

金英杰苏静老师

金英杰医学
JINYINGJIE.COM
JINYINGJIE.COM

一般检查 顺序：外 → 内 前 → 后 浅 → 深

口腔检查

- 口腔前庭：重金属中毒时牙龈 —— 蓝黑色线状色素沉着
- 艾滋病牙龈 —— 线形红斑
- 牙及咬合：张口度：测量部位 上下中切牙切缘之间 距离 三指（自身）3.7—4.5cm
- 受限（4度） 轻度：二横指，2—2.5cm 中度：一横指，1—2.0cm
- 重度：不足一指，1cm以内 完全性张口受限（牙关紧闭）
- 口腔咽喉 双指合诊：唇、颊、舌 双手合诊：口底、下颌下（由后向前）

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

颈部检查

- 体位 坐位，头稍低，略偏向检查侧
- 方法：示、中、环三指扪诊（常用）

金英杰苏静老师

金英杰医学
JINYINGJIE.COM
JINYINGJIE.COM

4. TMJ检查

髁突动度检查方法

- 外耳道指诊法：双手小指分别伸入外耳道内，贴外耳道前壁进行触诊。
- 耳屏前扪诊法：双手食指或中指分别置于两侧耳屏前方，髁突外侧，让患者做开闭口运动

5. 涎腺检查

腮腺：示指、中指，无名指平触 为宜，切忌 提拉触摸

颌下腺和舌下腺 双手合诊

唾液流量：1000—1500ml/每天 腮腺和下颌下腺占 90%（60%—65%为下颌下腺）所分泌

舌下腺占 3%~5%

金英杰苏静老师

口腔外科检查

4%甲醛 (或 10%福尔马林) 固定

辅助检查

- 化验检查**
 - 适应症: **液体的肿块 (非实性、囊性)**
 - 方法: 脓液—**8号或9号**; 血管瘤—**7号**
- 穿刺检查**
 - 唾液腺和某些深部肿瘤—**6号针**
 - 禁忌穿刺: **颈动脉体瘤** 一般不穿刺: **结核或恶性肿瘤**
- 活体组织检查**
 - 切取**
 - 适应症 **表浅或有溃疡的肿瘤** 大小 **0.5-1cm 楔形组织**
 - 部位 **肿瘤边缘与正常组织交界处** 粘膜 **0.2×0.6cm**
 - 注意事项 **少损伤; 不用染料消毒剂; 不坏死部位取; 不用电刀**
 - 吸取**
 - 适应症 **深部肿瘤 表面完整较大的肿瘤 颈部大的淋巴结**
 - 优缺点 **简单, 痛苦小; 组织过少, 不便诊断**
 - 切除**
 - 适应症 **皮肤粘膜完整, 深部的**
 - 优缺点 **不会造成肿瘤的种植或转移; 信息量多。**
 - 冰冻 **新鲜标本送检, 不需固定**

金英杰苏静老师

辅助检查

- 超声检查:** 下颌下和面颈部肿块皮瓣转移血供定位
- 手术探查**
 - 目的: 采用手术方法, 了解病变的性质、范围及其与周围组织的关系。
 - 适应症: 多种检查不能确定疾病的性质, 不能做出诊断
- 放射性核素**
 - 颌骨恶性肿瘤 **^{99m}Tc**
 - 甲状腺癌或异位甲状腺 **¹³¹I 或 ¹²⁵I**

金英杰苏静老师

金英杰医学 三、实验室检查数据总结

项目	正常参考值
RBC (红细胞)	男: $(4.0-5.5) \times 10^{12}/L$ (400万-550万/mm ³)
	女: $(3.5-5.0) \times 10^{12}/L$ (350万-500万/mm ³)
	儿童: $(4.0-5.3) \times 10^{12}/L$ (400万-530万/mm ³)
血红蛋白 (Hb)	男: 120-160g/L (12-16g/dL)
	女: 110-150g/L (11-15g/dL)
	儿童: 120-140g/L (12-14g/dL)
血糖	3.61-6.11mmol/L (3.9-6.1)
血沉	男: 0-15mm/h 女: 0-20mm/h

金英杰苏静老师

金英杰医学 三、实验室检查数据总结

项目	正常参考值
血小板 (PLT)	
尿量	
尿比重	
尿PH	
尿蛋白 (Pro) 尿糖 (GLU) 尿酮体 (KET)	
胆红素 (Bil) 尿胆原 (Ubg) 亚硝酸盐 (Nit)	
尿沉渣 镜 检	白细胞 < /高倍视野 (HP)
	红细胞 < /高倍视野 (HP)
血清电解质	钠 (Na ⁺)
	钾 (K ⁺)
	氯 (Cl ⁻)

金英杰苏静老师

金英杰医学 三、实验室检查数据总结

项目	正常参考值
血小板 (PLT)	$(100-300) \times 10^9/L$ (10万-30万/ mm^3)
尿量	1000-2000ml/24h, 平均1500ml
尿比重	1.003-1.030 (与饮水量有关, 取决于肾脏的浓缩功能)
尿PH	5.0-7.0
尿蛋白 (Pro) 尿糖 (GLU) 尿酮体 (KET) 胆红素 (Bil) 尿胆原 (Ubg) 亚硝酸盐 (Nit)	(-)
尿沉渣 镜 检	白细胞 < 5个 /高倍视野 (HP) 红细胞 < 3个 /高倍视野 (HP)
血清电解质	钠 (Na^+) 135.0-145.0mmol/L
	钾 (K^+) 3.50-5.30mmol/L
	氯 (Cl^-) 96.0-110.0mmol/L

金英杰苏静老师

金英杰医学 三、实验室检查数据总结

项目	正常参考值	
肝功能	谷丙转氨酶 (ALT)	
	谷草转氨酶 (AST)	
	γ -转肽酶 (γ -GT)	
肾功能	血清肌酐 (Cr)	
	尿素氮 (BUN)	
凝血功能	出血时间 (BT)	
	凝血时间 (CT) 活化法	试管法
	血浆凝血酶原时间 (PT)	
	活化部分凝血活酶时间 (APTT)	
	凝血酶时间 (TT)	
	纤维蛋白原 (FG)	

金英杰苏静老师

三、实验室检查数据总结

项目	正常参考值
肝功能	谷丙转氨酶 (ALT) 0-40U/L
	谷草转氨酶 (AST) 0-40U/L
	γ-转氨酶 (γ-GT) 0-50U/L
肾功能	血清肌酐 (Cr) 44-133umol/L
	尿素氮 (BUN) 1.79-7.14mmol/L
凝血功能	出血时间 (BT) 纸片法1-5分钟
	凝血时间 (CT) 活化法 1.14-2.05分钟 试管法 4-12分钟
	血浆凝血酶原时间 (PT) 12-16s (超过正常对照值3s异常)
	活化部分凝血活酶时间 (APTT) 24-36s (超过正常对照值10s异常)
	凝血酶时间 (TT) 11-18s
	纤维蛋白原 (FG) 2-4g/L

金英杰苏静老师

手术室、手术器材消毒灭菌总结


 金英杰医学
 JINYINGJIE.COM
 JINYINGJIE.COM

手术室消毒 无菌 → 污染 → 感染
 手术器械、敷料消毒

高压蒸汽灭菌: 不宜: 明胶海绵、凡士林、油脂、液体石蜡和各种粉剂
煮沸消毒: 水沸腾后**15~20分钟**; 肝炎**30分钟**; 刀刃锋利性受损。
 加入 **2%碳酸氢钠** 提高沸点, 缩短时间,
干热灭菌: 玻璃、陶瓷、明胶海绵、凡士林, 油脂液体石蜡
160°C: 120分钟; **170°C: 90分钟**; **180°C: 60分钟**
化学消毒: 乙醇、
2%戊二醛: 2分钟, 细菌 10分钟, 真菌、结核杆菌;
 15~30分钟 乙肝 4~12小时, 芽胞。
碘伏: **1~2mg/ml** 的有效碘溶液浸泡 **1~2h**
甲醛 10%溶液, 浸泡**60~120分**、灭菌蒸馏水冲洗

金英杰苏静老师



金英杰医学 JINYINGJIE.COM

止血总结

- 钳夹、结扎止血 表浅的微小血管 —— 钳夹
- 最基本、最常用 大出血点， 钳夹+结扎， 也可使用电凝。
- 肌束， 先钳夹、再剪断， 缝扎
- 阻断知名或较粗血管（最可靠）： 断端长度是血管直径的2倍。
- 口腔颌面部手术 —— 结扎颈外动脉
- 压迫止血 { 渗血（静脉、肿瘤切除） —— 温热盐水纱布。
- 局限性出血（无明显出血点） —— 荷包式或多圈式缝扎
- 组织基底移动性差（不能缝合） —— 填塞加压止血
- 骨髓腔或骨孔内的出血 —— 骨蜡填充。
- 腔窦内出血及颈静脉破裂出血 —— 碘仿纱条填塞压
- 药物止血 { 全身用药止血 —— 氨甲苯酸（止血芳酸）、酚磺乙胺（止血敏）
- 局部用药止血 —— 吸收性明胶海绵、淀粉海绵、肾上腺素（注射或压迫）
- 低温止血 体温降至 32°C 左右 降压止血 收缩压降至 10kPa (80mmHg) 时间 30min

金英杰苏静老师



金英杰医学 JINYINGJIE.COM

解剖分离、打结总结

- 解剖分离 { 锐性： { 适用于： 分精细、粘连坚实的瘢痕组织。
- 器械： 手术刀和手术剪
- 优点： 损伤小 直视？ 必须
- 钝性： { 适用于 正常肌、疏松结缔组织、良性肿瘤
- 器械 血管钳， 刀柄， 手指等；
- 缺点 损伤大 直视？ 不必
- 打 结 { 口内 三重结
- 组织内结扎线头长度 —— 1mm
- 防滑脱 3-4mm
- 皮肤、黏膜缝合 >5mm（拆线方便）



缝合总结（原则）

金英杰苏静老师

缝合基本要求

- ① 接触 好无死腔
- ② 张力 无或最小
- ③ 先 游离 后 固定
- ④ 进出针间距 等于或略小于 皮下间距（过大内卷，过小外翻）
- ⑤ 颈部边距 3mm，针距 5mm；
舌边距和针距均 5mm 整复术边距2-3mm，针距 3-5mm
- ⑥ 打结松紧 适度，过紧—坏死、撕裂，过松— 瘢痕大
- ⑦ 避免直线缝合，否则瘢痕大
- ⑩ 缝线，常用1—0、3—0和1号线



缝合总结（方法）

金英杰苏静老师

缝合方法

创口原位缝合法

- 单纯缝合 { 间断缝合 { 单纯：皮片移植
- { 连续缝合 { 锁边：口内牙槽粘膜

外翻缝合 纵式和横式选择 沿血供选择

张力创口

皮内缝合 用于整复小手术
 潜行分离 辅助减张 附加切口
 作用逐渐增大

特定情况

- 三角形皮瓣尖端 小于 90° 皮肤、皮内、皮肤
- 大于 90° 直接缝合
- 两侧创缘厚薄不均 高、厚少 薄、低多（逆向性考试）
- 创缘长度不等 附加切口、游离后转移

金英杰苏静老师



金英杰医学 JINYINGJIE.COM

引流总结

引流

目的：及时排出渗出物、血液、分泌物或脓液体外，保证创口愈合，

适应症：感染或污染、有死腔、渗液多、止血不全

方法：开放、被动：
片状
纱条
管状 ← 可冲洗

主动、闭式 —— 负压

注意事项

- 时间**
 - 防止积血、积液 —— 24~48小时
 - 脓肿或死腔 —— 无脓及渗液
 - 负压引流 24小时内 不超20~30ml
- 部位**
 - 开放引流 —— 引流物放置低位
 - 闭式引流 —— 避开大血管

金英杰苏静老师



金英杰医学 JINYINGJIE.COM

创口处理总结

创口愈合

一期愈合（初期愈合）：未感染。无肉芽

二期或延期愈合：经过肉芽组织增生

拔牙创口的愈合属于

创口分类

无菌创口：无细菌侵入。外科无菌切口、早期灼伤。

污染创口：有细菌但未引起化脓性炎症。与口、鼻腔相通创口

感染创口：有细菌引起化脓性感染。化脓性炎症创口

金英杰苏静老师

创口处理总结

	缝合	换药	引流	是否用抗生素	拆线时间
无菌创口					
污染创口					
感染创口					

金英杰苏静老师

创口处理总结

	缝合	换药	引流	是否用抗生素	拆线时间
无菌创口	严密缝合	不打开敷料观察、除怀疑有感染	一般不放，可能感染放置	可不用	面部5-7天 颈部7-10 光刀14天
污染创口	清创后缝合	同上	同上	一期愈合，应采取抗感染预防措施。	5-7天
感染创口	不做一期缝合，控制感染后缝合	每日换药	必须放置	局部及全身应用抗生素	

金英杰苏静老师

金英杰医学
JINYINGJIE.COM

绷带包扎总结

作用

- 保护、防感染，再度损伤。
- 止血、减轻水肿，防骨折错位
- 保湿、保温、止痛
- 固定敷料

原则

- 严密、稳定、舒适、美观、清洁。
- 压力均匀，富有弹性。
- 松紧适度，利于引流
- 灭死腔，防出血。
- 松脱，固定或更换。

注意事项

金英杰苏静老师

金英杰医学
JINYINGJIE.COM

绷带包扎总结

注意事项

- 无菌操作； 注意保持呼吸道通畅
- 压力均匀适度； 腮腺区可加压，防涎瘘
- 切开引流的创口，第一次压力适当（止血）
- 以后换药注意引流通畅，不宜过紧
- 整形术后包扎，压力不宜过重，以免影响血运
- 骨折复位后的创口包扎，应注意防止错位。

类型

- 四头带技术：**下颌、颞部创口、鼻部创口；压迫术后创口
- 交叉十字绷带：**颌面和上颈部术后
- 颌颌弹性绷带：**各类颌骨骨折及术后的颌骨制动。
- 石膏绷带：**上颌骨骨折的牵引复位。

最常用 卷带 宽8-10cm；长5m

金英杰苏静老师

金英杰医学
JINYINGJIE.COM

禁忌症总结

- 1 单纯性高血压: **24/13.3kPa (180/100mmHg)** 高龄**160/90mmHg**
- 2 心脏病: **5条** (心梗、心绞痛、心律不齐、充血性心力衰竭、高血压)
亚急性细菌 致病菌: **绿色链球菌 (甲型溶血性链球菌)**,
性心内膜炎 药物: **青霉素 (首选) 大环内酯类抗生素**
多个牙需拔除, 应一次拔除
- 3 血液病: 贫血 血红蛋白 **>80g/L** 红细胞压积 **>30%**;
白细胞减少 **wbc >4 × 10⁹/L** 中性粒 **2-2.5 × 10⁹/L**
血小板减少性紫癜 血小板 **>50 × 10⁹/L; 100 × 10⁹/L**
白血病、血友病 **VIII >30%**
- 4 恶性肿瘤: 与肿瘤一同做根治性手术。放疗后**3—5年内**不拔牙

金英杰苏静老师

金英杰医学
JINYINGJIE.COM

禁忌症总结

- 5 急性炎症: 一般不拔牙
- 6 糖尿病: 血糖 **≤8.88mmol/L 160mg/dl**
- 7 甲亢: 基础代谢率 **<+20%**, 静息脉搏 **<100次/分**
- 8 肾脏疾病: 内生肌酐清除率 **>50%**, 血肌酐 **<132.6umol/l**。
- 9 肝脏疾病: 凝血酶原时间异常, 术前**2-3日**给足量**VitK及VitC**,
- 10 妊娠期: **第4, 5, 6月**可进行。
- 11 月经期: 一般不拔牙
- 12 长期抗凝药物治疗者: 一般不停药
- 13 长期肾上腺皮质激素治疗: 前应给予皮质激素准备。

金英杰苏静老师



拔牙器械总结

- 拔牙器械
 - 牙钳
 - 组成： 喙、关节、柄
 - 方法： 摇动、扭转和牵引
 - 牙挺
 - 组成： 刃、杆、柄
 - 工作原理： 杠杆、轮轴、楔
 - 注意事项： 决不以邻牙、颊（舌）侧龈缘水平骨板处为支点；防滑挺、力方向正确（控制）；挺位：近中颊
 - 辅助器械
 - 锐匙： 急性炎症、乳牙拔除后不搔刮。
 - 刀 11#尖刀一切牙龈 15#圆刀一切粘膜。

金英杰苏静老师



牙拔除术基本步骤总结

- 牙拔除术
 - 分离牙龈
 - 目的： 避免损伤、撕裂牙龈
 - 分离顺序： 唇、舌侧、邻面 达牙槽嵴顶
 - 挺松患牙
 - 安放牙钳
 - 正确选用拔牙钳、核对牙位
 - 钳喙的长轴与牙之长轴平行，尽量向根方夹紧牙、不侵犯邻牙、不损伤牙龈。
 - 再次核对牙位。
 - 拔除病牙
 - 摇动： 下前牙、多根牙；顺序：弹性大、阻力小、牙槽骨较薄的一侧进行。
 - 旋转： 上颌1-3（下颌345可稍加）
 - 牵引： 任何牙适用，方向沿阻力最小的路线进行，应“顺势力导”完成

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

牙拔除术基本步骤总结

牙拔除术	检查、拔牙创处理	牙根完整？ 牙龈撕裂？ 牙槽窝恢复及搔刮。 去除除过高的中隔、骨嵴 骨折片复位或取出（游离） 创面较大缝合龈缘；止血
	术后医嘱	

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

恒牙拔除术中一些特殊情况：

1. 上颌1-3可使用旋转力（2扭转幅度不可过大因其根有弯曲）；
下颌345可稍加旋转力余牙均为摇动+牵引
2. 拔除下颌切牙和侧切牙最易损伤邻牙和对合牙
3. 拔除上、下颌尖牙时避免唇侧牙槽突骨折

金英杰苏静老师



牙拔除术基本步骤总结

牙根拔除术

- 残根 定义 龋 → 牙槽窝内时间较久的牙根。
- 断根 { 定义 外伤、拔牙牙根折断 存留于牙槽内
原因 技术因素、病理因素、解剖因素
- 处理原则 { 原则上拔除。病人不能耐受长时间取根的；断根较短（5mm以下），本身无炎症，位置近上颌窦或下颌管；可观察
- 术前准备 { 断根的情况（数目、位置、深度、长度及是否有弯曲）等及和周围组织的关系
- 方法 { 根钳：高位的残根、断根
牙挺：自断面高的一侧进入 勿推入上颌窦、下颌管



金英杰苏静老师



翻瓣去骨法

翻瓣术切口设计原则

1. 切口的范围大于去骨的范围，切口距术后骨创缘6-8mm
2. 蒂部宽于游离部，使整个瓣有良好的血供。
3. 常用的切口形状梯形、角形、弧形
4. 纵向切口切口勿超过前庭沟 → 出血、肿胀。
5. 附加切口位于牙面的远中或近中轴角，与龈缘成45°角，不应在牙乳头（破坏牙乳头形状）或牙面的颊侧（颊侧附着龈形成小缺损）

