

全国高等医学院校

口腔医学专业复习应试导航丛书

口腔

KOUQIANG

颌面外科学

HEMIAN WAIKEXUE

杨学文 主编



清华大学出版社

全国高等医学院校

口腔医学专业复习应试导航丛书

口腔

KOUQIANG

HEMIAN

WAIKEXUE

颌面外科学

主 编 杨学文

编 者 杨学文 邓末宏 乔永明 付 雄

清华大学出版社

北 京

版权所有，翻印必究。举报电话：010-62782989 13501256678 13801310933

本书封面贴有清华大学出版社防伪标签，无标签者不得销售。

本书防伪标签采用特殊防伪技术，用户可通过在图案表面涂抹清水，图案消失，水干后图案复现；或将表面膜揭下，放在白纸上用彩笔涂抹，图案在白纸上再现的方法识别真伪。

图书在版编目(CIP)数据

口腔颌面外科学/杨学文主编. —北京: 清华大学出版社, 2005. 4

(全国高等医学院校口腔医学专业复习应试导航丛书)

ISBN 7-302-09661-9

I. 口… II. 杨… III. 口腔外科学—医学院校—教学参考资料 IV. R782

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 101603 号

出版者: 清华大学出版社

<http://www.tup.com.cn>

社总机: 010-62770175

地址: 北京清华大学学研大厦

邮编: 100084

客户服务: 010-62776969

组稿编辑: 张建平

文稿编辑: 王 华

版式设计: 肖 米

印刷者: 清华大学印刷厂

装订者: 北京鑫海金澳胶印有限公司

发行者: 新华书店总店北京发行所

开 本: 185×230 印张: 18 字数: 442 千字

版 次: 2005 年 4 月第 1 版 2005 年 4 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 7-302-09661-9/R·76

印 数: 1~4000

定 价: 32.00 元

前 言

PREFACE

近年来,我国口腔医学领域不断有各类新著作问世,促进了口腔医学事业的发展。然而在新近出版的著作中,用于检测在校学生对所知识掌握程度的书籍不多,这无疑是一种缺陷。许多口腔医学专业在校学生希望能有一套水平高、针对性强、具有实用价值的教学辅导参考书。在这种动力的驱使下,武汉大学口腔医学院几位长期在一线从事临床、教学工作的医师,根据自身的教学经验,并以全国高等医药院校教材(口腔医学类专业)第四版为蓝本,编写了这套对在校学生具有指导意义的教学辅导丛书。同学们在学习完每一章后,根据教学大纲的要求,并结合自身情况,对书中的思考题进行演练,可以发现自己在学习中的不足,及时进行充实和巩固,以利于在大型考试中取得好的成绩。由于我们水平有限,本书可能存在不少缺点错误,恳请各位读者提出宝贵意见。

编 者

目 录

CONTENTS

- | | | | |
|----|-----------------|----|---------------------|
| 1 | 第一章 口腔颌面外科临床检查 | 53 | 第四章 种植外科 |
| 1 | 一、一般检查 | 53 | 一、概论 |
| 5 | 二、辅助检查 | 55 | 二、植牙术 |
| 7 | 三、复习题 | 58 | 三、种植外科手术器械 |
| 9 | 第二章 口腔颌面外科麻醉与镇痛 | 58 | 四、口腔种植的生物学基础 |
| 10 | 一、局部麻醉 | 59 | 五、种植外科的应用解剖 |
| 21 | 二、全身麻醉 | 60 | 六、口腔种植手术 |
| 27 | 三、镇痛 | 64 | 七、种植手术并发症及种植义齿的成功标准 |
| 29 | 四、复习题 | 65 | 八、复习题 |
| 31 | 第三章 牙拔除术及牙槽外科 | 67 | 第五章 口腔颌面部感染 |
| 32 | 一、牙拔除术 | 67 | 一、概论 |
| 44 | 二、拔牙创的愈合 | 71 | 二、智齿冠周炎 |
| 45 | 三、牙拔除术的并发症 | 72 | 三、口腔颌面部间隙感染 |
| 48 | 四、牙槽外科手术 | 78 | 四、颌骨骨髓炎 |
| 50 | 五、复习题 | 85 | 五、面颈部淋巴结炎 |

