临床研究 文章编号:0253-3626(2009)10-1406-03

成批唇腭裂患儿的治疗

傅跃先,甘立强,邱 林,田晓菲,刘 燕,向代理

(重庆医科大学附属儿童医院整形外科 加中儿童健康基金会重庆市颅颌面(唇腭裂)综合治疗中心,重庆 400014)

【摘 要】目的:总结成批收治唇腭裂患儿过程中,围术期处理与手术治疗的特点和经验。方法:成批收治唇腭裂患儿 745 例,其中单纯唇裂 180 例,腭裂 373 例,唇裂伴腭裂 192 例。术前准备按规范的医疗程序进行,注重医患沟通。手术按常规方式操作,并寻求个体化处理,以提高整复质量。结果:所有病例均一期愈合出院。唇裂患儿创口愈合好,解剖标志复位。腭裂患儿腭部愈合好,悬雍垂重建良好,无腭瘘发生,语言功能有不同程度改善。患儿家长均感满意。结论:在具备可靠的手术、麻醉与护理条件的单位,成批收治唇腭裂患儿是可行的。

【关键词】唇腭裂;成批治疗

【中国图书分类法分类号】R782.2 【文献标识码】A 【收稿日期】2007-12-13

Treatment in batches for children with cleft lip and palate

FU Yue-xian, et al

(*Department of Plastic Surgery, the Children's Hospital, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To summarize the experience on treatment in batches for the child patients with cleft lip and palates, including preoperative preparation, communication with the parents, operative technique, postoperative care and follow-up. *Methods*: The 745 cases were treated in batches, including 180 cases of cleft lip, 373 cases of clef palate and 192 cases of cleft lip companied with cleft palate. Preoperative preparation were completed according to medical treatment criterion. The knowledge of the sequence treatment of cleft lip and palate was informed to the parents. The individual surgery treatment was operated to improve effects in routine way. All cases received the routine postoperative care. *Results*: All patients left hospital with primary healing of wound. The patients with cleft lip had a good wound healing and a good diaplasis of anatomic sign. The patients with cleft palate had a good wound healing too, without palate fistulas and the uvulas were reconstructed well. The phonetic function was improved to certain extent. The parents of the patients were satisfied. *Conclusion*: It is feasible to treat in batches the patients with cleft lip and palate in the hospital, which has a good conditions of surgery, anaesthesia and nursing.

【Key word】Cleft lip and palate; Treatment in batches

2001 年 3 月以来,我科分次、成批收治唇腭裂患儿(均为"微笑列车"项目病例)逾 1 000 例。现将其中 745 例患儿在治疗过程中,其术前准备、手术方式、术后处理及随访等方面的特点总结如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组 745 例,男 469 例,女 276 例;年龄 2.5 月 ~ 20 岁。临床诊断情况:单纯唇裂 180 例,其中单侧 155 例,包括Ⅰ度 5 例(右侧 2 例、左侧 3 例),Ⅱ度 131 例(右侧 46 例、左侧 85 例),Ⅲ度 19 例(右侧 4 例、左侧 15 例),双侧 25 例(Ⅰ度 2 例,Ⅱ度 20 例,Ⅲ度 3 例)。唇裂伴Ⅲ度腭裂 192 例,其中伴单侧Ⅲ度腭裂 142 例(右侧 41 例、左侧 101 例),伴双侧Ⅲ度唇腭裂 49 例,双侧Ⅱ度唇裂伴Ⅱ度腭裂 1 例。单纯腭裂中Ⅰ度 12 例,Ⅱ度 93 例;单侧Ⅲ度 219 例(右侧 67 例、左侧 152 例);双侧Ⅲ度 49 例。Ⅱ、Ⅲ度腭裂病儿均有不同程度的语音障碍。每批收治病例 5 ~ 20 例不等。

1.2 入院处置(操作流程)

1.2.1 入院筛选及体温检测 每例患儿均行体温检查,凡体温超过 37.5℃,结合其他临床病征(如有无咳嗽等明显的上感表现、腹泻、面部皮损等),不符手术要求者,均不收治。

1.2.2 专科检查 明确唇腭裂的临床诊断。

1.2.3 全身体检 除外影响手术的疾患,如呼吸系统,心血管系统发育正常与否。

1.2.4 实验室检查 血及大小便常规,凝血 2 项(APTT、PT),X 线检查。

作者介绍:傅跃先(1960-),男,教授,

研究方向:儿童先天性畸形的修复。

1.2.5 患儿安置与病房管理 所有患儿予 1～2 间大病房集中安置。如患儿出现呼吸道、消化道感染征象,经 1～2 d 治疗无缓解,可调整出大房间。所有患儿的标牌、临床资料、单证等,均予以相应注明或标识。患儿饮食按不同病种、年龄与治疗要求,实行区别对待、统一配送。药物按统一标准应用。出入院手续实行统一办理,临床资料予电脑统一保存。

