

口腔颌面手术

山东人民出版社

口腔颌面手术

山东省人民医院口腔科编

*

山东人民出版社出版

山东新华印刷厂德州厂印刷

山东省新华书店发行

*

1977年6月第1版 1977年6月第1次印刷

统一书号: 14099·54 定价: 0.71元

毛主席语录

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

人类总得不断地总结经验，有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

前 言

在毛主席无产阶级革命卫生路线指引下，自无产阶级文化大革命以来，我省卫生革命和全国一样，形势大好，到处莺歌燕舞，旧貌变新颜。

遵照毛主席关于“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示，我科革命医务人员在院党委的领导下，认真总结了多年来口腔颌面手术方面的经验，集体编写了这本《口腔颌面手术》，以供广大基层医务人员临床工作参考。

本书共分十七章，着重介绍了口腔颌面部常见手术的操作方法。在编写过程中，我们力求作到理论与实际相结合，突出介绍我们的临床经验，同时也适当地吸收了部分国内外较先进的技术，为了方便读者，书中还附有三百多幅插图。

由于水平所限，书中难免存在缺点和错误，诚恳地希望广大读者予以批评指正。

编者

一九七六年六月

目 录

第 一 章	手术前后的处理	(1)
第一节	手术前准备.....	(1)
第二节	手术中注意事项.....	(5)
第三节	手术后处理.....	(14)
第 二 章	口腔颌面手术的麻醉	(17)
第一节	麻醉前准备.....	(18)
第二节	针刺麻醉.....	(20)
第三节	局部麻醉.....	(24)
第四节	全身麻醉.....	(42)
第 三 章	拔牙术	(56)
第一节	拔牙的适应症和禁忌症.....	(56)
第二节	拔牙前准备.....	(57)
第三节	一般牙齿拔除术.....	(58)
第四节	牙根拔除术.....	(62)
第五节	阻生牙及埋伏牙拔除术.....	(65)
第六节	拔牙创的处理.....	(71)
第七节	常见并发症.....	(72)
第 四 章	常用小手术	(73)
第一节	齿槽突整形术.....	(73)
第二节	舌系带延伸术.....	(75)
第三节	下唇颊沟加深术.....	(76)
第四节	根尖切除术.....	(78)
第五节	牙龈瘤切除术.....	(79)

第六节 牙齿再植术	(81)
第 五 章 颌骨囊肿	(83)
第一节 颌骨囊肿摘除术	(83)
第二节 袋形缝合术(囊肿成形切开术)	(86)
第 六 章 口腔颌面部炎症	(89)
第一节 口腔颌面部间隙感染及脓肿	(91)
一、颌下间隙感染切开引流术	(91)
二、舌下间隙感染切开引流术	(92)
三、颏下间隙感染切开引流术	(93)
四、腐败坏死性口底蜂窝组织炎切开引流术	(94)
五、嚼肌下间隙感染切开引流术	(94)
六、眶下间隙感染切开引流术	(96)
七、颊间隙感染切开引流术	(97)
八、翼颌间隙感染切开引流术	(97)
九、颞下间隙感染切开引流术	(99)
第二节 下颌智齿龈瓣切除术	(100)
第三节 化脓性颌骨骨髓炎	(100)
一、急性颌骨骨髓炎切开引流术	(101)
二、慢性颌骨骨髓炎刮治术	(101)
第四节 颜面部疖痈	(103)
第 七 章 口腔颌面部创伤	(104)
第一节 颜面部软组织创伤	(104)
第二节 颜面部硬组织损伤	(107)
一、牙齿松动复位固定术	(107)
二、齿槽骨骨折复位固定术	(108)
三、下颌骨骨折	(108)
(一) 颌间弹性牵引术	(110)
(二) 骨间缝合术	(112)

