

根据口鼻轮廓线设计单侧Ⅱ期唇裂整复术 120 例临床观察

于涛¹⁾, 张露²⁾, 李永诚³⁾, 王晓卫³⁾

(1) 昆明医科大学附属甘美医院, 昆明市第一人民医院整形美容科, 云南昆明 650031; 2) 昆明医科大学附属延安医院, 云南昆明 650000; 3) 昆明微笑行动慈善口腔医院, 云南昆明 650000

[关键词] 单侧唇裂畸形; Ⅱ期修复; 轮廓线设计; 综合整体修复

[中图分类号] R782.2+1 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 12-0162-03

自 2010 年 3 月至 2013 年 12 月多来, 采用根据口鼻轮廓线设计单侧Ⅱ期唇裂整复术^[1]修复单侧Ⅱ期唇裂患者 120 例, 取得了满意的手术效果, 现介绍如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2010 年 3 月至 2013 年 12 月在微笑行动中接受该手术术式并随访到的病例 120 例, 男 42 例, 女 78 例; 年龄 2~37 岁, 平均 24 岁。术后随访最短 1 个月, 最长 24 个月, 平均 11 个月。

1.2 手术方法

1.2.1 定点 图 1 所示标记定点。

1.2.2 手术方法和步骤 连接 3BCDE、AGH 和 456, 为人中脊、鼻小柱基底、鼻槛、鼻槛切迹, 鼻小柱, 鼻孔边缘弯曲的轮廓曲线。(1) 按手术前设计好的手术切口线切开皮肤 3BCDE、AGH 和 456, 去除患侧瘢痕组织的表皮, 将瘢痕组织分为 2 个瓣: 做唇珠充填修复的瘢痕组织瓣, 蒂在患侧黏膜位置; 做患侧鼻底充填的瘢痕组织瓣, 蒂在“Millard 旋转推进瓣”的 C 瓣位置。(2) 松解分离组织, 口轮匝肌与皮肤剥离, 使口轮匝肌从皮肤和粘膜间脱套下来。剥离皮肤和鼻翼软骨、侧鼻软骨至鼻骨边缘, 患侧和健侧内侧脚分开, 剥离时患侧分离至中隔软骨边缘或部分中隔软骨, 以鼻翼软骨内侧脚能够旋转到设计的位置为好。

(3) 修整组织和缝合: 矫正鼻中隔软骨并固定, 矫正缝合侧鼻软骨, 患侧鼻翼软骨和鼻腔黏膜向内向上旋转后, 和对侧鼻翼软骨缝合固定。(4) 转

移瘢痕组织瓣至鼻底凹陷处, 将疤痕组织瓣向上旋转至患侧鼻底最凹陷处固定, 以充填鼻底凹陷, 缝合鼻底和鼻阈。位于患侧的疤痕组织瓣充填于唇珠位置固定。(5) 口轮匝肌采用对位缝合、褥式缝合和患侧叠加在健侧口轮匝肌上的多种缝合方式。

(6) 按整形美容方法缝合唇部和鼻部皮肤。(7) 患侧瘢痕组织瓣和黏膜瓣插入健侧, 以形成唇珠和唇珠旁沟, 间断缝合唇部黏膜。(8) 在鼻翼沟轮廓线上, 和鼻腔黏膜贯穿缝合 1~2 针, 让鼻部皮肤、软骨和鼻部黏膜贴合。术后伤口红线见图 2。

1.2.3 术后处理 按照唇裂术后常规处理, 戴鼻模 6 个月, 抗瘢痕治疗预防瘢痕增生。

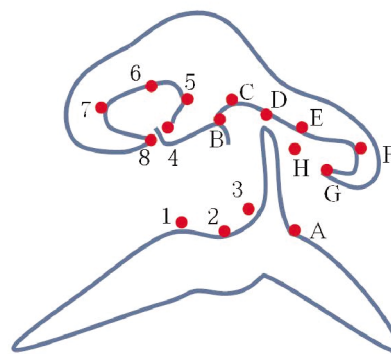


图 1 定点示意图

1: 健侧唇峰; 2: 人中切迹; 3: 患侧唇峰; 4: 健侧鼻小柱基底; 5: 健侧鼻小柱转角; 6: 健侧鼻孔切迹; 7: 健侧鼻翼丰满处; 8: 健侧鼻槛切迹; A: 患侧唇峰; B: 患侧鼻小柱基底 (术前); C: 患侧鼻小柱基底 (术后); D: 患侧鼻小柱转角; E: 患侧鼻孔切迹; F: 患侧鼻翼丰满处; G: 患侧鼻槛切迹; H: 皮肤三角瓣点; 其中 14 = 3BC, 45 = CD, 56 = DE, 678 = EFG, 84 = GC, 18 = AG。

