

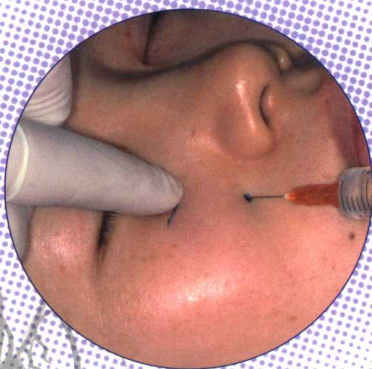


口腔临床实用技术系列丛书

口腔颌面外科门诊 手术操作规范与技巧

主 编 赵吉宏

副主编 唐海阔 蔡 育



北京大学医学出版社

口腔临床实用技术系列丛书

口腔颌面外科门诊 手术操作规范与技巧

主 编 赵吉宏

副主编 唐海阔 蔡 育

编 者 (按姓名汉语拼音排序)

蔡 育 (武汉大学口腔医院)

韩其滨 (武汉大学口腔医院)

刘 康 (贵阳市口腔医院)

刘思颖 (武汉大学口腔医院)

刘志国 (中山大学光华口腔医院)

罗 洪 (贵州省人民医院)

唐海阔 (中山大学光华口腔医院)

万启龙 (武汉大学口腔医院)

王 莉 (武汉大学口腔医院)

王亚东 (贵州省人民医院)

吴 杨 (武汉大学口腔医院)

赵吉宏 (武汉大学口腔医院)

钟皓研 (武汉大学口腔医院)

绘 图 邹熊玥 唐海阔 何克飞

北京大学医学出版社

KOUQIANG HEMIAN WAIKE MENZHEN SHOUSHU CAOZUO GUIFAN YU JIQIAO

图书在版编目 (CIP) 数据

口腔颌面外科门诊手术操作规范与技巧 / 赵吉宏主
编. — 北京: 北京大学医学出版社, 2015. 3
(口腔临床实用技术系列丛书)
ISBN 978-7-5659-1013-5

I. ①口… II. ①赵… III. ①口腔颌面部疾病—口
腔外科手术 IV. ①R782.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 300752 号

口腔颌面外科门诊手术操作规范与技巧

主 编: 赵吉宏

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京圣彩虹制版印刷技术有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 李 娜 责任校对: 金彤文 责任印制: 李 啸

开 本: 889mm × 1194mm 1/16 印张: 18.25 字数: 479 千字

版 次: 2015 年 3 月第 1 版 2015 年 3 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-1013-5

定 价: 165.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

序

外科手术是：科学、技术和艺术的结合。科学是技术的核心，艺术是技术的升华。规范的训练是掌握技术的基础，掌握技术是每一个外科医生成长的必经之路。然而，“万事易学，一巧难得”。技巧的获得来源于大量的临床实践和心灵感悟，懂得技巧的外科医生才能将手术变成艺术、将科学融入现实。

本书全面、系统地阐述了口腔颌面外科门诊各种常见手术的操作规范，详尽到患者体位、消毒范围、麻醉以及手术步骤的各个细节，具有很强的实用性。因此，本书特别适合于年轻医生、口腔通科医生、本科生、研究生、进修医生等人员学习和参考，对他们掌握科学、规范的口腔颌面外科技术大有裨益。作者还将多年来临床积累和潜心钻研的手术技巧，毫无保留地呈现出来与读者分享。有心者可以藉他山之石，将自己的外科技术提升至一个新的境界。

本书作者是以赵吉宏教授为代表的一批致力于口腔颌面外科门诊工作的中青年医师。他们长期在临床一线工作，以丰富的病例及临床实践为基础，本着科学求真的态度和严谨务实的作风，历时一年有余，收集病例，整理资料，拍摄图片，编辑文字，几经修改，终于成书！

在此，为他们孜孜不倦的追求感到欣慰，对他们辛勤劳动的成果表示祝贺，特此作序！



中华口腔医学会副会长
武汉大学口腔医院院长

前言

本书是“口腔临床实用技术系列丛书”之一。主要介绍口腔颌面外科门诊手术的操作规范及技巧,包括口腔颌面外科门诊手术患者的常规术前检查、口腔局部麻醉技术、牙拔除术、拔牙术并发症的处理、义齿修复前外科手术、口腔颌面部良性肿瘤及瘤样病变手术、口腔颌面部脓肿切排术、口腔颌面部外伤手术、颌面部一般性整复手术、口腔颌面部瘻管手术、口腔外科其他常见手术以及口腔颌面外科门诊常见手术的四手操作,共十二章,涉及的是口腔颌面外科门诊能够开展的手术,那些不能或不宜在门诊开展的手术则不包括在内。