四、上颌骨骨折	(113)
(一) 颌间结扎加颞顶绷带法	(115)
(二) 骨间固定法	(116)
五、颧骨骨折复位术	(118)
第八章 唇腭裂修补术	(120)
第一节 单侧唇裂修补术	(120)
第二节 单侧唇裂修补后鼻部畸形纠正术	(124)
第三节 双侧唇裂修补术	(125)
第四节 双侧唇裂修补后畸形纠正术	(128)
第五节 腭裂修补术	(129)
一、腭粘骨膜后退术	(130)
二、腭咽成形术	(134)
三、犁骨粘膜瓣术	(136)
(一) 单侧犁骨粘膜瓣术	(136)
(二) 双侧犁骨粘膜瓣术	(137)
四、咽后壁瓣术	(138)
第九章 颌面部软组织缺损及瘢痕畸形整复	(142)
第一节 组织瓣转移法	(143)
第二节 皮肤的游离移植术	(151)
一、中厚皮片移植术	(151)
二、全厚皮片移植术	(155)
第三节 皮管移植术	(157)
第十章 颞颌关节手术	(164)
第一节、颞颌关节复位术	(165)
第二节、颞颌关节强直	(166)
一、关节外瘢痕挛缩解除术	(167)
二、假关节成形术	(170)
第十一章 唇腭部肿瘤	(174)

第一节	唇部肿瘤	(174)
一、	唇部“V”形切除术	(175)
二、	唇片切除术	(176)
三、	双唇交叉瓣术	(177)
四、	扇形手术	(180)
五、	口角开大术	(181)
第二节	腭部肿瘤切除术	(183)
第十二章	颊部肿瘤	(185)
第一节	颊部肿瘤局部切除术	(185)
第二节	贯通性颊部肿瘤切除术	(188)
第十三章	舌及口底部肿瘤	(190)
第一节	舌局部切除术	(191)
第二节	单纯半侧舌切除术	(194)
第三节	舌颌颈联合切除术	(195)
第四节	舌根部肿瘤切除术	(199)
一、	咽前途径切除法	(199)
二、	口腔途径切除法	(202)
第十四章	牙龈及颌骨肿瘤	(205)
第一节	下颌骨肿瘤	(207)
一、	单纯下颌牙龈癌局部切除术	(208)
二、	下齿槽癌切除术	(209)
三、	部分或半侧下颌骨切除术	(209)
四、	颌颈联合根治术	(214)
第二节	上颌骨切除术	(217)
第十五章	涎腺手术	(220)
第一节	腮腺手术	(220)
一、	腮腺部分切除或次全切除术	(221)
二、	腮腺全切加根治性颈淋巴切除术	(226)

第二节	颌下腺手术	(227)
一、	颌下腺导管结石摘除术	(227)
二、	颌下腺摘除术	(229)
三、	颌下腺恶性肿瘤切除术	(231)
第三节	舌下腺切除术	(232)
第十六章	口腔颌面部脉管瘤	(234)
第一节	血管瘤手术	(234)
第二节	淋巴管瘤	(236)
第十七章	颈部手术	(239)
第一节	腮裂瘻和囊肿切除术	(242)
第二节	甲状舌骨囊肿和瘻切除术	(246)
第三节	神经鞘瘤摘除术	(249)
第四节	颈动脉体瘤摘除术	(251)
第五节	先天性囊状淋巴管瘤切除术	(253)
第六节	颌下皮样囊肿摘除术	(255)
第七节	根治性颈淋巴切除术(廓清术)	(256)

第一章 手术前后的处理

第一节 手术前准备

一、明确诊断 诊断是治疗的基础，要进行治疗，必须明确诊断。正确的诊断是通过详细了解病史、仔细检查病人，和采取其他必要的辅助检查，如穿刺、X线、化验、病理等，才能得到的。诊断中要注意区别肿瘤和炎症，是良性肿瘤还是恶性肿瘤。口腔颌面部疾病常有继发感染，有时炎症现象掩盖着肿瘤的本质，容易造成误诊，要特别注意。凡是不能肯定炎症或肿瘤者，要想尽一切办法（包括活体组织检查）排除恶性肿瘤。那种先按良性肿瘤治治看的作法是错误的，往往会贻误治疗，给病人造成不可挽回的损失。

二、选择治疗方案 治疗方案，就是对疾病进行治疗的具体施行计划，要从需要性和可能性加以全面考虑。如只注意了需要手术而不注意病变部位、大小、病员全身情况，以及医院的技术条件（可能性）等，往往会造成手术失败，甚至危及病人生命。脓肿切开和良性肿物切除，一般比恶性肿瘤手术单纯些，比较容易掌握。下面着重介绍恶性肿瘤的治疗方案选择。

