

颌后切口横断腮腺入路治疗髁突中低位骨折

李志军, 蔡现良

(邢台市眼科医院口腔颌面外科, 河北 邢台 054001)

[摘要] **目的** 研究颌后切口横断腮腺横入路切开复位固定中低位髁突骨折的临床效果. **方法** 55例成人髁突中低位骨折采用颌后切口横断腮腺横入路进行骨折复位并坚强内固定, 分别观察术中操作情况以及术后患者张口度、张口型、咬殆关系、涎瘘、面神经症状以及颞下颌关节症状等. **结果** 颌后切口横断腮腺横入路手术的患者术后骨折复位愈合, 面形及咬殆关系均恢复良好. **结论** 颌后切口横断腮腺横入路手术治疗髁突中低位骨折有效、可行.

[关键词] 髁突骨折; 颌后经腮腺入路; 坚强内固定; 并发症

[中图分类号] R683 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-4706(2012)04-0099-03

Retromandibular Transverse Transparotid Approach in Middle and Low-set Mandibular Condylar Fracture by Rigid Fixation

LI Zhi-jun, CAI Xian-liang

(Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, Xingtai Municipal Hospital of Ophthalmology, Xingtai Hebei 054001, China)

[Abstract] **Objective** To explore the clinical effect of retromandibular transverse approach in middle and low-set mandibular condylar fractures by rigid fixation. **Methods** 55 adult patients with condylar fractures were treated by the retromandibular transverse transparotid approach. Rigid internal fixation was performed by means of miniplate fixation. The occurrence of surgical and functional complications, such as fracture healing, mouth opening, occlude, mandibular movements, injury of facial nerve, facial symmetry, temporomandibular joint, et al, were documented both during hospitalization and 1, 3, 6, 9, 12 months after surgery. **Result** All patients treated by the retromandibular vertical transparotid approach were satisfied with postoperative wound healing, facial features and occluding relation. **Conclusion** It is suggested that the retromandibular transverse transparotid approach offers an effective approach in middle and low-set mandibular condylar fractures for direct fixation.

[Key words] Condylar fractures; Retromandibular-transparotid approach; Rigid fixation; Complications

下颌骨髁突是颌面部骨骼骨折发生率较高的部位, 因为该部位解剖组织结构比较特殊和复杂, 并且手术治疗带来的并发症较多, 所以髁突骨折的治疗一直是学者们争论的难点和焦点. 笔者介绍河北省邢台市眼科医院口腔颌面外科2007年4月至2011年4月间55例成人髁突中低位骨折患者采用颌后切口横断腮腺入路进行骨折复位并坚强内固定, 术后观察患者骨折复位情况、张口度、张口型、咬殆关系、涎瘘、面神经症状以及颞下颌关节

症状等, 然后进行观察分析研究.

1 材料与方法

1.1 研究对象

2007年4月至2011年4月间河北省邢台市眼科医院口腔颌面外科采用颌后经腮腺横切口入路进行骨折复位并坚强内固定治疗的髁突中低位骨折55例, 男34例, 女21例; 年龄18~50岁, 平均

[基金项目] 邢台市科学技术研究与发展计划项目资金资助 (2011zz027-5)

[作者简介] 李志军 (1974~), 男, 河北邢台市人, 医学硕士, 主治医师, 主要从事口腔颌面外科临床工作.

26.4岁；左侧髁突骨折33例，右侧22例；有交通伤28例、跌落伤16例、打击伤11例；35例同时有下颌骨其他部位骨折。

1.2 手术方法

所有手术均由同一手术小组完成。患者采用全身麻醉鼻腔插管，切口设计在耳垂下0.5 cm平行下颌升支后缘、切口下端不超过下颌角下缘，依次切开皮肤、皮下组织、达颈阔肌水平，切开颈阔肌、浅筋膜系统和腮腺筋膜，然后解剖面神经下颊支与下颌缘支，在面神经下颊支与下颌缘支之间“解剖安全窗”内横断腮腺到达髁突骨折部位^[1]，向上下各牵拉软组织暴露骨折部位，然后复位骨折，在髁颈部的后外侧用微型钛板钛钉坚强内固定骨折。

1.3 术后治疗与检查

患者术后常规预防感染等输液治疗3~5 d，局部加压包扎10~12 d，进食前口服阿托品片半个月，去除加压包扎后进行张口训练。术后1个月内检查涎痿情况，3个月内检查面神经功能，6个月复查X线片，6、12个月各检查面形、开口度、开口型变化以及颞下颌关节症状恢复情况。

2 结果

所有患者术后3个月张口度达到3.5~4 cm，咬殆关系正常；3个月复查时张口型有39例正常，治愈率65.45%，95%CI为51.42%~77.76%。16例向患侧偏斜，张口偏斜患者6个月复查完全正常；3个月时复查有24例患者感觉颞下颌关节区有牵拉、疼痛感，经理疗及张口训练后局部症状消失；18例患者出现短暂涎痿，经全身口服阿托品片及局部加压后正常愈合；有14例患者出现暂时面神经损伤症状，主要表现为静态时下唇对称，说话、微笑时上下唇向健侧略偏斜，20 d后完全恢复正常。所有患者术后12个月复查面型对称，无颞下颌关节症状，治愈率100.00%，95%CI为93.51%~100.00%。

3 讨论

3.1 髁突骨折的手术治疗

髁突及其周围解剖组织结构比较特殊、复杂，而且髁突骨折的治疗和恢复还会影响患者张口和面型的变化，术后还可能带来较多的并发症，所以髁突骨折治疗一直是口腔颌面外科领域的难点。由于髁突解剖和功能的复杂性，其手术入路应提供最

