

最新医疗整形美容 外科手术临床应用规范图解

◎主编 陈路◎



ZUIXIN YILIAO ZHENGXING MEIRONG

青海人民出版社

最新 医疗整形美容外科手术临床应用规范图解

主 编:陈 路

(四)

青海人民出版社

(4) 将黏膜软骨瓣自鼻尖部皮下隧道拉至患侧鼻孔切口，皮下段去除黏膜，缝合固定。

2. 鼻端软骨移植法

(1) 鼻孔缘内侧切口，切除两侧鼻翼软骨膝部。

(2) 切取鼻中隔软骨或耳甲腔软骨。

(3) 将软骨一面部分切开，塑形成为附合鼻端的形态。

(4) 将软骨移植至鼻端患侧部皮下，并与鼻端皮肤褥式缝合固定。

(5) 术后2周拆除缝线。

(三) 注意事项

(1) 隆鼻尖时，如果用硅胶假体，切不可使鼻尖部产生过大的张力，术中鼻尖发白是局部张力过大的标志。鼻假体鼻端处应修剪得圆钝，使鼻端皮肤与鼻假体有较大的接触。

(2) 鼻成形术的切口分为鼻软骨间、经鼻翼软骨、鼻孔缘内侧切口。具体选择哪种切口要视情况而定。软骨间切口对切除鼻翼软骨上缘和侧鼻软骨下缘较方便，并且可进行鼻背和上颌骨额突的截骨；经鼻翼软骨的切口可以较好地暴露鼻翼软骨，对鼻翼软骨的准确切除很有好处；鼻孔缘内侧切口亦可准确暴露鼻翼软骨，尤其是鼻翼软骨膝部和鼻中隔尾端，此是鼻端成形的最常用切口。这三种切口也可结合起来应用。

(3) 应用自体软骨隆鼻尖时，对软骨的塑形有不同的方法：①单层软骨可塑成钝角的等腰三角形。②多层软骨可将其罗列在鼻尖处。

(4) 鼻端圆钝、肥厚者鼻端皮肤较厚，不易收缩，故在皮肤与软骨间形成一死腔，其中充斥增生的瘢痕纤维，术后一段时间鼻端仍显圆钝，甚至较术前无明显改变，需经1年左右的时间，皮下纤维萎缩，手术效果才得以体现。尤其鼻尖上区，可能形成隆起，经过按摩和少量注射去炎松，一般均可缓解。

(5) 修剪鼻中隔尾端时，中隔角处应修得圆钝，不应过尖。鼻中隔修剪不要过度，否则易形成短鼻。

(6) 在矫正鼻尖过凸时，需切断鼻翼软骨内、外侧脚，而不是切除，否则，有可能产生鼻翼部皮下中断现象。

(四) 并发症及其处理

(1) 由于鼻端移植物的存在，鼻尖皮肤变薄、破溃，此为鼻端皮肤张力过大所致，出现此种情况，应及早将移植物取出，待皮下腔隙愈合后再进行二次修复。如果较早地发现了鼻端皮肤张力而取出了假体，可以用自体软骨即时修复，以减低原有的皮肤张力。

(2) 感染。由于鼻端成形剥离范围广, 而且软骨周围软组织切除后, 其与皮肤间的腔隙易致皮下积血, 所以有感染的机会。感染后需保持引流。取出移植物。

(3) 鼻端“关节”。很少出现, 多见于鼻端皮肤较薄者。一般由于鼻翼软骨膝部完全切断所致。表现为患侧鼻翼塌陷, 在鼻翼与鼻端移行处形成折断现象。预防: 对于较厚的鼻翼软骨膝部不完全切断, 只增加其易折性。处理: 耳软骨鼻翼部移植。

(4) 鼻翼塌陷。可与上一并发症相伴出现, 由于鼻翼软骨切除过多所致。处理: 软骨移植。

(5) 鼻孔瘢痕性闭锁。鼻端成形术多在鼻孔内做切口, 若损伤过大、感染等可造成此并发症。处理: 瘢痕切除, 植皮。

六、鼻小柱成形术

以鼻小柱为代表的鼻底面与唇的关系十分重要。鼻底面与唇所成角度经常很大程度地左右手术效果, 美的鼻唇角应为 $90^{\circ} \sim 100^{\circ}$ 。鼻成形术有时会关系到唇。

