

Kouqiang yishi shiyong congshu
口腔医师实用丛书

KOUQIANG WAIKE

——一本口腔科医生的高级案头参考书——

YISHI SHOUC

总主编 / 胡勤刚

主 编 / 唐恩溢

口腔外科 医师手册

口腔医师实用丛书

口腔外科医师手册

尹 林 张银凯 周炳荣



 安徽科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

口腔外科医师手册/唐恩溢主编. —合肥:安徽科学技术出版社, 2008. 7

(口腔医师实用丛书)

ISBN 978-7-5337-4103-7

I. 口… II. 唐… III. 口腔外科学-手册
IV. R782-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 092550 号

口腔外科医师手册

唐恩溢 主编

出 版 人: 朱智润

责任编辑: 黄 轩

封面设计: 朱 婧

出版发行: 安徽科学技术出版社(合肥市政务文化新区圣泉路 1118 号
出版传媒广场, 邮编: 230071)

电 话: (0551)3533330

网 址: www.ahstp.net

E - mail: yougoubu@sina.com

经 销: 新华书店

排 版: 安徽事达科技贸易有限公司

印 刷: 合肥晓星印刷有限责任公司

开 本: 850×1168 1/32

印 张: 15.125

字 数: 379 千

版 次: 2008 年 7 月第 1 版 2008 年 7 月第 1 次印刷

印 数: 3 500

定 价: 35.00 元

(本书如有印装质量问题, 影响阅读, 请向本社市场营销部调换)

前 言

口腔医学是一门发展迅速的医学临床学科。新理论、新技术、新材料、新方法、新器械的不断涌现推动了该学科的专科化发展。对于忙碌的口腔医师而言,要及时了解不断更新的专业知识,特别是将其较好地应用于临床也是一件困难的事。这套由安徽科学技术出版社出版的口腔外科、口腔内科、修复科和正畸科医师丛书,就是为解决医师在口腔疾病诊疗过程中的问题而编写的,同时也是一套献给广大基层口腔医生的参考书。编写过程中作者参阅大量国内外文献,力图将口腔医学领域的最新理论知识和技术呈献给广大读者。书中简要介绍一些基础理论以及临床上已属成熟的新疗法,重点介绍了口腔外科常见病、多发病的临床诊治。该书具有层次分明、简单易学的特点。

本书的参编人员均为我院工作在临床一线和从事教学的口腔专科医师,他们既有扎实的理论功底,也有丰富临床经验。本书的出版得到了安徽科学技术出版社领导的大力支持,编稿过程中,责任编辑花费了大量心血,在此深表谢意。需要指出的是,由于作者学识水平尚有限,书中难免存在错误与不足之处,恳请各位专家和同道不吝指教。

胡勤刚

2008年4月

目 录

第一章 牙及牙槽疾病	1
第一节 阻生牙及埋伏牙	1
第二节 牙槽嵴萎缩	5
第二章 牙缺失	12
第三章 口腔颌面部感染	20
第一节 智齿冠周炎	20
第二节 牙槽脓肿	22
第三节 疖和痈	24
第四节 面、颈部化脓性淋巴结炎	28
第五节 眶下间隙感染	30
第六节 颊间隙感染	32
第七节 颞间隙感染	34
第八节 咬肌下间隙感染	36
第九节 颞下间隙感染	38
第十节 翼下颌间隙感染	40
第十一节 舌下间隙感染	42
第十二节 咽旁间隙感染	44
第十三节 下颌下间隙感染	45
第十四节 口底多间隙感染	48
第十五节 婴幼儿上颌骨骨髓炎	50
第十六节 中央性颌骨骨髓炎	52
第十七节 边缘性骨髓炎	56

第十八节	放射性颌骨骨髓炎	58
第十九节	面、颈部结核性淋巴结炎	60
第二十节	结核性骨髓炎	63
第二十一节	颌面部放线菌病	66
第二十二节	海绵窦血栓性静脉炎	68
第二十三节	口腔颌面部梅毒	70
第二十四节	黑热病	73
第二十五节	艾滋病	74
第四章	颞下颌关节疾病	77
第一节	颞下颌关节紊乱病	77
第二节	颞下颌关节脱位	90
第三节	颞下颌关节强直	95
第四节	颞下颌关节良性肿瘤	102
第五节	颞下颌关节恶性肿瘤	108
第五章	涎腺疾病	112
第一节	涎石症	112
第二节	腮腺炎	115
第三节	下颌下腺炎	120
第四节	涎腺特异性感染	123
第五节	涎腺损伤和涎痿	127
第六节	舍格伦综合征	129
第七节	涎腺黏液囊肿	133
第八节	腮腺囊肿	137
第九节	混合瘤	141
第十节	沃辛瘤	147
第十一节	腮腺癌	149