86	六、面部疖痈	157	二、唾液腺损伤和涎瘘
88	七、口腔颌面部特异性感染	158	三、舍格伦综合征
91	八、复习题	160	四、唾液腺瘤样病变
95	第六章 口腔颌面部损伤	162	五、唾液腺肿瘤
96	一、概论	167	六、复习题
97	二、口腔颌面部损伤的急救	169	第九章 颞下颌关节疾病
99	三、口腔颌面部软组织损伤	169	一、颞下颌关节紊乱病
102	四、牙和牙槽突损伤	175	二、颞下颌关节脱位
102	五、颌骨骨折	176	三、颞下颌关节强直
107	六、颧骨及颧弓骨折	180	四、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征
109	七、鼻骨骨折	182	五、复习题
110	八、颌面部交通事故伤	185	第十章 颌面部神经疾患
112	九、骨折的愈合	185	一、三叉神经痛
113	十、复习题	192	二、舌咽神经痛
115	第七章 口腔颌面部肿瘤	193	三、面神经麻痹
115	一、概论	196	四、面肌痉挛
127	二、口腔颌面部囊肿	197	五、复习题
131	三、良性肿瘤和瘤样病变	199	第十一章 先天性唇裂、面裂、腭裂
138	四、恶性肿瘤	199	一、形成过程与发病因素
148	五、复习题	200	二、唇裂
151	第八章 唾液腺疾病	204	三、面横裂及正中裂
152	一、唾液腺炎症	204	四、腭裂

【211】	五、牙槽突裂	【227】	六、复习题
【212】	六、复习题	【229】	第十三章 口腔颌面部后天畸形和缺损
【215】	第十二章 牙颌面畸形	【229】	一、概论
【216】	一、病因与临床分类	【232】	二、组织移植
【218】	二、检查与诊断	【239】	三、各类畸形及缺损的整复
【221】	三、治疗设计	【239】	四、复习题
【222】	四、术后并发症的防治与护理	【243】	参考答案
【224】	五、临床常用手术		

第一章

CHAPTER 1

口腔颌面外科 临床检查

复习重点

1. 熟悉口腔颌面外科一般检查的主要内容及方法。
2. 熟悉口腔颌面外科常用的一些辅助检查方法。
3. 掌握活体组织检查方法及注意事项。

一、一般检查

一般检查包括口腔检查、颌面部检查、颈部检查、颞下颌关节检查和唾液腺检查等五部分内容。

(一) 口腔检查

口腔检查应遵循由外及内、由前至后、由浅入深的顺序进行；并应行健、患两侧对比。

1. 口腔前庭检查 依次检查唇、颊、牙龈黏膜、唇颊沟以及唇颊系带情况。注意有无颜色异常、质地改变、瘻管、溃疡、伪膜、组织坏死或新生物。腮腺导管乳头有无红肿、溢脓等异常。

近年来，艾滋病病毒感染者不断增加，而且艾滋病病毒感染的早期诊断的关键症状是艾滋病的口腔表征。因而，在口腔检查时，特别对牙龈线形红斑、坏死性牙周炎、口炎，白色念珠菌感染等要有足够的重视，以便对艾滋病作出早期判断。

2. 牙及咬合检查 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、叩痛及牙松动等，特别是有多个牙或成排牙的牙松动在临床上更有意义，说明颌骨的骨组织有广泛吸收破坏，这种情况多见于颌骨广泛性炎症或肿瘤等疾病。

检查咬合关系时，关键要判断咬合关系是否正常；咬合错乱或错殆畸形在临床上常与骨折、颌骨畸形、颌骨肿瘤以及颞下颌关节等病变有关。

张口度的检查是口腔颌面外科专科检查中一项判断咀嚼功能的重要检查。张口受限常表示咀嚼肌群(升颌肌群)或颞下颌关节受累，也可因骨折移位(如颞弓骨折移位)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指、中指、无名三指合拢时三指末节的宽度。临床上张口受限可分为4度：

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 重度张口受限：上下切牙切缘间距不到一横指，约1cm以内。

(4) 完全性张口受限: 完全不能张口, 也称牙关紧闭。

3. 固有口腔和口咽检查 固有口腔是指上下颌牙列和牙槽突的内侧面部分; 顶部是硬腭; 底部是舌和口底; 后界通过咽门与口咽腔相通。检查重点是腭、舌、口底和口咽。

(1) 腭: 应依次检查硬腭、软腭、悬雍垂, 重点是观察这些部位的黏膜有无充血、肿胀、溃疡、组织坏死等病变; 观察这些部位有无畸形缺损等形状异常; 对肿块性病变更应仔细检查其大小、形态、颜色、质地、动度, 以辨别其性质。

