



医护睿读

实用临床口腔诊疗 及护理

SHIYONG LINCHUANG KOUQIANG ZHENLIAO JI HULI

口腔是一门在科学理论指导下发展起来的学科，随着医疗技术、医疗器材的不断发展，新方法、新技术层出不穷。为了既能反映近年来口腔技术的成果，又能对读者的临床实践起到很好的指导作用，编者在查阅大量国内外资料的基础上，结合多年来的临床实践经验，编写了此书，以满足广大基层口腔医师的需求。本书对口腔临床医师有较好的参考和指导作用，适用于各级医院使用。

董艳丽 等 主编



上海交通大学出版社
SHANGHAI JIAO TONG UNIVERSITY PRESS

实用临床口腔诊疗及护理

董艳丽 等 主编

上海交通大学出版社

内容提要

口腔医学是一门在科学理论指导下发展起来的学科,随着医疗技术、医疗器材的不断发展,新方法、新技术层出不穷。在本书的组织编写过程中,为了既能反映近年来口腔技术的成果,又能对临床实践起到很好的指导作用,编者查阅了大量国内外资料,同时结合多年来的临床实践经验,以满足广大基层口腔医师的需求,解决一些临床治疗的实际问题。

本书对口腔临床医师有较好的参考和指导作用,适用于各级医院使用。

图书在版编目(CIP)数据

实用临床口腔诊疗及护理/董艳丽等主编. —上海:上海交通大学出版社,2014

ISBN 978 - 7 - 313 - 10926 - 2

I. ①实… II. ①董… III. ①口腔疾病—诊疗②口腔疾病—护理 IV. ①R78②R473.78

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 040972 号

实用临床口腔诊疗及护理

主 编:董艳丽 等

出版发行:上海交通大学出版社

邮政编码:200030

出 版 人:韩建民

印 制:常熟文化印刷有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

字 数:470 千字

版 次:2014 年 3 月第 1 版

书 号:ISBN 978 - 7 - 313 - 10926 - 2/R

定 价:45.00 元

地 址:上海市番禺路 951 号

电 话:021 - 64071208

经 销:全国新华书店

印 张:20.75

印 次:2014 年 3 月第 1 次印刷

版权所有 侵权必究

告读者:如发现本书有印装质量问题请与印刷厂质量科联系

联系电话:0512 - 52219025

实用临床口腔诊疗及护理

编委会名单

主 编

董艳丽 李 芳 郭海涛 杨 节 陈圆圆 娄毛毛

副主编(按姓氏笔画排序)

丁大志 丁成梅 王 旭 王 会 王明启 刘雪荣
吕 丽 闫晓会 李 娜 杜 波 罗 冲 张士水
张庆峰 张海鹏 张继萍 张晓培 贺敬才 高 娜

编 委(按姓氏笔画排序)

丁大志 丁成梅 王 旭 王 会 王明启 刘雪荣
吕 丽 闫晓会 李 芳 李 娜 杜 波 张士水
张庆峰 张海鹏 张继萍 张晓培 罗 冲 陈圆圆
杨 节 娄毛毛 贺敬才 郭海涛 高 娜 董艳丽

前 言

口腔医学是一门在科学理论指导下发展起来的学科。随着医疗技术、医疗器材的不断发展,新方法、新技术层出不穷。为了既能反映近年来口腔技术的成果,又能对临床实践起到很好的指导作用,编者在查阅大量国内外资料的基础上,结合多年来的临床实践经验,编写了本书,以满足广大基层口腔医师的需求,解决一些临床治疗的实际问题。

全书共分 20 章,分别对临床病历书写、常见各种疾病的诊断及治疗、口腔科常用药物、医学影像学检查等进行了详细叙述,对口腔护理进行了阐述,对口腔科感染控制进行了指导,对口腔科的一些辅助检查作了介绍,本书配有一些相应插图,以便读者阅读时参考。本书内容丰富,科学性、实用性、可操作性强。

