

牙源性颌骨囊肿诊疗指南

(2022 年版)

一、概述

颌骨囊肿是指发生于颌骨内的非肿瘤性囊性病变，是一种病理性囊腔，内含囊液或半流体物质，通常由纤维结缔组织囊壁包绕，绝大多数囊壁有上皮衬里。根据组织来源，颌骨囊肿可分为牙源性囊肿与非牙源性囊肿。其中牙源性囊肿在临床最为常见。根据世界卫生组织 2017 年关于颌骨上皮性囊肿的分类，牙源性颌骨囊肿可分为炎症性囊肿和发育性囊肿两大类。前者临床中以根端囊肿（根尖囊肿）最为常见，后者以含牙囊肿和角化囊肿最为常见。

二、适用范围

经病史询问、体格检查和影像学检查等，第一诊断为牙源性颌骨囊肿的患者。

三、诊断

（一）临床表现

牙源性颌骨囊肿多发生于青壮年。可发生于颌骨任何部位。其中根端囊肿好发于前牙区，患部可见末期龋、残根或牙冠已变色的死髓牙。含牙囊肿好发于下颌第三磨牙、上颌尖牙和下颌第二前磨牙区。角化囊肿好发于下颌第三磨牙区和下颌支部，以及上颌结节。

囊肿生长缓慢，初期无自觉症状。病灶发展可引起颌骨

膨隆，继续发展可使唇颊侧骨壁变薄，触诊时可有乒乓球样弹性感或羊皮纸样感。当表面骨质消失，囊肿位于软组织下，触诊有波动感。当囊肿发展过大，骨质损坏过多时，在下颌骨可能引起病理性骨折。多数情况下囊肿向下颌骨颊侧膨胀，但部分角化囊肿可向舌侧膨胀。此外角化囊肿常沿颌骨长轴扩展，颌骨膨胀不如其它颌骨囊肿明显。当囊肿位于上颌骨，可侵入鼻腔及上颌窦，将眶下缘上推，而使眼球受到压迫，影响视力，甚或产生复视。如邻近牙受压，根周骨质吸收，可使牙发生移位、松动、倾斜。

病灶多为单发，个别可呈多发病灶。角化囊肿多发性比例较高（约 10%）。

颌骨囊肿、尤其角化囊肿可有继发感染，出现局部胀痛、张口受限、全身发热等。

（二）辅助检查

1. 影像学检查

X 线检查应作为必要辅助检查手段。

可选择曲面体层片、锥形束 CT、螺旋 CT 等常用检查方法，评估病灶性质、范围以及同邻近组织的关系。典型牙源性颌骨囊肿在 X 线片上显示为清晰圆形或卵圆形透明阴影，边缘整齐，周围常呈现明显白色骨质反应线。根端囊肿可见病灶牙的根尖不同程度位于其中，其周围的牙周膜及硬骨板影像消失。含牙囊肿囊腔内含有牙冠。角化囊肿边缘有时可不整齐。

2. 穿刺检查

穿刺可作为辅助检查手段。

根端囊肿和含牙囊肿穿刺可见草黄色囊液，显微镜下可见胆固醇晶体。角化囊肿可见黄白色皮脂样物质。

3. 病理检查

病理检查是诊断牙源性颌骨囊肿的金标准。当牙源性颌骨囊肿临床表现及辅助检查表现不典型，同成釉细胞瘤等颌骨肿瘤鉴别困难时，应在治疗前行组织病理学检查以明确诊断。

组织学上，根端囊肿囊壁的囊腔面内衬无角化的复层鳞状上皮，厚薄不一，上皮钉突因炎性刺激发生不规则增生、伸长，相互融合呈网状，上皮表现明显的细胞间水肿和以中性粒细胞为主的上皮内炎症细胞浸润，炎性浸润致密区常导致上皮的连续性中断。纤维组织囊壁内炎症明显，炎性浸润细胞主要为淋巴细胞、浆细胞，也混杂有中性粒细胞浸润以及泡沫状吞噬细胞。囊壁内可见含铁血黄素和胆固醇晶体沉积。含牙囊肿囊壁同样内衬无角化的复层鳞状上皮，上皮层很薄，仅有 2~5 列扁平细胞或矮立方细胞构成，没有上皮钉突，类似于缩余釉上皮；纤维囊壁内炎症不明显，含丰富的糖蛋白和黏多糖；囊肿继发感染时，上皮增生，上皮钉突明显，囊壁组织内见大量炎症细胞浸润。角化囊肿衬里上皮为较薄复层鳞状上皮，约 5~8 层细胞，一般没有上皮钉突。表层多为不全角化，也可呈正角化。基底细胞核深染、呈栅

