

口腔常见病临床防治

(上)

孔春燕等◎主编

主编简介



孔春燕

1980年出生。衡水市第四人民医院口腔科，主治医师。中华口腔医学会会员，河北省口腔医学会口腔种植专业委员会会员。擅长牙体、牙周、口腔种植及修复等口腔综合治疗，尤其是颌面多发骨折的救治、复杂阻生牙的拔除、口腔黏膜病的诊断和治疗；种植体定位、计算机导航种植，循证医学指导下的精准医疗系统工程的治疗设计与松动牙永久性保留，牙本质永久性脱敏，激光加综合调理治愈复发性口疮等。以第一作者或通讯作者身份发表论著2篇，获得衡水市嘉奖2次，“巾帼建功明星”称号1次。



赵军方

1972年出生。郑州大学第一附属医院口腔颌面外科，副主任医师，副教授，博士。先后赴第四军医大学进修口腔颌面外科，上海交大附属第九人民医院学习正颌外科、数字化辅助导航。主要从事口腔颌面肿瘤的综合治疗，口腔颌面外科畸形整复及正颌工作。对口腔颌面颈部常见病、多发病和疑难杂症的诊治具有丰富经验。尤其擅长口腔颌面部复杂骨折、颌面部骨性畸形的正颌外科外治疗及软组织畸形缺损的整复治疗。参编教材2部，发表论文30余篇，获省厅级科学技术进步奖4项。



李 松

1972年出生。南京医科大学附属口腔医院/江苏省口腔医院，副主任医师，讲师。口腔医学本科学历，硕士学位。主要从事牙周病病因学及牙周组织再生研究。擅长口腔科疾病的诊疗，尤其是重度牙周炎、侵袭性牙周炎、药物性牙龈增生、牙种植体周围炎的诊疗及牙周病的手术与再生治疗、牙周激光治疗。获省级新技术引进奖1项，参加国家级课题2项，省级课题3项，主持完成课题2项；发表专业论文10余篇，参编专著2部。

编 委 会

主 编 孔春燕 赵军方 李 松
侯卫锋 陈小军 董丽艳

副主编 钟志华 王淑琴 熊 磊 魏 薇

编 委 (按姓氏笔画排序)

王淑琴	青 岛 市 第 八 人 民 医 院
孔春燕	衡 水 市 第 四 人 民 医 院
李 松	江 苏 省 口 腔 医 院
陈小军	甘 肃 省 景 泰 县 人 民 医 院
赵军方	郑 州 大 学 第 一 附 属 医 院
钟志华	荆 州 市 中 心 医 院
侯卫锋	郑 州 大 学 附 属 洛 阳 中 心 医 院
董丽艳	长 春 中 医 药 大 学 附 属 医 院
熊 磊	湖 北 省 荆 州 市 中 心 医 院
魏 薇	湖 北 省 荆 州 市 中 心 医 院

前 言

口腔是人体的重要器官之一，与全身健康密切相关。近年来，随着经济的发展，人民生活水平的提高及健康意识的觉醒，口腔医疗作为朝阳事业，其重要性越来越得以显现。新的医疗设备和技术不断涌现，为口腔诊疗技术带来了革命性的变化。口腔科医师需要不断学习新知识，掌握新技术，才能更好地为患者服务，本书正是在这样的背景下编写的。

本书共分五篇来加以介绍，第一篇总论部分主要介绍口腔诊断、麻醉及拔牙术等；第二篇口腔疾病主要讲述口腔内科、口腔外科常见疾病的诊治；第三篇则主要介绍口腔正畸；第四篇为口腔修复与口腔种植；第五篇为口腔护理。论述详尽，内容新颖，图文并茂，科学性与实用性强，可供各基层医院的住院医师、主治医生及医学院校本科生、研究生参考使用。

