

应用体位改变联合自身重力法取出上颌窦残根的治疗效果及其临床意义研究

杨华 孙鹏 王川

德阳市口腔医院口腔外科 四川德阳 618000

【摘要】目的 探讨体位改变联合自身重力法取出上颌窦残根的治疗效果及其临床意义。**方法** 自2014年1月至2015年12月,我们入选72例经临床诊断影像科诊断确诊有上颌窦残根,且符合残根取出手术指征的患者,按照随机对照原则分为研究组及对照组,研究组运用“跳跃”方法,使进入了上颌窦的残根,随着体位的改变而逐渐在上颌窦内的位置而发生改变,促进使残根掉入口腔内。对照组采用常规体位下进行上颌窦残根取出术,比较两组手术时间,术后残根取出成功率以及随访患者术后感染的发生率等。**结果** 与对照组相比(38.6±18.5)min,研究组手术时间明显缩短(28.5±12.7)min,差异具有统计学意义(P<0.05)。两种方法取出上颌窦残根的成功率无明显统计学差异(P>0.05)。对比术后感染发生率发现,与对照组相比,研究组患者术后感染发生率明显少于对照组,差异具有统计学意义(P<0.05)。**结论** 在明确上颌窦的解剖特点的基础上,运用患者自身体位改变,结合重力的作用,可以顺利取出上颌窦残根,具有很好的临床应用价值。

【关键词】 上颌窦;残根;体位改变

【中图分类号】 R782.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 09-127-03

Therapeutic effect and clinical significance of position change combined with self gravity method to remove residual root of maxillary sinus

【Abstract】 Objective To explore the therapeutic effect and clinical significance of body position change combined with self gravity method to remove the residual root of maxillary sinus. **Methods** Since December 2014 to January 2015, we selected 72 cases with residual root of maxillary sinus by clinical diagnosis and radiology diagnosis in accordance with the principle of randomized divided into study group and control group, in the study group, we adopted “jump” method, making the residual root into the maxillary sinus with the change of the posture and position gradually with the maxillary sinus change, promoting the residual roots and falling into the mouth cavity. In the control group, the residual roots of maxillary sinus were removed under normal position, the operation time of the two groups was compared, the successful rate of postoperative residual root removal and the incidence of postoperative infection were compared. **Results** Compared with the control group, the operation time of the study group was significantly shorter, and the difference was statistically significant (P<0.05). There was no significant difference in the success rate of two methods in removing the residual root of maxillary sinus (P>0.05). Compared with the control group, the incidence of postoperative infection in the study group was significantly less than that in the control group, the difference was statistically significant (P<0.05). **Conclusion** On the basis of the anatomical characteristics of the maxillary sinus, combination with the patient's own body position change and gravity can successfully remove the residual root of the maxillary sinus, which has a good clinical application value.

【Key words】 Maxillary sinus; residual root; posture change

上颌窦为鼻窦之一,分为左右对称。在上颌骨体内,为鼻窦中最大者,容积约15-30ml,形似横置的锥体,锥体之底即上颌窦内侧壁,锥体尖部在上颌骨颧突处,15岁时窦的大小几与成人相同。上颌窦的底壁为牙槽突,常低于鼻腔底部,与上颌第二前磨牙及第一、二磨牙根部以菲薄骨板相隔,磨牙的牙根直接埋藏于窦内粘膜下,从以上解剖学结构上可以看出,在拔出上颌第二前磨牙及第一、二磨牙根的时候容易使牙根推入上颌窦内^[1-2]。特别是拔出残根时,由于使用牙挺增加了上颌窦间隙,致使牙根进入上颌窦内,诱发上颌窦感染,严重者神经坏死,造成头面部感觉或运动障碍,也成为上颌磨牙拔除后的常见并发症之一^[3]。本研究在收集积累大量临床资料的基础上,进一步探讨术中体位变化对上颌窦磨牙拔除后的残根取出的方法及其临床优势做进一步探讨。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组72例,男性38例,女性34例,年龄26-62岁,拔除上颌磨牙时,发生了牙根被推入上颌窦腔里面的情况。通过拍摄全景X片,确定了牙根已经被推入上颌窦内,并符合手术取出上颌窦残根指征。

1.2 入组标准

(1) 经过影像学检查,临床检查确诊符合上颌窦残根取出手术指征。

1.3 排除标准

(1) 上颌磨牙取出后无残根残留者;(2) 女性患者在月经期间;恶性肿瘤伴全身其他部位转移的患者;(3) 或聋哑患者;(4) BIM ≤ 18 或者 ≥ 30 的患者;(5) 先天性或遗传性凝血功能障碍患者、术前凝血功能检测有出血倾向、血小板计数及功能异常患者、脑出血病史;严重的肝肾功能障碍;(6) 孕妇;(7) 严重的精神疾病者;(8) 伴有全身感染未控制者。

