

<口外魔背 100 点>

- 1、口腔检查顺序：外→内、前→后、浅→深，健、患侧侧对比。
- 2、正常张口度：自身的示、中、无名三指合拢时三指末节的宽度，约 3.7 cm ~ 4.5 cm。平均 3.7 cm。
- 3、双指合诊：一手的拇、示指，进行唇、舌部的检查。
- 4、双手合诊：双手进行口底、颌下区检查；由“后”向“前”。
- 5、脑脊液鼻漏—前颅底骨折；脑脊液耳漏—中颅底骨折。
- 6、腮腺触诊：示、中、无名三指平触。下颌下腺及舌下腺：双手合诊。
- 7、正常涎液总量：1000 ~ 1500 mL/天，腮腺和下颌下腺占 90%；（下颌下腺：60% ~ 65%），舌下腺：3% ~ 5%。
- 8、脓肿穿刺——8 号或 9 号针头，血管性病变——7 号，唾液腺肿瘤和深部肿瘤——6 号（细针吸取活检）。
- 9、血管性肿瘤或血管畸形、恶性黑色素瘤、腮腺区——不能活检。
- 10、 ^{131}I 、 ^{125}I 鉴别甲状腺癌和异位甲状腺， ^{125}I 分辨率较好。
- 11、 $^{99\text{mTc}}$ 诊断颌骨恶性肿瘤，沃辛瘤“热结节”，下颌下腺功能测定。
- 12、在连续手术时应遵循先无菌、次污染、后感染的原则，以免交叉感染。
- 13、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（金英杰口腔·内部资料）
- 14、煮沸消毒法：水煮沸后开始计时，15 ~ 20 分钟。乙肝 30 分钟。加入 2% 碳酸氢钠时，沸点即达 105°C。
- 15、干热灭菌法：棉织品、合成纤维、塑料及橡胶制品等不宜，160°C—120 min，170°C—90 min，180°C—60 min。

- 16、除醇类没有杀菌作用外，其余化学消毒法均可杀菌，过氧化氢最强。
- 17、碘酊：口内：1%，颌面颈部：2%，头皮：3%。
- 18、洗必泰液（氯己定）：消皮肤 0.5%。消口内及创口 0.1%。
- 19、碘伏：器械消毒—1~2 mg/mL 有效碘浸泡 1~2 h。
- 20、头颈部消毒至术区外 10 cm，四肢、躯干扩大 20 cm。
- 21、颌下、颈部—垫肩+头侧位；腭部—平卧仰头位。唇部—平卧头正位。
- 22、孔巾—门诊小手术；三角形铺巾—口腔、鼻、唇及颊部；
四边形铺巾—腮腺区、颌下区、颈部。
- 23、切开部位：隐蔽、天然皱褶处，与皮纹方向一致。
- 24、钳夹、结扎止血——最基本、最常用；阻断止血：最明显、最可靠。
- 25、双侧颈外动脉结扎的止血效果比单侧结扎更佳。
- 26、降压止血:收缩压降至 10 kPa (80 mmHg) 左右，不超过 30 分钟，心血管疾患的病员禁用。
- 27、锐性分离:损伤小，需直视；钝性分离:损伤大，不需直视。
- 28、整复手术以缝合边距 2~3 mm、针距为 3~5 mm，颈部手术缝合边距为 3 mm、针距 5 mm 为宜；舌缝合时边距、针距均为 5 mm 以上。
- 29、缝合：先游离侧，后固定侧。(金英杰口腔·内部资料)
- 30、进出针间距大于皮下间距：皮肤创缘内卷，反之外翻。
- 31、两侧创缘厚薄不均或高低不等：薄、低侧多而深缝，厚、高侧少而浅缝。
- 32、选择纵式和横式外翻缝合，考虑创缘血供方向，使其与缝线方向一致。
- 33、污染创口：多在 24~48 小时后去除引流。
感染创口：没有脓液之后 48 小时（脓液和渗液均消失后去除）。

负压引流：24 小时内不超 20~30 mL。

34、普鲁卡因：一次最大用量：1 g，6.0 mg/kg，不用于表面麻醉。

35、利多卡因：一次最大用量：300~400 mg，4.4 mg/kg；心律失常病员常作为首选。

36、布比卡因：维持 6 小时以上。

37、丁卡因：表面麻醉，一次最大量：40~60 mg。

38、阿替卡因(碧兰麻)：用于成人和 4 岁以上儿童。

39、皮试：皮肤红晕直径>1 cm 为阳性；粘膜：充血肿胀，甚至鼻孔完全阻塞。

40、下牙槽神经阻滞麻醉(翼下颌注射法)。

进针点：翼下颌韧带中点外侧 3~4 mm (颊脂垫尖)。

进针方向：对侧 45 之间，与中线成 45°角。高于(牙合)平面 1 cm，下唇麻木为注射成功的主要标志。

41、腭前神经阻滞麻醉(腭大孔麻醉)。进针点：上颌 8 腭侧龈缘至腭中线弓形凹面连线的中点(平面连线中外 1/3 交界处)；注射偏后，麻醉腭中、腭后神经，引起恶心或呕吐(支配 3~8 腭侧牙龈)。(金英杰口腔·内部资料)

