

第十一章 颞下颌关节常见病

颞下颌关节(temporomandibular joint)是人体所有关节中唯一的结构最复杂、生理功能最多的双侧联动关节。颞下颌关节是由颞骨与下颌骨构成的关节以及附着在下颌骨上的咀嚼肌所组成。与全身其他的肌肉骨骼系统一样,可出现各种疾病。颞下颌关节疾病的分类国内外尚无统一标准。近年来国内外口腔颌面外科教科书主要将此疾病分为:颞下颌关节紊乱病、关节脱位、关节强直、关节感染、损伤、先天性或发育性畸形与肿瘤等。本章主要介绍颞下颌关节紊乱病、颞下颌关节脱位、颞下颌关节强直及颞下颌关节其他疾病。

第一节 颞下颌关节功能解剖

颞下颌关节位于颅骨与下颌骨之间,分左、右两侧,为双侧联动的铰链关节,由颞骨的关节窝和关节结节,下颌骨的髁突,以及关节盘、关节囊、关节韧带等组织构成。附着在下颌骨上的咀嚼肌与颞下颌关节结构紧密相连并行使功能。颞下颌关节在张闭口、语言、咀嚼、吞咽以及感情的表达中起着重要作用。

一、颞下颌关节的硬组织

(一) 关节窝

关节窝(glenoid fossa)呈横的卵圆形,从鳞鼓裂延伸到关节结节,关节窝骨质较薄,窝中央与颅中窝仅隔薄层骨板。关节窝表面衬以薄层纤维组织,后方与外耳道和中耳紧密相邻,两者之间仅隔颞骨鼓板。

(二) 关节结节

关节结节(eminence)位于颞弓根部,侧面观为一斜向前下的突起,分为前斜面和后斜面,后斜面比前斜面大。后斜面为关节的功能面,是关节的负重区,表面覆盖较厚的纤维组织和纤维软骨。

(三) 髁突

髁突(condyle)位于下颌骨升支末端,呈椭圆形突起。髁突前后径比内外径小,从侧面观,在髁突顶上有一横嵴,并将髁突分为较小的前斜面和较大的后斜面。前斜面是关节的功能面,前斜面下方的髁突颈部为翼外肌的附着处。髁突的内外极为关节盘的附着处,两侧髁突横嵴的延长线相交于枕骨大孔前缘,角度为 $145^{\circ} \sim 160^{\circ}$ 。

二、颞下颌关节的软组织

(一) 关节盘

关节盘(disc)位于关节窝、关节结节和髁突之间,呈双凹卵圆形,内外径大于前后径。关节盘由前向后分成3个带:前带较厚,前方有颞前附着和下颌前附着;中间带最薄,位于关节结节后斜面和髁突前斜面之间;后带最厚。正常的关节盘位置:最大牙尖交错位时,关节盘后带后缘位于髁突顶12点前后 $+15^{\circ}$ 以内,髁突前斜面正对关节盘中间带。

后带后方的盘后组织称为双板区,双板区分上板和下板。上板由胶原纤维和粗大的弹力纤维组成,止于颞后附着;下板由粗大的胶原纤维和细小的弹力纤维组成,止于下颌后附着。上、下板之间的

疏松结缔组织内有丰富的血管和神经。

(二) 关节囊

关节囊(capsule)由纤维结缔组织组成,外层为松而薄的结缔组织纤维层,内层为含丰富血管的滑膜层。关节囊上起关节结节和关节窝周缘,向下附着于髁突的颈部,由上至下形成封套包绕整个颞下颌关节。

关节盘在关节囊内将关节窝、关节结节与关节盘之间以及关节盘与髁突之间分为互不相通的上、下两个关节腔。滑膜位于关节囊内表面,在关节腔内分泌滑液,滑液的主要作用是增加关节的润滑,减少摩擦和关节面的侵蚀,营养关节腔内的关节软骨。

(三) 韧带

在颞下颌关节周围有许多韧带(ligament),它们是颞下颌韧带、蝶下颌韧带、翼下颌韧带、茎突下颌韧带以及盘锤韧带。其主要作用是悬吊下颌骨和维持下颌在正常范围的运动。

(四) 颞下颌关节的血管和神经分布

颞下颌关节的动脉来自关节周围的颈外动脉分支,在关节内外互相吻合成血管网。其中最主要是来自颞浅动脉和颌内动脉的分支参与颞下颌关节的血供。颞下颌关节的神经支配主要是三叉神经下颌支的分支,包括耳颞神经、咬肌神经、颞深神经和翼外肌神经的关节分支。

三、咀嚼肌

咀嚼肌(masticatory muscle)与下颌骨相连,是下颌运动的主要肌群,包括咬肌、颞肌、翼内肌、翼外肌以及舌骨上肌群。咬肌、颞肌、翼内肌收缩时,作用力方向朝上,可上提下颌骨,故称为升颌肌群。翼外肌的作用为下颌前伸及侧方运动。舌骨上肌群中的二腹肌前腹、下颌舌骨肌与颏舌骨肌,附着于下颌骨,当舌骨固定时可下降下颌骨,故称为降颌肌群。升颌肌群与降颌肌群之间保持着一种生理平衡,产生自然的咀嚼运动,并参与吸吮、吞咽、语言、摄取食物等下颌运动。

四、颞下颌关节的运动

下颌运动包括转动和滑动运动,基本方式有开闭口、前伸、后退及侧向运动。

(一) 开闭口运动

开闭口运动是转动和滑动相结合的运动。开口初,舌骨上肌群中的二腹肌前腹、下颌舌骨肌与颏舌骨肌收缩,髁突和关节盘在关节窝内做转动运动。当开口达2cm左右时,升颌肌群与翼外肌下头收缩,髁突和关节盘沿关节结节后斜面滑动,在滑动的同时,两侧髁突沿横轴转动达关节结节下方。最大开口时,髁突在关节结节前斜面下方做转动运动,如在此阶段双侧翼外肌下头过度收缩,使髁突超过关节结节,则造成颞下颌关节脱位。闭口时,咬肌、颞肌、翼内肌收缩,髁突和关节盘沿关节结节后斜面向后滑动,然后转动和滑动运动相结合,闭口髁突返回关节窝。

(二) 前后运动

下颌的前伸和后退运动主要是滑动运动。下颌前伸运动主要在关节上腔,由双侧翼外肌下头同时收缩,髁突和关节盘沿关节结节后斜面向前下滑动。与前伸运动相反的是后退运动,也是以滑动运动为主。主要由双侧颞肌后束和二腹肌前腹同时收缩,髁突和关节盘沿关节结节后斜面向后上滑动,最后髁突返回关节窝。

(三) 侧向运动

是一种不对称的下颌运动,由翼外肌和颞肌交替收缩完成。一侧的髁突和关节盘沿关节结节向对侧前下内方向做转动运动,对侧髁突则以其纵轴做转动运动,两侧髁突有轻微的滑动运动。回复时两侧髁突按原轨迹做相反运动。

第二节 颞下颌关节紊乱病

颞下颌关节紊乱病(temporomandibular disorders, TMD)是口腔颌面部常见病之一。好发于20~40岁的青壮年,女性多见,发病率为20%~50%。颞下颌关节紊乱病是由精神因素、社会心理因素、外伤、微小创伤、骀因素、免疫等多因素导致的颞下颌关节及咀嚼肌群出现功能、结构与器质性改变的一组疾病总称。近年来,国内外学者提出TMD双轴诊断的分类,即从躯体轴和心理轴两方面对TMD患者进行诊断。颞下颌关节紊乱病躯体轴分为咀嚼肌紊乱疾病、结构紊乱疾病、炎性疾病和退行性关节炎,心理轴主要对患者疼痛及精神心理进行评价。本节主要介绍TMD躯体轴的疾病。

一、咀嚼肌紊乱疾病

咀嚼肌紊乱疾病(masticatory muscle disorders)包括局部肌痛、肌炎、肌痉挛以及肌纤维挛缩等,以肌痛为多见。肌痛分为局限性肌痛,肌筋膜痛,肌筋膜痛扩散。

【病因】

外伤、微小创伤、精神紧张、寒冷刺激、紧咬牙、夜磨牙等可导致咀嚼肌的直接受损。开口过大或因口腔科治疗等需长时间大张口,可导致咀嚼肌过度活动。不良修复体或咬合过高使骀间距离增大,可导致咀嚼肌过度伸展或拉长。无牙患者牙槽骨明显吸收或双侧后牙缺失则可使咀嚼肌过度收缩,最后出现肌疲劳。

【临床表现】

肌痛的临床表现为一处或多处咀嚼肌出现局部持续性疼痛。局限性肌痛仅扪诊部位肌痛,如颞肌,咬肌,下颌运动时肌痛。肌筋膜痛除扪诊部位肌痛外,有放射痛,但局限在受累肌肉如颞肌,咬肌的范围内。肌筋膜痛扩散除扪诊部位肌痛外,扩散到颞肌,咬肌以外,如疼痛可放射到颞部、前额、眼部、下颌角、颈外侧或枕部。有扳机点疼痛,沿受累肌肉的长轴触压时肌肉发硬。肌痛晨起时疼痛轻微,在一天中逐渐加重,咀嚼和大张口时疼痛加剧。下颌运动受限,单纯的单侧肌痛,开口型偏向患侧,关节区无压痛或弹响。如为双侧肌痛,开口型不发生偏斜,开口度明显减小,被动开口时疼痛明显,但开口度可增大。可伴有耳鸣、眩晕、牙痛、头痛等症状。

【诊断】

患者有面部外伤、精神紧张、咬硬物、紧咬牙、夜磨牙、突发性咬合关系紊乱等病史。

临床检查主要是肌肉扪诊。受累肌肉如颞肌、咬肌有压痛或扳机点及放射性疼痛。开口受限,被动张口出现病变肌疼痛,但开口度可增大。诊断性地封闭咀嚼肌神经和肌肉,可使疼痛消失。临床、关节X线检查无颞下颌关节的病理改变,无结构改变。

【治疗原则】

保守治疗为主。肌痛的早期或急性阶段,嘱患者进软食,下颌休息或减少活动。局部热敷,理疗,服用非甾体类抗炎药。后期或慢性期要进行开口训练,并辅以封闭治疗、针灸、服用镇静药物、应用骀垫以及调骀治疗等。

二、结构紊乱疾病

结构紊乱疾病又称关节内紊乱(internal derangement),主要是指颞下颌关节盘移位。颞下颌关节盘移位是关节盘与关节窝、关节结节以及髁突的相对位置发生改变,并影响下颌运动功能。颞下颌关节盘移位包括前移位、前内移位、前外移位、外侧移位、内侧移位以及后移位。颞下颌关节盘移位主要指关节盘前移位,即当下颌处于最大牙尖交错位,关节盘后带后缘位于11:30时针位置之前,髁突前斜面不在关节盘中间带下方。包括可复性关节盘前移位和不可复性关节盘前移位。结构紊乱疾病还包括关节盘附着松弛或撕脱,关节囊松弛或颞下颌关节半脱位等。



【病因】

颞下颌关节盘前移位的病因不明,许多学者认为与损伤有关。关节外伤如车祸、下颌受到外力的打击以及下颌过度牵拉等,可使髁突移位,关节盘附着及韧带被拉长或撕裂,导致关节盘移位。口腔科治疗操作或全麻插管令患者长时间大张口,髁突过度前移也可使关节盘附着及韧带拉长。关节长期承受异常压力,如磨牙症、紧咬牙、偏侧咀嚼、经常进食硬物等,造成关节负荷过重,从而产生关节盘移位或关节表面损伤。关节结构表面不平使关节盘的运动受阻或产生摩擦,当开口运动时,关节盘不能自如地向后旋转,而始终位于髁突的前上方,使关节盘后韧带拉长,出现关节盘前移位以及关节弹响。精神紧张可导致翼外肌痉挛,开口运动时关节盘被拉向前方,出现关节盘前移位。咬合关系紊乱、后牙缺失、髁突发育异常以及骨关节病等也与关节盘前移位有关。

