

实用 口腔科初级医师手册



■ 主编 孙庆凯 官爱忠 李伟 刘风信

 第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

实用口腔科初级医师手册

主编 孙庆凯 官爱忠 李 伟 刘风信

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用口腔科初级医师手册/孙庆凯, 官爱忠, 李伟, 刘风信主编. —上海: 第二军医大学出版社, 2008. 8

ISBN 978-7-81060-852-7

I. 实… II. ①孙…②官…③李…④刘… III. 口腔颌面部疾病—诊疗—手册 IV. R78-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 111278 号

出版人: 石进英

责任编辑: 刘海峰

实用口腔科初级医师手册

主 编 孙庆凯 官爱忠 李 伟 刘风信

副主编 孙秀坤 刘 彦 李云杰 刘洪泉

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码: 200433

电话/传真: 021-65493093

全国各地新华书店经销

临沂市第二印刷厂印刷

开本: 850×1168mm 1/16 印张: 26.75 字数: 875 千字

2008 年 8 月第 1 版 2008 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-852-7/R·668

定价: 65.00 元

编写人员名单

主 编	孙庆凯	官爱忠	李 伟	刘风信
副主编	孙秀坤	刘 彦	李云杰	刘洪泉
编 者	孙庆凯	官爱忠	李 伟	刘风信
	刘 彦	李云杰	刘洪泉	孙秀坤
	张书平	尹庆顺	孙玉成	谢加伟
	王志英	王作君	王宝梁	王 宁
	辛 红			

前 言

随着医学科学技术的飞速发展,口腔医学新的内容、新的知识、新的器械不断更新,以及口腔医务人员队伍的不断壮大,临床上急需一本既有全新理论,又有实际操作经验、严格规范的口腔科手册。临沂市人民医院的十几位专家学者,根据自身多年来从事临床和教学工作的经验,参考了国内外最新文献资料,编写了《实用口腔科初级医师手册》一书,本书收集内容较全面,且融入了作者的临床经验。例如:现代口腔医学要求对口内、口外、正畸及牙体、牙列缺损的修复治疗,既要达到恢复其生理咀嚼功能,又要具备精湛的修复工艺学技术;对颌面外科的手术治疗,既要作精密诊断和设计,达到治愈的目的,又要具备整形修复的技能。因此,不仅要求口腔科医技人员具备扎实的专业基础理论和精湛的手术技巧,而且应具有口腔各相关学科的专业知识,这样才能成为一名合格的口腔专业人员,才能胜任现代口腔疾病的诊治、预防工作。本书内容简明、操作规范、文字精练、图文并茂、科学性强,侧重于临床实际应用,是一本很有价值且实用性很强的临床参考书。当然,限于作者的经验有限,不足之处在所难免,有些方法也不能强求一致,希望广大读者能通过自己的实践提出宝贵意见,以便再版时改正。最后,向临床口腔医务工作者和口腔医学学生推荐本书,希望能够有所裨益。

编 者

于山东省临沂市人民医院

2008年4月

目 录

第一章 口腔门诊检查与病历书写	1
第一节 一般临床检查	1
第二节 辅助检查	2
第三节 牙周科检查	3
第四节 口腔修复科检查	5
第五节 口腔颌面部检查	6
第六节 口腔医学影像检查	8
第二章 牙体和口腔颌面解剖生理学	18
第一节 牙的演化	18
第二节 牙的组成、分类及功能	19
第三节 牙的萌出及临床牙位记录法	21
第四节 牙体一般应用名词及表面的标志	24
第五节 牙体外形	26
第六节 牙髓腔解剖	40
第七节 口腔颌面颈部系统解剖	47
第三章 口腔科常见症状和体征	55
第一节 症状	55
第二节 体征	56
第四章 急症与急救的处理原则	61
第一节 急症	61
第二节 急救	63
第五章 牙周组织病	67
第一节 牙龈病	67
第二节 牙周病	74
第六章 口腔黏膜疾病	79
第一节 感染性疾病	79
第二节 口腔黏膜临床病损特点	85
第三节 口腔黏膜溃疡类疾病	88
第四节 口腔斑纹	98
第五节 口腔黏膜大疱类疾病	105
第六节 舌病	113
第七节 唇病	117
第八节 口腔黏膜肉芽肿性疾病	120
第九节 其他口腔黏膜病	123
第十节 全身疾病的口腔表现	126

