

急性非创伤性颞下颌关节前脱位改良口内复位法的临床疗效

王龙¹ 余荣²

1. 盐池县人民医院口腔科 宁夏 吴忠 751500

2. 彭阳县疾病预防控制中心 宁夏 固原 756500

摘要：目的：探讨对病发急性非创伤性颞下颌关节前脱位疾病的患者应用改良口内复位法所取得的效果。方法：对我院2021年7月至2023年7月共计40例病发急性非创伤性颞下颌关节前脱位患者展开抽取工作，随机做规范分组处理，各为20例，对照组在施以治疗时，应用传统口内复位法，观察组选择改良口内复位法。对治疗后复位情况及复位前后血压展开统计。结果：观察组一次复位成功率及复位后血压均优于对照组（ $P < 0.05$ ）；观察组复位疼痛程度、时间均低于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：采用改良口内复位法在病发急性非创伤性颞下颌关节前脱位方面效果显著，并降低疼痛程度。

关键词：急性非创伤性颞下颌关节前脱位；改良口内复位法；临床疗效

前言

急性非创伤性颞下颌关节前脱位是指在没有外力作用或轻微外力作用下，颞下颌关节发生前移的情况，常见于颞下颌关节结构异常或功能紊乱的患者^[1]。患者通常会感到下颌骨的不适和疼痛，张口受限，咀嚼困难，甚至无法闭合嘴巴。有时还可能出现咬合不正常、牙齿不匹配、发音困难等问题^[2]。因此，急性非创伤性颞下颌关节前脱位对患者的口腔功能、饮食习惯、生活质量和社交能力都会带来较大的不便和困扰，及时进行诊断和治疗是十分重要的。改良口内复位法是一种用于治疗颞下颌关节前脱位的非侵入性手术方法，通过在口腔内进行操作，恢复脱位的颞下颌关节到正常的位置^[3]。对此，本文将推进改良口内复位法，观察其应用于急性非创伤性颞下颌关节前脱位展现的效果。现将方法与结果整理如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

对2021年7月至2023年7月展开研究的40例急性非创伤性颞下颌关节前脱位疾病患者进行一般资料统计。患者基线资料可比（ $P > 0.05$ ）。

表1 一般资料对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	例数	男/女	年龄（岁）
观察组	20	7/13	60.96±3.67
对照组	20	9/11	61.15±3.41
<i>t</i>	-	0.271	0.207
<i>P</i>	-	0.602	0.836

1.2 纳入标准

纳入标准：①均确诊为急性非创伤性颞下颌关节前脱位；②均对本研究知情同意。排除标准：①临床资料缺失；②不能配合本研究者。

1.3 方法

对照组采取传统口内复位法，对患者的症状、口内检查和影像学检查等进行综合评估，嘱患者保持坐位或直立位，头部稍微向后仰，并准备好光线充足的手术灯。将合适大小的护齿板放置于患者的上下颌齿之间，使用双手的拇指和食指，分别放置于患者的下颌骨的两侧面颊部。然后，用适当力量向后方移动下颌骨，并同时用力向上提拉下颌骨，以尝试将关节复位。一旦成功复位，观察患者的口腔情况，确保关节位置的稳定。

观察组采取改良口内复位法：将患者置于仰卧位，确保头部稍微后仰，以便更好地进行操作。戴上适当的手套，并将纱布绕在左手大拇指上，将其放置在患者右侧下颌磨牙后垫区，以便提供支撑和稳定，避免在操作过程中产生意外移位。缓慢而稳定地向下施加压力，使下颌骨沿着脱位方向向下移动。在施加压力时，注意力度要适中，避免过度增加压力导致额外的损伤。同时，使用右手握住患者下颌颏部的正中位置，向头部后上方施加力量，推动下颌骨脱位的髁突到达关节结节顶点，并且下颌骨恢复正常对位后，即可完成复位操作。

1.4 观察指标

（1）复位状况：对两种治疗方法一次复位成功率、复位时间及疼痛程度进行记录。疼痛程度采用VAS评分法，数值与疼痛程度呈反比。（2）复位前后血压：对施

以治疗前后的血压展开记录。

1.5 统计学方法

本试验有关数据整理SPSS22.0, 小组之间计量数据为($\bar{x}\pm s$), 运用 t 检验, 计数数据信息为(%), 运用检测 χ^2 , $P < 0.05$ 差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 复位情况比较

观察组各复位结果均优于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 两组复位结果比较(%) / ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	一次复位成功率	复位成功时间(s)	VAS评分(分)
观察组	20	20(100.00)	11.73±4.75	3.73±0.76
对照组	20	18(86.67)	23.23±9.37	5.23±1.36
χ^2/t	-	4.285	5.995	5.273
P	-	0.038	0.000	0.000

