



第七节 性传播疾病的口腔表现

一、梅毒

梅毒(syphilis)是一种慢性性传播疾病,也是一种复杂的全身性疾病。

【病因】

由苍白螺旋体引起,人是梅毒的唯一传染源。后天梅毒主要通过性接触传染,先天梅毒通过胎盘传染。少数病例因接触带有梅毒螺旋体的内衣、被褥、毛巾、剃刀、文具、医疗器械、哺乳、输血而被间接感染。苍白螺旋体是小而纤细的螺旋状微生物,在体外干燥环境中易失去活力,在厌氧及潮湿环境中可生存很久。煮沸、肥皂水及一般消毒剂如苯酚(石炭酸)、乙醇等很容易将其杀灭。

【临床表现】

根据传染途径的不同,梅毒可分为获得性(后天)梅毒和先天(胎传)梅毒。根据病程的长短,可分为早期梅毒和晚期梅毒。

(一)获得性梅毒(后天梅毒)

1. 一期梅毒(primary syphilis) 主要症状为硬下疳(chancere),是梅毒螺旋体在侵入部位发生的无痛性炎症反应。伏期为1周~2个月。硬下疳的好发部位主要在外生殖器,口腔是仅次于外生殖器的第二个好发部位,可发生在唇、牙龈、腭、咽喉。硬下疳初起为一个小红斑,软骨样硬度。迅速扩大,形成无痛性溃疡。溃疡多为单个,边缘清楚,周边隆起,基底平坦,肉红色,表面有少量浆液分泌物。约3~8周硬下疳可不治自愈。

(1)唇部下疳常表现为巨唇,是一期梅毒常见的口腔损害,唇部下疳引起唇及周围组织肿胀,触之较硬,表面有黄色薄痂,可形成溃疡,下颌下淋巴结肿大。

(2)舌部下疳表现为舌前部光滑呈粉红色,覆盖灰白色假膜,触之稍硬,无痛,颌下及下颌下淋巴结肿大。

2. 二期梅毒(secondary syphilis) 一期梅毒未经治疗或治疗不彻底,螺旋体由淋巴系统进入血液循环,引起皮肤黏膜、骨骼及其他器官的多发性损害,称二期梅毒。常发生于下疳消退后3~4周。主要口腔表现:

(1)梅毒性黏膜炎:好发于颊、舌、腭、扁桃体、咽及喉部,表现为黏膜广泛充血、红肿、糜烂与溃疡。伴有灼痛、口干等表现。损害如果累及声带,可有声音嘶哑或失声。

(2)梅毒黏膜斑:是二期梅毒的特征性损害。可发生在口腔黏膜的任何部位,以唇黏膜最多见,其次为牙龈、颊及舌。损害为灰白色、光亮而微隆的斑块,易发生糜烂,表面覆盖灰白色假膜,周围有红晕。

3. 三期梅毒(晚期梅毒)(tertiary or late syphilis) 早期梅毒未经治疗或治疗不充分,经过3~4年的潜伏期或更长有40%梅毒患者发生三期梅毒。病变累及皮肤黏膜、心血管、中枢神经系统等重要器官,危及生命。

三期梅毒的皮肤损害主要为结节性梅毒疹和树胶肿。

三期梅毒的口腔黏膜损害主要是三期梅毒舌炎、舌白斑和树胶肿。

(1)梅毒性舌炎:舌背乳头萎缩消失,损害区光滑发红,呈萎缩性舌炎表现。有时为分叶状,伴沟裂,表现为弥散性间质性舌炎。

(2)白斑:三期梅毒舌炎可发生白斑,且容易恶变为鳞癌。



依据病史、临床表现和实验室检查来进行诊断。取脓性分泌物涂片，见大量多形核粒细胞及细胞内革兰阴性双球菌。细菌培养有淋病双球菌生长。

【治疗】

应早期诊断，及时治疗，用药要规则，药物剂量要足够。

由于耐药菌株的产生，青霉素已不再作为首选药物，可选用头孢曲松钠 250mg/d，1 次肌注；氧氟沙星 400mg/d，1 次口服；环丙沙星 500mg/d，1 次口服；头孢噻肟钠 1.0g，1 次肌注。口腔局部可选用消炎含漱剂、抗生素搽剂等。

三、艾滋病

艾滋病是获得性免疫缺陷综合征 (acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) 的简称，是一种由于细胞免疫功能极度缺陷，致使机体发生多种不可治愈的感染和肿瘤，最后导致死亡的严重疾病。目前，对于艾滋病仍缺乏有效的治疗手段，死亡率高，预后很差。

【病因】

由人类免疫缺陷病毒 (Human Immunodeficiency Virus, HIV) 引起，主要通过性接触、血液传播和母婴垂直传播。HIV 属于逆转录病毒，主要侵犯人体的免疫系统，尤其是破坏辅助性 T 淋巴细胞 (TH 或 T4)，使患者细胞免疫功能明显低下，失去对外界感染的抵抗力，容易发生各种顽固感染和恶性肿瘤，最终导致死亡。

HIV 对热及各种消毒剂均敏感，一般消毒剂如 75% 乙醇、2.5% 碘酊和 0.5% 甲酚处理 5 分钟即可灭活。该病毒耐寒，在 -75℃ 下，可生存 3 个月。对紫外线不敏感。

【临床表现】

1. 全身表现 典型的 HIV 感染经历以下阶段：急性 HIV 感染、无症状 HIV 感染、艾滋病前期、最终进展为艾滋病

(1) 急性 HIV 感染：在感染 HIV 后 6 天~6 周内，出现急性症状，似感冒样表现，平均持续 22 天，不经特殊治疗一般可自行消退。出现症状后 2~4 周，机体 HIV 抗体逐渐阳转。这段从感染到血清阳转的时间，称为“窗口期”。一般 HIV 感染后，平均血清阳转时间为 65 天。

(2) 无症状 HIV 感染：无症状或持续性淋巴结肿大，血清 HIV 抗体阳性。

(3) 艾滋病前期：也称艾滋病相关综合征：约占 AIDS 患者的 25%，体重下降明显。长期中、低热，条件致病菌感染，如口腔念珠菌感染、单纯疱疹、带状疱疹等。全身症状包括持续性全身淋巴结肿大、乏力、厌食、发热、体重减轻、夜间盗汗、反复间歇性腹泻及血小板减少。

(4) 艾滋病：此期 CD₄ 细胞数低于 $0.2 \times 10^9/L$ ，伴各种机会的感染和恶性肿瘤。

① 呼吸道症状：长期咳嗽、胸痛、呼吸困难、严重时痰中带血；② 消化道症状：食欲下降、厌食、恶心、呕吐、腹泻、严重时便可血。通常用于治疗消化道感染的药物对这种腹泻无效；③ 神经系统症状：头晕、头痛、反应迟钝、智力减退、精神异常、抽风、偏瘫及痴呆等；④ 皮肤和黏膜损害：可发生弥漫性丘疹、带状疱疹、寻常疣及尖锐湿疣等；⑤ 肿瘤：可出现多种恶性肿瘤。位于体表的卡波西肉瘤 (Kaposi, KS)，又称多发性出血性肉瘤，多见于同性恋或异性恋的男性艾滋病患者，多发生在上半身，面、口腔、咽、阴茎等处。开始出现时因皮疹不典型易被误认为皮下出血、痣或血管瘤，继续扩展后色泽加深，周围有少许水肿。单个结节呈椭圆形，在躯干的皮疹常沿皮纹分布，像玫瑰糠疹或类似二期梅毒。一般不痛，很少出血，后期结节可破溃。多数患者内脏也被累及，最常见为



西肉瘤、舌毛状白斑罕见。

【治疗】

1.对艾滋病的治疗 应由专科医师从以下几方面进行：①提供健康教育和心理咨询，增强患者与疾病斗争的信心；②抗病毒治疗，坚持早期、持久、联合用药原则；③免疫治疗与抗病毒治疗联合应用；④针对机会性感染和肿瘤进行治疗；⑤支持、对症治疗。

目前尚无根治疗法，常用的方法包括：①鸡尾酒疗法；②间断疗法；③ MACS 疗法
(M:多种微生物和矿物质;A: 阿司匹林;C:氯喹;S:硒)。

2.对口腔病损的治疗

(1)口腔念珠菌病：常规治疗仍以全身及局部应用抗真菌药物为主，如氟康唑口服；局部用2%~4%碳酸氢钠液漱口，克霉唑含片含服，咪康唑软膏涂擦等。治疗10~14日病变可消失，应同时进行高效抗病毒治疗，以重建免疫功能，否则易复发。

(2)毛状白斑：局部可用维甲酸和抗真菌剂，严重者用阿昔洛韦2~3g/d，疗程2~3周。停药后易复发，可用大剂量阿昔洛韦维持治疗。

(3)卡波西肉瘤：采用手术切除，烧灼刮治或冷冻治疗，可同时配合放疗、局部化疗及生物诱导疗法。

(4)口腔疱疹：单纯疱疹可用阿昔洛韦(无环鸟苷)200~800mg/d，口服5日或5~10mg/kg，q8h静脉滴注，连用5~7日。伴生殖器疱疹者，延长至10日。耐药者可改用膦甲酸钠40mg静脉滴注，q8h。也可选用泛昔洛韦、阿糖胞苷、肌注干扰素等。带状疱疹可用阿昔洛韦800mg/d或5~10mg/kg静脉滴注8小时1次，7~10日。一般不用皮质激素药物。

(5)AIDS相关牙周病变：常规洁治刮治，动作要轻柔，术后用氯己定液冲洗或含漱。若病情严重，可同时口服甲硝唑和阿莫西林，疗程7~14日。

(6)复发性阿弗他溃疡：局部使用皮质激素和抗菌含漱液，一般不全身使用皮质激素。

(7)口干症：使用毛茛芸香碱、无糖树胶等以刺激唾液分泌，局部可使用含氟漱口液或凝胶以防止龋齿的发生。

(8)乳头状瘤：采用手术切除或电烙、激光治疗，有复发的可能。

【预防】

艾滋病患者及HIV感染者是唯一的传染源。目前尚不能完全或永久性地抑制HIV在患者体内复制，即使在进行有效治疗的患者血液和体液中，仍携带有传染性较强的HIV，因此切断其传播途径，即切断通过性接触、血液及母婴三条途径的传播才能有效地预防和控制艾滋病播散。

1.控制传染源 隔离患者及无症状携带者。避免接触可能被HIV污染的物品。严格消毒污染物品、医疗器械及患者的血液、排泄物、分泌物等。加强入境检疫，防止艾滋病传入。

2.切断传播途径 教育人们远离毒品，禁止性乱，对供血人员及血液制品严格检查。

3.保护易感人群 加强对高危人群检测。

4.口腔医护人员的防护 口腔医师应有高度的责任心及良好的职业习惯，注意自我保护，为避免在操作中与含HIV的血液或体液直接接触，应佩戴乳胶手套、口罩、防护面罩等。严格执行各项消毒灭菌程序，尽量使用一次性检查器械。如有意外职业性暴露，应立即用肥皂水或清水清洗皮肤，或用清水冲洗黏膜。如污染源HIV为阳性，应尽快进行预防性治疗。如临床证实污染源HIV为阴性，也应在当日、6周和6个月进行血清抗体检测，直至6个月后证实血清学阴性。

(牛卫东)



药。局部麻醉作用比利多卡因强约 4 倍。0.5% 的溶液加上少量肾上腺素作阻滞麻醉，其作用时间可维持 5 小时。此药物在血液内浓度低，体内蓄积少，毒副作用小，是一种较安全的长效局部麻醉药，每次用量最高不超过 200mg，术后镇痛作用较长。

四、丁卡因

丁卡因 (tetracaine) 又称地卡因 (dicaine)、潘托卡因 (pantocaine)、四卡因 (decicaine)，属酯类局部麻醉药。局部麻醉作用比普鲁卡因强，作用迅速，穿透力强，毒性较大，主要用于黏膜表面麻醉，一般用 1%~2% 溶液，每 3ml 中加入 0.1% 盐酸肾上腺素溶液 1 滴，总量不超过 20ml，1~3 分钟即可显效，维持 20~40 分钟。

五、碧兰麻

碧兰麻药品名称为复方盐酸阿替卡因 (articaine) 注射液，主要成分为 4% 盐酸阿替卡因加肾上腺素 1:100000。阿替卡因与利多卡因同属酰胺类局部麻醉药，起效时间为 2~3 分钟，对组织渗透性强，麻醉效能高，毒副作用小，目前已广泛用于临床。碧兰麻一般采用黏膜局部浸润注射方法，所以实际注射到体内的肾上腺素甚微。但注射时应注意速度要慢，一般不得超过 1ml/min。碧兰麻也可用于阻滞麻醉。使用方法是：先将碧兰麻局部麻醉药安瓿安装于非一次性金属注射器的弹腔内，将注射器的叉嵌入碧兰麻的橡皮柱内，再将针头旋紧在注射器上。正确安装碧兰麻和针头于注射器内，是注射时产生回吸功能的必要条件。

第三节 口腔局部麻醉方法

一、表面麻醉

表面麻醉 (superficial anesthesia) 亦称涂布麻醉 (topical anesthesia)，是将麻醉剂涂布或喷射于手术区表面，麻醉剂被吸收而使末梢神经麻痹，以达到痛觉消失的效果。该麻醉方法主要用于表浅的黏膜下脓肿切开引流，松动的乳牙或恒牙拔除，舌根、软腭或咽部检查，以及气管内插管前的黏膜表面麻醉。一般可用 1% 丁卡因或 2%~4% 利多卡因作表面麻醉。由于表面麻醉药能迅速被组织吸收，有时可出现毒性反应，如与局部注射麻醉药物合用时毒性更大。

二、浸润麻醉

浸润麻醉 (infiltration anesthesia) 是将局部麻醉药物注射于组织内，以阻断用药部位神经末梢的传导，产生镇痛的麻醉效果。

浸润麻醉适用于口腔颌面部软组织范围内的手术以及牙、牙槽突的手术。一般采用 5 号注射针头和 5ml 注射器。常用药物为 1%~2% 利多卡因或 0.5%~1% 普鲁卡因。

麻醉方法有：①皮丘注射法；②骨膜上浸润法；③牙周膜注射法。

皮丘注射法是在皮下或黏膜下注射少量药液，形成皮丘，然后再分层注射，此法除有麻醉神经末梢的作用外，由于药液的水压力，使组织内张力增大，毛细血管出血减少，手术野清晰，分离组织容易。



此法可以麻醉除上颌第一磨牙颊侧近中根外的同侧上颌磨牙、牙槽突及颊侧的牙周膜、骨膜龈黏膜。由于上颌第一磨牙近中颊根由上牙槽中神经支配,拔除上颌第一磨牙时,应补充颊侧浸润麻醉。

(二) 腭前神经阻滞麻醉(block anesthesia of anterior palatine nerve)

即将局麻药液注入腭大孔或其附近,以麻醉腭前神经,故又称为腭大孔注射法(greater palatine foramen injection)。进针点为上颌第三或第二磨牙腭侧龈缘至腭中线连线的中外 1/3 的交界处,软硬腭交界前约 0.5cm。如上颌第三磨牙未萌出,则在上颌第二磨牙的腭侧,口内黏膜表面可见一个小凹陷。

注射时,患者取坐位,头后仰,大张口,上颌牙平面与地平面成 60°角。注射针从对侧下颌尖牙与第一磨牙之间,向后、上、外方向进针,刺入腭黏膜,直达骨面,稍回抽 0.1cm,然后注射药物 0.5ml,此时可见局部腭黏膜变白(图 7-2)。一般在注射点稍前方注射,如注射点过于向后,注射剂量过多,可引起恶心、呕吐反应。此法可麻醉同侧上颌磨牙、前磨牙的腭侧牙龈、黏骨膜和骨组织。

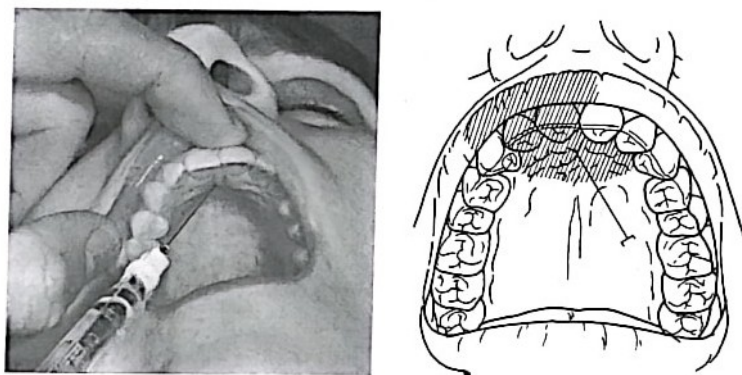


图 7-2 腭前神经阻滞麻醉

(三) 鼻腭神经阻滞麻醉(block anesthesia of nasopalatine nerve)

将麻药注入腭前孔(切牙孔),以麻醉鼻腭神经,故又称腭前孔注射法(anterior palatine foramen injection)。进针点为上颌中切牙的腭侧,左右尖牙连线与腭中缝的交点;若上颌前牙缺失者,以唇系带为准,向后越过牙槽嵴 0.5cm,表面有菱形的腭乳头。

注射时,患者取坐位,头后仰,大张口,针头从侧面刺入腭乳头的基底部。然后将注射器摆到中线,使注射器与牙长轴平行,注射针进入切牙孔,深度达 0.5cm,推注药物 0.3~0.5ml。由于该处组织致密,注射药物时,需较大压力。此时应注意避免因用力过大而造成针头脱落。一旦针头脱落,立即让患者低头,从口内小心取出,防止针头滑入气管或食管,造成严重后果。

此法可麻醉两侧尖牙连线前方的腭侧牙龈、黏骨膜和牙槽突。由于在尖牙的腭侧远中有腭前神经交叉,所以在尖牙腭侧牙龈手术应补充麻醉,如尖牙腭侧的局部浸润麻醉或腭前神经阻滞麻醉。

(四) 眶下神经阻滞麻醉(block anesthesia of infraorbital nerve)

是将麻药注入眶下孔或眶下管,故又称为眶下孔或眶下管注射法(infraorbital foramen or canal injection)。眶下神经阻滞麻醉是将局部麻醉药物注射到眶下孔或眶下管内,麻醉出孔的眶下神经,又称眶下孔或眶下管注射法。此法分口外注射和口内注射 2 种方法。

眶下孔的表面标志是在眶下缘中点下方 0.5~1cm 处,患者两眼正视前方,其瞳孔下

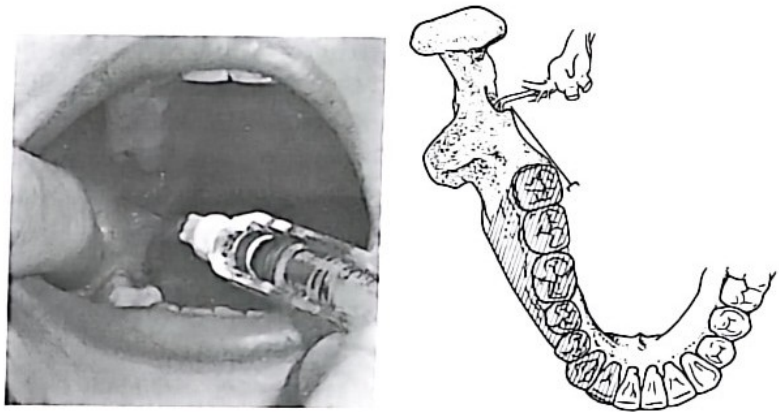


图 7-4 下牙槽神经阻滞麻醉

后，注射针退出 1cm，再注射麻醉药物 1ml，或边推边注射麻醉药物，可麻醉舌神经。

麻醉范围包括同侧舌侧牙龈、黏骨膜、口底黏膜以及舌前 2/3 黏膜。下牙槽神经阻滞麻醉和舌神经阻滞麻醉后，注射侧的下唇及舌尖可出现麻木、肿胀和变肥厚的感觉。

(七) 颊神经阻滞麻醉(block anesthesia of buccal nerve)

是将局部麻醉药物注射于颊神经周围，麻醉该神经。颊神经在翼外肌两头之间向外走行，在翼外肌下头时转向下，在翼外肌与颞肌之间紧贴颞筋膜，在下颌支前缘的内侧，相当于下颌磨牙的平面，颊神经离开颞筋膜进入颊部及下颌磨牙颊侧牙龈和骨膜(图 7-5)。

注射时，患者体位与下牙槽神经阻滞麻醉相同。当进行下牙槽神经和舌神经阻滞麻醉后，针尖退至肌层、黏膜下，推注药物 1ml，也可在拔除的下颌磨牙颊侧龈沟处直接作局部浸润麻醉(图 7-6)。

麻醉范围包括下颌磨牙颊侧牙龈、黏骨膜、颊部黏膜、肌肉和皮肤。

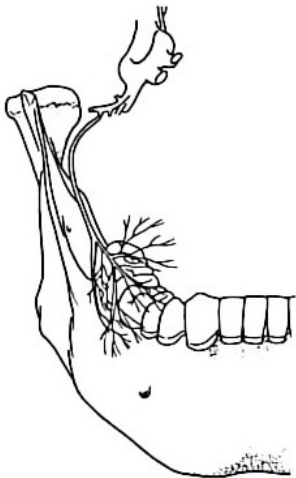


图 7-5 颊神经的走行分布

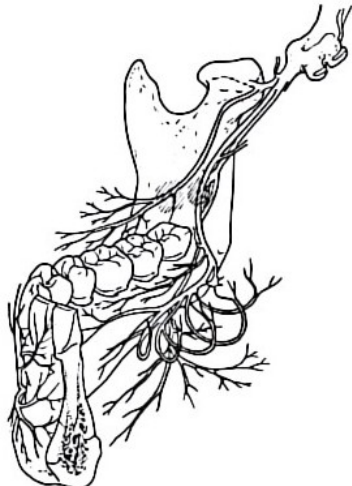


图 7-6 神经干阻滞麻醉

(八) 上颌神经阻滞麻醉(block anesthesia of maxillary nerve)

上颌神经出圆孔在翼腭窝内分支前行。上颌神经阻滞麻醉是将局部麻醉药物注射到上颌神经周围，麻醉该神经。主要适用于范围较广泛的上颌骨手术以及诊断性封闭判断是否



过敏反应是指患者曾使用过某种麻醉药物，无不良反应，当再次使用该药时，却出现了不同程度的症状，有即刻反应和延迟反应两种类型。

即刻反应是用极少量药物后，立即发生严重的类似中毒的症状，轻者表现为烦躁不安、胸闷、寒战、恶心、呕吐等；严重者出现惊厥、神志不清、血压下降、昏迷甚至呼吸、心跳停搏而死亡。延迟反应主要表现为血管神经性水肿，偶见荨麻疹、药疹等。

防治：术前仔细询问有无麻药过敏史，酯类麻药如普鲁卡因、丁卡因可出现过敏反应。目前常用的酰胺类利多卡因，一般无过敏反应。对怀疑有过敏史的患者，应先作皮内过敏试验。进行局部麻醉时，推注药物速度要慢，注意观察。如出现过敏症状，应立即停止注射，放平椅位，反应轻者给予脱敏药物如钙剂、异丙嗪、可的松类激素肌注或静脉推注，吸氧。严重者应立即抢救，给予静脉推注地西洋(安定)10~20mg、吸氧、解痉、升血压等对症处理。对延迟反应，可给予抗过敏药物。

(三) 中毒 (toxicosis)

中毒是指单位时间内血液中麻醉药物的浓度超过了机体的耐受力，引起各种程度的毒性反应。中毒反应的轻重取决于总的用药剂量或单位时间内注入药物剂量的多少和浓度的大小、注射速度以及是否直接快速注入血管内有关。

症状轻者表现为烦躁不安、多话、恶心、呕吐、嗜睡等，严重者可出现发绀、惊厥、神志不清，呼吸循环衰竭而死亡，临床表现可分为兴奋型和抑制型两种类型。

防治：术者应熟悉麻醉药物的毒性、一次最大剂量，单位时间内推注药物的速度要慢。推注药物要回抽，观察是否进入到血管内。一旦发生中毒反应，应立即停止注射。症状轻者的处理与晕厥处理相同，症状严重者应立即采取吸氧、输液、升血压、抗惊厥、应用激素等抢救措施。

二、局部并发症

(一) 注射区疼痛和水肿(pein and edema)

常见的原因是：局部麻醉药物变质，有杂质或溶液不等渗；注射针头钝、弯曲或有倒钩；注射针头刺入到骨膜下，造成骨膜撕裂；未严格按无菌操作，使细菌带入深部组织感染；患者对疼痛敏感等。

防治：注射前认真检查麻醉药物和注射针头，严格按无菌要求操作，注射针斜面对正骨面，在骨膜上滑行。一旦发生疼痛、水肿，可给予局部热敷、理疗、封闭，并给予消炎止痛的药物。

(二) 血肿(hematoma)

在注射过程中刺破血管，导致组织内出血。多见于上牙槽后神经阻滞麻醉时，刺破翼静脉丛。偶见眶下神经阻滞麻醉，刺入眶下管，刺破眶下动、静脉或局部浸润麻醉时，刺破小血管。血肿的临床表现开始为局部迅速肿胀，无疼痛，皮肤或黏膜出现紫红色淤斑，数天后转变为黄绿色，最后吸收消失。

防治：应正确掌握穿刺点、进针方向、角度以及深度，避免反复穿刺，针尖应无倒钩，注射针不弯曲。如发现注射区突然肿胀，应立即压迫止血，24小时内冷敷，必要时给予止血和抗感染药物。

