入气管套管后无法堵管,手术失败,其余均获得满意效果。

总之,对于喉气管狭窄的治疗,需根据不同情况制定不同的治疗方案,才能恢复患者正常呼吸及喉功能。

参考文献:

[1] Cotton R T, Gray S D, Miller R P. Update of the Cincinnati experience in pediatric laryngotracheal reconstruction[J]. Laryngoscope, 1989, 99(11): 1111-1116.
[2] 唐江凤, 朱春生. 喉气管狭窄的治疗进展[J]. 临床军医杂志, 2007, 35(1): 100-102.
[3] Blumin J H, Johnston N. Evidence of extraesophageal reflux in idiopathic subglottic stenosis[J]. Laryngoscope, 2011, 121(6): 1266-1273.
[4] 邱杰, 赵舒薇, 张文伟, 等. 喉气管狭窄的手术治疗[J]. 肿瘤学杂志, 2011, 17(8): 586-588.
[5] Zur K B, Urken M L. Vascularized hemitracheal antograft for laryngotracheal reconstruction: a new surgical technique based on the thyroid gland as a vascular carrier[J]. Laryngoscope, 2003, 113(9): 1494-1498.
[6] Zias N, Chroneou A, Tabba M K, *et al*. Post tracheostomy and post intubation tracheal stenosis: report of 31 cases and review of the literature[J]. BMC Pulm Med, 2008, 8: 18.
[7] 刘志, 陈文弦, 崔鹏程, 等. 硅胶 T 型管在喉气管重建中的应用[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2011, 25(19): 882-883.
[8] 张立强, 栾信庸, 潘新良, 等. 喉气管狭窄的手术治疗[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2002, 16(3): 99-101.
[9] 黎高新, 周建波, 肖旭平. 带蒂胸骨舌骨肌瓣及舌骨修复喉气管狭窄[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2008, 22(21): 977-979.
[10] Glatz F, Neumeister M, Suchy H, *et al*. A tissue-engineeringtechnique for vascularized laryngotracheal reconstruction[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2003, 129(2): 201-206.

(**收稿**:2014-04-29;**修回**:2014-06-17)
(编辑 张 维)

文章编号:1000-5404(2014)21-2241-02

经验交流

肋软骨移植在鼻唇二期整复中的应用

刘家武,俞辉明,李淑艳,嵇晓利 (223300 江苏 淮安,南京医科大学附属淮安第一医院口腔科)

[**关键词**] 鼻唇畸形;肋软骨;移植
[**中图法分类号**] R782.2 [**文献标志码**] B

唇腭裂患者唇裂、腭裂、牙槽嵴裂一期手术完成后,在颌面部发育基本完成后仍然遗留有鼻唇畸形、不对称畸形,严重影响颌面部容貌,对患者的身心健康造成重大影响,必须进行手术矫正。本研究采用肋软骨移植技术来矫正鼻唇畸形,取得了较好的治疗效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院 2008 年 6 月至 2013 年 12 月微笑列车鼻唇二期整复患者共计 48 例,前期 20 例,中期 13 例,后期 15 例。均为 18 岁以后患者。唇部常规口轮匝肌重建,对偶三角瓣或 V-Y 技术矫正唇部瘢痕、畸形以及唇红缘不齐,进行唇珠再造。鼻部前期采取单纯手术技巧矫正,无植入物,通过解剖、采用 Tajima 反 U 切口、软骨位置调整以及悬吊等技巧完成手术过程;中期同上,但是采用肋软骨塑型技术,类似“「”,鼻小柱及患侧鼻翼植入;后期手术技巧同上,但是采用肋软骨塑型技术类似“↑”,鼻小柱及双侧鼻翼植入。

1.2 评价方法

鼻面角,理想者为 30°~33°;鼻唇角,一般为 90°~120°;鼻翼形态无塌陷,宽度正常,大致为长度的 70%。

1.3 统计学分析

数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 SPSS 15.0 统计软件,多组间比较采用方差分析,发现组间差异后的多重比较采用 SNK 法。

