.

口腔科常见病诊疗常规

口腔外科

1．口腔颌面部感染〔占常见病的 21.1%,我县病人占 93%。

〔一智齿冠周炎

1 临床表现：常以急性炎症性是出现,初期自觉患侧磨牙后去肿胀不适,进食咀嚼、

吞咽、开口活动时疼痛加重。病情发展后呈自发性跳痛或沿耳颞神经分布区产生

放射性痛。口腔局部可见智齿萌出不全 ,智齿周围软组织不同程度的肿胀。智齿

冠周炎可引起邻近组织器官或筋膜间隙感染。

2 临床诊断：根据病史、临床表现和口腔检查

3 处理：在急性期应以消炎、镇痛、切开引流、增强全身抵抗力,局部冠周冲洗。

对于不能萌出的阻生牙应尽早拔出。

〔二眶下间隙感染

1 临床表现：肿胀范围波及内眦,眼睑,颧部皮肤。肿胀去皮肤发红,张力增大眼睑

水肿,睑裂变窄,鼻唇沟消失。脓肿形成后,眶下区可触及波动感,口腔前庭肿胀明显,

压痛,扪及波动。

2 临床诊断：根据临床表现不难判断

3 处理：于口腔前庭上颌尖牙及前磨牙粘膜转折处切开脓肿充分引流。

〔三颊间隙感染

1 临床表现：颊部皮下或粘膜下脓肿,进展缓慢,肿胀及脓肿的范围较为局限。感

染波及颊脂垫时,炎症发展迅速,波及整个颊部,并向其相通的间隙扩散。

2 临床诊断：根据临床表现即可

3 处理：脓肿形成后,切开充分引流。

〔四颞间隙感染

1 临床表现：肿胀范围可仅局限或同时有腮腺咬肌区,颊部眶部颧部等区广泛肿胀,

有凹陷性水肿,压痛咀嚼痛和不同程度的张口受限。脓肿形成后,颞浅间隙脓肿可

触及波动感。

2 临床诊断：颞浅间隙可根据临床表现,聂深间隙脓肿需穿刺抽出脓液才能证明

3 处理：手术切开引流

〔五咬肌间隙感染

1 临床表现：以下颌支及下颌角为中心的咬肌区肿胀,变硬,压痛伴明显张口受限。

2 临床诊断：根据临床表现即可

3 处理：咬肌间隙蜂窝织炎全身应用抗生素及局部用物料疗法或外服中药；一旦

脓肿应及时切开引流〔口外切口从下颌支后缘绕过下颌角,据下颌下缘 2cm 处

切开,长约 3-5cm。

〔六化脓性颌骨骨髓炎

1 / 21

.

1 临床表现：多发于强壮年,男性较多,以下颌骨多发。

急性期特点：全身发热、寒战、疲倦无力、食欲不振 ,白细胞增多；局部有剧烈

跳痛,口腔黏膜及面颊部软组织肿胀、充血,可继发颌周急性蜂窝织炎,病原牙扣痛

及伸长感

慢性期特点：全身症状轻,体温正常或仅有低热,全身消瘦,贫血、机体呈慢性中毒

消耗症状。局部肿胀,皮肤微红,口腔内或面颊部可出现多数瘘道孔溢脓,肿胀牙松

动。

2 临床诊断：根据病史、病因、临床表现及 X 线片可确诊

3 处理：急性颌骨骨髓炎首先全身支持及药物治疗,同时应配合必要的外科手术治

疗。慢性颌骨骨髓炎有死骨形成,必须用手术去除已形成的死骨和病灶牙

2．颌骨骨折〔占常见病 10%,我县病人占 95%

〔一下颌骨骨折

1 临床表现：骨折段移位、咬合错乱、骨折段异常动度、下唇麻

张口受限、牙龈撕裂。

2> 临床诊断：了解受伤原因、部位及伤后的临床表现,重点了解

伤力的防线和作用的部位,手法检查局部。可用手指放于可疑骨折两侧的牙列上

和下颌缘处两手做相反方向的移动,了解有无异常动度和骨摩擦音。辅助检查：X

线平片下颌骨 CT 及三维 CT 重建

3 处理：①新鲜骨折冰球以为不大的线性骨折,于局麻下手法复位

②手法复位效果不满意或伤后 2-3 周骨折已纤维性愈合者行颌间牵引、颅颌牵引、手术

付切开复位

〔二上颌骨骨折

1 临场表现：骨折线、骨折段移位、咬合关系错乱、眶及眶周变化颅脑损伤

2 临床诊断：面部畸形如面中部呈"盘行面""马面"内眦间距增宽,鼻根塌陷等畸形,

眼球移动、运动受限、张口受限等情况。咬合错乱。摇动上颌前牙,上颌骨有浮

动感。辅助检查：X 线平片,下颌骨 CT 及三维 CT 重建

2> 处理：①新鲜骨折冰球以为不大的线性骨折,于局麻下手法复位,②手法复位

效果不满意或伤后 2-3 周骨折已纤维性愈合者行颌间牵引、颅颌牵引、手术付

切开复位

<三>颧骨及颧弓骨折

1 临床表现：颧面部塌陷畸形、张口受限、复视、神经症状、瘀斑 2 临床诊断：

可根据病史、临床特点和 X 线片检查明确诊断

辅助检查：X 线平摄片〔鼻颏位和颧弓切线位下颌骨 CT 及三维 CT 重建

3 处理：仅有轻度移位,畸形不明显,无张口限制,复视及神经受压等功能障碍者,

可作保守治疗。如有功能或畸形者应手术治疗。

3.口腔颌面部肿瘤

〔一舌下腺囊肿〔占常见病 15.4%,我县病人占 80%

1 临床表现：常见于口底舌下腺,表现为口底粘膜呈指状突起,粘膜色泽正常,无

2 / 21

.

扪压痛,破溃后流出蛋清样液体。

2 临床诊断：依据临床表现及术后病理

3 鉴别诊断：表皮样囊肿

4 处理：局麻下切开粘膜层,切除包括舌下腺在内的囊壁粘连组织,术中注意保护

颌下腺导管及舌神经。

〔二皮样或表皮样囊肿〔占常见病 2.3%,我县病人占 98%

1 临床表现：多见于儿童及青年。生长缓慢,呈圆形。囊肿与周围组织无粘连,囊

肿坚韧有弹性,似面团样

2 临床诊断：根据病史及临床表现,穿刺检查可抽出乳白色豆渣样分泌物,有时大

体标本可见毛发。

3 鉴别诊断：皮脂腺囊肿

4 处理：手术摘除

〔三甲状舌管囊肿

1 临床表现：多见于 1-10 岁的儿童,其可发生于颈正中线任何部位,以舌骨上下

最常见。生长缓慢,圆形,质软,界清,与周围组织无粘连。

2 临床诊断：根据临床表现和囊肿部位随吞咽移动

3 鉴别诊断：舌异位甲状腺

4> 处理：手术彻底切除囊肿或瘘管

〔四牙源性颌骨囊肿 〔占常见病 18%,我县病人占 88%

1 临床表现：多发生于青壮年,生长缓慢,初期无自觉症状,长时间骨质逐渐向周

围膨胀,形成面部畸形。囊肿更大时骨质变薄,扪诊时可有乒乓球样感觉,并有羊

皮纸样脆裂声,最后骨板吸收,可有波动感。

2 临床诊断：根据病史及临床表现。穿刺是比较可靠的方法。

3 鉴别诊断：成釉细胞瘤

4 处理：外科手术摘除

〔五牙龈瘤〔占常见病 8.1%,我县病人占 85%

1 临床表现：多见于女性,多发生于牙龈乳头部。最常见前磨牙区,肿块较局限,

呈圆球或椭圆形,有时呈分叶状,大小不一,。在女性妊娠期可能迅速增大。

2 临床诊断：根据临床表现

3> 鉴别诊断：牙龈增生

4 处理：局麻下手术切除

〔六纤维瘤

1 临床表现：生长缓慢,无痛肿块、质地硬、大小不等、表面光滑、边缘清楚,与

周围无粘连,移动度可。呈球形或结节状,切面呈灰白色。

2 临床诊断：根据临床表现

3 处理:手术完整切除 ,牙槽突的纤维瘤 ,除需拔除有关牙外 ,有时还需将肿瘤所

侵犯的骨膜一并切除。手术时需做冷冻切片,如是恶性是,应按恶性肿瘤治疗原则

处理。

〔七成釉细胞瘤

3 / 21

.