(三) 感染 (infection)

发生感染的主要原因是注射部位和麻醉药物消毒不严，注射针被污染以及注射针穿过感染灶等，引起颌面深部间隙感染。一般在注射后1~5天局部出现红、肿、热、痛，甚

第一节 拔牙器械及其使用

(一) 牙钳

牙钳由钳喙、关节和钳柄三部分组成。钳喙是夹持牙的工作部分，外凸内凹，内凹侧作为夹住牙冠或牙根之用。根据牙冠和牙根的不同形态，设计的形状多种多样，大多数钳喙为对称型的，上颌磨牙钳为非对称型，左右各一。关节是连接钳喙和钳柄的可活动部分。钳柄是术者握持的部分。牙钳的钳喙与钳柄各呈不同的角度以利拔牙时的操作。前牙与后牙不同，上颌牙与下颌牙不同。夹持牙根的牙钳又叫根钳(图 8-1)。

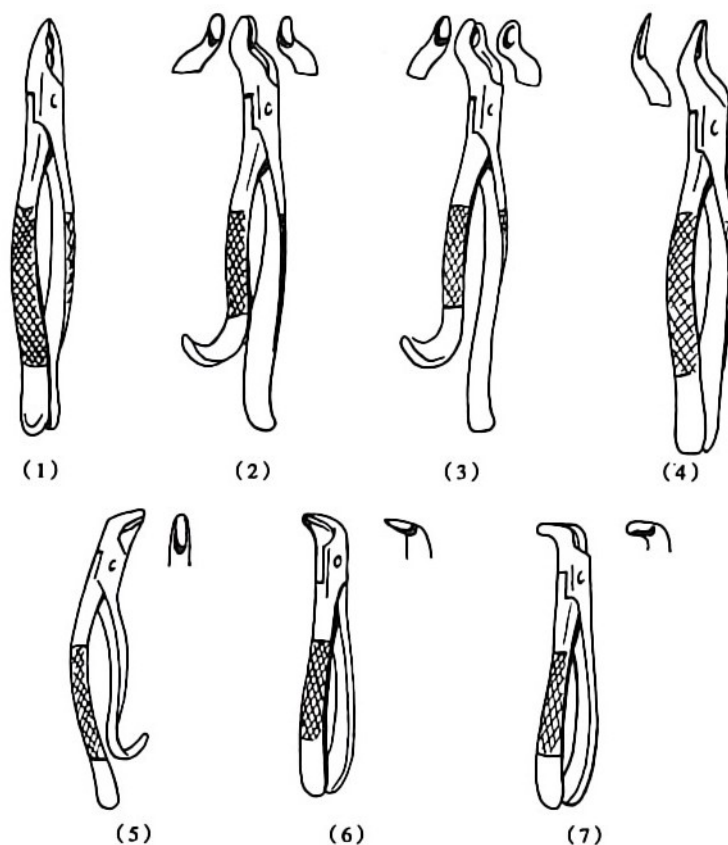


图 8-1 各类牙钳

(1) 上颌前牙钳 (2) 右上磨牙钳 (3) 左上磨牙钳 (4) 上颌根钳
(5) 下颌前磨牙钳 (6) 下颌前牙钳 (7) 下颌磨牙钳

使用牙钳时，钳喙的内侧凹面应与牙冠唇(颊)、舌(腭)侧面，牙颈部的牙骨质，以及牙根面成面与面的广泛接触。

(二) 牙挺

牙挺由刃、杆、柄三部分组成。按照功能可分为牙挺、根挺和根尖挺，按照形状可



6. 牙外伤 导致牙冠折断达牙根，无法进行根管及修复治疗并出现疼痛的牙。如仅限于牙冠折断。牙根折断不与口腔相通，通过治疗后仍可保留。牙隐裂、牙纵折、舱创伤导致的牙根横折，以往均需拔除，现在也可考虑保留。

7. 乳牙 乳牙滞留，影响恒牙正常萌出，或根尖外露造成口腔黏膜溃疡。如恒牙先天缺失或埋伏，乳牙功能良好，可不拔除。

8. 治疗需要的牙 因正畸需要进行减数的牙，因义齿修复需拔除的牙，颌骨良性肿瘤累及的牙，恶性肿瘤进行放射治疗前为预防严重并发症而需拔除的牙。

9. 病灶牙 引起上颌窦炎、颌骨骨髓炎、颌面部间隙感染的病灶牙，可能与某些全身性疾病，如风湿病、肾病、眼病有关的病灶牙，在相关科医师的要求下需拔除的牙。

10. 其他 患者因美观或经济条件要求拔牙，如患者因四环素牙、氟斑牙、上前牙明显前突治疗效果不佳，牙体治疗经费高，花费时间过长，要求拔牙者。

(二) 禁忌证

禁忌证也是相对的。以上相对适应证可行牙拔除术，还需考虑患者的全身和局部情况。有些禁忌证经过治疗可成为适应证，当严重的疾病得不到控制，则不能拔牙。

1. 血液系统疾病 对患有贫血、白血病、出血性疾病的患者，拔牙术后均可能发生创口出血不止以及严重感染。急性白血病和再生障碍性贫血患者抵抗力很差，拔牙后可引起严重的并发症，甚至危及生命，应避免拔牙。轻度贫血，血红蛋白在 8g/L 以上可以拔牙，白血病和再生障碍性贫血的慢性期，血小板减少性紫癜以及血友病的患者，如果必须拔牙，要慎重对待。在进行相应治疗后可以拔牙，但在拔牙术后应继续治疗，严格预防术后出血和感染。

2. 心血管系统疾病 拔牙前了解患者属于哪一类高血压病和心脏病。重症高血压病，近期心肌梗死，心绞痛频繁发作，心功能 III~IV 级，心脏病合并高血压等应禁忌或暂缓拔牙。

一般高血压患者可以拔牙，但血压高于 180/100mmHg，应先行治疗后，再拔牙。高血压患者术前 1 小时给予镇静、降压药，麻醉药物中不加血管收缩药物，临床上常用利多卡因。

心功能 I 或 II 级，可以拔牙，但必须镇痛完全。对于风湿性和先天性心脏病患者，为预防术后菌血症导致的细菌性心内膜炎，术前、术后要使用抗生素。冠心病患者拔牙可诱发急性心肌梗死、房颤、室颤等严重并发症，术前服用扩张冠状动脉的药物，术中备急救药品，请心内医师协助，在心电监护下拔牙，以防意外发生。

3. 糖尿病 糖尿病患者抗感染能力差，需经系统治疗，血糖控制在 160mg/dl 以内，无酸中毒症状时，方可拔牙。术前、后常规使用抗生素控制感染。

4. 甲状腺功能亢进 此类患者拔牙可导致甲状腺危象，有危及生命的可能。应将基础代谢率控制在 +20 以下，脉搏不超过 100 次/min，方可拔牙。

5. 肾脏疾病 各种急性肾病均应暂缓拔牙。慢性肾病，处于肾功能代偿期，临床无明显症状，术前后使用大量的抗生素，方可拔牙。

6. 肝脏疾病 急性肝炎不能拔牙。慢性肝炎需拔牙，术前后给予足量维生素 K、维生素 C 以及其他保肝药物，术中还应加止血药物。术者应注意严格消毒，防止交叉感染。

7. 月经及妊娠期 月经期可能发生代偿性出血，应暂缓拔牙。妊娠期的前 3 个月和后 3 个月不能拔牙，因易导致流产和早产。妊娠第 4、5、6 个月期间进行拔牙较为安全。

8. 急性炎症期 急性炎症期是否拔牙应根据具体情况。如急性颌骨骨髓炎患牙已松动，拔除患牙有助于建立引流，减少并发症，缩短疗程。如果是急性蜂窝织炎，患牙为复杂牙，手术难度大，创伤较大，则可能促使炎症扩散，加重病情。所以，要根据患牙部



再次核对需拔除的牙，让患者有足够思想准备，能配合手术的前提下，进行以下操作。

(一)分离牙龈

牙龈紧密地附着于牙颈部，环绕牙面有 0.1~0.2cm 深的龈沟，将牙龈分离器插入龈沟内，紧贴牙面伸入到沟底，沿牙颈部推动，先唇侧后舌侧，使牙龈从牙颈部剥离开(图 8-3)。如没有牙龈分离器用探针也可分离牙龈。不仔细分离牙龈，在安放牙钳或拔牙时会使牙龈撕裂，导致术后牙龈出血。

(二)挺松患牙

对于阻生牙、坚固不易拔除的牙、残冠、残根、错位牙等不能用牙钳夹住的牙，应先用牙挺将牙挺松后，再拔除。使用牙挺的方法是手握挺柄，挺刃由准备拔除患牙的近中颊侧插入到牙根与牙槽之间，挺刃内侧凹面紧贴牙根面，以牙槽嵴为支点作楔入，撬动和转动等动作，使患牙松动，脱出(图 8-4)。



图 8-3 牙龈分离



图 8-4 使用牙挺

(三)安放牙钳

正确选用牙钳，将钳喙分别安放于患牙的唇(颊)、舌(腭)侧，钳喙的纵轴与牙长轴平行。安放时钳喙内侧凹面紧贴牙面，先放舌腭侧，再放唇颊侧，以免夹住牙龈，喙尖应伸入到龈下，达牙根部的牙骨质面与牙槽嵴之间。手握钳柄，近末端处，将患牙夹牢(图 8-5)。再次核对牙位，并确定钳喙在拔除患牙时不会损伤邻牙。

(四)拔除患牙

安放好牙钳，夹紧患牙后，拔除患牙运用 3 种力：摇动、扭转和牵引。摇动主要用于扁根的下颌前牙，上下颌前磨牙和多根的磨牙，将牙作唇(颊)和舌(腭)侧缓慢摇动，并且逐渐加大幅度，使牙槽窝向两侧扩大，牙完全松动。摇动时动作不能过急、过猛。应向阻力较小的骨板方向多用力，防止发生断根或牙槽骨折裂。

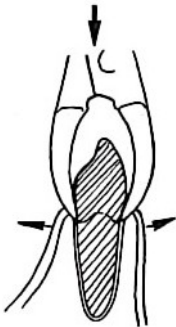


图 8-5 安放牙钳

扭转只适用于圆锥形根的上颌前牙，沿牙长轴向左右反复旋转，以撕裂牙周韧带，扩大牙槽窝，使牙松动。如此方法误用于扁根牙或多根牙则会造成断根。

牵引是在进行上述动作，牙已松动后，将牙拔除的最后一个步骤。牵引时应从阻力小的方向进行。一般前牙向唇侧，后牙向颊侧，而不是垂直牵引。牵引时用力要适度，动作缓慢，注意稳定患者的头部，掌握支点，防止用力过大、过猛导致的意外损伤。

(五)拔牙创的处理

牙拔除术后，检查拔除的患牙是否完整，有无断根，如发现有断根，应予拔除。检查拔牙创口内有无牙碎片、骨碎片、牙结石以及炎性肉芽组织。用刮匙清理拔牙创，清除根尖病变和进入牙槽窝内的异物，防止术后出血、疼痛或感染而影响拔牙创的愈合。对过高



根，粗大。上颌第一磨牙3个根分岔大，上颌第二磨牙根较短，分叉也小，颊侧近远中根常融合。拔牙时主要使用摇动的力量，向颊侧的力量应比腭侧大，反复而缓慢地摇动后，牙松动可沿阻力较小的颊侧牵引拔出(图8-8)。上颌第一、第二磨牙的拔除不能用旋转力，避免牙根折断。

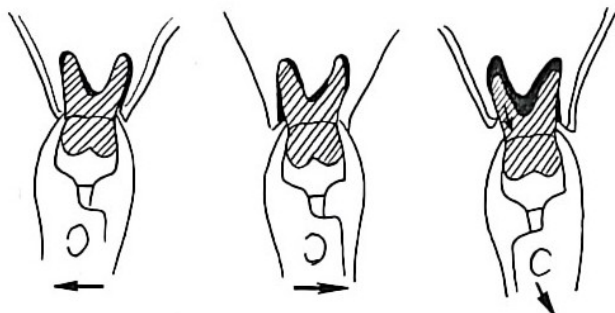


图 8-8 上颌磨牙的拔除

(四)上颌第三磨牙

上颌第三磨牙牙根变异很大，大多数为锥形融合根，根尖向远中弯曲。颊侧骨板较薄，牙根后方为骨质疏松的上颌结节，而且后方无牙阻挡，较易拔除。一般用牙挺向远中方向挺出，可不用牙钳。如用牙钳应先向颊侧，然后向腭侧摇动，摇松后向颊侧拔除。在拔除上颌第三磨牙之前应拍X线片，了解牙根变异情况。如发生断根，位置靠口腔后上，不易直视下操作，取根很困难，所以应尽量避免断根。

(五)下颌前牙

下颌前牙均为单根，切牙根扁平，较短而细。尖牙根较粗大，根为圆锥形。切牙拔除时，充分地向唇及舌侧摇动，使牙松动后向外上方牵引拔出。尖牙拔除时，如摇动的力量不够，可稍加旋转力，然后向外上方牵引拔出(图8-9)。

(六)下颌前磨牙

下颌前磨牙均为圆锥形单根，牙根较长而细，有时略向远中弯曲。颊侧骨板较薄。主要摇动方向是颊舌侧，颊侧用力可较大，然后向颊侧上外方向牵引拔出。有时可稍加旋转力，但弧度应很小(图8-10)。

(七)下颌第一和第二磨牙

下颌第一磨牙多为近远中2个扁平宽根，少数有3个根，即远中有2个根，下颌第二

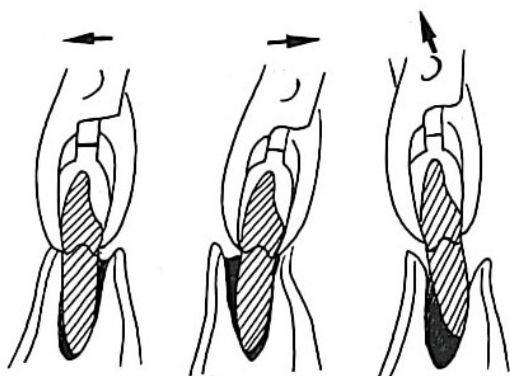


图 8-9 下颌前牙的拔除

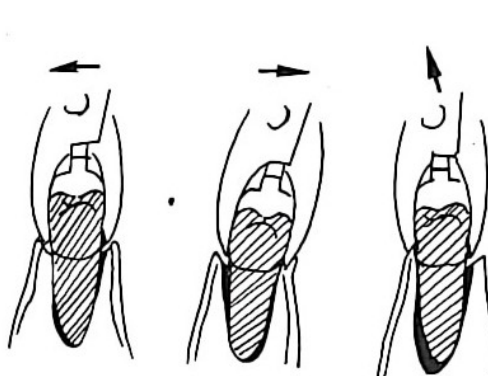


图 8-10 下颌前磨牙的拔除



出,表面有软组织覆盖,但切除后冠面能全部露出。第二磨牙不能保留时,如下颌阻生第三磨牙牙根尚未完全形成拔除第二磨牙后,下颌阻生第三磨牙能前移代替第二磨牙。完全埋伏于骨内,与邻牙牙周不相通又不压迫神经引起疼痛,可暂保留,但应定期检查。

(三)下颌阻生第三磨牙的临床分类

根据牙与下颌升支及第二磨牙的关系,分为3类。第I类:在下颌升支前缘和第二磨牙远中面之间,有足够的间隙可以容纳阻生第三磨牙牙冠的近远中径。第II类:升支前缘与第二磨牙远中面之间的间隙不大,不能容纳阻生第三磨牙牙冠的近远中径。第III类:阻生第三磨牙的全部或大部位于下颌升支内。

根据牙在骨内的深度,分为高位、中位及低位3种位置。高位:牙的最高部位平行或高于雅平面。中位:牙的最高部位低于平面,但高于第二磨牙的牙颈部。低位:牙的最高部位低于第二磨牙的牙颈部。骨埋伏阻生(即牙全部被包埋于骨内)也属于此类。

根据阻生智牙的长轴与第二磨牙长轴的关系,分为垂直阻生、水平阻生、近中阻生、远中阻生、颊向阻生、舌向阻生及倒置阻生。

根据在牙列中的位置,分为颊侧移位、舌侧移位、正中位。

(四)术前检查

应按常规询问病史并作详细检查。口外检查,注意颊部有无红肿,下颌下及颈部有无淋巴结肿大。下唇有无麻木或感觉异常。口内检查,包括有无张口困难,第三磨牙的阻生情况,第三磨牙周围有无炎症,第一及第二磨牙情况,注意第二磨牙有无龋坏、是否应在拔除第三磨牙前予以治疗。对全口牙及口腔黏膜等作相应检查。

常规拍摄第三磨牙根尖片,最好投照定位片,以避免失真。注意阻生齿的位置、牙囊间隙、下颌管情况以及下颌阻生第三磨牙牙根的关系、外斜线等。X线片检查能提供较多情况,对拔牙设计有帮助,但应注意X线片投照的失真问题,结合临床检查进行判断。

(五)阻力分析

第三磨牙的情况复杂,拔除前必须对拔牙时可能遇到的阻力仔细分析,设计用何种方法解除。故阻力分析是必要步骤,应与上述各种检查一并进行。

牙冠部有软组织及骨组织阻力,软组织阻力来自增殖覆盖的软组织,多在垂直阻生时出现。如软组织覆盖不超过验面的1/2,则多无阻力,牙可直接拔出或挺出。如覆盖超过8台面的1/2,需将其切开、分离,才能解除阻力。骨阻力是牙冠周围骨组织对拔除该牙的阻力。高位阻生者,此种骨阻力不大。低位者冠部骨阻力大,需去除较多骨质才能解除骨阻力。

牙根部阻力是阻生牙牙根本身解剖形态所产生的阻力,所以在术前必须充分了解牙根的情况。根部的骨阻力应结合其他阻力情况分析,应用劈开法或去骨法。

邻牙阻力是第二磨牙所产生的阻力,这种阻力需根据第二磨牙是否与阻生牙紧密接触和阻生的位置而定。邻牙阻力解除的原则与解除牙根骨阻力的原则相同。

(六)拔除方法

下颌阻生第三磨牙拔除术是一项复杂的手术,手术大多需要切开软组织、翻瓣、去骨、劈开牙冠或用涡轮机磨开牙冠、用牙挺挺出、缝合等步骤。

1.麻醉 除常规的下颌神经阻滞麻醉外,应在下颌阻生第三磨牙颊侧近中、颊侧近中角及远中3点作黏膜下注射。麻醉剂最好用2%利多卡因加肾上腺素或碧兰麻,在翻瓣时可明显减少出血,视野清楚。

2.切开及翻瓣 拔牙前应彻底冲洗盲袋,切开翻瓣后还应进一步冲洗。高位阻生一般不需翻瓣,或仅切开及分离覆盖在表面的软组织以解除阻力。在去骨范围较少的病例,可用此种切口。



根与腭侧骨板之间插入。如根周间隙狭窄，挺刀难以插入时可用小骨凿增宽间隙后，再将根挺插入。

前牙牙根用直根挺，后牙牙根用弯根挺，根尖折断用根尖挺。多根牙互相连接，可用骨凿分根，然后逐个拔除，或拔除一个牙根后，用三角挺分别拔除其他的牙根(图 8-12)。

根挺插入后，使用楔力、撬力和旋转力，几种力交替使用，并逐渐将根挺深入使牙根松动，最后用撬力使牙根脱出。在拔除上下颌磨牙牙根时，注意不要垂直加力，以免将牙根推入到上颌窦或下颌管内。

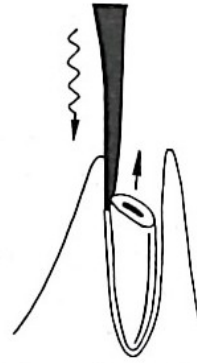


图 8-11 根挺的使用

(三) 翻瓣去骨法

死髓牙的牙根、根端肥大以及牙根与牙槽骨壁粘连牙周间隙消失等情况，用根钳、根挺均不易拔除的牙根需应用翻瓣去骨法拔除牙根。

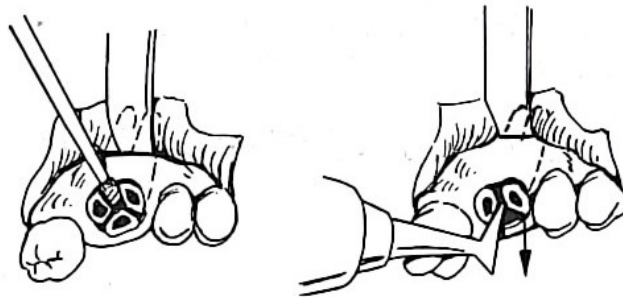


图 8-12 骨凿与三角挺的使用

在牙根的颊侧牙龈作角形或梯形切口，切口深达骨面。从牙的近中远中颊侧交角的游离龈处，斜行向下，龈瓣的基底要宽，下方不超过前庭沟。用骨膜剥离器翻瓣，显露颊侧骨板。用骨凿或钻头去骨，暴露部分牙根，再用牙挺将牙根取出(图 8-13)。修整尖锐的

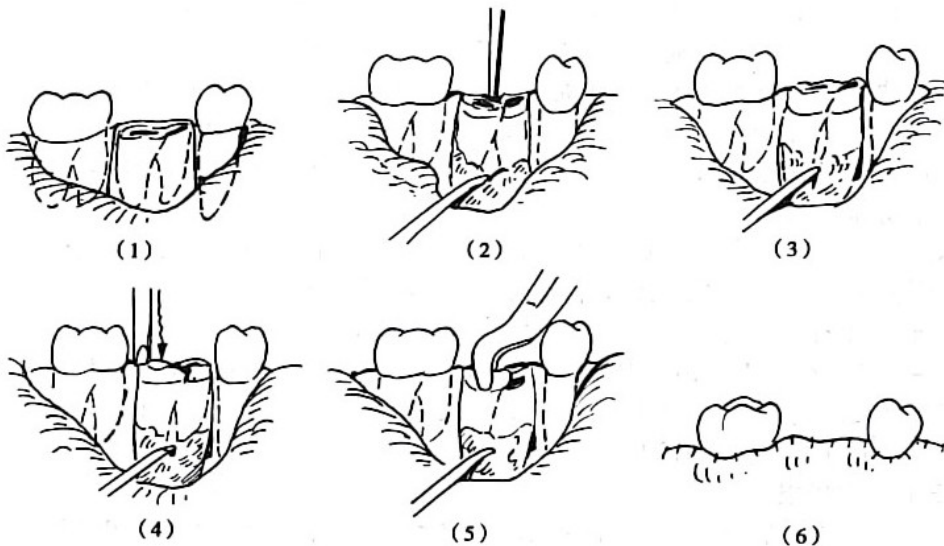


图 8-13 翻瓣去骨法拔除牙根

(1)手术切口 (2)分离牙龈 (3)翻瓣去骨 (4)挺出牙根 (5)用根钳摘除牙根 (6)缝合创口



防治：上下颌前牙拔除比较容易，不要过度用力，有骨性粘连易于发现，应尽量避免损伤牙槽骨。上颌第三磨牙用牙挺除时，如有远中阻力，不应强行用力，拍摄X线片后，再决定手术方法。下颌第三磨牙在劈冠和使用牙挺时，应注意用力的方向和大小，避免损伤舌侧骨板。如发现牙槽骨折断时，不要强行拉出，应先剥离黏骨膜后，再将骨板取出。如骨板与牙无粘连，而且骨板与黏骨膜相连，可将其复位缝合。

(四)口腔上颌窦交通

上颌第二前磨牙，以及上颌第一、二磨牙的根尖距上颌窦底很近，有的仅隔一层薄的骨板，有时甚至只有上颌窦黏膜相隔。当上颌后牙断根后，取根易将牙根推入上颌窦内，或根尖有炎症，拔牙后出现上颌窦与口腔交通。

防治：当拔除上颌后牙时，术前仔细观察X线片，了解牙根与上颌窦的关系，尽量避免断根。如出现断根，应仔细检查断根的情况，在视野清楚的情况下插入根挺，用力的方向不要垂直，楔力与旋转力相结合。如牙根与牙槽骨有粘连，薄刃的根尖挺不易插入时，可考虑翻瓣去骨取根法。如断根被推入到上颌窦内，一般很难取出。

对于有根尖病变的牙槽窝不必搔刮，需清除肉芽组织时，应用刮匙紧贴牙槽窝壁插入，轻轻地刮除肉芽组织。

如怀疑上颌窦与口腔相交通，可令患者鼻腔鼓气，测试是否出现上颌窦底穿孔。如穿孔小于0.2cm，可按拔牙后的常规处理，压迫止血，待其自然愈合。同时嘱患者术后避免鼻腔鼓气和用吸管吸饮，以免压力增加使血凝块脱落。1个月后复查，一般情况下可痊愈。如穿孔未愈合，也可等待创口的进一步缩小。半年后仍未愈合可考虑上颌窦瘘孔修补术。

如断根被推入到上颌窦内，一般很难取出。如窦底穿孔很大，可令患者改变头位，使其从牙槽窝内掉出，或用生理盐水冲洗，使其流出。如穿孔小或牙根在窦底黏膜之外，可不作处理，术后抗感染治疗，观察。

