

第五章

口腔颌面部炎症

(Infections of Oral and Maxillofacial Region)

海南医学院口腔系

主讲：王琼超

副教授

第一节 概论

感染（infection）是指由各种生物性因子在宿主体内繁殖，导致机体产生以防御为主的一系列全身及局部组织反应的疾病。

口腔颌面部炎症是口腔科的多发病，随着人民生活水平的提高与卫生事业的发展，发病率已有所下降，但口腔颌面部牙源性感染仍相当多见。

- **（一）特点**

- **（1）** 颜面皮肤有丰富的毛囊、汗腺与皮脂腺，有利于细菌潜伏。
- **（2）** 口腔是与外界相通连的开放性腔道，容易遭受外界各种致病因素的侵袭。
- **（3）** 口腔内有牙齿、牙周等特殊组织结构，咀嚼过程中容易积存食物残屑，加上适宜的温度、湿度，为

- (4) 口腔颌面部有很多潜在的筋膜间隙，充满疏松结缔组织而且相互通连，构成化脓性感染蔓延的通道。
- (5) 颜面部静脉的瓣膜发育不完善，致使在鼻根向两侧口角区域内发生的感染易向颅内扩散而被称为面部的“危险三角区”。

- (6) 面颈部具有丰富的淋巴结，口腔、颜面及上呼吸道感染，可顺相应淋巴引流途径扩散，发生区域性的淋巴结炎，特别是儿童淋巴结发育尚未完善，感染易穿破淋巴结被膜，形成结外蜂窝组织炎。

口腔颌面部感染的途径及病原菌

- 1、**牙源性** 病原菌通过病变牙或牙周组织进入体内发生感染者，称牙

- **2、腺源性** 由面颈部淋巴结感染扩散而引起。
- **3、损伤性** 继发于损伤后发生的感染。
- **4、血源性** 机体其他部位的化脓性病灶通过血液循环形成的口腔颌面部化脓性病迹。
- **5、医源性** 医务人员行局中麻醉、手术、穿刺等操作未严格遵守无菌技术造成的继发性感染称医源性感染。

- 感染的发生一方面以决于细菌的种类、数量和毒力；另一方面还取决于机体的抵抗力、感受性、病员的年龄、营养状况，以及感染发生部位的解剖特点等多种因素的影响。
- 口腔颌面部感染常由金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠杆菌等引起。

● 【临床表现】

● （一）局部症状

● 化脓性炎症的急性期，局部表现为红、肿、热、痛和功能障碍、引流区淋巴结肿痛等典型症状。

● （二）全身症状

● 局部反应轻微的炎症可无全身症状；全身症状包括畏寒、发热、头痛、全身不适、乏力、食欲减退、尿量减少、舌质红、苔黄、脉数等；化验检查白细胞总数增高，中性白细胞比例上升，核左移。

- 慢性炎症的病员多表现为局部炎症久治不愈，长期排脓或反复发作；可伴有持续低热的全身症状。因长期处于慢性消耗状态，病员可表现为全身衰弱和营养不良，以及出现不同程度的贫血。

【诊断】

- 根据发病因素、临床表现，大多能作出正确诊断。（1）炎症初期，感染区的红、肿、热、痛等是主要表现。（2）波动感。（3）凹陷性水肿。（4）穿刺有

【治疗】

- 口腔颌面部炎症应采取包括全身支持治疗、中药及抗生素治疗、局部治疗等综合措施，应当遵循全身其他部位炎症治疗相同的原则与方法。
- **切开引流的指征：**
- 1、局部疼痛加重，并且搏动性跳痛、炎性肿胀明显，皮肤表面紧张、发红、光亮；有明显压痛点、波动感，呈凹陷性水肿 穿刺有脓

- 2、口腔颌面部急性化脓性炎症，经抗生素控制感染无效，同时出现明显的全身中毒症状者。
- 3、儿童颌周蜂窝织炎。
- 4、结核性淋巴结炎，抗结核治疗无效，皮肤发红已近自溃的寒性脓肿，必要时也可行切开引流术。
- 5 腐败坏死性蜂窝织炎

● 切开引流的目的:

- 1、使脓液或腐败坏死物迅速排出体外，以达消炎解毒的目的。
- 2、解除局部疼痛、肿胀及张力，以防发生窒息（如舌根部、口底间隙脓肿）。
- 3、颌周间隙脓肿引流，以免并发边缘性骨髓炎。
- 4、预防感染向颅内和胸腔扩散或侵入血液循环，并发海绵窦血栓、脑脓肿、纵隔炎、败血症等严重并发症。

