

# 同种异体下颌骨移植修复下颌骨 缺损一例报告

附属第二医院口腔科 吴求亮

在口腔颌面外科工作中,因肿瘤切除或严重创伤常导致下颌骨缺损,一般用植骨的方法进行修复。目前植骨的来源有3种:自体骨、同种异体骨和异种骨。我科曾作异体下颌骨移植1例,现报道如下。

## 病 例 摘 要

钱××,男,42岁,因患左下颌骨造釉细胞瘤8年而入院。全身情况良好。1978年9月在全身麻醉下行下颌骨()切除术,形成严重的下颌骨缺损,立即将不带骨膜的同种异体下颌骨植入缺损区,与受体下颌骨作嵌贴式接触,以不锈钢丝内固定,伤口严密缝合,颌间结扎。10天后拆除颌间结扎,换戴右下颌的斜面导板。创口I期愈合。住院32天。

植骨后,每日静滴氢化考的松200毫克,7天后改用环磷酰胺200毫克静脉推注,每周2次。出院时带回环磷酰胺片剂,每日2次,每次50毫克,连续服用1个月。

术后半年随访,患者一切正常,X线检查未发现有骨移位和吸收现象。并已作了托牙修复。

术后1年随访,无异常发现,恢复了咀嚼功能。

## 体 会

一、异体肋骨移植曾有文献记载,而异体下颌骨移植尚未见有报道。我们临床应用1例,体会到异体下颌骨不但骨量适宜,可修

复大型缺损,形态理想,而且对术后托牙修复有较为牢固的支持作用,能恢复良好的咀嚼功能。所以,下颌骨缺损以异体下颌骨移植较肋骨、髂骨为理想。

二、受体骨的准备:植骨之前,应把上下牙结扎于正常的咬合关系上,使下颌骨残端恢复其正常位置,植骨之后才能恢复正常咀嚼功能。然后,将植骨处的骨皮质按植骨之大小,将皮质去除,暴露骨髓腔,以便与植骨块吻合。

三、异体植骨块的准备:将取下的异体下颌骨浸泡于液氮之中,然后将其所有牙齿拔除。为了减少异体下颌骨的抗原性,防止吸收和排斥现象,我们将骨髓和下齿槽神经、血管束去除。同时为了增加植骨块与受体的接触面,改善血液供应,促进植骨的成活,我们将植骨块的舌侧骨皮质去除,并将颊侧皮质每隔4~5毫米钻个小洞。在植入受体的前半小时,将异体植骨块浸泡于0.5%氯霉素溶液中,使其达到无菌之目的。

四、术中操作:我们采用受体骨与植骨块嵌贴式吻合,其优点为骨髓间的接触面大,而且十分牢固。骨间的固定,是植骨成功的重要因素。我们采用了内固定加外固定,静与动相结合的治疗方法。内固定通常以不锈钢丝作骨间固定,并将植骨块周围的肌肉和骨膜围绕于骨质作严密的缝合,既能消灭死腔,又能固定植骨块。我们在植骨块皮质钻有许多小孔,以便血管和组织伸入其中,除了改善植骨块的血(下转第148页)

本组尚未使用。

治疗：多年来治疗脾破裂以脾切除为主。本组150例行脾切除，5例保守治疗，疗效尚可。脾脏是一个贮血脏器，又是参与代谢、造血和免疫物质的多种功能的器官，特别是小儿脾切除后因免疫功能缺陷而易发生暴发性感染。Singer(1975)收集的23篇文章中，切除脾脏后发生暴发性感染者占4.25%<sup>(11)</sup>。因此近年来有的作者主张在儿科不常规作脾切除，而进行严密观察的保守治疗或作脾修补、脾部分切除的保留脾脏手术<sup>(6, 7, 12)</sup>。本组有5例因拒绝手术治疗，经禁食、制动、止血剂及抗菌素的应用而治愈，郑、周等报告中有4例保守治愈<sup>(1, 3)</sup>。本科遇到4例因胃次全切除时，脾包膜撕裂出血，3例以大网膜复盖修补，1例用 Monsell氏溶液涂布止血，经过顺利，保留了脾脏。Шушпанов(1977)<sup>(12)</sup>、Ein(1978)<sup>(7)</sup>、Gerald(1979)等报告227例成功地保留了脾脏的手术<sup>(13)</sup>，Pearson(1978)等提出以残留部分脾组织和付脾来保留脾功能<sup>(13)</sup>。因此保留脾功能是有可能和有价值的<sup>(4, 5, 7, 8, 13)</sup>。但保守治疗可能延误合并腹内其他脏器损伤的诊治<sup>(8)</sup>或成为继发性出血、脾脓肿、脾囊肿的原因(本组4例包膜下破裂，1例保守治愈，1例发展成脾脓肿，2例发展成脾囊肿)。脾修补和部分脾切除仍然有一定的危险性和一定的条件限制<sup>(8)</sup>。如术中发现脾破裂不严重，又无病变，可行止血修补、大网膜复盖、腹腔引流术，也有可能安全地保留脾脏。但有病变的脾脏，脾切除仍然是唯一可取的方法。本组150例行脾切

