

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 | 编写

2008



全国卫生专业技术资格
考试指导

口腔颌面外科学

适用专业

口腔颌面外科学(中级)

[附赠考试大纲]



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

全国卫生专业技术资格考试专家委员会 | 编写

2008

全国卫生专业技术资格
考试指导

口腔颌面外科学

适用专业

口腔颌面外科学(中级)



人民卫生出版社

PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

图书在版编目(CIP)数据

口腔颌面外科学/全国卫生专业技术资格考试专家委员会编写. —北京:人民卫生出版社,2008.1

(2008 全国卫生专业技术资格考试指导)

ISBN 978-7-117-09436-8

I. 口… II. 全… III. ①医学-医药卫生人员-资格考核-自学参考资料②口腔颌面部疾病-口腔外科学-医药卫生人员-资格考核-自学参考资料 IV. R-42 R782

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 178832 号

本书本印次封一贴有防伪标。请予识别。

2008 全国卫生专业技术资格考试指导
口腔颌面外科学

编写: 全国卫生专业技术资格考试专家委员会

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮编: 100078

网址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印刷: 北京人卫印刷厂

经销: 新华书店

开本: 787×1092 1/16 印张: 32.75

字数: 768 千字

版次: 2008 年 1 月第 1 版 2008 年 1 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09436-8/R·9437

定价: 75.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

出版说明

为贯彻国家人事部、卫生部《关于加强卫生专业技术职务评聘工作的通知》等相关文件的精神，自 2001 年全国卫生专业初、中级技术资格以考代评工作正式实施。通过考试取得的资格代表了相应级别技术职务要求的水平与能力，作为单位聘任相应技术职务的必要依据。

依据《关于 2008 年度卫生专业技术资格考试工作有关问题的通知》(国人厅发[2007] 153 号)文件精神，自 2008 年度起卫生专业技术资格考试中级资格新增疼痛学专业，卫生专业初中级技术资格考试专业增加至 113 个。其中，全科医学、临床医学等 64 个专业的“基础知识”、“相关专业知识”、“专业知识”、“专业实践能力”4 个科目全部实行人机对话考试。其他 49 个专业的 4 个科目仍采用纸笔作答的方式进行考试。

为了帮助广大考生做好考前复习工作，特组织国内有关专家、教授编写了《卫生专业技术资格考试指导》口腔颌面外科学部分。本书根据最新考试大纲中的具体要求，参考国内外权威著作，将考试大纲中的各知识点与学科的系统性结合起来，以便于考生理解、记忆。本书全文分为三篇，与考试科目的关系如下：

“基础知识”：考试内容为考试指导第一篇的内容；

“相关专业知识”：考试内容为考试指导第二篇的内容；

“专业知识”：考试内容为考试指导第三篇的内容；

“专业实践能力”：考试内容为考试大纲中列出的常见病种。主要考核考生在临床工作中所应该具备的技能、思维方式和对已有知识的综合应用能力。这一部分将采用案例分析题的形式考核，沿时间或空间、病情进展、临床诊疗过程的顺序提问，侧重考查考生对病情的分析、判断及对临床症状的处理能力，还涉及到对循证医学的了解情况。考生的答题情况在很大程度上与临床实践中的积累有关。

目 录

第一篇 基础知识	1
口腔组织病理学	1
第一章 牙体组织	1
第一节 釉质	1
第二节 牙本质	4
第三节 牙骨质	7
第四节 牙髓	8
第二章 牙周组织	11
第一节 牙龈	11
第二节 牙周膜	12
第三节 牙槽骨	14
第三章 口腔黏膜	16
第一节 口腔黏膜的基本结构	16
第二节 口腔黏膜的分类及结构特点	18
第四章 涎腺	21
第一节 涎腺的基本结构	21
第二节 涎腺的分布及其组织学特点	23
第五章 颞下颌关节	25
第一节 髁突	25
第二节 关节盘	25
第六章 口腔颌面部发育	27
第一节 神经嵴、鳃弓和咽囊	27
第二节 面部的发育	28
第三节 腭部的发育	29
第四节 舌的发育	30
第七章 牙的发育	32
第一节 牙胚的发生和分化	32
第二节 牙体、牙周组织的形成	34
第八章 牙发育异常	38
第一节 牙结构异常	38
第二节 牙形态异常	39

