

口腔助理执业医师口内习题集口腔助理执业医师考试 PDF 转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/645/2021_2022__E5_8F_A3_E8_85_94_E5_8A_A9_E7_c22_645383.htm 拔牙时常用的阻滞麻醉方法有哪些？

拔牙时常用的阻滞麻醉方法有下牙槽神经阻滞麻醉、舌神经阻滞麻醉及颊神经阻滞麻醉。下牙槽神经阻滞麻醉常用口内注射法。病人张大口时，可见磨牙后方、咽腭弓之前，有一纵行索条样粘膜皱襞，即翼下颌韧带。它与上下颌牙槽嵴相距的中点线外侧3~4mm的交点即为注射标志。注射时，让病人张大口，将注射针放在对侧口角，即第一、二双尖牙之间，与中线成45°，注射针应高于下颌牙牙合面1cm，并与之并行，从注射标志处进针直达骨面，约深2.5cm，回抽无血即可注入适量麻药，而麻醉下牙槽神经。由于舌神经位于下牙槽神经前内方约1cm处，此时将注射针退出1cm，注射0.5~1ml麻药，即可麻醉舌神经。若将针退至肌层、粘膜下时注射麻药0.5~1ml，即能麻醉颊神经。拔下颌牙时需同时麻醉同侧的下牙槽神经及舌、颊神经，才能达到拔牙时无痛的目的。上述操作结束5分钟后，患者感到同侧口角、下唇及舌尖麻木、肿胀，即表示麻醉生效，可进行拔牙手术。拔上颌牙时常用上牙槽后神经阻滞麻醉、腭前神经阻滞麻醉及鼻腭神经阻滞麻醉。上牙槽后神经支配除第一磨牙颊侧近中根外的同侧磨牙、牙槽突及其相应颊侧粘骨膜、牙周膜。腭前神经支配同侧双尖牙和磨牙的腭侧牙槽骨和牙龈等。鼻腭神经支配两侧尖牙腭侧连线前方的牙龈、腭侧粘骨膜和牙槽骨。拔双尖牙及前牙、第一磨牙时，还须在相应龈颊沟处行浸润麻醉。行上牙槽后神经阻滞麻醉时，一般从上

颌第二磨牙远中颊侧根部的前庭沟进针，使注射针与上颌牙的长轴成 40° ，使针尖一直紧贴上颌骨表面向后上内方刺入2cm，回抽无血，即可注入麻药。腭前神经阻滞麻醉的注射标志为腭大孔表面粘膜的小凹陷处，从颌平面观，腭大孔位于上颌第三磨牙腭侧龈缘至腭中线连线的外中1/3处。注射时，先让病人头后仰，大张口，使上颌牙颌面与地面成 60° ，注射针在注射标志稍前方刺入腭粘膜，向上后方推进至骨面，回抽无血，即可注入0.5ml麻药，由于腭粘骨膜瓣与腭骨附着紧密，注射时较为用力，可见粘膜发白。注射麻药不可过量，注射点不可偏后，以免麻醉腭中、后神经，使软腭、悬雍垂麻木不适而出现恶心、呕吐。鼻腭神经阻滞麻醉的注射标志是左右尖牙连线与腭中线交点处的梭形腭乳突。让病人张大口，头向后仰，把注射针从腭乳突侧缘刺入粘膜，然后把针摆向中线，平行于中切牙长轴方向，向后上方推进约0.5cm，注入0.5ml麻药。由于该处组织致密，注射麻药时需用较大压力。

急性化脓性腮腺炎应与哪些疾病相鉴别？急性化脓性腮腺炎的诊断主要依据病史和临床检查，腮腺常单侧受累，导管口红肿，按摩腮腺时有脓溢出，肿胀以耳垂为中心，伴自发性跳痛。因全身状况衰竭或腹部手术后发生的急性化脓性腮腺炎，诊断并不困难。而在一般情况下发生的急性化脓性腮腺炎，应注意与咬肌间隙感染、腮腺区淋巴结炎、流行性腮腺炎相鉴别。咬肌间隙感染是下颌智齿冠周炎常见的并发症，有牙龈肿胀史。有些病例开始即呈咬肌间隙感染表现而无牙痛，非常类似急性化脓性腮腺炎。但咬肌间隙感染的肿胀中心及压痛点在下颌角部，常伴有张口受限，腮腺导管口不红肿，唾液分泌虽少但清亮。腮腺区淋巴结炎多

