

患者口腔内无食物和水分,这种空吞动作难以很好地完成,反而因刺激喉上神经而恶心、呛咳,插管常常失败。吞温水能诱发患者产生生理性吞咽动作,温水的润滑作用还可使胃管对咽喉刺激减轻,而且吞水时声门闭合,会厌将喉入口盖住,不易插入气管,食管口环咽肌吞咽时呈松弛状,胃管易进入食管,从而提高插管成功率且避免恶心、呛咳等不适<sup>[2]</sup>。

**3.7** 有研究发现,口服中毒患者被送入急诊室时多数毒物已到达胃底,采取任何一种体位洗胃都会存在洗胃不彻底、毒物残留的情况。洗胃过程中变换体位、轻揉胃部有利于改善这一状况。开始时采用头低足高左侧卧位使胃底处于最低处,既有利于防止毒物进入十二指肠,又有利于胃管在胃底抽吸;同时还可起到体位引流的作用,使胃液流出更快,进一步阻止毒物进入肠道;头低足高左侧卧位使口腔低于喉头,可有效避免误吸及窒息。变换体位并轻揉胃部能使洗胃液充分冲洗到胃体、胃底、胃窦,胃内容物、胃的皱壁与洗胃液充分接触,减少洗胃“盲区”,缩短洗胃时间,提高洗胃效率,降低毒物伤害<sup>[10-12]</sup>。

**3.8** 口服中毒患者胃内大都存留大量食物,洗胃时虽然洗胃机出入液量控制在平衡状态,并使用了较粗的多孔胃管,但也常常发生抽吸时胃内残渣堵住出孔而导致出量小于入量的现象,如不及时排出胃内积液,就会导致胃扩张、口鼻涌液、误吸、窒息等。表 1 证明每 5 个循环进行一次手动抽尽胃内液体可有效避免这些并发症发生。中毒患者洗胃时间平均在 20~30 min,甚至更长,洗胃液长时间固定、反复在同一部位冲击与抽吸易造成局部胃黏膜损伤,动态改变胃管位置可避免冲击力和吸引力在局部反复作用导致的损伤<sup>[13-14]</sup>。

综上所述,循证护理有利于缩短洗胃时间,减少并发症,对改善中毒患者的病情有积极作用。

**参考文献**

[1] 胡雁. 循证护理学[M]. 北京:人民卫生出版社,2012:10.

• 临床探讨 •

## 不同牙冠切割方案在拔除下颌智齿时的效果对比\*

李 越,武海春

(河北省衡水市第二人民医院口腔科 053000)

**摘要:**目的 探讨不同牙冠切割方案在拔除下颌智齿时的效果。方法 选取 2014 年 1 月至 2015 年 1 月在衡水市第二人民医院需要拔除下颌智齿的患者 80 例,对下颌智齿近中低位、水平阻生的 40 例患者采用微创法作为微创法组,下颌智齿完全埋伏阻生的 40 例患者进行涡轮钻法作为涡轮钻法组。记录对比两组患者张口受限及肿痛情况、术后并发症及术后牙龈指数(GI)和牙齿松动指数(TM)情况。**结果** 术后涡轮钻法组张口受限率为 7.5%,术后肿痛率为 12.5%,微创法组张口受限率为 5.0%,术后肿痛率为 10.0%,两组差异无统计学意义( $P>0.05$ )。术后涡轮钻法组并发症发生率为 62.5%,微创法组并发症发生率为 2.5%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。术后涡轮钻法组的 GI 和 TM 为(2.522±0.368)分和(2.324±0.257)分,术后微创法组的 GI 和 TM 为(1.132±0.286)分和(0.674±0.094)分,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 两种方法都具有较低的术后肿痛率及张口受限率,但涡轮钻法术后并发症发生率明显高于微创法,微创法对于牙龈及周围牙齿的影响较少。

**关键词:**下颌智齿; 涡轮钻法; 微创法; 并发症

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2016.12.034 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2016)12-1679-03**

纵观人类进化的总体进程可以发现人类的咀嚼器官正在发生显著的退化,由于人们长期不注意饮食条件,导致下颌智齿发生不同程度的阻生,对于这种现象需要对下颌智齿进行拔出<sup>[1]</sup>。下颌智齿手术是近几年口腔科常见的手术,下颌智齿手

[2] 徐俐. 不同置胃管法在洗胃过程中的效果观察[J]. 中国实用医药,2013,8(2):226-227.

