

国家执业医师资格考试

2003

口腔医师实践技能应试指导

《口腔医师实践技能应试指导》专家编写组 编

(第二版)

中国协和医科大学出版社

· 国家执业医师资格考试 ·

口腔医师实践技能应试指导

(第二版)

《口腔医师实践技能应试指导》专家编写组 编

编写人员名单

杜德顺 赵继志 万 阔
张 韬 吴效民



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

国家执业医师资格考试口腔医师实践技能应试指导/《口腔医师实践技能应试指导》专家编写组编. - 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002.3

ISBN 7-81072-283-2

I. 国… II. 国… III. 口腔科学-医师-资格考核-学习参考资料 IV. R78

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2002) 第 015226 号

国家执业医师资格考试 口腔医师实践技能应试指导 (第二版)

作 者:《口腔医师实践技能应试指导》专家编写组 编
责任编辑:陈永生

出版发行:中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销:新华书店总店北京发行所
印 刷:北京丽源印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 1/16 开
印 张: 3.25
字 数: 72 千字
版 次: 2002 年 4 月第一版 2003 年 5 月第三次印刷
印 数: 5 001—7 000
定 价: 8.00 元

ISBN 7-81072-283-2/R·278

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

为了加强我国医师队伍建设，提高医师的职业道德和业务素质，保障医师的合法权益，保护人民健康，国家颁布了《中华人民共和国执业医师法》，并于 1999 年 11 月正式举行了我国首次执业医师资格考试，这标志着我国医师资格考试制度的建立，使我国医师队伍的规范化管理跃上了新台阶。

医学作为一门实践性很强的学科，不仅要求医师具有系统的医学理论知识，还必须具有熟练的医学专业技能。根据《中华人民共和国执业医师法》和卫生部《医师资格考试暂行办法》规定：医师资格考试包括医学综合笔试和实践技能考试两部分。实践技能考试是医师资格考试必不可少的重要组成部分，是评价申请医师资格者是否具备执业所必须的临床思维能力和临床操作能力的重要手段。为了加强我国医师队伍建设，提高执业医师的业务素质，使执业医师的实践技能操作逐渐步入科学化、规范化、标准化的轨道，帮助广大考生搞好考前训练，我们组织有关专家编写了这套《医师实践技能应试指导》，根据医师考试的门类，全套丛书包括《临床医师实践技能应试指导》、《口腔医师实践技能应试指导》、《公卫医师实践技能应试指导》三本。

本套丛书严格按照 2001 年卫生部医师资格考试委员会颁布的新版《医师资格实践技能考试大纲》要求进行编写，着重强调对临床思维方式及处理问题的能力的培养与训练，同时介绍了相关的临床基本操作规程。我们期望本套丛书的出版与发行，不仅对于考生顺利通过执业医师考试有所助益，而且对于提高广大读者的临床实践技能水平，从而提高整体医疗服务质量发挥积极的促进作用。

本书专家编写组
2002 年 3 月

目 录

第一章 病历采集与病例分析	(1)
第一节 病历采集	(1)
一、问诊的方法、主诉及病史采集.....	(1)
二、口腔检查准备.....	(2)
三、正确选择辅助检查方法(影像申请单、检验项目等).....	(2)
四、诊断、鉴别诊断及治疗设计.....	(2)
五、病历书写.....	(3)
第二节 病例分析	(4)
一、龋病.....	(4)
二、牙髓炎.....	(5)
三、急、慢性根尖周炎.....	(7)
四、边缘性龈炎.....	(9)
五、坏死性龈炎.....	(9)
六、成人牙周炎.....	(11)
七、复发性口腔溃疡.....	(12)
八、白斑.....	(14)
九、感染性口炎.....	(15)
十、牙齿外伤.....	(17)
十一、智齿冠周炎.....	(18)
十二、下颌骨骨髓炎.....	(19)
十三、牙列缺损.....	(21)
十四、牙列缺失.....	(23)
第二章 基本操作技能	(26)
第一节 无菌操作及口腔检查	(26)
一、无菌操作.....	(26)
(一)洗手、戴手套.....	(26)
(二)口腔粘膜消毒.....	(26)
二、口腔检查.....	(26)
(一)一般检查.....	(26)
(二)特殊检查.....	(27)
第二节 口腔基本技术	(28)

