

Diagnostyka

S. Patel, B.S. Chong

SPIS TREŚCI ROZDZIAŁU

Streszczenie	17
Wprowadzenie	17
Wywiad	17
Przedstawianie dolegliwości	18
Wywiad dotyczący występowania dolegliwości	18
Wywiad dotyczący leczenia stomatologicznego	18
Wywiad ogólnomedyczny	18
Badanie	18
Badanie zewnątrzustne	18
Badanie wewnątrzustne	18
Badania	21
Testy żywotności miazgi	21
Test nagryzania	23
Wybiórcze znieczulenie miejscowe	23
Ocena przepływu krwi	23
Zdjęcia rentgenowskie	24
Diagnostyka różnicowa	24
Stan miazgi	26
Stan tkanek okołowierzchołkowych	26
Możliwość odbudowy	27
Możliwości leczenia	27
Obserwacja i ocena	27
Zachowanie zęba	27
Utrata zęba	28
Szczególne możliwości leczenia endodontycznego	28
Monitorowanie miazgi	28
Zachowanie miazgi	28
Ekstyrpacja miazgi	28
Leczenie kanałowe	28
Ponowne leczenie kanałowe	29
Wyniki kształcenia	29
Piśmiennictwo	29

STRESZCZENIE

Diagnoza jest pierwszym etapem opieki i leczenia każdego pacjenta. Ważny jest usystematyzowany i dokładny wywiad, ponieważ pozwala uniknąć błędnego rozpoznania. Niezbędne mogą być specjalne testy i dodatkowe badania potwierdzające wstępną diagnozę. Dopóki nie jest możliwa jednoznaczna diagnoza, leczenie można odroczyć. Jednakże, gdy diagnoza zostaje potwierdzona, można z udziałem pacjenta rozważyć różne możliwości leczenia. W zależności od preferencji pacjenta ustala się plan leczenia, a następnie realizuje się go, likwidując problem, z jakim pacjent się zgłosił. Niekiedy w celu ustalenia diagnozy może być potrzebne skierowanie do specjalisty, także wówczas gdy wymagane leczenie endodontyczne jest skomplikowane.

WPROWADZENIE

Diagnozowanie jest procesem identyfikacji choroby lub nieprawidłowego stanu poprzez zbieranie i ocenę objawów występujących u pacjenta oraz wyników dodatkowych badań. Jasną diagnozę można ustalić tylko wtedy, gdy informacje są systematycznie gromadzone i właściwie interpretowane. Bez prawidłowej diagnozy lekarz nie będzie w stanie ustalić i zapewnić odpowiedniego leczenia, które zlikwiduje problem, z jakim zgłosił się pacjent. Jeśli rozpoznanie nie może być jednoznacznie ustalone, leczenie można odroczyć. Należy pamiętać o maksymie „po pierwsze nie szkodzić”, która przypomina, że lepiej nie robić nic, niż zrobić coś, co może spowodować więcej szkody niż pożytku. Jeśli nie można ustalić dokładnej diagnozy, należy rozważyć skierowanie do odpowiedniego specjalisty.

WYWIAD

Pierwszym etapem diagnozowania jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu z pacjentem. Następnie lekarz może zdecydować o kierunku procesu diagnostycznego, np. może zlecić dodatkowe badania lub specjalne testy, które mogą

pomóc w potwierdzeniu niepewnej diagnozy na tym etapie leczenia.

Wywiad pomaga nie tylko ustalić przyczynę, ale również na jego podstawie można ustalić, jaka jest motywacja i chęć pacjenta do leczenia stomatologicznego. Lekarz może uzyskać informację o potencjalnych trudnościach podczas wcześniejszego leczenia, np. o trudności w uzyskaniu skutecznego znieczulenia czy nietolerowaniu narzędzi stomatologicznych w jamie ustnej.

Przedstawianie dolegliwości

Pacjenci powinni być pytani w sposób zrozumiały dla nich; należy ich prosić, by opisywali swe dolegliwości własnymi słowami, a wszystko powinno być udokumentowane. Ich współpraca i zdolność do opisanego dokładnych objawów znacznie pomaga w postawieniu prawidłowej diagnozy choroby. Pytania powinny być otwarte i nienaprowadzające, na przykład „Co Pana dzisiaj do mnie sprowadza?”. Dominującymi skargami są zazwyczaj ból i/lub obrzęk. Zwykle w razie bólu niezbędna jest seria kolejnych pytań po to, aby ustalić charakter, czas trwania i inne cechy bólu lub dyskomfortu (zob. rozdział 2, tab. 2.1).

