

临床住院医师规范化培训教材

口腔科学

主 审 刘学杰

主 编 石爱梅



河南医科大学出版社

临床住院医师规范化培训教材

口腔科学

主 审 刘学杰

主 编 石爱梅

副主编 罗冬云 崔文光
贾佑民 陈 华

河南医科大学出版社

• 郑州 •

临床住院医师规范化培训教材

口腔科学

主 审 刘学杰

主 编 石爱梅

责任编辑 李喜婷

责任监制 张 超

河南医科大学出版社出版发行

郑州市大学路40号

邮政编码 450052 电话 (0371)6988300

郑州文华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 29.75 印张 706 千字

1997年10月第1版 1997年10月第1次印刷

印数:1~3150

ISBN 7-81048-219-X/R·211

定价:30.30元

開張住院醫師培訓
高臨床人員素質

劉金喜
一九九七年
九月廿日

编委 (以姓氏笔画为序)

石爱梅 刘学杰 刘建国 李 沙 何 巍 何国斌
余炜伟 陈 华 张 晓 张志伟 张秋霞 罗冬云
姜育红 郭留云 贾佑民 殷 勤 崔文光 潘 红

临床住院医师规范化培训教材
编审委员会

主任 刘全喜

副主任 张广兴 王玉玲 李克勤

委员 (以姓氏笔画为序)

王广田 王玉玲 王春华 王留美 王淑梅 田 涛
石爱梅 刘全喜 乔玉环 闫学儒 李仁发 李克勤
李俊秀 李荣轩 杜作栋 谷 红 宋 昌 张 杰
张广兴 张月丽 张书岭 陆常东 陈幸运 孟 玮
赵善龙 郎鸿志 姜秀琴 郭希让 郭茂华 高城璋
高恩民 梁秀芳 盛光耀 黄钊奇 董明敏 董富银

前 言

随着医学科学技术的发展和医学模式的转变,传统的一次性教育观念被终身教育观念所替代,形成了学校基本教育——毕业后医学教育——继续医学教育三阶段的医学教育连续统一体。毕业后医学教育是医学生完成学校基本教育接受某一学科规范化的专业培养,是医学专业所特有的教育阶段。它对培养高层次医学卫生人才起着承上启下的作用,其中包括研究生教育和住院医师、专科医师培训两种培养途径。临床住院医师培训是在可行的制度及措施下,通过指导和规范要求,对住院医师进行职业道德、医学理论知识和临床基本技能的培训,为培养专科医师甚至更高层次的医师打下坚实的基础。

国家卫生部十分重视住院医师培训工作,于1993年下发了“关于实施《临床住院医师规范化培训试行办法》的通知”,组织编写了供全国参考使用的《临床住院医师规范化培训大纲》。河南省卫生厅于1996年下发了《河南省临床住院医师规范化培训试行办法》,并按照卫生部制定的《大纲》,组织了河南医科大学第一附属医院、第二附属医院、省人民医院等单位的临床医学专家编写了这套教材,共包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学、口腔科学、眼科学、耳鼻咽喉科学和皮肤性病学8个临床学科的临床住院医师规范化培训教材。相信这些基础性工作,对我省临床住院医师培训向规范化发展,进一步完善毕业后医学教育制度将起着积极的推动作用。

临床住院医师培训工作是一项开拓性工作,我们编写此类教材还缺乏经验,恳请同道们批评指正。

临床住院医师规范化培训教材

编 审 委 员 会

1997年10月

编写说明

本教材是根据卫生部下发的《临床住院医师规范化培训大纲》中的“口腔科细则”编写而成,供住院医师在接受规范化培训时使用,也可作为中青年医师工作中的参考书。

本教材既不同于本科教材,又不同于“手册”和“新进展”。其特点是:综合口腔科多科内容,统一编排,有一定的广度;编者结合长期教学、临床工作经验及科研成果,精心编写。每部分参考诸多文献,补充临床住院医师应该掌握的新理论、新技术,有一定的深度;以常见病、多发病为重点,详略得当,内容充实,理论系统;集中本科教材、新进展和临床医师手册三者的优点,偏重于临床实践部分,条理清楚,图文并茂,突出实用,概括新进展,反映新技术。

