



口腔科疾病预防 与诊断治疗

陈彩云等◎主编

 吉林科学技术出版社

口腔科疾病预防与诊断治疗

陈彩云等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

口腔科疾病预防与诊断治疗 / 陈彩云等主编. — 长春 : 吉林科学技术出版社, 2018.6
ISBN 978-7-5578-4454-7

I. ①口… II. ①陈… III. ①口腔疾病—防治 IV.
① R78

中国版本图书馆CIP数据核字 (2018) 第103278号

口腔科疾病预防与诊断治疗

主 编 陈彩云等
出 版 人 李 梁
责任编辑 赵 兵 张 卓
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司
幅面尺寸 185mm×260mm
字 数 244千字
印 张 12.75
印 数 650册
版 次 2019年3月第2版
印 次 2019年3月第2版第1次印刷

出 版 吉林科学技术出版社
发 行 吉林科学技术出版社
地 址 长春市人民大街4646号
邮 编 130021
发行部电话/传真 0431-85651759
储运部电话 0431-86059116
编辑部电话 0431-85677817
网 址 www.jlstp.net
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

书 号 ISBN 978-7-5578-4454-7
定 价 55.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换
因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。
版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

前 言

口腔医学作为生物医学的一个组成部分，它既有医学属性，又与现代科技紧密相连。近年来，随着经济的发展，生活水平的提高，人们越来越重视口腔的健康和美观，对口腔科的需求也越来越高。另一方面，各种新理念、新技术和新材料层出不穷，促进了口腔医学的发展。为适应口腔医学的快速发展，满足口腔临床工作者的实际需求，我们组织长期从事临床一线的医务工作者，参阅了大量的国内外文献，并结合丰富的临床经验，着手撰写了此书。

本书首先介绍口腔科常见症状的鉴别诊断；然后用较大的篇幅详细论述龋病、牙周病等，其中针对一些疾病则从病因、诊断、治疗技术等方面加以介绍。内容新颖，论述详尽，科学性与实用性强，可供各基层医院的住院医师、主治医师及医学院校本科生、研究生参考使用。

由于编者水平有限，加上参编人数较多，文笔不尽一致，且现代科技日新月异，书中不足之处在所难免，希望广大同仁不吝赐教，使我们得以改进和提高。

编 者

2018年6月

目 录

第一章 口腔科常见症状的鉴别诊断	1
第一节 概述	1
第二节 牙痛	1
第三节 牙龈出血	3
第四节 牙齿松动	4
第五节 口臭	5
第六节 口干	6
第七节 开口受限	7
第八节 面部疼痛	8
第九节 腮腺区肿大	10
第十节 口腔颌面部皮肤及黏膜的瘻管和窦道	12
第十一节 颜面不对称	14
第十二节 颈部肿块	16
第十三节 颌骨膨隆	17
第二章 龋病	20
第一节 概述	20
第二节 龋的病因	22
第三节 龋的发病过程和发病机制	25
第四节 龋的病理表现	28
第五节 龋的临床表现和诊断技术	30
第六节 龋的临床分类与鉴别诊断	32
第七节 龋齿治疗方案	35
第三章 牙体硬组织非龋性疾病	38
第一节 牙发育异常和着色牙	38
第二节 牙外伤	48
第三节 牙慢性损伤	51
第四节 牙本质过敏症	56
第四章 牙髓病与根尖周病	59
第一节 病因及发病机制	59
第二节 病史采集与临床检查方法	63
第三节 牙髓病的临床表现及诊断	70
第四节 根尖周病的临床表现及诊断	79
第五节 牙髓病与根尖周病治疗	82
第五章 牙龈病	91
第一节 菌斑性龈炎	91

