



浅谈弹性橡皮咬合垫在舌系带延长术中的应用体会

黄继标 (福建省南平市第二医院口腔科, 福建南平 354200)

摘要: **目的** 探寻一种有利于舌系带手术高效, 安全, 经济, 便捷的方法。**方法** 收集2012.1-2016.2在我院口腔科使用弹性橡皮咬合垫行舌系带延长术的患儿360例。(年龄为出生后3天到8岁), 根据采用两种不同方法将患儿分为两组, 比较医生术中所用的时间, 患儿的配合程度, 出血量及术后反应程度进行对比。**结果** 使用弹性橡皮咬合垫行舌系带延长术的患儿, 其手术操作时间明显缩短, 出血量少, 医生视野清晰, 患儿舒适, 家长满意。**结论** 弹性橡皮咬合垫在舌系带延长术中的应用, 明显缩短手术操作时间, 有效减少术中出血, 医生视野清, 术后患儿舒适, 家长满意, 无明显不良反应, 值得在基层推广。

关键词: 弹性橡皮咬合垫 舌带延长术 应用

中图分类号: R782 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 11-085-02

随着社会发展及科学育儿知识的广泛普及, 如今家长开始普遍重视子女的人际交流能力和心理健康等诸方面培养。严重的舌系带过短会对儿童发育, 尤其是对语言发育造成严重影响, 已逐渐为家长及医务人员的高度关注和重视。如何正确选择适宜的手术时机, 最佳手术方案, 且最能为广大患儿家长所接受。在对360例需要手术的患儿进行研究分析后, 将舌系带分为四种类型: A. 薄膜型。对于<1岁的患儿只需表麻下, 由家长环抱患儿依靠牙科手术椅上, 助手固定头部, 并诱导患儿张口, 将咬合垫置于一侧后牙区。B. 粗厚型。患儿应尽早在3-4岁前进行, 且需要麻醉和缝合; C. 严重型。对舌系带非常短, 厚的患儿, 手术创伤较, 应增加辅助切口或应用“Z”, “V-Y”型切口。D. 个别极不配合的患儿可推迟到学龄前或在全麻下进行。由于儿童的发音与听觉功能, 语言环境, 运动功能等诸多因素有密切关系, 且4~8岁间是完善发音功能的关键时期, 如能使舌活动功能恢复正常, 则有利语言发音系统的正常发音。

1 资料与方法

1.1 一般资料

弹性橡皮咬合垫 (德国产), 2%利多卡因, 小号弯止血钳2把, 舌叉一把, 眼科剪刀1把, 持针器, 缝合针及3-0可吸收缝线各一, 线剪, 棉球, 纱布, 注射器等, 本文选自2012.1~2016.2在我院口腔门诊使用弹性橡皮开口器接受舌系带延长术患儿360例并将其分为A、B两组, 每组各180例。

1.2 病例选择

A. 婴儿吮吸无力, 哺乳困难。B. 舌尖不能前伸或前伸抵达口外不足1cm。C. 张口时舌系带及舌运动时, 舌尖部呈W状。D. 舌系带溃疡。E. 患儿说话含糊不清。

1.3 方法

1.3.1 术前检查: 详细询问病史, 排除心脑血管, 呼吸系统, 智障及失聪患儿后进行血常规及出凝血时间检查以排除手术禁忌症。

1.3.2 消毒: 一周内小儿用0.9%盐水口内消毒, 大于1周岁的患儿可用0.5%碘伏消毒。

1.3.3 麻醉: 6个月内新生儿因神经系统发育尚未完善, 系带薄者, 痛感小, 可用表面粘膜麻醉; 6个月以上的患儿则用采用表麻与2%利多卡因局部浸润麻醉。

1.3.4 手术方法: a 对于6个月内其形态属薄膜型者, 用两根棉签将舌尖挑起, 表麻后直接用眼科剪刀剪断舌系带至口底粘膜, 术后用1%碘甘油棉签压迫1分钟即可。b 对于6个月以上及舌系带粘膜肥厚患儿必须在局麻下进行手术。方法, 术前医护人员尽量用言语与情感交流等方式取得患儿及家长的配合, 以减轻手术的痛苦。患儿取仰卧位, 由家长环抱于胸前将其双手及两脚交叉固定; 一助手将其头部固定好; 医护人员诱导患儿张开口腔, 另一助手依其有无牙及开口度

