

全国高等医学院校教材

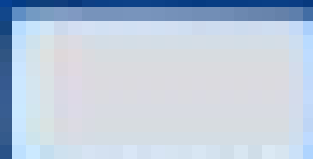
供口腔医学类专业用

# 口腔颌面外科学 学习指导和习题集

主编 赵怡芳 石冰



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



第 2 版

# 口腔颌面外科学 学习指导和习题集

主编 王 琳

人民卫生出版社  
www.hjw.com.cn

全国高等学校配套教材  
供口腔医学类专业用

# 口腔颌面外科学 学习指导和习题集

---

■主 编 赵怡芳 石 冰

■编 者 (以姓氏笔画为序)

马绪臣 (北京大学口腔医学院)	吴煜农 (南京医科大学附属口腔医院)
王 兴 (北京大学口腔医学院)	邱蔚六 (上海交通大学口腔医学院)
王大章 (四川大学华西口腔医学院)	张 伟 (北京大学口腔医学院)
王佐林 (同济大学口腔医学院)	张志愿 (上海交通大学口腔医学院)
王国民 (上海交通大学口腔医学院)	张陈平 (上海交通大学口腔医学院)
王慧明 (浙江大学医学院)	张震康 (北京大学口腔医学院)
石 冰 (四川大学华西口腔医学院)	周 诺 (广西医科大学口腔医学院)
龙 星 (武汉大学口腔医学院)	郑家伟 (上海交通大学口腔医学院)
卢 利 (中国医科大学附属口腔医院)	赵怡芳 (武汉大学口腔医学院)
田卫东 (四川大学华西口腔医学院)	胡 静 (四川大学华西口腔医学院)
孙 坚 (上海交通大学口腔医学院)	胡开进 (第四军医大学口腔医学院)
刘宝林 (第四军医大学口腔医学院)	俞光岩 (北京大学口腔医学院)
刘彦普 (第四军医大学口腔医学院)	黄洪章 (中山大学光华口腔医学院)
李金荣 (武汉大学口腔医学院)	廖贵清 (中山大学光华口腔医学院)

人民卫生出版社

## 图书在版编目(CIP)数据

口腔颌面外科学学习指导和习题集 / 赵怡芳等主编.  
—北京: 人民卫生出版社, 2012.11  
ISBN 978-7-117-16351-4

I. ①口… II. ①赵… III. ①口腔颌面部疾病—口腔  
外科学—医学院校—教学参考资料 IV. ①R782

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 226176 号

门户网: <a href="http://www.pmph.com">www.pmph.com</a>	出版物查询、网上书店
卫人网: <a href="http://www.ipmph.com">www.ipmph.com</a>	护士、医师、药师、中 医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

## 口腔颌面外科学学习指导和习题集

主 编: 赵怡芳 石 冰  
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](mailto:pmph@pmph.com)  
购书热线: 010-67605754 010-65264830  
010-59787586 010-59787592  
印 刷: 北京铭成印刷有限公司  
经 销: 新华书店  
开 本: 787×1092 1/16 印张: 16  
字 数: 389 千字  
版 次: 2012 年 11 月第 1 版 2012 年 11 月第 1 版第 1 次印刷  
标准书号: ISBN 978-7-117-16351-4/R·16352  
定 价: 27.00 元  
打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: [WQ@pmph.com](mailto:WQ@pmph.com)  
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

# 目 录

第一章 绪论.....	1
第二章 口腔颌面外科基础知识与基本操作.....	4
第三章 口腔颌面外科麻醉、镇痛及重症监护.....	30
第四章 牙及牙槽外科.....	45
第五章 口腔种植外科.....	80
第六章 口腔颌面部感染.....	96
第七章 口腔颌面部损伤.....	126
第八章 口腔颌面部肿瘤.....	140
第九章 唾液腺疾病.....	155
第十章 颞下颌关节疾病.....	179
第十一章 颌面部神经疾患.....	188
第十二章 先天性唇腭裂与颅面裂.....	197
第十三章 牙颌面畸形.....	217
第十四章 颌骨牵张成骨技术在口腔颌面外科的应用.....	222
第十五章 口腔颌面部后天畸形和缺损.....	231
第十六章 功能性外科与计算机辅助外科.....	241

