

· 短篇及病例报道 ·

9 例以口角为蒂的颊肌黏膜瓣在修复口腔内缺损的应用分析

税桦桦, 罗 玲, 熊 宇, 张从纪

(第三军医大学西南医院口腔科, 重庆 400038)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.07.046

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)07-0726-02

大的唇部缺损及中等大小的口腔内黏膜缺损,其 I 期修复而不影响其功能和美容往往都有较大的困难。过去多采用带蒂和游离皮瓣修复,游离皮瓣修复提供了良好的组织覆盖,但其手术时间长、创伤大、缺乏黏膜的敏感性、供区需要再次关闭等缺点;由于皮肤的组织适应性差,各种皮肤附件的存在以及患者的感觉差异等,决定了皮瓣不是修复口腔黏膜的最理想材料,而用“与缺损类似的组织代替缺损组织”的原则无论在功能上或是美观上,都是最有效的方法。而蒂在后的颊肌黏膜瓣,制取相对较困难,且旋转角度受限,可能阻碍恒磨牙的萌出和咬合,对修复口腔唇部等组织缺损困难,根据此原则,本科用以口角为蒂的颊肌黏膜瓣修复口腔内缺损,收到良好效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 9 例,其中男 5 例,女 4 例;平均年龄 50 岁(24~65 岁)。其中修复上唇缺损 2 例,下唇缺损 2 例,牙槽骨及颊部缺损 1 例,口底黏膜缺损 3 例,下颌前庭沟加深 1 例,见表 1。

表 1 9 例患者修复部位、美观和功能等情况

性别	年龄(岁)	修复部位	瓣的面积(cm ²)	美观和功能
男	55	右侧上唇	4.0×3.0	良好
男	57	右侧下唇	5.0×3.5	良好
男	58	口底黏膜	4.5×3.0	良好
男	62	口底黏膜	5.0×4.0	良好
男	56	下颌前庭沟	5.0×3.5	良好
女	26	颊部及牙槽骨	5.0×3.0	良好
女	27	右侧上唇	5.0×2.5	良好
女	54	左侧下唇	4.0×3.0	良好
女	55	口底黏膜	6.0×3.0	良好

1.2 手术方法 以口角为蒂的颊肌黏膜瓣设计:瓣设计为纺锤形,边缘用美蓝标记,上方注意避开腮腺导管开口,下界可根据手术的需要而定,深达部分颊肌,远端延伸至磨牙后三角。根据临床经验,瓣的宽度一般比修复的缺损约大 0.5 cm。

术区用 1:100 000 肾上腺素利多卡因注入颊黏膜,以止血,然后与上下龈沟平行作切口,从翼颌韧带外侧开始,由后向前分离,蒂由口角的颊肌黏膜构成;瓣的远端可带薄层颊肌,以增加瓣的血供;瓣转移就位之前,选用可吸收线 I 期关闭供区,以免蒂影响关闭供区的视线,再将瓣转移到修复区缝合。全部瓣制备后进行测量,平均为 5.0 cm×3.5 cm。

2 结 果

2.1 疗效 本组 9 例患者中,3 例以左侧口角为蒂,6 例以右侧口角为蒂,全部均 I 期修复。其中有 4 例术后 2 周断蒂。随访 6 个月至 2 年,全部颊肌黏膜瓣均成活,效果满意,色泽、质地良好,无明显收缩,语言、吞咽功能均不受影响,无颊脂垫疝出、腮腺导管损伤、面神经损伤等并发症;供区创口愈合良好,外观未受影响,无张口受限,面部表情不受影响。

2.2 典型病例 例 1,张某某,女,26 岁。左下牙龈高分化鳞癌(左下颌 4、5 区)。气管插管全身麻醉下切除左下颌 3~6 牙

龈及方块下颌骨、肩胛舌骨上淋巴清扫术。以左侧口角为蒂的颊肌黏膜瓣修复,面积达 5.0 cm×3.0 cm。修复牙槽骨及颊部缺损,术后效果好。已随访 2 年来无任何不适及复发。例 2,何某某,女,27 岁,右上唇包块 1+ 年,活检为右上唇皮肤外毛根鞘瘤,局部麻醉下行右上唇皮肤外毛根鞘瘤切除术,用以右侧口角为蒂的颊肌黏膜瓣修复,缺损面积为 4.0 cm×1.5 cm,制备瓣约 5.0 cm×2.5 cm,术后 2 周断蒂,修复区上唇功能及外形均满意。

3 讨 论

口内黏膜及红唇缺损的修复,由于局部特有的敏感性、黏膜黏液的分泌,其修复一直是一个争论的问题。当其下方骨质暴露,用全厚皮片移植或断层皮片移植效果差,因其表层角化或瘢痕形成,美容效果也不如黏膜瓣效果好。其缺点为:(1)用游离皮瓣可提供较多的组织量,但手术时间长,血管硬化容易导致手术失败;(2)舌瓣应用修复口内缺损往往要 II 期断蒂,瓣的大小受到限制,舌的感觉受到影响;(3)虽然以面动脉为蒂的颊肌黏膜瓣适应证广,但制取更困难,且可能损伤面神经。

