

การผ่าตัดตกแต่งความผิดปกติของจมูกในผู้ป่วย โรคปากแหว่ง เพดานโหว่ “Cleft Lip Nose Reconstruction” Nakhonpathom Hospital, 15 years experience

ดราเรตน์ รัตนรักษ์ พบ. วว.(ศัลยกรรมตกแต่ง)

Dararat Rutanarugsa M.D.

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลนครปฐม

Department of Surgery, Nakhonpathom Hospital

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่มี cleft lip nose deformity มีปัญหาทั้งในด้านรูปร่างของใบหน้า และด้านหน้าที่ของการหายใจ ความพิการนี้เกิดกับประชากรตั้งแต่วัยเด็ก แต่ได้รับความใส่ใจที่จะทำการแก้ไขต่อเนื่องจากการรักษา cleft lip และ cleft palate น้อยมาก ผู้นิพนธ์ได้ทำการรวบรวมประสบการณ์ในการผ่าตัดแก้ไขผู้ป่วย cleft lip nose deformities ในโรงพยาบาลนครปฐม ตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2535 จนถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2550 รวมระยะเวลา 15 ปี บทความนี้ได้ทบทวนวิธีการผ่าตัดที่มีอยู่ พร้อมทั้งแสดงวิธีการที่ศัลยแพทย์ได้ดัดแปลง และเลือกใช้เทคนิคที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

ABSTRACT

Patients with cleft deformity have cosmetic problems and impaired nasal airflow as a result of distorted anatomy. This nasal anomaly affects the pediatric population but has received less attention than primary lip and palate repair. The author has revealed the collected 15 years experience from October 1992 to September 2007 in Nakhonpathom Hospital. This article reviewed techniques and disclosed how surgeon to tailor approaches to each patient and selected techniques to best serve individuals.

บทนำ

Cleft lip nose deformity

เป็นความพิการเฉพาะพิเศษที่ทำลายความสามารถ และความเพียรพยายามของศัลยแพทย์ตกแต่ง เนื่องจาก

1. ลักษณะความพิการที่ปรากฏมีความหลากหลาย ต้องเลือกใช้เทคนิคในการผ่าตัดที่แตกต่างกันไป

2. ความพิการอาจทำให้ใบหน้าขาด symmetry

อย่างรุนแรง จนผ่าตัดแก้ไขยาก

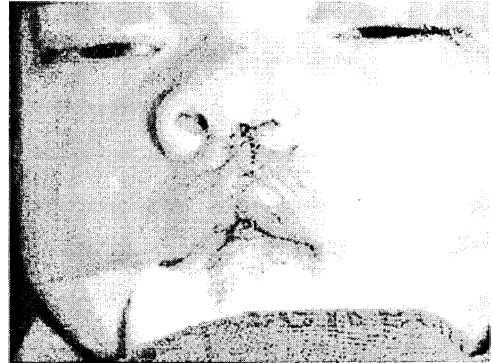
3. ผู้ป่วยอาจจะเคยผ่านการรักษามาแล้วหลาย ครั้ง จนบริเวณที่จะผ่าตัดเต็มไปด้วยรอยแผลเป็น

4. ยังมีความเห็นขัดแย้งกันอยู่มาก สำหรับช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัด

5. ความพิการนี้เกิดกับประชากรวัยเด็ก การเจริญเติบโตของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผลของการผ่าตัด ตรงข้าม



(1 pre op lip repair1)



(1 post op lip repair1)

กันการผ่าตัดเองอาจส่งผลต่อพัฒนาการของรูปร่างจมูกและใบหน้า

ในประวัติศาสตร์การแพทย์อเมริกาเหนือกล่าวถึง cleft lip nose deformity ว่า ได้รับการใส่ใจที่จะแก้ไขให้น้อยกว่าตัว cleft lip เอง และไม่ปรากฏว่ามีการนำเสนอวิธีการผ่าตัดตกแต่งในผู้ป่วย cleft lip nose deformity เลย จนหลังศตวรรษที่ 20 แต่เทคนิคที่ทันสมัยที่สุดก็ได้มีการบรรยายไว้แล้วตั้งแต่ระหว่างปี 1920-1940 แม้ว่าจะไม่ประณีตมากนักเช่น ลงแผล open rhinoplasty ตามแนวขอบปีกจมูก โดยทิ้งให้เห็นรอยแผลเป็นที่ชัดเจนไว้

ปัญหา :

ผู้ป่วยที่มี cleft lip nose deformity มีปัญหาทั้งในด้านความงามและด้านการหายใจ เนื่องจากกายวิภาคที่ผิดปกติ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีผนังกันจมูกโก่งอ रुจมูกตีบตัน เทอปีเนตบวมโต และปากแหว่งเพดานโหว่ จากการวัด rhinomanometry แสดงอย่างมีนัยยะสำคัญว่าทางเดินหายใจของผู้ป่วย cleft deformity นั้นเล็กเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มี cleft deformity แม้ว่าจมูกจะโตขึ้นตามอายุ แต่ก็ยังคงเล็กกว่าจมูกของผู้ที่ไม่มี cleft deformity อยู่ถึง 30 เปอร์เซ็นต์

