

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：适用于耐热耐温物品，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**