

[文章编号] 1000-1182(2008)03-0287-04

## 唇腭裂临床治疗准则初探

石冰, 郑谦, 王葵, 李盛, 尹恒, 龚彩霞  
(四川大学华西口腔医院 唇腭裂外科, 四川 成都 610041)

[摘要] 为探讨合理的唇腭裂临床治疗模式和方法, 四川大学华西口腔医院唇腭裂外科在近年临床治疗方法比较的研究中, 开发和引进了多种国内外临床治疗模式与方法。现以临床治疗效果评价为依据, 按时间序列和技术方案序列对唇腭裂发生发展过程中各个阶段的治疗原则和方式进行总结, 初步形成华西口腔医院唇腭裂临床治疗准则, 希望以此来促进整体临床治疗和研究水平的提高。

[关键词] 唇腭裂; 序列治疗; 治疗方法; 准则

[中图分类号] R782.2 [文献标识码] A

Exploring the guide line of clinical treatment on cleft lip and palate SHI Bing, ZHENG Qian, WANG Yan, LI Sheng, YIN Heng, GONG Cai-xia. (Dept. of Cleft Lip and Palate Surgery, West China College of Stomatology, Sichuan University, Chengdu 610041, China)

[Abstract] In recent years our research team introduced many foreign patterns to our clinics, kept innovating and exploiting more reasonable modes and methods to cure the cleft patients in the situation of a developing country. Now we concluded the treatment principles, patterns and techniques of the sequential therapy according to the different temporal stages of cleft, from its arising to the evolution, evaluated our therapy results and induced a preliminary guide line of our treating clefts. We sincerely hope this rule could promote the general progress in both clinical treatment and researching.

[Key words] cleft lip and palate; sequential therapy; method; guide line

对唇腭裂最佳治疗方式方法的探讨一直是颌面和整形外科最为关注和积极研究的临床课题之一。发达国家长期而广泛开展的序列治疗模式, 极大地促进了其唇腭裂临床治疗水平的提高。因此, 如何在唇腭裂临床治疗工作中贯彻国际先进的唇腭裂序列治疗理念, 探索与本国国情相适应的序列治疗模式, 筛选治疗效果稳定的治疗方法, 是一项具有重要现实意义的临床课题。为此, 笔者以对唇腭裂分类型开展序列治疗为指导思想, 从时间序列和技术方案序列两个方面对四川大学华西口腔医院唇腭裂临床治疗的准则进行了初步总结与归纳<sup>[1]</sup>, 现介绍如下。

### 1 唇腭裂的前期治疗

在患儿家庭经济条件许可并有条件配合复诊

时, 建议对完全性唇腭裂患儿在出生后1月内进行鼻模支撑器的早期矫治, 同时配戴腭护板, 以利于患儿进食, 减轻畸形程度, 常用的方法是Grayson矫治器、Hotz矫治器和Latham矫治器等<sup>[2]</sup>。

对无条件进行术前正畸的患儿家长可实施唇粘连术, 但术前应告之患儿家属唇粘连术后有较高的复裂率, 在其充分理解和同意的基础上考虑实施唇粘连手术的治疗。

### 2 唇裂的外科修复

在患儿3~6月龄, 同时具备以下条件时开始准备唇裂整复手术。这些条件包括体重大于6 kg, 血红蛋白质量浓度超过100 g/L, 白细胞计数低于 $1.2 \times 10^9/L$ , 近2周内无上呼吸道感染和腹泻。

在手术方式上, 按照唇鼻腭(硬腭或软腭)联合进行整复的观点, 对伴有完全性腭裂的唇裂患儿在唇裂整复术同期进行硬腭裂骨瓣修复术。施术医生在充分认识唇裂畸形特点和理解经典手术修复方法几何学原理的基础上, 将其与个体化唇裂畸形的特点相结合, 针对具体患者的畸形特点选择或设计

[收稿日期] 2008-02-26; [修回日期] 2008-04-20

[基金项目] 高等学校优秀青年教师教学和科研奖励基金资助项目(1999)

