

·经验交流·

开窗引流术与单纯刮治术对牙源性颌骨囊肿患者的疗效分析

赵驰峰 应于康

牙源性颌骨囊肿是一种发于口腔颌面位置的疾病^[1]。目前治疗该病常用的方式为手术,单纯刮治术是对囊肿进行完整切除,若囊肿过大将会对周围组织造成损伤,易导致并发症的产生,较小的囊肿使用此方法有良好的疗效^[2]。开窗引流术创伤较小,手术用时较短,安全性较高,能够较好地保护囊肿周围组织,减少并发症的发生^[3]。基于此,本次研究中将开窗引流术、单纯刮治术应用于牙源性颌骨囊肿的治疗中,对比其疗效。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2020年3月至2022年3月期间台州市中心医院(台州学院附属医院)收治的60例牙源性颌骨囊肿住院患者,纳入标准包括:①符合牙源性颌骨囊肿的诊断标准^[4];②未使用其他药物治疗如抗生素类;③患者知情同意。排除标准包括:①凝血功能障碍;②免疫及代谢存在异常;③心、肝、肾等器官功能障碍;④合并其他牙周疾病;⑤内分泌系统异常;⑥处于哺乳期或妊娠期。本次研究经医院伦理委员会批准通过。按照不同治疗方法分为研究组和对照组,各30例。两组患者性别、年龄、病程、囊肿部位等基线资料比较见表1。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 方法 两组患者均进行相关的头颅CT、X线等影像检查,确认囊肿的具体位置和周边组织关系,两种手术都采用全身麻醉,术前8 h禁食,6 h禁水。对照组患者采用单纯刮治术,患者仰卧位,根据术区位置选择垫肩或垫头圈的方式,进行常规消毒和

表1 两组患者基线资料比较						
组别	n	性别 (男/女)	年龄/岁	病程/月	囊肿部位/例	
					上颌骨 囊肿	下颌骨 囊肿
研究组	30	16/14	27.62±4.36	10.72±2.90	13	17
对照组	30	13/17	27.48±4.24	10.39±2.86	14	16

铺巾,参考患者锥形束CT影像相关资料和囊肿的位置范围来选择最合适的切口。然后按照所选择的切口依次切开黏膜、黏骨膜,剥离并全层翻开黏骨膜,将其与囊壁分割开,使手术区域完全暴露在视野中。接下来借助咬骨钳和吸引器来清除骨质、吸净囊液,将囊腔内的囊壁组织完整刮净,加之相应的修整使囊腔变得光滑。最后是止血处理,用2%碘酊纱布来进行烧灼治疗,防止复发,将其取出后对手术创面进行多次冲洗,然后在骨腔置一根碘仿凡士林纱条用以引流,缝合切口,将刮除物送至病理科。术后5~7 d更换碘仿纱条,一直到骨腔愈合,术后1周拆除缝合线。

研究组患者采用开窗引流术,首先选择患者囊肿最膨隆且薄弱处作2~3 cm手术切口,与牙槽骨平行;切开黏膜、骨膜,分离骨壁和囊壁,充分暴露1~2个囊腔,将囊腔内容物吸除,切除囊壁组织送去病理确诊,保留剩余囊腔内容物,若有牙根尖、牙胶尖可一并清除。再使用3%过氧化氢、抗菌液及生理盐水对囊腔进行冲洗,用碘条进行填塞引流。1周后复诊将碘条取出,制作囊肿填塞塑料,卡在邻牙,对伤口进行覆盖,且术后患者定期清理冲洗囊腔。术后根据两组患者具体情况给予抗生素、止血药治疗。

1.3 观察指标 ①手术相关指标:包括手术时间、住院时间以及术中出血量。②囊肿体积、囊肿面积和颌骨高度、宽度比较:于患者术前和术后3个月、

DOI:10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2024.007.019
作者单位:318000 浙江台州,台州市中心医院(台州学院附属医院)口腔科
通讯作者:应于康,Email:yingyukang@126.com

6个月复查不同时期的囊肿体积和囊肿面积,上颌骨高度、下颌骨高度和颌骨宽度。③临床疗效:疗效判定标准:显效:囊肿消失,颌骨高度和宽度显著提升;有效:囊肿明显变小,颌骨高度和宽度有所升高;无效:囊肿、颌骨高度和宽度等无任何变化,或病情加重。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。④并发症发生情况:比较两组患者术后出现感染、创口撕裂、血肿等并发症情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示。组间计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。设 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表3 两组术前术后的囊肿体积、面积和颌骨高度、宽度比较

