

国家级继续医学教育项目系列教材选编

(第一辑)

口腔医学分册

卫生部继续医学教育委员会 编

长 春 出 版 社

CHANGCHUNCHUBANSHE

国家级继续医学教育项目系列教材选编

(第一辑)

口腔医学分册

卫生部继续医学教育委员会 编

长春出版社

书 名	口腔医学分册
作 者	卫生部继续医学教育委员会 编
审 定	刘 新
责任编辑	王敬芝
封面设计	王国擎
督 印	陈凤和
出 版	长春出版社(长春市建设街 43 号)
发 行	长春出版社
印 刷	吉林农业大学印刷厂
开 本	787×1092 1/16
印 张	28.875
插 页	3
字 数	720 000
印 数	1—6 080 册
版 次	1999 年 1 月第 1 版
印 次	1999 年 1 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 7—80604—680—1/R·49
定 价	43.00 元

(如遇有质量问题请与印刷厂联系调换)

编写说明

国家级继续医学教育项目是由各省、自治区、直辖市继续医学教育委员会以及卫生部部属院校、部直属单位、一级学会向卫生部继续医学教育委员会推荐,由卫生部继续医学教育委员会学科组审定、委员会批准并于每年年底前向全国统一公布的继续医学教育项目。国家级继续医学教育项目是以现代医学科学发展中新理论、新知识、新技术和新方法为主要内容,反映各学科的国内外发展前沿;边缘学科和交叉学科的新发展;引进和推广国内外先进技术,具有较高的学术水平。由于目前教学手段、方法的局限性,以及交通、经费等因素的影响,广大卫生专业技术人员难以参加国家级继续医学教育项目的学习,阻碍了最新、最前沿的医学知识、技术在全国的推广和应用。为进一步落实中央“科教兴国”的战略方针,推动我国继续医学教育工作的深入开展,使广大基层卫生技术人员能有机会学习和了解国家级继续医学教育项目的内容,跟踪医学科学的最新发展,不断提高业务水平和服务质量,卫生部继续医学教育委员会成立了《国家级继续医学教育项目系列教材选编》编委会,每年从国家级继续医学教育项目中选择部分优秀的教材,编辑、出版《国家级继续医学教育项目系列教材选编》,并向全国推荐,供广大卫生技术人员选读。

本系列教材具有以下特点:首先,内容以学习新理论、新知识、新技术、新方法为重点。其次,强调科学性、先进性和严谨性,跟踪学科的国内、国际发展前沿。第三,本系列教材的作者都是长期从事医学科学教学、科研和实践的知名专家,很多内容是他们研究的最新成果,因而更具有针对性、实用性和指导性。第四,表达方式图文并茂,灵活多样,不拘一格,注重可读性和启发性。

在编辑这套系列教材的过程中,由于缺乏经验,一定会有许多不足之处,望读者不吝指正,给以帮助。

本系列教材的编辑、出版,得到了提供稿件的各位专家和有关项目主办单位的大力支持,得到了长春出版社的热情帮助,在此特致以深深的谢意。

编 者

《国家级继续医学教育项目系列教材选编》 编委会名单

顾	问	彭 玉				
主	任	委员	祁国明			
副	主	任	委员	朱 预	顾玉东	刘德培 周纪安
编	委	会	谢贻璞	王玉凤	姚光弼	吴 宁 李丽云
			欧阳仁荣	李秀钧	张淑琴	干梦九 朱晓东
			邹声泉	李锦涛	顾玉东	薛兆英 罗世祺
			王家璧	徐 苓	黄醒华	彭芝兰 张善通
			胡仪吉	余孝良	陈家祺	王正敏 柳端今
			张震康	罗宗莲	王邦康	殷尉伯 贺能树
			王新房	(排名不分先后)		
本册执行编委			张震康	王邦康	罗宗莲	
编委会办公室			孟 群	敬蜀青	张成兰	马 真 黄 静
			王敬芝			

