

卫生部规划教材

高等医药院校教材

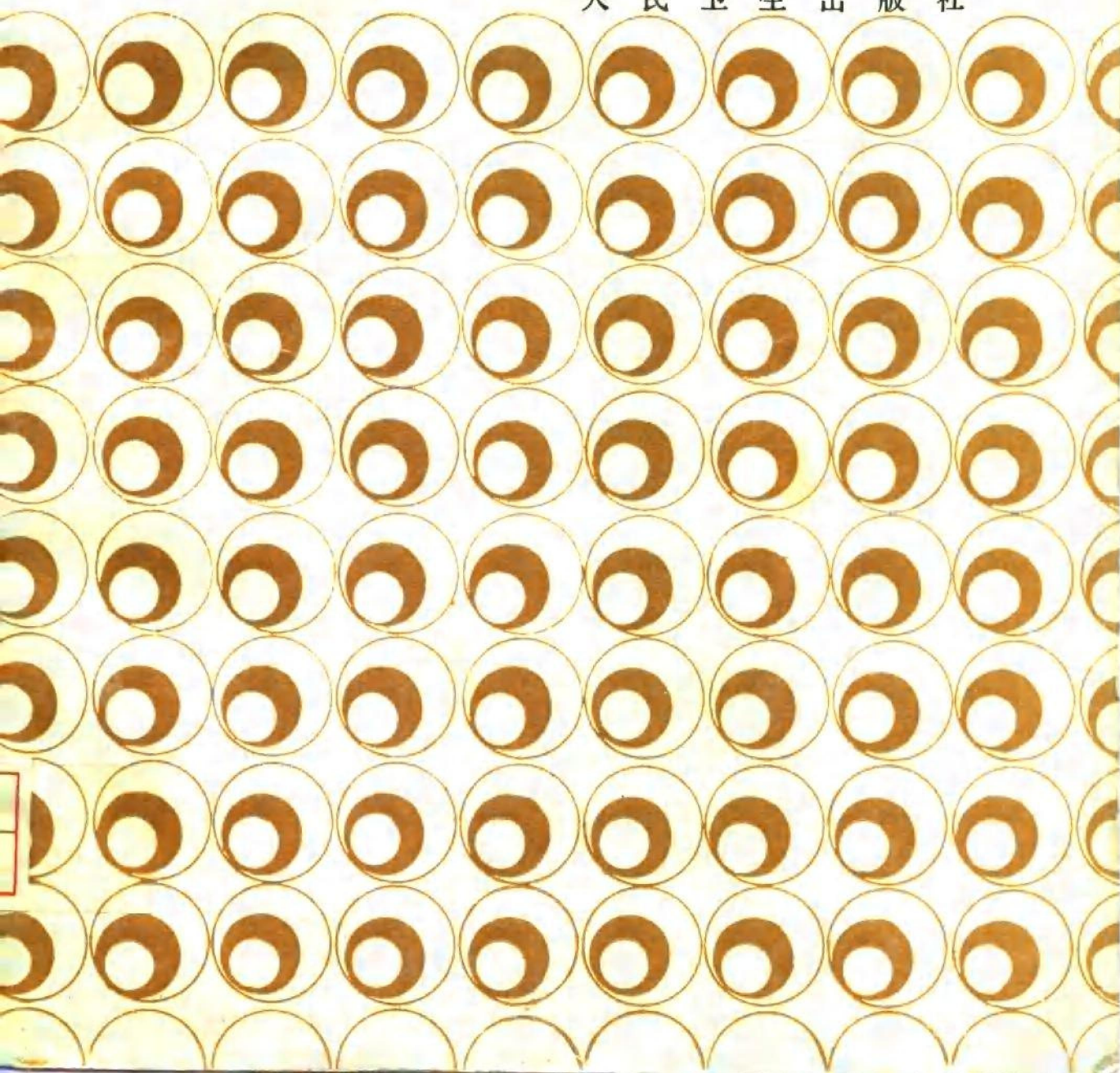
供口腔医学专业用

口腔颌面外科学

第三版

邱蔚六 主编

人民卫生出版社



高等医药院校教材

供口腔医学专业用

口腔颌面外科学

第三版

邱蔚六 主编

张震康 副主编

张锡泽 审阅

编者

(以姓氏笔画为序)

