

2017



国家医师资格考试
推荐辅导用书

口腔执业助理医师 历年考点精编

要考过，找“科学”！

随书赠送

网络视频课程

口腔执业（助理）医师资格考试



视频课程授权码

使用方法（请严格按照以下顺序操作）：

1. 扫描二维码，填写注册信息及课程授权码，领取课程；
2. 下载并登录阿虎医学APP；
3. 进入“阿虎医考”，点击右上角“我的课程”图标观看课程学习。

网站技术支持电话：010-85865619 010-65566241

手机扫一扫 下载阿虎医学APP



科学出版社



科学出版社

口腔执业助理医师历年考点精编

编写 医师资格考试试题研究专家组

编者 (以姓氏笔画为序)

丁 雷	于运勇	王 丹	王 巍	方 艳
刘 宁	刘 斌	刘梦玉	杨 婧	杨琳琳
肖 然	吴春虎	张 舫	张 毅	张云杰
张冬梅	张宏伟	张蕾蕾	张翼鹏	陈 巧
金 瑾	周 宇	郑 义	南少奎	柯明辉
侯峰岩	费 威	贺 星	袁晓玢	聂 盼
夏文丽	梁 源	董广艳	董茜茜	满高华
潘科聪				

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

本书按照口腔执业助理医师最新考试大纲的要求编写。根据考生对最开始复习的内容用功最深、效果最好这一复习特点,本书按历年考点出题频率的顺序进行编排。编写结构分为重点提示和考点串讲两部分。重点提示部分提示了应该掌握的重点内容,可帮助考生把握好复习的大方向。考点串讲部分按照考试大纲的要求展开,既考虑到知识点的全面性,又突出重点,对常考或可能考的知识点详细叙述,对需要重点记忆的知识点用波浪线的形式加以突出。既准确地把握了考试的命题方向,又全面地掌握重要的考试要求和考试细节,是口腔执业助理医师复习应考的必备辅导书。

图书在版编目(CIP)数据

口腔执业助理医师历年考点精编 / 医师资格考试试题研究专家组编

—北京:科学出版社,2017.4

国家医师资格考试推荐辅导用书

ISBN 978-7-03-052582-6

I. ①口… II. ①医… III. ①口腔科学—资格考试—自学参考资料 IV. ①R78

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第069600号

责任编辑:李玉梅 纳 琨 / 责任校对:张小霞

责任印制:赵 博 / 封面设计:吴朝洪

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

天津市新科印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017年4月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2017年4月第一次印刷 印张:19 1/4

字数:549 000

定价:59.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

出版说明

国家医师资格考试是评价申请医师资格者是否具备从事医师工作所必需的专业知识与技能的行业准入考试。考试分为两级四类，即执业医师和执业助理医师两级；每级分为临床、中医、口腔、公共卫生四类。中医类包括中医、民族医和中西医结合。

医师资格考试分为实践技能考试和医学综合笔试两部分，考试具体时间以国家卫计委医师资格考试委员会公告时间为准。执业医师考试时间一般为2天，分4个单元；执业助理医师考试时间为1天，分2个单元。笔试全部采用选择题形式，共有A1、A2、A3、A4、B1五种题型。医师资格考试总题量为600题，助理医师资格考试总题量为300题。

为了帮助广大考生做好考前复习，我社组织了权威专家，联合历届考生，对考试的命题规律和考试特点进行了潜心分析和研究，严格按照考试大纲的要求，出版了国家医师资格考试推荐系列辅导用书，包含了《历年考点精编》《模拟试卷（解析）》《考前冲刺必做》和《考前预测卷》等系列，覆盖了除民族医、公共卫生以外的4大类8个考试专业。

“国家医师资格考试推荐辅导用书”紧扣考试大纲，以历年考点为编写的基本依据，内容的安排既考虑知识点的全面性，又特别针对历年考试通过率不高的现状，重点加强复习的应试效果，使考生在有限时间内扎实掌握大纲要求及隐含的重要知识点，从整体上提高考试的通过率。

