



牙源性颌骨囊肿及牙源性肿瘤临床治疗回顾性分析

王芳 邱俊平 孙洁明 安新 (河北省香河县人民医院口腔科 河北香河 065400)

摘要: **目的** 探讨牙源性颌骨囊肿及牙源性肿瘤的临床诊疗方式,以提高治疗水平。**方法** 回顾性分析 199 例牙源性颌骨囊肿及牙源性肿瘤临床资料、手术方式及其术后骨腔愈合、复发等情况。**结果** 199 例牙源性颌骨囊肿及牙源性肿瘤分别采用血块充填法、碟形手术、囊肿植骨术及囊肿开窗减压术几种手术方式,术后随访 6 个月—5 年,临床及影像学检查显示囊肿周围骨质再生改建,病变骨腔逐渐缩小,骨质修复良好。**结论** 对于不同类型牙源性颌骨囊肿及牙源性肿瘤,应采用不同手术方法治疗,囊肿植骨术是治疗骨腔缺损的一种有效方法。

关键词: 牙源性颌骨囊肿; 牙源性肿瘤; 手术治疗; 植骨

中图分类号: R782 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2020) 08-037-02

牙源性颌骨囊肿是由成牙组织或牙的上皮或上皮剩余演变而来的。其中根端囊肿、含牙囊肿临床较常见。

牙源性肿瘤是由成牙组织,即牙源性上皮及牙源性间叶组织发生而来的一类肿瘤。其中牙瘤、成釉细胞瘤、牙源性角化囊性瘤、牙骨质瘤临床较常见。

现就我科 2008 年~2018 年间 199 例牙源性颌骨囊肿及牙源性肿瘤患者的临床资料、手术方式及其术后愈合等情况进行回顾性分析,报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组 199 例中,男 122 例 (61.3%),女 77 例 (38.7%); 年龄 5~91 岁,平均年龄 30.7 岁。

1.2 病变部位

本组 199 例,牙源性颌骨囊肿 174 例,其中上颌骨病例

138 例 (79.3%),下颌骨病例 36 例 (20.7%); 牙源性颌骨肿瘤 25 例,其中上颌骨病例 13 例 (52.0%),下颌骨病例 12 例 (48.0%)。

1.3 临床表现

以疼痛感染就诊者 48 例 (24.1%),局部肿胀者 67 例 (33.7%),局部牙齿松动 83 例 (41.7%),下唇麻木感 2 例 (1.0%),因牙齿疾病就诊常规检查发现者 59 例 (29.6%)。

1.4 临床分类

本组 199 例中,牙源性颌骨囊肿 174 例,其中含牙囊肿 90 例 (51.7%),根端囊肿 83 例 (47.7%),始基囊肿 1 例 (0.6%); 牙源性肿瘤 25 例,其中牙瘤 15 例 (60.0%),牙源性角化囊性瘤 (也称牙源性角化囊肿) 5 例 (20.0%),成釉细胞瘤 2 例 (8.0%),牙骨质瘤 2 例 (8.0%),牙源性钙化囊肿 1 例 (4.0%)。

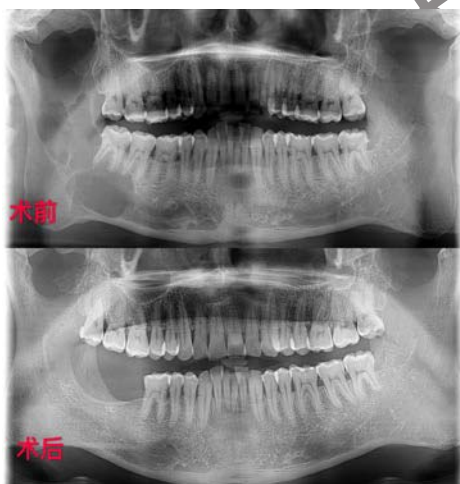


图 1: 右下颌骨囊肿

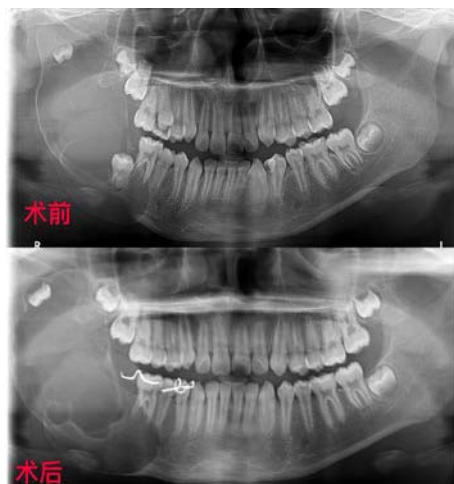


图 2: 右侧下颌骨成釉细胞瘤

1.5 治疗

1.5.1 碟形手术

将遗留的骨腔边缘尽量用咬骨钳、骨凿或 SUGRYBONE 超声骨刀去除,使近圆形的骨腔变为似浅碟状的骨腔,这样软组织可以压向骨腔以消灭死腔。这种方法特别适用于下颌骨。但对于上颌骨囊肿,由于解剖的关系,作用不大。

