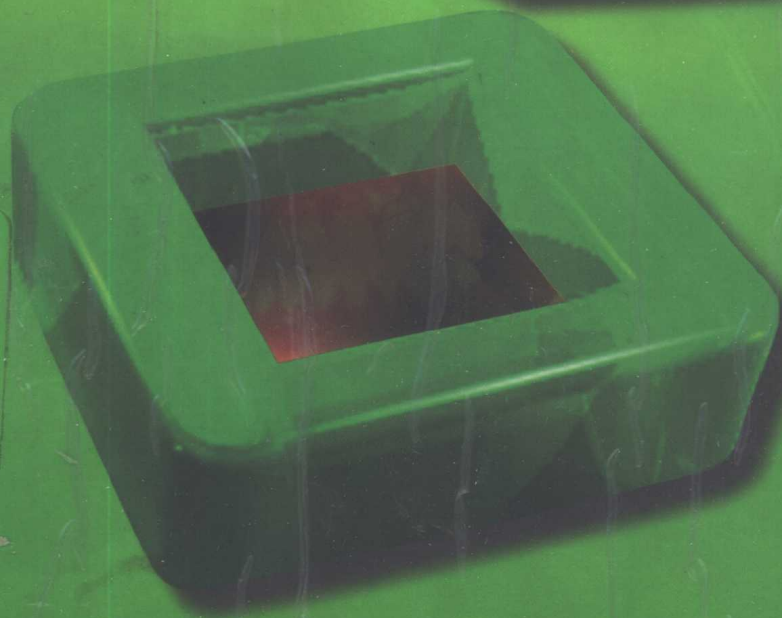
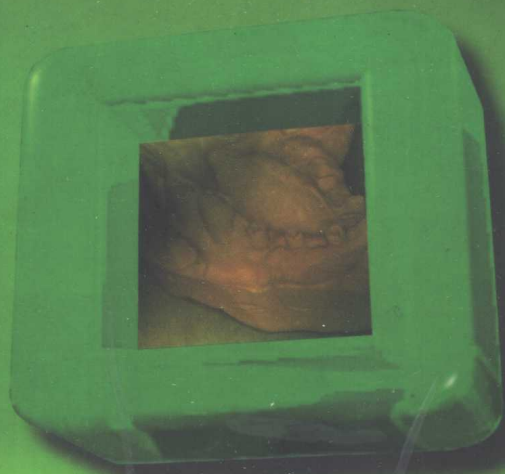


实用口腔疾病 诊治图谱

主编 邱蔚六

山东科学技术出版社



实用口腔疾病诊治图谱

主 编 邱蔚六

副主编 刘 正 杨宠莹 凌泽生

山东科学技术出版社

实用口腔疾病诊治图谱

主编 邱蔚六

*

山东科学技术出版社出版

(济南市玉函路 邮编 250002)

山东科学技术出版社发行

(济南市玉函路 电话 2014651)

山东新华印刷厂印刷

*

787mm×1092mm 1/16 开本 31 印张 4 插页 550 千字

1997 年 10 月第 1 版 1997 年 10 月第 1 次印刷

印数:1—4000

ISBN 7—5331—1769—7

R·510 定价 278.00 元

主 编 邱蔚六

副主编 刘 正 杨宠莹 凌涤生

编写人员 (按姓氏笔画为序)

王国民	王晓仪	王哲明	刘 正	刘 侃	孙 坚
沈国芳	李国梁	余 强	束 蓉	张伟国	张延英
张陈平	张志勇	张建中	张保卫	张富强	张 濒
杨丕山	杨 驰	杨宠莹	房 兵	罗建平	林国础
竺涵光	周曾同	俞 伟	哈 琪	姚隆浩	唐友盛
徐 欣	戚向敏	龚雷萌	曹惠菊	蔡 中	潘可风
滕伯刚					

绘 图 张 濒 周国瑜等
摄 影 茅文敏 舒伟伦 王书德

责任编辑 王为珍 陈 刚

复 审 徐蓝田

终 审 刘韶明

策 划 陈 刚

前 言

图谱在医学书籍中是一种常见的编撰形式,尤其适用于操作性较强的医学专科,诸如解剖学图谱、手术图解等,但在国内口腔医学图书中却罕见图谱。本书是为各种常见口腔疾病诊治而进行编撰的,不但在国内属首次尝试,在国外也极少见。

图谱的编撰原则是以图为主,图文并茂。它的优点是能加深读者直观印象和对各种手术、医疗操作的理解,开门见山,无需过多地探讨疾病的发生、发展或其机制,因此实用性很强。

本书共分 25 章,以疾病的诊断和处理为纲进行编写。其内容包括口腔内科、口腔颌面外科、口腔修复科、口腔正畸科、儿童口腔科等有关口腔医学领域内的常见病。为了加强基本操作和介绍有关技术,还专列了有关临床检查、常用诊断技术等内容。除常规诊断、治疗方法外,还介绍了最新的诊断方法和治疗技术,以适应临床诊治的需要。

本书可作为口腔科医师和口腔医学专业的教师、研究生、学生的参考书。

参加本书的编写人员为上海第二医科大学口腔医学院和山东医科大学口腔医学系的部分教师,他们大多已具有高级专业技术职称,临床经验丰富,水平较高,而且是老、中、青三结合,使本书具有较高质量。然而,由于编写时间较短,编写人员较多,以及本人水平的限制,谬误之处在所难免,诚恳地希望读者能提出意见和批评,以便再版时修订。