第二节	青春期龈炎	94
第三节	妊娠期龈炎	95
第四节	药物性牙龈肥大	96
第五节	遗传性牙龈纤维瘤病	98
第六节	白血病的龈病损	99
第七节	坏死性溃疡性龈炎	101
第八节	龈乳头炎	103
第九节	浆细胞龈炎	104
第十节	牙龈瘤	104
第六章	牙周病概述	106
第一节	牙周病临床病理	106
第二节	牙周病的检查和诊断	110
第七章	牙周病治疗计划	118
第一节	牙周病治疗的阶段	118
第二节	牙周病治疗的内容和原则	119
第八章	牙周病基础治疗	122
第一节	菌斑控制	122
第二节	龈上洁治	126
第三节	龈下刮治术(根面平整术)	128
第四节	咬合调整	138
第五节	牙周牙髓联合病变的综合治疗	140
第六节	牙周病的药物治疗	142
第七节	临时牙周夹板	148
第九章	牙周病的手术治疗及激光治疗	151
第一节	牙周手术治疗概述	151
第二节	袋内壁刮治术	157
第三节	牙龈切除术和牙龈成形术	159
第四节	翻瓣术	161
第五节	牙周骨手术	165
第六节	根分叉病变的治疗	167
第七节	牙周再生手术	171
第八节	根面处理	191
第九节	牙周塞治	193
第十节	牙周激光治疗	195
参考文献		203

第一章

口腔科常见症状的鉴别诊断

第一节 概述

症状是疾病影响对机体产生的主观异常感觉（如疼痛）或客观的异常改变（如肿块、出血）。症状常常是患者最早或最严重的疾病感受，是就诊的主要原因。同一症状可以是不同疾病的表现，而同一疾病会有不同的症状，这就是鉴别诊断作为临床工作中的必需环节的原因。

临床工作中医师应当从患者主要的症状描述切入；耐心细致地倾听，结合专业知识和经验有目的地了解各症状之间的联系；通过询问把握症状的变化脉络及患者可能忽略或反应不强烈的表现，最终以问诊作为疾病调查的第一步，梳理成为包含疾病发生、发展、变化和治疗过程的全面病史。

全面细致的临床检查是收集诊断与鉴别诊断依据的关键环节。临床检查应当注重重点与全面的结合、局部与全身的結合、病变部位与周边状况的结合、阳性体征与重要阴性体征的结合，并且合理有效地选择必需的辅助检查手段，以获取客观反映机体和疾病状态的依据。

以获取的病史和检查资料为基础，结合医学理论和实践经验，通过逻辑推理，思辨和甄别，作出对疾病的诊断。在作鉴别诊断的过程中，切忌以个别主要症状先入为主地圈定诊断，而后网罗旁证，试图堆积诊断依据的方式。必须是收集全面客观的资料后，研究症状和体征的变化规律，找到合乎逻辑的依据，从而确立诊断。

（陈彩云）

第二节 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，便于做进一步检查。应注意，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涉性牙痛，因此，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，以作出正确的诊断。

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、隐裂、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、牙龈脓肿、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涉痛 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涉性痛。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涉性牙痛。

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表现为牙痛。

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、牙龈脓肿、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、创伤性殆等。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。坏死性溃疡性龈炎时牙齿可有撑离感和咬合痛。

3. 激发痛 牙本质敏感和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1~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 隐裂和牙根裂时,常表现为某一牙尖受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、窝沟深龋、隐蔽部位的龋齿、充填物下方的继发龋等。此外,如隐裂、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,均可作为病源牙。

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、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~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、黏膜或面部发现窦道。

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,常伴有前壁面部的压痛和脓性鼻涕、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。

（陈彩云）

第三节 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，如阿司匹林、华法林、肝素等治疗或预防冠心病和血栓时，易有出血倾向。苯中毒时也可有牙龈被

动出血或自动出血。

七、口腔手术和牙周治疗后

牙周洁治尤其是龈下刮治后，有的患者可以出现牙龈出血，拔牙、牙周手术、根尖手术、牙槽突手术、牙种植手术等术后也可有牙龈出血，如患者无系统疾病，多与局部清创不彻底、缝合不严密等有关，应及时对症处理。

(陈彩云)

第四节 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，牙齿无接触，略从牙槽窝内挺出所致。醒后，由于咀嚼和吞咽时的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，而在有不良殆习惯，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。但这种松动在殆创伤去除后，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。

四、根尖周炎

急性根尖周炎时，牙齿突然松动，有伸长感，不敢对咬，叩痛（++）～（+++）。到了牙槽脓肿阶段，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。牙髓活力测验无反应。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,橡皮圈会渐渐滑入龈缘以下,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。

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。发生于颌骨的朗格汉斯细胞组织细胞增生症,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。

(陈彩云)