《历年考点精编》系列是在分析了数千道考试题的基础上，紧紧围绕历年考点编写，提示考试重点；以条目式的简洁叙述串讲考试命题点，重点、易考点一目了然。

《模拟试卷（解析）》系列，每个考试专业有3~5套卷。这个系列的突出特点是试题质量高，考点全面，题量适中，贴近真实考试的出题思路及出题方向，附有详尽解析，通过做题把握考试复习的重点和方向。

《考前冲刺必做》系列，每个考试专业有3~4套卷。这个系列的突出特点是在分析历年考试的基础上总结历年必考重点，抽选高频考点组题，通过冲刺练习，使考生熟悉考试，得到考试必得分。

《考前预测卷》系列包含临床和口腔两个考试大类 4 个考试专业，每个考试专业有 3 套卷。总结历年必考重点，由试题研究专家抽选高频考点组卷，贴近真实考试的出题思路及出题方向。

本套考试用书对考试知识点的把握准确，试题与真实考试接近，对考生通过考试一定会有很大的帮助。由于编写及出版的时间紧、任务重，书中如有不足，请读者批评指正。

科学出版社

更多本书相关免费学习资料请下载 App



目 录

第一部分 口腔临床医学综合	1
第 1 章 口腔颌面外科学	3
第 1 单元 口腔颌面外科基本知识及基本技术	3
第 2 单元 麻醉	8
第 3 单元 牙及牙槽外科	11
第 4 单元 口腔颌面部感染	19
第 5 单元 口腔颌面部创伤	27
第 6 单元 口腔颌面部肿瘤及瘤样病变	34
第 7 单元 唾液腺疾病	40
第 8 单元 颞下颌关节疾病	44
第 9 单元 颌面部神经疾病	47
第 10 单元 先天性唇裂和腭裂	50
第 11 单元 口腔颌面部影像学诊断	55
第 2 章 口腔修复学	59
第 1 单元 口腔检查与修复前准备	59
第 2 单元 牙体缺损	63
第 3 单元 牙列缺损	79
第 4 单元 牙列缺失	109
第 3 章 牙体牙髓病学	121
第 1 单元 龋病	121
第 2 单元 牙发育异常	125
第 3 单元 牙急性损伤	127
第 4 单元 牙慢性损伤	128
第 5 单元 牙本质过敏症	129
第 6 单元 牙髓疾病	130
第 7 单元 根尖周病	133
第 8 单元 牙髓根尖周病的治疗	134
第 4 章 牙周病学	140

第1单元	概述	140
第2单元	牙龈疾病	141
第3单元	牙周炎	143
第5章	口腔黏膜病学	147
第1单元	口腔黏膜感染性疾病	147
第2单元	口腔黏膜溃疡类疾病	149
第3单元	口腔黏膜斑纹类疾病	150
第4单元	唇舌疾病	152
第6章	儿童口腔医学	155
第1单元	龋病	155
第2单元	牙髓病和根尖周病	156
第3单元	发育异常及咬合发育问题	158
第4单元	牙外伤	159
第二部分	基础医学综合	161
第7章	口腔解剖生理学	163
第1单元	牙体解剖	163
第2单元	牙列、殆与颌位	168
第3单元	口腔功能	170
第4单元	运动系统、脉管及神经解剖	172
第5单元	口腔颌面颈部局部解剖	175
第8章	口腔组织病理学	178
第1单元	牙体组织	178
第2单元	牙周组织	182
第3单元	口腔黏膜	187
第4单元	唾液腺	190
第5单元	口腔颌面部发育	192
第6单元	牙的发育	193
第7单元	牙的发育异常	194
第8单元	龋病	196
第9单元	牙髓病	198
第10单元	根尖周炎	199
第11单元	牙周组织疾病	201
第12单元	口腔黏膜病	202
第13单元	口腔颌面部囊肿	205
第14单元	口腔颌面部肿瘤	206

