

单侧唇裂鼻畸形同期整复术后疗效的初步观察

代晓明¹⁾, 刘 华²⁾, 李逸松¹⁾, 王福科³⁾, 刘 流³⁾

(1) 昆明医科大学附属口腔医院口腔外科, 云南昆明 650031; 2) 昆明医科大学第四附属医院, 云南省第二人民医院口腔外科, 云南昆明 650021; 3) 昆明医科大学第一附属医院头颈外科, 云南昆明 650031)

[摘要] **目的** 初步观察在行先天性单侧唇裂修复术同期矫正鼻畸形的临床效果. **方法** 患者被随机分为实验组和对照组. 2组均接受 Millard II 或改良 II 式唇裂修复术, 实验组同时整复鼻畸形术后鼻腔内置硅胶管维持形态. 术后随访, 观察鼻小柱、鼻尖、鼻翼和鼻孔形态. 鼻小柱居中, 鼻尖抬高, 鼻翼无塌陷、双侧鼻孔基本对称者为良好. **结果** 2007年2月至2011年3月间62例患者接受手术. 患者年龄3月到3岁零11个月. 男比女为33:29. 实验组39例, 对照组23例. 平均随访14月(6个月~2年零3个月). 术后效果良好者实验组28例(28/39, 72%), 对照组3例(3/23, 13%), 二者差异有统计学意义($P < 0.05$). **结论** 对单侧唇裂患者同期矫正鼻畸形可取得较满意的临床效果.

[关键词] 先天性单侧唇裂; 鼻畸形; 整复术

[中图分类号] R782.2.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1003-4706(2012)07-0077-03

A primary study on The Effect of Simultaneous Lip and Nose Repair for Unilateral Cleft and Nasal deformity

DAI Xiao-ming¹⁾, LIU Hua²⁾, LI Yi-song¹⁾, WANG Fu-ke³⁾, LIU Liu³⁾

(1) Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, The Affiliated Stomatology College of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650031; 2) Dept. of Oral and Maxillofacial Surgery, The 4th Affiliated Hospital of Kunming Medical University, The 2nd People's Hospital of Yunnan Province, Kunming Yunnan 650021; 3) Dept. of Head and Neck Surgery, the 1st Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming Yunnan 650032, China)

[Abstract] **Objective** To evaluate the effect of simultaneous lip and nose repair for unilateral cleft and Nasal deformity. **Methods** Patients were divided randomly into two groups. All patients accepted cleft lip repair with Millard II or improved technique. The simultaneous rhinoplasty had been fulfilled in test group. A silicon model was placed in nasal cavity to sustain appearance postoperatively. In a postsurgical interview, columella nasi without displacement, tip rising, no collapse of the ala and symmetry on the whole of bilateral nostrils were accepted as satisfactory result. **Results** 62 patients including 33 males and 29 females were treated between February 2007 and March 2011. Patients' age ranged from 3 months to 3 years and 11 months. 39 patients were accepted simultaneous rhinoplasty, while 23 without nose repair simultaneously were as control. The mean follow-up period was 14 months (range, 6-27mo). 28 cases and 3 cases with satisfactory results were obtained respectively in test and control group. There were statistic differences between them ($P < 0.05$). **Conclusion** This technique we used is efficacious to rectify nasal deformity in unilateral cleft lip.

[Key words] Congenital unilateral cleft lip; Nasal deformity; Plasty

[基金项目] 云南省科技厅联合专项基金资助项目(2012CD187)

[作者简介] 代晓明(1973~), 男, 云南昆明市人, 医学博士, 副教授, 主要从事颌面外科临床工作.

[通讯作者] 刘华. E-mail: liu-eileen@163.com

鼻畸形是先天性唇裂导致的鼻唇畸形的一个重要部分。鼻畸形早期修复的优点逐渐被认知。近来,鼻唇畸形同期整复的观点得到越来越广泛的接受。笔者采用非开放式方法对儿童单侧先天性唇裂的鼻畸形进行一期修复,结果如下。

1 临床资料

2007年2月至2011年3月间收治单侧唇裂患儿共62例,男33例,女29例。年龄3月~3岁零11月。左侧40例,右侧22例,完全性42例,不完全性20例。将患者随机分为2组。实验组39例,对照组23例。实验组患儿在唇裂手术时同期整复鼻畸形,对照组患儿仅接受唇裂修补术。

