

# 微笑计划南京站 7.26 教辅笔记

## 口腔颌面外科学

### 实验室检查

(1) 红细胞—男 (4.0-5.5)  $\times 10^{12}/L$

—女 (3.5-5.0)  $\times 10^{12}/L$

—儿童 (4.0-5.3)  $\times 10^{12}/L$

(2) 血红蛋白—男 120-160 g/L (男司机开 120 急救车 160 码)

—女 110-150 g/L (女警察重 150 斤)

—儿童 120-140 g/L 不能低于 80 g/L (12-14 岁的儿童, 气的打

他爸) 1L=10DL

(3) 白细胞—成人 (4-10)  $\times 10^9/L$

—六个月到两岁 (11-12)  $\times 10^9/L$

—新生儿 (15-20)  $\times 10^9/L$  (4 个白种成人哄 11 个 2 岁儿童+15 个

新生儿)

(4) 分类计数—中性杆状核细胞-1-5%

—中性分叶核粒细胞-50%-70%;

—淋巴细胞-20%-40%

—单核细胞-3-8%

(5) 血小板-(100-300)  $\times 10^9/L$  <80 停止放化疗, 低于 50 不能拔牙, 低于 100 可以

(6) 尿量-1000-2000ML 每日, 平均 1500ML

尿沉渣镜检: 白细胞 <5 个; 红细胞 <3 个 (红 3 白 5) (高倍视野内)

- (7) 便:外形、白细胞、**潜血 (有红细胞)**
- (8) 出血时间测定 (BT) — 纸片法 **1-5 分钟**
- (9) 凝血时间测定 (CT) — 活化法 **1.14-2.05 分钟** 试管法 **4-12 分钟**
- (10) 血浆凝血酶原时间 (PT) — **12-16s** — 延长 **3 秒** 以上是异常
- (16) 活化部分凝血活酶时间 (APTT) — **24-36 秒** — 延长 **10 秒** 以上是异常
- 凝血酶时间 (TT) **11-18 分钟**
- (17) 纤维蛋白原 (FG) **2-4g/L**
- (18) 血清电解质检查 **NA: 135.0~145.0mmol/L**  
— **K: 3.50~5.30mmol/L**  
— **Cl: 96.0~110.0mmol/L**
- (19) 空腹血糖 — 血清或血浆 **(3.6) 3.9-6.1**  
— 全血 **4.4-6.6**, 餐后俩小时 **11.1**
- (20) 肝功--谷草/谷丙转氨酶 — **0-40 U/L**  
—  $\gamma$ 转肽酶 — **0-50 U/L**
- (12) 肾功--血清肌酐 Cr--**44-133Umol /L** 超过 **133** 不能拔牙  
— 血清尿素氮 BUN—**1.79-7.14 Mmol/L**
- (18) 乙肝病毒免疫标记物: (参考正常值均为阴性)
- HBsAg—乙肝**表面抗原**
- HBsAb—乙肝**表面抗体--保护性抗体 (好事)**
- HBeAg—乙肝 **e 抗原**
- HBeAb—乙肝 **e 抗体**
- HBcAb—乙肝**核心抗体**

