

口腔科讲义

(59级用)

湖南医学院口腔科编

口腔科学讲义目录

第一章	口腔的解剖及生理概念	1
第一节	唇	1
	舌	1
	口腔底	2
	颊	2
	牙体及牙周组织	2
	牙体组织	4
	牙周组织	4
第二章	龋齿、牙周炎、根周膜炎	5
第一节	龋齿	5
	一、病因学	5
	(一)、关于病沉菌的问题	5
	(二)、发病条件	5
	(三)、关于龋齿的发病学说	6
	1. 化学细菌说	6
	2. 蛋白质溶解学说	6
	3. 生物学说	6
	二、临床学	7
	三、预防	8
第二节	牙周炎	9
	一、分类	9
	二、症状和诊断	9
	三、治疗	10
第三节	根周膜炎	10
	一、症状	10
	二、诊断	10
第三章	颌骨的牙源性炎症	11
第一节	冠周炎	11
第二节	颌骨骨髓炎	12
	症状	12
	急性期	12
	慢性期	13

	诊断及鉴别诊断	13
	治疗	13
第三节	颌周蜂窝组织炎	14
	(一)、眶下蜂窝组织炎	14
	(二)、颌下三角蜂窝组织炎	14
	(三)、嚼肌间隙蜂窝组织炎	14
	(四)、口底蜂窝组织炎	15
第四章	牙周病	15
	(一)、病因	15
	(1) 局部因素	16
	(2) 全身因素	16
	(二)、分类	16
	(三)、症状	16
	(1) 牙龈炎	16
	(2) 牙周袋的形成和溢脓	17
	(3) 牙槽骨吸收, 牙齿松动	17
	(4) 牙周肿胀	17
	(四)、诊断	17
	(五)、治疗	17
第五章	口腔粘膜病	18
第一节	楔形螺旋体病	18
	病因	18
	症状	18
	诊断	19
	治疗	19
第二节	阿弗他病	19
	症状	19
	治疗	19
第三节	白色念珠菌病 (雪口疮、鹅口疮)	20
	症状	20
	诊断	20
	治疗	20
第四节	坏疽性口炎 (走马疳)	20
	病因	20
	症状	21

	治疗	21
第六章	口腔颌颌下肿瘤	21
第一节	口腔颌颌下常见的良性肿瘤	21
	(一) 发生于颌骨的	21
	(1) 颌泡囊肿	21
	(2) 造釉细胞瘤	22
	(二) 发生于颌颌下软组织的	22
	(1) 纤维瘤	22
	(2) 血管瘤	22
	(3) 淋巴管瘤	23
	(4) 混合瘤	23
第二节	口腔颌颌下常见的恶性肿瘤	23
	舌癌	23
	唇癌	24
第七章	颌颌损伤学	24
第一节	急救治疗	24
第二节	颌颌外伤的局部症状和处理	25
第三节	颌颌下软组织损伤的处理原则	28
第四节	颌颌下创伤的护理	29
附录:	简单的拔牙术	30
	第一节 口腔局部麻醉	30
	第二节 简单的拔牙手术	34

第一章 口腔的解剖及生理概念

口腔是人体重要器官之一，上下牙列将口腔分为两部分：在唇颊与牙齿之间的空隙为口腔前庭，牙列内侧的空腔称固有口腔。口腔位于消化道的开端，表面复以粘膜，其下有肌层，并有消化腺通向粘膜，这些均与消化道基本相似。但口腔为适应其特殊功能在演化过程中发生了一些特殊分化的组织。例如：由于硬组织所形成的牙齿和颌骨，可以担任咀嚼，又由于口腔经常接受食物刺激，故粘膜表面是复层鳞状上皮而不是像肠胃道都是单层柱状上皮，且口腔粘膜下方的肌肉全是横纹肌，故唇颊及舌等可以随意运动，使口腔成为高度分化的语言和咀嚼器官。

