

住院医师规范化培训中复杂牙拔除的临床教学指导要点（二）

薛洋 刘平 刘川 马洋 胡开进

作者简介

薛洋，博士，陕西省优秀博士学位论文获得者。现任第四军医大学口腔医院口腔外科主治医师、讲师，主要从事牙槽外科常见疾病诊疗工作及本科生、研究生、进修生和规培生的理论及临床教学工作。副主编《标准拔牙助手操作图谱》、副主译《口腔外科小手术操作指南（第二版）》，参编/译牙及牙槽外科相关专著6部。辅导博士/硕士研究生9名，主持国家自然科学基金1项，以第一/通讯作者发表SCI论文11篇，获得陕西省科学技术一等奖1项、陕西省教学成果一等奖1项。

牙拔除术是口腔颌面外科最基础、最常用的手术，也是口腔科医生必须掌握的基本技术。根据牙齿拔除时的难度，可以分为普通牙拔除术、复杂牙拔除术和阻生牙拔除术。其中复杂牙拔除术是指拔牙前需要切开软组织、翻瓣、去骨和/或分割牙齿，然后再将牙齿拔出的外科技术。根据我国《住院医师规范化培训标准细则（试行）》，复杂牙拔除是参加口腔住院医师规范化培训学员必须掌握的基本技能（表1）。但由于规培生对基础知识和基本技能的掌握参差不齐、缺乏规范及缺乏专业技术及临床决策能力的现状，我们建议在复杂牙拔除的临床

教学中应注重以下三个方面，即理论知识的补充与更新、操作流程的规范以及临床思维和临床决策能力的培养。

1 理论知识的补充与更新

就复杂牙拔除而言，传统的操作以榔头敲击为主，容易引起牙槽骨及其周围软组织损伤，甚至导致颌骨骨折或颞下颌关节损伤等并发症。同时，也会使患者产生极大的恐惧，对患者的心理承受能力是一种巨大的挑战。上世纪九十年代，美国便研制了微创拔牙刀、残根拔除专用器械以及冲击式气动

作者单位 军事口腔医学国家重点实验室，国家口腔疾病临床医学研究中心，陕西省口腔疾病临床医学研究中心，第四军医大学口腔医院口腔外科

地址 陕西省西安市新城区长乐西路145号，710032

通讯作者 胡开进

电子邮箱 hukaijin@fmmu.edu.cn

电话 029-84772587

表1 我国住院医师规范化培训标准细则对牙拔除术的要求

	第一阶段		第二阶段	
	全部口腔规培专业 (3个月)	口腔全科 (3个月)	颌面外科 (4个月)	
普通牙拔除术	60例	60例	100例	
复杂牙拔除术	15例	20例	30例	
阻生牙拔除术	15例	20例	30例	

手机等微创拔牙器械,在国际上率先开启了微创拔牙的新时代,不仅简化了拔牙过程、降低了术中及术后并发症的发生率,更减轻了患者的恐惧和痛苦。但直到2010年,第四军医大学胡开进教授将国外微创技术和理念结合我国国情,在国内率先提出了牙拔除术“四化理念”(即标准化的器械、规范化的操作、微创化的治疗、人性化的服务)^[1]。此后,在国内老一辈口腔颌面外科专家的倡导和帮助下,在全国口腔外科人的共同努力下,我们用8年的时间追赶了之前落后于国际的80年。这就要求我们带教老师必须在不断更新和补充自身专业知识的前提下,通过理论授课的方式将需要补充与更新的理论知识以及操作流程的规范教授给学生。

2 操作流程的规范

操作流程的规范包括两方面内容,一方面是拔牙患者接诊流程的规范^[2],另一方面是复杂牙拔除术操作流程的规范。

首先,在拔牙患者接诊流程的规范方面。(1)在教学中要反复强调拍牙片的重要性,因为复杂牙拔除术前X线片的研读,不仅有助于牙齿拔除难度的预判,更是制定拔牙方案的重要依据。(2)强调反复核对牙位的重要性。(3)复杂牙拔除术无异于在口内进行一个小手术,按照手术切口的分类,口腔内的切口通常情况下应该属于Ⅱ类(清洁-污染)切口,但是当待拔除患牙存在牙龈炎、牙周炎

等感染情况时,其切口应属于Ⅲ类(污染)切口。因此,在教学过程中应强调围手术期使用抗菌药物及止疼药的原则及在拔牙前预防性使用药物的重要性^[3];同时,亦应强调无菌操作原则。虽然手术在口腔有菌的环境中进行,但仍必须严格遵循无菌操作原则。

