

开窗减压术治疗下颌骨大型囊性病变的临床效果探究

牛艳红 方喜泉 周容 童勇

(广东省惠州市中心人民医院口腔颌面外科 惠州 516001)

摘要:目的:探究开窗减压术对下颌骨大型囊性病变的治疗效果。方法:选取 2011 年 2 月~2013 年 2 月我院口腔颌面外科收治的下颌骨大型囊性病变患者 38 例,按照患者入院顺序随机分为对照组(不保留囊壁的开窗减压术)和观察组(保留囊壁的开窗减压术)各 19 例,对比两组的颜面畸形变化情况、囊腔指标变化情况及随访 2 年复发情况。结果:术后 3、6 个月,观察组的颜面畸形消除率显著高于对照组($P<0.05$);术后 3、6 个月,观察组的囊腔缩小值、骨质增生厚度值及骨密度测量值均显著高于对照组($P<0.05$);随访 2 年,两组复发率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:保留囊壁的开窗减压术可提高下颌骨大型囊性病变的临床治疗效果。

关键词: 下颌骨大型囊性病变;开窗减压术;临床效果;复发

中图分类号:R782.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.03.020

颌骨囊性病变为颌面外科的多发病,尤以下颌骨囊性病变发生率更高,可能与下颌骨体积大、骨壁厚有关^[1]。由于下颌骨囊性病变沿髓腔发育,故表面膨出不明显,外加患者早期无临床症状,因此临床就诊时通常发展为大型囊性病变,对下颌骨产生严重破坏。以往,临床上主要采用刮治术或截骨术治疗下颌骨大型囊性病变,但给患者带来巨大创伤,易造成咀嚼功能差、面部畸形等并发症^[2]。近年来,微创开窗减压术的应用,为下颌骨大型囊性病变的治疗提供了新的方向,其在恢复下颌骨形态及功能方面具有重要价值^[3-4]。本文主要探究了开窗减压术对下颌骨大型囊性病变的治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2011 年 2 月~2013 年 2 月我院口腔颌面外科收治的下颌骨大型囊性病变患者 38 例,按照患者入院顺序随机分为对照组和观察组各 19 例。对照组男 11 例,女 8 例;年龄 7~50 岁,平均(24.3±3.8)岁;病程 1~5 年,平均(2.7±0.6)年;术后病理证实含牙囊肿 5 例,角化囊肿 9 例,根端囊肿 5 例;囊肿直径 4.0~11 cm,平均(6.9±2.2) cm。观察组男 12 例,女 7 例;年龄 7~48 岁,平均(24.1±4.0)岁;病程 1~6 年,平均(2.6±0.8)年;术后病理证实含牙囊肿 6 例,角化囊肿 8 例,根端囊肿 5 例;囊肿直径 4.0~10.6 cm,平均(6.7±2.4) cm。两组年龄、性别、病程、囊肿类型及囊肿直径进行对比,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究取得伦理委员会批准,患者均签署相关知情同意文件。

1.2 方法 观察组与对照组患者均采用开窗减压术进行治疗,二者区别主要在于观察组术中无需去除囊壁组织。手术方法为:局麻后于口腔内隐蔽作 1~2 cm 切口,剥离暴露骨板后用骨凿去除囊性病变骨质以及开窗口囊壁,充分暴露囊腔后将囊内容物吸出,在确保不会引起病理性骨折时对照组将整个

囊壁组织彻底刮除,观察组则保留囊壁组织。术毕用生理盐水、3%双氧水及抗菌素液进行口腔冲洗,并使用碘仿纱条填塞创腔口。术后预防性应用抗生素 3 d,使用漱口液漱口,并将组织送病检。术后需制作囊肿塞,并于 2 周左右复诊清洁,直至囊腔内有浅凹状骨质增生形成。术后 3、6 个月复诊,并拍摄 CR 全景片或 CT 片,评价治疗效果。

