

瓷贴面牙体预备的护理配合

姚莉

(天津市口腔医院,天津 300041)

摘要 总结 138 例瓷贴面牙体预备的护理配合。治疗前充分评估患者心理状态及治疗配合程度,有针对性的做好心理护理;治疗中熟练地护理配合,协助医生高效的完成治疗,提高修复的满意效果。

关键词 牙体;修复瓷贴面;护理配合

中图分类号 R473.78 文献标志码 B DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.01.027 文章编号 1006-9143(2019)01-0086-02

瓷贴面是应用粘结材料将薄层瓷修复体固定于患牙唇面,以遮盖影响美观的缺损、变色等缺陷的一种修复方法。具有磨除牙体组织少,对牙髓影响小,美观效果好、色泽稳定等优点^[1],现已成为口腔美学修复的主要方法之一。瓷贴面的种类较多,按其材料及制作工艺不同,可分为烤瓷贴面、热压铸陶瓷贴面、铝瓷贴面、CAD/CAM 瓷贴面等。瓷贴面适用于咬合正常,牙列整齐,牙体完整或小面积缺损的氟斑牙,轻度四环素牙,色泽不深的活髓变色牙。现将其护理配合体会总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组前牙牙体缺损患者 68 例(瓷贴面 138 个),男 36 例(瓷贴面 72 个),女 32 例(瓷贴面 66 个),年龄 18~46 岁。纳入标准:①大面积釉质缺损的四环素牙、氟斑牙,釉质发育不全等;②牙体缺损面积较小,牙髓活力正常;③牙间隙过大或过小牙;④牙齿排列基本正常,牙周情况良好,患牙无明显松动;⑤患者可耐受整体操作过程;⑥患者依从性好,并于术前知晓修复方案,签署知情同意书。瓷贴面修复后即刻、半年及 1 年复诊,除 3 例患者的 5 个瓷贴面分别于修复后半年和 1 年发生瓷面的局部崩裂或整体脱落外,其余 65 例患者均对瓷贴面修复效果满意,瓷贴面修复体舒适美观,达到预期效果。

1.2 治疗方法 瓷贴面的牙体预备尽量控制在牙釉质范围内,以确保获得良好的粘接力。唇面牙体预备的厚度在 0.3~0.7 mm,切端较厚,颈部较薄。颈部多设计龈下边缘或平龈。瓷贴面的邻面牙体预备至邻接区的唇侧,尽量不破坏邻接区。

2 护理配合

2.1 心理护理 向患者讲解瓷贴面的相关知识,治疗步骤及配合方法,评估患者对瓷贴面修复的认知及期望值,正确引导患者结合自身实际情况对瓷贴面修复治疗过程和结果有合理的认知并达成共识。同时,请患者签署知情同意书。观察患者的表情和交谈语言,评估患者心理状态及治疗配合程度,有针对性

作者简介:姚莉,女,副主任护师,护士长,本科

的做好心理疏导,消除患者紧张、焦虑情绪,积极配合医生治疗。指导患者在治疗过程中用鼻呼吸,不要用口呼吸,避免误吸误咽,不能突然闭口或摆头,如有不适要举左手示意,避免涡轮手机在高速运转状态下损伤患者的口腔黏膜及软组织。

2.2 设备及材料 高速涡轮手机、瓷贴面预备专用车针、排龈刀及排龈线、加成型硅橡胶印模材料(DMG)、全瓷比色板(Ivoclar)、低速直机等。

2.3 牙体预备的护理 护士安排患者于治疗椅上,系胸巾,嘱患者用纯净水漱口,根据需要制备的牙位,调节椅位和光源。将局麻药安装到注射器上备用,并与医生核对麻药的名称,将消毒棉签打开后传递给医生,对患者口腔进行消毒,配合医生进行麻醉注射。在医生进行牙体预备时,护士坐在患者左侧(相当于 2~4 点位置),用吸唾器吸去喷溅出的液体及水雾,为医生暴露操作视野,吸唾时动作轻柔,避免刺激咽部引起患者恶心等不适。根据切端牙体预备方式的不同以及切端牙体组织与贴面的对接关系不同,牙体预备可分为三型:开窗型、对接型和包绕型^[2]。护士根据医生牙体预备的步骤传递不同型号的车针,提高医生的工作效率,缩短治疗时间,减少患者的不适。

2.4 排龈的护理 医生牙体预备成型后,护士根据牙齿的数量,将排龈线剪成合适长度,用镊子夹住至于预备基牙附近并协助医生排龈,以减少龈沟内血液、龈沟液的分泌,使取出的印模清晰、准确,此为保证修复体有良好密合性的重要步骤。

2.5 制取印模的护理

2.5.1 调节椅位及光源 根据医生的操作部位调节椅位,取上颌印模时,患者上颌与医生的肘部相平或稍高,并使患者头部稍前倾,以免印模材料流向咽部,引起恶心;取下颌印模时,患者下颌与医生上臂中部相平,下颌颌平面与地面平行,同时根据医生的操作部位调节好光源。

2.5.2 选择合适的托盘 根据患者牙弓的大小、形态和部位选择合适的托盘,托盘与牙弓内外侧有

3~4 mm 的间隙以容纳印模材料。

2.5.3 做好患者取印模前的解释工作 告知患者在取印模时可能出现某些不适症状,甚至恶心,使之在取印模前有足够的思想准备;让患者用鼻吸气、口呼气,头微低,以减轻不适感,利于医生取出完整的印模。