# 第一章

## 绪论

### 【学习目标】

了解口腔颌面外科学发展简史及未来发展方向；掌握口腔颌面外科学的内涵与学习方法。

### 【重点内容提示】

1. 口腔颌面外科学发展简史。
2. 我国口腔颌面外科的业务内容。
3. 学习口腔颌面外科学时，应注意处理好的关系。
4. 口腔颌面外科学的发展方向。

## 第一节 内容概要

口腔颌面外科学是在口腔外科学与颌面外科学相结合后发展起来的一个交叉学科；是一门以外科治疗为主，以研究口腔器官、面部软组织、颌面诸骨、颞下颌关节、唾液腺以及颈部某些疾病的防治为主要内容的学科。

### 一、我国口腔颌面外科学发展简史

我国最早的口腔颌面外科病房于 1953 年在原华西大学内正式设立，之后 1953 年和 1955 年分别在原上海第二医学院口腔系和北京医学院口腔系建立了口腔颌面外科病房；50 多年来，由于广大医务工作者的共同努力，我国的口腔颌面外科事业取得了一些十分可喜的成就；目前，在多数医学院及省市的口腔医院都有口腔颌面外科这一专科设置。20 世纪 80 年代改革开放以来，我国的口腔颌面外科学界加强了与国外同行的广泛交流，已走向世界，并业已成为国际口腔颌面外科医师协会中的重要一员。2009 年，首次在中国上海召开了第 19 届国际口腔颌面外科学术大会。2010 年，国际口腔颌面外科医师协会确定在上海和北京建立了两个国际专科医师培训基地，进一步促进了中国的口腔颌面外科的国际化。

### 二、口腔颌面外科学的内涵与学习方法

我国口腔颌面外科的业务内容，除传统的口腔外科——牙及牙槽外科、修复前外科、颞

下颌关节病、颌面损伤、唾液腺疾病等外,还包括了颌面整复外科、正颌外科、显微外科以及头颈肿瘤外科等。而且我国还有独特的传统医学——中医学的结合与参与,曾被国际友人友好地赞誉为“中国式的口腔颌面外科学”。

在学习口腔颌面外科学时,应注意处理好以下几个关系:①作为医学科学的一部分必须处理好局部与整体的关系,因此,要加强全身观点。②应从临床各种主诉(主观症状)及体征(客观症状)中去探寻疾病的本质,而不能被表面现象所迷惑。③医学是一门实践性很强的学科,作为一名外科医师,不要成为不会开刀的医师;但是,没有理论的指导也不能进一步提高,因此,也不要成为不懂、不学理论只会开刀的匠师。应强调在实践中加强能力(包括理论自学能力)的培养,努力成为一名学术型的外科医师。

### 三、口腔颌面外科学的未来

21世纪口腔颌面外科学的发展需要参与和融合到生命科学这一领域的研究中去;加速从单纯生物学治疗模式转变为“环境、社会、生物、心理和工程”医学模式的进程;口腔颌面外科疾病的治疗模式和目标将会全面转向以协作组,多学科为基础的综合序列治疗,以确保不但要提高病人的治愈率或生存率,还要更好地保证患者的生存(活)质量。

口腔颌面外科学的发展将以预防性、预测性、个体化以及患者的参与性为重;将功能性外科、微创外科、数字外科、再生医学以及组织工程技术的研究和成果应用到口腔颌面外科疾病的治疗。同时,教学医院将逐步向“研究型”医院发展:将科研成果应用到临床,将临床问题在实验室进一步深入研究,以促进“转化医学”的实现。

## 第二节 复 习 题

### 一、名词解释

1. 口腔颌面外科学
2. 微创外科

### 二、填空题

1. 2009年,首次在中国\_\_\_\_\_召开了第19届国际口腔颌面外科学学术大会;2010年,国际口腔颌面外科医师协会确定在\_\_\_\_\_和\_\_\_\_\_建立了两个国际专科医师培训基地,进一步促进了中国的口腔颌面外科的国际化。

2. 一个颈部的淋巴结肿大,除炎症外,还有可能是\_\_\_\_\_或\_\_\_\_\_转移,也可能是\_\_\_\_\_,这要求我们不但要有耳鼻喉科和普外科的知识,还要具有肿瘤学的知识。

