

## 微笑计划西安站教辅笔记

口腔颌面外科学

# 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多因素, 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

③病程长, 可反复, 有自限性, 一般不发生关节强直, 预后良好

#### ④临床分类

--咀嚼肌群功能紊乱类, 结构紊乱类, 骨关节病类, 炎症性疾病

#### 阶段

--功能紊乱阶段 (早期), 结构紊乱 (中期), 关节器质性病变 (晚)

#### ⑤主要症状

--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

其他: 头痛、耳症、眼病

2. 诊断: X线片 (许勒位片、经咽位片): 诊断关节间隙和骨改变

关节造影: 观察关节盘附着和关节盘移位、穿孔

关节内镜: 观察早期改变, 关节腔内絮状物

#### 鉴别诊断

--颞下颌关节急性化脓性炎症: 红肿热痛, 穿刺有脓

--肿瘤：需穿刺，组织学检查

--创伤性关节炎：创伤史，关节区有肿胀

### 3.治疗：（保守为主）

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—开放手术治疗）

## TMD 分类

### （一）咀嚼肌群功能紊乱类

--(开口度及开口型异常，受累肌群疼痛，X线无骨质改变)--翼外肌开口肌

1.翼外肌功能亢进--开口过大**半脱位**（无痛）+最大开口位弹响

—弹响：**开口末，闭口初清脆弹响**

—开口型在开口末期偏向**健侧**

—**0.5-1%利多**封闭翼外肌，调整翼外肌功能

2.翼外肌痉挛--关节**深部压痛**（无自发痛）和开口中度受限

—开口型**偏患侧**，**被动开口度大于自然开口度**，无弹响

—解除痉挛，**2%利多**封闭

—关节区导入**15%氯化钙**理疗

3.咀嚼肌群痉挛—主要是闭口肌，无弹响

严重张口受限，不自主肌肉抽搐肌痛

—肌松剂治疗，痉挛肌肉内**注射类肉瘤毒素**

4.肌筋膜痛—疼痛性质为**持久性钝痛**

—有压痛点，压痛点敏感时称**扳机点**

--开口型偏患侧，被动开口度大于自然开口度，无弹响

—理疗，封闭，2%的利多卡因

注：痉挛和肌筋膜痛均有疼痛和张口受限，开口型均偏患侧

**咀嚼肌紊乱**

- 翼外肌亢进** 开口度 大 半脱位 无痛 开口型在开口末期偏向 健侧  
弹响 开口末、闭口初 治疗 翼外肌封闭 (0.5~1%利多卡因)
- 翼外肌痉挛** 开口 中度受限 髁状突前方深压痛，无自发痛 开口型偏向 患侧  
弹响 无 被动开口度大于自然开口度 治疗 理疗 (15%氯化钙) 封闭 (2%利多)
- 咀嚼肌群痉挛** 不自主肌肉抽搐、肌痛和严重的开口受限 弹响 无  
治疗 理疗、稳定牙合板、镇静、肌松弛剂 注射类肉瘤毒素
- 肌筋膜痛** 持久性钝痛，有压痛点，扳机点 开口 轻度受限 开口型偏向 患侧  
弹响 无 被动开口度大于自然开口度 治疗 消炎镇痛封闭理疗

## 咀嚼肌紊乱总结

### (二) 关节结构紊乱类

#### 1. 可复性关节盘前移位 (最常见)

--髁突、关节盘相对移

--闪电开口型

--开口初闭口末弹响

--弹响先偏患侧再回归正常 髁状突碰撞关节盘后带

--关节前间隙变宽，后间隙变窄

治疗：—可采用再定位咬合板，以消除关节弹响，避免硬物

#### 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，间隙前宽后窄

—开口受限可伴关节区疼痛

治疗：

--时间短--局麻下手法复位至可复性--用枢轴垫+1%透明质酸钠作关节腔（上腔）注射

--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

--开口度过大可伴慢性滑膜炎（有压痛）

--弹响开口末，闭口初

--开口型偏健侧

---利多 1ml 囊内注射+硬化剂 5%鱼肝油酸钠 0.25~0.5ml 作关节腔内注射

### 关节结构紊乱总结

关节结构紊乱	可复性关节盘前移位	开口型	呈闪电状	无疼痛	弹响	开口初、闭口末
	关节间隙	前间隙变宽，后间隙变窄	避免食用不易咀嚼的食物，局部湿热敷，再定位咬合板，无开口障碍的，无需手术			
	不可复性关节盘前移位	弹响史	开口受限并可伴有关节区疼痛	弹响	无	
	开口时下颌偏向患侧	被动开口检查开口度不能增大				
	局麻(2%利多卡因)下手法复位为可复性	枢轴垫，注射1%透明质酸钠（关节上腔）				
		时间长、症状重：关节镜、手术治疗				
	关节囊扩张伴关节盘附着松弛	开口度	过大	开口型偏向	健侧	慢性滑膜炎
		弹响	开口末闭口初	治疗	硬化剂5%鱼肝油酸钠	

