

口腔专业·必备速记 口外

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 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。最多见的是需氧菌与厌氧菌的混合感染。

感染分为化脓性和特异性两大类

三、感染途径 1. 牙源性：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。

5. 医源性

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，	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

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磺颗粒。

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。	因长期处于慢性消耗状态，患者可表现为全身衰弱和营养不良，以及出现不同程度的贫血。

五、诊断及鉴别诊断

急性期诊断依据	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
慢性期形成脓肿	特点、诊断方法
浅部脓肿	波动试验是临床上诊断浅部脓肿的主要方法
深部脓肿	压痛点，凹陷性水肿，用穿刺法以协助诊断

六、治疗原则

1. 局部治疗

2. 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：

切开引流的目的： 切开引

流的指征（常考）：

搏动性跳痛、波动感、穿刺有 脓	经抗生素控制感染无效，出现全身 中毒 症状
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	结核性淋巴结炎，全身抗结核治疗无效，皮肤发红已近自溃

切开引流的要求（常考）：

重力 低位	美观 原则和勿损伤重要结构原则
避免 二次分离 原则	保证 引流 通畅原则
操作应 准确轻柔	

(2) 清除病灶：口腔颌面部由牙源性感染引起的炎症治疗好转后，去除**病灶牙**是一个重要问题

3. 全身

治疗

临床应用抗菌药物的基本原则是：

用药前应尽可能进行 药敏 试验	能用 窄谱 者不用 广谱
遵循口服、肌注、静脉的顺序	适当的用药指证和剂量
严格联合应用指征，能 单一就不联合	恰当地预防性用药

第二节 下颌智齿冠周炎

一、概念 智齿冠周炎是指第三磨牙（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**下颌智齿冠周炎**最常见。

二、病因

1. 远中盲瓣 2. 对颌咬伤 3. 抵抗力低 4. 细菌毒力大

智牙冠周炎主要发生在**18-30**岁。

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，当进食咀嚼、吞咽、开口活动时疼痛加重，当炎症遍及咀嚼肌时牙关紧闭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	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。

冠周炎症可直接蔓延或经由淋巴管扩散，引起邻近组织器官或筋膜间隙的感染：

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 粘膜瘻
沿下颌支 外侧或内侧向后 扩散	外侧 引起咬肌间隙感染、 内侧 引起翼下颌间隙感染亦可导致颊间隙、下颌下间隙、口底间隙和咽旁间隙感染的发生

(四) 治疗

早期诊断、及时治疗对于智齿冠周炎的治疗非常重要。

智齿冠周炎的治疗原则：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。

智牙冠周炎的治疗以局部 冲洗 、 上药 为主。	
形成脓肿	切开，置 引流条
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
慢性期，需要拔除的牙	拔除
有瘻管的	拔牙的同时应切除 瘻管 ，刮净 肉芽 ，缝合 瘻口
全身症状重的	给予 抗生素 和 支持疗法

第三节 间隙感染

一、概念

感染部位	潜在间隙
感染来源	常见为 牙源性 或 腺源性感染 扩散所致， 损伤性 、 医源性 、 血源性 较少见
感染特点	化脓性炎症可局限于一个间隙内，也可波及相邻的几个间隙，甚至可沿神经、血管扩散，引起海绵窦血栓性静脉炎、脑脓肿、败血症、纵隔炎等严重并发症

二、各间隙感染

名称	位置（大概就行）	感染来源（主要的）	临床特点	治疗
眶下间隙 感染	其上界为眶下缘，下界为上颌骨牙槽突，内界为鼻侧缘，外界为颧骨	1. 上颌 尖牙 及 第一前磨牙 或 上颌切牙 的根尖化脓性炎症或牙槽脓肿（主要） 2. 上颌骨骨髓炎 3. 上唇底部与鼻侧的化脓性炎症	1. 眶下区可触及波动感 2. 激惹眶下神经，可引起不同程度的疼痛 3. 可并发 海绵窦血栓性静脉炎	低位引流原则常在 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 感染	咬肌间隙位于咬肌与下颌升支外侧骨壁之间（最常见）	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	1. 下颌支及下颌角 为中心的咬肌区肿胀、充血、压痛，伴明显 张口受限 。 2. 不易触到波动感 （穿刺诊断） 3. 易形成 下颌骨升支边缘性骨髓炎	以 下颌角 为中心，距下颌骨下缘 2cm 处切开，切口长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；	1. 下颌智牙冠周炎及下颌磨牙尖周炎 2. 相邻间隙	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	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

	呈底在上、尖向下的三角形。		(穿刺诊断)	
颞下间隙感染	颞下间隙位于颅中窝底	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	1. 颞弓上、下及下颌支后方微肿 2. 张口受限 3. 不易触到波动感 (穿刺诊断) 4. 警惕海绵窦静脉炎	1. 应用大剂量抗生素 2. 以下颌角为中心, 距下颌骨下缘 2 cm 处切开, 切口长 3~5 cm 3. 如间隙贯通, 一并引流
下颌下间隙感染	位于下颌下三角内	1. 下颌智牙冠周炎、下颌后牙根尖周炎、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	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 3. 下颌下三角区肿胀, 下颌骨下缘轮廓消失	1. 下颌骨体部下缘以下 2cm 作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(助理不考)	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	1. 上、下颌磨牙的根尖周脓肿或牙槽脓肿穿破骨膜 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	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	皮下脓肿: 1. 浅表处沿皮肤皱褶线切开 2. 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(助理不考)	位于颞弓上方的颞区, 颞浅与颞深两间隙	1. 间隙感染扩散 2. 耳源性感染 3. 颞部疖及颞部损伤	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	往往多间隙感染: 贯穿式引流
咽旁间隙感染(助理不考)	咽旁间隙位于咽腔侧方的咽上缩肌与翼内肌和腮腺深叶之间	1. 下颌智齿冠周炎 2. 腭扁桃体 3. 相邻间隙 4. 腮腺炎耳源性炎症和颈深上淋巴结炎	1. 患者自觉吞咽疼痛、进食困难、张口受限; 若伴有喉水肿, 可出现声音嘶哑, 以及不同程度呼吸困难和进食呛咳 2. 感染深需借助穿刺 3. 血管丰富, 极易扩散和吸收 4. 感染可到纵膈	1. 口内: 翼下颌皱襞稍内侧纵行切开黏膜层(首选) 2. 口外: 以患侧下颌角为中心, 距下颌骨下缘 2cm 做长约 5cm 的弧形切口

<p>口底多 间隙感 染</p>	<p>双侧下颌下、舌下 以及颏下间隙同 时受累</p>	<p>1. 下颌牙各种炎症 2. 下颌下腺炎、淋巴结 炎 3. 急性扁桃体炎、 口底 软组织和颌骨的 损伤</p>	<p>1. 初期肿胀多在一 侧下颌下间隙或舌 下间隙 2. 后期双侧 下颌下、舌下及颈 部均有弥 漫性肿 胀，凹陷性水 肿 3. 如有腐败坏死性 病原菌，皮下因有气 体产生，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，并 可见肌组织呈棕黑 色，结缔组织为灰白 色，但无明显出血。 4. 严重者出现“三 凹”征，有发生窒息 的危险，个别患者的 感染可向纵隔扩散 5. 全身症状常很严 重</p>	<p>1. 主要危险是呼 吸道的阻塞及全 身中毒 2. 大量 应用广谱 抗菌 药物 3. 切口可 在双侧 下颌 下、颏下作 与 下颌骨相平行 的“衣领”型或 倒“T”型切口</p>
--------------------------	-------------------------------------	---	--	--