(2) 舌: 通过视诊主要观察舌体、舌根、舌背及舌腹的黏膜, 舌苔、舌形及舌体大小等; 观察舌运动情况, 有无舌运动受限、偏斜等异常现象, 特别注意舌系带附着位置是否正常。对舌肌内的病损主要应借助于扪诊, 即双指双合诊法, 具体方法是以一手的拇指、示指分别置于病变部位全厚度的两侧进行扪诊; 仔细了解病变所在范围、质地、活动度以及有无触痛或浸润等。必要时可对舌的味觉功能进行检查。

(3) 口底: 可检查口底黏膜、下颌下腺导管及其开口的情况。对于口底深在病损主要通过扪诊, 即双手口内外联合双合诊, 仔细辨别和判断病损的位置、范围、大小、形状、质地、动度等情况, 从而为临床诊治提供客观依据。

(4) 口咽: 口咽部包括咽后壁、咽侧壁、扁桃体、软腭及舌根部。望诊时应借助压舌板、口镜, 间接或直接喉镜, 以观察该区有无病变。

(二) 颌面部检查

1. 表情与意识神态检查 这方面的检查主要是通过望诊进行。颜面部表情变化不仅是某些口腔颌面外科疾病的表征, 也可以是某些全身疾病的反映。通过观察患者面容表情可以了解伤患者的意识状态和病情程度。例如颌面部损伤的患者合并颅脑损伤时, 常可出现意识、神态或瞳孔等方面的变化。面神经麻痹的患者则主要表现为颜面表情异常, 即出现额纹消失、眼睑闭合不全、嘴角歪斜等现象。

2. 颜面部外形与色泽检查 观察与比较颜面部的的外形, 左右是否对称, 比例是否协调, 有无突出和凹陷。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。

3. 面部组织和器官检查 对唇颊部病变的检查多采用双指双合诊法, 这样更便于准确地了解病变的范围和性质。对面颌骨组织的检查主要是采用扪诊, 重点是了解骨组织轮廓、大小、对称性以及有无膨隆或缺损; 骨面有无乒乓球样感或波动感; 有无压痛、骨擦音或异常动度等。

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: 对颌面部伤者, 特别要注意瞳孔的改变, 如瞳孔大小、对光反射等。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。

(2) 鼻: 对颌面部伤者, 要注意有无脑脊液鼻漏, 这是前颅底骨折的临床体征之一。上颌窦痛早期症状之一可以是患侧鼻塞或鼻腔有血性分泌物。对畸形的患者应特别注意缺损的部位(鼻翼、鼻尖或其他)及缺损的大小。还应注意检查患者的嗅觉功能。

(3) 耳: 颌面部伤者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。髁突骨折引起的外耳道破裂, 也可有外耳道溢血。患有畸形的患者要注意缺损的部位及大小。对于耳部邻近部位(如颞下颌关节及腮腺区)的炎症及肿瘤等, 均应检查听力和耳部的情况。

眼、鼻、耳的检查有时要借助于专科器械进行, 在必要时应请有关专科会诊, 协助检查。

4. 颜面病变部位和性质检查 对颜面部病变的检查主要通过扪诊进行,重点了解病变的部位、范围、大小及性质等。

(1) 病变所在的部位及范围:主要查清病变在哪个解剖区域,波及的范围,涉及的组织层次(如皮肤、皮下、肌或骨组织)等。

(2) 病变的大小:应用尺度(cm或mm)表达病变的面积或体积。或用实物的大小如绿豆、黄豆、蚕豆、核桃等来比拟。

(3) 病变的性质:扪之有无压痛,软硬度,温度,与皮肤有无粘连。是否浸润到深层组织,能否移动。肿块是否规则,扪之是否光滑,有无结节。有无其他特殊征象,如脓肿出现的波动感,动脉瘤时有搏动感。海绵状血管瘤压迫后可缩小,同时可作体位移动试验检查。骨囊肿压之可有乒乓球样感等。对口腔颌面部的瘘管、窦道应了解其走向和深度。

5. 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,如腭裂患者具有很重的鼻音,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;颈动脉体瘤亦常可闻及血管性杂音;颞下颌关节紊乱病的患者则可在关节区进行听诊,根据关节弹响发生的时间和性质,可协助该病的诊断和分型。

(三) 颈部检查

颈部检查主要包括颈部病变和颈部淋巴结检查两项主要内容。

1. 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,明确是炎症还是肿瘤。特别应注意肿块与颈部重要神经、血管的关系,这对确定诊断和治疗方法以及判断手术难度和预后均有参考价值。对于颈前正中的肿块或瘘管常与发育畸形有关,应观察是否随吞咽动作上下移动。