1.4 手术方法^[4]

(1) 术前评估患者的一般情况,是否合并双下肢的残疾,高血压并对患者进行心理评估;(2) 进行CBCT或者全景X线片扫描,分析影像资料确定残根的位置。见图1。(3) 完善术前血常规及凝血的检查,患者及患者家属签署知情同意书。准备手术器械(小弯止血钳,小骨刀,骨锤,长号的金钢砂车针,止血海绵,人工骨粉,海奥生物膜(选择性用))等;(4) 2%的利多卡因(碧兰麻)麻醉,小骨刀扩大牙槽窝,使其在颊、

腭根的牙槽窝与上颌窦相通，有利于残根内空间充足，使残根从上颌窦内掉落；高速手机修整牙槽窝，使其上宽，下窄，呈微漏斗形；（5）患者走下牙椅，保持站立，头保持直立，必要时可以利用颈托固定头部。单脚向上跳，左边的上颌窦就用左脚，相反就用右脚。10次一组，每次跳高10-20CM以上。跳完10次后可以检查下牙槽窝，是否有牙根，如发现残根使用小弯钳取出。如牙根掉在口腔里则可令患者自己吐出；

（6）处理牙槽窝，用生理盐水冲洗上颌窦，彻底的止血后，放入适量的止血海绵。用带蒂腭瓣选择90度，覆盖牙槽窝来修复此瘘口，必要时表面再加生物膜行二次覆盖瘘口。

1.5 统计学方法

采用SPSS19.0进行统计学处理分析，正态分布数据采用方差分析（ANOVA）检验和 χ^2 检验，不满足条件者的四格表数据采用Fisher精确概率法，偏态分布数据之间比较使用配对t检验或 χ^2 检验， $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者基本临床资料比较

我们对两组患者的平均年龄，BMI无明显统计学差异（ $P > 0.05$ ），拔出上颌磨牙到取出残根之间的时间进行比较，研究组明显少于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。见表1。

表1：两组患者基本临床资料比较

分组	病例数	年龄 (岁)	BMI (kg/m ²)	拔出上颌磨牙到取出残根之间的时间 (min)
研究组	36	46.5±12.8	21.3±1.2	28.5±12.7
对照组	36	50.2±10.8	20.3±1.8	38.6±18.5
T值	-	0.48	0.44	12.69
P值	-	0.56	0.58	0.008

2.2 两组患者上颌磨牙残根取出成功率比较

进一步，我们对两组患者分别采用不同的手术方式，取出上颌磨牙残根，比较两组患者成功率未见明显统计学差异（ $P > 0.05$ ）。见表2。

表2：两组患者上颌磨牙残根取出成功率比较

分组	病例数	成功	不成功	成功率
研究组	36	35	1	97.2%
对照组	36	32	4	88.9%
χ^2 值	-	0.49	-	-
P值	-	0.58	-	-

2.3 两组患者术后感染发生率比较

随访观察两组患者术后感染发生率发现，研究组患者使用“跳跃”方法可以明显减少术后感染的发生（ $P < 0.05$ ），减少术后抗生素的使用，临床疗效较为明显。见表3。

表3：两组患者术后感染发生率比较

分组	病例数	感染	未感染	感染发生率
研究组	36	3	33	91.7%
对照组	36	12	24	66.7%
χ^2 值	-	18.38	-	-
P值	-	0.008	-	-

2.4 两组手术术后随访情况

两组患者术后均行一期带蒂腭瓣旋转90度来修复瘘口，2周拆线后，患者腭瓣都存活，2例患者仍然有瘘口，1月后

再次行了上颌窦瘘修复术。3月后都成功行了烤瓷桥的修复缺失的牙齿。两组术后张口度在正常范围内，两组相比未见明显统计学差异。见表4。

表4：两组手术后张口度比较

分组	病例数	张口度
研究组	36	4.28±0.47
对照组	36	4.03±0.59
T值	-	0.49
P值	-	0.58

5 讨论

上颌窦在结构上属于鼻窦，上形状基本与上颌骨体一致，可以分为一底、一尖及前、后、上、下四个壁^[5]。其底即上颌体的鼻面，尖深入上颌骨的颧突，前壁为上颌体的前面，后壁即上颌体的颞下面，上壁为上颌体眶面，下壁为牙槽窝。由于上颌窦的解剖学结构，临床上拔除上颌一、二磨牙时通常会在上颌窦内遗留残根，造成患者术后感染，严重者可以造成面部神经功能紊乱^[6-7]。严重影响患者的生活质量。

