

失;治疗后6~24个月后,骨质吸收区缩小或消失。

再处理成功:再处理充填成功的患牙,经过2年的临床观察,达到根管治疗成功标准。

### 2 结 果

牙髓治疗失败162颗患牙,干髓术失败牙中残髓炎21颗,慢性根尖炎101颗;塑化治疗失败牙中遗漏根管26颗,塑化不全4颗;根管治疗失败牙中遗漏根管2颗,欠填2颗,桩核固位修复破坏根管内充填物6颗。牙髓治疗失败牙根管治疗处理的结果见表2。

表2 162颗牙髓治疗失败牙根管治疗处理结果(颗)

| 牙髓治疗失败牙 | 充填成功(%)       | 再处理成功(%)      |
|---------|---------------|---------------|
| 干髓术     | 118/122(96.7) | 115/118(97.5) |
| 塑化治疗    | 24/30(80)     | 24/24(100)    |
| 根管治疗    | 8/10(80)      | 8/8(100)      |
| 合 计     | 150/162(92.6) | 147/150(90.7) |

### 3 讨 论

干髓术的适应范围极其有限并且远期疗效差<sup>2,3</sup>,不适当地选择干髓治疗是失败的主要原因。本文统计的牙髓治疗失败病例中,干髓术后失败的病例占有治疗失败病例的绝大多数(75%),治疗后患牙大多数以慢性根尖周炎的形式出现(82.8%)。牙髓塑化治疗由于塑化液不能显影,塑化治疗后无法客观地评价其效果,因而治疗后失败率仍达25%<sup>5</sup>。本文收集到的30颗塑化治疗失败牙中上后牙失败率最高(83.3%),尤其以上颌双尖牙多见,这与上颌双尖牙在口腔中的位置及其复杂的根管体系有关,遗漏根管和塑化不全为失败的主要原因。岳林等<sup>5</sup>认为塑化治疗适应证的选择非常重要,有瘻型的慢性根尖炎的塑化治疗失败率最高。因此,塑化治疗也有一定的局限性。

根管治疗术是治疗牙髓根尖周病的最佳方法,也是口腔内科临床治疗水平的重要标志之一<sup>1</sup>。根管治疗后进行核桩修复而破坏根管内充填物或不正确的冠桥设计产生的

创伤易使根管治疗失败,值得引起重视。本文根管治疗再处理的患牙中需要进行修复治疗者均由资深的修复科医师接诊,未出现类似的情况。

牙髓治疗失败后进行根管治疗再次处理比初次处理更为困难。正确的方法、先进的设备、娴熟的技术和丰富的经验是提高再处理成功率的必备条件<sup>1</sup>。超声锉的深入能力较传统手用器械强,能有效去除根管内堵塞物<sup>5</sup>,但处理弯曲根管成形作用较差,尚有一定的局限性<sup>6</sup>。镍钛器械的柔软性和抗折性好,预备弯曲根管时,具有很好的成形作用和切削功能<sup>7</sup>。两者配合运用产生良好的效果。本文结果进一步证实良好的根管预备和根管充填是提高根管治疗成功率的基本保证,成功的根管治疗是治疗牙髓病和根尖周病的最佳选择,也是处理牙髓治疗失败牙的较好方法。

### 参考文献

- 1 Chong BS, Ford PTR. Endodontic retreatment. Dent Update, 1996, 23(9):384~387
- 2 史俊南. 论干髓术. 牙体牙髓牙周病学杂志, 1991, 1(1):59~63
- 3 Wang Z, Wang J. Evaluation of the long-term curative effect of pulp mummification. Chung Hua Kou Chiang Hsued Tsu Chih, 1995, 30(4):256~260
- 4 岳林,王满恩. 应用戊二醛酚醛树脂进行牙髓塑化治疗的两年临床疗效观察. 临床口腔医学杂志, 1994, 10(2):74~77
- 5 Wang XY, Wang ZM, Hong J. Removal of intracanal obstructions with ultrasound: analysis of 206 cases. Chin Med J, 1994, 107:474~476
- 6 洪瑾,王晓仪,王哲明. 超声技术应用于弯曲细小和堵塞根管的治疗分析. 中华口腔医学杂志, 1998, 23(1):36~39
- 7 Harlan AL, Nicholls JI, Steiner JC. A comparison of curved instrumentation using nickel-titanium or stainless steel files with the balanced-force technique. J Endodon, 1996, 22(8):410~414

(2000-03-09 收稿, 2000-12-19 修回)

(本文编辑 邹玲莹)

## 颞下颌关节上腔灌洗术临床疗效观察

韩正学 哈 琪 杨 驰

临床研究证实<sup>1,2</sup>,颞下颌关节上腔灌洗术治疗颞下颌

作者单位:200011 上海第二医科大学附属第九人民医院口腔颌面外科(韩正学现在南京铁道医学院附属医院口腔科)

关节紊乱病有较好的临床疗效,特别是在某些类型关节病的治疗方面与颞下颌关节镜治疗相比,有相同的疗效<sup>3</sup>,且该方法操作简单,易于推广。本文观察46例颞下颌关节上腔灌洗术,对并发症及其预防与治疗进行讨论。