Wywiad dotyczący występowania dolegliwości

Często dolegliwości występujące w danej chwili u pacjenta pojawiały się już w przeszłości, ale były lekkie lub okresowo ustępowały. Pacjent może nie wiedzieć, że leczenie jest konieczne lub może nawet zignorować problem, szczególnie gdy objawy ustąpiły. Jednak informacje z przeszłości i chronologia prezentowanych objawów są istotne dla postawienia poprawnej diagnozy.

Wywiad dotyczący leczenia stomatologicznego

Wiedza dotycząca wcześniejszego i obecnego leczenia stomatologicznego oraz informacja na temat częstotliwości wizyt w gabinecie jest bardzo pomocna. Niektórzy pacjenci mogą przychodzić tylko wówczas, gdy występuje ból, podczas gdy inni pacjenci odwiedzają swojego dentystę regularnie. Ważne jest również ustalenie, czy u pacjenta było niedawno podejmowane leczenie stomatologiczne w obszarze zainteresowania, gdyż może mieć to związek z obecnie podawanymi przez niego dolegliwościami. Inne istotne informacje zgromadzone na podstawie historii leczenia stomatologicznego mogą również dostarczyć cennych wskazówek co do przyczyny skarg pacjenta. Na przykład uraz zębów w wywiadzie może wyjaśnić objawy nieodwracalnego zapalenia miążsi dotyczące zęba pozornie zdrowego.

Wywiad ogólnomedyczny

Konieczne jest aktualizowanie historii medycznej. Zwykle pacjent proszony jest o wypełnienie formularza wcześniejszej medycznej historii, który następnie lekarz omawia z pacjentem. Należy ustalić, czy pacjent na coś choruje i czy przyjmuje jakieś leki, gdyż może to mieć wpływ na leczenie stomatologiczne. Ponadto pacjenci powinni być pytani, czy mają uczulenie na lateks (koferdam i rękawice gumowe), domowe wybielacze (podchloryn sodu) i jod, gdyż materia-

ły te będą w kontakcie z pacjentem podczas leczenia endodontycznego. Temat ogólnego stanu zdrowia pacjenta i potencjalnego wpływu na leczenie endodontyczne omówiono w rozdziale 2.

BADANIE

Badanie zewnętrzne

W czasie konsultacji należy zwrócić uwagę na ogólne samopoczucie i zachowanie pacjenta. Mogą być również widoczne oznaki asymetrii twarzy, obrzęk i/lub szczękoscisk (ryc. 3.1). Jednak mniej oczywiste objawy mogą być ujawnione po dokładniejszym badaniu. Ocenia się: węzły chłonne, staw skroniowo-żuchwowy i mięśnie żwacze. Należy również zwrócić uwagę, na jaką szerokość pacjent może otworzyć usta, gdyż jeśli dostęp będzie ograniczony, leczenie endodontyczne może być utrudnione.

Badanie wewnętrzne

Tkanki miękkie

Należy ocenić ogólny stan tkanek miękkich. Bruzdy na bocznych powierzchniach języka i/lub frykcyjne rogowacenie błony śluzowej policzka świadczą o parafunkcji. Obszar ten wymaga bardziej szczegółowej oceny (zob. dalej). Należy odnotować objawy, takie jak obrzęk czy przetoka (ryc. 3.2).

