

双侧颞下颌关节强直继发阻塞性 睡眠呼吸暂停综合征 1 例

许 彪,王卫红,李玉晓,庞文筠

(昆明医学院第一附属医院 口腔颌面外科,云南 昆明 650032)

[中图分类号] R 766.4 [文献标识码] B

颞下颌关节强直继发阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 (obstructive sleep apnea syndrome, OSAS),严重影响患者的生理、心理健康。以往医生只注重关节强直及术后复发的问題,而对其继发疾病关注较少。近年来随着正颌外科的发展,颞下颌关节强直的继发疾病越来越引起学者们的重视。笔者在临床上对 1 例双侧颞下颌关节强直继发 OSAS 患者进行了系统治疗,效果良好,现报道如下。

1 病例报告

患者,男,28岁,司机。诉7岁时因伤及颈部致张口困难,并于19年、14年、12年前分别在昆明医学院第一附属医院口腔颌面外科行“双侧髁突高位切除术”、“肋软骨移植重建双侧颞下颌关节成形术”、“人工骨颈部成形术”。近8年来患者出现夜间睡眠时打鼾重、憋醒,白天困倦,驾车打盹。1月前因困倦发生车祸,康复后再次入院求治。检查:身高170cm,体重80kg,体重指数27.7(正常为18.5~22.9)。张口度约3.0cm,开口型为垂直型,扁桃体无肿大,无法查到悬雍垂缘。生化报告:总胆固醇5.16mmol/L,低密度脂蛋白3.48mmol/L。头影(颅)X线测量(cephalometric roentgenogram measurement, CRM)及多导睡眠监测(polysomnography, PSG)结果见表1和2。临床诊断:双侧颞下颌关节强直继发重度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。治疗:持续气道正压呼吸,同时医嘱控制饮食,降低体重。2周后经查无明显手术禁忌,气管切开,全麻下同时行悬雍垂腭咽成形术、舌骨下肌群分离术、颌前徙术和颈部成形术。术中切除约2.0cm×1.5cm明显增生肥大的悬雍垂组织,凿除颈部成形的人工骨,使颈部“凸”形骨块充分前移约1.4cm,用弯制的“Z”形钛板固定。术后嘱患者节食,戒烟酒。1月后复诊,患者精神面貌明显改善,体重下降至67kg,嗜睡现象消失,仅有轻微鼻音,无食物反流。其家属诉夜间仅有轻微打鼾。术后CRM及PSG结果见表1、2。从表1可见术后患者的咽腔明显增大,从表2可见睡眠呼吸暂停症状明显减轻。

表1 手术前后 CRM 测量结果(mm)

测量时间	矢状咽径			
	上	中	下	最小
术前	2.5	1.5	5.5	1.4
术后	3.5	8.1	8.7	7.2

[收稿日期 2004-12-03; 修回日期 2005-05-09]
[作者简介]许 彪(1962-),男,江苏人,教授,博士
[通讯作者]许 彪, Tel: 0871-6415447

表2 手术前后 PSG 测量结果

Tab 2 Result of PSG before and after operation

测量时间	AI (次/分)	AHI (次/分)	SaO ₂ min (%)	N90 % /N (%)	apeamax (s)	apeamean (s)
术前	94	130	45	58.02	68	17
术后	0	4.7	72	2.31	0	0

注:AI为睡眠呼吸暂停指数;AHI为睡眠呼吸暂停加低通气指数;SaO₂min为血氧饱和度最低水平;N90 % /N为睡眠中血氧饱和度下降到90%以下次数占整个睡眠过程的比例;apeamax为睡眠呼吸暂停最长时问;apeamean为睡眠呼吸暂停平均时问

2 讨论

2.1 颞下颌关节强直继发 OSAS 的病因分析

青春期双侧颞下颌关节强直的患者,因下颌骨发育受阻,常伴有严重的下颌后缩畸形。目前无论何种颞下颌关节成形术,都不能完全恢复髁突的正常生理发育功能。随着年龄增长,下颌骨相对上颌骨显得短小,颈部后缩,如本例患者虽行过人工骨颈部成形术,改善了面容,但相对狭小的口腔容量并未改变,致使舌体存在向后上方向发育的趋势。若患者体重指数偏高,就可能伴有脂质代谢异常,如本例患者体重指数、总胆固醇、低密度脂蛋白均高于正常值。过多的脂肪呈向心性异常沉积于咽壁和悬雍垂,使咽肌因静止负荷和张力负荷增加而出现代偿性肥大增生,口咽容积愈加狭小,结果悬雍垂因张力负荷增加也出现代偿性肥大增生,加之脂肪浸润,肥大增生的悬雍垂像一个活塞塞住下咽道的入口,二者恶性循环^{1,2}。白天清醒时由于呼吸肌的活动和呼吸的节律保持一致,无明显的低氧血症表现。而睡眠时,由于迷走神经兴奋,肌肉张力降低,使本来就狭窄的口咽气道变得更为狭窄,最终导致 OSAS 发生。OSAS 可引起严重精神的和病理的续发性疾病。患者常表现为夜间睡眠时打鼾,憋醒,白天困倦,记忆力降退,严重者如本例患者发生事故。有的患者还伴发胰岛素生长激素分泌异常,致生长发育迟缓³。

