面修复可以选用全瓷或树脂材料制作高嵌体或直接树脂充填。

有报道直接充填修复酸蚀牙或磨耗牙可以获得较高成功率。但也有人认为无论直接还是间接使用微填料树脂修复酸蚀牙或磨耗牙均是不适合的。

本病例使用纳米树脂直接修复技术。对于患者来说该修复方法更经济。目前,该技术没有类似病例参考,尚待增加临床病例观察。

无须进行牙体预备,直接使用树脂修复前磨牙。使用单层釉质树脂重建其牙尖形态(图11a-f)。

磨牙牙体组织破坏过大需分层修复(图12)。

后牙颊面无须牙体预备,直接树脂修复。

直接使用树脂恢复下前牙切缘调𠵼。修复后2周、1个月及9个月后复诊检查咬合情况(图14,图15)。



图10 前牙抬高垂直距离,后牙无咬合接触





图11 a.上颌前磨牙修复前；b.牙体缺损部分无须牙体预备直接粘结修复；c.使用一层釉质树脂恢复上第二前磨牙腭尖；d.恢复颊尖；e、f用相同程序修复第一前磨牙



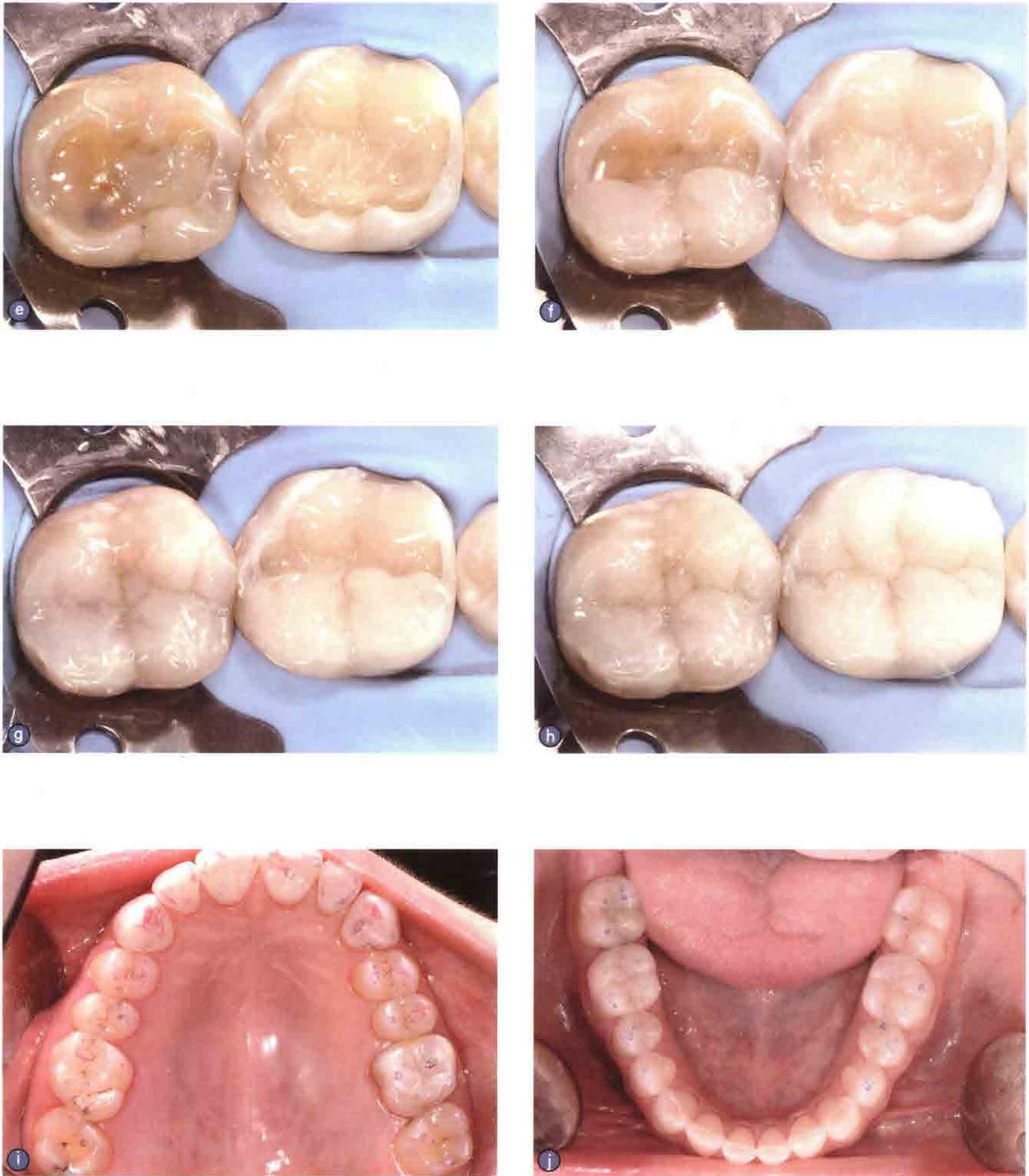


