

唇腭裂的序列治疗

王光和 主编

人 民 卫 生 出 版 社

唇腭裂的序列治疗

王光和 主 编

马 莲 王光和

任延方 孙勇刚

闫 燕 李巍然 编写

陈仁吉 罗 奕

洪 流 张熙恩

人 民 卫 生 出 版 社

(京)新登字 081 号

图书在版编目 (CIP) 数据

唇腭裂的序列治疗/王光和主编. 北京: 人民卫生出版社, 1995

ISBN 7-117-02195-0

I. 唇… II. 王… III. ①唇病-畸形-修复术②裂腭-修复术 IV. R782.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (94) 第 15286 号

唇腭裂的序列治疗

王光和 主 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版
(北京市崇文区天坛西里 10 号)

中国科学院印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

850×1168 毫米 32 开本 12 $\frac{3}{8}$ 印张 10 插页 346 千字
1995 年 6 月第 1 版 1995 年 6 月第 1 版第 1 次印刷
印数: 00 001—5 000

ISBN 7-117-02195-0/R·2196 定价: 25.50 元

〔科技新书目 351—185〕

Y2109/15

前 言

唇腭裂的外科修复治疗在我国已普遍开展，手术方法不断改进，并取得较好的修复效果。但唇腭裂作为一种先天发育缺陷，随着生长发育，畸形也随年龄发生变化，包括畸形本身存在的生理发育缺陷、外科手术创伤造成的颌面外形继发改变、语言、听力等功能异常，以及患者在社会交往中形成的心理障碍。不同年龄阶段有各自独特的问题，这些问题涉及多个学科，单一手术治疗往往不能达到满意效果。因此，唇腭裂的治疗应有多学科专家协同合作，根据各发育阶段的需要，按一定程序进行治疗，即“序列治疗”。

国外一些先进国家和地区早已先后成立了唇腭裂治疗组或治疗中心，自患儿出生后即置于治疗组的密切观察下，根据各个时期的不同需要进行不同的矫治，这无疑会大大提高唇腭裂的治疗效果，防止了继发畸形的发生。我国对唇腭裂的序列治疗刚刚开始，仅在少数院校成立了唇腭裂治疗小组或中心，而大部分地区仍只限于手术治疗。本书结合国内外开展唇腭裂综合序列治疗的情况向读者作一系统介绍，内容除包括手术修复外，重点介绍了唇腭裂患者的正畸治疗、畸形修复治疗、牙槽骨缺损修复及正颌外科治疗、耳鼻喉科治疗、语音评价及语音治疗、精神心理问题等。目的是引起各科对唇腭裂序列治疗的重视并争取尽快开展这方面的工作。

本书可供口腔科医师、整形外科医师及其他专业医师临床参考应用，也可作为口腔医学系学生及研究生的补充读物。

本书绘图由我院绘图室林冠华同志完成，唇腭裂治疗中心的李晓京、朱洪平等同志参加了缮写及资料整理等大量工作，在此

一并表示感谢。

限于我们的水平，本书肯定还有不少缺点和错误，诚恳地希望读者提出批评和建议。

王光 和

1994. 7.

目 录

第一章 唇腭裂序列治疗的概念及程序	1
第一节 唇腭裂治疗的复杂性.....	1
第二节 唇腭裂序列治疗概念的产生及专家队伍的组成.....	6
第三节 唇腭裂序列治疗原则和程序.....	9
第二章 唇腭裂的分类及遗传特征	25
第一节 唇腭裂的分类	25
第二节 唇腭裂的遗传特征	31
第三章 唇裂的手术修复	37
第一节 单侧唇裂修复术	37
第二节 双侧唇裂修复术	46
第三节 唇粘连术	56
第四节 唇裂的肌肉修复	58
第五节 唇裂的鼻畸形修复	60
第四章 唇裂继发畸形的手术修复	63
第五章 腭裂的手术修复	78
第一节 腭部的解剖及生理	78
第二节 腭裂患者腭部的解剖及生理	81
第三节 腭裂修复术时间的选择	84
第四节 腭裂修复术常用的术式	87
第五节 腭裂术后并发症及其防治.....	107
第六章 腭裂治疗效果的评价	110
第一节 应用 X 线影像对腭咽闭合的评价	110
第二节 应用鼻咽纤维镜对腭咽闭合的评价.....	122