(一) 适应症

- (1) 鼻唇角为锐角。
- (2) 鼻唇角大于 100° 。
- (3) 口唇休息位上排切牙、牙龈外露。
- (4) 鼻小柱悬垂畸形。
- (5) 鼻小柱基底后缩畸形。
- (6) 鼻尖低垂。
- (7) 鼻小柱过短。
- (8) 小鼻翼、鼻基底需增高者。
- (9) 鼻孔、鼻翼过大。

(二) 手术要点

针对鼻唇角、鼻底面缺陷原因, 设计手术方法。以下所列为手术技巧, 并非手术步骤。一个成功的鼻唇成形术是这些技术的合理组合运用。

(1) 充填鼻小柱基底。当鼻小柱基底部后缩所致鼻唇角为锐角, 可在鼻孔基线近鼻小柱侧做一小切口, 在鼻棘前剥离出一间隙。切取鼻中隔软骨或耳甲软骨, 充填于鼻棘前。

(2) 修剪鼻中隔尾端。此步骤使过长的鼻中隔尾端短缩, 可加大鼻唇角,

缩短鼻长度。

(3) 部分切除鼻棘。若鼻小柱基底部过于前凸所致鼻唇角大于 100° ，可保守地凿除部分鼻棘。

① 鼻孔内鼻中隔贯通切口。

② 修剪鼻中隔尾端。

③ 凿除鼻棘，与鼻中隔尾端平滑衔接。

(4) 松解上唇。鼻孔内鼻中隔前的贯通切口，在鼻棘前剥离，并切断鼻肌和降鼻中隔肌。

(5) 矫正鼻尖悬垂。见鼻端成形术。

(6) 矫正鼻小柱悬垂。鼻小柱缘与鼻翼软骨内侧脚间切口，剥离鼻黏膜，充分游离鼻翼软骨内侧脚，使其自然突出于切口外，剪除突出的内侧脚，缝合切口。

(7) 复合组织移植充填鼻小柱、鼻翼基底以增加鼻底面高度。切开侧鼻翼基底及鼻小柱基底，取耳廓游离复合组织镶嵌于上述切口间，缝合并打包固定。术后 2 周拆线。

(8) 修补鼻翼缘切迹：

① 在鼻翼切迹的鼻小柱侧垂直于鼻翼缘做一小切口，沿鼻翼缘将鼻黏膜与皮肤剥离开，切取多余鼻翼软骨或耳软骨移植于已剥好的腔隙内，褥式缝合固定。

② 在鼻孔内设计一带在鼻翼缘的矩形瓣，掀起后，在皮瓣下移植一小条耳软骨，并将矩形瓣向鼻孔方向推进，将软骨与皮肤褥式缝合固定。鼻孔内继发创面自行愈合。

(9) 缩小鼻孔和鼻翼：在鼻小柱基底切除一部分全层鼻翼，有助于缩小鼻孔、鼻翼。在鼻翼的不同部位切除组织，可获得不同的手术效果。

(三) 注意事项

(1) 充填鼻小柱基底的充填物亦可用人工代用品，如固体硅胶、羟基磷灰石，但术后易发生感染。且距颧颊沟较近，其表面组织覆盖少，容易排出体外。

(2) 修剪鼻中隔尾端是一项应用广泛的技术，不只是本章内容所独有。它的应用也包括在鼻端成形、长鼻矫正、驼鼻矫正术中。修剪中隔角时应使其圆钝。

(3) 一般情况下不需切除鼻棘。运用此法应慎重，否则可致鼻小柱基底后缩畸形。即使必须切除鼻棘，也应只切除鼻棘的尖端，而不应将整个鼻棘切除。

(4) 鼻小柱悬垂畸形在术前对解剖因素要有充分的估计，要分析是由鼻

中隔尾端造成还是由鼻翼软骨内侧脚肥大造成。

(5) 鼻翼基底复合组织移植应慎重, 因复合组织成活困难, 术后易致鼻翼瘢痕。

(四) 并发症及其处理