1 临床表现：多发生于青壮年,以下颌体积下和较为常见。生长缓慢,逐渐使颌骨

膨大,造成畸形,面部不对称,可影响颌骨运动度,压迫神经等症状。

2 临床诊断：根据病史、临床表现、X 线特点〔早期呈蜂房状,后期形成多房性囊

肿样阴影。。

3 鉴别诊断：颌骨囊肿及其他牙源性肿瘤。

4 处理：手术切除。肿瘤周围的骨质至少在 0.5cm 处切除。

〔八血管瘤〔占常见病 3.68%,我县病人占 91%

1 临床表现：多见于婴儿出生时或出生后不久〔一个月之内。可自发性消退,病

程分为增生期、消退期及消退完成期。增生期约婴儿 4 周以后,生长快速,四周以

晕状白色区域,迅即变为红斑并高出皮肤,高低不平似杨梅状。一年后进入消退期,

缓慢可留下色素沉着。

2 临床诊断：根据临床表现。

3> 鉴别诊断：与其他脉管瘤相鉴别

4 处理：婴儿期可使用泼尼松口服或瘤腔注射,如激素不敏感者可手术切除。

〔九舌癌

1 临床表现：最常见的口腔癌。多发生于舌缘,常为溃疡型或浸润型。恶性程度

高,生长快,浸润强。早期常发生颈淋巴转移。

2 临床诊断：临床表现及病理切片

3> 处理：早期可选用间质内放射治疗,待原发灶控制后再实施颈淋巴清扫术。晚

期首选手术治疗,对波及的组织切除及颈淋巴清扫术。

〔十牙龈癌

1> 临床表现：男性多于女性,生长较慢,以溃疡型为最多见,下牙龈癌比上牙龈癌

淋巴结转移早。

2 临床诊断：临床表现及病理切片

3 处理：外科手术为主。下颌牙龈癌一般应同时进行选择性颈淋巴结清扫术。

〔十一颊粘膜癌

1.临床表现：常发生于磨牙区附近,呈溃疡型或外生型,生长较快,向深层浸润,。

癌细胞成转移至下颌下及颈深上淋巴结。

2.临床诊断：临床表现及病理切片

3.处理：小的颊粘膜癌可放射治疗。对放射不敏感以及较大的肿瘤应行手术治疗,

术前可先化疗。

4.唾液腺疾病

〔一急性化能行腮腺炎

1 临床表现：常为单侧受累。早期赛先区有轻微疼痛、肿大、压痛。导管口轻度

红肿、疼痛。化脓期时疼痛加剧,呈持续性疼痛或跳痛,腮腺区以耳垂为中心肿胀

更为明显,耳垂被上抬。进步法展炎症扩散周围组织,伴蜂窝织炎,皮肤发红、水

肿,成硬性浸润,触痛明显,可伴轻度张口受限。轻按摩纤体可见腮腺导管口脓液

溢出。病人全身中毒症状明显,体温可高达 40℃以上,脉搏、呼吸增快,白细胞总

4 / 21

.

数增加中性粒比例明显上升,核左移,可出现中毒颗粒。

2 临床诊断：依靠病史及临床检查

3 鉴别诊断：流行性腮腺炎及咬肌间隙感染

4 处理：纠正病因,选用有效抗生素,其他保守治疗以及切开引流。

〔二慢性复发性腮腺炎

1 临床表现：儿童复发性腮腺炎以 5 岁左右最常见,腮腺反复肿胀,伴不适,肿胀

不如流行性腮腺炎 ,仅有轻度水肿 ,皮肤可潮红。挤压腺体可见到关口有脓液溢

出。

2 临床诊断：主要根据临床表现及腮腺造影〔显示导管呈点状、球状扩张,排空

迟缓,主导管及腺体内导管无明显异常。

3 鉴别诊断：儿童复发性腮腺炎需和流行性腮腺炎鉴别,成人复发性腮腺炎需于

舍格伦综合症继发感染相鉴别。

4 处理：复发性腮腺炎具有自愈性,增强抵抗力,防止继发感染,减少发作为原则。

〔三慢性阻塞性腮腺炎

1 临床表现：多发生于中年,男性多于女性,多单侧受累。病人不明确起病时间,

因腮腺反复肿胀而就诊。检查腮腺稍增大,能扪到肿大的腮腺轮廓,中等硬度,轻

微压痛。

2 临床诊断：根据临床表现及腮腺造影〔主导管、叶间、小叶间导管部分狭窄,

部分扩张,呈腊肠样改变。

3 鉴别诊断：成人复发性腮腺炎及舍格伦综合征继发感染。

4 处理：以去除病因保守治疗为主。

〔四涎石病和下颌下腺炎

1 临床表现：以 20-40 岁中青年多见。小的涎石不造成导管阻塞,无症状。导管

阻塞时则出现排唾障碍及继发感染症状及体征,进食时腺体肿大,有胀感及疼痛,

疼痛剧烈是呈针刺样称为"涎绞痛",导管口粘膜红肿,导管内的涎石,双手触诊时

常可触及硬块有压痛,涎石阻塞引起腺体继发感染。

2 临床诊断：根据进食时下颌下腺肿胀及伴发疼痛的特点,导管口溢脓以及双手

触诊可扪及导管内结石；辅助诊断：X 线平片,

3 鉴别诊断：舌下腺肿瘤,下颌下腺肿瘤,慢性硬化性下颌下腺炎,下颌下淋巴结

炎,下颌下间隙感染。

4 处理：去除结石,消除阻塞原因,当腺体功能丧失或腺体功能不可能逆转是,则

应将病灶清除

〔五舍格伦综合征

1 临床诊断：多见于中年以上女性,主要症状有眼干、口干、唾液腺及泪腺肿大、

类风湿性关节炎等结缔组织疾病。①眼部表现：泪腺受累,泪液减少,引起干燥性

角、结膜炎,泪腺肿大致睁眼困难,眼裂缩小,外侧部肿大时呈三角眼。②口腔表

现：唾液减少,口干舍表面干燥有裂纹 ,舌背丝状乳头萎缩 ,舌表面光滑潮红呈 "

镜面舌"③唾液腺肿大：腮腺常见。等其他结缔组织病。

2 临床诊断：根据病史及其他检查〔施墨实验、四碘四氯荧光素染色、唾液流量

测定、唾液腺造影或磁共振唾液腺造影片、唇腺活检等。

5 / 21

.

