

1978年全国地区性口腔科学术会议

口腔内科交流资料简介

中华医学会湖南分会口腔科学会

1978.12.

口腔内科交流资料简介目录

一、龋病	2
二、介绍一种新的牙齿窝洞分类法	4
三、牙本质敏感症	5
四、牙髓病和根尖周病治疗情况	5
1、牙髓炎活髓、保存、一次疗法	5
2、中西医结合治疗牙髓炎活髓 保存一次充填	6
3、中药失活剂	7
4、干髓治疗	7
5、变异干髓	8
6、根管治疗	9
7、空管法治疗牙根尖病	10
8、塑化治疗	10
9、根尖束肿非手术疗法	11
五、牙周病	12
六、复发性口腔溃疡	14
七、扁平苔癣	17
八、口腔粘膜白斑	20
九、白塞氏综合症	22
十、口眼干燥综合征	22
十一、慢性唇炎	23
十二、急性多发性牙龈脓肿	25
十三、颞颌关节功能紊乱症	26

前 言

今年九月中华医学会口腔科总会在西安召开了全国地区性口腔科学术会议，这是继1963年成都会议之后，全国口腔科工作者在牛主席为首的党中央，打倒了“四人帮”之后的一次盛会。大会收到了论文911篇，口腔内科方面有二百余篇，对牙体病，根尖周病，牙周病、口腔粘膜病等都作了大量的报导。由于许多论文都是摘要，加以个人水平低，未能就各个专题作出综合报导，现仅就资料比较齐全，可供借鉴者，择其一二作为简介，供同志们参考，这就难免有拾一漏万之嫌。错误之处，尚祈指正。

谢仲达

1978年4月

一. 龋病

全国有十三个省市的 30 篇文章，对饮水含氟量、班釉、患龋率等作了大量的调查研究工作。

1、自来水加氟：根据广州市东山区口腔医院防治所的资料规定氟化水 6 年来的比较。8—15 岁患龋病人数的百分率在历年分组大的降低 9—13%，均在各年令组大的降低 15—49%，氟化水后拔牙的百分率由 4.09% 降低到 0.86%，有明显的效果。

2、龋病调查：由于我国幅员广大，民族众多，各地差异很大，现引用川医岳松龄氏的“我国人民患龋情况的分析”一文资料，予以报导。

岳氏整理的资料，共查了 905062 人，总的平均患龋率为 44.6%，患龋者均为 3.3。

岳氏根据这些资料分析，得出：

① 龋病发病情况有明显的地区差异。如北京、上海、广州人口的患龋率多在 60% 以上，天津、南京、福州等地则在 50% 左右，农村人口则较低，在 36.5% 左右，由于农村资料太少，仅供参考。

② 龋病发病与饮水含氟量和班釉发病的关系。一般均说明饮水含氟量较高地区人口患龋率较低，班釉患者的患病率比非班釉患者低，但个别地区（山西）则说明无关。患班釉的程度低者的患龋率比班釉程度高者低。

③ 各民族患龋率差异很大，由于资料较少，很难发现一定规律。同一民族因地区不同而有很大差异。如甘南地区的庄民患龋率高达 67%，而昌都庄民则只有 24.9%，惠水布依族患龋率为 60.5%，而平坝的布依族则只有 17.6%，惠水的苗族为 57.9%，平坝的苗族则只有 23.5%。看来地区差异比民族差异显

着。

④、口腔卫生与龋病发病关系。有的资料反映口腔卫生不良者患龋率高，有些资料则反映无关。

⑤、性别与龋病发病的关系。一般资料反映出女性患龋率高于男性，也有资料反映男高于女，但资料不多，高出数值亦不大。

⑥、关于龋扩好发牙与好发牙面 在恒牙列中，多数资料均反映出下颌第一磨牙患龋率最高，也有少数资料反映下颌第二磨牙患龋率最高。总的情况是磨牙高于其它牙，下颌磨牙高于上颌磨牙。

