

口腔科疾病临床诊治要点

(上)

孟庆飞等◎主编



孟庆飞

1981年出生，徐州市中心医院口腔科，副主任医师，江苏省牙科美容主诊医师，医学硕士，口腔医学博士在读。入选徐州市医学青年后备人才（第二批）培养工程。发表科技核心期刊以上学术论文共计14篇，其中SCI收录4篇，中华医学会系列杂志2篇，Medline收录1篇。近三年来，共获得徐州市科技进步奖2项，淮海科技奖2项，江苏省卫生厅医学新技术引进二等奖1项，徐州市卫生局医学新技术引进奖2项。主要擅长于各类牙体缺损、牙列缺损、缺失的修复治疗，尤其在牙齿美容修复、残冠残根的保存修复、复杂咬合重建及肿瘤患者术后颌复体修复等方面积累了丰富的经验。



韩立显

1964年出生，安徽省淮北市人民医院口腔科副主任，副主任医师。安徽医科大学临床医学系本科毕业，学士学位。从事口腔医学教研工作30余年，擅长成人牙体牙髓病、牙周病、儿童牙病、三叉神经痛、颞下颌关节病及口腔粘膜病等复杂疑难疾病的诊治，对人工种植牙及复杂根管治疗有较高造诣。在专业核心期刊发表学术论文10余篇。近年来共参与主持淮北市科技局科研课题4项，获得科技进步三等奖1项。



卢骁鹏

1974年出生，副主任医师，武汉大学在读硕士，学士学位，湖北省美容主诊医师。从事口腔临床工作近20年，主要从事口腔修复临床工作，对各类活动支架、固定义齿修复及种植牙的修复积累了丰富的经验，在口腔临床种植、颌复体、疑难修复、全瓷体系、美学修复、种植修复等领域有独到之处。参与《全瓷在修复中的应用》等多项新技术新项目，并获省科技成果奖三等奖1项，并在国家级、省级医学期刊上发表撰写论文10余篇。

编 委 会

主 编 孟庆飞 韩立显 卢骁鹏
迟彩君 何 勇 耿 华

副主编 冯美玲 冯 云 聂 鑫 牛星光
于 娜 于建新 陈胡杰

编 委 (按姓氏笔画排序)

于 娜	中国人民解放军第四〇一医院
于建新	烟台市烟台山医院
牛星光	青岛市第八人民医院
卢骁鹏	荆门市第一人民医院
冯 云	云南省第三人民医院
冯美玲	内蒙古民族大学附属医院
刘立杰	长春中医药大学附属医院
刘祎华	内蒙古民族大学附属医院
李立恒	河北北方学院第一临床医学院
何 勇	成都军区总医院
迟彩君	即墨市温泉医院
陈胡杰	湖北省荆州市中心医院
孟庆飞	徐州市中心医院
耿 华	潍坊市中医院
聂 鑫	第三军医大学大坪医院
展保艳	白银市妇幼保健院
韩立显	安徽省淮北市人民医院

前 言

科学的不断进步为医学科学的发展开辟了广阔的领域。近年来，口腔科学的发展尤为迅速，多种诊断方法和治疗手段相继应用到临床工作中来，极大地丰富了口腔学的内容。为适应口腔医学的快速发展，满足口腔临床工作者的实际需求，我们组织长期从事临床一线的医务工作者，参阅了大量的国内外文献，并结合丰富的临床经验，着手撰写了这本《口腔科疾病临床诊治要点》。

本书系抱求新、求精、不求全的宗旨，按专论进行篇章编著。全书共3篇，分22章，主要讲了口腔科常用检查、常见症状、常见疾病、口腔矫治与修复及口腔护理等内容。可供口腔科专业人员、研究生以及培养口腔科专科医师之用。

在编写过程中，虽力求做到写作方式和文笔风格的一致，但由于作者较多，再加上时间篇幅有限，因此难免有一些疏漏和缺点错误，期望读者见谅，并予以批评指正，以便再版时修订。