第九章 龋	40
第一节 釉质龋	40
第二节 牙本质龋	41
第三节 牙骨质龋	42
第十章 牙髓病	43
第一节 牙髓炎	43
第二节 牙髓变性	44
第十一章 根尖周病	46
第一节 根尖周炎	46
第二节 根尖囊肿	47
第十二章 牙周组织病	48
第一节 牙龈病	48
第二节 牙周炎	49
第十三章 口腔黏膜病	51
第一节 口腔黏膜病基本病理变化	51
第二节 常见口腔黏膜病病理	52
第十四章 颌骨疾病	56
常见颌骨疾病	56
第十五章 涎腺疾病	59
第一节 涎腺非肿瘤性疾病	59
第二节 涎腺上皮性肿瘤	60
第十六章 口腔颌面部囊肿	64
第一节 牙源性囊肿	64
第二节 非牙源性囊肿	65
第十七章 牙源性肿瘤	67
第一节 概述	67
第二节 良性牙源性肿瘤	68
第三节 恶性牙源性肿瘤	72
第十八章 口腔颌面部其他组织来源的肿瘤	73
第一节 口腔癌	73
第二节 口腔间叶肿瘤	74
口腔解剖生理学	75
第一章 牙体解剖生理	75
第一节 牙的演化	75
第二节 牙的分类、功能及临床牙位记录	76
第三节 牙的组成	77
第四节 牙体一般应用名词及表面解剖标志	77
第五节 牙体外形	78

第六节 髓腔形态	84
第二章 口腔颌面颈部解剖	90
第一节 骨	90
第二节 颞下颌关节	91
第三节 肌	92
第四节 唾液腺	93
第五节 血管	94
第六节 神经	95
第七节 口腔局部解剖	96
第八节 颌面部局部解剖	98
第九节 颈部局部解剖	100
第三章 口腔功能	102
第一节 下颌运动	102
第二节 咀嚼功能	103
第三节 唾液功能	106
第四章 牙列与颌位	109
第一节 牙列	109
第二节 殆	110
第三节 颌位	111
第五章 咬合在口颌系统中的作用	113
第一节 咬合与牙周组织	113
第二节 咬合与咀嚼肌	113
第三节 咬合与颞颌关节	114
第六章 咬合紊乱	115
第一节 牙尖交错位 (ICP) 的异常	115
第二节 咬合干扰	115
第三节 过度磨损	116
口腔生物学	117
第一章 口腔微生物学	117
第一节 口腔生态系	117
第二节 牙菌斑	118
第三节 口腔正常菌群	119
第二章 口腔生物化学	122
第一节 牙齿硬组织	122
第二节 唾液	123
第三节 龈沟液	124
第四节 牙菌斑	125
第五节 生物矿化	126
第三章 口腔免疫学	128
第一节 口腔免疫系统	128

