

封

面

:



金英杰医学®
JINYINGJIE.COM



2020 口腔 执业（助理）医师考试

王牌直播

核心考点精学笔记

◆ 核心考点

◆ 习题跟踪

◆ 名师精讲

◆ 重难剖析



金英杰独家资料（电子版）

金英杰直播学院

口腔专业口外

第一单元

口腔颌面外科基本知识与基本操作

直播笔记

整理老师：板蓝根、曲娘娘、主尖铨

第一单元 口腔颌面外科基础知识及基本操作

第一节 口腔颌面外科病史记录及检查

一、入院、门诊、急诊病案

(一) 入院病史

1、**24 小时**：病例记录需要 24 小时内完成（入院记录、再次或多次入院记录、）24 小时内入 出院记录、24 小时内入院死亡记录（患者死亡后 24 小时内）。

2、病史撰写要求（**考试会涉及一些细节性问题，尤其既往史和个人史**）

(二) 门诊病案

1、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医师完整签名等部分，**可不必逐项列题**。

2、撰写基本要求

要求签署与处方权留迹**相一致**的全名。实习医师应有上级医师签名，以示负责。

3、同一疾病相隔 **3 个月**以上复诊者按初诊病人处理

(三) 急诊病史

急诊病历记录应由接诊医师在患者就诊时及时完成，就诊时间应具体到**分钟**。

考点：历年考试考过急诊抢救病历，应在抢救后 **6 小时**内书写病历！

二、口腔颌面外科临床检查(考查点都比较细)

(一) 一般检查

1、口腔检查顺序：

由外到内、由前到后、由浅入深的顺序进行。必要时进行**健、患侧的对比**检查。

2、**咬合检查**：检查张口度以上下中切牙的**切缘**间之距离为标准，正常人的张口度大小约相当于**自身**的示、中、无名三指合拢时三指末节的宽度，**约 3.7cm ~ 4.5 cm**。

张口受限分度：

轻度张口受限(张口度仅可置**两指**，约 **2 ~ 2.5 cm**)、

中度张口受限（张口度仅可置**一指**，约 **1 ~ 2cm**）

重度张口受限（张口度**不足一指**，约小于 **1cm**）

完全性张口受限（牙关紧闭）。

3、**固有口腔及口咽检查**

对唇、颊、舌、口底、颌下区的病变。

(1) 双手合诊用双手置于病变部位的**上下或两侧**进行，在**口底、下颌下**检查时常用。

(2) 双指合诊用**一手的拇、示指**，适用于**唇、颊、舌部**的检查

双合诊应按“**由后向前**”的顺序进行。

(3) 面部器官（眼、耳、鼻等）检查

①**眼**：**瞳孔**的变化是颅脑损伤的一个重要体征。

②**鼻**：颌面部伤口，要注意有无**脑脊液鼻漏**，这是**前颅底骨折**的临床体征之一。

③**耳**：颌面部伤员如有**外耳道**流血或渗液，应注意有无因中**颅底骨折**而致脑脊液耳漏。

注意：**不要冲洗填塞，让液体流出来**

(4) 语音及听诊检查

如**腭裂**患者具有很重的鼻音，称“**腭裂语音**”；

舌根部肿块可有“**含橄榄语音**”。

蔓状血管瘤局部可闻及明显的**吹风样杂音**

4、**淋巴结检查**：检查时患者取**坐位**，患者头稍低，**略偏向检查侧**，按一定顺序，**由浅入深**，

滑动触诊。

5、颞颌关节检查

1) 以双手示指或中指分别置于两侧耳屏前（髁状突外侧），患者作张口闭口运动时，感触髁状突之动度；2) 将两手小指伸入外耳道内，向前方触诊，以了解髁状突之活动及冲击感

6、涎腺检查

(1) 一般检查：涎腺检查的重点是三对大涎腺。涎腺检查应采用两侧对比的方法。腮腺触诊一般以示、中、无名三指平触为宜，切忌用手指提拉触摸。下颌下腺及舌下腺的触诊则常用双手双合诊法检查。

(2) 分泌功能检查

定量检查：正常人每日涎液总量为 1000 ~ 1500ml，其中 90% 为腮腺和下颌下腺（60-65% 为下颌下腺）所分泌。（有时候考题会说：腮腺占唾液腺的 23%）

