



第二章 口腔颌面部检查

口腔及颌面部的常规检查是诊断和治疗口腔颌面部疾病的基础,对口腔颌面部疾病要作出正确的诊断、进行有效的治疗,必须在进行认真细致的口腔及颌面部常规检查的基础上,结合必要的特殊检查手段或方法,全面深入地了解病情,科学地进行综合分析和判断,才能避免误诊漏诊。另外,口腔及颌面部是整个机体的组成部分,某些口腔颌面部疾病可以影响全身;而全身某些系统性疾病也可在口腔及颌面部出现表征。因此,在做口腔颌面部常规检查时,除着重检查牙、牙周、口腔黏膜和颌面部组织器官外,还需具有整体观念,必要时还应进行全身系统的检查。

第一节 口腔颌面部常规检查

一、口腔内常规检查

(一) 常用检查器械

口腔内检查常用器械为口镜、镊子和探针(图 2-1)。

1. 口镜 可用于牵引唇、颊或推压舌体等软组织;镜面可反射检查者视线不能直达部位的影像以便观察;反射并聚光于被检查部位以增强照明。

2. 镊子 为口腔专用镊子,用于夹持敷料;夹除腐败组织和异物;夹持牙以检查其松动度;柄端可兼作牙叩诊之用。

3. 探针 两头尖细,一端呈弧形,另一端呈弯角形。用于检查牙齿各面的沟裂、点隙、龋洞以及敏感区;还可用于探测有无龈下牙石;检查充填物或修复体与牙体的密合程度;检查皮肤或黏膜的感觉功能。另外,还有一种钝头圆柱形有刻度(以毫米计)的专用于检查牙周袋深度的探针。

(二) 检查前准备

1. 检查体位 现代口腔综合治疗椅的数字化操控系统已使得口腔综合治疗椅的操作与控制变得非常方便;同时四手操作的规范化使医师坐于工作椅位上即可完成其诊疗工作。因此,目前常规的口腔内检查方法是检查者取坐位于患者头部右前侧或右后侧,患者仰卧于椅上,助手位于患者头部左侧位。开始检查前,应根据具体情况调节治疗椅,使患者既感到体位舒适,又便于医师操作。

2. 检查光源 检查中,光源必须充足。现代综合治疗椅均配备良好的适合于口腔内检查的光源,它能真实地反映牙冠、牙龈和口腔黏膜的色泽。口腔内某些光线不能直射到的部位,可借助口镜反射光来照明。

(三) 常规检查方法

1. 问诊 检查前,应先通过问诊了解患者疾病的发生、发展、检查治疗经过,既往史以及家庭成员健康状况等。问诊的目的主要在于弄清患者的主诉、现病史、既往史和家族史。问诊应包括下述内容。

