

表明 CA125 水平测定, 不仅对子宫肌腺病有明显的辅助诊断价值, 而且有助于与子宫肌瘤的鉴别<sup>[4]</sup>。本文结果显示, 子宫腺肌病患者的血清 CA125 水平较子宫肌瘤者明显增高 ( $P < 0.05$ ), 且敏感度与特异度均较高。因而可认为血清 CA125 对子宫腺肌病有明显的诊断价值。

**3.2 B 超诊断子宫腺肌病的价值** 本文中 B 超诊断子宫腺肌病的灵敏度 56.7%, 特异度 64.8%, 诊断水平不理想。当然 B 超检查者经验不足, 图像识别能力不强, 仪器调节不当和部分肥胖患者图像显示不佳等都影响着诊断结果。但总体来看, 超声检查无创, 简便, 经济, 能反复及动态观察, 这些优点使超声检查的可行性较强。

**3.3 两种方法联合诊断子宫腺肌病的价值** 本文表明, 血清 CA-125 检测及 B 超检查对于诊断子宫腺肌病均有一定的价值, 但也有各自的局限性。在

诊断方面, 依靠任何单项检查均有一定假阳性和假阴性。二者联合应用, 可减少漏诊和误诊, 提高术前诊断的阳性率, 对医生的治疗也有更进一步的帮助。本文二者联合诊断子宫腺肌病的灵敏度 58.3%, 特异度 95.1%。所以, 可以认为血清 CA-125 检测及 B 超检查联合诊断子宫腺肌病有较明显的诊断价值, 且方便经济无创, 是理想可行的诊断方法。

#### [参 考 文 献]

- [1] 曹泽毅. 中华妇产科学[M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 1527.
- [2] 祝英杰, 董菊颖, 冯玉昆. 血清 CA125 检测与卵巢癌[J]. 云南医药, 2005, 26(3): 280-281.
- [3] 车坤兰, 李锦玉. 子宫肌腺病 167 例临床分析[J]. 广东医学院学报, 2003, 31(1): 63.
- [4] 周应芳, 吴北生, 李辉, 等. CA-(125)测定对子宫肌腺症的诊断价值[J]. 中华妇产科杂志, 1996, 31(10): 590-593.

[文章编号] 1000-2200(2009)09-0810-02

· 临床医学 ·

## 微型钛板坚固内固定治疗下颌骨骨折 30 例

何 广

**[摘要]** 目的: 总结微型钛板坚固内固定技术在下颌骨骨折治疗中的应用效果。方法: 下颌骨骨折 30 例均采用手法复位, 微型钛板内固定技术治疗, 部分病例辅以颌间结扎牵引。结果: 30 例均获满意的治疗效果, 咬合关系恢复良好。术后复查 X 线片对位好。结论: 微型钛板坚固内固定治疗下颌骨骨折是一种有效合理的方法。

**[关键词]** 下颌骨骨折; 微型钛板; 骨折固定术, 内

**[中国图书资料分类法分类号]** R 782.4 **[文献标识码]** A

下颌骨骨折在口腔颌面部外伤中较常见, 复位固定是治疗下颌骨骨折的首要步骤, 目前坚固内固定技术已成为治疗的主流。1998 年 1 月至 2008 年 1 月, 我科收治下颌骨骨折 30 例, 采用微型钛板坚固内固定治疗, 部分病例辅以颌间结扎牵引固位, 疗效满意, 现作报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本组男 25 例, 女 5 例; 年龄 15~60 岁。致伤原因: 交通事故 24 例, 斗殴伤 4 例, 意外伤 2 例。30 例 41 处骨折; 颞部骨折 18 处, 体部骨折 14 处, 下颌角部骨折 5 处, 升支骨折 2 处, 髁状突骨折 2 处。

**1.2 材料** 中国西安中邦公司生产的厚度

1.0 mm, 长度规格有 4 孔、6 孔、8 孔等, 螺丝直径 2.0 mm, 长度为 7.0 mm。

**1.3 方法** 单发性下颌骨骨折均采用局麻下复位固定, 多发性下颌骨骨折或同时伴有上颌骨折者采用经鼻、气管插管全身麻醉。开放性损伤采用原伤道进路显露骨折部位; 闭合性损伤一般采用下颌前庭沟颊侧黏膜切口, 切口位于活动黏膜上, 距附着龈至少 5 mm; 颌角骨折采用下颌下切口, 髁状突骨折采用耳屏前切口。钛板放置部位: 根据 Champy 等对下颌骨应力曲线模拟分析结果所提出的理想位置而定, 即颞孔前区骨折线上应平行固定两块钛板, 上一块钛板放在根尖下 5 mm 处, 两块钛板间距 5 mm; 颞孔后区骨折单板固定, 放在根尖与下齿槽管之间, 注意避开神经; 下颌角骨折用单板沿外斜线固定。对严重移位和不利型骨折, 在骨折线的下颌骨下缘作补偿固定。手术方法: 术前给予骨折解剖复位, 如有牙移位也一并复位, 从而确认和恢复患者伤前的咬合关系, 暂时行颌间结扎牵引, 然后固定小

[收稿日期] 2009-02-13

[作者单位] 安徽省滁州市第一人民医院 口腔科, 239000

[作者简介] 何广(1968-), 男, 主治医师。

型钛板,钛板应与下颌骨表面无张力贴合。骨折线两侧至少各固定 2 颗钛钉,钻孔方向应与骨面垂直,并一次完成,先固定骨折线一侧,再固定另一侧,钻孔时一定要建立在咬合正确、骨折对位良好基础上。术后处理:术后常规给予抗生素治疗,口腔清洁护理,流质饮食,3 天后改软食,7~10 天拆除切口缝线,对多发骨折患者停止颌间牵引后继给予颌颌弹力绷带外悬吊 1~2 周。适当行张口锻炼。