金英杰苏静老师

阻生牙拔除术总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

阻生牙拔除术

8 拔除

定义

临床分类

根据阻生牙与第二磨牙及下颌升支前缘的关系分类

- 第 I 类— 可容纳 8 近远中径
- 第 II 类— 不能容纳 8 的近远中径
- 第 III 类— 8 的大部分或全部位于下颌升支内。

根据颌骨内的深度

- 高位—阻生牙最高部位平于或接近于邻牙合面。
- 中位—阻生牙的最高部位邻牙合面牙颈部之间。
- 低位—阻生牙的最高部位低于邻牙牙颈部。

根据 8 牙长轴与 7 牙长轴的关系

- 垂直阻生、水平阻生、近中阻生、远中阻生、颊向阻生、舌向阻生、倒置阻生

根据阻生牙在下颌牙列中线的位置

- 颊侧移位 舌侧移位 正中位

金英杰苏静老师

阻生牙拔除术总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

阻生牙拔除术

8 拔除

适应症

术前检查

阻力分析

适应症

- 反复冠周炎、8 龋坏，或引起 7 龋坏远中骨质吸收，正畸需要，Tmj 紊乱综合征诱因。
- 完全骨阻生被疑为原因不明的神经痛病因或病灶牙。

术前检查

- 全身检查：有无拔牙禁忌症
- 局部检查：
 - (1) 口外检查：软组织有无红肿，瘻管等。
 - (2) 口内检查：8 萌出情况，阻生类型、冠周有无炎症等。第二磨牙情况，是否有松动、远中颈部是否有龋坏
- X线片检查：
 - 8 萌出程度、类型、位置；牙根情况、下颌管的关系；周围骨组织；与邻牙的关系

阻力分析

- 软组织阻力、骨组织阻力（冠、根）、邻牙阻力

金英杰苏静老师

局麻药物总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

局麻药物	酯类 (易过敏)	普鲁卡因	剂量	1000mg (6.0mg/kg) 2%:50mL
		地卡因	特点	毒性低、安全范围大；过敏及出血---易
	磺胺类药物共用 否			表麻作用 无
	酰胺类	利多	剂量	300-400mg (4.4mg/kg) 2%:20mL
布比卡因		特点	迅速而安全的抗室性心律失常的作用	
		阿替卡因	4岁 以下儿童不适用	
注意事项	过敏反应	红晕直径 >1cm (+)		
	血管收缩剂的合用	延缓吸收，增强镇痛，降低毒性，延长时间，减少出血，术野清晰 肾上腺素浓度： 1: 50000~200000 (5~20μg/ml)		

金英杰苏静老师

表面麻醉总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

表面麻醉	概念	麻醉剂涂布或喷射于手术区表面	
	药物	地卡因	0.25-0.5%
		利多	2~5%
	方法	涂抹或喷射于手术区	
	适应症	表浅的粘膜下脓肿切开	松动牙的拔除。
气管内插管前粘膜表麻			
注意事项	地卡因毒性大，注意最大剂量。麻醉前擦干粘膜。		

金英杰苏静老师



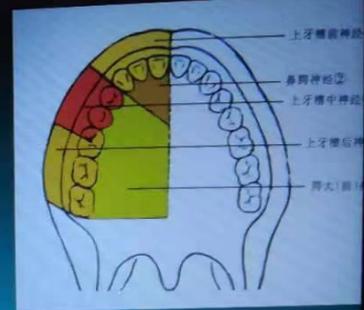
浸润麻醉总结

- 概念 将局麻药物注入组织内，以作用于神经末梢
- 药物
 - 普鲁卡因：0.5-1%
 - 利多卡因：0.25-0.5%
- 方法
 - 软组织
 - 适应症：清创缝合，小肿物 切除
 - 方法：分层、扇形、包围式注射
 - 注意事项
 - 改变方向时，先退至粘膜下或皮下
 - 减少穿刺次数，增加内张回抽，药量不宜过大
 - 不过感染灶或肿瘤
 - 牙槽外科

金英杰苏静老师

四、各类牙拔除术的麻醉

- | | | | |
|-----|-----|------------|----------|
| 上颌牙 | 1-3 | 唇侧：上牙槽前N | 浸润麻醉 |
| | | 腭侧：鼻腭N | 浸润（阻滞）麻醉 |
| | 45 | 颊侧：上牙槽中N | 浸润麻醉 |
| | | 腭侧：腭前N | 阻滞麻醉 |
| | 6 | 颊侧：上牙槽中、后N | 浸润+阻滞麻醉 |
| | | 腭侧：腭前N | 阻滞麻醉 |
| | 78 | 颊侧：上牙槽后N | 阻滞麻醉 |
| | | 腭侧：腭前N | 阻滞麻醉 |

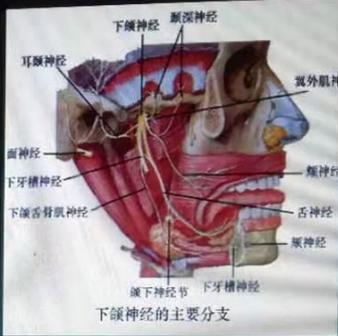


金英杰苏静老师

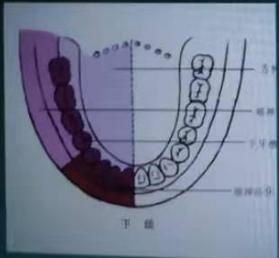
金英杰医学
JINYINGJIE.COM
各类牙拔除术的麻醉

下颌牙

- 1-4 唇颊侧：下牙槽神经 阻滞麻醉
- 舌侧：舌神经 阻滞麻醉
- 5-8 颊侧：下牙槽N 阻滞麻醉
- 颊神经 阻滞麻醉
- 舌侧：舌N 阻滞麻醉



下颌神经的主要分支





金英杰苏静老师

金英杰医学
JINYINGJIE.COM

局麻并发症

麻醉并发症总结

晕厥

原因： 一时性中枢缺血所致，恐惧、饥饿、疲劳及全身健康较差

临表： 头晕、胸闷、面色苍白等；重者甚至有短暂的意识丧失。

处理 消除紧张情绪，避免在空腹立即停止注射，放平坐椅，头低位。松解衣领，刺激呼吸。针刺人中穴。氧气吸入和静脉注射高渗葡萄糖液。

中毒

原因： 血内浓度升高，达到一定的浓度 → 中毒症状。

临表： 兴奋型，抑制型

防治 了解药物毒性大小、一次最大用药量；回抽无血对老年、小儿、体质较弱应适当控制局麻药的用量。一旦发生中毒反应，应立即停止注射麻药。

金英杰苏静老师

麻醉并发症总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM 临床表

局麻并发症

- 过敏 { 延迟反应 最常见：**血管神经性水肿**；
即刻反应

处理 { 术前询问过敏史，敏体质者，皮试
轻症：脱敏：钙剂、异丙嗪、可的松类激素肌注或静注及吸氧
重症：对症
- 注射区疼痛 { 原因：麻醉变质、杂质；针头、有倒钩均；未无菌
防治：注射前认真检查麻醉剂和器械，无菌操作已发生疼痛、水肿、炎症时。
- 血肿 { 因：上牙槽后神经、眶下神经阻滞麻醉，刺破血管
避免倒钩、反复穿刺。
防：已出现血肿，立即压迫止血，24h内冷敷，48小时后热敷，可抗生素及止血药物。
- 感染 { 因：针污染、消毒不严、注射针穿过感染灶。
防：据因；已发生感染者应按炎症的治疗原则处理。

金英杰苏静老师

麻醉并发症总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

局麻并发症

- 注射针折断 { 因：针质量差；进针较深或针入韧带、骨孔后病人躁动
防：针质量；针不全部刺入；注意操作 >1CM
- 神经损伤 { 因：注射针穿刺或撕拉、注入混有酒精的溶液
防治：针头质量过关；轻的损伤，不需治疗，严重者给药物
- 暂时性面瘫 { 因：下牙槽神经阻滞麻醉口内法；麻药注入腮腺内麻醉面神经
防：注射方法，无需治疗。

暂时性牙关紧闭 一下牙槽神经阻滞麻醉，麻醉药注入翼内肌或咬肌内。

暂时性失明 一下牙槽神经阻滞麻醉，误入下牙槽动脉

金英杰苏静老师

全麻总结

最常用

几种全麻方法

- 吸入、静脉、基础、静脉吸入复合麻醉、全凭静脉复合麻醉
- 吸入麻醉：全身麻醉的维持
药物：乙醚、氟烷、安氟烷、异氟烷、七氟烷和氧化亚氮等。
- 静脉麻醉：优点为诱导快，对呼吸道无刺激，不污染环境等

全麻的实施准备和诱导

- 静脉诱导法
- 气管内插管 口外手术：经鼻盲探插管

口外全麻的特点

- 麻醉与手术 相互干扰
- 维持气道通畅 难
- 小儿、老年病员 多
- 手术失血多，麻醉中需要监测循环动力学相关指标。
- 麻醉的深度的要求：三期一级

拔管时机，必要时可用

↓

药物催醒，待咳嗽、吞咽反射、肌张力恢复后再行拔管

金英杰苏静老师

全麻总结

最常用

几种全麻方法

- 吸入、静脉、基础、静脉吸入复合麻醉、全凭静脉复合麻醉
- 吸入麻醉：全身麻醉的维持
药物：乙醚、氟烷、安氟烷、异氟烷、七氟烷和氧化亚氮等。
- 静脉麻醉：优点为诱导快，对呼吸道无刺激，不污染环境等

全麻的实施准备和诱导

- 静脉诱导法
- 气管内插管 口外手术：经鼻盲探插管

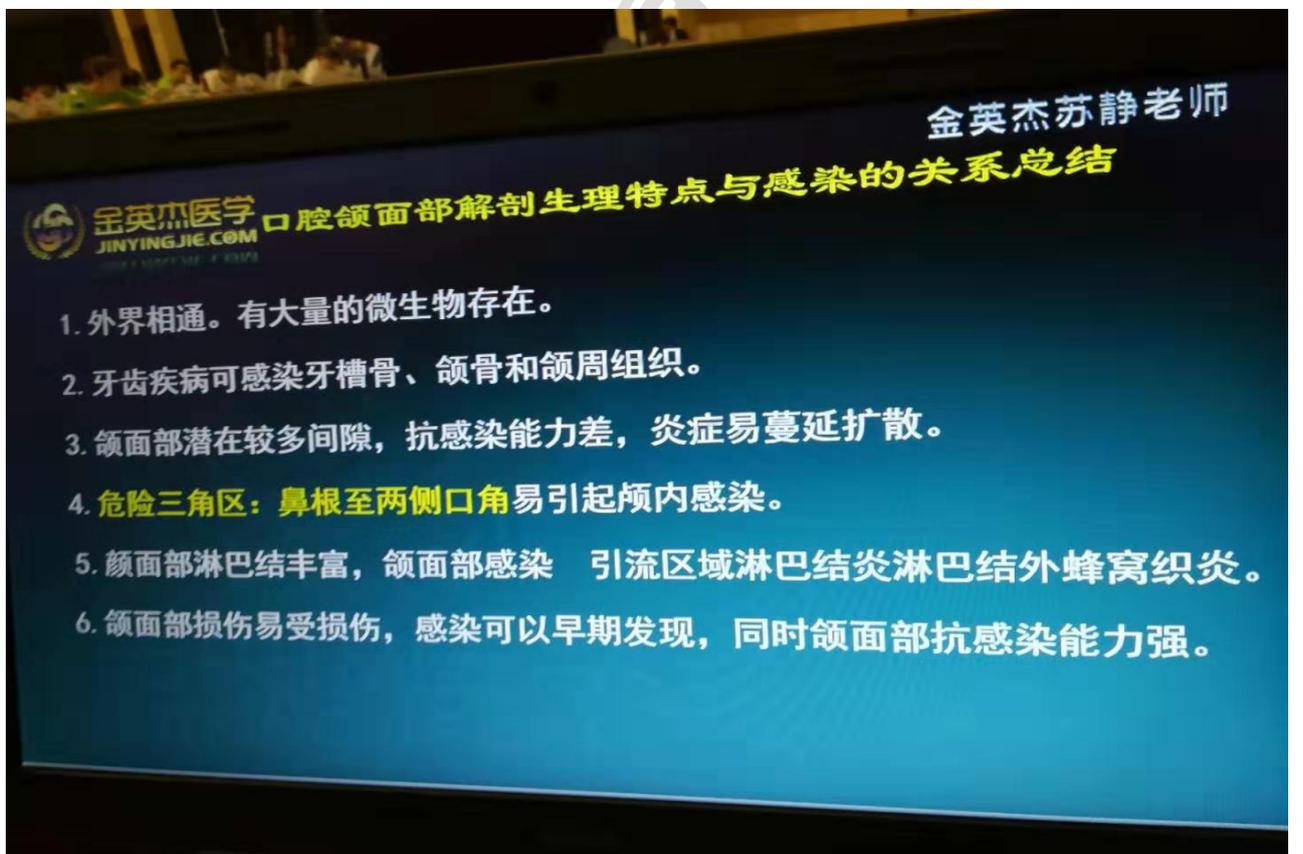
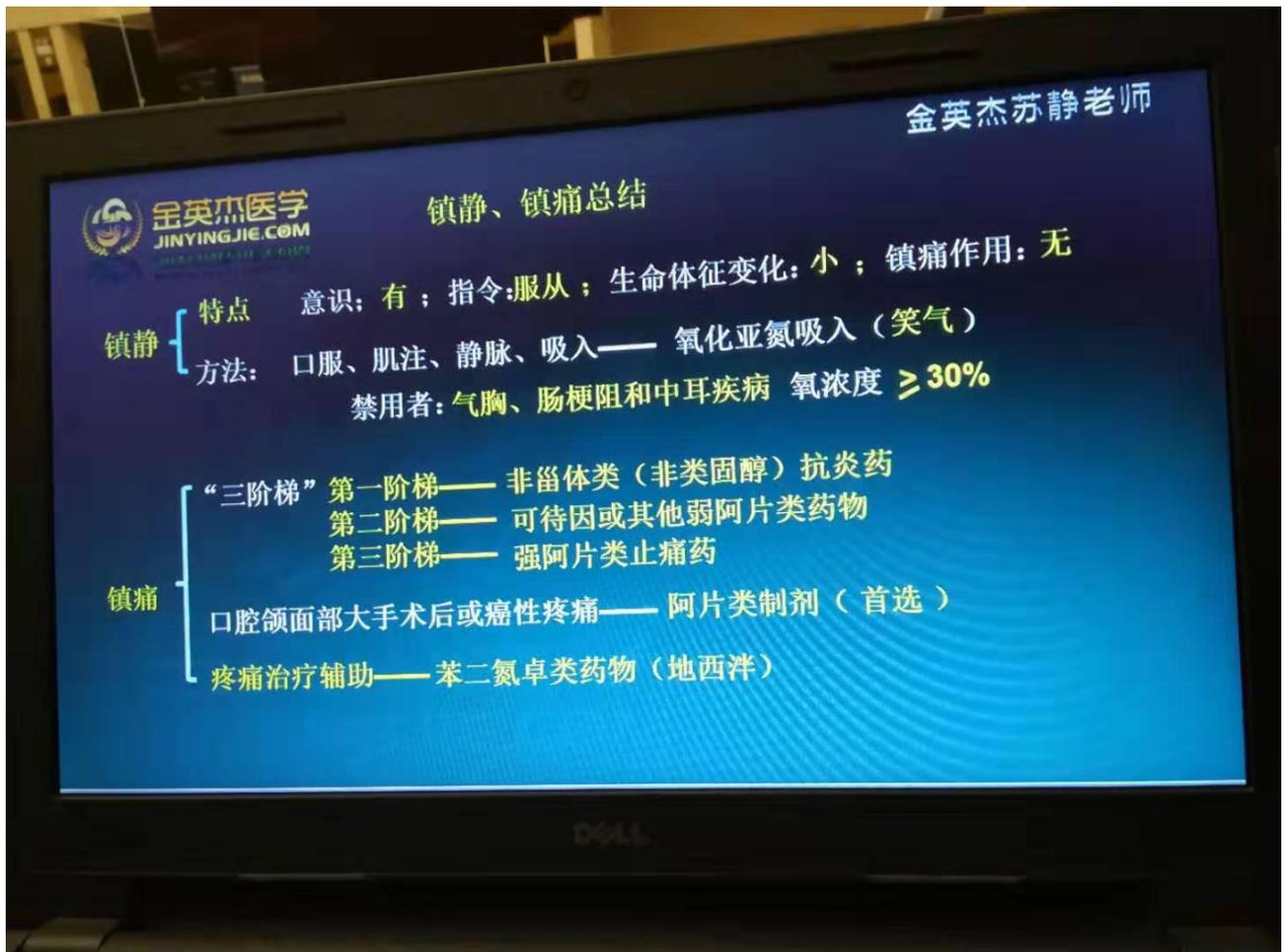
口外全麻的特点

- 麻醉与手术 相互干扰
- 维持气道通畅 难
- 小儿、老年病员 多
- 手术失血多，麻醉中需要监测循环动力学相关指标。
- 麻醉的深度的要求：三期一级

拔管时机，必要时可用

↓

药物催醒，待咳嗽、吞咽反射、肌张力恢复后再行拔管



金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

颌面部感染概述总结

概念 生物性因子 → 机体 → 局部+全身反应

解剖生理特点与感染的关系 危险三角区：鼻根至两侧口角易引起颅内感染。

常见致病菌

- 感染类型
 - 非特异性感染（化脓性感染）
 - 特异性感染 — 结核、梅毒等特殊致病菌引起
- 病原体 金葡为主 混合感染

感染途径 牙源性、腺源性、损伤性、血源性、医源性

最常见？ 淋巴结感染是指？

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

颌面部感染概述总结

红、肿、热、痛和功能障碍，引流区淋巴结肿大。

临表

- 局部
 - 急性期
 - 金黄色葡萄球菌 — 黄色粘稠脓液
 - 链球菌 — 淡黄或淡红稀薄脓液，伴溶血时成褐色
 - 绿脓杆菌 — 翠绿色，稍粘稠，有酸臭味
 - 混合细菌感染 — 灰白色或灰褐色，有明显腐败坏死臭味。
 - 慢性期 瘻、可急性发作
- 全身
 - 急性期
 - 局部轻，全身无症状。
 - 局部重，全身包括畏寒、发热、头疼、全身不适等。
 - 化验白细胞总数 ↑ 中性粒细胞比例 ↑
 - 慢性期 表现为持续低热、重症患者可有全身衰弱，营养不良和贫血等症状。

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

颌面部感染概述总结

诊断

- 急性期 病因+临床表现（红、肿、热）
- 浅部脓肿 波动试验
- 慢性期 深部脓肿 压痛、穿刺法以协助诊断

治疗

- 全身 营支持，增强机体抵抗力+合理用药
- 局部
 - 切开引流
 - 目的 排出坏死物、除疼痛防发窒息、防发边缘性骨髓炎及严重并发症
 - 指征 有脓、 抗生素无效，全身中毒症状、 儿童多间隙感染，呼吸困难 全身抗结核无效，近自溃
 - 要求 重力低位、避免二次分离原则、引流通畅、准确轻柔
 - 去除病灶