3 鉴别诊断：慢性阻塞性腮腺炎、慢性复发性腮腺炎

4 处理：尚无有效的根治方法,主要为对症治疗。对于结节型舍格伦综合征可采

用手术治疗防止恶性变。

〔六唾液腺粘液囊肿〔占常见病 8.82%,我县病人占 90%

1 临床表现：①粘液囊肿：常见也下唇及舌尖腹侧,囊肿表面仅覆盖一层黏膜,呈

半透明、浅蓝色的小泡,状似水泡。破裂后流出蛋清样透明粘稠液体。②舌下腺

囊肿：单纯型囊肿位于下颌舌骨肌以上,囊壁紧贴口底粘膜,扪之柔软有波动感；

口外型囊肿又称潜途型囊肿,表现为下颌下区肿物,口底部明显,穿刺可抽出蛋清

样透明粘稠液体；哑铃型为两者混合型。

2 临床诊断：根据临床表现及穿刺即可

3 鉴别诊断：舌下腺囊肿与口底皮样囊肿及下颌下区囊性水潴留

4 处理：小唾液腺囊肿手术切除；舌下腺囊肿手术切除舌下腺

〔七多形性腺瘤〔占常见病 3.68%,我县病人占 93%

1 临床表现：多见于腮腺上涨缓慢,无自觉症状,界限清楚,质地中等,扪诊呈结节

状,高起处常较软,低凹处较硬,活动度可。

2 临床诊断：根据临床表现即可

3 处理：手术切除治疗

5．颞下颌关节疾病

〔一可复性关节盘前移位

1 临床表现：开闭口有弹响

2 临床诊断：根据临床表现及 X 线片〔许勒位可见关节后间隙变窄。

3 处理：保守治疗为主,保护关节。

〔二颞下颌关节急性前脱位

1 临床表现：可发生为单侧或双侧。症状：①下和运动异常成开口状,不能闭口。

②脸型变长。③前牙开合反合,后牙早接触。

2 临床诊断：根据临床表现

3 鉴别诊断：因暴力所致的脱位,应与下颌骨髁颈骨折相鉴别。

4 处理：应及时复位,其后限制下和运动。

6．唇裂

1 临床诊断：Ⅰ度唇裂：仅限于单侧或双侧红唇部分裂开,

Ⅱ度唇裂：上唇部分裂开,但鼻底尚完整

Ⅲ度唇裂：整个上唇至鼻底完全裂开

2 处理：单侧唇裂于婴儿 3-6 个月行单侧唇裂修复术双侧唇裂或比单侧整复术复

杂的手术时间一般于婴儿 6-12 个月行唇裂修复术

7．腭裂

1> 临床诊断：腭穹窿部裂开,存在有程度不等的裂隙,前牙可达切牙孔甚者从切

牙孔的到达牙槽突,裂开部位硬腭与鼻中隔不相连,口、鼻腔相通。

6 / 21

.

处理：患儿约在 8-18 个月左右行腭裂整复术

牙周病学

一． 牙周病

1.牙龈病

〔一慢性龈炎

1> 临床表现：①自觉症状 患者常在刷牙或咬硬物是牙龈出血；②牙龈色泽 正

常牙龈呈粉红色,患者牙龈变为鲜红或暗红的；③牙龈外形 龈缘便后,龈乳头变

园钝肥大,可呈球状增生；④牙龈质地 牙龈可变得松软脆弱,缺乏弹性；⑤龈沟

深度 正常探诊深度不超过 2-3mm,患者龈沟可达 3mm 以上；⑥龈沟探诊出血；⑦

龈沟液增多。

2 临床诊断：根据临床表现以及牙面有明显的菌斑、牙石堆积等即可诊断。

3 鉴别诊断：于早期牙周炎、血液病引起的牙龈出血、坏死性溃疡性龈炎、HIV

相关性龈炎等。

4 治疗原则：去除病因,通过洁治术彻底清除菌斑、牙石等刺激因素；手术治疗

以及防止复发。

〔二妊娠期龈炎

1 临床表现：变现为龈缘和牙龈乳头的炎症,前牙去较重,从妊娠 2-3 个月开始出

现明显症状,致 8 个月达到高峰,分娩后约 2 个月减轻至妊娠前水平,

2 临床诊断：根据临床病情即可

3 治疗原则：去除一切局部刺激因素,保持口腔卫生,较重的患者可用 1%过氧化氢

溶液和生理盐水冲洗,较大的妊娠期龈瘤可选择妊娠期的 4-6 个月内手术切除。

〔三白血病的牙龈病损

1 临床表现：可波及牙龈乳头、龈缘和附着龈。表现为：①牙龈肿大,颜色暗红

发绀或苍白,组织松软脆弱或中等硬度,表面光亮,肿胀长为全口的。②牙龈缘组

织坏死、溃疡和假膜形成,口臭。③牙龈有明显的出血倾向。④可出现口腔黏膜

的坏死或剧烈的牙痛、发热、局部淋巴结肿大以及疲乏、贫血等症状。

2 临床诊断：根据临床表现,即使作血常规及血涂片检查可作诊断。

3 治疗：因及时与内科医师配合进行治疗。牙周的治疗以保守为主,禁忌进行手

术或或组织检查。

〔四急性坏死性溃疡性龈炎

1 临床表现：①好发人群于青壮年,男性吸烟者多见。②起病急,病程短,常为数

天至 1-2 周。③以龈乳头和龈缘的坏死为特征性损害,以下牙多见。④患处牙龈

极易出血。⑤疼痛明显。⑥哟典型的腐败性口臭。⑦病情较轻时全身五明显症状,

重症者可有低热,疲乏等全身症状

2 临床诊断：根据典型的临床表现及病变区的细菌学涂片检查可诊断。

3 鉴别诊断：慢性龈炎；疱疹性龈炎；急性白血病；HIV 患者口腔感染。

4 治疗：去除局部坏死组织；局部使用氧化剂；全身药物治疗；口腔保健；全身

因素进行矫正和治疗；急性期过后对原病因进行治疗。

7 / 21

.

2．牙周炎

〔一慢性牙周炎

1 临床表现：早期表现为牙龈的慢性炎症。探诊是可发现有附着丧失,及牙周探

针深度‹3mm,牙周袋形成,X 线显示牙槽骨是、吸收。晚期可出现其他伴发病的病

变和症状：牙齿移位；牙松动、牙龈乳头退缩食物嵌塞；亚洲支持组织减少继发

性合创伤；牙根暴露对温度刺激敏感、根面龋等；深的牙周袋可发生急性牙周脓

肿；逆行性牙髓炎；以及口臭。

2 治疗原则：①清除局部致病因素：控制牙菌斑；彻底清除牙石、根面平整以及

牙周袋和跟面的局部药物治疗。②牙周手术：基础治疗后 6-8 周是复查疗效,若

荣有 5mm 以上的牙周袋,且探诊出血或有些部位的牙石难以彻底清除,可根据情

况再次刮治或进行牙周手术。③建立平衡的合关系。④全身治疗。⑤拔除患牙。

⑥维护期的牙周支持疗法

〔二侵袭性牙周炎

1 临床表现：①局部侵袭性牙周炎 始发于青春期前后,女性多于男性；早期患者

的菌斑、牙石量很少,却已有深的牙周袋；好发于第一恒磨牙或且呀的邻面有附

着丧失,至少波及两个恒牙,其中一个为第一磨牙,其他换牙不超过两个；X 线片

见第一磨牙的邻面有垂直型骨吸收；病程进度快；早期出现牙齿松动和移位；家

族聚集性。②广泛性侵袭性牙周炎：长发生于 30 岁以下者；广泛的邻面附着丧

失,累积除切牙和第一磨牙以外的恒牙至少三颗；有严重而快速的附着丧失和牙

槽骨破坏,呈阵发性；活动期,牙龈有明显的炎症；多数患者有大量的菌斑和牙石

等症状。

2 临床诊断：根据临床表现即可

3 治疗原则：①早期治疗防止复发,②抗菌药物的应用。③调整机体防御功能。

④牙移位的矫正治疗。⑤效果维护。

3.牙周基础治疗

〔一菌斑的控制方法

1 刷牙 设计合理的牙刷和正确的刷牙方法能有效地清除菌斑 ,主张每天早晚各

刷一次。

2 邻面清洁措施 牙线、牙签、牙间隙刷

3 化学药物控制菌斑

〔二洁治术

1 适应症 ①牙龈炎、牙周炎的主要治疗方法②作为预防性治疗③口腔内其他治

疗前的准备。

2 分类：①超声龈上洁治②超声龈下刮治

〔三龈下刮治术及跟面平整

1 操作要点：①龈下刮治是在牙周袋内操作,故术前先探明牙周袋的形态和深度,

龈下牙石的量和部位。②同洁治术一样,以改良握笔式手持器械。③用匙形器刮

治时 ,首先选用适当的刮匙 ,匙形器放入牙周袋时应使工作端的平面与压根面平

行,到达牙周袋底后 ,于跟面间逐渐成 45º角。④刮治时引分区段按牙位逐个刮

治。⑤刮治时不必刻意去搔刮袋内壁。⑥刮治后应冲洗袋。

4.牙周病的手术治疗

8 / 21

.

