

题号	口腔执业医师 实践技能 第一站 (2、3、5、7、9、10、11、12、14、16、17、18、19、20、22、24、25、26、27、29、30、31、32、34、37、39、40、44、46、50、57、67、70、76、77、87、93、96、116、129、147)
2	<p>特殊检查:</p> <p>颞下颌关节检查</p> <p>解析: 颞下颌关节检查</p> <p>(一) 面型及关节动度检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.观察面部左右是否对称, 包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称; 颞点是否居中, 面下 1/3 是否协调。</li><li>2.髁突活动度检查有两种方法: 以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧, 嘱患者作开闭口运动, 感觉髁突动度; 或将小指伸入外耳道内, 贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。</li></ol> <p>(二) 下颌运动检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.开口度和开口型是否正常, 两侧关节动度是否一致。</li><li>2.弹响和杂音: 有无关节弹响和杂音, 弹响发生的时间、性质、次数和响度; 在开闭口运动时是否有绞锁。</li></ol> <p>(三) 咀嚼肌及关节区触诊检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。</li><li>2.检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力, 是否有压痛, 双侧是否对称。口内检查颞肌前份(下颌支前缘向上)、翼外肌下头(上颌结节上方)和翼内肌下部(下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面)。</li></ol>
3	<p>一般检查:</p> <p>牙周探针</p> <p>解析: 牙周探诊检查</p> <p>(一) 器械选择</p> <p>牙周探诊使用的器械为牙周探针, 其顶端为钝头, 顶端直径约 0.5mm, 探针上有刻度。根面牙石的探查和根分叉病变的探查使用普通探针。</p>

	<p>(二) 牙周探诊检查的技术</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.用改良握笔法握持探针。</li><li>2.探诊时要有支点, 可以是口内支点, 也可以是口外支点。</li><li>3.探入时探针应与牙体长轴平行, 探针顶端紧贴牙面, 沿根面深入牙周袋或龈沟, 注意探入时若遇到牙石要避开牙石, 直达袋底。</li><li>4.探入力量要轻, 约为 20~25g。</li><li>5.以提插方式移动探针, 如“走步”样围绕每个牙的每个牙面进行探查, 以发现袋最深的部位及袋的形态。</li><li>6.在探查邻面时, 要紧靠接触区处探入, 探针可稍倾斜以便能探入接触点下方的龈谷处。</li><li>7.对多个牙或全口牙探诊时, 要按一定顺序进行。每个牙探查要包括 6 个位点: 颊侧近中、中央、远中位点及舌(腭)侧近中、中央、远中位点。</li><li>8.测量记录每个位点的探诊深度 (probing depth, PD), 即袋底至龈缘的距离, 以 mm 为单位记录。</li></ol> <p>(三) 探诊检查的内容</p> <p>用上述方法可检查: 牙周袋探诊深度、附着水平、探诊后出血情况。</p> <p>除此之外, 还应使用普通探针探查根面牙石情况, 并用普通探针(弯探针)探查后牙有无根分叉病变。</p>
5	<p>一般检查</p> <p>叩诊, 扪诊, 松动度</p> <p>解析: 1.视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) 全身健康状况: 观察患者的全身健康和心理健康状况。</li><li>(2) 颌面部情况: 观察颌面部发育是否正常, 是否对称, 有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。</li><li>(3) 口腔软组织: 观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围, 是否存在窦道; 黏膜色泽是否正常, 有无水肿、溃疡、肿物等。</li><li>(4) 牙和牙列: 观察牙颜色、形态和质地变化, 如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨耗等; 观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列</li></ol>

是否完整、有无缺失牙;观察口腔中修复体的情况,如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

## 2.探诊

(1) 工具:普通探针(5号镰形探针)。大弯端用于检查(牙合)面,三弯端用于检查邻面。

(2) 探查内容:探查龋或缺损的范围、深浅、质地、是否敏感及露髓;有无邻面龋坏发生;充填体边缘的密合程度,有无继发龋及悬突;牙本质敏感的部位和敏感程度。

(3) 探诊方法:探诊时采用执笔式握持探针,一定要有支点,动作轻巧,不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔,以免引起患者不必要的疼痛。

## 3.叩诊

(1) 工具:金属手持器械的平端,如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等,但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

(2) 叩诊方法:执毛笔式握持器械,垂直向叩诊叩击牙尖或切缘,水平向叩击牙冠部唇(颊)舌面中部或牙尖嵴,依据患牙对叩诊的反应(包括叩痛和声音清浊),判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙,先叩击邻牙作为对照。

(3) 叩诊检查的要点:叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照,再叩击患牙。叩诊的力量宜先轻后重,一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。

### (4) 叩诊结果的表述和记录

叩痛(-):表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。

叩痛(±):用适宜力量叩诊患牙感觉不适。

叩痛(+):重于适宜力量叩诊,引起患牙轻痛。

叩痛(+++):轻于适宜力量叩诊,引起患牙剧烈疼痛。

叩痛(++):患牙的叩痛反应介于叩痛(+)和叩痛(+++)之间。

4.扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位,了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。

(1) 根尖部扪诊:用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始扪压,慢慢向可疑患牙根尖部移动,观察是否有压痛。如有压痛则提

	<p>示根尖周组织有炎症存在。</p> <p>(2) 脓肿波动感扪诊: 若根尖周已形成脓肿, 应以示指和中指双指轻放在脓肿部位, 分别用两指交替上下推压按动, 用指腹扪及波动感。</p> <p>5. 牙齿松动度的检查</p> <p>(1) 方法用镊子夹住前牙切端或抵住后(牙合)面的窝沟, 做唇舌向(颊舌向)、近远中向和上下向摇动牙, 观察牙晃动的程度。</p> <p>(2) 结果记录</p> <p>I 度松动: 仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动, 或晃动幅度小于 1mm。</p> <p>II 度松动: 两个方向的晃动, 即除唇舌向或颊舌向晃动外, 近远中向也有晃动, 或晃动幅度在 1~2mm 之间。</p> <p>III 度松动: 三个方向的晃动, 即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动, 或晃动幅度大于 2mm。</p>
7	<p>一般检查</p> <p>cpi 探针</p> <p>解析: CPI 检查即在指数牙上检查牙龈出血、牙石和牙周袋深度三项内容。</p> <p>CPI 检查以探诊为主, 结合视诊。共检查 6 个区段, 检查顺序应从右上后牙区段至上前牙区段、左上后牙区段、左下后牙区段、下前牙区段、右下后牙区段。检查时以执笔式握持 CPI 探针, 以无名指做支点, 支于受检牙附近的硬组织之上。将探针轻缓地插入龈沟或牙周袋内, 探针与牙长轴平行, 紧贴牙根。沿牙齿颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋从远中向近中移动, 作上下短距离的提插式移动, 以感觉龈下牙石。同时查看牙龈出血情况, 并根据探针上的刻度观察牙周袋深度。CPI 探针使用时所用的力不超过 20g, 过用力会引起患者疼痛, 有时还会刺破牙龈。</p> <p>1. 确定指数牙 正常情况每人口腔中有 6 个区段, 10 颗指数牙, 分别是上、下颌 8 个磨牙和右上、左下各 1 颗中切牙, 即 17、16、11、26、27 和 37、36、31、46、47。20 岁以上的受检者需对每一指数牙进行检查, 记录各牙的牙龈出血、牙石和牙周袋情况。20 岁以下, 15 岁及以上者只检查 16、11、26、36、31、46 六颗指数牙。15 岁以下者, 只检查上述六颗指数牙, 并且只检查牙龈出血和牙石情况, 不检查牙周袋深度。</p>

	<p>WHO 规定, 每个区段内必须有 2 颗或 2 颗以上功能牙, 并且无拔牙指征, 该区段才做检查。成年人的后牙区段有时缺失一颗指数牙或有拔牙指征, 则只检查另一颗指数牙。如果一个区段内的指数牙全部缺失或有拔牙指征时, 则检查此区段内的所有其余牙, 以最重情况记分。如果这个区段内没有功能牙或只有一颗功能牙时, 这个区段作为除外区段。每颗指数牙的颊(唇)、舌(腭)面龋沟或牙周袋都须检查到。每个区段两颗功能牙的检查结果, 以最重情况记分。</p> <p>2. 记分标准</p> <p>0=牙龈健康</p> <p>1=牙龈炎, 探诊后出血</p> <p>2=牙石, 探诊可发现牙石, 但探针黑色部分全部露在龈袋外</p> <p>3=早牙周病, 龈缘覆盖部分探针黑色部分, 龈袋深度在 4~5mm</p> <p>4=晚期牙周病, 探针黑色部分被龈缘完全覆盖, 牙周袋深度在 6mm 或以上</p> <p>X=除外区段(少于两颗功能牙存在)</p> <p>9=无法检查</p> <p>上述记分填入下面 CPI 记分表格, 每个格子填一个记分, 后牙区段两颗功能牙以最重情况记分。</p>
9	<p>一般检查</p> <p>戴手套, 黏膜消毒;</p> <p>一般检查: 咬合</p> <p>解析: 咬合关系检查</p> <p>(一) 操作方法</p> <p>患者坐于治疗椅上, 正确调整治疗椅椅位和照明灯角度, 使患者(牙合)平面与水平面角度在 <math>0^{\circ} \sim 45^{\circ}</math> 之间。医生坐于患者右前方, 嘱患者作正中咬合, 手持口镜牵开患者口角, 观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆(牙合)、覆盖关系和中线位置关系。</p> <p>(二) 结果描述</p> <p>1. 磨牙咬合关系 确定并记录正中(牙合)时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。</p>

	<p>中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处; 远中关系是指上颌第一恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对, 甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间; 近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对, 甚至位于下颌第一、二磨牙之间。</p> <p>2.前牙覆(牙合)、覆盖关系 覆(牙合)为上前牙切端覆盖下前牙唇面的垂直距离。上前牙切端覆盖下前牙唇面切 1/3 以内者为正常覆(牙合), 超过者为深覆(牙合)。上前牙切端覆盖至下前牙唇面中 1/3 以内者为 I° 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以内者为 II° 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以上, 下前牙切端咬在上前牙腭侧牙龈组织上者为 III° 深覆(牙合)。除正常覆(牙合)和深覆(牙合)外, 正中(牙合)时上下前牙切端垂直向无覆盖关系, 存在一定垂直向间隙者为开(牙合)。</p> <p>覆盖为上前牙切端至下前牙唇面的水平距离。其距离在 3mm 以内者为正常覆盖, 超过者为深覆盖。上前牙切端至下前牙唇面的水平距离在 3~5mm 之间者为 I° 深覆盖; 水平距离在 5~7mm 之间者为 II° 深覆盖; 水平距离大于 7mm 者为 III° 深覆盖。除正常覆盖和深覆盖外, 上、下颌前牙切端相对者为对刃关系(对刃(牙合))。下前牙切端盖过上前牙切端者为反(牙合)关系。</p> <p>3.中线关系 牙列中线是指通过左右中切牙近中接触点的垂线。正常者, 上、下颌牙列中线应重合一致, 而且应与面部中线一致。对于牙列中线偏移者, 应记录上、下颌中线之间及与面部中线之间的左右偏移程度。</p>
10	<p>一般检查</p> <p>咬合</p> <p>解析: 咬合关系检查</p> <p>(一) 操作方法</p> <p>患者坐于治疗椅上, 正确调整治疗椅椅位和照明灯角度, 使患者(牙合)平面与水平面角度在 0° ~45° 之间。医生坐于患者右前方, 嘱患者作正中咬合, 手持口镜牵开患者口角, 观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆(牙合)、覆盖关系和中线位置关系。</p>

## (二) 结果描述

1.磨牙咬合关系 确定并记录正中(牙合)时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。

中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处;远中关系是指上颌第一恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对,甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间;近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对,甚至位于下颌第一、二磨牙之间。

2.前牙覆(牙合)、覆盖关系 覆(牙合)为上前牙切端覆盖下前牙唇面的垂直距离。上前牙切端覆盖下前牙唇面切1/3以内者为正常覆(牙合),超过者为深覆(牙合)。上前牙切端覆盖至下前牙唇面中1/3以内者为I°深覆(牙合);上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈1/3以内者为II°深覆(牙合);上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈1/3以上,下前牙切端咬在上前牙腭侧牙龈组织上者为III°深覆(牙合)。除正常覆(牙合)和深覆(牙合)外,正中(牙合)时上下前牙切端垂直向无覆盖关系,存在一定垂直向间隙者为开(牙合)。

覆盖为上前牙切端至下前牙唇面的水平距离。其距离在3mm以内者为正常覆盖,超过者为深覆盖。上前牙切端至下前牙唇面的水平距离在3~5mm之间者为I°深覆盖;水平距离在5~7mm之间者为II°深覆盖;水平距离大于7mm者为III°深覆盖。除正常覆盖和深覆盖外,上、下颌前牙切端相对者为对刃关系(对刃(牙合))。下前牙切端盖过上前牙切端者为反(牙合)关系。

