

LIN CHUANG KOU QIANG BING XUE

临床口腔病学

主编 张 丽 杨 伟 朱洪民 李志鹏 吕桂梅



天津科学技术出版社

临床口腔病学

主编 张 丽 杨 伟 朱洪民
李志鹏 吕桂梅

出版(社) 中国医药出版社

地址: 北京市东城区东直门内大街165号

图书在版编目(CIP)数据

临床口腔病学/张丽等主编. —天津:天津科学技术出版社,2011.7
ISBN 978-7-5308-6474-6

I. ①临… II. ①张… 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(2011)第 144779 号

责任编辑:郑东红

责任印制:兰 毅

天津科学技术出版社出版

出版人:蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022)23332695(编辑室) 23332393(发行部)

网址:www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 15 字数 350 000

2011 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

定价:48.00 元

主 编 张 丽 杨 伟 朱洪民 李志鹏 吕桂梅

副主编 (以姓氏笔画为序)

刘 虎 朱月松 张衍蓉 郭玉苏 蒋 昕

编 委 (以姓氏笔画为序)

王红坡 河南新乡医学院第一附属医院

刘 虎 山东省兖州市口腔医院

朱洪民 山东省平邑县人民医院

朱月松 山东省泰安市口腔医院

吕桂梅 河南省确山县人民医院

张 丽 山东省威海市文登中心医院

张衍蓉 山东省兖州市口腔医院

杨 伟 山东省平邑县人民医院

杨卫华 河南省濮阳市人民医院

李志鹏 河北省迁安市口腔医院

郭玉苏 海南医学院口腔医学院

蒋 昕 河南省新乡市中心医院

前 言

随着相关医学、生命科学和现代高科技的发展,口腔科学的基础与临床研究发展迅速。为满足当前口腔科学医疗、教学第一线人员的需要,适应当前口腔科学发展的形势,我们组织了全国各地工作在临床、教学第一线,具有丰富临床和教学经验的专家、学者,在广泛参考国内外最新文献资料基础上,结合各自的经验和业务专长编写了《临床口腔病学》,供从事口腔科的工作者和与此有关的医务人员学习、参考。

本书共分 15 章,内容包括口腔科常见疾病的诊断与治疗。编写宗旨是坚持面向临床,注重实用,奉行理论与实践、普及与提高相结合的原则,以临床常见病、多发病为出发点,以诊断和治疗为中心,对临床上经常遇到的疑难问题和重要治疗手术与方法等均进行了系统的阐述。

本书编写过程中,得到了多位专家的大力支持和帮助,在此表示衷心感谢。由于我们水平所限,加之时间仓促,书中难免有不妥之处,敬请各位读者批评指正。

张 丽

2011 年 4 月

目 录

第一章 口腔颌面部的应用解剖及生理	1
第一节 口腔的应用解剖及生理	1
第二节 颌面部的应用解剖及生理	5
第二章 口腔颌面部检查	10
第一节 口腔颌面部常规检查	10
第二节 口腔颌面部特殊检查	13
第三节 口腔颌面部影像学检查	14
第三章 牙体牙髓病	18
第一节 龋病	18
第二节 四环素牙	29
第三节 楔状缺损	31
第四节 牙本质过敏症	31
第五节 牙隐裂	32
第六节 牙髓病	33
第七节 根尖周病	41
第四章 牙周疾病	45
第一节 牙龈病	45
第二节 牙周炎	52
第五章 口腔黏膜病	61
第一节 复发性阿弗他溃疡	61
第二节 口腔单纯性疱疹	63
第三节 口腔念珠菌病	67
第四节 球菌性口炎	70
第五节 坏疽性口炎	71
第六节 药物过敏性口炎	71
第七节 过敏性接触性口炎	73
第八节 白塞病	74
第六章 口腔局部麻醉与拔牙术	77
第一节 口腔局部麻醉	77
第二节 牙拔除术	80
第七章 口腔颌面部感染	82
第一节 智齿冠周炎	82

第二节	口腔颌面部间隙感染	84
第三节	颌骨骨髓炎	86
第四节	婴幼儿化脓性淋巴结炎	88
第五节	面部疖痈	89
第六节	化脓性涎腺炎	90
第八章	口腔颌面部损伤	92
第一节	概论	92
第二节	口腔颌面部软组织损伤	95
第三节	牙和牙槽骨损伤	98
第四节	颌骨骨折	99
第五节	颧骨及颧弓骨折	101
第九章	颞下颌关节疾病	103
第一节	颞下颌关节紊乱病	103
第二节	颞下颌关节脱位	107
第三节	颞下颌关节感染性关节炎	108
第四节	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	109
第十章	唾液腺常见疾病	112
第一节	唾液腺炎症	112
第二节	舍格伦综合征	121
第三节	唾液腺黏液囊肿	122
第四节	唾液腺肿瘤	124
第十一章	口腔颌面部肿瘤	127
第一节	口腔颌面部囊肿	127
第二节	良性肿瘤和瘤样病变	129
第三节	恶性肿瘤	132
第十二章	颌面部神经疾患	140
第一节	三叉神经痛	140
第二节	面神经麻痹	149
第三节	面肌痉挛	152
第四节	舌咽神经痛	155
第十三章	先天性唇裂和腭裂	158
第十四章	牙列缺损的修复	163
第一节	概述	163
第二节	牙列缺损的治疗	164
第十五章	错殆面畸形	178
第一节	错殆畸形的病因	178
第二节	错殆畸形的形成机制	184
第三节	错殆畸形的临床表现及分类	185

