

2008 国家执业医师资格考试用书
GUOJIA ZHIYE YISHI ZIGE KAOSHI YONGSHU

国家执业医师 资格考试

GUOJIA ZHIYE YISHI ZIGE KAOSHI

口腔医师实践技能 应试指导 (含口腔助理医师)

KOUQIANG YISHI SHIJIANJINENG
YINGSHIZHIDAO

《口腔医师实践技能应试指导》

专家编写组 编

随书赠送20元
免费学习卡



 中国协和医科大学出版社

光盘题库 紧扣考试题型
自动组卷 接近考试实战

◆ 国家执业医师资格考试 ◆

(2008 版)

口腔医师实践技能 应试指导

(含口腔助理医师)

《口腔医师实践技能应试指导》专家编写组 编

编者名单

杜德顺 赵继志 吴效民
万 阔 张 韬

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

国家执业医师资格考试口腔医师实践技能应试指导: 2008 版/《口腔医师实践技能应试指导》专家编写组编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2008. 1

ISBN 978 - 7 - 81072 - 989 - 5

I. 国… II. 口… III. 口腔科学 - 医师 - 资格考核 - 自学参考资料 IV. R78

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 199990 号

法 律 声 明

北京市岳成律师事务所作为中国协和医科大学出版社的常年法律顾问, 发表以下严正声明:

本书全部内容包括文字和图片非经出版者中国协和医科大学出版社书面授权许可, 任何单位和个人不得以任何形式进行非法复制、印刷、发行、汇编、转载、翻译、广播或通过信息网络进行传播, 如有违反, 中国协和医科大学出版社将授权本所追究其法律责任。

北京市岳成律师事务所

国家执业医师资格考试 口腔医师实践技能应试指导 (2008 版) (含口腔助理医师)

编 者:《口腔医师实践技能应试指导》专家编写组 编
责任编辑: 谢 阳 何海青

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: [www. pumcp. com](http://www.pumcp.com)
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 787 × 1092 毫米 1/16 开
印 张: 5.75
字 数: 130 千字
版 次: 2008 年 1 月第一版 2008 年 1 月第一次印刷
印 数: 1—10000
定 价: 20.00 元 (配光盘)

ISBN 978 - 7 - 81072 - 989 - 5/R · 982

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)



为了加强我国医师队伍建设,提高医师的职业道德和业务素质,保障医师的合法权益,保护人民健康,国家颁布了《中华人民共和国执业医师法》,并于1999年11月正式举行了我国首次执业医师资格考试,这标志着我国医师资格考试制度的建立,使我国医师队伍的规范化管理跃上了新台阶。

医学作为一门实践性很强的学科,不仅要求医师具有系统的医学理论知识,还必须具有熟练的医学专业技能。根据《中华人民共和国执业医师法》和卫生部《医师资格考试暂行办法》规定:医师资格考试包括医学综合笔试和实践技能考试两部分。实践技能考试是医师资格考试必不可少的重要组成部分,是评价申请医师资格者是否具备执业所必须的临床思维能力和临床操作能力的重要手段。为了加强我国医师队伍建设,提高执业医师的业务素质,使执业医师的实践技能操作逐渐步入科学化、规范化、标准化的轨道,帮助广大考生搞好考前训练,我们组织有关专家编写了这套《医师实践技能应试指导》,根据医师考试的门类,全套丛书包括《临床医师实践技能应试指导(含助理医师)》、《口腔医师实践技能应试指导(含助理医师)》、《公卫医师实践技能应试指导(含助理医师)》。

口腔医师资格实践技能考试采用多站测试方式。第一考站:病历采集:无菌操作及口腔检查。第二考站:基本操作技能,包括:口腔基本技术、基本急救技术。第三考站:辅助检查结果判读及病例分析。本书按照卫生部医师资格考试委员会颁布的《医师资格实践技能考试大纲》要求进行编写,着重强调对临床思维方式及处理问题的能力的培养与训练,同时介绍了相关的临床基本操作规程。书后配有DVD光盘,演示考试要求的体格检查及基本操作技能,以期给广大考生更直观的帮助。我们期望本书的出版与发行,不仅对于考生顺利通过执业医师考试有所助益,而且对于提高广大读者的临床实践技能水平,从而提高整体医疗服务质量发挥积极的促进作用。