(1) 主诉:是患者最迫切要求解决的痛苦问题,也是患者就诊的主要原因。询问时,应问清最主要的症状、部位和患病时间。

(2) 现病史:指疾病的发生、发展、演变直至就诊前的整个过程。

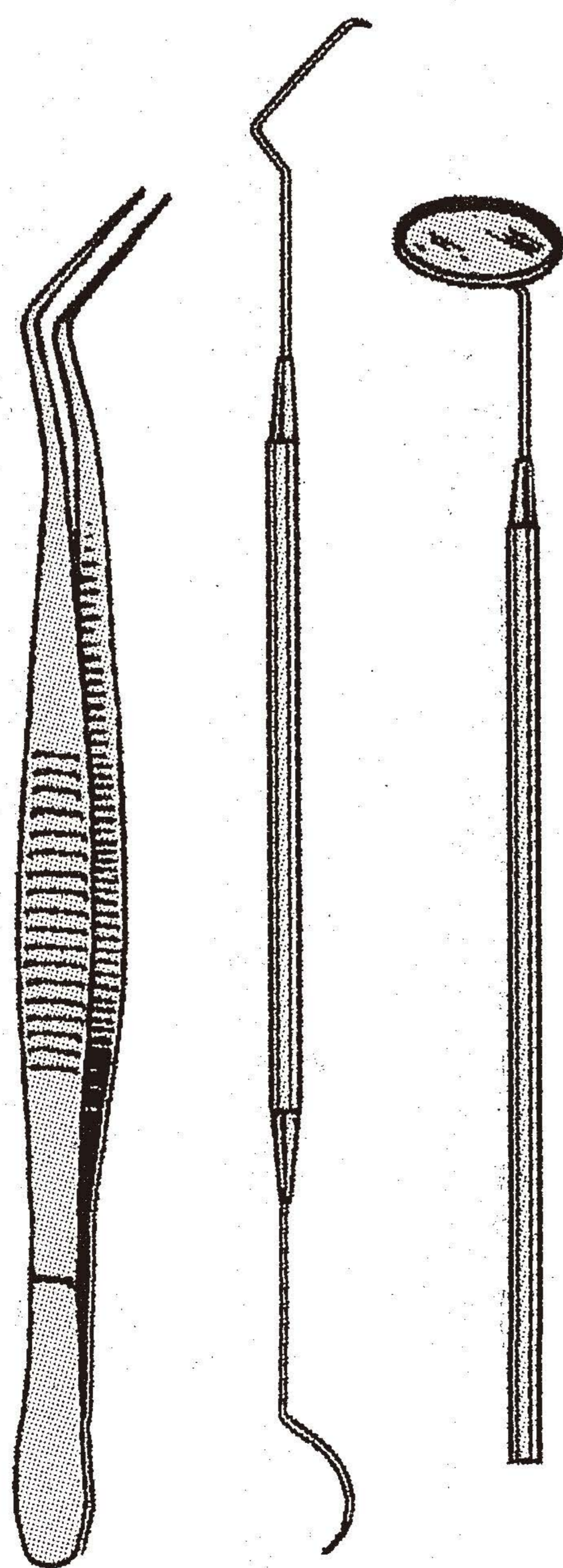


图 2-1 镊子、探针和口镜

包括:①发病时间、诱因、原因以及症状,如为牙痛,则应问清何时开始发病,由何诱因或原因引起。牙痛的部位、性质(锐痛、钝痛、自发痛、激发痛等)、时间(白天、黑夜、阵发性、持续性等)和程度(剧烈或轻微)。②病情演变过程,是初发还是反复发作,加重或减轻等情况;有无并发症。③经过哪些检查和治疗,检查结果和治疗效果如何。

(3) 既往史:除了解与现在疾病的诊断及治疗有关的既往情况外,还应着重了解患者过去患过的重要的全身性疾病,如心脏病、高血压、糖尿病、血友病等可能影响口腔疾病治疗的全身疾病;肝炎、梅毒等传染性疾病,以及有无药物,特别是麻醉药物的过敏史。老年患者应注意了解是否正在服用阿司匹林等抗凝血药物,有恶性肿瘤治疗史的患者应了解是否用过双膦酸盐类的药物。

(4) 家族史:询问患者家庭成员的健康状况,是否有人患过类似疾病。对唇腭裂有家族史者,应记录至少三代的家系情况。

2. 视诊 口腔内观察包括牙、牙龈、口腔黏膜、舌等组织器官。

(1) 牙:应注意其排列、数目、形态、颜色及咬合关系是否正常;有无龋病、裂纹、残冠、残根及牙结石等。

(2) 牙龈:应注意其形态、颜色、质地的变化,包括有无增生、萎缩及脓肿形成等;是否有出血、溢脓。

(3) 口腔黏膜:应注意其色泽是否正常,上皮覆盖是否完整,有无疱疹、丘疹、糜烂、溃疡、过度角化、瘢痕、肿块及色素沉着等。

(4) 舌:应注意其舌苔、颜色、表面有无沟裂或溃疡,舌乳头有无肿胀或消失,运动和感觉有无异常,舌体有无肿胀或畸形。

(5) 唾液腺导管口:应注意检查颊部腮腺导管口、口底下颌下腺导管口的情况,有无红肿,挤压腮腺或下颌下腺时导管口处有无唾液流出及唾液是否清亮。

3. 探诊 利用口腔科探针检查并确定病变部位、范围和反应情况。包括探查牙有无龋坏,确定其部位、深浅,有无探痛以及牙髓是否暴露。当有充填物时,探查充填物边缘与牙体是否密合及有无继发龋。牙本质过敏时,可用探针探测敏感部位。还可探查牙周袋深度、龈下牙石及瘻管的方向等。

4. 叩诊 用口镜柄或镊子柄垂直或从侧方叩击牙有无疼痛,用于检查是否存在根尖周或牙周病变。垂直叩诊主要检查根尖区病变,如有病变则出现叩痛,且声音变浊。侧方叩诊是检查牙周膜某一侧的病变。叩诊时不宜用力过猛,应先叩邻近正常牙,后叩患牙,以便对照比较。

5. 触诊(扪诊) 用手指或用镊子夹棉球打压龈缘或根尖部牙龈,观察有无溢脓、压痛或波动,有助于牙周病和根尖周病的诊断。用手指打压在两邻牙的唇(颊)侧颈部,嘱患者做各种咬合运动,可感知该牙所受力的大小,以了解有无创伤性咬合存在。

检查牙的动度,可用口腔镊子。前牙以镊子夹持牙冠的唇、舌面;后牙将镊尖合拢置于牙的咬合面,摇动镊子,即可查出牙松动情况。按松动程度——牙动度(tooth-mobility)分为:

I度松动:牙向唇(颊)舌侧方向活动幅度在1mm以内。

II度松动:牙向唇(颊)舌侧方向活动幅度为1~2mm,且伴有近远中向活动。

III度松动:牙唇(颊)舌向松动幅度在2mm以上,且伴有近远中及垂直向多方向活动。

6. 嗅诊 借助医师嗅觉以助诊断。如坏疽的牙髓组织特殊的腐臭味,而坏死性龈炎则有更特殊的腐败腥臭味。

7. 咬诊 有空咬法和咬实物法。①空咬法:嘱患者直接咬紧上下牙并做各种咬合运动,观察患者有无疼痛,牙有无松动移位。②咬实物法:嘱患者咬棉卷或棉签,如有疼痛,则表示牙周组织或根尖周组织存在病变。如有牙本质过敏,咬实物时亦可出现酸痛。通过咬诊,可了解患者咬合时牙有无疼痛、发现早接触的牙和查明早接触点在牙上的具体部位及范围。为查清牙的早接触部位,可让患者咬蜡片或咬合纸,然后从蜡片上的咬印或牙面上的着色点来确定。

二、颌面部常规检查

颌面部的常规检查主要是问诊、望诊、扪(触)诊、听诊。其中,问诊方法及内容同口腔内常规检查。扪(触)诊是指医师用手指或器械在病变部位触摸或按压,以探查病变的范围、大小、形状、硬度、

活动度以及有无压痛、波动感、发热及程度等。

颌面部的专科检查应包括以下方面:

1. **表情与意识神态** 颌面部表情的变化既可以是某些口腔颌面外科疾病的表征,又可以是各种全身疾病的反映。依据面部表情,可了解患者的意识状态、性格、体质及病情的轻重等。