### (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**歪曲关节绞锁**，**关节区疼痛**

---X线无变化，关节造影见造影液关节上下腔交通

治疗：保守无效时手术

2. 骨关节病（关节骨质退行性变）—开口运动中有**持续的摩擦音**

--X线可见关节骨质硬化，破坏，囊性变及骨赘形成

3. 关节盘穿孔破裂伴关节骨质破坏性改变

--前两型的综合

#### **（四）炎症性疾病**

原因：**外伤或过大开口，骀创伤**

--**髁状突后方**，**关节囊外压痛**，下颌运动时疼痛，咀嚼时加重，**不敢咬后牙**，

开口受限，**开口型偏向患侧**，被动开口时疼痛加重，无弹响

--**治疗**: 无痛范围内制动 **2-3周**

关节腔**注射激素泼尼松+2%利多**

## 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**

----**病因**：**外伤，突然大张口，长时间开口过度或用暴力**

----**髁突位于关节结节前上方**

——开口状，不能闭口，

——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

----双侧脱位：前牙开合，反骀，后牙无接触，

---单侧脱位：颏点偏向健侧 患侧后牙开合 健侧后牙反颌

----许勒位片示：关节窝空虚，髁突位于关节结节前上方

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，口内法复位实用

限制下颌运动 2~3 周，最大开口度小于 1cm（颅颌绷带）

复发性脱位

病因：急性处理不当，长期亢进，老年人，慢性消耗性疾病，韧带松弛

治疗：硬化剂或手术治疗

陈旧性脱位（少见）--3 周以上，手术切开复位，复位后制动 20 天

鉴别诊断

髁状突骨折—前牙开合或单侧开合而后牙有接触且后缩

--耳前区肿胀而不是空虚，下颌运动时可有骨擦音

### 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、

--关节外伤（80%）--髁突矢状骨折和粉碎骨折

关节外强直（颌间挛缩或假性）—病因损伤、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：下颌畸形

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

注：两种强直区别重点是 X 线，拍片选择许勒位片（颞下颌关节侧斜位片、颞下颌关节经颅侧斜位片、薛氏位片），最佳 CT

3.内强直外科手术时机--手术年龄-12-15 岁

粘连少仅仅髁状突：髁状突颈部截开形成假关节（高位颞下颌关节成形术）

粘连多乙状切迹以下—乙状切迹以下，下颌孔以上截开（低位颞下颌关节成形术）

手术特点：切除骨质 0.5-1cm;截骨区至少 0.5-1cm 间隙

术中形成 35mm 以上的开口度

手术时间--双侧最好一次手术,若需两次手术,间隔时间<2 周;

--术后 7-10 天开口训练,练习 6 个月以上

### 开口型总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

**开口偏健侧 (张口大)**

- 翼外肌功能亢进 无痛, 造影显示正常
- 关节囊扩张伴关节盘附着松弛 慢性滑膜炎-疼痛, 造影显示关节囊腔变大
- 颞下颌关节脱位 耳屏前空虚一凹陷

**开口歪曲—关节绞锁, 闪电状 (开口先偏患侧, 后正常):**

1. 可复性关节盘前移位 无痛
2. 关节盘穿孔 疼痛

剩下的疾病 (张口小): **开口偏患侧**

**开口型**

### 弹响总结

**开口初, 闭口末: 可复性关节盘前移位**

**开口末, 闭口初: (张口大)**

- 翼外肌功能亢进 无痛、造影显示正常
- 关节囊扩张伴关节盘附着松弛 慢性滑膜炎-疼痛, 造影显示关节囊腔变大

**多声破碎音: 关节盘穿孔**

**连续摩擦音: 关节骨质退行性变**

剩下的疾病 (张口小): **无弹响**

**弹响**

## 第十单元 颌面部神经疾病

### 第一节 三叉神经痛

感觉; 咀嚼肌运动; 本体感觉 (定位)

#### (一) 三叉神经痛

1.指在三叉神经分布区域内出现阵发性电击样刀割针刺样剧烈疼痛,

历时数秒至数分钟, 间歇期无症状; 春季和冬季多见

多数为单侧性



——以中老年人女性，单侧多见，分为**发作期，间歇期，缓解期**

2.分类：原发性--疼 无功能障碍;继发性—疼有功能障碍，**有阳性体征**

3.病理表现—目前已公认**脱髓鞘**改变

## (二) 临床表现

—缓解期可为**数天或几年**

—不少三叉神经痛患者**都有拔牙史**

—疼痛**可自发，有“扳机点”呈间歇性周期性发作**

—皮肤粗糙，色素沉着，脱发，脱眉

—**痛性抽搐（面部表情肌不自主的痉挛）**—疼的**鼻涕、眼泪、口水**一块流  
(抽红哭)

(痛区潮红，结膜充血或流泪出汗流涎)

注：三叉神经痛常有拔牙史

## (三) 诊断及鉴别诊断

1.定分支检查定分支**首先要寻找“扳机点”**

以**第二支第三支**最多见

第一支：眼支——睑裂以上（眉）--**眶上孔**、上眼睑，眉，前额及颞部

第二支：上颌支——眶下孔、下眼睑、鼻唇沟、鼻翼、上唇、鼻孔下方或  
**口角区，上颌结节或腭大孔**

第三支：下颌支——颞孔、下唇、**口角区、耳屏部、颊黏膜**、颊脂垫尖、  
舌颌沟

**口角区——第二支第三支都有**

选项都有拆开选三支，北医书上口角区属于三支。

按顺序检查--由轻到重

2..诊断性封闭：**从末梢到分支，无效时再向近中端注射**

**检查方法--拂、触、压、揉（眶下孔和颞孔的检查）**

第一支痛--封闭**眶上孔**

第二支痛--眶下孔、切牙孔、腭大孔、上颌结节或**圆孔**

第三支痛--颞孔、下牙槽神经孔或**卵圆孔**

**3. 三叉神经痛鉴别诊断：**

舌咽神经痛	多见于男性，疼痛性质： <b>同三叉神经痛</b>
	疼痛部位： <b>咽后壁、舌根、软腭、扁桃体、咽部及外耳道</b>
	诱因： <b>吞咽、讲话而引起，睡眠时也可发作</b>
	诊断： <b>丁卡因</b> 喷雾于舌咽神经分布区域，如疼痛缓解即可作出诊断
药物治疗： <b>治疗三叉神经痛的药物均可用于舌咽神经痛的治疗</b>	
牙髓炎	有病灶牙，夜间痛，冷热刺激疼痛加重，疼痛时间长，无扳机点
龈乳头炎	虽有冷热刺激痛，但有明显的牙龈乳头的肿胀，进食嵌塞
髓石	体位性疼痛，无扳机点，无周期性发作
颞下颌关节紊乱病	张口及咀嚼时关节区及其周围肌群疼痛，无自发痛

