

第十一单元 先天性唇裂和腭裂

- 1、唇裂发生于胚胎发育的 6-7 周，腭裂发生于胚胎发育的 9-12 周。
 - 2、唇裂的患病率 1:1000，男女比例 1.5:1。
 - 3、唇裂的分类
- 国际分类：

- 单侧完全——整个上唇至鼻底完全裂开；
- 单侧不完全——整个上唇至鼻底未完全裂开；
- 双侧完全——整个上唇至鼻底完全裂开；
- 双侧不完全——双侧整个上唇至鼻底完全裂开；
- 双侧混合性唇裂。

国内分类：

- I 度——仅在唇红部分裂开；
- II 度——上唇部分裂开，但鼻底完整；
- III 度——整个唇红鼻底完全裂开。

隐性唇裂：皮肤和粘膜无裂开，但下方肌层未能联合——唇峰分离。

4、唇裂修复：

最适合时间 **单侧 3-6 个月，体重达 5-6kg；双侧 6-12 个月**。小孩检查有无胸腺肿大，必须全麻，成年人可局麻下手术。

术前 3 天小勺喂养，术后护理：应用 **滴管和小勺** 喂饲。

5、下三角瓣法和旋转推进法的优缺点：

单侧唇裂手术	下三角瓣法	旋转推进法
优点	简单、 恢复唇高	切除组织少、 唇弓形态好
缺点	切除正常组织、 唇过长	技术难、 唇高不足

6、双侧唇裂手术方法：

前唇原长整复术（**小孩**再生能力强），前唇加长整复术（成人）。

6、腭裂的分类：

软腭裂、不完全性腭裂、单侧完全性腭裂、双侧完全性腭裂。

腭裂的分度：

I 度——限于**腭垂裂**。

II 度——部分腭裂，裂开未到切牙孔；根据裂开部位又分为：

浅 II 度分裂，仅限于软腭；

深 II 度分裂，软腭+部分硬腭裂开（不完全性腭裂）。

III 度——全腭裂开，由腭垂到切牙区，包括牙槽突裂，常与唇裂伴发。

腭咽闭合：在发音时，由肌群收缩，使软腭处于抬高状态，软腭的**中后 1/3** 部分，向咽后壁、咽侧壁靠拢，再由咽上缩肌活动配合，使口腔与鼻腔的通道部分或全部暂时隔绝。出现**腭裂语音**。

9、**腭裂修复**：多选择在患儿**12-18 个月** 时进行。5-6 岁时，上颌骨发育基本完成。

10、腭裂手术中要把腭沟打断，减小腭帆张肌张力。

11、唇腭裂手术术后护理：

(1) 患儿在术后全麻未醒前，应使患儿平卧，将头偏向一侧，以免误吸 (2) 全麻患儿清醒后 **4h**，可给予少量**流汁或母乳**，腭裂流质饮食应维持至术后 1-2 周，半流质 1 周，2-3 周后可进普食。

(3) 唇裂创口当天可用敷料覆盖，吸敷分泌物，以后应采用暴露疗法；在张力较大的病例，可采用唇弓，以保持减张固定，易于创口愈合。

(4) 术后 24 小时内应给予适量的抗生素，预防感染。

(5) 正常愈合的创口，可在术后 5-7d 拆线；腭裂 8-10d 可抽除两侧松弛切口内填塞的碘仿油纱条，术后 2 周拆线

(6) 术后或拆线后，应嘱咐家属防止患儿跌跤，以免遭致创口裂开

(7) **6-12 月行二期手术**。

第四节唇腭裂序列治疗：(助理不考)

唇裂修复：单侧 3-6 个月，体重达 5-6kg；双侧 6-12 个月

腭裂修复：多选择在患儿 12-18 个月

牙槽突植骨术：9-11 岁，尖牙萌出，牙根形成 1/2-2/3.