(二) 辅助检查

1、化验检查 淀粉酶有助诊断流行性腮腺炎。

2、穿刺检查 多用于囊性肿块，逢囊必穿。血管瘤可有血液抽出；舌下腺囊肿有蛋清样黏液抽出；脓肿可以抽出脓液。

临床上脓肿穿刺常选用 8 号或 9 号针头，血管瘤用 7 号，而唾液腺肿瘤和深部肿瘤多用 6 号的细针穿刺行细胞学检查，又叫细针吸取活检。如临床上怀疑是颈动脉体瘤或动脉瘤，则禁忌穿刺；怀疑是结核性病变或恶性肿瘤时，进针时要注意避免因穿刺造成经久不愈的窦道或肿瘤细胞种植。

3、活体组织检查

从原则上讲，应争取诊断和治疗一期完成，必须先行活检者活检时间和治疗时间应尽可能接

近。

常用活体组织检查方法如下（熟记适应证和操作注意事项）：

(1) 切取：适用于表浅有溃疡的肿瘤。能切到的一定在表面。在肿瘤边缘与正常组织交界处切取 0.5 ~ 1 cm 一块楔形组织，立即放入 10%福尔马林 (=4%甲醛) 溶液中固定。

注意事项：

勿使用染料类消毒剂消毒，以免影响组织染色；

勿用电刀取材（蛋白质变性）；

勿钳夹挤压组织块，以免组织、细胞变形；

勿在坏死组织表浅处切取。

提示：血管瘤和恶性黑色素瘤一般不做活体组织检查，以免造成大出血或肿瘤快速转移。

(2) 吸取：适用于深部肿瘤或表面完整较大的肿瘤及颈部大的淋巴结可行吸取组织检查 (3)

切除：适用于皮肤黏膜完整，位于深部的、可切除的小型肿瘤或淋巴结。切除边界应包括一部分正常组织。

(4) 冷冻：应争取冷冻检查和手术一期完成。目前确诊率在 95%以上，应注意的是：冷冻标本需要新鲜标本，送检前不要进行固定。

4、放射性核素检查：通过 ^{131}I 、 ^{125}I 扫描可以区分甲状腺癌是不是异位甲状腺近年来，常用 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 诊断颌骨恶性肿瘤。

5、实验室检查

(1) 血常规 RBC

成年男性： $(4.0-5.5) \times 10^{12} / \text{L}$ ； (400 万-550 万/ mm^3)

成年女性： $(3.5-5.0) \times 10^{12} / \text{L}$ ； (300 万-500 万 mm^3)

新生儿： $(4.0-5.3) \times 10^{12} / \text{L}$ 。 (400 万-530 万/ mm^3)

(2) 血红蛋白 Hb

成年男性: 120 ~ 160g / L;

成年女性: 110 ~ 150 g / L;

新生儿: 120 ~ 140 g / L.

(3) 白细胞计数 WBC

成人: (4.0-10.0) $\times 10^9$ / L;

6个月至2岁儿童: (11-12) $\times 10^9$ / L

新生儿: (15.0 ~ 20.0) $\times 10^9$ / L.

(4) 中性分叶核粒细胞: 0.5 ~ 0.7; 增高: 细菌感染

嗜酸性粒细胞: 0.005 ~ 0.05; 增高: 过敏性疾病

嗜碱粒细胞: 0 ~ 0.01; 增高: 白血病

淋巴细胞: 0.2 ~ 0.4; 增高: 病毒感染, 减少: 长期化疗, 免疫缺陷

单核细胞: 0.03 ~ 0.08. 增高: 伤寒, 疟疾, 心内膜炎

(5) 血小板: PLT (100 ~ 300) $\times 10^9$ / L.