2. **外形与色泽** 观察颌面部外形左右是否对称,上、中、下比例是否协调,有无突出或凹陷;皮肤的色泽、质地和弹性的变化对某些疾病的诊断具有临床意义。

3. 颌面部器官

(1) 眼睑、外耳、鼻有无缺损畸形及缺损的部位及范围,睑裂的大小、眶间距及眼睑的动度。

(2) 对颌面部损伤患者,特别要注意双侧瞳孔的形态、大小及对光反射情况,以明确有无颅脑损伤;注意检查有无脑脊液耳漏或鼻漏,耳漏表明颅中窝底骨折,鼻漏表明颅前窝底骨折。若外耳道仅表现为溢血,则可能为髁突骨折引起外耳道破裂。

(3) 对于上颌窦癌的患者,患侧鼻塞或有血性分泌物为早期症状之一;晚期则可引起眼球突出及运动障碍,出现复视。对于耳部邻近部位(如颞下颌关节及腮腺区)的炎症及肿瘤,尚应检查听力和耳部的情况。

4. **病变部位和性质** 对已发现的病变,应进一步触诊检查,注意病变区皮肤的温度、湿度、硬度与弹性,病变的范围、深度、形态、大小以及与深部组织和皮肤或黏膜的关系,病变能否活动,有无波动感、捻发感、触痛等体征;对颌面部畸形和两侧不对称者,应注意区别是骨性还是软组织畸形,是一侧肿大、膨隆,或是另一侧萎缩、缺损。对口腔颌面部的瘘管、窦道,可用探针进行探诊,必要时注入染色剂或造影检查其走向和深度。

5. **颌面部骨骼的检查** 包括眼眶、颧骨、颧弓、上颌骨、鼻骨、下颌支、下颌角及下颌体的检查,应注意其对称性;骨连续性有无中断,有无台阶或凹陷缺损,有无压痛、骨擦音或异常活动;对骨面膨隆者,尚需检查有无乒乓球样感或波动感。

6. **语音及听诊检查** 语音检查对某些疾病的诊断具有特殊意义,如腭裂患儿具有明显的鼻音,即腭裂语音;舌根部肿块可出现“含橄榄音”;动静脉畸形用听诊器可听到吹风样杂音;颞下颌关节紊乱病的患者在关节区可听到不同性质及时间的弹响,对该病的确诊及分型具有帮助。

7. **颌面颈部淋巴结的检查** 颌面部淋巴结的扪诊,对颌面部炎症和肿瘤的诊断与治疗具有重要意义。检查时患者应取坐位,检查者应站在其右前方或右后方,患者头稍低,略偏向检查侧,使皮肤、肌肉放松。检查者手指紧贴检查部位,依次从枕部开始,沿耳后、耳前、腮腺、颊部、下颌下、颌下,再沿胸锁乳突肌前缘及后缘、颈前后三角,直至锁骨上凹滑动扪诊,仔细检查颈深、浅各组淋巴结有无肿大及其所在部位、大小、数目、硬度、活动度、有无压痛或波动感,与皮肤或基底部有无粘连等情况。

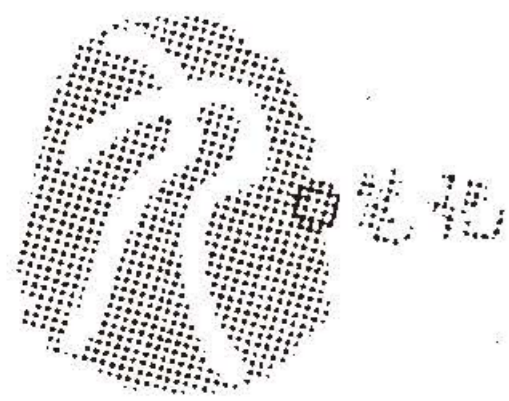
8. **颞下颌关节检查** 对颞下颌关节的检查应包括以下内容:

(1) **外形与关节动度**:面部左右是否对称,关节区、下颌角、下颌支和下颌体的大小和长度是否正常,两侧是否协调一致,注意面部有无压痛和髁突活动度的异常。检查髁突动度有两种方法:①以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前(即髁突外侧),患者做张闭口运动时,感触髁突之动度;②将两小手指伸入外耳道内,向前方触诊,以了解髁突的活动及冲击感,协助关节疾病的诊断。此外,还应注意观察颞部中点是否居中,面下1/3部分有无明显增长或缩短。

(2) **咀嚼肌**:检查咀嚼肌群的收缩力,依次触压各肌是否有压痛点;并嘱患者同时做咬合运动,感受双侧肌肉运动是否对称、协调。口内触压各咀嚼肌的解剖部位如下:下颌支前缘向上触压颞肌前份;上颌结节后上方触压翼外肌下头;下颌磨牙舌侧的后下方及下颌支的内侧面触压翼内肌下部。

(3) **下颌运动**:①开闭颌运动:检查开口度是否正常及开口型有无偏斜,是否出现关节绞锁等异常现象;②前伸运动:检查下颌前伸的距离及前伸时下颌中线有无偏斜;③侧颌运动:检查左右侧颌运动是否对称,髁突动度是否一致。在下颌做以上各种运动时,还应注意观察有无疼痛、关节弹响或杂音出现;观察弹响出现的时间、性质、次数和响度等。弹响明显者,一般用手指扪诊即可感觉到,必要时可用听诊器协助。

