

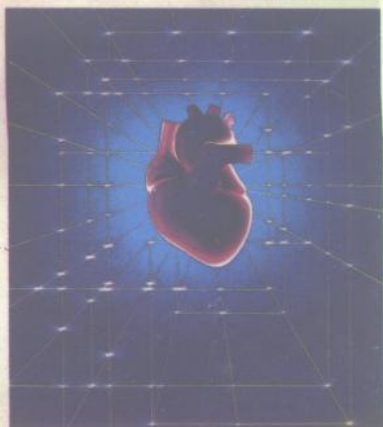
中西医诊疗方法丛书

吴阶平题



• 主编 钟大文 • 副主编 孙会丰 陈方育

口腔科分册



科学技术文献出版社

中西医诊疗方法丛书

口腔科分册

主 编 钟大文

副主编 孙会丰 陈方育

编著者 (以姓氏笔划为序)

于一心 王文伟 王治彬 王邦全

王永渝 孙会丰 李晓智 张万通

杨光琼 陈方育 陈国华 钟大文

黄孝庆

科学技术文献出版社

(京)新登字 130 号

图书在版编目(CIP)数据

中西医诊疗方法丛书:口腔科分册/钟大文编著.-北京:科学技术文献出版社,1995

ISBN 7-5023-2582-4

I. 中... I. 钟... II. ①中西医结合-诊疗-丛书②
口腔颌面部疾病-诊疗-中西医结合疗法 IV. ①R2-031
②R78

中国版本图书馆CIP数据核字(95)第10169号

科学技术文献出版社出版

(北京复兴路15号 邮政编码100038)

中国科学技术信息研究所重庆分所印刷厂印刷 新华书店重庆发行所发行

1995年12月第1版 1995年12月第1次印刷

850×1168毫米 32开本 11印张 282千字

科技新书目:370—93 印数:1—3000册

定价:12.50元

坚持“中西医并重”的方针 不断提高临床诊疗水平

(代序言)

在医学领域,诊疗疾病有赖于运用辩证唯物主义的观点进行科学的思维,选择有效的手段。作为临床医生,尤其是广大中青年医务人员,在掌握某些疾病的基本理论和诊疗技能之后,若仅凭症状、体征及辅助检查资料,生搬硬套地采取“对号入座”的办法,并非对疾病都能作出正确的诊断,也不可能进行有效的治疗。因此,具备诊疗疾病的科学思维方法和分析、解决临床问题的实际能力尤为重要。

“中西医并重”是我国卫生工作方针的重要组成部分。坚持中西医结合,中医、西医相互配合,取长补短,努力发挥各自的优势是我们中西医药工作者为之努力的方向。

当今世界,临床医学书籍之多,浩如烟海,且各具特色。但融中西医诊疗方法学为一体的丛书,还为数不多,广大读者要想找到一套爱不释手的这类工具参考书也非易事。基于这些原因,编者编写了这套《中西医诊疗方法丛书》。

本丛书涉及内、外、妇、儿等11个学科,内容丰富,具有科学性、新颖性和实用性等特点,是众多中西医专家、学者群体智慧的结晶。本丛书对每一病证或病种,主要论述其概念、诊断和治疗,更

着重于方法,同时也分别列出了中医、西医两种体系的诊疗原理和方法,既突出了时代特色,又展现了传统风貌。鉴于知识更新的需要,本丛书还传递了不少的新观点、新理论、新成果、新技术和新经验,让读者有耳目一新之感。

科学技术文献出版社先于本书出版了《基层医生手册》一书,深受广大基层医务人员的喜爱。这两本书各有特色,相互辉映,可算得上是“姐妹篇”,都是值得一读的好书。

本丛书承蒙全国人大常委会副委员长、中国医学科学院院长吴阶平教授题写书名,国家卫生部原部长、中国中医药学会会长、中国中西医结合学会名誉会长崔月犁同志题辞,又蒙各位顾问的关心和指导,谨此一并致谢。