2.2 复位前后血压观察

观察组测得复位后血压更佳($P < 0.05$)。由表3所示。

表3 两组治疗前后血压观察($\bar{x}\pm s$, mmHg)

组别	例数	收缩压		舒张压	
		复位前	复位后	复位前	复位后
观察组	20	143.13±5.26	122.31±6.68	108.37±4.16	91.57±3.41
对照组	20	141.95±5.98	133.39±5.97	108.79±4.38	95.31±3.05
t	-	0.811	6.773	0.380	4.477
P	-	0.420	0.000	0.704	0.000

3 讨论

急性非创伤性颞下颌关节前脱位是一种相对常见的颞下颌关节疾病, 主要影响成年人, 尤其是女性, 与女性激素水平的变化和颞下颌关节结构的差异有关。颞下颌关节的结构异常或变形可能是急性非创伤性颞下颌关节前脱位的一个因素^[4]。例如, 颞下颌关节盘的异常形状、松弛的韧带等, 都可能导致关节的稳定性降低, 从而增加了前脱位的风险。颞下颌关节周围的肌肉群包括咬肌、颞肌和舌肌等, 它们的协调功能对于维持颞下颌关节的正常运动具有重要作用。如果这些肌肉的平衡失调, 比如某些肌肉过度紧张或肌力不足, 就可能导致颞下颌关节的不稳定, 促进前脱位的发生^[5]。咬合异常(如前牙反合、开牙、后牙反合等)以及牙齿失衡(如缺失、错位、不正常磨损等)也可能导致颞下颌关节的不稳定, 增加前脱位的风险^[6]。软骨组织的退行性改变可能与急性非创伤性颞下颌关节前脱位有关。随着年龄的增长, 颞下颌关节软骨可能逐渐退化, 失去其正常的缓冲和保护作用, 导致关节的不稳定和前移^[7]。一些全身性疾病, 如风湿性关节炎、类风湿性关节炎等, 可能与急性非创伤性颞下颌关节前脱位有关。此外, 精神因素(例如焦虑、紧张等)、姿势不良或颈椎问题等也可能在一定程度上影响颞下颌关节的稳定性^[8]。颞下颌关节前脱位

患者可能出现下颌关节区域的持续性疼痛、面部肌肉紧张和瘫痪, 并且持续的关节异常运动和不稳定性可触发炎症反应, 导致关节软骨和周围组织的损伤, 最终导致慢性关节炎的发展。此外, 脱位可能导致下颌骨向前移位, 患者可能出现下颌突出、下颌线不对称、面部轮廓不协调等面容变形问题, 给患者带来心理和社交压力。

口内复位法是一种相对简单、安全且有效的方法, 它通过调整下颌骨的位置, 使关节盘恢复到正常的解剖位置。它的主要目的是恢复关节功能和缓解患者的症状, 同时能够避免手术和外科创伤。口内复位法的概念是通过患者自身的咀嚼运动, 利用下颌张开与闭合的动作来重新定位颞下颌关节, 使关节盘复位。这种方法不需要切口, 会减少治疗过程中的疼痛和并发症风险, 且恢复时间相对较快。口内复位法适用于急性非创伤性颞下颌关节前脱位患者。患者需要具备咀嚼功能良好, 颞下颌关节周围肌肉活动正常的条件。此外, 患者的关节结构不能存在明显的畸形或破坏。口内复位法的疗效较好, 能够在多数情况下成功复位颞下颌关节, 并显著改善患者的症状和口颌功能。复位后, 患者通常需要进行一段时间的康复锻炼和功能训练, 以加强颞下颌关节的稳定性和功能恢复。然而, 传统的口内复位法存在一定的并发症风险。例如, 关节脱位复位过程中可能会损伤

周围组织或结构,导致出血、肿胀等。此外,复位后可能会出现关节紧张感、疼痛、咬合异常等不适症状。

口内复位法的发展起源于对颞下颌关节解剖和生理功能的深入研究。早在19世纪末,医学界开始逐渐认识到颞下颌关节的重要性,并提出了一些初步的治疗方法。然而,当时的技术条件有限,对颞下颌关节疾病的认识也相对不足,口内复位法还未得到广泛应用。随着医学技术的不断进步和对颞下颌关节疾病认识的深入,口内复位法逐渐成为治疗急性非创伤性颞下颌关节前脱位的首选方法。20世纪上半叶,国内外许多医学专家对口内复位法进行了系统的研究和推广^[9]。他们从颞下颌关节的解剖结构、病理生理机制等方面进行了深入探讨,并通过实践总结了一套较为成熟和有效的操作技术。在口内复位法的发展过程中,也不断涌现出一些创新的治疗方法和技术。为了克服传统口内复位法存在的问题,医学界对口内复位法进行了改良,形成了改良口内复位法。改良口内复位法相对于传统口内复位法,在操作技术、手法等方面进行了改进和完善,为患者带来更好的治疗效果和生活质量。