对恶性肿瘤病人，应积极采取手术治疗。因为恶性肿瘤多浸润周围组织，并沿着淋巴流侵犯淋巴结，再进一步向全

身扩散。早期手术远比拖延为好。必要时，应在切除肿物的同时行区域性淋巴根治性切除术。如腮腺癌、下颌骨癌、舌癌，应同时行根治性颈淋巴切除术。要避免分次手术。更不能以试行一种保守的手术，而待肿瘤复发时再予补救。这种错误的治疗方案，往往会失去治愈的机会。

有些恶性肿瘤，如淋巴肉瘤及分化不成熟癌等，仅单纯放射治疗即可取得良好的效果。有些病例，如颌骨肿瘤、涎液腺肿瘤和舌肿瘤等，需采取手术与放射综合治疗。对多数恶性肿瘤病例，多主张术前进行化疗，如术后用药，因术区瘢痕化，药物进入很少，效果不好。争光霉素一般不降低白细胞，对鳞状上皮癌有一定疗效，常首选应用。曾遇到一些失去了手术条件的病例，经争光霉素治疗后，又获得了手术条件。

已决定施行某种治疗方案，尤其是手术前，要和病人家属及单位商量，说明情况，征求意见。这样既可使治疗方案更加完善，又可使家属和单位在配合医疗方面起到积极作用。对患者本人则应细致地观察，了解其思想顾虑、要求等各方面的情况，并以革命人道主义精神去体贴关怀病人，消除患者对手术的顾虑，提出配合治疗的注意事项，鼓励患者以革命乐观主义精神克服困难，战胜疾病。

在手术适应症和禁忌症问题上，要抓住主要的矛盾方面。事实上并不存在绝对的禁忌症。如对颌面部癌症同时患有心脏病的病例，就要求将心脏病控制在次要地位，使心功能适应手术。如果一旦术间发生心功能紊乱，矛盾的主要方面就要发生变化，很可能危及患者生命。所以，术前周密检查，术中请内科医生在旁协助调整心功能，是很重要的。特

别对小儿患者，更应密切注意其全身情况。要做到预防为主，不打被动仗。

选择手术方案时，还应注意病理学的内容。良性肿瘤发展缓慢，在增长过程中，其周围组织可逐渐适应。因此，极少有因神经受压而致的疼痛或麻痹等症状。血液和淋巴可发生侧支循环，一般看不到重大功能障碍。但量变又可引起质变，混合瘤和造釉细胞瘤恶变就是很好的例子。恶变是从肿瘤的某些区域开始，逐渐变成癌的。这个过程是需要很长的时间。所以，临床上对腮腺混合瘤，要求在保存面神经的原则下，将腺体全部或次全切除，以消除瘤芽复发或恶变。对颌骨造釉细胞瘤则要求在健康范围内截骨。另外，也有良性肿瘤长期停止增长者，这与性内分泌有关。如骨瘤，青春期发育旺盛，待骨的发育停止，骨瘤的增长也变缓慢或停止。因而在安排手术治疗时，要考虑年龄因素。

白斑、乳头状瘤、皸裂、慢性溃疡等，有可能转变为癌，有人把它们视为癌前病变。癌前病变在病理上可看到其细胞和组织构造不规则，乳头不定型地增殖，血管和淋巴管不规则地增殖等。白斑之类病变在一定的条件下，特别对长期的慢性刺激，如不良义齿、牙齿锐利的边缘、残根及吸烟等，均可促其转化为癌。所以，临床医生对癌前病变及慢性刺激，要有足够的重视。