颌面部整形美容日益受到人们的关注,而颌面部整形美容技术正是口腔颌面外科医生的强项,故第九章专门介绍了一些口腔颌面部一般性整形美容手术。本书第一章、第二章和第十二章因内容特殊,自成体系。第三章至第十一章均为口腔颌面外科门诊常见疾病的手术治疗,均按“适应证、术前准备、患者体位、消毒范围、麻醉方式、手术步骤、手术技巧、术后治疗及护理、并发症及处理”的统一体例编写。

全书从基础、规范、实用的角度出发,紧密围绕临床实际,力求详细、通俗、可读、易懂、有用。简要的文字叙述,结合精美的图片示意,图文并茂,相得益彰。本书的精华在于手术步骤及手术技巧的介绍:手术步骤从切口设计开始,涉及切开、翻瓣、分离、切(摘)除,直至缝合,力求详细;手术技巧以作者多年来的临床工作经历、经验和体会为基础,并结合有关参考文献,凝练而成。全书配图700余幅,其中绝大多数为临床操作实景照片,少数为模型照片及手绘图。图片精美、直观、层次清晰、立体感强,具有较好的视觉效果。

常言道:“千个医师万个法。”每个医师都有很多诊治疾病的方法和绝招。本书所介绍的手术技巧,只是作者的个人经验,主观色彩较浓,仅供读者参考,不能作为相关疾病的诊疗标准或有关医疗纠纷的评判依据。

本书在编写及收集图片的过程中,得到了武汉大学口腔医院院长边专教授的热情鼓励 and 大力支持,并在百忙中对全书进行审核、提出宝贵意见并作序;作者的老师、武汉大学口腔医院赵怡芳教授给予了深切的关注和精心指导;武汉大学口腔医院李祖兵、张文峰、龙星、金辉喜、李智、李健、邓末宏、蔡恒星等教授,张楚、杜春燕护士,北京大学口腔医院王恩博教授、首都医科大学附属北京口腔医院刘洪飞教授,为本书的写作和图片收集提供了无私帮助和积极配合;何克飞博士拍摄了许多精美图片,并对全书文字、图片等进行了最后修订;本书手绘插图由湖北第二师范学院艺术学院邹熊玥及副主编唐海阔教授绘制;北京大学医学出版社李娜编辑对本书进行了精心筹划和编辑加工,在此一并表示衷心感谢!

由于作者的能力有限,书中缺点和错误在所难免,恳请各位前辈、师长、同仁批评指正!

赵吉宏
武汉大学口腔医院

目 录

第一章 口腔颌面外科门诊手术患者的常规术前检查 ·····	1
第一节 概论 ·····	1
第二节 拔牙患者的术前检查 ·····	3
第三节 外伤患者的术前检查 ·····	4
第四节 肿瘤患者的术前检查 ·····	5
第五节 炎症患者的术前检查 ·····	9
第六节 整复手术患者的术前检查 ·····	10
第七节 涎腺疾病患者的术前检查 ·····	10
第二章 口腔局部麻醉技术 ·····	13
第一节 表面麻醉技术 ·····	13
第二节 注射局部麻醉技术 ·····	15
第三节 上颌注射麻醉技术 ·····	17
第四节 下颌注射麻醉技术 ·····	29
第五节 其他麻醉及镇静技术 ·····	36
第六节 口腔局部麻醉并发症及其防治 ·····	40
第七节 口腔局部麻醉相关问题及讨论 ·····	42
第三章 牙拔除术 ·····	45
第一节 牙拔除术的适应证和禁忌证 ·····	45
第二节 上颌前牙拔除术 ·····	47
第三节 上颌前磨牙拔除术 ·····	49
第四节 上颌磨牙拔除术 ·····	50
第五节 下颌前牙拔除术 ·····	53
第六节 下颌前磨牙拔除术 ·····	54
第七节 下颌磨牙拔除术 ·····	56
第八节 上颌阻生智齿拔除术 ·····	59
第九节 下颌阻生智齿拔除术 ·····	62
第十节 埋伏多生牙拔除术 ·····	67
第十一节 牙槽窝内断根取出术 ·····	70
第十二节 微创拔牙 ·····	73