3.中线关系 牙列中线是指通过左右中切牙近中接触点的垂线。正常者,上、下颌牙列中线应重合一致,而且应与面部中线一致。对于牙列中线偏移者,应记录上、下颌中线之间及与面部中线之间的左右偏移程度。

一般检查: 1.视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。

(1) 全身健康状况: 观察患者的全身健康和心理健康状况。

(2) 颌面部情况: 观察颌面部发育是否正常,是否对称,有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。

(3) 口腔软组织: 观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围, 是否存在窦道; 黏膜色泽是否正常, 有无水肿、溃疡、肿物等。

(4) 牙和牙列: 观察牙颜色、形态和质地变化, 如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨耗等; 观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙; 观察口腔中修复体的情况, 如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

## 2.探诊

(1) 工具: 普通探针(5号镰形探针)。大弯端用于检查(牙合)面, 三弯端用于检查邻面。

(2) 探查内容: 探查龋或缺损的范围、深浅、质地、是否敏感及露髓; 有无邻面龋坏发生; 充填体边缘的密合程度, 有无继发龋及悬突; 牙本质敏感的部位和敏感程度。

(3) 探诊方法: 探诊时采用执笔式握持探针, 一定要有支点, 动作轻巧, 不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔, 以免引起患者不必要的疼痛。

## 3.叩诊

(1) 工具: 金属手持器械的平端, 如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等, 但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

(2) 叩诊方法: 执毛笔式握持器械, 垂直向叩诊叩击牙尖或切缘, 水平向叩击牙冠部唇(颊)舌面中部或牙尖嵴, 依据患牙对叩诊的反应(包括叩痛和声音清浊), 判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙, 先叩击邻牙作为对照。

(3) 叩诊检查的要点: 叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照, 再叩击患牙。叩诊的力量宜先轻后重, 一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。

### (4) 叩诊结果的表述和记录

叩痛(-): 表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。

叩痛(±): 用适宜力量叩诊患牙感觉不适。

叩痛(+): 重于适宜力量叩诊, 引起患牙轻痛。

叩痛(+++): 轻于适宜力量叩诊, 引起患牙剧烈疼痛。

叩痛(++): 患牙的叩痛反应介于叩痛(+)和叩痛(+++)之间。

	<p>4.扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位,了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。</p> <p>(1)根尖部扪诊:用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始扪压,慢慢向可疑患牙根尖部移动,观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。</p> <p>(2)脓肿波动感扪诊:若根尖周已形成脓肿,应以示指和中指双指轻放在脓肿部位,分别用两指交替上下推压按动,用指腹扪及波动感。</p> <p>5.牙齿松动度的检查</p> <p>(1)方法用镊子夹住前牙切端或抵住后(牙合)面的窝沟,做唇舌向(颊舌向)、近远中向和上下向摇动牙,观察牙晃动的程度。</p> <p>(2)结果记录</p> <p>I度松动:仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动,或晃动幅度小于1mm。</p> <p>II度松动:两个方向的晃动,即除唇舌向或颊舌向晃动外,近远中向也有晃动,或晃动幅度在1~2mm之间。</p> <p>III度松动:三个方向的晃动,即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动,或晃动幅度大于2mm。</p>
11	<p>一般检查</p> <p>特殊检查:牙周探针</p> <p>解析:牙周探诊检查</p> <p>(一)器械选择</p> <p>牙周探诊使用的器械为牙周探针,其顶端为钝头,顶端直径约0.5mm,探针上有刻度。根面牙石的探查和根分叉病变的探查使用普通探针。</p> <p>(二)牙周探诊检查的技术</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.用改良握笔法握持探针。</li><li>2.探诊时要有支点,可以是口内支点,也可以是口外支点。</li><li>3.探入时探针应与牙体长轴平行,探针顶端紧贴牙面,沿根面深入牙周袋或龈沟,注意探入时若遇到牙石要避开牙石,直达袋底。</li><li>4.探入力量要轻,约为20~25g。</li><li>5.以提插方式移动探针,如“走步”样围绕每个牙的每个牙面进行探查,以</li></ol>

发现袋最深的部位及袋的形态。

6.在探查邻面时,要紧靠接触区处探入,探针可稍倾斜以便能探入接触点下方的龈谷处。

7.对多个牙或全口牙探诊时,要按一定顺序进行。每个牙探查要包括6个位点:颊侧近中、中央、远中位点及舌(腭)侧近中、中央、远中位点。

8.测量记录每个位点的探诊深度(probing depth, PD),即袋底至龈缘的距离,以mm为单位记录。

### (三) 探诊检查的内容

用上述方法可检查:牙周袋探诊深度、附着水平、探诊后出血情况。

除此之外,还应使用普通探针探查根面牙石情况,并用普通探针(弯探针)探查后牙有无根分叉病变。

一般检查: 1.视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。

(1) 全身健康状况: 观察患者的全身健康和心理健康状况。

(2) 颌面部情况: 观察颌面部发育是否正常,是否对称,有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。

(3) 口腔软组织: 观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围,是否存在窦道;黏膜色泽是否正常,有无水肿、溃疡、肿物等。

(4) 牙和牙列: 观察牙颜色、形态和质地变化,如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨耗等;观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙;观察口腔中修复体的情况,如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

### 2.探诊

(1) 工具: 普通探针(5号镰形探针)。大弯端用于检查(牙合)面,三弯端用于检查邻面。

(2) 探查内容: 探查龋或缺损的范围、深浅、质地、是否敏感及露髓;有无邻面龋坏发生;充填体边缘的密合程度,有无继发龋及悬突;牙本质敏感的部位和敏感程度。

(3) 探诊方法: 探诊时采用执笔式握持探针,一定要有支点,动作轻巧,

不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔, 以免引起患者不必要的疼痛。

### 3.叩诊

(1) 工具: 金属手持器械的平端, 如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等, 但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

(2) 叩诊方法: 执毛笔式握持器械, 垂直向叩诊叩击牙尖或切缘, 水平向叩击牙冠部唇(颊)舌面中部或牙尖嵴, 依据患牙对叩诊的反应(包括叩痛和声音清浊), 判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙, 先叩击邻牙作为对照。

(3) 叩诊检查的要点: 叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照, 再叩击患牙。叩诊的力量宜先轻后重, 一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。

#### (4) 叩诊结果的表述和记录

叩痛(-): 表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。

叩痛(±): 用适宜力量叩诊患牙感觉不适。

叩痛(+): 重于适宜力量叩诊, 引起患牙轻痛。

叩痛(+++): 轻于适宜力量叩诊, 引起患牙剧烈疼痛。

叩痛(++): 患牙的叩痛反应介于叩痛(+)和叩痛(+++)之间。

4.扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位, 了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。

(1) 根尖部扪诊: 用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始扪压, 慢慢向可疑患牙根尖部移动, 观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。

(2) 脓肿波动感扪诊: 若根尖周已形成脓肿, 应以示指和中指双指轻放在脓肿部位, 分别用两指交替上下推压按动, 用指腹扪及波动感。

### 5.牙齿松动度的检查

(1) 方法用镊子夹住前牙切端或抵住后(牙合)面的窝沟, 做唇舌向(颊舌向)、近远中向和上下向摇动牙, 观察牙晃动的程度。

#### (2) 结果记录

I度松动: 仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动, 或晃动幅度小于1mm。

II度松动: 两个方向的晃动, 即除唇舌向或颊舌向晃动外, 近远中向也有晃

	<p>动, 或晃动幅度在 1~2mm 之间。</p> <p>III度松动: 三个方向的晃动, 即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动, 或晃动幅度大于 2mm。</p>
12	<p>一般检查</p> <p>下颌下腺检查</p> <p>解析: 下颌下腺检查</p> <p>下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法, 在临床应用的几率也很高, 因此要求口腔科医师不但知道, 还应该能够准确操作。</p> <p>(一) 体位</p> <p>检查时患者取坐位, 检查者应站在其右方 (前或后), 患者头稍低, 略偏向检查侧, 使皮肤、肌肉松弛, 便于触诊。</p> <p>(二) 检查内容及方法</p> <p>视: 平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称; 开口位双侧口底是否对称, 口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。</p> <p>触: 检查者手指紧贴下颌下区皮肤, 首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容, 同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地, 有无结石, 口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。</p> <p>一般检查: 1. 视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。</p> <p>(1) 全身健康状况: 观察患者的全身健康和心理健康状况。</p> <p>(2) 颌面部情况: 观察颌面部发育是否正常, 是否对称, 有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。</p> <p>(3) 口腔软组织: 观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围, 是否存在窦道; 黏膜色泽是否正常, 有无水肿、溃疡、肿物等。</p> <p>(4) 牙和牙列: 观察牙颜色、形态和质地变化, 如龋损、着色、牙体缺损、</p>

畸形、隐裂以及磨耗等；观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙；观察口腔中修复体的情况，如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

## 2.探诊

(1) 工具：普通探针（5号镰形探针）。大弯端用于检查（牙合）面，三弯端用于检查邻面。

(2) 探查内容：探查龋或缺损的范围、深浅、质地、是否敏感及露髓；有无邻面龋坏发生；充填体边缘的密合程度，有无继发龋及悬突；牙本质敏感的部位和敏感程度。

(3) 探诊方法：探诊时采用执笔式握持探针，一定要有支点，动作轻巧，不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔，以免引起患者不必要的疼痛。

## 3.叩诊

(1) 工具：金属手持器械的平端，如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等，但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

(2) 叩诊方法：执毛笔式握持器械，垂直向叩诊叩击牙尖或切缘，水平向叩击牙冠部唇（颊）舌面中部或牙尖嵴，依据患牙对叩诊的反应（包括叩痛和声音清浊），判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙，先叩击邻牙作为对照。

(3) 叩诊检查的要点：叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照，再叩击患牙。叩诊的力量宜先轻后重，一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。

(4) 叩诊结果的表述和记录

叩痛（-）：表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。

叩痛（±）：用适宜力量叩诊患牙感觉不适。

叩痛（+）：重于适宜力量叩诊，引起患牙轻痛。

叩痛（+++）：轻于适宜力量叩诊，引起患牙剧烈疼痛。

叩痛（++）：患牙的叩痛反应介于叩痛（+）和叩痛（+++）之间。

4.扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位，了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。

(1) 根尖部扪诊：用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖

	<p>部开始扪压, 慢慢向可疑患牙根尖部移动, 观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。</p> <p>(2) 脓肿波动感扪诊: 若根尖周已形成脓肿, 应以示指和中指双指轻放在脓肿部位, 分别用两指交替上下推压按动, 用指腹扪及波动感。</p> <p>5. 牙齿松动度的检查</p> <p>(1) 方法用镊子夹住前牙切端或抵住后(牙合)面的窝沟, 做唇舌向(颊舌向)、近远中向和上下向摇动牙, 观察牙晃动的程度。</p> <p>(2) 结果记录</p> <p>I度松动: 仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动, 或晃动幅度小于1mm。</p> <p>II度松动: 两个方向的晃动, 即除唇舌向或颊舌向晃动外, 近远中向也有晃动, 或晃动幅度在1~2mm之间。</p> <p>III度松动: 三个方向的晃动, 即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动, 或晃动幅度大于2mm。</p>
14	<p>一般检查</p> <p>吸收, 戴手套, 黏膜消毒, 颞颌关节检查, 一般检查</p> <p>解析: 颞下颌关节检查</p> <p>(一) 面型及关节动度检查</p> <p>1. 观察面部左右是否对称, 包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称; 颞点是否居中, 面下1/3是否协调。</p> <p>2. 髁突活动度检查有两种方法: 以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧, 嘱患者作开闭口运动, 感觉髁突动度; 或将小指伸入外耳道内, 贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。</p> <p>(二) 下颌运动检查</p> <p>1. 开口度和开口型是否正常, 两侧关节动度是否一致。</p> <p>2. 弹响和杂音: 有无关节弹响和杂音, 弹响发生的时间、性质、次数和响度; 在开闭口运动时是否有绞锁。</p> <p>(三) 咀嚼肌及关节区触诊检查</p> <p>1. 检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。</p> <p>2. 检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力, 是否有压痛, 双侧是否对</p>

称。口内检查颞肌前份（下颌支前缘向上）、翼外肌下头（上颌结节上方）和翼内肌下部（下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面）。

一般检查：1.视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。

（1）全身健康状况：观察患者的全身健康和心理健康状况。

（2）颌面部情况：观察颌面部发育是否正常，是否对称，有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。

（3）口腔软组织：观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围，是否存在窦道；黏膜色泽是否正常，有无水肿、溃疡、肿物等。

（4）牙和牙列：观察牙颜色、形态和质地变化，如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨耗等；观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙；观察口腔中修复体的情况，如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