因编写时间较紧及编者水平有限,书中存在的不足之处,恳请同行批评指正。

董艳丽

2014 年 3 月

目 录

第一章	绪论	1
第二章	口腔颌面部解剖生理	5
	第一节 概述 / 5	
	第二节 口腔 / 6	
	第三节 颌面部解剖形态 / 13	
第三章	口腔颌面部检查	21
	第一节 口腔颌面部常规检查 / 21	
	第二节 口腔颌面部特殊检查 / 25	
	第三节 其他检查方法 / 26	
第四章	病案记录	28
	第一节 病史 / 28	
	第二节 其他各种记录 / 31	
第五章	医学影像检查	36
	第一节 X线平片检查 / 36	
	第二节 体层摄影检查 / 40	
	第三节 普通造影检查 / 41	
	第四节 数字减影造影检查 / 45	
	第五节 CT扫描检查 / 46	
	第六节 B型超声检查 / 48	
	第七节 磁共振成像检查 / 48	

第六章 口腔科常用药物 50

- 第一节 防龋剂 / 50
- 第二节 窝洞消毒剂 / 52
- 第三节 根管消毒剂 / 53
- 第四节 根管清洗剂 / 55
- 第五节 根管充填剂 / 55
- 第六节 牙髓塑化液 / 56
- 第七节 牙髓失活剂 / 57
- 第八节 干髓剂 / 58
- 第九节 活髓保存剂 / 58
- 第十节 牙本质脱敏剂 / 59
- 第十一节 口腔黏膜用药 / 60
- 第十二节 牙周病用药 / 62
- 第十三节 口腔含漱剂 / 63
- 第十四节 离子导入药剂 / 64
- 第十五节 消毒液 / 64
- 第十六节 其他常用药剂 / 65
- 第十七节 口腔常用中药制剂 / 66

第七章 口腔局部麻醉与牙拔除术 68

- 第一节 口腔常用局部麻醉药物 / 68
- 第二节 口腔局部麻醉方法 / 69
- 第三节 局部麻醉的并发症和防治 / 71
- 第四节 拔牙的适应证和禁忌证 / 73
- 第五节 拔牙前准备 / 74
- 第六节 拔牙的基本步骤 / 75
- 第七节 阻生牙拔除术 / 76
- 第八节 牙根拔除术 / 77
- 第九节 拔牙术后常见并发症及防治 / 78

第八章 牙体牙髓病的诊治与护理 85

- 第一节 龋病的诊治与护理 / 85
- 第二节 四环素牙的诊治与护理 / 88
- 第三节 楔状缺损的诊治与护理 / 89
- 第四节 牙本质过敏症的诊治与护理 / 89
- 第五节 牙髓病和根尖周病的诊治与护理 / 90

第九章	牙龈、牙周病的诊治与护理	99
	第一节 牙龈病的诊治与护理 / 99	
	第二节 牙周炎的诊治与护理 / 107	
第十章	口腔黏膜常见病的诊治与护理	113
	第一节 口腔单纯性疱疹的诊治与护理 / 113	
	第二节 口腔念珠菌病的诊治与护理 / 115	
	第三节 复发性口腔溃疡的诊治与护理 / 118	
	第四节 天疱疮的诊治与护理 / 120	
	第五节 口腔白斑病的诊治与护理 / 122	
	第六节 口腔扁平苔藓的诊治与护理 / 124	
第十一章	颞下颌关节常见病的诊治与护理	127
	第一节 颞下颌关节紊乱病的诊治与护理 / 127	
	第二节 颞下颌关节脱位的诊治与护理 / 131	
	第三节 颞下颌关节强直的诊治与护理 / 133	
第十二章	口腔颌面部常见神经疾病的诊治与护理	137
	第一节 面神经麻痹的诊治与护理 / 137	
	第二节 面肌痉挛的诊治与护理 / 139	
	第三节 三叉神经痛的诊治与护理 / 140	
	第四节 舌咽神经痛的诊治与护理 / 143	
	第五节 蝶腭神经痛的诊治与护理 / 145	
	第六节 流涎症的诊治与护理 / 146	
	第七节 茎突过长综合征的诊治与护理 / 148	
第十三章	口腔颌面部常见肿瘤的诊治与护理	149
	第一节 口腔颌面部常见囊肿的诊治与护理 / 149	
	第二节 口腔颌面部良性肿瘤和瘤样病变的诊治与护理 / 156	
	第三节 口腔颌面部恶性肿瘤的诊治与护理 / 175	
第十四章	口腔颌面部炎症的诊治与护理	205
	第一节 下颌第三磨牙冠周炎的诊治与护理 / 205	
	第二节 口腔颌面部蜂窝织炎及脓肿的诊治与护理 / 206	
	第三节 颌骨骨髓炎的诊治与护理 / 210	
	第四节 面颈部淋巴结炎的诊治与护理 / 216	