## 1 材料和方法

### 1.1 一般资料

收集1995年8月~1997年5月上海第九人民医院口腔颌面外科关节专科门诊的46例颞下颌关节病患者。其中,不可复性关节盘前移位38例,化脓性关节炎2例,类风湿关节炎3例,骨关节炎3例;男8例,女38例;年龄17~65岁,平均35岁;病程2周~48个月,平均4.68月。该组患者均行颞下颌关节上腔灌洗术治疗。

### 1.2 颞下颌关节上腔灌洗术操作步骤

消毒患侧关节区皮肤,分别标记出关节窝及关节结节。1%利多卡因局部浸润麻醉,并在关节上腔内注入1%利多卡因1~2ml,用两个12号针头从关节标记处刺入关节上腔,用乳酸钠林格氏液200ml,以一定的压力在10min内灌洗完毕。灌洗液通过两个穿刺针头在关节上腔内流动。灌洗中,可间断阻断流出针头5~6次,在关节上腔形成一定的压力,以患者能忍受为宜。部分患者灌洗完毕时在关节上腔注入0.5ml醋酸氢化考的松。

### 1.3 临床疗效的评价

对治疗后1个月内、1~3个月、3~6个月、6~9个月、9个月以上的患者进行随访。采用测量最大张口度和疼痛的数据化测定法(visual analog scale, VAS)对该方法的临床疗效进行评价。同时记录治疗时及治疗后的并发症。

## 2 结果

38例不可复性关节盘前移位患者中<sup>1</sup>,84%(32/38)患者的张口度达正常水平(大于或等于35mm)。灌洗治疗后1个月内张口度和侧向运动度增加较显著;有92%(35/38)的疼痛显著改善。2例化脓性关节炎经灌洗关节腔内注入抗生素配合全身支持疗法10d后痊愈。3例类风湿关节炎经关节上腔灌洗并注入0.5ml醋酸氢化考的松,1月时症状基本消失,但术后3月有2例复发,再行灌洗治疗。随访3例骨关节炎患者,疼痛基本消失,张口度均达正常水平。

本组46例均无严重并发症,除1例出现耳前区皮肤感觉异常1月后恢复正常外,15例均为术中并发症,包括穿刺区暂时性水肿11例,局部出血2例,穿入外耳道1例,灌洗时头晕1例。

## 3 讨论

### 3.1 灌洗术的注意事项

3.1.1 术前病例的选择 本结果证实,关节上腔灌洗术适宜因不可复性关节盘前移位引起张口受限的患者,特别对

张口受限时间短于6月者疗效较好,故选择病例时要特别注意病程。相对禁忌证包括关节区皮肤有未控制的炎症及关节囊破裂者。关节囊破裂者可行关节造影或灌洗前关节腔内注入灌洗液时关节腔无压力存在而作出诊断。

3.1.2 术中注意事项 术者要熟悉关节区的解剖,熟练掌握关节上腔穿刺技术,避免多次穿刺损伤关节囊致灌洗液外渗及灌洗时不易加压。灌洗压力要适中,过大易使关节囊破裂。灌洗中不宜进行较多的开闭口运动,以防止穿刺针损伤关节盘和关节窝的软骨组织。

3.1.3 术后处理 术后给予抗生素和止痛药。治疗结束即可开始张口训练,以被动张口训练和向健侧的侧向运动为主,并坚持1月以上。张口训练可使张口度稳步增加。可结合局部热敷及理疗,减轻训练时的疼痛。患侧以软食为主,渐进普食,避免咬过硬食物而加重患侧关节的负荷。

### 3.2 关节上腔灌洗术的并发症及其防治

穿刺区皮肤水肿主要与穿刺技术和灌洗压力有关。笔者体会,为使穿刺针一次进入关节上腔,穿刺过程中应始终保持最大张口和关节上腔的充盈状态。这样可防止关节囊因多次穿刺引起损伤使灌洗液外渗。灌洗过程中间断加压是为了松解粘连及扩张关节囊,压力过高会引起灌洗液从穿刺针周围外溢,压力应以患者能忍受为宜。本组1例患者因为灌洗速度过快引起头晕。这可能是由于刺激内耳引起的反应。经放慢灌洗速度及放平椅位5min后缓解。笔者认为,灌洗速度以200ml灌洗液在10min灌洗完毕为宜。

颞浅动静脉的行程恰好位于关节穿刺区,容易造成损伤,颞浅静脉较动脉壁薄、弹性差,更易受损。穿刺中若进针角度不当,易损伤外耳道。关节区皮肤感觉异常可能是由于耳颞神经分支损伤引起。了解上腔灌洗术的注意事项可减少并发症的发生。

## 参考文献

- 1 韩正学,哈 缙,杨 驰. 颞下颌关节灌洗术治疗不可复性关节盘前移位的临床研究. 中华口腔医学杂志, 1999, 34(5): 269~271
- 2 Nitzan DW, Samson B, Better H. Long-term outcome of arthrocentesis for sudden-onset, persistent, severe closed lock of the temporomandibular joint. J Oral Maxillofac Surg, 1997, 55(2): 151~157
- 3 Fridrich KL, Wise JM, Zeitler DL. Prospective comparison of arthroscopy and arthrocentesis for temporomandibular joint disorders. J Oral Maxillofac Surg, 1996, 54(7): 816~820

(1999-11-22 收稿)

(本文编辑 邹玲莹)