大三阳：传染性**强-135 (+)**

小三阳：传染性**弱-145 (+)**

**大三阳：HbsAg/HbeAg/HbcAb**

**小三阳：HbsAg/HbeAb/HbcAb**

## 第五单元 颞下颌关节

### 第一节 颞下颌关节紊乱病

#### 1. 颞下颌关节紊乱病--TMD

①好发**20-30岁**是一组疾病,**并非单一**疾病

②**关节内微小创伤与精神心理**因素为本病的两个主要致病因素  
**免疫，解剖**等都有关系

③疼痛、开闭口运动疼痛，**一般无自发痛**，**弹响**即杂音，常有弹响音，摩擦音、破碎音，**下颌运动异常**，伴有头、耳、眼不舒服。

④本病有**自限性，自愈性**

⑤一般**不发生关节强直**，预后**良好**

2. 诊断：**X线片、许勒位片、经咽位片**诊断关节间隙和下颌骨髁突

**关节造影**观察关节囊和关节盘移位、穿孔；**关节镜**:内容物

#### 3. 治疗：

**不可逆—正畸、调合**

可逆—吃药、牙合垫、理疗

**先保守可逆—再保守不可逆—最后外科手术（微创—开放）**

## 分类

### **（一）咀嚼肌群功能紊乱类**

### 1.翼外肌（降颌）功能亢进--开口过大+弹响

—弹响：**开口末**，**闭口初**

—开口度**过大**，单侧偏向**健侧**

—**0.5-1%利多**、**普鲁**封闭

### 2. 翼外肌痉挛--髁突**前方疼痛**和开口中度受限

—单侧**偏患侧**，被动开口度大于自然开口度

—**2%利多**、**普鲁**封闭

—关节区导入 **15%氯化钙**

### 3. 咀嚼肌群痉挛—严重张口受限，开口型偏患侧

—肌松剂（治疗同翼外肌痉挛）

### 4. 肌筋膜炎—疼痛性质为持久性钝痛

—有压痛点，压痛点敏感时称**扳机点**

—理疗，封闭

2、3、4、均有疼痛和张口受限，开口型均偏**患侧**

## **（二）关节结构紊乱类**—许勒位片、经咽位片

### 1. 可复性关节盘前移位

—开口**初期闭口末**弹响 **关节盘后带移位**

—**闪电开口型**

——弹响**先偏患侧**再回归正常 **髁状突碰撞关节盘后带**

——可采用**再定位咬合板**，以消除关节弹响

### 2.不可复性关节盘前移位（功能障碍）

—长时间关节弹响史，继而有间断性关节绞锁史，进一步则弹响消失

—开口时下颌偏向患侧

—被动开口检查开口度不能增大，卡住 3mm（关节盘后带的阻挡）

—1%透明质酸钠保护关节

治疗：手法复位（下颌升支） 枢轴咬合板（不稳定性）

时间长症状重—关节镜、手术治疗

### 3. 关节囊扩张伴关节盘附着松弛——造影检查囊

--开口度过大

--弹响开口末，闭口初

--开口型偏健侧

--有压痛（滑膜炎）

---硬化剂，5%鱼肝油酸钠 0.25~0.5ml 作关节腔内注射+利多

扩张：用硬化剂--平阳霉素、无水乙醇、

压痛：用激素-鱼甘酸钠

#### （三）骨关节病类：

1. 关节盘穿孔、破裂—常见于双板区（首选），中间带

---多声破碎音，开口型歪曲关节区疼痛

---髁突骨质增生或吸收

2. 骨关节病—开口运动中有持续的摩擦音

#### （四）炎症性疾病

原因：外伤或牙合伤

--髁状突后方，关节囊外压痛，下颌运动时疼痛，咀嚼时加重，不敢张嘴，

开口受限,开口型偏向患侧, 关节盘后区损伤, 滑膜渗出导致

--治疗:无痛范围内制动 2-3 周

关节腔注射激素 (1-2 次)

## 第二节 颞下颌关节脱位

### 1. 分类:

按部位: 单侧脱位、双侧脱位;

按性质: 急性脱位、复发性脱位和陈旧性脱位;

按方向: 前方脱位 (最常见)、后方、上方及侧方脱位 (无下方)

急性前脱位——最常见 髁突位于关节结节前上方

——开口状, 不能闭口, 唾液外流, 语言不清, 咀嚼和吞咽困难

——下颌前伸, 两颊变平, 面形变长

——耳屏前方触诊有凹陷, 在颧弓下可触到脱位的髁状突

——颞点偏向健侧 患侧后牙开合 健侧后牙反颌

治疗: 复位+制动 应及时复位

复位方向: 向下、后、上 -

用力方向: 向下、后 牵引 限制下颌运动 2~3 周

最大开口度小于 1cm (颅颌绷带)

陈旧性脱位 (少见) --3 周以上, 手术切开复位

带蒂皮瓣断蒂时间 2~3 周

## 第三节 颞下颌关节强直

临床分类：（器质性改变）

关节内强直（真性）——化脓性中耳炎、外伤（80%）

关节外强直（颌间挛缩或假性）——损伤、瘢痕、放疗后纤维性变

混合型强直——内+外关节内强直

关节内强直：

1：开口困难

纤维型强直——可有一定的可口度

骨性强直——完全不能开口

2：面下发育障碍畸形（儿童）——单侧：患侧饱满、颈部偏患侧

双侧：小颌畸形

咬合紊乱——髁突动度减弱或消失

X线：可见关节间隙（模糊）、骨球、T字型

3.内强直外科手术

粘连少仅仅髁状突——髁状突颈部截开

粘连多乙状切迹以下——乙状切迹下面截开，不能越过下牙孔

切除骨质 0.5-1 cm;截骨区至少 5-10 cm间隙

术中形成 35 mm以上的开口度

手术时间：双侧最好一次手术,术后 7-10 天开口练习 6 个月

若需两次手术,时间<2 周;

手术年龄:12-15 岁

# 第五单元 口腔颌面部感染

## 第一节 概论

1. 感染的类型：
  - ①非特异性感染（化脓性感染、金黄色葡萄球菌）
  - ②特异性感染（结核病、放线菌病、梅毒、破伤风、产气荚膜杆菌）
2. 常见致病菌：
  - ①金黄色葡萄球菌（黄色黏稠脓液--青霉素）
  - ②溶血链球菌（淡黄稀薄脓液、溶血褐色-磺胺、青霉）
  - ③铜绿假单胞菌（翠绿色、稍黏稠、酸臭味—庆大霉素）
  - ④混合细菌感染（灰白或灰褐色脓液、明显腐败坏死臭味）
  - ⑤特异性菌：结核杆菌-干酪样坏死似米汤的冷脓肿