组别		囊肿体积/mm ³	囊肿面积/mm ²	上颌骨高度/mm	下颌骨高度/mm	颌骨宽度/mm
研究组	术前	24.83 $\pm$ 3.14	7.90 $\pm$ 1.37	13.17 $\pm$ 1.13	16.49 $\pm$ 1.22	38.16 $\pm$ 1.48
	术后3个月	13.64 $\pm$ 3.05*	4.39 $\pm$ 0.94*	18.79 $\pm$ 1.34*	22.52 $\pm$ 1.76*	44.13 $\pm$ 1.80*
	术后6个月	3.68 $\pm$ 0.59*	1.76 $\pm$ 0.31*	22.45 $\pm$ 3.39*	26.83 $\pm$ 2.40*	47.98 $\pm$ 2.25*
对照组	术前	24.97 $\pm$ 3.49	7.94 $\pm$ 1.32	13.11 $\pm$ 1.11	16.41 $\pm$ 1.17	38.14 $\pm$ 1.41
	术后3个月	15.39 $\pm$ 3.07	5.62 $\pm$ 1.08	15.51 $\pm$ 1.22	20.11 $\pm$ 1.53	40.22 $\pm$ 1.53
	术后6个月	8.64 $\pm$ 1.28	2.05 $\pm$ 0.47	19.21 $\pm$ 2.44	23.18 $\pm$ 1.13	43.53 $\pm$ 1.96

注:*,与对照组同时点比较, $P<0.05$ 。

由表3可见,术前,两组患者的囊肿体积、面积和颌骨高度、宽度比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.16、0.12、0.21、0.26、0.05, P 均 >0.05)。术后3个月、术后6个月,研究组囊肿体积、囊肿面积低于对照组、上颌骨高度、下颌骨高度、颌骨宽度均大于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=2.21、4.71、9.91、5.66、9.06;19.28、2.82、4.25、7.54、8.17, P 均 <0.05)。

2.3 两组患者临床疗效比较见表4

2 结果

2.1 两组手术相关指标比较见表2

表2 两组手术相关指标比较

组别	手术时间/min	住院时间/d	术中出血量/mL
研究组	45.49 $\pm$ 3.36*	5.69 $\pm$ 0.87*	52.73 $\pm$ 6.02*
对照组	79.31 $\pm$ 4.51	10.18 $\pm$ 1.53	60.42 $\pm$ 7.27

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表2可见,研究组患者的手术时间和住院时间均短于对照组,术中出血量少于对照组,差异均有统计学意义(t 分别=32.94、13.97、4.46, P 均 <0.05)。

2.2 两组术前术后的囊肿体积、面积和颌骨高度、宽度比较见表3

表4 两组患者临床疗效比较/例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率
研究组	30	15(50.00)	12(40.00)	3(10.00)	27(90.00)*
对照组	30	12(40.00)	9(30.00)	9(30.00)	20(70.00)

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表4可见,研究组患者的临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=4.81$, $P<0.05$)。

2.4 两组患者术后并发症发生情况比较见表5

表5 两组患者术后并发症发生情况比较/例(%)

组别	n	术后感染	创口撕裂	血肿	并发症发生率	神经损伤	口腔麻木	总并发症率
研究组	30	2(6.67)	0	0	2(6.67)	0	1(3.33)	5(16.67)*
对照组	30	3(10.00)	2(6.67)	3(10.00)	8(26.67)	1(3.33)	2(6.67)	19(63.33)

注:*,与对照组比较, $P<0.05$ 。

由表5可见,研究组患者的总并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义($\chi^2=13.61$, $P<0.05$)。

3 讨论

牙源性颌骨囊肿属于常见的口腔颌面部囊肿,诱导其发生的因素包括发育障碍、炎症刺激

等,若未能及时诊治,会导致病变^[5]。大多数的患者在发病早期的临床特征不明显,未控制囊肿,会促进其增大,压迫机体神经组织及肌肉,使神经受损严重、面部畸形,同时也影响患者的咀嚼功能,加重病情^[6]。

临床上多采用手术方式对牙源性颌骨囊肿进行治疗,开窗引流术、单纯刮治术是常用的手术^[7,8]。本次研究结果显示,进行开窗引流术患者的术中出血量和并发症发生率低于单纯刮治术患者,手术时间、住院时间均短于单纯刮治术患者(P 均 <0.05),表明采用开窗引流术能有效缩短患者的手术时间、住院时间,减少术中出血量,促进恢复。其主要机制在于单纯刮治术进行治疗会使患者的骨质受损,且难以恢复到原有状态,术后易发生感染也会影响其恢复;而开窗引流术相对来说手术操作简单,手术用时短,出血量少,可最大限度保留颌骨功能,避免或减少对血管神经的损伤,利于患者恢复^[9]。有研究显示,开窗引流术治疗可降低术后感染情况的发生,缓解术后疼痛程度,减少出血量,利于术后全面恢复^[10,11]。