2. 淋巴结检查 颈部淋巴结的检查对颌面部炎症与肿瘤患者的诊断具有重要意义。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、下颌下、颌下;顺胸锁乳突肌前后缘、颈前后三角、直至锁骨上窝,仔细检查颈深、浅淋巴结。扪诊检查淋巴结时应注意肿大淋巴结所在的部位、大小、数目、硬度、活动度,有无压痛或波动感及与皮肤或基底部有无粘连等情况,应特别注意与健侧对比。

(四) 颞下颌关节检查

颞下颌关节的检查需涉及面形和颌骨,尤其是与下颌骨关系更为密切。所以要注意检查面部左右是否对称;关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小及长度是否正常,两侧是否对称、协调;颞部的中点是否居中;颜面下1/3部分有无明显增长或缩短。在进行颞下颌关节检查时应包括关节动度、咀嚼肌、下颌运动及殆关系等四项检查。

1. 关节动度检查 有两种方法可检查髁突动度的情况:

(1) 耳屏前扪诊法:以双手食指分置于两侧耳屏前,髁突的外侧面,请患者作开闭口运动时,感触髁突的活动度,有时并可感到弹响与摩擦。

(2) 外耳道指诊法:用两手指末端伸进两侧外耳道内,贴外耳道前壁进行触诊,请患者作开闭口运动和侧向运动,以了解髁突的活动度及冲击感,注意进行两侧的对比,以协助颞下颌关节疾病的诊断。

2. 咀嚼肌检查 检查颞肌、咬肌等咀嚼肌群的收缩力,触压其有否疼痛,观察其两侧是否对

称、协调。

3. 下颌运动检查 主要是通过让患者作开闭颌运动、下颌前伸运动和侧颌运动,检查颞下颌关节的功能是否正常。重点检查的内容有:①关节有无疼痛、弹响或杂音,对疼痛要明确疼痛的部位、出现时间和性质,对弹响和杂音一定要明确发生时间、性质、次数和响度;②两侧关节动度是否一致,有无偏斜;③开口度和开口型是否正常;④在开闭口运动时是否出现关节绞锁等异常现象。

4. 髁关系检查 颞下颌关节疾病与牙髁状态常有密切关系。在髁关系检查时,首先要重视检查咬合关系是否正常,有无咬合错乱;覆髁覆盖情况及髁曲线、补偿曲线是否正常;髁磨耗情况是否均匀一致,程度如何。此外,还应检查牙的情况,注意有无龋病、牙周病、牙缺失和牙倾斜等,为关节疾病的诊断和治疗提供客观依据。

(五) 唾液腺检查

临床上唾液腺的检查主要指对三对大唾液腺,特别是对腮腺和下颌下腺的检查。

1. 一般检查 唾液腺检查应采用两侧对比的方法进行。除形态、大小外,还应注意导管口及其分泌物的情况;要特别注意分泌物的颜色、数量和性质,必要时应进行实验室检查。

腮腺和下颌下腺及其导管主要是采用扪诊检查。腮腺的扪诊一般以示指、中指、无名指三指平触为宜;下颌下腺及舌下腺的扪诊常采用双手口内外联合双合诊法检查。唾液腺导管的扪诊除注意有无结石外,还应注意导管的粗细和质地。对有狭窄的唾液腺导管的检查可行探诊。但应在排除结石存在的可能时方可进行。

另外,在进行唾液腺造影、冲洗和注药等检查、治疗时,应动作轻柔、准确,避免刺伤导管、乳头或将药物注入导管外的软组织中。

2. 分泌功能检查 唾液腺分泌功能的检查对唾液腺疾病的诊断有较大帮助,可协助明确疾病是属于阻塞性还是萎缩性分泌抑制,是局部性还是全身性分泌抑制。分泌功能测定目前大致可分以下两个方面:

(1) 定性检查:给患者以酸性物质(临床上常以2%枸橼酸、维生素C和1%柠檬酸等置于舌背或舌缘),使腺体分泌反射性增加;根据腺体本身变化和分泌情况,判断腺体的分泌功能和导管的通畅程度。如导管口分泌液很少或甚至无唾液溢出,同时被检腺体迅速肿大,患者诉胀痛,说明分泌功能存在,但有阻塞性病变;如既无唾液溢出,被检腺体也无变化,患者亦无主诉疼痛时,说明腺体分泌功能可能已经丧失。

