

住院医师规范化培训教材

口腔医学

主编 俞立英 朱亚琴 邹德荣



口腔医学

主 审 周曾同

主 编 俞立英 朱亚琴 邹德荣

副主编 黄远亮 宋 萌 汪大林 余优成 华咏梅 赵云富

编写者 (以姓氏笔画排序)

王少海	王世惟	王国栋	方朱嫒	石荣华	朱亚琴
毕 玮	华咏梅	刘天麟	米晓晖	杜 嵘	李佩蕾
李笑梅	汪大林	宋 萌	时 函	吴兴文	余优成
邱小倩	邹 岩	邹德荣	陆家喻	陈卫东	陈潇卿
周颖露	赵隽隽	赵云富	俞立英	姜 蕾	徐 蒙
郭华艳	黄 兰	黄远亮	黄建涛	曹春花	韩俊力
李 崑					

学术秘书 徐蓓芸

图书在版编目(CIP)数据

口腔医学/俞立英,朱亚琴,邹德荣主编. —上海:复旦大学出版社,2014. 11
住院医师规范化培训教材
ISBN 978-7-309-10973-3

I. 口… II. ①俞…②朱…③邹… III. 口腔科学-医师-职业培训-教材 IV. R78

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 212565 号

口腔医学

俞立英 朱亚琴 邹德荣 主编

责任编辑/王晓萍

复旦大学出版社有限公司出版发行

上海市国权路 579 号 邮编:200433

网址:fupnet@fudanpress.com <http://www.fudanpress.com>

门市零售:86-21-65642857 团体订购:86-21-65118853

外埠邮购:86-21-65109143

上海春秋印刷厂

开本 787 × 1092 1/16 印张 24.5 字数 552 千

2014 年 11 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 978-7-309-10973-3/R · 1411

定价:70.00 元

如有印装质量问题,请向复旦大学出版社有限公司发行部调换。

版权所有 侵权必究

内 容 提 要

本书为配合口腔住院医师规范化培训而编写，内容区别于传统教材，淡化理论，侧重于临床技术操作，因而是一本职业指导性质的教材。其目的在于指导医学生进入临床后能够快速地从理论联系实践，更好地适应从医学生到临床医生的转变。

全书重点介绍了口腔内科学、口腔外科学、口腔修复学、口腔种植学、口腔正畸学、医院感染控制等。其中，口腔常见疾病的诊疗及病例分析，使学生能够掌握常见口腔疾病的诊疗标准，培养临床思维能力；口腔常用医学诊疗操作技能规范及评估要点，适用于规范学生临床操作技能，应对各种考核；口腔常用辅助检查，方便学生查阅。

本书严格按照口腔住院医师规范化培训要求，紧扣教学大纲，既可作为口腔住院医师培训的指导教材，亦可供临床研究生、进修医师和医学院校学生参考。

前 言

近年来,随着医学教育的不断推进,住院医师规范化培训制度在全国得以快速推广。相比于传统医学教育模式的教学重点,住院医师规范化培训更加侧重临床实践能力的提高。因此,统编的经典的医学教材已经不能适应住院医师规范化培训的要求。为配合卫生部专科医师培养基地的建设,建立口腔医学疾病诊治标准和规范,提高住院医师的专业技术水平,根据住院医师规范化培训大纲的要求,上海市口腔医学会组织了住院医师规范化培训基地的专家编写本书。

为使本书具有科学性、先进性和实用性,我们结合国内外的最新学术进展,对口腔医学常见疾病的诊断要点、标准及其规范化治疗进行了较全面的论述,对相关的诊治指南和共识意见进行了必要的解读,并提供病例分析,以期参加培训的医师能够掌握常见口腔疾病的诊断标准及其治疗原则,逐步培养并提高临床思维能力。

本书中出现的牙齿数字记录法是采用 FDI 公式记录法,也是目前世界卫生组织推荐的牙位记录方法(详见本书附录)。

本书可作为口腔住院医师培训的指导教材,亦可供临床研究生、进修医师和医学院校学生使用。

参加本书编写的专家组成员均工作在医、教、研第一线,具有丰富的临床和教学经验。编写过程中作者们均倾注了大量心血,并得到复旦大学出版社的大力支持,在此一并表示衷心的感谢。

