

作者简介



陈志平教授

美国波士顿大学齿髓病学博士暨根管治疗专科医师,加拿大皇家牙医学院专科院士,中国台湾桃园全方位口腔医疗中心主任教授,全方圆教育培训中心 5D 显微根管治疗系列课程主讲人。致力于推广可预期且成功的根管治疗技术,讲授传承施德氏技术 (Schilder's Technique)。

多处脓包伴窦道及勉强种植修复一例

加拿大全球口腔医疗中心 陈志平

基本信息及主诉

患者为 40 余岁男性,主诉口腔异味,牙齿肿痛,无法进食。

14 和 16 进食时酸疼肿痛,深龋,去腐后进行充填治疗,被告知日后有可能需要根管治疗,不久后,16 牙龈反复肿痛、鼓包,数

天前,16 牙龈鼓包再起,疼痛难忍,经检查,16 根尖脓肿,而且有可能扩及到 15 (种植体),因而患者的家庭牙医建议拔掉 16,同时评估 15 是否也需要拔除。

15 植体所在的牙位空间略显拥挤,询问后得知

患者当年为求牙齿排列整齐,接受了正畸治疗,拔掉 15,矫正约 2 年后,14 和 16 间还留有一小空隙,所以又进行了对 15 的种植手术;完成后,患者始终觉得在 14-15-16 之间食物嵌塞严重,难以清理干净。

口腔检查

触、叩诊 16 时疼痛,牙周袋深度正常,牙龈明显红肿,15 植体的近中颊侧 (图

1) 和 16 远中腭侧 (图 2) 牙龈各有一个脓包,用牙胶尖对瘘管或窦道探查源头,X

线片 (图 3) 显示感染全都源自 16 根尖,患者倾向留住 16 同时也能保住 15 植体。

治疗过程

开髓封药

16 上橡皮障,显微镜下检查 16 冠部未出现明显裂痕 (图 4~5),开髓,有臭味溢出,之后脓血也自动流出,确认 16 牙髓已坏死 (图 6),并作根管入口准备;遵循施德氏手法进行根管清创、修形,并使用超

声震荡冲洗 (NaOCl),去除感染 (disinfection effect)。

然而,搜寻近中颊侧第二根管 (MB₂) 入口时不太顺利,依着髓腔底部自然显露的图示路线指针,总是无法将细锉针 (ISO # 08, #10 file) 放进根管内

(图 7);当确定大多数脓血和坏死组织被清除后,采取不吸干各个根管内的冲洗液,将之留置于根管内充当治疗期间根管内用药,于髓腔底部放入疏松干净的棉球,暂封窝洞 (图 8~9)。

复诊根管治疗

一周后复诊,患者表示诊疗后第三天 16 不再肿痛,并可以用它咀嚼进食了。口内检查:触、叩诊 16 仍有些敏感,但不疼痛,而两 (颊和腭) 侧的牙龈脓包缩小,但还是有一点微肿。16 上橡皮障,继续进行显微根管治疗 (未给予局部麻醉),搜寻近中颊侧第二根管入口,还是无法顺利让细锉针进入根管,只好频繁借助超声

震荡根管内部的冲洗液;随后用热牙胶垂直加压致密填充 16 (图 10),用复合树脂将玻璃纤维桩 (fibroposts) 固定在各个根管 (图 11),充填整个髓腔窝洞,确保冠部密封。取下橡皮障后,调整 16 的咬合接触,拍摄治疗后的根尖 X 线片 (图 12),根充影像显示三个主根管均填充至理想位置,并且在各个根尖孔也都

有糊剂溢出,放大根充后 X 线片,可见 MB₂ 是来自第一根管 (MB) 接近中段部位岔出去的侧支通道 (图 13),虽然,执行根管清创时,从未有锉针进到这个侧支通道作清创、修形,但是通过频繁运用超声震荡冲洗液,也能将侧支根管原有的感染物质清出,随后在垂直加压充填下,根充糊剂就可以顺利进入根管。(下转 07 版)



图1 牙胶尖置入位于 15 植体的近中颊侧牙龈窦道,以追踪感染源头



图2 另一牙胶尖放进位于 16 远中腭侧的牙龈窦道

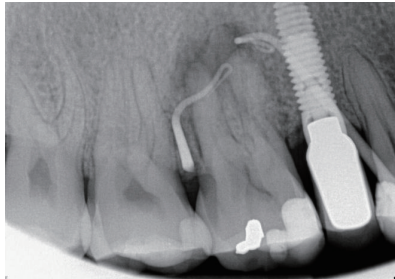


图3 确认两处的牙龈脓包感染源头都源自 16 的根尖周旁病灶



图4 未给予任何局部麻醉,16 上橡皮障,开髓,测试牙髓活性



图5 显微镜下检查 16 牙冠目前尚无裂纹



图6 开髓后,有臭味溢出并有脓液流出,确认 16 牙髓已坏死



图7 A:依序顺利进入腭侧、远中颊侧以及近中颊侧根管作清创与修形,但锉针始终无法深入 MB₂ 入口;B:通常 MB₂ 入口,可经由 DB 作一假想垂直线于 MB 和 P 连线,再稍往近中向搜寻即可觅得

