

主 审 邱蔚六

主 编 胡勤刚

口腔颌面外科 查房手册

Ward-round Handbook of
Oral and Maxillofacial Surgery



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

口腔颌面外科 查房手册

主 审 邱蔚六

主 编 胡勤刚

副 主 编 唐恩溢 张陈平 杨旭东 王志勇

主编助理 孙国文

编 者 (以姓氏笔画为序)

王从跃(南京大学医学院附属口腔医院)

王志勇(南京大学医学院附属口腔医院)

王育新(南京大学医学院附属口腔医院)

尹 林(江苏省人民医院)

邓润智(南京大学医学院附属口腔医院)

卢明星(南京大学医学院附属口腔医院)

朱 锋(南京大学医学院附属口腔医院)

刘向辉(解放军八一医院)

阮 敏(上海交通大学医学院附属第九人民医院)

孙国文(南京大学医学院附属口腔医院)

杨旭东(南京大学医学院附属口腔医院)

吴煜农(南京医科大学附属口腔医院)

张陈平(上海交通大学医学院附属第九人民医院)

张森林(南京军区南京总医院)

陈 宁(南京医科大学附属口腔医院)

周炳荣(南京大学医学院附属口腔医院)

胡勤刚(南京大学医学院附属口腔医院)

施佩花(南京大学医学院附属口腔医院)

贺智凤(南京大学医学院附属口腔医院)

徐明耀(南京大学医学院附属口腔医院)

郭 军(扬州市第一人民医院)

唐恩溢(南京大学医学院附属口腔医院)

韩 伟(南京大学医学院附属口腔医院)

鲁 勇(南京大学医学院附属口腔医院)

童 昕(南京大学医学院附属口腔医院)

温 波(南京大学医学院附属口腔医院)

蒲玉梅(南京大学医学院附属口腔医院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

口腔颌面外科查房手册/胡勤刚主编. —北京:人民卫生出版社,2015

ISBN 978-7-117-21274-8

I. ①口… II. ①胡… III. ①口腔颌面部疾病-口腔外科学-诊疗-手册 IV. ①R782-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 207888 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

口腔颌面外科查房手册

主 编: 胡勤刚

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 27

字 数: 470 千字

版 次: 2015 年 10 月第 1 版 2015 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21274-8/R·21275

定 价: 69.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



序

2004年,笔者曾为胡勤刚教授所著旧版《口腔颌面外科查房手册》写过序。在那本著作的基础上,作者与时俱进地于今年又进行了内容的补充和修订。现版的内容更加丰富,使临床医师对口腔颌面外科疾病的诊治和理解将会有更大帮助;特别是对规范化培训口腔颌面外科专科住院医师更为适用。

在医学界,无论中外,“查房”(ward round)都是一项对下级医师和住院医师基本功培训的重要措施。下级医师尤其是床位住院医师对待“查房”,通常都是十分紧张地准备和严阵以待的;对上级医师来说则无疑是传播知识和负责地对下级医师了解其工作、业务水平以及考核的最佳机会。

“查房”可以检查对患者的诊治和处理是否规范;

“查房”可以对患者明确诊断,个体化地制定治疗方案;

“查房”可以对疑难杂症提出进一步的检查和处理方法;

“查房”可以发现尚未解决的问题和今后需要探索的方向,甚至提出较好的临床科研课题;

“查房”可以相互交流意见,互相商讨解决方法,教学相长,有助于推进学术发展;

“查房”可以显示和锻炼各级医师的四会(会读、会说、会做、会写)特别是会读、会说的能力;

总之,我想重复笔者在2004版所写的那样:“查房”是临床医疗工作中必不可少的一个重要环节,是保证医疗质量的一个重要内容;是医学教育中传授经验和知识的课堂;也是各级医师开拓思维,总结经验教训和发掘临床科研课题的良好机会。”

目前,对“查房”制度重要性的认识还明显不足,加上临床工作繁忙,特别在外科学系统,重视手术——会做——的思想可能还占着上风。为此全面认识“查房”的重要性和其潜在的价值还要做出很大的努力。愿本书的出版能对“查房”制度的认识、内涵起到积极地推动作用!

