

口腔科常用技术操作规范

1、隔湿技术

【适应证】

须进行牙体牙髓病治疗的患牙。

【操作程序及方法】

1. 棉卷隔离法用消毒棉卷置于患牙颊(唇)侧前庭沟处和(或)舌侧口底以隔离患牙。

2. 橡皮障隔离法橡皮障隔离的方法有多种,常用以下方法。(1)选择合适大小的橡皮障。

(2)根据患牙的位置,比照打孔标记版,用打孔器在橡皮障上打出对应牙齿大小的孔径。

(3)选择规格合适的橡皮障夹,使橡皮障夹弓穿过圆孔。(4)用橡皮障夹钳撑开橡皮障夹,将橡皮障圆孔对准患牙套入,直到牙颈部。

(5)安装橡皮障架,固定和支撑橡皮障。

(6)在患者口腔内和隔离区均需用吸涎器。

【注意事项】

1. 简易隔离法中应尽可能将棉卷置于大唾液腺导管开口处。 2. 简易隔离法有时可加用吸涎器。

3. 橡皮障隔离法需要四手操作和吸涎器。

4. 使用橡皮障时不能阻塞患者鼻部呼吸。

5. 吸涎器管勿紧贴黏膜,以避免损伤黏膜和使管口封闭。

2、衬洞及垫底

衬洞

【适应证】

1. 近髓的窝洞。

2. 洞不深但达牙本质层，使用对牙髓有刺激性的修复材料时 3. 洞不深但达牙本质层，患牙对外界刺激敏感，需隔绝刺激时。 【操作程序及方法】

1. 窝洞隔湿、干燥。

2. 取适量调拌好的洞衬剂置于窝洞底部，使成均匀薄层，其厚度一般, 0.5mm

3. 去除窝洞侧壁上的多余洞衬剂。

【注意事项】

1. 常用的洞衬剂有氢氧化钙及其制剂、玻璃离子粘固剂和氧化锌丁香油酚粘固剂。

2. 不同的洞衬剂性能不同，应根据情况选用。

垫底

【适应证】

1. 近髓或达牙本质中层的窝洞。

2. 洞底不平的窝洞。

3. 牙髓治疗术后的窝洞。

【操作程序及方法】

1. 窝洞隔湿、干燥。

2. 取适量调拌好的垫底材料置于窝洞底部，要求垫平。

3. 去除洞侧壁上的多余垫底材料。

【注意事项】

1. 常用的垫底材料有氧化锌丁香油酚粘固剂、磷酸锌粘固剂、聚羧酸锌粘固剂及玻璃离子粘固剂。

2. 不同的垫底材料性能不同，应根据情况选用。

3. 深的窝洞需垫双层，一般第一层垫氧化锌丁香油酚粘固剂或氢氧化钙糊剂，第二层垫磷酸锌粘固剂，若用聚羧酸锌粘固剂或玻璃离子粘固剂也可垫一层，但近髓时仍需氢氧化钙糊剂垫底。

4. 垫底部位只限于牙合面髓壁和邻面轴壁，垫底后洞形应符合窝洞预备的基本原则。

3、牙髓活力测试

【适应证】

需了解牙髓状态的各种牙体牙髓疾病。

【操作程序及方法】

1. 温度测试

(1) 向患者详细说明检查方法及其可能的反应，取得患者的充分合作。(2) 隔湿。

(3) 用冷空气、冷水、冰棒或热水、热牙胶先检查患牙对侧或邻近的 1-2 颗正常牙，再检查患牙。

(4) 大多数情况下温度测试法的检查部位在牙的颊(唇)面颈 1/3 处。 1. 电活力测试

(1) 隔湿。

(2) 使用牙髓活力测试器检查正常牙及患牙对电刺激的反应。目前常用笔式测试器，其上标有不同刻度，检查时将检查头置于牙面，有反应时令患者举手示意。使用前参看产品说明。

【注意事项】

1. 患者在检查前不能使用麻醉剂或止痛剂等。

2(注意不要损伤牙周和黏膜组织，尤其是热试法时。

3(外伤 3 个月以内的患牙不能使用。

4. 根尖发育未完全形成的年轻恒牙不能使用。

5(温度测试法诱导患牙出现激发痛且延续时，才有明确的诊断价值。

4、复合树脂修复术

【适应证】

1. 前牙 I、III、IV 类窝洞的修复。

2. 前牙和后牙 V 类窝洞的修复。

3. 可用后牙修复树脂修复后牙承受咬合力小的 I、II、VI 类窝洞。 4. 形态或色泽异常牙的美容修复。

5. 大面积龋坏的修复。

6. 冠修复前牙体充填。

【操作程序及方法】

1. 牙体预备洞型制备时不要求底平壁直，但点、线角要圆钝，倒凹呈圆弧形，洞缘釉质壁应制成短斜面，美齿修复时釉质短斜面范围视修复要求决定。 2.

清洗 清洗窝洞、隔湿。

3. 护髓 洞深达牙本质层的窝洞应衬洞和(或)垫底。

4. 色度选择在自然光下比色，选择合适色度的复合树脂。

5. 牙面处理用 30, -50, 磷酸处理洞缘釉质壁、釉质短斜面及垫底表面，处理时间也可按厂家说明进行，用水彻底冲洗后，吹干牙面，可见牙面呈白垩色。 6. 涂布粘接剂用小棉球或小刷子蘸粘接剂均匀涂布整个洞壁，光照 10-20s。 7. 充填复合树脂将材料分次填入窝洞，分层固化，每次光照 40-60s。 8. 修整外形 树脂完全固化后，用石尖或金刚砂针修整外形。

9. 调整咬合充填后应用咬合纸检查咬合情况，调磨高点。

10. 打磨抛光依次用粗、细砂片打磨，橡皮轮或细绒轮蘸打磨膏抛光。 【注意事项】

1, 注意勿用洞漆和含酚类物质的材料, 以免影响树脂的聚合。 2, 注意前牙美容修复和切角缺损修复的患牙不能咬物。

3, 化学固化型复合树脂的修复方法基本同前, 待其自然固化后再行相应处理。

5、牙体组织大面积缺损修复术

【适应证】

1. 承受较大咬合力的牙体大面积缺损或龋坏。
2. 缺损或龋坏范围大, 难以预备固位形。
3. 全冠修复的银汞合金核或树脂核。

【操作程序及方法】

1. 牙体预备遵循窝洞预备原则, 并尽可能利用存留的牙体组织预备抗力形和固位形。

2. 钉道预备 根据缺损范围、部位及承受咬合力的大小, 确定固位钉的数目、直径及钉道位置后, 用与钉配套的麻花钻制作钉道。一般缺一个牙尖用 1 个钉, 边缘嵴缺损用 2 个钉, 后牙全冠缺损用 4-5 个钉; 后牙多选用直径大的, 前牙选直径小的; 钉道位置应在轴角区釉牙本质界处的牙本质中, 距釉质牙本质界至少 0.5mm-1.0mm. 同时不能太靠近洞侧壁, 距洞壁至少 0.5mm; 钉道的方向应与牙表面平行, 以防止侧壁穿透; 钉道深度一般应在牙本质和修复体中各 2mm。 3, 处理牙面和钉道清洗、隔湿、干燥牙面和钉道。

4, 固位钉就位若使用粘固钉, 则在钉的表面和钉道内分别涂以少量粘固剂, 然后将钉送入钉道, 粘固使钉就位; 若使用自攻自断螺纹钉, 则用慢速手机将钉推进到钉道底, 自行折断固位。

5, 垫底近髓部分应做相应的垫底。

6, 充填具体方法参考本章“银汞合金修复术”和本章“复合树脂修复术”

【注意事项】

钉道制备时要注意保护牙髓。

6、脱敏治疗

【适应证】

牙本质敏感症患牙，牙本质暴露但牙体硬组织无明显缺损。 **【操作程序及方**

法】

1. 氟化钠类药物脱敏法

(1) 清洁、隔湿、干燥。

(2) 将浸满氟化钠类药物的棉球用力涂擦过敏点，重复 2-3 次。 2, 牙本质粘

结剂类制剂脱敏法

(1) 清洁、隔湿、干燥。

(2) 用配套的牙本质处理剂处理过敏点。

(3) 用含有适量牙本质粘结剂类制剂的棉球或小刷子轻轻涂擦过敏点，光照 20s，重复 2-3 次。

3. 激光脱敏法

(1) 清洁、隔湿、干燥。

(2) 用热敏剂处理过敏点。

(3) 用 Nd:AG 激光照射过敏点，以 10-20 次为 1 个疗程。 **【注意事项】**

长期过敏治疗无效或严重的过敏可考虑充填治疗、牙髓治疗或修复治疗。

7、活髓变色牙漂白术

【适应证】

釉质完整无缺损的轻、中度氟斑牙和四环素牙。

【操作程序及方法】

1, 清洁、隔湿、干燥。

2, 将浸满强氧化剂如 30% 的过氧化氢溶液及其制剂、10% 的过氧化脲、18% 的盐酸等的棉球涂擦着色区, 每次 15min; 每周 2 次, 直至着色完全消失或不再减轻为止。