3. 21世纪的对外科疾病的治疗模式和目标将会全面转向以\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_为基础的\_\_\_\_\_,以确保不但要提高病人的\_\_\_\_\_,还要更好地保证患者的\_\_\_\_\_。

4. 口腔颌面外科医师除了要有\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_外,还必须要有\_\_\_\_\_,懂得\_\_\_\_\_;必须学习\_\_\_\_\_及\_\_\_\_\_方面的知识,以适应从单纯生物学治疗模式转变为“环境、社会、生物、心理和工程”医学模式的进程。

5. 4P 医学的时代指的是：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_以及\_\_\_\_\_。

### 三、简答题

1. 我国口腔颌面外科的业务内容包括哪些方面？
2. 在学习口腔颌面外科学时，应注意处理好哪些关系？

### 附：参考答案

#### 一、名词解释

1. 口腔颌面外科学是在口腔外科学与颌面外科学相结合后发展起来的一个交叉学科；是一门以外科治疗为主，以研究口腔器官、面部软组织、颌面诸骨、颞下颌关节、唾液腺以及颈部某些疾病的防治为主要内容的学科。

2. 微创外科一般是指用腔镜外科和（或）内镜外科替代传统外科（开放性手术），以达到微创、高效和省时和保存功能的目的；在口腔颌面部，微创手术已被用于颞下颌关节外科、唾液腺外科、神经外科、创伤外科、正颌外科、肿瘤外科以及鼻旁窦外科等。

#### 二、填空题

1. 上海 上海 北京
2. 鼻咽癌 甲状腺癌 恶性淋巴瘤
3. 协作组 多学科 综合序列治疗 治愈率或生存率 生存(活)质量
4. 高尚的医德 精湛的医疗技术 服务的艺术 患者的心理和需要 心理卫生 心身医学
5. 预防性 预测性 个体化 患者的参与性

#### 三、简答题

1. 我国口腔颌面外科的业务内容，除传统的口腔外科——牙及牙槽外科、修复前外科、颞下颌关节病、颌面损伤、唾液腺疾病等外，还包括了颌面整复外科、正颌外科、显微外科以及头颈肿瘤外科等。而且我国还有独特的传统医学——中医学的结合与参与，曾被国际友人友好地赞誉为“中国式的口腔颌面外科学”。

2. 在学习口腔颌面外科学时，应注意处理好以下几个关系：①作为医学科学的一部分必须处理好局部与整体的关系，因此，要加强全身观点。②应从临床各种主诉（主观症状）及体征（客观症状）中去探寻疾病的本质，而不能被表面现象所迷惑。③医学是一门实践性很强的学科，作为一名外科医师，不要成为不会开刀的医师；但是，没有理论的指导也不能进一步提高，因此，也不要成为不懂、不学理论只会开刀的匠师。应强调在实践中加强能力（包括理论自学能力）的培养，努力成为一名学术型的外科医师。

（张志愿 邱蔚六）



## 第二章

# 口腔颌面外科基础知识与基本操作

### 【学习目标】

掌握口腔颌面外科门诊与住院病史记录方法、临床检查方法、消毒和灭菌方法，组织切开、止血、解剖分离、打结、缝合和外科引流技术，以及各类创口的处理原则。

### 【重点内容提示】

1. 住院病史、门诊病史、急诊病史书写要求及方法。
2. 口腔、颌面部、颈部、颞下颌关节及唾液腺检查要点及方法。
3. 手术器械、手术者和手术区消毒的要求和方法，手术铺巾方法。
4. 止血、解剖分离、打结、缝合和外科引流的方法与注意事项。
5. 无菌创口、污染创口和感染创口的处理原则，换药的基本原则、注意事项及换药技术，绷带包扎的目的、口腔颌面部常用绷带及应用技术。

## 第一节 内容概要

### 一、住院病历书写要求

住院病历内容应包括住院病历首页、入院记录、病程记录、手术同意书、麻醉同意书、输血治疗知情同意书、特殊检查(特殊治疗)同意书、病危(重)通知书、医嘱单、辅助检查报告单、体温单、医学影像检查资料、病理资料等。

### 二、入院记录书写要求

入院记录通常由一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、生长发育史、月经生育史、家族史、体格检查(全身检查与专科检查)、实验室与影像学检查、诊断、治疗计划和签名等部分构成。