第 9 章 生物化学	210
第 1 单元 蛋白质的化学	210
第 2 单元 维生素	211
第 3 单元 酶	212
第 4 单元 糖代谢	213
第 5 单元 生物氧化	214
第 6 单元 脂类代谢	215
第 7 单元 氨基酸代谢	217
第 8 单元 核酸的结构、功能与核苷酸代谢	218
第 9 单元 肝生物化学	220

第 10 章 药理学	221
第 1 单元 总论	221
第 2 单元 传出神经系统药	222
第 3 单元 局部麻醉药	228
第 4 单元 中枢神经系统药	229
第 5 单元 心血管系统药	233
第 6 单元 利尿类药与脱水药	235
第 7 单元 抗过敏药	236
第 8 单元 呼吸系统药	237
第 9 单元 消化系统药	238
第 10 单元 子宫兴奋药	238
第 11 单元 血液和造血系统药	239
第 12 单元 激素类药物	240
第 13 单元 抗微生物药	243
第 14 单元 抗寄生虫药	246

第三部分 预防医学综合	247
-------------------	-----

第 11 章 口腔预防医学	249
第 1 单元 绪论	249
第 2 单元 口腔流行病学	249
第 3 单元 龋病	250
第 4 单元 牙周病预防	254
第 5 单元 其他口腔疾病预防	256
第 6 单元 口腔健康教育	258
第 7 单元 特殊人群的口腔保健	259
第 8 单元 社区口腔保健	260
第 9 单元 口腔保健中的感染与控制	260

第 12 章 预防医学.....	262
第 1 单元 绪论	262
第 2 单元 医学统计学方法.....	262
第 3 单元 人群健康研究的流行病学原理和方法	264
第 4 单元 临床预防服务.....	265
第 5 单元 社区公共卫生.....	266
 第四部分 医学人文综合	269
第 13 章 卫生法规.....	271
第 14 章 医学伦理学	276
第 1 单元 伦理学与医学伦理学.....	276
第 2 单元 医学伦理学的规范体系.....	277
第 3 单元 医疗活动中的人际关系道德.....	278
第 4 单元 临床诊疗伦理.....	280
第 5 单元 临终关怀与死亡的伦理.....	282
第 6 单元 公共卫生伦理.....	283
第 7 单元 医务人员医学伦理素质的养成与行为习惯	284
第 15 章 医学心理学	287
第 1 单元 绪论	287
第 2 单元 医学心理学基础.....	287
第 3 单元 心理卫生	290
第 4 单元 心身疾病	290
第 5 单元 心理评估	291
第 6 单元 心理治疗	292
第 7 单元 医患关系	295
第 8 单元 患者的心理问题.....	296

第一部分

口腔临床医学综合

第1章 口腔颌面外科学

第1单元 口腔颌面外科基本知识及基本技术

重点提示

本单元内容是外科学的基础，所以相对比较重要。知识点亦比较多，考试经常出现。重点应该掌握张口度判断、唾液腺检查手法；消毒和灭菌在本部分亦是重点，可以结合预防医学、微生物学相应部分一起复习；手术基本操作对于止血、缝合和引流考得较多，要认真掌握，其他内容适当了解。

考点串讲

一、口腔颌面外科病史记录

(一) 门诊病史

1. 封面内容逐项填写，强调药物过敏情况。
2. 初诊病历：包括主诉、病史、体格检查、辅助检查、诊断、处理意见和医师签名（2003）。
3. 复诊病历：应重点记述前次就诊后各项诊疗结果和病情演变情况。
4. 每次就诊均应填写就诊日期。
5. 请求其他科会诊时，应将请求会诊目的、要求及本科初步意见在病历上填清楚，并由本院高年资医师签名。
6. 被邀请的会诊医师（本院高年资医师）应在请示会诊病历上填写检查所见、诊断和处理意见。
7. 门诊病人需要住院检查和治疗时，由医师填写住院证。
8. 门诊医师对转诊的病员应负责填写病历摘要。
9. 法定传染病应注明疫情报告情况。