[作者简介] 石冰(1964-), 男, 山东人, 教授, 博士

[通讯作者] 石冰, Tel: 028-85501462

手术方式,如华西梯度旋转下降法和华西改良Black双侧唇裂整复法等<sup>[3-6]</sup>。在不影响患侧唇峰旋转下降的条件下,术式设计中应尽量减少对瓣的设计和应用。术中应以口轮匝肌的功能性重建为恢复口鼻唇形态的重要基础,但也应注意预防不必要或过度的解剖分离操作。

### 3 腭裂的外科修复

在腭裂手术时间方面,尽可能做到在1.5岁前完成腭裂修复术。对于裂隙较窄,手术后可不暴露或少暴露硬腭裸露骨面的患者,以1岁内完成腭裂整复手术为好;而对于裂隙严重,术后有可能遗留较大面积裸露骨面时,则可将手术时间适当延迟。对5~10岁的腭裂患者,可在腭裂整复的同期行华西咽后壁增高术,以助腭咽闭合率的提高;而对大于10岁的腭裂患者,在行腭裂整复术的同期行华西腭咽肌瓣咽成形术,可明显提高大龄患者的腭咽闭合率;对腭隐裂的患儿可严密监护,只有当出现喂养、听力或语音问题时才考虑进行腭裂的修复。

在腭裂手术方式的选用方面,原则上是选用那些既能有效恢复腭裂患者语音,又对上颌骨生长影响作用较轻的手术方法。已有研究表明,与唇裂修复术同期进行的硬腭裂犁骨瓣修复法可以有效减少腭裂的裂隙宽度,使大部分患者避免或减少了腭裂修复术中在两侧近龈缘处所做的松弛切口以及将腭黏骨膜瓣向中线移动的距离,且未对上颌骨的早期生长产生明显影响。在腭裂修复术中,以使用Sommerlad腭帆提肌重建法为主,兼顾使用兰氏法(改良法)、两瓣法(如Bardach法)和反向双Z(Furlow法)法等<sup>[7-9]</sup>,并遵循以下原则进行设计和操作:努力重建腭帆提肌环的形态结构;尽可能延长软腭的长度;尽量避免或减少术后暴露的硬腭裸露骨面,并积极予以邻近组织瓣等方法修复裸露骨面。

### 4 正畸治疗

正畸治疗要贯穿于唇腭裂患者治疗的全过程。在可能的情况下,积极开展患儿出生后1个月内的术前正畸治疗。腭裂术后的2~3年,应密切观察患儿咬合关系的改变,一旦出现前牙反骀,则应开始正畸治疗,刺激颌骨的生长,改善咬合。通常在牙槽突植骨前、后的半年至一年还要进行以扩弓和排齐牙列为目的的正畸治疗<sup>[1]</sup>。

### 5 牙槽突裂的植骨修复

在手术时间方面,当尖牙牙根形成2/3以上时应进行植骨修复,当年龄与牙龄不符时,以牙龄作为

参照依据。对伴有严重的前颌骨前突、两侧上颌骨骨段有向中线生长而阻碍前颌骨生理性后退的患者,可将牙槽突裂的骨移植修复时间提前并同期行前颌骨截骨后推术。对于临床植骨时间提前的患者,应密切观察其对上颌骨生长发育的影响作用。对双侧牙槽突裂可分期完成骨移植的修复。对牙槽突裂隙较大,特别是伴有硬腭前份骨缺损时,一般先行骨缺损处的软组织修复,至少6个月后再行骨移植修复手术。大于8岁的腭裂患者也可在腭裂修复术的同期行牙槽突骨移植修复术<sup>[1]</sup>。

术前正畸一般适用于严重错骀,例如严重反骀、牙弓缩窄、植骨床狭窄、裂隙两侧牙槽突不在同一牙弓弧度或重叠者,需要进行植骨前半年或一年的正畸治疗,为植骨成功创造条件。若需拔牙时,应至少提前2~3周完成。

在植骨骨源的选择中,首选髂骨松质骨等作为骨源。对二次植骨或双侧牙槽突裂的患者分期行骨移植修复术时,可连续将同一侧髂骨作为骨源使用。同期行软骨移植修复唇裂鼻畸形整复者也可用肋骨移植修复牙槽突裂。在效果评价方面,一般采用Bergland的评价方法评价治疗效果。建议术后3个月或尖牙完全萌出时开始进行正畸治疗,术后6个月可利用种植体修复缺失牙。