第四节 化脓性颌骨骨髓炎

一、概念

化脓性颌骨骨髓炎多发生于青壮年，一般以 16~30 岁发生率最高。男性多于女性，约为 2:1。化脓性颌骨骨髓炎约占各类型颌骨骨髓炎的 90% 以上。主要发生于下颌骨。

二、病因与分类 1. 病因：病原菌主要为金黄色葡萄球菌，其次是溶血性链球菌，以及肺炎链球菌、大肠杆菌、变形杆菌等，其他化脓菌也可引起颌骨骨髓炎。在临床上经常看到的多是混合性细菌感染。 2. 感染途径

(1) 牙源性感染：临床上最为多见，约占化脓性颌骨骨髓炎的 90%。

(2) 损伤性感染。

(3) 血行性感染：临床上多见于儿童，成人较少见。 3. 分类：根据感染的原因及病变特点，临床上将化脓性骨髓炎又分为两种类型，即中央性颌骨骨髓炎及边缘性颌骨骨髓炎。

三、临床表现 1. 颌骨骨髓炎的临床发展过程可分为急性期和慢性期两个阶段。

急性期的特点：全身发热、寒战、疲倦无力、食欲缺乏，白细胞总数增高，中性粒细胞增多；局部剧烈跳痛，口腔黏膜及颊部软组织肿胀、充血，可继发急性蜂窝组织炎；病源牙可有明显叩痛及伸长感。 慢性期的特点：全身症状轻。体温正常或仅有低热；全身消瘦、贫血，机体慢性中毒消耗症状。病情发展缓慢，局部肿胀，皮肤微红，口腔内或面颊部可出现多个瘘孔溢脓。肿胀区牙松动。 2. 中央性颌骨骨髓炎：多在急性化脓性根尖周炎及根尖周脓肿的基础上发生。

中央性颌骨骨髓炎按临床发展过程又分为急性期和慢性期。

(1) 急性期：(同急性感染表现)

(2) 慢性期：颌骨骨髓炎常在发病两周以后由急性期转为慢性期。

全身	体温正常或仍有低热，饮食、睡眠逐渐恢复正常，但长期消耗会造成中毒、消瘦、贫血等
局部	局部肿胀及疼痛症状也明显减轻，多个 瘻孔 长期排脓，如有大块死骨或多数死骨形成，在下颌骨可发生病理性骨折，出现咬合错乱与面部畸形
儿童	可破坏颌骨内的牙胚组织，致恒牙不能正常萌出或缺失，产生咬合错乱

3. **边缘性颌骨骨髓炎**：是指发于骨膜炎或骨膜下脓肿的骨密质外板的炎性病变。常在颌周间隙感染基础上发生，**下颌骨**为好发部位；其中又以**升支**及**下颌角部**居多。根据骨质损害的病理特点，边缘性颌骨骨髓炎可分为骨质增生型与骨质溶解破坏型两种类型。

	发生条件	症状	X线
增生型	青年人，患者身体抵抗力较强，致病的病原菌毒力相对较弱	一般全身症状不明显，局部的病变发展缓慢	有明显的骨密质增生，骨质呈致密影像
溶解破坏型	患者身体抵抗力较弱，致病的病原菌毒力相对较强	常在骨膜或黏膜下形成脓肿，自溃或切开引流，则遗留 瘻孔 ，常常久治不愈，长期从 瘻孔 溢脓。	病变区骨密质破坏，骨质稀疏脱钙，形成不均匀的骨粗糙面，很少有大块死骨形成

(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。上颌骨骨髓炎波及上颌窦时，可有上颌窦炎的症状，有时从患侧的鼻腔溢脓。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**。

边缘性颌骨骨髓炎的X线片检查可表现为**骨质破坏**与**骨质增生**。

中央性颌骨骨髓炎与边缘性颌骨骨髓炎的鉴别见下表：

	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，很少波及颌骨体
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：骨密质增生(骨膜反应) 溶解破坏型：形成不均匀小块的骨粗糙面
急性转慢性时间	2周	无
手术时间	慢性期 3-4周	慢性期 2-4周

(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**，受累区骨密质变软，仅有散在的浅表性死骨形成，故常用**刮除方式清除**。有死骨刮死骨，没死骨，以**刮除病理性肉芽组织**为主。

3. 死骨摘除及病灶清除术：

(1) 手术指征：

(2) 手术时间：

① 慢性中央性颌骨骨髓炎：病变比较**局限**者，死骨与周围组织分离的时间在发病后**3~4周**；如病变呈**广泛弥漫**者，则需**5~6周**或更长一段时间。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。

术中注意事项：

波及上颌窦的	上颌窦根治术
下颌骨手术	勿损伤下牙槽神经
儿童患者手术中	勿损伤健康牙胚（牙胚已感染化脓，需去除）
术中去骨见到肉芽	彻底去除

(6) 术后处理：术后依据手术情况给予**抗生素**

第五节 新生儿颌骨骨髓炎

一、概念

新生儿颌骨骨髓炎一般指发生在**出生后3个月**以内的化脓性中央性颌骨骨髓炎。新生儿颌骨骨髓炎主要发生在**上颌骨**，下颌骨极为罕见。

二、病因 新生儿颌骨骨髓炎的感染来源多为**血源性**；致病菌主要为金黄色葡萄球菌。感染来源：牙龈损伤或母亲患化脓性乳腺炎，泪囊炎或鼻泪管炎。

三、临床表现与诊断要点 全身症状：有高热、寒战、脉速，哭啼、烦躁不安，甚至呕吐表现；重者可出现昏睡、意识不清等中毒症状。白细胞计数明显增高，中性粒细胞增加。局部症状：结膜外翻或眼球外突，提示已发展成为眶周蜂窝组织炎。**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。

四、治疗原则（保守）

1. 首先应用大量有效抗生素，并根据细菌培养及药物敏感试验结果调整抗生素。

2. 一旦**眶周、牙槽骨或腭部**形成脓肿，要及早切开引流。

3. 换药时，最好用**青霉素**等抗生素溶液冲洗，效果较好。

4. 口内有瘻孔者应注意防止脓液误吸引起肺部并发症。

第六节 放射性颌骨坏死

一、概念：放射性颌骨坏死指由射线引起的颌骨坏死及其继发的颌骨骨髓炎。

二、病因

口腔组织对射线平均耐受量为**6~8周**内给予**60~80 Gy**。

三、临床表现与诊断

发病时间	放射治疗后，数月乃至十余年
------	---------------

局部症状	初期呈 持续性针刺样剧痛 ，颌骨骨面外露（密质骨破坏），呈 黑褐色 ，继发感染后在露出骨面的部位长期溢脓，经久治而不愈，软组织可形成口腔和面颊部的洞穿缺损畸形 主要特征： 死骨与正常骨常常界限不清
全身症状	慢性消耗性衰竭，常表现为消瘦及贫血