中西医结合这一跨越世纪的使命,任重道远,尤其是两者在理论体系上的结合难度极大,还需要勇于探索、不断创新。此外,本丛书所列举的一些中医和西医的观点和方法并非完美无缺,有的还显得有些简单粗糙,不一定令人折服,有的甚至还会有遗漏;加之,编写此类丛书涉及面广,工作量大和经验不足,不足之处在所难免,望读者给予批评指正。

张泽普 冯涤尘

1995年6月

序 言

本分册邀请了重庆市口腔医院、重庆医科大学附一院、解放军第三医科大学附一、三院、市属医院等口腔医师和重庆中医学校的教师共同编著而成。内容包括口腔内科、口腔颌面外科、口腔修复科、口腔正畸科四大部分,以多发病、常见病为主,突出实用性。这里特别要指出的是:口腔医学是一个相对较年轻的学科,口腔的一些疾病由于受历史条件的限制,在中医的诊疗方面未见有较完整的论述;对于牙列缺失,牙颌畸形等疾患以及牙体缺损、肿瘤、外伤等的手术治疗又非中医传统的各种疗法所能解决。因此,在这些篇章中的中医诊疗技术尚缺,请读者鉴谅!

本分册重点介绍了口腔疾病的诊断和治疗方法,文字简明扼要,通俗易懂。所介绍的诊疗方法实用,易于掌握,可操作性强,有些则是作者等多年实践中行之有效的宝贵经验总结,是一本实用价值比较高的手册性质参考书,特别适用于广大基层医疗单位的口腔医务工作者。

口腔科多种疾病的治疗,如口腔外科的手术、口腔内科的牙髓病治疗、口腔修复、正畸科的制作技术等都涉及到诸多操作程序,除需文字说明外,还需用图示方法始能明瞭,然而限于篇幅,本书仅能作梗概的介绍,不能一一详述,若须深入了解,请参阅有关专著。

在编写过程中,由于时间仓促和受篇幅限制,错误和疏漏之处在所难免,欢迎同道和广大读者批评指正。

编著者

1994年8月

目 录

第一篇 口腔内科	(1)
第一章 龋病	(1)
第一节 浅龋	(1)
第二节 中龋	(2)
第三节 深龋	(2)
第二章 牙髓病	(6)
第一节 牙髓充血	(6)
第二节 慢性牙髓炎	(7)
第三节 急性牙髓炎	(7)
第四节 牙髓坏死和坏疽	(8)
第五节 残髓炎	(8)
第三章 根尖周病	(10)
第一节 急性根尖周炎	(10)
第二节 慢性根尖周炎	(11)
第四章 牙齿发育异常	(13)
第一节 釉质发育不全	(13)
第二节 氟牙症	(13)
第三节 四环素变色牙	(14)
第四节 畸形中央尖	(15)
第五节 畸形舌侧窝(牙内陷)	(15)

第五章 牙体缺损	(17)
第一节 楔状缺损	(17)
第二节 牙隐裂	(18)
第三节 牙齿敏感症	(19)
第六章 牙龈病	(21)
第一节 边缘性龈炎	(21)
第二节 肥大性龈炎	(22)
第三节 妊娠期龈炎	(23)
第四节 药物性牙龈增生	(24)
第七章 牙周病	(26)
第一节 单纯性牙周炎	(26)
第二节 复合性牙周炎	(27)
第三节 青少年牙周炎	(28)
第四节 牙周萎缩	(30)
第八章 口腔粘膜病	(32)
第一节 粘膜溃疡	(32)
第二节 感染性口炎	(38)
第三节 发疱性疾病	(53)
第四节 口腔斑纹损害	(58)
第五节 慢性盘状红斑狼疮	(65)
第六节 变态反应性疾病	(67)
第七节 舌病	(72)
第八节 唇病	(77)
第九节 与口腔有关的综合征	(82)
第十节 维生素缺乏的口腔表征	(92)
第十一节 金属中毒的口腔表征	(95)
第十二节 血液病的口腔表征	(96)