限于编写水平,本书尚有不尽完善之处,祈盼广大读者不吝指正。

编 者

2014 年 10 月



目 录

第一篇 口腔内科

第一章 常见口腔内科疾病诊疗常规及病例分析	3
第一节 牙体牙髓病	3
第二节 牙周病学	34
第三节 口腔黏膜病	49
第四节 口腔预防医学	81
第五节 儿童口腔医学	85
第二章 常用口腔内科学诊疗操作技能规范及评估要点	119
第一节 牙体牙髓	119
第二节 牙周病	130
第三节 口腔预防	140
第四节 儿童口腔	142
第三章 口腔内科常用辅助检查	155
第一节 牙髓活力温度测试	155
第二节 牙髓活力电测试	156
第三节 口腔影像学	157
第四节 血象检查	159

第二篇 口腔外科

第四章 常见口腔外科疾病诊疗常规及病例分析	163
第一节 颌骨骨髓炎	163
第二节 智齿冠周炎	171



第三节	颌面部外伤	173
第四节	颞下颌关节疾病	183
第五节	涎腺疾病	193
第六节	神经疾病	204
第七节	颌面部肿瘤	209

第五章 常用口腔外科学治疗操作技能及评估要点 219

第一节	牙拔除术	219
第二节	微创拔牙术	229
第三节	拔牙并发症	230
第四节	牙再植术	243
第五节	颌骨骨髓炎病灶清除术	245
第六节	口腔颌面部肿瘤的治疗原则和方法	247

第六章 颞下颌关节常用辅助检查 251

第一节	影像学检查	251
第二节	关节镜检查	252
第三节	其他检查	252

第三篇 口腔修复学

第七章 牙体缺损的修复 257

第一节	铸造全冠	257
第二节	桩核冠	259
第三节	嵌体	260
第四节	烤瓷熔附金属全冠	262
第五节	瓷全冠	266

第八章 牙列缺损的修复 268

第一节	固定义齿	268
第二节	可摘局部义齿	272
第三节	覆盖义齿	282
第四节	附着体义齿	285



第九章	牙列缺失的修复	287
第一节	全口牙列缺失	287
第二节	半口牙列缺失	290
第三节	牙列缺失即刻义齿修复	291
第四节	牙列缺失覆盖义齿修复	292
第五节	牙列缺失修复技能规范	294

第十章	牙周病修复治疗	301
------------	----------------	-----

第十一章	咬合病和颞下颌关节病的修复治疗	306
第一节	咬合病	306
第二节	食物嵌塞	308
第三节	颞下颌关节紊乱病	309

第四篇 口腔种植学

第十二章	临床口腔种植技术诊疗流程及病例分析	314
第一节	单牙缺失的种植与修复	314
第二节	多牙缺失的种植与修复	319
第三节	无牙颌的种植与修复	325
第四节	缺牙间隙过宽的种植与修复	331
第五节	缺牙间隙过窄的种植与修复	333

第五篇 口腔正畸学

第十三章	牙列拥挤	337
第十四章	双颌前突	340
第十五章	前牙反骀	343
第十六章	前牙深覆盖	346
第十七章	后牙反骀	350



第十八章	后牙锁骀	354
第十九章	深覆骀	358
第二十章	开骀	363
第二十一章	正畸术前与术后照相的技巧	367
第六篇 口腔医源性感染及感染传播		
第二十二章	口腔正常菌群与感染的关系	374
第二十三章	感染控制的目标、策略及方法	376
附录	FDI 牙位表示法	382

第一篇

口腔内科

【治疗原则】

1. 药物治疗：消除牙表面菌斑及口腔细菌，减少炎症。

第六篇 口腔医源性感染及感染控制

第一章 口腔医源性感染的关系

第一章 口腔医源性感染





第一章

常见口腔内科疾病诊疗常规及病例分析



第一节 牙体牙髓病

一、龋病

(一) 浅龋

【疾病特征】

1. 患者一般无主观症状。
2. 釉质表面变疏松粗糙,呈黑褐色斑或白垩斑,探针检查时有粗糙感或能钩住探针尖端。
3. 温度刺激不引起明显反应。
4. X线片征象不十分明显。牙颈部的龋坏应注意与正常牙颈部三角形密度降低区加以鉴别,前者呈底为圆弧形的凹陷性缺损区,边缘欠光滑;后者常呈小区域的三角形低密度透射影,边缘清晰,相邻多数牙的颈部皆有类似的影像学表现。

【诊断要点】

1. 诊断要点:釉质色泽、形态及质地改变为主要确诊依据,X线片有助于发现邻面龋,为辅助诊断的指标。
2. 注意事项:早期诊断疑为浅龋时,可定期追踪复查,或借助于其他一些特殊诊断手段如荧光显示法、显微放射摄影法、氩离子激光照射法等。