四、治疗原则

放射性颌骨坏死与化脓性骨髓炎不同，虽已形成死骨，**却无明显界限**，而且是慢性进行性发展。

全身治疗	1. 应用抗菌药物控制感染 2. 疼痛剧烈时，对症给予镇痛剂 3. 必要时给予输血、高压氧等治疗，以促进死骨分离
局部治疗	1. 死骨在未分离前，为控制感染，每天应使用低浓度过氧化氢或抗生素液进行冲洗 2. 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 3. 应在健康骨质范围内施行死骨切除术

五、预防

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

	局部症状	全身症状
疔	红、肿、痛的小硬结，成锥形隆起，有触痛，	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
痈： 上唇多见，男性多见	初期肿胀的唇部皮肤与黏膜上出现多数的黄白色脓头，破溃后溢出脓血样分泌物，脓头周围组织亦有坏死，坏死组织溶解排出后，可形成多数蜂窝状腔洞，局部区域淋巴结肿大、压痛	全身中毒 症状明显 (重点考虑有无糖尿病)

三、并发症

在口腔颌面部感染中面部疔痈最易发生全身并发症，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 或 含抗生素的 盐水纱布局部持续湿敷

第八节 面颈部淋巴结炎

一、病因

面颈部淋巴结炎以继发于**牙源性**及**口腔感染**为最多见。

二、临床表现

1. 化脓性淋巴结炎：临床上一分为急性和慢性两类。

	局部症状	全身症状
浆液性炎症	变大可疼痛，与周围组织无粘连	全身反应甚微或有低热
化脓性炎症	变大不能动疼	全身反应加重，高热、寒战、头痛、全身无力、食欲减退，小儿可烦躁不安

2. 结核性淋巴结炎

发病年龄	常见于 儿童及青年
临床表现	无痛、冷脓肿，穿刺干酪坏死，似米汤

三、诊断

结核性淋巴结炎特征性特点：冷脓肿的脓液**稀薄污浊，暗灰色**似米汤，夹杂有**干酪样**坏死物。

(四) 治疗 急性淋巴结炎

多见于**幼儿**。

炎症初期	患者需要安静休息，全身给抗菌药物，局部用物理疗法，或用中药六合丹等外敷治疗
已化脓者	切开引流，同时处理原发灶
慢性淋巴结炎	一般不需治疗
慢性反复发作	寻找病灶，予以清除
对于局限的、可移动的结核性淋巴结，或经药物治疗效果不明显者，均应及早手术摘除	
常用抗结核药物包括异烟肼、利福平、链霉素、乙胺丁醇、吡嗪酰胺	

第九节 颌面部特异性感染（助理不考）

	颌面骨 结核	颌面部 放线菌病
感染来源	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	Wollf-Israe I型放线菌进入深层组织
发病年龄	儿童、青少年	以20~45岁的男性多见
好发部位	上颌骨 颧骨结合部 和 下颌支	腮腺咬肌区
临床特征	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	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，形成板状硬 成脓性状：黄色黏稠脓液，可查出 硫黄样 颗粒
诊断	临表和 脓液涂片 可查见 抗酸杆菌	临表和 涂片 可发现革兰阳性、呈 放射状的菌丝
治疗	全身支持、营养疗法和抗结核治疗	药物治疗①青霉素首选②碘制剂③免疫疗法 手术疗法

	颌面部先天梅毒	颌面部后天梅毒
感染来源	母体	性行为多见
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	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	1. 表现营养障碍，貌似老人 2. 哈钦森牙和桑葚状磨牙 3. 梅毒性间质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，被称为先天性梅毒的哈钦森三征。	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	
治疗	青霉素首选	

第六单元 口腔颌面部创伤

第一节 概论

1. 口腔颌面部血运丰富在损伤时的利弊
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	外伤时，牙碎块还可向邻近组织内飞溅，引起创口感染，影响骨折愈合（二次弹片伤）

3. 易并发颅脑损伤
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
8. 易伴其他解剖结构的损伤
9. 面部畸形。

第二节 口腔颌面部创伤的急救 一、窒息

分类	临表	病因	治疗
阻塞性窒息	前驱症状：患者烦躁不安、出汗、口唇发绀、鼻翼煽动和呼吸困难。 严重者：呼吸时出现“三凹”（锁骨上窝、胸骨上窝及肋间隙明显凹陷）体征，随之发生脉弱、脉速、血压下降及瞳孔散大等危象以至死亡	异物阻塞咽喉	及早清除口、鼻腔及咽喉部异物
		组织移位： 1. 上颌骨横断骨折时，骨块向下后方移位可堵塞咽腔，压迫舌根引起窒息。 2. 颌骨颈部粉碎性骨折或双发骨折时，舌后坠而阻塞呼吸道	1. 悬吊下坠的上颌骨骨块：筷子横放于上颌双侧前磨牙部，将骨块固定于头部。 2. 可在舌尖后约 2 cm 处用粗丝线或别针穿过舌组织全层，将舌拉出口外，并使患者头侧位或俯卧位，便于唾液或呕吐物外流
		肿胀与血肿：口底、舌根、咽侧及颈部损伤后可发生血肿或组织水肿，压迫呼吸道引起窒息	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。

吸入性窒息	症状同阻塞性窒息	主要是昏迷患者直接将血液、唾液、呕吐物或其他异物吸入气管、支气管或肺泡内而引起	立即行气管插管，吸出下呼吸道异物，解除窒息，注意控制肺部感染。
--------------	----------	---	---------------------------------

二、出血

止血方法		适用于	注意事项
压迫止血	指压止血 (压近心端)	紧急情况下暂时止血	颈总动脉：只能压单侧，时间一般不超过 5 分钟
	包扎止血	毛细血管、小静脉及小动脉的出血或创面渗血	
	填塞止血	开放性和洞穿性创口、窦腔出血	

三、休克

分类	主要为创伤性休克和失血性休克两种，颌面外科遇到的多为失血性休克
临床判断休克的主要指征	正常成人的心率上限如达到 120 次/分钟，结合四肢皮肤的变化，是早期诊断休克较可靠的指征
抗休克目的	恢复组织灌流量
治疗	对失血性休克则以补充有效血容量、彻底消除出血原因，制止血容量继续丢失为根本措施
注意事项	镇痛不可用 吗啡 ，它会抑制呼吸和缩瞳，导致无法确定病人情况

四、颅脑损伤

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。

情况	原因	判定	处理
鼻孔或外耳道有脑脊液漏出	前窝底 或 颅中窝底 有骨折	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	禁止作 耳道 与 鼻腔填塞 与冲洗，以减少引起颅内感染的可能
脑水肿、颅内压增高		喷射 状呕吐	脱水治疗，常用 20% 甘露醇（呋塞米—速尿剂）
昏迷			严禁作 颌间结扎固定

五、感染防治

六、包扎运送

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

第三节 口腔颌面部软组织创伤

一、口腔颌面部（软组织创伤类型、临床表现和处理原则）

创伤类型	临床表现	处理原则
擦伤	皮肤表层破损，点片状创面或少量点状出血	清洗创面，去除附着的异物，防止感染。
挫伤	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	止血、止痛、预防感染、促进血肿吸收和恢复功能： 1. 血肿较大，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，2天后用热敷，促进血肿吸收及消散 3. 如有感染，应予切开，清除脓液及腐败血凝块，建立引流
撕裂或撕脱伤	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	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做再植术 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