入院记录、再次或多次入院记录应于患者入院后 24 小时内完成；24 小时内入出院记录应于患者出院后 24 小时内完成，24 小时内入院死亡记录应于患者死亡后 24 小时内完成。

### 三、门诊初诊病史记录书写要求

门诊初诊病史记录应包括以下 7 项内容：①主诉；②病史；③体格检查；④实验室检查；⑤初步诊断；⑥处理意见；⑦医师完整签名。

### 四、急诊病史记录书写要求

急诊病史记录主要包括以下内容：

1. 病史；
2. 体格检查；
3. 实验室检查；
4. 诊断；

5. 处理意见 ①必要的急诊检查项目；②急诊处理意见或抢救措施；③涉及多科室的患者，在病史记录中应有会诊意见或同时处理（抢救）记录，严格按首诊负责制有关规定执行；④医疗性嘱咐；⑤留观或住院的医嘱记录；⑥病休意见；⑦若出现意外情况，请及时就医。

### 五、口腔检查要求

口腔检查应按由外到内、由前到后、由浅入深的顺序进行，必要时应做健侧和患侧的对比检查。检查内容包括口腔前庭组织器官的色泽、质地、外形是否存在改变或出现异常；牙体硬组织、牙周和根尖周情况、牙稳定程度和排列情况、咬合关系和开口度是否正常；腭黏膜色泽、质地和形态是否正常，是否存在畸形和缺损，是否存在肿块；舌体形态和大小，是否存在舌体上抬，有无舌运动障碍和味觉功能改变；口底黏膜的色泽、外形和下颌下腺导管情况以及口咽部情况。

### 六、颌面部检查要求

颌面部检查应包括颜面表情和意识神态；颌面部外形和皮肤色泽；瞳孔大小和对光反射、眼球位置和运动情况，视力情况及有无复视；是否出现鼻塞或有无血性分泌物、有无脑脊液鼻漏、有无嗅觉改变；是否存在脑脊液耳漏；是否存在“腭裂语音”或“含橄榄语音”；肿物表面是否闻及吹风样杂音；颞下颌关节区听诊是否存在弹响或摩擦音。

### 七、颈部检查要求

颈部检查应观察颈部外形、色泽、轮廓、活动度是否异常，有无肿胀、畸形、斜颈、溃疡或瘰管。重点检查颈部淋巴结是否肿大，了解肿大淋巴结所在的部位、大小、数目、硬度及其与周围组织的关系。淋巴结检查应按一定顺序进行，一般为：枕部、耳后、耳前、腮、颊、下颌下、颏下、胸锁乳突肌前后缘、颈前后三角、锁骨上窝。

### 八、颞下颌关节检查要求

应注意观察左右面部是否对称，关节区、下颌角、下颌支和下颌体大小和长度是否正常，颞点是否居中；髁突动度如何；咀嚼肌群收缩力如何，是否有压痛；开闭口运动、前伸运动、侧颌运动是否正常；开口度和开口型是否正常；是否存在关节弹响或杂音，以及发生弹

响和杂音的时间、性质和次数；咬合关系是否正常。

### 九、唾液腺检查要求

重点检查三对大唾液腺，主要采用触诊，检查内容包括腺体和导管，除了解是否存在肿块和结石外，还应对分泌功能进行定性和定量检查。

### 十、辅助检查的内容、适应证和操作要求

口腔颌面外科辅助检查包括化验检查、穿刺检查、活组织检查、涂片检查、超声检查、X线检查、CT检查、MRI检查、数字减影血管造影检查、放射性核素检查、ECT检查、PET/CT检查、关节内镜检查、唾液腺内镜检查和手术探查。不同检查方法有不同的适应证，应根据病情需要，合理选择辅助检查手段。

### 十一、手术器械、敷料的消毒

常用的方法有高压蒸汽灭菌、煮沸消毒法、干热灭菌法和化学消毒法。

### 十二、手术者消毒

包括清洁准备(更换手术室衣、裤、鞋、帽及口罩)，洗手、穿手术衣及戴橡皮手套等步骤。拔牙及口腔内小手术的洗手仍然要求修剪指甲，除去甲垢，用肥皂刷洗指尖至下肘部1~3遍；擦干，涂抹新型皮肤消毒剂(主要成分葡萄糖酸氯己定、乙醇)后，即可进行手术。