[3] 徐云霞. 经口置胃管洗胃在药物中毒抢救的临床应用[J]. 中国现代药物应用,2010,4(23):68.

[4] 梁艳冰. 两种经口胃管固定方法在口服中毒病人洗胃中的效果对比[J]. 中外健康文摘,2012,9(7):17.

[5] 赵东英. 多孔胃管并延长插入长度对有机磷农药中毒洗胃效果的影响[J]. 现代医药卫生,2010,26(23):3621-3622.

[6] 高静,王莹,王秀荣. 胃管插入长度对洗胃效果的影响分析[J]. 中国误诊学杂志,2010,10(11):2546.

[7] 陈利萍. 洗胃胃管插入长度的探讨[J]. 医学信息,2011,24(11):105.

[8] 吴晗,康诗敏. 经口插管洗胃治疗中毒昏迷患者疗效观察[J]. 中外健康文摘,2012,9(18):172-173.

[9] 郑旭慧. 经鼻与经口插洗胃管方法探讨[J]. 基层医学论坛,2013,17(14):1784-1785.

[10] 马香蕊,梁欣,于群英,等. 延长胃管及变换体位对洗胃的影响[J]. 河北医药,2010,32(24):3585-3586.

[11] 刘尧,杨冰,金翠璐,等. 改良式洗胃法在洗胃患者中的应用体会[J]. 中国实用医药,2011,6(7):214.

[12] 张琴光. 急性有机磷中毒患者洗胃方法的改进[J]. 南方护理学报,2012,19(7):63-65.

[13] 李明凤,叶磊. 急诊科护理手册[M]. 北京:科学出版社,2011:251-252.

[14] 戴素萍,黄丽丽,金丽君. 动态改变胃管位置对洗胃效率影响的对比分析[J]. 护士进修杂志,2012,27(14):1304-1305.

(收稿日期:2015-12-20 修回日期:2016-02-15)

\* 基金项目:河北省衡水市科技支撑计划资助项目(11011A)。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月至2015年1月在本院需要拔除下颌智齿的患者80例,根据患者牙冠特点将80例患者分为涡轮钻法组和微创法组,对下颌智齿近中低位、水平阻生的40例患者采用微创法作为微创法组,其中男21例,女19例,年龄51~66岁,平均(60.1±2.0)岁;下颌智齿完全埋伏阻生的40例患者进行涡轮钻法作为涡轮钻法组,其中男18例,女22例,年龄50~60岁,平均(54.5±1.0)岁。

1.2 入选和排除标准

1.2.1 入选标准 (1)初诊患者,无正畸下颌智齿治疗史的患者;(2)不存在下颌智齿畸形的患者;(3)无系统性疾病的患者。

1.2.2 排除标准 (1)即往因意外而发生下颌智齿损伤的患者;(2)有手术禁忌证的患者。

1.3 试验方法 在进行手术前3d对患者进行术前检查,主要包括患者的牙冠状态,牙齿大小、数目、形态,智齿位置及患者的各项生理指标(血压、血糖、心率等)。采用口腔科CT对患者的智齿和牙冠形状进行检查,认真分析患者的智齿骨密度和骨质,以确定适合患者智齿拔除手术的方法(涡轮钻法、微创法)。针对患者的牙齿特点对患者进行不同的智齿拔除手术,术后对患者给予抗菌药物进行消炎,止痛药物进行止痛,1周后复查。记录并比较两组患者的张口受限及肿痛、术后并发症及术后牙龈指数(GI)和牙齿松动指数(TM)情况。

1.3.1 微创法组 手术进行前对患者进行碧蓝麻局部麻醉,用记号镊标记好要进行拔除的牙齿,采用微动力手机配合慢速球钻针去除覆盖在牙周围的骨组织,然后分开取出下颌智齿。

