

名家急诊医学系列丛书

口腔科急症

诊断与治疗

● 主编 毛天球

597

W 世界图书出版公司

口腔科急症诊断与治疗

主 编 毛天球

编 者 (按姓氏笔画排列)

毛天球	王一霖	王鑫元
刘彦普	孙沫逸	何黎升
余绍明	吴织芬	李 平
周以均	封兴华	胡开进
胡晓光	赵瑞芳	顾晓明
彭品祥	雷德林	薛振恂

世界图书出版公司

西安 北京 广州 上海

图书在版编目(CIP)数据

口腔科急症诊断与治疗/毛天球主编.
—西安:世界图书出版西安公司,2002.11

ISBN 7-5062-5012-8

I.口…

II.毛…

III.口腔颌面部疾病:急性病—诊疗

IV.R78

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 033225 号

口腔科急症诊断与治疗

主 编 毛天球
责任编辑 马可为
封面设计 高宏超
责任校对 汪信武

出版发行 世界图书出版西安公司
地 址 西安市南大街 17 号
邮 编 710001
电 话 029-7279676 7233647(发行部)
传 真 029-7279675
E-mail wmcxian@public.xa.sn.cn
经 销 各地新华书店
印 刷 西安七二二六工厂印刷
开 本 787×1092 1/16
印 张 10.25
字 数 250 千字

版 次 2002 年 11 月第 1 版 第 1 次印刷
书 号 ISBN 7-5062-5012-8/R·536
定 价 30.00 元

☆如有印装错误,请寄回本公司更换☆

前 言

口腔急症医学是专门研究口腔急性发作性疾病的一门口腔医学分支科学。进入 21 世纪以来,口腔医学科学飞速发展,口腔科急症诊断和治疗在口腔临床工作中已显得越来越重要。

《口腔科急症诊断和治疗》是针对各种口腔科急症而编写,专门研究和阐述口腔科领域内各种急症的诊断和治疗。该书汇集了当今口腔急症医学领域研究发展的最新成果,体现了口腔急症医学领域研究发展的最新动向,是近 20 年来国内外口腔医学领域专家集体智慧的结晶。

对于口腔科急症正确的诊断和治疗,是口腔科医师的基本技能。有许多口腔科疾病是需要到口腔专科医院或综合医院的口腔科去看急诊。譬如,牙齿和牙周组织、颌骨和颌周组织、口腔颌面部各种组织和器官的急性炎症和外伤,全身性疾病及医源性疾病伴发的口腔急症,涎腺、颞颌关节和面部神经的急症等。在临床上经常遇到一些患三叉神经痛的病人,被人当作是牙病,把患侧的牙治来治去,解除不了疼痛,甚至一个地被拔除,而疼痛依旧。颌骨骨折和颌面部外伤是常见的急症,经常发现有的医院将病人的外伤治好了,可是病人的牙齿却咬不上,咬合关系错乱。有鉴于此,我们感到有必要编写一本《口腔科急症诊断和治疗》,以期为从事口腔临床医学工作者提供案头必备参考。

本书共分 13 章。分别对牙体、牙髓病急症、牙周病急症、口腔粘膜病急症、牙槽外科急症、口腔颌面部炎症和损伤、颞颌关节病急症、三叉神经痛、面神经麻痹、全身性疾病及医源性疾病的口腔科急症等进行了较全面的阐述,尤其对口腔颌面部炎症和口腔颌面部损伤作了重点介绍。相信此书对广大口腔临床工作者帮助匪浅。

本书的编写,承蒙第四军医大学口腔医学院赵瑞芳、周以钧、王鑫源、吴织芬、顾晓明、封兴华及薛振恂等教授、余绍明、彭品祥、雷德林、刘彦普、何黎升、孙沫逸、王一霖、胡晓光、胡开进及李平等副教授的通力合作,在此深表谢意。

毛天球

2002 年 4 月

目 录

第一章 牙体与牙髓病急症	(1)
一、急性牙髓炎	(1)
二、急性尖周炎	(2)
三、急性牙体损伤	(4)
第二章 牙周病急症	(7)
一、急性坏死性溃疡性龈炎	(7)
二、急性龈乳头炎	(9)
三、急性多发性龈脓肿	(9)
四、牙周脓肿	(10)
第三章 口腔粘膜病急症	(12)
一、口腔单纯疱疹	(12)
二、带状疱疹	(14)
三、手 - 足 - 口病	(15)
四、球菌性口炎	(16)
五、坏疽性口炎	(17)
六、雪口	(18)
七、药物过敏性口炎	(19)
八、接触性口炎	(21)
九、血管神经性水肿	(21)
十、多形渗出性红斑	(22)
十一、创伤性口炎	(24)
第四章 牙槽外科急症	(26)
第一节 拔牙术中急症	(26)
一、晕厥	(26)
二、出血	(26)
三、软组织、骨组织损伤	(27)
四、牙或牙根落入组织间隙中	(27)
五、牙齿误入食管或气管	(27)
六、心电、电压监护在拔牙中的应用	(27)
第二节 拔牙术后急症	(28)
一、拔牙术后出血	(28)
二、干槽症	(30)
三、拔牙后感染	(31)
四、拔牙后疼痛	(31)

