



开窗减压术与刮治术治疗颌骨囊肿的临床疗效对比研究

欧阳悻鹏 (长沙市口腔友谊路颌面外科 湖南长沙 410002)

摘要: **目的** 通过对比开窗减压术与刮治术治疗颌骨囊肿的临床疗效,探讨一种有效治疗颌骨囊肿的术式。**方法** 将2014年4月至2017年4月期间入住本院口腔外科的100例颌骨囊肿患者按照随机数字表法分为对照组与观察组,各为50例。分别采用刮治术与开窗减压术治疗。比较两者近期疗效与远期疗效。**结果** (1)观察组患者手术时间、术中出血量、术后疼痛率以及术后创腔感染率均分别显著小于对照组(P 均 <0.05);(2)观察组术后复发率、神经性并发症的发生率均显著低于对照组(P 均 <0.05),观察组囊腔体积缩小百分比、骨质增生厚度大小以及骨密度水平均分别显著高于对照组(P 均 <0.05)。**结论** 与刮治术比较,开窗减压术治疗颌骨囊肿的临床疗效更为显著,复发率及并发症发生率更低,应在临床中进行推广及应用。

关键词: 颌骨囊肿 刮治术 开窗减压术 疗效

中图分类号: R691

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 13-053-02

颌面部囊性病变主要包括两种类型,即:软组织囊肿与颌骨囊肿两种囊性病变,在发病初期并无显著的临床症状,若病变持续性地增大,对周围组织会产生破坏,且会引起根尖囊肿以及角化囊肿等病变的出现^[1]。当前,颌面部囊肿临床治疗方法主要包括颌骨切除手术与囊肿刮治手术等方法,传统的手术切除面积较大,极易对患者神经、血管以及牙齿等产生极大的损伤,进而对患者的外形以及功能产生不良影响^[2]。近年来,随着医疗技术的不断改革与创新,开窗减压术广泛地应用于临床之中,取得了非常理想的临床疗效,现作如下报道:

1 资料与方法

1.1 一般资料

将2014年4月至2017年4月期间入住本院口腔外科的100例颌骨囊肿患者按照随机数字表法分为对照组与观察组,各为50例。对照组:男28例,女22例;年龄32~65岁,平均 (51.10 ± 10.21) 岁;囊肿大小分布:大型31例,小型19例;囊肿类型:含牙囊肿22例,角化囊肿28例;囊肿部位:上颌骨23例,下颌骨27例。观察组:男29例,女21例;年龄31~63岁,平均 (50.02 ± 10.11) 岁;囊肿大小分布:大型30例,小型20例;囊肿类型:含牙囊肿21例,角化囊肿29例;囊肿部位:上颌骨21例,下颌骨29例。两组患者基线资料差异均无统计学意义。

1.2 治疗方法

对照组采用刮治术进行治疗,观察组采用开窗减压术治疗。

1.2.1 刮治术

按照常规的方法对颌骨囊肿进行完整刮治,按照患者的发病病情对囊肿进行一定的处理:上颌骨囊肿之中一般填有碘仿纱条,经下鼻道开窗而引出,术后一周分次进行撤出;囊肿与上颌窦之间相连,而且上颌窦存在显著的炎症症状,那么同时给予上颌窦根治术进行治疗;当囊肿处于下颌骨位置时,则应将囊腔边缘突出的骨壁咬除,使得囊腔的凹度显著减小,使得囊腔尽可能保持低平的状态。此外,以碘仿纱条填塞后口内引流,且于手术区域相应的面部进行加压包扎,术后一周将碘仿纱条进行更换,直到骨腔处于完全愈合的状态。

