DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.11.053
第24卷第11期 第三军医大学学报 Vol. 24, No. 11
2002年11月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Nov. 2002

文章编号:1000-5404(2002)11-1367-02

论著

改良单侧瓣法修复腭裂的疗效

孙 远,李慧增,史文进,杨彦春 (第三军医大学附属西南医院口腔科,重庆 400038)

提 要:目的 探讨一种腭裂手术方法以及对腭裂术后发音的影响。方法 对106例腭裂患者行改良单侧瓣手术,部分软腭较短者采用"Z"交叉以延长软腭。术后采用软腭动度恢复治疗,同时配合针对性发音训练。结果 所有病例均达到一期愈合,无复裂发生;随访病例语音均有明显改善,其中78%语音接近正常。结论 改良单侧瓣手术适用于大部分腭裂患者,对患者语音的恢复与改善效果明显。

关键词:单侧瓣;腭裂
中图法分类号:R782.22 文献标识码:A

Clinical application of cleft palate repair with the improved unilateral flap

SUN Yuan, LI Hui-zeng, SHI Wen-jin, YANF Yan-chun (Department of Stomatology, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400038)

Abstract: Objective To explore a method for cleft palate repair and the influence on vocalization of the patients. Methods Improved unilateral flap operation was performed in 106 cleft palate patients. In order to prolong soft palates, "Z" flap cross suture was carried out on part of patients with short soft palates. After operation, movement recovery therapy of soft palate and aimed vocalization training were adopted. Results All the patients recovered successfully and there was no one dehiscence. The vocalization of the follow-up patients was improved obviously with 78% of patients showing near return of normal speech. Conclusion Unilateral flap operation can be adapted in most patients with cleft palate. This method is remarkably beneficial to the vocalization recovery and improvement of patients.

Key words: unilateral flap; cleft palate

腭裂是口腔颌面常见的先天性发育畸形,同时也是口腔颌面治疗方面的难题之一,这主要是修复术后患者的发音改善或恢复问题[1,2]。迄今为止,腭裂患者的术后语音恢复的效果,离正常发音尚有一定的距离,因此对于腭裂的修复方法,以及术后的语音训练尚需进一步的深入研究[3]。我科1992年以来开始对部分腭裂患者采用改良单侧瓣法修复,同时配合语音训练,术后效果良好。

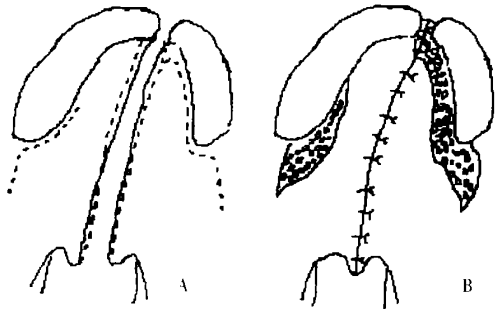
1 材料与方法

1.1 临床资料

106例,年龄3.5~9岁,男性62例,女性44例。先天性腭裂Ⅰ°6例,腭裂Ⅱ°55例,单侧Ⅲ°45例。术前软腭测量平均长度为2.9 cm。

1.2 方法

1.2.1 手术方法 剖开软腭裂隙边缘至悬雍垂,暴露软腭肌肉。于患侧(或一侧)裂隙边缘向前由腭中线弧形切至(乳)尖牙,然后沿腭侧牙龈至磨牙后区。翻开粘骨膜瓣,充分游离腭大神经血管束达1 cm左右,剪断腭健膜,凿断翼钩,将粘骨膜瓣移向中线,使其与对侧裂隙无张力贴合。对于Ⅲ°腭裂,如粘骨膜瓣向中线推移时存在一定张力,为避免术后复裂,可在健侧做松弛切口,见图1。分层缝合鼻腔粘膜、软腭肌肉和口腔粘膜,松弛切口内填入碘仿纱条。本组患者的平均手术时间1 h左右,所有患者均未输血。



A: Disign of incision; B: After suture
图1 手术方法示意图
Fig 1 Schematic diagram of the method of operation

38例软腭较短(长度小于2.5cm)者,采用"Z"字瓣交叉缝合以延长软腭。在软腭中份设计基底宽约0.5 cm"Z"字瓣,切开口腔侧粘膜及肌层,保持鼻腔粘膜完整,将三角瓣游离,交叉缝合。

1.2.2 术后发音训练 术后2周开始进行软腭动度恢复练习,同时配合语音训练。软腭动度恢复采取口腔鼓气训练,开始时患者可先进行捏鼻鼓气,逐渐减轻捏鼻力度,直至完全可以自行口腔鼓气。进行语音训练时,一方面,采用针对性语言训练[4]。另一方面要改变患者已形成的发音习惯。对于定期随访患者,观察语音效果。

作者简介:孙 远(1964—),男,北京市人,博士,副主任医师,副教授,主要从事口腔颌面部战创伤及修复整形方面的研究,发表论文9篇。电话:(023)68754406

收稿日期:2002-01-10;修回日期:2002-07-13

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

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。

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

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

（下转 1371 页）

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