DOI:10.16016/j.1000-5404.1992.02.011

面颊缺损分类及修复方法选择（附223例报告）

李慧增 孙 远 杨 军 史文进 邓红镭（第三军医大学西南医院 口腔颌面外科）630038

提 要 面颊缺损的修复历史悠久、方法很多、效果不一，尚缺公认的最佳方案，原因是面颊缺损的范围、形状具有多样性，又缺乏明确分类。作者总结1964～1990年223例，根据面颊缺损范围及程度提出Ⅴ类分类法，并与之相联系的5种修复方法，总成功率92.83%。讨论了不同类型缺损的特点、手术适应证及修复方法的选择。认为这Ⅴ类5法便于对面颊缺损的统一认识，便于适应证、修复方法的选择和治疗效果的对比评价。

关键词 面部损伤/分类；面部损伤/外科手术；颊/损伤

自1964年至1990年，我科收治面颊缺损患者223例，面颊缺损临床分为Ⅴ类，修复方法5种，总成功率为92.83%，报告如下：

1 面颊缺损分类方法

根据223例面颊缺损范围和程度分为Ⅴ类：Ⅰ类为单纯颊粘膜或面颊皮肤小范围缺损(2～3cm)，Ⅱ类为颊粘膜或面颊皮肤合并部分颊肌的中度缺损（3～4cm）；Ⅲ类为颊粘膜或面颊皮肤及颊部肌肉大范围缺损(5cm以上)；Ⅳ类为颊中度以上洞穿缺损；Ⅴ类为超过颊解剖界限合并邻近组织、器官大范围缺损。

2 临床资料

2.1 一般资料

223例中男141例，女82例。年龄1～77岁，平均36.7岁。面颊缺损原因：面颊部癌肿术后缺损87例；良性肿瘤术后缺损61例（血管瘤、淋巴管瘤、乳突状瘤、黑色素瘤及色素痣等）；外伤造成54例（烧伤及火器性缺损）；炎症造成21例（走马牙疳后遗症及感染后瘢痕）。修复材料的选择：游离植皮109例（中厚、全厚及带皮下血管网的全厚皮片）；局部任意皮瓣41例；游离及带蒂皮瓣46例，其中前臂桡、尺侧皮瓣24例，小腿内侧皮瓣8例，下腹部皮瓣2例，胸大肌肌皮瓣6例，额肌皮瓣、腭瓣及颈阔肌皮瓣各3例，胸锁乳突肌皮瓣2例；游离折叠皮瓣11例，其中前臂桡尺侧(肌)皮瓣10例，小腿内侧皮瓣1例；瓦合瓣16例，其中前臂桡尺侧皮瓣加局部滑行皮瓣7例，胸大肌肌皮瓣加游离植皮2例，胸大肌骨肌皮瓣加前臂皮瓣、胸大肌肌皮瓣加前臂皮瓣、大网膜加双面植皮、大网膜一面加额瓣另一面加植皮、前臂尺侧肌皮瓣肌瓣折叠加植皮各1例，远位皮管2例、组织瓣面积：游离皮片面积2cm×3cm～10cm×17cm；游离大网膜面积12cm×17cm～16cm×18cm；局部任意皮瓣面积2cm×3cm～3cm×5cm；游离皮瓣面积5cm×6cm～8cm×15cm；带血管蒂（骨）肌皮瓣面积4cm×6cm～9cm×13cm。

2.2 面颊缺损分类及修复方法的选择（附表）

附表 面颊缺损分类及修复方法的选择

修复方法	面颊缺损分类					例数	成功	失败	成功率（%）
	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ				
游离皮肤移植	10	74	25	—	—	109	97	12	88.99
局部皮瓣	21	20	—	—	—	41	41	—	100.00
游离或带蒂皮瓣	—	6	23	—	17	46	44.5	1.5	96.74
折叠皮瓣	—	—	—	5	6	11	11	—	100.00
瓦合式皮瓣	—	—	—	8	8	16	13.5	2.5	84.38
合计	31	100	48	13	31	223	207	16	92.83

