



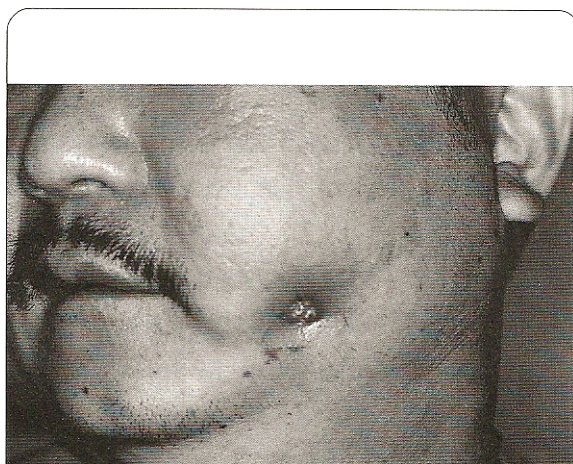
頭頸部蜂窩性組織炎

祁力行

1. 台北醫學院牙醫學士（29 屆）
2. 北醫附設醫院牙科部口腔顎面外科總醫師

這是各位醫師在門診常會遇到的狀況，病人腫著腮幫子、喊著牙疼來找您，國人很少沒有一兩顆蛀牙的，大多數人都會等到牙疼的時候才去找醫師治療，甚至寧願痛到掛急診拿止痛藥吃，也不願循正規治療方式解決牙疾。大家有個觀念，總是以為發炎的時候不能拔牙，臉上腫起來時趕快做牙髓腔開擴(open chamber)排膿，一定要等到膿腫「成熟」時才能切開引流。其實治療頭頸部齒源性的蜂窩性組織炎是一種科學也是藝術，不同的病人狀況就有不同的治療方針。

所謂的「蜂窩性組織炎」，指的是細菌入侵人體的軟組織（例如肌肉、皮下組織、骨膜等），造成局部皮膚的紅、腫、熱、痛等症狀(圖一)。嚴重時甚至會穿出皮膚表面，流出膿汁，最後形成難看的疤痕(圖二)。這種病症可發生在全身任何地方（所謂的丹毒是也），而發生在頭頸部的細菌感染，絕大部分都是由牙齒的疾病所引起。蜂窩性組織炎其實是一種細菌毒性與人體免疫力的競賽，大多數的時間有疾病的牙齒（包括齲齒、牙根尖病變、牙周病）不會有任何症狀，頂多有時痛一痛就沒事了，長期下來刺激牙根尖的軟組織生成「囊腫」(radicular cyst)。若是免疫能力下降時，細菌入侵齒槽骨，形成輕度的骨髓炎。當細菌聚集到一定的數量時，穿出緻密骨層，沿著骨膜下漫延，由肌肉的走向及病人當時的免疫能力來決定接下來的進展。有時候會在牙齦上產生膿包(fistula)，有時候會延著肌肉筋膜到處流竄，當到達皮下組織時，由皮膚表面就可見到紅腫熱的現象(因局部血液循環增加)。



圖一



圖二

當病患腫著腮幫子來就診時，我們要一步一步收集資料，確定診斷，然後訂定治療計劃。請患者坐下之後，詢問主訴，發生腫脹的日期，進展的情況。由與患者交談之中，可以看出目前 illness 的程度，也就是說，患者看起來是精神不錯，或是病闔闔體力很差。看看腫脹的部位、大小，有否發紅，皮膚是否緊繃得發亮；摸摸看腫脹的軟硬度，不摸時痛不痛、壓了痛不痛，亦可由口內口外同時觸摸(bimanual method)來判定腫脹的質感及部位。

接下來詢問是否目前有牙痛、是否前幾天曾經牙痛，檢查患齒與目前腫脹區域解剖位置的相關性，開口度是否受限。口腔內的檢查，可以大略地看看患齒是否有齲齒，齒齦的健康狀況，mobility, tenderness percussion。看看黏膜是否腫脹，顏色正常與否，患齒區的頰側及舌側前庭區可否摸得腫脹。初步獲得一個概念：是否為齒源性感染、唾液腺問題、淋巴腺腫大，亦或是腫瘤。由發生的時間來看，幾天之內腫起來的一定是感染，或是唾液腺的問題；幾週或幾個月者則要考慮是腫瘤，長達數年的通常是良性腫瘤。