邱蔚六于上海

2015-7-14

附:2004 版序

“查房”对新老一代医师来说都是再熟悉不过的一件事了,因为它是临床医疗工作中必不可少的一个重要内容,是保证医疗质量的重要环节,是医学教育中传授知识和经验的课堂,也是各级医师开拓思维、总结经验教训的良好机会。将查房的内容写成参考书——“查房手册”,对笔者来说倒是一件十分新鲜的事,是前所未有的。

记得笔者从事住院医师工作的 20 世纪 50 年代,每到查房,特别是主任总查房时就十分紧张,不但要做好一切病史、病情汇报和必需的检查工作,还要精心准备上级医师可能提出和要回答的问题,真是兢兢业业,诚惶诚恐。几年下来深切感到查房的收获真是不小,因为这是严格和严谨地培养一位好临床医师的必由之路和主要措施;不但可以保证医疗质量,还可以培养锻炼医师的临床诊疗思维,获取更多的新知识、新进展。由于某些原因,“查房”曾经被停止过。在历经浩劫、拨乱反正之后,“查房”制度才又在各医院特别是教学医院重新得到了恢复。

胡勤刚教授是 20 世纪 80 年代经过正规医学教育成长起来的后起之秀,既有丰富的临床实践经验,又有过硕士、博士研究生的经历,也有有关查房的各种体会和经验,由他来主编这本《口腔颌面外科查房手册》是再适合不过的。本书内容涵盖了口腔颌面外科临床常见疾病,对实习医师、住院医师在准备查房及自学提高方面将有很大的帮助,对口腔医学其他专业的医师无疑也具有启迪作用。

感谢胡勤刚教授和本书的编撰者们为编写本书所付出的辛勤劳动,感谢他们在口腔颌面外科系列丛书中又增添了一个新的品种,更对他们在口腔颌面外科后继人才培养方面所做出的努力表示钦佩。

中国工程院院士

上海第九人民医院原院长

邱蔚六 教授



前 言

查房是医院临床科室的一项最基本的制度。它既是临床医生的基本职责,也是临床医疗实践中一个十分重要的过程。其目的就是対住院患者进一步明确诊断,制订周密的治疗计划,决定特殊检查及手术方案,对治疗效果不佳的患者进行重点检查和讨论研究,并及时调整或修正治疗方案,以期为患者提供优质的医疗服务,达到良好的治疗效果。

首先,做好查房工作的根本是服务于患者的需要。在临床医疗实践中,疾病是千变万化且复杂多样的,任何诊断或治疗上的不慎均可能给医患双方造成不可弥补的损失。换言之,查房的质量直接关系到医疗水平和医疗安全。

做好查房工作也是培养年轻医师的需要。医学是一门实践性很强的科学。年轻医师在学校是以“面”到“点”(理解、记忆)的学习过程,而临床医疗实践常常是以“点”到“面”(收集、归纳、判断)的过程,需要涉及各方面的知识及经验,故查房也是上级医师对年轻医师传授经验和知识的过程,即通过对疾病的症状、体征和检查结果进行分析判断,归纳总结,掌握疾病的发生、发展和演变过程,做出准确、合理的诊断和制定最佳的治疗方案,努力使疾病得到最好的转归,从而也培养年轻医师的逻辑思维能力。我们编写本书的目的,主要是将长期积累的一些临床经验和思维方法,奉献给年轻的口腔颌面外科医师,使他们如身临其境般地得到上级医师的指导和帮助,在查房时能够掌握口腔颌面外科各种疾病处理的思路及方法。

本书与通常的外科诊疗手册不同,即对教科书中已阐明、外科医师已掌握的内容,未作详细阐述或仅略作介绍,相关理论也点到为止。其主要特点为以“查”字贯穿全书始终,在病情的不同阶段(如入院后早期、中期、后期),突出不同的查房重点,动态地剖析住院患者诊治的全过程。结构上,一切从解决临床实际问题出发,突出重点内容。每个病症下根据病程不同,设立醒目的条块,如“入院评估”、“病情分析”、“治疗计划”、“术后处理”、“预后评估”,最后还设有“出院医嘱”。内容力求实用、新颖,能反映口腔颌面外科诊疗的新观点和进展。