第一节 唇

唇之外层为皮肤，内层为粘膜，二者之间有口轮匝肌，唇颊粘膜与颊侧牙根之交接处称移行皱襞或唇颊沟，此处粘膜下层疏松多脂肪，急性牙源性感染易在此处形成粘膜下脓肿。拔牙时如係局下浸润即注射在此处粘膜下。

唇之粘膜下层较厚，松软可动，牙齿患龋或皮肤溃疡等，常可在此处引起广泛的肿胀，凡唇下炎症，均宜及早控制，尤应避免挤压等粗暴处理，以免引起海绵窦血栓形成。

唇部的粘膜腺受到创伤或炎症等累及致导管阻塞后可行成囊肿，其好发部位在下唇粘膜之靠近口角处。

唇下皮肤粘膜移行下，上皮薄、角层透明，毛细血管丰富，呈鲜红色，称唇红，常能反映一些全身情况，如贫血则苍白，缺氧则发绀，阿狄森氏病因色素沉着而发黑，唇癌也是唇颊下较常见的恶性肿瘤之一。

唇裂也是较常见的先天畸形，可在适宜时期进行手术修补。

舌

舌为各组不同方向之肌纤维所构成，运动灵活，前2/3的下分为舌体，后1/3下分为舌根，其背舌粘膜为高度分化之味觉感受器。

舌下反映某些病理情况，也较为紧密，故可在诊断时提供参攷。如舌伸出时偏向一侧，为对侧有舌下神经麻痹的表现，甲状腺机能亢进的患者，舌伸出时常发生颤抖；恶性贫血时，舌乳头萎缩致舌面非常光滑，维生素B₂缺乏时，舌背上出现不规则的上皮隆起如地图状；猩红热患者之舌呈草莓状。

此外白斑、癌、血管瘤、淋巴管瘤均可发生于舌部。

口 底

口底肌肉主要是颌舌骨肌及颌舌骨肌，其浅层有二腹肌之前腹，更浅层为颈阔肌，各肌之间有疏松结缔组织存在之肌间隙，有时齿源性感染，扩散到颌周甚至穿破肌膜进入间隙致发生口底蜂窝织炎，严重的可影响呼吸和吞噬，甚至窒息。

口底粘膜係由舌底粘膜返摺而成。在正中有一纵行结缔组织带，系带过短者，牵制舌之活动可影响发音，其两旁有两个小突起称舌下阜，是颌下腺导管开口的下位，当舌下腺或颌下腺导管阻塞时可发生囊肿。

颊

颊粘膜的组织很像口唇，但粘膜下层更厚，脂肪较多。在上第二磨牙之相当处有乳头，是腮腺导管的开口处，在相当于磨牙区的粘膜上有时出现一些散在的黄色颗粒，是异位的皮脂腺，又名法秋普氏病，麻疹在全身皮疹出现之前，1—2天，颊粘膜上出现科氏淡白色斑，这是有诊断价值的表现，颊粘膜上也可出现白斑和癌变，扁平苔癣亦好发于此。

牙体及牙周组织

人类在一生中，有恒齿和乳齿两套，乳齿共20枚，自半岁左右开始到两岁多可先后全下萌出，恒齿共32枚，除前20个与乳齿更换外，后方之12个是在乳齿的后方萌出，约十四岁左右可全下萌出，但第三磨牙（智齿）萌出较迟，多在20岁左右。

为了便于记载，乳牙及恒牙之牙列兹以下列公式代表：

乳牙列于下：

右	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	左
	V	IV	III	II	I	I	II	III	IV	V	
	...	...	...	...	...						
	第二磨牙	第一磨牙	犬牙	侧切牙	中切牙						