第四章 拔牙术并发症的处理 ·····	77
第一节 拔牙后出血的外科处理 ·····	77
第二节 牙槽骨骨折的外科处理 ·····	78
第三节 进入上颌窦的牙或牙根开窗取出术 ·····	79
第四节 进入咽旁间隙的牙或牙根取出术 ·····	82
第五节 进入下颌下间隙的牙或牙根取出术 ·····	84
第六节 进入下颌神经管的牙根取出术 ·····	86
第七节 下颌骨骨折的外科处理 ·····	88
第八节 干槽症的外科处理 ·····	90
第九节 进入消化道或呼吸道牙齿的处理 ·····	92
第五章 义齿修复前外科手术 ·····	95
第一节 牙槽骨修整术 ·····	95
第二节 下颌隆突修整术 ·····	97
第三节 腭隆突修整术 ·····	98
第四节 上颌结节成形术 ·····	100
第五节 牙槽骨缺损修复术 ·····	101
第六节 前庭沟加深术 ·····	107
第七节 牙槽骨牵张成骨术 ·····	110
第六章 口腔颌面部良性肿瘤及瘤样病变手术 ·····	113
第一节 颌下腺摘除术 ·····	113
第二节 腮腺良性肿瘤及部分腮腺切除术 ·····	116
第三节 舌下腺摘除术 ·····	119
第四节 黏液囊肿摘除术 ·····	121
第五节 皮脂腺囊肿摘除术 ·····	123
第六节 色素痣切除术 ·····	124
第七节 牙龈瘤切除术 ·····	126
第八节 颌骨囊性病变刮治术 ·····	127
第九节 颌骨囊肿开窗减压术 ·····	130
第十节 牙瘤摘除术 ·····	132
第十一节 牙骨质瘤摘除术 ·····	134
第十二节 腭部良性肿瘤切除术 ·····	135
第十三节 颊部良性肿瘤切除术 ·····	137
第十四节 舌体良性肿瘤切除术 ·····	139
第十五节 甲状舌管囊肿摘除术 ·····	140
第十六节 鳃裂囊肿摘除术 ·····	143

第十七节 活体组织切取检查术	146
第十八节 颈部淋巴结摘除术	147

第七章 口腔颌面部脓肿切排术 ····· 151

第一节 面部痈切排术	151
第二节 牙槽脓肿切排术	152
第三节 冠周脓肿切排术	153
第四节 眶下间隙脓肿切排术	154
第五节 颊间隙脓肿切排术	156
第六节 咬肌间隙脓肿切排术	157
第七节 下颌下间隙脓肿切排术	160
第八节 颏下间隙脓肿切排术	161
第九节 翼下颌间隙脓肿切排术	162
第十节 颞间隙脓肿切排术	164
第十一节 颞下间隙脓肿切排术	165
第十二节 咽旁间隙脓肿切排术	166
第十三节 舌下间隙脓肿切排术	168

第八章 口腔颌面部外伤手术 ····· 171

第一节 唇外伤清创缝合术	171
第二节 舌外伤清创缝合术	174
第三节 面部软组织损伤清创缝合术	176
第四节 面部神经损伤的处理	179
第五节 腮腺及导管损伤的处理	181
第六节 外伤脱位牙即刻再植术	184
第七节 简单颌骨骨折坚强内固定术	187
第八节 颧弓骨折口内径路复位术	189

第九章 颌面部一般性整复手术 ····· 193

第一节 唇裂二期整复术	193
第二节 重睑成形术	196
第三节 颊脂垫摘除术	200
第四节 隆颏术	203
第五节 重唇(厚唇)整复术	206
第六节 唇缺损邻近组织瓣整复术	209
第七节 面部瘢痕整复术	210
第八节 隆鼻术	212