## 2.探诊

（1）工具：普通探针（5号镰形探针）。大弯端用于检查（牙合）面，三弯端用于检查邻面。

（2）探查内容：探查龋或缺损的范围、深浅、质地、是否敏感及露髓；有无邻面龋坏发生；充填体边缘的密合程度，有无继发龋及悬突；牙本质敏感的部位和敏感程度。

（3）探诊方法：探诊时采用执笔式握持探针，一定要有支点，动作轻巧，不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔，以免引起患者不必要的疼痛。

## 3.叩诊

（1）工具：金属手持器械的平端，如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等，但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

（2）叩诊方法：执毛笔式握持器械，垂直向叩诊叩击牙尖或切缘，水平向叩击牙冠部唇（颊）舌面中部或牙尖嵴，依据患牙对叩诊的反应（包括叩痛和声音清浊），判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙，先叩击邻牙作为对照。

（3）叩诊检查的要点：叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照，再叩击患牙。

	<p>叩诊的力量宜先轻后重, 一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。</p> <p>(4) 叩诊结果的表述和记录</p> <p>叩痛 (-): 表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。</p> <p>叩痛 (±): 用适宜力量叩诊患牙感觉不适。</p> <p>叩痛 (+): 重于适宜力量叩诊, 引起患牙轻痛。</p> <p>叩痛 (+++): 轻于适宜力量叩诊, 引起患牙剧烈疼痛。</p> <p>叩痛 (++) : 患牙的叩痛反应介于叩痛 (+) 和叩痛 (+++) 之间。</p> <p>4. 扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位, 了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。</p> <p>(1) 根尖部扪诊: 用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始扪压, 慢慢向可疑患牙根尖部移动, 观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。</p> <p>(2) 脓肿波动感扪诊: 若根尖周已形成脓肿, 应以示指和中指双指轻放在脓肿部位, 分别用两指交替上下推压按动, 用指腹扪及波动感。</p> <p>5. 牙齿松动度的检查</p> <p>(1) 方法用镊子夹住前牙切端或抵住后(牙合)面的窝沟, 做唇舌向(颊舌向)、近远中向和上下向摇动牙, 观察牙晃动的程度。</p> <p>(2) 结果记录</p> <p>I 度松动: 仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动, 或晃动幅度小于 1mm。</p> <p>II 度松动: 两个方向的晃动, 即除唇舌向或颊舌向晃动外, 近远中向也有晃动, 或晃动幅度在 1~2mm 之间。</p> <p>III 度松动: 三个方向的晃动, 即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动, 或晃动幅度大于 2mm。</p>
16	<p>一般检查</p> <p>咬合关系, cip</p> <p>解析: CPI 检查即在指数牙上检查牙龈出血、牙石和牙周袋深度三项内容。CPI 检查以探诊为主, 结合视诊。共检查 6 个区段, 检查顺序应从右上后牙区段至上前牙区段、左上后牙区段、左下后牙区段、下前牙区段、右下后牙区段。检查时以执笔式握持 CPI 探针, 以无名指做支点, 支于受检牙附近的</p>

硬组织之上。将探针轻缓地插入龈沟或牙周袋内, 探针与牙长轴平行, 紧贴牙根。沿牙齿颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋从远中向近中移动, 作上下短距离的提插式移动, 以感觉龈下牙石。同时查看牙龈出血情况, 并根据探针上的刻度观察牙周袋深度。CPI 探针使用时所用的力不超过 20g, 过分局用力会引起患者疼痛, 有时还会刺破牙龈。

1.确定指数牙 正常情况每人口腔中有 6 个区段, 10 颗指数牙, 分别是上、下颌 8 个磨牙和右上、左下各 1 颗中切牙, 即 17、16、11、26、27 和 37、36、31、46、47。20 岁以上的受检者需对每一指数牙进行检查, 记录各牙的牙龈出血、牙石和牙周袋情况。20 岁以下, 15 岁及以上者只检查 16、11、26、36、31、46 六颗指数牙。15 岁以下者, 只检查上述六颗指数牙, 并且只检查牙龈出血和牙石情况, 不检查牙周袋深度。

WHO 规定, 每个区段内必须有 2 颗或 2 颗以上功能牙, 并且无拔牙指征, 该区段才做检查。成年人的后牙区段有时缺失一颗指数牙或有拔牙指征, 则只检查另一颗指数牙。如果一个区段内的指数牙全部缺失或有拔牙指征时, 则检查此区段内的所有其余牙, 以最重情况记分。如果这个区段内没有功能牙或只有一颗功能牙时, 这个区段作为除外区段。每颗指数牙的颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋都须检查到。每个区段两颗功能牙的检查结果, 以最重情况记分。

## 2.记分标准

0=牙龈健康

1=牙龈炎, 探诊后出血

2=牙石, 探诊可发现牙石, 但探针黑色部分全部露在龈袋外

3=早牙周病, 龈缘覆盖部分探针黑色部分, 龈袋深度在 4~5mm

4=晚期牙周病, 探针黑色部分被龈缘完全覆盖, 牙周袋深度在 6mm 或以上

X=除外区段(少于两颗功能牙存在)

9=无法检查

上述记分填入下面 CPI 记分表格, 每个格子填一个记分, 后牙区段两颗功能牙以最重情况记分。

咬合关系检查

### (一) 操作方法

患者坐于治疗椅上, 正确调整治疗椅椅位和照明灯角度, 使患者(牙合)平面与水平面角度在 $0^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 之间。医生坐于患者右前方, 嘱患者作正中咬合, 手持口镜牵开患者口角, 观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆(牙合)、覆盖关系和中线位置关系。

### (二) 结果描述

1.磨牙咬合关系 确定并记录正中(牙合)时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。

中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处; 远中关系是指上颌第一磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对, 甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间; 近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对, 甚至位于下颌第一、二磨牙之间。

2.前牙覆(牙合)、覆盖关系 覆(牙合)为上前牙切端覆盖下前牙唇面的垂直距离。上前牙切端覆盖下前牙唇面切 $1/3$ 以内者为正常覆(牙合), 超过者为深覆(牙合)。上前牙切端覆盖至下前牙唇面中 $1/3$ 以内者为 $I^{\circ}$ 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 $1/3$ 以内者为 $II^{\circ}$ 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 $1/3$ 以上, 下前牙切端咬在上前牙腭侧牙龈组织上者为 $III^{\circ}$ 深覆(牙合)。除正常覆(牙合)和深覆(牙合)外, 正中(牙合)时上下前牙切端垂直向无覆盖关系, 存在一定垂直向间隙者为开(牙合)。

覆盖为上前牙切端至下前牙唇面的水平距离。其距离在 $3\text{mm}$ 以内者为正常覆盖, 超过者为深覆盖。上前牙切端至下前牙唇面的水平距离在 $3\sim 5\text{mm}$ 之间者为 $I^{\circ}$ 深覆盖; 水平距离在 $5\sim 7\text{mm}$ 之间者为 $II^{\circ}$ 深覆盖; 水平距离大于 $7\text{mm}$ 者为 $III^{\circ}$ 深覆盖。除正常覆盖和深覆盖外, 上、下颌前牙切端相对者为对刃关系(对刃(牙合))。下前牙切端盖过上前牙切端者为反(牙合)关系。

3.中线关系 牙列中线是指通过左右中切牙近中接触点的垂线。正常者, 上、下颌牙列中线应重合一致, 而且应与面部中线一致。对于牙列中线偏移者, 应记录上、下颌中线之间及与面部中线之间的左右偏移程度。

17

一般检查

下颌下腺检查, cpi, 冷诊

解析: 下颌下腺检查

下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法, 在临床应用的几率也很高, 因此要求口腔科医师不但知道, 还应该能够准确操作。

(一) 体位

检查时患者取坐位, 检查者应站在其右方(前或后), 患者头稍低, 略偏向检查侧, 使皮肤、肌肉松弛, 便于触诊。

(二) 检查内容及方法

视: 平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称; 开口位双侧口底是否对称, 口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。

触: 检查者手指紧贴下颌下区皮肤, 首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容, 同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地, 有无结石, 口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。

CPI 检查即在指数牙上检查牙龈出血、牙石和牙周袋深度三项内容。CPI 检查以探诊为主, 结合视诊。共检查 6 个区段, 检查顺序应从右上后牙区段至上前牙区段、左上后牙区段、左下后牙区段、下前牙区段、右下后牙区段。检查时以执笔式握持 CPI 探针, 以无名指做支点, 支于受检牙附近的硬组织之上。将探针轻缓地插入龈沟或牙周袋内, 探针与牙长轴平行, 紧贴牙根。沿牙齿颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋从远中向近中移动, 作上下短距离的提插式移动, 以感觉龈下牙石。同时查看牙龈出血情况, 并根据探针上的刻度观察牙周袋深度。CPI 探针使用时所用的力不超过 20g, 过分用力会引起患者疼痛, 有时还会刺破牙龈。

1. 确定指数牙 正常情况每人口腔中有 6 个区段, 10 颗指数牙, 分别是上、下颌 8 个磨牙和右上、左下各 1 颗中切牙, 即 17、16、11、26、27 和 37、36、31、46、47。20 岁以上的受检者需对每一指数牙进行检查, 记录各牙的牙龈出血、牙石和牙周袋情况。20 岁以下, 15 岁及以上者只检查 16、11、26、36、31、46 六颗指数牙。15 岁以下者, 只检查上述六颗指数牙, 并且

只检查牙龈出血和牙石情况, 不检查牙周袋深度。

WHO 规定, 每个区段内必须有 2 颗或 2 颗以上功能牙, 并且无拔牙指征, 该区段才做检查。成年人的后牙区段有时缺失一颗指数牙或有拔牙指征, 则只检查另一颗指数牙。如果一个区段内的指数牙全部缺失或有拔牙指征时, 则检查此区段内的所有其余牙, 以最重情况记分。如果这个区段内没有功能牙或只有一颗功能牙时, 这个区段作为除外区段。每颗指数牙的颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋都须检查到。每个区段两颗功能牙的检查结果, 以最重情况记分。

## 2. 记分标准

0=牙龈健康

1=牙龈炎, 探诊后出血

2=牙石, 探诊可发现牙石, 但探针黑色部分全部露在龈袋外

3=早牙周病, 龈缘覆盖部分探针黑色部分, 龈袋深度在 4~5mm

4=晚期牙周病, 探针黑色部分被龈缘完全覆盖, 牙周袋深度在 6mm 或以上

X=除外区段(少于两颗功能牙存在)

9=无法检查

上述记分填入下面 CPI 记分表格, 每个格子填一个记分, 后牙区段两颗功能牙以最重情况记分。

牙髓活力检查

测验方法

1. 告知受试者牙髓活力检查的目的和受试牙可能出现的反应, 如凉、热、钻入感、麻刺感、疼痛等, 并教授有反应时的示意方式。

2. 用干棉纱卷放置于测试牙的唇(颊)和(或)舌侧, 隔离唾液。

3. 先测健康对照牙, 再测可疑牙。对照牙选择的顺序: 同颌同名牙为首选, 如果该牙丧失或有病变, 可选对颌对侧同名牙或对侧同名牙的邻牙中与待测牙萌出时间接近、体积相当的牙齿。

4. 测试牙面应选择没有牙体病损或充填体的完整牙面, 一般选牙的唇、颊面的中 1/3, 亦可在舌面测试, 因为这些牙面不受磨损等的影响。

5. 冷测 从冰箱中取出小冰棒放于手中稍加捂化, 慢慢挤出冰棒头贴放在测

试牙面上, 观察牙齿反应, 也可用小棉球蘸化学挥发剂放在牙面上测试。

6.热测 将牙胶棒一端置于酒精灯火焰上加热, 使之变软(约 65~70℃), 但不要冒烟燃烧, 立即贴放在湿润的测试牙面, 观察牙齿反应。

7.电测 在被测牙面上放少许导电剂或湿润的小纸片, 将电测仪工作端放于牙面导电处, 请患者一手扶持工作端的金属杆部或将挂钩挂于口角以构成电流回路。随着电流逐渐增大, 对测试牙造成刺激, 患者示意测试牙有感觉即将工作端撤离牙面, 记录表盘显示的读数。每牙测 2~3 次, 取平均数值作结果。

#### 测验结果的描述

1.牙髓温度测验的结果 经与对照牙比较, 可分为正常、敏感、迟钝和无反应四级反应, 应客观记录在病历中。

(1) 正常: 测试牙出现短暂的轻度感觉反应(如凉、热刺激传入等), 该反应随刺激源的撤除而立即消失, 反应程度和时间与对照牙相同。

(2) 敏感: 测试牙的反应速度快, 疼痛程度强, 持续时间长; 比敏感反应稍轻者可表现为“一过性敏感”, 指测试牙对温度刺激(尤其是冷刺激)反应迅速, 有疼痛感觉, 持续时间极短暂, 一般为可复性牙髓炎的反应; 比敏感反应程度更重者表现为“激发痛”, 指测试时诱发剧烈疼痛, 且持续时间较长, 一般为急性牙髓炎; 急性化脓性牙髓炎的患牙, 热刺激有时可引起剧痛, 冷刺激反而使疼痛缓解, 又称热痛冷缓解。