1.2.3 开窗减压术

在局部麻醉条件下,于口腔前庭囊肿膨胀程度约为2~3cm、与牙槽骨或者下颌支前缘的弧形切口相平行。将黏膜下层以及骨膜进行切开,将其剥离之后,使得唇颊侧下颌骨板完全显露出来,并将囊壁与骨壁进行去除,使得囊腔完全暴露出来。将囊腔之中的内容物完全吸尽,将部分囊壁组织加以切除,送至病理诊断,将囊腔之中的牙根尖进行检查,超充牙胶尖一道进行刮除,保留剩下的腔内囊壁组织。然后使用浓度为3%的H2O2、生理盐水以及抗菌液将囊腔进行完全冲洗,使用碘仿纱条进行填塞、引流。术后按照实际状况给予一定量的抗生素与止血药物。一周之后进行复诊,然后将引流碘仿纱条撤出。术后半年每个月均进行X线检查,并于术后1年及3年后返院进行复查。如果术后2年囊肿仍旧存在,那么则改为完整刮治术进行治疗。

1.3 观察指标

包括:(1)近期疗效,包括手术时间、术中

出血量、术后疼痛率以及术后创腔感染率;(2)远期疗效,包括术后复发率、神经性并发症的发生率、囊腔体积缩小百分比、骨质增生厚度大小以及骨密度水平,其中囊腔体积缩小百分比、骨密度以及骨质增生厚度均采用CT进行诊断与检查^[3]。

1.4 统计学方法

采用SPSS19.0软件对数据进行统计分析,手术时间、术中出血量

囊腔体积缩小百分比、骨质增生厚度大小以及骨密度水平均以“ $\bar{x} \pm s$ ”的形式进行表示,其他数据均以“n(%)”的形式进行表示;以 $P < 0.05$,表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组近期疗效对比

观察组患者手术时间、术中出血量、术后疼痛率以及术后创腔感染率均分别显著小于对照组(P 均 <0.05),见表1:

表1 两组近期疗效比较

组别	例数(n)	手术时间 (min)	术中出血量 (mL)	术后疼痛 率	术后创腔感 染率
对照组	50	70.12 $\pm$ 12.12	114.30 $\pm$ 10.09	12(24.00)	10(20.00)
观察组	50	35.45 $\pm$ 6.55	45.23 $\pm$ 5.44	3(6.00)	3(6.00)
统计值		8.981	9.012	14.342	11.109
P值		0.013	0.011	0.0079	0.0087

2.2 两组患者远期疗效对比

观察组术后复发率、神经性并发症的发生率均显著低于对照组(P 均 <0.05),观察组囊腔体积缩小百分比、骨质增生厚度大小以及骨密度水平均分别显著高于对照组(P 均 <0.05),见表2:

表2 两组患者远期疗效比较

组别	例数 (n)	复发率	神经性并 发症	囊腔体积缩 小百分比(%)	骨质增生厚 度(cm)	骨密度水平 (g/cm ²)
对照组	50	8(16.00)	10(20.00)	33.39 $\pm$ 6.56	14.45 $\pm$ 5.35	0.24 $\pm$ 0.09
观察组	50	4(8.00)	5(10.00)	87.27 $\pm$ 10.27	32.19 $\pm$ 10.09	0.48 $\pm$ 0.13
统计值		7.172	6.721	11.203	13.387	8.772
P值		0.024	0.029	0.0088	0.0080	0.015

3 讨论

开窗减压术最早是由美国医生 Wine 首次提出来的,并提出该术式可用于颌骨囊肿的临床治疗之中^[4]。由于开窗减压术操作十分简便,无需实施颌骨重建以及骨移植等途径,能够很好地保留颌骨的连续

(下转第54页)



• 临床研究 •

潘立民治疗带状疱疹后遗神经痛 1 例

王曼雅¹ 赵海深²

1 黑龙江中医药大学 2016 级硕士研究生 黑龙江哈尔滨 150040

2 黑龙江中医药大学 2015 级硕士研究生 黑龙江哈尔滨 150040

摘要: 带状疱疹在中医上称为蛇串疮, 是临床上常见的疾病之一。带状疱疹后遗神经痛是带状疱疹常见的并发症之一, 多因失治误治延误病情而致邪气伏留, 临床治愈后常持续疼痛超过 30 天以上, 而中医辨证治疗效果常能取得满意效果。