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

眶下间隙总结

位置： 眼眶下方 上颌骨前壁和面部表情肌之间

感染源： 1-4根尖炎，上颌骨骨髓炎，上唇鼻部感染

临表： 肿胀部位：眶下区、前庭沟、内眦、眼睑、 张口受限： 无

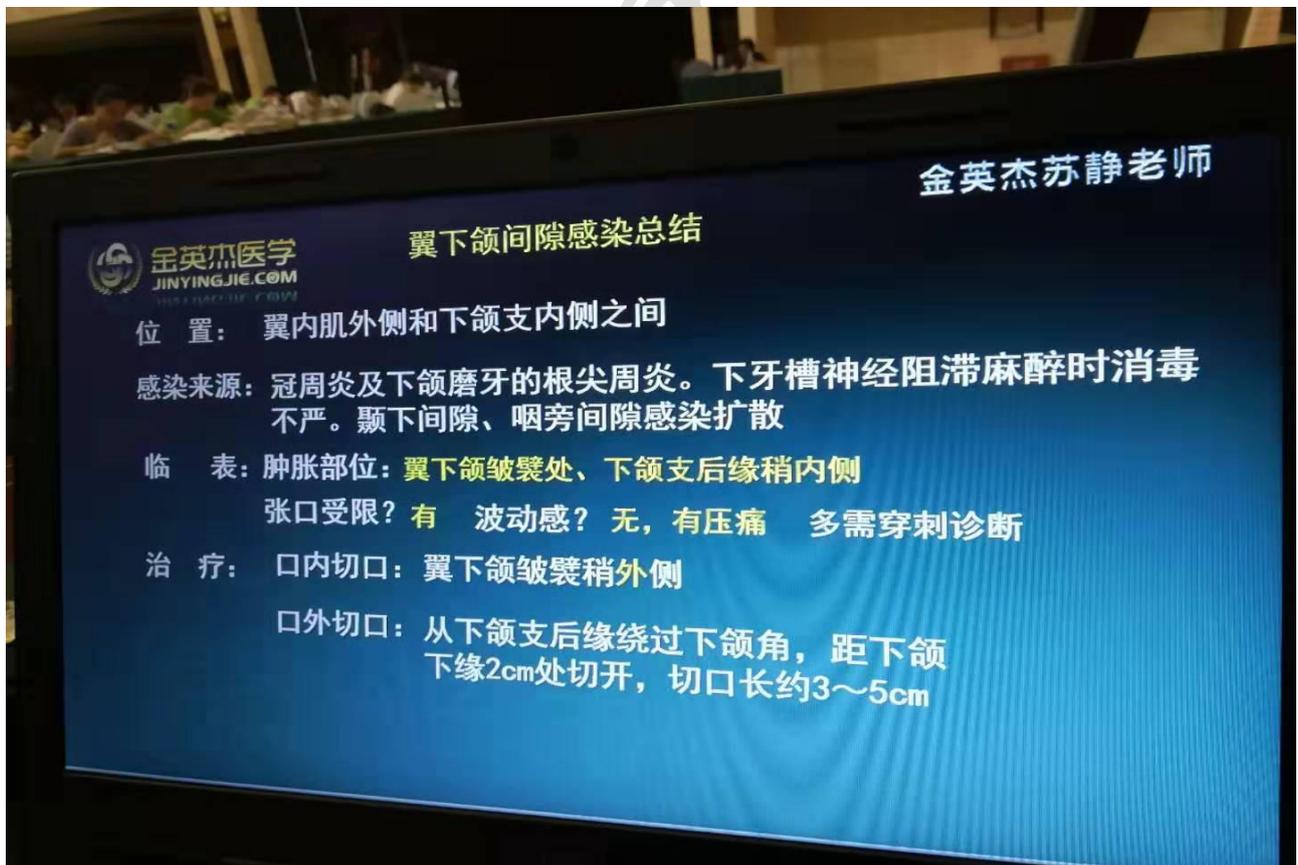
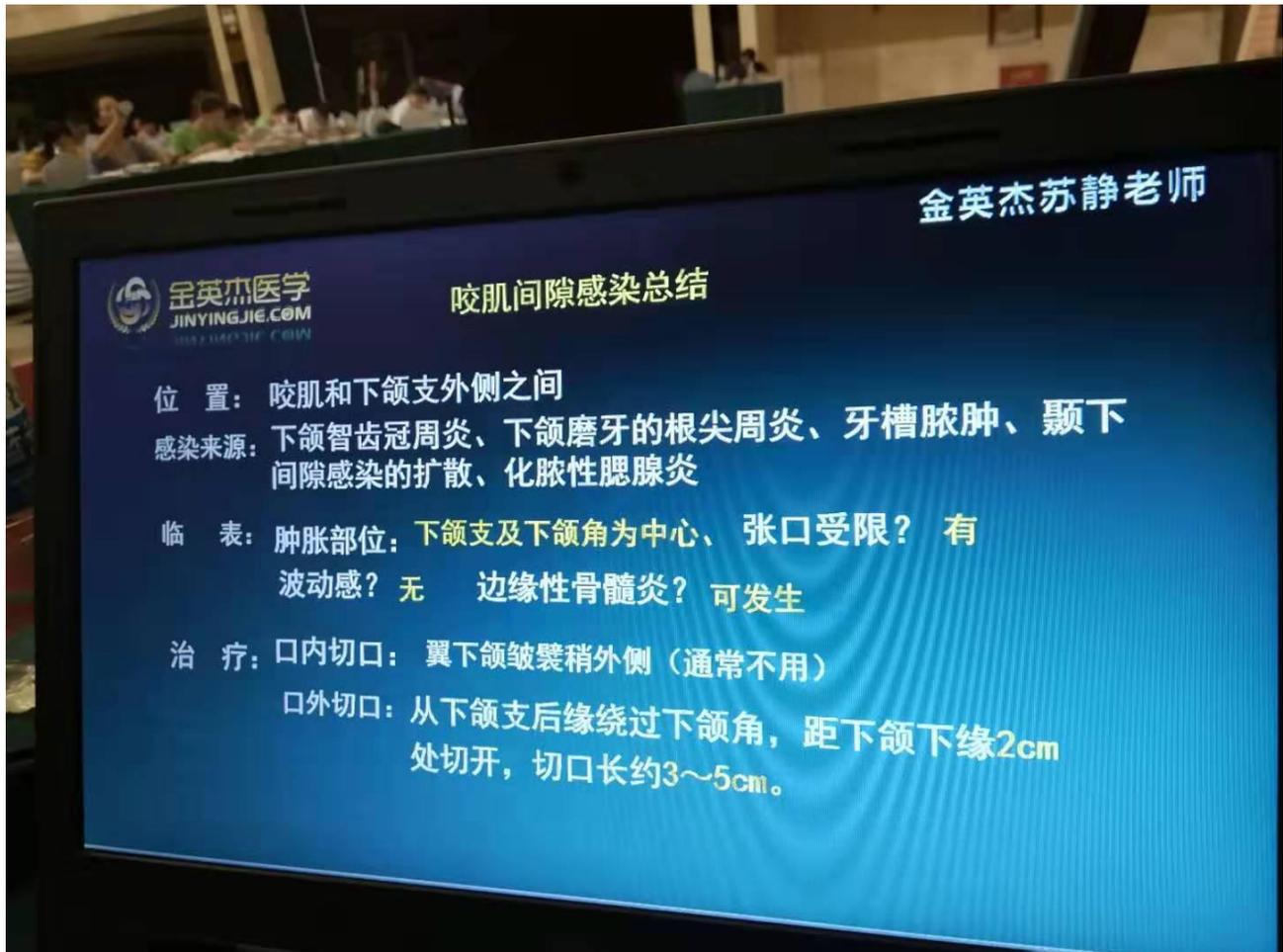
波动感： 有 疼： 有激惹眶下神经

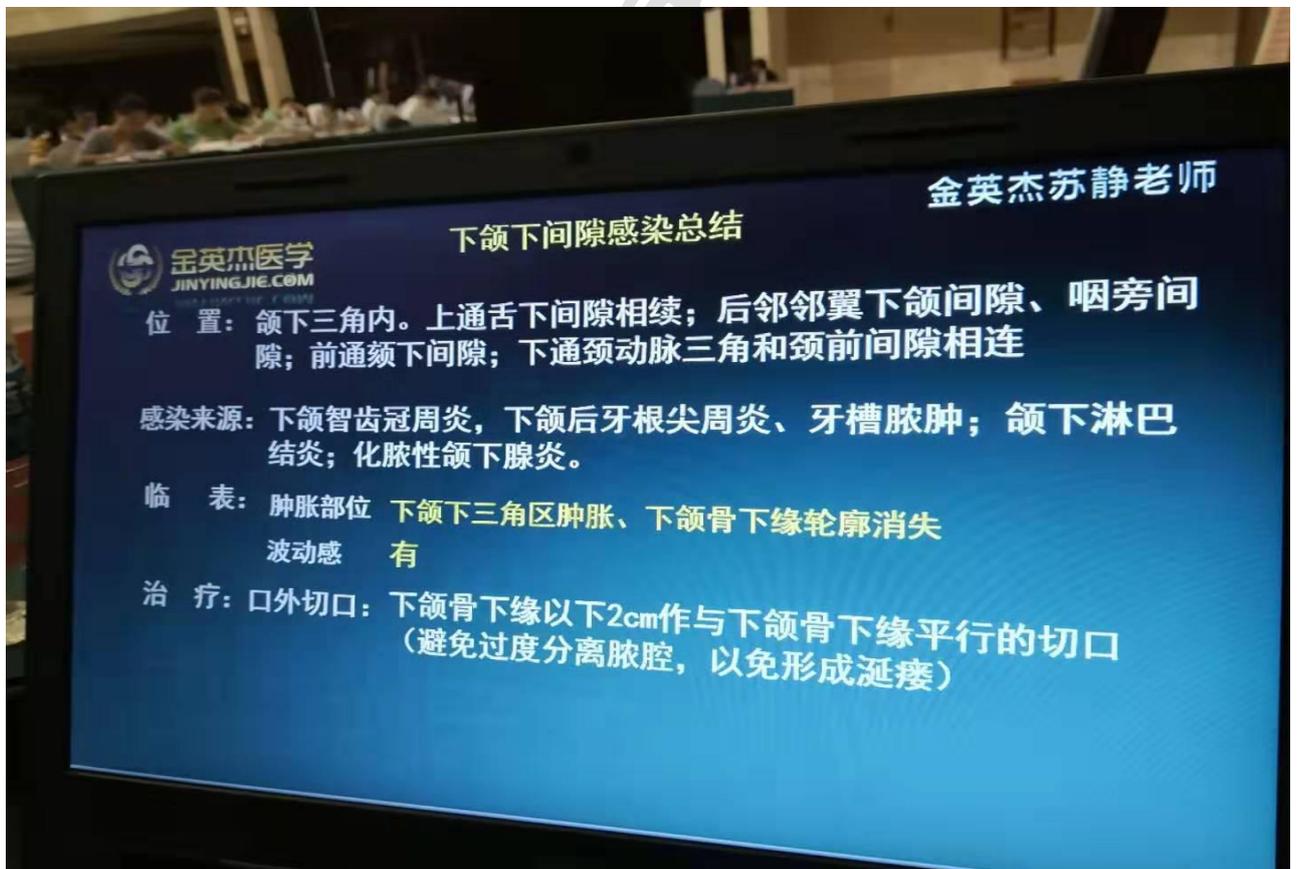
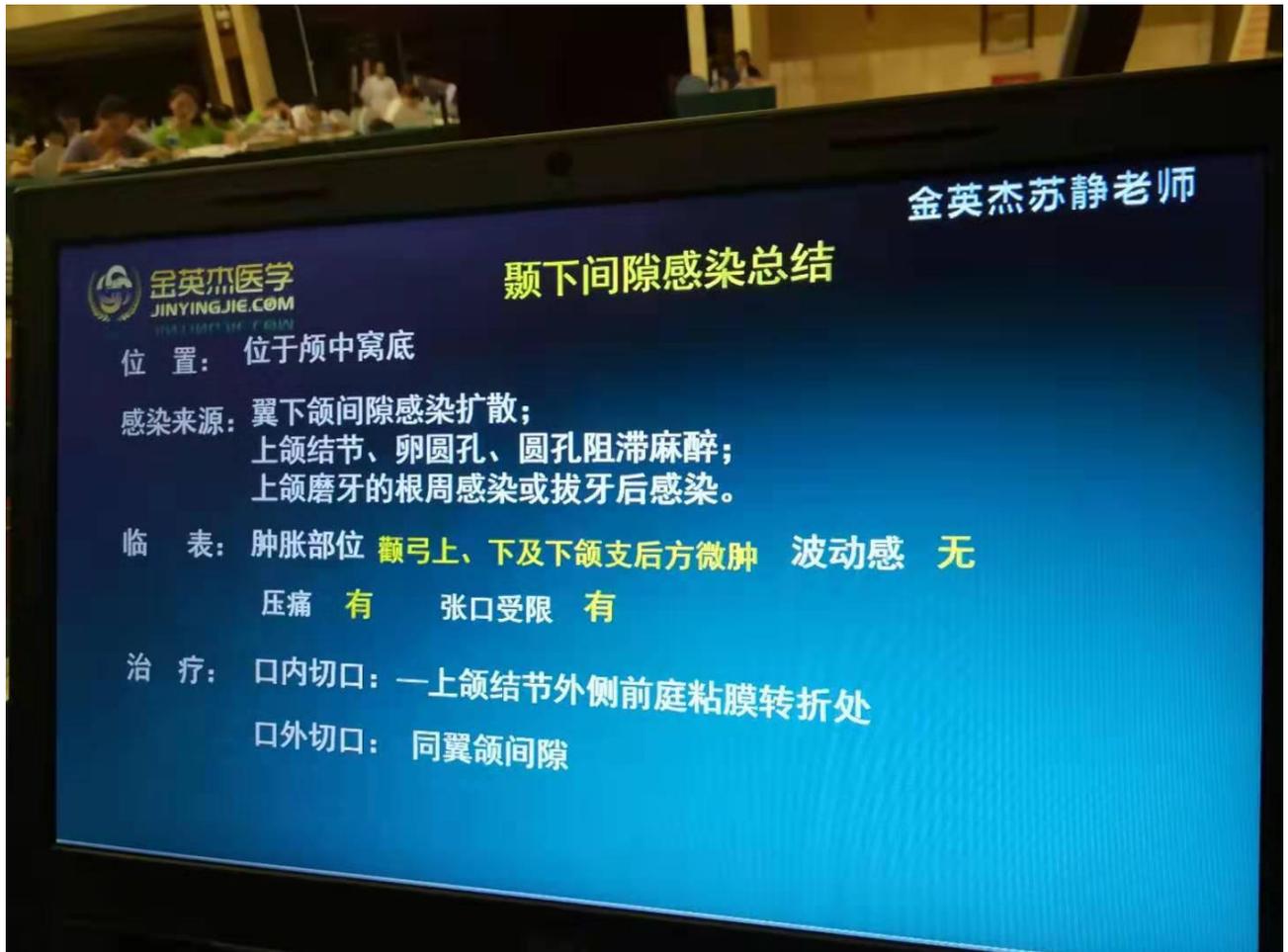
扩散：

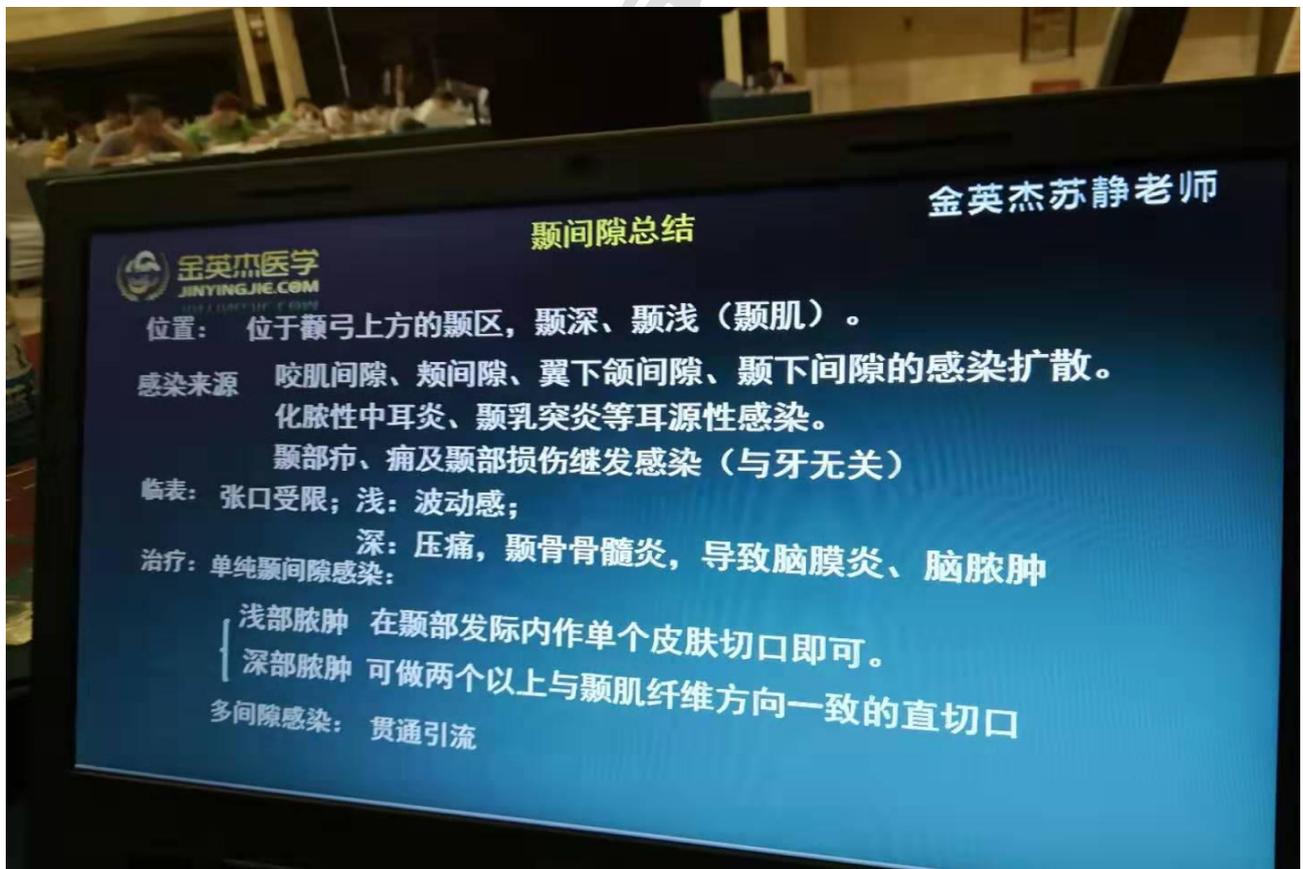
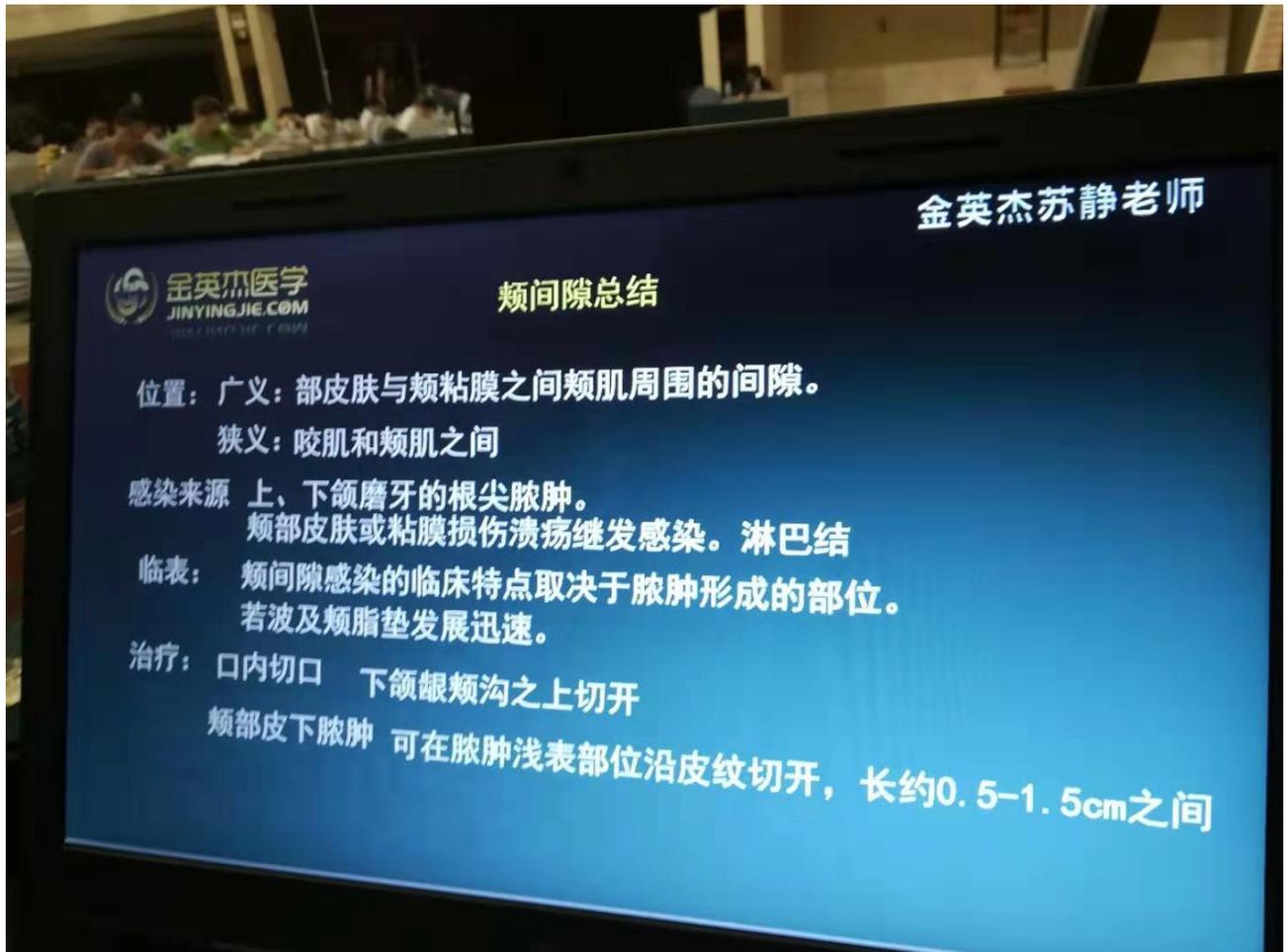
```

    面V → 内眦V → 眼V → 向颅内扩散，并发海绵窦血栓性静脉炎
    向眶内直接扩散 → 眶内蜂窝织炎
  