第五章 口腔颌面部急性炎症	(32)
第一节 急性智齿冠周炎	(32)
第二节 颌面间隙感染	(34)
一、眶下间隙感染	(35)
二、颊间隙感染	(35)
三、颞间隙感染	(37)
四、颞下间隙感染	(38)
五、翼下颌间隙感染	(40)
六、咬肌下间隙感染	(41)
七、咽旁间隙感染	(42)
八、下颌下间隙感染	(43)
九、颊下间隙感染	(44)
十、舌下间隙感染	(45)
十一、口底多间隙感染	(46)
第三节 化脓性颌骨骨髓炎	(48)
一、急性化脓性颌骨骨髓炎	(48)
二、急性婴幼儿颌骨骨髓炎	(50)
第四节 面部疖痈	(51)
第五节 面颈部化脓性淋巴结炎	(52)
第六章 口腔颌面部损伤	(55)
第一节 伤员的急救	(55)
一、防治窒息	(55)
二、止血	(57)
三、防治休克	(60)
四、救治颅脑合并伤	(61)
第二节 软组织损伤	(63)
一、分类及治疗	(63)
二、不同部位软组织损伤的处理	(66)
第三节 牙槽突损伤	(69)
第四节 上颌骨骨折	(71)
第五节 下颌骨骨折	(76)
第六节 颧骨与颧弓骨折	(85)
第七节 眶部骨折	(92)
一、与眶部骨折相关的解剖学特点	(92)
二、眶部骨折的分类	(93)
三、眶部骨折的急诊特点	(93)
四、眶部骨折各论	(94)
第八节 鼻骨骨折	(96)
第九节 全面部复杂性骨折	(98)
第十节 口腔颌面部战伤	(100)

一、口腔颌面部火器伤	(100)
二、口腔颌面部异物	(104)
三、颌面部化学武器伤	(105)
四、颌面部核武器伤	(107)
第七章 颞下颌关节病急症	(109)
第一节 颞下颌关节炎症	(109)
一、感染性颞下颌关节炎	(109)
二、类风湿性关节炎	(110)
三、创伤性关节炎	(112)
第二节 颞下颌关节损伤	(112)
第三节 颞下颌关节脱位	(113)
一、急性前脱位	(114)
二、复发性前脱位	(116)
三、急性上脱位	(119)
四、急性关节后脱位	(119)
五、急性关节侧脱位	(119)
第八章 三叉神经痛	(120)
第九章 面神经麻痹	(124)
第十章 涎腺病急症	(127)
第一节 涎腺炎症	(127)
一、细菌性涎腺炎	(127)
二、病毒性涎腺炎	(128)
第二节 涎腺损伤	(129)
第十一章 口腔颌面部肿瘤急症	(130)
第一节 良性肿瘤	(130)
一、淋巴管瘤	(130)
二、血管瘤	(130)
第二节 恶性肿瘤	(131)
第十二章 全身性疾病的口腔科急症	(132)
第一节 口腔粘膜出血	(132)
第二节 糖尿病患者的口腔急症	(133)
第三节 牵涉性口面部疼痛	(134)
第四节 急性传染病的口腔表征	(135)
一、猩红热	(135)
二、白喉	(136)
三、麻疹	(136)
第十三章 医源性急症	(138)
第一节 晕厥	(138)
第二节 心绞痛	(139)
第三节 过敏性休克	(140)

第四节 甲醛甲酚致敏	(142)
第五节 丁香油致敏	(143)
第六节 银汞合金致敏	(143)
第七节 三氧化二砷致敏	(145)
第八节 醛类制剂致下牙槽神经损伤	(145)
第九节 意外穿髓	(146)
第十节 根管治疗期间的疼痛	(147)
第十一节 口腔内阻滞麻醉与眼部并发症	(148)
第十二节 气管与支气管异物	(149)
第十三节 咽及消化道异物	(152)
参考文献	(155)

第一章 牙体与牙髓病急症

牙体、牙髓病急症包括急性牙髓炎、急性尖周炎和急性牙体损伤等，其特点为：患者发病急、剧痛难忍、甚至夜不能眠，或牙齿脱位、折断，急需应急处理，以缓解疼痛或固定松牙等。

一、急性牙髓炎

急性牙髓炎发病急，疼痛剧烈。临床所见急性牙髓炎大多是慢性牙髓炎急性发作。

【临床表现】

其疼痛具有以下特点：

1. 自发性和阵发性疼痛

急性牙髓炎开始时，有突发的尖锐性或跳动性疼痛，发作时间短，约几分钟至10余分钟，经几小时后再痛。然后疼痛的时间逐渐延长而间歇时间缩短，渐由间歇痛变为持续痛，且疼痛程度更为剧烈，常在夜间急性发作。夜比昼严重，卧比坐加剧。因此，患者常夜不能眠而来回走动，甚至有时能使患者从熟睡中痛醒。

