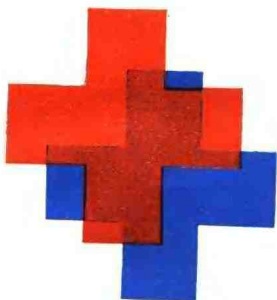


緒英 著
晉勤 著
焉呂

口腔颌面良性肿瘤



9.8

青海人民出版社

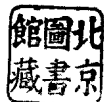
R739.8
1
3

口腔颌面良性肿瘤

焉晋绪 吕勤英 编著

青海人民出版社

一九八七年·西宁



B 446700

口腔颌面良性肿瘤 / 焉晋绪, 吕勤英编著. — 西宁: 青海人民出版社, 1987.4

145页: 32开

ISBN 7-225-00040-3; R·1: 1.00元

I. 口… I. ①焉…②吕… II. ①口腔颌面部疾病—口腔肿瘤③口腔肿瘤—口腔颌面部疾病 V.R739.8 65.85595
R739.8

口腔颌面良性肿瘤

焉晋绪 吕勤英 编著

*

青海人民出版社出版

(西宁市西关大街94号)

青海省新华书店发行 青海新华印刷厂印刷

*

开本: 787×1092毫米 1/32 印张: 4.75 插页: 4 字数: 9000

1987年4月第1版 1987年4月第1次印刷

印数: 0,001—3,400

统一书号: 14097·100 定价: 1.00元

ISBN 7-225-00040-3/R·1

内 容 提 要

口腔颌面良性肿瘤是口腔外科常见疾病之一。本书比较系统地介绍了这类疾病的发病机制、临床表现、病理、诊断、鉴别诊断和治疗等，内容简明，资料丰富，可供口腔科、五官科、外科医务工作者及医科学生参考。



目 录

概 论..... (1)

第一章 牙源性肿瘤..... (5)

釉质瘤(6) 造釉细胞瘤(7) 钙化性牙源性上皮瘤(12) 牙源性粘液瘤(13) 牙源性纤维瘤(14)
牙骨质瘤(15) 牙本质瘤(15) 牙骨化性纤维瘤(16)
牙瘤(16)

第二章 颌骨的骨及软骨肿瘤以及肿瘤样病变..... (20)

骨疣(20) 骨瘤(21) 骨样骨瘤(23) 良性骨母细胞瘤(24) 骨化性纤维瘤(25) 颌骨纤维瘤(26)
颌骨粘液瘤(27) 软骨瘤(29) 骨软骨瘤(30) 软骨母细胞瘤(30) 巨细胞瘤(31) 颌骨胆脂瘤(33)
颌骨的肿瘤样病变(34)

第三章 血管瘤..... (40)

毛细血管瘤(47) 海绵状血管瘤(48) 蔓状血管瘤(49) 复合性血管瘤(49) 混合性血管瘤(49)
血管瘤病(50) 血管球瘤(51) 良性血管内皮瘤(52)
血管外皮细胞瘤(53) 颌骨血管瘤(54) 老年性血管瘤(55)

第四章 淋巴管瘤..... (56)

单纯性淋巴管瘤(57) 海绵状淋巴管瘤(58) 囊状淋巴管瘤(59)

第五章 软组织肿瘤..... (62)

颌瘤(62) 妊娠性颌瘤(64) 乳突状瘤(64) 纤维瘤(65) 脂肪瘤(66) 平滑肌瘤(66) 肌母细胞

瘤(67) 横纹肌瘤(68) 毛发上皮瘤(69) 钙化上皮瘤(70) 皮脂腺瘤(71) 汗腺肿瘤(72) 畸胎瘤(74) 神经纤维瘤(74) 丛状神经纤维瘤(76) 神经纤维瘤病(77) 外伤性神经瘤(77) 神经节瘤(78) 颈动脉体瘤(78) 颈动脉瘤(83)

第六章 涎腺肿瘤..... (85)

涎腺混合瘤(86) 腮腺乳突状淋巴囊腺瘤(88) 嗜酸性细胞腺瘤(90)

第七章 口腔颌面部囊肿..... (91)

