

· 临床护理 · doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.04.051

239 例颌面部骨折坚强内固定手术的护理体会*

高玉霞,李 华,肖 莹

(第三军医大学新桥医院口腔颌面外科,重庆 400037)

中图分类号:R473.78

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2015)04-0569-01

近年随着经济的快速发展和交通事故的增加,颌面部外伤的发病率逐渐增加。颌面部创伤约占全身性创伤的 10%~34%,颌面部创伤虽然直接致死率低,但对面容的影响较大,极易造成颌面部功能障碍和畸形,并可能对患者造成永久的心理创伤^[1]。采用切开复位坚强内固定手术仍是目前治疗颌面部骨折的主流手术方法,可以解决大部分骨折的解剖复位,并能够精确恢复患者面部外形及咬合功能,生活质量得到大大提高^[2]。但患者和家属对手术的接受度及相关治疗和护理特点并没有广泛理解与接受,现将 239 例颌面部骨折患者的临床护理体会总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集第三军医大学新桥医院口腔颌面外科 2006 年 5 月至 2013 年 5 月行坚强内固定治疗的 239 例患者,术前影像学资料及病史信息等临床资料齐全,患者的信息包括年龄、性别、致伤原因、骨折的解剖部位及治疗等。其中男 178 例,女 61 例,年龄 15~68 岁,平均 36.2 岁;其中上颌骨骨折 72 例,下颌骨骨折 108 例,上、下颌骨联合骨折 38 例,全面部骨折 21 例。骨折均经口腔全景片和 CT 检查明确诊断。

1.2 治疗方法 在完善的术前护理后,常规全麻术前准备,在鼻腔气管插管静脉复合全麻下,牙弓夹板颌间结扎固定或颌间牵引钉植入后,口腔前庭沟切口入路,行坚强内固定,其中 17 例术后咬合关系欠佳,给予牙弓夹板和牵引钉上橡皮圈行颌间牵引,牵引时间为 2 周^[3]。

2 结 果

239 例患者均在术后 7~8 d 伤口拆线,术后切口均一期愈合,所有患者拆线后准予出院。术后 3 个月复查,上、下颌咬合关系恢复至术前咬合关系,患者面型恢复满意,口腔全景片检查骨折断端对位良好。

3 讨 论

3.1 术前心理护理 根据颌面部外伤患者的病情,充分掌握患者的心理状态,分析其心理变化,制订心理干预方案^[4]。对于颌骨骨折等面部手术,患者及家属除担心麻醉风险外,还担心手术是否会恢复到术前的面型、骨折断端固定的钛板的安全性问题,以及是否会有排斥反应等,尤其是年轻女性患者^[5]。本组病例中有 13 例年轻女性患者对面部美观要求表现了强烈的担忧。针对存在心理问题,作者利用科室自制的 PPT 幻灯,介绍颌面部外伤需要的微型钛板的生物学特点和生物组织相容性的优点,以及其他患者术前和术后的面部照片,最大限度减少负面情绪对患者的影响,使患者主动配合治疗和护理^[6]。

3.2 术前加强营养指导 大部分患者因为创伤导致牙齿的缺失或者牙齿的缺损,最主要是咬合错乱,引起患者进食困难以及咀嚼困难,术前有意识给予患者及家属指导:术前给予高蛋白、高维生素易消化的流质饮食,以提高机体对手术的耐受性。

食谱包括纯牛奶、新鲜豆浆、蛋花汤、果蔬汁;有经济条件的患者推荐进食本院营养科配置的营养液^[7]。

3.3 术区准备 手术前 1 d 为患者进行全口牙龈洁治,并使用替硝唑漱口含水漱,每天饭后 1 次,其余时间 3 次,全天共 6 次,以减少感染概率^[8]。

3.4 术后病情观察 由于切口在口腔内,术后必然有血性分泌物流出,因此术后患者应平卧,在监护室要随时吸出口腔内分泌物,防止分泌物堵塞气道导致窒息。给予心电监护。尤其是观察患者是否能自行吐出口腔内分泌物,保持呼吸道通畅。一旦发现有血凝块阻塞呼吸道及气管移位等情况,需第一时间通知医生,并及时清理,以免发生窒息。本组患者出现 1 例老年患者因麻醉医生对全麻后清醒指征把握不严,术后患者血性分泌物无法自行吐出,发现后及时给予鼻腔重新气管插管方转危为安^[9]。

3.5 术后口腔护理 颌骨骨折坚强内固定术后,尤其对咬合不良的患者要加行颌间牵引固定,因而患者不能张口。口内伤口自洁作用差,易造成感染。作者采用替硝唑含漱液及口腔冲洗器进行口腔护理。对口腔内切口上附着的假膜用无菌棉球擦拭,注意动作轻柔。再以含漱液适量含漱 3 min,鼓腮数次,使含漱液能到达口腔各个部位。含漱后不必再用清水漱口。告知患者在每次餐后均以含漱液漱口。

