

双侧鼻唇沟肌皮瓣修复口底大面积缺损的临床研究

林松柏¹, 曾融生²

(1. 新会人民医院口腔科, 广东 新会 529100; 2. 中山大学光华口腔医学院·附属口腔医院
口腔颌面外科, 广东 广州 510055)

摘要: **【目的】**探讨双侧鼻唇沟轴型带蒂肌皮瓣修复口底大面积缺损后皮瓣生长变化及对供区的影响。**【方法】**对 12 例口底癌根治术后口底大面积缺损(缺损面积 3.5~5.0×5.0~8.0 cm²)患者应用双侧鼻唇沟轴型带蒂肌皮瓣行一期修复, 随访 12~60 个月, 观察皮瓣成活和生长状况, 评价供区疤痕对面容的影响。**【结果】**12 例患者修复后均一期愈合。术后 1 个月, 皮瓣上皮开始软化, 3 个月后上皮角质层部分脱落, 术后 1 年, 接近口腔粘膜; 供区术后 3 个月内疤痕突出, 影响面容, 3 个月后面部皮肤逐渐松弛, 术后 1 年供区疤痕已接近双侧鼻唇沟, 在年长患者更为明显。**【结论】**双侧鼻唇沟轴型带蒂肌皮瓣与口底缺损区邻近, 皮瓣面积较大, 易成活, 为口底癌根治术后口底大面积缺损修复提供了一种可靠的选择, 尤其适用于年长患者。

关键词: 口底癌; 鼻唇沟肌皮瓣; 大面积缺损

中图分类号: R782.2

文献标识码: A

文章编号: 1672-3554(2007)06-0699-03

Clinical Study on Repair of Large Defect in Oral Floor with Bilateral Nasolabial Myocutaneous Flap

LIN Song-bo¹, ZENG Rong-sheng²

(1. Department of Stomatology, People's Hospital of Xinhui, Jiangmen 529100, China; 2. Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Guanghua College of Stomatology, SUN Yat-sen University, Guangzhou 510055, China)

Abstract: **【Objective】**To assess the efficacy of bilateral axial pedicle nasolabial myocutaneous flaps which were used to repair the large area of defect in oral floor and the influence of them on donor sites. **【Methods】**Twelve patients with oral floor cancer underwent radical resection and the large area of intraoral defects [(3.5-5.0) × (5.0-8.0 cm²)] were repaired with bilateral axial pedicle nasolabial myocutaneous flaps at the same time. The patients were followed up for 12-60 months after operation to evaluate the survival of the flaps and changes of scars in donor sites. **【Results】**All the myocutaneous flaps survived smoothly after operations. The flap began to soft after one month and part of the epithelia stratum corneum fell after 3 months. About one year late the scar in donor site came close to nasolabial crease in face, specially in aged patient. **【Conclusion】**Bilateral axial pedicle nasolabial myocutaneous flaps are close to the floor of mouth with good blood supply and cover enough tissue to repair the large area of defect in oral floor caused by radical resection of oral floor cancer. These flaps are particularly suitable to the aged patient.

Key words: oral floor carcinoma; nasolabial myocutaneous flap; large defects

[J SUN Yat-sen Univ(Med Sci), 2007, 28(6):699-701]

鼻唇沟肌皮瓣位于鼻、颊及上唇的结合处, 不但有丰富的皮下血管网, 而且血管分布较恒定, 主要来自面动脉。供区可设计为任意型皮瓣、轴型皮瓣, 其结构可以分为粘膜瓣、颊肌粘膜瓣、鼻唇沟区全厚皮瓣等几种类型^[1]。以往鼻唇沟任意型肌皮瓣在临床上多见于修复鼻部、颌面部邻近组织的中小型缺损^[2]。但应用带有面动脉及分支的双侧鼻

唇沟轴型带蒂肌皮瓣行一期修复口底大面积缺损仍少见报道^[3]。我院自 1999 年 5 月至 2005 年 5 月, 收治了 12 例口底癌根治术后保留面动脉, 应用双侧鼻唇沟轴型带蒂肌皮瓣修复口底大面积缺损, 观察其皮瓣生长变化、供区疤痕及肿瘤复发情况, 疗效满意, 现报告如下。

收稿日期: 2007-02-02

作者简介: 林松柏(1966-), 男, 广东新会人, 副主任医师; 曾融生, 通讯作者, 教授, 主任医师, E-mail: rszeng@yahoo.ca

1 材料与方 法

1.1 病例选择

自 1999 年 5 月至 2005 年 5 月, 口腔病房收治 12 例口底癌患者, 年龄(50~73, S=63) 岁。男 8 例, 女 4 例, 男女比例为 2 : 1。所有患者术前病理活检为鳞状细胞癌, 其中高分化鳞癌 9 例, 中分化鳞癌 3 例。患者全身情况良好, 病灶为菜花样肿物, 表面溃疡, 位于口底颈部中线两侧。范围约 (2.0~4.0) cm×(1.8~3.0) cm, 其中有 7 例患者肿瘤基底部分浸润前牙区牙槽骨。