第二篇 口腔颌面外科.....	(98)
第一章 口腔颌面部炎症	(98)
第一节 牙槽脓肿	(98)
第二节 第三磨牙冠周炎	(99)
第三节 干槽症.....	(100)
第四节 拔牙创感染.....	(102)
第五节 口腔颌面部蜂窝织炎.....	(103)
第六节 颌骨骨髓炎.....	(108)
第七节 面颈部淋巴结炎.....	(113)
第八节 口腔颌面部特异性感染.....	(115)
第九节 颌面部疖痈.....	(120)
第十节 坏疽性口炎(走马疳).....	(122)
第十一节 口腔颌面部急性炎症的常见一并发症.....	(123)
第二章 涎腺疾病.....	(125)
第一节 涎腺炎症.....	(125)
第二节 涎腺损伤.....	(133)
第三节 涎腺肿瘤.....	(135)
第三章 口腔颌面部肿瘤.....	(144)
第一节 口腔颌面部囊肿.....	(144)
第二节 良性肿瘤及瘤样病变.....	(150)
第三节 恶性肿瘤.....	(162)
第四章 口腔颌面部损伤.....	(174)
第一节 软组织损伤.....	(174)
第二节 牙及牙槽骨损伤.....	(177)
第三节 面骨骨折.....	(181)
第四节 口腔颌面部战伤.....	(188)

第五节	口腔颌面部异物.....	(193)
第五章	颞下颌关节病.....	(195)
第一节	颞下颌关节紊乱综合征.....	(195)
第二节	颞下颌关节脱位.....	(197)
第三节	颞下颌关节强直.....	(198)
第四节	颞下颌关节炎.....	(200)
第六章	口腔颌面部畸形.....	(203)
第一节	先天性畸形.....	(203)
第二节	颌骨畸形.....	(209)
第三节	后天性畸形.....	(220)
第七章	口腔颌面部神经疾病.....	(233)
第一节	三叉神经痛.....	(233)
第二节	舌咽神经痛.....	(235)
第三节	非典型面痛.....	(236)
第四节	面神经麻痹.....	(237)
第五节	面肌抽搐.....	(238)
第三篇	口腔修复科.....	(240)
第一章	牙体缺损的矫形修复.....	(240)
第一节	嵌体.....	(240)
第二节	部分冠.....	(250)
第三节	桩冠.....	(255)
第四节	全冠.....	(257)
第二章	可摘局部义齿.....	(265)
第三章	全口义齿.....	(279)
第四章	固定桥.....	(291)

第五章 预成托牙、覆盖托牙、牙周病及颞颌关节病的矫形	
治疗和修复体的修理	(298)
第一节 预成托牙	(298)
第二节 覆盖托牙	(300)
第三节 牙周病的矫形治疗	(305)
第四节 颞颌关节功能紊乱的矫形治疗	(312)
第五节 修复体的修理	(315)
 第四篇 口腔正畸科	(320)
第一章 牙列拥挤	(320)
第二章 反骀	(323)
第三章 上颌前突	(326)
第四章 深覆骀	(329)
第五章 开骀	(332)
第六章 锁骀	(335)

第一篇 口腔内科

第一章 龋病

龋病是牙齿在细菌及其他多种因素影响下,牙体硬组织发生慢性进行性的无机物脱矿、有机质分解,从而造成牙体组织破坏缺损的一种疾病。临床表现为疼痛、牙齿丧失以及破坏咀嚼器官的完整性,并可继发牙髓病、根尖周病,甚至导致颌骨炎症,成为病灶而影响全身健康。本病不限年龄、性别、种族、地区,其危害之大遍及全人类,已列为人类三大疾病之一。

【诊断】

临床上常按龋病的破坏程度分为浅龋(釉质龋)、中龋(牙本质浅龋)和深龋(牙本质深龋)三类。根据牙齿的色、形、质改变以及病人自觉症状,可用视诊、探诊、温度试验,必要时摄X线片进行诊断。现今,Larmas已提出龋病易感性的简单测试法,即测量涎液的流速、pH、缓冲力、耐酸细菌计数、酵母菌计数5个涎液参数而确诊。龋齿好发于牙齿的窝沟,其次为邻面及牙颈部。

浅 龋

浅龋时病人一般无自觉症状,临床检查可见釉质表面出现白垩色小龋斑,此处釉质失去原透明状而变暗灰,并有黄褐色的色素沉积,此时釉质表面已脱钙,进一步发展,釉质表面出现粗糙或实质缺损,有洞形成,此时诊断不难。