本书专家编写组

目 录

第一章 病史采集与病例分析

第一节 病史采集 / 1

- 一、问诊的方法、主诉及病史采集 / 1
- 二、口腔检查准备 / 2
- 三、正确选择辅助检查方法（影像申请单、检查项目等） / 3
- 四、诊断、鉴别诊断及治疗设计 / 3
- 五、病历书写 / 4

第二节 病例分析 / 5

- 一、龋病 / 5
- 二、牙髓炎 / 6
- 三、急、慢性根尖周炎 / 8
- 四、边缘性龈炎 / 10
- 五、坏死性龈炎 / 10
- 六、成人牙周炎 / 12
- 七、复发性口腔溃疡 / 14
- 八、白斑 / 15
- 九、感染性口炎 / 16
- 十、牙齿外伤 / 20
- 十一、智齿冠周炎 / 22
- 十二、下颌骨骨髓炎 / 23
- 十三、牙列缺损 / 25
- 十四、牙列缺失 / 40

第二章 基本操作技能

第一节 无菌操作及口腔检查 / 61

- 一、无菌操作 / 61

二、口腔检查 / 62

第二节 口腔基本技术 / 64

一、龋齿充填术（离体前磨牙或磨牙Ⅱ类洞） / 64

二、开髓术（离体牙Ⅱ类洞） / 65

三、龈上洁治术 / 66

四、上颌结节及下颌传导麻醉 / 67

五、上下牙列印模制取 / 68

第三节 基本急救技术 / 72

一、血压 / 72

二、吸氧术 / 73

三、人工呼吸 / 73

四、胸外心脏按压 / 74

第三章 辅助检查结果判读**第一节 X线片 / 75**

一、正常牙片 / 75

二、根尖周病牙片 / 76

三、牙周病牙片 / 76

四、阻生智齿牙片 / 76

五、正常全口曲面体层片 / 77

第二节 实验室检查结果判读 / 77

一、血、尿、粪常规 / 77

二、基本生化检验 / 81

三、肝肾功能 / 82

附：口腔医师资格实践技能考试实施方案 / 84

一、考试机构或组织 / 84

二、考试实施 / 85

第一章 病史采集与病例分析

第一节 病史采集

一、问诊的方法、主诉及病史采集

1. 问诊的方法

问诊是医师通过询问方式，了解患者疾病的发生、发展和现状以及检查治疗经过等过程。问诊是采集病史、诊断疾病最基本、最重要的手段。

问诊的内容主要包括：

- (1) 一般项目（患者姓名、性别、年龄、民族、婚姻、职业、籍贯等）；
- (2) 主诉；
- (3) 现病史；
- (4) 既往史；
- (5) 个人史；
- (6) 月经、婚姻及生育史；
- (7) 家族史。

问诊方法及需要注意的问题：

- (1) 对患者态度要亲切、和蔼、同情和耐心，取得患者的信任和协作；
- (2) 要用通俗易懂的语言，简明扼要地询问病情，尽量不使用医学术语；
- (3) 要有高度的爱伤观点，避免对患者有不良刺激的语言和表情；
- (4) 问诊过程中要条理性强，善于抓住重点，深入细致地询问，并耐心启发患者回答与诊断有关的病史，不可按主观想象去暗示或诱导患者，以免影响病史的真实性；
- (5) 注意及时核实患者陈述中不确切或有疑问的情况；
- (6) 问诊过程中医师要边听患者讲述，边分析、综合、归纳患者所述各种症状间的联系，最后将患者的叙述按先后、主次加以归纳整理，按规范格式写出完整、系统、简单、扼要的病历记录。

2. 主诉及病史采集

主诉是指患者就诊时感觉最明显、最痛苦的主要症状（或体征）及其持续的时间。记

录时应包括症状、部位及时间。文字要简明扼要,一般以不超过20字为宜,不宜用诊断或检查结果代替症状。如果主诉不只一个,要按发生的时间顺序分别列出。对于病程较长、病情又比较复杂的病例,临诊时的主诉可能并非现症的主要表现,故应结合病史分析以选择出更贴切的主诉。

现病史是病史中的主体部分,它记述从发病到就诊前的详细过程,即发生、发展、演变和诊治情况。应包括:

- (1) 发病情况、起病日期、有关发病因素等;
- (2) 病情演变,曾经过治疗否,治疗的方式和疗效(尽可能列举应用药物名称及剂量,各种治疗方法的名称等);
- (3) 目前主要症状和问题;
- (4) 与本病有鉴别诊断的症状表现;
- (5) 发病后精神、食欲、食量、体重、睡眠及大小便有无异常情况。

