

口腔医学知识 根管治疗常见的五大误区口腔执业医师考试

PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/607/2021_2022__E5_8F_A3_E8_85_94_E5_8C_BB_E5_c22_607280.htm

一、开髓口尽量小一点。关于根管治疗的开髓，这是事关根管治疗能否成功的第一道屏障。这一步如果没有做好，根管治疗是不可能做得好的。过去我们一直强调，开髓口尽量不要做得太大，这样可以保留更多的牙体组织，使治疗后的牙齿更坚固。这一观点对于保留牙体组织，增加牙体强度固然是正确的，也是必须要遵循的原则。然而，很多人却把这一原则给读错了，错在哪里？到底什么样的开髓大小才是正确的呢？最明显的错误是髓室顶没有完全揭开。用探针检查一下髓室壁到髓室顶上方是否有悬突存在？有的话就是髓室顶没有揭全，相反，如果用探针检查发现从髓室壁到髓室顶上方出现了台阶，这说明过度切割了不必要的牙体组织。髓室顶完全揭开，这是取得根管治疗成功的第一步要求。它的意义在于可以给你看清楚根管的入口究竟在哪里，有多少个根管入口。根管数量的变异，形态的变异是很常见的临床现象，因此，首先得把髓室完全揭开，才有可能观察到这些变化。髓室顶完全揭开是否就可以了呢？这样的开髓大小是否就是一个标准大小呢？当然不是。在明确根管口的情况之后，第二步我们要做的是探查根管的走向，并修正开髓口的大小，以达到扩大针能够“无阻挡”直线进入根管系统内。也就是说根管口之上的冠方，包括髓壁和开髓口的牙体侧壁不能对进入根管系统的工作锉产生阻挡。由此，我们可以理解，要达到这样的一个要求，对于绝大多数的后牙，尤其是弯曲根管，仅仅是完全揭

开髓室顶是无法做到的。二、局麻下开髓后还要用失活剂。局麻下开了髓腔之后还要用失活剂，这种状况也不少见。过去，在麻醉效果和麻醉技术还跟不上我们牙髓治疗的年代，由于麻醉失效快，以至于我们无法在有效的麻醉下进行牙髓治疗，所以我们还要用失活剂来辅助治疗。现在，麻醉剂的有效时间和技术已经完全可以满足我们牙髓治疗的需要了，在使用了麻醉后还用失活剂纯粹是多此一举，而且还人为地只埋下了很多的隐患。实在是不可取。失活剂目前仅限于极少数个别案例才会选用，而无需常规使用。关于如何实现高效的临床麻醉技术，以后我们可以专题讨论。三、后牙根管预备到25号就可以了，最多也就到30号了。根管预备扩大究竟该扩多大？临床上看到很多医生都很随意，我见过很多医生告诉我，后牙根管预备到25号就可以了，最多也就到30号了。其实，我们讲根管扩大是不合理的，更准确地讲是根管清理成形。成形的目的在此不重复了，各位可以参考一下教科书上都有，很清楚。对于究竟该将根管预备到多少号，这才是我们最关心的。教科书《牙体牙髓病学》第二版（樊明文主编）给我们的答案是：“若以牙胶尖根管糊剂充填，根管比原来直径至少应扩大3个器械号，或用标准器械扩至40号。”对这一答案很多人可能并不是太认同，可是我要说，它的确是一个能够写入教科书中很经典的叙述方法。为什么呢？很多人不太了解这其中的原因，在此，我们可以加以补充和解释一下。首先我们来解决第一个问题，“根管比原来直径至少应扩大3个器械号。”这是第一个衡量根管扩多大的标准。可是问题在于我们该如何来判断“根管原来的直径”呢？解决了这个问题，概括多少就清楚了。我们可以这

样认为，当第一根放入根管内能获得正确的工作长度，并且有一定阻涩感的器械，这根器械的直径代表了根管原来的直径。这两个条件同时满足，我们认为你已经找到了原来的根管直径。假如你初始器械是8号，没有阻塞感，但可以获得工作长度，不算，再用大一号的10号器械，有少量的阻塞感，并获得了工作长度，那么这个根管原来的直径用10号代表。再往上扩大3个器械号，就应该是25号。从上面的例子当中我们可以看到，用“根管比原来直径至少应扩大3个器械号”这一标准，最小我们有6号和8号的，岂不是最终的器械号甚至可以小于25号？这是一个很好的问题。接下来我们还要提出第二个标准。教科书上的第二个标准是“或用标准器械扩至40号”。为什么我们要把第二个标准定为40号呢？30号或者再小一点可以吗？这个标准的确定是有依据的，不是随意确定的。通过对牙齿根尖解剖的研究，根尖孔开口通常不小于30微米。我们可以认为一般的根尖开口都要大于30微米，这相当于30号根管预备器械的尖端大小。因此30号器械进入后对根尖位置基本没有清理成形的效果，当我们增加到40号时，就可以对根尖区产生作用了。所以这个第二标准40号就这样定下来了。那么，我们已经理解了根管扩大的两个标准，究竟我们该如何来确定我到底该遵循那个标准呢？临床如何来把握呢？这也是我们必须解决的实际问题。再回过头来看两个标准，第一个标准如果我们用在细小根管上会出现什么问题？预备后的根管太细小，不利于我们严密充填。这样就不符合我们根管预备成形的目的。所以对细小根管我们不适合选用这一标准。反过来对于比较粗大的根管，比如上颌第一恒磨牙的腭根，根管原来的直径可能就已经是30号或