**4. 治疗**

①药物：**卡马西平**——又称**酰胺咪嗪、痛痉宁**，得理多，叉颠宁，三叉神经痛的**首选药物**，从 100 mg 开始加量，**最小量维持，最大剂量 1200mg/d**，一般为 **300-800mg/d**，**奥卡西平--易耐受**

另外还有：**氯硝西洋**（以上无效时用），**苯妥英钠（抗癫痫药物）** 维生素 B1 七叶莲

②注射治疗：**95%乙醇**，

③封闭治疗:药物无效，**1-2%利多卡因**，**维生素 b12--药物无效时首选**

④理疗：离子导入

半月神经节射频温控热凝术（高频考点）--只针对痛觉，不能定位，保守无效时用，70-80° 目前最有效，杀死痛觉纤维，且可重复，有复发率（比药物治疗复发率低）

手术：首选微血管减压术

三叉神经周围撕脱术（眶下 N、下牙槽 N），

## 第二节 周围性面神经麻痹

### （一）分类

中枢性面神经麻痹（核上）：病变对侧（睑裂以下），有额纹

周围性面神经麻痹（核下）：病变同侧，所有表情肌，无额纹

区别在颞支：额纹消失，不能蹙眉

### （二）贝尔麻痹—周围性麻痹—最常见的

单纯性周围性面神经麻痹

#### （1）病因：

--冷风吹，病毒感染，风湿性疾病，遗传因素

--急性非化脓性炎症所致

贝尔面瘫起病急骤，

#### （2）病理：面神经水肿和变性

（3）面瘫的典型症状：患侧口角下垂，健侧向上歪，发生饮水漏水、不能鼓腮、吹气等功能障碍（口轮匝肌瘫痪）。上下眼睑不能闭合，致睑裂扩大、闭合不全、露出结膜（眼轮匝肌瘫痪）