第十二节 颌下腺癌	156
第十三节 舌下腺癌	163
第十四节 小涎腺癌	166
第六章 神经疾患	172
第一节 三叉神经痛	172
第二节 面神经麻痹	181
第七章 口腔颌面部损伤	189
第一节 口腔颌面部软组织损伤	189
第二节 牙损伤	196
第三节 牙槽突骨折	198
第四节 上颌骨骨折	200
第五节 下颌骨骨折	207
第六节 颧骨、颧弓骨折	214
第七节 眶底骨折	218
第八节 鼻骨骨折	220
第九节 口腔颌面部烧伤	223
第十节 口腔颌面部异物	225
第八章 口腔颌面部囊肿	228
第一节 皮脂腺囊肿	229
第二节 皮样及表皮样囊肿	231
第三节 甲状舌管囊肿(瘻)	234
第四节 鳃裂囊肿(瘻)	238
第五节 牙源性颌骨囊肿	242
第六节 面裂囊肿	253
第七节 非上皮性颌骨囊肿	255
第九章 口腔颌面部良性肿瘤及瘤样病变	258

第一节	牙龈瘤	258
第二节	血管瘤与血管畸形	262
第三节	神经鞘瘤	270
第四节	神经纤维瘤	274
第五节	颈动脉体瘤	278
第六节	舌异位甲状腺	283
第七节	成釉细胞瘤	287
第八节	颌骨中心性血管畸形	295
第九节	骨瘤	299
第十节	骨化性纤维瘤	302
第十一节	骨巨细胞瘤	305
第十二节	骨纤维异常增殖症	308
第十章	口腔颌面部恶性肿瘤	313
第一节	唇癌	313
第二节	舌癌	318
第三节	腭癌	328
第四节	颊癌	335
第五节	牙龈癌	341
第六节	口底癌	348
第七节	口咽癌	352
第八节	上颌窦癌	357
第九节	中央性颌骨癌	361
第十节	颜面部皮肤癌	365
第十一节	软组织肉瘤	370
第十二节	骨源性肉瘤	374
第十三节	恶性黑色素瘤	378

第十四节	恶性淋巴瘤	382
第十五节	朗格汉斯细胞病	385
第十六节	口腔颌面部转移性癌瘤	388
第十一章	先天性面裂畸形	390
第一节	唇裂	390
第二节	腭裂	398
第三节	牙槽突裂	406
第四节	面横裂	412
第五节	正中裂	416
第六节	面斜裂	420
第十二章	牙颌面畸形	424
第一节	颌骨发育过度畸形	425
第二节	颌骨发育不足畸形	433
第三节	不对称牙颌面畸形	436
第四节	长面综合征	439
第五节	短面综合征	441
第十三章	颌面部获得性畸形与缺损	443
第一节	软组织缺损畸形	443
第二节	骨组织缺损畸形	453
第十四章	未分类疾病	459
第一节	淀粉样变性	459
第二节	结节病	462
第三节	猫抓病	464
第四节	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	465
第五节	畸形性骨炎	472

第一章 牙及牙槽疾病

第一节 阻生牙及埋伏牙

由于邻牙、骨及软组织障碍只能部分萌出或完全不能萌出,以后也不能萌出的牙为阻生牙。主要是颌骨发育不足,无足够间隙容纳全牙列,常见上、下颌第3磨牙及上颌尖牙,其中完全滞萌于骨内的牙,称埋伏牙。

【临床表现】

1. 下颌第3磨牙阻生是阻生牙中最常见的。常常引起反复发作的冠周炎、邻牙损伤,有时出现周围骨组织膨隆、殆关系紊乱。
2. 上颌第3磨牙阻生除可引起冠周炎、邻牙损伤外,患者还时常出现咬颊或摩擦颊黏膜、下颌运动异常等症状。
3. 上颌尖牙阻生多无明显症状,偶可发生颌骨囊肿。