(4) **关系**:颞下颌关节疾病与牙的状态有密切关系,因此,应注意检查咬合关系是否正常,有无紊



乱;覆殆覆盖程度及殆曲线是否正常;牙齿咬合面磨损程度是否均匀一致;此外,还应注意后牙有无缺失,缺失时间长短;后牙有无倾斜及阻生等情况。

9. 唾液腺检查 唾液腺的检查重点是三对大唾液腺的检查,但是对某些疾病而言,亦不能忽视小唾液腺的检查。

(1) 面部对称性:首先应注意两侧面部是否对称,然后观察各腺体所处部位的解剖标志是否存在。对腮腺损伤或恶性肿瘤患者,应观察其面神经各支功能有无障碍;对舌下腺、下颌下腺恶性肿瘤患者,则应注意舌体运动,如伸舌时偏向一侧或患侧舌肌震颤,表明该侧舌下神经已麻痹。

(2) 唾液分泌:应注意导管口有无红肿溢脓现象:按摩挤压腺体时,唾液分泌是否通畅;唾液本身是否清亮、黏稠或呈脓性。

(3) 腮腺肿瘤患者尚应观察咽侧及软腭有无膨隆,如有,则可能为腮腺深叶肿瘤所致。

(4) 腺体的触诊应注意有无肿块;如有肿块,则应注意其部位、大小、质地、活动度,以及与周围组织的关系。

(5) 唾液腺导管的触诊应注意有无结石存在,还应注意导管的粗细及质地;检查时应从近心端向导管口方向滑行触压,以免将结石推向深部。

(6) 唾液腺触诊的方法:腮腺触诊一般以示指、中指、无名指三指平触为宜,忌用手指提拉腺体触摸;下颌下腺、舌下腺及腮腺深叶的触诊则采用双手合诊法进行检查。

第二节 口腔颌面部特殊检查

一、牙周探诊与牙周袋测量

1. 牙周探诊 用有刻度的钝头牙周探针,探测牙龈与附着龈的关系;了解牙周袋的范围、深度及牙龈与牙的附着关系。检查时支点宜稳,探针尽可能靠牙面,与牙长轴方向一致,力量轻微,以免引起疼痛。

2. 牙周袋测量 指对牙周袋深度的测量检查。按牙的颊(唇)、舌(腭)侧的近、中、远三点做测量记录,检查龈缘至袋底的深度。同时应检查附着丧失,以了解牙周破坏的严重程度。附着丧失的测量应在牙周袋深度测量后再进行测量龈缘至釉质牙骨质界的距离,若龈缘位于釉牙骨质界下之根面,则测量记录为负值。附着水平=牙周袋深度-龈缘至釉质牙骨质界距离。

二、牙髓活力测试

正常的牙髓对温度和电流的刺激有一定的耐受量。当牙髓存在病变时,刺激阈会发生变化,对本来可耐受的刺激反应敏感或相反——对过强的刺激反应迟钝,甚至无反应。因此,临床上的牙髓活力测试(dental pulp vitality tests)常用牙髓对温度或电流的不同反应来协助诊断牙髓是否患病,病变的发展阶段,以及牙髓的活力是否存在。

正常情况下,牙髓对20~50℃的温度刺激不产生反应。一旦发生炎症,则对温度刺激反应敏感;如发生变性或坏死,则反应迟钝或消失。

温度诊可用冷试法,亦可用热试法。冷试法可用冷水、氯乙烷、无水乙醇、冰棒等。临床上最简便易行者为用冷水,即用水枪喷试。测试过程中要注意掌握一个原则:即在患牙不易确定时,喷试时一定要先下颌牙、后上颌牙,先后牙,后前牙,逐个测试,以免造成误诊。热试法可用热水喷注,或烤热的牙胶搁置于牙面以观察其反应。测试时应以相邻牙或对侧同名牙作为对照。

电流检查用牙髓活力电测验器(亦名电牙髓活力计)来进行测试。其种类繁多,测试者应熟悉其性能及操作方法,并向患者说明目的,取得其合作。测试时,先将牙面擦干,严格隔离唾液,将牙膏涂于活力计探头上,然后放置于被测牙面,将活力计电位从“0”开始逐渐加大到牙有刺激感时,让患者举手示意,记下测试器数值,作为诊断的参考。电流检查时,同样要测试相邻牙或对侧同名牙作为对照。牙髓对外界刺激的反应,可随年龄的增长而逐渐降低。当月经期、妊娠期、精神紧张等又可使其反应增强。故在做牙髓活力测试时,应注意到这些情况。

三、唾液腺分泌功能检查

唾液腺分泌功能检查(salivary gland secretory function test)包括唾液分泌的定性、定量检查及对唾液进行成分分析,对唾液腺疾病及某些代谢性疾病的诊断有一定价值。

1. 定性检查 给患者以酸性物质,如2%枸橼酸钠、维生素C或1%枸橼酸等置于舌背或舌缘,使腺体分泌反射性增加,根据腺体本身变化和分泌情况,判断腺体的分泌功能和导管的通畅程度。

2. 定量检查 正常人24小时唾液总量为1000~1500ml,其中90%来源于腮腺和下颌下腺,舌下腺仅占3%~5%,小唾液腺分泌则更少。所以唾液腺分泌功能的定量检查是根据在相同程度刺激条件下,以一定时间内腮腺的唾液分泌量的检测来协助某些唾液腺疾病的诊断。如急性口炎或重金属中毒时唾液分泌增加;而慢性唾液腺炎、唾液腺结石病和淋巴上皮病等则唾液分泌减少。