〔一牙周手术治疗的基本原则

1 手术的目的 ①清除病变组织 ,暴露病变的 跟面和牙槽骨 ,便于在只是下彻底

地清除跟面的菌斑、牙石和病变组织。②是牙周袋变浅或恢复正常。③矫正因牙

周病变所造成的软、硬组织缺陷和不良外形。④促使牙周组织修复和再生,建立

新的牙周附着关系。⑤恢复美观和功能需要以及利于牙齿或牙列的修复。

2 手术时机：患者在牙周基础治疗后至少 2-3 个月是来复查,对其进行评估,是否

需要手术治疗。

3 手术适应症 ①经龈下刮治及跟面平整后牙周袋＞5mm,探诊后有出血或溢脓。

②基础治疗不能彻底清除跟面刺激物者。③牙槽骨外形不规则,生的凹坑状吸收、

骨下袋等。④后牙的根分叉病变达Ⅱ度或Ⅲ度者。⑤最后一个磨牙的远中骨袋。

⑥存在附着龈过窄、个别牙牙龈退缩的等。⑦龋坏或牙折断达龈下影响押题、冠

修复者。

4 手术禁忌症：局部炎症和病因未消除；患者不能配合者；患有全身疾病且未得

到控制者。

〔二牙龈切除术及牙龈成形术

1 适应症：①牙龈纤维性增生、药物性增生等牙龈增生性病损,经牙周基础治疗

后无明显改变者,全身健康无手术禁忌症者。②后牙区中等深度的骨上袋,袋底不

超过膜龈联合,附着龈宽度足够者。③牙龈瘤和妨碍进食的妊娠瘤,全身状况允许

的情况下可手术。④冠周龈片覆盖在阻生牙合面上,而阻生牙的位置基本正常者。

2 非手术适应症：①未进行牙周基础治疗,牙周炎症为消除者。②深牙周袋,袋底

超过膜龈联合。③牙槽骨缺损及牙槽骨形态不佳,需行骨手术者。④前牙的牙周

袋,牙龈切除术会导致牙根暴露,影响美观。

3 手术方法：① 传导麻醉或局部麻醉。② 消毒 ③ 标定手术切口位置,用探针

探查袋的深度,在牙龈表面相当于袋底处用尖探针刺入牙龈 ,形成出血点作为标

记,切口位置应位于此连线的根方 1-2mm。④ 切口 用 15 号刀片或斧型龈刀,在

定好的切口位置上,将刀刃倾向冠方,于牙体长轴呈 45º角切入牙龈,直达袋底下

方的跟面。⑤ 用龈上洁治器。⑥ 修正牙龈。⑦ 生理盐水冲洗,止血,外敷牙周

塞治剂。⑧ 术后处理 。

〔三翻瓣术

1 切口的设计

①水平切口 第一切口：为内斜切口。距龈缘 1-2mm 处进刀,向根方切入直达牙槽

嵴顶或其附近。从数去唇面的一端开始,刀片以提插方式移动,每次插都达到骨脊

顶。

第二切口：为沟内切口。将刀片从袋地切入,直达牙槽嵴顶或其附近。

第三切口：也称牙间切口后牙间水平切口。

②纵行切口 是在水平切口的近中段或近、源中两端做的纵行切口,为了减少组织

张力,更好的暴露术区。其位置应在术区近、远中侧较健康的牙龈组织上,位于牙

的颊面轴角处,一般将龈乳头包括在龈瓣内,以利与缝合。

2 龈瓣的种类：全厚瓣和半厚瓣。

3 刮治和根面平整

4 龈瓣的复位

5 缝合

口腔黏膜病

9 / 21

.

1.单纯疱疹

1 临床表现：① 原发性疱疹性口炎：由Ⅰ型单纯疱疹病毒引起的口炎。6 岁以下

儿童多见。

前驱期：潜伏期为 4-7 天,以后出现发热、头痛、疲乏不适、全身肌肉疼痛、甚

至咽喉红肿等急性症状。见过 1-2 天后,口腔黏膜广泛充血,附着龈和龈缘也长出

现急性炎症。

水疱期：口腔黏膜任何位置皆可发生成簇小水泡,似针头大小,特别是邻近乳磨牙

的上腭和龈缘处更明显,水疱壁薄、透明,不久溃破,形成浅表溃疡。

糜烂期：水泡破溃后可引起大面积糜烂,病能造成继发感染,上覆黄色假膜。

愈合期：糜烂面逐渐缩小、愈合,整个病程约需 7-10 天。

②复发性疱疹性口炎：一般复发感染部位在口唇或接近口唇处。损害总是以起疱

开始,常为多个成簇；损害复发是总是在原先发作过的位置,或邻近原先发作过的

位置。

2 组织病理：上皮细胞发生气球样变和网状液化而在上皮内形成疱。

3 临床诊断：根据临床表现即可,口腔 HSV 感染的实验室诊断只是用于最终确诊。

4 鉴别诊断：口炎型口疮、三叉神经带状疱疹、手足口病、疱疹性咽峡炎、多形

性红斑。

5 治疗：① 全身抗病毒治疗 核苷类抗病毒药是抗 BSV 最有效的药物、利巴韦林

〔病毒唑② 局部治疗 口腔局部用药。

2.带状疱疹

1 临床表现：夏秋季节发病较高。发病前阶段,常有低热、乏力症状,将发疹部位

有疼痛、烧热感,三叉神经带状疱疹可出现牙痛。颜面部皮肤呈不规则或椭圆形

红斑,数小时后在红斑上发生水疱,逐渐增多并能合成大疱,数日后疱浆浑浊而吸

收,终成痂壳,1-2 周脱痂。口腔黏膜的损害,疱疹多密集,溃疡面较大,唇、颊、

舌、腭的病损也仅限于单侧。

2 组织病理：可见上皮内疱,多位于上皮层的上部,且水疱上方仍可见层数不等的

上皮细胞或表皮细胞,细胞内水肿使上皮细胞呈网状变性。

3 临床诊断：根据临床表现的特征单侧性皮肤-粘膜疱疹,沿神经分布及剧烈的疼

痛可诊断。

4 治疗：服用抗病毒药物〔阿昔洛韦；免疫调节药物；止痛；神经营养药物；糖

皮质激素；局部的上药消毒及物理疗法等 。

3.口腔念珠菌病

1 临床表现：①念珠菌性口炎：

急性假膜型念珠菌口炎：可发生在任何年龄,多见于长期使用激素、HIV 感染者、

免疫缺陷者、婴幼儿及衰弱者。新生儿多见,又称为新生儿鹅口疮或雪口病。新

生儿鹅口疮多在出生后 2-8 年内发生,好发部位颊、舌、软腭及唇,损害区粘膜充

血,有散在的色白如雪的柔软小斑点 ,不久即相互融合为白色或蓝白色丝绒状斑

片,并可继续扩大蔓延。

急性红斑型念珠菌口炎：又称抗生素口炎、抗生素舌炎。多见于长期使用抗生素、

激素及 HIV 感染者。表现为粘膜上出现外形弥散的红斑,以舌粘膜多见,严重时舌

背粘膜呈鲜红色并有舌乳头萎缩,双颊、上颚及口交可有红色斑块。

10 / 21

.