(2) 定量检查:正常人每日唾液总量约为1000~1500ml,其中90%为腮腺和下颌下腺所分泌,而舌下腺仅占3%~5%,小唾液腺则分泌更少,故唾液腺分泌功能的定量检查,是根据在相同程度刺激的条件(临床上常用2%枸橼酸或1%柠檬酸),腮腺和下颌下腺的唾液分泌多少来协助某些唾液腺疾病的诊断。

唾液流量变化:唾液流量无论是在正常情况下还是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。未经刺激的唾液每分钟流量约为(0.58±0.07)ml,而经刺激后(常用2%枸橼酸,每隔15s涂擦舌背1次)每分钟流量1.3ml(腮腺0.7ml,下颌下腺0.6ml)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;而慢性唾液腺炎、唾液腺结石、淋巴上皮病等则可导致流量减少,尤以淋巴上皮病为甚。

唾液腺成分变化:唾液中含有的电解质、蛋白质、尿酸、尿素、酶和免疫球蛋白等。在正常人有

一定的正常值,在病理条件下,各种成分则发生相应的变化,因而有利于一些疾病的诊断。例如,唾液腺炎症时钠升高,钾下降;唾液腺肥大时钾升高,钠下降。某些内分泌疾病也可影响唾液腺成分的变化。免疫球蛋白的变化亦可见于病变情况下,例如唾液腺炎、淋巴上皮病及口腔癌患者均可见SIgA含量增高。

二、辅助检查

(一) 化验检查

化验检查是对疾病检查的重要辅助手段,主要包括临床检验、生物化学检验、细菌及血清学检验等。随着对有些疾病认识上的深化,与免疫有关的疾病则更应行免疫学检查。这些对颌面外科疾病的诊断、治疗和对全身情况的监测均有重要意义。

(二) 穿刺检查

穿刺检查是针对有内容物存在的肿块而言,尤其是多用于囊性肿块,通过穿刺抽取肿块的内容物,了解内容物的颜色、透明度、黏稠度等性质,可以进一步协助诊断,必要时还可将抽出物送病理检查,以便进一步确定其性质。

穿刺应在严格消毒的条件下进行,注意针头的选择并掌握正确的穿刺方法。临床上对可疑脓肿的炎性肿块穿刺时多选用8号或9号粗针头;对可疑血管瘤一般选用7号针头;而肿块的细胞学检查则常用外径仅0.6mm的细针。穿刺时要注意穿刺点的选择,特别是进针的深度和方向,以避免损伤重要组织结构。如临床上怀疑是颈动脉体瘤或动脉瘤,则禁忌穿刺;怀疑结核性病变或恶性肿瘤,进针时要注意选择正确部位,避免因穿刺造成经久不愈的窦道或肿瘤细胞种植性残留。

(三) 活体组织检查

活体组织检查是指从病变部位取一小块组织制成切片,在显微镜下观察细胞的形态和结构,以确定病变性质,肿瘤的类型及分化程度等。这是目前比较准确可靠的,也是结论性的诊断方法。然而,由于口腔疾病表现的多样性,部分疾病在组织学上并无明显特征,此时必须结合临床和其他检查方法综合分析,才能更正确地作出诊断。原则上活体组织检查应争取诊断与治疗一期完成;必须先行活检明确诊断者,活检时间与治疗时间应越近越好。

1. 常用的活体组织检查方法

(1) 切取或钳取活体组织检查:适用于位置表浅或有溃疡的肿瘤。可以不用麻醉或在局部阻滞麻醉下进行,浸润麻醉一般不应采用。用11号手术刀,最好在肿瘤边缘与正常组织交界处切取0.5~1cm一块楔状组织,立即放入10%甲醛溶液中固定,以备做病理检查。局部压迫止血,不必严密缝合。对舌根及口咽部肿瘤,切取比较困难,可用组织钳钳取。血管瘤及恶性黑色素瘤,一般不应作切取或钳取活检,以免出血或促使迅速转移。切取或钳取时,应尽量减少机械损伤,亦不宜用染料类消毒剂,以免肿瘤细胞变形及染色而影响诊断。还需注意切取组织宜深,不要在坏死部位(钳)取,以免取到坏死组织,作出错误结论。

(2) 吸取活体组织检查:深部肿瘤或表面完整较大的肿瘤及颈部大的淋巴结,可行吸取组织检查。此法操作简便,可减少患者痛苦,对面部颈部肿瘤的诊断有一定价值。但有时因吸取组织过少,使诊断发生困难,也可能引起内出血及癌细胞扩散。