打呵欠、唱歌、大笑、呕吐、大张口进食等可使髁突过度前移,出现关节半脱位。当大张口时,下颌颞部或下颌受外伤也引起下颌关节半脱位。殆因素如咬合干扰、深覆殆以及殆间垂直距离变短,张口时可使关节韧带拉长、关节囊松弛导致半脱位。关节结节平坦或关节窝浅可出现习惯性大张口或复发性关节半脱位。家族遗传性关节囊松弛,心理因素以及服用某些药物等也可导致关节半脱位。

【临床表现】

1. 可复性盘前移位 (disc displacement with reduction) 以关节弹响为主要症状。病变早期关节弹响发生在开口初、闭口末。关节无疼痛也无开口受限,开口型异常。开口型异常表现为开口初期下颌偏向患侧,当髁突越过前移位的关节盘后带时,关节盘回到髁突后方出现关节弹响,下颌回到中线甚至超越中线,偏向对侧,此时开口度可略大于正常。病变后期关节弹响次数增多,弹响加重,弹响可发生在开口中期或末期。部分病例可出现暂时性的关节绞锁,又称可复性盘移位伴绞锁。这是由于关节盘移位时间过长,关节盘本体由双凹形变成双凸形,髁突在开口运动时更难越过变形的关节盘,患者必须做一个特殊的动作,即将下颌偏向健侧使双板区弹力纤维活动,才能使关节盘回位。关节软组织出现炎症和水肿时,关节可出现轻微疼痛,发生关节绞锁时疼痛加剧。

2. 不可复性盘前移位 (anterior disc displacement without reduction) 不可复性盘前移位根据病程,3个月以内为急性,3个月以上为慢性。大多数患者有关节弹响的病史。由于持续使关节盘韧带拉长,后附着弹性丧失,关节盘变形、前移并且不能自动回位,使髁突的滑动运动受到障碍,出现开口受限以及明显的关节疼痛,部分患者伴有头痛。

急性期的特征是开口受限,开口度为20~25mm,开口偏向患侧,无关节弹响,关节疼痛明显,也称为不可复性盘移位伴张口受限。当急性期转为慢性期时,双板区以及关节韧带被拉长,撕裂更为明显,关节盘变形,开口度可逐渐增大,又称为不可复性盘移位不伴张口受限。关节表面发生退行性改变,伴骨质破坏和关节盘穿孔,在临床上可闻及摩擦音,关节区有压痛。

3. 关节半脱位 (subluxation of the TMJ) 主要表现为开口度过大,超过45mm。在大张口过程中有一个越过关节结节的跳跃同时产生重击声的弹响或称为钝响,并出现短暂的下颌运动停顿。这种弹响是关节盘-髁突复合体越过关节结节,髁突横嵴越过关节盘前带所产生的。快速运动下颌时弹响明显,弹响多发生在开口末、闭口初。侧向与前伸运动时一般无弹响,当向上推下颌,令患者大张口时弹响可减弱,不做大张口运动时可不出现弹响。开口型可出现偏斜。患者一般无关节疼痛,但有不快感。

如伴关节盘附着、关节囊及韧带撕脱、双板区受损时可出现关节区疼痛以及压痛,如为关节炎或关节积液所致的关节半脱位,可有相应的关节疼痛、胀痛以及咀嚼肌区疼痛。当髁突越过关节结节后,可在髁突后方扪及明显凹陷。

【诊断】

大多数患者无明显诱因,部分患者与外伤、紧咬牙、磨牙症、进食硬物、长时间大张口、咬合紊乱以及精神紧张等因素有关。

可复性盘前移位是以关节弹响为主,下颌运动加剧时伴有关节疼痛,开口度正常。关节X线片检

查有关节间隙改变,但无骨质破坏。磁共振检查以及关节造影可见闭口位关节盘后带位于髁突横嵴的前方,开口位时关节盘与髁突关系恢复正常。

不可复性盘前移位大多有关节弹响病史,关节疼痛,下颌行使功能时疼痛明显,开口受限,被动开口时,开口度不能增大,开口型偏向患侧,慢性期时开口度可增大。不可复性盘前移位无关节弹响或仅有摩擦音,伴有骨关节病或关节盘穿孔有摩擦音和破碎音。磁共振检查以及关节造影可见关节盘在开、闭口位始终位于髁突前方,甚至出现关节盘变形,部分病例可见关节骨质破坏。

关节半脱位患者有习惯性大张口的病史,或有打呵欠、唱歌、大笑以及大张口时出现关节弹响的病史,另外,可有咬合关系紊乱,家族遗传史,服用某些药物导致关节囊松弛的病史。

临床检查开口度过大,关节弹响为钝响只发生在开口末、闭口初。闭口时髁突可自动回复或患者自己用手回复到关节窝内。关节区可出现不适感。关节CT可见开口位时,髁突位于关节结节的前下方,关节造影证实为关节囊扩张、撕脱以及关节盘附着松弛等。

【治疗原则】

可复性盘前移位以保守治疗为主。髙垫治疗是减轻或消除弹响的一种较好方法,但在临床症状好转的许多患者中,关节盘并未恢复正常位置。不可复性盘前移位早期可通过患者下颌运动使关节盘复位,如不成功可用手法复位,复位后再行髙垫治疗。关节盘前移位伴关节疼痛患者应给予抗生素、止痛药以及关节腔内冲洗、关节透明质酸钠注射治疗。出现关节内粘连可行关节腔冲洗以及关节镜剥离与关节盘复位术。保守治疗无效可行外科手术治疗,如关节切开术、关节盘复位术等。

关节半脱位以保守治疗为主,限制大张口,使张口在正常范围内。也可进行加强升颌肌群的训练。如限制张口失败,可进行关节腔硬化剂治疗。保守治疗无效,可进行关节镜直视下注射硬化剂、关节结节切除术、关节结节增高术以及关节囊及韧带加固术等关节手术。

三、炎性疾病

炎性疾病(inflammatory disorders)是指滑膜以及关节囊出现炎症反应,主要包括急、慢性滑膜炎(synovitis),关节囊炎,通常伴有关节盘移位、骨关节病以及关节炎等。也可单独出现滑膜炎。

【病因】

颞下颌关节滑膜炎可分为原发性与继发性两种。原发性滑膜炎病因不明,多出现在类风湿关节炎等疾病中。继发性滑膜炎多由外伤、微小损伤、关节邻近组织的炎症、感染、关节盘移位、骨关节病以及自身免疫反应等因素所致。

【临床表现】

急性期关节区疼痛明显,下颌运动时疼痛加剧。由于关节腔内有渗出物,可出现波动性肿胀,患侧后牙不能咬合,开口受限,开口型偏斜。慢性期疼痛没有急性期剧烈,开口受限明显,下颌运动时可出现关节摩擦音。如伴有关节盘移位或骨关节病等疾病,可出现相应症状。

【诊断】

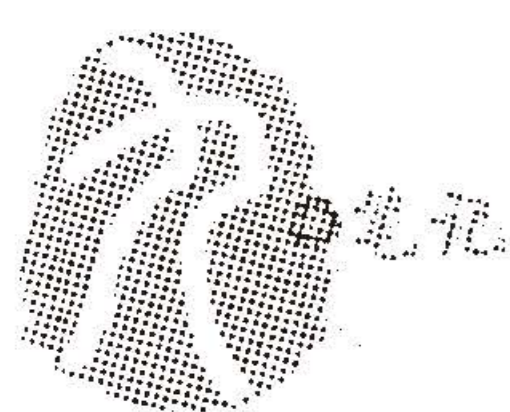
滑膜炎有外伤、微小损伤、关节邻近组织的炎症、感染、关节盘移位、骨关节病等病史。急性期病程短,关节区肿胀,疼痛明显,开口受限,下颌运动功能障碍,咬合关系紊乱。慢性期开口受限明显,关节后区疼痛,下颌运动时可闻及关节杂音。关节后上方扪诊以及将下颌向后上推挤时,关节区有明显疼痛。

除伴有骨折或骨质破坏病例外,CT或MRI检查无骨质破坏,可见关节间隙增宽或狭窄。关节造影可见关节后沟表面不光滑。

关节镜可见,急性期滑膜发红,存在大量的血管,血管排列紊乱。慢性期滑膜血管明显减少,无血管区明显,血管排列无方向性,滑膜组织呈黄白色以及纤维化,关节腔内出现粘连。

【治疗原则】

滑膜炎以保守治疗为主。通过服药、休息、封闭以及关节腔冲洗治疗,患者症状可得到缓解。对



伴有关节盘移位或骨关节病等疾病可行胎垫等相应治疗,症状严重者可手术治疗。

四、退行性关节病

退行性关节病(degenerative joint disease)包括骨关节病和骨关节炎。骨关节病(osteoarthritis)是指颞下颌关节组织发生磨损与变质并在关节表面形成新骨的非炎症性病变。有原发性骨关节病和继发性骨关节病两种类型。骨关节炎(osteoarthritis)是在颞下颌关节组织发生磨损与变质并在关节表面形成新骨的同时出现关节疼痛并伴有咀嚼肌疼痛。

【病因】

退行性关节病的主要病因,如关节持续承受异常压力、咬硬物、偏侧咀嚼、磨牙症、紧咬牙、外伤、车祸、下颌受到外力打击等使关节表面软骨受到破坏,从而导致关节退行性变发生。咬合关系紊乱也可导致关节退行性变。颞下颌关节盘移位、关节盘穿孔与退行性关节病有关,但退行性关节病也可引起关节盘移位以及关节盘穿孔。

【临床表现】

退行性关节病多见于成年人,男女发病比例无明显差别,病程迁延,反复发作。骨关节炎可出现关节疼痛,这种关节疼痛与退行性改变和滑膜炎有关。关节疼痛在开、闭口及咀嚼时加重,部分患者下颌运动停止时也出现关节疼痛。咀嚼肌群出现疼痛,开口受限,开口型偏向患侧伴有关节的杂音。骨关节病可无明显关节疼痛,由于关节骨质破坏明显,可出现下颌运动受限。晨起时开口受限明显,下颌运动后,开口度可增大,开闭口、前伸以及侧向运动均可闻及关节杂音,开口型偏向患侧。存在骨质增生、骨赘以及伴有关节盘穿孔或破裂的患者可闻及关节多声弹响、摩擦音和破碎音。少数患者由于关节骨质的明显破坏,可出现面部畸形和下颌中线偏斜。

【诊断】

退行性关节病患者关节区疼痛反复发作,病史有30天以上,开口受限,开口型偏斜。关节外侧及后区压痛,咀嚼肌区压痛,有自发性疼痛。大张口或被动开口,下颌侧方或前伸时关节可触及弹响或杂音,可出现面部畸形。

退行性关节病关节CT/CBCT可见关节间隙狭窄,髁突、关节窝以及关节结节出现退行性改变,如骨赘形成、髁突前斜面唇状增生、骨质硬化、囊性变以及髁突与关节窝磨平等。关节造影或磁共振可见关节盘前移位、关节盘穿孔、破裂等改变。

【治疗原则】

以保守治疗为主。药物治疗包括服用解热、镇痛抗炎药以及抗焦虑药等,骨关节炎伴有咀嚼肌痉挛患者可服用肌松药物。理疗如热敷、按摩以及开口训练可减轻肌肉与关节疼痛。关节内透明质酸钠注射治疗以及胎垫治疗,胎垫不要戴时间过长,一般戴2周后可改用夜间戴,最多不超过半年。