(五)其他损伤

牙拔除术中会遇到出血、神经损伤、颞下颌关节脱位、下颌骨骨折、牙及牙根的丢失以及邻牙损伤等并发症。

术中出血过多可能与患者有凝血功能障碍的疾病、拔牙术中损伤血管有关。神经损伤最多见的是下颌第三磨牙拔除时，损伤下牙槽神经，导致下唇麻木。另外也可有舌神经、颊神经、鼻腭神经和颏神经的损伤。这些神经的损伤均与拔牙或翻瓣去骨有关。有习惯性颞下颌关节脱位的患者拔牙时易发生关节脱位。在下颌第三磨牙埋伏阻生的拔牙过程中，有颌骨肿瘤特别是巨大囊肿的患者以及骨质疏松等疾病的患者拔牙时易出现下颌骨骨折，但这种病例很少见。在拔牙过程中，会发生牙及牙根的丢失，如下颌阻生第三磨牙拔除时，牙及牙根被推向舌侧，进入到心底间隙。或者患者将拔除的牙及牙根吞到胃内。拔牙时，安放牙钳、牙挺的支点以及用力方向不正确，会导致邻牙以及对颌牙的损伤。

防治：拔牙术前详细了解患者有无出血史，有无拔牙禁忌证。术中出血较多，应压迫止血，并给予相应的处理。拔除下颌阻生智齿时，应拍摄X线片。了解下颌管与牙根的关系，避免损伤神经，使用牙挺及劈冠时，避免用力过大，以免引起舌侧骨板及下颌骨骨折。熟悉神经解剖，翻瓣时避免手术切断神经。如切断神经应立即行神经端端吻合术。在拔牙过程中，尽量避免过长时间的大张口。如出现颞下颌关节脱位，应立即手法复位。对可能发生下颌骨病理性骨折的病例，术前要拍摄X线片，一旦发生下颌骨骨折，应按下颌骨骨折的治疗原则处理。患者将拔除的牙及牙根吞到胃内，需拍X线观察，随访证实牙及牙根排出。下颌阻生第三磨牙拔除时，牙及牙根进入到心底间隙，需拍X线片了解牙及牙根的位置，决定取出的方法。安放牙钳、牙挺的支点以及用力方向要正确，避免邻牙以及



织的生长。

治疗方法是在阻滞麻醉下，用3%过氧化氢溶液清洗，并用小棉球反复擦拭牙槽窝，去除腐败坏死物质，直至牙槽窝干净，无臭味为止。然后再用过氧化氢溶液和生理盐水反复冲洗，在牙槽窝内放入碘仿纱条。为防止碘仿纱条脱落，还可将牙龈缝合固定一针。一般愈合过程为1~2周，8~10天后可取出碘仿纱条，此时牙槽窝骨壁上已有一层肉芽组织覆盖，并可逐渐愈合。

3.慢性感染 主要是由局部因素所致，如牙槽窝内遗留残根、肉芽组织、牙石、碎牙片或碎骨片等异物。临床表现为拔牙创经久不愈，留下一个小创口，创口周围牙龈组织红肿，可见少量脓液排出或有肉芽组织增生，一般无明显疼痛。

防治：牙拔除术后应仔细清理牙槽窝，特别是慢性根尖周炎的患牙，根尖炎性病灶不刮治干净，即可发生拔牙术后出血，也可形成慢性炎症而长期不愈。多根牙拔除时应防止残根遗留。如发生慢性感染，应拍摄X线片，了解牙槽窝内病变情况，是否有异物遗留，牙槽窝的愈合情况等，然后在局麻下，重新进行牙槽窝的刮治，让血液充满后，消毒纱布棉卷压迫止血，并给予口服抗生素治疗。

(龙 星)



为主,其次为大肠杆菌、绿脓杆菌等,偶见厌氧菌所致的腐败坏死性感染,还可见到特异性感染,如结核杆菌、梅毒螺旋体及放线菌等感染。一种感染可以是单一的病菌,但常有多种细菌共同参与。与颌面部腔窦相通的感染都是由需氧菌和厌氧菌引起的混合感染。至于是否发生感染,感染的临床表现及预后,外因上取决于致病菌的种类、毒力和数量,内因上取决于患者的年龄、感染发生的部位、营养状态、免疫功能和对细菌的感受性等。

诊断感染并不困难,根据病史、症状、炎症的典型体征及特殊的检查方法,如穿刺、超声波和影像学检查,即可诊断。需明确感染性质时,可作分泌物涂片、细菌培养、活体组织检查和药物敏感试验,予以有的放矢的治疗。

口腔颌面部感染的治疗同全身其他部位感染的治疗方法相同,应扶正祛邪,消灭病原菌,采用全身支持疗法及抗生素治疗,辅以局部治疗,促进炎症吸收消散。当脓肿形成时应予切开引流,还应将病灶牙、死骨或异物清除,以获得满意的治疗效果。

第二节 下颌第三磨牙冠周炎

下颌第三磨牙冠周炎(pericoronitis of the third molar of the mandible),又称智牙冠周炎(pericoronitis of the wisdom tooth),是指第三磨牙萌出不全或阻生时,牙冠周围软组织发生的炎症。常见于18~25岁的青年,是口腔科的常见病和多发病。

【病因】

一是因为人类在进化过程中,下颌骨体逐渐缩短,致使第三磨牙萌出时缺少足够的空间而不能正常萌出,表现为牙冠仅部分萌出或牙的位置偏斜,少数牙则完全埋伏在骨内,即第三磨牙阻生。二是因为阻生的或正在萌出的第三磨牙牙冠被牙龈部分或全部覆盖,构成较深的盲袋(图9-2),食物残渣进入盲袋后不易清除。冠周盲袋中的温度和湿度有利于细菌生长繁殖。当冠周软组织受到牙萌出时的压力,及咀嚼时遭到对牙的咬伤,造成局部血运障碍,细菌即可侵入。在机体抵抗力强时,局部症状不明显,当因工作疲劳、睡眠不足、月经期、分娩后或某些伤病使全身抵抗力下降时,冠周炎可急性发作。临床上以垂直位软组织阻生的下颌第三磨牙冠周炎最常见。



图9-2 下颌第三磨牙冠周被龈瓣覆盖,形成盲袋

【临床表现】

炎症早期时,仅感磨牙后区不适,偶有轻微疼痛,患者无全身症状。炎症加重时,局部有自发性跳痛,放射至耳颞区。炎症波及咀嚼肌则出现不同程度的张口受限,咀嚼和吞咽时疼痛加剧,口腔清洁差而有口臭。此时有全身不适,发烧、畏寒、头痛、食欲减退及便秘等症状。血常规检查白细胞总数稍有升高。

口腔检查见下颌第三磨牙萌出不全或阻生,牙冠周围软组织红肿、溃烂、触痛。用探针在肿胀的龈瓣下方可触及牙冠,常有脓性分泌物溢出,有时形成冠周脓肿。严重者可见舌腭弓及咽侧壁红肿,患侧下颌下淋巴结肿大、触痛。

【并发症】

冠周炎在磨牙后区形成骨膜下脓肿,感染可向颌周间隙蔓延,有以下扩散途径:感染向前方,顺外斜线在第一磨牙颊侧前庭沟处形成脓肿,穿破而形成瘻,易误诊为第一磨牙根尖感染或牙周病变;感染在咬肌前缘与颊肌后缘之间向外前方扩散形成颊部脓肿,破溃



急性炎症消退后,根据下颌第三磨牙具体情况,进行龈瓣盲袋切除或拔牙术。一般垂直阻生牙,萌出后与对颌牙有咀嚼功能,可切除覆盖牙冠的龈瓣以助其正常萌出(图 9-5)。若施行龈瓣切除术不能消除盲袋,则应拔除病灶牙。并发有面颊痙者,拔牙后多能自行愈合,如不愈合则要搔刮痙管或作痙管切除术。

若张口度改善缓慢,多因上颌第三磨牙伸长,咀嚼时常刺激下颌冠周软组织,故可在局麻下拔除上颌第三磨牙,消除刺激因素,则张口度可迅速改善。

第三节 颌面部间隙感染

颌面部间隙感染(fascial space infection of maxillofacial region)亦称颌周蜂窝织炎,是颌面和口咽区潜在间隙中化脓性炎症的总称。间隙感染的弥散期称为蜂窝织炎,化脓局限期称为脓肿。

正常情况下,在颌面部各种组织之间,如皮下组织、肌、唾液腺及颌骨,充填有数量不等的疏松结缔组织或脂肪,其中有血管、神经、淋巴组织、唾液腺导管走行。这种结构从生理上具有缓冲运动时产生的张力和压力作用,从解剖结构上即是潜在的间隙,而且相邻的间隙之间互相通连。当感染侵入这些潜在间隙内,可引起疏松结缔组织溶解液化,炎性产物充满其中时才出现明显的间隙。

颌面部间隙较多,包括咬肌、翼下颌、下颌下、咽旁、舌下、颏下、颊、眶下、尖牙窝、颧及颧下等间隙。

【病因】

最常见为牙源性感染,如下颌第三磨牙冠周炎、根尖周炎、颌骨骨髓炎等;其次是腺源性感染,可由扁桃体炎、唾液腺炎、颌面部淋巴结炎等扩散所致,在婴幼儿中多见。继发于创伤、面部疔痈、口腔溃疡和血源性感染者已少见。

间隙感染的病原菌以溶血性链球菌为主,其次为金黄色葡萄球菌,常为混合性细菌感染,厌氧菌所致的感染少见。

【临床表现】

常表现为急性炎症过程。感染的性质可以是化脓性或腐败坏死性;感染位置可以是表浅的或深在的,可局限于一个间隙内,也可经阻力较小的组织扩散至其他间隙,形成多间隙感染,因而有不同的临床表现。

一般化脓性感染的局部表现为红、肿、热、痛和功能障碍。炎症反应严重者,全身出现高热、寒战、脱水、白细胞计数升高、食欲减退和全身不适等中毒症状。腐败坏死性感染的局部红、热体征不如化脓性感染明显,但局部软组织有广泛性水肿,甚至产生皮下气肿,可触及捻发音。全身中毒症状较化脓性感染严重,短期内可出现全身衰竭,体温和白细胞总数有时低于正常,甚至出现昏迷、中毒性休克等症状。牙源性感染的临床症状表现较为剧烈,多继发于牙槽脓肿或骨髓炎之后,早期即有脓液形成;而腺源性感染炎症表现较缓,早期为浆液性炎症,然后进入化脓阶段,称为腺性蜂窝织炎。成年人症状相对较轻,婴幼儿有时表现极为严重。

感染发生在浅层的间隙,局部体征极为明显,炎症化脓局限时可扪及波动感。发生在深层的间隙感染,由于颌骨周围与口底的肌和筋膜致密,局部体征多不明显,即使脓肿形成,也难扪出波动感,但局部有凹陷性水肿和压痛点。

【诊断】

根据病史、临床症状和体征,结合局部解剖知识、白细胞总数及分类计数等,配合穿



急性炎症消退后，应及时拔除病灶牙，避免感染复发。若有瘻管长期不愈，则应考虑作瘻管或死骨刮治术。

一、眶下间隙感染

此间隙位于面部前部，眼眶下方，上颌骨前壁与面部表情肌之间，包括尖牙窝(犬齿窝)间隙。其周界上、下、内、外分别为眶下缘、上颌牙槽突、梨状孔侧缘及颧骨。间隙内有表情肌、疏松结缔组织和脂肪，有眶下神经、血管、淋巴结，鼻旁的内眦静脉和面前静脉与海绵窦交通。

感染多来自上颌前牙和第一前磨牙的根尖感染，较少来自鼻侧及上唇底部的化脓感染。

临床表现以眶下区红肿热痛最明显，上下眼睑水肿造成睁眼困难，鼻唇沟变浅或消失，脓肿压迫眶下神经时疼痛加剧。由于病灶牙的位置不同，脓肿相应部位不同：切牙局限在上唇底；尖牙及前磨牙局限在鼻侧和尖牙窝。该区前庭沟丰满，有压痛和波动感。感染还可向邻近间隙扩散，引起眼眶蜂窝织炎、颧、颊部蜂窝织炎、海绵窦血栓性静脉炎(图 9-7)。

脓肿形成后，应从上颌前牙或前磨牙前庭沟黏膜转折处，横行切开黏骨膜直达骨面，用血管钳分离至尖牙窝，见脓液流出，生理盐水冲洗后，置橡皮片引流。若脓肿穿过表情肌到达皮下，应在眶下缘做弧形切口，钝性分离进入脓腔。弥散性蜂窝织炎，可从口内、外贯通引流(图 9-8)。



图 9-7 眶下间隙感染

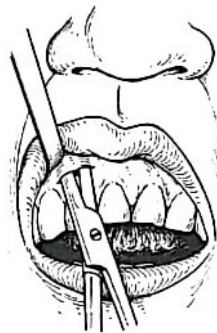


图 9-8 眶下间隙脓肿口内切开引流

二、咬肌间隙感染

该间隙位于咬肌与下颌支外侧骨板之间，其周界上、下、前、后、内、外分别为颧弓下缘、下颌骨下缘、咬肌和下颌支前缘、下颌支后缘、下颌支外侧骨板、咬肌和腮腺。此间隙四周被致密筋膜包围，中间为疏松结缔组织。

感染最多见来自下颌第三磨牙冠周炎，也可见于下颌磨牙的根尖感染和下颌骨骨髓炎。

临床上，早期表现为下颌角区红肿，压痛明显。病变继续发展，感染向上扩散，肿胀范围可波及整个腮腺咬肌区；向下扩散可累及下颌下区。肿胀区有凹陷性水肿，但无波动感，原因是咬肌肥厚，脓肿难以穿破至皮下。由于咬肌受到炎症刺激而痉挛，产生严重的牙关紧闭和疼痛，穿刺可抽出脓液。若自行穿破或切开引流后，脓液不见减少，瘻管长期



阻滞麻醉的并发症), 还有从邻近间隙感染扩散而来。

临床表现, 若由牙源性感染所致, 则发病急, 全身反应重, 首先表现为张口受限, 吞咽不适, 疼痛逐渐加剧, 面部无肿胀, 张口时下颌偏向患侧; 口内检查可见翼下颌皱襞肿胀、压痛, 口外可见下颌支后缘及下颌角内侧丰满有压痛。医源性所致感染, 发病缓慢, 进行性张口受限, 伴微痛, 病情发展则与牙源性表现相同。合并多间隙感染者, 全身和局部症状更为严重。

当穿刺抽出脓液后, 多从口外作切开引流, 与咬肌间隙脓肿切开相同, 暴露下颌角下缘后, 在内侧切断翼内肌的部分附着与骨膜, 紧贴下颌支内侧骨面向上剥离, 达翼下颌间隙引流出脓液, 置半管或凡士林纱条引流。炎症消散后, 拔除病灶牙或行死骨刮治术。亦可从口内翼下颌皱襞外侧, 作长 2cm 的纵行切口, 钝性分离穿过颊肌, 沿下颌支内侧进入翼下颌间隙即可引流。对范围较广的脓肿还可行口内外贯穿引流, 将上述 2 个切口贯通以达到充分引流。感染控制后, 分泌物明显减少, 应待口内伤口先闭合, 继续口外引流, 直至痊愈。

四、下颌下间隙感染

下颌下间隙位于下颌下三角内。上界为下颌骨下缘, 前下界为二腹肌前腹, 后下界为二腹肌后腹和茎突舌骨肌, 深面是下颌舌骨肌和舌舌肌。间隙内有下颌下腺、下颌下淋巴结、血管和神经、脂肪组织, 感染可向舌下、颊下、翼下颌及咽旁等间隙扩散。

成人感染常来自下颌磨牙根尖感染和第三磨牙冠周炎, 婴幼儿常继发于化脓性下颌下淋巴结炎。

临床表现, 牙源性感染病程发展快, 全身高热, 下颌下区肿胀明显, 皮肤充血、发红, 有时发亮, 有凹陷性水肿和压痛, 早期即有脓肿形成, 可扪及波动感; 腺源性感染病程发展较慢, 初为炎性浸润的硬结, 逐渐长大, 穿破淋巴结被膜后, 呈弥散性蜂窝织炎, 症状同牙源性感染, 但晚期才形成脓肿。



图 9-11 下颌下间隙感染及脓肿切开引流切口

局限于淋巴结内的脓肿, 可穿刺抽出脓液后注入抗生素。牙

源性感染或脓肿范围广泛者, 应行脓肿切开引流术。手术在下颌

下缘下 1.5~2cm, 作 3~5cm 长的平行切口 (图 9-11), 切开皮

肤、皮下组织和颈阔肌, 达下颌体内侧, 即可引流出脓液; 腺源性感染还需分离到淋巴结内, 才能使脓液流出。置入引流条。注意保护面神经下颌缘支及血管。

五、口底蜂窝织炎

口底蜂窝织炎是口底弥散性多间隙感染, 包括双侧下颌下、双侧舌下和颊下间隙在内的 5 个间隙感染, 否则称为多间隙感染。感染性质可以是化脓性或腐败坏死性或凝固坏死性感染, 后者较少见, 但临床表现极为严重。1836 年 Ludwig 称腐败坏死性口底蜂窝织炎为咽峡炎 (Ludwig's angina)。该病多因机体抵抗力差, 细菌毒力强, 导致弥散性感染。

感染来源: 下颌牙的化脓性或坏疽性根尖周炎或第三磨牙冠周炎扩散; 口咽部软组织损伤后继发口底多间隙感染扩散; 扁桃体炎、口炎、颊下或下颌下淋巴结炎扩散。

临床表现: 化脓性感染的患者, 全身出现高热、寒战等症状, 白细胞总数升高。局部最初从一侧舌下或下颌下间隙开始红肿, 逐渐波及整个口底间隙, 肿胀范围广泛, 因口底



骨髓炎严重,这是因为下颌骨骨质致密,周围有致密的筋膜和强大的肌肉,当下颌骨感染后,脓液不易穿破引流;下颌骨血运较差,感染的血管栓塞后,易形成大块死骨。

病原菌主要为金黄色葡萄球菌,其次为链球菌,少数为其他化脓菌,常见为混合性感染。

根据牙源性化脓性颌骨骨髓炎(odontogenic suppurative osteomyelitis of the jaws)的临床病理特点,病变始于颌骨中央的骨松质和骨髓者,称为中央性骨髓炎;病变始于颌骨周围的骨膜和骨皮质者,称为边缘性骨髓炎。按其病变的性质可分为急性期和慢性期;按炎症的范围可分为局限型和弥散型。

【临床表现】

(一)中央性颌骨骨髓炎

急性局限型,多由根尖感染发展而来,上颌骨较下颌骨多见,一般称为牙槽脓肿。患牙剧烈疼痛,为持续性,并沿三叉神经分布区放射痛。患牙及邻牙松动,有叩痛,前庭沟丰满,面颊肿胀。由于上颌骨骨质疏松,骨板薄,脓液容易穿破骨壁向口腔引流,因而炎症逐渐消退,不易在上颌骨内弥漫扩散。下颌骨的牙槽脓肿,由于骨质致密骨板厚,脓液不易穿破而得到引流,因此炎症易在骨松质和骨髓腔内蔓延,常通过下牙槽神经管波及整个下颌体,发展成急性弥散性骨髓炎。此时患者全身症状加重,高热、寒战、脱水及其他中毒表现,白细胞总数和中性分类增高。局部炎症迅速扩散,短期内下颌多数牙松动,前庭沟丰满,龈袋溢脓;若下牙槽神经受损害,出现下唇麻木;一般在3周以后X线片方显示骨质广泛破坏。严重者伴发颌周多间隙感染,颌面部肿胀,有不同程度的张口受限。

急性期能得到及时合理的治疗,如拔除松动牙,广泛切开引流脓液,则炎症可消散。若拖延治疗,脓液自行穿破或切开引流不畅,则化脓病变在颌骨内缓慢进行而进入慢性期。此时患者全身及局部症状缓解,口内或颌面部有瘘管长期流脓,有时混杂有小块死骨,探查瘘管可触及粗糙骨面或活动死骨块,严重者有大块死骨形成或发生病理性骨折,出现咬合错乱及面部畸形。死骨未根除,病变可迁延数月或数年,一旦瘘管阻塞,炎症又可急性发作

(二)边缘性颌骨骨髓炎

多见于青年人,好发于下颌支外侧,由下颌第三磨牙冠周炎引起颌周间隙感染而来。急性期不易发现,常被颌周间隙感染症状所掩盖,因此常见为慢性期。临床病理特点主要是间隙感染,如咬肌间隙和翼下颌间隙脓肿,脓液未能及时排除,则会溶解骨膜,使骨皮质的营养中断,发生脱钙、疏松、软化,形成表浅的小块死骨;或因炎症与机体抵抗力处于僵持阶段而出现炎性增生,X线片可见颌骨表面葱皮样钙化影。临床可在下颌角区或腮腺咬肌区出现炎性浸润硬块、压痛、凹陷性水肿,并有张口受限。脓肿自行穿破处或切开引流区,可见长期溢脓的瘘管,有时脓液内混杂有死骨碎屑。沿瘘管探查,可触及粗糙的骨面,当瘘管阻塞时,炎症又可急性发作。炎症发展深入到骨髓腔时,感染可在骨髓腔内扩散,则可并发中央性骨髓炎,而有大块死骨形成。

【诊断】

根据病史、临床表现和局部检查,配合X线片即可确定诊断。中央性骨髓炎的X线片早期无变化,2~4周后可见骨质疏松密度减低区,2~3个月,显示骨破坏局限有死骨形成或病理性骨折;边缘性骨髓炎X线片早期变化不明显,晚期下颌支后前位片可见骨皮质不光滑,有小片死骨形成,或骨质增生(图9-14)。

【治疗】

急性期以全身应用抗生素,局部切开引流或拔除松动牙为主,弥散性患者出现衰竭、



三、放射性颌骨骨髓炎

放射性颌骨骨髓炎(radiation osteomyelitis of the jaws) 是因鼻咽癌或口腔颌面部恶性肿瘤进行大剂量放射治疗后,引起放射性颌骨坏死(radionecrosis of the jaws),继发感染而形成骨髓炎,是目前较常见的疾病。Meyer 认为放射性骨髓炎是放射、损伤、感染 3 种因素的总和。

【病因】

放射线治疗肿瘤时,颌骨同时受到照射,颌骨内的血管逐渐发生无菌性的血管内膜炎。当照射剂量超过 50Gy 时,血管内膜肿胀、增厚,管腔缩窄,在照射后数月或数年发生血管栓塞,骨质得不到营养而发生坏死,骨膜亦无新骨再生。此时一旦发生牙源性感染或受到拔牙等损伤,局部伤口长期不愈,细菌侵入而发生放射性骨髓炎。

目前认为大剂量射线照射造成颌骨自发性坏死,被照射的骨组织出现“三低”特征,即低细胞、低血管、低氧现象。组织切片可见骨细胞皱缩,骨陷窝空虚,成骨细胞消失,骨膜和骨髓腔纤维变性,血管栓塞。由于缺乏血液营养,在低氧、低能量情况下,骨组织无修复代偿能力,伤口长期不愈合,死骨不易分离,呈无菌性坏死状态。

【临床表现】

一般病程较长,病变发展缓慢。在放射治疗后半年至数年内,多数患者唾液分泌减少,牙容易发生猛性龋,继发牙源性感染,或因拔牙及其他损伤造成伤口长期不愈,瘘管形成但脓性分泌物少,持续性疼痛,口臭。有时软组织可溃烂坏死,死骨暴露而不松动,长期处于慢性炎症过程。若继发颌周蜂窝织炎,可出现不同程度的张口受限。颌骨可以形成大块死骨,常需较长时间才分离,相应区域的软组织变硬,瘢痕形成。患者全身衰弱、消瘦、贫血,呈慢性消耗性病态。

【诊断】

主要根据有放射治疗史、临床表现和 X 线片,但应与肿瘤复发相鉴别。

【治疗】

应以预防为主。放射治疗要注意掌握适应证、剂量和防护。放疗前应适当治疗病灶牙,拔除残根、残冠,去除金属充填物,洁牙,消除感染源;保持口腔卫生;放疗后 3 年内避免拔牙和其他损伤。

当发生骨髓炎后,一般倾向于保守治疗,全身应用抗生素和支持疗法;局部保持引流通畅,注意口腔卫生,等待死骨分离后手术摘除。但等待时间太长,患者非常痛苦,因此也有人主张积极治疗,将坏死的软硬组织一并切除,采用皮瓣或肌皮瓣整复。但如果切除不彻底,反而因手术造成损伤,可能加重病情。目前主张配合高压氧治疗,可增加放射区内动、静脉氧分压,兼有杀菌、抑菌作用,有利于血管增生,促进死骨分离,增强组织修复能力。采用高压氧配合手术治疗,可取得较好效果。

第五节 婴幼儿化脓性淋巴结炎

面颈部淋巴循环丰富,由环形链和纵形链两组淋巴结及众多网状淋巴管组成。淋巴结是面颈部的重要防御系统可过滤和吞噬进入淋巴液中的细菌和异物,阻止感染扩散。若细菌毒力大,机体抵抗力低时,则可引起淋巴结炎。婴幼儿的淋巴结发育尚不完善,淋巴滤泡不成熟,结缔组织少,淋巴结被膜薄,其防御功能较成人差。当淋巴结发生化脓性炎



【病因】

常为金黄色葡萄球菌感染。当机体衰弱、营养不良或新陈代谢障碍，如糖尿病等全身因素存在，而局部皮肤抵抗力下降，清洁卫生欠佳时，一旦遭到机械性刺激，如修面、抓伤、虫咬后常诱发疔和痈。