编 者
2016年6月

目 录

第一篇 概论

第一章 口腔检查	1
第一节 检查前准备	1
第二节 检查内容	2
第三节 X线检查	5
第四节 实验室检查	7
第五节 病历记录	8
第二章 口腔科常见症状的鉴别诊断	10
第一节 牙痛	10
第二节 牙龈出血	12
第三节 牙齿松动	13
第四节 口臭	14
第五节 面部疼痛	15
第六节 腮腺区肿大	21
第三章 口腔护理	25
第一节 口腔四手操作技术	25
第二节 腭裂的护理	28
第三节 腮腺肿物的护理	30
第四节 口腔的护理	31

第二篇 口腔常见疾病

第四章 牙齿发育性疾病	35
第一节 牙齿形态异常	35
第二节 牙齿结构异常	38
第三节 牙齿数量异常	48
第五章 牙体牙髓病	50
第一节 龋病	50
第二节 牙体磨损	60

第三节	牙微裂	61
第四节	牙本质过敏症	64
第五节	牙髓病学	65
第六节	根尖周组织病	74
第七节	根管治疗	83
第八节	牙髓塑化治疗	99
第九节	干髓术	101
第六章	牙周疾病	105
第一节	概述	105
第二节	白血病龈病损	119
第三节	慢性牙周炎	121
第四节	侵袭性牙周炎	125
第五节	反映全身疾病的牙周炎	130
第六节	牙周脓肿	133
第七节	翻瓣术	134
第八节	再生性手术	142
第九节	膜龈手术	147
第七章	根尖周组织疾病	151
第一节	根尖周组织疾病的病因学	151
第二节	急性根尖周炎	153
第三节	慢性根尖周炎	157
第八章	唾液腺疾病	161
第一节	唾液腺炎症	161
第二节	舍格伦综合征	165
第三节	唾液腺肿瘤和瘤样病变	167
第四节	唾液腺发育异常	176
第九章	口腔黏膜疾病	179
第一节	复发性阿弗他溃疡	179
第二节	口腔单纯性疱疹	187
第三节	口腔念珠菌病	190
第四节	口腔扁平苔藓	194
第五节	口腔黏膜下纤维变性	198
第六节	白塞病	200
第七节	口腔白斑	206
第八节	地图舌	213
第九节	慢性唇炎	215
第十节	球菌性口炎	218
第十一节	坏死性溃疡性龈口炎	220
第十二节	口腔结核	221

第十三节 口腔梅毒·····	223
第十四节 盘状红斑狼疮·····	224
第十五节 多形红斑·····	227
第十六节 口腔黏膜肉芽肿性疾病·····	230
第十章 口腔颌面部感染 ·····	238
第一节 概述·····	238
第二节 智齿冠周炎·····	240
第三节 口腔颌面部蜂窝织炎·····	242
第四节 颌骨骨髓炎·····	244
第五节 颜面部疖痈·····	247
第六节 淋巴结炎·····	248
第七节 口腔颌面部特异性感染·····	249
第十一章 牙齿损伤性疾病 ·····	253
第一节 牙外伤·····	253
第二节 牙齿慢性损害·····	258
第三节 牙本质敏感症·····	266
第十二章 颞下颌关节疾病 ·····	271
第一节 颞下颌关节的应用解剖和生理·····	271
第二节 颞下颌关节脱位·····	279
第三节 颞下颌关节强直·····	282
第四节 颞下颌关节感染·····	287
第五节 颞下颌关节紊乱病·····	288
第十三章 口腔颌面部损伤 ·····	305
第一节 口腔颌面部损伤的急救处理·····	305
第二节 软组织创伤的处理·····	307
第三节 牙和牙槽骨创伤·····	310
第四节 上颌骨骨折·····	311
第五节 下颌骨骨折·····	314
第六节 颧骨骨折·····	317

第三篇 口腔矫治与修复

第十四章 常见错殆畸形的矫治 ·····	322
第一节 牙拥挤·····	322
第二节 前牙反殆·····	327
第三节 前牙深覆盖·····	337
第四节 后牙反殆·····	342
第五节 后牙锁殆·····	344
第六节 深覆殆·····	345

