

第八章

口腔颌面外科学

本章考情分析

年份	执业		助理	
	出题数量(题)	所占分值比例(%)	出题数量(题)	所占分值比例(%)
2019	101	16.8	59	19.7
2018	106	17.6	56	18.7
2017	103	17.2	63	21
2016	109	18.2	58	19.3
2015	105	17.5	56	18.7



考点精析教案

考点一 口腔颌面外科基本知识及基本操作

1.检查张口度时,以上下中切牙切缘之间的距离为标准,正常人的张口度约相当于自身的示指、中指、无名指三指末节合拢时的宽度,平均约为3.7 cm。临床上张口受限分为四度:

- (1)轻度张口受限:上下切牙切缘间仅可置两横指,为2~2.5 cm。
- (2)中度张口受限:上下切牙切缘间仅可置一横指,为1~2 cm。
- (3)重度张口受限:上下切牙切缘间距不足一横指,约1 cm以内。
- (4)完全性张口受限:完全不能张口,也称牙关紧闭。

2.固有口腔及口咽检查:对于唇、颊、舌、口底和下颌下区病变,可行双指双合诊或双手双合诊检查,以便准确了解病变范围、质地、硬度以及有无压痛、触痛和浸润等。检查时以一只手的拇指和食指,或双手置于病变部位上下或两侧进行。前者适用于唇、颊、舌部检查;后者适用于口底、颌下检查。双合诊应按“由后向前”顺序进行。

3.常用消毒药物

- (1)碘酊:口腔内用1%,颈部用2%,头皮部用3%,过敏者禁用。
- (2)氯己定:皮肤用0.5%,口腔内或者创口用0.1%。

(3) 碘伏目前应用较多的是 0.5% 碘伏水溶液用于皮肤及口腔。是目前最常用的消毒剂。

(4) 75% 酒精: 与碘酊先后使用, 起脱碘作用。

(5) 特殊器械的消毒: 手机机头可用高压蒸汽或甲醛蒸汽消毒灭菌。

4. 缝合

(1) 原则: 在彻底止血的基础上, 自深而浅逐层进行严密而正确的对位缝合, 以期达到一期愈合的目的(尽量按照皮纹方向、小针细线仔细缝合)。

(2) 基本要求: 先游离侧, 后固定侧。进针时针尖与皮肤垂直, 并使皮肤切口两侧进针间距等于或略小于皮下间距。切口两侧进出针间距大于皮下间距, 造成皮肤创缘内卷; 相反, 进出针间距小于皮下间距则皮肤创缘呈现过度外翻。

5. 引流

(1) 引流适应证: 感染创口、渗出液多、留有死腔、止血不全创口。

(2) 引流方法: ①片状引流; ②纱条引流; ③管状引流; ④负压引流。前三种引流方法创口是开放的, 故称开放引流; 后一种创口是封闭的, 称为闭式引流。

(3) 引流时间: 24~48 h 后去除引流, 负压引流去除时间: 在 24 h 内引流量不超过 20~30 mL, 及时拔管。

(4) 引流部位: 开放引流放置创口最低处, 负压引流避开大血管、神经的附近。

6. 创口处理

(1) 分类: 无菌创口、污染创口、感染创口。

(2) 处理原则

① 无菌创口: 严密缝合, 一般不放置引流, 不轻易打开敷料; 面部严密缝合的创口可早期暴露并清除渗出物。

② 污染伤口: 初期缝合; 根据具体情况可放置引流条 24~48 h 引流; 一般不打开敷料观察, 除非高度感染; 可早期暴露。

③ 感染伤口: 不做初期缝合, 定期换药, 有肉芽组织或化脓, 创口应湿敷; 脓腔引流要通畅, 并进行药物冲洗。

考点二 麻醉与镇痛

一、常用局部麻醉药的比较

药名	普鲁卡因	布比卡因	利多卡因	丁卡因
类型	酯类	酰胺类	酰胺类	酯类
显效时间	中等	迟	最短	最迟
维持时间	45~60 分钟	180~480 分钟	90~120 分钟	120~150 分钟
浸润性	弱	弱	最强	弱
表面麻醉浓度	—	—	2%~5%	2%