在乳牙列中，所有资料均说明下颌第二磨牙患龋率最高。

龋损面以咬合面占首位，仅少数资料表明邻面占首位。

⑦、龋扩发生情况与年龄的关系 乳牙期患龋率较急剧上升，混合牙列下降，恒牙期又缓慢上升，患龋者龋均亦有与之平行的趋势。

3、防龋涂料（点隙裂沟封闭剂）

①、与牙釉质结合情况。釉质受酸处理后，涂料延伸物渗入釉柱的长度约为 20μ 左右，酸处理釉质是目前增强涂料在釉质中固位作用的有效方法。

②、涂布年龄和涂布指征

防龋涂料涂布年龄范围的原则应在儿童期牙萌出后，龋扩发生前，凡合面有沟深或龋斑的，应越早涂布越好。故应在幼儿园和小学搜检查、涂布，并与氟化物结合使用。

③、防龋涂料的临床观察

1864 只第一恒磨牙，术后一年封闭剂的完全保留率达 94.4%，龋病下降实际有效率为 6.97%（上海市）

1449 只第一恒磨牙，封闭半年后完全保留率为 87%，下牙保留率为 5.9%，3 例发生龋齿，对照组有 31 个牙发生龋齿。

龋齿下降实际有效率为 6.26% (甘肃省)。

二、介绍一种新的牙齿窝洞分类法 (四军大口腔系 史俊南)

分为前牙、后牙、牙颌下 (包括根下) 三类, 每类中再根据包括牙齿的多少而分为五种 (牙颌下中只有四种)。各种窝洞以两个阿拉伯数字代替, 十位数字表明是前牙、后牙或牙颌下, 个位数字表明包括牙齿数。

第一类洞 前牙

11号 单面洞 (唇、舌、近中或远中面洞)

12号 双面洞 (近中唇、近中舌、远中唇或远中舌面洞)

13号 三面洞 (唇近中舌、唇远中舌、唇切面洞)

14号 四面洞 (缺一个切角, 3/4 冠的洞)

15号 五面洞 (缺两个切角, 牙冠横折、重度磨损, 全冠包括桩冠的洞)

第二类洞 后牙

21号 单面洞 (合、颊、舌、近中或远中面洞)

22号 双面洞 (近中合、远中合、颊合及舌合面洞)

23号 三面洞 (近中合远中 MOD 远中合颊 DOB, 近中合颊 MOD, 近中合舌 MOL, 远中合舌 DOL, 颊合舌 BOB 磨牙磨牙缺一个牙尖的洞)

24号 四面洞 (磨牙缺两个尖或前磨牙缺一个牙尖, 3/4 冠的洞)

25号 五面洞 (牙冠横折、合面重度磨损, 釉质发育不良有严重缺损, 合面全口龋坏或敞开性龋, 全冠包括桩冠的洞)

第三类洞 牙颌下（包括根下）

31号 单面洞（唇或颊、舌、近中或远中面洞）

32号 双面洞（近中唇或颊，近中舌，远中唇或颊，远中舌）

33号 三面洞（近中颊远中，近中舌远中，颊近中舌，颊远中舌面洞）

34号 四面洞（环形洞）

三、牙本质敏感症

包头市四医院徐俊武氏认为牙本质敏感症是脾肾两经有病，用“脾肾两益丸”可治疗。处方如下：

白术一两 山药二两 苡米一两 鸡血藤二两

升麻零一两 何首乌一两 研末分30包

日服二次，每次一包

或蜜制成丸分30丸，日服二次，每次一丸

属下脱敏。此方报导有用桐油、葡萄糖化钙属下有脱敏效果良好者。

各地还生成了脱敏牙膏。如广州有以花柳为主的中西结合牙膏，湖北有含硅牙膏，兰州有透明牙膏，郑州有以硝酸钾为主的“冰山”牌药物牙膏，天津为以含白茯苓、薄荷子为主的中药脱敏牙膏。

