

# 口腔医师病例分析超强考点点拨

## 知识点1: 龋病

### (一)浅龋(无反应, 有色改变, 有质改变)

#### 【诊断依据】

主要症状: 浅龋位于釉质内, 患者一般对外界刺激无主观症状

口腔一般检查: 牙冠部的浅龋又可分为窝沟龋和平滑面龋

探诊: 用探针检查时有粗糙感或能钩住探针尖端

温度刺激试验: 正常

x 线片检查: 最常使用的常规诊断方法, X 线片有利于发现隐蔽部位的龋损

#### 【治疗设计】

原则: 去净龋坏组织、保护牙体、保护牙髓。

方法:

#### 1、保守疗法

(1) 药物疗法: 适用于早期釉质龋, 位于牙齿的光滑面, 尚未形成龋洞者; 釉质发育不良继发的广泛浅龋, 制洞困难者。

(2) 再矿化疗法: 对已经脱矿而硬度下降的早期釉质龋, 用特配药物处理使重新沉积钙盐, 进行再矿化, 恢复硬度, 从而消除龋病。

#### 2、充填治疗

适用于已形成龋洞者, 可采用树脂、银汞合金、玻璃离子等材料。

#### 【鉴别诊断】

疾病名称	鉴别点
浅龋	探诊粗糙、刺激无反应、温度测试正常、有好发部位
釉质发育不全	呈对称性、探诊表面光滑
氟牙症	有高氟地区生活史
中龋	冷热酸甜刺激入洞疼痛, 温度测试正常, 位于牙本质浅层
深龋	冷热酸甜刺激入洞疼痛, 温度测试正常, 位于牙本质深层



### (二)中龋(冷热酸甜入洞疼, 去除停止)

### 【诊断依据】

特征性：入洞疼，去除止，不持续，位于牙本质浅层，X线片未近髓。

主要症状：外界刺激入洞后疼痛，出洞后立即缓解

口腔一般检查：形成龋洞探诊：可探入，有酸痛

温度刺激试验：正常

X线片检查：离髓腔较远，位于牙本质层牙本质浅层：组织病理

### 【治疗设计】

原则：去净龋坏组织、保护牙体、保护牙髓。

方法：充填治疗。

### 【鉴别诊断】

疾病名称	鉴别点
浅龋	探诊粗糙、刺激无反应、温度测试正常、有好发部位
中龋	冷热酸甜刺激入洞疼痛，温度测试正常，位于牙本质浅层
深龋	冷热酸甜刺激入洞疼痛，温度测试正常，位于牙本质深层
急性牙髓炎	自发性阵发性疼痛、夜间痛、冷热刺激疼痛，疼痛不定位
根尖炎	咬物疼痛、温度测试无反应
三叉神经痛	有扳机点

### (三)深龋(冷热酸甜入洞疼，去除停止)

#### 【诊断依据】

特征性：入洞疼，去除止，不持续，位于牙本质深层，X线片近髓。

主要症状：外界刺激入洞后疼痛，出洞后立即缓解，疼痛较中龋剧烈，可有食物嵌塞痛 口腔

一般检查：形成龋洞

探诊：可探入，有酸痛，较中龋剧烈 温度刺激试验：正常

X线片检查：离髓腔较近，位于牙本质深层组织病理：牙本质深层

#### 【治疗设计】

原则：去净龋坏组织、保护牙体、保护牙髓。

方法：深龋近髓，应采取保护牙髓措施，再进行充填术。对深龋治疗方法的选择，主要考虑患者有无明显的主观症状和洞底软龋是否能够去净。

深龋	能去净	不敏感-双层垫底充填
	去腐敏感，可去净	安抚 1-2 周，无症状，垫底充填
	不可去净，不敏感	急性龋：间接盖髓，3 个月后再去，如无症状垫底充填 慢性龋：间接盖髓，3 个月后再去，出现上述，继续，如无状况垫底充填
	又去不净、又疼	慢性龋：间接盖髓，3 个月后再去，出现上述，继续，如无症

### 【鉴别诊断】

疾病名称	鉴别点
浅龋	探诊粗糙、刺激无反应、温度测试正常、有好发部位
中龋	冷热酸甜刺激入洞疼痛，温度测试正常，位于牙本质浅层
深龋	冷热酸甜刺激入洞疼痛，温度测试正常，位于牙本质深层
急性牙髓炎	自发性阵发性疼痛、夜间痛、冷热刺激疼痛，疼痛不定位
根尖炎	咬物疼痛、温度测试无反应
三叉神经痛	有扳机点

### (四)猖獗龋(猛性龋)

#### 【诊断依据】

急性龋中有一种类型，其病程进展很快，多数牙齿在短期内同时患龋，又称猛性龋，常见于颌面部及颈部接受放射治疗的患者。由于唾液缺乏或未注意口腔卫生，亦可能发生猛性龋。短期内多数牙齿发生龋坏，下前牙也受累。发展迅速，形成残根残冠。

#### 【鉴别诊断】

根据病史及病程，容易确诊。

#### 【治疗设计】

原则：去净龋坏组织、保护牙体、保护牙髓。

1. 去除病因。去除睡前饮食习惯，睡前刷牙，保持口腔卫生。
2. 全面设计治疗方案。治疗活动性龋，控制牙髓炎症，拔除有根尖周病变的残根残冠，保持间隙等。

3. 提高抗龋力，局部用氟，恒牙萌出后窝沟封闭，再矿化辅助治疗(含漱或离子导入)。
4. 预防宣教。
- 5 定期复查。

## 知识点2：牙本质过敏

### 【诊断依据】

表现为激发痛，以机械刺激最为显著；其次为冷、酸、甜等，去除刺激后疼痛立即消失。当用探针在牙面上寻找一个或数个敏感点或敏感区时，引起病人特殊的酸、软、痛等症状。

### 【诊断】

因磨损、酸蚀、楔状缺损、外伤等原因而导致的牙本质暴露，而修复性牙本质尚未形成，牙齿出现对温度、化学、机械等刺激后的特殊敏感症状，常与龋坏、牙髓炎等疾病同时发生。

### 【治疗设计】

1. 药物脱敏治疗。
2. 激光脱敏治疗。
3. 治疗相应的牙体疾病，通过牙体充填或冠修复覆盖暴露的牙本质。

注：考试时候诊断牙本质过敏、重度磨耗、酸蚀症时一定要写牙本质过敏(具体病名)。

## 知识点3：牙髓炎

### (一)急性牙髓炎

#### 【诊断依据】

临床表现为发病急，疼痛剧烈。主要是剧烈的疼痛且具有以下特点

- 1.自发性 and 阵发性疼痛。
- 2 冷热刺激使疼痛加重，去除刺激疼痛不消失。
3. 疼痛常不能定位。
4. 疼痛常在夜间发作且较白天更剧烈。
5. 温度测试：敏感。

#### 【鉴别诊断】

1. 龈乳头炎：有食物嵌塞于邻牙间或可询及食物嵌塞史，牙龈乳头红肿。
2. 三叉神经痛：有“扳机点”，触及该点即诱发疼痛；冷热刺激不引起疼痛。疼痛持续时间短。
3. 急性上颌窦炎：有全身发热症状，鼻塞、眶下区扪痛，同侧磨牙可有叩痛。
4. 慢性牙髓炎：既往有牙髓炎病史，有叩痛或咬物不适，患者一般可定位患牙。
5. 深龋：人洞疼痛，去除疼痛消失，温度测试正常。
6. 干槽症：为拔牙伤口感染。

