3.2 有利于提高基础护理质量

基础护理工作琐碎而繁忙,它是临床护理工作的基础,是评价医院护理质量的重要标志之一[1]。其涵盖的内容除了护理技术操作是"硬指标"以外,其余各项内容如生活护理、健康教育等均被认为是"软指标"。近年来,由于诸多原因,护士忽视、简化基础护理工作的现象很普遍,导致临床上基础护理质量出现滑坡现象[2],这已成为医院护理工作的薄弱环节[3]。基础护理执行单列出了卫生部下发的《住院患者基础护理服务项目》的全部内容,将所谓的"软指标"变成了有据可查、一目了然的硬指标,可以促进临床护士逐步培养良好的基础护理工作作风,提高基础护理质量。

3.3 有利于基础护理质量控制

基础护理执行单放在每个患者的床旁,护士长可随时抽取并查阅基础护理工作的完成情况。护理查房时可根据分级护理要求逐项对照检查患者实际所需基础护理项目的落实情况。将所有基础护理服务项目用表格的形式记录,能准确地反映患者在整个住院期间基础护理服务项目的落实情况,对以后的工作总结提供了全面的、可靠的资料,有利于总结讲评。

表格式基础护理执行单是为了适应临床护理工作新形势、新要求而精心设计,它使繁琐的基础护理工作项目明确,内容全面,易于落实,它能及时、动态、全面、真实地反映患者在整个住院期间基础护理的落实情况,避免管理上的盲点,有利于基础护理质量控制。同时护士记录简单、省时,可操作性强,值得推广。但由于还没有经过临床实践的验证,因此可能还有很多考虑不成熟和有待完善的地方,期待各位护理同仁共同探讨。

参考文献:

[1] 付春华, 夏明, 焦卫红, 等. 临床护士基础护理认知状况及其影响因素的调查[J]. 解放军护理杂志, 2009, 26(11A): 19-22,39.

[2] 刘苏君. 基础护理——护士的专业内涵[J]. 中华护理杂志, 2005, 40(4): 243.

[3] 裘晓霞, 苏爽, 叶丽. 新毕业护士对基础护理认知的调查[J]. 护理研究, 2009, 23(11B): 2939-2941.

(收稿:2010-02-08;修回:2010-03-19)

(编辑 王 红)

经验交流

文章编号:1000-5404(2010)10-1122-02

磨牙冠根裂并牙周损害修复与治疗的探讨

张 磊[1],秦小智[2] (561000 贵州 安顺,贵州省安顺市人民医院口腔科[1];西秀区人民医院功能科[2])

[关键词] 冠根裂;牙周;塑化;根管

[中图法分类号] R781.05 [文献标志码] B

磨牙冠根裂是指未经牙髓治疗的牙齿冠根部硬组织在某些因素作用下发生的纵行裂缝,并与牙长轴方向一致,贯通髓腔和牙周膜间隙的患牙。由于该疾病常累及牙体、牙髓和牙周组织,致预后不佳[1]。随着口腔医学及牙周治疗新药的不断发展,对后牙冠根裂并牙周损害的牙齿得以修复与治疗。作者通过2001年9月-2009年9月以来对该类患牙进行系列治疗后,进行1~5年疗效随访观察,取得满意疗效,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2001年9月-2009年9月以来我科诊断为磨牙冠根裂并牙周损害患者30例,男性24例,女性6例。年龄35~65岁,平均42岁。30个患牙,第一磨牙11个(上颌7个,下颌4个),第二磨牙9个(上颌5个,下颌4个),第一前磨牙5个(上颌3个,下颌2个),第二前磨牙5个(上颌1个,下颌4个)。30例冠根裂患者,劈裂时间为12~48周,平均21周,通过病史、临床检查,记录牙位及劈裂牙的颊、腭(舌)侧松动度,其中颊侧Ⅰ°松动21例,Ⅱ°松动5例,无松动4例;腭(舌)侧Ⅰ°松动9例,Ⅱ°松动18例,Ⅲ°松动1例,无松动2例。牙周检查采用标准圆形牙周探针,测量劈裂侧牙周袋最深处的深度;以mm为单位记录确诊为冠根裂并牙周损害者。牙周检查判断标准[2]:牙龈指数(GI)计分标准:0:正常;1:轻度水肿和颜色变化、探诊不出血;2:中度炎症。发红、水肿、探诊出血;3:重度炎症。明显发红、水肿、溃疡或自发出血倾向。龈沟出血指数(SBI)计分标准:1:不出血;2:轻探龈沟时出血、龈外观正常;3:探龈沟时出血、牙龈发红,无肿胀;4:牙龈有溃疡或其他症状。牙周袋深度(PD)计分标准:记录劈裂侧最严重的部位,以上3个指数只记录劈裂侧最严重的位点。