【临床表现】

疔早期表现为1个红、肿、痛的硬结，以后逐渐增大呈锥形隆起，顶部出现黄白色小脓栓。炎症扩大使局部症状更加剧，最后脓栓液化破溃，脓液排出，疼痛消失，破溃区迅速愈合。一般无全身症状，若疔受到挤压和烧灼等刺激，感染扩散成蜂窝织炎时，即可出现全身症状，如高热、寒战、头痛及白细胞总数增高等。

痈多见于成年人，好发于上唇，称为唇痈。由于感染的面积和深度、炎性浸润和组织坏死都比疔广泛，因此早期隆起的炎症范围和组织的张力都较大。开始只出现一个脓栓，周围皮肤呈紫红色，再外层为鲜红色，皮肤表面发热，此时有剧烈胀痛。炎症肿胀范围越大，表面的黄白色脓栓也越多，血性脓液逐渐由坏死的脓头处流出。脓头之间的皮肤常坏死，最后痈的中心区坏死、脱落。唇部因血循环丰富，唇痈较少出现大块组织坏死。痈常伴有局部淋巴结肿大、压痛，全身症状也较明显，常合并严重的并发症。

【并发症】

祖国医学早有“面无善疮”之说，乃指颜面部的疔和痈常因局部炎症扩散，引起全身并发症，甚至造成死亡。病原菌金黄色葡萄球菌的毒素能使机体中毒，上唇和鼻部危险三角区内静脉缺少瓣膜，并与颅内海绵窦相通，促使感染容易沿着面部静脉向颅内扩散，并发海绵窦血栓性静脉炎。

当颜面疔痈受到挤压、搔抓或不恰当的治疗如热敷、烧灼、切开引流等，局部炎症和全身症状可迅速加剧，轻者可并发眶周蜂窝织炎(图9-16)。若发生海绵窦血栓性静脉炎，可出现眼睑水肿，眼球突出伴活动受限，结膜水肿或淤血，高热、头痛、昏迷等中毒症状，治疗不及时可于数天内死亡。也可同时并发脑膜炎或脑脓肿，出现颈项强直、偏瘫、头痛、恶心、呕吐、惊厥乃至昏迷等。细菌毒素或感染栓子随血循环扩散，可引起脓毒败血症，以致死亡。



图 9-16 上唇痈并发眶周蜂窝织炎

【治疗】

颜面部疔痈与全身其他部位疔痈不同，主张保守疗法，切忌用热敷、烧灼、切开引流等方法。通常采用3%高渗盐水纱布湿敷疔痈顶部，局部使用二味拔毒散外敷(雄黄和明矾各半量研粉末，用水调拌)，有利于脓头破溃引流，而无刺激局部炎症恶化的作用。全身应用大剂量有效的抗生素，及时作脓培养、药物敏感试验来调整药物，还可配合中药内服紫雪丹、牛黄丸或荆防败毒散等。全身支持疗法如卧床休息、镇静止痛、流汁饮食、输液、输血等。若有严重中毒性休克，可采用人工冬眠疗法，有全身其他并发症者，则配合内科积极治疗。

(顾晓明)



7. 颌面部有腮腺、面神经和三叉神经等组织。如腮腺受伤，可并发唾液瘘；面神经损伤，可出现面瘫；三叉神经损伤，则可在相关区域出现麻木。

8. 颌面部紧邻颅脑，严重的颌面部损伤常合并颅脑伤，如颅骨骨折、脑震荡、脑挫裂伤、颅内血肿、颈椎骨折等；并发颅底骨折时，可发生脑脊液鼻漏和耳漏，在抢救时必须注意鉴别。

第二节 口腔颌面部损伤的急救处理

(一) 解除窒息

1. 原因 可分为阻塞性窒息和吸入性窒息两大类。

(1) 阻塞性窒息：①异物阻塞：如血凝块、骨碎片、牙碎片以及各类异物均可阻塞呼吸道而发生窒息；②组织移位：如下颌骨颈部粉碎性骨折或下颌体两侧同时骨折时，下颌骨体部前分的骨折段受降颌肌群(颏舌肌、颏舌骨肌和下颌舌骨肌等)的牵拉，舌整体向后下方移位，压迫会厌而造成窒息[图 10-1 (1)]。在上颌骨发生开放性横断骨折时上颌骨因重力、撞击力作用和软腭肌牵拉等因素向后下方移位而堵塞咽腔，引起窒息[图 10-1 (2)]；③气道狭窄：口底、舌根和颈部在损伤后，这些部位内形成血肿、严重的组织反应性肿胀均可压迫上呼吸道而发生窒息。在面部烧伤的伤员，还应注意可能吸入灼热气体而使气管内壁发生水肿，导致管腔狭窄引起窒息；④活瓣样阻塞：受伤的黏膜盖住了咽门而引起的吸气障碍。

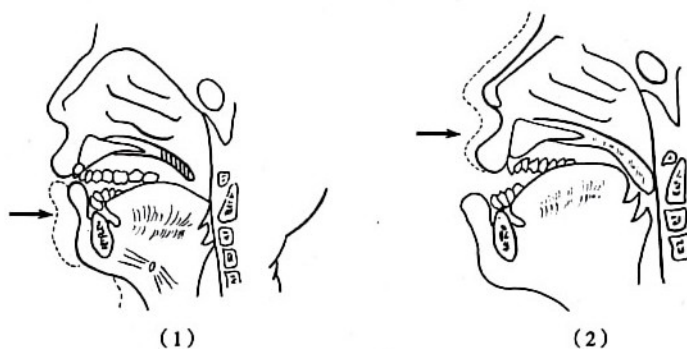


图 10-1 组织移位引起窒息

(1) 下颌骨后移位和舌后坠堵塞咽腔 (2) 上颌骨骨折段向下后方移位，软腭下坠堵塞咽腔

(2) 吸入性窒息：昏迷的伤员，直接把血液、唾液、呕吐物或异物吸入气管、支气管、甚至肺泡引起的窒息。

2. 临床表现 前驱症状是患者烦躁不安、出汗、鼻翼扇动、吸气长于呼气，或出现喉鸣；严重时出现发绀、三凹体征(吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙深陷)，呼吸急促而表浅；继之出现脉弱、脉快、血压下降、瞳孔散大。如不及时抢救，可致昏迷、呼吸心跳停止而死亡。

3. 急救 窒息是口腔颌面部伤后的一种危急并发症，严重威胁伤员的生命。急救的关键在于早期发现，及时处理。如已出现呼吸困难，更应争分夺秒，立即进行抢救。

对因各种异物堵塞咽喉部窒息的患者，应立即用手指(或裹以纱布)掏出，或用塑料管吸出堵塞物，同时改变体位，采用侧卧或俯卧位，继续清除分泌物，以解除窒息。对因舌后坠而引起的窒息，应迅速撬开牙列，用舌钳或巾钳把舌牵向口外。即使在窒息缓解



但在颈部或口底创口内，填塞时应注意保持呼吸道通畅，防止压迫气管发生窒息。对鼻道出血的患者，在明确无脑脊液漏时，可用油纱布填塞鼻道；效果不好时，可加用鼻后孔止血法。

4. 结扎止血 在创口内结扎出血的血管或在远处结扎出血动脉的近心端，止血效果确切可靠。颌面部严重的出血，如局部不易止血，可结扎颈外动脉。在紧急情况下可用止血钳夹住血管后，连同血管钳一起包扎后送。

5. 药物止血 局部应用粉、胶、海绵、纤维等止血剂或凝血酶，要使药物与出血创面直接接触，并用纱布加压包扎。全身作用的化学止血药如酚磺乙胺(止血敏)、对羧基苄胺、卡巴克络(安络血)等均可作为辅助用药，以加速血液的凝固。

(三) 伤口的包扎

包扎是急救过程中非常重要的一个步骤，包扎有压迫止血、暂时性固定、保护创面、缩小创面、减少污染、减少唾液外流、止痛等作用。颌面部受伤后常用的传统方法有三角巾风帽式包扎法、三角巾面具式包扎法、头颌绷带十字形包扎法、四尾带包扎法等(图 10-5)。

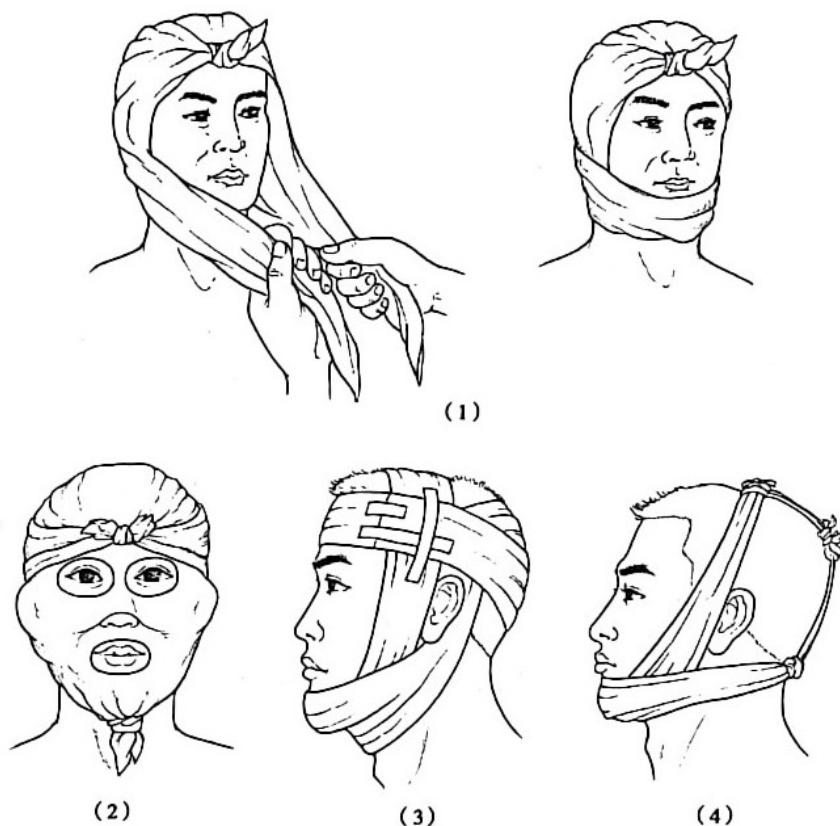


图 10-5 颌面部创口包扎法

(1) 三角巾风帽式包扎法 (2) 三角巾面具式包扎法
(3) 头颌绷带十字形包扎法 (4) 四尾带包扎法

(四) 伤员的运送

运送伤员时应注意保持呼吸道通畅。对昏迷的伤员，应采用俯卧位，额部垫高，使口鼻悬空，以利于引流和防止舌后坠。一般伤员可采用侧卧位，避免血凝块及分泌物堆积在咽部(图 10-6)。运送途中，应严密观察全身和局部情况，防止发生窒息和



破损，并有少量渗血和疼痛，创面上常附有沙粒或其他异物。

治疗：主要是清洗创面和预防感染。多数情况下可任创面暴露而无需包扎，待其干燥结痂，自行愈合。如发生感染，应行湿敷，一般1周左右即能愈合。

(二)挫伤

挫伤系没有皮肤开放伤口的软组织损伤，不仅是皮下组织，而且肌肉、骨膜和关节也可同时受伤。在暴力较大的情况下，伤处的小血管和小淋巴管发生破裂，常导致组织出血，形成淤斑，甚至形成血肿，较大的血肿可以继发感染，还可能形成脓肿。颞下颌关节发生挫伤后，可发生关节内或关节周围出血、疼痛、张口受限或错殆，还可因血肿纤维化而导致关节强直。

治疗：主要是止血、镇痛、预防感染、促进血肿吸收和恢复功能。局部血肿的处理，首先应制止出血，在早期可用冷敷或绷带加压包扎，在止血后可用热敷或理疗，以助血肿消散吸收。如血肿较大，或颞下颌关节囊内出血止血后在无菌条件下，可用粗针头将血液抽出，然后加压包扎。如因血肿压迫上呼吸道或血肿继发感染，应手术切开，清除血凝块和感染物，同时用抗生素控制感染。

(三)蜇伤

为蜂、蝎等昆虫所带毒刺的损伤。伤后局部红肿明显，疼痛剧烈。

治疗：先用镊子取出刺入皮内的毒刺，局部用5%~10%的氨水涂擦，以中和毒素。也可外敷清热解毒的中药，如夏枯草等；或局部封闭，以减轻肿痛。

二、开放性损伤

(一)挫裂伤

是较大机械力量的钝器伤，伤口的特点是创缘不整齐，裂开较大，创缘周围的皮肤常有擦伤，并有发绀色坏死组织，还可伴发开放性骨折。

治疗：清创时应刮除没有出血的坏死组织，修整创缘，彻底止血，常做减张缝合，充分引流。如伴发骨折，应同时处理骨折。若有组织缺损，可同期整复或待后期整复。

(二)刺伤

因尖锐的刀、锥、钉、笔尖、树枝等物的刺入而发生。伤口常为小入口，伤道深，多呈盲管状，也可以是贯通伤。致伤物可刺入口腔、鼻腔、眶内、甚至深达颅底；可能损伤重要的血管神经；深入骨面的刺入物末端可能折断而存留在组织内；衣服碎屑、砂土及病原菌均可被带入伤口内而引起继发感染。

治疗：清创时应彻底清除异物和止血，应用抗生素防治感染。为取出深部异物、修复神经或彻底止血，必要时需要扩创。对于颈部大血管附近的异物，要在做好预防继发性出血的准备前提下摘除异物，切不可轻率从事；否则，可能造成致命的大出血。此点必须引起高度的警惕。

(三)切割伤

系被锋利的刃器、玻璃片等所割。伤口特点是边缘整齐。如知名血管被切断，则出血严重；如切断面神经，可造成面瘫；如切断腮腺导管，可造成唾液瘘。

治疗：切割伤如无感染，缝合后可望一期愈合。遇有面神经较大分支或腮腺导管被切断时，应尽可能在清创时立即进行神经或导管吻合。

(四)撕裂伤

较大的机械力量造成组织撕裂或撕脱。如长发卷入机轮中，既可将大块头皮撕脱。伤

相对缝合(图 10-7), 遗留的洞穿缺损待后期整复。

2. 鼻部损伤 ①鼻部软组织撕裂伤, 如无组织缺损, 应按正常的解剖位置作准确地对位缝合。如组织缺损不大, 创面无感染, 应立即转瓣或游离植皮关闭创面; ②组织缺损过大, 有时还伴有软骨和骨组织的缺损。在清创缝合时, 需将软骨置于软骨膜中, 再行缝合皮肤, 切忌暴露软骨。对骨创面也应尽力关闭, 遗留畸形待后期修复; ③在清创缝合时, 应特别注意鼻腔的通畅, 可以用与鼻孔相应口径的管子, 裹以碘仿纱布支撑鼻孔, 以免鼻道阻塞引起呼吸障碍, 并防止鼻孔瘢痕挛缩。

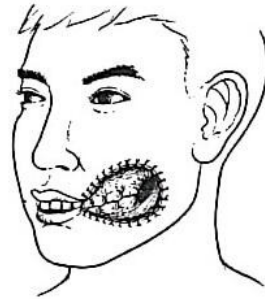


图 10-7 颊部贯通伤有较大组织缺损时的缝合法

3. 唇部损伤 ①唇部的撕裂伤, 特别是全层撕裂时, 在清创后要特别注意缝合口轮匝肌, 恢复其连续性, 然后按正常的解剖学形态(如唇弓、唇峰)准确对位缝合皮肤黏膜; ②唇部的贯通伤有时内口大、外口小, 通道内有时还可存留牙碎片。清创时应先缝合黏膜, 然后再冲洗, 最后缝合皮肤, 以减少感染机会。③唇部损伤缺损大者, 切忌强行拉拢缝合, 以免引起张口受限。如条件许可, 应立即用唇周围组织瓣转移修复, 遗留的小口畸形或缺损留待后期整复。

4. 额部损伤 多见于儿童, 也可见于成人。①额部损伤如无组织缺损, 清创后应立即对位缝合, 较小的损伤也可不缝合; ②额部损伤如有组织缺损而致口腔相通, 不能直接缝合时, 应转移邻近黏骨膜瓣以关闭穿通口(图 10-8)。

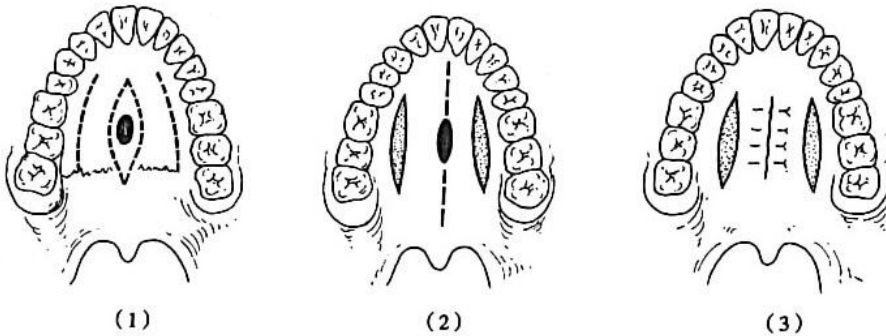


图 10-8 额部穿通伤缝合法之一

5. 舌部损伤 ①舌部创口有组织缺损时, 缝合时应最大限度地保持舌的纵形长度(图 10-9), 以免功能障碍; ②舌腹部的创面, 在清创缝合时应避免与口底和牙龈粘连, 应先缝合舌组织, 其余创面可视情况进行转瓣或游离植皮以关闭创面; ③舌组织较脆, 缝合时应采用大针粗线, 进针点应距创缘至少 5mm 以上, 并多带深层组织和作褥式缝合。

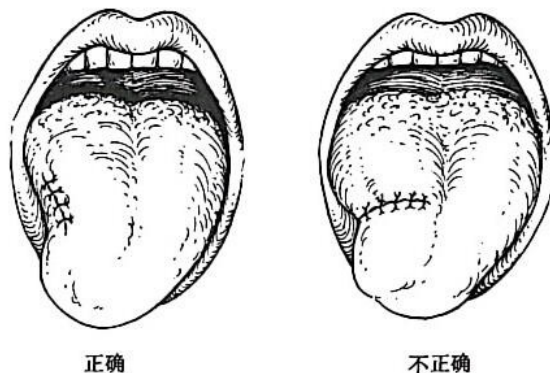
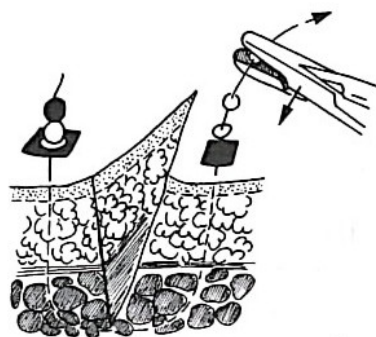
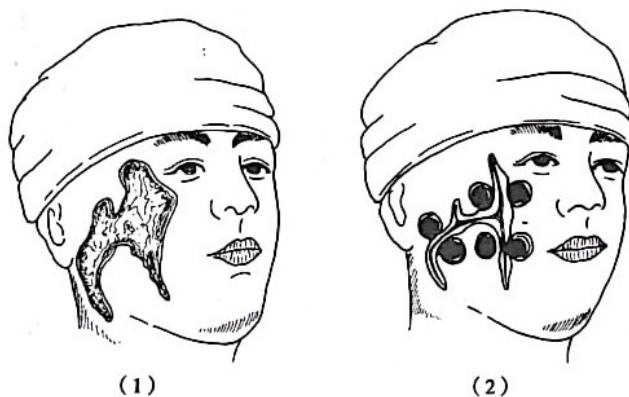


图 10-9 舌损伤的缝合

6. 眉、睑部损伤 眉损伤在清创后应及时作准确对位缝合, 避免出现眉毛的断裂和上下错位畸形。睑部的损伤在清创缝合时应尽量保持上睑的



钢丝铅丸减张缝合方法



(1)

(2)

图 10-11 金属丝定向减张缝合示意图

(1) 伤口裂开，组织缺损 (2) 定向减张缝合后

第四节 牙和牙槽骨损伤

牙和牙槽骨损伤，在颌面部损伤中较为常见，尤其是上下颌前牙位于牙弓前部，损伤机会更多。

一、牙挫伤

由于直接或间接外力撞击所致，其主要特点是牙周膜和牙髓受损而产生充血、水肿。临床表现为受伤牙松动、疼痛、伸长，有牙周膜炎甚至牙髓炎的表现。若牙龈同时受伤，则可伴发出血，局部肿胀。

治疗：对牙周膜损伤的牙，应作简单的结扎固定，并防止早接触。如牙髓受损，应作牙髓或根管治疗。

二、牙脱位

在较大的暴力撞击下，可是牙部分或完全脱位，由于牙周膜撕裂，甚至从根尖孔进入牙髓的神经血管束也撕裂临床上出现牙松动、倾斜、伸长和疼痛，妨碍咀嚼。牙完全脱位，则牙脱离牙槽窝，或仅有软组织相连，常同时伴有牙龈撕裂和牙槽骨骨折。

治疗：如部分脱位，应使牙恢复到正常位置，并结扎固定 3 周左右。如牙完全脱位时间不长，应尽快地按牙再植的程序，严格消毒，将脱位的牙植入原位，并与邻牙一起结扎



2. Le Fort II 型骨折 又称中位或锥形骨折。骨折线经过鼻骨、泪骨、眶底、颧额缝区达上颌骨翼上颌缝处[图 10-13 (2)]。

3. Le Fort III 型骨折 又称高位或颅面分离骨折。骨折线经过鼻骨、泪骨、眶内、下、外壁，颧额缝，颧颧缝，向后下止于上颌骨翼上颌缝，造成完全性颅与面骨的分离[图 10-13 (3)]。

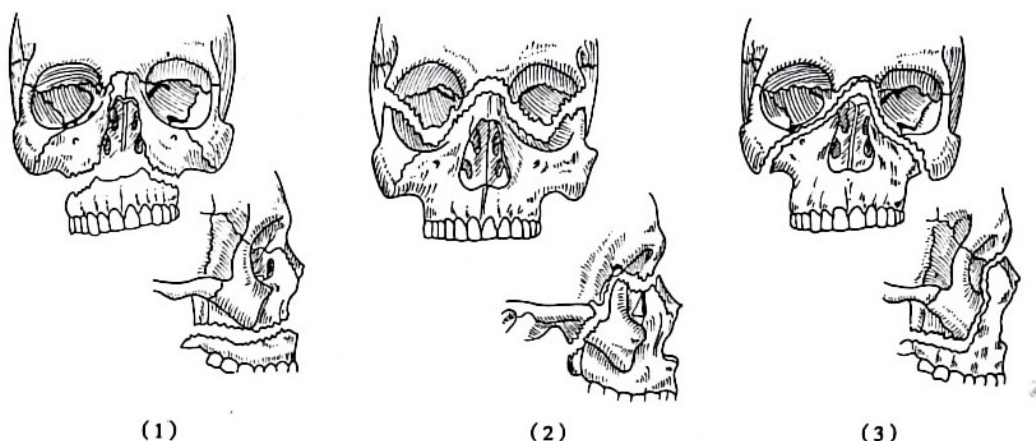


图 10-13 上颌骨 Le Fort 骨折线示意

(1) Le Fort I 型骨折 (2) Le Fort II 型骨折 (3) Le Fort III 型骨折

(二) 临床表现与诊断

1. 骨折段移位和咬合错乱 上颌骨骨折段的移位主要是受暴力的大小和方向以及上颌骨本身重量的影响，无论上颌骨为何型骨折，常同时伴有翼突骨折。由于翼内肌的牵引，使上颌骨的后分下移，而出现后牙早接触，前牙开始。软腭也随之移位接近舌根，使口咽腔缩小时，可影响吞咽和呼吸。触诊时，上颌骨可出现异常动度。暴力来自侧方或挤压时，可发生上颌骨向内上方或外上方的嵌顿性错位，局部塌陷，咬合错乱。这种错位触诊时动度可不明显。在高位颅面分离的伤员，可见面部中段明显增长，同时由于眶底下陷，还可出现复视。

2. 眶区淤血 由于眼睑周围组织疏松，上颌骨骨折时眶周容易水肿，皮下淤血、青紫，呈蓝紫色，成为典型的“眼镜”症状。球结膜下也可出现淤斑。如发现鼻腔及外耳道出血，呈淡红色血水，应考虑发生脑脊液鼻漏或耳漏，使筛板骨折或合并颅前窝骨折的体征。

3. 影像学检查 除上述临床表现外，在条件允许的情况下，应拍摄鼻颏位或头颅后前位及侧位 X 线片，必要时再拍摄 CT 片，以明确骨折的类型及骨折段移位情况，同时了解有无邻近骨骼的损伤。注意对合并有严重颅脑损伤的伤员，仅作一般的平片检查，切忌过多搬动而使伤情加重，待伤情平稳后再作进一步检查。

二、下颌骨骨折

(一) 下颌骨骨折好发部位 (图 10-14)