第九节	颌面部良性肿物分次部分切除改形术	217
第十节	A 型肉毒毒素注射颌面部微整形术	219
第十章	口腔颌面部瘻管手术	223
第一节	口腔上颌窦瘻修补术	223
第二节	腭部瘻口修补术	226
第三节	先天性唇瘻切除术	228
第四节	牙源性颌面瘻管切除术	230
第五节	先天性面颊瘻管切除术	233
第六节	涎腺瘻管切除术	236
第十一章	口腔外科其他常见手术	239
第一节	舌系带延长术	239
第二节	颊系带延长术	240
第三节	唇系带延长术	242
第四节	切龈助萌术	243
第五节	智齿切龈助萌术	245
第六节	埋伏牙正畸牵引开窗术	247
第七节	正畸支抗钉植入术	249
第八节	三叉神经撕脱术	252
第九节	颌下腺导管结石取出术	256
第十二章	口腔颌面外科门诊常见手术的四手操作	259
第一节	四手操作的概念及临床意义	259
第二节	四手操作的基本要求	259
第三节	口腔颌面外科门诊手术的基本特点	260
第四节	口腔颌面外科门诊常见手术的四手操作流程及配合	261
参考文献		273
索引		279

口腔颌面外科门诊手术 患者的常规术前检查

第一章

第一节 概论

疾病的诊断需要详细准确的病史和客观的临床检查结果作为依据。正确的临床检查以及收集到的可靠信息，是疾病诊断治疗的前提和基础。临床检查方法掌握的程度与检查结果是否正确，直接关系到疾病的诊断、鉴别诊断以及治疗方案的制订。

口腔颌面外科的临床检查包括一般检查和辅助检查。一般检查包括颌面部检查、口腔检查和唾液腺检查等；辅助检查包括实验室检查、穿刺检查、活组织检查、涂片检查、超声检查、X线检查、CT检查和MRI检查等。

【颌面部检查】

1. 面部表情与意识神态检查 观察面部表情

变化，有助于判断疾病的轻、重、缓、急程度，以及疾病是由于口腔颌面外科疾病引起的，还是全身疾病的面部反映。

2. 外形与色泽检查 观察与比较颌面部的外形，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，如神经纤维瘤病可在皮肤表面发现散在的、大小不等的牛奶咖啡斑（图 1-1-1）；嗜酸性粒细胞增生性淋巴肉芽肿可在皮肤表面发现色素沉着（图 1-1-2）；炎症引起的肿胀可触及皮温升高、皮肤紧绷；微静脉畸形可见皮肤呈葡萄酒红色，后期可有鹅卵石样突起（图 1-1-3）等。

3. 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



A



B

图 1-1-1 神经纤维瘤。A. 鼻翼表现；B. 皮肤牛奶咖啡斑



图 1-1-2 右腮腺区嗜酸性粒细胞增生性淋巴瘤芽肿



图 1-1-3 面部微静脉畸形

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。畸形的患者要检查眼睑的动度、睑裂的大小等。

(2) 鼻：颌面部伤口，要注意有无脑脊液鼻漏，这是前颅底骨折的临床体征之一。上颌窦肿瘤患者的症状之一是可能出现患侧鼻阻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、鼻尖等）及缺损的大小。除上述外，还应注意检查患者的嗅觉。

(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。畸形的患者同样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。

4. 病变部位和性质检查 对已发现的病变，应做进一步检查，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，如皮脂腺囊肿一般与皮肤粘连，并能在皮肤表面看见一点状的病损。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。

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”。

【口腔检查】

1. 牙齿及咬合检查 检查时常需结合探诊、叩诊及冷热诊以检查牙体硬组织、牙周、牙髓和根尖周等情况，有无龋坏、缺损、探痛、叩痛、冷热刺激痛及牙齿松动等。

检查咬合关系时，应区别正常殆及错殆，以确定其有无骨折、颌骨畸形、颌骨肿瘤和颞下颌关节病等病变。

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。

2. 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、瘘管、溃疡或新生物，腮腺导管乳头有无异常。

3. 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；检查口底时应注意舌系带和下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；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。

【辅助检查】

部分疾病单纯依靠一般检查无法确诊，需要辅助检查才能确诊；另一些疾病在治疗过程中，需要借助辅助检查来定位或确定范围。随着科学的发展，辅助检查的手段及设备也越来越多，口腔颌面部一般常见的辅助检查包括：实验室检查、穿刺检查、活组织检查、超声检查、X线检查、CT检查、MRI检查等。关于患者术前必须进行的实验室和特殊检查，一般应根据病史、体格检查结果以及初步估计病变的性质来选取必需的项目，以节省时间和费用，减少不必要的浪费。