下颌正中囊肿(91) 腭正中囊肿(92) 鼻腭囊肿(93) 球状上颌囊肿(94) 根端囊肿(95) 始基囊肿(97) 含牙囊肿(97) 牙源性角化囊肿(98) 牙周囊肿(100) 单发颌骨囊肿(100) 动脉瘤样骨囊肿(101) 腮腺囊肿(101) 舌下腺囊肿(102) 颌下腺囊肿(104) 粘液囊肿(105) 舌前腺囊肿(105) 牙龈囊肿(106) 皮脂腺囊肿(106) 表皮样囊肿和皮样囊肿(107) 鼻唇囊肿(109) 甲状舌管囊肿(109) 附:颈正中瘻(111) 鳃裂囊肿和瘻管(111) 喉膨出(117)

第八章 色素痣和黑色素瘤..... (120)

色素痣(120) 黑色素瘤(125) 白色海绵状斑痣(128)

第九章 癌前病变..... (129)

白斑(129) 红斑(131) 扁平苔癣(131) 乳突状瘤(132)

第十章 颈部肿块的鉴别诊断..... (133)

参考文献..... (141)

概 论

肿瘤是人体组织细胞在不同致癌因素长期作用下，发生过度增殖及分化异常而形成的新生物，其外形通常表现为肿块。它是一种常见病、多发病。

原则上讲，机体任何组织细胞均可过度增生而形成肿瘤，而另有一些肿瘤是由机体发育过程中身体内残留的胚胎性细胞增生而形成的。这种肿瘤在口腔颌面部肿瘤中占有重要位置，是当前医学领域中正在研究的课题之一。

良性肿瘤可发生于任何年龄。一般生长缓慢。病程由几

年至几十年。体积大者可如小儿头，呈膨胀式生长，状如球形或结节状，有完整的包膜，界限清楚，不侵犯周围组织，可移动，不向远处转移（见图1）。

良性肿瘤除生长在要害部位和有并发症者外，一般对人体影响不大，也很少危及患者的生命。细胞病理分化良好，细胞形态和结构与正常组织相似，如处理得当，

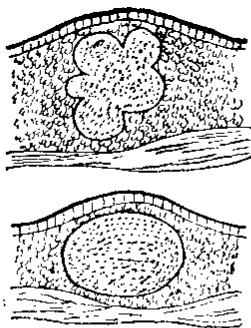


图1 良性肿瘤的生长方式

手术切除后不再复发。

然而肿瘤的“良”、“恶”性之间，并没有绝对界限。某些良性肿瘤在一定条件下可以恶变成癌。恶性程度低的肿瘤其经过与良性肿瘤近似；而另一类肿瘤，虽然病程很长，但局部有浸润，介于良性与恶性之间，称为“临界瘤”。

口腔颌面良性肿瘤的发病率，根据不同医疗机构的统计，差异很大，总的趋势是良性肿瘤发病率高于恶性肿瘤。如上海第九人民医院统计：在口腔颌面肿瘤5069例中良性占69.6%。罗德元氏报道，四川地区占56.5%。陆先韞氏报道，陕西地区占59.4%。青海省人民医院口腔科统计：716例口腔颌面肿瘤中良性占77%，较其他资料略高。

口腔颌面部良性肿瘤是在无症状中生长，就诊时主诉多为肿块、颌面畸形，或因瘤体巨大而致功能障碍，或因色素异常沉着有碍美观。颌面和口腔除颞下咽旁区和翼腭凹肿瘤外，其余均能借肉眼直接观察，或用手直接触得明确的轮廓，所以大体诊断并不困难。但是，由于颌面部淋巴系统十分丰富，淋巴结的分布范围很广，数量也多，如腮区的腮腺包囊内外均有分布，易和腮腺混合瘤相混淆，而颌下区的淋巴结两侧有20余个，应与颌下腺的肿瘤相区别。所以，详细收集病史，对鉴别诊断是不可缺少的。在日常医疗工作中，借助于血管造影来确定血管瘤的病变范围，对治疗非常重要。如单侧嚼肌肥大易误诊为腮区肿瘤，其区别是嚼肌肥大患者用力咬紧牙关时，在肥大的嚼肌可触得清楚的肌束轮廓。将舌根异位甲状腺误诊为肿瘤切除后致甲状腺功能低下者亦有报道，应引以为戒。