賀醫學繼續教育系列教材出版

樹立終生教育觀念
開展繼續醫學教育

張文康



一九九七年四月

积极开展继续医学教育

培养高水平卫生技术人才

彭玉

九七年四月九日

建立并完善中国继续医学教育制度

陈敏章
一九九九年四月

序

21 世纪是科学技术迅猛发展的世纪。医学是一门综合性很强的科学,随着科学技术的发展,医学的知识量急速增加,学科在高度分化的同时,也出现了相互交叉,渗透的综合发展趋势。医学模式正由传统的生物医学模式逐步转变为生物——心理——社会医学模式。这种微观深入宏观拓展,促使一次性学校教育的传统观念必须转变为阶段性分专业的终生教育新观念。对于一个医生来说,接受医学教育是一个终生连续的过程,它包括医学院校基本教育、毕业后医学教育(研究生教育或住院医师培训)和继续医学教育三个性质、目的、内容和方式各不相同而又互相衔接的教育阶段,这三个方面的教育被称为“医学教育连续统一体”。从 20 世纪 50 年代末开始,这种新教育观念已逐渐被国际医学教育界广泛接受。

继续医学教育是最高层次的医学教育,它可间断地延续终生,体现“活到老,学到老”的精神。继续医学教育是在完成毕业后医学教育之后,在本专业领域内继续不断地学习和掌握新理论、新知识、新技术和新方法,保证医生能在整个行医生涯中保持高尚的医德医风的同时,不断提高专业工作能力和业务水平,始终跟上医学科学技术的发展,不断提高服务质量,也是培养和造就跨世纪学科骨干和学术带头人的一种重要途径,对实施科教兴国战略,将起到极其重要的作用。

50 年代初,继续医学教育起源于美国,以后很快在欧美等国家开展,并形成制度。70 年代末,80 年代初我国引进继续医学教育概念并开始对卫生技术人员的继续医学教育进行规范化和制度化的探索。卫生部于 1991 年颁布了《继续医学教育暂行规定》并在部分省、自治区、直辖市进行试点。1996 年成立卫生部继续医学教育委员会,制定了一系列规章制度和管理办法,提出了“两个 85% 工作目标”,正式把继续医学教育纳入政府工作,实行行业管理,从此继续医学教育工作在全国范围内得到了普遍开展。

根据《卫生部继续医学教育委员会章程》的要求,卫生部继续医学教育委员会负责“组织全国继续医学教育文字、声像教材的编辑、出版及多媒体教学工作”等任务。为使继续医学教育工作更加普遍地开展,满足广大卫生技术人员对参加继续医学教育活动的需要,使他们及时了解医学科学的最新进展,卫生部继续医学教育委员会决定每年从国家级继续医学教育项目中选择部分优秀的教材,编辑、出版《国家级继续医学教育项目系列教材选编》,并向全国推荐,供卫生技术人员选读。我相信,《国家级继续医学教育项目系列教材选编》的出版发行,对提高卫生技术人员的水平,推动我国继续医学教育工作的深入开展,必将起到积极的作用。

卫生部继续医学教育委员会副主任委员

刘 海 林

1998 年 11 月

目 录

第一篇 口腔医学进展

儿童牙髓病治疗·····	(3)
与皮肤病有关的口腔粘膜病·····	(9)
四环素变色牙脱色与牙齿结构的关系·····	(17)
下颌阻生智齿·····	(21)
口腔颌面部感染·····	(45)
口腔颌面部损伤·····	(53)
口腔颌面部肿瘤特点·····	(65)
WHO 涎腺肿瘤组织病理新分类及其有关诊治处理·····	(75)
下颌骨缺损的外科修复·····	(82)
颞下颌关节紊乱病的病因、诊断和治疗·····	(88)
种植义齿·····	(96)
外科正牙术·····	(102)
正颌外科学·····	(115)
复合树脂的基础理论及临床应用·····	(122)
粘接固定义齿·····	(127)
覆盖义齿·····	(133)
T-N 矫正牙颌畸形方法·····	(142)
口腔粘膜癌前病变·····	(153)
口腔疾病与免疫·····	(159)
激光在口腔科的应用·····	(169)
口腔科的超声检查·····	(177)
核医学在口腔疾病中的应用·····	(183)
医学科研设计及论文书写方法·····	(188)