既往在拔除上颌磨牙时，患者在保持仰卧位的体位下，需要口腔科医生使用外力将残留压根取出，但由于上颌窦空间狭窄逼仄，使用器械摘取通常较为困难，我国学者有报道使用内窥镜牙槽窝路径进行上颌窦取根术^[8]，还有学者在鼻内镜下经上颌窦径取磨牙牙断根^[9]等术式。不少患者采用姑息治疗方法，即待伤口闭合后，残留压根可以自行排出，但是也有部分患者并发感染或牙根不能自行，长期滞留在上颌窦粘膜下，增加了感染发生的风险。基于此，结合上颌窦的解剖学结构特殊性，我们设计出一套“跳跃”方法，对于去除一、二磨牙残根具有很好的疗效。

在我们的研究中发现，研究组患者使用“跳跃”法后，上颌牙根排出时间明显缩短，且与传统手术方式相比，成功率基本相仿，且有效避免了术后感染，降低感染发生率及抗生素的使用。此外，于传统手术方案比较，并未明显减少患者的张口度。因此，我们认为，“跳跃”方法具有很好此方法的运用，能够减少此类残根用其他方法拔出时的创伤。减轻患者在拔除此类牙根时的痛苦。更重要的是减少患者的通过其他方法的拔出此类牙残根的医疗费用。缩短伤口愈合时间。为下步的固定修复或者种植修复打下坚实的基础。

本法操作简单，且无需额外增加患者治疗费用。由于三维立体空间内物体具有可移动性。根据物体的重力原理，残留压根会在重力作用下乡下掉落，最后，根据漏斗状原理，物体较易从漏斗状的空间向下掉落，减轻牙槽骨的缺损，为初期的愈合，以及二期的修复提供了良好的基础^[10]。

综上所述，我们认为，在明确上颌窦的解剖特点的基础上，运用患者自身体位改变，结合重力的作用，可以顺利取出上颌窦残根，具有很好的临床应用价值。

参考文献

[1] Brunelli V, Lione R, Franchi L, Cozza P, Becker HM, Franco LP, Souki BQ. Maxillary dentoalveolar changes 1-year after adenotonsillectomy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016 Jul;86:135-41.
 [2] Shih WY, Wu FY. The impact of kiddie dentures on maxillary arch growth. J Chin Med Assoc. 2016 May 26.
 [3] Shahid F, Alam MK, Khamis MF. New prediction

(下转第130页)

体外试验中比紫杉醇抗肿瘤活性大的重要原因。在体内试验中,对小鼠的结肠癌、乳腺癌、肺癌、卵巢肿瘤移植有效。对顺铂、足叶乙苷、5Fu、或紫杉醇耐药的细胞株,多西他赛不产生交叉耐药,在临床上主要治疗晚期乳腺癌、卵巢癌、非小细胞肺癌,对头颈部癌、小细胞肺癌;对胃癌、胰腺癌、黑色素瘤等也有一定疗效。多西他赛的药理作用与紫杉醇药理作用相似,但其血浆浓度半衰期更长,因此在临床上用于治疗晚期非小细胞肺癌的化疗中具有特殊的地位,被称为最有效的药物之一。

晚期非小细胞肺癌因为恶化程度高,易发生远处转移,通常可用于中医辅助治疗。中药在肿瘤的任何时期都可以进行治疗,建议患者在治疗的同时中药全程结束。肿瘤的治疗最好是中西医结合治疗同时进行效果最好,但是单纯的西医手术、放化疗都有很大的毒副作用,可能会留下后遗症,所以在接受西医治疗同时最好应用无毒抗癌绿色疗法中医中药,这样既可以减轻西医治疗的毒副作用,巩固病情;同时还可以减轻症状,控制病情发展,提高患者生存质量,延长生存期。

多西他赛用于治疗晚期非小细胞肺癌的原理在于控制肿瘤细胞的生长,以此达到控制胸腹水的产生。但在用药期间会产生一系列的毒副作用,临床上常见的毒副作用分别有:一、骨髓抑制:中性粒细胞减少是最常见的副反应而且通常较严重(低于500个/mm³)。可逆转且不蓄积。二、过敏反应:部分病例可发生严重过敏反应,其特征为低血压与支气管痉挛,需要中断治疗。停止滴注并立即治疗后病人可恢复正常。部分病例也可发生轻度过敏反应。如脸红,伴有或不伴有瘙痒的的红斑,胸闷,背痛,呼吸困难,药物热或寒战。三、皮肤反应常表现为红斑,主要见于手、足,也可发生在臂部,脸部及胸部的局部皮疹,有时伴有瘙痒。皮疹通常可能在滴注多西他赛后一周内发生,但可在下次滴注前恢复。严重症状如皮疹后出现脱皮则极少发生。可能会发生指(趾)甲病变。以色素沉着或变淡为特点,有时发生疼痛和指甲脱落。四、体液潴留包括水肿,也有报道极少病例发生胸腔积液,腹水,心包积液,毛细血管通透性增加以及体重增加。经过4周治疗或累积剂量400mg/m²后,下肢发生液体潴留,并可能发展至全身水肿,同时体重增加3公斤或3公斤以上。在停止多西他赛治疗后,液体潴留逐渐消失。为了减少液体潴留,应给病人预防性使用皮质类固醇。五、可能发生恶心、呕吐或腹泻等胃肠道反应。六、临床试验中曾有神经毒性的报道。七、心血管副反应如低血压、窦性心动过速、心悸、肺水肿