第五节 口臭

口臭是指口腔呼出的气体中有令人不快的气味,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。也可由某些食物(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(VSCs)可导致口臭,其中90%的成分为甲基硫醇和硫化氢。临床上最常见的口臭是由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产生的。此外,牙周袋内的脓液和坏死组织、舌苔内潴留的食物残屑、脱落上皮细胞等也可引起口臭。除了牙周炎外,舌苔是口臭更主要的来源,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腐败食物,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可发出臭味。

（三）消化道、呼吸道及其他全身性疾病

消化道、呼吸道疾病如消化不良、肝硬化、支气管扩张继发肺部感染、肺脓肿、先天性气管食管痿等可产生口臭。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。

（陈彩云）

第六节 口干

正常人一昼夜的唾液分泌量约为 600 ~ 1 500ml，可使口腔黏膜保持湿润而不感觉口干。口干可由于各种原因所致的唾液分泌量减少而引起，但也有唾液分泌正常而自觉口干者。

一、唾液腺疾患

由于各种原因造成唾液腺破坏或萎缩均可引起口干症，如鼻咽部肿瘤经放射治疗后两侧腮腺萎缩，唾液分泌减少。干燥综合征（Sjogren 综合征）是一种自身免疫性疾病，以眼干、口干为主，还伴有肝脾大、多发性关节炎、吞咽困难等症状。患者常有一项或多项自身抗体水平增高以及免疫球蛋白增高等。本病患者在无刺激时或用酸性药物、咀嚼石蜡等刺激时检测唾液分泌情况，均可见唾液分泌量明显减少。

二、神经、精神因素

由于情绪、精神因素的影响，有些神经衰弱患者常自觉口干，但多为暂时性的。检查患者口腔黏膜无明显的干燥，无刺激时唾液量减少，但用石蜡等刺激后唾液量并不减少。

三、更年期综合征

发生在女性更年期和老年人。除有一般症状外，常伴有口干、萎缩性舌炎，口腔黏膜糜烂、灼痛和刺痛等症状。

四、营养障碍

核黄素缺乏可出现口干、唇炎、口角炎、舌炎和阴囊炎等症状，有的还可出现咽部、鼻腔干燥，吞咽困难等。

五、局部因素

由于腺样体增殖或前牙严重开骀等造成习惯性口呼吸者常有口干症状，尤以晨起时明显。检查唾液分泌情况，无刺激时以及用酸性药物刺激后分泌量均正常。

此外，口干症也可由其他系统病引起，如糖尿病、脱水、高热后，以及使用阿托品类药物后等。

（陈彩云）

第七节 开口受限

开口受限是指由于各种原因造成根本不能开口或开口甚小者。造成开口困难的原因很多，可分为感染性、瘢痕性、关节性、外伤性、肿瘤源性和精神、神经性等。

一、感染所致的开口受限

1. 下颌智牙冠周炎 下颌智牙冠周炎可以直接累及颞肌、咬肌和翼内肌，引起肌肉痉挛，造成开口困难。

2. 颌面部深在间隙感染 颌周间隙感染多会引起不同程度的开口受限，但深部间隙感染一般会引起开口困难，且由于外表体征可能不明显，易被漏诊。颞下间隙和翼下颌间隙感染刺激翼肌群痉挛造成开口困难。感染的来源常常是上、下磨牙感染扩散或在注射上颌结节、翼下颌传导麻醉时将感染带入。因感染在深部，早期在颜面部无明显红肿症状，不易发现。所以在有上、下磨牙感染或拔牙史，低热，开口困难，并在该间隙的相应部位（如上颌结节后方、翼下颌韧带处）有明显红肿和压痛者应考虑本病。下颌阻生智牙拔除术后引起的咽颊前间隙感染也常与术后反应性开口受限相混淆而延误治疗。

3. 化脓性颞下颌关节炎 多数在颞下颌关节附近有化脓性病灶，如中耳炎、外耳道炎等，继之引起颞下颌关节疼痛，开口困难。检查时可见关节区有红肿，压痛明显，尤其不能上下牙对，稍用力即可引起关节区剧痛。颞下颌关节侧位 X 线片可见关节间隙增宽。

4. 破伤风 由破伤风杆菌引起的一种以肌肉阵发性痉挛和紧张性收缩为特征的急性特异性感染，由于初期症状可表现为开口困难而来口腔科就诊。一般有外伤史。痉挛通常从咀嚼肌开始，先是咀嚼肌少许紧张，继之出现强直性痉挛呈开口困难状，同时还因表情肌的紧缩使面部表情很特殊，形成“苦笑面容”。当颈部、背部肌肉收缩，则形成背弓反张。