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

3 讨 论

3.1 面颊缺损分类

面颊缺损修复方法很多，据不完全统计仅游离及带蒂皮瓣修复目前已有20余种[1-3]，但效果不一，尚欠公认最佳方案，原因是面颊缺损的范围和形状具有多样性，又缺乏明确分类。有学者根据唇颊缺损范围及程度分为3类[4]。章魁华根据上述原则提出4类分类法[5]，对临床具有很大指导作用，推动了唇颊缺损修复的发展。作者根据多年临床实践经验，按面颊缺损范围和程度，并与之相联系的治疗方案，提出面颊缺损Ⅴ类分类法、Ⅱ类缺损最多见占44.84%（100/223），其次为Ⅲ类缺损21.53%(48/223)，Ⅰ和Ⅴ类缺损较少各占13.90%（31/223），Ⅳ类缺损最少见只占5.83%（13/223）。这种分类方法便于治疗方案形成及修复效果的统一评价。

3.2 修复方法

与缺损类型相适应的修复方法5种，游离植皮和局部任意皮瓣，这两种方法适用于Ⅰ和Ⅱ类面颊中小范围表浅缺损的修复，游离植皮也适用于Ⅲ类表浅缺损的修复。游离或带蒂的皮瓣适用于Ⅱ、Ⅲ和Ⅴ类颊缺损修复。一块皮瓣折叠法适用于Ⅳ和包括唇部的Ⅴ类缺损修复。瓦合瓣法较复杂、技术条件要求高、风险大，仅适用于Ⅳ和合并有唇受损的Ⅴ类大型缺损的修复。

面颊缺损修复有一定失败率，本组病例失败16例（7.17%），因早期植皮技术问题，游离植皮失败12例，带蒂颈阔肌皮瓣失败1例，胸大肌肌皮瓣加植皮失败1例，胸大肌肌皮瓣加前臂皮瓣移植，口外胸大肌肌皮瓣全部坏死，口内前臂皮瓣创面裸露，湿敷后创面游离植皮愈合1例，另2例为皮瓣边缘部分坏死。游离及带血管蒂皮瓣失败的原因很多，作者认为术前设计、术中操作及术后感染是主要原因，其中任何一项处理不当均可导致手术失败。

3.3 术中腮腺导管处理

面颊缺损修复中常遇腮腺导管问题，如未被癌肿侵犯，可移位或在皮瓣上造孔移植。如受侵则行结扎切除或切取一段游离静脉移植，再造腮腺导管。本组病例腮腺导管结扎切除15例。导管移位5例，皮瓣造孔移植4例，游离静脉移植再造腮腺导管2例，保留了腮腺的正常分泌功能。

3.4 皮瓣口内移植后粘膜化问题

各种皮瓣口内移植后，虽然组织结构有不同程度变化，但终不能转变为粘膜。皮肤皮纹的粗糙感、毛发的刺激、皮肤腺体分泌的气味等均使患者所不适。国外学者开展新的供区以解决此课题，如Sasaki[6]应用吻合血管的空肠修复口腔内缺损。国内学者从改造皮瓣方面进行研究，应用吻合血管的真皮复合组织瓣（或再上皮化组织瓣）修复口腔内组织、器官缺损，取得初步进展[7]，为解决此课题进行了有益的探索。

总之面颊缺损修复，目前仍处于供区及手术方法的选择阶段，仍在寻求最佳方案。邱蔚六[8]提出口腔颌面部癌肿术后缺损立即整复应从生存质量和功能性外科方面考虑。为口腔颌面缺损修复指出了研究方向，提出了更高要求，对口腔颌面缺损修复研究具有指导意义。