(二) 急诊病史

同门诊病历，急诊病历特别要增添具体时间。

二、临床检查

(一) 口腔检查

遵循由外到内、由前至后、由浅入深的顺序。

1. 口腔前庭检查 依次检查唇、颊、牙龈黏膜、唇颊沟以及唇颊系带情况。注意有无颜色异常、质地改变；是否存在瘻管、窦道、溃疡、假膜、组织坏死、包块或新生物；腮腺导管乳头是否红肿、溢脓等。例如：铅、汞等重金属中毒牙龈边缘可出现蓝黑色线状色素沉着；慢性颌骨骨髓炎和根尖周炎可见窦管和窦道；溃疡性龈炎可见龈乳头消失；化脓性腮腺炎可有腮腺导管口红肿、溢脓。近年来，由于艾滋病病人不断增加，而艾滋病早期症状又主要是口腔表征，因此，对其相关症状如牙龈线形红斑、坏死性牙周炎和口炎、白念珠菌感染等应引起足够重视。必要时应做血清学检查以便明确诊断。

2. 牙及咬合检查 检查咬合关系时，应着重检查咬合关系是否正常。咬合错乱在临床上常与颌骨骨折、假骨畸形、颌骨肿瘤以及颞下颌关节病变有关。

张口度检查主要应明确是否存在张口受限，并对影响张口运动的因素进行分析。张口受限常表示咀嚼肌群或颞下颌关节受累；也可因骨折移位阻挡，如颧弓骨折阻挡下颌冠(髁)突运动，或瘢痕挛缩等原因所致。还须注意面深部间隙恶性肿瘤也可引起张口受限。

检查张口度时以上下中切牙切缘之间的距离为标准。正常人的张口度约相当于自身示指、中指、环指三指末节合拢时的宽度，平均约为3.7cm。临床上张口受限分四度：

轻度张口受限：上下切牙切缘间仅可置两横指，为2~2.5cm。

中度张口受限：上下切牙切缘间仅可置一横指，为1~2.0cm。

重度张口受限：上下切牙切缘间距不足一横指，约1cm以内。

完全性张口受限：完全不能张口，也称牙关紧闭。

3. 固有口腔及口咽检查 对于唇、颊、舌、口底和下颌下区病变，可行双指双合诊或双手双合诊检查，以便准确了解病变范围、质地、硬度以及有无压痛、触痛和浸润等。检查时以一只手的拇指和示指，或双手置于病变部位上下或两侧进行。前者适用于唇、颊、舌部检查；后者适用于口底、下颌下检查。双合诊应按“由后向前”顺序进行。

（二）颌面部检查

1. 表情与意识神态检查 颌面部表情和意识神态变化不仅是某些口腔颌面外科疾病的表征，也可能是某些全身疾病和全身功能状态的反映。颅脑损伤或功能衰竭常伴有瞳孔和意识神态改变，颌面表情也可反映病人的体质状况和病情轻重。

2. 外形与色泽检查 观察颌面部外形，比较左右是否对称，比例是否协调，有无突出和凹陷。检查颌面部皮肤色泽、质地和弹性变化对某些疾病的诊断有重要意义。例如：肿瘤、外伤和畸形都有外形改变；而炎症、血管瘤、神经纤维瘤、恶性黑色素瘤、白斑病、麻风病等也伴有皮肤颜色的改变。

3. 面部器官检查 眼、耳、鼻等面部器官与某些颌面部疾病关系密切，应同时检查。

4. 病变部位和性质检查 对于已发现的病变，应做进一步的检查，以明确病变确切部位、查清病变所在的解剖区域及涉及的组织层面。同时还应明确其形态、范围、大小以及有无活动、触痛、波动感、捻发音等体征。

对于病变的性质，可以通过扪诊有无压痛，病变软硬程度、是否与周围组织粘连、能否移动，扪之是否光滑、有无结节等体征进行初步判断。一些特殊征象对明确病变性质则有直接提示作用。如脓肿出现的波动感，动脉瘤可有的搏动感，颌骨囊肿触压可有乒乓球样感，海绵状血管瘤的体位试验阳性等。