2. 疼痛常不能定位

患者在开始时，一般可指明患牙，但随即因疼痛放散而分不清是哪一牙。放散沿着三叉神经第2、3支分布的区域至患者上下颌牙或头颞、面部。也有的患者一开始就分不清是哪一牙，或所指明的痛牙并不是患牙。往往上颌的患牙，患者指明的是下颌牙；下颌的患牙，指明的是上颌牙；也有前面的患牙，指明的是后牙；后面的患牙，指明的是前牙，但一般都不放散到对侧。

3. 温度刺激使疼痛加重

温度刺激对急性牙髓炎有明显影响，在自发痛间歇期可激起疼痛，在发作期则增加疼

痛。一般在炎症的初期，对冷刺激反应较为显著，而炎症的后期，如牙髓已有化脓或部分坏死时，有时则含冷水可使疼痛稍为缓解，热刺激却可使疼痛加剧。

检查时多见有深龋等牙体硬组织缺损或充填物，去除后常已穿髓，但因有充填物或龋坏牙本质覆盖而引流不畅。穿髓后，即有渗液或脓液溢出，或可见牙髓组织迅速凸出于穿髓点处，这些都表明髓腔内压力较大，所以在穿髓后，疼痛即可迅速缓解。

患牙有叩痛，表明尖周部牙周膜已被炎症波及。慢性牙髓炎急性发作因牙髓原已有炎症，所以甚至在初期时，即有叩痛。

由牙周病而致的急性牙髓炎，除临床表现有剧烈的疼痛外，检查时，有深牙周袋或根分叉处暴露，有创伤殆、叩痛或咬合痛，对冷热刺激敏感，X线片显示牙槽骨有明显的吸收。电活力试验在炎症初期，反应较为敏感，但已化脓或已有部分牙髓坏死时，反应一般较为迟钝。

【诊断】

可根据疼痛的特征，如剧烈自发痛，影响睡眠，甚至不能定位或有放射痛，对冷热等刺激常能引起或加重疼痛；牙体硬组织或牙周组织有病变，或者有充填物等可诊断。

在检查时，必须确定患牙，以免误诊。当患者诉有剧烈的牙痛而不能分清是哪一牙时，首先应问清病史，然后在痛侧寻找可疑的患牙。如在痛侧有多个可疑患牙时，应逐一检查，并注意观察对温度试验和电活力试验的反应。X线片有助于发现和确定患牙。如果在痛侧未找到患牙，对于对殆的可疑牙也不能忽略。必要时可用局部麻醉来确定痛侧，但应放在其他检查后进行。

【鉴别诊断】

应与引起牙痛的其他疾病相鉴别。

1. 慢性牙髓炎

慢性牙髓炎多为龋病、牙周病和其他慢性损伤等所致，由于引流受阻，微生物感染和外界刺激加强或身体抵抗力减弱等因素而导致急性发作。当然，慢性牙髓炎也可从急性牙髓炎转变而来。故其区别是急性为剧烈的自发痛，慢性为轻度或中度的自发痛，但少数也有比较剧烈的疼痛，则不易鉴别。

2. 龈乳头炎

由食物嵌塞引起的龈乳头炎，有时也有类似急性牙髓炎的症状出现。检查可见龈乳头充血、水肿，局部牙龈明显触痛，常未能查见有引起牙髓炎的牙体疾病。

3. 三叉神经痛

三叉神经痛的性质为锐痛，突然发作，程度剧烈并沿三叉神经分布放射，易误诊为急性牙髓炎。区别在于：①三叉神经痛很少在夜间发作；②疼痛发作时间短暂，每次持续数秒钟至1~2min；③有“扳机点”，触及该点即诱发疼痛；④冷热刺激不引起或不加剧疼痛。

4. 急性上颌窦炎

因上颌后牙的根尖邻接上颌窦底，急性上颌窦炎时，有时累及上颌前磨牙及磨牙区，检查时未见引起牙髓感染的患牙，而患者却伴有头痛、鼻塞及脓涕等症状。上颌窦前壁有压痛。

【治疗】

急性牙髓炎时，患者剧痛难忍，应迅速采取有效的应急处理，解除患者痛苦，常用的应急治疗方法有：局麻下开髓引流、药物止痛等，待剧痛缓解后，前牙则采用去髓术，后牙需采用干髓术或去髓术。逆行性的还需根据牙周情况进行必要的牙周治疗。

应急处理有以下几种，可根据病情选用：

1. 开髓引流

在局麻下用锐利的球钻或挖匙将龋坏组织或充填物等除去，迅速穿通髓腔，炎症渗出物即可溢出引流，髓腔内压立即减低，待疼痛缓

解后再行相应治疗。

2. 安抚镇痛

用温水清洗龋洞后，置一浸有镇痛剂的小棉球于洞底，常用的为丁香油或丁香油酚，用较稀的氧化锌丁香油糊剂密封龋洞，封药时避免施加过大压力，使棉球置放较松，以利引流。渗液过多时，不必密封龋洞，只放浸有镇痛剂的小棉球于洞中，待急性症状缓解后，可在穿髓处附近封入失活剂。注意不要将失活剂压入穿髓点，堵塞引流。