慢性红斑型〔萎缩型念珠菌病：又称为义齿性口炎,损害部位常在上颌义齿腭侧

面接触之腭、龈粘膜,多见于女性

②念珠菌性唇炎：由念珠菌感染引起的慢性唇炎,一般发生于下唇。2 临床诊断：

除依靠病史和临床表现外,还需要实验室检查证实损害组织中存在病原菌。念珠

菌实验室检查方法包括涂片法、分离培养法、组织病理学检查、免疫学和基因诊

断等。

3 治疗：①局部药物治疗 2%―4%碳酸氢钠溶液抑制念珠菌生长；甲紫〔龙胆紫

水溶液抑制念珠菌生长；氯已定抗真菌作用；西地碘抗炎杀菌作用等。②全省抗

真菌药物治疗：酮康唑〔有肝毒性、氟康唑、伊曲康唑。③增强机体免疫力④手

术治疗。

4.药物变态反应性口炎：为药物引起的变态反应,常见药物有解热镇痛药、

安眠镇静要、磺胺类药物、抗生素等,以青霉素多见。

1 临床表现：其有一定的潜伏期,初次用药导致的发病一般需经 4-20 填的潜伏期

后,才发生变态反应。若过去用药已产生变态反应,再次用该药可在数分钟到 24

侠士,一般在 10 小时左右发生药物变态反应。口腔病变多见于唇及颊、舌前 2/3

部分,初期口腔黏膜有烧灼感 ,明显充血发红 ,水肿,又是可出现红斑 ,水疱,疱很

快破溃或溃疡。病变面积较大,不规则表面有较多的渗出物,形成灰黄色或灰白色

的假膜,病变易出血,在唇部形成黑紫色血痂,使张口受限、疼痛剧烈。皮肤病损

表现为红斑、丘疹、大疱等。重型药物变态反应又称莱氏综合征,可发生全身广

泛性大疱、波及全身体窍粘膜和内脏,称为中毒性表皮还死松解症。

2 临床诊断：发病前有可能用药史,用药和发病时间有因果关系；为突然发生的

急性炎症；停药可疑致敏药物后病损很快愈合

3 治疗：①首先找出可疑致敏药物,并立刻停用。②给以抗组胺抑制活性介质的

释放,降低机体对组胺的反应,减少各种变态症状。③10%葡萄糖酸钙加维生素 C

作静脉注射增加血管的致密性,减少渗出。④肾上腺皮质激素。⑤病情特别严重

时给予肾上腺素 0.25-0.50mg 皮下注射。

5．多形性红斑：又称多形性胜出性红斑,为粘膜皮肤的一种急性渗出性炎症

性疾病。病损表现如红斑、丘疹、疱疹、糜烂及结节等。

1 临床表现：青壮年多见,起病急,病程 2-4 周,有自限性。①轻型：仅限于粘膜

皮肤,全身无其他器官和系统的病变。口腔好发生于唇、颊、舌、腭等部位。粘

膜充血水肿,可见红斑及水疱。疱很快破裂形成大面积糜烂,疼痛明显。皮肤可有

散在的病损分布。②重型：严重的全身症状,高热、全身无力、肌肉痛等。皮肤

病损除红斑为还有大疱,丘疹、结节等。粘膜病损出现多腔隙受累,其称为多窍糜

烂性外胚层综合征,亦即斯-约综合征。

2 临床诊断：为突然发生的急性炎症；口腔黏膜广泛地出血,发红,水肿,并有大

面积糜烂,表面渗出多；病程段,发病有自限性和复发性；若出现多腔孔损害,责

难诊断。

3 鉴别诊断：疱疹性口炎、寻常型天疱疮。

4 治疗：药物治疗、支持治疗、局部药物。

6.复发性阿弗他溃疡<RAU>

11 / 21

.

1 临床表现：变现为反复发作的圆形或椭圆形溃疡,具有"黄、红、凹、痛"的临

床表现。

①轻型复发性阿弗他溃疡：好发于唇、舌、软腭等无角化或角化较差的粘膜。局

灶性粘膜充血水肿,呈粟粒状红点,灼痛明显,继而形成浅表溃疡,圆形或椭圆形。

直径<5mm。5 天左右开始愈合,7 至 10 天溃疡愈合,无痕迹。

②重型复发性阿弗他溃疡：亦称复发性坏死性粘膜线周围炎或腺 XX 疮。好发于

青春期 ,溃疡大而深 ,似"弹坑",可深达粘膜下腺体及腺周围组织 ,直径可大于

1cm,周围组织红肿微隆起,基地微硬,表面有灰黄色假膜或灰白色坏死组织。病程

可达 1-2 个月。疼痛剧烈,愈后可留瘢痕。

③疱疹样复发性阿弗他溃疡：亦称口炎型口疮。多发于成年女性,溃疡小约 2mm

数目多可达十几个或几十个,似"满天星"。

2 临床诊断：根据患者的主要病史特点及临床表现。

3 鉴别诊断：应与癌性溃疡、结核性溃疡、创伤性溃疡、坏死性涎腺化生。

4 治疗：①局部治疗 目的是消炎、止痛、防止继发感染、促进愈合。②全身治

疗 目的是对因治疗、减少复发、争取缓解。

7.天疱疮：是一种严重的、慢性的粘膜-皮肤自身免疫大疱性疾病根据皮肤损

害特点分为寻常型、增殖性、落叶型和红斑型,寻常型口腔黏膜算还最多见。

1 临床表现：①寻常型天疱疮 口腔是早期出现病损的部位。常先有口干,咽干或

吞咽时感到刺痛,有 1-2 个或广泛发生的大小不等的水疱,壁薄透明,破裂后出现

不规则的糜烂面 ,残留的疱壁 ,并向四周退缩 ,若将疱壁撕去或提取时 ,长连同邻

近围观正常的粘膜一并无痛行地撕去 ,并遗留下一鲜红的创面 ,这种现象称为接

皮试验阳性。

②增值型天疱疮 口腔于寻常型相同,只是在唇红缘常有显著的增殖。

2 临床诊断 临床损害特征：揭皮试验阳性有助于诊断。

细胞学检查：可见典型的棘层松解的解体细胞,该细胞核大而圆,染色深,胞浆较

少,又名天疱疮洗白或棘层松解细胞。

组织学检查、免疫学检查。

3 治疗：①支持疗法 给予高蛋白,高维生素饮食。

②肾上腺皮质激素为首选药物。③免疫抑制剂、抗生素等。

8.口腔扁平苔藓〔OLP：好发于中年人,女性多于男性。病损有恶变现象,为

癌前状态。

1 临床表现：口腔黏膜病损：OLP 病损为小丘疹连成的线状白色、灰白色花纹,

类似皮肤损害的威肯姆线,属于角化异常病损。白色花纹可组成网状、树枝状、

环状或半环状等形状,也可表现为白色斑块状。病损多左右对称,颊部最多见。OLP

患者遇辛辣、热、酸、咸味食物刺激是,病损局部敏感、灼痛,自觉黏膜粗糙、木

涩感、烧灼感、口干等。

根据病损形态分为：网状型、换装型、条纹型、板块型、丘疹型、水泡型、糜烂

型及萎缩型。

皮肤病损：呈紫红色或暗红色多角形扁平丘疹,便面具有蜡样光泽,0.5-2CM 大小,

微高处皮肤,边界清楚。有的丘疹可见到白色小斑点或浅的网状白色条纹 ,即为

Wickham 纹。

指〔趾甲病损：多见也拇指,甲板萎缩变薄,无光泽,便面出现细鳞,纵沟、点隙或

12 / 21

.