本书参编人员较多，编写风格不尽一致，再加上当今医学发展迅速，书中难免会有不足之处，诚恳希望广大读者不吝指正。

编 者
2016 年 9 月

目 录

第一篇 总论

第一章 口腔科常见症状	1
第一节 牙痛	1
第二节 牙龈出血	3
第三节 牙齿松动	4
第四节 口臭	6
第五节 面部疼痛	7
第六节 腮腺区肿大	12
第二章 口腔检查	16
第一节 检查前准备	16
第二节 检查内容	17
第三节 X线检查	20
第四节 实验室检查	21
第五节 病历记录	22
第三章 口腔麻醉	25
第一节 局部麻醉	25
第二节 全身麻醉	39
第四章 牙拔除术	42
第一节 拔牙器械及其使用	42
第二节 拔牙的适应证和禁忌证	44
第三节 拔牙前的准备	46
第四节 拔牙的基本步骤	47
第五节 各类牙拔除术	49
第六节 阻生牙拔除术	50
第七节 牙根拔除术	53
第八节 拔牙术的常见并发症及防治	55

第二篇 口腔疾病

第五章 龋病	59
第一节 龋病病因	59
第二节 病理特点	70
第三节 临床表现与诊断	72
第四节 龋病的非手术治疗	75
第五节 深龋与根面龋处理	77
第六节 龋病治疗并发症及处理	79
第六章 牙体非龋性疾病	82
第一节 牙体慢性损伤	82
第二节 牙齿外伤	93
第七章 牙齿发育性疾病	99
第一节 牙齿形态异常	99
第二节 牙齿结构异常	102
第三节 牙齿数量异常	112
第八章 牙龈疾病	114
第一节 菌斑性龈炎	114
第二节 青春期和妊娠期龈炎	118
第三节 药物性牙龈增生	121
第四节 坏死性溃疡性龈炎	123
第五节 牙龈瘤	126
第六节 牙龈退缩(牙龈萎缩)	127
第七节 遗传性龈纤维瘤病	128
第九章 牙髓病与根尖周病	130
第一节 牙髓及根尖周组织生理学特点	130
第二节 病因及发病机制	137
第三节 病史采集与临床检查方法	142
第四节 牙髓病的临床表现及诊断	151
第五节 根尖周病的临床表现及诊断	162
第六节 牙髓病与根尖周病治疗概述	166
第七节 活髓保存与根尖诱导成形术	176
第八节 根管治疗术	186
第十章 牙周病	195
第一节 牙周组织的动态变化	195
第二节 牙周组织的增龄性变化	198
第三节 牙周组织的局部防御机制	199
第四节 牙周病的检查和诊断	201

第五节 菌斑控制	211
第六节 龈上洁治	216
第七节 龈下刮治术(根面平整术)	219
第八节 咬合调整	229
第九节 牙周牙髓联合病变的综合治疗	233
第十节 牙周病的药物治疗	234
第十一节 临时牙周夹板	243
第十二节 牙周手术治疗	244
第十三节 牙周激光治疗	252
第十四节 口腔修复学的牙周预备	261
第十五节 牙周与修复的相互影响	264
第十一章 口腔黏膜病	271
第一节 复发性阿弗他溃疡	271
第二节 口腔单纯性疱疹	273
第三节 口腔念珠菌病	275
第四节 口腔白斑	277
第五节 口腔红斑	278
第六节 口腔扁平苔藓	279
第七节 盘状红斑狼疮	281
第八节 口角炎	283
第九节 舌疾病	284
第十节 唇炎	285
第十二章 口腔颌面部感染	288
第一节 概述	288
第二节 智齿冠周炎	290
第三节 口腔颌面部蜂窝织炎	292
第四节 颌骨骨髓炎	294
第五节 颜面部疖痈	297
第六节 淋巴结炎	298
第七节 口腔颌面部特异性感染	299
第十三章 口腔颌面部损伤	303
第一节 口腔颌面部损伤的急救处理	303
第二节 软组织创伤的处理	305
第三节 牙和牙槽骨创伤	308
第四节 上颌骨骨折	309
第五节 下颌骨骨折	312
第六节 颧骨骨折	315
第十四章 颞下颌关节疾病	320
第一节 颞下颌关节紊乱病	320

