DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.11.054

2 结果

106例患者术后伤口均一期愈合，无复裂和腭瘘。未行"Z"交叉的病例，术后软腭长度与术前相比无明显延长。行"Z"交叉的病例，术后软腭长度平均增加约0.7 cm。

术后一月，随访58例患者中发音有不同的改善49例，未明确改善的9例。经语音训练后，半年至两年随访52例，其中40例患者的发音达到"良好"以上水平，基本和正常人的发音没有明显区别；12例患者的发音有一定程度的改善，部分语音含杂鼻音，但能够使人理解。

3 讨论

单侧瓣手术由宋如耀于1954年首先应用于临床[5]。手术过程中为减小张力，在腭前血管束的后方凿断腭骨以使血管束充分游离。本组病例在手术中没有凿断腭骨，采用充分游离腭前血管束、剪断腭腱膜的方法，亦达到了无张力缝合的目的。通过本组病例的治疗，我们体会到改良单侧瓣手术具有以下优点：①整个腭部的创伤较小；②修复腭裂用的粘骨膜瓣是一个单蒂瓣，瓣的蒂部在活动甚大的软腭，这个特点不仅可使裂隙被修复，且不易复裂，而且还可以使腭部自由后退，充分增加其长度；③腭部重要的神经和血管均被保留，因而组织坏死的情况极少，术后不易发生萎缩和瘫痪，同时健侧软腭的解剖结构未受到明显损伤，这就保证了患者软腭术后有良好的动度。④软腭"Z"字交叉一方面使较短软腭得到延长，同时减少了带状疤痕挛缩而致软腭术后变短；由于保留了鼻腔粘膜的完整，"Z"字瓣交叉缝合后，由于鼻腔粘膜的张力，使得软腭后部一定程度的上抬，增强了腭咽闭合，对术后的发音改善有明显的帮助。⑤手术简单，时间短，出血较少，特别适用于年小、体质弱患者的早期修复。

改良单侧瓣手术的不足主要是此方法不适用于所有腭裂患者，特别是双侧Ⅲ°腭裂和裂隙较宽的Ⅲ°单侧腭裂患者，因此，作者在病例的选择上是有一定条件的。即Ⅱ°以下的腭裂患者均可采取本方法，对Ⅲ°单侧腭裂患者，如果术前检查裂隙过宽，尤其是牙槽突裂及硬腭关闭困难者，或软腭发育过短者，要慎重考虑。此方法术后软腭外观不对称，悬雍垂稍向健侧偏移，亦可被认为是一点不足。

参考文献：

[1] Witt P D, D'Antonio L L. Velopharyngeal insufficiency and secondary palatal management. A new look at an old problem[J]. Clin Plast Surg, 1993, 20(4): 707—721.
[2] Makus A F, Smith W P, Delaire J. Primary closure of cleft palate: a functional approach[J]. Br J Oral Maxllofac Surg, 1993, 31(2): 71—77.
[3] 唐先兴，徐文华，李佐强，等. 腭裂术后语言康复训练的临床研究[J]. 实用口腔医学杂志，1994，10(4)：264，266.
[4] 陈仁吉，王光和，孙勇刚，等. 腭裂术后语音训练治疗方法的研究[J]. 中华口腔医学杂志，1996，31(4)：220.
[5] 宋儒耀. 一个新的腭裂修复方法[J]. 中华口腔科杂志，1954，2(1)：5.

（编辑 张大春）

个案与短篇

文章编号：1000-5404(2002)11-1368-02

经口腔入路下颌骨良性肿瘤切除同期修复术

One stage resection of mandibular benign tumor and reconstruction through intraoral approach

王延安[1]，谭颖徽[1]，王建华[1]，牙祖蒙[1]，周 莉[2]，杜俊兰[1]
（第三军医大学附属新桥医院：[1]口腔科；[2]手术室，重庆 400037）

下颌骨良性肿瘤切除修复是口腔颌面外科常规手术，采用颌下皮肤切口入路，面部遗留疤痕。我科采用口腔入路方法行下颌骨良性肿瘤切除修复2例，效果良好，现报告如下。

1 材料与方法

1.1 病例资料

病例1：男，31岁。临床诊断：造釉细胞瘤。口腔全景片示：D4—D8骨质多囊性透光区5.5 cm×3.0 cm大小，病理诊断：角化囊肿。病例2：男，15岁。临床诊断：牙源性囊肿。口腔全景片示：左下颌骨囊性改变，范围5.0 cm×3.0 cm大小，病理诊断：牙源性囊肿。