二、各部位软组织清创术特点

1. 口腔颌面部创伤清创术：一般原则是伤后越早进行越好，总的原则是6~8小时内进行。清创术主要分以下三步（清洁创口周围、麻醉、冲洗创口、消毒铺巾、清理创口、缝合）：

（1）冲洗创口：细菌在进入创口6~12小时以内尚未大量繁殖，容易通过机械的冲洗予以清除。

（2）清理创口

（3）缝合：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。

2. 各部位软组织清创术特点

损伤部位	修复方法
舌损伤	1. 原则：尽量保持舌的长度，纵行方向缝合 2. 缝合顺序：如舌的侧面与邻近牙龈，或舌的腹面与口底黏膜都有创面时，应分别缝合各部的创口。 3. 缝合方法：较粗的丝线（4号以上缝线），最好加用褥式缝合
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. 口腔黏膜无缺损或缺损较少而皮肤缺损较多者，应严密缝合口腔黏膜，关闭穿通创口。皮肤缺损应立即行植皮，如遗留缺损，以后再行整复治疗 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，消灭创面。遗留的洞形缺损，后期再行整复。
腭损伤	硬腭软组织撕裂伤做黏骨膜缝合即可 腭部缺损太大，不能立即修复者，可作暂时腭护板
唇、舌、耳、鼻及眼睑断裂伤	离体组织尚完整，伤后时间不超过6小时，应尽量设法缝回原处 有条件可加用高压氧和高氧液治疗，以增加成活的几率

第四节 口腔颌面部硬组织创伤

一、牙槽突骨折

好发部位	外力（如碰撞）直接作用于牙槽突所致，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

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, 时间一般是 4 周
------	---

二、颌骨骨折

颌骨骨折的发生率约占颌面损伤的 35%，交通事故为其主要原因。它与一般骨折最大的不同是上下颌骨之间借助牙列形成**咬合关系**，若骨折时处理不当，会影响咀嚼功能。1. 解剖特点：下颌骨易发生骨折的**薄弱区**为**正中联合部、颏孔区、下颌角区及髁突颈部**。直接打击髁突部可发生直接骨折，当颏部或体部受打击时，髁突部由于应力集中形成间接骨折。上颌骨是面中部最大的骨骼，垂直的支柱结构为**颧上颌支柱、鼻上颌支柱、翼上颌支柱**，常形成**高、中、低位骨折**。

2. 临床表现

(1) 下颌骨骨折（最常见）

1) 骨折段移位：咀嚼肌的**牵拉作用**是主要因素。

	骨折部位	移位方向
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
颏孔区骨折	一侧颏孔区骨折	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
	双侧颏孔区骨折 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 颏部后缩及舌后坠

下颌角骨折	正位于 下颌角	不发生移位
	位于这些 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
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 ，不能向对侧作侧做侧（ 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	下颌不能做前伸运动，下颌升支向 后上移位 ，后牙早接触，前牙 开（牙合） 更明显，侧向运动受限

髁突骨折线	翼外肌附着上方	不发生移位。又称为 囊内骨折 或 脱帽骨折
-------	----------------	-------------------------------------

髁突内髁的纵劈型（矢状）骨折	不发生移位
关节囊以外	翼外肌附着的以下称为髁突颈部骨折。位于乙状切迹水平的骨折称为髁突基部骨折，症状同翼外肌附着下方

2) 咬合错乱：是颌骨骨折最常见的体征

3) 骨折段异常动度：正常情况下下颌骨运动时是整体活动，只有在发生骨折时才会出现异常活动。

4) 下唇麻木：下颌骨骨折伴有下牙槽神经损伤时，会出现下唇麻木。

5) 张口受限：由于疼痛和升颌肌群痉挛，多数下颌骨骨折会出现张口受限症状。

6) 牙龈撕裂：骨折处常可见牙龈撕裂、变色和水肿。

(2) 上颌骨骨折 1) 骨折线：上颌骨与鼻骨、颧骨和其他颅面骨相连，骨折线易发生在骨缝和薄弱的骨壁处，临床上最常见的是横断形、分离性骨折。Le Fort 按骨折线的高低位置，将其分为三型。

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、内侧面壁、眶底、颧上颌缝，再沿上颌骨侧壁至翼突。有时可波及筛窦达颅前凹，出现脑脊液鼻漏。

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）

2) 骨折块移位：因重力而下垂，一般常出现向后下方向移位。

3) 咬合关系错乱

4) 眶及眶周变化：“眼镜症状”，复视等。

5) 颅脑损伤：

3. 颌骨骨折的诊断：根据临床表现结合 X 线片不难诊断，咬合错乱是专科检查最重要的骨折体征。

4. 颌骨骨折的治疗

(1) 颌骨骨折的治疗原则

①治疗时机：颌骨骨折患者应及早进行治疗。

②骨折治疗原则：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。

③骨折线上牙的处理：在颌骨骨折治疗中牙应尽量保存，即使在骨折线上的牙也可考虑保留，但如骨折线上的牙已松动，折断、龋坏、牙根裸露过多或有炎症者，则应予拔除，以防骨创感染或并发颌骨骨髓炎。儿童期颌骨骨折后，如恒牙胚已暴露并有感染可能者，也应去除。

(2) 颌骨骨折的复位方法：颌骨骨折的复位标准是恢复患者原有的咬合关系。根据不同的骨折情况，可选用不同的复位方法。

复位方法	适应证	方法和注意事项
手法复位	新的并且移位不大的线形骨折	复位后应作颌间固定
牵引复位	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）
		在上、下颌牙列安置有挂钩的牙弓夹板，橡皮圈作牵引
		外牵引支架

手术切开复位	用于有软组织伤口的开放性骨折，闭合性颌骨复杂性骨折或已有错位愈合的陈旧性骨折
--------	--

(3) 颌骨骨折的固定方法：为保证骨折块复位后在正常位置上愈合，防止发生再移位，必须采用稳定可靠的固定方法。

单颌固定	常用于牙槽突骨折和移位不大的颞部线形骨折
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

(4) 髁突骨折的治疗

方法	适应证
保守治疗	适用于大多数髁突骨折，即在手法复位并恢复咬合关系后行颌间固定
手术治疗	适用于髁突明显移位，闭合复位不能获得良好咬合关系、成角畸形大于 45° 角、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 1~3 天

(5) 无牙颌及儿童颌骨骨折的治疗：

	常见于	方法（目的恢复颌位即可，咬合关系可靠义齿和自行恢复）
无牙颌骨折	老年人，常见于下颌骨	较小骨折利用原有修复的义齿，结扎，恢复咬合关系较大的骨折，也可以考虑切开行复位坚强内固定
儿童颌骨骨折		多采用保守治疗，如颅颌绷带，固定最好选用单皮质钉，防止损伤牙胚