第二节 拔牙患者的术前检查

牙拔除术是口腔颌面外科最古老的手术。一

般牙体组织严重破坏的残冠残根、牙周组织严重破坏的松动牙、纵折牙、错位牙、多生牙、埋伏阻生牙、埋伏多生牙及滞留的乳牙等均应尽早拔除。许多口腔颌面部的疾病会引起牙的松动及其他变化，如颌骨骨折或牙槽突骨折会引起牙松动，颌骨肿瘤或囊性病变会引起牙周组织破坏而导致牙齿松动等。许多全身性的疾病以及颌面部的急性炎症期则不适合拔牙。因此作为外科手术，牙拔除术同样需要在手术前，对患者口腔颌面部的局部病况、全身状况、既往病史等相关情况进行充分了解，对各种可能发生的问题和处理措施考虑周全，才能安全、稳妥地完成手术。

拔牙术前检查的目的是：明确患牙该不该拔、能不能拔、什么时候拔、如何拔、需要采取哪些辅助治疗、术中是否需要监测等问题。

【专科检查】

首先进行牙体组织的检查，患牙是否缺损、松动、折裂、牙根暴露，判断引起这些病变的原因，以及是否还有保留的价值；其次，检查牙周组织，牙龈是否退缩或肿胀、牙龈是否有瘻管及肿物、牙槽骨是否有萎缩吸收；再次，检查颌骨是否有膨隆、颌面部是否有肿胀。

若为错位牙（图 1-2-1）或已萌出的多生牙（图 1-2-2），如影响功能、美观，造成邻近组织病变或邻牙龋坏，不能用正畸等方法恢复正常位置者，均可考虑拔除。若为埋伏阻生牙或埋伏多生牙，



图 1-2-1 错位牙



图 1-2-2 已萌出的多生牙

应进行相应的影像学检查,了解阻生情况、牙槽骨情况、邻牙关系等。

【体格检查】

对于符合拔牙适应证的患者,详细地询问病史是对其全身状况进行判断的开端。在关注患牙局部症状的同时,必须对可能影响拔牙手术实施及预后的各种系统疾病作深入的了解。

对于患有全身系统疾病的患者,既要了解所患疾病的类型,更要掌握所患疾病的病程和病期、疾病目前的控制水平,以便确定在当前情况下是否适宜进行手术。同时对系统疾病的发病前驱症状(如心绞痛发作时的疼痛部位和方式)、应急药物的种类和效果加以记录,以提前发现术中病情的不良表现,及时有效地采取调控措施。对于日常用药,应特别注意是否使用可能对手术产生影响的药物,如抗凝剂等。

一般情况下,对于大多数患有系统疾病的患者来说,拔牙术是可以承受的。在对病情充分了解、掌控的前提下,减小不良刺激,尽量减轻手术创伤,以及准确合理的术前、术后用药,可使拔牙术平稳地完成。

基本的体格检查是必要的,血压、脉率等重要生命体征应当记录。必要时应做心电图、血液生化检查。

美国麻醉医师协会(American Society of Anesthesiologists, ASA)根据具体病情、病理生理特点、手术性质和要求,对患者的全身情况和麻醉耐受能力等提出比较全面的估计和分级:

第1级:患者的心、肺、肝、肾和中枢神经系统功能正常,发育、营养良好,能耐受麻醉和手术。

第2级:患者的心、肺、肝、肾等实质器官虽然有轻度病变,但代偿健全,对一般麻醉和手术的耐受仍无大碍。

第3级:患者的心、肺、肝、肾等实质器官病变严重,功能受损,虽在代偿范围内,但对施行麻醉和手术仍有顾虑。

第4级:患者的心、肺、肝、肾等实质器官

病变严重,功能代偿不全,威胁生命安全,施行麻醉和手术均有危险。

第5级:患者的病情危重,随时有死亡的威胁,麻醉和手术异常危险。如系急诊手术,则在评定级别后加E,以资区别。

【影像学检查】

常规的牙片或曲面断层片检查,除用于判定牙根的情况、根周病变、牙槽骨密度、有无牙根固连外,也是了解患牙与周围重要解剖结构、邻牙相互关系的重要手段(图1-2-3)。



图 1-2-3 阻生智齿术前 X 线片

锥形束 CT (cone-beam CT, CBCT) 能够更好地显示颌骨、牙槽突、牙及周围病变和重要解剖结构的关系,从三维的各种断面反映局部的细节。

第三节 外伤患者的术前检查

在诊治口腔颌面部损伤患者时,时刻注意可能伴发的其他部位损伤和危及生命的并发症。对伤员作出全面的检查,并迅速对伤情作出判断。根据其轻重缓急,决定救治的先后步骤后再妥善处理。

