

婴幼儿腭裂修复 118 例临床分析

凌久德¹, 王东涛¹, 蒋 鹏¹, 王远恩¹, 褚植伦²

[摘要]目的:探讨婴幼儿腭裂修复术的安全性及修复效果。方法:对 118 例 5~18 个月腭裂婴幼儿采用两瓣法、完全性腭裂采用两瓣法+犁骨瓣联合修复、不完全腭裂及软腭裂多用改良兰氏法。术中应用高频电刀止血,术后口腔留置口咽通气管,保持呼吸通畅。结果:118 例患儿麻醉及手术顺利,术中、术后均未发生严重并发症。术后患儿反应轻,进食情况好,切口糜烂 3 例,穿孔 2 例,其余均一期愈合。随访 87 例,语音恢复良好,近 90% 病例达到或接近正常儿童语音水平。结论:婴幼儿期腭裂手术在麻醉条件具备、掌握好适应证并熟练操作技术的情况下是安全有效的。

[关键词] 腭裂/外科手术; 婴幼儿; 临床分析

[中国图书资料分类法分类号] R 782.22

[文献标识码] A

The clinical summary of infant palatorrhaphy: a 118 cases analysis

LING Jiu-de¹, WANG Dong-tao¹, JIANG Peng¹, WANG Yuan-en¹, CHU Zhi-lun²

(1. Department of Oral-Maxillofacial, Quanzhou Medical College Affiliated People's Hospital, Quanzhou Fujian 362000;

2. Department of Dental, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu Anhui 233004, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the safety and effect of palatorrhaphy in cleft palate repair on infants. **Methods:** One hundred and eighteen cases of infants, from 5 to 18 month, were included. Two-flap was adopted as main method in operation, but combined with method of vomer bone flap repair in complete cleft palate and. The improved Langenbeck method was adopted in incomplete cleft palate and cleft soft palate. The high frequency electric knife was used to stop bleeding. The oropharynx ventiduct was detained in oral cavity after operation. **Results:** One hundred and eighteen cases were safety during the anesthesia and operation. There was no severe complication during and after the operation. The infants all received primary healing except 3 cases of incision erosion 2 cases of palate perforation. After followed up, nearly 90% infants in 87 cases received good speech sound recovery to or near the level of normal children after surgery. **Conclusions:** The infant palatorrhaphy is safety and effective, as long as a fine anesthesia and practiced operation are given.

[Key words] cleft palate/surgery; infant; clinical analysis

腭裂是口腔颌面部常见的先天性畸形,治疗目的是封闭裂隙,重建腭部解剖形态,完善腭咽闭合功能,恢复正常语音。关于腭裂患者手术年龄至今仍有争议,但国内外大多数学者主张早期手术^[1-2],以期获得满意的语音效果。本研究对 118 例婴幼儿腭裂手术进行总结分析,旨在探讨早期手术的安全性及临床疗效,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 1996 年 7 月至 2008 年 6 月在泉州医学高等专科学校附属人民医院和蚌埠医学院第一附属医院收治的婴幼儿腭裂患儿共 118 例,男 77 例,女 41 例;年龄 5~18 个月。软腭裂 16 例,不完全腭裂 43 例,单侧完全性腭裂 45 例,双侧完全