三、颧骨及颧弓骨折

1. 颧骨颧弓骨折分类：

Knight 和 North 根据解剖移位的角度提出 6 型分类法：

I 型：颧骨无移位骨折。

II 型：单纯颧弓骨折。

III 型：颧骨体骨折向后内下移位，不伴转位。

IV 型：向内转位的颧骨体骨折。

V 型：向外转位的颧骨体骨折。

VI 型：颧骨体粉碎性骨折。

其中 II、V 型骨折复位后稳定，无需固定；而 III、IV、VI 型骨折复位后不稳定，需要固定。

2. 临床表现

临床表现	原因和特点
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
张口受限	骨折块发生内陷移位，压迫颞肌和咬肌，阻碍喙突运动引起张口受限（主要表现）
复视	颧骨骨折移位后，可压迫眼球移位
瘀斑	眶周皮下、眼睑和结膜下可有出血性瘀斑（熊猫眼）
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

治疗	适用于
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）
上颌窦填塞法	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

四、眼眶骨折（助理不考）

1 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**。来自侧外方对眶内侧缘的打击，可造成鼻眶筛骨折，**内眦韧带失去附着引起眼内眦不对称、眦距增宽、鼻根塌陷等畸形，严重影响面中部外形。**

2. 临床表现

临床表现	病因和特征性表现
骨折移位	眼眶骨折常可在眶下缘和颧额缝触及台阶感 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
眼球内陷	是眶底和鼻眶筛骨折的重要体征
复视	眼外肌出现垂直方向运动受限、动眼神经受伤而产生复视
眶周淤血、肿胀	--
眶下区麻木	挫伤或挤压眶下神经

3. 诊断：根据病史，临床表现以及 X 线片不难诊断，X 线辅助检查可选用**华氏位或断层片**。

4. 治疗：眶底骨折应及时手术治疗。

手术时机	1 周左右为宜
手术复位目的	恢复眶下壁骨质连续性，改善眼球内陷和复视。

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：通常在伤后 4~8 小时即可在两断端间形成血肿。
2. 血肿机化：骨折后的 24~72 小时内。
3. 骨痂形成：骨折后 1~2 周，机化的血块被纤维血管组织所替代。
4. 骨痂改建：骨折 2 周后。

下颌骨骨折的临床愈合所需时间通常为 6~8 周。一般需 5~6 个月后，在 X 线片上骨痂与密质骨的界限消失，看不到骨折线，此时已达到组织学上的骨性愈合。一期愈合又叫直接愈合，即骨折达到解剖复位。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

第一节 概论

一、概念

肿瘤是人体正常组织细胞由于**内在和外界致病因素**长时间的作用，使细胞的遗传物质——脱氧核糖核酸（DNA）产生突变，对细胞的生长和分裂失去控制而发生异常增生和功能失调所造成的一种疾病。

二、口腔颌面肿瘤的分类及命名

	定义	常见
瘤	良性肿瘤	牙龈瘤、牙瘤、腺淋巴瘤
癌	来自上皮组织的恶性肿瘤	舌鳞状细胞癌、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	--

口腔颌面部良性肿瘤以牙源性及上皮源性肿瘤为多见，如成釉细胞瘤、多形性腺瘤等；其次为间叶组织肿瘤，如管型瘤、纤维瘤等。口腔颌面部恶性肿瘤以上皮组织来源最多，尤其是鳞状上皮细胞癌最为常见，约占口腔颌面部恶性肿瘤 80%（口腔恶性肿瘤约 90%）以上；其次为腺源性上皮癌及未分化癌。肉瘤发生于口腔颌面部者较少，主要为纤维肉瘤、骨肉瘤等。

（三）口腔颌面肿瘤的致病因素 肿瘤病因至今尚未明了，一般认为是外来和内在的多种致病因素综合作用的结果。 1. 外在因素

外来因素	特点	因果关系
物理因素	热、损伤、紫外线、X 线及其他放射性物质，以及长期慢性刺激等因素	舌颊癌：残根、不良修复体
		唇癌：长期吸雪茄烟和烟斗
		皮肤癌：灼伤
		唇癌及皮肤癌：紫外线辐射
生物因素	可致癌某些恶性肿瘤可由病毒引起	Burkitt 淋巴瘤与 EB 病毒有关； 人乳头瘤病毒，特别是 HPV ₁₆ 是诱发人口腔黏膜鳞癌
		——
化学因素	煤焦油、吸烟及酒精等均可致	——
营养因素	维生素、微量元素均与癌瘤的发生、发展有一定关系	——

2. 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

四、口腔颌面肿瘤的临床表现

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及发生恶病质而死亡
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

2. 与恶性肿瘤相关的概念

(1) **原位癌**：癌初起局限于黏膜内或表层中，称原位癌。（不突破基底膜）

(2) 癌在临床上的分型：

①溃疡型：

②外生型：菜花样。

③浸润型：深部可扪及不易移动的硬块。

(3) 肉瘤：多见于儿童及年轻人，都起自深部间叶组织。

(五) 口腔颌面肿瘤的诊断 早期发现、正确诊断是根治恶性肿瘤的关键。特殊性指向性检查。

甲状腺癌及口腔内异位甲状腺	^{131}I 或 ^{125}I 诊断， ^{125}I 分辨较好
颌骨恶性肿瘤	$^{99\text{m}}\text{Tc}$
肿瘤标志物	恶性肿瘤的血液、尿或其他体液中可发现一些特殊的化学物质，这类物质通常以抗原、激素、受体、酶、蛋白以及各种癌基因等的形式出现，这些产物多由肿瘤细胞产生、分泌和释放。

六、口腔颌面肿瘤的治疗

1. 治疗原则

(1) 良性肿瘤：外科治疗为主。

(2) 恶性肿瘤：应根据肿瘤的组织来源、生长部位、分化程度、发展速度、临床分期、患者机体状况等全面研究后再选择适当的治疗方法。4) 临床分期：临床分期可作为选择治疗计划的参考。一般早期患者不论应用何种疗法均可获效，而晚期患者则以综合治疗的效果为好。临床分期也可作为预后估计的参考。临床上根据癌瘤侵犯的范围，国际抗癌协会（UICC）设计了 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。
T(2.4)N(3.6)M

(1) 手术治疗：目前手术仍是治疗口腔颌面部肿瘤主要的方法，适用于良性肿瘤或用放射线及化疗不能治愈的恶性肿瘤。手术时必须遵循肿瘤外科原则。第一次手术常是治愈肿瘤的关键。为防止口腔颌面部恶性肿瘤局部复发或远处转移，在手术中应严格遵守“无瘤”操作原则：记忆：正常组织切；防止切破、分块、挤压瘤体；缝合时换器械手套；术中冲洗给药，术后放化疗。

(2) 放射治疗

不适用于放射治疗的肿瘤：绝大部分良性肿瘤。

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

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，低于此数时，应考虑减少放射剂量。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。

2) 治疗方案：单一化学药物治疗；联合化学药物治疗

3) 给药方法：序贯疗法：常用于较晚期的恶性肿瘤。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。优点：这一方案可以利用药物的最大杀伤能力，比每日小剂量用药疗效显著。冲击疗法的毒性，特别是对骨髓的抑制并不比小剂量给药大，且不易出现耐药性，对免疫功能的影响亦较小。缺点：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。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。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。分次给药：指每隔数小时给药1次。如阿糖胞苷，

4) 化疗的不良反应：主要的不良反应是骨髓抑制。

(4) 生物治疗 (5) 低温治疗 (6) 激光治疗 (7) 高温治疗 (8) 营养治疗 (9) 综合序列治疗 (七) 口腔颌面肿瘤的预防 (助理不考)