马大权	王大章	毛天球	邓典智
东耀峻	刘世勋	刘志斌	刘宝林
李金荣	邱蔚六	张震康	袁文化
章魁华	温玉明		

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

口腔颌面外科学/邱蔚六主编. -3版. -北京: 人民卫生出版社, 1995

ISBN 7-117-00146-1

I. 口… II. 邱… III. 口腔颌面部疾病-外科学-医学院校-教材 IV. R782

中国版本图书馆CIP数据核字 (94) 第03191号

口 腔 颌 面 外 科 学

第 三 版

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 28印张 4 插页 655千字

1980年11月第1版 1995年10月第3版第14次印刷

印数: 90 441—104 840

ISBN 7-117-00146-1/R·147 定价: 21.20元

第一版前言

本书系受卫生部委托在三年制《口腔颌面外科学》教材（1977年6月第1版，上海人民出版社）的基础上编写的，供医学院校五年制口腔专业学生教学之用。结合我国实际情况，资料大部选自国内的经验和有关资料。除以常见病、多发病为主，加强基本知识、基础理论、基本技能的论述外，还适当介绍了目前国内外本学科的发展趋向，并编入了一些中西医结合的诊断和治疗方法。

本书内容较丰富，各校在完成教学大纲要求的前提下，须有选择地进行讲授。其余部分可作为学生在校或毕业后自学和临床口腔科医师参考之用。

由于我们政治水平和业务水平的限制，本书肯定还存在不少缺点与错误，诚恳地希望广大师生和口腔临床医务工作者提出批评建议。

参加本书编审工作的有八个医学院校教师共十余人；全稿由张锡泽教授进行了最后审阅。诸葛懿、姚恒瑞、朱宣鹏、汤纪宪、梁荣萱、杨耀山、孙庭立等同志参加制图工作；戴敏华同志作全书的最后缮写，在此谨致谢忱。

编 者

1979年10月

第二版前言

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

第三版前言

本书第二版问世以来已经历了6个春秋。在此期间，我们又陆续收到过广大教师、学生及口腔临床医务工作者对本书的不少评论和意见。为了进一步提高质量，受卫生部及口腔医学教材评审组的委托，再一次对本书进行修订。

本版进一步对内容做了精炼：一方面增加一些比较成熟的口腔颌面外科领域内的新进展和新观点；另一方面对重复、繁琐以及在学习阶段不需要掌握和了解的一些手术再次给予删简，以求达到减轻学生学习负担的目的。我们认为，在目前有关口腔颌面外科参考书及杂志的数量有所增多，质量有明显提高的前提下，作出这样的改动，也许是合宜的。

本版的主要教学对象仍是5年制本科生；对3年制大专和7年制本科生仍应根据各自的教学大纲予以自行增减。

参加本版编写工作的教师虽又有较大的变动，但他们又都仍然是在有关方面具有专长的专家。本版除继承前二版的工作基础外，在个别学术观点和内容编排上稍有不同。学术上具有不同观点是客观存在的，因而本书也不强求连续性和一致性；同样，各校在教学过程中如遇有不同的观点也可以商榷，可以把不同的学术观点向学生说明。我们认为这样做可能反而有利于繁荣学术，贯彻百花齐放 百家争鸣的方针。

由于水平限制，缺点和错误仍在所难免。我们诚恳地希望广大师生和口腔医务临床工作者对本书继续加以关照和爱护；我们欢迎任何形式的评论和建议。

邱蔚六、张震康

1993年2月

目 录

第一章 绪论	1
第二章 口腔颌面外科临床检查与基本操作	4
第一节 口腔颌面外科临床检查	4
一般检查	4
辅助检查	10
第二节 消毒和灭菌	12
手术室与手术器材的消毒灭菌	12
手术者的消毒	13
手术区的消毒灭菌	14
第三节 基本手术操作	17
显露	18
止血	19
解剖分离	21
打结	21
缝合	23
引流	28
第四节 创口的处理	29
第三章 口腔颌面外科麻醉	36
第一节 局部麻醉	36
局麻的特点	36
局麻药物	36
局麻方法	38
局麻的并发症及其防治	52
第二节 针刺麻醉	55
第三节 全身麻醉	57
第四章 牙及牙槽外科	65
第一节 牙拔除术	65
适应证	65
禁忌证	66
术前准备	70
拔牙器械及用法	72
牙拔除术的基本方法和步骤	75
各类牙的拔除法	76
牙根拔除术	80
阻生牙拔除术	84
拔牙创的愈合	101
牙拔除术的并发症	102