當我們判定為齒源性感染時，接下來要訂定治療計畫。免疫能力不錯的人，通常幾天後會自愈。而年齡較長、體力不佳、長期營養不良、或患有糖尿病的病人，免疫能力通常很差，一旦患得蜂窩性組織炎，須要更謹慎的積極性治療，比方說住院吊點滴打抗生素，甚至須要開刀引流方能控制病情。我們的治療計畫必須考量到1)病患的 illness 程度，2)腫脹是否侵犯呼吸道及眼眶下區，3)患者的免疫能力是否足以對抗感染。對一位年輕力壯、可與你談笑風生的患者，只要張口度不受限，拔牙(或根管治療)加上口服抗生素控制足矣。

腫脹是否侵犯呼吸道及眼眶下區是個重要依據，因為 Ludwig's Angina 會侵犯五個 fascial spaces: submandibular space x2, sublingual space x2, 以及正中線的 submental space，蔓延很廣，且包圍在呼吸道周圍，必須及早切開引流。另外臉部的眼眶下區(infraorbital region)是個危險三角帶，因此處的靜脈沒有瓣膜，細菌很容易向上入侵腦部 cavernous sinus，也很容易造成敗血症(sepsis)。故這種情況下的患者好說歹說也要勸他們去找口腔外科醫師住院治療。

關於切開引流的手術，在這裡向大家澄清一個觀念，在口內前庭區的腫脹，應儘可能及早切開引流，不必等到是否有「膿」的形成。因為唯有免疫能力夠強的人才能圍堵並消滅細菌，方有膿的產生。切開腫脹處不只是為了排膿，當氧氣進入感染區自可阻止厭氧菌的孳生(齒源性感染多為厭氧菌)，不必為「等待」膿的形成，反倒誤了重症病患的治療時機。

筆者曾見過一位糖尿病患者，得到蜂窩性組織炎之後延誤就醫達一週，頸部腫脹壓迫到氣管，緊急住院手術未及，變成植物人；細菌猶四處流竄，頭皮、前胸後背的皮膚被侵蝕殆盡，住院半年後不治身亡。

我們希望所有的牙疾患者都能及早選擇正確的治療方式，若不幸產生蜂窩性組織炎，更應立即就醫。早期簡單的牙科治療足矣，嚴重時住院治療更須及時，勿存觀望僥倖的心態。而當感染症消失時，應叮嚀患者儘速治療原本的牙疾，否則病源未除仍有再犯的機會。有人說，齒源性蜂窩性組織炎是落後地區才會有的疾病。在此冬季易患感染症的時節，希望大家都能正確地治療我們的病患。👤

蓄意再植術於根管鈣化合併 醫源性穿孔病例之應用

(Intentional Replantation of a Maxillary Lateral Incisor with Calcified Canal and Iatrogenic Perforation)

洪維強

1. 北醫牙醫學士 (31 屆)

2. 北醫附設醫院牙科部牙髓病科總醫師

主訴與病史

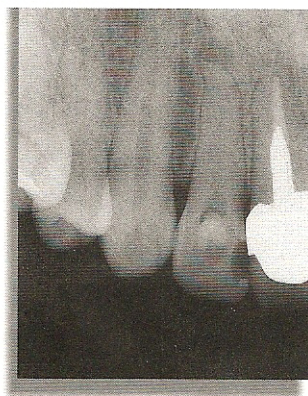
一位二十五歲女性患者經診所轉診到本院求診。主訴為右上側門齒根管鈣化合併根尖有一個約 $5 \times 5\text{mm}$ 放射線透射病變區 (如圖 1)；診所醫師在治療時亦因根管鈣化不慎在牙根約中三分之一處 (middle third) 造成一個醫源性穿孔。追朔患牙曾在數年前受到外傷撞擊，且牙根有約 15° 的彎曲。病患本身沒有任何特殊的疾病。

