引导骨再生技术在治疗三叉神经痛中的应用

Application of guided bone regeneration in treatment of prosopalgia

王益华,刘守超,闫秋菊 (菏泽市立医院口腔科,山东 菏泽 274031)

[摘 要] **目的** 探讨引导骨再生(GBR)技术在治疗三叉神经痛的临床效果。**方法** 选择三叉神经第Ⅱ支眶下神经痛的患者根据治疗方法分成治疗组 48 例,对照组 47 例,治疗组在眶下神经切断撕脱的同时采用 GBR 技术,对照组常规行眶下神经切断撕脱术。**结果** 经术后 1 ~2 年随访,应用 GBR 技术治疗三叉神经有效率明显优于对照组($P<0.01$)。**结论** GBR 技术在治疗三叉神经中疗效确切,可作为治疗三叉神经的优先选择。

[关键词] 引导骨再生技术;三叉神经痛;神经撕脱术

[中图分类号] R745.11 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2015)04-0459-02

原发性三叉神经痛病因复杂,在保守治疗无效的情况下可行三叉神经周围支撕脱术,但术后复发率高,远期效果不佳,一直是困扰口腔科医生的一大难题。学者们尝试了许多种术式,以减少复发率。近年来,我们采用眶下神经切断撕脱术的同时,采用眶下孔引导骨再生(guided bone regeneration,GBR)技术治疗三叉神经第Ⅱ支疼痛,取得了良好的效果,为治疗三叉神经第Ⅱ支疼痛提供了一种有效的治疗方法。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取我院诊断明确,确定为三叉神经第Ⅱ支眶下神经痛的 95 例患者资料,按照治疗方法不同分成治疗组和对照组。治疗组 48 例,其中男 10 例,女 38 例;左侧 15 例,右侧 33 例;40 岁以下 5 例,40 ~60 岁 32 例,60 岁以上 11 例。对照组 47 例,男 9 例,女 38 例;左侧 16 例,右侧 31 例;40 岁以下 6 例,40 ~60 岁 32 例,60 岁以上 9 例。2 组患者在性别比例、年龄构成、患病部位方面比较,差异无统计学意义,具有可比性。全部病例在接受本方法治疗前均接受过系统保守治疗。

1.2 手术方法

对照组常规口内切口,行眶下神经切断撕脱术。治疗组采用引导骨再生技术,常规口内切口,在眶下神经切断撕脱的同时,在暴露的上颌骨骨面凿取少许骨组织并研磨至骨粉,磨除眶下孔周围少许骨质,将研磨好的骨粉填入眶下孔,并用口腔修复膜覆盖,口外加压包扎。

1.3 随访与评价

疗效判断标准:治愈,术后 1 年内完全无痛;好转,术后 1 年内偶尔较轻度疼痛,但无需口服止疼药物,可正常生活;无效,术后疼痛无改善,或术后 1 年内需服用止痛药物才能正常生活者。治愈和好转皆为有效。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件分析,计数资料采用卡方检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

根据疗效判断标准,术后随访时间 1 ~2 年,治疗组有效率明显优于对照组,经统计学分析比较($P<0.01$),2 组有显著性差异,见表 1。

表 1 2 种术式临床治疗结果[例(%)]

组别	n	治愈	好转	无效	有效
治疗组	48	20(41.67)	24(50.00)	4(8.33)	44(91.67)*
对照组	47	7(14.49)	18(38.30)	22(46.81)	25(53.19)

*:与对照组比较,$P<0.01$

3 讨论

三叉神经痛是以面部三叉神经分布的区域内阵发性剧痛为主要特征的疾病,原发性三叉神经痛的病因和发病机制尚不完全明确[1]。其治疗方法繁多,在保守治疗无效的情况下,可行三叉神经周围支切断撕脱术,此术式很早以前就被应用于临床,方法简单易行,近期疗效肯定,但复发率高。为此学者们尝试多种方法,以降低术后复发率[2-6]。动物实验证明,神经切断后能发生趋化再生[7],所以我们认为三叉神经周围支切断撕脱术术后复发的机制可能是:切断的三叉神经周围支修复、再生,再连接或者两断端和另外的一条感觉神经再连接。如何有效阻断三叉神经周围支的修复、再生或再连接,减少三叉神经痛的复发率,是摆在口腔颌面外科医生面前的一大难题。学者们尝试的术式都是以干扰或阻断三叉神经周围支的修复或再连接为目的的。

我们选择三叉神经第Ⅱ支眶下神经痛作为研究对象,在切断撕脱眶下神经的同时,采用膜引导骨再生技术,使眶下孔周围成骨封闭眶下孔,以阻断和干扰眶下神经的再连接。有学者报道[8]用羟基磷灰石填塞神经孔减少三叉神经痛的复发率。我们采用自体骨移植,膜引导骨再生,方法简单,不会出现排斥反应,且取材方便、经济实惠,有羟基磷灰石无法比拟的优点。膜引导骨再生技术近几年被广泛地应用于种植外科[9-10],用于

doi:10.11659/jjssx.12E014055

[收稿日期] 2014-12-23 [修回日期] 2015-01-26

弥补种植时骨量不足。所谓的 GBR 技术是将屏障膜置于软组织与骨缺损之间建立生物屏障实现缺损的骨修复性再生[11]。屏障膜的主要作用阻止干扰骨生成的结缔组织进入骨缺损区,保护骨缺损区的成骨细胞优势生长,实现缺损区的骨再生[12]。我们将传统手术和 GBR 技术有机结合在一起,通过磨改眶下孔,形成骨缺损区,通过膜引导成骨,封闭眶下孔,以有效减少眶下神经切断撕脱术后复发率。

