

高等医药院校教材

（供口腔专业用）

口腔颌面外科学

第 二 版

张锡泽 邱蔚六 主编

人 民 卫 生 出 版 社

口腔颌面外科学

(第二版)

张锡泽 邱蔚六 主编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版
(北京市崇文区天坛西里 10 号)

兰 州 新 华 印 刷 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 37+1印张 4 插页 876千字
1980年11月第1版 1987年10月第2版第9次印刷
印数: 51,801—62,900

ISBN 7-117-C0146-1/R·147 定价: 5.80元

统一书号: 14048·3870

前 言

本书第一版是于1980年11月发行作为全国试用教材使用的。经过几年使用,听取了
不少有益的意见,现受卫生部委托,对第一版作了修订。修订后的第二版(本版)即作
为高等医药院校五年制口腔专业的正式教材使用。

随着学科的发展和参考书的日益增多,本书第二版取消了附录口腔颌面外科参考手
术,把其中部分内容编入有关章节。为了避免重复,本书原应用解剖章及口腔颌面X线
诊断章全部取消;读者可参阅《口腔颌面解剖生理学》及《口腔颌面X线诊断学》二书。

本书虽为正式的高等医药院校教材,但由于各校学制不一(有的为6年制),经验也
不尽完全相同,因此在讲授时仍应根据各自的实际情况,在完成教学大纲的前提下,自
行予以增删。

由于我们水平有限,本书肯定还存在不少缺点与错误,诚恳地欢迎广大师生和口腔
临床医务工作者提出批评建议。

应当指出,参加本书第二版个别篇章编写工作的教师有所变动。而本书第二版又
是在第一版的基础上增删编写而成的。在此,我们仅向曾参加过三年制《口腔颌面外科学》
教材以及本书第一版编写和制图工作的同志们致以深切的谢意。李激同志参加本书第
二版的补充绘图工作;蔡若莲同志对本书进行补充缮写,在此一并表示谢忱。

张锡泽、邱蔚六

1986年5月

目 录

第一章 绪论	1
第二章 口腔颌面外科基础知识与基本操作	4
第一节 口腔颌面外科临床检查	4
口腔检查.....	4
颌面部检查.....	5
颞下颌关节检查.....	8
涎腺检查.....	9
第二节 消毒和灭菌	11
手术室与手术器材的消毒灭菌.....	11
手术者的消毒.....	12
手术区的消毒灭菌.....	12
第三节 常用手术器械及使用	15
方法.....	15
第四节 基本手术操作	26
显露.....	26
止血.....	27
解剖分离.....	29
打结.....	30
缝合.....	33
引流.....	40
第五节 创口的处理	41
第三章 口腔颌面外科麻醉	49
第一节 局部麻醉	49
局麻药物.....	49
麻醉方法.....	53
冷冻麻醉.....	53
表面麻醉.....	53
浸润麻醉.....	54
阻滞麻醉.....	55
局部麻醉的并发症及其防治.....	67
第二节 针刺麻醉	70
第三节 全身麻醉	73
第四章 牙及牙槽外科	79
第一节 牙拔除术	79
适应证.....	79

禁忌证.....	80
术前准备.....	83
拔牙器械及用法.....	85
各类牙的拔除法.....	92
阻生牙拔除术.....	101
拔牙创的愈合.....	118
牙拔除术的并发症.....	119
第二节 植牙术	125
牙再植术.....	125
自体牙移植术.....	128
异体牙移植术.....	129
牙种植术.....	131
第三节 牙槽部手术	134
义齿修复前手术.....	134
外科正牙术.....	152
口腔上颌窦瘘修补手术.....	153
第五章 口腔颌面部炎症	156
第一节 概论	156
第二节 智齿冠周炎	169
第三节 口腔颌面部蜂窝织炎	173
眶下间隙蜂窝织炎.....	175
颊间隙蜂窝织炎.....	177
颞间隙蜂窝织炎.....	179
颞下间隙蜂窝织炎.....	182
嚼肌间隙蜂窝织炎.....	184
翼颌间隙蜂窝织炎.....	186
舌下间隙蜂窝织炎.....	187
咽旁间隙蜂窝织炎.....	189
颌下间隙蜂窝织炎.....	191
颊下间隙蜂窝织炎.....	193
口底蜂窝织炎.....	194
第四节 颌骨骨髓炎	196
化脓性颌骨骨髓炎.....	196
新生儿上颌骨骨髓炎.....	207
放射性颌骨坏死.....	208
第五节 颜面部疖、痈	210
第六节 面颈部淋巴结炎	212