保守治疗无效时可行手术治疗,包括髁突高位切除术、关节盘修补术、关节成形术等。

第三节 颞下颌关节脱位

颞下颌关节脱位(dislocation of the TMJ)是指髁突与关节窝、关节结节或关节盘之间完全分离,不能自行回复到正常关节窝中的位置。

根据脱位的方向可分为前方脱位,后方脱位,上方脱位,内侧脱位与外侧脱位。根据脱位的性质分为急性脱位、复发性和陈旧性脱位。前脱位关节盘-髁突复合体越过关节结节并位于关节结节前上方,后脱位髁突可突出到外耳道鼓室以及茎突外侧,上方脱位髁突进入颅中窝,内侧脱位髁突达关节窝的内侧,外侧脱位髁突移至关节窝的外侧。后脱位、上方脱位以及内外侧脱位主要为外力损伤所致,同时可伴有关节窝、关节结节、髁突或下颌骨骨折以及颅脑损伤,临床上少见。临床上前脱位多见,包括急性前脱位(acute dislocation)、复发性脱位(recurrent dislocation)和陈旧性脱位(long-standing

dislocation)。

一、急性前脱位

【病因】

主要有内源性与外源性两种因素。内源性因素包括打呵欠、唱歌、大笑、大张口进食、长时间大张口进行口腔科治疗等。由于开口度过大,使髁突越过关节结节的前方,闭颌肌群同时出现反射性痉挛,髁突固定于关节结节前上方而不能自行回复到闭口的正常位置。

外源性因素是指在开口状态下,下颌受到外力的打击,经口腔气管插管、进行喉镜和食管镜检查、使用开口器、新生儿使用产钳等,用力不当使下颌开口过大,髁突越过关节结节不能自行回位。关节囊和关节韧带松弛也易发生前脱位。习惯性下颌运动过度,以及下颌快速运动可增加前脱位的危险性。

【临床表现】

女性多见,前方脱位以单侧急性前脱位多见。出现脱位时,患者不能闭口,前牙开骀,下颌中线偏向健侧,后牙早接触。双侧脱位患者语言不清,唾液外流,面下1/3变长。临床检查可见双侧髁突突出于关节结节的前方,还可见冠突突出于颧骨之下。关节区与咀嚼肌伴疼痛,特别在进行复位时更为明显。

【诊断】

急性前脱位很容易诊断,多出现在大张口运动或下颌在张口时受到外伤时,关节囊明显松弛以及肌肉运动不协调也可出现。下颌不能自行闭合,只有经临床医师治疗后才能恢复正常。双侧脱位可出现疼痛,患者试图闭口或经手法复位时疼痛明显,疼痛多位于颞部。咬合关系紊乱,开闭口在关节窝内均不能扪及髁突。关节X线片示髁突位于关节结节前上方。

【治疗原则】

手法复位不用麻醉时,应向患者解释手法复位的过程,嘱患者精神放松,配合治疗。准备复位后固定的颌间结扎牙弓夹板或弹性颅颌绷带。

手法复位患者体位为端坐位,头紧靠在椅背上,下颌牙骀平面应低于手术者的肘关节。脱位时间较长、手法复位困难或需手术复位者,需做局部浸润麻醉或经鼻腔插管全身麻醉,麻醉时应配合肌松药。

复位时,手术者双手拇指缠以纱布,放置在患者两侧的下颌第二磨牙骀面上,其余手指固定在下颌骨下缘,下颌角切迹之前。嘱患者放松,手术者将患者下颌后部下压并抬高颈部,使髁突向下达关节结节下方(图11-1),然后向后推以使髁突回到关节窝内(图11-2)。髁突回到关节窝内时可听到弹响声,同时患者升颌肌群自动收缩,上、下牙闭合,此时易咬伤手术者的手指,故复位后拇指应立即滑向口腔前庭。

复位后要限制下颌运动,用颅颌弹性绷带固定下颌2~3周,开口度不宜超过1.5cm。

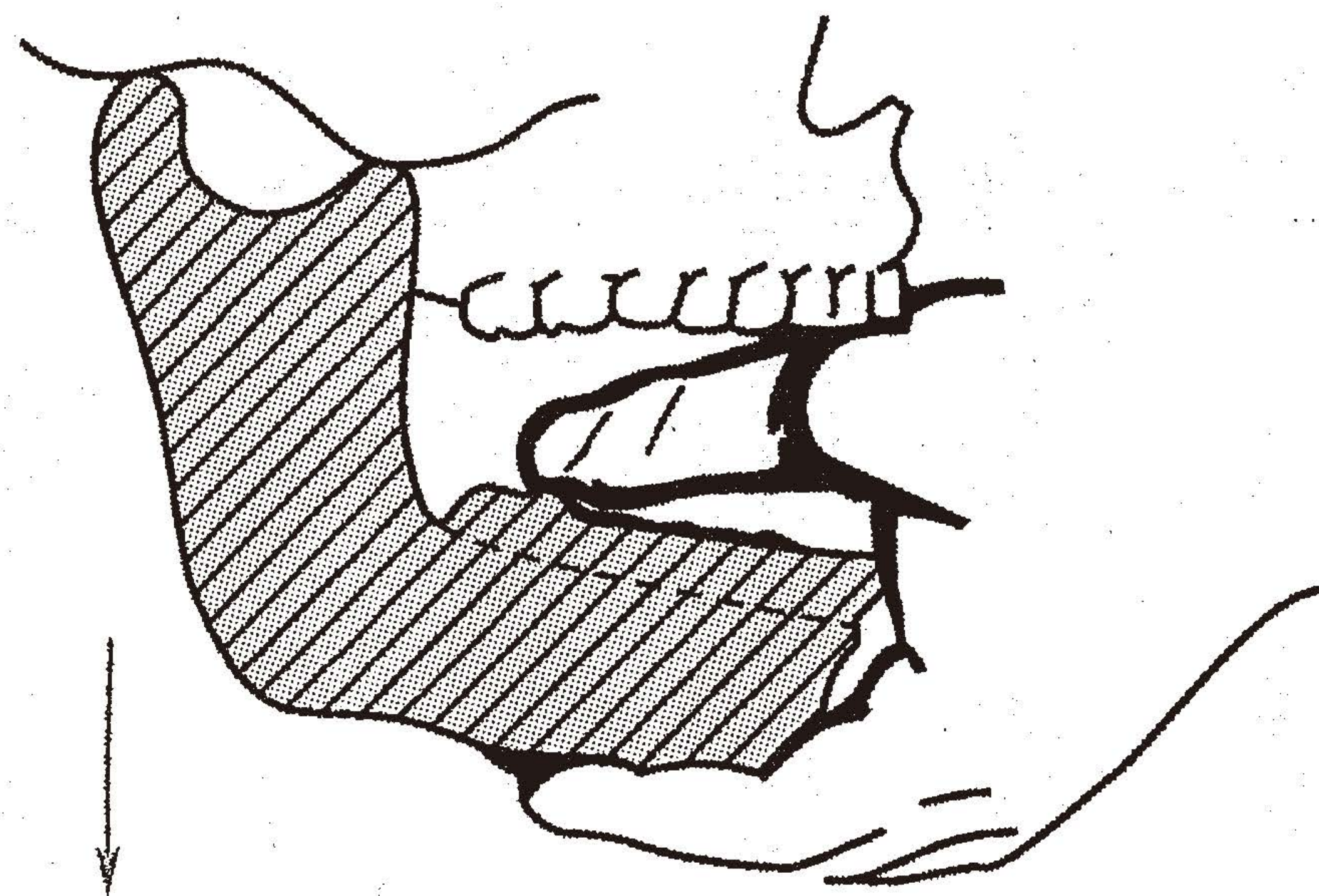


图 11-1 口内复位法下压下颌

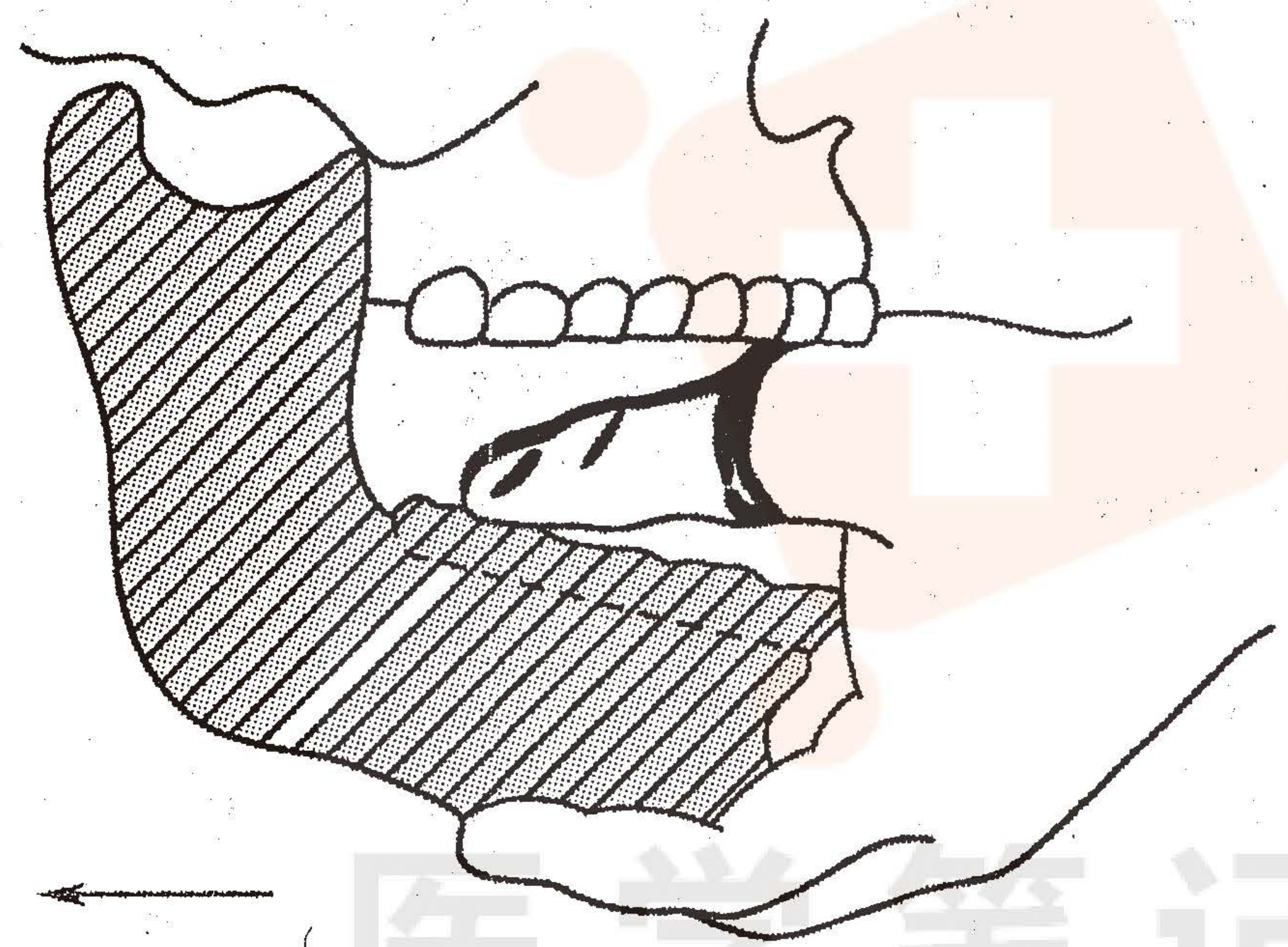


图 11-2 口内复位法后推下颌

二、复发性脱位

【病因】

急性前脱位如果治疗不当,可出现复发性脱位或称习惯性脱位。其病理特征是关节囊、关节韧带及关节盘附着明显松弛,因髁突反复撞击关节结节,使髁突与关节结节变平,关节窝变浅,咀嚼肌功能失调。

【临床表现】

反复出现颞下颌关节脱位,症状与急性前脱位相同,患者由于担心关节脱位而不敢大张口。复发性脱位复位比较容易,有患者还可自行手法复位。

【诊断】

复发性脱位有反复发作的病史,老年人、重症患者更易发生。关节造影可见关节囊松弛,关节盘附着撕脱。关节 X 线片除表现为关节前脱位外,髁突、关节结节变平。

【治疗原则】

复发性脱位手法复位颅颌绷带固定后效果不佳者,可进行关节囊内硬化剂治疗,或在关节镜下行关节囊壁以及关节盘后组织的硬化剂注射治疗。以上治疗效果不佳可行手术治疗,如关节囊及韧带加固术、关节结节切除术以及关节结节增高术等。

