

第6版

贝氏口颌面痛： 口颌面痛的临床处置

Bell's Orofacial Pains

The Clinical Management of Orofacial Pain

编 著 Jeffrey P. Okeson

主 译 陈永进 赵铤民 张 旻


quintessence
books



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

贝氏口颌面痛

——口颌面痛的临床处置

(第6版)

Bell's Orofacial Pains

——The Clinical Management of Orofacial Pain
Sixth Edition

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北京

图书在版编目 (CIP) 数据

贝氏口颌面痛—口颌面痛的临床处置 / (美) 奥克森 (Okeson, J. P.) 原著, 陈永进等译. — 6 版.
—北京: 人民军医出版社, 2010. 6
ISBN 978-7-5091-3746-8

I. ①贝… II. ①奥…②陈… III. ①口腔颌面部疾病—诊疗 IV. ①R78

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 094884 号

Bell's Orofacial Pains: The Clinical Management of Orofacial Pain, 6th edition, by Jeffrey P. Okeson, ISBN: 0-86715-439-X. 由国际精萃出版集团提供中文版权, 授权人民军医出版社出版并在全球发行该书中文版。

版权登记号: 图字—军—2006—009 号

策划编辑: 杨化兵 杨 淮 文字编辑: 王红健 责任审读: 张之生
出版人: 齐学进
出版发行: 人民军医出版社 经销: 新华书店
通讯地址: 北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编: 100036
质量反馈电话: (010) 51927290, (010) 51927283
邮购电话: (010) 51927252
策划编辑电话: (010) 51927300-8027
网址: www.pmmp.com.cn

印、装: 三河市春园印刷有限公司
开本: 850mm × 1168mm 1/16
印张: 25 字数: 413 千字
版、印次: 2010 年 6 月 第 6 版 第 1 次印刷
印数: 0001~1500
定价: 180.00 元

版权所有 侵权必究
购买本社图书, 凡有缺、倒、脱页者, 本社负责调换

序



第6版《贝氏口颌面痛》(*Bell's Orofacial Pains*)涵盖了临床口腔医学的一个很重要的主题,是那些希望了解口腔颌面部疼痛临床情况并且对其潜在的神经机制感兴趣的人所必读的。口腔颌面部疼痛在临床上很常见,是患者寻求牙科治疗的主要原因之一,其表现形式多样,治疗方法也有很多选择,其中很多治疗方法并没有可信的循证科学基础;更重要的是,人体的这个区域对于个人来说,有着其独特的情绪、心理和社会学方面的意义。因此,毫无疑问,当面对患口颌面痛特别是疼痛已转为慢性的患者,如何正确诊断和有效控制疼痛是对医生的严峻考验。事实上,Okeson博士在该书的开始就指出,专业的牙医现在已经可以控制绝大多数的急性口腔颌面部疼痛,但是面对慢性口腔颌面部疼痛则感到非常棘手。

临床医师必须了解疼痛可能的机制以便有效地处理疼痛。虽然目前相关的基础知识还很有限,但是通过动物的疼痛模型建立以及分子、细胞等技术的利用,完成了有关疼痛机制的一系列研究,从而在这本书的最新版本中,已经出现了若干对于疼痛过程的观察性结论,包括外周感受、中枢感受、疼痛调节影响以及基因、分子水平的过程。此外,

还有一些关于影响疼痛的行为学、社会心理学方面的研究成果。

该书的一个显著特点是Okeson博士在关于口颌面痛的诊断和处理章节中,强调了最新研究进展,使读者可以更好地掌握疼痛的机制和处理原理。书中介绍的研究进展以及临床过程可以通过所列的一系列参考文献加以考证。此外,这个版本还有许多有别于早期版本的其他特点,包括关于疼痛机制的最新综述、麻醉技术、一般治疗手段的详细介绍以及口颌面痛的最新分类。