贝尔征：用力紧闭时，眼球转向外上方

检查：味觉检查（鼓索）：糖水或盐水置于患者的舌前 $\frac{2}{3}$

听觉检查：检查**镫骨肌**的状态，**音叉试验**。

**泪液检查**：**Schirmor 试验**，正常时，在五分钟的滤纸占泪长度约为2mm，**低于 2mm**，**膝状神经节**受损；**高于 2mm**

**(4) 诊断和鉴别诊断鉴别：**

**鼓索--味觉，镫骨肌--听觉，膝状神经节--泪腺**

----（膝下跪、不流泪 铮铮铮、听力退 患了以上，索然无味）

**茎乳孔以外---面瘫（同侧）**

**鼓索与镫骨肌神经节之间—面瘫+味觉丧失+唾液腺分泌障碍（同侧）**

**镫骨肌与膝状神经节之间—面瘫+味觉丧失+唾液腺分泌障碍+听觉改变（同侧）**

**膝状神经节—面瘫+味觉丧失+唾液腺、泪腺分泌障碍+听觉改变（同侧）**

**脑桥与膝状神经节之间---除面瘫外，其余较轻**

**核性损害---面瘫+轻度感觉与分泌障碍+对侧偏瘫**

**注：预后：80%可在两个月后恢复**

**(5) 治疗：**

**急性期--(1—2 周)：**控制炎症水肿，改善血液循环 **减少神经受压**

**阿司匹林+抗病毒+激素+营养神经药物+抗风湿药物**

**注：不能强刺激，控制水肿**

**恢复期--(第 2 周末--2 年)：**尽快使神经传导功能恢复和加强收缩

**注：可强刺激，保护眼睛，电按摩**

**后遗症期：2 年之后**

**治疗：不能恢复则手术治疗**

## 第十一单元 先天性唇裂和腭裂

唇裂、腭裂系——最常见的先天性口腔颌面部发育畸形

### 第一节 概论

唇腭裂—胎儿发育成形的前 12 周

6—7 周形成唇裂，9-12 周腭裂

单侧多于双侧，左侧多于右侧

第二节 唇裂（多基因遗传性疾病，最常见的先天畸形），

#### 一. 唇腭裂—男女 1.5:1

新生儿发病率—1: 1000

#### 二. 分类

##### 1. 国际：

单侧唇裂

—单侧不完全性唇裂，裂隙未裂至鼻底

--单侧完全性唇裂——整个上唇至鼻底完全裂开

双侧唇裂

—双侧不完全性唇裂（双侧裂隙均未裂至鼻底）

--双侧完全性唇裂——双侧上唇至鼻底完全裂开

--双侧混合性唇裂——一侧完全裂，另一侧不完全裂

##### 2. 国内：

#### (1) 单侧唇裂：

I 度唇裂—仅限于红唇部分的裂开

II 度唇裂—上唇部分裂开，但鼻底尚完整

### III 度唇裂—整个上唇至鼻底完全裂开

3. 特殊情况：隐性唇裂：粘膜皮肤是完好的，基层裂开，唇峰分离

#### 三、手术治疗

1. 外科手术—修复唇裂的唯一重要手段--恢复形态和功能

2. 唇裂手术时间（高频）

—单侧：3~6 个月（5~6Kg 以上）

—双侧：6~12 个月

3. 术前准备—前 3 日开始练习汤匙、滴管喂养

胸腺肥大不能手术

特殊检查：上午进行，术前 30 分钟注射阿托品

4. 麻醉方法：较大儿童和成人—局麻、眶下孔阻滞麻醉

婴幼儿：气管插管全麻

5. 手术方法（改良旋转推进法--降低唇峰高度）

单侧唇裂

（1）下三角瓣法（tennison 法）：适合完全性裂，

优—操作简单

—恢复上唇高度

缺一切正常组织多，唇过长，鼻底封闭差

（2）旋转推进法（millard 法、上三角瓣法）：

优一切组织少，鼻底封闭好，唇弓形态好，用的最广

缺一技术难，唇高常不足

## (2) 双侧唇裂

手术方法

保留前唇原长整复术（用的最多）

--前唇短小的幼儿，小于1岁，前唇较长的成人

保留前唇加长整复术

--前唇特小的幼儿（1-3岁），前唇短小的成人

### 6.术后护理：

全麻清醒4小时后，可给予少量流汁或母乳

应用滴管或小汤勺喂饲，5—7天后拆线

用唇弓10天后拆线

金英杰医学 (四) 术后护理

- ①患儿术后全麻未醒前，应使患儿平卧，头偏向一侧，以免误吸
- ②全麻清醒4小时后，可给予少量流汁或母乳，应用滴管或小汤勺喂饲
- ③术后第一天即可去除唇部创口包扎敷料，任其暴露
- ④术后24小时内给予抗生素，预防感染
- ⑤正常愈合的创口，可在术后5~7天拆线，口内缝线可稍晚拆除或任其自行脱落
- ⑥如使用唇弓，至少应10天后拆线
- ⑦术后或拆线后，均应嘱咐家属防止患儿跌跤，以免遭致创口裂开

## 第三节 腭裂

多骨组织畸形，影响：发音，吸吮，语言

## 2.分类:

国际：软腭裂——仅软腭裂开

不完全性腭裂——未至切牙孔

单侧完全性腭裂——腭垂至切牙孔完全裂开，分左右

双侧完全性腭裂——腭垂至切牙孔完全裂开

国内：分为三度：

I° — 限于腭垂裂

浅 II° — 软腭裂

深 II° — 软腭裂包括一部分硬腭（不完全腭裂）

III° — 全腭裂开，由腭垂到切牙区

## 4. 临床表现

---吸吮功能障碍、**腭裂语音**、腭部解剖形态异常、听力下降，牙乱

## 5.诊断鉴别诊断

**系带异常--W形舌**

智力低下儿童--语言和其他都有问题

6.唇腭裂术前准备--不查视力，**腭裂查扁桃体**，**唇裂查胸腺**-大不做

## 7.手术治疗

治疗原则	腭裂的治疗应采取综合序列治疗的原则来恢复腭部的解剖形态和生理功能，重建良好腭咽闭合和获得正常语音功能 麻醉：均全麻气管插管，一般为口插	
手术目的	修复腭部的解剖形态；改善腭部的生理功能，重建良好的“腭咽闭合”，为正常吸吮、吞咽、语音、听力等生理功能恢复创造条件	
手术原则	最常采用改良兰氏(Langenbeck)腭裂修复术（兰氏法打断翼钩，为了松懈腭帆张肌） 腭成形术：封闭裂隙、保持和延伸软腭长度、恢复软腭生理功能 咽成形术（咽后壁组织瓣转移）：缩小咽腔、增进腭咽闭合（腭咽闭合不全或部分大年龄的患者）	
手术年龄	主流：12~18(8~18)个月	原因：2岁左右开始说话时期
	另一种：5~6岁左右施行为好	原因：上颌骨发育基本完成后
手术喂养	流质饮食1~2周，半流质1周，2~3周后普食 (流食1周，半流质5天，2周后普食)	
拆线	术后两周	

## 8.术后并发症



症状	原因
1. 咽喉部水肿	气管内插管的创伤和压迫
2. 出血	大出血并不多见，少量出血，易引起误吸
3. 窒息	肿胀所致
4. 感染	
5. 打鼾及睡眠时暂时性呼吸困难	由于局部组织肿胀引起
6. 创口裂开或穿孔（腭瘘） 裂开部位：软硬腭交界处或腭垂处， 建议术后6~12个月进行二次手术	主要原因是由两侧黏骨膜瓣松弛不够 (张力过大)

#### 第四节 唇腭裂的序列治疗（助理不考）

1. 新生儿的正畸治疗— 出生后6个月配戴鼻管（11岁手术）以矫治鼻孔畸形  
— 出生3个月内戴腭托
2. 唇裂修复  
修复时间— 单侧3~6个月，双侧6~12个月
3. 腭裂修复— 患儿12~18个月（8-18）时进行，  
4—6岁语言训练，腭裂术后1个月配合医师
4. 牙槽突植骨术— 9~11岁（青春期前）时进行，即尖牙未萌，根形成1/2~2/3时，术后3—6个月正畸治疗
5. 外科正畸治疗— 常在16岁以后进行，
6. 腭成形术后一年，或学龄前进行腭咽闭合
7. 最容易忽视的是心理治疗