3. 唾液成分分析 唾液中有内源性物质及外源性物质,包括电解质、蛋白质、酶、尿酸、尿素和免疫球蛋白以及药物等,其中的内源性物质有一定的正常值范围。在病理条件下,各成分则会发生一定程度的改变,对某些疾病的诊断有一定的辅助价值。

第三节 口腔颌面部影像学检查

影像学检查是口腔颌面部检查的重要手段之一。口腔颌面部影像学检查多借助全身影像学的技术和手段,但由于口腔颌面部特殊的解剖结构和形态,以及口腔科的诊治要求,又有别于全身影像学技术,如对牙体、牙周膜、牙髓、根管等细微结构的清晰显示。

一、X线牙片

X线牙片(dental film)又称根尖片,为临床最常用的牙影像检查方法,主要显示牙体、牙髓腔、根管及根尖周组织(图2-2)。牙片大小为3cm×4cm,一张牙片可了解1~3个牙的根周、根管及牙冠情况。用于拍摄X线牙片的X线机分为普通X线牙片机和数字化X线牙片机两类。后者的放射量仅为前者的10%,对患者及操作者的放射量均降低到最低限度,是目前最流行和值得推广的口腔科X线设备。



图2-2 X线牙片

二、全景X线片

全景X线片(panoramic X-ray film)是口腔颌面影像学特有的一种检查方法,是曲面体层摄影技术在口腔颌面部的改良应用(图2-3)。X线球管沿呈弧形的上、下颌骨旋转,成像不重叠。一次曝光即可将全口牙及双侧上、下颌骨,上颌窦及颞下颌关节等部位的体层影像显示于一张胶片上。因此,常用于口腔颌面部肿瘤、外伤、炎症及颌骨畸形的检查,有利于左、右结构的对比分析。数字化曲面体层摄影,使图像经计算机处理后更为清晰。

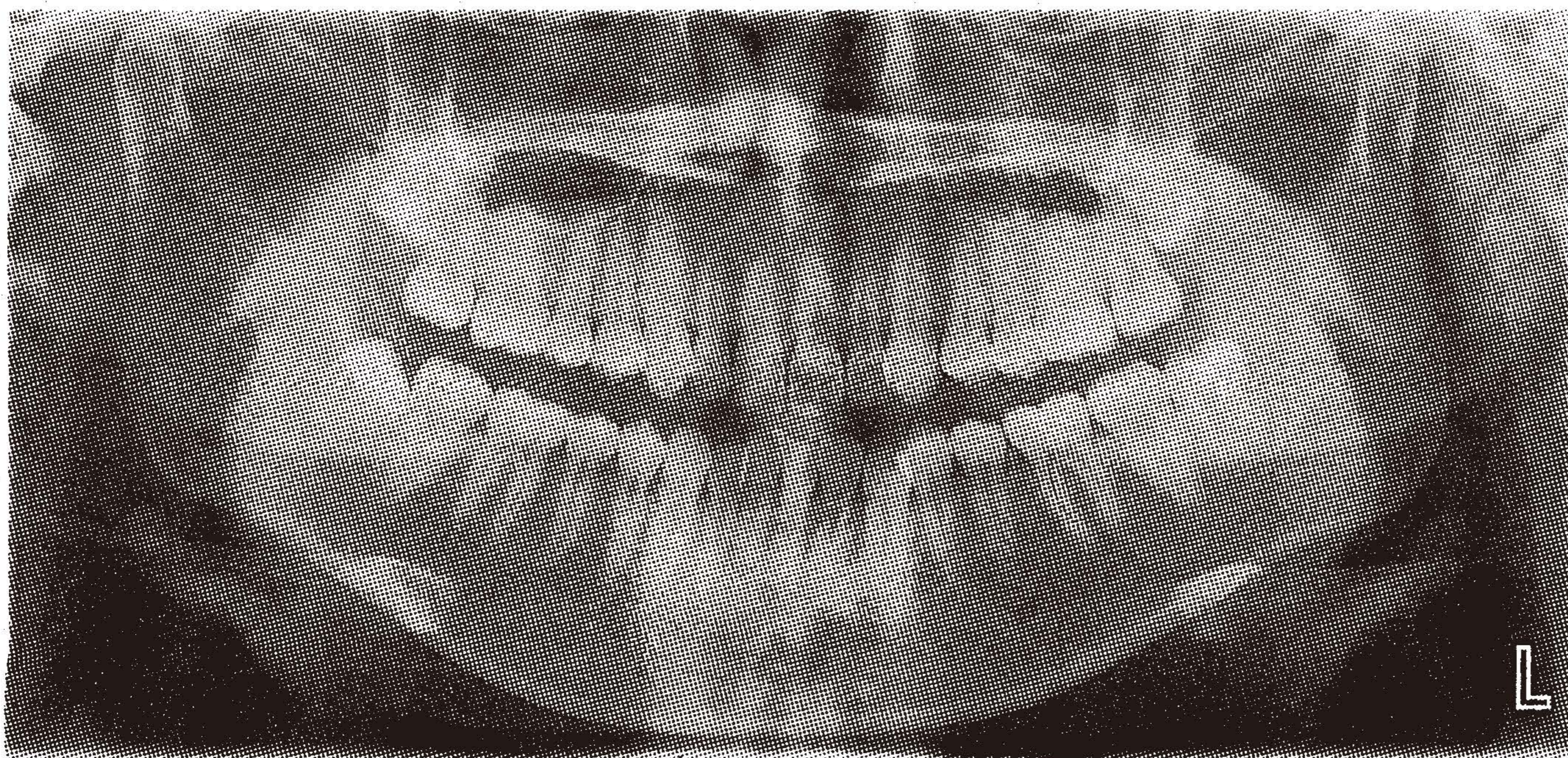
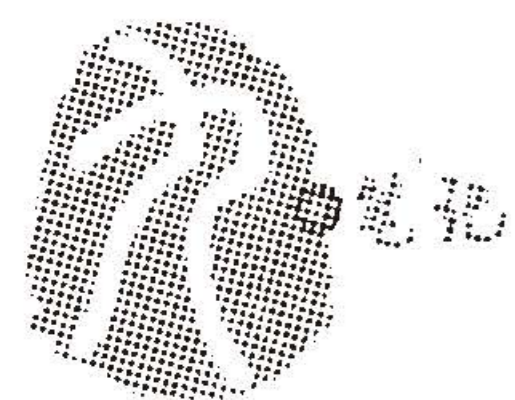