1.4 疗效观察 术后观察切口愈合情况及手术前后咬合关系、张口度对比情况,术后 1 周、3 个月分别行 X 线检查观察骨折线愈合情况。

## 2 结果

30 例术后切口无感染,软组织切口一期愈合,咬合关系恢复正常,张口度 >37 mm。术后 1 周、3 个月各复查一次 X 线片,骨折对位良好。

## 3 讨论

3.1 适应证 下颌骨骨折的复位内固定是通过手术方法将下颌骨骨折部位达到解剖复位并加以固定,为骨折创造愈合条件。其手术适应证为:开放性骨折、粉碎性骨折、多线段骨折、陈旧性骨折以及无法保守治疗的儿童下颌骨骨折等。对于其他经牵引复位未能恢复咬合关系者,也可在手术直视下直接复位固定。

3.2 手术要求 骨折在愈合中需要稳定的环境,在保证骨折断端稳定的基础上早期行使生理功能,促进骨折愈合已成为颌骨骨折治疗的首选。坚固内固定能抵消影响骨折愈合的各种不良应力,并能维持骨折在正确位置上直到愈合<sup>[1]</sup>。坚固内固定的要求:(1)通过手法复位颌间结扎恢复和固定咬合关系;(2)固定的位置应选择在骨应力轨迹上,以克服下颌运动中的张力和扭力。

3.3 手术效果 由于微型钛板由钛合金制成,钛合金与纯钛相比,在保证良好的组织相容性情况下,提高了机械强度和弹性系数,抗蠕变性亦有所增加,薄而小的微型钛板即可以提供足够的机械强度,因此用微型钛板行颌骨骨折行坚固内固定能取得满意的临床效果。单层骨皮质固定手术操作方便,钛板放置随意性大,组织创伤小,一般不影响面部美观,患者较乐意接受,既避免了口外皮肤入路的手术瘢痕及面神经损伤的风险,又避免颌间结扎所带来的许多不良反应,使患者术后能及时恢复语言和摄食功能,保持良好的口腔卫生,有利于促使切口的愈合。

3.4 坚固内固定与颌间结扎牵引 传统的颌间固

定因需时 4~6 周,影响患者术后进食、语言功能、口腔卫生保健及下颌功能的训练。故在临床实践中对坚固内固定术后是否尚需辅以颌间结扎牵引有争议。我们认为在坚固内固定前因骨折复位之需牙弓夹板已相对稳固结扎,不必术毕即拆,至少保留几天以防手术并发症发生(本组 1 例因术中存在螺钉骨内滑丝现象致钛板松动咬合轻度错乱,后经颌间结扎牵引得以弥补)。因为微型钛板稳定性不足,抗扭力性差<sup>[2]</sup>。下颌骨多发性骨折,常因肌群牵引力方向的不同,使骨折块发生移位,导致咬合错乱。而颌间弹性牵引的持续牵引力,可将内固定后的骨段作小范围调整,从而获得最佳咬合<sup>[3]</sup>。段瑞等<sup>[4]</sup>认为,钛板内固定术后辅以短期颌间牵引,对多发性骨折具有更好的复位作用,因此术后利用颌间弹性牵引在引导功能锻炼、矫正肌源性和关节源性错颌的同时,可对咬合关系、骨断端的对位作进一步调整。研究证明,颌间牵引时间短,对患者颞颌关节功能影响较小。所以临床应将坚固内固定与传统有效的颌间牵引方法有机结合起来。

3.5 骨折线上牙齿去留问题 对骨折线上的牙齿只要不是很松动,没有慢性炎症、囊肿、根折,一般予以保留。而对于骨折线上阻生第三磨牙的保留存在较大争议。多数学者主张,完全骨性阻生者,因可提供骨折复位较大的接触面应予保留,部分萌出伴有冠周炎等者应拔出。我们认为,下颌角部骨折因常伴有牙龈撕裂,感染几率较大,所以对牙松动影响骨折复位者,无对颌牙者或无足够空间使其萌出者,术中应拔出,然后严密缝合口内伤口。

3.6 钛板的体内存留问题 钛板与人体骨组织有良好的生物相容性,可在体内长期存留,且未发现钛板可致癌或其他不良反应报道<sup>[5]</sup>,可终身相伴,无需取出。本组 30 例中均未发现术后排斥反应。但对术后出现切口感染、螺钉松动、钛板外露、钛板断裂者,对年龄较小、口颌系统尚未建颌稳定者,及对钛板存留体内有心理障碍者,建议取出。

### 【参 考 文 献】

- [1] 邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社,2003:191.
- [2] 张 益,章魁华. 骨折坚强内固定[J]. 中华口腔医学杂志,2001,36(3):233-235.
- [3] 郑 谦,石 冰,胡 静,等. 下颌骨陈旧性骨折的内固定治疗[J]. 临床口腔医学杂志,1997,13(1):48-49.
- [4] 段 瑞,李永生,张晓林. 坚固内固定术后颌间牵引对颌骨骨折复位效果影响的临床研究[J]. 临床口腔医学杂志,2003,19(2):98-99.
- [5] 林 野,王 兴,伊 彪,等. 下颌骨骨折的小型钛板坚固内固定技术[J]. 中华口腔医学杂志,2000,35(2):85-87.