例如：右下颌第一乳磨牙为 IV
 左上颌犬牙为 III

恒牙如下：

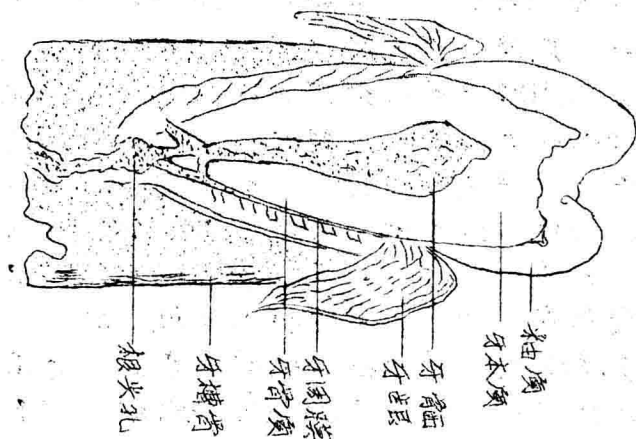
右	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	左
	8	7	6	5	4	3	2	1									
	...	...	...	...	...	...	...	...									
	第三磨牙	第二磨牙	第一磨牙	第二前磨牙	第一前磨牙	犬牙	侧切牙	中切牙									

例如：左下第二前磨牙为 15，右上第二磨牙为 7

上下牙列相互接触的关系称为咬合，当牙齿排不齐，或缺牙久不镶配，颌骨发育畸形，颞颌关节疾患，颌骨骨折，颌骨肿瘤等均可使颌不良或错颌，这样可以引起咀嚼功能不良，牙周病等，因此，口腔检查时注意患者的颌关系，是很重要的。

牙体牙周组织

图



牙体组织：牙齿本身为四种组织所构成，统称之为牙体组织。即复盖于牙冠表面的牙釉质，牙根表面的牙骨质，构成整个牙体的牙本质和位于髓腔内的牙髓，前三种为硬组织，后一种为软组织。

牙釉质是人体内最硬组织，所含无机盐约占90%，过去甚至现在资本主义国家的某些学者，认为釉质是没有生活代谢的物质，但近年来利用放射性同位素进行实验，已有力地说明了釉质是有代谢作用的。

牙本质之硬度次于釉质，所含无机盐约占70%，为牙本质细管和牙本质基质所构成，细管由髓腔平行地呈放射状向外放射，管腔内含有来自牙髓腔内造牙本质细胞之胞浆突起，称童氏纤维。很多学者认为牙的知觉是由童氏纤维将刺激传递到牙髓而产生的，但苏联学者和国内学者已实验证明牙本质内有神经纤维，只是由于研究方法困难，对于其分佈情况尚未取得一致的结果。

牙骨质又名白垩质，结构和化学成分与緻密骨相似，但无哈弗氏系统，含无机物约55%。

牙髓是充满于牙髓腔内的疏松结缔组织，富于细胞，血管和神经，在接近牙本质的牙髓边缘上排列成一层圆柱状细胞，称造牙本质细胞，每个造牙本质细胞有一尾生质突，即童氏纤维伸入牙本质细管中，苏联学者鲁科姆斯基认为造牙本质细胞在牙齿硬组织的营养，再生，特别是对抗龋蚀的过程中有重大意义。

牙周组织：牙周组织包括牙龈，牙周膜、牙槽骨。

牙龈是包绕牙颈下及牙槽脊的口腔粘膜，正常的牙龈呈浅红色，紧张而坚韧不能移动，用棉球擦干后可见其表面粗糙有极小之凹陷称点彩，牙颈下之牙龈边缘称龈沟缘，与牙表面之间有小空隙称龈沟，正常龈沟之深度约2毫米，龈缘在两牙之间呈乳头状，充塞于牙间隙内称为牙间乳头。

牙周膜是介于牙根与牙槽骨之间的緻密的纤维性结缔组织，其中有排列成束之主纤维，主纤维一端埋入于牙骨质内，另一端埋入于牙槽骨内，使牙齿能稳固地植立于牙槽之内，并能负荷咀嚼压力使牙根不致与牙槽骨相抵触，牙周膜中有许多神经血管、淋巴管等，通过根尖孔与髓腔相交通，通过牙槽骨骨内板小孔进入骨松质。因此，牙周膜与牙根、颌骨、牙髓腔都有密切的关系，对牙源性的感染有很大的临床意义。牙周膜内有时可找到上皮团，有人认为这些上皮团和颌骨肿瘤的发生有关系。