(1) 术后感染。少见, 应用软骨移植时可发生。用大量抗生素可预防、控制感染, 必要时取出移植物, 感染可很快得以控制。

(2) 血肿。见于凝血机制不健全者。术前预防为主。

(3) 鼻短缩。多为中隔软骨尾端切除过多, 应予以避免。一旦形成短鼻, 矫治非常困难, 需行中隔软骨移植以延长鼻中隔。

(4) 鼻小柱后缩、鼻端下垂畸形。亦与鼻中隔尾端切除过多有关, 同时鼻翼软骨自中隔角处下滑。延长中隔, 将鼻翼软骨与中隔角缝合。



第五节 全鼻再造术

鼻位于颜面中央的突出部位, 其下端的鼻尖及鼻翼易遭受创伤或烧伤, 造成鼻部分缺损或鼻部瘢痕挛缩畸形。鼻下端较大缺损或全鼻缺损严重影响美观, 需要通过全鼻再造来修复。

一、全鼻再造方法的选择

鼻部结构包括皮肤软组织覆盖、软骨与鼻骨支架和粘膜衬里 3 部分。因此, 全鼻再造就是重建上述 3 种结构, 完整的全鼻再造可分解为衬里再造、鼻支架再造和外覆盖再造 3 个步骤。临床上根据外覆盖的制作方式不同, 将全鼻再造分为不同方法。

(1) 根据鼻外覆盖的形成部位不同, 分为额部皮瓣法、前臂皮瓣法及皮管法。其中额部皮瓣在皮肤的色泽、质地、血供及塑形方面较其他皮瓣有明显优势, 为鼻再造的首选术式。虽然额部皮瓣法再造的鼻较其他方法美观, 但它是牺牲额部的美感为代价换来的。对于不接受额部皮瓣法的患者, 可考虑用前臂皮瓣法或皮管法再造全鼻。

(2) 额部皮瓣是所有前额皮瓣的总称, 根据皮瓣轴性血管的不同, 分为以滑车动脉为主的前额正中皮瓣、以眶上动脉为主的额部皮瓣和以颞浅动脉为主的额部皮瓣。其中以滑车动脉为主的前额正中皮瓣, 因血供可靠、容易旋转, 只需一次手术就可以完成鼻外覆盖的修复, 是额部皮瓣全鼻再造的首选。其他皮瓣主要用于前额正中有瘢痕的患者, 由于鼻再造时, 皮瓣的旋转

幅度大,为保证手术成功,往往需要先行皮瓣延迟手术。

(3) 根据鼻外覆盖的制作不同,额瓣法全鼻再造术分为额部正中皮瓣全鼻再造术和额部扩张皮瓣全鼻再造术。额部正中皮瓣全鼻再造术是将额部正中皮瓣直接反转,形成鼻外覆盖,皮瓣供区通过皮片移植来修复,优点是治疗时间短,再造鼻不回缩,缺点是额部供区不美观。额部扩张皮瓣全鼻再造术是通过埋置扩张器,待额部获得足够多余组织后,再形成鼻外覆盖,皮瓣供区直接拉拢缝合。该法除了具有传统额部皮瓣的优点外,额部供区可以直接缝合而不需要植皮,对额部外观影响不大。另外,额部皮瓣经过扩张,组织结构明显变薄,有利于鼻下端(鼻尖、鼻翼、鼻小柱)的塑形。但该法要求有良好的组织支撑,否则皮瓣易收缩,引起再造鼻的变形。

二、额部正中皮瓣全鼻再造术

主要适用于额部发际较高的患者。

(一) 相关解剖

1. 前额的组织层次

前额由浅至深依次为皮肤、额肌、骨膜和额骨。其中额肌为非薄的扁肌,与皮肤连接紧密,不易分离。分离组织时,常将这两层作为一层看待。额肌与骨膜之间靠疏松的结缔组织连接,很容易分离,为额部皮瓣的游离层次。