1.2 手术方法

1.2.1 原发灶切除和颈淋巴清扫 12 例患者均采用经鼻插管全麻下进行手术, 其中 5 例患者术前有单侧颈部淋巴结转移, 先作根治性颈部淋巴结清扫术, 再作另一侧舌骨上淋巴结清扫, 其余 7 例行双侧舌骨上淋巴清扫术, 保留面动脉。按无瘤原则, 在原发灶及浸润块周边 1.5 cm 外正常组织完整切除肿瘤, 其中 7 例患者因肿瘤已浸润牙槽骨而行部分下颌骨节段性切除, 并即刻行髂骨移植重建下颌骨, 5 例患者肿瘤未浸润牙槽骨, 其邻近的前牙区下颌骨作方块切除。

1.2.2 双侧鼻唇沟肌皮瓣的制作和修复口底缺损

测量口底缺损的大小 (12 例患者原发灶切除后口底缺损范围约 (3.5~5.5) cm×(5.0~8.0) cm, 然后用美蓝在双侧鼻唇沟画线, 设计成长度与缺损区相等, 宽度约等于缺损区一半以上的梭型肌皮瓣, 一侧肌皮瓣最大可达 3.5 cm~8.5 cm。在表情肌之间分离皮瓣, 使皮瓣带皮肤、皮下组织及部分表情肌, 不带颊粘膜, 注意保护穿行其间的面动脉及其分支。在口角外下侧约 1.5 cm 处切除三角形皮肤, 制作成包含面动脉的带蒂肌皮瓣, 穿过颊粘膜于下颌前牙至双尖牙区牙槽嵴上方 (植骨者在相应部位植骨上方) 转移到口底, 与口底缺损区粘膜及舌切缘 (部分病例切除部分舌腹组织) 拉拢缝合。术后鼻饲 2 周, 常规抗炎及营养支持治疗, 2 周拆线。于术后 1、3、6、12 个月及以后每隔 1 年定期复查, 随访观察 1~5 年。

2 结 果

2.1 总体观察

12 例患者术后均 愈合。观察移植皮瓣生长

变化情况, 发现术后约 1 个月, 皮瓣上皮开始软化, 3 个月后上皮角质层部分脱落, 约术后 1 年, 接近正常粘膜组织。1 年后肌皮瓣愈合良好, 骨组织被肌皮瓣覆盖, 无一例骨面外露。供区术后一个月面部皮肤紧绷、口裂拉开、表情木呆, 术后 3 个月面部皮肤逐渐松弛, 术后 1 年供区疤痕已接近双侧鼻唇沟, 表情已较自然, 未发生面瘫。1 例患者术后 18 个月颈淋巴转移, 1 年后死亡, 1 例患者术后 3 年口底癌复发而死亡, 其他 10 例患者未见肿瘤复发或转移。本组患者 8 例随访 3 年以上, 6 例未见肿瘤复发或转移, 3 年成活率 75%。

2.2 典型病例

患者, 男, 65 岁, 因口底溃烂未愈 2 个多月于 2002 年 10 月入院。入院时肉眼可见口底中部菜花样肿物, 范围 2.5 cm × 3.3 cm, 侵犯前牙牙槽骨 (图 1), 病理活检为高分化鳞状细胞癌。肿瘤 TNM 分期为 T4N0M0。术中先作双侧舌骨上清扫, 从中线切开下唇, 切除原发灶、部分舌腹组织及颈部下颌骨组织, 即刻髂骨游离移植修复下颌骨缺损区。口底遗留缺损区约 5 cm × 7 cm, 采用双侧鼻唇沟肌皮



图 1 口底癌术前病灶 (2.5 cm × 3.3 cm)

图 2 设计双侧鼻唇沟肌皮瓣, 每侧 3.2 cm × 8.0 cm

图 3 术后 1 年, 口底皮瓣变软, 接近口腔粘膜

图 4 术后 3 年, 面部疤痕近似鼻唇沟

Fig.1 Squamous carcinoma of oral floor (2.5 cm×3.3 cm), before operation

Fig.2 Design of bilateral axial pedicle nasolabial myocutaneous flaps, 3.2 cm × 8.0 cm in each side

Fig.3 The flap on the oral floor being soft and close to oral mucosa one year after operation

Fig.4 Scars on face being similar to nasolabial crease three years after operation

瓣修复(每侧肌皮瓣大小为3.2 cm × 8.0 cm, 图2)。术后创口愈合。术后约1个月,皮瓣上皮开始软化,3个月后上皮角质层部分脱落,术后1年,移植皮瓣接近口腔粘膜(图3)。X线片显示移植骨与健康下颌骨愈合良好。术后3个月,面部疤痕明显,术后3年,面部疤痕近似双侧自然鼻唇沟(图4)。

