

王能安 著

口腔颌面外科临床经验集萃



人民军医出版社

32
NA

4416/02
口腔颌面外科临床经验集萃

KOUQIANG HEMIAN WAIKE
LINCHUANG JINGYAN JICUI

王能安 著



A0049572

人民军医出版社

1991. 北京



内 容 提 要

本书是作者几十年经验的总结。其主要内容是临床上经常遇到而现行教科书又限于篇幅未论及的问题,涉及口腔颌面外科基础技术、术后处置、X线诊断、麻醉、间隙感染、拔牙、裂唇裂腭修补等。可供口腔科临床医师参考。

责任编辑 陈旭光

口腔颌面外科临床经验集萃

王能安 著

*

人民军医出版社出版

(北京复兴路22号甲3号)

(邮政编码: 100842)

北京孙中印刷厂印刷

新华书店总店科技发行所发行

*

开本: 787×1092 mm 1/32·印张: 3.25·字数: 67千字

1991年10月第1版 1991年10月(北京)第1次印刷

印数: 1~5600 定价: 1.95元

ISBN-7-80020-246-1/R·204

〔科技新书目: 247—201③〕

前 言

本人从事口腔颌面外科工作已40年。经历了我国口腔颌面外科专业从无到有的创建阶段和从小到大的发展过程。当前这项事业已经得到蓬勃发展，干部队伍日益壮大，技术水平不断提高，已跻身于世界先进行列。本人作为参予这项事业并为之努力的一员，感到无限欣慰。

但口腔颌面外科专业的整体情况，由于起步迟早不一，实践条件又各不相同，因此水准差异很大。许多同行投身此项工作多年，积累了相当丰富的临床经验。但也有相当一部分年轻医生，工作时间不长，许多方面尚缺乏经验，因此在临床工作中有时处置不当或苦于无法，给伤病员带来不应有的痛苦。并且，当前有关的教科书限于篇幅及深度，只介绍一些常见的一般情况，许多具体问题未详尽叙述。

有鉴于此，笔者不揣冒昧，将多年来在口腔颌面外科临床实践中接触的若干问题，编写成册。这些问题一般属于临床医师经常触及，而教科书中无法查到的问题。如能对年青一代有所裨益，将是本人的最大愿望。

本书所述及的经验，只限于本人的实践认识，许多这方面的专家都有很多有益的经验，希望读者广闻博采，一一吸收，在自己的实践中借鉴及发展。

本书于数年前即已成稿，但因客观原因未能及时付印。现经总后卫生部及我院领导热情支持，得以出版，谨表谢忱。书中插图为我院绘图室田文珊、谭秋华同志精心绘制，特此致谢。

中国人民解放军
总医院
王能安
1991年元旦于北京

目 录

一、口腔颌面部手术基础技术	(1)
(一) 合理选用术前消毒剂.....	(1)
(二) 颌面部手术切口的设计要有利于手术入路和减少术后疤痕.....	(2)
(三) 颌下、耳下切口应避免面神经下颌缘支瘫痪.....	(4)
(四) 颌面部手术结扎止血要按整形外科原则进行.....	(4)
(五) 结扎止血要防止松脱.....	(5)
(六) 减少组织分离解剖时的损伤.....	(6)
(七) 力求减少伤口或创口的疤痕.....	(7)
(八) 避免小针、细线的折断.....	(9)
二、口腔颌面部术后处置	(12)
(一) 合理掌握拆线时机.....	(12)
(二) 减少拆线时的疼痛.....	(13)
(三) 需放置引流的创口.....	(14)
(四) 合理选用引流物.....	(15)
(五) 更换及去除引流的时间.....	(16)
(六) 伤口暴露或覆盖决定于伤口的性质.....	(16)
(七) 伤口涂药与否要根据伤口情况决定.....	(18)
(八) 伤口冲洗要选择不同药物.....	(18)
(九) 术前、术后分别选用漱口水.....	(19)
(十) 加压包扎方法.....	(20)
(十一) 颌面部绷带包扎要防止松脱.....	(21)
三、口腔颌面部X线诊断	(22)
(一) 拍摄牙片时影象变长的原因及防止方法.....	(22)