衷心感谢我的导师——中国工程院院士邱蔚六教授在百忙中抽出时间亲自审阅并为本书作序。由于本书编写思路独特,为力求实用,编者做了大胆的尝试,其中凝聚着大家的辛勤努力和汗水,在此一并表示谢意。当然,书中存在不足甚至错误之处在所难免,恳请广大读者批评指正,以便进一步修订。

胡勤刚

2015年6月



目 录

第一章 口腔颌面外科查房的基本知识	1
第二章 牙及牙槽疾病	9
一、阻生牙及埋伏牙	9
二、牙缺失	13
三、牙槽嵴萎缩	17
第三章 口腔颌面部感染	23
一、智齿冠周炎	23
二、牙槽脓肿	25
三、面部疔痈	26
四、面颈部化脓性淋巴结炎	29
五、口腔颌面部间隙感染	31
六、颌骨骨髓炎	48
七、面颈部结核性淋巴结炎	61
八、颌面部放线菌病	62
九、海绵窦血栓性静脉炎	64
十、口腔颌面部梅毒	66
十一、黑热病	68
十二、艾滋病	69
第四章 颞下颌关节疾病	73
一、颞下颌关节紊乱病	73
二、颞下颌关节脱位	84
三、颞下颌关节强直	88
四、颞下颌关节肿瘤	95
第五章 唾液腺疾病	106
一、唾液腺结石症	106
附：唾液腺内镜诊疗技术	109



二、腮腺炎	111
三、下颌下腺炎	114
四、舍格伦综合征	117
附: IgG4 相关唾液腺炎	119
五、唾液腺囊肿	121
六、唾液腺肿瘤	123
第六章 神经疾患	136
一、三叉神经痛	136
二、面神经麻痹	145
附: 三叉神经损伤	150
第七章 口腔颌面部损伤	152
一、口腔颌面部损伤的急救	152
二、口腔颌面部软组织损伤	162
三、牙损伤	167
四、牙槽突骨折	169
五、上颌骨骨折	171
六、下颌骨骨折	174
七、颧骨颧弓骨折	180
八、眶底骨折	185
九、鼻骨骨折	188
十、全面部骨折	191
十一、口腔颌面部烧伤	196
十二、口腔颌面部火器伤	201
十三、口腔颌面部异物	204
第八章 口腔颌面部囊肿	207
一、皮脂腺囊肿	207
二、皮样及表皮样囊肿	208
三、甲状舌管囊肿(瘻)	211
四、鳃裂囊肿(瘻)	213
五、牙源性颌骨囊肿	215
六、面裂囊肿	222
七、非上皮性囊肿	224

第九章 口腔颌面部良性肿瘤及瘤样病变	228
第一节 软组织良性肿瘤	228
一、牙龈瘤	228
二、血管瘤	230
三、脉管畸形	232
四、神经鞘瘤	237
五、神经纤维瘤	240
六、颈动脉体瘤	243
七、舌异位甲状腺	246
第二节 颌骨良性肿瘤	250
一、牙源性角化囊性瘤	250
二、成釉细胞瘤	256
三、颌骨中心性血管瘤	261
四、骨化性纤维瘤	264
五、骨巨细胞瘤	266
六、骨纤维异常增殖症	268
第十章 口腔颌面部恶性肿瘤	273
一、唇癌	273
二、舌癌	278
三、腭癌	287
四、颊癌	293
五、牙龈癌	298
六、口底癌	303
七、口咽癌	308
八、上颌窦癌	314
九、中央性颌骨癌	320
十、颜面部皮肤癌	324
十一、软组织肉瘤	329
十二、骨源性肉瘤	334
十三、恶性淋巴瘤	338
十四、浆细胞肉瘤	343
十五、恶性黑色素瘤	346
十六、朗格汉斯细胞病	352