(3) 切除活组织检查: 适用于面积小或上皮完整、位于深部的小肿瘤以及淋巴结的检查。对疑为恶性黑色素瘤的早期损害, 亦可行切除活检。切除时, 应包括病变周围较宽的正常组织。

(4) 冰冻活组织检查: 对深部恶性肿瘤, 如临床上已决定手术治疗, 则应争取冰冻活检与手术一期完成。冰冻活组织检查是一种能迅速确定诊断的方法, 对临床上不易确诊而怀疑有恶性变的肿瘤, 常可以协助迅速确定肿瘤性质, 从而决定切除的范围。但冰冻活检亦有缺点, 由于切片较厚, 有时对肿瘤的性质及类型不易完全确定。目前, 冰冻活检的确诊率可达到 95% 以上。

2. 活组织检查的注意事项

(1) 取材时间、部位、大小的选择: 勿在急性炎症期取材, 能通过诊断性治疗明确诊断的疾病, 应先治疗, 后观察, 勿首先考虑活检。取材部位宜在容易获取、且是典型病变之处; 对于多处、多种损害的病变, 可在不同的病变部位多处取材; 组织块应包括部分周围正常组织, 应具有足够大小与一定的厚度。一般来说, 肿瘤标本的组织块不宜小于 $1\text{cm} \times 0.5\text{cm}$; 黏膜病标本的组织块不宜小于 $0.6\text{cm} \times 0.2\text{cm}$ 。

(2) 操作中的注意事项: 勿使用染料类消毒剂消毒, 以免影响组织染色; 勿用电刀取材; 勿钳夹挤压组织块, 以免组织、细胞变形; 取下的组织标本应立即放入固定液中, 以免干燥或自溶影响诊断的准确性。

(四) 涂片检查

主要是取脓液或溃疡、创面分泌物进行涂片检查, 可观察、确定分泌物的性质及感染菌种, 必要时还可作细菌培养及抗生素敏感试验, 指导临床合理用药。

(五) 超声检查

超声诊断(ultrasonography)是将雷达技术与声学原理结合起来, 应用于临床医学的一种检查、诊断方法。在口腔颌面部多用于唾液腺、下颌下及颈部肿块的检查。主要适用于: ①确定有无占位性病变; ②确定囊性或实性肿物, 但当囊腔内含黏稠脓液或较多胆固醇结晶时, 易与实性肿物相混淆; ③为评估肿瘤性质提供信息; ④确定深部肿物和邻近重要血管的关系。

(六) X 线检查

X 线检查主要包括 X 线平片检查、X 线体层摄影和 X 线造影检查。

1. X 线平片检查 主要是通过不同的体位和投照方法来观察牙及支持组织、上颌骨、下颌骨、其他面骨、颅底及有关间隙有否改变, 以协助诊断。

2. X 线体层摄影 亦称断层摄影, 主要优点是能消除 X 线平片检查中的重叠影像。

3. X 线造影检查 主要用于诊断口腔颌面部的软组织病变, 将吸收 X 线的造影剂注入组织中, 进行摄片检查, 以了解病变的性质、部位、大小及方向。它包括唾液腺造影、血管瘤瘤腔造影和窦腔、窦道、瘘管造影等。

(七) 电子计算机 X 线体层摄影检查

电子计算机 X 线体层摄影(computerized tomography, CT)亦称电子计算机控制的 X 线断层检查。CT 具有很高的密度分辨力, 可以更好地使软组织显影, 并在良好的解剖图像背景上显示病变影像。对颌面部肿瘤, 特别是面深部肿瘤的早期诊断, 及其与周围重要组织的关系, 能提供较准确的信息, 对指导手术有重要意义。此外, 在炎症、损伤、唾液腺及颞下颌关节等诸疾病中也广为应用。

（八）磁共振成像检查

磁共振成像(magnetic resonance image, MRI)属于生物磁自旋成像技术,是利用收集磁共振现象所产生的信号而重建图像的成像技术;是一种对人体无放射损害的检查。其特点是显示的解剖结构逼真,病变同解剖结构的关系明显,能使血管显影,且具有三维图像,因而有利于病变定位。凡能被CT检出的肿瘤,均能被MRI检出,其软组织的对比度更优于CT。