一、龋齿充填术（离体前磨牙或磨牙Ⅱ类洞）·····	（28）
二、开髓术（离体牙Ⅱ类洞）·····	（29）
三、龈上洁治术·····	（30）
四、上颌结节及下颌传导麻醉·····	（30）
五、上下牙列印模制取·····	（31）
第三节 基本急救技术 ·····	（32）
一、血压·····	（32）
二、吸氧术·····	（32）
三、人工呼吸·····	（33）
四、胸外心脏按压·····	（34）
第三章 辅助检查结果判读 ·····	（35）
第一节 牙髓活力测定结果的判读 ·····	（35）
一、温度测试法·····	（35）
二、电测法·····	（35）
第二节 X线片 ·····	（36）
一、正常牙片·····	（36）
二、根尖周病牙片·····	（36）
三、牙周病牙片·····	（37）
四、阻生智齿牙片·····	（37）
五、正常全口曲面断层片·····	（37）
第三节 实验室检查结果判读 ·····	（38）
一、血、尿、粪常规·····	（38）
二、基本生化检验·····	（41）
1. 血清钾·····	（41）
2. 血清钠·····	（42）
3. 血清氯·····	（42）
4. 空腹血糖·····	（42）
5. 二氧化碳结合力·····	（42）
6. 血沉·····	（43）
三、肝肾功能·····	（43）
1. 肝功能·····	（43）
2. 肾功能·····	（44）

第一章 病历采集与病例分析

第一节 病历采集

一、问诊的方法、主诉及病史采集

1. 问诊的方法 问诊是医师通过询问方式,了解患者疾病的发生、发展和现状以及检查治疗经过等过程。问诊是采集病史、诊断疾病最基本、最重要的手段。

问诊的内容主要包括:

- (1) 一般项目(患者姓名、性别、年龄、民族、婚姻、职业、籍贯、住址等)。
- (2) 主诉。
- (3) 现病史。
- (4) 既往史。
- (5) 个人史。
- (6) 月经、婚姻及生育史。
- (7) 家族史。

问诊方法及注意的问题:

- (1) 对病人态度要亲切、和蔼、同情和耐心。
- (2) 要用通俗易懂的语言,简明扼要地询问病情,尽量不使用医学术语。
- (3) 要有高度的爱伤观点,避免对病人有不良刺激的语言与表情。
- (4) 问诊过程中要善于抓住重点,深入细致地询问,并耐心启发患者回答与诊断有关的病史,不可按主观想象去暗示患者,以免影响病史的真实性。
- (5) 注意及时核实患者陈述中不确切或有疑问的情况。
- (6) 问诊过程中医师要边听患者讲述,边分析、综合、归纳患者所述各种症状间的联系。最后将患者的叙述按先后、主次加以归纳整理,按规范格式写出完整、系统、简单、扼要的病历记录。

2. 主诉及病史采集 主诉是指病人就诊时感觉最明显、最痛苦的主要症状(或体征)及其持续的时间。记录时应包括症状、部位及时间。文字要简明扼要,一般不超过20个字,不宜用诊断或检查结果代替症状。如果主诉不只一个,要按发生的时间顺序分别列出。对于病程较长、病情又比较复杂的病例,临诊时的主诉可能并非现症的主要表现,故应结合病史分析以选择出更贴切的主诉。

现病史是病史中的主体部分,它记述从发病到就诊前的详细过程,即发生、发展、演变和诊治情况。应包括:①发病情况、起病日期、有关发病因素等;②病情演变,曾经过治疗否,治疗的方式和疗效(尽可能列举应用药物名称及剂量,各种治疗方法的名称等);③目

前主要症状和问题；④与本病有鉴别诊断的症状表现；⑤发病后精神、食欲、食量、体重、睡眠及大小便有无异常情况。

既往史指病人以往的健康状况和曾患疾病。主要了解与目前疾病的诊断与治疗有关的既往情况。既往史的记录基本与内科病史相同，但应特别注意有无系统疾病、损伤史、手术史、急慢性传染病史；药物不良反应及过敏史和重要药物应用史的描述。

个人史包括社会经历（出生地、居留地、迁居史、经济状况、业余爱好等）、职业及工作条件、习惯及嗜好和冶游史等。

月经及婚育史：月经史包括初潮年龄、经期（天）/周期（天）、末次月经时间（或绝经年龄）、月经规则否、月经量、有无痛经、白带等，以及妊娠及分娩次数，有无早产、流产史。

