

颌面外科学

第一单元 口腔颌面外科基本知识及基本技术

第一节 病史记录及检查

1、门诊病例分：初诊、复诊（**同一个病，复诊不超过三个月**）。

初诊主诉：部位，症状，时间（20字）

病史：**过敏史---红色记录**

既往史：医疗有关；个人史：和个人生活有关-吸烟、饮酒、**冶游史**。

诊断：有疑问-“？”或“印象”；

签名：处方权**留迹**一致**全名**。

2、急诊病史：精确到**分钟**，错误画**双线**。**抢救：6小时内完成**

3、住院病历：**24小时内完成**，入院24h死亡24h内完成；出院、死亡记录。

首次病程：8h；

主治医师查房记录:48h

日常病程：病危:随时至少1次/1d(分钟)

病重:至少1次/2d

稳定:至少1次/3d

• 病历记录**24小时内完成**:入院记录、再次或多次入院记录、**24小时内人出院记录、24小时内人院死亡记录**

(一)、一般检查:

1、口腔检查应遵循的顺序：由外到内，由前到后，由浅入深。健患侧对比。

2、**口腔检查**：

• **牙龈线性红斑---艾滋**病患者：**蓝黑色线状---重金属中毒**。

• **张口度**：上下中切牙**切缘**之间的距离（上下切牙间的**垂直**距离），自身示、中、无名三指合拢时指末节的宽度，**3.7~4.5cm**，**大于5cm**为开口过大。

• **轻**：**两指** 2~2.5cm；2.5--3.7

• **中**：**一指** 1~2cm；1-2.5

• **重**：不足一指，**小于1cm**；

• **完全性**张口受限：**牙关紧闭**。

• **双指双合诊**：唇、颊、舌（示指、拇指）。

• **双手双合诊**：口底、下颌下区（**从后向前**）。

3、颌面部检查：

• 脑脊液**鼻**漏----**前**颅底骨折；

• 脑脊液**耳**漏----**中**颅底骨折。

(2) 听诊检查：

腭裂患者：**腭裂**语音；

舌根部肿块：**含橄榄**语音；

动静脉畸形：**吹风样杂音**、**捻珠感**、**震颤感**。

4、淋巴结检查：

- 体位：坐位，头略偏向检查侧。
- 顺序：由浅入深、滑动触诊（三指）。

5、TMJ 检查：

- 髁突动度：耳屏前扪诊法、外耳道指诊法（小指贴在外耳道的前方）。
- 咀嚼肌：颞肌前份（下颌支前缘向上）；翼外肌下头（上颌结节后上方）；翼内肌下部（下颌磨牙舌侧的后下方及下颌支的内侧面）。
- 下颌运动：闭颌运动、前伸运动和侧方运动，检查其关节功能。
- 咬合关系：咬合关系；覆殆覆盖程度及殆曲线；磨损情况。

• **（无咀嚼功能检查）**

6、唾液腺检查：

- 腮腺触诊：示、中、无名三指平触，切忌用手提拉触摸；（易将腮腺叶误认为是腮腺肿块）；
- 下颌下腺及舌下腺：双手双合诊；
- 正常成人分泌唾液量 **1000~1500ml/日**，**90%**来自腮腺和下颌下腺（**60%-65%下颌下腺**）。