脊,严重者形成纵列。

2 诊断：根据临床表现可诊断,必要时可进行组织活检。

3 鉴别诊断：盘性红斑狼疮、口腔白斑病、口腔红斑病、黏膜天疱疮、类天疱疮、

剥脱性龈炎、苔藓样反应、多形性红斑、迷脂症。

4 治疗：①心里治疗,目前俞来愈重视。

②局部治疗,去除刺激,消除炎症；维 A 酸类药物；肾上腺皮质激素；抗真菌药物。

③全身治疗,免疫抑制及免疫调节等。

9.盘形红斑狼疮〔DLE：是一种慢性皮肤-黏膜结缔组织疾病,特点为持久性

红斑,中央萎缩凹下呈盘状。亦属于癌前状态。

1>临床表现：分为局限型和播散型。局限型损害仅限于颈部以上的皮肤黏膜,播

散型可累计颈部以下部位,如上胸、臂、手足背等。

①黏膜病损：特点为圆形或椭圆形红斑糜烂凹下似盘状,边缘稍隆,周边游呈放射

状排列的系短白纹。下唇唇红黏膜的 DLE 的好发部位,初期为暗红色丘疹或斑块,

随后形成红斑样病损 ,片状糜烂,直径约 0.5cm,中心凹下呈盘状 ,周围有红晕或

可见毛细血管扩张,红晕外围呈放射状排列的白色短条纹。病变病损可超出唇红

缘而累及皮肤,唇红与皮肤界限消失,此为 DLE 病损的特征表现,可用于鉴别唇红

不的扁平苔藓和糜烂性唇炎。

②皮肤病损：好发于头面部等外露的部分。典型病损发生在鼻梁和鼻侧翼及双侧

颧部皮肤构成的,状似蝴蝶形的区域,称为"蝴蝶斑"。

2 临床诊断：根据皮肤黏膜病损特点和实验室检查即可作出诊断。

3 鉴别诊断：慢性唇炎、良性淋巴组织增生性唇炎、扁平苔藓、多形性红斑。

4 治疗:①尽量避免或减少日光照射；②局部治疗：局部使用糖皮质激素；环孢

素 A、他克莫司等免疫抑制剂③全身治疗：羟氯喹是治疗 DLE 的一线药物。

牙体牙髓病

1．口腔牙髓及根尖周疾病的检查和诊断方法

一.病史的收集：通过患者的主诉、现病史〔包括：疼痛的发作方式、疼痛的部

位、疼痛的长度、加重或减轻疼痛的因素、治疗对疼痛的影响、系统病史〔患病

史和用药史等

二.临床检查和诊断方法：①牙髓活力温度检测：冷诊法 选用冷水、小冰棒、二

氧化碳等作为冷刺激源,置于待测牙唇面颈 1/3 或中 1/3 处,观察患者的反应。热诊

法 选用热水、热牙胶或加热的金属,置于待测牙唇面颈 1/3 或中 1/3 处,观察患者

的反应。②牙髓活力电测验：通过牙髓活力电测验牙髓神经成分对电刺激的反应。

③咬诊：用于检查呀隐裂。④染色法：用来检查呀隐裂。⑤选择性麻醉：用于判

断引起疼痛的换牙。⑥实验性备洞：用牙钻磨除牙本质来判断牙髓活力的方法。

⑦X 线检查：用于诊断龋坏的部位和范围,协助发现牙根的异常情况,了解髓腔的

情况,鉴别根尖周肉芽肿、脓肿或囊肿等慢性根尖周病变,协助鉴定病源牙；治疗

前有助于拟定治疗计划,治疗中用于测定根管的工作长度以及协助并发症的诊断

和处理,治疗后判定根管充填结果和观察根管治疗等治疗方法的近远期疗效。

2．牙髓病的分类、临床表现及诊断

一．临床分类：1 可复性牙髓炎

13 / 21

.

2 不可复性牙髓炎：急性牙髓炎、慢性牙髓炎、逆行性牙髓炎

3 牙髓坏死

4 牙髓钙化：髓石及弥漫性钙化

5 牙内吸收

二．牙髓病的临床表现和诊断要点

〔1 可复性牙髓炎

1 临床表现：①症状 患牙受到冷、热或甜、酸化学刺激时,立即出现瞬间的疼痛

反应,尤其对冷刺激更敏感,刺激一去除,疼痛立即消失,没自发性疼痛。②检查 患

牙常见有接近髓腔的牙体硬组织病损或可查及患牙有深的牙周袋。患牙对冷刺

激有一过性的敏感,扣痛〔-

2 临床诊断：①对温度刺激一过性敏感但无自发痛。②可找到能引起牙髓病变的

牙体病损或牙周组织损害等病因。

3 鉴别诊断：深龋、不可复性牙髓炎、牙本质过敏

2 不可复性牙髓炎

Ⅰ.急性牙髓炎

1) 临床诊断：症状 主要症状是剧烈疼痛

①自发性阵发性痛：未受到任何外界刺激的情况下,突然发生剧烈的自发性尖锐

疼痛,疼痛分作持续过程和缓解过程。在早期,疼痛持续的时间较短,缓解时间长。

到晚期,疼痛持续时间延长,缓解时间缩短或没有疼痛间歇期。化脓时可有波动性

跳痛。

②夜间痛：疼痛往往在夜间发作,或夜间疼痛较白天剧烈。

③温度刺激加剧疼痛：冷热刺激可激发患牙的剧烈疼痛。疼痛发作期温度刺激可

是疼痛加剧,若牙髓以化脓或部分坏死,患牙可表现"热痛冷缓解"。

④疼痛不能自行定位：疼痛发作时患者大多不能指出患牙,且疼痛呈放散性会牵

涉性。

检查 ①患牙可查及接近髓腔的深龋或其他牙体应组织疾患,牙冠有充填体存在,

或有深牙周袋。②探诊可引起剧烈疼痛。③温度测验时,患牙反应极其敏感或激

发痛,刺激去除后疼痛持续一段时间。④病患早期患牙扣痛不明显,晚期有明显的

扣痛。

2 诊断要点：①典型的疼痛症状

②可找到能引起牙髓病变的牙体病损或牙周组织损害等病因。③牙髓温度测验结

果可定位患牙

3 鉴别诊断：三叉神经痛、龈乳头炎、急性上颌窦炎

Ⅱ.慢性牙髓炎

1 临床表现

1.慢性闭锁性牙髓炎 ①症状 无明显的自发痛。患者都有长期的冷热刺激痛史。

②检查 查及深龋洞、冠部充填体或其他近髓的牙体应组织疾患；洞内探诊患牙

感觉较为迟钝,去净腐质后无肉眼可见的暴髓孔；患牙对温度测验的反应多为热

测

2.慢性溃疡性牙髓炎 ① 症状.多为自发痛,有食物嵌塞疼,温度刺激换牙疼痛明

显。② 检查.查及深龋或其他近髓的牙体损害；去腐质后可见穿髓孔；温度测验

表现为敏感；扣痛不明显。

3.慢性增生性牙髓炎 ① 症状.无自发痛进食时换牙感疼痛或有进食出血现象。

14 / 21

.

② 检查.换牙大而深的龋洞中有红色、"蘑菇"形状的肉芽组织,又称作"牙髓息肉

"。

诊断：① 可以定位患牙的长期冷、热刺激痛病史和自发疼痛史。②可查到引起

牙髓炎的牙体硬组织疾患或其他病因。③患牙对温度测验的异常表现。④叩诊反

应作为重要指标。

2) 鉴别诊断：深龋、克复性牙髓炎、干槽症

Ⅲ.残髓炎

临床表现：① 症状 于慢性牙髓炎症状相似,表现为自发性钝痛、放散性痛、温

度刺激痛。② 检查 患牙牙冠见有做过牙髓治疗的充填体或暂封材料；温度测验

为迟缓痛或仅有感觉；叩诊〔+；去除充填体或暂封材料探查根管至深部时有感

觉或疼痛。

诊断：有牙髓治疗史；有牙髓炎症状；强温度刺激有迟缓性痛以及扣诊疼痛；

探查根管至深部时有感觉或疼痛

三 牙髓坏死

1 临床表现：① 症状 一般无自觉症状,有可见牙体变色。② 检查 牙冠可存在

深龋洞或其他牙体硬组织疾患或有充填体、深牙周袋；牙冠变色；牙髓活力检验

无反应；叩诊同正常对照牙〔-或不适感〔-；牙龈无根尖来源的瘘道；X 线片显

示患牙根尖周影响无明显异常

2 诊断：①无自觉症状。② 牙体变色牙髓检验无活力和 X 线的表现。

3 鉴别诊断：慢性根尖周炎

3 根尖周病的临床表现及诊断

一．急性化脓性根尖周炎

1 临床表现：

①根尖脓肿 症状 患牙出现自发性、剧烈持续的跳痛 ,伸长感加重,患者不敢对

合。

检查 患牙扣痛〔++—〔+++,松动Ⅱº—Ⅲº；根尖部牙龈潮红,但尚无肿胀；相应

的颌下淋巴结可有肿大及压痛。

②骨膜下脓肿 症状：患牙持续性、波动性跳痛更加剧烈,患牙有浮起、松动感。

检查：患者痛苦面容,精神疲惫；患牙扣痛〔+++,松动Ⅲº,牙龈红肿,移行沟变平,

有明显的压痛,扪诊深部有波动感；严重者可出现颌面部蜂窝织炎。

③粘膜下脓肿 症状、：脓液到达粘膜下是,压力减低,自发性胀痛及咬合痛随之减

轻

检查：患牙扣痛〔+-〔++,松动度Ⅰº；根尖区粘膜的肿胀局限 ,成半球形隆起 ,

扪诊时波动感明显,脓肿较表浅而易破溃。

2> 临床诊断：依据患牙所表现出来的典型的临床表现及体征,有疼痛及红肿的程

度来分辨患牙的炎症阶段。

3 鉴别诊断：急性牙周脓肿

4.活髓保存治疗

一．盖髓术

1 适应症：①根尖孔尚未发育完全,因机器性或外伤性露髓的年轻恒牙。②根尖

已发育完全,机器性或外伤性露髓,穿髓孔直径不超过 0.5mm 的恒牙。

2 禁忌症：因龋露髓的乳牙；临床检查有不可复兴牙髓炎或跟尖周炎表现的患牙。

3 盖髓剂：氢氧化钙、氧化锌丁香油粘固剂、 MTA。

15 / 21

.