第二节 颞下颌关节脱位	335
第三节 颞下颌关节强直	338
第四节 关节盘复位和修复术	343
第十五章 涎腺病	345
第一节 流行性腮腺炎	345
第二节 急性化脓性腮腺炎	348
第三节 涎石病	350
第四节 急性颌下腺炎	351
第十六章 口腔颌面部神经疾病	353
第一节 三叉神经痛	353
第二节 舌咽神经痛	355
第三节 面神经炎	356
第四节 创伤性面神经损伤	357
第五节 面肌痉挛	363
第十七章 口腔颌面部囊肿	366
第一节 牙源性颌骨囊肿	366
第二节 非牙源性颌骨囊肿	370
第三节 软组织囊肿	371
第十八章 口腔颌面部肿瘤	376
第一节 唇癌	376
第二节 舌癌	379
第三节 腭癌	385
第四节 口咽癌	388
第五节 上颌窦癌	390
第六节 口底癌	392

第三篇 口腔正畸

第十九章 错殆畸形的早期矫治	395
第一节 早期矫治的概念与方法	395
第二节 早期矫治的特点	397
第三节 早期预防及预防性矫治	399
第二十章 常见错殆畸形的矫治	408
第一节 牙拥挤	408
第二节 前牙反殆	413
第三节 前牙深覆盖	423
第四节 后牙反殆	428
第五节 后牙锁殆	430

第二十一章	唇腭裂患者的正畸治疗	432
第一节	概述	432
第二节	唇腭裂颌骨及骀的生长发育特点	433
第三节	唇腭裂的正畸矫治	434
第四节	唇腭裂临床研究的开展及其意义	439
第二十二章	口腔正畸临床常用操作技术	440
第一节	带环选择	440
第二节	分牙	441
第三节	带环黏结	442
第四节	黏结基础	443
第五节	托槽黏结	450

第四篇 口腔修复与口腔种植

第二十三章	牙体缺损的修复	454
第一节	概述	454
第二节	牙体缺损修复设计原则和固位原理	456
第三节	牙体缺损修复前的口腔检查及准备	461
第四节	嵌体	462
第五节	全瓷冠	464
第六节	铸造金属全冠	465
第二十四章	颌面缺损的修复	468
第一节	颌面缺损的修复治疗概述	468
第二节	获得性上颌骨缺损的修复	469
第三节	获得性下颌骨缺损的修复	475
第二十五章	全口义齿与可摘局部义齿的修复	480
第一节	全口义齿的修复	480
第二节	可摘局部义齿修复	484
第二十六章	口腔种植学	488
第一节	口腔种植外科	488
第二节	牙列缺损的种植义齿修复	493
第三节	上颌窦底提升植骨牙种植技术	495

第五篇 口腔护理

第二十七章	拔牙术护理技术	497
第一节	拔牙术的护理	497
第二节	拔牙后常见并发症的护理	506
第三节	口腔颌面外科门诊手术的护理配合	508

第二十八章 龋齿的预防及护理技术.....	512
第一节 氟化物的应用及护理.....	512
第二节 窝沟封闭术及护理.....	514
第二十九章 牙周病的护理.....	518
参考文献.....	526

总论

第一章 口腔科常见症状

发生在牙-颌-口腔系统中的疾病有数百种之多,但它们有很多相似的症状和(或)临床表现。临床医师须从一些常见的主诉症状出发,进一步采集病史和作全面的口腔检查,多数病例可以做出明确的诊断。但也有一些病例需采取其他辅助检查手段,如化验、影像学(X线片、CT、B超等)、涂片、活体组织检查、脱落细胞学检查、微生物培养等特殊检查,以及全身系统性检查等,然后进行综合分析和鉴别诊断,最后取得明确的诊断。有的病例还需在治疗过程中才能确诊,如药物治疗性诊断、手术过程中探查及手术后标本的特殊检查等。总之,正确的诊断有赖于周密的病史采集、局部和全身的检查及全面的分析,然后根据循证医学的原则制订出正确的、符合患者意愿的治疗计划,这些是决定疗效的重要前提。