5. 语音及听诊检查 腭裂语音、舌根部肿块为含橄榄音、颞下颌关节紊乱病听诊等。

（三）颈部检查

1. 一般检查 颈部外形，色泽，轮廓，活动度有无异常，有无肿物等。

2. 淋巴结检查 有无肿大，部位，数目，大小，活动度，压痛，有无粘连。

（四）颞下颌关节检查

1. 面型及关节动度检查 面型是否对称，有无异常动度，压痛。

2. 咀嚼肌检查 两侧肌肉收缩力是否对称，有无压痛。

3. 下颌运动检查 开闭、侧方、前伸运动是否正常，有无弹响，偏斜，开口度，开口形。

4. 髁关系检查 髁关系是否正常，有无紊乱。

（五）唾液腺检查（2000）

1. 一般检查 两侧对比，形态大小，分泌物色、质、量观察分析。腮腺和下颌下腺的扪诊应包括腺体和导管。腮腺扪诊一般以示、中、环指三指平触为宜，切忌用手指提拉触摸，因此时易将腺叶误认为腮腺肿块。下颌下腺和舌下腺的扪诊则常采用双手双合诊法检查。

2. 分泌功能检查 定性检查（酸性刺激分泌量增加，观察导管有无堵塞、腺体有无胀痛等），定量检查（正常分泌量每日1 000~1 500ml，90%来自腮腺和下颌下腺，3%~5%来自舌下腺，剩余来自小唾液腺）。

三、消毒和灭菌

（一）手术室与手术器械消毒和灭菌

1. 灭菌 杀灭一切活的微生物。

(1) 高压蒸汽灭菌：应用最普遍，效果可靠。用蒸汽压力 104.0~137.3kPa 时，温度可达 121~126℃，维持 30 分钟，即能杀死包括芽胞在内的一切细菌。多用于一般能耐受高温的物品，如金属器械、玻璃、搪瓷、敷料、橡胶类、药物等灭菌（2003）。

(2) 煮沸灭菌（2005）：适用于耐热、耐温物品，但可使刀刃的锋利性受损。消毒时间在水中煮沸后开始计时，持续 15~20 分钟，但带芽胞的细菌至少需要煮沸 1 小时才能杀灭。如在水中加碳酸氢钠成 2%碱性溶液，沸点可提高到 105℃，灭菌时间缩短至 10 分钟，并可防锈。

(3) 火烧法：在紧急情况下使用。但此法常使锐利器械变钝，并失去光泽，一般不首选。

(4) 干热灭菌法：适用于玻璃、陶瓷等器具，以及不宜用高压蒸汽灭菌的明胶海绵、凡士林、油脂、液状石蜡和各种粉剂（2000）。一般 160℃持续 120 分钟，170℃持续 90 分钟，180℃持续 60 分钟。

2. 消毒 杀灭病原微生物和其他有害微生物，并不要求清除或杀灭所有微生物（如芽胞等）。

(1) 药液浸泡消毒法：用于锐利器械、内窥镜（表 1-1）。

表 1-1 常用药物浸泡消毒液

溶液	浸泡时间	用 途
1：1 000 苯扎溴铵	30 分钟	刀片、剪刀、缝针，1L 加医用亚硝酸钠 5g，配成“防锈新洁尔灭溶液”，有防止金属器械生锈的作用
70%乙醇	30 分钟	与苯扎溴铵溶液相同
10%甲醛	30 分钟	输尿管导管、塑料类、有机玻璃
2%戊二醛	10~30 分钟	与苯扎溴铵溶液相同，但灭菌效果更好。
	12 小时	可杀灭包括细菌芽胞在内的各种微生物
1：1 000 氯己定	30 分钟	抗菌作用较苯扎溴铵强