18	第二节 口腔疾病的免疫学基础	130
09	第四章 口腔分子生物学	133
06	第一节 分子遗传学基础	133
10	第二节 牙发生的分子生物学基础机制	135
50	第五章 骨改建	137
20	第一节 骨改建的细胞学基础	137
40	第二节 骨改建调节因素	138
20	口腔材料学	140
80	第一章 口腔有机高分子材料	140
001	第一节 印模材料	140
501	第二节 义齿基托树脂	142
501	第三节 复合树脂	149
601	第四节 根管充填材料	151
601	第五节 粘接材料	152
601	第六节 窝沟点隙封闭剂	155
001	第二章 口腔无机非金属材料	157
011	第一节 概述	157
111	第二节 烤瓷材料	158
111	第三节 金属烤瓷材料	160
111	第四节 铸造陶瓷材料	162
111	第五节 种植陶瓷材料	164
111	第六节 模型材料	164
111	第七节 水门汀	166
111	第八节 包埋材料	168
111	第三章 口腔金属材料	172
111	第一节 概述	172
111	第二节 铸造合金	176
111	第三节 焊接合金	182
111	第四节 银汞合金	183
111	第四章 口腔辅助材料分离剂和清洁材料	186
811	第五章 口腔临床药理学	187
011	第一节 牙体牙髓病用药	187
521	第二节 牙髓病用药	189
521	第三节 牙周病局部用药	195
521	第四节 口腔黏膜用药	197
521	第五节 局部麻醉药	199
201	第二篇 相关专业知识	203
821	口腔内科学	203

第一章 龋病	203
第一节 龋病的概念	203
第二节 病因及发病过程	204
第三节 临床特征和诊断	207
第四节 治疗	209
第二章 牙体硬组织非龋性疾病	217
第一节 牙体损伤	217
第三章 牙髓病和根尖周病	221
第一节 病因和检查诊断方法	221
第二节 牙髓病的临床表现及诊断	222
第三节 根尖周病的临床表现、诊断和治疗	223
第四章 牙周病的病因学	226
第一节 牙菌斑	226
第二节 局部促进因素	228
第三节 全身易感因素	230
第五章 牙周组织疾病	232
第一节 牙龈病	232
第二节 牙周炎	235
第三节 牙周炎与全身健康的关系	237
第六章 牙周病的治疗	239
第一节 牙周基础治疗	239
第二节 牙周病的预防	240
第七章 儿童牙列生长发育、牙齿组织结构特点和萌出异常	242
第一节 生长发育分期与特点	242
第二节 牙列的生长发育	243
第三节 牙齿萌出异常	245
第八章 儿童口腔疾病的特点	247
第一节 乳牙和年轻恒牙龋病	247
第二节 乳牙牙髓病与根尖周病	248
第三节 年轻恒牙牙髓病与根尖周病	249
第四节 儿童牙外伤	249
第五节 乳牙和年轻恒牙的拔除	250
第九章 口腔黏膜病	252
第一节 口腔黏膜感染性疾病	252
第二节 口腔变态反应疾病	260
第三节 口腔黏膜溃疡	263
第四节 口腔黏膜大疱类疾病	270
第五节 口腔黏膜斑纹类疾病	274
第六节 唇舌疾病	278
第七节 性传播疾病的口腔黏膜表现	283

第八节	系统疾病的口腔黏膜表现	286
第十章	口腔流行病学	291
第一节	口腔流行病学的基本内容	291
第二节	龋病流行病学	291
第三节	牙周病基本流行状况	292
第四节	口腔健康状况调查与评价	293
第五节	常用医学统计	294
第十一章	口腔癌及其预防	296
第一节	口腔癌与癌前病变	296
第二节	致病因素	296
第三节	口腔癌的预防	296
第十二章	口腔健康教育与促进	297
第十三章	感染与控制	299
第一节	口腔医源性感染及传播	299
第二节	感染控制的目标、策略及方法	299
口腔修复学		301
第一章	口腔检查与术前准备	301
	修复前准备	301
第二章	牙体缺损修复	303
第一节	牙体缺损修复概述	303
第二节	牙体缺损修复设计原则和固位原理	304
第三节	牙体缺损修复后可能出现的问题及处理	310
第三章	牙列缺损修复	314
第一节	固定义齿	314
第二节	可摘局部义齿	319
第四章	牙列缺失修复	328
第一节	全口义齿	328
第二节	即刻全口义齿修复	335
第五章	其他	338
第一节	种植义齿	338
第二节	颞下颌关节紊乱病矫形治疗	341
第三节	颌面缺损修复	343
口腔正畸学		346
第一章	绪论	346
第一节	错殆畸形	346
第二节	正常殆	347
第三节	口腔正畸学	347
第二章	颅面系统的生长发育	349
第三章	错殆畸形的病因	351