目前，口腔颌面部癌症患者的5年生存率在60%左右，效果尚不能令人满意。是因为现在癌症的治疗都是一种“癌后治疗”，即在癌症已形成之后。

癌症的预防可分为三级：

I级预防	病因学预防，是降低发病率的最根本措施
II级预防	预防主要是贯彻三早，即“早发现、早诊断、早治疗”，以提高治愈率
III级预防	以处理和患者为主，其目标是根治肿瘤，延长寿命，减轻病痛，以及防止复发

口腔颌面部癌瘤的预防应包括以下内容：

1. 消除或减少致癌因素。

2. 及时处理癌前病损。口腔颌面部最常见的癌前病损有**白斑和红斑**。

3. 加强防癌宣传。

4. 开展防癌普查或易感人群的监测。

第二节 口腔颌面部囊肿 一、软组织囊肿

皮脂腺囊肿（“粉瘤”）	潴留性囊肿，中央有一“色素点”，白色凝乳状皮脂腺分泌物；可恶变
皮样或表皮样囊肿	皮样囊肿（发瘤），囊壁有皮肤附件，触诊时，似面团样。表皮样囊肿，囊壁中无皮肤附件
甲状舌管囊肿	舌骨上下部为最常见，可随吞咽及伸舌等动作而移动，穿刺检查可抽出透明、微混浊的黄色稀薄或黏稠性液体；甲状舌管瘻如长期不治，还可以发生癌变。治疗： 囊肿+瘻管+舌骨中份一并切除
鳃裂囊肿	第二鳃裂来源最常见，胸锁乳突肌上1/3前缘附近。上呼吸道感染后可以骤然增大，穿刺抽吸时，可见有黄色或棕色的、清亮的、含或不含胆固醇的液体。

二、颌骨囊肿

（一）牙源性颌骨囊肿

1. 分类

	好发部位	临床表现	病因
根端囊肿	前牙	囊肿内含有含铁血红素和胆固醇结晶	根尖炎症刺激因素转变
始基囊肿	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	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
牙源性角化囊性瘤（旧称牙源性角化囊肿）	下颌第三磨牙区和下颌支	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，囊肿大多向颊侧膨胀	来源于原始的牙胚或牙板剩余

多发性角化囊性瘤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、小脑镰钙化等症时，称为“痣样基底细胞癌综合征”或“多发性基底细胞痣综合征”。基底细胞痣（癌）或角化囊肿综合征有时有**阳性家族史**，被认为系常染色体9q22.3位点突变所致。

2. 诊断 3. 治疗

（二）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	圆形囊肿影像，也可发下颌正中线处

	部位	
鼻唇囊肿	上鼻底和鼻前庭内	骨质无破坏现象

第三节 良性肿瘤和瘤样病变

一、色素痣(助理不考)

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证据者，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

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
病因	机械刺激、损伤及慢性炎症刺激
组织病理学分类	血管性（肉芽肿性）牙龈瘤主要是肉芽组织所构成
	纤维性牙龈瘤含有较多的纤维组织和成纤维细胞
	巨细胞性牙龈瘤病变见少许骨小梁或骨样组织
临床表现	1. 牙龈瘤女性较多，青年及中年人常见。多发于牙龈乳头部。最常见的部位是前磨牙区 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。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

三、血管瘤与脉管畸形

（一）分类及命名 脉管瘤亦称管型瘤、血管瘤，淋巴管瘤；但有的脉管病变并非真性肿瘤故只能称脉管畸形。系来源于血管或淋巴管的肿瘤或畸形。

1. 血管瘤。

2. 脉管畸形：

- （1）微静脉畸形：包括中线型微静脉畸形与微静脉畸形两类。
- （2）静脉畸形。
- （3）动静脉畸形。
- （4）淋巴管畸形：又分为微囊型与大囊型两类。
- （5）混合畸形：包括静脉-淋巴管畸形和静脉-微静脉畸形两型。

（二）血管瘤

血管瘤多见于婴儿出生时（约 1/3）或出生后不久（1 个月之内）。它起源于残余的胚胎成血管细胞。

1. 组织发生及病理学特征： 瘤内富含增生活跃的血管内皮细胞。

2. 分期及临床表现：其病程可分为增生期、消退期及消退完成期三期。

(三) 脉管畸形

分类	本质	临床特点
静脉畸形又称海绵状血管瘤	由衬有内皮细胞的无数血窦所组成	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，周界清楚。其外形不规则，大小不一，“ 指压试验 ” 阳性 ，以手指压迫病损，表面颜色退去；解除压力后，血液立即又充满病损区，恢复原有大小和色泽。中线型微静脉畸形主要是病损位于中线部位，项部最常见，它可以自行消退
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	一种迂回弯曲、极不规则而有搏动性的血管畸形， 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
微囊型，老分类中所称为 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	在皮肤或黏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，无色、柔软，一般无压缩性，病损边界不清楚
大囊型 老分类中称为 囊肿型或囊性水瘤	一般为多房性囊肿，彼此间隔，内有透明、淡黄色水样液体	透光试验为阳性

(四) 血管瘤与脉管畸形的诊断

表浅血管瘤或脉管畸形的诊断并不困难。位置较深的血管瘤或脉管畸形应行体位移动试验和靠穿刺来确定。

(五) 血管瘤与脉管畸形的治疗

类型	治疗方法
血管瘤	对激素治疗较敏感，对生长迅速的婴幼儿（特别在1岁之内者）血管瘤，瘤腔注射，治疗性诊断
静脉畸形	5%鱼肝油酸钠或其他血管硬化剂行病损腔内注射
微静脉畸形	氩离子（Ar）激光或氪离子（Kr）光化学疗法治疗疗效较好
动静脉畸形	手术治疗，常用的有效而安全的栓塞材料是吸收性明胶海绵
淋巴管畸形	手术治疗

四、成釉细胞瘤

(一) 概述 成釉细胞瘤为**颌骨中心性上皮肿瘤**，在牙源性肿瘤中较为常见。**下颌骨比上颌骨多**。

(二) 组织发生及病理表现 大多数认为由釉质器或牙板上皮发生而来应属“**临界瘤**”（局部侵袭性）。

(三) 临床表现 **成釉细胞瘤多发生于青壮年**。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。当肿瘤压迫下牙槽神经时，患侧下唇及颊部可能感觉麻木不适。如肿瘤发展很大，骨质破坏较多，还可能发生病理性骨折。

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。在囊内的牙根尖有不规则吸收现象。

(四) 诊断 穿刺检查可抽出褐色液体

牙源性腺样瘤临床上好发于上颌尖牙区。多见于青少年。X线常表现为单房性阴影伴有钙化小点或含牙。

(五) 治疗

主要为外科手术治疗。将肿瘤周围的骨质至少在 0.5 cm 处切除。

五、骨化纤维瘤（助理不考）

(一) 概述 骨化性纤维瘤为颌面骨比较常见的良性肿瘤。

(二) 病理表现 骨化性纤维瘤为大量的、排列成束和漩涡状的纤维组织所构成。

(三) 临床表现 骨化性纤维瘤常见于年轻人，多为单发性，可发生于上、下颌骨，但以下颌较为多见。女性多于男性。

(四) 诊断及鉴别诊断 骨化性纤维瘤是一种良性肿瘤，多发生于青年人，常为单发性，以下颌骨为多见。骨纤维异样增殖症则为发育畸形，发病年龄较早，病期较长，以上颌骨为多见，常为多发性。在 X 线片上表现为颌面骨广泛性或局限性沿骨长轴方向发展，呈毛玻璃状，少数表现为多房性囊状阴影。