牙槽骨是颌骨的一些突起，形成多个凹陷以容纳牙齿，其靠近牙根之骨是緻密骨板称牙槽骨之内板。

第二章 龋齿 牙周炎 根周膜炎

第一节 龋齿

一、病因学

(一) 关于病源菌的问题：在龋齿的发生发展中要有细菌的作用，这是无可置疑的，如不暴露在口腔中的牙体组织从不发生龋蚀，龋洞一经充填病源就停止进行，这些事实都是明证，但与龋病有关的许多病源病中究竟那种是主要的，它们是如何起作用的，这些问题尚未解决，因而我们还没有有效的对龋齿的病源疗法和针对病源的预防方法。

(二) 发病条件：细菌是龋病的病因之一，但在龋病的发病中并不占主导地位，显然不像其他传染病中的细菌那么重要，龋病的病因是复杂的，下述的许多条件均与龋齿病因有关。

1. 牙齿的形态、结构和排列：临床上我们常看到一些这样的情况：如下颌第一磨牙最易发生龋蚀，而下门牙最少发生龋蚀，因龋蚀主要发生于小窝小裂等处，很少发生于光滑而有自洁作用的牙齿；发育及钙化不良的牙齿较易患龋，位置不正的牙齿容易造成滞留食物的区域这些下位较易发生龋齿，例如近中倾斜的下颌智齿挤压第二磨牙之远中面，致第二磨牙之远中面发生龋洞，这是较为常见的，但并不是凡有小窝小裂或结构不良的牙都发生龋蚀，且牙排列不佳的也可避免龋，所以牙的形态、结构和排列并不能看作是唯一的条件，只是利于发病的因素。

2. 年龄：据调查统计，一般说4—8岁乳牙的发病率最高，11—19岁恒牙的发病率最高，30岁以后是一个比较稳定的日期，50岁以后发病率又上升。

3. 唾液的作用：唾液有机械冲洗，缓冲及抑制细菌活动等作用，故唾液的生物化学成分，量的多少，粘稠度等都可以影响龋病的发生。

4. 口腔卫生：口腔不洁致牙之表面残存食物有利于细菌繁殖，有助于龋蚀之发生。

5. 饮食：如食物中缺乏磷、钙、氟化物和维生素D等可引起

牙齿发育不全或代谢障碍，给龋齿的发生发展创造了条件。食物与龋齿的发病关系除营养方面外，另外尚有其局部作用，如纤维性食物像蔬菜、水果、肉类等对牙齿有洗净和磨光等作用。且不易发酵，而精制碳水化合物像精米、白面、饼干、果浆、糖果等对牙齿没有磨光、洗净作用，且易发酵。

(三)关于龋齿的发病学说：

1. 化学细菌说，又名酸学说，此学说係1890年 Miller 氏提出，认为龋齿的发生是由于口腔内的产酸细菌，特别是乳酸桿菌与滞留于口腔中的碳水化合物作用而产生酸，酸再作用于牙齿，使牙齿中的无机盐溶解而形成龋洞，这一学说的支持者用下列公式将龋齿发生的原因总结如下：

精制的碳水化合物 + 口腔细菌 $\rightarrow$ 酸的产生。

酸的保留 + 适于龋齿发生的牙齿表面 $\rightarrow$ 龋齿开始

这一学说的严重缺点在于其片面性，只强调局部因素，完全忽略了机体的全身和环境因素，因而不能反映疾病的本质，但在当时来说，仍起了一定的进步作用。在这以前人们对于龋齿的病因大多是推测的，缺乏科学的论据，而这一学说在实验方面发展了一些口腔细菌，生化和病理方面的研究，在临床上指导了充填方法，也促起了口腔卫生的注意。

2. 蛋白质溶解学说：认为龋齿的发生是由口腔里的蛋白溶解酶首先作用于牙齿的有机物，使组织中的蛋白质溶解，然后才有无机物的脱钙，溶解而形成龋洞，也就是说，有机物的溶解是原发的，酸的作用是继发的，这一学说看来和化学细菌说有所不同，而实质上都属于局部学说。

