

口腔颌面外科学

金英杰事业部

教辅：宋丽茹

19.4.25~27

第五单元 口腔颌面部感染

第一节 概论

（一）解剖生理特点与感染的关系

1. 感染是指由各种生物性因子在宿主体内繁殖及侵袭，导致机体产生以防御为主的一系列全身及局部组织反应的疾患。

2. 解剖特点与感染的关系：

腔窦多-----易感染；

牙病多-----扩散；

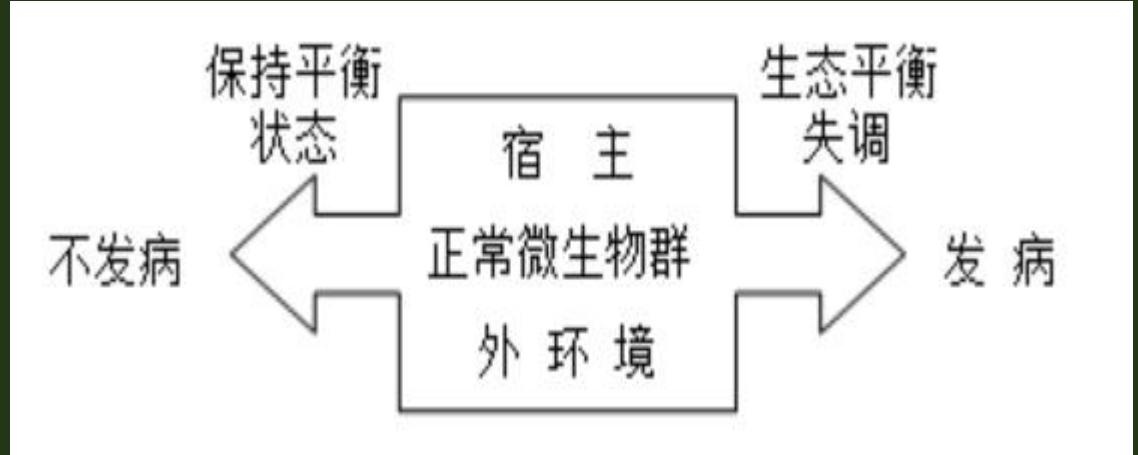
间隙多-----相互扩散；

毛囊多-----可感染；

淋巴多-----结外蜂窝织炎；

静脉缺少瓣膜-----危险三角区；

血源循环丰富----利：抗感染，弊：易扩散。



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

第五单元 口腔颌面部感染

第一节 概论

3.鼻唇部静脉又常无瓣膜，致使在鼻根向两侧口角区域内发生的感染易向颅内扩散而被称为面部的“**危险三角区**”。

二) 常见致病菌

口腔颌面部感染常由**金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠杆菌**等引起。目前口腔颌面部感染最多见的是**需氧菌与厌氧菌**的混合感染。

(灰白色稀薄腐臭脓液)

因病原菌的不同，口腔颌面部感染可分为化脓性和特异性两大类，后者指结核、梅毒、放线菌等引起的特定病变。



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

某患者因智齿冠周脓肿引起右侧咬肌间隙脓肿，切开引流后流出大量灰白色稀薄腐臭脓液，此为何种感染所致

- A. 变形链球菌
- B. 大肠杆菌
- C. 结核杆菌
- D. 混合细菌感染
- E. 金黄色葡萄球菌

(三) 感染途径

- 1.牙源性：**牙源性途径是口腔颌面部感染的主要途径。
- 2.腺源性：**儿童的扁桃体炎或上呼吸道感染引起的淋巴结感染。
最常见的腺源性感染：颌下间隙感染。
- 3.损伤性：**继发于损伤后的感染。
- 4.血源性：**新生儿颌骨骨髓炎常见。3个月，见于上颌骨，最少见。
- 5.医源性：**局部麻醉、手术、穿刺等继发性感染。



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

感染主要来源



(四) 临床表现

1. 局部症状

	急性期	慢性期
症状	局部表现为红、肿、热、痛、功能障碍、引流区淋巴结肿痛等典型症状，也是诊断局部感染的基本依据。	炎性浸润块，并出现不同程度的功能障碍，或形成长期排脓的窦（瘘）口

2. 全身症状：

	急性期	慢性期
症状	全身症状包括畏寒、发热、头痛、全身不适、乏力、食欲减退、尿量减少、舌质红、苔黄、脉速等；化验检查白细胞总数增高，中性粒细胞比例上升，核左移。	全身衰弱和营养不良，以及出现不同程度的贫血。

金黄色葡萄球菌为黄色黏稠脓液；

链球菌:一般为淡黄稀薄脓液，有时由于溶血而呈褐色；

绿脓杆菌的典型脓液为翠绿色，稍黏稠，有酸臭味；

混合细菌感染则为灰白或灰褐色脓液，有明显的腐败坏死臭味；

结核杆菌为稀薄浑浊，暗灰色似米汤，夹杂有干酪样坏死的冷脓肿；

放线菌感染脓液中夹杂有硫黄颗粒。

口腔颌面部感染的治疗要从全身和局部两个方面考虑，**局部为主，全身为辅。**

1. 局部治疗

2. 手术治疗：口腔颌面部感染的手术治疗应达到**脓肿切开排脓及清除病灶**两个目的。

(1) 脓肿切开引流术：

A. 切开引流的目的：

- ①使坏死物迅速排出，以达消炎解毒的目的
- ②解除局部疼痛、肿胀，以防发生窒息
- ③颌骨周围脓肿引流，以免并发边缘性骨髓炎
- ④预防感染向颅内和胸腔扩散或侵入血液循环

(2) 引流：口内：碘仿纱条或橡皮条；

口外：盐水纱条、橡皮片、乳胶管

引流的建立

污染创口多在**24~48**小时后去除；**脓肿或死腔**的引流物应放置至脓液及渗液完全消除为止；**负压引流24小时**内引流量不超过**20~30ml**

B. 切开引流的指征：（常考）

- ① 搏动性跳痛、**波动感**、穿刺有脓
- ② 经抗生素控制感染无效，出现**全身中毒**症状
- ③ **儿童**颌周**蜂窝组织炎**，累及多间隙感染，出现呼吸困难及吞咽困难者
- ④ **结核性**淋巴结炎，全身抗结核治疗无效，皮肤发红已近自溃的**寒性脓肿**

C. 切开引流的要求：（常考）

- ① 重力低位
- ② 美观原则和勿损伤重要结构原则
- ③ 避免二次分离原则
- ④ 保证引流通畅原则
- ⑤ 操作应准确轻柔



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

脓肿切开引流操作哪项是正确的

- A.最好选择在口外切开，有助于引流
- B.切口应注意勿损伤下颌缘支及颌外动脉、面前静脉等
- C.切口的位置选择在脓肿的高位，愈合后瘢痕隐蔽的位置
- D.切开至黏膜下或皮下，可锐性分离扩大创口
- E.颜面部危险三角区的脓肿切开后只能轻度挤压，以保证引流通畅

临床应用抗菌药物的基本原则是：

- ①用药前应尽可能进行药敏试验
- ②能用窄谱者不用广谱
- ③遵循口服、肌注、静脉的顺序
- ④适当的用药指征和剂量
- ⑤严格的联合应用指征，能单一就不联合
- ⑥恰当地预防性用药
- ⑦感染治疗以局部为主，全身为辅。

抗感染药物的选择

- 1.葡萄球菌对青霉素
- 2.链球菌对磺胺
- 3.大肠杆菌可用氨基糖苷类抗生素
- 4.类杆菌对克林霉素
- 5.对结核杆菌则首选异烟肼、利福平
- 6.对真菌有效的药物有制霉菌素



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

下颌智牙冠周炎

(一) 第三磨牙（智齿）萌出不全或阻生时，牙冠周围软组织发生的炎症。临床上以下颌智牙冠周炎最常见。18~30岁

(二) 病因 1.远中盲瓣 2对颌咬伤 3.抵抗力低 4 细菌毒力大

(三) 临床表现

局部症状

初期：患者自觉患侧磨牙后区胀痛不适，自发性，发射性跳痛。当炎症遍及咀嚼肌时出现牙关紧闭，开口受限。相邻第二磨牙可有叩击痛、龋坏，通常有患侧下颌下淋巴结的肿胀、压痛。

全身症状

不同程度的畏寒、发热、头痛、全身不适、食欲减退及大便秘结、白细胞总数稍有增高、中性粒细胞比例上升；慢性冠周炎在临床上多无明显症状，仅局部有轻度压痛、不适。

扩散途径：向磨牙后区扩散

在咬肌前缘与颊肌后缘间的薄弱处发生皮下脓肿，当穿破皮肤后可形成经久不愈的面颊瘻。

沿下颌骨外斜线向前，于下颌第一磨牙颊侧黏膜转折处的骨膜下形成脓肿或破溃成瘻，形成黏膜瘻，

沿下颌支外侧或内侧向后扩散。

外侧引起咬肌间隙、颊间隙感染，内侧引起翼下颌间隙、咽旁间隙感染亦可导致；向下引起下颌下间隙、舌下、口底间隙感染的发生。

下颌智牙冠周炎

（四）治疗

智牙冠周炎的治疗原则：在急性期应以消炎、镇痛、切开引流、增强全身抵抗力的治疗为主。

当炎症转入慢性期后，不可能萌出的阻生牙应尽早拔除，以防感染再发。

牙冠周炎的治疗以局部冲洗、上药为主。

a.形成脓肿：切开，置引流条

b.有足够萌出位置、牙位正常，有对颌牙：急性炎症消退后冠周龈瓣切除术

c.慢性期，需要拔除的牙：拔除

d.有瘻管的：拔牙的同时应切除瘻管，刮净肉芽，缝合瘻口

e.全身症状重的：给予抗生素和支持疗法

眶下间隙感染

眶下间隙位于眼眶下方，上颌骨前壁与面部表情肌之间

界限——上界为眶下缘 下界为上颌骨齿槽突 内界为鼻侧缘 外界为颧骨 内容——眶下神经、内眦动脉、面前静脉等

眶下间隙感染来源

1. 以牙源性感染为主，牙源性感染多来自于上颌尖牙、第一前磨牙、上颌切牙的根尖化脓性炎症。
2. 其他，包括上颌骨骨髓炎、上唇底部及鼻侧的化脓性炎症扩散至眶下间隙。

