

个体化双侧唇裂修复术式的设计

石 冰 王 晴

摘要 目的: 探讨能使双侧唇裂修复术后唇及唇弓形态对称的个体化唇裂修复术式。方法: 以双侧唇裂术前鼻小柱基部两侧至前唇唇峰点, 以及两侧鼻翼基部至侧唇唇峰的距离是否对称作标准, 将术前双侧唇裂的畸形特点分为 5 种类型, 并针对每一种类型的畸形特点设计手术术式。结果: 共设计出 5 种双侧唇裂修复术式, 每一种术式仅适用一种双侧唇裂术前畸形的修复。结论: 保证了双侧唇裂的术前畸形与其修复方法间有了明确的一一对应关系。
关键词 个体化术式 唇裂修复术 双侧唇裂 畸形分类

双侧唇裂的修复远较单侧唇裂困难, 其难点一是对裂隙的修复失去了正常参照侧, 故难以确保术后上唇的对称性。二是其畸形类型更加多样化。对于手术术式的设计与选择尚未能与反映个体畸形特点的指标紧密联系起来。

在对个体化单侧唇裂修复术式设计研究的基础上, 笔者认为对双侧唇裂的修复, 同样也应遵循两条基本原则, 一是使修复后的上唇, 特别是唇弓形态达到对称, 二是有必要将唇裂的术前畸形状况, 进行以手术设计依据为标准的分类, 使术前畸形特点与修复术式设计间存有明确的一一对应的关系, 这样才有可能使修复后的双侧唇裂具有接近自然的外观。

1 设计方法

1.1 解剖标志点的确定

以鼻小柱基部中点至前唇人中凹的中点连线作为上唇的理想中线, 在鼻小柱基部和唇弓缘两侧分别距理想中线 2~2.5 mm 处标定为鼻小柱基部点和前唇两侧唇峰点。以下唇宽度二分之一的距离作标准, 分别在两侧侧唇唇弓缘上标出唇峰点, 并使两侧唇峰点角距相等, 见图 1。

1.2 双侧唇裂畸形的分型与术式设计

以两侧鼻小柱基部点和鼻翼基部点至前唇和侧唇两侧唇峰点的距离是否对称作标准, 将现有的双侧唇裂分为 5 种类型。

1.2.1 I 型双侧唇裂及其术式设计 I 型双侧唇裂表现为 $AC = BD, MF = NH$ 。

针对 I 型畸形的特点, 在前唇上, 以鼻小柱两侧基部点至唇峰点的连线作前唇上的切口设计。在侧唇上, 做从鼻翼基部点至裂隙缘和沿侧唇唇红与皮肤交界至唇峰点的切口设计。术中在保证侧唇唇峰点与前唇对应唇峰点高度相一

致的基础上, 修整唇瓣尖端的形态, 使之与前唇侧缘切口相匹配并缝合(图 2)。

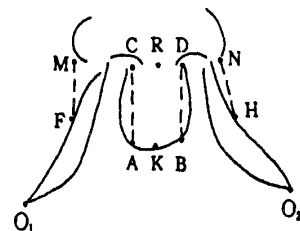


图 1 双侧唇裂修复术式设计的定点

R 鼻小柱基部中点, K 前唇人中切迹点, A 前唇右侧唇峰点, B 前唇左侧唇峰点, C 鼻小柱基部右侧点, D 鼻小柱基部左侧点, M 右侧鼻翼基部点, N 左侧鼻翼基部点, F 右侧唇唇峰点, H 左侧唇唇峰点, O₁ 右侧口角点, O₂ 左侧口角点