【诊断要点】

1. 诊断要点 主要是决定是否需拔除或暂保留观察；决定是否预防性拔除阻生牙；防止邻牙损坏、囊肿及肿瘤发生、疼痛、冠周炎、牙列拥挤，预防拔除时机最好在 16~18 岁时，此时骨及软组织的再生愈合能力好。

2. 专科检查

(1) 口外检查：软组织有无红肿，颌下及颈部淋巴结是否肿大，唇部有无麻木及感觉异常，有无颞颌关节紊乱症状。

(2) 口内检查：有无张口受限，咬殆关系是否正常，特别是阻生牙有无咬殆关系，邻牙是否有龋坏及龋坏范围，牙松动感。

3. X 线检查 了解阻生牙在颌骨内的位置，牙根数目及有无弯曲、变异，骨质包埋的厚度及致密度与下牙槽神经管、上颌窦、鼻底等解剖位置关系。检查邻牙有无根吸收，是否已行根管治疗。

【鉴别诊断】

主要区分骨埋伏阻生牙之牙囊与早期含牙囊肿或角化囊肿的不同，后者 X 线片牙冠周围透射囊性阴影大，并有随时间推移逐渐增大的趋势。X 线片检查牙冠周围透射间隙 $> 3 \text{ mm}$ ，应考虑囊肿可能。

【治疗措施】

1. 治疗程序 无自觉症状，并有一定功能价值者，可予保留，全身健康状况不佳，缓行手术，反复炎症或引起其他病症者行手术治疗。

2. 治疗方法

(1) 局部有急、慢性炎症，可用 1% 过氧化氢冲洗、1% 碘甘油涂敷、抗生素运用治疗。

(2) 对症治疗其他系统性疾病，如控制血糖 $< 8.8 \text{ mmol/L}$ ，血

压 $<160/100$ mmHg 等。

(3) 牙列拥挤而需正畸治疗或邻牙龋坏严重者,应由正畸科与口腔内科医师共同制订治疗方案。

【牙拔除术操作规范】

1. 操作程序及方法

(1) 麻醉:一般采用局部麻醉法。

(2) 切开及翻瓣:高位阻生牙拔除一般不需翻瓣,低位阻生及埋伏牙应切开覆盖的软组织并翻瓣。

(3) 去骨:翻瓣后决定应去除的骨量及位置。

(4) 劈开:根据阻力所在位置决定劈开的方向。

(5) 拔除。

2. 注意事项

(1) 严格遵守无菌操作原则。

(2) 暴露切口之黏骨膜瓣要有充分血运,术后下方有骨组织支撑,下颌第3磨牙远中切口勿偏舌侧,以免损伤舌神经。颊侧切口不能达沟底,否则易引起出血。

(3) 去骨量不宜过多,以去除阻力为度。可用高速涡轮钻磨出去骨范围,再用骨凿去骨,以免造成牙槽嵴骨折。

(4) 拔牙后注意检查牙槽窝并清理干净。

(5) 应将扩大的牙槽窝复位。

(6) 修整锐利骨缘。

(7) 牙拔除后缝合不宜过紧,充分止血即可,必要时可局部置放引流条,以免术后过度水肿。

【围手术期的处理】

(一) 术前准备

1. 手术禁忌证 禁忌证为相对的,应根据全身情况、精神状态、手术难易、局部情况,进行综合考虑;禁忌证经处理,部分手术

仍可进行。主要包括：①严重心、血管疾病。②血液病。③高血压。④甲亢。⑤糖尿病。⑥肝、肾疾病。⑦妊娠(怀孕前3个月，后3个月)。⑧月经期。⑨急性炎症期。⑩恶性肿瘤波及的牙。⑪长期抗凝药，激素使用。⑫神经精神疾患。

2. 患者思想准备 消除患者紧张、忧虑心理，介绍术中、术后可能出现的情况及应对措施，特别对局部术后肿胀、出血等并发症要交代。

3. 确定麻醉方法 一般选用局部麻醉，对年龄大、体弱及不能配合手术者，排除麻醉禁忌，可选用全身麻醉。

4. 常规准备 术前洁齿，去除过多结石，用抗菌药物溶液漱口，必要时术前应用抗生素。行青霉素、麻药过敏试验。

(二)术后处理

1. 一般处理 局部24~48小时冰袋冷敷，予以抗炎、止血，止痛药物应用3~5日，5~7日拆除缝线。

2. 并发症处理

(1)术后出血：仔细检查分析原因，据引起原因不同对症处理。对龈及软组织裂，应在缝合后压迫止血；牙槽窝内炎性肉芽残留于牙囊，应在刮槽清除后，行褥式缝合压迫止血。必要时于牙槽窝内置入明胶海绵等止血材料，或用碘仿纱条堵塞止血；牙槽骨折裂出血少见，可采用填塞+包裹缝扎。