2. 额部的血液供应

额部的血供非常丰富,其血管及神经均走行于额肌与皮肤之间。操作时,任意瓣的长宽比例可达3:1,而不会影响皮瓣末端的血供。与全鼻再造有关的正中皮瓣因其包含滑车动脉及鼻背动脉,应属于轴性皮瓣。只有掌握滑车动脉及鼻背动脉的走行,才能在制作额部正中皮瓣时做到游刃有余。

(1) 滑车动脉的走行:滑车动脉由颈内动脉的分支眼动脉在眶内发出,经眶上、内侧缘穿眶隔出眶,沿正中线两侧上行。

(2) 鼻背动脉的走行:鼻背动脉由颈内动脉的分支眼动脉在眶底内侧部发出,在滑车与睑内侧韧带之间,眶隔与眼轮匝肌之间下降达鼻背。

(二) 全鼻缺损的类型与衬里再造

鼻部缺损不同,鼻再造时对皮肤覆盖的要求基本相同,但对支架与衬里的要求则有明显差异。临床上可按鼻部缺损对衬里的要求不同,分为3型。

1. 鼻部缺损的分类

(1) 轻度鼻缺损畸形:常见于以下几种情况:①鼻部深Ⅱ度烧伤、创面

愈合后,鼻翼及鼻尖部瘢痕挛缩变形,鼻下端缺损少于0.5cm,鼻翼软骨边缘仅少许缺损。②外伤引起的鼻下端缺失。如鼻尖与鼻小柱大部分缺损或鼻翼缺失。

(2) 中度鼻缺损畸形;常见于鼻下部外伤或感染造成的鼻尖及鼻翼缺失。其特点是鼻的梨状孔上缘基本正常、鼻中隔外露,鼻翼一侧或两侧缺失,残留的鼻翼及鼻小柱因瘢痕挛缩明显上提,导致患者的鼻明显缩短。该类鼻缺损临床上最常见,除需再造鼻衬里外,还需要做鼻延长。美容整形医师应发挥自己的主观能动性,根据鼻的美学标准,确定新鼻翼外侧角的位置和再造鼻衬里。

(3) 严重鼻缺损畸形:系指鼻部毁损性创伤,如鼻部Ⅲ度烧伤,创面愈合后,鼻部瘢痕挛缩造成鼻严重畸形。

2. 手术前设计

(1) 轻度鼻缺损的衬里设计:由于鼻翼外侧脚和鼻小柱残基仍存在,鼻长度在正常范围内,故设计时,不需要考虑鼻定位及鼻延长问题,可根据鼻尖及鼻翼缺损的大小,以鼻残端部为蒂设计局部皮瓣,将皮瓣翻转,形成鼻衬里。

(2) 中度鼻缺损的衬里设计

①单侧鼻翼缺失,根据健侧确定鼻翼外侧角,使两边对称。双侧鼻翼均缺失,自鼻中嵴向两侧做一水平线,自双眼内眦向下做垂线,垂线与水平线相交点为患者的新鼻翼点。另外,设计时应考虑松解瘢痕后,残存的鼻翼复位后的位置变化。

②手术后鼻外形是否美观,很大程度上取决于鼻翼外侧角的外形,因此,残存的鼻翼应尽量保存,缺损侧在鼻翼点处沿标准的鼻翼缘设计一弧形线。

③标记梨孔的边缘 ABC 为鼻延长的切口线。

④沿双侧鼻面沟向上画线,经过内眦的内侧向上,与通过鼻黄金点的水平线相交,设计为以梨状孔边缘为蒂的鼻背部舌状皮瓣,然后自鼻黄金点 O。沿正中画线至梨状孔的正中点 B。

(3) 重度较少见。需要用皮瓣分别修复衬里和覆盖,夹层理植支架。有时还考虑用皮管做全鼻再造。

3. 麻醉

用2%利多卡因行局部浸润麻醉。

4. 手术操作

以中度鼻缺损的衬里制作为例。

(1) 沿梨状孔边缘 ABC 切开至鼻腔,将切口下鼻组织整个不移,使残存的鼻翼及鼻小柱复位。

(2) 沿 OB 线切开皮肤至鼻背部肌肉, 沿 AOC 线切开皮瓣至骨膜, 在骨膜上游离皮瓣至梨状孔上缘约 2mm, 将皮瓣翻向下面, 覆盖鼻下移形成的洞穿性损伤。