Okeson博士将该书分成三篇。第一篇介绍了疼痛的本质及其表达和调节的基本机制,为读者理解和掌握疼痛状态打下坚实的基础;第二篇介绍了疼痛诊断的原则和常规的处理方法,从而为学习第三篇打好基础;第三篇的侧重点是鉴别诊断和不同类型口颌面痛的处理原则。

和前几个版一样,该书不仅仅是牙科医师和希望一般性了解疼痛的机制及如何诊断、处理口颌面痛的其他临床工作者的珍贵资料,也适用于对口颌面痛的最新综合进展感兴趣的基础或临床领域的学者。

Barry J. Sessle

前言



1982年的初春，我第一次有机会聆听了Welden E. Bell 博士的讲座，讲座的主题是关于口腔颌面部疼痛。此前，我已经通过阅读他的著作知道他是该领域的国际权威。我永远不会忘记他讲的第一句话，他说：“疼痛不是感觉”。我记得我当时微微斜视着他，同时在想我一定是听错了，但是随后他重复了他那近乎荒谬的开场白。我在想为什么啊？疼痛当然是一种感觉，像他这样的权威人物怎么能发表这样误导人的言论啊？然后他接着说：“疼痛绝不仅仅是一种单纯的感觉，它是一种经历。”我必须承认，以我的专业知识起初我并不认同他的话，然而，通过后续的课程和更加深入阅读他的以及其他人的文章，我开始越来越欣赏他的这番话。有句古语说得好：“当学生准备学的时候，自然会有老师出现”，从那时候开始，贝尔博士成为我的良师和后来的益友。

随着我专业的进步，我从贝尔博士那里学到的东西越来越多。贝尔博士从具体工作中退休后仍坚持写作，完成了有关口颌面部痛和颞下颌关节病两部经典著作的七个版本。我对他的人格了解得越多，敬仰之情就越强烈。

1985年，我出版了关于咬合病和颞下颌关节病的专著，收到的第一封评论信就来自贝尔博士，他的夸奖和溢美之词对我来说意味深长。后来，我也很荣幸地请到他为我这本书的第2版作序。

1989年10月，我收到了贝尔博士的信，告诉我他已经完成了《口颌面痛》第4版的修订。他那时已经79岁了，还问我如果实际情况允许的话，能否考虑和他共同编辑这本书的第5版。他的信引发了我的两种情绪，我当即感觉到我得到了专业领域的最高褒奖，同时也领到迄今为止最难完成的任务。我不敢说同意，但肯定不能说不同意，于是我立刻给贝尔博士打电话告诉了我的感受，他安慰我说他会承担大部分责任，而且会亲临指导和连贯各个部分。带着一丝自豪和很大不安，我接受了他的邀请。

1990年的春天，我有幸在三个场合见到了贝尔博士，其中两次是在为他召开的表彰他在专业领域杰出贡献的会议上，在这两个会上我都发了言，我很“自豪”在这两个会议上我让他变成了听众。在这三个会议期间，我们抽出时间讨论了改变当前肌肉疼痛观点的最新研究进展。在这本书里大家可以看到他提供的肌肉疼痛模型。

1990年3月，就在贝尔博士的关于颞下颌关节病的专著第3版问世不久，他突然因病去世，这对他的家庭尤其是他58岁的妻子露西来说是一个巨大的打击。他的过世对专业领域来说也是巨大的损失，而我个人的感觉就像是失去了专业上的父亲。在接下来的一年时间里，我再三思考怎么才能完成再版这本专著的巨大任务，甚至有几次都想完全放

弃这一尝试了。但是，对贝尔博士的尊重又不允许我有这样的想法。就这样，本书的第5版于1995年出版了。

在贝尔博士去世后，我和露西保持紧密的私人联系。因为她曾经陪伴过贝尔博士，我想让她成为这个计划的一部分。因此，在撰写第5版的过程中，每当完成一个章节我就交给她审阅，而她总是很友好而且总是夸奖我写的文章。此外，无论我什么时候去达拉斯，我都抽出时间和她共进午餐并交谈。她是一个非常特别，也是我见过的最漂亮的人之一，我终于找到了贝尔博士致力于专业的动力，那就是露西的爱和支持。在贝尔博士去世后的13年里，露西始终生活在失去他的悲痛中，2003年12月露西随他而去，他们在天堂里肯定也是最般配的一对，我非常想念露西。

