

（内部资料 仅供参考）

牙周病诊疗指南和技术规范

北京市社区卫生协会

2023 年 8 月

目 录

牙周基本检查评估规范	3
一、检查内容	3
二、分类	6
三、牙周检查记录表	8
牙周病诊疗指南	13
一、慢性龈炎	13
二、慢性牙周炎	14
三、菌斑性龈炎诊疗指南（2022 年版）	16
牙周病诊疗技术规范	24
一、龈上洁治术及牙面抛光	24
二、龈下刮治术及根面平整术	26
三、口腔卫生指导	27

牙周基本检查评估规范

一、检查内容

1. 病史询问并记录

询问现病史、既往史、家族史、用药史、全身系统性疾病状况并进行记录。

2. 牙周探诊检查器械

牙周常规手动探针：例如 UNC-15、Williams、WHO、Nabers 或其他类型。

牙周压力敏感探针：例如 Florida 或其他类型。

3. 基本检查项目

3.1 口腔卫生情况

根据菌斑和牙石的存在与牙面分布对口腔卫生状况进行评价，采用菌斑指数或简化牙石指数记录。局部如有明显的菌斑滞留因素，可一并记录。

3.1.1 检查牙位

16、21、24、41 的唇（颊）面，36、44 的舌面。

3.1.2 检查方法

选择一种方法进行检查并记录。

3.1.2.1 菌斑检查

患者先用清水漱口，然后用棉签或小棉球蘸取菌斑显示剂（如 2% 碱性品红溶液），涂于检测牙龈缘附近的牙面上，再次漱口，被染色的区域即为附着的菌斑，根据牙面染色范围计分。

3.1.2.2 牙石检查

肉眼观察龈上牙石量；结合探查龈下牙石（探针插入检测牙的远中邻面龈沟内，沿龈沟向近中邻面移动，观察牙颈部牙石的存在及量）；以最

高值计分。

3.1.3 计分标准

均以所在牙面计分最高值记录于检查表内。

3.1.3.1 菌斑指数

0：牙面无菌斑；1：牙颈部龈缘处有散在的点状菌斑；2：牙颈部连续窄带状菌斑宽度不超过 1mm；3：牙颈部菌斑覆盖面积超过 1mm，但小于牙面 1/3；4：菌斑覆盖面积至少占牙面 1/3，但不超过 2/3；5：菌斑覆盖面积占牙面 2/3 或以上。

3.1.3.2 简化牙石指数

0：龈上、龈下无牙石；1：龈上牙石覆盖面积占牙面 1/3 以下；2：龈上牙石覆盖面积在牙面 1/3 与 2/3 之间，或牙颈部有散在龈下牙石；3：龈上牙石覆盖面积占牙面 2/3 或以上，或牙颈部有连续且厚的龈下牙石。