831	第四章 错殆畸形的分类	353
181	第五章 矫治器	354
181	第六章 错殆畸形的早期矫治	356
781	第三篇 专业知识	359
011	第一章 口腔颌面外科临床检查与基本操作	359
011	第一节 基本知识 with 基本操作	359
011	第二章 口腔颌面部麻醉	364
011	第一节 局部麻醉药物	364
011	第二节 常用局部麻醉方法	365
011	第三节 局部麻醉的并发症及其防治	367
011	第四节 口腔颌面外科手术全身麻醉	369
101	第三章 牙及牙槽外科	371
101	第一节 牙拔除术的基本知识	371
101	第二节 各类牙拔除的特点	373
101	第三节 牙根拔除术	374
101	第四节 阻生牙拔除术	376
101	第五节 牙拔除术的并发症及其防治	377
101	第六节 牙再植术	379
101	第七节 自体牙移植术	380
101	第八节 牙种植术	381
101	第九节 牙槽外科手术	382
101	第四章 口腔颌面部感染	385
101	第一节 概论	385
101	第二节 智齿冠周炎	388
101	第三节 口腔颌面部间隙感染	390
101	第四节 颌骨骨髓炎	396
101	第五节 面部部淋巴结炎	402
101	第六节 面部疖痈	403
101	第七节 口腔颌面部特异性感染	405
101	第五章 口腔颌面部创伤	408
101	第一节 概述	408
101	第二节 口腔颌面部损伤伤员的急救	409
101	第三节 口腔颌面部软组织损伤	410
101	第四节 口腔颌面部硬组织创伤	410
101	第六章 口腔颌面部肿瘤	413
101	第一节 概论	413
101	第二节 口腔颌面部囊肿	419
101	第三节 良性肿瘤和瘤样病变	423

333	第四节 恶性肿瘤	428
334	第七章 涎腺疾病	434
335	第一节 涎腺炎症	434
	第二节 舍格伦综合征	437
336	第三节 涎腺良性肿瘤及瘤样病变	438
	第四节 涎腺恶性肿瘤	439
338	第八章 颞下颌关节疾病	440
339	第一节 颞下颌关节紊乱病	440
340	第二节 颞下颌关节脱位	442
341	第三节 颞下颌关节强直	443
342	第九章 口腔颌面部神经疾患	445
343	第一节 三叉神经痛	445
344	第二节 周围性面神经麻痹(贝尔麻痹)	448
345	第十章 先天性唇裂与腭裂	451
346	第一节 致病因素	451
347	第二节 唇裂	452
348	第三节 腭裂	453
349	第四节 唇腭裂的序列治疗	457
350	第十一章 牙颌面畸形	459
351	第一节 概论	459
352	第十二章 口腔颌面部后天畸形和缺损	462
353	第十三章 口腔颌面部 X 线技术及诊断	469
354	第一节 口腔颌面 X 线投照技术	469
355	第二节 正常 X 线影像	471
356	第三节 口腔颌面部常见病的影像学表现	474
357	第四节 CT 检查	483
358	第五节 超声检查	484
359	第六节 磁共振成像检查	485
360		
361		
362		
363		
364		
365		
366		
367		
368		
369		
370		
371		
372		
373		
374		
375		
376		
377		
378		
379		
380		
381		
382		
383		
384		
385		
386		
387		
388		
389		
390		
391		
392		
393		
394		
395		
396		
397		
398		
399		
400		
401		
402		
403		
404		
405		
406		
407		
408		
409		
410		
411		
412		
413		
414		
415		
416		
417		
418		
419		
420		
421		
422		
423		
424		
425		
426		
427		
428		
429		
430		
431		
432		
433		
434		
435		
436		
437		
438		
439		
440		
441		
442		
443		
444		
445		
446		
447		
448		
449		
450		
451		
452		
453		
454		
455		
456		
457		
458		
459		
460		
461		
462		
463		
464		
465		
466		
467		
468		
469		
470		
471		
472		
473		
474		
475		
476		
477		
478		
479		
480		
481		
482		
483		
484		
485		
486		
487		
488		
489		
490		
491		
492		
493		
494		
495		
496		
497		
498		
499		
500		