1.3.2 涡轮钻法组 用高速涡轮钻针去除完全阻生齿冠覆盖的骨质,将产生阻力的牙根和牙根分开,随后用牙挺剔除患牙。

1.4 观察指标 以牙龈及拔除下颌智齿后周围牙齿的松动度为观察指标,以国际标准牙周为标准,GI:0分为牙龈健康,1分为牙龈有轻微炎性反应,2分为牙龈有中度炎性反应,3分为牙龈有重度炎性反应;下颌智齿周围的TM:0~1分为仅有生理性松动,>1~2分为有小于1mm的松动,>2~3分为有1~2mm的松动,>3分为有严重松动<sup>[4]</sup>。

1.5 统计学处理 采用SPSS18.0统计软件进行统计分析,计数资料以n(%)表示,组间比较采用χ<sup>2</sup>检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较率用t检验,以P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者张口受限及术后肿痛情况比较 见表1。涡轮钻法组术后张口受限人数为3例,微创法组术后张口受限人数为2例,两组人数差异无统计学意义(P>0.05);涡轮钻法组术后疼痛患者为5例,微创法组术后疼痛患者为4例,两组人数差异无统计学意义(P>0.05)。

表1 两组患者张口受限及术后肿痛情况比较[n(%)]

组别	n	张口受限	术后肿痛
涡轮钻法组	40	3(7.5)	5(12.5)
微创法组	40	2(5.0)	4(10.0)
χ <sup>2</sup>		0.723	0.675
P		0.421	0.500

2.2 两组患者术后并发症状况比较 见表2。涡轮钻法组术后患有干槽症、舌神经损伤和下牙槽神经损伤的患者分别为5、9、11例,微创法组术后患有干槽症、舌神经损伤和下牙槽神经损伤的患者分别为1、0、0例,两组患者并发症发生率差异有统计学意义(P<0.05)。

表2 两组患者术后并发症状况比较

组别	n	干槽症 (n)	舌神经损伤 (n)	下牙槽神经 损伤(n)	并发症发生率 (%)
涡轮钻法组	40	5	9	11	62.5
微创法组	40	1	0	0	2.5

2.3 两组患者术后GI、TM得分比较 见表3。涡轮钻法组术后GI得分为(2.522±0.368)分,TM得分为(2.324±0.257)分;微创法组术后GI得分为(1.132±0.286)分,TM得分为(0.674±0.094)分。两组得分差异有统计学意义(P<0.05)。

表3 两组患者术后GI、TM得分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	GI	TM
涡轮钻法组	40	2.522±0.368	2.324±0.257
微创法组	40	1.132±0.286	0.674±0.094
t		2.123	2.043
P		0.025	0.035

3 讨论

相关研究结果表明,智齿的牙龈与牙冠之间容易出现细菌繁殖,当患者免疫力较低时细菌大量繁殖,引起患者剧烈疼痛<sup>[5]</sup>。智齿较容易反复感染而发炎,目前其根治的办法主要为手术拔除。在下颌智齿拔除手术中应用最为广泛的为涡轮钻法和微创法。涡轮钻法主要是根据其较强的切割能力快速、准确地将牙齿与牙床分开,以达到减少手术时间的目的<sup>[6]</sup>。随着医疗器械的发展,微创法在口腔科的应用也越来越多,微创法是指通过微创器械对牙纤维进行手术操作,具有手术时间短,疼痛小的特点<sup>[7]</sup>。本次研究主要探讨了涡轮钻法和微创法对于拔除下颌智齿的效果,并对两组患者的效果进行了对比分析。