1.1 手术方法

1.1.1 唇裂修复术 全部患者均在气管内插管全身麻醉下手术,采用 Millard II 式或改良 II 式法设计切口。完全性唇裂利用鼻底裂隙两侧皮肤及粘膜翻转后封闭鼻底。在皮下及粘膜下锐性剥离,将肌层与皮肤及粘膜分离。将裂隙两侧的口轮匝肌水平对位褥式缝合重建患侧人中嵴。当双侧唇高差距较大时采取以下措施:加大3~7点间切口线弧度,充分利用皮肤弹性增加患侧唇高;7点不要越过点1-2-3间角平分线,可适当向下沿伸,使A瓣充分下降;在白唇切口线行小的“Z”成形术增加患侧唇高。

1.1.2 鼻畸形矫正术 沿唇裂切口在患侧鼻翼软骨与鼻腔粘膜之间潜行钝分离,可分离至患侧鼻孔顶端粘膜下。分离时可将患侧鼻翼脚稍向外下牵拉,避免潜行分离时刺破粘膜。在患侧鼻翼基部将梨状孔边缘异常附着的肌束分离切断。将C瓣向上提取,在鼻小柱基底将口轮匝肌在鼻棘的异常附丽断离,继而沿鼻棘骨面稍向健侧分离,分离时慎勿损伤健侧鼻底皮肤粘膜。将B、C瓣向预定部位旋转推进,至患侧鼻底宽度与健侧相等,鼻小柱向患侧移位得到矫正。有时为恢复患侧唇高,B、C瓣推进后可能使得患侧鼻底较健侧为窄,即矫枉过正。待鼻小柱和鼻翼复位后,使用可吸收缝线在鼻小柱弯曲处贯穿鼻中隔作一褥式缝合,使鼻小柱直立;鼻尖部患侧和健侧鼻翼软骨的悬吊缝合,恢复鼻翼软骨的正确位置;外侧鼻翼角的塑形缝合,恢复患侧鼻翼角的正常形态。术后鼻腔内置硅胶管维持形态。

2 结果

术后随访,观察鼻小柱、鼻尖、鼻翼和鼻孔形态。鼻小柱居中,鼻尖抬高,鼻翼无塌陷、双侧鼻孔基本对称者为良好。鼻小柱基本居中,鼻尖稍有塌陷,鼻翼有塌陷、双侧鼻孔高度差异小于1/3者为一般。鼻小柱歪斜,鼻尖、鼻翼塌陷明显,双侧鼻孔高度差异大于1/3者为差。

术后平均随访14个月(6月~2a零3个月)。术后效果良好者实验组28例(28/39,72%)例,对照组3例(3/23,13%),一般或差者实验组11例(11/39,28%),对照组20例(20/87,87%)二者差异有统计学意义(t 检验, $P<0.05$)。典型结果见图1。



图1 患者术后1a

Fig. 1 One year after surgery

A:闭口貌; B:开口貌

3 讨论

原发性唇裂鼻畸形的特点主要是鼻翼软骨错位和发育不良、鼻基部肌肉环断裂、鼻翼外侧角通过结缔组织与梨状孔粘连固定、鼻底软组织缺损、鼻中隔偏曲以及鼻翼基底部有异常肌肉插入唇颊部^[1]。有学者认为组织的扭曲和错位是鼻畸形的主要原因^[2],而也有人认为二者的共同作用导致了畸形的发生^[3]。尽管还存在争议,对唇裂鼻畸形进行早期整复术与不进行同期手术相比,前者对平衡中隔和鼻翼软骨间肌肉力量,减轻继发性鼻畸形起到重要作用,为二期鼻整形术创造条件。笔

(下转第87页)

表 3 睾丸肿瘤预后分级标准

Tab. 3 Prognostic based staging system for germ cell cancer

| 预后 | 非精原细胞瘤 | 精原细胞瘤 |
|------|--|---|
| 预后好 | 占非精原细胞瘤 56% 的病例, 5 a 无进展生存率(PFS)为 89%, 总体生存率可达 92%. 同时满足以下条件: 原发肿瘤位于睾丸或腹膜后, 无肺以外的脏器转移, AFP < 1 000 ng/mL, HCG < 5 000 mIU/mL, LDH < 1.5 倍正常值 | 占精原细胞瘤 90% 的病例, 5 a PFS 为 82%, 总体生存率为 86%. 同时满足以下条件: 任何部位的原发病灶, 无肺外脏器转移, AFP 正常, HCG 和 LDH 不限 |
| 预后中等 | 占非精原细胞瘤 28% 的病例, 5 a PFS 为 75%, 总体生存率可达 80%. 原发肿瘤位于睾丸或腹膜后, 无肺以外的脏器转移, AFP 1 000 ~ 10 000 ng/mL 或 HCG 5 000~50 000 mIU/mL 或 LDH 1.5 ~ 10 倍正常值 | 占精原细胞瘤 10% 的病例, 5 a PFS 为 67%, 总体生存率为 72%. 任何部位的原发病灶, 有肺外脏器转移, AFP 正常, HCG 和 LDH 不限 |
| 预后差 | 占非精原细胞瘤 16% 的病例, 5 a PFS 为 41%, 总体生存率可达 48%. 原发肿瘤位于纵膈或有肺外的脏器转移或 AFP > 10 000 ng/mL 或 HCG > 50 000 mIU/mL 或 LDH > 10 倍正常值 | 无精原细胞瘤属于该类 |

