

医学院试用教材

口腔颌面外科学

上海第二医学院主编

上海人民出版社

医学院试用教材

口腔颌面外科学

(供口腔专业用)

上海第二医学院主编

上海人民出版社出版

(上海绍兴路5号)

新华书店上海发行所发行 上海新华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 29 字数 711,000

1977年6月第1版 1977年6月第1次印刷

统一书号: 14171·221 定价: 1.90元

目 录

前 言

第一章 绪论 2

第二章 口腔颌面部应用解剖 6

面颈部表面解剖 6

面部(8) 口腔(11) 颈部(15)

上颌骨 16

下颌骨 17

肌肉 19

血管 23

淋巴组织 27

神经 31

颞下颌关节 39

涎腺 40

第三章 口腔颌面外科麻醉 42

第一节 局部麻醉 42

冷冻麻醉 43

表面麻醉 43

浸润麻醉 43

阻滞麻醉 44

上颌神经阻滞麻醉(44) 下颌神经阻滞麻醉(48)

局部麻醉的并发症及其防治 52

第二节 针刺麻醉 54

第三节 全身麻醉 58

第四章 牙及牙槽外科 62

第一节 牙拔除术 62

牙拔除术的基本方法和步骤 70

各类牙拔除的特点 71

牙根拔除术 75

阻生牙拔除术 78

拔牙创口的愈合 83

牙拔除术的并发症 83

第二节 牙再植术和移植术 86

牙再植术 86

自体牙移植术 88

异体牙移植术 89

第三节 牙槽外科手术 90

牙槽骨及骨隆突修整术 90

唇、颊、舌系带矫正术 91

唇颊沟加深术 93

口腔上颌窦瘘修补术 94

第五章 口腔颌面部炎症 96

第一节 概论 96

第二节 第三磨牙冠周炎 107

第三节 颌面部蜂窝织炎 112

眶下间隙蜂窝织炎(113) 颊间隙蜂窝织炎

(115) 嚼肌间隙蜂窝织炎(117) 翼颌间隙蜂

窝织炎(119) 颞间隙蜂窝织炎(121) 颞下间

隙蜂窝织炎(124) 舌下间隙蜂窝织炎(125)

咽旁间隙蜂窝织炎(127) 颌下间隙蜂窝织炎

(127) 口底蜂窝织炎(129)

第四节 颌骨骨髓炎 130

化脓性颌骨骨髓炎 130

新生儿颌骨骨髓炎 142

放射性颌骨骨髓炎 143

第五节 颜面部疖痈 143

第六节 面颈部淋巴结炎 146

急性淋巴结炎 146

慢性淋巴结炎 147

第七节 涎腺炎 149

腮腺炎 149

颌下腺炎 153

第八节 颌面部放线菌病 160

第六章 口腔颌面部肿瘤 162

第一节 概论 162

口腔颌面肿瘤发病概况 162

口腔颌面肿瘤的分类和命名 163

口腔颌面肿瘤的致病因素 164

口腔颌面肿瘤的临床表现 165

口腔颌面肿瘤的诊断 168

口腔颌面肿瘤的预防 173

口腔颌面肿瘤的治疗 173

第二节 口腔颌面部囊肿 187

软组织囊肿	187	口腔颌面部不同部位软组织损伤处理特 点	281
粘液囊肿(187) 舌下腺囊肿(187) 皮脂腺囊 肿(190) 皮样或表皮样囊肿(191) 甲状舌管 囊肿(192) 腮裂囊肿(194)		第三节 牙及牙槽骨损伤	285
颌骨囊肿	195	牙挫伤(285) 牙脱位(285) 牙折(286) 牙 槽骨骨折(287)	
第三节 口腔颌面部良性肿瘤和瘤样 病变	200	第四节 颌骨骨折	287
牙龈瘤(200) 纤维瘤(201) 造釉细胞瘤(201)		第五节 颧骨、颧弓骨折	301
牙瘤(203) 血管瘤(203) 淋巴管瘤(208) 混 合瘤(210) 骨化性纤维瘤(216) 神经纤维瘤 (218) 神经鞘瘤(219)		第六节 鼻骨骨折	304
第四节 口腔颌面部恶性肿瘤	219	第七节 颌面骨骨折的药物治疗	306
鳞状细胞癌	220	第八节 骨折的愈合	307
牙龈癌(220) 舌癌(222) 颊粘膜癌(223) 腭 癌(226) 口底癌(227) 上颌窦癌(227) 唇 癌(229) 皮肤癌(231)		第九节 口腔颌面部战伤	308
涎腺癌	233	口腔颌面部火器伤	308
纤维肉瘤	235	口腔颌面部灼伤	310
骨肉瘤	237	核武器伤	311
恶性淋巴瘤	239	第九章 口腔颌面部畸形和缺损	313
恶性黑色素瘤	240	第一节 口腔颌面整复手术的术前注 意事项和基本原则	313
第七章 颞下颌关节疾病	243	第二节 组织移植	316
第一节 颞下颌关节的功能解剖和运 动	243	游离皮片移植	317
第二节 颞下颌关节紊乱综合征	247	皮瓣移植	321
翼外肌功能亢进(249) 咀嚼肌痉挛(250) 关 节盘后区损伤(251) 关节囊和关节盘附着松 弛(251) 关节盘、髁状突相对移位(252) 关 节盘穿孔、破裂(252) 髁状突破坏(253)		皮管移植	325
第三节 颞下颌关节脱位	254	骨移植	327
第四节 颞下颌关节强直	256	软骨移植	327
第八章 口腔颌面部损伤	266	粘膜移植	328
第一节 概论	266	真皮移植	328
口腔颌面部损伤的特点	266	筋膜移植	328
口腔颌面部损伤的急救	267	脂肪移植	329
窒息(267) 出血(272) 休克(276) 合并颅脑 损伤的急救(276) 防治感染(276) 包扎和运 送(276)		神经移植	329
口腔颌面部伤员的护理和饮食	277	代用品植入	329
第二节 口腔颌面部软组织损伤	278	第三节 唇裂和腭裂	330
分类、临床特点和治疗原则	278	唇裂的整复	335
口腔颌面部软组织损伤的早期外科处理	280	腭裂的整复	344
		第四节 口腔颌面部其他畸形和缺 损	350
		口角歪斜(350) 小口畸形(350) 唇缺损 (351) 面颊部组织缺损(357) 颊、颈部疤痕 挛缩(358)	
		附录一 口腔颌面部X线投照技术及 正常X线影象	359
		平片检查	359
		上颌前部殆片(359) 上颌后部殆片(360) 下	