（二）辅助检查：

1. 化验检查：**淀粉酶**检查---**流腮**。

2. 穿刺检查：**脓肿** 8 或 9 号针头，**血管瘤** 7 号，唾液腺和深部**肿瘤** 6 号。

绝对禁忌：**颈动脉**体瘤或**动脉**瘤；**结核**性病变或**恶性**肿瘤（进针注意）。

3. 活检：

（1）**切取**活组织检查：**适应症**：**表浅有溃疡**的肿瘤；不用麻醉或局部组织麻醉；

部位：肿瘤**边缘和正常组织交界**。

大小：**0.5~1cm** 楔形组织（**粘膜 0.2*0.6cm**）

4%甲醛（10%福尔马林）固定。

注意事项：**忌染料**类消毒剂，忌**电刀光刀**，忌**钳夹挤压**，忌在**坏死部位**切取。

（2）**吸取**活检：**深部**、表面完整、较大的肿瘤及淋巴结--**损伤小，组织少**。

（3）**切除**活检：**粘膜完整**、**深部**、**小型**肿瘤或淋巴结。

• 以上三种切片均**石蜡**切片

（4）**冷冻**活检：**术中**，**不需固定（确诊率不如石蜡）**。**95%**

• **禁忌**：**恶黑+腮腺区颌下区+血管性肿瘤/血管畸形**。

4. 涂片检查：指导临床用药。

5. B 超：准确性较高。

6. 放射性核素：**碘 131** 和 **碘 125**：甲状腺癌和异位甲状腺（过多碘-甲状腺结节）。

锝 99m：颌骨恶性肿瘤、沃辛瘤（热结节）、下颌下腺功能（助理不考）。

7. 软组织：磁共振优于 CT 检查。

8. 核素发射计算机体层摄影 ECT：**PET**--有无远处转移。

9. 手术探查：其他检查无法确定。

20、仅出现 **HbsAb**（乙肝表面抗体--保护性抗体）**阳性**的患者为乙肝疫苗患者注射后。**大小三阳核心抗体都是阳性**。

正常参考值：全部阴性

接触史：**HbsAg** 阳性

疫苗后：**HbsAb** 阳性

大三阳：乙肝表面抗原，e 抗原和核心抗体同时阳性 HBsAg, HBeAg, 抗-HBc

小三阳：乙肝表面抗原，e 抗体和核心抗体同时阳性 HBsAg, 抗-HBe, 抗-HBc

第二节 消毒和灭菌

一、手术室的消毒灭菌

1. 连接手术原则：先无菌，再污染，后感染的原则。

2. 高压蒸汽灭菌法：明胶海绵，凡士林，液体石蜡和油脂各种粉剂不宜使用此方法。

3. 煮沸消毒法：适用于耐热耐湿物品，刃的锋利受损，器械浸泡在水中；

• 一般需 15-20 分钟（水煮沸算起）。乙肝病毒需煮沸 30 分钟；

• 加入 2% 碳酸氢钠时，可缩短消毒时间提高沸点，防锈。

3. 干热灭菌法：玻璃、陶瓷、明胶海绵、凡士林、油脂、液体石蜡等物品用该法，但棉织品、合成纤维、塑料及橡胶制品等不可用此方法。

• 160℃--120 分钟，170℃--90 分钟，180℃--60 分钟。（每升高 10℃ 缩短 30 分钟）

2. 化学消毒法：

(1) 乙醇：75%，最常用，浸泡时间：30min

(2) 戊二醛：制剂为 2% 碱性戊二醛。

2min 内，杀灭细胞繁殖体；

10min 内，杀灭真菌，结核杆菌；

15-30min，杀灭乙肝病毒；

4-12h，杀灭细菌芽孢。

(3) 碘伏：消毒器械可用 1-2mg/mL 的有效碘溶液浸泡 1-2 小时。（1212）

(4) 福尔马林液：10% 溶液，浸泡 60-120min，蒸馏水冲去残余甲醛。

(5) 过氧乙酸：杀灭芽孢，1%，5min；杀灭繁殖体微生物，0.01%-0.5%，30s-10min。

注：除醇类没有杀菌作用外，其余均可杀菌，过氧乙酸最强。

二、手术区的消毒灭菌：

1、术前准备（熟记）

(1) 与口腔相通的手术，应先做口腔洁治；

(2) 龋齿充填和残根拔除，并用 1: 5000 高锰酸钾液或 1:1000 洗必泰（0.1% 氯己定）含漱；

(3) 取皮取骨区应在术前 2 日（可 1 日）彻底清洁、备皮，以乙醇消毒后用无菌敷料包扎；

（刮净切口周围 15cm 区内的毛发）

(4) 术前一天沐浴、备皮。

2、消毒药物：

(1) 碘酊：消毒口腔内为 1%，颌面颈部 2%，头皮部 3%

消毒皮肤时，用 75% 酒精脱碘；碘过敏者禁用。

(2) 洗必泰液：皮肤消毒为 0.5%，口腔内及创口消毒 0.1%--0.5% 氯己定-乙醇效果更好。

(3) 碘伏：含有效碘 0.5% 的碘伏水溶液可用于皮肤和手、口腔黏膜消毒（有效碘 2-10g/L）

(4) 75% 酒精：最常应用，消毒力较弱，常于碘酊后使用，用于脱碘。

3、消毒方法：

(1) 非感染创口：术区中心→四周；

(2) 感染创口：四周→术区中心

• 注意不留空白

4、消毒范围：头颈部手术应至术区外 10cm 四肢躯干则需扩大至 20cm。

5、消毒巾铺置

- (1) 孔巾铺置法：适用于**门诊小**手术；
- (2) 三角形手术野铺巾法：适用于**口腔、鼻、唇、颊**部手术，**中**等；
- (3) **四边**形手术野铺巾法：适用于**腮腺区、颌下区、颈部等大**型手术。