(6) 尿常规: 比重 1.003-1.030, (平均 1500ml) 酸碱度: 5-7,

高倍镜: wbc (白细胞) <5 个; rbc (红细胞) <3 个

(7) 粪常规: 大肠埃希菌, 肠球菌

(8) 凝血功能

1) 出血时间: 纸片法为 1~5min

2) 凝血时间: 活化法 1.14~2.05min

试管法 4~12min

3) 血浆凝血酶原时间 (pt) 12~16s

4) 活化部分凝血活酶时间 (APTT) 24~36s

5) 凝血酶时间 (TT) 11~18s

(9) 纤维蛋白原 (FG) 2~4g/L

(10) 电解质检查

钠 135~145mmol/L

钾 3.5~5.3mmol/L

氯 96~110mmol/L

(11) 血糖 3.61~6.11mmol/L

血沉: 成年男性 0~15mm/h 成年女性 0~20mm/h

(12) 肝功能

谷丙转氨酶 0~40U/L

谷草转氨酶 0~40U/L

r-转氨酶 0~50U/L

(13) 肾功能

血清肌酐 (Cr) 44~133umol/L

尿素氮 (BUN) 1.79~7.14mmol/L

(14) 乙肝

正常所有免疫标志物均为阴性

【Ab-抗体 Ag-抗原 =》鼻涕.高原】

乙肝病毒 (HBV) -> DNA 病毒

1) 包膜

乙型肝炎表面抗原(HBsAg): 无传染性, 有抗原性

记忆：S 要面子

2) 核心部分

HBcAg (核心抗原)

HBeAg (e 抗原)：活动性标志的复制.传染性最强

记忆：e 真坏-噢！真坏

核心抗原 HBcAg：病毒复制的标志，测不出

核心抗体 HBcAb：持续阳性代表感染

e 抗原 HBeAg：HBV 活动性复制的标志，传染性强，大三阳

e 抗体 HBeAb：代表复制减少，病情恢复 小三阳

总结

1. HBsAg 代表病毒存在
2. HBsAb 唯一的保护性抗体
3. HBeAg HBV 活动性复制的标志，传染性强
4. HBeAb 代表复制减少，病毒恢复

HBcAg 病毒复制的标志，测不出

5. HBcAb 持续阳性 代表感染

大三阳 1.3.5

小三阳 1.4.5

第三节 基本手术操作

一、显露

(一) 切口设计

1、解剖 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**。

2、部位 切口应选择比较**隐藏的部位和天然皱折处**。

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。

3、长短 **充分显露**为宜。

(二) 切开

亚甲蓝划线标记。**垂直入，45度切，垂直出**，肿瘤手术**宜**使用电刀或光刀，而整复手术**不**用，以期减少瘢痕。

(三) 体位

颌下、颈部手术应常规**垫高肩部头侧位**。腭部手术采用**平卧仰头位**。唇部采用**平卧头正位**。

(四) 照明

二、止血

(一) 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**，常用的缝扎方法为**贯穿缝合法**。

(二) 阻断止血

此法为临床上止血效果**最明显、最可靠**的方法，即用钳夹、结扎和缝扎的方法**阻断知名血管或术区中较粗大血管**的血流，达到区域止血的目的。

1、知名或较粗血管的阻断止血 **考：颈外动脉，面动脉，颞浅动脉** 留下的断端至少应为该血管管径的**两倍**

2、颈外动脉结扎 在临床上**双侧**颈外动脉结扎的止血效果比单侧结扎更佳

3、区域阻断止血 **近心端**减少出血。

(三) 压迫止血

1、较大面积的静脉渗血或瘀痕组织及某些肿瘤—**温热盐水**纱布

2、骨髓腔或骨孔内的出血—**骨蜡**

3、腔室内出血及颈静脉破裂出血—**碘仿**纱条填塞

(四) 药物止血 (少考)

(五) 热凝止血

使用电刀或光刀手术, 可显著减少术中出血量

(六) 低温止血

体温降至 **32℃**左右

(七) 降压止血

术中使收缩压降至 **10 kPa (80 mmHg)**, **30 分钟左右**为宜, 且对有心血管疾患的病员禁用。

三、解剖分离 (考二者谁损伤大)

钝性: 用于**正常肌**和**疏松结缔组织**的分离和**良性肿瘤**的摘除、**不用直视**、**损伤大**

锐性: 用于**精细的层次解剖**或**分离粘连坚实的瘢痕组织**、**直视**、**损伤小**

四、打结

口腔内打结应打**三重结**

五、缝合 (垂直近, 垂直出)