3. 生物学说：这个学说将龋齿的发病看作是一种生物病理现象，而不是简单的细菌产酸溶解牙齿的作用，苏联学者 Лукомский、Энтин、Шарпенак 等在这观点的提出方面有很大的贡献。

Лукомский 氏认为生物的外在环境因素通过中枢神经系统，影响到组织和牙本质的营养代谢，这样便给外因慢害作用创造了条件，龋齿就在这个基础上发展起来。

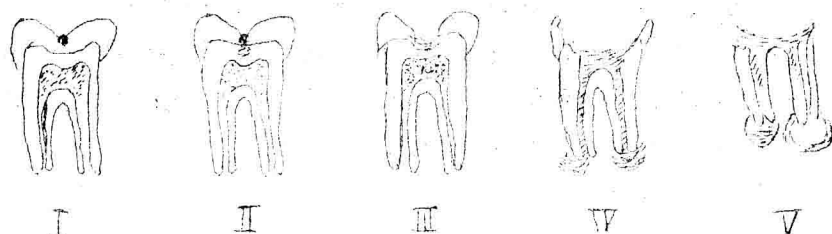
Шарпенак 氏认为神经因素与营养因素佔重要地位，当维生素B缺乏时，体内的焦性葡萄糖增多，而牙内的葡萄糖也堆积，焦性葡萄糖最能溶解蛋白质，因此成为龋齿易于发病的因素。

总的来说，决定龋齿发生和发展的重要因素有：

1. 病源刺激的作用：龋齿的发生必需有细菌作用，这些细菌中以乳酸杆菌、链球菌等最重要。
2. 牙齿结构的缺陷：牙齿上的小沟裂以及没有完全釉质保护的牙颈部常是龋齿的好发部位，这些结构上的缺陷给刺激病源的存在和活动创造了条件。
3. 能影响病源作用和牙组织抗龋性的机体代谢因素，如矿物质（Ca, P, Mg, F 等）维生素（D, B 等）蛋白质、氨基酸的代谢可以影响到牙内的分解合成作用，也可以通过对唾液的成分的变化，而影响到口腔细菌的生活条件和牙齿的矿物化情形，因而成为龋齿发病的重要条件。

二. 临 床 学

临床上常根据病源破坏牙组织的深度度而将龋齿分为五度，这样的分类法，在诊断和治疗时较为实际可用。（图二）



图二 龋齿的五度

- I. 釉质龋
- II. 牙本质浅层龋
- III. 牙本质深层龋
- IV. 牙冠大部破坏，牙髓被感染引起根尖周围疾病（1. 单纯性肉芽肿，2. 上皮性肉芽肿）
- V. 残根及根尖周围病变（1. 肉芽肿，2. 脓肿）

第一度：（浅龋、初龋或釉质龋）此时病斑包圍在釉质内，患者无主观症状，如病斑在牙之平滑面则见患处出现不大的斑点，失去光泽或呈黄褐色，如病斑在小窝沟内开始，则窝沟变深，呈墨浸状，检查时主要是靠视诊和探诊，但在某些情况下，第一度龋不易确诊，应继续追踪以观察发展情况，如已确诊则应进行早期充填。

第二度（中龋）病斑进入牙本质浅层，此时已有明显之龋洞形成，对酸甜食物特别是冷水的刺激，多有酸痛之反应，但刺激因素除去后，疼痛立即消失，其处理方法是除去腐化之牙本质，予以充填。

第三度：（深龋）病斑已进入牙本质深层，尚未引起牙髓及根尖炎症者，在探诊时可见龋洞很深，洞内有大量的软化牙本质和食物碎屑，患者对探诊感到非常不适或酸痛，对于酸甜食物或冷水的刺激的反应较第二度龋强烈得多，如有较硬的食物小块嵌入龋洞可引起剧痛，但除去该食物块后，疼痛可迅速消失，深龋的处理也是去腐后加以充填。但处理过程远较第二度龋为复杂。