放线菌-硫磺颗粒

3. 感染途径：牙源性（颌面部最常见）、腺源性（儿童、淋巴结） 损伤性、血源性（新生儿）、医源性。

4. 临表、诊断：

- （1）急性期：红肿热痛、功能障碍、引流区淋巴结肿痛、功能障碍。
- （2）慢性期：长期排脓的瘻。可急性发作。

浅部脓肿：波动试验

深部脓肿：压痛点，穿刺有脓，凹陷性水肿。B超协助诊断。

5. 治疗：局部治疗、手术治疗---脓肿切开排脓→ 清除病灶（有瘻）、全身治疗（抗菌药物）

6. 切开引流

- 目的：消炎解毒、缓解疼痛；防窒息；防并发边缘性骨髓炎；预防感染

向颅内和胸腔扩散。

• **指征：**

搏动性跳痛、波动感明显，穿刺有脓；

抗生素治疗无效，急性化脓性炎症、全身中毒症状明显；

结核性淋巴结炎，全身抗结核无效、冷脓肿，皮肤近自溃；

儿童多间隙感染；

• **要求：**重力低位，瘢痕隐蔽；钝性分离，一通到底，避免二次分离（急性化脓性腮腺炎不同方向分离脓腔）。

### 7.全身治疗 (对因治疗和对症治疗):

抗菌药物的基本原则:感染治疗以**局部为主，全身为辅**；

用药前应尽可能进行药敏试验；**能用窄谱者不用广谱**

遵循**口服、肌注、静脉**的顺序；适当的用药指证和剂量

严格联合应用指征，能单一就不联合；恰当地预防性用。

### 8.口腔颌面部解剖生理特点与感染的关系总结：

·外界相通。有大量的微生物存在。

·牙齿疾病可感染牙槽骨、颌骨和牙周组织。

·颌面部潜在较多间隙，**抗感染能力差**，炎症易蔓延扩散。

·**危险三角区：鼻根至两侧口角易引起颅内感染。**

·颜面部**淋巴结丰富**，颌面部感染引起淋巴结炎、淋巴结外蜂窝织炎。

·颌面部**损伤易受损伤，感染可以早期发现**，同时颌面部抗感染能力强。、

## 第二节 下颌智齿冠周炎

1.智齿冠周炎发病原因：牙量和骨量的不协调、机体抵抗力下降、远中盲袋、对颌咬伤、细菌毒力大。

2、**临床表现：**磨牙后区胀痛不适（**无波动感**），张口受限，好发于**18-30**岁，急性炎症，可有进食咀嚼、吞咽、开口活动时疼痛加剧。慢性仅局部轻度压痛和不适。

### 3、智牙冠周炎扩散：

- 1) 磨牙后区→ **咬肌前缘与颊肌后缘**的薄弱处发生皮下脓肿→**面颊瘻**
- 2) 下颌骨外斜线向前，**下颌第一磨牙颊侧**黏膜，脓肿或破溃成瘻
- 3) 下颌支外侧或内侧向后→ **外侧**--- **咬肌间隙**，**内侧**--- **翼下颌间隙**。

### 4.诊断方法：

·病史+临床症状+检查；

·X线检查；

·合并第一磨牙颊侧瘻时，要注意鉴别；

·疼痛应与下7远中深龋引起的牙髓炎及下8牙龈恶性肿瘤相鉴别。

### 5.治疗：

**急性期：**局部冲洗上药为主；

以消炎镇痛、切开排脓、增强全身抵抗力，龈瓣切除（条件好的牙）。

**慢性期：**拔除，有瘻管切除瘻管。

## 第三节 间隙感染

1.间隙感染:牙源性或腺源性感染扩散而来--继发性。

初期-蜂窝织炎、弥散期→脓肿、化脓期

间隙:潜在、感染扩散通道、互相连通。

2、分类:

(1) 眶下间隙感染 :

·部位:眼眶下方,上颌骨前壁和面部表情肌之间;

·来源:上颌 1-4 根尖化脓性炎症和牙槽脓肿。

上颌骨骨髓炎;上唇鼻底与鼻侧的化脓性炎;

·症状:眶下区、前庭沟、内眦,眼睑 肿胀可触及波动感 ;

无张口受限,向上眶内扩散→眶内蜂窝织炎;

疼痛--眶下神经;

沿面静脉→内眦静脉→眼静脉扩散→海绵窦血栓性静脉炎;

·切开:口内切开,3-4 上颌尖牙及前磨牙区口腔前庭黏膜转折处,横行切开。

(2) 咬肌间隙感染 :

·位置:咬肌与下颌支外侧骨壁 之间 ;

·来源:下颌智齿冠周炎、下颌磨牙根尖周炎、相邻间隙感染、化脓性腮腺炎(偶见);

·症状:下颌支与下颌角为中心的咬肌区 肿胀、充血、压痛;伴明显开口受限;无波动感;易形成下颌骨升支部的边缘性骨髓炎

·切开:口外:下颌支后缘,绕过下颌角,距下颌下缘 2cm 处切开,长 3-5cm。

(便于引流)