【鉴别诊断】

1. 釉质钙化不全:亦呈现为白垩状损害,但其表面光洁,同时白垩色损害可出现在牙面任何部位,而浅龋的釉质表面疏松粗糙,有一定的好发部位如牙齿唇面、邻面和牙颈部。
2. 釉质发育不全:釉质表面有不同程度的实质性缺陷,甚至牙冠缺损,可呈黄褐色改变,但探诊时损害局部硬而光滑,病变呈对称性,这些特征均有别于浅龋。
3. 氟牙症:受损牙面呈白垩色至深褐色,患牙为对称性分布,地区流行情况是与浅龋相鉴别的重要参考因素。

【治疗原则】

1. 药物治疗:磨除牙表面浅龋及边缘脆弱釉质后涂布药物。



(1) 氟化物:常用氟化物有 75%氟化钠甘油糊剂、8%氟化亚锡溶液、酸性磷酸氟化钠 (APF) 溶液、含氟凝胶 (如 1.5% APF 凝胶) 及含氟涂料等。使用时将氟制剂涂于患区,用橡皮杯或棉球反复涂擦牙面 1~2 分钟。如用涂料则不必反复涂擦。氟化物有毒,切勿吞入。

(2) 硝酸银:用棉球蘸 10%硝酸银或氨硝酸银药液涂布患区,热空气吹干后再涂还原剂 (如丁香油、10%甲醛溶液或 2.5%碘酊),如此反复数次,直至出现黑色或灰白色沉淀。硝酸银腐蚀性大,使用时应严格隔湿,避免与软组织接触;同时硝酸银可使牙齿硬组织变黑,一般只用于乳牙或恒牙后牙,避免用于牙颈部病损。

2. 再矿化治疗:配制含有一定比例钙、磷、氟、钠和氯的再矿化液,每日含漱或者局部涂擦 3~4 次。

(二) 中龋

【疾病特征】

1. 一般无自觉症状,但有时对冷、热、酸、甜食物敏感,冷刺激尤为明显,刺激去除后症状立即消失。

2. 牙面有黑褐色改变,多见龋洞形成,探针可钩拉或插入,探测洞底有酸痛或敏感。窝沟龋也可呈潜行性破坏,釉质表面形态较完整,不易用探针查出。

3. 温度刺激试验可引起敏感,甚至难忍的酸痛。

4. X 线片显示,龋损进展至牙本质浅层,龋洞底壁与髓腔之间尚有薄层深部牙本质存在,龋洞底边界清楚,尤其是慢性龋。开放性龋呈口大的圆弧形低密度透射影,潜行性龋呈口小、底大倒凹状低密度影像学表现。

【诊断要点】

患者主观症状结合牙体硬组织色、形、质的改变为诊断的重要依据,X 线片可为确诊提供有力支持,温度检测异常为辅助诊断指标。

【治疗原则】(具体操作步骤见后)

1. 去除病变组织,制备窝洞。

2. 保护牙髓,必要时盖髓、垫底。

3. 充填治疗,采用复合树脂或银汞合金充填治疗。

【案例分析】

患者女性,20 岁。

主诉:右上后牙冷、热食敏感半个月。

现病史:半月前出现冷、热食敏感,去除刺激后症状很快消失,无明显自发痛,夜间可安睡。自行使用防酸脱敏牙膏 1 周,无明显好转。未经其他治疗。

既往史:否认全身系统性疾病史,无药物过敏史。

检查:17 颊面沟处见一龋洞,深约 2 mm,内有色素沉着,质地中等,无明显探酸,冷诊敏感。牙体无松动、无叩痛,颊侧颈缘牙龈略红肿。邻牙未见明显异常。X 线片显示冠骀 1/3 牙体密度略有减低,其余无异常。

诊断:17 颊面中龋。



诊断思路

- (1) 患者有冷、热敏感,但无自发痛、夜间痛等症状,提示牙髓状况尚可。
- (2) 临床检查发现龋洞,达牙本质浅层,有色素,质地中等,探诊无明显不适,提示为慢性龋且龋损未近髓。
- (3) 由于为颊面龋,影像重叠,X线片检查未能显示典型龋损形态,但显示牙周情况良好,为单一诊断为龋病提供了依据。