- 第五节 颜面部疔痛的诊治与护理 / 218
- 第六节 口腔颌面部放线菌病的诊治与护理 / 219
- 第七节 口腔颌面部急性炎症常见全身并发症的诊治与护理 / 221

第十五章 口腔颌面部外伤的诊治与护理 223

- 第一节 口腔颌面部软组织外伤的诊治与护理 / 223
- 第二节 牙和牙槽骨损伤的诊治与护理 / 229
- 第三节 颌骨骨折的诊治与护理 / 231
- 第四节 颧骨、颧弓骨折的诊治与护理 / 237

第十六章 唾液腺常见疾病的诊治与护理 241

- 第一节 唾液腺炎症的诊治与护理 / 241
- 第二节 舍格伦综合症的诊治与护理 / 251
- 第三节 唾液腺黏液囊肿的诊治与护理 / 253
- 第四节 唾液腺肿瘤的诊治与护理 / 254

第十七章 全身系统疾病在口腔的表现 261

- 第一节 造血系统疾病 / 261
- 第二节 维生素缺乏症 / 264
- 第三节 内分泌及代谢疾病 / 266
- 第四节 传染性疾病 / 270
- 第五节 重金属及非金属中毒 / 271
- 第六节 皮肤黏膜淋巴结综合征 / 272

第十八章 计算机技术在口腔中的应用 275

- 第一节 口腔医学信息学的基本概念 / 275
- 第二节 口腔医学信息学的发展简史 / 276
- 第三节 口腔医学信息学形成的重要意义 / 277
- 第四节 与其他相关学科的关系 / 277
- 第五节 口腔医学信息学的口腔医学美学应用 / 279

第十九章 口腔科基本护理常规 286

- 第一节 门诊护理 / 286
- 第二节 门诊手术室护理 / 289
- 第三节 病房护理 / 291

第二十章	口腔消毒及灭菌	300
	第一节 口腔的医院感染控制 / 300	
	第二节 口腔各种清洗消毒流程 / 311	
	第三节 医务人员手卫生 / 311	
	第四节 医务人员自身防护 / 315	
	第五节 医务人员职业暴露防护措施应急预案 / 316	
参考文献		319

第一章 绪 论

口腔医学的特点之一,也是它有别于医学之处,就是它除与医学同具生物学的基础之外,还要求具备理工学的基础。它时时都在利用金属材料、高分子塑料、陶瓷等来进行牙体和牙列的修复。口腔医学是人体工学最前列的开拓学科。

我们可以对口腔医学作一次历史和进展的梳理。

一、口腔医学历史的发展

几乎自有文字以来,就有口腔疾病的记载。例如龋病,在我国最早的文字——殷墟甲骨文中,就有象形文字出现。我国古代最早的医学著作《内经》中记载有一则龋病的病例。在国外,用银汞合金补牙是 19 世纪的事,而我国,在唐代(公元 7~10 世纪)就开始用银汞合金补牙。至于口腔黏膜病,在我国古代医学著作中也有很多叙述,如黄帝《素问》中有“膀胱移热于小肠,鬲肠不便,上为口糜”。此外,也有口疮、茧唇、口苦等多种疾病的记载。

在欧洲,有一个“牙痛之神”的故事流传很久,直到现在还有她的彩色画像,并有多种名贵珍品。牙痛之神原名圣阿波罗(Saint ADollonia),是一位女基督教徒,公元 249 年殉道。她为了不改变信仰,被强迫拔掉全部牙齿,并被撕裂皮肤,最后被活活烧死。后人表示对她的尊崇就称其为“牙痛之神”。13 世纪在米兰发行有铸有阿波罗像的铜币,一手持牙钳。纪念阿波罗受难,是为了使所有的人从牙痛与头痛中解放出来,当然这只是人们良好的愿望。