第一节 牙痛

牙痛是口腔科临床上最常见的症状,常是患者就医的主要原因。可由牙齿本身的疾病,牙周组织及颌骨的某些疾病,甚至神经疾患和某些全身疾病所引起。对以牙痛为主诉的患者,必须先仔细询问病史,如疼痛起始时间及可能的原因,病程长短及变化情况,既往治疗史及疗效等。必要时还应询问工作性质、饮食习惯、有无不良习惯(如夜磨牙和咬硬物等)、全身健康状况及家族史等。关于牙痛本身,应询问牙痛的部位、性质、程度和发作时间。疼痛是尖锐剧烈的还是钝痛、酸痛;是自发痛还是激发痛、咬合时痛;自发痛是阵发的或是持续不断;有无夜间痛;疼痛部位是局限的或放散的,能否明确指出痛牙等。根据症状可得出一至数种初步印象,便于作进一步检查。应记住,疼痛是一种主观症状,由于不同个体对疼痛的敏感性和耐受性有所不同,而且有些其他部位的疾病也可表现为牵扯性牙痛。因此,对患者的主观症状应与客观检查所见、全身情况及实验室和放射学检查等结果结合起来分析,以做出正确的诊断。

一、引起牙痛的原因

1. 牙齿本身的疾病 如深龋,牙髓充血,各型急性牙髓炎、慢性牙髓炎,逆行性牙髓炎,由龋齿、外伤、化学药品等引起的急性根尖周炎、牙槽脓肿,微裂,牙根折裂,髓石,

牙本质过敏，流电作用等。

2. 牙周组织的疾病 如牙周脓肿、急性龈乳头炎、冠周炎、坏死性溃疡性龈炎、干槽症等。

3. 牙齿附近组织的疾病所引起的牵扯痛 急性化脓性上颌窦炎和急性化脓性颌骨骨髓炎时，由于神经末梢受到炎症的侵犯，使该神经所支配的牙齿发生牵扯性痛。颌骨内或上颌窦内的肿物、埋伏牙等可压迫附近的牙根发生吸收，如有继发感染，可出现牙髓炎导致疼痛。急性化脓性中耳炎、咀嚼肌群的痉挛等均可出现牵扯性牙痛。

4. 神经系统疾病 如三叉神经痛患者常以牙痛为主诉。颞下窝肿物在早期可出现三叉神经第三支分布区的疼痛，翼腭窝肿物的早期由于压迫蝶腭神经节，可出现三叉神经第二支分布区的疼痛。

5. 全身疾患 有些全身疾患，如流感、瘧症、神经衰弱，月经期和绝经期等可诉有牙痛。高空飞行时，牙髓内压力增高，可引起航空性牙痛。有的心绞痛患者可反射性地引起牙痛。

二、诊断步骤

（一）问清病史及症状特点

1. 尖锐自发痛 最常见的为急性牙髓炎（浆液性、化脓性、坏疽性）、急性根尖周炎（浆液性、化脓性）。其他，如急性牙周脓肿、髓石、冠周炎、急性龈乳头炎、三叉神经痛、急性上颌窦炎等。

2. 自发钝痛 慢性龈乳头炎，创伤性等。在机体抵抗力降低时，如疲劳、感冒、月经期等，可有轻度自发钝痛、胀痛。坏死性龈炎时牙齿可有撑离感和咬合痛。

3. 激发痛 牙本质过敏和Ⅱ°~Ⅲ°龋齿或楔状缺损等，牙髓尚未受侵犯或仅有牙髓充血时，无自发痛，仅在敏感处或病损处遇到物理、化学刺激时才发生疼痛，刺激除去后疼痛即消失。慢性牙髓炎一般无自发痛而主要表现为激发痛，但当刺激除去后疼痛仍持续一至数分钟。咬合创伤引起牙髓充血时也可有对冷热刺激敏感。

4. 咬合痛 微裂和牙根裂时，常表现为某一牙尖受力而产生水平分力时引起尖锐的疼痛。牙外伤、急性根尖周炎、急性牙周脓肿等均有明显的咬合痛和叩痛、牙齿挺出感。口腔内不同金属修复体之间产生的流电作用也可使患牙在轻咬时疼痛，或与金属器械相接触时发生短暂的电击样刺痛。