续表

药名	普鲁卡因	布比卡因	利多卡因	丁卡因
浸润麻醉浓度	0.5%~1%	0.25%~0.5%	0.25%~0.5%	0.1%
阻滞麻醉浓度	2%	0.25%~0.75%	1%~2%	0.1%~0.2%
一次最大剂量	800~1 000 mg	100~150 mg	300~400 mg	40~60 mg

二、上牙槽后神经阻滞麻醉(上颌结节注射法)

方法(口内注射法):上颌第二磨牙远中颊侧根部口腔前庭沟作进针点;病人取坐位,头微后仰,上颌牙殆平面与地面成45度,半张口,注射针与上颌牙长轴成40度,向上后内方刺入;进针时针尖沿上颌结节弧形表面滑动,回抽无血,注入麻药1.5~2 mL。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。

麻醉区域:除上颌第一磨牙近中颊根外的同侧磨牙的牙髓、牙周膜、牙槽骨及其颊侧黏骨膜、牙龈黏膜。

三、下牙槽神经阻滞麻醉(翼下颌注射法)

注射标志:病人大张口时,可见磨牙后方,舌腭弓之前,有纵行的黏膜皱襞,名翼下颌皱襞,其深面为翼下颌韧带。另在颊部有一由脂肪组织突起形成的三角形颊脂垫,其尖端正居翼下颌韧带中点而稍偏外处。此两者即为注射的重要标志。若遇颊脂垫尖不明显或磨牙缺失的病人,可在大张口时,以上、下颌牙槽突相距的中点线上与翼下颌皱襞外侧3~4 mm的交点,作为注射标志。

注射方法:病人大张口,下颌牙殆平面与地面平行。将注射器放在对侧口角,即第一、第二前磨牙之间,与中线成45度。注射针应高于下颌牙殆面1 cm并与之平行。按上述的注射标志进针,推进2~2.5 cm左右,可达下颌骨骨面的下牙槽神经沟,回抽无血,注入麻药1~1.5 mL。

麻醉区域及效果:麻醉同侧下颌骨、下颌牙、牙周膜、前磨牙至中切牙唇(颊)侧牙龈、黏骨膜及下唇。约5分钟后,病人即感同侧下唇口角麻木、肿胀,探刺无痛。

四、局部麻醉的并发症及其防治

1.晕厥:晕厥是一种突发性、暂时性意识丧失。通常是由于一时性中枢缺血所致。一般可因恐惧、饥饿、疲劳及全身健康较差、疼痛以及体位不良等因素所引起。

(1)临床表现:前驱症状有头晕、胸闷、面色苍白、全身冷汗、四肢厥冷无力、脉快而弱、恶心和呼吸困难。未经处理则可出现心率减慢,血压急剧下降,甚至有短暂意识丧失。

(2)防治原则: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。一旦发生晕厥,应立即停止注射,迅速放平座椅,置病人于头低位;松开衣领,保持呼吸通畅;芳香乙醇或氨水刺激呼吸;针刺人中穴;必要时给予氧气吸入和静脉补液等。

2.中毒:临床上发生局部麻醉药中毒,常因单位时间内注射药量过大,或局部麻醉药被快速注入血管而造成。

(1)临床表现:兴奋型:烦躁不安、多话、颤抖、恶心、呕吐、气急、多汗、血压上升;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。