图12 a. 治疗前骀面观, b. 第一磨牙近中边缘嵴部分破裂须进行牙体预备, c. 在磨牙面上覆盖一层流动性树脂消除敏感, 在原位进行粘结, d. 一薄层流动树脂, e. 一薄层牙本质树脂, f-h. 使用釉质树脂, i, j. 修复体完成, 抛光。去除橡皮障, 必要时调整咬合

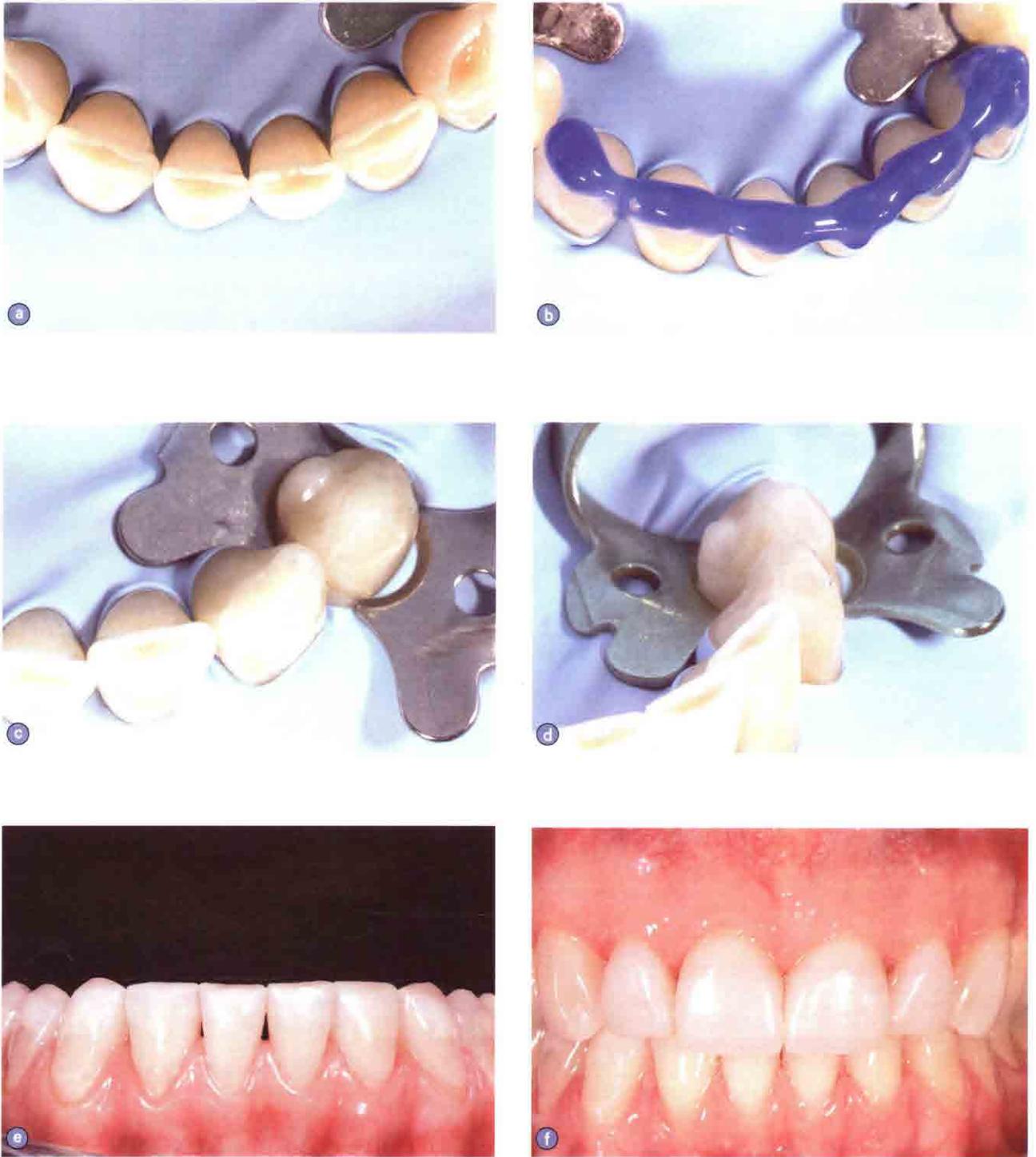


图13 为了避免形成黏液池使酸蚀恶化。使用树脂修复尖牙及切牙。a. 粘结后，酸蚀面被釉质树脂填充；b.d. 去除橡皮障后情况；e.f. 无须调整咬合



图14 a~c. 修复1个月后复查, 修复体与患者面容协调



图15 a~e. 修复9个月后复查情况

3 总结

非龋疾病，特别是酸蚀症的发病率在发达国家逐年上升，并且具有年轻化趋势。

传统的治疗方案为根管治疗后行全冠、高嵌体修复。这些治疗方案涉及磨除大量健康牙体组织且花费较大。因此需要一种可以满足牙体生物安全性、功能、美学要求的替代疗法。近年来出现了多种预防及治疗酸蚀牙的替代疗法。