第四节	错殆畸形的检查和诊断	190
第五节	错殆畸形的早期预防和阻断矫治	207
第六节	牙列拥挤	213
第七节	牙列稀疏	215
第八节	前牙反殆	217
第九节	前牙深覆盖	222
第十节	深覆殆	224
第十一节	开殆	226

第一章 口腔颌面部的应用解剖及生理

第一节 口腔的应用解剖及生理

口腔是消化管的开始部分,具有重要的生理意义,为摄取、咀嚼、吞咽食物及辅助发音的器官。口腔前壁为唇,经口裂通向外界;后经咽门与咽部相延续,两侧为颊;上下二壁分别由腭和舌下区组成。当闭口时,由上下牙列、牙龈及牙槽骨弓将口腔分为两部,前外侧部称口腔前庭;后内侧部为固有口腔。

一、口腔前庭

口腔前庭(oral vestibule)是唇、颊与牙列、牙龈及牙槽骨弓之间的潜在腔隙。由唇颊移行至牙槽的黏膜穹隆部,称为前庭沟或唇沟、颊沟。口内脓肿多在此切开引流;亦为拔牙的局麻部位。与上颌第二磨牙相对的颊黏膜上的突起肉阜为腮腺导管开口处。当上下牙咬合时,口腔前庭可借第三磨牙后方与固有口腔相通。牙关紧闭或颌间固定的病人可经此通道输入营养物质。

(一)唇 为口腔的前壁,以口裂与外界相通。口裂上方部为上唇,下方部为下唇。唇的外面被以皮肤,内面衬以黏膜,皮肤部与黏膜部之间有较厚的肌层(主要为口轮匝肌),肌层与皮肤之间为浅筋膜层,较疏松,故口唇感染时常出现明显水肿。肌层与黏膜层之间为黏膜下层,其间含有多数黏液腺(小唾液腺之一,导管开口于黏膜表面),腺管阻塞时,可发生黏液囊肿。

(二)颊 颊位于面部两侧,为口腔前庭的外侧部。上界为颧骨下缘,下界为下颌骨下缘,前为唇面沟,后以咬肌前缘为界。

1. 层次

(1)皮肤。

(2)皮下组织:在皮下组织中有腮腺导管、面神经和三叉神经的分支、颌外动脉及面前静脉通过。在颊肌表面和颊肌、咬肌之间,有一团由菲薄筋膜包被的脂肪球,称颊脂垫。

(3)颊筋膜:覆盖于颊肌表面,向后被覆于咽肌表面者称咽筋膜,此筋膜在颊咽肌间增厚,形成翼下颌韧带。

(4)颊肌:腮腺导管穿过此肌。

(5)黏膜下层:含有黏液腺。

(6)黏膜:上颌第二磨牙颊尖对应的颊黏膜处有腮腺导管口。在口角后方的颊黏膜咬合线区,有时可见成簇的粟粒状淡黄色异位的皮脂腺。

2. 颊的血管、淋巴管及神经 颊部的血液供应主要来自颌外动脉、眶下动脉和面横动脉。静脉血主要回流至面前静脉。淋巴管注入下颌下淋巴结。感觉由三叉神经上颌支和

下颌支配。运动则由面神经管理。

二、固有口腔

固有口腔(oral cavity proper)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。

(一)腭 为固有口腔的顶盖,又称口盖。由硬腭和软腭形成口腔的上界和后界并借之与鼻腔和鼻咽部分隔开。腭分为前 2/3 的硬腭及后 1/3 的软腭两部分。硬腭被牙弓围绕呈穹窿状,覆盖以致密的黏骨膜,在两中切间后方的突起称切牙孔乳头,其下为切牙孔,是鼻腭神经阻滞麻醉进针的标志。在硬腭后缘前约 0.5cm 及从腭中缝至第二磨牙腭侧缘的外中 1/3 交界处,左右各有一孔称腭大孔,有腭前神经血管通过,向前分布于尖牙腭侧以后的黏膜骨膜和牙龈。腭大孔为阻滞麻醉的常用部位。软腭前与硬腭相连,后为游离缘,其中份有一小舌样物体,称为腭垂。软腭两侧向下外方形成 2 个弓形黏膜皱襞,在前外方者称为腭舌弓,在稍后内方者称为腭咽弓,两弓之间容纳扁桃体。