4 操作步骤：①制备洞形,清楚龋坏组织；②放置盖髓剂；③疗效观察,若 1-2 周

后无任何症状且牙髓活力正常,可去除大部分暂封剂,保留厚约 1mm 的氧化锌丁

香油粘固剂垫底,再选聚羧酸锌粘固剂或磷酸锌粘固剂做第二层垫底 ,银汞合金

或复合树脂永久充填；患牙盖髓治疗 1-2 周后,若对温度刺激仍敏感,可继续观察

1-2 周,也可去除暂封物及盖髓剂,更换盖髓剂后暂封观察 1-2 周；若患牙盖髓治

疗后出现自发痛、夜间痛等症状,应去除充填物,改行根管治疗。

5.感染牙髓的治疗方法

一．应急处理

1 开髓引流：急性牙髓炎应急处理是引流炎症渗出物和缓解因之而形成的髓腔高

压,以减轻剧痛。局麻下直接摘除牙髓,放置一无菌棉球开放髓腔。急性根尖周炎

的应急处理是在局麻下开通髓腔引流通道 ,穿通根尖孔,使渗出物及脓液通过根

管引流。

2 切开排脓：急性根尖周至骨膜下或粘膜下脓肿期应在局麻下切开排脓,切开排

脓的时机应在急性炎症的第 4-5 天,局部有较明确的波动感。

3 安抚治疗

4 调和磨改

5 消炎止痛。

6.根管治疗术：是治疗牙髓病及尖周病最有效的方法。目的：祛除根管内容物对

尖周组织的刺激,防止尖周病变发生或促进尖周病变愈合。

一．根管的预备方法

①常规法——过去最常用的方法,对直根管效果好,弯曲根管不太合适。

步骤：预备时要求从小到大号逐号依次使用,每号钻或挫均要在根管内完全到达

工作长度,根管扩大到钻或挫的尖端附近几毫米处见到白色牙本质切屑后 ,再扩

大 2-3 号位置。

②逐步后退法——轻、中度弯曲根管

优点：1 不易造成根尖损伤

2 易于祛除管内坏死组织和牙本质碎屑

3 简化根尖预备的难度,获得根管理想成型,预备后根管最狭窄与原根管狭窄重

合。

4 根管上段敞开,有足够宽度, 便于充填,可防止超填。

步骤：1 根尖段的预备：选一初尖挫 ,根尖段预备只需预备至比初尖挫大 3 号,

该挫成为主尖挫。

2 根中段预备：主尖挫以后每增大 1 号,减少 1mm 的工作长度,必须用主尖挫插入

到原有工作长度,消除台阶。

3 根冠段预备：预备根管口处成漏斗形。

4 最后用主尖挫消除台阶。

③逐步深入法：

优点：1 使到达根尖的通路更直

2 避免根管冠 2/3 的牙本质阻力 ,使根尖

预备更有效

3 减少了根管内容物造成尖周感染的机会

4 由于冠方根管被扩大,有利于根管的彻底冲洗。

二．根管冲洗

16 / 21

.

1．目的：杀菌、溶解、清除、润滑

2．方法：注射器法、超声+冲洗液法

3．常用的冲洗液：生理盐水

NaOCL:抑菌作用;溶解作用；H2O2+5.25%NaOCL:增加清除能力及抑菌性；H2O2+2%

氯亚明:中和炎症、坏死组织中产生的酸,并可溶解坏死组织；NaOCL+EDTA+H2O2：

螯合脱钙,清除玷污层；超声+NaOCL :清除玷污层;增加 NaOCL 渗透性;加快化学

反应速度.

三．根管充填：根管充填是将祛除牙髓并经预备的空根管用一种密封材料充填起

来以隔绝根管和尖周组织的交通,防止再感染。

1 根充材料

①固体类根充材料：银尖、钢尖：适于弯曲细小根管充填钛尖、钴铬钼合金尖：

较粗大的根管行根内骨内种植或根管内固定。

②半固体类根充材料牙胶尖—最为广泛,是目前根充材料的主流。特点：Ⅰ.具有

可压缩性、可塑性。Ⅱ.具有最小毒性、刺激性、致敏性。Ⅲ.操作方便,具有热

软化及溶解性—容易取出。 Ⅳ.X 线阻射

③糊剂类根充材料

Ⅰ氧化锌丁香油粘固粉类：使用最为广泛,未固化前对组织有刺激性,但固化后可

吸收,且性质稳定, 其中的丁香酚具有抗菌性。

Ⅱ氢氧化钙类：良好的生物相容性和成骨性,但远期可能发生溶解。

Ⅲ树脂基质类：在欧洲广泛使用 ,工作时间长 ,易于溶解去除 ,固化前有刺激性 ,

若超充则吸收缓慢。

Ⅳ玻璃离子类：可改善封闭性 ,增加根管强度 ,桩道预备和根管再治疗时难以去

除。

Ⅴ 硅树脂类：具研究效果不错

2 根管充填方法

侧压充填法——国内最广泛

① 选择合适的侧向加压器

② 主尖的试合

③ 涂根管封闭剂

④ 充填主牙胶尖

⑤ 侧向加压

⑥ 充填副尖

⑦ 切断根管口的牙胶尖

⑧ 根管口垂直加压

热牙胶垂直充填法

①.选择加压器：选 3 根垂直加压器,最小一根能自由到达距工作长度 3～4mm.

②.试尖：将选定的主牙胶尖插入至距工作长度 0.5mm.涂少量封闭剂于根管壁上,

主尖涂根管封闭剂后插入根管。

③.充填根管上部：用携热器齐根管口切除多余主尖,并将根管上段牙胶软化.

④.用最粗的垂直加压器对根管上段进行垂直加压。

⑤.充填根管中部和根尖部：将加热后的携热器插入牙胶中并保持 2～3 秒,取出

携热器同时带走部分牙胶.

⑥.迅速将小号垂直加压器放入根管内加压

⑦.用 Obtura,I 注射式充填方法完成,注射 2-3 次,每次用合适的垂直加压器压

17 / 21

.