邱蔚六

1996 年 4 月于上海第二
医科大学口腔医学院

目 录

第一章 口腔颌面部检查	1
第一节 临床检查	1
一、检查前准备	1
二、口腔常规检查	1
三、颌面、颈部检查	3
第二节 特殊检查	4
一、牙髓活力测定	4
二、口腔病理活组织检查技术	4
三、口腔 X 线摄影技术	7
四、口腔颌面部病变的计算机体层扫描 (CT)和磁共振成像(MRI)诊断	13
五、超声诊断	18
六、模型分析技术	24
七、X 线头影测量分析	26
八、计算机图像分析技术	30
第二章 局部麻醉	32
第一节 表面麻醉	32
一、表面涂布麻醉	32
二、表面喷射麻醉	32
第二节 局部浸润麻醉	33
一、颌面软组织浸润麻醉	33
二、牙槽部浸润麻醉	33
第三节 神经阻滞麻醉	34
一、上颌神经阻滞麻醉(圆孔注射法)	34
二、上牙槽后神经阻滞麻醉 (上颌结节注射法)	35
三、眶下神经阻滞麻醉(眶下孔注射法)	35
四、腭前神经阻滞麻醉(腭大孔注射法)	35
五、鼻腭神经阻滞麻醉(切牙孔注射法)	36
六、下颌神经阻滞麻醉(卵圆孔注射法)	36
七、下牙槽神经及舌神经阻滞麻醉 (翼下颌间隙注射法)	37
八、颊神经阻滞麻醉(颊孔注射法)	37
九、颊(长)神经阻滞麻醉	38
十、咀嚼肌神经阻滞麻醉	38
十一、耳颞神经阻滞麻醉	38
第三章 龋病	40
第一节 临床表现与诊断	40
一、临床分类和诊断	40
二、龋病的好发牙齿和牙面	41
第二节 龋病的治疗	42
一、药物治疗	42
二、手术治疗	42
第四章 牙髓病与根尖周病	48
第一节 牙髓病与根尖周病的分类	48
一、牙髓病	48
二、根尖周病	51
第二节 牙髓病与根尖周病的治疗	53
一、治疗原则	53
二、应急治疗	53
三、牙髓病的治疗	54
四、根尖周病的治疗	58
第五章 牙体硬组织非龋性疾病	66
第一节 牙齿发育异常	66
一、牙齿形态异常	66
二、牙齿结构异常	70
第二节 牙体损伤	75
一、牙体慢性损伤	75
二、牙体急性损伤	77
第三节 牙齿感觉过敏症	80
第六章 儿童常见口腔病的处理特点	83
第一节 乳牙解剖和牙体制备	83
一、乳牙解剖特点	83
二、牙体制备的注意点	84
第二节 常见修复技术的特点	84
一、充填术	84

二、冠修复	85	一、单纯疱疹	123
三、年轻恒牙的修复	86	二、带状疱疹	124
第三节 乳恒牙的生理替换和 拔牙注意点	86	三、球菌性口炎	125
第七章 牙周组织疾病	88	四、口腔念珠菌病	125
第一节 牙龈病	88	五、口腔结核	126
一、牙龈炎	88	六、口腔梅毒	127
二、牙龈增生	89	七、艾滋病	128
第二节 牙周病	89	第四节 变态反应性疾病	129
一、慢性成人牙周炎	89	一、血管神经性水肿	129
二、青春前期牙周炎	92	二、药物性口炎	130
三、青少年牙周炎	92	三、多形红斑	130
四、快速进展性牙周炎	92	第五节 免疫性疾病	131
第三节 牙周组织疾病的治疗	93	一、天疱疮	131
一、龈上洁治术	93	二、良性粘膜类天疱疮	133
二、龈下刮治及根面平整术	95	三、大疱性类天疱疮	133
三、袋内壁刮治术	96	第六节 舌部疾病	134
四、切除新附着术	97	一、游走性舌炎	134
五、牙龈切除术及牙龈成形术	97	二、沟纹舌	135
六、翻瓣术	100	三、正中菱形舌	135
七、牙周骨外科手术	103	四、毛舌	135
八、根分叉感染的处理、截根术与 牙半切术	104	五、萎缩性舌炎	136
九、邻面楔形切口	107	第七节 唇部疾病	136
十、引导牙周组织再生术	107	一、慢性唇炎	136
十一、牙周缝合与牙周塞治	108	二、光化性唇炎	137
十二、松牙固定术	109	三、肉芽肿性唇炎	137
十三、膜龈手术	110	四、腺性唇炎	138
第八章 口腔粘膜病	115	五、口角炎	138
第一节 粘膜溃疡	115	六、梅-罗综合征	139
一、复发性阿弗它溃疡	115	第八节 其他粘膜病损	139
二、创伤性溃疡	117	一、血小板减少性紫癜	139
第二节 粘膜斑纹	117	二、维生素C缺乏	139
一、赤斑	117	三、重金属中毒	140
二、白斑	117	第九章 牙及牙槽外科	141
三、白色角化病	118	一、普通牙拔除术	141
四、扁平苔藓	119	二、阻生牙拔除术	141
五、盘状红斑狼疮	120	三、断根拔除术	145
六、口腔粘膜下纤维变性	121	四、牙槽骨修整术	147
七、黑斑	122	五、系带修整术	150
第三节 感染性疾病	123	六、唇颊沟加深术	152
		七、口腔上颌窦瘘封闭术	153
		第十章 口腔颌面部感染	155