第一篇

基础知识

口腔组织病理学

挂牌(一)

第一章 牙体组织

牙体组织由釉质、牙本质、牙骨质和牙髓构成。釉质为特化的上皮组织，而牙本质、牙骨质和牙髓则属结缔组织。

第一节 釉 质

釉质(enamel)为覆盖于牙冠部表面的一层硬组织。在切牙的切缘处厚约2mm，磨牙的牙尖处厚约2.5mm，向牙颈部则逐渐变薄。釉质外观呈乳白色或淡黄色，矿化程度越高，釉质越透明，其深部牙本质的黄色易透过而呈淡黄色；矿化程度低则釉质透明度差，牙本质颜色不能透过而呈乳白色。乳牙釉质矿化程度比恒牙低，故呈乳白色。

一、理化特性

釉质是人体中最硬的组织。

釉质中无机物占总重量96%~97%，主要由含钙(Ca^{2+})、磷(P^{3-})离子的磷灰石晶体和少量的其他磷酸盐晶体等组成。釉质晶体类似于羟磷灰石 $[\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2]$ 晶体，是含有较多 HCO_3^- 根的生物磷灰石晶体。釉质中还含有一些 Cl^- 、 Na^+ 、 Mg^{2+} 、 Sr^{2+} 、 Zn^{2+} 、 Pb^{2+} 等杂质元素，并存在 Ca^{2+} 空位，使釉质的磷灰石晶体结构变得不稳定。而 F^- 的存在，使磷灰石晶体内的钙三角结构变得紧凑，稳定性加强，因而增强了对酸的抵抗能力。

釉质中的有机物占总重量的不到 1%。釉质细胞外基质蛋白主要有釉原蛋白 (amelogenins)、非釉原蛋白 (non-amelogenins) 和蛋白酶 (proteinases) 等三大类。

釉原蛋白在晶体成核、晶体生长方向和速度调控上发挥重要作用,在釉质发育分泌期中达 90%,主要分布于晶体间隙,成熟釉质中基本消失。

非釉原蛋白包括釉蛋白 (enamelin)、成釉蛋白 (ameloblastin) 和釉丛蛋白 (tuftelin) 等,与羟磷灰石有很强的亲和性,存在于釉质分泌早期至成熟后期的柱鞘、釉丛等部位,具有促进晶体成核、调控晶体生长的作用。

釉基质蛋白酶包括金属蛋白酶 (metalloproteinases) 和丝氨酸蛋白酶 (serine proteinases) 等。主要参与釉原蛋白和非釉原蛋白分泌后的修饰与剪接,而丝氨酸蛋白酶主要分解釉质成熟期晶体之间的釉原蛋白,为釉质晶体的进一步生长提供空间。

二、组织学特点

(一) 釉柱

是细长的柱状结构,起自釉质牙本质界,贯穿釉质全层而达牙表面。在窝沟处,釉柱由釉质牙本质界向窝沟底部集中,呈放射状;近牙颈部,釉柱排列几乎呈水平状。釉柱近表面 1/3 较直,而内 2/3 弯曲,在牙切缘及牙尖处绞绕弯曲更为明显,称为绞釉 (gnarled enamel)。

釉柱直径平均为 4~6 μm 。纵剖面可见有规律间隔的横纹,横纹之间的距离约为 4 μm ,与釉质发育期间基质节律性的沉积有关。横剖面呈鱼鳞状,电镜观察呈球拍样,有一个近圆形、较大的头部和一个较细长的尾部。头部朝咬合面方向,尾部朝牙颈方向。相邻釉柱以头尾相嵌形式排列。

