

<<颌面部创伤的诊断与治疗>>

图书基本信息

书名：<<颌面部创伤的诊断与治疗>>

13位ISBN编号：9787810678667

10位ISBN编号：7810678663

出版时间：2006-07-01

出版时间：中国海洋大学出版社

作者：邵丹

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## &lt;&lt;颌面部创伤的诊断与治疗&gt;&gt;

## 书籍目录

第一章颌面部的解剖特点 第一节 颌面部软组织的解剖生理要点 第二节 外鼻的解剖生理要点 一、骨部支架 二、软骨支架 三、浅层组织 第三节 耳廓的解剖生理要点 第四节 眼的解剖生理要点 一、眼睑的解剖 二、眉的位置和形态 三、眼球的解剖 四、神经 第五节 眶骨的解剖生理要点 第六节 颧骨、颧弓的解剖生理要点 第七节 上颌骨的解剖生理要点 第八节 下颌骨的解剖生理要点 第二章颌面部创伤处理的原则 第一节 口腔颌面部损伤的特点 第二节 口腔颌面部损伤伤因和类型 第三节 口腔颌面部损伤伤史和检查 一、伤史 二、检查 第四节 口腔颌面部伤情检查 一、视诊 二、触诊 第五节 颌面部创伤处理的原则 一、首先进行生命急救 二、预防和解除窒息 三、伤情的早期判断及处理 四、早期进行专科处理 五、运用多学科协作对早、晚期颌面创伤的救治 六、骨折处理原则 第六节 口腔颌面损伤伤员的急救 一、防止窒息 二、止血 三、防止休克 四、救治颅脑合并伤 五、口腔颌面部损伤病人的绷带包扎技术 第七节 心肺复苏术 一、诊断 二、初期复苏措施 三、呼吸机的使用 第八节 气管切开术 一、气管切开术手术指征 二、气管切开术前准备 三、麻醉 四、体位 五、气管切开术的手术步骤 六、气管切开术的术后处理 第九节 口腔颌面部损伤的X线检查 一、口腔颌面部常用X线摄片位置 二、X线检查在颌面骨骨折诊断中的地位 三、电子计算机X线体层扫描摄影检查 四、磁共振成像检查 第三章颌面部软组织损伤 第一节 软组织伤的分类、临床症状及治疗原则 一、擦伤 二、挫伤 三、挫裂伤 四、切割伤 五、刺伤 六、撕脱伤 七、剝碎伤及挫碎伤 八、动物咬伤 九、爆炸、火器伤 十、烧伤 第二节 颌面部软组织伤的初期外科处理 一、初期外科处理的原则 二、定位缝合的方法 第三节 不同部位软组织损伤的处理 一、舌损伤 二、面神经损伤 三、腮腺和腮腺导管的损伤 四、常见的软组织损伤手术 第四节 眼部的损伤 一、眼睑的损伤 二、眼球穿透伤的手术 三、眼部异物摘除术 第五节 耳廓损伤 一、耳廓损伤的早期治疗 二、耳廓完全断裂的治疗 第六节 外鼻软组织损伤 一、鼻面部软组织伤分类 二、鼻面部软组织伤的特点 三、鼻面部软组织伤的处理 第四章牙及牙槽骨损伤 第一节 牙齿损伤 一、牙挫伤 二、牙折 三、牙脱位 第二节 牙槽骨骨折 一、牙槽骨骨折临床表现 二、牙槽骨骨折的治疗方法 第三节 牙再植术 一、即刻再植 二、延期再植 三、再植牙的愈合 四、再植牙的预后 第四节 牙及牙槽骨损伤的固定方法 一、牙弓夹板固定法 二、牙弓夹板颌间牵引固定法 三、金属丝结扎固定法 四、尼龙丝—复合树脂夹板固定法 五、金属丝“8”字结扎固定法 六、开放性牙及牙槽骨损伤处理方法 第五章下颌骨骨折 第一节 下颌骨骨折概论 第二节 下颌骨骨折的临床分型 一、按下颌骨骨折性质分类 二、按骨折发生部位分类 三、按骨折段有无牙齿存在分类 第三节 下颌骨骨折的临床表现 一、骨折段移位 二、牙及牙龈损伤 三、咬合错乱 四、骨折段活动异常 五、张口受限 六、感觉异常 七、影响呼吸、咀嚼和吞咽功能 八、流涎 第四节 下颌骨骨折的诊断 第五节 下颌骨骨折的治疗 一、下颌骨骨折的复位方法 二、下颌骨骨折的固定方法 第六节 下颌骨髁突骨折的治疗 一、髁突骨折临床表现与诊断 二、髁突骨折的治疗 三、髁突骨折预后 第七节 儿童下颌骨骨折的治疗 一、儿童下颌骨骨折的治疗特点 二、儿童下颌骨骨折治疗的新进展 三、儿童髁突骨折的治疗 第八节 骨折线上的牙齿处理 第六章上颌骨骨折 第一节 上颌骨损伤概况 第二节 上颌骨骨折的临床分型 一、上颌骨骨折Le Fort分型 二、Manson分类法 三、上颌骨骨折Le Fort分型的改良方案 第三节 上颌骨骨折的临床表现 第四节 上颌骨骨折的诊断 第五节 上颌骨骨折的治疗 ..... 第七章颧骨及颧弓骨折 第八章眶骨骨折 第九章鼻骨骨折 第十章颌面部异物的摘除 第十一章颌面颈部爆炸火器伤 第十二章颌面部陈旧性骨折、错位愈合的处理 第十三章颌面部骨折固定治疗的方法 第十四章颌面部创伤常见并发症的预防 第十五章颌面部损伤病人的营养和护理 第十六章颌面部创伤诊断与治疗的新进展 参考文献