单纯刮治术操作简单,普及性强,广泛应用于各种颌骨囊肿的病症,但需要刮除完整的囊壁。术中为了刮除完整的囊壁需刮除部分骨质,增加了手术难度,易造成严重的手术创伤,术后骨质的修复较为缓慢,影响了患者的恢复速度。此外当手术留下的无效腔过大时也会增加发生感染的风险,不利于术后的愈合;若未能彻底刮治,会使剩余囊壁组织复发^[12]。有相关研究表明可对手术环境进行杀菌处理,将手术器械进行消毒灭菌,充分清理患者切口,减少发生术后感染风险^[13]。开窗引流术持续时间较短,只需要较小的切口来对骨质和囊壁进行清除,从而将囊液排出体外,在保护颌骨功能的前提下致使囊肿变小,甚至完全消失。本次研究结果显示,进行开窗引流术患者的术后囊肿体积及面积均低于单纯刮治术患者,颌骨高度及宽度均高于单纯刮治术患者(P 均 <0.05),表明采用开窗引流术可减少机体的伤害,有利于缩小患者的囊肿体积及面积,促进颌骨高度和宽度的升高,使伤口得到更快愈合。其主要机制在于开窗引流术后期可为骨质的修复和囊壁上皮的转换提供适宜的环境,促进了骨质新生,减轻了患者的痛苦。有研究也证实,经手术治疗后能够促进骨质生长,利于患者恢复,促进颌骨发育^[14]。

综上所述,经开窗引流术与单纯刮治术对比来说对机体造成的损伤较小,在一定程度上改善了手术相关指标,能有效缩小囊肿体积及面积,在促进患者恢复、减少并发症方面有积极意义,临床疗效

较为理想。但因本次研究样本量不够大,存在一定的局限,且未对其具体作用机制进行研究,因此还需加大样本量进一步分析。

参考文献

- 1 Mustansir-Ul-Hassnain S, Chandavarkar V, Mishra MN, et al. Histopathologic and immunohistochemical findings of odontogenic jaw cysts treated by decompression technique[J]. J Oral Maxillofac Pathol, 2021, 25(2): 272-278.
- 2 陈瑶, 张杰. 开窗减压引流术在下颌骨囊性病变治疗中的临床观察[J]. 口腔颌面外科杂志, 2021, 31(2): 101-104.
- 3 陈轩, 支强, 费亦凡, 等. 引导骨再生技术联合颌骨囊肿刮治术治疗牙源性颌骨囊肿的临床疗效观察[J]. 广西医学, 2021, 43(20): 2389-2392.
- 4 陶谦, 何悦, 刘冰, 等. 开窗治疗颌骨囊性病变的专家共识[J]. 口腔疾病防治, 2020, 28(2): 69-72.
- 5 罗建峰, 周昊, 魏卓, 等. 牙源性颌骨囊肿的临床病理特点分析[J]. 实用医院临床杂志, 2021, 18(3): 104-107.
- 6 陈中坚, 廖思远, 宋志芸, 等. 骨增量技术联合颌骨囊肿刮治术治疗牙源性颌骨囊肿的美学效果分析[J]. 中国美容医学, 2023, 32(10): 66-69.
- 7 王磊, 王周阳, 马春跃, 等. 2种开窗减压术治疗大型下颌骨牙源性囊肿的效果比较[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2022, 20(1): 58-62.
- 8 章礼玉, 周瑜, 叶茂昌, 等. Image J软件评估颌骨囊肿开窗减压术的临床疗效研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2022, 38(1): 52-55.
- 9 王亮, 任毓伊, 应凯. 开窗术保留颌骨囊肿非病灶牙的临床分析[J]. 口腔颌面外科杂志, 2021, 31(3): 177-179.
- 10 胥怀洋, 蔡嫚, 杨劲. CBCT辅助开窗减压术治疗颌骨囊肿疗效及术后成骨效果的影响[J]. 临床和实验医学杂志, 2023, 22(11): 1175-1178.
- 11 曾宾华, 陈家财, 罗艳荣, 等. 开窗减压术与颌骨囊肿刮治术治疗颌骨囊肿的疗效比较及对术后血清疼痛介质的影响[J]. 现代生物医学进展, 2022, 22(8): 1498-1501.
- 12 李淑华, 曹发明, 许从平, 等. 开窗减压术与传统刮治术治疗颌骨囊肿的手术效果、生活质量和预后的对比研究[J]. 现代生物医学进展, 2020, 20(17): 3260-3263.
- 13 王斌, 王健, 胡晓东, 等. 上颌骨囊肿患者鼻内镜开窗术后发生感染的因素分析及改进措施[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科, 2023, 30(1): 54-57.
- 14 陈轩, 支强, 费亦凡, 等. 引导骨再生技术联合颌骨囊肿刮治术治疗牙源性颌骨囊肿的临床疗效观察[J]. 广西医学, 2021, 43(20): 2389-2392.

(收稿日期 2024-01-11)

(本文编辑 高金莲)