(二)舌 分上、下两面及两面间的肌层。舌肌分舌内肌和舌外肌两部分。舌内肌收缩时改变舌的形态。舌外肌分别起自下颌骨、舌骨、茎突及软腭而止于舌,收缩时变换舌的位置。舌内、外肌协同收缩,使舌能进行复杂而又灵活的运动。在全身深度麻醉或昏迷时,舌部诸肌均松弛,因而舌向后缩,以致压迫会厌,阻塞喉部,造成窒息。因此,须将患者下颌推向前方或将舌牵出。

舌的血管、淋巴管及神经:舌的血液供应来自舌动脉,舌后 1/3 尚有咽升动脉的分支。舌的静脉有舌动脉的伴行静脉和舌下神经的伴行静脉,二者注入舌静脉。舌的淋巴管极为丰富,最终汇入颈深上淋巴结,且愈靠近舌尖的淋巴管,其注入颈深上淋巴结所在的部位愈低;愈靠近舌根部的淋巴结,其注入颈深上淋巴结所在的部位愈高。因舌的淋巴管丰富,且引流广泛,血运充足,加之舌的运动频繁,所以发生舌癌时容易转移。

舌的一般感觉和味觉:舌前 2/3 的一般感觉由舌神经支配,味觉由参与舌神经的鼓索味觉纤维所支配;舌后 1/3 的一般感觉及味觉由舌咽神经所支配,但舌后 1/3 的中部则由迷走神经支配。舌后 1/3 的黏膜感觉较敏感,在检查咽部用压舌板时,应压于舌体部。舌的运动神经为舌下神经。

(三)口底 是指舌腹以下和两侧下颌骨体之间的口腔底部。舌腹黏膜薄而平滑,在正中线上形成舌系带,当舌向上翘起时清晰可见。舌系带过短或附着过前时,常造成吸吮、咀嚼及言语障碍,需行手术治疗。舌系带活动性很大,为义齿边缘的抗力区,义齿基托边缘应做切迹,以利舌的活动和义齿固位。舌系带两侧的口底黏膜上,各有一乳头状突起,为舌下肉阜,是颌下腺导管的开口。舌下肉阜两侧各有一条向后外斜行的舌下皱襞,是舌下腺的多个小导管口。两个腺体分泌的唾液经此流入口腔。

三、牙齿及牙周组织

(一)牙齿 牙齿位于上、下颌骨的牙槽内,有咀嚼和发音等功能。人的一生有乳牙和恒牙两副牙齿,乳牙 20 个,恒牙 28~32 个。

1. 牙齿的形态 牙齿从外观上可分为牙冠和牙根两部分,牙冠与牙根交界处称牙颈。

(1)牙冠:由牙釉质覆盖的牙体部分称牙冠。牙体暴露于口腔的部分称为临床牙冠,

牙冠与牙根以龈缘为界。

(2) 牙根: 由牙骨质覆盖的牙体部分称牙根。前牙用以切割和撕裂食物, 功能简单, 故为单根。前磨牙用以捣碎食物, 功能较为复杂, 为 1~2 根。磨牙用以磨细食物, 承担的咀嚼力大, 多为 2~3 根。

(3) 牙颈: 牙冠与牙根的交界部分称为牙颈, 牙冠与牙根相交呈现的一条弧形曲线称为颈线。

2. 牙齿组织结构 从牙齿的纵剖面观由牙釉质、牙本质、牙骨质 3 种钙化的硬组织和牙髓软组织组成。

(1) 牙釉质: 位于牙冠表面, 呈乳白色, 有光泽, 其钙化程度最高, 是最坚硬的部分。对牙本质和牙髓起到很好的保护作用。

(2) 牙骨质: 牙骨质是覆盖在牙根表面的淡黄色硬组织。牙骨质借牙周膜将牙齿固定在牙槽窝中。

(3) 牙本质: 是构成牙齿的主体, 位于牙釉质与牙骨质的内层, 色淡黄, 含无机盐 70%, 不如牙釉质坚硬, 内层有一容纳牙髓的空腔为牙髓腔。牙本质内有无数的牙本质小管, 小管内有造牙本质细胞伸出的细胞突起, 借以进行牙齿硬组织的营养代谢, 牙本质内有牙髓神经的末梢, 当牙本质暴露时, 能感受外界刺激产生酸疼反应。

(4) 牙髓: 是位于髓腔的疏松结缔组织, 其中有血管、神经、淋巴管、成纤维细胞与成牙本质细胞, 主要功能是营养牙体组织, 并有形成继发牙本质的修复功能。牙髓内神经纤维丰富, 对刺激敏感但无定位功能。

