

疼痛性关节盘前移的内窥镜治疗探讨

(附 46 例报道)

于 端 王 大 章 胡 波 彭 贵 平

摘要 应用颞颌关节内窥镜,对 1992 年 5 月~1994 年 9 月间在华西医科大学口腔医院就诊的连续 46 例具有反复关节区疼痛的关节盘前移位患者,通过关节腔灌洗加关节镜下复位的方法进行治疗,并随访 3 月以上。结果表明,该治疗方法对可复性与不可复性盘前移关节疼痛治疗有效率达 80%,二者间无显著性差异。但对盘复位疗效仅为 58%,且可复性与不可复性盘前移间存在显著差异。作者认为不可复性盘前移并伴有关节内损害患者,多数应采用积极的外科手术治疗。

关键词 颞颌关节内紊乱症 盘前移 内窥镜

颞下颌关节盘前移是颞颌关节内紊乱症(TMJD)较为常见的病症之一,对于该病的临床特点及诊断方法已有较多报道^[1,2]。但对于该病的临床治疗,长期以来主要采用了封闭、理疗及颌导板等保守治疗方法,多数患者疗效欠佳。本研究采用颞颌关节内窥镜,通过关节腔灌洗加关节盘复位(包括对有粘连带形成的患者进行分离)的方法,对 46 例疼痛性关节盘前移患者的治疗进行了探讨。

1 资料和方法

1.1 一般性资料

1992 年 5 月~1994 年 9 月来我院关节专科门诊连续就诊 46 例具有关节区疼痛的盘前移位患者,其中可复性盘前移 20 例,不可复性 26 例,全部患者均通过临床检查、X 线片检查,其中 41 例患者行关节造影检查确诊,另 6 例未造影检查者 X 线片及临床检查符合诊断。本组 46 例患者中男性 21 例,女性 25 例,最大年龄 62 岁,最小年龄 17 岁,平均年龄为 36.4 岁。病程最长为 18 年,最短为半年,平均为 5.2 年。

1.2 治疗方法

颞颌关节内窥镜穿刺方法已作报道^[3],镜检中始终保持生理盐水对关节腔进行冲洗,灌洗通畅,其中 4 例有腔内粘连带患者进行分离。关节盘复位方法为关节镜下使内窥镜针位于关节盘后份并固定其位置,然后换以钝性穿刺针,嘱患者作张口运动,并使头部转向健侧,同时以钝性穿刺针向后推压关节盘,使前移关节

盘复位。本组患者术后均未出现任何并发症。

1.3 疗效评价

对疼痛性盘前移位患者,拟了解治疗对关节区疼痛及盘复位、关节功能改善的效果。疼痛的疗效标准为:疼痛明显减轻或完全消失。盘复位临床疗效标准为:弹响消失或明显减轻,张口度增大及咀嚼功能改善。

2 结 果

本组 46 例患者通过治疗后 1 月、3 月的临床复查及信访调查,部分患者经 X 线复查,治疗情况如下。

2.1 关节疼痛的治疗效果

复查排除内窥镜检穿刺造成关节外部近期疼痛,经张口、侧向及咀嚼运动等项检查确定关节区疼痛情况。可复性盘前移治疗有效率达 80%,不可复性盘前移有效率为 80.7%,总有效率为 80.4% ($\chi^2=0.009, P<0.05$),表明可复性关节盘前移与不可复性盘前移在疼痛疗效方面无显著性差异(见表 1)。

表 1 关节区疼痛疗效

	可复性盘前移	不可复性盘前移	合计
有效	16	21	37
无效	4	5	9
合计	20	26	46

作者单位:610041 华西医科大学口腔医学院

本研究受国家自然科学基金资助(3917078)