第二节 植牙术	109
牙再植术	109
自体牙移植术	111
异体牙移植术	112
牙种植术	113
第三节 牙槽外科手术	116
义齿修复前手术	116
口腔上颌窦瘘修补术	127
第五章 口腔颌面部感染	129
第一节 概论	129
第二节 智齿冠周炎	133
第三节 口腔颌面部间隙感染	135
眶下间隙感染	135
颊间隙感染	136
颞间隙感染	137
颞下间隙感染	139
咬肌间隙感染	139
翼下颌间隙感染	140
舌下间隙感染	142
咽旁间隙感染	143
颌下间隙感染	144
颊下间隙感染	145
口底多间隙感染	146
第四节 颌骨骨髓炎	148
化脓性颌骨骨髓炎	148
新生儿颌骨骨髓炎	156
放射性颌骨坏死(骨髓炎)	157
第五节 面颈部淋巴结炎	159
第六节 面部疖痈	160
第七节 口腔面颈部的特异性感染	162
颌面骨结核	162
颌面部放线菌病	163
颌面部梅毒	165
第六章 口腔颌面部损伤	167
第一节 概论	167
第二节 口腔颌面部损伤伤员的急救	168
第三节 口腔颌面部软组织损伤	178
第四节 牙和牙槽骨损伤	181
第五节 颌骨骨折	182
第六节 颧骨及颧弓骨折	194
第七节 鼻骨骨折	198

第八节 眶底骨折·····	200
第九节 骨折的愈合·····	202
第十节 口腔颌面部战伤·····	203
口腔颌面部火器伤·····	203
颌面部烧伤·····	208
核武器伤·····	209
化学性复合伤·····	209
第七章 口腔颌面部肿瘤 ·····	212
第一节 概论·····	212
临床流行病学·····	212
病因与发病条件·····	213
口腔颌面肿瘤的临床表现·····	216
口腔颌面肿瘤的诊断·····	218
口腔颌面肿瘤的治疗·····	222
口腔颌面肿瘤的预防·····	235
第二节 口腔颌面部囊肿·····	237
软组织囊肿·····	237
颌骨囊肿·····	240
第三节 良性肿瘤和瘤样病变·····	246
色素痣·····	246
牙龈瘤·····	247
纤维瘤·····	248
牙源性肿瘤·····	248
脉管瘤·····	251
神经源性肿瘤·····	254
嗜酸性粒细胞增生性淋巴肉芽肿·····	255
骨源性肿瘤·····	256
第四节 恶性肿瘤·····	258
癌·····	259
肉瘤·····	264
恶性淋巴瘤·····	266
浆细胞肉瘤·····	268
恶性肉芽肿·····	269
恶性黑色素瘤·····	270
第八章 涎腺疾病 ·····	274
第一节 涎腺炎·····	274
急性化脓性腮腺炎·····	274
慢性复发性腮腺炎·····	276
涎石病和颌下腺炎·····	278
流行性腮腺炎·····	282
涎腺特异性感染·····	283

第二节 涎腺损伤和涎瘘	284
第三节 舍格伦综合征	286
第四节 涎腺肿瘤	290
腮腺肿瘤	292
颌下腺肿瘤	296
舌下腺肿瘤	298
小涎腺肿瘤	298
第五节 涎腺瘤样病变	300
涎腺粘液囊肿	300
腮腺囊肿	302
第六节 腮腺肥大	303
第九章 颞下颌关节疾病	305
第一节 颞下颌关节紊乱综合征	305
第二节 颞下颌关节脱位	313
急性前脱位	313
复发性脱位	315
陈旧性脱位	316
第三节 颞下颌关节强直	316
第十章 神经疾患	327
第一节 三叉神经痛	327
第二节 舌咽神经痛	337
第三节 面神经麻痹	338
贝尔麻痹	339
永久性面神经麻痹	342
第四节 面肌痉挛	343
第十一章 先天性唇、面裂和腭裂	345
第一节 胚胎发育与发病因素	345
第二节 唇裂	348
唇裂的临床分类	348
唇裂的手术治疗	349
唇裂伴发鼻畸形的处理	359
唇裂的术后处理	362
唇裂术后畸形的二期整复	363
第三节 面横裂及正中裂	368
面横裂	368
正中裂	370
第四节 腭裂	371
腭裂的解剖生理特点	371
腭裂的临床分类	372
腭裂的治疗	373
第五节 牙槽突裂	387

