

唾液瘘的临床表现及治疗 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/653/2021_2022__E5_94_BE_E6_B6_B2_E7_98_98_E7_c22_653740.htm 唾液腺及其导管因外伤、感染或不正确的手术切口形成的腺瘘或管瘘！唾液腺及其导管因外伤、感染或不正确的手术切口形成的腺瘘（涎液自腺体外渗）或管瘘（涎液自主导管处外渗）。临床主要指外涎瘘，涎液流至面颊部，而内涎瘘涎液流入口腔，妨碍不大。唾液瘘多发生在腮腺及其导管部，腮腺位置表浅，其导管在皮下，经嚼肌上方横行至嚼肌前缘，穿过颊肌开口于口腔粘膜。发生腺瘘时，腮腺区皮肤可见点状瘘孔，流出少量透明液体，进食时增多；管瘘靠前在颊肌部或靠后位于嚼肌部。也有透明或混浊液体自瘘孔外流至面颊，进食时增多，日久，皮肤因涎液刺激，可有湿疹样皮损。除临床表现外，涎腺造影有助于诊断及手术治疗的选择，造影图像显示导管系统完整者为腺瘘；主导管中断，造影剂外溢者为管瘘，瘘口的后方有导管扩张、管炎的表现。腺瘘用局部皮瓣旋转修复的方法治疗。管瘘则需观察造影剂显示的瘘口与腺门的距离，若距离远，估计存在导管长度能经过嚼肌进入口腔，将瘘管和导管剥离，把瘘管口缝于口腔粘膜上，这种手术称为变外瘘为内瘘。如距离甚近，则表明所剩导管很短，需利用颊粘膜瓣形成新的导管与断端吻合，新断离的管瘘如导管不缺损，可以直接缝合导管。相关推荐：#0000ff>2011年颌面外科考点：口腔局部麻醉药物 #0000ff>2011年颌面外科考点：糖尿病拔牙的注意事项 #0000ff>2011年口腔外科：高血压拔牙的注意事项 特别推荐：#0000ff>2011年口腔助理医师考试时

间 #0000ff>考试大纲 欢迎进入 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com