2.2 颞下颌关节强直继发 OSAS 的治疗

对于 OSAS 的治疗,目前以外科手术为主。最初采用气管切开术,但术后因分泌物多、气管刺激、影响发音而难为患者接受。1981年 Fernandez-Julian 等⁴首次提出悬雍垂腭咽成形术,但对于因下颌后缩畸形所致的舌后区狭窄患者此手术基本无效。Vilaseca 等⁵认为,下颌骨切开前移颊舌肌加悬雍垂腭咽成形术治疗轻、中、重度阻塞性睡眠呼吸暂停综合征患者的成功率分别为 100%、57%、9%,总成功率为 35%。本例患

者笔者采用多种术式的联合治疗,术后患者睡眠呼吸暂停低通气指数(AHI)为4.7,较术前明显减小,疗效满意。笔者认为手术成功的关键在于治疗过程中要注意以下几点:术前持续气道正压呼吸,以改善长期缺氧对器官的损伤;节食治疗,控制体重,戒烟酒;完全分离舌骨下肌群到双侧舌骨大角处;避开牙根,保护颈神经;勿伤及颈舌肌和颈舌骨肌,向前尽量前移颈部“凸”形骨块,至少1.2 cm。

本病例也表明,青春期双侧颞下颌关节强直患者有可能继发OSAS。对于颞下颌关节强直伴发OSAS的外科治疗,卢晓峰等⁶主张关节强直与OSAS同期手术。但对于青春期颞下颌关节强直未伴发OSAS患者,如何改进颞下颌关节成形术的术式,尽力避免将来继发OSAS,是一个亟待解决的问题。

[参考文献]

1] 周本忠,姬长友,周定蓉. 咽喉部脂肪浸润对阻塞性睡眠呼吸暂停综合征发病的影响J. 临床耳鼻喉科杂志, 2003, 17(9): 535-538.
(Zhou BZ, Ji CF, Zhou DR. Clinical study on oropharyngeal fatty infiltration on the pathogenesis of obstructive sleep apnea syndrome J.

J Clin Otorhinolaryngol (China), 2003, 17(9):535-538.)
2] Berger G, Gibbey P, Hammel I, et al. Histopathology of the uvula and the soft palate in patients with mild, moderate, and severe obstructive sleep apnea J. Laryngoscope, 2002, 112(2):357-363.
3] Lipton AJ, Gzall D. Treatment of obstructive sleep apnea in children: Do we really know how? Sleep Med Rev, 2003, 7(1):61-80.
4] Fernandez-Julian E, Esparcia-Navarro M, Garcia-Callejo FJ. Clinical and functional analysis of long-term results of uvulopalatopharyngoplasty J. Acta Otorrinolaringol Esp, 2002, 53(4): 269-280.
5] Vilaseca I, Mòrrello A, Montserrat JM, et al. Usefulness of uvulopalatopharyngoplasty with genioglossus and hyoid advancement in the treatment of obstructive sleep apnea J. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 128(4): 435-440.
6] 卢晓峰, 邱蔚六, 唐友盛. 颞下颌关节强直伴发OSAS外科治疗的进一步探讨J. 上海口腔医学. 1998, 7(1):12-16.
(Lu XF, Qiu WL, Tang YS, et al. The advanced studies on surgical treatment about the patients of TMJ ankylosis and OSAS J. Shanghai J Stomatol, 1998, 7(1):12-16.)

(本文编辑 李 彩)

[文章编号 1000-1182(2005)04-0355-02]

左上中切牙慢性根尖周炎致鼻腔内瘘道1例

杜丽娟,黄洁英,桂和明

(佛山市口腔医院 口腔综合科,广东 佛山 528000)

[中图分类号] R 781.34 [文献标识码] B

上颌前牙瘘管多位于上颌牙根邻近的唇侧或腭侧牙槽黏膜上,发生于鼻腔内的瘘道临床上极为罕见。笔者于2004年9月遇到1例左上中切牙根尖周炎致鼻腔黏膜瘘道的患者,现报道如下。

患者,女,41岁,因左上前牙疼痛伴左鼻腔肿物2月余来佛山市口腔医院口腔综合科就诊。

患者述:30年前摔折左上前牙,当时牙齿不松动,一两日后疼痛消退,未作治疗。10年前左上前牙肿胀疼痛,经根管治疗后疼痛消失,行桩冠修复。2月前感左鼻腔不适,胀感,自查发现左侧鼻腔内长出一突起小肿物,豆粒大小,按压时疼痛,并有少许水样物从肿物流出。口服消炎药后肿物缩小,但不消失,即来就诊。检查:面部对称,无肿胀隆起,左侧鼻腔前庭底部前中1/3交界处有一红色突起肿物,黄豆大小,质软,按压时疼痛,未见异常液体流出。上颌唇侧牙龈及前庭沟无红肿,烤瓷桩冠修复,烤瓷冠已松脱,可见简易桩钉,牙根无松动,无叩痛。X线片示金属桩位于根管冠方1/2,根尖

欠填约1 mm与根尖区暗影相连续,暗影约5 mm×10 mm(图1)。治疗:去除根管内金属桩和充填物,扩通根管。从根管内插入牙胶尖,见其从鼻腔肿物中穿出(图2)。冲洗根管时可见冲洗液从鼻腔肿物处流出。根管常规预备、消毒、充填。2周后复诊,左鼻腔肿物已完全消失(图3)。1月后复诊,X线片示根尖区暗影消失(图4)。



图1 治疗前X线片示根尖欠填,根尖区有狭长暗影

Fig 1 The X-ray film before treatment showing deficiency of root canal filling and periapical shadow

[收稿日期 2004-12-23; 修回日期 2005-02-17]

[作者简介]杜丽娟(1964-),女,内蒙古人,副主任医师,学士

[通讯作者]杜丽娟, Tel: 0757-82339469