也如咬肌下、下颌下、颊部蜂窝织炎，急性化脓性腮腺炎等，均可发生开口困难，体征表浅，容易诊断。

二、瘢痕所致的开口受限

1. 颌间瘢痕挛缩 常常由坏疽性口炎后在上下颌间形成大量瘢痕，将上下颌紧拉在一起而不能开口。一般有口腔颌面部溃烂史，颊侧口腔前庭处能触到索条状瘢痕区，有时还伴有唇颊组织的缺损。

2. 放射性瘢痕 鼻咽部、腮腺区、颞下窝等恶性肿瘤经大剂量放射治疗后，在关节周围有大量放射性瘢痕造成开口困难。开口困难的症状是逐渐发展起来的，以致几乎完全不能开口。照射区皮肤均有慢性放射反应，如皮肤薄而透明，毛细血管扩张，并可见到深棕色的斑点状色素沉着。

3. 烧伤后瘢痕 由各种物理、化学因素所致口颊部深部烧伤后，逐渐形成大量增生的挛缩瘢痕造成开口困难。

三、颞下颌关节疾患所致的开口受限

1. 颞下颌关节强直 一般由关节区化脓感染或外伤后关节腔内血肿机化逐渐形成关节融合。关节强直常发病于儿童，逐渐出现开口困难以致最后完全不能开口呈开口困难状。关节强直侧下颌骨发育短小，面部丰满呈圆形；而健侧下颌骨发育较长，面部反而显塌陷狭长。颞下颌关节侧位 X 线片可见患侧关节间隙消失，髁突和关节凹融合成致密团块。少数可由类风湿颞下颌关节炎造成，其特点为常累及两侧并伴有指关节或脊柱关节的类风湿关节炎，因此，同时可查到手指成梭形强直畸形或脊柱呈竹节样强直畸形。

2. 颞下颌关节盘脱出 急性脱臼后或长期颞下颌关节紊乱病后可使关节盘脱出，脱出的关节盘在髁突运动中成为机械障碍物，甚至可嵌顿在髁突和关节结节之间致不能开口，呈开口困难状。

四、外伤所致的开口受限

1. 颧弓、颧骨骨折 颧弓、颧骨为面侧部突出处，容易被伤及。最常见为呈 M 形颧弓双骨折，骨折片下陷妨碍喙突活动造成开口困难；颧骨体骨折后向下向后移位可使上颌骨和颧骨之间的间隙消失妨碍下颌骨活动造成开口困难。

2. 下颌髁突骨折 下颌髁突颈部是下颌骨结构中的薄弱区，当颈部和下颌体部受到外伤后容易在髁突颈部骨折而造成开口困难。

此外，由于局部创伤引起的骨化性咬肌炎也可造成开口困难。新生儿开口困难除破伤风外应考虑由难产使用高位产钳损伤颞下颌关节所致。

五、肿瘤所致的开口受限

邻近颞下颌关节的深部肿物可以引起开口困难，因为肿物在深部不易被查出，常误诊为一般颞下颌关节紊乱病而进行理疗。因此，有开口困难而同时存在有脑神经症状者应考虑是否有以下部位的肿物。

1. 颞下窝综合征 为原发于颞下窝肿物引起的一种综合征。因肿物侵犯翼肌、颞肌，故常有开口困难。早期有三叉神经第三支分布区持续性疼痛，继之出现下唇麻木，口角皮肤、颊黏膜异常感或麻木感。肿瘤长大时可在上颌后部口腔前庭处触到。

2. 翼腭窝综合征 为原发于翼腭窝肿瘤引起的一种综合征，因肿瘤侵犯翼肌可引起开口困难外，最早出现三叉神经第二支分布区持续性疼痛和麻木，以后可影响眼眶累及视神经。

3. 上颌窦后部癌 肿瘤破坏上颌窦后壁，侵犯翼肌群，可以出现开口困难，并有三叉神经第二支分布区的持续性疼痛和麻木，鼻腔有脓血性分泌物，CT 片见上颌窦后壁骨质破坏。