在古代的医学著作中有不少关于口齿疾病及其治疗方法的记载。印度公元前 6 世纪妙闻(Susruta)的著作中列举了 65 种口齿疾病,并有关于拔牙的记载。古埃及文献中记载有用薄荷、乳香、没药、苕蓉等治疗牙痛。我国汉代张仲景(公元 196 年)所著《金匱要略》中记载用雄黄治疗龋齿,雄黄是硫化砷,这是世界上最早记载用砷剂治疗龋齿痛的方法。我国古代有关口齿疾病的大多数著作合并在医学著作之中,如隋代的巢氏病源总论,唐代的《外台秘要》和《千金方》,宋代的《圣惠方》和《圣济总录》,明代的《直指方》和《证治准绳》,清代的《图书集成》等。作为口齿方面的专著不多,张仲景所著的《口齿论》已佚失,唐代邵英俊著《口齿论》一卷,《排玉集》三卷亦均佚失。明代薛己著有《口齿类要》,但只是一本小册子,内容并不丰富。

15 世纪后半叶,欧洲文艺复兴,科学技术蓬勃发展,英才辈出。恩格斯说:“这是一个人类前所未有的最伟大的进步的革命”。在牙科医学方面最能反映当时成就的要首推法国人福夏尔(Pierre Fauchard, 1678—1761)。他是一个具有丰富医学知识的外科医生,而专门从事牙科医学。他积累了 20 多年的牙科治疗经验,于 1728 年完成了外科牙医学(Le Chirurgien den-tists)两卷巨著,内容包括了:牙体解剖生理及胚胎,口腔病理,以及甚为完备的临床病例。全书共 863 页,列举了 103 种牙病与口腔病,为口腔医学史上树立了一面里程碑。福夏尔的重大成就是由于 18 世纪正值科学的黄金时代。当时解剖学已很发达,关于头、颌、牙的解剖知识已很精确,工具器械有了很大的改进,药物学也有所发展,在这种科学和工业发达的基础上,牙病的治疗乃从外科医生之手转移到牙医之手。这在医学科学上是一次大的迈进。福夏尔另一重大贡献是把牙科医学从大外科中分化独立出来,成为一种独立的学科,并把从事这个专业的人称为牙外科医师(surgeon-dentist)。所以,在欧洲把他称作“近代牙科医学之父”。

19 世纪的牙科医学,有许多发明创作。牙科医师对麻醉学作出了重大贡献。1844 年牙科医生维耳斯(wells)用笑气麻醉拔牙;1846 年他的学生毛耳吞(Mor. ton)用乙醚麻醉拔牙,从此,笑气和乙醚被广泛应用到外科手术中。1905 年奴佛卡因(Novocain)问世,局部麻醉得到极大的发展,使拔牙全然无痛。1895 年伦琴发现 X 线,成为牙科医学时时不能离开的诊断方法。还应当特别提到 19 世纪两位贡献很大的美国牙科医师,一位是 w. D. Miller(1853—1907),他的大半生在德国 Koch 研究所进行口腔细菌学的研究,找出多种与龋齿有关的细菌,并且提出细菌发酵成酸导致龋齿发生的“化学细菌学说”,也就是酸源学说(acidogenic theory)。另一位是美国著名牙科医师 G. V. Black(1831—1915),他既是研究者,又是教育家,他创立了窝洞制备原则,把牙齿治疗方法提高到科学技术原理上,建立了牙体手术学科。

近代工业的发展给牙科医学的发展创造了条件。19 世纪英国机械工业发达,乃有脚踏机产生(1864 年),用来带动牙钻。20 世纪上半叶发展了电机,到 20 世纪下半叶,使牙科医学最为改观的要算是超速涡轮钻机了,它每分钟的转速在 30 万次以上,极大地提高了治疗效率,并减轻了患者磨牙时的痛苦。一个现代化的诊室,有符合人体工学的设备,有得心应手的器材,有集中冷光的照明,有超速涡轮牙钻和超声波洁牙机。这一切,全是半个世纪以来工业发达带来的实惠。

