

第六单元 牙髓疾病（下）

第五节 逆行性牙髓炎

（一）临床表现

1. 自觉症状：患牙同时具有牙周炎、牙髓炎和根尖周炎的多种特征。较长时间的牙齿反复肿痛史，近来有急性牙髓炎症状或慢性牙髓炎症状。
2. 临床检查：**深及根尖或根分歧部的牙周袋或较为严重的根分叉病变**，或有创伤性咬合，不同程度的松动度及叩痛，X线片检查可见根周牙槽骨吸收或根分叉病变。不同牙面的冷、热诊和电诊表现敏感或迟钝。

（二）诊断和鉴别诊断

与一般的急、慢性牙髓炎鉴别：

1. 牙周病史：有急、慢性牙髓炎的症状，无严重的牙体疾病。
2. 温度测验明显异常。
3. 有接近或到达根尖深牙周袋。
4. X线片见相应牙根和根尖周的牙槽骨吸收。

第六节 牙髓坏死

（一）临床表现

无明显自觉症状，牙冠变色，牙髓无活力。

（二）诊断要点（熟记）

1. **无自觉症状**。曾有牙髓炎或牙外伤史。
2. 牙冠呈**暗黄色**和灰色并**失去光泽**。
3. 冷热诊和电诊均无反应。
4. 探诊深龋的穿髓孔无反应，开放髓腔时可有恶臭。（牙髓坏疽）
5. X线片示根尖周影像无明显异常

第七节 牙髓钙化（助理不考）

（一）临床表现

1. 临床无明显自觉症状。
2. 部分病例疼痛类似慢性牙髓炎，**发生与体位变化有关**，偶见因髓石压迫牙髓神经可引起的放射性痛。

3. X线片检查:充满髓室较大的钙化物称为髓石(游离或附着)弥散的牙髓钙化变性可使整个髓腔闭塞,无根管的影像。

(二)诊断和鉴别诊断

诊断由X线检查确诊。

若X线片同时显示有根尖周病变,则应诊断为“慢性根尖周炎”。

因髓石压迫牙髓神经引起的放射性痛应与三叉神经痛鉴别,无扳机点是鉴别要点。

第八节 牙内吸收(助理不考)

(一)临床表现

1. 临床无自觉症状。
2. 冠部牙内吸收近表面时,透露出肉芽组织颜色使牙冠呈粉红色。
3. 严重者还可造成牙根穿孔或病理性牙折。
4. X线检查见髓室或根管有不均匀的膨大部分。

(二)诊断

1. X线片的表现作为主要依据,
2. 如发生在髓室的较严重内吸收,牙冠可透出粉红色(考试特别关注)。

第九节 治疗

(一)治疗原则

1. 保存活髓牙髓炎时,最理想的治疗是使炎症消除,恢复为健康的牙髓
2. 保存患牙。

- (1)缓解急症:建立引流,消炎止痛。
- (2)控制感染:消除感染源,杜绝再感染。
- (3)修复牙体缺损,恢复患牙的形态和功能。

(二)治疗方法

1. 无痛方法和无菌技术

(1)无痛方法:治疗牙髓病时,无痛操作的方法有麻醉法和失活法,现分述如下:

1)麻醉法

2)失活法:

①金属砷:封药时间为5~7天。

②多聚甲醛:封药时间为2周左右。

③**亚砷酸(三氧化二砷)**:毒性作用没有自限性,可以破坏深部组织,封药时间为**24~48小时**。

使用失活剂注意事项:**乳牙和年轻恒压根尖孔尚未形成的牙齿,不宜使用亚砷酸失活。**

(2) 无菌技术

1) 术区无菌操作:隔离唾液、橡皮障。

2) 术者的无菌操作

3) 器械的无菌

2. 应急处理

(1) 开髓引流

目的:引流炎症渗出物,降低髓腔高压,以缓解剧痛,是急性牙髓炎最有效的应急处理。

(2) 安抚镇痛:作为开髓引流的辅助疗法

3. 盖髓术(直接盖髓和间接盖髓)