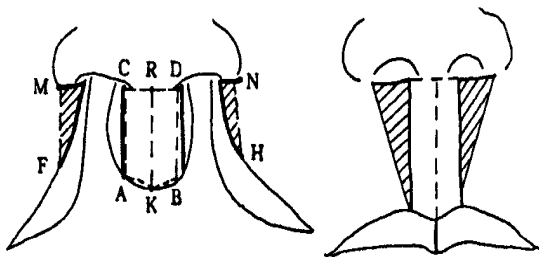


图 2 I 型畸形的手术设计与术后组织移动规律

注: 图中阴影部分为侧唇组织术中的移动规律, 以下各图同

1.2.2 II 型双侧唇裂及其术式设计 II 型双侧唇裂表现为 $AC < BD$ (或 $AC > BD$), $MF = NH$ 。

根据 II 型畸形的特点(以 $AC < BD$ 为例), 因前唇右边长少于左侧, 故以右侧鼻小柱基部点为圆心, 以右侧唇长的距离为半径在前唇上作弧, 并从唇峰点起在弧上量取 $AO = BD - AC$ 作切口设计, 但该切口设计不易超过前唇中线(图 3)。为了填补右侧前唇延长后的组织缺损, 且不影响右侧鼻翼基部至唇峰点的距离, 在右侧鼻翼基部至唇峰点连线内定 E 点, 并使 $EF = AO$ 。

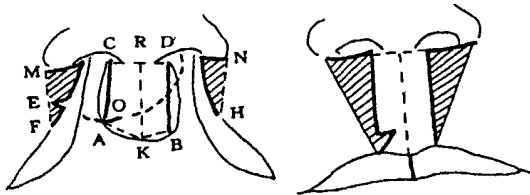


图3 II型畸形的手术设计与术后组织移动规律

1.2.3 III型双侧唇裂及其术式设计 III型双侧唇裂表现为 $AC=BD, MF<NH$ (或 $MF>NH$)。

依据III型畸形的特点(以 $MF<NH$ 为例),右侧唇上鼻翼基部至唇峰点的距离明显小于左侧,故需以右侧鼻翼基部为圆心,以 MF 为半径,过唇峰点在侧唇上作弧,并过唇峰点在弧上量取 $EF=NH-MF$ 作切口设计(图4)。为了修复右侧鼻翼唇峰距延长后所形成的组织缺损,需在前唇右侧唇峰点上方定 P 点,并使 $AP=EF$ 。

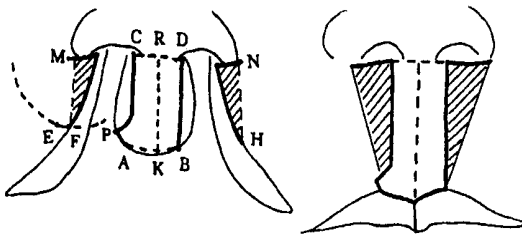


图4 III型畸形的手术设计与术后组织移动规律

1.2.4 IV型双侧唇裂及其术式设计 IV型双侧唇裂表现为 $AC<BD, MF<NH$ (或 $AC>BD, MF>NH$)。

以 $AC<BD, MF<NH$ 为例(图5),右侧前唇长度及鼻翼唇峰距均小于左侧对应的距离,故以术式II的设计原理,过右侧前唇唇峰点在前唇上做使前唇右侧长度延长的切口设计。另外,以 M 点为圆心,以左侧鼻翼唇峰距和前唇右侧延长切口的差,即 $NH-AO$ 为半径,过 F 点在左侧唇上做弧,同时过 F 点在弧上量取 $EF=AO$ 形成以 EF 为底边的三角形瓣,用以修复右侧前唇延长后的组织缺损。