粘结材料的发展使替代治疗成为可能。目前树脂材料机械性能、美学性能的发展使得只须少量牙

体预备即可直接修复患牙。

树脂壳技术修复上前牙未见报道，本技术的设想出于个人经验。而常规使用树脂或瓷修复后牙龋损被证明是有效可行的。

经过短期观察，该治疗方案可以满足修复治疗及患者要求。其优点为除制作诊断蜡型外，无须技工室操作，较传统修复方案经济。

所有的修复治疗均减少了对健康牙体组织的破坏，为后续常规修复奠定基础。

本治疗方案有待更长时间观察及进一步研究。

隆重推出口腔种植的“金标准”丛书——“国际口腔种植学会(ITI)口腔种植临床指南”

中国医学科学院 北京协和医院口腔种植中心主任 宿玉成(教授)译



第一卷：《美学区种植治疗-单颗牙缺失的种植修复》

在所有的口腔种植文献中，本书是唯一的一部以临床证据为依据，全面论述美学区单颗牙缺失种植的临床专著。本书提出并详细论述了美学区种植的治疗原则，十二项风险因素与控制原则，标准的种植外科与种植修复的临床操作程序，引导骨再生以及骨和软组织增量的原则与技术，种植美学并发症的病因及处理等重要方面。本书以819幅图片，16个表格，19个完整病例，全面展现了美学区单颗牙种植的临床过程，设计原则，治疗程序，操作技术和完美的治疗效果，并发症处理，是口腔医学和牙种植学的经典之作。



第二卷：《牙种植学的负荷方案-牙列缺损患者的种植修复》

在所有的口腔种植文献中，本书是唯一的一部以临床证据为依据，全面论述种植体负荷方案的临床专著，尤其注重于牙列缺损病例的种植负荷方案。本书提出并详细论述了种植体负荷方案的分类与原则(即刻修复/负荷，早期修复/负荷，常规负荷，延期负荷)，适应证与并发症，风险因素与控制原则等重要方面。本书以452幅图片，10个表格，16个完整病例，全面展现了牙列缺损患者牙种植的临床过程，负荷方案，修复程序，操作技术和完美的治疗效果，是口腔医学和牙种植学的经典之作。



第三卷：《拔牙位点种植-各种方案》

在所有的口腔种植文献中，本书是唯一的一部以临床证据为依据，全面论述种植体植入时机的临床专著。本书提出并详细论述了拔牙窝愈合过程的最新研究进展，牙槽窝愈合后的牙槽嵴变化，种植体植入时机的分类与原则(即刻种植，I型种植，早期种植，II型和III型种植，延期种植，IV型种植)，优缺点，种植体周围骨缺损间隙的愈合方式和增量技术，各种种植时机的风险因素与控制原则，各种种植方案的种植外科与种植修复的临床操作程序，美学并发症的病因及处理等重要方面。本书以543幅图片，20个表格，21个完整病例，全面展现了各种种植方案的临床过程，治疗程序，操作技术和完美的治疗效果，并发症处理，是口腔医学和牙种植学的经典之作。



【新近出版】第四卷：《牙种植学的负荷方案-牙列缺失患者的种植修复》

本书将基于不同的种植体负荷方案(即刻修复/负荷，早期修复/负荷，常规负荷，延期负荷)，图文并茂地全面展现牙列缺失患者的牙种植临床过程，负荷方案，修复程序，操作技术，适应证与并发症，风险因素与控制原则和完美的治疗效。本书以482幅图片，15个表格，个完整病例，全面展现了牙列缺失患者牙种植的临床过程，负荷方案，修复程序，操作技术和完美的治疗效果，是口腔医学和牙种植学的经典之作。

定价：320元(第一卷)，280元(第二卷)，300元(第三卷)，300元(第四卷)

购书方式：北京市复兴路22号，甲3号，人民军医出版社国际口腔医学出版中心，杨淮(编辑)，邮编：100842，

E-mail: pumcp@126.com, 电话：13521457428, 010-51927300 转 8027

本书由于印量少(仅印刷1000套)，且不在书店销售，因此欲购从速。