

牙髓病\_口腔科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/609/2021\\_2022\\_\\_E7\\_89\\_99\\_E9\\_AB\\_93\\_E7\\_97\\_85\\_\\_c22\\_609994.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E7_89_99_E9_AB_93_E7_97_85__c22_609994.htm)

牙髓病是指牙髓组织的疾病，包括牙髓炎症、牙髓坏死和牙髓退变。由于牙髓组织处于牙体硬组织包绕之中，只通过根尖孔、侧副根管与外界联系，牙髓急性炎症时，血管充血、渗出物积聚，导致髓腔内压力增高，使神经受压，加以炎性渗出物的刺激而使疼痛极为剧烈。【诊断】1.询问牙痛性质、发作次数和每次疼痛持续时间，与冷热、咀嚼食物的关系，疼痛能否正确定位和放散的范围，与体位有无关系，是否影响睡眠。患牙、邻牙或附近其它器官近期有否受伤或曾接受过治疗。过去有无牙痛史，与本次疼痛情况是否相同。2.检查患牙有无龋洞及龋洞的位置和深度，是否穿髓，有无探痛、叩痛、，对冷热和电活力试验的反应。如无龋洞应检查有无其它牙体硬组织病变，有无牙周袋，牙齿是否松动，必要时可拍摄x线片，开洞或开髓检查。如未发现明显病变，应检查其它牙齿或邻近器官有无病变，并与三叉神经痛鉴别。3.牙髓病可分为 慢性牙髓炎 有自发痛或长期激发痛史，检查可见龋洞近髓或已穿髓，探痛或有牙髓息肉，牙周病和其它硬组织病，牙髓有活力，x线片显示尖周正常或尖周膜腔增宽硬板破损或牙槽嵴、根分叉外骨质吸收。 慢性牙髓炎急性发作 有慢性牙髓炎症状，近期有剧烈自发痛，不能定位或有放散痛，冷热刺激引起或加重疼痛。 急性牙髓炎 多发生于意外创伤或近期牙体手术后，有冷、热激发痛和自发痛等。 牙髓部分坏死 除有牙髓炎症状外，并已穿髓，开髓检查冠髓无活力，根髓尚有

活力。 牙髓全部坏死可有牙髓炎或外伤病史，穿髓，但无探痛。或有牙周病变，活力试验无反应，开髓检查牙髓无活力。【治疗措施】1.治疗原则 牙髓治疗适用于牙髓病和尖周病的治疗。其原则：应治疗急性病症，解除剧痛；尽量全部或部分保存活髓；不能保存活髓时，应努力保存牙齿。根据病变性质、年龄和健康情况，采用不同的治疗方法。对无保留价值或已不能治愈甚至对机体有害的牙齿，可予拔除。2. 治疗方法（1）应急治疗： 开髓引流。患急性牙髓炎或尖周炎时，须开放髓腔，后者还须清理根管，打通根尖孔，以减轻内压，引流炎性渗出物，解除急性疼痛。 切开引流。患骨膜下脓肿或粘膜下脓肿时，应在局部切开并置和引流条。

药物止痛。常用丁香油或丁香油酚等药棉置放龋洞内，或用鼻闻止痛散置鼻孔内，也可口服止痛剂。（2）间接盖髓术：适用于深龋近髓或牙髓病变较轻而尚未穿髓的患者。制备洞形，去净龋坏组织，消毒窝洞，洞底覆盖盖髓剂，磷酸锌水门汀作基底，银汞合金或复合树脂充填。常用盖髓剂有氢氧化钙及其制剂，丁香油氧化锌水门汀等。（3）直接盖髓术：适用于因外伤或制洞而致的意外穿髓，穿髓点直径在1mm以内者。注意防湿，制洞后局部消毒，在穿髓处覆盖盖髓剂，垫基底后充填窝洞。注意随访观察，检查是否有活力。（4）切髓术：适用于牙髓病变较轻又不能保存全部活髓者，对牙根尚未发育完全的年轻恒牙尤为适用。在局麻下去龋制洞，清理干净和消毒窝洞后开髓，切除冠髓，彻底止血，在根管口处覆盖氢氧化钙制剂，垫基底后充填。术后如出现自发痛，可改行干髓术或去髓术。（5）干髓术：适用于冠髓部分坏死的牙髓病变，或需利用髓室固位和其它需行牙髓失活的

患者，主要用于后牙。第一次失活：扩洞去龋，在穿髓处置失活剂，用氧化锌丁香油水门汀密封洞口，防止失活剂外溢和灼伤牙周组织，但操作中切忌加压。第二次切髓充填：去除失活剂，去净龋坏组织后，将冠髓去除。用无水乙醇棉球干燥髓室或用甲醛甲酚合剂棉球在根管口放置1分钟，然后在根管口处放置干髓剂约1mm厚，垫底充填，并注意降，防止牙折。术后如出现症状，可改行去髓术或根管治疗术。干髓术一次法：适应证同干髓术，但一次完成。即在局麻或蟾酥快速失活下，去除冠髓，覆盖干髓剂，垫底充填。所用干髓剂，需适当增加镇痛剂和多聚甲醛的剂量，减少术后疼痛，覆盖干髓剂前必须充分止血。（6）乳牙变异干髓术：适用于乳牙牙髓坏死或尖周炎。去龋制洞，去除冠部死髓。在髓室内放置甲醛甲酚合剂棉球，用氧化锌丁香油水门汀封固3~7天。封药后如无肿痛，则可去除封药，在根管口覆盖干髓剂，垫底充填。【病因学】1.微生物感染细菌是牙髓病最重要的致病因素，其细菌主要是兼性厌氧菌和专性厌氧杆菌，如链球菌、放线菌、乳杆菌等。细菌感染的途径有：（1）经牙体缺损处感染，如深龋、牙外伤、重度磨损等严重牙体缺损，细菌及毒素通过牙本质小管或穿髓点侵入牙髓。（2）经牙周感染，细菌及毒素经过牙周袋，通过根尖孔，侧副根管而侵入牙髓。（3）血源感染，细菌及毒素经过血液而侵入牙髓是十分罕见的，但并非不可能。2.化学刺激（1）药物刺激制洞后消毒用药，如酚类可致牙髓受到刺激。（2）充填料刺激深洞直接用磷酸锌水门汀垫底，复合树脂直接充填等都可能刺激牙髓。3.物理刺激（1）温度刺激制洞时如使用气涡轮机必须喷水降温，否则导致牙髓充血、出血引起炎症。（2