家族史：双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况，应注意询问是否有与患者同样或类似的疾病，有无与遗传有关的疾病（如糖尿病、高血压、肿瘤、精神病等）。对已死亡的直系亲属，也需问明。

二、口腔检查准备

1. 体位 通常医师取坐位，患者取仰卧位，医师位于患者右后方。检查上颌牙时，患者背部与头部稍后仰，使上牙殆面与地面成 $45^{\circ} \sim 60^{\circ}$ 角，高度与医师肘部平齐或略高；检查下颌牙时，患者正坐，下牙殆面与地面平行，高度与医师肘部平齐。

2. 光源 自然光最理想，因其能真实反应牙冠、牙龈和口腔粘膜的色泽。自然光不足时，应有灯光辅助，光源必须充足。口腔内光线不能直射到的部位，可借助口镜反映的影像观察。

三、正确选择辅助检查方法（影像申请单、检查项目等）

与口腔科相关的辅助检查主要包括：

1. 实验室检查 如临床检验、生物化学检验和细菌学及血清学检验等。
2. 穿刺、涂片及活组织检查。
3. 影像学检查 如普通 X 线检查（平片、体层及造影检查等）、计算机体层扫描（CT）、磁共振成像（MRI）及 B 型超声波检查、放射性核素检查等。

在选择辅助检查时要明确所选检查对于诊断或治疗是否必需或具有重要意义，同时对检查的适应证、禁忌证及注意事项应做到心中有数。例如，临床上怀疑是颈动脉体瘤或动脉瘤，则禁忌穿刺；怀疑是黑色素瘤，尽可能不作活检。

此外，在填写检查申请单时，应做到合理规范，项目齐全，特别是填写影像学检查申请单时，病史及临床检查所见必须详细写出，切勿随意省略。因为影像医师还必须结合临床与其他检查综合分析，才能得出正确的诊断。

四、诊断、鉴别诊断及治疗设计

1. 诊断 根据病史及检查结果，通过综合分析、推理判断，对现有疾病作出合乎客观实际的诊断结论。诊断包括各主要及各次要疾病，应使用统一的病名（即诊断用语规范），

不应把患者主诉或症状，如牙痛、松动等作诊断名词记录。

假如患者口腔中有数种疾病，则应把主要病诊断写在最前，次要病在后，本科病在先，它科病在后。

有疑问时，可于其后加“?”。

2. 鉴别诊断及依据 进行鉴别诊断，要求临床医师熟悉各类疾病的临床特点，以及各类疾病与年龄、性别、种族等因素间的相互关系，将被检查病变的特点与其他相似病变的特点进行比较，结合其临床经验与医学基础知识进行综合分析，将可能性最大的诊断列入首位；反之，将其列入末位考虑。

在进行口腔疾病的鉴别诊断中，尚需考虑以下几种共同因素：

(1) 年龄与性别因素 不同疾病在不同年龄组，具有不同的发病率；许多口腔疾病的发病具有明显的性别差异。例如，腮腺沃辛瘤（腺淋巴瘤）以中老年男性多见，男女比例约为6:1。又如，盘状红斑狼疮多见于中青年女性，男女比例约1:3，儿童及老年人少见。

(2) 解剖因素与部分口腔疾病的鉴别诊断有密切关系。例如，下唇好发粘液囊肿，但很少发生涎腺肿瘤；硬腭后份好发涎腺肿瘤，但很少发生粘液囊肿。又如，腮腺肿瘤中，良性肿瘤占80%，而舌下腺肿瘤90%以上为恶性。

(3) 存在多处及多种损害时应考虑既可能是同时发生的独立性疾病，也可能是同类疾病的不同表现。例如，阿弗他口腔溃疡表现为口腔粘膜上的多发性溃疡；扁平苔藓可表现为皮肤、粘膜的多处丘疹及糜烂。

3. 治疗设计 全面检查之后，根据病史及检查情况，按轻重缓急，拟定一个合理、正确、及时、有具体内容的诊疗计划、逐条表达并加以说明。

五、病历书写

病历书写是培养医务工作者业务能力和科学态度的重要途径之一。病历书写的质量不仅直接关系到每个患者的诊断、治疗和预后，也是教学、科研的宝贵资料，对医院的科学管理，促进医学的发展也起到很大作用，有时也是判断法律责任等项工作的重要的客观依据。因此必须予以足够的重视。现将病历书写的一般要求简述如下：

