

借

主编：胡勤刚

SANJI「三基」训练指南

医疗机构医务人员

口腔科

东南大学出版社

口腔科

口腔科

东南大学出版社

· 南 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

医疗机构医务人员三基训练指南. 口腔科分册/胡勤刚主编. —南京:东南大学出版社, 2005. 5

ISBN 7-81089-881-7

I. 医... II. 胡... III. ①医药卫生人员-技术培训-教材 ②口腔科学-医药卫生人员-技术培训-教材 IV. R192

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 021562 号

东南大学出版社出版发行

(南京四牌楼 2 号 邮编 210096)

出版人:宋增民

江苏省新华书店经销 溧阳市晨明印刷有限公司印刷

开本:850mm×1168mm 1/32 总印张:63.75 总字数:1713 千字

2005 年 5 月第 1 版 2005 年 5 月第 1 次印刷

印数:1~5000 册 总定价:140.00 元(共 7 本)

(凡因印装质量问题,可直接向发行部调换。电话:025-83795801)

医疗机构医务人员三基训练指南

编委会

主任委员 唐维新

副主任委员 郑必先 李少冬 卢晓玲

委 员 (以汉语拼音为序)

蔡忠新	曹金海	陈鼎荣	陈险峰
丁义涛	段金廛	范钦和	方佩英
洪志诚	胡勤刚	胡娅莉	黄 峻
黄志纯	蒋 忠	李照金	励建安
刘乃丰	刘沈林	刘歆农	刘彦群
陆凤翔	陆少林	潘淮宁	眭元庚
孙邦贵	谭钊安	童明庆	王德杭
王 勤	王铀生	温端改	徐鑫荣
易学明	俞 军	袁南荣	张金宏
张钟灵	赵淮跃	赵 伟	周建农
周 伟			

秘 书 张金宏(兼) 俞荣华

医疗机构医务人员三基训练指南

口 腔 科

编 写 人 员

主 编 胡勤刚

副 主 编 葛久禹 骆小平

编 者 (按姓氏笔画排序)

陈文静 葛久禹 胡勤刚 江卫民

陆 苇 骆小平 孙卫斌 唐恩溢

童 昕 王国平 王文梅 王志勇

徐明耀 杨明华 杨旭东 张 洁

张银凯 周炳荣

主 审 金友仁 叶炳飞

序

掌握基础理论、基本知识和基本技能(简称“三基”)是医疗机构医务人员为广大患者服务的基本功,是提升医务人员业务素质,提高医疗质量,保证医疗安全最基本的条件。江苏省卫生厅曾于1993年编发《江苏省临床医生三基训练标准》(以下简称《标准》)和《江苏省各级医院临床医生三基训练复习题解》(以下简称《题解》),作为各级医院评审过程中的三基训练和三基考核的参考用书。十多年来,《标准》和《题解》对提高医务人员业务素质和医疗质量发挥了重要作用。由于医学科学技术的迅猛发展,人民群众医疗需求的日益增长,《标准》和《题解》的内容已显得滞后。为此,从今年3月起,江苏省卫生厅委托省医院管理学会组织全省临床各科专家在《标准》和《题解》基础上,重新编写这套三基训练指南,该《指南》内容上有较大扩充,尤其是充实了十多年来各科的新理论、新知识和新技能,使全书内容丰富、新颖、全面、科学,是全省医务人员必读的工具书、“三基”培训的指导书、医疗机构评审中“三基”考核的参考书,也是医务人员规范化培训、在职教育、医学院校实习生“三基”训练的参考书。相信它们会成为广大医务人员的良师益友。

《医疗机构医务人员三基训练指南》包括16个分册,即内科分册、外科分册、妇产科分册、儿科分册、眼科分册、耳鼻咽喉科分册、口腔科分册、皮肤性病科分册、传染科分册、急诊科分册、康复科分册、临床检验科分册、病理科分册、医学影像科分册、药学分册、医院管理分册。为便于各科医务人员阅读,各分册自成一册,内容上相对独立。

