维普资讯 http://www.cqvip.com

中国局解手术学杂志 2002年第11卷第4期
Chin J Regional Anat & Operative Surg, 2002, Vol. 11, No. 4

CT对口腔颌面肿瘤和瘤样病变的诊断价值

孟存芳* 贾虹玉* 王 涛**

近年来，CT检查技术越来越广泛地用于口腔颌面囊肿、肿瘤和瘤样病变的诊断，并通过手术病理证实，显示了CT在口腔颌面部肿物诊断中重要的临床价值。现报道如下。

一、资料与方法

本组77例，男42例，女35例。男女之比为1.2:1，年龄2～83岁。临床症状可有颌骨向唇颊侧膨大(7例)，叩诊有乒乓球感(21例)，牙松动、移位和脱落(9例)，张口受限(11例)。病例中良性56例，恶性21例。本组病例均常规进行轴位扫描，19例行冠状扫描，35例增强扫描，层厚、层距均为5 mm。

二、结果

1. 手术病理所见

77例口腔颌面部肿物中，恶性22例：上颌窦癌肿10例，上颌窦肉瘤1例，颌骨肉瘤6例，牙龈癌2例，淋巴瘤3例；良性55例：含牙囊肿3例，根尖囊肿2例，额窦粘液囊肿2例，上颌窦粘膜下囊肿2例，鳃裂囊肿2例，牙源性角化囊肿5例，纤维瘤3例，骨瘤2例，血管瘤2例，牙瘤4例，造釉细胞瘤7例，淋巴管瘤3例，神经鞘瘤6例，神经纤维瘤5例，颈动脉瘤4例，颈动脉体瘤2例，颈静脉球瘤1例。

2. CT表现特点

(1)上颌窦癌：上颌窦内软组织密度影充填，如7例软组织肿块充满一侧窦腔，其中3例侵及相邻器官和组织；上颌窦骨质破坏，9例上颌窦骨质不同程度破坏，1例未见骨质破坏[3]。

(2)上颌窦肉瘤：上颌窦内软组织密度影充填至窦腔膨胀，上颌窦壁压迫变薄且骨质破坏。

(3)牙龈癌：牙槽突向下呈扁形骨质破坏，边缘呈虫蚀状，骨质破坏区内见肿瘤软组织影像[4]。

(4)淋巴瘤：上颌部不规则形软组织肿块，两例双侧颈部肿块，一例一侧颈部多发软组织密度肿块，三例均增强扫描，呈轻度均匀强化。

(5)含牙囊肿：下颌骨角部一例，尖牙区一例，上颌骨第三磨牙区一例。表现为颌骨内囊状低密度影，边缘清楚，三例囊腔内均含发育不同阶段的牙，牙冠朝向囊腔。

(6)根尖囊肿：颌骨内卵圆形骨质破坏区，形状规则，边缘清楚，两例均见病源牙根尖突入囊腔。

(7)额窦粘液囊肿：前组筛窦膨胀性肿物，密度不均，相临骨质受压变薄，一例肿物突入同侧眼眶内。

(8)上颌窦粘膜下囊肿：上颌窦下部呈软组织密度团块，密度均匀，上颌窦骨质无改变，上颌窦粘膜无肥厚。

(9)鳃裂囊肿：分别呈圆形或卵圆形囊性肿物，壁薄，两例囊肿均位于颈内和颈外动脉之间。

(10)牙源性角化囊肿：颌骨不规则形低密度破坏区，均沿颌骨长轴发展，四例颌骨向舌侧膨胀。四例病变呈单囊，一例呈多囊。

(11)纤维瘤：均表现为骨密度减低区，肿瘤内密度欠均匀，两例见点片状高密度影，两例多房，一例单房，颌骨均有一定程度膨胀。

(12)骨瘤：一例为松质型骨瘤，表现为圆形骨性突起，基底转宽，边缘光滑。一例为密质型骨瘤，表现为团状高密度，突出于骨表面，边缘光滑，呈分叶状

(13)血管瘤：一例下颌骨升支，一例颧骨均表现为团状混杂密度影，中见点状钙化。

(14)牙瘤：两例混合性牙瘤，表现为一团相当于牙齿硬组织高密度影，其边缘有一条清晰的低密度包膜。两例组合性牙瘤，表现颌骨内有许多大小不等、形态各异的小牙堆积，颌骨有膨胀。

(15)造釉细胞瘤：多房四例，表现为不规则形低密度区，呈多房状，分房大小不等且相互重叠，三例颌骨向唇颊侧膨胀，三例牙根有锯齿状吸收，两例牙根截断状吸收；单房两例，表现为单房低密度区，边缘呈分叶状，有切迹。一例牙齿有锯齿状吸收，一例蜂窝型，表现为大小基本相等的小分房，房隔厚且粗糙不规则。

(16)淋巴管瘤：颈部囊性肿物，两例无感染表现为水样低密度灶，密度均匀，边缘清楚光滑，一例肿瘤合并感染，表现为软组织密度团块，边缘模糊[1,2]。

(17)神经纤维瘤：颈部侧方软组织团块，密度均匀，注射造影剂后轻度强化[1,2]。

(18)神经鞘瘤：颈部侧方软组织团块，三例团块有囊性变，一例有钙化，增强扫描，软组织部分轻度强化。

(19)颈动脉瘤：动脉局限性扩张，两例见动脉内膜钙化，增强扫描，动脉瘤腔内显著增强。两例见位于瘤腔和动脉瘤内壁之间的血栓。

(20)颈动脉体瘤：两例均表现为颈动脉分叉部软组织密度肿物，呈圆形或卵圆形，边缘清楚。增强后肿瘤显著强化，CT值120 Hu左右[2]。

(21)颈静脉球瘤：颈静脉孔区软组织密度肿物，增强扫描肿瘤显著增强，颈静脉孔无扩大，孔边缘及颅底骨质破坏。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第二附属医院
** 佳木斯市鹤立中医院CT室