关键词: 龙胆泻肝汤 带状疱疹后遗神经痛 潘立民

中图分类号: R752.1+2

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2017) 13-054-01

潘立民简介:

潘立民, 男, 副主任医师, 硕士生导师, 医学博士, 名老中医学术继承人, 黑龙江中医药管理局二等奖获得者, 善于运用中医经典理论结合现代医学治疗临床疑难杂症。笔者曾有幸跟随潘老师学习半年, 现精选带状疱疹后遗神经痛病例 1 例, 以供临床学习。潘师认为本病是由平时性格急躁, 情志内伤, 肝气郁结, 日久化火, 以致肝胆火盛; 因脾湿郁久, 湿热内蕴, 外感毒邪而发病。

病例分析:

2016 年 10 月 10 日初诊, 李某, 男, 55 岁, 主诉: 右侧肋肋, 伴右侧脊柱区疼痛半年, 加重三天。病史: 患者平素易怒, 半年前因情志郁怒后出现右侧肋肋伴右侧脊柱区疼痛, 未予重视, 第二天灼痛、窜痛难忍, 触痛明显。疼痛后出现皮疹并伴皮温增高, 皮疹呈现为簇状水疱群。于当地医院治疗, 诊断为带状疱疹, 给予抗病毒、营养神经等药物对症治疗, 病情好转, 疱疹消失, 疼痛减轻。之后仍有轻度发作, 但未予重视。今为求中医中药治疗特来我院门诊, 现患者近半年来, 时有疼痛, 夜间较重, 睡眠不佳, 严重影响患者生活质量。三天前因与人争吵后疼痛加重, 其疼痛部位, 皮肤暗泽无光, 轻度色素沉着, 皮温略高, 同时伴有头晕胀痛, 口苦口干, 多梦易醒, 小便短赤, 大便秘结, 舌红苔黄, 脉弦数。潘师认为患者平素急躁易怒, 辨证为气机郁滞, 日久化火而发病, 肝胆之火, 熏蒸于皮肤, 阻塞经络, 不通则痛; 肝火循经上攻头目, 故见头晕胀痛; 肝火挟胆气上溢, 则发为口苦; 热扰神魂, 故心神不宁; 火邪灼津, 故见口渴, 大便秘

结, 小便短黄等; 兼见舌红苔黄, 脉弦数均为肝经实火内炽之象。

诊断: 中医诊断为蛇串疮, 证属肝胆湿热型, 治以清肝火, 解热毒; 西医诊断为: 带状疱疹后遗神经痛。

治疗及疗效: 予以龙胆泻肝汤加减。组成: 龙胆草 20g、黄芩 15g、丹皮 10g、生地黄 15g、车前子 15g、乳香 10g、没药 10g、柴胡 15g、元胡 15g、僵蚕 15g、蝉蜕 10g、姜黄 10g、大黄 5g, 7 付水煎, 日一剂早晚两次温服。再诊: 2016 年 10 月 17 日, 疼痛明显减轻, 唯外物触碰时, 稍有疼痛感, 头痛、口苦口干等症基本消失。药证相应, 继服上方 7 付, 用法同前。三诊: 2016 年 10 月 24 日, 患者疼痛消失, 基本痊愈。随访半年, 未复发。