电镜观察,釉柱由呈一定排列方向的扁六棱柱形晶体组成。晶体宽约 40~90nm,厚约 20~30nm,长度在 160~1000nm 之间。这些晶体在釉柱头部互相平行排列。它们的长轴 (C 轴) 平行于釉柱的长轴,而从颈部向尾部移动时,晶体长轴的取向逐渐与长轴成一角度,至尾部已与釉柱长轴呈 65°~70°的倾斜。在一个釉柱尾部与相邻釉柱头部的两组晶体相交处呈现参差不齐的增宽的间隙,称为釉柱间隙,构成了釉柱头部清晰、弧形的边界,即所谓的釉柱鞘 (enamel rod sheath)。

(二) 施雷格线

用落射光观察牙纵向磨片时,可见宽度不等的明暗相间带,分布在釉质的内 4/5 处,改变入射光角度可使明暗带发生变化,这些明暗带称为施雷格线 (Schreger line)。这是由于规则性的釉柱排列方向改变而产生的折光现象。

(三) 无釉柱釉质

近釉质牙本质界最先形成的釉质、多数乳牙和恒牙表层约 30 μm 厚的釉质均看不到釉柱结构,晶体相互平行排列,称为无釉柱釉质 (rodless enamel),位于釉质牙本质界处者,可能是成釉细胞在最初分泌釉质时托姆斯突 (Tomes processes) 尚未形成;而表层的无釉柱釉质可能是成釉细胞分泌活动停止及托姆斯突退缩所致。

(四) 釉质生长线 (incremental line of enamel)

又称雷丘斯线 (Retzius line),低倍镜观察釉质磨片时,此线呈深褐色。在纵向磨片中的牙尖部呈环形排列包绕牙尖,近牙颈处渐呈斜行线。在横磨片中,生长线呈同心

环状排列。为釉质周期性的生长速率改变所形成的间歇线。其宽度和间距因发育状况变化而不同。

乳牙和第一恒磨牙的磨片上,常见一条加重的生长线。这是由于乳牙和第一恒磨牙的釉质部分形成于胎儿期,部分形成于婴儿出生以后。当婴儿出生时,由于环境及营养的变化,该部位的釉质发育一度受到干扰,特称其为新生线(neonatal line)。

(五) 釉板(enamel lamella)

是一薄层板状结构,垂直于牙面,或停止在釉质内,或达釉质牙本质界,甚至伸到牙本质内,磨片观察呈裂隙状结构。可能是在釉质发育时期,某些釉柱排列急剧变化或矿化差异而发生应力改变的结果。该处的基质钙化不全,并含有大量的釉质蛋白。

釉板内含有较多的有机物,可成为龋致病菌侵入的途径。特别是在窝沟底部及牙邻面的釉板,是龋发展的有利通道。但绝大多数釉板是无害的,而且也可以因唾液中矿物盐的沉积而发生再矿化。

(六) 釉丛(enamel tuft)

起自釉质牙本质界向牙表面方向散开,呈草丛状,其高度约为釉质厚度的 $1/5 \sim 1/4$ 。釉丛是一部分矿化较差而蛋白含量相对较高的釉柱,在不同的平面及不同方向重叠投射,形成的丛状影像。

(七) 釉梭(enamel spindle)

是位于釉质牙本质交界处的纺锤状结构,在牙尖部较多见。其形成与成牙本质细胞浆突的末端膨大穿过釉质牙本质界包埋在釉质中有关。

(八) 釉质牙本质界

釉质和牙本质的交界不是一条直线,而是由许多小弧形线相连而成。从三维的角度来看,釉质牙本质界(enamel-dentinal junction)是由许许多多紧挨着的圆弧形小凹构成,小凹突向牙本质,而凹面与成釉细胞的托姆斯突的形态相吻合。

三、临床意义

随着年龄的增长,有机物等进入釉质而使其颜色变深和通透性下降,釉质代谢减缓。如牙髓发生坏死,釉质的代谢将进一步受到影响,釉质失去正常的光泽,变为灰黑色,质变脆易裂。