目前MRI在口腔颌面外科主要用于肿瘤及颞下颌关节疾患的检查与诊断,尤其是在诊断颌面部肿瘤方面,具有广泛适应证:①颌面深区(鼻咽、咽旁、颞下及翼腭窝区)肿块的检查;②腮腺肿瘤患者怀疑有面神经受累,需确定受累与否,以决定手术时面神经是否保留;③活检困难的口咽及舌根部肿瘤患者;④恶性肿瘤患者进行化疗、放疗的疗效观察,和放疗前需精确估计照射野的患者;⑤头颈部软组织肿瘤CT影像显示不清者。

（九）数字减影血管造影检查

数字减影血管造影(digital subtraction angiography, DSA)是利用电子计算机处理数字化影像信息,能消除骨骼和软组织影像的一种新一代血管造影成像技术。已被广泛应用于心血管系统疾病的诊断和介入治疗;对了解颌面部肿瘤的供养和回流血管及其与周围大血管的关系有重要价值。目前在临床上多用于颌面颈部血管、动静脉瘘及血运丰富的良恶性肿瘤的检查、诊断和治疗。其缺点是不能显示肿瘤与其周围组织的关系,故尚需与其他检查配合使用。

（十）放射性核素检查

由于肿瘤细胞与正常细胞在代谢上有区别,核素的分布就不同。给患者服用或注射放射性核素后,可应用扫描或计数以测定放射性物质的分布情况进行诊断和鉴别诊断。目前倾向于应用半衰期短和低能量的核素,如 ^{99m}Tc 、 ^{131}I 、 ^{32}P 、 ^{85}Sr 、 ^{113}In 、 ^{67}Ga 等。甲状腺癌及口腔内异位甲状腺可应用 ^{131}I 或 ^{125}I 诊断, ^{125}I 分辨率较好。诊断颌骨恶性肿瘤主要用 ^{99m}Tc 。临床上以唾液腺核素显像检查较为常用,它对唾液腺炎症性疾病及部分唾液腺肿瘤有诊断价值。对炎症性疾病动态功能定量检查被认为是目前所有检查唾液腺功能中最好的一种。该方法尤其适用于唾液腺造影无法进入腺体者,并能对比治疗前后功能状态。

（十一）核素发射计算机断层摄影检查

核素发射计算机断层摄影(emission computed tomography, ECT)是目前核医学最先进的设备和显像方式。口腔颌面外科可用于唾液腺疾病的诊断以及判断恶性肿瘤有无全身转移病灶。此外,还可用于检查移植组织(骨及软组织瓣)的血循环情况和协助颈部血管性疾病的诊断等。

（十二）手术探查

经过临床各种检查还不能确定疾病的性质,得不出确切的诊断时,可做手术探查。手术探查的目的是采用手术的方法,了解病变的性质、范围及其与周围组织的关系。必要时亦可在手术台上切除小块病变组织做病理检查,以求确诊,并根据诊断,确定进一步的治疗方案。

三、复 习 题

（一）名词解释

1. 固有口腔
2. 双指双合诊法
3. 活体组织检查
4. 张口度

第二章

CHAPTER 2

口腔颌面外 麻醉与镇痛

复习重点

1. 绪论

熟悉口腔科麻醉的特殊性(手术全麻的特点)。

了解口腔颌面外科麻醉的种类及方法的选择。

2. 镇痛

熟悉镇痛的解剖生理基础及镇痛的治疗方法。

3. 局部麻醉药及其药理局部麻醉的应用解剖学。

熟悉常用局部麻醉剂:普鲁卡因、利多卡因、丁卡因临床药理特点。

掌握三叉神经第Ⅱ、Ⅲ支和颈神经丛的起源、分支、走行和分布。

4. 麻醉方法

掌握:

(1) 冷冻麻醉。

(2) 表面麻醉。

(3) 浸润麻醉:①软组织浸润;②黏膜下浸润;③骨膜下浸润。

(4) 阻滞麻醉(传导麻醉):①上牙槽后神经阻滞麻醉(上颌结节麻醉);②腭前神经阻滞麻醉(腭大孔麻醉);③鼻腭神经阻滞麻醉(切牙孔麻醉);④眶下神经阻滞麻醉(眶下孔麻醉);⑤舌神经和下牙槽神经阻滞麻醉(下颌传导麻醉);⑥颊神经阻滞麻醉。

熟悉:

(1) 上颌神经阻滞麻醉(圆孔麻醉):①翼腭管法;②颞下翼突法;③颞下法。

(2) 耳颞神经阻滞麻醉。

(3) 下颌神经阻滞麻醉(卵圆孔麻醉):①颞下翼突法;②口外进针法。

(4) 颈神经丛阻滞麻醉。

以上各麻醉方法均包括有适应证、麻醉神经、注射标志、方法、麻醉区域及效果检查、失败原因、注意事项。

5. 局部麻醉并发症及其治疗防治

熟悉晕厥、过敏反应、血肿、感染的原因、分型、临床表现处理及预防。

口腔颌面外科的临床麻醉,根据麻醉方法、麻醉药物和麻醉部位的不同,可分为局部麻醉和全

身麻醉。不同的麻醉各具特点。在进行外科手术时,应根据患者的全身状况、疾病的性质、手术的部位、麻醉剂对机体的影响及麻醉的设备和技术水平等,选择安全、有效、方便、经济的麻醉方法。局部麻醉常用于牙和牙槽骨手术、颌面部小手术和疼痛的治疗。全身麻醉常用于颌面部中、大型手术及儿童的手术。因此,口腔专业医师必须掌握局麻的操作;熟悉全麻的基本理论和知识。

口腔颌面部手术、肿瘤、神经疾患等常引起不同程度的疼痛,有些疼痛异常剧烈,而必须采用药物治疗等处理。因此,镇痛(control of pain)也是麻醉科和口腔颌面外科工作的一部分。

一、局部麻醉

局部麻醉(local anesthesia)简称局麻,是指用局部麻醉剂暂时阻断机体一定区域内神经末梢和纤维的感觉传导,从而使该区疼痛消失。确切的含义应该是局部无痛(local analgesia),即除痛觉消失外,其他感觉如触压、温度感等依然存在;患者仍保持清醒的意识。局麻适用于一般的口腔颌面外科手术,特别是门诊手术。

(一) 局麻的特点

局麻不需特殊设备,术者可独立操作,一般不需麻醉医师参与。术前无特殊准备,患者保持清醒,术后无需特别护理,安全性相对较大。局部麻醉剂与血管收缩剂并用,还有使术区清晰,便于手术进行等优点。但局麻不适于不合作的患者(包括小儿患者)及局部有炎症的部位。因此,局麻的临床应用也受到一定的限制。

1. 局麻药物的选择 局麻药物具有阻滞神经冲动传导的作用,并应具备以下药理性质:产生完全的麻醉效果;对注射部位的组织无刺激;不造成神经结构的不可逆性改变;麻醉作用快,维持时间较长;安全范围大,被吸收后无明显的毒性反应;易溶于适当的溶媒,特别易溶于水;性质稳定,可耐高温高压消毒;可与其他成分如血管收缩药配伍而不分解。

局麻药物的种类很多,按其化学结构可分为酯类和酰胺类。国内常用局麻药物有酯类的普鲁卡因(Procaine)、丁卡因(Dicaine),酰胺类的利多卡因(Lidocaine)、布比卡因(Bupivacaine)。卡波卡因(Carbocaine)和丙胺卡因(Prilocaine)在国外亦较常用。

(1) 普鲁卡因:普鲁卡因常用者为其盐酸盐,又名奴佛卡因(Novocaine)。水溶液在碱性时不稳定,易分解而失效。麻醉效果确实,价格低廉,毒性和副作用小,是临床应用较广的一种局麻药物。本品的穿透性和弥散性差,故不适用于表面麻醉。又因其血管扩张作用较明显,故应用时常加入少量肾上腺素,以减慢组织对普鲁卡因的吸收而延长麻醉作用的时间。普鲁卡因和其他酯类局麻药,偶能产生过敏反应。目前在发达地区已逐步弃用。

(2) 利多卡因:利多卡因又名赛罗卡因(Xylocaine),其盐酸盐水溶液比普鲁卡因稳定得多。局麻作用较普鲁卡因强,维持时间亦较长,并有较强的组织穿透性和扩散性,故亦可用作表面麻醉。但临床上主要以含1:100 000肾上腺素的1%~2%利多卡因行阻滞麻醉。目前,是口腔科临床应用最多的局麻药。利多卡因还有迅速而安全的抗室性心律失常作用,因而对心律失常患者常作为首选的局部麻醉药。本品毒性较普鲁卡因大,用作局麻药时,用量应比普鲁卡因小。

(3) 布比卡因:布比卡因又名唛卡因(Marcaine),其麻醉维持时间为利多卡因的2倍,一般可达6h以上;麻醉强度为利多卡因的3~4倍。常以0.5%的溶液与1:200 000肾上腺素共用,特别适合费时较久的手术,术后镇痛时间也较长。