考点: 不缝 裸露骨面, 感染伤口。

（一）缝合的原则和基本要求

1、彻底止血，自深而浅，逐层进行严密而正确。

整复手术：边距 2-3mm 针距 3-5mm

颈部手术：边距 3mm 针距 5mm

舌部手术：边距、针距大于 5mm

特殊情况缝合（一般为稍外翻）

（1）内卷缝合：沿凹陷皱纹的切口

考题：“内卷”：两侧进出间距大于皮下间距

“外翻”：进出间距小于皮下间距

记忆方法---以多欺少：多的向少的方向走。上大内卷，下大外翻。

（2）有游离有固定：先游离后固定。

（3）功能部位：对偶三角瓣---“Z 曲线缝合”---解除瘢痕挛缩

张力过大：减张缝合。

（4）死腔：分层次缝合相同组织。

（5）两侧腔缘薄厚不均，高低不等：

（考点）薄低组织要多而深缝；厚高组织少而浅缝。

（二）缝合的基本方法

（1）单纯缝合：间断：一针断不影响全局

连续：创口对位差

（2）外翻缝合（褥式缝合）外翻缝合又有纵式和横式之分，选择时应考虑创缘血供方向，

使其与缝线方向一致。

(3) 皮内缝合：仅用于**整复小手术**。

六、引流

(一) 放置引流的适应证 (有**非引不行**的物质)

(二) 引流方法

开放引流：片状、纱条、管状三种，多引流 **24 到 48 小时**，**脓肿或死腔引流到脓液渗液消除后消除**。

闭式引流：负压引流 **24 小时内引流量不超过 20~30ml** 时去除

(时间和什么时候去除为常考点)

(三) 引流应注意的事项

引流位于低位，负压引流的装接为 **“低进高出”**。

第四节 创口的处理

一、创口愈合的过程 (无肉芽为一期，**7-10 天愈合**；有肉芽为二期，**拔牙创口**的愈合即属此类)

二、临床创口分类及处理

(1) 无菌创口 (无菌;记忆考点:包括早期灼伤，某些化学损伤创口已经及时处理)

面部早期暴露，拆线**面部**术后 **5 天**开始，**颈部**缝线可在 **7 天**左右拆除；**光刀手术创口**，拆线应推迟至术后 **14 天**。

(2) 污染创口 (有菌无脓)

大污染引流 **口内创口**应在术后 **7~10 天**拆线

(3) 感染创口 (有菌有脓) 引流

三、换药的目的

保证和促进创口的正常愈合。

四、换药的注意事项

- 1.轻：是“蘸”而不是“揩”、“擦”的动作。
- 2.持镊应在上1/3处，
- 3.应遵循先**无菌创口**，**后污染创口**，**再感染创口**的顺序。

五、绷带应用技术

- 1、原则常考点：**松紧适度，利于引流，消灭死腔，防出血。**
- 2、作用：（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、止痛。
（5）固定敷料。
- 3、绷带包扎的注意事项：（1）**无菌创口**：要有一定厚度和范围。（2）**颌下区**，**颈部**要注意**呼吸道通畅**。（3）**腮腺区**：要有压力和弹性，以免**涎瘘**。（4）**切开引流**的窗口，第一次要有张力（**止血作用**），以后换药时注意引流通畅。
（四）**绷带的选择**（a1 题）**最常用：卷带；鼻颈部创口选用四头带；上下颌骨折，用弹性吊颌帽**

颌面部常用**宽 8~10 cm、长 5 m 左右**的绷带。

常用的缠绕法有：

- 1.交叉十字绷带（亦称环绕法）此法广泛适用于**颌面和上颈部**术后和损伤的创口包扎。
- 2.面部绷带（亦称单眼交叉绷带）面部绷带常用于**上颌骨、面、颊部**手术后的创口包扎。

【更多资料请关注金英杰医学 APP】



金英杰医学
JINYINGJIE.COM

医学培训领导品牌

致力于建立完整的医学服务产业链



金鹰直播课



王牌直播课



北京金英杰医考课程

金英杰直播，让学习更容易

全国免费咨询热线：400-900-9392 客服及投诉电话：400-606-1615

地址：北京市海淀区学清路甲38号金码大厦B座22层