3, 也可使用盛满 10% 过氧化脲类制剂的牙套, 每天晚上使用, 直至着色完全消失或不再减轻为止。

4. 每次脱色治疗后应行再矿化治疗。

【注意事项】

1, 注意保护牙龈。

2. 术前应告诉患者本脱色方法效果可能达不到预期理想效果。

8、牙髓病和根尖周病应急治疗 【适应证】

1. 急性牙髓炎。

2. 急性根尖周炎。

【操作程序及方法】

1. 明确患牙诊断。

2. 施行局部麻醉。

3. 急性牙髓炎开髓引流。

4. 急性根尖周炎开髓、拔髓, 根管冲洗、开放。 5. 脓肿切开, 切口达骨面, 可探及骨面破坏部位, 生理盐水冲洗、置引流条。

6. 急性根尖周炎患牙降低咬合、减轻功能。

7(化学性根尖周炎时先开髓拔髓后, 用大量生理盐水冲洗、根管内封消炎、安抚或中和毒性的药物。

8, 使用止痛药止痛。根尖周炎给予抗炎类药物, 必要时局部敷消肿药。

【注意事项】

1. 问清患者全身健康情况和过敏史。
2. 局部麻醉前必须先确定患牙诊断，再做麻醉。根尖周炎麻醉应避免肿胀部位
3. 开髓和拔髓的注意事项参见本章“十七、开髓拔髓术”。 4. 为建立引流，开髓孔应有足够大。急性根尖脓肿时要穿通根尖孔。 5. 注意判断脓肿切开时机。

9、直接盖髓术

【适应证】

1. 意外穿髓. 穿髓孔直径, 0. 5mm 的恒牙。
2. 年轻恒牙外伤，冠折露髓。

【操作程序及方法】

1. 局麻下预备窝洞，清洁窝洞。
2. 严格隔湿，牙面消毒。
3. 除净穿髓孔周围腐质，冲洗、棉球干燥窝洞。 4. 调制盖髓剂，涂敷盖髓剂于穿髓区。
5. 暂封窝洞。
6. 2 周后复诊，无症状者垫底后永久充填。

【注意事项】

1. 治疗要求严格的无菌操作，所用器材均应为消毒用品。 2. 牙面消毒用 75% 的乙醇，冲洗窝洞用等渗盐水。 3. 操作过程避免刺激牙髓组织。
4. 盖髓剂厚度约 0. 5mm，避免糊剂粘在洞壁。 5. 暂封剂封闭窝洞时避免压力过大。
6. 复诊时出现牙髓炎症状改做牙髓治疗。

10、间接盖髓术

【适应证】

- 1, 深龋或其他牙体缺损引起的可复性牙髓炎。
- 2, 年轻恒牙外伤冠折近髓。
- 3, 牙体预备后, 洞底近髓或牙面极敏感的窝洞和牙面。
4. 深龋和慢性闭锁性牙髓炎临床难以鉴别时的诊断性治疗。 5. 外伤、龋坏等引起的近髓

【操作程序及方法】

1. 去净龋坏组织, 预备窝洞, 清洁窝洞。
2. 隔湿并干燥窝洞。
3. 调制盖髓剂, 涂敷盖髓剂于近髓区。
4. 用暂封材料暂封窝洞。
5. 2 周后复诊, 无症状者垫底后永久充填。

【注意事项】

1. 年轻恒牙急性龋坏时, 无着色的软化牙本质可分次去净, 以保存活髓 2. 清洁窝洞. 用温水冲洗。
3. 盖髓剂覆盖范围超出近髓区, 厚约 0.5mm, 避免盖髓剂沾在洞壁。 4, 做诊断性治疗时, 必须给患者明确的医嘱。

、牙髓失活法 11

【适应证】

急性牙髓炎和根尖周炎的应急处理。

【操作程序及方法】

1. 首选施行局部麻醉。
2. 如患者对局麻药物过敏或条件限制, 也可选用牙髓失活法。 (1) 去净腐质并看清穿髓孔、隔湿并干燥窝洞。

(2)取适量失活剂(米粒大小),准确地放在穿髓孔处,紧贴暴露的牙髓。(3)中等压力暂封窝洞。

(4)严格按医嘱复诊。

【注意事项】

1. 牙髓失活时,应能见到穿髓孔;邻面洞封失活剂时,必须先止住牙龈出血,暂封剂中等软度,封压时不使失活剂移位。

2. 封失活剂后必须要求患者按时复诊:封三氧化二砷后 48h 复诊,封金属砷或多聚甲醛后 7-12d 复诊。复诊时要求检查并记录牙龈情况,记录确实取出了失活剂。

3. 发现有失活剂烧伤后,必须及时处理。取出失活剂,刮除坏死组织,直至牙龈流出鲜血并有感觉为止,大量等渗盐水冲洗,烧伤处敷以碘制剂。第 2 日复诊,重复上述处理,直至龈缘无坏死组织出现。

12、根管治疗术

【适应证】

1. 各型牙髓病变(不包括可复性牙髓炎)。
2. 各型根尖周炎。
3. 再植牙和移植牙。
4. 义齿修复需要的健康牙齿。
5. 颌面外科手术涉及的邻近健康牙。

【操作程序及方法】

1. 开髓、拔髓参见本章“开髓拔髓术”和本章“牙髓失活法”。 2. 确定工作长度。

3. 根管预备。根管预备有多种方法,可根据不同方法中每一步操作的具体情况选用手工预备或机用器械预备。

(1) 逐步后退法(step-back technique)又称后退台阶法。

第1步:预备根管的尖部,形成根尖屏障。

第2步:逐步后退至根管中段。

第3步;预备根管的冠部。

(2) 根向预备技术(crown-down technique)。

第1步:探查根管中上2/3。

第2步:预备根管中上2/3。

第3步:探查根管尖1/3。

第4步:逐步向根尖方向预备,完成根管尖1/3的预备。

在整个预备过程中,应使用冲洗液反复冲洗根管并润滑根管壁。 4. 根管消毒。根据患牙情况,决定根管消毒的必要和选择消毒药物。干燥根管后,将浸有药液的棉捻放在根管内,用暂封剂封闭窝洞。后牙也可在髓腔内放浸有药液的棉球。

5. 根管充填。

(1) 确定患牙充填时机:无明显自觉症状,检查无异常、根管中棉捻无异味、无渗出液。

(2) 检查工作长度:用有工作长度标记的主锉,探查是否能顺利到达工作长度。

(3) 试主牙胶尖:选择与主挫相同型号的牙胶尖,标记出工作长度,若正好插入根管达根尖狭窄部,抽出时觉略有阻力则为合适的主牙胶尖,取出备用;若未达或超出工作长度,则换不同型号的牙胶尖或剪去牙胶尖超过长度的根尖部,再次放入根管内比试。

(4) 干燥根管:用消毒的纸尖或棉捻干燥根管。

(5) 涂根管封闭剂:用螺旋充填器或“K”锉蘸少量根管封闭剂在根管壁上均匀涂布一层。

充填牙胶尖:使用侧方加压、垂直加压、固核载体插入技术或热塑牙胶注射 技术等方法充填根管。

6, X线片检查根充情况。若为恰填,则可立即或择期垫底后永久修复。【**注意事项**】

1. 为保证治疗成功,在条件许可下,尽可能在术前、术中和术后拍 X线片。

2. 根尖周组织处于急性炎症期的患牙,不应做根管预备。

3. 防止器械折断。使用根管治疗器械前要对器械进行检查,发现折痕、螺纹变密或变疏则不能使用;器械在根管内扩挫遇阻力时不能强行推进。 4. 根管冲洗时不宜加压过大,避免将感染物推出根尖孔。

5. 根管预备和根管充填后,均应向患者讲清术中或术后根尖周组织发生反应的可能性和处理办法。

6. 根管治疗过程中可出现慢性炎症的急性发作,表现为剧烈的疼痛、肿胀等。另外还可能发生器械的断裂、根管壁的穿孔、根管的偏移、台阶的形成及根尖孔的敞开等问题,在现有技术条件下,这些并发症不能完全避免,在治疗过程中应向患者交代清楚,并讲清处理方法。

严防器械误吸或误吞。根管预备时用橡皮障隔湿法或给器械栓上安全线,可以有效地防止误吸或误吞。一旦发生误吸,应立即请耳鼻咽喉科急诊处理;若发生误吞,应住院观察,问明患者胃肠疾病史,做 X线检查,吃富含纤维食物,禁用泻药,追踪大便排出的误吞器械,并向患者及其家属显示。

8, 牙胶尖充填时注意勿超填或欠填。若发生欠填,则需查明原因,在根管畅通的情况下取出根充物,重做根管充填;在根管阻塞情况下,可以不处理。若发生超填,在无症状情况下可不予处理,有症状情况下给予消炎止痛药,在根尖周组织反应消失后永久修复;如仍不能治愈者,可用根尖手术取出超填牙胶尖并做根尖倒充填。

13、菌斑控制

在医生的指导下，使患者掌握消除菌斑和防止菌斑再堆积的方法，以达到消除病因、防止疾病复发、维持长期疗效的目的。

【操作程序及方法】

1(向患者说明控制菌斑的意义和重要性。预防疾病，防止复发。 2(指导菌斑控制的有效方法,重点清除牙颈缘和邻面的菌斑。根据不同的情况，选用牙签、牙线、牙间隙刷等来清除牙齿邻面的菌斑。用手持洁治器或超声波洁牙机去除龈上牙石。后者是利用超声波手机传输出的高频振荡，将牙石从牙面分离，达到去除牙石的目的。

【适应证】

- 1、牙龈炎、牙周炎。
- 2、预防性治疗。
- 3、口腔内其他治疗前的准备。对牙石较多者在修复取印模前先做洁治，以消除牙龈炎症，利于修复体的制作。口内一些大手术前需要先做洁治，以消除感染隐患和一过性菌血症。

【禁忌证】

- 1、凝血机制障碍者。
- 2、急性白血病。
- 3、其他严重的全身系统病未控制者。
- 4(急性坏死溃疡性牙周病。只去除大块的牙石，待急性期后再进行彻底的洁治。 【操作程序及方法】

1. 手用器械洁治

- (1)选用合适的锐利器械。

。(2)要有支点，尽量避免软硬组织损伤。刀刃的工作面与牙面应成 80 角。 2.

