

中华医学全集

专科疾病诊治 (三)

王宝勤 主编

中华医学电子音像出版社

图书在版编目(CIP)数据

**中华医学全集/王宝勤主编.—北京: 中华医学
电子音像出版社, 2004**

ISBN 7-900106-23-5

I.中… II.王… III.医药学—文集—汇编

IV.R2.52

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 117529 号

中华医学电子音像出版社出版发行

(北京市东城区东四西大街 42 号 100710)

全国各地新华书店经销 北京双青印刷厂印刷

开本: 787×1092 1/32

2004 年 4 月第 1 版 2004 年 4 月第 1 次印刷

版号: ISBN 7-900106-23-5/R·01

定价: 6998.00 元(1CD,含配套书)

目 录

◎根尖周病.....	1
◎颌骨癌.....	5
◎颌骨骨折.....	9
◎颌骨囊肿.....	18
◎颌骨造釉细胞瘤.....	21
◎颌面部放线菌病.....	26
◎颌面部骨巨细胞瘤.....	30
◎颌面部骨肉瘤.....	34
◎颌面部淋巴管瘤.....	38
◎颌面部神经纤维瘤.....	41
◎颌下间隙感染.....	44
◎颌下腺炎.....	48
◎后牙反合.....	51
◎坏死性龈口炎.....	55
◎基底细胞腺瘤.....	57
◎急性化脓性腮腺炎.....	60
◎颊间隙感染.....	65

◎ 甲状舌管囊肿与鳃裂囊肿.....	68
◎ 结核性溃疡.....	71
◎ 开合.....	74
◎ 颌下间隙感染.....	79
◎ 口底多间隙感染.....	80
◎ 口腔白斑病.....	85
◎ 口腔扁平苔藓.....	93
◎ 口腔颌面部皮样、表皮样囊肿.....	105
◎ 口腔颌面部软组织损伤.....	108
◎ 口腔念珠菌病.....	116
◎ 眶底骨折.....	135
◎ 眶下间隙感染.....	138
◎ 鳞状细胞癌.....	141
◎ 慢性化脓性腮腺炎.....	143
◎ 磨损.....	148
◎ 颞间隙感染.....	153
◎ 颞下颌关节强直.....	157
◎ 颞下颌关节脱位.....	163
◎ 颞下颌关节紊乱综合征.....	166
◎ 颞下间隙感染.....	173
◎ 前牙反合.....	176
◎ 前牙深覆盖.....	184

◎ 螭病	192
------------	-----

◎根尖周病

【概述】

根尖周病包括急性和慢性根尖周炎。根尖周病是指局限于根尖部的牙周组织，包括牙骨质、牙周膜和牙槽骨的炎症。从病理上又分浆液性和化脓性根尖周炎。后一种，症状明显、病情严重，又称为急性牙槽脓肿。它可将化脓性炎症扩散到根尖周外间隙，引起间隙红肿、下脸水肿，影响视力。尤其是小儿，往往把它看成是眼部疾病，送至眼科检查，然后才转回口腔科治疗，这种情况临床并不少见。又如一个下颌第三磨牙的急性牙槽脓肿，它可引起咽旁间隙、嚼肌腮腺间隙，以至颞间隙、颌下间隙、口底诸间隙的化脓性感染。这种病人、病情相当严重，若得不到及时、合理的治疗，病人预后差，甚至危及病人的生命。而慢性根尖周炎，症状较轻，病程长，发展慢，常常形成瘘管，数月数年不愈。若形成慢性根尖囊肿，较大

者可造成面部变形。若本病发生在儿童，可使面颌生长、发育受到影响，以致造成颜面畸形。

【诊断】

- 1.牙有伸长感，叩、触痛明显。
- 2.患者能明确指出患牙。
- 3.有尖周红肿、移行沟变浅。
- 4.根尖周脓肿并面部变形、压痛明显，颌下淋巴结肿大、压痛。
- 5.根尖部骨质膨隆，有乒乓感，穿刺有囊液。
- 6.有发热、畏寒、体温升高、白细胞升高、全身不适等症状。
- 7.X线照片显示根尖部有透射区。