```

治疗： 切口 一在口内上颌尖牙及前磨牙口腔前庭沟，横行切开







金英杰苏静老师

颞间隙总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

位置： 位于颞弓上方的颞区，颞深、颞浅（颞肌）。

感染来源 咬肌间隙、颊间隙、翼下颌间隙、颞下间隙的感染扩散。
化脓性中耳炎、颞乳突炎等耳源性感染。
颞部疖、痈及颞部损伤继发感染（与牙无关）

临表： 张口受限；浅：波动感；
深：压痛，颞骨骨髓炎，导致脑膜炎、脑脓肿

治疗： 单纯颞间隙感染：
浅部脓肿 在颞部发际内作单个皮肤切口即可。
深部脓肿 可做两个以上与颞肌纤维方向一致的直切口
多间隙感染： 贯通引流

金英杰苏静老师

咽旁间隙总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

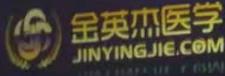
位置： 咽腔侧方的咽上缩肌与翼内肌和腮腺深叶之间。

感染来源 冠周炎；扁桃体炎和相邻间隙感染的扩散。
偶继发于腮腺炎，耳源性炎症和颈深上淋巴结炎

临表： 咽侧壁红肿，腭扁桃体突出，肿胀可波及同侧软腭、舌
腭弓、咽腭弓、腭垂被推向健侧。

治疗： 切口： 在翼下颌皱襞稍内侧，纵形切口粘膜层
(翼下颌皱襞稍外侧是那个间隙)

金英杰苏静老师



口底多间隙感染总结

位置： 双侧下颌下、舌下以及颌下间隙同时受累

感染来源 下颌牙各种炎症、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

临表：	化脓性	弥漫性肿胀	副性水肿 肌组织呈棕黑色 捻发音
		全身症状严重，多伴有发热、寒战、体温可达39-40℃以上	
	腐败坏死性 (路德维希咽峡炎)	切开：咖啡色、稀薄、恶臭、混有气泡的液体	

治疗： 大量应用广谱抗菌药物

切口可在双侧下颌下、颌下作与下颌骨相平行的“衣领”型或倒“T”型切口

金英杰苏静老师



口底多间隙感染总结

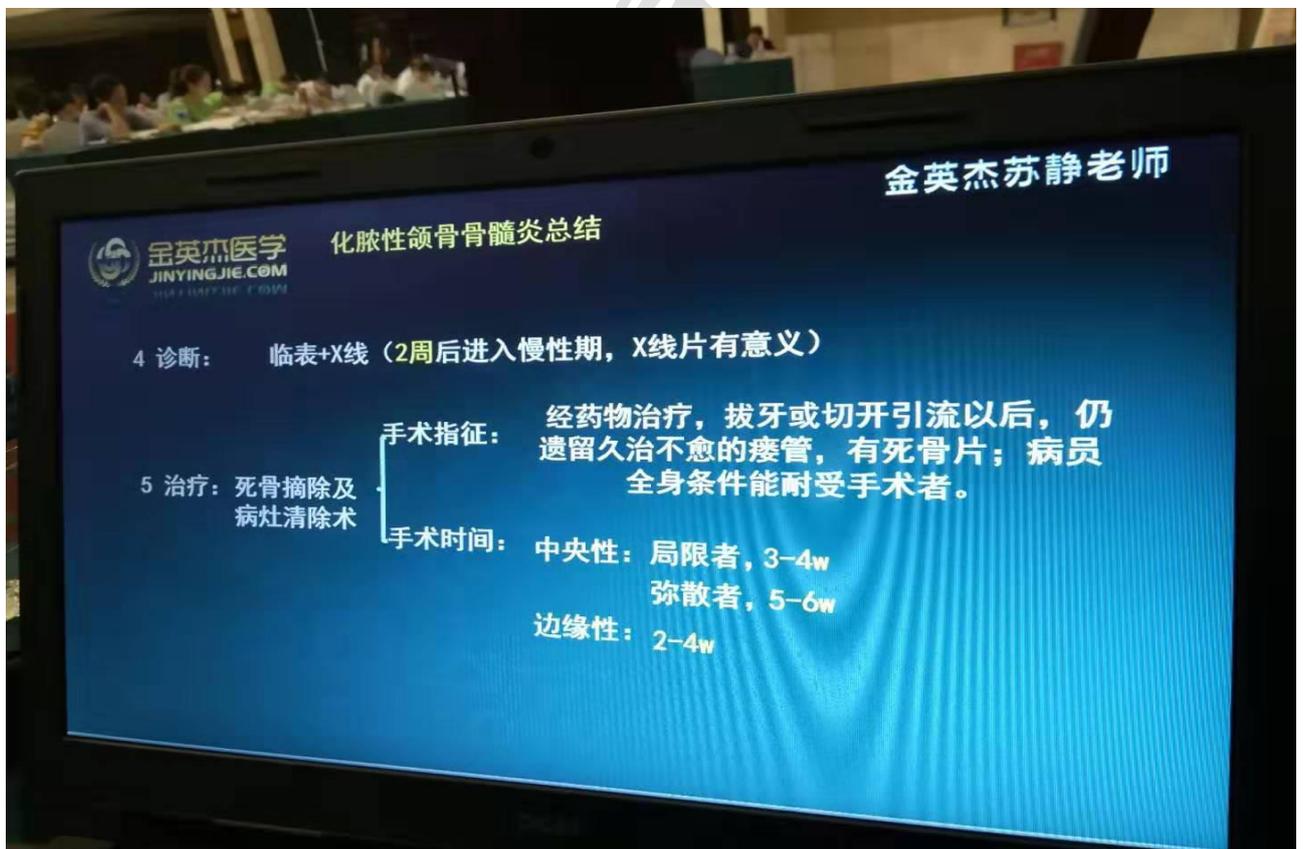
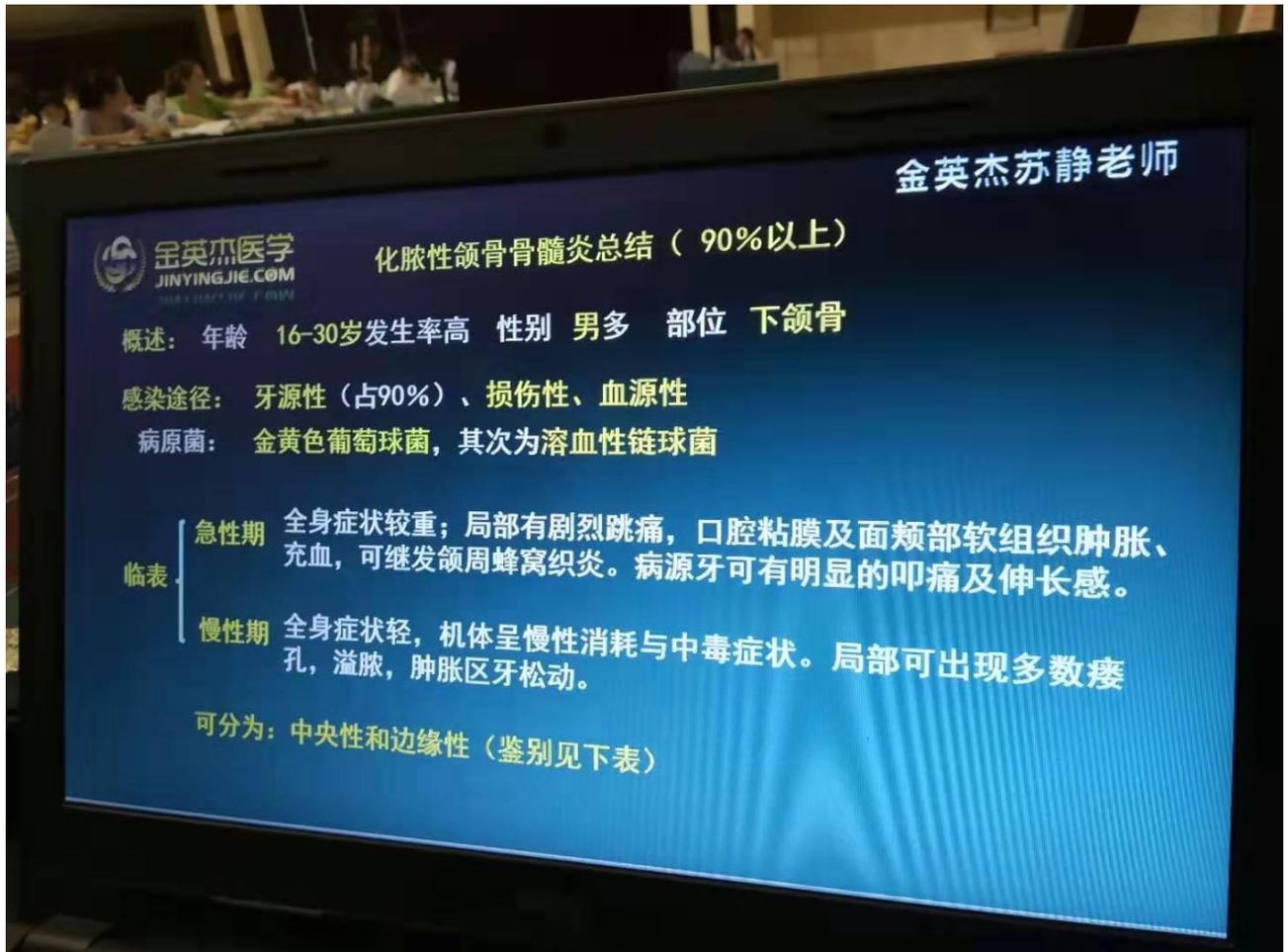
位置： 双侧下颌下、舌下以及颌下间隙同时受累

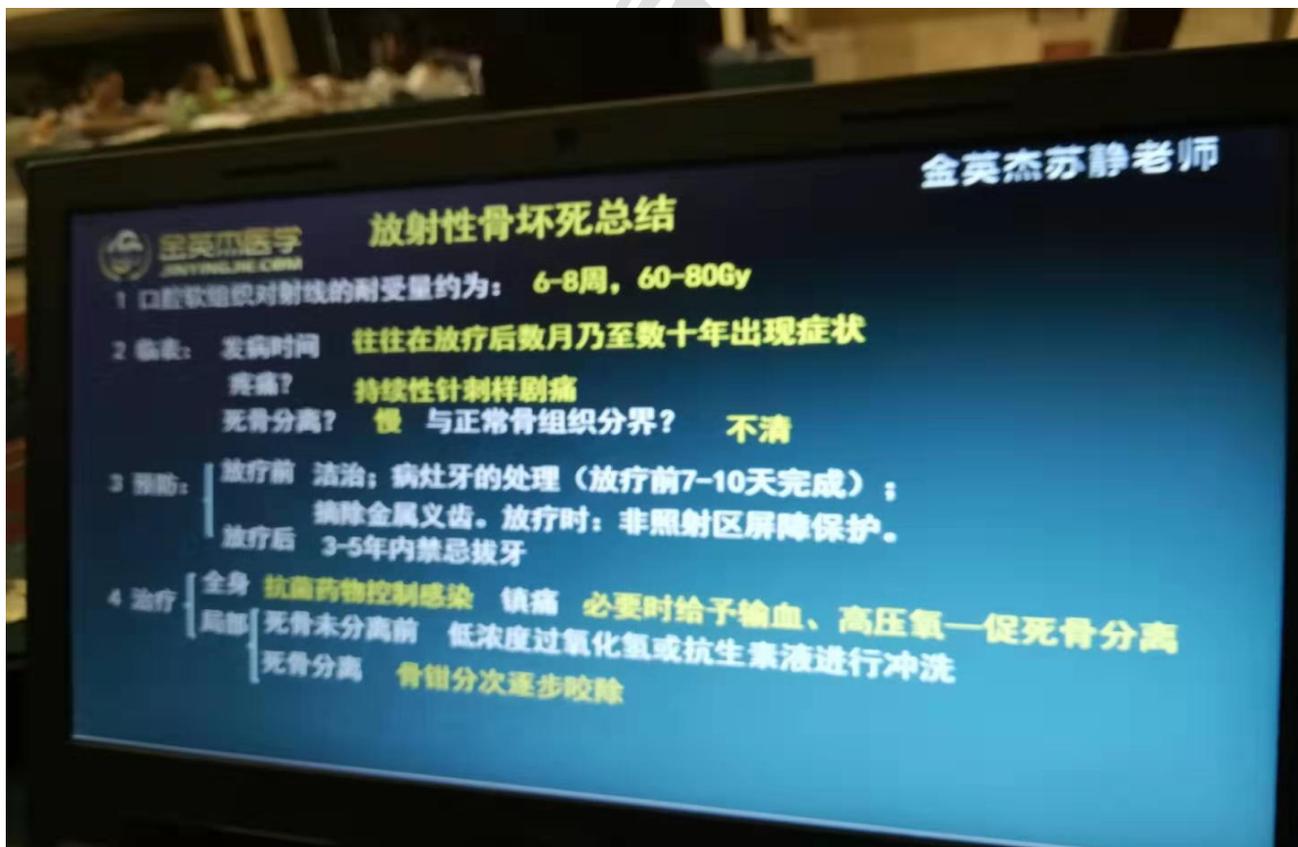
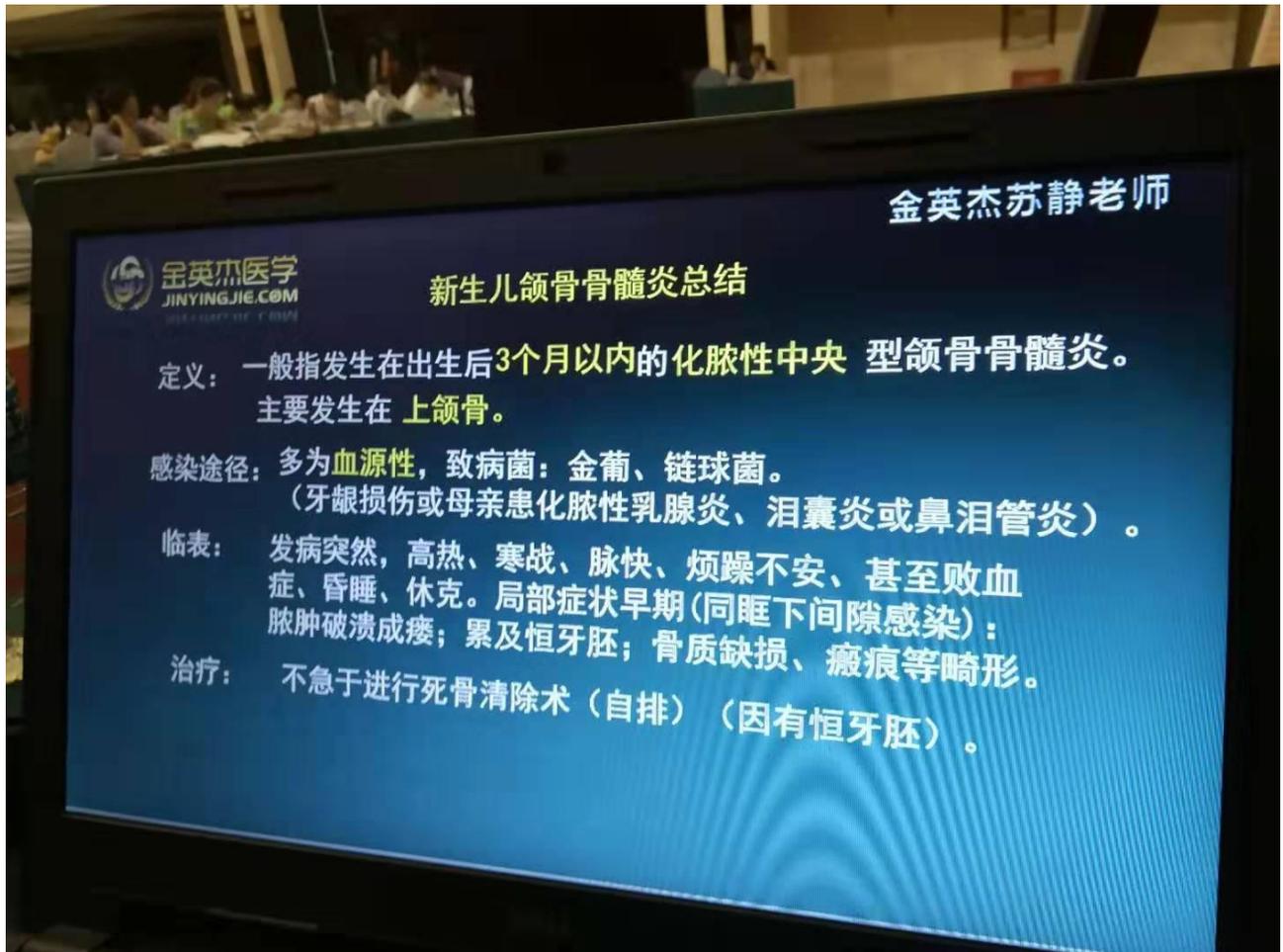
感染来源 下颌牙各种炎症、下颌下腺炎、淋巴结炎
急性扁桃体炎、口底软组织和颌骨的损伤