超声洁牙机洁治

(1)使用消毒的手机和工作头，防止交叉感染。

(2)选用合适的功率。

。(3)使用过程中，应使工作尖与牙面成 10-15 角，不应与牙面垂直。

(4)重视邻间隙牙石的清除，必要时配合手用器械。

(5)对于牙石较多、炎症较重、一次清除难彻底者，有必要进行二次洁治，并可局部上药。

(6)有条件者洁治后应用橡皮轮抛光牙面，以延迟菌斑的再附着。炎症较重者，(

洁治和磨光应分次进行。

(7)喷砂抛光主要用于去除大量的色素沉积，不宜作为常规的洁治后抛光方法，因易造成牙面划痕。使用时功率不宜过大。

【注意事项】

1. 洁治前应询问全身情况，如心血管疾病、糖尿病等。在病情稳定的情况下，应在洁治术前、后分别口服抗生素 3d。怀疑有血液系统疾病者宜先查血常规、血小板计数、出凝血时间等。

2. 患有活动性传染病，如乙肝表面抗原阳性、肺结核患者等不宜用超声洁牙机洁治(可用手用器械)。体内装有电子器件，如心脏起搏器等的患者，禁用超声洁牙机洁治。

3. 部分患者可能出现洁治后牙齿遇冷不适、牙根暴露等情况. 应向患者解释. 必要时可使用牙本质脱敏剂。

4. 洁治过程中若发现出血不止，应立即中止洁治，寻找原因并对症处理。

5. 喷砂抛光不得作为常规治疗，主要适用于色素堆积较厚者。对口腔黏膜有糜烂、溃破等病损者禁用喷砂抛光。

6. 禁用普通超声工作头处理种植体表面。

14、龈下刮治术

用龈下刮治器刮除位于牙周袋内根面上的牙石、菌斑和病变牙骨质，有利于长期疗效和牙周新附着的形成。

【适应证】

>4mm 的牙周袋内有龈下牙石，而龈上洁治术未能去除者。 【禁忌证】

1. 患有活动性传染病者。
2. 血液病患者。
3. 全身严重疾病(如糖尿病、风湿性心脏病)未控制者。

【操作程序及方法】

1. 根据不同牙位选用锐利的刮治器。
2. 对于牙周袋较深且敏感者，龈下刮治可在局麻下进行。
3. 要有支点，避免滑脱，动作幅度要小，尽量避免软组织损伤。
4. 龈下刮治后应仔细探查是否刮净，根面是否平整，然后冲洗，必要时局部上药。 【注意事项】

1. 治疗后数日内可能出现牙齶发胀、牙根暴露等现象，必要时应向患者说明原因。

2. 超声洁牙机的细线器龈下刮治不能完全代替手工刮治，两者要配合使用。

三、选磨法

用砂石轮等工具磨改牙齿外形，以减轻某些早接触或牙合干扰及食物嵌塞等。

【适应证】

1. 有不均匀磨损或过度磨损，需调整牙齿形态者。

2. 明确原因的垂直型食物嵌塞，而相邻牙齿有接触者，用磨改法可以消除或减轻嵌塞，如边缘嵴与溢出沟已磨平、牙合外展隙变窄或有充填式牙尖等。 3. 周手术前应尽量消除手术区的咬合创伤。

【禁忌证】

1. 严重牙合紊乱而用磨改方法难以纠正者，如严重的深覆牙合、反牙合、锁牙合等。 2. 水平型食物嵌塞，或邻接区不紧密甚至松离的垂直型食物嵌塞。 3(牙周或根尖周围组织有急性炎症者。

【操作程序及方法】

1. 首先通过牙合检查的方法，确定早接触或牙合干扰的牙齿和部位。根据检查结果确定需磨改的部位。

2. 改以消除早接触点为主，尽可能使侧向力转为垂直力，并消除过大的牙合力。 3. 伸牙合时应取得多个前牙的多点接触，后牙一般不应有接触。

4. 侧方牙合的磨改应兼顾工作侧和非工作侧，尽量磨上后牙颊尖的牙合斜面和下后牙舌尖的牙合斜面，以免降低工作尖面影响正中牙合关系。

5. 牙合面不均匀磨损或重度磨损时，应磨改高陡的牙尖，减小牙合面的颊舌径，尽可能磨出牙合面和相应的颊、舌面的生理外形。

【注意事项】

1. 磨改时，转速不宜过快，应有水冷却，间断磨改。

2. 能性牙尖的磨改应慎重。

3. 边磨边检查，一次不宜磨牙太多，如牙位多，可分次磨改，磨改后观察数天可复查效果。

4. 松动牙应固定后再磨改。

5(磨改结束后，最好用橡皮轮将牙面抛光。

15、牙固定术

松牙固定术是指通过各种材料和方法(统称牙周夹板)将松动的患牙连接,并固定在相对健康稳定的邻牙上,形成一个咀嚼群体,从而使咬合力分散,减轻患牙负担,有利于牙周组织修复。可分暂时性夹板和永久性夹板,后者参见第六章“口腔修复”等有关内容。

【适应证】

1. 松动牙已妨碍正常的咀嚼功能或有咬合不适感。

牙合创伤而导致牙松动度继续增加,甚至移位者。 2. 牙周组织破坏较重,有继发性

3. 牙经牙周治疗后,松动仍较明显者。

4. 外伤松动的前牙,一般固定8周后可拆除。

5. 牙周手术前的临时性固定。

【操作程序及方法】

1(用细不锈钢丝结扎患牙,并固定于相对健康的邻牙上。常用于上、下颌前牙。

2. 为了美观,可在结扎钢丝表面涂以薄层复合树脂,遮盖住唇而钢丝颜色即可。 3(固定时应保持牙齿原来的位置,不能有牵拉移位等力量,结扎完毕后应即刻检查有无早接触,必要时调牙合。

【注意事项】

1(结扎丝的位置要合适,一般在牙的邻接区与舌面隆凸之间,不可陷入龈沟内。

2(复合树脂不可压迫牙间乳头,不可形成悬突,应保留足够的龈外展隙,以利邻面的菌斑控制。

(结扎固定后,宜定时复查,进行必要的调整。 3

16、牙龈切除术和牙龈成形术

在牙周基础治疗以后，牙龈炎症有所消退，但增生肥大和形态不良的病变牙龈组织需用手术切除和修整。

【适应证】

1. 牙龈组织肥大增生，形成假性牙周袋，经基础治疗未能消退者。
2. 后牙(尤其是舌、腭侧)有中等深度的牙周袋，颊侧袋底不超过膜龈联合，附着龈宽度足够者。
3. 正位的下颌第三磨牙，有龈片覆盖影响清洁者。
4. 巨大的妊娠期龈瘤影响进食或较易出血者。

【禁忌证】

1. 未经基础治疗，或治疗不彻底，炎症仍较明显者。
2. 深牙周袋的袋底超过膜龈联合者。
3. 牙槽骨病变需行骨手术者。
4. 前牙的牙龈增生或牙周袋，切除后将使牙根暴露，影响美观。
5. 附着龈过窄。

【操作程序及方法】

1. 消毒和局麻后，用探针或牙周袋标记镊标出龈沟(袋)底的位置，作为切口的参考。
2. 刀片从标记点根方 12mm 处呈 45 角做外斜切口，切透牙龈和龈乳头。
3. 创面应修整成薄而接近生理外形，不可遗留平台状厚的龈缘。
4. 刮治和平整暴露的牙根面，清洗、止血。
5. 放置牙周塞治剂。

【注意事项】

1. 术前应控制牙龈炎症，以免术中出血不易止住。
2. 体积较大、影响进食或出血严重的妊娠期龈瘤可在怀孕期的 4~6 个月做简单的切除术。否则建议在分娩后手术。

3. 牙龈增生的原因(如某些药物、家族性)如不除去, 病变可能复发。术后保持口腔卫生对防止复发至关重要, 应在术前向患者说明。

17、截根术

又称牙根切除术。当多根牙的某一个根患有难以治愈的深牙周袋和骨吸收, 或重度根分叉病变时, 可将该患根切除, 保留其余可保存的牙根及牙冠, 以延长该牙的寿命。

【适应证】

1(多根牙的一个牙根或上颌磨牙的二个根有严重的牙周破坏, 且有?度根分叉病变, 其余牙根的病情尚可治疗并能行使功能者。

2(牙周-牙髓联合病变, 有一根明显受累, 经牙髓治疗无效者。 3(某一牙根有严重的内吸收、根尖周病变不能治愈、根管侧穿或器械折断不能取出等, 可将该根截除而保存牙齿。