本教材在编写过程中参考了张举之主编的《口腔内科学》、邱蔚六主编的《口腔颌面外科学》、徐君伍主编的《口腔修复学》、傅民魁主编的《口腔正畸学》和《中华口腔医学杂志》等大量书刊,在此表示谢意。鉴于篇幅有限,不能全部列出,敬请谅解。

在参照本书指导临床实践时,亦应同时参考其他同类书籍,因有个体差异,特别在药物治疗时应予以注意。

虽然参加本教材编写人员大都具有高级职称,并有一定临床经验,但由于时间仓促,编写水平有限,教材中难免有遗漏及不足之处,诚望读者及专家不吝雅正。

石爱梅

1997年8月

目 录

第一章 口腔检查及病历书写.....	1
第一节 口腔检查前的准备.....	1
第二节 口腔检查方法.....	2
第三节 病历书写.....	7
第二章 口腔预防保健	10
第一节 口腔流行病学	10
第二节 龋病的病因学	16
第三节 龋病的预防	23
第四节 牙周疾病的病因学	34
第五节 牙周疾病的预防	36
第三章 龋病	41
第一节 龋病的临床表现	41
第二节 龋病的诊断与鉴别诊断	42
第三节 龋病的治疗	43
第四章 牙体硬组织非龋性疾病	56
第一节 牙齿发育异常	56
第二节 牙体损伤	58
第三节 牙齿敏感症	61
第五章 牙髓病	63
第一节 牙髓病的病因	63
第二节 牙髓病的临床表现和诊断	63
第三节 牙髓病的治疗	65
第六章 根尖周病	69
第一节 根尖周病的病因	69
第二节 根尖周病的临床表现和诊断	69
第三节 根尖周病的治疗	71
第七章 牙周病	79
第一节 牙周病的检查与记录方法	79
第二节 牙龈炎	81
第三节 牙龈增生	84
第四节 牙周炎	85
第五节 牙周萎缩	92

第六节 牙周病的治疗	93
附 牙周缝合与塞治方法	103
第八章 儿童牙病	105
第一节 儿童牙颌系统解剖生理特点	105
第二节 儿童牙病的治疗特点	108
第九章 口腔粘膜病	120
第一节 复发性口疮	120
第二节 口腔念珠菌病	122
第三节 单纯疱疹	125
第四节 扁平苔藓	128
第五节 白斑	129
第六节 盘状红斑狼疮	131
第七节 干燥综合征	132
第八节 多形红斑	133
第九节 药疹	135
第十章 口腔病灶感染	137
第十一章 口腔颌面外科疾病的诊断	140
第一节 口腔颌面外科检查	140
第二节 住院病历书写	146
第十二章 口腔颌面外科麻醉	147
第一节 局部麻醉	147
第二节 全身麻醉	152
第十三章 口腔颌面部炎症	156
第一节 概论	156
第二节 智齿冠周炎	156
第三节 口腔颌面部间隙感染	158
第四节 颌骨骨髓炎	161
第五节 抗生素在口腔颌面部炎症的应用	164
第十四章 口腔颌面部损伤	167
第一节 口腔颌面部损伤的特点及急救原则	167
第二节 颌面部软组织损伤	175
第三节 颌面部损伤治疗技术的发展与效果	179
第四节 牙及牙槽骨损伤	180
第五节 颌骨骨折	181
第六节 颧骨及颧弓骨折	183
第十五章 口腔颌面部肿瘤	186

