

中西医结合治疗颞下颌关节紊乱 80 例

景元伟

(浙江省宁波市鄞州区骨伤科医院, 浙江 宁波 315101)

关键词 颞下颌关节功能紊乱综合征 中西医结合疗法

颞下颌关节紊乱 (Temporo - mandibular Disorders, TMD) 是临床常见病。患者常以咀嚼时关节疼痛, 张口运动障碍, 关节弹响、交锁等症状来诊。2005 年 1 月至 2010 年 1 月, 笔者采用中西医结合疗法治疗颞下颌关节炎患者 80 例, 现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 80 例 (106 个关节); 男 46 例, 女 34 例; 年龄 18 ~ 61 岁, 平均 32.6 岁。单侧发病 54 例, 双侧发病 26 例; 有外力损伤史者 5 例, 咬硬物损伤者 31 例, 发病原因不明者 44 例。按照马绪臣和张震康教授提出的 TMD 诊断分类方法^[1], 本组咀嚼肌紊乱疾病 37 例, 颞下颌关节结构紊乱疾病 12 例, 关节炎症性疾病 20 例, 骨关节疾病 11 例, 病程 3 d 至 2 年。主要症状有关节弹响, 单侧居多; 开口和咀嚼运动时关节周围肌群疼痛, 疼痛为钝痛、隐痛或刺痛, 局部可有压痛; 张口运动障碍或交锁, 开口时下颌中线偏斜或歪曲; 其他伴随症状有头痛、头晕、耳鸣、耳闷、眼花、眼胀以及吞咽困难等。

1.2 疗效评价标准 痊愈: 患者自觉症状完全消失, 咀嚼功能正常, 开闭口无弹响, 开口度正常, 开口型不偏斜, 关节区及周围肌肉、筋膜无痛感; 好转: 患者自觉症状明显缓解或消失, 咀嚼功能基本正常或明显改善, 开闭口时弹响明显减弱或无弹响, 开口度接近正常, 开口型轻微偏斜或不偏斜, 关节区及周围肌肉、筋膜轻微痛感或无痛感; 无效: 治疗前后症状、体征无明显变化^[2]。

2 治疗方法

2.1 中药内服 方用葛根汤加减, 药物组成: 葛根 30 g、桂枝 10 g、炒白芍 60 g、炙甘草 15 g、炙麻黄 3 g、生姜 10 g、大枣 12 枚、生黄芪 20 g、知母 10 g。肝肾阴虚者加熟地黄 30 g、山萸肉 20 g、淮山药 20 g; 脾肾阳虚者去知母, 加制附片 6 ~ 10 g (先煎)、干姜 6 ~ 10 g; 脾胃虚弱者加党参 20 g、炒白术 10 g、茯苓 10 g; 肺胃火炽

者去桂枝、炙麻黄, 加生石膏 30 g (先煎)、麦冬 30 g、生地黄 20 g、升麻 6 g、怀牛膝 20 g; 气滞血瘀者加地鳖虫 6 g、僵蚕 10 g、当归尾 20 g。每日 1 剂, 早晚分服, 每周 5 剂, 3 周为 1 个疗程。

2.2 局部封闭 2% 利多卡因注射液 1 ~ 2 mL, 醋酸曲安奈德注射液 20 mg, 0.9% 氯化钠注射液 3 ~ 5 mL, 制成混合液, 在患者颞下颌关节腔或关节周围如下关、听宫、听会和颊车等穴位或压痛点作局部封闭治疗, 每次选取 1 ~ 3 个穴位或压痛点, 每个部位注射 0.5 ~ 1 mL 上述混合液, 每周 1 次, 最多不超过 3 次。

2.3 纠正不良咀嚼习惯 调整咬合, 矫正单侧咀嚼习惯, 并避免咀嚼过硬或黏性食物。

3 结果

本组患者均获随访, 随访时间 3 ~ 12 个月 (平均 6 个月)。按上述疗效评价标准评定, 本组痊愈 58 例, 好转 20 例, 无效 2 例, 总有效率为 97.5%。

4 讨论

颞下颌关节是颌面部唯一可以左右联动的关节, 由下颌髁状突、颞骨关节面和居于二者之间的关节盘及关节周围的关节囊和关节韧带组成。咀嚼肌的神经调节功能失调、咬合关系紊乱、单侧咀嚼、咬合创伤、外力损伤、关节发育不对称等因素都可造成颞下颌关节的疾病状态, 形成颞下颌关节炎。

颞下颌关节紊乱病属于中医痉病、口噤范畴。《金匱要略》曰: “太阳病, 无汗, 而小便反少, 气上冲胸, 口噤不得语, 欲作刚痉, 葛根汤主之。”由于人体血虚津伤, 或阳气虚弱; 阴精亏损, 或外伤而气血瘀阻; 或感外邪而气血不畅, 致筋脉失养, 痉挛强急, 牙关紧张而见口噤。葛根汤中, 君药葛根, 秉性轻清, 赋体厚重, 轻而去实, 重而镇动, 取其生津舒筋之功效; 芍药、甘草、大枣、生黄芪、知母合用, 益气化阴滋阴, 以缓筋脉挛急; 生姜、桂枝、麻黄, 解肌发表, 随证加减。诸药合用以达到生津舒筋、缓急解痉之效。同 (下转第 71 页)