第三节	应用鼻音计对腭咽闭合的评价·····	131
第四节	应用压力及气流测定方法对腭咽闭合的 评价·····	143
第五节	其他评价方法·····	146
第七章	腭裂继发畸形的手术修复·····	150
第一节	腭咽腔的解剖及生理功能·····	150
第二节	腭裂术后腭咽闭合不全的治疗·····	154
第三节	腭痿的修复·····	169
第八章	唇腭裂的正畸治疗·····	172
第一节	唇腭裂患者的颅面生长发育·····	172
第二节	唇腭裂的正畸治疗原则·····	178
第三节	婴儿期的正畸治疗·····	185
第四节	乳牙期的正畸治疗·····	193
第五节	替牙期的正畸治疗·····	196
第六节	牙槽突植骨术前、后的正畸治疗·····	202
第七节	恒牙期的正畸治疗·····	206
第八节	正颌外科中的正畸治疗·····	210
第九章	唇腭裂的牙槽嵴植骨术·····	213
第一节	唇腭裂牙槽突重建的目的·····	213
第二节	自体骨移植重建牙槽突的生物学基础·····	216
第三节	牙槽突植骨供区的选择·····	217
第四节	牙槽突植骨术的最佳时间选择·····	220
第五节	牙槽突植骨的手术操作、术前准备及 术后处理·····	225
第六节	牙槽突植骨术后并发症·····	231
第七节	牙槽突植骨术后效果评价·····	234
第八节	牙槽突植骨术前及术后正畸治疗·····	240
第十章	唇腭裂术后继发颌骨畸形的正颌外科治疗·····	241
第一节	唇腭裂术后继发颌骨畸形·····	241
第二节	继发畸形手术时间顺序及适应证·····	242
第三节	术前设计·····	243

第四节	唇腭裂继发颌骨畸形的正颌手术方法·····	254
第五节	唇腭裂继发颌骨畸形正颌外科矫治中的几个 特殊问题·····	268
第十一章	唇腭裂的修复治疗·····	271
第一节	修复治疗的概念·····	271
第二节	唇腭裂术后修复治疗适应证的选择·····	272
第三节	修复前对病人的检查与交谈·····	273
第四节	一般的固定修复和活动修复治疗·····	274
第五节	重叠牙列和重叠牙列殆垫修复体 ·····	275
第六节	上颌堵塞器修复体·····	283
第七节	有助于改进软腭功能的矫治器·····	296
第八节	舌不良运动习惯矫治器·····	304
第十二章	腭裂的语音异常及语音治疗·····	307
第一节	正常语音的发生和发展·····	307
第二节	腭裂语音的产生和发展·····	326
第三节	腭裂语音的临床诊断与评价·····	330
第四节	腭裂语音的治疗·····	338
附表	腭裂/腭咽闭合不全的语音评价表 ·····	351
第十三章	唇腭裂病人的耳鼻喉科问题·····	353
第一节	唇腭裂病人的中耳疾患·····	353
第二节	唇腭裂病人的鼻腔通气道畸形·····	355
第三节	腺样体和扁桃体·····	361
第十四章	唇腭裂病人的精神心理问题·····	364
附录	唇腭裂或其他颅面畸形患者的临床评价和治疗 指标（美国腭裂及颅面畸形学会 1993年3月）·····	367