(二) 口腔咽部造影检查腭咽部肿物.....	(22)
(三) 角位骰片的应用.....	(23)
(四) 前牙埋伏阻生牙、多生牙术前定位.....	(23)
(五) 囊腔造影.....	(25)
四、口腔颌面部手术的麻醉.....	(27)
(一) 口腔颌面部手术全麻的选用.....	(27)
(二) 喉头痉挛的防止与处理.....	(29)
(三) 局麻麻醉剂浓度的选择.....	(29)
(四) 局麻镇痛不全时提高麻醉效果的方法.....	(31)
(五) 浸润麻醉中合理用药提高效果.....	(33)
(六) 减轻局麻注射时的疼痛.....	(33)
(七) 阻滞加浸润、骨膜上加骨膜下麻醉解决镇痛不全...	(35)
(八) 在一些敏感病人中安全应用局麻.....	(36)
(九) 高血压、心脏病病人局麻的应用.....	(37)
(十) 局麻并发症的预防与处理.....	(38)
(十一) 切开引流时做到局麻安全无痛.....	(39)
(十二) 上颌前部阻滞麻醉.....	(40)
(十三) 上颌结节注射并发症的预防.....	(41)
(十四) 口腔和鼻腔同时手术时处理好口腔插管.....	(43)
(十五) 颧骨骨折开放复位时局麻可以做到无痛.....	(44)
五、拔牙及阻生牙拔除有关问题.....	(46)
(一) 出血性疾病患者拔牙后出血的处置.....	(46)
(二) 多数牙拔除应同时作齿槽修整.....	(47)
(三) 正确评价和应用“冲拔法”.....	(48)
(四) 上颌前部埋伏牙拔除切口的选用.....	(50)
(五) 减轻阻生牙拔除术后反应.....	(50)
(六) 防止和处理阻生牙拔除时牙根或全牙堕入舌侧 软组织.....	(53)
(七) 阻生牙拔除时牙根堕入的判断.....	(53)

(八) 减少阻生牙拔除术后并发症.....	(54)
六、舌系带修整及口腔上颌窦穿孔修补.....	(55)
(一) 提高舌系带修整效果.....	(55)
(二) 大型口腔上颌窦穿孔修补.....	(56)
七、口腔颌面部炎症及间隙感染.....	(58)
(一) 颌周间隙感染的鉴别诊断.....	(58)
(二) 冠周炎可能合并放线菌病.....	(59)
(三) 穿刺注药治疗脓肿.....	(60)
(四) 切开引流术后菌血症的防止.....	(61)
八、口腔颌面部肿瘤、囊肿的治疗.....	(63)
(一) 颌骨囊肿各种囊腔的处理.....	(63)
(二) 边切边缝切除口腔肿瘤.....	(68)
(三) 颌骨中央性血管瘤可以不作切骨.....	(68)
(四) 囊状水瘤治疗方法.....	(69)
(五) 穿环造口治疗舌下囊肿.....	(70)
(六) 舌前腺囊肿切除要彻底才能避免复发.....	(72)
(七) 硬化剂的选用.....	(73)
(八) 避免皮脂腺囊肿术后复发.....	(74)
九、颌面部创伤.....	(77)
(一) 正确判断伤情.....	(77)
(二) 预防颌骨骨折开放复位后合并感染.....	(78)
(三) 改进的上前牙脱臼结扎固定方法.....	(80)
(四) 颞颌关节脱位复位与否的判断.....	(80)
十、涎腺疾患.....	(83)
(一) 慢性化脓性腮腺炎的一种治法.....	(83)
(二) 涎腺手术避免术后涎痿.....	(83)
十一、唇裂与腭裂修补术.....	(87)
(一) 防止唇裂修补术后裂开.....	(87)
(二) 犁骨粘膜瓣修补术中瓣长不足的补救.....	(89)
(三) 防止腭裂修补术后裂开.....	(90)