选择相应大、中、小号弹性橡皮咬合垫置于患儿左右侧口角或乳磨牙后区, 控制好口腔术区的开口度, 并固定以防误吞。术者用舌叉将舌尖抬起, 局麻后用一小号弯止血钳夹至口底粘膜, 尖端朝上; 另一弯止血钳尖朝下亦夹到口底粘膜。迅速用眼科剪断系带粘膜及深层纤维, 注意避让舌下腺导管及舌下动静脉血管。然后用3-0可吸收线纵向缝合创口3~4针, 仔细检查创口有无渗血, 休息观察15分钟后无明显出血迹象后, 方可离院。嘱咐家长及患儿术后2小时禁食, 24小时内勿吮吸伤口及吮吸乳头或奶嘴进食, 婴幼儿可改用调羹喂养, 防伤口出血。术后流质、半流质或软质饮食至一周。餐后漱口, 注意口腔卫生; 交待家属避免患儿自行咬伤和手抓伤; 使用抗生素1~2天预防感染; 术后3天后复查。

两组舌系带延长手术情况比较(A组为对照组, B组为实验组)

| 年龄 | 分型 | 配合程度 | | 手术平均时间 (min) | | 出血量 (ml) | | 术后反应 | |
|------|-----|------|----|--------------|----|----------|-----|------|----|
| | | A组 | B组 | A组 | B组 | A组 | B组 | A组 | B组 |
| 0~1岁 | 薄膜型 | 优 | 优 | 3 | 1 | 1 | 0.5 | 轻 | 轻 |
| 1~3岁 | 中厚型 | 良 | 优 | 5 | 3 | 3 | 2 | 中 | 轻 |
| 3~8岁 | 粗厚型 | 差 | 良 | 10 | 5 | 5 | 3 | 重 | 中 |

2 结果

180例患儿经使用弹性橡皮咬合垫行舌系带延长术后效果满意, 手术时间为3~5分钟, 以手术配合程度分为: 1 优: 患儿不反抗能自行配合或仅由家长怀抱即可配合医生完成手术, 手术时间小于3分钟。2 差: 患儿对手术及为不配合, 反抗极为强烈, 需要3人以上协助完成, 手术时间大于5分钟。3 良: 介于两者之间。术后反应分: 轻: 患儿术后无明显的出血, 疼痛, 哭闹等。中: 术后轻微不适, 痰中略带血丝, 不需要止痛片消炎药。重: 术后痛感明显, 要通过口服消炎药才能缓解。出血量A组平均出血量在4.5ml; B组平均出血量为2.75ml, A组术后反应较大, B组术后反应明显减轻。术后舌尖由“W”型变为尖弧形或微凹型, 舌尖上抬时能抵上腭, 舌前伸时能达口外1cm以上, 术后吸乳功能有明显改善, 无出血, 无感染, 无瘢痕增生等。

3 讨论

婴幼儿舌系带过短发生率约为6%左右, 舌系带紧密附丽在下颌骨舌侧牙槽嵴上, 舌尖呈W型, 舌伸时不能达口外, 舌上抬时不能抵上腭, 吮吸无力, 发口音时含糊不清。随着生水平的提高, 婴幼儿接受早期教育越来越多, 所以应尽早行手术。3-4岁是施行舌系带矫正的最佳时期, 此时正是幼儿学话时期, 如能尽早矫正, 多数患儿不用进行标准语音训练, 多能自行调整, 少数患儿语音发育还不清晰者, 是因为舌体长期受牵拉, 患儿已习惯错误的发音, 要极时进行标准语音训练, 从字, 词, 句进行, 纠正不良发音。8岁以后口内本体