3. 乳牙和恒牙

(1) 乳牙: 乳牙是儿童时期的咀嚼器官, 它对于颌系统的生长、发育及健康均有密切的关系, 而且乳牙又是引导恒牙在正常位置萌出的一个条件。乳牙共 20 颗, 左右对称, 分为上、下乳中切牙, 乳侧切牙, 乳尖牙, 第一乳磨牙, 第二乳磨牙。

乳牙的牙体形态特点如下:

① 乳牙外形与同名恒牙相似, 但体积较小, 牙冠短而宽。

② 乳牙牙冠色白, 恒牙牙冠色微黄。

③ 乳牙颈嵴突出, 外形高点明显。近颈 1/3 处缩窄, 颈线弯曲度小于恒牙。

④ 冠根分界清晰, 牙根明显变细。乳前牙因根方有恒牙胚, 自根中 1/3 到根尖略向唇侧弯曲, 根长与冠长之比大于恒切牙; 乳磨牙根干短, 根分叉度大。

⑤ 上颌乳尖牙牙尖偏远中, 而上颌恒尖牙牙尖偏近中。

⑥ 乳磨牙是第二乳磨牙大于第一乳磨牙, 恒磨牙则是第一磨牙 > 第二磨牙 > 第三磨牙。

乳牙的髓腔特点: 乳磨牙髓腔大, 髓角高; 因根干短, 根分叉接近牙冠颈部。

乳牙的生理特点及应用解剖:

① 乳牙龋应早期治疗, 不应轻易拔除, 保持完整的乳牙列。

② 应拔除滞留的乳牙, 以免影响恒牙的正常萌出。

③ 乳前牙牙根舌侧有恒前牙胚, 乳磨牙根分叉下方有恒前磨牙胚, 治疗时避免伤及恒牙胚。

④由于乳牙髓腔大,髓角高,制备洞形时,防止穿髓。

(2)恒牙:是继乳牙脱落后第二副牙列,如无疾患或意外损伤,一般不脱落,恒牙共28~32个,恒牙的萌出从第一恒磨牙开始,6岁左右在第二乳磨牙的远中萌出,不替换任何乳牙,接着萌出下中切牙替换乳中切牙,然后乳牙逐个被恒牙替换,直到13岁左右乳牙替换完毕。恒牙的萌出时间大致可归纳如表1-1。

表1-1 恒牙萌出时间与顺序

牙位	萌出时间(岁)	
	上颌	下颌
第一磨牙	5~7	5~7
中切牙	7~8	6~7
侧切牙	8~10	7~8
尖牙	11~13	10~12
第一双尖牙	10~12	10~12
第二双尖牙	11~13	11~13
第二磨牙	12~14	11~14
第三磨牙	17~26	17~26

左右侧同名牙萌出的时间相当,下颌牙的萌出早于上颌牙,第三磨牙萌出较迟,大约在18~25岁,也有的人部分萌出或完全不萌出。

(3)临床牙位记录:临床上为便于记录,用“十”将上下颌牙弓分为4个区,横线以上为上颌,横线以下为下颌。竖线为中线,两侧分别为左、右。用罗马数字I~V代表乳牙,用阿拉伯数字1~8代表恒牙。如左上第一乳磨牙为记IV,右下第二双尖牙记为5 $\bar{1}$ 。另一种方法是以“ $\frac{A}{C} \mid \frac{B}{D}$ ”代表4个区,因此IV可简写为IVB,5 $\bar{1}$ 可简写成5C,其他牙齿依次类推。

(4)牙列与咬合:上下颌牙齿分别在上下颌骨牙槽突上排列成弓形,称为牙弓或牙列。咬合是指下颌在运动状态下,上下颌牙齿的接触关系。正中殆位是上下颌牙最广泛密切的接触关系,即牙尖嵌合殆。临床上,牙列和咬合关系的变化是颌骨骨折诊断和治疗的重要参考。

4. 牙的功能 牙齿的主要功能是咀嚼食物,另外与发音、语言、面部的协调美观有着密切的关系。

(1)咀嚼功能:进食时,食物要经过切牙的切割、尖牙的撕裂、前磨牙的捣碎、磨牙的研磨等一系列机械加工过程,在这个过程中食物与唾液混合,唾液中的酶对食物起部分消化作用;同时这种生理刺激可以增进牙周组织的健康,促进颌骨的发育。