2.2 关节盘复位疗效

经关节腔冲洗后作镜下关节盘复位治疗,复诊发现术后早期患者关节弹响的消除及张口度、张口型改善较好。3 月后复查可复性盘前移组中 15 例患者弹响消失或明显减弱,张口情况及咀嚼功能均有明显改善,其中 11 例经 X 线片复查示关节盘前移得到复位。5 例无效患者经复查症状基本同术前,其中 2 例经 X 线片复查无改变。不可复性盘前移组中有 12 例盘移位症状得到明显改善,表现为张口度增大,张口偏移减小,疼痛缓解等。其中 7 例经 X 线片复查盘移位得到不同程度纠正。14 例不可复性盘前移复查结果无效,症状依然存在,其中 6 例 X 线片复查未得到复位,或复位后再次复发。结果为可复性关节盘前移治疗有效率为 75%,不可复性有效率为 46%,总有效率为 58.7%,经 χ^2 检验, $\chi^2=3.88, P<0.05$,表明在关节盘复位治疗上可复性与不可复性盘前移间存在显著性差异。

表 2 关节盘前移复位临床疗效

	可复性盘前移	不可复性盘前移	合计
有效	15	12	27
无效	5	14	19
合计	20	26	46

3 讨 论

疼痛是颞颌关节内紊乱症常见症状,关节盘前移位往往伴有关节区不同程度的疼痛,尤其是不可复性关节盘前移,其疼痛较明显,且伴有张口受限,咀嚼功能异常现象。通常认为关节区疼痛是由于关节盘前移,神经末梢丰富的盘后区被髁突撞击、挤压所致。但近年由于 TMJ 内窥镜的应用,对于关节内细微结构破坏,组织脱落分解现象及性质得以证实^[4,5],滑膜炎及关节液内炎症疼痛因子前列腺素 E₂ 和白介素-1 的明显增高是引起关节疼痛的重要因素^[6]。

以往对于疼痛性关节内紊乱症的临床治疗一直遵循常规保守治疗原则,多数患者疗效欠佳。近年 TMJ 内窥镜作为颞颌关节内紊乱症的治疗手段已有较多报道^[7,8],取得较好的效果。本研究针对具有反复关节区疼痛的盘前移位患者,采用 TMJ 内窥镜关节腔冲洗加关节盘复位

的方法进行治疗,结果表明对可复性和不可复性关节盘前移位患者疼痛治疗有效率达 80%,两者之间有相同的疗效,且未出现任何并发症。内窥镜检始终保持生理盐水冲洗,对于清除关节腔内脱落、分解的组织残片,尤其去除关节液中炎性和化学性致痛因子,减轻滑膜炎的症状,从而缓解和消除关节疼痛有重要作用。另外,镜检过程中对关节盘的复位操作,也能暂时改善关节盘前移位,减轻髁突挤压撞击关节盘,对消除疼痛也起到一定作用。研究还表明对一些常规保守治疗无效的患者,经使用该治疗方法效果较好。

对于可复性盘前移位的复位治疗确有一定疗效,尤其是镜检后近期,患者弹响消失或明显减弱,张口度增大,疼痛减轻对张口度及咀嚼功能的改善也有一定的作用。但应用内窥镜治疗如何保持患者的远期疗效尚需进一步研究。对不可复性盘前移位复位较困难,有效率仅为 46%,尤其对于病程较长,伴有关节内器质性损害的治疗,该方法仍有其局限性,其也是临床治疗难点之一。许多学者倡导对于保守治疗无效的、较为严重的关节内损害的 TMJID 患者,应积极采用关节手术治疗的方法,包括髁突高位切除术、关节盘复位术及关节盘修补术等,且实践已证明其有效性^[9]。因此,对于内窥镜治疗无效的不可复性盘前移位患者,也应积极考虑采用有效的关节手术治疗。

4 参考文献

- 1 Eriksson L, Westesson PL. Clinical and radiological study of patients with anterior disc displacement of the TMJ. Swed Dent J, 1983;7: 55
- 2 马绪臣,张震康,邹兆菊. 颞下颌关节紊乱综合征临床表现与 X 线改变的对比研究. 口腔颌面外科杂志, 1991;1: 5
- 3 于 端,王文章,彭贵平. 颞下颌关节盘前移的临床、X 线及关节内窥镜的对比研究. 口腔医学纵横, 1994; 4: 219
- 4 Holmlund A, Hellsing G, Wredmark T. Arthroscopy of the TMJ; A clinical study. Int J Oral Maxillofac Surg, 1986;15: 715