临表：	化脓性	弥漫性肿胀	副性水肿 肌组织呈棕黑色 捻发音
		全身症状严重，多伴有发热、寒战、体温可达39-40℃以上	
	腐败坏死性 (路德维希咽峡炎)	切开：咖啡色、稀薄、恶臭、混有气泡的液体	

治疗： 大量应用广谱抗菌药物

切口可在双侧下颌下、颌下作与下颌骨相平行的“衣领”型或倒“T”型切口





金英杰苏静老师



疖痈总结

颌面部感染中最易发生全身并发症的

定义 疖(单一)痈(相邻多个)毛囊及其附件的急性化脓性炎症

病原菌: 金葡菌

临床表 {

- 疖: 红、肿、热、痛小硬结, 有触痛 黄白色的小脓头, 脓头破溃、脱落, 炎症消退。
- 痈: 于唇部, 上唇多见, 男多于女。剧烈的疼痛, 可形成紫红色炎性浸润块; 多个黄白色的脓头, 唇部极度肿胀。局部区域淋巴结肿大、压痛。全身中毒症状明显。

4 治疗: 严禁 挤压、挑刺, 严禁热敷或用石炭酸、AgNO3烧灼, 疖、痈还应限制唇部活动。

疖 用2%的碘酊涂擦局部;

痈 高渗盐水或含抗生素的盐水纱布局部持续湿敷,

金英杰苏静老师



总结: 按部位 骨内 骨膜下 牙内骨内 黏膜内

按手术方式 一段式和两段式

生物学基础 {

- 植体与骨界面 {
 - 纤维-骨性结合 失败
 - 骨结合 {
 - 成功 {
 - a. 植体无松动, 叩清, 无痛。
 - 标准: b. X线检查种植体与骨组织之间无透影区
 - 失败 {
 - 种植体表面而形成生物学封闭, 又称袖口

影响骨结合的因素 {

- 手术创伤 产热47°C。(主要原因) 自身条件
- 植体生物相容性、外形设计 应力分布
- 种植体的早期负载

金英杰苏静老师



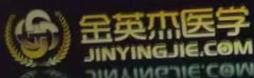
总结：全身不能耐受 严重糖尿病 精神病患者

禁忌症：局部 口腔内有急、慢性炎症者 颌骨内良、恶性肿瘤者 磨牙症

治疗程序 (两段式)：二期手术时间 3~4个月 (上颌4个月, 下颌3个月)
取模时间 二期手术后14~30天
复诊时间: 第一年每隔3个月复查一次, 以后每年至少复查2次。

植入原则：微创性 一骨床温度不应过47°C
种植体表面无污染
早期稳定性35N
愈合无干扰

金英杰苏静老师



种植体唇颊、舌腭侧骨质	厚度不能少于1.5mm
种植体之间	不能少于2mm
种植体与自然邻牙之间	不能少于2mm
种植体末端距离下颌管	不能少于1-2mm
一般种植体长度	不应少于8~10mm

上颌窦提升

外提升 窦嵴距不足 3mm, 术后 8个月种植
内提升 窦底剩余骨 >5mm, 需提升高度 <5mm

金英杰苏静老师



1986年瑞典Albrektsson等提出的成功标准为

种植体无动度	种植体周围X线无透射区
种植体负荷1年后，垂直向骨吸收小于0.2mm每年。	种植后无下列持续形或不可逆的症状及体征，如疼痛、感染、神经痛，或者因下颌管受损伤而有麻木
符合上述要求者 5年成功率应达到85%以上；10年80%以上。	

金英杰苏静老师



颌面部创伤的特点总结

颌面部损伤特点

- 血运丰富在损伤时的利弊
 - 利：抗感染修复能力强
 - 弊：出血多、血肿、窒息
- 牙对颌面损伤的利弊
 - 利：利用健康牙复位固定
 - 弊：二次弹片伤深部感染
- 易并发颅脑损伤
- 有时伴有颈部损伤
- 易发生窒息
- 腔窦多易发生感染：尽早关闭与这腔窦相通的创口
- 其他解剖结构的损伤
- 影响进食和口腔卫生
- 面部畸形

只要没有化脓感染，清创后均可做初期缝合

多处伤：一个部位多个损伤
 多发伤：颌面部+其他部位
 复合伤：致伤原因两种以上

金英杰苏静老师

防止窒息总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

原因：**阻塞性** 喉头阻塞 组织移位 肿胀
吸入性 误吸

临床：前驱—烦躁不安、出汗、鼻翼煽动、吸气长于呼气
严重—三凹征（胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙）
危象—脉弱、脉速、血压下降、瞳孔散大等。

治疗：原则—早期发现、及时处理

阻塞性：
喉头阻塞—清除异物
舌后坠—牵出后坠的舌 舌尖后 2cm、7号线
上颌骨骨折骨块下坠—吊起下坠的上颌骨块 位置：前磨牙区
肿胀—插入通气导管

吸入性：气管切开

紧急 → 环甲膜切开术

环甲膜切开术：临时措施，不超48h，否则环状软骨损伤，喉狭窄。48h内做常规气管切开术。（3-5气管环）

金英杰苏静老师

压迫止血总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

包扎止血	毛细血管、小动脉、小静脉出血。大面积创面的出血和面侧深区静脉渗血。
填塞止血	开放性和洞穿性创口，颌面部腔窦出血 填塞物—碘纱条或油纱条

金英杰苏静老师



休克总结

定义及分类: 有效循环血量锐减、全身微循环障碍 失血性休克、创伤性休克
应禁用吗啡

临床表现:
休克早期: 烦躁、或激动、脉细而
休克时—四肢皮肤湿冷、表情淡漠或意识障碍昏迷、
尿量减少 心率>120次/分
休克严重时—心力衰竭, 呼吸困难。

治疗
目的 —恢复组织灌流量, 恢复血容量。
创伤性休克: 安静、镇痛、止血、补液, 用药物恢复和维持血压。
失血性休克: 补充血容量, 快速输入平衡液、输血或动脉输血。

补液方法	1. 早期:	成人首剂量 2000 mL
	2. 中度:	第1h可输血(全血) 1 000 mL
	3. 重度	(收缩压<70mmHg): 10~30分钟内输全血1500 mL

金英杰苏静老师

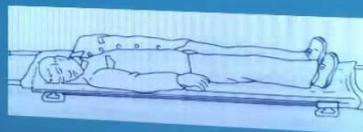
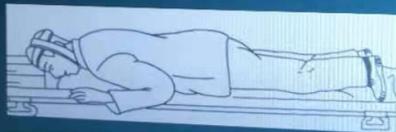


包扎运送

疑有颈椎损伤的病人
平直整体移动,
颈部放小枕

- 包扎作用:**
- a. 压迫止血
 - b. 暂时性固定, 使骨折段减少活动, 防止进一步移位
 - c. 保护并缩小创口, 减少污染或唾液外流

运送体位:
昏迷伤员——俯卧口鼻悬空位 → 有利唾液外流、防止舌后坠。
一般伤员——侧卧或头侧向位 →



金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

颅脑损伤急救总结

(不可以吗啡、补钾、易通过血脑屏障的药物)

昏迷浅、时间短	→ 损伤较轻	脑震荡或轻度脑挫裂伤
昏迷深、时间长	→ 损伤较重	广泛脑挫裂伤、脑干损伤
昏迷—清醒—昏迷	→	颅内血肿

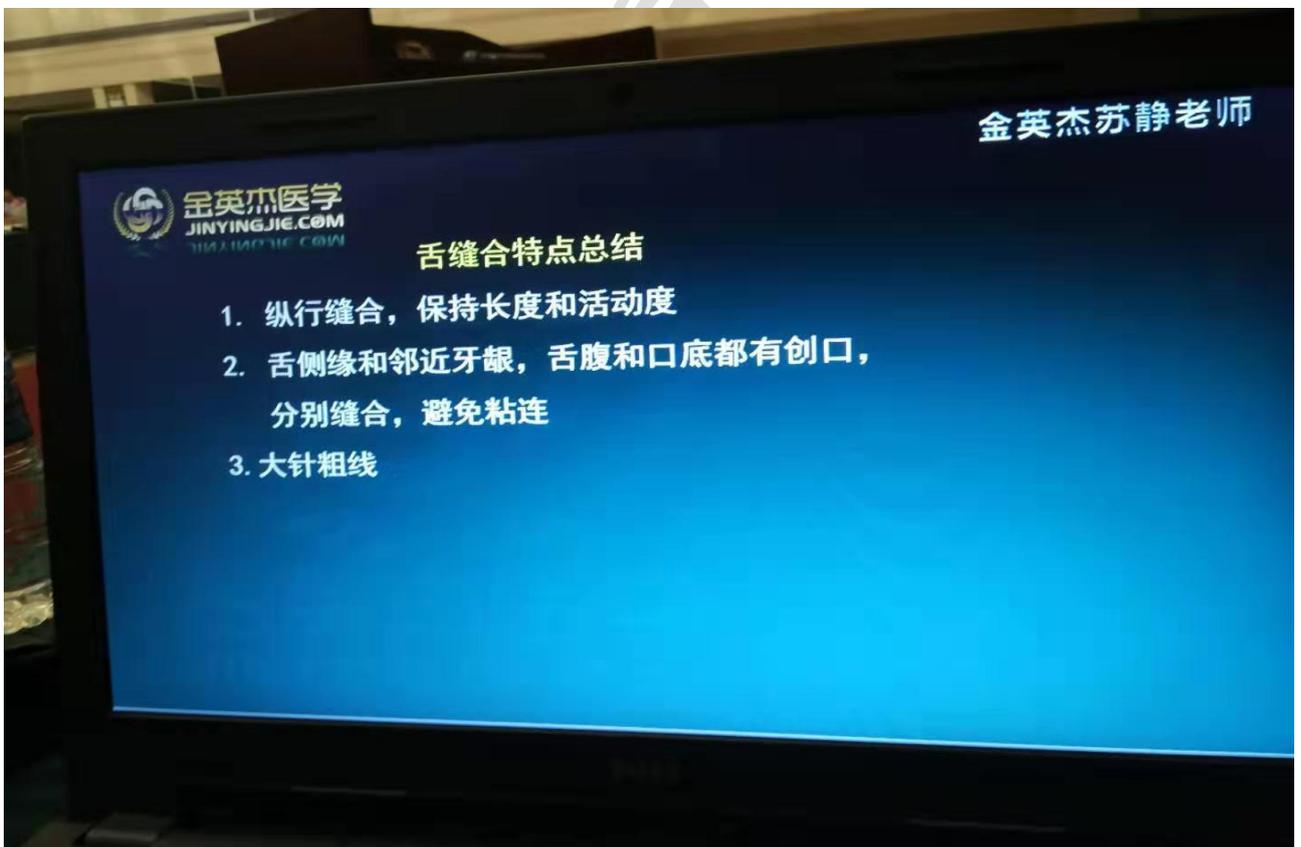
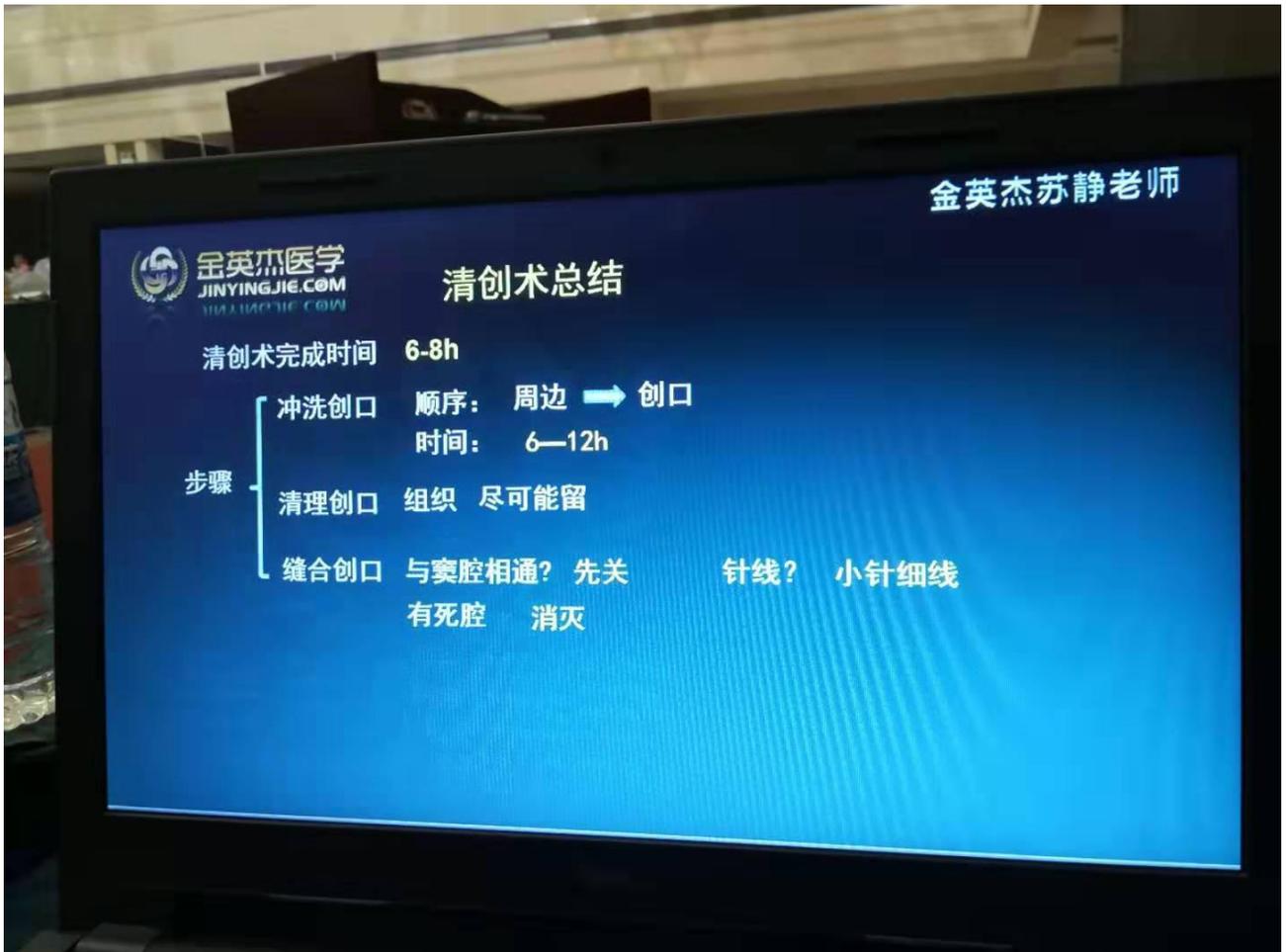
脑脊液漏的处理:
 禁忌冲洗和填塞,
 应预防性使用抗生素, 可自行愈合 (7-10天)。如果超过3—4周持续不愈合—手术修补