中 龋

(1)中龋时龋坏过程进展较快,牙齿的色、形、质改变明显,多已在牙本质浅层形成龋洞,牙齿表面因色素沉积变为黑褐色,龋洞底有软化牙本质(又称龋坏组织)或腐质(感染坏死的牙本质)。此外,洞内尚有分解的牙本质碎片、细菌和食物残屑。

(2)有较明显的自觉症状:患牙对甜、酸、冷、热刺激敏感,但对温度刺激不如化学刺激敏感。

(3)病变范围和龋洞深度须在挖净龋坏组织后进行检查才能确定。探诊较难确定的邻面龋、潜行龋或隐匿龋可摄X线片检查以助诊断。

深 龋

(1)龋坏已进入深层,形成很深的龋洞,当洞底接近牙髓时自觉症状更为明显,冷热刺激尤其冷刺激引起的疼痛感比中龋时更剧烈,对化学刺激的反应不如中龋。较硬的食物碎块嵌入龋洞后也会引起剧烈疼痛,致使患者不敢用患牙咀嚼。

(2)检查时应挖净洞内龋坏组织,探查有无牙髓腔穿孔。确切的深龋应无牙髓穿孔,病变破坏达牙本质深层。

(3)在诊断深龋时鉴别牙髓的状态非常重要,如错将已穿髓的深龋或牙髓已感染甚至已坏死的龋洞予以充填,就会造成严重的根尖病变或其他并发症,给病人带来极大的痛苦,故应注意检查极敏感的探痛有无穿髓点。如发现穿髓点而无明显探痛或仅有深部探痛,应考虑牙髓坏死或慢性牙髓炎。在深龋治疗过程中,病人无反应时应做牙髓活力试验。深龋在刺激除去后疼痛症状很快消失,而牙髓充血要持续一短暂时间;深龋只有当食物硬块落入龋洞时方引起疼痛,没有叩痛和牙髓炎病史,此点可与慢性牙髓炎或尖周

炎相鉴别。

【治疗】

临床治疗应以药物治疗和手术治疗为主。

1. 药物治疗

(1)10%硝酸银:以硝酸银处理牙面后用10%福尔马林或2.5%碘酊进行还原,形成黑色金属银粒子沉淀以堵塞牙本质小管。适用于接近替换期的乳牙或龋坏面积广泛的浅龋和中龋。

(2)75%氟化钠甘油糊剂或2%氟化钠水溶液涂擦:牙面先隔湿,用95%酒精脱水吹干,再用小棉球沾糊剂或溶液涂擦2~3分钟。适用于平滑面早期釉质龋。

(3)再矿化法:配制含有不同比例钙、磷和氟化物的矿化溶液,含漱或置于牙面一定时间,使已脱矿的釉质发生再矿化,使白垩斑缩小或停止发展。

2. 手术治疗

由于牙体组织的生理特点,牙体组织患龋病而崩溃缺损之后是不能自行恢复的。为达到消除感染坏死病灶、停止病变进行、恢复牙齿原有形态和功能的目的,只有施行手术治疗。对已成洞的浅龋、中龋、深龋,均需采用手术治疗。手术治疗包括充填法、嵌体和人造冠修复。按现在国内划分法,后两者属修复科内容。

(1)保护牙髓:牙齿硬组织是机体生活组织的一部分,直接参与代谢过程,并承担强大压力。如备洞时盲目切割过多组织,不仅牙髓受到过大刺激,牙组织的坚固性也必然大为降低,故手术过程中要注意保护牙髓。要熟悉各牙的髓腔位置、形态、大小;防止意外使牙髓暴露;手术动作要轻柔,尽量避免损伤牙髓,并设法减轻病人的疼痛。

(2)充填:充填包括窝洞预备和充填修复。

窝洞预备要点:

①除尽龋坏组织和软化的牙本质,以消除感染。仅在急性龋时方可在洞底接近牙髓部位保留少量软化牙本质。

②保护牙髓。切割时应有冷却设施,不可施加大的压力。要用锋利钻针,时磨时停,以减少磨钻过程中的产热。制备外形时应一次达切割深度,然后扩展制成一定外形。防止重复切割牙本质小管而加重对牙髓的损伤。