3.6 术后疼痛护理 口腔颌面部术后患者伤口疼痛不明显,本组病例中术后因疼痛要求给予止痛治疗的患者仅 25 例。通过向患者解释手术情况,给予心理辅导,转移患者注意力,所有患者都没有使用止痛药物^[10]。

3.7 术后饮食护理 口内伤口对饮食提出了更高的要求。在全麻清醒后,采取的是先尝试服用温开水,患者服用温开水没有恶心和呕吐反应后,再逐渐给予牛奶、果汁、米汤、肉汤等流质饮食。进食时应少量多餐,进食缓慢,并注意饮食的温度不能过高。如果患者因为术后行牵引固定,无法通过口腔进食,要胃管辅助进食,护理人员要先示范家属怎样将流质饮食从胃管输入,再由家属操作。切忌进食过快,以免引起患者呛咳等不适。3 d 后改为半流食,7 d 时可根据患者情况进行普食。术后要保证高蛋白饮食的摄入^[11]。

3.8 术后功能锻炼指导 由于附着在骨膜上的肌肉因为骨折及手术的二次创伤而损伤,颌面部骨折大多数术后需及时进行功能锻炼。功能锻炼一般于术后 2 周开始,要循序渐进,面颊肌肉运动的幅度宜由小到大,次数由少到多。张口运动训练目标以张口度达到 3 横指为宜,以便早日恢复咬合功能。

3.9 出院健康宣教 对于出院患者,有专门关于颌面部骨折患者出院须知的手册,每个患者发送一份,并逐条讲解。要求患者出院后 3 个月内禁止食用过硬的食物,要具体指出什么是过硬食物,如排骨、干胡豆、袋装牛肉干等,以(下转第 576 页)

* 基金项目:第三军医大学新桥医院护理临床课题(2013025)。

作者简介:高玉霞(1984-),护师,本科,主要从事口腔科相关疾病的临床

人首先就将其与脑膜瘤相联系。(4)影像学表现特异:如考虑患者存在颅内占位性病变,临床多先行头颅 CT 平扫检查进行初筛。然而对于 MEP,其颅内病变较小甚至缺如,CT 上除提示局部骨质增生外,往往不能发现任何脑膜瘤征象,进而导致误诊、漏诊。随着病程进展,肿瘤体积逐渐增大后,CT 才可能发现颅内或眶内病变。对于 MEP,头颅增强 MRI 更有特异性,其 T_1 像呈现为等或低信号, T_2 像多为高信号,增强像可见肿瘤及被侵犯的硬脑膜明显均匀强化。肿瘤的颅内部分边缘欠规则,但仔细观察可发现其与脑组织之间多存在明显的蛛网膜间隙。MEP 的瘤周水肿往往较普通脑膜瘤更加严重,这可能与 MEP 增殖活性高及易破坏血脑屏障有关^[7]。

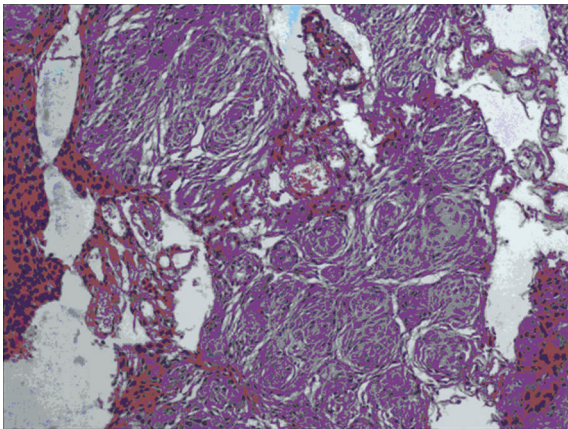


图 6 术后病理切片(40×10)

MEP 生长方式特殊、生物学行为异常、临床症状不典型、影像学表现特异导致其早期诊断困难,易误诊、漏诊。为减少其误诊、漏诊的概率,临床上对于以进行性突眼为首发症状的患者,需警惕为 MEP 可能。如结合 CT 上有局部颅骨增生表现,MEP 的诊断应进一步怀疑。针对 CT 提示颅骨增生明显,颅内未见确切软组织肿块影的患者,MRI 检查非常必要,其在

诊断 MEP 方面较 CT 具有明显的优势。

MEP 临床少见,临床特点鲜明,早期诊断困难,其并发颅骨增生的机制尚不明确,治疗也无统一的方案,复发的概率大,具有重要的临床研究价值。作者期待对其进一步研究与探讨,以期为其诊断和治疗提供参考。