外科正畸治疗：常在 16 岁以后进行。

鼻畸形：6 个月佩戴鼻管，11 岁手术。

第十二单元 口腔和面部影像学诊断

1. 根尖片：成人片 3*4cm，儿童 2.5*3.5。全口牙，恒牙需要 14 张牙片，乳牙需要 10 张牙片，目前根尖片的分角投照技术在国内最为普遍：

分角线技术：投照射线与牙长轴和胶片的角分线垂直。

前牙---唇面与地面垂直；

上后牙---听鼻线(外耳道至鼻翼连线)与地面平行；

下后牙---听口线(外耳道至口角连线)与地面平行。

2. 牙合翼片：显示上下颌多个牙的牙冠部影像，常用于邻面龋、髓石、牙髓腔大小、邻面龋与髓室底是否穿通和穿通程度，以及充填体边缘密合情况，此片还可清晰显示牙槽嵴顶，用于观察牙槽嵴顶有无骨质破坏，X 线垂直角+8° 角，X 线水平，角度与被照牙邻面平行。（无法看根尖）

3. 牙合片：

上颌前部-前牙及牙槽突、切牙孔、鼻腔底、腭中缝、上颌窦、鼻泪管；

上颌后部-包括第一前磨牙至第二前磨牙及其牙槽突和侧上颌窦底部；

下颌前部-用于观察下颌**颏部**有无骨折及炎症、肿瘤等病变引起的骨质变；

下颌横断-下颌骨体部颊、舌侧密质骨有无膨胀、增生及破坏；下颌骨骨折颊舌向移位情况；**下颌下腺导管阳性涎石**；X线与被检查牙齿的长轴平行。（可见舌）

4. 口外片：

• 上颌骨：

- 1) **华特位片**又称**鼻颏位片**，用于**上颌骨**肿瘤、炎症及颌面外部损伤时。
- 2) **颧弓位片**用于检查颧骨及颧弓骨折。

• 下颌骨：

- 1) 下颌骨**侧斜位片**又称下颌骨侧位片。用于检查**下颌体部、升支及髁突**的病变。
- 2) 下颌骨**后前位片**此片可显示双侧上下颌骨的后前位影像，常用于**双侧**对比观察两侧下颌**升支**骨质改变。
- 3) 下颌骨开口**后前位片**用于对比观察**两侧髁突内外径**向的影像，对**髁突骨折的移位方向、髁突两侧发育不对称、髁突骨瘤**有诊断价值。
- 4) 下颌骨升支切线位片用于检查下颌升支外侧密质骨膨出、增生及破坏情况。**下颌骨边缘骨髓炎**常需此片。

• 关节：

- 1) 许勒位片或颞下颌关节**经颅侧斜位片**，此片显示颞下颌关节**外侧 1/3 侧位**影像。

临床上用于颞下颌关节紊乱病、颞下颌关节脱位、肿瘤、先天畸形等病变

- 2) **髁突经咽侧位片**对颞下颌关节紊乱病髁突器质性改变、髁突高位骨折及髁突肿瘤的诊断有较大价值，但不能用于检查关节间隙

5. 曲面断层摄影片常用于观察上下颌骨肿瘤、外伤、炎症、畸形等病变与周围组织的关系。

6. 唾液腺造影技术:

仅限于腮腺及下颌下腺;

常用油剂为 40%碘化油, 水溶液为 60%泛影葡胺;

颞下颌关节双重造影--30% (20%) 泛影葡胺+无菌空气。

适应症: 慢性炎症、肿瘤、舍格伦综合征、阴性结石、涎瘘

唾液腺造影的绝对禁忌症: 对碘化物过敏、唾液腺急性炎症期间、唾液腺导管阳性结石, 避免注射造影剂时结石向后移。

6、正常 X 线影像

牙体组织: 牙釉质 (密度最高)、牙本质、牙骨质、牙髓 (密度最低)

上颌牙槽骨 X 线显示颗粒状影像;