【专科检查】

首先检查伤员受伤的部位、伤口的深度、出

血情况,是否有牙齿的松动、折断或脱落,是否有骨折的可能,是否有张口受限,是否有面部凹陷,是否有复视,是否伤口内有异物存在,是否有液体从鼻腔或外耳道流出等情况。

牙松动,倘若是单颗牙松动,需要考虑牙脱位或牙折;如若是多颗牙联合松动,需考虑是否有牙槽突骨折或颌骨骨折。张口受限,需考虑是否有髁突骨折或下颌骨下颌角区骨折或颏突骨折;若同时伴有颧部凹陷,需考虑是否有颧弓骨折。出现复视,需考虑是否有眶底骨折。有液体从鼻腔或外耳道流出,需考虑是否有脑脊液外漏的情况。有异物者,需明确异物的种类、大小、可能涉及的部位等。

【体格检查】

考虑到外伤病员的特殊情况,在接诊伤员时,应首先了解患者的意识、瞳孔的改变,检查患者的生命体征(呼吸、血压、心率等),检查呼吸道是否通畅。对呼吸困难、窒息和心跳停止的伤员,应立即进行抢救。排除患者可能伴发的其他部位损伤和危及生命的并发症后,再行口腔颌面部专科检查。

【影像学检查】

常规的牙片可用于判断牙折、牙脱位等情况。

曲面断层片检查除用于判定牙根的情况,还可检查颌骨是否出现骨折。但曲面断层片由于在前牙区,会出现颈椎重叠的影像,因此在需要检查上下颌前牙区牙根及相应颌骨区病变时,应尽量采用牙片或 CBCT 检查。

对于需要判断下颌骨髁突骨折、上颌骨颧骨、颧弓及眶底是否有骨折时,则需行 CBCT 检查。

若需要检查颅脑、颅骨及颅底是否有损伤时,则需行螺旋 CT 检查(图 1-3-1)。

金属异物常规 X 线检查即可,非金属异物需做 CT 或 MRI 检查(图 1-3-2)。

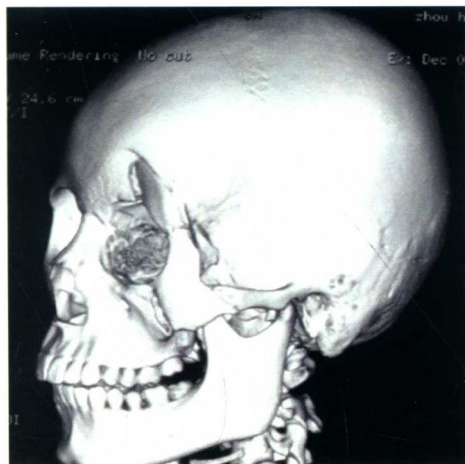


图 1-3-1 颧骨伴额骨骨折



图 1-3-2 舌体异物

第四节 肿瘤患者的术前检查

口腔颌面部的肿瘤主要包括:囊肿、良性肿瘤、瘤样病变以及恶性肿瘤。早期发现、正确诊断是根治肿瘤的关键。口腔颌面部肿瘤发生的位置大多相对表浅,只要正确掌握要点,诊断不太困难;然而有些发生在深部组织的肿瘤,如颌骨内、翼腭窝、颞下窝的肿瘤,早期诊断不太容易,一般需要辅助 CT 或 MRI 检查。

【专科检查】

仔细检查口腔颌面部的情况,一般通过望诊、触诊进行检查,以明确肿物的颜色、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或黏膜组织的关系。