第七节 颌面骨结核	215
第八节 颌面部放线菌病	216
第六章 口腔颌面部损伤	218
第一节 概论	218
口腔颌面部损伤的特点	218
口腔颌面部损伤的急救	219
窒息	219
出血	224
休克	228
伴发颅脑损伤的急救	228
防治感染	230
包扎和运送	231
口腔颌面部伤员的护理和饮食	231
第二节 口腔颌面部软组织损伤	232
分类、临床特点和治疗原则	232
口腔颌面部损伤的早期外科处理	235
各类软组织损伤的处理特点	237
颊部损伤	237
唇部损伤	237
鼻部损伤	238
腭部损伤	238
舌损伤	239
眉、睑部损伤	239
涎腺损伤	240
第三节 牙及牙槽骨损伤	240
牙挫伤	240
牙脱位	241
牙折	242
乳牙损伤	243
牙槽突骨折	244
第四节 颌骨骨折	244
第五节 颧骨、颧弓骨折	266
第六节 鼻骨骨折	271
第七节 眶底骨折	274
第八节 骨折的愈合	278
第九节 口腔颌面部战伤	279
火器伤	279
热灼伤	283
化学性灼伤	286
核武器伤	287
冻伤	288

第七章 口腔颌面部肿瘤	290
第一节 概论	290
发病概况	290
临床分类和命名	291
口腔和口咽部肿瘤的组织学分类	292
口腔颌面肿瘤的致病因素	293
口腔颌面肿瘤的临床表现	296
口腔颌面肿瘤的诊断	299
口腔颌面肿瘤的预防	304
口腔颌面肿瘤的治疗	305
治疗原则	306
治疗方法	308
第二节 口腔颌面部囊肿	329
软组织囊肿	329
皮脂腺囊肿	329
皮样、表皮样囊肿	330
甲状舌管囊肿	330
鳃裂囊肿	335
颌骨囊肿	339
牙源性囊肿	339
面裂囊肿	343
血外渗性囊肿	344
第三节 良性肿瘤和瘤样病变	344
色素痣	344
牙龈瘤	345
纤维瘤	346
造釉细胞瘤	346
粘液瘤	357
牙瘤	358
牙骨质瘤	358
血管瘤	359
淋巴管瘤	364
嗜酸性粒细胞增生性淋巴肉芽肿	366
骨巨细胞瘤	366
骨化性纤维瘤	368
神经纤维瘤	369
神经鞘瘤	370
第四节 恶性肿瘤	371
癌	371
牙龈癌	371
舌癌	372
颊粘膜癌	382

腮腺癌	383
口底癌	384
上颌窦癌	385
唇癌	391
皮肤癌	391
中央性颌骨癌	393
肉瘤	394
纤维肉瘤	394
骨肉瘤	395
恶性淋巴瘤	397
恶性黑色素瘤	400
浆细胞肉瘤	402
恶性肉芽肿	403
第八章 涎腺疾病	405
第一节 涎腺炎症	405
涎石病	405
涎腺炎	409
慢性化脓性腮腺炎	409
流行性腮腺炎	412
急性化脓性腮腺炎	413
颌下腺炎	416
小涎腺炎	420
涎腺结核	421
第二节 涎腺损伤	421
第三节 涎腺肿瘤和瘤样病变	426
涎腺囊肿	426
粘液腺囊肿	427
舌下腺囊肿	428
腮腺囊肿	431
涎腺肿瘤	432
混合瘤	433
腺淋巴瘤	442
嗜酸性腺瘤	443
其它类型的单形性腺瘤	443
粘液表皮样癌	443
腺泡细胞癌	445
腺样囊性癌	446
腺癌	447
鳞状细胞癌	448
未分化腺癌	448
恶性混合瘤	449
淋巴上皮病变	450

第九章 颞下颌关节疾病	454
第一节 颞下颌关节的功能解剖和运动	454
第二节 颞下颌关节紊乱综合征	457
第三节 颞下颌关节脱位	469
急性前脱位	469
复发性脱位	472
陈旧性脱位	472
第四节 颞下颌关节强直	473
第十章 神经疾患	484
第一节 三叉神经痛	484
第二节 舌咽神经痛	493
第三节 面神经麻痹	495
贝尔氏麻痹	496
永久性面神经麻痹	499
第四节 面肌抽搐	503
第十一章 口腔颌面部发育畸形	505
第一节 胚胎发育与发病因素	505
第二节 唇裂	508
唇裂的临床分类	508
唇裂整复术的准备	509
唇裂整复的方法	511
唇裂鼻翼畸形的处理	516
唇裂的术后护理	517
唇裂继发畸形整复术	517
第三节 面横裂及正中裂	522
第四节 腭裂	523
腭裂的临床分类	524
腭裂整复术的准备	525
腭裂整复手术	525
腭裂整复术后护理及语音训练	531
腭裂整复术后并发症	532
第五节 颌骨发育畸形	534
第十二章 口腔颌面部后天畸形和缺损	543
第一节 病因、诊断与治疗计划	543
第二节 整复手术的技术特点	545
第三节 皮肤移植	549