临床上，颜面部的恶性肿瘤多见颈部转移，远距离转移较少。早期施行根治性颈淋巴切除术，可提高五年治愈率。

与原发性癌比较，颈部淋巴结转移癌对放射治疗不敏感。这可能是由于癌存在于淋巴结内，该处动脉血少，供氧不足所致。另外，颈淋巴结介于颈部大血管之间，使用抗癌

剂有困难。因而常采取手术治疗。

附：活体组织检查

活体组织检查，简称活检，一般多用切取法采取标本。

（一）适应症

1. 为了明确诊断，对几乎所有的肿瘤及许多口腔粘膜病，都须进行活检。对骨髓炎的性质，是结核性或是放线菌，还是慢性溃疡怀疑恶变等，均须靠活检确诊。

2. 为了明确有无淋巴结转移时，可将可疑的淋巴结摘除，作活检证实。

3. 有时，手术范围内肿瘤是否切净，须作活检确定。在手术中也往往需要作冰冻切片快速检查。

（二）取活检注意事项：

1. 应选择典型部位，可于正常和病变组织交界处切取，以利于观察病变的组织发生学。

2. 切取活体组织时，切口要垂直，作楔形切取。应有足够深度。应避免水平切削或切取表面结痂及坏死组织（图1~1）。

3. 尽量用手术刀切取活检，避免用钳子夹持或挤压，以免组织细胞变形，妨碍观察。

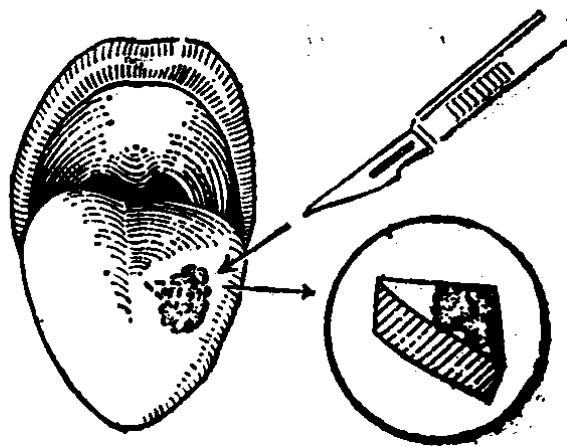


图1~1 取活检
切取楔形组织，切口要垂直，
要包括足够深度

4.能比较容易全部切除的肿物，如体积不超过2厘米的肿物或带蒂肿物，可作切除活检，即将肿物整个切除送病理检查。这样做有利于病人，也有利于诊断。不必对任何肿瘤都常规地先切一小块。

