DOI:10.16016/j.1000-5404.1991.01.026

钛制下颌髁状突置换成形术治疗下颌关节强直（附31例报告）

李忠禹 谭颖徽 蒋和田（新桥医院 口腔科）

颞下颌关节强直外科治疗已有百余年历史，为了更好地重建下颌关节，恢复功能和防止术后复发，一直是许多学者研究的重点[1]。1980年～1988年，我科采用钛制下颌关节置换成形术治疗下颌关节强直31例，效果满意，现报告如下。

1 临床资料

男20例，女11例。年龄11岁～45岁，其中18岁以下者25例。单侧20例，双侧11例。术前开口度0cm～0.3cm。伴小颌畸形11例。病程8年～21年。病因：中耳炎继发下颌关节感染18例；下颌关节外伤13例，其中合并髁状突骨折4例。均无手术治疗史。

2 材料及加工成形

选用直径1.5cm国产纯钛棒，经机械加工制成近似正常解剖形态的髁状突。为适应个体差异，便于术中选择，预制成大、中、小3型。钛制髁状突由髁头、髁颈、连接杆组成（图1）。髁头横径0.8cm～1.2cm，髁颈长0.5cm～0.8cm，连接杆长1.8cm～2.5cm、宽1.0cm～1.3cm、厚0.2cm，四角处钻孔作为钛丝或螺丝钉固定用。

3 手术方法

3.1 暴露下颌升支和关节强直区

采用腮腺术式切口，翻起前皮瓣，剪开腮腺被膜，解剖腮腺找到面神经颧、颊支，分别向上、下方牵开予以保护。然后横断嚼肌，暴露下颌升支及关节强直区。

3.2 截断下颌升支形成人工关节凹

尽量高位截骨。下截骨线位于下颌孔上方0.5cm～1cm，上截骨线在颧弓下缘。截骨后形成1cm～1.5cm间隙，强直立即解除，张口度一般可达2cm～3cm。用球形钢钻在上方骨断面形成“人工关节凹”（图2）。

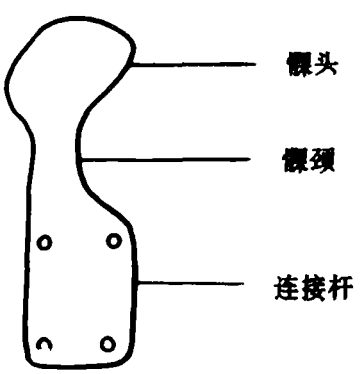


图1 人工髁状突形态

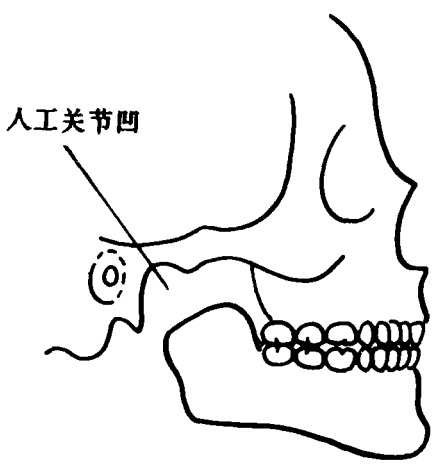


图2 人工关节凹形成

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne

3.3 人造髁状突就位固定

使下颌处于正常咬殆位，将钛制髁状突嵌入“人工关节凹”内，连接杆贴在下颌升支外侧骨板，划下其轮廓，凿去该处骨皮质，将连接杆嵌入，骨钻孔，用钛丝或螺丝钉固定（图3、4）。

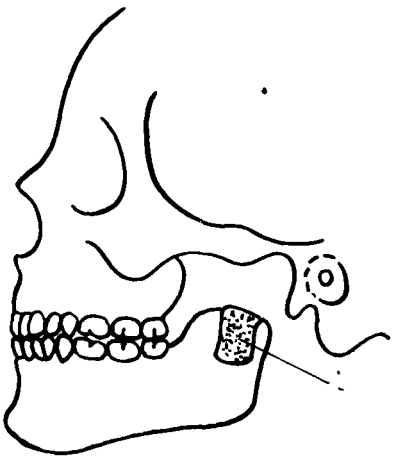


图3 人工髁状突植入床

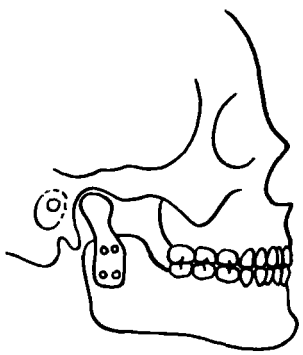


图4 人工髁状突就位固定

4 结 果

31例术后随访1.5年～9年，患者张口度恢复至3cm～4.5cm，在连续临床观察中未见张口有逐渐减小现象。所有患者咬殆关系恢复良好，开口运动时下颌不向患侧偏斜，获得较好的咀嚼及语言功能。11例小颌畸形者，颏部植骨术后，面部畸形得到改善。本组病例术后伤口愈合顺利，无1例感染和发生异物排斥反应而摘除人工关节。