(2)防治原则:用药前应了解局部麻醉药的毒性大小及一次最大用量。口腔颌面和颈部的血管丰富,药物吸收较快,一般应使用含适量肾上腺素的局部麻醉药。要坚持回抽无血,再

缓慢注射麻药。老年人、小儿、体质衰弱及有心脏病、肾病、糖尿病、严重贫血及维生素缺乏等病的病人对麻药的耐受力均低,应适当控制用量。如一旦发生中毒反应,应立即停止注射麻药。中毒轻微者,置病人于平卧位,松解颈部衣扣,使呼吸畅通。待麻药在体内分解后症状可自行缓解。重者采取给氧、补液、抗惊厥、应用激素及升压药等抢救措施。

3.过敏反应

(1)临床表现:延迟反应:血管神经性水肿(最常见);即刻反应:突然惊厥、昏迷、呼吸心跳骤停而死亡。

(2)防治原则:术前详细询问有无酯类局部麻醉药如普鲁卡因过敏史,对酯类局部麻醉药过敏及过敏体质的病人,应选用酰胺类药物,如利多卡因,并预先做皮内过敏试验。对轻症的过敏反应,可给脱敏药物如钙剂、异丙嗪、糖皮质激素肌内注射和静脉注射,吸氧。严重过敏反应应立即注射肾上腺素,给氧;出现抽搐或惊厥时,应迅速静脉注射地西洋 10~20 mg,或分次静脉注射 2.5% 硫喷妥钠,每次 3~5 mL,直到惊厥停止;如呼吸心跳停止,则按心肺复苏方法迅速抢救。

4.感染:注射针被污染,局部或麻药消毒不严,或注射针穿过感染灶,均可将感染带入深层组织,引起翼下颌间隙、咽旁间隙等感染。

(1)临床表现:注射后 1~5 天局部红、肿、热、痛明显,甚至有张口受限或吞咽困难及全身症状。

(2)防治原则:注射器械及注射区的消毒一定要严格;注射时防止注射针的污染和避免穿过或直接在炎症区注射。已发生感染者应按炎症的治疗原则处理。

考点三 牙及牙槽外科

1.拔牙的禁忌证

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,应视为拔牙禁忌证,而对较重之心功能 II 级患者,拔牙亦应慎重并有适宜的对策;⑦草绿色链球菌(甲型溶血性链球菌)菌血症,导致亚急性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,青霉素过敏者用大环内酯类。绿色链球菌在正常情况下对青霉素高度敏感,但使用青霉素 24 小时后,即产生耐药菌株。绿色链球菌的耐药菌株产生快,但消失慢,使用青霉素后 2 周仍然存在。如有多个牙需拔除,较安全的方法是在青霉素正确使用控制下,一次将应拔的牙全部拔除。但近 2 周内曾使用过青霉素者,不得使用青霉素预防心内膜炎,建议使用阿莫西林胶囊术前 1 小时口服作为预防用药。

(2)高血压:血压必须低于 180/100 mmHg 才可以拔牙。如血压高于 180/100 mmHg,则应先控制后再行拔牙,如为异常血压,最好在监护下行牙拔除术。

(3)造血系统疾病:贫血者血红蛋白在 80 g/L 以上,血细胞比容在 30% 以上,可以拔牙。白细胞减少症和粒细胞缺乏症,如果中性粒细胞在 $(2\sim 2.5)\times 10^9/L$ 或白细胞总数在 $4\times 10^9/L$ 以上,病人可拔牙及手术。急性白血病为拔牙的禁忌证。恶性淋巴瘤必须拔牙时应与有关专家配合,在治疗有效、病情稳定后方可进行。出血性疾病最好在血小板计数高于 $100\times 10^9/L$ 时进行。血友病假如必须拔牙时,应补充凝血因子 VIII。

(4)糖尿病:拔牙时,空腹血糖以控制在**8.88 mmol/L(160 mg/dl)**以下为宜。拔牙前后3天宜用抗菌素预防感染,未控制而严重的糖尿病,应暂缓拔牙。

(5)甲状腺功能亢进:拔牙应在本病控制后,**静息脉搏在100/分钟以下、基础代谢率在+20%以下方可进行**。注意减少对病人的精神刺激,力求使之不恐惧、不紧张。麻药中勿加肾上腺素,术前、术中、术后应监测脉搏和血压,注意预防术后感染。

