

上颌埋伏阻生尖牙拔除并发口腔鼻底贯通损伤的治疗与护理

韩荣红

(天津市口腔医院,天津 300041)

摘要 总结 18 例上颌埋伏阻生尖牙微创拔除并发口腔鼻底贯通损伤治疗的护理。采用异种脱细胞真皮基质覆盖修补鼻底损伤破裂黏膜组织,使拔牙创口与鼻底骨缺损处有效隔离,薄弱破裂黏膜得到增厚加强,顺利完成生物性愈合,口腔侧黏膜切口及骨创口的处理得到充分有效的关闭,防止术后因感染拔牙窝空虚引发的口鼻腔瘘的发生,通过术前 CT 准确定位,完善的检查,术中医护人员的密切配合,术后的护理康复指导,18 例患者手术顺利,创口 I 期愈合。

关键词 上颌埋伏牙;脱细胞真皮基质;损伤;护理

中图分类号 R473.78 **文献标志码** B **DOI**:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.03.021 **文章编号** 1006-9143(2019)03-0318-02

上颌埋伏阻生尖牙是临床上一种常见的牙颌畸形,发生率 1%~2.5%^[1],特别是横位阻生埋伏尖牙在骨组织内位置变异较大与周围组织所处关系复杂,不及时治疗可导致牙列不齐、咬合紊乱、邻牙牙根吸收、含牙囊肿等并发症。处理不当会给患者造成较大的生理、心理痛苦。临床治疗以手术拔牙为主,术中有引发口腔鼻底穿孔^[2]的可能,术后由于感染等因素的影响,极易继发口鼻腔瘘,造成患者饮食、发音等功能障碍。口腔修复膜异种脱细胞真皮基质(ADM)临床上主要应用于口腔内软组织浅层缺损的修复,对上颌埋伏阻生尖牙术中并发口腔鼻底贯通损伤的患者采用 ADM 覆盖修补鼻底损伤破裂黏膜组织,即刻修补穿孔处,ADM 填补鼻腔、口腔双层黏膜修复技术是我科近几年开展的一项新技术,术后患者均达到预期效果,现将治疗及护理体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 18 例,正畸科转诊患者,男 11 例,女 7 例,年龄 13~25 岁,均为上颌埋伏阻生尖牙 13、23 术中并发口腔鼻底贯通损伤的患者,其中 3 例患者伴有含牙囊肿。术前常规摄上切牙根尖片、曲面断层片和三维 CT 检查,显示 13、23 埋伏尖牙均位于上前牙根尖区,冠向近中,甚至突向鼻腔黏膜下,为横位、唇腭侧、前倾、后倾等位置,与梨状孔、切牙神经管、前切牙根尖关系密切。本组 18 例患者通过术前检查、询问病史,无手术禁忌证,全部符合手术及修复要求。术后 1、3、6 个月 X 线检查,可见梨状孔穿孔区骨质连续性完整,骨缺损处大量新骨形成,与周围骨组织无明显区别。局部观察 2~4 周,拔牙创口及鼻底破裂缺损处软组织平复,弹性、色泽与正常组织无明显差异。无任何排异反应,术后无 1 例因感染、拔牙窝空虚而继发的口鼻腔瘘,创口均 I 期愈合。

1.2 手术和修复方法 眶下神经阻滞麻醉与局部浸润麻醉。在埋伏牙区切开牙龈移行部,翻开粘骨膜瓣,显露骨面,去除埋伏牙周围覆盖骨质及骨阻力,显露埋伏牙,用骨钻截断分段取出牙齿,搔刮拔牙创口,医用胶原蛋白海绵填塞止血,同时使用脱钙人牙基质(DTM)填充拔牙创口及鼻底骨缺损处,将 ADM 做衬里覆盖鼻底损伤黏膜下穿孔处缝合固定,并严密缝合拔牙创口及鼻底黏膜穿孔处,患侧鼻腔处填塞碘纺纱条压迫止血。术后定期复诊、拍片,观察患者鼻底黏膜、拔牙创口局部反应及愈合情况。