第七章 口腔颌面外科疾病	145
第一节 口腔颌面部感染	145
第二节 颌面部外伤	152
第三节 口腔颌面部肿瘤和瘤样病变	161
第四节 涎腺疾病	181
第五节 颞下颌关节疾病	188
第六节 口腔颌面部神经疾患	193
第七节 口腔颌面部发育畸形	195
第八节 口腔颌面部综合征	201
第八章 儿童患者修复学	207
第一节 概述	207
第二节 儿童患者修复治疗的观念及原则	207
第三节 儿童牙骀发育和口腔修复	208
第四节 导致修复治疗的主要病因及危害	210
第五节 儿童患者修复治疗	211
第九章 牙周治疗技术	216
第一节 治疗计划与预后判断	216
第二节 治疗基础	217
第三节 牙周手术	219
第四节 调骀及固定	227
第十章 牙体牙髓病治疗技术	230
第一节 牙体修复	230
第二节 牙髓及根尖周病的治疗	236
第三节 牙齿漂白术	243
第十一章 修复治疗及技术	244
第一节 牙体缺损	244
第二节 牙列缺损	245
第三节 牙列缺失	245
第四节 口腔颌面部缺损	246
第五节 牙体缺损的修复	247
第六节 固定桥修复要点	256
第七节 可摘局部义齿修复要点及问题分析	263
第八节 全口义齿修复关键	286
第九节 种植义齿及覆盖义齿	299
第十节 颌面缺损的修复	305
第十一节 修复技术	308
第十二章 错骀畸形检查与矫治技术	314
第一节 错骀畸形的分类、检查及诊断	314
第二节 常见错骀畸形	320
第三节 活动矫治器矫治技术	324
第四节 固定矫治器矫治技术	341

第五节	常见错殆畸形的矫治	357
第十三章	口腔颌面外科手术	366
第一节	口腔局部麻醉	366
第二节	牙及牙槽部手术	370
第三节	口腔颌面部感染的手术	376
第四节	颌面损伤的手术	382
第五节	口腔颌面部囊肿和肿瘤的手术	387
第六节	口腔颌面部肿瘤的非手术治疗	391
第七节	涎腺手术	393
第八节	颞下颌关节手术	396
第十四章	口腔疾病的预防	402
第一节	龋齿的预防	402
第二节	牙周病的预防	405
第三节	牙殆畸形的预防	406
第十五章	计算机辅助设计和计算机辅助制作在口腔修复中的应用及前景	408
第一节	CAD/CAM 系统的应用理论	408
第二节	CAD/CAM 系统组成	409
第三节	CAD/CAM 系统的修复过程	410
第四节	齿科 CAD/CAM 系统现状	411
第五节	CAD/CAM 的存在问题与展望	414

第一章 口腔门诊检查与病历

口腔检查的目的是根据采集的病史和运用各种检查结果,综合分析和判断,作为正确诊断和治疗的依据。口腔检查是全身检查的一部分,某些口腔疾病可引起全身征状,而某些全身性疾病也可以出现口腔表征而首诊于口腔科。因此,在检查中必须有整体观念,除了着重检查牙齿、牙周、口腔黏膜和颌面部外,必要时应做全身检查。

口腔检查分为一般临床检查、辅助检查和专科检查。

第一节 一般临床检查

一、常用器械及用途

(1)口镜:①反映视线不能直达部位的影像,如牙齿远中面等。②可以反射并聚光被检查部位,以增加局部照明。③牵拉唇、颊和拨压舌等软组织。④柄端可做叩诊检查。

(2)镊子:①夹敷料、异物等。②夹住牙齿检查松动度。③柄端可做叩诊检查。

(3)探针:①检查龋洞并探查龋洞深度,是否穿髓,三弯探针可探查邻面龋。②探查牙齿感觉过敏区和窦道方向。③钝头探针或刻度探针可探测牙周袋深度及袋内上药。

二、一般检查方法

(一)问诊

通过询问可以了解疾病的发生、发展及演变过程。问诊时医生态度要和蔼,说话通俗易懂,启发患者回答与病情直接有关的主要问题。

(1)主诉:是患者对疾病的诉说,提出最迫切要求解决的问题。对儿童患者则应向家长或陪伴者询问,力求准确了解病情。

(2)现病史:是对主诉需要进一步了解病情。如开始发病的症状及时间;疾病的演变过程;是初发还是复发,有无诱发因素;曾做过哪些检查和治疗,结果如何等。

(3)既往史:有些口腔疾病往往和过去的健康状况、生活习惯有关。如曾患过何种疾病,与目前该病有无关系;个人嗜好和生活习惯;职业和劳动情况;居住地区;药物过敏史等。对女性患者必要时应询问月经史及妊娠史。