### 十三、手术区消毒

应从术区中心开始，逐步向四周环绕涂布，但感染创口相反。涂药时不可留有空白，并避免药液流入呼吸道和眼内。与口腔相通的手术及多个术区的手术应分别消毒。除涉及额、头皮部手术外，消毒前应先常规戴帽，遮盖头发。

头颈部手术消毒范围应至术区外10cm，四肢、躯干则需扩大至20cm，以保证有足够的范围为原则。凡口腔内手术或手术穿通口腔者，应先消毒口内再消毒面颈部。

### 十四、手术野铺巾法

先用无菌巾包头，然后根据手术部位和大小，进行无菌巾铺放。常用方法有孔巾铺置法、三角形手术野铺巾法和四边形手术野铺巾法。

### 十五、手术基本操作

口腔颌面部手术的基本操作包括组织切开、止血、解剖分离、打结、缝合和引流6个方面。在外科手术中，必须遵循无菌、无瘤和微创等基本原则，尽可能避免手术后感染、肿瘤播散或不必要的组织损伤，以利患者术后康复，提高手术治疗效果。

### 十六、切口设计

设计切口时，应注意解剖关系、部位和长度合适。要考虑手术区的神经、血管、腮腺导管等重要组织结构的位置和行径，切口应尽量与之平行。为适应美观和功能要求，切口须选择

在比较隐蔽的部位以及天然皱褶处。面部切口的方向要尽量与皮纹方向一致,活检手术的切口应力求与再次手术的切口一致。切口的长短原则上以能充分显露为宜,不宜过长或过短。

## 十七、组织切开

切开组织时,皮肤用手绷紧或固定,手术刀与组织面垂直(起刀时垂直将刀尖刺入,移动时转至 $45^\circ$ 角切开皮肤,切完时又使刀呈垂直位),准确、整齐、深度一致地一次切开。要注意层次并逐层切开,切忌在皮肤上来回拉锯式切割和斜切。使用电刀或光刀切开时,皮肤层应先用钢刀切开。

## 十八、止血

止血是手术过程中的一个重要环节,手术中常用的止血方法包括压迫止血,钳夹、结扎止血,药物止血,电凝止血,低温止血和降压止血等。

较大面积的静脉渗血,可用温热盐水纱布压迫止血。骨髓腔或骨孔内的出血,可用骨蜡填充止血。腔窦内出血及颈静脉破裂出血而又不能缝扎时,可用碘仿纱条填塞压迫止血。急性动脉出血可用手指立即压迫出血点,或压迫供应此区知名动脉的近心端暂时控制出血。小的出血点,可用血管钳钳夹止血或电凝止血;较大的出血点或知名血管出血,应先用血管钳钳夹,再用缝线结扎;一般知名动静脉结扎切断后所留下的断端长度,至少应为该血管管径的2倍,并应行双重甚至三重结扎,以防滑脱。舌、头皮等部位血液循环十分丰富而又不宜使用一般血管钳钳夹、结扎止血,可采用区域缝扎止血。如术中出血较多,或患者有高血压、血液系统等疾病,可配合使用低温止血、药物止血或降压止血。

## 十九、组织分离技术

组织解剖分离的方法主要有2种,即锐性分离和钝性分离,手术中常2种方法交替和结合使用。锐性分离适合于精细的层次解剖或分离粘连坚实的瘢痕组织。钝性分离适合于正常肌肉和疏松结缔组织的分离以及摘除有包膜的良性肿瘤。

## 二十、打结

口腔颌面外科手术中要求打方结、外科结,防止打滑结。以单手打结和持针钳打结最为常用。口腔内打结应打三重结,以防松脱。组织内结扎线头所留长度一般为1mm左右,但对较大的血管及大块肌肉束等粗线结扎,为防止滑脱,可增加到3~4mm。缝合线若为肠线,其余留线头长度也应为3~4mm。皮肤、黏膜的缝合,为拆线时牵引方便,应至少余留5mm以上。

## 二十一、缝合的基本要求

1. 切口两侧组织要接触良好,正确对位;各层次要分别缝合。
2. 两侧组织应该等量、对称,避免留有死腔。
3. 应在无张力或最小张力下进行缝合,根据手术性质、部位和术中情况,确定合适的针距和边距。
4. 缝合顺序应是先游离侧,后固定侧。

