

入,细菌还能沿着引流管造成逆行感染。通过术前加强营养评估及支持,能改善患者体质,提升其手术耐受度;术后做好切口及引流管护理,并指导患者进行活动,能帮助其恢复胃肠功能;术中对输注液体进行加温,能有效避免低体温引发的术后高热。本研究发现,观察组并发症比对照组更少,说明手术患者围术期予以优质护理干预能减少并发症的出现,改善其预后。

综上所述,予以围术期手术患者优质护理干预能减轻其应激反应,改善其负性情绪和预后,值得采用。

参考文献

[1] 陈松漪. 手术室优质护理对妇科手术患者围术期应激反应的影响及效果评价[J]. 国际护理学杂志, 2016, 35(23):3228-3231.

[2] 梅彩容,程丽霞. 优质护理联合全程无缝隙护理模式在手术室中的效果[J]. 医学理论与实践, 2018, 31(21):3283-3284.

[3] 尹春娥. 围术期优质护理干预对手术患者应激反应、负性

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2020.14.038

情绪及预后的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(10):1132-1133.

[4] 李红霞,唐玉. 优质护理干预对腹腔镜手术患者术后恢复及负性情绪的影响[J]. 实用临床医药杂志, 2016, 20(20):184-185.

[5] 王惠君,廖媛媛. 颅内肿瘤病人围术期优质护理的效果评价[J/CD]. 实用临床护理学电子杂志, 2018, 3(50):26.

[6] 张晋,赵莉萍. 优质护理服务在围术期患者中的应用观察[J]. 中国继续医学教育, 2019, 11(18):182-184.

[7] 李丽娟. 优质护理措施对胃癌患者围术期不良情绪的影响分析[J]. 实用临床医药杂志, 2015, 19(2):103-105.

[8] 李娜,徐长妍. 手术室优质护理对急诊手术患者生理、心理的影响[J]. 中国组织工程研究, 2014, 13(增刊 1):106-107.

[9] 郭宏. 优质护理在胃癌手术患者中的应用价值分析[J]. 现代消化及介入诊疗, 2015, 12(3):301-302.

(收稿日期:2019-11-22 修回日期:2020-03-15)

微创拔牙术治疗阻生牙的临床观察

乔燕

陕西省铜川市人民医院南院口腔科,陕西铜川 727031

摘要:**目的** 观察微创拔牙术治疗阻生牙的临床效果。**方法** 将2017年2月至2019年2月该院收治的100例需拔除阻生牙的患者纳入研究,按照随机数字法分为对照组(50例)和观察组(50例),对照组采用常规拔牙,观察组采用微创拔牙术治疗,比较两组手术时间、拔牙完整性、面颊肿胀程度、张口受限度、疼痛程度[视觉模拟评分法(VAS)评分]及并发症发生率。**结果** 观察组拔牙完整性评分和面颊肿胀程度评分均低于对照组($P<0.05$),张口受限度小于对照组($P<0.05$),手术时间短于对照组($P<0.05$);治疗后观察组VAS评分低于对照组($P<0.05$);观察组治疗依从率为94.00%,高于对照组的76.00%($P<0.05$);观察组并发症发生率为10.00%,低于对照组的26.00%($P<0.05$)。**结论** 微创拔牙术治疗阻生牙的效果显著,能够减少对牙周组织的损伤和降低并发症发生率,控制术后面部肿胀,缓解疼痛程度,提高治疗依从率。