4. 余留牙根有充分的支持组织, 松动不超过 0 度, 无明显的牙合创伤。 5(患牙可做彻底的根管治疗。

【禁忌证】

1(余留牙根短且支持组织不足, 或有根尖周病变未治愈者。

2(患牙松动达 II 度以上。

3(患牙有明显的咬合创伤。

4(患者的口腔卫生不良。

【操作程序及方法】

1(术前患牙应做完善的根管充填, 调牙合消除牙合创伤。

2(翻开黏膜骨膜瓣, 充分暴露患根及根分叉区。

3(用细裂钻截断并取出患根, 应完全磨除近分叉处的患根, 切忌残留倒凹及残桩, 修整断面使呈斜坡状。

4(若根尖有病变，应搔刮牙槽窝。

5(断面的根管处备洞，用银汞合金倒充填。也可在做根管充填时，从髓室内根管口处备洞，用银汞合金填入根管口内，这样在截根术中即可暴露银汞合金而不必做倒充填。

6. 彻底清创、修整骨缘，清洗后缝合龈瓣。

18、乳牙根管治疗术

乳牙根管治疗术是通过根管清理和药物消毒，去除感染物质并消除根尖周炎症，用易被吸收的充填材料充填根管，治疗根尖周病变的一种方法。可用于各种类型的根尖周炎。

【适应证】

1. 牙髓坏死或坏疽而应保留的乳牙
2. 患根尖周炎而应保留的乳牙。

【禁忌证】

1. 牙体缺损范围大，如残冠、残根。
- 2(牙根吸收 1/2 以上，松动明显的患牙。

【操作程序及方法】

- 1 去除龋坏组织、制备洞型、揭去髓室顶。
- 2 去除髓室和根管的坏死牙髓，用根管器械扩挫根管。
- 3 应用过氧化氢溶液、次氯酸钠溶液、生理盐水冲洗根管，吸干。 4 选用蘸有甲醛甲酚合剂、木馏油或樟脑酚液的小棉球置入髓室内，或用含药的棉捻置于根管内，以氧化锌丁香油糊剂封固窝洞。

5 3 天后若无症状，去除原封药，冲洗、吸干，在防湿的条件下，将根管充填材料导入根管内或加压注入根管内，垫底，修复。

若炎症未能控制或瘻道仍有渗液可换封药物，待症状消退后再行根管充填。

【注意事项】

1. 根管预备时勿将根管器械超出根尖孔，以免将感染物质推出根尖孔或损伤根尖周组织。

2 乳牙的根管充填材料应采用可吸收的糊剂充填，不影响乳恒牙交替。 3 术前须摄 X 线片，了解根尖周病变和牙根吸收情况。

19、普通牙拔除术

【适应证】

1(龋病 牙体严重广泛的龋坏而不能有效治疗利用者。

2(根尖病 根尖周围病变，不能用根管治疗、根尖切除等方法治愈者。 3(牙周病 晚期牙周病，牙周骨组织已大部分破坏，牙极为松动者。 4(隐裂牙、牙根纵裂及创伤性磨牙根折者。

5(牙外伤 如牙根折断且折断线与口腔相通，难以治疗利用者。 6(牙内吸收牙髓腔壁吸收过多或穿通者。

7(埋伏牙 引起邻牙疼痛或压迫吸收时，在邻牙可以保留的情况下可拔除。

8(阻生牙 常发生冠周炎或引起邻牙牙根吸收、龋坏者。

9(额外牙 使邻牙迟萌或错位萌出、牙根吸收或导致牙列拥挤者。 10(融合牙及双生牙 发生于乳牙列的融合牙及双生牙，如阻碍其继承恒牙的萌出，应予拔除。恒牙列中的融合牙及双生牙应根据具体情况决定去除或保留。 11(滞留乳牙 影响恒牙萌出者应拔除。成人牙列中的乳牙，如下方恒牙先天缺失或恒牙阻生未萌时，可保留。

12(错位牙 致软组织创伤而又不能用正畸方法矫正者。

13(治疗需要 畸治疗需要进行减数的牙；义齿修复需要拔除的牙；恶性肿瘤进行放射治疗前需要拔除的牙；囊肿或良性肿瘤累及的牙等。 14(骨折累及的牙 骨骨折

或牙槽骨骨折所累及的牙，应根据创伤治疗是否需要，以及牙本身的情况决定去除或保留。

【禁忌证】

1(心脏病 大多数心血管疾病患者可耐受拔牙手术或可在心电监护条件下拔牙。以下情况应视为禁忌。(1)有近期心肌梗死病史者。如必须拔牙，需经专科医生全面检查并密切合作。(2)近期心绞痛频繁发作者。(3)心功能Ⅲ级或有端坐呼吸、发绀、颈静脉怒张、下肢浮肿等症状者。(4)心脏病合并高血压，

180/110mmHg)者。(5)有Ⅱ度或Ⅲ度型房室传导阻滞、血压 $\geq 24/14.7$ kPa(双束支阻滞、阿-斯综合征病史者。

2(高血压 WHO 界定血压 $\geq 21.3/12.7$ kPa(160/95mmHg)为高血压。血压高于21.3/13.3kPa(160/100mmHg)的患者如需拔牙，应视情况，建议在监护或与内科医师合作下进行。

3(血液系统疾病(1)贫血:血红蛋白在80g/L(8g/dl)以下，血细胞比容在0.30以下者。(2)白细胞减少症和粒细胞缺乏症:周围血白细胞 $< 4 \times 10^9/L$ (4 000/mm³),粒细胞绝对计数 $< 1 \times 10^9/L$ (1 000/mm³),中性粒细胞 $< 1 \times 10^9/L$ (1 000/mm³)时，应避免拔牙。若白细胞计数位于 $(3 \sim 4) \times 10^9/L$ ，可先行相应治疗后再考虑拔牙。(3)白血病:急性白血病为拔牙的禁忌证。慢性白血病经治疗处于稳定期者，如必须拔牙，应与专科医师合作，注意预防感染及出血。(4)恶性淋巴瘤:必须拔牙时应与有关专家配合，并在治疗有效，病情稳定后方可进行。高度恶性者拔牙应视为禁忌。(5)出血性疾病:原发性血小板减少性紫癜，急性期不可拔牙。慢性期拔牙应在血小板计数高于 $100 \times 10^9/L$ ($100 \times 10^3/mm^3$)时进行;若血小板功能良好，计数在 $60 \times 10^9/L$ ($60 \times 10^3/mm^3$)以上，可考虑拔牙，必要时在与专科医生合作下进行。血友病患者如必须拔牙时，应补充血浆因子Ⅷ。并待其浓度提高到正常的30%时，方可进行。4(糖尿病 使用局麻、术后能进食、血糖控制在8.88mmol/L(160mg/dl)

以下者可拔牙。未予控制且病情严重者，应暂缓拔牙。接受胰岛素治疗者，拔牙最好在早餐后 1, 2h 进行。

5(甲状腺功能亢进症 本病未得到有效控制，静息脉搏在 100 次/min 以上，基础代谢率在，20, 以上，拔牙被视为禁忌。

6(肾脏疾病 各类急性肾病均应暂缓拔牙。

7(肝炎 急性肝炎期间应暂缓拔牙。慢性肝炎肝功能有明显损害者拔牙应慎重，肝功能异常者拔牙术前 2~3d 应给予足量维生素 K 及维生素 C，并给其他保肝药

物，术后继续给予，术中还应加用局部止血药物。

8(妊娠 妊娠期间拔牙应慎重。在怀孕的第 4、5、6 个月期间，进行拔牙较为安全。

9(月经期 月经期应暂缓拔牙。

10(口腔颌面部感染急性期 急性炎症期应根据具体情况慎重决定。牙已高度松动，拔牙有助于引流及炎症局限时，在抗生素控制下可予拔除。腐败坏死性龈炎，急性传染性口炎，应暂缓拔牙。

11(恶性肿瘤 如患牙位于恶性肿瘤中或已被肿瘤累及，一般应与肿瘤一并切除。对位于已经过放疗照射区内的患牙拔除，应持慎重态度。 12(长期抗凝药物治疗 长期使用抗凝药物者，拔牙应慎重。术前应暂停抗凝药物。必须拔牙者术中及术后应采取仔细止血措施。

13(长期接受肾上腺皮质激素治疗 此类患者的拔牙应与专科医师合作进行。

14(神经精神疾患 不能合作的神经精神疾患患者，拔牙应慎重。必须拔牙者应在全麻下进行。癫痫患者拔牙时应注意术中癫痫发作的可能并做好相应准备。

15(其他 其他原因不宜拔牙者。

【操作程序及方法】

1(术前准备 术前准备包括:要求患者正确叙述病情,向患者说明拔牙术中可能发生的情况及交待术后注意事项等。对复杂而手术难度较大以及因其他治疗所需的牙拔除,应征得患者同意并签署手术同意书。