第一章

唇腭裂序列治疗的概念及程序

唇腭裂是最常见的先天畸形之一，发病率达 1.82%，如何使这些患儿得到满意的治疗是值得深入探讨的问题，尤其是在每家只生一个孩子且生活水平不断提高的条件下，更要求我们提高唇腭裂的治疗水平，使其达到满意的治疗效果，传统单一的唇腭裂手术修复常不能达到这一目的。由于唇腭裂患者先天的颌面部发育缺陷及手术创伤的影响，常形成牙颌系统畸形、语音功能障碍等继发畸形，严重影响了患儿及家属的精神心理健康。要预防继发畸形的发生并对其进行治疗，常需综合应用颌面外科、整形外科、口腔正畸科，修复科、耳鼻喉科、语音病理、精神心理、妇科、儿科等各科专家的密切合作，实行综合序列治疗。

本章将对唇腭裂治疗的复杂性及序列治疗的内容和程序加以介绍，以其引起同行重视，使这一复杂的系统工程得以推广应用。

第一节 唇腭裂治疗的复杂性

唇腭裂是最常见的先天性发育畸形之一。由于其发病率相对较高，且严重影响患者的生存质量，故一直是全球范围健康保障系统中的一个重要研究课题。就目前的发展状况看，对这一畸形的预防还不可能在短期内实现，对这一疾病的治疗还将是一个长期的临床研究课题。对临床医师来说，首要的是应进一步努力完善治疗方案，以期获得更准确和全面的治疗效果。

从事唇腭裂治疗的医务工作者首先应对这些病人所存在的问

题有一个较全面的认识。由于这一畸形的诊断不存在任何技术上的难度，临床医师往往会低估其治疗上的复杂性。实际上即使最单纯的唇裂，也不仅仅是一个美容问题，吸吮和发音等功能活动会受到一定影响自不待言，肌肉平衡的丧失还会影响牙列的正常发育，不正常的形态和功能也不利于患儿精神心理的健康发展。较复杂的唇腭裂病人则会因上颌骨及颌周肌肉连续性的中断而产生严重的牙骀及颌面部发育畸形，语音、听觉、呼吸、咀嚼及吞咽等功能也会受到不同程度的干扰，还会产生更为严重的行为问题。现代唇腭裂的治疗经过一个多世纪的发展，虽已在多方面取得了较好的效果，但仍有许多问题还未得到解决，最终的治疗效果也还有很多不尽人意之处。

勿庸讳言，外科医生在唇腭裂治疗中起着关键作用，正常形态和解剖结构的重建是恢复正常功能活动的基础。唇腭裂手术修复的时机选择问题，曾在临床上引起广泛的争议。从手术及麻醉的安全性考虑，外科医师愿意稍微推迟手术年龄，较早期的腭裂修复手术多是在3岁左右进行的。现在我们国家的大多数医疗机构一般都选择在5岁以后才修复腭裂，甚至教科书中也规定腭裂修复手术应在学龄前的6岁左右进行。这样做的动机可能也是考虑到手术及麻醉的安全性。但是，腭裂手术修复的主要目的是恢复患者的语音功能。我们知道语音功能的发育始自婴儿期的呀呀学语 (babbling)，2岁左右迅速发展，3岁以后逐渐变慢，到5岁时已基本建立起完善的语音机制。这意味着在未经手术治疗腭裂患儿的语音发育过程中，一部分重要发音器官缺失或存在严重缺陷，失去了正常语音发育应具备的解剖基础。因此，腭裂患儿会在语音器官形态畸形的基础上建立起一种病理的语音模式；语音中不仅会表现过度的鼻腔共鸣 (hypernasality)，还会产生严重的发音错误 (articulation disorders 或 misarticulation)。由于这种病理性语音是以一种稳固的神经肌肉动力模式为基础的，此后即使成功地修复了腭裂，也较难使患者产生清晰的语音。除了语音模式的异常外，较长期的腭部肌肉失用也不利于术后正常肌肉功能的恢复，软腭肌肉运动不良所造成的腭咽闭合不全也是语音效果