作者简介：王延安(1973—)，男，河北省邯郸市人，医师，主要从事口腔颌面外科临床方面的研究，现在解放军第37医院口腔科工作，雅安 625000。电话(0835)2619516

收稿日期：2002-07-04；修回日期：2002-09-22

1.2 手术方法

1.2.1 麻醉 经鼻插管静脉复合麻醉。

1.2.2 切口 完成颌间小环结扎后，在口腔内下颌骨瘤体颊舌侧龈乳头作切口，向前附加前庭沟切口至中线，向后可延长切口至磨牙后垫区。切开黏膜，黏膜下组织和骨膜，在骨膜下钝性分离，显露瘤体和下颌骨体。分离黏骨膜瓣，在颏孔处游离出颏神经，予以保护。

1.2.3 摘除瘤体 拔除瘤体区患牙，暴露瘤体用骨膜剥离器摘除瘤体或囊壁，保护下齿槽神经血管束。摘除肿瘤时尽可能保护下颌骨的连续性，防止下颌骨缘在术中折断。

1.2.4 下颌骨成形再造钛板修复 用咬骨钳和电磨钻修整骨创缘，为便于修复，从颏孔处游离出下齿槽神经，血管。比照下颌骨切除(缺损)范围，取下颌骨成形再造钛板一根(比骨缺损区长5~6 cm)，依照下颌骨术区形态塑形，在正常咬合状态下，置于缺损区下颌骨下缘，两端各超出骨缺损区约2.5~3 cm(3个螺孔位置)，近中端直接钻孔，2~3个钛钉固定。在远中

（下转1371页）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

例的治疗前血样作了检测, 其中 YMDD 4 例(8.8%)、YVDD 22 例(46.7%)、YMDD+YVDD 11 例(24.4%), 其它不明确的 8 例(17.7%)。YVDD 在慢性乙肝患者中占如此高的比例较意外。经重复实验结果无误。为确保结果的可靠性, 我们将采用 RFLP 和基因测序作进一步的验证。随着治疗的进展, 我们发现, YVDD 变异株特别稳定, 始终不变, 病人用药后无论是应答良好、部分应答、或出现反跳, 他们的病情都比较平稳, ALT 没有明显异常, 病人感觉良好。而治疗前为 YMDD 的病人 4 例中有 3 例在 24 周后转变为 YIDD, HBV DNA 出现反跳, ALT 异常, 最高达到 330 IU/ml。我们的结果提示, YVDD 对病情没有明显影响, 而 YIDD 一旦出现应引起临床足够的重视。

此外, 在本观察中, 还有 1 例病人较特殊。治疗前 ALT 等各项肝功能指标均正常, 但 HBV DNA 定量为 10^7, 乙肝血清标志物只有 HBsAg、HBeAg 阳性, YMDD 检测为 YMDD+YVDD; 用药后严密跟踪, 前述指标无一项出现改变。此现象提示, 极少数病人可能因变异或免疫方面的特殊状态而对拉米夫定完全无反应。目前正对该病人血清标本做进一步的研究。

总之, 拉米夫定治疗慢性乙型肝炎的疗效是肯定的, 用药过程中不可避免的耐药变异株的问题始终存在。所以, 从长远的角度来看, 拉米夫定的长期应用对病人有着非常重要的意义。如果联合用药能克服耐药问题, 将更大限度减少拉米夫定临床应用中的顾虑。

参考文献:

[1] Leung N W Y, Lai C L, Chang N T, *et al*. Extended lamivudine treatment in patients with chronic hepatitis B enhances hepatitis B e antigen seroconversion rates: results after 3 years of therapy[J]. Hepatology, 2001, 33(6): 1 527—1 532.

[2] Allen M I, Deslauriers M, Andrews C W, *et al*. Identification and characterization of mutations in hepatitis B virus resistant to lamivudine[J]. Hepatology, 1998, 27(6): 1 670—1 677.

[3] Santantonio T, Mazzola M, Iacovazzi T, *et al*. Long-term follow-up of patients with anti-HBe/HBV DNA-positive chronic hepatitis B treated for 12 months with lamivudine[J]. J Hepatol, 2000, 32(2): 300—306.

