

# 颞颌关节不可复性盘移位的手术治疗

南京市口腔医院口腔颌面外科 胡勤刚 沈言备 叶炳飞 储家琪

**摘要** 报道 9 例颞颌关节不可复性盘移位经外科手术治疗的临床结果。8 例患者采用关节盘双板区悬吊缝合和盘与外侧囊壁交叉缝合,囊内髁状突高位切除治疗;1 例行关节盘摘除阔筋膜植入术。术后随访 6~18 月,8 例(8/9)症状消失或明显改善。手术治疗的关键在于复位关节盘的同时,避免术后被修复的关节盘与髁状突切除骨创面间形成纤维粘连。

**关键词** 颞下颌关节 关节盘移位 外科手术

颞颌关节不可复性盘移位属颞颌关节内错乱综合症的晚期病变。有时,保守治疗很难奏效,需手术治疗。目前,外科治疗方法各异,文献报道疗效 80%~96%不等<sup>[1]</sup>。本文报道采用关节盘双板区悬吊术及外侧关节囊壁与关节盘交叉缝合复位关节盘,并行囊内髁状突高位切除,减低关节内压力,以纠正关节盘移位和恢复正常的关节盘-髁状突关系。

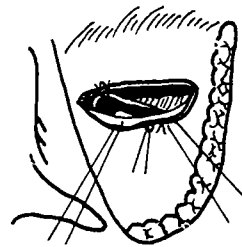
## 1 临床资料

9 例患者行手术治疗。其中男性 3 例,女性 6 例;右侧 4 例,左侧 5 例;年龄 20~55 岁。临床表现为患侧关节区疼痛,髁状突外侧及后方扣及压痛点,张口度 15~25 mm,向对侧侧向运动受限,前伸运动时下颌偏向患侧。大部分患者早期曾有张口口弹响,弹响消失则出现张口受限(7/9)。所有患者经 X 线片和造影检查诊断为颞下颌关节盘不可复性移位,或伴有骨赘(3/9),关节盘穿孔(5/9)。病史半年至 2 年,经封闭、理疗、胎垫等保守治疗半年以上而临床症状无改善。

## 2 手术方法

手术可以在全麻或局麻下进行。采用耳前进路,沿外耳道软骨的前方切开皮肤、皮下组织,紧贴颞深筋膜浅面向前翻起组织瓣至关节区。在关节囊上方,关节凹和关节结节外侧作水平切口,打开关节上腔,切断关节盘与外侧囊壁及髁状突外侧的附着,显露关节下腔。用 Stryker 摇摆锯切除 3 mm 左右髁状突顶部骨质,骨锉修整锐利边缘。2 例关节盘穿孔者,髁状突见骨赘。8 例

患者行双板区组织与关节凹后上方颞筋膜和骨膜悬吊缝合两针,牵拉关节盘向后上复位。尔后外侧关节囊(包括外侧韧带)与相对关节盘创缘交叉缝合:缝针从囊壁的外侧穿入,于相关节盘创缘的前部并垂直于盘表面进针,缝针再从囊壁内面穿出,囊外打结。一般交叉缝合 2~3 针,也可切除一部分外侧关节盘,增加缝合张力。通过悬吊和交叉缝合,使关节盘后带位于髁状突顶部(附图)。依次关闭囊腔和皮肤创口。其中 4 例术前造影示盘穿孔者,3 例穿孔小于 1.5 mm 未作修补;1 例穿孔位于盘后带与双板区之间达 2 mm,切除穿孔,对位缝合 3 针,再行悬吊和交叉缝合。另 1 例关节盘穿孔,术中见穿孔达 3 mm,其边缘变薄,行关节盘大部分切除,阔筋膜(折叠 4 层)置入,其前后缘分别与残留的关节盘和双板区组织相对缝合固定各 2 针。术后关节盘有创口(穿孔切除和阔筋膜置入)者,下颌制动 5 天,其余术后制动 2 天。



附图 关节盘双板区悬吊缝合及关节盘外侧缘与外侧关节囊交叉缝合

## 3 结 果

9 例患者术后随访观察 6~18 个月。8 例诉疼痛消

失或明显减轻,其中 2 例诉关节内偶有粗糙杂音,无弹响,进食无影响;张口度 35 mm 以上,侧向、前伸运动无明显异常。1 例关节盘与双板区间穿孔切除者,诉大张口时关节区仍有疼痛、牵拉感,张口度 32 mm(术前 15 mm),向对侧侧向运动仍受限,前伸运动偏患侧。所有病例无面神经损伤症状。