(2)发音和语言功能:牙、唇、舌与发音和语言功能关系密切,特别是前牙的存在、位置正常与否直接影响发音的准确度。

(3)保持面部的协调美观:牙及牙槽骨可以起到支撑面部软组织的作用,而使唇颊部丰满,肌张力协调,表情自然,形态正常,达到一种和谐的美。

(二)牙周组织 牙周组织包括牙龈、牙周膜及牙槽骨。有固定、支持和营养牙齿的作用。

1. 牙龈 牙龈是包围和覆盖在牙颈部和牙槽嵴的口腔黏膜,分为游离龈、附着龈和

牙间乳头三部分。

(1)游离龈:是指牙龈边缘不与牙面附着的部分。与牙面之间的狭小空隙称为龈沟,其深度约0.5~2mm。如龈沟过深则为牙周病。

(2)附着龈:在游离龈的根方,紧密附着于牙槽嵴表面。它与游离龈相接处有一浅的凹沟称为游离龈沟。附着龈表面有橘皮状凹陷的小点称为点彩,在炎症水肿时,表面点彩消失而变为光亮。牙龈上皮附着在牙齿表面的部分,从龈沟底开始,向根尖方向紧密地附着于釉质或牙骨质表面的结构称为结合上皮。在牙周洁治或制作修复体时,不应损伤结合上皮,以免破坏上皮与牙齿的附着关系。

(3)牙间乳头和龈谷:牙龈呈锥体状充填于邻近两牙的牙间隙部分称牙间乳头。在后牙颊舌(腭)乳头顶端位置高,在邻面中央凹陷,像山谷,故称龈谷。炎症或食物嵌塞时,龈乳头可肿胀、破坏或消失。

(4)牙龈的血管、淋巴管和神经支配:牙龈的血液供应主要来自牙槽动脉的分支。牙龈含丰富的淋巴管,汇合后进入颌下和颌下淋巴结。牙龈有丰富的神经,在上颌来自上牙槽和腭前神经,在下颌来自下牙槽神经和舌神经。

2. 牙周膜 是介于牙槽骨和牙根之间的结缔组织,主要为胶原纤维、呈束状排列,其两端埋入牙槽骨和牙骨质中,使牙齿稳固在牙槽窝内。

3. 牙槽骨 颌骨包埋牙根的突出部分,又称牙槽突,是支持牙齿的重要组织。

(张丽)

第二节 颌面部的应用解剖及生理

口腔颌面部位于头颅下前方,是机体的主要显露部分,由颌骨、颞下颌关节、涎腺及周围的软组织构成。有咀嚼、消化、吞咽、呼吸、言语、表情等功能。

一、颌骨

(一)上颌骨(maxilla) 上颌骨为颜面部中1/3最大的骨,左右各一,互相对称,它与邻骨连接,参与眼眶底、口腔顶、鼻腔底及侧壁、颞下窝和翼腭窝前壁、翼上颌裂及眶下裂的构成。形状不规则,由一体(上颌骨体)及四突(额突、颧突、牙槽突、腭突)所组成(图1-1)。

上颌体:分为前、上、后、内四面,上颌体内有上颌窦。

(1)前面(脸面):上界为眶下缘,内界鼻切迹,下方移行于牙槽突,在眶下缘中分下方约0.5cm处开口向内下的骨孔称眶下孔,有眶下神经、血管通过。其体表投影在鼻尖至眼外眦连线的中点处。眶下孔的下方,尖牙与前磨牙的上方骨面有一深窝为尖牙窝,此处骨质菲薄,常由此开窗进入上颌窦实施手术,上前牙根端感染也常向此处蔓延。

(2)后面:又称颞下面,其后面略近中央处有粗糙的隆起,称上颌结节,上牙槽神经阻滞麻醉时,药液即注入此处。

(3)上面:又称眶面,平滑成三角形,构成眶下壁之大部。

(4)内侧面:为鼻面,组成鼻腔外侧壁的一部分,在中上部为上颌窦裂孔。

上颌体是上颌骨的主体,分为四壁一腔。上颌体内的空腔为上颌窦,呈底向鼻面,尖

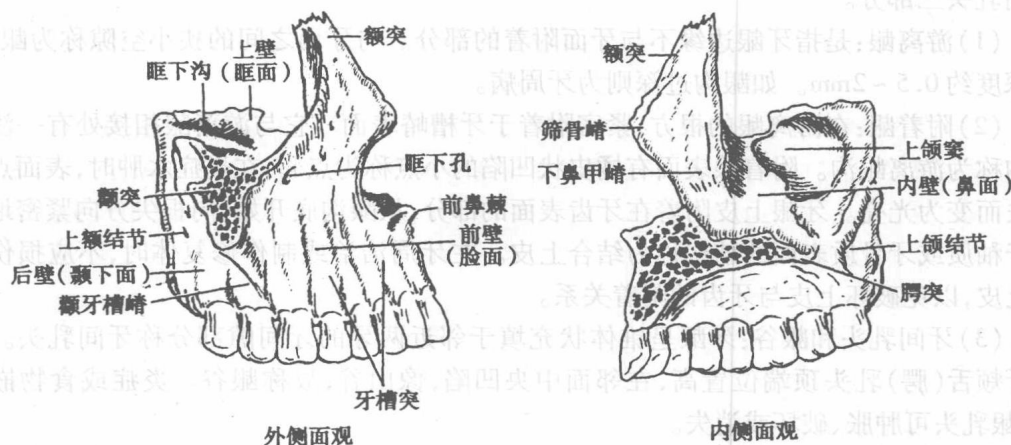


图 1-1 上颌骨

向颧突的棱锥状,周壁骨质菲薄,内衬黏膜,上颌窦的下壁与上颌双尖牙和磨牙的根尖很近,有的仅隔以薄骨板或黏膜,上述牙齿的根尖感染很容易侵入上颌窦内引起牙源性上颌窦炎,拔除上述牙齿应注意避免将牙根推入上颌窦内。