临床特点

1. 眶下区肿胀疼痛，以尖牙部皮肤为中心最为明显。

常波及内眦、眼睑、颧部，张力增大，致使**眼睑水肿、睑裂变窄、鼻唇沟消失。**

2. 脓肿形成后，**眶下区可触及波动感**，口内可见口腔前庭龈颊沟常明显肿胀、压痛，可扪及波动。

3. 可向眶内直接扩散，形成眶内蜂窝织炎，亦可沿**面静脉、内眦静脉、眼静脉**向颅内扩散，导致海绵窦血栓性静脉炎。

治疗：口内上颌前牙及前磨牙区口腔前庭黏膜转折处做横行切口（橡皮引流条）

咬肌间隙位于咬肌与下颌升支外侧骨壁之间。（**最常见**）

来源：1.下颌智牙冠周炎及下颌磨牙的根尖周炎（主要）

2.磨牙后三角区黏膜的感染3.相邻间隙4.化脓性腮腺炎

特点：1.以咬肌区为中心肿胀、压痛、变硬。

2.明显的张口受限。

3.肿胀难以自行溃破，也不易触及波动感。

4.长期感染可导致下颌升支的边缘性骨髓炎

5.扩散：颊间隙、翼下颌间隙、颞下间隙、颞间隙、下颌骨边缘性骨髓炎

治疗：1) 口内从**翼下颌皱襞外侧**切开

2) 口外沿**下颌角下缘**作弧形切口，
距下颌骨下缘**2cm，长约3-5cm**

翼下颌间隙感染（翼下颌连通所有间隙）

下颌支内侧骨壁与翼内肌外侧面之间。前界为颞肌及颊肌；后为腮腺鞘；上为翼外肌的下缘；下为翼内肌附着于下颌支处；呈底在上、尖向下的三角形。

来源：1.下颌智牙冠周炎及下颌磨牙根尖周炎2.相邻间隙

特点：1.先有牙痛史，继之出现张口受限，咀嚼、吞咽疼痛2.下颌升支稍内侧

3.翼下颌皱襞处黏膜水肿

4.不易触到波动感（穿刺诊断）

治疗：1.全身应用足量抗生素

2.口内：翼颌皱襞稍外侧纵行切开2~3cm

3.口外：同咬肌



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

颞下间隙感染：颞下间隙位于颅中窝底

来源： 1.相邻间隙 2.上颌结节、卵圆孔、圆孔阻滞麻醉时带入
3.上颌磨牙的根尖周感染或拔牙后感染引起

特点： 1.颞弓上、下及下颌支后方微肿，深压痛上颌结节上方。2.张口受限
3.不易触到波动感（穿刺诊断）4.眼球外突：警惕海绵窦静脉炎

治疗： 1.应用大剂量抗生素 2.间隙贯通，一并引流 3.管状引流

下颌下间隙感染： 位于下颌下三角内

来源： 1.下颌智牙冠周炎、下颌后牙尖周炎、牙槽脓肿等牙源性(多见)
2.下颌下淋巴结炎 3.化脓性下颌下腺炎

特点： 1.多数下颌下间隙感染是以下颌下淋巴结炎为其早期表现
2.触及明显波动感 3.下颌下三角区肿胀，下颌骨下缘轮廓消失

治疗： 1.下颌骨体部下缘以下 2cm 做与下颌下缘平行之切口 2.避免损伤面神经（下颌缘支）

颊间隙感染

其上界为颧骨下缘；下界为下颌骨下缘；前界从颧骨下缘至鼻唇沟经口角至下颌下缘的连线；后界浅面相当于咬肌前缘；深面为翼下颌韧带

来源：1.上、下颌磨牙的根尖周脓肿或牙槽脓肿冲破骨膜

2.颊部皮肤损伤、颊黏膜溃疡继发感染 3.颊、颌上淋巴结的炎症扩散

特点：1.皮下或黏膜下的脓肿，病程进展缓慢

2.波及颊脂垫时，病情发展迅速，形成多间隙感染

治疗：皮下脓肿：1.口内：颊部下颌前庭沟之上水平切开。

2.口外：广泛的颊间隙感染：做平行于下颌骨下缘 1~2cm 的切口

颞间隙感染：位于颧弓上方的颞区，颞浅与颞深两间隙

来源：1.间隙感染扩散 2.耳源性感染 3.颞部疖及颞部损伤

特点：1.颞浅间隙脓肿可触及波动感 2.颞深间隙脓肿则需借助穿刺

治疗：浅部：颞发迹内做单个切口；深部：作两个以上与颞肌纤维方向一致直切口。

多间隙感染：贯穿式引流

咽旁間隙感染：咽旁間隙位于咽腔側方的咽上縮肌与翼內肌和腮腺深叶之間

来源：1.下頷智牙冠周炎 2.腭扁桃體 3.相鄰間隙 4.腮腺炎耳源性炎症和頸深上淋巴結炎

特点：1.患者自覺吞嚥疼痛、進食困難、張口受限；若伴有喉水腫，可出現**聲音嘶啞，呼吸困難**和進食呛咳 2.感染深需借助穿刺 3.血管豐富，極易擴散和吸收 4.感染可到縱膈

治疗：1.口內：**翼下頷皺襞稍內側縱行切開黏膜層**（首選）

口底多間隙感染：（路德維希咽峽炎） 雙側下頷下、舌下以及頰下間隙同時受累

来源：1.下頷牙各種炎症 2.下頷下腺炎、淋巴結炎 3.急性扁桃體炎、口底軟組織和頷骨損傷

特点：1.初期腫脹多在一側下頷下間隙或舌下間隙

2.后期雙側下頷下、舌下及頸部均有**弥漫性腫脹，凹陷性水腫**

3.如有**腐敗坏死性病原菌**，皮下因有氣體產生，可扪及**捻发音**，切開后有大量咖啡色、稀薄、惡臭、混有氣泡的液體，并可見肌組織呈棕黑色，結締組織為灰白色，但无明显出血

4.嚴重者出現“**三凹**”征，有發生窒息的危險，个别患者的感染可向縱膈擴散

5.全身症狀常很嚴重

治疗：1.主要危險是呼吸道的阻塞及全身中毒 2.大量應用廣譜抗菌藥物

3.切口可在雙側下頷下、頰下作与下頷骨相平行的“**衣領**”型或倒“**T**”型切口

口腔颌面部间隙感染总结

面部间隙	颌周间隙	口底和颈部间隙
眶下间隙	颞间隙	颌下间隙
颊间隙	颞下间隙	舌下间隙
	翼下颌间隙	颊下间隙
	咬肌间隙	咽旁间隙
颜面肿胀	严重张口受限	呼吸困难

中央性颌骨骨髓炎	边缘性颌骨骨髓炎
1.感染来源以龋齿继发病、牙周膜炎、根尖周炎为主	1.感染来源以下颌智齿冠周炎为主
2.感染途径是先破坏骨髓，后破坏骨密质，再形成骨膜下脓肿或蜂窝组织炎。病变可累及松质骨	2.感染途径是先形成骨膜下脓肿或蜂窝织炎，主要破坏密质骨，很少破坏松质骨
3.可以是局限的， 但以弥漫型较多	3. 临床多为局限的 ，弥漫型较少
4.骨髓炎累及的牙多数松动	4.病源牙多无明显炎症和松动
5.病变多在颌骨体，也可波及下颌升支	5.病变多发生在下颌角及升支，很少波及颌骨体
6.慢性期 X 线所见病变明显，可以有 大块死骨形成 ，与周围骨质分界清楚或伴有病理性骨折	6.慢性期 X 线见骨质疏松脱钙或骨质增生硬化，或有小死骨块，与周围骨质无明显分开

（四）诊断

急性中央性颌骨骨髓炎的主要诊断依据是患侧下唇麻木是诊断的有力证据。

慢性中央性颌骨骨髓炎的主要诊断依据是瘻管形成和溢脓。

（五）治疗原则

1.急性颌骨骨髓炎的治疗：在治疗过程中应首先注意全身治疗，防止病情恶化，同时应配合外科手术治疗。

（1）药物治疗。

（2）外科治疗：外科治疗的目的是引流排脓及除去病灶。在急性中央性颌骨骨髓炎中，一旦判定骨髓腔内有化脓性病灶时，即应及早拔除病灶牙及相邻的松动牙(甚至骨板)，使脓液从拔牙窝内排出

2.慢性颌骨骨髓炎的治疗：颌骨骨髓炎进入慢性期有死骨形成时，必须手术去除已形成的死骨和病灶后方能痊愈。

慢性中央性颌骨骨髓炎：病灶清除应以摘除死骨为主。

慢性边缘性颌骨骨髓炎：故常用刮除方式清除。有死骨刮死骨，没死骨，刮除病理性肉芽组织为主。

手术时间:

①慢性**中央性**颌骨骨髓炎 死骨与周围组织分离的时间在发病后 **3~4** 周,病变弥漫者,需 **5~6** 周。一般应在死骨与周围骨质分离后,施行手术最好。

②慢性**边缘性**颌骨骨髓炎一般在病程 **2~4** 周后,即可施行病灶清除术。



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯, 关注金英杰公众号

第五节 新生儿颌骨骨髓炎

1. 3个月以内；
2. 化脓性（金黄色葡萄球菌、链球菌、肺炎球菌）；
3. 上颌骨多见；
4. 血源性；
5. 新生儿上颌骨骨髓炎一般很少形成大块死骨，X线片在诊断死骨形成上帮助不大；
6. 常有眶下缘或颧骨的骨质破坏。

易混淆知识点：儿童口腔颌面部感染常见腺源性。

临床表现

1. 发病急，突然出现高热、寒战，
3. 局部多解剖区域红、肿、痛明显，结膜外翻或眼球外突，提示已发展成为眶周蜂窝组织炎。
4. 可在口内外穿破溢脓，形成瘻管，
5. 可并存全身性的败血症，
6. 严重者易导致牙颌系统发育障碍，形成畸形。

（四）治疗原则（保守）

1. 按脓毒血症或败血症的原则治疗。
2. 全身应用足量有效抗生素，且时间宜长。
3. 脓肿形成及时切开。手术保守，尽量保存牙胚。

（五）预防

放疗前准备工作（10天）

- 1.常规行牙周洁治，注意口腔卫生
- 2.能保留的牙先予以治疗，对无法治愈的病牙应予以拔除
- 3.放射前应去除口腔内已有的金属义齿；活动义齿需在放射疗程中停止佩戴，经过一段时期后再行佩戴，以免造成黏膜损伤

放疗过程中

- 1.口腔内发现溃疡时，可局部涂抗生素软膏并加强口腔护理，以防发生感染
- 2.局部应用氟化物有预防放射后继发性龋的效果
- 3.对非照射区应用屏障物予以隔离保护

放疗后（3~5年）：禁忌拔牙，必须进行手术时，术前术后给与有效的抗生素。

第七节 面部疔痈

(一) 概念

疔：单一毛囊及其附件的急性化脓性炎症，其病变局限于皮肤浅层组织

痈：相邻多数毛囊及其附件同时发生急性化脓性炎症，其病变波及皮肤深层毛囊间组织时，可沿筋膜浅面扩散波及皮下脂肪层，造成较大范围的炎性浸润或组织坏死

(二) 临床表现 上唇多于下唇

(三) 并发症

危险三角区，区域静脉无瓣膜，可并发海绵窦血栓性静脉炎、败血症或脓毒血症。

(四) 治疗 (常考)

理论：局部与全身治疗相结合，炎症早期，以局部治疗为主

禁忌：挤压、挑刺、热敷或用苯酚、硝酸银烧灼(防感染扩散)