(4)家族史:主要询问家庭成员的健康情况,以及是否有类似疾病的发生。有些口腔疾病的发生与遗传因素有关(如遗传性乳光牙等)。

(二)望诊

通过肉眼直接观察患者的外表及局部情况。如发育与营养、神态与面容、口腔颌面部的改变等。

(1)颌面部:注意颌面部的发育与对称情况;有无肿胀或畸形;有无瘢痕、窦道或颜色的改变;关节和肌肉的功能有无障碍等。

(2)牙体:注意牙齿表面的色泽、数目、形态、排列及咬合,有无龋坏,牙齿修复物等情况。

(3)牙周:注意牙龈的形态与颜色,有无肿胀、出血、增生或萎缩,牙龈窦道及溃疡;牙结石沉积多少等。

(4)唇、颊、腭、口底:有无溃疡、糜烂,有无斑纹及色泽改变,有无红肿及肿块等。

(5)舌:注意舌背有无裂沟,舌乳头有无增生或脱落,舌运动情况等。

(三)探诊

利用探针检查和确定病变部位、范围及其反应。检查动作应轻巧,防止损伤牙髓及牙周组织。

(1)探查龋洞部位、深浅及疼痛反应情况;牙齿感觉过敏部位和程度;修复体边缘的密和度;三弯探针可探查邻面龋。

(2)探查龈下结石情况;窦道方向与深度。

(3)刻度探针探测牙周袋部位、深度及范围。

(四)叩诊

利用口镜或镊子的柄端轻轻叩击牙齿,检查根尖或根侧牙周膜的反应。垂直叩诊用于检查根尖区反应,侧叩检查牙周膜一侧的反应。叩诊时不可用力过猛。叩诊应先从不正常牙开始,将患牙与邻牙或对侧同名牙作对比。叩痛可分为无、轻度、中度和重度,分别以一、+、++、+++记录。

(五)扪诊

为借助手指的感觉和患者反应去检查病变的方法。对口腔内的扪诊要戴指套。

(1)检查肿胀:范围和程度、界线是否清楚,有无触压痛及波动感。

(2)检查颌下、颌下、颈部淋巴结:大小、数目、硬度、有无黏连等。

(3)创伤性咬合的检查:以食指轻按于患牙与健康邻牙的唇(颊)面牙颈部,使手指一部分接触牙体,一部分接触龈缘,让患者做各种咬殆运动,若食指下有震动感即表示有创伤性咬合。

(4)了解溃疡及斑块:了解溃疡基底部有无硬结;斑块表面是否突起,基底是否柔软、有无增厚等。

(六)嗅诊

有些疾病可借助嗅觉帮助诊断,如坏死性龈炎或牙髓坏疽,均有特殊的腐败性臭味等。

(七)咬诊

咬诊检查应先从正中殆开始,然后做前伸及侧殆运动。

(1)空咬时:某牙出现疼痛,说明尖周有炎症。

(2)咬实物时:咬棉球、棉签或器械柄时,若出现疼痛,说明牙体有隐裂、根裂或殆面有牙本质过敏区。

(3)咬合纸法:以蓝色咬合纸置于咬合面,嘱患者做各种咬合动作,根据牙齿上所留蓝印,即为殆早接触的印记。

(4)咬蜡片法:将烤软的蜡片置于殆面,嘱患者作正中咬合,待蜡片冷却后取下,观察蜡片最薄处或穿破点,为正中殆早接触部位。

(八)牙齿松动度的检查

检查前牙时,用镊子夹住切缘,向唇、舌方向摇动,以观察摆动范围;检查后牙时,用镊子尖端抵住殆面中央窝处,向近、远中或颊、舌方向摇动,以观察摆动范围,松动度可分为三级:

(1)以毫米计算牙齿松动的幅度:Ⅰ度松动:松动幅度在1 mm内;Ⅱ度松动:松动幅度在1~2 mm;Ⅲ度松动幅度>2 mm。

(2)以牙松动方向计算Ⅰ度松动:仅颊(唇)、舌(腭)方向松动;Ⅱ度松动:颊(唇)、舌(腭)和近、远中方向均有松动;Ⅲ度松动:颊(唇)、舌(腭)、近、远中和垂直方向均有松动。

(孙庆凯)

第二节 辅助检查

一、牙髓活力试验

正常牙髓对外界刺激有一定的耐受力,温度刺激一般在29~50℃时无反应,当牙髓有病变时,刺激阈出现变化,如炎刺激阈降低,牙髓坏死则无反应。临床上常用温度和电流检查牙髓反应,由