紧。

⑧.最后完成根管充填

口腔修复

1.牙体缺损的修复

1 牙体缺损的病因：龋病,牙外伤、磨损、楔状缺损、酸蚀症、发育畸形等。

2 牙体缺损的影响：①对牙体和牙髓组织的影响；

②对牙周组织的影响；

③对咀嚼功能的影响；

④对美观和发育的影响。

3 修复体的种类：①嵌体 为嵌入牙冠内的修复体。

②部分冠 覆盖部分亚冠表面的修复体。

③全冠 金属全冠〔铸造及锤造冠；非金属全冠〔树脂及全瓷冠；混合全冠〔烤

瓷融附金属及树脂-金属混合全冠；核冠；桩冠；种植体冠；CAD/CAM。

4 牙体缺损的修复原则：

①正确地回复形态与功能,并有利于保护牙及牙周组织的健康；

②患牙的预备中应尽量保存组织、保护牙髓

③修复体应保护牙体硬组织和牙髓的健康以及牙龈组织的健康。

④修复体应具有抗力形和固位形的要求。

2.铸造金属全冠

1 适应症：①后牙牙体严重缺损,固位形、抗力形较差的,或者充填后牙体或充填

物的固位形、抗力形较差者；

②后牙存在的低合、邻接不良、亚冠短小、位置异常、牙冠折断、或半切除术后

需要一修复体回复正常解剖外形、咬合、邻接及排列关系者；

③后牙固定义齿的固位体；

④后牙隐裂,牙髓活力未见异常或者已经牙髓治疗无症状者；

⑤龋坏率高或牙本质过敏严重,或汞合金充填后与对颌牙、邻牙存在异种金属微

电流刺作用引起症状者；

⑥牙周固定夹板的固位体。

2 禁忌症：①对金属材料过敏者；

②牙体无足够固位形、抗力形者；

③牙体尚无足够的修复空间者；

④龋坏牙的至龋因素未得到有效控制者；

⑤要求不暴露金属的患者。

3 牙冠的预备：①合面的预备 为金属全冠提供合面的空间,一般为 0.5-1mm,并为

正常的解剖外形和合关系提供条件；

②颊舌面的预备 消除倒凹,将颊舌面最大周径线降到全冠的边缘处 ,并与辈出金

属全冠需要的厚度；

③邻面的预备 消除倒凹 ,形成预期的戴入道 ,并预备出全冠修复材料的邻面空

隙；

④颈部的预备 颈缘线的位置有：平齐龈缘；龈缘线以上 1.0mm；龈缘线以下

0.1-1.0mm。

18 / 21

.

⑤轴面角的预备 改善外展隙的外形,食物的排溢和全冠的自洁作用。

4 印模制取：复制患者牙列或组织形态。

5 制作临时冠：保护牙齿、自洁牙冠、保持合面的稳定、回复咀嚼作用。

3.烤瓷融附金属全冠

1 适应症：①因氟斑牙、变色牙、四环素染色牙、锥形牙、釉质发育不全等,不宜

用其他方法修复或患者要求美观而有永性修复的患牙；

②因龋坏或外伤等造成牙体缺损较大,而充填治疗无法满足要求的患牙；

③不宜或不能做正畸治疗的前后错位、扭转的患牙；

④烤瓷固定桥的固位体

2 禁忌症：①恒牙尚未发育完全的青少年,未尽治疗的牙髓腔旷达的或严重错位的

成年人患牙；

②无法取得足够的固位形和抗力形的患牙

③深覆合、咬合紧,没有矫正而且有无法预备出足够间隙的患牙；

④患者身心无法承受修复治疗或不能配合治疗者。

3 牙体的制备：

前牙：①切缘预备出 1.5-2.0mm 的间隙,切缘预备成与牙体长轴呈 45º角的腭侧

小斜面。

②唇面除颈缘外从牙体表面均匀磨除 1.2-1.5mm 的牙体组织。

③邻面去除倒凹,预备出金瓷修复今夕保证颈部肩台外 ,还应保持邻面适当的切

向聚合度 2º-5º.

④舌面可只预备出金属的修复间隙并保证颈部肩台及肩台以上无倒凹。

⑤唇面颈部肩台一般放在龈下 0.5-0.8mm 的位置。

4.桩冠与桩核冠：利用金属冠桩插入根管内以获得固位的一种冠修复体。

特点：固位良好,形态逼真,制作简便,支持与受力形式合理,残根残冠修复体或固位

体

1 适应症：①牙冠缺损相当大,无法充填或直接冠修复者

②牙龈切除术后符合要求

③牙龈切除术或牙槽嵴切除术后符合要求

④牙冠延长术或牵引术后符合要求

⑤错位、扭转等牙,不做正畸者

⑥畸形牙,固位形不良者

⑦年轻患者修复慎重,应定期复查。

2 桩核冠的固位形与抗力形

固位形：①冠桩长度 根长的 2/3—3/4〔不少于 4mm 的根尖封闭>???冠根比

②冠桩直径 根径 1/3<过小过大的处理

③冠桩形态 与牙根外形一致的近似圆锥形与根管壁密合

④增强固位力的方法

抗力形：①桩在骨内的长度大于根在骨内总长度的 1/2

②桩的直径在 1/3~1/4 根径,同时考虑桩材料的强度,满足功能要求

③外形〔平行桩与锥形桩平行桩、梯形桩、锥形桩；光滑桩、锯齿状桩、螺纹状

桩；设计纵形排溢道

④牙本质肩领

3 预备要求：①根管内预备的长度至少应等于最终临床牙冠的长度；保证根尖不

19 / 21

.

少于 4mm 的牙胶尖封闭。桩的直径应为能满足桩和根管牙本质壁在冠方和根方

3mm 密合良好的最小值。

②前牙：尽量不破坏根管壁的组织结构,尽量多保留冠部牙体组织。

③后牙：利用髓室与粗大根管参与固位,多根管制备时应注意角度。必要时采用"

组合桩"设计。

5.牙列缺损的固定义齿修复

1 固定义齿的特点：

①固定

②牙列中少数牙缺失

③对基牙有较高的要求

④固位力大

⑤ 正确恢复缺失牙形态

2 固定义齿与活动义齿的比较:

①支持好〔牙支持式

②固位好、咀嚼效率高

③无异物感

④不防碍发音

⑤美观

⑥方便

⑦切割牙体组织多

⑧易产生继发龋或牙周疾患

⑨修理困难

⑩适用范围窄

3 固定义齿的结构组成：固位体、桥体、连接体。

4 固定义齿的种类：双端固定桥、半固定桥、单端固定桥、复合固定桥、种植固

定桥等。

5 适应症：

①缺牙的数目： 少数牙缺失 和少数牙的间隔缺失；间隔的少数牙缺失 ,加中间

基牙；2112 缺失,用 33 或 4334

②缺牙的部位：任何部位,游离端缺失的病例要注意。

③基牙的条件：牙冠合龈高度、形态等；牙根的长度；牙髓的健康程度；牙周组

织情况；基牙的位置等。

④咬合关系

⑤缺牙区的牙槽脊

⑥年龄、口腔卫生情况等。

6 基牙的选择：

①基牙的支持作用

基牙的牙根情况：牙根的数目、形态、临床冠根的比例等

牙周膜的情况：牙周膜的变化、牙周膜面积和厚度等

②基牙的固位作用：

牙体：足够的牙体组织、适宜的形态、良好的组织结构。对于龋病引起的大面积

缺损牙、严重磨耗、磨损牙、牙冠几乎完全缺损牙、天然牙 -种植体固定桥要慎

重考虑。

20 / 21



.

基牙和增加基牙的位置：使两端的基牙受力基本一致。

将单端固定桥改为双端固定桥

将带单端的复合桥改为复合固定桥

将半固定桥改为双端固定桥

基牙的共同就位道：各基牙间必须形成共同就位道

倾斜<30°者仍可选作基牙

7 固位体的设计：

对固位体的一般要求

①有良好的固位形、抗力形

②能够取得共同就位道

③护肤基牙的外部形态与功能

④材料性能稳定

⑤保护牙体软硬组织

固位体的类型： 冠外、冠内与根内固位体

8 桥体的设计：

桥体应具备的条件：

①恢复缺失牙的形态与功能

②形态、色泽美观,有良好的自洁作用

③龈端面积适当,不压迫牙龈

④材料有足够的机械强度、化学稳定性和生物安全性

⑤形态与基牙的支持与固位条件相适应

桥体的类型：

①按材料分为金属桥体、非金属桥体金属与非金属联合桥体

②根据桥体龈面与牙槽嵴的关系分为接触式与悬空式桥体

③根据桥体龈端的形态分为鞍式、改良鞍式、盖嵴式、改良盖嵴式、船底式和悬

空式桥体。

9 连接体的设计：连接方式不同可分为固定连接和活动链接体

10 固定桥修复的流程操作步骤：

①修复前检查与预备

②修复方案的制定

③基牙的牙体预备

④基牙的保护与临时修复体

⑤试戴与粘结

21 / 21