(2) 甲醛蒸气熏蒸法：用于电钻直机头、电动骨钻机头。

(二) 手术者消毒和灭菌

更换手术室的衣裤鞋帽，洗手浸泡，穿手术衣，戴橡皮手套等，均与外科手术的要求一致。

(三) 手术区消毒和灭菌

1. 术前准备 患者术前理发沐浴，备皮。

2. 常用消毒药物

(1) 碘酊：颈部用 2%（2003），口腔内用 1%，头皮部用 3%，过敏者禁用；

(2) 氯己定：皮肤用 0.5%，口腔内或者创口用 0.1%；

(3) 0.5%碘伏：用于皮肤及口腔；

(4) 75%乙醇：与碘酊先后使用。

3. 消毒方法 应从术区中心开始，逐步向四周环绕涂布，但感染创口相反。与口腔相通的手术及多个术区的手术应分别消毒。

4. 消毒范围 头颈部手术消毒范围应至术区外 10cm，四肢、躯干则需扩大 20cm，以保证有足够的安全范围为原则。

四、手术基本操作（2003）

(一) 显露

切口的设计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，切口选择比较隐蔽的部位和天然皱褶处，方向与皮纹一致。

(二) 止血

常用的止血方法有下列几种。

1. 钳夹、结扎止血 此法为术中最基本、最常用的止血方法。对于大块的肌束应采取先钳夹，再剪断，最后缝扎，才能安全可靠，常用的缝扎方法为贯穿缝合法。

2. 阻断止血 此法为临床上止血效果最明显、最可靠的方法。

3. 压迫止血 使用外力压迫局部，可使微小血管管腔闭塞，从而达到止血效果。对于广泛渗血，可用温热盐水纱布压迫止血。对局限性出血又查不到明显出血点的疏松组织出血区，可用荷包式或多圈式缝扎压迫止血。骨髓腔或骨孔内的出血则用骨蜡填充止血。腔窦内出血及颈静脉破裂出血而又不能缝合结扎时，则可用碘仿纱条填塞压迫止血，以后再分期逐渐抽除。对急性动脉出血，可选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，继而再用其他方法止血。

4. 药物止血 使用药物止血，可分为全身和局部用药两类。①全身用药止血。常用氨甲苯酸（止血芳酸）、酚磺乙胺（止血敏）等。②局部用药止血。常用明胶海绵、淀粉海绵、止血粉等药物。

5. 热凝止血 使用电刀或光刀手术，可显著减少术中出血量。

6. 低温止血 低温降压麻醉（体温降至 32℃ 左右）可减少机体周围组织的血容量，从而有效地减少术中出血。

7. 降压止血 术中使收缩压降至 80mmHg（10kPa）左右，即可有效地减少术中出血量。但时间不能过长，一般以 30 分钟左右为宜，且对有心血管疾病的病人禁用。

（三）解剖分离

1. 锐性分离 用于精细的层次解剖或分离粘连坚实的瘢痕组织。

2. 钝性分离 用于正常肌和疏松结缔组织的分离和良性肿瘤的摘除。相对安全但创伤较大。

（四）打结

要求打方结、外科结，从而防止打滑结。口腔颌面外科手术以单手打结和持针钳打结最为常用，前者一般缝合时使用，后者多用于口腔内及深部缝合。

（五）缝合

1. 原则 在彻底止血的基础上，自深而浅逐层进行严密而正确的对位缝合，以期达到一期愈合的目的。

2. 基本要求

（1）良好对位，无无效腔：切口两侧组织要接触良好，避免留有无效腔；缝合应在无张力或最小张力下进行。

（2）先游离侧，后固定侧。

（3）防止内卷和外翻：缝合应包括皮肤全层，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，才可达到满意效果。切口两侧进出针间距大于皮下间距，造成皮肤创缘内卷；相反，进出针间距小于皮下间距则皮肤创缘呈现过度外翻。