我现在编写的第6版将把有关疼痛的最新进展介绍给临床医生。它主要分为三篇，第一篇阐述一

般神经解剖学和三叉神经系统的功能，随着正常功能的清晰理解，临床医生就容易理解和应对功能障碍；第二篇阐述不同口颌面部疼痛的分类并且介绍了它的历史和检查程序，这个程序可用来鉴别不同的功能障碍。这一过程称为诊断，是整个口颌面痛一书中需要掌握的最重要部分；第三篇阐述了每种口颌面痛的处理原则。之所以这样安排就是希望读者能够通过本书提供的信息提高对复杂口颌面痛的处理水平。

谨以出版这一版的辛勤劳动回报Welden E. Bell博士的爱。如果可能的话，也将它献给我伟大的妻子芭芭拉，没有她34年的爱、理解和持续的支持，我一部专著也完成不了。贝尔博士在书中将他的妻子露西比作生命中的阳光，而芭芭拉也是我生命中的阳光，是我得以立足的岩石和助我腾飞的翅膀。我亏欠你很多，谢谢你为我所做的一切，谢谢你，亲爱的。

Jeffrey P. Okeson

目 录

第一篇 疼痛的本质

第 1 章 疼痛的定义	3
一、疼痛的普遍性	3
二、牙科医师的责任	4
三、疼痛概念的历史回顾	4
四、疼痛概念的演化	4
五、疼痛的急诊性质	5
六、疼痛的信息处理	6
七、与疼痛相关的系统发生	6
八、与疼痛相关的人体解剖	7
九、疼痛传递的神经通路	7
第 2 章 口颌面痛的神经解剖学基础	9
一、神经结构	9
二、功能性神经解剖	10
三、三叉神经系统	18
四、自主神经系统	20
五、外周伤害传导通路	22
六、对外周伤害性传导通路的一般认识	25
第 3 章 口颌面痛的神经生理学	29
一、神经动作电位	29

二、突触	29
三、动态神经末梢	30
四、离子通道	30
五、神经递质	31
六、突触内递质的灭活	33
七、伤害性感受的神经化学	33
八、神经元敏化	34
九、轴突运输系统	34
十、传入冲动向皮质的传递	36
十一、小结	38
第 4 章 疼痛信息在脑干水平的处理	41
一、外周组织伤害感受的激发	41
二、伤害感受的中枢处理	41
三、疼痛的感受	49
四、调节的概念	50
五、状态依赖性感觉处理	56
六、小结	57
第 5 章 疼痛信息在脊髓上结构的处理	63
一、影响痛觉的因素	63
二、影响疼痛的心理因素	65
三、急性疼痛与慢性疼痛	66
四、口颌面痛的情感意义	67
五、口颌面痛的心理因素	68

第二篇 口颌面痛的临床总论

第 6 章 疼痛的各种表现	73
一、疼痛表现的多样性	73
二、正常的神经活动：中枢与外周机制	74
三、炎症性疼痛	75
四、非炎症性疼痛	75
五、口颌面痛的其他原因	80

六、神经可塑性对慢性疼痛的作用	81
七、其他应注意的问题	82
第 7 章 口颌面痛的分类	87
一、疼痛的诊断	87
二、口颌面痛的分类	88
第 8 章 疼痛的诊断原则	95
一、疼痛状况的评估	95
二、初诊	96
三、口颌面痛病史的采集	97
四、口颌面痛的临床检查	102
五、疼痛类别的确定	119
六、疼痛疾病的正确诊断	122
七、临床诊断的确认	123
八、不同类别疼痛的共存	130
第 9 章 口颌面痛的总体治疗方案	135
一、病因治疗	135
二、治疗方法	136
三、如何处理慢性口颌面痛	155