### 【治疗设计】

原则：保护牙体组织。

#### 1. 应急处理：开髓引流。

2. 常规治疗：保存具有正常生理功能的牙髓或牙齿。

(1) 年轻恒牙：根尖诱导成形术。

(2) 普通恒牙：尽可能做根管治疗，如后牙牙根弯曲度过大或过于细小可采用塑化治疗或干髓术。

(3) 建议全冠修复

## (二)慢性牙髓炎

### 【诊断依据】

有较长期的遇冷热刺激痛史，有叩痛或咬合痛。

慢性牙髓炎分为三类(慢性溃疡性、慢性增生性、慢性闭锁性)和一个特殊类型(残髓炎)。

1. 慢性溃疡性牙髓炎：有冷热刺激痛史，髓腔暴露，探痛明显，且出血。
2. 慢性增生性牙髓炎：这型牙髓炎多发生于青少年的乳、恒磨牙龋洞穿髓孔较大者。牙髓腔串通，但覆盖了息肉，探时一般不痛但易出血(牙髓息肉)。
3. 慢性闭锁性牙髓炎：有冷热刺激痛史，髓腔不暴露。
4. 残髓炎：既往有牙髓治疗史，确定性诊断需根管内探痛。

### 【鉴别诊断】

1. 急性牙髓炎：自发性、阵发性疼痛，冷热刺激疼痛，夜间痛，疼痛不能定位。

2. 牙髓坏死：牙髓坏死后无论怎样用尖锐探针刺入髓腔内部，都不会引起疼痛，对冷热诊和电诊也均无反应

3. 三叉神经痛：有“扳机点”，触及该点即诱发疼痛，冷热刺激不引起疼痛。疼痛持续时间短。

4. 干槽症：为拔牙伤口感染，邻牙可有叩痛，温度试验牙敏感但不疼痛。

5. 牙龈息肉：用探针拨动息肉的蒂，观察蒂的位置，息肉和牙龈相连。

6. 牙周膜息肉：用探针拨动息肉的蒂，观察蒂的位置，息肉和牙周膜相连。

### 【治疗设计】

1 治疗应以保留有功能的患牙为原则。

2. 常规根管治疗为主，如遇到过细或弯曲者则采用干髓术或塑化治疗。

3. 残髓炎采用重新根管治疗方法；逆行性牙髓炎采用牙髓牙周联合治疗。

4. 年轻恒牙需根尖诱导成形术。

5. 建议全冠修复

### (三)牙髓坏死(牙齿变色)

#### 【诊断依据】

牙髓坏死为牙髓组织的死亡，常由各型牙髓炎发展而来，其次最常见的原因是外伤。其诊断要点如下：

1 问诊：有牙髓炎或牙外伤史。

2. 视诊：牙齿多有变色呈暗黄色或灰色并失去光泽，这是因为牙髓坏死组织的分解产物渗入牙本质小管。

3. 冷热诊和电诊：均无反应。

4. 探诊：探穿髓孔无反应。

5. 嗅诊：坏疽牙髓开放髓腔时有恶臭。

#### 【鉴别诊断】

1.慢性根尖脓肿：X 线片显示根尖区低密度影像呈云雾状。

2 慢性根尖肉芽肿：X 线片显示根尖呈边界清楚的、小于 1cm 的低密度影像。

3. 慢性根尖囊肿：X 线片显示根尖区可见一低密度影像，周围一圈骨白线。
4. 急性根尖周炎：有明显的叩痛和咬物不适，温度测试呈无反应。

### 【治疗设计】

原则：保护牙体。

1. 凡是恒牙，只要根尖已发育完成的均行根管治疗。
- 2 根尖孔未形成者行根尖诱导术后再根管治疗。
3. 根管弯曲或细小者采用干髓术或塑化治疗
4. 牙冠变色处理，采用髓腔内脱色法，瓷贴面或烤瓷全冠修复。

## 知识点4：根尖周炎

### (一)急性根尖周炎

#### 【诊断依据】

急性根尖周炎是发生在牙根尖周围的局限性、疼痛性炎症。

基本诊断标准：

1. 温度测试：无反应(牙冠可变色)。
2. 探髓腔无痛。

按其发展过程，可分为**急性浆液性根尖周炎**和**急性化脓性根尖周炎**两个阶段。

(1) 急性浆液性根尖周炎：咬合痛但咬紧后缓解。

(2) **急性化脓性根尖周炎**根据炎症的发展可分为 3 个阶段，各阶段有其特有的临床特点

①**根尖周脓肿**诊断依据：自发性持续性跳痛，咬合及叩诊时引起剧痛，牙齿松动及浮起感明显，颊侧根尖区黏膜稍红，但不肿胀，局部淋巴结肿痛。

②**骨膜下脓肿**诊断依据：因骨膜致密，张力大，疼痛剧烈程度达最高，牙龈肿胀明显，前庭沟变浅，晚期可触及深部波动感，牙齿松动，触痛，叩诊疼痛，全身症状明显如头痛、发热，局部淋巴结肿痛更明显，**患牙附近组织可发生肿胀**。

③**黏膜下脓肿**诊断依据：**局部肿胀明显增加**，但疼痛感和局部触痛明显减轻，局部波动感明显，黏膜可自动破溃，脓液排出，转为慢性炎症。

#### 【鉴别诊断】

1. 急性牙髓炎：疼痛放散，不能定位，温度和电活力测试表现为牙髓敏感性增强，探痛明显，X线片显根尖区无异常。
2. 牙周脓肿：温度测试正常，有牙周袋，牙龈出血溢脓。X线片牙槽骨水平吸收。
3. 牙髓坏死：牙髓活力测试为无反应，但与根尖炎的区别在于：牙髓坏死没有叩痛，没有X线片下的尖区变化。

### 【治疗设计】

原则是控制炎症和镇痛，消除病灶，保留患牙。

1. 开放髓腔，畅通根管，使脓液得以引流。
2. 有波动感时，在开放髓腔的同时，行脓肿切开引流。
3. 在局部治疗的同时，辅以全身抗感染治疗。
4. 急性炎症缓解后，行根管治疗。
5. 根尖瘘管不消者可可行根尖切除术。
- 6 建议全冠修复。

### (二)慢性根尖周炎(必须要有X线片)

#### 【临床表现】

慢性根尖周炎一般无疼痛症状，温度测试无反应。

其病变类型有慢性根尖周肉芽肿、慢性根尖周脓肿、慢性根尖周囊肿和慢性根尖周致密性骨炎等，X线片检查可有相应改变。

慢性根尖周炎牙髓活力无反应，牙齿可能变色，但诊断仍主要依靠X线片检查。

1. 根尖囊肿：根尖区低密度周围有一圈骨白线。
2. 根尖肉芽：根尖区肿有一个小于1cm的低密度影响。
3. 根尖脓肿：根尖区呈边界不清呈云雾状的低密度区。
4. 慢性根尖周致密性骨炎：年轻人下颌第一磨牙多见，它是一种防御性反应。由于骨质增生，骨小梁密度增大，在X线片上表现为根尖部局限性的不透射影像。骨小梁的组织结构与正常骨很少有差别。因其周围有少许慢性炎细胞浸润，故称为致密性骨炎。