临床上常用氟化物来预防釉质龋的发生。这是因为氟离子进入磷灰石晶体中,将与 HCO_3^- 和 OH^- 等发生置换,使釉质的晶体结构变得更为稳定,从而可增强釉质的抗龋能力。

在釉质的咬合面,有小的点隙和狭长的裂隙。剖面观,这些裂隙形状不一,大多窄而长,有的较浅,开放呈漏斗状或口小底大,深度可达釉质深部。裂隙的直径或宽度一般为 $15 \sim 75 \mu\text{m}$,不能为探针所探入。由于点隙裂沟内细菌和食物残渣较易滞留而不易清洁,故常成为龋的始发部位,且一旦发生龋,则很快向深部扩展,因此早期封闭这些点隙裂沟,对龋的预防有一定帮助。随着年龄的增长,点隙裂沟可逐渐磨平,该部位龋的发生率也趋于下降。

绞釉的排列方式可增强釉质的抗剪切强度,咀嚼时不易被劈裂。手术时如需劈裂釉质,施力方向必须尽量与釉柱排列方向一致。在治疗龋齿制备洞型时,不宜保留失去牙

本质支持的悬空釉柱,否则充填后,当牙受压力时,此种薄而悬空的釉质易碎裂,使窝洞边缘产生裂缝,引起继发龋。

釉质表面酸蚀是临床进行树脂修复、点隙裂沟封闭或矫正时带环粘固前的重要步骤。通过酸蚀使釉质无机磷灰石部分溶解而形成蜂窝状的粗糙表面,以增加固位力。釉质表面的溶解与釉柱和晶体的排列方向有关,因此,在对无釉柱釉质,尤其是乳牙进行酸蚀处理时应适当延长酸蚀时间。

第二节 牙本质

牙本质(dentin)是构成牙主体的硬组织,冠部表面覆盖釉质而根部覆盖牙骨质。牙本质围成的腔隙充满牙髓组织。牙本质和牙髓由于其胚胎发生和功能上的密切关系,常合称为牙髓-牙本质复合体(pulpo-dentinal complex)。

一、理化特性

牙本质的硬度比釉质低,比骨组织稍高。牙本质具有一定的弹性,因而为硬而易碎的釉质提供了良好的缓冲环境。由于牙本质组织结构的多孔性,因而具有良好的渗透能力,组织液和局部微环境中的许多液体和离子可经过牙本质。其无机物约占重量的70%,有机物为20%,水为10%。无机物主要为磷灰石晶体,但比釉质中的小,而与骨和牙骨质中的相似。有机物中,胶原蛋白(主要为I型胶原蛋白)约占18%,此外还有牙本质涎磷蛋白(dentin sialophosphoproteins)(包含牙本质磷蛋白和牙本质涎蛋白)、牙本质基质蛋白1(dentin matrix protein 1)以及氨基多糖(glycosaminoglycans)等。

二、组织学特点

(一) 牙本质小管(dentinal tubule)

为贯通于牙本质全层的管状结构,充满组织液和成牙本质细胞突起。牙本质小管自牙髓表面向釉质牙本质界呈放射状排列,在牙尖部及根尖部小管较直,而在牙颈部则弯曲呈“~”形,近牙髓端的凸弯向着根尖方向。小管近牙髓一端较粗,直径约3~4 μm ,近表面处约为1 μm ,且排列稀疏。因此牙本质在近髓侧和近表面每单位面积内小管数目之比约为4:1。

牙本质小管自牙髓端伸向表面,沿途分出许多侧支,并与邻近小管的侧支互相吻合。牙根部牙本质小管的分支数目比冠部者多。

(二) 成牙本质细胞突起(odontoblastic process) 是成牙本质细胞的原浆突,细胞体位于髓腔近牙本质侧,呈整齐的单层排列。成牙本质细胞突起伸入牙本质小管内,整个行程中分出细的小支伸入小管的分支内,并与邻近的突起分支相联系。

