

下颌第三磨牙拔除术中牙根移位至邻近间隙的围手术期护理

孟庆冰, 王芹, 端莉梅

南京大学医学院附属口腔医院 南京市口腔医院颌面外科, 江苏 南京 210008

摘要:目的 探讨下颌第三磨牙拔除术中牙根意外移位至邻近间隙的围手术期护理。方法 手术前做好准备, 加强围手术期健康宣教, 正确开展术中协调, 注意观察术后并发症的发生。结果 15 例下颌第三磨牙拔除术移位至临近间隙患者除 2 例右下 7 酸痛不适建议至牙体牙髓科就诊, 1 例张口受限建议至颞颌关节就诊, 其余均恢复良好。结论 通过充分的术前准备, 术中保持视野清晰, 倡导微创拔牙, 加强围手术期健康宣教并做好术后随访工作, 可以极大程度的降低术后并发症的发生概率, 减轻患者的术后反应, 从而提高患者满意度。

关键词: 牙拔除; 牙根移位; 围手术期护理; 下颌; 第三磨牙; 六手操作

中图分类号: R 473.78 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182 (2018) 12-1743-02

口腔下颌阻生型第三磨牙拔除术是牙槽外科门诊最为常见的操作之一, 也是牙拔除术中难度最大、并发症较多的一种。常见的并发症^[1]包括出血、术区局部肿胀、各类感染、疼痛或下牙槽神经感觉异常、开口困难、干槽、皮下气肿、颞下颌关节损伤等。由于各种原因在拔牙过程中牙或牙根意外移位至翼颌间隙、颌下间隙、咽旁间隙以及舌下间隙等, 给患者生理、心理造成极大的负担及痛苦。本文对 15 例下颌第三磨牙拔除在手术中断根意外移位至邻近解剖间隙的病例进行了回顾性分析, 改善了护理流程, 从而降低并发症的发生率, 减轻患者的术后反应, 提高患者满意度。

1 资料与方法

1.1 一般资料 颌面外科门诊自 2014 年 6 月至 2017 年 12 月共收治 15 例下颌第三磨牙拔除术中牙根意外移位至临近间隙的患者, 均由外院转入本院急诊, 其中 1 例为翼颌间隙, 2 例为咽旁间隙, 12 例为舌下间隙。

1.2 方法

1.2.1 优化护理 模式为团队式优质护理^[3], 护理团队的构成为: 副主任医师 2 名、主管护师 2 名和 5 名有一定护理经验的、能级在 N2 级以上的护士。根据手术性质不同制定合理的工作流程, 规范工作职责, 定期进行专业知识学习及培训考核。

1.2.2 术前评估及术前健康宣教 由于患者二次手

术比较紧张恐惧, 故安排护士在二次手术前陪同患者拍摄锥形束 CT(CBCT)以安抚情绪增强信心, 加强医患的配合, 减少因情绪波动导致的生理机能指标异常, 从而获得更加理想的手术效果。同时, 结合 CBCT 结果与口内检查结果制定牙根取出的方法^[3]对二次手术可能出现的各类术中、术后并发症签订术前知情同意书。术前再次询问患者是否有系统性疾病及其他拔牙术禁忌证。安抚患者的精神紧张、焦虑情绪防止术中意外发生。评估患者张口有无受限、手术是否能配合等情况。术前做好口腔健康宣教, 告知患者如术中感觉不适时, 可举手示意手术暂停操作; 术中不可随意讲话转动头部或张闭嘴巴, 防止意外发生。术中不要使用口腔呼吸以免造成误吞冲洗液及误吸唾液。

1.2.3 术前准备 护理人员陪同患者到门诊手术室准备区, 更换手术衣、鞋、帽。嘱患者用漱口液进行术前漱口、同时保持呼吸道通畅; 对患者的生命体征进行监测, 备齐手术器械, 包括: 高速涡轮机、剪刀、血管钳、刀柄、刀片、牙挺、缝线、持针器、骨膜分离器、牙龈分离器、刮匙、平骨凿、圆骨凿、骨锤、吸唾器、口镜、探针、镊子、开口器、深部组织灯、纱布若干、止血海绵等。抢救设备包括: 氧气、吸氧管、吸引器、通气导管、气管切开包等。药品包括: 巴曲酶(立止血)、肾上腺素、4% 阿替卡因等。以及吸唾系统功能是否完好; 手术开始前铺好治疗巾并以金霉素眼药膏涂抹患者嘴角, 以防口角撕裂伤。以 0.5% 碘伏溶液对面部及

口周皮肤进行消毒,然后以无菌洞巾遮盖面部。

1.2.4 术中配合 使用“六手操作”技术模式^[4]协助医师牵拉患者口角,力度适当,防止用力过猛造成口角撕裂伤;协助医生进行骨锤敲击时注意力度适中,同时托起患者下颌骨以防止因下颌骨震荡造成的关节损伤。充分暴露手术区域,及时吸除牙槽窝内的血液及唾液,但不可盲目伸进牙槽窝底部吸除,以免推向深部造成再次创伤,保证手术野清晰,给术者提供一个良好的术野;四手护士熟悉手术的步骤^[5]并准确传递器械,巡回护士严密观察患者生命体征、面色、精神状态和术中反应,关注呼吸道情况,发现问题及时通知医师并给予相应的处理,避免发生医疗安全问题^[6-7]。