【治疗措施】

1.急性根尖周炎：

- (1)开髓引流。
- (2)脓肿切开引流。
- (3)局麻下调

改过高牙尖，预防创伤合。(4)根管治疗。

2.慢性尖周炎：

(1)根管治疗 (2)根尖切除术 (3)根尖囊肿刮治术。

尖周炎的炎性疼痛，消炎治疗后，可消炎止痛，有别于三叉神经痛。

【临床表现】

- 1.叩痛、咬合痛。
- 2.牙松动、伸长感。
- 3.患者能明确指出患牙。
- 4.根尖周红肿、触痛明显，移行沟变浅。
- 5.持续性自发痛，晚期搏动性疼痛（跳痛）。
- 6.有发热、畏寒，有的体温升高。
- 7.部属淋巴结肿大、压痛。
- 8.牙变色。

9. 牙髓无活力。对温度、电测不敏感。
10. 根尖部瘻管，红肿，有脓性分泌物。
11. 根尖周骨质膨隆，有乒乓感，牙移位、牙松动。严重者，面部变形。
12. 骨膨隆者穿刺有粘性囊液和胆固醇结晶。

【辅助检查】

1. 血液常规检查
2. 一般摄片检查
3. 分泌物及组织培养+药敏

【预后】

1. 治愈：治疗后至少1年内无症状和体征；X线摄片显示根尖周正常。
2. 好转：治疗后，疼痛消失、肿胀或瘻管消失。X线摄片显示根尖周病变明显缩小。
3. 未愈：治疗后，瘻管形成或有反复肿痛，根尖

周病变未缩小。

◎颌骨癌

【概述】

口腔颌面部的恶性肿瘤以癌最常见，在癌瘤中又以鳞状细胞癌为最多见。在我国，口腔颌面部鳞癌多发生于40—60岁之间，男性多于女性，以牙龈癌、舌癌、颊癌、腭癌及上颌窦癌常见，颌骨癌则相对较少见，口腔癌在我国长江以北，占全身恶性肿瘤的1.45—5.6%，长江以南为1.75—5.18%在印度其在全身恶性肿瘤中高达40%以上，颌骨癌主要发生于牙胚成釉上皮的剩余细胞，这些上皮细胞可残存于牙周膜、囊肿衬里以及来自釉细胞瘤恶变，在组织学类型上其可以是鳞癌也可是腺性上皮癌。

【诊断】

1. 颌骨部位的肿物，生长迅速，疼痛，下唇麻木，

牙齿松动脱落。

2. X线摄片示不规则虫蚀状破坏。

3. 病理组织学检查确诊。

【治疗措施】

手术是治疗颌骨癌的主要方法，一般应行选择性颈淋巴结清扫术，可于手术后配合放疗或化疗。

一般性手术的预防性抗感染选用磺胺类药物（如复方新诺明）或主要作用于革兰氏阳性菌的药物（如红霉素、青霉素等）；手术范围较大，同时植骨或同时作较复杂修复者则一般采用联合用药，较常用为：作用于革兰氏阳性菌的药物（如青霉素）+ 作用于革兰氏阴性菌的药物（如庆大霉素）+ 作用于厌氧菌的药物（如灭滴灵）；手术前后感染严重或术创大，修复方式复杂者可根据临床和药敏试验选择有效的抗生素。化学药物治疗可于术前或术后配合应用，因其副作用较为严重，应在医师指导下对血象等严密观察

下应用

【临床表现】

1.好发于下颌骨，特别是下颌磨牙区，于发病部位出现实质性肿块，生长迅速，扪诊无乒乓感，可有压痛。

2.可有牙痛、局部疼痛，侵犯下牙槽神经可出现下唇麻木。

3.侵犯牙槽突可出现牙松动、脱落、肿瘤自牙槽窝突出，侵及邻近咀嚼肌时可出现张口受限。

4.可出现区域淋巴结转移。

【辅助检查】

1.对于临床表现较典型，肿瘤较局限者检查专案以检查框限“A”为主；

2.对于临床表现不典型，鉴别诊断较困难，肿物较大与周围重要结构关系密切或疑有转移者检查专

案可包括检查框限“B”和“C”。

【预防】

口腔癌的病因至今尚未完全认识，但目前比较一致的看法是，多数口腔癌的发生与环境因素有关，一些外来因素象热、慢性损伤、紫外线、X线及其它放射性物质都可成为致癌因素。

另外，内在因素如神经精神因素、内分泌因素、机体的免疫状态以及遗传因素等都发现与口腔癌的发生有关，因此，口腔癌的预防在于减少外来刺激因素，提高机体抗病能力，与上颌窦癌一样，颌骨癌的早期确诊较困难，常常易与牙槽脓肿、下颌骨骨髓炎及神经炎相混淆，因此一定要高度警惕，尽早进行摄片等必要的辅助检查，必要时可拔除一病源牙，从牙槽窝内刮取一块组织作病理检查。另外，本病首选手术治疗，放射治疗或化学药物治疗辅助可有助于提高治疗愈率，但后二者不能作为主要治疗措施，以免贻

