

颞下颌关节急性前脱位口外、口内复位法比较

王超勋¹ 李艳玲²

1 北京市顺义区医院 北京市 101300

2 北京市顺义区妇幼保健院 北京儿童医院顺义妇儿医院 北京市 101300

【摘要】目的：比较颞下颌关节急性前脱位口外、口内复位法临床疗效。**方法：**选取2011年9月—2020年12月北京市顺义区医院口腔科收治的180例颞下颌急性前脱位患者作为研究对象，按照就诊日期分组的方法分为对照组（90例）与研究组（90例），对照组采用口内复位方法，研究组采用口外复位方法。从复位成功率、患者满意度及术后并发症发生率三方面比较两组的疗效。**结果：**研究组的术后并发症总发生率低于对照组，差异有统计学意义（ $P<0.001$ ）。两组的复位成功率及患者总满意度比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。**结论：**颞下颌关节急性前脱位时口内外法在复位成功率及患者满意度上未见明显差异，但在术后并发症总发生率上口外法复位有明显优势。

【关键词】 口腔急诊；颞下颌关节急性前脱位；口外复位法；口内复位法

【中图分类号】 R782.6

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-1685(2022)05-0045-03

颞下颌关节脱位，当髁状突超越了颞下颌关节运动的正常限度、滑出关节窝外，从而导致不能自行回复原位者，根据髁状突脱位的位置、方向可分为侧方脱位、上方脱位、后方脱位及前方脱位，在临床上最为常见的是急性前方脱位，其余类型的颞下颌关节脱位均多为外伤所致^[1]。导致其前脱位的病因常由于患者咀嚼肌紊乱或关节结构紊乱，当患者在大开口末，如吃汉堡，导致翼外肌持续性的收缩，牵拉髁状突持续向前越过关节结节，闭合肌群同步发生反射性挛缩，从而使髁状突止于关节结节前上方而不可自行复位。该病症的治疗方法临床多采用口内及口外复位，并限制下颌运动。本研究采集了2011年9月至2020年12月就诊于北京市顺义区医院口腔科的180例颞下颌急性前脱位的患者，分别予以口内法、口外法进行复位，对比探讨两种方法的临床疗效。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2011年9月—2020年12月北京市顺义区医院口腔科收治的180例颞下颌急性前脱位患者作为研究对象，按照就诊日期分组的方法分为对照组（90例）与研究组（90例）。对照组为2011年9月—2020年12月就诊日期为单数的（如5日、31日等）患者，采用口内复位方法；研究组为2011年9月—2020年12月就诊日期为双数的（如4日、28日等）患者，采用口外复位方法。对照组男性48例，女性42例，年龄17~80岁，平均年龄（45.2±5.3）岁；双侧脱位者54例，单侧脱位者36例。研究组男性50例，女性40例，年龄20~86岁，平均年龄（46.1±3.6）岁；双侧脱位者58例，单侧脱位者32例。纳入标准：（1）颞下颌关节脱位时间≤24h；（2）颞下颌

关节首次脱位；（3）临床表现为不能闭口，唾液外流，语言不清，脸型变长，耳屏前凹陷。单侧脱位者中线偏向健侧。排除标准：（1）患者患有精神类疾病；（2）患者近期口服止痛类药物。两组一般资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），研究具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准同意，入选患者和家属均签署研究知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 对照组采取口内复位方法治疗 患者取低坐位，后背紧靠墙壁尽量保持固定不动，医生嘱患者精神放松，立于患者正前方，患者下颌应低于术者两肘水平；术者双手大拇指缠好纱布以防患者咬伤，随即放入口内下颌磨牙咬合面的最后方，食指勾住下颌角，其余三指托住下颌体部；拇指逐渐向下方加力，其余四指将颈部上推，当有瞬间松弛感时，拇指迅速滑至牙齿颊侧避免咬伤，其余四指配合将髁突向后推入关节窝。复位后所有患者用颅颌绷带固定下颌，制动3周，开口度不宜超过1cm。

1.2.2 研究组采取口外复位方法治疗 患者和术者体位同口内法一致。术者两手掌放在患者两侧突出于颞弓下方的髁状突前缘处按摩，松弛局部紧张的肌肉；后拇指用力将髁状突向下后方挤压，当患者感到下颌酸麻不适时，术者用其余四指分别托住下颌角及下颌体下缘，五指配合，将下颌骨推向后方，髁状突也就能顺利地越过关节结节，向后滑入关节窝而复位^[2]。复位后固定同口内法一致。