（4）皮肤缝合进针点离创缘的距离（边距）和缝合间隔密度（针距）应保持创缘接触贴合而无裂隙为原则。

（5）缝合的组织之间不能夹有其他组织，以免影响愈合。

（6）打结松紧适度。

（7）在功能部位（如口角、下睑等）要避免过长的直线缝合，否则愈后瘢痕直线收缩，导致组织器官移位，临床上常以对偶三角瓣法换位呈“Z”曲线缝合。

（8）选用合适的缝线。

（9）张力过大的创口应做潜行分离和减张缝合。

（六）引流

1. 引流适应证 感染创口、渗出液多、留有死腔、止血不全创口。

2. 引流方法

（1）片状引流：引流物由废橡皮手套剪成条状制成。主要用于口外创口少量渗液的引流。

（2）纱条引流：多用特制的油纱条和碘仿纱条作为引流物。主要用于脓腔引流；碘仿纱条的防腐、杀菌、除臭作用强，常用于重度和混合感染的创口引流。

（3）管状引流：由普通细橡皮管或导尿管剪成引流物，因系管状，故具有引流作用强和便于

冲洗及可注药的特点，多用于颌面颈部较大创口和脓腔的引流。现临床上亦常应用半管引流。

(4) 负压引流：此引流法优点较多，具有较强的引流作用，而且不需加压包扎伤口，病人感觉舒适；因创口内是负压，组织间贴合紧密，利于创口愈合，也不易继发感染。主要用于颌面颈部较大手术的术后引流。

前三种引流方法创口是开放的，故称开放引流；后一种创口是封闭的，称闭式引流。

3. 引流时间 24~48 小时或以后去除引流，负压引流去除时间：在 24 小时内引流量不超过 20~30ml，及时拔管。

4. 引流部位 开放引流放置创口最低处，负压引流避开大血管神经附近。

五、创口处理

(一) 创口分类、愈合及处理原则

1. 分类 无菌创口、污染创口、感染创口。

2. 愈合

(1) 一期愈合：伤口经过缝合或本来裂隙很小，其边缘对合良好，上皮迅速再生连接，愈合时间一般是 1 周左右。局部只有很少量的瘢痕组织，功能良好。

(2) 二期愈合：伤口较大（未做处理）或并发感染等，主要是通过肉芽组织增生和伤口收缩达到愈合，又称瘢痕愈合，愈合时间较长。外观和功能（出汗、感觉、弹性等）均不及一期愈合。

3. 处理原则

(1) 无菌创口：严密缝合，可放置 24~48 小时引流；不轻易打开敷料；面部严密缝合的创口可早期暴露并清除渗出物；面部可早期拆线（5 天），颈部为 7 天。

(2) 污染伤口：初期缝合；一般不打开敷料观察，除非高度感染；可早期暴露；面部拆线时间 5 天，口内创口 7 天，腭裂 10 天；预防性抗感染治疗；口内创口可给予漱口液含漱。

(3) 感染伤口：不做初期缝合；定期换药；有肉芽组织或化脓，创口应湿敷；脓腔引流要通畅，进行药物冲洗，痿管可搔刮或烧灼；处理缝合的创口 1 周拆线；全身抗感染治疗。