关键词:阻生牙; 微创拔牙术; 效果

中图法分类号:R782.1 **文献标志码:**A

文章编号:1672-9455(2020)14-2063-03

阻生牙是指牙在颌骨内不能萌出到正常咬合位置,最常见的是下颌第三磨牙,临床表现为牙龈发炎、疼痛、脸肿、张口困难,甚至发热等症状。据统计,成人中阻生牙的发生率为20%^[1]。阻生牙容易藏污纳垢,孳生细菌,引起口臭、龋齿,当身体抵抗力下降时,常常会发生炎症,严重影响患者生活质量^[2]。传统拔牙方式主要以拔牙锤敲击劈冠或分根,对牙床振动较大,容易损伤根管,舌侧骨板骨折,神经损伤及张口受限等,且会使患者产生恐惧感,从而降低治疗依从性^[3]。近年来随着微创技术的发展,微创拔牙术逐渐应用于口腔科中,能够减少创伤和并发症发生,且疗效较好^[4]。故笔者将微创拔牙术应用于阻生牙拔除术中,并取得了较好疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将2017年2月至2019年2月本院收治的100例需拔除阻生牙的患者纳入研究,纳入标准:(1)均行阻生牙拔除术;(2)年龄20~50岁;(3)具备基本沟通、理解能力;(4)知情同意。排除标准:(1)心、肝、肾等实质性脏器严重功能不全者;(2)凝血功能障碍者;(3)存在认知障碍者。经医学伦理委员会批准,将入组患者按随机数字表法分为对照组和观察组,每组50例。对照组男26例,女24例;年龄21~49岁,平均(32.51±6.33)岁。观察组男25例,女25例;年龄20~50岁,平均(31.75±5.37)岁。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 术前进行X线片和术前检查,观察阻生牙位置及周围组织。对照组采用常规拔牙:常规消毒

和麻醉后,切开阻生牙周围软组织暴露牙体和骨组织,采用骨凿劈去除周围阻力,于牙槽骨和牙根之间置入牙挺,采用拔牙锤敲击牙挺,拔出牙根后清理牙窝,缝合周围组织。观察组采用微创拔牙术:常规消毒和麻醉后切开阻生牙周围软组织后,采用高速涡轮牙钻去除牙表面覆盖骨组织,然后将牙冠和牙根分离,于牙槽骨和牙根之间插入微创拔牙刀,切断牙周膜,轻旋将患牙拔出后刮匙牙窝,采用生理盐水冲洗,缝合软组织。

1.3 观察指标 (1)手术指标比较。①拔牙完整性采用 5 级评分,1~2 分表示完整拔出,3~5 分表示不完整,牙槽窝重度损伤,得分越高说明完整性越低;②张口受限度:最大张口时上下牙间距;③肿胀程度:根据面部软组织和牙龈肿胀度分为 5 个等级,1 分表示无肿胀,5 分表示重度肿胀,得分越高说明肿胀程度越严重;④观察并记录两组手术时间。(2)治疗前和治疗后 1 周采用视觉模拟评分法(VAS)评价疼痛程度,评分准则:满分 10 分,无痛为 0 分,轻微疼痛为 3 分以下,患者有咬合痛、叩痛为 4~6 分,强烈难忍的疼痛为 7~10 分,得分越高表明疼痛程度越严重。(3)采用 Morisky 依从性量表对干预前后治疗依从性进行评估:包含 15 个问题,不能依从记 1 分,偶尔依从记 2 分,时常依从记 3 分,基本依从记 4 分,完全依从记 5 分,得分越高表明依从性越好。根据得分情况评为依从性优、良、差;61~75 分为优,46~60 分为良,≤45 分为差。依从率=(优的例数+良的例数)/总例数×100%。(4)比较两组并发症发生率(术后 1 周)。

1.4 统计学处理 选用统计学软件 SPSS20.0 分析和处理。并发症发生率采用百分率表示,组间比较行 χ^2 检验;手术指标和 VAS 评分用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较行 t 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组手术指标比较 观察组拔牙完整性评分、面颊肿胀程度评分低于对照组、张口受限度小于对照组,手术时间短于对照组($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组间手术指标的比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	拔牙完整性评分 (分)	张口受限度 (d/mm)	肿胀程度评分 (分)	手术时间 (min)
观察组	50	1.71±0.45	4.02±1.62	1.77±0.42	15.42±4.65
对照组	50	3.32±1.04	7.82±2.76	3.26±1.17	28.05±6.83
<i>t</i>		10.046	8.396	8.475	10.809
<i>P</i>		<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组 VAS 评分比较 治疗前观察组 VAS 评分为(5.95±1.27)分,对照组为(5.88±1.24)分,两组间比较差异无统计学意义($t = 0.279, P = 0.781$);治疗后观察组 VAS 评分为(3.02±0.45)分,对照组为(4.82±0.94),观察组低于对照组($t = 12.213, P <$