性腭裂 14 例。全身发育及营养状况良好,无其他系统性疾病,入院前 2 周内无上呼吸道感染及腹泻。

1.2 手术方法 经口腔气管内插管,静脉复合全身麻醉,异氟烷吸入维持。手术方式尽量选用方法简单、创伤最小的术式。主要采用两瓣法,不完全腭裂及软腭裂多用改良兰氏法,完全性腭裂采用两瓣法+犁骨瓣修复。术区注射 1/20 万肾上腺素生理盐水,以减少出血和易于剥离。先剖开软腭及悬雍垂裂隙缘,缝合此区鼻侧黏膜及悬雍垂;然后剖开硬腭裂隙缘并分离缝合鼻腔侧黏膜,完全性腭裂纵形切开犁骨粘骨膜,分离后与同侧鼻腔黏膜缝合。高频电刀切开松弛切口并术中止血,分离腭组织瓣及腭大血管神经束,推断翼钩,剪断腭腱膜,将附丽在二侧硬腭后缘移位的腭帆提肌游离,牵拉至中线对位缝合,重建软腭肌肉环。术中注意对舌腭弓及咽腭弓进行松解,以加强咽侧壁活动度,提高语音效果。褥式+间断缝合口腔黏膜,后推软腭,将腭组织瓣固定在腭突骨面或缝合于鼻腔黏膜上。拔管后口腔留置口咽通气管,侧卧头低位,及时吸出口腔内分泌

[收稿日期] 2011-06-05

[作者单位] 1. 泉州医学高等专科学校附属人民医院 口腔颌面外科,福建 泉州 362000; 2. 蚌埠医学院第一附属医院 口腔科,安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 凌久德(1950-),男,主任医师。

物适当吸氧,保持呼吸道通畅。输液适量,不易过多。

1.3 术后发音效果判定 术后发音效果评定标准分为 4 级:(1)优:发音清晰,几乎和正常人无差别;(2)良:鼻音轻,发音较清晰;(3)一般:鼻音较重,但能听懂;(4)差:鼻音重,不易听懂。

2 结果

118 例麻醉及手术均顺利完成,术中、术后无严重并发症发生。术中出血量 15 ~ 50 ml,无一例术中或术后输血。患儿术后反应轻,无明显疼痛,进食情况良好。术后切口糜烂 3 例,予以创面清洗、加强口腔护理及抗生素应用,7 ~ 10 d 愈合;穿孔 2 例(穿孔率 1.7%),于半年后行二期手术修复治愈;其余均一期愈合。

87 例获 2 ~ 5 年随访,其中优 48 例,良 30 例,一般 9 例,优良率达 89.7%。患儿全身生长发育情况良好,大体观察未发现面中部发育不良。

3 讨论

3.1 早期腭裂修复麻醉与手术的安全性 腭裂修复是一种选择性手术,必须确保安全。当前由于麻醉药剂器材的进步及设施、监测手段的现代化,安全性得到相对保障。经口腔气管插管易控制麻醉,苏醒快,避免了经鼻插管可能引起的鼻咽部损伤出血,有利于保持呼吸道通畅。可予左口角外侧双道缝线固定导管,防止滑脱或挤压阻塞。婴幼儿期手术,患儿口腔小暴露差,技术难度较大。但腭粘骨膜瓣易于剥离,术中出血少,术野清楚;硬软腭组织小,缝合针数相对少,从而缩短了手术时间,一般 1 h 左右完成手术。术中用高频电刀止血,无一例术后出血。婴幼儿各部解剖结构小,组织细嫩,血容量小,病情变化快,对麻醉和手术耐受性差,易发生意外。从术前准备到术后处理都必须高度重视,始终把安全放在第一位,麻醉和手术都应由富有经验的高年资医师担当,护师应具有丰富的儿科护理经验^[3]。因此我们认为,婴幼儿期腭裂手术,在麻醉条件具备并掌握好适应证的前提下,认真正确处理术中术后每一个环节,早期手术是安全可行的。

3.2 腭裂修复术的年龄 以前认为^[4],从患儿安全性、手术耐受性以及对上颌骨发育的影响等方面考虑,主张在学龄前 5 ~ 6 岁时手术。早在 20 世纪 70 年代就有学者提出,尽早手术治疗腭裂可以达到较好的语音效果,主张 1 ~ 2 岁进行手术。20 世纪