以上疼痛除急性牙髓炎患者常不能自行明确定位外，一般都能明确指出痛牙。急性牙髓炎的疼痛常沿三叉神经向同侧对颌或同颌其他牙齿放散，但不会越过中线放散到对侧牙。

（二）根据问诊所得的初步印象，作进一步检查，以确定患牙

1. 牙体疾病 最常见为龋齿。应注意邻面龋、潜在龋、隐蔽部位的龋齿、充填物下方的继发龋等。此外，如微裂、牙根纵裂、畸形中央尖、楔状缺损、重度磨损、未垫底的深龋充填体、外伤露髓牙、牙冠变色或陈旧的牙冠折断等，均可为病源牙。

叩诊对识别患牙有一定帮助。急性根尖周炎和急性牙周脓肿时有明显叩痛，患牙松动。慢性牙髓炎、急性全部性牙髓炎和慢性根尖周炎、边缘性牙周膜炎、创伤性根周膜炎等，均可有轻至中度叩痛。在有多个可疑病源牙存在时，叩诊反应常能有助于确定患牙。

2. 牙周及附近组织疾病 急性龈乳头炎时可见牙间乳头红肿、触痛,多有食物嵌塞、异物刺激等局部因素。冠周炎多见于下颌第三磨牙阻生,远中及颊舌侧龈瓣红肿,可溢脓。牙周脓肿和逆行性牙髓炎时可探到深牙周袋,后者袋深接近根尖,牙齿大多松动。干槽症可见拔牙窝内有污秽坏死物,骨面暴露,腐臭,触之疼痛。反复急性发作的慢性根尖周炎可在牙龈或面部发现窦道。

急性牙槽脓肿、牙周脓肿、冠周炎等,炎症范围扩大时,牙龈及龈颊沟处肿胀变平,可有波动。面部可出现副性水肿,局部淋巴结肿大,压痛。若治疗不及时,可发展为蜂窝织炎、颌骨骨髓炎等。上颌窦炎引起的牙痛,常伴有前壁的压痛和脓性鼻涕、头痛等。上颌窦肿瘤局部多有膨隆,可有血性鼻涕、多个牙齿松动等。

(三) 辅助检查

1. 牙髓活力测验 根据对冷、热温度的反应,以及刺激除去后疼痛持续的时间,可以帮助诊断和确定患牙。也可用电流强度测试来判断牙髓的活力和反应性。

2. X线检查 可帮助发现隐蔽部位的龋齿。髓石在没有揭开髓室顶之前,只能凭X线片发现。慢性根尖周炎可见根尖周围有不同类型和大小的透射区。颌骨内或上颌窦内肿物、埋伏牙、牙根裂等也需靠X线检查来确诊。

(孔春燕)

第二节 牙龈出血

牙龈出血是口腔中常见的症状,出血部位可以是全口牙龈或局限于部分牙齿。多数患者是在牙龈受到机械刺激(如刷牙、剔牙、食物嵌塞、进食硬物、吮吸等)时流血,一般能自行停止;另有一些情况,在无刺激时即自动流血,出血量多,且无自限性。

一、牙龈的慢性炎症和炎症性增生

这是牙龈出血的最常见原因,如慢性龈缘炎、牙周炎、牙间乳头炎和牙龈增生等。牙龈缘及龈乳头红肿、松软,甚至增生。一般在受局部机械刺激时引起出血,量不多,能自行停止。将局部刺激物(如牙石、牙垢、嵌塞的食物、不良修复体等)除去后,炎症很快消退,出血亦即停止。

二、妊娠期龈炎和妊娠瘤

常开始于妊娠的第3~4个月。牙龈红肿、松软、极易出血。分娩后,妊娠期龈炎多能消退到妊娠前水平,而妊娠瘤常需手术切除。有的人在慢性牙龈炎的基础上,于月经前或月经期可有牙龈出血,可能与牙龈毛细血管受性激素影响而扩张、脆性改变等有关。长期口服激素性避孕药者,也容易有牙龈出血和慢性炎症。

三、坏死性溃疡性牙龈炎

为梭形杆菌、口腔螺旋体和中间普氏菌等的混合感染。主要特征为牙间乳头顶端的坏死性溃疡,腐臭,牙龈流血和疼痛,夜间睡眠时亦可有牙龈流血,就诊时亦可见牙间隙处或口角处有少量血迹。本病的发生常与口腔卫生不良、精神紧张或过度疲劳、吸烟等因素有关。