栏状排列。有些病例的囊壁内含子囊或上皮岛。炎症可使区域衬里上皮失去其原有特点，有些病例的衬里上皮可表现基底细胞蕾状增殖。

（三）诊断标准

综合病史、体格检查、影像学检查、穿刺检查等，可作出牙源性颌骨囊肿的初步诊断。最终的确诊仍然依靠组织病理学检查。

（四）鉴别诊断

成釉细胞瘤：为颌骨中心性上皮肿瘤，是最常见的颌骨牙源性肿瘤。该疾病同样好发于青壮年，以下颌体及下颌角部为常见。初期肿瘤同样生长缓慢，无自觉症状。伴随其发展增大，引起的主要症状同样为颌骨的膨隆破坏，但其造成的颌骨膨隆畸形和骨质破坏较牙源性颌骨囊肿为重。当肿瘤压迫下牙槽神经时，患侧下唇及颊部可能感觉麻木不适。X线检查有助于进一步鉴别两种疾病，典型的成釉细胞瘤X线检查早期呈蜂房状，以后形成多房性囊肿样阴影，分房大小不等，互相重叠，边界清晰，房间隔呈半月形切迹。肿瘤区牙可缺失，受累牙可移位。囊腔内可含牙，牙根尖可有不规则吸收，吸收面通常呈锯齿状或截根状。单房成釉细胞瘤较少见，其边缘一般呈分叶状有切迹。成釉细胞瘤大多为实质性，如囊性成分较多时，穿刺检查可抽出褐色液体，与牙源性囊肿不同。

临床上较大型的成釉细胞瘤因有上述临床及X线的特征

性表现，诊断较为容易；但对于瘤体较小者，特别是未突破骨板的成釉细胞瘤及单囊型成釉细胞瘤，不易和牙源性颌骨囊肿相区别，有时需依靠病理检查才能确定。

四、治疗

（一）治疗原则

外科手术治疗。当伴有感染时，应先控制炎症后再行手术治疗。

（二）手术治疗

主要手术治疗方法包括囊肿刮治术、囊肿减压成形术（成形性囊肿切开术）和颌骨切除术。

1. 囊肿刮治术：通过外科手术去除囊壁以及无法保留的受累牙。适用于大部分牙源性颌骨囊肿。手术一般应采用口内入路完成。常规设计黏骨膜瓣，翻瓣后根据情况去除部分骨质，充分显露囊肿，将其完整摘除。角化囊肿由于较易复发，刮除囊肿后可用苯酚、硝酸盐或石炭酸等处理骨壁。

2. 囊肿减压成形术：通过外科手术在囊肿表面开窗引流减压，促进囊肿缩小和颌骨再生。适用于体积大、行囊肿刮除术后剩余骨质少、病理性骨质风险高者，以及囊肿波及儿童未萌恒牙或牙胚，行囊肿刮治易损伤恒牙或牙胚者。手术应采用口内入路，去除部分黏膜、骨质及囊壁，使囊腔与口腔相通，引流其内囊液，并制作塞治器保持引流口通畅。经治疗囊肿消失者无需再次手术，未完全消失者可行二期手术刮除缩小的囊肿。

3. 颌骨切除术：通过外科手术将颌骨连同病变组织一起切除。较少应用于牙源性颌骨囊肿，仅适用于囊肿病变范围过大、难以行囊肿刮治术、经囊肿减压成形术治疗失败的患者，或经其他治疗多次复发的角化囊肿患者。手术可采用口内或口外入路，在囊肿外正常骨质内切除颌骨以及其中的囊肿。遗留的颌骨骨质缺损，尤其是颌骨节段性缺损，一般应同期行自体骨植骨修复（包括非血管化植骨和血管化游离皮瓣植骨）。

五、主要并发症及处理

1. 术后感染：术后骨腔内积液感染，应及时切开引流冲洗换药，适当应用抗生素。

2. 术后出血：应强调该并发症的预防，在较大范围的囊肿刮除术后，可在骨腔内填塞碘仿纱条等压迫止血，另外可配合术后局部加压包扎、冷敷等。

3. 下牙槽神经损伤：囊肿波及下牙槽神经者，手术可能导致下牙槽神经损伤。术后可给予糖皮质激素类药物以及维生素 B1、B12 等药物，促进神经损伤的恢复。

六、随访及预后评估

牙源性颌骨囊肿预后良好，复发病例常见于角化囊肿。术后通常可半年左右复查一次，评估术区骨质再生情况。对于角化囊肿，建议加长随访时间。

采用囊肿减压成形术治疗的患者，应每 1 到 2 个月复诊一次，直至病灶彻底消除。

附

牙源性颌骨囊肿诊疗指南（2022 年版）

编写审定专家组

（按姓氏笔画为序）

组长：张益

成员：安金刚、朱洪平、刘树铭、何伟、苏家增、单小峰、
郭玉兴、贺洋、彭歆、蔡志刚