痈切开脓肿后：切忌分离脓腔；

未分离的脓栓或坏死组织：不可勉强牵拉，以防撕伤促使感染扩散

治疗方法：疔：2%碘酊涂擦局部，保持清洁；痈：高渗盐水湿敷

第八节 面颈部淋巴结炎

(一) 感染来源

面颈部淋巴结炎以继发于牙源性及口腔感染为最多见。由化脓性细菌如葡萄球菌及链球菌等引起的称为化脓性淋巴结炎；由结核杆菌感染的为结核性淋巴结炎。

(二) 临床表现

1.化脓性淋巴结炎：临床上一般分为急性和慢性两类。

急性化脓性淋巴结炎的经过主要表现为由浆液性逐渐向化脓性转化。

2.结核性淋巴结炎：常见于儿童及青年

临床表现：无痛、冷脓肿，穿刺干酪似米汤，干酪样坏死

(三) 诊断：临床表现和镜下可见抗酸杆菌

(四) 治疗：急性淋巴结炎多见于幼儿。浆液期：保守治疗。化脓期：切开引流+抗菌素+支持+处理原发灶。慢性：一般不需治疗，寻找、清除病灶。冷脓肿：异烟肼、利福平等。

第九节 颌面部特异性感染

1.颌面骨结核：血行播散、肺结核经牙龈创口感染、口腔黏膜及牙龈结核直接累及。**儿童、青少年**。好发部位：上颌骨颧骨结合部和下颌支。临床特点：无症状的渐进性发展，**干酪样坏死物，冷脓肿**，继发化脓性感染可出现红肿热痛。诊断：临表和脓液涂片可查见**抗酸杆菌**。

治疗：全身支持、营养疗法和抗结核治疗

2.颌面部放线菌病：感染来源：Wolff-Israe 1型放线菌进入深层组织

发病年龄：以20~45岁的男性多见。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，触诊似板状硬。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

药物治疗：①**青霉素**首选；②碘制剂；③免疫疗法；④手术疗法。

3.A. 颌面部先天梅毒：感染来源--母体

发病年龄：在4岁以内发病者为早期；4岁以后发病者为晚期

临床特征：①.表现营养障碍，貌似老人②.哈钦森牙和桑葚状磨牙、梅毒性间质

③.性角膜炎致角膜混浊、第Ⅷ对脑神经损害所致神经聋以及哈钦森牙，哈钦森三征

B. 颌面部后天梅毒：性行为多见

一、二期属早期梅毒，多在感染后4年内出现症状，传染性强；三期梅毒又称晚期梅毒，在感染4年后出现症状，一般无传染性

临床特征：一期：口唇下疳；二期：梅毒疹；三期：树胶样肿（梅毒瘤）

诊断：临表和实验室检查有苍白螺旋体（传播多数靠性，但接吻、接触、输血都可）

治疗：青霉素首选

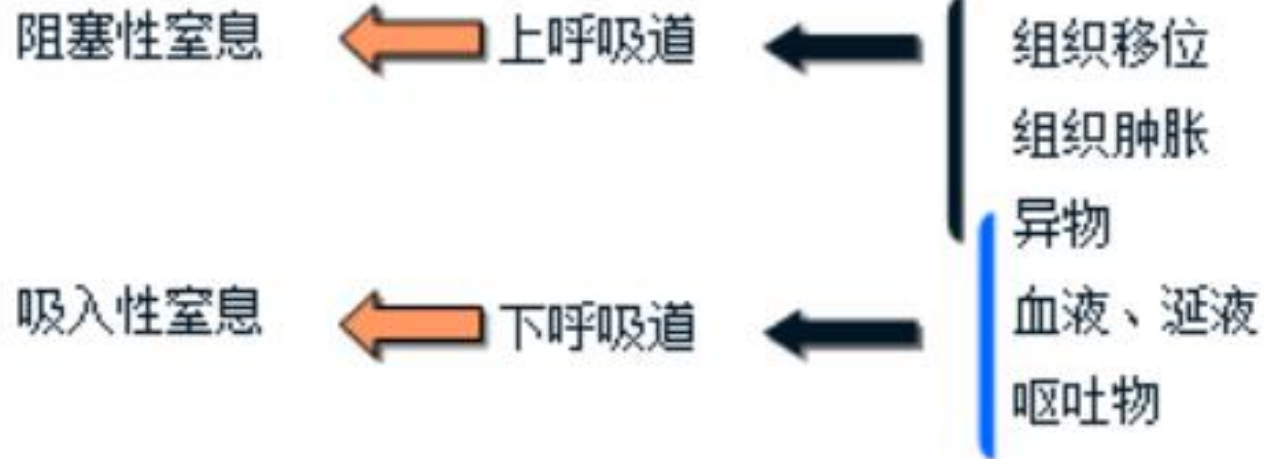
第一节 概论

1. 口腔颌面部血运丰富--利：创口易于愈合 弊：易形成血肿
2. 牙损伤时的利与弊--利：①牙列的移位或咬合关系错乱，是诊断颌骨骨折的重要体征
②恢复正常的咬合关系是治疗颌骨骨折的重要标准 /弊：二次弹片伤
3. 易并发颅脑损伤 并发颅脑损伤
4. 有时伴有颈部伤：颈椎损伤或高位截瘫。
5. 易发生窒息：救治患者时，应注意保持呼吸道通畅，防止窒息
6. 影响进食和口腔卫生：
7. 易发生感染：口腔颌面部腔窦多，腔窦内存在着大量的细菌
8. 易伴其他解剖结构的损伤：面神经五支临表（颞额纹，颧眼睑，颊鼻唇沟，下颌缘口角）
9. 面部畸形。



口腔颌面部损伤的急救

防治窒息



**三凹症状：
胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙**

阻塞性窒息 { 清除上呼吸道异物
吊起上颌骨
环甲膜，插入通气导管（48h内行常规气管切开术）
牵拉舌头（舌尖后2cm，粗针粗线贯穿舌全厚组织）



APP下载



微信公众号



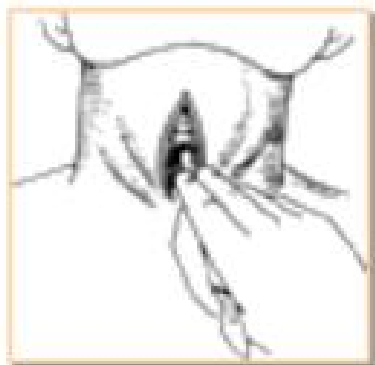
客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

吸入性窒息 ← 气管切开术（第4、3气管环或第3、2气管环）



气管切开术：解除窒息的一种手术



头部垫高，偏向一侧或采取俯卧位



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

(四) 颅脑损伤

由于口腔颌面部邻近颅脑，颌面伤常伴发颅脑损伤，**约占40%**。

判断伤情：神志、脉搏，呼吸，血压、瞳孔变化等，严密观察 24~72 小时。

颅内血肿：中间清醒期：~~昏迷-清醒-再昏迷~~，瞳孔变大，伴意识障碍。

鼻孔或脑脊液漏出：~~前颅底或中颅底骨折~~——禁止作耳道、鼻腔填塞与冲洗，以减少引起颅内

感染的可能。判定：将液体滴在吸水纸或纱布上，血迹周围出现一圈被水湿润的**环形红晕**

对于颅脑损伤病人，**镇静禁用吗啡**，以免抑制呼吸，影响瞳孔变化的观察以及引起呕吐，增高颅内压。

脑水肿、颅内压增高：**喷射状呕吐脱水**

治疗：常用 20%甘露醇，还可用速尿（呋塞米）。

昏迷：严禁作颌间结扎固定。

(五) 感染防治

颌面战伤创口的感染率更高（不能缝合），**约为20%**。

创伤类型	临床表现	处理原则
挫伤	<p>皮下及深部组织遭受力的挤压损伤而无开放创口伤处的小血管和淋巴管破裂，常有组织内渗血而形成瘀斑，甚至发生血肿</p>	<p>止血、止痛、预防感染、促进血肿吸收和恢复功能：1. 血肿较大，可在无菌条件下，用粗针头将淤血抽出</p> <p>2. 已形成血肿者，24h内冷敷，减轻肿胀，2天后可用热敷，促进血肿吸收及消散</p> <p>3. 如有感染，应予切开，清除脓液及腐败血凝块，建立引流</p>
撕裂或撕脱伤	<p>为较大的机械力将组织撕裂或撕脱，如长发被卷入机器中，其创缘多不整齐，皮下及肌肉，组织均有挫伤，常有骨面裸露</p>	<p>1. 在伤后6小时内，可将撕脱的皮肤在清创后，切削成全厚或中厚层皮片作再植术</p> <p>2. 已超过6小时，组织已不能利用时，则在清创后，切取健康皮片游离移植消灭创面</p>

第四节 口腔颌面部硬组织创伤

(上下颌骨，颧骨颧弓骨折常考，下颌骨最常见)

(一) 牙槽突骨折：多见于上颌前部

诊断标准：临床上：**摇动损伤区某一牙时，可见邻近数牙及骨折片随之移动，咬合错乱。**

治疗方法：局麻复位，选用两侧稳固的邻牙作固位体，注意应**跨过骨折线至少3个正常牙位**，才能固定可靠。固定采用单颌牙弓夹板，时间一般**四周**。



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

一)：正中联合部骨折：如为**单发**：常无明显移位

两侧双发骨折：正中骨折段，因降颌肌群的作用而向**下后方**退缩

粉碎性骨折或有骨质缺损：**两侧**骨折段受下颌舌骨肌的牵拉可**向中线**移位，**下颌牙弓变窄**，后两种骨折都可使舌后坠，可引起呼吸困难，甚至**窒息**的危险。

二) 颞孔区骨折：**一侧**颞孔区骨折：**前骨折段**因所附降颌肌群的牵拉而**向下方**移位，并稍偏向**外侧**；**后骨折段**则因升颌肌群的牵引，**向上前方**移位，且稍偏向**内侧**

双侧颞孔区骨折时：**两侧后骨折段**因升颌肌群牵拉而**向上前方**移位，**前骨折段**则因降颌肌群的作用而向**下后方**移位，致颞部后缩及舌后坠

三) 下颌角骨折：正位于下颌角：不发生移位；

位于肌肉附着处之前：**前骨折段**因降颌肌群的牵拉而**向下内**移位，而**后骨折段**则因升颌肌群的牵引而**向上前**移位

四) 髁突骨折：翼外肌附着下方：折断的髁突由于受翼外肌牵拉而向**前、内**移位

单侧髁突颈部：患侧下颌向外侧及后方移位，**不能向对侧作侧**（牙合）运动，骨折端后牙早接触，前牙及对侧牙可出现开（牙合）

双侧髁突颈部骨折：下颌不能作前伸运动，下颌升支向后上移位，后牙早接触，前牙开（牙合）更明显，**侧**（牙合）运动受限。

(2) 上颌骨骨折

1) 骨折线：**Le Fort I型骨折**：又称上颌骨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。