2(术前检查(1)询问病史:包括药物过敏史,全身健康及出血情况等。女性患者注意妊娠期和月经期。对存在拔牙禁忌证的患者,必要时应做有关检查。(2)口腔检查:口腔全面检查,预拔除牙的检查。必要时拍摄x线片以进一步了解患牙及其牙周情况,以及与周围重要解剖结构的关系。(3)患者体位:拔牙时患者多采用坐位。拔上颌牙时,患者上(牙合)平面约与地平面成45°角。拔除下颌牙时,患者下颌牙(牙合)平面与地面平行。(4)手术区准备:使用消毒灭菌的器械和敷料,拔牙术区常规消毒;拔除阻生牙、埋伏牙或需翻瓣去骨的手术,口周和面部的皮肤应予以消毒,铺巾。口内术区及麻醉穿刺区以1%碘酊消毒。术者洗手并消毒,有条件者应戴手套操作。(5)根据手术准备相应的器械。

3(基本方法和操作步骤(1)仔细分离牙龈。(2)挺松牙齿。对坚固不松动的牙、死髓牙、冠部有大的充填物或牙冠破坏较大时,应用牙挺将牙齿挺松后换用牙钳。(3)正确选用及安放拔牙钳,夹紧牙齿,夹紧程度以钳喙不易滑动为宜。注意核对牙位,勿伤及邻牙。(4)拔除患牙。牙钳夹紧后,分别应用摇动、扭转(上前牙)和牵引(拔除)的方式拔牙。摇动拔牙,适用于扁根的下前牙、前磨牙及多根的磨牙。扭转拔牙,适用于根为圆锥形的牙拔除,如上颌前牙。牵引拔除,应与摇动或扭转动作结合,向阻力最小的方向进行。如牙根有弯曲,应沿弯曲的弧线进行。

【注意事项】

1,拔牙后检查拔除的牙是否完整,牙根数目是否符合,牙龈有无撕裂,如有应予缝合。以刮匙探查牙槽窝,如有异物(牙石、残片等)或肉芽肿等应及时刮除。 2(拔

牙窝应用手指垫以纱布或棉球做颊舌侧向压迫使之复位。如有牙槽骨壁折断应压迫复位。骨折片已游离并与骨膜脱离者，应去除。

3(过高的牙槽中隔、骨嵴或牙槽骨壁应予修整。

4(拔多个牙出现牙龈缘游离外翻时，应予缝合。

5(拔牙创口表面置消毒纱布棉卷并嘱患者咬紧 20~30min 后弃去。有出血倾向的患者，应观察 30min 以上不再出血后方可离院。

20、下颌阻生第三磨牙拔除术

【适应证】

不能正常萌出且本身患有牙体或牙周疾患、影响健康邻牙者均应拔除。【禁忌证】 1. 急性炎症期应暂缓拔除。

2(伴有全身系统性疾病者其禁忌证见本章“一、普通牙拔除术”。【操作程序及方法】

1. 口外检查注意颊部有无红肿，如有应触诊其软硬程度。检查下颌下及颈部有无肿大的淋巴结。检查下唇有无麻木或感觉异常。

2 口内检查检查患者有无张口困难。检查第三磨牙区及磨牙后区，注意第三磨牙阻生情况及有无炎症。必要时对全口牙及口腔黏膜等做检查。 3(X 线片检查常规拍摄第三磨牙根尖片。注意阻生位置、牙囊间隙、下颌管情况及其与第三磨牙牙根的关系等。

，拔除方法及步骤 4

(1)麻醉:除常规的下颌阻滞麻醉外，应在第三磨牙颊侧近中角及远中三点做黏膜下注射。

(2)切开及翻瓣:高位阻生牙拔除一般不需翻瓣，低位阻生者应切开覆盖的软组织并翻瓣。远中切口应在下颌支外斜线的舌侧，颊侧切口从远中切口的末端向下，切至前庭沟上缘处。远中切口勿过分偏向舌侧。切开时应直达骨面，做黏骨膜全层

切开。翻瓣时，由远中切口的前端开始，向下掀起颊侧黏膜骨膜瓣。(3)去骨：翻瓣后决定应去除的骨量及所在部位。如合面、颊侧及远中皆有骨质覆盖，需去骨直至牙颈部以下，去骨量决定于牙在骨内的深度、倾斜情况及根的形态等。将冠部骨阻力解除后，可根据牙根情况或将牙劈开，或再去部分骨质，以解除根部骨阻力。

去骨可用骨钻或骨凿。去骨的多少应以牙挺能否插入牙冠的近中面下方为宜。如水平阻生牙的牙冠位于第二磨牙远中面下方时，还需将牙冠及牙根分开方能拔除。

(4)劈开：常用的劈开方向为正中劈开，置骨凿于正中发育沟处，骨凿的长轴与牙长轴一致。劈开后应用薄挺先挺出远中冠及牙根，后挺出近中冠及牙根。劈开时如将牙的远中冠劈去，可试用窄面薄的双面凿从髓室底部将牙根分开，再分别去除。

【注意事项】

1 拔牙时如用劈开法或去骨法，皆有可能产生牙碎片或骨碎片，应注意检查并清除。

2 拔牙后应探查有无肉芽肿，如有应予刮除。拔除阻生第三磨牙后，特别是低位者，常有牙囊遗留，多与牙龈相连，应将其去除。

3 邻牙远中牙颈部，特别是在有龋洞时，有食物残渣及牙坏死组织等存留，拔牙后应将其清除。

4 拔牙后应将扩大的牙槽窝压缩复位。

5 去骨后如有锐利骨缘存在，应以咬骨钳及骨锉修整。

6 切口应缝合。加压止血与普通拔牙相同。

7 术中去骨劈开时切勿使用暴力，以避免舌侧骨板和下颌体的意外骨折。 8 复杂阻生第三磨牙拔除后，常有肿胀、疼痛、开口困难、吞咽疼痛等现象。拔除后可立即给以冰袋冷敷，并给以消炎、止痛药物。

9，对低位的复杂阻生第三磨牙，拔牙前应说明可能伤及下牙槽神经及发生下颌骨折断，并征得患者同意，签署手术同意书。

21、上颌阻生第三磨牙拔除术

【适应证】

- 1(牙本身龋坏。
- 2(与邻牙近中面间经常有食物嵌塞。
- 3(无对(牙合)牙而下垂。
- 4(部分萌出，反复产生冠周炎。
- 5(咬颊或摩擦颊黏膜。
- (有囊肿形成。 6
- 7(妨碍下颌喙突运动。
- 8(压迫第二磨牙，产生龋坏或疼痛。
- 9(妨碍义齿的制作及戴入。

【禁忌证】

- 1(有全身系统性疾病者，其禁忌证见“普通牙拔除术”。
- 2(完全埋于骨内且无症状者可不予拔除。

【操作程序及方法】

1(术前检查 应注意邻牙与阻生牙的关系和邻牙本身的情况。应注意与上颌窦之间的关系。

- 2(操作步骤(1)嘱患者半开口，使颊部松弛易于拉开后切开翻瓣。

(2)用骨凿去除覆盖牙冠的骨质，使牙冠显露至少达最大周径以上。(3)牙挺从近中颊角处插入，将牙向颊侧及远中方向挺出。(4)处理拔牙创后缝合。

【注意事项】同“下颌阻生第三磨牙拔除术”。

22、牙及颅颌面种植术

【适应证】

1 个别牙缺失。

2 上下颌牙游离端缺失。

3 全口牙列缺失。特别是牙槽突吸收萎缩，常规义齿修复后固位不良者。 4 牙列缺失但对常规义齿修复不能适应者。

5，颌骨肿瘤切除术后需行功能性颌骨重建者。

6 外伤、感染等原因引起的耳、眼、鼻、眶、面颊组织缺失者。 7 对义齿修复后的美观及功能要求较高者。

【禁忌证】

1. 患有全身系统性疾病者，禁忌证见本章“一、普通牙拔除术”。 2 种植手术对口腔的局部情况的特殊要求。

(1)口腔黏膜、牙周组织、上颌窦无急慢性炎症。若有应先行治疗，待炎症治愈后再行种植手术。

(2)局部有颌骨囊肿、骨髓炎、肿瘤及其他骨骼病变者。

(3)错骀畸形影响种植体植入及牙冠修复者。

(4)重度牙周病患者，牙周病未得到有效治疗并使病情稳定者。(5)颞下颌关节疾患引起开口困难者。

(6)有重度吸烟嗜好者，口腔卫生严重不良者。

【操作程序及方法】

1-术前检查

(1) 全身检查:详细询问病史,特别是有无出血病史或全身其他系统病、高血压、心脏病史,曾经手术史及药物过敏史等。常规各项血液临床及生化检查等。

(2) 口腔局部检查:口腔黏膜、牙龈、牙周情况;剩余牙的情况;缺牙部位的间隙大小,咬合关系,牙槽突高度、宽度、牙槽突顶形态,上下颌之间的咬合关系,口腔卫生情况等。

(3) X 线片检查:全口曲面体层 X 线片、牙片等。为排除 X 线片的放大率,拍片前可在缺失牙部位放置直径 5mm(或已知准确直径)的钢球。有条件者可用 CT 检查。

2 种植修复方案的设计

(1) 选择设计合理、质量合格、配件齐全并适合具体患者缺失牙部位植入的种植体。

(2) 根据患者缺失牙的多少、局部间隙大小,确定需要植人的种植体数量。确定种植体植人的正确位置和方向。必要时,可事先制备外科引导合板,以保证种植体植人位置与方向的正确。