第一节	概论	186
第二节	口腔颌面部肿瘤的诊断	186
第三节	口腔颌面部肿瘤的治疗原则和方法	189
第四节	口腔颌面部囊肿的诊治与进展	194
第五节	起源于牙齿的各种肿瘤	195
第六节	骨源性口腔颌面部肿瘤	196
第七节	口腔颌面部其他肿瘤	197
第八节	口腔颌面部恶性肿瘤	199
第十六章	涎腺疾病	205
第一节	涎腺炎症	205
第二节	涎腺肿瘤	209
第十七章	颌面部神经疾病	212
第一节	原发性三叉神经痛的中西医治疗	212
第二节	面神经麻痹的诊断和治疗	215
第三节	面肌抽搐治疗的新进展	216
第十八章	颞下颌关节疾病	217
第一节	颞下颌关节紊乱综合症	217
第二节	颞下颌关节脱位	219
第三节	颞下颌关节强直	221
第十九章	颌面部畸形	223
第一节	先天性唇腭裂整复的方法及进展	223
第二节	颌面部后天缺损畸形的整形学基础	240
第二十章	显微外科在颌面外科的应用	242
第二十一章	口腔颌面部常见手术	247
第一节	牙拔除术	247
第二节	舌系带修整术	253
第三节	唇系带修整术	254
第四节	前庭沟加深术	255
第五节	牙槽骨修整术	257
第六节	甲状舌管囊肿及瘻切除术	259
第七节	颌下腺摘除术	260
第八节	腮腺切除术	262
第九节	下颌骨切除术	263
第十节	上颌骨切除术	266
第十一节	颞下颌关节成形术	268
第二十二章	牙体缺损的修复	271

第一节	基本概念	271
第二节	牙体缺损的修复治疗原则	272
第三节	固位原理及增加固位力的措施	274
第四节	牙体缺损修复方式的选择	276
第五节	各类修复的牙体制备	280
第六节	取印模与制作模型	283
第七节	修复体制作工艺	284
第八节	修复体试戴与粘固	297
第九节	牙体缺损修复后的问题与处理	298
第二十三章	牙列缺损的固定义齿修复	300
第一节	基本概念	300
第二节	固定义齿的选择与设计	301
第三节	固定义齿的制作	304
第四节	固定桥修复后的问题及处理	307
第二十四章	可摘局部义齿	308
第一节	修复总则	308
第二节	可摘局部义齿的组成及作用	309
第三节	可摘局部义齿修复的步骤	316
第四节	可摘局部义齿的初戴及戴入后常见问题处理	325
第二十五章	口腔修复熔模铸造工艺	327
第一节	概论	327
第二节	可摘局部义齿支架的高熔精密铸造技术	327
第二十六章	全口义齿	336
第一节	总论	336
第二节	全口义齿的固位和稳定	339
第三节	全口义齿的制作	340
第四节	全口义齿的初戴	348
第五节	戴牙后常见问题的处理	350
第二十七章	口腔修复常用材料	353
第一节	印模材料	353
第二节	模型材料	354
第三节	义齿基托材料	356
第四节	金属材料	357
第五节	铸造包埋材料	360
第六节	种植材料	362

第二十八章	错殆畸形的病因	364
第一节	遗传因素	364
第二节	环境因素	365
第二十九章	错殆畸形的分类	370
第一节	个别牙齿错位的分类	370
第二节	Angle 错殆分类	370
第三节	Simon 错殆分类	371
第四节	毛燮均错殆分类法	371
第三十章	错殆畸形的检查诊断	374
第一节	一般检查	374
第二节	模型分析	375
第三节	X 线头影测量分析	379
第四节	诊断与治疗计划	397
第五节	病历书写	398
第三十一章	活动矫治器	402
第一节	活动矫治器的基本结构和功能	402
第二节	常用活动矫治器	407
第三节	活动矫治器与固定附件联合应用	409
第四节	活动矫治器的应用范围及局限性	410
第三十二章	功能矫治器	412
第一节	功能矫治器的分类	412
第二节	功能矫治器的矫治原理和特点	412
第三节	功能矫治器的适应证	413
第四节	常用的功能矫治器	413
第三十三章	方丝弓矫正技术	417
第一节	方丝弓矫治器的特点和原理	417
第二节	方丝弓矫治器的组成部分	418
第三节	方丝弓矫治技术的临床应用	420
第三十四章	Begg 细丝弓矫正技术	430
第一节	Begg 细丝弓矫正技术的特点和原理	430
第二节	Begg 细丝弓矫治器的组成部分	430
第三节	Begg 细丝弓矫正技术的临床应用	433
第三十五章	固定矫治器的有关操作技术	435
第一节	常用器械及其应用	435
第二节	正畸附件的粘合	436
第三节	分牙技术	437