《医疗机构医务人员三基训练指南》的编撰出版,倾注了各分册主编和编写人员的大量心血,也得益于各医院的大力支持,在此

前 言

口腔医学的基础理论、基本知识、基本技能是每一位口腔临床医生必须熟知和掌握的。开展“三基”训练的目的在于规范口腔临床实践中的诊疗与操作程序，使得医疗服务过程更加严谨和制度化，以更好地适应新形势下的卫生事业改革和医学模式的转变。目前它已成为医学继续教育的重要内容之一。1993年江苏省卫生厅下发的《江苏省各级医院临床医生三基训练复习题解》及《江苏省临床医生三基训练标准(试行)》已使用十余年，它在提高我省口腔医疗技术水平，减少与防范医疗事故的发生起到了重要作用。随着近年来口腔医疗技术迅猛发展，新理论、新技术、新方法不断在临床推广应用，对“三基”训练内容进行修改和增补，无疑是非常必要的，这也是本书编写的出发点。

《医疗机构医务人员三基训练指南》(口腔科分册)涵盖了口腔医学中口腔内科、口腔外科、口腔修复科和口腔正畸科等学科的基本内容，也是口腔临床医生必须了解和掌握的“三基”内容，因此它适合各级口腔科医生阅读。对于专科医师，本书有助于其了解专业以外的一些理论知识和技术。编写过程中，编者采用了成熟的临床技术，同时吸收新成果，做到科学性、实用性和新颖性相结合。对于尚有争议的学术问题，未编入本书中，读者可参阅相关资料。

本书编者具备扎实的理论基础，有着丰富的临床经验。在编写过程中参阅了大量的专业文献与相关的规范和标准，付出了艰辛的劳动。另外，编写工作自始至终得到了江苏省卫生厅医政处、江苏省医院管理学会的关心、鼓励与支持，在此一并表示诚挚的感谢！

目 录

第一篇 基础理论

一、牙体组织的结构与功能	(1)
二、牙的分类和记录	(5)
三、乳牙的形态结构特点	(8)
四、乳、恒牙替换	(10)
五、牙齿的增龄性变化	(11)
六、口腔常用充填材料的种类	(13)
七、牙周组织的结构与功能	(14)
八、牙周病的发病因素	(16)
九、口腔黏膜的组织学结构与功能	(18)
十、颞下颌关节的组成	(21)
十一、颞下颌关节的运动	(21)
十二、三叉神经的特性和分布区域	(22)
十三、面神经的特性及支配分布	(24)
十四、面神经核上瘫与核下瘫的区别	(25)
十五、无牙颌的解剖标志	(25)
十六、牙列缺失后的组织改变	(27)
十七、平衡殆在全口义齿中的应用	(29)
十八、可摘局部义齿的类型	(30)
十九、覆盖义齿修复的生理学基础	(31)
二十、固定桥修复的生理基础	(31)
二十一、粘结修复原理	(33)
二十二、种植牙缺牙区牙槽骨及有关解剖结构	(35)
二十三、种植体与机体组织结合界面	(37)

二十四、种植牙生物力学基础	(38)
二十五、颌面的生长发育	(39)
二十六、牙列与颌的发育	(39)
二十七、正常乳牙颌的特征	(40)
二十八、正常恒牙颌的特征	(41)
二十九、正畸治疗的生物机械原理	(41)

第二篇 基本知识

一、口腔检查	(43)
二、龋病的诊断	(46)
三、龋病治疗的并发症及处理原则	(48)
四、釉质发育不全和氟牙症的诊断及治疗原则	(50)
五、急性牙髓炎的临床表现和鉴别诊断	(52)
六、牙髓炎的分类及诊断要点	(54)
七、急性根尖周炎和急性根尖周脓肿的临床表现和诊断	(55)
八、牙痛的鉴别诊断	(57)
九、牙外伤的临床表现与诊治原则	(61)
十、干髓术的失误和处理对策	(63)
十一、根管治疗术的适应证	(66)
十二、根管消毒药物	(66)
十三、根管充填材料	(70)
十四、慢性牙周炎的临床表现与诊治	(73)
十五、调颌治疗咬合创伤的原则	(75)
十六、牙周病的预后	(76)
十七、复发性口疮的临床表现与诊治	(77)
十八、疱疹性口炎的临床表现与诊治	(80)
十九、念珠菌性口炎的临床表现与诊治	(83)
二十、口腔黏膜扁平苔藓	(85)
二十一、口腔白斑病	(88)