3.1.4 菌斑滞留因素

牙体解剖因素；牙齿位置异常、错颌畸形；充填体悬突；不良修复体；食物嵌塞等。

3.2 牙龈

检查牙龈色泽、形态、质地、龈缘位置等，并进行相应记录。

3.2.1 牙龈颜色

正常牙龈呈粉红色；红色加深提示有炎症。

3.2.2 牙龈外形

正常牙龈菲薄而紧贴牙面；炎症时牙龈肿胀，龈缘变厚，牙龈乳头圆钝或肥大。

3.2.3 牙龈质地

正常牙龈质地致密坚韧；炎症时牙龈松软缺乏弹性，增生时可变硬。

3.2.4 牙龈退缩

牙龈缘向根方退缩暴露出釉质牙骨质界(cemento-enamel junction, CEJ)或牙根面。

3.2.5 牙龈表型

根据龈缘下的牙龈厚度和形态判别薄龈型和厚龈型。

3.2.6 角化龈宽度

是唇（颊）面龈缘至膜龈联合间的距离。一般记录中部测量值，美学治疗时增加记录龈乳头测量值。

3.3 松动度

前牙用牙科镊夹住切缘，作唇舌方向摇动；在后牙，闭合镊子，用镊子尖端抵住骀面窝，向颊舌或近远中方向摇动。无松动不需记录，如有以下状况则记录。

3.3.1 I 度松动

松动超过生理动度，但幅度在 1mm 以内；或仅为颊舌方向松动时。

3.3.2 II 度松动

松动幅度在 1~2mm 之间；或颊舌和近远中方向均有松动时。

3.3.3 III 度松动

松动幅度在 2mm 以上；或颊舌、近远中和垂直方向均有松动时。

3.4 探诊出血

用钝头牙周探针从颊、舌、近中、远中轻探到袋底或龈沟底（探诊力为 0.20~0.25N），取出探针后观察 10~15s，根据是否出血记录为（+）或（-）。

3.5 探诊深度

3.5.1 常规手动探诊检查

选择标准化牙周探针，放稳支点后，以 0.20~0.25N 的探诊力，平行于检测牙长轴的方向轻轻插到袋底，按颊、舌面的远中、中央、近中测量，每个检测牙记录 6 个位点龈缘至袋底间的距离数值。

3.5.2 压力敏感探诊检查

选择牙周压力敏感探针，放稳支点后，同法按序检测每个检测牙位的 6 个位点；其压力由仪器自动控制，并且自动记录检测数值。

3.5.3 根分叉探诊检查

检查能否水平探入磨牙根分叉区，记录探入深度值或是否贯通（上颌磨牙建议用根分叉测量专用弯探针从远中、近中和颊侧中央 3 个方向进行探查）。

3.6 临床附着丧失(clinical attachment loss, CAL)

测量探诊深度后，探针尖沿牙根面退出，探寻 CEJ 位置，记录 CEJ 到龈缘的距离，将探诊深度减去该距离即为 CAL。若两数相减为零或不能探到 CEJ，说明无 CAL；若牙龈退缩使龈缘位于 CEJ 的根方，则应将两个读数相加，得出 CAL。同探诊深度，每个检测牙记录 6 个位点的 CAL 数值。

3.7 影像学检查

根据病史、患者意愿、临床检查确定影像学检查范围，即主诉牙、区段牙或全口患牙。

由接诊医师选择确定影像学检查类型，即牙科数字成像系统、曲面体层 X 线片、锥形束 CT。

必须进行以上至少一种影像学检查辅助诊断。

二、分类

1. 牙周专业医师

1.1 检查牙位

口腔内所有牙位。

1.2 检查项目

检查内容 3 “基本检查项目”中的所有项目（包括口腔卫生、牙龈、松动度、探诊出血、探诊深度、CAL、影像学检查）。

1.3 记录

参见附录一进行记录。

2. 非牙周专业医师

2.1 检查牙位

主诉牙必须检查；指数牙或全口牙由接诊医师确定选择性检查。

2.1.1 主诉牙

患者主诉症状牙位。

2.1.2 指数牙

将口腔中分为 6 个区段，每个区段至少选取 1 颗功能牙，如可以考虑 16、21、24、36、41、44；当同一区段所选取的功能牙有缺失时，则以邻牙替代；如整个区段已无功能牙，则省略。

2.1.3 全口牙

口腔内所有存留牙位。

2.2 检查项目

2.2.1 必查项目

主诉牙位的口腔卫生情况、牙龈色形质、牙松动度、探诊出血、探诊深度状况，记录检查的最高值。

2.2.2 选查项目

检查内容 3 “基本检查项目”中除必查项目之外的其余项目，或增加指数牙位、全口牙位。

2.3 记录

参见附录二进行记录。

三、牙周检查记录表

1. 封面填写

姓名、性别、年龄、就诊时间、联系方式等。

2. 检查项目记录

根据检测项目内容、在牙周检查表内直接填写相应数据。

3. 牙周检查结果评估

根据临床指标、影像学检查、血液生化检验等资料，做出病情判断和初步诊断。

对于复杂病例(如发现全口探诊出血位点数>50%、牙龈红肿溢脓、龈退缩>3mm、探诊深度>5mm、牙松动>II度、根分叉病变、缺牙5颗以上等状况时)，可转诊至牙周专科医师处做详细判断。

