

240例单侧唇裂红唇重建术式的选择

陈永娟, 马 洪, 吴 睿, 唐正龙, 王文秀

(贵阳医学院附院 口腔颌面外科, 贵州 贵阳 550004)

[摘要] **目的:** 探讨单侧唇裂红唇重建术式选择, 使唇裂手术达到最佳的解剖外形。 **方法:** 对 240 例单侧唇裂患者, 根据其具体情况分别采用直(弧)线缝合法、三角瓣法、交叉瓣法、“Z”瓣法进行红唇整复。 **结果:** 术后伤口全部一期愈合, 口轮匝肌连续性完整, 红唇缘整齐, 红唇丰满, 70% 有明显唇珠。红唇外形满意, 形态自然, 无“驼背”红唇现象。 **结论:** 正确选择唇裂红唇重建术式可及早判定要预留出红唇组织的多少, 有效地减少组织的浪费并使手术效果达到最佳状态。

[关键词] 唇裂; 外科, 整形; 红唇; 白唇

[中图分类号] R782.21 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1000-2707(2011)01-0077-02

先天性唇裂是人类常见的出生缺陷, 非手术不能治愈。国内统计资料显示, 唇腭裂发病率为 1.82:1 000^[1]; 少数病例还可同时伴有其它多发性畸形^[2]。先天性唇裂整复术是一项极具挑战性和极具治疗价值的整形手术^[3]; 对于先天性单侧唇裂白唇的整复有相对固定的模式, 其手术方法基本成熟和统一, 而对红唇整复则不然, 随意性较大。实际上红唇重建术是唇裂整复术的最后关口, 其方法选择是否恰当, 直接关系到唇裂整复效果。临床上对红唇整复方法主要有直(弧)线缝合法、三角瓣法、交叉瓣法、“Z”瓣法, 其成功与否对整个整复术具有至关重要的作用, 同时术后伤口愈合情况对整复效果也有很大影响^[4]。现对其方法的选择进行探讨。

1 材料与方法

1.1 临床资料

本组 240 例先天性单侧唇裂患者, 均为口腔颌面外科 2006 - 2009 年收治的“微笑列车”和“重生行动”一期手术病例。男 129 例, 女 111 例。年龄 3 月 ~ 39 岁, 左侧 172 例, 右侧 68 例。Ⅲ度唇裂 112 例, Ⅱ度唇裂 96 例, Ⅰ度唇裂 32 例。不包括唇裂Ⅱ期整复病例。红唇整复采用直(弧)线缝合法 22 例, 三角瓣法 142 例, 交叉瓣法 69 例, “Z”瓣法 7 例。

1.2 方法

对收治的 230 例无明显手术禁忌症的单侧唇裂患儿在全麻下行唇裂整复术; 10 例能配合手术

的单侧唇裂患者则在双侧眶下孔阻滞麻醉下行唇裂整复术。术后常规应用抗生素预防感染。单侧唇裂术后 7 d 拆线。

先天性单侧唇裂白唇的整复先按畸形程度选择适合的整复方法, 对白唇进行设计、定点、切开, 仔细分层对位缝合, 患侧唇峰点下降到正常水平后, 根据病人具体情况分别采用直(弧)线缝合法、三角瓣法、交叉瓣法、“Z”瓣法进行红唇整复。值得强调的是在切开白唇之前, 要根据病人的畸形程度和健、患侧红唇组织的多少情况以及准备用何种方法来修复红唇等事先预留出所需的红唇组织。可通过左手对组织的推压动作和刀片的倾斜度来掌握红唇组织瓣的多少, 预留过多会使黏膜缝合时张力过大, 组织浪费, 太少则使红唇组织太薄, 唇珠不丰满甚至术后呈口哨畸形。Ⅰ度唇裂: 由于畸形轻微, 几乎没有“多余”的可利用的红唇来作交叉瓣法、三角瓣整复, 多采用直(弧)线缝合法。先定好唇峰点, 然后切开红唇裂隙, 分离肌层, 将口轮匝肌解剖后直接对位缝合(也可作褥式缝合), 然后再稍修整黏膜缝合, 以消除术后红唇裂隙处内陷状态。也可在红唇下 1/2 作一个小“Z”瓣, 预防术后瘢痕收缩形成切迹。“Z”瓣设计靠下可使术后瘢痕隐蔽; Ⅱ度唇裂: 健侧红唇可利用组织较少, 特别是浅Ⅱ度唇裂, 尽量利用患侧红唇, 多采用三角瓣插入法, 也称侧向 V 型瓣法^[5]。设计三角瓣时, 可切除三角瓣边缘少许红唇黏膜, 三角瓣稍宽大并厚些, 尽可能保留肌层组织, 这样可使唇珠达到丰满自然; Ⅲ度唇裂: 一般都可预先留出足够的红唇组织。当两侧红唇组织厚度差异较大时, 可采用三

角瓣插入法,厚的一侧作为插入侧(用患侧红唇组织插入健侧)。红唇组织都较薄的情况下用三角瓣插入法,可能唇珠不明显。当健、患两侧红唇组织厚度差异不大时,多采用交叉瓣法,以免浪费组织。在作交叉瓣切口设计之前,先要反复比较怎样交叉外形才舒展,然后再作交叉瓣的切口,健侧插入患侧唇珠形态较好。