上颌骨为内腔宽大的拱形结构,具有相当支持力,轻微的外力可通过颌骨传导分散,但是上颌骨与邻骨连接复杂,与额、筛、鼻、泪、犁、颧、腭等骨间以骨缝相衔接又构成结构上的薄弱环节,一旦遭受较大暴力,常易造成上颌骨与邻骨的骨折,甚至累及颅脑。

上颌骨由上颌神经分布,血液供应主要来自颌内动脉的分支并且相互吻合,血运极为丰富,加之上颌骨质疏松,周围亦无强大肌肉附着,骨折较易愈合,炎症感染容易引流,较少发生骨髓炎。

(二) 下颌骨(mandible) 下颌骨是面部下 1/3 唯一能动的大骨,左右对称,在正中线融合成弓形。与其他面颅骨分离,以关节的形式与颅脑的颞骨相连接。它可分为水平位的下颌体与近垂直位的下颌支(图 1-2)。

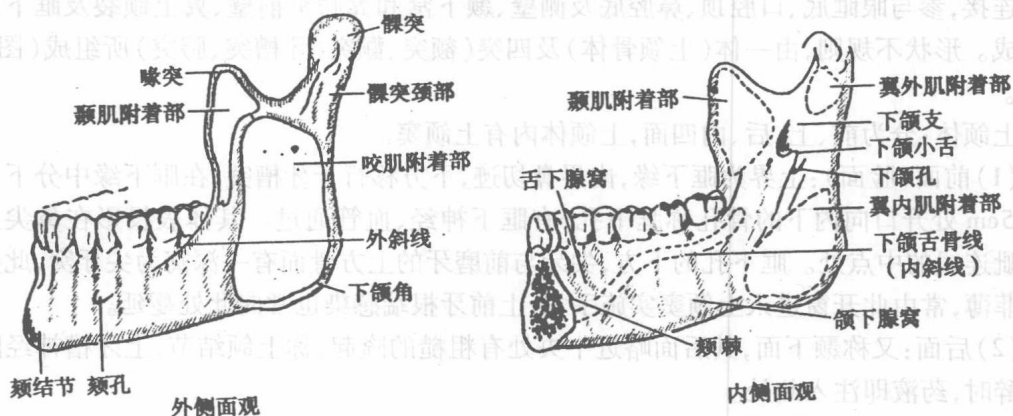


图 1-2 下颌骨

1. 下颌体 为下颌骨的水平部分,呈弓形,分内、外两面和牙槽突、下颌骨下缘。

(1)外面:中线处可见正中联合,正中联合两侧近下缘处,左右各有一突起,称颏结节,从其下向后上与下颌支前缘相连接的骨嵴称外斜线,有降下唇肌(即下唇方肌)和降口角肌(即三角肌)附着,外斜线下方有颈阔肌附着。成人下颌前磨牙的下方,下颌骨上、下缘之间有颏孔,颏神经和血管由此通过。颏孔的位置随年龄变化,成人颏孔朝向后、上、外方,颏神经麻醉时应注意此方向。

(2)内面:近中线的下方有一对小突起,称上、下颏棘,上颏棘为颏舌肌的附着点,下颏棘为颏舌骨肌的附着点。下颌骨正中粉碎性骨折时,颏舌肌断裂造成舌后坠,可引起窒息,急救时请注意保持呼吸道通畅。从下颏棘下方斜向后上与外斜线相应的骨嵴称内斜线,有下颌舌骨肌附着。颏棘两侧有舌下腺窝,与舌下腺相邻。中线两侧近下颌骨下缘处左右各有一卵圆形浅窝,称二腹肌窝,为二腹肌前腹的起点,二腹肌窝的后上方有颌下腺窝,与颌下腺相邻。