Le Fort II型骨折：又称上颌骨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。（位于眶底）可波及脑脊液鼻漏。

Le Fort III型骨折：又称上颌骨高位骨折或额弓上骨折。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，常使面中部凹陷、变长。此型骨折多伴有颅底骨折或颅脑损伤，出现耳、鼻出血或脑脊液漏。（位于眶部）

颌骨骨折的复位标准是恢复患者原有的咬合关系

(3) 颌骨骨折的固定方法

单颌固定：常用于牙槽突骨折和移位不大的颊部线形骨折

颌间固定：颌面外科最常使用的固定方法，下颌骨一般固定4~6周，上颌骨3~4周

坚强内固定：目前在多数情况下已成为颌骨骨折的首选方法



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

(三) 颧骨及颧弓骨折

1.分类：颧骨骨折、颧弓骨折、颧骨颧弓联合骨折。

2.临床表现

A.颧面部塌陷：早期，可见颧面部塌陷；随后，由于局部肿胀，塌陷不明显，消肿后，又塌陷

B.张口受限：骨折块发生内陷移位，压迫颞肌和咬肌，阻碍喙突运动（颧弓骨折主要表现）

C.复视：颧骨骨折移位后，可压迫眼球移位

D.瘀斑：眶周皮下、眼睑和结膜下可有出血性瘀斑。（熊猫眼）

E.神经症状：1.造成眶下神经损伤，有麻木感 2.损伤面神经颧支，则发生眼睑闭合不全

3.诊断：颧骨、颧弓骨折可根据病史、临床特点和 X 线片检查而明确诊断。

X 线片检查常用鼻颧位（华氏位）和颧弓切线位。颧弓骨折 X 线特征性表现呈“M”或“V”形。

4.治疗 颧骨、颧弓骨折

保守治疗：有轻度移位，畸形不明显，无张口受限、复视及神经受压等功能障碍者

手术：有塌陷畸形、张口受限、复视者

巾钳牵拉复位：单纯颧弓骨折（尖端刺入皮肤）

颧弓单齿钩切开复位：单纯颧弓骨折（皮肤要切口）

头皮冠状切口复位内固定：额、鼻、眶、颧区多发性、陈旧性骨折

（五）骨折愈合过程

骨折愈合不同于其他组织的修复，最终不是形成瘢痕，而是十分类似于原有骨结构。传统的骨折愈合（二期骨愈合）方式大致可经历 4 个阶段：

1. 血肿形成：4~8 小时；
 2. 血肿机化：24~72 小时内。
 3. 骨痂形成：骨折后 1~2 周。
 4. 骨痂改建：骨折 2 周后。
- **临床愈合**：所需时间通常为 **6~8 周**
 - **骨性愈合**：X 线片上骨痂与密质骨界限消失看不到骨折线，一般需 **5~6 个月**后
- 一期愈合又叫直接愈合（出现于引入坚强内固定后）。其临床特点是 X 线没有外骨痂形成，6 周时骨折线基本消失，临床愈合时间比传统固定方法提前 2 周左右。

1.正常人的**张口度**大小约相当于自身的示、中、无名三指合拢时三指末节的宽度，约**3.7cm-4.5cm**。张口受限分四度：

轻度张口受限：张口度仅可置两指，约**2-2.5cm**。

中度张口受限：张口度仅可置一指，约**1-2cm**。

重度张口受限：张口度不足一指，约**小于1cm**

完全性张口受限：**牙关紧闭**。。

2临床上**脓肿穿刺**常选用**8号或9号**针头，**血管瘤**用**7号**，而**唾液腺肿瘤**和**深部肿瘤**多用**6号的细针**穿刺行细胞学检查，又叫细针吸取活检)

3.切取活体组织检查适用于表浅有溃疡的肿瘤。可以不用麻醉或局部阻滞麻醉下进行，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，立即放入**4%甲醛**或**10%福尔马林**溶液中固定，以备病理检查。

1.正常人的**张口度**大小约相当于自身的示、中、无名三指合拢时三指末节的宽度，约**3.7cm-4.5cm**。张口受限分四度：

轻度张口受限：张口度仅可置两指，约**2-2.5cm**。

中度张口受限：张口度仅可置一指，约**1-2cm**。

重度张口受限：张口度不足一指，约**小于1cm**

完全性张口受限：**牙关紧闭**。。

2临床上**脓肿穿刺**常选用**8号或9号**针头，**血管瘤**用**7号**，而**唾液腺肿瘤**和**深部肿瘤**多用**6号的细针**穿刺行细胞学检查，又叫细针吸取活检)

3.切取活体组织检查适用于表浅有溃疡的肿瘤。可以不用麻醉或局部阻滞麻醉下进行，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，立即放入**4%甲醛**或**10%福尔马林**溶液中固定，以备病理检查。

4. **煮沸消毒法**：适用于**耐热、耐温**物品，消毒时间自水煮沸后开始计算。一般需**15~20**分钟。肝炎患者污染的器械与物品，应煮沸**30**分钟。加入2%碳酸氢钠时，沸点即达105℃，可缩短消毒时间，效果更佳（金属器械煮沸**5**分钟即可达到灭菌要求），并可防锈。
5. **干热灭菌法**：一般均可，但**棉织品、合成纤维、塑料及橡胶制品**等，**不可**用此法灭菌。一般**160℃**应持续**120**分钟，**170℃**应持续**90**分钟，**180℃**应持续**60**分钟。
6. **乙醇**：70%~80%，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。
7. **戊二醛**：制剂为2%碱性戊二醛，在**2**分钟内，可杀灭**细胞繁殖体**，**10**分钟内可杀灭**真菌、结核杆菌**，**15~30**分钟可杀灭**乙型肝炎病毒**，杀灭**细菌芽胞4~12**小时。
8. **碘伏**：消毒器械可用**1~2 mg / ml**的有效碘溶液浸泡**1~2**小时。
9. **术前准备**：患者在术前行**1：5000**高锰酸钾液或**1：1000**洗必泰液含漱；取皮及取骨区应在术前**2**日彻底清洁、备皮。
1. **碘酊**：消毒**口腔内**为**1%**，**颌面颈部**为**2%**，**头皮部**为**3%**。
10. **洗必泰液**：**皮肤**消毒浓度为**0.5%**；**口腔内及创口**消毒浓度为**0.1%**。
11. **消毒范围**：头颈部手术消毒范围应至术区外**10cm**，四肢、躯干则需扩大至**20cm**。

4. **煮沸消毒法**：适用于**耐热、耐温**物品，消毒时间自水煮沸后开始计算。一般需**15~20**分钟。肝炎患者污染的器械与物品，应煮沸**30分钟**。加入2%碳酸氢钠时，沸点即达105℃，可缩短消毒时间，效果更佳（金属器械煮沸**5分钟**即可达到灭菌要求），并可防锈。
5. 干热灭菌法：一般均可，但**棉织品、合成纤维、塑料及橡胶制品**等，**不可**用此法灭菌。一般**160℃应持续120分钟**，**170℃应持续90分钟**，**180℃应持续60分钟**。
6. 乙醇：70%~80%，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**。
7. 戊二醛：制剂为2%碱性戊二醛，在**2分钟**内，可杀灭**细胞繁殖体**，**10分钟**内可杀灭**真菌、结核杆菌**，**15~30分钟**可杀灭**乙型肝炎病毒**，杀灭**细菌芽胞4~12小时**。
8. 碘伏；消毒器械可用**1~2 mg / ml**的有效碘溶液浸泡**1~2小时**。
9. 术前准备：患者在术前用**1：5000**高锰酸钾液或**1：1000**洗必泰液含漱；取皮及取骨区应在术前**2日**彻底清洁、备皮。
1. 碘酊：消毒**口腔内**为**1%**，**颌面颈部**为**2%**，**头皮部**为**3%**。
10. 洗必泰液：**皮肤**消毒浓度为**0.5%**；**口腔内**及**创口**消毒浓度为**0.1%**。
11. 消毒范围：头颈部手术消毒范围应至术区外**10cm**，四肢、躯干则需扩大至**20cm**。

12.低温止血：全身：低温降压麻醉（体温降至**32°C**左右）。局部：冷冻止血

13.降压止血：术中使收缩压降至**10 kPa (80 mmHg)**左右，一般以**30分钟**左右为宜，且对有**心血管疾患**的患者**禁用**。

14.一般整复手术以缝合边距**2~3 mm**、针距为**3~5 mm**，颈部手术缝合边距为**3mm**、**针距5mm**为宜

15.进出针间距 > 皮下间距-----（**内卷**） 进出针间距 < 皮下间距-----（**外翻**）

16.舌组织：缝合时，边距和针距均应增至**5mm**以上。

17.负压引流：24小时内引流量不超过**20~30 ml**时

18.口内创口应在术后**7~10天**拆线，腭裂术后的创口缝线应延长至**10天以上**拆除。

19.含**1:50000**肾上腺素（0.02mg/ml）的局麻药有**止血**作用，**1:100000**肾上腺素（0.01 mg/ml）的局麻药有延长麻醉时间作用。1:100000肾上腺素的利多卡因每次最大量**20ml**(0.2g肾上腺素)

20.心血管病人：1:10万，最大剂量**4ml**。

21.1:100000肾上腺素的利多卡因每次最大量**20ml**(0.2g肾上腺素)

12.低温止血：全身：低温降压麻醉（体温降至**32°C**左右）。局部：冷冻止血

13.降压止血：术中使收缩压降至**10 kPa (80 mmHg)**左右，一般以**30分钟**左右为宜，且对有**心血管疾患**的患者**禁用**。

14.一般整复手术以缝合边距**2~3 mm**、针距为**3~5 mm**，颈部手术缝合边距为**3mm**、**针距5mm**为宜

15.进出针间距 > 皮下间距-----（**内卷**） 进出针间距 < 皮下间距-----（**外翻**）

16.舌组织：缝合时，边距和针距均应增至**5mm**以上。

17.负压引流：24小时内引流量不超过**20~30 ml**时

18.口内创口应在术后**7~10天**拆线，腭裂术后的创口缝线应延长至**10天以上**拆除。

19.含**1:50000**肾上腺素（0.02mg/ml）的局麻药有**止血**作用，**1:100000**肾上腺素（0.01 mg/ml）的局麻药有延长麻醉时间作用。1:100000肾上腺素的利多卡因每次最大量**20ml**(0.2g肾上腺素)

20.心血管病人：1:10万，最大剂量**4ml**。

21.1:100000肾上腺素的利多卡因每次最大量**20ml**(0.2g肾上腺素)

二、禁忌证(记准绝对禁忌症和具体数值)

心脏病: ①6个月内发生过心肌梗死; ②不稳定的或最近才开始的心绞痛; ③充血性心力衰竭; ④未控制的心律不齐; ⑤未控制的高血压; ⑥心功能Ⅲ级者;