(6)肾疾病:急性肾病暂缓拔牙,如处于肾功能代偿期,**内生肌酐清除率>50%、血肌酐<133 μmol/L(1.5 mg/dl)**,临床无症状则可以拔牙。

(7)肝炎:急性肝炎期间应暂缓拔牙,慢性肝炎术前应做凝血酶原时间检查。

(8)妊娠:**怀孕4~6个月进行拔牙**或手术比较安全。

(9)月经期:暂缓拔牙。

(10)急性炎症期:根据炎症的性质、发展阶段、细菌毒性、手术难易程度和全身健康情况决定。

(11)恶性肿瘤:患牙位于恶性肿瘤中或累及,一般应与肿瘤一同切除。**放射治疗前7~10天拔牙或治疗,放疗后3~5年内不拔牙**,否则可引起放射性骨坏死。必须拔牙时,要力求减少创伤,术前、术后给予大量抗菌药物控制感染。

(12)长期抗凝药物治疗:停药待凝血酶原时间恢复至接近正常时可以拔牙。

(13)长期肾上腺皮质激素治疗:此类患者**术后20h容易发生危象**,拔牙应与专科医师合作。

(14)神经精神疾病:解决合作问题,不能合作者,使用全身麻醉方可进行拔牙。

2.牙挺使用注意事项

①**绝不能以邻牙作支点**,除非邻牙亦需同时拔除。

②除拔除阻生牙或颊侧需去骨者外,**龈缘水平处的颊侧骨板一般不应作为支点**。

③**龈缘水平处的舌侧骨板,也不应作为支点**。

④操作中应注意保护。必须以手指保护,以**防牙挺滑脱**伤及邻近组织。

⑤用力必须有控制,**不得使用暴力**,挺刃的用力方向必须准确。

3.根据第三磨牙和下颌支及第二磨牙关系,分为以下三类

第Ⅰ类:在**下颌支前缘和第二磨牙远中之间,有足够空隙**能容纳阻生第三磨牙牙冠的近远中径。

第Ⅱ类:**下颌支前缘和第二磨牙远中面之间间隙不大,不能容纳**阻生第三磨牙牙冠的近远中径。

第Ⅲ类:**阻生第三磨牙全部或大部分位于下颌支内**。

4.牙拔除术中并发症及其防治

(1)软组织损伤:**牙龈撕裂、黏骨膜瓣撕裂应缝合**;注意对软组织的保护。

(2)骨组织损伤:多见于尖牙、上颌第一或第三磨牙拔除。无骨膜附着去除,有骨膜附着复位。

(3)口腔上颌窦交通:小的穿孔(直径2 mm以内)拔牙后常规处理;**中等大小的穿孔(直径2~6 mm)在拔牙创表面加8字缝合;大于7 mm需用邻近骨膜瓣关闭创口**。

(4)下颌骨骨折:主要阻生第三磨牙。按照下颌骨骨折处理原则处理。

- (5) 颞下颌关节脱位:预防方法为拔牙时左手支持下颌骨。已发生脱位常规复位。
- (6) 邻牙或对颌牙损伤:牙挺不能以邻牙为支点,保护并控制用力。
- (7) 神经损伤:受损用预防水肿药,如地塞米松;促进神经恢复药,如维生素(B₁、B₆、B₁₂)。
- (8) 断根或牙移位:技术原因力求避免,牙本身原因应在术前向患者明确交代。
- (9) 术中出血:了解病史,控制引起出血的因素。