2 护理

2.1 术前护理

2.1.1 心理护理 术前向患者及家属详细讲解上颌骨内埋伏尖牙拔除的手术方案及 ADM、DTM 生物材料应用的相关知识,让患者了解拔牙时由于埋伏尖牙特殊的解剖位置,埋伏牙常常冠向正中门齿的根尖,位于鼻腔下鼻道黏膜下上颌骨梨状孔下缘处,术中可能并发鼻底黏膜破裂形成口鼻腔贯通穿孔,穿孔后应用 ADM 覆盖修补鼻底损伤破裂黏膜组织,使拔牙创口与鼻底骨缺损处有效隔离,薄弱破裂黏膜得到增厚加强,使其顺利完成生物性愈合,形成保护屏障作用,同时对拔牙骨创应用 DTM 填充拔牙窝,加快骨质愈合过程,防止术后因感染拔牙窝空虚引发口鼻腔瘘的发生。术前护士结合图片及 X 线片告知患者手术存在的风险,使其对埋伏牙的治疗及预后全面了解,消除患者紧张恐惧情绪,使其积极配合治疗。

2.1.2 患者准备 协助医师仔细检查患者口腔情况,了解患者上颌前牙区牙列及唇腭侧软组织情况;检查是否有龋齿,牙龈炎,松动牙等症状;常规牙周洁治治疗,消除口腔病灶,术前 3 天用漱口液漱口清洁口腔,预防术后创口感染;术前常规 X 线片检查,了解埋伏阻生牙的具体位置及其冠根形态,与邻切牙、鼻底的关系,是否伴有含牙囊肿,准确定位并进行标

记。全面评估患者身体状况,询问患者用药史、药物过敏史排除手术禁忌证。根据正畸治疗的转诊记录及手术要求制定手术方案,签手术知情同意书。

2.1.3 修复材料及手术器械、物品的准备 将 ADM 经无菌生理盐水充分浸泡 1 分钟,根据医师要求选用不同规格材料进行修剪,并再次冲洗、浸泡备用。

备口腔治疗盘 1 套,高速涡轮钻(45°),口腔专用金属吸唾器头,唇颊拉钩,牙龈分离器,牙挺(4#、6#),挖勺,小弯血管钳,刀柄、针持、手套,无菌纱布、缝合针及线、无菌生理盐水,医用胶原蛋白海绵,DTM2~4 g,负压吸引器。同时备好抢救设备及药品。

2.2 术中配合 根据预定的手术方案及医师要求,调整好椅位,使患者感觉舒适,遵循四手操作原则,做好椅旁护理。连接吸唾管,检查吸引设备是否处于正常状态。微创拔牙前护士预先将纱布卷放在患者上下切牙咬合面上,嘱其咬紧,防止术中取牙时牙齿滑脱及碎骨直接落入口腔而误入食管、气管内。术中协助医师充分暴露手术视野,随时调整光源照射方向,使视野清晰,及时吸净拔牙创口内的血液,减少患者术中吞咽动作,指导患者手术过程中勿用口呼吸,避免误咽误吸,保证患者手术安全。术中防止患者头部过度后仰,以免血液经口鼻腔穿孔处流入气管引起呛咳。适时与患者交流,减少其紧张情绪。取出埋伏牙后,检查牙根形态及牙齿的完整性,与医师确认无误后,根据医师要求将裁剪规格大小合适的 ADM 传递给医师进行穿孔处覆盖、缝合,注意传递时将口腔修复膜“UP”面朝外协助医师贴敷于缺损创面上,遵守无菌操作。术毕取下患者咬合的纱布,检查口腔情况,吸净口腔内血液及分泌物,保持口腔清洁。