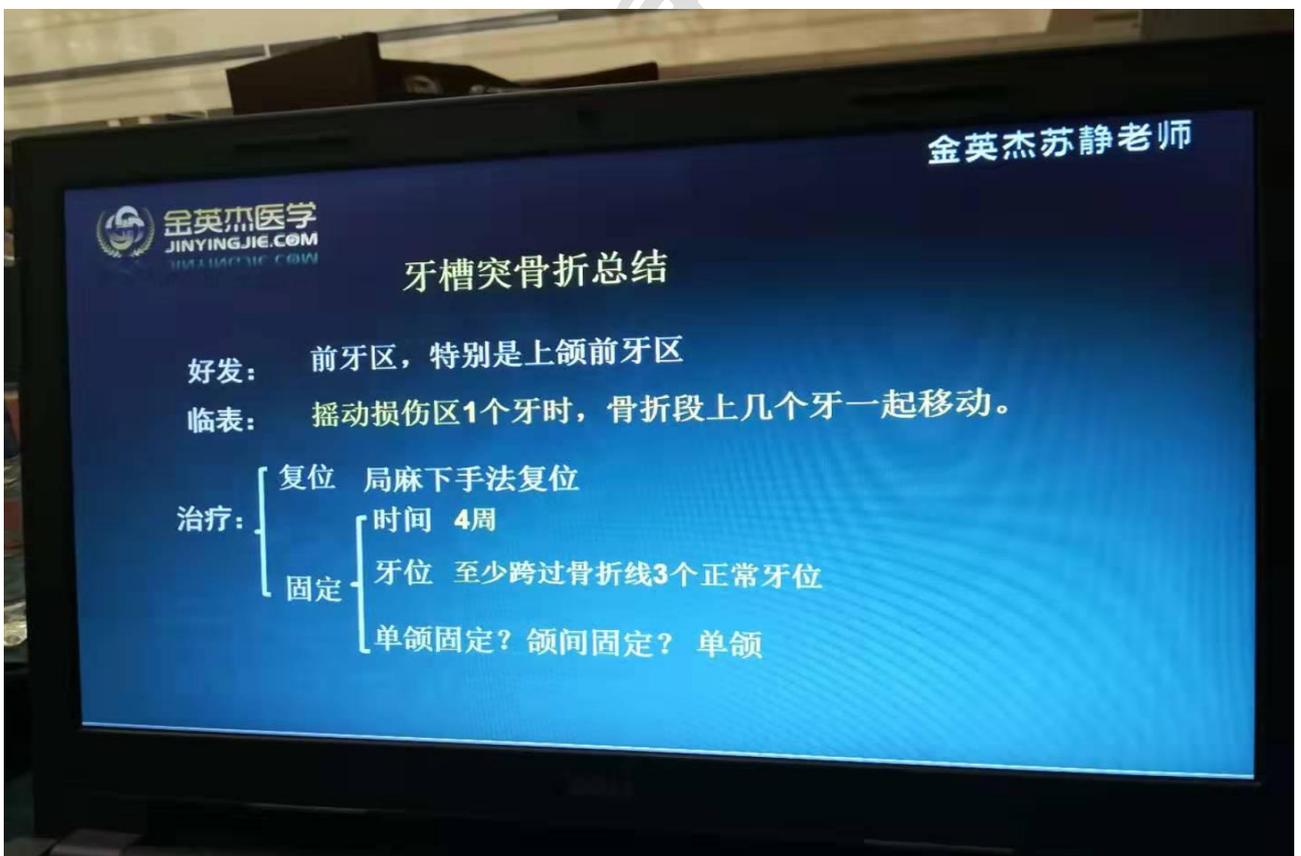
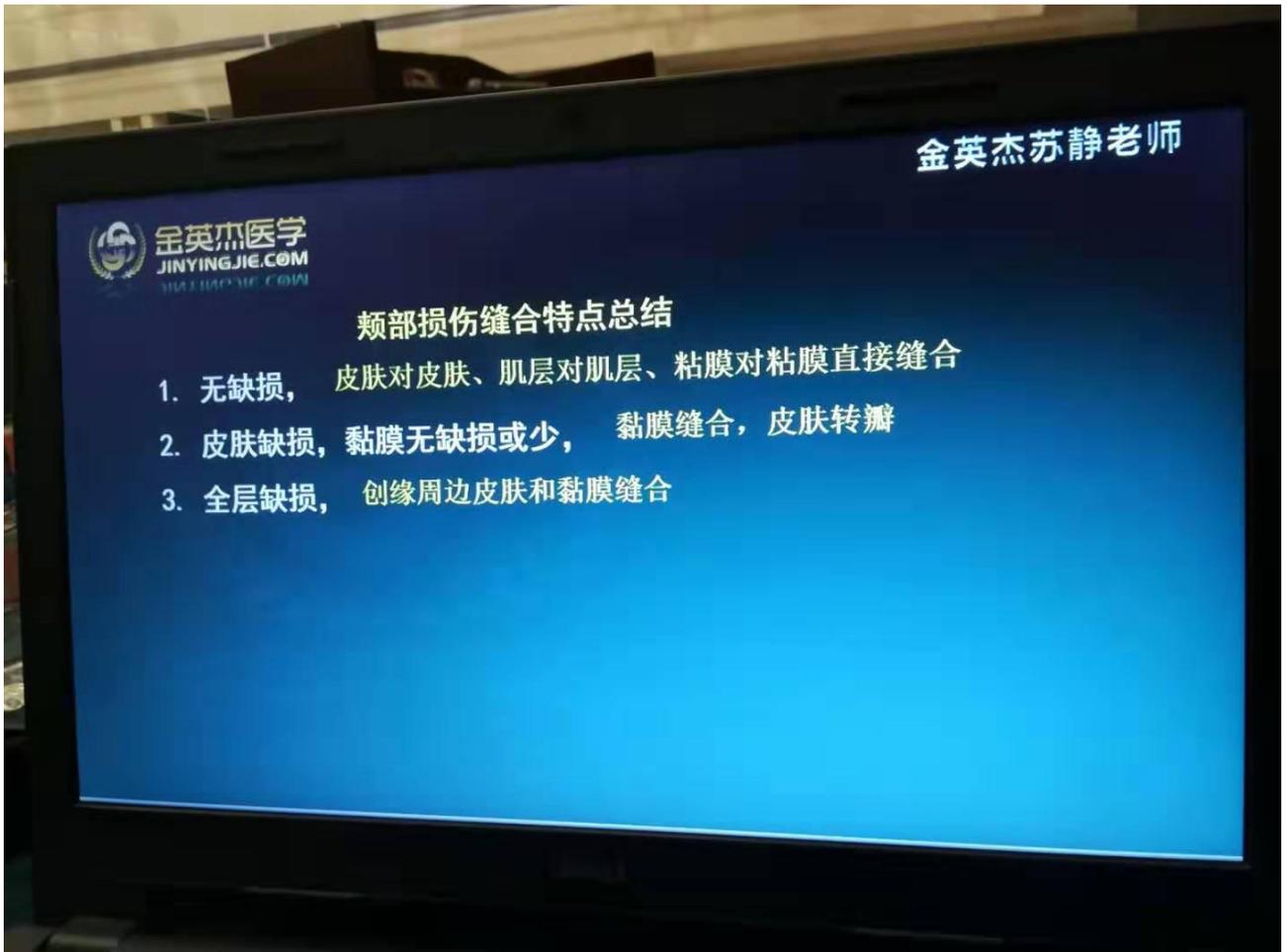
金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

软组织损伤类型总结

1. 擦伤: 临表: 表皮和真皮浅层的损伤, 渗血或散在的小片渗血
 处理 { 表皮: 清创、自然愈合
 真皮: 清创, 包扎减少感染。
2. 挫伤 (闭合) { 轻: 24h内冷敷, 2d后热敷。
 重: 无菌下穿刺加压包扎
3. 刺割伤: 清创、缝合、抗感染、破伤风
4. 撕裂、撕脱伤 { 撕裂伤: 对位缝合
 撕脱伤: 6h后组织瓣不能再利用清创后植皮





金英杰苏静老师

金英杰医学
JINYINGJIE.COM

二、颌骨骨折

(一) 下颌骨骨折

C 下颌角骨折

- 骨折线位于翼内肌和咬肌附着之前
 - 前段：下内移位
 - 后段：上前移位
- 骨折线位于下颌角后上部
 - 不移位或移位很小

咬肌和翼内肌附着起到类似夹板作用

金英杰苏静老师

金英杰医学
JINYINGJIE.COM

- 颞部
 - 单线——不移位
 - 双线
 - 中间段 后下移位
 - 两侧 向中线内聚
- 颞孔区
 - 前段 下外
 - 后段 前上内
- 下颌角
 - 骨折线位于翼内肌、咬肌附着前——前段—下内
 - 骨折线位于翼内肌、咬肌附着内——后段—上前内
 - 骨折线位于翼内肌、咬肌附着内——不移位
- 髁状突颈部
 - 翼外肌附着上（囊内骨折）——不移位
 - 翼外肌附着下
 - 颈部骨折
 - 单侧 患侧后牙早接触，前牙开合
 - 双侧 后牙早接触，前牙开合

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM
二、颌骨骨折 (二) 上颌骨骨折 2. 上颌骨骨折分类总结

上颌骨下部活动包括牙槽骨及牙齿整块

Lefort I 型: 低位、水平骨折
梨状孔底部 → 两侧牙槽突根部 → 上颌结节 → 上颌翼突缝

Lefort II 型 中位、锥形骨折
鼻额缝 → 侧壁 眶底 → 颧上颌缝 → 侧壁 上颌骨 → 翼突
整个颧骨、鼻骨一同移位, 有时可波及筛窦达前颅底

Lefort III 型 高位、颅面分离骨折
鼻额缝 → 鼻梁、眶部 → 颧额缝 → 向后 → 翼突

“颅面分离”表现为面中部凹陷变长, 眼球下移, 结膜出血, 耳鼻出血, 脑脊液鼻漏, 耳漏。

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM
颧骨及颧弓骨折总结

**注: II、V 复位后稳定, 无需固定。
III、IV、VI 复位后不稳定, 需固定。**

颧骨骨折六型分类 (Knight和North分类)

I 无移	II 颧弓骨折	III 后内下移位, 不伴转位
IV 向内转位	V 向外转位	VI 粉碎性

临床表现 颧弓部塌陷畸形 张口受限 复视 神经症状 瘀斑

治疗 1. 巾钳牵拉复位法: 单纯颧弓骨折, 颧弓复位的标准: 不再有张口受限
2. 颧弓部单齿钩切开复位法 3. 口内切开复位法
4. 颧部切开复位法

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM 急性化脓性腮腺炎总结（手术后腮腺炎）

- 1.感染：逆行性感染
- 2.临表：以耳垂为中心的肿胀，导管口有红、有脓性分泌物
- 3.鉴别：流腮：接触史、年龄、导管口不红
咬肌间隙感染：以下颌角为中心肿胀有病源牙、导管口无红肿
腮腺区淋巴结炎：导管口无红肿
- 4治疗：脓肿切口：耳前及下颌支后缘向下至下颌角做“S”型切口（不同方向分离脓腔）

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM 慢性复发性腮腺炎总结

好发人群 { 儿童（常见）
成人（成人是有儿童时期未治愈迁延而来的）

临表 好发年龄 5岁最常见 性别 男多
临床特点 反复肿胀，对年龄增长发作频率下降
导管口分泌物 胶冻状

诊断 造影表现 造影末梢导管点状或球状扩张。

治疗 增强抵抗力，防感染；促进排空；保持口腔卫生；急性炎症给予抗生素

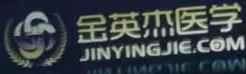
金英杰苏静老师



慢性阻塞性腮腺炎总结

- 1. 病因: { 导管损伤 → 瘢痕 → 导管口狭窄
 { 结石或异物 → 导管阻塞
- 2. 临表: 反复肿胀、半数与进食有关
 导管分泌物: 雪花样或蛋清样
 造影: 主导管“腊肠样”改变
- 3. 治疗: 去除病因 { 去除涎石
 { 导管狭窄, 扩张导管口,

金英杰苏静老师



涎石病总结

1 好发部位: 颌下腺 (原因)

2 临表: 阻塞, 与进食时明显

3 诊断: X线: 横断合片; 颌下腺侧位, 颌下腺造影

4 治疗: { 取石术 下7以前部位能扪, 及腺体未纤维化^{99m}锝
 { 测定腺体功能存在的颌下腺导管结石

颌下腺摘除术: 位于导管与腺体交界位的涎石、腺体内的涎石、慢性颌下腺炎等

- ① 下颌下腺, 唾液黏蛋白, 较钙的含量高,
- ② 导管自下向上且长, 唾液易于淤滞,

金英杰苏静老师

舍格伦综合征总结

1 分类: { 原发性: 外分泌腺破坏不伴有结缔组织病
继发性: 外分泌腺破坏+结缔组织病

2 临表: 干燥(口干、眼干), 腮腺肿大继发性、有类风湿性关节炎等。
施墨实验 检测泪腺: 用5mm×35mm滤纸两条, 置于睑裂内1/3和中1/3交界处, 闭眼夹持5分钟后检查滤纸湿润的长度, 低于5mm为泪液分泌减少

3 诊断 { 全唾液流量测定 取5g白蜡请患者咀嚼3分钟, 全唾液流量少于3ml为分泌减少
四碘四氯荧光素(玫瑰红)染色 泪腺
活检 唇腺

金英杰苏静老师

舍格伦综合征总结

治疗 { 眼干— 滴眼药物
口干— 湿润口腔(漱口)
腮腺炎 抗生素
免疫治疗
中医辨证施治
结节型 —可摘腺体

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

涎瘘总结

好发部位：腮腺

分类：腺体瘘
导管瘘：流出量大

腮腺造影（碘油）：

- 腺体某部位造影剂外溢 { 导管系统显示良好—腺体瘘
- 主导管上有造影剂外溢—导管瘘

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

舌下腺囊肿总结

分类 单纯型；口外型（潜突型）；哑铃型

囊内容物：粘稠略带黄色和蛋清样的液体。

治疗：摘除舌下腺；
全身状况不能耐受的患者或小孩——袋形缝合术

金英杰苏静老师

粘液囊肿总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

分类 { 外渗性 (无上皮衬里)
潴留性

好发部位: 下唇、舌尖腹侧; 反复发作

治疗: 手术切除

金英杰苏静老师

唾液腺肿瘤概况

涎腺肿瘤的最常见的疾病, 大部分为上皮源性, 间叶组织较少见发病情况

腮腺肿瘤的发生率不同,

- 腮腺80% (80%位于浅叶),
- 颌下腺10%,
- 舌下腺1% (90%恶性),
- 小唾液腺 (腭腺最常见) 占9%。磨牙后腺粘表最常见。

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

多形性腺瘤 (最常见)	别称	混合瘤, 临界瘤
	临床表现	好发部位 大唾液腺: 腮腺。小唾液腺, 腭部为最常见 年龄性别: 30~50岁为多见, 女性多于男性。
	治疗	手术切除; 肿瘤包膜外正常组织处切除。 应保留面神经, 下颌下腺肿瘤应包括下颌下腺一并切除
沃辛瘤	别称	腺淋巴瘤
	临床表现	中老年人, 男性, 有吸烟史, 消长史, 腮腺后下极 ^{99m} Tc核素影像呈“热”结节。
	治疗	肿瘤以及周围0.5 cm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,

金英杰苏静老师

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

腺样囊性癌	别称	圆柱瘤,
	临床表现	好发部位 腭部小唾液腺及腮腺 生长速度慢 特点: 沿神经扩散, 血行转移,
	治疗	手术切除
黏表皮	临床表现	高分化: 边界可清或不清, 活动度差, 质地偏硬, 很少出现面瘫 低分化: 生长迅速, 伴有疼痛, 质地较硬, 边界不清, 粘连不活 常侵犯面神经和舌下神经。
	治疗	手术; 高分化: 尽量保留面神经 低分化: 考虑选择性颈淋巴清扫术

金英杰苏静老师

咀嚼肌紊乱疾病类总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

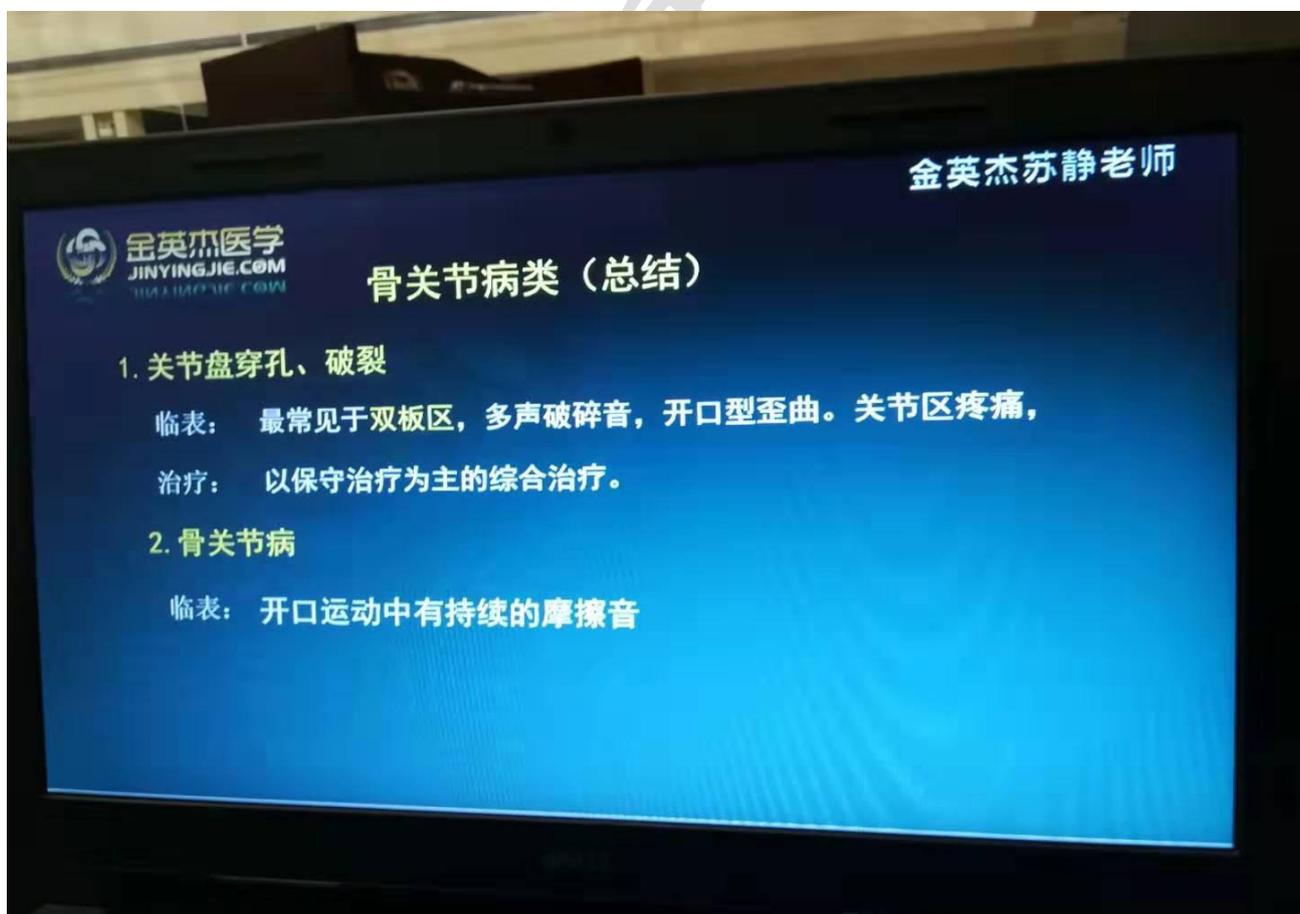
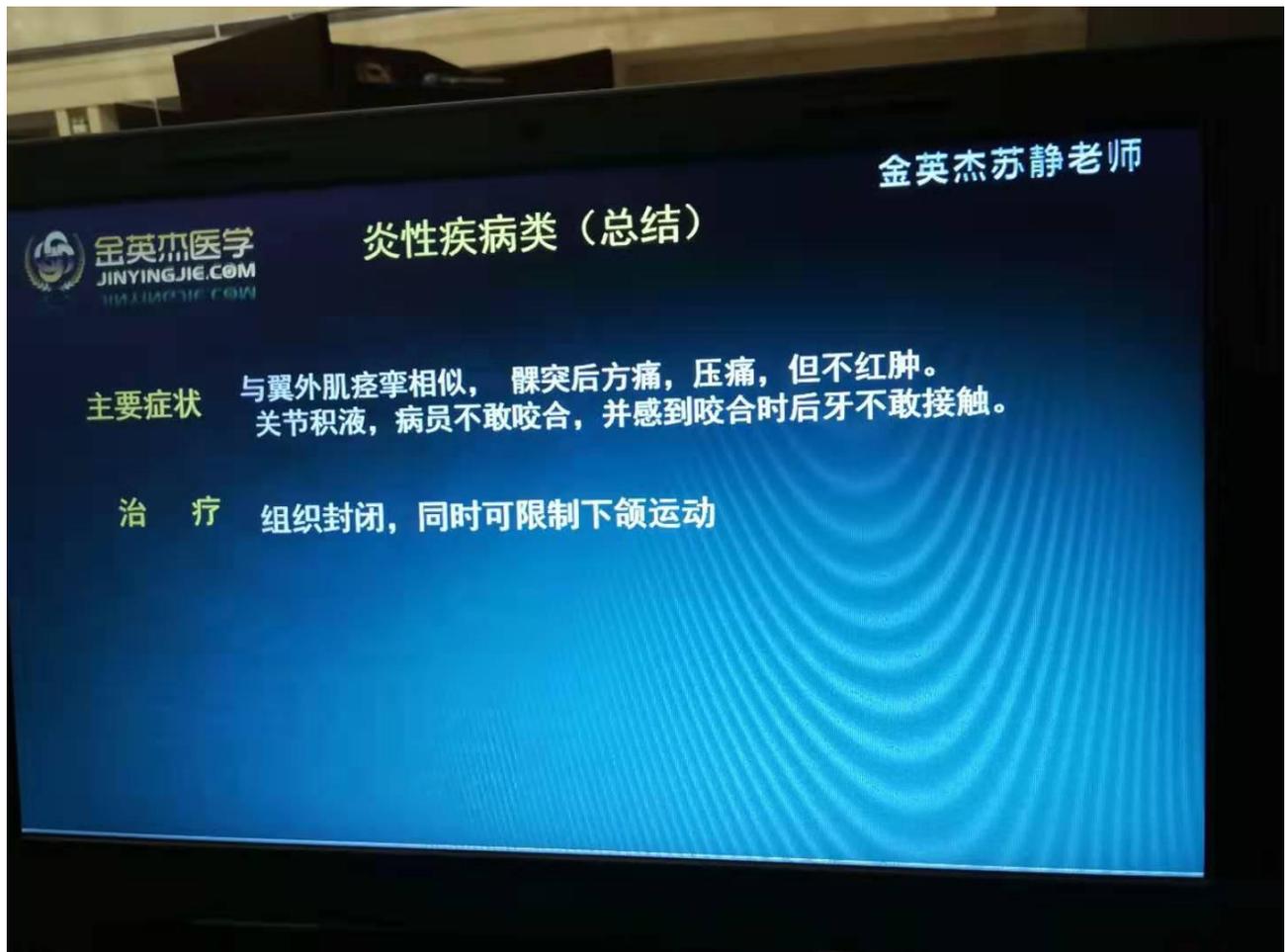
- 1 翼外肌功能亢进:** 临表: 弹响和开口过大, 单侧偏健侧。
治疗: 调整翼外肌功能。可用**0.5%或1%普鲁卡因5毫升**行翼外肌封闭**1次/日, 5-7次**为一疗程。
- 2 翼外肌痉挛:** 临表: 疼痛和张口受限, 被动开口度大于自然开口度偏患侧。
治疗: **15%氯化钙溶液**做两侧关节区及咀嚼区钙离子导入, 封闭。
- 3 咀嚼肌群痉挛:** 临表: 严重开口受限
治疗: 同翼外肌痉挛
- 4 肌筋膜炎:** 临表: 疼痛性质为局限性持久性钝痛。扳机点
治疗: 理疗、封闭