除;如果骨折端髓腔内有脓液、炎性组织及瘢痕等,则在骨折端局部开槽、清理;窦道周围的不健康皮肤、皮下炎性肉芽组织也要彻底清除。清除坏死和感染组织后,经双氧水和生理盐水反复冲洗及碘伏溶液浸泡,创面在肉眼观察下应该很新鲜。内固定物周围往往为细菌及坏死组织集中部位,保留内固定物容易致清创不彻底,即使术后配合持续灌洗等治疗手段,感染也容易复发。因此,对于内固定失效者一定要拆除。要充分清理骨折断端及每个钉道,骨折对位、对线好的钢板原则上也要拆除。因为如果炎症随髓内钉扩散,感染范围会更广泛而且严重,所以髓内钉一定要拆除。内固定拆除后可以用外固定支架重建骨折稳定性,如果骨折端已经有连续性骨痂形成,被动活动断端稳定,也可行石膏外固定。

根除感染至关重要的是对感染细菌的控制^[4]。任何清创术均不可能彻底地清除坏死组织及病原菌,伤口内的细菌繁殖积累达到一定的数量就可能发生感染。术后持续灌洗引流能够消除细菌生长繁殖的基质,减少单位体积内细菌的数量;并且高浓度抗生素在局部持续使用,肝肾毒副作用较小,且可以弥补静脉给药不易到达病变部位的不足^[5]。术后持续灌洗引流具有冲洗和引流双重作用,能清除病灶内坏死组织、细菌及毒素,并且能有效阻断组织的破坏,使病灶很快进入修复重建过程^[6]。灌洗引流需要注意的是:①放置的引流管要经过整个病灶。②肌肉及皮肤缝合要严密,防止漏液,以保证伤口干燥,避免污染。③要保持引流管通畅,出、入管口要无菌包扎,防止逆行性感染及交叉感染。④广谱抗生素应用时间不宜过长,以防造成真菌感染。

骨缺损处是否进行 I 期植骨目前存在争议。蔡锦芳等^[7]证实带有血管蒂的大量的骨移植可以加速骨折的愈合并减少固定的时间。唐延军等^[8]应用万古霉素珠链填充 II 期植骨治疗慢性创伤性骨髓炎 16

例,随访 3 年,均无复发。吴黎红^[9]认为 I 期开放植骨术是治疗胫骨感染性骨缺损的简单、积极而有效的方法,相对于 II 期植骨手术,能明显缩短治疗时间、节约费用。笔者认为应根据感染细菌的种类和患者的具体情况决定是否植骨,耐药金黄色葡萄球菌、表皮葡萄球菌感染的患者及局部和全身症状较重的患者,不应植骨;而局部炎症症状轻、未见明显脓液的患者,在彻底清除病灶后,可行自体髂骨松质骨植骨,术后经敏感抗生素治疗后,植骨多能获得成功。

骨折内固定术后感染如治疗不当,危害很大,彻底清除感染病灶是感染能否控制的关键,多种方法的综合应用可有效控制感染,提高治愈率。

5 参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社,1994:51-52.
- [2] 罗明辉. 骨折内固定术后感染的中西医结合治疗研究[D]. 广州:广州中医药大学,2007.
- [3] Dahners LE, Bos GD. Fluorescent tetracycline labeling as an aid to debridement of necrotic bone in the treatment of chronic osteomyelitis[J]. J Orthop Trauma,2002,16(5):345-346.
- [4] 邹林,蔡锦方. 创伤性骨髓炎的治疗进展[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2009,24(9):862-864.
- [5] 白爱岐. 微波辅助连续灌洗治疗骨科化脓性感染 100 例临床分析[J]. 临床合理用药杂志,2010,3(9):104-105.
- [6] 张曦,盛永华,凌历. 内固定术后感染的中西医结合治疗[J]. 中国骨伤,2004,17(4):246-247.
- [7] 蔡锦方,刘立峰,邹林. 复合组织移植治疗创伤性慢性跟骨骨髓炎[J]. 组织工程与重建外科杂志,2006,2(3):159-160.
- [8] 唐延军,刘建锋,王宪俊,等. 负压封闭引流技术、万古霉素珠链填充治疗慢性创伤性骨髓炎[J]. 中国临床研究,2010,23(1):42-43.
- [9] 吴黎红. I 期开放植骨治疗胫骨感染性骨缺损[D]. 杭州:浙江大学,2010.

(2010-06-26 收稿 2011-03-06 修回)

(上接第 69 页)时配合西药局部封闭治疗,以达到改善局部微循环,消炎止痛的功效。

5 参考文献

- [1] 马绪臣,张震康. 颞下颌关节紊乱病的命名、诊断分类及治疗原则[J]. 中华口腔医学杂志,2002,37(4):241-

243.

- [2] 郝晓宁,彭巍,许颖华,等. 中药离子导入治疗颞下颌关节紊乱病临床疗效研究[J]. 中国实用口腔杂志,2009,2(5):292.

(2010-06-17 收稿 2011-02-25 修回)