近代学院式的口腔医学教育始于 19 世纪。第一个牙科医学校是 1839 年美国巴尔迪摩牙医学院(Bal timore College of Dental Surgery),创办人是 Htayden 和 Harris,他们从医学院中独立出来时规模很小,第一期毕业生只有两个人。以后英、法、德、日相继成立牙科医学院校。我国 1917 年成立了华西协和医科大学牙医学院,现在成为华西医科大学口腔医学院;1934 年上海震旦大学内设立牙医学校,1952 年与上海牙医专科学校合并,成为如今的上海交通大学医学院口腔医学院;1935 年在南京中央大学内设立牙医专科学校,新中国成立后改为第四军医大学口腔医学院;1943 年北京大学医学院内设牙医学系,现成为北京大学医学部口腔医学院。早在这几个学校成立之前已经有些牙医专科学校或培训班,像 1911 年哈尔滨俄立牙医专科学校和 1914 年北平同仁医院牙医专科学校等,但均未能继续下来。20 世纪下半叶统计各国牙科医师人数与人口的比例,在北欧是 1:(600~

1 000),在美、日约为 1 : 2 000,而我国约为 1 : 5 万。这就肯定了我国口腔医学是短线学科,于是在各省均建立了口腔系,并在中级卫生学校中增招口腔医士班和技士班。

二、现代口腔医学的进展

现代口腔医学的成就,可以列举以下几点:

(1) 龋齿发病率有下降趋势。在工业发达国家,如北欧、美、日等,龋齿患病率曾一度达到极为猖獗的状态,目前已有下降趋势。这主要由于:①建立了健全的口腔医疗保健制度;②在儿童及人群中进行了口腔卫生教育;③多种方式使用氟化物防龋,包括氟化水源,牙膏含氟等。这是预防龋齿取得的重大成就。但是,在发展中国家,龋齿还有继续上升的趋势,其原因主要是糖消费量的增加和缺乏对牙齿进行有力的保护措施。因此要进行大面积防治牙病,促进口腔卫生健康。

(2) 保存天然牙齿。一个世纪以来,牙髓和根管治疗学不断发展,几乎能够保存患有各种牙髓及根尖炎症的牙齿,牙齿龋坏就要拔掉的时代已经过去了。超速涡轮牙钻能在数十秒内完成开髓和备洞工作,这是划时代的进展。牙髓生物学及病理学的发展,使医生能针对各个不同阶段的牙髓根尖病选择恰当的治疗方法,使大量龋坏牙得以保存,并恢复其功能和外观。细菌学和免疫学的研究,查明了牙周炎是由一些厌氧菌所引起的,因之有针对性地选择治疗药物,并用“缓释”法,保留在牙龈沟内使其达到一定的浓度,这样能够取得较好的效果。所以,第一是保存了牙体病的患牙,第二则是保存牙周病的患牙。

(3) 口腔颌面外科。口腔肿瘤、颞颌关节病、外伤、正颌外科等外科学近二三十年发展很快。在基础研究方面建立了多种口腔及涎腺癌的癌株,开展了分子生物学的研究;在临床方面,发展了肿瘤保存器官的手术并结合使用放疗、化疗、激光、微波等提高了治疗效率,减少了颌面部的伤残。还开展了显微外科血管吻合术和游离皮瓣的应用,以及人工种植体在软硬组织修复上的应用。由于牙、颌、面在解剖生理上是一个系统,任何颌面部的手术离不开颌关系的恢复与改善。所以颌面外科必须与口腔修复与正畸科密切合作,并且利用 X 线头影测量和术后面影预测等临床基础研究手段。没有颌学的充分知识,是不能很好地完成颌面外科手术。