第七节 开殆	349
第八节 双颌前突的矫治	353
第十五章 错殆矫治后的保持	356
第一节 错殆矫治后复发的原因	356
第二节 错殆矫治后保持的种类	357
第三节 错殆矫治后保持的方法及时间	358
第十六章 牙 - 颌 - 面畸形的正颌外科矫治	361
第一节 常用的正颌外科手术	361
第二节 水平截骨颧成形术	364
第三节 下颌前部根尖下截骨术	368
第四节 下颌角成形术	369
第五节 半侧颜面萎缩矫治术	370
第六节 颌骨牵引成骨	372
第十七章 固定矫治器的矫治技术	377
第一节 方丝弓矫治技术	377
第二节 差动矫治技术——Begg 细丝弓技术与 Tip - Edge 直丝弓技术	390
第三节 直丝弓矫治器	398
第四节 多曲方丝弓矫治技术	407
第五节 口外力矫治装置	408
第六节 正畸附件的黏合	417
第十八章 牙体缺损修复	421
第一节 概述	421
第二节 牙体缺损修复设计原则和固位原理	422
第三节 牙体缺损修复前的口腔检查及准备	428
第四节 嵌体	429
第五节 全瓷冠	431
第六节 铸造金属全冠	432
第七节 窝洞	435
第八节 银汞合金充填术	441
第九节 牙体缺损的黏结修复	448
第十节 根管治疗后的牙体修复	459
第十一节 牙列缺损的活动义齿修复	465
第十二节 牙列缺损的固定义齿修复	471
第十九章 全口义齿修复	500
第一节 无牙颌修复的解剖基础	500
第二节 全口义齿修复的基本要求	503
第三节 无牙颌的口腔检查和修复前准备	505
第四节 全口义齿的制作	507
第五节 全口义齿的初戴	515

第二十章 口腔颌面部软硬组织缺损修复与重建	518
第一节 皮肤移植术	518
第二节 局部皮瓣转移术	523
第三节 骨移植术	536
第四节 上颌骨重建术	539
第五节 下颌骨缺损的功能性修复与重建	544
第二十一章 颌面部缺损的修复	548
第一节 颌骨缺损的矫形修复	548
第二节 面部器官缺损的矫形修复	555
第二十二章 口腔种植学	564
第一节 口腔种植外科	564
第二节 牙列缺损的种植义齿修复	569
第三节 上颌窦底提升植骨牙种植技术	571
第四节 上颌骨重建术	573
第五节 颌面部缺损的种植修复	577
第六节 种植体周围病	582
参考文献	591

概论

第一章 口腔检查

第一节 检查前准备

口腔疾病常常与全身疾病关系紧密，因此，在口腔检查中检查者不仅应关注牙体、牙周、口腔黏膜及颌面部情况，还应具有整体观念，对患者的全身状况给予关注，必要时须请相关科室人员会诊。

一、医师的准备

在口腔检查与治疗过程中，需要建立良好的医患关系。在对患者进行检查前，需要首先进行手部的消毒：剪短指甲，肥皂洗手，清水冲洗后佩戴一次性医用手套。

二、检查器械的准备

1. 椅位的检查和调节 口腔检查的第一步要进行椅位检查与调节。一般的，患者的头、颈和背应处于一条直线。检查上颌牙时，椅背应稍向后仰，使上颌牙列与地面呈 45° ；检查下颌牙时，椅背应稍直立，使下颌牙平面与地面基本平行。牙椅的灯光要照射在患者口腔的拟检查部位，避免因强光照射引起患者眼不适。在检查过程中，医师要注意坐姿，无法直视的部位应尽量使用口镜，减少身体前屈、弯腰低头等动作，以减轻疲劳，预防颈椎、腰椎病的发生。

2. 口腔检查器械 口腔检查时需要特殊的口腔检查器械，如口镜、探针、镊子等。检查时，医师一般左手持口镜，右手持镊子或探针。根据检查目的的不同亦可辅以其他器械，如牙周探针等。所有器械须经严格消毒后方可使用。

(1) 口镜：口镜分平面和凹面两种，后者有放大作用，应根据需要选用。口镜可用于牵拉颊部或推压舌体，以便于医师检查内部情况；通过镜像反射，医师可对上颌牙等难以直视的部位进行检查。口镜还可用于聚集光线，增加检查部位的亮度与可视度。

(2) 镊子：镊子的主要作用为夹持，如各种敷料、异物及其他小器械；也可用于夹持牙以检查松动度；还可用于镊子末端敲击牙以检查其叩痛情况。

(3) 探针：探针的两头弯曲形态不同，一端呈半圆形，另一端呈三弯形，医师可通过探诊时的手感检查牙各面的点、隙、裂、沟及龋洞等情况，结合患者的主观感觉，寻找牙的表面敏感区域及敏感程度，亦可粗略探测牙周袋。专门的牙周探针不同于普通探针，其具有刻度，且尖端圆钝，能准确测量牙周袋深度，避免刺伤袋底。