(四) 腭裂修补术后复裂及穿孔修补成功的关键.....	(91)
十二、皮片移植.....	(92)
(一) 大面积植皮的加压包扎固定.....	(92)
(二) 术中自制大块碘仿纱布.....	(93)
(三) 供皮区愈合不良合并感染的处置.....	(93)
(四) 供皮区脱皮、水疱、增生的处理.....	(95)

一、口腔颌面部手术基础技术

(一) 合理选用术前消毒剂

虽然口腔常驻微生物平时一般是不致病的，但通过手术也可致病，而且，在手术时也可能带进外来菌种而引起感染。因此，口腔颌面部手术一定要认真执行消毒技术和无菌操作。

口腔颌面部器官组织有其特殊性，即大部分外露，涉及面容问题，组织比较娇嫩，应用刺激性过强的消毒剂易造成面部皮肤色素沉着、皮肤剥脱及粘膜皱缩剥脱，甚至形成化学性损伤。所以，适用于身体其它部位的消毒剂，口腔颌面部就不一定适宜。应该根据口腔颌面部的实际情况分别选用不同的术前消毒剂。根据笔者的经验及当前药物供应情况，认为可按下述情况选择消毒剂。

1. 口腔内消毒 一般口腔小手术以0.1% (1:1000) 硫柳汞酞较好，如手术需要严格消毒，可连续涂擦2次。或局麻注射部位及手术切口再以1%碘酞棉球消毒一次为妥。

2. 面颈部皮肤 手术消毒以1%碘酞结合75%酒精消毒较好。也可用0.1%硫柳汞酞及75%酒精消毒。如属植骨等手术，除用1%碘酞消毒外，可用75%酒精消毒2次。这样可以达到消毒无菌目的，又不造成皮肤损害。

3. 植皮切皮区可用1:1000硫柳汞酞涂擦两次或用1%碘酞及75%酒精消毒。2.5%以上浓度的碘酞易损伤皮肤表层，不利于皮片生长，故不宜应用。

4. 植骨取骨区 可用2.5~5.0%的碘酞及75%酒精消

毒。

(二) 颌面部手术切口的设计要有利于手术入路和减少术后疤痕

颌面部手术切口的设计，比身体其它部位具有更重要的意义。颌面部手术切口设计时要特别注意有利于手术入路和尽量减少疤痕。作者曾见到因为手术切口设计不合理而使异物不能去除的事例。也见到不少由于未注意手术切口设计及正确入路而造成面神经下颌缘支瘫痪的病例。至于切口设计不当使面颌部疤痕明显的也非少数。所以颌面部手术切口设计的研究实属必要。