90 年代起,国外多数唇腭裂中心已常规施行婴儿期腭裂手术^[2]。但因手术麻醉风险大,腭部局部条件限制等原因而未能被多数临床医师接受。从语音学角度分析,患儿在 5 ~ 12 个月月龄即已开始分辨和应用音素,是语音发育阶段中最敏感最重要的时期。若在此期间能有一个较为正常的语音器官,则可恢复正常的语音功能;若 2 岁以后手术,语音则难以达到正常,而手术年龄滞后所形成的不良语音习惯亦很难纠正。目前国内外普遍认为,腭裂患儿周岁内行腭裂修复术可尽早终止病理语音模式,防止腭部肌肉废用性萎缩,使患儿获得正常或基本正常的语音。早期手术优点:(1)能尽早恢复患儿腭部解剖形态和生理结构,促进软腭功能恢复,进而刺激软腭发育,以期达到完善的腭咽闭合,为语音恢复创造必备条件;(2)便于喂养,有助于患儿生长发育和心理健; (3)能矫正腭帆张肌的解剖和功能异常,改善咽鼓管功能,减少呼吸系统感染机会,促进中耳功能恢复^[5];(4)早期手术术中出血少,并发症发生率低。本组患儿术中、术后均未发生呼吸道梗阻等严重并发症。

3.3 手术方式的选择 现代腭裂修复的目的不仅在于关闭裂隙,更重要的是重建软腭肌肉功能,达到良好的腭咽闭合^[6]。重建腭吊带是腭裂功能性整复的关键,也是发音最重要的解剖基础^[7]。临床常根据腭裂不同类型选择不同的手术方式,小年龄手术,方法越简单越好。腭裂手术的基本术式有多种,本研究主要采用两瓣法,即可有效关闭裂隙,又可延长软腭;完全性腭裂则用两瓣法 + 犁骨粘骨膜瓣联合修复;对不完全腭裂及裂隙较窄的单侧完全性腭裂,可用改良兰氏法,软腭裂也可用单瓣法。现改良兰氏法在婴幼儿腭裂修复中较常用,简便易行,费时少,创伤小。还有反向双 Z 形瓣(Furlow 法)可用于各类腭裂修复,Z 形瓣既增加了软腭长度又避免了直线缝合,可提高语音效果,但受到自身条件(如裂隙宽、腭穹高及软腭短小)的限制,未能普遍应用^[8]。

软腭裂及裂隙宽度相对窄的不完全腭裂不做两侧松弛切口,尽量减少剥离与创伤,减少上颌骨裸露的骨面。完全性腭裂及裂隙宽的不完全腭裂做松弛切口,术后不填塞碘仿纱条,切口予以缝合。研究表明,早期手术松弛并复位腭帆提肌,建立腭部肌肉正常生理功能位,行使正常的上抬功能,可获得良好的腭咽闭合及语音效果。

3.4 腭裂早期手术对上颌骨发育的影响 以前对

腭裂手术年龄的争论之一,认为早期手术将限制上颌骨的发育。另有研究^[2]认为,婴幼儿期手术不会干扰上颌骨发育,而恰恰是在颌骨生长发育的快速期(8~12岁)手术,颌骨畸形最为明显。有学者指出,早期手术对上颌骨发育有一定的影响,但手术年龄对上颌骨发育的影响并未起主要作用,也不是上颌骨发育的唯一决定因素,因腭裂患者本身已具有颌骨发育不良的倾向^[9]。因此,即使是影响颌骨发育,以后在少年期通过牙颌正畸矫治或成年后正颌外科治疗,完全可以弥补上述情况的不足。而早期手术获得的最佳语音效果是至关重要的,一旦错过早期手术时机,将来则无法挽救。也有学者^[10]通过临床观察认为,婴幼儿期行腭裂修复不会对上颌骨发育造成明显影响,且可以为腭裂患儿早期语音功能恢复创造有利条件^[10]。本组病例随访2~5年均未见明显面中部发育障碍,但由于随访时间短,有待进一步追踪观察。

[参 考 文 献]