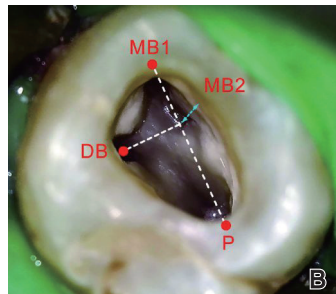


图8 治疗期间就算只对髓腔作暂时填补,仍不可轻忽必要的密实要求

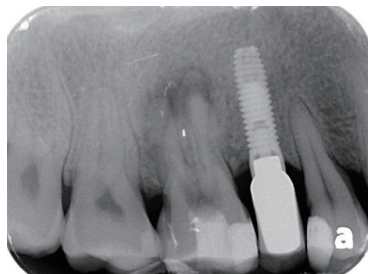


图9 等待复诊期间不完全吸干冲洗液,将之留于根管系统内作内用药,暂时填补物的厚实度要足够

(上接06版)

术后复查

治疗后3个月

3个月后复诊,患者表示16术后再也没有出现胀痛或不适,自觉咀嚼也无不适,且牙龈未再出现肿痛或流脓。

口内检查:16触、扣诊和牙周袋深度均无异常,X

线片(图14)显示16原有的根尖病灶正逐渐缩小,部分超充糊剂已被组织吸收或溶解,但各个牙根根尖部位,仍然糊剂维持根尖密封(图15)。患者要求进行修复治疗。

治疗后半年

半年后回诊,病友相当满意16现况,再也没有出现过曾经有过的病痛征候。

口内检查:除例行性按压、触、扣诊16局部区域的组织、触及两侧关节区,结果一切正常,而16牙冠也未见异常的咬合碰撞

点,经X线片确认其颈缘都与齿质密合,外形也大小合宜(图16);根尖X线片(图17)显示16原有骨组织缺损和超充糊剂正在持续缩小,且大部分牙槽骨板都已再次呈现,同时15植体也没有受到感染波及。

治疗后2年

治疗2年后,患者定期复查表达非常满意16的使用状态,只是用牙线时14-15-16邻接面的清理还是有所困扰,拍摄16口内照片以及两个不同角度的根尖X线片,并记录患者诉求。

照片可见患者刷牙方式依然不正确,清洁的力道过猛,导致在牙弓转角区域的牙体牙颈部普遍磨耗(图18),见到15种植体治疗设计,实在很难理解(图19),幸好X线片显示16根尖周骨组织缺损已几乎完全愈合(图20),

只有近中颊侧根尖还有一点透射阴影,不过邻近的牙槽骨板都已呈现,而超充溢出的糊剂持续变少,根尖封闭仍然受到密实的保障(图21)。原本16根尖严重溢脓、出现多处窦道和牙龈肿胀,既已完全清除愈合,未来应该不会影响到15种植体。反倒15种植体冠因空间不足,早已让14、16天然牙受到伤害,未来可能会出现种植体周炎。

因此,下次复查时需加拍一张口腔曲面体层片,以便和先前的影像作比对。

治疗后3年

16根管填充治疗3年后,患者定期洁牙和检查,拍摄了口腔曲面体层片,将影像(图22)和3年前(图23)开始进行根管治疗时互相比对,见到3年以来,患者除了16牙位有很大的改变外,(根尖周旁的透射病变,已经完全愈合复原),也把17、26、27、28、36、37、47、等(再)龋齿问题进行了充填治疗。虽然3年来15种植体周旁牙槽骨出现吸收,还没有太大的变化,但因例

行检查时,患者都抱怨14-15-16之间难以清洁,如果以患者的28因无对颌牙,导致自然伸长,因而在27邻接处出现造成食物嵌塞,清理不易的相同思维,(3年来,27远中侧龋齿加深,虽经充填,然而根尖已出现透射阴影,患者虽尚无不适),为避免邻牙发生更严重的并发症,肯定会建议患者尽快拔除28。然而,对于15种植体,不知读者可有好的处置建议?