其次,在复杂牙拔除术操作流程的规范方面。除了通过理论授课的方式将规范化的操作流程教授给学生以外,还应在每一例患者的诊疗过程中不断强化。

2.1 术前

(1)拍牙片 对于确定需要拔除的患牙,必须拍摄X线片。复杂牙拔除术前通常选用RVG即可,但是对于诊断不明确,或者怀疑与上颌窦交通的患牙可以考虑术前拍摄CBCT明确诊断。

(2)局部麻醉 复杂牙拔除术前最常用的局部麻醉方式为局部浸润麻醉。但是,对于根尖周有炎症的患牙,粘膜下浸润麻醉往往难以达到满意的效果,应尽量将麻药注射到根尖区,必要时可以使用阻滞麻醉。余同普通牙拔除的局部麻醉^[2]。

2.2 术中

根据是否需要切开、翻瓣和分切牙齿,复杂牙拔除可以大致分为3种类型(表2)。我们以46牙(图1-1、1-2)为例,逐步讲解复杂牙拔除主要步骤,

表2 复杂牙拔除步骤

仅需要分切患牙	仅需要切开、翻瓣	既需要切开、翻瓣又需要分切患牙
(1) 切开	(1) 切开	(1) 切开
(2) 翻瓣	(2) 翻瓣	(2) 翻瓣
(3) 分切患牙	(3) 分切患牙	(3) 分切患牙
(4) 分块拔除患牙	(4) 分块拔除患牙	(4) 分块拔除患牙
(5) 拔牙窝检查与清理	(5) 拔牙窝检查与清理	(5) 拔牙窝检查与清理
(6) 缝合伤口	(6) 缝合伤口	(6) 缝合伤口
(7) 咬棉条止血	(7) 咬棉条止血	(7) 咬棉条止血



图 1-1



图 1-2

即切开、翻瓣、切割患牙、分块拔除患牙、拔牙窝检查与清理、缝合伤口、咬棉条止血的教学指导要点。

(1) 切开 切口的选择和设计是翻瓣术的关键所在。复杂牙拔除所采用的切口通常选择龈沟内的袋形切口(图1-3)。在切开过程中应注意一定要切开牙槽嵴顶的骨膜,这样才能保证翻瓣的顺利进行。在切开牙龈乳头时,一定要将刀伸入到牙间隙内,全层切开牙龈乳头,避免片切牙龈乳头。关于切口的长度,初学者可以选择向患牙前延伸2个牙位,向后延伸1个牙位,以便充分暴露术野和避免软组织瓣的撕裂。随着术者熟练程度和操作经验的增加,可以根据患牙的位置和难易程度缩短切口,甚至只切开患牙近、远中的牙龈乳头。



图 1-3

(2) 翻瓣 使用骨膜剥离器从骨膜下全层翻开粘骨膜瓣(图1-4)。由于骨膜是牙槽骨创区愈合的有利条件;同时口腔内黏膜与骨膜之间连接紧密,强行分离会造成出血和过大创伤。所以切开时必须切透骨膜,从骨膜下,紧贴骨面掀起^[4]。此外,还需向学员特别强调以下几点:第一,从牙龈乳头处开始翻起,牙龈乳头处是最容易从骨膜下全层翻起的部位;第二,采用旋转推进的手法,逐渐翻开,以免造成粘膜撕裂。

(3) 分牙 采用外科专用切割手机和切割钻进行分牙(图1-5),避免使用常规的牙科手机^[5]。以双根牙为例,分牙的主要目的是将双根牙分为两个单根牙,所以分切深度应达根分叉;但颊舌向无



图 1-4

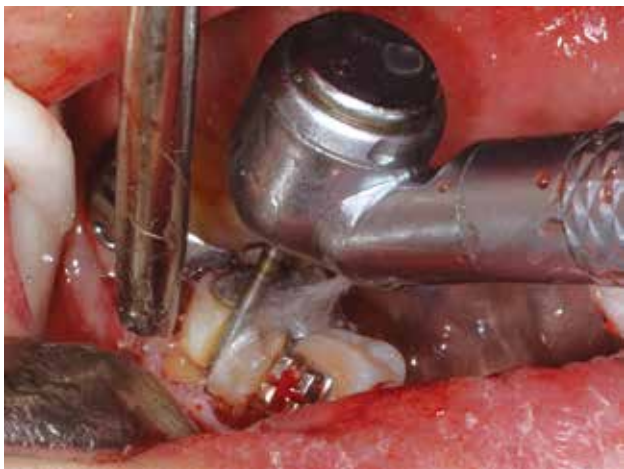


图 1-5

需全层切割，用钻从患牙颊侧向舌侧切割至患牙舌侧1/5处即可（图1-6），这样既可以避免舌侧软组织及血管、神经的损伤，又可以缩短手术时间。而后，将牙挺从患牙颊侧插入切割间隙，牙挺应尽量靠近根方达根分叉（图1-7），旋转牙挺即可将患牙折裂成近、远中两部分^[6]。