第三篇 临床上常见的疼痛病症

第 10 章 皮肤与牙龈黏膜疼痛	169
一、皮肤与牙龈黏膜疼痛的表现	169
二、皮肤与牙龈黏膜疼痛的分类	169
三、鉴别诊断	176
四、治疗方案	177
第 11 章 牙源性疼痛	181
一、牙痛的表现	183
二、牙痛的类型	184

三、鉴别诊断	198
四、治疗方案	198
第 12 章 肌源性疼痛	201
一、肌源性疼痛的特点	201
二、咀嚼肌疼痛的类型	203
三、咀嚼肌疼痛模型	203
四、肌源性牙痛	218
五、误诊为咀嚼痛的牵涉痛	218
六、各种咀嚼肌疼痛的鉴别	218
七、鉴别诊断	219
八、治疗方案	219
第 13 章 颞下颌关节疼痛	231
一、颞下颌关节疼痛的表现	231
二、颞下颌关节的正常解剖及功能	231
三、颞下颌关节疼痛的类型	234
四、诊断依据	252
五、鉴别诊断	254
六、关节内紊乱的治疗	254
七、其他的治疗方案	259
第 14 章 其他肌肉与骨骼的疼痛	265
一、骨性疼痛	265
二、骨膜性疼痛	267
三、结缔组织疼痛	267
四、鉴别诊断	268
五、治疗方案	268
第 15 章 内脏痛	269
一、内脏疼痛的表现	269
二、内脏黏膜来源的疼痛	270
三、腺体疼痛	275
四、眼部疼痛	276
五、耳部疼痛	276

六、鉴别诊断	276
七、治疗方案	276
第 16 章 血管性和神经血管性疼痛	279
一、血管性和神经血管性疼痛的表现	279
二、口腔颌面部的神经血管性疼痛	279
三、口腔颌面部的血管性疼痛	303
四、鉴别诊断	306
第 17 章 神经性疼痛	313
一、神经性疼痛的表现	313
二、间断型神经性疼痛：发作性神经痛	314
三、持续性神经痛	324
四、小结	354
第 18 章 心理因素与口颌面痛：轴 II 因素	363
一、生物 - 心理 - 社会模式下的急性与慢性疼痛	365
二、口颌面痛的心理意义	367
三、轴 II 因素：精神障碍的分类	367
四、治疗需要考虑的因素	376
五、机体自身调节的概念	377
六、结束语	378
相关术语	381

病例目录

List of Cases

病例 1	源自咬肌、感觉为牙痛的异位性疼痛	194
病例 2	源自心肌、感觉为牙痛的异位性疼痛	195
病例 3	继发于慢性耳痛的周期性咀嚼肌痛	211
病例 4	翼外肌痉挛	212
病例 5	继发于颈部疼痛的咀嚼肌紊乱所致的口颌面痛	216
病例 6	咀嚼肌疼痛表现为明显的共收缩和循环性肌痛	217
病例 7	慢性中枢介导性肌痛	218
病例 8	源于盘后区组织的颞下颌关节痛	243
病例 9	创伤引起的急性关节盘后组织炎	244
病例 10	颞下颌关节关节囊疼痛	246
病例 11	炎症性关节囊纤维化引起的关节囊痛	247
病例 12	颞下颌关节退行性变或骨性关节炎引起的关节痛	250
病例 13	继发于高尿酸血症的颞下颌关节炎性疼痛	251
病例 14	炎性纤维性关节强直导致的颞下颌关节痛	251
病例 15	侵袭性恶性肿瘤导致的颞下颌关节痛	252
病例 16	鼻黏膜炎症引发的感觉为牙痛的牵涉性异位疼痛（窦性牙痛）	274
病例 17	源于下颌下腺炎症、感觉为耳前痛的牵涉性异位疼痛	275
病例 18	源于胸锁乳突肌的扳机点、感觉为耳前痛的异位疼痛	277

