

保证冲洗液的用量和冲洗频率。根管冲洗时冲洗液不能超出根尖孔,不能刺激根尖周组织,要做到边扩大边冲洗,及时将大部分切削下的碎屑通过冲洗作用带出根管。推荐使用 0.5% ~ 2.5% NaOCl 和 3% H₂O₂、15% ~ 17% EDTA。

8 感染根管的开放引流和消毒

在感染根管的治疗过程中,有时可出现诊间急症,可开放髓腔以利炎症渗出液的引流。一旦急症缓解应尽早封闭髓孔防止重复感染。推荐使用消毒力强而对根尖周组织刺激性小的药物消毒根管,如氢氧化钙。切忌抗生素或杀菌药物多次重复使用。

9 根管充填

根管充填的目的是封闭整个根管系统,堵塞主根管和侧副根管出口,防止微生物和液体的渗漏。根充的方法有侧方加压充填和垂直加压充填。

9.1 根充的时机

对于活髓牙可以进行一次性根充,对于炎症急性期,渗出多,根尖透视影大者,须在感染得到控制后根充。

9.2 恰填、欠填和超填

理想条件下,充填材料在根尖部应位于根尖狭窄

处,即在充填后牙片显示到达距根尖 0.5 ~ 2 mm 为恰填,不足者为欠填,超出者为超填。

9.3 根充的严密程度

根充无论是侧方加压法还是垂直加压法,应做到严密充填,根充后 X 线片上无根充腔隙。

9.4 根充的质控标准和远期疗效评价

9.4.1 X 线片至少显示根尖及其周围 2 mm 内的清晰影像,X 线片中根充材料与根尖定点之间不应有明显根管影像。患者无主观症状,临床检查无阳性体征。

9.4.2 对于根充后疗效评价的观察时期,应在 2 年后评价远期疗效,或应该分为无根尖病变和有根尖病变,前者为 1 ~ 2 年,后者为 2 ~ 5 年。

10 牙体修复

根管治疗完成后进行的牙体修复对于保存患牙具有重要意义。根管治疗后,医生有义务告知患者是否需要进行牙体修复。

11 病历完整资料的保存

病历的完整与规范书写以保存完整的资料,有重要的科研价值和法律价值。

中华口腔医学会口腔颌面外科专委会第二届全国口腔颌面肿瘤学术研讨会纪要

经中华口腔医学会批准,由口腔颌面外科专委会肿瘤学组主办、青岛大学医学院承办的第二届全国口腔颌面肿瘤学术研讨会于 2003 年 8 月 23 日 ~ 8 月 27 日在山东省青岛市举行。会议受到了中华口腔医学会和口腔颌面外科专委会的指导帮助和与会代表的大力支持。鉴于受非典因素影响及本年度学术会议较多的特点,本次会议采取控制规模、专题讨论的形式,集中对当前口腔颌面肿瘤临床广泛关心的口腔癌颈淋巴清扫术的术式及口腔癌 cNO 的诊断和处理进行了热烈深入地讨论。会议还就口腔癌外科治疗和颈淋巴转移机制相关基础研究成果进行了大会交流。会议共收到论文 86 篇,到会代表 90 人。在与会代表的积极支持和参与下,本次会议取得了圆满成功,达到了预期效果。

经讨论决定由学组制定有关颈清术的指征及颈清术式改良及口腔癌 cNO 患者的诊治原则,以利国内临床工作者参考。

针对颈淋巴分区,目前美国耳鼻咽喉头颈外科协会提出的颈淋巴分区(Level)标准已在国内各大单位普遍使用。

颈清术的指征:对于已经明确有颈淋巴结转移的口腔癌病例,应施行治疗性颈清术,以联合根治的术式为佳。对于尚无颈部阳性体征即 cNO 的患者,应结合具体肿瘤的转移危险度来确定:具有高转移倾向的肿瘤,建议行选择性颈淋巴清扫术;转移倾向较低的早期病例,可在处理原发灶后严密观察颈部。原则上舌根、后颊、咽壁、口底等部位的肿瘤应施行选择性颈清扫术,而相对早期的唇癌、上颌窦癌、腭部和腮腺癌可在处理原发灶的基础上严密观察颈部,在必要时施行以颈淋巴清扫术为主的综合治疗。

根治性颈清术的术式改良及并发症的防治:肿瘤根治性手术以挽救生命为最终目的,但在保证手术彻底性的基础上,也应最大限度保存患者术后的生存质量和机体功能。经典的根治性颈清术术后可能出现严重的并发症及功能障碍,其中尤以颈内静脉切除后的颅内血液回流障碍和切除副神经后的肩功能障碍较为突出。功能性颈清术虽可避免以上缺点,但为保证颈清术的根治性及较广的适应证,四川大学华西口腔医学院提出保留颈外静脉和颈神经丛深支的根治性颈清扫术,在很大程度上减轻和避免了术中、术后的颅内高压并发症和肩功能的损伤;口腔癌早期的颈转移多局限于 I、II、III 区,故对 cNO 患者的选择性颈清术可施行肩胛舌骨上颈清术。

此外,会议还就口腔癌 cNO 患者的诊断及处理原则以及前哨淋巴结的定位及对颈转移判断上的意义、口腔癌颈淋巴结转移机制的相关基础研究、颌骨缺损的修复等内容进行了充分的交流,取得了初步共识,达到了会议预期目的。

(华成舸 李龙江 温玉明整理)