1.3 观察指标 术后 3、6 个月,复查 CR 全景片或 CT 片,观察两组的颜面畸形变化情况、囊腔指标变化情况以及随访 2 年复发情况。

1.4 统计学处理 使用 SPSS20.0 软件行数据统计分析,计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组颜面畸形变化情况 术后 3、6 个月,观察组患者的颜面畸形消除率均显著高于对照组 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组颜面畸形消除率比较[例(%)]					
时间	<i>n</i>	对照组	观察组	χ^2	<i>P</i>
术后 3 个月	19	2(10.53)	9(47.37)	6.269	0.000
术后 6 个月	19	6(31.58)	13(68.42)	5.158	0.023

2.2 两组囊腔指标变化情况 术后 3、6 个月,观察组的囊腔缩小值、骨质增生厚度值及骨密度测量值均显著高于对照组($P<0.05$)。见表 2~表 4。

表 2 两组囊腔缩小值比较(% $\bar{x} \pm s$)					
时间	<i>n</i>	对照组	观察组	<i>t</i>	<i>P</i>
术后 3 个月	19	40.52±6.54	49.03±8.22	3.531	0.001
术后 6 个月	19	76.31±6.58	87.13±5.72	5.409	0.000

表 3 两组骨质增生厚度值比较(mm, $\bar{x} \pm s$)					
时间	<i>n</i>	对照组	观察组	<i>t</i>	<i>P</i>
术后 3 个月	19	14.87±4.15	25.34±3.52	8.387	0.000
术后 6 个月	19	24.73±3.52	31.21±5.65	4.243	0.000

(下转第 41 页)

激素水平比正常值低,同时促甲状腺素的水平出现升高的情况^[9]。从六七十年代以来,通过大量的临床解剖试验证据表明^[9],甲状腺功能减退症病人 AS 的患病率相对较高,而通过统计 AS 死亡患者发现,这些患者的甲状腺功能也经常是在低于正常水平的状态。其中一项专门针对甲状腺功能减退症的人群调查发现,采用甲状腺素进行替代治疗能够有效地减缓 AS 病情进展^[7]。

本研究以 232 例患者作为临床研究对象,分为两组进行临床检测对比,结果发现,研究组 TSH 水平是 (5.42±1.08) mU/L, 对照组 TSH 水平是 (1.69±0.49) mU/L, 研究组患者明显高于对照组 ($P<0.05$); 两组甘油三酯水平比较无显著性差异 ($P>0.05$); 但研究组总胆固醇水平明显高于对照组, 高密度脂蛋白水平明显低于对照组 ($P<0.05$); 研究组冠心病患者 80 例,其发病率高达 68.97%, 对照组冠心病患者 22 例,其发病率为 18.97%, 研究组冠心病发病率明显高于对照组 ($P<0.05$)。由此得出患者亚临床甲状腺功能减退症对冠状动脉的病变具有密切的相关性,是发生病变的一类重要危险因素。