本术式简单、安全、方便,不需要特殊器械,不增加新的疤痕,自体骨不会排斥,加上生物膜覆盖,能有效引导骨再生,疗效确切。本术式所需条件不高,简单易学,门诊手术就可完成,便于基层医院推广应用。

[参考文献]

[1] 张志愿. 口腔颌面外科学[M]. 第 7 版. 北京:人民卫士出版社,2013:405.
[2] 王益华. 眶下神经撕脱与皮肤埋藏治疗三叉神经痛[J]. 现代口腔医学杂志,2000,14(3):199.
[3] 邱著文,郑德春,林建业. 三叉神经高位切断撕脱术治疗三叉神经痛临床应用[J]. 中国医药导报,2007,4(13):166.
[4] 石开中. 中西医结合治疗三叉神经周围支撕脱术复发 70 例报告[J]. 安徽卫生职业技术学院学报,2014,13(5):23.
[5] 华耀社,贾怀斌,赵 婧. 三叉神经周围支改善撕脱术 35 例[J]. 口腔颌面外科杂志,2013,10(5):23 - 24.
[6] 王益华. 颏神经撕脱与局部粘膜埋藏治疗原发性三叉神经痛[J]. 局解手术学杂志,2005,14(2):104.
[7] Lykissas MG, Batistatou AK, Charalabopoulos KA. et al. The role of neurotrophins in axoal growth[J]. guidanoe and regeneration. eurr neurovase Res,2007,4(2):143 - 151.
[8] 李 铮,羊辅湘,尹明平. 羟基磷灰石用于三叉神经撕脱术的临床观察[J]. 中国口腔种植学杂志,1998,3(3):125.
[9] 赵 星. GBR 技术在即刻牙种植中的临床应用[J]. 基层医学论坛,2012,16(8):1015.
[10] 芮宇欣,王 屹. GBR 技术应用于上前牙种植骨缺损的临床研究[J]. 临床口腔医学杂志,2011,27(7):418.
[11] 宿玉成. 现代口腔种植学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:207.
[12] Shanaman RH. A retrospective study of 237 sites treated consecr-tivedy weth guided tissue regeberation [J]. Int J periodorties Restorn-tive Dent,1994,14(4):292 - 301.

(编辑:周小林)

U 型支手板在半坐卧位手术中的应用效果

Evaluation on the effect of an U-shaped arm support bracket in the fowler's position during surgery

汪丽萍,陈勤勤 (第三军医大学西南医院整形美容外科,重庆 400038)

[摘 要] **目的** 探讨新旧型支手板在半坐卧位手术中的应用效果。**方法** 对 2013 年使用旧式普通支手板的患者进行回顾性分析,总结 2014 年 29 例半坐卧位手术患者使用 U 型支手板的运用效果及安全性评价。**结果** U 型支手板经临床使用效果满意。**结论** U 型支手板两侧采用弧形设计,符合人体解剖和人体力学原理,且在手术体位变更过程中能妥善固定,保障患者安全,提高患者舒适度,有效减少神经损伤等术后并发症的发生,具有较好的实用性、先进性、科学性。

[关键字] U 型支手板;半坐卧位;效果评价
[中图分类号] R608 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2015)04-0460-04

手术体位安置是手术室安全护理的重要内容,因其涉及人体解剖和人体力学原理的应用。如果处理不当会因重力致双上肢下垂,易对患者造成意外伤害。随着整形美容外科手术学的发展,对手术体位的要求越来越高,一次手术常常需要变更几种体位才能完成,所以术中安全管理具有相当高的难度,且体位变更过程中患者的安全问题不容忽视。为了提高手术体位变更安置过程中的安全质量,有效解决上述问题,增加手术体位所必须的物品保障,我科结合具体实践自行设计制作了一种适用于乳房部位手术的 U 型支手板,2014 年 2 月至 2014 年 8 月在科室应用 29 例,效果理想,达到了预期目的。现报告如下。

doi:10.11659/jjssx.03E015002
[收稿日期] 2015-03-02 [修回日期] 2015-04-06

1 资料与方法

1.1 临床资料

实验组为 2014 年 2 月至 2014 年 8 月在科室应用 U 型支手板 29 例,均为女性,19 ~ 29 岁 11 例,30 ~ 49 岁 15 例,50 岁以上 3 例。选择 2013 年 2 月至 2013 年 8 月使用旧式支手板患者 29 例为对照组,均为女性,19 ~ 29 岁 13 例,30 ~ 49 岁 14 例,50 岁以上 2 例。58 例患者均排除精神心理因素、药物因素及其他神经系统疾病,头颅 CT 或 MRI 检查无导致肌张力障碍的责任病灶,患者无药物过敏史。

1.2 方法

使用新型 U 型支手板[1],该新型支手板采用可塑性强、质量轻、厚度薄、强度高的低温热塑板材制作而成,低温热塑板材具有很高的韧性,透气性好,不易破损或折断,使用安全、可靠。