DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.07.046

表1 1 750例患者电子喉镜检查结果

Tab 1 Results of video larygoscopic examination in 1 750 cases

Diseases	n	Proporation(%)
Chronic pharyngitis	437	24.9
Polyp of vocal cord	308	17.6
Epistaxis	123	7.0
Chronic laryngitis	105	6.0
Foreign body	97	5.5
Rhinopharynx neoplasm	67	3.8
Vocal nodules	58	3.3
Deviation of nasal septum	52	3.0
Acute laryngitis	35	2.0
Carcinoma of larynx	17	0.9
Obstruction of auditory tube	10	0.5
Tuberculosus of larynx	5	0.3
Papilloma of larynx	4	0.2
Approximately normal	235	13.0
Others	210	12.0
Total	1 750	100.0

3 讨论

医用电子内窥镜在不同时期都促进了医学事业的发展。电子喉镜是继第一代硬管和第二代光导纤维喉镜之后的第三代产品。它的图像清晰度、分辨率、逼真度是其它内镜所无法比拟的。电子喉镜在传统上及名称上被理解为只能对喉部疾病诊治，我科在应用中发现电子喉镜不但在喉部疾病中发挥作用，且广泛应用于鼻咽喉疾患中，并积累了一定的经验。

在鼻衄的诊治中，由于前鼻镜很难发现深部病变，而纤维喉镜由于受光纤传输影响，在目镜下很难发现微小隐匿病变，而电子喉镜前端装备微型图像传感器，将图像经处理器处理后，显示在电视监视器上，具有放大效应，比普通光导纤维分辨率高，图像清晰，能观察粘膜血管病变，达到早期诊断治疗目的。

在利用电子喉镜进行声带息肉、声带小结摘除术中，由于电子喉镜像素比纤维喉镜大大增加，且有放大功能，摘除息肉更加准确，保持正常声带完整性[1]，避免息肉残端残留，提高术后发音效果。

在进行鼻咽部、喉部新生物的诊治中，由于电子喉镜视野宽阔，前端角度弯曲大，避免了盲区，更能早期发现病灶，活检时能准确钳夹病变组织，保证一次阳性检出率的提高[2]，减少患者痛苦。

此外，电子喉镜还广泛应用于其它疾病，如通过导入激光可治疗喉狭窄，可引导插管进行困难气管插管，对儿童声嘶进行病因寻查[3]、咽鼓管吹张[4]等。由于电子喉镜本身在电视监视器下操作，检查时可多人同时观察，便于实施教学和会诊，利于教学和资料保存，患者和家属都能了解病情，积极配合治疗，所连接设备可将检查结果贮存、也可打印成彩色照片，供临床病情观察和疗效评价[5]。但由于电子喉镜成本相对较高，在检查价格上也制约了一部分患者就诊。

参考文献：

[1] 高春生. 电脑纤维喉镜的开发及应用[J]. 河南医科大学学报, 1999, 34(1): 85-86.
[2] 张 雷. 光导纤维鼻咽镜电视监视下鼻咽部活检[J]. 科技通报, 1999, 15(4): 310-311.
[3] 宋燕哲. 小儿声音嘶哑诊断[J]. 空军总医院学报, 1994, 10(4): 235.
[4] 宋春霞. 纤维喉镜在咽鼓管阻塞所致疾病中的应用[J]. 河南医药信息, 1997, 5(11): 12.
[5] 周水淼, 温 武, 沈小华, 等. 电子喉镜在喉部疾病诊治中的应用[J]. 临床耳鼻喉杂志, 2001, 15(3): 120-121.