三、陈旧性脱位

【病因】

急性前脱位未得到及时治疗,长时间处于颞下颌关节脱位状态,则为陈旧性脱位。由于脱位的髁突及关节盘周围纤维结缔组织增生,关节窝内也可出现纤维结缔组织增生,使关节复位更加困难。

【临床表现】

陈旧性脱位是指急性前脱位或复发性脱位数周后仍未进行复位者。临床表现与急性前脱位相同,但颞下颌关节和咀嚼肌无明显疼痛,下颌有一定的活动度,可进行开闭口运动。

【诊断】

陈旧性脱位病程长,无牙患者、婴幼儿、重症患者易发生。关节 X 线片可见髁突位于关节结节前上方。

【治疗原则】

陈旧性脱位手法复位效果不佳时可在关节镜下行关节复位术,或手术将髁突、关节结节之间的纤维结缔组织剥离,关节窝修整后撬动关节复位,同时可行髁突高位切除术、关节结节切除术以及关节结节增高术等。

第四节 颞下颌关节强直

因关节及关节周围组织器质性病变造成开口困难或完全不能开口者,称为颞下颌关节强直(ankylosis of the TMJ)。根据病变的部位分为:关节内强直、关节外强直和混合性关节强直。关节内强直是指关节内发生病变造成关节内的纤维性或骨性粘连,又称真性关节强直(true ankylosis)。关节外强直的病变位于关节外,纤维或骨性粘连位于上、下颌骨之间的皮肤、黏膜或深层组织,又称假性关节强直(pseudo-ankylosis)或颌间挛缩(intermaxillary contracture)。混合性关节强直是指关节内强直和关节外强直同时发生。

一、关节内强直

【病因】

颞下颌关节强直可分为先天性和后天性,先天性极为少见,许多称为先天性的病例多为出生时产

钳或经产道损伤所致。后天性多见,最常见的病因是外伤和感染。关节区直接受外伤,髁突骨折,下颌骨受外伤间接引起髁突骨折或关节内出血等导致关节强直。

关节原发性感染如结核、淋病、梅毒、猩红热、伤寒热、放线菌等可出现少见的关节强直。血源性感染如败血症、脓毒血症也是少见的感染,可引起血源性化脓性关节炎,最终导致关节强直。邻近组织来源的继发性感染多见,如中耳炎、乳头炎、颞骨骨髓炎、腮腺感染等,病原菌多为溶血性链球菌,脓液可直接扩散到关节。非感染性炎症如类风湿关节炎也可引起关节强直,通常为双侧纤维性强直。放射治疗直接照射关节区也可引起关节强直。

【临床表现】

关节强直可发生在任何年龄,主要出现进行性开口受限。早期为纤维性强直,进一步发展为骨性强直,所以关节强直病史较长,一般在几年以上。

纤维性强直在关节区无疼痛,开口受限,由于纤维组织有弹性,所以患者可轻微地张口。侧向运动明显受限,开口型偏向患侧,患侧髁突活动度明显减弱。

骨性强直则表现为完全不能张口,偶有微小的开口度是由于颅骨颧弓骨缝的弹性所致。进食及语言困难,患侧髁突活动度消失。

儿童期发病者,由于髁突是下颌骨的生长发育中心区,其病变影响下颌骨的发育。表现为面部不对称,患侧丰满,健侧平坦,颈部偏向患侧。下颌角前切迹明显凹陷。双侧关节强直,特别是骨性强直的患者,由于整个下颌发育障碍,造成下颌后缩,形成小颌畸形,严重者呈鸟嘴畸形,多伴发睡眠呼吸暂停综合征。由于下颌骨发育障碍,上、下颌间的垂直距离变短,牙弓变窄小,造成咬合关系紊乱,下颌磨牙向舌侧倾斜,下颌切牙向唇侧倾斜呈扇形分开(图 11-3)。

睡眠呼吸暂停综合征是指睡眠 7 小时呼吸暂停和低通气至少有 30 次,或每小时睡眠呼吸暂停和低通气大于 5 次,同时白天有困倦等症状。分为阻塞性、中枢性和混合性睡眠呼吸暂停。颞下颌关节骨性强直导致整个下颌发育障碍为阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。临床表现为患者入睡后可有大声打鼾,有入睡前的幻觉,入睡后肢体痉挛和窒息后憋醒,白天嗜睡、疲乏,晨起有头痛、恶心,智力下降,记忆力减退和性格改变等。部分患者合并肥胖、高血压,严重者可发展为肺源性心脏病,心律失常甚至夜间猝死。



图 11-3 颞下颌关节强直引起的面部发育畸形

发生于成人的关节强直由于牙颌系统已基本发育成熟,所以无明显的面部畸形与咬合关系紊乱。

【诊断】

病程长,有外伤、感染以及手术的病史。开口受限逐渐加重,髁突活动度减弱或消失。纤维性强直下颌有一定的开口度,多在 1.5cm 左右,前伸与侧向运动受限。由于患者试图大张口,纤维粘连撕裂,升颌肌群反应性的挛缩可出现疼痛,但大多数患者无疼痛。部分患者有面部畸形和咬合关系紊乱。骨性强直开口度几乎为零,面部畸形和咬合关系紊乱明显。

关节 X 线片检查,纤维性强直的关节间隙模糊,正常的关节结构消失,髁突、关节结节及关节窝骨密质有不规则破坏。骨性关节强直可见关节间隙消失,髁突与关节窝、关节结节融合成致密团块呈骨球状。严重者髁突与关节窝、关节结节、乙状切迹、冠突、颧弓融合成骨球,下颌升支与颧弓完全融合呈 T 形。

【治疗原则】

早期轻微的纤维性强直,经关节 X 线片和关节造影显示有足够的关节间隙,可应用颞下颌关节镜进行纤维粘连的剥离以及关节表面的刨削,以达到去除纤维粘连,增加开口度,防止骨性强直的目的。如无足够的关节间隙,而关节盘完整的纤维强直可行髁突高位切除术,关节上、下腔纤维粘连剥离;如

关节盘破坏,需做髁突切除,并在关节间隙中放置插补物。

骨性关节强直需行关节成形术,保持截骨的间隙,或放置插补物。外伤性骨性关节强直手术中可找到残余的关节盘,进行关节盘复位加上关节窝和髁突的修整。另外,还可行骨移植以及人工关节置换术。关节强直伴颌骨畸形应行正颌手术、牵张成骨术、颞前徙术等,矫正面型和改善阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的症状。术后加强开口训练。

二、关节外强直

【病因】

主要由外伤和感染所致。外伤包括面颊部大范围的撕脱伤、火器伤、开放性骨折,如上颌结节部与下颌升支部的骨折或火器伤等造成颌间瘢痕挛缩。

感染包括口内大面积溃疡,严重的放线菌病累及面部和颌骨,银屑病(牛皮癣)、大疱性表皮松解等皮肤病伴发面部皮肤瘢痕条索,少见的坏疽性口炎,包括由麻疹、猩红热等传染病并发的坏疽性口炎造成颌间软组织瘢痕挛缩。上、下颌骨骨髓炎出现进行性骨化,继发颌间挛缩,导致下颌运动受限。

头颈部肿瘤因接受大剂量放射线照射,造成上、下颌之间软组织广泛纤维化,也可导致颌间瘢痕挛缩。烧伤、烫伤以及化学灼伤导致面颊部组织大面积瘢痕形成。口腔黏膜由于进食槟榔等,导致纤维变性,面颊部以及口内手术以及植皮方法不当可导致颌间瘢痕形成,影响下颌运动。

【临床表现】

关节外强直主要表现为不同程度的张口困难或完全不能张口。下颌侧向运动受限,根据颌间纤维瘢痕的范围以及严重程度各不相同。有面部皮肤外伤和感染史的病例,面部有明显的瘢痕、缺损畸形以及因瘢痕收缩引起的面部畸形。开放性骨折,特别是位于牙槽突部骨折可使牙排列紊乱。口内可有瘢痕条索。因关节结构本身未受累,所以髁突有一定的活动度,只有颌间瘢痕条索时,髁突活动度减弱,如有颌间骨性粘连,髁突活动度可消失,但侧向运动时有一定活动度。发生在发育期以后的关节外强直主要表现为张口困难,而在发育期前的病例,可伴有面部发育畸形和咬合关系紊乱。

【诊断】

有面颊部外伤、开放性骨折、感染、物理与化学性损伤、放射治疗和手术史。关节外病变所致的张口困难或完全不能张口,颌间可触及范围不等的瘢痕条索,耳前区触压患侧,髁突活动度减弱或消失。根据不同病因和发病时间,可有或无面部畸形以及关系紊乱。

纤维性颌间挛缩其瘢痕病变组织位于口腔黏膜和颊部各层软组织或面颊部皮肤。少数病变是由口腔周围洞穿性缺损边缘的瘢痕所致。这些病变常常伴发面颊部、口内及上下颌之间不同程度的畸形。骨性颌间挛缩是在上、下颌骨之间或在下颌骨与颧骨颧弓之间形成骨性粘连。骨性粘连大多伴有软组织的瘢痕挛缩和颌面部软、硬组织的缺损和畸形。

关节X线片见关节间隙清楚,关节结构无明显破坏。存在骨性粘连的病例,X线片可见上、下颌间间隙变窄,有密度增高或骨性融合,冠突与上颌结节以及颧骨呈骨性融合或上颌结节与下颌升支部位呈骨性融合。

【治疗原则】

以手术治疗为主,手术切除上、下颌间,冠突与上颌结节、颧骨之间以及关节囊外的纤维瘢痕条索和骨性粘连。植皮或用皮瓣修复创面,术中使用开口器,使开口度达到最大程度。手术后坚持开口训练。

对伴有面部缺损畸形,可与上述手术同期进行皮瓣修复,对面部畸形者可行正颌手术或植入骨组织以及生物代用品。

第五节 颞下颌关节其他疾病

颞下颌关节其他疾病包括关节感染、损伤、关节先天性或发育性畸形与肿瘤等。

一、颞下颌关节感染

颞下颌关节的感染比全身其他关节少。在19世纪与20世纪初,由于没有抗生素,牙源性感染以及耳部感染性疾病导致的颞下颌关节感染很常见。随着社会的进步,抗生素的广泛使用,颞下颌关节感染的发生率明显降低。

颞下颌关节感染分为急性感染和慢性感染。根据感染的来源可分为血源性、损伤性、邻近组织扩散、特异性感染。按感染的类型可分为急性化脓性关节炎、损伤性关节炎、结核性关节炎、梅毒性关节炎、放线菌性关节炎、类风湿关节炎、骨关节炎、银屑病关节炎、强直性脊柱炎等。

有全身感染,颞下颌关节邻近组织或器官的感染以及外伤病史。颞下颌关节有红、肿、热、痛以及功能障碍,咀嚼肌疼痛,张口受限等。

急性期在颞下颌关节腔穿刺有脓性或其他分泌物,颞下颌关节X线片可见患侧关节间隙明显增大,髁突移位。后期由于关节软骨及关节盘的丧失,可出现关节间隙变窄,甚至形成关节的纤维强直或骨性强直。颞下颌关节感染以保守治疗为主,急性期应用抗生素及止痛药物。对有全身症状患者,应用支持疗法改善全身症状。

有脓性分泌物的患者应行关节腔穿刺,抽吸脓液,然后用抗生素冲洗关节腔。如肿胀明显有波动感,应进行切开引流。另外可进行脓液及血液细菌培养以及药物敏感试验,应用敏感的抗生素治疗。在使用抗生素的同时可采用局部理疗。感染控制后应加强下颌功能训练,避免关节强直发生。

如颞下颌关节软骨,骨组织以及关节盘破坏严重,需进行关节镜术以及关节切开术,修整破坏的关节结构。如应用关节内粘连松解术、髁突高位刨削术、关节盘切除术等。

二、颞下颌关节损伤

颞下颌关节损伤包括软组织损伤和硬组织损伤。

颞下颌关节软组织损伤包括:关节囊及韧带的撕裂伤,关节囊松弛,关节囊炎,关节囊纤维化,关节腔内积血,创伤性滑膜炎,创伤性关节炎,关节内粘连,关节盘附着损伤,关节盘后组织损伤,关节盘移位,关节盘破裂,关节软骨损伤,软骨纤维化,以及关节周围软组织损伤等。

