

牙源性颌骨囊肿的临床分析

袁兴萍

昆明医科大学 云南昆明 650500

〔摘要〕目的 探讨分析牙源性颌骨囊肿所具有的临床特点,为提高诊治水平提供参考。方法 以本院 2019 年 5 月—2020 年 4 月收治的 70 例牙源性颌骨囊肿患者进行本次研究,对 70 例患者相关临床资料回顾性分析,探讨其临床表现和特征。结果 在 70 例患者中经临床、X 线片和手术后组织病理学确诊,其中有根尖囊肿 21 例,角化囊肿 35 例,含牙囊肿 10 例,始基囊肿 4 例;患病部位:上颌骨囊肿 48 例,下颌骨囊肿 22 例;在上颌骨囊肿中:前牙区 25 例,前磨牙区 14 例,磨牙区 9 例;在下颌骨囊肿中:前牙区 10 例,前磨牙区 5 例,磨牙区 7 例。根尖囊肿和含牙囊肿多发于上下颌前牙区,始基囊肿和角化囊肿好多发于下颌磨牙区和下颌升支部位。结论 X 线检查是确诊大多数牙源性颌骨囊肿的主要方法之一,临床治疗以手术切除为主,但要注意感染症状的出现。

〔关键词〕牙源性颌骨囊肿;根端囊肿;始基囊肿;含牙囊肿;角化囊肿

〔中图分类号〕R782 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 06-036-02

前言

颌骨囊肿是口腔颌面外科在临床上常见颌骨内疾病之一,根据组织来源可以分为两大类型,即牙源性颌骨囊肿和非牙源性颌骨囊肿。其中牙源性颌骨囊肿属于发育性囊肿,由牙上皮剩余组织或者成牙组织演化而来,包括了始基囊肿、角化囊肿、含牙囊肿等;以及根尖周病变发展形成的根端囊肿。由于颌骨囊肿位于颌面部这一特殊解剖结构,对面部美容和咀嚼器官功能影响很大,而且复发率较高,部分病例可有恶性变。容易导致上颌部位因囊肿增大挤压眼球而视力受损,或者下颌骨病理性骨折,严重影响患者身体健康与生活质量^[1]。本文通过对我院 2019 年 5 月—2020 年 4 月收治的 70 例牙源性颌骨囊肿患者临床资料进行回顾性分析,探究本病临床特点以及在鉴别诊断治疗方面的问题,报告如下。

1 病例资料和方法

1.1 病例资料

选取本院 2019 年 5 月—2020 年 4 月收治的牙源性颌骨囊肿患者 70 例作为本次研究的对象,其中男性 42 例,女性 28 例,年龄 16—58 岁,平均年龄 (31.2±4.3) 岁;临床检查:因患区部位出现肿胀就诊患者 55 例,其中伴有疼痛感 26 例,其疼痛症状是由囊肿继发感染所导致;有反复肿痛、流脓或口内瘘等症状者 42 例,有 44 例表现为无痛性膨隆,叩及有乒乓球感 38 例。

1.2 方法

所有患者均经临床诊断确诊,确诊依据病史,临床表现, B 超、X 线片、CT、或 MRI,穿刺与组织病理学诊断结果。1) 临床表现。大多数患者早期无明显症状,随着病情发展而压迫周围骨质形成膨隆,叩诊有乒乓球感,出现颌骨及面部畸形。对周围组织和器官造成侵犯,囊肿附近的正常牙可因受压而发生移位。2) 囊肿穿刺。对囊肿行穿刺检查,穿刺抽出液为草绿色,置于显微镜下进行观察,可见期中存在大量的胆固醇晶体。角化囊肿的穿刺液与其他囊肿液体存在明显差异,抽出液体大部分能够发现混有黄色、白色角蛋白样物质,基于此进行角蛋白染色检查能够对囊肿分类诊断作出辅助。3) X 线片表现。显示为单房或多房囊性阴影,呈圆形或椭圆形透明阴影,密度均匀。未感染者边界清晰,有明显白色骨质反应线;已感染者,边界模糊。4) 辅助检查。针对颌骨囊肿恶变、复发性颌骨囊肿可采用 CT 诊断,具有较高的诊断价值,一是能够将颌骨切面解剖和空间关系清晰地显示出来,二是能够准确地反映骨质和软组织状态,同时增强扫描、图像后处理和重建技术可更准确地显示病灶组织。B 超检查与 X 线、CT 检查相比具有快捷、简便等优势,声学诊断信息较准确,并且避免了射线对患者机体的损害,因此 B 超用于上颌骨囊肿检查时一种有效安全的手段。5) 治疗方法。临床上治疗牙源性颌骨囊肿通常采取手