(3) 翼下颌间隙感染：

- 位置：下颌支内侧和翼内肌的外侧面；
- 来源：下颌智齿冠周炎、下颌磨牙根尖周炎、下牙槽神经阻滞麻醉时消毒不全；
- 症状：牙痛史、翼下颌皱襞处、下颌支后缘内侧肿胀、有张口受限；
- 切开：口内—翼下颌皱襞稍外侧，纵行切开 2-3cm 口外：咬肌间隙类似，向内分离脓腔

(4) 颞下间隙感染：

- 位置：颅中窝底；
- 感染来源：翼下颌间隙感染扩散；医源性（上颌结节、卵圆孔、圆孔阻滞）、上颌磨牙根尖周炎；拔牙后感染；
- 临床特点：颧弓上下及下颌支后方微肿。深压痛、张口受限，无波动感；
- 切开：口外：以下颌角为中心，距缘下颌下缘 2cm 处切开，切口长 3-5cm；  
口内：上颌结节外侧前庭黏膜转折处。

(5) 下颌下间隙感染：

- 部位：颌下三角内,下颌舌骨肌下，可蔓延成口底多间隙感染（弥漫性）。
- 来源：下颌智齿冠周炎，下颌后牙根尖炎，化脓性颌下腺炎、下颌下淋巴结炎（腺源性）
- 临床表现：下颌下三角区肿胀、下颌骨下缘轮廓消失、按压有凹陷性水肿、明显波动，无张口受限。
- 切开：口外：下颌骨体下缘以下 2cm/1.5-2cm，与下颌下缘平行，避免损

伤下颌缘支。

(6) 颊间隙感染 (助理不考)

- 位置：颊部皮肤与粘膜之间。狭义：咬肌前缘和颊肌后缘之间。
- 来源：上下颌磨牙的根尖周脓肿或牙槽脓肿；颊、颌上淋巴结的炎症扩散
- 表现：皮下或黏膜下的脓肿（取决于脓肿部位），涉及颊脂体--多间隙感染；张口受限。
- 切开：口内-下颌龈颊沟之上；口外-浅表处沿皮肤皱褶处

广泛者-- 下颌骨下缘下方 1-2cm (下颌前庭沟)

(7) 颞间隙感染：(助理不考)

- 颞浅（颞肌与皮肤）与颞深（颞肌与颞骨）
- 感染来源：间隙扩散；耳源性感染
- 临床特点：颞浅可触及波动感；颞深，压痛，需穿刺，可以为耳源性感染，均有张口受限。
- 切开：多间隙感染：贯穿式引流

单间隙感染：浅切皮肤；深切颞肌（两个以上与颞肌纤维方向一致的直切口）；

怀疑颞骨骨髓炎：颞肌附着做弧形皮肤切口，切开颞肌附着，由骨面翻起颞肌，使颞鳞部完全敞开引流；虹吸作用的碘条引流。

(8) 咽旁间隙感染：(助理不考)

- 位置：咽上缩肌与翼内肌和腮腺深叶之间；
- 感染来源：下颌智齿冠周炎，磨牙根尖炎，扁桃体炎相邻间隙等；
- 临床特点：吞咽疼痛，进食困难，张口受限，感染深需借助穿刺，易扩散，

易吸收，咽侧壁红肿，腭扁桃体突出，腭垂被推向健侧。

·切开：**口内-翼下颌皱襞稍内侧纵行（首选）；**

**口外-以下颌角为中心，距下颌下缘 2cm 处切开，切口长 5cm。**

### **(9) 口底多间隙感染：**

·**双侧颌下、舌下及颌下间隙同时受累；**

·**腐败坏死性口底蜂窝织炎---(路德维希咽峡炎)--厌氧菌、腐败坏死性菌**

·**感染来源：**下颌牙的各种炎症；下颌下腺炎；急性扁桃体炎等。

·**临床特点：**

**化脓性：**弥漫性肿胀，发热，寒战

**腐败坏死性：**捻发音，咖啡色、稀薄、恶臭、混有气泡的液体，棕黑色肌肉，灰白色结缔组织。

·**治疗：**大量抗生素。

·**切开：**倒衣领形或**倒 T 形切口**，橡皮管**引流**

## 第四节 化脓性颌骨骨髓炎

1.化脓性颌骨骨髓炎多发生于**青壮年**，一般以**16~30**岁发生率高，**男多于女**，**为 2:1。**

2. **化脓性约占各类型颌骨骨髓炎的 90%**，主要发生于**下颌骨**。

3.病原菌主要为**金黄色葡萄球菌**，其次是溶血性链球菌、肺炎球菌、大肠杆菌、变形杆菌等。临床多见**混合性**细菌感染

4.**感染途径：**牙源性（最多见占比**90%**）、损伤性、血行性（多见于儿童）

5、**中央性颌骨骨髓炎：**发病**两周以后**由**急性期**（主要诊断依据患侧**下唇麻木**）**转为慢性期**，此时局部肿胀及疼痛明显减轻，多个瘘孔长期排脓，如

