然，仍有人主张下颌角截骨同时切除部分咬肌，但我科矫正轻度下颌角咬肌肥大不作咬肌部分切除术，这样也可明显减少术中出血，避免面神经损伤的可能性，减少了术后开口受限及咀嚼不适。

本研究采用超声诊断仪 7～10 MHz 探头测定部位在咬肌最厚处，分别测量肌肉放松及牙齿用力咬合两种颌位状态下咬肌厚度，在保证分辨与周围组织边界的基础上，采取完整的横截面图像，测量误差为 1%～2%，与 Handa 等[6] 超声测量皮下脂肪、肌肉的测量误差类似。而 Kubota 等[7] 采用 7.5 MHz 探头测量咬肌厚度的误差报告为 1.03%。Oguri 等[8] 超声测量比较活体间皮下脂肪、肌肉的差异。Stafilidis 等[9] 超声测量活体在最大等长收缩状态下肌肉的厚度和收缩长度。Tonseth 等[10] 用超声准确测量（精确到 0.1 mm）比较带蒂腹直肌皮瓣乳房再造术后，断蒂前后移植肌肉厚度的变化，观察其萎缩的情况。说明超声成像技术是一种可靠研究肌肉形态功能的方法[11]。

而且本次研究随访时间长达半年以上，咬肌变化已定型[3]。同时从 200 例病例中随机抽出 60 例，通过术前术后高频超声测量咬肌厚度值比较，发现改良下颌角磨削去骨术后，咬肌有明显萎缩，厚度变薄。放松状态和咬合状态厚度变化分别在 1.78～2.16 mm 和 1.96～2.32 mm，平均为 1.87 mm 和 2.24 mm，经统计学处理后，具有显著性差异。而术后 24 周与 32 周测量的咬肌厚度值相比较，放松状态和咬合状态厚度变化分别在 0.04～0.09 mm 和 0.01～0.07 mm，平均为 0.03 mm 和 0.08 mm，经统计学处理后，无显著差异，说明术后半年后咬肌变化已定型。根据本研究结果，对轻度下颌角咬肌肥大畸形，建议临床上行改良下颌角磨削去骨术，术中暂不处理咬肌，既可以避免损伤神经及血管，又可获得较满意对称的面部形态。同时，更值得我们注意的是，通过这种手术，患者下面部缩小的改变是由两部分改变构成的，即下颌骨及咬肌的改变。因此，在以后的手术前设计下面部缩小的程度时，应把下颌骨和咬肌两种变量都考虑到，手术时下颌骨磨削得不要过多，避免术后咬肌萎缩时出现面部凹陷畸形或下面部过窄。

参考文献：

[1] 王 侠，李健宁，马勇光，等. 下颌角测量与下颌角半自视下改良截骨术[J]. 中华整形烧伤外科杂志，1998，14(3)：166－168.

[2] Song H S, Park C G. Masseter muscle atrophy after osteotomy of the mandibular angle in rabbits[J]. Plast Reconstr Surg, 1997, 99(1): 51－60.

[3] Lambert C D, Young J R. Hypertrophy of the branchial muscles. A case with unusual features[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1976, 39(8): 810－816.

[4] Yang D B, Park C G. Mandibular contouring surgery for purely aesthetic reasons[J]. Aesthetic Plast Surg, 1991, 15(1): 53－60.

[5] Deguchi M, Ito Y, Kobayashi K, *et al*. Angle-splitting osteotomy for reducing the width of the lower face[J]. Plast Reconstr Surg, 1997, 99(7): 1831－1839.

[6] Handa N, Fukunaga R, Uehara A, *et al*. Echo-doppler velocimeter in the diagnosis of hypertensive patients: the renal artery Doppler technique[J]. Ultrasound Med Biol, 1986, 12(12): 945－952.

[7] Kubota M, Nakano H, Sanjo I, *et al*. Maxillofacial morphology and masseter muscle thickness in adults[J]. Eur J Orthod, 1998, 20(5): 535－542.

[8] Oguri K, Zhao L, Du N, *et al*. Association of habitual long-distance running with the thickness of skeletal muscles and subcutaneous fat in the body extremities and trunk in middle-aged men[J]. J Sports Med Phys Fitness, 2004, 44(4): 417－423.

[9] Stafilidis S, Karamanidis K, Morey-Klapsing G, *et al*. Strain and elongation of the vastus lateralis aponeurosis and tendon *in vivo* during maximal isometric contraction[J]. Eur J Appl Physiol, 2005, 94(3): 317－322.

[10] Tonseth K A, Gunther A, Braband K, *et al*. Ultrasonographic evaluation of the rectus abdominis muscle after breast reconstruction with the DIEP flap[J]. Ann Plast Surg, 2005, 54(5): 483－486.

[11] Emshoff R, Emshoff I, Rudisch A, *et al*. Reliability and temporal variation of masseter muscle thickness measurements utilizing ultrasonography[J]. J Oral Rehabil, 2003, 30(12): 1168－1172.

（编辑 薛国文）

参考文献中英文作者名的著录方法

医学期刊的论文中，引用英文文献的比例很高，但有不少作者将英、美人的姓名搞错，以至用光盘核对时出现错姓、错名或姓名全错。英、美人姓名的习惯写法是：名-名-姓，“名”可以有 1 个、2 个或 3 个，但“姓”只有 1 个。因此，从书籍或期刊中的姓名转录到文献时，要将次序调整为姓-名-名。姓是不可以简写的；“名”可以缩写，用第一个字母大写，不用缩写点。数据库在著录作者姓名时，已经调整为姓-名-名，可照录。

例如：John Quincy Public 写为 Public J Q。

本刊编辑部