(孟庆飞)

第二节 检查内容

一、一般检查

1. 问诊 问诊是医师与患者通过交谈，以了解患者疾病的发生、发展和诊疗情况的过程。问诊内容一般包括主诉、现病史、既往史和系统回顾，对怀疑有遗传倾向疾病的患者还应询问家族史。

(1) 主诉：主诉是患者感受最明显的症状，也是本次就诊的主要原因。主诉的记录应包含症状、部位和患病时间等要素，如“上颌后牙冷热激发痛1周”。

(2) 现病史：现病史是病史的主体部分，是反映疾病发生、发展过程的重要依据。现病史的基本内容包括发病情况、患病时间、主要症状、可能诱因、症状加重或缓解的原因、病情发展及演变和诊治经过及效果等。在牙体牙髓病科，患者常见的症状为疼痛。疼痛性质对明确诊断意义重大，故应仔细询问。

(3) 既往史：是患者过去的患病情况，包括外伤史、手术史及过敏史等。

(4) 系统回顾：有些口腔疾病与全身情况有关，如一些患有血液病、内分泌疾病或维生素缺乏的患者可能因牙龈出血等症状到口腔科就诊，故应询问全身系统性疾病情况。

(5) 家族史：当现有疾病可能有遗传倾向时，应对家族史进行询问并记录。

2. 视诊 视诊，是指医师用眼对患者全身和局部情况进行观察、以判断病情的方法，内容如下。

(1) 全身情况：通过视诊可对患者的全身状况进行初步了解，如患者的精神状态、营养和发育状况等，一些疾病具有特殊的面容或表情特征，医师可通过视诊发现。

(2) 颌面部：首先观察左、右面部是否对称，有无肿胀、肿物或畸形；患者是否具有急性疼痛面容；面部皮肤的颜色及光滑度如何，有无瘢痕或窦道；检查面神经功能时，观察鼻唇沟是否变浅或消失，做闭眼、吹口哨等动作时面部两侧的运动是否协调，有无口角歪斜等。

(3) 牙体：重点检查主诉牙，兼顾其他牙

1) 颜色和透明度：颜色和透明度的改变常能为诊断提供线索，如龋齿呈白垩或棕褐色，死髓牙呈暗灰色，四环素牙呈暗黄或灰棕色，氟牙症患牙呈白垩色或具有黄褐色斑纹等。

2) 形状：牙体的异常形状包括前磨牙的畸形中央尖、上颌切牙的畸形舌侧窝、畸形舌侧沟、融合牙、双生牙、结合牙和先天性梅毒牙等，这些情况均由于先天缺陷导致牙齿硬组织破坏，常引起牙髓炎等。另外，还须注意过大牙、过小牙和锥形牙等牙形态异常改变。

3) 排列和接触关系：牙列有无错位、倾斜、扭转、深覆盖/殆、开殆、反殆等情况。

4) 牙体缺损: 可与探诊相结合。对于龋洞、楔状缺损和外伤性缺损等要注意其大小和深浅, 特别要注意是否露髓。牙冠破坏 $1/2$ 以上者称为残冠, 牙冠全部或接近全部丧失者称为残根。原则上, 有保留价值的残冠、残根应尽量保留。

(4) 牙龈和牙周组织: 正常牙龈呈现粉红色, 表面可有点彩, 发生炎症时牙龈局部肿胀、点彩消失, 因充血或淤血可呈现鲜红或暗红色, 还可因血液病出现苍白、渗血、水肿、糜烂等; 必要时应行血液检查以排查; 牙间龈乳头有无肿胀、充血、萎缩、增生或坏死等; 有无牙周袋, 若有, 累及范围及深度如何、袋内分泌情况如何等。

(5) 口腔黏膜: 指覆盖在唇、舌、腭、咽等部位的表层组织。检查中应注意以下变化。

1) 色泽: 口腔黏膜处于炎症时出现充血、发红, 扁平苔藓可有糜烂和白色网状纹, 白斑时可有各种类型的白色斑片。

2) 溃疡: 复发性口疮、口腔黏膜结核和癌症等均可表现为溃疡。除对溃疡的外形、分泌情况、有无局部刺激物等进行视诊外, 还须结合问诊了解溃疡发生的持续时间和复发情况, 结合触诊等了解溃疡质地是否坚硬, 有无周围浸润等情况的发生。