第三节 基本手术操作

1、基本操作六大步：**显露、止血、解剖分离、缝合、打结缝、引流。**

2、显露：

- (1) 切口设计：切口尽量与术区神经、血管、腮腺导管等组织结构的位置和行径**平行**；
- (2) 部位：切口应该选择比较**隐蔽**的部位和**天然褶皱**处，皮纹一致；
切口方向应该与**皮纹**方向一致；
活检手术的切口应尽量与再次手术的**切口**方向一致；
- (3) 长短：原则--**充分暴露**为宜；
- (4) 形态：弧形，S型，**避免直线**，考虑可能**延长切口**；
- (5) 切开方法：手术刀与组织面**垂直**刺入，移动时**45°**斜角切开皮肤，切完**垂直**离开
- (6) 切开体位：
腮腺区颌下、颈部手术**垫高肩**部，头侧位；**腭**部手术采用**平卧仰头**位。
- (7) **注意：一次切开，逐层切开。**
肿瘤手术**宜用电刀**或**光刀**，**整复**手术钢刀以减少斑痕。

3、止血：

- (1) 钳夹、结扎止血—**最基本最常用**：
表浅微小血管—钳夹
较大的出血点—钳夹+结扎
大块肌肉—钳夹+缝扎
- (2) 阻断止血---**最有效**
阻断知名血管，结扎**断端**是断端**管径两倍**；颈外动脉--双侧更好；近心端栅栏式缝扎。
- (3) 压迫止血
较大面积的**渗血**---**温热**盐水纱布压迫；
局限**找不到出血点**---**荷包**缝合；
骨髓腔或骨孔内的止血---**骨蜡**充填；
窦腔内出血或颈静脉出血**不能及时止血**时---**填塞碘仿**纱压迫止血，再逐次抽除。
- (4) 药物止血
全身：止血敏（酚磺乙胺）；止血芳酸（氨甲苯酸）；
局部：明胶海绵、肾上腺素。
- (5) 热凝止血：电刀；
- (6) 降温止血：**32**度以下；
- (7) 降压止血：收缩压**80mmHg**，半个小时之内，心血管病人禁忌；
- (8) 止血带：一个小时后放开。

4、解剖分离：

- 锐性分离（**精细**组织，损伤**小**、**直视**）；
钝性分离（**疏松**组织，损伤**大**）。

5、打结：

口内（三重）；方结、外科结（口外）；单手打结（一般）、持针器打结（口腔、深部）；

线头长度：**组织内 1mm，防滑脱 3-4mm，皮肤、黏膜 5mm。**

6、缝合：

- (1) 基本要求：严密缝合（**无效腔**），**无张力或最小张力**下缝合，
- (2) **颈部**：缝合边距 **3mm**，针距 **5mm**；
整复手术：缝合边距 **2-3mm**，针距 **3-5mm**；
舌--边距针距 **5mm**。
- (3) 先游离后固定；
- (4) 进出针间距大于**皮下**，创缘**内卷**；
进出**针间距**小于皮下，创缘**外翻** ---**哪小往哪翻**
- (5) 两侧创缘厚度不同，薄侧进针深，厚侧进针薄
- (6) **过长**创口：对偶三角瓣，变直线为**Z字**缝合
- (7) 张力过大：潜行分离、减张缝合、附加切口减张（作用逐渐增大）。
- (8) 三角形皮瓣**<90度**：皮肤→皮下→皮肤（**画圈**缝合）。
- (9) 缝合方法：**单纯**连续缝合；**皮片**；连续**锁边**缝合：牙**槽**粘膜
- (10) 外翻缝合方向：**横纵向**与**血供**有关。
- (11) 缝线：1-0、2-0 和 1 号线。

7、**引流**适用症：感染或者污染创口；渗液多创口；留有死腔创口；止血不全创口。

8、引流方法：

开放引流：片（小）；纱（脓）；管状（引流作用强，便于冲洗和注药），多引流 **24** 到 **48** 小时，脓肿或死腔引流到脓液渗液消除后消除；无脓后 48h 去除。低位。