四、血液病

在遇到牙龈有广泛的自动出血，量多或不易止住时，应考虑有无全身因素，并及时作血液学检查和到内科诊治。较常见引起牙龈和口腔黏膜出血的血液病，如急性白血病、血友病、血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、粒细胞减少症等。

五、肿瘤

有些生长在牙龈上的肿瘤，如血管瘤、血管瘤型牙龈瘤、早期牙龈癌等也较易出血。其他较少见的，如发生在牙龈上的网织细胞肉瘤，早期常以牙龈出血为主诉，临床上很容易误诊为牙龈炎。有些转移瘤，如绒毛膜上皮癌等，也可引起牙龈大出血。

六、某些全身疾病

如肝硬化、脾功能亢进、肾炎后期、系统性红斑狼疮等，由于凝血功能低下或严重贫血，均可能出现牙龈出血症状。伤寒的前驱症状有时有鼻出血和牙龈出血。在应用某些抗凝血药物或非甾体类抗炎药，如水杨酸、肝素等治疗冠心病和血栓时，易有出血倾向。苯中毒时也可有牙龈被动出血或自动出血。

(孔春燕)

第三节 牙齿松动

正常情况下，牙齿只有极轻微的生理性动度。这种动度几乎不可觉察，且随不同牙位和一天内的不同时间而变动。一般在晨起时动度最大，这是因为夜间睡眠时，牙齿无殆接触，略从牙槽窝内挺出所致。醒后，由于咀嚼和吞咽时的殆接触将牙齿略压入牙槽窝内，致使牙齿的动度渐减小。这种 24 小时内动度的变化，在牙周健康的牙齿不甚明显，而在有殆习惯，如磨牙症、紧咬牙者较明显。妇女在月经期和妊娠期内牙齿的生理动度也增加。牙根吸收接近替牙期的乳牙也表现牙齿松动。引起牙齿病理性松动的主要原因如下。

一、牙周炎

是使牙齿松动乃至脱落的最主要疾病。牙周袋的形成以及长期存在的慢性炎症，使牙槽骨吸收，结缔组织附着不断丧失，继而使牙齿逐渐松动、移位，终致脱落。

二、殆创伤

牙周炎导致支持组织的破坏和牙齿移位，形成继发性殆创伤，使牙齿更加松动。单纯的（原发性）殆创伤，也可引起牙槽嵴顶的垂直吸收和牙周膜增宽，临床上出现牙齿松动。这种松动在殆创伤除去后，可以恢复正常。正畸治疗过程中，受力的牙槽骨发生吸收和改建，此时牙齿松动度明显增大，并发生移位；停止加力后，牙齿即可恢复稳固。

三、牙外伤

最多见于前牙。根据撞击力的大小，使牙齿发生松动或折断。折断发生在牙冠时，牙齿

一般不松动；根部折断时，常出现松动，折断部位越近牙颈部，则牙齿松动越重，预后也差。有的医师企图用橡皮圈不恰当地消除初萌的上颌恒中切牙之间的间隙，常使橡皮圈渐渐滑入龈缘以下，造成深牙周袋和牙槽骨吸收，牙齿极度松动和疼痛。患儿和家长常误以为橡皮圈已脱落，实际它已深陷入牙龈内，应仔细搜寻并取出橡皮圈。此种病例疗效一般均差，常导致拔牙。

四、根尖周炎

急性根尖周炎时，牙齿突然松动，有伸长感，不敢对殆，叩痛（++）~（+++）。至牙槽脓肿阶段，根尖部和龈颊沟红肿、波动。这种主要由龋齿等引起的牙髓和根尖感染，在急性期过后，牙多能恢复稳固。

慢性根尖周炎，在根尖病变范围较小时，一般牙不太松动。当根尖病变较大或向根侧发展，破坏较多的牙周膜时，牙可出现松动。一般无明显自觉症状，仅有咬合不适感或反复肿胀史，有的根尖部可有瘘管。牙髓无活力。根尖病变的范围和性质可用X线检查来确诊。