3) 肿胀或肿物: 须结合其他检查, 确定有无牙源性损害, 有无压痛, 活动度如何, 有无粘连, 边界是否清楚等。

另外, 还应注意舌背有无裂纹、舌乳头的分布和变化及舌体的运动情况等。

3. 探诊 探诊指利用探测器械(探针)进行检查的检查方法。

(1) 牙体: 主要用于对龋洞的检查, 明确龋洞部位、范围、深浅、探痛情况等。对于活髓牙, 龋洞较深时探诊动作一定要轻柔, 以免触及穿髓点引起剧痛。勿遗漏邻面和龈下的探诊检查。探诊还应包括明确牙的敏感区域、敏感程度、充填体边缘的密合情况及有无继发龋等。

(2) 牙周: 探查牙龈表面质感是松软还是坚实, 牙周袋的深浅, 牙龈和牙的附着关系, 了解牙周袋深度和附着情况。探诊时要注意以下几点。

1) 支点稳定: 尽可能贴近牙面, 以免器械失控而刺伤牙周组织。

2) 角度正确: 探诊时探针应与牙体长轴方向一致。

3) 力量适中: 掌握力度大小, 在发现病变的同时不引起伤痛。

4) 面面俱到: 按一定的顺序, 如牙体近中、中、远中进行牙周探诊并做记录, 避免漏诊。

(3) 窦道: 窦道口多见于牙龈, 偶见于皮肤表面。窦道的存在提示有慢性根尖周炎的患牙存在, 但患牙位置不一定与窦道口对应, 可将圆头探针插入窦道并缓慢推进以明确来源。

4. 叩诊 叩诊是用口镜或镊子末端叩击牙, 通过患者的反应和叩击声音检查患牙的方法。叩诊要注意以下几点。

(1) 选择对照牙: 健康的对侧同名牙或邻牙是最好的阴性对照。叩诊时, 应从健康牙开始, 逐渐过渡到可疑牙。牙对叩诊的反应一般分为 5 级: (-)、(+)、(++)、(+++)、(++++) , 分别代表“无、可疑、轻度、中度、重度”叩痛。

(2) 叩击方向: 垂直叩诊主要用于检查根尖部的急性炎症情况, 水平叩诊主要检查牙体周围组织的炎症情况。

(3) 力度适中: 以健康的同名牙或邻牙叩诊无痛的最大力度为上限, 对于急性尖周炎

的患牙，叩诊力度要小，以免增加患者的痛苦。

5. 触诊 触诊是用手指或器械在病变部位进行触摸或按压，依靠检查者和被检查者的感觉对病变的硬度、范围、形状、活动度等进行检查的方法。口内检查时应戴手套或指套。

(1) 颌面部：医师用手指触压颌面部以明确病变范围、硬度、触压痛情况、波动感和动度等。

(2) 淋巴结：与口腔疾病关系密切的有颌下、颏下、颈部淋巴结。检查时可嘱患者放松，头部略低下并偏向检查者，检查者一手固定患者头部，另一手触诊相关部位的淋巴结。触诊有助于检查发生病变的淋巴结，其在大小、数目、硬度、压痛和粘连情况等方面会有所变化。炎症发生时，相关区域淋巴结出现增大、压痛，但质地无甚变化；肿瘤转移时，相关淋巴结常增大、质硬、无触痛且多与周围组织粘连；结核性淋巴增大多见于颈部，淋巴结可成串、相互粘连且易破溃。

(3) 颞下颌关节：检查者面对患者，以双手示指和中指腹面贴于患者的耳屏前，嘱其做开闭口动作，继而做侧方运动，观察双侧运动是否对称、协调；检查关节运动中有无轨迹异常，有无杂音；张口度的检查是颞下颌关节检查的重要内容，张口度大小以大张口时上、下中切牙切缘间能放入自己横指（通常是示指、中指和环指）的数目为参考（表 1-1）。