下颌牙槽骨 X 线骨小梁结构呈网状;

骨硬板: X 线片上显示为包绕牙根之连续的高密度线条状影像 (白线);

牙周膜: X 线片上显示为包绕牙根之连续低密度影像。

7、上颌磨牙的根尖片可以看到喙突的投影, 但下颌根尖片上看不到。

8、唾液腺造影在拍摄唾液腺造影片后 5 分钟, 拍摄唾液腺分泌功能片, 正常时可排空。

9、病变 X 线片:

根尖脓肿: 弥散性低密度影, 界限不清, 云雾状。

根尖囊肿: 低密度影, 范围较大, 白线包绕, 界限清楚。

根肉芽肿: 界限清楚, 体积小, 无白线

致密性骨炎：弥散性高密度影

脱出性脱位：完全脱位造成牙缺失；不完全脱位如为牙合向脱位，显示牙周膜间隙增宽

嵌入性脱位：则牙周膜间隙变窄或消失

侧向性脱位：牙周膜间隙一侧增宽

牙折：牙折线表现为不整齐如锯齿状的很细的线状透射影

牙根折裂：早期表现为根管影像局部或全部增宽；晚期可见沿牙根中轴从牙颈部折断并常发生移位

牙骨质结构不良又称假性牙骨质瘤：早期病变 X 线片表现为低密度透射区，多数为小圆形或类圆形、边缘不整齐，骨硬板及牙周膜间隙消失。单个牙病变与慢性根尖周炎相似，但换牙活力存在，第二期病变 X 线表现为病变区有高密度的点状或小片状钙化影，第三期病变 X 线表现为根尖区呈团状，体积增大的钙化影像。

牙槽骨垂直吸收：牙槽骨沿牙体长轴方向破坏，牙槽壁吸收，骨硬板消失。

颞下颌关节紊乱病 X 线：

1. 关节间隙改变：常用检查方法为许勒位片、关节侧位体层片或锥形束 CT 片。
2. 髁突运动度改变：可同时拍双关节许勒位闭口及开口位片进行观察；
3. 两侧关节形态发育不对称；
4. 骨质改变。

牙源性角化囊性瘤：单囊、沿着下颌骨长轴生长，牙根少见吸收，囊内可以含牙。

成釉细胞瘤 X 线表现分成：多房型、蜂窝型、单房型、局部恶性征型，其余共同

特征：颌骨膨隆，唇颊侧为主；牙根呈锯齿状吸收；肿瘤边缘可有增生硬化，界限清楚；肿瘤侵入压槽侧，造成牙根之间的牙槽骨浸润及骨硬板消失；瘤内钙化；瘤内含牙。

慢性复发性腮腺炎：末梢导管呈点状、球状、腔状排空；排空功能迟缓

慢性阻塞性唾液腺炎：主导管呈腊肠状，病变晚期也可有末梢导管点状扩张征象

以下助理不考：

牙龈癌：X线片上多显示为牙槽突破坏吸收，侵犯到颌骨，颌骨可见虫蚀样改变，进一步发展可出现牙根浮立征。

原发性骨癌：X线表现为颌骨内虫蚀状骨质破坏，病变像牙槽侧扩展时可使牙周骨质破坏，牙齿浮立于软组织中。

骨纤维异常增殖症状：毛玻璃样，C型、V型。

骨肉瘤：骨质结构破坏；瘤骨形成，日光照射影（成骨骨肉瘤的重要标志之一）；骨膜反应；软组织肿块形成。

舍格伦综合征：主导管多无变化；腺体内分支导管数目减少、变细；

末梢导管不同程度扩张；主导管变粗呈腊肠状，有的的边缘不齐，呈羽毛状、花边样、葱皮状、向心性萎缩在造影片上仅见主导管及某些分导管，周围腺体组织不显影肿瘤改变腺体内出现占位性病变，邻近的导管移位，似良性肿瘤改变。