1.5.2 血块充填法

让遗留的骨腔内充满血块待其自行机化,适用于小的囊肿术后。

1.5.3 囊肿植骨术

在遗留的骨腔内植骨促使骨愈合。包括自体骨、同种异

体骨等。此法特别适用于上颌大的骨腔的处理。

1.5.4 囊肿开窗减压术

开窗减压术不是直接刮除囊肿,而是保护受累及的牙根及替牙期的恒牙胚,恢复颌骨外形,最大限度地保护颌骨的形态及功能。

2 结果

本组 199 例病例采用了不同的手术方式,其术后病变骨腔愈合时间和方式不同,术后随访 6 个月—5 年,临床观察病变骨腔均显著缩小,全景曲面断层片和 CT 检查显示原手术部位骨密度增高,骨皮质增厚,原病变骨腔体积明显缩小、甚至消失,提示新生骨质生成,骨腔逐渐修复,骨质修复良好。



其中 1 例骨腔较大者, 术后 4 个月手术部位受外力撞击后合并感染, 给予对症治疗, 术后 2 年随访, 原病变骨腔新生骨质生成, 骨腔基本消失; 另 1 例骨腔较大者, 术后病理回报: 成釉细胞瘤, 因成釉细胞瘤一直被视为“临界瘤”, 易复发、易恶变, 且患者年龄较小, 向患者家属充分病情, 嘱其于上级医院进一步诊治, 在随后的随访中, 发现原病变骨腔体积缩小不明显。

3 讨论

3.1 组织来源

3.1.1 牙源性囊肿, 是指牙齿形成器官的上皮或剩余上皮发生的一组囊肿, 可以是炎症性的(如根端囊肿), 也可以是发育性的(如含牙囊肿)。

3.1.2 牙源性肿瘤是由成牙组织, 即牙源性上皮及牙源性上皮、牙源性间充质或牙源性上皮和间充质共同发生的一组肿瘤。

3.2 影像学检查

3.2.1 牙源性颌骨囊肿在 X 线片上表现为一清晰圆形或卵圆形的透明阴影, 边缘整齐, 周围常呈现一明显白色骨质反应线。

3.2.2 牙源性角化囊性瘤的 X 线表现有单囊和多囊之分, 单囊多见, 多囊仅占 20%-30%。肿瘤内可含牙或不含牙, 部分病变波及颌骨范围较大, 常沿颌骨长轴生长发展(下颌明显), 颌骨膨胀可向舌侧发展, 甚至穿破舌侧骨板。

3.2.3 成釉细胞瘤 X 线上表现多样, 主要分为多房和单房型, 其他类型少见。多房型在成釉细胞瘤中最多见, 整个病变边缘清晰, 多为密度增高的白线所包绕, 如有继发感染, 该白线可呈模糊状, 周围骨质可有局部硬化。多数成釉细胞瘤可使受侵颌骨呈程度不等的膨胀改变, 膨胀以向唇颊侧为主, 颌骨外形可发生不对称改变, 肿瘤内可含不同发育阶段的埋伏牙, 被肿瘤包绕的牙根可因肿瘤侵蚀成锯齿状或截断状吸收。