四、牙髓病和根尖周病

1、牙髓炎活髓保存一次术法（川医口内教研组）

牙髓发炎后，既不除去已变的牙髓，也不破坏牙髓的生活机能，而是利用药物的作用以达到保存全下牙髓生活和机能的办法。

①、适应症：深龋、牙髓充血、慢性牙髓炎（闭锁型或开放型，慢性牙髓炎急性发作，慢性牙髓炎伴尖周炎）。

②、药物：含 5% 聚甲醛的保髓剂处方如下：

粉末：氧化锌	8.5 克	基质：羊毛脂	0.5 克
射香草酚	0.8 克	丁香油	0.5 士毫升
多聚甲醛	0.8 克		作成软膏
外酸可卡因	0.2 克		

③、操作要点：去腐、制洞，在穿髓孔处或洞底贴保髓剂切不可加压、垫底、未充充填。

急性牙髓炎有明显疼痛症状者在作好局下处理的同时，可配合用抗菌素、镇痛剂药全身性药物的治疗。

术前应测牙髓活力、照光，以便术后对照。

④、治疗效果：对 11—64 岁的 177 例患者治疗后经 6 月—5 年以上的观察（平均 24 月士），根据术前后的临床症状，牙髓活力检查及 X 线检查结果的对比，成功为 154 例，占 88.1%，失败 21 例，占 11.9%。

本文报导的含微量多聚甲醛的保髓剂用于保存发炎牙髓的活力不仅具有疗效高，且对牙髓菌有麻醉、镇痛、消炎等优点。

2、中西医结合治疗牙髓炎、保存活髓一次充填（河南省人民医院口腔科）

适应症：急性牙髓炎，而必须是活髓及急性外穿髓者。

处方：射香一分 黄莲五克 樟脑一克 红霉素 0.25 克
研末密封，2.5% 细辛乳剂。

方法：按冠髓切髓术或盖髓术常规制洞，将上药调成白团状，盖髓底或穿髓孔，封氧化锌丁香油糊剂，粘固粉垫底银汞充填。半月、三月、六月各复诊一次。

查牙(根)髓活力，又检查根尖有无病变。

成功率：97%

3. 中药失活剂(中国人民解放军空军郑州医院)

处方：白棘藜一份 蟾酥一份 川乌二份

研末过筛，加丁香油、凡士林适量，调成面团状，装瓶备用。

用法：在穿髓孔处用 $\frac{1}{3}$ 末粒大药物封2天至4—5天，如有扣痛改封丁香油，扣打痛后再封。

抚州市第五人民医院处方

处方：蟾酥1克、毕拔粉0.8克，赛洛卡因0.2克，

凡士林2克，冰片、薄荷、丁香油适量。

均匀研磨而成。

4. 干髓治疗：

总的趋势是对急性牙髓炎，都作一次干髓治疗，对牙髓坏死，只有一篇文章作为干髓的立论证。

不同之处是：

①麻醉：有针麻(包括耳针)、药棉。

②切冠髓后：有用N.S.冲洗，有的用 H_2O_2 冲洗，但残髓要洗净，要止血。

③根髓处理：有的用40%甲醛液，有的用40%甲醛酒精饱和溶液，有的用F.C.的。

④甲醛液处理根髓时间：从1'—10'

⑤干髓剂处方举例：

川医口腔内科教研组：

多聚甲醛 4

射香草酚 1

无水 $ZnSO_4$ 1

可卡因 1

ZnO 3

可可脂 适量

调成面团状。

新疆自治区医院口腔科

三聚甲醛	2	射香草酚	0.5
无水 $ZnSO_4$	1	甲 酚	1.5
ZnO	1		

⑥成功率: 83% ~ 97.6%

5. 变异干髓: (一军大)

本疗法于1955年开始用以治疗乳牙的牙髓坏死和尖周病, 效果良好。该院于1965年开始对恒后牙牙髓坏死及一些合并尖周病变的病例, 试用变异干髓治疗 60 牙例 (1973 做) 并于1974 及 1978 年对下分病例进行了两次复查。

①适应症: 根周阴影范围在 0.1—0.5 cm 者, 经治疗后, 效果较好。根尖周有弥散阴影者, 经治疗后效果较差。合并瘘管者, 经治疗后绝大下分均可自行愈合, 个别的需根到根管。