于个体差异测试时必须与邻牙或对侧同名牙对比。

测试前先用棉条将受检牙以及邻牙擦干,测试部位应在唇(颊)面近颈部。先测试正常邻牙或对侧同名牙,再测试病牙,牙髓活力分为正常、敏感、极敏感、迟钝和无反应。

(一) 温度试验

(1) 冷试:用氯乙烷小棉球或冰尖立即置于测试部位,观察牙髓反应。

(2) 将烤热软化的牙胶与牙面接触,观察牙髓反应。

(二) 电活力试验

用电活力测试仪逐渐加大电流,对牙齿进行刺激,检查牙髓反应。电活力测试仪有多种形式,目前常用的为单极,使用方便,介绍如下。

1. 方法步骤

(1) 测试牙先用棉条擦干,隔离唾液,防止刺激电流从牙龈或邻接点传导出现假阳性或假阴性。

(2) 术者手持探测棒下端金属柄部分,并将手指作为支点接触被测者面部皮肤。

(3) 探测棒尖端放少量牙膏,再放在被测牙齿颊面中央或唇(颊)面。此时电路自动接通,测试仪上数据自动增长。

(4) 患者感到牙齿酸、麻、痛时即举手示意,探头立即离开牙齿。观察测试仪上的数据。

(5) 测试仪上能显示的最大刺激阈值为 80,在此阈值内有反应可判断为活髓。和正常牙比较,如读数低于正常牙,表示敏感;高于正常牙,表示迟钝;如到最高读数仍无反应,可判断为死髓。

(6) 测试结果有疑问时,可重复测试,以防止假阳性或假阴性的出现。

2. 注意事项 配戴心脏起搏器患者及严重心律失常患者,禁止使用本仪器。

二、局部麻醉

对于放散性疼痛而又无法确定疼痛部位时,可用 2% 普鲁卡因或利多卡因局部麻醉以协助定位。当患者不能区分痛牙在上颌或下颌时,可先麻醉下齿槽神经,若止痛,说明病牙在下颌,否则为上颌牙痛,有时也用于鉴别三叉神经痛。

三、X 线检查

是一项重要而常用的辅助检查方法,对病变检查和疗效判断有重要意义。该方法应用广泛:①检查牙体病变,如邻面龋部位、深度,髓腔大小,根管形态与数目,根尖周围骨质破坏情况。②牙周病变情况,如牙周膜的宽度,牙槽骨吸收程度与类型。③检查阻生牙、埋藏牙、乳牙根吸收或恒牙萌出情况,有无根折等。④检查颌骨内病变,肿瘤大小,骨折情况。⑤治疗中和治疗后的检查,疗效复查等。

四、活体组织检查

局麻下选择病变最明显、恶变可能性最大的部位切除组织,立即放入 10% 甲醛(福尔马林)液内送病检。用于口腔黏膜、软组织和肿块的协助诊断。

五、实验室检查

必要时,根据病情作血、尿、便常规检查,也可作细菌涂片、培养和免疫学检查。

(官爱忠)

第三节 牙周科检查

一、牙周袋的探测

牙周袋探测方法可用圆钝的探针贴紧牙面且与牙长轴一致的方向自龈缘向根尖方向轻轻伸入直到有阻力时即为袋底,记录牙周袋深度。在探测深度的同时可将探针在袋内轻轻移动,以了解袋的宽度。一般在临床检查时,在唇(颊)侧测量近中唇(近中颊)、唇(颊)和远中唇(远中颊)个点。在舌(腭)

侧测近中舌(近中腭)、舌(腭)、远中舌(远中腭)三个点。注意测量牙周袋时,动作要轻巧,遇阻力勿强行深入,以免损伤组织。

二、常用牙周指数检查

(一)牙龈指数

检查(Gingival index, GI)。

1. 记分标准:根据 Loe 和 Silness (1963)提出的检查方法,主要说明牙龈炎征的严重程度。记分标准如下:

0—正常牙龈:

1—轻度炎征:龈色轻微改变,轻度水肿,探诊不出血。

2—中度炎征:牙龈充血、水肿和光滑,探之出血。

3—重度炎征:牙龈明显充血、水肿、溃疡,有自发出血倾向。

2. 检查方法:每牙分四个点,即唇(颊)面牙龈的近、远中乳头和中央部分以及舌面中央部分。以钝探针尖端置于龈沟开口处 ≤ 1 mm,自远中向近中作连续移动,直到同侧牙检查完毕,观察每牙四个点的出血情况,按上述标准记录之。

(二)菌斑指数

检查(Plaque index, PLI)。

1. 记分标准检查 根据 Quigley 和 Hein(1962)提出的检查方法,用以表示菌斑的程度。记分标准如下:

0—无菌斑;

1—牙颈边缘有分散的斑点;

2—牙颈边缘有连续的、宽达 1 mm 的带状斑;

3—带状斑宽 1 mm 以上,但不到牙冠的 1/3;

4—斑覆盖牙冠超过 1/3,但不到 2/3;