闭式引流：主动引流，负压引流，避开大血管神经，**24 小时内引流量不超过 20~30ml** 时去除，腮腺颌下腺不超过 **15ml**。

- 固定：缝扎固定。

第四节 创口的处理

1、创口的愈合过程：

一期愈合：初期愈合，7-10 天，**无肉芽**；

二期愈合：有肉芽--拔牙创。

2、临床创口分类：

无菌创口：无细菌侵入，多见**外科无菌**切口，**早期灼伤**；

- 严密缝合。**面部**术后 **5** 天拆线，**颈部** **7** 天左右，**光刀**手术创口推迟至术**后 14** 天。

污染创口：有**细菌无**化脓性炎症，与鼻腔相通或口腔内；

- 清创后缝合，**口内**术后 **7~10** 天，**腭裂**术后延长至 **10** 天以上。+抗感染。

感染创口：有**细菌**，有化**脓性**炎症，多见于化脓性炎症情况下进行的创口，

- **控制感染后**缝合；换药、引流、全身抗生素。

3、绷带包扎的作用：

- (1) 保护术区和创口，防止继发感染，避免再度感染；
- (2) 止血并防止或减轻水肿--**止疼**；
- (3) 防止或减轻骨折错位；

- (4) 保温、减轻疼痛;
- (5) 固定敷料。
- 4、腮腺区要适当加压，防止涎瘘;
 切开引流的第一次包扎应该适当加压，减少出血;
 颌下区和颈部：保证呼吸道通畅，无压迫气管喉头;
 整形手术压力适当。
- 5、卷带（8-10cm 宽，5m 长）：最常使用。
- 6、四头带：**下颌鼻颊**部创口，长约 **70cm**，用于，压迫术后创口
- 7、交叉十字绷带：颌面部和上颈部。
- 8、单眼交叉绷带：上颌骨、面、颊部。
- 9、石膏绷带：上颌骨骨折的牵引复位
- 10、**助理不考**：头部绷带：西瓜绷带--头皮部手术；
 颈部绷带：颈中下部手术；
 颈腋“8”绷带：经淋巴清扫术后，**锁骨上无效腔。**

第五单元 口腔颌面部感染

第一节 概论

- 1、危险三角区:鼻根-两侧口角, 血运丰富、无静脉瓣膜, 早期不切开。
- 2、感染的类型: 非特异性感染=化脓性感染, 金黄色葡萄球菌;
特异性感染---结核、梅毒、放线菌、破伤风。
- 3、感染途径: 牙源性、腺源性(儿童, 淋巴结)、损伤性、血源性、医源性。
- 4、常见致病菌: 金黄色葡萄球菌(黄色粘稠脓液—青霉素)
溶血链球菌(淡黄或淡红稀薄脓液、溶血褐色—磺胺、青霉)
绿脓杆菌(翠绿色、稍黏膜、酸臭味—庆大霉素)与草绿色链球菌区分
混合细菌感染(灰白或灰褐色脓液、明显腐败坏死臭味)等。
- 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、唇痛保守切开)。
- 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; 恰当地预防性用药
- 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、颌骨和颌周组织。
 - 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, 颌面部感染引流区域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→面颊痿
 - 2) 下颌骨外斜线**向前**，**下颌第一磨牙颊**侧黏膜，脓肿或破溃成痿
 - 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；
 - 合并第一磨牙颊侧痿时，要注意鉴别；
 - 疼痛应与下7远中深龋引起的牙髓炎及下8区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，有痿管切除痿管。

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，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: 颞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)
- 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

(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
- 治疗：大量抗生素。切开：衣领形或倒 T 形切口，橡皮管引流

间隙	肿胀部位
眶下间隙	眶下区、内眦
咬肌间隙	下颌角
翼下颌间隙	翼下颌皱襞
下颌下间隙	颌下区、下颌骨下缘轮廓消失
颞下间隙	颞弓上下
颞间隙	颞部
颊间隙	颊部
咽旁间隙	咽侧壁红肿、悬雍垂推至健侧
口底多间隙	口底颌下区弥漫

症状	相应间隙
可引起张口受限者	咬肌、翼下颌、颞、颞下、咽旁
可扪及波动感者	眶下、颊、下颌下、颞浅、舌下、颞下
可由医源性引发者	翼下颌(下牙槽)、颞下(上牙槽后)、眶下
围绕下颌角切口者	咬肌、翼下颌、颞下、咽旁
翼下颌皱襞切口	翼下颌间隙 翼下颌皱襞稍外侧 咽旁间隙 翼下颌皱襞稍内侧
下颌骨下缘切开者	颊间隙 下颌骨下缘 1-2cm 下颌下间隙 下颌骨下缘下 2cm 处