第四节	焊接技术.....	438
第三十六章	常见错殆畸形的矫治	439
第一节	牙列拥挤的矫治.....	439
第二节	前牙反殆的矫治	441
第三节	前牙深覆盖的矫治.....	442
第四节	后牙反殆的矫治	443
第五节	锁殆的矫治	444
第六节	深覆殆的矫治	445
第七节	开殆的矫治	445
第三十七章	保持.....	447
第一节	保持的原因.....	447
第二节	保持器.....	448
第三节	保持的时间.....	449
第四节	复发的预防.....	449
附录一	培训大纲.....	451
附录二	培训内容与要求.....	457

第一章 口腔检查及病历书写

口腔检查(oral examination)是全身检查的一部分,是诊断和治疗口腔疾病的基础。对任何口腔疾病的行之有效的治疗都依赖于正确无误的诊断,而正确的诊断必须来源于对病情的深入了解及对病情的综合分析、判断。全面了解病情就必须详细收集病史和进行各种必要的检查。

口腔检查除着重检查牙齿、牙周、口腔粘膜及颌面部组织外,还应结合全身进行检查。

口腔检查尚有一些独特的检查方法并需要一些专门器械,故在检查前需做好充分准备。

第一节 口腔检查前的准备

检查前应做好器械、灯光、椅位及检查者自身的准备。检查者应穿戴好工作衣、帽、口罩,并洗手。

一、器械准备

每位患者应常规准备一套检查器械:口镜(mouth mirror)、探针(explorer)、牙用镊(pliers)。

口镜由口镜头和口镜柄组成,镜头有平面镜和放大镜之分,前者影像真实较常用。口镜的用途有:①反映被检查部位的影像,帮助术者看清不能直视的部位;②反射并聚光线于被检查部位,以增加照光度;③牵拉口角、颊部、推压舌等软组织,以扩大视野和预防损伤上述组织。口镜柄还可作牙体叩诊用,通常左手握持。

探针常用的是齿科5°探针,由不锈钢制成,一端为半圆形,另一端为近似直角的三弯尖勾形。其用途是:①检查牙体缺损位置、深浅、大小及患牙感觉;②探测牙体敏感区、找出敏感点;③探查牙周袋位置、深度及龈下牙石位置、大小;④探查穿髓孔;⑤探测充填体密合度,探查有无充填悬突;⑥勾取窝洞内暂封药物。通常以右手握笔式握持,使用操作要有支点。

镊子常用的为反角式齿科镊,镊喙尖闭合严密,其作用有:①夹持敷料、药物、充填材料及其他物品;②夹持牙体、检查其松动度;③镊柄可作叩诊用。其使用方法同探针,右手握持,有支点操作。

二、椅位准备

固定患者头枕部于椅子的头靠上,以免头部滑动;椅背上缘与患者肩胛平齐,以便支撑腰部。使头、颈、躯干呈一直线,并与椅子有多处接触,以防疲劳和保证患者安全、舒适。

检查上颌牙时,应使患者头、背部稍微后仰,张口时使上颌牙列殆平面与地平面约成45°角,高度与术者肘部平齐;检查下颌牙时,使患者头颈长轴与躯干一致,张口时下牙列殆平面与地平面近于平行。高度仍与术者肘部平齐。