(3) 迟钝: 测试牙在温度刺激去除片刻后才出现反应, 或施加强烈刺激时才有微弱的感觉; 有时在测试片刻后感觉一阵较为剧烈的疼痛, 称为迟缓反应性痛。多发生在慢性牙髓炎或部分牙髓已坏死的患牙。

(4) 无反应: 反复测试, 加大刺激强度测试牙均无反应。一般为失去牙髓活力的死髓牙或经过牙髓治疗的无髓牙。

2.牙髓活力电测验的结果 用于反映测试牙有无牙髓活力, 但不能指示牙髓的不同病理状态。在相同的电流输出档位下, 测试牙与对照牙的电测值之差大于 10 时, 表示测试牙的牙髓活力与正常有差异。如电测值达到最大时测试牙仍无反应, 表示牙髓已无活力。因此, 临床上对电测反应的描述仅为正常和无反应两个指标。

18

一般检查

下颌下腺检查

解析: 下颌下腺检查

下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法, 在临床应用的几率也很高, 因此要求口腔科医师不但知道, 还应该能够准确操作。

(一) 体位

检查时患者取坐位, 检查者应站在其右方(前或后), 患者头稍低, 略偏向检查侧, 使皮肤、肌肉松弛, 便于触诊。

(二) 检查内容及方法

视: 平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称; 开口位双侧口底是否对称, 口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。

触: 检查者手指紧贴下颌下区皮肤, 首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容, 同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地, 有无结石, 口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。

一般检查: 1. 视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。

(1) 全身健康状况: 观察患者的全身健康和心理健康状况。

(2) 颌面部情况: 观察颌面部发育是否正常, 是否对称, 有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。

(3) 口腔软组织: 观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围, 是否存在窦道; 黏膜色泽是否正常, 有无水肿、溃疡、肿物等。

(4) 牙和牙列: 观察牙颜色、形态和质地变化, 如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨耗等; 观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙; 观察口腔中修复体的情况, 如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

2. 探诊

(1) 工具: 普通探针(5号镰形探针)。大弯端用于检查(牙合)面, 三弯端用于检查邻面。

(2) 探查内容: 探查龋或缺损的范围、深浅、质地、是否敏感及露髓; 有无邻面龋坏发生; 充填体边缘的密合程度, 有无继发龋及悬突; 牙本质敏感的部位和敏感程度。

(3) 探诊方法: 探诊时采用执笔式握持探针, 一定要有支点, 动作轻巧, 不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔, 以免引起患者不必要的疼痛。

### 3.叩诊

(1) 工具: 金属手持器械的平端, 如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等, 但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

(2) 叩诊方法: 执毛笔式握持器械, 垂直向叩诊叩击牙尖或切缘, 水平向叩击牙冠部唇(颊)舌面中部或牙尖嵴, 依据患牙对叩诊的反应(包括叩痛和声音清浊), 判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙, 先叩击邻牙作为对照。

(3) 叩诊检查的要点: 叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照, 再叩击患牙。叩诊的力量宜先轻后重, 一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。

(4) 叩诊结果的表述和记录

叩痛(-): 表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。

叩痛(±): 用适宜力量叩诊患牙感觉不适。

叩痛(+): 重于适宜力量叩诊, 引起患牙轻痛。

叩痛(+++): 轻于适宜力量叩诊, 引起患牙剧烈疼痛。

叩痛(++): 患牙的叩痛反应介于叩痛(+)和叩痛(+++)之间。

4.扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位, 了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。

(1) 根尖部扪诊: 用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始扪压, 慢慢向可疑患牙根尖部移动, 观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。

(2) 脓肿波动感扪诊: 若根尖周已形成脓肿, 应以示指和中指双指轻放在脓肿部位, 分别用两指交替上下推压按动, 用指腹扪及波动感。

### 5.牙齿松动度的检查

(1) 方法用镊子夹住前牙切端或抵住后(牙合)面的窝沟, 做唇舌向(颊

	<p>舌向)、近远中向和上下向摇动牙, 观察牙晃动的程度。</p> <p>(2) 结果记录</p> <p>I 度松动: 仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动, 或晃动幅度小于 1mm。</p> <p>II 度松动: 两个方向的晃动, 即除唇舌向或颊舌向晃动外, 近远中向也有晃动, 或晃动幅度在 1~2mm 之间。</p> <p>III 度松动: 三个方向的晃动, 即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动, 或晃动幅度大于 2mm。</p>
19	<p>一般检查</p> <p>牙周探针, 特殊检查</p> <p>解析: 牙周探诊检查</p> <p>(一) 器械选择</p> <p>牙周探诊使用的器械为牙周探针, 其顶端为钝头, 顶端直径约 0.5mm, 探针上有刻度。根面牙石的探查和根分叉病变的探查使用普通探针。</p> <p>(二) 牙周探诊检查的技术</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 用改良握笔法握持探针。</li><li>2. 探诊时要有支点, 可以是口内支点, 也可以是口外支点。</li><li>3. 探入时探针应与牙体长轴平行, 探针顶端紧贴牙面, 沿根面深入牙周袋或龈沟, 注意探入时若遇到牙石要避开牙石, 直达袋底。</li><li>4. 探入力量要轻, 约为 20~25g。</li><li>5. 以提插方式移动探针, 如“走步”样围绕每个牙的每个牙面进行探查, 以发现袋最深的部位及袋的形态。</li><li>6. 在探查邻面时, 要紧靠接触区处探入, 探针可稍倾斜以便能探入接触点下方的龈谷处。</li><li>7. 对多个牙或全口牙探诊时, 要按一定顺序进行。每个牙探查要包括 6 个位点: 颊侧近中、中央、远中位点及舌(腭)侧近中、中央、远中位点。</li><li>8. 测量记录每个位点的探诊深度 (probing depth, PD), 即袋底至龈缘的距离, 以 mm 为单位记录。</li></ol> <p>(三) 探诊检查的内容</p> <p>用上述方法可检查: 牙周袋探诊深度、附着水平、探诊后出血情况。</p>

除此之外, 还应使用普通探针探查根面牙石情况, 并用普通探针(弯探针)探查后牙有无根分叉病变。

一般检查: 1.视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。

(1) 全身健康状况: 观察患者的全身健康和心理健康状况。

(2) 颌面部情况: 观察颌面部发育是否正常, 是否对称, 有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。

(3) 口腔软组织: 观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围, 是否存在窦道; 黏膜色泽是否正常, 有无水肿、溃疡、肿物等。

(4) 牙和牙列: 观察牙颜色、形态和质地变化, 如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨耗等; 观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙; 观察口腔中修复体的情况, 如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

## 2.探诊

(1) 工具: 普通探针(5号镰形探针)。大弯端用于检查(牙合)面, 三弯端用于检查邻面。

(2) 探查内容: 探查龋或缺损的范围、深浅、质地、是否敏感及露髓; 有无邻面龋坏发生; 充填体边缘的密合程度, 有无继发龋及悬突; 牙本质敏感的部位和敏感程度。

(3) 探诊方法: 探诊时采用执笔式握持探针, 一定要有支点, 动作轻巧, 不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔, 以免引起患者不必要的疼痛。

## 3.叩诊

(1) 工具: 金属手持器械的平端, 如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等, 但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

(2) 叩诊方法: 执毛笔式握持器械, 垂直向叩诊叩击牙尖或切缘, 水平向叩击牙冠部唇(颊)舌面中部或牙尖嵴, 依据患牙对叩诊的反应(包括叩痛和声音清浊), 判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙, 先叩击邻牙作为对照。

(3) 叩诊检查的要点: 叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照, 再叩击患牙。

	<p>叩诊的力量宜先轻后重, 一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。</p> <p>(4) 叩诊结果的表述和记录</p> <p>叩痛 (-): 表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。</p> <p>叩痛 (±): 用适宜力量叩诊患牙感觉不适。</p> <p>叩痛 (+): 重于适宜力量叩诊, 引起患牙轻痛。</p> <p>叩痛 (+++): 轻于适宜力量叩诊, 引起患牙剧烈疼痛。</p> <p>叩痛 (++) : 患牙的叩痛反应介于叩痛 (+) 和叩痛 (+++) 之间。</p> <p>4. 扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位, 了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。</p> <p>(1) 根尖部扪诊: 用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始扪压, 慢慢向可疑患牙根尖部移动, 观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。</p> <p>(2) 脓肿波动感扪诊: 若根尖周已形成脓肿, 应以示指和中指双指轻放在脓肿部位, 分别用两指交替上下推压按动, 用指腹扪及波动感。</p> <p>5. 牙齿松动度的检查</p> <p>(1) 方法用镊子夹住前牙切端或抵住后(牙合)面的窝沟, 做唇舌向(颊舌向)、近远中向和上下向摇动牙, 观察牙晃动的程度。</p> <p>(2) 结果记录</p> <p>I度松动: 仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动, 或晃动幅度小于 1mm。</p> <p>II度松动: 两个方向的晃动, 即除唇舌向或颊舌向晃动外, 近远中向也有晃动, 或晃动幅度在 1~2mm 之间。</p> <p>III度松动: 三个方向的晃动, 即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动, 或晃动幅度大于 2mm。</p>
20	<p>一般检查</p> <p>颞颌关节检查</p> <p>解析: 颞下颌关节检查</p> <p>(一) 面型及关节动度检查</p> <p>1. 观察面部左右是否对称, 包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称; 颞点是否居中, 面下 1/3 是否协调。</p>

	<p>2.髁突活动度检查有两种方法: 以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧, 嘱患者作开闭口运动, 感觉髁突动度; 或将小指伸入外耳道内, 贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。</p> <p>(二) 下颌运动检查</p> <p>1.开口度和开口型是否正常, 两侧关节动度是否一致。</p> <p>2.弹响和杂音: 有无关节弹响和杂音, 弹响发生的时间、性质、次数和响度; 在开闭口运动时是否有绞锁。</p> <p>(三) 咀嚼肌及关节区触诊检查</p> <p>1.检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。</p> <p>2.检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力, 是否有压痛, 双侧是否对称。口内检查颞肌前份(下颌支前缘向上)、翼外肌下头(上颌结节上方)和翼内肌下部(下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面)。</p>
22	<p>一般检查</p> <p>特殊检查, 咬合关系, 一般检查, 视诊, 探诊</p> <p>解析: 咬合关系检查</p> <p>(一) 操作方法</p> <p>患者坐于治疗椅上, 正确调整治疗椅椅位和照明灯角度, 使患者(牙合)平面与水平面角度在<math>0^{\circ} \sim 45^{\circ}</math>之间。医生坐于患者右前方, 嘱患者作正中咬合, 手持口镜牵开患者口角, 观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆(牙合)、覆盖关系和中线位置关系。</p> <p>(二) 结果描述</p> <p>1.磨牙咬合关系 确定并记录正中(牙合)时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。</p> <p>中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处; 远中关系是指上颌第一磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对, 甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间; 近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对, 甚至位于下颌第一、二磨牙之间。</p> <p>2.前牙覆(牙合)、覆盖关系 覆(牙合)为上前牙切端覆盖下前牙唇面的垂直距离。上前牙切端覆盖下前牙唇面切 1/3 以内者为正常覆(牙合), 超</p>

	<p>过者为深覆（牙合）。上前牙切端覆盖至下前牙唇面中 1/3 以内者为 I° 深覆（牙合）；上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以内者为 II° 深覆（牙合）；上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以上，下前牙切端咬在上前牙腭侧牙龈组织上者为 III° 深覆（牙合）。除正常覆（牙合）和深覆（牙合）外，正中（牙合）时上下前牙切端垂直向无覆盖关系，存在一定垂直向间隙者为开（牙合）。</p> <p>覆盖为上前牙切端至下前牙唇面的水平距离。其距离在 3mm 以内者为正常覆盖，超过者为深覆盖。上前牙切端至下前牙唇面的水平距离在 3~5mm 之间者为 I° 深覆盖；水平距离在 5~7mm 之间者为 II° 深覆盖；水平距离大于 7mm 者为 III° 深覆盖。除正常覆盖和深覆盖外，上、下颌前牙切端相对者为对刃关系（对刃（牙合））。下前牙切端盖过上前牙切端者为反（牙合）关系。</p> <p>3.中线关系 牙列中线是指通过左右中切牙近中接触点的垂线。正常者，上、下颌牙列中线应重合一致，而且应与面部中线一致。对于牙列中线偏移者，应记录上、下颌中线之间及与面部中线之间的左右偏移程度。</p>
24	<p>一般检查</p> <p>特殊检查，下颌下腺检查</p> <p>解析：下颌下腺检查</p> <p>下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法，在临床应用的几率也很高，因此要求口腔科医师不但知道，还应该能够准确操作。</p> <p>（一）体位</p> <p>检查时患者取坐位，检查者应站在其右方（前或后），患者头稍低，略偏向检查侧，使皮肤、肌肉松弛，便于触诊。</p> <p>（二）检查内容及方法</p> <p>视：平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称；开口位双侧口底是否对称，口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。</p> <p>触：检查者手指紧贴下颌下区皮肤，首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容，同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地，有无结石，口外挤</p>