第四度：龋洞底在牙本质之深层或已与髓腔相交通者，在临床上表现各种不同的症状，较早者可表现急性或慢性齿髓炎，以后牙髓坏死。炎症并通至根尖孔而引起根尖周围的病斑，可表现为牙松动或牙根疼痛等，处理原则是按病斑的程度尽可能作牙髓治疗以保存牙齿，不得已时拔除患牙。

第五度：冠下大半或全下损毁，仅留残根者，应予以拔除。

三、预 防

鉴于龋齿发病的因素很复杂，故防龋决不是单纯用一种方法可以奏效的，主要应从加强牙齿的抗龋能力和减少口腔中各种对牙齿有损害的因素，因而防龋要从多方面着手。

（一）定期的口腔检查：十二岁以下的每半年检查一次，十二岁以上的每年检查一次，以期能早期发现病斑并及时治疗。

（二）合理的营养：特别是对正在生长发育时期的儿童应有足够的矿物质（磷、钙等）和维生素C、D，以免影响其牙齿的钙化和生长。

粗和精制的碳水化合物予以适当的控制。

（三）注意口腔卫生：主要是刷牙漱口，以保持口腔清洁；从

儿童时起就要养成刷牙的习惯，每天在早晚各刷牙一次，临睡前的一次刷牙比晨起后的一次更为重要。

(四) 塗氟防龋：最常用的方法是用 75% 氟化钠甘油糊剂或 2% 氟化钠水溶液塗擦于牙齿，其方法是：(1) 洁牙、(2) 防湿、(3) 用蘸有药物的小棉球仔细地塗擦于牙之各面，供 3—4 分钟后，清除牙齿残存之药物，並以清水冲洗干净。(4) 塗药的次数和时间，可在 3、7、10、13、15 岁儿童的牙齿上每星期塗一次，连续四星期或从三岁到 15 岁的儿童中，每半年塗一次。

第二節 牙髓炎

牙髓炎的原因很多，如外伤、化学的或温度的刺激以及未能及时治疗的结果等，但临床上以最后一种原因为多见。

牙髓炎有一般炎症的通性，如局部组织的炎症反应以及临床的表现疼痛等，但由于其解剖上的特点又显示了某些特性，如：(1) 牙髓是位于一硬的而且较为密闭的（仅有一小的根尖孔与牙周相交通）空腔内，当炎症发生时，受牙本质的限制，牙髓组织不能向四周膨胀，这样就使髓腔内的压力不断增高，引起剧痛。(2) 牙髓中的血管系于终末循环而根尖孔又狭小，一旦发生炎症，这些都不利于恢复。(3) 牙髓中的感受器无辨别能力，所以患者不能明确地指出患牙所在，常使诊断发生困难。

一. 分类：根据临床上炎症的过程分为急性牙髓炎，慢性牙髓炎。

二. 症状和诊断：

急性牙髓炎的早期为浆液性炎症，有自发的较短暂时阵发性锐痛，温度、化学等刺激可引起剧痛，即使除去刺激因素，疼痛可持续半小时或更长时间，急性浆液性牙髓炎的进一步发展，可成为急性化脓性牙髓炎，疼痛程度加剧，时间加长，间歇时间减短，夜间尤甚，此时冷可使疼痛减轻而热则使之加剧。

慢性牙髓炎一般无症状，或很轻微，当牙髓受食物等机械压迫或温度刺激时可发生疼痛，有时可以有急性发作。

诊断时主要是根据上述各型的疼痛特点以及口腔检查时所得深龋洞大的或松动的充填物，严重的磨耗，牙纵裂等来确定，急性牙髓炎时，其疼痛表现有时与三叉神经痛极为类似，应予以鉴别。