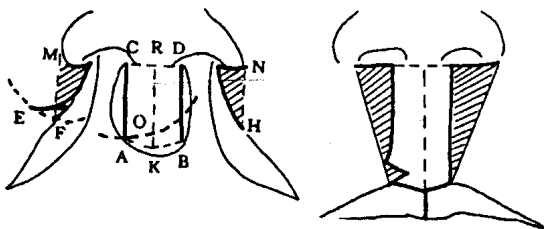


图5 IV型畸形的手术设计与术后侧唇组织移动规律

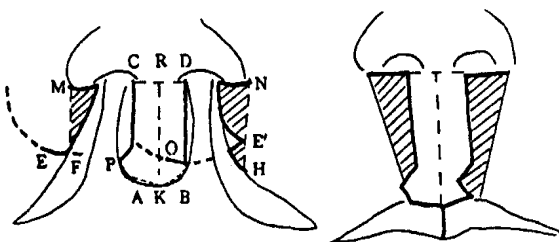


图6 V型畸形的手术设计与术后侧唇组织移动规律

1.2.5 V型双侧唇裂及其术式设计 V型双侧唇裂表现为 $AC>BD, MF<NH$ (或 $AC<BD, MF>NH$)。

以 $AC>BD, MF<NH$ 为例(图6),对右侧裂隙以术式III的原理进行设计,对左侧以术式IV的原理进行设计。

2 结 果

共设计出5种双侧唇裂修复术式,每一种术式仅适用于一种双侧唇裂畸形,术前畸形与其修复方法间具有一一对应的关系。

3 讨 论

3.1 重建前唇及唇弓形态的原则

在经历了正反两方面的手术设计与病例远期观察后,以前唇固有的长度作为双侧唇裂修复后上唇高度的理论,已成为双侧唇裂修复中的经典模式,为绝大多数学者所接受¹。但在此基础上的各种术式设计,多注重于对裂隙两侧前唇与侧唇上所切口长度上的等长设计,而忽视了对前唇两侧长度和两侧唇长度对称性的恢复²。故难以在术后使具有不同畸形特征的病例,均能较好地恢复上唇两侧的对称性。

对正常人群唇弓形态的观察可以发现,虽然唇弓的形态明显不一,但其共同之处便是两侧唇的形态对称,也就是说,对称是恢复其自然形态的基础。因唇裂患者同正常人群一样,受自身组织发育状况、颌骨及牙弓形态特点以及遗传因素的影响等,其固有的唇弓形态也会有所差别,为此,只要能在术式设计上,恢复其上唇两侧在长度、宽度及突度上的协调性,便不会给人以明显异样的感观。

在反复比较观察的基础上,笔者认为以鼻小柱基部和鼻翼基部至前唇和侧唇两侧唇峰点距离的对称性状况,作为划分唇裂畸形特点和术式设计的依据,既能较全面反映唇裂患者的畸形特点,又能保证术后上唇的对称性,而不刻意追求使裂隙两侧切口长度的绝对相等。原因是唇峰点的旋转下降仅与其切口末端点的位置有关,而与该两点间的连线形式无关,而且裂隙切口的长度,还会随着组织瓣的移动和牵拉力量而有所变化。临床实践发现,无论术前裂隙两侧切口设计得如何准确,多会在术中因各组织瓣的交叉换位,而变得不一致,需进行修整,故在单侧唇裂或双侧唇裂的术式设计中,笔者多注重对上唇固有的解剖学指标的对称性的恢复

而不过于强调使裂隙两侧切口长度达到绝对一致, 从而给术中留有对组织瓣调整的余地。

3.2 前庭成形与口轮匝肌和唇珠重建的技术方法

早期设计的方法, 多不考虑对前唇肌肉与口腔前庭重建的技术, 但自从许多学者^{2,3}以侧唇口轮匝肌和粘膜取代和重建前唇肌层和口腔前庭, 并获得良好效果, 尤其是远期效果后, 这一技术方法已逐渐渗透到各学者的术式设计当中。因为不恢复上唇口轮匝肌完整的环状结构, 就难以保证侧唇与前

