

第一单元 口腔颌面外科基本知识及基本技术

1. 病历记录 **24 小时内**完成的有：入院记录、再次或多次入院记录，24 小时内入出院记录，24 小时内入院死亡记录。手术记录：手术后 24 小时
2. **首次病程 8 小时**
3. 完整的门诊病史均应包括以下各项内容：考①主诉；②病史；③体格检查；④实验室检查；⑤初步诊断；⑥处理意见；⑦医师完整签名等部分，可不必逐项列题
4. **药物不良反应**和**过敏史**、**预防接种史**属于既往史
5. 社会经历及**个人习惯嗜好**为个人史
6. 同一疾病相隔 **3 个月以上**复诊者原则上按**初诊**病人处理
7. 书写过程中出现**错字**时，应当用**双线划**在错字上，不得采用刮、粘、涂等方法掩盖或去除原来的字迹。
8. 历年考试考过**急诊抢救病历**，应在**抢救后 6 小时内**书写病历！
9. **主治医师查房记录**：**48 小时内**完成日常病程记录。
10. 病危者：随时写，**每天至少 1 次**，时间具体到分钟；
11. 病重者：至少 2 天 1 次；
12. 病情稳定者：至少 3 天 1 次。
13. 门（急）诊病历保存 **15 年**。住院病历保存 **30 年**
14. 口腔检查应遵循**由外到内、由前到后、由浅入深**的顺序进行。必要时进行**健、患侧的对比**检查。
15. 咬合检查：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~4.5 cm**。平均 **3.7cm**
16. 双指合诊用一手的**拇、示指**，适用于**唇、舌部**的检查
17. 双手合诊用双手置于病变部位的上下或两侧进行。在口底、颌下检查时常用。
18. 双合诊应按“**由后往前**”的顺序进行。
19. **腮腺**触诊一般以**示、中、无名**三指平触为宜
20. **下颌下腺**及**舌下腺**的触诊则常用**双手合诊法**检查。
21. 正常人每日涎液总量为 **1 000~1 500 mL**
22. **90%**为腮腺和下颌下腺（**60-65%**为**下颌下腺**）所分泌，而**舌下腺**仅占 **3%~5%**
23. 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考，又叫细针吸取活检。
- 24.

活体检查	切取	吸取 (FNA)	切除	冷冻
适用	表浅有溃疡的肿瘤	深部肿瘤或表面完整较大的肿瘤及颈部大的淋巴结	深部的可切除小型肿瘤或淋巴结	已决定手术治疗的病变
固定	√	√	√	×

25. **血管瘤**和**恶性黑色素瘤**一般不作活体组织检查 以免造成大出血或肿瘤转移（**腮腺不做切取活检**）

26. 通过 ^{131}I 、 ^{125}I 扫描可以区分甲状腺癌是不是异位甲状腺， ^{125}I 分辨率较好。
27. 常用 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 诊断**颌骨恶性肿瘤**，**沃辛瘤“热结节”**，涎石症**下颌下腺功能测定**。
28. 在连续手术时应遵循**先无菌、次污染、后感染**的原则，以免发生交叉感染。
29. 红细胞(RBC)计数：男性 $(4.0\sim5.5)\times 10^{12}/\text{L}$ **女性 $(3.5\sim5.0)\times 10^{12}/\text{L}$**
儿童 $(4.0\sim5.3)\times 10^{12}/\text{L}$
30. 血红蛋白(Hb)测定：男性 $120\sim160\text{g}/\text{L}$ **女性 $110\sim150\text{g}/\text{L}$** 儿童 $120\sim140\text{g}/\text{L}$
31. 白细胞(WBC)计数：**成人： $(4\sim10)\times 10^9/\text{L}$** 新生儿： $(15\sim20)\times 10^9/\text{L}$
32. 血小板(PLT)计数：正常参考值； **$(100\sim300)\times 10^9/\text{L}$**
33. 尿比重：正常参考值： $1.003\sim1.030$ 临床意义：**增高：糖尿病**
34. 尿PH：**正常参考值： $5.0\sim7.0$** 临床意义：**减低：糖尿病、酸中毒**
35. 粪常规：镜检细菌：**大肠埃希菌和肠球菌**
36. 血糖(空腹)：正常参考值： **$3.61\sim6.11\text{mmol}/\text{L}$**
37. 乙肝病毒表面标志物检查又称乙肝“**两对半**”检查：**HbsAg** 和 **HbsAb** (乙肝**表面**抗原和抗体)，**HbeAg** 和 **HbeAb** (乙肝**e**抗原和抗体)，**HbcAb** (乙肝**核心**抗体)
38. 大三阳：**HbeAg/HbsAg/HbcAb** (**e**抗原、表面抗原、核心抗体阳性) **eg** 和 **sg cb**→**e**哥和**S**哥“吃不”了
39. 小三阳：**HbeAb/HbsAg/HbcAb** (**e**抗体、表面抗原、核心抗体阳性) **eb** 和 **sg cb**→“一帮”**S**哥“吃不”了
40. **HBsAb (=抗-HBs)**：一种保护性**抗体**，见于病后和乙肝疫苗后获得
41. 传染性较强的是 **HBeAg** (**e** 抗原)
42. **不宜**用高压蒸气灭菌的是**明胶海绵、凡士林、油脂、液体石蜡和各种粉剂**等物品。
43. 煮沸消毒法：消毒时间自**水煮沸后**开始计算，一般需 $15\sim20$ 分钟。对于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 $105\text{ }^\circ\text{C}$**
44. 干热灭菌法 (**明胶玻璃陶，蜡油林干要**) 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 $160\text{ }^\circ\text{C}$ 应持续 120 分钟， $170\text{ }^\circ\text{C}$ 应持续 90 分钟， $180\text{ }^\circ\text{C}$ 应持续 60 分钟
45. **2% 碱性戊二醛：“只干一包”**

细胞繁殖体	2 分钟内
真菌、结核杆菌	10 分钟内
乙型肝炎病毒	15~30 分钟
细菌芽胞	4~12 小时

46. 碘伏：是碘与表面活性剂的**不定型**结合物。可杀灭**各种**细菌繁殖体与**芽胞**，以及真菌和病毒，乙醇溶液较水溶液杀菌作用更强。消毒器械可用 $1\sim2\text{ mg}/\text{mL}$ 的有效碘溶液浸泡 $1\sim2$ 小时。
47. 福尔马林： 10% 溶液，浸泡 $1\sim2$ 小时
48. 过氧乙酸：杀灭细菌**芽胞**用 1% 浓度，**5 分钟**可奏效，而杀灭**繁殖体型**微生物仅需 $0.01\%\sim0.5\%$ 的浓度，时间 **30 秒**~ 10 分钟即可。
49. 取骨区应在术前 **2 天** (21 年执业、人卫 8 版本科) / 1 天 (21 年助理，北医) 开始准备，每天 1 次，用**乙醇**消毒包扎，并在手术日晨再消毒 1 次。**不能用染料类消毒剂 (碘伏、碘酊、碘酒)**。
50. 碘酊：消毒口腔内为 1% ，颌面颈部为 2% ，头皮部为 3%

51. 洗必泰液（氯己定）：皮肤消毒浓度为 0.5%，加入酒精（70%酒精）消毒效果更佳。口腔内及创口消毒浓度为 0.1%。
52. 碘伏：含有效碘 0.5%的碘伏水溶液用于皮肤和手的消毒
53. 75%酒精起碘酊脱碘作用。
54. 头颈部手术消毒范围应至术区外 10 cm，四肢、躯干则需扩大 20 cm。
55. 孔巾铺置法：门诊小手术。
56. 三角形手术野铺巾法：口腔、鼻、唇及颊部
57. 四边形手术野铺巾法：腮腺区、颌下区、颈部及涉及多部位的大型手术。
58. 术区周围最少 3~4 层，外周至少 2 层
59. 颌下、颈部手术应常规垫高肩部+头侧位。（腮腺）
60. 腭部手术采用平卧仰头位。
61. 唇部采用平卧头正位。
62. 钳夹、结扎止血：出血点，最基本、最常用。大块的肌束：先钳夹→剪断→缝扎
63. 知名或较粗血管的阻断止血：最明显、最可靠。分离解剖→两侧钳夹或结扎→剪断，注意血管结扎切断后所留下的断端长度，至少应为该血管管径的两倍，贯穿缝合法
64. 颈外动脉结扎：双侧颈外动脉结扎的止血效果比单侧结扎更佳
65. 骨髓腔或骨孔内的出血：骨蜡填充止血
66. 腔窦内出血及颈静脉破裂出血而又不能缝合结扎：碘仿纱条填塞压迫止血，再分期逐渐抽除
67. 低温止血：体温降至 32 °C 左右
68. 降压止血：术中使收缩压降至 10 kPa（80 mmHg）左右，即可有效地减少术中出血量。但时间不能过长，一般以 30 分钟左右为宜，且对有心血管疾患的病员禁用。
69. 锐性分离：损伤小，需直视
70. 钝性分离：损伤大，不需直视
71. 口腔内打结应打三重结
72. 剪线：① 组织内结扎线头留长 1 mm。② 大的血管或者大块肌肉结扎防止滑脱以及肠线留长 3~4 mm。③ 皮肤、粘膜缝线留长 5 mm。
73. 一般整复手术以缝合边距 2~3mm、针距为 3~5mm，颈部手术缝合边距为 3mm、针距 5mm 为宜
74. 有游离，有固定：先游离侧，后固定侧
75. 进出针间距大于皮下：皮肤创缘内卷
76. 两侧创缘厚薄不均或高低不等：薄、低侧组织要多而深缝，而厚、高侧组织要少而浅缝
77. 外翻缝合又有纵式和横式之分，选择时应考虑创缘血供方向，使其与缝线方向一致。
78. 开放引流=被动引流=治疗性引流：片状 纱条 管状
79. 闭式引流=主动引流=负压引流=预防性引流：较大手术—皮瓣移植
80. 污染创口：多在 24~48 小时后去除
81. 感染创口：没有引流物之后 48 小时
82. 脓肿或死腔：脓液及渗出液完全消除

83. 负压引流：24 小时内引流量不超过 20~30 mL
84. 面部的无菌创口可行早期拆线，由于血运丰富，生长力强，可在术后 5 天开始，颈部缝线可在 7 天左右拆除；光刀手术创口，拆线应推迟至术后 14 天。腭裂手术 10 天（2 周）以后。
85. 创口一期（无肉芽/初期愈合）（无肉芽）：7-10 天内全部愈合
86. 创口二期（有肉芽/延期愈合）：拔牙创
87. 创口分类：无菌、污染（口腔）、感染
88. 面部无菌创口，术后 5 天开始，颈部缝线可在 7 天左右拆除；光刀手术创口，拆线应推迟至术后 14 天。
89. 污染创口：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（两周）拆除。
90. 换药的目的：促愈合
91. 换药的注意事项：①“蘸”②持镊应在上 1/3 处③一“脏”（创面），一“净”（敷料）
92. 多个患者换药，应遵循先无菌创口→污染创口→感染创口的顺序
93. 绷带的作用：保护术区和创部，防止继发感染，避免再度受损。止血并防止或减轻水肿。考防止或减轻骨折错位。保温、减轻疼痛。固定敷料。
94. 四头带（小老鼠）：用于鼻、颈部创口的包扎固定，压迫术后创口
95. 交叉十字绷带（亦称环绕法）：颌面和上颈部术后和损伤的创口包扎。（腮腺）
96. 面部绷带（亦称单眼交叉绷带）：面部绷带常用于上颌骨、面、颊部手术后的创口包扎。