感觉及语言习惯已经形成,接受矫正术后,纠正发音较困难,须一定时间的语音训练并随访观察。若仍不清,则需进一步检查和治疗。

舌系带短缩特别是肥厚型及部份极不配合儿童,传统的做法是以金属开口器裹一层纱布强行将患儿口腔撑开后,用粗针粗线将舌尖穿通牵拉起,因其开口器相对较大,患儿多不配合,较不适,且影响医生术野,若不慎时有损伤口腔粘膜,牙槽粘膜及患儿牙齿的可能,并对患儿心理健康造成不良影响。目前电离子,激光,高频电刀,微波凝固术及全麻醉等不失为较理想的手术方式,但其价格相对昂贵,且有严格的适应症,一般口腔门诊医生难以施行,患儿家长也难以接受,而采用弹性橡皮咬合垫开口器在基层口腔门诊相当适用。其最主要特点在于1.咬合垫开器为弹性橡皮制作,可根据患者开口度大小进行选择,对牙槽、口腔粘膜及牙齿无任何损伤。2.此材料可高温高压消毒,能常久使用。3.此开口器置于患儿一侧口角区,不影响手术视野。4.每例患儿从麻醉到手术

完成一般只需3~5分钟。总之,弹性橡皮咬合垫最大优点在于安全,患儿舒适,医生操作方便,手术时间短,视野清晰,术中出血少,手术彻底,患儿及家属易于接受,所以值得在基层推广应用。

参考文献

- [1] 石四箴. 儿童口腔病学[M]. 北京人民卫生出版社. 2007: 138-139
- [2] 邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 北京人民卫生出版社, 2010: 102.
- [3] 陈珠海. 婴幼儿期舌系带过短手术治疗两种术式的比较. 遵义医学院第五附属(珠海)医院口腔科, 519100.
- [4] 郑健, 何孔炎. 300例婴幼儿舌系带过短矫正的临床分析[J]. 口腔医学研究, 2009: 195-197.
- [5] 上海第二医学院口腔系编. 口腔科手册[M]. 第一版, 上海科学技术出版社, 1986: 438-439.
- [6] 蒋钦宁, 魏婷, 孙晋虎. 应用“Z”“V-Y”横切纵缝成形矫治系带过短[J]. 中国实用口腔科杂志, 2008, 10(7): 425-426.

(上接第82页)

所以与其他影响止血的药物合用时要谨慎,如替罗非班与肝素联合治疗,当出血严重时需及时给予输血治疗。该研究中,未发生大出血事件,如消化道出血等,但本研究样本量较少,尚需今后扩大样本量进一步研究验证。

有关替罗非班的使用时间,本文发现研究组在使用后明显优于对照组。我们分析靶血管完全无前向血流时,替罗非班不能充分到达病变部位及进入微循环。

因此,我们认为合理使用替罗非班可以减少PCI术中无复流现象的发生,减少术后不良事件。

参考文献

- [1] 陈跃峰, 杨跃进. 经皮冠状动脉介入治疗术后的无再流现象[J]. 心血管病学进展, 2015, 26(1): 28-32.
- [2] 孙超宇, 夏洪远, 李学奇, 等. 急性冠脉综合症介入治疗中应用[J]. 中华心血管病杂志, 2012, 36(6):493-496.
- [3] Niccoli G, Burzotta F, Galiuto L, Crea F. Myocardial no-reflow in humans. J Am Coll Cardiol. 2009. 54(4): 281-92.
- [4] 丛洪良, 杜纪兵, 齐学艳, 等. 急性心肌梗死患者经皮冠脉介入术后无慢复流发生与炎症[J]. 中华高血压杂志, 2013, 6(7):485-488.
- [5] 罗荣, 徐兴雷, 王勇, 等. 校正的帧数与载回落评价老年急性心肌梗死患者支架成形术后心肌组织灌注[J]. 中国老年病学杂志, 2014, 24(1):1-9.