如有不同时间的连续资料，可参照进行病情预后及进展可能的风险评估。

将检查结果记录于牙周检查表内。

附录一

牙周专业医师牙周检查记录表

姓名：_____性别：_____年龄：_____病历号：_____X线片号：_____

检查日期：_____年_____月_____日

菌斑																	
牙石																	
松动度																	
角化龈宽度																	
根分叉病变																	
BOP (探诊出血)	B																
	L																
CAL (临床附着丧失)	B																
	L																
龈缘-CEJ	B																
	L																
PD (探诊深度)	B																
	L																
牙位		8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
PD (探诊深度)	L																
	B																
龈缘-CEJ	L																
	B																
CAL (临床附着丧失)	L																
	B																
BOP (探诊出血)	L																
	B																
根分叉病变																	
角化龈宽度																	
松动度																	
牙石																	
菌斑																	

咬合关系：错𪙇拥挤 深覆盖 对刃𪙇 反𪙇

特殊病史：

其他：

影像检查：

诊断：

【参考文献】

中华口腔医学会牙周病学专业委员会，口腔诊疗中的牙周基本检查评估规范[J].中华口腔医学杂志，2021，56（3）：238-243.DOI: 10.3760/cma.j.cn112144-20201227-00635

牙周病诊疗指南

一、慢性龈炎

慢性龈炎是指位于游离龈和龈乳头的慢性炎症，是菌斑性牙龈病中最常见的疾病，又称边缘性龈炎或单纯性龈炎。

（一）临床表现

1. 自觉症状

常因刷牙或咬硬物时牙龈出血就诊，甚至有时出现自发性牙龈出血，或有口臭，牙龈局部痒、胀、不适等。

2. 临床检查

（1）牙龈色、形、质的改变：如牙龈呈暗红色，龈缘变厚，龈乳头圆钝肥大，质地松软脆弱。

（2）由于牙龈组织的水肿或增生，龈沟的探诊深度可达 3mm 以上，但无附着丧失。

（3）龈沟探诊出血。

（4）龈沟液量增多，有些患者还可出现牙周溢脓。

（二）诊断要点

1. 诊断

根据临床表现，龈缘附近牙面有菌斑、牙石堆积或存在其他菌斑滞留因素等，即可诊断。

2. 鉴别诊断

（1）与早期牙周炎鉴别：有无附着丧失和牙槽骨吸收是鉴别慢性龈炎和牙周炎的要点。

（2）与血液病引起的牙龈出血鉴别：以牙龈出血为主诉的患者需注意与血液系统疾病鉴别，血液检查有助于诊断。

(3) 与坏死性溃疡性龈炎鉴别：坏死性溃疡性龈炎疼痛症状明显，有特征性的龈乳头和龈缘的坏死。慢性龈炎无自发痛。

(三) 治疗原则及方案

1. 口腔卫生指导,菌斑控制。
2. 通过洁治术清除菌斑及牙石，消除造成菌斑滞留和刺激牙龈的局部因素，如纠正食物嵌塞或去除不良修复体等。
3. 炎症较重时可配合局部用药，如 1%~3%过氧化氢液、碘制剂、漱口液等。
4. 炎症消退后，牙龈纤维增生不能恢复正常牙龈形态者，可采用牙龈成形术或牙龈切除术。
5. 定期复查复治,维持疗效。

【参考文献】

中华口腔医学会，《临床诊疗指南口腔医学分册》[M]，2016 修订版，人民卫生出版社，2016：19-20。

二、慢性牙周炎

慢性牙周炎是最常见的一类牙周炎，约占牙周炎患者的 95%。本病可发生于任何年龄，但大多数患者为成年人（35 岁以上）。慢性牙周炎的起病和发展是一个非常缓慢的过程，也可有一部分病例在某些条件下出现短期的快速破坏，病情迅速加重。