#### 【鉴别诊断】



相互鉴别即可，鉴别点为 X 线片。如特殊位置可考虑颌骨正常骨孔，像切牙孔、颞孔等，与邻牙无关系。如有疼痛，可考虑把所有疼痛作比较。

1.成釉细胞瘤：X 线片呈切迹状，有锯齿状吸收，牙髓活力可正常。

2.颌骨囊肿：颌骨囊肿为非牙源性囊肿；牙体大多正常，牙髓活力正常，囊肿长大时可引起颌骨肿胀，扪之有乒乓球感，穿刺可抽出囊液。X 线片显示囊肿与根尖部牙周间隙的影像无联系。

### 【治疗设计】

1. 确诊为根尖肉芽肿的患牙应做根管治疗。

2. 根管过细或弯曲者可试做塑化治疗。

3. 根管不通或根尖阴影过大，且患牙经长时间根管封药后阴影仍不消退者，可行根尖搔刮术、根尖切除术等，能获得较好疗效。

4. 牙冠变色患牙在根管治疗完成后可行美容修复。

### 知识点5：慢性龈炎

#### 【诊断依据】

临床主要表现为牙龈色、形、质的改变，一般局限于游离龈和龈乳头。必须要说无附着丧失，也无牙槽骨吸收，从而排除牙周病。

1.色泽：从粉红色到鲜红色或暗红色。

2.外形：正常龈缘菲薄而紧贴牙面，附着龈有点彩。患牙龈炎时，由于组织水肿，使龈缘变厚，不再紧贴牙面，牙龈乳头圆钝肥大，附着龈点彩也可消失，表面光滑发亮。

3.质地：正常牙龈质地致密而坚韧，附着龈部分牢固地附着于牙槽嵴上。患牙龈炎时，牙龈变得松软脆弱，缺乏弹性，有些病例可伴有增生。

4. 限沟深度：牙周组织健康时，龈沟深度一般不超过 3mm，当牙龈有炎性肿胀或增生时，龈沟可加深达 3mm 以上，形成假性牙周袋。但上皮附着(龈沟底)仍位于正常的釉牙骨质界处，临床上不能探到釉牙骨质界，也就是说无附着丧失，也无牙槽骨吸收。这是区别牙龈炎和牙周炎的重要指征。

5 探诊出血：**健康的牙龈在刷牙或探测龈沟时均不出血。**患牙龈炎时轻触即出血，探诊也出血。探诊后出血是诊断牙龈有无炎症的重要客观指标。

6. 龈沟液增多：牙龈有炎症时，龈沟液渗出增多。

7. 自觉症状：**边缘性龈炎时患者常因刷牙或咬硬物时出血。**

**总结：考试中看到牙龈色、形、质改变，有牙石和牙龈出血，即可指向牙周性疾病，主要看有没有牙槽骨吸收，牙周袋形成。附着丧失，如果没有的话可以诊断为慢性龈炎。**

### 【鉴别诊断】

根据上述主要临床表现，结合局部有刺激因素存在即可诊断。应与下列疾病相鉴别。

1. 早期牙周炎：有牙槽骨吸收，牙周袋形成，有附着丧失。

2. 血液性疾病：查血常规即可，白血病出血不易止住。

3. 龈坏死性溃疡性龈炎：以牙龈出血和疼痛为主要症状，但其牙龈边缘呈直线型或反波浪式坏死为其特征。

4. 艾滋病相关龈炎：是艾滋病感染者最早出现的相关症状之一。临床可见游离龈缘呈明显的火红色线状充血，附着龈可有点状红斑，刷牙后出血或自发性出血。在去除牙石或牙菌斑后，牙龈充血仍不消退。

5 妊娠性龈炎：患者为妊娠期妇女，全口牙龈、牙间乳头红肿，有自发性出血。

### 【治疗计划】

1. 去除病因：通过龈上洁治术彻底清除菌斑和牙石，如有食物嵌塞、不良修复体等刺激因素，也应彻底纠正。

2. 药物治疗：如果炎症较重，可配合局部药物治疗，常用 1%~3%过氧化氢溶液冲洗龈沟，碘制剂沟内上药，必要时可用抗菌类漱口剂含漱。

3. 手术治疗：如果出现基础治疗后牙龈仍然肿大时即可做牙龈切除成形术。

4. 口腔维护：治疗开始后，应及时教会患者控制牙菌斑的方法，应持之以恒地保持口腔卫生，并定期(6-12个月)进行复查和洁治，这样才能巩固疗效，防止复发。

## 知识点6：药物性牙龈增生（助理不考）

### 【诊断依据】

1. 药物性牙龈增生是指由于全身用药引起的牙龈完全或部分的肥大，与长期用药有关。**导致牙龈增生的常用药物有三类**

(1) 苯妥英钠—抗惊厥药，用于治疗癫痫。

(2) 环孢菌素—免疫抑制药，用于移植手术。

(3) 钙通道拮抗药，如硝苯地平—抗高血压药。一般服药后 3 个月即可出现牙龈增生。

2. 好发于前牙，起始于牙间乳头，随后波及龈缘，表面呈结节状、球状、分叶状，质地坚韧，稍有弹性，色红或粉红。不易出血。

3. 肿大牙龈形成龈袋，不易清洁，如存在局部刺激因素，合并感染会出现，牙龈水肿、出血、牙齿移位。停药后增生牙龈可以减退。

#### 【鉴别诊断】

1. 慢性龈炎有刺激因素存在，有反复发作病史。

2. 白血病引起的牙龈肥大出血比较明显，**不易止血**。牙龈颜色呈暗红或苍白色。**血象检查异常**。

3. 牙龈纤维瘤病有**家族史**，而无服药史。牙龈增生广泛，大多覆盖牙面 2/3 以上，以纤维性增生为主

4. 妊娠性龈炎患者为**妊娠期妇女**，全口牙龈、牙间乳头红肿，有自发性出血。

#### 【治疗设计】

1. **停止或更换引起牙龈增生的药物**。

2. 去除局部刺激因素：通过牙周洁治治疗。

3. 局部药物治疗：对于牙龈炎症较重的患者，可局部使用 3%过氧化氢冲洗，牙周袋内放入抗菌消炎药物辅助治疗。

4. 手术治疗：对于保守治疗效果不佳的患者可考虑牙龈切除成形手术治疗。

5. 维护期：每 6-12 个月定期复查，指导患者严格控制菌斑，防止复发

#### 知识点7：妊娠期龈炎

(怀孕的仅此一个，考试可能说停经几周)(助理不考)

#### 【诊断依据】(理解即可，实践技能不作细节要求)

## 育龄妇女

牙龈呈现鲜红色、高度水肿、肥大，且有明显出血倾向者，或有龈瘤样表征

询问其月经情况，了解是否妊娠。若已怀孕，便可诊断

1. 症状：吮吸、刷牙或进食时牙龈易出血，或者一个或多个牙龈乳头呈瘤样肥大，妨碍进食，严重时可有轻度疼痛。从妊娠 2~3 个月后开始出现明显症状，至 8 个月时达到高峰，分娩后约 2 个月时，龈炎可减轻至妊娠前水平。这与血中黄体酮水平的升高相关联。