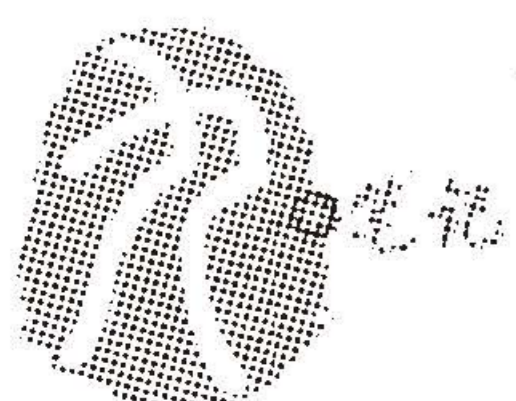
颞下颌关节的硬组织损伤包括髁突、关节窝和关节结节骨折。临床上最常见的是髁突骨折,髁突骨折约占下颌骨骨折的25%。

外伤后关节出现疼痛,特别是在耳前区,关节外侧以及外耳道前壁和关节后区疼痛明显。局部肿胀,下颌运动及咀嚼时疼痛加剧。开口受限,部分患者伴有关节弹响。开口时,下颌向患侧偏斜。闭口位时,下颌中线偏向健侧,患侧后牙不能咬合。颞下颌关节损伤大多以保守治疗为主,制动,限制下颌运动,进软食。给予止痛与抗生素药物治疗,急性期后,需进行下颌功能运动,物理治疗。如关节内血肿机化,形成关节内粘连或关节纤维强直,应进行关节镜手术或关节切开术。髁突骨折以往多采用保守治疗,近年来随着手术方法的改进和新材料的应用,髁突骨折开放复位术的手术适应证已扩大,有研究发现,髁突骨折保守治疗和开放复位治疗的关节功能恢复相同。但开放复位恢复了颞下颌关节的正常解剖和咬合关系,组织愈合比保守治疗快。儿童髁突骨折以保守治疗为主,包括咬合板以及颌间牵引等治疗。

三、颞下颌关节先天性或发育性畸形

颞下颌关节先天畸形是由于胚胎发育异常所致,主要原因有遗传、环境、病毒、感染、化学药物等致畸。另外在胚胎发育完成后,出生之前,由于外伤、感染等也可导致先天畸形。出生后由于感染、外伤、手术等因素导致的颞下颌关节畸形是后天性畸形。

颞下颌关节先天畸形包括髁突部分或全部发育不全,完全性发育不全可导致髁突缺失。髁突发育过度包括单侧或双侧髁突增生或肥大,髁突形态与大小发生改变。



颞下颌关节畸形中还有一组异常的症状与体征发生在一起称为畸形综合征,包括第一、二腮弓综合征,Goldenhar 综合征, Treacher Collins 综合征 Hallermannollins-Streiff 综合征,胎儿酒精综合征, Whistling Face 综合征,先天性多发性关节弯曲综合征等。

另外有一种称为序列征的畸形,其特点是连续多发的先天性异常,由于一种畸形继发另一种畸形,并可导致严重的后果,如 Pierre Robin 序列征。除此之外还有变形症和阻断症等畸形。

临床上有单侧或双侧髁突缺失。单侧髁突缺失可出现明显的面部不对称,下颌偏向患侧,使患侧面部挤压、变形。可伴有关节窝缺失,关节结节发育不完全或缺失,面部短小。单侧髁突发育不良可出现面部不对称,下颌中线向患侧偏移,咬合关系紊乱。开口运动时,下颌偏向患侧,侧方运动受限。双侧髁突发育不良可出现下颌后缩,咬合紊乱等症状。

髁突增生又称髁突肥大,是髁突和髁颈部缓慢地长大,导致面部不对称和咬合紊乱,一侧髁突病变多见。在青春期前很少发病,多见于青春期后,出现髁突不对称性的生长。髁突增生可一直持续到 30~40 岁。

髁突肥大临床表现为面部不对称,主要为下颌中线偏向健侧,受累侧的颧骨可出现肥大。咬合紊乱主要表现在受累侧 Angle 分类的三类错殆,下颌前突,后牙开殆或锁殆,上颌与下颌的咬合平面出现倾斜。对侧可出现偏颌与反殆。张口无受限,但开口型偏向健侧。

颞下颌关节畸形的治疗主要为手术治疗,手术治疗的时机应根据病变的具体情况。

四、颞下颌关节肿瘤

颞下颌关节肿瘤和类肿瘤在临床上少见,大多数文献仅作了一些个案报道。这些肿瘤可来自颞下颌关节的任何细胞,如髁突、关节窝和关节结节的骨与软骨细胞,关节囊和关节盘滑膜细胞,以及血管、神经来源的细胞等,邻近组织的肿瘤或肿瘤远处转移也可侵犯颞下颌关节。颞下颌关节肿瘤分为良性肿瘤、恶性肿瘤、瘤样病变、转移性肿瘤、相邻结构的原发性或转移性肿瘤以及广泛的颌骨病损累及颞下颌关节等。颞下颌关节类肿瘤最常见的是滑膜软骨瘤病。颞下颌关节良性肿瘤包括:骨瘤、骨软骨瘤、软骨瘤、成软骨细胞瘤、软骨黏液样纤维瘤、血管瘤等。颞下颌关节恶性肿瘤包括:软骨肉瘤、滑膜肉瘤、纤维肉瘤、多发性浆细胞骨髓瘤等以及发生在颞下颌关节的转移瘤。颞下颌关节肿瘤和类肿瘤以手术治疗为主。

思考题

1. 颞下颌关节的结构和特点是什么?
2. 颞下颌关节紊乱病的分类和治疗原则是什么?
3. 简述颞下颌关节急性前脱位手法复位的方法。
4. 颞下颌关节强直的手术治疗方法有哪些?
5. 颞下颌关节紊乱病的保守治疗方法有哪些?

(龙 星)



第十二章 唾液腺常见疾病

唾液腺(salivary gland)又称涎腺,由腮腺、下颌下腺、舌下腺3对大唾液腺以及位于口腔、咽部、鼻腔和上颌窦黏膜下层的小唾液腺组成。口腔的小唾液腺按其所在的解剖部位,分别称为腭腺、唇腺、磨牙后腺及颊腺等。

唾液腺的腺泡分为浆液性腺泡、黏液性腺泡以及浆液-黏液混合性腺泡3种。腮腺由浆液性腺泡组成,下颌下腺是以浆液性腺泡为主的混合腺,舌下腺及多数小唾液腺是以黏液性腺泡为主的混合腺。

所有腺体均能分泌唾液。唾液对于吞咽、消化、味觉、语言、口腔黏膜防护以及龋病的预防有着密切的关系。

唾液腺的常见病变有唾液腺炎症、舍格伦综合征(Sjogren syndrome)、唾液腺肿瘤及瘤样病变等。

第一节 唾液腺炎症

根据感染性质,唾液腺炎症(sialadenitis)以化脓性、病毒性及特异性感染为主,也可由放射性损伤、药物过敏等原因所致。腮腺最常见,其次为下颌下腺,而舌下腺及小唾液腺极少见。

一、急性化脓性腮腺炎

急性化脓性腮腺炎(acute pyogenic parotitis)以往常见于腹部大手术以后,故又称为手术后腮腺炎(postoperative parotitis)。由于加强了手术前后的处理,注意体液平衡和口腔清洁,以及有效抗菌药物的应用,手术后并发的腮腺炎已很少见,多系慢性腮腺炎基础上的急性发作或邻近组织急性炎症的扩散。

【病因及病原菌】

急性化脓性腮腺炎的病原菌主要是金黄色葡萄球菌,其次为链球菌,而肺炎双球菌、奋森螺旋体少见。这些细菌通常存在于口腔内,当罹患严重的全身疾病,如脓毒血症、急性传染病等,患者机体抵抗力及口腔生物学免疫力降低;且因高热、脱水、进食及咀嚼运动减少,唾液分泌也相应减少,唾液的机械性冲洗作用降低,口腔内致病菌经腮腺导管口逆行侵入腮腺。严重的代谢紊乱,如腹部大手术后,由于禁食,反射性唾液腺功能降低或停止,唾液分泌明显减少,易发生逆行性感染。

腮腺区损伤及邻近组织急性炎症的扩散也可引起急性腮腺炎。腮腺淋巴结的急性化脓性炎症,破溃扩散后波及腺实质,引起继发性急性腮腺炎,但其病情较上述原发性急性腮腺炎轻。

【临床表现】

常为单侧受累,双侧同时发生者少见。炎症早期,症状轻微或不明显,腮腺区轻微疼痛、肿大、压痛。导管口轻度红肿、疼痛。若处理及时,可使炎症消散。若未能及时控制,炎症进一步发展,则可使腺组织化脓、坏死。此时疼痛加剧,呈持续性疼痛或跳痛,腮腺区以耳垂为中心肿胀明显,耳垂被上抬。进一步发展,炎症扩散到腮腺周围组织,伴发蜂窝织炎。皮肤发红、水肿,呈硬性浸润,触痛明显,可出现轻度开口受限,腮腺导管口明显红肿,轻轻按摩腺体可见脓液自导管口溢出,有时可见脓栓堵塞于导管口(图12-1)。患者全身中毒症状明显,体温可高达40℃以上,脉搏、呼吸加快,白细胞总数增加,中性粒细胞比例明显上升,核左移,可出现中毒颗粒。