檢查與治療

右上側門齒經臨床檢查結果為：敲診及觸診並無疼痛感；牙周部份沒有牙周囊袋或明顯動搖度，牙齦亦很健康。X光片上則發現根尖處有一個約 $5 \times 5\text{mm}$ 之病變區，根尖且有約 15° 之彎曲；根管在牙根中三分之一處有消失的現象，在根尖三分之一處較明顯但仍比平常的根管細。

治療方面，首先我們仍嘗試用傳統根管治療，但因鈣化根管及先前醫源性穿孔的存在，無法找回原根管做治療。經過與病患充分溝通及告知後，在病患同意下進行「蓄意再植手術」。

在消毒及局部麻醉施行下，首先先用拔牙挺 (elevator) 將牙齒弄鬆，再以拔牙鉗 (forceps) 夾住患牙輕輕地搖動，加上一點旋轉的力量將牙齒移出齒槽骨 (socket)。根尖的肉芽組織 (granulation tissue) 以手術刮勺 (surgical curette) 去除，齒槽壁上的牙周韌帶 (PDL) 則不可刮除。用濕紗蓋住齒槽請病患咬住。拔出的側門齒則用濕紗布包住，且盡量不碰觸牙根部份，並不



圖一

▲右上側門齒根管鈣化合併根尖病變

時以生理食鹽水沖洗。根尖先用高速手機切除，並由後面以根尖銼針找回原本的根管走向，進行根管清創擴大到 35 號；醫源性穿孔則是在側門齒的唇側發現，由髓腔開擴處做清創擴大到 40 號。再以紙針 (paper point) 擦乾後，二個根管均用馬來膠針及封填劑 (Canals®) 進行根管充填。接著再以超音波器械做逆擴形 (retro-preparation) 並以 MTA (Mineral Trioxide Aggregate) 做逆充填 (如圖 2、3)。所有的動作在 30 分鐘內完成並準備植回。

在植回前，先將齒槽用生理食鹽水沖洗以去除血塊；牙齒亦先沖洗表面確定沒有異物沾黏，並將牙冠先行咬合調整。之後將側門齒植入齒槽內。不做固定，但囑咐病患不可用患牙咬東西或去搖動它，並投予抗生素及止痛劑。



圖二

圖2、3.原根管及穿孔之人造根管以馬來膠針充填並用MTA逆充填



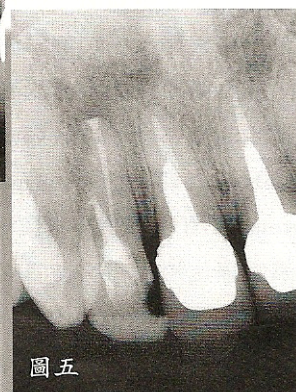
圖三

病患隔天回診檢查，牙齒沒有明顯動搖，僅有一點疼痛。一個月後再回診複查，牙齒已恢復術前的功能，沒有動搖度；X光片上也沒有吸收或發炎的現象（如圖4、5）。病患仍持續追蹤觀察中。



圖四

圖4、5.一個月後回診複查，沒有牙根吸收或發炎現象



圖五

討論

蓄意再植手術在以往因成功率不高和併發症的威脅，較少被臨床醫師所採用。但在鈣化根管、斷離器械（separated instruments）、穿孔、不可通之根管或有解剖條件限制等病例中，再植手術仍有其價值與貢獻。一般的成功率約在50~60%左右，但亦有80~95%成功的報告（Raghoobar and Vissrnrk / Kingsbury and Wiesenbaugh）。

病患的症狀、牙齒的牙周情形及咬合狀況是首先要考慮的因素。另外亦要先告知病患牙齒有斷裂失敗的可能。拔牙時則儘量不要傷害到軟組織、骨頭及牙根。齒槽內的清理要避免傷到牙周韌帶。牙齒在口外的時間愈短愈好，最好在30分鐘內完成，甚至有學者建議在20分鐘內即要植回，故醫師的技巧及術前的準備要充足。術後須咬合調整以避免咬合力過大影響癒合。固定可用牙周敷料或用樹脂齒間固定5到7天即可，若是牙周穩定並不須做固定。