图2-3 全景X线片

三、X线头影测量术

X线头影测量术(cephalometric roentgenography)主要应用于口腔、牙、颌骨畸形的诊治,口腔正畸及正颌外科常用。通常需拍摄正位、侧位头颅X线片,采用X线头影测量分析技术对头颅的软、硬组织影像进行测量分析。20世纪80年代将计算机技术与其相结合,用数字化仪将各标志点直接输入计



计算机内,获得所需的数据。20世纪90年代中期,随着数字化X线机的产生,可通过影像板将信息输入计算机,直接获得各种资料。通过分析错殆畸形的X线表现,制订正确的矫治计划。

头颅定位仪是拍摄X线头影测量片必需的设备,它不仅要求患者的头颅保持在正确的位置,而且要有良好的重复性,才能保证正畸或正颌治疗前、中、后测量结果的可靠性。

四、X线造影检查

X线造影检查是指在管腔内注入造影剂之后再拍摄X线片,以便更好地在X线片上显示组织器官结构。口腔颌面部造影检查主要应用于唾液腺、颞下颌关节、血管,以及鼻咽腔、囊腔、窦腔、窦道及瘘管等。最常见的造影检查有腮腺及下颌下腺造影、颞下颌关节造影。

五、CT

电子计算机X线体层摄影(computerized tomography, CT),简称CT。CT检查的优点是避免影像重叠,使图像非常清晰,具有很高的密度分辨率。对颌面部的肿瘤,特别是骨组织内的肿瘤,能提供较为准确的信息。结合增强剂的使用,对显示软组织肿瘤及其与血管的关系更加清晰。三维图像的重建对口腔颌面部骨折的诊断和治疗很有帮助(见文末彩图2-4)。

六、锥形束CT

锥形束CT(cone beam CT,习惯称CBCT,俗称牙科CT)是牙及颌骨特有的CT技术。它用三维锥形束X线扫描代替体层CT的二维扇形束扫描,显著提高了X线的利用率,扫描速度快,数据采集时间短(10秒);辐射剂量低,放射量仅为传统CT的1/40~1/30;CBCT采用一种新型口腔三维数字成像技术,使其各向同性空间分辨率高,物理层厚可低至0.1mm,而64排螺旋CT扫描层厚只能达到0.325mm。对于高分辨率区域,如牙齿根管系统、下颌骨,下颌神经管,颞下颌关节细微硬组织结构的成像质量更好。口腔专业人员完全可以按自己的意愿随意获取自己想要的口腔3D图像,是目前应用于口腔颌面部疾病诊断较为理想的三维重建影像技术。在牙种植(确定种植体位置、上颌窦底位置、牙槽嵴高度和宽度、下颌神经管的位置)、牙外科(可以精确地了解埋伏牙的形态、位置、与邻牙的关系以及邻牙有无位移或根吸收等)、牙体牙髓科(确定根管数目和位置),以及颞下颌关节病诊断(了解髁突形态、位置和骨结构)等方面已显示其独特的优势,近年来得到越来越广泛的应用。与传统全身CT机相比,有以下优点:①可清楚显示颌骨、牙以及颞下颌关节等硬组织结构。CBCT在三维重建图像上通过调节窗去除部分骨组织,只留下密度更高的牙齿图像,可更清晰地显示骨内埋伏牙与邻牙空间位置关系(见文末彩图2-5)。②扫描时间短。③X射线剂量小。④购买设备费用低,拍摄成本低,检查费也大大降低。CBCT是当今口腔颌面部影像学中简便实用的检查技术,具有广阔的应用前景。但CBCT也有其局限性:投照重组图像中低密度分辨率不够,对部分软组织解剖结构,特别是软组织病变显像,不如多排螺旋CT清晰。

七、MRI检查

磁共振成像(magnetic resonance image, MRI)对软组织的显示优于CT。无需使用造影剂即能显示血管,且能进行三维成像,使病变准确定位。MRI一般适用于口腔颌面部软组织肿瘤,或范围较广泛、侵犯多个组织器官者,可直接了解肿瘤与颈内动静脉等大血管的关系。MRI影像在反映组织和病变特性上,比CT影像更精细和准确(图2-6)。