5. 牙拔除术后并发症及其防治

- (1) 拔牙术后出血。
- (2) 拔牙术后感染:术后彻底清创,除去一切异物,并冲洗创口。
- (3) 拔牙后疼痛:常规牙拔除一般不需镇痛药物,阻生牙拔除用少量镇痛药物。
- (4) 面颊部肿胀反应:设计瓣大小适当,切口不够严密,术后给予冰袋、加压包扎等。
- (5) 干槽症:干槽症在组织病理学上主要表现为牙槽骨壁的肉芽组织或轻微的局限性骨髓炎。

干槽症的诊断标准为:拔牙2~3天后有剧烈疼痛,并可向耳颞部、下颌区或头顶部放射,一般镇痛药物不能止痛;拔牙窝内可空虚,或有腐败变性的血凝块,腐臭味强烈。有人提出有上述表现者为腐败型干槽症。而有部分病人有剧烈疼痛和拔牙创空虚,但没有明显腐败物存在,按干槽症处理后可以止痛,因此有人将这类情况归为非腐败型干槽症。

干槽症的治疗方法:通过传导阻滞麻醉,在完全无痛的情况下彻底清创。使用3%过氧化氢溶液棉球反复擦拭,以去除腐败坏死物质,直至牙槽窝清洁,棉球干净无臭味;不要用刮匙反复搔刮牙槽骨壁,只在有大块腐败坏死物时用刮匙。用生理盐水冲洗牙槽窝,将碘仿纱条(可加丁香油和2%丁卡因)填入拔牙创,先将纱条的一端填入牙槽窝底部,再依次叠列严密填满牙槽窝,松紧适度,最后将纱条末端塞入牙槽窝深部避免松脱,也可缝合两侧牙龈,经上述处理后,绝大多数可完全或基本止痛。如无明显疼痛,次日可不再换药,10天后去除碘条,此时牙槽窝虽空虚,但骨壁表面有一层肉芽组织覆盖,不需再放新碘条,牙槽窝在1~2个月后才能长满结缔组织。

6. 舌系带矫正术:①唇系带:发育异常或牙槽突吸收导致附着过低,一般采用局部浸润麻醉、横切切断纵向缝合。②舌系带:手术最好在1~2岁进行,切断舌系带直达根部,切口纵向拉拢缝合。

考点四 牙种植术

一、治疗程序

- (1) 第一期手术:种植体植入缺牙部位牙槽骨内,7天拆线。
- (2) 第二期手术:3~4个月后安装基台,二期手术后14~30天取模,制作义齿。

二、效果评估

成功标准应用长期效果来综合判断,包括医师的客观检查和患者的主观感受两方面。

1995年中华医学会标准:

- (1) 功能好。
- (2) 无麻木、疼痛等不适。
- (3) 自我感觉良好。

- (4) 种植体周围无射线透射区, **横行骨吸收不超过 1/3**, 种植体不松动。
- (5) 龈炎可控制。
- (6) 无与种植体相关的感染。
- (7) 对邻牙支持组织无损害。
- (8) 美观。
- (9) 咀嚼效率达 70% 以上。
- (10) 达到上述要求后, **5 年成功率为 85% 以上, 10 年成功率为 80% 以上。**

考点五 口腔颌面部感染

1. 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。口腔颌面部感染最多见的是 **需氧菌和厌氧菌的混合感染**。

2. 脓肿切开引流的目的

- (1) 使脓液和腐败坏死物迅速排出体外, 以达到消炎解毒的目的。
- (2) **解除局部疼痛、肿胀及张力, 以防发生窒息(如舌根部、口底间隙脓肿)**。
- (3) 颌周间隙脓肿引流, 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循环, 并发海绵窦血栓性静脉炎、脑脓肿、纵隔炎、菌血症等严重并发症。