不良的根本原因。基于上述问题，语音病理医师 (speech pathologist) 极力主张早期手术，以避免形成不良的发音模式，便于术后的语音训练。从语音发育的角度讲，腭裂的修复应是越早越好，最晚也不应超过 2 岁。所以，随着外科和麻醉技术的提高，手术年龄越来越早，多数选择在 12 至 18 个月时实施腭裂修复手术，也有主张在 3 至 6 个月时即修复腭裂的。早期手术可以改善术后的语音效果是毋庸置疑的。但随着唇腭裂患儿的发育，多数病例会逐渐出现明显的上颌骨发育不足，表现出重度反颌，面中部后缩及面下部相对前突。这种面形是很难通过传统的正畸手段而得以改善的。正畸医师认为上颌发育不足的根本原因是由于早期手术对颌骨发育中心的损伤和术后瘢痕产生的张力对发育的限制。从颌骨发育的角度讲，正畸医师主张尽可能延迟手术，以使上颌骨得以较充分的生长发育，不致造成严重的颜面畸形。但是，应将手术时间延迟到何种程度，仍是一个难以解决的问题。颌骨发育的高峰女性是在 10~12 岁，男性是在 12~14 岁，此后仍分别持续发育到 16~18 岁。在这一阶段之前手术，仍不可能得到理想的颌骨发育；延迟到发育高峰以后手术，不仅不可能被语音病理医师接受，从家庭、社会等角度看也是不允许的。另外，腭部手术的创伤并不是造成上颌发育不足的唯一原因。上颌基骨的内在缺损、颌骨周围肌肉张力的改变，尤其是唇裂修复术后产生的对上颌前面的压力等，也是影响上颌正常发育的因素。如何掌握适当的手术时机，同时兼顾语音和颌骨发育两方面，仍是临床上一个悬而未决的问题。有的医疗机构将腭裂的修复分两期进行，即在出生后 3~6 个月行唇裂修复手术的同时即修复软腭裂，而将硬腭的修复延迟到 5 岁以后或更晚。这样做的动机是为了尽可能早地恢复软腭肌肉的功能活动，改善语音机制，同时允许上颌骨在经受手术创伤之前能有一定程度的发育。而且由于唇及腭部肌肉连续性的恢复，硬腭裂隙会逐渐缩窄，使在手术时不必进行较广泛的组织剥离和松解。但对这种手术后的远期颌骨发育状况尚有争议，术后的语音效果也远不如早期一期手术为好。

除了上述的腭成形手术与颌骨发育及语音效果之间的复杂关

系外，腭裂不同侧面的临床处置之间自始至终都充满着矛盾。假定在患者 2 周岁以前行腭裂修复术，术后一年左右患儿的语音已有相当程度的发育，应该开始进行系统的语音治疗或训练，以及及时矫正所存在的发音错误和不良的发音习惯。但与此同时，完全性唇腭裂患儿的上颌骨骨段（尤其是患侧）也已表现出显著的塌陷，前牙及侧方反殆是很常见的。利用正畸手段对各骨段进行适当移动，恢复牙弓的正常形态等，会非常有利于颌骨的发育和将来恒牙列期的正畸治疗。但各种矫治器的使用无疑会严重干扰语音治疗的正常进行；腭托及腭侧的各种分裂簧对舌的活动不仅是一个机械障碍，还会阻断舌腭接触的反馈通路，不利于正常语音的发育。在获得满意的语音效果之前，正畸治疗与语音训练之间的矛盾会一直存在。