第二篇 现代牙髓病学进展

牙髓病学的发展·····	(199)
牙髓病和根尖周病的临床分类和诊断·····	(203)

口面部疼痛的鉴别诊断和治疗·····	(209)
治疗计划和准备·····	(219)
根管治疗术·····	(224)
根管药物控释系统·····	(232)
变色牙的漂白治疗·····	(237)
根管治疗后牙体的修复·····	(241)
儿童牙髓根尖周病·····	(244)
牙外伤·····	(251)
根管治疗的并发症以及治疗失败后的再处理·····	(259)
第三篇 口腔粘膜病中西医结合诊疗技术	
口腔粘膜病概述·····	(273)
口腔粘膜溃疡诊断与鉴别诊断·····	(280)
口腔粘膜红色病损的鉴别诊断·····	(288)
口腔粘膜疱性病损的鉴别诊断·····	(299)
口腔念珠菌病·····	(304)
口腔粘膜白色病损的鉴别诊断·····	(311)
口干·····	(315)
舍格伦综合征·····	(317)
口腔粘膜癌前病变·····	(324)
与口腔癌有关的口腔粘膜病·····	(329)
口腔粘膜病与心身因素的关系及心理治疗·····	(333)
系统病在口腔中的表现·····	(340)
口腔中西医结合的目前状况与展望·····	(351)
第四篇 颞下颌关节紊乱病诊治新技术	
颞下颌关节疾病时的关节液研究·····	(357)
细胞因子及其在骨关节病中的作用·····	(360)
糖皮质激素的药理作用及其在 TMD 时的应用 ·····	(370)
关节腔冲洗封闭疗法及其作用机理·····	(378)
粘弹补充疗法的价值及机理·····	(383)
颞下颌关节中的弹力纤维及其作用·····	(386)
颞下颌关节内窥镜检查和治疗·····	(389)
关节软骨的生物化学与生物力学·····	(393)
颞下颌关节紊乱病时双板区的改变·····	(396)
第五篇 涎腺非肿瘤疾病诊断治疗新进展	
正常人涎腺的增龄性改变·····	(401)
涎腺非肿瘤性疾病的组织病理及超微病理·····	(408)
核素显像和 B 超检查在非肿瘤性涎腺疾病诊断中的应用 ·····	(413)
颌下腺结石症和颌下腺功能评价·····	(418)

舍格伦综合征.....	(424)
涎腺良性肥大.....	(430)
涎腺炎症.....	(432)
慢性阻塞性腮腺炎的腮腺导管药物灌注疗法.....	(440)
舍格伦综合征中医诊断及治疗.....	(444)
基因治疗使涎腺焕发全新功能.....	(448)

第一篇 口腔医学进展

儿童牙髓病治疗

一、乳牙牙髓病治疗

(一)乳牙活髓切断术

乳牙牙髓组织的细胞、血管成分较多,血运丰富,活力旺盛,抗感染能力和修复能力较强,因此乳牙牙髓感染,常处于持续状态,易成为慢性牙髓炎。本来牙髓病的临床与病理诊断符合率差别较大,又因乳牙牙髓神经分布稀疏,神经纤维少,反应不如恒牙敏感,加上患儿主诉不清,对各种仪器检查的表达能力较差,使临床上很难提出较可靠的牙髓病诊断。因此,在处理乳牙牙髓病时,不宜采取过于保守的态度。乳牙不论牙髓暴露大小,一般不主张使用直接盖髓,而采用冠髓切断术。另有报道,临床明确诊断为深龋的乳牙,其冠髓组织病理学表现和牙髓血象表示,分别有 82.4% 和 78.4% 的冠髓已为慢性炎症表现,因此也提出采用冠髓切断术治疗乳牙近髓深龋,较有实效。在冠髓切断术中,目前国外都主张采用活髓切断术。根据使用盖髓剂的不同又分为甲醛甲酚(F、C)法、戊二醛法和氢氧化钙法。