第一节 牙槽脓肿	155	一、癌	203
第二节 智齿冠周炎	156	二、肉瘤	215
第三节 口腔颌面部蜂窝组织炎及 脓肿	157	第十三章 颞下颌关节疾病	219
第四节 颌骨骨髓炎	167	第一节 颞下颌关节紊乱综合征	219
一、化脓性颌骨骨髓炎	167	一、分类与诊断	219
二、放射性颌骨坏死(骨髓炎)	169	二、治疗	222
第五节 颜面部疖痈	170	第二节 颞下颌关节脱位	232
第六节 面颈部淋巴结炎	171	一、颞下颌关节脱位的类型	232
第十一章 口腔颌面部损伤	173	二、诊断	232
第一节 口腔颌面部损伤的急救	173	三、治疗	232
一、窒息的急救	173	第三节 颞下颌关节强直	235
二、止血	174	一、真性关节强直	235
三、合并颅脑损伤的急救	174	二、假性关节强直	242
四、抗休克及防治感染	174	第十四章 涎腺疾病	244
第二节 口腔颌面部软组织损伤	175	一、涎石病	244
一、软组织钝挫伤的处理	175	二、急性化脓性腮腺炎	246
二、常见各部位软组织开放性 损伤的处理	175	三、流行性腮腺炎	247
第三节 牙损伤	177	四、慢性复发性腮腺炎	248
一、牙挫伤	177	五、涎腺肥大	250
二、牙折	177	六、淋巴上皮病	250
三、牙脱位	177	七、涎痿	254
第四节 颌骨骨折	177	八、粘液囊肿	255
一、下颌骨骨折	177	九、舌下腺囊肿	255
二、上颌骨骨折	179	十、腮腺囊肿	256
三、牙槽突骨折	180	十一、涎腺多形性腺瘤	256
四、颌骨骨折的复位	180	十二、腺淋巴瘤	263
五、颌骨骨折的固定	180	十三、粘液表皮样癌	264
第五节 颧骨颧弓骨折	183	十四、腺样囊性癌	265
第六节 鼻骨骨折	185	十五、腺癌、鳞癌、未分化癌	267
第七节 眶底爆裂性骨折	186	十六、恶性多形性腺瘤	268
第十二章 口腔颌面部囊肿和肿瘤	187	十七、腺泡细胞癌	268
第一节 囊肿	187	十八、上皮-肌上皮癌	270
一、软组织囊肿	187	十九、涎腺导管癌	270
二、颌骨囊肿	190	第十五章 口腔颌面部神经疾病	271
第二节 良性肿瘤	193	一、三叉神经痛	271
一、软组织良性肿瘤	193	二、舌咽神经痛	273
二、骨组织良性肿瘤	200	三、面神经麻痹(面瘫)	274
第三节 恶性肿瘤	203	四、面肌痉挛(面抽搐)	276
		第十六章 口腔颌面部畸形	277
		第一节 唇裂	277
		一、唇裂的临床分类	277

二、麻醉的选择	278	二、后牙可摘局部义齿设计	370
三、常用的唇裂整复方法	278	第三节 前后牙混合缺失修复	372
四、唇裂术后的处理常规	282	一、固定义齿修复设计	372
五、唇裂继发畸形整复术	282	二、可摘局部义齿设计	373
第二节 腭裂	286	第四节 远中游离缺失修复	374
一、腭裂的临床分类	287	第五节 少数牙残存修复	377
二、腭裂整复术	288	第六节 可摘局部义齿的制作	378
三、咽成形术	291	一、基牙制备	378
四、腭咽闭合功能不全的非手术治疗	292	二、取印模和灌注模型	378
五、齿槽裂植骨术	293	三、确定就位道	378
第三节 面横裂和正中裂	294	四、模型设计	379
第四节 颌骨发育畸形	296	五、确定正中殆关系	379
一、颌骨发育畸形分类	296	六、上殆架	379
二、颌骨发育畸形的诊断和治疗		七、制作支架	379
方案设计	296	八、排列人工牙	380
三、正颌外科的面型预测分析	298	九、蜡基托完成	380
四、正颌手术的模型外科	300	十、可摘局部义齿完成	380
五、常见颌骨发育畸形的诊断与		第十九章 牙列缺失修复	390
手术治疗	301	一、无牙殆的解剖标志	390
六、常用正颌外科手术方法	311	二、无牙殆的功能分区与义齿	
七、正颌外科手术前后的正畸治疗	317	基托的关系	390
第五节 口腔颌面部后天畸形	320	三、全口义齿的印模	390
一、唇畸形及缺损的整复	320	四、灌注模型	393
二、面颊部畸形及缺损的整复	326	五、颌位关系的确定和转移	393
三、鼻畸形及缺损的整复	338	六、人工牙的排列	398
四、口腔颌面其他器官缺损的整复	341	七、全口义齿的试戴	402
第十七章 牙体缺损修复	344	八、全口义齿制作完成	402
第一节 前牙牙体缺损修复	344	九、全口义齿初戴	403
一、前牙部分冠	344	十、全口义齿与语音腭图	404
二、前牙烤瓷全冠	349	第二十章 颌面缺损修复	408
三、前牙桩冠	351	第一节 颌面缺损的诊断	408
第二节 后牙牙体缺损修复	355	一、颌骨缺损的诊断	408
一、后牙嵌体	355	二、面部缺损的诊断	409
二、后牙全冠(铸造)	358	第二节 颌面缺损的修复治疗	409
第三节 牙体严重缺损修复	360	一、颌骨缺损的修复	409
第十八章 牙列缺损修复	367	二、软腭缺损的修复	412
第一节 前牙缺失修复	367	三、面部缺损的修复	412
一、前牙固定义齿设计	367	四、配合颌骨手术的矫形治疗	420
二、前牙可摘局部义齿设计	368	第二十一章 种植义齿	422
第二节 后牙缺失修复	370	第一节 种植材料与种植系统	422
一、后牙固定义齿设计	370	一、种植材料	422