[作者简介] 于涛(1968~), 男, 云南昆明市人, 大学本科, 副主任医师, 主要从事整形美容工作。

[通讯作者] 张露. E-mail: 97zhanglu@sina.com

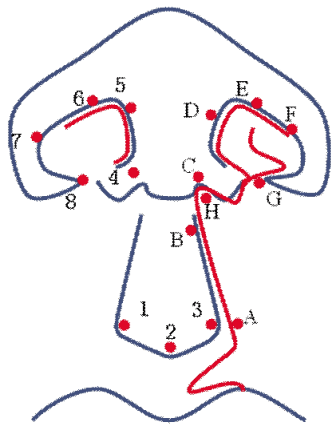


图 2 术后伤口示意图 (红线)

2 结果

术后 5~7 d 拆线, 伤口均一期愈合, 无局部感染、出血、复裂者。术后随访最短 1 个月, 最长 24 个月。随访结果: 用该方法修复后, 单侧唇裂 II 期患者的患侧上唇形态、唇峰长短、鼻孔大小、鼻小柱形态、鼻翼形态和鼻底塌陷程度, 较术前均有明显改善, 鼻唇外形接近于正常外形, 术后轮廓线上的瘢痕不明显, 结果医患满意。

3 讨论

3.1 根据口鼻轮廓 II 期唇裂整复术效果满意

由于单侧 I 期手术后继发口鼻畸形、皮肤正常轮廓破坏, 以及术后的疤痕的影响, 以及患者对唇裂术后外形接近于正常人的要求, 单侧唇裂 II 期修复手术有时比 I 期更为困难。为此, 笔者在过去 20 多年里, 前期经过经典的 Davies 对偶三角瓣术式、Tennison 下三角瓣术式、Millard 旋转推进瓣^[2-3], 后期经过 salyer 术式、Noordhoff 术式^[4-7]术式等, 通过对鼻唇弯曲轮廓的细微研究, 从解剖、力学分析入手, 结合唇裂畸形的特点, 经过大量的临床实践, 逐步形成以口鼻弯曲轮廓线为手术切口的方式, 术中参考水平线和正中垂直线, 对单侧唇裂 II 期进行唇鼻综合整体修复手术, 术后鼻唇畸形较术前有明显改善, 鼻唇外形接近于正常外形, 术后轮廓线上的瘢痕不明显, 取得满意效果。

3.2 鼻唇弯曲轮廓的细微研究

该方法在过去唇峰、人中脊、人中凹、人中切迹、唇珠、唇珠旁沟、口角、鼻孔、鼻尖、鼻翼、鼻小柱轮廓基础上, 增加了鼻小柱基底、鼻孔切

迹、鼻槛、鼻槛切迹、鼻阈、鼻翼沟轮廓标志, 为两侧鼻部、鼻小柱和唇部的对称性提供了设计和矫正的基础。连接鼻小柱基底、鼻槛和鼻槛切迹细微轮廓, 形成图 3 所示蓝色形状的轮廓线。连接人中脊、鼻小柱基底、鼻槛、鼻槛切迹、鼻小柱边缘、和鼻孔边缘, 形成图 3 所示的红色弯曲轮廓线, 加上鼻小柱、鼻小柱基底、鼻槛和鼻槛切迹细微轮廓, 形成蓝色形状的轮廓, 这 2 条轮廓线形成我们常用的手术轮廓线。术后的切口疤痕与上述的轮廓线重叠, 可最大限度的隐藏疤痕, 起到美观的作用。

3.3 唇裂畸形特点和力学分析

该法根据唇裂畸形的特点, 对唇裂术前、术后进行了力学的分析, 根据唇裂的畸形方向和矫

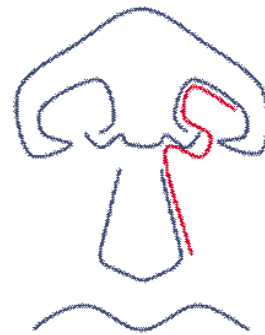


图 3 手术常用轮廓线

正方向, 强调力的平衡。术中根据正中线和水平线, 为手术矫正提供了解剖学和力学基础, 该手术方法除了解剖结构的修复, 外形的修复, 同时注意肌肉力量的平衡。

3.4 定点明确

以健侧鼻唇轮廓为标准, 设计患侧的定点, 精确, 对称性好。定点时注意 (图 1): (1) A 参考 1、8 和 G 到口角距离; (2) 3BC 将成为术后患侧的人中脊, 4C 将成为鼻小柱和唇部的交界线, 为鼻小柱基底; (3) 部分唇高缺损不是很严重的患者, 可能 C 和 D 点重叠, 定点设计上则 $8A = GB$, $5A = BD$; (4) 实际手术中, 先缝合唇弓皮肤, 设计的 B、C、H 点, 根据鼻唇外形做一定的调整。