既往史指患者以往的健康状况和曾患疾病。主要了解与目前疾病的诊断与治疗有关的既往情况。既往史的记录基本与内科病史相同,但应特别注意有无系统疾病、损伤史、手术史、输血史、慢性传染病史、药物不良反应及过敏史和重要药物应用史。

个人史包括社会经历(出生地、居留地、迁居史、经济状况、业余爱好等)、职业及工作条件、习惯及嗜好和野游史、外遇史等。

月经及婚育史:月经史包括初潮年龄、经期(天)/周期(天)、末次月经时间(或绝经年龄)、月经规则否、月经量、有无痛经、白带等,以及妊娠及分娩次数,有无早产、流产史。

家族史:双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况,应注意询问是否有与患者同样或类似的疾病,有无与遗传有关的疾病(如糖尿病、高血压、肿瘤、精神病等)。对已死亡的直系亲属,也需问明。

二、口腔检查准备

医生穿工作服、戴工作帽及口罩,调整椅位和光源,洗手、戴手套。

1. 体位

通常医师取坐位,患者取仰卧位,医师位于患者右后方。检查上颌牙时,患者背部与头部稍后仰,使上牙殆面与地面成 $45^{\circ} \sim 60^{\circ}$ 角,高度与医师肘部平齐或略高;检查下颌牙时,患者正坐,下牙殆面与地面大致平行,高度与医师肘部平齐。

注意:应利用口镜观察上颌后牙状况,避免弯腰仰视。

2. 光源

自然光最理想,因其能真实反应牙冠、牙龈和口腔粘膜的色泽。自然光不足时,应有灯光辅助,光源必须充足。口腔内光线不能直射到的部位,可借助口镜反映的影像观察。

附:口镜的用途:

- (1) 反映被检部位的影像,并能适当扩大被检部位。
- (2) 反射并聚集光线于被检部位,增加照明。
- (3) 撑开显露或按压颊、唇、舌等软组织。

(4) 金属口镜柄可作叩诊用。

探针的用途:

- (1) 辅助发现牙体缺损;
- (2) 用于检查邻面龋, 验面浅龋;
- (3) 探查龋洞、探测患区的感觉, 发现敏感部位;
- (4) 探测牙周袋时应使用钝头探针。

镊子的用途:

- (1) 用于夹持敷料、拭净被检查部位或涂药;
- (2) 检查牙齿松动度;
- (3) 镊子柄末端可作叩诊用。

三、正确选择辅助检查方法 (影像申请单、检查项目等)

与口腔科相关的辅助检查主要包括:

1. 实验室检查 如临床检验、生物化学检验、免疫学检验和细菌学及血清学检验等。
2. 穿刺、涂片及活组织检查。
3. 影像学检查 如普通 X 线检查 (平片、体层及造影检查等)、计算机体层扫描 (CT)、磁共振成像 (MRI) 及 B 型超声波检查、放射性核素检查等。

在选择辅助检查时要明确所选检查对于诊断或治疗是否必需或具有重要意义, 同时对检查的适应证、禁忌证及注意事项应做到心中有数。

此外, 在填写检查申请单时, 应做到合理规范, 项目齐全, 特别是填写申请单时, 病史及临床检查所见必须详细写出, 切勿随意省略。因为影像医师还必须结合临床与其他检查综合分析, 才能得出正确的诊断。

注意:

- (1) 临床上怀疑是颈动脉体瘤或动脉瘤, 则禁忌穿刺; 血管瘤和恶性黑色素瘤一般不作活检; 怀疑是腮腺肿瘤也不宜作活检, 但可行细针吸取活检;
- (2) 脓肿穿刺多选用 8 号或 9 号粗针; 血管瘤选用 7 号针; 细针吸取活检选用 6 号针;
- (3) 表浅病变宜在病变边缘与正常组织交界处切取活检, 应避免在坏死部位切取; 粘膜病变标本取材不应小于 $0.2\text{cm} \times 0.6\text{cm}$;
- (4) 不使用电刀切取标本;
- (5) 不使用染料类消毒剂。