术摘除方式,若囊肿伴有感染症状则先控制感染后再进行手术摘除。若囊肿位于上颌骨且直径较小,则可在口内行切口,采用弧形切口,而囊肿较大者多采用梯形切口;若囊肿位于下颌角、下颌骨体或者下颌支,则应从外部作切口。注意在手术过程中要做好对牙槽神经血管及面神经下颌缘支的保护措施。若患者为下颌骨角或升支囊肿,为了让面部美观,也可选择口内进路实施囊肿摘除术。

2 结果

本次研究中的 70 例牙源性颌骨囊肿患者,经临床和 X 线片检查确诊,均接受手术治疗,术后经组织病理学证实。其中根尖囊肿 21 例,角化囊肿 35 例,含牙囊肿 10 例,始基囊肿 4 例。患病部位:上颌骨囊肿 48 例;下颌骨囊肿 22 例;上颌骨囊肿中:前牙区 25 例,前磨牙区 14 例,磨牙区 9 例;下颌骨囊肿中:前牙区 10 例,前磨牙区 5 例,磨牙区 7 例。

3 讨论

3.1 牙源性颌骨囊肿的临床诊断

临床上通常根据病史及临床表现再辅以穿刺、X 线片、CT、MRI、B 超等检查方法进行明确诊断,在进行手术治疗后再经组织病理学予以证实,其中 X 线检查因其简便易行,且能确诊大多数颌骨囊肿,因而是临床上最为常用的检查方法^[2]。但是,在牙源性颌骨囊肿的 X 线诊断中往往容易和牙源性腺样瘤、骨纤维异常增殖症、动脉瘤样骨囊肿等囊性病“混淆”,由于后者在 X 线片上显示为“囊肿”样,因此造成了牙源性颌骨囊肿临床诊断存在误诊。根据临床实践,牙源性角化囊肿和成釉细胞瘤诊断的鉴别要点在于以下几个方面:①牙源性角化囊肿通常沿着下颌骨长轴方向生长,舌侧侵犯非常少,并且无明显的颌骨膨隆;②成釉细胞瘤不仅有着明显的颌面部膨隆,并且唇颊侧膨隆更为明显。牙源性颌骨囊肿继发性感染发生后往往容易被误诊为脓肿或者其他类型的病变,并且在“脓肿”进行切开引流后,伤口长时间不愈。牙源性非角化、角化囊肿二者之间的误诊率也较高,相关研究结果认为,当实验室检查结果显示抽出的囊液中蛋白质含量大于 10g/L 时,或对抽出物作角蛋白染色分析均有助于对角化囊肿的鉴别诊断^[3]。现阶段,临床上对牙源性颌骨囊肿治疗手段主要有保守治疗与根治性手术与、开窗减压术等,保守治疗以囊肿刮除术或剜除术等非手术方式为主,还可与卡诺氏液联合用于囊腔的处理,其他还有磨削、烧灼术或冷冻治疗等方式^[4]。在临床实践中应当根据具体病情、检查结果及颌骨囊肿分类等情况进行综合性分析,制定科学合理的、有针对性的治疗方案,在获取最佳治疗效果的同时充分兼顾到患者对颌面部外形的美观要求,尽可能采用显微及整形外科手术治疗技术。

〔参考文献〕

(下转第 40 页)

治疗前两组尿素氮、血肌酐、血清白蛋白比较无明显差异 ($P>0.05$)，治疗后观察组尿素氮、血肌酐明显低于对照组 ($P<0.05$)，而血清白蛋白比较无明显差异 ($P>0.05$)，见表 3。