⑦草绿色链球菌(甲型溶血性链球菌) **菌血症**, 导致**细菌性心内膜炎**

处理: **青霉素**是预防细菌性心内膜炎的首选药物。

在青霉素使用下, 一次即将应拔的牙全部拔除

高血压: 拔牙时机: 血压低于 $24/13.3$ kPa ($180/100$ mmHg)。**高龄** $<160/90$ mmHg

局麻药用**利多卡因**为宜。

炎症和肿瘤: 急性炎症: 感染扩散, 不拔。恶性肿瘤: 肿瘤扩散, 不拔。

放疗后 (放疗前 7~10 天处理, 放疗后 3 到 5 年不处理) 必须拔牙时, 术前、术后应给大剂量抗生素, 以预防感染

糖尿病: 拔牙时机: 空腹血糖在 8.88 mmol/L 以内 (160 mg/dl)。

二、禁忌证(记准绝对禁忌症和具体数值)

心脏病: ①6个月内发生过心肌梗死; ②不稳定的或最近才开始的心绞痛; ③充血性心力衰竭; ④未控制的心律不齐; ⑤未控制的高血压; ⑥心功能Ⅲ级者;

⑦草绿色链球菌(甲型溶血性链球菌) **菌血症**, 导致**细菌性心内膜炎**

处理: **青霉素**是预防细菌性心内膜炎的首选药物。

在青霉素使用下, 一次即将应拔的牙全部拔除

高血压: 拔牙时机: 血压低于 $24/13.3$ kPa ($180/100$ mmHg)。**高龄** $<160/90$ mmHg

局麻药用**利多卡因**为宜。

炎症和肿瘤: 急性炎症: 感染扩散, 不拔。恶性肿瘤: 肿瘤扩散, 不拔。

放疗后 (放疗前 7~10 天处理, 放疗后 3 到 5 年不处理) 必须拔牙时, 术前、术后应给大剂量抗生素, 以预防感染

糖尿病: 拔牙时机: 空腹血糖在 8.88 mmol/L 以内 (160 mg/dl)。

造血系统疾病： 拔牙时机：

1. 贫血者血红蛋白在 80 g/L (老年 100 g/L) 以上，红细胞压积在 30% 以上
2. 白细胞减少者 **中性粒细胞** $(2-2.5) \times 10^9$ 或 **白细胞总数** 在 4×10^9 以上； **粒细胞** 低于 1×10^9 避免手术
3. 出血性疾病：原发性血小板较少性紫癜血小板应在慢性期血小板 $> 50 \times 10^9$ 以上进行
4. 急性白血病为拔牙绝对禁忌证，预防感染。
5. 血友病(VIII因子达正常 30% 以上)应尽量缩小创口，拔牙创内填塞止血药物
6. 恶性淋巴瘤：在治疗有效、病情稳定后方可拔。

甲状腺机能亢进症：

拔牙时机：基础代谢率控制在 $+20\%$ 以下，静息脉搏 < 100 次/分时进行，局麻药中不应加肾上腺素

肾炎：肾功能衰竭或肾病严重者，均不宜行拔牙手术

肝炎：术后出血，乙肝患者防止交叉感染

妊娠：拔牙时机：怀孕的第 4、5、6 月期间进行较为安全

月经期：暂缓拔牙，防止出血

长期抗凝药物治疗：拔牙时机：停药后等凝血酶原时间恢复至接近正常时可拔牙

造血系统疾病： 拔牙时机：

1. 贫血者血红蛋白在 80 g/L (老年 100 g/L) 以上，红细胞压积在 30% 以上
2. 白细胞减少者 **中性粒细胞** $(2-2.5) \times 10^9$ 或 **白细胞总数** 在 4×10^9 以上； **粒细胞** 低于 1×10^9 避免手术
3. 出血性疾病：原发性血小板较少性紫癜血小板应在慢性期血小板 $> 50 \times 10^9$ 以上进行
4. 急性白血病为拔牙绝对禁忌证，预防感染。
5. 血友病(VIII因子达正常 30% 以上)应尽量缩小创口，拔牙创内填塞止血药物
6. 恶性淋巴瘤：在治疗有效、病情稳定后方可拔。

甲状腺机能亢进症：

拔牙时机：基础代谢率控制在 $+20\%$ 以下，静息脉搏 < 100 次/分时进行，局麻药中不应加肾上腺素

肾炎：肾功能衰竭或肾病严重者，均不宜行拔牙手术

肝炎：术后出血，乙肝患者防止交叉感染

妊娠：拔牙时机：怀孕的第 4、5、6 月期间进行较为安全

月经期：暂缓拔牙，防止出血

长期抗凝药物治疗：拔牙时机：停药后等凝血酶原时间恢复至接近正常时可拔牙

第二单元 麻醉与镇痛

第一节常用局部麻醉药物(特点,用法,用量)

酯类 (过敏):普鲁卡因、丁卡因,酰胺类:利多卡因、布比卡因等。

普鲁卡因 (奴佛卡因): **毒性和副作用小**

1. 不适用于表面麻醉2. 作用时间较**短**, 与肾上腺素共用3. 偶能产生过敏反应 (青霉素过敏者要警惕) 最大: 1000mg
或6.0mg/kg用于: 大面积软组织损伤。45-60min

利多卡因 (赛洛卡因) 常用浓度: 2% ~5%

1. 局麻作用较普鲁卡因强2. 可用作表面麻醉 (浓度2%-4%)

3. 对**心律失常患者常作为首选的局部麻醉药**

毒性较普鲁卡因大 300~400mg, 或4.4mg/kg. 分次少量注射 90-120min

布比卡因 持续时间为利多卡因之2倍,

适合费时较长的手术和术后镇痛 **6h以上**

丁卡因 穿透力强; **毒性大**, 一般不作浸润麻醉; 40~60mg, 2ml。主要用作表面麻醉

阿替卡因 (必兰麻) 用于成人和4岁以上儿童

特殊注意: 皮试将1%普鲁卡因或2%利多卡因溶液0.1ml稀释至1ml, 打入皮内0.1ml, 观察20min, 粘膜用上述液体涂布到鼻腔粘膜。

阳性特点

皮肤: **红晕直径大于1cm**

粘膜: 充血肿胀, 甚至鼻孔完全阻塞

第二单元 麻醉与镇痛

第一节常用局部麻醉药物(特点,用法,用量)

酯类(过敏):普鲁卡因、丁卡因,酰胺类:利多卡因、布比卡因等。

普鲁卡因(奴佛卡因): **毒性和副作用小**

1. 不适用于表面麻醉2. 作用时间较短,与肾上腺素共用3. 偶能产生过敏反应(青霉素过敏者要警惕)最大: 1000mg或6.0mg/kg用于: 大面积软组织损伤。45-60min

利多卡因(赛洛卡因)常用浓度: 2%~5%

1. 局麻作用较普鲁卡因强2. 可用作表面麻醉(浓度2%-4%)

3. 对**心律失常患者常作为首选的局部麻醉药**

毒性较普鲁卡因大 300~400mg, 或4.4mg/kg. 分次少量注射 90-120min

布比卡因 持续时间为利多卡因之2倍,

适合费时较长的手术和术后镇痛 **6h以上**

丁卡因 穿透力强; **毒性大**, 一般不作浸润麻醉; 40~60mg, 2ml。主要用作表面麻醉

阿替卡因(必兰麻) 用于成人和4岁以上儿童

特殊注意: 皮试将1%普鲁卡因或2%利多卡因溶液0.1ml稀释至1ml, 打入皮内0.1ml, 观察20min, 粘膜用上述液体涂布到鼻腔粘膜。

阳性特点

皮肤: **红晕直径大于1cm**

粘膜: 充血肿胀, 甚至鼻孔完全阻塞

下牙槽神经

患者大张口 1.上下颌牙槽嵴相距的中点线上与翼下颌韧带外侧 $3\sim 4\text{ mm}$ 的交点

2. 颊脂垫尖 对侧口角, 即第一、第二前磨牙之间, 与中线成 45° 角。注射针应高于下颌牙(牙合)平面 1 cm 并与之平行, 进 2.5 cm , 回抽无血 $1\sim 1.5\text{ ml}$

3. 同侧下唇麻木为注射成功的主要标志

颊神经: 进针 2.5 cm , 退回 2 cm 回抽无血 1 ml

舌神经: 进针 2.5 cm , 退回 1 cm 回抽无血 1 ml

腭前神经又称为腭大孔麻醉

大张口, (牙合) 平面与地面成 60 度角 (唯一)

腭大孔位于上颌 8 腭侧龈缘至腭中线弓形凹面连线的中点, 覆盖其上的黏膜可见小凹陷, 即为进针的标志。如 8 尚未萌出则应在 7 腭侧。

对侧口角, 向后上外进针 进针 $0.3\text{-}0.5\text{ cm}$, 回抽无血 $0.3\text{-}0.5\text{ ml}$

射麻药不可过多, 注射点不可偏后, 以免同时麻醉腭中、腭后神经, 引起软腭、悬雍垂麻痹而致恶心或呕吐

下牙槽神经

患者大张口 1.上下颌牙槽嵴相距的中点线上与翼下颌韧带外侧 $3\sim 4\text{ mm}$ 的交点

2. 颊脂垫尖 对侧口角, 即第一、第二前磨牙之间, 与中线成 45° 角。注射针应高于下颌牙(牙合)平面 1 cm 并与之平行, 进 2.5 cm , 回抽无血 $1\sim 1.5\text{ ml}$

3. 同侧下唇麻木为注射成功的主要标志

颊神经: 进针 2.5 cm , 退回 2 cm 回抽无血 1 ml

舌神经: 进针 2.5 cm , 退回 1 cm 回抽无血 1 ml

腭前神经又称为腭大孔麻醉

大张口, (牙合) 平面与地面成 60 度角 (唯一)

腭大孔位于上颌 8 腭侧龈缘至腭中线弓形凹面连线的中点, 覆盖其上的黏膜可见小凹陷, 即为进针的标志。如 8 尚未萌出则应在 7 腭侧。

对侧口角, 向后上外进针 进针 $0.3\text{-}0.5\text{ cm}$, 回抽无血 $0.3\text{-}0.5\text{ ml}$

射麻药不可过多, 注射点不可偏后, 以免同时麻醉腭中、腭后神经, 引起软腭、悬雍垂麻痹而致恶心或呕吐

鼻腭神经又称为**腭前孔注射法**：**大张口**，头尽量后仰

切牙乳头的一侧，解剖位置在左右尖牙连线与腭中线的交点上，前牙缺失者，以唇系带为准，越过牙槽嵴往后 0.5cm 即为**腭乳头**

从牙乳头的一侧进入，进入后与中切牙平行 进针 0.5cm，回抽无血 0.25-0.5ml

上牙槽后神经 **半张口**

1. 上颌第二磨牙远中**颊侧根部前庭沟**作为进针点
2. 对于上颌第二磨牙尚未萌出的儿童，则以第一磨牙的远中颊侧根部的前庭沟作为进针点
3. 在上颌磨牙已缺失的病人，则以**颧牙槽嵴部**的前庭沟为进针点