1.2 修复及治疗步骤

牙体预备采用张磊等[3]修复及治疗方法,冲净并搔刮冠根裂裂隙内残留物,作解剖复位固定后粘固临时冠,然后开髓按常规步骤做完善的塑化及根管联合治疗。

30例患者行临时冠修复后,让患者改善刷牙,用漱口水漱口,龈下冲洗,口服抗生素3 d后行龈上洁治,用漱口水含漱2 d后再作龈下刮治和根面平整,冲洗牙周袋并擦干。将盐酸米诺环素软膏注射器针头深入袋底,轻推至龈缘处可见药物,嘱患者在1 h内勿进食,勿漱口。每周复诊1次,8次为1疗程。

疗效标准[4]:优良:有正常咬骀功能,具有咀嚼普通食物的正常咬骀力量;无自觉症状;患牙不松动,牙龈无炎症。有效:能咀嚼普通食物;咬合力量较正常邻牙略差,无自觉症状,牙齿松动度Ⅱ°以下,牙龈有轻度炎症。无效:不能咀嚼食物,患牙疼痛,反复形成脓肿,最终拔除患牙。

[基金项目] 安顺市科技计划项目(20082012)

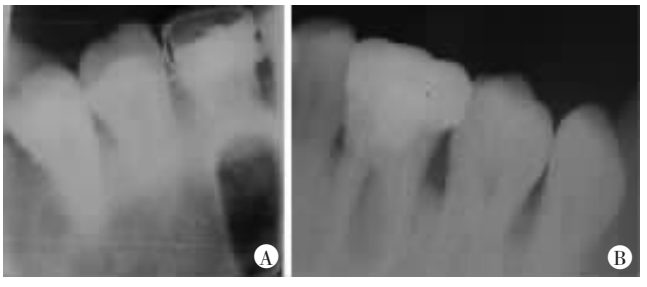
[通信作者] 秦小智,E-mail:qinxzz@163.com

2 结果

经修复治疗,盐酸米诺环素软膏对牙周损害治疗 8 周前后 PD、GI、SBI 的复查并记录。术前 PD >2 mm 的 30 例;术后≤2 mm 的 27 例,术后 >2 mm 的 3 例。术前 GI 为 1 的 7 例,为 2 的 14 例,为 3 的 9 例;术后 GI 为 0 的 22 例,为 1 的 8 例。术前 SBI 为 2 的 5 例,为 3 的 11 例,为 4 的 14 例;术后 SBI 为 1 的 26 例,为 2 的 2 例,为 3 的 2 例。数据表明盐酸米诺环素软膏治疗后比治疗前牙周袋深度平均降低 2.8 mm。牙龈指数(GI)22 个牙为正常牙龈,龈沟出血指数(SBI)26 个牙龈不出血,2 个患牙的牙龈轻探龈沟时出血,龈外观正常。2 个患牙的牙龈探龈沟时出血,牙龈发红,无肿胀。

30 例经 1 ~5 年疗效观察,本组病例中 2 例 1.5 年后出现劈裂侧 PD 为 4.5 mm,GI 为 3,SBI 为 4,患者咬合疼痛,反复脓肿。8 例在牙龈探诊时有出血,牙龈红肿、Ⅱ°松动,患牙疼痛,反复脓肿,不能咀嚼食物。其余 20 例修复治疗效果良好,成功率达 66.7%。

典型病例:周 ×,男性,36 岁,2004 年 8 月初诊,诉左上后牙反复肿胀疼痛不能咀嚼食物 28 周。检查:左上颌第一磨牙冠根纵裂,颊侧 I°松动,腭侧 I°松动,PD 为 4.0,GI 为 3,SBI 为 3,按前述方法修复治疗 8 周后,PD 为 0.8,GI 为 0,SBI 为 1,有正常咬**殆**功能,随访 5 年,疗效优良(图 1)。