牙槽突裂的临床分类·····	387
牙槽突裂的治疗·····	388
第十二章 牙颌面畸形 ·····	393
病因与临床分类·····	393
检查和诊断·····	394
治疗计划·····	397
临床常用手术方法·····	398
第十三章 口腔颌面部后天畸形和缺损 ·····	406
第一节 概论 ·····	406
致畸因素·····	406
诊断与治疗·····	407
第二节 组织移植·····	410
皮肤移植·····	410
骨及软骨移植·····	419
其他组织移植·····	422
第三节 各类畸形及缺损的整复·····	426
口角歪斜·····	427
小口畸形·····	427
唇外翻或内卷·····	428
唇红缺损·····	429
唇缺损·····	430
面颊部缺损·····	433
鼻畸形及缺损·····	435

第一章 绪 论

口腔颌面外科学 (oral and maxillofacial surgery) 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、颞骨等)、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)就有唇裂修复术的记载,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,在党和政府的关怀下,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,并在临床口腔医学中正式建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。

40多年来,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,牙病防治工作的逐渐开展,医药卫生知识的不断普及,人民生活水平的逐步提高,口腔颌面部感染的病例正在逐年减少;中医学的理论和实践在感染、损伤、肿瘤等疾病的防治中被引用和发展;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。

80年代以来,我国的口腔颌面外科学界加强了同国外的广泛交流,并已开始走向世界。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——牙及牙槽外科、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。而且我国还有独特的传统医学——中医学的结合与参与,曾被国际友人友好地赞誉为“中国的口腔颌面外科学”。从临床诊治

水平来看,我国口腔颌面外科的水平已步入世界先进行列,然而在器械设备及基础研究方面与世界水平比较仍有较大差距,对此也必须有清楚的认识。

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:口腔颌面部感染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全身疾病的局部表现或属口腔癌的癌前病损;现代外科处理唇腭裂,以及某些颌骨畸形手术前后的正畸治疗,常常是不可缺少的环节;而肿瘤手术后遗留的巨大缺损的整复,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专业学生,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等方面的知识。

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、耳鼻咽喉科学、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,还常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转移,也可能是恶性淋巴瘤,这要求我们不但要有耳鼻咽喉科和普外科的知识,还要具有肿瘤学的知识;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)则更是学习口腔颌面外科所必须掌握的内容。

总之,必须认识到,作为现代的医师或医学生,除一门专业外,必须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分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;要成为一名学术型的外科医师(academic surgeon)。

目前,口腔颌面外科业务领域内还存在着一些没有解决的课题,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,还需要进行大量而艰苦的工作。我们应

该根据我国的特点,一方面学习国外的先进经验;另一方面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,才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。

(上海第二医科大学 邱蔚六)

第二章 口腔颌面外科临床检查与基本操作

临床检查与基本操作是正确进行临床医疗实践的重要基础和科学依据,临床检查方法的掌握程度与基本操作正确、熟练与否,是保证疾病治疗质量和成败的关键。

基础医学知识和临床医学知识,以及外科基本操作和临床检查对于临床各个学科都是适用的,但由于解剖部位、生理特征和疾病性质的不同,各临床专科的临床检查方法与基本操作又有其特殊性。本章着重阐述口腔颌面外科的专科要求。

第一节 口腔颌面外科临床检查

对于口腔颌面外科病员,除应作全身系统的检查外,还需作全面的专科检查。通过详细的询问病史和全面、正确的检查,多数疾病可获得正确的诊断。

一 般 检 查

一、口 腔 检 查

(一) 口腔前庭检查

依次检查唇、颊、牙龈粘膜、唇颊沟以及唇颊系带情况。注意有无颜色异常、瘻管、溃疡或新生物,腮腺导管乳头有无异常(红肿、溢脓等)。例如:重金属中毒者牙龈边缘可有色素沉着(铅、汞中毒时出现蓝黑色线状色素);慢性骨髓炎或根尖炎症可见瘻管;溃疡性龈炎可致龈乳头消失;化脓性腮腺炎可有腮腺导管口红肿、溢脓。