按语: 四诊合参, 知此证属肝胆湿热型, 故选用龙胆泻肝汤为主方加减。龙胆泻肝汤首见于《医方集解》治肝胆实火上炎, 又主肝胆湿热下注, 方中重用龙胆草清利肝胆实火湿热为君; 黄芩、栀子苦寒燥湿, 清热解毒; 车前子导湿热从水道而出而利水不伤阴; 肝藏血, 体阴用阳, 为实火所伤, 阴血随之消耗, 故以当归、生地养血滋阴, 使攻邪不伤正; 肝喜调达而恶抑郁, 故用柴胡引诸药归肝经, 合以乳香、没药疏肝理气, 同时辅以元胡行气散瘀止痛; 僵蚕、蝉蜕、姜黄、大黄为杨栗山《伤寒温疫条辨》所载, 名为升降散, 应用此方, 意在升降气机, 解郁散火, 其中僵蚕、蝉蜕轻清透热, 散风舒郁, 姜黄辛凉通络, 大黄逐瘀泻热, 又能推陈致新, 两方合用, 既有清热解毒除湿之能, 又有行气散郁止痛之功, 故而药失中的, 七剂已见初效, 又诊竟收全功, 三诊患者痊愈。

(上接第 53 页)

性, 有效规避相关合并症的发生。对此, 该术式在临床上的应用范围十分广泛^[6]。本研究结果显示: 开窗减压术治疗颌骨囊肿的疗效显著优于对照组, 能够有效地预防长时间的反复性感染、神经损伤等方面的并发症, 而且还能使得颌骨的基本形态以及基本功能得到保留。

目前, 临床上普遍认为颌骨囊肿不断膨胀的囊肿压迫周围骨质, 破骨细胞吸收骨质以及囊肿之中的一些内含物等, 也参与到骨质的吸收过程之中, 是引起骨质破坏的一个非常重要的因素。颌骨组织之中存在残留上皮是颌骨囊肿生长发育的根本以及内在的基本条件, 而其生长发育的外在条件则属于一种密闭化的环境。在患者接受开窗减压术之后, 可对囊肿的生长环境产生破坏性作用, 使得囊腔的内外压力保持在一个平衡的水平, 囊肿之中参与骨质吸收因素消除或者减少, 从而促使骨质重建^[6-7]。

为了有效规避过量的骨壁暴露影响病灶区域骨质的增生, 行开窗减压术将开窗口的骨壁以及囊壁进行去除时, 应该注意对剩下的囊壁的完整性加以保护; 对于囊腔较大或者囊肿属于多囊性质时, 应该注意肉眼不能观察到的子囊, 要术后形成一个完整的囊腔, 以利引流。开窗减压术后的前 12 个月时囊腔缩小最明显, 新骨形成最活跃的时期, 因此如在 12 月后囊腔变化不明显, 即可行二次囊肿刮除术。术

后应每日多次用 0.9% 氯化钠注射液冲洗, 避免感染。

综上所述, 与刮治术比较, 开窗减压术治疗颌骨囊肿的临床疗效更为显著, 复发率及并发症发生率更低, 应在临床中进行推广及应用。

参考文献

- [1] 忻文雷, 阮征, 周晓燕, 等. 颌骨囊肿开窗减压术治疗效果观察[J]. 口腔颌面外科杂志, 2015, 25 (3): 224-226.
- [2] 刘海涛, 卢新华, 戴毅珠, 等. 开窗引流术治疗口腔颌面囊肿及囊性病变的临床效果观察[J]. 中国当代医药, 2015 (17): 99-101.
- [3] 徐江. 开窗减压术与传统颌骨囊肿刮治术治疗颌骨囊肿的疗效比较[J]. 河北医学, 2014 (12): 2017-2020.
- [4] 唐敏. 开窗减压术与传统颌骨囊肿刮治术治疗颌骨囊肿的疗效对比[J]. 全科口腔医学电子杂志, 2015, 2 (12): 18-19.
- [5] 邵敏. 开窗减压术治疗大型颌骨囊肿临床疗效观察[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8 (6): 105-106.
- [6] 方鸿满, 张冬玲, 邵建丽, 等. 改良开窗减压术治疗大型颌骨囊肿疗效分析[J]. 武警后勤学院学报(医学版)[J], 2014 (12): 1015-1016.
- [7] 邓飞才, 卢若煌, 王月红, 等. 开窗减压术治疗颌骨囊肿 54 例临床研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2013, 29 (3): 154-155.