口腔颌面部的囊性病变包括：皮脂腺囊肿、黏液囊肿以及颌骨囊性病变。皮脂腺囊肿一般位于皮肤浅层，与皮肤粘连，并能在皮肤表面看见一点状的病损（图 1-4-1）。黏液囊肿（图 1-4-2）一般位于黏膜表面，呈透明水疱样改变，有反复增大史；比较特殊的是舌下腺囊肿口外型，其表现为颌下区触及一可压缩的病变，并且压迫颌下区时可见同侧口底明显上抬。颌骨囊性病变一般早期不易发现，需通过影像学辅助检查。随着囊性病变的不停扩大，可触及颌骨隆起，较大的病变可触及乒乓感；亦有颊侧或舌侧颌骨完全被破

坏的病变，触及病变呈脓肿样改变（波动感），但压痛不明显。

口腔颌面部血管瘤及脉管畸形是一类非常特殊的疾病，大部分医生将之统称为“血管瘤”。这类疾病中主要包括婴幼儿血管瘤（图 1-4-3）、静脉畸形（图 1-4-4）、微静脉畸形（图 1-4-5）、淋巴管畸形（图 1-4-6）以及动静脉畸形（图 1-4-7）。各种病的治疗方法不一样，因此此类疾病应明确具体诊断，才能正确治疗。一般婴幼儿血管瘤于患儿出生后半月出现，最先表现为类蚊虫叮咬的鲜红色斑块，于患儿 4 ~ 6 周龄与 4 ~ 6 月龄大小时迅速增大，突起于皮肤，1 岁左右病变停止生长，有 70% ~ 90% 的病变将逐渐消退。此类血管瘤若发生在浅表组织，可见皮肤或黏膜组织呈现红色病变，质地中等，一般不可压缩，压之颜色不会褪去；若发生在深部组织，一般多发生于腮腺区，可用 B 超辅助检查。静脉畸形一般在皮肤或黏膜表面呈蓝色改变，可压缩、体位试验阳性、穿刺检查抽出血液可确诊。微静脉畸形一般表现为皮肤或黏膜表面的红斑，压之颜色可褪去。淋巴管畸形分为微囊性及大囊型，微囊性一般发生在口内黏膜，表现为黏膜散在的透明小疱；大囊型一般通过穿刺检查可确诊。动静脉畸形可通过触及动脉搏动、皮温升高、听诊有吹风样杂音等体征确诊。

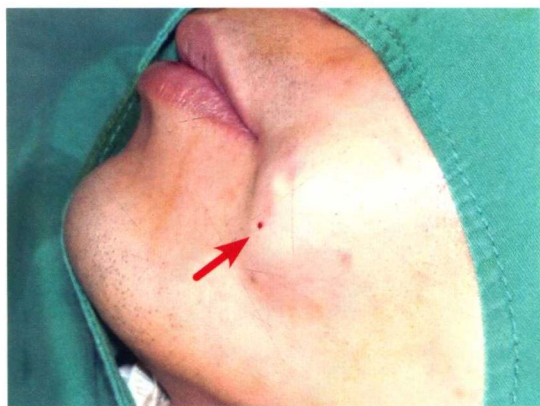


图 1-4-1 面部皮脂腺囊肿



图 1-4-2 舌腹黏液囊肿



图 1-4-3 面部血管瘤



图 1-4-4 面部静脉畸形



图 1-4-5 面部微静脉畸形



图 1-4-6 面部淋巴管畸形



图 1-4-7 面部动静脉畸形

一般的良性肿瘤边界清楚，生长缓慢，可活动；而恶性肿瘤一般呈浸润性生长，表面呈溃疡或菜花状，生长迅速，不可活动，常伴有疼痛、麻木、张口受限、面瘫等症状。两者一般比较容易鉴别。