第二单元 麻醉与镇痛

1. 酯类（过敏）：普鲁卡因，丁卡因
2. 普鲁卡因（=奴佛卡因）：药理实验将其麻醉强度与毒性等于“1”作为比较标准。不适用表面麻醉（亲脂性差）。不与磺胺类抗生素共用。最大用量：1 000 mg，6.0mg/kg。毒性最小 穿透力最弱 45~60 min
3. 利多卡因（=赛洛卡因）常用浓度：2%，最大用量 300~400 mg，4.4mg/kg 心律失常病员常作为首选。表麻：2%~5%。阻滞：1%~2%。浸润：0.25%~0.5%。毒性较小 穿透力较强 90~120 min
4. 2%普鲁卡因一次最大使用剂量为 50ml，利多卡因为 20ml。
5. 布比卡因（=麻卡因、丁哌卡因）：效能强度最大，持续时间为利多卡因之 2 倍，6 小时以上
6. 丁卡因（=地卡因、潘托卡因）：表麻，最大用量 40~60mg，2%不超 2ml 毒性最大 穿透力最强 效能最强
7. 阿替卡因（必兰麻）：浓度 4%，用于成人和 4 岁以上儿童。最大用量 7mg/kg，儿童 5mg/kg
8. 甲哌卡因（=斯康杜尼）：3 岁以下禁用，起效快心血管不良反应少，可用于高血压
9. 皮试：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
10. 1：50 000 肾上腺素（0.02 mg/mL）的局麻药有止血作用
11. 1：100 000 肾上腺素（0.01 mg/mL）的局麻药有延长麻醉时间作用
12. 1：100 000 肾上腺素的利多卡因每次最大量 20mL（0.2mg 肾上腺素）心血管病人 4ml（肾上腺素 0.04mg）
13. 肾上腺素禁忌症：高血压、甲亢、妊娠
14. 表面麻醉：0.25%~0.5%盐酸丁卡因、2~5%利多卡因
15. 浸润麻醉：（软组织范围较大的手术）0.5%~1%普鲁卡因或 0.25%~0.5%利多卡因
16. 下牙槽神经（翼下颌注射法）：进针点①上下颌牙槽嵴相距的中点线上与翼下颌韧带外侧 3~4 mm 的交点；②颊脂垫尖；进针方向，对侧口角，即第一、第二双尖牙之间，与中线成 45° 角。注射针应高于下颌牙平面 1 cm 并与其平行，下唇麻木为注射成功的主要标志。注射点：①下颌神经沟=②下颌小舌稍上方=下颌孔上 1cm
17. 颊（长）神经：同侧下颌 5-8 颊侧牙龈、黏骨膜、颊部黏膜、颊肌和皮肤
18. 颞神经：1-4
19. 腭前神经：=腭大孔麻醉。上颌 8 腭侧龈缘至腭中线弓形凹面连线中点（平面连线中外 1/3 交界处）偏后，麻醉腭中、腭后神经（=腭小神经），引起软腭、悬雍垂麻痹而致恶心或呕吐。（3-8）
20. 鼻腭神经：=腭前孔注射法。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 0.5 cm 即为腭乳头（3-3）
21. 眶下神经阻滞麻醉：进针点：口外：同侧鼻翼旁 1cm，与皮肤呈 45° 向上后外方刺入。口内：上 2 颊侧，与上颌中线呈 45° 上后外（注射点：眶下孔：眶下缘中点下 0.5cm，鼻尖至眼睑外侧连线的中点）

22. 上牙槽后神经（上颌结节麻醉）：上 7 远中颊侧根部前庭沟作为进针点；与上颌牙的长轴成 40° ，向上后上 6 要麻醉：腭前 N+上牙槽后 N+近中颊（上牙槽中 N）浸润内方刺入 15-16mm 回抽无血，**不宜过深**，以免刺破上颌结节后方的**翼静脉丛**，引起**血肿**。（上 6 除了近中颊+78）
23. **冷冻麻醉**：**氯乙烷**，最先消失的是**痛觉**，用**凡士林**保护
24. 上牙槽中神经：**45+6 的近中颊**
25. 上牙槽前神经：**1-3**
26. 上 3：**鼻腭 N+腭前 N+上牙槽前 N**（上牙槽中 N 在此交通）
27. 下颌升支的**宽度愈大**，下颌孔到升支前缘的距离愈大，进针**深度**应增加。
28. 下颌骨弓**愈宽**，注射针尖应尽量往对侧的磨牙区后靠，即**加大与中线所成的夹角**角度，以使针头避开下颌骨内斜嵴的阻挡，容易准确到达下颌孔。
29. 下颌角的**角度愈大**，下颌孔的位置**相应变高**，注射时进针应适当加以调整。
30. 上颌尖牙拔除时，因上牙槽前神经与上牙槽中神经、鼻腭神经与腭前神经多在此交叉，故最好选择**唇、腭侧局部浸润麻醉**。
31. 晕厥：四肢**厥冷无力**、脉搏快而弱。防治：针刺人中穴
32. 肾上腺素反应：头疼，脉搏**快而有力**
33. 过敏：必须要有脂类药。延迟不重，也就是**血管性神经性水肿**（巨唇、巨舌）。即刻反应像中毒，可致命，治疗就是给予脱敏药物，再有就是对症治疗
34. 中毒：**打入血管内**。兴奋型，血压上升；抑制型，血压下降。防治：给氧、补液、抗惊厥、**激素及升压药**
35. 注射针折断：进针后针头至少在组织外保留 **1cm**
36. 暂时性面瘫：注射针偏向**外后（主要）**不能触及骨面，或**偏上**越过**乙状切迹**，麻药注入**腮腺内**麻醉**面神经**
37. 暂时性牙关紧闭：麻醉药注入**翼内肌**或**咬肌内**
38. 暂时性复视或失明：进入**下牙槽动脉**，逆行进入脑膜中动脉或眼动脉
39. 颈丛神经阻滞麻醉的并发症：①**霍纳（horner）征**：**面色潮红**、面部皮肤**干燥无汗**②**声音嘶哑**（**麻痹了迷走 N，影响了喉返 N**）③**全脊髓麻醉**
40. 口腔颌面外科手术全身麻醉的特点：(1)麻醉与手术**互相干扰**。(2)保持**气道通畅**比较困难。(3)小儿与老年患者比例高：出现情况及时处理。(4)手术**失血较多**。
41. 口腔颌面部大手术后或癌性疼痛：**阿片类—芬太尼（首选）**
42. 疼痛辅助用药：**抗抑郁用药** 苯二氮卓类药物（地西洋）
43. 全麻实施准备：气管内插管：**经鼻盲探插管**。以测定**中心静脉压**来指导血容量的补充
44. 氧化亚氮吸入（**含氧量大于 30%**）：操作简单、镇静深度易调节、安全。**气胸、肠梗阻和中耳疾病**禁用
45. ICU 不收治的：某些慢性患者**晚期**、恶性肿瘤**晚期**、病因不能纠正的**濒死**患者
46. **院内感染**最重要场所

第三单元 牙及牙槽外科

1. 拔牙的禁忌证：

(1) 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、Ⅳ级者。（心功能Ⅱ级慎拔）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首选药物。⑧Ⅲ°或Ⅱ度二度房室传导阻滞、双束支阻滞不宜拔牙。⑨人工瓣膜置换、先心病、风心病需要预防用药

(2) 高血压：时机：低于24/13.3 kPa (180/100mmHg) 高龄 (>70岁) 患者 160/90mmHg。局麻药用利多卡因为宜 大于140/90mmHg为异常高血压，应监护下拔牙。大于140/90mmHg为异常高血压，应心电监护下拔牙。合并血脂异常或糖尿病或肾病应≤130/80mmHg

(3) 放疗：前7-10天内，放疗后3-5年内，不能拔

(4) 糖尿病：时机：血糖在8.88 mmol/L (160mg/dl) 以内。早餐后1-2h

(5) 造血系统疾病：贫血者应血红蛋白80 g/l以上，红细胞压积在30%以上。血友病：凝血因子Ⅷ浓度提高到正常的30%，术前术后输鲜血/凝血因子。白细胞4，血小板最好100最低50。中性粒2，粒细胞1。

(6) 甲状腺机能亢进症：时机：基础代谢率控制在+20%以下，脉搏不超过100次/分时进行。

(7) 肾功能代偿期：内生肌酐清除率>50%，血肌酐<132.6 μmol/L (1.5mg/dL) 可拔牙

(8) 急性炎症：急性中央性颌骨骨髓炎、急性牙髓炎可拔牙

(9) 不加肾上腺素：高血压、甲亢、妊娠

2. 病员体位：半坐位。拔上颌牙：上颌平面：约与地面成45°角，与术者的肩部同一水平

拔下颌牙：下颌牙平面：与地平面平行，下颌与术者的肘关节在同一高度或稍低

术者通常位于病员右前方。术者位于病员右后方：①拔下前牙+②反握牙钳或牙挺拔牙

3. 牙挺作用的原理有杠杆原理、楔的原理（支点：牙槽骨壁、牙槽间隔）和轮轴原理（三角挺主要力量）

4. 牙挺使用时，一般应以被拔牙的近中颊为支点

5. 分离牙龈到牙槽嵴顶。

6. 拔牙力量：摇动（阻力小的颊侧）、扭转（上1>上2>上3）、牵引（脱位力）

7. 上1：主要使用扭转力的牙。上2：断根→原因根尖偏远中。

8. 上3：最容易出现牙槽窝唇侧骨板折断（最突出颊侧骨壁薄）。上45：不能用扭转力量。

9. 上67：多根牙，挺松：轮轴。上8：牙根变异较大。

10. 下12：不能扭转。下3：稍加扭转，唇侧骨板骨折。下45：向上、颊侧、远中脱位。

11. 下67：用牛角钳，楔力。下8：2个牙根多见。舌侧骨板薄，向上、舌侧脱位。舌侧内侧有舌神经。

12. 拔牙顺序：上→下，后→前，易→难

13. 残根断端有高有低要从离牙龈近处的断端下挺子

14. 翻瓣去骨：黏骨膜瓣的游离端要窄于基底部

15. 进入上颌窦的牙根拔除法：1) 翻瓣去骨法；2) 冲洗法用于牙根已进入上颌窦。
16. 已有穿孔时，如小的穿孔（直径2mm左右），可按拔牙后常规处理，待其自然愈合。**中等大小的穿孔（直径2~6mm）**也可按上述方法处理后，将两侧**牙龈拉拢后缝合**。穿孔大于7mm，需用邻位组织瓣关闭创口。
17. 下颌阻生牙（第三磨牙）的临床分类：
- (1) 下8与**下颌升支及第二磨牙**的关系：I类足够；II类不够（**下8牙冠<50%**）；III类骨埋伏（>50%）
- (2) 根据牙在骨内的深度：高中低（牙的**最高部位**与7的颌平面/颈部）
- (3) 根据阻生智齿的长轴与第二磨牙的长轴关系（与合平面）：①垂直阻生；②水平阻生；③倒置阻生；④近中阻生；⑤远中阻生；⑥**颊向阻生**；⑦**舌向阻生**。
- (4) 根据牙在正常牙列中的位置：**颊侧移位、舌侧移位及正中位**
18. 上颌第三磨牙：①与上颌窦关系**2mm**分为接近**SA**不接近**NSA**②高中低（8的**最低点**与7的颌平面/颈部）
19. 上颌阻生尖牙分类：第I类：腭侧，第II类：唇侧；第III类：横；第IV类：卡；第V类：无
20. 下8拔除方法：**垂直阻生→牙挺拔除。近中阻生→分牙拔除。舌向阻生→冲击法**
21. 下8拔除术中：①远中切口勿偏舌侧，以免**损伤舌神经**②**颊侧切口与远中切口的末端**都与牙龈成**45°**角向下③**黏骨膜全层切开**④用锤凿法劈牙前，牙冠应已有**足够的显露**，且**牙不松**⑤**涡轮钻拔牙是创伤小**
22. 颊侧切口**不能切在龈缘的中间**（张力过大）；**不能切在龈乳头**（引起坏死）。要在**轴角**。
23. 术中并发症：牙折断（常见）、邻牙或对颌牙损伤、下颌骨骨折（罕见）、牙龈损伤、下牙槽神经损伤、舌神经损伤、出血药物（5A）、颞下颌关节损伤
24. 术后并发症：拔牙后出血（半小时仍有明显出血，拔牙**48小时以后**，称为**继发性出血**），感染，干槽症
25. 创口感染：血块分解后产生，所以术后3h不可能是创口感染。特殊病例：拔除下颌阻生智齿后，可伴发**咽峡前**间隙感染，主要症状为开口困难及吞咽疼痛
26. 干槽症（**发病率0.9-4.4%**，**下后牙58-92%**）：纤维蛋白溶解学说。术后**2-3天后**（**次选3-4天**）的**持续性疼痛**，拔牙窝**空虚**（具有诊断意义）或有**腐败血凝块**，棉球蘸取有恶臭味。**防治**：彻底清创（阻滞麻醉下），双氧水棉球反复擦拭至无臭味，生理盐水冲洗填入碘纺纱条（**7-10天去除**）。愈合过程**1-2w**
27. 拔牙创愈合：
- (1) 拔牙创出血和凝血块形成（15-30 min）。
- (2) 凝血块的机化（24 h开始——7天被肉芽替代）。
- (3) 上皮覆盖拔牙创（3~4天开始，20天基本完成，5-8天开始形成新骨）。
- (4) 骨组织修复（6天开始，一个月**新骨**充满拔牙创，3个月X线不显影）。**3-6个月正常骨组织**。
- (5) 结缔组织→原始的纤维样骨（**38天-3个月**）。不成熟的骨组织→成熟的骨组织（**3-6个月重建完成**）
- (6) 临床愈合时间→**1个月**
28. 牙槽骨修整术拔牙后**2-3个月最佳**（口外）；**1个月以上**（修复）进行修整
系带矫正术系：学说话前，**2岁**
29. 牙再植术：根尖孔呈**喇叭状**者效果良好。
30. 上颌窦瘘修补术：**(>7mm)**包括颊侧滑行瓣修补术。**腭黏膜**旋转瓣（用于靠**腭侧**的**较大瘘孔**）修补术