● 切开引流的手术要点：

- 1、为达到按体位自然引流，切口位置应在脓腔的重力低位，以使引流道短、通畅、容易维持；切口瘢痕隐蔽。
- 2、手术切口应避开重要的解剖结构。一般切开至粘膜下或皮下即可，钝分离扩大创口。
- 3、手术操作应准确轻柔。
- 4、切开引流术应贯穿各个脓腔。

- **5、骨膜下深部脓肿切开时，应切开骨膜到达骨壁。**
- **6、保持引流通畅，根据脓腔的位选取不同的引流条或引流管。**

● 清除病灶

牙源性感染引起的炎症，经治疗好转以后应及时拔除患牙，颌骨骨髓炎转入慢性期以后也应及早进行病灶搔刮或死骨摘除术。

预防

- 贯彻三级预防的原则，增强机体的抵抗力，减少或避免致病因子侵入。牙源性感染是口腔颌面部炎症的主要来源，因此要大力开展口腔卫生保健，积极进行龋病与牙周病的防治，保护牙颌器官的健康。认真防治小儿上呼吸道感染是预防口腔颌面部腺源性感染的重要措施。。

二、智齿冠周炎 (Pericoronitis)

智齿（第三磨牙）牙冠周围的软组织炎症为智齿冠周炎。常发生于18-25岁的青年。

病因

第三磨牙萌出过程中或萌出困难时，牙冠的一部分被游离的牙龈部所覆盖，在牙冠与龈瓣之间形成盲袋（龈袋），盲袋内经常有食物残渣和细菌存留。这种局部条件使细菌易于生长、繁殖。若感冒、疲劳或其他原因致

或由于局部创伤（如对颌牙咬伤）等因素，可诱发智齿冠周炎。因下颌第三磨牙萌出常缺乏足够位置而易形成阻生，故本病多见于该牙。临床上常见的阻生情况有近中阻生、水平阻生和垂直阻生等。

● 临床表现

- 急性智齿冠周炎的主要症状为牙冠周围软组织肿胀疼痛。如炎症影响咀嚼肌，可引起不同程度的张口受限，如波及咽侧则出现吞咽疼痛，导致病员咀嚼、进食及吞咽困难。病情重者尚可有周身不适、体温上升、食欲减退等全身症状。检查可见下颌第三磨牙萌出不全、有龈瓣覆盖、盲袋形成。牙冠周围软组织红肿、龈瓣边缘糜烂、盲袋内有脓性分泌物。出现颌下肿胀，同侧颌下淋巴结肿大。

- 急性冠周炎如未能彻底治疗炎症继续扩展，可发生下述各种并发症。例如蔓延至骨膜下形成骨膜下脓肿；或脓液沿下颌骨外侧骨面向前流注，可在相当于下颌第一或第二磨牙颊侧形成脓肿或龈瘘，也可向外扩展，形成颊部皮下脓肿，或冲破皮肤形成皮瘘。在临床上可见有颊部皮瘘的患者，应考虑有冠周炎的可能，防止误诊。冠周炎严重者，尚可并发颌周蜂窝织炎、下颌骨骨髓炎甚至全身性的感染。

治疗

- 智齿冠周炎的治疗原则：在急性期以消炎、镇痛、切开引流，增强病员机体抵抗力为主。急性期过后，应考虑对病源牙采用外科治疗，以防复发。

1. 全身治疗

- 根据病情选用抗菌物或内服清热、解毒的中草药进行治疗。

2. 局部治疗

- 1) 智齿冠周炎的局部治疗很重要。每日可用1—3%过氧化氢溶液及生理盐水或其他灭菌溶液冲洗盲袋，然后点入3%碘甘油。2) 另给复方硼砂液或呋喃西林液等含漱，一日多次。早期还可局部理疗、外敷中草药以助炎症吸收。针刺疗法可有镇痛、改善张口等作用。3) 如脓腔

3. 病源牙处理

- 急性炎症消退后，应对病源牙作进一步处理，以防复发。如牙位正、能正常萌出，并有对颌牙行使咀嚼功能者，可作冠周龈瓣楔形切除术。否则应予拔除。

- 二、口腔颌面部蜂窝织炎

(Cellulitis of oral and **maxillofacial regions**)

- 口腔颌面部蜂窝织炎是口腔颌周组织、颜面部和颈上部软组织急性化脓炎症的总称。在上下颌骨周围分别有咀嚼肌及表情肌等。这些肌肉之间、肌肉与颌骨之间充满疏松的结缔组织，形成一些潜在的间隙。