### 6 唇裂鼻畸形的整复

除初期唇裂修复术时,宜采用闭合式的解剖分离方法对鼻畸形进行早期矫治外,对于绝大多数鼻畸形患者,建议等到牙槽突裂骨移植修复的同期或后期采用开放式的手术进行矫正。

唇腭裂术后继发鼻畸形的矫正应包括鼻骨畸形、鼻中隔畸形、鼻翼畸形、鼻底嵴和鼻尖畸形等解剖部位的矫正。对鼻骨偏曲畸形的矫正可采用经鼻前庭切口的鼻骨骨折复位矫正术,鼻中隔偏曲畸形则多采用中隔软骨部分切除术及矫正中隔软骨在前鼻棘的错位附着术。鼻翼和鼻尖的矫正方法则视鼻孔的大小和鼻底嵴的形态而定。若鼻孔与健侧等大或大于对侧,鼻底嵴缺失者采用Dibbell法加Tajima反向U型切口予以矫正常可获得比较好的效果;反之,鼻孔较健侧变小而鼻底嵴尚丰满者采用Potter法加Tajim反向U型切口矫正常可获得比较好的效果;在上述两法中都可以用已切除的中隔软骨加强鼻小柱的支持力度,改善鼻尖的形态。

对伴患侧鼻底缺损而术中不与牙槽突裂植骨床相通者,可将牙槽突裂的骨移植修复与鼻畸形整复同期完成,否则将鼻畸形整复安排在牙槽突裂植骨修复以后的6~12个月进行。



对患儿5~6岁前鼻畸形的矫正,原则上是畸形越轻,手术矫正越晚进行;反之畸形越重,手术矫正可较早进行,以免影响患儿的身心发育。在方法上应尽可能选用切口少、分离范围局限的方法,不宜采用植骨或外源性材料植入的方法矫正鼻翼畸形<sup>[7]</sup>。

## 7 唇裂术后继发畸形的二期整复

二期整复一般遵循继发软组织畸形的整复应在骨组织畸形矫正之后进行的原则;但更应重视完成对口轮匝肌位置与形态的重建,其次是用几何学原理完成表面形态结构的手术设计;同时要考虑尽可能减少外科手术治疗的次数<sup>[7]</sup>。

整复的时机应与患儿的心理发育状况相结合来全面考虑。对于较重的唇畸形,为了给患儿营造有利于身心发育的环境,主张较早期进行二期整复;而对于较轻的唇畸形,可以把手术时间延后。但二期整复的时机与方法的确定需有患者的参与,当医生的治疗方案与患者和家属意见不一致时,应充分尊重患者和其家属的意见。

## 8 腭裂术后穿孔的修复

要客观评估腭裂术后穿孔对患者语音及进食的影响。如果术后穿孔严重影响语音和患者的生活质量,且修复穿孔对患儿生长发育不至于造成明显影响时,可安排在初次腭裂手术后半年或一年进行腭裂穿孔的修复术;反之,对患者语音影响不明显的,则可待患者生长发育后期再行腭裂术后穿孔修复术<sup>[7]</sup>。

对于穿孔较大或无把握获得手术成功的困难病例,建议不要贸然手术,可采用阻塞器改善患者鼻漏气和鼻返流,为语音治疗创造条件,达到改善腭裂语音的目的。

## 9 腭咽闭合不全的诊断与治疗

在诊断方面,一般以语音师的主观判断为主要诊断依据,当语音师诊断有腭咽闭合不全时还应结合应用咽腔造影片、鼻咽纤维镜检等客观评价患者腭咽闭合不全的程度和闭合类型<sup>[10-11]</sup>。

在治疗方面,对于腭咽闭合不全较严重的患者,主张在患者4~6岁或学龄前行华西改良腭咽肌瓣咽成形术或腭再成形术,对未曾行腭帆提肌重建术的患儿应以能有效恢复腭帆提肌功能的腭再成形术(如Sommerlad法)为首选。对咽腔前后径深而咽侧壁运动较好的患者也可考虑应用能覆盖咽瓣裸露面的Hogan咽后壁瓣手术方法。对大于8岁的腭裂患者可以考虑在腭裂修复术同期行华西改良腭咽肌瓣咽