十七、口腔颌面部转移性肿瘤	354
第十一章 先天性面裂畸形	357
一、唇裂	357
二、腭裂	362
三、唇裂术后继发鼻唇畸形	368
四、腭裂术后腭咽闭合不全	370
五、牙槽突裂	374
六、面横裂	376
七、正中裂	377
八、面斜裂	378
第十二章 牙颌面畸形	380
一、颌骨发育过度畸形	380
二、颌骨发育不足畸形	385
三、不对称牙颌面畸形	386
四、长面综合征	387
五、短面综合征	389
六、腭裂术后上颌骨发育不足	391
第十三章 口腔颌面部后天畸形与缺损	393
一、软组织缺损畸形	393
二、骨组织缺损畸形	403
三、复合组织缺损畸形	409
第十四章 未分类疾病	410
一、淀粉样变性	410
二、结节病	413
三、猫抓病	416
四、畸形性骨炎	417
五、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征	419

第一章



口腔颌面外科查房的基本知识

查房是医院临床医疗实践中一个非常重要的过程和环节,做好查房工作也是培养年轻医师的需要。口腔颌面外科专业的查房与临床医学既有相似之处,也有在基本知识与基本理论等方面的特殊要求。

【入院评估】

(一) 病史询问要点

1. 患者就诊最主要的原因 包括症状、部位及时间。
2. 起病情况 患病时间、发病缓急、前驱症状、可能的病因或诱因。
3. 主要症状的特点 包括主要症状的部位、性质、持续时间及程度。
4. 病情的发展与演变 包括起病后病情是持续性还是间歇性发作,是进行性加重还是好转、缓解或反复发作等。
5. 伴随症状 各种伴随症状出现的时间、特点及其演变过程,各伴随症状之间,特别是与主要症状之间的相互关系。
6. 记载拟行鉴别诊断的有关阴性资料。
7. 以往诊疗经过 何时、何地就诊,做过何种检查,诊断何病,经过何种治疗,药物剂量及效果。
8. 一般情况 目前的食欲、大小便、精神、体力、睡眠等情况。
9. 既往健康状况,特别注意某些全身疾病及其治疗对围术期的影响。

(二) 体格检查要点

1. 一般情况 除一般项目(包括营养发育状态、体位、神志、体重、血压等)和胸(心、肺)、腹(肝、脾)、四肢、脊柱、神经系统等须按常规进行外,还应注意检查患者全身的营养及精神状况,特别是应着重检查和记录与口腔颌面外科疾病有关的内容,突出专科特点,有的放矢。

2. 专科检查

(1) 颌面部检查:



1) 面颊部:面部表情变化;颜面部外形是否对称,比例是否协调,有无畸形;皮肤色泽、质地和弹性,有无瘢痕、红肿、伤口、溃烂、瘻管及新生物(记录其部位、范围、形态、质地,有无移动度、波动感、捻发音及触痛,与深部组织和表面皮肤的关系等)。

2) 唇及口角部:形态、大小,有无畸形、缺损,黏膜色泽,有无红肿、糜烂、溃疡、皲裂、脱屑、痂壳及新生物(记录其部位和范围)。

3) 上下颌骨:有无膨隆或缺损(记录其部位和范围),骨面有无乒乓球感,骨折(包括部位、开放或闭合性,有无移位、骨磨擦音、异常动度、张口受限、咬合错乱、血肿等)。

4) 头颈部淋巴结:有无肿大(部位、大小、数目、硬度、活动度),与皮肤或基底部分有无粘连,有无压痛及波动感。

(2) 口腔检查:

1) 口腔前庭:唇、颊系带的位置,唇、颊及牙龈黏膜的色泽有无瘻管、斑块、网纹、溃疡或新生物,腮腺导管口有无红肿及其排出物的性质(清亮、浑浊或脓液)。

2) 牙齿、牙周及咬合:检查牙齿形态、数目、排列情况,有无龋齿及其他牙齿损害,牙结石程度,牙龈颜色、形态、质地,有无增生、肥大、萎缩、瘻管、溢脓,牙齿叩痛程度,探诊情况,牙周袋深度及范围,牙齿松动度及牙髓活力等,缺牙区有无伤口及其愈合情况,余留牙咬合关系。

