

全程护理配合在牙缺失合并骨量不足患者牙种植术中的应用效果

李琳伟 李 爽

苏州口腔医院 江苏苏州 215000

〔摘要〕目的 分析在牙缺失合并骨量不足患者牙种植术治疗期间开展全程护理配合的效果。方法 在 2021 年 4 月~2022 年 4 月期间收治的牙缺失合并骨量不足患者中选取 96 例分为两组, 对照组给予常规护理配合, 研究组给予全程护理配合, 分析患者护理效果。结果 研究组种植成功率更高; 研究组护理依从性更高; 研究组并发症率更低, 差异具有统计价值 ($P < 0.05$)。结论 在牙缺失合并骨量不足患者牙种植术治疗期间, 全程护理配合有利于促进种植效果的优化, 其对于患者口腔健康的保证具有积极价值。

〔关键词〕牙缺失合并骨量不足; 全程护理配合; 种植成功率; 护理依从性; 并发症率

〔中图分类号〕R473.78 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2023) 01-148-02

近年来, 随着生活质量的不断提升, 口腔健康问题逐渐成为广大人民群众关注的一个重点问题^[1]。在临床过程中, 对于牙缺失和骨量不足的患者而言, 种植牙技术的发展和成熟, 有利于帮助患者进一步实现口腔健康的合理保障。总的来看, 种植牙具有舒适美观等优势, 可以有效促进患者口腔功能的恢复^[2]。在种植牙手术开展期间, 良好的护理干预可以确保手术工作的顺利进行, 因此, 医护人员对于如何开展护理工作展开了分析。本文针对在牙缺失合并骨量不足患者牙种植术治疗期间开展全程护理配合的效果进行了分析, 现整理如下。

1 材料与方法

1.1 一般资料

在 2021 年 4 月~2022 年 4 月期间收治的牙缺失合并骨量不足患者中选取 96 例分为两组, 对照组男 28 例, 女 20 例; 年龄 28~62 岁, 平均 (42.52±2.74) 岁; 研究组男 27 例, 女 21 例; 年龄 30~66 岁, 平均 (42.47±2.82) 岁; 差异无统计价值 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 对照组

给予常规护理配合, 护理内容如下: ①做好术前宣教工作。②在手术期间遵循无菌操作原则配合组织医生开展护理。③术后密切监测患者口腔健康情况和种植体情况。

1.2.2 研究组

给予全程护理配合, 护理内容如下: ①术前护理: 在手术开始前, 医护人员应及时对牙种植术的相关内容进行宣传说明, 从而充分帮助患者了解手术治疗内容, 确保患者术中护理配合度的提升。在此期间, 其还应对患者进行个体评估, 分析患者是否符合手术指征。此外, 医护人员还应及时对患者进行积极心理建设, 帮助患者树立起治疗信心。②术中护理: 在手术开展过程中, 医护人员应做好患者体温引导, 组织患者取半卧位并在嘴唇上涂抹石蜡油, 避免唇部干燥对患者情绪造成影响^[3]。在手术治疗期间, 应密切监测患者生命体征指标并有效营造良好手术室氛围, 以便确保手术操作的顺利进行。③术后护理: 在术后应及时开展患者健康教育工作, 指导患者养成良好的口腔卫生习惯, 同时帮助患者制

定膳食方案, 确保患者在术后康复阶段以软烂的食材作为首选, 禁食生冷、辛辣以及坚硬的食物, 避免对口腔造成刺激。与此同时, 应在预后定期通过电话或微信的方式进行随访, 从而根据患者遇到的问题给予专业的护理指导。

1.3 观察标准

1.3.1 患者种植成功率

依据患者实际情况对比, 术后 1 年随访时患者植入伤口愈合良好且牙体牢固为成功。

1.3.2 患者护理依从性

依据患者表现分为依从、基本依从以及不依从。

1.3.3 患者并发症率

包括异物感、牙体脱落以及骨过度吸收。

1.4 统计学方法

选取 SPSS21.0 处理数据, 以 $P < 0.05$, 表示差异具有统计价值。

2 结果

2.1 患者种植成功率对比

研究组种植成功率更高 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 患者种植成功率

组别	n	种植成功数量	种植成功率 (%)
研究组	48	47	97.92
对照组	48	41	85.42
χ^2	-	-	4.909
P	-	-	0.027

2.2 患者护理依从性对比

研究组护理依从性更高 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 患者护理依从性

组别	n	依从	基本依从	不依从	总依从 (%)
研究组	48	30	18	0	100.00
对照组	48	21	23	4	91.67
χ^2	-	-	-	-	4.174
P	-	-	-	-	0.041

2.3 患者并发症率对比

研究组并发症率更低 ($P < 0.05$)。见表 3。

(下转第 150 页)

入手术室的体温以外，研究组其他各个时段的体温均明显更高，(p<0.05)，详见表 1。

表 1 比较两组患者核心体温的变化情况 ($\bar{x} \pm s$, °C)

组别	例数	初始进入手术室	麻醉用药完成	麻醉后 0.5h	麻醉后 1h	手术结束时
参照组	31	36.23±1.87	36.89±1.19	36.85±0.39	36.82±0.61	36.95±0.75
研究组	31	36.56±1.58	36.21±0.37	36.02±0.41	35.84±0.35	36.63±0.43
t 值	-	0.750	3.038	8.166	7.758	2.060
p 值	-	0.455	0.003	0.000	0.000	0.043