游离皮片移植·····	549	代用品植入·····	572
皮瓣移植·····	555	第六节 唇颊畸形及缺损的整	
第四节 骨及软骨移植·····	563	复·····	572
骨移植·····	563	口角歪斜·····	572
软骨移植·····	566	小口畸形·····	573
第五节 其它组织移植·····	567	唇外翻或内卷·····	574
真皮及脂肪移植·····	567	唇红缺损·····	575
粘膜移植·····	568	唇缺损·····	576
筋膜移植·····	569	面颊部组织缺损·····	581
肌肉移植·····	569	第七节 鼻畸形及缺损·····	583
空肠及大网膜移植·····	570	鞍鼻畸形·····	583
神经移植·····	570	鼻小柱、鼻翼畸形及缺损·····	583
复合组织移植·····	571	全鼻缺损·····	588

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。在医学领域中，口腔颌面外科学虽是一门较年轻而亟需发展的学科，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。我国从事医药工作的先驱者们和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。西晋朝史书（公元 265~316 年）就有唇裂整复手术的记载，且已为国外学者所引证。在那么古老的时期就敢于进行唇裂修补术，无疑是一个相当大的成就。唐朝医书《千金方》（652 年）对口腔脓肿早有切开引流的记述；对颞下颌关节脱位整复手法的介绍，则基本上符合现代解剖生理学的解释。宋朝（960~1279 年）医书《太平圣惠方》、《圣济总录》中已有牙再植术的内容。回顾这些历史，可以清楚地看到，我国的医学科学工作者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也都有所记载，但是，只有到了近代，伴随着西方产业革命和工业技术的发达，才得到更为广泛的发展。无疑，现代西方医学的经验总结，也大大丰富了口腔颌面外科学在实践和理论方面的内容。

解放前，我国根本没有口腔颌面外科的专业设置，有关口腔颌面外科的疾病被分散在牙科、普外以及耳鼻咽喉科中。解放后，在党和政府的领导与关怀下，社会主义制度为医学发展开辟了广阔的道路。为了适应社会主义建设的需要，先后在四川、北京、上海等地有关医学院校相继成立了口腔医学系，并分为三个临床口腔医学专科：即口腔内科、口腔颌面外科、口腔矫形科。自此才在我国确立了口腔颌面外科专业，开展了口腔颌面外科疾病的防治、教学和科研工作。目前，在多数医学院及省市口腔医院都有这一专科设置。

三十年来，由于广大医务工作者的共同努力，我国的口腔颌面外科事业取得了一些十分可喜的成就，例如：

由于贯彻了预防为主方针，传染病的流行基本被控制，医药卫生知识不断普及，人民生活水平逐步提高，口腔颌面部炎症的病例正在逐年减少。

在具有悠久历史的针刺治病的基础上，逐渐发展了针刺麻醉，并已应用于某些口腔颌面外科手术。

我国自己研制、生产的各种抗癌药物，深低温冷冻治疗机，激光刀和激光治疗机以及免疫诊断、治疗，显微外科等各种新技术、新疗法的临床应用，手术方法的不断创新，都为口腔颌面外科疾病的治疗增添了新的方法，促进着我国口腔颌面外科学更快地发展，更快地前进。

与其它国家比较,我国口腔颌面外科的业务内容要广一些,除传统的口腔外科内容——牙外科、修复前外科、颞颌关节病、颌面损伤、涎腺疾病等外,还包括了颌面整复外科、显微外科、头颈肿瘤外科等内容。这是由于我国尚无正式的头颈外科建制;整复外科也还不够普及之故。从临床诊治水平来看,我国口腔颌面外科的水平并不低于国外,可以说已步入世界行列,但在器械设备及基础研究方面与世界水平比较尚有较大差距,必须急起直追。

现代医学发展的趋势是:既要有较细的分科,这有利于对某些专题的深入研究和探讨,有利于培养专门家;又要有各分科之间的紧密配合与协作,这有利于一些新理论、新疗法的产生,特别是有利于一些新兴的边缘学科的建立和重大医学问题的突破。因此,必须从医学是一个整体的概念出发来认识口腔颌面外科在医学中的地位,才能正确处理好分科与协作的关系;才能更好地完成口腔颌面外科疾病的防治工作;才能在今后把口腔颌面外科学提高到一个更新的水平。

具体来说,作为口腔医学的一部分,口腔颌面外科学与口腔内科学、口腔修复学和口腔正畸学有着密切的、不可分割的关系。例如:口腔颌面部炎症性疾病绝大多数涉及到龋病、牙周病的防治问题;某些口腔粘膜病常常可能是口腔癌的癌前病损;现代外科处理唇腭裂以及某些颌骨畸形的手术前后的正畸治疗,有时是不可缺少的环节;而肿瘤手术后遗留的巨大缺损,有时则非面颌修复技术莫属。因此,要求无论作为口腔临床医师或口腔系学生,在学好口腔颌面外科学的同时,也一定要学好和掌握牙体牙髓病学、牙周病学、口腔修复学以及口腔正畸学的知识。

