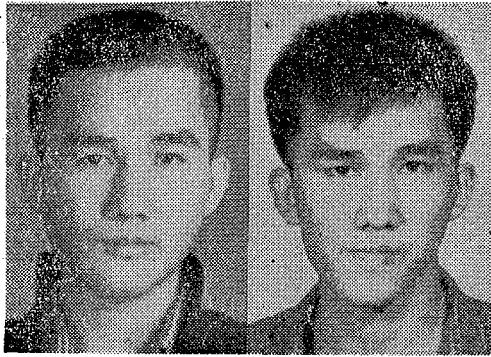


頷突畸形手術矯正舉隅



手術三月後

手術前

下頷過長，下唇與頰部挺出，破壞面形之和諧，影響患者之情緒至巨，自卑感每油然而生，其嚴重者，可產生與環境無法適應之精神困擾。此外患者牙齒排列異常，咀嚼、發音皆難如理想，牙週疾患更易產生；又如全部牙齒拔除後，又因上下頷齒槽突前後相距懸殊，且上頷隆突與下頷枝前緣相距過近，致上下頷全部義齒之膺復極端困難。頷突畸形之外科手術矯正，可使上述缺憾迎刃而解，對患者造福至大。年來國外牙醫學界對頷突畸形矯正手術日有進展，其手術方法亦有七八種之多。每種皆有其優、劣、難、易之點，及其適用之情況，實不能藉之而評定等級。間有同一患者，其左右兩側施用不同之手術，端視患者本身狀況而定取捨，故貴乎手術者之靈活應用耳。

年來筆者於臺北×××總醫院，在趙大夫崇福與其他同仁協助下，完成數個頷突畸形矯正手術，結果頗為完滿。就筆者孤陋寡聞，此項手術在我國牙醫學界尚屬首次。僅舉一例提出討論，期收拋磚引玉之效。

患者×清海，男，年二十三，臺籍戰士。於五十一年七月初來院初診，主訴頸部右下側有一腫大無痛硬塊，進食時略感不適，及下頷畸形。患者先收容於外科病室治療其頸部腫塊。經檢查發現患者一般情形俱屬正常，無心悸、手指震顫、大量出汗，或眼球外突等徵狀，血壓、脈搏、體溫俱正常，新陳代謝率在正常範圍內。頸部硬塊約直徑三厘米，位於頸部下方，近中線略偏右，有輕微壓痛。診斷為甲狀腺囊腫，經於同年八月二十三日由外科醫師施手術切除，病理切片檢查診斷與臨床同。患者手術後一切情形良好，並於九月九日轉至牙科。

患者主訴於十三歲時左頰受人拳擊，右頷頰關節開闔困難，並有隱痛及磨擦音，不久自行痊癒。十五歲時，被倒下樹幹碰及頸部，曾昏迷約數分鐘，以後即發現下頷骨畸形突出。臨床檢查下頷門齒切緣



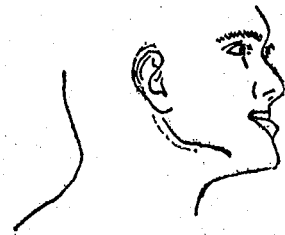
手術前

手術三月後

較上頷門齒切緣超前約一厘米，偏向左側。並以上下頷第一大白齒相互關係作比較，發現左側下頷水平枝較長一點五厘米，右側較長二厘米。患者手指、腳趾、鼻部等形態大小俱與常人無異，胸部亦無畸形，放射線檢查發現顱骨並無加厚，肋骨亦無變粗之徵狀。故認為其下頷畸形並非由於尖端巨人症。患者家族中亦無類此情況發現，故與遺傳恐亦無密切關係。按患者幼時下頷曾兩度受外傷，故可能由於下頷髁狀突軟骨生長中心受刺激作異常生長所致。又因兩側生長異常程度不同，故中線偏向右側。

經放射線檢查，患者咬合模型檢查，及臨床檢查後，乃決定採用 Thoma 於一九五九年發表之下頷垂直枝斜線切斷術。

手術前先行潔齒，齲洞填補等工作，並將上下頷齒列分別縛以鋼絲，以備手術時之用。患者被全身麻醉後，手術區之消毒，及非手術區之覆蓋等一如常規。切線自耳垂下端始，並沿下頷骨後緣與下緣往前下方斜進，切線須與下頷骨之下緣及後緣平行，並相距約二厘米 [如圖一]。及皮膚、皮下組織、及淺肌膜切斷後，小心將組織分離至下頷骨之後緣及下緣，此時應注意避免損傷大耳神經，前後顏面靜脈，及面神經之下頷緣枝。於咬肌前緣找出前顏面靜脈，及顏面動脈，將之結紮。再沿咬肌與下頷骨附着處切斷，並將此肌連同耳下腺、面神經



圖一 切線(虛線)