5—斑覆盖牙冠 2/3 或更多。

2. 检查方法 用棉签沾菌斑显示液涂于患者口内牙齿各面,然后用水漱口 3 次,牙面着色处即为菌斑所在部位。检查所有牙齿的唇(颊)、舌(腭)面,按上述标准记分。

二、病历书写

病历是检查和治疗的记录,是总结经验,提高医疗质量和开展科研的重要资料。因此,必须严肃认真书写病历。病历记录内容包括:

(1)一般项目:姓名、性别、年龄、民族、出生年月、籍贯、职业、住址、婚姻状况、工作单位。

(2)主诉:主要病证的部位、症状和持续时间(牙痛三要素)。

(3)现病史:病变发生、发展、诱发因素及治疗情况。

(4)既往史:与本病有关情况的记录。

(5)检查:先查主诉部位,再查有关部位。

(6)印诊:结合病史和检查作出初步诊断。

(7)建议:全面分析后作出治疗计划。

(8)处理:治疗情况的记录。

(9)签名:病历书写完毕执行医生签名。

(李 伟)

第四节 口腔修复科检查

一、病史采集

病史采集是通过医师的问诊来完成的。问诊时要态度和蔼,语言通俗,重点明确,层次分明,特别要了解病员对口腔修复的要求。

(1)主诉:主诉是患者就诊的主要原因和迫切要求解决的主要问题。

(2)现病史:现病史一般包括发病的原因,时间,发展进程以及曾经接受过的检查和治疗,对牙齿缺失的患者应了解缺牙原因、时间,是否进行过修复,修复效果如何等。

(3)既往史:应着重了解与本病有关的部分,询问患者全身健康情况,饮食习惯,精神状态,职业和劳动条件等。

(4)家族史:对某些与遗传因素有关的口腔疾病,如先天缺牙,牙周病,乳光牙等,尚需对患者家庭成员有关类似疾病作进一步了解,以提供诊断治疗参考。

二、颌面部检查

检查内容包括:①颌面部外形的对称性。②颌面部比例关系是否协调。③患者侧面轮廓是直面型、凸面形还是凹面形,颌、面、颌、牙各部分的前后位置和大小比例是否正常,有无颌骨前突或后缩等情况。

三、口腔内检查

1. 缺牙区情况 缺牙区牙槽嵴有无妨碍修复治疗的骨尖、骨隆突,拔牙创愈合是否良好。目前有人主张早期修复,目的是使患者拔牙后避免忍受无牙的痛苦。但是无论何种类型的早期修复,在3~6个月后,由于牙槽嵴的吸收,必须进行衬垫或重做。

2. 余留牙的情况 首先检查邻近缺隙的基牙,除了注意余留牙的数目、颜色、形态和位置外,还应注意:

(1)有无龋病:是否经过牙髓治疗,有无叩痛,有无瘘管。

(2)有无过度磨耗:牙体有无楔状缺损,有无牙折或隐裂。

(3)牙周组织情况:龈缘有无炎病、增生或萎缩。牙周袋深度是否正常,有无溢脓。

(4)牙齿松动度检查:松动度Ⅲ°以上者一般均需拔除或作松牙固定治疗后方可修复缺牙。

(5)牙列情况:牙列的大小,形状,有无错位牙,基牙有无移位,倾倒,伸长等现象。

(6)殆关系检查:上下牙列是否有广泛的殆接触关系,前牙复殆,覆盖关系是否在正常范围之内,左右侧殆平面是否对称。

3. 颌骨和牙槽嵴情况 若为全牙列缺失的患者,应检查上下牙槽嵴关系是否正常,有无上颌前突,下颌前突或下颌后缩现象,上下牙槽嵴大小是否协调。若有牙槽嵴和颌骨缺损,则需注意其缺损范围的大小,影响功能的情况。

4. 口腔黏膜及软组织情况

(1)检查口腔黏膜色泽是否正常,有无炎征、溃疡及瘢痕存在,黏膜的厚度,移动性和协调性情况。

(2)检查唇、舌颊系带情况,是否影响修复体的固位,是否需要做修复前处理。

(3)检查舌的大小、形态、活动度等情况。

(4)检查唾液的分泌量和黏稠度,分泌量过少或过稠均可影响修复效果。

5. 原有修复体的检查 患者如戴有修复体,应检查修复体与口腔组织密合情况,外形是否合适,对牙龈、黏膜是否有刺激,功能情况如何,了解患者要求重做的原因与要求。

四、X线检查

X线检查是诊断口腔疾病的一种重要的检查方法。在口腔修复的临床应用有以下几个方面:①检查龋病的情况,尤其在牙的邻面,临床不易发现。②了解牙髓情况,根管的长短,根管治疗情况。③有无根尖周病、有无根折。④牙槽骨吸收的程度,牙周膜情况。⑤缺牙区有无可疑的龈下残根等。