胞浆突的内含物很少,主要有微管(直径约20~25nm)及微丝(直径约5~7nm),一些致密体,偶见线粒体和小泡,而无核糖体和内质网。

成牙本质细胞突起和牙本质小管之间有一小的空隙,称为成牙本质细胞突周间隙

(periodontoblastic space)。间隙内含组织液和少量有机物，为牙本质物质交换的主要场所。

牙本质小管的内壁衬有一层薄的有机膜，称为限制板 (lamina limitans)，含有较高的氨基多糖 (glycosaminoglycans)，可调节和阻止牙本质小管矿化。

（三）细胞间质

牙本质的细胞间质大部分为矿化的间质，其中有细小的胶原纤维，主要为 I 型胶原。纤维的排列大部分与牙本质小管垂直而与牙表面平行，彼此交织成网状。

细胞间质中的磷灰石晶体比釉质中的小，长约 20~100nm，宽 2~35nm，呈针状或板状。沉积于基质内，其长轴与胶原纤维平行。

牙本质的矿化并不是均匀的，在不同区域因其矿化差异而有着特定的名称：

1. 管周牙本质 (peritubular dentin) 光镜观察牙本质的横剖磨片时，可清楚地见到围绕成牙本质细胞突起的间质与其余部分不同，呈环形的透明带，称为管周牙本质，它构成牙本质小管的壁。管周牙本质矿化程度高，含胶原纤维极少。

2. 管间牙本质 (intertubular dentin) 位于管周牙本质之间。其内胶原纤维较多，基本上为 I 型胶原蛋白，围绕小管成网状交织排列，并与小管垂直，其矿化较管周牙本质低。

3. 球间牙本质 (interglobular dentin) 牙本质的钙化主要是球形钙化，由很多钙质小球融合而成。在牙本质钙化不良时，钙质小球之间遗留些未被钙化的间质，此未钙化的区域称为球间牙本质，其中仍有牙本质小管通过，但没有管周牙本质结构。主要见于牙冠部近釉质牙本质界处，沿牙的生长线分布，大小形态不规则，其边缘呈凹形，很像许多相接球体之间的空隙。

4. 生长线 (incremental line) 又称冯·埃布纳 (von Ebner) 线，是一些与牙本质小管垂直的间歇线纹。它表示牙本质的发育和形成速率是周期性变化的。牙本质的形成从牙尖的釉质牙本质界开始，有规律地成层进行。生长线有节律性的间隔即为每天牙本质沉积的厚度，约为 4~8 μm 。如发育期间受到障碍，则形成加重的生长线，特称为欧文线 (Owen line)，在乳牙和第一恒磨牙其牙本质也因部分形成于出生前，部分形成于出生后，两者之间有一条明显的生长线，即新生线。

5. 托姆斯颗粒层 (tomes granular layer) 牙纵剖磨片中，根部牙本质透明层的内侧有一层颗粒状的未矿化区，称托姆斯颗粒层。有人认为是成牙本质细胞突起末端的膨大，或为末端扭曲所致；也有人认为是矿化不全所致。

6. 前期牙本质 (predentin) 牙本质的形成是一有序的过程，即成牙本质细胞分泌基质并进一步发生矿化。由于牙本质在一生中始终在形成，因此，在成牙本质细胞和矿化牙本质之间总是有一层尚未矿化的牙本质存在，称为前期牙本质。前期牙本质一般为 10~12 μm 厚。在发育完成的牙较正在发育的牙其牙本质形成慢，所以前者的前期牙本质较后者薄。

在生理情况下，按牙本质形成时期的不同，可将其分为原发性牙本质 (primary dentin) 和继发性牙本质 (secondary dentin)。

原发性牙本质 是指牙发育过程中所形成的牙本质，它构成了牙本质的主体。最先形成的紧靠釉质和牙骨质的一层原发性牙本质，其基质胶原纤维主要为来自于未完全分