根据专业的特点,在学习口腔颌面外科学的同时,除应掌握一般外科学、麻醉学、内科学、儿科学等有关临床各科知识外,还应具备一些更为专门而且十分重要的分科知识,诸如眼科学、耳鼻喉科学、整复外科学、肿瘤学等。只有这样,才能在口腔颌面外科临床工作中适应诊治的需要,并作到有所发展和创新。例如:口腔颌面外科常见的牙拔除术后并发症——拔牙后出血,除局部因素外,常还有可能系出血性疾病所引起,这就要求我们应具有内科知识;一个颈部的淋巴结肿大,除炎症外,还有可能是鼻咽癌或甲状腺癌的转移,也可能是恶性淋巴瘤,这要求我们不但要有耳鼻喉科和普外科的知识,还要求具有肿瘤学的知识;口腔颌面畸形和缺损的病员,常常要借助整复外科技术,以恢复其正常功能和外形,这就要求口腔颌面外科医师必须熟悉和掌握整复外科的基本原则及操作方法。至于一般外科基础(如手术前后处理、外科基本操作、水与电解质平衡、麻醉知识等等)则更是口腔颌面外科所必需掌握的内容。

总之,必须认识到,作为现代的医师或医学生,除一门专业外,必需有丰富而扎实的普通医学基础和临床医学基础知识,才能更有利于本专业的提高和发展,真正作到有所发现、有所发明、有所创造、有所前进。

在学习口腔颌面外科学时,应注意处理好以下几个关系:①作为医学科学的一部份必须处理好局部与整体的关系,因此,要加强全身观点。②应从临床各种主诉(主观症状)及体征(客观症状)中去探寻疾病的本质,而不能被表面现象所迷惑。③医学是一门实践性很强的学科,作为外科来说,不允许有不会开刀的医师;但是,没有理论的指导也不能进一步提高,因此,也要反对成为不懂理论只会开刀的匠人。应强调要在实践中加强能力(包括理论自学能力)的培养。

目前，口腔颌面外科业务领域内还存在着一些尚未能解决的课题，防治水平也需进一步提高，特别是在基础理论研究及一些新兴的科学技术（分子生物学、生物医学工程学……）等方面与世界先进水平还有较大差距，必须奋起直追。我们应该根据我国的特点，进一步发掘中国医药学这一宝库，坚持古为今用、洋为中用的原则，走中西医结合的道路，使能在本世纪内把我国的口腔颌面外科学提高到一个更新的水平，为全中国、全世界人民服务。

（上海第二医科大学 张锡泽 邱蔚六）

第二章 口腔颌面外科基础知识与基本操作

基础知识与基本操作是进行临床医疗实践的重要基础。基本知识掌握的程度与基本操作熟练与否均可直接影响到疾病治疗的成败和质量的好坏。

一般医学的基础知识和基本操作对各专科都是适用的，但由于解剖部位、生理特点、疾病性质等的不同，各专科的基础知识与基本操作要求又可各有所异。本章将在系统复习一般基础知识与基本操作的前提下，着重讨论与口腔颌面外科有关的内容。

第一节 口腔颌面外科临床检查

口 腔 检 查

【口腔前庭】

检查时可用口镜将唇颊部拉开，依次对唇、颊、牙龈粘膜及唇颊沟进行检查；此外，尚应注意唇、颊系带的位置及腮腺导管乳头的情况。

【固有口腔及口咽】

一、**腭** 望诊应注意硬腭、软腭、悬雍垂、舌腭弓等处的粘膜有无病变或畸形缺损，对肿块或肿胀性质的病损应配合扪诊，以辨别其性质。必要时还应该检查软腭、悬雍垂、舌腭弓、咽腭弓的运动，有无肌肉瘫痪。在发音、吞咽、吹哨等功能活动中有无因腭咽闭合不全所发生的症状，如重鼻音或腭裂语音。

二、**舌** 检查时可借助口镜，观察舌体、舌根、舌背及舌腹的粘膜，舌苔，舌形及大小等。检查舌的运动时应特别注意舌系带附丽位置是否正常，舌向前、向上活动时，是否受限或偏向一侧。对舌肌内的病损应行扪诊，以了解病变的所在范围、硬度、活动性以及有无触痛或浸润等。检查舌的味觉功能。可用甜、酸、苦、咸的液体滴在舌上，以确定味觉是迟钝、丧失或是异常。

三、**口底** 请病员舌尖向上腭举起，可检查口底粘膜、颌下腺、舌下腺导管及其开口，乳头的情况。

四、**口咽** 口咽部包括咽后壁、扁桃体及舌根垂直部所构成的咽前壁。望诊时应借助压舌板、口镜或间接喉镜，以观察该区有无病变。

【牙及咬合】

正常人张口度约相当于自身手合拢时食、中、无名三指末节的宽度，其测量应以上下中切牙切缘间距离为标准。临床上，若遇张口受限病员，一般分三度描述：

轻度张口受限——上下切牙切缘间距仅可置入二横指，约相当于2~3cm左右；

中度张口受限——上下切牙切缘间距仅可置入一横指，约相当于1~2cm左右；

重度张口受限——上下切牙切缘间距不到一横指，即约在1cm以内者。

牙的检查可按口腔内科检查法进行。

检查咬合关系时，应当区别正常𪙇及错𪙇（分类请参阅《口腔正畸学》）。口腔颌面外科常根据𪙇关系以确定有无颌骨畸形、骨折、颌骨肿瘤、颞下颌关节等各种病变；在

无牙病员，则只好根据上下唇系带及牙槽突的关系进行判断。

颌面部检查

【望诊】

一、颜面表情与意识神态 颜面部表情变化既是某些口腔颌面外科疾病的表征，又是各种全身疾病的反映。观察面容表情可以了解病员的意识状态，同时可以判断病员的性格、体质以及病情的轻重。如面神经麻痹病员，由于患侧表情肌功能降低，可出现患侧额纹消失，眼睑闭合不全、口角歪斜等现象；又如颌面部损伤病员合并颅脑损伤时，可出现意识、神态或瞳孔方面的变化。