(一) 临床表现

1. 牙龈炎症表现

牙龈色鲜红色或暗红色、质地松软、易出血、龈缘变厚，龈乳头变圆钝，牙龈组织表面光亮，点彩消失。在慢性炎症的情况下，牙龈可变得坚韧、肥厚。

2. 牙周袋形成与附着丧失

牙周袋形成是慢性牙周炎最重要的病理改变和临床特征之一；是否有附着丧失的发生，是区别龈炎和牙周炎的关键。

3. 牙槽骨吸收

牙槽骨的吸收常可表现为：水平型吸收、垂直型吸收、凹坑状吸收，以及其他形式的牙槽骨吸收。

4. 可出现牙齿松动和移动。

5. 并可伴发牙周-牙髓联合病变、根分叉病变、牙周脓肿、牙龈退缩和牙根面敏感。

（二）诊断要点

1. 牙龈红肿或探诊后出血。

2. 探诊深度 $>3\text{mm}$ ，且附着丧失 $>1\text{mm}$ 。

3. X线片显示牙槽骨吸收。

（三）治疗原则及方案

慢性牙周炎的治疗原则是有效清除和控制菌斑及其他致病因子，消除炎症并促进牙周组织的修复和再生，恢复牙周组织的生理形态，重建具有稳定的、良好功能的牙列。

具体方案包括：

1. 牙周基础治疗

（1）口腔卫生指导，菌斑控制。

（2）施行洁治术、根面平整，以消除龈上和龈下菌斑、牙石，平整根面。

（3）消除菌斑滞留因素和其他局部刺激因素。

（4）拔除无保留价值或预后极差的牙。

（5）炎症控制后进行必要的咬合调整，如需要可做松动牙暂时性固定。

(6) 药物治疗：对有明显的急性炎症或某些重症患者，可局部或全身应用抗菌药物。

(7) 尽可能纠正全身危险因素或环境危险因素，如全身控制疾病、戒烟等。

2. 牙周手术治疗

在基础治疗后 4~6 周，对牙周情况进行一次再评估。若仍有较深的牙周袋($\geq 5\text{mm}$)，且探诊有出血，或根面牙石不易彻底清除，炎症不能控制，或有牙龈及骨形态不良，膜龈关系不正常时,则可选择各种牙周手术治疗。

3. 正畸与修复治疗

一般在牙周手术治疗后 3 个月进行正畸与修复治疗。

4. 牙周支持治疗

牙周支持治疗是牙周系统性治疗计划中不可缺少的部分，是牙周疗效得以长期保持的先决条件。在基础治疗结束后牙周支持治疗即开始，其内容包括定期复诊，检查患者的菌斑控制情况和牙周健康状况，根据复查发现的问题进行治疗和口腔卫生指导。

【参考文献】

中华口腔医学会，《临床诊疗指南口腔医学分册》[M]，2016 修订版，人民卫生出版社，2016：25-26。

三、菌斑性龈炎诊疗指南（2022 年版）

（一）概述

菌斑性龈炎也称慢性龈炎、边缘性龈炎或单纯性龈炎，临床上也常简称为牙龈炎或龈炎，是一种由牙菌斑引起的、局限于游离龈和龈乳头的慢性炎症性疾病，其最主要的临床表现是牙龈红肿出血，经过有效治疗牙龈可以完全恢复健康，预后良好。如果不加以及时治疗，部分患者人群中该

病会发展成为牙周炎，因此龈炎也成为危害国人口腔健康的重要疾病之一。菌斑性龈炎在人群中患病率高，尤其高发于青少年。第四次全国口腔健康流行病学调查（2015～2017 年）结果表明，我国 15 岁受检人群的牙周健康率为 34.8%，即龈炎患病率超过 60%，按照 2018 年国际牙周病学分类标准，我国成年人群中龈炎的患病率为 23.1%。

（二）适用范围

结合临床表现，经专科检查确诊的菌斑性龈炎患者。

（三）诊断

1. 临床表现

菌斑性龈炎最典型的自觉症状是牙龈出血，患者可以表现为咬硬物或刷牙时牙龈出血，出血量一般不大，可以自行停止，一般不会有自发牙龈出血。部分患者可以伴有牙龈肿胀不适，或者有口腔异味，也有部分患者没有任何自觉症状。