唇组织的协同性生长。缺乏正常的口腔前庭不仅直接影响上唇的动度, 且干扰了对前颌骨的生长发育和二期矫正。所以笔者认为在初次手术中, 应尽可能地对上述结构予以恢复。唇珠的形态修复牵涉到很强的个人技术性因素, 故较难统一, 一般应根据每个病例的具体特点, 决定对前唇唇红组织的取舍, 其方法可用前唇唇红组织形成唇珠的上部(图7), 也可将前唇组织翻转向下, 形成唇珠的衬里, 而用侧唇唇红末端重建唇珠(图8)。

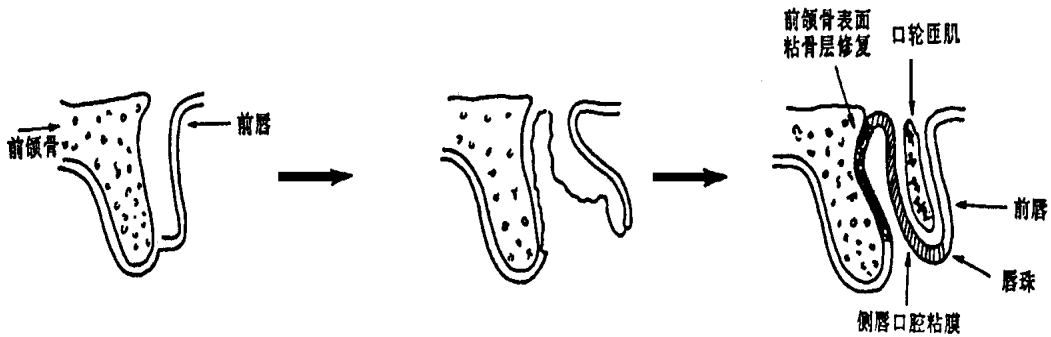


图7 利用前唇组织修复唇珠的方法

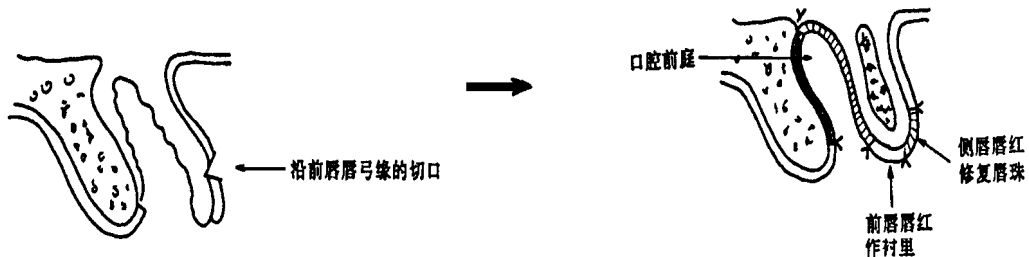


图8 利用侧唇组织修复唇珠的方法

3.3 鼻小柱的延长与人中形态的修复

目前, 较为一致的观点认为, 不易于在初期手术中进行鼻小柱的延长术, 因双侧唇裂组织有限, 在未矫正鼻翼软骨畸形基础上的软组织延长, 不仅是有限的, 而且术后瘢痕明显。M illard 在经过反复摸索后, 确定了在初期手术中储备前唇叉形瓣, 二期延长鼻小柱的方法, 但术后鼻底及鼻小柱瘢痕仍

然较重, 有碍美观。N akajim a⁴ 设计的在二期手术时, 仅从前唇上 1/2 切取短的叉形瓣, 同时配以鼻前庭内的倒 U 字形切口, 解剖矫正鼻翼软骨错位的方法, 不仅延长了鼻小柱, 而且还可对前唇人中形态进行修整, 术后瘢痕又恰好模拟了人中嵴的形态(图9), 所以笔者认为这是一种具有较高应用价值的整复鼻小柱和人中形态的方法。