二、颜面部外形与色泽 观察颜面部应注意其外形与轮廓的对称性及其丰满度，面上、中、下三部的正、侧面比例是否协调等。

对于颜面部的肿胀、肿块、缺损、畸形，除望诊外，还应结合扪诊以进一步确定其部位、范围大小、质地、界限、及其与周围组织器官的关系和功能影响等。

观察颜面皮肤的色泽、皱纹、弹性，对某些疾病的诊断也很有帮助，如阿狄森(Adisson)病、神经纤维瘤、血管瘤、恶性黑色素瘤、白斑病、麻风等均具有皮肤色素差异及增减方面的变化。

【扪(触)诊】

在望诊的基础上需进一步行扪诊。应注意皮肤的温度、湿度、硬度与弹性；病变的范围、深度、形态、大小以及与深部组织和皮肤的关系；病变能否移动、有无触痛、波动感及捻发音等。

检查颜面部肌肉时，一般应在运动状态下，作两侧对比。如请病员作咬合运动，以手指扪触可对比两侧咀嚼肌肉的肌力；请病员作闭眼运动后，再以手指强力将上下睑分开，对比两侧肌力，可确定眼轮匝肌的功能等等。

面颌骨的扪诊，视需要可包括眼眶、颧骨、上颌骨、鼻骨、下颌支、下颌角及下颌体的检查。应注意其大小、对称性；有无膨隆或缺损，骨面有无乒乓球样或波动感；有无压痛、骨擦音或异常活动等。

对唇、颊、舌、口底部的病变，必要时应将双手或二指分别置于病变区的两侧做双合诊，以便更准确地了解病变的范围和性质。唇、舌部的双合诊，一般以一手的拇、食二指分别置于病变的两侧进行扪诊(图 2-1)；口底部的双合诊一般只能用双手(一手用食指在口内，另一手用拇、食二指在口外)合诊(图 2-2)；颊部的病变视病损大小，以



图 2-1 双手合诊之一



图 2-2 双手合诊之二

上两种方法都可应用。

面颈部淋巴结的检查对颌面部炎症与肿瘤病员的诊断具有重要意义。检查时病员应取坐势，医师视需要站在病员的右前方或右后方。请病员头低向前方和受检侧，同时肌肉应尽量放松。检查最好依次进行，先从枕部开始，然后是耳后、耳前、腮腺、面颊部、颌下、颌下；再沿胸锁乳突肌前缘及后缘按各解剖区检查颈部淋巴结（图 2-3）。各组淋巴结的部位及淋巴引流见表 2-1、2-2 及图 2-4，5。扪诊时应注意淋巴结的部位、数目、大小、硬度及活动性；与皮肤及基底有无粘连；有无压痛、波动感；并应与健侧对比。