## 口腔颌面部影像学诊断

口内片：

### 1. 根尖片：

成人根尖片—3 cm×4 cm

儿童根尖片—2.5 cm×3.5 cm

分角线技术—容易失真

**分角线技术在国内普遍**

**平行投照技术—成人 14 张，儿童 10 张**

—不常用，不好放

2. **(牙合)翼片—观察上下牙牙冠牙槽嵴顶**

--**邻面龋**、髓室，根分叉，但看不到根尖

3.(牙合)片：

上颌前部—前牙及牙槽突，切牙孔，腭中缝，鼻腔底，**上颌窦**，鼻泪管

上颌后部—4-7 及其牙槽突和该侧**上颌窦底部**

下颌前部—下颌颏部有无骨折及炎症、肿瘤引起的骨质变化

**下颌横断—主要看导管结石**，骨折移位，8 的方向

胶片大小：6x8cm，X 线与牙体长轴平行

口外片

1.**华特位片—鼻颏位、华氏位—上颌骨、颧骨**

2.颧弓位片—颧骨及颧弓骨折

3.**下颌骨侧斜位片—下颌骨体部、升支及髁突**

4.下颌骨后前位片—两侧下颌升支—边缘性颌骨骨髓炎

5.下颌骨开口后前位—髁突内外径

6.下颌骨升支切线位片—下颌升支，边缘性骨髓炎

看关节：

1.颞下颌关节侧斜位片：许勒位—经颅侧位片

---看颞下颌关节外 $\frac{1}{3}$ ，关节间隙

3. 髁突经咽侧位片：不能看关节间隙

4. 唾液腺造影：油溶剂—40%碘化油—60%泛影葡胺

双层造影—首选30% (20%) 泛影葡胺+无菌空气

禁忌证：对碘化合物过敏，腺急性炎症期，唾液腺导管阳性结石  
病变 X 线影像

1.牙髓钙化—局限性者表现为髓石

--弥散性者表现为髓腔及根管钙化

牙内吸收——根管扩大，透粉色，髓室壁或根管壁变薄

2. 牙中牙——于牙齿中央低密度的腔隙中，形似有一小牙被包于牙髓中

——牙内陷最严重的一种

3.遗传性乳光牙本质--根管部分或全阻塞，牙根短而尖细

4.牙脱位——完全脱位造成牙槽窝空虚，嵌入脱位--牙周膜间隙宽

5.牙是否在神经管上，上颌窦里看牙周膜是否连续

6. 根尖周病

脓肿——界限不清，云雾状

囊肿——界限清晰，骨白线包围

肉芽组织——界限清晰，无骨白线，<1 cm

致密性骨炎—骨有问题

牙骨质增生—牙根有问题（根尖球形增生）

7.牙骨质结构不良—早期低密度影

## 8.牙周炎--水平、垂直吸收

9.牙源性中央性颌骨骨髓炎：破坏期多密度减低区

10.牙源性边缘性颌骨骨髓炎：下颌升支侧位片、曲面体层片，下颌横断咬合片等

11.牙源性上颌窦炎——根尖片和**华特位**片，上颌窦密度弥漫性增高或气腔变小

**Garre 骨髓炎**：骨膜新骨，**葱皮样**

## 12.上颌骨骨折—首选华特位

颞下颌关节病变

关节间隙改变，髁突动度改变，髁突形态发育不对称，骨折改变

含牙囊肿——囊壁通常附于**牙颈部**，单房多见

**牙源性角化囊肿**——单囊多见、**沿颌骨长轴生长**、膨胀不明显、牙根吸收少见、可含牙

鼻腭管囊肿——**颌骨中线，上中切牙之间**

球上颌囊肿——上**23**之间

正中囊肿——中线区，与牙无关

**成釉细胞瘤**——多房，无钙化

角化囊肿——无钙化

牙源性钙化上皮瘤——有钙化

牙源性粘液瘤——泡沫状变化，蜂房状

**牙龈癌**——虫状蚀，界限不清，**先牙松，后下唇麻木**，**牙槽突破坏吸收**

**中央性颌骨癌**——早期下唇麻木

骨肉瘤——日光放射状

颌骨骨纤维异常增殖症——毛玻璃

牙源性腺样瘤——上颌尖牙多见

注：囊内含牙--成釉细胞瘤，牙源性角化囊性瘤，始基囊肿，

囊内含牙冠：含牙囊肿（滤泡囊肿）

囊内含根尖：根端囊肿（根尖周囊肿）

CT：口腔颌面部肿瘤、炎症、外伤、唾液腺及颞下颌关节疾病检查诊断

锥形束 CT:口腔颌面部硬组织

MRI：颅脑和血管

## 第一单元 口腔颌面外科基本知识

### 1.病史

既往史——与**医疗**相关，药物不良反应、预防接种史等

个人史——与**个人**有关，社会经历、工作、习惯等

### 2.门诊病案项目要求

(1) 主诉：**时间+症状+部位**——不能写具体牙位，不超过 **20** 个字

(2) 病史：**过敏（红色记录）**

(3) **封面必须逐项填写，完整，危急患者加注时、分**

(4) 必须包括主诉、病史、体格检查、实验室检查、初步诊断

处理意见，签名与处方权**留迹一致**的名字

### 3.急诊病历（初、复>3个月）

急诊病史：**就诊时间应具体到分钟-首诊负责制。**

**急诊抢救病历抢救后6h内完成**

病例修改双黄线 上级医师在上面

4.24 小时内完成的有：

①入院记录 ②再次或多次入院记录 ③24 小时内入出院记录 ④24 小时内入院死亡记录

术后 24h 内完成：手术记录 首次病程患者入院 8h 内完成

主治医师首次查房入院 48h 内完成

二、口腔颌面外科临床检查(考查点都比较细)