二十二、牙体和牙周疾病的 X 线检查	(91)
二十三、普通牙拔除适应证和禁忌证	(92)
二十四、局部麻醉的副反应及其处理	(95)
二十五、口腔颌面部间隙感染的特点	(99)
二十六、智齿冠周炎	(101)
二十七、口腔颌面部损伤特点	(103)
二十八、颌面部软组织损伤处理特点	(105)
二十九、上颌骨骨折	(106)
三十、下颌骨骨折	(108)
三十一、颧骨颧弓骨折	(111)
三十二、三叉神经痛	(112)
三十三、面神经麻痹(贝尔麻痹)	(114)
三十四、颞下颌关节紊乱病	(116)
三十五、颞下颌关节脱位	(119)
三十六、腮腺炎	(120)
三十七、涎石病	(121)
三十八、舌下腺囊肿	(121)
三十九、腮腺良性肿瘤	(122)
四十、腮腺恶性肿瘤	(122)
四十一、口腔颌面部良、恶性肿瘤的鉴别	(123)
四十二、口腔颌面部恶性肿瘤的治疗原则	(124)
四十三、甲状舌管囊肿	(125)
四十四、根尖周囊肿	(126)
四十五、角化囊肿	(126)
四十六、牙龈瘤	(127)
四十七、成釉细胞瘤	(128)
四十八、血管瘤与脉管畸形	(129)
四十九、口腔癌的临床特点	(130)
五十、唇裂类型和手术时机的选择	(131)
五十一、腭裂类型和手术时机的选择	(132)

五十二、牙颌面畸形	(133)
五十三、全口义齿修复原理	(136)
五十四、可摘局部义齿修复及其原理	(138)
五十五、覆盖义齿修复原理	(141)
五十六、嵌体和部分冠修复	(143)
五十七、贴面修复	(144)
五十八、全冠修复	(144)
五十九、桩核冠联合修复	(145)
六十、固定桥修复	(146)
六十一、粘结桥修复	(148)
六十二、种植牙修复	(149)
六十三、错殆畸形	(155)
六十四、正常殆的分型	(155)
六十五、错殆分类法	(156)
六十六、模型分析及 X 线头影测量分析	(157)
六十七、支抗的概念、种类及增加支抗的方法	(158)
六十八、常见错殆畸形的矫治原则	(158)
六十九、方丝弓矫治器及其矫治原则	(160)
七十、直丝弓矫治器及其矫治原则	(161)
七十一、口外支抗矫治器及其矫治原则	(161)

第三篇 基本技能

一、牙髓活力检查	(163)
二、根尖片投照技术	(164)
三、脱敏疗法	(166)
四、龋病的治疗原则及银汞合金充填术	(167)
五、复合树脂修复术	(169)
六、玻璃离子粘固剂修复术	(171)
七、急性牙髓炎和急性根尖周炎的应急处理	(172)
八、盖髓术	(174)

九、活髓切断术	(175)
十、干髓术	(177)
十一、根管治疗术	(178)
十二、根管工作长度的测定	(183)
十三、根尖倒充填术	(185)
十四、根尖切除术	(186)
十五、龈上洁治术	(187)
十六、龈下刮治术	(188)
十七、牙龈切除术和牙龈成形术	(189)
十八、翻瓣术	(190)
十九、牙冠延长术	(191)
二十、普通牙拔除术	(192)
二十一、阻生牙拔除术	(193)
二十二、牙槽突修整术	(195)
二十三、舌系带矫正术	(196)
二十四、脓肿切开引流术	(197)
二十五、下颌骨边缘性骨髓炎病灶清除术	(199)
二十六、牙及颌颌面种植术	(199)
二十七、颌面部软组织损伤清创术	(201)
二十八、颌面骨骨折复位固定术	(203)
二十九、颞下颌关节上腔穿刺术	(206)
三十、颞下颌关节脱位复位术	(207)
三十一、活组织检查术	(208)
三十二、甲状舌管囊肿及瘻切除术	(210)
三十三、颌骨囊肿摘除术	(211)
三十四、牙龈瘤切除术	(212)
三十五、下颌下腺摘除术	(213)
三十六、唇裂修复术	(215)
三十七、腭裂修复术	(216)
三十八、可摘局部义齿的制作	(218)

三十九、全口义齿的制作	(223)
四十、覆盖义齿的制作	(226)
四十一、嵌体制作的临床操作程序及方法	(228)
四十二、四分之三冠的临床操作程序及方法	(229)
四十三、贴面制作的临床操作程序及方法	(231)
四十四、全冠修复的临床操作程序及方法	(233)
四十五、核与冠联合修复的临床操作程序及方法	(236)
四十六、固定桥修复的临床操作程序及方法	(237)
四十七、粘结固定义齿修复的临床操作程序及方法	(240)
四十八、种植牙手术与修复过程	(242)
四十九、固定正畸的临床基本操作	(245)
五十、固定正畸临床技术(以方丝弓矫治器为例)	(247)