1. 用蓝色钢笔书写，各项记录的标题用红色钢笔书写。

2. 字迹清楚，内容准确、完整、及时、可靠，细致详尽，重点突出，主次分明。

3. 文字简练、通顺，标点符号正确、清楚。不得随意涂改或挖补剪贴，必要的修改处应签名以示负责。

4. 询问病情时尽量用通俗语言，而记录时必须用医学术语。疾病诊断和手术名称应以《国际疾病分类》所订为准。

5. 每一项记录后医师必须清晰地签署全名于右下方；日期书写应按年-月-日顺序，用阿拉伯数字填写。

6. 入院记录应在24小时内完成；转科记录于转科前完成；转入记录应在24小时内完成；手术前小结最迟在手术前一日完成；手术记录于术后24小时内完成；手术后当天病程记录在手术后即刻完成；手术后前三天，每天至少有一次病程记录；出院记录于出院时完成；死亡记录24小时内完成；病案首页于当月内完成。

第二节 病例分析

一、龋病

【概述】

龋病是指牙釉质、牙本质和牙骨质在综合外界因素的影响下发生的一种进行性破坏疾病。

龋病的病因目前有多种学说，随着口腔微生物学的发展，四联因素学说逐渐被大家所认同，即含糖食物（主要是含蔗糖）进入口腔后，在牙菌斑内细菌的作用下，发酵产酸（主要是乳酸），并侵蚀牙齿，这种侵蚀作用持续一段时间后，可以导致细菌从牙齿薄弱部分侵入，造成牙齿无机物脱矿和有机物溶解，形成龋齿。

龋病根据损害的程度，可分为浅龋、中龋和深龋。根据病变进展情况可分为急性龋和慢性龋。猖獗龋（rampant caries）是急性龋的一种，可同时累及多个牙齿或牙齿的多个牙面，病变进展迅速，患者大多有致龋性的全身背景，如干燥综合征和头颈部放疗后。儿童、青少年和口腔卫生极度不良者亦好发此病。

【诊断要点】

1. 牙体组织变色，呈白垩色、黄褐色或黑褐色，变软或缺损，有洞形成。
2. 对酸甜或过高过低温度刺激敏感
3. 刺激去除后敏感消失。

【鉴别诊断】

见表1。

表1 龋病的鉴别诊断

	损害程度	颜色改变	形态改变	质地改变	症 状
浅龋	牙釉质浅层 (窝沟龋、光滑面龋) 牙骨质浅层 (根面龋)	白垩色或黄褐色	无	粗糙感	可无症状或敏感
中龋	牙本质浅层	黑棕色	有洞形成边缘不规则	软	敏感
深龋	牙本质深层	黑色或黑棕色	有洞形成边缘不规则	软	敏感，探查可有痛点
猖獗龋	侵及多个牙	同深龋	同深龋	同深龋	同深龋

【治疗原则】

1. 应在浸润或阻滞等局麻措施下进行操作。
2. 尽量去除坏死组织及感染物质。
3. 尽量采取保护牙髓措施。
4. 对于较深深龋或可能浆液性牙髓炎以及意外穿髓等情况，应尽量采取保留牙髓的措施。

施。

【病例分析】

张某，男，21岁，在读大学生，暑假进行口腔卫生检查，无自觉症状。

查体：左上门牙近中舌面可见黑色龋坏，探敏感，叩诊阴性，冷测稍敏。

治疗：2%利多卡因局麻下去腐，达牙本质深层，氧化锌安抚，两周后复诊无症状，氢氧化钙水门汀垫底，光固化树脂修复。

诊断：1深龋。

病例分析：患者从就诊到治疗完成，未出现牙髓症状，从病损侵及情况及范围分析，诊断为深龋。

二、牙髓炎

【概述】

因感染、理化因素等刺激造成的牙髓不可逆性炎症反应称为牙髓炎。多数为细菌感染所致，少数与理化刺激和髓石、牙髓钙化有关。

牙髓炎的分类方法很多，根据诊断治疗的需要，一般临床上分为以下几种：

1. 急性牙髓炎。
2. 慢性牙髓炎。
 - (1) 慢性闭锁性牙髓炎。
 - (2) 慢性增生性牙髓炎。
 - (3) 慢性溃疡性牙髓炎。
3. 残髓炎。
4. 牙髓坏死。
5. 髓石。
6. 牙内吸收。