5 讨 论

5.1 对颞下颌关节强直传统的治疗方法的评价 文献报道颞下颌关节强直手术后复发率为8%～53%[2]。为预防复发，采用插入物放入骨间隙，插入物有2类[3]：（1）自体组织，如肌肉瓣、游离肌筋膜、皮肤、软骨等；（2）异质成形材料，塑料帽、硅橡胶块等。上述插入物缺点是，不能恢复关节的解剖形态和功能，并且受升颌肌群收缩的压力作用，插入物容易被吸收，发生纤维化及最终骨化；或者代用品破碎移位，骨断端发生再愈合，导致术后复发，因此效果不甚理想，有待于进一步探讨新的方法。

5.2 钛制下颌关节置换治疗颞下颌关节强直的优点

5.2.1 人造髁状突形态类似人的下颌关节头，在恢复下颌运动生理功能方面优于以往方法。

5.2.2 治疗双侧颞下颌关节强直，置换的人工关节能恢复下颌升支原有的长度及颌间距离，防止了常规方法所致的开殆畸形。

5.2.3 人工关节置换后，病人主动练习张口，开口度2周～3周后即能达到3cm～4cm，避免了其它方法术后长时间被动开口训练之不便。

5.2.4 治疗单侧颞下颌关节强直，术后下颌运动时不会发生偏殆现象。

5.2.5 由于关节置换后下颌运动接近正常，因此患者恢复了理想的咀嚼、语言、吞咽

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne

功能。

5.2.6 钛制髁状突与人体组织不发生有机结合，阻断了骨断端的再连接，因此避免了复发的可能性。

5.2.7 人工关节固定牢固可靠，不易脱落和移位，减少了复发的因素。

5.2.8 纯钛与人体有良好的组织相容性，在组织液中化学性质稳定，不会释放出有毒物质，耐酸碱及抗腐蚀性强，对组织刺激性极小。生物力学方面，强度高，有韧性，耐疲劳，抗磨损，是较理想的人工关节材料[4]。

参 考 文 献

1. Miller GA, Page, Charles. Temporomandibular joint ankylosis: Review of literature and report of two cases of bilateral involment. J Oral Surg 1975; 33:793
2 Topazian RG. Comparison of gap and interposition arthroplasty in the treatment of temporomandibular joint ankylosis. J Oral Surg 1966; 24:405
3. Freedus MS. Principle of treatment for temporomandibular joint ankylosis. J Oral Surg 1975; 33:757
4. Willams DF and Roaf R. Implants in Surgery. London, Philadelphia, Toronto; Sanders Company, 1973:315～318

（收稿：1990.05.18；修回：1990.12.21）

胰头及胆胰管十二指肠连接区癌肿超声诊断（附52例报告）

徐 颖 贾树蓉（西南医院 超声科）

胰头及胆胰管十二指肠连接区癌肿包括胰头癌、壶腹癌、胆总管下端癌及十二指肠乳头周围癌。该部位肿块的临床表现相似，早期缺乏特异性，术前诊断困难[1]。本文就我院经手术和病理证实的52例该部位癌肿的B型超声诊断（BUS）报告如下。

1 资 料 和 方 法

本组52例均系住院病人，男41例女11例，男：女=3.7：1，年龄20岁～74岁（平均49岁），其中40岁以上者43例（82.7%）。主要症状为上腹胀痛、纳差、乏力及巩膜皮肤黄染，上腹可触及包块23例（44.2%），其中16例为肿大胆囊。

采用EUB-25、40型超声诊断仪，探头频率3.5MHz。受检者空腹12h，必要时饮水，常规平卧位、右前斜位上腹部横向及纵向扫查。

2 结 果

52例中胰腺癌35例（胰头癌28、头体癌2、体尾癌1、全胰腺癌4），壶腹癌11例，胆总管下端癌5例和十二指肠乳头癌1例。BUS与手术结果定性、定位均相同为符合，二者居一为基本符合，其对照见表1。

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.ne