1. 手术切口设计尽量顺沿颌面部的平面交界折皱处

(1) 鼻唇沟切口可沿鼻唇沟鼻面与颌面交界的皱折方向切开(图1①)。

(2) 眶下睑下切口可顺下睑与眶下皮肤所形成的折皱(下睑沟)切口(图1②)。

(3) 唇红缘切口可沿唇红缘与上(下)唇皮肤交界处作弧形切开(图1③)。

(4) 耳前切口可顺耳轮脚、耳屏、耳垂前与腮腺

嚼肌区皮肤所形成的交界折皱作曲线切开(图2①)。

(5) 耳下切口(下颌后部切口)可沿耳后腮腺嚼肌部

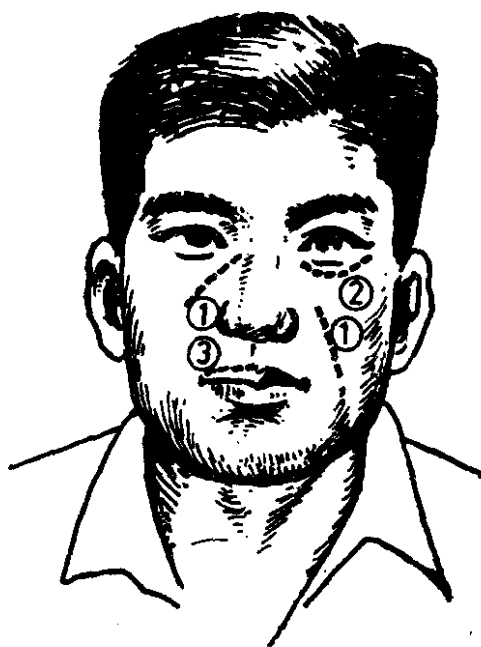


图1 鼻唇沟、眶下下
睑沟、唇红缘切口

①鼻唇沟；②眶下下睑沟；
③皮肤唇红缘

与颈部皮肤形成的交界面折皱处向下前绕至颌下作弧形切开（图2②）。

（6）颌下切口可沿颌下部距下颌下缘约1.5cm处颊面与颈面交界面折皱作平行切开（图3）。并注意皮肤切口与颈阔肌切开不在同一纵深。

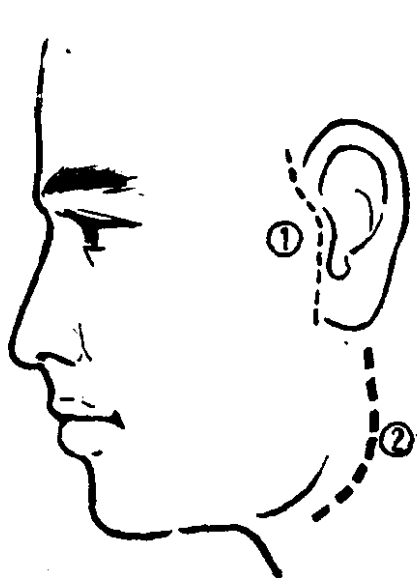


图2 耳前、耳下切口

①耳前切口；②耳下切口

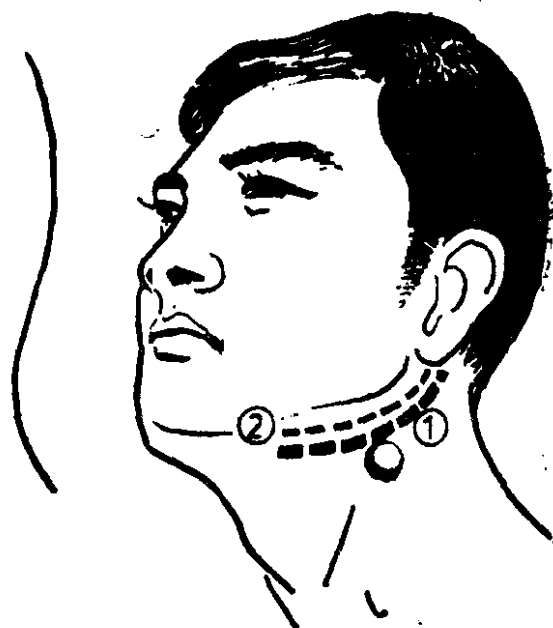


图3 颌下区切口

①皮肤切口，②颈阔肌切口

（两切口相距0.5cm）

2. 手术切口在保证暴露的基础上尽量不要太长 手术切口的目的是为了手术入口，切除肿物或进行深部手术。切口不是越长越好，只要达到暴露目的应该尽量不使切口太长，因切口越长疤痕越长越明显，这样就会给伤病员带来社交上的烦恼、心理上的异常、甚至终生遗憾。同时也要注意部位隐蔽，已切开的皮肤切口要注意充分利用，即皮下、肌肉层要充分分开，以利暴露，不要轻易决定延长皮肤切

口。当然，切口过小，暴露不好，造成重要组织器官损伤也是要注意防止的。

（三）颌下、耳下切口应避免面神经下颌缘支瘫痪

笔者常见到一些伤病员手术后并发面神经下颌缘支瘫痪，给伤病员精神上带来压力和痛苦。造成这结果的原因，主要是由于手术者在切口设计和组织解剖时未充分认识面神经下颌缘支的解剖关系和如何避免损伤。