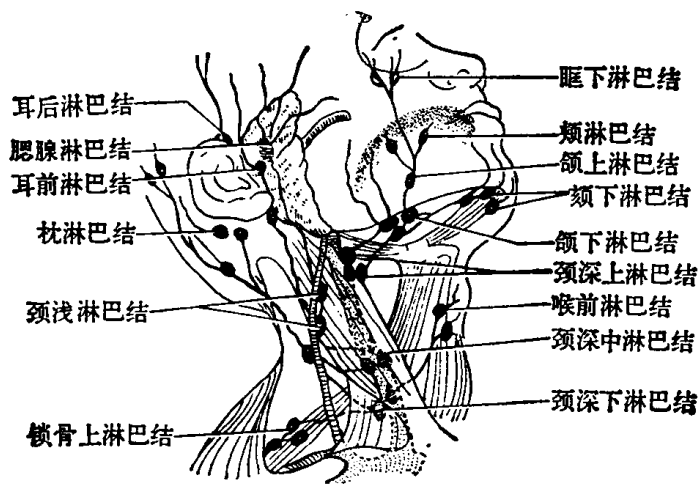


图 2-3 头颈部淋巴分布

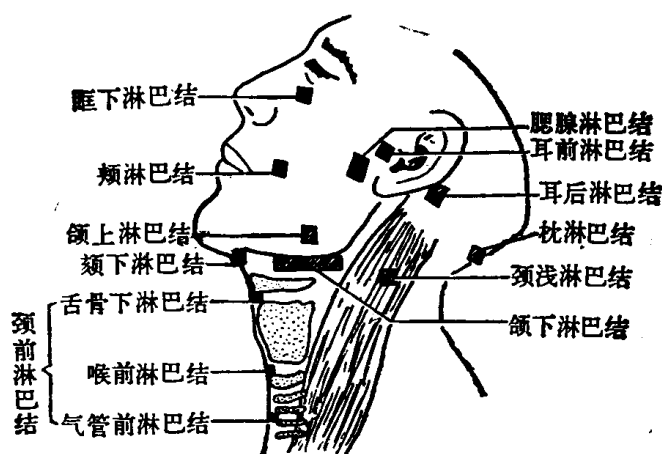


图 2-4 头颈环形链淋巴结群表面标志

检查淋巴结的手法有两种：一是利用食、中、无名三指的感觉进行扪诊（图 2-6）；另一是应用拇指的感觉进行检查（图 2-7）。临床上以前者应用最广泛，后者仅在检查颈深淋巴结群时应用。

【探诊】

主要用于涎腺导管（腮腺、颌下腺）及存在有瘘管、窦道时。对前者要了解正常的解剖标志，才能顺利通入而避免损伤；对后者则需用钝针探测其方向、深度，以及能否探及骨面或与口腔内贯通，必要时可在瘘管内注入染色剂如亚甲蓝等，或行瘘道造影，以

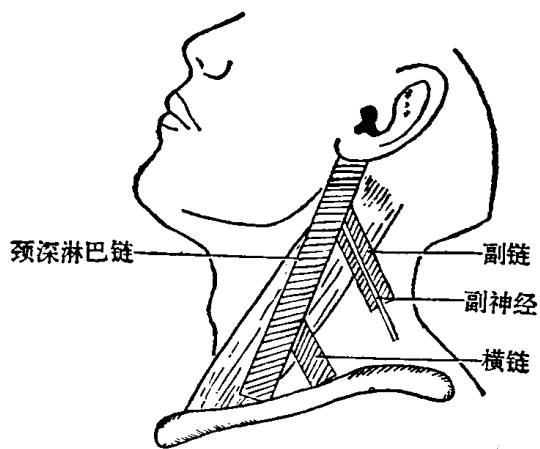


图 2-5(1) 颈淋巴结垂直链的表面标志

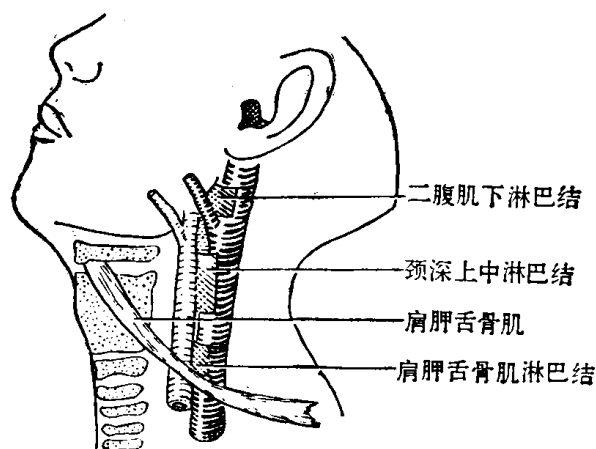


图 2-5(2) 颈淋巴结垂直链各组的表面标志

表 2-1 面颈部淋巴结——环形链

淋巴结	所在部位	淋巴液来源	淋巴流向
枕淋巴结群	相当于项线水平，筋膜的浅面和深面	枕区	颈深淋巴结上群
耳后淋巴结群（乳突淋巴结）	胸锁乳突肌起始部的表面	耳廓后区、颞区、顶区	腮腺淋巴结，颈深淋巴结上群
耳前淋巴结（腮腺浅淋巴结的一部分）	耳屏前方、腮腺、嚼肌筋膜浅面	颞区、耳廓外区	颈深淋巴结上群
腮腺淋巴结	腮腺实质（腮腺浅淋巴结的一部分） 腮腺深面（腮腺深淋巴结）	鼻根、眼睑、腮腺、颞区、腭后部、外耳道、鼓室、鼻咽、颊部、鼻后部、鼻咽部等	颈深淋巴结上群
眶下淋巴结	眶下孔	眼睑、睑结膜	颌下淋巴结
颊及颌上淋巴结	颊肌表面、口角、嚼肌前缘、颌外动脉附近	鼻和颊	同上
面深淋巴结	下颌支内侧，颌内动脉附近	颞区、面侧深区、腭、鼻咽部	颈深淋巴结上群
颌下淋巴结群	颌下三角内，部分位于颈深筋膜浅层的浅面；部分位于颌下腺与下颌舌骨肌之间	颊、鼻侧、上唇、下唇外侧、舌尖、舌侧、上下颌牙（下颌切牙除外）、牙龈、面部和颌下淋巴结的输出管	同上
颌下淋巴结群	颌下三角内、颈深筋膜浅层与下颌舌骨肌之间	下唇中部、颊部、口底、下颌切牙、舌尖	颌下淋巴结、颈深淋巴结上群
颈浅淋巴结群	胸锁乳突肌浅面，颈外静脉附近	腮腺部和耳廓部	颈深淋巴结
颈前淋巴结群	颈中线或靠近中线的舌骨下区中	颈部皮肤、颈部诸器官（喉、甲状腺、气管）	颈淋巴干或胸导管