椅位的调节既要使患者安全、舒适,也要使术者检查、操作方便,防止过分仰视和弯腰,术者一般站在患者右前方(检查诊治上颌多用)或右后方(下颌多用),双脚承重、背部挺直、

头略前倾,以免术者易于疲劳。

随着口腔设备更新,现已有卧式电动手术椅,患者可半卧或平躺于椅上,上颌牙列与地面约成 90° 角,头顶靠近医生,医生采用座位,位于时针 $9:30 \sim 12:30$ 之间。

三、灯光准备

口腔检查,应有足够的光照度,以自然光源为好,它能真实反映牙齿和口腔粘膜的色泽,若自然光源不足,宜选择能聚光于口腔的冷光源。椅位调节合适后再调节光源,灯光应从患者左前方照射在口腔的垂线前后 45° 的形成的弧形曲线上。光线可直接照到下颌牙及上前牙唇面。上前牙舌面,上颌双尖牙、磨牙光线是由口镜反射集中照明的。

第二节 口腔检查方法

一、一般检查法

对初诊患者应行大体的视诊,了解患者的发育、营养状况,皮肤色泽等是否正常。必要时可作血压、脉搏、呼吸、体温等全身检查。

(一) 问诊(interrogation) 是检查疾病的第一步,目的是通过对患者本人或家属的询问以了解疾病发生的时间、部位、原因及病情的发展状况及诊治经过与效果等。问诊时态度要和蔼,语言要简明扼要、通俗易懂,医生应以高度的同情心,耐心听取患者的叙述,以获得患者的充分信任。问诊过程中要抓住重点,细致深入地引导、启发患者回答与诊断有关的病史,但不能凭主观想象去暗示、误导患者,以免影响病史的真实性。问诊的主要内容有:

1. 主诉(chief complaint) 是患者感到最痛苦和急迫要求解决的问题,同时也往往是疾病最主要的临床症状,如疼痛、肿胀、溃烂等。询问应包括患病部位、典型症状及患病时间。

2. 现病史(present history) 是这次发病到就诊的全过程,主要包括以下 3 方面的内容:① 开始发病的时间,发病的诱因、原因和症状;② 疾病发展、演变过程,是初发或再发,是逐渐加重或减轻,有无间歇期及并发症等;③ 曾作过的检查和治疗、其结果和效果如何。

3. 既往史(past history) 一些口腔疾病的发病与患者已往的健康、生活习惯、环境状况密切相关,所以还应询问患者的家庭生活、饮食营养、居住情况、休息与睡眠、职业与工作环境、嗜好与习惯,以及月经史与妊娠史和以往患过的重大疾病等。因大多数口腔内科疾病以门诊治疗为主,时间较短,只需重点询问与主诉密切关联的既往史。

4. 家族史(family history) 对某些有明显的家族性或遗传倾向的疾病,还应询问祖父家族,外祖父家族等血缘关系密切的亲属的健康状态,如乳光牙、复发性口疮、错殆畸形、先天梅毒、结核病等。

(二) 视诊(inspection) 是医生通过视觉对患者进行系统地诊查,是重要的临床检查方法之一。视诊时,医生应密切观察任何一个解剖、生理和心理等方面的重大改变。视诊主要用于诊查患部的颜色、形状、各不同部位之间的比例、功能运动情况、患者生理和心理素质情况等。视诊应分部位进行:

1. 颌面部 观察左右是否对称;有无肿胀或畸形;皮肤颜色、有无瘰道或瘢痕;下颌运动有无障碍、异常;口、眼有无歪斜,鼻唇沟有否变浅或消失等。

2. 牙齿 ① 颜色:如龋齿呈白垩、褐或灰褐色;氟斑牙呈不同程度的棕黄色,四环素牙

呈黄、灰褐、暗灰等色；牙髓坏死呈暗黄或暗灰色等；② 牙齿排列与殆关系：是否有拥挤、扭转、倾斜或牙列间隙等，咬合接触情况，有否反殆、深覆殆、锁殆等错殆；③ 牙体形态：牙体有否龋齿、楔状缺损、折裂等缺损畸形；有否畸形中央尖（多见于恒双尖牙）、畸形舌侧窝（多见于上颌恒侧切牙）、双生牙、过大、过小、变异牙等。④ 牙齿数目：有无先天缺牙和多生牙；⑤ 牙齿清洁状况：有否结石或软垢堆集。

