

小血管吻合游离组织移植立即整复口腔颌面部缺损

山东省立医院 孙树征 王雅娴 孙永清 袁锡兰 王佩玉

我院1981~1984年,行小血管吻合、血液循环重建的各种游离组织瓣移植,立即整复口腔颌面部缺损共10例,现报告如下:

一、临床资料:男4例,女6例。年龄21~62岁。1例为左颊部纤维肉瘤;1例为左颊部粘液表皮样癌;2例为上唇囊性腺瘤;2例为下颌骨造釉细胞瘤;4例为舌癌。移植组织瓣有:前臂皮瓣6例;髂骨腹(内、外科、横)肌瓣2例;背阔肌肌皮瓣2例。除1例前臂皮瓣和1例背阔肌肌皮瓣因静脉栓塞而导致坏死外,余8例成功。修复部位有:颊部粘膜、口底、舌、腭、下颌骨等。凡成功病例,术后的外形、语言、吞咽、咀嚼及张闭口功能,均恢复满意。

二、术前注意事项

1、根据缺损部位选择适宜的组织瓣。如系颊、舌、口底等缺损,应选择皮瓣;下颌与上颌缺损,一般选择肌皮瓣或骨肌皮瓣。

2、因手术通常分两组同时进行,故对所需组织瓣的形态、大小、血管蒂的长短等,应在术前作出充分的估计。

3、制动准备:行下颌移植整复时,术后需限制下颌骨活动,故术前应做好备用的牙间结扎或做好斜面导板。

4、口腔准备:①术前行牙周洁治;②用1.5%双氧水漱口3天;③有条件时做口腔细菌培养或药敏;④病灶牙应拔除。

5、颈清问题:颈内静脉不能保留时,一定保留好颈外静脉,提供吻合血管,且位置越高越好,最好在腮腺下极。

6、注意保护供区血管,术前两周禁止在供瓣区作任何目的的血管穿刺。

7、糖尿病、动脉硬化、冠心病、高血压及全身条件较差者,应慎重施术。

三、组织瓣移植注意事项:在组织瓣移植、切取过程中,操作必须精细,每一个分离提吊、修剪、进针、打结等动作,应在看准后一次完成。多次重复,会增加血管创伤,影响吻合质量。为缩短组织瓣缺血时间,应待

受区准备完成后,再行血管断蒂。断蒂时先切断动脉,后切断静脉。断蒂后的组织瓣,应以温热盐水纱布包裹,压出瓣内积血,不行组织瓣内血管灌洗。仅在吻合时,用肝素盐水溶液(生理盐水200mL,2%利多卡因或普鲁卡因20ml,肝素12,500u)冲洗管口即可。吻合血管前,先将组织瓣就位于缺损区,暂固定几针,然后在眼镜式放大镜或肉眼直视下(也可用手术显微镜),以9~11个零无损伤缝线作端端吻合。此吻合法简单易行,但要求血管口径大致相同。如两血管口径相差1~2倍时,可将口径较小的血管端剪成斜面;如口径相差较小,可将小口径端进行机械性扩张。吻合时均采用180度两定点间断缝合法,一般2mm左右的血管均缝合8~10针,如有漏血可加针。先吻合静脉,再吻合动脉。开放血管夹后,常规观察组织瓣血循情况,并作勒血通畅试验,确认血循环良好时,再缝合组织瓣与缺损区创缘。术区放置负压引流,伤口用多层纱布覆盖,不要加压,以防血管蒂受压影响血运。下颌骨缺损修复后,应行下颌制动,如戴斜面导板或行颌间结扎。

本组病例受区选用血管为颌外动脉(9次),颞浅动脉(1次);面前静脉(5次),颈外静脉(3次),颞浅静脉(1次),面后静脉(1次),供区血管因移植组织瓣不同而各异。10例手术共缝接血管20次,均即刻通畅。

四、术后组织瓣的观察:术后24小时以内,组织瓣均呈苍白色,以后逐渐变红,与正常皮色一样。若皮瓣局部贫血,伴温度下降,出现蓝色斑点,毛细血管反应缓慢,触诊有空虚感,应考虑有动脉栓塞。若皮瓣青紫,温度偏低,毛细血管反应迅速,触诊饱满并高起,应考虑有静脉栓塞。发现以上两种情况,应在4~6小时内立即手术探查,需重新吻合血管口。若栓塞时间超过8小时,则告失败。