大程度减少手术创伤、最大程度恢复功能的目标^[2]。目前耳前切口、颌下切口、口内切口以及颌后切口都被应用于髁突骨折的手术治疗^[3]，但是上述各种切口入路各有其优缺点，不同部位的髁突骨折采用何种手术入路最佳目前尚有争议。颌后入路以皮肤切口到髁突区较短的操作距离、较小的面神经损伤几率、隐蔽的手术瘢痕和容易操作^[4]等优点，被越来越多地用于临床。

3.2 颌后切口横断腮腺入路的评价

3.2.1 有利于保留正常关节结构和肌肉附丽 对于髁突中低位骨折，需要暴露和固定的有效部位是髁突颈部及髁颈以下的骨折区，操作在腮腺深面乙状切迹水平，暴露及操作关节囊和关节翼肌窝的下面，当然不会伤及颞下颌关节的关节囊和关节翼肌窝区的翼外肌附丽，可以保留关节囊和翼外肌附丽的完整性，从而术后可以最大程度保留关节功能和减少关节不适症状发生。颌后切口横断腮腺暴露髁突骨折部位，切口距骨折部位距离较近，暴露充分，利于骨折的复位和固定。本组患者出现开口偏斜、颞下颌关节区牵拉疼痛感，笔者考虑为患者直接损伤和术中牵拉继发损伤所致，局部理疗和张口训练可以促进颞下颌关节功能的恢复。

3.2.2 腮腺损伤 由于该手术入路需要在面神经的下颊支与下颌缘支之间横断腮腺，对于腮腺的损伤较大，腮腺的两个断面较大，虽然采取了一些预防涎痿形成的措施，包括术中缝扎腮腺断面、术后进食前口服阿托品片以及局部加压包扎，但是18例患者出现涎痿。笔者分析原因有二：（1）手术过程中还要保护面神经不被累及而导致腮腺断面缝扎不够严密；（2）患者依从性差，术后不能很好地坚持局部加压包扎和口服阿托品片。笔者经过仔细询问这18例涎痿患者，其中有12例患者不能耐受局部加压包扎带来的不适而自行松解包扎，有10例患者不能按时规律口服阿托品片。术后涎痿的处理，笔者采用直接加压包扎，强调并监督患者继续服用阿托品片，避免进食酸性或刺激性食物，本组涎痿患者经过上述措施治疗后完全愈合。

3.2.3 面神经损伤 解剖研究表明，有70%~80%面神经在腮腺内分为颞面干和颈面干，而从面神经颞面干分出的上颊支与从面神经颈面干分出的下颊支之间的交通仅有18%，而颈面干各分支之间的交通仅12%^[5]，所以说，在面神经的下颊支与下颌缘支之间有一个较大的安全空间，通过此入路可以近乎垂直地显露和固定髁颈或低位骨折^[6]，这就是笔者采用此手术入路解剖依据的所在。除了患者骨折导致的面神经损伤外，患者面神经损伤是指手术

当中周围性面神经的医源性损伤。蔡志刚等^[9]认为面神经周围支医源性损伤的因素有:切割伤、缝扎伤、压榨伤、牵拉伤、热凝伤、针刺伤以及电击伤。在此手术入路治疗髁突中低位骨折过程中,这些因素都有可能出现,首先顺面神经走行方向横行切断腮腺,如果术中暴露面神经分支,则需要解剖并保护其分支,在此过程中可能需要切断下颊支和下颌缘支之间细小的交通支,对面神经产生直接损伤,再有,此过程中存在切割、缝扎、压榨、牵拉及热凝面神经分支的可能。另外,髁突骨折部位深在,为扩大术野便于暴露和操作,术中对神经牵拉损伤较为明显,并且横断腮腺切口的后端距离面神经主干较近,手术切开和牵开暴露容易损伤面神经主干及其分支。再者,术后局部水肿和加压包扎也会对面神经造成一定的损伤。笔者认为术前术者应充分熟悉面神经解剖,手术中应尽量顺面神经下颊支下、颌缘支方向在直视下将少量组织轻柔钝性分离,避免使用手术刀、电刀、血管钳和缝线,使用拉钩时也应避免暴力;另外术后还应静脉给予激素消肿、营养神经,局部适度加压包扎等治疗,并配合面部神经功能训练,以促进面神经功能恢复。本组患者有25.5%出现暂时性面神经症状,术后经过积极治疗所有患者面神经症状和功能完全恢复,没有出现永久性面神经损伤。

虽然颌后切口横断腮腺入路有涎瘘和面神经损

伤等并发症,但是这些并发症可以通过术者的努力来避免或消除,所以笔者认为颌后切口横断腮腺入路治疗髁突中低位骨折不失为有效而可行的手术方法。

[参考文献]

- [1] DANTAS D B, ANDRADE M G, MARCHIONNI A M. Retro-mandibular approach to condyle fractures: two case reports[J]. Anio, 2007, 25(4):292 - 296.
- [2] 蔡现良,李志军,张益,等. 颌后隐蔽切口复位固定髁颈骨折[J]. 现代口腔医学杂志, 2009, 23(6):662 - 663.
- [3] MARTIN M, LEE C. Endoscopic mandibular condyle fracture repair [J]. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am, 2003, 11(2):169 - 178.
- [4] NARAYANAN V, KANNAN R, SREEKUMAR K. Retro-mandibular approach for reduction and fixation of mandibular condylar fractures: a clinical experience [J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2009, 38(8):835 - 839.
- [5] 俞光岩,顾晓明,蔡志刚主编. 周围性面瘫[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:13 - 84.
- [6] 李祖兵主编. 口腔颌面创伤外科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2011:299.

(2012-02-08 收稿)