表 1-1 张口受限程度的检查记录方法和临床意义

能放入的手指数	检查记录	临床意义
3	正常	无张口受限（张口度正常）
2	I 度受限	轻度张口受限
1	II 度受限	中度张口受限
1 以下	III 度受限	重度张口受限

(4) 牙周组织：检查者将手指尖置于牙颈与牙龈交界处，嘱患者做咬合动作，手感振动较大时提示存在创伤殆可能。

(5) 根尖周组织：用手指尖或镊子夹一棉球轻压根尖部，根据压痛、波动感或脓性分泌物情况判断根尖周组织的炎症情况。

6. 嗅诊 嗅诊指通过气味的鉴别进行诊断的检查方法，一般在问诊过程中即已完成。凡口腔卫生不佳，或存在暴露的坏死牙髓，或坏死性龈口炎等可有明显的口臭甚至腐败性恶臭。

7. 松动度检查 用镊子夹持住牙冠或将镊尖并拢置于殆面中央进行摇动可检查牙的松动情况。依据松动幅度或松动方向，可将牙松动程度分为 3 级（表 1-2）。

表 1-2 牙松动度检查的依据和分级

分级依据	I 度	II 度	III 度
松动幅度	<1mm	1~2mm	>2mm
松动方向	唇（颊）舌向	唇（颊）舌向近、远中向	唇（颊）舌向近、远中向、殆龈向

8. 咬诊 咬诊是检查牙有无咬合痛或有无早接触点的检查方法。可通过空咬或咬棉签、棉球等实物时的疼痛情况判断有无根尖周病、牙周病、牙隐裂或牙本质敏感等，亦可将咬合纸或蜡片置于牙殆面，嘱其做各种咬合动作，根据留在牙面上的色迹深浅或蜡片厚薄确定

早接触点，还可通过特殊的咬诊工具对出现咬合痛的部位进行定位。

9. 冷热诊 冷热诊是通过观察牙齿对不同温度的反应对牙髓状态进行判断的方法。正常牙髓对温度有一定的耐受范围（20℃ ~ 50℃）。牙髓发生炎症时，疼痛阈值降低，造成感觉敏感。牙髓变性时，疼痛阈值提高，造成感觉迟钝。牙髓坏死时通常无感觉。

用于冷诊的刺激物须低于 10℃，如冷水、无水乙醇、氯乙烷、冰条或冰棒等，用于热诊的刺激物须高于 60℃，如加热的牙胶、金属等。

二、特殊检查

当经过一般检查后仍无法确诊时，可借助一些特殊器械、设备进行检查，称之为特殊检查，常见如下。

1. 牙髓电活力测试法 牙髓电活力测试法是通过观察牙对不同强度电流的耐受程度对牙髓状态进行判断的方法。电测仪经过不断改进，体积更小，重量更轻，使用时更加便捷。使用电测仪时需要将患牙隔湿，然后将检测头置于待测牙面，调整刻度以变换电流的刺激强度，同时观察患者的反应，当患者示意疼痛时离开牙面。判读牙髓电活力测试结果时需要注意假阳性和假阴性的排除，必要时结合其他感觉测试结果，综合分析，得出牙髓的状况。

有些电测仪在使用时有其他要求，如需佩戴口内挂钩、仪器检查头与牙面间间隔导电介质等，还应注意如安装有心脏起搏器、全冠修复牙等禁忌证，在使用前应仔细阅读说明书。

2. 激光龋齿探测仪 德国 KaVo 公司于 1998 年生产的激光龋齿探测仪，可利用激光激发荧光诊断龋齿，并通过客观数值反映龋损的程度。激光龋齿探测仪是新近出现的一种便携式诊断龋齿仪器，其具有的 A 型探头末端较尖，可对牙面的窝沟进行点探测并将龋损程度数值化，对早期釉面龋的探测更为精确，有助于诊断无洞型龋损。

3. 诊断性备洞 临床上有时难以对牙髓状况进行准确判定，这时可通过诊断性备洞进行检查。当患牙牙髓存有活力时，备洞至牙本质会有感觉，反之，则说明患牙牙髓坏死。

4. 局部麻醉法 局部麻醉法是通过麻醉方式确定疼痛部位的方法。如当牙髓炎患者无法分清疼痛牙位置时，可用局部麻醉药（2% 普鲁卡因或利多卡因等）将三叉神经中的某一支麻醉后再行检查。需要注意的是，局部麻醉法可较好地地区分上、下颌牙的疼痛，但对于下颌同侧牙列效果不佳。