注射针与上颌牙的长轴成 **40°**，向**上后内**方刺入；进针 15-16mm，回抽无血 1.5ml~2ml

注意针尖刺入不宜过深，以免刺破上颌结节后方的**翼静脉丛**，引起血肿

眶下神经：**鼻翼外侧 1cm** 与皮肤呈 45°，向**后、上、外**方刺入 进针 1.5cm 1-1.5ml

第三节 局部麻醉的并发症及其防治(晕厥, 过敏, 中毒常考)

一、晕厥

晕厥是一种由于**中枢缺血**, 突发性、暂时性的**意识丧失**。

病因: 恐惧、饥饿、疲劳及全身健康较差等内在因素, 以及疼痛、体位不良等外在因素

临床表现(惊吓过度): **头晕、胸闷、面色苍白、全身冷汗、四肢厥冷无力、脉搏快而弱、恶心、呼吸困难**; 重者甚至有**短暂的意识丧失**

防治原则

1. 做好术前检查及思想工作, 消除紧张情绪, 避免在空腹时进行手术; 2. 一旦发生晕厥, 应立即停止注射, 迅速放平座椅, 置患者于头低位; 3. 松解衣领, 保持呼吸通畅; 4. 芳香氨酒精或氨水刺激呼吸; 5. 针刺人中穴; 6. 氧气吸入和静脉注射高渗葡萄糖液

三、中毒

原因: 常因用药量或单位时间内**注射药量过大**, 以及**直接快速注入血管**而造成

临床表现: **兴奋型**表现为**烦躁不安、多话、颤抖、恶心、呕吐、气急、多汗、血压上升**, 严重者出现全身抽搐、**缺氧、发绀**, 早期——**口周麻木**。

抑制型迅速出现**脉搏细弱、血压下降**、神志不清, 随即呼吸、心跳停止

防治: 1. 坚持回抽无血方可注射; 2. 不超过最大用量

轻微病人: 平卧解衣扣, 保持呼吸通畅, 待麻药自行分解

重症病人: 给氧、补液、抗惊厥、**激素**及升压药等抢救措施

<p>舍格伦综合征</p>	<p>慢性复发性腮腺炎</p>	<p>慢性阻塞性腮腺炎</p>	<p>急性化脓性腮腺炎</p>
<p>主导管变粗呈腊肠状，有的边缘不整齐，呈羽毛状、花边样、葱皮状，末梢导管点球状</p>	<p>腮腺造影显示末梢导管呈点状、球状扩张，排空迟缓，主导管及腺内导管无明显异常</p>	<p>腮腺造影显示主导管、叶间、小叶间导管部分狭窄、部分扩张，呈腊肠样改变，进食有雪花样唾液。</p>	<p>不能做腮腺造影</p>



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

第一节 概论

(一) 男性多见，约2:1。40~60岁为高峰

(二) 口腔颌面肿瘤的分类及命名

定义	常见	常见
瘤	良性肿瘤	多形性腺瘤、腺淋巴瘤
癌	来自上皮组织的恶性肿瘤	鳞状上皮癌、腺样囊性癌
肉瘤	来源于间叶组织的恶性肿瘤	骨肉瘤、纤维肉瘤
临界瘤	某些良性肿瘤形态上属良性，病程较长，但常浸润生长，切除后易复发。生物学行为介于良、恶性之间，具有恶性倾向而可能转变为恶性肿瘤的这类肿瘤	成釉细胞瘤、乳头状瘤、多形性腺瘤
囊肿和瘤样病变	虽不是真性肿瘤，但常具有肿瘤的某些生物学特性和临床表现	

好发部位：舌癌 > 颊黏膜癌 > 牙龈癌 > 腭癌 > 上颌窦癌

1. 良性肿瘤与恶性肿瘤的鉴别

	良性肿瘤	恶性肿瘤
发病年龄	可发生于 任何年龄	癌多见于 老年 ，肉瘤多见于 青壮年
生长速度	一般 慢	一般 快
生长方式	膨胀性生长	浸润性生长
与周围组织的关系	有包膜， 不侵犯 周围组织，界限较 清楚 ，可 移动	侵犯 、破坏周围组织， 界限不清 ，活动 受限
症状	一般无 症状	常有局部 疼痛 、 麻木 、 头痛 、 张口受限 、 面瘫 、 出血 等症状
转移	无	常发生 转移
对机体的影响	一般对机体 无影响 ，如生长在要害部位或发生并发症时，也可危及生命	对机体 影响大 ，常因迅速发展、转移和侵及重要脏器发生恶病质而死亡
组织学结构	细胞 分化良好 ，细胞形态和结构与正常组织相似	细胞 分化差 ，细胞形态和结构呈异型性，有异常核分裂

诊断颌骨恶性肿瘤：**锝** (^{99m}Tc)

甲状腺癌： **^{131}I** 或 **^{125}I** ， **^{125}I** （分辨率较好）

口腔颌面部肿瘤的治疗

治疗原则

1. 良性肿瘤：外科治疗为主
2. 恶性肿瘤：根据组织来源、分化程度等选择合适的治疗方法
 - 1) 淋巴造血组织来源对放、化疗都敏感
 - 2) 骨肉瘤、纤维肉瘤、恶性黑色素瘤对放射不敏感，应以手术为主

TNM分类法：T是指原发肿瘤；N是指区域性淋巴结；M是指有无远处转移。

对口腔颌面部恶性肿瘤强调以手术为主的综合治疗：**三联疗法：手术+放疗+化疗**

手术治疗（主要和有效治疗方法）

“无瘤”操作的原则

1. 保证切除手术在正常组织内进行；
2. 避免切破肿瘤，污染手术野；
3. 防止挤压瘤体，以免播散；
4. 应行整体切除不宜分块挖出；
5. 对肿瘤外露部分应以纱布覆盖、缝包；
6. 缝合前应用大量盐水及化学药物（5%mg氮芥）作冲洗湿敷；
7. 创口缝合时必须更换手套及器械。

(2) 放射治疗：不适于放射治疗的肿瘤-----绝大部分良性肿瘤。

放射线敏感	恶性淋巴瘤、淋巴上皮癌、浆细胞肉瘤、尤文肉瘤、未分化癌等 (酱油)
放射线中度敏感	鳞状细胞癌及基底细胞癌 (吉林)
放射线不敏感的	骨肉瘤、纤维肉瘤、肌肉瘤、脂肪肉瘤、腺癌、恶性黑色素瘤 (陷黑)

放射治疗前的准备：放射治疗前，应拔除口内病灶牙及肿瘤邻近的牙，拆除金属套冠及牙桥。此外要注意口腔卫生。

放射治疗反应：皮肤反应、口腔黏膜反应、全身反应。

放射治疗处理为对症治疗。如果白细胞 $4 \times 10^9 / L$ 、血小板 $100 \times 10^9 / L$ 为警戒数。

如果白细胞低于 $3 \times 10^9 / L$ 时，血小板 $80 \times 10^9 / L$ ，暂停放射治疗，并用抗生素，辅以输鲜血。

(3) 化学药物治疗:

1) 药物分类:

- ①细胞毒素类（烷化剂）：主要药物是氮芥及其衍化物，例如氮芥、环磷酰胺。
- ②抗代谢类：甲氨蝶呤、5-氟尿嘧啶。
- ③抗生素类：博莱霉素、平阳霉素。
- ④激素类：肾上腺皮质激素类、丙酸睾酮。
- ⑤植物类：长春碱、长春新碱、喜树碱。
- ⑥其他：有丙卡巴肼、羟基脲、顺铂等。

鳞状细胞癌应用平阳霉素，腺癌用5-氟尿嘧啶或喜树碱。

2) 给药方法 A.序贯疗法

B.冲击疗法：大剂量一次冲击治疗。通常指给药间隔在3周以上者。

对老年、体弱的患者应慎重使用，而且应在有解毒药的条件下配合应用。

C.中剂量脉冲治疗：即采用适当间歇，中剂量给药的方法。通常指每周给药1~2次。

D.小剂量每天给药：适用于药物毒性较小，排泄较快者。如平阳霉素

E.分次给药：指每隔数小时给药1次。如阿糖胞苷。



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

皮脂腺囊肿

“粉瘤”，潴留性囊肿，可感染**可恶变**。**中间有色素点**。内为**白色凝乳状**皮脂腺分泌物。手术切除：**囊壁+囊壁黏连皮肤一并切除**。

皮样、表皮样囊肿

皮样：“发瘤”胚胎发育，皮样囊肿囊壁较**厚**，**有皮肤和皮肤附件**。**面团状**，位于**口底或颌下**。

表皮样：囊壁**无皮肤附件**，无色素点，**面部任何部位**。

穿刺：皮样——**穿刺物乳白色豆渣样**分泌物，镜下可见**上皮细胞、毛囊和皮脂腺**

软组织囊肿

甲状舌管囊肿

颈部正中，舌骨上下，可随吞咽移动等而波动。可感染成瘻，**可恶变**。**透明、微混浊的黄色稀薄或黏稠性液体**。

手术：**囊肿或瘻管+舌骨中分一并切除**。

鉴别：异味甲状腺，**核素¹³¹I或¹²⁵I扫描**，异味甲状腺部位有**核素浓聚**

腮裂囊肿

发生于约**胸锁乳突肌中上1/3前缘**，多为**第二鳃裂来源**，**最常见**。

囊壁内含淋巴样组织及淋巴滤泡，上呼吸道感染后可骤然增大，可感染成瘻。可恶变。穿刺：**黄色或棕色的、清亮的、含或不含胆固醇的液体**

(一) 牙源性颌骨囊肿分类

	好发部位	临床表现	病因
根端囊肿	前牙	囊肿内含有含 铁血黄素和胆固醇结晶	根尖 炎症 刺激因素转变
始基囊肿(可缺牙或多余牙)	下颌第三磨牙区和 下颌支	发生于成釉器发育的早期阶段, 釉质和牙本质形成之前	成釉器的 星形网状层 发生变性
含牙囊肿(可缺牙或多余牙)	下颌第三磨牙和 上颌尖牙	X线显示: 囊肿包绕牙冠的釉牙骨质界	于牙冠或牙根形成之后, 在 缩余釉上皮 与牙冠面之间出现 液体渗出 而形成

穿刺**草黄色**囊液,
 可含**胆固醇结晶**

(四) 非牙源性囊肿

	部位	X线显示
球上颌囊肿	侧切牙和尖牙之间	囊肿阴影在牙根之间，不在根尖部位
鼻腭囊肿	切牙管内或附近	切牙管扩大的囊肿影像
正中囊肿	切牙孔后，中缝的任何部位	圆形囊肿影像，也可发下颌正中
鼻唇囊肿	鼻底和鼻前庭内	无破坏影像



