

牙髓坏死\_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\\_E5\\_9D\\_8F\\_E6\\_c22\\_609997.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E7_89_99_E9_AB_93_E5_9D_8F_E6_c22_609997.htm)

**牙髓病【诊断】**

1. 病史 询问牙痛性质、发作次数和每次疼痛持续时间，与冷热、咀嚼食物等刺激的关系，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、邻牙或附近其他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 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、热和活力试验的反应。如无龋洞，应检查有无其他牙体硬组织病变，有无牙周袋，牙齿是否松动，必要时可摄x线片，开洞或开髓检查。如未发现明显病变，应检查其他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，牙周病和其他软组织病，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、根分叉处骨质吸收。 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，冷热刺激可引起或加重疼痛。 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。

**牙髓治疗：**

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，以减除内压，引流炎性渗出物，解除急性疼痛。切开引流。患牙骨膜下脓肿或粘膜下脓肿时，应在局部切开并置放引流条。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。常用的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：适用于有炎症的牙髓病变，或需利用髓室固位和其他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1次法：适应证同干髓术，但1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。（7）去髓术：用于牙髓病变较重不能保留活髓或因牙折等，利用根管固位而修复的患者。局麻下开髓，清理根管，防止损伤尖周组织。可即时充填根管。充填前，根管内须彻底止血，充填时，充填材料距根尖孔1mm，必要时可封药数日后再行根管充填。（8）根管治疗术：适用于牙髓坏死或慢性尖周炎，也可用于急性尖周炎。如牙无龋洞，前牙在舌面、后牙在面开洞。洞口位置、大小要合适，以不妨碍根管器械进入根管为准。分三个步骤：预备根管。先用3%过氧化氢液清洗髓腔，并用细的根管器械在根管内捣动，反复冲洗洁净，然后扩大根管，也可根据具体情况不扩大根管。扩大时，选用扩大器械必须由细到粗，循号渐进。应正确使用，防止器械折断在根管内和穿通根管壁或穿出根尖孔，更应注意防止器械落入呼吸道或消化道内。在扩大根管前，须先测量牙根长度，常用的方法有手感探测、x线片测量和电测法等。消毒根管。常用的根管消毒剂有甲醛甲酚合剂、樟脑氯酚薄荷合剂、木馏油、抗生素糊剂等。充

填根管。根管封药后，如患者无自发痛，无明显叩痛，无大量渗出物和无明显臭味时，即可充填根管。常用根管充填料有根管糊剂加牙胶尖、氢氧化钙制剂等。根管充填不宜超填，如使用酚醛树脂液，尤其不能溢出根尖孔。无论牙龈窦道或皮肤窦道，均不需刮治或用液体贯通冲洗，禁止用苛性药物贯通烧灼窦道。治疗过程中或根管充填后，如出现急性反应，按急性尖周炎处理。（9）根管药物疗法：是近年来根管治疗术发展的一个分支，在清理根管后，可不扩大或稍扩大根管，封药消毒，约1周后，去除封料，在根管口覆盖空管糊剂，垫基底后充填窝洞。（10）根管外科：有些病例在常规根管治疗术难以治愈时，需辅以外科手术治疗。常用的方法有根尖切除术、尖周刮治术、根管逆行充填术及牙半切术等。根尖切除术和尖周刮治术：适用于不能进行常规根管治疗术或治疗失败而又不能重新根管治疗术者。如根管钙化、弯曲或狭窄，根管内器械折断，根尖折断，原有根管充填物无法取出，或已作桩冠等而有尖周病变。根尖切除术是在根尖部骨壁开窗，使根尖部暴露，用细裂钻或骨凿除去根尖，但至少保留根长的三分之二，并用刮匙刮净尖周病变组织。尖周刮除术是仅将尖周病变组织刮净，而不切除根尖。根管逆行充填术：用于不能进行常规根管充填，特别是在根尖部分无法根充或根充不良的患者，从根尖区骨壁开窗，切除或不切除根尖，用牙钻将根管壁从末端向冠侧磨一纵沟，约3mm~4mm，以银汞合金或磷酸锌水门汀充填。牙半切术：适用于下颌磨牙的1个根有重度牙周病，根分叉处骨质吸收过剧，1个根几乎一半已龋坏或根折，重度内吸收等不能保留。而另半侧牙冠、牙根尚可保留，但需进行根管治疗术，复合树

脂或银汞合金充填，并与邻牙作固定桥修复。其他如截根术、再植术等，可根据需要选择进行。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)