- 5 王 大章, 彭贵平, 林 野. 颞下颌关节内窥镜检查的实验研究及其临床应用评价. 中华口腔医学杂志, 1990, 6: 334
- 6 Quinn JH, Bazan NG. Identification of prostaglandin E₂ and leukotriene B₄ in the synovial fluid of painful dysfunctional TMJ. J Oral Max-fac Surg, 1990; 48: 968
- 7 Moses JJ, Poker ID. TMJ arthroscopy surgery, An analysis of 237 patients. J Oral Max-fac Surg, 1989; 47: 790
- 8 王 大章, 彭贵平, 林 野. 颞下颌关节外科内窥镜应用评价. 华西口腔医学杂志, 1994; 12(增刊): 126
- 9 McCarty WL, Farrar WB. Surgery for internal derangement of the temporomandibular joint. J Prosthet Dent, 1979; 42: 191

(1995-03-20 收稿)

The Treatment of Painful Anterior Disc Displacement by Arthroscopic Surgery (Report 46 Cases)

Yu Duan, Wang Dazhang, Hu Bo, et al
College of Stomatology, WCUMS

Abstract

Forty-six painful anterior disc displacement cases were treated with joint cavity irrigation and disc reduction by TMJ arthroscopic surgery. After 3 months following observation, the results showed that the curative effect of TMJ pain was 80%, and there was no significant difference between the cases of anterior disc displacement with reduction and the anterior disc displacement without reduction. The curative effect of disc reduction was 58%, and there was significant difference between the two kinds of disc displacement. The authors suggest that the TMJ operation should be given to the serious TMJID cases with anterior disc displacement without reduction.

拔牙后继发多间隙血肿一例报告

郑富聪

拔牙创的止血或对拔牙后因各种原因引起出血的处理, 压迫止血都是常规之举。我科近期经治一例少见的拔牙创压迫止血后, 口内未见出血, 但继发颌下、舌下、颊、翼颌、咽旁等诸多间隙血肿, 病势危急的病例, 现报道如下。

患者马某某, 女, 64 岁。因修复需要于 40 min 前, 在我科经常规操作, 1 min 内顺利拔除 78, 轻刮牙槽窝, 压迫止血, 回家。口中纱球还未吐出, 颌下逐渐肿胀, 吞咽困难, 自行热敷, 肿胀加剧, 但口中无血块吐出, 即返回我科复诊。

检查: 患者情绪很紧张, 颌下正中及左侧肿胀, 皮肤潮红, 肿胀界限不清, 较软, 口张度正常, 牙列缺损, 口内无血块残留, 口底丰满, 舌抬高。取出纱球并轻按压颌下包块, 78 牙槽窝内即涌出血液, 包块随之缩小, 立即用明胶海绵填塞牙槽窝, 再压迫。口含冰块, 面部加压冷敷。但肿胀逐渐扩展到整个颌下、颈上部及左颊

部, 口张度受限, 口底肿胀明显, 舌抬高上贴腭部。左下颌体内侧、左咽旁、翼下颌区肿胀, 粘膜下发紫。患者更紧张, 尿频, 血压 24.0/13.3 kPa。患者自感说不出话, 呼吸困难, 立即收入住院。

既往史: 患者否认高血压及其它病史。曾于 1 月多前在我科拔除 11, 术后正常。

治疗: 半卧位, 肿胀区冷敷, 吸氧, 静脉输液滴入垂体后叶素 10 U, 肌注止血敏 0.5, 口服安定 2.5 mg 等。病情未再发展。化验检查血小板、出凝血时间正常。下颌曲面断层摄影见 78 牙槽窝完整, 根周无骨质破坏, 见老年性下颌骨质较稀疏, 骨外板较薄, 未见其它病变。1 周后痊愈出院。

(1995-02-20 收稿)

作者单位: 100074 航天部 731 医院口腔科