误治疗时机，更不能采用一些偏方验方外敷内服，刺激肿物生长，贻误治疗，以至失去治疗机会。

【治愈标准】

- 1.治愈：治疗后，原发瘤及转移源已彻底切除或消失，创面已基本修复。
- 2.好转：治疗后，肿瘤缩小，症状减轻。
- 3.未愈：治疗后，肿瘤无缩小，症状无改善。

◎颌骨骨折

【概述】

颌骨骨折包括上颌骨骨折和下颌骨骨折，分为开放性骨折和闭合性骨折。根据致伤原因，又可分为火器性损伤和非火器性损伤两大类。

【诊断】

诊断颌骨骨折首先应了解其伤因、直接受伤的部

位和受伤的经过，然后再作检查局部和全身体征，参考上述临床特点，判明有无骨折、骨折的部位和类型。条件允许时，可进一步作X线检查和CT检查，详细了解骨折线的部位、数目、方向及移位等情况。应当强调的是检查应详尽，不要遗漏对颌面部的多发伤和全身的多处伤的诊断，为制定完整的治疗计划提供充分的依据。

【治疗措施】

颌骨骨折后，主要是复位与固定。颌骨骨折复位的重要标志是恢复上下颌牙齿的正常咬合关系，即牙齿的广泛接触关系。否则将影响骨折愈合后咀嚼功能的恢复。常用的复位方法有三种：

1.手法复位：在颌骨骨折早期，骨折段比较活动，可用手将移位的骨折段回复到正常位置。

2.牵引复位：颌骨骨折后，经过较长时间（上颌骨三周以上，下颌骨四周以上），骨折处已有部分纤

维组织愈合，手法复位不成功，可采用牵引复位法。下颌骨骨折多用颌间牵引，就是在下颌骨有移位的骨折段上安置分段牙弓夹板，然后在与上颌的牙弓夹板之间，用小橡皮圈作弹性牵引，使之逐渐恢复正常的咬合关系。上颌骨骨折后，如骨折段向后移位，可在上颌牙列上安置牙弓夹板，在头部制作带有金属支架的石膏帽，在牙弓夹板与金属支架之间作弹性牵引，使上颌骨骨折段向前复位。需要较大牵引力时，也可作卧式重力性牵引。

3. 切开复位：切开复位的适应证较宽。骨折段移位较久，已有纤维性愈合或骨性错位愈合，手法和牵引都不能复位时，则应施行手术切开复位。将骨折断端间错位愈合中所形成的纤维组织切除或凿除骨痂，重新离断，使颌骨恢复正常的位置。手法复位困难的或复位后不稳定的新鲜骨折或开放性骨折，一般均采用手术切开复位。

颌骨骨折复位后的固定是治疗中的重要环节。常

用的固定方法有单颌牙弓夹板固定法、颌间固定法、颌间结扎固定法、小钢板（miniplate）或微型钢板（microplate）固定法、颅颌固定法，其他方法还有颌周固定法、加压钢板固定法等。

1. 单颌牙弓夹板固定法：是用直径2毫米的铝丝或成品带钩牙弓夹板，按牙弓形态成形，然后用较细的金属结扎丝穿过牙间隙，将牙弓夹板结扎在骨折线两侧的部分或全部牙齿上，以固定骨折段。这种方法适用于无明显移位的骨折，如下颌骨颏部正中线性骨折、局限性牙槽突骨折。

2. 颌间固定：常用的方法是在上下颌牙齿安置带钩牙弓夹板，然后用小橡皮圈作颌间固定，使颌骨保持在正常咬合关系的位置上。此法稳妥可靠，适用于多种下颌骨骨折，优点是能使颌骨在良好的位置上愈合，有利于恢复功能，缺点是伤员不能张口进食，也不易保持口腔清洁卫生，应加强护理。