

医 师 查 房 丛 书

口腔颌面外科 查房手册

主审 邱蔚六

主编 胡勤刚

江苏科学技术出版社

CHAFANG
SHOUCE

医 师 查 房 丛 书

口腔颌面外科 查房手册

主 审 邱蔚六

主 编 胡勤刚

副主编 张陈平 康恩溢 伊 彪

主编助理 杨旭东

江苏科学技术出版社

**CHAFANG
SHOUCE**

图书在版编目(CIP)数据

口腔颌面外科查房手册/胡勤刚主编. —南京: 江苏科学技术出版社, 2004. 10

(医师查房丛书)

ISBN 7-5345-4343-6

I. 口... II. 胡... III. 口腔外科学-疾病-诊疗
IV. R782

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 101072 号

医师查房丛书

口腔颌面外科查房手册

主 编 胡勤刚
责任编辑 徐祝平

出版发行 江苏科学技术出版社
(南京市湖南路 47 号, 邮编: 210009)

经 销 江苏省新华书店
照 排 南京展望文化发展有限公司
印 刷 丹阳教育印刷厂

开 本 850mm×1168mm 1/32
印 张 12.25
插 页 4
字 数 300 000
版 次 2004 年 10 月第 1 版
印 次 2004 年 10 月第 1 次印刷
印 数 1—4 000 册

标准书号 ISBN 7-5345-4343-6/R·817
定 价 30.00 元(精装)

图书如有印装质量问题, 可随时向我社出版科调换

编写人员名单(以姓氏笔画为序)

- | | |
|-----|---------------|
| 尹 林 | 南京医科大学第一附属医院 |
| 方如平 | 南京大学医学院附属口腔医院 |
| 王志勇 | 南京大学医学院附属口腔医院 |
| 伊 彪 | 北京大学口腔医学院 |
| 吴煜农 | 南京医科大学附属口腔医院 |
| 张陈平 | 上海第二医科大学口腔医学院 |
| 张银凯 | 南京大学医学院附属口腔医院 |
| 张森林 | 南京军区南京总医院 |
| 杨旭东 | 南京大学医学院附属口腔医院 |
| 陈 宁 | 南京医科大学附属口腔医院 |
| 周炳荣 | 南京大学医学院附属口腔医院 |
| 孟昭业 | 南京军区南京总医院 |
| 胡勤刚 | 南京大学医学院附属口腔医院 |
| 唐思溢 | 南京大学医学院附属口腔医院 |
| 徐明耀 | 南京大学医学院附属口腔医院 |
| 郭 军 | 扬州市第一人民医院 |
| 储嘉琪 | 南京大学医学院附属口腔医院 |
| 童 昕 | 南京大学医学院附属口腔医院 |

序 言

“查房”对新老一代医师来说都是再熟悉不过的一件事了，因为它是临床医疗工作中必不可少的一个重要内容，是保证医疗质量的重要环节，是医学教育中传授知识和经验的课堂，也是各级医师开拓思维、总结经验教训的良好机会。将查房的内容写成参考书——“查房手册”，对笔者来说倒是一件十分新鲜的事，是前所未有的。

记得笔者从事住院医师工作的 20 世纪 50 年代，每到查房，特别是主任总查房时就十分紧张，不但要做好一切病史、病情汇报和必需的检查工作，还要精心准备上级医师可能提出和要回答的问题，真是兢兢业业，诚惶诚恐。几年下来深切感到查房的收获真是不小，因为这是严格和严谨地培养一位好临床医师的必由之路和主要措施；不但可以保证医疗质量，还可以培养锻炼医师的临床诊疗思维，获取更多的新知识、新进展。由于某些原因，“查房”曾经被停止过。在历经浩劫、拨乱反正之后，“查房”制度才又在各医院特别是教学医院重新得到了恢复。

胡勤刚教授是 20 世纪 80 年代经过正规医学教育成长起来的后起之秀，既有丰厚的临床实践经验，又有过硕士、博士研究生的经历，也有过查房的各种体会和经验，由他来主编这本《口腔颌面外科查房手册》是再适合不过的。本书内容涵盖了口腔颌面外科临床常见疾病，对实习医师、住院医师在准备查房及自学提高方面将有很大的帮助，对口腔医学其他专业的医师无疑也具有启迪

作用。

感谢江苏科学技术出版社组织编写和出版这套手册的新思路,感谢胡勤刚教授和本书的编撰者们为编写本书所付出的辛勤劳动,感谢他们在口腔颌面外科系列丛书中又增添了一个新的品种,更对他们在口腔颌面外科后继人才培养方面所做出的努力表示钦佩。