八、ECT

发射型计算机断层扫描仪(emission computed tomography,

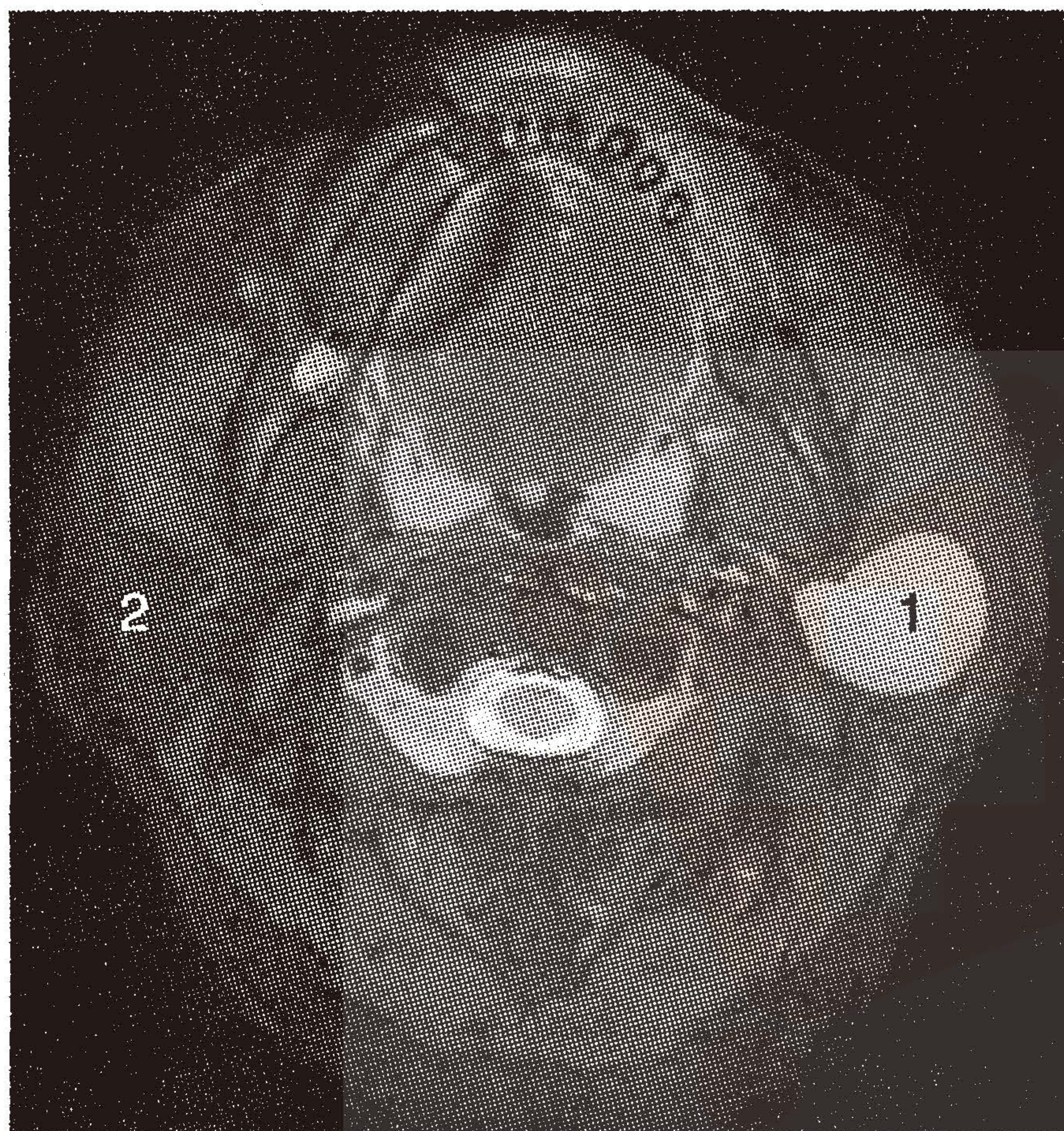


图2-6 腮腺MRI图像
1. 腮腺肿瘤;2. 正常腮腺

ECT)是一种利用放射性核素的检查方法。ECT 成像的基本原理是:放射性药物经代谢后在脏器内外或病变部位和正常组织之间形成放射性浓度差异,ECT 将探测到这些差异,通过计算机处理再成像。在口腔颌面部,放射性核素显像主要应用于唾液腺显像及其功能测定、颌骨显像等(见文末彩图 2-7)。

九、超声检查

超声检查(ultrasonography)常用于口底、腮腺、颈部等较深部位肿物的检查。有 B 型超声诊断仪(简称 B 超)和彩色超声诊断仪。应用彩色多普勒血流显像技术(color doppler flow imaging, CDFI)可判断肿瘤的血供丰富与否,对血管性肿瘤的诊断尤有价值。

十、PET-CT

PET 是英文“positron emission tomography”(正电子发射计算机断层显像)的缩写。PET-CT 将 PET 与 CT 完美融为一体,由 PET 提供病灶详尽的功能与代谢等分子信息,而 CT 提供病灶的精确解剖定位,一次显像可获得全身各方位的断层图像,具有灵敏、准确、特异及定位精确等特点,从而早期发现恶性肿瘤病灶以及判断病变性质。用于口腔颌面部主要是为了了解肿瘤是否恶性、有无其他部位转移等(见文末彩图 2-8)。

PET-CT 不足之处是使用代价高,炎症和恶性肿瘤的区别比较困难。

第四节 其他检查方法

一、穿刺及细胞学涂片

穿刺检查分细针穿刺检查和粗针穿刺检查。细针穿刺检查主要用于口腔颌面部软组织肿物的检查;粗针穿刺检查主要用于口腔颌面部感染、囊肿的检查,用于鉴别某些肿块内容物的性质,观察其是否为脓液、囊液和血液。除肉眼观察外,还可将抽吸出的内容物涂片做细胞学检查。当怀疑为黑色素瘤、颈动脉体瘤或动脉瘤时,则禁忌行穿刺检查。