42、鼻腭神经：3~3 连线与腭中线的交点上，前牙缺失者，找唇系带，越过牙槽嵴往后 0.5 cm 即为腭乳头(支配 3~3 腭侧牙龈)。

43、上牙槽后神经阻滞麻醉(上颌结节麻醉)：上 7 远中颊侧根部前庭沟进针；与上颌牙的长轴成 40°，向上后内方向，刺入 15~16 mm,若过深，刺破翼静脉丛引起血肿。

44、上牙槽前神经：1~3；上牙槽中神经：45+6 的近中颊；上牙槽后神经：78+6 (远颊根+腭根)。

45、下颌升支的宽度愈大，进针加深。

下颌骨弓愈宽，加大与中线所成的夹角角度。

下颌角的角度愈大，抬高进针的高度。

46、晕厥：四肢厥冷无力、脉搏快而弱。（金英杰口腔·内部资料）

47、过敏：酯类药。延迟不重，常见血管性神经性水肿（巨唇、巨舌），即刻反应像中毒，可致命，治疗给予脱敏药物，对症治疗。

48、中毒：兴奋型，血压上升；抑制型，血压下降。

49、暂时性面瘫：麻药注入腮腺内麻醉面神经。

50、暂时性牙关紧闭：麻醉药注入翼内肌或咬肌内。

51、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。

52、拔牙的禁忌证~心脏病：①6个月内发生过心梗；②不稳定的或最近才开始的心绞痛；③充血性心力衰竭（Ⅲ级、Ⅳ级）；④未控制的心律不齐，Ⅲ°或Ⅱ°Ⅱ型房室传导阻滞、双束支阻滞或阿斯综合征阻滞不宜拔牙。

53、草绿色链球菌（甲型溶血性链球菌）→亚急性细菌性心内膜炎。青霉素首选。

54、血压高于 24/13.3 kPa (180 / 100 mmHg) ,高龄患者 160/90 mmHg 不拔牙。

55、放疗前 7~10 天，放疗后 3~5 年不拔牙。

56、血糖高于 8.88 mmol / L, (160 mg/dl) 不拔牙。

57、甲亢：基础代谢率 + 20%以下，静息脉搏不超过 100 次 / 分。

58、上颌窦穿孔，小的穿孔（直径 2 mm 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 2~6 mm），将两侧牙龈拉拢后缝合。穿孔大于