（编辑 张大春）

文章编号：1000-5404(2001)07-0853-01

个案与短篇

多发性下颌骨巨细胞肉芽肿1例报告

A case report of multiple giant cell granuloma of mandible

熊 宇，史文进，杨 军 （第三军医大学附属西南医院口腔科，重庆 400038）

患者，女，27岁。双侧下颌骨无痛性包块近2年，生长缓慢。查体：一般情况可，心肺肝肾无异常。双侧下颌角膨隆，左下颌角、右下颌颏孔附近分别可扪及约2.0 cm×0.5 cm×0.5 cm与3.0 cm×2.0 cm×2.5 cm大小包块，质硬，固定，无压痛，无乒乓球感，右侧病变区部分骨壁有凹陷感。表面皮肤色泽正常，双侧下唇皮肤感觉正常。口内无粘膜缺损，无松动牙。$\frac{11}{11}$唇侧倾斜移位，$\frac{+}{22}$先天性缺失，前牙Ⅲ度深覆盖，$\frac{+}{11}$咬于腭乳头，$\frac{+}{33}$中度磨耗，牙本质暴露，$\frac{+}{7}$颊侧移位，右侧后牙深覆𬌗。头颈部淋巴结无肿大。下颌骨CT示右、左下颌骨体部、左下颌角内侧多囊性骨质破坏区，边界尚清。血、尿、粪常规，肝、肾功无明显异常。于全麻下行“双侧下颌骨包块摘除术”，术中见病变区骨壁膨隆变薄，右下颌体部病变区骨皮质部分破坏，病变组织为红褐色软组织，无包膜，质脆易碎。完整刮除病变组织送病理检查。病理报告示双侧下颌骨巨细胞修复性肉芽肿。术后7 d患者伤口愈合，拆线出院。

讨论

巨细胞肉芽肿，又称巨细胞修复性肉芽肿(Giant cell reparative granuloma)，多见于青年女性，25岁前发病，好发于颌骨前份，下颌骨多于上颌骨，多为单发。X线表现为边界清楚的单囊或多囊透射影，骨皮质膨隆变薄，但很少穿通。单纯刮除病变效果良好。

（下转856页）

作者简介：熊 宇(1976-)，男，江西省南昌市人，硕士研究生，医师，主要从事颌面创伤及修复方面的研究。电话：(023)68754406

收稿日期：2000-07-02；修回日期：2000-12-19

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

对照组；咀嚼运动时，后缩组的MM的肌电活动显著低于对照组，DA的肌电活动显著高于对照组。

安氏Ⅱ类Ⅰ分类错𬌗约50%~60%的患者表现为下颌后缩，即下颌相对上颌位置偏后，这种偏后的位置关系，使得在闭合于由牙确定的ICP时，下颌有所补偿而向前伸，由于𬌗对咀嚼肌有程序化(Programing)作用[2]，即对肌功能有规范和引导作用。所以在姿势位时，DA的收缩性较对照组明显增强，以抵抗𬌗对下颌的前导作用，这一现象表明姿势位不单纯是下颌所受重力与升颌肌收缩力及组织弹性所维持的一个简单的力学平衡，而是一个在升降颌肌作用下共同维持的复杂的生物学平衡。

下颌前伸过程中，后缩组的下前牙从咬于上颌腭侧粘膜处，依上颌切牙舌面向下、向前运动，髁突也向前下运动至对刃𬌗，此时髁突的位置在关节凹处于关节结节后下方，由于患者的下颌位置偏后，及个别牙齿错位的影响，所以前伸时，各前伸肌均需加大收缩程度，才能实现同等程度的前伸运动。Harper[10](1997)的研究也支持这一观点，他发现成人下颌后缩的患者在术前前伸运动中，MM和TA的肌电表现与正常组相比，肌电活动更为活跃。在ICP至RCP的后退运动中，由于后缩组的下颌已处于偏后的位置，所以后退的幅度受到限制，此时前伸肌MM、TA拮抗性收缩增强，以限制后退量。Gerstner[9](1999)也指出，与Ⅰ类错𬌗患者相比，Ⅱ类错合患者有着较大的后退量，而Ⅱ类患者后退量较小。所以表现为后缩组MM和TA的肌电活动显著高于对照组。本研究的受试者均处于生长发育期，在前伸后退运动中，前伸肌(MM，TA，DA)具有较强的代偿能力。

但是在ICP最大紧咬时，下颌后缩者MM的肌电活动却明显低于对照组，可能是后缩者下前牙咬于上颌腭侧粘膜，紧咬过程中，受软组织感受机制调节作用的结果，Pancherz[11]也报道安氏Ⅱ类Ⅰ分类错𬌗的TA、MM紧咬电位均低于正常，且MM电位降低更明显。此时，DA扮演着多种角色，协助前伸，同时拮抗上提，收缩活动显著增高也是这种调节作用的表现。而在咀嚼运动中，后缩组MM的肌电幅值显著低于正常组，DA显著高于正常组，其机制应基本相同。同时表明在下颌骨更精细的运动咀嚼中，后缩组咬肌调节能力下降，肌功能受到了明显抑制。