- 感染入侵这些间隙时，便可发生颌周蜂窝织炎或称间隙感染。如治疗不及时或治疗不当，可蔓延至其他间隙，甚至引起严重的全身并发症。

- 病因

- 口腔颌面部蜂窝织炎常见的感染来源有下列几种：

- **1.** 牙源性感染本病最常见的病因是牙源性感染扩散所致，如智齿冠周炎、尖周炎等。不同部位牙齿的感染常引起不同部位的蜂窝织炎。

- **2.** 局部组织感染如颌下淋巴结炎、面部疖痛等均可引起蜂窝织炎。

- **3. 外伤后并发感染。**

- **临床表现**

- 除具有一般蜂窝织炎的全身症状和局部表现外，由于各间隙的解剖特点，尚有其特殊的临床表现，将另行分别叙述。

(一) (眶)下蜂窝织炎(眶下间隙感染)

(Infection of the inferior orbital
Inframaxillary Space)

感染发生于眼眶下方, 颌骨前部上部表情肌之表情肌之间。多来自上颌尖牙源性感染等的牙源性感染或鼻侧的感染或鼻

侧部的表现。为眶下区红肿、疼痛。下眼睑水肿致睁眼困难表现为眶下红肿鼻唇沟消失。上颌前牙前庭沟致睁眼困难。可查牙病源鼻一切

- （二）咬肌间隙蜂窝织炎（咬肌间隙感染）
（Infection of the Submasseteric Space）
- 感染发生在下颌骨升枝外侧骨壁与咬肌之间，主要来自下颌智齿冠周炎及下颌磨牙的尖周感染。在颌周蜂窝织炎中较为常见。
- 主要的临床特征是以下颌角为中心的咬肌腮腺部红肿、疼痛；由于炎症刺激，咬肌处于痉挛状态，致使局部发硬、张口受限甚至牙关紧闭；

- 即使脓肿已经形成，早期时波动也不明显，且不易自行穿破，因此应及时切开引流。如不能确定脓肿是否成熟，穿刺检查有助于诊断。若延误治疗，未能及时切开引流，致使感染扩散，可能引起下颌骨骨髓炎

切开引流要点：在下颌角下1.5—2cm处作与下颌骨平行的弧形切口长约5—7cm。分层切开皮肤、皮下组织及颈阔肌。然后向上暴露下颌骨下缘，注意避免损伤面神经下颌缘支及腮腺。切开下颌骨下缘处的咬肌附着，以长弯血管钳紧贴下颌骨外侧向上分离引出脓液，放置引流。

- (三) 颌下蜂窝织炎 (颌下间隙感染) (Infection of the **submaxillary Space**)
- 临床上较常见。感染发生在颌下三角区。多来自下颌磨牙的感染，亦可由颌下淋巴结炎所引起，后者尤多见于小儿。
- 局部表现为颌下区红肿、疼痛，皮纹消失、皮肤发亮，下颌下缘可因肿胀而不显。严重的颌下蜂窝织炎可蔓延至邻近间隙或颈部。

- 切开引流要点：在下颌骨下缘约2cm处，作与下颌下缘平行切口切开皮肤、皮下组织及颈阔肌后，以血管钳分离引流。注意防止损伤面神经下颌缘支。

- (四) 口底蜂窝织炎

(Cellulitis of Floor of the **Mouth**)

- 口底蜂窝织炎可由下颌牙齿感染、急性扁桃体炎、急性下颌骨骨髓炎或口底外伤继发感染而引起。本病虽较少见，却为口腔颌面部严重感染疾病之一。感染侵犯口底多个间隙。临床上分为化脓性和腐败坏死性二种，后者病情更为严重。

- 炎症一般开始发生于一侧舌下或颌下区，以后迅速扩展至颏下及对侧。当炎症波及口底各间隙时，双侧颌下及颏下区甚至上颈部广泛肿胀。头后仰，口半张。口内可见口底肿胀、舌上抬、舌运动受限。病员语言、吞咽困难。如肿胀向舌根部蔓延，可压迫咽部、会厌而引起呼吸困难甚至窒息。

- 口底腐败坏死性蜂窝织炎主要由厌氧性、腐败坏死性细菌引起，病情发展迅速。全身中毒反应严重，脉搏频弱，呼吸短促，重者可出现体温不升、血压下降。局部明显肿、硬、皮色暗红，触诊可有捻发音。