4. 鼻咽癌 鼻咽癌侵犯咽侧壁，破坏翼板，可影响翼肌群，出现开口困难，并常伴有剧烈头痛、鼻塞、鼻出血、耳鸣、听力障碍及颈部肿块等症状。

六、肌痉挛、神经、精神疾患

1. 癔症性开口困难 癔症性开口困难如与全身其他肌痉挛或抽搐症状伴发，则诊断比较容易；但如只出现开口困难症状，则诊断比较困难。此病多发生于女性青年，既往有癔病史，有独特的性格特征。一般在发病前有精神因素，然后突然发生开口困难。用语言暗示或间接暗示（用其他治疗法结合语言暗示），常能解除症状。

2. 颞下颌关节紊乱病咀嚼肌群痉挛型 一般由该症翼外肌痉挛经不适当的治疗，或在全身因素影响下（如过度疲劳、精神刺激）引起。主要临床表现为开口困难，X 线片关节像正常。用肌肉松弛剂能立即开口，药物作用过后又开口困难。一般病期较长。

3. 咬肌挛缩 常因精神受刺激后突然发生开口困难，有时查不出诱因。一般发生在一侧咬肌，触时咬肌明显变硬，用钟式听诊器检查有嗡嗡的肌杂音。用 2% 普鲁卡因封闭肌肉和咬肌神经时，变硬的肌肉可恢复正常，肌杂音可消失或减轻，开口困难症状亦缓解。咬肌挛缩有时可伴有颞肌挛缩。

（陈彩云）

第八节 面部疼痛

一、概述

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，都必须查清引起疼痛的原因。由牙齿引起的疼痛，查出病因是较为容易的；但牵涉性痛（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会误导诊断思路，因为它们很类似一些其他问题引起的疼痛。

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属此类疼痛。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。

投射性痛必须与牵涉性痛鉴别。所谓的牵涉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,牵涉性痛最常见的例子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,牵涉性痛即不发生。即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。这也是诊断疑有牵涉性痛的一种有效方法。

投射性痛的发生机制是很清楚的,但牵涉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自体感受纤维传导。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、面部及密切相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。偏头痛也可列为此类,因其为颅内血管变化引起。

(4) 由身体其他部位引起的面部疼痛,即牵涉性痛。例如:心绞痛可引起左下颌部的疼痛。

这种分类法仅是为诊断方便而作的,实际上,严格区分有时是很困难的。

对疼痛的客观诊断是极为困难的,因为疼痛本身不能产生可查出的体征,需依靠患者的描述。而患者的描述又受患者的个人因素影响,如患者对疼痛的经验、敏感性,文化程度等。疼痛的程度无法用客观的方法检测,故对疼痛的反应是“正常的”或“异常的”,也无法区别。

对疼痛的诊断应分两步进行。首先应除外由于牙齿及其支持组织以及与其密切相关组织的病变所引起的疼痛,例如:由上颌窦或颞下颌关节紊乱病所引起的。如果全面而仔细的检查不能发现异常,才能考虑其他的可能性。

诊断时,应注意仔细询问病史,包括起病快慢、发作持续时间、有无间歇期、疼痛部位、疼痛性质、疼痛发作时间、疼痛程度、伴随症状,诱发、加重及缓解因素,家族史等。应进行全面、仔细的体格检查及神经系统检查,并根据需要作实验室检查。

二、诊断步骤

1. 问清病史及症状特点 患者对疼痛的叙述是诊断困难的因素之一。由于疼痛是患者的主观感觉性症状,其表现依赖于患者的表述,而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;二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发生改变。患者的叙事能力也会影响对症状表述的清晰程度。

多数患者在疼痛初发作的时候会自行处理或忍耐,来医院就诊时,一般都经过数天甚至数月,疼痛难以自行消退,或逐渐加重。因此,通过患者的疼痛描述,可以进行初步鉴别。因牙痛引起的面部疼痛可参考前一节。

(1) 炎症性疼痛:多发病急,疼痛剧烈,无自行缓解及间歇期,常常伴随发病部位肿胀。

(2) 原发性神经痛：包括三叉神经痛和舌咽神经痛。疼痛剧烈，刀刺样，开始持续时间很短，几秒钟即消失，以后逐渐增加，延续数分钟甚至数十分钟。有“扳机点”存在是此病的特点之一。在两次发作之间，可以无痛或仅有钝痛感觉。可有自然缓解期，数周或数月不等。