(3) 种植手术前应确定种植后修复方式并依此方式完成种植。 3, 种植外科手术操作步骤

(1) 严格遵守无菌手术操作原则。

(2) 根据选用的种植体准备相应的手术器械。

(3) 根据种植体植人的不同方式选择适当的黏骨膜切口。

(4) 翻开黏膜骨膜瓣,暴露牙槽突顶并加以适当修整。

(5) 制备种植体植人骨床的基本原则:①轴向备洞,即制备种植窝洞时术者钻针的上下提拉必须与种植体植入的方向一致,不可左右摇摆。②冷却,制备窝洞的过程中必须不断用冷水冷却钻针和种植骨床,使局部温度不超过 47℃。 (6) 植人种植体。有的种植体带有螺纹结构,需使用机头或专用手柄旋入种植体,有的种植体仅

为圆柱状结构，需使用专用器械轻轻敲击，使种植体完全就位。（7）安装覆盖螺帽。一阶段式种植体可即时安装愈合基台。冲洗缝合切口。两阶段式种植体需行二期手术暴露种植体，取下覆盖螺帽，安装愈合基台。待1?2个月后开始修复。

【注意事项】

1. 术前应向患者解释清楚有关种植治疗的程序、费用、术中术后可能出现的问题、

种植并发症、种植修复的成功率、种植修复体的维护保养、口腔卫生保持重要性等，告知患者定期复诊，正确使用维护种植修复体。以使患者充分理解并配合治疗。预计不能配合者或不能保证术后维护口腔卫生者应慎重考虑是否手术。

2, 长期按计划随访患者。

23、唇颊系带矫正术

【适应证】

唇系带附着过低，造成中切牙间间隙明显，影响牙排列者；牙槽突吸收造成的唇颊系带附着相对过低，影响义齿修复者。

【操作程序及方法】

一般采用局部浸润麻醉。横向切断系带后将创面纵向缝合，如缝合张力大，可将创面稍做潜行剥离。中切牙间有间隙者，应将中切牙间隙内的纤维结缔组织切除，其创面可自行愈合。

24、舌系带矫正术

【适应证】

舌系带过短影响舌的自由运动者；婴儿影响哺乳吸吮者；成人影响发音及义齿修复者。

手术矫正可在幼儿学说话之前进行。婴儿期因发育原因，舌系带附着常较高，但随着学会发音会逐渐降低，不必急于手术。

【操作程序及方法】

手术可在两侧舌神经阻滞麻醉或局部浸润麻醉下进行。用血管钳夹住舌腹部舌系带上端并向上提起，切断舌系带直达其根部，将切口做纵向拉拢缝合。【注意事项】

切断舌系带时，注意勿切过深。

25、口腔上颌窦瘘封闭术

【适应证】

口腔上颌窦瘘常发生在上颌窦本身发育大，拔牙时误将牙根等异物推入上颌窦内的情况下。拔牙后，如瘘孔较小且无继发感染时常可自愈，拔牙时已发现瘘孔较大且无明显炎症时应行即刻修补。陈旧性瘘孔，应在清除上颌窦内异物并待炎症消退后行手术修补。

【操作程序及方法】

1. 颊倒滑行瓣修补术局部浸润麻醉下，沿瘘孔边缘切开，刮除瘘管内的上皮、肉芽组织及坏死骨组织，在瘘孔的近远中端并大于瘘孔，向颊侧龈颊沟底做头小底大的梯形黏膜骨膜瓣，注意勿伤及腮腺导管。剥离掀起该瓣，在瓣的蒂部横

断骨膜，使瓣能自如延伸向瘘孔部滑动并在无张力的条件下充分覆盖瘘孔，然后缝合于瘘孔腭侧的黏骨膜(腭侧黏骨膜边缘应距瘘孔 3-4mm)。缝合应采用褥式加间断缝合。如同时行上颌窦根治术，滑行瓣的近中切口应水平延伸与上颌窦根治术切口相连接。上颌窦根治术及口腔上颌窦口腔上颌窦瘘封闭术修补术后，同侧下鼻道应开窗引流。

2 腭黏骨膜旋转瓣修补术适应于靠腭侧的较大瘘孔。先围绕瘘孔切开黏骨膜并在骨膜下将瘘孔边缘的黏骨膜朝瘘孔剥离掀起，然后上皮面朝着瘘孔对位缝合。在腭侧沿腭降血管走行设计一较大的腭侧膜骨膜瓣，旋转并缝合该瓣于瘘孔颊侧黏

骨膜边缘，即可关闭口腔上颌窦瘘。瓣所在部位的骨创面应用碘仿纱条填塞并用腭护板保护。

26、脓肿切开引流术

【适应证】

1. 面颈淋巴结或颌周筋膜间隙感染后肿胀区域局限，或者皮肤发红、发亮、压痛明显并伴凹陷性水肿，有波动感者。

2. 深在颌周筋膜间隙感染 5 天以上，疼痛加剧，体温升高，周围血象白细胞升高并核左移或穿刺有脓者。

3. 发生于口底、舌体、咽侧、颈侧急性炎症，病情发展迅速，虽无典型脓肿形成指征，但可导致呼吸梗阻等严重并发症者。

4. 口底腐败坏死性蜂窝织炎，无脓肿形成体征，但为及早排除腐败坏死物质及气体，减轻全身和局部症状，阻止炎症继续扩散者。

5. 外伤或手术后继发感染已有脓肿形成者。

6. 放射性骨坏死继发感染后脓肿形成者。

7. 结核性淋巴结炎，冷脓肿波及皮下接近溃破者。

8. 化脓性炎症脓肿已溃破，但引流不畅者。

【禁忌证】

1. 急性化脓性蜂窝织炎，未形成脓肿者。

2. 合并全身脓毒血症处于休克期者。

3. 血液系统疾病或凝血机制严重不全者。

4. 唇、面部疔痈虽有脓栓形成亦不宜广泛切开引流。

【操作程序及方法】

1. 麻醉浅在脓肿一般使用局部浸润麻醉；对颞下窝或舌根等深在脓肿或儿童可用全身麻醉或基础麻醉加局麻。

2 消毒与铺巾常规消毒铺巾。

3 切口部位选择的原则

(1) 尽量隐蔽，能从口内不做口外切口，面部常用下颌下，颌后或发际内切口。(2) 切口方向尽可能与皮纹一致。

(3) 切口部位尽量位于脓肿的最低位，有利脓液的自然引流。4 切口长度一般应与脓肿大小一致，但浅表脓肿亦可小于脓肿直径。5 脓肿切开按设计切口切开皮肤或筋膜，对下颌下颈部化脓性淋巴结炎、颊、舌

下、眶下、下颌下间隙等浅在脓肿，此时可用大血管钳直接钝性分离进入脓腔，面颊、颞下、咬肌、翼下颌等深在间隙脓肿创缘应用二次分离脓腔的方式，即先按设计切口切开皮肤，皮下组织颈阔肌等，解剖分离该区知名血管神经后，再切开颞肌、咬肌或翼内肌附着，然后进入脓腔，引出脓液，以手指分离脓腔内纤维间隔。

6 冲洗脓腔以生理盐水反复冲洗至无明显脓液。浅在无明显渗血的脓腔可留置橡皮引流条，深在脓腔有明显渗血者应用盐水纱布或纱条填塞，无渗血者也可用乳胶管做引流。

7 包扎除长切口需做部分创缘缝合外，一般以盐水纱布包扎创口。8 换药术后应根据脓腔大小，分泌量多少进行换药。换药时可用生理盐水、抗生素液等冲洗脓腔。

【注意事项】

1 切口设计应兼顾有利引流、减少术后瘢痕和神经损伤，特别深在脓腔创道较长应注意面神经的保护。

2 手术仅为达到脓液充分引流，分离脓腔时避免损伤已形成屏障的其他各间隙脓腔壁，以减少感染扩散的可能。

3 脓肿切开引流后局部及全身症状无明显缓解多系脓液引流不畅或另有脓肿未能引流，应探明原因以补救。

4 切开引流虽为脓肿治疗最直接有效的方法，但手术必定有不同程度局部感染扩散的可能，故应注意术后有效抗生素的应用和水电解质平衡。有条件者切开引流时应送脓液培养及药敏试验，其结果对进一步用药有重要参考价值。5 对疖痈中央形成黄色脓点，或痈有多发性脓肿，难于穿破皮肤者，可考虑在不损伤周围红肿区的前提下，由变软区做保守性切开、剪去坏死组织和脓栓，借助术后高渗盐水持续湿敷引流，切忌术中钝性分离。

27、黏液囊肿摘(切)除术

【适应证】

1. 囊肿未穿破，可行黏液腺囊肿摘除术。
2. 囊肿已穿破，瘢痕组织增生，则行囊肿切除术。

【禁忌证】

1. 急性感染期。
2. 全身严重系统性疾病。

【操作程序及方法】

1. 一般选用局部浸润麻醉。
2. 沿囊肿长轴切开黏膜，沿囊壁外分离、取出囊肿。
3. 黏液囊肿破溃后，形成瘢痕，与囊壁粘连，无法分离，此类囊肿可在囊肿两侧做梭形切口，将瘢痕、囊肿及邻近粘连组织一并切除。