第四单元 牙种植术

1. 牙种植是将人工牙（通常指人工牙根假体）植入牙槽骨内的手术。
2. 国际标准化组织（ISO）1984 年
3. 纤维-骨性结合“拟牙周膜” 异物反应
4. 种植体与骨界面的正常愈合即骨结合
5. 上皮细胞黏附在种植体表面而形成生物学封闭，称袖口（光滑）。生物学宽度 2.04mm 连接方式：半桥粒
6. 种植手术时，钻孔时产热不应大于 47°（主要原因），转数：高速≤2000r/min，低速≤20r/min
7. 第二期手术一期手术后 3~4 个月（上颌 4 个月，下颌 3 个月）
8. 复诊种植义齿修复后，第一年每隔 3 个月复查一次，以后每年至少复查 2 次
9. 上颌窦的内外提升：术后 8 个月再种植，
 - （1）内提升：可升高 5mm，要求上颌窦底距离骨质大于 5mm 的个别牙种植，窦底撕裂后胶原膜修复
 - （2）外提升：用于牙槽骨高度小于 3mm
10. 缺牙区植骨后种植骨结合时间：6-9 个月（至少为 6 个月）
11. 手术的微创性：制备种植窝时骨床温度不应超过 47°C
12. 缺牙间隙近远中径至少 6mm，骀龈距离 7mm

唇颊、舌腭侧骨质 ≥1.5 mm	种植体末端距离上颌窦底 ≥1-2 mm
种植体之间 ≥3mm	种植体末距离下颌管 ≥2 mm
种植体与自然邻牙 ≥2 mm	种植体长度 ≥8~10 mm

13. 牙种植体的早期稳定性。（种植体旋入扭力≥35N·cm）
14. 牙种植术中不包括的并发症：牙龈坏死
15. 牙龈增生：由于基桩穿龈过少或与桥架连接不良所致
14. 1995 年《中华口腔医学》杂志社在珠海制定的种植成功标准为：
 - ①种植体周围 X 线无透射区；横行骨吸收不超过 1/3，种植体不松动
 - ②龈炎可控制（可以有龈炎）
 - ③咀嚼效率大于 70%
 - ④符合上述要求者 5 年成功率应达到 85%以上；10 年 80%以上
15. 1986 年在瑞典 Albrektsson 和 Zarb 标准：负重一年后，每年垂直吸收不超过 0.2mm
16. 禁忌证：严重糖尿病、口腔卫生不良者、磨牙症、骨质疏松症、骨软化症、骨硬化症

第五单元 口腔颌面部感染

1. 鼻唇部静脉又常**无瓣膜**，使在**鼻根**向两侧口角发生的感染易向颅内扩散而称为面部“危险三角区”。
2. 口腔颌面部感染常由**金黄色葡萄球菌**，最多见的是**需氧菌与厌氧菌**的混合感染。
3. 感染途径：牙源性+腺源性(淋巴结感染, **颌下多见腺源性**，**腺源性多见下颌下**)+损伤性+血源性+医源性
- 4.

金黄色葡萄球菌	黄色黏稠脓液
链球菌	淡黄稀薄脓液
绿脓杆菌(=铜绿假单胞菌)	翠绿色，稍黏稠，有酸臭味
混合细菌	灰白或灰褐色脓液，有明显的腐败坏死臭味
结核杆菌	稀薄浑浊，暗灰色似米汤，夹杂干酪样坏死的冷脓肿
放线菌	脓液中夹杂有硫磺颗粒

5. 感染治疗以局部为主，全身为辅
6. 下颌智牙冠周炎最常见，主要发生在 18~30 岁
7. 磨牙后区扩散→**面颊痙**，下颌骨外斜线向前→**下颌 6 颊侧黏膜痙**，下颌支外侧或内侧向后扩散→**外侧引起咬肌间隙、内侧引起翼下颌间隙感染、向后咽旁间隙感染、向外颊间隙感染、向下下颌下间隙口底间隙感染**
8. 眶下间隙感染：来源：**上 1234 根尖化脓性炎症**，**医源性**；警惕**海绵窦血栓性静脉炎**切口：**上 345 颊侧前庭黏膜转折处做横行切口**
9. 咬肌间隙感染：来源：下颌智牙冠周炎，**化脓性腮腺炎**；临床特点：**下颌支外侧及下颌角为中心的咬肌区肿胀、充血、压痛，伴明显张口受限**；切口：口外切口（**弧形切口**）从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
10. 翼下颌间隙感染（**交通**）：来源：下牙槽神经阻滞麻醉时消毒不严；特点：先有牙痛史，后出现张口受限，咀嚼、吞咽疼痛，下颌升支**内侧**深压痛；切口：**口外→同咬肌**，口内→翼颌皱襞外侧纵行切开 2~3 cm
11. 颞下间隙感染（**中心**）：来源：上颌结节麻醉，警惕**海绵窦血栓性静脉炎**，临床特点：**颞弓上、下及下颌支后方微肿**，**医源性**；切口：**口外：同咬肌间隙；口内：上颌结节外侧前庭沟**
12. 下颌下间隙感染：来源：牙源性，**腺源性**。位于下颌下三角内。切口：①下颌骨体部下缘以下 2cm 做与下颌下缘平行之切口（平行切口）②注意避免损伤面神经（下颌缘支）
13. 颊间隙感染（**助理不考**）：有**狭义、广义**之分。波及到**颊脂垫肿胀明显**。来源：上、下颌磨牙的根尖周脓肿或牙槽脓肿穿破骨膜；切口：**口外→下颌下 1-2cm 水平切口**。口内→颊部**下颌前庭沟之上水平切口**
14. 颞间隙感染（**助理不考**）：来源：间隙感染扩散（**咬肌、翼下颌、颞下、颊**），耳源性（**化脓性中耳炎、颞乳突炎**）；单纯**颞浅**间隙→发际内做单个皮肤切口。单纯**颞深**间隙：两个以上与颞肌纤维方向一致的直切口。

多间隙：

①自上向下：**颞深**、颞下、翼下颌、下颌下间隙→贯穿式引流。

②颞下、翼下颌、下颌下间隙→**下颌角**下方切开并行贯通引流。

③颞、颞下及翼下颌间隙→**颞部**及下颌角下方切开并行贯通切口引流（涉及**颞间隙**—**两切口**贯通引流）

16. 咽旁间隙感染（助理不考）：临床特点：**悬雍垂被推向健侧**；切口：口内→翼下颌皱襞稍内侧纵行切开黏膜层（首选）**口外**→**同咬肌**

17. 舌下间隙感染（助理不考）：来源：①下颌牙的**牙源性**感染②舌下腺、下颌下腺导管炎症。临床特点：舌体被抬高**推向健侧**，**吞咽困难疼痛**；切口：在**口底肿胀最明显或波动区**，做平行下颌体的切口。

18. 颌下间隙感染（助理不考）：来源：**腺源性**：**淋巴结炎症**；临床表现：**进展缓慢**，扪压有**凹陷性水肿及波动感**。切口：**肿胀最突出处**横行切开皮肤

19. 口底多间隙感染=口底蜂窝织炎：如有腐败坏死性病原菌（路德维希咽峡炎=**腐败坏死性口底蜂窝织炎**）感染；皮下因有气体（产气杆菌）产生，可扪及**捻发音**，切开后有大量**咖啡色**、稀薄、恶臭、混有**气泡**的液体；肌组织—**棕黑色**，结缔组织—**灰白色**，严重者出现“三凹”征；切口：“衣领”型或倒“T”型切口，广泛切开。

（张口受限：**颞+颞下+翼下颌+咬肌+咽旁**）

19.	中央性颌骨骨髓炎	边缘性颌骨骨髓炎
感染来源	牙周膜炎、 根尖周炎 为主	下颌智 牙冠周炎
感染途径	先松质骨，后密质骨	先形成骨膜下脓肿，主要破坏密质骨，很少破坏松质骨
临床表现	弥漫型 较多	局限型 较多
累及牙是否松动	是	否
病变部位	多在 颌骨体 ，也可波及下颌升支	多在 下颌角及升支 ，少及颌骨体
X线	大块死骨 形成，与周围骨质分界清楚或伴有病理性骨折	增生型：骨密质 弥漫性 增生（骨膜反应） 溶解破坏型：形成不均匀小块的骨粗糙面
骨质破坏时间	一般在发病2~4周 ，儿童颌骨骨髓炎一般7~10天考	
急性转慢性时间	2周	无
手术时间	病变局限3-4周 病变广泛5~6周	慢性期2-4周

20. 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：**刮除**方式清除。

21. **新生儿**颌骨骨髓炎：（病因：母亲的化脓性乳腺炎、泪囊炎、局部皮肤疖肿、人工喂养奶嘴创伤、**产道感染**、脐带感染、**医源性**、败血症）**不包括**：**中耳炎**。出生后**3个月以内**，**上颌骨**，**血源性**，金黄色葡萄球菌，**很少**形成大块死骨。颗粒状死骨（**X线片**在诊断死骨形成上**帮助不大**）。

22. 放射性颌骨坏死：**软组织**射线平均耐受量为**6~8周内给予60~80 Gy**；**骨组织50~60 Gy**。死骨与正常骨常**界限不清**；治疗：必要时给予输血、高压氧等治疗，以促进死骨分离；死骨在未分离前，为控制感染每天应使用**低浓度** H₂O₂ 或抗生素液进行冲洗。**露出的死骨**：**用骨钳分次逐步咬除**，以减轻对局部软组织的刺激。不能拔牙（放疗前7-10天，放疗后3-5年）。

23. 疔：单一毛囊；全身症状：无，危险三角可并发**海绵窦血栓性静脉炎**、**败血症**或**脓毒血症**。治疗：2%碘酊涂擦局部，保持清洁

24. 痈：上唇多见，男性多；多数的黄白色脓头，全身中毒症状明显；切开脓肿后：**切忌分离脓腔**；**高渗盐水**或含抗生素的盐水纱布局部持续湿敷

25. 面颈部淋巴结炎：小儿患者大多数由上呼吸道感染及扁桃体炎引起，**急性化脓性**：**浆液性**逐渐向**化脓性**转化；**慢性**淋巴结炎，**微痛的硬结**；临床表现：**干酪样坏死 似米汤 冷脓肿**

26. 常用抗结核药物：**异烟肼、利福平、链霉素、乙胺丁醇、吡嗪酰胺**

27. 颌面部特异性感染（助理不考）：

(1) 颌面骨结核：儿童、青少年。颧骨结合部和下颌支，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；**抗酸杆菌（结核杆菌）**

(2) 颌面部放线菌病：20~45岁的男性。**Wolff-Israel型**放线菌；腮腺咬肌区；**板状硬**，**硫黄样颗粒**；呈放射状的菌丝；药物治疗：**青霉素首选**；手术疗法：**①切开引流；②死骨刮除术；③（有瘘管）病灶切除术**

(3) 梅毒：**苍白螺旋体**（性传播）

治疗：①药物：**青霉素首选**（防反跳用激素—**泼尼松**）

②手术：病灶切除—**有瘘管**

①先天梅毒：在**4岁以内**发病者为早期（传染）；**4岁以后**不传染

貌似老人；桑葚状**磨牙**

哈钦森三征：**间质性**角膜浑浊+神经性耳聋（**第VIII对**）+哈钦森牙

②后天梅毒：一、二期属早期梅毒，多在感染后**4年内**出现症状，传染性强；**4年以后**不传染

一期：口唇下疳

二期：梅毒疹

三期：树胶样肿（梅毒瘤）（累及**软组织+颌面骨和骨膜组织**）

第六单元 口腔颌面部创伤

1. 血运丰富，优点：易于愈合；缺点：易形成血肿
2. 牙损伤：优点：咬合关系错乱→骨折；缺点：二次损伤
3. 颅脑损伤：鼻孔（前颅底），外耳道（中颅底）
4. 多处伤：同一部位多个损伤（一个骨头）。
5. 多发伤：颌面部+其他部位损伤（多个骨头）。
6. 复合伤：致伤因子两种或以上
7. 窒息临床表现：“三凹”（锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙）
8. 上颌骨横断骨折时，骨块向下、后方移位；筷子横放于上颌双侧前磨牙部
9. 舌后坠：舌尖后约 2cm 处用粗丝线
10. 肿胀与血肿：①插入导管保持呼吸道通畅。②情况紧急，又无适当导管时，可用 1~2 根粗针头行环甲膜穿刺，随后行气管切开术。③紧急抢救患者的，可行环甲膜切开，插管不宜超过 48 小时，及时行常规气管切开术后，避免导致环状软骨损伤软化，继发喉狭窄，立即行气管插管。
11. 吸入性窒息：气管切开，首选 3-5，其次 2-4（尖刀反挑 2-4）
12. 指压止血：①用手指压迫出血部位供应动脉的近心端②面部出血在咬肌止端前缘的下颌骨骨面上压迫面动脉③额颞部出血在耳屏前压迫颞浅动脉④颌面部大面积出血时在第 6 颈椎横突上压闭颈总动脉，时间一般不超过 5 分钟，也禁止双侧同时压迫，否则会导致脑缺血。
13. 包扎止血：颈部不宜做环形包扎
14. 填塞止血：确定无脑脊液漏后才可填塞
15. 结扎止血：双侧颈外动脉
16. 休克：正常成人的心率上限如达到 120 次/分钟；目的：恢复组织灌流量