为避免下颌缘支损伤，首先要注意切口设计，即手术切口要距下颌下缘约1.5cm处与下颌下缘平行。皮肤皮下组织切开以后，颈阔肌切口的位置不要在同一纵深，而应该向颌下缘方向上移0.5cm左右切开，这样可以减少术后疤痕收缩而造成的切口皮肤凹陷。

颈阔肌切开以后，不要在下颌下缘外侧面接近下颌下缘分离解剖，因此处正是面神经下颌缘支与面动脉交叉并越过下缘向上处，如在此处分离极易损伤面神经下颌缘支。因此，颈阔肌切开后应在下颌下缘最低处或稍偏内侧切开骨膜，翻开骨膜及其浅层的软组织，这样面神经下颌缘支即被包括于翻开的软组织内，可以避免损伤。

另外要强调的是，在用拉钩牵拉翻开的骨膜及软组织时，要避免暴力牵拉和按压过重，否则也会损伤面神经下颌缘支。

（四）颌面部手术结扎止血要按整形外科原则进行

手术结扎止血的正确与否，可直接影响面颌部的外观和功能。因此，手术时结扎止血要做到组织损伤少，以减少术后疤痕的形成，从而减轻对面颌外形和功能的影响。为此，手术结扎止血要注意严格按照整形外科手术原则进行。也就是说，要用蚊式止血钳止血，钳喙与创面垂直，只夹出血点组

织，尽量少夹周围组织（图4）；此外缝线要细。这样，损伤小，术后形成的疤痕小，对颌面部的外形和功能的影响就小。

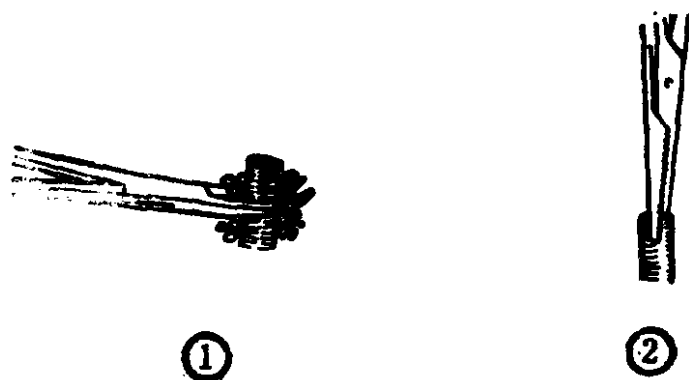


图4 颌面部结扎止血

- ①不正确夹法——用大的止血钳，平钳止血点，夹持过多的周围组织
- ②正确夹法——用蚊式钳，钳喙与创面垂直，只夹出血点，少夹周围组织

（五）结扎止血要防止松脱

口腔颌面部手术中常常要作出血点血管结扎，有些经验不足的年轻医生往往不易扎牢，扎后容易脱落。其原因是口腔颌面部手术部位一般较深，夹持组织少；结扎线较细，结扎时不能用力过大。因此不易扎牢而脱落。为了扎牢，防止松脱，要掌握以下几个要领：

1. 结扎线头要短，同时要放平 如果线头太长，容易被拉断，所以结头不能打紧，就容易松脱。如果结头提拉时未放平而是向上，结头也不易扎紧。因此，操作时结头两侧的线头要尽量缩短，同时手指向下使线头放平，手指尽量靠近结头，这样就水平拉紧的力量（分力）大而向上、拉脱的力量