【注意事项】

1. 周围腺体组织应尽量少损伤，和囊肿粘连及明显突出的腺体应与囊肿一并切除，以防复发。

2. 伤口缝合不宜过紧，以防黏液腺管阻塞。3. 术后应告诫患者改正咬唇等不良习惯。

28、舌下腺摘除术

【适应证】

1. 各种类型的舌下腺囊肿。
2. 局限于舌下腺内的良性肿瘤。

【禁忌证】

1. 急性炎症期。
2. 全身严重系统性疾病。

【操作程序及方法】

1. 取仰卧位或坐位。
2. 可在局麻或全身麻醉下手术。
3. 术前确认下颌下腺导管开口及舌下皱襞。
4. 沿舌下皱襞稍外侧，做与下颌弓平行的弧形切口，显露舌下腺。
5. 自舌下腺表面分离周围组织，内侧注意保护下颌下腺导管、舌神经及舌深静脉；深面注意保护舌下动静脉，将其到舌下腺的分支，予以切断、结扎。
6. 摘除腺体过程中，尽量清除囊壁。
7. 腺体摘除后，仔细检查有无出血点。
8. 伤口缝合不宜过密，放置引流条 1 根。
9. 术后 1~3 天抽去引流条，1 周拆线。

【注意事项】

1. 术中应仔细分离和保护下颌下腺导管，如识别困难，可从导管口插入探针予以确认。术中一旦损伤导管，可行导管改道术，即将下颌下腺导管的断端分离后，将导管壁从一侧和切口黏膜边缘做悬吊缝合 1 针，并判断有无唾液从导管口溢出。

2. 术中注意保护舌神经，明确与下颌下腺导管的解剖关系。 3. 术中注意保护舌下动脉及静脉、舌深静脉，结扎其到腺体的分支。 4. 术后应密切观察口底肿胀及呼吸道通畅情况。

29、腮腺切除术

【适应证】

1. 位于腮腺的良性肿瘤、恶性肿瘤。

2. 反复发作的慢性腮腺炎，范围广泛的涎痿，非手术治疗无效者。 3. 类肿瘤型病变如类肿瘤型舍格伦综合征、嗜酸粒细胞淋巴肉芽肿。 【禁忌证】

1. 急性炎症期。

2. 全身严重系统性疾病。

【操作程序及方法】

1. 患者取仰卧位，垫肩，头偏向健侧。

2. 手术可在全麻或局麻下进行。

3. 一般选择“s”形切口，上端起自耳屏前颧弓根部，沿皮纹切开，绕开耳垂向后，沿下颌支后缘后方顺下颌角方向向前至舌骨大角平面。

4. 切开皮肤、皮下组织及下颌下区的颈阔肌，沿腮腺咬肌筋膜浅面翻瓣，显露腮腺上、前、下缘即可。向后翻瓣至胸锁乳突肌前缘。

5. 寻找解剖分离面神经可采用顺行解剖法，即从主干分离解剖面神经；亦可采用逆行解剖法，即从面神经分支开始解剖分离面神经，术中可根据肿瘤部位和经验选择不同方法。

6. 通常在下颌角后上方处能找到面神经下颌缘支，沿下颌缘支追踪罕. 总干，再解剖至其他各分支，沿途结扎、缝合残留的腺体。

7. 对于腮腺手术范围的基本术式、适应证目前定义为：①腮腺全切术，切除范围包括腮腺浅叶及深叶，其适应证为腮腺深叶的良性肿瘤和腮腺恶性肿瘤。②腮腺浅叶切除术，切除范围为面神经浅面的腮腺，其适应证为腮腺浅叶的良性肿瘤。③腮腺部分切除术，切除范围为肿瘤及肿瘤周围部分正常腮腺组织切除，其适应证为腮腺后下部良性肿瘤和腮腺浅叶其他部位直径, 1.5cm 的良性肿瘤。

8. 术中面神经的处理原则。良性肿瘤或临界瘤，原则上应保留面神经。恶性肿瘤原则上不予保留。如恶性程度较低，细胞分化好，术中见肿瘤与面神经无粘连，或有一定距离者，亦可考虑保留。

9. 术后处理。术毕应冲洗伤口，检查有无出血点，伤口加压包扎或负压引流，消

-10d。负压死腔，酌情应用抗生素。术后 48h 抽去引流条，手术区加压包扎 7 压引流术后通常放置 2-3d，去除后局部加压包扎 3d。

【注意事项】

1. 腮腺区占位性病变诊断有多样性。术前应做必要的检查，如 B 超、CT 扫描等，有条件可做组织穿吸活检，明确肿块的性质和部位，以确定手术方案。 2. 若术前无法明确诊断，术中可同期行冷冻病理检查，以明确肿块的性质，选择合适的术式。

3. 恶性肿瘤原则上行全腮腺切除，是否同期行颈淋巴清扫术，应视肿瘤病理性质和局部淋巴结是否有转移而综合考虑。

4. 术后禁食酸性或刺激性食物，预防涎痿。

5. 术后若出现面神经暂时麻痹者，可给予神经营养药物。

6. 面神经未保留者，术后应注意眼的保护，给予眼罩，金霉素眼膏涂敷，以防暴露性角结膜炎。

7. 如是腮腺肿瘤性疾病，术后应定期随访。

30、颞下颌关节脱位复位术

【适应证】

1. 急性前脱位。
2. 复发性脱位。
3. 陈旧性脱位。

【操作程序及方法】

1. 急性前脱位希氏法(手法复位);患者坐位，面对术者，患者[^]平面平行术者的肘关节。可由一位助手固定住患者的头部，操作者将两拇指分别置于下颌后牙牙合面，其余手指分别置于下颌骨下缘以把持住下颌骨。嘱患者放松并配合术者的复位，术者先上下轻移下颌骨，再逐渐用力将下颌骨向下方压迫，嘱患者闭口，同时术者向后方推下颌骨，即可使其复位，术者同步将两拇指迅速滑向颊侧以防被咬伤。如有必要，可配合局部阻滞麻醉或静脉注射镇静剂及全身麻醉。复位后固定 2-3 周，限制开口运动。固定方法以颅颌弹性绷带或翼带最简便、实用。

2. 复发性脱位

(1) 希氏法:延长颌间固定时间，但通常难以获得良好的疗效。(2) 注射法:①关节上腔内硬化剂注射法。硬化剂可选用 5%鱼肝油酸钠(0.3-0.5ml，通常 1 次;若复发，可进行第 2 次注射，不宜多次)，方法同颞下颌关节上腔内药物注射术。②盘后区注射法。5%鱼肝油酸钠 0.5-1.0ml，共 1-3 次，注射方法:最常用的穿刺点为耳屏与外眦连线的耳屏中点前 10mm 处。术中还应通过触诊以最后校对关节上腔穿刺点，先用 2%利多卡因皮下注射 0.5ml，垂直略向前进针 2cm，注射利多卡因 1ml;换 5%鱼肝油酸钠注射器，边推注边后退 0.5-1cm，共 0.5-1cm。该法避免硬化剂关

节腔内注射破坏关节软骨面和滑膜，但由于注射点、深度及角度是凭经验来完成的，故应由有经验的医师来完成。

(3)颞下颌关节镜手术:有条件的单位.可选用关节镜治疗。应用关节镜导向于滑膜下注射硬化剂(5%鱼肝油酸钠)，或激光或凝灼盘后区滑膜，或射频消融术凝固紧缩盘后区韧带的方法，还可联合应用关节盘缝合牵引固定纠正移位的关节盘，以重建良好的盘髁关系。也可进行开放性手术，如关节结节增高术等。3，陈旧性脱位陈旧性脱位早期，尽可能用手法复位;无效者可考虑持续牵引复位。最简单的技术是，在下颌角处切开1-1.5cm的小切口，分离至下颌角骨面，并钻一小孔道，将一钢丝穿过其中向下后方持续牵引;也可将一特制的拉钩经切口，沿下颌支外侧面穿行至乙状切迹，用力向下后方牵引(Pick);如仍难以复位，成复位后不稳定时，可进行关节开放性手术，清除不稳定因素，包括关节窝内的增生、粘连组织.再复位，并可配合术后颌间牵引到完全复位:若再不能复位者，可考虑髁突切除术。

【注意事项】

1. 急性前脱位复位的关键是患者放松、体位正确、用力得当。2. 复发性脱位硬化剂注射《尤其是鱼肝油酸钠)不可反复多次。3. 复发性脱位多伴有关节盘移位等病症，故颞下颞关节镜手术最好同时能治疗伴随病症，以获得更优的功能。

