

ICS 11.060.01  
CCS 005

# 中华口腔医学会 团体标准

T/CHSA 002—2020

---

## 牙周基本检查评估规范

Standard of periodontal examination and evaluation



2020 - 12 - 29 发布

2021 - 01 - 01 实施

---

中华口腔医学会 发布



## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中华口腔医学会牙周病学专业委员会提出。

本文件由中华口腔医学会归口。

本文件由空军军医大学第三附属医院负责起草，四川大学华西口腔医院、南京大学医学院附属口腔医院、中国人民解放军总医院、哈尔滨医科大学附属第四医院、山东大学口腔医院、武汉大学口腔医学院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、浙江大学医学院附属第二医院、北京大学口腔医院、南京医科大学附属口腔医院、中日友好医院、瑞尔集团、中国医科大学附属口腔医院参与起草。

本文件主要起草人：王勤涛、马志伟、安莹。

参与起草讨论专家（按姓氏笔画为序）：丁一、闫福华、刘洪臣、毕良佳、杨丕山、李成章、束蓉、吴亚菲、陈莉丽、孟焕新、欧阳翔英、徐艳、徐宝华、章锦才、潘亚萍。



## 引 言

牙周病是一种“沉默”的全球性流行病，具有巨大的疾病负担和社会经济影响。牙周组织是口腔的重要组成部分，更是牙齿能够稳固存在于口腔内并行使功能的基础；成年人牙齿丧失的最主要原因是牙周病；即使要进行各种类型的修复治疗，也需要考虑和借助存留牙牙周组织的储备和支撑。越来越多的证据也支持其可能的间接危害，即牙周病的存在及失控，可能导致或加重远隔的系统器官病症，甚至危及生命安全。因此如何尽早发现和判定是否有牙周病损存在、如何检查和评估牙周病损的程度、是否进行干预、应用何种手段、是否能保证自然牙及修复体的稳定性及功能性等，是必须要面对和重视的现实问题。

《第四次全国口腔健康流行病学调查报告》显示，目前中国成年人的牙周情况不容乐观，牙龈炎和牙周炎的患病率居高不下；因此在患者就诊时，对其牙周健康状况的检查不容忽视，对其病情状况及风险评估尤为重要，制定规范化牙周检查评估方法的标准就显得刻不容缓。

中华口腔医学会牙周病学专业委员会组织本学科及相关学科专家，制定了口腔诊疗中的牙周基本检查评估规范，旨在强调该检查的必要性和重要性，协助提高口腔临床医生对牙周病的认识、诊断和治疗方案的制定，也有助于就诊患者无论是自然牙还是修复体的长期健康维护及炎症控制。



# 牙周基本检查评估规范

## 1 范围

本规范制定了口腔诊疗中的牙周组织健康状态检查的项目、方法、标准及管理的基本要求，适用于所有口腔临床诊疗中的基本检查。

本规范也可适用于健康体检中的口腔检查。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

本文件没有需要界定的术语和定义。

## 4 检查内容

### 4.1 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。

### 4.2 牙周探诊检查器械

手动牙周探针：例如UNC-15、Williams、WHO、Nabers或其他类型。

牙周电子探针：例如Florida或其他类型。

### 4.3 基本检查项目

#### 4.3.1 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（plaque index, PLI）或简化牙石指数（Calculus Index-Simplified, CI-S）进行记录。

1) **检查牙位**：16、21、24、41 的唇（颊）面，36、44 的舌面。

2) **检查方法**（选择一种方法进行检查并记录）：

- 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（2%碱性品红溶液），涂布于检测牙龈缘附近的牙面上，再次漱口，被染色的区域即是附着的菌斑，根据牙面染色范围计分。
- 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) **记分标准**（均以所在牙面计分最高值记录于检查表内）：

**菌斑指数（PLI）：**

- 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，但少于牙面 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。

**简化牙石指数 (CI-S)：**

- 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，或牙颈部有连续而厚的龈下牙石。
- 4) **菌斑滞留因素：**牙体解剖因素；牙齿位置异常、错殆畸形；充填体悬突；不良修复体；食物嵌塞等。

#### 4.3.2 牙龈

检查牙龈色泽、形态、质地、龈缘位置、表型及角化龈宽度等；并进行相应记录。

- 1) 牙龈颜色：正常牙龈呈粉红色；红色加深反映有炎症。
- 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，牙间乳头圆钝或肥大。
- 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。
- 4) 牙龈退缩：牙龈缘向根方退缩暴露出釉牙骨质界或牙根面。
- 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。
- 6) 角化龈宽度：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。

#### 4.3.3 松动度

前牙用牙科镊夹住切缘，做唇舌方向摇动；在后牙，闭合镊子，用镊子尖端抵住合面窝，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：

- 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。
- II 度松动 松动幅度在 1-2mm 间；或颊舌和近远中方向均有松动。
- III 度松动 松动幅度在 2mm 以上；或颊舌、近中远中和垂直方向均有松动。

#### 4.3.4 探诊出血 (bleeding on probing, BOP)

用钝头牙周探针从颊、舌、近中、远中轻探到袋底或龈沟底 (0.2-0.25N，即 20-25g 探诊力度)，取出探针后观察 10~15 秒看有无出血，据此记录为 (+) 或 (-)。