(3)牙槽突:与上颌牙槽突相似,但牙槽窝比上颌小。下颌牙槽骨的内、外板均由较厚的骨密板组成,切牙区除外。因此在拔除下颌牙和牙槽骨手术时,除切牙外均需要阻滞麻醉。

(4)下缘:常作为颈部的上界和颌下区切口的相关标志。

2. 下颌支 为下颌骨的垂直部分,分前、后两突和内、外两面。

(1)前突:又称喙突或肌突,有颞肌和咀嚼肌附着。颞骨内陷性骨折压迫上述肌肉或阻碍喙突运动时,可造成张口受限。

(2)后突:又称髁状突或关节突,与颞骨关节凹构成颞下颌关节。髁状突下部缩细称髁状突颈,有翼外肌附着,为骨折易发部位,翼外肌牵拉关节头向内下移位,造成后牙早接触,咬合关系紊乱。喙突与髁突之间的切迹称下颌切迹,有咬肌神经和血管通过。髁状突是下颌骨的主要生长中心之一,若该处在发育完成前受损,会导致面部畸形。

(3)内面:中央稍偏后上有下颌孔,漏斗状,孔后方有下颌神经沟,下牙槽神经和血管经此沟进入位于升支和体部的下颌管。下颌孔前方有一小骨片,称下颌小舌,其后下方为翼内肌附着处。

(4)外面:上中部有突起或骨嵴,称下颌支外侧隆突。下颌支手术时,可作为标志,保护下牙槽神经和血管。下部粗糙,为咬肌附着处。

下颌角是下颌支后缘和下颌体相连接的部分,有茎突下颌韧带附着。

3. 下颌骨的结构特点 下颌骨在颌面部诸骨中体积最大、面积最广,位置亦最为突出。下颌骨的正中联合、颏孔区、下颌角、髁突颈部为最薄弱区,是骨折好发部位。下颌骨的血液供应主要来自于下牙槽动脉,血供较差,因此,骨折后的愈合较上颌骨缓慢,且周围有致密的肌肉和筋膜包绕,在炎症化脓时不易得到引流,故与上颌骨相比更容易发生骨髓炎。

二、肌肉

颌面部肌肉分表情肌和咀嚼肌两大群。

(一)表情肌 表情肌位置较浅,起自骨面或筋膜,止于皮肤。主要有眼轮匝肌、皱眉肌、口轮匝肌、上唇方肌、额肌、笑肌、鼻肌、三角肌和颊肌等。表情肌多薄而短小,收缩力

弱,肌纤维排列成环形或放射状,多围绕面部孔裂,如眼、鼻和口腔。协同运动时可表达喜、怒、哀、乐等表情,同时也部分参与咀嚼、吮吸、吞咽、呕吐、呼吸和言语等活动。由于表情肌与皮肤紧密相连,当手术或外伤切开皮肤和表情肌后,创口常裂开较大,应顺着肌纤维的走向逐渐缝合,以免形成内陷瘢痕。面部表情肌的运动由面神经支配,如面神经受损伤,可引起表情肌瘫痪,产生面瘫的一系列临床表现。

(二)咀嚼肌 附着在下颌骨的浅面与深面,管理开口、闭口和下颌骨的前伸与侧方运动。可分为闭口和开口两组肌群,此外还有翼外肌。其神经支配均来自三叉神经下颌神经的前股纤维,主管运动。

三、血管

颌面部血液供应特别丰富,主要来自颈外动脉的分支,有舌动脉、颌外动脉(又称面动脉)、颌内动脉、颞浅动脉。这些分支间和两侧动脉间相互吻合,构成密集的动脉网,使颌面部的血液供给非常丰富,这一解剖特点具有双重临床意义,一方面是损伤和手术是易出血,另一方面是口腔颌面部组织具有很强的抗感染能力与再生愈合能力(图1-3)。颌面部静脉分支细小且多,互相吻合成网状,多数静脉与同名动脉伴行,一般分为深、浅2个静脉网。

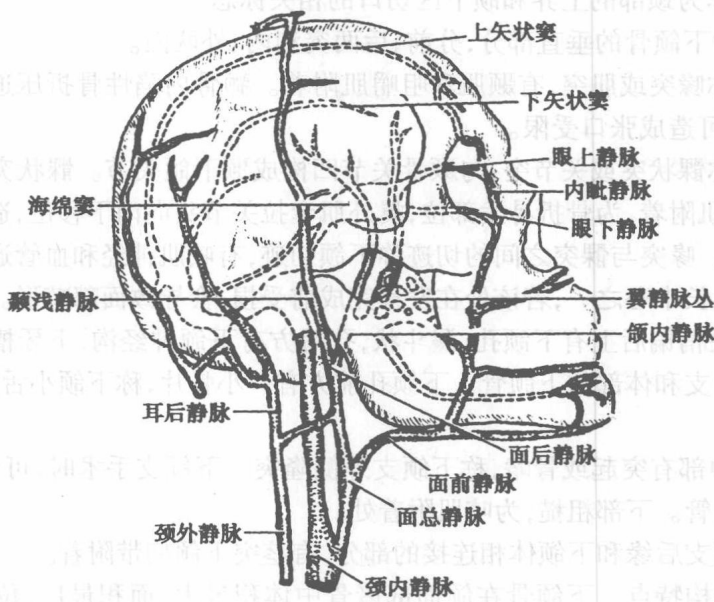


图1-3 面颈部静脉及其颅内交通示意图

颌面部静脉系统较复杂且有变异,多与颅内海绵窦有直接或间接交通,静脉瓣发育不完善,少且薄弱,易使血液反流。因此,颌面部感染可循静脉途径向颅内扩散,引起海绵窦栓塞性静脉炎等严重的颅内并发症。