2. 检查：

(1) 龈缘和龈乳头呈鲜红或暗红色，松软而光亮，或呈现显著的炎性肿胀、肥大，有龈袋形成，可发生于个别牙龈，也可为全口的牙龈，多以前牙区为重。

(2) 孕瘤多发生于前牙，尤其是下前牙唇侧龈乳头，或发生于个别牙排列不齐的龈乳头，常发生于妊娠第 3 个月。

(3) 如为孕瘤，检查时可见：单个或多个牙的牙龈乳头增大，色泽鲜红光亮或暗紫，表面光滑，质地松软，极易出血。瘤体常呈扁圆形向近远中扩延，有的呈小的分叶状，有蒂或无蒂，一般直径不超过 2cm，但严重的病例可因瘤体较大而妨碍进食或被咬破而出血感染。

(4) 分娩后，妊娠期龈瘤能逐渐自行缩小。

### 【鉴别诊断】

1. 药物性龈炎：有服药史，无妊娠，牙龈不易出血。

2. 白血病牙龈病损：牙龈明显肥大，颜色暗红或苍白，无服药史，可有局部和全身淋巴结肿大。血涂片检查可见大量幼稚细胞。

3. 慢性龈炎：牙龈色红、水肿，病变程度与局部刺激因素一致。但一般不会呈鲜红色，水肿较妊娠期龈炎轻，很少呈明显出血倾向。任何年龄和性别均可发生。

4. 遗传性牙龈纤维瘤病：可有家族史，无服药史。牙龈增生较广泛，大多覆盖牙面的 2/3 以上，以纤维性增生为主。

### 【治疗原则】

1. 动作轻柔地去除局部刺激因素，尽量减少出血和疼痛。

2. 认真细致地遵循口腔卫生指导。

3. 对于炎症表现严重者可使用刺激性小、不影响胎儿生长发育的含漱液含漱。尽量避免使用全身药物治疗，以免影响胎儿发育。

4. 对体积较大已妨碍进食的妊娠期龈瘤，可手术切除，手术时机应尽量选择妊娠期的 4-6 个月内以免引起流产或早产。术中应避免流血过多，术后应严格控制菌斑，以防复发。

### 【预防】

怀孕前及时治疗原有的慢性龈炎，整个妊娠期应严格控制菌斑。

## 知识点8：慢性牙周炎

### 【诊断依据】

本病为**最常见的一类牙周炎**，由长期存在的慢性牙龈炎向深部牙周组织扩展而引起的慢性炎症

1. 病理改变：

(1) 牙周袋形成。

(2) 牙槽骨吸收：水平型吸收、垂直型吸收、凹坑状吸收等

①**水平型吸收**：通常形成骨上袋，即牙周袋底位于牙槽嵴顶的冠方

②**垂直型吸收**：也称角形吸收，指牙槽骨发生垂直方向或斜形的吸收，与牙根面之间形成一定角度的骨缺损，牙槽顶的高度降低不多，而靠近牙根侧的骨吸收较多，大多形成骨下袋，即牙周袋底位于牙槽嵴顶的根方。

③**凹坑状吸收**：指牙槽间隔的骨嵴顶吸收，其中央部分破坏而颊舌侧骨质仍保留，形成弹坑状或火山口状缺损。

(3) 牙龈的炎症

(4) 牙松动。

2. 临床症状：本病好发于成年人，常累及全口多数牙齿，尤其是磨牙、下前牙。病程长，发展缓慢，表现为爆发性活动期和静止期交替出现。

**典型的临床表现为牙龈炎症、牙周袋形成、牙槽骨吸收、牙齿松动或移位等。**

根据患者主诉及临床表现不难作出诊断，**临床检查牙周袋形成，有附着丧失，X线片检查见牙槽骨吸收等是主要的诊断依据。**

### 【鉴别诊断】

1. 牙龈炎：没有附着丧失、牙槽骨吸收、牙齿松动。
2. 外伤：有外伤史。
3. 成釉细胞瘤：X 线片显示可见切迹状，牙根锯齿状吸收。
4. 牙源性角化囊肿：牙齿可有松动，但 X 线片显示骨质有明显的低密度影像
5. 根尖脓肿：牙髓活力无反应，牙齿可松动，牙周炎牙髓活力正常。
6. 牙周脓肿：不但有牙周炎的基本特点，它是牙周炎发展到晚期的一种临床表现，**表现为牙周袋壁或深部牙周组织内的局限性化脓性炎症**
7. 侵袭性牙周炎：年轻，有特殊第一恒磨牙、切牙，牙石量和病情不成正比，有家族聚集性
8. 牙周一牙髓联合病：既有牙周病特点也有牙髓病特点，包括牙髓炎或根尖炎的特点。

### 【治疗设计】

包括：**基础治疗、手术治疗、修复治疗、维护期治疗。**

#### 1. 基础治疗：

- (1)清除局部刺激因素：**主要措施有龈上洁治术、龈下刮治和根面平整术。局部冲洗上药。**
- (2)**在治疗前和过程中要对患者进行口腔卫生宣教，使患者能够自觉地使用牙刷、牙线、牙间隙刷、漱口水等自我菌斑控制手段。**
- (3)**全身和局部的药物治疗。**
- (4)调 he：建立平衡的看关系。
- (5)拔牙：对牙周袋深、过于松动的严重患牙，如确已无保留价值，应尽早拔除。
- (6)消除危险因素包括改正不良修复体、解除食物嵌塞。
- (7)其他治疗：对有牙周脓肿形成者要切开引流。

2. 牙周手术治疗：**经上述治疗后 6~8 周复查仍有 5mm 以上的牙周袋，探诊仍有出血，可考虑牙周手术。**

3. 需要修复的病人，进行修复治疗。

4. 维护治疗：在经过恰当的治疗后，大多数慢性牙周炎的病情可以得到控制，但疗效的长期保持却有赖于患者坚持有效的菌斑控制，以及定期的复查和必要的重复治疗。

## 知识点9：侵袭性牙周炎

### 【诊断依据】

1. 患病年龄不超过 35 岁，多为年轻人。
2. 无明显全身疾病。
3. 快速的附着丧失和骨吸收；牙周组织破坏程度与年龄不一致，与局部刺激量也可不一致。
4. 多有家族聚集性。
5. 局限型侵袭性牙周炎病变局限于第一恒磨牙或(和)切牙，其他患牙不超过两个，X 线片显示第一恒磨牙牙槽骨近中吸收或“弧形吸收”，前牙可为水平吸收。
6. 广泛型侵袭性牙周炎病变不局限于第一恒磨牙或(和)切牙，其他患牙有 3 颗以上。

### 【鉴别诊断】

1. 慢性牙周炎：多见于成人，有附着丧失和牙槽骨吸收，病变程度与局部刺激量相一致，疾病进展缓慢。
2. Dow 综合征：常伴有智力低下，牙周病很重。
3. 掌跖角化综合征：手掌和脚上有大量角化物，并有臭汗味，伴有牙周病。
4. 慢性限炎：有牙龈炎症表现，但无附着丧失和牙槽骨吸收。
5. 牙外伤：牙松动但有外伤史。