下颌智齿拔除手术术后一般会引发一系列并发症,其中以干槽症、舌神经损伤、下牙槽神经损伤最为常见<sup>[8]</sup>。本研究结果显示,涡轮钻法组术后有62.5%的患者患有干槽症、舌神经损伤、下牙槽神经损伤等并发症,微创法组术后有2.5%的患者患有干槽症、舌神经损伤、下牙槽神经损伤等并发症,两组患者并发症发生率差异有统计学意义(P<0.05),经分析,导致这种现象的原因是微创法手术操作快,减少了手术时间,有效防止了细菌感染。张口受限会影响患者术后进食,不利于术后康复,患者术后的疼痛感直接影响到患者的情绪<sup>[9]</sup>。本次研究结果表明,微创法组术后张口受限率为5.0%,术后肿痛率为10.0%,涡轮钻法组术后张口受限率为7.5%,术后肿痛率为12.5%,两组张口受限率和术后肿痛率差异无统计学意义(P>0.05)。两种方法均具有较低的张口受限率和术后肿痛率,可能与两种方法的操作幅度较小有关。GI是反映牙齿健康状态的重要指标<sup>[10]</sup>。涡轮钻法组GI为(2.522±0.368)分,微创法组GI为(1.132±0.286)分,结果表明两组患者都有不同程度的牙龈炎。TM是衡量口腔手术对于其他牙齿的影响程度<sup>[11]</sup>。涡轮钻法组TM为(2.324±0.257)分,微创法组TM为(0.674±0.094)分,微创法对于牙齿的松动程度影响较少。

综上所述,涡轮钻法和微创法都具有较低的术后肿痛率及张口受限率,但涡轮钻法术后并发症发生率明显高于微创法,微创法对于牙龈及周围牙齿的影响较少。

参考文献

[1] 庄金良,丁洁,李勋,等.不同错牙合类型同名牙牙冠大小比较分析[J].中国实用口腔科杂志,2015,8(2):108-110.

- [2] 周少云,李祖兵,许小鸿,等. 下颌急性智齿冠周炎治疗方法的比较[J]. 临床口腔医学杂志, 2014, 20(7): 412-415.
- [3] 任国亨,赵溪达. 不同牙根暴露量牙冠延长术对不同牙位疗效研究[J]. 中国实用口腔科杂志, 2012, 5(5): 310-312.
- [4] 甘雨. 下颌阻生智齿拔除术及创伤预防研究进展[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2014, 35(3): 418-420.
- [5] 常春明. 关于下颌阻生牙引邻牙龋坏而自体完好拔除与否的探讨[J]. 中外妇儿健康, 2011, 19(7): 210.
- [6] Bamgbose BO, Akinwande JA, Adeyemo WL, et al. Effects of co-administered dexamethasone and diclofenac potassium on pain, swelling and trismus following third molar surgery[J]. Head Face Med, 2010, 7(1): 11-15.
- [7] Johe RS, Steinhart T, Sado N, et al. Intermaxillary tooth-size discrepancies in different sexes, malocclusion groups, and ethnicities [J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2010, 138(5): 599-607.
- [8] 范翠娥. 下颌智齿拔除术前评估预防下牙槽神经损伤的应用价值[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(22): 66-69.
- [9] 马立. 面断层片与下颌阻生第三磨牙拔除术中下牙槽神经损伤风险预测的初步研究[J]. 中国美容医学, 2012, 11(21): 2019-2021.
- [10] 秦晓虹,徐琳. 正畸、固定矫治器对牙龈指数和口腔卫生指数的影响[J]. 临床军医杂志, 2011, 39(4): 727-729.
- [11] 刘湘宁,周磊,赖仁发,等. 直接法纤维增强复合桥在牙周炎病例中的应用[J]. 实用口腔医学杂志, 2012, 28(3): 310-314.

(收稿日期: 2016-01-02 修回日期: 2016-03-07)

• 临床探讨 •

## 依托咪酯和丙泊酚在经食管超声心动图检查中的麻醉效果比较

杨 彪, 王冬婷

(第三军医大学第二附属医院麻醉科, 重庆 400037)