五、颌骨骨髓炎

成人的颌骨骨髓炎多是继牙源性感染而发生，多见于下颌骨。急性期全身中毒症状明显，如高热、寒战、头痛，白细胞增至 $(10 \sim 20) \times 10^3/L$ 等。局部表现为广泛的蜂窝织炎。患侧下唇麻木，多个牙齿迅速松动，且有叩痛。这是由于牙周膜及周围骨髓腔内的炎症浸润。一旦颌骨内的化脓病变经口腔黏膜或面部皮肤破溃，或经手术切开、拔牙而得到引流，则病程转入亚急性或慢性期。除病源牙必须拔除外，邻近的松动牙常能恢复稳固。

六、颌骨内肿物

颌骨内的良性肿物或囊肿由于缓慢生长，压迫牙齿移位或牙根吸收，致使牙齿逐渐松动。恶性肿瘤则使颌骨广泛破坏，在短时间内即可使多个牙齿松动、移位。较常见的，如上颌窦癌，多在早期出现上颌数个磨牙松动和疼痛。若此时轻易拔牙，则可见拔牙窝内有多量软组织，短期内肿瘤即由拔牙窝中长出，似菜花状。所以，在无牙周病且无明显炎症的情况下，若有一或数个牙齿异常松动者，应提高警惕，进行X线检查，以便早期发现颌骨中的肿物。

七、其他

有些牙龈疾病伴有轻度的边缘性牙周膜炎时，也可出现轻度的牙齿松动，如坏死性龈炎、维生素C缺乏、龈乳头炎等。但松动程度较轻，治愈后牙齿多能恢复稳固。发生于颌骨的组织细胞增生症X，为原因不明的、累及单核-吞噬细胞系统的、以组织细胞增生为主要病理学表现的疾病。当发生于颌骨时，可沿牙槽突破坏骨质，牙龈呈不规则的肉芽样增生，牙齿松动并疼痛，拔牙后伤口往往愈合不良。X线表现为溶骨性病变，牙槽骨破坏，病变区牙齿呈现“漂浮征”。本病多见于10岁以内的男童，好发于下颌骨。其他一些全身疾患，如Down综合征、Papillon-Lefevre综合征等的患儿，常有严重的牙周炎症和破坏，造成牙齿松动、脱落。牙周手术后的短期内，术区牙齿也会松动，数周内会恢复原来动度。

（孔春燕）

第四节 口臭

口臭是指口腔呼出气体中的令人不快的气味,是某些口腔、鼻咽部和全身性疾病的一个较常见症状,可以由多方面因素引起。

一、生理因素

晨起时常出现短时的口臭,刷牙后即可消除。可由某些食物(蒜、洋葱等)和饮料(酒精性)经过代谢后产生一些臭味物质经肺从口腔呼出所引起。某些全身应用的药物也可引起口臭,如亚硝酸戊脂、硝酸异山梨酯等。

二、病理因素

(一) 口腔疾病

口腔呼出气体中的挥发性硫化物(volatile sulfur compounds, VSCs)可导致口臭,其中90%的成分为甲基硫醇(CH_3SH)和硫化氢(H_2S)。临床上最常见的口臭原因是舌苔和牙周病变处的主要致病菌,如牙龈卟啉单胞菌、齿垢密螺旋体、福赛坦菌和中间普氏菌等的代谢产物。此外,牙周袋内的脓液和坏死组织、舌苔内滞留的食物残屑、脱落上皮细胞等也可引起口臭。在没有牙周炎的患者,舌苔则是口臭的主要来源,尤其与舌背的后1/3处舌苔的厚度和面积有关。用牙刷刷舌背或用刮舌板清除舌苔可显著减轻或消除口臭。

软垢、嵌塞于牙间隙和龋洞内的食物发酵腐败,也会引起口臭。有些坏死性病变,如坏死性溃疡性龈(口)炎、嗜伊红肉芽肿、恶性肉芽肿和癌瘤等,拔牙创的感染(干槽症)等,都有极显著的腐败性臭味。