然而,以口角为蒂的颊肌黏膜瓣制备容易,成功率高,本文 9 例,全部成活。不需口外切口及解剖血管,且该瓣具有分泌功能和感受功能,供区隐蔽,当瓣的宽度不超过 3.0 cm 时,供区可直接拉拢缝合。该瓣以口角为蒂,上界位于腮腺导管口之下,向后可延伸至磨牙后区,包括黏膜、黏膜下层及部分颊肌,瓣有一定厚度,面积可达 6.0 cm×3.0 cm;有文献报道,有的面积可达 7.5 cm×4.0 cm^[1],提供比较丰富的组织,若缺损较大,还可设计成三叶形颊肌黏膜瓣,能够获得充足的血供^[2]。其本身就是口腔黏膜的一部分,具有适应性好、血供丰富、延伸性佳等特点,容易存活;并且设计简单、旋转角度大(修复范围广)、操作容易,无须开辟第二手术区;术后功能恢复快,对患者进食及面部外形影响小等优点。本方法其缺点是口腔内操作难度大、视野欠清晰、局部解剖较复杂、初学者不易掌握,个别患者会出现局部紧迫感,严重者需再次手术松解。

用以口角为蒂的颊肌黏膜瓣可修复上下唇红唇缺损、上下颌颊沟、口底及上颌骨前份缺损、腭前份及软腭缺损,还可用于舌外侧及牙槽嵴的覆盖。特别是上下唇红唇缺损的修复效果好,以口角为蒂的颊肌黏膜瓣可很容易地从一侧口角达另一侧口角的覆盖整个红唇缺损,用双侧以口角为蒂的颊肌黏膜瓣重建红唇,一个瓣修复红唇表面缺损,另一个瓣覆盖唇的内侧面,因含有类似的组织,颜色、质地、湿度都一样,无论在功能或美容方面都满意,优于植皮效果。目前国内外以修复舌缺损、宽大腭裂、口轮匝肌缺损、红唇缺损、口腔肿瘤术后创面、鼻缺损等应用较广泛^[3-5]。

参考文献:

- [1] Tezel E, Numanoglu A, Celebiler Ö, et al. Commissure-based buccal mucosal flap[J]. Plast Reconstr Surg, 1998, 101(5):1223.

- [2] Zhao Z, Li S, Yan Y, et al. New buccinator myomucosal island flap; anatomical study and clinical application[J]. *Plast Reconstr Surg*, 1999, 104(1): 55-64.
- [3] Landes CA, Kovacs AF. Nine-year experience with extended use of the commissure-based musculomucosal flap[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2003, 111(3): 1029-1039.
- [4] Ono I, Yamashita T, Kamiya T, et al. Lower lip and vermilion reconstruction with buccal musculomucosal flap

combined with V-Y plasty after malignant tumor excision[J]. *Plast Reconstr Surg*, 2006, 117(7): 133-139.

- [5] 周柯, 范飞. 面动脉逆行岛状颊肌黏膜瓣及额部扩张皮瓣全鼻再造 6 例效果观察[J]. *重庆医学*, 2006, 35(18): 1692-1693.

(收稿日期: 2010-03-09 修回日期: 2010-09-23)

· 短篇及病例报道 ·

Lewis-Sumner 综合征 1 例报道

王焱烽, 陈冰

(南京医科大学附属淮安第一医院神经内二科, 江苏 223300)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.07.047