再植手術的併發症有牙根吸收（root resorption）、牙齒沾黏（ankylosis）或是牙齒感染發炎以致早期脫落等。而一個成功的再植手術則須達到最小的動搖度、正常的功能且病患沒有不適的症狀。在現今換心、換肝、換腎手術如此盛行下，牙齒的再植手術應該很容易被一般人所接受。只要醫師們做好評估與手術前準備，和病患充分溝通，相信「蓄意再植手術」可以成爲一個成功且可預期的治療方式。

以不拔牙

矯正治療嚴重虎牙問題

林錦榮

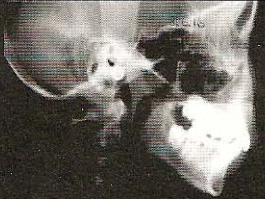
1. 台北醫學院牙醫學士
2. 美國馬楷大學矯正碩士
3. 台北醫學院牙醫系臨床副教授
4. 中華民國齒顎矯正學會常務理事
5. 林錦榮齒列矯正中心主治醫師

圖一 10y6m 顏面外觀



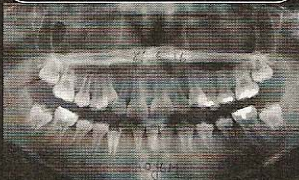
笑時露出兩顆明顯唇側異位之上顎犬齒（俗稱虎牙），側面外觀上唇略微前突，下顎尤其相當明顯。

圖二 10y6m 側顚攝影



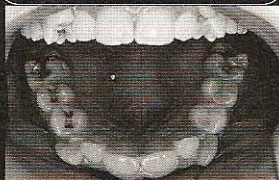
上唇略微前突，上下第一大白齒為 Class II 咬合，overjet 並不大，兩顆上顎第二大白齒尚未萌出，尚未看到第三大白齒之牙胚。

圖三 10y6m 全口 X 光



上顎兩顆犬齒明顯空間不足，尚無第三大白齒牙胚之影像。

圖四 10y6m 上顎口內咬合面



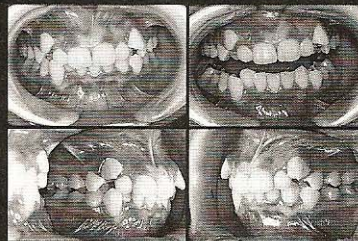
上顎兩顆犬齒嚴重空間不足而朝唇側突出，兩顆上顎第二大白齒尚未萌出。

圖五 10y6m 下顎口內咬合面



右下側門齒，因空間略微不足而卡在舌側，左下第一小白齒朝近心舌側旋轉，左下第二小白齒亦朝近心唇側旋轉。

圖六 10y6m 口內咬合

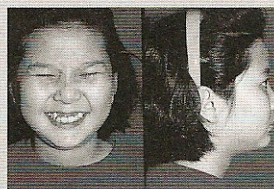


嚴重深咬，下門齒於咬合時只剩1/3看得到，下顎門齒及左下犬齒均明顯突出咬合面約2-3mm，右下側門齒因空間不足而卡在舌側，右下犬齒之牙冠比左下犬齒之牙冠露出多些。上顎兩顆犬齒因空間不足而嚴重唇側異位，右下犬齒及左下第一小白齒亦輕微唇側異位，兩側犬齒及第一大白齒均呈現 Class II 咬合。

治療計劃：

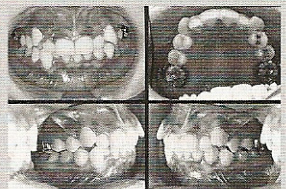
該病例屬 low mandibular plane angle 且有相當明顯之下巴，其下顎生長之預後應相當不錯，故可盡量採用不拔牙治療以免造成太平或凹陷之側面外觀，且其上顎第二大白齒尚未萌發，是將第一大白齒遠心移位之最佳時機，故採用 cervical headgear（以下簡稱 CHG）及不拔牙治療。