第一篇 基础理论

一、牙体组织的结构与功能

牙体由四种组织,即钙化的硬组织牙釉质、牙本质、牙骨质和软组织牙髓构成。

(一) 牙釉质

牙釉质被覆在牙冠部牙本质表面,其厚度随功能不同而不一,牙尖部和切缘处最厚,近牙颈部则逐渐变薄。牙釉质是机体中钙化程度最高,也是最坚硬的组织,含 95%~97% 的无机盐,主要是羟基磷灰石晶体。釉质中的水和有机质占 3%~5%。

釉质呈乳白色,有一定的透明度,如釉质薄、钙化度高、透明度高,则显示牙本质的颜色而成黄白色;釉质厚、钙化度低,则不能透出牙本质颜色而呈灰白色。但牙齿有时可因局部或全身因素而使透明度和色泽发生改变。例如牙髓出血或坏死,牙齿可变为褐色或暗黑色;若钙化程度不够则呈一种灰白不透明的白垩色;釉质在钙化时,如机体摄入过多的氟,则出现黄色或黄褐色的斑点或条纹;在婴幼儿期,长期或大量服用四环素,则牙齿可呈棕黄色。

釉质的基本结构为釉柱和柱间质。釉柱是钙化度很高而弯曲的柱状结构,粗细不一,靠近牙本质端较细,靠近牙表面端较粗。釉柱起自釉牙本质界处,向外伸展至牙冠表面,其排列方向各部有差异,在牙颈部与牙冠中部,釉柱排列呈水平方向向外伸展;接近牙齿切缘或牙尖部呈放射状渐斜伸向上;在窝沟部则由釉牙本质界向外伸展,逐渐向窝沟底部靠拢排列,呈“八”字形。釉柱在由内向外伸展过程中,成轻度波状弯曲,其靠近牙本质端弯曲度较大,在牙尖部则呈束状,而且相互绞绕扭转如绳状,从而增强了釉质对咀嚼压力的承担力而不致破裂。了解釉柱排列方向,对临床上诊断龋病与洞

形的制备具有重要的意义。因为龋齿在釉质内进展,常常是顺着釉柱方向进行的,故凿切釉质时,器械刃的施力方向应与釉柱一致。

牙釉质的有机成分主要分布在釉板、釉丛、釉梭中,既与釉质的营养代谢有关,又是釉质结构上的缺陷处,可以形成天然裂线,釉质常循此线发生纵行折裂。

釉质和牙本质交界处为釉牙本质界。此处多呈连续的贝壳状,特别是在牙颈部,这种弯曲更为明显。这种形式增强了釉质与牙本质的联结而使釉质不易从牙面上剥落下来。釉牙本质界与深龋的扩散有关。

(二) 牙本质

牙本质围绕牙髓构成牙的主体,其形状与牙的外形一致。牙本质中无机盐类约占 70%,有机物和水约占 30%,其硬度次于釉质。牙本质呈黄白色,有光泽,稍有弹性,可被压缩。

牙本质主要由牙本质小管、成牙本质细胞突起及细胞间质所构成。

在牙髓外层表面的是牙本质小管和成牙本质细胞突起。排列较整齐的一层柱状细胞称为成牙本质细胞,每一个成牙本质细胞伸出一细长的细胞突,进入牙本质小管内。牙本质小管围绕成牙本质细胞突而形成,从牙髓开始呈放射状穿过整个牙本质,沿途分出许多侧支,以牙根处为多,借此侧支与邻面小管相吻合。由于牙本质小管的内端与牙髓腔相通,因此牙本质细胞突与小管之间有淋巴循环可以供给牙本质营养。此外,还有神经纤维分布,故牙本质暴露或切割牙本质时,就易受到外界的刺激而发生敏感现象。

细胞间质是由微细的胶原纤维包埋于无定形的基质之中。胶原纤维排列的方向,大多与牙本质小管互成垂直或斜交。基质堆积后不久即被钙化。

牙本质是一个复合结构,由几种不同的钙化组织组成。原发性牙本质是牙本质的主要部分,在牙齿发育期间产生。继发性牙本质是牙根形成后在原发性牙本质近牙髓侧形成的。前期牙本质是近髓腔壁处有一层新形成未经钙化的牙本质,又称类牙本质。