) 电流刺激口腔内如有两种不同金属的修复物接触，通过唾液可产生电位差，对牙髓有一定刺激。(3) 气压变化的影响在高空飞机或深水潜泳时，气压变化可导致牙髓病变急性发作。(4) 创伤如糖尿病等可引起牙髓退变，肿瘤亦可波及到牙髓，血源性感染引起的牙髓病极少见。【临床表现】1. 急性牙髓炎 (acute pulpitis) 多为外伤引起，主要表现为剧烈地自发性痛，特点如下：疼痛常突然发作，早期呈间歇性，一般约持续数分钟，随后数小时间歇期，病员尚可指患牙。随病情发展，发作期延长，间歇期缩短，逐渐转变为持续性剧痛，并沿同侧三支神经分布区放散 (如上牙向颈部、耳前、颧颊部；下牙向耳下、耳后、下颌部放散)，往往不能明确指出患牙部位。疼痛往往夜间较剧，卧倒时尤甚。早期冷、热刺激均可激发或加剧疼痛，以冷刺激痛较明显；后期或化脓时，热刺激疼痛，冷刺激仅可使疼痛暂时缓解。后期患者常含冷水，或吸冷空气以减轻疼痛，此种症状对诊断有一定帮助。检查时常可见患牙穿髓，探痛明显。2. 慢性牙髓炎 (chronic pulpitis) 由于龋病等大多是慢性病变，对牙髓有长期持续的刺激，可使牙髓发生慢性炎症的过程。在慢性牙髓炎发展过程中，如多形核白细胞增多，则释放的溶酶体酶也增多，而使炎症加剧，临床上即可出现急性发作的症状。牙体慢性损伤、牙周病、牙本质化学刺激都可使牙髓呈现慢性炎症的过程。慢性牙髓炎临床上分为三类：慢性闭锁性牙髓炎，慢性开放性牙髓炎及慢性增生性牙髓炎。慢性开放性牙髓炎又叫作慢性溃疡牙髓炎。慢性增生性牙髓炎又称牙髓息肉。慢性牙髓炎诊断依据：长期刺激性痛，x线照片显示尖周已有膜腔增宽、硬板破损；有自发性痛史；探

诊已穿髓、出血、剧痛； 有深龋或深盲袋或严重牙体慢性损伤。注意牙髓息肉与龈乳头增生长入邻牙合面洞内，与髓底穿通长的息肉鉴别。否则后果严重。【鉴别诊断】1.牙间乳突炎 由于食物嵌塞引起乳突炎。有自发性痛，其特点为持续性胀痛，冷热刺激痛。检查可见牙间乳突充血水肿，局部牙龈明显触痛，常可见有食物嵌塞于邻间隙。2.三叉神经痛 三叉神经痛性质为锐痛，突然发作，疼痛剧烈像撕裂样，有反射痛，并沿三叉神经分布。与急性牙髓炎区别点是三叉神经痛很少在夜间发作，多因在洗脸、说话诱发，每次发作时间短暂，持续数秒至1、2分钟，很少持续超过5分钟。冷热刺激不引起疼痛，有疼痛接点称为“扳机点”，触及此处则引起疼痛发作。3.急性上颌窦炎 急性上颌窦炎患者常以上颌牙痛就诊。因上颌后牙的牙根接的上颌窦底，分布上颌后牙牙髓神经在入根尖孔前经上颌窦侧壁和窦底，故上颌窦内的感染常引起上颌后牙的神经痛，并反射患侧头面部痛，很像急性牙髓炎，所以应加以区别。其特点是：急性上颌窦炎疼痛为持续性胀痛，可累及上颌尖牙、双尖牙、磨牙区。检查叩痛。患者常有头痛、鼻阻及流脓鼻涕历史。检查上颌窦前壁压痛，若化脓做副鼻窦穿刺，可有脓液流出。4.慢性增生性牙髓炎（1）牙龈息肉 多系邻面龋损牙龈长入洞内形成息肉。检查时探针拨动息肉蒂与牙龈相连。（2）牙周膜息肉 由于多根牙龋齿破坏大，髓底穿通，根分叉穿通，长期慢性刺激，引起牙周膜增生，穿入孔内形成牙周膜息肉。息肉蒂是与牙周膜相连，探针检查可插入髓底直达根分叉，但探痛不明显。5.慢性闭锁性牙髓炎（1）深龋 患牙对冷热酸甜均感疼痛，无自发痛。深龋洞探诊敏感，无叩痛。温度测试敏感，

电活力测试正常。(2)牙髓充血 患牙对冷热刺激敏感,尤其是冷刺激更为敏感,无自发痛,疼痛性质为锐痛。无叩痛,电活力测试读数低于正常。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](http://www.100test.com)