1. FC 断髓法 FC 断髓法用于乳牙有较高的成功率,虽与氢氧化钙断髓法的临床效果相比基本相似,但在 X 线片上相比时,发现 FC 断髓法成功率超过氢氧化钙断髓法。采用氢氧化钙法的乳牙牙根内吸收是失败的主要原因,而 FC 法可使乳牙根接近正常吸收和脱落,故较为提倡。

(1)药物配制

液体 Liquid formocresol Solution (Buckley's formula)

甲醛 Formaldehyde 19%

三甲酚 Tricresol 35%

甘油 Glycerin 15%

粉剂 Powder

氧化锌粉 Zinc Oxide Powder

硫酸锌结晶 Zinc sulfate crystals

(2)操作 ①局麻:用量可比拔牙稍多一些。②防湿。③开髓:开髓前应先去腐质,开髓的洞型根据每个牙的解剖形态而定。④用圆钻或挖匙切断冠髓到根管口处,慎防将根髓撕脱。⑤用生理盐水棉粒轻轻擦洗,充分止血。⑥用浸过 FC 溶液的棉粒,放在断髓面约 5 分钟,也可封 5~7 天。⑦用 1 份 FC 溶液加等份丁香油与氧化锌粉调成糊剂,放置断髓面,约

2mm 厚。⑧用氧化锌糊剂或磷酸锌粘固粉暂封观察,也可当时作永久充填。

2. 戊二醛断髓法 近年来发表一些甲醛甲酚有危害性的报告,认为 FC 对牙髓组织有刺激性,从生物学观点看不太适宜,且成功率仅有 40%,内吸收的发生和氢氧化钙也无明显差异。因此提出用戊二醛作活髓切断的盖髓药物。认为戊二醛细胞毒性小,能迅速固定组织,不向根尖扩散,且抗原性弱。据报道其成功率为 90% 以上。

操作方法同 FC 法,仅用 2% 戊二醛代替 FC 即可。

3. 氢氧化钙断髓法 已如前述,因其有根内吸收的现象,一度对此法取怀疑态度,甚至弃用。但近年日本九州齿科大学有研究资料表明,使用氢氧化钙制剂盖髓的,未见根内吸收,而应用 FC 盖髓的,反而出现了内吸收。国内也有用氢氧化钙或氢氧化钙碘仿作活髓切断的动物实验和临床观察,其所得结果,亦并非如过去有些观察,认为氢氧化钙会使根内吸收而导致失败。

关于乳牙活髓切断选用盖髓剂的问题,国内外都有不少研究,所用虽为同种盖髓剂,但由于配方和浓度等的差异,对于它们之间的疗效,各说不一,且差别较大。我们正在用上述三种盖髓剂,通过动物实验和临床应作比较研究,观察它们的临床疗效和对牙根内外吸收的变化,希望能得出一个客观的评价。

(二)乳牙根管治疗

对乳牙根管治疗,除适应症的选择外,应了解每个乳牙的牙根完成年龄和开始吸收年龄,介于两者之间是牙根的稳定期,要掌握在牙根稳定期内作根管治疗。

乳牙牙根稳定期

牙 位	年龄(岁)
A	2~4
B	2~5
C	3~9
$\bar{C}$	3~7
D	3~7
E	3~8

选用乳牙根管充填材料,必须考虑到乳牙根的吸收变化和继承恒牙胚的发育,根充材应与牙根同步吸收,且不影响恒牙萌出。目前国内外所用的乳牙根充材料,仍是以氧化锌丁香油为主或配以碘仿的糊剂。不应使用牙胶尖、银针等固体根充材。