2.3 术后护理及康复指导

2.3.1 常规护理 手术后 15 分钟协助医师查看患者鼻腔黏膜穿孔处及拔牙创口无明显出血,唇侧创口局部弹性绷带加压,患侧鼻腔碘纺纱条填塞,嘱患者术后根据创口局部肿胀充血情况弹性绷带 4 小时后可自行去除,碘纺纱条 5 天左右取出,以达到压迫止血,减轻局部肿胀、预防感染的目的。术后 1 天复诊,护士协助医师用生理盐水棉球清洗创口及鼻腔黏膜,去除其表面血痂及伪膜等物,涂安尔碘消毒,鼻腔黏膜穿孔处涂红霉素软膏,更换碘纺纱条,检查创口有无异常及缝线有无脱落,有无继发口鼻腔瘘的可能,如有异常及时告知医师处理。对其中年龄偏小依从性差的 3 例患者,告知患者家属术后注意事项,监督指导患者实施,护士定期电话随访,询问患者口鼻腔创口愈合情况,指导饮

食护理的方法,根据患者实际情况术后 1~7 天安排复诊时间,讲解每天及时清理鼻腔分泌物,更换填充碘纺纱条,保持口腔清洁对创口愈合的重要性;嘱患者遵医嘱服用药物,防止术后引发感染穿孔,造成其饮水、进食不便;通过护理干预增强了 3 例年龄偏小患者的依从性,术后无明显不适,创口愈合良好。

2.3.2 饮食护理 嘱患者手术后 2 h 内可进食易消化的温凉软食,避免进食辛辣刺激性强、过热的食物,及易引发过敏的食物,以免引起创口出血、肿胀。手术后 2~3 周不要用手术区域的牙齿咬过硬的食物,以免损伤前牙恒牙。

2.3.3 预防感染 嘱患者术后 24 h 每次进食后用西比氯胺漱口液漱口,保持口腔清洁。每日滴鼻净滴健侧鼻腔,保持鼻腔通畅。术后常规应用抗生素预防感染,如伤口肿胀、疼痛明显,随时来院复诊。

2.3.4 康复指导 嘱患者手术后 24 h 内不要刷牙、漱口及吸吮手术创口,不可牵拉口唇,以免引起拔牙创口出血,感染。术后当日避免剧烈运动,避免打逗、碰撞。指导患者术后 24 h 内手术区域面部冰袋冷敷可有效缓解局部肿胀、出血现象。手术后 1 周复诊,观察创口正常愈合后进行拆线,并协助医师检查患者邻牙状态,有无松动,是否需要固定处理。术后 1、3、6 个月复诊拍摄 X 线片,观察患者骨质愈合情况,瘘口是否彻底关闭,骨质愈合良好术后 3 个月可继续正畸治疗,建立联系卡片记录并归档保存。

3 小结

ADM 是一种异种脱细胞真皮基质,主要成分胶原蛋白,临床资料显示主要用于口腔黏膜缺损的修复,利用 ADM 良好的生物相容性,使其更好的与创伤表面融合,ADM 术后感染率、炎症反应率低^[3]。对上颌埋伏阻生尖牙拔除术中并发口腔鼻底贯通穿孔的患者,应用 ADM 覆盖修补鼻底损伤破裂黏膜组织,促进了创口愈合,加快黏膜恢复进度,防止术后引发感染穿孔。通过术前 CT 准确定位,完善的检查,术中医护人员的密切配合,术后的护理康复指导,18 例患者手术顺利,全部愈合。

参考文献

- [1] 刘建勋.上颌骨埋伏阻生尖牙的治疗[J].山西医药杂志,2014,43(20):2431-2433.
- [2] 孙田力,吴白龙,方梅.CT 三维重建在上颌埋伏牙微创拔除术的临床应用[J].蚌埠医学院学报,2014,39(7):897-899.
- [3] 郝琦,南晓梅.口腔修复膜用于口腔黏膜缺损的疗效观察[J].全科口腔医学电子杂志,2016,3(5):12-13.

(2018-01-11 收稿,2018-08-03 修回)