小，结头就不容易松脱（图5）。

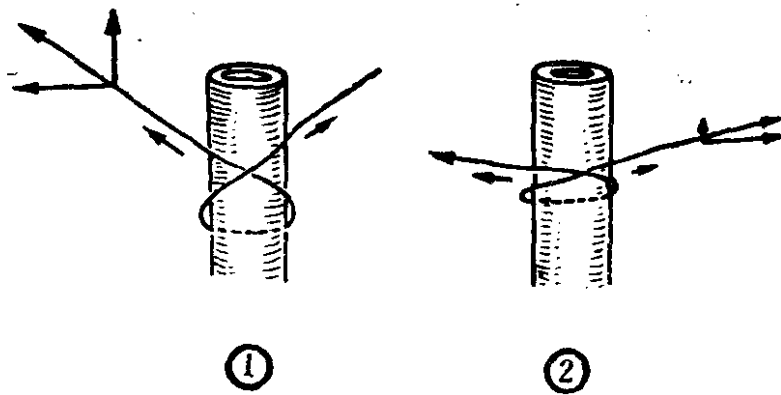


图5 口腔颌面部结扎血管的方法

①不正确，②正确。箭头表示用力方向

2. 结扎第一个结后先放松止血钳，然后加紧一次接着打第二个结 这样打结不易松脱。因为扎第一个结时如果止血钳不放松仍夹持在组织上，不加紧一次，结头就容易拉脱（图6）。

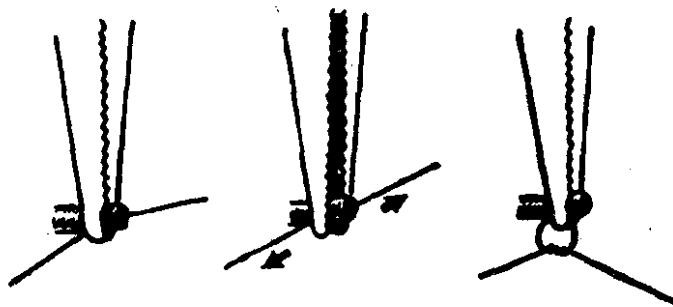


图6 结扎止血的打结方法

（六）减少组织分离解剖时的损伤

手术中解剖分离组织只是为了暴露及切除病变组织，或手术进入深部组织，其它的不必要的解剖分离势必增加不必要的损伤，形成术后组织粘连，影响手术效果。所以手术时解剖分离组织要有重点，避免盲目翻找，该分离的予以分

离，不该分离的组织要妥善保护。如皮下分离只有在伤口张力较大需要减张拉拢缝合时才要分离，其它情况就不必要分离；面部皮肤切口需要减张分离时只分离真皮下表情肌附着部分而不作脂肪下分离等等。

（七）力求减少切口或创口的疤痕

颌面部手术切口或创伤伤口术后疤痕明显主要有以下原因：创口张力过大未采取有效措施，缝合的针线过大过粗，术后处置不当造成伤口感染，疤痕体质，手术切口设计不合理。

为了减少手术后疤痕，要针对以上原因采取适当措施：

1. 充分减张 创口在有张力的情况下，组织缺血，容易发生坏死，术后疤痕明显；另一方面创口两侧组织因张力存在各向两侧牵开使疤痕增宽。因此，所有要缝合的创口均要很好减张。减张的措施包括：两侧组织潜行分离，皮下、皮内良好的减张缝合，创口外必要时再加用减张固定或减张缝合（褥式缝合等）。

皮下、皮内缝合对减张起到重要的作用，不要把减张的希望完全放在皮肤缝线上，因皮肤缝线几天后即将拆除，并不能真正起到减张作用，重要的是要缝合皮下、皮内组织，使张力由这些缝合线承担，做到皮肤创缘基本对合无裂隙，则皮肤系在无张力或很少张力的情况下愈合，自然疤痕会很少且不明显。

创口外的减张褥式缝合和减张固定（如蝶形胶布、唇弓等）只起辅助作用，而且也是暂时性的，不要把希望完全放在外固定上，要尽量做好皮下、皮内缝合。

2. 缝针要细 缝合颌面部创口用小针可以减少疤痕，这是众所周知的。但有些术者往往忽略这点，或不知道如何

选择缝针。

缝针，尤其是皮肤缝针(三角缝针)一定要细，一般缝合颌面部皮肤常用 $3/8$ 圆 3×8 或 4×10 规格的细三角缝针。针尖要锐利且窄，太钝太宽的缝针对皮肤损伤太大，在拆线后遗留疤痕就多，像“蜈蚣”样(图7)。如果一时找不到合适的三角缝针，就用细的圆缝针代替，也可获得较为理想的效果。