3. 牙龈 重在观察牙龈色、形的改变：① 色：正常牙龈为淡粉红色。有炎症时，可为鲜红色或暗红色；若为贫血，为苍白色；若为慢性重金属中毒，沿龈缘处有一条灰黑色微小点组成的与龈缘弧度一致的线条；有咬合创伤时，龈缘成新月形深红色充血区。② 形态：正常牙龈的形态是龈缘沿着牙颈线呈连续的反浪弧形，边缘薄锐，紧贴牙颈部，附着龈上有点彩。有炎症时，游离龈缘扩张增厚，造成突出、点彩消失；在殆创伤时，则可出现龈裂、缘突、不对称性退缩等。③ 质地：正常情况下，牙龈坚韧、致密，有炎症时，变得疏松脆弱；慢性龈增生时，常变得坚硬而富有弹性。

另外，还要注意牙龈是否有出血、溃疡、瘻道等。

4. 口腔粘膜 口腔粘膜的视诊时最好利用自然光源、全面地检查口腔各部分粘膜。重点观察粘膜的颜色有无改变、完整性有否破损，有无裂隙、溃疡、糜烂、疱疹、丘疹、斑块、结节、肿胀、瘢痕、结痂、脱屑等。① 口腔粘膜溃疡的数目、部位、形状、大小、颜色、边缘、基底、渗出及覆盖物、周围组织等都有不同的变化。要特别警惕老年人经久不愈的溃疡，考虑有恶变的可能，必要时应行病理活检。② 要特别注意口腔粘膜上不明原因的赤斑、白斑的变化及其与白色角化病的鉴别。③ 舌：应注意观察舌苔的有无及厚薄、颜色，舌乳头有否充血、肥大或萎缩，表面有无裂隙或溃疡等。

（三）探诊(exploration, probing) 利用不同的齿科探针检查、确定发病部位、范围和病员对刺激的感觉有否异常等。

1. 借助尖头的齿科 5 号探针，探查龋坏的位置、深度、龋损牙本质的软硬度；探查穿髓孔、根管口、充填物密合度，有否悬突等；探查牙齿的敏感区及敏感程度；探查龈下牙石的部位、大小等；还可用尖头探针轻划、轻刺患侧与健侧的皮肤或粘膜，以检查某部位的感觉是否正常。

2. 用牙周刻度探针探测牙周袋，了解牙周袋形态及袋口与袋底关系。

3. 用钝头软质探针探查瘻道的方向、深度。

探诊检查要有支点，动作要轻巧，探查软组织时应顺势推进，不可猛扎、猛插。

（四）叩诊 (percussion) 用牙用镊柄叩击牙齿，根据患者有否疼痛及疼痛程度或叩音来判定该牙有无根尖周、牙周病变或牙隐裂等。

叩诊分垂直叩和侧向叩 2 类，侧向叩又可分为叩颊、舌面或颊、舌尖 2 种。

垂直叩是叩牙齿的切缘或殆面；侧向叩牙齿的颊、舌面，以了解牙根尖周和牙周膜有无炎症，叩诊对确定此两处炎性病变的位置是可靠的必用方法。叩诊的疼痛程度与病变程度成正相关。叩诊有剧痛时，说明根尖周有急性炎症；叩诊有轻痛，说明根尖周有慢性炎症。