复位医生均为第一作者本人。

1.3 观察指标及评价标准

1.3.1 复位成功率 （1）成功：髁突滑入关节窝，咬合关

系、开闭口患者自觉恢复至脱位前。(2)失败:髁突仍位于关节结节前上方,患者仍不能闭口、咬合。复位成功率 = 成功例数 / 总例数 × 100%^[3]。

1.3.2 满意度分析 按照心理学梯级制作调查问卷^[4],满意度问卷分为五个选项。非常满意(对本次复位感受:称赞、感谢);满意(对本次复位感受:肯定、认可);一般(对本次复位感受:无明显情绪起伏);不满意(对本次复位感受:抱怨、烦躁);非常不满意(对本次复位感受:愤恨、恼怒)。复位成功后,由笔者发放给患者填写后收回留存,回收率100%。总满意度 = (非常满意 + 满意)例数 / 参与调查问卷总例数 × 100%。

1.3.3 并发症发生率 对照组和研究组将患者皮肤或黏膜损伤、肌肉损伤、牙齿损伤以及术者手指损伤作为并发症进行对比。并发症发生率 = 并发症发生例数 / 总例数 × 100%。

1.4 统计描述

采用 SPSS 22.0 软件进行分析,定性指标用频数及百分数(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料用非参数秩和检验 Mann-Whitney U 方法;计数资料运用独立样本 t 检验或配对 t 检验;P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者关节复位成功率的比较

对照组 90 例,复位成功 87 例(96.7%),失败 3 例(3.3%),复位失败 3 例均通过口外法复位;研究组 90 例,复位成功 88 例(97.8%),失败 2 例(2.2%),复位失败 2 例中 1 例改用口内法复位,1 例在全麻下手法复位。两组的成功率比较差异无统计学意义($\chi^2=0.207, P>0.05$)。

2.2 两组患者对治疗满意度的比较

两组的总满意度差异无统计学意义(P>0.05),详见表 1。

表 1 两组患者对治疗满意度的比较 [n(%)]

组别	例数	非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意	总满意度
对照组	90	26 (28.89)	43 (47.78)	17 (18.89)	4 (4.44)	0	69 (76.67)
研究组	90	31 (34.44)	40 (44.44)	18 (20.00)	1 (1.11)	0	71 (78.89)

2.3 两组患者并发症发生情况的比较

(P<0.001),详见表 2。

研究组的并发症总发生率低于对照组,差异有统计学意义

表 2 两组患者并发症发生情况的比较 [n(%)]

组别	例数	皮肤或黏膜损伤	肌肉损伤	牙齿损伤	术者手指损伤	总发生率
对照组	90	12 (13.33)	9 (10.00)	3 (3.33)	5 (5.56)	29 (32.22)
研究组	90	1 (1.11)	3 (3.33)	0	2 (2.22)	6 (6.67) ①

注:与对照组总发生率比较, ^aP<0.001。

3 讨论

颞下颌关节急性前脱位,患者常以开口状、不能闭口、唾液外流及语言不清就诊。患者就诊时医师应详细询问病史,明确脱位是否因受外力导致,除外其他类型脱位。当确诊为急性前脱位时,应通过询问患者病史及观察下颌偏斜情况,以明确是单侧脱位或双侧脱位;询问脱位时间,以考虑手术复位或手法复位,如可手法复位,评估患者年龄、口内牙齿松动等情况,酌情应用口内复位法或口外复位法。通过本研究,两种方法在复位成功率和患者满意度方面差异无统计学意义(P>0.05)。口内复位法作为颞下颌关节脱位的常用方法,已被大多数临床医生所掌握;而口外复位法因需医生对颞下颌关节脱位原理及髁突附近解剖结构深入理解要求较高,不被大多数医生所掌

握,但能掌握口外法的一般均为经验较丰富医师,笔者已熟练掌握两种方法,所以两者在成功率上无明显差异。因本研究纳入标准为第一次发生颞下颌关节脱位者,患者均第一次接受复位,虽然两种方法不同,但均达到了使患者能正常咬合、发音、咀嚼的目的,患者的总体满意度较高。但在并发症总发生率上,口外复位法优于口内复位法,差异有统计学意义(P<0.001),这也与相关文献报道结果相符^[5]。口外复位法由于复位方式的优越性,相对于口内法有如下优点:(1)患者术中安全性高。口外复位法,可于复位的同时与患者语言交流,不但能缓解其紧张情绪,利于肌肉放松^[6];同时特别针对高龄伴有全身基础病患者,如严重高血压或心脏病者,若术中出现身体不适能与术者及时沟通,保证患者生命安全。(2)患者术后并发症发生率低,如不会撕裂口角及黏膜,不会对松动牙齿及牙龈造成损