休克早期或代偿期：出血在 15%以下	晶体液和胶体液	成人首剂量一般为 2000 mL
中度休克	全血	第 1 小时可输血 1000 mL 左右
收缩压低于 70mmHg 的重度休克者	全血	10~30 分钟内输全血 1500 mL

17. 颌面部损伤占比：
 - ①颅脑损伤：40%
 - ②软组织损伤：60-65%
 - ③颌骨骨折：35%
18. 战伤感染率：20%
19. 脑震荡：一过性意识障碍，不超半小时，逆行性遗忘

20. 颅内血肿：**昏迷-清醒-再昏迷**
21. 硬脑膜外血肿（颅内血肿特殊情况）：**昏迷-清醒-头疼嗜睡-昏迷**；伴有伤侧瞳孔散大，对光反射消失；**呼吸脉搏变慢，血压上升（两慢一高→库欣征 Cushing）**
22. 对于颅脑损伤病人，镇静**禁用吗啡（抑制呼吸，缩瞳）**
23. 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）
24. 昏迷：**严禁**作颌间结扎固定
- 25.

昏迷患者	俯卧位 ，额部垫高，使口鼻悬空，有利于唾液外流和防止舌后坠
一般患者	采取 侧卧位 或 头侧向一侧 ，避免血凝块及分泌物堆积在口咽部
疑有颈椎损伤的患者	应 多人同时搬运 ，一人稳定头部并加以牵引，其他人则以协调的力量将患者平直整体移动，抬到担架上，颈部应放置小枕，头部两侧加以固定，防止头的摆动

26. 挫伤（**闭合性**）：①血肿较大，可在无菌条件下，用粗针头将淤血抽出 ②已形成血肿者，24小时内冷敷，48h后可用热敷③如有感染，引流
27. 撕裂或撕脱伤：伤后**6**小时内，切削成全厚或中厚层皮片做再植术；已超过6小时，游离移植消灭创面
28. 清创术，总的原则是**6~8**小时内进行。
29. 清创步骤：冲洗（**创口周围→创口**）→清理创口→缝合
30. 创口有急性炎症、异物位于大血管旁、定位不准确、术前准备不充分或异物与伤情无关者，可暂不摘除（**深部异物必须去**）
31. 在伤后24~48小时之内，均可在清创后行严密缝合；甚至**超过48小时**，只要创口无明显化脓感染或组织坏死，在充分清创后，仍可行严密缝合。
32. 舌损伤：尽量保持舌的**长度**，将创口按前后**纵行方向缝合**。先缝合舌，（**4号以上缝线**），加用褥式缝合
33. 颊部贯通伤：①无组织缺损或缺损较少者：可将口腔黏膜、肌和皮肤分层缝合②皮肤缺的多，粘膜缺的少：粘膜缝粘膜，皮肤植皮。③较大的面颊部全层洞穿型缺损，口腔黏膜与皮肤相对缝合，植皮。
34. 腭损伤：腭护板
35. 唇、舌、耳、鼻及眼睑断裂伤：伤后时间不超过**6小时**，应尽量设法缝回原处
36. 腮腺创伤：术后绷带**加压包扎**7天左右，其间可辅以抗唾液腺分泌药物
37. 腮腺导管和面神经损伤：导管吻合或重建，神经**吻合**或移植
38. **1/3**以内的唇缺损：**直接拉拢缝合**
39. **上唇**缺损在1/2左右：**鼻唇沟**组织瓣转移术
40. **上、下唇**缺损在1/2左右：**对侧唇组织交叉**组织瓣转移术

41. 下唇 1/2-2/3 的缺损：唇颊组织瓣**滑行推进术**（Bernard 手术）
42. 2/3 以上：剩余唇组织/鼻唇沟组织，可加**对侧唇组织瓣**
43. 牙槽突骨折：多见于**上颌前部**；摇动损伤区某一牙时，可见**邻近数牙及骨折片随之移动**；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**（4周）
44. 下颌骨发生骨折薄弱区：正中联合部、颏孔区、下颌角区及髁突颈部，成为骨折好发部位。
45. 正中联合部骨折：单发，常无明显移位；两侧双发骨折，**舌后坠**；粉碎性骨折或有骨质缺损，**舌后坠（颏结节区所附着的肌肉）+牙弓缩窄（下颌舌骨肌作用）**
46. 一侧颏孔区骨折：**前**骨折段**向下方**移位，并稍偏向外侧；**后**骨折段**向上前方**移位
47. 双侧颏孔区骨折：**两侧后**骨折段**上前方**移位，**前**骨折段则**向下后方**，致**舌后坠**
48. 正位于下颌角骨折：不发生移位
49. 咬肌前缘下颌角骨折：**前**骨折段**向下**，**后**骨折段**向上前**
50. 髁突骨折：髁突由于受翼外肌牵拉而**向前、内**移位
51. 单侧髁突颈部骨折：骨折端**后牙早接触**，前牙及对侧牙可出现开合
52. 双侧髁突颈部骨折：后牙早接触，**前牙开合**更明显
53. 翼外肌附着上方髁突骨折：**不发生**移位。又称为**囊内骨折**或**脱帽骨折**
54. 上颌骨骨折：
 - (1) I型骨折：找梨状孔、低位、水平，**前牙开合**，**后牙早接触**
 - (2) II型骨折：过眶底（**颧上颌缝**、鼻漏）、锥形、中位
 - (3) III型骨折：过眶部（**颧额缝**、鼻耳漏）、高位、**颅面分离**
55. 正确的骨折复位和稳定可靠的固定，**下颌骨骨折固定4周**，**上颌骨固定3周**。
56. **对冲伤**：颏部闭合性骨折时，常在打击力相反方向伴有髁突颈部和下颌角的间接性骨折。
57. 颌间牵引：用于**下颌骨骨折**的牵引固定（靠上颌骨牵引）；**颅颌牵引**：用于**上颌骨骨折**（靠颅牵引）
58. 单颌固定：常用于**牙槽突骨折**和**移位不大的颏部线形骨折**
59. **坚强内固定：首选方法**
60. 无移位的：**暂时制动**。
61. 髁突骨折的保守治疗：可在患侧磨牙区垫上2~3mm厚的橡皮垫，用颌间弹性牵引复传同定，使下颌支下降，髁突复位，恢复咬合关系；然后撤除橡皮垫，继续颌间固定3~4周。
62. 髁突骨折的手术治疗：成角畸形大于45°角者、髁突骨折片向颅中窝移位，髁突外侧移位并突破关节囊者一般不需辅助颌间牵引固定或**仅固定10天**。
 - ①**高位髁突骨折**或**囊内骨折**：**耳屏前**切开复位内固定

②低位髁突骨折：颌后及下颌下切开复位内固定

③髁突粉碎性骨折不能固定：手术摘除碎骨

63. 无牙颌骨折：老年人，经常见于下颌骨；原有修复的义齿，结扎，恢复咬合关系

64. 儿童颌骨骨折：选用单皮质钉，防止损伤牙胚

65. 颧骨颧弓骨折分类：①无移位②颧弓骨折③向后内下移位，无转位④向内转位⑤向外转位⑥颧骨体粉碎性骨折。（②⑤不固定）

66. 颧骨骨折导致张口受限：压迫颞肌和咬肌，阻碍喙突运动

67. 颧骨骨折导致神经症状：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

68. 颧骨颧弓骨折 X 线片检查鼻颧位（华氏位）和颧弓切线位

69. 颧弓骨折 X 线特征性表现呈“M-三线”或“V-双线”

70. 骨折段移位的主要原因：①颧骨颧弓：外力的方向和大小②下颌骨：咀嚼肌的牵拉③上颌骨：重力

71. 颧骨颧弓骨折治疗方法

治疗	适用于
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）
上颌窦填塞法考	粉碎性颧骨或上颌骨骨折
头皮冠状切口复位内固定	额、鼻、眶、颧区多发性、陈旧性骨折
口内切开复位法	颧骨颧弓骨折
颞部切开复位法	颧骨颧弓骨折
面部小切口切开复位法	利用面部原有创口进行骨折的复位固定
上颌窦填塞法考	粉碎性颧骨或上颌骨骨折
头皮冠状切口复位内固定	额、鼻、眶、颧区多发性、陈旧性骨折

72. 眼眶骨折（助理不考）：来自正前方的钝性打击力可造成眶内压力急剧增加，致使眶腔下壁向下塌陷到上颌窦，发生特征性的单纯眶底骨折，亦称爆裂性骨折。（无张口受限）

73. 鼻眶筛骨折的重要特征：鼻根区塌陷、内眦距变宽，内眦角下垂

74. 眼眶骨折手术时机：1 周左右为宜

75. 传统的骨折愈合（二期骨愈合）：血肿形成 4-8h→机化 1-3d→骨痂形成 1-2w→骨痂改建 2w 后

76. 二期骨折：临床愈合 6-8w，骨性愈合 5-6 月

77. 一期骨折：没有血肿形成和机化以及骨痂形成期，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，患者可早期行使咀嚼功能。

第七单元 口腔颌面部肿瘤及瘤样病变

1. 口腔癌的发病率：1:10 万；男女比例：2:1；年龄：40-60 岁
2. 癌：来自**上皮组织**。肉瘤：来源于**间叶组织**
3. 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。如**成釉细胞瘤**、**乳头状瘤**、**多形性腺瘤**
4. 原位癌 Tis：癌初起局限于黏膜内或表层中（**不突破基底膜**），称原位癌。
5. 肿瘤外来因素：物理因素、化学因素、生物因素、营养因素（**维生素 A、B、E**）
6. 肿瘤内在因素：神经精神因素、内分泌因素、机体免疫状态、遗传因素、基因突变
7. 面部癌多见：鳞癌。面部**皮肤癌**多见的是：**基底细胞癌**

	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（气球）	浸润性生长（吃）
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→ 肺
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及发生恶病质而死亡
组织学结构	细胞 分化良好	细胞 分化差

8. 甲状腺癌及口腔内异位甲状腺：¹³¹I 或 ¹²⁵I 诊断，¹²⁵I 分辨较好
9. ^{99m}Tc：**颌骨恶性肿瘤**，**沃辛瘤“热结节”**，涎石症下颌下腺**功能测定**。
10. 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**。T₂ (2-4] N₂ (3-6] M (0、1)

T₀-原发灶隐匿 Tis-原位癌；N_{2a}-单侧单个，N_{2b}-单侧多个，N_{2c}-双侧。T_{4a}-局限浸润，T_{4b}-广泛浸润

临床分期	T	N	M
0	Tis	0	0
I	1	0	0
II	2	0	0
III	3	0	0
	任何	1	0

IV A	任何/4a	2	0
IV B	任何/4b	3	0
IV C	任何	任何	1

11. 手术：①良性肿瘤②颌骨③唇癌。第一次手术是治愈肿瘤的关键，在手术中应严格遵守“无瘤”操作原则

12. 放疗：细胞分化程度差的肿瘤

放射线敏感	未分化癌、恶性淋巴瘤、淋巴上皮癌、浆细胞肉瘤、尤因（Ewing）肉瘤
放射线中度敏感	鳞状细胞癌及基底细胞癌
放射线不敏感的	骨肉瘤、纤维肉瘤、肌肉瘤（胚胎性横纹肌肉瘤除外）脂肪肉瘤、腺癌、恶性黑色素瘤

13. 放疗警戒数（正常成人最低值、拔牙值）：白细胞 $4 \times 10^9 / L$ 血小板 $100 \times 10^9 / L$ ，低于此 减少放射剂量