2 结果

240 例单侧唇裂患者中,使用直(弧)线缝合法 22 例,三角瓣法 142 例,交叉瓣法 69 例,“Z”瓣法 7 例。唇裂术后红唇伤口均愈合良好,外形满意,形态较自然。红唇缘整齐,红唇丰满,166 例(70%)有明显唇珠。唇红黏膜无明显阶梯形成,无凹陷,唇外形有一定的弧度和凸度,无“驼背”红唇现象出现。三角瓣法与交叉瓣法形成的唇珠较明显。据观察至拆线时仅少数病例唇部水肿尚未完全消退,幼儿术后唇部伤口水肿反应明显较成人轻。

3 讨论

红唇整复效果在唇裂整复中起着关键的作用,红唇整复的缺陷,影响整个唇裂手术效果的比例较大^[6]。在唇裂术后畸形病例中,可以看到不少红唇的缺陷畸形。单侧唇裂红唇重建术式选择主要是根据患者红唇可利用组织量的多少,除了在切开白唇之前,通过刀切割时的倾斜度,事先预留出所需的红唇组织外,还应注意干、湿唇的分界问题,避免 2 种黏膜的错位缝合,其次要注重肌层的缝合及缝合的技巧,恢复口轮匝肌的完整性。总之,要尽量留有足够的红唇和唇缘肌层组织(二期整复者还包括保留白唇瘢痕下肌层组织),以增加红唇丰满度。特别强调对红唇转角弧度大者要剖出肌层。若用三角瓣法修复红唇,可先在三角瓣的始端(4 点下方)多去一点黏膜,参考运用口轮匝肌的脱套

式解剖将两侧口轮匝肌缝合,才能使红唇舒展,避免形成“驼背”红唇,口轮匝肌的解剖修复,直接影响着红唇整复后动态时的形态^[7]。I 度唇裂,由于畸形较轻,红唇仅呈沟状或小缺口畸形,红唇可利用的组织量极少,比较适合直(弧)线缝合法,可考虑切除沟缘少许黏膜,剖开口轮匝肌,作肌层缝合反打结或褥式缝合法,若效果仍不满意,可在红唇下 1/2 作一个小“Z”瓣消除其凹陷或预防术后瘢痕收缩形成凹陷;对于 II 度唇裂,因健侧红唇可利用组织常常较少,多采用患侧作三角瓣插入法。尽可能多留些肌层组织,可使唇珠丰满自然;III 度唇裂,可根据两边红唇组织的厚度,选择三角瓣或交叉瓣法,即可避免组织浪费又可最大限度恢复唇的解剖形态。“Z”瓣法多用在唇裂 II 期整复时消灭凹沟及调整两侧红唇厚度时用。

总而言之,要想获得理想的术后效果,除了患儿的自身条件外,还与施术者精湛的技术及术后精心地护理密切相关。

4 参考文献

- [1] 黄洪章. 唇腭裂病因学研究的新进展[J]. 口腔颌面外科杂志,2007(3):201-204.
- [2] 陈永娟. 罕见先天性唇裂、鼻翼裂、面横裂、附耳等多发畸形伴斜疝 1 例[J]. 华西口腔医学杂志,2008(5):546-547.
- [3] 石冰. 先天性唇裂整复理论与技术的现代走势[J]. 华西口腔医学杂志,2007(3):209-212.
- [4] 王国民,杨育生,张勇,等. 唇腭裂治疗现状与展望[J]. 上海口腔医学,2006(2):113-116.
- [5] 王晓卫,郑家伟. 侧向 V 型瓣在单侧唇裂红唇修复中的应用[J]. 口腔颌面外科杂志,2006(2):140-141.
- [6] 景蔚. 红唇畸形的整形修复体会[J]. 医药论坛杂志,2007(17):77-78.
- [7] 石冰. 提高单侧唇裂初期整复效果的理论与技术要点[J]. 中华口腔医学杂志,2004(5):359-361.

(2010-10-14 收稿,2010-12-09 修回)

(上接第 76 页)

- [2] 秦军,高媛. 经纤支镜镜下吸痰并药物灌洗治疗肺心病 80 例分析[J]. 临床肺科杂志,2009(7):826-827.
- [3] 栗毅,吴亚梅. 纤维支气管镜在呼吸衰竭患者机械通气治疗中应用价值探讨[J]. 重庆医学,2005(11):1667.
- [4] 王导新,张玲,张婷,等. 机械通气联合支气管肺泡灌洗治疗 31 例重症呼吸衰竭临床分析[J]. 重庆医学,2006

(13):1200.

- [5] 柳香梅,赖世芳,张兴蓉. 纤维支气管镜检查并发症的预防及护理[J]. 海南医学院学报,2008(2).
- [6] Udaya B S Prakash. Advances in bronchoscopic procedures[J]. Chest,1999(5):1403-1408.

(2010-11-24 收稿,2010-12-13 修回)