1.2.5 术后护理 术后及时清理患者颜面部污渍,嘱患者咬紧无菌纱布 30~60 min 后吐出,并给予冰袋冷敷;嘱患者术后 24 h 方可热敷,不要频繁吐口水,如发现唾液中有少量血丝或脸颊有轻度肿胀吞咽困难、疼痛属于正常现象,除非出现大量出血或异常肿胀需及时来院就诊,否则不必惊慌。12~24 h 是术后肿胀的发生时间,将于 48 h 达到顶峰,并在 3~5 天内逐渐消退。由于手术时间较长有可能发生张口受限,切勿惊慌,24 h 后可以热敷或理疗帮助恢复开口度。术后 2 小时可进食温热流质饮食,忌食辛辣刺激的食物,进食后喝些温开水达到冲洗口腔的目的。24 h 内不要进行刷牙漱口,24 h 后方可使用药用漱口水进行漱口。嘱患者卧床休息时采用半卧位,头部抬高,以减轻局部肿胀并随时观察局部肿胀情况,告知患者由于手术时间较长颞颌关节有所损伤,发生张口受限不要惊慌^[8]。如需使用抗生素类药物,需严格遵循医嘱。

1.2.6 术后随访 护士分别于术后 1、3、7 d 电话回访,嘱患者术后 5~7 天来院拆线,如有不适随时就诊,建立护患沟通卡,详细记录患者的术后反应情况,如:出血、疼痛、肿胀、张口受限。联系方式、本次手术情况,告知患者诊室电话及责任医师及责任护士姓名,及时了解患者的相关情况。

2 结果

经过对护理团队的人员构成、工作流程、工作制度的完善和规范以及对护理技巧的强化和培训,15 例下颌第三磨牙拔除术牙根移位至邻近间隙患者除 2 例右下 7 酸痛不适建议至牙体牙髓科就诊,1 例张口受限建议至颞颌关节就诊,其余均恢复良好。

3 讨论

众所周知,下颌第三磨牙拔除术一直是牙槽外科

中较为复杂的手术之一,而术中出现的牙根移位至邻近间隙更是当中最为麻烦的并发症,需要门诊通过二次手术进行处理。同时,患者往往因为已经经历了一次手术、张口时间长、手术不顺利、疼痛、恐惧等等因素导致心理障碍,产生焦急、烦躁等情绪,导致与医护团队的矛盾冲突^[9-10]。而二次手术本身的手术难度大,围手术期的护理工作更为困难,不仅仅需要完成常规的六手操作工作,更需要通过详细周密的术前检查、准确的 CBCT 定位诊断以及术前良好的心理安抚和术中医护患密切配合,来达到一个较为理想的手术结果,避免患者因手术创伤和心理因素造成不良的就诊体验,从而更好的辅助医生快速高效低术后反应地完成手术^[11]。本文回访的 15 例下颌第三磨牙拔除移位至邻近间隙患者,均通过医护团队合理专业的配合处置,及时顺利取出移位至间隙的牙齿,且手术创伤小,术后反应低。事实证明,六手操作能够极大程度上的减少医源性交叉感染的发生,术中保持视野清晰。倡导微创拔牙,强化围手术期口腔卫生宣教和术后随访工作,能高效的降低并发症出血的概率,从而使得患者感到舒适,提高医生的工作效率,最终提高了患者的满意度。

参考文献

- [1] 邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社,2008.
- [2] 王璐,姚志清. 团队式优质护理应用于 EKG 监护下拔牙患者的效果评价[J]. 现代医学,2015,43(10):1317-1318.
- [3] Zhao S, Huang Z, Geng T, et al. Intraoral management of iatrogenically displaced lower third molar roots in the sublingual space: a report of 2 cases [J]. Int J Clin Exp Med, 2015, 8(10):19591-19595.
- [4] 颜琳,汪饶饶,徐远志,等. 六手操作技术在口腔临床中的应用现状[J]. 口腔医学,2012,32(7):441-442.
- [5] 游淑萍. 四手操作技术在口腔治疗中的应用[J]. 疾病监测与控制,2017,11(4):342-342.
- [6] 李小玲,李金林. 435 例下颌阻生牙拔除术的配合与护理探讨[J]. 哈尔滨医药,2012,32(4):334-335.
- [7] 丁芳,易国梅,张霞. 下颌阻生第三磨牙拔除术的护理体会[J]. 当代护士·专科版(下旬刊),2009,16(2):49-50.
- [8] 王赫男,姚秀萍,倪鲜芳. 优质护理在老年患者拔牙中的应用[J]. 武警医学,2016,27(10):1071-1072.
- [9] 赵振华. 拔牙术前后对病人实施心理护理的体会[J]. 全科护理,2010,8(36):3331.
- [10] 王洪梅. 阻生智齿拔除的观察和护理[J]. 医药前沿,2011,1(17):86-87.
- [11] 曾素琴,钟晓汀,刘齐英. 下颌阻生智齿拔除术四手操作护理配合[J]. 实用医学杂志,2011,27(23):4318-4320.