



北京儿童医院诊疗常规

口腔科诊疗常规

第2版

北京儿童医院 / 编



人民卫生出版社

北京儿童医院诊疗常规

口腔科诊疗常规

第2版

北京儿童医院 编

总主编 倪 鑫

主 编 朱 红

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

陈 卓 杜 辉 高艳霞 王新刚 于国霞
张志苓 朱 红

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

口腔科诊疗常规 / 北京儿童医院编著. —2 版. —北京: 人民卫生出版社, 2016

(北京儿童医院诊疗常规)

ISBN 978-7-117-22640-0

I. ①口… II. ①北… III. ①小儿疾病 - 口腔疾病 - 诊疗
IV. ①R788

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 094474 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康, 购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有, 侵权必究!

北京儿童医院诊疗常规

口腔科诊疗常规

第 2 版

编 著: 北京儿童医院

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710 × 1000 1/16 印张: 15

字 数: 277 千字

版 次: 2010 年 1 月第 1 版 2016 年 6 月第 2 版

2016 年 6 月第 2 版第 1 次印刷 (总第 2 次印刷)

标准书号: ISBN 978-7-117-22640-0/R · 22641

定 价: 69.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



序

“北京儿童医院诊疗常规”第1版出版于2010年,该书作为儿科临床诊疗的指导用书,受到临床医师的广泛好评。

近年来,医学技术发展迅猛,儿科各系统疾病的诊治指南不断更新,临床新理论、新技术、新项目不断涌现,诊疗常规亟待更新。本书在继续贯彻“三基三严”思想基础上,着重更新最新诊治指南及临床诊疗规范,显示出当下儿科各领域先进临床技术水平。本书内容精炼,编写中着重突出了实用性,内容选择均源于临床实际,并致力于服务于临床实践,同时充分体现了科学性、先进性、严谨性的特点。

依据学科发展的现状,“北京儿童医院诊疗常规”第2版中将危重症科、新生儿科、耳鼻咽喉科、眼科、口腔科、皮肤科等诊疗常规作为独立分册设置,并增加了护理常规作为分册之一,进一步丰富了各专业的内容,利于临床使用。

本版诊疗常规由北京儿童医院各专业团队进行修订,集中了各专业团队的集体智慧,作为临床诊疗指导用书,更期待读者的真诚反馈,对不足之处给予批评指正。

倪鑫

2016年5月



前 言

儿童口腔医学作为口腔科学的一门分支,近年来发展迅速。它的学科范围广泛,包括了儿童牙齿、牙列、颌颌面发育异常;乳牙和年轻恒牙牙齿疾患、口腔软组织疾患;口颌系统疾患;牙列和咬合关系异常及儿童口腔治疗行为管理等。随着人们对儿童口腔疾病防治重要性的认识不断增强,更多的家长开始重视孩子的口腔健康,治疗需求明显增加。与成人治疗不同的是,儿童的颌颌系统正处在生长发育的不断变化中,在治疗过程中时刻要注重评估对生长发育的影响,要求儿童口腔医生对疾病认识更加全面深刻,对诊疗技术的掌握更加规范。此外,牙科材料和器械的发展也极大地推动了儿童口腔疾病诊疗技术的发展。因此,第2版《口腔科诊疗常规》,比第1版在内容方面大幅度增加和更新,并独立成册。

在第一章节中对儿童常见的牙齿发育异常,从数目、结构、形态及萌出时间等方面进行了重新归类,并根据最新的研究结果加以修订。在儿童龋病、牙髓病及根尖周病章节,新增了技术操作的具体环节。根据国际儿童牙外伤研究的最新进展,增加了牙外伤的章节。充实了儿童错颌畸形的早期矫治和咬合诱导的内容。针对儿童的特点,增加了不同年龄阶段的预防指导、儿童语音障碍及儿童口腔诊疗行为管理部分的内容。本书新增部分还包括儿童颌面部间隙感染、口腔颌面部创伤、儿童常见的颌面部肿瘤、脉管性疾病、涎腺疾病及颌面部畸形等部分的诊疗常规。