3 讨论

3.1 鼻唇沟肌皮瓣的解剖关系

Napolitano^[3]及Zilinsky^[4]认为即使结扎一侧面动脉也不影响同侧以下方为蒂鼻唇沟皮瓣的制备和成活。作者认为,在保证彻底切除肿瘤的情况下,为了保证大面积、长宽比例大的鼻唇沟肌皮瓣成活,应尽量保留面动脉。本文12例患者,转移皮瓣均能成活,可能与保留面动脉有关。鼻唇沟皮瓣的长宽,不但由缺损的大小决定,而且和个体面部软组织丰满程度有关。内侧切口线上2/3应精确地与鼻唇沟皮皱吻合,下1/3可向内靠口角方向移3~4 mm。Varghese^[5]报道皮瓣最大可达8.5 cm × 3.5 cm,况明才^[6]报道皮瓣最大面积接近40 cm²均未发生坏死,证明该皮瓣安全可靠。本组12例患者,采用双侧鼻唇沟肌皮瓣,每侧皮瓣范围可达3.5 cm × 8.5 cm,既可修复口底大面积缺损,又避免了单侧用皮瓣范围过大、术后面部明显不对称的缺陷。

3.2 鼻唇沟肌皮瓣的制备和术后观察

鼻唇沟肌皮瓣在制备中,要注意如下几点:由于皮瓣的血供依赖蒂部,故皮瓣的蒂部应适当留宽,以增加蒂部的小动静脉分支,增加皮瓣的血流量和静脉回流。应保留一定厚度的皮下脂肪组织,以保留完整的真皮下血管网,目前认为保留2~4 mm为宜。切取皮瓣时,应尽量在皮下与肌肉组织之间,以免损伤面神经颊支。本文12例患者,肌皮瓣蒂均位于口角下外侧约1.5 cm处,去除皮瓣下方约1.5~2.0 cm的皮肤制成软组织蒂,从相应部位穿隧道至口底缺损区。作者认为,隧道不宜太紧,一般可容2横指,以免受压过度,影响血供。

鼻唇沟带蒂肌皮瓣移植后应经常观察皮瓣血运。术后数小时内,如发现皮瓣发绀、充血严重,可能为渗血或静脉回流不畅,应查明原因,及时处理。本组有3例患者,因负压引流管受压或松脱,影响引流,皮瓣出现充血。经引流处松一针减压,重新换引流袋处理后,皮瓣血运恢复正常。本组有1例患者,术后两天缺氧严重,做高压氧治疗10 d后,缺氧明显改善。鼻唇沟肌皮瓣较厚,修复口底缺损,术

后初期皮瓣臃肿,轻度水肿,微有充血,压之变白,压力去除后又立即泛红色。后来皮瓣上皮角质层部分脱落,逐渐软化及粘膜化。3个月后,皮瓣逐渐收缩,约1年后,皮瓣基本稳定。时间越长,皮瓣越接近邻近粘膜。国内文献报道^[6]:随访6个月至6年,移植皮瓣色泽接近正常口腔粘膜,质地柔软不臃肿。本组7例患者,追踪复查3~5年后,皮瓣与正常粘膜相似。成人男性患者,术后一定时间内修复皮瓣长出毛发,但约经1年皮瓣粘膜化后,毛发可自行消失。

3.3 双侧鼻唇沟肌皮瓣的优缺点

双侧鼻唇沟肌皮瓣修复口底缺损,具有操作简单、成活率高、并发症少,供区疤痕隐蔽且对称、畸形不明显等优点。本组12例患者,术后3个月,面部疤痕变浅,半年到1年后,面部疤痕不明显。供区疤痕的变化是时间越长,疤痕越趋同于鼻唇沟,使疤痕得到较好的隐蔽。该肌皮瓣尤其适合皮肤较松弛、面部起皱纹的中老年人。但对于面部皮肤光滑的年青人,对面部要求较高,或者是面部较丰满患者,则应慎用。由于双侧鼻唇沟肌皮瓣蒂部靠前,对于涉及舌根部等口腔后份的口底大面积缺损,也不适用该肌皮瓣,而应选择解剖位置靠近口咽部的其它大型肌皮瓣^[7]。

参考文献:

- [1] 岳毅刚,李佩英,秦小云.鼻唇沟任意型皮瓣血供的解剖学基础[J].中国临床解剖学杂志,2002,20(4):259-260.
- [2] 李晓江,张世文.鼻唇沟皮瓣[J].国外医学耳鼻喉科分册,2005,29(3):176-178.
- [3] NAPOLITANO M, MAST B A. The nasolabial flap revisited as an adjunct to floor-of-mouth reconstruction[J]. Ann Plast Surg, 2001, 46(3): 265-268.
- [4] ZILINSKY I, ALCALAY J, TACOBS D, et al. The versatility of the nasolabial flap enhanced by the delay procedure[J]. Dermatol Surg, 2001, 27(2):161-164.
- [5] VARGHESE B T, SEBASTIAN P, CHERIAN T, et al. Nasolabial flaps in oral reconstruction: an analysis of 224 cases[J]. Br J Plast Surg, 2001, 54(6): 499-503.
- [6] 况明才,扬茂进,曹川.带血管鼻唇沟皮瓣的应用[J].华西口腔医学杂志,2002,20(4):299-301.
- [7] 洪浩波,陈伟良,黄汉民,等.延长垂直下斜方肌岛状肌皮瓣修复巨大口咽缺损[J].中山大学学报:医学科学版,2007,28(1):115-117.