及高血压等有可能发生。八、其它副反应包括:脱发、无力、黏膜炎、关节痛和肌肉痛,低血压和注射部位反应。九、肝功能正常者在治疗期间也有出现氨基转移酶升高、胆红素升高者,其与多西他赛的关系尚不明确。多西他赛用于治疗晚期非小细胞肺癌时,患者的病情及身体状况一般较差,很难耐受联合化疗方案,采用低浓度的多西他赛可以相应的减轻病人的痛苦,并进一步的减轻药物的不良反应。

此次调查中,运用随机分组的方法为80例晚期非小细胞肺癌患者分别进行了不同方式的治疗方案。其中,40例患者采用多西他赛每3周重复一次治疗。由实验结果可知,采用多西他赛治疗使1年生存率由最佳支持治疗的4%提升到30%,比例提升了26%,即多西他赛的药效可以提高晚期非小细胞肺癌患者的1年存活率。通过对研究组40例患者的不良反应的统计可知,采用多西他赛治疗的患者无治疗性相关死亡发生、血液学毒性反应发生率低,安全性很高、患者的耐受性很好,所以该药被认为二线治疗的金标准药物。

由实验和分析可知:相比较积极支持治疗,采用多西他赛治疗晚期有胸腹水的非小细胞肺癌疗效更为显著,并且毒副作用较小、安全性较高、患者耐受性较好。多西他赛可明显减轻患者的痛苦,提高患者的生活质量以及延长患者的生命。

参考文献

[1] Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012 [J]. CA Cancer J Clin, 2015, 65 (2): 87-108.
 [2] Azzli CG, Baker S, Temin S, et al. American society of clinical oncology clinical practice guideline update on chemotherapy for stage IV non small-cell lung cancer [J]. Journal of Clinical Oncology, 2009, 27 (36): 6251-6266.
 [3] 郝利国, 申宝忠, 李任飞, 等. 中晚期非小细胞肺癌联合治疗进展 [J]. 中国全科医学, 2012, 15(33):3812-3815.
 [4] 胡兴胜, 焦顺昌, 张树才, 等. 培美曲塞及吉西他滨分别联合顺铂治疗初治晚期非小细胞肺癌安全性和有效性的随机对照研究 [J]. 中国肺癌杂志, 2012, 15(10):569-575.
 [5] 钟敏钰, 多西他赛单药周化疗方案与三周化疗方案治疗老年晚期非小细胞肺癌的对比研究 [J]. 中国全科医学, 2013, 16(17):2039-2011.
 [6] 彭宇, 李峥, 熊他棚, 等. 晚期非小细胞肺癌不同含铂两药方案一线化疗预后因素的分析 [J]. 第一军医大学学报, 2014, 36(16):1703-1708.

(上接第128页)

equations for the estimation of maxillary mandibular canine and premolar widths from mandibular incisors and mandibular first permanent molar widths: A digital model study. Korean J Orthod. 2016 May;46(3):171-9.

[4] Booij JW, Livas C. Unilateral Maxillary First Molar Extraction in Class II Subdivision: An Unconventional Treatment Alternative. Case Rep Dent. 2016;2016:2168367.

[5] Deepa VL, Bollu IP, Dhamaraju B, Yadla P. Detection and management of a complex canal configuration in mesiobuccal root of maxillary first molar using three dimensional imaging. J Int Soc Prev Community Dent. 2016 Apr;6(Suppl 1):S75-8.

[6] Takahashi T, Gonda T, Tomita A, Mizuno Y, Maeda

Y. Influence of Palatal Coverage and Implant Distribution on Denture Strain in Maxillary Implant Overdentures. Int J Oral Maxillofac Implants. 2016 May-Jun;31(3):e43-8.

[7] Kim MJ, Hong SO. Finite element analysis on stress distribution of maxillary implant-retained overdentures depending on the Bar attachment design and palatal coverage. J Adv Prosthodont. 2016 Apr;8(2):85-93.

[8] 张江山. 内窥镜牙槽窝路径在上颌窦取根术中的临床应用 [J]. 口腔医学, 2011, (07), 436-437.

[9] 李福红, 范萍. 鼻内镜下经上颌窦径取牙断根治疗20例临床体会 [J]. 中国内镜杂志, 2010, (08), 893-894.

[10] 葛艳丽. 鼻内镜下口腔颌面外科手术临床分析 [J]. 河南外科学杂志, 2013, (01), 114.