综上所述,亚临床甲状腺功能减退病人总胆固醇水平升高,高密度脂蛋白水平降低,冠心病发病率

升高。所以,临床医生需要对冠心病病人进行甲状腺功能检测,同时对患者采取针对性治疗,从而提升冠心病病人的临床疗效。

参考文献

[1]周飞华,周润锁,孙涛,等.老年 SH 患者甲状腺激素水平与冠心病相关性探讨[J].放射免疫学杂志,2007,20(3):206-207
[2]周健,常志文,潘素芳.亚临床甲状腺功能减退症与冠心病的相关性研究[J].临床心血管病杂志,2006,22(6):323-325
[3]Oztü rk ü ,Vural P,Ozderya A,et al.Oxidative stress parameters in serum and low density lipoproteins of Hashimoto's thyroiditis patients with subclinical and overt hypothyroidism [J].International immunopharmacology,2012,14(4):349-352
[4]陈永刚,陈江华,林巧端,等.血管回声追踪技术评价亚临床甲状腺功能减退患者颈动脉血管内皮功能 [J]. 中华超声影像学杂志, 2012,21(4):305-307
[5]Ahmet Sert,Ozgur Pirgon,Ebru Aypar,et al.Subclinical hypothyroidism as a risk factor for the development of cardiovascular disease in obese adolescents with nonalcoholic fatty liver disease[J]. Pediatric cardiology,2013,34(5):1166-1174
[6]涂燕平,雷梦觉,吴小和,等.亚临床甲减与高血压患者 C 反应蛋白及尿微量白蛋白之间关系的研究 [J]. 中国心血管病研究,2010,8 (12):909-911
[7]涂燕平,雷梦觉,吴小和,等.亚临床甲状腺功能减退对冠状动脉粥样硬化性心脏病患者 C 反应蛋白及尿微量蛋白的影响[J].中国医药,2011,6(3):262-263

(收稿日期: 2016-02-25)

(上接第 39 页)

表 4 两组骨密度测量值比较 (g/m², $\bar{x} \pm s$)

时间	n	对照组	观察组	t	P
术后 3 个月	19	0.32± 0.16	0.44± 0.13	2.537	0.016
术后 6 个月	19	0.42± 0.14	0.53± 0.17	2.177	0.036

2.3 两组复发情况 两组患者随访 2 年,其中对照组失访 1 例,观察组无失访病例。观察组中有 1 例 (5.26%) 复发,对照组无复发,组间比较差异无统计学意义 ($\chi^2=1.027, P>0.05$)。

3 讨论

下颌骨大型囊性病变为囊性病慢性迁延的作用结果,常导致颌骨膨隆畸形、咀嚼功能障碍及骨质严重吸收等并发症^[5]。下颌骨大型囊性病变常见类型为囊性成釉细胞瘤及牙源性角化囊肿,以往,多采用截骨或刮治术进行治疗,虽均具有一定效果,但刮治术复发率 (约为 60%) 较高;截骨术创伤大,易造成牙列缺失、咀嚼差、面部畸形等,增加患者生理及心理负担。当前,下颌骨大型囊性病变的主要治疗原则为降低术后复发,并能保持下颌骨的正常形态及功能。经过临床实践证明,开窗减压

术为治疗下颌骨大型囊性病变的较理想术式。开窗减压术可通过降低囊腔内压力,维持囊腔内外压力平衡,并促进囊腔外新骨的形成,减少囊腔扩大,从而最大限度恢复下颌骨外形,使其形态及功能不受影响。综上所述,保留囊壁的开窗减压术可有效提高下颌骨大型囊性病变的治疗效果,故为一种较理想的下颌骨大型囊性病变治疗术式。但仍需注意,导致这种治疗差异的影响是多方面的,如病理类型、年龄、囊肿塞佩戴等,临床需进一步延长观察时间及增加患者例数以得到更加精确结果,为下颌骨大型囊性病变的有效治疗提供有效依据。

参考文献

[1]邓书海,钟凡,赵继刚,等.颌骨巨大囊性病开窗减压术 8 例临床观察[J].中国实用口腔科杂志,2011,4(2):98-100
[2]储德强,赵兵,叶虎.开窗减压术治疗大型颌骨囊性病变的疗效[J].安徽医学, 2015,36(7):813-815
[3]梁军,杨禄坤,吴振婵.开窗减压引流术治疗下颌骨巨大囊性病[J].中华口腔医学研究杂志(电子版),2013,7(6):481-485
[4]辛俊彤,袁荣涛,卜令学,等.开窗减压术治疗颌骨巨大囊性病变的临床研究 [J].口腔医学,2011,31(4):228-230
[5]朱晓琴,杨波,罗志青,等.开窗减压术在大型颌骨囊肿中的应用[J].口腔医学, 2013,33(12):861-862

(收稿日期: 2016-01-18)