除，除1例膈下感染外，无1例发生暴发性感染。作者认为在缺乏选择性腹腔动脉造影和脾扫描检查时，外科手术探查和脾切除来治疗脾破裂仍然是理想和可靠的。

### 小 结

一、本文报告了本科收治的脾破裂155例。其中外伤性142例，自发性13例(另文报告)，死亡1例。

二、本文对155例脾破裂的性别、年龄、职业、破裂原因，受伤至手术时间、临床症状和手术发现等进行了分析。

三、本文对脾破裂的原因、诊断、治疗提出一些看法。

### 参 考 文 献

1. 周志耀：中华外科杂志 1(6)：446, 1963.
2. 许殿乙等：外科学报 2(2)：81, 1961.
3. 郑裕隆：中华外科杂志 6(4)：445, 1958.
4. 龚松南：中华外科杂志 15：96, 1977.
5. John D Burrington: Arch Surg 112: 417, 1977.
6. Jacobson S, et al; J Trauma 17(16): 470, 1977.
7. Ein S H, et al; J Pediat Surg 13: 117, 1978.
8. Rosoff L, et al; Surg Clin North Am 52: 667, 1972.
9. Blatt C J, et al; Am J Gastroenterol 60: 592, 1973.
10. Villarreal-Rios A, et al; Am J Surg 127: 310, 1974.
11. Kiesenetter W B; Surg Clin North Am 55: 449, 1975.
12. Шушпанов Е М: Хирургия 6: 39, 1977.
13. Gerald O; Am J Surg 137: 478, 1979.

五、抑制免疫反应：异体骨移植后所产生的抗原，可使受体胸腺T细胞致敏，从而产生免疫反应——排斥反应。我们应用氢化考的松和环磷酰胺等免疫抑制剂，其目的就是抑制这种排斥反应。实践证明，效果良好。

(图见插页9)

(本文承刘克恭主任指导)

(紧接第175页)供外，同时又有良好的固定作用。固定是在麻醉清醒之后，于上下牙间作不锈钢丝结扎，将颌骨保持静止状态，2周左右即可改用术前预制的塑料斜面导板，让其作轻度的生理活动，促进组织在生理状态下愈合和新骨的形成。为此，我们认为术后颌间固定6周为时过长。

# 同种异体下颌骨移植修复下颌骨缺损一例报告

(正文见175页)

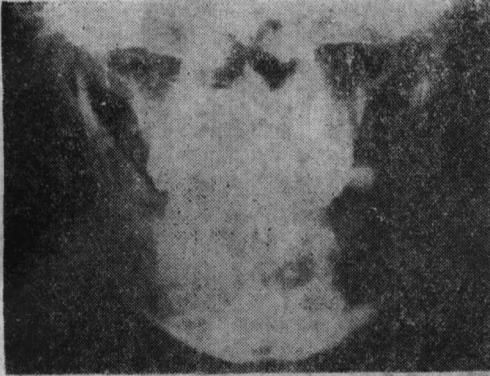


图 1

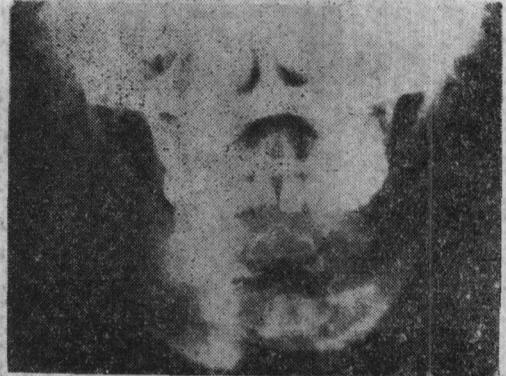


图 2

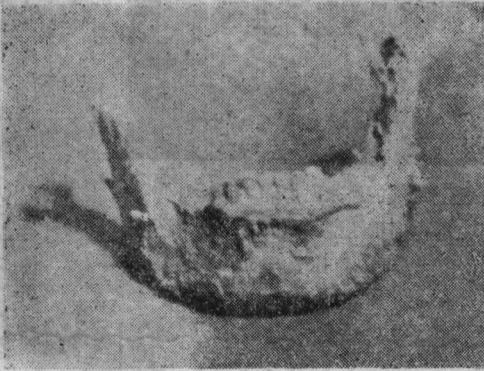


图 3

1. 下颌骨肿瘤破坏范围
2. 异体下颌骨移植后六个月X线正位片
3. 异体下颌骨取下的情况
4. 下颌骨移植半年后的外观
5. 下颌骨移植半年后咬合良好
6. 植骨后半年张口良好



图 4



图 5



图 6