果有**大块死骨或多数死骨**形成；

在下颌骨可出现**病理性骨折、咬合错乱与面部畸形**。发生在儿童者可破坏牙胚组织，导致恒牙不能萌出或缺失，产生**咬合错乱**。

## 6、边缘性骨髓炎：

**急性期：**颌周间隙感染的基础上发生，下颌骨好发，其中以升支及下颌角居多。

与下颌智齿冠周炎鉴别：时间长短

**慢性期：**骨质增生型和骨质溶解破坏型

7.中央型和边缘性骨髓炎的鉴别：

	中央性	边缘性
感染来源	多在急性根尖周炎或根尖脓肿的基础上发生	以下颌智齿冠周炎多见
感染途径	骨髓→骨密质→骨膜下脓肿	间隙感染→骨膜下脓肿→骨密质
部位与范围	多在体部，累及松质骨和密质骨	多在下颌角和升支，累及密质骨
临床表现	可局限，弥散性多见	局限性多见，较少弥散
病灶牙	松动，牙周炎症明显	多无明显炎症或松动
X线表现	可有大块死骨形成，与周围骨质界限清楚或伴有病理性骨折	皮质骨疏松脱钙或骨质增生，或有小死骨块，与周围骨质无明显分界
治疗	发病后3-4周，摘除死骨	发病后2-4周，刮除死骨

8.治疗：

**急性期治疗：**首先注意全身治疗，防止病情恶化，同时应配合外科手术治疗。

**慢性期治疗：**中央性病灶清除以摘除死骨为主；慢性边缘性以刮除方式为主。

9.骨摘除与病灶清除术

手术指征：**久治不愈的瘻管、颌骨骨质破坏、全身条件能耐受。**

### 第五节 新生儿颌骨骨髓炎（助理不考）

1、指**出生3个月以内**的化脓性**中央型颌骨骨髓炎**，主要发生于**上颌骨**。

2、**感染来源**：**血源性**，致病菌主要为**金黄色葡萄球菌**。

3、**局部症状**：似眶下间隙感染、眶周蜂窝织炎 **颗粒状死骨**

4、**治疗**：不急于进行死骨清除术**(自排)** **(因有恒牙胚)**

大量有效抗生素的应用及支持疗法 **(保守治疗)**

局部脓肿形成及时切开引流

口内有瘻者**防止脓液误吸引起**肺部并发症；

**不急于进行死骨清除术(死骨片较小可自排)；**

手术摘除时也**要尽量保守**，仅摘除已分离的死骨，

炎症侵及而坏死者不能自排出，扩大创口取出

**牙胚处理**：**未感染者--尽量保留**

二期整复--面部缺损及瘢痕畸形

### 第六节 放射性骨坏死

1、颌骨骨髓炎由射线引起，放疗后数月或数年出现，**持续针刺样疼痛**，下颌骨容易出现。**口腔软组织平均耐受量为6~8周，60~80Gy为，骨组织为50~60Gy；**