3. 脓肿切开引流指征

- (1) **局部疼痛加重, 并呈搏动性跳痛**; 炎性肿胀明显, **皮肤表面紧张、发红、光亮**; 触诊时有明显压痛点、波动感形成。
- (2) 深部脓肿扪及波动, 或病变区有明显压痛点及 **指压处凹陷性水肿**, 穿刺抽出脓液者。
- (3) 口底蜂窝织炎, 尤其是腐败坏死性感染或小儿颌周蜂窝织炎, 出现呼吸、吞咽困难者, 虽无典型脓肿形成, 亦应早期切开减压, 以改善局部缺氧, 排出毒素与坏死组织, 防止呼吸道梗阻及炎症扩散。
- (4) 脓肿已破溃, 但引流不畅者。
- (5) 结核性冷脓肿, 切开指征应严格掌握, 因切开引流后其瘻口可长期不愈, 一般采用闭式引流方式, **并在抽脓后立即在脓腔内及淋巴结周围注射抗结核药**。但当保守治疗无效或行将破溃时, 应予以切开引流。

4. 切开引流要求

- (1) 为达到按体位自然引流的目的, **切口位置应在脓腔的重力低位, 以便引流道短、通畅, 容易维持**。
- (2) 切口应尽力选择在 **愈合后瘢痕隐蔽的位置**, 切口长度取决于脓肿部位的深浅与脓肿的大小, **以能保证引流通畅为准则**; 一般应首选经口内引流。 **颜面脓肿应顺皮纹方向切开**, 勿损伤重要解剖结构, 如面神经、血管和唾液腺导管等。
- (3) 一般切开至黏膜下或皮下即可, 按脓肿位置用血管钳直达脓腔后再用 **钝性分离扩大创口**, 应避免在不同组织层次中形成多处腔隙或通道, 以减少感染扩散, 保证引流通畅。
- (4) 手术操作应准确轻柔; **颜面危险三角区的脓肿切开后, 严禁挤压**, 以防感染向颅内扩散。

5. 咬肌间隙感染

(1) 界限:咬肌间隙位于咬肌与下颌支外侧骨壁之间,其上界为颧弓下缘,下界为咬肌在下颌支的附着,前界为咬肌前缘,后界为下颌支后缘。此间隙四周被致密筋膜包围,仅下颌支上段的外侧部充满疏松结缔组织。

(2) 感染来源:咬肌间隙感染多由下颌第三磨牙冠周炎引起,下颌第一、二磨牙根尖周炎或牙槽脓肿及下牙槽神经阻滞麻醉感染所致,也可由相邻间隙,如颞间隙、颞下间隙、颊间隙和翼下颌间隙扩散引起,偶有化脓性腮腺炎蔓延或下颌升支骨髓炎引发。

(3) 临床表现:典型症状为以下颌支及下颌角为中心的咬肌区肿胀、变硬、压痛伴明显张口受限。炎症一周以上有凹陷性水肿,长期化脓易形成下颌骨支部的边缘性骨髓炎。

(4) 治疗方法:全身应用抗生素,局部外敷中药,脓肿形成,切开引流,一般口外切口(下颌支后缘绕过下颌角,距下颌下缘 2 cm 处切开,切口长 3~5 cm,从切开的皮下向上潜行钝性分离进入颊部脓腔。但应注意避免损伤面神经的下颌缘支及面动脉、面静脉等。

6. 翼下颌间隙感染

(1) 界限:位于下颌支内侧骨壁与翼内肌外侧面之间。前为颞肌及颊肌;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、尖在下的三角形。此间隙中有从颅底卵圆孔出颅之下颌神经分支及下牙槽动、静脉穿过,借蜂窝组织与相邻的颞下、颞、颊、下颌下、舌下、咽旁、咬肌等间隙相通;经颅底血管、神经还可通入颅内。

(2) 感染来源:常见下颌智齿冠周炎及下颌磨牙根尖周炎扩散所致;下牙槽神经阻滞麻醉消毒不严格或拔下颌智齿创伤过大;相邻间隙扩散。

(3) 临床表现:先有牙痛史,继而张口受限、咀嚼和吞咽疼痛,口腔检查见翼下颌皱襞处黏膜水肿,下颌支后缘稍内侧轻度肿胀、深压痛,向邻近间隙(颞下、咽旁、下颌下、颌后)扩散。