在诊断口腔颌面肿瘤时，关键在于区别其良性或恶性，因两者在治疗方法上有原则不同。

在诊断时良性肿瘤与恶性肿瘤的区别原则可根据下列各点：

1.生长速度：良性肿瘤生长缓慢，几年或几十年不见明显增大，生长过程中除特殊部位，如颌后、颞颌关节、喙突可致开口障碍，颈部可压迫神经而出现特有症状外，一般无功能障碍，亦无疼痛；而在恶变时，生长迅速，疼痛，或破溃及坏死、溃疡等。

2.生长方式：良性肿瘤呈扩张式生长，不侵入周围的健康组织，与周围组织的界限清楚，有完整的包膜，手术摘除容易。恶性肿瘤呈浸润式生长，与周围组织的界限不清楚，且紧密粘连在一起，不易活动，无包膜。

3.转移情况：良性肿瘤无转移；而恶性肿瘤可沿血液或淋巴向远处转移。

4.病理所见：良性肿瘤的细胞形态与正常组织细胞相似；而恶性肿瘤细胞则呈低分化，结构不规则，与正常组织细胞差别很大。

5.手术后复发情况：良性肿瘤手术后不复发，或很少复发；恶性肿瘤手术后易复发。

6.对人体影响：良性肿瘤对人体影响较小，主要是畸形，或在一些特殊部位，由于压迫神经而引起功能障碍，如Horner氏症候群等。恶性肿瘤危害大，可破坏邻近组织器官，并向远处转移，晚期可致恶病质而死亡。

诊断方法：

1.病史：详细询问病史是判断良性肿瘤的基础。如询问发病时间、肿瘤的生长速度及生长过程中的自觉症状等。

2.视诊：观察肿瘤的位置及所在部位与邻近器官的关系，肿瘤体积大小、形状，是否随吞咽而活动等。

3.触诊：触诊肿瘤的位置、大小、硬度，表面是否光滑，是否呈结节状，活动度的大小以及与周围或深层组织是否有粘连，有无随血管搏动的情况及波动感等。如果有波动，多为囊性肿瘤；软如面团状者可为皮样囊肿；瘤体大小可随不同体位而变化者多为血管瘤。

4.穿刺：通过穿刺囊性肿瘤所得的内容物，可初步区别其种类。如为实体性肿瘤，用穿刺所得的组织即可进行病理检查。

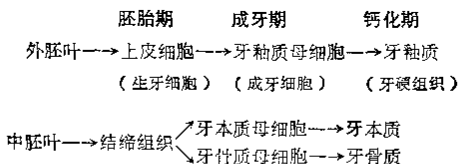
5.X线：X线检查可以鉴别各种不同的颌骨内肿瘤；颈动脉造影可以诊断颈动脉体瘤和血管瘤等。

第一章 牙源性肿瘤

牙瘤一词来自希腊语“由牙组成的肿瘤”。远在公元前1800~500年青铜时代的尸体颌骨内就已发现钙化性“牙瘤”的存在。Herodotus氏发现公元前479年的战场颅骨的颌骨内即有“牙瘤”。至于有关牙瘤的病理和分类问题，迄今尚未统一。