5. 缝合面颈部皮肤时,除沿凹陷皱纹的切口可作内卷缝合、使瘢痕与皱纹的深浅一致外,一般要防止创缘内卷及过度外翻。缝合应包括皮肤全层,皮肤缘较薄时,还应带入部分皮下组织;进针时,针尖与皮肤垂直,并使皮肤切口两侧进针间距等于或略小于皮下间距。

6. 一般整复手术以缝合边距 2~3mm、针距 3~5mm,颈部手术缝合边距 3mm、针距 5mm 为宜,而组织极易撕裂的舌组织缝合时,边距和针距均应增至 5mm 以上。

7. 缝合的组织之间不能夹有其他组织,以免影响愈合。

8. 缝合后打结的松紧要适度。

9. 在功能部位,要避免过长的直线缝合,以免愈合后瘢痕直线收缩,导致组织器官移位,必要时可做“Z”形曲线缝合或潜行分离和减张缝合。

10. 口腔颌面外科常用 1-0、3-0 和 1 号线,应根据不同情况选用。

### 二十二、缝合的基本方法

缝合的基本方法包括创口原位缝合法、张力创口缝合法和特定情况下的缝合 3 种。单纯缝合分为间断缝合和连续缝合,连续缝合又分为单纯连续缝合和连续锁边缝合。外翻缝合适用于创缘较薄的黏膜、松弛的皮肤以及有内卷现象的创缘缝合。外翻缝合包括纵式和横式 2 种,选择时应考虑创缘血供方向,最好使缝线方向与血供方向一致。横式外翻式缝合之进出针点间距一般不超过 3~4mm。创口有较大张力时,不能强行拉拢缝合,应进行减张缝合。其方法有潜行分离、辅助减张和附加切口减张。

两侧创缘厚薄不均或高低不等时,薄、低侧组织要多而深缝,而厚、高侧组织要少而浅缝。两侧创缘长度不等时,可采用附加切口、游离后转移、重新对位缝合的方法加以解决;也可在创缘末端向长的一侧作一斜形切口,然后剪除 1 块三角形皮肤,使创缘对齐。

### 二十三、外科引流

外科引流应遵循通畅、彻底、对组织损伤或干扰最小、顺应解剖和生理要求、确定病原菌等 5 项原则,其适应证为:感染或污染创口、渗液多的创口、留有死腔的创口和止血不全的创口。

口腔颌面外科常用的引流方法有片状引流、纱条引流、管状引流和负压引流,前 3 种为开放引流,后 1 种为闭式引流。

外科引流应注意引流时间、引流部位,妥善装接和固定引流物及负压引流装置,负压引流一般在 24 小时内引流量少于 20~30ml 时去除。污染创口或为防止积血、积液而放置的引流物,多在 24~48 小时后去除。

### 二十四、创口愈合

一般经历炎症反应、细胞增殖、结缔组织形成、伤口收缩和伤口改建等过程。用电刀手术缝合后的切口,早期炎症反应更为明显,切口在第 7 天出现组织学上的初步愈合,而激光刀手术缝合后的切口创缘,早期主要表现为凝固性坏死,切口在术后第 10 天才有组织学上的愈合。

缝合的创口,一般在 7~10 天内全部愈合者,称为一期或初期愈合。未经缝合的创口,其愈合往往经过肉芽组织增生,再为周围上皮爬行覆盖的过程,临床上称为二期或延期愈合。

## 二十五、创口分类

根据创口是否受到感染或污染而分为无菌创口、污染创口和感染创口3种。

## 二十六、无菌创口处理原则

1. 及时作组织整齐与严密的缝合；有组织缺损者，可采取皮瓣转移和植皮的方法解决。估计术后有可能发生感染、疑有污染或术后渗血较多的创口，应放置24~48小时的引流物，如死腔过大或渗出物较多，应延长引流时间至72小时以上。