临床上最为常见的是急性牙髓炎、慢性牙髓炎和牙髓坏死。

【诊断要点】

1. 急性牙髓炎
 - (1) 自发性疼痛、锐痛。
 - (2) 夜间加剧，间隔时间短。
 - (3) 冷刺激特别敏感，可激发疼痛。
 - (4) 疼痛同侧放射，不易定位。
2. 慢性溃疡性牙髓炎
 - (1) 存在引起牙髓炎的龋洞，探查可穿髓，引起疼痛。
 - (2) 龋洞受压或冷热刺激可有轻微疼痛。
3. 慢性闭锁性牙髓炎
 - (1) 无髓腔穿孔。
 - (2) 短暂轻微的自发性疼痛。
 - (3) 冷热刺激引起疼痛，冷刺激更明显。

4. 慢性增生性牙髓炎

- (1) 龋洞内有增生息肉，息肉与牙体组织相连。
- (2) 髓腔有较大穿孔。
- (3) 疼痛不明显。

5. 牙髓坏死

- (1) 无牙髓症状。
- (2) 牙冠变色，灰色或棕黄，不透明。
- (3) 牙髓活力测无反应。

【鉴别诊断】

见表2。

表2 牙髓炎的鉴别诊断

	疼痛症状	温度反应	牙髓活力测	X线片	叩诊
急性牙髓炎	自发性痛，夜间痛，间歇短	冷热刺激引起长时间的疼痛反应	阳性	正常或牙周膜增宽	可阳性
慢性牙髓炎	轻微自发性痛，间歇长，可有或无夜间痛	冷热刺激反应成多样性，可疼痛、无反应或正常。	阴性或混乱	根尖骨质稀疏或致密	阴性或混乱
牙髓坏死	无痛或仅有轻微间歇痛	无反应或反应性降低	阴性	正常或牙周膜增宽	阴性或混乱

【治疗原则】

随着治疗技术的不断改进，人们对牙髓病认识的不断提高，牙髓炎的治疗原则也在不断的变化，但应遵循下列基本原则。

1. 尽量采用各种麻醉措施，失活操作要完备，尽量减轻患者的疼痛。
2. 尽量保留牙髓，这对年轻恒牙尤其重要。
3. 尽量保留牙体组织，如采用银汞修复，在考虑固位型的前提下，也应充分考虑到保留牙体组织的重要性。
4. 尽量保留患牙，只有在排除最后的修复方法后才能考虑拔除患牙。