### 【治疗原则】

1. 洁治、刮治、根面平整；局部冲洗上药。
2. 辅助应用抗菌药物。
3. 调整机体的防御功能。
4. 建立平衡的看关系，包括正畸矫治牙齿移位。
5. 有需要拔除的牙(三度松动)拔除。
6. 必要时手术治疗。
7. 有牙列缺损的患牙，进行修复治疗。
8. 牙周定期维护和防止复发，复查复治间隔期宜短。

## 知识点10：牙周脓肿

## 【诊断依据】

牙周脓肿是牙周炎发生到晚期，出现深牙周袋后的一个常见伴发症状，它是位于牙周袋壁或深部牙周组织内的局限化脓性炎症，一般为急性炎症，可自行破溃排脓或消退，若不积极治疗，或反复急性发作，也可转化为慢性牙周脓肿。

1. 急性牙周脓肿：急性牙周脓肿患者一般**无明显全身症状**，可有局部淋巴结肿大，或白细胞轻度增高。脓肿可发生在单个牙齿或多个牙齿，即多发性牙周脓肿，此时，患者痛苦较大，常伴全身不适。**多数临床表现为触诊有波动感，病人主诉搏动性跳痛。**

2. 慢性牙周脓肿：一般无明显症状，可见牙龈表面有窦道开口，开口处可平坦或呈肉芽状，**按压时可有少量脓液流出。叩痛不明显，可有咬合不适。**

## 【鉴别诊断】

主要与牙龈脓肿和牙槽脓肿鉴别

1. 牙龈脓肿：仅局限于龈乳头及龈缘，呈局限性肿胀，无牙周炎病史，无牙周袋，X线片无牙槽骨吸收

2. 牙槽脓肿：**牙槽脓肿感染来源一般是牙髓病或根尖周病，无牙周炎病史，无牙周袋，无牙髓活力。**

3. 牙周-牙髓联合病变：不但有牙周病的牙槽骨吸收、牙齿松动、附着丧失，还有牙髓病的特点，包括牙髓炎和根尖炎特点。

## 【治疗设计】

**急性牙周脓肿的治疗原则是止痛、防止感染扩散以及脓液引流。**

1. 在初期脓液未形成前：

(1) 洁治、刮治、根面平整，冲洗牙周袋，局部用药。

(2) 全身抗生素或支持疗法。

(3) 调 he。

(4) 拔除不能保留的牙。

2. 当脓液形成波动后：

(1) 可切开引流，用盐水或氯己定(洗必泰)含漱。

(2) 对伸长牙齿或有咬合痛者，可调磨。



3. 慢性牙周脓肿可基础治疗后进行牙周手术。
4. 修复拔除的患牙。
5. 定期复查，口腔卫生宣教

### 知识点11：牙周-牙髓联合病变(助理不考)

#### 【临床表现】

1. 源于牙髓：逆行性牙周炎(就是从牙髓到根尖炎症顺着牙周膜扩散，从而影响牙周)。本类型的共同特点是

(1) 牙髓无活力，或活力异常。

(2) 牙周袋和根分叉区病变局限于个别牙或牙的局限部位，邻牙的牙周组织基本正常或病变轻微。

(3) 与根尖周病变相连的牙周骨质破坏，呈烧瓶型

2. 源于牙周：逆行性牙髓炎(牙周病变引起牙髓的病变)。

(1)逆行性牙髓炎

①牙髓有明显的激发痛等牙髓症状，或典型的急性牙髓炎症状。

②检查可见：患牙有深达根尖区的牙周袋或严重的牙龈退缩，牙一般松动达Ⅱ度以上。

(2)长期存在的牙周病变引起牙髓的慢性炎症、变性、钙化甚至坏死。

检查：深牙周袋，可能尚未表现出牙髓症状，牙髓温度测验反应异常。

3. 牙周病变与牙髓病变并存。

发生于同一颗牙上各自独立的牙髓和牙周病变，当病变发展到严重阶段时，两者互相融合和影响。

#### 【诊断】

牙周症状：就是牙周袋、牙槽骨吸收、附着丧失、牙龈出血 牙髓症状：牙髓炎和根尖炎。

同时具有深牙周袋等牙周表现和牙髓异常或根尖周病变的表现，即可诊断。

#### 【鉴别诊断】

所有的疼痛都可以应用

1. 牙髓炎：只有牙髓炎症状，没有牙周病症状

2. 根尖炎：只有根尖炎症状，没有牙周炎症状。
3. 三叉神经痛：有扳机点，没有牙髓和牙周的症状。
4. 上颌窦炎：有鼻塞发热等全身症状，没有牙髓和牙周的症状。
5. 龈乳头炎：有龈乳头肿胀、冷热刺激症状，但牙髓活力正常，没有牙周症状。
6. 牙龈炎：没有牙髓症状。
7. 牙周炎：只有牙周炎症状，没有牙髓症状。
8. 侵袭性牙周炎：没有牙髓症状，有牙周症状。

### 【治疗原则】

预后取决于牙周的破坏程度，牙髓有急症时先应急处理，同时进行牙周的同步治疗，查清病源，以确定治疗的主次。在不能确定的情况下，死髓牙先做根管治疗，再配合牙周治疗；活髓牙则先做系统的牙周治疗和调 he，若疗效不佳，再视情况行牙髓治疗。

1. 应尽量找出原发病变，积极地处理牙周、牙髓两方面的病灶，彻底消除感染源。
2. 由根尖周病变引起牙周病变的患牙尽早进行根管治疗。病程短者，单纯进行根管治疗后，牙周病变即可完全愈合。若病程长久，牙周袋已存在多时，则应在根管治疗的同时实施常规的牙周治疗，消除袋内的感染，促使牙周组织愈合。
3. 由牙周病变引起牙髓病变的患牙，对一些病程长且反复急性发作、袋很深、根分叉区受累的患牙，或虽经彻底的牙周治疗仍效果不佳者，应采用多种手段检测牙髓的活力，以确定是否须进行牙髓治疗。因此对牙周袋较深而牙髓活力虽尚存但已迟钝的牙齿，不宜过于保守，应同时做牙髓治疗，这有利于牙周病变的愈合。
4. 预后根尖周的病损经完善的根管治疗后大多预后较好；而牙周病损疗效的预测性则不如牙髓病。因此牙周-牙髓联合病变的预后在很大程度上取决于牙周病损的预后。
5. 如牙齿不能保留可考虑拔牙。