参 考 文 献

1. Papachritou DN, Valions P, Skandalakis P, et al. Reconstruction of full-thickness defects of the cheek in cancer surgery. Am Surg 1987; 53:592
2. 李慧增 杨光玉 杨道福，等。吻合血管组织瓣移植行唇颊缺损再造(附42例报告)。华西口腔医学杂志 1989；7:230
3. 孙弘。唇颊部缺损和畸形。见汪良能 高学书，主编。整形外科学。北京：人民卫生出版社，1989：611～649
4. 张涤生 高学书 吴伯刚。坏疽性口炎后遗症50例的整复外科治疗。中华医学杂志 1958；44:527

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

5. 章魁华。走马疳后遗畸形的分类与治疗。北京医学院学报 1964；3：224
6. Sasaki TM, Baker HW, McConnell DB, et al. Free jejunal mucosal patch graft reconstruction of the oropharynx. Arch Surg 1982；117：459
7. Li Huizeng, Sun Yuan, Yang Guangyu, et al. A new method for intraoral tissue defect repair: Diepithelialized tissue flap with vascular anastomosis. J Med Coll PLA 1991；6：147
8. 邱蔚六。生存质量与功能性外科—现在和未来。实用口腔医学杂志 1990；6：192
（收稿：1991-12-25；修回：1992-02-25）

Classification of cheek defects and choice of repair method: A report of 223 cases

Li Huizeng, Sun Yuan, Yang Jun, et al (Department of Oro-maxillo-facial Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical College, Chongqing, 630038)

Abstract Surgery to repair cheek defect has been performed for a long time but no method can be considered as the best and be universally applicable since the shape and size of cheek defect are variable and no reasonable classification is established for cheek defect.

Two hundred and twenty-three cases of cheek defect were collected in a 26-year period from 1964 to 1990. According to the size and degree of the cheek defects, a classification into 5 categories and corresponding 5 repair methods were established. The total success rate war 92.83%. The clinical features of the defects, the indications of operation, and the choice of repair methods for different types of defects were discussed.

It is concluded that our classification of cheek defects into 5 categories is helpful to differentiate the operative indications, to choose the suitable method of repair and to evaluate the therapeutic efficacy.

key words facial injuries/CL; facial injuries/SU; cheek/IN

（上接131页）

表2 患者血清吸收前后主侧配血结果

供者姓名	配血方法			
	盐水法（室温20℃）		木瓜酶法（37℃）	
	吸收前	吸收后	吸收前	吸收后
杨某	1+	0	0	0
曾某	2+	0	0	0
周某	1+	0	0	0
冯某	1+	0	0	0
陈某	1+	0	0	0
自身	3+	0	0	0

3 讨 论

正常人的冷凝集素效价一般在16以下，而且在20℃即不发生凝集作用[1]，高效价冷凝集素综合症一般属继发性，有的继发于淋巴系统的恶性肿瘤或病毒感染等[2]。本例为胃体窦癌，血型为B型，血清中所含冷凝集素能与A、B、O、自身红细胞发生凝集，4℃时效价是256，20℃亦有凝集，干扰血型鉴定和交叉配血。但在37℃时无凝集。将患者红细胞用37℃温盐水洗涤后，能正确定血型，其血清与洗涤后红细胞于4℃吸收2h，配血便不发生凝集。患者术中及术后一共输血900ml，输前血袋均在37℃水浴中加温15min，病人输后无不良反应。术后患者恢复较好，贫血基本纠正。于术后10d复查患者冷凝集素效价已由256下降至2。

本例患者在病重时冷凝集素效价升高，而当癌肿被切除后，病情好转时又下降至正常。其机理尚不清楚，推测可能与疾病有关。

关键词 胃癌；冷凝集素；血型；输血

参 考 文 献

1. 中国医科学院分院血型工作手册编写组。血型工作手册。北京：人民卫生出版社，1973：116
2. 邓家栋主编。临床血液学。上海：上海科学技术出版社，1985：440
（收稿：1991-11-25；修回：1992-02-25）

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