叩击音为混浊者，表明牙周和尖周组织病变范围大；叩击音为清脆者，表明牙周和尖周组织病变范围小或正常。

用叩诊法向舌侧叩击舌尖，向颊侧叩击颊尖可用于诊查牙齿是否有近远中向隐裂，因为

此种叩法往往能使断片分离,而引起疼痛。

叩诊应先叩对侧同名健牙或远、近中健牙,再叩可疑患牙,由轻至重地进行对比叩击。任何时候都不能首先叩击可疑患牙。

(五) 咬诊(biting) 利用上下牙齿的咬合来诊查牙齿有无早接触,及早接触点的位置,还可诊查牙齿有无根尖周、牙周病变,牙齿有无松动移位或隐裂等。

1. 空咬法 让患者咬紧牙齿或作各种咬合运动,了解牙齿有无松动移位、疼痛等。如空咬剧痛可能为急性尖周炎或急性牙周膜炎,空咬牙齿松动度增大可能为咬合创伤。

2. 咬实物法 让患者咬棉条、棉签或牙胶棒等,若有疼痛,可能为慢性尖周炎、牙隐裂;若有酸软痛,则可能系牙本质敏感。

3. 咬咬合纸、蜡片以检查牙齿的早接触点及其位置。详见“牙周组织病”章。

(六) 触诊(palpation) 触诊也称扪诊,是用医师手指直接触摸或打压口腔和颌面部组织的可疑敏感区,观察患者的反应,如诊查某些疾病的部位、范围、质地、形态、有无压痛、粘连、波动感和发热感等。触诊可用单手,也可用双手触扪,触诊时,操作应轻柔,必要时应进行对比触扪。

1. 牙齿的触诊 触摸牙齿切缘、牙尖,殆面边缘是否有过锐、过尖部分。这些部分常可成为各种口腔溃疡病的诱发刺激因素。

2. 牙龈及口腔粘膜的触诊

(1) 触扪牙周 轻压唇(颊)或舌侧龈部,观察有无脓液自龈沟溢出,牙周袋溢脓是牙周炎的典型特征之一。还可示指置于患牙唇(颊)面颈部,感知正中殆或侧方殆时,牙齿的振动情况,振动大者有早接触点。

(2) 扪触根尖周 用手指或棉花镊轻压可疑牙的唇、颊侧根尖区粘膜,查有无压痛,波动感,有无瘻道的小结节,若有瘻道口,应观察其是否有溢脓等。

(3) 扪触肿块 了解肿胀的位置、范围、硬度、波动感、弹性、硬度、表面温度、有无压痛、凹陷性、搏动等。

(4) 扪溃疡 扪触溃疡基底和边缘有无硬结以及硬结的范围与周围组织的关系等。

(5) 扪触淋巴结 有口腔病变时,应触扪颌下、颌下和颈部等淋巴结,其目的是了解淋巴结形态、大小、数目、硬度、有无粘连和压痛,以诊查淋巴结有无炎症或肿瘤转移。

触诊颌下或颌下淋巴结时,应嘱患者低头,使颌下和颌下区组织松弛,单手触时,应一手抚患者头顶,另一手触摸颌下及颌下区,用双手对比触双侧颌下淋巴结时,医生应站于患者背后。

急性淋巴结炎的特点是肿大快,触之痛而不硬;慢性淋巴结炎肿大,触痛轻或无症状,质较硬但活动。

淋巴结核多见于颈部,可成串,相互粘连,破溃后形成瘻道,不易愈合。

转移癌的淋巴结质坚硬、无压痛、轮廓不清、粘连固定是其典型特征。

颈部淋巴结肿大也可能是何杰金病、淋巴瘤,或白血病的早期征象。特点是肿大的淋巴结,质硬有如橡皮,早期能活动,以后粘连而固定。

(七) 嗅诊(smelling) 嗅诊是借助嗅觉辨别口腔的气味来协助诊断某些疾病。如牙髓坏疽的特殊“臭鸡蛋味”;坏死性龈口炎的腐败性恶臭;肾功能衰竭患者口中的氨臭;糖尿病