②干髓剂处方 (花泽氏处方)

粉剂: 三聚甲醛	2.0 克	液剂: 三甲酚	30 毫升
无水 $ZnSO_4$	0.5 克	射香草酚	0.8 毫升
ZnO	7.0 克	丁香油	1.2 毫升
		甘 油	1.0 毫升

③方法:

第一次: 去龋制洞, 揭开髓顶, 除去坏死髓至根管口下, 冲洗髓室, 吸干, 用无水硫酸棉球按根管口 (干燥), 放适量的 FC 棉球, 暂封 2—5 天。

第二次: 患者无任何自觉症状, 根管口干燥 (无渗出物), 无臭, 即可完成治疗 (放干髓剂于根管口处, 盖松固粉。永久充填), 如根管口处潮湿, 有臭味, 可再封 FC 数次, 直到根管口处干燥, 不臭, 再完成治疗。

复诊时, 如有轻度叩痛可调磨, 如有根周急性炎症可开放髓腔, 服消炎药, 炎症消退一周后, 再按上述治疗。

④本疗法成功因素：

a. 药物的作用：药物应妥善保管，以免失效。主要成分是三聚甲醛，能缓慢释放甲醛气体，具有消毒作用强，且持续时间长，渗透性能良好等优点。麝香草酚具有持续性杀菌作用，可加强消毒能力。无水硫酸锌，有脱水作用，使根管内保持干燥。

加以用F.C处理后，和干髓剂的持续消毒作用，可使根管内异物对尖周组织保持无害状态。

b. 根尖周组织的防御修复能力：根尖周组织有较强的修复能力。当根管内异物对尖周组织保持无害状态时，尖周组织无无病变可以保持正常，无有病变的可以进行修复愈合。第一次复查，X线片显示根尖周有病变阴影的48例，11例病变阴影完全消失，根尖周恢复正常，29例根尖周阴影显见缩小。第二次复查的24例，7例在治疗时X片显示根周正常的，4年后有6例仍保持正常。17例治疗时有根尖周病变阴影，14例完全消失，根尖恢复正常。年令愈老，尖周组织修复越快。

c. 技术操作：应注意清除髓室时，应到根管口之下，干髓剂亦必须尽量深入根管口。药另交正中，约1.5毫米厚为宜。在查患牙有无创伤性殆，如有，应予调正，使尖周组织易于愈合。在调磨陡削牙尖和制洞时尽量保持点康牙体组织防止患牙劈裂。

⑤本疗法的60牙例经3-18月的追踪观察，成功率为86.67%，治疗观察达四年以上的24例，20例成功。

6. 根管治疗：

都是一次完成，强调充分扩大根管是一个重要环节。

操作方法：从略。天津铁路医院潘振霖等与工人结合作成根尖扩大机，提高了扩大后牙根管的效率。

充填材料：除常用的Xpax + 碘仿 + 牙胶尖外，还介绍了在前牙用酚醛树脂充填根尖2/3 + 粘粉 + 银汞，后牙用酚醛树脂

十 锌丁糊剂 + 粘粉 + 银汞的充填法。

远期疗效观察：根据中山医学院口腔系附一院口腔科的资料，远期疗效 69 牙中，优良 52 牙，尚可 8 牙，失败 9 牙，成功率为 87%。在远期疗效中更明显，治疗前根尖周有阴影的牙疗效比无阴影的高。