2 结果

前期组鼻面角(20±2)°;鼻唇角(60±5)°;鼻翼形态不对称,塌陷,宽度超正常范围。中期组鼻面角(25±2)°;鼻唇角(85±5)°;鼻翼形态基本对称,塌陷较轻,宽度基本正常范围。后期组鼻面角(32±2)°;鼻唇角(105±15)°;鼻无塌陷,宽度正常范围,鼻翼形态对称。鼻翼形态、宽度外观 3 组之间具有明显差异。3 组鼻面角、鼻唇角差异均有统计学意义($P<0.05$,表 1),后期手术组的治疗效果最优。

表 1 3 组鼻面角、鼻唇角测量结果 (°,$\bar{x} \pm s$)

组别	n	鼻面角	鼻唇角
前期组	20	20±2	60±5
中期组	13	25±2	85±5
后期组	15	32±2	105±15

典型病例:前期组患者,男性,术后鼻翼塌陷明显,鼻尖圆钝、低平。见图 1。中期组患者,男性,术后鼻翼无明显塌陷,鼻尖挺拔,有立体感。见图 2。后期组患者,男性,术后鼻翼无塌陷,鼻尖挺拔,立体感强。见图 3。

[**通信作者**] 俞辉明,E-mail:yuhuiming@yeah.net
[**优先出版**] http://www.cnki.net/kcms/detail/51.1095.R.20140821.1329.008.html(2014-08-21)



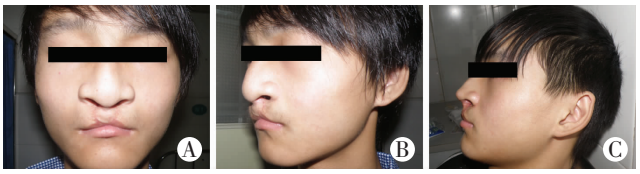
A:术前正面;B:术前侧面;C:术后侧面

图1 前期组患者手术前后对比观察



A:术前正面;B:术前侧面;C:术后侧面

图2 中期组患者手术前后对比观察



A:术前正面;B:术前侧面;C:术后侧面

图3 后期组患者手术前后对比观察

3 讨论

唇腭裂一期术后必然存在畸形,轻重程度不同而已,包括术后遗留以及生长发育再次产生[1]。一期手术选择不同的手术方式对于二期手术必定产生影响,矫正时根据具体情况选择不同操作技巧;二期手术目的尽量较少畸形,恢复容貌,使患者面部外形尽量接近正常人容貌[2]。鼻部在面部美学中具有重要地位。9个鼻部美学标准,其中外科医师可以调整操作的有鼻面角(前额至切牙线与前额至鼻背线的夹角),理想者为30°~33°;鼻唇角(鼻小柱与上唇人中相交的角),一般为90°~120°;鼻额角(鼻背与额骨鼻突的交角),正常应为120°左右。在鼻唇二期整复中尽量按正常人容貌标准来进行患者鼻唇畸形的整复以取得良好的修复效果。

鼻唇部畸形二次修复根据患者的实际情况来选择合适的手术时机[3-4]。我们认为大多数患者应在面部生长发育基本完成以后进行,少数患者由于心理问题必须在较小年龄进行二期手术的一定要慎重,以免带来不必要的组织缺损和更多的瘢痕组织,为将来的治疗带来更多的风险和困难。尚有较多患者没有按照唇腭裂治疗序列来进行,希望能够一次外科手术解决所有问题,一定要对这些患者做好沟通工作,有些患者鼻唇二期手术之前尚需正颌手术完成骨性畸形矫正。成年患者往往有严重心理创伤,一定要选择合适的手术时机,尽量做好二期的矫治手术,否则带来的心理创伤是难以估量的。