2、**放射性主要特征**：**死骨分离慢，死骨与正常骨界限不清。**

3、**治疗**：抗生素控制感染，输血，**高压氧**促进死骨排出，死骨分离前用低浓度过氧化氢冲洗，分离后钳除。

4、**预防**：**放疗前7-10**天处理口腔的问题，去除金属义齿（一年后可修复），

放射中注意防护，**放疗后3-5年**避免拔牙和手术。

## 第七节 面部疔痈

1、面部疔痈，最易发全身并发症可并发**海绵窦血栓性静脉炎、菌血症或脓毒血症**，严禁挑刺、挤压、湿敷，**男>女**。

·**疔**-单个局限于皮肤浅层组织；**临床表现**：疔-红肿热痛、黄白色脓头

**治疗**:宜保守，**20%碘酊**

·**痈**-相邻多数、波及皮肤深层毛囊间组织，痈好发**男性**，唇部(唇痈)、上唇多见，蜂窝状洞、紫红色；**(多个脓头-糖尿病)**

**治疗**：**高渗盐水局部持续湿敷、可切开引流，禁忌分离脓腔，限制唇部活动。**

## 第八节 面颈部淋巴结炎

1、面颈部淋巴结炎多见继发于牙源性及口腔感染。

2、**临床表现**:化脓性淋巴结炎：

·**急性**：由浆液性（变大、可活动）逐渐向化脓性（不可活动）转化，淋巴结肿大变硬、自觉疼痛、尚可移动，迅速发展。为化脓性后、组织粘连不能移动。

·**慢性**:慢性增殖性炎症，**微痛**的硬结。

3.结核性淋巴结炎：常见**儿童青年**，**无痛、无粘连、干酪样坏死、冷脓肿**

·**诊断**：涂片抗酸杆菌/结核杆菌；**冷脓肿**-脓液稀薄污浊、暗灰色似米汤、夹杂干酪样坏死物，像米汤状。

·**治疗**：**结核性-异烟肼、利福平、链霉素、乙胺丁醇、吡嗪酰胺。**

局限可移动的、药物治疗效果不明显→及早手术摘除，一般不安排。

## 第九节 颌面部特异性感染（助理不考）

1、颌面骨结核多发生于**上颌骨颧骨结合部和下颌支**。

2、颌面部放线菌病

感染来源：Wollf-Israel 型放线菌进入深层组织

发病年龄：20~45 岁的男性多

好发部位：腮腺咬肌区

临床特征：

早期:无自觉症状，无痛性硬结，表面皮肤呈棕红色炎症侵及咬肌，形成板状硬；

成脓性状：**黄色黏稠脓液**，可查出**硫黄样颗粒**

诊断：临表和涂片可发现革兰阳性、呈放射状的菌丝

治疗：药物治疗：① 青霉素首选②碘制剂③免疫疗法 手术疗法

3、颌面部先天性梅毒可见牙齿坏（哈钦森牙和桑葚状磨牙 1 和 6）、眼病、耳聋（VIII 脑神经），即**哈钦森三联征**。

4、颌面部梅毒治疗：**青霉素首选；碘制剂**

## 第六单元 口腔颌面部创伤

### 第一节 概论

1. **多处伤**—一个部位多个损伤

**多发伤**— **多**个部位损伤

**复合伤** —**两**种以上致病因素

2.特点：

(1) 口腔颌面部血运丰富 (只要没感染, 清创后均可做初期缝合)

利--创口易于愈合

弊--易形成血肿, 窒息

(2) 牙损伤时的利与弊

利--恢复正常的咬合关系是治疗颌骨骨折的重要标准

弊--牙碎块还可向邻近组织内飞溅 (二次弹片伤)

(3) 易并发颅脑损伤—上颌骨或面中 1/3

(4) 有时伴有颈部伤—面下 1/3

(5) 易发生窒息

(6) 影响进食和口腔卫生

(7) 易发生感染—腔窦多, 细菌多

应该先关闭和腔窦相通的创口, 与腔窦相通的尽早关闭

## 第二节 口腔颌面部创伤的急救

(一) 窒息

前驱症状—烦躁不安、出汗、口唇发绀、鼻翼扇动和呼吸困难

严重者—“三凹”—锁骨上窝、胸骨上窝及肋间隙明显凹陷

危象: 脉弱、脉速、血压下降及瞳孔散大

2.吸入性: 外物吸入气道-气管切开-自下向上竖切

挑开 2-3 个气管环、3-5 软骨环

—给麻药—避免咳嗽

—盖纱布—湿润、过滤

—不能直接拔管-观察 48h

阻塞性：①喉头阻塞-异物-取出

②舌后坠--牵拉出来--舌尖后 2cm，大圆针--7 号线

③组织移位——上颌骨骨折掉下来—放到前磨牙区

④组织肿胀——插管/紧急-环甲膜切开术/抢救，行环甲膜横

切开，插管不易超过 48h，后行气管切开，避免继发喉头狭窄。

三凹征：—胸骨锁骨肋间隙凹陷

—呼吸困难

## （二）压迫止血

1.指压止血（压近心端）：

止血

头皮和额颞部出血—压颞浅动脉—压耳屏前方

面部出血—压面动脉—咬肌前缘和下颌下缘交界处

颅面大面积出血—颈总动脉—压单侧，时间不过 5min，第六颈椎横突处。

2.包扎止血--小动脉出血毛细血管

小静脉出血

创面渗血

3.填塞—开放性和洞穿性创口出血

（三）休克—毛细血管里缺血

（缺血了，冷，皮肤发白，意识淡漠，尿量少）

1.分类

（1）创伤性休克-安静，阵痛，止血，补液，药物恢复和维持血压。

(2) 失血性休克—补充血容量，快速恢复灌流量

轻度—成人首次 2000ML 平衡液

中度—输全血第一小时 1000ML

重度—输全血 10-30 分钟内输 1500ML

2.早期诊断休克的指征—正常成人的心率上限如达到 120 次/分钟

3.抗休克目的—恢复组织灌流量

(四) 颅脑损伤

镇静禁用吗啡—以免抑制呼吸

—影响瞳孔变化的观察

—引起喷射状呕吐

1. 脑震荡--一过性意识障碍、逆行性遗忘

2. 颅内血肿--昏迷→清醒→昏迷（硬膜外血肿首选）

3. 同侧颅内血肿或水肿—一侧瞳孔变大，意识障碍

4. 急性颅内血肿—两慢一高（呼吸，心率慢，血压高）

5. 亚急性颅内血肿—就诊时昏迷

6. 鼻孔或外耳道有脑脊液漏出：前颅底骨折—鼻孔

颅中窝骨折—外耳道

禁止作耳道、鼻腔填塞与冲洗

低位姿势引流

给予抗生素

避免咳嗽喷嚏

颅内压增高-20%甘露醇—脱水治疗，长时间脱水，24h 补钾

表现：恶心，喷射吐

### （五）包扎运送

1. 运送—注意保持呼吸道通畅。
2. 昏迷患者—**俯卧位**，口鼻悬空，有利于唾液外流和防止舌后坠
3. 一般患者—采取**侧卧位**—**头侧向一侧**
3. 颈部患者—多人平移，需要固定，以**防二次**受伤