【病例分析】

1. 患者李某，左上牙自发痛，夜间痛3日，加重1日而急诊就医。冷热刺激敏感，不能定位。

查体：6 殆面龋坏，探痛，冷刺激痛，叩诊阴性，不松动，牙龈阴性。

治疗：2%利多卡因局麻下开髓，血红，扩大开髓孔，封三聚甲醛失活剂。

诊断：6 急性牙髓炎。

病例分析：典型的疼痛症状，龋坏牙冷测阳性，叩诊阴性，可诊断。

2. 患者纪某20岁，右下牙进食痛，冷热敏感两周。

查体：6 殆面龋坏，探及髓，痛，冷测敏感，叩诊阴性，牙龈阴性。

治疗：6常规根管治疗，银汞修复。

诊断：6慢性牙髓炎。

病例分析：慢性牙髓炎症状，龋坏牙龋洞开放，叩诊阴性，可诊断。

3. 患者常某，51岁，右上牙发现龋坏1个月。

查体：2舌侧龋坏，冠变色，探及髓腔，无痛，叩诊阴性，冷热刺激阴性，牙龈阴性。

治疗：2舌侧龋坏去腐，无痛，揭髓顶，拔髓，无痛，不成形，有腐败味，荡洗，常规根管治疗。

诊断：2牙髓坏死。

病例分析：龋洞存在，冠变色，拔髓无痛有腐败味道，可诊断。

三、急、慢性根尖周炎

【概述】

根尖周病是指根尖周膜、根尖骨质等根尖周组织的病变，绝大多数是由牙髓病发展而来，是口腔科常见的疾病之一。

细菌感染是主要病因。理化刺激，不良操作也是常见病因。机体免疫因素也起一定的作用。

临床上主要分为急性根尖周炎和慢性根尖周炎。

1. 急性根尖周炎又可分为：

- (1) 急性浆液性根尖周炎。
- (2) 急性化脓性根尖周炎。

2. 慢性根尖周炎又可分为

- (1) 慢性根尖肉芽肿。
- (2) 慢性根尖脓肿。
- (3) 根尖囊肿。

【诊断要点】

1. 急性根尖周炎

(1) 持续性钝痛，咬合痛，患牙有伸长感，能定位，一般疼痛与冷热刺激无关，有牙龈肿胀史。

(2) 牙齿松动，叩诊疼痛明显，牙髓无活力，龈颊沟变浅，粘膜肿胀，严重时可有淋巴结肿大，全身乏力，发热等症状。

(3) X线片可见根尖骨质稀疏或破坏。

2. 慢性根尖周炎

(1) 一般无症状，或仅有咬合不适，也可因龋病就诊。

(2) 粘膜或皮肤可有窦道形成，牙槽骨可肿胀，严重者可出现面部畸形。

(3) X线片：根尖脓肿可见弥散性骨质稀疏区；根尖肉芽肿可见骨质稀疏区呈圆形或卵圆形，与正常骨质界限明显；根尖囊肿在圆形或卵圆形的骨质稀疏区外有致密的骨白线。

【鉴别诊断】

急性牙髓炎与急性根尖周炎的鉴别诊断见表 3。

表 3 急性牙髓炎与急性根尖周炎的鉴别诊断

	疼痛症状	温度反应	牙髓活力	叩诊	X 线片
急性牙髓炎	持续性、自发性、放射性、冷热刺激痛	冷热刺激可引起强烈疼痛	阳性	阴性或轻微疼痛	无变化或有牙周膜增宽
急性根尖周炎	持续性钝痛、跳痛、咬合痛	可阴性反应，少部分也可引起疼痛	阳性或阴性	疼痛明显	无变化或有牙周膜增宽或为慢性根尖周炎急性发作表现

【治疗原则】

1. 严格控制细菌感染，这是根尖周病治疗成功的关键。要进行严格规范的根管预备以达到去除感染的目的，同时操作过程中也要严格控制感染物质出根尖孔。
2. 治疗时应考虑全身状况，急性期可先行减压引流。
3. 区分不同种类根尖周病，制定不同治疗计划。大面积的根尖肉芽肿和根尖囊肿常需行牙槽外科手术。

【案例分析】

1. 患者廖某，30 岁，右下磨牙进食痛两周，加重 4 日，牙龈肿胀，不能咬合。

查体： $\overline{6}$ 殆面大面积龋坏，探不痛，叩诊剧痛，冷热测阴性，牙龈肿胀，压痛，波动，X 线片根尖大面积不规则骨密度减低区。

治疗： $\overline{6}$ 常规开髓，拔髓，龈颊切开，大量黄白脓液，放置引流条，急性期过后常规根管治疗，充填。

诊断： $\overline{6}$ 急性根尖周炎。

病情分析：疼痛性质，临床检查符合急性根尖周炎表现，X 线片显示为慢性根尖脓肿急性发作，经治疗后病灶痊愈。

2. 患者李某，50 岁，右上牙食物嵌塞就诊。

查体： $\overline{4}$ 近中殆面龋坏，探诊阴性，冷热测阴性，叩诊阴性，牙龈窦道，牙齿无松动，X 线片根尖大面积阴影，圆形，周边有骨白线。

治疗：常规开髓，拔髓，无痛，根管治疗，充填，三月后复诊，阴影未缩小，窦道未消失。行根尖囊肿刮除术及根尖切除术，三月复诊病灶痊愈。

诊断：根尖囊肿。

病情分析：慢性根尖周炎症状，根据 X 线片表现可诊断。X 线片表现是诊断慢性根尖周炎的决定性指标。

四、边缘性龈炎

【概述】

炎症只侵犯游离龈和龈乳头时称为边缘性龈炎，也可称为缘龈炎或单纯性龈炎。这是一种最常见的牙龈疾病。其病因为龈缘附近牙面上菌斑的堆集。牙石，软垢，不良修复体，食物嵌塞，口呼吸等局部刺激因素，均能加重菌斑堆集，诱发并加重边缘性龈炎。

【诊断要点】

1. 患者主诉一般为咬食物，刷牙，甚至吸吮时牙龈出血，无疼痛的感觉。
2. 临床检查可见游离龈充血水肿，质地松软，边缘变厚，变钝，与牙面分离。好像在淡粉红色的牙龈边缘出现一条狭窄、鲜红的彩带。龈乳头肿大、光亮。
3. 视诊或探诊同时可发现牙石，软垢等局部刺激因素。探触牙龈易出血。
4. 好发部位为前牙，尤其是下前牙。其次为上颌后牙的颊侧和下颌后牙的舌侧。
5. 附着龈仍质地坚实，淡粉红色，点彩存在。
6. 由于牙龈肿胀，龈沟深度可超过 3mm。但无附着丧失，龈沟底仍在釉牙骨质界冠方。无牙周袋形成及齿槽骨吸收现象。