(二) 换药（2003）的基本原则、注意事项及换药技术

1. 原则 严格执行无菌操作技术，凡接触伤口的物品，均须无菌。防止污染及交叉感染。

2. 换药次序 先无菌伤口，后感染伤口，对特异性感染伤口，如气性坏疽、破伤风等应在最后换药。指定专人负责。

3. 换药技术

(1) 移去外层敷料，将污敷料内面向上，放在弯盘内。

(2) 用镊子或血管钳轻轻揭去内层敷料，如分泌物干结粘着，可用生理盐水润湿后揭下。

(3) 一只镊子或血管钳直接用于接触伤口，另一只镊子或血管钳专用于传递换药碗中物品。

(4) 75%乙醇棉球消毒伤口周围皮肤，生理盐水棉球轻拭去伤口内脓液或分泌物，拭净后根据不同伤口选择用药或适当安放引流物。

(5) 用无菌敷料覆盖并固定，贴胶布方向应与肢体或躯干长轴垂直。

(三) 绷带包扎的目的（2003，2005）

1. 保护术区和创部，防止继发感染，避免再度受损。

2. 止血并防止或减轻水肿。

3. 防止或减轻骨折错位。

4. 保温、镇痛。

5. 固定敷料。

(四) 口腔颌面部常用绷带类型及应用

1. 交叉十字绷带：适用于颌面和上颈部术后和损伤的创口包扎（2003）。

2. 四头带：用于颈部、面颊部、鼻旁伤口的加压包扎。

3. 单眼包扎法：用于半侧头部、眼部、耳部伤口的包扎。

4. 颅颌弹性绷带。
5. 石膏绷带。
6. 颈部“8”字绷带。

第2单元 麻醉

重点提示

本单元内容相对不多，但考试经常出现。重点应该掌握各种麻醉药的性能，应用条件，这个每年都有题目；麻醉方法要掌握局部麻醉和阻滞麻醉的区别；麻醉不同神经的方法及麻醉效果；对于麻醉并发症要求掌握几个重点反应（晕厥、中毒、过敏反应）；其他内容适当了解。

考点串讲

一、常用局部麻醉药物

（一）普鲁卡因、利多卡因、布比卡因、阿替卡因和丁卡因的临床药理学特点

1. 普鲁卡因 又名奴佛卡因，酯类麻醉药，偶能产生过敏反应，穿透性差，不做表面麻醉（2005）。临床常用 2%普鲁卡因做阻滞麻醉，0.5%~1%浸润麻醉，一次用量 0.8~1.0g 为限。

2. 利多卡因 又名赛洛卡因，酰胺类，效果强于普鲁卡因。常用阻滞麻醉：1%~2%利多卡因含 1:100 000 肾上腺素；表面麻醉：2%~4%；浸润麻醉：0.25%~0.5%，还具有抗心律失常作用（2003）。

3. 布比卡因 又名麻卡因，麻醉持续时间是利多卡因的 2 倍，一般可达 6 小时以上；麻醉强度为利多卡因的 3~4 倍。常以 0.5%的溶液与 1:200 000 肾上腺素共用，特别适合费时较久的手术；术后镇痛时间也较长。不用于表面麻醉和浸润麻醉。

4. 阿替卡因 组织穿透性和扩散性较强，给药后 2~3 分钟出现麻醉效果。含 1:100 000 肾上腺素的阿替卡因牙髓的麻醉时间为 60~70 分钟，软组织麻醉时间可达 3 小时以上。适用于成人及 4 岁以上儿童。

5. 丁卡因（地卡因） 穿透性强，易溶于水，临床 2%丁卡因做表面麻醉，毒性大不做浸润麻醉（2003，2007）。

（二）血管收缩药在局部麻醉中的应用

临床应用时常将血管收缩药加入局部麻醉药溶液中，以延缓吸收，降低不良反应，延长局部麻醉时间，以及减少注射部位的出血，使术野清晰。局部麻醉药中是否加入肾上腺素等血管收缩药，应考虑几个因素：手术时间、术中止血及病人的机体状况。含 1:100 000 肾上腺素的利多卡因可显著延长麻醉时间，牙髓麻醉时间 60 分钟，软组织麻醉时间约 6 小时。含 1:50 000 肾上腺素 (0.02mg/ml) 的局部麻醉药在注射部位有较好的止血效果。一般是肾上腺素以 1:50 000~200 000 的浓度加入局部麻醉药溶液中，即含肾上腺素 5~20μg/ml 用作局部浸润麻醉和阻滞麻醉。由于肾上腺素可引起心悸、头痛、紧张、恐惧、颤抖及失眠，如用量过大或注射时误入血管，血内肾上腺素浓度上升时，可因血压骤升而发生脑出血；或因心脏过度兴奋引起心律失常，甚至心室纤颤等不良反应。因此临床上应严格限制麻醉药中的肾上腺素浓度和控制好一次注射量。对健康人注射含 1:100 000 肾上腺素的利多卡因每次最大剂量为 20ml（肾上腺素 0.2mg），有心血管疾病者 4ml（肾上腺素 0.04mg）。

二、常用局部麻醉方法

（一）表面麻醉、浸润麻醉

1. 表面麻醉 将麻醉药涂布或喷射于手术区表面，药物吸收后麻醉末梢神经，使浅层组织的痛觉消失，常用 2%盐酸丁卡因。适用于浅表黏膜下脓肿切开引流，拔除松动的乳牙或恒牙，以及