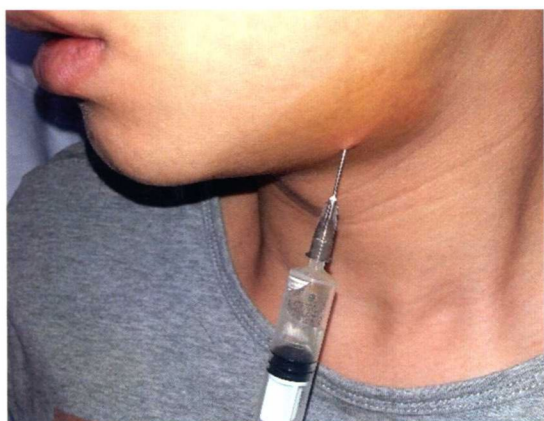
检查区域淋巴结是否增大、质地、边界、有无粘连、有无压痛等情况。

【穿刺检查】

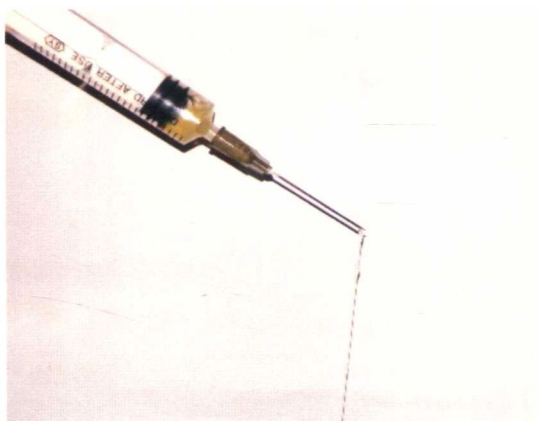
在常规专科检查暂时不能明确诊断疾病时，可辅助其他的检查方法帮助诊断，其中穿刺检查可帮助确诊囊性病变及脉管性疾病。舌下腺囊肿

口外型一般于颌下区穿刺，可抽出蛋清样液体（图 1-4-8）；淋巴管畸形穿刺可抽出淡黄色淋巴液；部分发生在硬软腭交界处的黏液表皮样癌，黏膜表面呈蓝紫色的改变，触诊亦为柔软及可压缩，临床表现形式与静脉畸形相似，一般可通过穿刺检查确诊，若穿刺抽出血液为血管畸形，若穿刺抽出黏液则为黏液表皮样癌的可能性大。

颌骨病变可通过穿刺检查确诊是囊性还是实性，一般单囊性成釉细胞瘤及含牙囊肿可抽出黄色清亮液体，牙源性角化囊性瘤穿刺可抽出含角化物的混浊液体（需用 20ml 注射器穿刺，角化物容易堵塞 5ml 的穿刺针针管而抽不出液体）。



A



B

图 1-4-8 舌下腺囊肿口外型。A. 注射器进行穿刺；B. 抽出液呈蛋清样黏稠状

【活体组织检查】

对于长期不愈合的溃疡以及暂时无法确定病变性质的疾病，可先行活体组织检查，待疾病确诊后再确定治疗方案。

【影像学检查】

X 线及 CT 检查可了解骨组织肿瘤的性质及其侵犯范围，是原发灶还是继发灶；是良性还是恶性；同时还可以了解牙龈肿物等侵犯颌骨的情况（图 1-4-9）。

磁共振成像 (magnetic resonance imaging, MRI) 对软组织或血管病变的显示较好，能充分显示病

变的全貌及立体定位（图 1-4-10）。

B 超检查对口腔颌面部囊性肿瘤和软组织肿瘤，如血管瘤、脉管畸形和腮腺肿瘤的诊断有帮助，可以提示肿块是否存在及大小，检查血流信号及血流速度等。超声检查的优势在于检查方法简便，患者无痛苦，也无损伤，易于为任何年龄的患者接受。

【实验室检查】

对于某些疾病，实验室检查能为临床诊断、治疗提供有力的依据，如怀疑是嗜酸性粒细胞增生性淋巴肉芽肿，可通过血液分析——嗜酸性粒细胞明显增多来确诊。

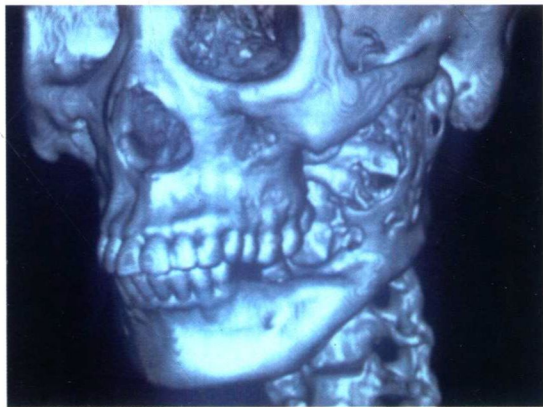


图 1-4-9 下颌骨肿瘤 CT



图 1-4-10 咽旁肿瘤 MRI