(2)局部肿胀：局部缝合不宜过紧密，术中局部可注射5mg地塞米松，24~48小时局部冰袋冷敷，可减轻肿胀。

(3)干槽症：拔牙创内无血凝块，有少许腐败物，剧烈疼痛且向耳颞部放射，据此可诊断。牙槽骨壁骨炎多为厌氧菌感染所致，可用3%过氧化氢、生理盐水反复交替冲洗，小棉球擦拭清洁后，置入丁香油明胶海绵或碘仿纱条，用后去除，可达到安抚、镇痛、消炎目的。

【出院注意事项】

1. 2 周内进软食,漱口保持口腔卫生。
2. 及时治疗龋坏邻牙。

第二节 牙槽嵴萎缩

牙槽嵴萎缩最常见的原因是天然牙齿的缺失、拔除、增龄性变化和各種手术切除。正常人咬合力通过牙周膜传到牙槽突,这是一种生理性刺激,可刺激牙槽突骨质的生长,调节骨的吸收与再生,使其保持相对平衡。各种原因导致天然牙缺失或拔除后失去上述生理性刺激,1 年之内牙槽骨的高度至少自然吸收减少 25%,且过程会持续进行,最终导致 50% 甚至全部牙槽骨骨量丧失,造成不同程度的牙槽嵴萎缩。

【临床表现】

1. 牙槽嵴低平、缩窄或缺失。

2. 出现反颌 全口牙缺失,牙槽突的吸收沿牙体长轴方向进行,上颌牙槽骨向上、向内吸收,唇颊侧牙槽密质骨较薄,吸收速度较腭侧快,结果使上颌牙槽骨弓逐渐缩小。下颌牙槽骨吸收向下、向外,使下颌牙槽骨弓相对变大。

3. 面形不对称 如果前后牙或左右两侧的牙缺失间隔时间过长,或者一侧的颌骨手术等,均可造成牙槽骨的不对称吸收,导致面形对称性的改变。

【诊断要点】

1. 典型临床表现 牙槽嵴低平、缩窄或缺失,反颌,面形不对称。

2. 影像学检查 在 X 线片或 CT 片测量牙槽骨的高度和宽

度,高度 $<10\text{ mm}$,宽度 $<5\text{ mm}$ 。

3. 临床分类

(1)形态学分类(Lekholm 和 Zarb):

A 级:大部分牙槽骨尚存。

B 级:发生中等程度的牙槽骨吸收。

C 级:发生明显的牙槽骨吸收,仅基底骨尚存。

D 级:基底骨已开始吸收。

E 级:基底骨已发生重度吸收。

(2)颌骨的质量分类:

I 级:颌骨完全由均质的密质骨构成。

II 级:厚层的密质骨包绕骨小梁密集排列的松质骨。

III 级:薄层的密质骨包绕骨小梁密集排列的松质骨。

IV 级:薄层的密质骨包绕骨小梁疏松排列的松质骨。

以上分类普遍是通过 X 线平片检查进行,准确性不够理想,有条件者可进行螺旋 CT 扫描和骨密度测量。根据以上分类量化的临床分类如下(表 1-1):

表 1-1 牙槽嵴萎缩分类

分 类	范 围
A	宽度 $>5\text{ mm}$ 高度 $>10\sim13\text{ mm}$ 长度 $>7\text{ mm}$ 角度 $<30^\circ$ 冠/根 <1
B	宽度 $2.5\sim5\text{ mm}$ 高度 $>13\text{ mm}$ 长度 $>12\text{ mm}$ 角度 $<20^\circ$ 冠/根 <1
C	宽度(C-w)高度(C-h)角度 $\geq 30^\circ$ 冠/根 ≥ 1
D	重度萎缩、基骨丧失、上颌扁平 “铅笔样”下颌骨

【治疗措施】

1. 治疗原则 根据不同的情况,采用一定的手术方法恢复牙槽嵴的高度和宽度。常用的手术方法有:骨移植术,上颌窦底提升术,下牙槽神经移位术,牵张成骨术和引导骨再生膜技术等。