治疗

- (1) 去除龋坏组织后洞底达牙本质中层,探诊较敏感,给予磷酸锌水门汀垫底,采用复合树脂充填,调𬌗、抛光。
- (2) 常规医嘱,主要包括:①如有咬合不适可复诊调𬌗;②勿咬硬物以避免牙体以及充填物折裂;③建议定期(每6~12个月一次)进行口腔健康检查。
- (3) 本病例中如窝洞预备后发现固位形差(由于上颌颊尖颊侧面为非功能面,不承受咬合力),也可考虑采用玻璃离子粘固剂,利用其粘接性好且能释氟防龋的特性来修复牙体缺损。

(三) 深龋

【疾病特征】

1. 患者多对冷、热、酸、甜等刺激敏感,若食物嵌入洞内也可引起明显疼痛,去除刺激后症状可消失。
2. 有深龋洞形成,易于探查。但位于邻面的深龋及一些隐匿性龋洞外观仅有色泽改变,洞口很小而病变很深,临床检查较难发现,必要时需去除无基釉后再行诊断。
3. 温度刺激试验可引起较中龋更加剧烈的疼痛。
4. X线片征象明显,常可见较大、较深的龋洞,洞底与髓腔邻近,同时有髓角高度降低,髓腔变小。如果龋洞底与髓腔之间有清晰的一薄层致密的牙本质和继发牙本质影像学表现,髓腔壁界限清楚,则尚未穿髓。如果显示龋坏与髓腔或髓角处相融合则说明已穿髓。

【诊断要点】

1. 诊断要点:牙体硬组织色、形、质的改变为诊断的重要依据,X线片可为确诊提供有力支持,患者自觉症状与温度检测异常为辅助诊断指标。
2. 注意事项:X线片检查对深龋的诊断具有重要意义,但单从X线片确定龋坏的深度及是否穿髓有时不十分可靠,如龋病发生于颊或舌面龋,X线片表现为龋洞似与髓腔贯通,而临床检查可能仅是中龋。再如由于重叠关系,X线片可误将未穿髓者显示为穿髓,反之也可因穿髓处被颊或舌侧尚存在的正常牙齿硬组织所掩盖而显示不清,易发生误诊。因此,必须同时结合临床症状和检查结果做出深龋的诊断。

【治疗原则】

在排除了伴有不可复性牙髓炎和牙髓穿孔的情况后,根据患牙牙髓是否充血和软龋能否去净来选择不同的治疗方案(表1-1,具体操作步骤见第二章第一节)。



龋病类型	软龋能否去净	牙髓	最佳治疗方案
急、慢性龋	能	正常	垫底充填
急、慢性龋	能	充血	安抚—垫底充填
急性龋	不能	正常	间接盖髓—垫底充填
	不能	充血	安抚—间接盖髓—垫底充填
慢性龋	不能	正常	间接盖髓—去净软龋、间接盖髓—垫底充填
	不能	充血	安抚—间接盖髓—去净软龋、间接盖髓—垫底充填



底用一薄层氢氧化钙制剂间接盖髓,聚羧酸锌粘固剂或玻璃离子粘固剂封洞,观察 2 个月。

(2) 复诊时患者无不适症状,去除全部粘固剂及残余的软化牙本质,未穿髓可用氢氧化钙制剂盖髓,聚羧酸锌粘固剂或玻璃离子粘固剂垫底,再用复合树脂永久性充填。

(3) 常规医嘱,主要包括:①如有咬合不适可复诊调𪙇,如出现疼痛等症状应及时就诊;②勿咬硬物以避免牙体及充填物折裂;③建议定期(每 6~12 个月一次)进行口腔健康检查。

(4) 本病例中患牙如窝洞预备过程中髓腔穿通,或在观察期及充填后出现自发痛症状,则按牙髓病治疗。

二、牙髓病

(一) 可复性牙髓炎

【疾病特征】

1. 患牙受到冷、热、酸、甜等刺激时可出现短暂、尖锐的疼痛,尤其是对冷刺激敏感,去除刺激后疼痛随即消失。无自发性疼痛。

2. 常见有接近髓腔的牙体硬组织病损如深龋、深楔状缺损,或可探查到患牙有深牙周袋,也可受累于咬合创伤。

3. 温度刺激试验及电活力测试均可引起一过性敏感。

4. 叩诊反应同正常对照牙。

5. X 线片检查:根据不同病因具有其相应的牙体或牙周组织病变影像学表现,但牙髓腔、根管内无夺症 X 线征象。

【诊断要点】

根据上述患者主观症状,牙体或牙周病变,牙髓活力测试异常。

【治疗原则】

1. 去除刺激,安抚治疗。

2. 无症状后按处理深龋的方法进行治疗。

【案例分析】

患者女性,22 岁。

主诉:左上后牙遇冷、热、酸、甜刺激后出现短暂尖锐性疼痛 1 周。

现病史:患者自述数月来左上后牙对冷、热食物敏感。1 周前进食冷饮后引发尖锐疼痛,但可自行缓解,随后数天持续出现冷、热、甜食物导致的一过性尖锐疼痛,冷刺激痛尤为明显,否认自发痛和夜间痛。发病后未经治疗。