(3) 将 OB 线两边的皮肤分别与鼻中隔粘膜缝合以封闭鼻中隔缺损。

(4) 沿鼻翼缘切开皮肤至鼻软骨, 在鼻翼软骨的表面游离皮瓣至鼻缺损的边缘, 形成蒂在内侧的局部皮瓣, 将残存的鼻小柱自鼻嵴处切开, 向上游离, 形成蒂在鼻小柱残端的皮瓣, 然后反转, 形成鼻小柱的衬里。

(5) 将鼻背部形成的几个皮瓣缝合形成鼻衬里。

(三) 外覆盖的再造

1. 额部皮瓣的设计 (图 10-4-7)

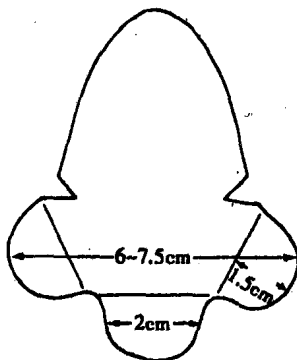


图 10-4-7 三叶瓣的设计

(1) 三叶瓣是目前临床上最常采用额部皮瓣设计法, 其中三叶分别形成患者的两个鼻翼和鼻尖部, 三叶柄形成鼻背, 三叶的长度是鼻黄金点至唇红缘的距离, 三叶的直径为 2.5cm, 宽度为 1cm, 三叶的柄宽根据模拟的实际鼻高度用软尺测量。

(2) 将设计的三叶瓣放置在额部正中, 使瓣尽量靠近发际, 柄放置在额部正中, 距眉毛 0.5~1cm 处, 如果柄端距眉毛少于 0.5cm, 应将三叶瓣的瓣稍偏离正中, 偏离方向同额瓣旋转的方向 (图 10-4-8)。

2. 麻醉

用 2% 利多卡因行局部浸润麻醉。

3. 手术操作

(1) 麻醉后, 按设计线切开皮肤及额肌, 在额肌与骨膜之间游离皮瓣。操作时, 切忌损伤额部骨膜。

(2) 在柄端与眉毛之间逐渐切断额肌在皮肤下游离, 切断额肌时, 不要

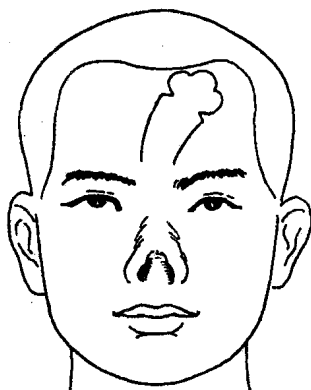


图 10-4-8 额部皮瓣的设计

损伤滑车上动脉，将皮瓣反转 180° ，观看皮瓣是否与衬里缝合无张力。如皮瓣蒂部张力过大，应继续游离蒂部，以加长蒂部。

（四）鼻支架的制作与全鼻成形

1. 鼻支架的制作

根据鼻下部软骨缺损的情况，用“L”形硅胶雕刻合适的假体，以对鼻尖构成支撑。假体雕刻完成后，将其与鼻衬里缝合固定，特别注意与鼻骨骨膜的（梨状孔处）的固定，在此处固定牢固，可防止鼻成形后假体下移。

2. 定点缝合

先将三叶瓣中叶的中点与鼻小柱的中点对位缝合，然后将另外两叶与鼻翼沟中点对位缝合，再缝合两侧鼻翼外侧角。缝合时，不是将外覆盖与鼻翼衬里简单的对位缝合，而是在缝合鼻翼沟中点时，应使外覆盖在缝合鼻翼外侧角时有一定的张力。这样才能形成鼻翼外侧角的形态。