见于儿童及青少年。病变局限，发展缓慢，脓肿自淋巴结内破溃累及腮腺，患者多可忆及腺内先有小结，后逐渐增大发展的病史。腮腺导管口无红肿，唾液分泌无异常。流行性腮腺炎多发生在儿童，有接触传染史。虽然也有腮腺肿大、疼痛及发热等表现，但导管口无红肿，也无脓液溢出，白细胞总数不高，但分类中淋巴细胞比例增多，双侧腮腺可以同时或先后受累，急性期血液及小便中的淀粉酶轻度或中度升高。

口腔颌面损伤后怎样预防窒息的发生，应当怎样进行急救？口腔颌面部血运丰富，伤后出血较多，易形成血肿，组织水肿迅速而严重，而呼吸道位置与口腔颌面部关系十分密切，故当口腔颌面部，尤其舌根、口底、颌下等部位受伤后，软组织发生的水肿、血肿极易影响呼吸道通畅，导致窒息的发生，而窒息又会危及病员的生命。所以，口腔颌面部受到损伤后，积极预防窒息的发生及发生窒息后的急救是十分重要的。为预防吸入性窒息的发生，对口腔颌面部伤后昏迷的病员，在运送时可采用俯卧位，把额部垫高，使口鼻悬空，便于涎液、呕吐物及血液等其他异物外流，以防伤员昏迷中将其直接吸入气管、支气管或肺内而引起吸入性窒息，同时这种体位也可防止舌后坠堵塞呼吸道。伤员发生吸入性窒息后，应立即行气管切开术，通过气管导管，充分将异物吸出，可解除窒息。口腔颌面部受伤后，一般伤员可采取侧卧位或头侧向位，避免异物如血凝块、分泌物等堆积在口咽部，引起阻塞性窒息。而当伤员发生阻塞性窒息时，则应根据阻塞的原因采取相应的急救措施，如为异物阻塞咽喉部引起，应及早清除口腔、鼻腔及咽喉部异物，并使伤员侧卧。当舌后坠引起阻塞性窒息时，可在舌尖后约2cm处，用粗丝线或

别针穿过舌组织全层，将舌拉出口外，并使伤员的头偏向一侧。当口底、舌根、咽侧及颈部损伤后，软组织水肿或血肿压迫呼吸道发生阻塞性窒息，此时可经口或鼻插入通气导管，以解除窒息。上颌骨发生横断骨折后，骨折块向后下方移位，可压迫舌根，堵塞咽腔而引起窒息，此时可临时用筷子或类似器材横放于双侧双尖牙部位，将上颌骨向上提吊，并将两侧固定于头部绷带上，可预防或解救窒息。微创治疗颞下颌关节病疗效显著 该院口腔颌面外科应用经关节镜滑膜下硬化疗法，治疗400余例复发性颞下颌关节脱位等疾病取得显著疗效，获得国家发明奖。这项成果不久前被美国颞颌关节病专家克拉克教授收入其主编的专著。颞下颌关节镜直径仅2mm，是目前最小的关节镜。微创外科是一项新兴的技术。该院邱蔚六教授、杨驰副教授等自1987年开始，将该项技术用于临床治疗颞颌关节紊乱症、囊内纤维粘连、化脓性关节炎等口腔疾病，取得显著疗效。用该技术替代传统的开放性手术，具有创伤小、恢复快、无需住院等优点，受到病人欢迎。1例病人因右侧耳前区持续疼痛，张口困难，影响进食和说话，被多家医院诊断为“颞下颌关节紊乱症”，虽经理疗、药物和封闭等方法治疗，但均未见好转。不久前病人到该院就医，经邱蔚六教授仔细检查，初步诊断为滑膜软骨瘤。该病是一种极为少见的瘤样病变，国外文献仅有50例报道，且只有用开放性手术才能治疗。杨驰副教授决定采用颞下颌关节镜进行进一步检查，并同期进行手术。结果证实，病人颞下颌关节腔内发现有上百个米粒大小的白色软骨瘤。他们当即为其施行了游离软骨体摘除、滑膜切除及关节面修整手术。病人术后3天张口度增大2cm,疼痛缓解，1个月后恢复

正常。 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