3 讨论

腹水作为肝硬化常见症状，治疗方法较多，比如传统疗法有利尿、限盐、间断补充白蛋白等，传统疗法的缺陷在于治疗时间长，若大剂量利尿方案下可能导致水电解质紊乱，严重情况下会并发肝肾综合征、肝性脑病等，威胁患者的生命安全。2009 年美国肝病学会成人肝硬化腹水诊治指南中指出，肝硬化张力性腹水可予以腹腔穿刺放液治疗，若排放腹水量较大者，建议每天输注适当的白蛋白。不过，腹腔穿刺放液治疗作为有创性操作，无法反复应用，而单纯反复放腹水无法避免腹水再生，甚至导致血液循环量减少，诱发肝性脑病、肾衰竭等。为此，选择科学、合理的治疗措施是临床医学工作者的挑战。

本次就收治的 40 例肝硬化张力性腹水患者分组研究，对照组用利尿剂治疗，观察组用大量放腹水加白蛋白治疗，发现观察组总有效率明显高于对照组，住院时间明显短于对照组，并发症率明显低于对照组，组间差异有统计学意义 ($P<0.05$)；治疗后观察组尿素氮、血肌酐明显低于对照组 ($P<0.05$)。对于肝硬化张力性腹水患者而言，有大量腹水和有效循环血量不足的问题，传统处理措施为单纯大量放腹水，导致腹压降低明显，使得有效循环容量不足，诱发肾素-血管紧张素-醛固酮系统异常激活，继而水电解质紊乱，甚至出现肾衰、

肝性脑病等。通过大量放腹水处理同时，为了维持有效的血容量循环，选择静注白蛋白处理，可维持血浆渗透压。对于每次抽 2-4L 以下腹水患者，可不必输注白蛋白，但对于大量放腹水，可每放 1L 腹水输注 6-8g 白蛋白^[5]。输注白蛋白的作用在于提高血浆渗透压，使得循环血容量得到扩充，增强心输出量与肾灌注量，达到利尿的作用，不仅可消除腹水，而且可以减少并发症发生。

综上所述，肝硬化张力性腹水应用大量放腹水联合白蛋白治疗，可提高疗效，减少并发症发生，而且对尿素氮、血肌酐影响更小，缩短住院时间，值得应用。

【参考文献】

- [1] 李冀洲, 白薇. 大量放腹水加白蛋白治疗肝硬化张力性腹水的疗效观察 [J]. 大家健康 (中旬版), 2017, 11(7):87-88.
- [2] 朱太岩, 蓝康华. 肝硬化并难治性肝腹水患者临床治疗分析 [J]. 吉林医学, 2020, 41(6):1461-1462.
- [3] 姜鸿, 杨晓娟, 贾依娜西·阿扎提, 等. 腹膜透析与腹腔放液治疗 3~4 期慢性肾脏病合并肝硬化腹水疗效的临床观察 [J]. 中国医师杂志, 2019, 21(11):1719-1721.
- [4] 钟玲. 血管收缩药物和白蛋白治疗穿刺放腹水后老年肝硬化患者的效果分析 [J]. 海峡药学, 2019, 31(4):124-125.
- [5] 李飞. 血管收缩药物与白蛋白治疗穿刺放腹水后老年肝硬化患者效果对比研究 [J]. 中国实用医药, 2019, 14(6):87-88.

(上接第 35 页)

- [1] 中华中医药学会. 腕管综合征 [J]. 风湿病与关节炎, 2013, 2(3):71-73.
- [2] 计忠伟, 刘文龙, 茹彬, 等. 超声引导下针刀松解腕横韧带治疗腕管综合征的疗效及安全性观察 [J]. 临床超声医学杂志, 2018, 20(10):77-78.

(上接第 36 页)

- [1] 王春雨, 王永福, 张庆泉, 等. 鼻内镜下经鼻手术治疗牙源性上颌骨囊肿 32 例临床分析 [J]. 中国医学文摘 (耳鼻咽喉科学), 2016, 31(6):290-292.
- [2] 曹发明, 王小平, 李淑华, 等. 200 例牙源性颌骨囊肿的临床

- [4] 丁彦涛. 针刀联合臭氧注射治疗腕管综合征 165 例临床疗效观察 [J]. 航空航天医学杂志, 2018, 29(06):18-19.
- [5] 范后宝, 郭松, 丁方, 等. 超声引导下针刀松解联合复方倍他米松注射治疗腕管综合征的疗效 [J]. 实用疼痛学杂志, 2018, 14(2):133-136.