2. 一般不轻易打开敷料观察，以避免污染。

3. 面部严密缝合的创口可早期暴露，并及时以3%过氧化氢和4%硼酸及95%乙醇混合液清除渗出物。

4. 面部无菌创口一般在术后5天开始拆线；颈部缝线可在术后7天左右拆除；光刀手术的创口，拆线时间应推迟至术后14天。

## 二十七、污染创口处理原则

1. 力争初期缝合；如为损伤引起，应行清创术后作初期缝合。可能发生感染者，缝合后应放置引流物。不能缝合者，应覆盖包以碘仿纱条的油纱布。

2. 经缝合后的污染创口，一般不宜随意打开检视。

3. 位于面部经缝合者，也可早期暴露处理。

4. 污染创口的拆线时间，位于口外者一般在术后5天开始拆线；位于口内者，应在7~10天拆除。

5. 给予预防感染措施，如使用抗生素等，注射破伤风抗毒血清(TAT)。口腔内应给予各种漱口剂含漱。

## 二十八、感染创口处理原则

1. 应在感染被控制或手术清除病灶后考虑缝合，并常规放置引流物。引流物一般应在无脓液排出48小时后去除。脓肿切开后不应缝合，而需放置引流物。

2. 感染创口应覆盖敷料，并定时检视和换药，脓多者可每天2次。

3. 对肉芽组织创面及有大量脓性分泌物的创口，应以0.1%呋喃西林或敏感药物进行湿敷。大面积肉芽创面感染已控制，但有残留肉芽水肿时，可用高渗盐水湿敷。经处理后的肉芽创面，应争取早期植皮，使之早期愈合。

4. 有脓腔存在的创口，应保持引流通畅，并以各种消毒及抗生素溶液冲洗脓腔。如遇炎性肉芽组织过度增生，堵塞瘘管，应刮除、剪除或烧灼之。

5. 经处理后缝合者，一般应在1周后拆线。

6. 根据具体情况，全身或局部应用抗生素，并加强营养支持和维生素摄入，促使创口早期愈合。

## 二十九、换药的基本原则

换药的主要目的是保证和促进创口的正常愈合。以下情况应换药：

1. 无菌或污染创口为了拔除引流物或怀疑有感染时；
2. 敷料滑脱不能保护创口时；
3. 创口有大量脓性分泌或渗出物时；
4. 创口有渗血或疑有血肿形成时；
5. 创口包扎过紧，影响呼吸或疼痛时；
6. 观察创口愈合情况以及皮瓣营养情况时；
7. 创口不清洁，有碍正常愈合时。

### 三十、换药的注意事项

1. 动作应轻巧、细致，切忌粗暴。应用棉球清洁暴露创面时，是“沾”而不是“揩”。对暴露创面，不可用带刺激性的药物涂擦。操作要迅速，勿使创面暴露时间过长。
2. 持镊应在上 1/3 处，并勿使镊碰及非换药区。学会双手持镊。已经用过的棉球等物，不可再置入消毒药碗内，应严格分开。如为绿脓杆菌感染的创口，其换药用过的敷料更应注意不可乱放，要集中焚烧。
3. 换药次序应先换无菌创口，后换污染创口，再换感染创口。每换完一人，必须重新洗手。

### 三十一、绷带包扎的作用

1. 保护术区和创口，防止污染或继发感染，避免再度受损。
2. 保温、止血、减轻水肿、减轻疼痛。
3. 防止或减轻骨折移位。
4. 固定敷料，防止敷料脱落或移位。

### 三十二、绷带包扎的基本原则

1. 包扎绷带应力求严密，稳定、美观、清洁。
2. 压力均匀，并应富有弹性。
3. 松紧适度，利于引流。
4. 注意消灭死腔，防止出血。
5. 经常检查，发现绷带松动、脱落时，应及时予以加固或更换。如有脓血外溢或渗出，应酌情加厚或更换。

### 三十三、绷带包扎的注意事项

1. 注意无菌操作，感染创口要保持引流通畅。
2. 注意保持呼吸道通畅，防止压迫喉头和气管。
3. 所施压力应均匀适度，防止组织因过度受压而坏死。
4. 腮腺区创口的包扎，应施以一定压力，并应富于弹性，以免发生涎痿。
5. 切开引流的创口在第一次包扎时应加以适当压力，以利止血，以后换药包扎时不宜过紧。
6. 整形手术后的创口包扎，压力不宜过重。游离植皮术后包扎时，覆盖创面的纱布应