二、急性尖周炎

急性尖周炎可分为浆液期和化脓期两个阶段。

【临床表现】

急性浆液性尖周炎可以是牙髓炎扩展波及根尖周围组织或牙髓坏死后分解产物、细菌及其毒素等通过根尖孔刺激根尖周围组织而引起，也可以由急慢性损伤、创伤而引发。其表现为根尖部牙周膜充血、血管扩张、组织水肿和急性炎性细胞浸润。

主要症状是咬合痛。一般初期无自发痛或轻微钝痛。患者常诉患牙的根尖部有不适、发木和浮出的感觉，咬合时首先与对颌牙接触，但将患牙咬紧时，疼痛还可暂时缓解，这是因咬合压力能暂时将尖周组织内渗液等挤向四周之故。随着病变的发展，尖周组织内渗液等淤积，咬着患牙反而加重疼痛，故患者不愿咬合而影响进食。随着根尖部炎性渗出物的增加，患牙浮出和伸长感逐渐加重，牙周膜神经受到刺激，引起持续性自发性疼痛，但范围局限，不放射到邻牙或对颌牙上，患者能明确定位。检查发现叩触诊时会引起剧痛，按压根尖相应部位也感疼痛。若牙髓已坏死则可见牙齿变色和失去光泽，对温度和电试均无反应。

急性化脓性尖周炎常由急性浆液性尖周炎发展而来，也可由慢性尖周炎急性发作而引起，表现为根尖部牙周膜坏死、溶解液化和有脓液积聚。脓液最初只局限于根尖孔附近的尖

周组织内，为根尖脓肿；继续发展，穿透牙槽骨，到达骨膜下称骨膜下脓肿；骨膜破坏，穿入粘膜下或皮下构成粘膜下或皮下脓肿。故又可统称为牙槽脓肿。

尖周脓肿疼痛剧烈，呈持续性跳痛。患者自觉牙明显伸长，不敢咬合，甚至唇、颊或舌触及患牙时也会引起疼痛。严重者还伴有乏力、发热、失眠、烦躁等全身症状。检查可见患牙多已变色和失去光泽，对叩触诊极度敏感，根尖区附近的软组织红肿。在骨膜下脓肿阶段时，病情最为严重，疼痛更为剧烈，牙龈红肿更为明显，全身症状也多在此阶段出现，所属淋巴结肿大压痛。相应面颊部软组织水肿，上颌切牙可引起上唇肿胀。上颌后牙可引起面颊部上方肿胀，下颌切牙可引起下唇及颊部肿胀，下颌后牙可引起颊部下方及颌下部肿胀。如病变在腭侧根，则腭侧肿胀。在粘膜下脓肿阶段，患牙显著松动，根尖部的牙龈红肿明显而趋于表面。触诊时有明显波动感，由于脓液穿透骨膜到达粘膜或皮下软组织，压力大为降低，疼痛也明显减轻。X线检查在急性尖

周炎时根尖部无明显改变或牙周膜腔增宽，若为慢性尖周炎急性发作而来，可见根尖部牙槽骨破坏的透射阴影（见图1-1）。

【诊断】

可根据病史和检查，诊断并不困难。

急性浆液性尖周炎，多见有深龋等牙体硬组织缺损或修复物等。可追查有无咬合创伤、根管手术等病史，其特点是有局限的持续性自发痛，牙有伸长感，叩触痛、牙齿松动，根尖部牙龈充血肿胀。

急性尖周脓肿，有剧烈的持续性自发性跳痛，牙有明显的叩触痛，不能咬合，根尖部牙龈有肿痛等。

骨膜下脓肿时，自发痛剧烈，形成脓肿，但较硬，有压痛。颌面部肿胀和全身症状明显。

粘膜下脓肿时，自发痛减轻，但牙较松动，局部肿胀，有波动感，颌面部虽仍肿胀，但全身症状转轻。

【鉴别诊断】

急性浆液性尖周炎应与急性牙髓炎鉴别，详见附表。



图1-1 急性尖周扩展途径

附表 急性浆液性尖周炎与急性牙髓炎的鉴别

	急性浆液性尖周炎	急性牙髓炎
自发痛	可明确指出患牙	初可指出患牙，后期有放散性痛
叩痛	明显	可有
触痛	有	无
咬合	感觉牙伸长	不感觉牙伸长
松动	逐渐显著	不松动
温度试验	大多数无反应	有反应
电试	大多数无反应	有反应
根尖部牙龈	水肿、按痛	一般无水肿、按痛

【治疗】

急性尖周炎的处理，主要是缓解疼痛及消除肿胀，待转为慢性炎症后，再做根管治疗术等常规处理。急性尖周炎的应急处理，根据病变的程度和不同的发展阶段，有所不同。

1. 髓腔开放

用锐利的牙钻去除龋坏组织或充填物等，清理髓腔，打通根尖孔，使渗出物及脓液等通过根管得以引流，以缓解根尖部压力，解除疼痛。开髓时为了避免震动而增加疼痛，可用手指将患牙固定，或在局麻下进行。

2. 切开排脓

骨膜或粘膜下脓肿，应在局麻下切开排脓。粘膜下脓肿，如果表浅，也可用表面麻醉；脓肿位置较深，可适当加大切口，放置橡皮引流条，每日更换一次，直至基本无脓为止。通常髓腔开放，与切开排脓可同时进行；也可以先髓腔开放，待脓肿成熟后再切开。把握切开时机非常重要，切开过早只能给患者增加痛苦，达不到引流目的；过晚会延误病情，造成病变扩大、病情恶化。