如果经过治疗彻底消除了口腔局部因素,口臭仍不消失,则应寻找其他部位的疾病。

(二) 鼻咽部疾病

慢性咽(喉)炎、化脓性上颌窦炎、萎缩性鼻炎、小儿鼻内异物、滤泡性扁桃体炎等均能发出臭味。

(三) 消化道、呼吸道及其他全身性疾病

如消化不良、肝硬化、支气管扩张继发肺部感染、肺脓肿、先天性气管食管瘘等。糖尿病患者口中可有烂苹果气味,严重肾衰竭者口中可有氨味或尿味。此外,某些金属(如铅、汞)和有机物中毒时,可有异常气味。

(四) 神经和精神异常

有些患者自觉口臭而实际并没有口臭,是存在心理性疾病,如口臭恐惧症等,或者由于某些神经疾患导致嗅觉或味觉障碍而产生。

用鼻闻法、仪器测量法(气相色谱仪、Halimeter、Diamond Probe等)可直接检测口臭程度和挥发性硫化物的水平。

(孔春燕)

第五节 面部疼痛

面部疼痛是口腔科常见的症状，不少患者因此而就诊。有的诊断及治疗都较容易，有的相当困难。不论是何种疼痛，都必须查清引起的原因。由牙齿引起的疼痛，查出病因是较为容易的，已见前述；但牵扯性痛（referred pain）和投射性痛（projected pain）的原因，却很难发现。颞下颌关节紊乱病引起的疼痛也常引致诊断进入迷途，因为他们很类似一些其他问题引起的疼痛。

诊断困难的另一因素，是患者对疼痛的叙述。这种叙述常是不准确的，但又与诊断有关联。患者对疼痛的反应决定于两种因素，一是患者的痛阈；一是患者对疼痛的敏感性。两者在每一患者都不相同，例如后者就会因患者的全身健康状态的变化及其他暂时性因素而时时改变。

所谓的投射性痛，是指疼痛传导途径的某一部位受到刺激，疼痛可能在此神经的周缘分布区发生。颅内肿瘤引起的面部疼痛即是一例。这类病变可能压迫三叉神经传导的中枢部分而引起其周缘支分布区的疼痛。

投射性痛必须与牵扯性痛鉴别。所谓的牵扯性痛是疼痛发生部位与致痛部位远离的疼痛。在口腔科领域内，牵扯性痛最常见的例子可能是下牙病变引起的上牙疼痛。疼痛的冲动发生于有病变的牙齿，如果用局部麻醉方法阻断其传导，牵扯性痛即不发生。即是说，阻断三叉神经的下颌支，可以解除三叉神经上颌支分布区的疼痛。这也是诊断疑有牵扯性痛的一种有效方法。

投射性痛的发生机制是很清楚的，但牵扯性痛却仍不十分清楚。提出过从有病部位传导的冲动有“传导交叉”而引起中枢“误解”的看法，但争议仍大。

面部和口腔组织的感觉神经为三叉神经、舌咽神经和颈丛的分支。三叉神经的各分支分布明确，少有重叠现象。但三叉神经和颈丛皮肤支之间，常有重叠分布。三叉、面和舌咽神经，以及由自主神经系统而来的分支，特别是与血管有关的交感神经之间，有复杂的彼此交通。交感神经对传送深部的冲动有一定作用，并已证明刺激上颈交感神经节可以引起这一类疼痛。面深部结构的疼痛冲动也可由面神经的躯体感受纤维传导。但对这些传导途径在临床上的意义，争论颇大。

与口腔有关的结构非常复杂，其神经之间的联系也颇为复杂。口腔组织及其深部，绝大多数为三叉神经分布。虽然其表面分布相当明确而少重叠，但对其深部的情况了解甚少。故诊断错误是难免的。

可以把面部疼痛大致分为4种类型。

(1) 由口腔、面部及紧密有关部分的可查出病变引起的疼痛：例如：牙痛、上颌窦炎引起的疼痛，颞下颌关节紊乱病引起的疼痛等。

(2) 原因不明的面部疼痛：包括三叉神经痛，所谓的非典型性面痛等。

(3) 由于感觉传导途径中的病变投射到面部的疼痛，即投射痛。例如：肿瘤压迫三叉神经而引起的继发性神经痛是一例子，尽管罕见。偏头痛也可列为此类，因其为颅内血管变化引起。

(4) 由身体其他部引起的面部疼痛，即牵扯性痛。例如：心绞痛可引起左下颌部的