- 治疗要点：本病的主要威胁为全身中毒及局部影响呼吸道通畅。如不及时正确治疗可危及病员生命，因此要积极采取综合治疗措施。全身联合应用大剂量抗菌素，保持水电解质平衡，增强病员抵抗力，局部要及时切开减压、引流，切口一般从一侧颌下到对侧颌下，必要时可作颈部辅助切口，逐层切开，切断部分口底肌肉打通脓腔，放置引流。

- 口底腐败性蜂窝织炎还可以用放氧剂如过氧化氢液或1:5000高锰酸钾液冲洗及湿敷创面。如有严重的呼吸困难，应及时作气管切开以保证呼吸通畅。

第四节颌骨骨髓炎

(Osteomyelitis of the Jaws)

颌骨骨髓炎 是指由于细菌感染以及物理或化学因素，使颌骨骨膜、骨皮质、骨髓（包括骨髓内的血管、神经）在内的整个骨组织产生炎性病变。

颌骨骨髓炎可分为：

- 化脓性~
- 特异性~
- 放射性~

一、化脓性颌骨骨髓炎

(pyogenic osteomyelitis of jaws)

多见于青壮年，16—30岁，男多于女。化脓性骨髓炎占90%以上。多发生于下颌骨。但婴幼儿多见上颌骨骨髓炎。以上颌骨为最多。

(一) 感染途径及病原菌

1、途径：

- **牙源性：**牙源性颌骨骨髓炎最多见，约占全部化脓性颌骨骨髓炎的90%。常由急性根尖周炎、牙周炎、智齿冠周炎引起。
- **损伤性：**包括口腔颌面部软组织的损伤，开放性颌骨粉碎性骨折和火器伤。
- **血源性：**血源性颌骨骨髓炎较少见，主要发生于儿童

2、病原菌：

主要为金黄色葡萄球菌，其次为溶血链球菌，以及肺炎双球菌、大肠杆菌、变形杆菌等。临床上经常看到的多是混合性细菌感染。

（二）临床表现

分类：中央性和边缘性颌骨骨髓炎

中央性颌骨骨髓炎可分为：急、慢性期两阶段。

1、急性期

全身症状：起病急，寒战，发热，体温升高，白细胞升高，中毒症状明显。

软组织症状：口腔粘膜及软组织充血，水肿，感觉麻木，张口受限。

硬组织症状：骨质破坏，形成死骨或脓液可经口腔或皮肤破溃流出。

病源牙炎症：牙松动，牙周溢脓，剧烈疼痛，咬合痛，伸长感，叩痛。

2、慢性期（2周后）

全身症状：经久不愈，贫血，消瘦，慢性中毒消耗症状明显。

软组织症状：软组织内肉芽增生，机化，形成浸润块，瘘管形成。

硬组织症状：从瘘管探及骨面粗糙，活动死骨，从瘘管排出死骨片，甚至病理性骨折。

病源牙炎症：牙松动，疼痛减轻。

（三）治疗

1、急性期

控制炎症，建立引流，增强抵抗力为主。

切开引流，拔除病灶牙。

2、慢性期

保持瘘管引流通畅，增强营养。病灶局限及死骨形成后，搔刮病灶，清除肉芽组织，刮除死骨，修复畸形。

二、放射性颌骨骨髓炎

(radioactive osteomyelitis of jaws)