### 知识点12：复发性口腔溃疡：(见到反复发作的溃疡就可诊断，但注意细分类)

#### 【诊断依据】

复发性口腔溃疡，临床特点：“红、黄、凹、痛”，有复发性、周期性和自限性。临床分类为：轻型口疮、重型口疮、口炎型口疮。区别如下

名称	疱疹样复发性阿弗他溃疡 (口炎性口腔)	轻型口疮	重型口疮 (腺周口疮)
所占比例	10%	80%	8%
好发部位	唇、舌、颊、软腭等无角化较差的粘膜	唇、舌、颊、软腭等无角化较差的粘膜	初始后于舌腭弓、软硬腭好发于口角，其交界处
病损特点	溃疡直径较小，约2mm，溃疡数日多可达十几个或几十个散在分布，似“满天星”	圆形或椭圆形，5-10mm 一般为 3-5 个，散在径可大于 1cm，通常是 1-2 分布，7~10 天溃疡愈合	溃疡大而深，似“弹坑”直径可大于 1cm，通常是 1~2 个溃疡疼痛剧烈
愈后有无瘢痕	无	无	可留瘢痕
有无全身症状	可伴有头痛、低热等全身不适、病损局部的淋巴结肿痛	无	常伴低热乏力等全身不适症状和腺周口疮病损局部区域的淋巴结肿痛

实践技能要求：能区分即可，区别点大小和数量，这个阶段不需要记别名。

### 【鉴别诊断】

1. 创伤性溃疡：局部可发现刺激因素，溃疡形态与刺激因素相吻合，去除刺激因素即可很快愈合，没有复发性。
2. 结核性溃疡：有结核病史或结核病接触史，典型损害为鼠啮状溃疡，基底呈粟粒状，无硬结，边缘不整，表面有污秽假膜，溃疡长期不愈，局部使用抗生素药膜无效，病理检查可见特征性的结核结节。
3. 癌性溃疡：在口内无刺激因素，无口腔溃疡反复发作史，溃疡深而大，呈菜花样，基底及边缘硬，有浸润，溃疡持久不愈，病变进展迅速。淋巴结可有肿大甚至坚硬粘连，病理检查可见癌细胞。
4. 白塞病：白塞病除口腔溃疡外，可同时或先后出现眼、皮肤、生殖器或其他系统的病损。
5. 手足口：手足口不但有口腔溃疡还有手和足的溃疡。

### 【治疗设计】

1. 局部治疗抗炎、镇痛，促进愈合。

常用各种药膜、含漱剂、中药散剂等。对于持久不愈、病损较大的溃疡可用激素注射。

## 2. 全身治疗

(1)糖皮质激素

(2)免疫调节药和免疫增强药。

(3)免疫抑制药。

(4)其他药物：对营养不良或消化不良患者可补充维生素和微量元素。

(5)中医中药。

### 知识点13：口腔念珠菌病

(见到菌丝孢子、微小脓肿就能确定是这个病，但一定要注意分类)

#### 【诊断依据】

口腔念珠菌病的病原体主要是白色念珠菌，该真菌是一种条件致病菌。念珠菌病的诊断依据是

镜下可见菌丝或孢子、镜下角化层可见微小脓肿。

具体分型如下：急性假膜型、急性萎缩型、慢性肥厚型、慢性萎缩型

名称	特征性标志	临床表现
急性假膜型(鹅口疮)	新生儿，色白如雪	损害区黏膜充血，有散在的色白如雪的柔软小斑点，如帽针头大小患儿烦躁不安、啼哭、哺乳困难，有时有轻度发热，全身反应一般较轻
急性萎缩型(红斑型)	广谱抗生素长期应用	黏膜充血、糜烂及舌背乳头呈团块萎缩，周围舌苔增厚

慢性肥厚型(增殖型)	对称地位于口角内侧三角区， 呈结节状	本型的颊黏膜病损，常对称地位于口角内侧三角区，呈结节状或颗粒状增生
慢性萎缩型(红斑型)	戴义齿的患者	义齿承托区黏膜广泛发红，形成鲜红色弥散红斑。红斑表面可有颗粒增生。舌背乳头可萎缩，舌质红

### 【鉴别诊断】

1. 白斑：白色斑块状，无菌丝和孢子。
2. 红斑：病损柔软，色鲜红，直接镜检一般无菌丝和芽孢。
3. 扁平苔藓：中年女性，两颊部对称的为珠光白色条纹，显网状、条索状、斑块状分布，不易擦去，可出现水疱或糜烂，此时出现刺痛或灼痛。直接镜检一般无菌丝和芽孢。
4. 红斑狼疮：一般发生在下唇，中心凹陷，四周呈放射状，面部可见蝴蝶斑、角质栓塞，直接镜检一般无菌丝、孢子。

### 【治疗设计】

1. 去除诱发因素，如停用抗生素、正确佩戴义齿等。
2. 局部可用 2%碳酸氢钠液含漱，50 万 U 制霉菌素片含化，每日 3 次。亦可用抗真菌软膏口内涂布义齿可用 5%碳酸氢钠液或 0.2%氯己定溶液浸泡。
3. 全身用药包括口服酮康唑、氟康唑等药。
4. 慢性肥厚型白色念珠菌性口炎怀疑为癌前病变时应手术切除。

### 知识点14：口腔白斑病(助理不考)

(实践技能就两个黏膜病，一个扁平苔藓，一个白斑，白斑定义就是不能诊断为其他的，所以考试时排除扁平苔藓即可，分型要适当考虑)

### 【诊断依据】

口腔黏膜白斑是发生在口腔黏膜的白色斑块，临床和组织病理学上不能诊断为其他疾病，不应包括上腭的烟草性过角化及其他局部刺激因素引起的单纯性过角化。白斑是一种癌前病变。吸烟、局部理化刺激、白色念珠菌以及全身因素与白斑有密切的关系。临床表现为：

<b>均质型</b>	白色或灰白色的均质型较硬的斑块，表面呈皱纸状，或出现细小裂纹。无自觉症状，或有粗涩感(斑块型、皱纹纸型)
<b>颗粒型</b>	白色损害呈颗粒状突起，致黏膜表面不平整，病损间黏膜充血，似有小片状或点状糜烂，患者可有刺激痛。多数可查到白色念珠菌感染
<b>疣状型</b>	隆起，表面高低不平，伴有乳头状或毛刺状突起，触诊微硬，基底无明显硬结
<b>溃疡型</b>	增厚的白色斑块上，有烂或溃疡，可有或无局部刺激因素

口腔黏膜白斑好发部位为颊，唇次之，舌、口角区、前庭沟、、牙龈也有发生。患者主观症状简单，如粗糙感、刺痛、味觉减退、局部发硬、有溃烂时出现自发痛及刺激痛。双颊白斑最多见，往往位于咬合线处，宽约 1cm，有的延及口角，在口角 1cm 处为唇联合区，该区白斑应警惕恶变，特别是伴有白色念珠菌感染者。唇部白斑常位于患者衔烟的习惯部位，上下唇均可见，但以下唇明显。

### 【鉴别诊断】

1. 迷脂症：迷脂症是皮脂腺异位，错生在唇颊黏膜上，而形成的一种无主观症状的疾病。表现为唇部、颊部黏膜上针头大小、孤立的淡黄色或淡白色球形隆起或扁平丘疹，触之粗糙，一般无自觉症状。
2. 红斑：病损柔软，色鲜红，直接镜检一般无菌丝和芽孢。
3. 扁平苔藓：中年女性，两颊部对称的为珠光白色条纹，显网纹状、条索状、斑块状分布，不易擦去，可出现水疱或糜烂，此时出现刺痛或灼痛。直接镜检一般无菌丝和芽孢。
4. 红斑狼疮：一般发生在下唇，中心凹陷，四周呈放射状，面部可见蝴蝶斑、角质栓塞，直接镜检一般无菌丝和芽孢。
5. 梅毒黏膜斑：Ⅱ期梅毒黏膜斑可与皮肤梅毒疹同时存在，可检查出梅毒病。