3. 安抚治疗

对于根管治疗所引起的急性尖周炎，应去除刺激物，反复冲洗根管，重新封药。

4. 调磨磨改

由外伤引起的急性尖周炎，应磨改降殆，使其得以休息，死髓牙治疗也应常规磨改降殆。

5. 消炎止痛

一般可采用口服或注射抗生素类药物或止痛药物，也可以局部封闭或理疗等。

6. 急性期拔牙

对无保留价值的患牙，应把握时机，立即进行急性炎症期拔牙，以利经牙槽窝引流，迅速缓解疼痛，为防止炎症扩散，必须同时全身用药。

三、急性牙体损伤

急性牙体损伤是突然受到暴力作用，如冲撞、跌碰，或骤然咬着碎骨或砂粒等所致。包括牙挫伤、牙脱位和牙折等，有时牙外伤还可合并口腔颌面部软组织和颌骨损伤，所以处理牙外伤时，应先检查和处理上述的合并损伤。

（一）牙挫伤

【临床表现】

是牙齿受外力后所引起的牙周膜损伤，但无牙齿折断。此时患牙可随创伤的轻重而出现不同程度的自觉症状，有咀嚼痛，牙齿伸长或浮出感，可能有自发痛或冷热激发痛，检查可见牙齿有不同程度的松动、叩痛和触痛，根尖部粘膜可见轻度水肿、充血。

前牙创伤可因根尖部血管断裂而致牙髓坏死，有时根尖部血管虽未断裂，但因受损也可使牙髓发生渐进性坏死。

【治疗】

治疗原则是使患牙充分休息，以利恢复。可磨改患牙和对颌牙，以减轻咀嚼力，必要时可使之无咬合。患牙松动明显者，可将其固定1~3个月，辅以局部封闭或理疗。如发现牙髓坏死时，应及时做根管治疗术。

(二) 牙脱位

牙齿受外力作用而偏离或脱离牙槽窝者，称为牙脱位。

【临床表现】

根据外力的大小或方向不同，牙脱位的表现和程度不一，轻者部分脱位，重者完全脱位。部分脱位可有向根尖方向的嵌入或殆、唇、舌向移位等。常有疼痛、松动。牙齿向根尖嵌入者，则牙冠变短，其殆面或切缘低于正常。向殆、唇、舌移位，因患牙伸长而出现咬合障碍。X线片显示根尖与牙槽的间隙明显增宽。牙齿完全脱位者，则可见牙齿完全离体或仅有少数软组织相连。不论部分或完全脱位，常伴有牙龈撕裂，甚至牙槽突骨折。

【治疗】

治疗牙脱位的原则是应尽量保存患牙。

1. 部分脱位牙

应在局麻下复位，再结扎固定4周。术后分别在第3、6和12个月进行复查，如发现牙髓已坏死，应及时做根管治疗术。

2. 嵌入性的脱位牙

在复位后两周应做根管治疗术，因这些患牙通常伴有牙髓坏死，而且容易发生牙根吸收。对嵌入性脱位的年轻恒牙，不可强行拉出复位，以免造成更大的创伤，应该对症处理，继续观察，任其自然萌出，一般在半年内能萌出到原来的位置。

3. 完全脱位牙

应根据患者的年龄、离体时间作出具体的处理。

1) 根尖发育完成的脱位牙，若就诊迅速或复位植入固定及时，应在术后3~4周再做根管治疗术。如在伤后2h以上再就诊者，牙

髓和牙周膜内细胞已坏死，因此只能在体外完成根管治疗术，再经根面和牙槽窝刮治后，将患牙植入固定。

2) 年轻恒牙完全脱位，若就诊迅速或植入固定及时者，牙髓常可能继续生存，不要贸然拔髓，可以继续观察、定期复查。

(三) 牙折

牙折按部位可分为冠折、根折和冠根折三类，按牙髓是否暴露又可分为露髓和未露髓两类。

【临床表现】

冠折可分为横折和斜折，又可分为露髓和未露髓。牙冠折裂或折断致牙髓暴露或接近牙髓时，常出现冷热等刺激痛，也可引起牙龈炎症。冠折易被发现和诊断，X线摄片以排除是否同时有根折发生。

根折按其部位可分为颈侧1/3，根中1/3和根尖1/3处折断。根折时可有牙松动、疼痛、叩触痛，如冠侧断端移位或伴有牙龈等损伤，则有软组织出血、肿胀和触痛。X线片不仅有助于根折的诊断，发现折裂线，也便于复诊时的比较。