治疗体会 [J]. 安徽医药, 2015, 19(10):1943-1945.

- [3] 张耐新. 120 例牙源性颌骨囊肿临床分析 [J]. 河北医科大学学报, 2014, 35(3):349-351.
- [4] 张涛. 颌骨囊肿 65 例临床分析 [J]. 中国社区医师, 2013, 15(19):20.

(上接第 37 页)

调查表，避免护理人员信息采集中的遗漏。同时要嘱咐产妇与家属，避免信息遗漏，配合信息调查是保证手术治疗安全开展的基础，避免不实信息影响。

总而言之，疤痕子宫再次剖宫产比非疤痕产妇容易有更高的术后并发症，而疤痕子宫剖宫产中运用纵向切口可以更好的减少手术损伤，提升手术恢复效果。

【参考文献】

- [1] 张勤连. 疤痕子宫再次妊娠二次剖宫产与非疤痕子宫剖宫产的对比分析 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(42):12-13.
- [2] 李青. 疤痕子宫再次妊娠二次剖宫产与非疤痕子宫剖宫产的对比分析 [J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2019, 7(36):23-24.
- [3] 王倩倩. 剖宫产后疤痕子宫再次妊娠分娩方式的临床分析 [J]. 全科口腔医学杂志 (电子版), 2020, 7(6):139, 142.
- [4] 沈运. 疤痕子宫再次妊娠剖宫产临床研究 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(35):74.

(上接第 38 页)

后易合并感染等风险，应用有其局限性。皮瓣整形修复技术能够有效弥补上述传统治法中存在的不足，但针对皮瓣整形的时机选择需要慎重，有研究报道显示^[5]，在伤口愈合 60 天左右实施皮瓣整形修复术，能够取得较显著手术成效。

本次研究结果显示，实验组功能恢复优良率及治疗有效率均高于对照组，差异显著。提示皮瓣整形修复术在此类患儿的手功能恢复及整体疗效表现方面价值突出。瘢痕组织与皮瓣在外观方面相似，且皮瓣内含血管与神经，能够满足手部运动与感觉功能的恢复需求。同时皮瓣整形修复技术通过科学包扎，确保患儿瘢痕恢复良好，不易粘连。在皮瓣整形修复术后，还需联合一系列康复支持手段，如佩戴压力手套、矫形支具、按摩等，加快患儿手部功能恢复进度。手术中需注意，瘢痕需沿边彻底切除，术中注意保护患儿重要血管与肌腱；创面与皮瓣面积需要尽可能地保持一致，其中手指处较大面积的瘢痕选择中厚皮修复，掌面等一般面积的瘢痕选择全厚皮修复^[6]。

综上，皮瓣整形修复技术有利于小儿手烧伤后瘢痕挛缩畸形的功能恢复，手术疗效显著，值得关注。

【参考文献】

- [1] 王光华, 王伟. 手瘢痕挛缩畸形整形疗效分析 [J]. 中国美容医学, 2017, 26(2):26-28.
- [2] 尹会男, 柴家科, 李峰, 等. 小儿手烧伤后瘢痕挛缩畸形的手术方式选择 [J]. 中华整形外科杂志, 2019, 35(5):451-455.
- [3] 高玉良. 探讨小儿手部烧伤后瘢痕挛缩畸形手术方式的选择 [J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(5):78-79.
- [4] 于尧, 孙丹彤, 李昂, 等. 手部烧伤后瘢痕挛缩畸形的整形治疗 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(12):71-72.
- [5] 郭慧芳. 皮瓣整形修复小儿手烧伤后瘢痕挛缩畸形的功能恢复情况及疗效研究 [J]. 中国美容医学, 2019, 28(5):107-110.
- [6] 樊树强. 手部烧伤后瘢痕挛缩畸形的外科整形修复治疗效果观察 [J]. 中国医疗美容, 2017, 7(11):33-36.