### 【治疗设计】

1. 去除刺激因素，如戒烟、禁酒，少吃烫、辣食物等。残根、残冠、不良修复体也应除去。更换金属，避免不同金属修复体间的电流刺激。

2. 局部涂药：0.1%-0.3%维甲酸软膏局部涂布，但不适用于充血、糜烂的病损。50%蜂胶生物制品复合药膜局部治疗白斑有效。白斑局部可用鱼肝油涂擦，也可内服鱼肝油，或用维生素A5万U/d。局部可用维甲酸衍生物RAⅡ号(维胺酸)涂擦，浓度以1%较适宜。白斑局部用10%维生素C或活血化瘀中药提取液做离子透入亦有一定的疗效。

3. 服用中药

4. 切除：对白斑在治疗过程中如有增生、硬结、溃疡等改变时，应及时手术切除活检。

5. 中医辨证施治。

6. 定期复查。

### 知识点15：口腔扁平苔藓(助理不考)

#### 【诊断依据】

扁平苔藓是一种伴有慢性浅表性炎症的皮肤—黏膜角化异常性疾病。皮肤及黏膜可单独或同时发病。特点：中年女性，两颊部对称，由点状白色小丘疹组成特有的网格状条纹。多见。

1. 口腔黏膜：

(1)糜烂型：白色病损外，纹线间及周围黏膜发生充血、糜烂、溃疡。(2)非糜烂型：纹线间及病损周围黏膜无充血糜烂、患者多无症状

①网状：灰白色花纹交织成网状

②环状：灰白色小丘疹组成环形，半环形条纹

③斑块：斑块大小不一，好发于舌背。舌乳头萎缩形成表面光滑的白色斑块。

④水疱：疱周围有斑纹或丘疹，疱破溃可形成糜烂面。

2. 皮肤病损：皮肤病损扁平丘疹微高出皮肤表面，丘疹可见到白色小斑点或浅的网状白色条纹，称为Wickham纹。

3. 指(趾)甲病损：指(趾)甲病损甲部增厚或变薄。甲部扁平苔藓最多见于拇指(蹠趾)，甲板常有纵沟及变形。

4. 生殖器：可见网状条纹如想确诊需通过活检确诊。

#### 【鉴别诊断】

1. 盘状红斑狼疮：好发于下唇唇红，圆形或椭圆形红斑，中央凹陷，周围有白色放射样花纹。

鼻部 “蝴蝶斑”为典型表现，直接免疫荧光有“狼疮带”存在。

2. 白斑：白色斑块，无皮肤生殖器和指甲的表现，病理检查有重要意义。

3. 口腔红斑：天鹅绒样的红。常有上皮异常增生或是原位癌

4. 天疱疮：有皮肤和黏膜的疱产生，一搓疱就起，一推疱就走(尼氏征阳性)。揭皮实验阳性。

5. 迷脂症：属皮脂腺异位，唇、颊黏膜多见，表现为黏膜散在或成簇状淡黄色或黄白色斑疹或丘疹，般无自觉症状

### 【治疗设计】

尚无满意疗法，应消除精神紧张，治疗慢性病灶，生活力求规律。

1. 无症状者不需处理，定期观察。

2. 局限的糜烂性病变可在糜烂基底处注射激素、局部漱口水含漱

3. 广泛糜烂可用全身治疗：激素、氯喹、雷公藤。

4. 长期未愈的溃疡或组织学表现为非典型上皮增生的病变可做手术切除。

5. 中医辨证论治。

### 知识点16：牙外伤

#### 【诊断依据】

1.牙外伤：包括急性损伤和慢性损伤

(1) 急性损伤有牙周膜损伤、牙脱位、牙体硬组织损伤和牙折等

(2) 慢性损伤有牙磨损、磨牙症、楔状缺损、酸蚀症、牙隐裂等

2.临床表现

(1)牙体损伤：包括釉质、牙本质、牙髓损伤。可出现疼痛、过敏，强烈的触痛等

(2)牙周膜振荡伤：

①患牙牙齿轻微酸痛感，可有对冷刺激一过性敏感症状。

②牙冠完整，通常不伴牙体组织的缺损。

③轻微松动或不松动，无移位。垂直向或水平向叩痛(±)-(+)。龈缘还可有少量出血。表明有牙周膜损伤。



④温度测验可为一过性敏感症状，若做牙髓活力测试，从略敏感到无反应不一

⑤X 线片表现正常或根尖牙周膜增宽。

(3) 牙脱位：牙脱位是指牙齿受外力作用而偏离，以致脱离牙槽窝者(X 线片是标准)。脱位可分为部分脱位和完全脱位。根据外力方向，部分脱位又可分为

①**脱出性脱位：牙齿脱出**；可见牙齿完全离体或仅有少许软组织相连，牙槽窝内空虚。

②**嵌入性脱位：牙齿向根尖方向嵌入**；牙齿向深部嵌入，临床牙冠变短，其咬合面或切缘低于正常牙。X 线片显示牙根尖与牙槽窝无明显间隙，根尖周膜间隙消失。

③**侧向性脱位：牙齿向唇(舌)向移位**。因患牙伸长而出现咬合障碍。X 线片显示牙根尖与牙槽窝的间隙明显增宽。

(4) 牙折：

①冠折：又可分为露髓和未露髓两大类。

②根折：根尖 1/3、根中 1/3、颈 1/3

③冠根折：可累及牙釉质、牙本质、牙骨质、牙髓暴露，敏感。

冠折	冠折漏髓	冠折未漏髓
根折 (X 线片确定)	根尖 1/3 (轻度或不松动)	根中 1/3, <b>近龈 1/3</b>
冠根折	<b>斜行冠根折多见</b>	

#### 【鉴别诊断】

相互鉴别即可

1. 冠折有创伤史，牙冠部牙釉质、牙本质折裂，如未露髓只有牙齿敏感症状。已露髓者则可见粉红色穿髓点，探之疼痛明显。

2. 根折有创伤史，牙齿有不同程度的疼痛及松动，越近牙颈部疼痛及松动越明显，可借助 X 线片进行诊断。

#### 【治疗设计】

1. 牙震荡：

(1) **1-2 周内应使患牙休息**。单纯牙周膜损伤、牙松动者，可在局麻下调合，加牙间结扎固定。

(2) **受伤后 1 个月、3 个月、6 个月、12 个月应进行定期复查**。

2. 冠折：

- (1) 缺损少，牙本质未暴露的冠折，可将锐缘磨光。
- (2) 牙本质已暴露，并有轻度敏感者，可行脱敏治疗。
- (3) 敏感较重者，用临时塑料冠，内衬氧化锌丁香油黏固剂，待有足够修复性牙本质形成后(6-8周)，再用复合树脂修复牙冠形态。
- (4) 牙髓已暴露的前牙，对牙根发育完成者应用牙髓摘除术；对年轻恒牙应根据牙髓暴露多少和污染程度做活髓切断术，以利于牙根的继续发育。
- (5) 牙冠的缺损，可用复合树脂修复或人工冠修复