成形术。对部分腭裂术后腭咽闭合处于临界状态的患者,也可以结合患儿家长的意见先开展试验性语音治疗或戴阻塞器后的试验性语音治疗,以此来达到实现正常语音功能的目的。对语音治疗效果不佳者,可再行华西改良腭咽成形术或腭再成形术,以改善腭咽闭合状态。

## 10 语音治疗

在语音评估时间方面,建议在患者腭裂修复手术后3个月到半年开始进行以“华西口腔医院语音清晰度测量用表”为基础的语音评估<sup>[12]</sup>。在治疗方法上,对于初期腭裂手术修复后的患者,可建议对患者进行吹气和吐气练习;而语音治疗应采取语音师与患者一对一的方式进行。一般情况下患者需具备以下条件,才能获得较好的语音治疗效果:年龄在3岁以上,腭咽闭合良好,能配合治疗。

## 11 腭裂分泌性中耳炎的处置

对患有腭裂分泌性中耳炎的患者,应在唇裂修复术时进行第一次检查并作记录。对腭裂手术前的患者应进行声导抗测定,部分能合作的患者进行纯音测听,对于听力超过30 dB、鼓室图为B型的患者,以及部分中耳负压超过-26.66 kPa的C型和异型鼓室图患者,在腭裂手术的同时,应由经过训练的唇腭裂外科医生进行中耳鼓膜穿刺探查术;如果中耳有积液,则行鼓膜切开置管术,并在术后1月、3月、6月和1年复诊,评价中耳功能,确定是否取管以及取管时机<sup>[13-14]</sup>。

## 12 颌骨畸形的矫治

当正畸治疗不能获得理想的咬合以及面部协调时,建议待患者生长发育完成后(16~18岁)进行必要的正颌外科手术,改善患者的牙颌面畸形。正颌手术还要尽可能避免或减轻对继发或加重腭咽闭合不全的影响作用。只有当畸形对于气道、下颌功能、语音和心理有较严重的影响时,才可以考虑早期手术;但需让患者及其家属理解,早期手术是为了使效果更好,以后还有再次手术治疗的可能。

## 13 心理咨询

在唇腭裂患者生长发育过程中,应尽可能对患者及其家庭进行周期性的社会心理评估。一般由具有唇腭裂心理知识的外科医生或护士承担。评估时填写“华西口腔医院唇腭裂患者心理量表”,以识别患儿的认知发育、自我评价、人格发育、人际关系、社会心理发育等问题。当发现患儿存在上述问题时,

应让其接受专业的发育/认知评估、指导、咨询或其他必要的帮助。当患儿长大后,应向他们提供唇腭裂畸形的知识,允许和鼓励他们成为治疗计划中积极的参与者。告知患儿的监护者应该留意患儿对于治疗讨论的理解情况,应努力让患儿尽可能多地知道治疗计划。

总之,笔者希望通过这种专科治疗程序和治疗方法的研究和总结,引起广大同行的兴趣,适时地将本单位经验加以总结介绍,共同探讨出适宜于我国国情的唇腭裂治疗模式和方法,从根本上提高我国的治疗水平,实现从唇腭裂治疗大国向治疗强国的转变。