1. 正中联合 胚胎发育时两侧下颌突连接处，并处于面部突出部位。

2. 颊孔区 位于下颌牙弓弯曲部。

3. 下颌角 下颌骨体和下颌支交界处。

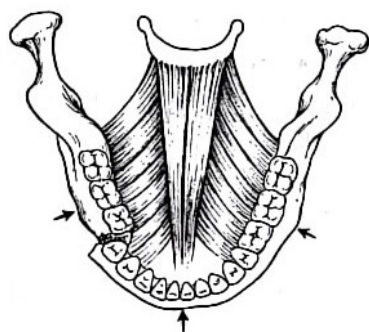


图 10-16 下颌骨颏孔区骨折的移位
短骨折段被升颌肌群牵拉向上、内移位，
长骨折段被降颌肌群牵拉向下移位

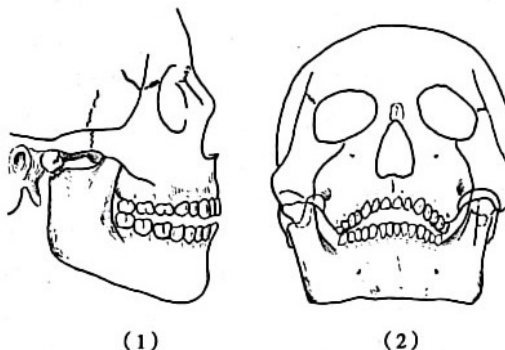


图 10-17 髁突颈部骨折
(1) 单侧髁突骨折 (2) 双侧髁突骨折引起开殆

3. 功能障碍 咬合紊乱、张口受限、局部出血水肿、疼痛等，致使咀嚼、呼吸、吞咽、言语等功能障碍。严重的颞部粉碎性骨折可发生呼吸窘迫和呼吸道梗阻，必须引起足够的重视。

4. 骨折段的异常活动 绝大多数伤员可出现骨折段的异常活动，但在少数伤员无明显移位时，可无明显活动。医师可用双手握住可疑骨折处两侧骨折段，轻轻向相反方向用力，可感觉到骨摩擦音和骨折段活动。

5. 影像学检查 常拍摄下颌骨侧位片、后前位片和下颌骨全景片。髁突骨折的伤员应加拍颞下颌关节 X 线片，必要时拍摄颞下颌关节断层片和 CT 片，从而明确骨折类型、范围和性质以及有无邻近骨骼的损伤。

下颌骨骨折诊断并不困难，但应注意骨折后的一些并发症，如髁突受到严重创伤，可同时伴有颞骨骨板的损伤致使此区肿胀明显，外耳道流血；如合并颅中窝骨折时，可出现脑脊液耳漏，应注意鉴别。

三、颌骨骨折的治疗原则

颌骨骨折的治疗原则是尽早复位和固定，恢复正常咬合和面形的对称和匀称，同时使用防止感染、镇痛、合理营养、增强全身抵抗力等方法，为骨折的愈合创造良好条件。必须密切注意有无全身其他部位合并症的发生，一定要在全身情况稳定后再进行局部处理。

(一) 颌骨骨折的复位固定

颌骨骨折的正确复位是固定的前提。上颌骨血供丰富，骨折愈合快，骨折的复位固定应争取在 2 周内进行，下颌骨应争取在 3 周内复位固定。否则易发生错位愈合，影响疗效。

1. 复位和外固定

(1) 牙间结扎固定法：此法操作简单，特别适用于伤情较重同时伴有骨折严重出血的伤员，复位后可达到止血效果，减轻骨折端的异常活动和疼痛，避免血肿形成。方法是将骨折线两端的一对或两对牙分别用结扎丝拴接在牙颈部，然后用手法将骨折处复位，再将骨折线前后的结扎丝末端分别结扎在一起。也可以利用牙间的结扎丝作颌间固定，方法是选择上下颌相对的几组单个牙分别结扎复位后，再将上下相对牙的结扎丝扭结在一起，必要时也可交叉结扎固定。

(2) 单颌牙弓夹板固定法：利用骨折段上的牙与颌骨上其余的稳固牙，借成品金属夹板将复位后的骨折段固定在正常的解剖位置上。此法最适用于牙折和牙槽突骨折，有时适



目的是为解决伤员早期开口功能训练和克服颌间固定给伤员带来的诸多不便。由于采用金属接骨板和螺钉,对骨折固定的更牢固、有效,但亦对术中骨折复位的精确度要求更高,否则容易发生术后石干扰。为达此目的,一般多在术前或术中施行颌间弹性牵引以确立最佳咬合关系,术中作骨折的解剖复位固定,术后数天内即可拆除颌间牵引装置,避免了以往由于长期颌间结扎的弊病。

上颌骨骨折多采用微型钛接骨板(microplate, 厚度 0.4~0.6mm) 和螺钉固定,下颌骨骨折一般采用小型钛接骨板(miniplate, 厚度 1.0mm) 和螺钉固定(图 10-20)。由于对颌骨骨折固定生物力学的深入研究,器材设备的不断改进,应用技术更为简化和方便,目前绝大多数线形下颌骨骨折均可通过口内切口显露与固定,对面中部的复杂骨折则可通过头皮冠状切口显露和直接复位固定,同时不增加面部的瘢痕。

(二) 髁突骨折的治疗原则

对于髁突骨折,无论骨折部位在关节囊内还是在髁突颈部,又非手术的闭合性复位固定和手术切开复位固定两种方式。闭合性复位固定方法包括颌间牵引和固定,适用于成人单侧髁突颈部骨折且成角小于 30°以及髁突囊内骨折等情况。固定时间约 2~3 周。当髁突颈部骨折成角大于 45°、髁突头有移位或脱位下颌升支高度降低引起开 8、陈旧性髁突颈部骨折等情况下,可采用手术切开复位和坚强内固定或拉力螺钉固定。如髁突粉碎骨折复位困难并伴有功能障碍时可行髁突摘除术。

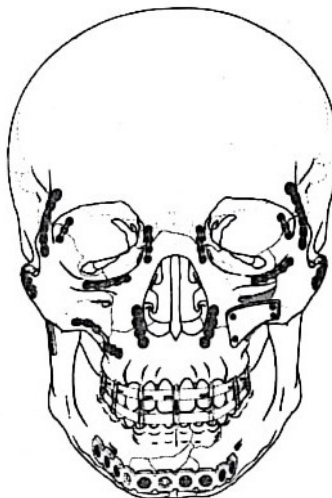


图 10-20 颌骨骨折的坚强内固定

(三) 儿童颌骨骨折的治疗原则

1. 尽早复位 儿童期为生长发育旺盛期,组织损伤后愈合快,复位时间一般不超过 1 周,固定时间也因此缩短。
2. 咬合关系的恢复可不必像成人那样严格,因儿童期恒牙尚未完全萌出,随着恒牙的逐渐萌出,咬合关系可以自行调整。
3. 对儿童期骨折尽可能采用保守治疗,如牙面贴钩颌间牵引、颌颌弹性绷带是常见的固定方法。对于必须作切开复位的患儿,术中应尽量避免损伤恒牙胚。
4. 儿童期髁突颈部骨折一般采用保守治疗,可采用开口验板,效果良好。临床上一旦发现患者出现颞下颌关节强直的体征,可以采用切开复位和固定方法,以免严重影响儿童的下颌骨发育。

第六节 颧骨、颧弓骨折

颧骨、颧弓是面中部两侧较为突出的骨性支架,易遭受直接暴力的打击而发生骨折。颧弓细长而呈弓状,颧骨结实而宽大,两者相比,颧弓骨折尤为多见。

(一) 临床特点和诊断

1. 骨折移位 颧弓骨折段由于打击力的方向而向内移位,也可因咬肌的牵拉而向下移位,局部呈现塌陷畸形。但在受伤数小时后,由于局部反应性肿胀,塌陷畸形变得不明显,此时容易造成漏诊。颧骨的骨折移位可造成面侧方塌陷或增宽。
2. 张口受限 明显内陷的颧弓骨折段可以压迫颞肌并阻碍下颌支冠突的运动,造成



定，最后缝合伤口。

2.面部小切口切开复位法 在颧额缝和颧颞缝转折处作局部小切口，注意避开面神经颧支，切开皮肤、皮下组织，直达颧骨、颧弓后上缘，然后用一钩状器械，将骨折段拉回或撬回原位，在颧额缝、颧弓骨折处用微型接骨板作固定 [图 10-21 (2)]。

3.颞部切开复位法 在患侧颞部发际内作长约 2cm 的切口，切开皮肤、皮下组织及颞筋膜，显露颞肌，再从颞肌与颞筋膜之间深入骨膜分离器之颧弓和颧骨下方，利用杠杆原理将移位的骨折段复位 [图 10-21 (3)]。

需要指出的是，对颧骨骨折只作一个部位的固定，固定力显然是不够的，可结合眶下或睑缘下切口、眉弓切口，至少做到三处内固定，才能使骨折稳定。

4.巾钳牵拉法 局麻下，用巾钳刺入皮肤，钳住下陷的颧弓，由后向外上牵拉复位。方法简单易行。不需作切口，适用于单纯颧弓骨折 [图 10-21 (4)]。

5.冠状切口切开复位内固定 对复杂的颧骨复合体骨折，颧骨由于四个突起的断裂、移位，复位后不容易稳定，需要足够的显露才能充分复位和固定，因此，可采用半侧冠状切口入路外加口内前庭沟入路，或者加用睑缘下入路，充分显露颧额缝、颧颌缝、颧弓和眶下缘区的骨折线，在直视下进行骨折复位和接骨板内固定。冠状切口隐蔽，面部不留瘢痕，是目前常用的手术入路。

(刘彦普 顾晓明)



(二)关节囊

关节囊由纤维结缔组织组成，外层为松而薄的结缔组织纤维层，内层为含丰富血管的滑膜层。关节囊上起关节结节和关节窝周缘，向下附着于髁突的颈部，由上至下形成封套包绕整个颞下颌关节。

关节腔位于关节窝、关节结节与关节盘之间以及关节盘与髁突之间被关节囊围成的腔隙，分为互不相通的上下2个腔。滑膜在关节腔内分泌滑液，滑液的主要作用是增加关节的润滑，减少摩擦和关节面的侵蚀，营养关节腔内的关节软骨。

(三)韧带

在颞下颌关节周围有许多韧带，它们是颞下颌韧带、蝶下颌韧带、翼下颌韧带、茎突下颌韧带以及盘锤韧带。其主要作用是悬吊下颌骨和维持下颌在正常范围的运动。

(四)颞下颌关节的血管和神经分布

颞下颌关节的动脉来自关节周围的颌外动脉分支，在关节内外互相吻合成血管网。其中最主要是来自颞浅动脉和上颌动脉的分支参与颞下颌关节的血供。颞下颌关节的神经支配主要是三叉神经下颌支的分支，包括耳颞神经、嚼肌神经、颞深神经和翼外肌神经的关节分支。

三、咀嚼肌

咀嚼肌与下颌骨相连，是下颌运动的主要肌群，包括咬肌、颞肌、翼内肌、翼外肌以及舌骨上肌群。咬肌、颞肌、翼内肌收缩时，作用力方向朝上，可上提下颌骨，故称为升颌肌群。舌骨上肌群中的二腹肌前腹、下颌舌骨肌与颞舌骨肌，附着于下颌骨，当舌骨固定时，可下降下颌骨，故称为降颌肌群。升颌肌群与降颌肌群之间保持着一种生理平衡，产生自然的咀嚼运动，并参与吸吮、吞咽、言语、摄取食物等下颌运动。

四、颞下颌关节的运动

下颌运动包括转动和滑动运动，基本方式有：开闭口、前伸、后退及侧向运动。

(一)开闭口运动

开闭口运动是转动和滑动相结合的运动。开口初，舌骨上肌群中的二腹肌前腹、下颌舌骨肌与颞舌骨肌收缩，髁突和关节盘在关节窝内作转动运动。当开口达2cm左右时，升颌肌群与翼外肌下头收缩，髁突和关节盘沿关节结节后斜面滑动，在滑动的同时，两侧髁突沿横轴转动达关节结节下方。最大开口时，髁突在关节结节前斜面下方作转动运动，如在此阶段双侧翼外肌下头过度收缩，使髁突超过关节结节，则造成颞下颌关节脱位。

闭口时，咬肌、颞肌、翼内肌收缩，髁突和关节盘沿关节结节后斜面向后滑动，然后转动和滑动运动相结合，口髁突返回关节窝。

(二)前后运动

下颌的前伸和后退运动主要是滑动运动。下颌前伸运动主要在关节上腔，由双侧翼外肌下头同时收缩，髁突和关节盘沿关节结节后斜面向前下滑动。与前伸运动相反的是后退运动，也是以滑动运动为主。主要由双侧颞肌后束和二腹肌前腹同时收缩，髁突和关节盘沿关节结节后斜面向后上滑动，最后髁突返回关节窝。

(三)侧向运动

是一种不对称的下颌运动，由翼外肌和颞肌交替收缩完成。一侧的髁突和关节盘沿关



颞下颌关节盘移位是关节盘与关节窝、关节结节以及髁突的相对位置发生改变,并影响下颌运动功能。颞下颌关节盘移位包括,前移位、前内移位、前外移位、外侧移位、内侧移位以及后移位。结构紊乱疾病还包括关节盘附着松弛或撕脱,关节囊扩张以及颞下颌关节半脱位等。

【病因】

颞下颌关节盘前移位的病因不明,许多学者认为与损伤有关。关节外伤如车祸、下颌受到外力的打击以及下颌过度牵拉等,可使髁突移位,关节盘附着及韧带被拉长或撕裂,导致关节盘移位。口腔科治疗操作或全麻插管令患者长时间大张口,髁突过度前移也可使关节盘附着及韧带拉长。关节长期承受异常压力,如磨牙症、紧咬牙、偏侧咀嚼经常进食硬物等,造成关节负荷过重,从而产生关节盘移位或关节表面损伤。关节结构表面不平使关节盘的运动受阻或产生摩擦,当开口运动时,关节盘不能自如地向后旋转,而始终位于髁突的前上方,使关节盘后韧带拉长,出现关节盘前移位以及关节弹响。精神紧张可导致翼外肌痉挛,开口运动时关节盘被拉向前方,出现关节盘前移位。雅关系紊乱、后牙缺失、髁突发育异常以及骨关节病等也与关节盘前移位有关。

打呵欠、唱歌、大笑、呕吐、张大口进食等可使髁突过度前移,出现关节半脱位。当大张口时,下颌颈部或下颌受外伤也引起下颌关节半脱位。牙因素如咬合干扰、深覆殆以及雅间垂直距离变短,张口时可使关节韧带拉长、关节囊松弛导致半脱位;关节结节平坦或关节窝浅可出现习惯性大张口或复发性关节半脱位;家族遗传性关节囊松弛,心理因素以及服用某些药物等也可导致关节半脱位。

【临床表现】

1. 可复性盘前移位(disc displacement with reduction) 以关节弹响为主要症状。病变早期关节弹响发生在开口初,闭口末。关节无疼痛也无张口受限,开口型异常。开口型异常表现为开口初期下颌偏向患侧,当髁突越过前移位的关节盘后带时,关节盘回到髁突后方出现关节弹响,下颌回到中线甚至超越中线,偏向对侧,此时开口度可略大于正常。病变后期关节弹响次数增多,弹响加重,弹响可发生在开口中期或末期。部分病例可出现暂时性的关节较锁,这是由于关节盘移位时间过长,关节盘本体由双凹形变成双凸形,髁实在开口运动时更难越过变形的关节盘。患者必须做一个特殊的动作,即将下颌偏向健侧使双板区弹力纤维活动,才能使关节盘回位。关节软组织出现炎症和水肿时,关节可出现轻微疼痛,发生关节较锁时疼痛加剧。

2. 不可复性盘前移位(disc displacement without reduction) 不可复性盘前移位根据病程,6个月以内为急性,6个月以上为慢性。大多数患者有关节弹响的病史。由于持续使关节盘韧带拉长,后附着弹性丧失,关节盘变形、前移并且不能自动回位,使髁突的滑动运动受到障碍,出现开口受限以及明显的关节疼痛,部分患者伴有头痛。

急性的特征是开口受限20~25mm,开口末下颌中线偏向患侧,无关节弹响,关节疼痛明显。当急性转为慢性时,双板区以及关节韧带被拉长,撕裂更为明显,关节盘变形,开口度可逐渐增大。关节表面发生退行性改变在临床上可闻及摩擦音,关节区有压痛。

3. 关节半脱位(subluxation of the TMJ) 主要表现为开口度过大,超过40mm以上。在大张口过程中有一个越过关节结节的跳跃同时产生重击声的弹响或称为钝响,并出现短暂的下颌运动停顿。这种弹响是关节盘-髁突复合体越过关节结节,髁突横嵴越过关节盘前带所产生的。快速运动下颌时弹响明显,弹响多发生在开口末、闭口初。侧向与前伸运动时一般无弹响,当向上推下颌,令患者大张口时弹响可减弱,不作大张口运动时可不出现弹响。开口型可出现偏斜。患者一般无关节疼痛,但有不适感。如伴关节盘附着、关节囊及韧带撕脱、双板区受损时可出现关节区疼痛以及压痛,如为关节炎所致的关节半



风湿性关节炎等疾病中。继发性滑膜炎多由外伤、微小损伤、关节邻近组织的炎症、感染、关节盘移位、骨关节病以及自身免疫反应等因素所致。

【临床表现】

急性期关节区疼痛明显，下颌运动时疼痛加剧。由于关节腔内有渗出物，可出现波动性肿胀，患侧后牙不能咬合，开口受限，开口型偏斜。慢性期疼痛没有急性期剧烈，开口受限明显，下颌运动时可出现关节摩擦音。如伴有关节盘移位或骨关节病等疾病可出现相应症状。

【诊断】

滑膜炎有外伤、微小损伤、关节邻近组织的炎症、感染、关节盘移位、骨关节病等病史。急性期病程短，关节区肿胀，疼痛明显，开口受限，下颌运动功能障碍，咬合关系紊乱。慢性期开口受限明显，关节后区疼痛，下颌运动时可闻及关节杂音。关节后上方扪诊以及将下颌向上推挤时，关节区有明显疼痛。

除伴有骨折或骨质破坏病例外，X线片无骨质破坏，可见关节间隙增宽或狭窄。关节造影可见关节后沟表面不光滑，关节腔内出现粘连。

关节内镜可见，急性期滑膜发红，存在大量的血管，血管排列紊乱。慢性期滑膜血管明显减少，无血管区明显，血管排列无方向性，滑膜组织呈黄白色以及纤维化。

【治疗原则】

滑膜炎以保守治疗为主。通过服药、休息、封闭以及关节腔冲洗治疗，患者症状可得到缓解。对伴有关节盘移位或骨关节病等疾病可行殆垫等相应治疗，症状严重者可手术治疗。

四、骨关节病

骨关节病(osteoarthritis)是指颞下颌关节组织发生磨损与变质并在关节表面形成新骨的非炎症性病变。有原发性骨关节病和继发性骨关节病2种类型。

【病因】

原发性骨关节病的病因不明，有学者认为机械性损伤、生物化学与酶相互作用可导致骨关节病的发生。

继发性骨关节病局部因素是主要病因，如关节持续承受异常压力、咬硬物、偏侧咀嚼、磨牙症、紧咬牙、外伤车祸、下颌受到外力打击等使关节表面软骨受到破坏，从而导致骨关节病发生。流行病学调查发现，在老年人中骨关节病的发病率占有很大的比例，这可能是由于衰老使关节组织的生化成分、酶以及形态发生改变，对损伤的抵抗力下降所致。雅关系紊乱、错殆、雅干扰等也可导致骨关节病。颞下颌关节盘移位、关节盘穿孔与骨关节病有关，但骨关节病也可引起关节盘移位以及关节盘穿孔。

【临床表现】

骨关节病多见于成年人，男女发病比例无明显差别，病程迁延，有急慢性阶段。急性期可出现关节疼痛，这种关节疼痛与退行性改建和滑膜炎症有关。关节疼痛在开、闭口及咀嚼时加重，部分患者下颌运动停止时也出现关节疼痛。咀嚼肌群出现疼痛，但有许多患者无关节及咀嚼肌疼痛，仅有关节的杂音。存在骨质增生、骨赘以及伴有关节盘穿孔或破裂的患者可闻及关节多声弹响、摩擦音和破碎音。

慢性期可无明显关节疼痛，由于关节骨质破坏明显，可出现下颌运动受限。晨起时开口受限明显，下颌运动后开口度可增大，开闭口、前伸以及侧向运动均可闻及关节杂



牙，下颌中线偏向健侧，后牙早接触。双侧脱位患者言语不清，唾液外流，面下 1/3 变长。临床检查可见双侧髁突突出于关节结节的前方，还可见喙突突出于颧骨之下。关节区与咀嚼肌伴疼痛，特别在进行复位时更为明显。

【诊断】

急性前脱位很容易诊断，多出现在大张口运动或下颌在张口时受到外伤时，关节囊明显松弛以及肌肉运动不协调也可出现。下颌不能自行闭合，只有经临床医师治疗后才能恢复正常。双侧脱位可出现疼痛，患者试图闭口或经手法复位时疼痛明显，疼痛多位于颞部。雅关系紊乱，开闭口在关节窝内均不能扪及髁突。关节 X 线片示髁突位于关节结节前上方。

【治疗原则】

手法复位不用麻醉时，应向患者解释手法复位的过程，嘱患者精神放松，配合治疗。准备复位后固定的颌间柱结牙弓夹板或弹性颌颌绷带。

手法复位患者体位为端坐位，头紧靠在椅背上，下颌牙平面应低于手术者的肘关节。脱位时间较长手法复位困难或需手术复位者，需作局部浸润麻醉或经鼻腔插管全身麻醉，麻醉时应配合肌松药。

复位时，手术者双手拇指缠以纱布，放置在患者两侧的下颌第二磨牙验面上，其余手指固定在下颌骨下缘，下颌角切迹之前。嘱患者放松，手术者将患者下颌后部下压并抬高颞部，使髁突向下达关节结节下方(图 11-1)然后向后推使髁突回到关节窝内(图 11-2)。髁突回到关节窝内时可听到弹响声，同时患者升颌肌群自动收缩，上、下牙闭合，此时易咬伤手术者的手指，故复位后拇指应立即滑向口腔前庭。

复位后要限制下颌运动，用颌颌弹性绷带固定下颌 2~3 周，开口度不宜超过 1.5cm。

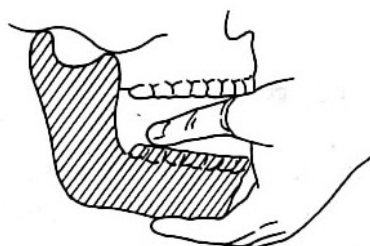


图 11-1 口内复位法下压下颌

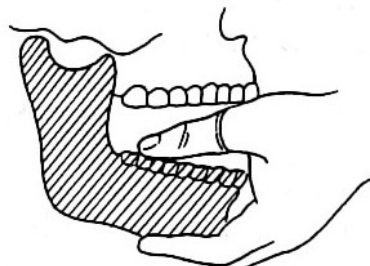


图 11-2 口内复位法后推下颌

二、复发性脱位

【病因】

急性前脱位如果治疗不当，可出现复发性脱位或称习惯性脱位。其病理特征是关节囊、关节韧带及关节盘附着明显松弛，因髁突反复撞击关节结节，使髁突与关节结节变平，关节窝变浅，咀嚼肌功能失调。

【临床表现】

反复出现颞下颌关节脱位，症状与急性前脱位相同，患者由于担心关节脱位而不敢大张口。复发性脱位复位比较容易，有患者还可自行手法复位。

【诊断】

复发性脱位有反复发作的病史，老年人、重病患者更易发生。关节造影可见关节囊松



关节炎也可引起关节强直，通常为双侧纤维性强直。放射治疗直接照射关节区也可引起关节强直。

【临床表现】

关节强直大多发生在儿童，随着年龄的增长，出现进行性张口受限。早期为纤维性强直，纤维性强直进一步发展为骨性强直，所以关节强直病史较长，一般在几年以上。

纤维性强直在关节区无疼痛，进行性张口受限，由于纤维组织有弹性，所以患者可轻微地张口。侧向运动明显受限，开口型偏向患侧，患侧髁突活动度明显减弱。

骨性强直则表现为完全不能张口，偶有微小的张口度是由于颅骨颧弓骨缝的弹性所致。进食及言语困难，患侧髁突活动度消失。

儿童期发病者，由于髁突是下颌骨的生长发育中心，其病变影响下颌骨的生长发育。表现为面部不对称，患侧丰满，健侧平坦，颞部偏向患侧。下颌角前切迹明显凹陷。双侧关节强直，特别是骨性强直的患者，由于整个下颌发育障碍，造成下颌后缩，形成小颌畸形，严重者呈鸟嘴畸形，多伴发阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征。由于下颌骨发育障碍，上下颌间的垂直距离变短，牙弓变窄小，造成咬合关系紊乱，下颌磨牙向舌侧倾斜，下颌切牙向唇侧倾斜呈扇形分开(图 11-3)。

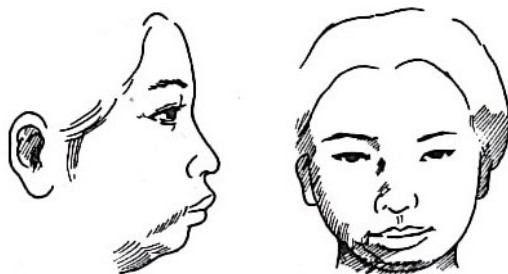


图 11-3 颞下颌关节强直引起的发育畸形

系紊乱，下颌磨牙向舌侧倾斜，下颌切牙向唇侧倾斜呈扇形分开(图 11-3)。

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征是指睡眠 7 个小时呼吸暂停和低通气至少有 30 次，或每小时睡眠呼吸暂停和低通气大于 5 次，同时白天有困倦等症状。分为阻塞性、中枢性和混合性睡眠呼吸暂停。颞下颌关节骨性强直导致整个下颌发育障碍为阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征。临床表现为患者入睡后可有大声打鼾，有入睡前的幻觉入睡后肢体痉挛和窒息后憋醒，白天嗜睡、疲乏，晨起有头痛、恶心，智力下降，记忆力减退和性格改变等。部分患者合并肥胖、高血压，严重者可发展为肺心病，心律失常甚至夜间猝死。