	<p>压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。</p>
25	<p>一般检查</p> <p>cpi</p> <p>解析: CPI 检查即在指数牙上检查牙龈出血、牙石和牙周袋深度三项内容。CPI 检查以探诊为主, 结合视诊。共检查 6 个区段, 检查顺序应从右上后牙区段至上前牙区段、左上后牙区段、左下后牙区段、下前牙区段、右下后牙区段。检查时以执笔式握持 CPI 探针, 以无名指做支点, 支于受检牙附近的硬组织之上。将探针轻缓地插入龈沟或牙周袋内, 探针与牙长轴平行, 紧贴牙根。沿牙齿颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋从远中向近中移动, 作上下短距离的提插式移动, 以感觉龈下牙石。同时查看牙龈出血情况, 并根据探针上的刻度观察牙周袋深度。CPI 探针使用时所用的力不超过 20g, 过分局用力会引起患者疼痛, 有时还会刺破牙龈。</p> <p>1. 确定指数牙 正常情况每人口腔中有 6 个区段, 10 颗指数牙, 分别是上、下颌 8 个磨牙和右上、左下各 1 颗中切牙, 即 17、16、11、26、27 和 37、36、31、46、47。20 岁以上的受检者需对每一指数牙进行检查, 记录各牙的牙龈出血、牙石和牙周袋情况。20 岁以下, 15 岁及以上者只检查 16、11、26、36、31、46 六颗指数牙。15 岁以下者, 只检查上述六颗指数牙, 并且只检查牙龈出血和牙石情况, 不检查牙周袋深度。</p> <p>WHO 规定, 每个区段内必须有 2 颗或 2 颗以上功能牙, 并且无拔牙指征, 该区段才做检查。成年人的后牙区段有时缺失一颗指数牙或有拔牙指征, 则只检查另一颗指数牙。如果一个区段内的指数牙全部缺失或有拔牙指征时, 则检查此区段内的所有其余牙, 以最重情况记分。如果这个区段内没有功能牙或只有一颗功能牙时, 这个区段作为除外区段。每颗指数牙的颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋都须检查到。每个区段两颗功能牙的检查结果, 以</p>

	<p>最重情况记分。</p> <p>2.记分标准</p> <p>0=牙龈健康</p> <p>1=牙龈炎, 探诊后出血</p> <p>2=牙石, 探诊可发现牙石, 但探针黑色部分全部露在龈袋外</p> <p>3=早牙周病, 龈缘覆盖部分探针黑色部分, 龈袋深度在 4~5mm</p> <p>4=晚期牙周病, 探针黑色部分被龈缘完全覆盖, 牙周袋深度在 6mm 或以上</p> <p>X=除外区段 (少于两颗功能牙存在)</p> <p>9=无法检查</p> <p>上述记分填入下面 CPI 记分表格, 每个格子填一个记分, 后牙区段两颗功能牙以最重情况记分。</p>
26	<p>一般检查</p> <p>咬合关系检查</p> <p>解析: 咬合关系检查</p> <p>(一) 操作方法</p> <p>患者坐于治疗椅上, 正确调整治疗椅椅位和照明灯角度, 使患者 (牙合) 平面与水平面角度在 <math>0^{\circ} \sim 45^{\circ}</math> 之间。医生坐于患者右前方, 嘱患者作正中咬合, 手持口镜牵开患者口角, 观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆 (牙合)、覆盖关系和中线位置关系。</p> <p>(二) 结果描述</p> <p>1.磨牙咬合关系 确定并记录正中 (牙合) 时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。</p> <p>中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处; 远中关系是指上颌第一恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对, 甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间; 近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对, 甚至位于下颌第一、二磨牙之间。</p> <p>2.前牙覆 (牙合)、覆盖关系 覆 (牙合) 为上前牙切端覆盖下前牙唇面的垂直距离。上前牙切端覆盖下前牙唇面切 1/3 以内者为正常覆 (牙合), 超过者为深覆 (牙合)。上前牙切端覆盖至下前牙唇面中 1/3 以内者为 I° 深</p>

	<p>覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以内者为Ⅱ°深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以上, 下前牙切端咬在上前牙腭侧牙龈组织上者为Ⅲ°深覆(牙合)。除正常覆(牙合)和深覆(牙合)外, 正中(牙合)时上下前牙切端垂直向无覆盖关系, 存在一定垂直向间隙者为开(牙合)。</p> <p>覆盖为上前牙切端至下前牙唇面的水平距离。其距离在 3mm 以内者为正常覆盖, 超过者为深覆盖。上前牙切端至下前牙唇面的水平距离在 3~5mm 之间者为Ⅰ°深覆盖; 水平距离在 5~7mm 之间者为Ⅱ°深覆盖; 水平距离大于 7mm 者为Ⅲ°深覆盖。除正常覆盖和深覆盖外, 上、下颌前牙切端相对者为对刃关系(对刃(牙合))。下前牙切端盖过上前牙切端者为反(牙合)关系。</p> <p>3.中线关系 牙列中线是指通过左右中切牙近中接触点的垂线。正常者, 上、下颌牙列中线应重合一致, 而且应与面部中线一致。对于牙列中线偏移者, 应记录上、下颌中线之间及与面部中线之间的左右偏移程度。</p>
27	<p>一般检查</p> <p>特殊检查是牙周探针</p> <p>解析: 牙周探诊检查</p> <p>(一)器械选择</p> <p>牙周探诊使用的器械为牙周探针, 其顶端为钝头, 顶端直径约 0.5mm, 探针上有刻度。根面牙石的探查和根分叉病变的探查使用普通探针。</p> <p>(二)牙周探诊检查的技术</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.用改良握笔法握持探针。</li> <li>2.探诊时要有支点, 可以是口内支点, 也可以是口外支点。</li> <li>3.探入时探针应与牙体长轴平行, 探针顶端紧贴牙面, 沿根面深入牙周袋或龈沟, 注意探入时若遇到牙石要避开牙石, 直达袋底。</li> <li>4.探入力量要轻, 约为 20~25g。</li> <li>5.以提插方式移动探针, 如“走步”样围绕每个牙的每个牙面进行探查, 以发现袋最深的部位及袋的形态。</li> <li>6.在探查邻面时, 要紧靠接触区处探入, 探针可稍倾斜以便能探入接触点下</li> </ol>

	<p>方的龈谷处。</p> <p>7.对多个牙或全口牙探诊时, 要按一定顺序进行。每个牙探查要包括 6 个位点: 颊侧近中、中央、远中位点及舌(腭)侧近中、中央、远中位点。</p> <p>8.测量记录每个位点的探诊深度(probing depth, PD), 即袋底至龈缘的距离, 以 mm 为单位记录。</p> <p>(三) 探诊检查的内容</p> <p>用上述方法可检查: 牙周袋探诊深度、附着水平、探诊后出血情况。</p> <p>除此之外, 还应使用普通探针探查根面牙石情况, 并用普通探针(弯探针)探查后牙有无根分叉病变。</p>
29	<p>一般检查</p> <p>冷热诊</p> <p>解析: 牙髓活力检查</p> <p>测验方法</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.告知受试者牙髓活力检查的目的和受试牙可能出现的反应, 如凉、热、钻入感、麻刺感、疼痛等, 并教授有反应时的示意方式。</li><li>2.用干棉纱卷放置于测试牙的唇(颊)和(或)舌侧, 隔离唾液。</li><li>3.先测健康对照牙, 再测可疑牙。对照牙选择的顺序: 同颌同名牙为首选, 如果该牙丧失或有病变, 可选对颌对侧同名牙或对侧同名牙的邻牙中与待测牙萌出时间接近、体积相当的牙齿。</li><li>4.测试牙面应选择没有牙体病损或充填体的完整牙面, 一般选牙的唇、颊面的中 1/3, 亦可在舌面测试, 因为这些牙面不受磨耗等的影响。</li><li>5.冷测 从冰箱中取出小冰棒放于手中稍加捂化, 慢慢挤出冰棒头贴放在测试牙面上, 观察牙齿反应, 也可用小棉球蘸化学挥发剂放在牙面上测试。</li><li>6.热测 将牙胶棒一端置于酒精灯火焰上加热, 使之变软(约 65~70℃), 但不要冒烟燃烧, 立即贴放在湿润的测试牙面, 观察牙齿反应。</li><li>7.电测 在被测牙面上放少许导电剂或湿润的小纸片, 将电测仪工作端放于牙面导电处, 请患者一手扶持工作端的金属杆部或将挂钩挂于口角以构成电流回路。随着电流逐渐增大, 对测试牙造成刺激, 患者示意测试牙有感觉即应将工作端撤离牙面, 记录表盘显示的读数。每牙测 2~3 次, 取平均数值</li></ol>

	<p>作结果。</p> <p>测验结果的描述</p> <p>1.牙髓温度测验的结果 经与对照牙比较,可分为正常、敏感、迟钝和无反应四级反应,应客观记录在病历中。</p> <p>(1)正常:测试牙出现短暂的轻度感觉反应(如凉、热刺激传入等),该反应随刺激源的撤除而立即消失,反应程度和时间与对照牙相同。</p> <p>(2)敏感:测试牙的反应速度快,疼痛程度强,持续时间长;比敏感反应稍轻者可表现为“一过性敏感”,指测试牙对温度刺激(尤其是冷刺激)反应迅速,有疼痛感觉,持续时间极短暂,一般为可复性牙髓炎的反应;比敏感反应程度更重者表现为“激发痛”,指测试时诱发剧烈疼痛,且持续时间较长,一般为急性牙髓炎;急性化脓性牙髓炎的患牙,热刺激有时可引起剧痛,冷刺激反而使疼痛缓解,又称热痛冷缓解。</p> <p>(3)迟钝:测试牙在温度刺激去除片刻后才出现反应,或施加强烈刺激时才有微弱的感觉;有时在测试片刻后感觉一阵较为剧烈的疼痛,称为迟缓反应性痛。多发生在慢性牙髓炎或部分牙髓已坏死的患牙。</p> <p>(4)无反应:反复测试,加大刺激强度测试牙均无反应。一般为失去牙髓活力的死髓牙或经过牙髓治疗的无髓牙。</p> <p>2.牙髓活力电测验的结果 用于反映测试牙有无牙髓活力,但不能指示牙髓的不同病理状态。在相同的电流输出档位下,测试牙与对照牙的电测值之差大于10时,表示测试牙的牙髓活力与正常有差异。如电测值达到最大时测试牙仍无反应,表示牙髓已无活力。因此,临床上对电测反应的描述仅为正常和无反应两个指标。</p>
30	<p>一般检查</p> <p>下颌下腺检查</p> <p>解析:下颌下腺检查</p> <p>下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法,在临床应用的几率也很高,因此要求口腔科医师不但知道,还应该能够准确操作。</p> <p>(一)体位</p> <p>检查时患者取坐位,检查者应站在其右方(前或后),患者头稍低,略偏向</p>

	<p>检查侧,使皮肤、肌肉松弛,便于触诊。</p> <p>(二) 检查内容及方法</p> <p>视:平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称;开口位双侧口底是否对称,口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。</p> <p>触:检查者手指紧贴下颌下区皮肤,首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容,同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地,有无结石,口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。</p>
31	<p>一般检查 cpi 检查</p> <p>解析: CPI 检查即在指数牙上检查牙龈出血、牙石和牙周袋深度三项内容。CPI 检查以探诊为主,结合视诊。共检查 6 个区段,检查顺序应从右上后牙区段至上前牙区段、左上后牙区段、左下后牙区段、下前牙区段、右下后牙区段。检查时以执笔式握持 CPI 探针,以无名指做支点,支于受检牙附近的硬组织之上。将探针轻缓地插入龈沟或牙周袋内,探针与牙长轴平行,紧贴牙根。沿牙齿颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋从远中向近中移动,作上下短距离的提插式移动,以感觉龈下牙石。同时查看牙龈出血情况,并根据探针上的刻度观察牙周袋深度。CPI 探针使用时所用的力不超过 20g,过份用力会引起患者疼痛,有时还会刺破牙龈。</p> <p>1.确定指数牙 正常情况每人口腔中有 6 个区段,10 颗指数牙,分别是上、下颌 8 个磨牙和右上、左下各 1 颗中切牙,即 17、16、11、26、27 和 37、36、31、46、47。20 岁以上的受检者需对每一指数牙进行检查,记录各牙的牙龈出血、牙石和牙周袋情况。20 岁以下,15 岁及以上者只检查 16、11、26、36、31、46 六颗指数牙。15 岁以下者,只检查上述六颗指数牙,并且只检查牙龈出血和牙石情况,不检查牙周袋深度。</p> <p>WHO 规定,每个区段内必须有 2 颗或 2 颗以上功能牙,并且无拔牙指征,该区段才做检查。成年人的后牙区段有时缺失一颗指数牙或有拔牙指征,则只检查另一颗指数牙。如果一个区段内的指数牙全部缺失或有拔牙指征时,则检查此区段内的所有其余牙,以最重情况记分。如果这个区段内没有功能牙或只有一颗功能牙时,这个区段作为除外区段。每颗指数牙的颊(唇)、</p>