3.2.4 牙瘤分为混合型 and 组合型。混合型牙瘤好发于前磨牙和磨牙区, X 线主要表现为颌骨内异常高密度团块状影像。

组合型牙瘤好发于前牙区, X 线主要表现为颌骨内有许多大小不等、形态各异的小牙堆积。

3.3 术中注意事项

3.3.1 切口的大小要根据囊肿的部位、范围而定, 要以能够充分显露术野、便于彻底清除囊壁为原则。

3.3.2 囊腔内若有牙根尖暴露, 根据情况尽可能保留患牙, 应于术前行根管治疗及术中根尖切除, 最大程度保留咀嚼功能。

3.3.3 病变在下颌, 注意保护同侧下牙槽神经血管及面神经下缘缘支。

3.3.4 病变范围过大可能发生病理性骨折者, 术后需做颌间结扎暂时固定。

3.3.5 上颌囊肿如范围较大, 手术时若与上颌窦相通, 应同时行上颌窦根治术, 骨腔内填塞碘仿纱条, 定期撤除碘仿纱条。

参考文献

- [1] 张志愿, 俞光岩, 等. 口腔颌面外科学第 7 版 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 306-316.
- [2] 于世凤, 等. 口腔组织病理学 7 版 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 326-351.
- [3] 马绪臣, 等. 口腔颌面外医学影像诊断学 6 版 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 116-131.
- [4] 贾雪萍, 唐恩溢. 彻底刮治术治疗下颌骨成釉细胞瘤的临床研究 [J]. 口腔医学研究, 2017, 33(5): 567-570.
- [5] 张波, 叶文成, 李莹, 等. 开窗减压术治疗大型牙源性角化囊性瘤的临床研究 [J]. 口腔颌面外科杂志, 2017, 27(1): 47-50.
- [6] 倪佳, 李少冰, 等. 牙瘤摘除同期行引导骨再生术的效果评估 [J]. 广东医学, 2015, 36(12): 1878-1880.
- [7] 贾黎, 刘学恒. 牙源性角化囊性瘤的研究进展 [J]. 罕少疾病杂志, 2012, 19(3): 38-43.
- [8] 薛立伟, 陈晓, 等. 开窗减压术治疗颌骨大型囊性病变的临床观察 [J]. 全科口腔医学杂志, 2015, 2(6): 90-91.

(上接第 36 页)

引起机体内代谢紊乱, 增加一系列的炎症反应, 多个学者在相关临床研究中认为, 糖尿病可能是影响心血管疾病发病的重要诱因, 国内学者王辉曾在其研究中指出, 糖尿病是诱发 ST 段抬高型急性心肌梗死的重要原因^[4]。(2) C 反应蛋白水平: C 反应蛋白是体内炎症反应的重要指标, 部分学者的研究中认为 C 反应蛋白能够激活补体, 促进体内炎症反应进一步扩大, 从而增加冠状动脉内的梗死面积。也有学者认为 C 反应蛋白和补体激活是诱发急性心肌梗死患者心肌损伤的重要介质。

(3) 病变支数: 病变支数越多, 患者的疾病程度越严重, 预后质量越差。(4) 脑钠肽前体: 近年来, 部分临床研究证实心肌梗死患者会伴随心脏神经内分泌系统激活, 而脑钠肽前体水平明显升高是判断患者预后的敏感指标^[5]。(5) 肌酐、肾小球滤过率: 肌酐、肾小球滤过率均是反映患者肾功能的重要指标, 大量的临床研究认为肾功能受损会增加心脑血管疾病的发病率。国内学者肖云云等^[6]在临床研究中指出, 肌酐水平越高的患者, 其患有心肌梗死的概率越高, 同时肌酐也是预测急性心肌梗死介入术后治疗效果的重要指标。

综上所述, 糖尿病、病变支数、C 反应蛋白、脑钠肽前体、糖基化血红蛋白、肌酐、肾小球滤过率等均是影响还是听一

段冠脉抬高型急性心肌梗死患者介入治疗近期预后质量的重要因素, 因此在疾病治疗前后应关注上述指标, 给予针对性的治疗措施, 来提高患者的预后质量。

参考文献

- [1] 周峰. 影响高龄 STEMI 患者直接 PCI 近期预后的相关因素分析 [J]. 浙江临床医学, 2017, 19(7): 1225-1227.
- [2] 戴美凤, 沈彬, 陆传新, 等. 直接 PCI 治疗急性 ST 段抬高型心肌梗死患者的近期预后及相关因素分析 [J]. 心血管康复医学杂志, 2017, 26(3): 273-276.
- [3] 王音. 急性 ST 段抬高心肌梗死患者经皮冠脉介入治疗近期预后的危险因素分析 [J]. 中国医药导报, 2017, 14(23): 44-47.
- [4] 王辉, 刘震宇, 张抒扬, 等. 高龄急性 ST 段抬高型心肌梗死患者行直接经皮冠状动脉介入治疗的近期预后 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2015, 17(10): 1028-1032.
- [5] 梁震峰, 韩文宝, 王兴, 等. 急性 ST 段抬高型心肌梗死中医证型与 N 端脑钠肽前体、超敏 C 反应蛋白关系研究 [J]. 河北中医药学报, 2014, 29(4): 7-8.
- [6] 肖云云, 谢峻, 徐标. 入院时血清肌酐水平与年龄对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者住院死亡率的影响 [J]. 实用老年医学, 2016, 30(01): 27-30.