2.5.4 制取加成型硅橡胶印模 护士将加成型硅橡胶印模材料轻体安装到轻体注射枪上,并安装轻体混合头递给医生;将加成型硅橡胶印模材料重体安装到重体调和机凹槽内,并安装重体混合头,左手启动开关,右手握住托盘手柄,将混合头口放入托盘底部,按照先注入非工作端后注入工作端的原则,缓慢旋转托盘注入硅橡胶印模材料,操作时重体头要埋在材料中,以避免产生气泡,硅橡胶印模材料的量基本与托盘高度平齐。在医生将硅橡胶印模轻体缓慢注射到预备的牙体后,护士将注好硅橡胶印模重体材料的托盘传递给医生,放入患者口内就位,同时开启计时器,4 min 后取出硅橡胶印模,取出的印模需放置 30 min 再消毒灌注模型。护士在操作时不要戴橡胶手套,以免影响硅橡胶类印模材料的聚合^[9]。

2.5.5 制取藻酸盐印模 根据托盘大小及患者口内缺失情况选择适量的印模粉于橡皮碗内,加入适量水调拌。水粉比例按照商品要求剂量,常用剂量的水粉比例为 1:1。调拌时调拌刀和橡皮碗内壁平面接触,接触面积越大越好。开始 10~20 s 时轻轻调拌,同时转动橡皮碗使水粉均匀混合,然后增加调和速度,平均每分钟 200 转左右,调拌时间是 30~45 s,调拌好的印模材料应均匀细腻,呈奶油状。收集材料时,一手转动橡皮碗,一手用刀刃将材料刮于碗的一侧,并反复用刀挤压排气。上颌托盘时,护士一手掌心握橡皮碗,拇指与食指捏住托盘柄,右手用调拌刀将材料以圆团状从托盘远中向近中轻轻推入,以免形成气泡;上下颌托盘时,将材料成条状于调拌刀上,从托盘一端向另一端旋转盛入,堆放在托盘上的材料应表面光滑,均匀适量。传递托盘以医生方便抓握为原则,要留出足够的手柄位置,医生接过托盘放入患者口内就位,2~3 min 材料凝固,取出藻酸盐印模送模型室消毒灌注。藻酸盐印模材料具有吸水膨胀,失水变性的特性,印模制取后应在 15 min 内及时灌注石膏模型,以防止脱水变形。

2.6 比色的护理 请患者处于自然光线下,协助医生采用全瓷比色板和牙本质比色板分别给患者进行比色。比色前去除影响比色的相关因素(如擦掉口红、面部浓妆,摘下眼镜、耳环等饰物)。比色时以患牙左右侧牙颜色为基准,并结合患者年龄、肤色、性别、爱好等特点,

共同与患者选好色号,记录在义齿制作设计单上。拍摄比色数码照片,随模型一起送技工室制作瓷贴面。

2.7 制作临时贴面及粘固 如有需要配合医生完成临时贴面的制作和粘接,以保护患牙,并保持患牙完整美观外形。

2.8 牙体预备后的健康宣教

2.8.1 在牙体预备后告知患者牙体预备的过程以及经过牙体预备后牙齿可能出现的症状,如对冷热温度较敏感,嘱患者避免食用过冷或过热的食物,以及咀嚼过硬食物。坚持每日正常刷牙,若出现牙龈炎等症状时及时来院复诊。

2.8.2 预约下次复诊时间,在电脑复诊预约一栏核对患者的姓名、身份证号及电话,并选择复诊日期和时间,双方核对后,点击确认发送至患者手机上,嘱患者按时复诊。

3 小结

瓷贴面修复是目前国内外应用较多的口腔美学修复方法之一,瓷贴面的最终美学效果受多种因素的影响^[4]。由于其制备过程精细,步骤繁琐,技术要求高,因此,治疗过程的每一个疏忽均可能导致修复的失败。本组 2 例患者的 3 个瓷贴面分别于修复后半年和 1 年发生了局部瓷面崩脱脱落,1 例患者的 2 个瓷贴面于修复后半年发生整体松动脱落,分析其原因:发生局部瓷体崩脱的患者,均有用前牙咬硬物的习惯,不注意日常的维护,造成了瓷体的崩脱;瓷贴面整体松动致脱落的患者,覆合覆盖浅,且有夜磨牙的习惯,导致了瓷贴面的整体松动脱落。因此,对于瓷贴面修复的患者,应注意适应证的选择及日常的护理宣教。咬合过紧、夜磨牙、有咬异物习惯者不适宜做瓷贴面^[9]。

此外,护士必须全程了解医生的工作流程,并全面掌握口腔护理操作技术:如体位技术、吸唾技术、器械传递技术、藻酸盐印模材料调拌技术、硅橡胶印模材料调拌技术等。并全程做好患者的心理护理,如护患沟通技术、健康宣教技术,只有医护患三者默契配合,才能获得满意的修复效果。

参考文献

- [1] 胡爱云,林玉婷.前牙瓷贴面修复术后护理宣教对远期效果影响的调查[J].罕少疾病杂志,2015,22(2):42.
- [2] 冯海兰,徐军.口腔修复学[M].北京:北京大学医学出版社,2013:84-85.
- [3] 戴艳梅.口腔专科护理[M].北京:人民卫生出版社,2016:206.
- [4] 杨苏琴,农晨.全瓷贴面修复的临床护理[J].中国美容医学,2012,9(21):238.
- [5] 刘洪臣.美容牙科学[M].北京:人民卫生出版社,2012:68.

(2017-09-08 收稿,2018-03-20 修回)