2. 专科检查

（1）口腔卫生状况

临床检查时要对患者牙面菌斑、牙石堆积程度进行必要评价，同时关注可能造成菌斑滞留的局部因素，如牙列拥挤、食物嵌塞、充填体悬突等。

（2）牙龈颜色、形态和质地

健康牙龈呈粉红色，龈缘菲薄，质地坚韧，与牙面紧密附着。罹患菌斑性龈炎后，游离龈和龈乳头可以呈现为鲜红色或暗红色，牙龈水肿增厚，表面点彩可以消失，质地松软脆弱，缺乏弹性，有些患者表现出牙龈肥大增生，甚至覆盖部分牙面。部分以牙龈实质增生为主要表现的患者，牙龈质地也可表现为坚韧而有弹性。

（3）探诊深度、探诊出血和附着水平

牙周探诊检查是诊断菌斑性龈炎的必要环节。健康牙龈的探诊深度一般不超过 3mm，且无探诊后出血。菌斑性龈炎患者牙龈水肿或增生，探诊深度可以加深，但结合上皮和结缔组织附着水平与健康牙龈相同，位于釉牙骨质界，所以临床不能探及附着丧失，但探诊时会有不同程度的探诊后出血。

3.辅助检查

(1) 影像学检查

菌斑性龈炎通过临床检查即可确诊，影像学检查并非必要，如果需要将菌斑性龈炎与早期牙周炎相鉴别，可以拍摄平行投照根尖片或咬合翼片，观察牙槽嵴顶的高度和形态。菌斑性龈炎并不累及牙槽骨，X 线片表现与正常牙周组织无区别，牙槽嵴顶与釉牙骨质界之间的距离一般在 2mm 以内。

(2) 实验室检查

实验室检查一般用于菌斑性龈炎与其他疾病的鉴别诊断，不是诊断菌斑性龈炎的必要环节。以自发性牙龈出血为主要症状的患者如果需要排除血液疾病，可以进行血细胞分析和凝血功能检查。某些人类免疫缺陷病毒感染患者牙龈缘表现出鲜红色线状充血带，进行相应的血清病毒抗体检查有助于与菌斑性龈炎相鉴别。

(3) 病理检查

菌斑性龈炎没有特征性的病理改变，无需进行病理检查，以牙龈肥大增生为主要表现的患者，如果符合牙龈切除手术指征，可以对切除组织进行病理检查，以除外其他疾病。

4.诊断标准

经典的菌斑性龈炎诊断标准主要包括两个方面，一是牙龈的炎症性改变，主要表现为牙龈颜色、形态和质地的变化以及探诊后出血；二是没有

临床附着丧失，即临床检查时不能探及釉牙骨质界。2018 年国际牙周病新分类在原有标准的基础上，增加了一型伴有附着丧失的菌斑性龈炎，患者可以有附着丧失但探诊深度不超过 3mm，且伴探诊后出血，拓宽了传统意义上菌斑性龈炎的范围。

综上，菌斑性龈炎的诊断要点如下：

(1) 全口探诊后出血阳性位点百分比 $\geq 10\%$ ，牙龈可有不同程度红肿，无临床附着丧失，探诊深度可以超过 3mm，；

(2) 全口探诊后出血阳性位点百分比 $\geq 10\%$ ，全口探诊深度 $\leq 3\text{mm}$ ，可伴有附着丧失；

满足上述之一者即可诊断为菌斑性龈炎。

5. 鉴别诊断

(1) 与早期牙周炎鉴别

部分长期存在的龈炎可逐渐发展成为牙周炎，出现附着丧失和牙槽骨吸收。鉴别龈炎和早期牙周炎最主要的方法是临床探诊检查，判断是否存在牙周袋和临床附着丧失，必要时拍摄平行投照根尖片或者咬合翼片。

(2) 血液病相关的牙龈出血

很多血液病也会引起牙龈出血，需要与龈炎相关的牙龈出血相鉴别。可以从病史、出血的程度和性状以及全身症状等方面进行鉴别，血液病相关的牙龈出血一般出血量比较大，且为自发出血，难以自行停止，患者还可能伴有低热、疲惫以及皮下淤斑等全身症状，必要时应进行血液学检查。