#### 4 讨 论

颞颌关节盘依赖前后附着及内外侧韧带维持正常的位置和关节盘—髁状突之间的关系。颞颌关节不可复性盘移位常见为关节盘持续位于髁状突前内侧,双板区变得松弛变形<sup>[2,3]</sup>。1979 年,McMarty 首先报道关节盘复位术治疗不可复性盘移位取得满意疗效。随后,许多学者相继作了报道<sup>[1,3,4]</sup>。但是颞颌关节腔狭窄,切除双板区组织及缝合时操作困难,为了暴露关节腔常造成其他部位的创伤,且未能充分利用坚固的外侧韧带纠正盘的前内移位。本法采用关节盘双板区与颞深筋膜悬吊缝合,关节盘与外侧关节囊及韧带交叉缝合纠正盘移位;而囊内髁状突高位切除,既减低了囊内压力,又为术后髁状突重建,建立正常的关节盘—髁状突关系创造了条件。该法操作简便,术后早期就可以开始开口训练。

按照美国颞颌关节紊乱综合征的手术疗效评定标准,张口度应恢复至 35 mm 以上<sup>[1]</sup>。但是,国内外文献均有报道部分关节盘复位或修补术后张口度未恢复正常者。有些学者认为这与患者术后未能坚持正确的开口练习有关<sup>[4]</sup>;而 Merrill<sup>[1]</sup>则认为被修复的关节盘与髁状突间的纤维粘连形成为主要原因。本组手术病例中,1 例行穿孔和囊内髁状突高位切除者,尽管术后 5 天就开口练习,最大张口度仅 32 mm,其余 8 例,关节盘无创口与髁状突骨创面相对,随着术后反应的减轻,张口度一般在 7~10 天即恢复正常。作者认为,早期有计划的开口训练可减少关节区的纤维粘连形成,而张口度的恢复与开口训练的时间长短无关。手术的关键是要避免被修复的关节盘创口与骨创面,特别是髁状

突骨创面相接触,防止纤维性粘连。

关节盘在关节功能中起着缓冲、调节及协同运动等作用。一旦髁状突骨赘或不可复性盘移位形成,关节盘或双板区易出现继发性病变—穿孔<sup>[3,5,6]</sup>。对此,有些学者认为穿孔需修补,甚至行关节盘切除和间置物植入<sup>[1,3,4]</sup>。然而,穿孔不是不可复性盘移位特有的病变。Oberg<sup>[5]</sup>在尸解时发现许多生前无颞颌关节病记录者关节盘有穿孔。临床上,一些颞颌关节骨关节炎患者,X 线造影示有盘穿孔,常可经保守治疗(腔内注射皮质激素等)和单纯髁状突高位切除而症状消失或缓解<sup>[6]</sup>。作者对部分不可复性盘移位伴盘穿孔者行关节囊内髁状突高位切除和悬吊。交叉缝合复位关节盘,对穿孔未作修补,术后随访也取得了满意疗效。作者认为,除非严重破损,如盘穿孔小于 2 mm 者,特别是位于双板区者,不一定需要修补穿孔,更无需摘除关节盘和间置物植入。与其他间置物相比,关节盘是良好的“间置物”。

#### 5 参 考 文 献

- 1 Merrill RG. Historical perspectives and comparisons of TMJ surgery for internal disk derangements and arthropathy. *J Craniomandibul Practice*, 1986;4 : 75
- 2 Bell WE. *Clinical Management of Temporomandibular Disorders*. Chicago. London: Year Book Medical Publishers, INC. 1982
- 3 Norman JEDeB, Bramley P (eds). *A Textbook and Color Atlas of the Temporomandibular Joint: Diseases, Disorders, Surgery*. London: Wolfe Medical Publications Ltd, 1990
- 4 张震康,等. 关节盘复位/修补术及关节盘摘除、硅胶置入术应用的初步报告. *中华口腔医学杂志*, 1987;22 : 78
- 5 Oberg T, et al. The temporomandibular joint, a morphologic study on a human autopsy material. *Acta Odont Scand*, 1971;29 : 349
- 6 姚恒瑞,等. 颞颌关节紊乱综合征器质损害型的诊断和治疗问题. *华西口腔医学杂志*, 1986;4 : 16

(1993-08-11 收稿)