(刘风信)

第五节 口腔颌面部检查

口腔颌面部的常见病、多发病往往通过详细的问诊和全面的专科一般检查即可获得正确的诊断。因此,一般检查是颌面外科医师必须掌握的基本功。其内容应包括颌面颈部、口腔、颞下颌关节和涎腺4个部分。

一、颌面部视、触、探、叩、听

(一)视诊

1. 颜面表情与意识神态 颜面部表情变化既是某些口腔颌面外科疾病的表征,又是各种全身疾病的反应。观察面容表情,对于了解患者的意识状态和判断患者的全身状况以及病情的轻重甚至疾病的性质具有重要意义。如急性热病容提示感染;痛苦表情和神态自若间歇性交替出现则可能为三叉神经痛;面神经麻痹患者一侧表情肌功能降低或消失;表情淡漠和意识障碍则反应患者处于休克状态或存在颅脑损伤等。

2. 颜面部外形与色泽 观察颜面部应注意其外形与轮廓的对称性及其丰满度,面上、中、下三部分的正、侧面比例是否协调等。对于颌面颈部的肿胀、肿块、缺损和畸形,除观察其表面皮肤的色泽、皱纹、弹性外,还应注意病变的部位、范围大小和界限及其与周围组织器官的关系和功能影响等。由于眼、耳、鼻是颌面部的重要器官且与颌面部某些疾病关系密切,除观察这些器官的外形以及分泌物有无改变外,对于颌面部外伤和肿瘤患者,应特别注意瞳孔的改变、眼球的位置和运动情况、视力如何以及有无复视等。

3. 张口度的大小 正常人张口度约相当于自身手合拢时食指、中指、无名指末节的宽度,其测量应以上下中切牙切缘间距离为标准。炎症累及咀嚼肌、关节疾病以及骨折移位阻挡均可造成张口度的改变,临床上若遇张口受限的患者,一般分3度描述:

(1)轻度张口受限:上下切牙切缘间距仅可置入二横指,相当于2~3 cm;

(2)中度张口受限:上下切牙切缘间距仅可置入一横指,相当于1~2 cm;

(3)重度张口受限:上下切牙切缘间距不到一横指,即约在1 cm以内者。

(二)触诊

(1)病变部位及范围:病变局部皮肤的温度、湿度、硬度与弹性有无改变;病变在哪个解剖区域,波及的范围,发生在什么组织和所涉及的层次(皮肤、皮下、肌肉或骨组织等)。

(2)病变的大小和形状:大小可用数字或实物来比拟,并注意有无体位性改变;形状以圆形、椭圆形、扁形、不规则形、光滑、结节状、分叶状、颗粒状等描述。

(3)病变的性质:有无压痛,软硬度,与深层组织及皮肤的关系及特殊征象。如波动、搏动、震颤、“乒乓球”样感和压迫性缩小等都具有重要的诊断意义。

(4)颌面部肌肉触诊:一般应在运动状态下作两侧对比。

(5)颌面部骨骼触诊:应注意大小、对称性,有无膨隆或缺损,连续性如何,有无压痛、波动或“乒乓球”样感、台阶样感或异常动度等。

(6)双合诊或口内外联合触诊:对于唇、颊、舌、口底部以及咽旁的病变必要时应进行双合诊或口内外联合触诊以便更准确地了解病变的范围和性质。唇、舌部的双合诊一般将一手的拇指、食指两指

分别置于病变的两侧进行脉诊；口底部和咽旁的双合诊一般只能用双手口内外联合触诊；颊部的病变则视情况以上两种方法都可应用。

(7)面颈部淋巴结的触诊：对颌面部炎症与肿瘤患者的诊断具有重要意义。检查时患者取坐位，检查者视需要站于患者的右前方或右后方，患者头稍低、略偏向受检测侧，同时尽量放松颈部肌肉。检查者手指紧贴检查部位，按一定顺序，由浅入深，滑动触诊。一般的顺序为耳后、耳前、腮、颊、颌下、颏、乳突、枕骨下区，顺胸锁乳突肌前后缘、颈前后三角，最后至锁骨上凹。触诊时应注意肿大淋巴结所在的部位，大小、数目、硬度、活动度、有无压痛或波动感及周围组织粘连等情况，并进行两侧对比。