进一步明确其走向。

【听诊】



图 2-6 淋巴结检查手法之一

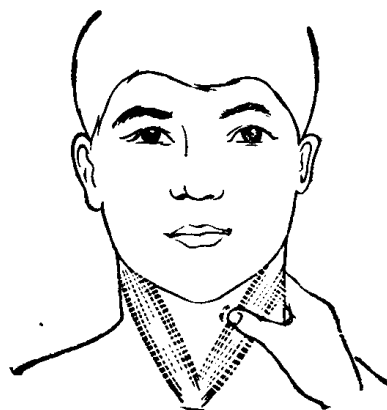


图 2-7 淋巴结检查手法之二

表 2-2 面颈部淋巴结——垂直（纵）链

淋巴结	所在部位	淋巴液来源	淋巴流向
颈深淋巴结上群	胸锁乳突肌深面沿颈内静脉前、后，呈链状。上自颅底，下至颈总动脉分叉处	硬腭、软腭、鼻咽、扁桃体、舌根、颌下、颌下、腮腺、面深、枕区、耳廓、颈后、甲状腺、气管、鼻腔等诸淋巴结输出管	经颈深淋巴结下群至颈淋巴干
颈深淋巴结（中）下群	颈总动脉分叉以下，沿颈内静脉至静脉角。如以甲状腺中静脉或肩胛舌骨肌横跨颈内静脉处为界，可将其再分为两组：其上组可称为颈深淋巴结中群；其下组仍称颈深淋巴结下群	颈深淋巴结上群、枕区、颈后、胸、上肢外侧等输出管	颈淋巴干、胸导管（左）
副链	系颈深淋巴结下群向外扩展的部分、沿副神经排列		
锁骨上淋巴结	系颈深淋巴结下群向锁骨上方扩展部分，沿颈横动脉排列		

可进行语言听诊，如腭裂病员有腭裂语音；舌根部肿块可有“含橄榄语音”；如疑为蔓状血管瘤，可用听诊器听到明显的吹风样杂音，并提示血供方向。对颞下颌关节紊乱综合征病员，则可在关节区用听诊检查其弹响发生的时间及性质，以助确诊和分型。

颞下颌关节检查

【颌面部外形检查】

仔细观察对比面部左右两侧是否对称、协调。咀嚼肌的发育情况，下颌角、下颌支、下颌体的大小及长度应左右两侧进行比较，必要时须以尺测量。并检查颏部中点是否居中，颜面下 $\frac{1}{3}$ 部分有无明显缩短或增长。

【关节及咀嚼肌检查】

以扪诊为主。口外扪诊常双手同时进行。以对比两侧活动是否对称、协调。

一、口外扪诊

(一) 颞下颌关节 以双手食指分置于两侧耳屏前，髁状突的外侧面，请病员作开闭口运动，可判断髁状突的活动度，有时并可感到弹响及摩擦；如用两手小指末端放在两侧外耳道内，以拇指放在颞骨部作固定（图 2-8），在作开闭运动和侧向运动时，还可能补充查明髁状突向外耳道前壁的冲击感及侧向之活动度。对比两侧髁状突运动的差别及有无压痛，可协助关节病的诊断。

(二) 咀嚼肌 可依顺序按压颞肌、嚼肌等处是否有压痛点；并可同时请病员反复作咬合动作，进行双侧肌肉质地、收缩强度的对比。必要时还应检查枕肌、胸锁乳突肌、二腹肌后腹（颌后凹内上侧），甚至肩胸背部肌肉等有无压痛。



图 2-8 外耳道指诊检查颞颌关节法

二、口内扪诊 请病员小开口，医师以食指或小手指，自磨牙后区后上方沿下颌升支前缘向上，可扪得颞肌前份肌腱；在上颌结节后上方可扪及翼外肌下头；在下颌磨牙舌侧的后下方，下颌支内侧面可扪及翼内肌下部；并应分别进行双侧压痛、质地的比较。

【下颌运动检查】

一、开闭运动 正常情况下，开颌运动时，关节两侧运动是对称的，切牙之间保持正常的张口度。闭颌运动时，下颌回复到原咬合位置。检查时，除应注意张口度外，还应注意下颌颞点的运动轨迹，即“开口型”。

二、前后运动 前伸运动是一种不对称运动。如关节及殆关系正常，前伸时下颌向前而不偏斜，下前牙可越过上前牙；后退运动，大致循前伸运动原轨迹作反方向运动，回复到原咬合位置。检查时应注意下颌前伸的距离及前伸时下前牙中线有无偏斜。