二、种植系统	422	三、错𦍐	442
第二节 病例选择及准备	424	第二十三章 牙颌畸形矫治器	445
一、适应证和禁忌证	424	第一节 支抗	445
二、术前准备	425	一、支抗概念	445
第三节 种植手术	425	二、支抗种类	445
一、治疗过程	425	三、支抗单位的选择和加强	448
二、手术步骤与术后处理	425	第二节 矫治器的制作	449
第四节 种植义齿修复与生物力学	429	一、矫治器的种类	449
一、种植体形态设计与应力分布	429	二、可摘矫治器的制作	449
二、分散𦍐力在颌骨内的分布	429	三、固定矫治器的制作	453
三、上部结构设计与应力的缓冲	429	四、Begg 细丝弓矫治器常见附件制作	457
第五节 种植义齿的一般修复		五、Edgewise 矫治器常见附件制作	458
原则	430	第二十四章 错𦍐畸形的治疗	462
一、义齿的支持类型	430	第一节 预防性矫治	462
二、义齿的固位类型	430	一、常见不良习惯的矫治	462
三、义齿的材料和形态	431	二、间隙保持和咬合诱导	464
第六节 义齿的修复	432	三、微量牙移动	466
一、印模和模型	432	第二节 牙列拥挤矫治	468
二、记录颌位	433	第三节 反𦍐矫治	470
三、排牙	433	第四节 深覆𦍐矫治	472
四、完成种植义齿	434	第五节 开𦍐矫治	472
第七节 义齿修复后的复查和		第六节 唇腭裂错𦍐矫治	473
随访	435	一、唇腭裂错𦍐畸形的特征	473
一、口腔内一般摄影	435	二、唇腭裂错𦍐畸形的分期正畸治疗	474
二、X 线检查	435	第二十五章 正畸治疗后的保持与复发	479
三、临床牙周检查	435	第一节 组织变化	479
四、种植桩松动度检查	436	一、牙周膜变化	479
五、咬合情况检查	436	二、牙槽骨变化	479
第二十二章 错𦍐畸形的分类	437	第二节 常用保持固位的方法	480
第一节 安氏错𦍐分类法	437	一、保持的种类	480
第二节 个别牙错位的分类	439	二、保持的时间	482
第三节 正常𦍐与错𦍐	441	主要参考文献	483
一、𦍐的新概念	441		
二、正常𦍐	441		

第一章 口腔颌面部检查

第一节 临床检查

一、检查前准备

(一)布置好工作室

包括器械的准备和消毒。

(二)医生准备

医生需穿戴好工作服、帽、口罩,洗手消毒,戴手套。

(三)患者的位置调节

1. 调节好椅子靠背,使靠背上缘与患者肩胛骨上缘齐平,以便支持腰部保证患者的安全和舒适。

2. 患者的头应靠稳在治疗椅上,以防止患者头部移动而被器械误伤口腔组织。

3. 检查上颌牙时,应调节患者背部和头部的椅位,稍微后仰,使患者张口时上颌牙列与地平面约成 45° 角,以利检查。

4. 检查下颌牙时,要使患者头颈长轴与躯干成一线,患者张口时下颌牙列与地平面接近平行。

5. 检查时,应避免患者张口过大,防止因面部肌肉过于紧张而妨碍口腔前庭的检查。

(四)口腔常规检查器械的准备

口腔常规检查器械主要包括口镜、镊子和探针。

1. 口镜的用途

(1)反射并集中光线于被检查部位,以增加照明。

(2)反映被检查部位的影像,特别是视线

不能直接到达的部位,并能将被检查部位的影像适当放大。

(3)撑开显露或按压颊、唇、舌等软组织。

2. 探针的用途 由于用途不同,临床上应准备多种探针。

(1)探针主要是辅助医师发现牙体缺损。

(2)尖锐探针用于检查龋齿。邻面洞需要弯度不同的探针检查。

(3)测探患区的感觉,发现对刺激敏感的部位。

(4)测探牙周袋要用钝头探针。

3. 镊子的用途 用于夹棉球,拭净被检查处或涂药,也可夹住牙齿以测定其松动度。

(五)良好的照明

照明是口腔检查的重要条件。很多微小病变,例如牙体裂缝等往往需在良好照明条件下才能发现。

1. 口腔检查中良好的照明需要灯光辅助。

2. 灯光要集中照射口腔,避免直接照射患者眼部。

3. 如果光线不能照射到需要检查的部位,可以利用口镜的反射。

4. 检查口腔粘膜色泽,应利用自然光。

二、口腔常规检查

(一)问诊

通过询问了解疾病的发生和经过。问诊时医生态度要和蔼,说话要通俗易懂,提问宜

用启发式。对于不善于用语言表达的患者要耐心启发。

1. 主诉 患者叙述疾病的症状及发病时间,提出主要治疗要求。

2. 现病史 对主诉病症需要进一步询问有关内容。如发病的最初症状及发病时间;是初发还是复发;有无诱发因素;症状的变化;曾在何时何处做过检查和治疗,疗效情况如何等。