颌前部殆片(362) 下颌横断殆片(363) 上颌前部埋伏牙定位摄片(364) 下颌骨侧位(365) 颌骨后前位(367) 下颌骨开口后前位(368) 下颌骨升支切线位(368) 下颌骨颊部上下斜位(370) 鼻颏位和颞骨后前位(371) 副鼻窦侧位(373)、颞下颌关节侧位(374) 颅底位(376) 颞弓位(378) 头颅后前位和侧位(379) 口腔体腔摄影(383) 体层摄影383 上颌侧位体层摄影(384) 下颌骨升支侧位体层摄影(385) 颞下颌关节侧位体层摄影(386) 上颌后前位体层摄影(387) 曲面体层摄影(389) 造影检查391 涎腺造影术(391) 颞下颌关节造影术(397) 口腔颌面部血管造影术(398) 窦腔、窦道、瘘管造影术(400)	舌部分切除术403 甲状舌管囊肿及瘘切除术406 颈部腮裂囊肿及瘘摘(切)除术410 颈外动脉插管术414 颞浅动脉插管术(414) 甲状腺上动脉插管术(417) 上颌骨切除术418 下颌骨切除术424 下颌骨缺损(自体)植骨术430 颈淋巴清扫术438 颞下颌关节成形术445 腭裂岛状瓣整复术448 咽后壁组织瓣转移术448 鼓式切皮机取皮术450 皮管形成术452 皮管转移术453
附录二 口腔颌面外科参考手术403	

前 言

遵照毛主席关于“教材要彻底改革”的教导,为了适应口腔医学教育革命的需要,我们受中央卫生部的委托,在上海第二医学院党委的直接领导下,编写了这本“口腔颌面外科学”教材。

遵照毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的指示,根据卫生工作四大方针,我们对口腔颌面外科常见病、多发病,结合我国实际情况,尽量选用国内资料作了比较全面、重点的叙述;编入了一些中西医结合的诊断和治疗方法,特别是针刺麻醉、指压穴位麻醉以及一些中草药验方;加强了关于战伤的内容;在临床实践与基础理论结合方面也作了一些改革和尝试。书末还增加了“口腔颌面部X线投照技术及正常X线影象”和“口腔颌面外科参考手术”二个附录,供学员自学和口腔科临床医师参考。

本书的编写实行了老中青三结合的原则,并吸收学员代表参加了某些章节的讨论。编写过程中曾广泛听取基层口腔医务工作者的意见和建议。部分初稿曾以书面形式征询意见。在此基础上,对初稿作了进一步的增删和修改。

教材改革是一项长期、艰巨的任务,我们虽然作了一定的努力,但由于马列主义水平和业务水平的限制,本书肯定还存在不少缺点和错误,希望广大师生和口腔科医务工作者提出批评和建议,以便今后修改和补充,俾使本书能为我国的口腔医学教育革命尽一份力量。

《口腔颌面外科学》协作编写组

1975年10月

第一章 绪 论

口腔颌面外科学是一门以研究口腔器官(牙、牙槽骨、唇、颊、舌、腭、咽等)、面部软组织、颌面诸骨(上颌骨、下颌骨、颧骨等)、颞下颌关节、涎腺以及颈部某些疾病的防治为主要内容的学科。

口腔颌面外科学是在实践中逐步发展、形成的一个医学分科,也是口腔医学的一个组成部分。一方面,口腔颌面外科与口腔内科、口腔矫形科不能截然分割,为了防治口腔疾病需要紧密的配合与协作;另一方面,口腔颌面外科学又与一般外科学及其他医学部门有着共同点和密切的联系。因此,必须从医学是一个整体的概念出发,才能正确认识和处理好分科和协作的关系,才能更好地完成口腔颌面外科疾病的防治工作。

目前,口腔颌面外科业务领域内还存在着一些未能解决的课题,防治水平还须进一步提高。我们应该遵循毛主席的教导,坚决走中西医结合的道路,以辩证唯物主义为指导思想,进一步发展口腔颌面外科,把口腔颌面外科学提高到新的水平,更好地为无产阶级政治服务,为工农兵服务。

口腔颌面外科学的发展

在医学领域中,口腔颌面外科学尚是一门发展中的学科。但是,有关口腔颌面外科疾病防治的实践却已有几千年的历史。我国广大劳动人民在同疾病作斗争的过程中,在这方面积累了不少宝贵的经验。

公元前三世纪,我国最早的医书《内经》中就有过口腔生理、病理及其与全身关系的记述。公元七世纪初,隋朝医学著作《诸病源候总论》(610年)就提出了唇裂的整复手术方法。这比西方唇裂手术的记载要早一千多年。在那时,敢于进行唇裂修补术无疑是一个很大的进步。唐朝医书《千金方》(652年)对口腔脓肿也已有切开引流的记述,对颞下颌关节脱位整复手法的记载,则基本上符合现代解剖生理学的解释。宋朝(960~1279年)医书《太平惠民方》、《圣济总录》中已有牙再植术的内容。明代(1368~1644年),随着我国冶金术的发展,已开始应用银丝以固定骨折。复习这些历史,可以清楚看到,我国劳动人民在同疾病作斗争的实践中,对口腔颌面外科学的发展作出了重大的贡献。

国外有关口腔颌面外科学的内容,在古埃及、古印度、阿拉伯等医学专著中虽都有所记载,但是,只是到了近代,伴随着西方产业革命才得到较为广泛的发展。现代西方医学的经验总结,也丰富了口腔颌面外科学在实践和理论方面的内容。

解放前,我国劳动人民深受三座大山的压迫,帝国主义利用医学作为侵略我国的一个工具。当时,口腔医学主要是为官僚、买办以及地主阶级、资产阶级服务的,广大劳动人民根本得不到医疗。在国民党反动统治下,一切依附于帝国主义,不但没有口腔颌面外科专业,连牙科学校也为数不多,使得我国的口腔医学水平曾长期停滞不前。

1949年,在毛主席、共产党领导下,中华人民共和国诞生了。社会主义制度的建立,为医学发展开辟了广阔的道路。为了适应工农兵的需要,1952年以后分别在四川医学院、北京医学院、上海第二医学院、中国人民解放军第四军医大学、湖北医学院等相继成立了口腔医学系,并分为三个口腔医学专科,即口腔内科、口腔颌面外科、口腔矫形科,全面开展了口腔疾病的预防和治疗,口腔医学的教学和科研工作。许多医学院校,以及各省、市、自治区也都设立了口腔医院、口腔病防治所或建立了口腔科,担负起口腔颌面外科疾病的防治工作,保障了劳动人民的健康。