3. 缝合切口

定点缝合完成后，依次缝合切口。

4. 新鼻塑形

在鼻翼沟的上缘横向贯穿缝合一针，内收鼻翼上端，向鼻孔内塞入磺仿纱条，对鼻孔塑形。

5. 额部供区处理

取上臂内侧全厚皮片，将其缝合于额部供区，打包加压包扎。打包时，不要让蒂部受压，用油纱覆盖蒂部创面外露处。

（五）手术后处理

（1）注意观察鼻外覆盖血供，及时处理引起血供障碍的原因。

(2) 常规静脉滴注抗生素 3~5 天。

(3) 手术后 7 天拆线, 12 天将额部拆包换药, 观察皮片成活情况, 14 天拆除塑形线。

(4) 手术后 3 周开始蒂部训练, 开始每天训练 2~3 次, 每次 15 分钟, 以后逐渐增加训练次数和加长训练时间, 待阻断蒂部, 鼻外覆盖血供无障碍时, 断开蒂部, 修整鼻根部。

三、额部扩张皮瓣全鼻再造术

主要适用于额部发际较低的患者。分为 2 期, 第 I 期为额部扩张器的埋置与皮瓣扩张; 第 II 期为全鼻再造。

(一) 额部扩张器的埋置与皮瓣扩张

1. 手术前设计

(1) 切口一般选择额部正中上方发际内, 长度约 4cm。

(2) 扩张器一般选用容量 170ml 长方形立体扩张囊。该种扩张器完成扩张后, 获得纵行和横行的皮肤面积大。

(3) 用紫药水标记皮瓣游离范围: 向下至眉弓, 两侧至通过左、右眉弓中点的垂线。

2. 麻醉

用 2% 利多卡因行局部浸润麻醉。

3. 手术操作

(1) 按手术前设计的切口切开皮肤及帽状腱膜, 在帽状腱膜、额肌与骨膜之间游离皮瓣, 游离的范围向下至眉上 0.5cm, 两侧至眉峰的上方。

(2) 皮瓣游离完成后, 置入扩张器, 将注射壶埋入切口上方的发际内。

(3) 通过注射壶向扩张器内注入 20ml 生理盐水, 看注水是否通畅。

(4) 在直视下缝合切口, 以免损伤扩张器, 切口处放置一橡皮引流条。

4. 手术后处理

(1) 手术后 2~3 天拔除引流条。

(2) 手术后局部加压包扎 3 天。

(3) 常规静脉滴注抗生素 3~5 天。

(4) 手术后 7 天拆线。

(5) 拆线后 10 天左右开始向扩张器内注水, 每次注水 20ml, 间隔 3~7 天注水一次。经过 8~10 周逐步完成超容量 20%~25% 注液扩张。

(6) 注水完成后, 就可以行全鼻再造手术。但由于扩张皮瓣存在收缩, 最好在注液扩张完成后 3 个月考虑手术, 皮瓣的扩张时间越长, 扩张皮瓣的

回缩越小。

(二) 扩张器取出、全鼻再造术。

1. 衬里制作及假体制作

同普通额部皮瓣全鼻再造术。

2. 鼻外覆盖的制作

扩张皮瓣存在收缩，鼻外覆盖三叶瓣的设计与一般额部皮瓣三叶瓣的设计存在区别。因此，设计时，一定估计皮瓣的收缩大小，才能塑造出一个外形良好的鼻。

(1) 手术前设计 (图 10-4-9)

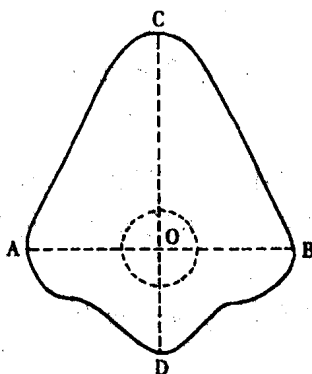


图 10-4-9 扩张皮瓣三叶瓣的设计

①确定皮瓣主要血管的走行：在暗环境中通过手电筒透光试验，观察并标记滑车上血管、眶上血管的走行及交通支，作为设计皮瓣方位及其皮下组织蒂的依据。若眶上血管或浅血管前支较粗，可在囊外经皮缝套血管，垫以橡皮管或纱布结扎，对皮瓣进行延迟处理。

