

牙源性下颌骨边缘性骨髓炎的临床分析

王 雄

曲靖市富源县人民医院 云南富源 655500

【摘要】目的 探讨分析牙源性下颌骨边缘性骨髓炎的临床治疗方法及效果。**方法** 选取本院收治的牙源性下颌骨边缘性骨髓炎患者65例作为研究对象，回顾性分析相关临床资料。**结果** 本次研究中病灶位于下颌体32例，下颌骨23例，下颌体+下颌角11例，下颌角+下颌升支9例。下颌第三磨牙阻生引起冠周炎55例，龋齿残根引起根尖周炎6例，牙周炎4例。经过手术治疗65例牙源性边缘性下颌骨髓炎患者全部治愈，术后经随访观察无任何并发症发生，张口度均恢复正常，患者对治疗效果满意度良好。**结论** 及时清除颌骨病灶对于治疗牙源性下颌骨边缘性骨髓炎病变具有非常重要的作用和意义。

【关键词】 牙源性；下颌骨；边缘性骨髓炎

【中图分类号】 R782.32

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2018) 10-114-01

下颌骨边缘性骨髓炎的发病原因主要包括：药物源性、细菌性、牙源性和医源性等因素，其中牙源性感染主要是由：牙龈炎、根尖周炎、牙周袋、菌斑和龋齿等所引起，病原菌主要是金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌和厌氧菌。下颌骨边缘性骨髓炎临床表现为：全身乏力、发热、疼痛、腮腺咬肌区弥漫性肿胀、局部组织坚硬、不同程度的张口受限、进食困难等症状。其治疗方法包括：刮骨治疗术和死骨清除术等，是通过下颌切口刮除增生或坏死骨质，达到消除炎症的目的^[1]。本次研究着重探讨分析牙源性下颌骨边缘性骨髓炎的临床治疗方法及效果，现报道如下。

1 资料和方法

1.1 基本资料

选取本院2015年9月-2018年9月收治的牙源性下颌骨边缘性骨髓炎患者65例作为本次研究的对象，其中男性45例，女性20例；年龄12-72岁，平均年龄(41.5±6.5)岁；病程45d-4年，平均病程(2.3±0.6)年；感染来源：所有65例患者炎症均为牙源性感染所引起，其中下颌第三磨牙阻生引起冠周炎55例，龋齿残根引起根尖周炎6例，牙周炎4例，均为颌周间隙感染发展而成。临床表现及X线片特征：急性发作期均伴有全身乏力、发热、下颌部红肿、胀痛，与颌周间隙感染极为相似，以切开排脓时可探及粗糙骨面为区别标准，如果未能全面检查容易产生误诊。慢性期表现为腮腺区炎性肿块伴局部肿胀42例，颌面瘻管形成12例，张口受限11例。进入慢性期后表现出病程延续时间较长而难以缓解，或者缓解后反复发作，全身症状不明显。X线片表现：骨质增生型47例，骨质溶解破坏型18例。纳入标准：牙源性感染；明确诊断为下颌骨边缘性骨髓炎；累及一侧下颌骨；病变部位局限于下颌体后部或下颌角和下颌升支，其中下颌体32例，下颌骨23例，下颌体+下颌角11例，下颌角+下颌升支9例。排除标准：患有严重全身系统性疾病；有手术禁忌症等。本研究经过医院医学伦理委员会审核批准，所有患者均自愿签署知情同意书。

1.2 方法

所有患者均经过术前检查并完善口腔全景片、CT及CT三维重建，以明确病灶部位、大小、形状等具体情况，制定科学合理的手术治疗方案。在急性发作期先给予抗生素完全控制炎症后，择期进行手术，行切开引流、清除病灶及坏死骨质、拔除阻生智齿、龋齿残根残冠、牙周病患牙等病灶牙体，刮除颌面瘻管等治疗。

1.3 观察指标

术后1周拆除切口缝线，进行1-36个月随访，观察评价治疗效果，以术后恢复情况、张口度、并发症、患者对治疗效果满意度等指标，按照患者的主观感觉对治疗效果进行评价，分为1-4分，良好为4分，可以接受为3分，勉强为2分，差为1分。

2 结果

经过手术治疗65例牙源性边缘性下颌骨髓炎患者全部治愈，术后经随访观察无任何并发症发生，张口度均恢复正常，患者对治疗效

果满意度良好，统计结果详见表1。

表1：临床治疗效果

病变部位	并发症	张口度		患者满意度
		治疗前	治疗后	
下颌体 (32例)	无	受限	正常	4
下颌骨 (23例)	无	受限	正常	4
下颌体+下颌角 (11例)	无	受限	正常	4
下颌角+下颌升支 (9例)	无	受限	正常	4

3 讨论

牙源性下颌骨边缘性骨髓炎急性发作期通常表现为全身乏力、发热、下颌部红肿、胀痛，这些症状与颌周间隙感染极为相似，因此临床检查应当深入、细致，以切开排脓时可探及粗糙骨面为区别标准，如果未能全面检查容易产生误诊^[3]。其感染来源为牙龈炎、根尖周炎、牙周袋、菌斑和龋齿等所引起，病原菌主要是金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌和厌氧菌。其中以下颌第三磨牙阻生引起冠周炎、龋齿残根引起根尖周炎及牙周炎等最为常见^[4]。该病的常规诊断通常以X线检查为主，能够确定病灶部位死骨形成的部位、形状、大小及骨质损害程度。但是由于患者临床表现缺乏特异性，临床病史资料不够完整和准确，临床检查不够细致、深入，常导致与颌周间隙感染、骨化纤维瘤、骨肉瘤、尤文氏瘤等病症相混淆。因此，应当在术前完善各项检查，必要时可行活体组织检验或手术探查，以提高诊断的准确性。该病常规治疗方法包括：刮骨治疗术和死骨清除术等，是通过下颌切口刮除增生或坏死骨质病灶，达到消除骨髓炎、缓解临床症状的治疗效果和目的^[5]。治疗时机可选择在急性发作期，采取抗生素对炎症进行有效控制后择期进行手术治疗。在治疗过程中给予抗生素抗感染治疗较为关键，手术前给予抗生素控制骨髓炎，改善临床症状，能够有效减少病灶部位细菌的种群数量，增强患者对手术的耐受能力，最大限度提高手术治疗效果。术后根据具体情况较长时间使用抗生素，能够有效控制细菌的侵入，预防手术切口发生感染，降低术后并发症的发生率。

本次研究结果显示，经过手术治疗，65例牙源性边缘性下颌骨髓炎患者全部治愈，术后经随访观察无任何并发症发生，张口度均恢复正常，患者对治疗效果满意度良好。

参考文献

- [1] 李世豪, 黄子贤, 黄志权, 等. 内镜辅助手术治疗牙源性边缘性下颌骨骨髓炎5例报道[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2016, 14(6):553-556.
- [2] 陈大海, 周虎. 牙源性下颌骨边缘性骨髓炎69例临床分析[J]. 中国社区医师(医学专业), 2012, 14(34):190.
- [3] 康春慧. 牙源性下颌骨边缘性骨髓炎28例临床分析[J]. 中国交通医学杂志, 2005, 19(5):110.
- [4] 陈大海. 牙源性下颌骨边缘性骨髓炎36例报告[J]. 江苏医药, 1996, 22(9):664-665.
- [5] 丁杉, 杨玲, 陈梦琪. 32例小儿边缘性下颌骨骨髓炎临床分析[J]. 现代口腔医学杂志, 1994, 8(3):176.

作者简介：王雄(1971年10月-), 云南富源，汉族，副主任医师，主要从事口腔临床。