2. 治疗要点

(1)骨移植术:骨移植包括了自体骨移植、异体骨移植、异种骨移植和人工生物材料移植等。自体移植骨以皮质-松质骨的效果为佳。对于部分局部牙槽骨骨量不足的患者,可采用牙种植+邻近自体碎骨移植钛膜固定技术,取骨的部位通常是上颌结节、颞部和下颌骨外斜嵴等处。对于牙槽嵴萎缩严重,移植骨量较大的患者,移植骨可取自体髂骨,采用钛网成形固定移植骨或采用三明治式植骨的方法增高增宽牙槽骨。异体骨移植多来源于组织捐赠者,异种骨移植最常见的是牛衍生骨。也可以使用各种生物材料,如羟基磷灰石、磷酸钙、珊瑚、各种生长因子等增加牙槽骨的骨量。

(2)上颌窦提升术:上颌后牙区由于上颌窦窦底到牙槽嵴顶距离过小,缺乏足够的骨组织支持时,一般采用上颌窦窦底抬高术。如果牙槽嵴顶距上颌窦的距离 $<5\text{ mm}$,用自体骨移植的方法抬高上颌窦底,4~6个月后植入种植体;如距离在 $5\sim 8\text{ mm}$ 范围内,可采用自体骨移植的方法抬高上颌窦底,并同期植入种植体;如距离 $>8\text{ mm}$,在制备种植窝后用骨挤压器直接将上颌窦底抬高。

(3)下牙槽神经移位术:如果下颌牙槽嵴顶距下颌管的距离 $<7\text{ mm}$,可采用下牙槽神经移位术增加牙槽骨的高度,避免种植体对下牙槽神经的损伤。该手术有一定的技术难度,整个过程有可能导致术后神经功能障碍,包括麻痹、感觉异常。

(4)牵张成骨术:通过对骨切开后仍保留骨膜及软组织附着及血供的骨段,施加特定的牵张力,促使牵张间隙内新骨生成,以延长或扩宽骨骼,可用于垂直增高萎缩牙槽骨。牵张成骨术尤其适用于下颌骨的重度萎缩,通过此方法一般可使牙槽骨增高约

1.5 cm。先经手术的方法将微型牵张成骨器固定在颌骨的萎缩处,术后1周起按每天升高0.8 mm,达到预期的牙槽嵴高度后,固定2个月,再拆除牵引器。

(5)引导骨再生膜技术:此方法利用生物膜形成屏障,可阻止软组织中成纤维细胞及上皮细胞长入骨缺损区,确保成骨过程最终实现缺损区的骨修复,在生物膜下的成骨空间应充填足量的自体骨或人工材料,如Bio-ss,发挥生物膜的特性,诱导新骨形成。

【手术操作规范与技巧】

1. 操作程序及方法

(1)骨移植术:局麻或全麻,切口常位于牙槽突顶偏舌侧。行骨膜下剥离暴露牙槽骨,修整突顶表面,并制备好移植骨块,用螺钉固定于牙槽骨,或保留牙槽嵴顶及其舌侧的黏骨膜,行牙槽突水平截骨,并在截骨断面间植骨,用钛板、螺钉将牙槽骨、植骨块及下方颌骨一同固定。

(2)上颌窦提升术:从上颌尖牙到第1磨牙龈颊沟横行切开,分离暴露上颌窦外壁骨面,在骨面上按窦腔大小开窗,分离上移窦黏膜(一般为1.5 cm),将移植骨修整与植骨床一致,植入上颌窦底,以钛钉固定骨块。

(3)下牙槽神经移位术:在剩余牙槽嵴顶略偏颊侧做一个软组织切口,从磨牙后区至尖牙近中,并在此处做一松弛切口,向下颌骨下缘翻起一个全厚黏骨膜瓣,于外侧骨皮质上标出下牙槽神经的走行路线,在下颌骨剩余高度的中1/3处开窗,分离下牙槽神经血管束。

(4)牵张成骨术:设计截骨线,根据术前设计方案切开黏骨膜并暴露截骨部位,截骨,安放牵引器,缝合。术后应有3~7天的间歇期,然后开始牵引,根据不同情况调整牵引速度,一般不超过1.5 mm/d,完成牵引后,牵引器原位稳定一段时间(上颌为3~4个月,下颌2~3个月),最后拆除牵引器。