2.2 比较两组患者的满意度情况

组间相比，研究组的满意度更高，(p<0.05)，详见表 2。

表 2 比较两组患者的满意度情况 [例 (%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
参照组	31	16 (51.61)	7 (22.58)	8 (25.81)	23 (74.19)
研究组	31	21 (67.74)	9 (29.03)	1 (3.23)	30 (96.77)
χ^2 值	-	-	-	-	6.369
p 值	-	-	-	-	0.011

3 讨论

低体温状态是外科手术过程中较为常见一种不良反应，其诱发因素多且复杂。已有大量的实践研究表明，造成术中低体温情况发生的因素除了患者自身原因（不良情绪、免疫功能异常等）外，还包括与手术相关环节的操作，如麻醉、输血、补液等。有学者通过研究指出，除了上述因素外，术中大出血，补液过多、手术室温度等也会增加低体温症状发生的可能^[5]。低体温发生后，不仅会增加手术切口发生感染的风险，还会导致凝血功能出现异常，进而对患者多个器官或系统的功能造成负面影响，尤其会影响到患者的代谢功能，从而延长麻醉药效时间，使患者出现长时间意识不清醒情况，因此，为术中大出血患者实施低体温的预防与护理措施非常必要^[6]。本次研究中，研究组通过术前的知识宣教，心理疏导，手术过程中为不同危险系数患者实施的一系列保温措施，以及严格的体温监测管理后。结果显示，研究组除了初始进入手术室的体温以外，其他各个时段的体温均明显高于参照组。

并通过全面而贴心的护理服务，获得了患者及家属的高度赞誉。这更加说明了低体温预防及护理的必要性。

综上所述，为术中中大出血后患者实施低体温预防及护理措施，能够有效避免低体温症状及相关并发症的发生，值得大范围推荐应用。

[参考文献]

[1] 陈建云, 郑小薇, 徐舜, 徐晓霞. 经阴道超声血流参数与剖宫产瘢痕妊娠患者术中大出血的关系 [J]. 浙江创伤外科, 2022, 27(05):925-926.

[2] 史力方, 廖淑芬, 黄柳芳, 龚凤球. 策略优化管理模式的全方位护理干预在预防食管癌患者术中低体温中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(18):33-35.

[3] 钮敏红, 龚喜雪, 卢梅芳. 影响子宫内位异位症腹腔镜手术患者术中低体温相关因素分析及预防对策 [J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(23):5406-5409.

[4] 孔珊珊, 邓露, 中海艳, 吕倩, 李雨珍, 郑洪. 剖宫产产妇产中低体温风险预测模型的构建及应用效果研究 [J]. 中华护理杂志, 2021, 56(02):165-171.

[5] 李小英, 张红, 吴莉娜, 钞海莲, 马霞, 高明姬, 于晓倩. 全麻患者术中低体温临床结局及其护理预防策略研究 [J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(01):153-156.

[6] 宋海宇, 谭清泉, 陈拥华, 王幸, 谭春路, 刘续宝. 胰腺炎后胰源性门静脉高压患者术中大出血的危险因素探究 [J]. 中国普外基础与临床杂志, 2019, 26(05):557-562.

(上接第 148 页)

表 3 患者并发症率

组别	n	异物感	牙体脱落	骨过度吸收	并发症率 (%)
研究组	48	1	0	0	2.08
对照组	48	4	1	1	14.58
χ^2	-	-	-	-	4.909
P	-	-	-	-	0.027

3 讨论

在日常生活中，对于牙缺失合并骨量不足的患者，医疗人员通过采用牙种植术进行治疗，从而有效帮助患者实现对于口腔健康的调整。在治疗期间，系统的护理干预可以确保患者治疗工作的顺利开展并有效提升术后种植体的固定效果。基于此，医护人员对于如何开展护理工作进行了分析^[4]。从护理工作的角度来看，与常规护理模式相比，通过全程护理配合工作的合理开展，医护工作者可以在牙种植术围术期期间及时做好对于不同阶段护理工作的合理制定与落实，其有利于帮助患者更好地实现对于手术内容的充分了解并掌握相应的护理技巧，有助于促进患者自护意识和自护能力的提升。与此同时，在术后康复过程中，通过做好健康知识宣教，医护人员可以帮助患者更为全面地实现对于饮食习惯和口腔卫

生习惯的培养，其有助于确保种植体稳固度的提升^[5]。此外，全程护理干预更为充分而全面地关注到了患者围术期不同阶段对于护理工作的诉求，其可以帮助医护人员合理实现对于护理工作侧重点的充分调整转变，有利于提升各个阶段护理工作的针对性水平。大量临床报道指出，通过结合全程护理干预模式开展护理服务患者，预后口腔健康水平均得到了显著的改善，由此证明，该护理模式具有良好的临床应用价值。本次研究结果显示，在全程护理配合的帮助下，患者种植成功率、护理依从性以及并发症率等指标均得到了相应的改善。

综上，为了促进牙缺失合并骨量不足患者牙种植术治疗工作的顺利开展，医护人员应积极结合全程护理配合模式开展护理工作。

[参考文献]

[1] 程莉, 黄兴美. 复合树脂纤维粘结桥在前牙缺失修复中的护理要点 [J]. 医学美容, 2021, 30(6):58.

[2] 向昕煜, 吴作. 上颌前牙美学区即刻种植与修复围术期的护理配合 [J]. 健康忠告, 2021, 15(23):108.

[3] 赵蕊妮, 李凤舟, 周专元, 等. 高龄患者全麻下行数字化引导全口种植围术期管理与护理 [J]. 空军医学杂志, 2021, 37(6):546-549.