#### 4.3.5 探诊深度 (probing depth, PD)

手工探诊检查——选择标准化牙周探针，放稳支点后，以 0.2-0.25N (即 20-25g) 的探诊压力，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；

电子探诊检查——选择牙周电子探针，放稳支点后，同法按序检测每个检测牙位的 6 个位点；但其压力由仪器自动控制，并且自动记录检测数值。

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颊侧中央、远中、近中三个方向进行探查)。

#### 4.3.6 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, 探寻釉牙骨质界 (Cemento-enamel junction, CEJ) 位置, 记录CEJ到龈缘 (Gingival margin, GM) 的距离, 将探诊深度减去该距离即为牙周附着丧失程度。若两数相减为零或不能探到釉牙骨质界, 说明无附着丧失; 若牙龈退缩使龈缘位于釉牙骨质界的根方, 则应将两个读数相加, 得出附着丧失的程度。同探诊深度, 每个检测牙记录6个位点附着丧失的数值。

#### 4.3.7 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。

接诊医师选择确定影像学检查类型: 即根尖片RVG/曲面断层片/牙科CT。

必须进行以上至少一种影像学检查来辅助诊断。

### 5 分类

#### 5.1 牙周专业医生

##### 5.1.1 检查牙位

口腔内所有牙位。

##### 5.1.2 检查项目

2.3中的所有项目 (包括口腔卫生、牙龈、松动度、BOP、PD、CAL、影像学检查)。

##### 5.1.3 记录

记录所有项目的检查结果, 可参见附录 A。

#### 5.2 非牙周专业医生

##### 5.2.1 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是否选择性检查。

- 1) 主诉牙: 患者主诉症状的牙位。
- 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。
- 3) 全口牙: 口腔内所有存留牙位。

##### 5.2.2 检查项目

- 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 BOP、PD 状况。记录检查的最高值。
- 2) 选查项目: 2.3 中除必查项目之外的其余项目, 或增加指数牙位、全口牙位。

##### 5.2.3 记录

记录所有项目的检查结果, 可参见附录 B。

## 6 牙周检查记录表（见附录）

### 6.1 封面填写

姓名、性别、年龄、就诊时间、联系方式等。

### 6.2 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。

### 6.3 牙周检查结果评估

根据临床指标、影像检查、血液生化检验等资料，做出病情判别和初步诊断。

对于复杂病例，可转诊到牙周专科医生处做详细判断（如全口BOP>50%、龈红肿溢脓、龈退缩>3mm、PD>5mm、牙松动>II度、根分叉病变、缺牙5颗以上等）。

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 A  
(资料性)  
牙周专业医生牙周检查记录表

姓名\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_年龄\_\_\_\_\_病历号\_\_\_\_\_X线片号\_\_\_\_\_

检查日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

菌斑	X																
牙石	X																
松动度																	
角化龈宽度																	
根分叉病变	Y												Y				
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	X																
菌斑	X																

咬合关系：错合拥挤      深覆合      深覆盖      对刃合      反合

特殊病史：      其他：

影像检查：      诊断：

**附 录 B**  
**(资料性)**  
**非牙周专业医生牙周检查记录表 (主诉牙)**

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		Y Y Y												Y Y Y			
BOP (探诊出血)	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																
BOP (探诊出血)	L																
	B																
根分叉病变		— — —												— — —			
角化龈宽度																	
松动度																	
牙石																	
菌斑																	

特殊病史:

其 他:

影像检查:

诊 断:

备注: 1、可仅记录主诉牙位

2、可仅记录主诉牙位的检测最高值

## 参 考 文 献

- [1] Parameter on comprehensive periodontal examination. American Academy of Periodontology [J]. J PERIODONTOL, 2000, 71: 847-848.
- [2] Dowell P, Chapple IL. The British Society of Periodontology referral policy and parameters of care [J]. Dent Update, 2002, 29: 352-353.
- [3] Van Aelst L, Cosyn J, De Bruyn H. Guidelines for periodontal diagnosis in Belgium. [J]. Rev Belge Med Dent (1984), 2008, 63: 59-63.
- [4] Ismail AI, Lewis DW. Periodic health examination, 1993 update: 3. Periodontal diseases: classification, diagnosis, risk factors and prevention. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination [J]. CMAJ, 1993, 149: 1409-1422.
- [5] Polak D, Shapira L. An update on the evidence for pathogenic mechanisms that may link periodontitis and diabetes [J]. J CLIN PERIODONTOL, 2018, 45: 150-166.
- [6] Liljestrang JM, Paju S, Pietiainen M, et al. Immunologic burden links periodontitis to acute coronary syndrome [J]. ATHEROSCLEROSIS, 2018, 268: 177-184.
- [7] David Herrera, Jörg Meyle, Stefan Renvert and Lijian Jin. 《口腔健康和全身健康：牙周病预防和管理的白皮书》. 国际牙科联盟（FDI）全球牙周健康项目工作组，2018.
- [8] 《第四次全国口腔健康流行病学调查报告》，国家卫生计生委，2017.
- [9] 《中国居民口腔健康指南》，国家卫生计生委，2018.
- [10] 《健康口腔行动方案（2019—2025年）》，国家卫生健康委，2019.
- [11] 《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025年）》，国务院办公厅，2017.
- [12] 《口腔健康检查标准》，国家卫生健康委，2015.