伤^[7]。(3)术者手指损伤发生率低,包括被患者咬伤手指及力量较大损伤拇指关节。(4)术者职业暴露风险降低。口外复位法无需接触患者的唾液、血液,可避免接触患者体内传染性微生物的潜在风险,一定程度上减少了医务人员医院感染的发生。

文献报道,通过髁突局部组织按摩,缓解肌肉紧张程度,利于关节复位的成功^[8]。但行口外复位或行髁突局部按摩放松肌肉时,动作应轻柔,尤其对于老年患者和皮肤弹性较差患者,避免对患者皮肤组织造成损伤。对于适龄女性,术前应询问是否妊娠和妊娠时间,保证患者及胎儿安全;做好操作前安全性评估,保证医疗安全。由于关节复位患者均较疼痛、紧张,术前、术中均应做好沟通交流,以消除患者紧张情绪,加强心理护理治疗^[9],分散其注意力,有利于取得良好复位效果^[10]。上医治未病,应叮嘱患者去除日常不良健康习惯,如偏侧咀嚼^[11]、磨牙等^[12],并加强口腔卫生宣教;减少医源性损伤,如减少磨牙根管治疗时长^[13]等。对于病情较重的颞下颌关节脱位可考虑手术治疗^[14],结合颌间牵引^[15]。颞下颌关节紊乱患者易发生关节脱位,医者需早期帮助关节紊乱患者进行诊断和治疗^[16]。同时有文献报道,颞下颌关节紊乱可伴有耳鸣的发生^[17],提醒临床多学科诊疗的重要性,多学科协作可为患者提供更优质的服务。

综上所述,颞下颌关节急性前脱位时口外手法复位成功率及患者满意度较高,术后并发症发生率极少,且对于高龄伴有全身基础病患者安全性好,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 邱蔚六. 口腔颌面外科学 [M]. 6版. 北京:人民卫生出版社,2008:333-335.
- [2] 王忠义. 实用口腔科手册 [M]. 北京:人民军医出版社,1996:337.
- [3] 蒋蔚林. 口腔急诊患者中颞下颌关节脱位的特点及治疗方法 [J]. 中国初级卫生保健,2019,33(3):94,95.
- [4] 董正谋,周霞,刘鲁川,等. 口内、口外手法复位在颞下颌关节急性前脱位中的临床疗效观察 [J]. 实用口腔医学杂志,2016,32(6):848-851.
- [5] 刘荣光. 颞下颌关节前脱位口外复位治疗的临床分析 [J]. 全科口腔医学杂志,2018,25(5):66,71.
- [6] 赵树廷,吴海星. 下颌托及颞颌贴治疗颞下颌关节脱位46例 [J]. 中国中医急症,2003,12(5):475.
- [7] 孔丽,孙磊. 口外手法复位治疗颞下颌关节前脱位的效果研究 [J]. 世界临床医学,2018,2(10):73,75.
- [8] 周江保,刘建设. 颞下颌关节脱位局部按摩结合口内复位的临床应用 [J]. 临床口腔医学杂志,2018,34(5):309-311.
- [9] 崔静,张秀英,张智玲. 颞下颌关节紊乱病患者心理状况研究进展 [J]. 中华老年口腔医学杂志,2018,6(11):362-366.
- [10] 龙星. 颞下颌关节疾病的外科治疗 [J]. 口腔颌面外科杂志,2013,23(2):79-84.
- [11] 方媛,王云,汪萌芽. 偏侧咀嚼者颞下颌关节振动情况的探讨 [J]. 沈阳医学院学报,2018,20(1):11-14.
- [12] 苏栩蓓,曾蕾,王骏. 连续超声波结合运动疗法治疗急性单侧颞下颌关节盘不可复性前移患者的疗效观察 [J]. 中华物理医学与康复杂志,2018,12(12):948-950.
- [13] 王新,龚中坚,於俊. 磨牙根管治疗诱发颞下颌关节紊乱病的多因素分析 [J]. 实用口腔医学杂志,2018,34(5):629-631.
- [14] 乔永明,刘一鸣,李锐,等. 颞下颌关节脱位手术治疗的回顾性研究 [J]. 华西口腔医学杂志,2018,3(6):262-266.
- [15] 余念,鲁勇. 手术治疗陈旧性颞下颌关节脱位1例及文献复习 [J]. 口腔疾病防治,2019,27(1):46-49.
- [16] 刘奇峰,付斌. 颞下颌关节紊乱病诊断及治疗综述 [J]. 全科口腔医学杂志,2018,21(7):54,55.
- [17] 彭勇新. 不明原因耳鸣与颞下颌关节紊乱病的关系探讨 [J]. 中华耳科学杂志,2018,16(4):568-542.