要说明牙源性肿瘤的发生，首先要熟悉牙齿的发育过程。

简单来说，牙齿的发育是由胚胎期、成牙期和钙化期演进而成，其过程如简图所示。

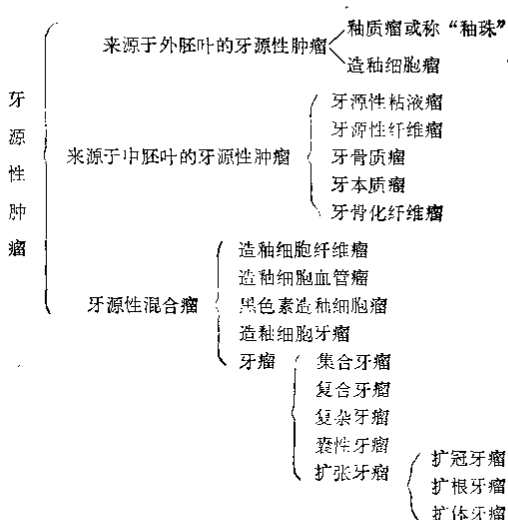


牙源性肿瘤的发生，是由牙齿发育过程中一种或两种以上的生牙细胞发生异常变化而引起的。牙齿在发育过程中，残余的上皮集团遭遇了某种机会，亦会发展成牙源性肿瘤。

牙源性肿瘤并不常见。陆先韞氏统计的1203例肿瘤中，牙源性肿瘤有68例；上海第二医学院附属九院的5069例口腔

肿瘤，牙源性204例，占4%；青海省人民医院的牙源性肿瘤占2.5%。

牙源性肿瘤的分类如下：



釉 质 瘤

釉质瘤是由发育成熟的釉质所组成。这种釉质与正常的釉组织结构无区别。

Baume氏和Schlenker氏认为，釉质瘤是由残余的发育不全的造釉器所形成。

最常见的釉质瘤是附着在牙根的侧面，特别是在多根牙

的牙根分叉处的釉质牙骨质界的稍下部。

在极少情况下，釉质瘤可不附着在牙根上，而独立存在，这时多位于两个前磨牙之间。

造釉细胞瘤

1778年Sourdain氏首先报道一例造釉细胞瘤。1885年Malassez氏报道本病时称谓“牙釉质瘤”。直至1934年，Churchill氏始命名为造釉细胞瘤。

在1894年В.Н.Массин氏报道一例新生儿的造釉细胞瘤位于上颌牙龈上，并罹及上唇。

造釉细胞的上皮来源：

牙源性上皮（如残余的牙板、釉质器、Malassez上皮残余），牙齿发育过程中组织发育障碍和牙滤泡性囊肿上皮，或直接来自口腔覆盖上皮的基底细胞。

造釉细胞瘤的分类：

造釉细胞瘤的病理分类到目前为止仍在争论中。按组织形态可分为：

原始造釉细胞瘤、造釉器样造釉细胞瘤、基底细胞样造釉细胞瘤、棘细胞样造釉细胞瘤、腺样造釉细胞瘤。

临床表现：

颌骨造釉细胞瘤最主要的症状为颌骨畸形，如出现局部生长缓慢的包块，初期无痛或略有疼痛。由于畸形而造成咀嚼、吞咽、语言困难等生理功能障碍。

颌骨造釉细胞瘤无论是在皮肤表面或是在口腔粘膜上，都可以发生溃烂而致继发性感染并形成瘻管（见图版第1页

图2)。

造釉细胞瘤生长速度较慢，但在某一时期并有外伤、感染等外因刺激时，生长速度可以加快。

如果造釉细胞瘤是由牙胚上皮残余或牙滤泡上皮受到刺激而发生者，可伴有牙痛。

造釉细胞瘤内若含有牙齿，则呈现含牙囊肿症状，在临床上很难鉴别，只有依靠病理检查才能确诊。

造釉细胞瘤虽是良性肿瘤，不具有迁徙性，但亦有恶变的病例。

文献曾报道在身体内其它部位也可发生造釉细胞瘤，如股骨造釉细胞瘤、桡骨造釉细胞瘤、唇造釉细胞瘤和垂体造釉细胞瘤等。

诊断：

颌骨造釉细胞瘤的诊断比较容易。因为它具有比较典型的症状，当有一个长期的颌骨中央性的包块存在而又没有恶性症状时，就应当考虑有造釉细胞瘤存在的可能。

造釉细胞瘤X线片上的表现多是一些典型表现，而异常表现的造釉细胞瘤则很少被研究。据 A.Л.Козырева氏的记述，造釉细胞瘤在X线片上有下列表现(见图3 I ~ K)：