(三)探诊

主要用于涎腺导管及存在有瘻管窦道时。探针探测时应注意其方向、深度，以及能否探及骨面或与口腔相通。必要时可在瘻管内注入染色剂或行瘻道造影以进一步明确其走向。

(四)叩诊

颌面部叩诊仅限于选用器械叩诊来查找病源牙，检查时应把最可疑的病源牙放在最后，以免疼痛影响病源牙的准确定位。

(五)听诊

(1)语言听诊：主要用于腭裂、舌系带过短、舌根部肿瘤以及颈部肿瘤压迫或侵犯喉返神经的患者。

(2)听诊器听诊：疑为蔓状血管瘤和颈动脉体瘤时使用。

(3)关节区听诊：根据关节弹响发生的时间及性质，有助于颞下颌关节紊乱综合征的确诊和分型。

二、口腔检查

口腔检查包括口腔前庭、固有口腔、牙及咬合三部分。

(一)口腔前庭

检查时可用口镜将唇颊部拉开，依次对唇、颊、牙龈黏膜及唇颊沟进行检查，注意有无异常颜色、瘻管、溃疡或新生物；并观察唇、颊系带的位置及腮腺导管乳头的情况。

(二)固有口腔及口咽

(1)腭：注意硬、软腭，腭垂（悬雍垂），舌腭弓等处的黏膜有无病变或缺损畸形，对于外观无异常但发音欠佳者，应配合触诊检查有无隐裂或腭部肌肉发育异常以及软腭和悬雍垂的运动，并注意有无腭咽闭合不全。

(2)舌：检查时可借助口镜观察舌体、舌根、舌背、舌腹的黏膜，舌苔、舌形及大小等，特别注意舌系带的附丽位置和舌运动时有无受限或偏向一侧。对于溃疡和新生物应配合触诊了解其范围、硬度、活动性，以及有无触痛或浸润等。

(3)口底：注意口底位置有无抬高，颌下腺、舌下腺导管及乳头的情况，必要时可触摸腺体检查开口处有无脓性分泌物溢出。

(三)牙及咬合

(1)牙齿：牙齿的检查注意有无缺牙、多生牙、异位牙和埋藏牙，并注意牙体、牙周和尖周有无病变。

(2)咬合关系：注意区别正常殆和错殆。根据咬合关系帮助确定有无颌骨畸形、骨折、颌骨肿瘤和颞下颌关节病变等情况。

三、颞下颌关节检查

发生在颞下颌关节的疾病种类较多，病因和临床表现复杂多变。关节内病变可表现为关节外症状，如骨性关节强直表现为张口受限；关节外病变表现为关节内症状，如咀嚼肌病变和咬合关系错乱引起的关节紊乱综合征。这类疾病是专科特有的病变，口腔颌面外科医师负有不可推卸的诊治责任。

因此,除掌握一般检查外,还需熟悉特殊辅助检查。进行一般检查时特别应注意以下几点:

(1)颌面部外形:注意颏部中点是否居中,颜面下 1/3 部分有无明显缩短或增长。观察面部两侧是否对称,比较下颌骨两侧各部的大小和长度。

(2)颞下颌关节:观察耳屏前有无凹陷或隆起;通过触诊耳屏前和外耳道,对比下颌活动时双侧裸状突的活动度,有无压痛,并配合听诊了解有无弹响、摩擦音及其发生的时间、性质、次数和响度等。

(3)下颌运动:包括张口度和运动轨迹。

(4)咀嚼肌:注意对比两侧各组咀嚼肌是否对称、有无肥大、萎缩及肿痛,运动时的肌张力和协调等情况。

(5)咬合关系:注意殆曲线,有无殆面磨损、创伤殆、深覆殆、锁殆、缺牙,以及缺牙的时间。

四、涎腺检查

涎腺检查主要是指腮腺、颌下腺和舌下腺 3 对大唾液腺,临床上对于某些系统性疾病,如淋巴上皮病应作包括小涎腺的全面检查。检查时应注意以下几点:

(1)两侧对比:包括腺体的大小、质地,导管,导管口及其分泌物的量和性质。

(2)肿胀和肿物:注意其范围、大个、形状、质地、活动度,有无压痛,与周围组织的关系,在腺体内还是腺体外,发生在一侧还是双侧,甚至多腺体内。腮腺区肿瘤应特别注意检查面神经的功能,通过检查面神经各枝所支配的功能部位运动情况,准确判断面神经受累的情况。

(3)导管结石:较大的导管结石临床上可以触及,触诊时注意从近腺体端开始向导管开口方向触摸,防止因操作错误而导致结石向腺外方向推移。

(4)导管探诊:主要在导管口狭窄或注入造影剂或药物时使用,在临床未触及结石的情况下方可进行。探寻导管口时要耐心仔细,并选择适当的钝头探针或注射针头,以免损伤导管乳头或使药物飞入软组织中。

(5)腺体分泌:检查腺体分泌功能对于某些涎腺疾病和系统性疾病诊断具有重要意义。临床上,简单常用的方法是观察口腔黏膜的湿润情况;触摸腺体观察导管口的涎液分泌量及两侧对比情况;酸性物质刺激以观察患者产生的反射性涎液分泌。必要时可通过放射性核素扫描较为准确地测定腺体的分泌情况。