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，多个瘻孔长期排脓，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、中央性颌骨骨髓炎和边缘性颌骨骨髓炎的鉴别

	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、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

9、慢性期：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

10、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** 不会引起中耳炎。

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

- 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、热敷，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，**2%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；
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

- 面颈部淋巴结炎多见继发于牙源性及口腔感染。
 - 临床表现:
 - 化脓性淋巴结炎:
 - 急性: 由浆液性逐渐向化脓性转化，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。
 - 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: 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，一般不切排。

第九节 颌面部特异性感染（助理不考）

- 颌面骨结核多发生于**上颌骨颧骨结合部和下颌支。**
- 颌面部放线菌病
 - 感染来源: **Wolff-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**硫磺样颗粒**
 - 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
- 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。
- 颌面部梅毒治疗: 青霉素首选**

第二单元 麻醉与镇静

第一节 麻醉药物

- 1、麻醉分类：酯类（易过敏）：普鲁卡因（努佛卡因）、丁卡因；
酰胺类：利多卡因（塞洛卡因）、布比卡因、阿替卡因、罗哌卡因、甲哌卡因。
- 2、普鲁卡因：毒性和副作用小，维持时间短，持续时间 **45-60min**，最大用量为 **1000mg(6.0mg/kg)** **2%的最大量为 50ml**，**不能表麻**，**不能与磺胺类药物一起用**，易过敏出血。
- 3、利多卡因：毒性较强，**室性心律失常首选**，持续 **90-120min**，最大用量 **300-400。** **(4.4mg/kg)**，**2%的利多卡因最大量为 20ml**。浓度 2%-5%。
- 4、布比卡因：持续时间长 **6h**，毒性大。
- 5、丁卡因：渗透性强，效能最强，毒性最大，主要用于**表面麻醉**，**40-60mg**。浓度：**0.25%-0.5%**。
- 6、阿替卡因（必兰麻）：用于成人和 **4岁以上** 儿童，剂量 7mg/kg。
- 7、甲哌卡因 优点：起效快、心血管不良反应少，麻醉持续时间短
用于：治疗时间短、高血压患者。3岁以下儿童禁用
- 8、罗哌卡因优点：时间长、血管神经毒副作用小、术后镇痛效果明显
- 9、皮试：**1%普鲁卡因或 2%利多卡因溶液 0.1mL** 稀释至 **1mL**，皮内注射 **0.1mL**，观察 **20min**。
• 阳性：红晕直径**大于 1cm**，黏膜**充血肿胀**，**鼻孔完全堵塞**。
- 10、肾上腺素：**1:50000~200000**，可延缓局麻药物的吸收，加强麻醉效果，延长麻醉时间，降低毒性反应，减少术区出血使术野清晰；可引起心悸、头痛、紧张、恐惧、失眠。

第二节 常用麻醉方法

- 1、表面麻醉：**丁卡因浓度：0.25%-5%，利多卡因 2%-5%**；
表浅粘膜下脓肿切开引流，拔出松动乳恒牙，气管切开。
- 2、**冷冻麻醉剂---氯己烷--3-5min**
- 3、浸润麻醉：
口腔颌面部软组织浸润麻醉：0.5%-1%普鲁卡因，0.25%-5%利多卡因。
骨膜上浸润麻醉：多用于**上颌**牙槽突或者**下颌前牙**区。进针点：唇颊侧前庭沟，与黏膜成 45 度，触达根尖平面骨膜，注射 0.5-1ml。
牙周膜注射法：**出血类疾病及追加麻醉**。进针点：牙的近中或远中，深 0.5cm，注 0.2ml。
- 4、**下牙槽神经阻滞麻醉：**
 - (1) 部位：上下颌牙槽嵴相距的中点线与翼下颌韧带外侧 3~4mm 交点；颊脂垫尖。
 - (2) 方向：对侧口角，第一、二前磨牙之间，与中线 45 度。注射针高于腭平面 1cm，并与之平行。
 - (3) 进针深度：**2-2.5cm**。注射量：1-1.5ml。
 - (4) 麻醉效果：同侧下颌骨、下颌牙，牙周膜，双尖牙到中切牙唇颊侧的牙龈，粘骨膜及下唇。
 - (5) 口内法失败的原因：
下颌**升支宽度**越大----下颌孔到升支前缘的距离大----进针**深度增加**；
下颌**骨弓越宽**-----加大与中线所成的**夹角**；
下颌角**角度越大**-----下颌孔位置相应变高-----针适当**上移**