3. 过去史 对患者曾患过何种疾病、药物过敏反应、嗜好、生活习惯、居住区域、职业和劳动情况等均应详细询问并记录。对女性患者应询问月经及妊娠史。

4. 家族史 有些口腔疾病(如牙釉质发育不全)或全身疾病在口腔中的表现往往和遗传因素有关,必要时可询问家族中有否同类或相关疾病。

(二)望诊

望诊是用肉眼观察患者的一般表现及局部情况,同时还应注意:

1. 颌面部 注意颌面部发育情况,两侧的对称性,有无畸形、肿胀和创伤,关节和肌肉功能有无障碍等。

2. 牙体 注意牙齿的数目、形态、位置、颜色与咬合关系等。

3. 牙周 注意牙龈的形态和颜色,点彩是否存在,有否牙龈乳头肿胀、出血和增生,有无牙周袋溢脓或牙龈瘘管等。

4. 唇、颊、腭、舌和口底 有无炎症、水肿、色素、斑纹、溃疡和肿块。注意舌乳头、舌系带情况及舌的运动状态。

(三)探诊

探诊时动作应轻柔,切勿粗鲁,防止损伤牙周或牙髓等组织。

1. 运用有尖端的探针检查龋齿,确定龋洞的位置、深浅、大小及牙本质的软化程度。不仅对骀面等龋齿好发部位,而且对牙颈部及邻接面均应仔细检查,以防遗漏。

2. 用有刻度的钝头探针,探测牙周袋的

部位、深度和范围。

3. 龈下牙石的探触,应采用有尖锐端的探针,通过手指的感觉了解龈下牙石的位置、形态与数量。

4. 对皮肤或牙龈瘘管,可用圆钝的瘘道探针探查其方向与深度。探测时,应缓慢顺势推进,避免用力过猛,以防插到瘘管外损伤其他组织。

(四)叩诊

用口镜或镊子柄对牙齿作力量适中的叩击,垂直叩击骀面或切端,以检查根尖及根周组织的反应;水平侧方叩击,以检查牙周膜的反应。一般应先叩正常的邻牙,然后再叩患牙以便对照。

(五)扪诊

扪诊是借助触觉去检查病损的性质、大小、深度等。对口腔内扪诊时,需戴指套或手套。对牙龈或牙周有否溢脓的检查也可用镊子夹棉球做扪诊。

1. 对肿胀的扪诊 检查肿胀的范围,周界是否清楚,肿胀的程度、波动感、压痛感及表面温度等。

2. 对溃疡的扪诊 主要了解溃疡底部情况,是否有浸润、硬结等。

3. 对斑块的扪诊 注意表面是否突起,基底是否柔软,有无增厚。

4. 对牙周病及根尖周病的扪诊 可用手指或镊子夹棉球,扪压龈缘或根尖部牙龈,检查有否溢脓、压痛或波动。

(六)嗅诊

有些口腔疾病可借助嗅觉帮助诊断。如牙髓坏死、坏死性龈口炎、牙干槽症均有腐败臭气。

(七)咬诊

咬诊检查从正中骀开始,然后做前伸及侧向骀运动。注意各方向运动有无异常,重点注意运动过程中个别牙或一组牙有无松动。在咀嚼过程中扪及患牙有异常震颤,即可知牙周创伤的牙位。然后进一步查明患牙早

期接触点的位置及大小。

1. 咬合纸法 将蓝色咬合纸置于上下牙列之间,嘱患者做正中、前伸、侧向运动而牙面有蓝印,即为咬合早期接触的印记。

2. 蜡片法 将红蜡片烘软置于殆面,嘱患者做正中咬合,待蜡片冷却变硬后取下,蜡片上最菲薄或穿破点则为正中殆早期接触的部位。

(八)牙松动度检查

检查前牙时用镊子夹持切缘摇动,检查后牙则将镊子并拢后放在殆面裂沟中央向颊、舌(腭)及近远中方向摇动。如有松动,则应注意松动的程度(牙从一侧到另一侧摇动的幅度)。临床上常用的牙松动度记录方法有以下几种:

1. 以 mm 计算松动的幅度

(1) I 度松动 松动幅度在 1mm 以内。

(2) II 度松动 松动幅度在 1~2mm。

(3) III 度松动 松动幅度在 2mm 以上。

2. 以牙冠松动方向计算

(1) I 度松动 颊舌(腭)方向松动。

(2) II 度松动 颊舌(腭)方向松动,伴有近远中方向松动。

(3) III 度松动 颊舌(腭)方向松动,伴有近远中方向松动及垂直方向松动。

三、颌面、颈部检查

颌面、颈部检查是口腔检查的重要组成部分。

(一)望诊

除从患者颜面部观察病员的意识、精神状态及一般健康状况外,尚需注意:

1. 颜面外形的改变 注意外形与轮廓的对称与丰满度。

2. 皮肤及粘膜颜色的改变 温度、色素量及血液充盈度等因素,可影响颜面皮肤和粘膜的颜色。

3. 颜面器官的状态 眼、耳、鼻、唇等外形有无异常体征。

(二)扪诊

1. 病变所在的部位及范围 了解病变的解剖区域、波及的范围及涉及的组织层次。对涎腺腺体及淋巴结的检查应用平触法,避免使用捏抓法。

2. 病变的大小 应用尺度(mm 或 cm)来表达病变的面积和体积。

3. 病变的性质 有无压痛、硬软度、局部温度、与皮肤有无粘连;肿块是否规则、光滑,是否浸润到深层组织,能否移动,有无结节等;有无其他特殊征象,如脓肿的波动感,动脉瘤的搏动感,海绵状血管瘤压迫后可缩小,颌骨囊肿压之有乒乓球样感等。

4. 颞下关节的扪诊 判断颞下颌关节的动度或髁状突的活动情况。用双手食指或中指置于患者两侧耳屏前方皮肤上,或以小指末端插入外耳道壁,请患者张口、闭口或做下颌侧向运动,扪触髁状突活动情况,比较两侧关节运动的差异。

5. 面颈部淋巴结的检查 面颈部淋巴结检查以坐式为佳。患者头倾向检查侧,医师立于患者的右前方,一手按压患者头顶,使其相对稳定,另一手扪触颌下部、颈部及颈部的淋巴结。了解淋巴结大小、数目、硬度、活动度、有无疼痛等。

6. 双手触诊 口底、唇、颊、颌下腺等有病变时往往需作双手触诊。一手置口腔外,一手置口腔内,可以较准确地了解病变性质及范围。

(三)探诊

颌面、颈部瘰管往往需用钝头探针,探测其方向、深浅、是否触及骨质等。涎腺疾病有时亦需要用探针探测其导管的情况。

(四)听诊

颌面部检查听诊应用较少。颌面部蔓状动脉瘤,通过置听诊器于肿瘤表面可听见吹风样杂音。颞下颌关节功能紊乱时,可借助听诊辨明弹响性质及时间。

(潘可风)

第二节 特殊检查

一、牙髓活力测定

(一)冷试法

牙髓的游离神经末梢受到冷刺激时,可引起牙髓内容物的温度性收缩,从而出现不同程度的感觉反应。

1. 临床意义 牙髓对冷刺激可有以下4种反应:

(1)无反应 表示牙髓已坏死。或虽有反应但为假阳性反应。

(2)短暂的轻度或中度反应 表示牙髓正常。

(3)有疼痛反应,但刺激去除后疼痛即刻消失 表示患牙为可复性牙髓炎。

(4)有疼痛反应,刺激去除后疼痛仍持续一段时间 表示患牙为不可复性牙髓炎。有些严重牙髓性疼痛者冷刺激反可减轻痛苦。

2. 方法 最常用的冷试物是小冰棒、二氧化碳雪或氯乙烷。冷试前向患者说明目的和检查时可能出现的感觉,并嘱患者有感觉时举手示意。具体步骤如下:

(1)将小冰棒或二氧化碳雪置于受试牙唇(颊)中1/3处1~2秒。为了对照应先测正常侧的同名牙。

(2)观察患者的反应。

(二)热试法

牙髓的游离神经末梢受到热刺激时,可引起牙髓内容物的温度性膨胀,从而出现不同程度的感觉反应。

1. 临床意义 与冷试法基本相同。

2. 方法 最常用的热试物是热红胶或热牙胶。注意事项参照冷试法。步骤如下:

(1)隔离受试牙,拭干牙面,涂一层凡士林以防红胶粘着于牙面。

(2)将红胶在酒精灯上烤软,不能冒烟,

立即将热红胶置于受试牙唇(颊)中1/3处。

(3)观察患者反应。

(三)电诊法

应用特制的电活力测试器,用不同强度的电流来诱发牙髓的易感成分发生反应。

1. 临床意义 有助于确定牙髓的活力,尤其在牙髓部分坏死时,电诊较温度试验有更大的应用价值。若患者能感受电活力计的电刺激,则被认为牙髓有某种程度的活力。

2. 方法

(1)测试前向患者说明目的和方法,取得患者的合作。

(2)隔离受试牙,拭干牙面。

(3)将控制器调节到0位。

(4)将活力计探头蘸上生理盐水,再置于受试牙唇(颊)中1/3处。

(5)缓慢地顺时针旋转控制器,直到患者举手表示有麻刺感时,记下控制器的数值。

电诊法一般要重复测试2~3次,然后取平均值。电诊时,通常也应先测试健侧同名牙,以取得相对正常值。

3. 禁忌证

(1)有金属全冠牙齿。

(2)新萌出根尖未发育完成的牙齿。

(3)带有心脏起搏器装置的患者。

(王晓仪)

二、口腔病理活组织检查技术

口腔病理活组织检查技术是从病变区取一部分组织,在实验室中观察其细胞和组织形态结构等,以确定病变的性质、类型。它不仅有助于肿瘤的诊断,而且也用于某些感染性病变、肉芽肿性病变、变态反应性病变、代谢性病变和发育性病变的辅助性诊断,甚

至可用作临床医疗效果评价的依据。主要用于如下情况:超过 2~3 周不愈的溃疡性病变;怀疑为肿瘤的病变;长时间不褪色的白色过角化病变;或怀疑为有恶变可能的皮肤粘膜病变;需借助病理检查做出诊断的各种病变。