在本次研究中可知,改良口内复位法各复位结果均优于对照组($P < 0.05$),分析可知,改良口内复位法将患者置于仰卧位,并确保头部稍微后仰,这有利于更好地进行操作。相比之下,传统口内复位法要求患者保持坐位或直立位,并稍微向后仰头部。改良口内复位法的体位选择可以使医生更好地掌握复位操作,提高复位的准确性。改良口内复位法在施加力量时,利用了患者自身重力和身体位置的优势。相比之下,传统口内复位法需要医生用双手施加力量向后方移动下颌骨并向上提拉,相对较费力。改良口内复位法使用特定的角度和手法进行复位,可以更准确地处理颞下颌关节的位置,从而提高复位成功的概率。改良口内复位法可以更好地控制力量的施加方向和大小,可以提高复位的效率,从而缩短复位成功的时间。改良口内复位法允许患者更加主动地参与治疗过程,避免过度增加压力导致额外的疼痛和损伤,减轻患者在复位过程中的疼痛感;改良口内复位法测得复位后血压更佳($P < 0.05$),颞下颌关节前脱位患者往往面临较大的疼痛和不适,这可能导致交感神经系统的兴奋和应激反应。患者可能会经历心率加快、血管收缩、血压升高等生理变化。此外,疼痛和不适也可以引起患者的情绪紧张和焦虑,进一步增加交感神经系统的活性,导致血压升高。改良口内复位法采用了更加精细和准确的操作技术,能够更好地定位和恢复颞下

颌关节的正常位置,从而减少了对血液循环系统的影响,帮助维持血压的稳定。改良口内复位法更注重对关节结构的保护。在复位的过程中,采用了更柔和的力量和角度,避免了过度牵拉和损伤关节周围的软组织和血管,减少了组织损伤和创伤反应,有助于维持血压的稳定。改良口内复位法使患者更为放松,减轻患者的疼痛感和焦虑情绪,降低交感神经系统的兴奋状态,从而有利于血压的稳定。

综上,病发急性非创伤性颞下颌关节前脱位疾病的临床患者在施以改良口内复位法后不仅成功率高,且疼痛程度更低。改良口内复位法不仅为临床提供了高效安全的治疗方法,并能够广泛适用于相关病例,同时也有助于改善医患关系。

参考文献

- [1]凌书强.改良的口内复位法治疗急性非创伤性颞下颌关节前脱位的效果探析[J].当代医药论丛,2021,19(1):145-146.
- [2]陆剑,张一兵.老年人急性非创伤性颞下颌关节前脱位改良口内复位法的临床疗效[J].湖北科技学院学报(医学版),2020,34(4):323-325.
- [3]马婷婷,宋勇,王俊林,等.基于生物力学分析的分侧口内外联合治疗颞下颌关节前脱位[J].华西口腔医学杂志,2019,37(3):295-298.
- [4]刘修齐,陈方,仲鹤鹤,等.改良弹性固定Latarjet术治疗伴明显关节盂骨缺损复发性肩关节前脱位的短期随访[J].中国组织工程研究,2023,27(29):4684-4689.
- [5]温磊,陈戈,侯开宇,等."阶梯复位法"治疗髌骨骨折合并髌髌关节前脱位[J].中华骨科杂志,2023,43(15):1007-1012.
- [6]陈汉波,吕晓,燕铁斌,等.肘前臂托和传统肩吊带治疗脑卒中后肩关节半脱位的随机交叉研究[J].中华物理医学与康复杂志,2023,45(5):418-422.
- [7]杨亚萌,马林,杨璠宁,等.关节镜下垂直褥式缝合治疗肩关节复发性前脱位合并关节囊松弛的中期疗效[J].中华创伤杂志,2023,39(8):688-694.
- [8]王国慧,赵兴龙,冯康虎,等.外伤性肩关节脱位致腋动脉损伤、前臂肢体缺血坏死的1例报道[J].创伤外科杂志,2023,25(2):157-159.
- [9]陈思亮,张均泉,叶茂,等.关节镜下Bankart修补结合Remplissage术治疗肩关节复发性前脱位伴Hill-Sachs损伤患者的效果[J].吉林医学,2023,44(4):906-908.