**摘要:**目的 比较依托咪酯和丙泊酚对心功能异常患者经食管超声心动图(TEE)检查中的麻醉效果及其对检查结果的影响。方法 选取于第三军医大学第二附属医院接受择期无痛 TEE 检查的患者 40 例, 随机分为依托咪酯组(Eto 组,  $n=20$ )和丙泊酚组(Pro 组,  $n=20$ )。Eto 组静脉注射依托咪酯脂肪乳 0.3~0.4 mg/kg+芬太尼 1  $\mu$ g/kg, Pro 组静脉注射丙泊酚 1.5~2.0 mg/kg+芬太尼 1  $\mu$ g/kg。待患者睫毛反射消失后行无痛 TEE 检查。观察对比两组患者麻醉前、后左心室收缩末容积(LVESV)、左心室舒张末容积(LVEDV)、左心室射血分数(LVEF)、每搏输出量(SV)差异; 对比麻醉前、后及检查过程中收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、平均动脉压(MBP)、心率(HR)、血氧饱和度( $SpO_2$ )变化; 记录不良反应发生情况并测量 Steward 苏醒评分。结果 Eto 组和 Pro 组麻醉后及检查过程中 HR、SBP、DBP、MBP、 $SpO_2$  与麻醉前相比均明显下降, 差异有统计学意义( $P<0.05$ ), Pro 组下降幅度更大; Pro 组检查中  $SpO_2$  下降至 95% 以下的患者明显多于 Eto 组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。两组 LVESV、LVEDV、LVEF、SV 比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ); Eto 组注射痛发生率明显较高, 与 Pro 组差异有统计学意义( $P<0.05$ ), Eto 组不良反应总数明显多于 Pro 组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。Eto 组清醒时间与 Steward 苏醒评分与 Pro 组相比差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。结论 麻醉过程中, 依托咪酯对血流动力学影响较小, 患者血流相对平稳, 丙泊酚不良反应相对较少, 药物选择中应权衡利弊。

**关键词:** 依托咪酯; 丙泊酚; 超声心动图; 血流动力学; 麻醉效果

**DOI:** 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.12.035 **文献标志码:** A **文章编号:** 1672-9455(2016)12-1681-03

在心血管手术与非心血管手术中经食管超声心动图(TEE)的应用越来越广泛, 其精准的图像信息可以帮助临床医生更好地了解患者病情。丙泊酚由于起效快, 麻醉效果好, 是常用的麻醉诱导药物, 但对血流动力学的影响较大, 会增加检查中的麻醉风险。依托咪酯可以帮助稳定心功能不全患者的循环功能, 但不良反应较多。心功能异常的患者, 易因麻醉诱导用药而使血流动力学发生改变, 引起循环波动。本研究通过观察用药后患者生命体征和不良反应等指标, 旨在研究依托咪酯和丙泊酚在 TEE 检查中的麻醉效果差异及两种药物对检查结果的影响, 现报道如下。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取 2015 年 1~6 月于本院接受择期无痛 TEE 检查的患者 40 例, 年龄 22~74 岁, 平均(46.97 $\pm$ 12.35)岁; 体质量 40~85 kg, 平均(67.08 $\pm$ 10.03)kg; ASA 分级 II~III 级; 患者均合并不同类型心脏疾病, 包括: 瓣膜病 24 例, 先天

性心脏病 6 例, 主动脉夹层 5 例, 扩张性心肌病 3 例, 以及左心房血栓 2 例。本研究排除合并严重肝、肾功能障碍或对麻醉药物存在使用禁忌的患者。本研究获得本院伦理委员会批准并取得患者或家属知情同意后, 将患者随机分为依托咪酯组(Eto 组)和丙泊酚(Pro 组), 每组各 20 例, 所有患者均于麻醉前行常规经胸超声心动图(TTE), 而后在全静脉麻醉下行无痛 TEE 检查。

**1.2 研究方法** 于麻醉前使用 TTE(德国 SIMENS ACUSON SC2000 型, 探头频率 1~4 MHz)对患者左心室收缩末容积(LVESV)、左心室舒张末容积(LVEDV)、左心室射血分数(LVEF)、每搏输出量(SV)进行测定。患者检查前常规禁食、水 6~12 h, 入室后连接多功能麻醉监护仪, 常规监测心电图, 无创血压包括收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、平均动脉压(MBP)、心率(HR), 以及血氧饱和度( $SpO_2$ )。开放静脉通路, 采用鼻导管吸氧, 氧流量 2~4 min/L, 固定口圈。两组均采用