(3) 系统因素相关的牙龈炎症和牙龈肥大

牙龈炎症水平受到激素水平的影响，对于牙龈红肿程度与局部因素明显不符的青春期的患者或妊娠期女性，要考虑到青春期龈炎及妊娠期龈炎的可能性。伴有明显牙龈增生的菌斑性龈炎需要与系统因素相关的牙龈增生

肥大相鉴别，比如药物性牙龈肥大、牙龈纤维瘤病、以及白血病相关的牙龈肥大等。其中与药物性牙龈肥大的鉴别要结合明确的用药史；与白血病相关牙龈肥大的鉴别要结合牙龈肥大的颜色和形态特征、患者的全身症状以及血液学相关检查；与牙龈纤维瘤病的鉴别要结合牙龈的形态特征和必要的组织学检查。

（四）治疗原则

1.基础治疗

（1）去除病因

菌斑性龈炎的临床治疗以去除局部因素为主，方法主要是洁治和抛光（橡皮杯抛光或喷砂抛光），彻底清除牙面附着的菌斑和牙石。对于炎症较重、存在探诊深度 $\geq 4\text{mm}$ 位点的患者可以配合龈下刮治及局部药物治疗，如1%~3%过氧化氢溶液、0.12%~0.2%氯己定溶液以及碘制剂等药物的局部冲洗或含漱。对于不伴有全身疾病的龈炎患者，不应全身使用抗菌药物进行治疗。

去除局部菌斑滞留因素也是菌斑性龈炎治疗的重要环节，比如拆除边缘位于龈下过深或有明显悬突的修复体或充填体，恢复正常邻接关系、改善局部食物嵌塞，通过正畸治疗排齐拥挤牙列等等。

（2）防止复发

菌斑性龈炎治疗效果肯定，但易复发。治疗过程中必须同时做好口腔健康教育，进行个性化口腔卫生指导，教会患者刷牙、邻面清洁等日常控制牙菌斑的方法，并让患者形成定期到医院进行专业复查和维护的意识，这样才能维持长期疗效，防止复发。

2.手术治疗

大多数患者经过非手术治疗后一周左右炎症消退，牙龈颜色、形态和

质地恢复正常，少数患者存在较明显的牙龈纤维增生，如经过非手术治疗并观察 3~6 个月后，牙龈仍难以完全恢复正常形态，此时可以考虑进行牙龈成形手术，以恢复牙龈生理外形，便于长期控制牙菌斑。

（五）主要并发症及处理

非手术治疗方法简单，很少出现并发症，治疗后可能出现的问题主要有以下四种。

1. 炎症复发

少数患者治疗后短期牙龈出血等症状复发，主要原因是菌斑牙石清除不彻底，邻面、下颌后牙舌侧、上颌后牙颊侧以及最后一颗磨牙的远中面是常见的容易遗留牙石的部位。

此外，局部牙菌斑滞留因素未得到有效解除以及患者自我牙菌斑控制不良等因素也可能与炎症控制不彻底有关。患者自我牙菌斑控制差，牙石会在短时间内重新形成，新形成的牙石呈淡黄色，质地较软，有别于未除净的陈旧牙石。

另外有些患者疗效不佳的原因是诊断错误，将牙周炎误诊为龈炎，洁治后没有进行后续的龈下刮治和根面平整，因而炎症控制不彻底。

对于疗效不佳的患者需要进行临床评估，根据具体原因确定后续治疗方案。洁治不彻底的患者可以在初次洁治 1 周之后安排再次洁治；牙石短时间重新形成的患者，再次洁治的同时应加强口腔卫生指导；牙周炎误诊为龈炎的患者可以按照牙周炎的治疗规范安排后续治疗内容。

2. 洁治后牙齿冷热敏感

部分患者洁治后牙齿出现冷热敏感，这是治疗后正常的一过性反应，一般无需处理，敏感症状多数在一周之内自行缓解。敏感症状缓解前应嘱患者避免过冷过热饮食。正确掌握超声洁牙机的操作使用可减少洁治术后