	<p>舌(腭)面龈沟或牙周袋都须检查到。每个区段两颗功能牙的检查结果,以最重情况记分。</p> <p>2.记分标准</p> <p>0=牙龈健康</p> <p>1=牙龈炎,探诊后出血</p> <p>2=牙石,探诊可发现牙石,但探针黑色部分全部露在龈袋外</p> <p>3=早牙周病,龈缘覆盖部分探针黑色部分,龈袋深度在4~5mm</p> <p>4=晚期牙周病,探针黑色部分被龈缘完全覆盖,牙周袋深度在6mm或以上</p> <p>X=除外区段(少于两颗功能牙存在)</p> <p>9=无法检查</p> <p>上述记分填入下面CPI记分表格,每个格子填一个记分,后牙区段两颗功能牙以最重情况记分。</p>
32	<p>颞下颌关节检查</p> <p>解析:颞下颌关节检查</p> <p>(一)面型及关节动度检查</p> <p>1.观察面部左右是否对称,包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称;颞点是否居中,面下1/3是否协调。</p> <p>2.髁突活动度检查有两种方法:以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧,嘱患者作开闭口运动,感觉髁突动度;或将小指伸入外耳道内,贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。</p> <p>(二)下颌运动检查</p> <p>1.开口度和开口型是否正常,两侧关节动度是否一致。</p> <p>2.弹响和杂音:有无关节弹响和杂音,弹响发生的时间、性质、次数和响度;在开闭口运动时是否有绞锁。</p> <p>(三)咀嚼肌及关节区触诊检查</p> <p>1.检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。</p> <p>2.检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力,是否有压痛,双侧是否对称。口内检查颞肌前份(下颌支前缘向上)、翼外肌下头(上颌结节上方)和翼内肌下部(下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面)。</p>

34

### 咬合关系检查

解析: 咬合关系检查

#### (一) 操作方法

患者坐于治疗椅上, 正确调整治疗椅椅位和照明灯角度, 使患者(牙合)平面与水平面角度在 $0^{\circ} \sim 45^{\circ}$ 之间。医生坐于患者右前方, 嘱患者作正中咬合, 手持口镜牵开患者口角, 观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆(牙合)、覆盖关系和中线位置关系。

#### (二) 结果描述

1.磨牙咬合关系 确定并记录正中(牙合)时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。

中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处; 远中关系是指上颌第一恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对, 甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间; 近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对, 甚至位于下颌第一、二磨牙之间。

2.前牙覆(牙合)、覆盖关系 覆(牙合)为上前牙切端覆盖下前牙唇面的垂直距离。上前牙切端覆盖下前牙唇面切 $1/3$ 以内者为正常覆(牙合), 超过者为深覆(牙合)。上前牙切端覆盖至下前牙唇面中 $1/3$ 以内者为 $I^{\circ}$ 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 $1/3$ 以内者为 $II^{\circ}$ 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 $1/3$ 以上, 下前牙切端咬在上前牙腭侧牙龈组织上者为 $III^{\circ}$ 深覆(牙合)。除正常覆(牙合)和深覆(牙合)外, 正中(牙合)时上下前牙切端垂直向无覆盖关系, 存在一定垂直向间隙者为开(牙合)。

覆盖为上前牙切端至下前牙唇面的水平距离。其距离在 $3\text{mm}$ 以内者为正常覆盖, 超过者为深覆盖。上前牙切端至下前牙唇面的水平距离在 $3 \sim 5\text{mm}$ 之间者为 $I^{\circ}$ 深覆盖; 水平距离在 $5 \sim 7\text{mm}$ 之间者为 $II^{\circ}$ 深覆盖; 水平距离大于 $7\text{mm}$ 者为 $III^{\circ}$ 深覆盖。除正常覆盖和深覆盖外, 上、下颌前牙切端相对者为对刃关系(对刃(牙合))。下前牙切端盖过上前牙切端者为反(牙合)关系。

3.中线关系 牙列中线是指通过左右中切牙近中接触点的垂线。正常者, 上、

	<p>下颌牙列中线应重合一致, 而且应与面部中线一致。对于牙列中线偏移者, 应记录上、下颌中线之间及与面部中线之间的左右偏移程度。</p>
37	<p>基本检查, cpi</p> <p>解析: CPI 检查即在指数牙上检查牙龈出血、牙石和牙周袋深度三项内容。</p> <p>CPI 检查以探诊为主, 结合视诊。共检查 6 个区段, 检查顺序应从右上后牙区段至上前牙区段、左上后牙区段、左下后牙区段、下前牙区段、右下后牙区段。检查时以执笔式握持 CPI 探针, 以无名指做支点, 支于受检牙附近的硬组织之上。将探针轻缓地插入龈沟或牙周袋内, 探针与牙长轴平行, 紧贴牙根。沿牙齿颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋从远中向近中移动, 作上下短距离的提插式移动, 以感觉龈下牙石。同时查看牙龈出血情况, 并根据探针上的刻度观察牙周袋深度。CPI 探针使用时所用的力不超过 20g, 过分局力会引起患者疼痛, 有时还会刺破牙龈。</p> <p>1. 确定指数牙 正常情况每人口腔中有 6 个区段, 10 颗指数牙, 分别是上、下颌 8 个磨牙和右上、左下各 1 颗中切牙, 即 17、16、11、26、27 和 37、36、31、46、47。20 岁以上的受检者需对每一指数牙进行检查, 记录各牙的牙龈出血、牙石和牙周袋情况。20 岁以下, 15 岁及以上者只检查 16、11、26、36、31、46 六颗指数牙。15 岁以下者, 只检查上述六颗指数牙, 并且只检查牙龈出血和牙石情况, 不检查牙周袋深度。</p> <p>WHO 规定, 每个区段内必须有 2 颗或 2 颗以上功能牙, 并且无拔牙指征, 该区段才做检查。成年人的后牙区段有时缺失一颗指数牙或有拔牙指征, 则只检查另一颗指数牙。如果一个区段内的指数牙全部缺失或有拔牙指征时, 则检查此区段内的所有其余牙, 以最重情况记分。如果这个区段内没有功能牙或只有一颗功能牙时, 这个区段作为除外区段。每颗指数牙的颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋都须检查到。每个区段两颗功能牙的检查结果, 以最重情况记分。</p>

	<p>2.记分标准</p> <p>0=牙龈健康</p> <p>1=牙龈炎, 探诊后出血</p> <p>2=牙石, 探诊可发现牙石, 但探针黑色部分全部露在龈袋外</p> <p>3=早牙周病, 龈缘覆盖部分探针黑色部分, 龈袋深度在 4~5mm</p> <p>4=晚期牙周病, 探针黑色部分被龈缘完全覆盖, 牙周袋深度在 6mm 或以上</p> <p>X=除外区段 (少于两颗功能牙存在)</p> <p>9=无法检查</p> <p>上述记分填入下面 CPI 记分表格, 每个格子填一个记分, 后牙区段两颗功能牙以最重情况记分。</p>
39	<p>颞下颌关节检查</p> <p>解析: 颞下颌关节检查</p> <p>(一) 面型及关节动度检查</p> <p>1.观察面部左右是否对称, 包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称; 颞点是否居中, 面下 1/3 是否协调。</p> <p>2.髁突活动度检查有两种方法: 以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧, 嘱患者作开闭口运动, 感觉髁突动度; 或将小指伸入外耳道内, 贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。</p> <p>(二) 下颌运动检查</p> <p>1.开口度和开口型是否正常, 两侧关节动度是否一致。</p> <p>2.弹响和杂音: 有无关节弹响和杂音, 弹响发生的时间、性质、次数和响度; 在开闭口运动时是否有绞锁。</p> <p>(三) 咀嚼肌及关节区触诊检查</p> <p>1.检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。</p> <p>2.检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力, 是否有压痛, 双侧是否对称。口内检查颞肌前份 (下颌支前缘向上)、翼外肌下头 (上颌结节上方) 和翼内肌下部 (下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面)。</p>

40	<p>颌面部检查</p> <p>解析: 颞下颌关节检查</p> <p>(一) 面型及关节动度检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.观察面部左右是否对称, 包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称; 颞点是否居中, 面下 1/3 是否协调。</li><li>2.髁突活动度检查有两种方法: 以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧, 嘱患者作开闭口运动, 感觉髁突动度; 或将小指伸入外耳道内, 贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。</li></ol> <p>(二) 下颌运动检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.开口度和开口型是否正常, 两侧关节动度是否一致。</li><li>2.弹响和杂音: 有无关节弹响和杂音, 弹响发生的时间、性质、次数和响度; 在开闭口运动时是否有绞锁。</li></ol> <p>(三) 咀嚼肌及关节区触诊检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。</li><li>2.检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力, 是否有压痛, 双侧是否对称。口内检查颞肌前份(下颌支前缘向上)、翼外肌下头(上颌结节上方)和翼内肌下部(下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面)。</li></ol>
44	<p>颞下颌关节检查, 特殊检查</p> <p>解析: 颞下颌关节检查</p> <p>(一) 面型及关节动度检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.观察面部左右是否对称, 包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称; 颞点是否居中, 面下 1/3 是否协调。</li><li>2.髁突活动度检查有两种方法: 以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧, 嘱患者作开闭口运动, 感觉髁突动度; 或将小指伸入外耳道内, 贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。</li></ol> <p>(二) 下颌运动检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.开口度和开口型是否正常, 两侧关节动度是否一致。</li><li>2.弹响和杂音: 有无关节弹响和杂音, 弹响发生的时间、性质、次数和响度; 在开闭口运动时是否有绞锁。</li></ol>

	<p>(三) 咀嚼肌及关节区触诊检查</p> <p>1.检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。</p> <p>2.检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力, 是否有压痛, 双侧是否对称。口内检查颞肌前份(下颌支前缘向上)、翼外肌下头(上颌结节上方)和翼内肌下部(下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面)。</p>
46	<p>咬合关系</p> <p>解析: 咬合关系检查</p> <p>(一) 操作方法</p> <p>患者坐于治疗椅上, 正确调整治疗椅椅位和照明灯角度, 使患者(牙合)平面与水平面角度在 <math>0^{\circ} \sim 45^{\circ}</math> 之间。医生坐于患者右前方, 嘱患者作正中咬合, 手持口镜牵开患者口角, 观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆(牙合)、覆盖关系和中线位置关系。</p> <p>(二) 结果描述</p> <p>1.磨牙咬合关系 确定并记录正中(牙合)时上下颌第一磨牙的近远中向咬合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。</p> <p>中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处; 远中关系是指上颌第一磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对, 甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间; 近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对, 甚至位于下颌第一、二磨牙之间。</p> <p>2.前牙覆(牙合)、覆盖关系 覆(牙合)为上前牙切端覆盖下前牙唇面的垂直距离。上前牙切端覆盖下前牙唇面切 <math>1/3</math> 以内者为正常覆(牙合), 超过者为深覆(牙合)。上前牙切端覆盖至下前牙唇面中 <math>1/3</math> 以内者为 <math>I^{\circ}</math> 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 <math>1/3</math> 以内者为 <math>II^{\circ}</math> 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 <math>1/3</math> 以上, 下前牙切端咬在上前牙腭侧牙龈组织上者为 <math>III^{\circ}</math> 深覆(牙合)。除正常覆(牙合)和深覆(牙合)外, 正中(牙合)时上下前牙切端垂直向无覆盖关系, 存在一定垂直向间隙者为开(牙合)。</p> <p>覆盖为上前牙切端至下前牙唇面的水平距离。其距离在 <math>3\text{mm}</math> 以内者为正常</p>

	<p>覆盖,超过者为深覆盖。上前牙切端至下前牙唇面的水平距离在3~5mm之间者为I°深覆盖;水平距离在5~7mm之间者为II°深覆盖;水平距离大于7mm者为III°深覆盖。除正常覆盖和深覆盖外,上、下颌前牙切端相对者为对刃关系(对刃(牙合))。下前牙切端盖过上前牙切端者为反(牙合)关系。</p> <p>3.中线关系 牙列中线是指通过左右中切牙近中接触点的垂线。正常者,上、下颌牙列中线应重合一致,而且应与面部中线一致。对于牙列中线偏移者,应记录上、下颌中线之间及与面部中线之间的左右偏移程度。</p>
50	<p>颞下颌关节检查</p> <p>解析:颞下颌关节检查</p> <p>(一)面型及关节动度检查</p> <p>1.观察面部左右是否对称,包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称;颞点是否居中,面下1/3是否协调。</p> <p>2.髁突活动度检查有两种方法:以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧,嘱患者作开闭口运动,感觉髁突动度;或将小指伸入外耳道内,贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。</p> <p>(二)下颌运动检查</p> <p>1.开口度和开口型是否正常,两侧关节动度是否一致。</p> <p>2.弹响和杂音:有无关节弹响和杂音,弹响发生的时间、性质、次数和响度;在开闭口运动时是否有绞锁。</p> <p>(三)咀嚼肌及关节区触诊检查</p> <p>1.检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。</p> <p>2.检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力,是否有压痛,双侧是否对称。口内检查颞肌前份(下颌支前缘向上)、翼外肌下头(上颌结节上方)和翼内肌下部(下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面)。</p>