参考文献:

- [1] Ringel F, Cedzich C, Schramm J. Microsurgical technique and results of a series of 63 sphenoidal meningiomas [J]. *Neurosurgery*, 2007, 60(4 Suppl 2): 214.
- [2] Li Y, Shi JT, An YZ, et al. Sphenoid wing meningioma en plaque: report of 37 cases [J]. *Chin Med J*, 2009, 122(20): 2423-2427.
- [3] Hongmin J, Kang SH, Lee JB, et al. Hyperostotic meningioma with minimal tumor invasion into the skull [J]. *Neurol Med Chir*, 2005, 45(5): 480-483.
- [4] Gupta SK, Mohindra S, Radotra BD, et al. Giant calvarial hyperostosis with bi parasagittal en plaque meningioma [J]. *Neurol India*, 2006, 54(2): 1626-1627.
- [5] Jin UB, Young DC, Jae CY, et al. An osteolytic meningioma en plaque of the sphenoid ridge [J]. *Korean Neurosurg Soc*, 2008, 43(1): 34-36.
- [6] Goyal N, Kakkar A, Sarkar C, et al. Does bony hyperostosis in intracranial meningioma signify tumor invasion? A radio-pathologic study [J]. *Neurol India*, 2012, 60(1): 50-54.
- [7] Kuitao Y, Yan C, Li L, et al. Study on the clinic-pathology and imaging features of cranio-orbital communicating meningioma [J]. *Pract Radiol*, 2009, 25(11): 1551-1554.

(收稿日期:2014-10-08 修回日期:2014-11-10)

(上接第 569 页)

减轻骨折区受力;对于颌间牵引的患者每日进行张口训练,向患者及家属讲明功能锻炼的重要性^[12]。

随着现代生物材料学的进展和骨折内固定技术的进步,颌面部骨折治疗技术有了长足的进步。坚强内固定已经是治疗颌面部骨折的常用方法,能够进行早期的开口训练,有利于患者早期康复^[13]。护理本组患者的体会有:医护人员要很好的配合,尤其是护理人员要在术前了解医生的手术计划,术后要向医生详细了解手术情况,这样在与患者沟通时才心中有数。本组患者经过作者积极的临床护理,所有患者基本都恢复了术前面部外形,并获得了良好的咬合关系和咀嚼功能,达到了预期的治疗效果。

参考文献:

- [1] 谢旺祥,陈明福,高亮,等.颌面部多发性骨折治疗方法的探讨[J]. *口腔颌面外科杂志*, 2011(4): 90-92.
- [2] 汪艳,尹华,匡凌云.下颌骨骨折切开复位内固定术 68 例围术期护理[J]. *齐鲁护理杂志*, 2010, 16(21): 67-68.
- [3] 何伟.颌面部创伤 356 例的临床分析[J]. *口腔颌面外科杂志*, 2013, 23(5): 387-389.
- [4] 魏有红,夏翠兰,周运彩,等.手外伤致残患者心理状态调查及护理干预[J]. *中华全科医师杂志*, 2013, 11(9): 1426-1427.

- [5] 张世凡,黄国莲.口腔颌面外伤患者生活质量的心理学研究[J]. *江西医药*, 2013, 48(6): 562-563.
- [6] 吴丽霞.小型钛板内固定治疗颌骨骨折的围术期护理[J]. *哈尔滨医药*, 2013, 33(4): 329-330.
- [7] 马玲宁,薛桂红.83 例颌面部骨折患者围术期的护理体会[J]. *贵阳中医学院学报*, 2012, 34(4): 150-151.
- [8] 林伟真,陈娇艳,张美焦.健康教育在颌面部骨折患者护理中的应用分析[J]. *现代医药卫生*, 2012, 28(22): 3469-3470.
- [9] 谢莲金.全麻术后患者苏醒期的监测及护理管理[J]. *齐齐哈尔医学院学报*, 2013, 34(22): 3389-3390.
- [10] 吴小红,王霞,何淑波.舒适护理在无痛消化内镜检查术中的应用[J]. *重庆医学*, 2014, 43(8): 1006-1007.
- [11] 刘芹,魏婷,孙世尧,等.口内入路坚强内固定术治疗颌骨骨折的护理体会[J]. *临床口腔医学杂志*, 2010, 26(1): 50-51.
- [12] 连白玲,李玮,赵虹.上颌骨骨折颌间牵引固定术后预防并发症的护理[J]. *全科护理*, 2014, 12(3): 216-217.
- [13] 陈婷婷.微钛板颌骨骨折内固定术后的临床护理分析[J]. *中外医疗*, 2013, 3(10): 151-153.

(收稿日期:2014-09-10 修回日期:2014-10-15)