冠根折可分为斜行和纵行冠根折，前牙常见于暴力所致，后牙常见于做过牙髓治疗或隐裂牙等咬着硬物所引起。牙髓常暴露，致有牙髓炎症、坏死等症状（见图1-2）。

【治疗】**1. 冠折**

冠折如仅限于釉质的小块折裂，一般无症状，将折裂面磨光即可。折裂至牙本质，一般有感觉过敏症状，可做脱敏治疗。影响美观者，可用可见光敏树脂修复。

牙折至牙髓暴露，或接近牙髓已引起牙髓炎症者，应先做牙髓治疗，然后进行修复。

2. 根折

颈侧1/3处根折，如折裂线在龈缘附着线以上，可按冠折的原则处理，如折裂线部分或全部在龈缘附着线下1~2mm处，且牙根牢固者，可做龈切除术，使折裂线暴露于口腔，然

后先做去髓，再做接冠术或桩冠修复。

根中 1/3 处根折，有条件者，可于去髓后，在根管内植桩做内固定后修复，无保留价值或治疗困难者可拔除。

根尖 1/3 处根折，可降低咬合，定期观察，有时折裂线能自行愈合，且牙髓保持活力。如发生牙髓坏死或根尖周病变，应及时做根管治疗术或根尖切除术。

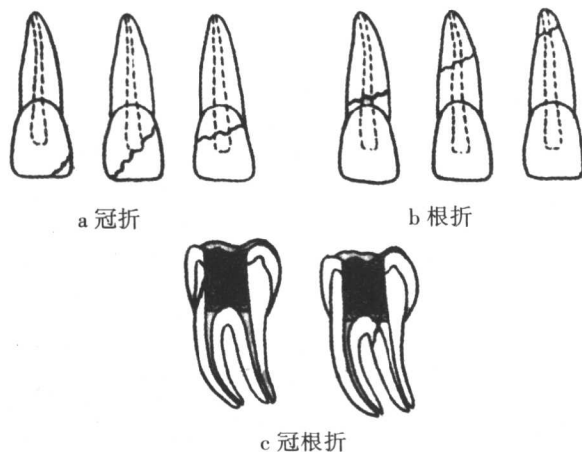


图 1-2 各类牙折

3. 冠根折

在前牙，应同时考虑进行牙髓治疗和修复。当折裂线位于龈下 1~2mm 时，治疗方法同颈侧 1/3 根折。当折裂线达牙槽骨以下时，用龈切除术则不能露出牙折线，故修复较困难，有人提出用粘结技术对此类牙折行接冠术，如技术上仍有困难，可拔除。

在后牙，根据不同的伤情，处理各不相同。如仅为带牙尖的斜行冠根折，可先将松动的牙尖折片拔除后，做牙髓治疗和钉核，再以全冠修复。如牙已全部劈裂，尚能保留者，可先用钢丝结扎或加“U”形钉做内固定，再做根管治疗术并反复冲洗、清理和用药物覆盖折裂线处，最后做全冠修复；不能保留者，可拔除。

粘着结扎技术是急诊固定移位和松动牙齿最简单的方法，其步骤如下：

1) 将患牙复位，冲洗、吹干患牙和两侧

健康牙（至少每侧 1 个牙）的唇面。

2) 取 0.4mm 直径不锈钢丝，其长度相当于患牙加两侧至少各 1 个正常牙的宽度，将其弯成弓形，并使它与这些牙的唇面外形一致。

3) 将牙齿唇面中 1/3 处酸蚀 1~2min。冲洗吹干，用粘合剂和复合树脂将弓形夹板固定在患牙和健康牙上。此时应保证患牙位于固有的位置。最后拍 X 线片检查根折断端对位是否良好。在下颌前牙，可将弓形夹板放在牙齿舌面，以免妨碍咬合。

固定 3~4 月后应重新进行临床检查，摄 X 线片和做牙髓活力试验，以后应每隔 6 个月复查 1 次，共 2~3 次。

根折愈合后，可以拆除弓形夹板，并磨平抛光牙面。

(王鑫源)

第二章 牙周病急症

牙周病的急症疾病主要是牙龈或牙周深层组织慢性炎症的急性发作或化脓后所形成的急性疼痛,严重时可形成脓肿,或同时伴有急性组织坏死,也有局部炎症所引起的自发性牙龈出血病症。其共同的临床表现为牙龈肿胀、疼痛、出血或坏死,如能及时诊断治疗,急性症状是能很快控制的,而后再进一步做牙周病的常规治疗。

一、急性坏死性溃疡性龈炎

急性坏死性溃疡性龈炎 (acute necrotizing ulcerative gingivitis, ANUG) 是指发生于龈缘和龈乳头的急性坏死和炎症,由于 Vincent (奋森) 于 1898 年首次报道此病,故又称奋森龈炎。第一次世界大战时在前线的战士中流行此病,故又名战壕口。目前在经济发达国家里本病已不多见,在我国已逐渐减少。

【病因】

下列因素与本病的发生有关:

1. 慢性龈缘炎或牙周炎

是本病发生的重要条件。梭形杆菌和螺旋体广泛存在于龈炎和牙周炎的菌斑中,但一般并不发生本病。由于某些原因降低了局部抵抗力,致使梭形杆菌和螺旋体大量繁殖,并可侵入牙龈组织,直接或间接地造成牙龈的坏死和炎症,这是一种机会性感染,病变部位的涂片中可见到大量梭形杆菌和螺旋体。近年来也有报道病变区的中间普氏菌数量增多,患者血清中对该菌的抗体水平高出正常人 8~10 倍。

