

2011年口腔修复：应用排龈技术的临床应用 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/653/2021\\_2022\\_2011\\_E5\\_B9\\_B4\\_E5\\_8F\\_A3\\_c22\\_653935.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/653/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_8F_A3_c22_653935.htm)

应用排龈技术的临床应用：牙体预备前排龈可以减少在预备龈下肩台时对临近软组织的损伤及出血，为龈下牙体预备提供良好空间和视野；取模前排龈可帮助我们获得更清晰的印模及模型！（1）牙体预备前排龈可以减少在预备龈下肩台时对临近软组织的损伤及出血，为龈下牙体预备提供良好空间和视野。临床操作：按常规完成所需牙体预备，只留下向龈下预备的部位，放置排龈线。由于牙体周边的软组织被推离，减少了车针对游离龈内侧上皮的损伤机会，同时因在龈沟底部放有排龈线，对保护沟底附着上皮极为有利，从而预防了因备牙不当而引发的龈萎缩及出血。当有炎症时，牙龈极易出血，会影响对龈下预备体的评估，诸如肩台外角，龈下深度等，放入排龈线并配以某些止血剂可帮助止血。依常规完成龈下边缘牙体预备，使肩台位于龈下0.5-1.0mm.排龈10-15分钟后，于取模前去除排龈线。（2）取模前排龈可帮助我们获得更清晰的印模及模型。如果在工作模型上无法辨认软组织界限，修改代型时保留过多肩台，造成修复体形成龈下悬突，会引发龈萎缩；若去除过多肩台，修复体在龈下肩台处欠缺，而易致海绵状牙龈增生，龈出血等。某些时候当完成牙体预备后未能立刻取模，数日后周边的牙龈组织有可能向肩台方向增生，即使患者戴有暂时冠，如暂时冠制作不当上述情况也常有发生。此外由于龈出血及龈沟内分泌物存在，这些液体流到制备后的牙体上，对印模及模型的精确性会产生一定影响。如果因

龈沟有一定深度，渗出物过多而影响取模，可采用两层排龈的方法，取模前只取出上层龈线，利用沟底部的排龈线继续干燥，隔湿以获取干燥清洁的环境，取模后应立刻取出下层龈线，以防发生不必要的龈损伤。曾有报导排龈时间应最少4分钟。我们观察发现排龈10 - 15分钟对完全分离牙龈及止血更为有效。取模前在去除排龈线时，应适当湿润排龈线以防止排龈线与龈组织发生粘连，在去除时撕裂牙龈再发生出血。

（3）粘接时排龈有利于提高粘接效果，去除剩余粘接剂，预防边缘微漏的发生及牙龈炎症。由于牙颈部边缘距龈沟很近，其周围常有龈出血和龈沟分泌物，粘接边缘也易受潮、污染，影响粘接效果；当粘接剂被挤入龈沟或清除不良时，还易损伤牙龈，造成炎症反应。因此粘接前在基牙龈沟内放入排龈线可起到干燥，隔湿基牙，以及隔离多余粘接剂进入龈沟的可能，使其更易被清除，以预防牙龈受损。综上所述，排龈线的临床应用，为减少龈下牙体预备时对龈的创伤及出血提供了条件、为获取精确牙体预备，清晰的软硬组织界限，为保障修复体的远期疗效打下基础。健康的龈组织及适当的操作过程是此技术成功的关键。 小编推荐：

#0000ff>2011年口腔修复学考点：牙体缺损的修复原则

#0000ff>牙体缺损的影响及修复的方法 #0000ff>2011年口腔执业医师：楔状缺损牙 特别推荐：

#ff0000>2011口腔执业医师

考试大纲 #0000ff>考试时间 欢迎进入 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)