中国工程院院士 邱蔚六 教授
上海第九人民医院原院长

前 言

查房是医院临床科室的一项最基本的制度,也是临床医疗实践中一个十分重要的过程。其目的就是对住院的病人进一步明确诊断,制定周密的治疗计划,决定特殊检查及手术方案,对治疗效果不佳的病人进行重点检查和讨论研究,并及时调整或修正治疗方案,以期为病人提供优质的医疗服务,从而达到良好的治疗效果。

首先,做好查房工作的根本是服务于病人的需要。在临床医疗实践中,疾病是千变万化且复杂多样的,任何诊断或治疗上的不慎均可能给医患双方造成不可弥补的损失。换言之,查房的质量直接关系到医疗水平和医疗安全。

另一方面,做好查房工作也是培养年轻医师的需要。医学是一个实践性很强的科学。年轻医师在学校是以“面”到“点”(理解、记忆)的学习过程,而临床医疗实践常常是以“点”到“面”(收集、归纳、判断)的过程,需要涉及方方面面的知识及经验,故查房也是上级医师对年轻医师传授经验和知识的过程,即通过对疾病的症状、体征和检查结果进行分析判断,归纳总结,掌握疾病的发生、发展和演变过程,做出准确、合理的诊断和制定最佳的治疗方案,努力使疾病得到最好的转归,从而也培养年轻医师的逻辑思维能力。受江苏科学技术出版社委托,我们邀请国内知名专家、教授编写本书,将他们宝贵的临床经验和思维方法,奉献给年轻口腔颌面外科医师,使他们如身临其境般地得到上级医师的指导和帮助,在查房时能够掌握口腔颌面外科各种疾病处理的思路及方法,这便是编写本书的目的。

本书与通常的外科诊疗手册不同,即对教科书中已阐明、外科

医师已掌握的内容,未作详细阐述或仅略作介绍,相关理论也点到为止。其特点主要为,“查”字贯穿全书始终,在病情的不同阶段(如入院后早期、中期、后期),突出不同的查房重点,动态地剖析了住院病人诊治的全过程。结构上,一切从解决临床实际问题出发,内容重点突出。每个病症下根据病程不同,设立醒目的条块,如“入院评估”、“病情分析”、“治疗计划”、“术后处理”、“预后评估”,最后还设有“出院医嘱”。内容力求实用、新颖,能反映口腔颌面外科诊疗的新观点。

本书的编写,得到了上海第二医科大学张陈平教授、北京大学口腔医学院伊彪教授的帮助,尤其是我的导师——中国工程院院士邱蔚六教授在百忙中抽出时间亲自审阅并为此书作序,在此谨向他们表示衷心的感谢。另外,杨旭东、王志勇、张银凯三位医师在本书的编写过程中也付出了辛勤的劳动,在此一并表示感谢。

本书的编写虽然历经1年余,但由于编写思路的独特,为力求实用,作者做了大胆的尝试,书中存在的不足甚至错误之处在所难免,恳请广大读者批评指正,以便进一步修订。

胡勤刚

目 录

第一章	牙及牙槽疾病	1
	阻生牙及埋伏牙	1
	牙缺失	4
	牙槽嵴萎缩	8
第二章	口腔颌面部感染	15
	智齿冠周炎	15
	牙槽脓肿	17
	面部疖、痈	18
	面颈部化脓性淋巴结炎	20
	口腔颌面部间隙感染	23
	眶下间隙感染	23
	颊间隙感染	25
	颞间隙感染	26
	咬肌间隙感染	28
	颞下间隙感染	30
	翼下颌间隙感染	32
	舌下间隙感染	34
	咽旁间隙感染	35
	下颌下间隙感染	37
	口底多间隙感染	39
	颌骨骨髓炎	41
	婴幼儿上颌骨骨髓炎	41
	中央性颌骨骨髓炎	43
	边缘性骨髓炎	45

	放射性颌骨骨髓炎	47
	面颈部淋巴结结核	49
	颌面骨结核	51
	颌面部放线菌病	53
	海绵窦血栓性静脉炎	55
	口腔颌面部梅毒	57
	黑热病	59
	艾滋病	60
第三章	颞下颌关节疾病	64
	颞下颌关节紊乱病	64
	颞下颌关节脱位	76
	颞下颌关节强直	80
	颞下颌关节良性肿瘤	87
	颞下颌关节恶性肿瘤	92
第四章	涎腺疾病	97
	涎石症	97
	腮腺炎	100
	下颌下腺炎	104
	舍格伦综合征	107
	涎腺囊肿	110
	涎腺肿瘤	112
第五章	神经疾患	123
	三叉神经痛	123
	面神经麻痹	132
第六章	口腔颌面部损伤	137
	口腔颌面部损伤的急救	137
	口腔颌面部软组织损伤	147
	牙损伤	152