(4) 修复学。牙齿缺失后的修复,虽然有较长的历史,但是获得一个符合解剖生理要求、质地优良而美观的修复体,也不过是半个多世纪以来的事。早在 20 世纪 30 年代之前,义齿的牙托还是用硫化橡皮制作的,既笨重而且颜色不佳。口腔修复学的发展主要是以生物力学和咀嚼生理学作为理论基础,以此理论对义齿进行合理的设计。再就是材料学的发展,要有性能良好的金属和高分子塑料,像目前使用的钴铬合金支架及卡环,丙烯酸树脂牙托,以及光固化树脂,修复前牙能使其色泽逼真。现在修复体的种类很多,几乎能适应各种情况的需要,包括嵌体、固定义齿、局部可摘义齿以及全口义齿等。近来正在研究种植义齿。修复学的发展使义齿能够“巧夺天工”,所以在今后很长的一个历史阶段,牙体牙列修复理论、材料和技术还会不断发展。只有当预防工作更高度发达,人们能够保留天然的牙体和牙列时,修复工作才会减少。

(5) 正畸学。19 世纪美国牙科医师 Kingsley(1829—1913)设计了腭裂阻塞器及牙间夹板,被认为是现代正畸学的创始人。19 世纪末至 20 世纪初,Angle 致力于错颌畸形

矫治的研究,最早使用方丝弓固定矫正器,发展了正畸学科,他的错殆畸形分类法一直沿用到现在。毛燮均教授(1901—1979)既是口腔教育学家又是正畸学家,他根据牙量与骨量比例失调,对错殆畸形所作的分类,被认为是具有科学基础而又有实际意义的分类法。目前,矫正牙齿主要采用方丝弓和 Begg 细丝技术,这种矫治器有高的效能,能使牙齿进行整体移动,并能克服矫治器支抗欠佳的缺点。正畸学不仅是大量错殆儿童所迫切需要的学科,而它又与有关学科合作,发展了外科正畸学,并开展对颞颌关节病和牙周病、颌面整复术前的正畸治疗等。

三、口腔医学发展的四个时代

人们对口腔医学的认识和态度,大致可分为四个时代。

(1) 远古以来,很长一个时期,对于牙病是处于无可奈何、放任不治的时代,这个时代的痕迹在当今不发达的地区还有残留。

(2) 第二是拔掉患牙代之以义齿修复的时代,这是口腔医学还不发达的时候所作的破坏天然器官的治疗。

(3) 第三个时代是保存治疗的时期,即尽力保存天然器官,不轻易拔牙。对龋齿、牙髓病和牙周病进行保留牙齿的治疗。

(4) 第四个时代是预防牙病使其根本不发生的时代。随着人们文化和经济水平的提高,充分认识牙、颌、颌面器官的重要性,真正做到“预防为主”,国家对预防牙病高度重视并给予指导和拨款。

着眼未来,着眼 21 世纪,积极主动地开展牙病预防工作,从我国实际出发,学习国外先进经验,遵循口腔科学的发展规律,加强医疗队伍与科研队伍的建设,争取经过不断努力,逐步赶上世界先进水平。

(董艳丽)

第二章

口腔颌面部解剖生理

第一节 概 述

一、口腔及颌面部的区域划分

上从发际,下至下颌骨下缘或达舌骨水平,两侧至下颌支后缘或颞骨乳突之间的区域通常称为颜面部。以经过眉间点、鼻下点的二水平线为界,可将颜面部进行3等分,即上1/3、中1/3和下1/3。颜面部的中1/3和下1/3两部分组成的区域称为颌面部(maxillofacial region),上1/3区域称为颅面部,即颌面部是以颌骨为主要骨性支撑所在的区域,而颅面部则是以颅骨(额骨)为主要骨性支撑所在的表面区域。现代口腔医学,尤其是口腔颌面外科学的发展已扩展到上至颅底、下至颈部的区域,但不涉及区内的眼、耳、鼻、咽等组织器官。颌面部为人体最显露、最具特征的部位,是人体形态美与表情最重要的形体表达区域,也是与眼科、耳鼻咽喉科、头颈外科等相交叉的部位。