纤维结缔组织将腮腺分隔为很多小叶,腮腺炎形成的脓肿多为散在的多发性脓肿,分散在小叶

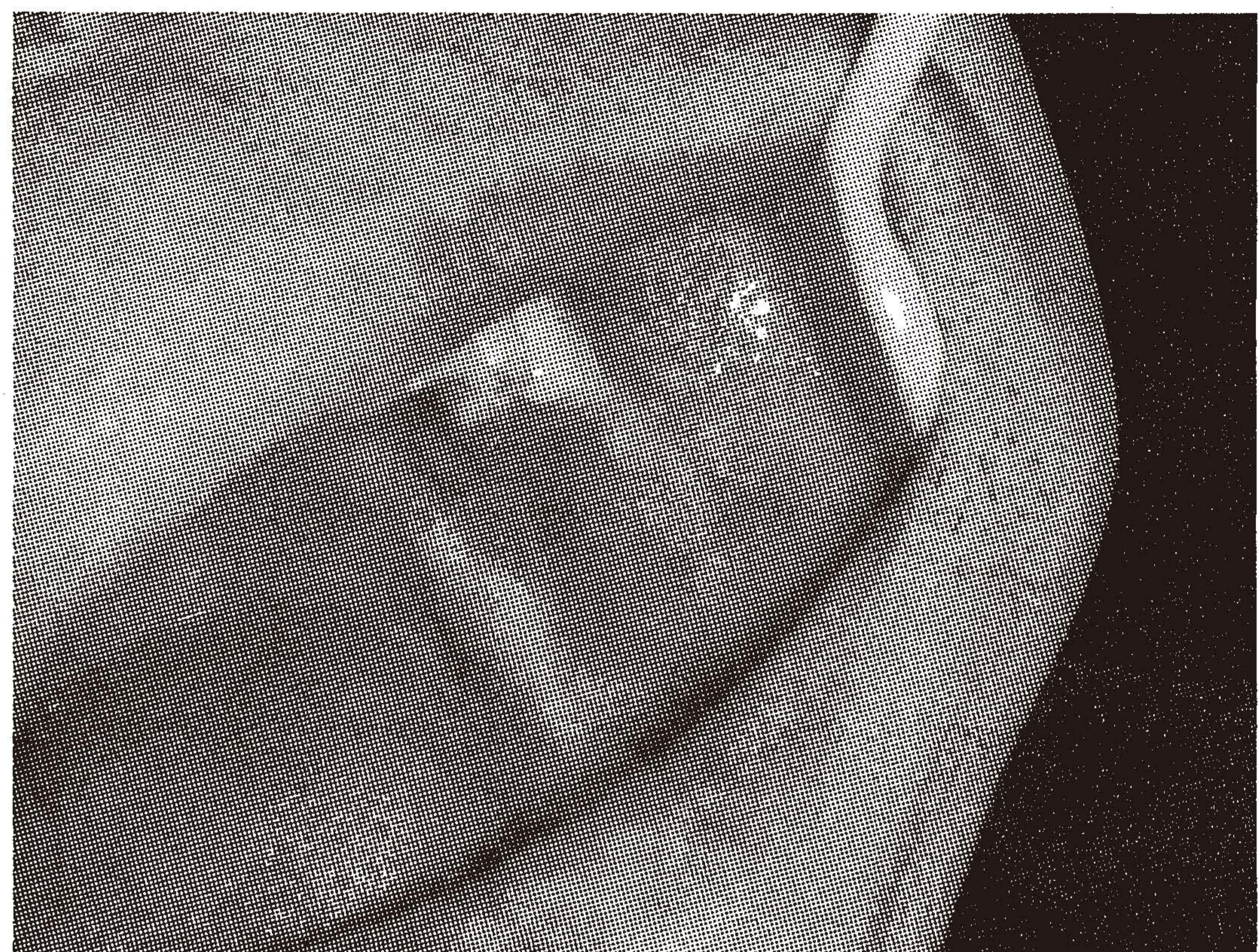


图 12-1 腮腺导管口溢脓

内。腮腺浅面的腮腺咬肌筋膜非常致密,脓肿未穿破以前不易扪及波动感而呈硬性浸润块。穿破腮腺包膜后,脓液进入邻近组织或间隙,引起其他间隙的蜂窝织炎或脓肿。腮腺深面的包膜薄弱,脓肿穿破后可进入咽旁或咽后间隙,或沿着颈部间隙往下扩散到纵隔,向上可通过颅底扩散到颅内,通过这些途径扩散的机会不多,一旦发生,则病情严重而危险。

【诊断及鉴别诊断】

急性化脓性腮腺炎依靠病史及临床检查,诊断并不困难。本病不宜行腮腺造影,以免造影剂透过肿胀、薄弱的导管壁进入腺体外组织。诊断时需与

以下疾病相鉴别:

1. 流行性腮腺炎 大多发生于儿童,有传染接触史,常双侧腮腺同时或先后发生,一般一次感染后可终身免疫。腮腺肿大、充血、疼痛,但腮腺导管口无红肿,唾液分泌清亮,无脓液。外周血检测白细胞计数正常,分类中淋巴细胞比例增高,急性期血液及尿淀粉酶可能升高。

2. 咬肌间隙感染 主要系牙源性感染,如源自下颌阻生智牙冠周炎。肿胀中心及压痛点位于下颌角部,开口受限明显,腮腺导管口无红肿,分泌清亮。

【治疗】

1. 针对发病原因 及时纠正机体脱水及电解质紊乱,维持体液平衡。必要时输注复方氨基酸等以提高机体抵抗力。

2. 选用有效抗生素 先应用大剂量青霉素或适量头孢类抗生素等抗革兰阳性球菌的抗生素,并从腮腺导管口取脓性分泌物作细菌培养及药敏试验,再选用最敏感的抗生素。

3. 其他保守治疗 炎症早期可用热敷、理疗、外敷如意金黄散,饮用酸性饮料、口含维生素 C 片或口服 1% 毛果芸香碱 (pilocarpine) 3~5 滴 (2~3mg), 每日 2~3 次,可增加唾液分泌。温热的硼酸、碳酸氢钠溶液等消毒漱口剂也有助于炎症的控制。

4. 切开引流 已发展至化脓时,必须切开引流。其指征是局部有明显的凹陷性水肿,局部有跳痛并有局限性压痛点;穿刺抽出脓液或腮腺导管口有脓液排出;全身感染中毒症状明显。切开引流的方法是局部浸润麻醉,耳前及下颌支后缘处从耳屏往下至下颌角作切口,切开皮肤、皮下组织及腮腺咬肌筋膜。脓液积聚于筋膜下者,即可得到引流。如无脓液溢出,可用弯血管钳插入腮腺实质的脓腔中引流脓液(图 12-2)。因常为多发性脓肿,应注意向不同方向分离,分开各个腺小叶的脓腔。冲洗后置橡皮引流条,以后每天用生理盐水冲洗,更换引流条。



图 12-2 腮腺化脓性感染切开引流

【预防】

本病主要系脱水及逆行感染所致,故对接受腹部大手术及患严重全身性疾病的患者,应加强护理,保持体液平衡,加强营养及抗感染,同时应加强口腔卫生,进食后漱口、刷牙,并可用过氧化氢或氯己定液清洗口腔。

二、慢性复发性腮腺炎

慢性复发性腮腺炎 (chronic recurrent parotitis) 可见于儿童和成人,但其转归很不相同。

【病因】

儿童复发性腮腺炎的病因较复杂。腮腺先天性结构异常或免疫缺陷,成为潜在的发病因素。儿童期免疫系统发育不成熟,免疫功能低下,容易发生逆行性感染。上呼吸道感染或口腔内存在炎症病灶时,细菌可通过腮腺导管口逆行感染。成人复发性腮腺炎为儿童复发性腮腺炎迁延不愈而来。

【临床表现】

儿童复发性腮腺炎可发生于任何儿童期,但以5岁左右最为常见。男性多于女性。可突发,也可逐渐发病。腮腺反复肿胀,伴不适,但仅有轻度水肿,皮肤可潮红。挤压腺体可见导管口有脓液或胶冻状液体溢出,少数有脓肿形成。间隔数周或数月发作一次。年龄越小,间隔时间越短,越易复发。随着年龄增长,间隙期延长,持续时间缩短。

【诊断及鉴别诊断】

诊断主要根据临床表现及腮腺造影。腮腺造影显示末梢导管呈点状、球状扩张(图12-3),排空迟缓,主导管及腺内导管无明显异常。

儿童复发性腮腺炎需与流行性腮腺炎相鉴别。流行性腮腺炎常双侧同时发生,伴发热,肿胀更明显,腮腺导管口分泌正常,罹患后多终身免疫,无反复肿胀史。

成人复发性腮腺炎需与舍格伦综合征相鉴别。后者多见于中年女性,无自幼发病史,常有口干、眼干及结缔组织疾病。腮腺造影显示主导管扩张不整,边缘毛糙,呈葱皮样或花边样改变。

【治疗】

儿童复发性腮腺炎具有自愈性,大多在青春期后痊愈。因此,以增强抵抗力、防止继发感染、减少发作为原则。嘱患儿多饮水,每天按摩腮腺帮助排空唾液,用淡盐水漱口,保持口腔卫生。咀嚼无糖口香糖,刺激唾液分泌。若有急性炎症表现,可用抗生素。腮腺造影本身对慢性复发性腮腺炎也有一定的治疗作用。



图12-3 儿童复发性腮腺炎腮腺造影表现

三、慢性阻塞性腮腺炎

慢性阻塞性腮腺炎(chronic obstructive parotitis)又称腮腺管炎,以前与慢性复发性腮腺炎一起,统称为慢性化脓性腮腺炎。

【病因】

大多数患者由局部原因引起。如智牙萌出时,导管口黏膜被咬伤,瘢痕愈合后引起导管口狭窄。少数由导管结石或异物引起。由于导管狭窄或异物阻塞,使阻塞部位远端导管扩张,唾液淤滞。

【临床表现】

大多发生于中年。多为单侧受累,也可为双侧。患者常不明确起病时间,多因腮腺反复肿胀而就诊。半数患者肿胀与进食有关,称为进食综合征(mealtime syndrome)。发作次数变异较大,多者每次进食都肿胀,少者1年内很少发作。大多平均每个月发作1次以上。发作时伴有轻微疼痛。有的患者腮腺肿胀与进食无明确关系,晨起感腮腺区发胀,自己稍加按摩后即有“咸味”液体自导管口流出,随之局部感到松快。检查时腮腺稍肿大,中等硬度,轻微压痛。导管口轻微红肿,挤压腮腺可从导管口流出混浊的“雪花样”或黏稠的蛋清样唾液,有时可见黏液栓子。病程久者,可在颊黏膜下扪及粗硬、呈条索状的腮腺导管。

【诊断及鉴别诊断】

主要根据临床表现及腮腺造影。腮腺造影显示主导管、叶间、小叶间导管部分狭窄、部分扩张,呈



腊肠样改变(图 12-4)。

慢性阻塞性腮腺炎需与以下疾病鉴别:

1. 成人复发性腮腺炎 有幼儿发病史,造影片上两者明显不同。成人复发性腮腺炎除非有逆行性感染而使主导管稍扩张不整外,叶间、小叶间导管均无变化,只是末梢导管呈散在点、球状扩张。而阻塞性腮腺炎以导管系统,即主导管、叶间、小叶间导管扩张不规整为特征。

2. 舍格伦综合征继发感染 亦可有腮腺反复肿胀流脓史,鉴别在于:①发病多为中年女性;②有口干、眼干及结缔组织疾病;③造影片上以末梢导管点、球状扩张为特征,主导管出现特征性改变。



图 12-4 慢性阻塞性腮腺炎腮腺造影表现

【治疗】

该病多由局部原因引起,故以祛除病因为主。有唾液腺结石者,先去除唾液腺结石。导管口狭窄,可用钝头探针扩张导管口。也可向导管内注入药物,如碘化油、抗生素等,具有一定的抑菌和抗菌作用。也可用其他的保守治疗,包括自后向前按摩腮腺,促使分泌物排出。咀嚼无糖口香糖,促使唾液分泌。用温热盐水漱口,有抑菌作用,减少腺体逆行性感染。采用唾液腺镜冲洗导管并灌注药物,效果良好。经上述治疗无效者,可考虑手术治疗,行保留面神经的腮腺腺叶切除术。

四、唾液腺结石病和下颌下腺炎

唾液腺结石病(sialolithiasis)是在腺体或导管内发生钙化性团块而引起的一系列病变。85%左右发生于下颌下腺,其次是腮腺,偶见于上唇及唇颊部的小唾液腺,舌下腺很少见。唾液腺结石常使唾液排出受阻,并继发感染,造成腺体急性或反复发作的炎症。

【病因】

唾液腺结石形成的原因还不十分清楚,一般认为与某些局部因素有关,如异物、炎症、各种原因造成的唾液滞留等,也可能与机体无机盐新陈代谢紊乱有关,部分唾液腺结石病患者可合并全身其他部位结石。

唾液腺结石病多发生于下颌下腺,与下列因素有关:①下颌下腺为混合性腺体,分泌的唾液富含黏蛋白,较腮腺分泌液黏滞,钙的含量也高出2倍,钙盐容易沉积。②下颌下腺导管自下向上走行,腺体分泌液逆重力方向流动。导管长,在口底后部有一弯曲部,导管全程较曲折,这些解剖结构均使唾液易于淤滞,导致唾液腺结石形成。

【临床表现】

可见于任何年龄,以20~40岁的中、青年为多见。病期短者数日,长者数年甚至数十年。

小的唾液腺结石一般不造成唾液腺导管阻塞,无任何症状。导管阻塞时则可出现排唾障碍及继发感染的一系列症状及体征:①进食时,腺体肿大,患者自觉胀感及疼痛。停止进食后不久肿大腺体自行复原,疼痛亦随之消失;但有些阻塞严重的病例,腺体肿胀可持续数小时、数天,甚至不能完全消退。②导管口黏膜红肿,挤压腺体可见少量脓性分泌物自导管口溢出。③导管内的结石,双手触诊常可触及硬块,并有压痛。④唾液腺结石阻塞引起腺体继发感染,并反复发作。炎症扩散到邻近组织,可引起下颌下间隙感染。慢性下颌下腺炎患者的临床症状较轻,主要表现为进食时反复肿胀,检查腺体呈硬结性肿块。