电离子辐射可引起低血供，低氧，低细胞。放疗结束后数月或数年发病。

病灶区疼痛，皮肤变黑，出现瘻管，死骨暴露，张口受限。

严格掌握适应症，完善的防护是预防本病的关键。

第五节化脓性涎腺炎（ **pyogenic sialadenitis**）

化脓性涎腺炎：是指发生在涎腺的化脓性炎性病变。

一、化脓性腮腺炎

(一) 病因

病原菌：金黄色葡萄球菌，链球菌及肺炎双球菌较少。

诱因较多：传染病，慢性病，手术，失血，腹泻，唾液分泌少等。

（二）临床表现

1、慢性腮腺炎：

腮腺区不适，微胀痛，进食时导管阻塞症状，口干，口臭，“雪花样”唾液，导管口肿胀，发红，扪及条索状导管，腮腺稍肿大。

X线造影：腊肠样，腺泡破坏或形成脓腔，见大团块或葡萄状阴影。

2、急性腮腺炎

多为慢性炎症急性发作，少数为首次起病，症状较重，疼痛较明显，可发展为蜂窝组织炎，常伴有全身症状。

（三）诊断

依症状及体征。

鉴别诊断：慢性——腮腺肥大，腮腺肿瘤，腮腺淋巴结核等；急性——腮腺淋巴结炎，嚼肌间隙蜂窝织炎，流行性腮腺炎等。

（四）治疗

1、慢性化脓性腮腺炎：全身用药，药物灌注治疗，手术切除等。

2、急性化脓性腮腺炎：同一般炎症原则治疗

二、颌下腺炎

(一) 病因：导管解剖生理
下腺炎

涎石

颌

(二) 临床表现：

口底、舌根部肿胀、疼痛，颌下三角区肿痛，进食导管阻塞症状，颌下导管口红肿，脓性分泌物，扪及条索状导管和结节状结石，颌下腺较硬、压痛，反复发作。

X线造影：导管不均匀扩张，末梢扩张呈葡萄状

（三）治疗

急性期治疗与一般炎症相同；

慢性期要去除病因，取出涎石或行颌下腺摘除术。

第六节面颈部淋巴结炎 (faciocervicalis lymphadenitis)

面颈部淋巴结炎：是指发生在面颈部淋巴结的炎性病变。

一、临床表现

1、急性淋巴结炎：

可来源牙源性病变，婴幼儿多自发于上呼吸道感染。临床上多起病急、进展快。单个淋巴结肿大，累及多个淋巴结，向周围扩散或冲破淋巴结包膜形成蜂窝织炎。

2 慢性淋巴结炎

多自发于根尖周炎、牙周病等慢性牙源性疾病，也可由急性炎症治疗不彻底转变而来，表现为淋巴结的慢性非特异性增生性炎症，一般无明显全身症状。

2 慢性淋巴结炎

多自发于根尖周炎、牙周病等慢性牙源性疾病，也可由急性炎症治疗不彻底转变而来，表现为淋巴结的慢性非特异性增生性炎症，一般无明显全身症状。

3 结核性淋巴结炎

多发于儿童与青年人中，在颈部出现多个肿大的淋巴结，无痛性缓慢增大，圆形，表面光滑。寒性脓肿、豆腐渣样脓液、经久不愈的瘰道等，全身表现为慢性消耗性症状。

应与慢性非特异性淋巴结炎相鉴别。

治疗：

急性期主要是抗感染治疗，有脓肿形成应切开引流，慢性期主要以清除原发灶，肿大明显的淋巴结可手术摘除。

结核性淋巴结炎应抗结核治疗。

- 思考题：

- 1) 智 冠周炎的临床表现及治疗
- 2) 口腔颌面部感染有什么特点
- 3) 脓肿切开引流的指征及手术要点有那些
- 4) 口底蜂窝织炎的临床表现及治疗



第七章

口腔颌面部损伤

海南医学院附属医院口腔系

翁海勇

概论

- 口腔颌面部是人体暴露部分，不论在平时还是战时，都容易受到损伤。
- 人体是统一的整体，任何局部的损伤，都不是孤立的，每一损伤都可以引起性质不同和轻重不一的全身反应。因此，在救治工作中，一定要有整体观念，以免延误救治工作。

第一节

口腔颌面部损伤的特点

一、口腔颌面部血运丰富的利弊：

- 利：组织再生修复和抗感染能力强，创口易于愈合。因此在伤后24~48小时或更久的伤口，只要没有明显的化脓性感染，清创后仍可行初期缝合。
- 弊：伤后一般出血较多，易行成血肿，组织水肿反应快，如在口底，咽旁，舌根等部位损伤影响呼吸道的通畅，甚至引起窒息。

二、口腔颌面部腔窦多：

内常有一定数量的病原菌，创口如与这些腔、窦相通，则容易引起感染，故在清创处理时，应尽早关闭与这些腔、窦相通的创口，以减少感染的机会。

三、毗邻重要器官及全身并发症：

- 颌面部损伤可同时并发颅脑损伤：脑震荡、脑挫伤、颅内血肿、颅底骨折等。
- 口底、咽旁、舌根等部位：可因水肿、血肿、组织移位、舌后坠、血凝块和分泌物的阻塞而发生窒息。
- 在抢救时必须注意，内脏损伤及四肢损伤，以免延误治疗而产生严重后果。

四、常伴有牙颌系统紊乱：

(一) 颌骨骨折移位时，则引起咬合关系错乱，破坏咀嚼功能。因此，在治疗颌骨骨折时，应以恢复正常咬合关系为重要标准，而牙则常常被用来作为固定颌骨骨折的条件。

（二）牙在损伤中的利弊：

- 利：可作为固定颌骨骨折的条件。
- 弊：增加感染及影响骨折的愈合。

口腔受到外力打击时，除牙可发生折断外，折断的牙碎片还可穿入周围组织内，增加组织的损伤，并可把细菌带入伤道，引起创口感染。颌骨骨折线上的牙，偶尔可导致骨创感染，影响骨折的愈合。