他们提出：死髓牙比活髓牙疗效高，在这期疗效中其成功率稍增加，牙周膜加厚的成功率显著增加。

近期疗效中，根管超填的牙成功率显著高于欠充的牙，特别是死髓牙。远期疗效中，两者不显著。

超充在近远期疗效中成功率变化不大，而远期疗效中欠充成功率显著增加，充填刚到根尖的成功率显著下降。

7. 空管法治疗牙根尖病（中国人民解放军 105 医院）

方法：同一般根管治疗，只有去根尖充填这一步骤。

药物：强力霉素、磺胺增效剂，等药。木馏油或另制成糊剂。

效果：该院自 1974 起，曾对比用糊剂充填根管，与空管法治疗牙根尖病，都得到同样的疗效，特别对乳牙和五类洞适用。

8. 塑化治疗

一般均用一次疗法。

适应症：以牙髓坏死、干髓治疗失败者为主，包括慢性根尖肉芽肿及瘻管病例。

操作：基本上同干髓治疗。只是拔根髓后，不扩大根管，使用的工具，不操出根尖孔。

配方：

第一液：三种不同配方

①. 40% 甲醛

②. 40% 甲醛 50 ml

甲醛苯酚 30 ml

③. 40% 甲醛 62 ml
 甲苯酚 12 ml
 95% 酒精 6 ml

第二液：① 间苯二酚，95% 酒精饱和溶液

② 间苯二酚 45 gm

蒸馏水 55 ml

③ 间苯二酚 5.2 gm

氢氧化钠 1.2 ml

蒸馏水 5 ml

(无第三液)

第三液：① 氢氧化钠 1 gm

蒸馏水 1 ml

② 氢氧化钠 1 gm

蒸馏水 2 ml

三种液体的比例：

第一液：第二液：第三液 = 2 : 2 : 1

第一液：第二液：第三液 = 5 : 5 : 1.2

第一液：第二液：第三液 = 5 : 5 : 1

9. 根尖束肿非手术疗法 (海南人民医院口腔科)

即有忌将根管扩大针超出根尖孔外 1 mm 左右，使束壁受伤，可导致束壁的消散。报告提到阴影范围在 $1.5 \times 1.0 \text{ cm}^2$ 大小的病例，在治疗后一个月缩小至 $0.5 \times 0.5 \text{ cm}^2$ ；另一例为 $0.5 \times 0.5 \text{ cm}^2$ 的阴影，在治疗后二月阴影消失。

对根尖束肿病例，在作了根管治疗后，不安急于作束肿摘除和根尖切除术，应在三月后照比检查阴影范围有无变化。

五. 牙周病

中西医结合治疗牙周病是提高疗效的重要途径，根据牙周组织的经络分布，脏腑所系和病理表现将牙周病分为若干型，对治疗具有指导意义。

中医分型：

长沙市口腔医院提出分型及治疗法则如下：

肾虚 —— 阴虚 —— 左归丸加味
 —— 阳虚 —— 右归丸加味
胃热 —— 胃实火 —— 三黄解毒汤
 —— 脾胃湿热 —— 透胃汤

气血两虚 —— 十全大补汤

北京医学院附属口腔医院分为三型

胃经实火

肾虚胃热

脾胃两虚

王德森将本病分为两型

热证：胃火蕴毒 —— 大味泄黄汤加竹叶、石膏、知母、黄芩、升麻等。

寒证：大味泄黄汤去熟地、升麻，加当归、川芎、白芷、泽房、附子等。

上海市分本病为实热型、萎缩型、可塑性、以实热型最多见。

上海铁路中心医院用复方当归液注射，有 20% 的病例达到彻底痊愈。

(以上根据“一军大资料”口腔科中西医结合概况综述“牙周病”下分)

广州 421 医院口腔科分本病为实热、虚热、虚寒三型治疗 22

创，疗效满意，但未介绍治则。

上海铁路医院口腔科对本病用牙龈再生术治疗 1740 例，其中炎症型 383 例，混合型 317 例，牙周型 40 例，临床治愈占 95%，显著进步占 5%。

银川市人民医院口腔科，对本病用牙龈再生术治疗 30 例，对手术方法、适应症和禁忌症谈了自己的体会。术中除一例手术后出血较多外，29 例都取得了满意效果。

牙龈再生术的手术方法：

1、常规消毒。

2、局下麻醉。

3、用牙周袋描记仪测另牙周袋深度并作出穿孔标记，将穿孔点连结成为牙周袋的假想线。

4、用牙龈刀沿所作标记线稍上 2mm 处切开，务必使刀的角度和牙体长轴成 90° 角或 45° 角切入，直至骨面并切透骨膜，这样可使牙龈在愈合后能有正常的外形。如一次作 6—8 个牙齿，其颊舌或舌舌的切口，可以作连续切口或根据每个牙周袋的深度作不连续切口，切口务必整齐，以免愈合后龈缘出现锯齿状。切忌在一个切口处反复切割。牙龈切除后，要剥离牙龈 4mm 左右，扩大附着龈区。