(3) 颞下颌关节紊乱引起的疼痛：一般发病时间长，疼痛为钝痛，无明确疼痛点，与开口有关。

(4) 癌性疼痛：多数患者自认为口腔溃疡引起的疼痛，持续数月，疼痛持续加重来就诊，无缓解周期。

2. 确定疾病种类 根据问诊所得的初步印象，作进一步检查，以确定疾病的种类。

检查是通过患者的主诉，针对性地发现引起疼痛的病因。

(1) 视诊：首先，通过观察，看看患者疼痛的表情，可以了解疼痛的程度，疼痛剧烈的一般为炎症性，三叉神经发病时，但炎症性疼痛是持续的，三叉神经痛持续时间短。口腔癌性疼痛一般都为中度疼痛，颞下颌关节紊乱疼痛一般为钝痛或不适。其次，检查患者有无明显的器质性疾病，炎症都伴有疼痛部位的肿胀，皮肤发红，检查口腔内是否有肿瘤性病变。

(2) 触诊及扪诊：多数面部疼痛属自发性，触诊和扪诊可以加重或引起疼痛，检查具体疼痛的部位来加以进一步诊断。炎症性疼痛扪诊会加重疼痛，三叉神经痛触诊和扪诊扳机点可以引发剧烈疼痛，癌性病变触诊也会加重疼痛，颞下颌关节紊乱病变常常因压迫某些关节相关的肌肉点会引起疼痛。

3. 影像学检查 通过影像学检查，可以发现引起疼痛的颌骨疾病、面部深区的病变以及颅内的病变。

(1) 曲面体层：可以显示颌骨是否有病变，如中央性颌骨癌，颌骨破坏性病变导致其周围面部疼痛。

(2) CT 扫描：可以显示是否存在颞下凹、颅底及颅内占位性病变，从而引起所属神经区域面部疼痛。畸形性骨炎（Paget 病）如累及颅底，可使卵圆孔狭窄而压迫三叉神经，产生疼痛症状；疼痛也可由于整个颅骨的畸形，使三叉神经感觉根在越过岩部时受压而产生。

（陈 光）

第九节 腮腺区肿大

一、概述

腮腺区肿大相当常见。引起腮腺区肿大的原因很多，可以是腮腺本身的疾病，也可以是全身性疾病的局部体征或者非腮腺组织（如咬肌）的疾病，应对其作出鉴别诊断。

从病因上，大致可以将腮腺区肿大分为以下 5 种：

- (1) 炎症性腮腺肿大，其中又可分为感染性及非感染性两类。
- (2) 腮腺区肿瘤及类肿瘤病变。
- (3) 症状性腮腺肿大。
- (4) 自身免疫病引起的腮腺肿大。
- (5) 其他原因引起的腮腺肿大。

二、诊断

诊断时，应根据完整的病史与临床特点，结合患者的具体情况进行各种辅助检查，例如腮腺造影、唾液流量检查、唾液化学分析、放射性核素显像、活组织检查、实验室检查、超声检查等。

腮腺区肿大最常见的原因是腮腺本身的肿大，故首先应确定腮腺是否肿大。在正常情况下，腮腺区稍呈凹陷，因腮腺所处位置较深，在扪诊时不能触到腺体。腮腺肿大的早期表现，是腮腺区下颌支后缘后方的凹陷变浅或消失，如再进一步肿大，则耳垂附近区向外隆起，位于咬肌浅层部的腮腺浅叶亦肿大。颜面水肿的患者，在侧卧后，下垂位的面颊部肿胀，腮腺区亦肿起，应加以鉴别。此种患者在改变

体位后, 肿胀即发生改变或消失。

三、可能引起腮腺肿大的各类疾病的特点

1. 流行性腮腺炎 为病毒性感染, 常流行于春季, 4月及5月为高峰。以6~10岁儿童为主, 2岁以前少见, 有时亦发生于成人。病后终生免疫。患者有发热、乏力等全身症状。腮腺肿大先表现于一侧, 4~5天后可累及对侧, 约2/3患者有双侧腮腺肿大。有的患者可发生下颌下腺及舌下腺肿大。腮腺区饱满隆起, 表面皮肤紧张发亮, 但不潮红, 有压痛。腮腺导管开口处稍有水肿及发红, 挤压腮腺可见清亮的分泌液。血常规白细胞计数正常或偏低。病程约1周。