(一) 一般检查

1.口腔检查：外→内、前→后、浅→深的顺序，进行 健、患侧对比检查；

口腔前庭检查：蓝黑色线状色素--汞汞重金属中毒

牙龈线性红斑--艾滋病

(2) 牙齿及咬合检查——张口度以上下中切牙的切缘间距为标准

正常人的张口度大小——相当于被检者的食、中、无名三指合拢时三指末节的宽度。约 3.7cm—4.5cm

—平均张口度 3.7cm

—张口过大：大于 5cm

—张口受限：小于 3.7cm

张口受限分四度：

轻度张口受限——仅可置两指——约 2—2.5cm。

中度张口受限——仅可置一指——约 1—2cm。

重度张口受限——不足一指——约小于 1cm。

完全性张口受限--牙关紧闭

### (3) 固有口腔及口咽检查

**双指合诊**：用一手的拇、食指置于病变部位的上下或两侧进行--**唇、颊、舌**部的检查

**双手合诊**：双手合诊用双手置于病变部位的上下或两侧进行--**口底、颌下区**检查；**双合诊应按“由后向前”**的顺序进行。

**单指**:根尖 **双指**:波动 **三指平触**:腮腺

**淋巴结**: 由浅入深滑动触诊

### 2.颌面部检查（高频）

①**眼**—**瞳孔的变化是颅脑损伤**的一个重要体征；针状瞳孔—有机磷中毒

②**鼻**—**脑脊液鼻漏**——是**前颅底骨折**的临床体征之一

③**耳**—**外耳道流血或渗液**—注意有无因**中颅底骨折**而致**脑脊液耳漏**（**不可冲洗和填塞**）

### 语音及听诊检查

①**腭裂**患者--很重的鼻音，临床上称“**腭裂语音**”

②**舌根部肿块**—“**含橄榄语音**”（异位甲状腺）

③**动静脉畸形**—可闻及明显的**吹风样杂音**（蔓状、葡萄状血管瘤）

### 3.颈部检查（淋巴结）

--由浅入深，滑动触诊（三指），健患侧对比

----患者取**坐位**，检查者应站在其**右方**（前或后）

患者头稍低，略偏向检查侧**食，中，环三指**触诊使肌肉松弛

### 4.颞下颌关节检查

#### (1) 外形与动度检查

**耳屏前**扪诊——以**双手示指**或中指分别置于两侧**耳屏前**（**髁状突外侧**）

**外耳道**指诊法——指腹触摸**外耳道前壁**，感受**髁状突**的活动及冲击感

（2）咀嚼肌检查；（3）下颌运动检查；（4）咬合关系检查（咬合异常是因素）

### 5.唾液腺检查

（1）**腮腺**—**示、中、无名**三指平触，

切忌用手指提拉触摸**下颌下腺及舌下腺**—**双手合诊法**

（2）分泌功能检查（高频）

①**定性**检查：给患者以酸性物质（Vc）

②**定量**检查— 正常人每日涎液总量为 **1000~1500ml**，**每分钟 0.5ml**

**腮腺和下颌下腺~90%**

**下颌下腺--60~65%,腮腺： 22-30%，舌下腺 3-5%（口解 2-4%）**

#### （二）辅助检查

1.化验检查：淀粉酶—**流行性腮腺炎**

2.穿刺检查（针对**囊性**的东西）：

**脓肿**穿刺—**8 或 9**号针头（外径 0.9mm，20G 粗针）

**血管瘤**—**7号**（外径 0.7mm，22G 粗针）**不能切**,七个小矮人和白雪公主

**唾液腺肿瘤和深部肿瘤--6 号的细针吸取活检--FNAC** **瘤 6 谐音梗**

**禁忌**穿刺—**颈动脉体瘤或动脉瘤**

**一般不**穿刺—**怀疑是结核性病变**（**经久不愈的窦道**）或**恶性肿瘤**（**转移**）

#### 3.活体组织检查

（1）**切取**活体组织检查—手术和活检分两次取



——适用于：**表浅有溃疡的肿瘤**

——可不用麻醉或局麻下进行，**浸润麻醉不宜采用**

——用 **11号**手术刀

——最好在**肿瘤边缘与正常组织交界处切取 0.5—1 cm** 一块楔形组织 (**黏膜 0.2X0.6cm**)

——放入 **10%福尔马林**溶液或 **4%甲醛**中固定

**注：**

**不要**在坏死部位切取；减少机械损伤 (**勿钳夹**) --以免组织、细胞变形

**不宜**使用染料消毒剂——以免影响组织染色

**不用**电刀 ——蛋白质变性

**不做活体组织检查：血管性肿瘤或血管畸形--大出血**

**恶性黑色素瘤--快速移位**

**(2) 吸取 (细针抽取) —FNA**

**优点：痛苦小；缺点：对恶性肿瘤诊断 80%**

——适用于**深部肿瘤或表面完整、较大的肿瘤**及颈部大的淋巴结

——损伤**小**，抽的组织**少**

**(3) 切除活体组织检查—手术活检一次完成**

——适用于**皮肤黏膜完整，位于深部**的可切除的小型肿瘤或淋巴结

——切除边界应**包括一部分正常组织**

**(4) 冷冻活体组织检查—术中做的**

——适用于**已决定**手术治疗的病变

——新鲜，**不需固定**

—确诊率 **95%**以上

—准确性比其他三种低，传统活检最终检查

## 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** 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) 白细胞分类计数 (DC) —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) 嗜酸性粒细胞 (EOS) 直接计数

--正常参考值: **(50-300)**  $\times 10^6$  (**50-300** $\text{mm}^3$ )

(6) 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

(7) 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**

(8)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)

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**

肝功--谷草/谷丙转氨酶 — **0-40 U/L**

--**γ转肽酶 — 0-50 U/L**

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**

乙肝病毒免疫标记物: (参考正常值均为阴性)