解放后,党和国家就确定了我国卫生工作四大方针:面向工农兵,预防为主,团结中西医,卫生工作与群众运动相结合。1958年,毛主席指出:“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘,加以提高。”1965年6月26日毛主席在光辉的6·26指示中明确指出:“把医疗卫生工作的重点放到农村去。”毛主席对卫生工作的一系列指示,照亮了卫生工作的前进方向,尽管受到刘少奇、林彪反革命修正主义路线的破坏和干扰,但是广大的医学院校师生、广大的医务工作者是执行毛主席革命路线的,因而仍然取得很大的成绩,在口腔颌面外科方面,也取得了一些成就。

由于传染病的控制,医药卫生的普及,人民生活水平的提高,口腔颌面部炎症正在逐年减少。

由于走中西医结合的道路,我国首创的针刺麻醉,已成功地应用于口腔颌面外科手术;口腔颌面部炎症、损伤等的中西医结合治疗,无论在缩短病程,减少并发症,提高治愈率等各个方面都取得了一定的成绩。

由于贯彻了“独立自主、自力更生”的方针,我国自己制造、自己生产的各种抗癌药物、深低温冷冻治疗机、激光刀,以及免疫治疗等各种新疗法的临床应用,手术方法的不断创新都为口腔颌面疾病的治疗增添了新的武器和方法,促进着口腔颌面外科学的发展。

以上成绩的取得,说明了社会主义社会制度的无比优越性,说明只有在正确路线指引下,口腔颌面外科学才能更快地发展、更快地前进。

学习口腔颌面外科学的指导思想

一、必须坚持政治统帅业务,坚持又红又专的方向。

毛主席教导我们:“政治是统帅,是灵魂,政治工作是一切工作的生命线。”“为什么人的问题,是一个根本的问题,原则的问题。”因此,在口腔颌面外科的教学中,要经常警惕资产阶级思想的侵蚀,要端正学习态度,树立为革命而学习的思想;要正确处理学习和服务的关系,在为工农兵服务的前提下,学好为人民服务的本领;要以白求恩同志为榜样,对同志对人民极端热忱,对技术精益求精,全心全意地为社会主义革命和社会主义建设服务,在又红又专的大道上阔步前进。

二、必须坚持以辩证唯物主义为指导思想,深入批判学科领域内的唯心论和形而上学。

革命导师恩格斯说过:“不管自然科学家采取什么样的态度,他们还是得受哲学的支配。”我们在学习口腔颌面外科学时必须用辩证唯物主义的观点,正确认识 and 解决以下几个问题。

(一)局部与整体:人体是一个完整的统一体,口腔颌面部是人体的有机组成部分。人体各部分之间保持着密切的联系,彼此相互依存、相互影响、相互制约。因此,无论是口腔颌面部的生理机能或病理反应都可以影响到整个机体或其他器官,而全身状况也可以影响到口腔颌

面部的病理变化过程。口腔颌面部的疾病可以是全身疾病的局部表现,也可以成为导致全身疾病的因素。例如:血源性口腔颌面部感染可以是败血症、脓毒血症的继发表现;而口腔颌面部牙源性炎症则常常具有全身反应,有时也可以成为败血症、脓毒血症的病因。所以,只有全面地、辩证地认识和妥善处理局部与整体的关系,既掌握好口腔颌面外科及整个口腔专业的业务,又学好其他有关专科和有关的基础知识,才能正确认识疾病,取得防治疾病的主动权,达到战胜疾病的目的。

(二) 内因与外因:“唯物辩证法认为外因是变化的条件,内因是变化的根据,外因通过内因而起作用。”无论何种致病因素,只有通过机体内部的变化才能发生作用。例如,口腔内存在致病菌不一定就会发生疾病,只有在机体内部发生变化,防御系统减弱时才导致炎症发生。任何一种治疗方法也只有通过机体的作用才能达到预期的疗效。例如,颌骨骨折可以通过治疗使其正确复位,促进愈合,但骨折的最后痊愈,仍须依靠机体组织本身的再生能力。因此,我们在防治口腔颌面部疾病时,既要充分发挥病员与疾病作斗争的积极性,努力增强体质;也要通过各种措施,充分调动机体的抗病能力。应当批判那种只重外因不重内因的片面观点。

(三) 功能与形态:在外界因素作用下,功能与形态总是相互适应、相互促进和相互制约的。

在认识疾病发生发展的过程中,我们应该批判那种认为只有局部形态有了改变才算是病的形而上学观点和有了形态改变就一定是病的机械唯物论观点。只有这样,才能正确地认识疾病,从而探索它的发生、发展规律,有利于早期预防、早期治疗。

在治疗口腔颌面部疾病时,我们同样应该正确处理功能与形态的关系。功能与形态一般是统一的,保存和恢复形态,也就保存和促进了功能。例如,腭裂整复术后不但可以恢复腭部的正常形态,也恢复了吞咽、语言的功能。在某种情况下,功能与形态如果发生矛盾时,则应以恢复功能为主来考虑治疗方案,以达到保护劳动力的目的。例如,颌骨骨折出现咬骀错乱和面部畸形,如条件不允许一同恢复时,则应首先要求恢复正常的咬骀关系,而不是首先考虑恢复畸形。

鉴于上述功能与形态的辩证关系,作为口腔颌面外科医务人员应特别注意手术时要尽量减少组织的损伤;在不影响治疗效果的前提下,应尽量保存和恢复组织形态,力争做到功能与形态的统一。

(四) 理论与实践:毛主席说:“一个正确的认识,往往需要经过由物质到精神,由精神到物质,即由实践到认识,由认识到实践这样多次的反复,才能够完成。”又说:“理论的基础是实践,又反过来为实践服务。”这就清楚地阐明了理论与实践的辩证关系,指出了实践第一的观点。因此,我们在学习口腔颌面外科学时,必须批判理论脱离实践的倾向,以临床实践为主,掌握为人民服务的本领;另一方面也应该重视在实践的基础上认真学习理论,把实践经验上升为理论,以便更好地指导实践,避免盲目性。因为对人们来说,“只有理解了的东西才更深刻地感觉它”。

三、必须坚持贯彻“预防为主”的方针。

“预防为主”是我国卫生工作四大方针之一。毛主席早就指出:“应当积极地预防和医治人民的疾病,推广人民的医药卫生事业。”解放以来,不少的传染病得到消灭或控制,就是执行毛主席“预防为主”方针的成果。预防疾病必须开展群众运动,例如肿瘤的普查、工业损伤的预防等都须作广泛、大量的宣传和组织工作。而在这些工作过程中又可探索疾病发生、发展的规

律。预防工作一方面可以减少疾病的发生率,另一方面又可以早期发现疾病,使病员获得及时治疗,从而提高治疗效果。因此,我们必须从思想上树立“预防为主”、防治结合的观念,批判重治疗、轻预防的思想,才能使“预防为主”的方针得到贯彻执行。