[4] Whalley S A, Brown D, Teo C G, *et al*. Monitoring the emergence of hepatitis B virus polymerase gene variants during lamivudine therapy using the LightCycler[J]. J Clin Microbiol, 2001, 39(4): 1 456—1 459.

[5] Paik Y H, Chung H Y, Ryu W S, *et al*. Emergence of YMDD motif mutant of hepatitis B virus during short-term lamivudine therapy in South Korea[J]. J Hepatol, 2001, 35(1): 92—98.

[6] Kobayashi S, Ide T, Sata M. Detection of YMDD motif mutations in some lamivudine-untreated asymptomatic hepatitis B virus carriers[J]. J Hepatol, 2001, 34(4): 584—586.

(编辑　薛国文)

(上接 1368 页)

端相对应的下颌角处皮肤作一 0.5 cm 长切口, 钝性分离至下颌角骨面, 用自制的外径 0.8 cm 金属套筒隔离周围组织, 电钻打孔, 2~3 颗钛钉固定。

1.2.5　彻底止血, 生理盐水冲洗创面, 修整骨创缘, 用 4 号线水平褥式加间断缝合, 下颌角小切口处置橡皮片引流条, 敷料包扎。

2　结果

2 例患者均顺利切除下颌骨肿瘤, 术后伤口一期愈合, 无术区血肿, 感染情况。患者面部外形满意, 下颌骨形态正常, 见图 1。

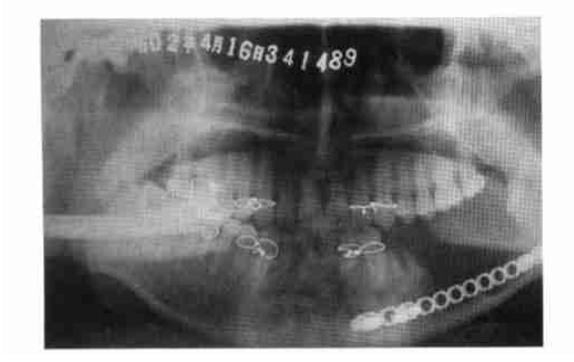


图 1　术后 X 线片

3　讨论

经口内入路摘除下颌骨囊肿和较小的良性肿瘤是常规术式, 但一般不涉及下颌骨的修复再造问题, 须行下颌骨修复时, 多采用颌下皮肤切口入路[1], 面部遗留较大疤痕。采用口腔入路方法在摘除下颌骨较大囊肿或切除良性肿瘤后同期口内入路修复的方法国内外少见报道。我科借鉴美国德克萨斯大学达拉斯医学中心口腔颌面外科 Edward Ellis 的技术方法, 经口内入路同期行下颌骨修复, 效果良好。该方法手术创伤小, 面部基本无手术疤痕, 美观效果好, 患者易于接受, 并可避免颌下切口可能造成的面神经下颌缘支的损伤, 适用于下颌骨体部的各类较大囊肿和良性肿瘤。但该方法术中术野较局限, 分离肿瘤时需在骨膜下分离较为安全, 难以做到肿瘤根治, 故不可用于恶性肿瘤治疗。

该手术的难点在于术野暴露范围远小于颌下区切口, 医生视野较局限, 修复时增加很大难度。为保证修复材料能恢复下颌骨的正常形态, 术前应先行牙弓夹板固定或小环结扎, 手术在对好颌关系的前提下放置修复再造钛板, 并依下颌骨形态塑行。修复钛板尽可能靠近下颌缘, 一则保证下颌骨受力时的正常应力分布[2], 二则防止钛钉固定时损伤下齿槽神经束。术中近中钛板可从口腔切口进行, 远中端钛板固定无法经口完成, 相对应区域皮肤作 0.5 cm 小切口可完成这一过程[2], 但应注意对周围组织的保护。植入钛板及钛钉在切口愈合后不需取出, 可永存体内。

关键词: 下颌骨良性肿瘤; 切除修复术
中图法分类号: R739.820.5　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 邱尉六. 颌骨囊肿[A]. 见: 邱尉六 主编. 口腔颌面外科[M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 246—252.

[2] 杨旭东, 胡勤刚. 经口内进路下颌骨骨折内固定[J]. 口腔医学纵横杂志, 2002, 18(1): 10.

(编辑　王　红)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net