3) 固有口腔:

① 腭:有无红肿、溃疡、畸形,髁突活动度有无异常,双侧活动是否对称,开闭口运动时关节有无弹响和疼痛,开口度、开口型是否正常,关节运动过程中是否出现绞锁,咬合关系是否正常,髁状突和咀嚼肌有无压痛。

② 舌:舌苔形态及颜色,舌系带位置及长度,舌体活动度,舌乳头有无增生或萎缩,感觉有无异常,黏膜有无皲裂、溃疡和肿块(记录其大小、范围、硬度、活动度,有无触压痛及浸润)。

③ 口底黏膜:有无充血、肿胀、溃疡或新生物,下颌下腺导管口有无红肿、溢脓,扪诊有无结石等。

(3) 颞下颌关节检查:关节区有无红肿、凹陷、畸形,髁突活动度有无异常,双侧活动是否对称,开闭口运动时关节有无弹响和疼痛,开口度、开口型是否正常,关节运动过程中是否出现绞锁,咬合关系是否正常,髁突和咀嚼肌有无压痛。

(4) 唾液腺检查:主要检查腮腺、下颌下腺和舌下腺三对大唾液腺,两侧是



否对称,有无肿大、红肿、压痛和肿块(记录其大小、形态、质地、活动度及与周围组织的关系),导管口有无红肿、溢脓,分泌物的量及其性状,如为腮腺肿块应观察有无面瘫,软腭、咽侧壁有无突起。

(5)口腔颌面部炎症:肿胀部位,波及范围,肤色,硬度,有无压痛、波动及凹陷性水肿,穿刺结果(疑有深部脓肿时),有无皮(龈)瘻(溢脓情况),病灶牙情况,张口度大小,淋巴结有无肿大、压痛,有无呼吸或吞咽障碍,有无脱水或高热等症状。

(6)口腔颌面部损伤:损伤部位及性质,肿胀,触痛及面部畸形情况,有无骨折或异物存留(如有骨折,骨折片移位情况),有无麻木、面瘫及皮下青紫,有无组织缺损(部位、大小),有无出血、感染,牙齿情况(牙折、松动、移位、脱位),有无咬合错乱,张口度情况,有无咀嚼、吞咽、呼吸障碍,有无眼球运动障碍或复视,有无脑脊液漏,有无颅脑或其他部位损伤。

(7)口腔颌面部肿瘤:生长部位及方式,大小,波及范围(与邻近组织关系),皮肤、黏膜、牙龈情况,活动度(纵向或水平向),触痛,牙齿有无移位、松动、脱落,咬合关系有无改变(颌骨中央性恶性肿瘤),有无功能障碍(张口度、舌及眼球运动等),有无面瘫(腮腺肿瘤),有无下唇麻木(下颌骨中央性癌瘤),颌下、下颌下、颈部淋巴结有无肿大,其部位、大小、数目、硬度、活动度等。

(8)口腔颌面部畸形(发育性):

1)唇裂:左、右或双侧,类型,唇高(健、患侧),鼻孔大小(健、患侧),鼻小柱是否偏斜,鼻尖及鼻翼塌陷情况,前唇部及前颌骨情况(双侧唇裂),是否有牙槽嵴裂,牙齿萌出情况,有无身体其他部位畸形如隐睾等。

2)腭裂:类型,裂隙宽度(mm),腭咽距离(mm),梨骨、扁桃体、腺样体情况,咽部有否充血,发音情况,有无身体其他部位畸形。

(三) 门诊资料分析

1. 实验室检查 入院前所做的与本次疾病相关的主要化验检查及其他特殊检查应分类,按检查时间顺序记录检查结果、检查机构名称及检查号等。

2. 影像学检查

(1)颌面部及颈部 CT:可显示病变的范围、质地及与周围组织的关系等。

(2)颌面部及颈部 MRI、MRA:是头颈部软组织及囊性病变的较为常用的检查手段。

(3)动脉造影及数字减影术:主要应用在动脉瘤、动静脉瘘的诊断,能够详细地显示出血管病变的部位、范围、血供来源、回流状况及周围血管的交通情况;有利于确定手术方案,估计手术难易程度。