发生于成人的关节强直由于牙颌系统已基本发育成熟，所以无明显的面部畸形与咬合关系紊乱。

【诊断】

病程长，有外伤、感染以及手术的病史。张口受限逐渐加重，髁突活动度减弱或消失。纤维性强直下颌有一定的开口度，多在 1.5cm 左右，前伸与侧向运动受限。由于患者试图大张口，纤维粘连撕裂，升颌肌群反应性的挛缩可出现疼痛，但大多数患者无疼痛。部分患者有面部畸形和咬合关系紊乱。骨性强直开口度几乎为零，面部畸形和咬合关系紊乱明显。

关节 X 线片检查，纤维性强直的关节间隙模糊，正常的关节结构消失，髁突、关节结节及关节窝骨密质有不规则破坏。骨性关节强直可见关节间隙消失，髁突与关节窝、关节结节融合成致密团块呈骨球状。严重者髁突与关节窝、关节结节、乙状切迹、喙突、颧弓融合成骨球，下颌升支与颧弓完全融合呈 T 形。

【治疗原则】

早期轻微的纤维性强直，经关节 X 线片和关节造影显示有足够的关节间隙，可应用颞下颌关节内镜进行纤维粘连的剥离以及关节表面的刨削，以达到去除纤维粘连，增加开口度，防止骨性强直的目的。如无足够的关节间隙而关节盘完整的纤维性强直可行髁突高位



纤维瘢痕条索和骨性粘连。植皮或用皮瓣修复创面，术中使用开口器，使开口度达到最大程度。手术后坚持开口训练。

对伴有面部缺损畸形可与上述手术同期进行皮瓣修复，对面部畸形者可行正颌手术或植入骨组织以及生物代用品。

第五节 颞下颌关节感染

颞下颌关节的炎性疾病比全身其他关节的炎性疾病少。在 19 世纪与 20 世纪初，由于没有抗生素，牙源性感染以及耳部感染性疾病导致的颞下颌关节感染很常见。随着社会的进步，抗生素的广泛使用，颞下颌关节感染的发生率明显降低。

颞下颌关节感染分为急性感染和慢性感染。根据感染的来源可分为血源性、损伤性、邻近组织扩散和特异性感染。按感染的类型可分为急性化脓性关节炎、损伤性关节炎、结核性关节炎、梅毒性关节炎、放线菌性关节炎、类风湿性关节炎、骨关节炎、牛皮癣性关节炎及强直性脊柱炎等。本节主要介绍急性化脓性关节炎。

急性化脓性关节炎

【病因】

局部感染扩散是最常见的感染来源，中耳炎、乳突炎的化脓性感染通过外耳道，岩鼓裂扩散到颞下颌关节。牙源性感染、腮腺化脓性感染、颌面部间隙感染、颌骨髓炎等，通过关节囊、髁突直接扩散到颞下颌关节内。

全身感染，如肺炎、流行性感冒、猩红热、麻疹、百日咳、扁桃体炎、脑膜炎、败血症、脓毒血症等，通过血液扩散至颞下颌关节。感染还可通过贯通性伤口，直接进入颞下颌关节，如外伤、交通事故、骨折或外科手术等。

【临床表现】

患者有急性感染的表现，颞下颌关节区有红、肿、热、痛以及功能障碍。早期在耳屏前方有肿胀、疼痛，下颌运动时，疼痛加重。随着病情的发展，张口受限逐渐加重，下颌处于被动的开口位，患侧后牙不能咬合。关节区水肿发红，疼痛加剧。有自发性疼痛，搏动性疼痛，并向颞部放射。

可伴发全身症状：发热，体温可高达 38℃ 以上，血细胞计数高。急性感染在关节囊内有大量脓性分泌物，易向耳前皮肤及外耳道破溃，形成瘻管。

【诊断】

根据患者的病史，有全身感染，颞下颌关节邻近组织或器官的感染以及外伤的病史。颞下颌关节有红、肿、热、痛以及功能障碍。触诊局部有波动感，疼痛明显，局部组织发热。

急性期在颞下颌关节腔穿刺有脓性分泌物，颞下颌关节 X 线片可见患侧关节间隙明显增大，髁突移位。后期由于关节软骨及关节盘的丧失，可出现关节间隙变窄。

血液检查白细胞计数明显升高，中性粒细胞增加，血沉可加快。关节镜检查可见滑膜组织发红、水肿，伴有出血和组织坏死。

【治疗原则】

以保守治疗为主，急性期应用抗生素以及止痛药物。对有全身症状患者，应用支持疗法，改善全身症状。

有脓性分泌物患者应行关节腔穿刺，抽取脓液，然后用抗生素冲洗关节腔。如肿胀明

第十二章 唾液腺常见疾病

唾液腺(salivary gland) 又称涎腺, 由腮腺、下颌下腺、舌下腺三对大唾液腺以及位于口腔、咽部、鼻腔和上颌窦黏膜下层的小唾液腺组成。口腔的小唾液腺按其所在的解剖部位, 分别称为腮腺、唇腺、磨牙后腺及颊腺等。

唾液腺的腺泡分浆液性腺泡、黏液性腺泡以及浆液-黏液混合性腺泡 3 种。腮腺由浆液性腺泡组成, 下颌下腺是以分泌浆液为主的混合腺, 舌下腺及多数小唾液腺是以分泌黏液为主的混合腺。

所有腺体均能分泌唾液, 后者对于吞咽、消化、味觉、语言、口腔黏膜防护以及龋病的预防有着密切的关系。

唾液腺的常见病变有唾液腺炎症、舍格伦综合征(Sjögren syndrome)、唾液腺肿瘤及瘤样病变等。

第一节 唾液腺炎症

根据感染性质, 唾液腺炎症(sialadenitis) 分为化脓性、病毒性及特异性感染三类。腮腺最常见, 其次为下颌下腺, 而舌下腺及小唾液腺极少见。

一、急性化脓性腮腺炎

急性化脓性腮腺炎(acute pyogenic parotitis) 以前常见于腹部大手术以后, 称之为手术后腮腺炎(postoperative parotitis)。由于加强了手术前后的处理, 加强体液平衡和口腔清洁, 以及有效抗菌药物的应用, 手术后并发的腮腺炎已很少见, 多系慢性腮腺炎基础上的急性发作或邻近组织急性炎症的扩散。

【病因及病原菌】

急性化脓性腮腺炎的病原菌是葡萄球菌, 主要是金黄色葡萄球菌, 其次为链球菌, 而肺炎双球菌、文森螺旋体少见。这些细菌通常存在于口腔内, 当罹患严重的全身疾病, 如脓毒血症、急性传染病等, 患者机体抵抗力及口腔生物学免疫力降低; 且因高热、脱水、进食及咀嚼运动减少, 唾液分泌也相应减少, 机械性冲洗作用降低, 口腔内致病菌经导管口逆行侵入腮腺。严重的代谢紊乱, 如腹部大手术后, 由于禁食, 反射性唾液腺功能降低或停止, 唾液分泌明显减少, 易发生逆行性感染。

腮腺区损伤及邻近组织急性炎症的扩散也可引起急性腮腺炎。腮腺淋巴结的急性化脓性炎症, 破溃扩散后波及腺实质, 引起继发性急性腮腺炎, 但其病情较上述原发性急性腮腺炎轻。

【临床表现】

常为单侧受累, 双侧同时发生者少见。炎症早期, 症状轻微或不明显, 腮腺区轻微疼痛、肿大、压痛。导管口轻度红肿、疼痛。若处理及时, 可使炎症消散。若未能及时控制, 炎症进一步发展, 则可使腺组织化脓、坏死。此时疼痛加剧, 呈持续性疼痛或跳痛, 腮腺区以耳垂为中心肿胀明显, 耳垂被上抬。进一步发展, 炎症扩散到腮腺周围组织, 伴发蜂窝织炎。皮肤发红、水肿, 呈硬性浸润, 触痛明显, 可出现轻度张口受限, 腮腺导管口明显红肿, 轻轻按摩腺体可见脓液自导管口溢出, 有时甚至可见脓栓堵塞于导管口。患



【病因】

儿童复发性腮腺炎的病因较复杂。腮腺先天性结构异常或免疫缺陷，成为潜在的发病因素。儿童期免疫系统发育不成熟，免疫功能低下，容易发生逆行性感染。上呼吸道感染及口腔内炎性病灶，细菌通过腮腺导管口逆行感染成人复发性腮腺炎为儿童复发性腮腺炎延期愈合而来。

【临床表现】

儿童复发性腮腺炎可发生于任何儿童期，但以5岁左右最为常见。男性多于女性。可突发，也可逐渐发病。腮腺反复肿胀，伴不适，肿胀不如流行性腮腺炎明显，仅有轻度水肿，皮肤可潮红。挤压腺体可见导管口有脓液或胶冻状液体溢出，少数有脓肿形成。间隔数周或数月发作一次不等。年龄越小，间隔时间越短，越易复发。随着年龄增长，间隙期延长，持续时间缩短。

【诊断及鉴别诊断】

诊断主要根据临床表现及腮腺造影。腮腺造影显示末梢导管呈点状、球状扩张(图 12-1)，排空迟缓，主导管及腺内导管无明显异常。



图 12-1 儿童复发性腮腺炎腮腺造影表现

儿童复发性腮腺炎需和流行性腮腺炎鉴别。流行性腮腺炎常双侧同时发生，伴发热，肿胀更明显，腮腺导管口分泌正常，罹患后多终身免疫，无反复肿胀史。

成人复发性腮腺炎需与舍格伦综合征相鉴别。后者多见于中年女性，无自幼发病史，常有口干、眼干及结缔组织疾病。腮腺造影显示主导管扩张不整，边缘毛糙，呈葱皮样或花边样改变。

【治疗】

儿童复发性腮腺炎具有自愈性，大多在青春期后痊愈。因此，以增强抵抗力、防止继发感染，减少发作为原则。嘱患儿多饮水，每天按摩腺体帮助排空唾液，用淡盐水漱口，保持口腔卫生。咀嚼无糖口香糖，刺激唾液分泌。若有急性炎症表现，可用抗生素。腮腺造影本身对复发性腮腺炎也有一定的治疗作用。

三、慢性阻塞性腮腺炎

慢性阻塞性腮腺炎(chronic obstructive parotitis) 又称腮腺管炎, 以前与复发性腮腺



的抑菌和抗菌作用。也可用其他的保守治疗,包括自后向前按摩腮腺,促使分泌物排出。咀嚼无糖口香糖,促使唾液分泌用温热盐水漱口,有抑菌作用,减少腺体逆行性感染。近年来,采用唾液腺镜冲洗导管并灌注药物,效果良好。经上述治疗无效者,可考虑手术治疗,行保留面神经的腮腺腺叶切除术。

四、涎石病和下颌下腺炎

涎石病(sialolithiasis)是在腺体或导管内发生钙化性团块而引起的一系列病变。85%左右发生于下颌下腺,其次是腮腺,偶见于上唇及唇颊部的小唾液腺,舌下腺很少见。涎石常使唾液排出受阻,并继发感染,造成腺体急性或反复发作的炎症。

【病因】

涎石形成的原因还不十分清楚,一般认为与某些局部因素有关,如异物、炎症、各种原因造成的唾液滞留等,也可能与机体无机盐新陈代谢紊乱有关,部分涎石病患者可合并全身其他部位结石。

涎石病多发生于下颌下腺,与下列因素有关:①下颌下腺为混合性腺体,分泌的唾液富含粘蛋白,较腮腺分泌液黏滞,钙的含量也高出2倍,钙盐容易沉积;②下颌下腺导管自下向上走行,腺体分泌液逆重力方向流动。导管长,在口底后部有一弯曲部,导管全程较曲折,这些解剖结构均使唾液易于淤滞,导致涎石形成。

【临床表现】

可见于任何年龄,以20~40岁的中、青年为多见。病期短者数日,长者数年甚至数十年。

小的涎石一般不造成唾液腺导管阻塞,无任何症状。导管阻塞时则可出现排唾障

碍及继发感染的一系列症状及体征:①进食时,腺体肿大,患者自觉胀感及疼痛。停

止进食后不久腺体自行复原,疼痛亦随之消失。但有些阻塞严重的病例,腺体肿胀可

持续数小时、数天,甚至不能完全消退;②导

管口黏膜红肿,挤压腺体可见少量脓性分泌物

自导管口溢出;③导管内的结石,双手触诊常

可触及硬块,并有压痛;④涎石阻塞引起腺体

继发感染,并反复发作。炎症扩散到邻近组

织,可引起下颌下间隙感染。慢性下颌下腺炎

患者的临床症状较轻,主要表现为进食时反复

肿胀,检查腺体呈硬结性肿块。

【诊断及鉴别诊断】

根据进食时下颌下腺肿胀及伴发疼痛的特点,导管口溢脓以及双手触诊可扪及导管内结石等,临床可诊断为下颌下腺涎石并发性下颌下腺炎。确诊应作X线检查。下颌下腺涎石应选下颌横断胎片及下颌下腺侧位片,前者适用于下颌下腺导管前部的涎石(图12-3),后者适用于下颌下腺导管后部及腺体内的涎石。钙化程度低的涎石,即所谓的阴性涎石,在X线平片上难以显示。在急性炎症消退后,可作唾

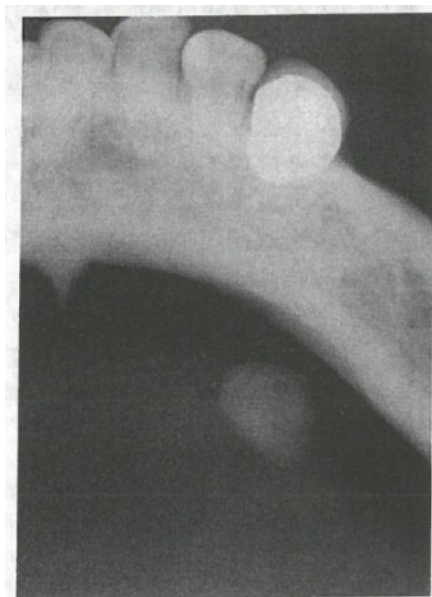


图 12-3 下颌横断胎片显示下颌下腺导管前段结石



实质萎缩，导管扩张，导管细胞化生。



图 12-4 舍格伦综合征腮腺造影表现

【治疗】

主要为对症治疗。眼干可用 0.5% 甲基纤维素滴眼，以缓解眼干症状。口干可用人工唾液湿润口腔，缓解不适感。亦可用环戊硫酮等催唾剂，刺激唾液分泌。注意口腔卫生，减少逆行性感染的机会。伴发急性炎症时可用抗生素治疗。继发念珠菌感染时，应用抗真菌药物。中药治疗亦可缓解症状，阻止病变进展，治则为“养阴生津，清热润燥”。对于类肿瘤型舍格伦综合征，可采用手术治疗，切除受累腺体，以防止恶性变。

第三节 唾液腺黏液囊肿

黏液囊肿(mucocele)是最常见的唾液腺瘤样病变，其中包括一般的黏液囊肿和舌下腺囊肿。

【病因病理】

根据病因及病理表现的不同，可分为外渗性黏液囊肿及潴留性黏液囊肿。

1. 外渗性黏液囊肿 占黏液囊肿的 80% 以上，组织学表现为黏液性肉芽肿或充满黏液的假囊，无上皮衬里。实验研究提示，外渗性黏液囊肿是由创伤引起的。

2. 潴留性黏液囊肿 有上皮衬里、潴留的黏液团块及结缔组织被膜，发病原因主要是导管系统的阻塞，可由微小涎石、分泌物浓缩或导管系统弯曲等原因所致。

【临床表现】

1. 黏液囊肿 好发于下唇及舌尖腹侧。囊肿位于黏膜下，表面仅覆盖一薄层黏膜，故呈半透明、浅蓝色小泡，状似水泡。质地软而有弹性。囊肿很容易被咬伤而破裂，流出蛋清样透明黏稠液体，囊肿消失。破裂处愈合后，又被黏液充满，再次形成囊肿。

2. 舌下腺囊肿 常见于青少年，可分三类：①单纯型：占大多数。囊肿位于舌下区，呈浅紫蓝色，扪之柔软有波动感。常位于口底一侧。较大的囊肿可将舌抬起，状似“重舌”。囊肿因创伤而破裂后，流出黏稠而略带黄色或蛋清样液体，囊肿暂时消失。数日后创口愈合，囊肿长大如前；②口外型：又称潜突型。主要表现为下颌下区肿物，而口底囊肿表现不明显。触诊柔软，与皮肤无粘连，不可压缩；③哑铃型：为上述两型的混合，即在口内舌下区及口外下颌下区均可见囊性肿物。



(二)沃辛瘤

沃辛瘤又称腺淋巴瘤 (adenolymphoma), 其组织发生与淋巴结有关。在胚胎发育时期, 腮腺和腮腺内的淋巴组织同时发育, 腺体组织可以迷走到淋巴组织中。这种迷走的腺体组织发生肿瘤变, 即为沃辛瘤。

【临床表现】

多见于男性, 好发于年龄在 40~70 岁的中、老年人, 患者常有吸烟史, 其发病可能与吸烟有关。可有肿块时大时小的消长史。绝大多数肿瘤位于腮腺后下极。扪诊肿瘤呈圆形或卵圆形、表面光滑, 质地软, 有时有囊性感。肿瘤常呈多发性, 约 12% 患者为双侧腮腺肿瘤, 也可以在一侧腮腺出现多个肿瘤。有些患者术后又出现肿瘤, 不是复发而是多发。

【诊断】

根据患者病史及临床表现, 大多可作出诊断。^{99m}Tc 核素显像显示肿瘤所在处核素摄取浓聚, 即呈“热”结节, 具有特征性, 有助于诊断。

【治疗】

手术切除。由于肿瘤常位于腮腺后下极, 可考虑作连同肿瘤以及周围 0.5cm 以上正常腮腺切除的部分腮腺切除术, 这种方式不同于剜除术, 不会造成复发, 但可保留腮腺导管及大部分腮腺的功能。术中应切除腮腺后下极及其周围淋巴结, 以免出现新的肿瘤。

二、唾液腺恶性肿瘤

恶性肿瘤约占唾液腺肿瘤的 25%, 其中以黏液表皮样癌和腺样囊性癌为最常见。

(一)黏液表皮样癌

黏液表皮样癌(mucoepidermoid carcinoma) 根据黏液细胞的比例、细胞的分化、有丝分裂像的多少, 以及肿瘤的生长方式, 分为高分化和低分化两类。分化程度不同, 肿瘤的生物学行为及预后大不一样。

【临床表现】

女性多于男性, 发生于腮腺者居多, 其次为腭部和下颌下腺, 也可发生于其他小唾液腺, 特别是磨牙后腺。高分化者常呈无痛性肿块, 生长缓慢。肿瘤体积大小不等, 边界可清或不清, 质地中等偏硬, 表面可呈结节状。腮腺肿瘤侵犯面神经时, 可出现面瘫症状。术后可以复发, 但颈部淋巴结转移率低, 血行性转移更为少见。

与高分化者相反, 低分化黏液表皮样癌生长较快, 可有疼痛, 边界不清, 与周围组织粘连。腮腺肿瘤常累及面神经, 颈淋巴结转移率高, 且可出现血行性转移。术后易于复发。因此, 高分化黏液表皮样癌属低度恶性肿瘤, 而低分化黏液表皮样癌属高度恶性肿瘤。前者较常见, 后者少见。

【治疗】

手术为主, 高分化者应尽量保留面神经, 除非神经穿入肿瘤或与肿瘤紧密粘连。分离后的神经可加用术中液氮冷冻及术后放疗以杀灭可能残留的肿瘤细胞。高分化者如手术切除彻底, 可不加术后放疗, 而低分化者宜加用术后放疗。高分化者不必作选择性颈淋巴清扫术, 低分化者则应考虑选择性颈淋巴清扫术。

(二)腺样囊性癌

腺样囊性癌(adenoid cystic carcinoma) 过去曾称“圆柱瘤”(cylindroma), 根据其组织学形态, 可以分为腺样/管状型及实性型, 前者分化较好, 后者分化较差。

第十三章 口腔颌面部肿瘤

第一节 概述

一、概况

口腔颌面部是人体多种重要器官的集中区,解剖结构复杂,且组织发生来自多层胚叶,因此,所发生的肿瘤具有类型繁多、生物学特性各异,易早期侵犯邻近重要器官(如眼、颅底、颈部)的特点。牙源性和唾液腺源性肿瘤为口腔颌面部所特有的肿瘤。口腔颌面部肿瘤的命名亦是包括发生部位、组织来源及生物学特性3个方面,例如下颌骨成釉细胞瘤、舌鳞状细胞癌、上颌骨肉瘤、恶性淋巴瘤等。根据这种临床命名法,可对该肿瘤有个总体的认识。有些肿瘤虽为良性,但具有局部浸润性生长和恶变倾向,临床上称之为“交界性肿瘤”。例如成釉细胞瘤、多形性腺瘤、乳头状瘤等,对于这些肿瘤,必须采用正确的手术治疗方法。

在我国,目前尚无确切的口腔颌面部肿瘤发病率的资料。据 Parkin 1993 年报道,我国口腔及咽部恶性肿瘤的估计标化发病率为 8.7/10 万(男)及 6.0/10 万(女)。根据 1997 年上海市的肿瘤登记资料,头颈部癌瘤的发病率约在 12.7(标化 10.5)/10 万(女性)和 15.4(标化 12.7)/10 万(男性)之间;口腔颌面部癌瘤则为 3.3(标化 1.8)/10 万(女性)和 3.8(标化 2.4)/10 万(男性)之间。在患病率(prevalence rate)方面,新疆地区口腔颌面部肿瘤的调查为 8.10/10 万;广州市的调查表明,口腔癌的患病率为 1.06~1.09/10 万。以上资料说明,我国口腔颌面部癌瘤无论发病率或患病率均不高,但由于我国人口众多,患者的绝对数字却也并不少。

在全身肿瘤中,良性与恶性的比例约 1:1。但口腔颌面部肿瘤中,良性比恶性多,根据上海交通大学医学院附属第九人民医院病理科 1991 年统计的 15 983 病例,恶性肿瘤仅占 32.08%。口腔颌面部良性肿瘤以牙源性及上皮性肿瘤为多见,恶性肿瘤以鳞状细胞癌为最常见,口腔癌原发部位以舌癌为最多,近年来女性口腔癌有明显增加的趋势。

迄今为止,全面统计口腔颌面部恶性肿瘤生存率的报道甚少。就口腔颌面部鳞癌而论,90 年代国内报告的 5 年生存率约为 64%左右,提高生存率的关键在于早期发现、早期诊断、早期治疗。尽管口腔颌面部位于浅表部位,张口直视即可见,诊断应不困难,但是有报道临床误诊率高达 30%,可能是由于缺乏对口腔癌的认识和重视。因此,应当采取有效措施,使非口腔专业医务工作者更好地掌握和熟悉口腔颌面部肿瘤方面的知识。

二、临床表现与诊断

早期发现,正确诊断是根治恶性肿瘤的关键。在临床上,口腔颌面部恶性肿瘤易误诊为牙龈炎、损伤性溃疡、上颌窦炎、颌骨骨髓炎、结核等,从而使患者延误或失去治愈的机会。因此,在肿瘤诊断过程中,首先要区别肿瘤或非肿瘤疾病(如炎症、寄生虫、畸形或组织增生所引起的肿块);其次,要鉴别肿瘤的良恶性性质见表 13-1。

(一)病史采集

重点应查询最初出现症状的时间、确切的部位、生长速度以及最近是否突然加速生长,这在区分良性肿瘤与恶性肿瘤和确定晚期恶性肿瘤的原发部位均有帮助。遇有可疑症状,应抓住不放,不可忽视患者的任何一个主诉。



握，因为不恰当的活组织检查不但增加患者痛苦，而且促使肿瘤转移，影响治疗效果。如恶性黑色素瘤患者不应作普通病理检查，至多采用冷冻病理，既有助于诊断，又最大限度地减少医源性扩散。

(六)肿瘤标志物检查

随着生物化学、免疫学以及分子生物学、细胞工程学及遗传工程学等相应检测技术的发展，在恶性肿瘤患者的血液、尿或其他体液中发现了一些特殊的化学物质，这类物质通常以抗原、激素、受体、酶、蛋白质以及各种癌基因等的形式出现，由于这些产物多由肿瘤细胞产生、分泌和释放，故被称为“肿瘤标志物”。因此有时根据血液及尿的化验，不仅可了解患者全身情况，还可以协助对肿瘤的诊断。如患恶性肿瘤患者常有血沉加速、黏蛋白增高；晚期骨肉瘤患者的血清碱性磷酸酶可增高；多发性浆细胞肉瘤患者血浆球蛋白增高，尿内可发现凝溶蛋白(亦称本-周蛋白)；恶性黑色素瘤全身转移时，尿中黑色素试验可呈阳性等。