0.001)。
2.3 两组治疗依从率比较 观察组治疗依从率为 94.00%(47/50),高于对照组的 76.00%(38/50),差异有统计学意义($\chi^2 = 6.353, P < 0.05$),见表 2。

表 2 两组治疗依从率比较[<i>n</i> (%)]					
组别	<i>n</i>	优	良	差	依从率
观察组	50	27(54.00)	20(40.00)	3(6.00)	47(94.00) ^a
对照组	50	23(46.00)	15(30.00)	12(24.00)	38(76.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

2.4 两组并发症发生率比较 观察组并发症发生率低于对照组($\chi^2 = 4.336, P < 0.05$),见表 3。

表 3 两组并发症发生率比较[<i>n</i> (%)]						
组别	<i>n</i>	邻牙松动	牙根折断	舌侧骨板骨折	牙龈撕裂	总发生率
观察组	50	2(4.00)	1(2.00)	1(2.00)	1(2.00)	5(10.00)
对照组	50	4(8.00)	3(6.00)	4(8.00)	2(4.00)	13(26.00)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨 论

随着微创技术的发展,微创拔牙术逐渐被临床用于阻生牙拔除术中,具有微创、安全性高等优势,并能缓解患者恐惧、紧张等不良情绪^[5]。

常规拔牙对周围组织损伤较大,若用力不当会出现颌骨骨折,给患者带来极大痛苦^[6]。手术应用器械较多、手术时间长,易使患者产生恐惧等不良心理,且在敲击时用力支点过高,术后易出现肿胀和张口受限,不利于恢复。微创手术能够避免上述弊端,具有出血量少、恢复快、安全性高等优势。其中高速涡轮牙钻通过压缩空气推动微型涡轮,主要以轮轴、楔力为主,使涡轮旋转从而带动牙钻机完成钻、磨、锉等功能。其能在短时间内横断牙冠部,并将周围邻牙和压根部的阻力去除,从而避免了因锤击引起的损伤,且在拔牙过程中自动喷水,并配以吸唾器,可将碎屑切割,并吸收出血,能够使术野清晰,避免反复止血耽误时间。其气流向两侧分流,可有效冷却切割部位,减少组织气肿,同时能够保证牙槽的完整性^[7]。另外微创拔牙刀紧贴牙根,能够将牙周间隙切断,避免了锤敲增隙,从而减轻术后肿胀和张口受限,能够避免牙龈撕裂和邻牙损伤,有效压缩牙槽骨,以缓解疼痛,进而提高治疗依从性。同时可使用力支点以防止牙槽骨折裂,保证手术安全性^[8]。

本研究结果显示,观察组拔牙完整性评分和面颊肿胀程度评分低于对照组,张口受限度小于对照组,手术时间短于对照组,与沈丽香等^[9]研究结果一致,说明微创拔牙术能够减轻肿胀程度和张口受限度,缩短手术时间,提高拔牙完整性。其原因可能与微创拔牙术创伤小有关。治疗后观察组 VAS 评分低于对照

组,治疗依从率高于对照组,提示微创拔牙术能够缓解疼痛程度,减轻患者痛苦,并提高治疗依从性。结果显示,观察组并发症发生率显著低于对照组,说明微创拔牙术安全较高,有利于促进预后。

综上所述,微创拔牙术能够减少对牙周组织的损伤,缓解疼痛程度,提高拔牙完整性和治疗依从性,安全性较高。

参考文献

[1] 袁春平,彭辉,石玉,等.两种拔牙方法在下颌阻生第三磨牙拔除术中的应用比较[J].口腔生物医学,2018,9(4):38-41.

[2] 朱光来,修力军,丁作友,等.微创与传统拔牙技术在阻生齿拔除中的临床应用[J].广西医科大学学报,2016,33(1):108-109.

[3] NAM O H,LEE H,MI S K,et al. Simplified technique for easy extraction of impacted supernumerary teeth using guided surgery[J]. Quint Int,2017,48(7):563-567.