14. 暂停放射治疗：白细胞低于 $3 \times 10^9 / L$ ，血小板低于 $80 \times 10^9 / L$

15. 化学药物分类：

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（M）、环磷酰胺（C）。

②抗代谢类：甲氨蝶呤、5-氟尿嘧啶。

③抗生素类：博来霉素、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（O）、喜树碱。

⑥其他：有丙卡巴肼（P）、羟基脲、顺铂等。

单一用药：鳞癌应用平阳霉素。腺癌应用喜树碱或5-氟尿嘧啶治疗。骨肉瘤应用甲氨蝶呤

16. 化疗的不良反应：主要的不良反应是骨髓抑制。其他的不良反应有消化道反应。

17. 一级预防：病因预防。二级预防：“三早”（处理癌前病损）。三级预防：防复发。

18. 癌前病损（=病变）是两斑：白斑和红斑。（易感人群：1年复查1-2次；非易感人群：3-5年复查一次）

19. 皮脂腺囊肿：有包有点。“粉瘤”，潴留性囊肿。囊内为白色凝乳状皮脂腺分泌物。中央可有一“小色素点”。可能发生恶变——皮脂腺癌。沿颜面部皮纹方向做梭形切口，应切除包括与囊壁粘连的皮肤。

20. 皮样囊肿：由皮肤和皮肤附件所构成。“发瘤”。触诊时囊肿坚韧而有弹性，似面团样。穿刺检查可抽出乳白色豆渣样分泌物。口底、颌下

21. 表皮样囊肿：囊壁中无皮肤附件者。眼睑、鼻、额

22. 甲状舌管囊肿：位于颈正中部位，舌骨上下，可随吞咽移动，穿刺黄色稀薄液体。手术：将舌骨中份一并切除。甲状舌管瘘可通过碘油造影明确瘘管行径

23. 异位甲状腺：“含橄榄”语音，核素 ^{131}I 扫描时，可见异位甲状腺部位有核素浓聚。

24. 鳃裂囊肿：下颌角以上及腮腺区者常为第一鳃裂。颈根区者多为第三、第四鳃裂来源。最多见的是第二鳃裂，胸锁乳突肌上 1/3 前缘附近。原发性第二鳃裂瘻外口一般多位于颈中、下 1/3，胸锁乳突肌前缘处。穿刺黄色清亮。第二鳃裂囊肿保护副神经；第一鳃裂囊肿保护面神经

25. 牙源性囊肿	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	炎性
始基囊肿	下 8 区+下颌支		成釉器的星形网状层发生变性考
含牙囊肿 (滤泡囊肿)	下 8+上 3	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

26. 牙源性颌骨囊肿中除了根尖囊肿外都可以转变为或同时伴有成釉细胞瘤。

27. 非牙源性	部位	来源	X 线显示
球上颌囊肿	侧切牙和尖牙之间	发育，位于球状突和上颌突之间肿物	囊肿阴影在牙根之间，不在根尖部位倒梨形
鼻腭（管）囊肿	切牙管内或附近	来自于切牙管残余上皮	切牙管扩大的囊肿影像 心形
正中囊肿	切牙孔后，中缝的任何部位	两个继发腭联合时的肿物	圆形囊肿影像，也可发下颌正中
鼻唇囊肿	鼻底和鼻前庭内	鼻泪管上皮残余，囊肿在骨质表面	无

(附加)

炎症性囊肿	根端～（根尖周～） 残余～		
潴留性囊肿	皮脂腺～舌下腺～黏液腺～		
发育性囊肿	软组织～	皮样或表皮样～ 甲状舌管～ 鳃裂～	
	牙源性～	始基～ 含牙～	
	非牙源性～	球上颌～ 鼻腭～ 正中～ 鼻唇～	

28. 色素痣（助理不考）：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（可发展为恶黑——卫星小点）。混合痣：两者都有。

29. 牙龈瘤：非真性肿瘤。局部刺激所致、易复发。组织来源：牙周膜和牙槽突的结缔组织。好发：女性前磨牙的颊侧。局麻下手术切除。平阳霉素等硬化剂可以治疗。分型：①血管型牙龈瘤（=化脓性肉芽肿）血管特多，颇似血管瘤（与妊娠性龈瘤鉴别）。②巨细胞型牙龈瘤（=巨细胞肉芽肿）主要是肉芽组织（多核破骨细胞）所构成。③纤维型牙龈瘤含有较多的纤维组织和成纤维细胞。

30. 血管瘤：**真性肿瘤**，血管内皮细胞。增生期（4周，4个月，**高出皮肤+草莓状杨梅状**）、消退期（1年之后）及消退完成期（10-12岁）。**治疗：首选口服普萘洛尔一线药**

31. 静脉畸形：又称海绵状血管瘤。无数血窦。静脉石。体位移动试验阳性。

治疗：5%鱼肝油酸钠。平阳霉素 无水乙醇（平阳、无水、鱼）

32. 微静脉畸形：又称葡萄酒色斑。沿三叉神经分布区分布。充血。**项部中线型可自愈。**

33. 动静脉畸形：又称蔓状血管瘤/葡萄状血管瘤/念珠状血管瘤。**好发成人**，表面温度高。**患者感到搏动感**。扪诊有震颤感。听诊有吹风样杂音。**治疗：主要采取手术治疗，可用无水乙醇做栓塞**

34. 微囊型淋巴管畸形：巨舌症

35. 大囊型淋巴管畸形：又称**囊性水瘤**。**宝宝锁骨上区 感冒增大** 透明、淡黄色**水样液体**。**透光试验**为阳性。

36. 混合型脉管畸形：**淋巴血管瘤**：口腔黏膜的淋巴管畸形有时与微静脉畸形同时存在，出现**黄、红色小疱状突起**。

<p>37. 牙源性角化囊肿 (复发率 3%-60%)</p> <p>易复发可恶变</p>	<p>下8区和 下颌支</p>	<p>生长缓慢，初期无自觉症状，若继续生长，扪诊时可有乒乓球样的感觉，并发出所谓羊皮纸样脆裂声，穿刺皮脂样（黄白色的角蛋白），1/3向舌侧</p>	<p>X线：牙根可出现压迫吸收（斜面状）+ 沿颌骨长轴发展</p>	<p>治疗：大的刮治，子囊（复发）硝酸银烧灼</p>
---	---------------------	---	---	-----------------------------------

38. 痣样基底细胞癌综合征（Gorlin 综合征=多发性基底细胞痣综合征）：①多发性角化囊性瘤 ②皮肤基底细胞痣（或基底细胞癌） ③**分叉肋、眶距增宽、颅骨异常、小→大脑镰钙化**

39. 成釉细胞瘤：以下颌体及下颌角部为常见。也可发生在**胫骨和脑垂体**。蜂房状，牙根呈**锯齿状**吸收，呈**半月形切迹**（罕见钙化）穿刺**褐色液体**。治疗：肿瘤扩大**0.5 cm**处切除。小的方块切，保留颌骨的连续性；大的肿瘤整块切除，保证术后不复发，术后立即植骨。（鉴别诊断：牙源性腺样瘤：上3**腺一朵玫瑰花**）

40. 骨化性纤维瘤：病变与正常骨之间**界限清楚**，可见不等量的和不规则的**钙化阴影**。

41. 骨纤维异样增殖症：病变与正常骨之间**无明显界限**，**毛玻璃**。

42. 神经鞘瘤：良性肿瘤。**褐色血样液体，不凝结**。

43. 神经**纤维瘤病**：**棕色斑**皮肤

44. 鳞癌好发排序：舌（第一）>颊>牙龈>腭>上颌窦。

45. 鳞癌一般可分为三级：I级分化较好，III级分化最差；**未分化癌的恶性程度最高**。

46. 舌癌：“两最”——**最多见，最早淋巴结转移**。多发生于**舌缘**。多为**溃疡型和浸润型**。舌背或越过舌体中线→对侧颈淋巴结转移；舌前部的癌→下颌下及颈深淋巴结上、中群转移；**舌尖部→颈下或直接至颈深中群淋巴结+颈肩胛舌骨肌淋巴结**。（选择性颈清-未转移。根治性：切器官，范围大。功能性：范围小。）

47. 牙龈癌：以**溃疡型**为最多见。**下颌牙龈癌居第三位，上颌牙龈居第五位“上午下山”**。**分化度较高**的鳞状细胞癌。早期下颌牙龈癌仅波及牙槽突时，应将原发灶及下颌骨作方块切除；上牙龈癌应做上颌骨次全切除。如已波及**上颌窦内**，可考虑将一侧上颌骨**全切除**。

48. 颊黏膜癌：常发生于**磨牙区**附近。常转移至下颌下及颈深上淋巴结。

49. 腭癌：限于**硬腭**的原发性癌。以来自**唾液腺**者为多。转移主要是向颈深上淋巴结，有时双侧颈淋巴结。颈淋巴结一般行选择性手术，有转移时才同期行颈淋巴清扫术。

50. 口底癌：排**第六位**。淋巴结转移转移率**仅次于舌癌**。**双侧转移**。晚期患者可用放射治疗或化学药物行姑息性治疗。

51. 唇癌：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**，并较多见。

唇癌→**唇红黏膜**原发的癌；唇内侧**黏膜**→**颊黏膜癌**；唇部**皮肤**→**皮肤癌**中。

52. 上颌窦癌：常转移至下颌下及颈上部淋巴结，早期**无症状**。

上颌窦 内壁	出现鼻阻塞、鼻出血，一侧 鼻腔 分泌物增多，鼻泪管阻塞有 流泪 现象（内上方）
上颌窦 上壁	常先使眼球突出、向上移位，可能引起 复视
上颌窦 外壁	面部及 唇颊沟 肿胀，以后皮肤破溃、肿瘤外露；眶下神经受累可发生面颊部感觉迟钝或麻木
上颌窦 后壁	可侵入 翼腭窝 而引起张口困难
上颌窦 下壁	先引起 牙松动 、疼痛、龈颊沟肿胀

53. 中央性颌骨癌：发生自牙胚成釉上皮的剩余细胞。**下唇麻木**。**X 线：虫蚀状**。

54. 恶性黑色素瘤（**助理不考**）：成黑色素细胞。交界痣或复合痣中的交界痣成分恶变而来（**卫星结节**）。广泛转移。**不宜行活组织检查**。临床上如不能区别是否为恶性黑色素瘤时，可行原发灶冷冻活检，并争取一期完成治疗。外科手术切除为主。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。

55. **艾滋病（AIDS）病史而诊断为 Kaposi 肉瘤**

56. 软组织肉瘤：**纤维肉瘤**、恶性纤维组织细胞瘤为最常见。较少淋巴结转移，但常发生**血循转移**。

57. 骨源性肉瘤：**骨肉瘤**为最常见。**成骨性骨肉瘤**，可呈典型的**日光放射状**排列。治疗：行大块根治性切除，特别是强调器官切除的概念。

58. 恶性淋巴瘤（**助理不考**）：霍奇金淋巴瘤（HL）与非霍奇金淋巴瘤（NHL）两大类。其中临床以非霍奇金淋巴瘤多见。

59. 我国的恶性淋巴瘤中大多属**结外型**；其病理类型以**B 细胞型**为主约占**2/3**

60. 恶性淋巴瘤常沿淋巴管扩散，如侵入血流时，可成为**淋巴性白血病**。

61. NK/T 淋巴瘤：**中线坏死性肉芽肿**，首发部位是**鼻腔和鼻窦**

62. 非洲淋巴瘤（African lymphoma），亦称 Burkitt 淋巴瘤（**EB 病毒**）。不侵犯浅表淋巴结也**不发生白血病**

63. 霍奇金淋巴瘤（HL）：早期 HL 的治疗以放射治疗为主。化疗方案为 **MOPP**（氮芥、长春新碱、丙卡巴肼、泼尼松）**摸屁屁**

64. 非霍奇金淋巴瘤（NHL）：**CHOP** 方案（环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼尼松）。**阿霉素（H）**有心脏毒性，对已有**心脏疾病患者可采用 COP**（环磷酰胺、长春新碱、泼尼松）方案。**放“臭屁”**