(上接第83页)

手术部分的充血、水肿等不良反应,减少局部的出血,缩短住院时间。综上所述,鼻内镜手术联合糖皮质激素喷雾剂治疗鼻息肉较鼻内镜手术手术治疗临床疗效更好,且手术时间以及手术过程中的出血量及住院时间均明显减少,值得在临床上进行初步应用。

参考文献

- [1] 余良才. 经鼻内镜手术联合药物治疗慢性鼻窦炎鼻息肉患者的效果浅谈[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 10(34):5219-5220.
- [2] 孙立保. 用鼻内镜手术对合并鼻息肉的鼻窦炎患者进行治疗的效果分析[J]. 当代医药论丛, 2015, 10(20):217-218.
- [3] 朱俊所, 马明. 鼻内镜鼻窦手术后鼻腔冲洗联合丙酸氟替卡松喷雾剂治疗慢性鼻窦炎、鼻息肉的疗效观察[J]. 安徽医药, 2015, 19(9):1813-1815.

- [4] 王士美, 王义杰. 慢性鼻-鼻窦炎及鼻息肉伴嗅觉障碍患者鼻内镜术后嗅觉变化分析[J]. 中国实用医药, 2015, 12(27):15-16.
- [5] 常尚揆, 李玉华, 刘瑾, 等. 初次鼻内镜手术与修正性鼻内镜手术治疗慢性鼻窦炎伴鼻息肉的疗效[J]. 中国伤残医学, 2015, 23(18):16-17.
- [6] 李贤斌, 吴海丽, 肖艳林. 糖皮质激素对鼻息肉鼻内镜手术患者的疗效及术后生活质量的影响[J]. 医学综述, 2015, 21(16):3068-3070.
- [7] 胡玮, 樊新, 王丹丹, 等. 鼻内镜手术治疗青少年及儿童慢性鼻-鼻窦炎伴有鼻息肉远期疗效评估[J]. 中国伤残医学, 2015, 23(17):11-13.
- [8] 邓晓奕, 徐开伦, 任贤灵. 鼻内镜联合局部应用曲安奈德鼻喷雾剂治疗鼻息肉患者疗效及复发率的观察[J]. 中华全科医学, 2015, 13(8):1266-1267.

(上接第84页)

产生率相比参考组要高,差异没有统计学意义($P>0.05$);甲组、乙组的不良妊娠产生率显著比参考组要高,而且丙组的产生率相比甲组要高,差异具有统计学意义($P<0.05$)。实验组新生儿并发症产生率为70%,参考组为49.17%,参考组相比实验组要低,差异具有统计学意义($P<0.05$)。总而言之,就具有此类症状的生殖道感染阳性患者而言,利用抗菌药物展开诊治具有明显的诊治效果,然而就没有此类症状的患者而言效果不够显著。

综上所述,生殖道感染患者的不良妊娠产生率以及新生儿并发症产生率相比没有出现感染的患者要高很多,在诊治妊娠期生殖道感染的患者时,利用抗菌药物诊治是主要的方法,能够有效削弱不良妊娠的产生率,具有临床推广意义。

参考文献

- [1] 夏淑琦, 李仁良, 林胜兰等. 胎膜早破生殖道感染检测与不良妊娠结局分析[J]. 中国卫生检验杂志, 2014, 05(23):56-58.
- [2] 吴芬英, 宋佳. 孕妇妊娠末期下生殖道感染与妊娠结局的相关性分析[J]. 浙江创伤外科, 2013, 06(02):267-269.
- [3] 李春芳, 苟文丽. 妊娠期生殖道感染的药物治疗[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2014, 06(24):419-422.
- [4] 吴剑波, 张艳林. 妊娠合并梅毒患者围产预后因素探讨[J]. 江西医药, 2013, 10(23):140-142.
- [5] 黄春玉, 王蕊, 姚路. 妊娠期下生殖道感染调查[J]. 中国妇幼保健, 2014, 12(28):4101-4104.
- [6] 谭玉清, 朱坤仪. 陈敏等. 生殖道感染对早中期妊娠结局影响的研究[J]. 中国妇幼保健, 2013, 12(19):115-116.