图10 完成16根管充填,曾在髓腔底部努力搜索MB₂入口



图11 根充后将纤维桩放入各个根管作强化复形填补

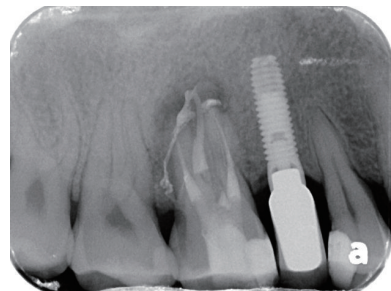


图12 完成根管治疗,见证扎实的冠部密合以及致密的根尖封闭,其中溢出的糊剂显露出腭侧瘵管的走向

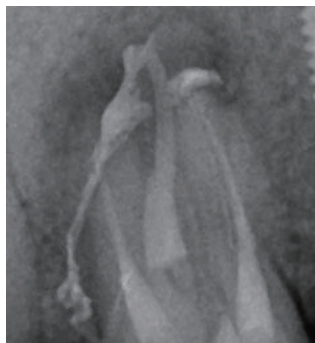


图13 局部放大影像可见MB₂其实是MB中段岔分出的侧支根管



图14 3个月后复查,患者表示无有不适,X线片显示16原骨组织缺损正在逐渐愈合

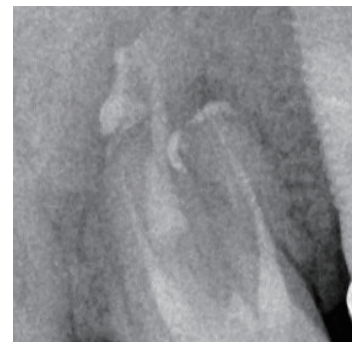


图15 原瘵管所在的超充糊剂因瘵管愈合组织吸收而消失;所有根尖出口仍有糊剂密封根尖

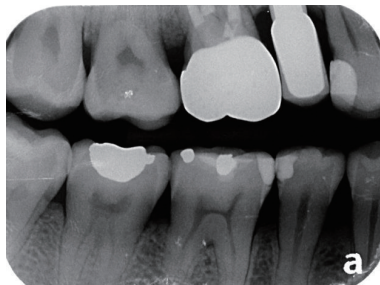


图16 大小适宜、颈缘密合的16牙冠,对比出15种植体套冠的勉强

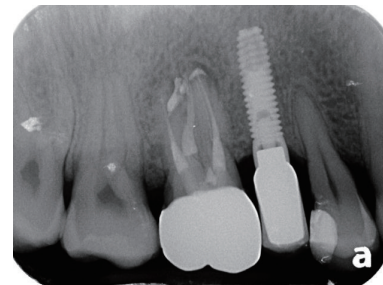


图17 根充半年后,16原有根尖病灶和糊剂持续缩小,且大部分牙槽骨板都已再次重现



图18 根充2年后定期检查,患者抱怨14-15-16处,不易用牙线清理;可见多颗牙齿的颈部严重磨耗



图19 难以理解当年医师为何执行15种植体的置入和牙冠修复

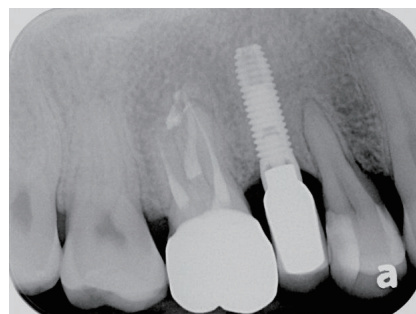


图20 根管治疗2年后,患者非常满意16的使用状况;原根尖周旁骨组织缺损已经完全愈合,只剩近中颊侧根尖还有点透射阴影,不过根尖周牙槽骨板都已清楚呈现

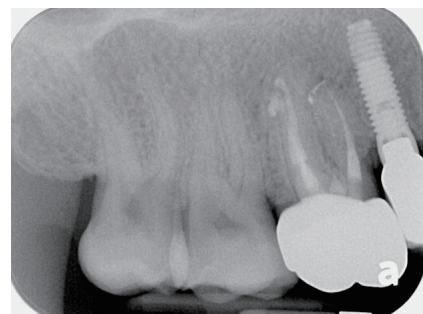


图21 超充溢出的糊剂持续变少,2年后各个根管终末口仍显示饱满的糊剂,维系密实的根尖封闭

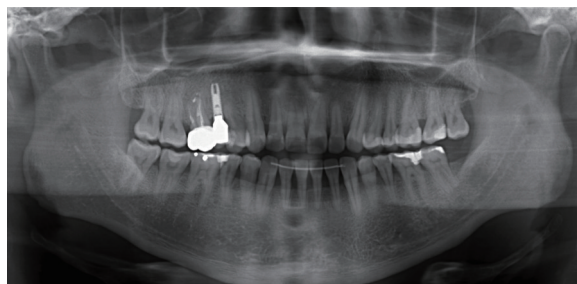


图22 治疗3年后,见到根尖周旁的病灶阴影都已完全愈合;28因无对颌牙而伸长,所造成邻牙27龋齿加深,虽经填补,其根尖已出现透射阴影

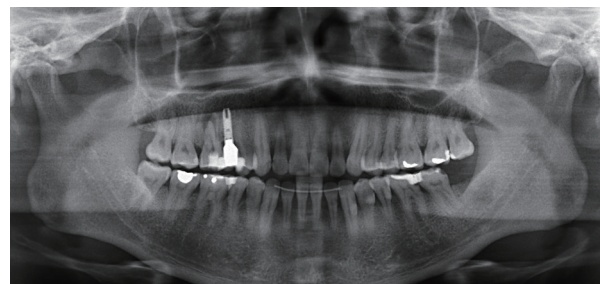


图23 3年前,15种植体冠治疗造成16和15龋齿加深导致16根尖病变;对勉强的15种植体,不知读者是否有好的处置建议

陈志平博士 2019 登陆系列巡讲日期:11月6日~7日 北京;11月10日~11日 上海;11月12日~13日 深圳;并发表最新著作《根管治疗的真善美——上册》,如欲索取演讲相关资讯和著作内容,请添加微信号咨询:sunny_training。