四、必须坚持中西医结合,走自己医学发展的道路。

毛主席关于中西医结合,走自己医学发展的道路的指示,是我国医学发展的唯一途径。针刺麻醉,就是中西医结合的一项新成就。

我们必须遵照毛主席的指示,批判、肃清轻视中医的民族虚无主义和对西医的盲目崇拜;我们必须坚持中西医结合的方向,遵照“古为今用,洋为中用”,“百花齐放,百家争鸣”的方针,在实践中不断总结经验,不断提高,努力为创造我国的新医学而多作贡献。

第二章 口腔颌面部应用解剖

面颈部表面解剖

面颈部位于头与胸之间,上为眶上缘,下至胸骨颈静脉切迹、胸锁关节和锁骨,两侧为下颌支后缘,在口腔部的后界为口咽部。面颈部包含颌骨、口腔、涎腺、颞下颌关节、喉、气管……以及上述各部位周围软组织的组成部分,如皮肤、皮下组织、粘膜、粘膜下组织、肌肉、血管、淋巴、神经等。

面颈部组织有以下几个特点:

一、位置表浅,检查容易,一些疾病,如恶性肿瘤等一般可早期发现、早期治疗。

二、血运丰富,手术或损伤时出血多,但有利于创口的愈合,面部张力极小的缝合切口于手术后5日,颈部张力小的于手术后4~5日即可拆线;面颈部的裂伤虽已达24小时甚至48小时以上,如无明显感染症状,仍可考虑清创,并松松的缝合。面部器官,如鼻和眼睑的小缺损,用耳廓游离移植,也能成活。

三、除舌动脉外,各血管与对侧同名血管均有吻合,故面颈部损伤引起的大出血,虽在一侧表面投影线上压迫有关的主要动脉,也不能完全止血。

四、口腔颌面部有眼、耳、鼻、唇、咽和口腔等重要器官,在功能、形态及外观上均很重要,手术应以不影响或尽量少影响视、听、嗅、咀嚼、吞咽、语言及面部表情等功能为原则。手术疤痕应隐蔽,尽量使之接近正常。

五、颈部活动范围较大,有利于进行各种生产劳动。活动时,颈的长度和各器官的位置均可有所改变,例如,头后仰时,颈前部变长,颈段气管与皮肤接近,有利于施行气管切开术;头旋转时,血管等可移向浅面,有利于颈外动脉结扎术、颈淋巴清扫术等。

一般常将面部划分为上、中、下三部。口腔颌面部主要占中1/3和下1/3,即自瞳孔水平以下至鼻底及鼻底以下至颈上部的皮肤皱折。

颌面中1/3是由上颌骨、泪骨、筛骨、鼻骨、下鼻甲骨、犁骨、腭骨、颧骨及颧弓所构成。颌面下1/3主要是下颌骨,借颞下颌关节与颅底相连。眶上缘、眶下缘、鼻骨、颧骨、颧弓、下颌支后缘、下颌角、下颌骨体下缘等易于看到和摸到,是颌面部常用的表面标志(图2-1)。

面部皮肤薄、柔软、易于移动,富于表情,感觉敏锐。皮肤上的皮纹(图2-2)变化很大,手术前应详细观察皮纹的走向,尽量使切口的方向与皮纹一致以利于创口早期愈合,并使愈合后的疤痕细小如线样。面部皮肤色泽在各种病理、生理状态下可出现不同的变色,如潮红、苍白、青紫等。皮肤中富有皮脂腺、汗腺和毛囊,是皮脂腺囊肿、毛囊炎、疖等的好发部位。皮肤下有大量的弹性纤维、肌纤维和皮肤紧密相连,损伤或手术的创缘易于裂开并向内卷。因而,临床上常需在真皮下稍行潜行剥离后再进行缝合,以防术后形成内陷的疤痕。浅筋膜为疏松组织,中含重要的面神经分支、表情肌、血管、涎腺、腮腺导管等,手术时除考虑皮纹外,尚须注意保护上述重要结构,以免损伤后造成不必要的并发症。此外,眼睑周围的皮下血管网受伤破裂(如上颌骨骨折等),可出现典型的青紫色、瘀血斑症状。