力求平整,外加疏松纱布和棉垫,再以绷带作适当加压包扎。

7. 骨折复位后的创口包扎,应注意防止骨折错位。

### 三十四、绷带的选择

常用的绷带有卷带、四头带和三角巾,另外还有弹性绷带和石膏绷带。颌面部最常使用卷带,有时也可用三角巾或毛巾等代替。某些颌骨中、小型手术后,为止血和减轻水肿,常用四头带包扎或加压。四头带也用于鼻、颈部创口的包扎固定。石膏绷带的用途广泛,在颌面部常用于制作石膏帽,以利颌骨骨折的牵引、复位和固定。上、下颌骨骨折的固定,有时还加用弹性吊颌帽。

### 三十五、四头带

四头带亦称四尾带。其制作方法简便,常用一段绷带,将其两端从中线剪开一定长度,形成每端有二头的四头带。带的长度一般为70cm左右,剪开的长度视需要而定。其用途主要是包扎鼻部创口、包扎下颌、颈部创口和压迫术后创口。

### 三十六、交叉十字绷带

交叉十字绷带被广泛用于颌面部和上颈部术后和损伤的包扎固定。应学会其包扎方法。

### 三十七、面部绷带

面部绷带亦称单眼交叉绷带,常用于上颌骨、面、颊部手术后的创口包扎。应学会其包扎方法。

## 第二节 复 习 题

### 一、名词解释

1. 入院记录
2. 高压蒸汽灭菌
3. 干热灭菌法
4. 化学消毒法
5. 压迫止血
6. 组织分离技术
7. 外翻缝合
8. 外科引流
9. 无菌创口
10. 污染创口
11. 感染创口
12. 十字交叉绷带
13. 双合诊



14. 穿刺检查
15. 切取活组织检查
16. 切除活组织检查
17. 冷冻活组织检查
18. 细针吸取活检
19. 关节内镜检查
20. 唾液腺内镜检查

## 二、填空题

1. 卫生部门要求的“三基”包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
2. 入院记录通常由一般项目、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、个人史、生长发育史、月经生育史、家族史、\_\_\_\_\_、实验室与影像学检查、诊断、治疗计划和签名等部分构成。
3. 入院记录应在患者入院后\_\_\_\_\_小时内完成；首次病程记录应在患者入院后\_\_\_\_\_小时内完成；对病情稳定的患者，至少\_\_\_\_\_天记录1次病程记录。
4. 完整的门诊病史应包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、实验室检查、初步诊断、处理意见、医师完整签名等7项内容。
5. 门急诊病历记录应当由接诊医师在患者就诊时及时完成，就诊时间应具体到\_\_\_\_\_。
6. 口腔科门诊手术器械主要消毒方法有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_4种。
7. 口腔内手术消毒范围应包括\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
8. 手术涉及口腔内或穿通口腔者，应先消毒\_\_\_\_\_，后消毒\_\_\_\_\_。
9. 口腔颌面外科手术操作分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_6个方面。
10. 止血和减少出血的方法有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
11. 手术打结收紧结扣时，应尽量使三点成一线，三点指的是\_\_\_\_\_与\_\_\_\_\_。
12. 对有张力的创口，减张缝合的方法有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
13. 精细的层次解剖或分离瘢痕组织时，一般采用\_\_\_\_\_方法，主要器械为\_\_\_\_\_。
14. 缝合时，如果创缘一侧是游离的，一侧是固定的，一般应先缝合\_\_\_\_\_，后缝合\_\_\_\_\_。
15. 两侧创缘厚薄不等时，薄侧组织应缝合\_\_\_\_\_，厚侧组织应缝合\_\_\_\_\_。
16. 临床创口一般分为\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_3类。
17. 创口引流的适应证是\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_。
18. 口腔颌面外科常用的引流物有\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_4种。
19. 污染伤口，或为防止积血或积液放置的引流物，一般在手术后\_\_\_\_\_小时去除。
20. 负压引流去除的时间一般是\_\_\_\_\_小时引流量不超过\_\_\_\_\_ml。
21. 换药的主要目的是\_\_\_\_\_。
22. 三角形手术野铺巾法主要适用于\_\_\_\_\_手术，四边形手术野铺巾法主要适用于\_\_\_\_\_手术。
23. 缝合皮肤时，若皮肤切口两侧进针间距等于或略小于皮下间距，则\_\_\_\_\_；若