本书的特点是对儿童口腔常见疾病的诊断、鉴别诊断、治疗原则进行了归纳,内容涵盖了可能涉及的儿童口腔疾病的各个专业,方便临床医生在工作中迅速查阅和应用。

本书的参编者都是北京儿童医院口腔科在儿童口腔各专业具有丰富临床经验的高年资医生,感谢大家的密切配合和协作,使本书得以顺利完成。

由于学科发展迅速,时间和篇幅有限,本书一定还存在很多不足之处,本书出版之际,恳切希望广大读者在阅读过程中不吝赐教,欢迎发送邮件至邮箱 renweifuer@pmph.com,或扫描封底二维码,关注“人卫儿科”,对我们的工作予以批评指正,以期再版修订时进一步完善,更好地为大家服务。

主编

2016年5月



目 录

第一章 牙齿发育异常	1
第一节 牙齿数目异常	1
第二节 牙齿结构异常	3
第三节 牙齿形态异常	7
第四节 牙齿萌出异常	12
第二章 儿童龋病	18
第一节 龋齿	18
第二节 乳牙龋病	19
第三节 年轻恒牙龋病	21
第四节 龋齿充填及预防技术	22
第三章 儿童牙髓病及根尖周病	28
第一节 儿童牙髓病	28
第二节 儿童根尖周病	32
第三节 牙髓治疗技术	36
第四章 儿童牙外伤	42
第一节 牙外伤的定义及分类	42
第二节 牙齿和牙槽骨骨折	43
第三节 牙齿脱位损伤	47
第四节 牙齿撕脱性损伤	51

第五节 乳牙外伤	52
第五章 口腔疾病的预防	54
第一节 常规儿童口腔预防护理项目及适用年龄	54
第二节 不同年龄阶段儿童的龋危险评估	55
第三节 6~12个月婴儿的口腔预防指导	56
第四节 12~24个月婴儿的口腔预防指导	57
第五节 2~6岁儿童的口腔预防指导	57
第六节 6~12岁儿童的口腔预防指导	58
第七节 12~18岁儿童的口腔预防指导	59
第八节 刷牙及其他菌斑控制方法	60
第六章 口腔治疗中儿童患者的行为管理	62
第一节 行为管理分类	62
第二节 牙科治疗行为管理问题患儿的特征	64
第七章 儿童牙周组织病及常见口腔黏膜病	66
第一节 儿童牙周组织病	66
第二节 儿童常见口腔黏膜疾病	74
第三节 全身疾病在口腔的表现	89
第八章 咬合诱导及错殆畸形的矫治	91
第一节 口腔不良习惯	91
第二节 替牙障碍及咬合诱导	95
第三节 阻断性正畸治疗	100
第九章 恒牙列综合性矫治	104
第一节 牙列拥挤	104
第二节 牙间隙	106
第三节 前牙反殆	106
第四节 后牙反殆	109
第五节 前牙深覆盖	110
第六节 前牙深覆殆	113

第七节	开骀	116
第八节	后牙锁骀	117
第九节	埋伏阻生牙的矫正	118
第十章	口腔颌面部感染	121
第一节	萌出性龈炎	121
第二节	面颈部淋巴结炎	121
第三节	面部疖痈	123
第四节	口腔颌面部间隙感染	124
第五节	颌骨骨髓炎	132
第十一章	口腔颌面部创伤	134
第一节	损伤的分类	134
第二节	不同损伤部位的处理方法及注意事项	138
第三节	软组织开放性损伤的清创缝合	139
第四节	骨组织损伤	140
第五节	颌面部常见急救	150
第六节	常用急救操作规范	158
第十二章	口腔颌面部肿瘤及瘤样病变	161
第一节	口腔颌面部囊肿	161
第二节	口腔颌面部良性肿瘤及瘤样病变	167
第三节	儿童口腔颌面部常见恶性肿瘤	173
第十三章	脉管性疾病	179
第一节	血管瘤	179
第二节	脉管畸形	180
第十四章	唾液腺非肿瘤性疾病	182
第一节	流行性腮腺炎	182
第二节	儿童复发性腮腺炎	183
第三节	涎石症	183
第四节	小唾液腺黏液囊肿	184