③制备抗力形和固位形以承受咀嚼压力和防止充填料脱落。应去除悬空釉质,外形曲线圆缓,轴壁直,底平,点线角清楚。严重大面积缺损牙可用钉固位(如粘固型钉,自身攻纹钉等)再加充填材料修复。

④掌握近代制洞新概念:

A. 骀面洞:

a. 颊舌间距由原 $1/3$ 改为 $1/4$,这样因洞变窄边沿受力变小容易充填坚实。银汞合金宜在调拌好后 3 分钟内使用,超过 3 分钟后合金易分层。

b. 颊舌壁内倾,接近嵴时稍外敞以增固位。

c. 光弹应力表明:洞底线角圆钝者与边界应力较小,无应力集中,有利抗力而不影响固位。

B. 复面洞(邻骀洞):

骀面部分:

a. 鸠尾宽度最佳为颊舌间距的 $1/4$ 。

b. 颊壁根据邻面龋好发部位、接触区与骀面窝沟所在位置及修复受力情况,制成 S 或反 S 曲线以达自洁区。

c. 舌壁因已到自洁区不再扩展,制成平直线伸出即可。

邻面部分:

a. 邻偏颊,颊舌壁内倾。

b. 设附加固位,如在龈壁的内 $1/2$ 制成一倾向根侧的斜面或沟;颊轴或舌轴线角加沟,从龈壁点角或点角以上开始均可。

C. 前牙邻面洞:

因美观关系,前牙的修复已基本使用牙色材料,但尖牙因位置特殊,受力大尤其远中面,应以耐磨材料修复,例如用银汞为主修复接触区。如邻面洞涉及唇面时,从唇面开窗用树脂修复。

D. 唇颊牙颈部洞(V类洞):

当咬合时胎壁受力而易成微隙,故尽可能内倾,至少应与洞底垂直,不能外敞。

充填修复:

①窝洞的清理即充填前预处理:从60年代初由于玷污层(Smear layer)的发现,提出了预处理概念。即用EDTA或草酸盐去除玷污层,形成抗酸覆盖层,降低渗透,增强密合度。

②基底:垫底除保护牙髓外,可增加力学内容,这对牙体组织和修复体应力分布的影响有重要意义。有人提出用 $\text{Ca}(\text{OH})_2$ 盖髓厚度应 $<0.05\text{mm}$,磷酸锌厚度应 $>1.5\text{mm}$ 才能使银汞强度不受影响。

③洞衬:是将氢氧化钙或氧化锌有机溶剂混悬液涂于洞底,溶剂挥发后就遗留下药剂。

④磨光:充填后的磨光是充填的继续,磨光时轻轻加压可加强充填料强度。

第二章 牙 髓 病

牙髓病即牙髓组织的疾病。当牙体病损波及牙髓，或受外界刺激极强烈时，便会引起牙髓疾病。

历来牙髓病的分类较多而不统一，现就最常见的牙髓病如牙髓充血、慢性牙髓炎、急性牙髓炎、牙髓坏死及坏疽、残髓炎等介绍如下。

第一节 牙 髓 充 血

牙髓充血又称可复性牙髓炎，因系牙髓组织处于一种充血状态，此时牙髓的病理改变是可以恢复的。

【诊断】

诊断主要依靠临床症状。牙髓充血只有激发痛感，即遇化学或温度的刺激时，立即发生局限疼痛，一旦刺激除去，疼痛即缓解，没有自发痛或自发痛史，牙髓未暴露。温度试验反应迅速、短暂、局限。

【治疗】

牙髓充血的治疗原则是去除刺激、保存活髓。

深龋引起的牙髓充血，去除腐质后用间接盖髓法治疗。可用丁香油氧化锌糊剂安抚，数周后无症状再作永久性充填。

创伤引起的牙髓充血的治疗，与外伤性牙周膜炎的治疗法相同，即调殆或用 0.5% 普鲁卡因 2ml 于患牙根尖部粘膜下注射封闭治疗。