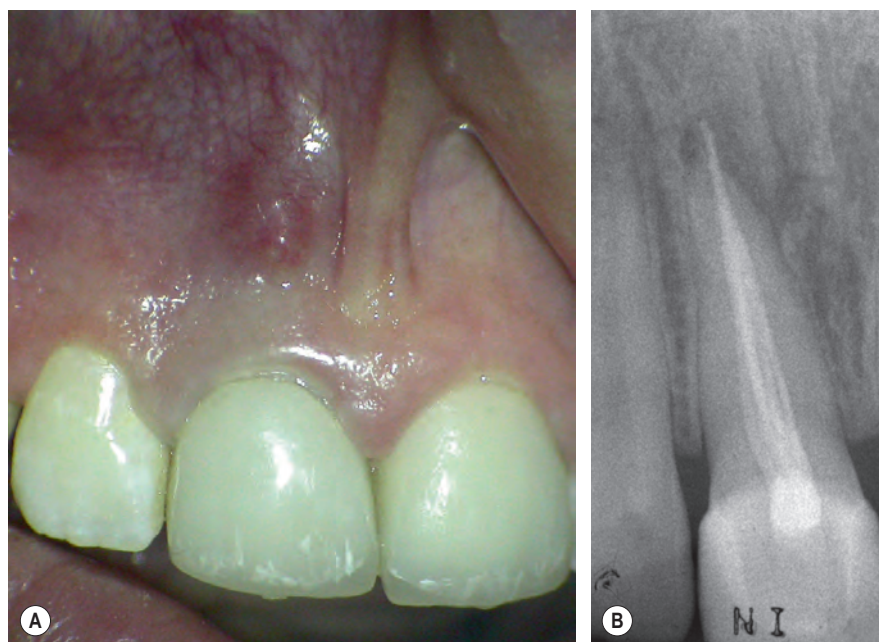
Tkanki twarde

Ocenia się uzębienie, w tym stan i jakość istniejących uzupełnień, co będzie odzwierciedlało ogólny obraz kliniczny pacjenta (ryc. 3.3). Do opracowania planu leczenia istotny jest stan higieny jamy ustnej, przyzębia oraz skłonność do próchnicy.

W przypadku obecności uszkodzeń powierzchni zębów należy odnotować ich ciężkość i rozmieszczenie. Zlokalizowane starcie i pęknięcia mogą wskazywać na zaburzenia zwarcia (ryc. 3.4). Jeśli istnieje podejrzenie pęknięcia zęba, konieczna może być próba obciążenia guzka (zob. dalej). W ujawnieniu innych trudnych do wykrycia pęknięć może pomóc metoda transiluminacji z użyciem źródła światła umieszczonego z boku zęba (ryc. 3.5).



Rycina 3.1 Obrzęk zewnętrzny i związana z nim asymetria twarzy widoczne podczas konsultacji.



Rycina 3.2 (A) Obraz kliniczny przetoki od przyśrodkowego siekacza szczęki. (B) Zdjęcie rentgenowskie zęba obrazujące materiał przepchnięty poza kanał korzeniowy i nieprawidłowe wypełnienie.



Rycina 3.3 Stan uzębienia przedstawiający ogólny obraz kliniczny dotychczasowego leczenia stomatologicznego.

Do wykrycia linii złamania, jeśli znane jest jej przybliżone położenie, mogą być również używane specjalne barwniki, np. błękit metylenowy (Vista-Blue, Vista Dental Products, Racine, WI, USA). Ogólnie rzecz biorąc, korzystanie z powiększenia i metody transiluminacji znacząco poprawia wizualizację, umożliwiając szczegółowe badanie (zob. rozdział 6).

Ząb przyczynowy

Bardziej szczegółowo ocenia się ten właściwy ząb lub zęby (ząb lub zęby przyczynowe) czy obszar, który budzi nasze zainteresowanie. Bierze się pod uwagę okluzję oraz to, czy ząb pełni jakąś rolę, na przykład, czy ząb ma kontakt z zębem przeciwstawnym i czy pełni w ogóle funkcję. Należy porównać kolor zęba z zębami sąsiednimi; jakiegokolwiek ściemnienie korony klinicznej może być związane z przebytymi w przeszłości urazami [1]. Należy odnotować możliwe przyczyny chorób miazgi i tkanek okołowierzchołko-



Rycina 3.4 Znaczna utrata tkanek w obrębie całej powierzchni zęba w lewym drugim zębie trzonowym żuchwy spowodowała objawy ze strony miazgi.

wych, na przykład może występować próchnica pierwotna lub wtórna (ryc. 3.6), podobnie można zaobserwować linię złamania (ryc. 3.7) i rozległe odsłonięcie zębiny z powodu utraty tkanek zęba. Należy ocenić możliwość odbudowy zęba. Rozległość ubytku próchnicowego, wielkość wypeł-