5. 穿刺检查 穿刺检查是用注射器刺入肿胀物抽出其中的液体等内容物进行检查的方法。穿刺检查一般在局部麻醉和常规消毒处理后进行，抽取物通常需要进行肉眼和显微镜检查。

（1）肉眼观察通过对抽取物颜色与性状的观察，初步确定是脓液、囊液还是血液等。

（2）显微镜检查在显微镜下，脓液主要为中性粒细胞，慢性炎症多为淋巴细胞，囊液可见胆固醇结晶和少量炎细胞，血液主要为红细胞。

（孟庆飞）

第三节 X 线检查

X 线检查的应用愈发广泛，已成为牙科领域重要的辅助检查手段。正常的牙体组织在 X 线片上的表现为：牙釉质、牙本质为白色的 X 线阻射影，牙髓组织为黑色的 X 线透射影，

根尖周膜为 X 线透射影，根尖周的牙槽骨为密度低于牙釉质、牙本质的 X 线阻射影。

一、分类

根据检查需要，涉及牙体牙髓病的 X 线检查通常分为根尖片、殆翼片、曲面体层片及锥形束 CT。

1. 根尖片 根尖片分为平行投照和分角线投照技术，可用于了解特定牙位的牙体、牙周、牙髓及根尖周组织情况，具有放射剂量小、空间分辨率高、操作简单等优点，是牙体牙髓病诊疗过程中最常用的 X 线检查技术。但需要指出，X 线影像是三维物体的平面投射结果，存在影像重叠、变形失真等问题。另外，根尖周的骨质破坏需要到一定程度才可能在根尖片上反映出来，因此必须结合临床检查方能得出准确的诊断。

2. 全口牙位曲面体层 X 线片 曲面体层摄影是利用体层摄影和狭缝摄影原理，仅需一次曝光即可获得上、下颌的牙列影像，进而了解多个牙位的病变情况，也可用于观察牙槽嵴的吸收状况、龋病及牙根形成等情况。拍摄全口牙位曲面体层 X 线片的放射剂量较全口根尖片显著减少，同时，曲面体层片还可了解颌骨内病变。但是，曲面体层片的清晰度不及根尖片，如需了解特定牙位的牙体或根尖周情况时，需要补充根尖片。

3. 锥形束 CT 锥形束 CT (CBCT) 于 2000 年左右开始应用于口腔临床，其采用锥形 X 射线束和二维探测器，取代了传统的扇形束和一维探测器。扫描时，锥形 X 射线只需围绕患者 1 周，即可完成数据采集进行三维重建。锥形束 CT 的有效放射剂量与曲面体层摄影类似，远小于常规医用 CT。在牙体牙髓病的诊疗中，CBCT 可用于检查牙体、根管系统、根尖周等组织结构，由于其解决了常规 X 线片结构重叠与清晰度的问题，可作为进一步的检查手段。

二、应用

1. 诊断

(1) 牙体牙髓病：龋齿，如邻面龋、龈下龋、隐匿性龋、充填物底壁或边缘的继发龋等，还可用于龋病的流行病学调查；牙体发育畸形，如畸形舌侧窝、畸形中央尖等；牙根发育情况，如牙根内吸收和外吸收、根折、牙根发育不全、牙骨质增生等；髓腔情况，如髓腔钙化、髓石大小及位置、根管的数目、弯曲、粗细和走行等。

(2) 根尖周病：各种根尖周病，如根尖周肉芽肿、脓肿、囊肿及致密性骨炎等。

(3) 牙周病：牙槽骨吸收、破坏的程度和类型。

(4) 颌面外科疾病：阻生牙、埋伏牙、先天性缺牙、恒牙萌出状态等；颌骨炎症、囊肿、肿瘤等。

2. 治疗 治疗前可用于手术难度的预估，如患牙的根管钙化情况、骨粘连情况等；治疗中可用于判断根管充填质量、牙根残留情况等；用于疗效追踪时可检查根尖周破坏区域是否愈合等。

(孟庆飞)