(1) 原理:盖髓术是一种保存活髓的方法。

覆盖未露髓,即近髓牙本质者称**间接盖髓术**。

覆盖已穿露的牙髓创面者为**直接盖髓术**。

(2) 适应证的选择

间接盖髓术:深龋引起的可复性牙髓炎、外伤冠折或牙体预备后的大面积牙本质暴露。

直接盖髓术:**根尖孔未形成,因机械性或外伤性因素暴露的年轻恒牙,意外穿髓,穿髓孔直径不超过0.5mm者。**

2) 常用的盖髓剂

①**氢氧化钙**:诱导未分化间充质细胞分化为牙本质细胞,形成修复性牙本质。

碱性,诱导形成牙本质桥,抗菌

②**MTA**:良好的密闭性、生物相容性、诱导成骨性和X线阻射性,与氢氧化钙类似的强碱性及一定的抑菌作用。

与氢氧化钙相比:牙髓炎症反应轻,产生的牙本质桥与正常类似

3) 疗效的判断

定期复查:半年、一年、两年。

判断指标:临床检查、牙髓活力测验和X线检查。

4. 活髓切断术:是除去已有部分病变的冠髓,保留健康根髓的治疗方法。

(1) 原理:切除有炎症或感染的髓腔内牙髓,用盖髓剂覆盖根管口牙髓断面,以保存健康的根髓

并行使牙髓的功能。

(2) **适应证: 牙根尚未发育完成, 因外伤冠折、意外穿髓或龋源性露髓的年轻恒牙(熟记)。**

(3) 操作方法: **活髓切断术的全过程中, 必须注意无菌操作和尽量减少创伤。**

1) 麻醉。

2) 除净腐质。

3) 隔湿、消毒: 橡皮障或消毒纱卷和吸唾器隔湿。

2%碘酊棉球消毒牙面, 75%乙醇棉球窝洞消毒, 棉球擦干窝洞。

4) 揭髓室顶。

5) 切除冠髓、止血。

6) 放盖髓剂: 将适量盖髓剂敷于牙髓断面上与髓室底部, 其**厚度约 1mm。**

7) 暂封窝洞: 最后用氧化锌丁香油糊暂封剂暂封窝洞。

8) 永久充填: 术后 **2 周**无症状, 则保留深层暂封剂, 磷酸锌粘固粉垫底后永久充填。

(4) 预后和转归

1) 影响活髓切断术预后的因素: 适应证的选择、患者的年龄、牙位、病变的程度及患者 全身的健康状况。

2) 术后牙髓断面的组织变化: 牙髓切断术后, 牙髓断面处出现急性炎症反应或表层坏死, 随着时间的延长可出现 3 种组织变化:

① **断面出现牙本质桥, 封闭根管口, 根髓保持正常活力。(最理想)**

② 断面处形成不规则钙化物或不规则牙本质。

③ 断面虽有部分牙本质桥形成, 但根髓已形成慢性炎症, 或发生内吸收。

5. 牙髓摘除术

(1) 原理: 将牙髓全部摘除后, 用根管充填材料严密充填根管, 防止再感染以保留患牙。

(2) **适应证: 各型不可复性牙髓炎、牙髓炎, 须治疗的牙髓退行性变, 外伤冠折露髓不宜行活髓保存治疗者。(熟记)**

(3) 操作方法

1) 麻醉、开髓、去净髓室顶。

2) 隔湿、消毒。

3) 拔髓: 选合适型号的拔髓针插入根管内达**根尖 1/3 处, 顺时针旋转<360° 角**, 然后抽出拔髓针即可见拔除的牙髓缠绕在拔髓针上。注意检查拔出牙髓的完整。

4) 根管预备和根管充填。

(三) 治疗中和治疗后的问题及其处理同根尖周疾病治疗。

金英杰·全国专业备考