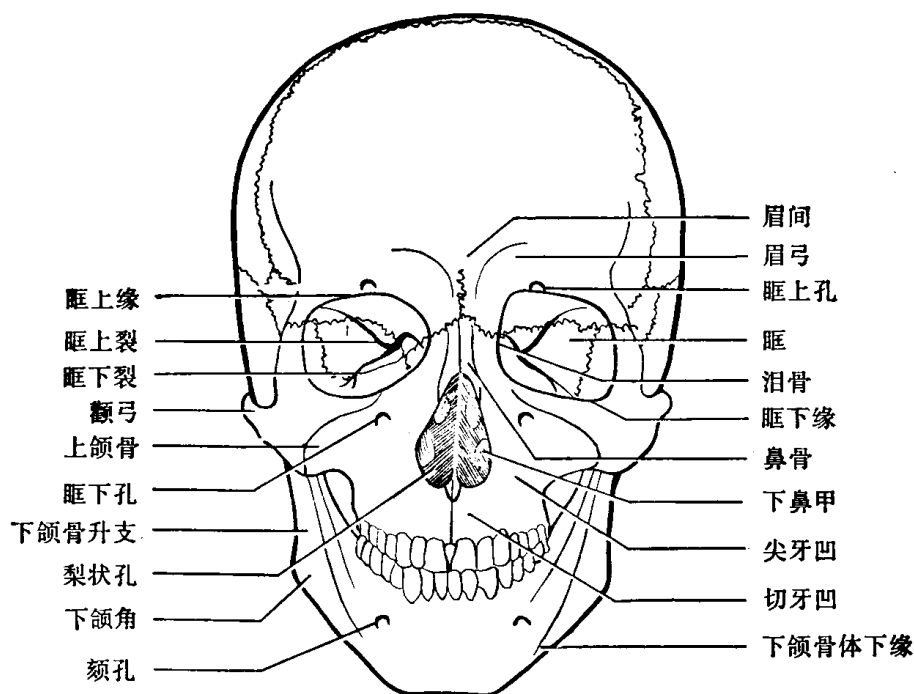


图 2-1 颌面骨的解剖标志

口腔内覆以粘膜。唇、颊、舌腹、软腭、悬雍垂、舌腭弓、咽腭弓、咽后壁等处的粘膜薄而富有弹性；舌背粘膜极厚而粗糙，与肌肉紧密相连，上有大小不一的舌乳头；舌根部的粘膜表面较光滑，无乳头，但有丰富的淋巴组织。舌根部粘膜比较敏感，检查口咽部时，不要将压舌板触及舌根部以免引起恶心或呕吐。口腔粘膜上的各种病变，对某些疾病的诊断、预防和治疗有重要意义。粘膜组织的固有膜由致密的纤维组织所构成，粘膜下层为疏松组织，中含腺体、血管、神经和脂肪组织，腺体导管阻塞，将导致发生粘液囊肿。在龈、硬腭边缘和腭中线处无粘膜下层，固有膜直接与骨膜紧密粘连形成粘-骨膜组织，不能移动。牙龈处的手术（如切开拔牙、牙槽突成形术、根尖切除术等）应自龈缘向口腔粘膜皱折方向将粘-骨膜组织作为一层自骨面剥离。粘-骨膜组织在硬腭边缘处厚（固有膜内有多数腭腺和血管神经），腭中线处薄，腭裂修复术时，须视其为一层自牙槽骨侧向中线骨面上剥离。唇、颊部的粘膜下层较厚，柔软，能移动，富伸展性，有利于修复口腔内的小缺损。软腭、悬雍垂、舌腭弓、咽腭弓等处的粘膜下层疏松，炎症时，可出现明显的水肿。

结合口腔颌面外科的应用，可将面颈部分为以下各区（图 2-3）：眶区、眶下区、颧区、鼻区、唇区、颏区、颊区、腮腺嚼肌区、面侧深区、耳区、颞区、口腔、颏下区（颏下三角）、颌下区（颌下三角）、舌骨下区（肩胛舌骨肌气管三角）、颈动脉三角区、胸锁乳突肌区和颈外侧三角（或称颈后三角）区。颈外侧三角区由肩胛舌骨肌斜方三角（或称枕三角）和肩胛舌骨肌锁骨三角（或称锁骨上三角）所成。口腔则以牙弓或牙槽骨弓为界分为口腔前庭和固有口腔，后者包括腭、