五、讨论：口腔颌面部恶性肿瘤或某些良性肿瘤，往往需要广泛切除，易造成大面积软组织或骨组织缺损，引起外貌畸形及功能障碍。以往整复方法常不理想或根本无法进行整复，更不能术后立即整复。而行小血管吻合游离组织移植，则可比较满意的予以解决。本组8例均获得满意效果，说明该术不仅能改善患者口腔颌面部畸形，恢复部分功能，而且可对口腔颌面部肿瘤作大范围的根治性切除。

小血管吻合游离组织移植，由于组织瓣可直接获得血源供应，其生长周期缩短，抗感染力强，后期吸收也少。传统的骨游离移植，其生长需经过替代过程，而吻合血管的骨移植，其生长方式与一般骨折后的创面愈合一样，不需替代。另外，传统的骨移植不但后期有吸收，而且抗感染的能力差；而吻合血管的骨移植，却能依赖自己的血供在感染区顺利成活。如本组有一例采用吻合血管的游离髂骨移植再造下颌骨后，口内粘膜创

口裂开，并严重感染，从裂口处可窥见结扎钢丝，脓汁培养为缘脓杆菌及金黄色葡萄球菌，后经局部引流换药及钢丝取出术，伤口愈合，移植骨块经⁹⁹Tc扫描证实成活良好。

以往采用传统的膈复体修复法，不能解决病人的吃饭呛咳、说话不清等问题。我们应用吻合血管的游离背阔肌肌皮瓣修复上颌缺损2例，从成功的1例来看，不但能达到隔绝鼻腔相通之目的，而且满意的解决了病人吃饭呛咳、说话不清之弊病。

应用小血管吻合游离组织移植，立即整复口腔颌面部术后缺损，虽具有许多优点，但尚有失败病例，处理不好，还会给患者带来新的创伤。因此，正确地、严格地掌握手术的适应证非常重要。我们认为选择病例时应注意以下几点：①凡采用传统方法能整复者，仍采用传统方法解决；②能用带蒂游离组织移植者，不选用吻合血管移植；③患者全身状况能耐受者；④受区必须有好的血管条件者；⑤供区取瓣后不影响功能者。

股薄肌转移修补复发性腹股沟疝

山东省高唐县人民医院 张树新

患者男，72岁。因双侧复发性斜疝于1985年8月16日入院。15年前因右侧斜疝在某医院行Ferguson氏修补术，术后半年复发。于10年前在某省级医院行右侧复发性斜疝后壁修补法及左侧斜疝Bassini氏修补术。半年后右侧疝再次复发，相继左侧亦复发。检查：双侧腹股沟至阴囊上部各有成人拳头大小可复性肿物。于1985年8月18日在持续硬膜外麻醉下行双侧股薄肌转移修补复发性斜疝。

方法：切除原切口疤痕，切开皮下组织。（腹外斜肌腱膜与腹股沟管的解剖层次难以辨认）。高位结扎疝囊颈，切除远端疝囊。缝合腹横肌腱膜筋膜层，以加强后壁。由胫骨粗隆内侧垂直向上切开6厘米，显露股薄肌，钝性分离，至止端肌腱处切断，以丝线结扎作牵引。经皮下隧道向上分离。在大腿中段垂直切开8厘米。将远端股薄肌经切口牵出，再经皮下牵入同侧腹股沟管。旋转至最佳位置，使其无张力，无扭曲，剪断牵引线。将

远端肌腱在腹壁肌肉的深面与内环外侧组织缝合，覆盖在内环上面，股薄肌的边缘上与联合肌腱，下与腹股沟韧带、内与耻骨结节间断缝合。腹股沟管完全被股薄肌充填。在大腿内侧至外环平面皮下放置引流管一根，另作切口引出。逐层缝合切口。

体会：腹股沟疝的术后复发率约3~10%。复发后再次手术时，因腹壁有不同程度的缺损，给修补带来困难。股薄肌位置表浅，起于耻骨下支，止于胫骨粗隆内下方，受闭孔神经的前支支配，股深动脉内侧旋枝供血，肌肉上粗下细，血供丰富，是修补复发性疝的良好材料。在对抗腹内压增高和增强腹壁张力方面要比筋膜和韧带坚强牢固，且合乎生理功能。股薄肌的功能使大腿内收稍外旋，同样功能的大腿内侧肌群有五组。因此，将股薄肌切断不会影响下肢功能。经术后一年随访，效果满意。