三、治疗

对肿瘤的治疗，首先要树立综合治疗的观点。应根据肿瘤的性质及临床表现，结合患者的身体情况，具体分析，确定采取相应的治疗原则与方法，制定一个比较合理的治疗计划。

(一)治疗原则

1. 良性肿瘤 良性肿瘤通常以外科治疗为主，如为交界性肿瘤，应切除肿瘤周围部分正常组织，将切除组织作冷冻切片检查。如有恶变，则应扩大切除范围。

2. 恶性肿瘤 应根据肿瘤的组织来源、生长部位、分化程度、发展速度、临床分期、患者的机体状况等，全面研究后再选择适当的治疗方法。

(二)治疗方法

1. 手术治疗 手术，目前仍是治疗口腔颌面部肿瘤主要和有效的方法，适用于良性肿瘤或放射治疗及化学治疗不能治愈的恶性肿瘤。对可能有淋巴结转移的恶性肿瘤，还应施行颈淋巴结清扫术。

口腔颌面部恶性肿瘤手术失败的主要原因为局部复发和(或)远处转移。因此，在手术中应严格遵守“无瘤”操作原则；切除肿瘤手术在正常组织内进行；避免切破肿瘤，污染手术野；防止挤压瘤体，以免播散；应行整体切除，不宜分块挖除；对肿瘤外露部分应以纱布覆盖、缝包；表面溃疡者，可采用电灼或化学药物处理，避免手术过程中污染种植；缝合前应用大量低渗盐水及化学药物(5%mg 氮芥)作冲洗湿敷；创口缝合时必须更换手套及器械；为了防止肿瘤扩散，还可采用电刀，也可于术中及术后应用静脉或区域性动脉注射化学药物。

2. 放射治疗 目前除早期较小的、对放疗较敏感的肿瘤，以及淋巴、造血组织来源的肿瘤等可为放射线治愈外，对多数口腔颌面癌瘤来说，放疗均为综合治疗的一部分，可术前放疗，亦可行术后放疗。术前放疗可达到缩小肿瘤抑制肿瘤的快速生长，为手术创造条件；术后放疗则多用于手术不能彻底切除和有些易复发的癌瘤，以减少局部复发。

放射治疗前的准备：放射治疗前，应拔除口内病灶牙和肿瘤邻近的牙，拆除金属套冠及冠桥。这样，既可减少感染及颌骨坏死的可能性，又可使肿瘤受到放射线的直接照射。此外，要注意口腔卫生。如放射治疗后发生放射性颌骨坏死或骨髓炎，应进一步处理。

3. 化学药物治疗 对于中、晚期口腔颌面部恶性肿瘤，化疗作为综合治疗的一部分，



显或与某些疾病的症状相类似而易被忽略。采取防癌普查，能早期发现癌瘤，早期诊断，并从而得到早期有效的治疗。肿瘤的发生和发展要经过一定时间，一般需要几年甚至更长的时间。很多癌瘤往往是早期发展较慢，到后期才发展迅速，说明多数癌瘤可以早期发现的。及时确诊、早期治疗，是提高治愈率的最有效措施。

第二节 口腔颌面部囊肿

一、软组织囊肿

(一) 皮脂腺囊肿

皮脂腺囊肿中医称“粉瘤”。主要为由皮脂腺排泄管阻塞，皮脂腺囊状上皮被逐渐增多的内容物膨胀而形成的潴留性囊肿。囊内为白色凝乳状皮脂腺分泌物。

【临床表现】

常见于面部，小的如豆，大则可为小柑桔样。囊肿位于皮内，并向皮肤表面突出。囊壁与皮肤紧密粘连，中央可有一小色素点。临床上可以根据这个主要特征与表皮样囊肿作鉴别。

【治疗】

在局麻下手术切除。沿颜面部皮纹方向作梭形切口，应切除包括与囊壁粘连的皮肤。

(二) 皮样或表皮样囊肿

皮样囊肿或表皮样囊肿是由胚胎发育时期遗留于组织中的上皮细胞发展而形成的囊肿；后者也可以由于损伤、手术使上皮细胞植入而形成。

【临床表现】

皮样或表皮样囊肿多见于儿童及青年。皮样囊肿好发于口底和颌下区，表皮样囊肿好发于眼睑、额、鼻、眶外侧、耳下等部位。生长缓慢，呈圆形。囊肿表面的黏膜或皮肤光滑，囊肿与周围组织、皮肤或黏膜均无粘连，触诊时囊肿坚韧而有弹性，似面团样。

穿刺检查可抽出乳白色豆渣样分泌物，有时大体标本可见毛发。

【治疗】

手术摘除。

颜面部表皮样囊肿，应沿皮纹在囊肿皮肤上作切口，切开皮肤及皮下组织，显露囊壁，然后将囊肿与周围组织分离，完整摘除，分层缝合。

(三) 甲状舌管囊肿

胚胎至第6周时，甲状舌管自行消失，在起始点处仅留一浅凹即舌盲孔。如甲状舌管不消失时，则残存上皮分泌物聚积，形成先天性甲状舌管囊肿。

【临床表现】

甲状舌管囊肿多见于1~10岁的儿童，亦可见于成年人。囊肿可发生于颈正中线，自舌盲孔至胸骨切迹间的任何部位，但以舌骨上下部为最常见。囊肿生长缓慢，呈圆形，临床上常见者如胡桃大，位于颈正中部，有时微偏一侧。质软，边界清楚，与表面皮肤及周围组织无粘连。位于舌骨以下的囊肿，舌骨体与囊肿之间可能扪及坚韧的索条与舌骨体粘连，故可随吞咽及伸舌等动作而移动。

甲状舌管囊肿的诊断可根据其部位和随吞咽移动等而做出，有时穿刺检查可抽出透明、微混浊的黄色稀薄或黏稠液体。对甲状舌管瘘，还可行碘油造影以明确其瘘管行径。



面。X线片上骨质无破坏现象。在口腔前庭外侧可扪出囊肿的存在。

【临床表现】

囊肿多见于青少年。初期无自觉症状。若继续生长，骨质逐渐向周围膨胀，则形成面部畸形，根据不同部位可出现相应的局部症状。

【诊断】

可根据病史及临床表现。X线检查对诊断有很大帮助。囊肿在X线片上显示为一清晰圆形或卵圆形的透明阴影，边缘整齐，周围常呈现一明显白色骨质反应线，但角化囊肿中有时边缘可不整齐。

【治疗】

一旦确诊后，应及时进行手术治疗，以免引起邻近牙的继续移位和造成咬合紊乱。一般从口内进行手术，如伴有感染须先用抗生素或其他抗菌药物控制炎症后再作手术治疗。术前应作X线摄片，以明确囊肿的范围与邻近组织关系。

第三节 良性肿瘤和瘤样病变

一、瘤样病变

(一)色素痣

1. 皮内痣 为大痣细胞分化而来，是更成熟的小痣细胞，并进入真皮及其周围结缔组织中。

2. 交界痣 痣细胞在表皮和真皮交界处，呈多个巢团状，边界清楚，分布距离均匀；每一巢团的上一半在表皮的底层内，下一半则在真皮浅层内。这些痣细胞为大痣细胞，色素较深。

3. 复合痣 在痣细胞进入真皮的过程中，常同时有皮内痣和残留的交界痣，为上述两型痣的混合形式。

【临床表现】

交界痣为淡棕色或深棕色斑疹、丘疹或结节，一般较小，表面光滑、无毛，平坦或稍高于皮表。一般不出现自觉症状。突起于皮肤表面的交界痣容易受到洗脸、刮须、摩擦与损伤的刺激，并由此可能发生恶性变症状：如局部轻微痒、灼热或疼痛；痣的体积迅速增大；色泽加深；表面出现感染、破溃、出血，或痣周围皮肤出现卫星小点、放射黑线、黑色素环；以及痣所在部位的引流区淋巴结肿大等。恶性黑色素瘤多来自交界痣。

一般认为，毛痣、雀斑样色素痣均为皮内痣或复合痣。这类痣极少恶变，如有恶变亦系来自交界痣部分。

【治疗】

面部较大的痣无恶变证据者，可考虑分期部分切除，容貌、功能保存均较好，但不适用于有恶变倾向者。也可采用全部切除，邻近皮瓣转移或游离皮肤移植。如怀疑有恶变，应采用外科手术一次全部切除送病理活检；手术应在痣的边界以外，正常皮肤上作切口。比较小的痣切除后，可以潜行剥离皮肤创缘后直接拉拢缝合。

(二)牙龈瘤

牙龈瘤来源于牙周膜及颌骨牙槽突结缔组织的非真性肿瘤。

【临床表现】

牙龈瘤女性较多，以青年及中年人为常见。多发生于牙龈乳头部。位于唇、颊侧者较舌、腭侧者多。最常见的部位是前磨牙区。肿块较局限，呈圆或椭圆形，有时呈



退；75%在7年内消退完毕；约10%~30%的患者可持续消退至10岁左右，但可为不完全消退。因此所谓消退完成期一般在10~12岁。大面积的血管瘤完全消退后可有局部色素沉着、浅瘢痕、皮肤萎缩下垂等特征。

(三)脉管畸形

1.静脉畸形 旧分类称海绵状血管瘤，是由衬有内皮细胞的无数血窦所组成。血窦的大小、形状不一，如海绵结构。窦腔内血液凝固而成血栓，并可钙化为静脉石。好发于颊、颈、眼睑、唇、舌或口底部。位置深浅不一，如果位置较深，则皮肤或黏膜颜色正常；表浅病损则呈现蓝色或紫色。边界不太清楚，扪之柔软，可以被压缩，有时可扪到静脉石。当头低位时，病损区则充血膨大；恢复正常位置后，肿胀亦随之缩小，恢复原状，此称为体位移动试验阳性。

静脉畸形病损体积不大时，一般无自觉症状。如继续发展、长大时，可引起颜面、唇、舌等畸形及功能障碍。若发生感染，则可引起疼痛、肿胀、表面皮肤或黏膜溃疡，并有出血的危险。

2.微静脉畸形 即常见的葡萄酒色斑。多发于颜面部皮肤，常沿三叉神经分布区分布。口腔黏膜较少。呈鲜红或紫红色，与皮肤表面平，边界清楚。其外形不规则，大小不一，从小的斑点到数厘米，大的可以扩展到一侧面部或越中线至对侧。以手指压迫病损，表面颜色褪去；解除压力后，血液立即又充满病损区，恢复原有大小和色泽。

所谓中线型微静脉畸形，主要是病损位于中线部位，项部最常见，其次可发生在额间、眉间，以及上唇人中等部门。与葡萄酒色斑不同的是，它可以自行消退。

3.动静脉畸形 旧分类中称蔓状血管瘤或葡萄状血管瘤，是一种迂回弯曲、极不规则而有搏动性的血管畸形。主要是由血管壁显著扩张的动脉与静脉直接吻合而成，故亦有人称为先天性动静脉畸形。

动静脉畸形多见于成年人，幼儿少见。常发生于颞浅动脉所在的颞部或头皮下组织中。病损高起呈念珠状，表面温度较正常皮肤为高。患者可能自己感觉到搏动；扪诊有震颤感，听诊有吹风样杂音。若将供血的动脉全部压闭，则病损区的搏动和杂音消失。肿瘤可侵蚀基底的骨质，也可突入皮肤，使其变薄，甚至坏死出血。

动静脉畸形可与其他脉管畸形同时并存。

4.淋巴管畸形 由淋巴管发育异常所形成，常见于儿童及青少年。好发于舌、唇、颊及颈部。按其临床特征及组织结构，可分为微囊型与大囊型2类。

(1)微囊型：旧分类中称为毛细管型及海绵型淋巴管瘤，由衬有内皮细胞的淋巴管扩张而成。淋巴管极度扩张弯曲，构成多房性囊腔，则颇似海绵状。淋巴管内充满淋巴液。在皮肤或黏膜上呈现孤立的或多发性散在的小圆形囊性结节状或点状病损，无色、柔软，一般无压缩性，病损边界不清楚。口腔黏膜的淋巴管畸形有时与微静脉畸形同时存在，出现黄、红色小疱状突起，称为淋巴管-微静脉畸形。

发生于唇、下颌下及颊部者，有时可使患处显著肥大畸形。发生于舌部者常呈巨舌症，引起颌骨畸形、开验、反殆、牙移位、咬合紊乱等。舌黏膜表面粗糙，呈结节状或叶脉状，有黄色小疱突起。在长期发生慢性炎症的基础上，舌体可以变硬。

(2)大囊型：旧分类中称为囊肿型或囊性水瘤。主要发生于颈部锁骨上区，亦可发生于下颌下区及上颈部。一般为多房性囊腔，彼此间隔，内有透明、淡黄色水样液体。病损大小不一，表面皮肤色泽正常，呈充盈状态，扪诊柔软，有波动感。与深部静脉畸形不同的是体位移动试验阴性，但有时透光试验为阳性。

5.混合型脉管畸形 存在一种类型以上的脉管畸形时可称为混合型脉管畸形。如前述的微静脉畸形与微囊型淋巴管畸形并存；动静脉畸形伴发局限性微静脉畸形；自然，静



第四节 口腔颌面部恶性肿瘤

一、舌癌

舌癌(carcinoma of tongue)是最常见的口腔癌。据上海交通大学附属第九人民医院 1954~1990 年所收治的 1751 例口腔癌的统计资料,舌癌 551 例(31.6%),居首位。舌癌 85%以上发生在舌体,且多数发生在舌中 1/3 侧缘部,多数为鳞状细胞癌(简称鳞癌);少数为腺癌、淋巴上皮癌或未分化癌等。

【临床表现】

舌癌早期可表现为溃疡、外生与浸润 3 种类型。有的病例的第一症状仅为舌痛,有时可反射至颞部或耳部。外生型可来自乳头状瘤恶变。浸润型表面可无突起或溃疡,最易延误病情,患者常不能早期发现。舌癌常表现为溃疡及浸润同时存在,伴有自发性疼痛和程度不同的舌运动障碍。

舌癌晚期可直接超越中线或侵犯口底,以及浸润下颌骨舌侧骨膜、骨板或骨质。向后则可延及舌根或咽前柱和咽侧壁,此时舌运动可严重受限、固定,涎液增多外溢,而不能自控,进食、吞咽、言语均感困难。疼痛剧烈,可反射至半侧头部。

舌癌的淋巴结转移率较高,通常为 40%左右。转移部位以颈深上淋巴结群最多。舌癌至晚期,可发生肺部转移或其他部位的远处转移。

【诊断】

舌癌的诊断一般比较容易,但对早期舌癌,特别是浸润型要提高警惕。触诊对舌癌的诊断比望诊尤为重要。为了明确诊断应送病理活检。

【治疗】

(一)原发灶的处理

早期高分化的舌癌可考虑放疗、单纯手术切除或冷冻治疗。晚期舌癌应采用综合治疗,根据不同条件采用放疗加手术或三联(化疗、手术、放疗)或四联(三联加中医中药或免疫治疗)疗法。

1.放射治疗 可以用作对晚期舌癌病例术前、术后的辅助治疗。

2.手术治疗 是治疗舌癌的主要手段。T1 的病例可作距病灶外 1cm 以上的楔状切除,直接缝合;T2~T4 病例应行半舌切除直至全舌切除。

舌为咀嚼和言语的重要器官,舌缺损 1/2 以上时应行同期再造术。

3.化学治疗 对晚期病例可做术前诱导化疗,化疗对舌癌的疗效较好,可望提高患者的生存率。

4.冷冻治疗 对 T1、T2 的舌癌可以考虑采用冷冻治疗。

(二)转移灶的处理

由于舌癌的转移率较高,故除 T1 病例外,其他均应考虑同期行选择性颈淋巴结清扫术;对临床淋巴结阳性的患者,应同期行治疗性颈淋巴结清扫术。

【预后】

据我国的资料,以手术为主的治疗,3、5 年生存率一般在 60%以上;T1 病例可达 90%以上。



4~6周，如无特殊情况即可进行癌瘤的手术切除。

(二)术前化疗

术前化疗又称诱导化疗，是目前颊癌综合治疗方案中最常用而效果肯定的重要措施。术前用药可单一用药，亦可联合用药，给药途径可采用静脉注射全身用药，亦可经颈外动脉分支行动脉灌注给药。

(三)手术治疗

颊癌手术治疗的原则与要点

(1)足够的深度：即使早期病例，亦必须使切除深度包括黏膜下脂肪、筋膜层。

(2)足够的边界：应在癌瘤可判断的临床边界以外2cm的正常组织处作切除。

(3)颈淋巴清扫术：凡临床出现颈淋巴结(含下颌下淋巴结)肿大，或原发灶在T3以上，鳞癌II级以上；或颊癌生长快，位于颊后份者，应常规作同侧颈淋巴清扫术。

【预后】

因病例组合不同，文献报道的颊癌5年生存率差别较大。20世纪80年代，上海交通大学附属第九人民医院214例的随访结果，其3、5、10年生存率分别为66.73%、62.2%和51.5%。

四、腭癌

腭癌不多见。在上海交通大学附属第九人民医院统计的1751例口腔癌中，腭癌排列第4位，计186例，占10.2%。

【临床表现】

腭癌常先起自一侧，并迅速向牙龈侧及对侧蔓延。多呈外生型，边缘外翻，被以渗出和血痂，触之易出血；有时亦呈溃疡型。腭癌周围的黏膜有时可见烟草性口炎或白斑存在。由于腭黏膜与腭骨紧贴，故易早期侵犯骨质。

腭癌的淋巴结转移主要侵及下颌下淋巴结及颈深上淋巴结；咽后淋巴结转移在临床上很难判断，多在手术中才发现。

【诊断】

腭癌的诊断并不困难，也可直接取材送病理获得证实。

【治疗】

(一)原发灶的处理

腭癌的治疗以手术为主。腭癌手术，一般应行连同腭骨在内的病灶切除术。对较大的病损应行上颌骨次全切除术。上颌窦已受侵时，应作上颌骨全切除术。

(二)转移灶的处理

腭癌的颈淋巴转移率在40%左右；晚期病例常发生双侧颈部转移，可考虑行双侧选择性颈淋巴清扫术，术式可采用一侧改良根治性或双侧改良根治性颈淋巴清扫术。

【预后】

腭鳞癌的预后较腭唾液腺癌为差，上海交通大学附属第九人民医院20世纪70年代统计，5年生存率为66%。晚期及有淋巴结转移者预后较差，5年生存率仅25%左右。

五、口底癌

口底癌指发生于口底黏膜的鳞癌。

**【治疗】**

上颌窦癌的治疗应是以手术为主的综合治疗，特别是结合放疗的综合疗法。

(一)放射治疗

已确诊为上颌窦癌的病例可以先行术前放疗，放疗结束 3~4 周后手术。

(二)手术治疗

是上颌窦癌的主要治疗方法。原则上应行上颌骨全切除术。如病变波及眶下板时，需行全上颌骨并包括眶内容物切除；如病变累及其他部位，应施行上颌骨扩大根治性切除术，甚至于施行颅颌面联合切除术。

(三)化学治疗

主要采用经动脉插管区域性化疗的方法。药物可选用甲氨蝶呤、平阳霉素或氟尿嘧啶持续灌注，化疗结束后即行手术治疗。

【预后】

上颌窦癌的预后迄今仍不能令人满意，据文献报道，5 年生存率大多在 50% 以内。其失败原因主要是治疗后局部复发，很少死于转移病灶。

七、唇癌

唇癌指发生于唇红黏膜的癌，主要为鳞状细胞癌。唇内侧黏膜应属颊黏膜癌；发生于唇部皮肤者，应归于皮肤癌。

【临床表现】

唇癌常发生于唇中外 1/3 间的唇红缘部黏膜。早期为疱疹状、结痂的肿块，随后出现火山口状溃疡或菜花状肿块。以后肿瘤向周围皮肤及黏膜扩散，同时向深部肌组织浸润；晚期可波及口腔前庭及颌骨。

下唇癌常向颌下及下颌下淋巴结转移；上唇癌则向耳前、下颌下及颈深淋巴结转移。

【诊断】

依据病史及临床表现不难作出诊断，有必要做活组织检查以明确肿瘤性质。

【治疗】

早期病例无论采用外科手术、放射、激光或低温治疗，均有良好的疗效。但对晚期病例及有淋巴结转移者，则应用外科治疗为主的综合治疗。

【预后】

唇癌预后较好，上海交通大学附属第九人民医院经治病例的 3、5、10 年生存率分别达 90%、85.7% 和 76.6%。

八、口咽癌

口咽部恶性肿瘤是指原发于软腭与舌骨水平之间，包括舌根、软腭、扁桃体、咽侧、咽后壁及会厌周围等部位的恶性肿瘤。

【临床表现】

口咽癌根据发病部位不同，可分为舌根癌、舌、咽腭弓(咽柱)癌，扁桃体癌及软腭癌。不同部位的口咽癌在临床表现上存在着某些不同的部位特征，但其主要临床表现基本相似。有溃疡型、外生型及浸润型 3 种。口咽癌初期症状不明显可有咽部不适、异物感。肿瘤破溃感染后出现咽痛，固定于病变侧，也可有舌咽神经反射的耳内痛。如肿瘤在扁桃体咽侧壁，向上侵及鼻咽部，可造成一侧耳闷、听力减退。如肿瘤侵及咽侧、侵犯翼



十一、骨肉瘤

由肿瘤性成骨细胞、骨样组织所组成，为起源于成骨组织的恶性肿瘤。

【临床表现】

临床上常发生于青少年，下颌骨较上颌骨多见，并有损伤史。早期症状是患部发生间歇性麻木和疼痛，进而转变为持续性剧烈疼痛伴有反射性疼痛；肿瘤迅速生长，破坏牙槽突及颌骨，发生牙松动、移位，面部畸形，还可发生病理性骨折。在X线片上显示为不规则破坏，由内向外扩展者为溶骨型；骨皮质破坏，代以增生的骨质，呈日光放射排列者为成骨型。临床上也可见兼有上述两型表现的混合型。晚期患者血清钙、碱性磷酸酶可升高，肿瘤易沿血液循环转移至肺。

【诊断】

除根据临床表现外，主要靠X线、CT作出初步诊断，最后还要依靠病理检查才能确定。

【治疗】

以手术为主的综合治疗。手术需行大块根治性切除，特别要强调器官切除的概念，以避免因管道或腔隙传播而导致局部复发。

【预后】

据文献报告，骨肉瘤的5年生存率为30%~50%。

十二、恶性淋巴瘤

恶性淋巴瘤系原发于淋巴网状系统的恶性肿瘤，病理上分为霍奇金淋巴瘤(Hodgkin lymphoma, HL)与非霍奇金淋巴瘤(non-Hodgkin lymphoma, NHL)两大类。发病率NHL与HL的比例约为5:1。上海交通大学附属第九人民医院口腔病理科口腔颌面部及颈部127例恶性淋巴瘤中，NHL占86.6%(110例)，比HL高出6.5倍。

【临床表现】

可发生于任何年龄，但以青、中年为多。起源于淋巴结内者称结内型，以颈部淋巴结最为常见；起源于淋巴结外者称结外型，可发生于牙龈、腭、颊、口咽、颌骨等部位。结内型早期表现颈部、腋下、腹股沟等处的淋巴结肿大。质地坚实而具有弹性，无压痛，大小不等，可移动，以后互相融合成块，失去动度。结外型临床表现多样性，有炎症、坏死、肿块等各型。晚期多为全身性，如发热、肝脾肿大、全身消瘦、贫血等。

【诊断】

疑为恶性淋巴瘤时，及时病检非常重要。对结内型可以采用细胞学穿吸活检，也可摘除整个淋巴结做病检；对结外型，则钳取或切取活检都可考虑。采用免疫组化特殊染色可以提高诊断正确率。

恶性淋巴瘤由于是全身性疾病，除了口腔颌面部、颈部病损外，要排除纵隔、胸部、肝、脾、后腹膜等部位淋巴结受侵，为此除常规X线摄片外，CT或MRI都是必须采用的检查手段。

【治疗】

恶性淋巴瘤对放射治疗及化学药物治疗都比较敏感，因此是以放射治疗或化疗为主的

第一节 牙周组织疾病

一、老年人牙周状况

我国 90 年代末期 60 岁以上老年人口已超过 1.1 亿，且正在以年均 3% 的速度递增，按世界惯例我国目前已进入人口老年型社会。

牙周病是人类广泛流行的疾病之一。根据一些资料，我国牙周炎的患病率为 50%~60%，其中不包括全口无牙和已拔除的牙，因此实际患病率要大于此数字。牙周病随着增龄的变化，老年人患病率亦较高，而且病情也较严重 70 岁的老人，其患病率是年轻人的 3~5 倍。

据全国口腔健康流行病学调查报告显示，人群中 6 个区段健康的人数仅占 0.56%，牙龈出血平均区段为 0.23，牙龈出血检出率为 13.92%，结石检出率达 77.46%，有 97.24% 的老年人有牙龈萎缩，浅牙周袋率为 18.43%，深牙周袋率为 3.81%，是各年龄组之最。另一方面，65~74 岁年龄组失牙平均数为 11，全口无牙颌占 6.8%。而失牙的主要原因是龋病和牙周病。从调查报告中发现，有关牙周治疗需要的百分数，65~74 岁年龄组需要口腔卫生教育者高达 99.44%，需要洁治者达 77.04%，需要复杂治疗者为 3.81%。老年人群中有关口腔健康的知识甚少，相当部分的老年人有不正确的观念，认为就像生老病死一样，人老掉牙是必然的，牙好坏是天生的与自身保护关系不大。约有 1/4 的老年人从未看过牙医。调查结果表明，我国的口腔卫生工作者任重而道远，普及口腔健康教育迫在眉睫。随着经济的发展，社会的进步，生活水平的提高，长寿人群的增加，老年人的口腔医疗工作应当大大加强。