牙齿冷热敏感的发生，对于洁治后敏感症状较明显的患者可酌情进行脱敏处理。

3.洁治后出血

少数患者洁治后会有较长时间牙龈活动性出血，持续到治疗后数小时甚至更长时间，难以自行停止。这种情况常发生于口腔卫生较差、牙龈炎症程度比较重的患者，对这些患者进行洁治操作时应该动作轻柔，避免过度损伤牙龈；也可以考虑将洁治分成两次完成，第一次先去除大块牙石，待一周后牙龈炎症有所减轻后再进行第二次洁治和抛光治疗。另外每次洁治后要对活动性出血部位进行观察和必要的压迫止血，这样可以有效降低治疗后出血发生的风险。

有些患者存在一定程度的凝血功能异常，这也会导致治疗后牙龈出血。治疗前应充分询问患者全身健康状况和用药史，对于可疑凝血功能异常或服用抗凝血药物的患者，必要时进行血细胞分析和凝血功能检查，如果存在明显异常，建议暂缓治疗。

治疗洁治后出血最有效的方法是找到出血点并进行局部压迫，绝大多数患者的出血症状可以通过压迫止血得到有效控制。对于压迫止血效果不佳的患者，要考虑存在未经控制的血液疾病的可能，应及时转诊至综合医院血液科检查治疗。

4.与治疗相关的其他全身疾病或状况

超声波洁治可能引起少数佩戴旧式心脏起搏器患者的不适，此时应立即停止操作，待患者不适症状缓解后再改行手工洁治操作，或择期治疗。有些牙龈炎症较重的患者在洁治后会出现一过性菌血症，并可能由此引发亚急性细菌性心内膜炎。这种风险主要集中于有心脏人工植入物的患者，因此 6 个月内进行过心脏人工瓣膜植入、冠脉支架植入等手术的患者，应

征得心内科医生同意后再进行牙周相关治疗，治疗前应预防性服用抗生素，尽可能降低菌血症发生的风险。糖尿病、冠心病等全身疾病患者应在原有疾病得到有效控制后再进行牙周治疗，活动期的传染病患者应暂缓牙周治疗。

（六）随访及预后评估

菌斑性龈炎在完善洁治后一周，牙龈炎症即可得到有效改善，此后可根据患者炎症控制水平和口腔卫生状况安排 6~12 个月定期复查维护。如果患者存在短时难以纠正的局部因素，如食物嵌塞、牙列拥挤、偏侧咀嚼等，可以适当缩短复查间隔至 3~6 个月。

复查评估内容包括口腔卫生状况、牙龈颜色、形态、质地、探诊深度及出血、附着丧失等，并对局部和全身促进因素进行评价；维护治疗的内容主要包括强化口腔卫生指导以及必要的洁治和抛光。

牙周病诊疗技术规范

一、龈上洁治术及牙面抛光

龈上洁治术及牙面抛光即用手持洁治器或超声波洁牙机去除龈上牙石、菌斑和色渍，并抛光牙面的技术。

（一）操作器械

手用龈上洁治器、超声洁牙机、喷砂仪器、抛光杯，抛光膏等。

（二）适应证

1. 各类龈炎、牙周炎。
2. 预防性治疗和健康保健。
3. 口腔内其他治疗前的准备：对牙石较多者在修复取印模前先做洁治，以消除牙龈炎症，利于牙体组织的精确预备和修复体制作的精确性。口内一些大手术前需要先做洁治，以消除或减少感染隐患和一过性菌血症。

（三）禁忌证

1. 凝血机制障碍患者。
2. 急性白血病患者。
3. 其他严重的全身系统性疾病未得到有效控制的患者。

以上患者在内科会诊已控制较为稳定或待急性期后，可考虑分区分次再进行活治。

（四）操作程序及方法

1. 手用器械洁治

- (1) 正确选用消毒后合适的锐利器械。
- (2) 要有支点，避免软硬组织损伤。
- (3) 刀刃的工作面与牙面应成约 80° 角。

2. 超声洁牙机洁治

- (1)使用消毒的换能器和工作尖，防止交叉感染。
- (2)选用合适的功率。
- (3)使用过程中，应使工作尖与牙面成 $10^{\circ} \sim 15^{\circ}$ 角，不应与牙面垂直。
- (4)重视邻间隙牙石的清除，必要时配合手用器械。
- (5)对于牙石较多，炎症较重，一次清除难彻底者，有必要进行二次洁治，并可局部上药。
- (6)洁治后应用橡皮轮、抛光膏、喷砂等抛光牙面，以延迟菌斑的再附着。炎症较重者，可分次实施。