四、诊断、鉴别诊断及治疗设计

1. 诊断

根据病史及检查结果, 通过综合分析、推理判断, 对现有疾病作出合乎客观实际的诊断结论。诊断包括各主要及各次要疾病, 应使用统一的病史 (即诊断用语规范), 不应把患者主诉或症状, 如牙痛、松动等作诊断名词记录。

假如患者口腔中有数种疾病, 则应把主要病诊断写在最前, 次要病在后, 本科病在先, 它科病在后。

有疑问时,可于其后加“?”。

2. 鉴别诊断及其依据

进行鉴别诊断,要求临床医师熟悉各类疾病的临床特点,以及各类疾病与年龄、性别、种族等因素间的相互关系,将被检查病变的特点与其他相似病变的特点进行比较;结合其临床经验与医学基础知识进行综合分析,将可能性最大的诊断列入首位;反之,将其列入末位考虑。

在进行口腔疾病的鉴别诊断中,尚需考虑以下几种共同因素:

(1) 年龄与性别因素:不同疾病在不同年龄组,具有不同的发病率;许多口腔疾病的发病具有明显的性别差异。例如,腮腺沃辛瘤(腺淋巴瘤)以中老年男性多见,男女比例约为6:1。又如,盘状红斑狼疮多见于中青年女性,男女比例约1:3,儿童及老年人少见;

(2) 解剖因素与部分口腔疾病的鉴别诊断有密切关系。例如,下唇好发粘液囊肿,但很少发生唾液腺肿瘤;硬腭后份好发唾液腺肿瘤,但很少发生粘液囊肿。又如,腮腺肿瘤中,良性肿瘤占80%,而舌下腺肿瘤90%以上为恶性;

(3) 存在多处及多种损害时应考虑既可能是同时发生的独立性疾病,也可能是同类疾病的不同表现。例如,阿弗他口腔溃疡表现为口腔粘膜上的多发性溃疡;扁平苔藓可表现为皮肤、粘膜的多处丘疹及糜烂。

3. 治疗设计

全面检查之后,根据病史及检查情况,按轻重缓急,拟定一个合理、正确、及时、有具体内容的诊疗计划,逐条表达并加以说明。例如,对于牙体牙髓病患者,应首先治疗主诉牙;对非主诉牙,则依病情轻重缓急设计治疗步骤;对非牙体牙髓科疾病作出原则性治疗设计,建议患者到相关科室或专业进行治疗。

五、病历书写

病历书写是培养医务工作者业务能力和科学态度的重要途径之一。病历书写的质量不仅直接关系到每个患者的诊断、治疗和预后,也是教学、科研的宝贵资料,对医院的科学管理,促进医学的发展也起到很大作用,同时也是判断法律责任等项工作的重要的客观依据,因此必须予以足够的重视。

现将病历书写的一般要求简述如下:

1. 住院病历应使用蓝黑或黑色墨水书写,各项记录的标题用红色钢笔书写。门(急)诊病历和需复写的资料可以使用蓝或黑色油水的圆珠笔书写。

2. 字迹清楚,内容准确、完整,及时、可靠,细致详尽,重点突出,主次分明。

3. 文字简练、通顺,标点符号正确、清楚。书写中出现错字时,可用双线划在错字上,不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。

4. 询问病情时尽量用通俗语言,而记录时必须用医学术语。疾病诊断和手术名称应以《国际疾病分类》所订为准。

5. 每一项记录后医师必须清晰地签署全名于右下方;日期书写应按年、月、日顺序,用阿拉伯数字填写。

6. 各项病历记录完成时限:

入院记录应在入院 24 小时内完成；
转科记录于转科前完成；
转入记录应在 24 小时内完成；
病程记录应在入院 8 小时内完成；
首次查房记录应于入院 48 小时内完成；
手术前小结最迟在手术前一日完成；
手术记录于术后 24 小时内完成；
手术后当天病程记录在手术后即刻完成；
手术后前三天，每天至少有一次病程记录；
抢救记录应当在抢救结束后 6 小时内据实补记，并加以注明；
出院记录于患者出院时完成；
死亡记录于患者死亡 24 小时内完成；
死亡讨论记录于患者死亡后一周内完成；
病案首页于当月内完成。