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

色素痣

牙龈瘤

牙源性角化囊性瘤

成釉细胞瘤

血管瘤与脉管畸形

骨化纤维瘤

神经鞘瘤

神经纤维瘤



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

色素痣

牙龈瘤

牙源性角化囊性瘤

成釉细胞瘤

血管瘤与脉管畸形

骨化纤维瘤

神经鞘瘤

神经纤维瘤

一、色素痣

定义	色素痣来源于表皮基底层产生黑色素的色素细胞。偶亦见于口腔黏膜
病理表现	皮内痣由小痣细胞构成；交界痣由大痣细胞构成，痣细胞在表皮和真皮交界（可发展为恶性黑色素瘤）复合痣两者都有
临床表现	交界痣为淡棕色或深棕色斑疹、丘疹或结节，一般较小，表面光滑、无毛，平坦或稍高于皮表，受刺激后，痣的体积迅速增大；色泽加深；表面出现感染、破溃、出血，或痣周围皮肤出现卫星小点、放射黑线、黑色素环；以及痣所在部位的引流区淋巴结肿大等
治疗	面部较大的痣无恶变者，可考虑分期部分切除，容貌、功能保存均较好，不适用于有恶变倾向者

色素痣

牙龈瘤

牙源性角化囊性瘤

成釉细胞瘤

血管瘤与脉管畸形

骨化纤维瘤

神经鞘瘤

神经纤维瘤

二、牙龈瘤（局部刺激所致）

定义	牙龈瘤是一个以形态及部位命名的诊断学名词
组织病理学分	肉芽肿型牙龈瘤主要是肉芽组织所构成
类	纤维型牙龈瘤含有较多的纤维组织和成纤维细胞 血管型牙龈瘤血管多，颇似血管瘤（妊娠性龈瘤）
临床表现	1. 牙龈瘤女性较多，青年及中年人常见，多发于龈乳头部，最常见部位是前磨牙区 2. X线片可见骨质吸收牙周膜增宽的阴影。牙可能松动、移位
治疗	可在局麻下手术切除，必须彻底，否则易复发。一般应将病变所波及的牙同时拔除

四、牙源性角化囊性瘤（角化囊肿）

A.来源于原始的牙胚或牙板剩余

B.临床表现 1.多发于青壮年，下颌第三磨牙区和下颌支；

2.多单发，囊内黄白色皮脂样物质，角蛋白

3.多发性角化囊性瘤同时伴发分叉肋、眶距增宽、颅骨异常、小脑镰钙化等成为痣样基底细胞癌综合征。

X线：清晰圆形或卵圆形阴影，乒乓球样感、羊皮纸样脆裂音。下唇麻木，病理性骨折。

轴向生长，有1/3向舌侧膨隆，肿瘤会继发感染，出现炎症现象，有明显致质反应线。

C.诊断

角化囊肿大多可见黄、白色角蛋白样（皮脂样）物质混杂其中。X线检查对诊断有很大帮助，清晰圆形或卵圆形的透明阴影。边缘整齐或不整齐。周围有白色骨质反应线。

D.治疗：应采用外科手术摘除。注意易复发、可恶变、加用冷冻疗法。

牙源性角化囊肿（来源于**牙板上皮剩余**，**Serres上皮剩余**）

良性肿瘤，发生于下颌磨牙区及升支部，沿颌骨前后方向生长，舌侧膨隆。

X线：**单房或多房性**透射区，边缘呈扇形切迹，边界清楚。囊内可含牙，牙根可有吸收。

囊壁较**薄**，囊腔内常含有**黄白色**发亮的片状物或干酪样物质，较稀**薄**，呈**淡黄色或血性液体**。

①衬里上皮为较**薄**，5~8层细胞组成，一般无上皮钉突；表面呈波浪状或皱褶状；

②棘细胞层较**薄**，基底细胞呈栅栏状排列远离基底膜；

③纤维组织囊壁内有时可见**微小的子囊**和**（或）上皮岛**

五种原因高复发：1：囊壁薄、难摘；2：残留上皮高增殖；3：微小子囊卫星囊；4：生长局部侵袭性；5：口腔黏膜增值

五、成釉细胞瘤

成釉质器或牙板上皮发生而来，属“**临界瘤**”。

（二）临床表现

青壮年。以下颌体及下颌角部为常见。生长缓慢，初期无自觉症状；逐渐发展可使颌骨膨大，造成畸形，左右面部不对称。患侧下唇及颊部可能感觉麻木不适。**病理性骨折**。

X线表现；早期呈**蜂房状**，以后形成**多房性囊肿样阴影**，单房比较少。成釉细胞瘤因为多房性及有一定程度的**局部浸润性**，故周围囊壁**边缘常不整齐、呈半月形切迹**，周围有**致密的骨白线**。在囊内的**牙根尖有不规则吸收**。内无钙化灶。

（四）诊断

穿刺检查可抽出**褐色液体**。

（五）治疗

主要为外科手术治疗。将**肿瘤周围的骨质至少在0.5cm处切除+冰检**。

较大的肿瘤则将病变的颌骨整块切除+植骨。

成釉细胞瘤

生长局部侵袭性（临界瘤），**最常见**（占牙源性60%以上）的良性上皮性肿瘤，来源于5种上皮：**成釉器、Malassez上皮剩余、Serres上皮剩余、缩余釉上皮以及牙源性囊肿的衬里上皮。**

1) **实性/多囊型**：（经典的骨内型）

部位：下颌磨牙区和下颌升支部，囊壁内可见**黄色或褐色液体**。

X线：单房或多房性，界限清楚，硬化带，可见牙根吸收，锯齿状。

周边：立方或柱状细胞，核呈**栅栏状**排列并远离基底膜。中央：呈多角形或星形，类似于星网状层细胞。

6种细胞类型：

1: **滤泡型**：肿瘤形成**孤立性上皮岛**，**极性倒置**。

2: **丛状型**：肿瘤上皮增殖呈网状连接的上皮条索，间质囊性变。

3: **棘皮瘤型**：肿瘤上皮岛内呈现广泛的鳞状化生，有时见**角化珠**。

4: **颗粒细胞型**：肿瘤上皮细胞有**颗粒样变性**，嗜酸性颗粒。

5: **基底细胞型**：肿瘤上皮密集成团，呈树枝状

6: **角化成釉细胞瘤**：肿瘤内出现广泛角化（罕见）

2) **骨外外周型**：发生于牙龈或牙槽黏膜，不复发。

3) **促结缔组织增生型**：结缔组织显著增生，胶原丰富，排列成扭曲的束状，可见**玻璃样变**。

4) **单囊型**：I型：单纯囊性型，囊壁仅见上皮衬里。

II型：伴囊腔内瘤结节增殖，瘤结节多呈丛状型成釉细胞瘤。

III型：肿瘤的纤维囊壁内有肿瘤浸润岛，可伴或不伴囊膜内瘤结节增殖，囊壁可见上皮下玻璃样变或透明带。

	颌骨囊肿	角化囊性瘤	成釉细胞瘤	中心性骨癌
内容	草绿或草绿色液体 (可含胆固醇结晶)	黄、白色角蛋白样	褐色液体	
X片	单房>多房 规则, 边缘整齐 多向颊侧膨隆	单房>多房 沿颌骨长轴生长 约 1/3 舌侧膨隆 边缘可不整齐	单房<多房 边缘常不整齐有切迹 多向颊侧膨隆 牙根锯齿状吸收	溶骨性破坏 虫食样 边缘不规则

第三节 良性肿瘤和瘤样病变

色素痣

牙龈瘤

牙源性角化囊性瘤

成釉细胞瘤

血管瘤与脉管畸形

骨化纤维瘤

神经鞘瘤

神经纤维瘤



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

多见于婴儿出生时（约1/3）或出生后不久（1月之内）。女性。**自发性消退，杨梅状**。4周以后快速生长，消退完成期：一般在10~12岁

分类	本质	临床特点
静脉畸形又称 海绵状 血管瘤	无数血窦所组成	边界不太清楚，扪之柔软，可以被压缩，有时可扪到 静脉石 。 体位移动试验阳性
微静脉畸形又称 葡萄酒色斑	微静脉畸形(充血)	呈鲜红或紫红色 ，与皮肤表面平齐，周界清楚。其外形不规则，大小不一， “指压实验”阳性 ，主要是病损位于 中线部位 ，项部最常见可消退
动静脉畸形又称 蔓状 血管瘤或 葡萄状 血管瘤	常发生于 颞浅 动脉所在的 颞部 或头皮下组织中	呈 念珠状 ，表面温度较正常皮肤为 高 。患者可能自己感觉到搏动；扪诊有 震颤感 ，听诊有 吹风样杂音
淋巴管微囊型，毛细管型及 海绵状 淋巴管瘤	由衬有内皮细胞的淋巴管扩张而成	巨舌症
大囊型，囊性水瘤	一般为 多房性 囊腔，彼此间隔，内有 透明、淡黄色 水样液体	好发于青少年儿童，有 波动感 特点： 透光试验为阳性

（五）血管瘤与脉管畸形的治疗

类型	治疗方法
血管瘤	保守为主，快速生长者：普萘洛尔
静脉畸形	5%鱼肝油酸钠或无水乙醇等硬化剂行病损腔内注射，平阳霉素
微静脉畸形	激光治疗
动静脉畸形	介入栓塞，手术治疗
淋巴管畸形	硬化剂治疗（平阳霉素）手术治疗

第三节 良性肿瘤和瘤样病变

色素痣

牙龈瘤

牙源性角化囊性瘤

成釉细胞瘤

血管瘤与脉管畸形

骨化纤维瘤★

神经鞘瘤★

神经纤维瘤★



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

纤维组织，年轻人，多为单发性。X线片上，**钙化阴影**

褐色血样液体、不凝

青年人。**棕色斑**、肿瘤质地柔软、皮肤上有咖啡色或棕色斑块大于1.5cm，有5~6个以上时为神经纤维瘤病。

第四节 恶性肿瘤

舌癌 ★

最常见，舌缘。舌癌常发生早期**颈淋巴结转移**，且转移率最高。远处转移至**肺**。

牙龈癌

下牙龈癌多见。转移，故**选择性颈清**，未进上颌窦应作上颌骨次全切除，进入做全切。上牙龈癌一般不同期行选择性颈淋巴清扫术，但如已有淋巴结转移，也可以行同期原发灶及转移淋巴结根治性切除术。

颊黏膜癌

在口腔癌中居**第二**。**磨牙区**附近；转移至**下颌下及颈深上**淋巴结，有时也可转移至**腮腺**淋巴结，远处转移较少见。放射治疗。如不敏感以及较大的肿瘤，应行**外科手术**；

腭癌

硬腭癌以来自**唾液腺**者为多。硬腭癌的转移主要是向**颈深上**淋巴结，有时**双侧颈淋巴结**均可累及。适宜于**手术切除或低温**治疗

唇癌

唇癌：**唇红黏膜**。多发生于**下唇**，常发生于下唇**中外1/3**间的唇红缘部黏膜。上唇癌的转移较下唇**早**，唇癌的转移一般较其他口腔癌为少见。

上颌窦癌

上颌窦癌：**早期难发现**，远处转移较少，晚期根据侵袭部位，临床出现不同症状，最好采用综合疗法，而以外科治疗为主

中央性颌骨癌

恶性黑色素瘤

软组织肉瘤

中央性颌骨癌：好发于**下颌骨**，特别是**下颌磨牙区**。出现牙痛、局部疼痛，下唇麻木。X线呈**虫蚀状**。晚期可**浸润皮肤**，影响咀嚼肌而致**张口受限**。**手术**是治疗中央性颌骨癌的主要方法