(二) 牙齿及咬合检查

检查时常需结合探诊和叩诊以检查牙体硬组织、牙周和尖周等情况,如有无龋坏、缺损、探痛、叩痛及牙齿松动等。

检查咬合关系时,应区别正常𬌗及错𬌗,以确定其有无骨折、颌骨畸形、颌骨肿瘤和颞下颌关节等病变。

检查张口度情况,以确定其是否张口受限,并分析影响张口运动的因素。张口受限常表示咀嚼肌群(升颌肌)或颞颌关节受累,也可因骨折移位阻挡(如颧弓骨折移位阻挡下颌喙突运动)或瘢痕挛缩等原因所致。检查张口度时以上下中切牙的切缘间之距离为标准,正常人的张口度大小约相当于自身的示、中、无名三指合拢时三指末节的宽度。临床上张口受限常分为三度:

轻度张口受限:上下切牙切缘间距仅可置入二横指,约2~2.5cm左右。

中度张口受限:上下切牙切缘间距仅可置入一横指,约1~2cm左右。

重度张口受限:上下切牙切缘间距不到一横指,约在1cm以内。

完全性张口受限:完全不能张口,也称牙关紧闭。

(三) 固有口腔及口咽检查

依次检查舌、腭、口咽、口底等部位的颜色、质地、形态和大小。注意有无溃疡、新生物和缺损畸形。注意观察舌质和舌苔变化。舌、软腭、腭垂(悬雍垂)、舌腭弓、咽

腭弓的运动更具临床意义；必要时还应检查舌的味觉功能，咽侧壁、咽后壁以及腭咽闭合情况是否异常。检查口底时尚应注意舌系带和颌下腺导管开口等情况。

对唇、颊、舌、口底、颌下区的病变，可行双手口内外合诊进行检查，以便准确地了解病变的范围和性质。双合诊可用一手的拇、示指，或双手置于病变部位的上下或两侧进行。前者适用于唇、舌部的检查（图 2-1），后者则在口底、颌下检查时常用。双合诊应按“由后往前”的顺序进行（图 2-2）。

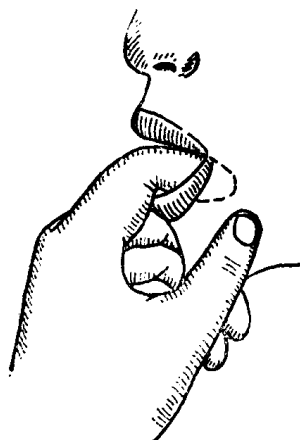


图 2-1 双手合诊之一

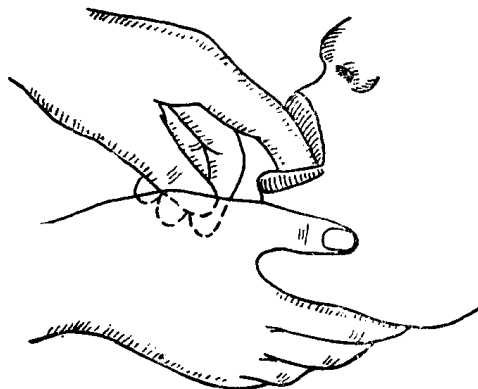


图 2-2 双手合诊之二

二、颌面部检查

（一）表情与意识神态检查

观察面部表情变化，并判断其是系于口腔颌面外科疾病的表征，还是全身疾病的反映。依据面部表情，可了解病员的意识状态、体质和病情轻重。

（二）外形与色泽检查

观察与比较颌面部的的外形，左右是否对称，比例是否协调，有无突出和凹陷。颌面部皮肤的色泽、质地和弹性变化对诊断某些疾病有重要意义。

（三）面部器官检查

面部器官（眼、耳、鼻等）与颌面部某些疾病关系密切，应同时检查。

1. 眼 对颌面部伤员，特别要注意瞳孔的改变，如瞳孔大小、对光反应等。瞳孔的变化是颅脑损伤的一个重要体征。对于与眼部相关的肿瘤患者，应注意眼球的位置和运动情况、视力如何以及有无复视等。畸形的病员要检查眼睑的动度、睑裂的大小等。