五、容易导致面部畸形和功能障碍：

- 眶部、唇部、颊部、鼻部开放性损伤时，如处理不当，创口愈合后常可发生不同程度的疤痕挛缩，使正常的组织和器官发生移位和变形。
- 颌面部有腮腺、面神经及三叉神经等组织，如腮腺受伤，可并发涎瘘；如面神经损伤，则可出现面瘫；如三叉神经损伤，则可在其分布区域出现麻木感觉。
- 口腔是消化道的入口，如有损害或较大的贯通性损伤伴有组织缺损时，则常使口腔失去正常功能，可以发生进食、语言等功能障碍。

第二节

口腔颌面部损伤的急救

一、窒息的急救

窒息：因外界氧气的不足或其它气体过多或者呼吸系统发生障碍而导致呼吸困难甚至呼吸停止。

（一）窒息的分类：

1、阻塞性窒息 异物、血凝块、碎骨片及其它异物均可堵塞咽喉部引起窒息

2、脱位性窒息 下颌骨颏部骨折、下颌骨体部两侧骨折，上颌骨折向下后方移位均可引起窒息。

3、狭窄性窒息 血肿、水肿、烧伤等引起。

4、阀门性窒息 多由于受伤的粘膜盖住了咽部引起

5、吸入性窒息 主要见于昏迷伤员，直接把血液、呕吐物吸入气管、支气管甚至肺泡而引

（二）窒息的原因：

- 窒息按发生的原因可分为两类：
- 1、阻塞性窒息
- 2、吸入性窒息。

- 1、阻塞性窒息的原因有：
- (1) 异物阻塞咽喉部：损伤后口腔和鼻咽部如有血凝块、呕吐物、游离组织块或异物等，可以阻塞咽喉部造成窒息，特别是昏迷伤员更易发生。
- (2) 组织移位：下颌骨颏部粉碎性骨折或双发骨折时，由于口底肌群的牵拉，可使舌后坠而阻塞呼吸道。上颌骨骨折时，骨折段向下后方移位，也中阻塞咽腔而引起窒息。