(4) X线曲面体层片:除颈部以外,能较好地显示颌骨及牙齿的病变。

(四) 继续检查项目

患者入院后,应继续行下列检查:①血常规及凝血酶原时间、粪常规、尿常规;②血液电解质(K^+ 、 Na^+ 、 Cl^-);③空腹血糖;④血型;⑤X线胸片;⑥心功能;⑦肝功能;⑧肾功能;⑨病毒性肝炎的相关检查;⑩艾滋病病毒感染的相关检查等。

【病情分析】

(一) 诊断

根据典型的临床表现,诊断名称应确切,分清主次,顺序排列,主要疾病在前,次要疾病在后,伴发病排列在最后。诊断应尽可能地包括病因诊断、病理解剖部位和功能诊断。

(二) 鉴别诊断

临床疾病千变万化,临床表现也是错综复杂。只有认真研究各种常见症状、症候和病征,才能对不同疾病所呈现的相同症状加以鉴别。症状鉴别是从相类似的症状中,研究疾病不同的病因及机制,以探求疾病的本质,这是鉴别诊断的关键步骤。因此,症状的鉴别,是疾病与症候诊断中的重要环节之一。

【治疗计划】

(一) 治疗原则

在上级医生指导下根据各类疾病的特点选取相应的治疗方法。

(二) 术前准备

1. 常规准备。

2. 排除手术禁忌证 常见有以下几种情况:

(1) 高血压病:对有高血压病史的患者,术前应仔细检查并调整血压和相关用药:①中、青年患者应控制在正常血压水平。②老年患者降压至140/90mmHg为宜。③伴有糖尿病和肾脏病的患者降压目标为130/80mmHg。④对合并高血压须急诊手术的患者,应在术前准备的同时适当地控制血压,可在严密监测下行控制性降压,调整血压至140/90mmHg左右。⑤降压药物应服用至手术当天,术中原则上血压降低不超过基础血压的1/4~1/3,降压幅度过大、血压过低易导致心肌缺血、脑血栓形成及肾脏等重要脏器灌注不足。⑥进行牙槽外科等小手术时,降压可适当“放宽标准”。⑦利血平属肾上腺素能神经抑制药,可阻止肾上腺素能神经末梢内介质的贮存,将囊泡中具有升压作用的介质耗竭,通过耗竭周围交感神经末梢的肾上腺素和心、脑等组织的儿茶酚胺和5-羟色胺达到降压作用。服用该药的患者对麻醉药物的心血管抑制



作用非常敏感,全麻术中很容易发生血压下降和心率减慢,故需特别警惕。对于长期服用含有利血平成分降压药的患者(如北京降压0号、复方降压片等),最好做到术前7天停药,改用其他降压药,以保证术中麻醉安全。

(2)应用抗凝药物:预防性服用华法林、氯吡格雷、阿司匹林等抗凝药物的患者,手术前原则上需停药4~5天后再进行手术,或根据测定INR值(凝血酶原时间国际标准化比值)来评估其凝血功能,如INR值在1.5左右(正常值0.8~1.5)可进行手术(门诊进行牙及牙槽外科手术则可适当放宽INR上限值)。对于治疗性服用抗凝药物患者,如:心脏机械瓣膜置换术后、需要抗凝的房颤、3个月内接受过心脏生物瓣置换术、二尖瓣修补术或者发生过血栓等患者,术前也必须停药抗凝药物,改用低分子肝素钠,术前12小时停用,术后继续抗凝治疗,防止并发症的发生。病情复杂及手术复杂者,必要时请心血管专科医师共同会诊。

(3)心律失常:

1)期前收缩:应考虑有无器质性心脏病,是否影响心排血量以及发展成为严重心律失常的可能性而决定治疗原则。偶发性期前收缩对血液循环的影响不大,尤其是非器质性疾病引起的,其本身亦非严重疾病,一般不需治疗。频发期前收缩可选用维拉帕米、普萘洛尔、胺碘酮、利多卡因等药物,药物治疗无效的频发期前收缩,患者无法耐受,或为恶性期前收缩,可做射频消融治疗。