（4）分块拔除患牙 分块拔除时，应首先拔除容易脱位的部分，如近中牙体组织容易脱位，则将牙挺插入患牙近中间隙中，挺松近中部分，用根钳夹住患牙近中部分，轻微旋转并摇动后拔除（图1-8）。然后用牙挺插入患牙远中间隙，向近中挺松患牙后用牙钳夹出（图1-9）。

（5）拔牙窝的检查与清理 此时应注意检查拔除的患牙牙根是否完整，牙根数目是否符合该牙的



图 1-6



图 1-7

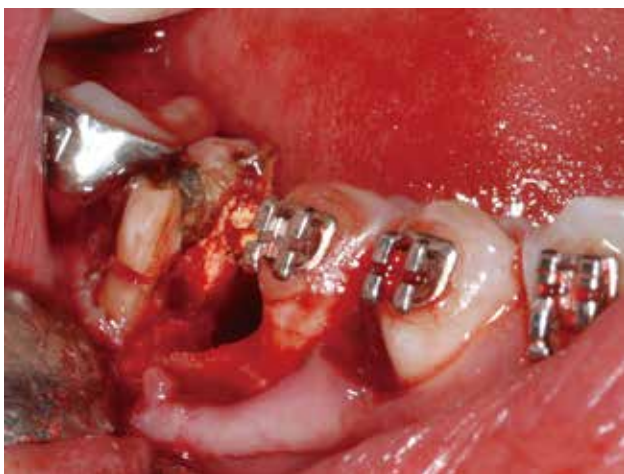


图 1-8



图 1-9

解剖规律,牙龈有无撕裂,牙槽骨有无折断,有无过高/锐利的骨嵴、骨壁。使用金属吸引器检查牙槽窝内有无牙石、牙片、骨片、炎性肉芽组织等。

(6) 缝合伤口 缝合的目的是将组织复位以利愈合;防止术后出血;缩小拔牙创、避免食物进入,以保护血凝块。复杂牙拔出后伤口不可能也不需要完全拉拢缝合,只要将翻瓣的组织复位即可(图1-10)。



图 1-10

参考文献

- [1] 胡开进. 现代标准拔牙术新理念 [J]. 中国实用口腔科杂志, 2010, 3(10): 577-581.
- [2] 薛洋, 周宏志, 丁宇翔, 侯锐, 胡开进. 住院医师规培中普通牙拔除的临床教学指导要点 [J]. 中国口腔医学继续教育杂志, 2018.
- [3] 胡开进, 刘平, 周宏志, 丁宇翔, 侯锐, 秦瑞峰, 李永锋, 赵吉宏, 潘剑, 裴君. 拔牙后是否需要预防性地使用抗生素 [J]. 国际口腔医学杂志, 2013, 40(06):706-709.
- [4] 张志愿. 口腔颌面外科学 [M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2012:111.

(7) 咬棉条止血 缝合完成后, 压迫止血方法同普通牙拔除^[2]。

2.3 术后医嘱

拔牙术后医嘱旨在详细告知患者术后可能出现的问题并教会其正确的术后处理方法。这样不仅可以缓解患者的不安与痛苦, 有利于拔牙创的良好愈合, 还可防止某些术后并发症的发生。除了普通牙拔除术后的医嘱^[2]外, 对于缝合的患者还应特别强调术后5-7天拆线。

3 临床思维和临床决策能力的培养

临床思维和临床决策能力的培养是住院医师规范化培训的重要组成部分。临床问题的处理, 一定是因人而异、因病而异、因时而异、因地制宜。我们可以通过设立典型病例, 设计层层深入的问题, 引导学生分析与讨论, 逐步培养规培生的临床思维能力和临床决策能力^[2]。可以参考《国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材·口腔医学·口腔颌面外科分册》^[7]中对应章节病例给出及提问的方式进行模拟训练, 亦可以在临床实践中寻找合适的病人不断强化。并且强调从“人”出发, 而非从“病”出发, 培养规培生综合分析问题、解决问题的能力。

- [5] 刘平, 胡开进, 马洋, 丁宇翔. 外科拔牙器械的选择及应用 [J]. 中国实用口腔科杂志, 2016, 9(10):581-584.
- [6] 胡开进. 标准拔牙手术图谱 [M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2017:112-113.
- [7] 俞光岩, 王慧明. 《国家卫生和计划生育委员会住院医师规范化培训规划教材·口腔医学·口腔颌面外科分册》 [M]. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 2016:81-94.