第二节 病例分析

一、龋 病

◆ 概述

龋病是指牙釉质、牙本质和牙骨质在以细菌为主的综合外界因素的影响下发生的一种进行性破坏疾病。龋病的病因目前有多种学说，随着口腔微生物学的发展，四联因素学说逐渐被大家所认同，即含食物（主要是含蔗糖的食物）进入口腔后，在牙菌斑内细菌的作用下，发酵产酸（主要是乳酸），并侵蚀牙齿，这种侵蚀作用持续一段时间后，可以导致细菌从牙齿薄弱部分侵入，造成牙齿无机物脱矿和有机物溶解，形成龋齿。

龋病根据损害的程度，可分为浅龋、中龋和深龋。根据病变进展情况可分为急性龋和慢性龋。猖獗龋（rampant caries）是急性龋的一种，可同时累及多个牙齿或牙齿的多个牙面，病变进展迅速，患者大多有致龋性的全身背景，如舍格伦综合征和头颈部放疗后。儿童、青少年和口腔卫生极度不良者亦好发此病。

◆ 诊断要点

1. 牙体组织变色，呈白垩色、黄褐色或黑褐色，变软或缺损，有洞形成。
2. 对酸甜或过高过低温度刺激敏感。
3. 刺激去除后敏感消失。

◆ 鉴别诊断

见表 1。

表1 龋病的鉴别诊断

分类	颜色改变	形态改变	质地改变	症 状	部 位
浅龋	白垩色或黄褐色	无	粗糙感	可无症状或敏感	牙釉质浅层（窝沟龋、光滑面龋）牙骨质浅层（根面龋）
中龋	黑棕色	有洞形成边缘不规则	软	敏感	牙本质浅层
深龋	黑色或黑棕色	有洞形成边缘不规则	质软	敏感，探查可有痛点	牙本质深层

◆ 治疗原则

1. 应在浸润或阻滞等局麻措施下进行操作。
2. 尽量去除坏死组织及感染物质。
3. 尽量采取保护牙髓措施。
4. 对于较深深龋或可能浆液性牙髓炎以及意外穿髓等情况，应尽量采取保留牙髓的措施。

◆ 病例分析

张某，男，21岁，在读大学生，暑假进行口腔卫生检查，无自觉症状。查体：左上中切牙近中舌面可见黑色龋坏，探敏感，叩诊阴性，冷测稍敏。

治疗：2%利多卡因局麻下去腐，达牙本质深层，氧化锌安抚，两周后复诊无症状，氢氧化钙水门汀垫底，光固化树脂修复。

诊断：左上中切牙深龋。

病例分析：患者从就诊到治疗完成，未出现牙髓症状，从病损侵及情况及范围分析，诊断为深龋。

二、牙 髓 炎

◆ 概述

因感染、理化因素等刺激造成的牙髓不可逆性炎症反应称为牙髓炎。多数为细菌感染所致，少数与理化刺激和髓石、牙髓钙化有关。

牙髓炎的分类方法很多，根据诊断治疗的需要，一般临床上分为以下几种：

1. 急性牙髓炎。
2. 慢性牙髓炎
 - (1) 慢性闭锁性牙髓炎。
 - (2) 慢性增生性牙髓炎。
 - (3) 慢性溃疡性牙髓炎。
3. 残髓炎。
4. 牙髓坏死。
5. 髓石。
6. 牙内吸收。