骨源性肉瘤

恶性淋巴瘤

舌癌

牙龈癌

颊黏膜癌

腭癌

唇癌

上颌窦癌

中央性颌骨癌

恶性黑色素瘤

软组织肉瘤

骨源性肉瘤

恶性淋巴瘤

二：恶性黑色素瘤

(一) 来源于成黑色素细胞。发病年龄多在 40 岁左右，青春期发生者极为少见。男女无大差别，但其预后以女性似较好。

(二) 组织发生及病因

颜面部的恶性黑色素瘤，常在色素痣的基础上发生，主要是由交界痣或复合痣中的交界痣成分恶变而来。早期处理颜面皮肤痣及口腔内黏膜黑斑是预防恶性黑色素瘤最有效的措施。

(三) 临床表现：卫星结节、区域的淋巴结突然增大。牙龈、腭、颊

(四) 诊断：不宜行活组织检查、原发灶冷冻活检，并争取一期完成治疗。

(五) 治疗：以外科手术切除为主。

根据经验推荐下列方案：原发灶首选冷冻治疗→化学治疗→颈部选择性或治疗性清扫术→免疫治疗（生物疗法）。

(六) 预后：皮肤恶性黑色素瘤的总 5 年生存率为 50%，黏膜者为 20%。

舌癌

牙龈癌

颊黏膜癌

腭癌

唇癌

上颌窦癌

中央性颌骨癌

恶性黑色素瘤

软组织肉瘤☀

骨源性肉瘤

恶性淋巴瘤

1.概述 软组织肉瘤好发于**成年人**，约 80%~90%，儿童约占 10%~20%。

2.病因 因良性病损而行放射治疗可能导致肉瘤变。例如临床可以看到血管瘤放疗后引起的血管肉瘤；颌骨纤维性病损因放疗而导致的纤维肉瘤等。

从病理类型看，**口腔颌面部以纤维肉瘤、恶性纤维组织细胞瘤**为最常见。

3.临床表现 肉瘤的共同表现为：发病**年龄较轻**；病程发展**较快**；常发生血循转移；

4.诊断与鉴别诊断借助病理检查大多可以明确组织类型

5.治疗绝大多数软组织肉瘤的基本治疗方法为**局部根治性广泛性切除**，即以手术治疗为主。对于**局部复发率较高的肉瘤，术后可辅以放射治疗及化学治疗**。

除个别情况外，肉瘤的淋巴结转移率较低，而血循转移的几率较高。

6.预后 一般说来，口腔颌面部软组织肉瘤的预后比癌为差

舌癌

牙龈癌

颊黏膜癌

腭癌

唇癌

上颌窦癌

中央性颌骨癌

恶性黑色素瘤

软组织肉瘤

骨源性肉瘤 

恶性淋巴瘤 

(2) 放射治疗：不适于放射治疗的肿瘤-----绝大部分良性肿瘤。

放射线敏感	恶性淋巴瘤、淋巴上皮癌、浆细胞肉瘤、尤文肉瘤、未分化癌等 (酱油)
放射线中度敏感	鳞状细胞癌及基底细胞癌 (吉林)
放射线不敏感的	骨肉瘤、纤维肉瘤、肌肉瘤、脂肪肉瘤、腺癌、恶性黑色素瘤 (陷黑)

可呈典型的日光放射状排列

霍奇金淋巴瘤与非霍奇金淋巴瘤。以儿童与青壮年多发。其中以颈部淋巴结最好发。结内型；结外型。我国的恶性淋巴瘤中大多属结外型；非洲淋巴瘤(African lymphoma)，Burkitt淋巴瘤。与恶性淋巴瘤不同的是不侵犯浅表淋巴结也不发生白血病。

第八单元 唾液腺疾病

舌下腺囊肿

黏液囊肿

多形性腺瘤

沃辛瘤

腺样囊性癌

黏液表皮样癌



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

第七节 舌下腺囊肿

病因：①导管阻塞---黏液潴留 ②导管、腺泡破裂--黏液外渗（80%以上，无上皮衬里）

（一）分类及临床表现

最常见于青少年，临床上可分为三种类型：

单纯型：蛤蟆肿，似“重舌”

口外型：潜突型，囊肿主要表现为下颌下区肿物，

哑铃型：单纯型和口外型的混合型。

（二）诊断与鉴别诊断

依据临床表现和检查即可诊断。蛋清样粘稠液体

鉴别：①口底皮样囊肿：柔韧，面团样，②下颌下区囊性水瘤--淡黄清亮含淋巴细胞，透光试验阳性

（三）治疗

根治舌下腺囊肿的方法是切除舌下腺，残留部分囊壁不致造成复发。

注意：对于口外型舌下腺囊肿，可全部切除舌下腺后，将囊腔内的囊液吸净，在下颌下区加压包扎，不必在下颌下区做切口摘除囊肿。婴幼儿：成形性囊肿切开术，缝合，4~5岁后再切除。

第八节 黏液囊肿

外渗性黏液囊肿（占80%以上）：创伤、**无**上皮衬里

潴留性黏液囊肿、导管系统的部分阻塞、**有**上皮衬里，潴留的黏液团块及结缔组织被膜

临床表现：

好发于**下唇及舌尖腹侧**，位于黏膜下，表面仅覆盖一薄层黏膜，故呈半透明、**浅蓝色**的小泡，状似水泡，囊肿很容易被咬伤而破裂，流出**蛋清样透明黏稠液体**，囊肿消失，破裂处愈合后，又被黏液充满，再次形成囊肿，反复破损后、表现为**白色瘢痕状突起**

治疗

保守：抽尽囊液后，向囊腔内注入**2%碘酊0.2~0.5ml**，**停留2~3分钟**，再将碘酊抽出。

目的：破坏上皮细胞，使其失去分泌功能而不再形成囊肿。

最常用的治疗方法仍为手术切除。应切除表面黏膜及囊腔相连的腺体。

第九节 多形性腺瘤

（一）生物学行为

多形性腺瘤又名**混合瘤**，是唾液腺肿瘤中**最常见者**，属**临界瘤**。

组成：由肿瘤性**上皮组织和黏液样或软骨样间质**所组成

复发原因：①包膜常不完整，腺体组织中也可有瘤细胞

②肿瘤的包膜与瘤体之间黏着性较差，手术中肿瘤破裂，往往造成种植性复发

临床表现：好发部位：**大唾液腺**：腮腺。小唾液腺者，以**腭部**为最常见

年龄性别：**30~50岁**为多见，**女性**多于男性

良性信号：多形性腺瘤生长缓慢，常无自觉症状，病史较**长**。肿瘤界限清楚，质地中等，一般可活动，硬腭处可不活动，肿瘤长大后除表现畸形外，一般不引起功能障碍。

恶变信号：**突然出现生长加速**，并伴有**疼痛、面神经麻痹**等症状时。

治疗：多形性腺瘤的治疗为手术切除，切除范围：不能作单纯肿瘤摘除，而应**作肿瘤包膜外正常组织处切除**。腮腺肿瘤应保留面神经，下颌下腺肿瘤应包括下颌下腺一并切除。



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

第十节 沃辛瘤

又名**腺淋巴瘤**或**乳头状淋巴囊腺瘤**

组织发生及病理特征：沃辛瘤的组织发生与**淋巴结**有关。

组织病理可见肿瘤由**腺上皮细胞**和**淋巴细胞**构成

临床特点

- ①多见于**男性**，②年龄在**40~70岁**的中老年③患者常有吸烟史④可有**消长史**
- ⑤绝大多数肿瘤位于腮腺后下极
- ⑥扪诊肿瘤呈圆形或卵圆形，表面光滑，质地较软，有时有弹性感
- ⑦肿瘤常呈多发性⑧术中可见肿瘤呈紫褐色，内含**干酪样或黏稠液体**
- ⑨^{99m}Tc核素显像呈**“热”结节**，具有特征性。

治疗：手术切除，由于肿瘤常位于腮腺后下极，可考虑作连同肿瘤以及**周围0.5cm以上正常腮腺切除的腮腺部分切除术**。术中应切除腮腺后下部及其周围淋巴结，但可保留腮腺导管及大部分腮腺的功能。



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

第十一节 腺样囊性癌

腺样囊性癌过去曾称“**圆柱瘤**”

根据其组织学形态可以分为**腺样型、管状型及实性型**，**实性型恶性程度最高**。

临床表现：好发部位：最常见于**腭部小唾液腺及腮腺**

①肿瘤易沿**神经扩散(最早)**②肿瘤**浸润性极强**③肿瘤易侵入血管，远处转移到**肺**

④肿瘤细胞沿着骨髓腔浸润⑤颈淋巴结转移率很低

总结：肿瘤恶性高，什么方式都转移，只有淋巴低。远处转移到肺远高于舌癌

治疗：手术治疗为主，单纯放疗不能达到根治。即使出现肺部转移，仍考虑手术
除实性型以外，一般生长缓慢，肺部转移灶也缓慢，患者可**长期带瘤生存**。



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号

第十二节 黏液表皮样癌 恶性肿瘤中最常见者（良性最常见是多形性腺瘤）

有黏液细胞、表皮样细胞和中间细胞构成，根据黏液细胞的比例分为高分化、中度分化、低分化三种，越是低度分化恶性程度越高。黏液细胞高于50%是高分化，低于10%是低分化的

临床特点：好发部位---腮腺者居多，其次是腭部

高分化黏液表皮样癌（恶性低）

呈无痛性肿块、生长缓慢。肿瘤体积大小不等，边界可清或不清，质地中等偏硬，表面可呈结节状。位于腭部及磨牙后区的，有时可呈囊性，表面黏膜呈浅蓝色

术中可见：肿瘤常无包膜或包膜不完整，与周围腺体组织无明显界限，可见面神经与肿瘤粘连，但很少出现面瘫症状。

低分化黏液表皮样癌

生长较快，可有疼痛，边界不清，与周围组织粘连，腮腺肿瘤常累及面神经，淋巴结转移率较高，且可出现血行性转移。

治疗：以手术为主，高分化者应尽量保留面神经，综合治疗的方法。高分化者不必作选择性颈淋巴清扫术，低分化者则可考虑选择性颈淋巴清扫术。

转归、愈后：高分化黏液表皮样癌：如手术切除不彻底，术后可以复发，但很少发生颈淋巴结转移，血行性转移更为少见。患者术后生存率较高，预后较好。

低分化黏液表皮样癌：术后易于复发，患者预后较差。

祝大家逢考必过!

金英杰医学教育，铸就您的成功人生!



APP下载



微信公众号



客服微信



网页版

扫码获取更多资讯，关注金英杰公众号