②鼻再造三叶瓣的设计：因取出扩张囊后皮肤回缩 15% ~ 20%，应将三叶瓣设计的较大，常用的三叶瓣参数如下：宽度为 7.0 ~ 7.6cm，由鼻根黄金点至鼻尖长为 5.0 ~ 5.5cm，由鼻尖点至小柱基点长为 2.5 ~ 3.0cm。以鼻尖点为圆心，直径 2.5cm 范围内组织专供塑出半球形鼻尖。一般情况下宽度为 7.5 ~ 7.6cm 三叶瓣，能造出我国人中等大新鼻（临床上最常选用）。

③三叶瓣设计中衬里的面积问题：鼻尖、鼻翼和鼻小柱缺损愈多，需要皮瓣远端折叠制作衬里的面积愈大。只有衬里面积足够大，才能使新鼻尖、鼻翼外形良好。否则再造的新鼻尖、鼻翼上缩，甚至形成“朝天鼻”。前述中度鼻缺损畸形，鼻中隔下端遭毁坏者，三叶瓣的中间瓣即需延伸，以备折叠成中隔下端两侧衬里，并容纳软骨支架的置入；预定用造新鼻翼的皮

瓣两侧叶，亦按鼻翼缺损的衬里需要相应扩大。另外，左或右侧鼻翼缺损较大者，该侧用作衬里区亦较大。

④根据设计，剪裁三叶瓣膜片，在扩张区皮肤按三叶瓣标记出切口线。

(2) 麻醉：用 2% 利多卡因行局部浸润麻醉。

(3) 手术操作 (图 10-4-10)

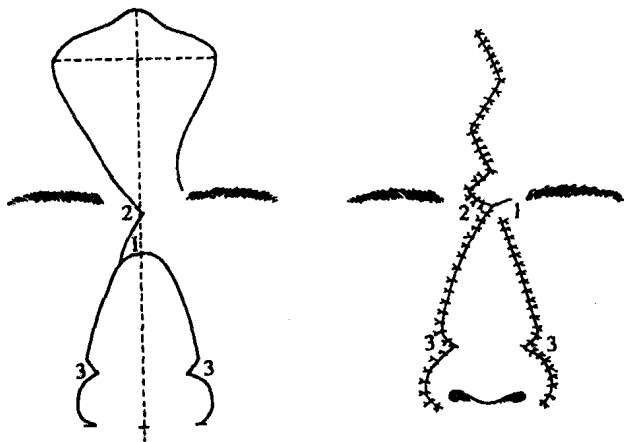


图 10-4-10 扩张皮瓣鼻再造术

①鼻衬里再造和支架的雕刻同普通额部皮瓣法。

②衬里再造后，按设计线切开，取出扩张囊。将皮瓣旋转 180°，覆盖鼻背部创面，具体操作同额部皮瓣全鼻再造术。

(4) 手术后处理

①额部加压包扎，避免皮瓣蒂部受压。保持负压引流通畅，2~3 天拔除。

②平卧位卧床休息，不垫枕头，以利静脉回流。

③其他处理：同额部正中皮瓣全鼻再造术。

第 十 一 篇

牙部美容整形
外科手术临床
应用规范图解

牙部美容整形临床应用解剖与美学概要

第一节 牙体美容整形临床应用解剖

一、牙齿的结构、分类和功能

(一) 牙齿的结构

1. 外部观察

从外部观察，牙体由牙冠、牙根及牙颈三部分组成。

(1) 牙冠。在牙体外层由牙釉质覆盖的部分称牙冠。正常情况下，牙冠的大部分显露于口腔，称为临床牙冠，以牙颈为界的牙冠称为解剖牙冠。

(2) 牙根。在牙体外层由牙骨质覆盖的部分称牙根，也是牙体的支持部分。

(3) 牙颈。牙冠与牙根交界处呈一弧形曲线，称为牙颈，又名颈缘或颈线。

2. 剖面观察

从牙体剖面可见牙体由三层硬组织及一层软组织组成。

(1) 牙釉质是构成牙冠表层的、半透明的白色硬组织，是牙体组织中高度钙化的最坚硬的组织。

(2) 牙骨质是构成牙体表层的、色泽较黄的硬组织。

(3) 牙本质是构成牙体的主质，位于牙釉质与牙骨质的内层。

(4) 牙髓是充满在髓腔中的蜂窝组织，内含血管、神经和淋巴。