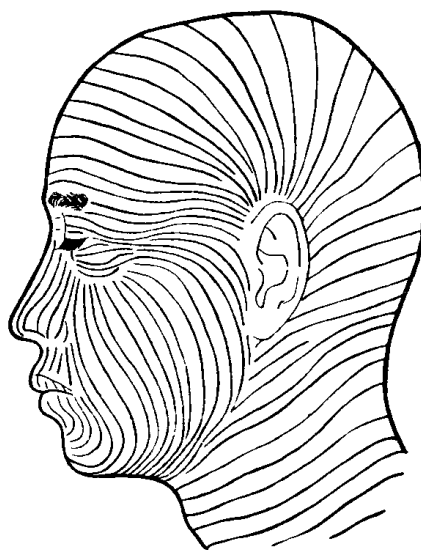


图 2-2 头、面、颈部皮纹

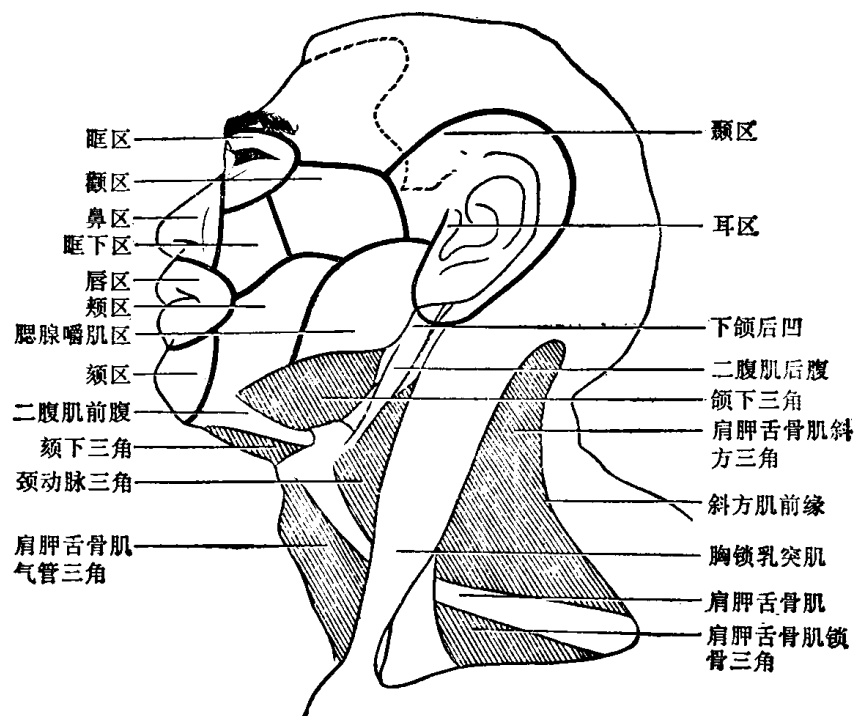


图 2-3 面颈部的分区

咽、舌和舌下区。

有关各区的区域解剖，将在有关章节内结合手术叙述。这里仅对与口腔颌面外科临床诊断、治疗有关的面颈部重要表面标志结合常用针灸穴位作一简要介绍。

面 部

一、鱼尾穴：位于眼外眦外方约 1 分处(图 2-4)。

二、眶上孔：或称眶上切迹,位于眶上缘中、内 1/3 交界处距中线约 2.5 厘米(图 2-5)。

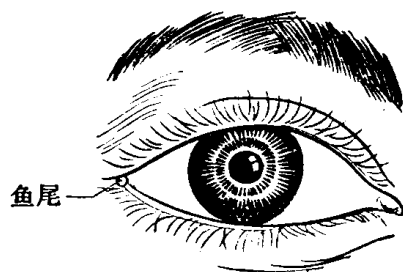


图 2-4 鱼 尾 穴

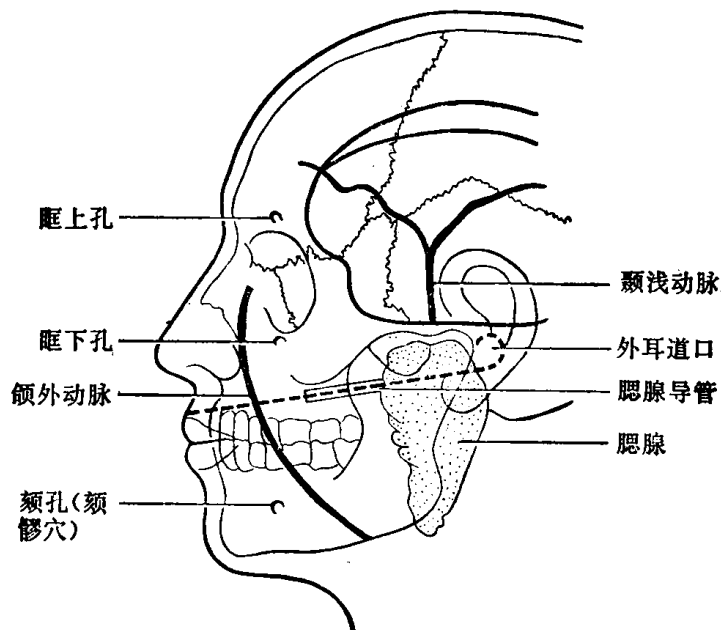


图 2-5 面部主要血管、神经、骨孔的位置及腮腺导管的表面投影标志

眶上神经、血管经过此孔。

三、眶下孔：位于眶下缘中点下0.5~1厘米处(图2-5)。眶下神经、血管出眶下孔的位置，恰相当于自鼻尖至外眼角连线的中点。四白穴即位于正对瞳孔的眶下孔凹陷部(图2-6)。

四、颞孔：位于第一、二双尖牙(前磨牙)之间的下方、下颌骨体上、下缘中点略上方，距中线约2.5~3厘米。颞髁穴即相当于此孔的位置(图2-5)。

自眶上孔向下颌两双尖牙之间的下方作一连线，上述三孔适在此线上。

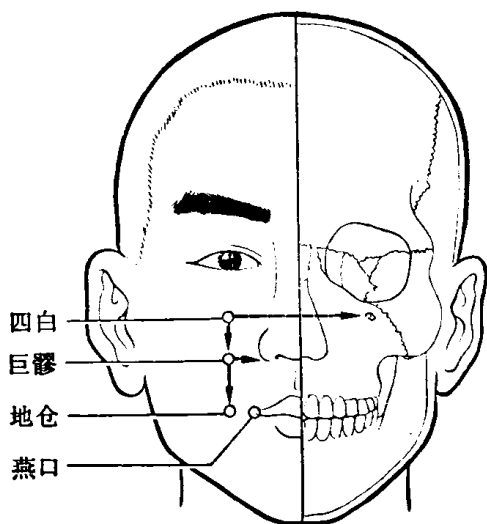


图2-6 四白、巨髎、地仓、燕口穴

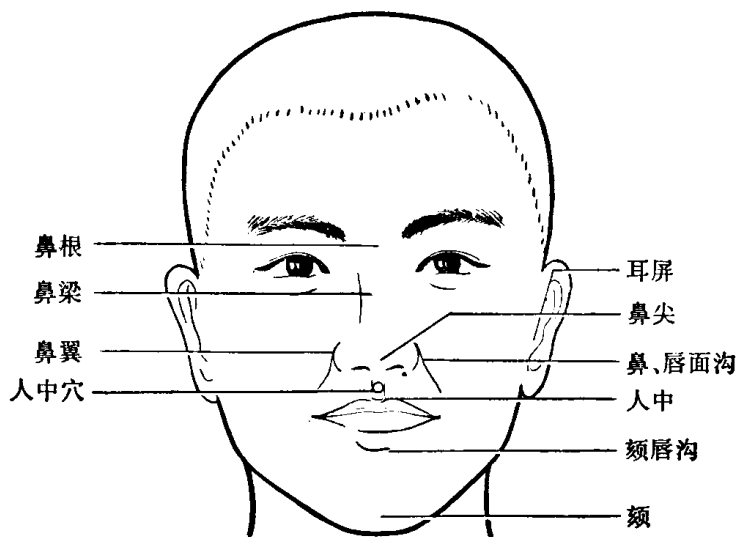


图2-7 面部表面标志

五、外鼻：是面部最突出的部分，易受损伤。各主要标志见图2-7。先天性唇裂病员外鼻下端各部均伴有程度不等的畸形。外鼻损伤，鼻骨易发生骨折，鼻梁下陷呈现鞍鼻畸形。素髁穴即位于鼻尖端中央处；鼻流穴位于鼻底前鼻孔部，相当于鼻中隔与鼻翼之间(图2-8)。

六、巨髁穴：相当于四白穴的直下方，与鼻翼下缘齐平，在鼻孔旁开7分处(图2-6)。

七、立命穴：位于鼻翼的稍外方，相当于鼻唇沟中上1/3处的水平(图2-10)。

八、人中：为上唇上部正中的纵行浅凹，在人中正中上1/3处为抢救重危病员常用的人中穴(图2-7)。

九、禾髁穴：位于人中穴旁5分处(图2-9)。

十、口角：两眼正视前方时，位于自两侧瞳孔往下延伸的垂直线上，相当于尖牙与第一双尖牙之间(图2-7)。行口角手术(如口角开大术)时，应了解此点。在口角外侧皮肤与粘膜移行部为燕口穴；在口角外侧5分处为地仓穴(图2-6)。