评估下颌骨的位置及下颌运动时应把口腔颌面部肌肉作为一种功能单位。研究显示后缩组MM、TA、DA等肌肉的功能性收缩活动受到明显影响，升颌肌活动能力明显降低，由于生长发育期的下颌后缩畸形有使咀嚼肌作用产生重新分配的趋势，影响肌功能平衡。提示我们应早期采取功能性矫治器刺激下颌骨发育并引导下颌处于正常位置，以期改善肌功能不调。

(本实验使用仪器由西安伟志集团公司提供赞助。)

参考文献：

[1] Moss M L, Salentijn L. The primary role of functional matrices in facial growth[J]. Am J Orthod, 1969, 55(3): 562-577.

[2] Wang H Y. Hexue (Occlusion)[M]. Beijing: Renmin Weisheng Chubanshe (People Hygiene Press), 1990. 12-13, 27.

[3] Fogle L L, Glaros A G. Contributions of facial morphology, age and gender to EMG activity under biting and resting conditions[J]. J Dent Res, 1995, 74(8): 1 496-1 500.

[4] Zou B S, Zeng X L, Zeng Y Q. An study of skeletal facial type of Class Ⅱ, Division Ⅰ malocclusions[J]. Zhonghua kouqiang yixue zhazhi (China J Stomatol), 1999, 34(1): 36.

[5] Moyers R E, Riolo M L, Guire K E. Differential diagnosis of class Ⅱ malocclusion[J]. Am J Orthod, 1980, 78(2): 477-494.

[6] Wang M Q, Wang H Y. An electromyographic study of malocclusion[J]. Huaxi kouqiang Yixue Zhazhi(Huaxi J Stomatol), 1988, 6(4): 218-222.

[7] Xie Y, Liu Y, Zhang M X, *et al*. The difference of the electromyographic activity of masseter and temporal muscles between malocclusion and normal [J]. Beijing kouqiang yixue (Beijing J Stomatol), 1997, 5(1): 15-17.

[8] Visser A, McCarroll R S, Oosting J, *et al*. Masticatory electromyographic activity in healthy young adults and myogenous craniomandibular disorder patients[J]. J Oral Rehabil, 1994, 21(1): 67-76.

[9] Gerstner G E, Marchi F, Haerian H. Relationship between anteroposterior maxillomandibular morphology and masticatory jaw movement patterns[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1999, 115(2): 258-266.

[10] Harper R P, de-Bruin H, Burcea I. Muscle activity during mandibular movements in normal and mandibular retrognathic subjects[J]. J Oral Maxillofac Surg, 1997, 55(2): 225-233.

[11] Pancherz H. Activity of the temporal and masseter muscles in Class Ⅱ, Division Ⅰ malocclusions[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1980, 77(4): 679-688.

(编辑 张大春)

(上接853页)

本病的临床、X线表现与骨巨细胞瘤相似，但二者的生物学行为不同，应与之鉴别[1]。病理检查见巨细胞肉芽肿以富于血管的结缔组织为主要成分，多形巨细胞数目相对少，聚于出血灶周围，病变外围区可见类骨质及骨小梁。而巨细胞瘤镜下以多核巨细胞和间质细胞为主要成分，常见出血及坏死。

本例患者为多发性下颌骨巨细胞肉芽肿，且伴骨皮质部分破坏吸收，临床较为少见。巨细胞肉芽肿是一种对骨内出血或创伤的修复性反应[2]。该例患者无明显局部外伤史，但其前牙深覆盖，右侧后牙深覆𬌗，下颌尖牙切缘明显磨耗，故推测其发病原因可能与牙颌畸形导致下颌骨承受较大𬌗力，下颌骨对𬌗创伤的修复性反应有关。

关键词：肉芽肿，巨细胞；下颌骨
中图法分类号：R739.8 文献标识码：B

参考文献：

[1] 郑麟蕃，吴奇光. 口腔病理学[M]. 上海：上海科学技术出版社，1994. 266.

[2] 邱蔚六. 口腔颌面外科理论与实践[M]. 北京：人民卫生出版社，1998. 623.

(编辑 陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net