【诊断及鉴别诊断】

根据进食时下颌下腺肿胀及伴发疼痛的特点,导管口溢脓以及双手触诊可扪及导管内结石等,临床可诊断为下颌下腺结石并发下颌下腺炎。确诊应做影像学检查。下颌下腺结石可选拍摄下颌横断片及下颌下腺侧位片,前者适用于下颌下腺导管较前部的唾液腺结石(图 12-5),后者适用于下颌下腺导管后部及腺体内的唾液腺结石。超声和CT对不同位置的唾液腺结石均有较高的诊断率。钙化程度低的唾

液腺结石,即阴性唾液腺结石,在X线平片上难以显示。在急性炎症消退后可做唾液腺造影检查,包括常规X线造影、数字减影造影和MRI唾液腺造影(MRI sialography)。唾液腺结石所在处表现为圆形、卵圆形或梭形充盈缺损。对于已确诊为唾液腺结石病者,一般不做唾液腺造影,以免将唾液腺结石推向导管后部或腺体内。

典型的唾液腺结石病诊断不难,有时需与下列疾病鉴别:

1. 舌下腺肿瘤 应与下颌下腺导管结石鉴别。绝大多数舌下腺肿瘤无导管阻塞症状,X线检查无阳性结石。

2. 下颌下腺肿瘤 呈进行性肿大,无进食肿胀或下颌下腺炎症发作史。

3. 下颌下间隙感染 患者有牙病史并能查及病源牙。下颌下区肿胀呈硬性浸润,皮肤潮红并可出现可凹性水肿。下颌下腺导管分泌可能减少,但唾液正常,无唾液腺结石阻塞症状。

【治疗】

很小的唾液腺结石可用保守治疗,嘱患者口含蘸有柠檬酸的棉签或维生素C片,也可进食酸性水果或其他食物,促使唾液分泌,有望自行排出。能扪及相当于下颌第二磨牙以前部位的唾液腺结石,可采用口内导管切开取石术。位于下颌下腺导管、腺门及部分腺内导管、体积不很大以及多发性结石,可采用唾液腺内镜取石术。唾液腺内镜通过导管口进入下颌下腺导管,在明确诊断唾液腺结石及其位置的同时,采用钳子或套石篮取出结石。经以上方法无法取出的唾液腺结石,以及下颌下腺反复感染或继发慢性硬化性下颌下腺炎、腺体萎缩,已失去摄取及分泌功能者,可采用下颌下腺切除术。

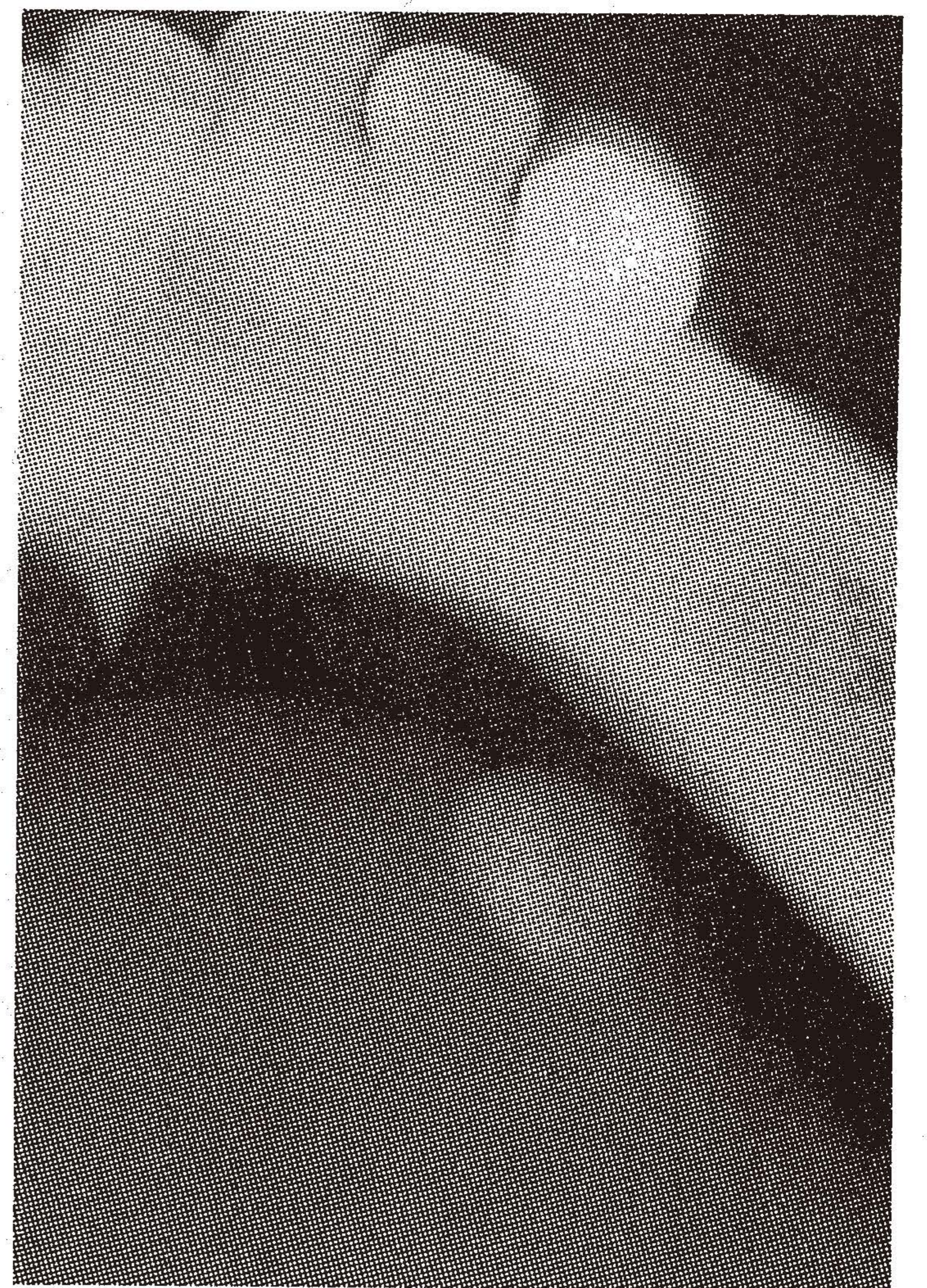


图12-5 下颌横断片显示下颌下腺导管前段结石

第二节 舍格伦综合征

舍格伦综合征(Sjogren syndrome)是一种自身免疫性疾病,其特征表现为外分泌腺的进行性破坏,导致黏膜及结膜干燥,并伴有各种自身免疫性病征。病变限于外分泌腺本身者,称为原发性舍格伦综合征;同时伴有其他自身免疫性疾病,如类风湿关节炎、系统性硬皮病、系统性红斑狼疮等其他自身免疫病者则称为继发性舍格伦综合征。

【病因】

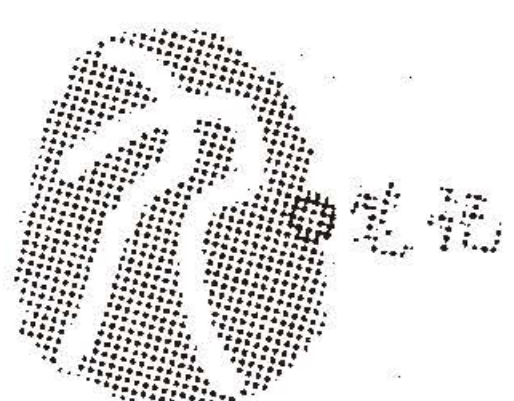
确切的病因及发病机制尚不十分明确,一些研究结果表明其发病可能与病毒感染、遗传和性激素异常等多种因素有关,在这些因素的共同作用下,机体可因T淋巴细胞、B淋巴细胞、树突状细胞和巨噬细胞等多种免疫细胞浸润攻击而使免疫系统受损,组织损伤。

【临床表现】

多见于中年以上女性,出现症状至就诊时间长短不一。患者的主要症状有眼干、口干、唾液腺及泪腺肿大,类风湿关节炎等结缔组织病症。由于唾液腺腺泡细胞萎缩,唾液分泌减少,出现口干。严重者言语、咀嚼及吞咽均困难。检查见口腔黏膜干燥,口底唾液池消失,唇舌黏膜发红。唾液腺肿大以腮腺为最常见,也可伴下颌下腺、舌下腺及小唾液腺肿大。多为双侧,也可单侧发生。腮腺呈弥漫性肿大,边界不明显。少数病例在腺体内可触及结节状肿块,质地中等偏软,一个或多个,此为类肿瘤型舍格伦综合征。由于泪腺受侵,泪液分泌停止或减少,角膜及球结膜上皮破坏,引起干燥性角结膜炎。患者眼有异物感、摩擦感或烧灼感,畏光、疼痛、视物疲劳。泪腺肿大可致睁眼困难,睑裂缩小,特别是外侧部分肿大明显,因而呈三角眼。半数患者伴有类风湿关节炎,约占10%的患者伴系统性红斑狼疮。此外,尚可伴发硬皮病、多发性肌炎等。

【诊断】

除询问病史及一般体检外,可做下列检查以帮助诊断:希尔默(Schirmer)试验检测泪液分泌量降



低;荧光素染色检查显示角膜程度不等的着色;全唾液流量下降;核素唾液腺功能测定显示核素摄取和分泌功能降低;唾液腺造影主要表现为末梢导管扩张(图 12-6),排空功能减退;实验室检查显示血沉加快、 γ -球蛋白增高,血清 IgG 明显增高,自身抗体如类风湿因子、抗核抗体、抗 SS-A、SS-B 抗体、抗 α -胞衬蛋白多肽抗体等可能阳性。唇腺活检主要表现为腺小叶内淋巴、浆细胞浸润,腺实质萎缩,导管扩张,导管细胞化生。

【治疗】

主要为对症治疗。眼干可用人工泪液滴眼,也可以用硅酮栓行泪点封闭,以缓解眼干症状。口干可用人工唾液湿润口腔,缓解不适感。亦可用茵三硫(环戊硫酮)等催唾剂刺激唾液分泌。注意口腔卫生,减少逆行性感染的机会。伴发急性炎症时可用抗生素治疗。继发念珠菌感染时,应用抗真菌药物。“养阴生津,清热润燥”的中药亦可缓解症状,阻止病变进展。免疫调节剂,如胸腺素,可调节细胞免疫功能,使其与体液免疫相平衡。免疫抑制剂如羟氯喹、泼尼松、雷公藤总苷等,对继发性舍格伦综合征有类风湿关节炎或类肿瘤型舍格伦综合征患者可考虑应用。对于类肿瘤型舍格伦综合征,可采用手术治疗,切除受累腺体,以防止恶性变。