病例 19	源于神经血管性疼痛的异位性牙痛	300
病例 20	继发于神经血管性疼痛的咬肌周期性咀嚼肌疼痛	301
病例 21	误诊为咀嚼痛的神经血管性疼痛	302
病例 22	耳颞神经的发作性神经痛	316
病例 23	三叉神经上颌支的发作性神经痛	317
病例 24	三叉神经下颌支的发作性神经痛	318
病例 25	舌咽神经的发作性神经痛	319
病例 26	继发于上颌窦炎的末梢神经炎表现为牙痛	330
病例 27	下牙槽神经的神经炎性疼痛表现为下颌牙痛	331
病例 28	茎突骨折引起的舌咽神经炎误诊为咀嚼痛	332
病例 29	涉及下颌神经的口腔外带状疱疹	334
病例 30	感觉为牙痛的去传入性疼痛	336
病例 31	无牙的黏膜龈组织上的创伤后神经瘤性疼痛	338
病例 32	外伤引起的颞下颌关节的创伤性神经瘤性疼痛	339
病例 33	牙的交感神经维持性疼痛	351
病例 34	交感神经活动维持的去传入性疼痛	352
病例 35	可能伴有损伤后应激性焦虑症的躯体病样疼痛障碍的临床表现	374

第一篇 疼痛的本质

第 1 章 疼痛的定义

疼痛是一种不愉快的经历，对于个体的刺激比其他任何经历都要强烈，它严重影响着全世界数以百万计人们的生活。1984年 Bonica^[1]指出，近1/3的发达国家人口在某种程度上受慢性疼痛的困扰，慢性疼痛相关的卫生保健、失业、生产力降低、伤残补助等给美国每年造成的损失估计高达600多亿美元；而今天看来这只是损失的一部分。Andersson^[2]等报道，55%的瑞典人曾经有3个多月的持续性疼痛，49%有6个月或者更长的持续性疼痛。90%慢性疼痛患者的疼痛出现在肌肉骨骼系统，其中13%患者的运动功能受到影响。

口颌面痛的临床治疗是全世界卫生保健人士关注的重要问题。专业人士可以有效地控制手术继发的急性疼痛，却不能有效地控制临床疼痛或者病理性疼痛。

多种原因造成了这种现状。手术疼痛病因明确，医生可以通过抑制伤害性神经冲动的传递或者采用让患者感觉不到疼痛的措施从而有效地解决疼痛。临床疼痛则复杂得多，病因不易确定。实际上，一些病例最初的病因甚至已经不存在。临床疼痛与手术疼痛的病因不同，而且发病机制尚不完全清楚，通常讲有明确病因的口颌面痛如牙痛的治疗比较容易，但是面对自发痛者或者没有明确病因时，医生就会感到困惑而束手无策。医生要想有效地控制临床疼痛，必须对产生这种不愉快情感经历有个基本理解。由于我们的基础知识不完整，比较难理

解其机制。本书旨在给读者奉献我们对于临床疼痛的最新认识，由于疼痛领域信息量激增，本书难以涵盖所有的新内容，作者希望读者在从本书中获得治疗口颌面痛病症信息的同时，还要不断了解最新研究的进展，从而更深入地了解这一复杂的问题。

本书目的：①提供大量关于疼痛表现的信息，让读者了解什么是疼痛以及如何治疗；②对口颌面痛的实用性分类；③为不同类型的口颌面痛提供实用的临床诊断标准；④为口颌面痛患者提供有效的治疗方法。

一、疼痛的普遍性

疼痛，特别是慢性疼痛，是影响健康的主要问题。根据布洛芬疼痛报道 (Nuprin Pain Report)^[3]，在1245份疼痛调查问卷中，被调查者在过去12个月中，27%有过牙痛，73%有过头痛；12%患者因为头痛到牙科医生处就诊。这个调查反映了口颌面痛在美国人口中的分布情况，表明控制头痛和颈部痛是非常迫切的任务。这项任务跨越学科界限，应该受到所有卫生保健工作者的关注。

疼痛作为一种临床症状，是一种不能被分享的经历，完全个性化，即使伤害性刺激相同，不同的人所感受的疼痛也不一样，所产生的反映程度也不一样，所以一个人不可能准确感知别人的痛苦。医生的任务就在于通过获取足够多的信息，了解患者