者40号了，这时使用第一个标准，我们就应该扩到45号或者55号。第二个标准我们可以用在细小根管上，而用在粗大的根管上显然是不合适的。至此，我们对于教科书上给出的两个标准都已经讨论过了。事实上，临床中我们还是不能完全机械地来套用这两个标准，尤其是第一个标准。第一个标准的表述非常严谨，他有了“至少”两个字。很多时候我们会忽略这两个字，就把它作为一个定量的标准，这是不对的。在根管系统腐质比较多的时候，我们需要扩大不止3个器械号，直到腐质清理完毕为止。

四、根管治疗后预防术后疼痛，最好是开放一次。

很多医生在第一次根管治疗后，为了预防术后疼痛，都会习惯性地开放髓腔，第二次再封药消毒。这是一个非常严重的错误。这里涉及到两个问题，如何来判断是否需要开放髓腔？如何才能有效地预防根管治疗的诊间疼痛的发生？首先我们来看第一个问题，如何来判断是否需要开放髓腔？我们要理解开放髓腔的目的是什么？建立引流通道，减轻根尖周组织的压力。这里必须注意的是“根尖周组织的压力”，根尖周组织的压力什么时候会有？当然是根尖周有急性炎症的时候，有炎性渗出。引流什么？也是引流根尖周的炎性物质。不管怎么样，我们可以得出这样一个结论，髓腔开放引流主要是针对根尖周组织的急性炎症。那么慢性炎症呢？我们是否也要引流呢？如果急性病变仅限于牙髓内，包括根髓，而没有波及到根管系统外的根尖周组织呢？我们是否也要引流？回答当然是否定的，因为这个时候根本就没有任何东西给你引流，纯粹是多此一举，成功的根管治疗必须牢记的一条原则是，在根管系统预备成形后，必须及时地、严密地封闭消毒。多余的开放髓腔只会造成根管系

统的二次感染的机会。至于第二个问题，如何才能有效地预防根管治疗的诊间疼痛的发生？这一问题比较复杂，这里限于篇幅关系，只能简单地叙述。从医生的角度讲，要避免诊间痛的发生，必须严格操作规范，通常很少会发生。简单讲，只要你的工作长度定位准确，预备根管的手法得当，在治疗过程中没有造成根尖激惹，在根管预备过程中及时大量地清洗根管，选用适合的根管消毒药物，通常诊间痛是很少发生的。当然必要的医嘱和解释也是必不可少的。这决不是我们可以任意开放髓腔的理由。

五、瘻管还没有愈合，所以根管还不能封闭。在临床上还见到过不少医生，在根管清理成形后一直开放髓腔，以期等待根尖区慢性瘻管的愈合。这时常见的错误之一。我们在根管系统内的消毒灭菌，通常对根管系统以外的根尖周组织作用有限，更何况是在髓腔开放的情况下。经过我们对根管系统内的清理消毒后，使根管系统内处于无菌的状态，而根管系统之外的根尖周病灶，需要机体自身的修复能力来恢复。这不是根管治疗本身所担负的责任。我们可以看到完善的根管治疗后，根尖区病灶长期存在的案例也不少，这时只能借助根尖区外科治疗的方法来加以处理。至于瘻管，也只有在根管系统彻底清理消毒后，即使封闭根管系统，才可以为瘻管的愈合创造一个愈合环境。很多时候在我们清理根管后封药消毒，一、两个星期后，绝大部分的瘻管都会自然愈合。因此，开放髓腔决不会使根尖区瘻管愈合的，而且，瘻管的存在与否也不是根管充填的绝对指征。不要再做徒劳无功的事情了。更多信息请访问：[百考试题医师网校](#) [医师论坛](#) [医师在线题库](#) [百考试题执业医师加入收藏](#) [100Test](#) 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请

访问 www.100test.com