(4) 治疗方法:初期全身用足量抗生素。口内切口在下颌支前缘稍内侧(翼下颌皱襞稍外侧)做纵形切口 2~3 cm,口外切口与咬肌间隙切口类似。

7. 口底多间隙感染

口底多间隙感染一般指双侧下颌下、舌下以及颞下间隙同时受累。其感染可能是金黄色葡萄球菌为主的化脓性口底蜂窝织炎;也可能是厌氧菌或腐败坏死性细菌为主引起的腐败坏死性口底蜂窝织炎,后者又称为卢德维希咽峡炎。

(1) 界限:双侧下颌下、舌下及颞下间隙同时受累。

(2) 感染来源:口底多间隙感染可来自下颌牙的根尖周炎、牙周脓肿、骨膜下脓肿、冠周炎、颌骨骨髓炎的感染扩散,或下颌下腺炎、淋巴结炎、急性扁桃体炎,口底软组织和颌骨的损伤等。

8. 中央性和边缘性骨髓炎的鉴别诊断

名称	中央性颌骨骨髓炎	边缘性颌骨骨髓炎
感染来源	龋病继发、牙周膜炎、根尖周炎为主	下颌智齿冠周炎为主
感染途径	先破坏骨髓,后破坏骨密质,再形成骨膜下脓肿或蜂窝织炎,病变可累及松质骨和密质骨	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

续表

名称	中央性颌骨骨髓炎	边缘性颌骨骨髓炎
临床表现	弥漫型较多	局限
病灶牙	牙多数松动,牙周明显炎症	病原牙多无明显炎症和松动
好发部位	颌骨体	下颌角及下颌支
慢性期 X 线表现	大块死骨形成,周围骨质分界清楚或伴有病理性骨折	骨质疏松脱钙或骨质增生硬化,或有小块死骨,与周围骨质无明显分界

9. 新生儿颌骨骨髓炎

(1) 概念: 发生在出生后**3个月以内**的化脓性中央性颌骨骨髓炎。**多发生于上颌骨**, 下颌骨罕见。

(2) 病因: **血源性为主**, 感染细菌多为金黄色葡萄球菌、链球菌。

(3) 临床表现: 发病突然, 全身高热、寒战、脉快, 啼哭、烦躁不安, 甚至呕吐, 重者出现败血症而出现昏睡、意识不清以及休克症状。局部症状**早期面部、眶下皮肤红肿**, 以后发展为眶周蜂窝织炎。感染很快波及上牙槽突而出现**上牙龈及硬腭黏膜红肿, 感染出现骨膜下脓肿、皮下脓肿或破溃形成脓瘻**。一般很少形成大块死骨, 常形成颗粒状死骨。上颌乳牙萌出受影响, 上颌骨及牙颌系统发育障碍, 面部畸形。

(4) 诊断: 根据临床表现做出诊断。

(5) 治疗原则: 首先大量使用抗生素, 眼眶周围、牙槽突或腭部形成脓肿要及时切开引流。换药时最好用青霉素等抗生素冲洗。**转入慢性期, 不急于进行死骨清除术**。牙胚未感染要尽量保留。治愈后的面部及眶周瘢痕及塌陷畸形, 适当行二期整复手术。

10. 放射性颌骨坏死

(1) 概念: 颈部恶性肿瘤放射治疗后颌骨继发感染, 形成放射性颌骨坏死。

(2) 病因: 与射线种类、个体耐受性、照射方式、局部防护有关。口腔软组织对射线平均耐受量为**6~8周给予60~80 Gy**。

(3) 临床表现: 病程发展缓慢, 发病初期呈持续性**针刺样剧痛**, 由于放疗引起黏膜或皮肤破溃, 牙槽突、颌骨骨面暴露, 呈黑褐色, 继发性感染露出骨面的部位长期溢脓,**病变发生于下颌支可造成牙关紧闭**, 死骨与正常骨常常界限不清。易形成口腔颌面部洞穿性缺损。