2. 吸烟的影响

多数急性坏死性溃疡性龈炎有大量吸烟史,吸烟可能使牙龈小血管收缩,影响血液循环。据报道吸烟者白细胞的趋化功能和吞噬功

能均有减弱并出现唾液 IgA 水平降低,从而加重了牙龈的病变。

3. 心身因素

与本病也密切相关,如工作繁忙、睡眠不足、过度疲劳、情绪紧张等,有精神刺激者,可能通过肾上腺皮质激素的过多分泌和自主神经系统的影响而改变了牙龈的血液循环、结缔组织代谢及唾液流量等,使局部抵抗力降低而引发本病。精神压力也可能使患者吸烟增多,疏忽口腔卫生等。

4. 某些因素使机体的免疫功能低下

如营养不良的儿童,特别是维生素 C 缺乏,某些全身消耗性疾病如恶性肿瘤、急性传染病、血液病、严重的消化功能紊乱等易诱发本病。艾滋病患者常出现本病的症状,需提高警惕。

【临床表现】

本病好发于青壮年,以男性多见。在不发达国家或贫困地区可发生于营养不良或患麻疹、黑热病等传染病的儿童,本病分急性和慢性两型,后者较少见。

急性坏死性溃疡性龈炎起病急,主要表现为龈乳头和边缘龈的坏死,前牙尤其是下前牙最多见。开始时龈乳头充血水肿,在个别牙间乳头的顶端发生坏死性溃疡,上覆有灰白色污秽的坏死物,去除坏死物后可见牙间乳头的颊、舌侧尚存,而中央凹下如火山口状。早期轻型患者应仔细检查龈乳头中央,以免漏诊。病变迅速沿龈边缘向邻牙扩展,使龈边缘如虫蚀状,坏死区出现灰褐色假膜,易于擦去,去除坏死组织后,其下为出血面,创口较平,乳头和边缘龈成一直线,如刀切状。病损一般不涉及附着龈。

患处极易出血,甚至有自发出血。晨起时

枕头上有带血的印迹,口中有血腥味。唾液增多且粘稠。由于组织坏死,有特殊的腐败臭气。病损区疼痛明显,或有木胀感。患者一般无明确的全身症状,重者可有低热、疲乏等症状。颌下淋巴结肿大、压痛。

急性期如未能及时治疗且患者抵抗力低下时,坏死还可涉及与牙龈病损相对应的唇、颊侧粘膜上,而成为急性坏死性龈口炎(necrotizing gingivostomatitis)。机体抵抗力极度低下者还可合并感染产气荚膜杆菌,使面颊部组织迅速呈黑色坏死,甚至穿孔,称为走马牙疳(noma)。此时患者有全身中毒症状甚至死亡。走马牙疳在我国已经基本绝迹。

慢性坏死性溃疡性龈炎是由于急性期治疗不彻底或反复发作所致,临床上较为少见。主要表现为牙间乳头消失,龈缘无坏死物,乳头处的龈高度低于龈缘高度,呈反波浪状。牙间乳头处颊舌侧牙龈分离,甚至可以从牙面翻开,其下的牙面上有牙石和软垢,牙龈一般无坏死物。本病若不及时治疗,病损延及深层牙周组织,引起牙槽骨吸收、牙周袋形成和牙齿松动,称为坏死性溃疡性牙周炎(necrotizing ulcerative periodontitis, NUP)。

【诊断】

根据上述临床症状特点如起病急、牙龈疼痛、自发出血、有特殊腐臭、牙龈乳头及龈缘坏死,病损区龈乳头变平,不难诊断为急性坏死性溃疡性龈炎,病变区的涂片做革兰染色可见大量梭形杆菌和螺旋体,有助于诊断。慢性期的诊断主要依据为反复发作的牙龈坏死、疼痛和出血、牙龈乳头消失、口臭等,细胞涂片一般无特殊细菌。

【鉴别诊断】

应与下列疾病鉴别:

1. 慢性龈缘炎

该病病程长,为慢性过程,无自发病。虽可有牙龈乳头和边缘龈的红肿,探之易出血和有轻度口臭等,但一般无自发出血,牙龈无坏死,无特殊的腐败性口臭。

2. 疱疹性龈(口)炎

为单纯疱疹病毒感染所致,好发于6岁以下儿童。起病急,开始有1~2天发热的前驱期。牙龈充血水肿波及全部牙龈而不局限于边缘龈和牙龈乳头。典型的病变表现为牙龈和口腔粘膜发生簇小水疱,溃破后形成多个小溃疡或互相融合,假膜不易擦去,无组织坏死,无腐败性口臭。病损波及唇和口周皮肤时,更易确诊。

3. 急性白血病

该病的牙龈结缔组织中有大量不成熟的白细胞浸润,使牙龈明显肿胀、疼痛,并伴有坏死。有自发性出血和口臭。伴有贫血和衰竭。血常规检查白细胞计数明显升高并有幼稚血细胞,有助于诊断。当梭形杆菌和螺旋体大量繁殖时可伴发急性坏死性溃疡性龈炎。