第五节	舌下腺囊肿	185
第十五章	口腔颌面部畸形	187
第一节	唇腭裂序列治疗	187
第二节	唇裂	188
第三节	腭裂	190
第四节	面裂	192
第五节	腭咽闭合不全	193
第六节	牙槽嵴裂	194
第七节	唇、舌系带过短	196
第十六章	儿童语音障碍	197
第一节	功能性语音障碍	197
第二节	腭咽闭合不全相关语音障碍	198
第十七章	颌面部手术操作常规	199
第一节	牙拔除术	199
第二节	阻生牙拔除术	202
第三节	活组织检查术	203
第四节	唇颊部肿物切除术	205
第五节	皮样、表皮样囊肿切除术	206
第六节	舌部肿物切除术	206
第七节	腭部肿物切除术	208
第八节	牙龈瘤切除术	209
第九节	舌下腺切除术	209
第十节	下颌下腺切除术	210
第十一节	腮腺切除术	211
第十二节	黏液囊肿切除术	213
第十三节	色素痣切除术	213
第十四节	皮脂腺囊肿切除术	214
第十五节	甲状舌管囊肿及甲状舌管瘻切除术	214
第十六节	鳃裂囊肿及鳃裂瘻切除术	215
第十七节	颌骨囊肿摘除术	216

第十八节 脉管瘤切除术	218
第十九节 单侧唇裂修复术	219
第二十节 腭裂修复术	220
第二十一节 咽成形术	221
第二十二节 脓肿切开引流术	222
第二十三节 颌骨骨髓炎病灶清除术	223

第一章

牙齿发育异常

牙齿发育异常可分为牙齿数目异常、牙齿形态异常、牙齿结构异常和牙齿萌出与脱落异常四类。

第一节 牙齿数目异常

牙齿数目异常(abnormality of teeth number)表现为牙齿数目不足或数目过多。

一、牙齿数目不足

牙齿数目不足又称先天缺牙,按照缺失牙的数目,可分为个别牙缺失(hypodontia)、多数牙缺失(oligodontia)和先天无牙症(anodontia)。按照与全身疾病的关系,先天缺牙又可分为单纯型先天缺牙和伴综合征型先天缺牙。常见的伴综合征型先天缺牙有外胚叶发育不全综合征、Reiger综合征等。

个别牙缺失的病因尚未明确,多数牙缺失多认为与遗传因素有关。

【诊断】

1. 症状

(1) 个别或部分牙齿先天缺失。可发生在乳牙列和恒牙列,恒牙较乳牙多见。除第三磨牙外,最常见的缺牙是下颌第二双尖牙、上颌侧切牙、上颌第二双尖牙和下颌切牙。缺失牙不多时,无自主症状,较大间隙会影响美观。

(2) 先天性无牙症者,咀嚼困难,影响美观。

2. 体征

(1) 比正常牙齿数目少,出现牙齿散在间隙或咬合异常。

(2) 伴综合征型先天缺牙、无牙症患者常伴有全身症状,如先天性外胚叶发育不全综合征,可伴有智力低下,皮肤干燥多皱纹,毛发稀疏、指甲发育不良,少汗或无汗,不能耐受高热。

(3) 全口无牙者,无牙部位缺乏牙槽嵴,面部下 1/3 较短。

(4) 常规拍摄曲面体层 X 线片检查以确定缺失牙的数目。

【鉴别诊断】

后天牙齿早失:一般询问病史就可知道。牙齿萌出后,因外伤、牙周病、牙体疾病等导致牙齿早失。

【治疗】

1. 缺失牙数量少,对咀嚼功能和美观影响不大时,可以不处理。

2. 多数牙先天缺失为了恢复咀嚼功能,促进颌面骨骼和肌肉的发育,可做活动性义齿修复体。

3. 修复体必须随患儿牙骀的生长发育和年龄的增长及时更换,待成年后再考虑永久性修复。

二、牙齿数目过多

牙齿数目过多(hyperdontia)常被称为多生牙。多生牙又称额外牙(supernumerary teeth),是指超过正常牙齿以外的牙齿。多生牙的病因至今仍未明确。