5.淋巴结活检时，应尽可能取下完整的一个。

6.骨肿瘤中往往有部分软组织，在取活检时，可尽量包括一部分软组织。

7.如为囊肿，可用穿刺抽吸法取活检。

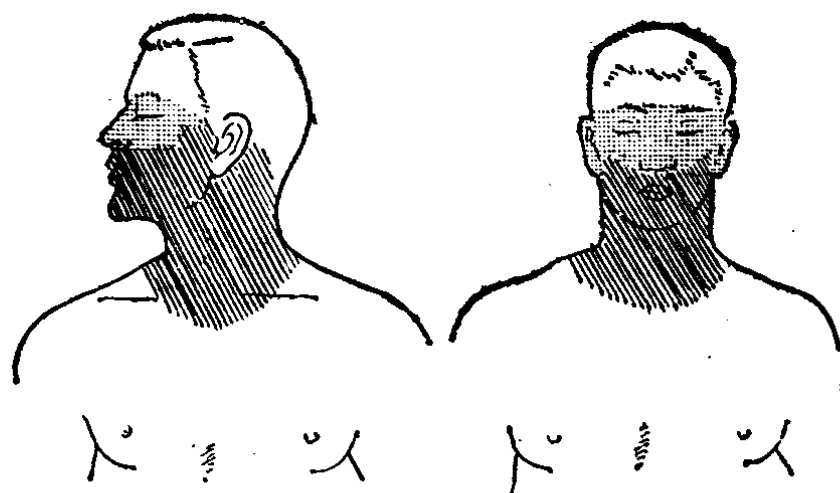
8.取下的活体组织，应立即放入固定液(4%福尔马林)内固定，以免组织干枯。

9.取活检前，应注意全身情况，特别要排除血液病如白血病等。

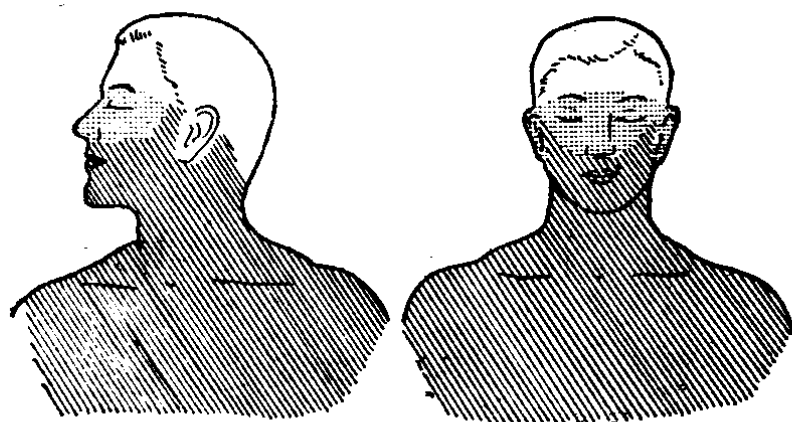
第二节 手术中注意事项

一、手术野准备 关于颌面手术的剃毛范围，各项手术都有自己的要求。总的说来，备皮范围应大些。腮腺和颈区手术，一般应包括剃胡须和剃除耳后颞部发际部分的毛发。唇部鼻腔手术须剪除鼻毛。妇女的头发应扎成辫子盘到头顶上。消毒范围也应大些。眼睛、鼻腔、口腔和耳廓的消毒要细致，并应多擦几次。口腔可用0.1%新洁尔灭或0.1%硫柳汞消毒。消毒时，多余的药液要挤掉，特别对全麻下的小儿患者，更应注意，以免引起窒息。面颈部可用0.75%碘酒涂擦，要避免药液灼伤角结膜。为防止药物影响皮肤的活力，供皮区消毒一般不用碘酒，可用硫柳汞或酒精(图1~2)

二、手术范围 恶性肿瘤手术会遇到切除范围和功能美



(1)面颌部消毒范围



(2)颌颈部消毒范围

图1~2 消毒

(浅线条区域应挤干液体轻擦)

容的矛盾。此时,应首先满足手术彻底的要求。必要时,还应牺牲重要器官如眼、舌等,但要考虑到给以后整容创造条件。特别是咀嚼和语言器官的保存与恢复,更应多加考虑。例如,下颌切除时,在不违犯彻底性的原则下,可以有各式各样的截切法,以便维持患者功能和美容(图1~3)。手术的安全边缘问题,因为受局部生理解剖的限制,不能象外