听觉功能与语音发育的关系也应引起更为广泛的关注。由于腭裂患儿的口鼻腔直接相通，鼻咽腔直接受外部感染因素刺激的机会较多，鼻咽部的感染及腺样体的增生可能会累及咽鼓管口。加之因腭裂患者腭帆张肌连续性丧失，使咽鼓管口不能正常开闭，咽鼓管的调压、引流和对中耳的保护功能受到严重影响。因此，中耳炎在腭裂婴幼儿中的发病率很高，如果不能及时发现和治疗，则会导致不同程度的听力丧失。听力的损害若发生在语音功能发育之前，则无疑会加重这部分患儿的语音障碍，且使将来的语音治疗更加困难。因此，如果临床医师只将注意力放在腭部的裂隙上而忽视中耳功能对语音发育的影响，则仍将有相当一部分病人难以获得满意的语音效果。

到 4、5 岁左右，对有发音错误或过高鼻音的患儿已经经过了一定的语音治疗，根据语音状况和 X 线电视或鼻咽镜检查结果，语音病理医师可能要求对一部分病人进行二期的咽成形术，以矫正所存在的腭咽闭合不全。常用的咽后壁瓣成形术可以用不同宽度的组织瓣使腭咽间隙不同程度地缩窄，但这无疑也会影响到鼻呼吸功能，术后病人可能不得不采用口呼吸。长期的口呼吸习惯可引起颌面部肌肉张力的改变，并进一步影响颌面部的发育。这部分病人的上颌会表现为更严重的后缩，下颌也呈垂直向生长趋

势。如果长期保持这种生长发育模式，则有可能进一步加重颜面畸形，增加矫治难度。这方面的问题已引起临床医师的关注，但目前仍缺乏长期的随访结果。

牙槽突裂植骨手术的时机选择，也曾是临床上争议的一个焦点。有人主张在唇裂修复手术的同时即取肋骨或髂嵴松质骨填充牙槽突裂隙，以期早日恢复颌骨及牙弓的完整性，便于日后牙齿的正常萌出和颌骨的正常发育。但这无疑会对上颌骨造成更严重的早期创伤；可靠的远期随访比较结果表明，这部分病人上颌骨高度及前后径的发育均较不植骨或晚期植骨者为差。故目前已趋向认同牙槽突植骨的最佳年龄应在9~11岁之间，以使尖牙能够顺利在植骨区萌出。植骨手术的一个重要条件，是颌骨骨段和牙弓的正常排列。在有明显的颌骨骨段塌陷、挤压和侧方反骀时行植骨手术，无疑会增加此后正畸治疗的难度。因此，植骨手术前掌握适当的时机进行，必要的预备性正畸治疗是十分重要的。

唇腭裂治疗的最后阶段是在青春期后对有严重颜面发育畸形的患者所进行的正颌外科治疗。常用的Le Fort I型上颌前移截骨术可以改善患者的颜面畸形，但同时也使咽腔的前后径增加，这样就可能在某些病人造成继发腭咽闭合不全或使原有的腭咽闭合不全加重，从而使语音效果变差。对曾行咽后壁瓣成形术的患者，由于咽后瓣可能对前移的上颌骨产生向后的牵拉，在行上颌骨前徙手术时有时需将咽后瓣切除，术后的语音效果就更难保障。所以，在上颌骨正畸手术前应对患者的语音状况进行充分的评价，对术后可能发生的语音变化应有充分的估计，并进行相应的处理。

唇腭裂患者的语音判定及语音治疗方案的制定也是复杂的。影响腭裂患者发音不清的原因很多，如患者智力、听力、腭咽闭合情况、不良代偿习惯、牙骀畸形、心理障碍等，确定是否行语音训练前应对病人进行全面检查，选择语音训练的适应证。如腭裂术后仍有腭咽闭合不全存在，则进行语音训练并不能达到语音矫治目的，对此类病人常需先行二期咽成形术，方能有效地进行语音训练，根据语音不清的原因和特点进行分析，并针对其特点进行训练才能取得好的效果。如不分类型特点简单地用同一方法