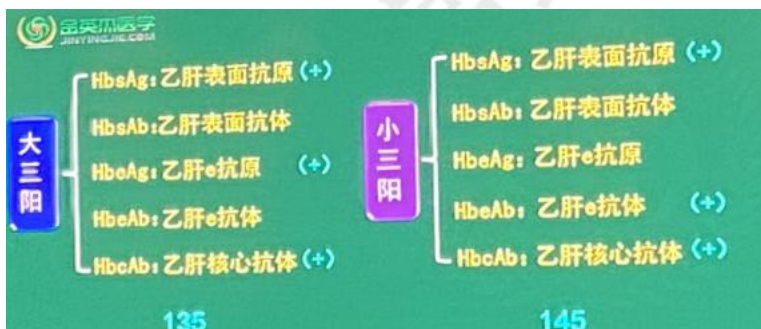
HBs**Ag**—乙肝**表面抗原**

HBs**Ab**—乙肝**表面抗体--保护性抗体 (好事)**

HBe**Ag**—乙肝 **e 抗原**

HBe**Ab**—乙肝 **e 抗体**

HBc**Ab**—乙肝**核心抗体**



凝血功能

--血浆凝血酶原时间（PT）—12-16s —延长 3 秒以上是异常

### 第三节 消毒和灭菌

**1.原则**—无菌→污染→感染，无菌又叫清洁创口。

**2.高压蒸气灭菌（首选--灭菌效果可靠）**

—不宜：明胶海绵、凡士林、油脂、液体石蜡，各种粉剂（用干热消毒）

—可以消毒橡胶，不可以消毒带药的敷料

#### 3.煮沸消毒法

---一锅水半锅碗水要**完全没过**器械

---消毒时间**自水煮沸后开始计算**

一般需 **15~20** 分钟

--对于**肝炎患者污染的器械与物品煮沸 30 分钟**（加 **2%碳酸氢钠**增加沸点），

--金属器械 5 分钟

**4.干热灭菌法—棉织品、合成纤维、塑料及橡胶制品等，不用此法**

---**160 °C应持续 120 分钟**

—**170 °C应持续 90 分钟**

-- **180 °C应持续 60 分钟**

5.化学消毒法：

（1）**乙醇 75%**—仅用于一般不进入无菌组织的器械灭菌

—浸泡时间为 **30 分钟** —消毒力**最弱**

（2）戊二醛 —**2%碱性戊二醛**泡器械

**2 分钟内可杀灭细胞繁殖体（分分钟杀死细菌）**

**10 分钟内可杀灭真菌、结核杆菌**

15~30min 可杀灭乙型肝炎病毒

4~12h 杀灭细菌芽胞

注：分分钟灭细菌，真结十分钟，乙肝 15~30min，芽胞 4~12h

(3) 碘伏—和乙醇溶液较水溶液杀菌作用更强—术区 0.5%

消毒器械用 1~2mg / ml 的碘溶液--浸泡 1~2 小时

(4) 福尔马林液-- 10% 溶液，浸泡 60~120 分钟，用时应以灭菌蒸馏水冲净残留药液。

(5) 含氯消毒剂—消毒剂溶于水中可产生次氯酸

(6) 过氧乙酸—最强—杀灭细菌芽胞用 1% 浓度，5 分钟可奏效

### 三、手术区的消毒灭菌

取皮及取骨区应在术前 2 日用乙醇彻底清洁

#### (二) 手术区常用消毒药物

1. 碘酊--口腔内为 1%，颌面颈部为 2%，头皮部为 3%，使用后应予脱碘，碘过敏者禁用。

2. 洗必泰液（氯己定）--皮肤 0.5%，以 0.5% 氯己定-乙醇（70%）效果更佳，口腔内及创口 0.1%，漱口：0.12-0.2%

3. 碘伏（聚维碘酮）-- 0.5%（有效碘 2—10g/L）

4. 75% 酒精 最常应用，其消毒力较弱

#### (三) 消毒方法及范围

1. 消毒方法：非感染：（中心---四周） 感染：（四周---中心）

与口腔相通的手术及多个术区的手术应分别消毒，先口内，后口外

2. 消毒范围：头颈部 10cm，四肢、躯干 20cm。

#### (四) 消毒巾铺置法

常用的铺巾法有以下几种：

##### 1. 手术野铺巾法：

- (1) 孔巾铺置法—门诊小手术
- (2) 三角形手术野铺巾法—口腔、鼻、唇及颊部手术。
- (3) 四边形手术野铺巾法—腮腺区、颌下区、颈部和涉及多部位的大型手术。