其他如艾滋病患者,由于细胞免疫和体液免疫功能低下,常由各种细菌引起机会性感染,特别当梭形杆菌和螺旋体大量繁殖时,可合并急性坏死性溃疡性龈炎。

【治疗】

1) 首先应轻轻去除牙间乳头和龈缘的坏死组织,并初步刮除附着较松的大块龈上牙石,以清洁牙面。

2) 局部用发氧剂如1%~3%过氧化氢溶液拭洗,除去残余坏死组织。其作用除了机械的冲洗外,药物在遇到组织和坏死物的过氧化氢酶时,能释放出新生氧,杀灭或抑制厌氧菌。必要时,清洗后局部可贴敷剪成小块的甲硝唑或替硝唑药膜。并给以氧化性含漱剂如1%过氧化氢液、0.02%过锰酸钾溶液等。

3) 全身药物治疗:给予大剂量维生素C、蛋白质等支持疗法。重症者可口服甲硝唑或替硝唑等抗厌氧菌药物约3~5天。一般愈合较快。

4) 应及时进行口腔卫生指导:更换牙刷,保持口腔清洁,建立良好的口腔卫生习惯,急性期过后对原已存在的龈缘炎或牙周炎应及时治疗,以防复发。

5) 有系统性疾病者应及时予以治疗。

二、急性龈乳头炎

急性龈乳头炎是指病损局限于个别牙间乳头的急性非特异性炎症，它是在急性牙龈病损中较常见的一种疾病。

【病因】

主要为牙间乳头处的机械或化学刺激引起，如食物嵌塞后压迫牙龈乳头或食物腐败的刺激，不适当的刷牙而损伤了牙龈乳头，坚硬食物的刺伤、邻面龋尖锐边缘的刺激等。另一个重要的原因是不良修复体引起的，如充填体的悬突、松动牙固定后因邻面树脂过多而压迫龈乳头、义齿卡环尖或过宽的冠边缘的刺激等，均可引发牙间乳头的急性炎症。

【临床表现】

牙间乳头发红肿胀，探触和吸吮时易出血，有自发性的胀痛和明显的探触痛。女性患者常因在月经期而疼痛感加重。有时疼痛可表现为明显的自发痛和中等度的冷热刺激痛，易与牙髓炎混淆。检查可见龈乳头鲜红肿胀，探触痛明确，易出血，有时局部可查到刺激物，牙可有轻度叩痛，这是因为龈乳头下方的牙周膜也有炎症和水肿。

【诊断】

根据病变部位为龈乳头及上述临床表现，有食物嵌塞及刷牙史，或检查发现有不良修复物的刺激存在等，便可作出诊断。

【治疗】

局部处理应首先除去邻面的牙石、菌斑、食物残渣以及其他刺激因素。1%~3%过氧化氢溶液冲洗牙间隙，然后敷以消炎收敛药如碘制剂、抗菌药膜等，炎症能很快消退。急性炎症消退后，应彻底去除病因，如消除食物嵌塞的原因、充填邻面龋和修改不良修复体等。

【预防】

口腔科医生在做各种治疗中，凡是涉及到邻面的充填、修复或松牙固定时，应注意防止对龈乳头的刺激，以防急性炎症的发生。

三、急性多发性龈脓肿

急性多发性龈脓肿是牙龈病中临床症状较重的一种急性炎症，比较少见。主要发生于青壮年男性，患病前多有全口性的慢性龈炎，当身体的抵抗力降低时，如在感冒发热、过度疲劳、睡眠不足等情况下，局部细菌繁殖力和毒力增强，便可发生本病。

【临床表现】

本病多发于春、秋季，多数病例起病急骤，有前驱症状如疲乏、发热、口干等，也常有感冒或扁桃体炎。开始时牙龈乳头鲜红、肿胀、发亮、唾液粘稠，服用一般抗生素无效。随即发生多个牙间乳头的肿胀和跳痛，每个红肿的龈乳头内有小脓肿形成，此时患者有剧烈疼痛，数日后脓肿可自行溃破。有时同一牙的颊舌侧龈乳头各形成一个脓肿，患牙及邻牙均可有轻度叩痛。牙龈以外的口腔粘膜往往也充血水肿，但无破损或假膜形成，患者体温升高，白细胞增多，全身不适，局部淋巴结肿大、触痛，口臭明显，唾液增多，大便秘结等。病程常迁延1~2周，甚至更长，治疗见效慢，脓肿常此起彼伏，患者十分痛苦。

【诊断】

根据上述临床表现，多个部位的牙龈乳头出现脓肿、剧烈的疼痛等症状不难诊断。

【鉴别诊断】

本病应与常见的牙周脓肿相鉴别，主要依据为：①本病发生于非牙周炎患者，患者无真性牙周袋和牙槽骨吸收；②脓肿位于龈乳头内，并可同时涉及颊、舌侧乳头；③全口多个牙泛发；④治愈后牙龈恢复正常，无明显的牙周破坏。

【治疗】

应用抗生素治疗，效果常不明显，病程可长达数周。中西医结合治疗的效果优于单纯用抗生素者。全身症状明显者可内服清热泻火通便为主的汤剂，同时局部去除块牙石，1%~3%过氧化氢液冲洗龈袋，或局部用药。脓肿形成后及时切开引流，给以消炎漱口液含