5、详细检查牙周袋是否完全去除肉芽组织。

6、清洁伤口，用温热开水冲洗。

7、伤口止血后，盖以塞治剂，以控制术后感染及防止外来刺激引起疼痛，促进伤口愈合。

8、术后次日门诊复查

适应症：

1 对牙龈增生型肥大的病例，在龈切除术后，虽有影响其外观的缺点，但能恢复其正常牙龈形态，手术后情况比较满意。

2、牙周袋深度在 2mm 以上者，牙槽骨呈水平型吸收的

痛例，是牙根再生术的最好适应症，对牙槽骨呈垂直型吸收的病例，都可以采取此法。

3、牙周袋壁较厚，实于纤维组织，且牙周袋口下狭窄，深度在2mm以上者，经保守疗法无效者，可选用牙龈再生术。

4、牙周袋壁较软而龈乳头呈明显浮肿状态者，可用此法。

5、牙列不正的病例，手术时缝合困难，而手术后容易引起牙龈增生者，应采用牙龈再生术。

禁忌症：

1、牙周支持组织破坏过多，如骨吸收超过根长2/3和牙周袋过深者，又或照此上根分叉处阴影范围过大者。

2、患牙重度松动，临床上无法固定及恢复者。

3、殆创伤所引起牙周组织损害，而又无法调合者。

4、由于全身因素，不宜进行手术治疗者

六、复发性口腔溃疡

本病为各地中西医结合治疗的重点。综合各地报导，一般均采取分型治疗，以提高疗效。

北京医学院附属口腔医院，根据溃疡的表现和一般症状，分型如下：

虚火型 { 阴虚火旺：治宜养阴清热，用杞菊地黄汤。
脾胃虚弱：治宜益气健脾、和胃清热，用参苓白术散

兼有肝经症状者用丹栀逍遥散（如妇女经期综合症）

实火型 { 脾胃伏火（胃火实热）治则：清热泻火，凉血通便，用凉膈散。
肺胃热壅：治则：清热解毒，凉血渗湿，用芩连散。

化斑解毒汤加减。

他们认为本症均属于火，因而治疗上都按不同程度的清热，在症状控制后，调补久病造成之脏腑虚损，以防复发。

二军大一附院分本病为四型：

- 1、实热型（用凉膈散或清胃散加减）
- 2、虚热型（清热泻火方或六味地黄汤加减）
- 3、虚寒型（附子理中汤加减）
- 4、气血虚型（补中益气汤或八珍汤加减）

有效率（半年未发）86.95%

西安医学院口腔系对本病分为六型：

- 1、心火上炎、小肠实热型，导赤散加减，热症者台湾心汤。
导赤散：淡竹叶、木通、生地、甘草梢。
泻心汤：大黄、黄连、黄芩、栀子。
- 2、心阴虚型：天王补心汤加减：
党参 丹参 玄参 天冬 麦冬 茯苓 当归 生地
远志 柏子仁 酸枣仁 五味子 桔梗
- 3、胃火双盛型：清胃散或玉女煎加减
清胃散：黄连 生地 丹皮 当归 升麻
玉女煎：生石膏 知母 麦冬 熟地 牛膝
- 4、胃阴虚型：甘露饮加减
熟地、生地 天冬 麦冬 石斛 茵陈 黄芩 枳壳
枇杷叶 甘草。
- 5、肾阴虚型：六味地黄汤
阴虚火旺：知柏八味汤
熟地 山萸肉 山药 泽泻 茯苓 丹皮 加知母
黄柏
- 6、肝郁型 逍遥散加减
柴胡 薄荷 生姜 当归 白芍 茯苓 白术 炙甘草