1.3 术前医患沟通

采用集体谈话形式,向患儿家长详细讲解:①手术与麻醉风险、唇腭裂手术的基本方法、术后并发症及后遗畸形,如腭裂病儿术后可能发生复裂、腭瘘等。②唇腭裂的治疗为一综合、序列治疗过程,可能需多次手术(包括唇、鼻部后遗畸形需二期手术),方可达较满意的效果。此点需反复强调。③唇裂患儿术前训练勺匙喂养;腭裂病人术后实行分阶段的饮食调整。④年龄 2 岁半以上的腭裂病儿,术后 3 月需进行语音训练;必要时,需行腭咽闭合手术,以更好地治疗语音障碍。⑤术后随访的重要性,使其能在我们规定的时间内来院随访、照相。⑥医院的有关规章制度,住院治疗与手术安排的常规程序。

1.4 术前照相

所有患儿均予照相。唇裂患儿予包含整个头部的正面相,必要时加照侧位及头仰位相;腭裂患儿予包含整个头部的正面张口位相,照片须清晰显示腭裂的程度。

1.5 术前准备

重点预防呼吸道、消化道感染。如有患儿发生呼吸道、消化道感染,应予尽快控制;否则,当劝其出院,待后期手术。如伴有心血管系统疾病,应由相应专科与麻醉科会诊确定能否手术。入院后即行口鼻腔清洁护理。

1.6 手术安排

按照从低龄儿开始的原则,兼顾病种、手术的难易程度、手术医师的搭配、手术室的时空等因素,进行手术的合理安排。

1.7 麻醉

所有病例均在静脉复合麻醉加经口气管插管下实施手术。麻醉必须由富有经验的医师实施,尤其要避免气管插管与术后拔管的不当。麻醉完全复苏后,将患儿送回病房。

1.8 手术方法

Ⅰ度唇裂采用局部 V-Y 或 Z 成形术修复;如伴有隐性口轮匝肌裂,则 Z 形切开唇部皮肤后行肌肉褥式缝合复位。单侧Ⅱ、Ⅲ度唇裂共 293 例均采用 Millard 术式修复,其中采用 MillardⅡ式或改良 MillardⅡ式[1]共 143 例。双侧Ⅱ、Ⅲ度唇裂共 73 例,采用直线修复法 50 例,采用佛奥Ⅱ法修复法 73 例。鼻底封闭基本采用下鼻甲黏膜瓣与口腔黏膜瓣联合[2]、及鼻底裂缘黏膜瓣法[3]。术中均行鼻部的一期矫正[4]。Ⅰ、Ⅱ度腭裂 105 例采用单瓣后推法,单侧Ⅲ度腭裂 219 例采用两瓣后推法,双侧Ⅲ度腭裂 49 例采用两瓣后推+犁骨粘骨膜瓣法修复。

1.9 术后处理

术后 24 h 的病房监护是必要的,重点是呼吸道的管理,尤其是腭裂患儿。我们的主要措施有:①吸氧;②地塞米松超声雾化吸入每日 3 次,防止喉头水肿;③0.5%麻黄素滴鼻液、洁霉素滴鼻液滴鼻每日 3 次;④吸痰;⑤应用止血药;⑥对于个别发生急性呼吸道梗阻的病人,置入口咽通气管,必要时送入 ICU 监护;⑦青霉素静滴或肌注 7 d 抗感染;⑧唇裂患儿每日以氦氖激光照射术区,双氧水、生理盐水清洗伤口;腭裂患儿每日以 0.05%洗必泰液冲洗口腔;⑨术后患儿均予流质饮食。唇裂患儿术后 7 d 拆线后出院,腭裂患儿术后 10 d 拆除碘纺纱条后出院。出院患儿均再次集中强调术后随访的时间、饮食调整等注意事项;同时予术后照相。

2 结 果

所有病例均一期愈合出院,治愈率 100%。唇裂患儿创口愈合好,解剖标志复位(图 1、3)。腭裂患儿腭部愈合好,悬雍垂重建良好,无复裂或腭瘘发生(图 3、4),Ⅱ、Ⅲ度腭裂病儿语音功能有不同程度改善。

3 讨 论

唇腭裂是儿童头面部首发畸形,亦是儿童整形外科的主要病种。既往我们均按照医院的常规流程予以收治。实施"微笑列车"项目后,鉴于其由当地"慈善总会"组织、成批送达我"定点"医院进行治疗的特殊性,笔者围绕围术期的处理、手术治疗、医患沟通等方面,逐渐总结出了一套行之有效的工作方法,取得了很好的效果,主要有以下几点:

唇腭裂整复过程的安全性始终是第一位的,而成批收治唇腭裂患儿更应予以重视,这也是投资方最强调的。要保证整个治疗过程的安全性,避免忙中出错、发生医疗过失:首先,需进行严格与规范的入院筛查;其次,严把手术准备关。凡出现可疑的影响手术安全的症征,一律不安排手术;第三,术后必须保证呼吸道的通畅。在一系列措施的保障下,我们 745 例病儿无 1 例因安全问题发生严重后果。

保证并提高唇腭裂的整复质量是唇腭裂治疗与"微笑列车"项目的最终目的。根据我们多年的实践经验,单侧唇裂采用 Millard 法术式效果良好。为了进一步提高整复质量,针对不同的个体,我们采用了 MillardⅡ式或改良 Millard 法术式[1],使本组单侧唇裂的整复效果更为优良。我们的体会是,MillardⅠ式对于患侧鼻孔较大者,修复效果明显;MillardⅡ式或改良 MillardⅡ式延长鼻小柱或下降患侧唇峰效果明显。本组双侧唇裂病儿的前唇基本上发育较



A 术前



B 术后 3 月

图 1 左侧三度唇裂患儿术前、术后比较



A 术前



B 术后 1 月

图 2 腭裂患儿术前术后比较



A 术前



B 术后 10 d

图 3 双侧三度唇裂患儿术前、术后比较

差,需要尽可能保留前唇的长度,因此,我们主要采用了直线修复法和佛奥Ⅱ法进行整复;个别患儿前唇唇红保留后,的确影响整复效果,则予丢弃,以侧唇瓣加以修复。本组病例中,无论单双侧唇裂,我们更加强调鼻底的封闭与鼻部的一期矫正。鼻底的封闭基本采用下鼻甲黏膜瓣与口腔黏膜瓣联合[2]、及改良鼻底裂缘黏膜瓣法[3],效果优良。鼻部的一期矫正以鼻小柱复位加鼻翼基部与大翼软骨复位相结合予以完成[4],术后患侧鼻孔用相应大小的鼻膜支撑塑形 3~6 个月,术后及随访的效果优良[5]。在腭裂的整复中,我们基本采用前述的各种经典术式,尤其注意悬雍垂的成形、口鼻瘘的封闭及肌肉的复位以重塑腭帆提肌的"吊带"作用。经过手术治疗,Ⅱ、Ⅲ度腭裂患儿、尤为学龄前患儿术后的语音改变明显,但仍需进行规范的语音训练。由于本组患儿均系贫困家庭,在规定的时间内没有来我院进行语音训练。

适时与良好的医患沟通有助于保证整个医疗过程的安全与顺利。由于唇腭裂治疗的特殊性,不同的家庭有不同的认识,绝大多数家长对治疗的长期性没有思想准备,不少家长期望 1 次手术就达到尽善尽美的标准。在批量病人治疗的情况下,某种错误的认识会象瘟疫一样传播。为了帮助家长们树立唇腭裂治疗的正确观念,统一认识,我们采用集体谈话形式进行医患沟通,重点宣传国际上通行的唇腭裂综合序列化治疗的知识,使其对术后遗留的残余畸形、语音障碍等,有理性的认识,以配合后期的跟踪治疗和随访,避免了不必要的医患矛盾和成批收治患儿容易导致的医疗秩序混乱,保证了整个医疗过程的安全与顺利。

根据我们的经验,在具备可靠的手术、麻醉与护理条件的单位,成批收治唇腭裂患儿是可行的。

参 考 文 献

[1] 石 冰.个体化单侧唇裂修复术式的改进[J].华西口腔医学杂志, 2000, 18(3): 181-184.

[2] 高 璞,赵 敏,戚可名,等.下鼻甲黏膜瓣在唇裂修复术中的应用[J]. 中华整形外科杂志,2004,20(3):188-189.

[3] 刘 燕,傅跃先,邱 林,等.完全性唇裂整复术中鼻底裂缘黏膜瓣的应用[J].中华医学美学美容杂志,2006,12(1):12-14.

[4] 邱 林,傅跃先,田晓菲,等.单侧唇裂整复同期鼻畸形矫正术[J].中华整形外科杂志,2006,22(3):188-190.

[5] 任志美,余文玉,蒋小平,等.成批收治唇腭裂患儿的临床护理体会[J].重庆医学,2006,02:97-98.

(责任编辑:冉明会)