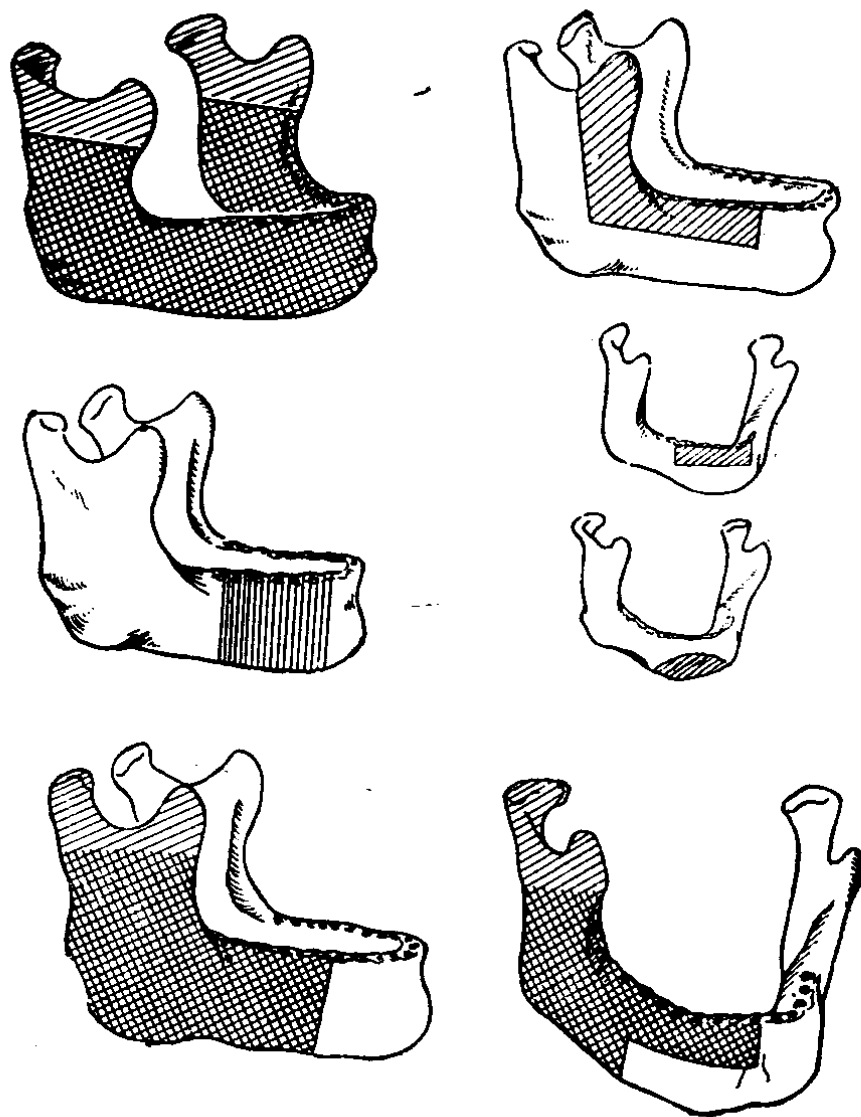


图1~3 下颌骨的各种截切法

科那样要求很宽。平常如能满足0.5~1.0厘米的安全范围就算不错了。为了关闭伤口，有时须拔除个别牙齿，甚至切除部分颌骨。必要时还可截开下颌骨，以暴露深部手术野。待手术完毕，再予以复位固定。

三、颌面部特殊功能的保护和恢复 颌面部因有咀嚼、吞咽重要功能，又是消化、呼吸的通道，故术中要考虑术后能保有一定的张口度及骀功能。一般不要在颊部做上下垂直切口，以免术后瘢痕收缩影响张口度。颊部粘膜植皮缝合过程中，要留出张口时的宽度。填塞式夹心敷料，能可靠的固定皮片和维持张口时的宽度。某些手术要注意保护颞颌关节，维护其正常功能。

若术后张口度暂时挛缩，可用开口器支撑练习。要预防骀错乱，保持骀功能，可植入骨骼、义颌、做颌间结扎（图1～4），和戴用颌托、颌导板等。如上颌骨切除前预制颌托，术后马上戴入，既可帮助止血，又便于病人术后恢复饮食（图1～5）。上述各项都应术前考虑并作好准备。其他如眼睑暂时性缝合（图1～6），可防止瘢痕牵引和角膜受伤。以碘仿纱条填塞鼻孔，可防止术后鼻塌陷或粘连，保持正常呼吸功能。

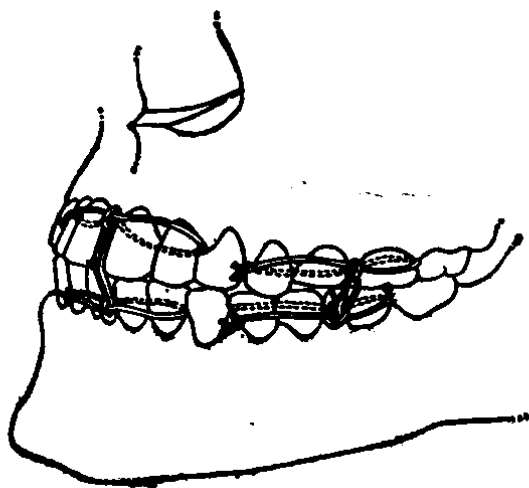


图1～4 颌间结扎

四、对术中意外的防护 保证病人手术安全是每个医生必须首先考虑的问题。手术中稍有粗心，就可能危及病人生命。全身与局部因素均可造成病人的不安全。全身因素方面多来自心血管系统，如脑血管意外、心搏骤停、休克等。因此，对全麻病人和年龄较大、手术较大的病人，如上下颌骨