(刘彦)

第六节 口腔医学影像检查

一、X 线平片检查

(一)牙片

(1)患者体位:以直立姿势,坐于专用的摄影椅上,头枕部靠在头托上,矢状面与地面垂直。查上颌牙时,使上颌殆面与地面平行。检查下颌牙时,则使下颌殆面与地面平行。

2. 胶片放置及固定:检查前牙时,胶片竖放,边缘超出切缘 7 mm 左右;检查后牙,则胶片横放,其边缘要超出殆面 10 mm 左右。胶片放入口内应使投照面紧贴被检查牙。胶片放好后,嘱患者用手指固定,投照上颌牙用对侧拇指按压胶片上半部,投照下颌牙则用对侧食指按压胶片的下半部。

(3)X 线倾斜角度:见表 1-2-1。

(4)X 线中心线:投照一个牙时,中心线通过被检查牙颈部垂直射入胶片中心;投照两个牙时,中心线通过两牙之间,相当于牙颈部处射入胶片中心;3 个牙一起投照时,中心线则通过中间一个牙的颈部射入胶片。

表 6-1 各牙位的投照倾斜角度

部位		倾斜方向	倾斜角度(度)
21	12	足侧倾斜	+45~+50
543	345	足侧倾斜	+35~+40
876	678	足侧倾斜	+28~+30
21	12	头侧倾斜	-15~-20
543	345	头侧倾斜	-10~+15
876	678	头侧倾斜	0~-5

(二) 殆片

1. 上颌前部殆片

(1) 患者体位: 患者坐于诊疗椅上, 头枕靠在头托上, 使头的矢状面与地面垂直, 听鼻连与地面平行。

(2) 胶片放置与焦距: 将胶片放置于上、下颌牙之间, 嘱患者以正中殆位咬住。焦点与胶片距离为 30 cm。

(3) X 线倾斜角度与中心线: 向足端倾斜 65°角。中心线由鼻骨和鼻软骨交界处射入。

2. 上颌后部殆片

(1) 患者体位: 患者坐于专用诊疗椅上, 头枕部靠在头托上, 使头的矢状面与地面垂直, 听鼻连线与地面平行。

(2) 胶片放置与焦距: 胶片放置于上、下颌牙之间, 并将胶片移向被检查侧, 嘱患者以正中殆位咬住。焦点与胶片距离为 30 cm。

(3) X 线倾斜角度与中心线: 向足端倾斜 60°角。中心线由颧骨前方射入。

3. 下颌前部殆片

(1) 患者体位: 坐于诊疗椅上, 将头托放低, 头后仰枕靠在头托上, 使听鼻连线与地面呈 55°角。

(2) 胶片放置与焦距: 胶片放置于上、下颌牙之间, 嘱患者用牙咬住。焦点与胶片距离为 30 cm。

(3) X 线倾斜角度与中心线: 以 0°角通过两侧中切牙之间, 相当于根尖部射入。

4. 下颌横断殆片

(1) 患者体位: 患者坐于诊疗椅上, 头托放低, 头尽量后仰, 使听鼻连线与地面垂直。

(2) 胶片放置与焦距: 将胶片放置于上、下颌牙之间, 嘱患者用牙咬住。焦点与胶片距离为 30 cm。

(3) X 线倾斜角度与中心线: 以 0°角由两侧下颌第一磨牙连线中点射入。

(三) 华氏位片

(1) 患者体位: 患者俯卧于摄影台上, 前额抬起, 颈部置于台面中线。两肘弯曲, 两手放于两侧肩下支撑身体。矢状面与胶片垂直, 听眦线与台面成 37°角, 鼻尖与上唇间的中点放于暗盒中心

(2) 胶片尺寸与放置: 用 12.5 cm×17.5 cm 或 20 cm×25 cm 胶片, 横放于换片器内。

(3) X 线中心线与距离: 对准鼻尖与上唇间中点, 垂直暗盒射入胶片中心, 距离为 80 cm。

(4) 用遮线筒、滤线器。

(5) 显示部位: 两侧上颌骨、上颌窦、颧骨及颞窦、筛窦等。

(四) 颞骨后前位片

(1) 患者体位: 使患者听眦线与暗盒成 30°角, 下颌颈部紧靠暗盒中心下方 1 cm 处, 其他条件同华氏位片。

(2) 胶片尺寸与放置: 用 20 cm×25 cm 胶片, 横放于换片器内。

(3) X 线中心线与距离: 中心线向足侧倾斜 10°~15°角, 对准头顶部射入暗盒中心, 距离为 80 cm