（五）注意事项

1. 洁治前应询问全身情况及服药状况，如心血管疾病、血液性疾病、糖尿病等。在病情稳定的情况下再考虑实施洁治术，并咨询内科医师，考虑治疗前、后分别短期口服抗生素。
2. 患有活动性传染病，如乙肝表面抗原阳性、肺结核患者等不宜用超声洁牙机洁治(可用手用器械)。体内装有电子器件，如心脏起搏器等的患者，根据具体情况慎用超声洁牙机洁治。
3. 部分患者可能出现洁治后牙齿遇冷热不适、牙根暴露等情况，应向患者解释，必要时可使用牙本质脱敏剂。
4. 洁治过程中若发现出血不止，应立即停止洁治，寻找原因并对症处理。
5. 喷砂抛光主要用于去除大量的色素沉积，不能替代常规洁治，并注意使用时功率不宜过大、喷嘴方向勿朝向龈下。对口腔黏膜有糜烂、溃破等病损者禁用喷砂抛光。

【参考文献】

中华口腔医学会，《临床技术操作规范口腔医学分册》[M]，2017 修订

版，人民卫生出版社，2017：24-25。

二、龈下刮治术及根面平整术

用龈下刮治器刮除位于牙周袋内根面上的牙石、菌斑和病变牙骨质，并去除牙周袋内壁的感染肉芽组织，促进牙周袋的消除和牙周新附着的形成。

（一）操作器械

牙周刻度探针、手用龈下刮治器、超声龈下洁治器、冲洗器具。

（二）适应证

已做过龈上洁治术，仍能探及 $\geq 4\text{mm}$ 的牙周袋。

（三）禁忌证

1. 患有活动性传染病患者。
2. 血液病患者。
3. 全身严重疾病(如糖尿病、风湿性心脏病)且尚未有效控制的患者。

（四）操作程序及方法

1. 根据不同牙位选用合适且锐利的区域特异性刮治器或通用型刮治器。
2. 对于牙周袋较深且敏感者，龈下刮治可在局麻下进行。
3. 要有支点，避免滑脱，动作幅度要小，尽量避免软组织过度损伤。
4. 龈下刮治后应仔细探查龈下牙石是否刮净，根面是否平整，并进行冲洗，还可局部上药。

（五）注意事项

1. 治疗后数日内可能出现牙龈发胀、牙根暴露等现象，应向患者提前说明和解释原因。
2. 各种类型超声洁牙机的龈下工作尖可进行龈下洁治，但目前仍不能完全代替手工刮治，建议两者配合使用。

3. 禁用普通超声工作尖处理种植体表面。

【参考文献】

中华口腔医学会，《临床技术操作规范口腔医学分册》[M]，2017 修订版，人民卫生出版社，2017：25-26。

三、口腔卫生指导

口腔卫生指导是贯穿牙周诊疗始终的重要措施。自我清除菌斑是对每个患者均适用的，而且是最基本和最有效的防治牙周病方法。

（一）操作器械

菌斑染色剂、口腔宣教手册或展板、牙刷、牙间隙刷、牙线、冲牙器等。

（二）操作程序及方法

1. 向患者说明控制菌斑的意义和重要性

预防疾病发生，防止疾病复发。

2. 指导菌斑控制的有效方法

最基本和通用的办法是每日坚持早晚刷牙 2 次以上。教育患者掌握适应其个体的刷牙方法，而且要保证清洁到所有牙面。重点学习如何清除牙颈部和邻面的菌斑。

3. 根据每个患者个体的不同具体情况，还可建议选用牙线、牙间隙刷、冲牙器等辅助工具来增强清除牙齿邻面菌斑的效果。

【参考文献】

中华口腔医学会，《临床技术操作规范口腔医学分册》[M]，2017 修订版，人民卫生出版社，2017：24。