## 第三节 口腔颌面部软组织创伤

**分类：**擦伤、挫伤、切割伤、刺伤、挫裂伤、撕裂伤、咬伤及火器伤

1. 擦伤—表皮浅层—清创，防止感染

真皮、**血浆渗出多**—清创，包扎

### 2. 挫伤—闭合性

—止血、止痛、抗感染

—**小的**血肿冷敷，3—5 天热敷

—**血肿较大**，无菌条件穿刺（**7 号针**），抽出，加压包扎

3. 刺割伤—创缘整齐，清创缝合

4. 撕裂或撕脱伤—创缘不整齐

撕裂—对位缝合

撕脱（掉了）—**6h** 后组织瓣不能再利用，**6h** 内清创后变皮片，复位

5. 挫裂伤—清创后缝合，冷敷热敷，有血肿穿刺。

## （二）各部位软组织清创术特点

**口腔颌面部创伤清创术—越早越好，最晚不超过 6~8h**

### （1）清理创口周围

(2) 消毒:10cm

(3) 麻醉

(4) 冲洗创口: 细菌在 6-12h 以内未大量繁殖。

—先冲周边再冲创口、—局麻下

(5) 消毒 (6) 铺巾

(7) 清理创口——尽可能保留组织

可暂不摘除:

如创口有急性炎症; 异物位于大血管旁; 定位不准确; 术前准备不充分  
异物与伤情无关者。

(8) 缝合—越早越好, 小针细线, 有张力减张力, 有腔窦先关闭。

(三) 舌损伤

(1) 原则—尽量保持舌的长度, 严禁翻转缝合

(2) 缝合方法—纵 缝—长度

分着缝—活动度

大针 4 号针

粗线—可加褥式缝合, 进针深

(四) 颊部贯通伤

(1) 无缺损—直接缝合

(2) 皮肤缺损较多者, 黏膜少—严密缝合口腔黏膜, 关闭穿通创口

(3) 面颊部全层洞穿型缺损—口腔黏膜与皮肤相对缝合, 消灭创面  
遗留缺损, 后期整复。

## 第四节 口腔颌面部硬组织创伤

### （一）牙槽突（牙槽骨）骨折

- 1.好发**部位**——多见于**上颌前部**
- 2.诊断**标准**——摇动损伤区某一牙时，邻近数牙及骨折片随之移动
- 3.治疗**方法**——局麻下**手法复位+固定**

应跨过骨折线**至少 3 个正常牙位**

固定采用**单颌**牙弓夹板，时间一般**四周**

拍片：曲面断层片、小牙片

### （二）颌骨骨折

面部损伤、张口受限、**咬合紊乱（颌骨骨折特有）**

**下颌隆突——一针三麻的位置 —— 颊舌下牙槽**

**咬肌翼内肌——上前内**

**翼外肌——前内**

**颊舌骨肌——降颌肌——后下**

**下颌舌骨肌——降颌肌——下内**

**骨折段移位：各咀嚼肌的牵拉作用是主要因素**

#### 1.下颌骨骨折——最常见

下颌骨**易发生骨折的薄弱区**——正中联合部

——颞孔区

——下颌角区

——髁突颈部

#### （1）.正中联合部骨折：

单发—正中无移位（稍斜稍移位）

两侧双发-双骨折线—正中骨折端，受颞舌骨肌作用向后下退缩

—前牙开牙合

舌后坠，向中线聚集

## （2）颞孔区骨折：

一侧颞孔区骨折—远中段因咬肌的牵引，向上、前、内—磨牙早接触  
骨折段偏健侧

近中段因降颌肌群的牵拉而向下、外—前牙开合  
偏患侧

双侧颞孔区骨折时—两侧远中段—因升颌肌群牵拉而向上前方移位

近中段—因降颌肌群的作用而向下后方移位

（3）下颌角骨折—位于下颌角内—不发生移位

（4）髁突骨折：中线偏患侧

翼外肌附着下方—前内移位

单侧髁突颈部—不能做侧方运动

后牙早接触反牙合

前牙及对侧牙可出现开牙合

双侧髁突颈部骨折—双侧后牙早接触

前牙开（牙合）更明显、舌后坠

侧方前伸运动都不能做

2.上颌骨骨折---也可出现后牙早接触、前牙开合

骨折线：Le Fort 分型

Le Fort I型骨折—**低位骨折或水平骨折**：骨折线从**梨状孔水平**、牙槽突上方向两侧水平延伸至**上颌翼突缝**。

LeFort II型骨折—**中位骨折或锥形骨折**：骨折线自**鼻额缝**向两侧横过鼻梁、内侧壁、**眶底**、**颧上颌缝**，再沿上颌骨侧壁至翼突。**鼻漏**