(五) 治疗

第四节 恶性肿瘤

一、鳞状细胞癌

(一) 概述 在我国，口腔颌面部的恶性肿瘤以癌为最常见，肉瘤较少。在癌瘤中又以鳞状细胞癌为最多见。1. 分类 我国口腔颌面部鳞状细胞癌（简称鳞癌）多发生于 40~60 岁的成人，男性多于女性。部位以舌（第一）、颊、牙龈、腭、上颌窦为常见。

2. 生物学行为 鳞癌常向区域淋巴结转移，晚期可发生远处转移。以溃疡型为最多见；有时呈菜花状，边缘外翻。

3. 组织病理学特点 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 上颌窦癌侵袭的特点：

二、恶性黑色素瘤（助理不考）

(一) 概述

恶性黑色素瘤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

表现为病变内或周围出现结节（卫星结节），所属区域的淋巴结突然增大。

(四) 诊断 主要根据色素表现及临床症状，不宜行活组织检查。

(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。**

(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%。

三、口腔颌面部肉瘤（助理不考）

(一) 软组织肉瘤

1. 概述 软组织肉瘤好发于成年人，为 80%~90%，儿童占 10%~20%。
2. 病因 因良性病损而行放射治疗可能导致肉瘤变。 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 发病年龄较癌为轻；病程发展较快；常发生血循转移；
4. 诊断与鉴别诊断 免疫组化、特殊染色可有较大帮助协助确诊组织类型。
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。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此癌为差。

(二) 骨源性肉瘤

1. 概述 认为与创伤，包括外伤及放射性损伤有关。按病理组织学表现口腔颌面部以骨肉瘤为最常见。
2. 临床表现 骨源性肉瘤可发生于任何颌面骨，但以上下颌骨为最常见。骨源性肉瘤可发生远处转移，骨肉瘤最常见，转移部位以肺、脑为多。骨恶性纤维组织细胞瘤则常发生区域性淋巴结转移。软骨肉瘤则少有转移倾向，无论是血循或淋巴道转移。
3. 诊断与鉴别 诊断骨源性肉瘤的诊断主要靠 X 线、CT，应列为诊断的基本信息。

	X 线的基本特征
骨源性肉瘤	软组织阴影伴有骨破坏，呈不规则透射阴影；有时有骨质反应性增生及钙化斑、块出现；牙在肿瘤中多呈漂浮状
成骨性骨肉瘤	可呈典型的日光放射状排列
溶骨性骨肉瘤	骨质呈不规则破坏，由内向外。由于破坏迅速，使骨膜反应性新生骨不易产生
软骨肉瘤	日光放射状，在透射区内有时可含有一定数量的钙化斑点，其周缘不甚规则
骨纤维肉瘤	溶骨性病损
骨髓炎	除骨质破坏有死骨外常有骨膜反应性增生

4. 治疗 骨源性肉瘤的基本治疗是以**手术**为主的综合治疗

5. 预后 比**鳞癌、腺源性上皮癌**为差。

四、恶性淋巴瘤(助理不考)

(一) 概念 在病理上可分为**霍奇金淋巴瘤**与**非霍奇金淋巴瘤**两大类。 其中临床以**非霍奇金淋巴瘤**多见。

(二) 病因、病理及其生物学行为 恶性淋巴瘤的发生与多种因素有关，目前趋向于免疫功能紊乱、长期抗原刺激以及病毒等。 恶性淋巴瘤以儿童与青壮年多发。以颈部淋巴结最好发。发生于淋巴结者称结内型；发生于淋巴结外者称结外型。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。

(三) 临床表现

	结内型	结外型
单多发	多发	单发

(四) 诊断及鉴别诊断

由于恶性淋巴瘤临床表现呈多型性，因此，主要靠活组织检查方能确诊。值得提出的是非洲淋巴瘤(African lymphoma)，亦称Burkitt淋巴瘤。此瘤多好发于颌骨的牙槽突，也可波及肝脾及内脏。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。

(五) 治疗原则

1. 霍奇金淋巴瘤早期 HL 的治疗以放射治疗为主。
2. 非霍奇金淋巴瘤 NHL 由于容易全身播散，故一般应以化疗为主，放疗为辅。其次，它的组织学亚型更多，治疗效果也不如 HL。目前大都采用 CHOP 方案(环磷酰胺、阿霉素、长春新碱、泼尼松)化疗。对由于阿霉素有心脏毒性，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，也可取得良效。

第八单元 唾液腺疾病

舍格伦综合征	慢性复发性腮腺炎	慢性阻塞性腮腺炎	急性化脓性腮腺炎
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	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	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	不能做腮腺造影

第一节 急性化脓性腮腺炎

- 一、概述:炎以前常见于腹部大手术以后，称之为手术后腮腺炎。
- 二、病因:主要是金黄色葡萄球菌。
- 三、临床表现:常为单侧受累，双侧同时发生者少见。肿胀以耳垂为中心，红肿热痛，腮腺导管口红肿，可见脓栓。
- 四、诊断及鉴别诊断:不宜做腮腺造影

鉴别诊断:

咬肌间隙感染	有感染源，出现张口受限，没有唾液腺分泌异常
腮腺区淋巴结炎	有原发病灶，没有唾液腺分泌异常
流行性腮腺炎	发热史，淀粉酶明显增高

五、预防

六、治疗原则 切开引流

(无波动感)。指征:

- ①局部有明显的凹陷性水肿;
- ②局部有跳痛并有局限性压痛点，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。

第二节 慢性复发性腮腺炎 一、概述:儿童和成人均可发生，但其转归很不相同。

二、病因:成人复发性腮腺炎为儿童复发性腮腺炎迁延未愈而来。

三、临床表现

5 岁左右最为常见，男性稍多于女性，腮腺反复肿胀，间隔数周或数月发作一次不等。年龄越小，间隔时间越短，越易复发。随着年龄的增长，间歇时间延长，持续时间缩短。

四、诊断及鉴别诊断

诊断主要根据临床表现及腮腺造影。患儿双侧或单侧腮腺反复肿胀，导管口有脓液或胶冻样分泌物。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，排空迟缓，主导管及腺内导管无明显异常。故应常规作双侧腮腺造影。

五、治疗原则:复发性腮腺炎具有自愈性，以增强抵抗力、防止继发感染、减少发作为原则。

第三节 慢性阻塞性腮腺炎

一、概述 慢性阻塞性腮腺炎又称腮腺管炎，以前与复发性腮腺炎一起，统称为慢性化脓性腮腺炎。二、病因病理

大多数患者由局部原因引起，少数由导管结石或异物引起。导管扩张、腺泡萎缩、导管腔内分泌物潴留是慢性阻塞性腮腺炎的主要病理特征。三、临床表现 男性发病略多于女性，大多发生于中年。多为单侧受累，约占半数患者肿胀与进食有关；挤压腮腺可从导管口流出混浊的“雪花样”或黏稠的蛋清样唾液。