圖七 11y 顏面外觀



經過半年之 CHG 治療，兩顆上顎犬齒仍卡在唇側高位，且笑時露出相當多之牙齦，上唇已不似治療前之前突。

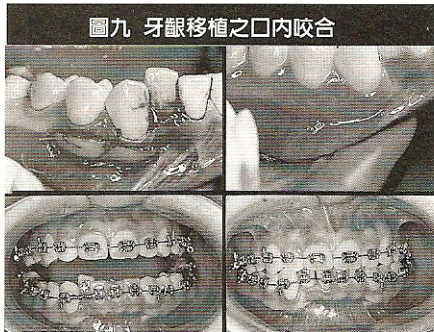
圖八 11y 口內咬合



兩側犬齒及第一大白齒已因第一大白齒之遠心移位及下顎之生長而靠近 Class I，兩側上顎犬齒雖已因上顎第一大白齒之遠心移位而有較多之空間萌發，但仍卡在唇側。



圖九 牙齦移植之口內咬合



因為右下犬齒已相當突出，且近根部之附著牙齦很少，耽心將來expansion排列時，會造成右下犬齒牙齦萎縮，因而請牙周病醫師作free gingival graft。

左上：12y, free graft剛放上。

右上：12y1m, free graft一個月後之癒合。

左下：12y5m, 以open coil spring撐開空間，以便排列右下側門齒。

右下：12y6m, 排列右下側門齒，右下犬齒無任何牙齦萎縮。

(感謝牙周病張通旭醫師提供漂亮之free graft治療及幻燈片。)

圖十 12y3m 顏面外觀



經過1年9個月之CHG治療，兩顆上顎犬齒已未經任何直接矯正自動排整齊，笑時露出相當整齊之上門齒，上下唇位置相當理想。

圖十一 12y3m 側顫攝影



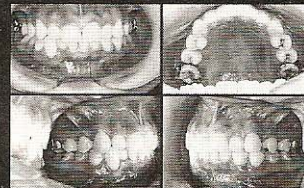
第一大白齒已呈現Class I咬合，overjet相當好，overbite稍深些，仍無明顯第三大白齒牙胚之影像。

圖十二 12y3m 全口X光



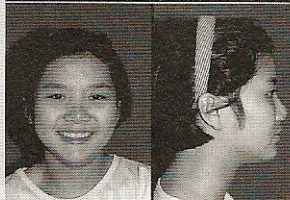
兩側上顎犬齒區已排列整齊，仍無明顯第三大白齒牙胚之影像。右上第二大白齒比左上第二大白齒靠近咬合面。

圖十三 12y3m 口內咬合



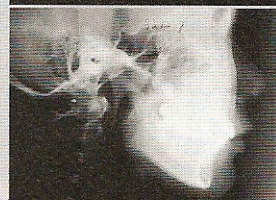
由於該病例非常合作地戴CHG，故兩側上顎第一大白齒均很成功地朝遠心移位成近乎Class III之咬合關係，兩側犬齒亦均呈現Class I之咬合。此時才開始準備要作矯正治療以排列擁擠之下顎齒列，為防止右下犬齒之牙齦萎縮，已預防性地請牙周病醫師於右下犬齒之唇側作牙齦移植。

圖十四 13y3 顏面外觀



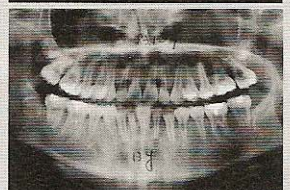
經過七個月之全口矯正治療，牙齒已排列整齊，笑時露出非常整齊之牙齒，側面外觀極佳，若一開始即採用拔牙治療則側面外觀將太平或過份凹陷。