1. 细针穿刺检查 国内采用的细针多指针头外径在 0.9mm 以内,一般选用 7 号针头注射器,或专用细针穿刺装置进行穿刺检查。这样才能保证细针吸取的安全性。对肿块进行穿刺检查应注意穿刺时的手感,进针时有无落空感,以探测肿块为实质性或囊性,或有无液化。如穿刺抽到内容物,应观察其颜色、透明度、黏稠度等;如穿刺未能抽出液体,则应将穿刺针内的组织取出送检,进行病理或涂片检查。

2. 粗针穿刺检查 多采用 8 号或 9 号针头进行穿刺。临床诊断为脓肿、囊肿时应用;穿刺应注意抽出液体时的进针深度、方向,一旦抽出液体,应停止抽吸,避免将肿块内液体吸尽,残留液体有助于切开引流时找到脓腔,或囊肿摘除时便于定位;对抽出的脓液应常规进行细菌培养和药敏试验;以指导临床针对性选择抗生素。

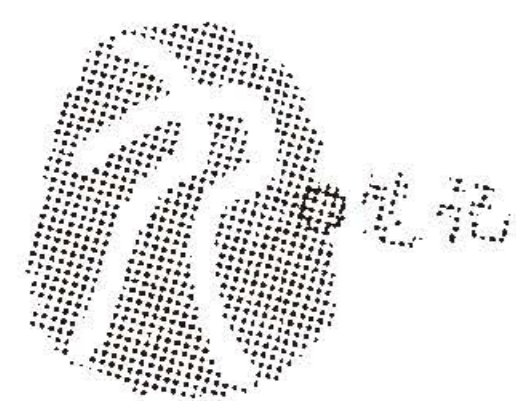
二、活体组织检查

根据病变的部位、大小、位置、深浅的不同,可采用穿刺抽吸、钳取和切取活检,一些较小的病变应行切除活检以及冷冻活检,以明确病变的性质、类型及分化程度,是肿瘤诊断的“金标准”。但是由于送检组织块的质量问题,如是否为典型病变区取样、组织块大小,以及在取样、包埋等过程中是否受到挤压等,还应结合临床和其他检查方法综合分析;有时一次活检不能明确诊断,需反复多次活检才能确诊。

在行深部病变活检时,应注意避开重要的组织结构,可采用活检与根治手术同步进行的术中冷冻活检;腮腺及下颌下腺肿瘤,常规采用术中冷冻活检。高度怀疑为恶性黑色素瘤者,活检与根治手术间隔时间越短越好,最好采用术中冷冻活检。怀疑为血管畸形、血管瘤、颈动脉体瘤者,应禁忌活检。

三、实验室检查

包括血、尿、唾液的化验检查、细胞学检查、细菌涂片检查或培养等。口腔颌面外科患者应常规行



临床检验、生物化学、血清学检验及细菌学检查。

第五节 口腔科病历记录与书写规范

一、病历记录内容

病历书写要求完整、准确、有科学性和逻辑性;但又应简明、扼要、重点突出,字迹清晰。口腔科门诊病历除常规资料(姓名、性别、年龄、职业、民族、婚姻、籍贯、出生地、住址、就诊日期等)外,还应包括主诉、现病史、既往史、必要时加家族史、检查情况、初步诊断、治疗计划、治疗(处置)记录及医师签名等项目。口腔住院病历按普通住院病历格式书写,但应特别详细描述口腔颌面部专科检查情况。

二、病历书写规范

1. 口腔门诊病历 口腔科门诊病历举例:

姓名:张×× 性别:男 年龄:28 职业:程序员 民族:汉 婚姻:未婚 籍贯:××省××市 出生地:××市 住址:××市××路××号 就诊日期:2017年×月×日

主诉:左下后牙区疼痛1周,伴左面部肿胀3天。

现病史:约1周前,左下后牙区隐痛,逐渐加重。3天前开始左面部出现肿大,触痛。昨天开始有发热,全身不适。今日自觉症状有所加重,故前来就诊。既往史:平素身体健康,无牙痛史,无药物过敏史,无不良嗜好。

检查:一般情况好。体温37.7℃,左面下部轻度肿大、压痛。张口度小于3横指。38牙冠部分萌出,冠周软组织肿胀,触痛明显,牙周袋溢脓。左下颌下淋巴结轻度压痛。余无殊。

诊断:38急性冠周炎伴咬肌间隙感染(轻度)。

治疗计划:

- (1) 38盲袋内冲洗上药。
- (2) 口服消炎药3天。
- (3) 建议炎症完全控制后拔除38。

处置:

- (1) 38盲袋内3%过氧化氢溶液、生理盐水交替冲洗,置碘甘油。明日复诊。
- (2) R:头孢拉定胶囊 0.25g× #24

Sig 0.5g qid

甲硝唑片 0.2g× #20

Sig 0.4g tid

医师签名 王×

2. 口腔住院病历 口腔住院病历的书写要求同普通住院病历,要求详细记录患者的基本信息、疾病的发生发展过程、临床表现、全身检查体征等,还特别强调口腔颌面部专科检查及特殊检查方法与结果的记录。具体内容在此不再赘述。

思考题

1. 口腔内检查常用器械及其临床用途是什么?
2. 口腔颌面部常规检查中有哪些常用方法?
3. 颞下颌关节检查包括哪些内容?
4. 牙髓活力检查方法及其临床意义是什么?
5. 唾液腺分泌功能检查及其临床意义是什么?
6. 口腔颌面部常用的影像学检查方法有哪些?