DOI:10.16016/j.1000-5404.1993.04.026

经验交流

肿瘤下颌骨截除煮沸后立即再植术(附 6 例报告)

李忠禹 谭颖徽 牙祖蒙 (第三军医大学新桥医院口腔科) 630037

我科 1985～1988 年间,对 6 例下颌骨良性肿瘤截骨,经煮沸后再植,取得较好效果。现报道如下。

1 临床资料

男 5 例、女 1 例。年龄 22～46 岁。病变性质:造釉细胞瘤 3 例,巨细胞瘤(Ⅰ级)2 例,骨化性纤维瘤 1 例。部位及大小:右侧 5 例,左侧 1 例。下颌骨体部 3 例,前联合区 $\frac{3}{3}$～$\frac{1}{1}$ 1 例,同时累及下颌骨体和升支部(下颌髁状突已破坏)2 例。肿瘤大小:4cm×2cm～11cm×6cm。X 线检查:3 例呈典型多房性改变,2 例呈泡沫状,1 例呈不规则骨质破坏。6 例下颌骨下缘均有约 1～1.5cm 宽之骨组织未受肿瘤侵犯,其中 2 例髁状突已破坏。再植方式:4 例肿瘤骨煮沸后单纯再植;2 例灭活疗骨伴钛制髁状突再植。

2 手术方法

2.1 经鼻腔气管内插管全麻。

2.2 切口同一般下颌骨切除术,距下颌骨下缘下 1.5～2cm,长度由肿瘤大小而定。根据肿瘤外科原则确定安全缘,截骨线距病变 1cm,截除下颌骨及肿瘤(图 1)。

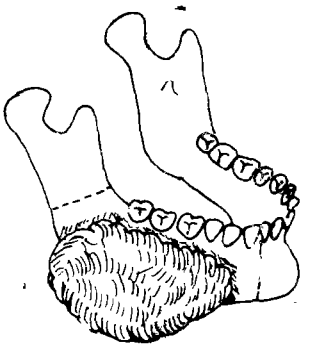


图 1 截骨线距肿瘤 1cm

2.3 严密缝合口腔粘膜,粘膜下组织和肌肉,骨床冲洗后用浸有庆大霉素溶液的敷料覆盖备用。

2.4 肿瘤骨处理:无菌操作下拔除骨段上牙齿,去净骨附着的软组织,刮除肿瘤组织,截去牙槽突,将下颌骨修整成宽 1.5cm、厚 1cm、长度适宜的骨块,在骨块上呈筛状钻孔,颊舌向贯通(图 2)。然后,将骨块用蒸馏水煮沸 30min,取出浸泡在庆大霉素溶液中 30min。



图 2 修整肿瘤骨块宽 1.5cm、厚 1cm,骨块上筛状钻孔

2.5 灭活骨再植:将灭活的骨块植回原处,保持骨断端接触面紧密贴合,骨端钢丝固定(图 3)。若骨块薄弱,可附加钛板防止骨折。如髁状突被切除,则可在植骨块上配加钛制关节头后再植。植骨后,骨床放抗生素和引流条,分层缝合伤口。术后次日健侧做颌间结札固定,4～6 周拆除。

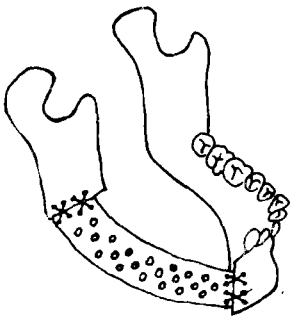


图 3 灭活骨块植回原处,骨断钢丝固定

2.6 术后予以口腔护理;鼻饲流质饮食;常规应用

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

抗生素。

3 结果

6 例伤口均一期愈合。术后随访 6 年 1 例、4 年 2 例、3 年 3 例。临床和 X 线检查未见肿瘤复发及骨块吸收。植骨块均获得正常愈合。2 例钛关节头与植骨块连接稳固，下颌关节功能良好，开口度为 2.5～3cm。面部外形佳，已配戴托牙，咀嚼功能恢复。

4 讨论

4.1 手术适应症

4.1.1 下颌骨良性肿瘤截除、修整、煮沸后，骨块仍保持连续性及足够强度，或经钛板加固后具有一定强度，适用本法立即再植。

4.1.2 下颌骨良性肿瘤破坏髁状突，灭活骨块配加钛制关节头，也适于本法再植。此法文献尚无报道，本组 2 例成功的经验提示，煮沸自体下颌骨可与非生物材料混合移植，扩大手术适应症。

4.2 手术禁忌症

4.2.1 下颌骨被肿瘤破坏失去连续性，切除灭活 后无法进行再植，不宜采用本法。

4.2.2 下颌骨 恶性肿瘤，骨破坏严重，软组织切除较多，不适合本法再植。

4.3 手术成功的体会

4.3.1 根治肿瘤：肿瘤下颌骨切除煮沸后再植，首要的是实现肿瘤根治。因此，除了手术遵守肿瘤外科原则外，对肿瘤骨灭活必须充分彻底，煮沸不少于 30min，植骨块筛状钻孔既利于肿瘤灭活，又利于骨床血管长入骨块。

4.3.2 良好的植骨术：灭活的植骨块被新生骨“爬行代替”，植骨床丰富的血运为其重要条件。因此应尽量多保留骨周正常组织和骨膜。

4.3.3 预防感染：煮沸骨如同其它游离组织一样，抗感染能力差，一旦感染导致植骨失败。因此，植骨床必须绝对隔离口腔，避免细菌污染；骨块预备中遵守无菌操作；骨块再植前用抗生素液浸泡，植入后骨床放抗生素粉；缝合时切忌骨床有张力和遗留死腔，常规放引流条。

4.3.4 可靠的固定：骨端贴合紧密固定牢固，必要时附加钛板加强骨块的稳定性，术后颌间结扎。有效的固定、制动利于植骨块愈合。

关键词 煮沸骨；下颌骨；再植术

参考文献

1. Behringer WH. Mandibular replacement after resection for tumor. Laryngoscope, 1977; 87: 1922
2. Castermans A, VanGarsse A. Primary reconstruction of the mandible after resection for oral cancer. Acta Chir Belg, 1977; 76: 205
3. Tu Ey-fu. Autogenous boliled tumor bone immediate grafting of the mandible. Chines Medical J, 1979; 92: 862
4. 李文治。用煮沸骨再植行下颌骨重建的实验和临床研究。国外医学：口腔医学分册，1990；1：55

（收稿：1992-07-17；修回：1993-04-15）

新生儿空肠弯曲菌肠炎伴乳糖吸收不良 5 例报告

赵聪敏 李为明 崔守信 杨 颖 （第三军医大学新桥医院儿科）630037

空肠弯曲菌已公认是人类腹泻的重要病原菌之一，发生率为 3%～14%[1]。近年来，对空肠弯曲菌的流行病学、血清分型、发病机理等已有不少研究[1,2]，但对新生儿空肠弯曲菌肠炎的报道不多，国内且未见其与乳糖吸收不良（LM）的相关研究。本文初步观察了 35 例新生儿腹泻，其中 5 例空肠弯曲菌肠炎并发 LM 的情况，现报道如下。

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