A:治疗前;B:治疗后

图 1　磨牙冠根裂并牙周损害患者治疗前后影像学观察

3 讨论

后牙冠根裂后造成牙髓、牙体、牙周、牙槽骨等组织的联合损害,特别是完全折裂至髓底者治疗困难,不主张保留而拔出[5]。吴文慧等[6]认为当冠根折达龈下较深时,往往引起牙龈炎症,造成治疗失败,一般采用牙拔出术。而拔出后又造成咬合及邻接关系的异常,对咀嚼功能、发音和美观等产生不同程度影响。后牙冠根裂后破坏了原来所特有的解剖和组织学结构。并随着牙周病变加重和牙周袋变深,龈下菌斑生物膜结构变得更为复杂,以革兰阴性、厌氧菌为主的大量不同生物性状的微生物集聚,引起严重的局部炎症与免疫反应[7]。促使宿主细胞释放大量的细胞因子和炎症介质,导致牙周组织的破坏[8]。当牙折在龈下延伸较多时,必须进行牙周检查。如果边缘线向下延伸过深而破坏了 2 mm 宽的生物学宽度,必须在修复前进行牙周手术[9]。故治疗磨牙冠根裂并牙周损害的关键是:(1)如何解决恢复好患牙的正常牙体形态与牙周组织结构,消除咬合创伤,通过内科治疗解决劈裂牙解剖复位固定后裂隙的渗漏与根管的完善充填问题。(2)如何恢复患牙牙周损害的问题。

冠根裂牙体形态恢复及牙周损害的处理。张磊等[3]通过对患牙进行解剖复位固定、塑化、根管充填联合治疗,全冠修复,取得满意疗效。对牙周组织损害采用盐酸米诺环素软膏治疗;盐酸米诺环素软膏的主要成分为二甲胺四环素,有强大的广谱抑菌作用,特别是对于牙龈中卟啉单胞菌、中间普氏菌和侵蚀埃肯菌抑制作用更强,同时还对伴放线菌有高度抑制作用[10];还能明显抑制与破坏牙周组织和形成牙周袋有关的胶原酶的活性水平,每次注药后牙周袋药物浓度可维持 7 d 以上。韩璐等研究表明:无论是轻度或重度牙周炎,盐酸米诺环素软膏的治疗作用都是肯定的[11]。

裂隙渗漏和根管的处理。牙折裂后根周通过裂隙与口腔相通,细菌经此侵入可能造成感染。但只要封闭裂隙及清除髓腔感染灶,就可避免牙周组织感染[12],我们认为将流动性和渗透性良好的塑化剂充分注入根管及裂隙部位,塑化剂在聚合前可渗透进入裂隙、侧、副根管,根管壁的牙本质小管,以及裂隙、根管系统里残存的病变组织和感染物质中[5]。然后将塑化剂调拌根充材料行根管充填,显示出其两者结合使用的优势。此法简便、有效、经济、易行,避免拔牙与镶牙的痛苦,维护了牙列功能的完整性,满足了患者保留患牙的愿望。

参考文献:

[1] 曹采方,王满恩. 牙根裂[J]. 中华口腔科杂志,1981,16(4): 235 -237.
[2] 郑麟蕃,张震康,俞光岩. 实用口腔科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1996: 131 -133.
[3] 张磊.52 例后牙劈裂治疗修复的疗效观察[J]. 贵州医药,2001, 25(10):938 -939.
[4] 汪蕾,汪志德,裘松波. 断根术治疗牙周病的疗效观察[J]. 第三军医大学学报,2007, 29(19):1865,1872.
[5] 樊明文. 牙体牙髓病学[M]. 第3 版. 北京:人民卫生出版社,2009: 108 -235.
[6] 吴文慧,王琳,扬湲波. 恒切牙龈下折裂的保存治疗[J]. 第三军医大学学报,2005, 27(3):237,246.
[7] 金立坚,曹采方,Ray C. Williams. 牙周医学的历史、现状与未来展望[J]. 现代口腔医学杂志,2006,20(3):225 -230.
[8] Darveau R P, Tanner A, Page R C. The microbial challenge in periodontitis[J]. Periodontol 2000,1997,14:12 -32.
[9] Murrin J R, Barkmeier W W. Restoration of mutilated posterior teeth: periodontal, restorative, and endodontic considerations [J]. Oper Dent,1981, 6(3):90 -94.
[10] Hagiwara S, Takamastu N, Tominaga Y, *et al*. Susceptibility of periodontal bacteria to minocycline -HCI[J]. J Periodontol,1998,69:92 -99.
[11] 韩璐,唐志强,林丽娥, 等. 派力奥对轻、重度牙周炎的疗效对比研究[J]. 牙体牙髓牙周病学杂志,2006,16(1):44 -45.
[12] 汪志德,林景春,周正贵. 干髓牙折裂后全冠修复疗效观察[J]. 第三军医大学学报,1998,20(3):204,210.

(**收稿**:2010-01-21;**修回**:2010-02-28)
(编辑　王　红)