【鉴别诊断】

1. 慢性牙龈炎 整个牙龈呈鲜红色或暗红色，充血水肿，质地松软，点彩消失。
2. 牙周炎 出现牙周袋及牙槽骨吸收。需用牙周探针仔细检查，尤其是下前牙和第一磨牙邻面。

【治疗原则】

1. 去除病因 以洁治术彻底去除牙石，控制菌斑。去除一切菌斑滞留和局部刺激因素。
2. 教会患者正确刷牙和使用牙线的方法。养成定期洁治的习惯。控制菌斑和牙石，避免复发。

五、坏死性龈炎

【概述】

在慢性牙龈炎或牙周炎的基础上，某些因素造成病变处厌氧梭状杆菌和螺旋体集聚、增生并侵入牙龈组织，直接或间接地造成牙龈组织的炎症、溃疡和坏死，称为坏死性龈炎。诱发因素包括：紧张、劳累等身心因素；营养不良或慢性消耗性疾病；吸烟等局部刺激等。坏死性龈炎还是与 HIV 感染密切相关的口腔病变。根据病程的差异，坏死性龈炎可分为急性和慢性两型。

【诊断要点】

1. 急性坏死性龈炎

(1) 患者的主诉常为牙龈疼痛、出血、口臭等。局部疼痛明显；牙龈极易出血，有自发性出血倾向，唾液中往往混有血迹；有典型的腐败性口臭。

(2) 好发于前牙唇侧牙龈。

(3) 临床检查可见边缘龈和龈乳头充血、水肿，出现坏死性溃疡，表面覆以灰白色、污秽的假膜。坏死物质脱落后，牙龈乳头中心凹陷呈火山口状，牙龈边缘呈虫蚀状（旧称刀切

状)。在病变与正常牙龈之间,可见一狭窄的红带将两者分开。

(4) 重症者可出现低热,乏力等全身症状,局部淋巴结肿大,压痛。

(5) 坏死区涂片,革兰染色检查,可见大量的梭状杆菌和螺旋体。

(6) 病变可扩展至邻近组织,称为龈口炎,若合并产气荚膜杆菌感染,可造成颊部坏死、穿孔,称为走马牙疳。

2. 慢性坏死性龈炎

(1) 有反复急性发作或治疗不彻底的病史。

(2) 牙龈乳头严重破坏,甚至消失。若多个牙龈乳头连续累及,则牙龈边缘呈反波浪型。

(3) 牙龈乳头处牙龈之颊舌侧分离,下方可见牙石及软垢。

(4) 病损区涂片细菌学检查可能无诊断价值。

(5) 若出现牙周袋和齿槽骨吸收,称为坏死性溃疡性牙周炎。

【鉴别诊断】

1. 边缘性龈炎 以牙间乳头和游离龈的炎症、充血、水肿、刺激易出血为主要表现。无明显的自觉疼痛和全身症状;无牙龈坏死,明显的溃疡和假膜形成;口臭不明显;无自发出血倾向;涂片很难找到梭状杆菌和螺旋体。

2. 牙周炎 临床检查所见以牙周袋形成,溢脓,牙槽骨吸收,牙齿松动为主。可见牙龈萎缩,但无溃疡、坏死;无明显的牙龈局部疼痛及全身症状;口腔异味非腐败性。

3. 疱疹性龈口炎 起病急,发热等全身症状明显。但是,疱疹性龈口炎好发于婴幼儿;主要侵犯牙龈、唇、颊、腭等粘膜,损害为多发的小疱疹,融合成片,破溃后形成溃疡,无坏死性溃疡,唾液粘稠,轻度口腔异味,涂片检查可见脱落细胞中有包涵体等病毒感染征象。

4. 急性白血病 可能出现广泛性牙龈肿胀,松软,自动出血,局部坏死,口臭等临床表现。但急性白血病牙龈呈苍白色,外周血白细胞计数在 $20 \times 10^9/L$ 以上,并有幼稚白细胞出现。急性白血病可伴发坏死性龈炎。