临床上最为常见的是急性牙髓炎、慢性牙髓炎和牙髓坏死，慢性牙髓炎不再细分。

◆ 诊断要点

1. 急性牙髓炎

- (1) 自发性疼痛、锐痛。
- (2) 夜间加剧，间隔时间短。
- (3) 冷刺激特别敏感，可激发疼痛。
- (4) 疼痛同侧放射，不易定位。

2. 慢性溃疡性牙髓炎

- (1) 存在引起牙髓炎的龋洞，探查可穿髓，引起疼痛。
- (2) 龋洞受压或冷热刺激可有轻微疼痛。

3. 慢性闭锁性牙髓炎

- (1) 无髓腔穿孔。
- (2) 短暂轻微的自发性疼痛。
- (3) 冷热刺激引起疼痛，冷刺激更明显。

4. 慢性增生性牙髓炎

- (1) 龋洞内有增生息肉，息肉与牙体组织相连。
- (2) 髓腔有较大穿孔。
- (3) 疼痛不明显。

5. 牙髓坏死

- (1) 无牙髓症状。
- (2) 牙冠变色，灰色或棕黄，不透明。
- (3) 牙髓活力测无反应。

◆ 鉴别诊断

见表2。

表2 牙髓炎的鉴别诊断

分 类	临床检查	疼痛症状	温度测试	X线摄片
急性牙髓炎	可有深龋或其他局部因素	典型急性牙髓炎疼痛症状	冷热刺激痛	深龋 急性根尖周炎
慢性闭锁性牙髓炎	可有未达髓腔的深龋和其他局部刺激因素	短暂轻微的自发性疼痛	冷热刺激多为迟缓反应	深龋
慢性增生性牙髓炎	可见深龋和牙髓息肉，多见于年轻恒牙	自觉疼痛不明显	冷热刺激敏感	深龋 慢性根尖周炎
慢性溃疡性牙髓炎	可见穿髓的深龋洞	自觉疼痛不明显，探诊深时疼痛	冷热刺激敏感或疼痛	深龋 慢性根尖周炎
牙髓坏死	可有咬合创伤等局部因素，冠多变色。	一般无疼痛症状	冷热刺激无反应	慢性根尖周炎

◆ 治疗原则

随着治疗技术的不断改进,人们对牙髓病认识的不断提高,牙髓炎的治疗原则也在不断的变化,但应遵循下列基本原则。

1. 尽量采用各种麻醉措施,失活操作要完备,尽量减轻患者的疼痛。
2. 尽量保留牙髓,这对年轻恒牙尤其重要。
3. 尽量保留牙体组织,如采用银汞修复,在考虑固位型的前提下,也应充分考虑到保留牙体组织的重要性。
4. 尽量保留患牙,只有在排除最后的修复方法后才能考虑拔除患牙。

◆ 病例分析

1. 患者李某,左上牙自发痛,夜间痛3日,加重1日而急诊就医。冷热刺激敏感,不能定位。

查体:左上第一恒磨牙殆面龋坏,探痛,冷刺激痛,叩诊阴性,不松动,牙龈阴性。

诊断:6急性牙髓炎。

治疗:2%利多卡因局麻下开髓,血红,扩大开髓孔,封三聚甲醛失活剂。

病例分析:典型的疼痛症状,龋坏牙冷测阳性,叩诊阴性,可诊断。

2. 患者纪某20岁,右下牙进食痛,冷热敏感两周。查体:右下第一恒磨牙面龋坏,探及髓,痛,冷测敏感,叩诊阴性,牙龈阴性。

治疗:右下第一恒磨牙常规根管治疗,银汞修复。

诊断:右下第一恒磨牙慢性牙髓炎。

病例分析:慢性牙髓炎症状,龋坏牙龋洞开放,叩诊阴性,可诊断。

3. 患者常某,51岁,右上牙发现龋坏1个月。

查体:右上侧切牙舌侧龋坏,冠变色,探及髓腔,无痛,叩诊阴性,冷热刺激阴性,牙龈阴性。

治疗:右上侧切牙舌侧龋坏去腐,无痛,揭髓顶,拔髓,无痛,不成形,有腐败味,荡洗,常规根管治疗。

诊断:右上侧切牙牙髓坏死。

病例分析:龋洞存在,冠变色,拔髓无痛有腐败味道,可诊断。

三、急、慢性根尖周炎

◆ 概述

根尖周病是指根尖周膜、根尖骨质等根尖周组织的病变,绝大多数是由牙髓病发展而来,是口腔科常见的疾病之一。

细菌感染是主要病因。理化刺激,不良操作也是常见病因。机体免疫因素也起一定的作用。临床上主要分为急性根尖周炎和慢性根尖周炎。

1. 急性根尖周炎又可分为:

- (1) 急性浆液性根尖周炎。
- (2) 急性化脓性根尖周炎。

2. 慢性根尖周炎又可分为:

(1) 慢性根尖肉芽肿。

(2) 慢性根尖脓肿。

(3) 根尖囊肿。

◆ 诊断要点

1. 急性根尖周炎

(1) 持续性钝痛，咬合痛，患牙有伸长感，能定位，一般疼痛与冷热刺激无关，有牙龈肿胀史。

(2) 牙齿松动，叩诊疼痛明显，牙髓无活力，龈颊沟变浅，粘膜肿胀，严重时可有淋巴结肿大，全身乏力，发热等症状。

(3) X线摄片可见根尖骨质稀疏或破坏。

2. 慢性根尖周炎

(1) 一般无症状，或仅有咬合不适，也可因龋病就诊。

(2) 粘膜或皮肤可有窦道形成，牙槽骨可肿胀，严重者可出现面部畸形。

(3) X线摄片：根尖脓肿可见弥散性骨质稀疏区；根尖肉芽肿可见骨质稀疏区呈圆形或卵圆形，与正常骨质界限明显；根尖囊肿在圆形或卵圆形的骨质稀疏区外有致密的骨白线。

◆ 鉴别诊断

急性牙髓炎与急性根尖周炎的鉴别诊断见表3。

表3 急性牙髓炎与急性根尖周炎的鉴别诊断

	急性浆液性根尖周炎	急性化脓性根尖周炎	慢性根尖周炎
症状	初期咬合不适，或有轻松感。后期咬合不适加重，甚至引起剧痛。	根尖及骨膜下时，表现为渐重的自发性剧痛和持续性跳痛。粘膜下时减轻。	一般无自觉，可有咀嚼不适。有的因牙龈瘻管而就诊。
检查	有患牙；活力测一般无反应；叩痛；牙龈正常；松动不明显；X线检查（-）	有患牙；活力测无反应；叩痛、牙龈和松动度情况：早期明显，后期减轻。X线检查无明显变化	有患牙；牙髓活力无反应；叩痛不适；牙龈可见瘻管口；松动不明显；叩痛不明显；X线表现为诊断依据。

◆ 治疗原则

1. 严格控制细菌感染，这是根尖周病治疗成功的关键。要进行严格规范的根管预备以达到去除感染的目的，同时操作过程中也要严格控制感染物质出根尖孔。

2. 治疗时应考虑全身状况，急性期可先行减压引流。

3. 区分不同种类根尖周病，制定不同治疗计划。大面积的根尖肉芽肿和根尖囊肿常需行牙槽外科手术。

◆ 病例分析

1. 患者廖某，30岁，右下磨牙进食痛两周，加重4日，牙龈肿胀，不能咬合。查体：右下第一恒磨牙殆面大面积龋坏，探不痛，叩诊剧痛，冷热测阴性，牙龈肿胀，压痛，波动，X线摄片根尖大面积不规则骨密度减低区。

诊断：右下第一恒磨牙急性根尖周炎。

治疗：常规开髓，拔髓，龈颊切开，大量黄白脓液，放置引流条，急性期过后常规根管治疗，充填。

病例分析：疼痛性质，临床检查符合急性根尖周炎表现，X线摄片显示为慢性根尖脓肿急性发作，经治疗后病灶痊愈。

2. 患者李某，50岁，右上牙食物嵌塞就诊。

查体：右上前磨牙近中殆面龋坏，探诊阴性，冷热测阴性，叩诊阴性，牙龈窦道，牙齿无松动，X线摄片根尖大面积阴影，圆形，周边有骨白线。

诊断：根尖囊肿。

治疗：常规开髓，拔髓，无痛，根管治疗，充填，三月后复诊，阴影未缩小，窦道未消失。行根尖囊肿刮除术及根尖切除术，三月复诊病灶痊愈。

病例分析：慢性根尖周炎症状，根据X线摄片表现可诊断。X线摄片表现是诊断慢性根尖周炎的决定性指标。

四、边缘性龈炎

◆ 概述

炎症只侵犯游离龈和龈乳头时称为边缘性龈炎，也可称为缘龈炎或单纯性龈炎。这是一种最常见的牙龈疾病。其病因为龈缘附近牙面上菌斑的堆集。牙石，软垢，不良修复体，食物嵌塞，口呼吸等局部刺激因素，均能加重菌斑堆集，诱发并加重边缘性龈炎。

◆ 诊断要点

1. 患者主诉一般为咬食物，刷牙，甚至吸吮时牙龈出血，无疼痛的感觉。
2. 临床检查可见游离龈充血水肿，质地松软，边缘变厚，变钝，与牙面分离。好像在淡粉红色的牙龈边缘出现一条狭窄、鲜红的彩带。龈乳头肿大、光亮。
3. 视诊或探诊同时可发现牙石，软垢等局部刺激因素。探触牙龈易出血。
4. 好发部位为前牙，尤其是下前牙。其次为上颌后牙的颊侧和下颌后牙的舌侧。
5. 附着龈仍质地坚实，淡粉红色，点彩存在。
6. 由于牙龈肿胀，龈沟深度可超过3mm。但无附着丧失，龈沟底仍在釉牙骨质界冠方。无牙周袋形成及齿槽骨吸收现象。