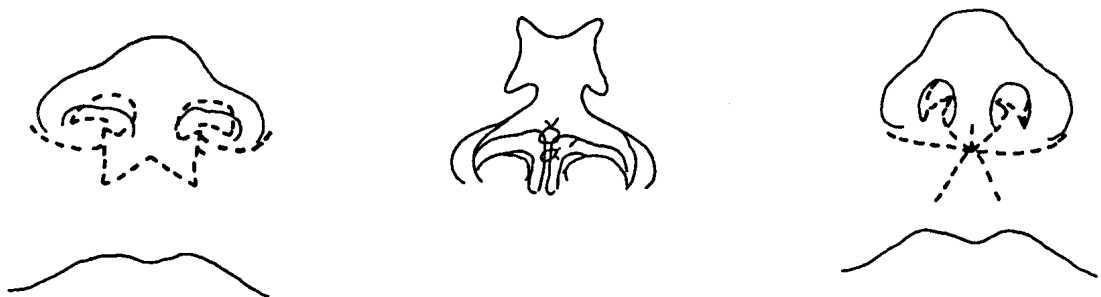


图9 双侧唇裂二期延长鼻小柱及人中成形整复的方法

4 参考文献

1 Milliken JB. Principles and techniques of bilateral cleft lip repair. *Plast Reconstr Surg*, 1985, 75(3): 477~ 482

2 Millard DR Jr. *Cleft Craft vol 2: Bilateral and rare deformity*. Boston: Little, Brown & Company, 1976

3 Manchester WM. The repair of double cleft lip as part of an

integrated program. *Plast Reconstr Surg*, 1970, 45(2): 207~ 217

4 Nakajima T, Yoshimura Y. Secondary correction of bilateral cleft lip nose deformity. *J Craniomaxillofac Surg*, 1990, 18(1): 63~ 67

(1999-01-12 收稿, 1999-07-02 修回)

A Study of Individual Operation Designs for Bilateral Cleft Lip Repair

Shi Bing, Wang Qing

College of Stomatology, West China University of Medical Sciences

Abstract

Objective: To design an individual operation procedure that can be adaptable to various deformity of unilateral cleft lip and to assure the symmetry of lip and cupid's bow postoperatively in bilateral cleft lip. **Methods:** The distance from both sides of columella to cupid's bow peaks in prolabium as well as both sides of alar base to cupid's bow peaks in lateral lip has been used as standard of classification of the deformity of bilateral cleft lip, then operative procedures respectively was designed in accordance with each special characteristic of bilateral deformity. **Results:** Five kinds of operation procedures were designed, and each procedure was suitable only for one kind of preoperation deformity of bilateral cleft lip. **Conclusion:** The individual operation designs should be corresponding to the types of deformity before operation in bilateral cleft lip repair

Key words individual operation design bilateral cleft lip repair classification of cleft lip deformity

矫治器致颌下腺肿大一例报告

周福生

患者,男,8岁,因前牙反颌正畸治疗,佩戴下颌垫式活动矫治器。第一次进食时矫治器反复脱落,约10min后患儿诉说疼痛,家长见其双下颌包块,立即返院就诊。检查见双颌下三角区颌下腺部位各有一隆起呈半球形包块,柔软,有压痛。取出口内矫治器,口腔粘膜未见创伤,颌下腺导管开口处及其周围粘膜无异常。摄X线口底片,颌下腺导管未见阻射区。嘱暂时停戴矫治器继续进食。饭后1h来院,疼痛已消失,包块缩小隐约可见。诊断:矫治器压迫颌下腺导管致颌下腺分泌液滞留而引起颌下腺肿大。随即磨改矫治器,暴露颌下腺导管开口,继续戴用矫治器。次日颌下

腺肿胀消退。3个月后前牙反颌矫治完毕,未再出现颌下腺肿大现象。由此推断,该患者的颌下腺肿大是下颌活动矫治器引起的。

活动矫治器致颌下腺肿大少见。制作下颌矫治器时注意舌下区的塑料不可太厚,并缓冲该部位,是预防该现象发生的关键。

(1999-05-14 收稿)

作者单位: 620800 四川省彭山县人民医院口腔科