Le Fort III型骨折—**上颌骨高位骨折或颅面分离骨折**：骨折线自**鼻额缝**向两侧横过**鼻梁**、**眶部**，经**颧额缝**向**后达**翼突，形成**颅面分离**。**出现耳、鼻出血或脑脊液漏**

华特位片—鼻颏位—上颌骨骨折；

和上颌骨有关的肌肉—上颌结节翼内肌；

### 3.颌骨骨折的治疗

(1) 骨折治疗原则—及早治疗**下颌骨**骨折固定**4周**，**上颌骨**固定**3周**。

### 4.颌骨骨折复位方法—复位+固定

**标准—恢复患者原有的咬合关系。**

**手法复位—新鲜且简单的线性骨折；**

牵引复位：

**颅颌牵引、颌间牵引—用于上颌骨骨折**

**颌间牵引—用于下颌骨骨折**

**手术切开复位—开放性骨折，复杂性骨折**

**单颌固定—线性骨折且移位不大的骨折**

**颌间固定—下颌4-6周；上颌—4周—上颌血供好**

**首选坚强内固定**

髌突骨折治疗：重视早期开口训练

**轻度：**患侧 2-3mm 磨牙区垫橡皮垫，颌间固定 3-4 周

成角畸形  $<45^\circ$ ——保守治疗

**重度：**髌突移位明显，向颅中窝移位

成角畸形  $>45^\circ$ ——坚强内固定

**小点总结：**

小孩一般保守治疗——**颅颌绷带**

关节急性前脱位——**颅颌绷带制动**

儿童骨折：**单皮质钉**（正畸托槽固定）

老人无牙颌：**旧义齿**的固定

**不移位：制动**

不明显移位：颌间结扎

**牙槽突骨折：单颌牙弓夹板（牙间结扎）**

**大范围骨折首选：坚强内固定**

## 5. 颧骨及颧弓骨折

——颧弓部塌陷畸形

——**张口受限**——压迫咬肌，颞肌——阻碍喙突运动，

——**复视，瘀斑**

——**神经症状**

**会出现张口受限——颧骨及颧弓——咬合没乱**

**会出现张口受限——下颌骨骨折——咬合乱了**

### ① Knight 和 North 分类

I: 颧骨无移位

II: 单纯颧弓骨折

III: 颧骨体骨折向后内下移位, 不伴转位

IV: 向内转位的颧骨体骨折

V: 向外转位的颧骨体骨折

VI: 颧骨体粉碎性骨折

II、V—复位后不需固定

III、IV、VI—复位+固定

一无二弓三不转, 四内五外 6 粉碎 出现功能障碍需要复位

X 线: 鼻颧位 (华氏位), 颧弓位片

治疗: 颧弓骨折复位的标准是: 不再有张口受限

## 6.眼眶骨折 (助理不考)

—眼球内陷复视—特征性的标志

—眶下缘、颧额缝台阶感

—眶底骨折应及时手术治疗

手术时机: 伤后 1 周左右为宜

手术的目的: 恢复眶下壁骨质的连续性, 改善眼球内陷和复视

## 7.骨折愈合过程

传统的骨折愈合 (二期骨愈合) 4 个阶段: —没用钛板

1. 血肿形成—在伤后 4~8 小时即可在两断端间形成血肿

2. 血肿机化—骨折后的 24~72 小时内, 最早形成 24h

3. 骨痂形成—骨折后 1~2 周, 机化的血块被纤维血管组织所替代

4.骨痂改建—骨折 2 周后临床愈合—6~8 周

组织学骨性愈合—5~6 个月后

## 第八单元 唾液腺疾病

### 第一节 急性化脓性腮腺炎

—常见于腹部大手术后—称为**手术后腮腺炎**

—病原菌主要是**金黄色葡萄球菌**

—发生的基本因素是机体严重脱水致唾液分泌减少或停止

#### 逆行性感染

——常为**单侧**受累

——肿胀以**耳垂为中心**的肿胀

——导管口有**红肿，有脓性分泌物**

急性化脓性腮腺炎—**禁忌：腮腺造影**

**禁忌症：**阳性结石/碘过敏

#### 急性化脓性腮腺炎的鉴别

流腮—导管口不红肿，儿童，传染

咬肌间隙感染—导管口不红肿，张口受限

治疗脓肿切口：耳前及**下颌支后缘向下至下颌角做“S”型切口**，不同方向分离脓腔。

#### 切开引流指征：

①局部有**明显的凹陷性**水肿

②局部有跳痛并有局限性**压痛点**，穿刺抽出脓液

③腮腺**导管口**有脓液排出，全身感染中毒症状明显