口腔(oral cavity)位于颌面部区域内,是指由牙、颌骨及唇、颊、腭、舌、口底、唾液腺等组织器官组成的功能性器官。口腔为上消化道的起端,其内牙的主要功能为咀嚼食物,唇的主要功能为吮吸,舌的主要功能为运送食物及辅助食物吞咽,唾液腺的功能则通过分泌的大量涎液,在口腔内混合成唾液,润滑口腔黏膜和食物,并通过其中的淀粉酶对食物进行初步糖化作用。进食时,舌、颊、唇协调运动,将食物与唾液充分拌匀,送入上下牙间便于牙咀嚼,把食物研细、拌匀以利于吞咽。舌体上有多种感受器,其中味觉感受器用于辨别食物的味,可感受酸、甜、苦、辣、麻等味觉,其他感受器可分辨冷热、机械刺激等。唇、舌、牙、腭的协调运动,对完成发音和提高语音的清晰度起到很大作用;鼻腔堵塞时,可通过口腔经咽喉进行呼吸。

口腔颌面部(oral and maxillofacial region)即口腔与颌面部的统称。口腔颌面部的组织器官具有摄食、咀嚼、感受味觉、吞咽、表情及辅助语言和呼吸等功能。口腔的解剖区域可分为口腔前庭部、牙及牙槽骨部、舌部、腭部及口底部等。颌面部的解剖区域可分为额部、眼眶部、眶下部、颧部、鼻部、口唇部、颞部、颊部、腮腺咬肌部、耳部、颞部、颞下部、下颌

下部。

临床上,常将颌面部分为面上、面中、面下三部分。其划分以两眉弓中间联线为第一横线,以口裂平行线为第二横线。额部发际与第一横线间的区域,称为面上部;第一和第二横线间的区域,称为面中部;第二横线与舌骨平行线间的区域,称为面下部。口腔颌面部的病变多发生于面中部及面下部。

二、口腔颌面部的解剖特点及其临床意义

口腔颌面部部位的特殊性及解剖特点赋予其特别的临床意义:①位置显露。口腔颌面部位置外露,容易遭受外伤是其缺点,但罹患疾病后,容易早期发现,获得及时治疗则是其优点。②血供丰富。口腔颌面部血管丰富,使其组织器官具有较强的抗感染能力,外伤或手术后伤口愈合也较快,但是因其血供丰富,组织疏松,受伤后出血较多,局部组织肿胀较明显。解剖结构复杂。口腔颌面部解剖结构复杂,有面神经、三叉神经、唾液腺及其导管等组织器官,这些组织器官损伤后则可能导致面瘫、麻木及涎瘘等并发症的发生。③自然皮肤皮纹。颌面部皮肤向不同方向形成自然的皮肤皱纹,简称皮纹。皮纹的方向随年龄增加而有所变化。颌面部手术切口设计应沿皮纹方向,并选择较隐蔽的区域作切口,如此伤口愈合后瘢痕相对不明显。④颌面部疾患影响形态及功能。口腔颌面部常因先天性或后天性的疾患,如唇、腭裂或烧伤后瘢痕,导致颌面部形态异常,乃至颜面畸形和功能障碍。⑤疾患易波及毗邻部位。口腔颌面部与颅脑及咽喉毗邻,当发生炎症、外伤、肿瘤等疾患时,容易波及颅内和咽喉部,以及相邻的眼、耳、鼻器官。

第二节 口 腔

一、口腔的表面形态

在口腔内,上、下牙列及支撑牙的牙槽骨、附着于牙槽突及牙根表面的牙龈组织将口腔分为口腔前庭(vestibule of mouth)和固有口腔(proper cavity of mouth)两部分。口腔前庭由牙列、牙槽骨及牙龈与其外侧的唇、颊组织器官构成,因此唇、颊器官的表面形态即为口腔前庭的表面形态。固有口腔由牙列、牙槽骨及牙龈与其内侧的口腔内部组织器官舌、腭、口底等构成,因此牙及牙列、牙槽骨及牙龈、舌、腭、口底等组织器官的表面形态即为固有口腔的表面形态。

(一) 口腔前庭及其外表形态

1. 口腔前庭 位于唇、颊与牙列、牙龈及牙槽黏膜之间的蹄铁形的潜在腔隙。当殆处于息止颌位时,口腔前庭经殆间隙与内侧的固有口腔交通;而在正中殆位时,口腔前庭主要在其后部经翼下颌皱襞及最后磨牙远中面之间的空隙与固有口腔相通。