金英杰苏静老师

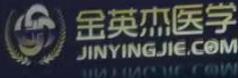
关节结构紊乱疾病类总结

金英杰医学 JINYINGJIE.COM

- 1 可复性关节盘前移位:** 临表: 弹响, 开口型先偏(患侧)后不偏。
治疗: 对无功能障碍, 保护关节, 可采用再定位咬合板, 以消除关节弹响。无开口障碍的, 无需手术。
- 2 不可复性关节盘前移位:** 临表: 长时间弹响史, 继而弹响消失, 关节绞锁, 开口型偏患侧, 被动开口度不增大。
治疗: 手法复位, 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:** 临表: 开口过大。
治疗: 硬化剂: **5%鱼肝油酸钠0.25-0.5ml**作关节腔内注射。



金英杰苏静老师



TMJ脱位总结

1. 分类:
- 按照部位: 单侧脱位、双侧脱位
 - 按照性质: 急性脱位、复发性脱位、陈旧性脱位。
 - 按照方向: 前方脱位(最常见)、后方脱位、上方脱位、侧方脱位。

注: TMJ是全身中唯一一个不受外力即可脱位的关节。

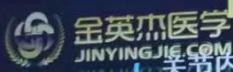
2. 急性前脱位临表(复发性、陈旧性同)

开口状,不能闭口,唾液外流,语言不清,咀嚼和吞咽困难。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。

3 治疗:复位(方向:下、后、上)

制动:(限制下和运动2-3周,开口不超过1cm)

金英杰苏静老师



TMJ强直总结

- 1分类:
- 关节内强直(真性): 化脓性中耳炎、损伤
 - 关节外强直(假性、颌间挛缩): 损伤、瘢痕、放疗后纤维性变
 - 混合性强直: 关节内强直+关节外强直

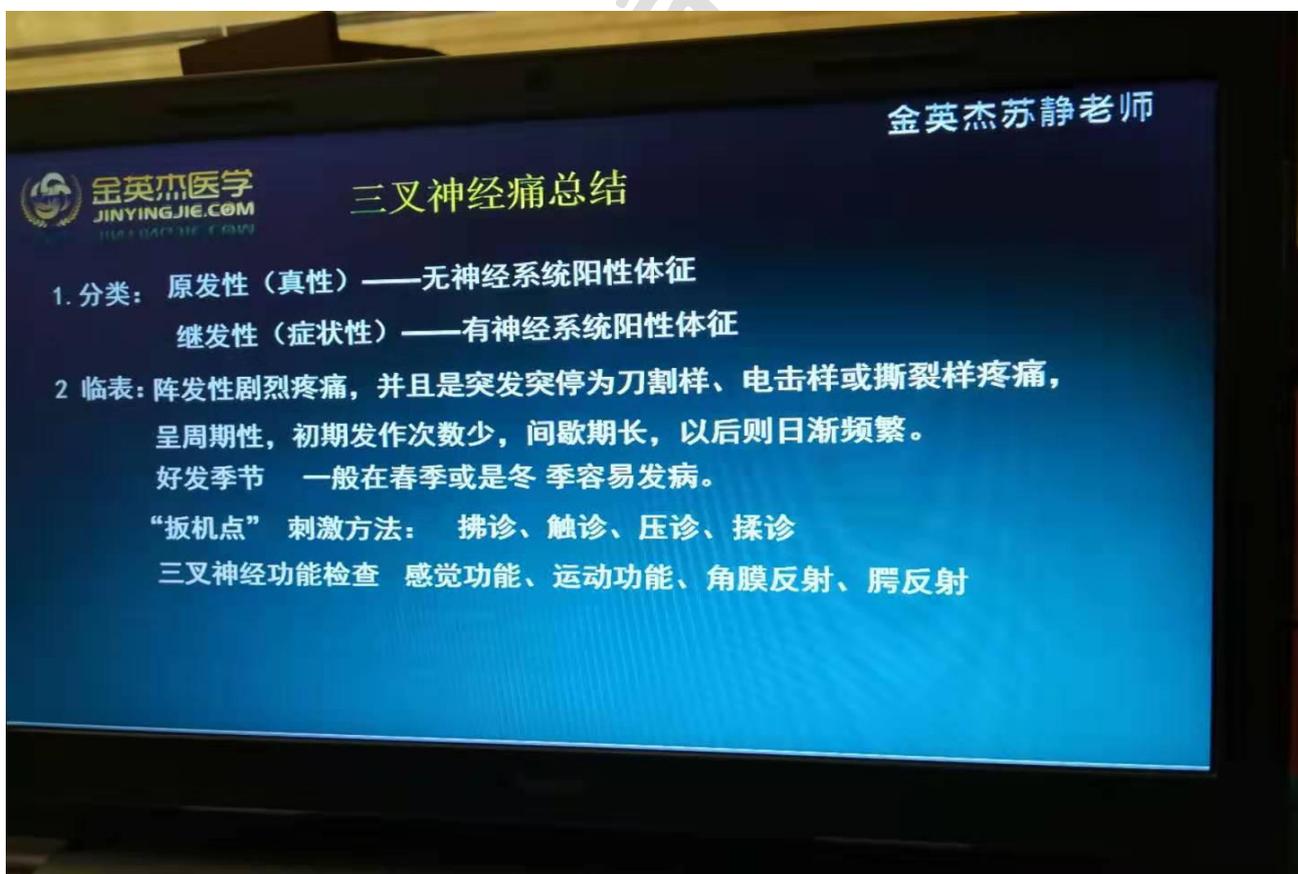
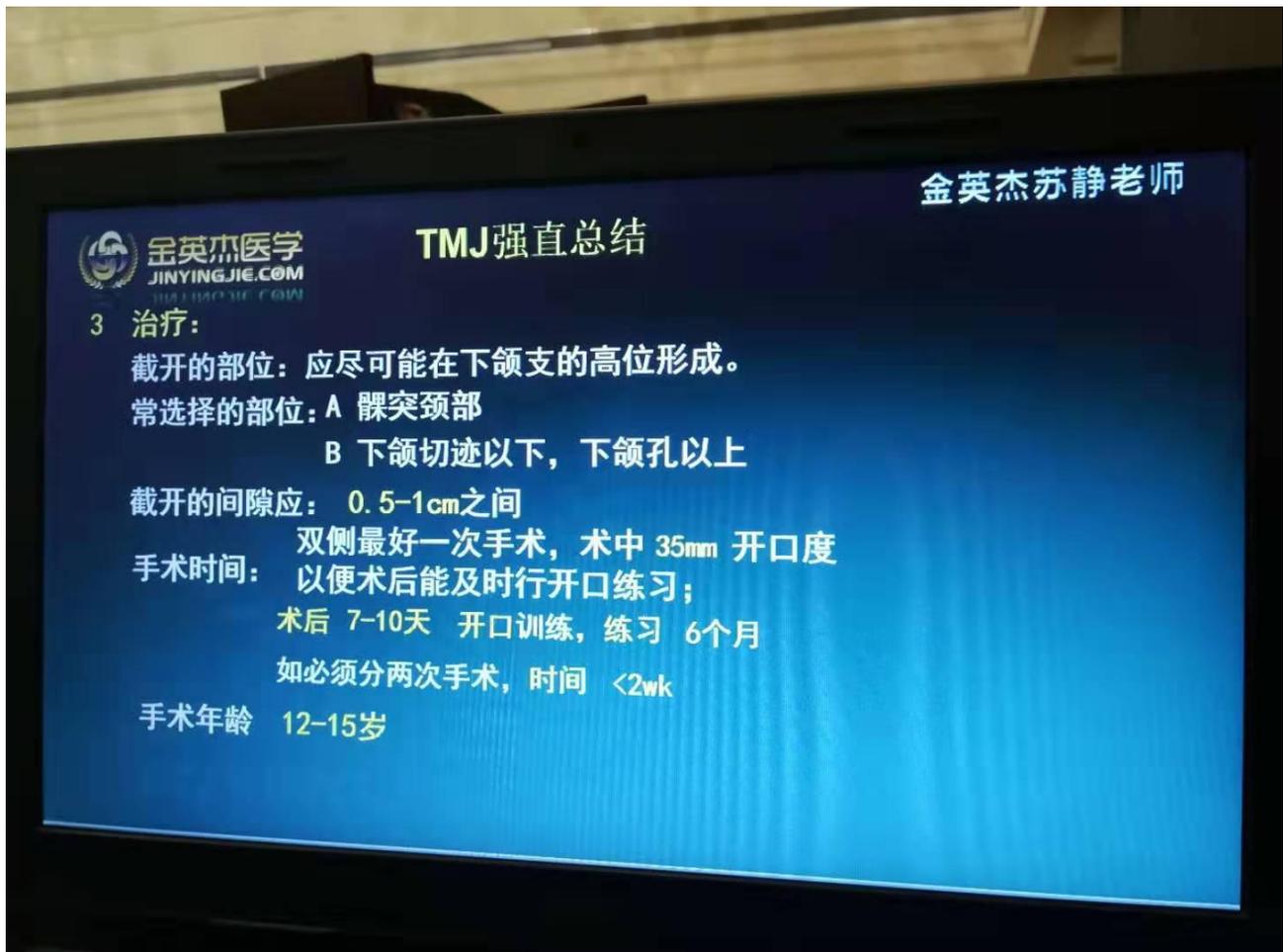
2 临表:

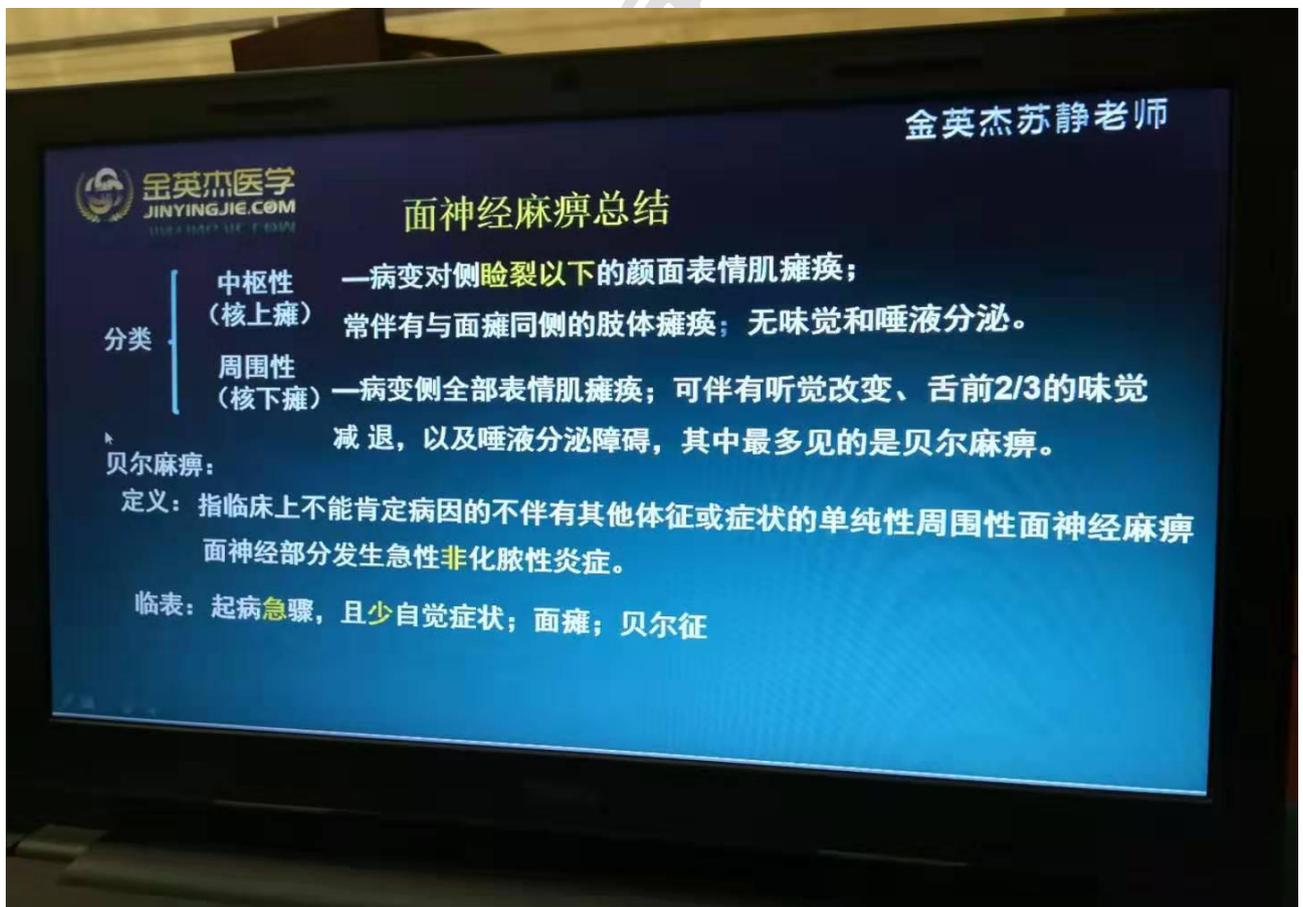
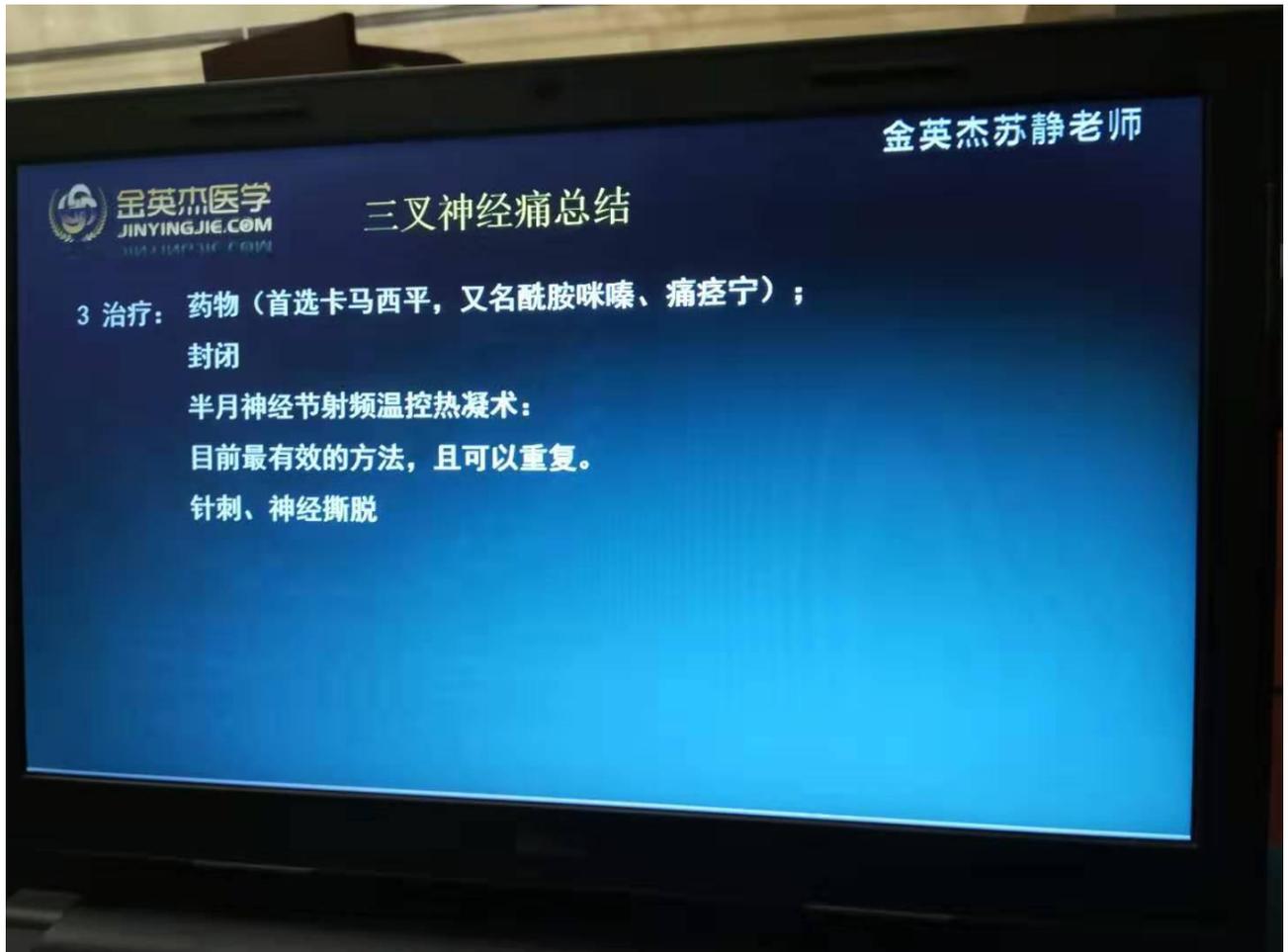
关节内强直