57

### 第一站:特殊检查 CPI

解析: CPI 检查即在指数牙上检查牙龈出血、牙石和牙周袋深度三项内容。

CPI 检查以探诊为主, 结合视诊。共检查 6 个区段, 检查顺序应从右上后牙区段至上前牙区段、左上后牙区段、左下后牙区段、下前牙区段、右下后牙区段。检查时以执笔式握持 CPI 探针, 以无名指做支点, 支于受检牙附近的硬组织之上。将探针轻缓地插入龈沟或牙周袋内, 探针与牙长轴平行, 紧贴牙根。沿牙齿颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋从远中向近中移动, 作上下短距离的提插式移动, 以感觉龈下牙石。同时查看牙龈出血情况, 并根据探针上的刻度观察牙周袋深度。CPI 探针使用时所用的力不超过 20g, 过用力会引起患者疼痛, 有时还会刺破牙龈。

1.确定指数牙 正常情况每人口腔中有 6 个区段, 10 颗指数牙, 分别是上、下颌 8 个磨牙和右上、左下各 1 颗中切牙, 即 17、16、11、26、27 和 37、36、31、46、47。20 岁以上的受检者需对每一指数牙进行检查, 记录各牙的牙龈出血、牙石和牙周袋情况。20 岁以下, 15 岁及以上者只检查 16、11、26、36、31、46 六颗指数牙。15 岁以下者, 只检查上述六颗指数牙, 并且只检查牙龈出血和牙石情况, 不检查牙周袋深度。

WHO 规定, 每个区段内必须有 2 颗或 2 颗以上功能牙, 并且无拔牙指征, 该区段才做检查。成年人的后牙区段有时缺失一颗指数牙或有拔牙指征, 则只检查另一颗指数牙。如果一个区段内的指数牙全部缺失或有拔牙指征时, 则检查此区段内的所有其余牙, 以最重情况记分。如果这个区段内没有功能牙或只有一颗功能牙时, 这个区段作为除外区段。每颗指数牙的颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋都须检查到。每个区段两颗功能牙的检查结果, 以最重情况记分。

#### 2.记分标准

0=牙龈健康

1=牙龈炎, 探诊后出血

2=牙石, 探诊可发现牙石, 但探针黑色部分全部露在龈袋外

3=早牙周病, 龈缘覆盖部分探针黑色部分, 龈袋深度在 4~5mm

4=晚期牙周病, 探针黑色部分被龈缘完全覆盖, 牙周袋深度在 6mm 或以上

	<p>X=除外区段 (少于两颗功能牙存在)</p> <p>9=无法检查</p> <p>上述记分填入下面 CPI 记分表格, 每个格子填一个记分, 后牙区段两颗功能牙以最重情况记分。</p>
67	<p>第一站: 牙髓活力测试</p> <p>解析: 牙髓活力检查</p> <p>测验方法</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.告知受试者牙髓活力检查的目的和受试牙可能出现的反应, 如凉、热、钻入感、麻刺感、疼痛等, 并教授有反应时的示意方式。</li><li>2.用干棉纱卷放置于测试牙的唇(颊)和(或)舌侧, 隔离唾液。</li><li>3.先测健康对照牙, 再测可疑牙。对照牙选择的顺序: 同颌同名牙为首选, 如果该牙丧失或有病变, 可选对颌对侧同名牙或对侧同名牙的邻牙中与待测牙萌出时间接近、体积相当的牙齿。</li><li>4.测试牙面应选择没有牙体病损或充填体的完整牙面, 一般选牙的唇、颊面的中 1/3, 亦可在舌面测试, 因为这些牙面不受磨耗等的影响。</li><li>5.冷测 从冰箱中取出小冰棒放于手中稍加捂化, 慢慢挤出冰棒头贴放在测试牙面上, 观察牙齿反应, 也可用小棉球蘸化学挥发剂放在牙面上测试。</li><li>6.热测 将牙胶棒一端置于酒精灯火焰上加热, 使之变软(约 65~70℃), 但不要冒烟燃烧, 立即贴放在湿润的测试牙面, 观察牙齿反应。</li><li>7.电测 在被测牙面上放少许导电剂或湿润的小纸片, 将电测仪工作端放于牙面导电处, 请患者一手扶持工作端的金属杆部或将挂钩挂于口角以构成电流回路。随着电流逐渐增大, 对测试牙造成刺激, 患者示意测试牙有感觉即将工作端撤离牙面, 记录表盘显示的读数。每牙测 2~3 次, 取平均数值作结果。</li></ol> <p>测验结果的描述</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.牙髓温度测验的结果 经与对照牙比较, 可分为正常、敏感、迟钝和无反应四级反应, 应客观记录在病历中。</li></ol>

	<p>(1) 正常: 测试牙出现短暂的轻度感觉反应(如凉、热刺激传入等), 该反应随刺激源的撤除而立即消失, 反应程度和时间与对照牙相同。</p> <p>(2) 敏感: 测试牙的反应速度快, 疼痛程度强, 持续时间长; 比敏感反应稍轻者可表现为“一过性敏感”, 指测试牙对温度刺激(尤其是冷刺激)反应迅速, 有疼痛感觉, 持续时间极短暂, 一般为可复性牙髓炎的反应; 比敏感反应程度更重者表现为“激发痛”, 指测试时诱发剧烈疼痛, 且持续时间较长, 一般为急性牙髓炎; 急性化脓性牙髓炎的患牙, 热刺激有时可引起剧痛, 冷刺激反而使疼痛缓解, 又称热痛冷缓解。</p> <p>(3) 迟钝: 测试牙在温度刺激去除片刻后才出现反应, 或施加强烈刺激时才有微弱的感觉; 有时在测试片刻后感觉一阵较为剧烈的疼痛, 称为迟缓反应性痛。多发生在慢性牙髓炎或部分牙髓已坏死的患牙。</p> <p>(4) 无反应: 反复测试, 加大刺激强度测试牙均无反应。一般为失去牙髓活力的死髓牙或经过牙髓治疗的无髓牙。</p> <p>2. 牙髓活力电测验的结果: 用于反映测试牙有无牙髓活力, 但不能指示牙髓的不同病理状态。在相同的电流输出档位下, 测试牙与对照牙的电测值之差大于 10 时, 表示测试牙的牙髓活力与正常有差异。如电测值达到最大时测试牙仍无反应, 表示牙髓已无活力。因此, 临床上对电测反应的描述仅为正常和无反应两个指标。</p>
70	<p>第一站: CPI</p> <p>解析: CPI 检查即在指数牙上检查牙龈出血、牙石和牙周袋深度三项内容。CPI 检查以探诊为主, 结合视诊。共检查 6 个区段, 检查顺序应从右上后牙区段至上前牙区段、左上后牙区段、左下后牙区段、下前牙区段、右下后牙区段。检查时以执笔式握持 CPI 探针, 以无名指做支点, 支于受检牙附近的硬组织之上。将探针轻缓地插入龈沟或牙周袋内, 探针与牙长轴平行, 紧贴牙根。沿牙齿颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋从远中向近中移动, 作上下短距离的提插式移动, 以感觉龈下牙石。同时查看牙龈出血情况, 并根据探针上的刻度观察牙周袋深度。CPI 探针使用时所用的力不超过 20g, 过用力会引起患者疼痛, 有时还会刺破牙龈。</p> <p>1. 确定指数牙 正常情况每人口腔中有 6 个区段, 10 颗指数牙, 分别是上、</p>

	<p>下颌 8 个磨牙和右上、左下各 1 颗中切牙, 即 17、16、11、26、27 和 37、36、31、46、47。20 岁以上的受检者需对每一指数牙进行检查, 记录各牙的牙龈出血、牙石和牙周袋情况。20 岁以下, 15 岁及以上者只检查 16、11、26、36、31、46 六颗指数牙。15 岁以下者, 只检查上述六颗指数牙, 并且只检查牙龈出血和牙石情况, 不检查牙周袋深度。</p> <p>WHO 规定, 每个区段内必须有 2 颗或 2 颗以上功能牙, 并且无拔牙指征, 该区段才做检查。成年人的后牙区段有时缺失一颗指数牙或有拔牙指征, 则只检查另一颗指数牙。如果一个区段内的指数牙全部缺失或有拔牙指征时, 则检查此区段内的所有其余牙, 以最重情况记分。如果这个区段内没有功能牙或只有一颗功能牙时, 这个区段作为除外区段。每颗指数牙的颊(唇)、舌(腭)面龈沟或牙周袋都须检查到。每个区段两颗功能牙的检查结果, 以最重情况记分。</p> <p>2.记分标准</p> <p>0=牙龈健康</p> <p>1=牙龈炎, 探诊后出血</p> <p>2=牙石, 探诊可发现牙石, 但探针黑色部分全部露在龈袋外</p> <p>3=早牙周病, 龈缘覆盖部分探针黑色部分, 龈袋深度在 4~5mm</p> <p>4=晚期牙周病, 探针黑色部分被龈缘完全覆盖, 牙周袋深度在 6mm 或以上</p> <p>X=除外区段(少于两颗功能牙存在)</p> <p>9=无法检查</p> <p>上述记分填入下面 CPI 记分表格, 每个格子填一个记分, 后牙区段两颗功能牙以最重情况记分。</p>
76	<p>第一站: 颞下颌</p> <p>解析: 颞下颌关节检查</p> <p>(一) 面型及关节动度检查</p> <p>1.观察面部左右是否对称, 包括关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常、双侧是否对称; 颞点是否居中, 面下 1/3 是否协调。</p> <p>2.髁突活动度检查有两种方法: 以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前方、髁突外侧, 嘱患者作开闭口运动, 感觉髁突动度; 或将小指伸入外耳道内,</p>

	<p>贴外耳道前壁进行触诊。检查时注意双侧对比。</p> <p>(二) 下颌运动检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 开口度和开口型是否正常, 两侧关节动度是否一致。</li><li>2. 弹响和杂音: 有无关节弹响和杂音, 弹响发生的时间、性质、次数和响度; 在开闭口运动时是否有绞锁。</li></ol> <p>(三) 咀嚼肌及关节区触诊检查</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 检查髁突后区和髁突外侧是否有压痛。</li><li>2. 检查颞肌、咬肌、翼外肌等咀嚼肌群的收缩力, 是否有压痛, 双侧是否对称。口内检查颞肌前份(下颌支前缘向上)、翼外肌下头(上颌结节上方)和翼内肌下部(下颌磨牙舌侧后下方和下颌支内侧面)。</li></ol>
77	<p>第一站: 牙周探针</p> <p>解析: 牙周探诊检查</p> <p>(一) 器械选择</p> <p>牙周探诊使用的器械为牙周探针, 其顶端为钝头, 顶端直径约 0.5mm, 探针上有刻度。根面牙石的探查和根分叉病变的探查使用普通探针。</p> <p>(二) 牙周探诊检查的技术</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 用改良握笔法握持探针。</li><li>2. 探诊时要有支点, 可以是口内支点, 也可以是口外支点。</li><li>3. 探入时探针应与牙体长轴平行, 探针顶端紧贴牙面, 沿根面深入牙周袋或龈沟, 注意探入时若遇到牙石要避开牙石, 直达袋底。</li><li>4. 探入力量要轻, 约为 20~25g。</li><li>5. 以提插方式移动探针, 如“走步”样围绕每个牙的每个牙面进行探查, 以发现袋最深的部位及袋的形态。</li><li>6. 在探查邻面时, 要紧靠接触区处探入, 探针可稍倾斜以便能探入接触点下方的龈谷处。</li><li>7. 对多个牙或全口牙探诊时, 要按一定顺序进行。每个牙探查要包括 6 个位点: 颊侧近中、中央、远中位点及舌(腭)侧近中、中央、远中位点。</li><li>8. 测量记录每个位点的探诊深度 (probing depth, PD), 即袋底至龈缘的距离, 以 mm 为单位记录。</li></ol>