第八单元 唾液腺疾病（肿瘤首选 B 超）

1. 急性化脓性腮腺炎：腹部大手术以后，机体严重脱水，金黄色葡萄球菌，逆行感染。肿胀以耳垂为中心，轻轻按摩腺体可见脓液自导管口溢出。不宜做腮腺造影。切开引流指征：S 型切口①凹陷性水肿；②局部有跳痛，穿刺抽出脓液；③腮腺导管口有脓液排出，全身感染中毒症状明显。
2. 慢性复发性腮腺炎：成人复发性腮腺炎为儿童复发性腮腺炎迁延未愈而来。以 5 岁左右，男孩最为常见。胶冻状液体溢出。随着年龄的增长，间歇时间延长，持续时间缩短。大多在青春期后痊愈。腮腺造影显示末梢导管呈点状、球状扩张。半数患者可见双侧腮腺末梢导管点状扩张。自愈性。
3. 慢性阻塞性腮腺炎：又称腮腺管炎。临床表现：见饭脸肿，稍加按摩后即有“咸味”液体自导管口流出，随之局部感到松快。“雪花样”。主导管呈腊肠样改变。含维生素 C 片，促使唾液分泌。
4. 涎石病和下颌下腺炎：85%左右发生于下颌下腺，好发于腺体导管交界处。又长又弯曲，混合性腺体富含黏蛋白，钙含量高 2 倍。①进食时，腺体肿大②导管口黏膜红肿③导管内的涎石，双手从后向前触诊常可触及硬块。阳性结石 X 线检查：横前侧后。阴性结石：首选拍片，可以造影。保守治疗：柠檬酸。切开取石术：1. 能扪及相当于下 7 以前部位的涎石 2. 无下颌下腺反复感染史，腺体尚未纤维化 3. ^{99m}Tc 测定腺体功能存在者。腺体切除术：切开取石术后 6 个月，行 ^{99m}Tc 下颌下腺功能测定，功能明显低下者。
5. 舍格伦综合征=干燥综合征（助理不考）：自身免疫性疾病。分为：原发性和继发性。中年以上女性。眼干口干唾液腺肿大。并发结缔组织疾病：类风湿关节炎（最常见）和系统性红斑狼疮。眼干：施墨（Schirmer）55，四碘四氯荧光素染色（玫瑰红染色）。口干：白蜡 533。造影：葱皮状或羽毛状，末梢导管扩张。唇腺活检：从小叶中心开始，小叶轮廓存在。眼干：0.5%甲基纤维素滴眼。结节型可采用手术治疗
6. 涎瘘：腮腺最常见。分为腺体瘘及导管瘘。造影剂外溢。腺体瘘唾液分泌量少者，新鲜创口：加压包扎，同时用阿托品，限制唾液分泌。新鲜的腮腺导管断裂伤：作导管端端吻合术。腮腺导管完全瘘且缺损较多：导管再造术。
7. 舌下腺囊肿：又称蛤蟆肿。分型：单纯型，口外型（潜突型），哑铃型。穿刺可抽出蛋清样。根治舌下腺囊肿的方法是切除舌下腺。口外型，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。特殊：老人和幼儿保守的成形性囊肿切开术（袋形缝合术）
8. 黏液囊肿：

	外渗性黏液囊肿（占 80%以上）	潴留性黏液囊肿
病因	创伤	导管系统的部分阻塞
病理	无上皮衬里	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，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 2%碘酊 0.2~0.5 mL 停留 2~3 分钟 再将碘酊抽出。抽打抽 最常用的治疗方法仍为手术切除，将腺泡一并切除	

9. 唾液腺肿瘤：腮腺最高 80%：80%位于浅叶。下颌下腺 10%。舌下腺最低 1%，好发舌根部，恶性最多，不易发现，但 90%恶性。小唾液腺 10%：腭腺最多发。磨牙后腺粘表最常见。唇腺：良性多，囊肿多见。

10. 多形性腺瘤：又名**混合瘤**，是唾液腺**良性**肿瘤中最常见者，属**临界瘤**。复发原因：①包膜常**不完整**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。好发部位：**大腮小腮**。包膜外正常组织处切除。腮腺肿瘤应**保留面神经**（浅叶：**保留面神经+浅摘**；深叶：**保留面神经+全摘**），下颌下腺肿瘤应包括**下颌下腺一并切除**。

11. 沃辛瘤（助理不考）：又名**腺淋巴瘤**。由**腺上皮**细胞和**淋巴**细胞构成。老年男性，吸烟史，腮腺后下极，**消长史**，^{99m}Tc 核素显像呈“**热**”**结节**，具有特征性。同肿瘤以及周围**0.5 cm 以上**正常腮腺切除的腮腺部分切除术。

12. 腺样囊性癌（助理不考）：**舌下腺肿瘤**最常见。“**圆柱瘤**”。腺样型、管状型及实性型，**实性型恶性程度最高**。肿瘤恶性高，什么方式都转移，**只有淋巴低**。除实性型以外，一般**生长缓慢**。

13. 黏液表皮样癌（助理不考）：唾液腺**恶性肿瘤**中最常见。黏液细胞、表皮样细胞和**中间细胞**。**低分化**：做**选择性颈清**，**预后差**

附表：

名称	别名
静脉畸形	海绵状血管瘤
微静脉畸形	葡萄酒色斑
动静脉畸形	蔓状血管瘤=葡萄状血管瘤=念珠状血管瘤
微囊型淋巴管畸形	毛细管型=海绵状淋巴管瘤
大囊型淋巴管畸形	囊肿型淋巴管畸形=囊性水瘤
混合型脉管畸形	淋巴血管瘤
急性化脓性腮腺炎	手术后腮腺炎
慢性阻塞性腮腺炎	腮腺管炎
舌下腺囊肿	蛤蟆肿
多形性腺瘤	混合瘤
沃辛瘤	腺淋巴瘤=乳头状淋巴囊腺瘤
腺样囊性癌	圆柱瘤

注：女性好发：①**牙龈瘤** ②**骨化纤维瘤**（助理不考） ③**多形性腺瘤**
④**舍格伦** ⑤**颞下颌关节紊乱** ⑥**三叉神经痛**

第九单元 颞下颌关节疾病

1. 颞下颌关节紊乱病（**女性多见**）：功能（肌肉）紊乱阶段；结构（关节盘）紊乱阶段；器质性（骨关节病类）破坏阶段；炎症性疾病。

(1) 病因：**关节内微小创伤**与**精神心理因素**

(2) X线平片：**许勒位**和**经咽侧位**。

(3) 有**自限性**，**不会引起关节强直**。**无**自发痛。

(4) **治疗**：先保守（可逆：药物、理疗、封闭→不可逆：正畸、调合）再手术（关节镜→开放）

2. 翼外肌功能亢进：关节**半脱位**。开口型偏向**健侧**。**开口末**、闭口初弹响。翼外肌**封闭**（**0.5-1%利多卡因**）

3. 翼外肌痉挛：开口**中度受限**。开口型偏向**患侧**。翼外肌封闭（**15%氯化钙+2%利多卡因**）

4. 关节盘后区损伤：有压痛，**无**自发痛。开口型偏向**患侧**。封闭（**激素—强的松龙+麻药**）限制下颌运动在**无痛范围内2~3周**。

5. 肌筋膜炎：**扳机点**。开口轻度受限。开口型偏向**患侧**，被动开口度大于自然开口度。

6. 咀嚼肌群痉挛：**病程长**，**反复发作**。严重的**开口受限**。可采用理疗。肉瘤毒素。

7. 可复性关节盘前移位：开口型**闪电状**。**开口初**、闭口末弹响。复位合垫。

8. 不可复性关节盘前移位：曾有典型的**关节弹响史**。开口时下颌偏向**患侧**，被动开口检查开口度**不能增大**。时间较短时，可在局麻下试行手法复位。手法不能复位可戴用**枢轴垫**；**1%透明质酸钠关节腔内注射**。

9. 关节囊扩张伴关节盘附着松弛：开口型偏向**健侧**。**开口末**闭口初弹响。注射前应先用**2%利多卡因1 mL**行关节囊内注射，硬化剂**5%鱼肝油酸钠**。

10. 关节炎性性病类：由创伤引起的炎症，**无**红肿热，但**关节后区有压痛**。

11. 关节盘穿孔、破裂（**双板区**）：**破碎音**，**开口型：闪电**。X线**无**变化，**关节造影**可见**关节上下腔交通**

12. 髁状突骨质破坏：连续**摩擦音**。X线可见**骨质破坏**。

13. 颞下颌关节脱位：可分为**急性脱位**、复发性脱位和陈旧性脱位（**三周**）。临床上以急性前脱位最为常见。临床表现：**耳屏前空虚**。

14. 急性前脱位：**耳屏前空虚**。单侧关节脱位，颞点及牙齿中线偏向**健侧**。髁状突位于**关节结节前上方**。**口内**复位：下后上；**用力方向：下后**。限制下颌运动**2~3周**，最大开口度小于**1 cm**。

15. 复发性脱位（反复发作）：**关节囊紧缩术**、**关节结节增高术**、**关节结节凿平术**及**关节镜外科**。

16. 颞下颌关节是全身中**唯一一个不受外力**即可脱位的关节

17. 髁状突骨折：**耳前区肿胀**而不是空虚。

18. **关节内强直**：简称**关节强直**，也叫**真性关节强直**。

(1) 病因：**创伤**，化脓性中耳炎。

(2) 面下部畸形：**牙弓缩窄**。

- (3) 双侧强直：小颌畸形（**儿童时期**）
- (4) 单侧强直：面部不对称，**颈部偏患侧**，患侧下颌小，**患侧面部丰满**，健侧狭长
- (5) X线检查：髁状突和关节窝融合成**很大的致密团块**，呈骨球状或T型融合。
- (6) 纤维性强直（X线：**有间隙但模糊**）：髁状突切除术。
- (7) **骨性强直**（X线：**膨大的骨球**）：**颞下颌关节成形术**。
- (8) 关节成形术手术时机：早期手术，12-15岁。
 - ① **粘连少**仅限于髁状突→髁状突**颈部**截开形成假关节。骨性**粘连大**，下颌切迹变得狭小或已消失→**下颌切迹以下**，下颌孔以上处。
 - ② **切除 0.5-1cm**，点面接触。
 - ③ 如需两次手术，两次手术之间间隔**不超过 2周**，避免一次手术瘢痕挛缩。
 - ④ **术后 7-10天**开始，练习至少**6个月**，**前 1-2月白+黑**，之后只白天。

19. 关节外强直：也称为**颌间挛缩**或**假性**关节强直。

- (1) 软组织或肌肉损伤所产生的瘢痕。
- (2) X线检查：关节骨性结构及关节间隙**无**重要异常征象。
- (3) 手术：**切断、切除**颌间挛缩的瘢痕；凿开颌间粘连的骨质。

20. 混合性强直：关节内强直和关节外强直同时存在

第十单元 颌面部神经疾病

一. 三叉神经痛（女性多见）

1. 分型：**原发性**（真性或特发性）：**无**神经系统体征，**继发性**（症状性）：有感、角、腭、运。

2. 病理表现：脱髓鞘。电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，疼痛可自发，**每次数秒数分钟**，好发于**第二三支**，有“扳机点”，发作多在**白天**，（**春冬**发作多）。**周期性**发作，间歇期（**数天或几年**）**无症状**。痛性抽搐：患侧鼻腔粘液增多（疼的**鼻涕眼泪和口水直流**）。

3. 检查方法：**拂、触、压、揉**

4. 检查内容：**感、角、腭、运**

5. 诊断性质的封闭：用**1%~2%普鲁卡因**在神经孔处行阻滞麻醉。**末梢→中枢**

6. 三叉神经的分布：

第一支：眼支：眶上孔、上眼睑、眉、前额及**颞部**

第二支：上颌支：**眶下孔**、下眼睑、鼻唇沟、**鼻翼**、上唇、鼻孔下方或口角区、**上颌结节**或**腭大孔**

第三支：下颌支：颏孔、下唇、口角区、**耳屏部**、**颊黏膜**、**颊脂垫尖**、**舌颌沟**

7. 治疗：吃药→封闭→手术

8. 卡马西平=痛痉宁=**酰胺咪嗪**

用法：①100mg，一日两次，不管用再每日加 100mg 直到止住疼痛的最小维持剂量

②当疼痛完全消失达**4周**，可逐渐减少药量

③最大剂量**1200mg/d**；疗程最长**2-3个月**

9. 封闭疗法：**1%~2%普鲁卡因**和**维生素 B12**

10. 半月神经节射频温控热凝术（止痛**效果好**、复发率**高**、**可重复**）

11. 注射酒精：**95%**

二. 周围性（核性或核下性）面神经麻痹

1. 临床表现：**前额皱纹消失**与**不能蹙眉**。得病脸**长**，病好脸**短**。

2. 贝尔麻痹：急性**非化脓性**炎症所致。①病毒感染：I型单纯疱疹病毒、水痘、带状疱疹、流腮病毒、骨髓灰质炎病毒②局部受冷风吹袭或着凉后发生③风湿性疾病④遗传

3. 病理改变：面神经水肿

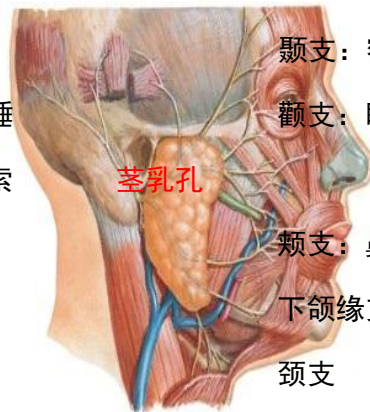
4. 贝尔征：用力紧闭时，则眼球转向**外上方**。

5. 鼓索管 → 味觉，镫骨肌管 → 听觉，膝状神经节 → 泪腺分泌（schirmer 5分钟，**2cm**）



6. 面瘫:

泪 听 味唾
膝状神经节 镫骨肌 鼓索



颞支: 额纹消失

颧支: 眼睑不能闭合

颊支: 鼻唇沟变浅食物嵌塞

下颌缘支: 口角下歪

颈支

7. 脑桥与膝状神经节之间: 除面瘫外, 感觉与分泌功能障碍一般均较轻 (同侧) 可出现耳鸣、眩晕

8. 核性损害: 面瘫+轻度感觉与分泌障碍, 到皮质延髓束发生对侧偏瘫

9. 贝尔面瘫约 80% 的病例可在 2~3 个月内恢复。

10. 治疗:

时期	治疗方法
急性期	激素: 地塞米松/泼尼松 抗病毒药物: 阿昔洛韦/利巴韦林 抗风湿药物: 阿司匹林 营养神经药物: 维生素 B1、B12 (不宜强刺激)
恢复期: 第 2 周末至 2 年	面部肌电刺激
后遗症期	得病脸长, 病好脸短

11. 中枢性 (核上性) 面神经麻痹: 对侧脸裂以下

第十一单元 先天性唇和腭裂

1. 唇腭裂发病率 1: 1000, 唇腭裂患者男: 女=1.5: 1。单>双。左>右。
2. 唇腭裂的形成: 胎儿在发育过程中, 特别是胎儿发育成形的**前 12 周**
3. 唇裂 (发生于 6-7 周)。腭裂 (发生于 9-12 周, **第 8 周开始诱发畸形**)

病因	表现
一侧 上颌突 未能在一侧与 内侧鼻 (球状突) 突联合	单侧唇裂
两侧 上颌突未能在两侧与 内侧鼻突 联合	双侧唇裂
两个内侧鼻突 (球状突) 未能正常联合	上唇正中裂
上颌突与下颌突 未能联合	面横裂
上颌突与外侧鼻突 未能联合	面斜裂

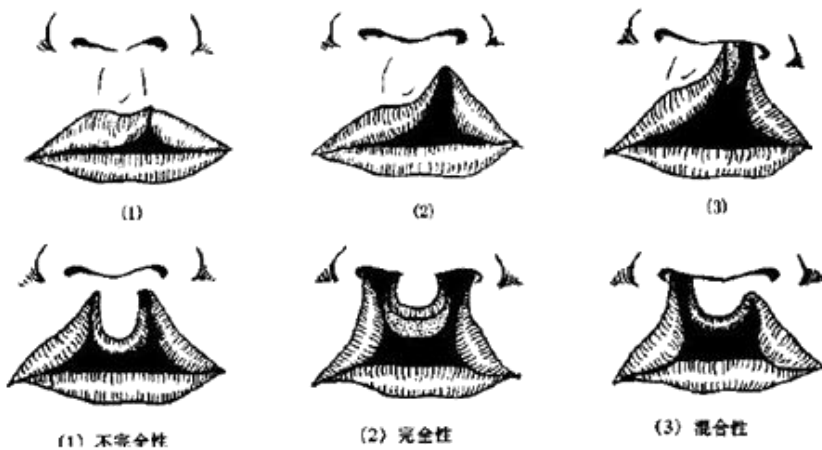
病因	表现
原发腭突未能在一侧与继发腭突 融合 (一侧 侧腭突 和 鼻中隔 未融合)	单侧腭裂
原发腭突未能在两侧与继发腭突 融合 (两侧侧腭突 和 鼻中隔 未融合)	双侧腭裂
前颌部分 未能融合	牙槽突裂
单纯的软腭裂 只有正中裂 而无单侧或双侧之分	

4. 国际上常用的分类法:

单侧唇裂	单侧不完全性唇裂 (裂隙 未裂 至鼻底)
	单侧完全性唇裂 (整个上唇至 鼻底 完全裂开)
双侧唇裂	双侧不完全性唇裂 (双侧裂隙均未裂至鼻底)
	双侧完全性唇裂 (双侧上唇至 鼻底 完全裂开)
	双侧混合性唇裂 (一侧完全裂, 另一侧不完全裂)

5. 国内常用的分类法:

单侧唇裂	I 度唇裂: 仅限于红唇部分的裂开
	II 度唇裂: 上唇部分裂开, 但鼻底尚完整
	III 度唇裂: 整个上唇至鼻底完全裂开。
双侧唇裂	分为左侧几度和右侧几度



- 6. 隐性唇裂即：**皮肤和黏膜无裂开**，但其下方的肌层未能联合，致患侧出现浅沟状凹陷及**唇峰分离**等畸形。
- 7. 唇裂术前准备：**不查眼睛**，禁忌症——**胸腺肥大**
- 8. 麻醉：婴幼儿—**全麻气管插管**下施行；成人—**局部麻醉**（双侧**眶下神经阻滞麻醉**）
- 9. 单侧唇裂：鼻小柱向**健侧偏斜**

手术方法	下 三角瓣法 （ tennison法 ）短	旋转推进法（millard法）足够
优点	①简单；②恢复上唇高度	① 切割组织少 ；② 唇弓形态好 ；③ 鼻底封闭好
缺点	①切正常组织；②唇过长；③鼻底封闭不好	① 技术难 ；② 唇高常不足

改进旋转推进法可使唇峰点**充分旋转下降**

10. 双侧唇裂：

术式	适应症	特点
保留前唇 原长 的整复术	婴儿 前唇 较长 的成年患者	术后效果 短期 不好，但 长期 好
前唇 加长 整复术	前唇 短小 的成人 前唇 特小 的幼儿患者	术后效果 短期 好， 长期出现上唇 下部紧 ， 上部突出

（先天性双侧完全性唇裂+双侧完全性腭裂：**前唇原长法修复术**）

11. 术后护理：

- (1) 应用滴管或**小汤勺**喂饲。流食**2-3周**，半流食**一周**，**三周**后普食。
- (2) 正常愈合的创口，可在术后**5~7天**拆线。
- (3) 使用唇弓，至少应**10天**后拆线。

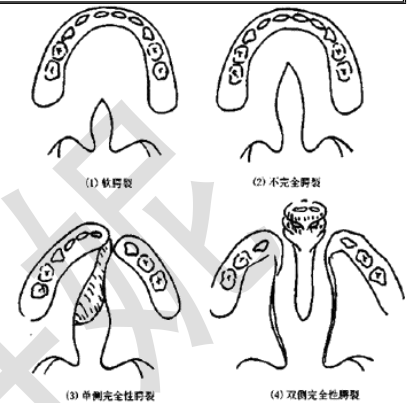
12. 腭裂不仅有软组织畸形，更主要是**骨组织**畸形。

13. 腭裂分型：

软腭裂	仅软腭裂开，有时 只限于腭垂
-----	-----------------------

不完全性腭裂	亦称部分腭裂。软腭完全裂+部分硬腭裂
单侧完全性腭裂	裂隙自腭垂至切牙孔完全裂开，并斜向外侧直抵牙槽突，与牙槽裂相连，健侧裂隙缘与鼻中隔相连；常伴发同侧唇裂
双侧完全性腭裂	常与双侧唇裂同时发生，裂隙在前颌骨部分，各向两侧斜裂，直达牙槽突；鼻中隔、前颌突及前唇部分孤立于中央

I°	限于腭垂裂	
II°	部分腭裂，裂开未到切牙孔	浅II°裂：仅限于软腭
		深II°裂：包括一部分硬腭裂开
III°	全腭裂开，由腭垂到切牙区，包括牙槽突裂，常与唇裂伴发	



14. 腭咽闭合：就是在发音时，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

15. 腭裂手术治疗（术前检查多一个扁桃体肥大——禁忌症）

16. 兰氏法（Langenbeck 法）：打断翼钩为了松解腭帆张肌

17. 腭裂手术年龄：主流：在 12~18 个月左右手术为宜（原因：2 岁左右开始说话时期）。

另一种：5~6 岁左右施行为好（原因：上颌骨发育基本完成后）

18. 创口裂开或穿孔：常见到主要原因是由两侧黏骨膜瓣松弛不够，二期建议 6-12 月，常位于：软硬腭交界处和腭垂处

19. 软腭裂：半后推术。浅二度：单瓣后推。深二度/硬腭裂：双瓣后推。

腭隐裂伴腭咽闭合不全：提肌重建。腭裂后腭咽闭合不全：咽成形术

20. 腭裂术后拆线时间：2 周。腭裂术后饮食：流质饮食 1~2 周，半流质 1 周，2~3 周后普食

21. 唇腭裂的序列治疗（助理不考）：构成 TEAM 的最基本成员：口腔颌面外科（或整形外科），口腔正畸医师，语音病理师

1) 腭托矫治器：3 个月内

2) 配戴鼻管：生后 6 个月

3) 唇裂：单 3~6 个月 5-6kg；双 6~12 个月

4) 牙槽突植骨：9~11 岁，尖牙根 1/2--2/3

5) 鼻畸形在 11 岁时修复

6) 腭裂术后 1 个月（家庭）加强训练

7) 学龄前（4-6 岁）：腭咽闭合不全。唇腭裂术后唇畸形/腭痿。语音师。

8) 增进腭咽闭合为主的治疗方法是：咽成形术。

22. 正畸矫治器：双侧唇腭裂恢复牙弓形态和改善鼻畸形

23. 唇裂修复术：通过唇肌生理运动的压迫作用，促使牙槽突裂隙逐渐靠拢。

第十二单元 牙颌面畸形（助理不考）

1. 临床分类

人卫教材分类	颅、颌、合三维空间关系异常为基础的分类
(一) 上颌畸形	(一) 颌骨发育 过度 所致牙颌面畸形
(二) 下颌畸形	(二) 颌骨发育 不足 所致牙颌面畸形
(三) 双颌畸形	(三) 长面畸形
(四) 不对称性牙颌面畸形	(四) 牙源性错畸形
(五) 继发性牙颌面畸形 (16岁)	(五) 复合性牙颌面畸形
	(六) 不对称性牙颌面畸形 (治疗难度大)

2. 没有“短面”“后天”和“对称”

2. 治疗步骤
- (一) 术前正畸治疗：**消除牙的代偿**
 - (二) 确认手术计划：**评估和预测，调整和补充**
 - (三) 完成术前准备：VTO/计算机 **模型外科**
 - (四) 正确施术：**精确骨切开术 距离根尖 5mm**
 - (五) 术后正畸治疗：**术后 4~5 周开始，6 个月内完成**
 - (六) 追踪观察：**正畸完成追踪观察 4~6 周，术后的追踪观察至少应持续 6 个月**

3. 术前正畸治疗：**矫正错位牙**、调整不协调的牙弓与合关系、利于手术进行

4. 确认手术计划：对手术计划进行必要的**调整**

5. 完成术前准备：制备**合导板**和**固定装置**

6. 追踪观察：了解术后**颌、合关系**可能出现的变化

第十三单元 口腔颌面部后天畸形和缺损（助理不考）

1. 显微血管缝合：一般系指外径在 2 mm 以下的血管。

通常先吻合静脉，后吻合动脉。开放血管时也应先开放静脉，后开放动脉。

防止吻合口血栓：术中——肝素/利多卡因；术后——右旋糖酐/阿司匹林

2. 显微血管一般分为三类：

(1) 显微小血管（血管外径 1.1-3mm）

(2) 显微细小血管（血管外径 0.6-1mm）

(3) 显微微小血管（血管外径 0.15-0.5mm）

3. 显微神经缝合术：9-0~11-0 无损伤缝针

4. 游离皮片移植 “爱爱我 扇 55 又爱了”

	刃厚皮片	中厚皮片		全厚皮
别称	也称表层皮片 皮 Thiersh 皮片	也称 Blair 皮片 厚度为 0.35~0.80 mm		也称 Wolfe-Krause 皮片
厚度	0.2~0.25 mm	薄中厚 0.35~0.5 mm	厚中厚 0.62~0.8 mm	
包含	表皮层和很薄一层真皮最上的 乳突层	表皮及一部分真皮层		表皮及真皮的全层

4. 不同厚度的皮片有不同的特点：

	优点	缺点
薄	活	①挛缩 ②不耐摩及负重 ③色素沉着
厚	①收缩小 ②耐受摩擦及负重 ③色泽变化小	不容易活

5. 适应证：

面颈部植皮（美）	全厚或厚中厚皮片
口腔内植皮（污染）	薄中厚皮片
有感染的肉芽创面或骨面（活）	刃厚皮片
毛发可以再生、眉再造	全厚皮片

6. 全厚皮片切取后遗留的供皮区创面，直接对位缝合。刃厚皮片和中厚皮片：不用缝合，覆盖敷料。

7. 受皮区的处理：**加压包扎** 1~2 天。**不需要**引流。
8. **48~72 小时**后皮片即已基本成活，**术后 8 天**已有足够的血供。**1 周**拆敷料，锻炼 **3-6 个月**
9. **神经**的恢复：移植皮片成活后：**痛→触→冷→热觉**也相继恢复，约 **1 年后**可完全恢复正常。
10. **毛囊**的恢复：在全厚皮片移植后，**毛囊**与汗腺可发生暂时退化现象，约 **1 年左右**方开始逐渐**重新生长**。
11. 皮瓣是由皮肤的**全厚层**及**皮下**组织所构成。
12. 皮瓣有与**机体皮肤**相连的蒂→**带蒂**皮瓣移植。
13. **血管吻合**，血循环重建后以供给皮瓣的血供和营养→**游离**皮瓣移植，或血循重建血管化**游离**皮瓣移植。
14. 带蒂皮瓣分类与特点：