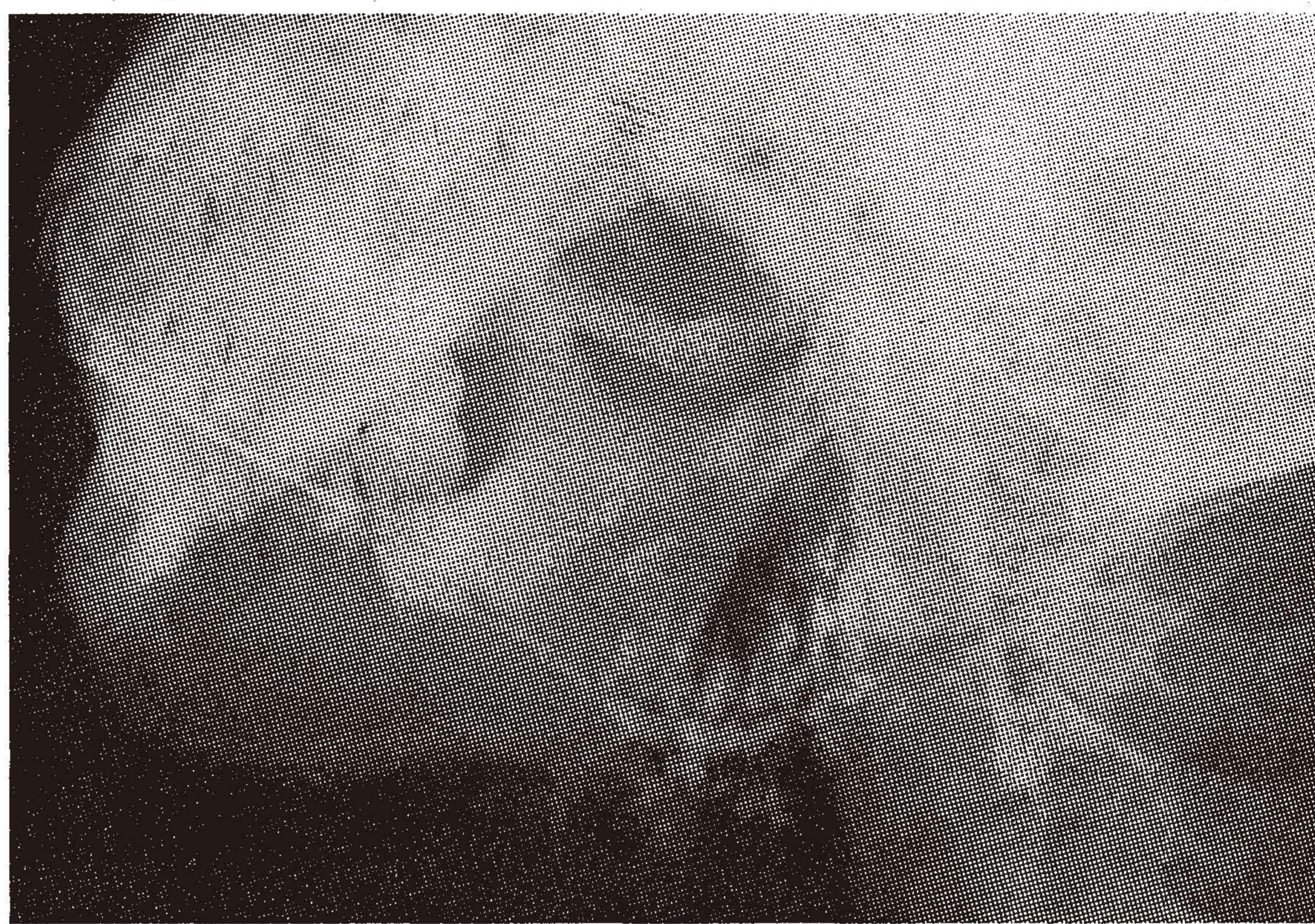


图 12-6 舍格伦综合征腮腺造影表现

第三节 唾液腺黏液囊肿

黏液囊肿(mucocele)是最常见的唾液腺瘤样病变,其中包括一般的黏液囊肿和舌下腺囊肿。

【病因】

根据病因及病理表现的不同,可分为外渗性黏液囊肿及潴留性黏液囊肿。

1. 外渗性黏液囊肿 占黏液囊肿的 80% 以上,组织学表现为黏液性肉芽肿或充满黏液的假囊,无上皮衬里。实验研究提示,外渗性黏液囊肿是由创伤引起的。

2. 潴留性黏液囊肿 组织学表现为上皮衬里、潴留的黏液团块及结缔组织被膜,发病原因主要是导管系统的阻塞,可由微小唾液腺结石、分泌物浓缩或导管系统弯曲等原因所致。

【临床表现】

1. 黏液囊肿 好发于下唇及舌尖腹侧。囊肿位于黏膜下,表面仅覆盖一薄层黏膜,故呈半透明、浅蓝色小泡,状似水疱。质地软而有弹性。囊肿很容易被咬伤而破裂,流出蛋清样透明黏稠液体,囊肿消失。破裂处愈合后,又被黏液充满,再次形成囊肿。



图 12-7 舌下腺囊肿表面浅蓝色

2. 舌下腺囊肿 常见于青少年,可分为 3 类:
①单纯型:占大多数,囊肿位于舌下区,呈浅紫蓝色(图 12-7),扪之柔软有波动感。常位于口底一侧。较大的囊肿可将舌抬起,状似“重舌”。囊肿因创伤而破裂后,流出黏稠而略带黄色或蛋清样液体,囊肿暂时消失。数日后创口愈合,囊肿长大如前。
②口外型:又称潜突型,主要表现为下颌下区肿物,而口底囊肿表现不明显。触诊柔软,与皮肤无粘连,不可压缩。
③哑铃型:为上述两型的混合,即在口内舌下区及口外下颌下区均可见囊性肿物。

【诊断及鉴别诊断】

舌下腺囊肿需与口底皮样囊肿及下颌下区囊性水瘤相鉴别。

1. 口底皮样囊肿 位于口底正中,呈圆形或卵圆形,边界清楚,表面黏膜及囊壁厚,囊腔内含半固体状皮脂性分泌物,因此扪之有面团样柔韧感,无波动感,可有压迫性凹陷。肿物表面颜色与口底黏膜相似而非浅紫蓝色。

2. 下颌下区囊性水瘤 常见于婴幼儿,穿刺检查可见囊腔内容物稀薄,无黏液,淡黄清亮,涂片镜检可见淋巴细胞。

【治疗】

1. 小唾液腺黏液囊肿 最常用的治疗方法为手术切除,将囊肿连同其表面部分黏膜完整切除。

2. 舌下腺囊肿 根治的方法是切除舌下腺,残留部分囊壁不致造成复发。对全身情况不能耐受舌下腺切除的患者及婴儿,可做简单的袋形缝合术,待全身情况好转或婴儿长至4~5岁后再行舌下腺切除术。

第四节 唾液腺肿瘤

唾液腺肿瘤是唾液腺组织中最常见的疾病,绝大多数系上皮性肿瘤,少数为间叶组织来源的肿瘤。唾液腺上皮性肿瘤的病理类型十分复杂,不同类型的肿瘤在临床表现、影像学表现、治疗和预后等方面均不相同。

一、唾液腺良性肿瘤

唾液腺肿瘤中,良性肿瘤占75%左右,其中以多形性腺瘤及沃辛瘤(Warthin tumor)最常见。

(一) 多形性腺瘤

多形性腺瘤(pleomorphic adenoma)又称混合瘤(mixed tumor)。其生物学特性不同于一般良性肿瘤。包膜可能不完整,有时在包膜中可见到瘤细胞存在。如采用剝除术或手术中肿瘤破裂,极易造成种植性复发。部分病例可发生恶变,因此该瘤属“临界瘤”(border line tumor)。

【临床表现】

最常见于腮腺,其次为下颌下腺,舌下腺极少见。发生于小唾液腺者,以腭部为最常见。任何年龄均可发生,但以30~50岁为多见,女性多于男性。肿瘤生长缓慢,常无自觉症状。肿瘤界限清楚,质地中等,扪诊呈结节状,一般可活动。当肿瘤在缓慢生长一段时期以后,突然出现生长加速,并伴有疼痛、面神经麻痹等症状时,多为恶变。

【诊断】

根据病史及临床表现,结合B超、CT、MRI等影像学表现可作出大致诊断。细针穿吸细胞学检查有助于诊断,但大唾液腺肿瘤不可做切取活检,以免造成肿瘤细胞种植。

【治疗】

手术切除,不能做单纯肿瘤摘除,即剝除术,而应在肿瘤外正常腺体组织内切除。腮腺多形性腺瘤手术应保留面神经,下颌下腺多形性腺瘤常包括下颌下腺一并切除。

(二) 沃辛瘤

沃辛瘤(Warthin tumor)又称腺淋巴瘤(adenolymphoma)或乳头状淋巴囊腺瘤(papillary cystadenoma lymphomatosum)。其组织发生与淋巴结有关,在胚胎发育时期,腮腺和腮腺内的淋巴组织同时发育,腺体组织可以迷走到淋巴组织中。这种迷走的腺体组织发生肿瘤变,即为沃辛瘤。

【临床表现】

多见于男性,好发于年龄在40~70岁的中老年,患者常有吸烟史,其发病可能与吸烟有关。可有肿块时大时小的消长史。绝大多数肿瘤位于腮腺后下极。扪诊肿瘤呈圆形或卵圆形、表面光滑,质地软,有时有囊性感。肿瘤常呈多发性,约12%患者为双侧腮腺肿瘤,也可以在一侧腮腺出现多个肿

瘤。有些患者术后又出现肿瘤,不是复发而是多发。

【诊断】

根据患者病史及临床表现,大多可作出诊断。^{99m}Tc 核素显像显示肿瘤所在处核素摄取浓聚,即呈“热”结节,具有特征性,有助于诊断。

【治疗】

手术切除。由于肿瘤常位于腮腺后下极,可考虑做连同肿瘤以及周围 0.5cm 以上正常腮腺切除的部分腮腺切除术。这种方式不同于剜除术,不会造成复发,但可保留腮腺导管及大部分腮腺的功能。术中应切除腮腺后下极及其周围淋巴结,以免出现新的肿瘤。

二、唾液腺恶性肿瘤

恶性肿瘤约占唾液腺肿瘤的 25%,其中以黏液表皮样癌和腺样囊性癌为最常见。

(一) 黏液表皮样癌

黏液表皮样癌(mucoepidermoid carcinoma)根据黏液细胞的比例、细胞的分化、有丝分裂象的多少,以及肿瘤的生长方式,分为高分化和低分化两类。分化程度不同,肿瘤的生物行为及预后大不一样。

【临床表现】

女性多于男性,发生于腮腺者居多,其次为腭部和下颌下腺,也可发生于其他小唾液腺,特别是磨牙后腺。高分化者常呈无痛性肿块,生长缓慢。肿瘤体积大小不等,边界可清或不清,质地中等偏硬,表面可呈结节状。腮腺肿瘤侵犯面神经时,可出现面瘫症状。术后可以复发,但颈部淋巴结转移率低,血行性转移更为少见。

与高分化者相反,低分化黏液表皮样癌生长较快,可有疼痛,边界不清,与周围组织粘连。腮腺肿瘤常累及面神经,颈淋巴结转移率高,且可出现血行性转移。术后易于复发。因此,高分化黏液表皮样癌属低度恶性肿瘤,而低分化黏液表皮样癌属高度恶性肿瘤。前者较常见,后者少见。

【治疗】

手术为主,高分化者应尽量保留面神经,除非神经穿入肿瘤或与肿瘤紧密粘连。与肿瘤粘连而分离保留面神经的患者可采用术中液氮冷冻加术后放疗或¹²⁵I 放射性粒子组织内植入以杀灭可能残留的肿瘤细胞。高分化者如手术切除彻底,可不加术后放疗,而低分化者宜加用术后放疗。高分化者不必作选择性颈淋巴结清扫术,低分化者则需行选择性颈淋巴结清扫术。

(二) 腺样囊性癌

腺样囊性癌(adenoid cystic carcinoma)过去曾称“圆柱瘤”(cylindroma),根据其组织学形态,可以分为腺样/管状型及实性型,前者分化较好,后者分化较差。

【临床表现】

最常见于腭部小唾液腺及腮腺,其次为下颌下腺。发生于舌下腺的肿瘤,多为腺样囊性癌。肿瘤易沿神经扩散,常出现神经症状,如局部疼痛、面瘫、舌麻木或舌下神经麻痹。肿瘤侵袭性极强,与周围组织无界限。肿瘤易侵入血管,血行性转移率高达 40%,转移部位以肺为最多见。颈淋巴结转移率低。

【治疗】

手术切除。手术设计时,应比其他恶性肿瘤扩大手术正常周界,术中宜行冷冻切片检查,以确定周围组织是否正常。术后常需配合放疗,以杀灭可能残留的肿瘤细胞。术后可选用化疗,以减少血行性转移。

思考题

1. 成人复发性腮腺炎的临床和影像学表现是什么?
2. 舍格伦综合征的确诊标准是什么?
3. 简述颌下腺导管结石的好发原因。
4. 舌下腺囊肿的成因和治疗原则是什么?
5. 腮腺最常见的良性肿瘤及其治疗原则是什么?