	<p>(三) 探诊检查的内容</p> <p>用上述方法可检查: 牙周袋探诊深度、附着水平、探诊后出血情况。</p> <p>除此之外, 还应使用普通探针探查根面牙石情况, 并用普通探针(弯探针)探查后牙有无根分叉病变。</p>
87	<p>下颌下限检查</p> <p>解析: 下颌下腺检查</p> <p>下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法, 在临床应用的几率也很高, 因此要求口腔科医师不但知道, 还应该能够准确操作。</p> <p>(一) 体位</p> <p>检查时患者取坐位, 检查者应站在其右方(前或后), 患者头稍低, 略偏向检查侧, 使皮肤、肌肉松弛, 便于触诊。</p> <p>(二) 检查内容及方法</p> <p>视: 平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称; 开口位双侧口底是否对称, 口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。</p> <p>触: 检查者手指紧贴下颌下区皮肤, 首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容, 同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地, 有无结石, 口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。</p>
93	<p>下颌下限检查</p> <p>解析: 下颌下腺检查</p> <p>下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法, 在临床应用的几率也很高, 因此要求口腔科医师不但知道, 还应该能够准确操作。</p> <p>(一) 体位</p> <p>检查时患者取坐位, 检查者应站在其右方(前或后), 患者头稍低, 略偏向检查侧, 使皮肤、肌肉松弛, 便于触诊。</p> <p>(二) 检查内容及方法</p> <p>视: 平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称; 开口位双侧口底是否对</p>

	<p>称, 口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。</p> <p>触: 检查者手指紧贴下颌下区皮肤, 首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容, 同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地, 有无结石, 口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。</p>
96	<p>下颌下腺检查</p> <p>解析: 下颌下腺检查</p> <p>下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法, 在临床应用的几率也很高, 因此要求口腔科医师不但知道, 还应该能够准确操作。</p> <p>(一) 体位</p> <p>检查时患者取坐位, 检查者应站在其右方(前或后), 患者头稍低, 略偏向检查侧, 使皮肤、肌肉松弛, 便于触诊。</p> <p>(二) 检查内容及方法</p> <p>视: 平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称; 开口位双侧口底是否对称, 口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。</p> <p>触: 检查者手指紧贴下颌下区皮肤, 首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容, 同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地, 有无结石, 口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。</p>
116	<p>咬合关系检查</p> <p>解析: 咬合关系检查</p> <p>(一) 操作方法</p> <p>患者坐于治疗椅上, 正确调整治疗椅椅位和照明灯角度, 使患者(牙合)平面与水平面角度在 <math>0^{\circ} \sim 45^{\circ}</math> 之间。医生坐于患者右前方, 嘱患者作正中咬合, 手持口镜牵开患者口角, 观察并记录两侧磨牙的近远中咬合关系、前牙覆(牙合)、覆盖关系和中线位置关系。</p> <p>(二) 结果描述</p> <p>1.磨牙咬合关系 确定并记录正中(牙合)时上下颌第一磨牙的近远中向咬</p>

	<p>合接触关系是中性关系、远中关系或近中关系。</p> <p>中性关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖咬合在下颌第一磨牙的颊沟处; 远中关系是指上颌第一恒磨牙近中颊尖与下颌第一磨牙近中颊尖相对, 甚至位于下颌第二前磨牙与第一磨牙之间; 近中关系是指上颌第一磨牙的近中颊尖与下颌第一磨牙远中颊尖相对, 甚至位于下颌第一、二磨牙之间。</p> <p>2.前牙覆(牙合)、覆盖关系 覆(牙合)为上前牙切端覆盖下前牙唇面的垂直距离。上前牙切端覆盖下前牙唇面切 1/3 以内者为正常覆(牙合), 超过者为深覆(牙合)。上前牙切端覆盖至下前牙唇面中 1/3 以内者为 I° 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以内者为 II° 深覆(牙合); 上前牙切端覆盖至下前牙唇面颈 1/3 以上, 下前牙切端咬在上前牙腭侧牙龈组织上者为 III° 深覆(牙合)。除正常覆(牙合)和深覆(牙合)外, 正中(牙合)时上下前牙切端垂直向无覆盖关系, 存在一定垂直向间隙者为开(牙合)。</p> <p>覆盖为上前牙切端至下前牙唇面的水平距离。其距离在 3mm 以内者为正常覆盖, 超过者为深覆盖。上前牙切端至下前牙唇面的水平距离在 3~5mm 之间者为 I° 深覆盖; 水平距离在 5~7mm 之间者为 II° 深覆盖; 水平距离大于 7mm 者为 III° 深覆盖。除正常覆盖和深覆盖外, 上、下颌前牙切端相对者为对刃关系(对刃(牙合))。下前牙切端盖过上前牙切端者为反(牙合)关系。</p> <p>3.中线关系 牙列中线是指通过左右中切牙近中接触点的垂线。正常者, 上、下颌牙列中线应重合一致, 而且应与面部中线一致。对于牙列中线偏移者, 应记录上、下颌中线之间及与面部中线之间的左右偏移程度。</p>
129	<p>洗手消毒戴手套;</p> <p>一般检查: 温度测试</p> <p>解析: 牙髓活力检查</p> <p>测验方法</p> <p>1.告知受试者牙髓活力检查的目的和受试牙可能出现的反应, 如凉、热、钻入感、麻刺感、疼痛等, 并教授有反应时的示意方式。</p> <p>2.用干棉纱卷放置于测试牙的唇(颊)和(或)舌侧, 隔离唾液。</p>

3.先测健康对照牙,再测可疑牙。对照牙选择的顺序:同颌同名牙为首选,如果该牙丧失或有病变,可选对颌对侧同名牙或对侧同名牙的邻牙中与待测牙萌出时间接近、体积相当的牙齿。

4.测试牙面应选择没有牙体病损或充填体的完整牙面,一般选牙的唇、颊面的中1/3,亦可在舌面测试,因为这些牙面不受磨损等的影响。

5.冷测 从冰箱中取出小冰棒放于手中稍加捂化,慢慢挤出冰棒头贴放在测试牙面上,观察牙齿反应,也可用小棉球蘸化学挥发剂放在牙面上测试。

6.热测 将牙胶棒一端置于酒精灯火焰上加热,使之变软(约65~70℃),但不要冒烟燃烧,立即贴放在湿润的测试牙面,观察牙齿反应。

7.电测 在被测牙面上放少许导电剂或湿润的小纸片,将电测仪工作端放于牙面导电处,请患者一手扶持工作端的金属杆部或将挂钩挂于口角以构成电流回路。随着电流逐渐增大,对测试牙造成刺激,患者示意测试牙有感觉即将工作端撤离牙面,记录表盘显示的读数。每牙测2~3次,取平均数值作结果。

#### 测验结果的描述

1.牙髓温度测验的结果 经与对照牙比较,可分为正常、敏感、迟钝和无反应四级反应,应客观记录在病历中。

(1)正常:测试牙出现短暂的轻度感觉反应(如凉、热刺激传入等),该反应随刺激源的撤除而立即消失,反应程度和时间与对照牙相同。

(2)敏感:测试牙的反应速度快,疼痛程度强,持续时间长;比敏感反应稍轻者可表现为“一过性敏感”,指测试牙对温度刺激(尤其是冷刺激)反应迅速,有疼痛感觉,持续时间极短暂,一般为可复性牙髓炎的反应;比敏感反应程度更重者表现为“激发痛”,指测试时诱发剧烈疼痛,且持续时间较长,一般为急性牙髓炎;急性化脓性牙髓炎的患牙,热刺激有时可引起剧痛,冷刺激反而使疼痛缓解,又称热痛冷缓解。

(3)迟钝:测试牙在温度刺激去除片刻后才出现反应,或施加强烈刺激时才有微弱的感觉;有时在测试片刻后感觉一阵较为剧烈的疼痛,称为迟缓反应性痛。多发生在慢性牙髓炎或部分牙髓已坏死的患牙。

(4)无反应:反复测试,加大刺激强度测试牙均无反应。一般为失去牙髓

活力的死髓牙或经过牙髓治疗的无髓牙。

2.牙髓活力电测验的结果 用于反映测试牙有无牙髓活力,但不能指示牙髓的不同病理状态。在相同的电流输出档位下,测试牙与对照牙的电测值之差大于 10 时,表示测试牙的牙髓活力与正常有差异。如电测值达到最大时测试牙仍无反应,表示牙髓已无活力。因此,临床上对电测反应的描述仅为正常和无反应两个指标。

一般检查: 1.视诊 视诊内容包括患者的全身健康状况、口腔颌面部和软组织情况、牙齿和牙列情况等。

(1) 全身健康状况: 观察患者的全身健康和心理健康状况。

(2) 颌面部情况: 观察颌面部发育是否正常,是否对称,有无肿胀、畸形、肿物及窦道等。

(3) 口腔软组织: 观察牙龈是否充血肿胀以及肿胀的程度和范围,是否存在窦道;黏膜色泽是否正常,有无水肿、溃疡、肿物等。

(4) 牙和牙列: 观察牙颜色、形态和质地变化,如龋损、着色、牙体缺损、畸形、隐裂以及磨耗等;观察牙排列、数目是否正常、有无发育异常、牙列是否完整、有无缺失牙;观察口腔中修复体的情况,如充填体是否完整、边缘是否密合、有无继发龋坏等。

## 2.探诊

(1) 工具: 普通探针(5号镰形探针)。大弯端用于检查(牙合)面,三弯端用于检查邻面。

(2) 探查内容: 探查龋或缺损的范围、深浅、质地、是否敏感及露髓;有无邻面龋坏发生;充填体边缘的密合程度,有无继发龋及悬突;牙本质敏感的部位和敏感程度。

(3) 探诊方法: 探诊时采用执笔式握持探针,一定要有支点,动作轻巧,不可用力探入深龋近髓处或可疑露髓孔,以免引起患者不必要的疼痛。

## 3.叩诊

(1) 工具: 金属手持器械的平端,如银汞充填器的柄端、金属口镜柄、压光器柄等,但是不能用尖头镊子柄作叩诊工具。

(2) 叩诊方法: 执毛笔式握持器械,垂直向叩诊叩击牙尖或切缘,水平向

叩击牙冠部唇(颊)舌面中部或牙尖嵴,依据患牙对叩诊的反应(包括叩痛和声音清浊),判断根尖部和牙周膜的健康状况和炎症程度。一般选择正常邻牙作为对照牙,先叩击邻牙作为对照。

(3)叩诊检查的要点:叩诊顺序为先叩击正常牙作为对照,再叩击患牙。叩诊的力量宜先轻后重,一般以叩诊正常牙不引起疼痛的力量为适宜力量。

(4)叩诊结果的表述和记录

叩痛(-):表示用适宜力量叩诊患牙反应同正常牙。

叩痛(±):用适宜力量叩诊患牙感觉不适。

叩痛(+):重于适宜力量叩诊,引起患牙轻痛。

叩痛(+++):轻于适宜力量叩诊,引起患牙剧烈疼痛。

叩痛(++):患牙的叩痛反应介于叩痛(+)和叩痛(+++)之间。

4.扪诊 医师用手指触扪可疑病变部位,了解病变部位、范围、有无扪痛、有无波动感等。

(1)根尖部扪诊:用示指指腹于可疑患牙的邻牙唇颊侧或舌侧牙龈的根尖部开始按压,慢慢向可疑患牙根尖部移动,观察是否有压痛。如有压痛则提示根尖周组织有炎症存在。

(2)脓肿波动感扪诊:若根尖周已形成脓肿,应以示指和中指双指轻放在脓肿部位,分别用两指交替上下推压按动,用指腹扪及波动感。

5.牙齿松动度的检查

(1)方法用镊子夹住前牙切端或抵住后(牙合)面的窝沟,做唇舌向(颊舌向)、近远中向和上下向摇动牙,观察牙晃动的程度。

(2)结果记录

I度松动:仅唇舌向或颊舌向一个方向晃动,或晃动幅度小于1mm。

II度松动:两个方向的晃动,即除唇舌向或颊舌向晃动外,近远中向也有晃动,或晃动幅度在1~2mm之间。

III度松动:三个方向的晃动,即唇舌向或颊舌向、近远中向和垂直方向均有晃动,或晃动幅度大于2mm。

147

第一站: 下颌下腺检查

解析: 下颌下腺检查

下颌下腺检查是口腔颌面外科要求掌握的一项基本检查方法, 在临床应用的几率也很高, 因此要求口腔科医师不但知道, 还应该能够准确操作。

(一) 体位

检查时患者取坐位, 检查者应站在其右方(前或后), 患者头稍低, 略偏向检查侧, 使皮肤、肌肉松弛, 便于触诊。

(二) 检查内容及方法

视: 平视时及仰头位正面观双侧下颌下区是否对称; 开口位双侧口底是否对称, 口底下颌下腺导管开口处有无异常分泌物或黏膜红肿、溃疡等。

触: 检查者手指紧贴下颌下区皮肤, 首先触诊下颌下腺的大小、质地、活动度及有无异常包块和触压痛。进一步对下颌下区进行双合诊。复查以上口外触诊内容, 同时由后向前检查口内下颌下腺导管的质地, 有无结石, 口外挤压腺体后观察口内导管口分泌情况。注意口内检查时应戴手套。