该手术有以下特点: (1) 手术同时修复唇部畸形和鼻部畸形; (2) 手术切口线设计在口鼻弯曲的轮廓线上, 和弯曲轮廓线重叠或躲藏, 易于隐蔽; (3) 充分的剥离, 松解组织畸形的附着点; (4) 矫正鼻翼软骨、鼻外侧软骨和中隔软骨; (5) 患侧唇部形成两个瘢痕组织瓣, 以充填患

(下转第 165 页)

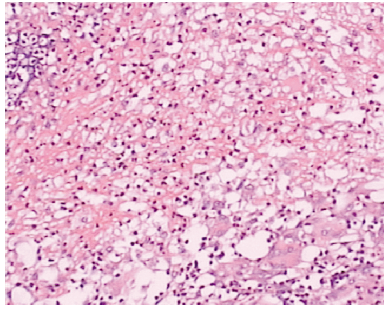


图 5 病理所示毛根周围慢性炎细胞浸润, 伴表面过度角化并角化不全

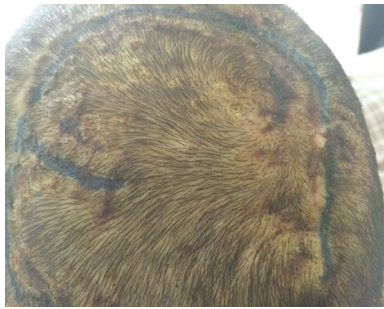


图 6 伤口拆线后

2 讨论

毛囊炎在小儿好发于头皮, 多数门诊治疗可治愈, 但也有反复发作, 多年不愈, 有的也可发展为深在的感染, 形成疖、痈等, 一般不留瘢痕。反复发作, 长期不愈形成巨大头皮包块时需外科手术处

理^[1]。较小头皮包块切除所致头皮缺损可直接缝合伤口, 较大头皮包块切除所致头皮缺损若缺损面积 $< 6 \text{ cm}$, 无法直接缝合伤口, 需做辅助切口^[2], 充分游离皮下也可缝合伤口。巨大头皮包块切除以及其他原因所致的巨大头皮缺损 (直径 $> 7 \text{ cm}$), 由于头皮伸展性较其他部位皮肤差, 伤口难以直接缝合, 处理比较棘手, 可能需皮片移植法, 局部头皮瓣转移加植皮法, 颅骨钻孔肉芽创面植皮法、远位皮瓣移植法及残留正常头皮扩张 I 期修复法^[3]等处理, 延长住院时间, 增加病人痛苦。本例采用保留基底枕动脉血供二次皮瓣转移, 充分游离皮下, 使伤口得以直接缝合, 解决头皮缺损问题, 伤口 I 期愈合, 取得良好效果。本法简单易学, 对临床常见的外伤, 电击伤, 肿瘤切除所致的巨大头皮缺损修复应作为一种较好的术式选择。

[参考文献]

- [1] 朱德生. 皮肤病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1982: 148.
- [2] 江基尧, 朱诚. 现代颅脑损伤学[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 1999: 58.
- [3] 杜永贵, 邹同荣, 毛波, 等. 头皮缺损合并颅骨外露的皮瓣修复方法探讨[J]. 中国美容医学, 2013, 22(11): 140 - 142.

(2014 - 10 - 06 收稿)

(上接第 163 页)

侧鼻底和唇珠; (6) 术后能够最大限度保持人中嵴皮肤的完整性; 7、在轮廓线上的术后瘢痕不明显。

通过 20 多年不断研究和大量的临床实践说明, 口鼻轮廓线设计 II 期唇裂整复术手术方式, 对单侧唇裂 II 期进行唇鼻综合整体修复手术, 临床效果满意, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 张露, 于涛, 李永诚, 等. 根据口鼻轮廓设计 II 期单侧唇裂整复术 [J]. 中华医学美容杂志, 2014, 20(2): 98 - 102.
- [2] 王翰章. 口腔颌面部发育畸形 // 张锡泽, 邱蔚六. 口腔颌面外科学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社,

1987: 511 - 515.

- [3] 宋儒耀, 王积恩. 唇颊部的美容整形 // 宋儒耀, 方彰林. 美容整形外科学 [M]. 第 2 版. 北京: 北京出版社, 1992: 341 - 348.
- [4] SALYER K E. Primary correction of the unilateral cleft lip noses: A 15-year experience [J]. Plastic Reconstructed Surgery, 1986, 77(5): 558 - 563.
- [5] SALYER K E, GENECOV E R, GENECOV D G. Unilateral cleft lip-nose repair: a 33-year experience [J]. J Craniofac Surg, 2003, 14(4): 549 - 558.
- [6] SALYER K E, XU H, GENECOV E R. Unilateral cleft lip and nose repair; closed approach Dallas protocol completed patients [J]. J Craniofac Surg, 2009, 20(2): 1939 - 1955.
- [7] NOORDHOFF M S. The surgical technique for the unilateral cleft lip-nasal deformity [M]. Taipei: Noordhoff Craniofacial Foundation, 1997: 10 - 29.

(2014 - 09 - 13 收稿)