5. 艾滋病 常可出现坏死性龈炎或牙周炎,但 HIV 感染或艾滋病患者具有毛状白斑等其他表征,化验检查可发现血清 HIV 抗体阳性。

【治疗原则】

1. 局部治疗 包括去除坏死组织及大块牙石,局部应用 3% 的过氧化氢溶液冲洗,或 1% 的过氧化氢溶液含漱,以控制厌氧菌生长。

2. 全身治疗 给予抗生素和甲硝唑等药物,控制感染。并给予维生素 C 等支持性药物。

3. 建立良好的口腔卫生习惯,防止复发。

4. 炎症控制后,对异常外形的牙龈进行牙龈成形术或翻瓣术等治疗,以控制菌斑,防止复发。

【病历分析】

患者男性,41岁,河南人,无业。一年来反复发热,口腔溃疡,疼痛而就诊。

查体:患者左侧口角唇红及皮肤多数小疱,成簇分布,疱破裂后流出黄色液体。唇红部轻度脱屑。张口有异味。全口牙龈火红色,水肿。5+5 牙龈红肿更明显,牙间乳头肿大、

光明、探触疼痛，出血。 $\overline{2\sim4}$ 唇侧，从龈缘、牙间乳头至附着龈大溃疡，外形不规则，深几达骨面，表面覆盖灰黄色污秽物。试图去除污秽物时出血明显。口内唾液粘稠，混有血迹，全口牙石Ⅰ°， $\overline{5+5}$ 舌侧牙石Ⅱ°，软垢明显。 $\frac{76}{76}|\frac{67}{67}$ 牙周袋4~6mm，有稀薄脓液溢出，牙齿松动Ⅱ°。双侧颌下淋巴结肿大，触痛，活动。

化验检查：末梢血 WBC $8.6\times 10^9/L$ ，中性粒细胞占0.90。刮取深层污秽物，涂片，革兰染色，显微镜下可见大量梭状杆菌及螺旋体。

诊断：急性坏死性龈炎

唇疱疹

牙周炎。

治疗：简单的龈上洁治，去除大块牙石。3%过氧化氢冲洗，上碘甘油。全身给予青霉素肌注，80万u，每日两次，1.5%过氧化氢含漱。金喉健喷雾口腔内牙龈及溃疡面，每日4次。甲硝唑口服，0.2g，每日四次。

病例分析：此患者应进一步检查口腔中是否有 HIV 感染征象，并作血清 HIV 抗体检测。

六、成人牙周炎

【概述】

牙周炎是牙周支持组织的慢性、炎症性、破坏性疾病。牙石，软垢，食物嵌塞，不良修复体等局部刺激加重了菌斑的堆积，并由龈上向龈下扩展。龈下菌斑滋生大量毒力很强的牙周致病菌，如卟啉单胞菌，中间普氏菌和螺旋体等，导致牙周组织的炎症、破坏，牙周袋形成，齿槽骨吸收，成为牙周炎。殆创伤在牙周病过程中起着重要作用。成人牙周炎一般分为单纯性牙周炎和复合性牙周炎两类。

【诊断要点】

1. 单纯性牙周炎

(1) 可侵犯全口多数牙齿，也可侵犯一组牙或个别牙。磨牙区和前牙区菌斑、牙石易于堆积，故较易发病。

(2) 始于青年时期，病程缓慢，可迁延十多年甚至数十年。病程中有静止期和活动期，也可不出现暴发性活动期。

(3) 牙周炎的四大临床特征为牙周袋形成、牙龈炎症、牙槽骨吸收和牙齿松动。

(4) 牙周炎晚期可出现牙齿移位，食物嵌塞，继发性殆创伤，牙龈退缩，根面龋，急性牙周脓肿及逆行性牙髓炎等。

(5) 因疾病早期患者常不注意，所以牙周炎患者常以口臭，牙齿松动，咀嚼无力，牙周脓肿和逆行性牙髓炎的局部疼痛就诊。

2. 复合性牙周炎 单纯性牙周炎伴有明显的殆创伤者，称为复合性牙周炎。复合性牙周炎除具有单纯性牙周炎的各种临床特征外，还有下列特点。

(1) 窄而深的局限性牙周袋。

(2) 后牙根分叉区的孤立病变。

(3) X线片显示牙槽骨垂直型吸收，形成骨下袋。牙槽嵴顶处牙周膜间隙呈楔形增宽，