三、侧向运动 侧向运动是一种不对称运动。一侧髁状突滑动，另一侧只作转动运动。检查时应注意左右侧方运动，是否对称，髁状突活动度是否一致；并对比咀嚼运动中发挥功能的大小，临床上，不少关节病或关节手术后，常常破坏这种侧向运动，从而明显降低了咀嚼功能。

在下颌作任何方向运动时，尚应注意有无弹响，并观察其弹响发生的时间、性质、次数、响度等。弹响明显者，以手指扪诊便可感觉到，必要时可用听诊器协助或用特殊的器械进行录音记录。

【殆关系检查】

颞下颌关节疾病与牙、殆状态常有密切关系，故在颞下颌关节疾病检查时，切不可忽视口腔检查，特别是殆关系检查的重要性。

殆关系检查时，应注意殆曲线及补偿曲线，殆面有无磨损，是否有创伤殆、深覆殆以及锁殆等情况存在；还应注意后牙缺失情况、缺失时间，以及与关节病发生的关系等等。

涎腺检查

临床上涎腺的检查法主要应用于三对大涎腺，特别是应用于腮腺及颌下腺。

【一般检查】

腮腺大部分位于颌后凹内，颌下腺位于颌下三角内，舌下腺位于前口底，小涎腺位于口腔粘膜下。发生于上述区域的病变均应考虑到与涎腺有关。由于某些涎腺疾病是系统性的（例如流行腮腺炎、淋巴上皮病等），因此有时对三对大涎腺，甚至口腔粘膜下的小涎腺都应作全面检查。

涎腺检查的望诊应两侧对比，除形态以外，还应注意导管口分泌物的情况。

扪诊除腺体外，在腮腺及颌下腺切勿忽略导管的检查。腮腺的扪诊一般以食、中、无名三指平触为宜；如加用拇指夹住腮腺提拉式扪诊，有时会将腺叶误认为腮腺肿块，应予注意。颌下腺及舌下腺的扪诊常常需用双合诊法检查。扪触导管时除排除导管结石外，还应注意导管的质地。

涎腺导管的探诊主要用于导管口狭窄，或注入造影剂、药物时。探寻导管口时，要耐心仔细，并选择适当的钝头探针或注射针头。以免损伤导管乳头或使药物注入软组织中。

探诊还应在临床未触及结石的情况下方可进行，否则有使结石被推向腺体内的可能。

在检查导管分泌情况时，必须望、扪诊相结合：一方面以手轻轻按摩和推压腺体，另一方面密切注意导管口排出物的量与性质。必要时还应双侧进行对比。

【分泌功能检查】

有时涎腺分泌功能检查对涎腺疾病的诊断有很大帮助，可以协助明确疾病系阻塞性抑或萎缩性；是局部性抑或全身性。分泌功能测定目前大致可分以下两个方面：

一、定性检查 是临床最简单而常用的方法。以酸性物质（2%枸橼酸、柠檬酸或维生素C等）置于舌背及侧缘，促使病员产生反射性涎腺分泌。此时，应严密观察被检涎腺导管口的分泌情况及腺体本身的变化。如经酸刺激后导管口有大量涎液涌出，说明腺体分泌功能存在，也无明显阻塞；如导管口分泌涎液很少或甚至无涎液溢出，同时被检腺体迅速肿大，病员诉胀痛，说明分泌功能存在，但有阻塞性病变；如既无涎液溢出，被检腺体也无变化，病员亦无主诉疼痛时，说明腺体分泌功能可能已经丧失。

对疑为系统性疾病引起的涎腺分泌功能减退最适用的方法是 Faber 试验或称方糖试验：即取市售方糖（大约 $1.5 \times 1.5\text{cm}$ ）一块放置舌上，勿使移动，正常分泌情况下，方糖应在 15~30 分钟内全部溶解，否则说明分泌功能有所减退。

二、定量检查 正常人每日涎液总量约为 1000~1500ml，其中 90% 为腮腺及颌下腺所分泌（二者约各占一半），舌下腺仅约占 3~5%，其它则来自小涎腺。因此涎腺的定量检查主要是指腮腺及颌下腺涎液的检查。

（一）涎液流量变化 涎液流量无论在正常情况下或病理情况下都可有变化。一般正常人，睡眠时几乎无分泌；早晨较少，午后最多。未经刺激的涎液流量约为 $0.58 \pm 0.07\text{ml/分}$ ，而经刺激后（常用 2% 枸橼酸，每隔 15 秒钟涂擦舌背一次）每分钟流量可达 1.3ml（腮腺 0.7、颌下腺 0.6）左右。在最大刺激时，每分钟甚至可达 4ml。在病变情况下，流量则相应有所改变，例如，急性口炎、重金属中毒等可使流量增加；而慢性涎腺炎、涎腺结石、淋巴上皮病等则可致流量减少，其中尤以淋巴上皮病为甚。

近年来，应用同位素扫描也可以测定涎腺分泌情况，称为分泌功能图。

（二）涎腺成分变化 涎腺中含电解质、蛋白质、尿素、尿酸、酶和免疫球蛋白等，且各有一定的正常值。在病变情况下，各种成分相应发生变化，因而可协助疾病的诊