十一、红唇缘：为口唇皮肤与粘膜间的移行部。正常上唇的红唇缘呈弓背形；了解此点，在行唇裂整复术时有重要意义。

十二、鼻面沟、唇面沟：鼻面沟为外鼻两侧与面部相邻之处；唇面沟为面与上唇交界处，二沟彼此连续，统称鼻唇沟。在此两处作切口，缝合后疤痕不明显。在鼻唇沟上段，相当于鼻

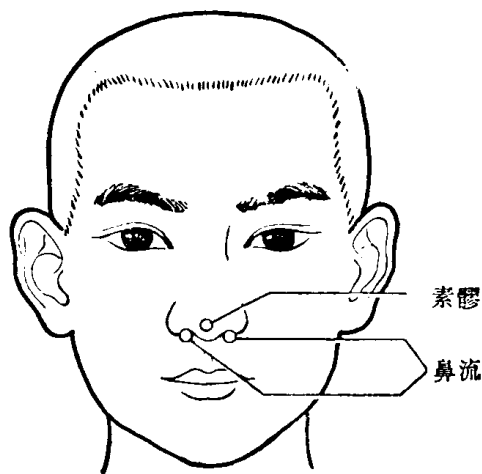


图2-8 素髁、鼻流穴

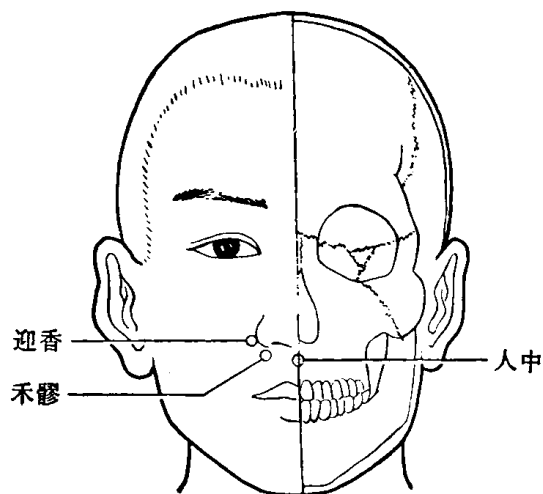


图 2-9 迎香、禾髎穴

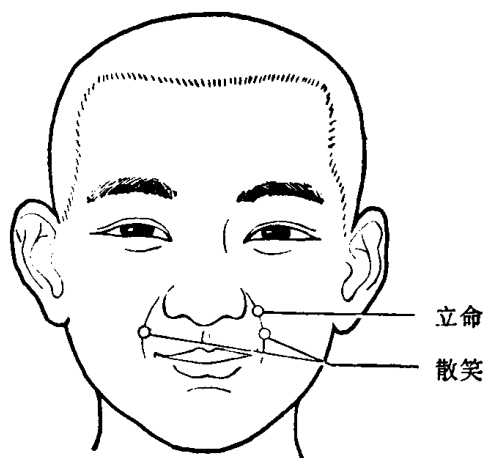


图 2-10 散笑、立命穴

翼突出处的水平为迎香穴(图 2-9);在鼻唇沟的中点处为散笑穴(图 2-10)。

十三、耳屏：是口腔颌面外科临床应用的一个重要标志。位于耳廓前缘正中(图 2-7)。可以此标志在其前缘约 1 厘米处触摸颞浅动脉的搏动;可在耳屏前、后、颧弓根部之下检查颞下颌关节的活动情况。自耳屏至眼眶外下缘的连线为颧弓在面部的表面标志。在颧弓下缘的中点与下颌(乙状)切迹之间为下关穴(图 2-11),其深部有咀嚼肌神经分出,此处是进行咀嚼肌神经封闭,圆孔、卵圆孔注射的重要标志。

十四、下关下五分穴：闭口时,相当于下颌切迹下五分处(图 2-12)。

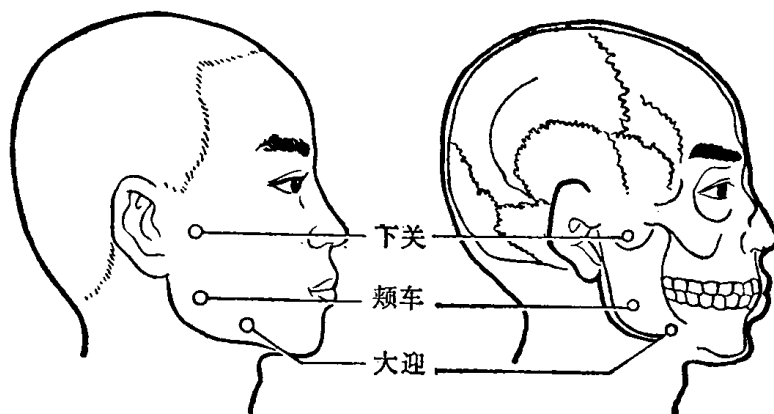


图 2-11 下关、颊车、大迎穴

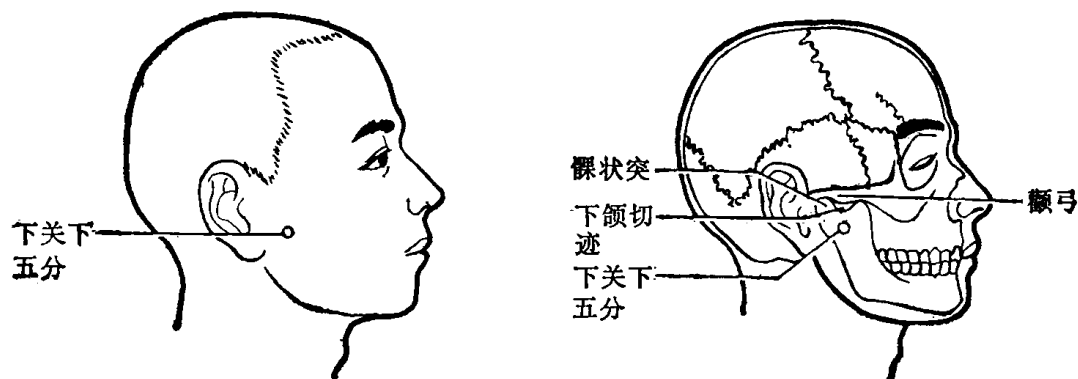


图 2-12 下关下五分穴

十五、下颌孔：自耳屏至嚼肌前缘下角作连线，其中点为此孔在面部的表面投影。

十六、腮腺导管：自耳屏下缘至鼻孔与红唇缘中点的连线，其中1/3段，即相当于腮腺导管的位置(图2-5)。在行腮腺浅叶切除术时，可以腮腺导管为标志，在其上、下缘显露、分离和保护面神经的上、下颊支。面颊部的手术也应了解此点，以免损伤腮腺导管和面神经分支。

十七、颌外动脉(面动脉)：在面部的投影为自嚼肌前缘下角处至眼内角的弧形连线(图2-5)。在嚼肌前缘下角处，动脉位置表浅，可在此处摸到搏动。临床上在此处进行压迫止血或结扎血管均较容易。