四、淋巴

颌面部淋巴组织分布极其丰富,淋巴管成网状结构,构成颌面部的重要防御系统。正常淋巴结的软硬度与软组织相似,不易触及。但在口腔颌面部某区发生炎症或恶性肿瘤

时,相应的淋巴结就会肿大。

按淋巴结所在的解剖位置,可分为面部淋巴结、颌下淋巴结、颌下淋巴结(图1-4)。颌面部淋巴主要引流至颌下与颌下淋巴结,再引流至颈深淋巴结。了解淋巴的引流对癌肿的诊断、治疗和预后的估价有重要临床意义。

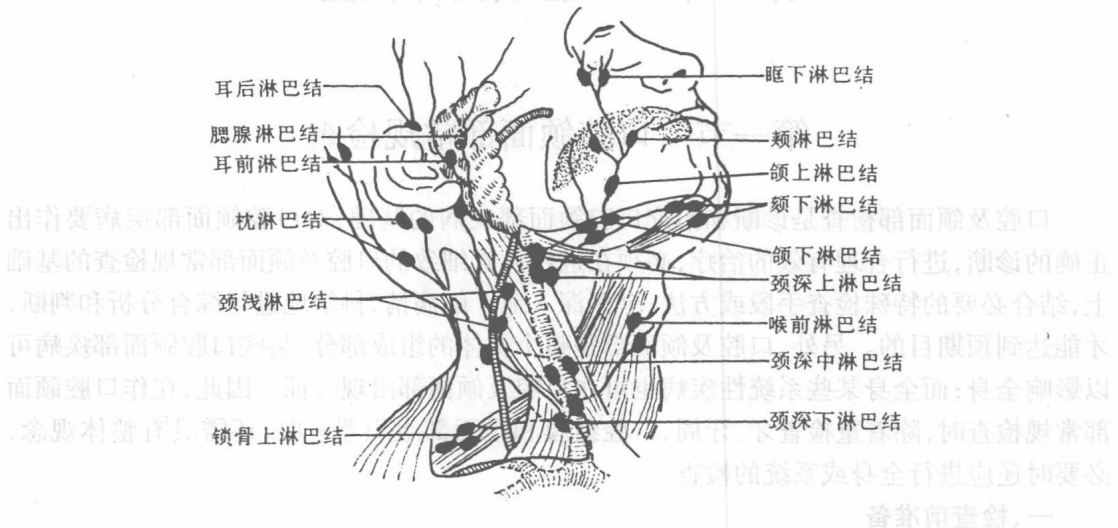


图1-4 头颈部淋巴分布

五、神经
口腔颌面部的感觉神经主要是三叉神经,运动神经主要是面神经。

(一)三叉神经 三叉神经为第5对脑神经,是颌面部的感觉和咀嚼肌的运动神经。其上颌支及下颌支与口腔科关系密切。

1. 上颌神经 为感觉神经,自半月神经节发出后,经圆孔达翼腭窝上部,继经眶下裂入眶,更名眶下神经,向前经眶下沟、眶下管出眶下孔,分布于面部下睑、眶下、鼻侧和上唇的皮肤。一般将上颌神经分为四段即:颅内段、翼腭窝段、眶内段和面段。其分支为颧神经、蝶腭神经、上牙槽后神经、上牙槽中神经和上牙槽前神经。

2. 下颌神经 是由感觉根纤维和运动根纤维所组成的混合神经,出卵圆孔合成下颌神经。在翼外肌与腭帆张肌之间分为前、后两段。前段较小,主要为运动神经,其感觉神经为颊(颊长)神经。后段较大,多为感觉神经。主要分支有耳颞神经、舌神经和下牙槽神经。

(二)面神经 为第7对脑神经。面神经出茎乳孔后进入腮腺,在腮腺内分出5个分支,即颞支、颧支、颊支、下颌缘支及颈支。这些分支成扇形分布于面部表情肌,支配面部表情肌的运动。

六、涎腺

唾液腺又名涎腺,分浆液腺、粘液腺和混合腺三种。具有湿润口腔、初期消化食物、杀菌、调和食物、便于吞咽等作用。分大、小两种。小的唾液腺分布于唇、舌、颊、腭等处的黏膜固有层和黏膜下层;大的唾液腺有三对,即腮腺、颌下腺和舌下腺。

(张丽)