(4) 诊断: 根据病因及临床表现确诊。

(5) 治疗原则: 治疗考虑全身治疗和局部治疗。全身治疗主要应用**抗菌药物控制感染, 加强营养, 高压氧治疗以待死骨分离**。局部治疗在死骨未分离前每天用低浓度**过氧化氢或抗生素冲洗**, 对已露出的死骨逐步咬除。**死骨形成后, 行死骨摘除术**。

(6) 预防: 关键在于根据肿瘤对放射线敏感度及放疗在综合治疗中的地位来确定指征, 考虑剂量的正确选择。

① 放疗前准备, 常规牙周洁治, 病灶牙处理, 放疗前取出金属义齿。

② 放疗过程中, 溃疡局部涂抗生素软膏, 非照射区用屏障物保护。

11. 面部疔痈

(1) 概念:单一毛囊及其附件的急性化脓性炎症者称为疔,病变局限于皮肤浅层。

相邻多数毛囊及其附件同时发生急性化脓性炎症者称为痈。

(2) 临床表现

①疔:初期为皮肤上红、肿、热、痛的小硬结,呈锥形隆起,2~3天硬结顶部出现黄白色脓头,周围为红色硬盘,患者自觉局部瘙痒、烧灼感及跳痛,脓头破溃或顶端形成脓栓,创口自然愈合。

②痈:好发唇部,上唇多于下唇,男性多于女性。迅速增大形成紫红色炎性浸润块,皮肤出现多数黄白色脓头,坏死组织溶解排出后可形成多数蜂窝状腔洞。痈周围和深部组织则呈弥散性水肿,唇部肿胀、疼痛,张口受限。全身中毒症状明显。

(3) 并发症:由于疔痈病原菌毒力较强,上唇与鼻部“危险三角”内静脉无瓣膜,颜面表情肌和唇部的生理性活动,容易出现海绵窦血栓性静脉炎、败血症或脓毒血症,甚至中毒性休克。

(4) 治疗:炎症早期局部治疗为主,避免损伤,严禁挤压、挑刺、热敷或石炭酸、硝酸银烧灼。疔初期可用碘酊涂擦局部,保持局部清洁;痈用高渗盐水持续湿敷,促进软化穿破。脓栓一时难以排出可用镊子钳出,全身给抗菌药物,重症病人应加强全身支持疗法。

考点六 口腔颌面部创伤

一、概论

口腔颌面部创伤的特点:

1. 清创术中应尽量保留组织,减少缺损,争取初期缝合。

2. 牙列的移位或咬合关系错乱是诊断颌骨骨折的最重要体征之一,恢复正常的咬合关系是治疗颌骨骨折的重要指标。

3. 易并发颅脑损伤其主要临床特征是伤后有昏迷史。颅底骨折时可伴有脑脊液从鼻孔或外耳道流出。

4. 有时伴有颈部伤。

5. 易发生窒息。

6. 影响进食和口腔卫生。

7. 易发生感染:口腔颌面部窦腔多,有口腔、鼻腔、鼻窦及眼眶等。这些腔窦内存在着大量细菌,如与创口相通,则易发生感染。

8. 可伴有其他解剖结构的损伤:口腔颌面部有唾液腺、面神经及三叉神经分布,如腮腺受损,可并发涎瘘;如损伤面神经,可发生面瘫;而三叉神经损伤时则可在相应分布区域出现麻木感。

9. 面部畸形:颌面部受损伤后,常有不同程度的面部畸形,从而加重病人思想上和心理上的负担,治疗时应尽早恢复其外形和功能,减少畸形的发生。

二、急救

(一) 窒息

1. 原因

(1) 阻塞性窒息

①异物阻塞咽喉部:损伤后如口内有血凝块、呕吐物、碎骨片、游离组织块及其他异物