### 3.根折的治疗：

- (1) 首先应是促进其自然愈合，即使牙齿似乎很稳固，也应尽早用夹板固定，以防活动。
- (2) 根尖 1/3 折断，调颌固定
- (3) 根中 1/3 折断，考虑根管治疗后根管钉穿插固定。
- (4) 颈1/3 折断，考虑剩余牙根的多少，足够长的话，可采取根管的治疗后牵引或是正畸牵引后进行桩冠修复，如果牙根过短，可拔除。
- (5) 有时可试行根管治疗术后，做牙体半切除术或截根术

### 4.冠根折：

凡可做牙髓治疗的后牙冠根折，均应尽可能保留。治疗后加固位钉，再做桩核以全冠修复；也可在根管治疗术后，做覆盖义齿。对于前牙的冠根折，可参考与口腔相通的牙颈部根折的治疗原则处理

### 5.牙脱位：

保存患牙是治疗牙脱位应遵循的原则。

- (1) 部分脱位应在局麻下进行复位，结扎固定 4 周，术后 3 个月、6 个月、12 个月进行复查，若牙髓坏死及时做根管治疗。
- (2) 嵌入性牙脱位复位后 **2 周应做根管治疗**。对于年轻恒牙，不可强行拉出，任其自然萌出，半年内能萌出到原来位置。
- (3) 牙齿完全脱位应做牙再植术。(2 小时内即刻再植，若超过 2 小时，则体外根管治疗后再植)

6.并发牙槽突损伤：可在复位后行牙间结扎或颌间结扎固定。

## 知识点17: 干槽症

(拔牙过后疼, 没有别的病, 考试就这一个)

干槽症是牙拔除术后常见的并发症, 下颌阻生智齿拔除术多见

### 【诊断依据】

拔牙后数日内拔牙创内明显疼痛, 向耳颞或下前牙方向扩散, 服用一般镇痛药无效, 拔牙创空虚, 为一层腐败物覆盖, 腐败物具有特殊恶臭, 拔牙创内牙槽骨暴露, 极敏感, 轻擦或以冷水刺激均可引起剧痛。颌面部无明显肿胀, 张口无明显受限, 下颌下可有淋巴结肿大、压痛

### 【鉴别诊断】

1. 急性牙髓炎: 自发性、阵发性疼痛、冷热刺激疼痛, 去除刺激后疼痛持续, 夜间痛, 疼痛不能定位无拔牙窝空虚。
2. 限乳头炎: 牙龈乳头炎可有自发性剧烈疼痛, 但局部牙龈红肿、压痛, 甚至溢脓, 而且多有食物嵌塞史。无拔牙窝空虚。
3. 三叉神经痛: 三叉神经痛一般在夜间不发作, 温度改变亦不引起疼痛, 而且多有“扳机点”, 疼痛间歇期不会随病情发展而明显延长或缩短。
4. 根尖炎: 有患牙, 咬物疼痛, 患牙牙髓活力无反应, 没有拔牙相关性。
5. 上颌窦炎: 有鼻塞、发热等全身症状, 没有拔牙相关性。

### 【治疗设计】

治疗干槽症的原则为清创, 隔离外界刺激, 促进肉芽组织生长。

彻底清创对治疗干槽症极为重要, 在局部麻醉下, 用刮勺刮除大块腐败坏死物, 并以镊子夹取小棉球蘸 3%过氧化氢溶液反复擦拭牙槽骨壁, 直至擦拭拔牙创的棉球取出已无污色为止, 将粘着的腐败坏死物彻底清除干净后, 用生理盐水冲洗拔牙创, 然后用丁香油碘仿纱条严密填塞。

## 知识点18: 智齿冠周炎

### 【诊断依据】(理解不记)

1. 常见的症状

智齿(第三磨牙)牙冠周围的软组织炎症称为智齿冠周炎。常发生于 18-25 岁的青年,是常见口腔疾病之一。临床表现为:炎症早期,仅有磨牙区的不适,偶有轻微疼痛,病人无全身症状。炎症加重时,局部有自发性跳痛,放射至耳颞区。炎症波及咀嚼肌时,则出现不同程度的张口受限/困难,咀嚼及吞咽时疼痛加重,口腔清洁差面有口臭。此时有全身不适,畏寒,发热,头痛,食欲减退,便秘等症状

## 2. 临床体征:

(1) 患者牙冠周围龈瓣红肿、冠周袋内有脓血流出或冠周脓肿,疼痛较明显,明嚼或存咽食物,都会引起疼痛,并常常反射到面部。

(2) 由于炎症刺激附近肌肉时,可发生肌肉格,造成咀嚼困难,张口受限

(3) 当炎症继续发展蔓延到周围肌肉间隙中,可引起口腔深部感染,出现颌面部肿胀和触压痛,下淋巴结肿大,严重时还有明显的全身症状,畏寒、发热、头痛、白细胞增高等

## 3. 辅助检查:

(1) 检查可见下领第三磨牙萌出不全、有限瓣覆盖、盲袋形成。牙冠周围软组织红肿、阻圈边缘糜烂、盲袋内有脓性分泌物。有时可形成冠周脓肿,出现颌面肿胀,同侧颌下淋巴肿大、压痛

(2) X 线片检查能发现阻生智齿的存在及其阻生的形态、位置。

(3) 化验检查:急性化脓性冠周炎期常有程度不同的白细胞计数增高

## 4. 炎症引流:

(1) 向前顺外斜线引流,在 6 的根尖处形成黏膜。

(2) 向后外方引流,在咬肌前缘处形成面颊接

(3) 向后方形成了下颌下间隙感染、咬肌间隙感染、翼下颌间隙感染

### 【鉴别诊断】(建议用疼痛鉴别)

1. 下颌智齿冠周炎合并下颌第一磨牙颊侧前庭沟处牙龈痰应与牙周脓肿鉴别。

2. 牙周脓肿有牙槽骨吸收,附着丧失,牙松动,而智齿冠周炎没有。

3. 外伤:有外伤史

4. 颌面部畸形:发育性疾病,时间长久,没有病灶牙。

5. 牙髓炎:有冷热刺激痛、自发性疼痛,没有红肿热和功能障碍

6. 干槽症：有拔牙史，牙槽窝空虚

7. 三叉神经痛：有扳机点，无红肿热痛

### 【治疗设计】

智齿冠周炎的治疗主要是控制感染，促使炎症消散。增强病人机体抵抗力，消炎、镇痛、切开引流。急性期过后，应考虑对病源牙采用外科治疗，以防复发。

1. 急性期治疗：

(1) 全身治疗：感染较重时全身应用抗生素，给予一定支持疗法。

(2) 局部治疗：智齿冠周炎的局部治疗很重要。每日可用 1%-3%过氧化氢溶液及生理盐水或其他灭菌溶液冲洗盲袋，然后点入 3%碘甘油。如脓腔形成，可切开引流。

2. 慢性期治疗；病源牙处理：急性炎症消退后，应对病源牙作进一步处理，以防复发。如牙位置正常、能正常萌出，并有对颌牙行使咀嚼功能者，可采取冠周龈瓣楔形切除术。否则应予拔除。



金钟医学®  
JINZHONG MEDICAL EDUCATION