维普资讯 http://www.cqvip.com

三、讨论

口腔颌面肿瘤与瘤样病变包括颌骨囊肿、牙源性良性肿瘤、非牙源性良性肿瘤、瘤样病变和恶性肿瘤。囊肿是一种内含流体或半流体的病理性囊腔，并不是真性囊肿。发生在口腔颌面部的囊肿几乎都是上皮衬里和纤维结缔组织囊壁。口腔颌面部良性肿瘤和瘤样病变有原发于颌骨和软组织之分。WHO把良性牙源性和非真性肿瘤分为牙源性上皮和间充质性，伴或不伴牙之硬软组织形成；成釉细胞纤维牙本质和成釉细胞纤维牙瘤；牙源性间充质瘤，含或不含牙源性上皮，口腔颌面部恶性肿瘤有源于软组织之分，某些恶性肿瘤在骨组织和软组织内均可发生[4]。

以往口腔颌面部肿瘤诊断依靠临床触诊、口腔颌面部摄片、颈部B超和穿刺。口腔颌面平片，影象相互重叠，很难显示颌骨轻度骨质破坏，不能显示软组织肿物本身，无法观察瘤与周围器官和组织关系。临床触诊易漏掉小的肿物，无法了解肿物内部结构。

口腔颌面部CT扫描直观性强，而且可以不同角度，不同轴位观察，即能显示扫描区肿物形态，亦能直接反映肿物与颈部大血管关系，为临床治疗方案制定和手术可行性提供依据。故CT扫描是制定口腔颌面部肿瘤诊断和治疗方案制定不可缺少的检查手段。

参 考 文 献

1.李果珍，主编，临床CT诊断学.中国科学技术出版社，1994.151－167.
2.吴恩惠，主编，头部CT诊断学.人民卫生出版社，1995.224－256.
3.李银柱，鼻腔和鼻窦腺样囊性癌的CT诊断.中华放射学杂志，1998.32.165－167.
4.马绪臣，主编，颌面医学影象诊断学，人民卫生出版社，2000.108－143.

（收稿日期：2002－09－05）

86例腹部刀刺伤治疗体会

唐连君*

我科于1994年3月至2001年12月共收治86例腹部刀刺伤，现将治疗经验报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：男77例，女9例，年龄13～53岁，平均28.3岁。刀刺入口部位：左上腹23例，上腹18例，右上腹12例，左下腹13例，右下腹5例，左腰部5例，左、右下胸部3例，中腹、下腹及右腰部各2例，左背部1例。全身其他部位合并刺伤20例。

2.受伤至住院时间：1 h以内31例，1～3 h 36例，4～6 h 14例，7～9 h 4例，19 h 1例。

3.症状与体征：病人均有不同程度伤口疼痛，休克5例，有弥漫性腹膜炎36例，局限性腹膜炎23例，腹腔移动性浊音阳性45.9%，肠鸣音减弱或消失66.7%，腹腔穿刺有不凝血液11例，X线透视或摄片膈下有游离气体4例，网膜从伤口脱出19例，肠管脱出10例。术中发现受伤的脏器数：一处45例，二处20例，三处4例。未见腹腔内脏器或组织明显损伤8例。受伤的脏器有：小肠21例，胃16例，肝14例，结肠3例，胰、脾及膈各2例，十二指肠、肾及输尿管各1例，网膜及肠系膜28例等。腹腔内失血300～500 ml 9例，1000～1500 ml 6例，2500～3000 ml 2例。

4.手术方法：剖腹探查76例，其中8例没有发现腹腔内脏器或组织明显损伤，6例肠切除，1例脾切除，其余均行破裂缝合修补或缝合止血。未剖腹探查10例，其中5例单纯腹壁伤，5例腹壁穿通伤，指入探查腹腔有积血，其他无异常所见，病人脉搏、血压正常，腹膜炎不明显，肠鸣音正常，予以清创缝合，置管引流，观察无腹膜炎出现，愈合好。胸腔闭式引流1例。

二、结果

治愈83例，死亡3例，病死率3.5%。

三、讨论

1.重视早期诊断，选择恰当处理，提高治疗效果：腹部刀刺贯通伤常合并腹腔脏器的损伤，通常认为应常规剖腹探查，以免一些严重的腹内损伤误诊误治，导致严重后果。基于这种认识，本组除了5例单纯腹壁伤和另外5例腹壁贯通伤，一般状态好，本人拒绝手术，家属强烈要求保守治疗，观察没有腹膜炎出现，很快痊愈外，76例均行剖腹探查，结果：8例开腹查没见腹腔内脏器伤或明显组织伤，其中2例术前腹腔穿刺抽到不凝血液，术中见腹腔积血分别为50 ml、600 ml，积血来源于腹壁伤流入；有6例为肠系膜和/或网膜裂伤，2例肠浆膜下2 cm×2 cm小血肿，2例肝浅表割伤，术中破裂处均无明显搏动出血，非必须缝合止血。累计开腹中18例加保守治疗10例，共28例，占本组病例的32.5%，由此可以说，具有保守治疗可能性。因此，从实践认识到，对腹部刀刺伤不能一律手术探查，其原因：①据报道剖腹探查阴性的发生率太高，Forde等报告为43%，Maynard等报告为19%，王永征等报告为22.5%。②急诊手术

* 作者单位：116100 辽宁省大连市金州区第一人民医院