的疼痛感觉以及疼痛对于患者的意义,能否准确诊断和有效治疗依赖于医生对于疼痛机制和各种临床表现特征的认识程度。

二、牙科医师的责任

治疗口腔、面部和颈部等部位的疼痛是牙科医生的重要责任,医生必须辨别疼痛主要来源于牙齿、口腔、咀嚼肌,还是来源于其他部位的放射性疼痛。牙科医生必须成为疼痛诊断的专家,这样才可以确定哪些疼痛属于牙科范畴,可以用牙科的方法和技术来进行治疗,并且能够鉴别出那些虽然可能与口腔和咀嚼功能相关、但常规牙科治疗难以去除的疼痛。

牙科医生治疗源于口腔和颌面部的疼痛的责任是双重的。首先是诊断,确认哪些疼痛可以通过牙科治疗控制,因此,牙科医生应该具有确认疼痛是否来自于口腔或者咀嚼的知识。如果无法进行恰当诊断,牙科医生的责任就是将患者转到合适的医生处诊治。

牙科医生的第二项任务就是进行治疗。如果确定疼痛适用牙科治疗,接下来就是要进行治疗。在制定治疗计划时要决定是否需要其他专业医生会诊。如果治疗没有达到预期的效果,牙科医生要与同事一起分析治疗无效的原因。如果确认患者不适合于牙科治疗,就要介绍患者到合适的医生处就诊。

很多情况下,疼痛治疗需要跨学科合作,因此医生之间要有良好的合作关系。牙科医生要了解自己在治疗中的任务,既不要超越自己责任范围,也不应放弃自己应负的责任,要积极、自信、胜任,以合理、合作的态度进行牙科医生间或牙科医生与内科医生之间的多学科合作。

近年来牙科专业对于口颌面痛的兴趣逐渐增加,促进了一些大学有关口颌面痛的研究。新型的有治疗口颌面痛经验的临床牙科医生掌握药物治疗和牙科治疗的原则,其主要任务就是控制疼痛。现

在这个领域研究正处于令人兴奋的发展阶段。

三、疼痛概念的历史回顾

Merskey^[4]回顾了现代疼痛概念的历史背景:在古代,Homer认为疼痛是被神的箭射中的结果。外源性的伤害导致疼痛的感觉,会在某种程度上伴随终身。Aristotle首次将身体感觉划分为5种,认为疼痛是其他感觉经历的强化所导致的“心灵上的强烈痛苦”。Plato认为,疼痛和愉快都来自于人的身体内部,首次提出疼痛是一种情感体验而不仅仅是局部机体疾病的概念。

圣经中指出疼痛不仅仅与损伤和疾病有关系,而且与精神的苦恼有关系。在犹太语的圣经中,悲痛、悲哀和疼痛几个词可以相互替换^[5];这提示早期犹太人认为疼痛是焦虑的表现,可以导致悲痛、悲哀。然而,随着解剖和生理知识的增加,人们能区分躯体性疼痛和情绪性痛苦。

在19世纪,随着神经科学研究的发展产生了这样的概念,疼痛是由特殊的疼痛传导途径介导,不是过量刺激的特殊感觉。后来的研究发现并不存在专门介导疼痛的神经结构。然而,近年来的研究证实存在一些特异伤害性传导通路^[6]。Freud提出躯体症状可以起源于思想,疼痛症状的出现是化解情绪冲突的结果。

由此可以看出,疼痛的概念从古到今没有发生很大的改变。

四、疼痛概念的演化

医学词典中疼痛定义对于其传统理解进行了很好的概括:“特殊神经末梢受刺激而产生的局部不适、苦恼、痛苦,它作为一种保护机制可使受害者去除或者离开伤害源^[7]”。这个定义认为疼痛是伤害性刺激造成的局部感觉,疼痛由特殊的神经结构所传导,是一种对损伤的保护机制,通过恰当的逃避行为避开体外的伤害源从而避免伤害。但这种定义