进行训练常是徒劳无效的。因此腭裂语音的分析及治疗也是一个复杂的问题。

除上述各方面复杂的问题以外，患者的精神心理状态也直接影响到治疗效果。因此唇腭裂的治疗决不是单一手术修复能解决的，在患者发育过程中自始至终存在着互相牵连相互矛盾的各个侧面，必须由有关的各个专业科室密切配合，制定序列治疗方案，根据各发育期的特点给以矫治，使能最终达到满意的治疗效果。

第二节 唇腭裂序列治疗概念的产生 及专家队伍的组成

唇腭裂序列治疗的概念首先由英国 Lancaster 唇腭裂诊所的创始人 H. K. Cooper 先生于本世纪 30 年代提出，认为唇腭裂患儿的临床治疗应由一组（team）专家来完成，大家共同协作，对患儿不同时期的状况作出评估、诊断并给以治疗。唇腭裂患者不同年龄时期都存在有独特的问题，修复治疗应是持续渐进的，而不是阶段性的（static）。至 60 年代在发达国家及地区中已普遍建立了完善的唇腭裂治疗组，治疗组的成员各国不一。由于唇腭裂的先天不足不仅仅是指口腔结构和功能方面的缺陷，而且包括患者及其家庭的心理压力和精神障碍等社会问题，参与治疗的专家的主要工作是对患者共同讨论会诊，制定出适合该患者的治疗计划及具体实施时间表，各成员按各时期需要完成本专业的治疗工作。各科专家必须统一观点、协调工作，相互有机联系，作为一个整体而起作用。team 的意思即指联合起来为一个目标而努力，同时又需有领导与主要合作的关系，决不能认为治疗组中的其他成员附属于外科医生，大家必须为制定和给予患者最好的治疗而平等和谐的工作。

唇腭裂治疗组应包括妇产科、儿科、成形外科、口腔颌面外科、口腔正畸科、修复科、遗传学、社会学、心理学、语音病理学、耳鼻喉科等多个专家共同参与，为患者制定并实施整体性治疗方案，并进行长期纵向随访，评定治疗效果。

各学科专家的工作内容

1. 遗传学专家

(1) 研究唇腭裂的疾病本质和遗传规律。

(2) 如家族史中有唇腭裂患者，需加强对该疾病的认识，推测后代发病的风险性，并和妇产科大夫取得联系，以便在妊娠3个月内及早发现而中止妊娠，保证优生。

(3) 患者出生后协同社会学家、外科医生做好咨询解释工作。

2. 社会学、心理学专家

(1) 了解家庭的经济、文化背景，并为患者争取各种政府机构、医疗保险等治疗资金的赞助。

(2) 患者出生后即时调整父母及家庭成员对患者的态度。

(3) 不断调整患者在学龄前后、择业、婚恋等时期的心理压力，改善其行为模式，咨询生活中遇到的各种问题。

3. 妇产科和儿科医生

(1) 妇产科负责母亲孕期健康及产前检查。

(2) 妇产科和儿科医师通常是最早发现疾病者，并易取得父母的信任，首先要做好安慰工作，及时和外科医师、社会学家、心理学家联系，一起介绍疾病治疗计划，增强父母对患儿疾病治疗的信心。

