

唇腭裂术后牙颌面畸形的手术治疗

文抑西 刘建华 叶湘玉 周洪

摘要 对4例唇腭裂术后继发牙颌面畸形的患者采用上颌骨Le Fort I型骨切开前移及下颌支斜行骨切开后退的方法,矫治唇腭裂术后较严重的凹面畸形,均取得满意疗效且长期效果稳定。同时,还讨论了此类患者的治疗特点和经验。

关键词 唇腭裂 正颌外科 牙颌面畸形

唇腭裂患者术后常有严重的面中份发育不足,上颌骨在三维方向上出现发育障碍,表现为不同程度的凹面型、咬合紊乱、反、下颌相对前伸等。侧面观,面中份凹陷呈碟形面容,鼻唇角变锐。不仅面貌不美观,给患者带来严重的心理压力,而且在咀嚼、发音等口腔功能方面也有不同程度的障碍,严重地影响了患者的社会生活质量,使其产生强烈的自卑感。近5年,笔者对4例因唇腭裂术后继发面中份发育不足的患者进行系列治疗,现报道并讨论如下。

1 材料和方法

本组4例病例均为单侧唇腭裂整复术后继发面中份发育畸形,男女各半,年龄18~23岁。接受唇裂手术时年龄为半岁左右,接受腭裂手术时年龄5~7岁。

4例患者均在术前常规进行X线头影测量及模型分析。应用正畸方法将牙位排列整齐,去代偿。牙弓狭窄的患者还要接受扩大牙弓的治疗。本组病例中,有2例出现明显的上牙弓缩窄,在本次手术治疗前1年半,曾行“上牙弓外科快速扩大术”,但均未行“牙槽突裂植骨修复”。本组采用上颌骨Le Fort I型骨切开前移及下颌支斜行骨切开后退术治疗。

2 结果



图1 患者侧貌

左 术前 右 术后

本组4例患者的牙颌畸形表现均较接近。畸形表现为:面中份凹陷呈碟形面容、反、下颌相对前伸等。笔者采用的术式均为上颌Le Fort I型骨切开前移,下颌支斜行骨切开后退术,上颌采用坚固内固定,下颌用栓丝固定。术后观察时间均超过2年,面型及关系均良好,畸形无复发(图1)。

3 讨论

3.1 术式选择

根据头影测量、模型外科及预测的设计目标,对本组病例均采用Le Fort I型骨切开前移。上颌前移后,对腭咽闭合有一定的影响,特别是对腭裂术后患者可能会更显著。对此,国内外已有文献作了说明,但定量研究及相关关系的研究尚未见报道。从理论上讲,上颌前移过多(大于10mm时),对腭咽闭合会有显著的影响。但实际手术中,特别是腭裂术后上颌骨前移术中,上颌截骨段受上颌周围瘢痕的牵拉,前移量有限,前移的距离多被限制在5~7mm或稍大的范围里,不影响其语音的清晰度。如果上颌前移术后因腭咽闭合不良,导致显著语音障碍且与术前有明显差异时,可以考虑行咽瓣手术矫正。本组4例病例均未涉及此问题。

唇腭裂患者术后均出现下颌相对前伸。在腭裂术后上颌骨前徙时,受到多种因素的制约,如腭咽闭合、上颌周围瘢痕牵拉阻力、上颌血的血液循环、正畸治疗设计及患者的自身条件等都限制了上颌骨的前移量,前移7~9mm基本上已达到极限距离,如果此时仍不能矫正反,就必须后退下颌来矫正反畸形¹。

笔者对本组唇腭裂术后所出现的上颌后缩畸形

均采用了上颌Le Fort I型骨切开前移加下颌支斜行骨切开后退术。上颌前移的距离为7~9mm,下颌后退5~7mm,结果表明,都较圆满地达到了术前设计的侧貌形态要求。

3.2 术区解剖特点及手术注意事项

3.2.1 患者上颌骨表面形态的特点 术中暴露患侧上颌骨前面后可见,上颌窦前壁及前外侧壁均扁平甚至凹陷,失去正常上颌骨表面特征,特别是颧牙槽嵴区略微膨隆的特点。患侧颧牙槽嵴成锐角向前外伸出,与正常结构显著不同。

3.2.2 截骨特点 在截骨中发现,发育不足的上颌骨内窦腔骨壁明显增厚,上颌窦腔发育很小甚至缺如。截骨断面表现为近乎实体的三棱体。给截骨操作增加了难度,但同时亦给截骨术后骨间固定提供了有利条件。

3.2.3 充分松动上颌骨 因腭裂修复术后,常在软腭、上颌结节及鼻底处形成较明显的瘢痕,这些瘢痕区是限制上颌前移的主要阻力部位。特别是位于患侧鼻底的瘢痕,使得硬腭与患侧鼻底严重粘连,在截骨完成后,上颌骨较难移动,必须在患侧鼻腔外壁和内壁的下份切断鼻腔瘢痕,以利上颌骨前移。截骨后,两侧上颌骨段完全依靠腭部裂隙之间的瘢痕连接²,所以两侧上颌骨又是相对可动的。

3.2.4 固定及植骨 上颌骨前移后由于瘢痕牵拉

和肌张力增高,上颌骨有后退及畸形复发的倾向³。如果不采取有效措施,术后效果较难维持。因而,对上颌采取良好、稳定的坚固内固定必不可少。笔者对本组病例均采用微型钢板骨间固定的方法固定截骨断端,并在截骨间隙内填塞自体髂骨条,特别是在翼突与上颌结节之间植骨,可有效地抵抗上颌骨后退。另外在梨状孔外缘及上颌窦前壁处的截骨断端处作附贴植骨(onlay bone graft),以促使骨端愈合,使之更加牢固。

3.2.5 术中出血的控制 由于腭裂术后双侧上颌结节周围软组织的瘢痕粘连,使组织及血管脆性增加,尤其在上颌后部截骨时,出血较凶猛。有效地控制迅猛出血是保证手术成功的重要条件之一。笔者的经验也证明:操作时准确无误,凿骨深度适当,适时的降压麻醉均可有效地减少术中出血,保证手术顺利进行。

4 参考文献

- 1 张震康,张熙恩,傅民魁主编 正颌外科学 北京:人民卫生出版社,1994:341
- 2 黄小枫摘译 腭裂病人的上颌骨前移术 Le Fort I型截骨移位及初步报告 国外医学口腔医学分册,1988,4:240
- 3 杨 达,张震康,张熙恩等 应用Le Fort I型截骨术矫正牙颌畸形的初步报告 中华口腔杂志,1986,21:235
(1995-07-12收稿,1997-06-25修回)

Surgical Treatment of Postoperative Dento-maxillo-facial Deformity in Cleft Lip and Palate

Wen Yixi, Liu Jianhua, Ye Xiangyu, et al

Stomatological Hospital of Xi'an Medical University

Abstract

The severe dish-like face deformity of 4 postoperative patients with cleft lip and palate were treated with Le Fort I osteotomy and oblique ramus osteotomy, and rigid fixation was used to the maxilla afterwards. The treatment results were satisfactory and the long-term follow-up showed stable. In addition, the characteristics and experiences of such operation were discussed in details.

Key words: cleft lip and palate orthognathic surgery dento-maxillo-facial deformity