第四节 实验室检查

一、血常规检查

在牙体牙髓病的诊治过程中,有时需要进行血常规检查了解患者的健康状态,以初步排除血液系统疾病。例如,进行根尖外科手术前常需要进行血常规检查,若血小板计数偏低,则须暂缓手术。在急性根尖周炎并发间隙感染且患者全身症状明显时,有时也需要进行血常规检查以了解感染情况,进而指导全身用药。

二、细菌学检查

细菌学检查包括涂片、细菌培养、药敏实验等。必要时,细菌学检查有助于选择临床用药。例如,在治疗难治性根尖周炎时,可以根据感染根管的细菌学检查结果针对性选择抗菌药物,并可通过药敏实验提高治疗有效率。

三、细胞学检查

细胞学检查即脱落细胞学检查,是根据细胞形态学改变判断机体病理变化的方法。由于肿瘤细胞易脱落,在显微镜下观察脱落细胞的形态有利于肿瘤的早期诊断。与活检相比,细胞学检查操作简单、安全、无痛、经济,能在短时间内初步确定肿块性质,且可多次进行。但是,细胞学检查的取材范围局限,无法准确反映肿瘤类型、恶化程度、与邻近组织关系等,假阴性率较高,所以,细胞学检查不能完全取代活检。

1. 适应证 可用于检查缺乏症状、取材困难的颌面部上皮来源肿瘤,但针对非上皮来源的肿瘤如肉瘤等因细胞不脱落而不能应用。

2. 取材方法 从病变表面刮下少许组织,往复或转圈法涂片,干燥后甲醇(乙醚甲醇比为1:1)固定,苏木精-伊红染色,显微镜观察有无形态异常的肿瘤细胞。

3. 活体组织检查 当对口腔及颌面部病变无法确诊时,可采用活体组织检查即活检。活检结果常常对治疗方案和手术范围产生重要影响。

(1) 适应证:①判断口腔肿瘤性质及浸润情况;②判断口腔黏膜病是否为癌前病变,或有无恶变倾向;③确定是否为特殊感染,如梅毒、结核等;④有些肿块在术中切除后,还需要对其进行活检以明确诊断及制订下一步治疗方案。

(2) 取材方法:术前准备、所用器械及术后处理同外科小手术。取材部位要有代表性,术中要减少出血,避免造成新的创伤。行活检时,病变小、有蒂或包膜完整的良性肿瘤应予全部切除;溃疡或疑为恶性肿瘤者在切除时应避开中央已坏死组织,切取边缘部;对于病变复杂者可多点取材。当活检结果与临床判断不符时,应综合多种因素,谨慎做出判断。

(孟庆飞)

第五节 病历记录

病历是关于检查、诊断和治疗过程的客观记录，是分析、研究疾病规律的原始资料，还是重要的法律依据，应予认真、严肃对待。

一、一般资料

病历的一般资料记录于封面或首页上，包含项目与全身性疾病病历要求相同，包括姓名、性别、年龄、民族、药物过敏史等。身份证号码、联系方式等信息是疗效复查、资料保存和查询所需，应认真工整填写，不要漏填。

二、主诉

以患者角度，用一句话描述出本次就诊的主要原因。主诉通常是患者对所患疾病的症状、部位和时间的描述，避免使用专业术语。

三、现病史

现病史是与主诉有关的疾病历史。要客观详细地记录清楚疾病发展过程，疼痛性质、部位、变化、加重或缓解的原因等，作为诊断依据。

四、既往史

特别要注意记录药物过敏史、出血和止血等情况。

五、口腔检查

在全面检查的基础上，着重记录与主诉相关的体征。如对于以牙痛为主诉的检查，牙周、黏膜、牙列及颌面部阳性所见均应做简要记录。

六、诊断

以主诉相关疾病为第一诊断，其他诊断依据严重程度由高到低的顺序记录。

七、治疗计划

治疗计划与诊断顺序相对应，治疗计划的制定原则是按轻重缓急分步实施，优先解决主诉问题或疼痛问题，其次解决功能、美观等其他问题。

八、知情同意书

制订治疗计划后，需要对患者详细讲解所患疾病及可行治疗方案，并要求患者根据自身情况加以选择。患者被治疗前应签署知情同意书，以示同意医师对其所患疾病进行的治疗，同时，也是保障患者权益的保证。

九、治疗过程记录

涉及牙体的疾病应写明牙位、龋洞或缺损部位，处理过程中的关键步骤及所见，例