### [参考文献]

- [1] 石 冰. 唇腭裂修复外科学[M]. 成都: 四川大学出版社, 2004: 6.  
SHI Bing. Cleft lip and palate surgery[M]. Chengdu: Publishing Company of Schuan University, 2004 6.
- [2] 石 冰, 李 盛, 郑 谦, 等. 唇腭裂分阶段治疗的目标与实施原则[J]. 实用医院临床杂志, 2007, 4(2): 9-13.  
SHI Bing, LI Sheng, ZHENG Qian, et al. Objective and proceeding principle of the cleft lip and palate treatment at different stages[J]. Practical J Clinical Medicine, 2007, 4(2): 9-13.
- [3] 石 冰. 先天性唇裂整复理论与技术的现代走势[J]. 华西口腔医学杂志, 2007, 25(3): 209-212.  
SHI Bing. Current trend of theory and technique in cleft lip repair [J]. West China J Stomatol, 2007, 25(3): 209-212.
- [4] 石 冰. 提高单侧唇裂初期整复效果的理论与技术要点[J]. 中华口腔医学杂志, 2004, 39(5): 359-361.  
SHI Bing. Key point of improving the post operation result of primary cleft lip repair on theory and technique[J]. Chin J Stomatol, 2004, 39(5): 359-361.
- [5] Li Y, Shi B, Song QG, et al. Effects of lip repair on maxillary growth and facial soft tissue development in patients with a complete unilateral cleft of lip, alveolus and palate[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2006, 34(6): 355-361.
- [6] Xing H, Bing S, Kamdar M, et al. Changes in lip 1 year after modified Millard repair[J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2008, 37(2): 117-122.
- [7] 石 冰. 唇腭裂临床相关问题的思考与处置[J]. 口腔颌面外科杂志, 2005, 15(2): 125-128.  
SHI Bing. Consideration and treatment of clinical problems of lip cleft and palate cleft[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2005, 15(2): 125-128.
- [8] 鲁 勇, 石 冰, 郑 谦, 等. Sommerlad腭帆提肌重建术在不完全性腭裂整复中的应用研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2006, 22(4): 233-236.  
LU Yong, SHI Bing, ZHENG Qian, et al. A study of Sommerlad palatoplasty with the levator veli palatini repositioning for isolated cleft palate repair[J]. J Clin Stomatol, 2006, 22(4): 233-236.
- [9] 蒙 田, 鲁 勇, 郑 谦, 等. 腭帆提肌重建术的研究应用进展[J]. 国际口腔医学杂志, 2006, 33(5): 377-378.  
MENG Tian, LU Yong, ZHENG Qian, et al. Advance of study and appliance on reconstruction of levator veli palatini in cleft palate repaired[J]. J Int Stomatol, 2006, 33(5): 377-378.
- [10] 鲁 勇, 胡勤刚, 石 冰, 等. 三种评估腭咽功能方法的对比研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2007, 23(5): 297-299.  
LU Yong, HU Qin-gang, SHI Bing, et al. Comparative study of three methods on assessing velopharyngeal function [J]. J Clin Stomatol, 2007, 23(5): 297-299.
- [11] Lu Y, Shi B, Zheng Q, et al. Analysis of velopharyngeal morphology in adults with velopharyngeal incompetence after surgery of a cleft palate[J]. Ann Plast Surg, 2006, 57(1): 50-54.
- [12] 李 蓓, 石 冰, 郑 谦, 等. 腭裂畸形程度对腭裂语音影响的研究[J]. 华西口腔医学杂志, 2007, 25(1): 55-57.  
LI Bei, SHI Bing, ZHENG Qian, et al. Study on the effects of different extent of cleft malformation on speech in patients with cleft palate[J]. West China J Stomatol, 2007, 25(1): 55-57.
- [13] 徐慧芬, 徐丽蓉, 何 勇, 等. 腭裂患者分泌性中耳炎的治疗[J]. 中华口腔医学杂志, 2003, 38(4): 269-270.  
XU Hui-fen, XU Li-rong, HE Yong, et al. Treatment of cleft palate with secretory otitis media[J]. Chin J Stomatol, 2003, 38(4): 269-270.
- [14] 郑 谦, 徐慧芬, 何 勇, 等. 腭裂整复术同期鼓室置管的疗效及并发症防治[J]. 华西口腔医学杂志, 2003, 21(1): 28-30.  
ZHENG Qian, XU Hui-fen, HE Yong, et al. Effects of tympanotomy and pressure equilibrium tube insertion during palatoplasty on prognoses of otitis media with effusion[J]. West China J Stomatol, 2003, 21(1): 28-30.

(本文编辑 吴爱华)

### 四川大学华西口腔医学院医学基础实验教学中心荣膺 2007年度国家级实验教学示范中心建设单位

2007年,教育部组织有关专家对31个省、自治区、直辖市教育行政部门报送的16个学科类别的实验教学中心进行了严格的评审,经过网上初评、终审评议和网上公示等程序,经国家教育部、财政部批准,四川大学华西口腔医学院医学基础实验教学中心荣膺2007年度国家级实验教学示范中心建设单位。

四川大学华西口腔医学院