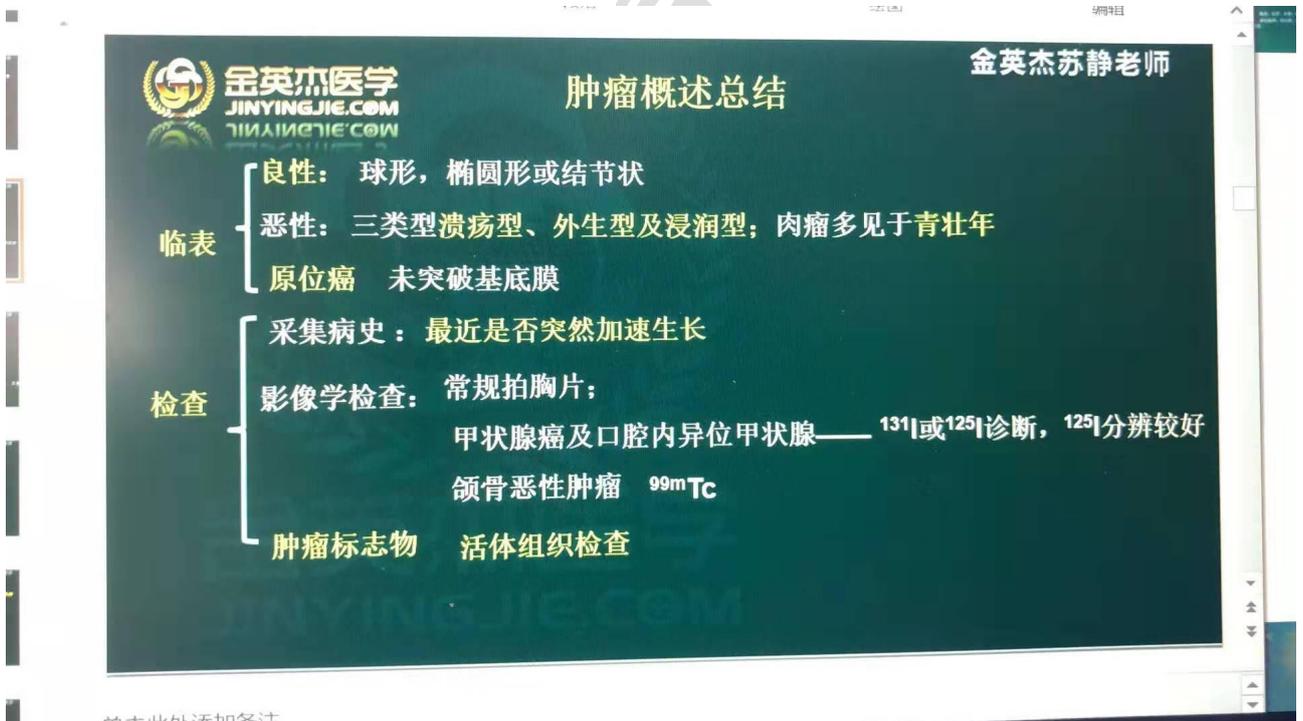
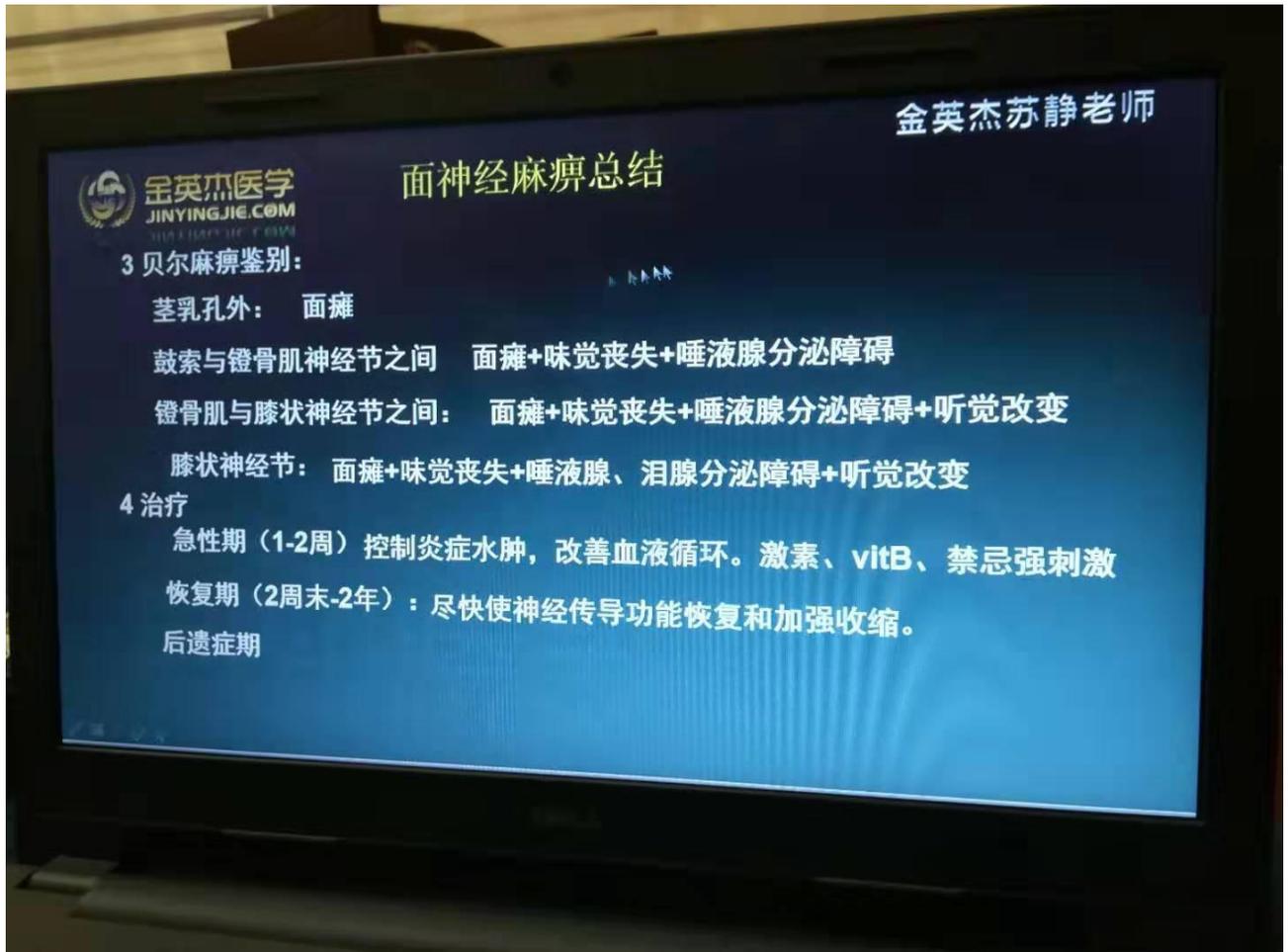
- 开口困难(骨性无,纤维性有);
- 面下部发育障碍畸形(儿童,患侧饱满,偏患侧);
- 咬合紊乱;髁突动度减弱或消失;
- X线三种表现:可见关节间隙(模糊)、骨球、T字型。

关节外强直

- 开口困难
- 口腔或颌面部瘢痕挛缩或缺损畸形
- 髁突活动减弱或消失
- X-ray检查:髁突关节窝和关节间隙清楚可见









金英杰医学 JINYINGJIE.COM

金英杰苏静老师

恶性黑色素瘤治疗 (冻-化-清-免疫)

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。

恶性淋巴瘤治疗原则

1.霍奇金淋巴瘤：早期：放疗 晚期；化疗

化疗方案：MOPP(氮芥、长春新碱、丙卡巴肼、泼尼松)

2.非霍奇金淋巴瘤：由于容易全身播散，故一般应以化疗为主、放疗为辅。

化疗方案：CHOP方案(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼尼松)

心脏疾病患者：COP方案(环磷酰胺、长春新碱、泼尼松) 阿霉素有心脏毒性

非洲淋巴瘤(African lymphoma)，亦称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



金英杰医学 JINYINGJIE.COM

鳞状细胞癌总结

金英杰苏静老师

好发部位 下牙龈癌多

一般应同期行选择性颈淋巴清扫术

牙龈癌

下牙龈癌仅波及牙槽突 → 原发灶下颌骨作方块切除

癌瘤范围较广侵入颌骨 → 原发灶+下颌骨部分或一侧切除

上牙龈癌 → 上颌骨次全切除

波及上颌窦 → 一侧上颌骨全切除+赝复体修复

一般不同期行选择性颈淋巴清扫术

唇癌

定义 唇红黏膜原发的癌

好发部位 下唇中外1/3间的唇红缘部黏膜多发



鳞状细胞癌总结

舌癌

最常见? 我国是 性别 男多

好发部位 舌缘 舌尖 舌背 舌根

早期颈淋巴结转移? 是 原因 淋巴管和血液循环丰富+舌的机械运动频繁

舌前部 一下颌下及颈深淋巴结上、中群转

舌尖 一转移至颌下或直接至颈深中群淋巴结

舌根部 一下颌下或颈深淋巴结, 茎突后及咽后部淋巴转移

远处转移 一肺部

口底癌

居第 六位

常早期发生淋巴结转移, 转移率仅次于舌癌

常发生双侧转移



成釉细胞瘤总结

颌面部最常见的牙源性肿瘤

临表: 好发部位 下颌体、下颌角

压迫不同部位出现相应症状, 可出现下唇麻木不适

典型X线表现: 单房 (有切迹) 或多房低

密度影像区(骨质破坏区); 受累牙齿

牙根呈截断状或锯齿状吸收。无钙化



脉管畸形总结

金英杰苏静老师

类型	治疗方法
血管瘤	观察：生长迅速的婴幼儿（特别在1岁之内者）血管瘤，瘤腔注射，治疗性诊断， 首选口服普萘洛尔一线药
静脉畸形	5%鱼肝油酸钠 或其他硬化剂（平阳霉素、无水乙醇）腔内注射
微静脉畸形	脉冲染料激光治疗、铜蒸汽或氩（Kr）激光光动力治疗
动静脉畸形	无水乙醇介入栓塞治疗 、必要时配合手术治疗
淋巴管畸形	硬化剂治疗
平阳霉素	静脉畸形和大囊型淋巴管畸形，也可儿童微囊型淋巴管畸形

左图

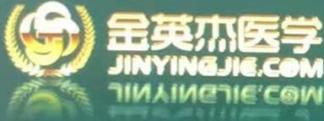
编辑



脉管畸形总结

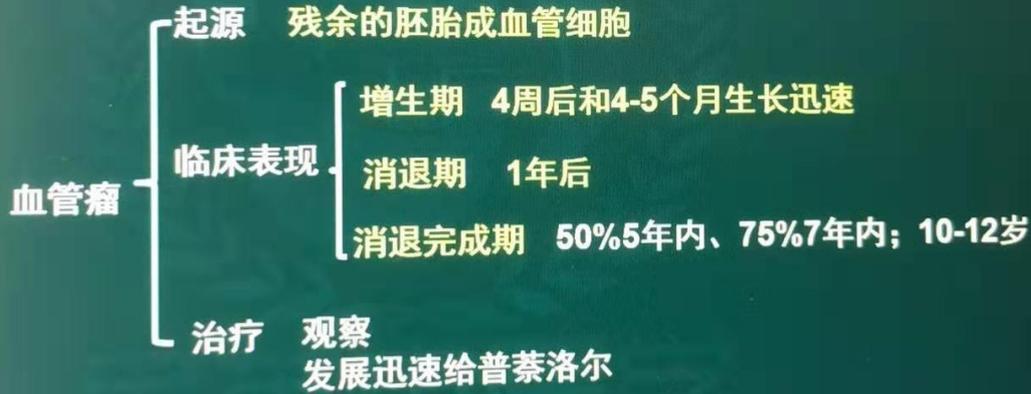
金英杰苏静老师

- 1 微静脉畸形（毛细血管瘤） 指压实验（+）
- 2 静脉畸形（海绵状） 可扪及静脉石 体位移动实验（+）
- 3 动静脉畸形（蔓状） 好发部位 颞浅动脉所在颞部 肿瘤形态 念珠状
听 诊 吹风样杂音 病人自觉 搏动感
扪 诊 震颤感
- 4 微囊型淋巴管畸形（毛细管及型海绵型）
皮肤或粘膜上呈现孤立的或多发性散在的小圆形囊性结节状或点状病损
- 5 大囊型：（囊性水肿、囊肿型）
好发部位 颌下区、颌下区、上颈部 体位移动实验阴（-） 透光实验（+）



血管瘤总结

金英杰苏静老师



牙龈瘤总结

金英杰苏静老师

- 1 是否真性肿瘤？ 否 炎性增生物
 - 2 可分为 肉芽肿型，血管型、纤维型。
 - 3 临表： 好发部位：龈乳头（唇颊侧）；前磨牙区
 - 4 治疗： 手术切除（易复发）
- 来源 牙周膜和牙槽突结缔组织



金英杰医学 JINYINGJIE.COM

色素痣总结

金英杰苏静老师

1. 色素痣可分为：**交界痣、皮内痣、复合痣**
易恶变
2. 恶变表现为：
轻微痒、灼热或疼痛；体积迅速增大；色加深，感染、溃破、出血，或痣周围皮肤出现卫星小点、放射黑线，黑色素环。引流区淋巴结肿大等（总之原来的状态发生变化）
3. 治疗：**面部较大的痣无恶变证据者，可考虑分期部分切除。**
疑有恶变的痣 一次全部切除活检



金英杰医学 JINYINGJIE.COM

金英杰苏静老师

非牙源性颌骨囊肿

球状上颌囊肿 侧切牙和尖牙之间

鼻腭囊肿 切牙管内或附近

正中囊肿 切牙孔后，中缝的任何部位

鼻唇囊肿 鼻底和鼻前庭内



返回



金英杰医学 JINYINGJIE.COM

牙源性颌骨囊肿总结

金英杰苏静老师

临床 好发人群：青壮年 扪诊 有乒乓球样感羊皮纸样脆裂声。

囊肿多向 颊侧 膨胀，

牙源性角化囊性瘤可有1/3向舌侧 膨胀。

诊断 角化囊肿— 可见黄、白色角蛋白样（皮脂样）物质混杂其中

X线表现：囊肿在X线片上显示为一清晰或卵圆形的透明阴影，

边缘整齐，周围呈现一明显白色骨质反应线。

治疗 应采用外科手术摘除。



金英杰医学 JINYINGJIE.COM

牙源性颌骨囊肿总结

金英杰苏静老师

含牙囊肿 定义：囊壁包含一个未萌牙齿的牙冠 并且附着于该牙牙颈部的囊肿

成因：缩余釉上皮 与牙冠之间出现液体渗出而形成

好发部位 下颌第三磨牙，其次为上颌尖牙

根端囊肿 最常见，常和一个死髓牙相连。部位：前牙

始基囊肿 成因 成釉器星网状层发生变性

部位：下颌第三磨牙区和下颌支

“痣样基底细胞癌综合征”或“多发性基底细胞痣综合征”

牙源性角化囊性瘤 多发性牙源性角化囊性瘤(角化囊肿)同时伴发皮肤基底细胞痣(或基底细胞癌)，分叉肋、眶距增宽、颅骨异常、小脑镰钙化



金英杰苏静老师

(四) 鳃裂囊肿总结

囊肿性质 发育性

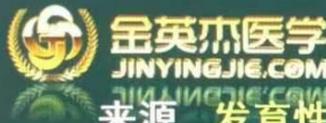
临床表现

来源 第二鳃裂 部位 胸锁乳突肌上1/3前缘。

特点 上呼吸道感染后骤然增大 恶变? 可恶变。

囊内容物 黄色或棕色的、清亮的、含或不含胆固醇的液体

治疗: 手术切除。



金英杰苏静老师

甲状舌管囊肿总结

来源 发育性

临表特点:

部 位 颈正中线，自舌盲孔至胸骨切迹间的任何部位，舌骨上下部为最常见，

特征性表现 骨体与囊肿之间可能扪得坚韧的索条，可随吞咽及伸舌等动作而移动。

是否可恶变 期不治治愈可癌变

囊内容物 穿刺检查可抽出透明、微混浊的黄色稀薄或粘稠性液体。

3 治疗: 手术切除。囊肿+瘻管+舌骨中份



1 性质：发育性

2 临表特点：

皮样：好发部位 口底、颏下

特点：

似面团样

囊壁是否有皮肤的附属器 有

囊内容物：乳白色豆渣样分泌物

表皮样：好发部位 眼睑、额、鼻耳下等

囊壁是否有皮肤的附属器 无

3 治疗：手术摘除



1 囊肿性质：阻塞性囊肿

2 典型表现：囊壁与皮肤紧密粘连

中央可有一小色素点。

囊内容物：乳白色凝乳状分泌物。

恶变？可恶变。

3 治疗：囊壁粘连紧密的皮肤一并切除。



金英杰苏静老师

口腔颌面部囊肿

- 囊肿 {
 - 软组织囊肿 {
 - 皮脂腺囊肿 皮样、表皮样囊肿
 - 甲状舌管囊肿 鳃裂囊肿 唾液腺囊肿
 - 颌骨囊肿 {
 - 牙源性：根尖囊肿、含牙囊肿、始基囊肿
 - 非牙源性：球状上颌囊肿、鼻腭管囊肿、正中囊肿、鼻唇囊肿
- 牙源性肿瘤：
牙源性角化囊性瘤**



金英杰苏静老师

肿瘤概述总结

- 原则 {
 - 良性 手术切除
 - 恶性：据肿瘤的组织来源、生长部位、分化程度、发展速度、临床分期、患者机体状况等综合考虑（TNM分期）
- 治疗 {
 - 方法 {
 - 手术治疗：无瘤原则：肿瘤不能破；瘤不能露；缝合前处理
 - 放疗 {
 - 不敏感：骨肉瘤、纤维肉瘤、肌肉瘤（胚胎性横纹肌肉瘤除外）、腺癌、脂肪肉瘤、恶性黑色素瘤
 - 中度：鳞癌及基底细胞癌 敏感：两淋巴、“酱油”、未分化；
 - 放疗前准备：该治治、该拔拔、该拆拆
 - 化疗 {
 - 药物分类：细胞毒素类、抗代谢类、抗生素类、激素类、植物类、其他
 - 副反应：骨髓抑制 白细胞 $<4 \times 10^9/L$ 、血小板 $<100 \times 10^9/L$ 时 减量
白细胞 $<3 \times 10^9/L$ 、血小板 $<80 \times 10^9/L$ 时 停药



肿瘤概述总结

金英杰苏静老师

- 流行病学**
- 分类: 良、恶、临界 命名: “发病部位+组织来源+瘤(癌、肉瘤)”
 - 组织来源: 良: 牙源性 > 上皮组织 > 间叶
恶: 上皮组织(鳞状上皮>腺上皮) > 间叶
- 病因**
- 外来 物理、化学、生物、营养
 - 内在 神经精神、内分泌、免疫、遗传、基因突变
 - 其他因素



鳞状细胞癌总结

金英杰苏静老师

- 舌癌**
- 最常见? 我国是 性别 男多
 - 好发部位 舌缘 舌尖 舌背 舌根
 - 早期颈淋巴结转移? 是 原因 淋巴管和血液循环丰富+舌的机械运动频繁
 - 舌前部 一下颌下及颈深淋巴结上、中群转
 - 舌尖 一转移至颌下或直接至颈深中群淋巴结
 - 舌根部 一下颌下或颈深淋巴结, 茎突后及咽后部淋巴转移
 - 远处转移 一肺部
- 口底癌**
- 居第 六位
 - 常早期发生淋巴结转移, 转移率仅次于舌癌
 - 常发生双侧转移