活组织检查时,按照病变的大小和部位的不同,一般可采用:切除活检、切取活检、钳取活检、穿吸活检、脱落细胞学涂片、穿刺检查等不同方法。

(一)切除活检

大多数较小的病损可采用切除整个病损及周缘部分正常组织的方法来进行。操作注意事项:

1. 一般在局部阻滞麻醉下进行。若需局部浸润麻醉时,应避免直接将麻醉剂注入肿瘤组织内,以免造成肿瘤细胞播散和待检组织变形。

2. 术中避免过分挤压组织。

3. 在距病损周缘约 3~5mm 的正常组织上切一梭形切口,整个切缘均应位于正常组织内(图 1-1),创口用缝线拉拢缝合即可。

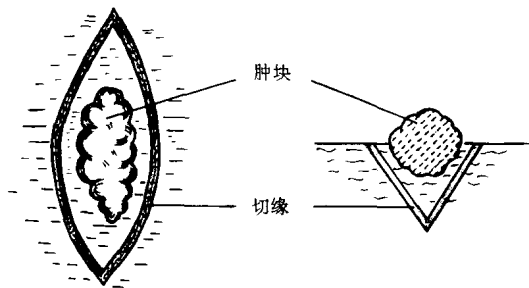


图 1-1 切除活检方法

4. 最好能标记标本的方向、边缘等,缝线可有助于标记其特定的部位。

5. 良好的固定,是活检成功的重要保证之一。一般应立即将切除组织置于 10% 福尔马林液(即 1 份市售 40% 甲醛溶液加 9

份蒸馏水)中,固定液的体积应是组织块体积的 20 倍左右。

(二)切取活检

当病损区太大或完整切除有困难时,可切除部分病变组织及相邻的少量正常组织进行活检。操作注意事项:

1. 麻醉时应尽量避免组织变形。

2. 切取组织应在病变区边缘,包括病变组织和少量正常组织;切取组织要有一定的深度(图 1-2),避免单纯切取溃疡坏死区的组织。

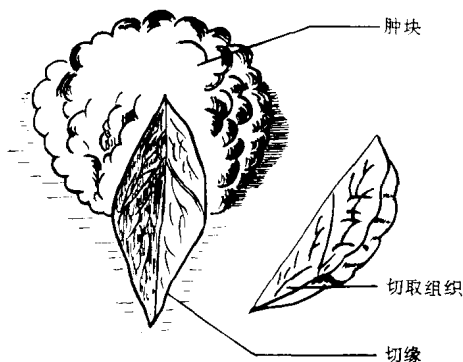


图 1-2 切取活检方法

3. 组织定位和固定方法同切除活检。

(三)钳取活检

当病变部位过深时,如舌根和咽部的病变组织,可采用钳取活检的方法。操作注意事项:

1. 钳取活检时,应使用专门的组织钳取器械(图 1-3)。

2. 可以单纯钳取病变部位组织(图 1-4),而不必带有正常组织。

3. 尽量避免组织过分挤压。

4. 组织固定方法同前。

(四)穿吸活检

穿吸活检是一种简单、快速、安全、创伤小而又经济的组织细胞学活检技术。尽管由于所获得的组织量少,在诊断上存在一定的

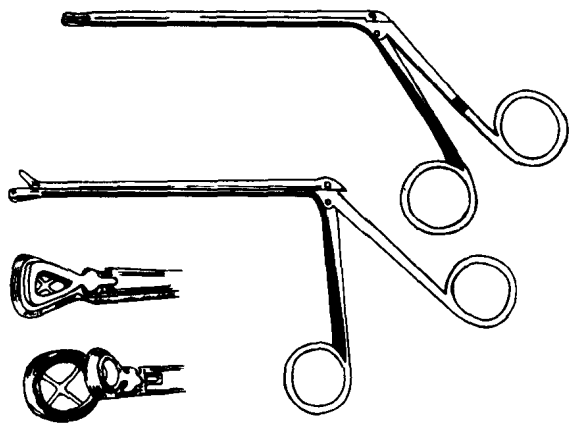


图 1-3 组织钳取器械

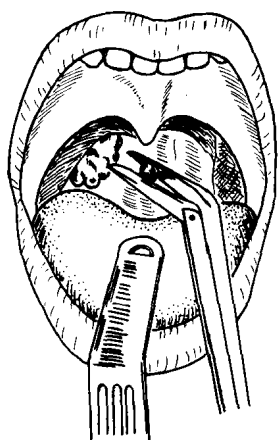


图 1-4 钳取活检方法

片面性,但仍不失为一种有效的辅助诊断手段。它可用于深部肿瘤、表面完整而较大的肿瘤、颈部大的淋巴结或不宜作切取活检的肿块。此法还适用于进行微生物学和电子显微镜、免疫组化等检查。操作注意事项:

1. 一般不需局部麻醉。
2. 尽量使用专门的负压穿吸器械(图 1-5),以保持足够的负压。
3. 将针刺入肿块中央,抽出针芯,在强大负压下抽取少量组织;或将针刺入肿块中央,在保持负压的情况下,将针缓慢退至肿块浅层,再向肿块内不同的方向上重复上述操作(图 1-6),以得到不同部位的组织。
4. 将针头和针筒分开,吸入足量空气后,再将针头内的穿吸组织喷射于载玻片上,一般需涂 2~3 张片子。
5. 抽少许生理盐水冲洗针头,如有成形组织冲出,可轻巧地将其转移至滤纸上,置 10% 福尔马林液中固定,以备作石蜡切片。
6. 一般使用 95% 乙醇或 Clarke 固定液(3 份 100% 乙醇,1 份冰醋酸)固定组织,后者可使红细胞褪色,使有血污染的标本背景变得清晰。

