

骨膜下浸润麻醉拔除上颌磨牙 742 例观察

朱铜军

[摘要] 目的:探讨骨膜下浸润麻醉拔除上颌磨牙效果。方法:对 742 例上颌磨牙拔除术中应用骨膜下浸润麻醉,认真观察,记录麻醉效果。结果:742 例患者麻醉效果优、良者达 99.33%,有效率 100%。结论:在施行上颌磨牙拔除术时,采取骨膜下浸润麻醉法,效果显著,定位准确,操作方便,并发症减少,术野更清晰。

[关键词] 麻醉,牙科;拔牙

[中国图书资料分类号] R 782.054 [文献标识码] A

临床上拔除上颌磨牙时,多采用上牙槽后神经阻滞加腭前神经阻滞麻醉,这种方法一方面较复杂,另一方面并发症较多^[1]。近两年来笔者应用骨膜下浸润麻醉法拔除上颌磨牙 742 例,效果良好,现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 742 例患者,男 347 例,女 395 例;年龄 15~68 岁。均无拔牙禁忌,其中上颌第一磨牙 297 例,上颌第二磨牙 132 例,上颌第三磨牙 313 例,左右侧无差异。

1.2 材料 2%盐酸利多卡因 2 ml(含 1:100 000 盐酸肾上腺素);普通 5 ml 玻璃注射器,4 $\frac{1}{2}$ [#] 一次性无菌注射针(浙江康德莱医疗器械塑料有限公司)。

1.3 麻醉方法 (1)颊侧骨膜下浸润:患牙颊侧局部黏膜以 2%碘酊消毒,以前庭沟为刺入点,针尖斜面向着骨面,针尖进入黏膜下可先推入药液 0.1 ml,以减轻骨膜下注射疼痛,稍候数秒再将针深刺直达骨面,针头与骨面成约 60°,注射药液 1.0~1.5 ml。(2)腭侧骨膜下浸润:患牙腭侧局部黏膜以 2%碘酊消毒,距龈缘 0.5~1.0 cm 进针,针尖与组织成 45°,直达骨面,注入麻药 0.3~0.5 ml 或至局部黏膜发白^[2]。

1.4 麻醉评定标准 注射麻药 5 min 后开始手术,效果由患者以自我感觉评定,采用 10 点视觉模拟标尺表 VAS,0~2 级为优,患者无疼痛及不适感;3~5 级为良好,患者有轻微不适感,基本无痛;6~7 级为可,患者感觉疼痛,可以忍受手术进行;8~10 级为差,患者不能忍受手术。0~7 级为有效。

1.5 结果 骨膜下浸润麻醉拔牙麻醉效果评定见表 1。

表 1 骨膜下浸润麻醉拔牙麻醉效果评定结果 n;百分率(%)

| 磨牙位置 | 优 | 良好 | 可 | 差 |
|--------|------------|-----------|---------|---------|
| 上颌第一磨牙 | 276(92.93) | 21(7.07) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| 上颌第二磨牙 | 127(96.21) | 5(3.79) | 0(0.00) | 0(0.00) |
| 上颌第三磨牙 | 269(85.94) | 39(12.46) | 5(1.60) | 0(0.00) |
| 合计 | 672(90.57) | 65(8.76) | 5(0.67) | 0(0.00) |

2 讨论

2.1 麻醉效果显著 本组共计患牙 742 颗,麻醉效果优者 672 例(90.57%),良好者 65 例(8.76%),效果尚可者仅 5 例(0.67%),且均为手术较复杂的上颌第三磨牙阻生,无麻醉失败,优良率达 99.33%,与传统的上齿槽后神经阻滞加腭前神经阻滞相比,优良率高。

2.2 定位准确,操作方便 由于局部浸润麻醉注射部位较浅,定位较为准确,从而使操作极为简单,减少了药物用量,也使患者的紧张程度大大降低,同时,注射部位较浅,使用 4 $\frac{1}{2}$ [#] 一次性注射针头代替常用的 5[#] 牙科专用针头成为可能,减轻了针头刺入黏膜时的痛觉及患者对长而大的针头的恐惧感。

2.3 并发症减少 行颊侧骨膜下浸润麻醉时,由于注射部位较浅,可以避免针头进入翼丛,有效地避免了翼丛血肿;同时免去了针头沿上颌结节的弧形表面滑动,降低了注射针头折断的可能性。行腭侧骨膜下浸润麻醉时,注射点距离中线较远,极大地避免了药物对腭中、腭后神经的作用,从而使患者因软腭、悬雍垂麻痹不适而致的恶心或呕吐发生率明显降低。同时,注射位置的变浅,也减少因注射引起的局部感染率和神经损伤率^[1,3]。

2.4 手术视野清晰 口腔颌面部的血供非常丰富,在麻醉药物中适当加入盐酸肾上腺素一方面使麻醉时间延长,另一方面可以使术区出血减少,而在行阻滞麻醉时,仅仅使神经的伴行血管收缩,其它血管的

交叉血供并未减少;而骨膜下浸润麻醉时,药物直接作用于手术区周围的末梢血供,从而使手术时的出血显著减少,手术视野也更加清晰。

[参 考 文 献]

[1] 张锡泽,邱蔚六.口腔颌面外科学[M].第2版.北京:人民卫生

出版社,1989:56~59,68~69.