四、诊断及鉴别诊断 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。慢性阻塞性腮腺炎（造影主导管腊肠样改变）需与成人复发性腮腺炎（造影末端导管点球状扩张）及舍格伦综合征继发感染相鉴别。

五、治疗原则

阻塞性腮腺炎多由局部原因引起，故以去除病因为主。经治疗无效者，可考虑手术治疗。

第四节 涎石病及下颌下腺炎

一、概述：85%左右发生于下颌下腺。

二、病因 涎石多发于下颌下腺，与下列因素有关：

- ①下颌下腺为混合性腺体，分泌的唾液富含黏蛋白，钙的含量也高出2倍，钙盐容易沉积。
- ②下颌下腺导管自下向上走行，腺体分泌液逆重力方向流动，导管长，在口底后部有一弯曲部，导管全程较曲折，这些解剖结构均使唾液易于淤滞，导致涎石形成。

三、临床表现 涎石病患者性别无明显差异，中青年为多见。病期短者数日，长者数年甚至数十年。进食时，颌下区反复肿胀可引起颌下腺炎。

（四）诊断及鉴别诊断 根据进食时下颌下腺肿胀及伴发疼痛的特点，导管口溢脓以及双手触诊可扪及导管内结石等，临床可诊断下颌下腺涎石并发下颌下腺炎。

确诊应做X线检查，下颌下腺涎石投照下颌横断（牙合）片及下颌下腺侧位片，前者适用于下颌下腺导管较前部的涎石，后者适用于下颌下腺导管后部及腺体内的涎石。

五、治疗原则 下颌下腺涎石病的治疗目的是去除结石、消除阻塞因素，尽最大可能地保留下颌下腺这一功能器官。

	适用于	方法
保守治疗	很小的涎石可用保守治疗	嘱患者口含蘸有柠檬酸的棉签或维生素C片，也可进食酸性水果或其他食物，促使唾液分泌，有望自行排出
切开取石术	1.能扪及相当于下颌第二磨牙以前部位的涎石 2.无下颌下腺反复感染史，腺体尚	对于体积较大的下颌下腺导管结石，宜行导管再通术，使唾液从正常导管口排出

	未纤维化 3. ^{99m} Tc 测定腺体功能存在者	
腺体切除术	涎石位于下颌下腺内或下颌下腺导管后部、腺门部的涎石 下颌下腺导管切开取石术后 6 个月，行 ^{99m} Tc 下颌下腺功能测定，功能明显低下者，结合临床表现，亦可考虑行腺体切除术	
其他治疗方法：碎石、纤维内窥镜或气囊进入下颌下腺导管取石		

第五节 舍格伦综合征（助理不考）

一、概述 舍格伦综合征是一种自身免疫性疾病。病变限于外分泌腺本身者，称为**原发性舍格伦综合征**。同时伴有其他自身免疫性疾病，如类风湿关节炎等，则称为**继发性舍格伦综合征**。二、病因病理

组织病理学表现有三个特点：**腺实质萎缩、淋巴细胞浸润和肌上皮岛形成**。

三、临床表现

多见于**中年以上女性**，出现症状至就诊时间长短不一。患者的主要症状有：**眼干、口干、唾液腺及泪腺肿大、类风湿关节炎等结缔组织疾病**。

1. 眼干

2. 口干 口底唾液池消失。舌呈“镜面舌”。龋病常为**猛性龋**。

3. 唾液腺肿大 以腮腺为最常见

4. 其他外分泌腺受累

5. 结缔组织疾病 约占 50% 的患者伴有类风湿关节炎，约占 10% 的患者伴系统性红斑狼疮。

四、诊断

方法	做法	异常表现
施墨（Schirmer）试验	用 5 mm×35 mm 的滤纸两条，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长度	低于 5 mm，表明泪液分泌减少
四碘四氯荧光素染色（玫瑰红染色）	用 1 滴 1% 四碘四氯荧光素滴入眼结膜囊内，随即以生理盐水冲洗	在暴露的睑裂角膜部位发现鲜红的染色，是角膜上皮干燥状态的典型表现
唾液流量测定	一般用 5g 白蜡咀嚼 3 分钟	全唾液量低于 3mL 为分泌减少
唾液腺造影	打入造影剂	主导管呈葱皮状、羽毛状或腊肠状，末梢导管呈点球状末梢唾液腺导管扩张，排空功能减退
实验室检查	可有血沉加快，自身抗体可能阳性	
唇腺活检	常用活检处	主要表现为从小叶中心开始，小叶轮廓存在，腺小叶内淋巴、浆细胞浸润、腺实质萎缩、导管扩张、导管细胞化生

五、治疗原则

主要为对症治疗。对于结节型舍格伦综合征可采用手术治疗，

六、预后

第六节 涎瘘

一、概述：腮腺是最常见的部位，损伤是主要的原因。

二、临床表现：可分为**腺体痿及导管痿**。

三、诊断 根据病史和临床表现，涎痿的诊断不困难，特别是饮食、咀嚼时流出量增多是其典型表现。

定性法	流出的液体作生化定性分析，其中含有淀粉酶
腮腺造影	腮腺造影：腮腺腺痿者可见腺体某处有造影剂外溢，而导管系统显示良好。导管痿则可见主导管上痿口处有造影剂外溢

四、治疗原则

情况	处理
腺体痿唾液分泌量少者，新鲜创口	加压包扎，同时用阿托品，限制唾液分泌。如果失败，则需行痿管封闭术
新鲜的腮腺导管断裂伤	作导管端端吻合术
断裂处接近口腔	行导管改道术，变外痿为内痿
痿口接近口腔	可行导管改道术，改变痿口位置
痿口靠近腺门且为不完全痿者	痿管封闭术
腮腺导管完全痿且缺损较多，残留导管较短，既不能作导管吻合，又不能作导管改道者	利用口腔黏膜行导管再造术
同时伴有局部广泛而深的瘢痕组织，可在控制炎症后	作腮腺导管结扎，令腺体自行萎缩
腺体有慢性炎症，其他手术方法失败	腮腺切除术

第七节 舌下腺囊肿

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：

分类	临床表现
单纯型	囊肿位于下颌舌骨肌以上的舌下区，状似“ 重舌 ”
口外型	又称潜突型，囊肿位于下颌下区肿物，
哑铃型	单纯型和口外型的混合型，

二、诊断及鉴别诊断

三、治疗原则 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，不必在下颌下区作切口摘除囊肿。

第八节 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，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0.2~0.5 mL，停留2~3分钟，再将碘酊抽出。 最常用的治疗方法仍为手术切除	

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 ，腺体组织中也可是瘤细胞 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	

第十节 沃辛瘤（助理不考）

概述	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，男女比例 6: 1	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	沃辛瘤的治疗为 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 0.5 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，但可保留腮腺导管及大部分腮腺的功能	

第十一节 腺样囊性癌（助理不考）

概述	腺样囊性癌过去曾称“ 圆柱瘤 ”
病理分型和生物学行为	腺样囊性癌根据其组织学形态可以分为 腺样型(也称筛状型) 、 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 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。
----	--

第十二节 黏液表皮样癌（助理不考）

概述	是唾液腺 恶性肿瘤中最常见者 （良性最常见是多形性腺瘤）	
生物学行为	由 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	
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，表面粘膜呈浅蓝色。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。