三、治疗：作为一个非专业医师，应对急性牙髓炎作出紧急的处理以减轻病人的痛苦，俟急性炎症控制后，对于牙髓的治疗终可能转给专业医师以图及时处理，保存患牙。

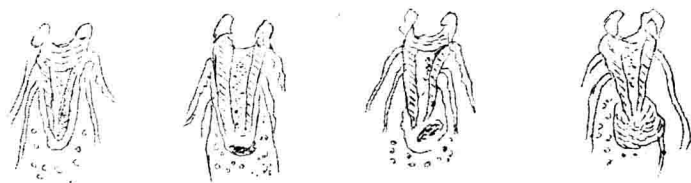
急性牙髓炎的紧急处理：在局麻下用温开水冲洗髓洞，轻柔地刮除洞内食物残渣及腐物，以头锐以其自洞底最深，探痛较明显之点用力穿刺以开放髓腔，使体液或炎症产物得到引流，然后以米粒大小之小棉球蘸丁香油或纯石炭酸液置于开髓处，其上轻盖小于棉球。

第三節 根周膜炎

根周膜炎的原因也可能是由于外伤、化学刺激或通过牙内通路的感染，临床上仍以后一种为多见，即多为牙髓炎进展而来，病程也可分为急性和慢性根周膜炎。

(一) 症状：

急性根周膜炎之早期患牙有自发的轻微疼痛，叩诊时有疼痛反应，牙龈充血而无肿大压痛（急性浆液期）继而有患牙的持续锐痛，牙松动并有伸长感，叩诊甚至轻柔接触患牙都能引起锐痛，相应的牙龈或颊部有肿胀，颌淋巴结肿大压痛，并可能有发热及血像改变等全身症状（急性化脓期，此时期又称为急性齿槽脓肿）。图三。



图三 急性齿槽脓肿之排泄途径

慢性根周膜炎一般多无症状，叩诊时可能有不适感或相应处之牙龈有瘻管出现。

(二) 诊断：

急性根周膜炎之诊断主要是根据其（1）自发的持续性疼痛（2）叩痛（3）牙松动等症状。慢性根周膜炎则可从牙松动，牙冠变色瘻管等症状来确定，如有X线投照，X线片对慢性根周膜炎

之诊断有很大帮助。

牙髓炎和根周膜炎的鉴别

	牙 髓 炎	根 周 膜 炎
1. 疼痛性质	锐 痛 间 歇 性 反射。放散	钝 痛 持 续 性 局 限
2. 温度试验	牙髓对冷热有反应	牙髓多已坏死,对温度刺激多无反应。
3. 触 试	牙 不 松 动	牙 松 动
4. 叩 试	无叩痛	有叩痛

(三) 治疗:

在急性浆液期可将髓洞清洗干净,打开髓腔,以小棉球浸丁香油酚或牙痛灵,置入髓洞内,并在患牙之根颊沟粘膜下作青霉素和奴佛卡因的封闭注射(0.5% 奴佛卡因 20.0 含五万单位青霉素)。此外可给以内服消炎药物及镇痛剂。通过这些治疗,急性浆液性的根周膜炎有可能获得痊愈,如炎症已发展到化脓期,并有粘膜下脓肿形成,应及时切开引流,俟急性炎症消失后,可转专科医师处理,但如牙冠破坏太多不堪充填者,则予以拔除。

慢性根周膜炎的患牙也同样应首先考虑作专科处理保存患牙,不得已时才拔除。

第三章 颌颌部的牙源性炎症

第一节 冠周炎

冠周炎可发生于任何萌出不全的牙齿,但习惯上多是狭义的,指下颌智齿冠周炎。

智齿萌出一般在17岁到二十五岁之间,当颌骨的发育与牙列之长度不相适应时智齿萌出时就没有足够的P位,因而其冠之全P或远中P为牙龈片所复盖致牙龈片与牙表舌之间形成一袋形空隙,其中易藏食物並有利于细菌之生长,当全身健康情况因某种

原因而减弱，或相对之上颌智齿将龈片咬伤时，龈片即将红肿疼痛而发生急性的冠周炎。（图四）

图四 下颌智齿冠周炎的盲袋



急性智齿冠周炎的症状在一开始时是复盖于智齿上的龈片红肿疼痛，有时压迫龈片可有取液或炎性分泌物自龈片边缘下流出。局下的肿胀和疼痛随病情的发展而加重，张口程度可由张口受限发展到张口不能，这是因为咀嚼和翼内肌受炎症影响所引起的暂时性麻痹所致，当患者口腔还可以张开时，可见该智齿的一个分牙冠或全牙冠为一红肿之龈片所复盖，相对的舌颊下及同侧颌下淋巴结有不同程度的肿胀和压痛，全身方已可能有体温增高。