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)07-0727-02

Lewis-Sumner 综合征称多灶性获得性脱髓鞘性感觉运动神经病, 临床少见, 现报道 1 例如下。

1 临床资料

患者, 女, 36 岁。因“右下肢肌肉萎缩 2 年”于 2008 年 12 月 18 日入院, 患者 2006 年春节前晚上洗澡时发现右下肢肌肉萎缩, 以小腿明显, 无麻木, 不影响日常生活, 未诊治。以后患者发现右下肢肌肉萎缩愈加明显, 伴无力, 时有右下肢肉跳, 来本院求诊。病程中患者精神可, 大小便正常。既往史无特殊。查体: 神清, 语言流利, 对答切题, 脑神经(-), 颈无抵抗, 双上肢、左下肢肌力 5 级, 右下肢肌力 4 级, 四肢肌张力正常, 双上肢腱反射正常, 双下肢膝反射正常, 双侧踝反射未引出, 右下肢温度觉减退, 四肢痛觉、触觉、深感觉正常, 双侧病理征(-), 右下肢肌肉萎缩, 以小腿萎缩明显, 双侧高弓足。入院后完善辅助检查, 患者血常规、血沉正常, 肌酶、维生素 B₁₂、叶酸、类风湿因子、血糖、肝功能全套、HIV、甲状腺功能未见异常, 腰椎 MRI 无异常, 肌电图示: 周围神经损害及部分运动神经髓鞘损害为主, 部分感觉神经也有累及, 考虑为多发性运动(感觉)性周围神经病。腰穿检查 1 次, 脑脊液(CSF)压力 170 mm H₂O, 白细胞、红细胞数正常, 潘氏试验(±), 糖、氯化物正常, 蛋白含量轻度增高(0.597 g/L); 免疫全套 IgG 增高(15.75 × 10⁻² g/L), ALB 增高(45.0 × 10⁻² g/L)。行肌肉神经活检病理诊断: 周围神经损害, 有髓纤维减少, 可见髓鞘再生(插 IV 图 1)。给予甲泼尼松龙 500 mg/d 静脉滴注冲击治疗 5 d, 联合丙种球蛋白 20 g/d 静脉滴注 5 d 治疗, 病情无明显改善出院。出院 3 个月随访, 患者右下肢肌肉萎缩无力未进展。

2 讨论

Lewis-Sumner 综合征由 Lewis 等^[1]于 1982 年首先报道, 1999 年被 Saperstein 等^[2]称为多灶性获得性脱髓鞘性感觉运动神经病(MADSAM), 病因不明, 一般认为是一种免疫异常引起的周围神经病, 诊断标准包括以下几点: (1)慢性隐匿起病, 临床表现多为不对称的末端肌肉萎缩、无力、感觉异常, 呈慢性病程(71%)或复发缓解(29%)^[1,3-4]。Fujiyama 等^[5]报道, 单纯由正中神经或尺神经支配区域麻木或感觉异常起病的占全部起病形势的 30%, 由下肢远端不对称感觉运动缺失起病的约 30%, 肌萎缩占 50%, 脑神经被累及占 20%。(2)神经电生理研究表明 Lewis-Sumner 综合征的患者普遍展示出局灶性外周神经脱髓鞘, 如神经传导阻滞、波形离散, 可有末端潜伏期延

长、传导速度减慢及 F 波异常, 但其传导速度并非普遍的减慢, 而是呈现局灶性的特点。(3)一般血清抗神经节苷脂抗体(GMI 抗体)阴性。(4)其他支持性证据有: 脑脊液蛋白含量升高, 但无脑脊液细胞增多, 组织学证据显示神经活检标本中有脱髓鞘和髓鞘再生, 并经常伴有炎症。(5)经免疫治疗可有改善, 包括激素和免疫球蛋白(IVIg)均有效, 但不同患者对不同药物反应可有不同。

此患者隐匿起病, 有右下肢无力, 温度觉减退, 肌肉萎缩; 肌电图示周围神经损害, 部分运动神经髓鞘损害为主, 部分感觉神经也有累及; 辅助检查肌酶、维生素 B₁₂、叶酸、类风湿因子、血糖、肝功能全套、HIV、甲状腺功能未见异常, 腰椎 MRI 无异常; 腰穿 CSF 压力、白细胞、红细胞数正常, 糖、氯化物正常, 蛋白含量轻度增高; 肌肉神经活检病理诊断为周围神经损害, 符合 Lewis-Sumner 综合征诊断, 予激素和静脉注射 IVIg 治疗效果不明显。

临床上 Lewis-Sumner 综合征主要与慢性炎症性脱髓鞘性多发性神经病(CIDP), 即运动和感觉缺陷, 蛋白含量升高, 运动神经和感觉神经传导检查结果异常和多灶性运动神经病(MMN, 即非对称性症状表现, 经常从 upper 肢和手开始, 有传导阻滞)相鉴别, 但随着病情的发展, Lewis-Sumner 综合征后期可呈现多发性周围神经病的表现, 类似 CIDP。

参考文献:

- [1] Lewis RA, Sumner AJ, Brown MJ, et al. Multifocal demyelinating neuropathy with persistent conduction block[J]. *Neurology*, 1982, 32(9): 958-964.
- [2] Saperstein DS, Amato AA, Wolfe GI, et al. Multifocal acquired demyelinating sensory and motor neuropathy: the Lewis-Sumner syndrome[J]. *Muscle Nerve*, 1999, 22(5): 560-566.
- [3] Viala K, Renie L, Maisonnobe T, et al. Follow-up study and response to treatment in 23 patients with Lewis-Sumner syndrome[J]. *Brain*, 2004, 127(Pt 9): 2010-2017.
- [4] Verschueren A, Aznky JP. Lewis-Sumner syndrome and multifocal motor neuropathy[J]. *Muscle Nerve*, 2005, 31(1): 88-94.
- [5] Fujiyama J, Aita T, Itoh K, et al. Lewis-Sumner syndrome