十八、面神经：主干出茎乳孔的位置相当于耳垂之下，乳突内侧缘处。面神经分支自外耳道下方一横指开始。

十九、大迎穴：位于下颌角与下颌骨正中联合连线的中点上方一横指处(图2-11)。

二十、颊车穴：上下牙咬紧时，下颌角前上方嚼肌附着处出现的肌肉隆起中点，压之有凹陷处为颊车穴(图2-11)。

二十一、颏部：颜面下1/3的突出部分。易受损伤，是下颌骨骨折的好发部位。在颏唇沟正中凹陷处为承浆穴。颏正中向前突出的高点为地合穴(图2-13)。

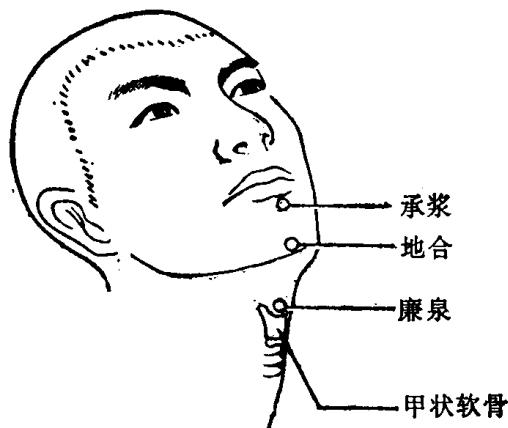


图2-13 承浆、地合、廉泉穴

□ 腔

一、唇、颊龈沟：为唇、颊移行于牙龈的粘膜皱折，又称前庭沟，是局部麻醉常用的穿刺部位。唇里穴位于下唇中部，下唇粘膜与牙龈接近的唇龈沟中(图2-14)。

二、上、下唇系带：系在上、下前庭沟的中线上分别形成的粘膜小皱襞(图2-15)。婴儿时

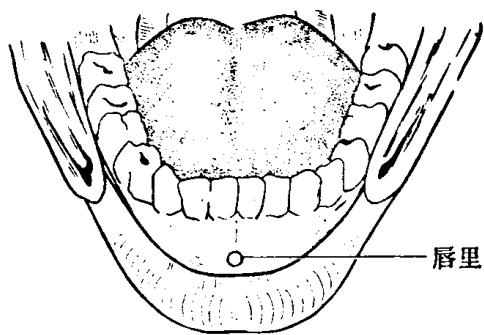


图2-14 唇里穴

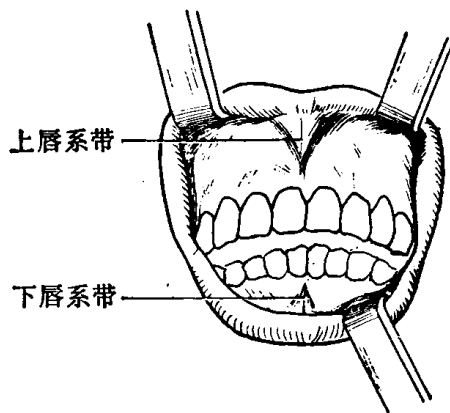


图2-15 上、下唇系带

期，上唇系带较宽，延伸至腭骨的腭(切牙)乳头，成为牙槽嵴的中央分界线。随着年龄的增长，此系带逐渐退缩；如持续存在，将影响中切牙萌出至正常位置，两牙分开、发音不准及牙骀畸形等而需行手术治疗。龈交穴位于上唇系带与牙龈接合处(图2-16)。

三、腮腺导管乳头：相当于口腔前庭颊粘膜平对上颌第二磨牙处，上有腮腺导管开口(图2-17)。

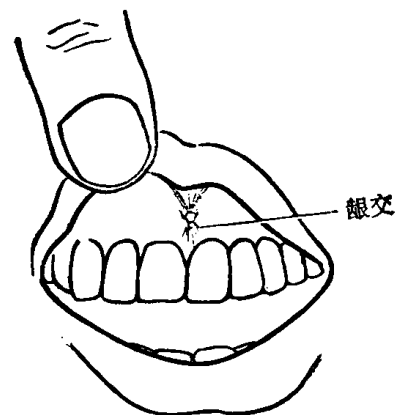


图2-16 龈交穴

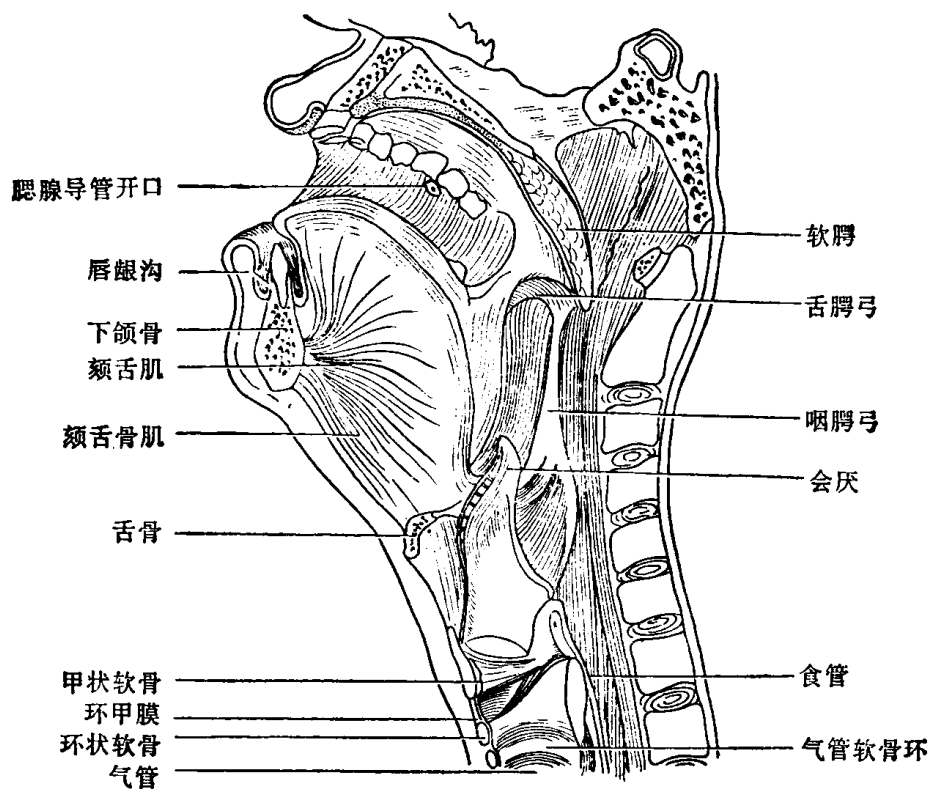


图2-17 口腔及颈部矢状切面

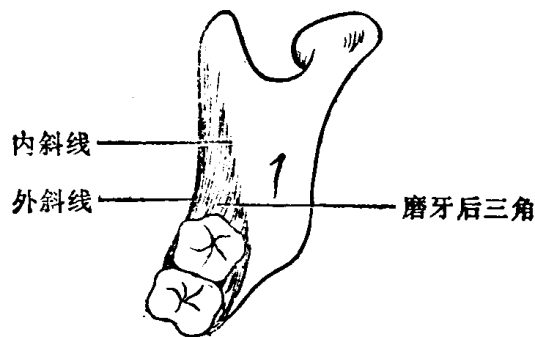


图2-18 磨牙后三角

四、下颌孔出口处的漏斗部分：自下颌骨牙槽突舌侧缘和下颌磨牙殆面各作一水平线，在此二平行线间的距离即相当于下颌孔出口的漏斗部分。

五、磨牙后区：由磨牙后三角和磨牙后垫所形成。磨牙后三角的尖由下颌骨体内、外斜线往上相交所成，其底为第三磨牙（第三磨牙未萌出时，则在第二磨牙之后）。此三角易于摸到，是下颌阻滞麻醉重要标志之一（图2-18）。磨牙后垫为覆盖于磨牙后三角的软组织。下颌第三磨牙冠周炎时，磨牙后垫