【诊断】

1. 症状

(1) 萌出的牙齿形状异常,或口腔内牙齿数目较正常牙齿数目多。

(2) 正常牙齿不能萌出,或牙列拥挤影响美观。

2. 体征

(1) 多生牙可发生于颌骨的任何部位,最常见于上颌前牙区,可出现 1 个或多个多生牙(图 1-1)。

(2) 多生牙占据正常牙位,常导致正常恒牙发育和萌出障碍,表现为恒牙迟萌或阻生,乳牙滞留、邻牙扭转倾斜。

(3) 多生牙的形态变异很多,多数呈较小的圆锥形、圆柱形、三角棱



图 1-1 多生牙

柱形,其次为数尖融合型、结节型,也有与正常牙形态相似的。

(4) 大约有 20% 的多生牙埋伏于颌骨内不能萌出。

(5) 临床发现或怀疑有多生牙时,需要拍摄 X 线片明确诊断,并确定多生牙的数目和位置。常用的 X 线片有根尖片、全口牙位曲面体层 X 线片和 CBCT。

【鉴别诊断】

1. 牙数正常的牙列拥挤 根据牙齿的形状、位置和数目即可分辨。
2. 正常牙位牙齿发育畸形 如锥形牙、过小牙等,需要通过拍全口牙位曲面体层 X 线片,结合临床检查区别。

【治疗】

1. 萌出的多生牙应及时拔除,以有利于邻近恒牙的顺利萌出并减少恒牙错位。
2. 对埋伏的多生牙,如果影响恒牙胚的发育、萌出和排列,应尽早拔除,术中要避免损伤恒牙胚。
3. 如果埋伏的多生牙位置较深,不影响恒牙胚的发育,可以暂时不处理。需定期复查,如果发生囊性变,则及时手术摘除。

(朱 红)

第二节 牙齿结构异常

牙齿结构异常是反映在牙齿发育期间,机体的营养、代谢、严重全身性疾病等都能影响发育中的牙齿组织,造成发育不良,留下永久性的缺陷或痕迹。临床常表现为釉质发育不全、牙本质发育不全、氟牙症和先天性梅毒牙等。

一、釉质发育不全

釉质发育不全(enamel hypoplasia)是牙釉质在发育过程中,受到某些全身性或局部性因素的影响而出现的釉质结构异常。全身性因素包括维生素和钙磷的缺乏、代谢障碍、佝偻病、手足搐搦症、内分泌病和高热等。乳牙根尖感染影响恒牙胚发育,导致恒牙釉质发育不全的局部因素。此外,还可能与遗传因素有关。

【诊断】

1. 症状

- (1) 发生在前牙影响美观,多数无自觉症状。
- (2) 并发龋齿时,可出现相应症状。

2. 体征

(1) 出现在同一时期发育的牙齿,左右同名牙对称牙釉质颜色或结构发生改变。

(2) 轻症:釉质形态正常,无实质缺损,牙面横纹明显,釉质呈白垩色且不透明,表面疏松粗糙,易于着色。

(3) 重症:釉质有实质缺损,表面呈带状、窝状,严重者整个牙面呈蜂窝状,甚至无釉质覆盖(图 1-2)。



图 1-2 牙釉质发育不全

【鉴别诊断】

1. 氟牙症 多见于恒牙,少见乳牙,多数牙受累,有地区流行性。

2. 四环素着色牙 有妊娠妇女、婴幼儿期服用四环素类药物史,以牙齿变色为主,乳恒牙均可受累。

【治疗】

1. 轻症可不处理,主要注意保持口腔卫生。
2. 重症可做复合树脂修复、贴面或瓷冠修复。
3. 并发龋齿应及时充填治疗。

二、遗传性牙本质发育不全

遗传性牙本质发育不全(dentinogenesis imperfecta hereditaria)是一种常染色体显性遗传疾病。可以在一个家族的几代人中连续出现,男女都可患病。

【诊断】

1. 有家族遗传史。

2. 症状

(1) 牙齿萌出时即可发现颜色或结构异常,全口牙齿颜色异常影响美观,一般无自觉症状。

(2) 全口牙齿磨损明显,影响咀嚼功能。

3. 体征

(1) 乳牙和恒牙均可发生,乳牙的病损表现更为严重。

(2) 主要表现为牙本质病损,牙釉质基本正常,全口牙齿呈半透明的灰蓝色、棕黄或棕红色,或琥珀色。

(3) 全口牙齿磨损明显,牙齿萌出不久,切缘或殆面釉质易因咀嚼而磨耗或剥离,牙冠变短,牙本质没有小管。

(4) 临床可分为三个亚型:

1) I型:伴有骨骼发育不全,身材矮小和骨质疏松,易发生骨折和骨关节畸形。部分患者巩膜蓝染,进行性听力丧失。

2) II型牙本质发育不全又称遗传性乳光牙本质(hereditary opalescent dentin):不伴有骨骼发育不全的表现。

3) III型牙本质发育不全:牙齿空壳状和多发性露髓,牙本质很薄,极易磨损后露出髓腔而发生根尖周炎症。X线片显示牙本质很薄,牙根发育不足,在釉质和牙骨质处有一层很薄的牙本质,宛如空壳。

4. X线检查

(1) I型和II型牙齿变化基本相同,X线片显示牙髓腔狭小或完全没有髓腔,牙根短小。

(2) III型牙本质发育不全:X线片显示牙本质很薄,牙根发育不足,在釉质和牙骨质处有一层很薄的牙本质,宛如空壳。

【鉴别诊断】

1. 氟牙症 多见于恒牙,少见于乳牙,多数牙受累,有地区流行性。

2. 四环素着色牙 有妊娠妇女、婴幼儿期服用四环素类药物史,以牙齿变色为主,乳恒牙均可受累。

【治疗】

1. 原则是防止牙齿过度磨耗,维持牙齿功能,改善美观。

2. 乳牙I型和II型牙本质发育不全,没有症状时可暂不治疗。

3. 牙冠外形明显异常时,后牙可以全冠修复,前牙可采用树脂贴面修复。

4. 出现髓炎及根尖周炎时,需做相应的根管治疗。

三、氟牙症

氟牙症(dental fluorosis)又称斑釉或氟斑牙,是一种特殊类型的釉质发育不全,也是一种地方性的慢性氟中毒症状。氟是人体必要的元素之一,但过多则会引起中毒。氟牙症主要原因是在牙齿发育期摄入过多的氟,损害了牙胚的成釉细胞,使釉质的形成和矿化发生障碍,导致釉质发育不全。氟主要来源于饮水和周围环境。

【诊断】

1. 7岁前有在高氟地区生活史。

2. 症状

(1) 多数牙呈白垩色,影响美观,一般无自觉症状。

(2) 并发龋齿时,可出现相应症状。

3. 体征

(1) 主要发生于恒牙,乳牙因有胎盘屏障很少受累。

(2) 同一时期发育的牙齿,牙釉质表面呈现白垩色状、黄褐色斑块或牙冠完全呈黄褐色或褐色。轻者釉质表面凹凸不平,严重者可伴有釉质发育不全、釉质剥落。

(3) 临床根据牙齿受累程度分为三种类型:

1) 轻度:牙齿表面 1/2 以下有白垩状斑块,可有少量散在的浅表凹陷,探诊坚硬。

2) 中度:牙齿表面超过 1/2 有黄褐色或棕色斑块。

3) 重度:全口牙的整个牙面出现白垩或黄褐色斑块,同时伴有缺损,如蜂窝状失去正常牙齿形态。

(4) 重症患者可伴有氟骨症,即全身骨质变化,关节疼痛,背驼腰弯,甚至瘫痪。

【鉴别诊断】

1. 釉质发育不全 个别人出现,无地区流行性。

2. 四环素着色牙 无地区流行性,有早期用四环素类药物史。

【治疗】

1. 仅有着色无缺损者,可以选择漂白脱色。

2. 有缺损者,可以采用釉质微量磨除,树脂修复。

3. 重度患者可以用贴面修复或全冠修复。

【预防】 氟斑牙根本在于预防。主要措施是改换含氟低的饮用水源,提高饮用水的质量和改善高氟环境。

四、先天梅毒牙

先天梅毒牙(congenital syphilitic teeth)是指在胚胎发育后期和出生后一年内牙胚受到梅毒螺旋体侵害而造成的牙釉质和牙本质发育不全。母亲感染梅毒后,梅毒螺旋体导致胎儿发生梅毒性炎症,引起牙齿发育障碍。

【诊断】

1. 症状 牙齿形状异常,一般无自觉症状。

2. 体征

(1) 主要表现上中切牙半圆形或桶状,切缘窄且中央有半月形凹陷。

(2) 第一恒磨牙呈现桑葚状或花蕾状。

(3) 可能伴有听力或视力障碍。