[2] 梁 斌.口腔颌面常见病的手术治疗[M].贵阳:贵州科学技术出版社,1991:35~38.

[3] 唐寄萍,查 炜.骨膜下浸润麻醉牙髓切除(断)术临床观察[J].上海口腔医学,2001,10(2):186~187.

[文章编号] 1000-2200(2004)05-0456-02

·临床医学·

急性坏疽性胆囊炎的临床特点和外科诊治体会

沈铁骁

[摘要] 目的:探讨急性坏疽性胆囊炎的临床特点和外科诊治方法。方法:对1993~2002年外科收治的118例急性坏疽性胆囊炎患者临床特点和外科诊治资料进行回顾性分析。结果:急性坏疽性胆囊炎多由急性胆囊炎发展而来,多发生于老年患者,进展迅速,病情凶险,明确诊断后立即手术治疗,本组118例均行手术治疗,治愈114例,病死4例。结论:早期诊断,完善的术前准备,积极的手术治疗是提高治愈率的关键。

[关键词] 胆囊炎;坏疽;外科手术

[中国图书资料分类法分类号] R 634; R 575.61

[文献标识码] A

急性坏疽性胆囊炎多由急性胆囊炎发展而来,多见于老年患者,由于机体对炎症的应激反应能力差且伴发疾病多,胆囊坏疽的发生率高,病情发展迅速。发病后,应采取及时的手术治疗,否则将会导致严重的后果。1993~2002年,我院外科共收治并经手术证实的急性胆囊炎患者1248例,其中经术后病理证实为急性坏疽性胆囊炎者118例,现作报道。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男49例,女69例;年龄37~84岁。患者均有不同程度的腹痛。体检:104例患者有体温明显升高 $38.0\sim 39.6^{\circ}\text{C}$;脉搏加快 $93\sim 136$ 次/分;伴有黄疸者32例;所有患者都有右上腹的肌紧张、压痛及反跳痛,其中89例可扪及肿大的胆囊或胆囊周围炎性包块;白细胞计数 $(10.3\sim 28.7)\times 10^9/\text{L}$,中性粒细胞 $0.803\sim 0.924$ 。B超检查:82例患者有胆囊肿大、胆囊多发结石或胆囊颈部巨大结石、胆囊壁增厚、胆囊周围渗出等;CT检查可发现胆囊壁弥漫性增厚、胆囊体积增大,胆囊外廓的边界模糊,周围出现水肿带,胆囊肝床界面不清;并发中毒性休克34例;合并高血压43例,冠心病61例,糖尿病15例,慢性支气管炎、肺气肿21例。

1.2 治疗方法 本组118例患者均行手术治疗。手术采用气管内联合连续硬膜外麻醉,手术切口选择右上腹经腹直肌切口,术中发现所有病例均有胆

囊黏膜或胆囊壁不同程度的部分或全部坏死,其中胆囊、十二指肠内瘘3例,胆囊穿孔破裂7例,75例行单纯胆囊切除术,27例行胆囊大部切除加残余黏膜烧灼术,3例行胆囊切除加十二指肠修补术,11例行胆囊切除加胆总管探查术,2例行胆囊造瘘术。

1.3 治疗结果 本组114例经手术治疗后痊愈出院,治愈率为 96.61% 。术后切口感染28例(23.73%)。术后死亡4例(3.39%),其中3例死于中毒性休克,1例死于呼吸功能衰竭。平均住院天数19.2天。

2 讨论

急性坏疽性胆囊炎是急性胆囊炎病程发展的一个阶段,多数急性坏疽性胆囊炎是急性胆囊炎未能及时手术而使病情发展的结果。急性胆囊炎患者一旦出现胆囊坏疽,往往病情凶险,此时若不能得到及时的手术治疗,往往导致胆囊穿孔、破裂及弥漫性腹膜炎、中毒性休克等一系列危及生命的严重并发症。

本组资料显示,急性胆囊炎出现胆囊坏疽的多为老年患者,平均年龄61岁,女性多于男性;这些患者多数合并有高血压、冠心病、糖尿病以及呼吸系统等疾病,免疫力低下,抗病能力差,一旦发病,则病程进展迅速,中毒性休克发生率高,病情凶险。临床表现主要为右上腹疼痛伴有畏寒、高热,黄疸多不明显。体格检查:右上腹有肌紧张、压痛及反跳痛,多数患者可以扪及肿大的胆囊或胆囊周围炎性包块;如合并胆囊穿孔,则有全腹剧烈疼痛,体检可发现弥漫性腹膜炎体征,腹穿可抽出胆汁样液体;实验室检

[收稿日期] 2004-03-31

[作者单位] 安徽省蚌埠市第三人民医院 普外科,233000

[作者简介] 沈铁骁(1966-),安徽蚌埠人,主治医师。