2. 外表形态 口腔前庭区域具有临床意义的体表学解剖外形标志有前庭沟、唇系带、颊系带、腮腺导管口等。

(1) 口腔前庭沟:又称唇颊龈沟,呈蹄铁形,为口腔前庭的上、下界,为唇、颊黏膜移行于牙槽黏膜的沟槽。前庭沟黏膜下组织松软,是口腔局部麻醉常用的穿刺及手术切口

部位。

(2) 上、下唇系带:为前庭沟中线上扇形或线形的黏膜小皱襞。上唇系带一般较下唇系带明显。制作义齿时,基托边缘应注意此关系。儿童的上唇系带较为宽大,并可能与切牙乳头直接相连。随着儿童年龄的增长,唇系带也逐渐缩小,如果持续存在,则上颌中切牙间隙不能自行消失,影响上颌恒中切牙的排列而需要手术治疗。

(3) 颊系带:为口腔前庭沟相当于上、下尖牙或前磨牙区的扁形黏膜皱襞,其数目不定。一般上颊系带较明显,义齿基托边缘应注意此关系。

(4) 腮腺导管口:腮腺导管开口于平对上颌第二磨牙牙冠的颊黏膜上,呈乳头状突起。挤压腮腺区可见唾液经此口流入口腔内。行腮腺造影或腮腺导管内注射治疗时,须经此口注入造影剂或药液。

(5) 磨牙后区:由磨牙后三角及磨牙后垫组成。其中,磨牙后三角位于下颌第三磨牙的后方。磨牙后垫为覆盖于磨牙后三角表面的软组织,下颌第三磨牙冠周炎时,磨牙后垫常显红肿。

(6) 翼下颌皱襞:为伸延于上颌结节后内方与磨牙后垫后方之间的黏膜皱襞,其深面为翼下颌韧带。该皱襞是下牙槽神经阻滞麻醉的重要标志,也是翼下颌间隙及咽旁间隙口内切口的标志。

(7) 颊脂垫尖:大张口时,平对上、下颌后牙殆面的颊黏膜上有一三角形隆起,称为颊脂垫。其尖称颊脂垫尖,为下牙槽神经阻滞麻醉进针点的重要标志。颊脂垫尖的位置有时不恒定,该尖可偏上或偏下,甚或远离翼下颌皱襞,因此麻醉穿刺点应根据情况作相应的调整。

(二) 固有口腔及其外表形态

固有口腔是口腔的主要部分,其范围上为硬腭和软腭,下为舌和口底,前界和两侧界为上、下牙弓,后界为咽门。牙及牙列、牙槽骨及牙龈、舌、腭、口底等组织器官的表面形态构成固有口腔的外表形态。

固有口腔的外表形态主要为牙冠、腭、舌及口底的外形。

(1) 牙冠、牙列或牙弓:在固有口腔内只能见到牙的牙冠部位。不同部位及功能的牙有不同的牙冠表面形态,根据部位可分为前牙、后牙;根据功能及形态可分为切牙、尖牙、前磨牙和磨牙。上、下颌牙分别在上、下颌牙槽骨上排列成连续的弓形,构成上、下牙弓或牙列。牙冠的外表形态除构成牙冠的五面外,还有沟、窝、点隙等标志。

① 唇面(labial surface)或颊面(buccal surface)。前牙靠近唇黏膜的一面称唇面,后牙靠近颊黏膜的一面称颊面。

② 舌面(lingual surface)或腭面(palatal surface)。前牙或后牙靠近舌侧的一面均称舌面,上颌牙的舌面接近腭,故亦称腭面。

③ 近中面(mesial surface)与远中面(distal surface)。面向中线的牙面称近中面,背向中线的称远中面,每个牙均有一个近中面和一个远中面。近、远中面统称为邻接面。

④ 殆面(occlusal surface)。上下颌牙相对而发生咀嚼作用的一面称为殆面。前牙无殆面,但有较狭窄的嵴,称为切嵴。

⑤ 牙尖(dental cusp)。牙冠上突出成尖的部分称牙尖。