	随意皮瓣=皮肤皮瓣	轴型皮瓣=动脉皮瓣
特点	由于 没有知名 的血管供血，故在设计皮瓣时，其长宽比例要受到一定限制	有一对 知名血管 供血与回流，因而只要在血管长轴内设计皮瓣，一般可不受长宽比例的限制
比列要求	四肢躯干 长宽之比以 1.5 : 1 为最安全， 最好不超过 2 : 1 面颈部 不超过 2-3 : 1 血供特别丰富 的部位可达 4 : 1	无

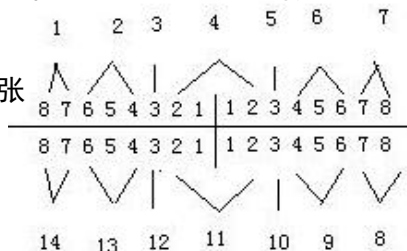
14. **随意皮瓣=皮肤皮瓣**：
 - (1) 移位皮瓣：又名对偶三角交叉皮瓣或“Z”字成形术在两个三角形组织瓣交叉转移换位后，可增加其中轴的长度的 **75%**，从而达到**松解挛缩**、恢复功能的目的。
 - (2) 滑行皮瓣：常用“V”、“Y”皮瓣成形术，作“V”形切口，缝为“Y”形，使皮肤的**长度增加**，**宽度缩小**
15. **轴型皮瓣=动脉皮瓣**：
 - (1) 岛状皮瓣：岛状皮瓣系指一块皮瓣仅含有一条血管蒂而言，由**头皮转移用眉再造**常用此法，需**二期断蒂或修整（14-21 天）**。
 - (2) 隧道皮瓣：隧道式皮瓣指皮瓣必须通过**皮下或深部组织**进行转移。最大优点是手术可一次完成，而**无需二期断蒂**。
16. **游离皮瓣**：
 - (1) 肌皮血管皮瓣：也称肌皮瓣。**胸大肌皮瓣**、**背阔肌皮瓣**。
 - (2) 动脉干网状血管皮瓣：**足背皮瓣**以及我国创用的**前臂皮瓣**均属此种类型。
17. 口腔颌面部**中、小型**组织缺损的修复→最常应用的是**前臂**游离皮瓣
18. **复合组织缺损**→**肌皮瓣**为佳
19. 原则：应就**简不就繁**、**就快不就慢**；能用**带蒂**皮瓣解决的，切不可滥用**游离**皮瓣；能用**游离**皮瓣解决的最好不选择**管状**皮瓣。
20. 游离皮瓣应有足够长的血管蒂。由于移植到口腔颌面部的组织瓣与血管蒂多不在一个平面上，血管蒂的长度应足够，至少应在 **5 cm 以上**
21. 游离皮瓣术后要保持室温在 **25 °C**左右
22. **术后 72 小时内**是游离皮瓣最容易发生**血管危象**的时候。
23. 颜色：皮瓣颜色应与供区皮肤颜色相一致，有些病例术后 **1~2 天内**颜色稍显**苍白**。

24. 毛细血管充盈试验：在皮瓣血管危象发生早期或程度较轻时，可表现为轻度的充血或淤血现象；以手指轻压，放开后可见变白的区域再度泛红（暗红）；泛红的过程越快说明微循环的状况越好，如果该过程太长，**超过 5 秒**，多提示微循环功能很差，抢救成功的可能性较小。
25. 针刺出血试验：对一些皮瓣颜色苍白，无法马上判断是否为**动脉**堵塞所致时，可采用此法。要求在无菌状态下进行，以**7 号针头**刺入皮瓣深达 0.5 cm，并适当捻动针头，拔起后轻挤周围组织，如见鲜红血液流出，**提示动脉血供良好考，否则提示动脉危象**。
26. Doppler：皮瓣手术患者术后**每半小时观察记录 1 次，6 小时后，每 1 小时观察记录 1 次，持续 5~7 天**
27. 骨移植：骨骼可取**对侧第 7、8、9 肋骨，同侧髂骨**的髂嵴及**颅骨**
28. 单纯游离骨移植术：简单易行，塑形较困难。
29. 成形性松质骨移植术：不能用于感染区、瘢痕区或软组织缺少时的植骨
30. 带肌蒂的骨移植术：常用带蒂肌瓣有**胸锁乳突肌带锁骨、以及颞肌带颅骨**，缺点是转移方向受到一定限制，骨段的长度也不能随心所欲，仅限于整复**下颌骨体部的中小型**缺损。
31. 血管吻合游离骨移植术：**旋髂深动脉→髂骨移植；腓动脉→腓骨移植**。血管化腓骨移植修复下颌骨缺损（吻合面动脉）。

细菌/囊肿/肿瘤	穿刺内容物
金黄色葡萄球菌	黄色黏稠脓液
链球菌	淡黄或淡红稀薄脓液
绿脓杆菌= 铜绿假单胞菌	翠绿色，稍黏稠，有酸臭味
混合细菌	灰白或灰褐色脓液，有明显的腐败坏死臭味
结核杆菌	稀薄浑浊，暗灰色似 米汤 ，夹杂 干酪样坏死的冷脓肿
放线菌	脓液中夹杂有 硫磺颗粒
皮脂腺囊肿	白色 凝乳状
皮样、表皮样囊肿	乳白色豆渣样
甲状舌管囊肿	黄色稀薄液体
鳃裂囊肿	黄色清亮
颌骨囊肿	草黄色，含胆固醇结晶
牙源性角化囊性瘤	黄白色的角蛋白
囊性水瘤	淡黄色 水样液体
成釉细胞瘤	褐色液体
神经鞘瘤	褐色血样液体，不凝结
舌下腺囊肿	蛋清样

口腔颌面部影像学诊断

1. 根尖片：用于检查牙、牙周及**根尖周**病变（两种：分角线技术及平行技术。分角线技术在国内应用最普遍。与**X线片**和**牙体长轴角分线垂直**）



2. 根尖片拍全口牙：成人需要**14**张，儿童**10**张

3. 合翼片：显示牙槽嵴顶，**看不到**根尖。

4. 华特位片：又称为**鼻额**位片。

5. 许勒位=薛氏位片：**颞下颌关节（经颅）**侧斜位片，此片显示颞下颌关节**外侧1/3**侧斜位影像。

6. 髁突经咽侧位片：**不能**用于检查关节间隙

7. 唾液腺分泌功能片：唾液腺造影片后**5分钟**，拍摄唾液腺分泌功能片，正常时可完全排空

8. 唾液腺造影剂有两种：油溶性及水溶性。国内常用的油溶剂为**40%碘化油**，水溶剂为**60%泛影葡胺**

9. 唾液腺造影术**禁忌证**：①对**碘化合物过敏**；②唾液腺**急性**炎症期间；③唾液腺导管**阳性**结石，以避免注射造影剂时将结石向后推移

10. 成人腮腺造影，造影剂注入量一般为：1.5ml

11. 涎腺良性肿瘤：导管移位，呈**“抱球状”**

12. 涎腺恶性肿瘤：造影剂**外溢呈片状**

13. 舍格伦：腺泡**充盈缺损**

14. 牙胚：早期显示在颌骨内为一边缘清晰的圆形**密度低**的影像。

15. 根尖片所示正常影像，牙骨质与牙本质**不易**区别

16. 上牙槽骨：X线片呈**颗粒状**影像。

17. 下牙槽骨：X线片骨小梁结构呈**网状**。

18. 上颌根尖片：有切牙孔、腭中缝、鼻腔、鼻中隔、**上颌窦底、颧骨、喙突（三角形）、上颌结节及翼钩**

19. 下颌根尖片：所见颌骨正常解剖结构有**颏棘、颏嵴、营养管、颏孔、下颌骨外斜线、下颌管及下颌骨下缘**等结构。

20. 颞下颌关节间隙**2 mm**以上，**上间隙最宽，后间隙次之，前间隙最窄**

21. 关节双重造影：30%泛影葡胺+无菌空气 旧：20%

22. 致密性骨炎：**根尖区**骨小梁增粗、增多，骨质密度增高，骨髓腔变窄甚至消失，与**正常组织无明显分界**

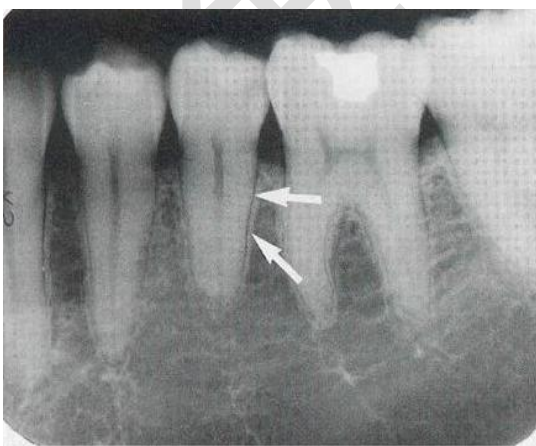
23. 牙骨质增生：可见根尖呈**球形增生**

24. 上颌骨骨折：X线检查首选**华特位**

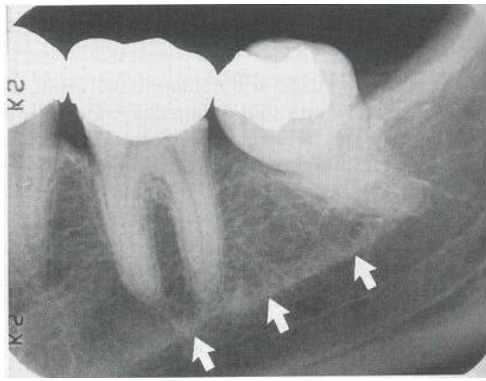
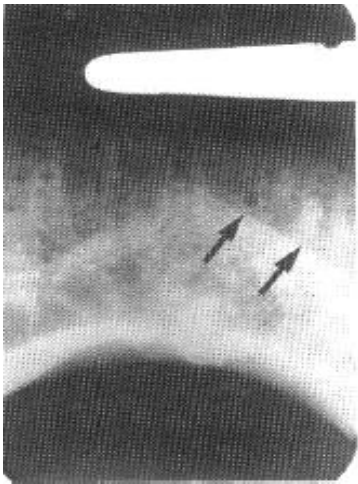
25. 下颌骨骨折：**曲面体层片**

26. 颧弓骨折：**颧弓位片（颧弓轴位片）**

27. 颞下颌关节病变：**许勒位片**
28. 颞下颌关节骨折的定位：**X线平片及三维 CT 成像**
29. 牙源性腺样瘤：X线表现为单囊低密度影，边缘光滑。病变内有未萌出牙，以**尖牙多见**，瘤内可见数量不等的**粟粒状钙化**。
30. 牙源性**中央性**颌骨骨髓炎：急性骨髓炎**早期**，无影像学改变
- (1) **骨质破坏期**：病原牙为中心的单发或多发密度减低区，大小不等，**边界模糊不清**
- (2) **病变局限期**：有**死骨**形成。可有**骨膜反应**，密质骨外的高密度线条状影像
- (3) **修复期**：骨小梁变粗、数目增多，排列与正常骨纹理不同，呈较致密影像
31. 成釉细胞瘤：早期呈**蜂房状**，以后形成**多房性**囊肿样阴影，单房比较少。囊壁边缘常不整齐、呈**半月形切迹**。在囊内的牙根尖有不规则**锯齿状**病理吸收现象（**罕见钙化**）。
32. 颌骨巨细胞瘤：下颌体部呈“**肥皂泡状**”囊性阴影
33. 牙源性黏液瘤：表现为多房**密度减低区**，分房形态各异，以**网格状**多见，房隔细而不规则。
34. 原发性骨内癌：X线表现为颌骨内**虫蚀状**骨质破坏区，病变向牙槽侧扩展时可使牙周骨质破坏，牙齿浮立于软组织中。
35. CT 检查：**颞下窝、翼腭窝、颅底、咽旁间隙、舌根部**病变明显优于常规 X 线检查。
36. MRI 检查：用于**颅脑和血管**的病变。







金英杰 翟丹妮