修复唇裂术后鼻唇畸形方法很多,具体因人而异、因技术水平而异,以此选择最合适患者的修复方法。唇部常采取改良millard法,精细切开,精细缝合,尽量减少瘢痕;鼻部畸形手术入路采用Tajima反U切口、飞鸟状切口、雁状切口等。解剖蜷曲软组织,软骨组织,去除多余组织,重新调整位置,植入支架材料,重塑鼻部外形。

修复鼻唇畸形植入支架材料包括生物材料、仿生材料、高分子材料如膨体聚四氟乙烯、硅胶、medpor等,最优仍然为肋软骨,其来自人体自身,无免疫排斥反应,组织量充足,支架效果优良[5-7],取得了良好的术后外形效果。我们的经验是:因为二期修复均为对患者进行一次或者更多次手术,瘢痕组织较多,软组织弹性小,移动和调整范围有限,为了更好的恢复术后外形、面部容貌,必须有较大软组织移动。采用非人体支架组织可能出现术后材料外露、排斥等问题;而人体材料不易出现上述问题。

双侧唇裂患者表现为鼻小柱短、双侧鼻翼软骨分离、双鼻翼向外上方移位及鼻底宽大等。如为双侧混合型唇裂则更会出现两侧不对称畸形,所以鼻部畸形的整复是唇裂术后二期修复的重要目标之一。首先通过缩小鼻底将鼻翼放置到正常位置、抬高鼻尖和延长鼻小柱等主要手段以达到或尽量接近正常的鼻外形。其次,减少肥大鼻翼的组织量、缩小鼻翼、抬高鼻梁、加大鼻长度、突出鼻尖点、缩窄鼻头、延长鼻小柱、减小鼻孔外露程度并使其接近长椭圆形。进行松解不能很有效地行鼻延长,反而会因为张力等因素出现多种问题[8]。所以,我们要全面观察唇腭裂患者形态特征,根据面部轮廓锁定鼻部形态,再细解其鼻型,找出各亚单位的不足之处,设计手术方案,原则是要把鼻梁、鼻尖点、鼻头、鼻孔、鼻小柱联合,同时与脸型联合起来,联合多项操作塑造鼻、鼻-面整体的和谐。

参考文献:

[1] Cheon Y W, Park B Y. Long-term evaluation of elongating columella using conchal composite graft in bilateral secondary cleft lip and nose deformity[J]. Plast Reconstr Surg, 2010, 126(2): 543-553.

[2] 石冰. 提高双侧唇裂整复效果的理论与技术要点[J]. 口腔颌面外科杂志, 2008, 18(5): 305-308.

[3] Grewal N S, Kawamoto H K, Kumar A R, *et al*. Correction of secondary cleft lip deformity: the whistle flap procedure[J]. Plast Reconstr Surg, 2009, 124(5): 1590-1598.

[4] 杜本军, 王生钰. 单侧唇裂鼻软骨不同程度畸形的个性化整复[J]. 中国美容整形外科杂志, 2012, 23(2): 92-94.

[5] 李伟东, 蔡静敬, 沃晓宇, 等. 鼻中隔软骨在单侧唇裂继发鼻畸形矫治术中的应用[J]. 中华医学美学美容杂志, 2013, 19(1): 12-14.

[6] 王俸祺, 段冬梅. 不同充填材料在鼻尖部整形手术中的比较[J]. 四川医学, 2010, 31(3): 397-398.

[7] 王琪影, 王喜梅, 刘林嶓, 等. 自体软骨及生物材料植入物充填单侧唇裂继发鼻畸形[J]. 中国组织工程研究与临床康复, 2011, 15(16): 3025-3028.

[8] Boo-Chai K. Primary repair of the unilateral cleft lip nose in the Oriental: a 20-year follow-up[J]. Plast Reconstr Surg, 1987, 80(2): 185-194.

(**收稿**:2014-03-25;**修回**:2014-04-10)

(编辑 张 维)