### 第三节 手术操作过程

#### (一) 切口设计

##### 1. 解剖—切口尽量与神经血管腮腺导管平行

下颌下切口：在下颌骨下缘下 1.5cm 左右，避免伤及面神经

下颌缘支（该支在下颌骨下缘 0.3-1.4cm 处斜行向上）

##### 2. 部位—切口应选择比较隐藏的部位和天然皱折处

切口的方向要尽量与皮纹方向一致，活检手术的切口应力求与再次手术的切口一致。

##### 3. 长短—切口的长短以能充分显露为宜，切口弧形和 S 形为宜。

#### (二) 切开

垂直进-45 度切-垂直出，逐层切，肿瘤手术—电刀或光刀

注：；皮肤、整复手术—用钢刀

#### (三) 体位颌下、颈部腮腺

—垫高肩部头侧位；腭部—平卧仰头位；唇部—平卧头正位；腮腺区--头侧

垫肩

## 二、止血

(1) 钳夹、结扎止血—最基本、最常用

表浅出血点—钳夹；大出血点—钳夹后结扎（电凝）；大块肌束—贯穿缝合

(2) 阻断止血—效果最明显、最可靠的方法

1. 知名或较粗血管的阻断止血，断端长度是至少为血管管径的两倍

—较大的动脉二次结扎

2. 颈外动脉结扎—双侧单侧结扎好。

3. 区域阻断止血—阻断近心端

(3) 压迫止血

大面积的静脉渗血—用温热盐水纱布压迫止血

局限性出血又查不到明显出血点—荷包式或多圈式缝扎压迫止血

不能缝合或缝合效果不佳时—转移邻近肌肉或组织覆盖、填塞加压止血

骨髓腔出血—骨蜡填充止血

窦腔内出血及颈静脉破裂出血——碘仿纱条填塞

急性动脉出血：压迫知名动脉的近心端

(4) 药物止血

(5) 热凝止血—使用电刀或光刀手术，可显著减少术中出血量

(6) 低温止血—低温降压麻醉（体温降至32°C左右）

(7) 降压止血—术中使收缩压降至10 kPa（80 mmHg）左右。时间30分钟，心血管疾病患者禁用；止血带每隔1h要松开1-2分钟。

## 三、解剖分离

1. 锐性分离—精细的层次解剖或分离粘连坚实的瘢痕

手术刀、剪；需要直视，损伤小

2.钝性分离—肌肉，疏松结缔组织，良性肿瘤的摘除

手指、血管钳；不需直视，损伤大

四、打结（单，持针器打结常用）

口腔外—打方结、外科结

口腔内—打三重结，组织内 1mm,大的血管大块肌肉防止滑脱肠线 3-4mm, 皮肤黏膜至少 5mm

五、缝合

除感染等特殊情况所有创口均应行初期缝合

（一）缝合的原则和基本要求(垂直进垂直出)

--彻底止血、自深到浅、逐层对位严密缝合，先游离后固定

严密缝合—无死腔（有死腔，易感染），应在无张力或最小张力下进行；缝合之间的组织不能夹杂其他组织，影响愈合；打结松紧适度。

整复手术以缝合—边距 2~3 mm、针距为 3~5 mm，拆线 5-7 天

颈部手术缝合—边距 3mm、针距 5mm,拆线 7 天

舌组织缝合时—边距和针距均应增至 5mm 以上

张力过大创口缝合—潜行分离减张；辅助减张；附加切口减张。

在功能部位——对偶三角瓣法换位呈 Z 曲线缝合

缝线常用 1-0,3-0 和 1 号线

进出针间距大于皮下间距——皮肤创缘内卷

进出针间距小于皮下间距——皮肤创缘呈现过度外翻

稍外翻：皮肤切口两侧进针间距小于皮下间距



张力**过大创口缝合**—潜行分离减张；辅助减张；附加切口减张。

两侧创缘**厚薄不均或高低不等**—薄、低侧组织要**多而深**的缝合

**厚、高侧组织要少而浅**的缝合

### (三) 缝合的基本方法

(1) **原位缝合**：用于**无组织缺损，整齐无张力**的创口复位缝合。

间断缝合：缝的慢；

连续缝合（助理不考）：缝的快，容易开

(2) **外翻缝合（褥式缝合）**--考虑**创缘血供**方向

(3) **皮内缝合**：其优点是**术后瘢痕小**，要求技巧**很高**，仅用于**整复小手术**。

## 六、引流

### (一) 适应证

- 1.感染或污染创口
- 2.渗液多的创口
- 3.留有死腔的创口
- 4.止血不全的创口

### (二) 引流方法：

1.开放、（被动引流、治疗性）：

**片状引流**—小的渗液、口内创口；**纱条引流**—（**油纱条--脓腔**，**碘仿纱条--重度和混合感染的创口**），**减少刺激**；**管状引流**—**大创口**和**脓腔**（便于冲洗注药）

2.闭式、**主动性、预防性**：

**负压引流**—用于颌面颈部较大手术的术后引流（皮瓣移植）

--不需加压，闭合严密

**3.引流的时间：**

污染创口多在 24~48h 后去除

脓液及渗出液完全消除，或无脓后 48h

负压引流 24 小时内引流量不超过 20~30 ml 时

较小的创口（腮腺，颌下腺手术）24h 内引流量少于 15ml 时

#### 第四节 创口的处理

1. 无菌（清洁创口）--无细菌侵入

—早期烧伤；某些化学性损伤已及时处理

2. 污染创口--有细菌，但未引起化脓性炎症，与口鼻腔相通的创口。

3. 感染创口—引起化脓性炎症，化脓性炎症情况下进行手术的创口

#### 4. 各类创口处理原则

① 无菌创口--应严密缝合，面部早期暴露

—不轻易打开敷料观察，以避免污染；除为拔除引流物及怀疑已有感染者外；

可不用抗生素；拆线时间--面 5 天，颈部 7 天，光 14 天。

② 污染创口--应行初期缝合；一般也不宜打开敷料观察

除非高度怀疑或已确诊感染者外；酌情用抗生素

口内创口术后 7~10 天拆线；腭裂 10 天以上（2 周）

③ 感染创口--不作初期缝合；引流物应在感染完全控制、已无脓液排出后 48

小时去除；脓肿切开引流后不作缝合，但必须置入引流物

#### 第五节 绷带应用技术 无遮挡创口、无骨折复位作用。--最常用卷带

1. 作用：保护术区和创部，防止继发感染，避免再度受损；止血并防止或减轻水肿；防止或减轻骨折错位；保温、止痛；固定敷料但无数料作用。

2. 四头带—70cm；用于鼻、颈部创口的包扎固定，压迫术后创口

交叉十字绷带（环绕法）—适用于颌面（腮腺区）及上颈部术后

单眼绷带 —上颌骨

颈淋巴清扫后--8字绷带

单眼绷带--上颌骨、面、颊部手术后