2. 急性化脓性腮腺炎 常为金黄色葡萄球菌引起, 常发生于腹部较大外科手术后; 也可因伤寒、斑疹伤寒、猩红热等的并发症; 也见于未得控制的糖尿病、脑血管意外、尿毒症等。主要诱因为机体抵抗力低下、口腔卫生不良、摄入过少而致唾液分泌不足等, 细菌经导管口逆行感染腮腺。

主要症状为患侧耳前下突然发生剧烈疼痛, 后即出现肿胀, 局部皮肤发热、发红, 并呈硬结性浸润, 触痛明显。腮腺导管口显著红肿, 早期无唾液或分泌物, 当腮腺内有脓肿形成时, 在管口有脓栓。患者有高热、白细胞计数升高。腮腺内脓肿有时可穿透腮腺筋膜, 向外耳道、颌后凹等处破溃。

3. 慢性化脓性腮腺炎 早期无明显症状, 多因急性发作或反复发作肿胀而就诊。发作时腮腺肿胀并有轻微肿痛、触痛, 导管口轻微红肿, 挤压腺体有“雪花状”唾液流出, 有时为脓性分泌物。造影表现为导管系统部分扩张、部分狭窄而似腊肠状; 末梢部分扩张呈葡萄状。

4. 腮腺区淋巴结炎。又称假性腮腺炎, 是腮腺包膜下或腺实质内淋巴结的炎症。发病慢, 病情轻, 开始为局限性肿块, 以后渐肿大, 压痛。腮腺无分泌障碍, 导管口无脓。

5. 腮腺结核 一般为腮腺内淋巴结发生结核性感染, 肿大破溃后累及腺实质。常见部位是耳屏前及耳垂后下, 以肿块形式出现, 多有清楚界限, 活动。有的有时大时小的炎症发作史, 有的肿块中心变软并有波动。如病变局限于淋巴结, 腮腺造影表现为导管移位及占位性改变; 如已累及腺实质, 可见导管中断, 出现碘油池, 似恶性肿瘤。术前诊断有时困难, 常需依赖活组织检查。

6. 腮腺区放线菌病 常罹患部位为下颌角及升支部软组织以及附近颈部。肿块, 极硬, 与周围组织无清晰界限, 无痛。晚期皮肤发红或暗紫色, 脓肿形成后破溃, 形成窦道, 并此起彼伏, 形成多个窦道。脓液中可发现“硫磺颗粒”。如咬肌受侵则有开口困难。根据症状及活组织检查(有时需作多次)可确诊。腮腺本身罹患者极罕见。

7. 过敏性腮腺炎 有腮腺反复肿胀史。发作突然, 消失亦快。血常规检查有嗜酸性粒细胞增多。用抗过敏药或激素可缓解症状。患者常有其他过敏史。由于与一般炎症不同, 也被称为过敏性腮腺肿大。

药物(如含碘造影剂)可引起本病, 多在造影侧发生。含汞药物, 如胍乙啶、保泰松、长春新碱等也可引起。腮腺及其他唾液腺可同时出现急性肿胀、疼痛与压痛。

8. 腮腺区良性肿瘤 以腮腺多形性腺瘤最常见。多为生长多年的结节性中等硬度的肿块。B超、CT或者MRI影像诊断可见占位性病变。此外, 血管畸形(海绵状血管瘤)、神经纤维瘤、腺淋巴瘤等亦可见到。

9. 腮腺区囊肿 腮腺本身的囊肿罕见。有时可见到第一鳃裂囊肿和第二鳃裂囊肿。前者位于腮腺区上部, 与外耳道相连接; 后者常位于腮腺区下部, 下颌角和胸锁乳突肌之间。此等囊肿易破裂而形成窦道。B超显示囊性占位性病变。

10. 腮腺恶性肿瘤 腮腺本身的恶性肿瘤不少见, 各有其特点, 如遇生长较快的肿块, 与皮肤及周围组织粘连, 有局部神经症状, 如疼痛、胀痛, 或有面神经部分受侵症状; CT和B超显示占位性病变, 并有可能显示恶性征象。

全身性恶性肿瘤, 如白血病、霍奇金病等, 亦可引起腮腺肿大, 但罕见。

11. 嗜酸性粒细胞增多性淋巴肉芽肿 常表现为慢性腮腺区肿大, 可有时大时小的消长史。病变区皮肤因瘙痒而变得粗糙。末期血常规嗜酸性粒细胞增多, 有时可伴有全身浅层淋巴结肿大。