◆ 鉴别诊断

1. 慢性牙龈炎：整个牙龈呈鲜红色或暗红色，充血水肿，质地松软，点彩消失。
2. 牙周炎：出现牙周袋及牙槽骨吸收。需用牙周探针仔细检查，尤其是下前牙和第一磨牙邻面。

◆ 治疗原则

1. 去除病因，以洁治术彻底去除牙石，控制菌斑。去除一切菌斑滞留和局部刺激因素。
2. 教会患者正确刷牙和使用牙线的方法。养成定期洁治的习惯。控制菌斑和牙石，避免复发。

五、坏死性龈炎

◆ 概述

在慢性牙龈炎或牙周炎的基础上，某些因素造成病变处厌氧梭状杆菌和螺旋体集聚、增

生并侵入牙龈组织，直接或间接地造成牙龈组织的炎症、溃疡和坏死，称为坏死性龈炎。诱发因素包括：紧张、劳累等身心因素；营养不良或慢性消耗性疾病；吸烟等局部刺激等。坏死性龈炎还是与 HIV 感染密切相关的口腔病变。根据病程的差异，坏死性龈炎可分为急性和慢性两型。

◆ 诊断要点

1. 急性坏死性龈炎

(1) 患者的主诉常为牙龈疼痛、出血、口臭等。局部疼痛明显；牙龈极易出血，有自发性出血倾向，唾液中往往混有血迹；有典型的腐败性口臭。

(2) 好发于前牙唇侧牙龈。

(3) 临床检查可见边缘龈和龈乳头充血、水肿，出现坏死性溃疡，表面覆以灰白色、污秽的假膜。坏死物质脱落后，牙龈乳头中心凹陷呈火山口状，牙龈边缘呈虫蚀状（旧称刀切状）。在病变与正常牙龈之间，可见一狭窄的红带将两者分开。

(4) 重症者可出现低热，乏力等全身症状，局部淋巴结肿大，压痛。

(5) 坏死区涂片，革兰染色检查，可见大量的梭状杆菌和螺旋体。

(6) 病变可扩展至邻近组织，称为龈口炎，若合并产气荚膜杆菌感染，可造成颊部坏死、穿孔，称为走马牙疳。

2. 慢性坏死性龈炎

(1) 有反复急性发作或治疗不彻底的病史。

(2) 牙龈乳头严重破坏，甚至消失。若多个牙龈乳头连续累及，则牙龈边缘呈反波浪型。

(3) 牙龈乳头处牙龈之颊舌侧分离，下方可见牙石及软垢。

(4) 病损区涂片细菌学检查可能无诊断价值。

(5) 若出现牙周袋和齿槽骨吸收，称为坏死性溃疡性牙周炎。

◆ 鉴别诊断

1. 边缘性龈炎：以牙间乳头和游离龈的炎症、充血、水肿、刺激易出血为主要表现。无明显的自觉疼痛和全身症状；无牙龈坏死，明显的溃疡和假膜形成；口臭不明显；无自发出血倾向；涂片很难找到梭状杆菌和螺旋体。

2. 牙周炎：临床检查所见以牙周袋形成，溢脓，牙槽骨吸收，牙齿松动为主。可见牙龈萎缩，但无溃疡、坏死；无明显的牙龈局部疼痛及全身症状；口腔异味非腐败性。

3. 疱疹性龈口炎：起病急，发热等全身症状明显。但是，疱疹性龈口炎好发于婴幼儿；主要侵犯牙龈、唇、颊、腭等粘膜，损害为多发的小疱疹，融合成片，破溃后形成溃疡，无坏死性溃疡，唾液粘稠，轻度口腔异味，涂片检查可见脱落细胞中有包涵体等病毒感染征象。

4. 急性白血病：可能出现广泛性牙龈肿胀，松软，自动出血，局部坏死，口臭等临床表现。但急性白血病牙龈呈苍白色，外周血白细胞计数在 $20 \times 10^9/L$ 以上，并有幼稚白细胞出现。急性白血病可伴发坏死性龈炎。

5. 艾滋病：常可出现坏死性龈炎或牙周炎，但 HIV 感染或艾滋病患者具有毛状白斑等其他表征，化验检查可发现血清 HIV 抗体阳性。