# TMJ Surgery for Anterior Disk Displacement Without Reduction

Hu Qingang, Shen Yanbei, Ye Bingfei, et al

Department of Oral & Maxillofacial Surgery, Nanjing Stomatological Hospital

## Abstract

In this article it is reported that the clinical results of nine patients with anterior disk displacement without reduction treated with surgical procedure. The eight patients were operated with bilaminar zone suspension to its posterior temporalis fascia, cross-suture between disk and lateral capsule, and intra-capsular condylectomy; A patient, with meniscectomy with lata replacement. All the patients were postoperatively observed for 6 to 18 months. Eight of nine patients was freed from clinical symptoms or showed marked improvement. It is important on repositioning disk to avoid development of fibrous adhesions between the repaired disk and areas of condyle reduction postoperatively.

## 29 例驱铅治疗中牙龈铅线变化的观察

四川省永川市 652 医院口腔科 凌绍祥

为探索在驱铅治疗过程中,由于铅在人体内的分布以及各组织器官结构等特点,铅从机体的排出、铅对机体各系统的毒害作用、临床症状、体征等是否同步消失或转归正常,作者仔细观察 29 例患者驱铅治疗过程中牙龈边缘的铅线变化,结合其它客观指标进行综合分析,其结果报告于后。

患者经重庆市职业病诊断组确诊为铅中毒或铅吸收,共 29 人。其中男性 17 人,女性 12 人;年龄 20~51 岁,平均 33.3 岁;接触铅工龄 1~30 年,平均 11.76 年。

患者每人每天用  $\text{CaNa}_2\text{-EDTA}$ (乙二胺四乙酸)1 g 加入 10%葡萄糖 500 ml 静脉滴注,3 天为一疗程,间隔 4 天,共进行 4 个疗程<sup>[1]</sup>。

尿铅用催化示波极谱法测定;尿  $\delta$ 氨基己酰丙酸(尿  $\delta$ -ALA)用乙酸乙脂萃取-对二甲基氨基苯甲醛比色法测定;尿中粪卟啉用紫外光定性分析;铅线检查与上述指标测定同步进行。牙龈边缘未发现蓝黑色铅线为零分,可见为 0.5 分,明显可见并有一定范围为 1.0 分,颜色较浓且范围较宽为 2.0 分,有成块状之感且范围宽者为 3.0 分。由专人及专用仪器当天分析完毕。

**结 果** 29 例患者驱铅治疗前后尿铅、尿  $\delta$ -ALA、铅线 3 项指标结果比较见表 1;驱治前和驱治后尿铅、尿  $\delta$ -ALA、铅线的偏相关系数分析见表 2。从表 1 可见,驱铅治疗后尿铅、尿  $\delta$ -ALA 转归正常,临床症状与体征改善。铅线变化虽然在治疗前后有显著性意义,

但平均值在驱治后仍较大,明显可见,并有一定范围。表 2 亦看出铅线与尿铅、尿  $\delta$ -ALA 没有相关关系, $P > 0.05$ ,而尿铅与尿  $\delta$ -ALA 显著相关, $r$  分别为 0.27, 0.33, $P < 0.05$ 。

表 1 驱铅治疗前后三项指标比较(n=29)

指标	治疗前	治疗后	t	P
尿 铅	0.75±0.51	0.16±0.06	6.169	<0.001
尿 $\delta$ -ALA	48.41±17.64	21.03±6.64	7.823	<0.001
铅 线	1.68±0.80	1.06±0.82	2.841	<0.05

表 2 驱铅治疗前后三项指标偏相关系数分析(r)

指标	治疗前			治疗后		
	铅线	尿铅	尿 $\delta$ -ALA	铅线	尿铅	尿 $\delta$ -ALA
铅 线	1.00	0.05	0.02	1.00	0.06	0.15
尿 铅	0.05	1.00	0.27*	0.06	1.00	0.33*
尿 $\delta$ -ALA	0.02	0.27*	1.00	0.15	0.33*	1.00

\* , $P < 0.05$

全疗程结束,尿铅、尿中粪卟啉、尿  $\delta$ -ALA 恢复正常后,口腔内牙龈边缘的铅线还明显可见。笔者认为这可能是由于牙龈组织结构之特殊性之故。故临床上对有职业史,牙龈边缘有铅线的患者应与其它指标联合判断,以提高铅中毒或铅吸收的诊断准确率。

### 参考文献

1 职业病诊断标准. 卫生部. 1986 : 55

(1993-09-10 收稿)