## &lt;&lt;颌面部创伤的诊断与治疗&gt;&gt;

## 章节摘录

版权页：插图：（二）巩膜穿透伤的手术 眼球壁前部最薄弱处是角膜缘及直肌附着处，因而也是裂伤较常发生的部位。

巩膜伤口因为有结膜遮盖，术前常不易判断其大小，有时甚至漏诊。

手术中应先将结膜充分分离以暴露整个伤口，分离时动作要轻巧，以免造成更多的眼内容物脱出。

对于角膜缘伤口小于3 mm，对合好，无组织嵌顿者可不予缝合。

对伴有色素膜脱出者原则上都应该尽量复位。

伤口的缝合与角膜伤口缝合的要求相同。

对于睫状体平坦部后方的伤口除了进行以上处理外，还应在伤口周围进行透热或冷冻，并以硅海绵垫作局部巩膜外加压。

对于玻璃体脱出或玻璃体内大量积血者应作玻璃体切割手术，手术时期的选择应根据情况而定，可以立即手术，也可在清创手术后2周左右进行。

这样可以防止增殖性玻璃体视网膜病变的发生。

（三）破碎眼球的摘除术 眼球破碎有大量眼内容物丢失，尤其是有视网膜脱出无法保留眼球而且无任何希望恢复视功能时，应该尽早将伤眼摘除，最好不要超过伤后48小时，以避免交感性眼炎的发生，且在48小时内手术组织反应尚不十分严重故较容易操作。

必须指出，现在由于显微手术及玻璃体切割术的开展，已经使部分过去认为毫无希望的病人得以手术保留眼球及部分视功能。

交感性眼炎的发生率总的来说是较低的，而且随着治疗药物及技术的进步，其预后也较原来为好。

所以不要因为害怕患交感性眼炎而轻易摘除眼球。

眼球破碎时，由于失去了眼球的正常形态和张力因而给手术带来一定难度。

手术时应尽量保留结膜，必要时可将破碎的结膜缝合起来。

分离后将破碎的巩膜、角膜用蚊式钳夹住提起，按正确方法切断视神经。

在手术中还应尽量分离出眼外肌，将内直肌与外直肌、上直肌与下直肌对缝，以备将来二期整形手术获得更好的效果。

（四）术后并发症（1）浅前房：多由于伤口关闭不好所致，因此手术中伤口缝合要求达到水密性才可避免其发生。

如果浅前房经过局部加压包扎1~2天无好转则应施行再次缝合。

（2）前房积血：术湖出血经过包扎双眼及休息，用药物治疗后多半可以自行吸收。

如果伴有眼压升高者，应在保守治疗48小时无效后立即手术取出血块并行前房冲洗。

（3）晶状体皮质残留：皮质残留量少，可以等其自然吸收。

量较多且有阻塞房角的可能时，则应再次手术将其抽吸干净。

（4）交感性眼炎：发生率为1%~2%，其中80%在伤后2个月内发生，其治疗请见有关书籍。

（5）晶状体蛋白过敏性眼炎：是由于对晶状体蛋白质产生过敏反应所引起。

应该用皮质激素治疗，必要时可以作前房冲洗。

（6）术后眼前节纤维膜形成：较轻者不引起并发症时可以不处理。

如果严重者或引起并发症时则须再次手术治疗，手术以切割为好。

## <<颌面部创伤的诊断与治疗>>

### 编辑推荐

《颌面部创伤的诊断与治疗》是组织了具有丰富临床经验的临床专家、医师，查阅并参考了大量国内外有关资料而编写，其中有许多作者亲历的经验与教训，一并提供给同行，以此借鉴。希望《颌面部创伤的诊断与治疗》能为广大基层医院和急救中心的医师提供一定的临床指导和参考。

<<颌面部创伤的诊断与治疗>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介, 请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>