- [1] 徐慧芬. 关于 Millard DR. jr. 唇腭裂治疗的进展[J]. 口腔颌面外科杂志 2002, 12(2): 157-158, 162.
- [2] Rohrich RJ, Love EJ, Byrd HS, et al. Optimal timing of cleft Palate closure[J]. Plast Reconstr Surg, 2000, 106(2): 413-423.
- [3] 胡葵葵, 肖庆昌, 袁华, 等. 32例小婴儿腭裂修复术[J]. 中华整形外科杂志 2000, 16(5): 287-288.
- [4] Liao YF, Mars M. Long-term effects of palate repair on craniofacial morphology in patients with unilateral cleft lip and palate[J]. Cleft Palate Craniofac J, 2005, 42(6): 594-600.
- [5] 黄敏, 赵斯君, 彭湘粤. 腭裂患儿中耳功能及听力障碍分析[J]. 实用预防医学 2007, 14(2): 509-510.
- [6] Karsten A, Larson M, Larson O. Dental occlusion after veau-Wardiu-Kilner versus minimal incision technique repair of isolated clefts of the hard and soft palate [J]. Cleft Palate Craniofac J, 2003, 40(5): 504-510.
- [7] Mehendale FV. Surgical anatomy of the levator veli palatine: A previously undescribed tendinous insertion of the anterolateral fibers[J]. Plast Reconstr Surg, 2004, 114(2): 307-315.
- [8] 王国民, 袁文化, 邱蔚六. 唇腭裂治疗的新进展[J]. 口腔颌面外科杂志 2001, 11(1): 67-71.
- [9] 王国民. 腭裂的手术治疗[M]//邱蔚六. 口腔颌面外科学. 6版. 北京: 人民卫生出版社 2008: 410-411.
- [10] 熊清华, 程宁新, 邓细河, 等. 完全性唇腭裂早期腭裂修复对上颌骨发育的影响研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2008, 24(5): 287-288.

(本文编辑 刘畅)

[文章编号] 1000-2200(2011)10-1094-03

• 临床医学 •

血液透析诱发心房颤动的临床特点及治疗分析

王 敬

[摘要]目的:探讨血液透析(血透)诱发心房颤动的临床特点,提出有效的治疗措施。方法:对13例血透诱发心房颤动患者的临床特点及相应的有效治疗方案进行分析。结果:13例患者血透前均有程度不等的高血压,8例有心功能不全表现,7例心肌缺血,10例次有室上性或室性期前收缩,4例有心脏瓣膜退行性变;心房颤动多发生在透析期间或透析后48h内;调低血流量和稳定血压的同时,静脉注射胺碘酮后均能改善症状。结论:对伴有心脏严重损伤、贫血、营养不良或透析时间较长者,应及时调整血透策略,严密监测血压、血容量和血电解质短期变化情况,避免诱发心房颤动。

[关键词] 血液透析; 心房颤动

[中国图书资料分类法分类号] R 459.5 [文献标识码] A

血液透析(hemodialysis, 血透)是一种治疗终末期肾功能衰竭的有效方法之一,坚持合理的血透治疗,可使患者存活达20年以上。但肾脏疾病发展至终末阶段可由多种病因致使心脏发生器质性损伤,诱发心律失常,其中以心房颤动(房颤)最为严重,其进一步发展可诱发急性肺水肿和低血压,成为血透患者猝死的常见原因^[1]。本文就血透患者发生

房颤的临床特点和诱发原因进行探讨,并提出有效的治疗措施。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组13例血透患者诱发房颤,男8例,女5例;年龄46~81岁。透析时间13~27个月。原发病:糖尿病肾病5例,慢性肾小球肾炎4例,高血压肾病2例,间质性肾炎2例。第1次血透前心电图和既往病史均否定房颤存在。

1.2 血透方法 采用瑞典金宝AK-95S、德国费森

[收稿日期] 2011-07-05

[作者单位] 陕西省汉中市中心医院 肾内科 723000

[作者简介] 王 敬(1972-),女,副主任医师。