二、老年人牙周病的临床特点

(一) 牙龈炎的临床表现

老年人牙龈炎和牙周炎的基本组织反应仍然是炎症。临床上，牙龈炎的典型特征为：牙龈充血、水肿、探诊出血。但由于牙龈结缔组织纤维成分的增多，牙龈色泽不呈明显鲜红状，牙龈增生性反应也较为少见。

(二) 牙周炎的临床表现

如果牙龈炎长期存在而延误治疗，炎症可向深部牙周组织发展，形成典型的牙周炎临床表现。老年人牙周炎临床表现有如下特点：

1. 牙龈红肿出血 牙龈呈暗红色，组织水肿，炎症扩展至附着龈，点彩消失。牙龈易出血，严重时时有自发性出血。有部分老年患者因高血压因素，常发生夜间自发性出血。

2. 牙周袋形成和溢脓 炎症扩展，结合上皮根向移行，牙周附着丧失，龈沟加深形成真性牙周袋。一些较深的牙周袋可有溢脓。由于老年人常有咬合创伤存在，在局部可探及窄而深的牙周袋。

3. 牙松动及移位 牙周组织破坏到一定程度，对牙的支持力减小，牙动度增加，同时可形成继发性咬合创伤，加重牙的动度和移位。



并适当缩小颊舌径。

2.磨改过锐的牙尖和过高的边缘嵴，以减少牙的楔入力，改善垂直性食物嵌塞。

3.雅面重度磨耗呈平面，应重新选磨食物溢出沟，同时改善牙冠不均匀磨耗形成的小平面，以改善咀嚼效果，减少牙周创伤。

4.选磨后的牙必须进行牙面抛光。如牙有温度过敏症状，应行脱敏治疗。

(四)牙周手术

在直视下彻底清除根面牙石和牙周袋内壁的炎性肉芽组织和上皮，必要时还可施行修整牙槽骨外形、移植骨材料等牙周骨手术，常采用的手术方法有：

1.袋内壁刮治术 局部麻醉条件下施行，去除袋内壁的肉芽组织，彻底刮除根面的龈下牙石并进行根面平整，以消除炎症，减少牙周袋深度。

2.牙龈切除(成形)术 切除增生肥大的牙龈组织和中等深度的牙周袋，恢复牙龈外形，利于口腔健康维护，消除牙周袋。

3.切除新附着术 又称开放性内壁刮除术。采用内斜切口的方法，用手术刀切除牙周袋内壁的上皮和肉芽组织，彻底平整根面。这种手术方法损伤小、反应小、恢复快、疗效好，适用于袋壁有较多肉芽组织、不需要作牙周骨手术的中等深度的牙周袋。

4.翻瓣术 切除牙周袋内壁，翻开黏骨膜瓣，暴露牙槽骨，彻底刮除龈下牙石，作根面平整。

对老年人进行牙周病治疗时应根据老年人的全身状况，建议患者进行全身调理和治疗，如营养状况的调整，钙的补充，全身疾病的治疗等。

由于老年人群生理、心理状态存在较大的差异，对疾病的治疗态度和治疗要求不同，因此治疗方案的选择有很大的灵活性，原则上，老年人牙周病治疗方案分为三种类型：①姑息治疗，即对症治疗；②根治性治疗，拔除患牙，作义齿修复；③牙保存治疗，维持健康的牙周组织和牙列，使其成为良好的功能状态。

由于老年人因全身系统性病的原因，易发生运动失调，可影响治疗的进行。老年人多有血压增高，在进行口腔疾病治疗前应应对老年患者测量血压，防止意外发生。同样，由于老年人血管壁对压力反应性的降低，易发生体位性低血压，故在治疗中或治疗后的体位改变时应缓慢。

四、老年人牙周健康的维护和牙周病疗效的巩固

牙周病治疗效果的取得，是医师与患者共同合作的结果。牙周治疗后患者的自身护理和定期复查是维持良好疗效的关键。有调查结果证明，牙周炎治疗后放任自流者的失牙率为坚持自我管理、定期复查复治者的3倍。因此建议牙周炎患者坚持每3个月接受一次复查和预防性治疗，才能保证牙周健康状况的稳定。

第二节 牙体病

一、龋病

第三次全国口腔健康流行病学抽样调查结果显示，我国65~74岁的老年人龋齿患病率高达98.4%。在人的一生中随时可受到龋病的侵袭，在其生命的前半期龋病多发生在牙冠部，而在其生命的后半期则随着生理性的牙龈退缩，致使部分牙根面暴露在口腔中，当牙根面上菌斑的酸度大于唾液缓冲能力时遂发生根面龋(简称根龋)，为老年人口腔中常



种缺损常呈楔状而得名。楔状缺损是非常多见的牙体非龋性疾病，尤其在中、老年更为常见。

【临床表现】

典型的楔状缺损，由两个平面相交而成，有的由三个平面组成，少数的缺损呈卵圆形。缺损边缘整齐，表面坚硬而光滑，一般均为牙组织本色，有时可有程度不等的着色。根据缺损的程度，可分浅型、深型和穿髓型。浅型和深型可无症状，有时可发生牙本质过敏症。缺损的深浅与症状不一定成正比关系，存在相当大的个体差异。穿髓型可伴有牙髓病、根尖周病症状，甚至发生牙横折。

【预防和治疗原则】

- 1.应改正刷牙方法，避免横刷，并选用较软的刷毛和较细的牙膏。
- 2.消除引起雅创伤的原因。
- 3.组织缺损少且无牙本质过敏者，不需作特别处理。
- 4.有牙本质过敏者，应用脱敏疗法。
- 5.缺损较大者可用充填法。
- 6.有牙髓病或根尖周病时，按常规作牙髓病或根尖周病治疗。
- 7.若缺损已导致牙横折，可根据病情和条件，行根管治疗后做桩-核-冠修复或覆盖义齿修复或拔除。

三、磨损

磨损(abrasion)是由于单纯机械作用而造成的牙体硬组织慢性磨耗。如果磨损是在正常咀嚼过程中造成的，这种生理性磨损称为咀嚼磨损，亦称磨耗(attrition)。其他不是由于正常咀嚼过程所致的牙磨损，为一种病理现象，统称为非咀嚼磨损。老年人磨损多属咀嚼磨损，是一个长期缓慢的过程。随着年龄的增长，咀嚼磨损也更加明显。磨损程度与患者年龄、食物的摩擦力成正比，而与牙硬度成反比。

【临床表现】

常见于后牙的唇面和前牙切缘，以第一磨牙多见。牙高度降低，殆平面变平，近远中径变小。在牙的某些区域，牙釉质完全被磨耗成锐利的边缘，牙本质暴露。牙磨损后通常会引起各种并发症，出现相应的临床症状。

【治疗原则】

- 1.生理性磨损，若无症状无需处理。
- 2.有牙本质过敏者，应作脱敏处理。
- 3.对不均匀的磨损，需作适当的调磨，磨除尖锐牙尖和边缘嵴。
- 4.有牙髓和根尖周病时，应按常规行牙髓病或根尖周病治疗。
- 5.严重磨损且伴有颞下颌关节症状时，应行覆盖义齿修复，以恢复颌间垂直距离。

四、牙本质过敏症

牙本质过敏症(dentine hypersensitivity) 又称过敏性牙本质(hypersensitive dentine)，是当牙受到外界刺激，如温度(冷、热)、化学物质(酸、甜)以及机械作用(摩擦或咬硬物)时所引起的酸痛症状。其特点为发作迅速、疼痛尖锐、时间短暂。牙本质过敏症不是一种独立的疾病，它常与磨损、楔状缺损、龋病等并存，是老年人常有的症状。



【治疗】

口干症的治疗包括病因治疗和对症治疗。

对因治疗在明确病因的情况下是最有效的，如药物性口干，通过调整药物及其剂量，可缓解口干。对唾液消耗增加而产生的口干，可通过消除张口呼吸等原因来解决。

如果是由于唾液腺实质破坏所引起的口干，如头颈部恶性肿瘤放疗后、舍格伦综合征，目前主要通过对症治疗来缓解口干，减少并发症。

二、唾液腺良性肥大

唾液腺良性肥大多见于腮腺，常为双侧肿大，是一种非肿瘤性、非免疫性，呈慢性过程的唾液腺疾病。

【临床表现】

唾液腺良性肥大临床表现为腮腺弥漫性肿大，柔软，常为双侧性；导管口无红肿，分泌物无异常。患者可有糖尿病、嗜酒、营养不良、长期服药史。

唾液腺造影：导管和腺泡无异常表现，体积明显增大，排空功能稍迟缓。

唾液腺良性肥大需与唾液腺肿瘤及舍格伦综合征相鉴别。单侧肥大明显者应与唾液腺肿瘤相鉴别，超声检查是首选的方法，唾液腺良性肥大回声均匀，无占位病变。部分舍格伦综合征患者，可表现为唾液腺肿大，但其常伴有口干等症状，免疫学检查可有自身抗体出现，唾液腺造影可见导管和腺泡的特征性改变。

【治疗】

唾液腺良性肥大无特殊治疗方法。有全身性疾病者，经治疗后，部分肿大腺体可恢复。药物引起的唾液腺肿大，停药后大多可以消退。

第四节 老年人口腔颌面部肿瘤

近年来，每年全国口腔颌面部肿瘤新发病约 160 万，已患者 200 万，死亡约 130 万。且在癌瘤死亡者中，年龄有明显日益老龄化的趋势。因此，癌瘤已成为严重威胁老年人健康的常见病、多发病，是近年来医学领域中颇受重视的研究课题。

无论在西方国家或我国在患病年龄上都有明显愈益老龄化的趋势。有报道指出：发生口腔癌的危险随年龄增长急剧上升，由 30 岁男性的 7/10 万至 60 岁时接近 80/10 万。上海交通大学口腔医学院颌面外科 1986~1998 年 1835 例口腔鳞癌患者中，60 岁以上占 42.20% (774/1835)。统计资料还表明：1986~1998 年老年患者比例呈逐年上升趋势，由 1986 年的 33% 增加至 1998 年的 45%，这可能与整个人群平均寿命的延长有关。老年人恶性肿瘤患病率高于良性肿瘤，癌多于肉瘤且以鳞状细胞癌最多见等为特点。

一、检查与诊断

(一)老年人病史采集特点

随着年龄的增长，老年人除口腔组织产生各种增龄性的改变外，全身各器官也都相应的产生衰老的改变，其生理功能及适应性减退，心理状态也有不同程度的变化。老年人还常伴有多种慢性疾病，服用多种药物。上述情况均可影响口腔疾病的诊断、治疗和预后。这就要求医师必须掌握老年人的各种特点，采取不同于青壮年的措施，进行安全有效的检



1.老年人中患心血管疾病者较多。临床上选择局部麻醉药及肾上腺素的应用方面应予特别注意。一般情况下,利多卡因最为常用,因其镇痛效果好,维持麻效时间长。伴高血压的患者是否应使用肾上腺素一直是有争议的。我们的经验是:麻药中加1:20万~40万浓度的肾上腺素是安全的,不应视为绝对禁忌。近年来,选用长效麻醉药盐酸布比卡因作为局麻药者有增多趋势。布比卡因维持局麻时间长,且不用肾上腺素,常常也可达到良好的镇痛效果。因此,更适用于患心血管疾病的老年患者。对于需在全麻下手术者,避免应用对血压影响较大的药物。对心功能不良的患者应在心电监护下进行手术,有利于及时发现和迅速处理意外变化。必要时,应与内科合作,请内科医师共同监护及处理心血管危象。

2.老年患者抗感染能力差。由于多数老年人术前曾患有慢性支气管炎甚至肺气肿,肺代偿功能差,加之口腔颌面部肿瘤根治术后,影响吞咽功能容易发生误吸,可并发吸入性肺炎。其次,口腔内手术区术后反应性肿胀或局部伤口内渗血、引流不畅均可造成周边口腔缩小,上呼吸道部分梗阻,慢性缺氧,加之老年人反应迟钝,反射减弱,恶性循环导致呼吸衰竭死亡。因此,术后必须采取加强口腔护理,重视口内吸引保持上呼吸道通畅,加强抗生素的应用,增强营养,及时纠正电解质紊乱等系列措施。

3.一般来说,老年患者对环境、外伤以及手术的应激能力较弱。因此,手术后可发生应激性上消化道出血,据上海第九人民医院数据统计,应激性上消化道出血术后并发症的第二位(20.2%)。患者术前有消化道溃疡史者与前无消化道溃疡史者其术后发生上消化道出血的几率基本相似(3.45%与3.46%),可以说明应激的作用。术后发生上消化道出血者多见于特大型或大型手术的患者,特别是多见于短时期内多次手术的患者,也说明术后上消化道出血与应激有关,与手术创伤有关。

(三)放射治疗

一般对早期肿瘤手术或放疗均可取得较好疗效。对未分化或低分化的口腔癌宜首选放射治疗;对大多数晚期病例或已累及骨质的病例则单独放射治疗常难根治,需与外科手术合并进行综合治疗。

老年人口腔癌患者通常伴有不同程度的牙周炎、龋齿或残冠、残根,多个牙松动、脱落缺失戴有义齿,有的义齿修复不良造成舌或颊黏膜的创伤性溃疡。在放疗前如果疏忽了这许多因素的存在,未作必要的恰当处理或给予一定的预防措施,及易造成放射性骨髓炎或骨坏死。

老年癌症患者常患有不同程度的心血管系统疾病,在放疗期间有可能发生心脑血管意外。在放疗前应给予恰当的处理及备有预防措施,必要时请内科医师协助治疗,并且在放疗前应将有有关情况通知患者及家属。

初步随访结果表明:老年人口腔癌患者接受放射治疗的疗效与年轻患者相比基本一致。因此,我们认为:只要患者情况允许,应尽量不要轻易放弃放疗机会,以进一步巩固口腔癌手术疗效或对晚期口腔癌患者的姑息性治疗以达到延长生命的目的。

(四)化学药物治疗

20世纪80年代以来,化学治疗在恶性肿瘤治疗中已广为应用。化学治疗可用于晚期或复发病例的姑息治疗;亦可作为综合疗法与手术或放疗相结合,称为辅助化疗(adjuvant chemotherapy)。

众所周知,抗癌药物绝大多数是由于其严重的不良反应而限制了应用,大多数化疗药物进入机体后是靠肝、肾、肺解毒、排泄。而老年人机体总是处于退化时期,生理功能及脏器储备代偿能力均较青壮年明显为差。如化疗不当,会引起肝、肾、肺等脏器功能的严重损伤。

第十五章 口腔疾病与全身系统性疾病的关系

口腔是全身器官的一部分，全身系统性疾病可累及口腔，在口腔出现各种表征。口腔疾病可以引起或加重全身其他器官的病变，对全身造成明显的影响。

第一节 全身系统性疾病在口腔的表现

全身系统性疾病常常累及口腔，有时首先表现在口腔，口腔被称为是人体的无声警报系统。全身系统性疾病在口腔的表现是多种多样的，在临床上出现各种各样的体征和症状。不同的疾病具有相异的表现，相同的临床体征也可出现于不同的疾病。即使是相同的疾病，其临床表现也非完全一致。因此，对全身系统性疾病在口腔的多种表现，正确的诊断依赖于仔细地询问病史，相关的检查(医学影像学检查、活检、实验室检查、特殊检查等)，以及周密的鉴别诊断。

一、血液及出血性疾病

血液病与口腔有重要关系，一因血液病常早期出现口腔表征，或在病程中出现顽固的口腔症状，对这类症状要有所认识，早期作出诊断；二因对血液病患者进行口腔治疗时要特别注意，否则有可能加重病情，造成严重后果。

(一)白血病

各型白血病(leukaemia)皆可出现口腔表征，急性白血病尤为明显。口腔表征主要有：

- 1.牙龈增生、肿大 牙龈增生严重，增生牙龈的高度可能与咬合面取齐，外形不整，呈不规则肿大。
- 2.牙龈及口腔黏膜出血 为自发性出血，检查口腔时可见增生的龈缘上有凝血块。口腔黏膜及皮肤出血时形成淤点、淤斑。牙龈颜色不均匀，既苍白又紫红。龈袋内出血、出脓造成口臭。
- 3.牙龈坏死 由于血管栓塞，可使牙龈组织坏死。此种坏死性溃疡的附近无明显炎症反应。
- 4.牙痛、牙松动 由于白细胞在牙髓内浸润，可引起类似牙髓炎的剧烈牙痛。龈组织内白细胞浸润和继发感染，日久可使牙松动。
- 5.淋巴结肿大 颈淋巴结最常见，呈双侧性、多发性肿大。肿大淋巴结质地软或中等硬度，不粘连，无痛。

对白血病患者进行口腔治疗时需十分谨慎，有报告在口腔治疗后病情加重，甚至拔牙后出血不止而致死者。口腔治疗最好在缓解期进行，并最大限度地维持患者的口腔卫生，减轻疼痛和创伤，尽量减少对口腔坏死组织的刺激。拔牙、口腔组织活检和深部牙周刮治均属禁忌。

如急性牙痛系根尖急性炎症所致，应尽量避免切开引流，可行扩大牙髓穿孔以利引流。即使在白血病的缓解期，进行预防性的口腔治疗包括牙周洁治等，亦应在内科医师共同会诊下谨慎进行。任何口腔外科性治疗措施都应持保守态度，在接受口腔治疗后，应密切观察感染和出血等并发症的发生。碱性漱口液和抗生素的应用虽然对整个病程的控制意



(二)药物过敏性口炎

药物过敏性口炎(allergic medicamentosus stomatitis) 是药物通过口服、注射或局部涂搽、含漱等不同途径进入机体内, 使过敏体质者发生变态反应而引起的黏膜及皮肤的炎症反应性疾病。

变态反应是引起药物过敏的主要原因, 患者常为过敏性体质, 药物作为半抗原进入机体, 产生相应抗体或致敏淋巴细胞, 当再次接触同一药物后, 机体产生变态反应。

口腔病损多见于口腔前部, 如唇及颊、舌的前 2/3 部分, 上腭亦常发生病变, 黏膜灼热发胀、充血、继之出现红斑、水疱, 水疱大小不等, 多为大疱。疱破后局部糜烂, 疼痛明显, 渗出多, 在表面形成灰黄或灰白色假膜。口腔中唾液增多, 唾液中常混有血液。多伴有相应淋巴结肿大。炎症消退后, 舌背黏膜可遗留白色斑块状病损。

皮肤病损好发于口唇周围, 四肢下部, 手足的掌背两面, 以及躯干等部位。表现为大小不等的多形红斑、丘疹水疱。疱为表皮内疱。红斑呈彩虹状, 红斑中央出现水疱, 状似虹膜。

重型的药物过敏者有较重的全身症状, 如高热、咽峡炎、头痛、肌肉痛、关节痛等。身体其他腔孔的黏膜, 如眼睛、鼻腔、阴道、尿道、肛门等均可出现病损, 发生炎症及糜烂等。部分患者伴有泪液及大唾液腺的损害, 导致泪液及唾液分泌减少, 是干燥性角结膜炎常见的病因之一。

对于药物过敏性口炎, 应查清致敏药物, 避免再次接触或使用。对可疑致敏物质, 亦应停止使用。全身可用抗组胺药物、皮质激素、维生素 C。局部可用抗感染、止痛、收敛、防腐、生肌药物。

六、艾滋病

艾滋病又称获得性免疫缺陷综合征, 口腔表征主要有: ①口腔黏膜白色念珠菌感染, 四型白色念珠菌感染的症状和体征均可出现。多数出现在艾滋病发病之前, 常为艾滋病的先兆症状。少数患者出现在疾病的中期。临床可见腭部及舌部黏膜白色病损, 口腔多处黏膜出现片状红斑或白斑, 表面有白色干酪样渗出物, 吞咽困难, 有疼痛及烧灼感, 涂片镜检可见白色念珠菌; ②口腔毛状黏膜白斑, 好发于双侧舌缘、舌腹、舌背和口底, 颊、腭等部位也可受累, 表现为边界不清的白色斑块, 微隆起, 界限模糊, 范围数毫米至数厘米不等, 病损有时呈皱褶状或增生呈毛毯状; ③口腔卡波济肉瘤, 可单发或多发于口腔黏膜的任何部位, 以硬、软腭, 牙龈为最常见, 表现为紫红色大小不一的斑片或扁平高起的包块, 扪之柔软, 边界不清, 易出血, 临床表现类似血管瘤, 有时可出现疼痛。除卡波济肉瘤外, 也可出现伯基特淋巴瘤、鳞状细胞癌等口腔恶性肿瘤; ④牙龈炎、牙周炎, 牙龈炎波及游离龈、龈乳头和附着龈, 牙龈呈现紫红色肿胀, 增生肥大可覆盖牙面; 游离龈缘新月形红线纹及附着龈点状红斑, 为其特征性改变; 早期龈乳头坏死、溃疡、疼痛; 牙周附着及牙槽骨迅速破坏, 并累及全口牙; 牙周脓肿反复发作; ⑤口腔疱疹, 在口腔黏膜上出现伴有小水疱形成的疼痛性病损, 可能为单纯性疱疹病毒或柯萨奇 A 病毒引起; ⑥面颈部淋巴结肿大, 常见耳前、耳后、颈后区及下颌下淋巴结肿大; ⑦唾液腺感染, 腮腺、下颌下腺肿大。常为双侧性、弥漫性肿大, 质软, 有的伴口干、眼干、关节痛等类似舍格伦综合征的症状。有的表现为腮腺囊肿, 并常伴颈淋巴结肿大。

约占 95% 的艾滋病及艾滋病相关综合征患者有口腔颌面部疾病的表现, 在发病前常有念珠菌病、口腔疱疹和口腔溃疡等口腔病史。因此, 对不明原因的出现上述症状及体征的患者, 特别是对易感人群, 详细询问患者的生活方式和社交活动, 对于早期诊断艾滋病是



(五)遗传性外胚叶发育不全症

遗传性外胚叶发育不全症是与X染色体有关的隐性遗传病。其特征是：少汗、毛发稀少及牙发育不全。临床表现为：①口腔：大部分乳、恒牙缺失，上中切牙及尖牙呈锥形冠，牙数目缺少，甚或全口无牙，面部垂直距离降低；②皮肤：由于汗腺部分或全部缺失，以致无汗或缺汗，患者不能耐受高温，皮肤干燥，体毛缺少，表现为毛发稀疏，眉毛、腋毛、阴毛等缺如；③面部：额部突出，鼻梁塌陷似鞍鼻。眼周出现色素沉着。

第二节 口腔疾病对全身健康的影响

口腔疾病不仅影响口腔器官功能的发挥，而且常常影响全身的健康，下面以口腔最常见的两大疾病——龋病、牙周炎为例，说明口腔疾病对全身健康带来的不良影响。

一、龋病

龋病是导致牙缺失的主要原因。牙的缺失，必然导致咀嚼功能低下，影响食物的消化和吸收，导致营养不良。如龋患较多的儿童，常常形体消瘦，严重者影响发育。

龋齿如不及时治疗，可以发展为慢性根尖脓肿，牙龈出现瘻管，反复流脓，这时可以成为一个病灶。所谓“病灶”是指一个局限的具有病原微生物感染的组织。这个局限的感染灶，可能播散到附近的组织或器官，也可能引起远隔器官和组织的疾病，如牙的感染可以引起关节炎、心内膜炎、肾炎等。拔牙、牙周洁治等口腔操作可以引起暂时性菌血症，但一般不遗留后患。对于心瓣膜有器质性病损的患者，则可以引起细菌性心内膜炎，最主要的细菌是草绿色链球菌。血流携带这些细菌定居在受损的或异常的心瓣膜内，在心内膜引起细菌性心内膜炎或动脉内膜炎。因此，对可能引起菌血症者进行口腔操作时，要采取预防措施，如采用氯己定溶液漱口或口服抗生素，对有高、中度危险的患者，在操作前和操作后要预防性注射抗生素。口腔病灶可以引起各种关节炎，特别是感染性关节炎，可能是机体某些组织如滑膜，由于链球菌的作用而产生敏感的关系。有研究报告，除去牙病灶以后，多种眼病得以治愈如虹膜炎、虹膜睫状体炎、球后视神经炎、视网膜炎等。有时，口腔病治愈后，多形性红斑、疱疹、荨麻疹、湿疹等皮肤病的症状得以减轻。可能由于病灶内毒素不断作用的结果，可以引起慢性肾小球肾炎。除去病灶以后，可以防止肾脏继续受损害。其他一些疾病，如神经炎、呼吸道、胃肠道疾病与口腔病灶之间的关系，也有过报道。

二、牙周炎

牙周炎是导致牙缺失的另一重要原因，多见于中年人和老年人。但有的牙周炎好发于20岁左右的年轻人，甚至有早在青春期即开始发病者，而且常常发展迅速，治疗效果也较差。牙周炎对机体有很大危害，由于一组牙或全口牙松动甚至丧失而影响咀嚼功能，增加了胃肠道的功能负担，再加上脓液经常被咽下，造成消化不良或溃疡病，临床上很多牙周炎患者患有胃肠疾患。一些研究结果显示，慢性胃炎、胃十二指肠溃疡以及胃癌常常是由幽门螺杆菌引起的。口腔是幽门螺杆菌的储存库，唾液和牙菌斑中的幽门螺杆菌检出率很高，甚至高于胃内的幽门螺杆菌。牙周炎时有大量牙菌斑，这可能是牙周炎患者常常伴有胃溃疡的重要原因。消除这些牙菌斑，有可能预防胃溃疡或者促进胃溃疡的愈合。长期的化脓性炎症对机体是一种消耗。细菌和组织分解产物不断进入血液，可以引起菌血症。