7 mm,需用邻位组织瓣关闭创口。

59、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。

60、干槽症：纤维蛋白溶解学说。术后3~4天后的持续性疼痛，拔牙窝空虚（非腐败型）或有腐败血凝块（腐败型）。

61、拔牙创愈合

形成血块：15~30min。

血块机化、肉芽组织形成：24h开始机化，大约7天后完成。

结缔组织和上皮组织替代肉芽组织：拔牙后3~4天开始，20天基本完成。5~8天开始形成新骨

原始的纤维样骨替代结缔组织：38天后拔牙窝的2/3被纤维样骨充填，3个月后才能完全形成骨组织。

成熟的骨组织替代不成熟骨质：3~6个月重建完成。

62、“危险三角区”：鼻根向两侧口角区域,常无瓣膜,故感染易向颅内扩散。

63、感染途径：牙源性（最常见）、腺源性（淋巴结）、损伤性、血源性、医源性。

64、金黄色葡萄球菌——黄色黏稠脓液。

链球菌——淡黄、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——硫磺颗粒。（金英杰口腔·内部资料）

65、感染治疗以局部为主，全身为辅。

66、下8冠周炎最常见，18~30岁多发。

67、扩散途径：磨牙后区扩散→面颊痿。

下颌骨外斜线向前→下颌6颊侧黏膜痿。

下颌支外侧扩散→咬肌间隙感染。（金英杰口腔·内部资料）

下颌支内侧扩散→翼下颌间隙感染。

68、新生儿颌骨骨髓炎：出生后3个月以内，上颌骨，血源性，金黄色葡萄球菌，颗粒状死骨。

69、放射性颌骨坏死：

软组织耐受量为6~8周，60~80 Gy。

死骨与正常骨常界限不清。

输血、高压氧——促进死骨分离。

露出的死骨——骨钳分次逐步咬除。

70、疔：单一毛囊；一个脓头；全身症状：轻；

治疗：2%碘酊涂擦。

71、疔：上唇多见，男性多；多个脓头，全身中毒症状明显。

高渗盐水或含抗生素的盐水纱布持续湿敷。

72、疔、疔禁忌挤压、挑刺、烧灼，热敷。

73、窒息临床表现：“三凹”征：锁骨上窝、胸骨上窝、肋间隙凹陷。

74、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。

75、舌后坠：牵舌出口外，舌尖后约2 cm处用粗丝线。

76、肿胀与血肿：①插入导管保持呼吸道通畅。②情况紧急行环甲膜穿刺或切开（切开不超过48小时），随后行气管切开术。

77、额颞部出血在耳屏前压迫颞浅动脉；面部出血在下颌骨下缘压迫面动脉；大面积出血压迫：颈总动脉，不超过5分钟，压单侧，近心端。

78、休克：早期心率 >120 次/分钟；目的：恢复组织灌流量；禁用吗啡。

创伤性休克：安静、镇痛、止血、补液、恢复和维持血压。

早期或代偿期——成人2000 mL（晶体液和胶体液）。

中度——1小时内1000 mL（全血）。

79、脑震荡：一过性意识障碍，不超过半小时，逆行性遗忘。

80、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）。（金英杰口腔·内部资料）

81、昏迷患者——俯卧位，额部垫高。

一般患者——侧卧位或头侧向一侧。

疑有颈椎损伤的患者——多人同时搬运，整体移动，头部两侧小枕固定。

82、挫伤（闭合性）：①小血肿，24h内冷敷，48h后热敷。

②大血肿：无菌下，用粗针头将淤血抽出。

③如有感染，引流。

83、清创术时间6~8小时内进行。

84、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）。

85、颌面部血供丰富，只要创口无化脓或坏死，伤后超过48h，充分清创后，仍可行严密缝合。

86、舌损伤：保持舌的长度，纵向缝合。分别缝合，先缝合舌，(4号以上缝线)，最好加用褥式缝合。

87、颊部贯通伤：①无组织缺损或缺损较少者，黏膜、肌和皮肤分层缝。

②口腔黏膜无缺损或缺损较少，缝口腔黏膜。

③全层洞穿型缺损，口腔黏膜与皮肤相对缝合。

88、癌：来自上皮组织；肉瘤：来源于间叶组织。

89、临界瘤：介于良恶性之间（浸润生长）。如成釉细胞瘤、乳头状瘤、多形性腺瘤

90、肿瘤病因：内在：神经精神、内分泌、免疫、遗传、基因突变；

外在：生物、物理、化学、营养因素。

91、放疗：敏感——恶性淋巴瘤、淋巴上皮癌、尤文肉瘤、未分化癌、浆细胞肉瘤

中度敏感——鳞状细胞癌及基底细胞癌。

不敏感——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。

92、白细胞低于 $4 \times 10^9 / L$ 、血小板 $100 \times 10^9 / L$ ，减少剂量。

白细胞低于 $3 \times 10^9 / L$ ，血小板低于 $80 \times 10^9 / L$ ，停止放疗。

93、化学药物分类：①细胞毒素类：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：博来霉素、平阳霉素。（金英杰口腔·内部资料）

④激素类：肾上腺皮质激素类、丙酸睾酮。

⑤植物类：羟基喜树碱、长春新碱、紫杉醇。

⑥其他：丙卡巴肼、羟基脲、顺铂等。

94、皮脂腺囊肿又称“粉瘤”。有“色素点”、可恶变、白色凝乳状分泌物。

95、皮样囊肿又称“发瘤”，“面团感”，囊壁有皮肤附件。囊内容物乳白色豆渣样分泌物。

96、甲状舌管囊肿舌骨上下部为最常见，随吞咽及伸舌等动作而移动，可癌变。手术切囊肿+瘻管+部分舌骨。

97、鳃裂囊肿：第二鳃裂来源最多见，胸锁乳突肌上1/3前缘附近，感冒后增大。囊液黄色或棕色的、清亮的、含或不含胆固醇的液体。

98、含牙囊肿（滤泡囊肿）：囊壁包绕牙颈部。成因：缩余釉上皮与牙冠面之间出现液体渗出而形成。

99、牙龈瘤：炎性增生物，非真性肿瘤。好发部位：前磨牙区颊侧龈乳头。术后易复发。（金英杰口腔·内部资料）

100、血管瘤：真性肿瘤，血管内皮细胞。增生期（4周，4个月，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。