(3) 指导父母对患儿喂养，负责婴儿健康生长，评价患儿的发育情况，与外科医生一起讨论患儿承受手术的能力。

(4) 对患儿进行全面体格检查，发现全身伴发的其他先天性疾病，并给予治疗。

4. 人类学专家

(1) 研究胚胎对畸形形成的原因及过程。

(2) 系列采集患者的X线片（头颅侧位片）及牙科模型，研究颅面生长速度和规律，评价手术对发育的影响。

5. 颌面、成形外科

(1) 患儿出生后，和其他成员一起向患者父母介绍治疗方法及时间。

(2) 完成唇裂、腭裂、咽成型、齿槽突植骨、外科正畸及鼻

唇二期修复等手术。

(3) 和人类学家、正畸科大夫合作研究唇腭裂颅面发育模式，评估手术效果，总结出适宜的手术方法和修复时间。

6. 正畸与矫形修复

(1) 正畸科大夫参与颅面发育研究，重点研究牙囊发育及牙齿萌出情况。

(2) 进行新生儿正畸治疗，包括鼻畸形正畸及腭裂术前正畸。

(3) 错殆畸形的正畸治疗。

(4) 矫形科制作语音矫治器，协同语音训练。

(5) 有些患者需制作双重牙列修复体以改善功能和外观。

7. 耳鼻喉科（主要是耳科）

(1) 患儿出生时即告诫该病易并发中耳疾病，嘱其父母注意中耳疾病的早期症状：搔抓耳朵，枕上有液体浸湿。

(2) 从患儿6个月开始定期检查中耳情况，早期治疗中耳疾病。作声阻抗试验。患有中耳炎者作鼓膜开窗引流。

8. 语音病理学

(1) 患儿出生后即告诫其父母可能出现的语音问题，制定复诊时间表。

(2) 1~2岁时教父母通过一些语音游戏使患儿建立正确的简单的发音动作。

(3) 2~6岁评定患儿的语音发育情况，评价腭咽闭合功能，与外科大夫一起讨论咽成形手术的必要性和手术方法。

(4) 进行语音治疗。

有些国家的治疗组还专门配备训练有素的健康护士（health visitor），在患儿出生后即时与家长联系，指导其保健及喂养。并通过他们使家长与治疗组接触，使患儿得到及时的防治。

由于唇腭裂治疗组的独特功能而得到世界范围内学者的肯定，将它视为开展唇腭裂序列性治疗、提高整体治疗水平问题的一项重要措施，这也是我国从事唇腭裂治疗工作的努力方向。

第三节 唇腭裂序列治疗原则和程序

一、序列治疗的原则

唇腭裂的治疗不仅仅是一个采用外科手段封闭所存在的组织裂隙问题。这一疾病的治疗过程自始至终均涉及到互相牵连且相互矛盾的多个侧面,一个单一的临床科室不可能解决所有的问题,各不同专业间若缺乏密切的配合也很难取得良好的效果。随着对唇腭裂不同侧面了解的加深,目前就其临床处置的基本原则已经逐渐形成了较为统一的认识。由外科医师占绝对主导地位的治疗模式已渐被抛弃,而形成了一种以颌面整形外科、语音病理科、口腔正畸科、耳鼻喉科、口腔修复科、儿科及精神心理科等多学科人员组成的医疗团队协同发挥作用的综合治疗模式。唇腭裂治疗已经从一个外科问题演变成目前的“多学科处置 (multidisciplinary management)”或“团队处置 (team approach)”问题。外科医师在唇腭裂治疗中虽仍占有不容置疑的重要地位,但其与语音病理和口腔正畸等医师之间的协作关系显得越来越重要了。手术时机及手术方法的选择等重要的外科治疗原则已在很大程度上受到语音病理及口腔正畸医师的影响。若想取得较理想的最终治疗效果,也需要依赖上边提及的各不同学科专家的配合。

关于唇腭裂序列治疗的步骤,目前还没有统一的认识。许多唇腭裂中心虽采用不同的治疗步骤和方法,但都可获得相近似的良好效果。虽然近年来已开始注重对唇腭裂治疗的远期效果进行跨中心和跨国界的横向比较,并试图就一个最佳的治疗方案达成统一的认识,但在临床实践上仍有很大困难。目前各医疗中心仍注重于自己所积累的经验,并逐渐引进一些得到公认的治疗原则,从而进一步改善唇腭裂的治疗效果。这里仅就较为广泛接受的一些序列治疗原则作一简单介绍。

第一阶段: 手术前处置

1. 唇腭裂患儿的出生登记 目前在许多发达国家和地区已经