1.由许多大小不等的圆形囊腔组成，囊腔之间有骨性中隔将其分割，肿瘤体积较大时，有的囊腔之间的骨性中隔可以消失(如图3— I)。

2.一个大的囊腔周围，围绕着一群小的囊腔(如图3— II)。

3.呈多房性囊肿，在囊腔内有牙齿形成，其形态多类似

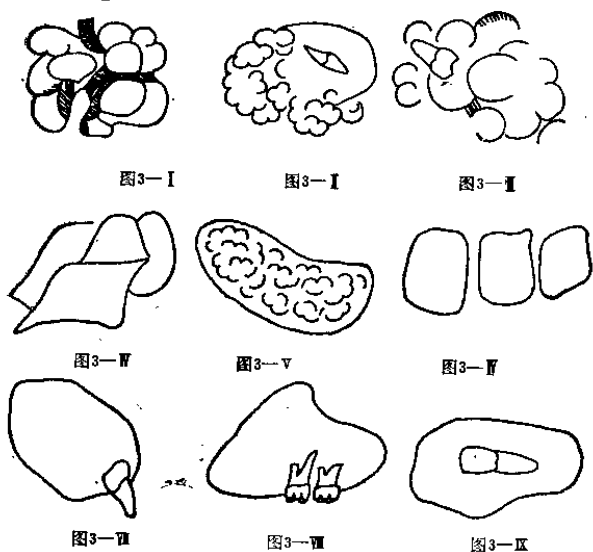


图3 造釉细胞瘤在X线片上的表现

磨牙，或有多少不等的类牙体（如图3—Ⅱ）。

4. 有的造釉细胞瘤不呈现囊状改变，而多由大小不等的多角形囊肿所组成（如图3—Ⅳ）。这种造釉细胞瘤类似骨纤维异常增殖症。

5. 有的造釉细胞瘤由许多小的囊肿组成，类似大理石样的花纹，单从X线片上看，与骨髓炎、骨肉瘤相似，多见于青年女性病人（如图3—Ⅴ）。

6. 有的造釉细胞瘤由几个大的各自独立的囊肿组成（如

图3—Ⅵ)，与其它多发性囊肿的区别是：这种造釉细胞瘤形式上作为一个囊，有时在囊肿的边缘有不大的月形缺损，此缺损与囊肿相融合。

7.有的造釉细胞瘤呈单囊性，但囊肿的边缘不整齐，有大小不等的圆形缺损（如图3—Ⅶ）。

8.造釉细胞瘤有时可占据牙槽突并将牙根尖包入囊肿内，这时易被误诊为根端囊肿（如图3—Ⅷ）。

9.有的造釉细胞瘤与含牙囊肿类似，仅在组织学上才能区别（如图3—Ⅸ）。

治疗：

颌骨的造釉细胞瘤，因生长缓慢，病程较长，有少数病人可发生恶变，因此，在治疗上对化学疗法和放射疗法均不敏感。现在临床上公认的最合理的治疗方法是施行外科手术。

造釉细胞瘤实际罹患范围比X线片上所显示的范围要大得多。因此，在临床上所采用的刮治术或局部切除术，虽然有不破坏颌骨的连续性且能保持较好的颌骨功能的优点，但术后的复发率很高。据А.П.Козырева氏观察的16例刮除的病例无一幸免复发。Kegel氏曾见到1例由于不彻底的手术而复发22次，并因多次复发而死亡。由于不彻底的手术而多次复发亦可导致肿瘤的恶变和转移。Waterworth和puls-lar氏在1948年曾报道过颌骨造釉细胞瘤术后肺组织转移的病人。据А.П.Козырева氏收集的资料，颌骨造釉细胞瘤恶变后多转移至局部淋巴结，如颌下、颈部、纵隔处等，亦有向肋骨、胫骨和肺组织转移的病例，转移的病人几乎都是由不彻底的手术所致。

造釉细胞瘤瘤体的边缘呈树枝状突起伸向骨组织内，X线片上显示的病变范围和肿瘤的实际范围有明显的区别，其关系如图4所示，黑线表示造釉细胞瘤的实际病变所占据的范围，虚线表示X线片上所呈现的病变范围。



图4 造釉细胞瘤实际病变范围和X线片上的区别

在造釉细胞瘤的手术治疗中，刮除术早已被废除。1965年王飞鹏氏提出对颌骨造釉细胞瘤施行凿骨术，虽较刮除术为优，但仍不能确保切除病变组织后而不再复发，因此亦未被推广。现应用较普遍的治疗方法是截骨术。但截骨的范围究竟多大为宜，至今尚无统一标准，不过根据一些学者的意见，认为远离X线片上所显示的病变即距囊肿边缘大1.0厘米为宜（见图5 I—Ⅵ）。造釉细胞瘤切除后的骨缺损，在上颌骨则用膺复治疗；在下颌若切除肿瘤后尚能保持下颌的连续性时，可用托牙修复。若因造釉细胞瘤体积过大，切除肿瘤后已破坏了下颌骨的连续性，可采用立即自体骨（肋骨、髂骨）移植，以恢复其下颌骨的连续性及其功能。在当前条件下，不论肿瘤有无继发感染，植骨均可获得成功。