[4] 徐芳,张慧霞.微创拔牙法与传统拔牙法拔除下颌阻生智牙的临床探讨 • DOI:10.3969/j. issn. 1672-9455. 2020. 14. 039

牙疗效比较[J]. 上海口腔医学,2016,25(5):613-616.

[5] WANG T F,WU Y T,TSENG C F,et al. Associations between dental anxiety and postoperative pain following extraction of horizontally impacted wisdom teeth [J]. Medicine,2017,96(47):e8665.

[6] 史晓钰,徐明哲,潘洪飞,等.锤凿劈冠法与高速涡轮钻法拔除下颌阻生第三磨牙临床效果比较研究[J]. 临床军医杂志,2018,46(12):1476-1476.

[7] 武长伟,聂小敬,孙晓功,等. 高速涡轮机结合微创拔牙刀应用于下颌阻生牙患者的效果[J]. 安徽医学,2018,39(10):44-46.

[8] SAPONARO G,PELO S,DE ANGELIS P,et al. Bone flap technique for impacted teeth extraction and bone cysts removal[J]. J Craniofac Surg,2016,27(4):1084-1086.

[9] 沈丽香,许锦心. 下颌阻生牙患者 120 例微创拔牙治疗的疗效及预后分析[J]. 中国药物与临床,2017,17(12):1731-1733.

(收稿日期:2019-12-03 修回日期:2020-03-26)

蜜煎导法配合中药热奄包对肛肠病术后便秘患者的治疗作用

岳水娟¹,王水玲^{2△}

1. 陕西中医药大学附属医院肛肠一科,陕西咸阳 712000;2. 陕西省西安市阎良区人民医院护理部,陕西西安 710089

摘要:目的 探讨蜜煎导法配合中药热奄包对肛肠病术后患者便秘的预防作用。方法 选取 2016 年 8 月至 2019 年 1 月陕西中医药大学附属医院收治的肛肠病术后便秘患者 94 例,随机分为研究组和对照组,各 47 例。对照组给予常规西药治疗,研究组在西药治疗基础上给予蜜煎导法配合中药热奄包辅助治疗,记录 2 组的疗效和各项预后指标。结果 研究组便秘患者的治疗总有效率高于对照组($P<0.05$);治疗后,两组的便秘评分均低于治疗前($P<0.05$),研究组评分低于对照组($P<0.05$);治疗后,两组的最大肛门括约肌压(MRASP)和最大缩榨压(MSP)均高于治疗前($P<0.05$),研究组的这 2 项指标均高于对照组($P<0.05$);治疗后研究组的躯体不适、心理社会、担心和焦虑、满意度的生存质量评分均低于对照组($P<0.05$)。结论 蜜煎导法配合中药热奄包在肛肠病术后患者便秘治疗中的应用能提高常规治疗的疗效,改善患者的肠动力与缓解临床症状,提高生存质量。

关键词:蜜煎导法; 中药热奄包; 肛肠; 手术; 便秘

中图法分类号:R266 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2020)14-2065-03

随着医学技术的提高,肛肠手术的微创性越来越好,使得多数患者预后得到改善。但是仍有部分患者术后出现便秘现象,严重影响了患者的生活质量^[1]。由于肛门直肠周围血管、淋巴、神经分布广泛,肛肠手术易使得肛门直肠及其附近的组织产生应激反应,从而诱发便秘,临床表现为排便困难、排便时间和间隔时间较长,患者食欲减退、睡眠不安、腹胀、腹痛、头晕头胀等,严重情况下会诱发心脑血管疾病,从而严重

影响患者的生活质量^[2]。该病的预防和治疗多用导泻类药物促进排便,虽可缓解症状,但是长期使用会产生不良反应,让患者产生药物依赖性,且停药后患者容易复发^[3]。中医基于整体观念、辨证论治的原则,在便秘的治疗方面有较大优势^[4]。中药热奄包与蜜煎导法既具有药物固有的疗效,也具有操作本身对穴位的刺激作用,两者发挥协同作用^[5]。本研究旨在探讨蜜煎导法配合中药热奄包对肛肠病术后患者便秘的治疗作用,现报道如下。

△ 通信作者, E-mail:372197009@qq.com。