2)房颤:药物治疗可使心律恢复至正常范围,复律前可使用血液稀释剂,以防心房内血栓脱落引起严重后果。房颤的很多症状都是由心率过快引起的。有三种不同类型的药物可以用来降低心率,患者不会出现一系列不适症状。这三种药物分别是地高辛类、 β 受体阻滞剂和钙通道阻滞剂。

3)房室传导阻滞:首先需针对病因治疗,一般I度房室传导阻滞无需特殊处理;II度I型可口服小剂量阿托品0.3mg,每天3~4次;II度II型及完全性房室传导阻滞者,一般需术前安装人工心脏起搏器。

4)以上处理均需在心内科专科医师指导下进行治疗。

(4)糖尿病:糖尿病患者血糖控制标准:择期手术的糖尿病患者空腹血糖应控制在7~10mmol/L,需急诊手术的患者随机血糖应 <14 mmol/L;老年患者的血糖控制标准在空腹 <7.8 mmol/L,餐后2小时血糖 <11.1 mmol/L为佳。如血糖难以控制,请内分泌专科医生会诊,协助处理。

(5)呼吸功能障碍:常规做血气分析和肺功能检查以及胸部X线检查、心电图等。①吸烟者术前停止吸烟1~2周,患者应练习深呼吸和咳嗽,以增加肺部通气量和排出气道分泌物;②对阻塞性肺功能不全者,应用麻黄碱、氨茶



碱等支气管扩张剂及异丙肾上腺素等雾化吸入剂有良好作用,增加肺活量;③对于哮喘患者,可口服地塞米松,以减轻支气管黏膜水肿;④痰液黏稠者,可口服沐舒坦等药物或进行雾化吸入稀释痰液;⑤麻醉前使用阿托品要慎用并适量,以免增加痰液黏稠度,造成排痰困难;⑥急性呼吸道感染者,择期手术应推迟至治愈后 1~2 周;⑦呼吸科专科医师协助诊治、处理。

(6) 消化道溃疡: 消化道溃疡患者,需预防应激性溃疡的发生: 注意评估手术后发生应激性溃疡的风险,如: ①入院前一年内有消化道溃疡或出血病史; ②本次手术时间估计 4 小时以上。

避免术后应激性溃疡发生的关键是早期(术前或术后)积极地预防性用药,目前较常用的是 H_2 受体拮抗剂和质子泵抑制剂,如奥美拉唑、泮托拉唑等。

(三) 治疗方案

参见具体疾病。

(四) 手术注意事项

参见具体疾病。

【术后处理】

(一) 一般处理

术后需仔细观察患者的病情变化,包括血氧、血压、脉搏、呼吸和心电图等,检查局部术创有无渗血和出血,创口组织的组织贴合情况,有无血肿形成。患者的呼吸道有无梗阻现象,记录患者负压管的引流液情况和 24 小时出入量。复查血常规、肝肾功能以及电解质,根据情况及时进行补液及相关处理。根据患者的手术部位及种类,术后采用相应的体位,给予相应的饮食。

(二) 特殊处理

患者进行口内病灶切除后,需保持口腔清洁,用漱口液进行口腔护理;口内禁食,改用鼻饲流质;行游离皮瓣修复者头部要局部制动,防止血管蒂的扭转或受压;需定时观察皮瓣颜色变化,正确判断血管危象;一旦出现血管危象,需及时进行手术探查。注意建立正确的引流,消除病灶切除后的空腔,避免形成积液而继发创口感染,注意观察引流液量和颜色的变化,颈部手术要注意涎瘘和乳糜漏,甚至乳糜胸的发生或形成。一旦诊断为乳糜胸者需禁食并采用肠外营养,观察 3~4 天,若胸腔引流量无减少,且进行性增至 1000ml 以上,则应立即行手术探查。

(三) 并发症处理

1. 医院获得性肺炎 当患者(特别是气管切开术后的患者)术后出现高热,呼吸困难加重、呼吸道脓性分泌物增加,肺部听诊可以闻及异常呼吸音,要