4. 陈旧性脱位应尽可能将脱位的髁突复位，切勿轻易进行髁突切除等。复发性脱位经治疗后仍有复发可能，应向患者说明。

31、面颊部损伤清创术

【适应证】

全身情况良好或虽有多处伤但经治疗已稳定者。

【禁忌证】

全身情况差或有其他处严重损伤，如颅脑、胸腹等脏器伤致休克等未纠正前。

【操作程序及方法】

1. 单纯裂伤可清创后分层缝合，如伤口过长，可设计多个小“Z”字形切口，交错换位缝合，形成曲线瘢痕，防止直线瘢痕挛缩。

2. 贯通伤如无组织缺损，清创后先缝合关闭口腔黏膜伤口，再清洗创腔，缝合肌层和皮肤。

3. 如有口腔黏膜或皮肤少量缺损，可在皮肤及口腔黏膜周围做潜行分离，必要时做附加切口，滑行或转移组织瓣缝合。

4. 如为组织缺损较多的贯通伤，应行一期皮瓣或复合组织瓣转移修复术，如无条件，可将口腔黏膜创缘与皮肤创缘相对缝合，以消灭创面，所遗留洞穿缺损，待后期整复。

【注意事项】

1. 注意保留健康组织. 部分游离的组织凡有软组织相连、清创时可见者均应保留。 2. 清创时应注意面神经及腮腺导管是否有损伤，并同时分别予以修复。 3. 清创后缝合时应注意恢复口角、眼睑的自然位置。

32、舌损伤清创术

【适应证】

舌体部分裂伤及舌部分离断。

【禁忌证】

I 全身情况差，应先抢救生命，待生命体征平稳后再清创。离断舌破碎严重、时间过长或严重污染者。

【操作程序及方法】

1. 2%普鲁卡因或 2%利多卡因做舌神经阻滞，可采取下颌牙拔除的舌神经阻滞法，也可在同侧下颌第二磨牙口底黏膜下阻滞舌神经，对不合作者也可做气管插管全麻。一般宜取半卧位。

2. 清创。舌裂伤，经过过氧化氢、生理盐水清洗后，首先止血，对舌动脉及分支的破裂，应仔细缝扎，如血管破裂已回缩者应经反复清洗揉捏，找到断端。3. 缝合。肌用1号丝线缝合，黏膜创口用4号粗丝线褥式加间断缝合，褥式缝合线下可垫以碘仿纱条，以免裂开。尽可能沿舌长度缝合。

4. 舌尖较小的组织，离断在1/2以内者一般可不需再植，只需修剪成形后，直接缝合即可。

5. 舌体组织块离断在1/2以上时，应将离断的舌组织经清洗后置于抗生素水中待用，应尽量减少离体时间，清洗止血后立即复回原位分层缝合；最好能行血管吻合。

【注意事项】

1. 应注意制动。
2. 抗生素预防感染。

33、颌面骨骨折复位固定术

牙间结扎固定术

【适应证】

1. 新鲜单纯下颌体部骨折，轻度移位，全口牙列完整者。
2. 因恶心呕吐、口底肿胀或舌根损伤，脑外伤伴有下颌骨骨折者，可做牙间结扎暂时性固定。

【禁忌证】

骨折线两侧牙如松动，不宜用此法。

【操作程序及方法】

1. 利用骨折线两侧两个以上牙，每个牙间隙穿1根医用不锈钢丝，具体方法是先从远中穿入牙间隙，绕过舌侧再从近中牙间隙穿出颊侧，用持针器夹住钢丝两端，一律按顺时针方向拧紧钢丝。

2. 手法复位，钢丝固定。先用手法将错位的骨折段复位，然后将骨折线两侧两个牙的结扎钢丝交互拧成一股钢丝即可。

【注意事项】

1. 本法操作简便，复位后即可止血，但固定力量不强，多用为暂时固定，待伤情允许时应改用其他方法固定。

2. 一般固定 4~6 周，即可拆除钢丝。

34、下颌骨骨折骨间固定术

【适应证】

下颌骨体部正中骨折、颜孔部位骨折、下颌角骨折及髁突颈部骨折，有错位及紊乱。

【禁忌证】

全身情况差，应先抢救生命，待生命体征平稳后再做复位固定。 【操作程序及方法】

1. 下颌骨正中部联合骨折，可采用颜下切口及口内切口进路，即在下颌前庭沟底由下颌双侧尖牙之间横行切开黏膜、黏膜下组织及骨膜，用骨膜剥离器将骨膜分离，显露骨折线。移位骨段手法复位，采用小钛板，上下各固定一枚。夹板放置在牙根尖下方。此切口可用于颜孔部位骨折，不同的是剥离范围要过颜孔远中，注意保护颏神经，夹板放置颏孔骨折线近下颌体下缘，术后宜在双侧下颌第一磨牙之间附加单颌牙弓夹板做辅助固定。

2. 下颌角骨折颌下切口进路。切开皮肤、皮下组织、颈阔肌。骨折线位于咬肌区后方，应切开颈深筋膜，分离解剖面动脉及面前静脉，必要时结扎切断该血管，注意保护面神经下颌缘支。从下颌下缘切断咬肌后份，沿骨面向上分离掀起咬肌，显露骨折线，如错位明显，应清除其周围血块或纤维肉芽组织，用待骨钳夹持两骨断端，手法复位。

3. 选用小钛板，先在设定部位钻孔，再将螺钉就位后逐一拧紧。如采用偏心动力加压接骨板，仅在靠下颌体下缘安置一枚即可。最后清洗创口，分层缝合肌肉、皮下及皮肤，创腔内置入一橡皮片引流。

4. 下颌角骨折口内切口进路。在翼下颌韧带前 1cm 处做纵行切口，切开黏膜下至磨牙后外侧，切开骨膜，显露下颌支前缘及外斜嵴，剥离骨膜直至下颌角外

侧面，显露骨折线用骨膜剥离器及持骨钳，撬动复位。在恢复正常咬合关系后，用口内专用器械，将螺钉拧紧。如无条件，可在相应口外皮肤上做两个长 0.5cm 小切口，钝性分离至小型接骨板的眼孔，伸入特制套筒扳手，将螺钉拧紧。

5. 髁突颈部骨折。髁突颈部骨折高位者由关节头折裂至髁颈前下；低位者多由髁颈前折裂至髁颈后下方。

6. 髁突颈部高位骨折骨间固定术宜由上人路，即由颞部至耳前做弧形切口，为隐蔽起见，耳前切口应沿耳轮脚皱褶至耳屏游离缘。切开皮肤，沿颞筋膜表面翻起皮瓣，耳屏前切开皮肤，沿软骨表面向前分离，在颧弓表面紧贴骨膜向前分离，显露关节囊。切开关节囊，必要时为使髁突复位，可切断大部分翼外肌。7. 在充分剥离关节头及颈部显露骨折线后，用自动牵引器牵拉暴露术野。将微型接骨板横跨骨折线用螺钉固定。术后分层缝合关节囊、皮下组织及皮肤。皮肤缝合宜用 5-0 细丝线，创内放置橡皮片引流。

8. 髁突颈部低位骨折骨间固定术应从下颌下切口入路，切断咬肌附着，翻起咬肌，钝性分离达髁突颈部显露骨折线。在下颌下切迹后斜面分离，并切断部分翼外肌，用剥离器将前移的髁突颈复位，可用小钛板固定骨折线。【注意事项】

1. 以上各类骨折复位固定后，均应进流食 2 周，软食 4-6 周。2. 下颌角骨折口内切口入路，应有良好的纤维光束照明。

3. 髁突颈部骨折，切断部分翼外肌，填塞纱布暂时复位固定时，术后勿忘将纱布抽出。

颧骨颧弓骨折复位固定术 35、

经口内切开复位术

【适应证】

适用于无嵌顿的颧骨颧弓闭合性骨折，即单纯性颧骨骨折。

【禁忌证】

全身情况差，应先抢救生命，待生命体征平稳后再复位固定。 **【操作程序及方法】**

沿磨牙前庭沟做长 2-3cm 切口，切开黏膜，用大弯止血钳钝性分离至颧骨后间隙，然后改用扁平骨膜分离器伸入，其末端置于颧骨体深面，以上颌颧牙槽突为支点，向外用力摘动，左手指放在颧骨颧弓表面触摸，如撬动时闻及骨擦音，即可同时触到骨段向外移位，不需固定。必要时可摄 X 线片证实。 **【注意事项】**

术后骨折区周围可垫高包扎，防止再受压错位。给予患者流食 7d，以免咬肌牵拉移位。

颧弓牵引复位术

【适应证】

主要适用于单纯颧弓骨折，尤以塌陷性双线型骨折更为适用。 **【禁忌证】**

全身情况差，应先抢救生命，待生命体征平稳后再复位固定。

【操作程序及方法】

从颧弓中点、颧弓上下缘分别将巾钳两喙旋转刺入，并伸到颧弓深面，用力提拉即可复位。 **【注意事项】**

1. 注意勿伤面神经颧支，应由颧弓中点刺入。

2. 复位后张口即可无障碍，为防止再受压，可在颧弓表面，用一长弧形金属板，跨过两端骨折线，用胶布固定。

冠状切口内固定术

【适应证】

本法适用于双侧颧骨或颧上颌骨骨折伴鼻骨骨折，且移位明显，或上述部位的多发性陈旧性骨折。

【禁忌证】

全身情况差，应先抢救生命，待生命体征平稳后再复位固定。 【操作程序及方法】

冠状切口切开翻瓣步骤同本章“三十六”中的“上颌骨骨折骨间固定术”。剥离显露移位颧骨及颧上颌、颧眶及颧弓处骨折线。

可切断大部分咬肌附着，使颧骨复位后，颧眶及颧上颌骨骨折线宜用钛板固定，颧弓薄弱的可用医用不锈钢丝固定。

【注意事项】

1. 应用抗生素及止血剂。
2. 术后 7d 拆除缝线。