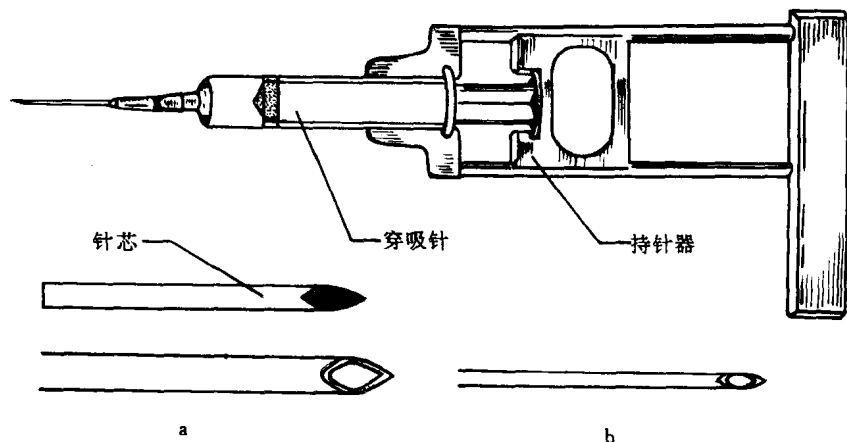


图 1-5 负压穿吸器械

a. 普通穿吸用针头 b. 细针穿吸用针头

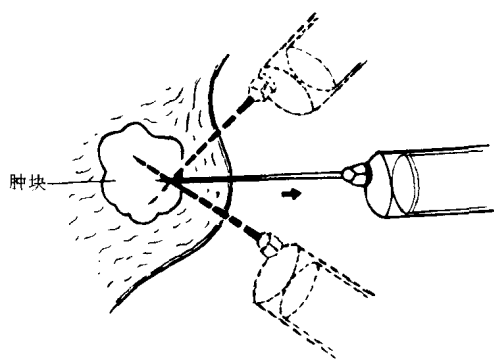


图 1-6 穿吸活检方法

(五) 脱落细胞学涂片

是一种非创伤性、无痛性和快速简便的检查方法，可用于表面有溃疡的恶性肿瘤，尤其适用于表面恶性肿瘤的普查。在诊断准确性方面，其假阳性结果比假阴性结果要少。操作注意事项：

1. 用事先湿润的棉签等器械刮取可疑病变表面的细胞，均匀涂在玻片上，并在涂片的一面做好标记。
2. 对窦腔内如鼻窦等表面的肿瘤，可先用生理盐水冲洗，收集冲洗液离心后，取沉淀物表层部分细胞涂于玻片上。
3. 最好将涂片涂成不同的厚度，以适用于寻找肿瘤细胞和观察细胞形态等不同目的。
4. 立刻将 95% 乙醇滴于玻片上固定细胞约 30 分钟。

(六) 穿刺检查

是对触诊有波动感或囊性肿块作辅助诊断的一种方法。操作注意事项：

1. 将注射针刺入肿块中央，抽取少量液体。
2. 在离心机上离心约 5 分钟 (3000 转/分钟)，即取沉淀物表层部分细胞涂于玻片上，95% 乙醇固定 30 分钟染色观察。
3. 如要观察囊液中的胆固醇结晶物，可将囊液直接涂于玻片上，在偏光显微镜下观

察。

(张伟国)

三、口腔 X 线摄影技术

(一) 常用 X 线胶片

1. 口内片

(1) 牙片 为拍摄牙齿和牙槽骨用。亦可用于拍摄不同部位埋伏牙及翼板摄影等。胶片大小：成人为 $3\text{cm} \times 4\text{cm}$ ，儿童为 $2.5\text{cm} \times 3.5\text{cm}$ 。

(2) 咬翼片 用于拍摄牙冠、牙颈、牙槽嵴顶部。胶片大小同牙片，只是在胶片的感光面有一片固定翼。

(3) 咬合片 用于拍摄腭部、口底部或范围较广的牙槽部。亦可置于口外拍摄某些特定部位，如下颌骨颏部或体部等。胶片大小为 $6\text{cm} \times 8\text{cm}$ 。

2. 口外片

(1) 平片 用于拍摄上、下颌骨及部分颅骨。常用的有下颌骨侧位、下颌骨后前位、华氏位、颅底位、颞颌关节位等。

(2) 体层片 可进一步了解病变的性质、范围及与周围组织的关系。常用的有平面体层及曲面体层摄影。

用于口外摄影的胶片，其大小可随需要任意裁切。拍摄时原则上均用增感屏或暗盒。

(二) 口腔摄片常用 X 线摄影技术

1. 口内片摄影方法

(1) 牙片摄影

头位：正中线与地面垂直。上颌牙摄影时，耳屏—鼻翼连线与地面平行；下颌牙摄影时，耳垂—颈嵴连线与地面平行。

片位：胶片的感光面贴于牙齿的舌（腭）侧，前牙区竖放，磨牙区横放，胶片超出牙面 0.5cm ，拍摄全口牙齿需用 10 张牙片 (图 1-7)。固定胶片时，上颌以拍摄牙对侧手的拇指，下颌以拍摄牙对侧手的食指。