

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,颞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 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瘻道孔溢脓,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、手术切开复位

〔二上颌骨骨折〕

1 临床表现：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“盘形面”“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〔鼻颧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

扞压痛,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, 扞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

- 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。早期腮腺区有轻微疼痛、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。进展法炎症扩散周围组织, 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。轻按摩纤维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

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征继发感染相鉴别。

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。〕

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：常见于下唇及舌尖腹侧, 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。

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典型的腐败性口臭。⑦病情较轻时全身无明显症状，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。

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 $>3\text{mm}$ ，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；牙周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 45° 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

〔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 $>5\text{mm}$,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 45° 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

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 HSV 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、烧灼感, 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、上颌及口交可有红色斑块。

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；氯己定抗真菌作用；西地碘抗炎杀菌作用等。②全身抗真菌药物治疗：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、安眠镇静药、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 天的潜伏期后，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 小时，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、波及全身体腔粘膜和内脏，称为中毒性表皮坏死松解症。

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：又称多形性渗出性红斑，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。皮肤病损除红斑外还有大疱，丘疹、结节等。粘膜病损出现多腔隙受累，其称为多腔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；病程短，发病有自限性和复发性；若出现多腔隙损害，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>

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增殖型天疱疮 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、环状型、条纹型、斑块型、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，表面具有蜡样光泽，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，表面出现细鳞，纵沟、点隙或

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: 用于检查牙隐裂。④染色法: 用来检查牙隐裂。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

- 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。

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叩诊疼痛; 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 (-; 牙龈无根尖来源的瘻道; 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 患牙叩痛 (++)—(+++, 松动 II°—III°; 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; 患牙叩痛 (+++, 松动 III°, 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: 患牙叩痛 (+) (++) 松动度 I°; 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; 临床检查有不可复性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。

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

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

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。

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久性修复的患牙;

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 45° 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, 预备出金瓷修复体今夕保证颈部肩台外, 还应保持邻面适当的切向聚合度 2°-5°。

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

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不妨碍发音
- 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。

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 $<30^{\circ}$ 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