既往史:否认全身系统性疾病史,无药物过敏史。

检查:26 远中邻面龋,质地硬,探诊敏感,冷诊一过性尖锐痛。牙体无松动、无叩痛,牙龈无明显红肿。X 线片显示牙冠远中邻面一龋损,深近髓腔,髓角降低,牙槽骨高度略降低。27、25 未见明显异常。

诊断:26 可复性牙髓炎。

诊断思路

(1) 临床检查发现邻面龋洞,质地硬,提示为慢性龋;探诊敏感,提示龋损近髓腔。



(2) X线片显示邻面龋损形态,深、近髓腔,髓角降低,进一步证实深龋洞的存在。

(3) 患牙无自发痛、夜间痛等症状,但受冷、热、酸、甜等刺激后不仅仅伴有敏感,而是尖锐疼痛,提示牙髓可能有炎症倾向。

(4) 鉴别诊断

1) 深龋:本型牙髓炎与深龋很难鉴别。可复性牙髓炎患者对冷、热、酸、甜刺激有一过性疼痛,深龋患者冷刺激进入龋洞时才出现疼痛;龋洞口内检查类似,无穿髓孔,冷诊一过性敏感,X线片检查特征与深龋类似。

2) 不可复性牙髓炎:患者可有自发痛、夜间痛史,温度测试引起疼痛,且程度重,持续时间长。

3) 牙本质过敏:患者刷牙,吃硬物,及对冷、热、酸、甜均有酸痛,但无自发痛。临床检查未发现明显龋洞,口内检查发现牙面磨耗或楔状缺损等,探诊敏感极为明显,冷空气刺激敏感;X线片检查无明显异常。

治疗

(1) 去龋,有穿髓腔可能,在洞底保留少量软化牙本质,窝洞干燥后,洞底盖一薄层氢氧化钙制剂间接盖髓,氧化锌丁香油粘固剂安抚,暂封窝洞,观察1~2周。

(2) 经过1~2周,患牙对温度刺激仍敏感,可除去暂封物及盖髓剂,再暂封,继续观察,直到症状完全消失后再行永久性充填,注意更换药物时需掌握无菌操作。

(3) 复诊时若无症状,应去除所有氧化锌丁香油粘固剂后去净龋坏组织,氢氧化钙制剂间接盖髓,聚羧酸锌粘固剂或玻璃离子粘固剂垫底,再用银汞永久性充填。

(4) 常规医嘱,主要包括:①银汞充填后2小时禁食,24小时禁用患侧咀嚼;②如有咬合不适可复诊调殆,如出现疼痛等症状需及时就诊;③勿咬硬物以避免牙体及充填物折裂;④建议定期(每6~12个月一次)进行口腔健康检查。

(5) 本病例中若安抚后或永久性充填后出现自发痛、夜间痛等症状,表明病情已向不可复性牙髓炎转变,则应去除充填物,改行根管治疗和冠修复。

(二) 急性牙髓炎

【疾病特征】

1. 多为慢性牙髓炎的急性发作,龋源性者尤为显著。

2. 患者自觉症状主要为剧烈疼痛,典型特征表现如下。

(1) 自发性阵发性痛:未受刺激的情况下自发性剧烈的尖锐疼痛,呈阵发性发作或阵发性加重,炎症晚期疼痛可持续发作,无间歇期或缓解期缩短。炎症晚期也可有搏动性跳痛。

(2) 夜间痛:常在夜间发作,或夜间疼痛较白天剧烈。

(3) 温度刺激加剧疼痛:炎症早期,冷、热刺激均可激发患牙的剧痛或使疼痛加剧。若牙髓已有化脓或部分坏死,患牙可表现为“热痛冷缓解”。

(4) 疼痛不能自行定位:疼痛发作时,患者大多不能明确指出患牙所在,且疼痛呈放射性或牵涉性,常常是沿三叉神经第二支或第三支分布区域放射至患牙同侧的上、下颌牙或头、颞、面部。但是,这种放射痛绝不会发展到患牙的对侧区域。

3. 患牙有近髓腔的深龋或其他牙体硬组织疾患,可探及微小穿髓孔并引起剧烈疼痛;