	牙槽突骨折	154
	上颌骨骨折	156
	下颌骨骨折	159
	颧骨颧弓骨折	165
	眶底骨折	170
	鼻骨骨折	173
	口腔颌面部烧伤	176
	口腔颌面部火器伤	182
	口腔颌面部异物	185
第七章	口腔颌面部囊肿	188
	皮脂腺囊肿	188
	皮样及表皮样囊肿	189
	甲状舌管囊肿(瘻)	191
	鳃裂囊肿(瘻)	194
	牙源性颌骨囊肿	196
	面裂囊肿	203
	非上皮性囊肿	205
第八章	口腔颌面部良性肿瘤及瘤样病变	208
	牙龈瘤	208
	血管瘤	210
	淋巴管瘤	214
	神经鞘瘤	215
	神经纤维瘤	218
	颈动脉体瘤	221
	舌异位甲状腺	223
	成釉细胞瘤	227
	颌骨中心性血管瘤	233
	骨化性纤维瘤	236

	骨巨细胞瘤	238
	骨纤维异常增殖症	240
	附 颈部肿块诊疗思路	242
第九章	口腔颌面部恶性肿瘤	244
	唇癌	244
	舌癌	249
	腭癌	258
	颊癌	264
	牙龈癌	270
	口底癌	275
	口咽癌	280
	上颌窦癌	286
	中央性颌骨癌	291
	颜面部皮肤癌	296
	软组织肉瘤	301
	骨源性肉瘤	305
	恶性淋巴瘤	310
	恶性黑色素瘤	315
	朗格汉斯细胞病	321
	口腔颌面部转移性肿瘤	323
第十章	先天性面裂畸形	325
	唇裂	325
	腭裂	330
	牙槽突裂	335
	面横裂	338
	正中裂	339
	面斜裂	340

第十一章	牙颌面畸形	342
	颌骨发育过度畸形	342
	颌骨发育不足畸形	346
	不对称牙颌面畸形	348
	长面综合征	349
	短面综合征	351
第十二章	颌面部获得性畸形与缺损	353
	软组织缺损畸形	353
	骨组织缺损畸形	361
	复合组织缺损畸形	366
第十三章	未分类疾病	368
	淀粉样变性	368
	结节病	370
	猫抓病	373
	畸形性骨炎	375
	阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	376

第一章 牙及牙槽疾病

阻生牙及埋伏牙

由于邻牙、骨及软组织阻碍只能部分萌出或完全不能萌出,以后也不能萌出的牙称为阻生牙。主要原因是颌骨发育不足,无足够间隙容纳全牙列。通常阻生牙以上、下颌第三磨牙及上颌尖牙多见,其中完全滞萌于骨内牙,称埋伏牙。

【入院评估】

(一) 病史询问要点

1. 有无近期及远期炎症病史。
2. 邻牙有无损伤症状。
3. 周围骨组织是否有逐渐增大、膨隆症状。
4. 是否准备牙列正畸治疗,正畸医师的建议如何。
5. 了解病人年龄、健康状况、女性病人的月经周期。

(二) 体格检查要点

1. 一般情况 全身健康状况需能耐受手术,对有心脏病、高血压、糖尿病、甲状腺疾病、肝肾疾病、血液病等的病人,要知晓相关专科检查资料及治疗情况,确定目前健康状态。同时注意局部有无炎症及其他病症,是否伴有发热。慎重掌握手术时机。

2. 掌握好适应证 并非所有阻生牙都需拔除,下列情况可予保留:① 有殆关系或治疗后可建立殆关系者。② 邻牙损坏,不能保留,可利用阻生牙移位取代者。③ 邻牙缺失,阻生牙倾斜度不大,小于 45° 角,可作为修复体之桥基牙。④ 完全埋伏骨内与邻牙不相通,周围无病变,不压迫神经引起疼痛等症状。系统疾病病人,要知晓在相关专科检查资料、治疗情况,确定目前健康状况,局部有无炎症及肿瘤等其他病症。

3. 专科检查

(1) 口外检查 软组织有无红肿,下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, 咬合关系是否正常, 特别是阻生牙有无咬合关系, 按临床分类记录第三磨牙阻生情况。邻牙是否龋坏及龋坏范围、松动度。

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

5. 阻力分析

(1) 冠阻力 软组织覆盖不超过殆面 1/2, 阻力小, 可直接拔; 软组织覆盖超过殆面的 1/2, 需切开、分离后再拔。因阻生牙骨包埋程度的不同以及牙在骨内的位置不同而有不同的骨阻力, 需采取不同的方法拔除, 必要时需去骨质暴露牙冠, 方可拔除。