- (3) 肿胀压迫：口底、舌根、咽侧及颈部损伤后，可因血肿或组织水肿压迫呼吸道而发生窒息。

- 2、吸入性窒息原因：

- 是由于直接将血液、涎液、呕吐物或其他异物吸入气管、支气管甚至肺泡内而引起。

(二) 临床表现

窒息的前驱症状是伤员烦躁不安、出汗、鼻翼扇动、吸气长于呼气、严重时出现发绀、三凹症，呼气急速而浅表；继而出现脉弱、脉速、血压下降、瞳孔散大，甚至因此而死亡。

(三) 窒息的急救处理

防治窒息的关键在于及早发现及处理，把急救工作做在窒息发生之前。如已发生呼吸困难，更应分秒必争进行抢救。

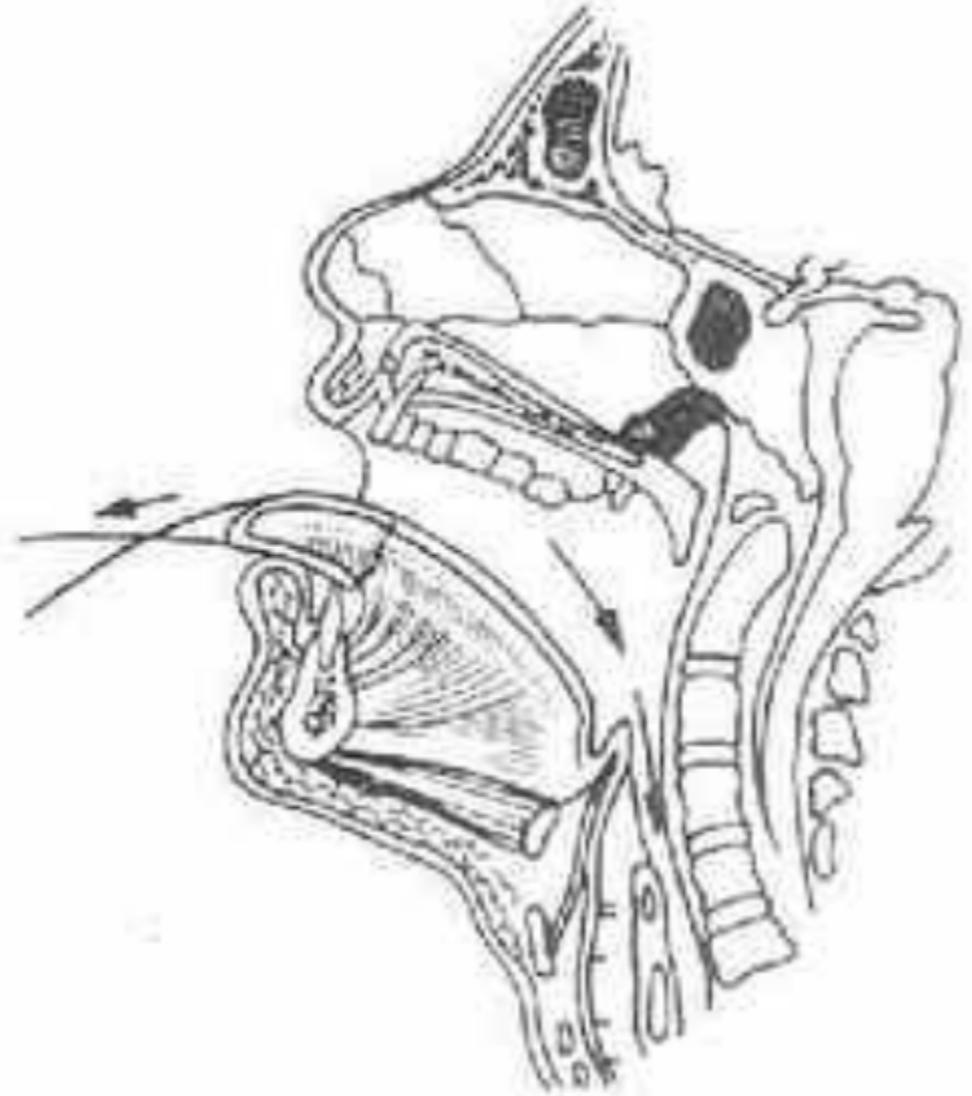
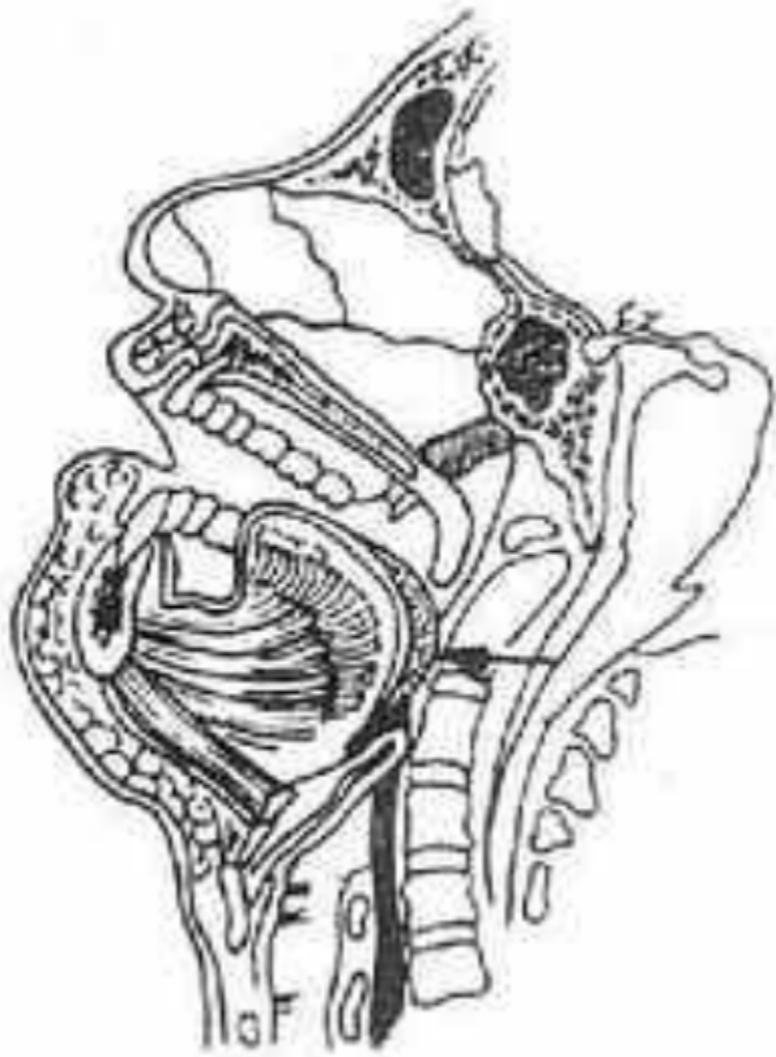
1、阻塞性窒息的抢救