5 临床 I 期生殖细胞肿瘤的治疗

根据 TNM 分期, $pT_{1-4}N_0M_0$ 的睾丸肿瘤均属于临床 I 期。

5.1 临床 I 期精原细胞瘤的治疗

在该类患者中约有 15% ~ 20% 的存在亚临床转移病灶, 如果单纯行睾丸切除治疗可能会复发。可选择的治疗方案有: (1) 随访观察。对于低危患者 (肿瘤直径 ≤ 4 cm, 且无睾丸网侵犯) 其复发率约 6%。在随访中发现肿瘤复发可行化疗, 也可行单纯放疗; (2) 以卡铂为基础的辅助化疗 1 个周期; (3) 不推荐放疗作为辅助治疗。

5.2 临床 I 期非精原细胞瘤的治疗

该类患者中约有 30% 存在亚临床转移病灶。睾丸切除后的辅助治疗需要根据病理结果来分析。病理分期 pT_1 且无血管侵犯属于低危患者, $pT_2 \sim pT_4$ 属于高危患者。对于低危患者, 可以考虑严密随访观察, 时间持续至少 5 a; 对于不能或不愿坚持随访的患者可以考虑辅助化疗或者保留神经的腹膜后淋巴清扫术 (retroperitoneal lymph node dissection, RPLND), 若淋巴结阳性, 则需要术后两个疗程的 PEB 方案化疗。对于高危患者, 推荐两个周期的 PEB 方案化疗; 不愿意化疗的患者可以选择严密随访观察或者保留神经的腹膜后淋巴结清扫术。淋巴清扫若为阳性, 则需要考虑化疗。

6 转移性生殖细胞肿瘤的治疗

(1) 小体积的转移性肿瘤 ($pT_{1-4}N_{1-2}M_0S_{0-1}$, 临床 IIA/B 期): ①精原细胞瘤: 标准治疗方案为放射治疗, 对于淋巴结转移分别为 N_1 和 N_2 的放射

剂量相应为 30 Gy 和 36 Gy。放射区域包括主动脉旁及同侧髂血管区域, 对于 N_2 期淋巴结转移的患者还应包括转移淋巴结周围 1.0 ~ 1.5 cm 区域。对于不愿或不能接受放射治疗的患者可以选择 4 个周期的 EP 方案或者 3 个周期的 PEB 方案化疗。②非精原细胞瘤: 除了瘤标正常的患者外, 所有转移性的非精原细胞瘤均应首选化疗。对于瘤标正常的患者可以考虑 RPLND 或者随访观察。随访过程中若病灶增大而瘤标无变化, 可以考虑行 RPLND, 若随访中病灶和瘤标同时增大则不应考虑 RPLND 而应当行 PEB 方案化疗。瘤标正常的患者首选 RPLND 后应当辅助 2 周期的 PEB 方案化疗; (2) 进展性的转移性肿瘤 (存在 N_3 或者 M_1 或者 S_{2-3} , 临床 IIC 及 III 期)。预后好的患者其基础治疗为 3 个周期的 PEB 方案化疗或者 4 个周期的 EP 方案化疗。预后中等和预后差的患者应当给予 4 个周期的 PEB 方案化疗。PEB 标准化疗方案如下: 顺铂 20 mg/m² d1 ~ 5, 依托泊苷 100 mg/m² d1 ~ 5, 博来霉素 30 mg d1,8,15, 每 21 d 为 1 个周期; (3) 肿瘤再评估和后续治疗化疗 2 个周期后进行肿瘤再评估, 主要是通过影像学检查和肿瘤标记物检测来进行。若肿瘤标记物稳定或下降或肿瘤体积缩小, 应该继续完成化疗 (3 ~ 4 个周期)。若肿瘤标记物下降但肿瘤体积增大, 应当考虑手术切除转移灶。若肿瘤标记物上升, 则应当考虑更换化疗方案。对于残余的肿块切除要视情况而定。精原细胞瘤不推荐首选肿块切除, 而是采用影像学 and 肿瘤标记物监测, 若出现进展, 可考虑挽救性治疗 (化疗、放疗、手术)。如果肿块进展的同时伴有 hCG 升高, 应当考虑挽救性化疗。若肿块进展但是不伴有 hCG 升高, 应当在化疗前进行组织学检查 (活检