(2) 牙根阻力 阻生牙牙根解剖形态多样, 时有变异所致, 如根尖肥大、多根、弯曲, 需去骨结合劈开法, 解除阻力。

(3) 邻牙阻力 多为第二磨牙阻碍位置异常的第三磨牙, 近中位和水平位多见, 可采用劈开法去除阻力。

(三) 门诊资料分析

1. 实验室检查 有冠周炎者, 血常规检查白细胞计数可增高, 血液病病人可有相应血液学检查指标改变。

2. X线片检查 根据阻生牙部位的不同, 可摄牙片, 上、下咬合片, 华氏位片, 以及上、下颌骨全景片, 显示阻生牙位置及与邻牙关系, 牙冠周围透射间隙大于 3 mm, 应考虑囊肿可能。

【病情分析】

(一) 诊断

1. 诊断一般简单明了, 主要是决定是否需拔除或暂时保留观察。
2. 决定是否预防性拔除阻生牙; 防止疼痛、冠周炎、邻牙损坏、牙列拥挤、囊肿及肿瘤发生。预防拔除时机最好在 16~18 岁, 牙易拔除, 骨及软组织再愈合好。

(二) 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趋势。

【治疗计划】

(一) 治疗程序

无自觉症状, 并有一定功能价值者, 可予保留, 全身健康情况不佳, 缓行手

术,反复炎症或引起其他病症者手术治疗。

(二) 治疗方法

1. 局部有急、慢性炎症,可用1%过氧化氢溶液(双氧水)冲洗,1%碘甘油涂敷,应用抗生素。

2. 对症治疗其他系统性疾病,如控制血糖在8.8 mmol/L以下,血压控制在160/100 mmHg以下等。

3. 牙列拥挤而需正畸治疗,邻牙龋坏严重者与正畸科、口内科医师共同制定治疗方案。

(三) 术前准备

1. 手术禁忌证 禁忌证为相对的,根据全身情况、精神状态、手术难易、局部情况综合考虑,有禁忌证的病人经处理,部分手术仍可进行,需谨慎掌握。阻生牙及埋伏牙手术禁忌证有:①严重心、血管疾病;②血液病;③高血压;④甲状腺功能亢进症;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长期使用抗凝药、糖皮质激素;⑫神经精神疾患。

2. 病人思想准备 消除病人紧张、忧虑心理,介绍术中、术后可能出现情况及应对措施,特别对局部术后肿胀、出血等并发症要交待。

3. 确定麻醉方法 一般选用局部麻醉,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,抗菌药物溶液漱口,必要时术前应用抗生素。为麻醉和术后抗生素的应用,应做好青霉素、麻醉药(如普鲁卡因)过敏试验。

(四) 手术注意事项

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,下颌第三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,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. 劈开冠根时亦用高速涡轮钻磨出深沟,再行劈开。

5. 牙拔除后,去除粘连牙囊及碎牙、骨片。

6. 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。

【术后处理】**(一) 一般处理**

局部 24~48 小时内冰袋冷敷,予以抗炎、止血、止痛药物 3~5 日,5~7 日拆除缝线。

(二) 并发症处理

1. 术后出血 仔细检查分析原因,根据引起原因不同对症处理。龈及软组织撕裂,缝合后压迫止血;牙槽窝内炎性肉芽、残留牙囊,应刮槽清除后,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,必要时可用碘仿纱条堵塞止血,牙槽骨折裂出血少见,可采用填塞加包裹缝扎。

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

3. 干槽症 根据拔牙创内无血凝块,有少许腐败物,疼痛剧烈,并向耳颞部放射,可诊断。多为厌氧菌感染所致牙槽骨壁骨炎。用 3% 过氧化氢溶液(双氧水)、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,达安抚镇痛消炎的目的。

【预后评估】

阻生牙拔除适应证掌握好,手术熟练,损伤小,操作规程严格,对于人体影响小,尤其早期拔除,预后良好。

【出院医嘱】

1. 2 周内进软食,漱口保持口腔卫生。
2. 及时治疗龋坏邻牙。

牙 缺 失

牙颌系统是咀嚼、消化、发音的重要器官,因牙体、牙髓、牙周疾患,外伤或肿瘤切除,先天性缺失等原因,常造成不同程度的牙列缺失乃至牙颌部分或全部缺失。在一般人群中可达 30%,老年人更加突出。随着我国社会人口老龄化,牙缺失病人的比例和需要治疗的人数将相应提高,治疗牙缺失的任务还相当艰巨。治疗牙缺失的方法虽然有多种,随着牙种植技术不断发展和成熟,要求种植牙治疗的病人逐渐增加,种植牙已成为治疗牙缺失最佳的选择。本章重点讨论有关种植外科方面的问题。