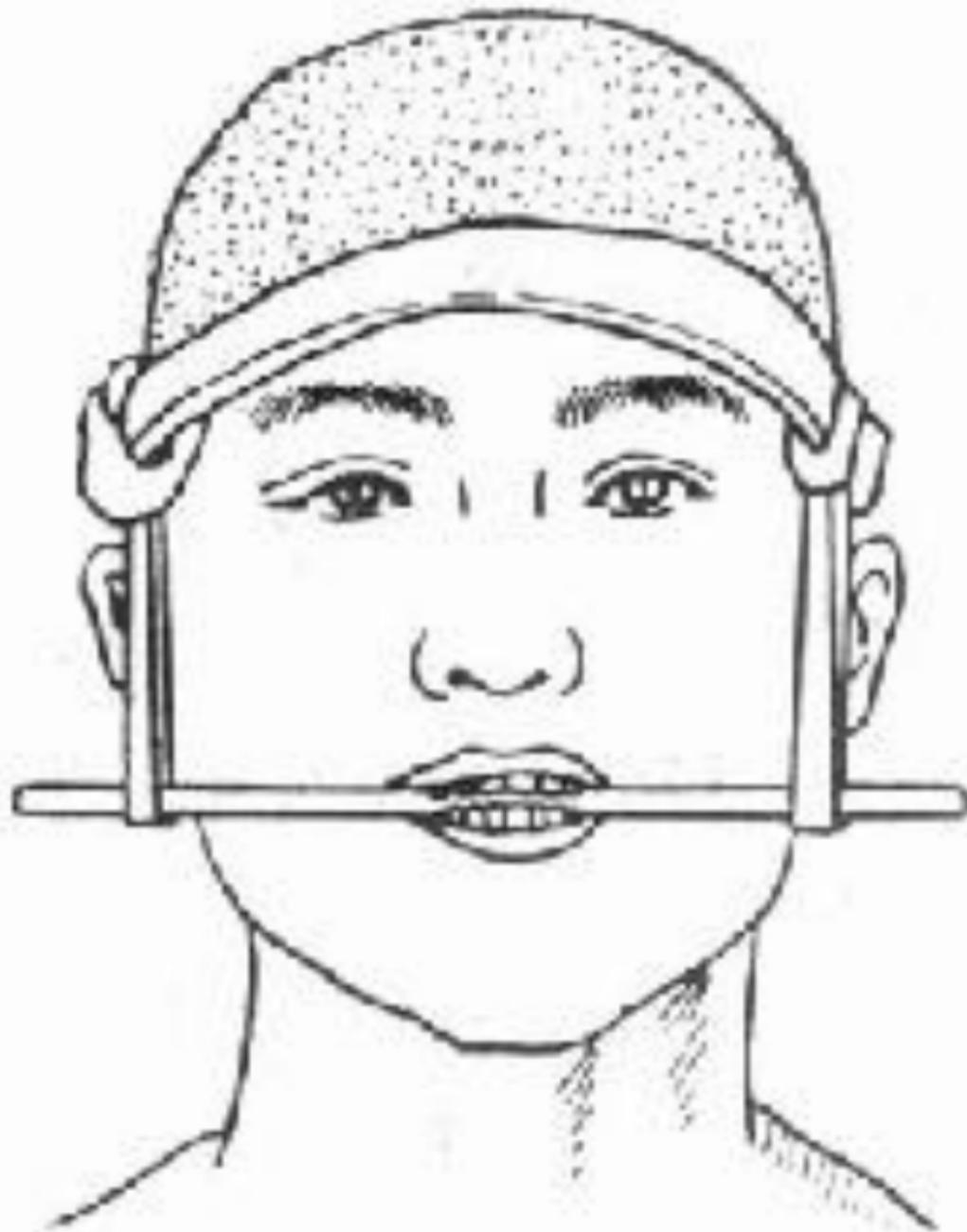
应根据阻塞的原因采取相应的急救措施

- 及早清除口、鼻腔及咽喉部异物
- 将后坠的舌头牵出
- 吊起下坠的上颌骨块
- 插入通气导管使呼吸道通畅

2、吸入性窒息的急救

应立即行气管切开术。通过气导管，充分吸出血液、分泌物及其他异物，解除窒息。





二、出血

出血的急救，要根据损伤的部位、出血的来源和程度（动脉、静脉或毛细血管）及现场条件采用相应的止血方法。

- 1、指压止血法
- 2、包扎止血法
- 3、填塞止血法
- 4、结扎止血法
- 5、药物止血法