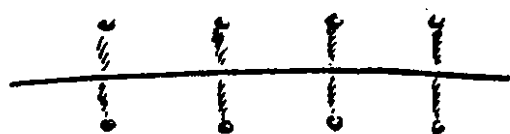


图7 蜈蚣样疤痕

3. 根据伤口张力情况选用不同粗细的缝线 颌面部皮肤伤口通常用3-0至5-0的细丝线进行缝合。同一创口也可用两种不同粗细的缝线缝合，如皮肤稍有张力，可选用3-0缝线缝合数针，然后在3-0缝线间再补加5-0缝线，这样既照顾了张力问题，又可达到减少疤痕的目的(图8)。如无3-0、5-0缝线，可将粗线捻开，分股理出作细线用，效果也很好。

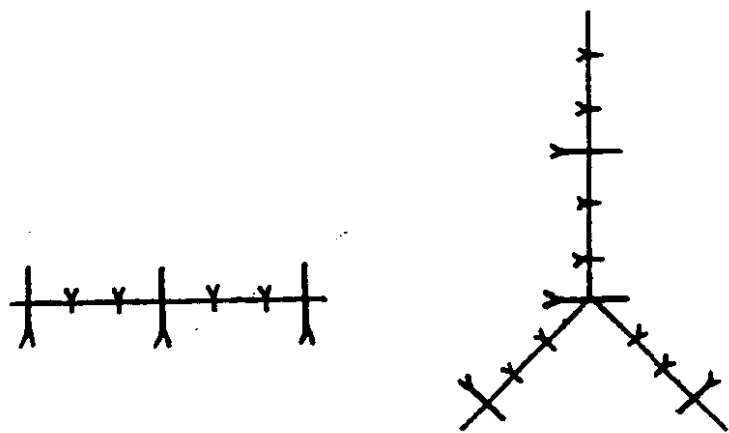


图8 粗细线间隔缝合

4. 缝线间距和深度要合适 缝线之间的间隔不能太稀也不能太密。太稀（即间距太远）皮肤创缘不能完全对合，疤痕就明显；太密，影响皮肤创缘血液循环，也会产生疤痕。根据笔者的经验，一般较大创口（如颌下切口）皮肤缝合以每厘米2针（即间距约0.5cm）较合适；较小创口（如裂唇修补术或面部皮肤痣、疤痕或粉瘤切除）以每厘米3针为宜。

此外，缝线不要距创缘太远，太远则针孔形成点状排列的“蜈蚣”样疤痕。一般较大伤口距创缘3mm较好，较小伤口2mm左右较妥。

缝线深度也不宜过深。因已有较确实的皮下、皮内固定缝合，皮肤已无多大张力，过深缝合实无必要，过深的缝合也会影响创缘血液循环产生过多疤痕。一般缝合至皮内即可。

5. 手术切口设计和术后处理要得当 手术切口设计已在〔2〕项内介绍过，不再重复；术后处理包括掌握拆线时机和防治感染（见第2类“口腔颌面部术后处置”）。这些对减少术后疤痕的发生非常重要。

（八）避免小针、细线的折断

颌面部创口在皮肤缝合时常需用较小的缝针和较细的缝线，以期达到愈合后疤痕少的目的。但由于针小、线细，就产生了易折易断的特殊问题。手术时一旦针折线断，就要延长手术时间，病人要忍受不必要的过量的麻醉药物和肉体上的痛苦。所以，研究掌握减少和避免针折线断很有必要。

1. 避免小的缝针弯曲折断

（1）进针方向要顺着针的弧形方向（图9①），即缝针