2. 鼻 颌面部伤员，要注意有无脑脊液鼻漏，这是前颅底骨折的临床体征之一。上颌窦癌病员早期症状之一可以是患侧鼻阻塞或鼻腔有血性分泌物。对畸形的病员应特别注意缺损的部位（鼻翼、鼻尖或其他）及缺损的大小。除上述外还应注意检查病员的嗅觉。

3. 耳 颌面部伤员如有外耳道流血或渗液，应注意有无因中颅底骨折而致脑脊液耳漏。髁状突骨折引起外耳道破裂，也可有外耳道溢血。畸形的病员同样要注意缺损的部位及大小。对于耳部邻近部位（如颞颌关节及腮腺区）的炎症及肿瘤等，均应检查听力和耳部的情况。

(四) 病变部位和性质

对已发现的病变，应作进一步检查，以明确其所在部位、深度、形态、范围、大小及其有无移动度、触痛、波动感、捻发音等体征；同时还应注意该病变与深部组织及表面皮肤的关系。如病变部位不明确，可通过两侧比较以确定之。对畸形和两侧不对称者，应注意区别是一侧肿大、膨隆，或是另一侧萎缩、缺损。对骨膨胀性病变应触摸有无乒乓球样感或波动感；有无压痛和异常动度等。对口腔颌面部的瘘管、窦道，可用探针进行探诊；必要时可注入染色剂或行造影检查，以了解其走向和深度。

(五) 语音及听诊检查

语音检查对某些疾病的诊断具有重要意义，如腭裂病员具有很重的鼻音，临床上称“腭裂语音”；舌根部肿块可有“含橄榄语音”。蔓状血管瘤局部可闻及明显的吹风样杂音；颞下颌关节紊乱综合征的病员则可在关节区进行听诊，根据关节弹响发生的时间和性质，可协助该病确诊和分型。

三、颈部检查

(一) 一般检查

观察颈部外形、色泽、轮廓、活动度是否异常，有无肿胀、畸形、斜颈、溃疡及瘘管。如有肿块应进一步确定其性质（具体要求与颌面部检查相同），明确是炎症还是肿瘤，特别应注意其与颈部重要神经、血管的关系（必要时可行血管造影等特殊检查），这对确定诊断和治疗方法以及估计手术难度和预后均有参考价值。

(二) 淋巴结检查

检查颌面、颈部淋巴结，对口腔颌面部炎症及肿瘤病员的诊断和治疗具有重要意义。检查时患者取坐位，检查者应站在其右方（前或后），患者头稍低，略偏向检查侧，以使皮肤、肌松弛便于触诊。检查者手指紧贴检查部位，按一定顺序，由浅入深，滑动触诊。一般的顺序为：枕部、耳后、耳前、腮、颊、颌下、颏下；顺胸锁乳突肌前后缘、颈前后三角、直至锁骨上凹，仔细检查颈深、浅淋巴结（图 2-3）。颈部淋巴结的所在部位和引流方向见表 2-1、2-2 及图 2-4、5。触诊检查淋巴结时应注意肿大淋巴结所在的

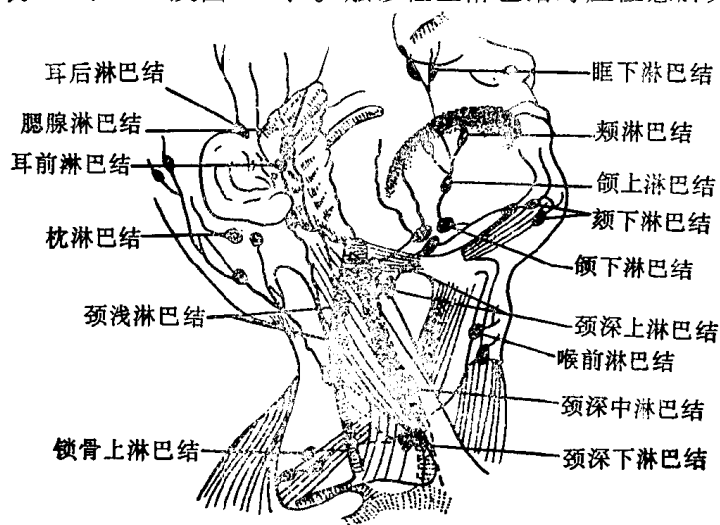


图 2-3 头颈部淋巴结分布