圖十五 13y 側顫攝影



側面外觀極佳，overbite, overjet理想，此時已可隱約地看到上下顎第三大白齒之牙胚，下顎門齒雖因不拔牙而略前突，但無損外觀。

圖十六 13y 全口X光片



前牙均已排列整齊，除左下第三大白齒之牙胚仍看不到外，其餘三顆第三大白齒之牙胚影像均已明顯可見。

圖十七 13y 口內咬合



經過1年9個月之CHG治療，上顎原本擁擠之齒列已造成犬齒自動萌發至理想位置，再經七個月之全口矯正治療將擁擠之下齒列亦排整齊，總共治療2年4個月，目前為Class I之理想咬合。

圖十八 14y7m 顏面外觀



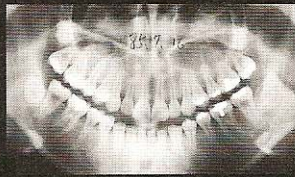
笑時露出整齊之上門齒，側面外觀極佳。

圖十九 14y7m 側顱攝影



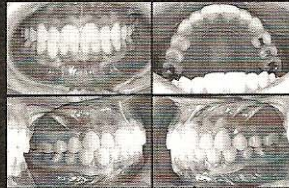
雖然下門齒略前突，側面輪廓相當理想，第三大白齒之牙胚影像清楚可見。

圖二十 14y7m 全口X光



左下第三大白齒之牙胚已顯現。

圖二十一 14y7m 口內咬合



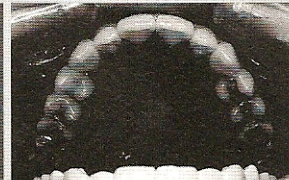
門齒排列整齊，為 overbite, overjet 理想之 Class I 的理想咬合，由於該病例非常合作地戴下顎之 spring retainer，故咬合仍相當穩定。

圖二十二 14y8m 顏面外觀



笑時露出整齊之門齒，側面外觀相當理想。

圖二十三 14y8m 上顎咬合面



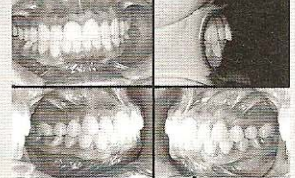
上顎第二大白齒已萌出，排列仍很整齊，上顎齒列，由於兩顆上顎犬齒是經由CHG將第一大白齒遠心移位後造成足夠空隙而自動排列整齊，故不必戴 retainer。

圖二十四 14y8m 下顎咬合面



下顎之擁擠，是靠 expansion 而排列整齊的，故很容易 relapse，較長期戴 retainer 是必須的，該病例很合作，仍定期於晚上戴 spring retainer，故無任何再擁擠之現象。

圖二十五 14y8m 口內咬合



仍為排列整齊之理想 Class I 咬合，free graft 處之右下犬齒牙齦與左下犬齒之牙齦情況一樣健康。

結論：

1. Cervical headgear (CHG), 若能使用於上顎兩顆第二大白齒未萌發之前，且用於 low mandibular plane angle 之病例，其將第一大白齒遠心移位之效率是驚人的，尤其病患能夠確實合作時效果更佳。
2. 很多人擔心CHG會造成上顎第二大白齒之埋伏，筆者從來不擔心這點，由此例上顎第二大白齒之順利萌出即可為證。但第三大白齒則埋伏之機會頗高。
3. 此病例之第三大白齒牙胚於12y3m時仍不明顯，顯然與9-10y即可看到智齒牙胚之一般病例不同，但宜注意智齒牙胚萌發時間之差異性，此病例即超常的慢。
4. 此例於使用CHG夠長的時間，造成足夠空間後，原本嚴重卡在唇側高位之上顎犬齒即自動萌發至理想咬合，可見牙齒擁擠是因空間不足，當吾人製造足夠空間後，牙齒即會自動排列整齊的。
5. 此例以側面外觀之維護為出發點，只有接受下顎門齒略為前突之咬合。此例正巧提供下顎門齒之角度大些並不會造成顏面外觀不理想！
6. 此例作預防性free graft後才作下門齒之expansion及排列，故右下犬齒牙齦於expansion治療後未有任何萎縮。至於若不先作預防性free graft結果是否會如此，則有待類似之病例不作free graft來作比較才知道。