治疗如未能控制，有些病例可以扩散形成颌周间隙感染如颌下脓肿等，更严重的可引起颌骨骨髓炎。

治疗的口腔应保持清洁，可用双氧水或过锰酸钾溶液中洗口腔和含漱。还可以进行理疗。全身方已可按病情之轻重酌予磺胺类药物或抗生素，营养方已应根据其进食情况给予营养价值较高之饮食，必要时可进行输液。

第二节 颌骨骨髓炎

颌骨骨髓炎除由于外伤、血源性感染，颌周软组织感染的扩散等引起外，主要是由于牙齿的感染而来，据统计牙源性的颌骨骨髓炎^{占颌骨骨髓炎的83%}，下颌骨因骨质致密，血运又少侧枝循环，故下颌骨骨髓炎之发病率远多于上颌骨，据国内外统计约为上颌之八、九倍。

症状：

急性期：由一个牙的疼痛开始，继而发展为几个牙的松动、叩痛，相对牙根的红肿和舌颊下的反应性水肿^伴有全身寒热，体温可高达 $39^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，随着炎症的发展，可出现全身中毒的症状，白血球可高达15,000甚至20,000以上，炎症之发生于下

颌者，多引起张口困难或出现患侧下唇麻木，经过一周或十余日，舌颌下之脓肿自动破溃或切开引流后，局下之肿胀、疼痛及全身症状可以减轻或进入慢性期。

慢性期：病程可拖延数月或数年，可在口内或口外找到瘻管口，以图头探针自管口探入，可探及粗糙之骨质，有时可有小块死骨自动由瘻管内流出，如瘻管一旦阻塞，积液引流不畅又可引起急性发作，患侧的牙或已自动脱落或多个松动。

诊断及鉴别诊断：

急性颌骨骨髓炎可根据其有无疼痛和松动的牙以及下唇麻木等症状特别是其严重的全身症状以助诊断，但在早期应与牙槽脓肿鉴别后者无论是局下和全身症状都轻得多，并对抗苦素的治疗有良好反应。慢性颌骨骨髓炎可通过询问病史及检查时可由瘻管内探到死骨等作出诊断，X线的检查有更大的诊断价值。

慢性颌骨骨髓炎应与颌骨梅毒、颌骨结核、颌骨放线菌病等加以鉴别。

颌骨梅毒无急性发作史，颌骨内骨质硬化灶及骨质疏松灶互相交错，使X线呈大理石样改变，同时血清检查亦可鉴别。

颌骨结核亦无急性发作史，其X线像的特点是弥漫性带有小碎死骨的骨质疏松像，其好发下位在眶下缘，活检可作鉴别。

颌骨放线菌病的初期较易与颌骨骨髓炎相混，但晚期表现为广泛之浸润及多个瘻管并可通出活检及自尿液中找菌块以鉴别之。

治疗：

急性期之治疗主要是控制感染和增加抵抗力，故应加强营养，如有进食困难或病情严重者应输液或输血，按病情的轻重及有关化验，选择抗苦素的种类和剂量，如口内或口外已有脓肿形成或穿刺发现有脓下取肿时，应及时切开引流，至于急性时期是否拔除病因牙的问题，主要应根据患者当时的全身情况、张口程度而定，患牙的松动度和术者拔牙技术的熟练程度也应加以考虑。

慢性时期仍要注意营养和休息并保持引流通畅以待死骨的分离（齿槽突死骨的分离约需月余，颌骨体死骨的分离约需三、四个月）行死骨摘除术之前应准备合适的夹板或用颌间松链固定，以便在万一有病理骨折时，可保持颌骨之功能位置，而为以后之植骨以及义齿修复准备良好条件，以免发生颌关系的紊乱。