二、年轻恒牙牙髓病治疗

(一)儿童恒前牙外伤后牙髓的处理

儿童的年轻恒牙,牙根尚在继续发育,而牙髓是保证牙根继续发育的主要组织,因此保存活髓是治疗外伤牙的基本原则。

1. 关于盖髓问题 II 类冠折应采取间接盖髓,力求牙髓免受感染或刺激,以维持正常

活力。由于折断处常是较广的面状缺损,放置的盖髓剂容易脱落,过去均戴入金属或塑料护髓冠来增固盖髓剂的贴附。最近材料发展较快,可用可硬固氢氧化钙(Dycal)覆盖暴露的牙本质,作间接盖髓,然后对周围釉质酸蚀,用粘合剂光固化复合树脂修复。最近有报道27.5%的充填材料折断或脱落,但从儿童牙科角度来看,认为只要能使盖髓剂贴附一定时间,促使继发性牙本质形成,牙髓得到保护,牙根发育完成,即使充填物脱落,也已达到年轻恒牙治疗的主要目的。

至于直接盖髓,Hargreaves 主张牙髓一旦暴露,即使根尖孔宽敞,血运较丰富,露髓较小,露髓时间较短的牙,也不要作直接盖髓。

2. 关于活髓切断 对活髓切断,一般用于冠折后露髓部位较大或露髓时间较长且牙根尚未发育完成的牙。从理论上讲,伤牙露髓孔小,露髓时间短,应作直接盖髓。我们从临床实际效果考虑,同意 Hargreaves 的主张,也作活髓切断。另有一些虽未露髓,但其牙冠缺损面积和牙本质小管暴露面极为广泛,牙髓感染的可能性较大,预计用间接盖髓光固化复合树脂修复成功率低的Ⅰ类冠折,亦选作活髓切断,此对将来的修复备洞或置钉固位均是有利的。另外,对露髓的伤牙,牙根虽已形成,修复缺损不需根管固位者也可作活髓切断,待钙化屏障形成后,再作牙冠缺损修复,此时冠内作固位装置,更是安全可靠,这样既修复了缺损也保存了活髓。

对牙根尚呈喇叭口状的近颈部冠折,也应做活髓切断,作为过渡性治疗,以维持根髓生活,等牙根发育完成后再作根管治疗,待成年后桩冠修复。

活髓切断应采取高位切断,此可达到扩创目的,也便于冠内作固位装置。

活髓切断的盖髓剂仍选用氢氧化钙或其复合制剂,可硬固氢氧化钙制剂如 Dycal,因其受温度、湿度和时间等的影响,临床使用,操作不便。近年有不少羟基磷酸钙作为盖髓剂的研究,发现其虽具有良好的生物相容性,但无抗感染性能,使用时加入少许碘仿,能达到氢氧化钙相同的效果,但其所形成的修复性硬组织是团块状钙化物,不如氢氧化钙形成的管样结构的继发性牙本质。

3. 根管治疗问题 对初诊时牙髓已感染坏死、活髓保存失败或修复时需用根管固位者,根据伤牙牙根的发育程度,或作常规根管治疗,或作根尖成形术(根管治疗同成人,根尖成形术详见下节)。对一些伤后牙根有吸收的病例,采用氢氧化钙糊剂暂充根管,可见吸收停止,并有修复现象。

4. 伤后牙髓的转归问题 往往对一些伤牙,常凭其活力反应的有无来决定牙髓的去留,但由于年轻恒牙的牙髓神经发育尚不完善,反应较为迟钝,且受伤的牙髓常处于“休克”状态,暂时失去反应能力,因而一些学者认为受伤当时作牙髓活力试验,意义不大。主张观察2~6周,牙髓感觉可能恢复正常,再测活力。我们曾对36个脱位牙作过牙髓活力的前后对比,发现其中5个牙初试阴性,2周后转为阳性,也有初试阳性以后转为阴性的(11个牙)。所以对损伤的年轻恒牙开髓时要取慎重态度,尤其儿童对牙髓活力试验缺乏表达能力,应结合临床症状及X线片全面考虑。

5. 再植牙的牙髓处理问题 照过去常规,外伤脱出牙应作根管治疗后再植,近年来有不少资料表明,牙脱出30分钟内,再植成功率为90%左右,且根未发育完成的牙再植,牙髓成活率较高,因此提出年轻恒牙外伤脱出30~60分钟内,可暂不做牙髓处理,只用生理盐水