สมมุติฐานวิทยาของโรค :

จุดกำเนิดของ cleft lip nose deformity ในระยะ

ที่เป็นตัวอ่อนยังไม่เป็นที่เข้าใจกันดีนัก น่าสนใจว่าความผิดปกติของจมูกตามรูปแบบที่พบในผู้ป่วย cleft lip อาจเกิดขึ้นได้โดยไม่จำเป็นต้องมีความพิการใด ๆ ที่ริมฝีปากเลย เนื่องมาจากความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตัวอ่อนมีผลเฉพาะที่จมูกเท่านั้น

จมูกกำเนิดขึ้นมาจากเนื้อเยื่อจำเพาะสองก้อนคือ frontonasal และ lateral facial complex จากนั้น frontonasal processes เคลื่อนตัวขึ้นเหนือบริเวณหน้าผากก่อตัวเป็น nasal placode และจาก nasal placode พัฒนาเป็น medial และ lateral processes ขึ้นรูปเป็น columella และ ala ตามลำดับ ทางทฤษฎีนั้น ชั้น mesodermal ของ nasal ala จะเจริญขึ้นตามการเติบโตของจมูกส่วนกลาง สิ่งใด ๆ ที่มาหยุดยั้งกระบวนการดังกล่าวอาจมีผลให้เกิด unilateral nasal deformity ยิ่งไปกว่านั้นการรวมตัวที่ไม่สมบูรณ์ของ frontonasal และ lateral facial complex อาจจะมีส่วนร่วมให้เกิด cleft deformity

ผู้ป่วยและวิธีการผ่าตัด

ได้รวบรวมผู้ป่วย cleft lip nose deformity ในช่วงเวลาดังแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2535 จนถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2550 รวมระยะเวลา 15 ปี โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด cleft lip and cleft palate repair และ cleft lip nose correction ด้วยวิธีการต่าง ๆ เป็นจำนวนทั้งสิ้น 97 ราย ได้แก่

Cleft lip, unilateral; Cleft lip	2 ราย
Cleft lip, bilateral	7 ราย
Cleft soft palate with cleft lip, bilateral	5 ราย
Cleft hard and soft palate with cleft lip, bilateral	37 ราย
Cleft hard and soft palate with cleft lip, unilateral	46 ราย

ข้อห้ามในการผ่าตัด :

การผ่าตัดสำหรับ cleft lip nose deformity อาจจะมีข้อห้ามในบางกรณี แต่ไม่ได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนในเรื่องอายุขั้นต่ำ อย่างไรก็ตามการผ่าตัดจมูก ควรจะเลือกทำเมื่อผู้ป่วยมีการพัฒนาเติบโตทางร่างกายและอารมณ์จิตใจอย่างเพียงพอ ก่อนที่การผ่าตัดจะเริ่มขึ้น



(2 CLN p. 2.1)



Fig. 2

การผ่าตัด major septal surgery ควรกระทำในภายหลัง โดยผ่าตัดไปพร้อมกับ external nasal surgery หรือแยกทำต่างหาก เพื่อให้มีเวลามากที่สุดสำหรับการพัฒนาในส่วนนี้ที่เป็นศูนย์กลางสำคัญในการเจริญเติบโตของบริเวณใบหน้า

ดังที่ได้กล่าวพาดพิงถึง การพัฒนาเติบโตทางอารมณ์จิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณา ดังนั้นเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้และเป้าหมายร่วมอาจจะถูกกำหนดโดยแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ ก่อนดำเนินการผ่าตัด cleft lip nose deformity correction

กายวิภาคที่เกี่ยวข้อง :

ข้อบกพร่องสำคัญของ cleft lip nose deformity คือตำแหน่งของปีกจมูก (ala) ปีกจมูกวางตำแหน่งอยู่ต่ำกว่า



Fig. 1

และออกข้างกว่าด้านที่ปกติ ตำแหน่งโดยเชิงสัมพันธ์ทำให้จมูกข้างนั้นดูยาวกว่าความเป็นจริง ปีกจมูกวางตัวบน premaxilla ที่พัฒนามาน้อย เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งของการเกิดปีกจมูกหย่อน (ala base lowering) และรูจมูกแบน (horizontal seating nostril) ปีกจมูกมักจะพัฒนาไม่สมบูรณ์ (hypotrophy or agenesis) ขอน งอรั้ง เสริมต่อให้โดมจมูกข้างที่ผิดปกตินั้นหย่อนตัวลง และเหตุเพราะปีกจมูกที่ผิดปกติทำให้ columella สั้นและเอียงโดยจะชี้ส่วนโคนเฉียงออกจากด้านที่เป็น cleft นอกจากนี้ septum อาจจะหลุดออกจากราง (maxillary crest) และส่วนที่เป็นกระดูกอ่อน

อาจจะโค้ง โค้ง งอ ซึ่งทั้งสองนี้เป็นปัจจัยทำให้ปลายจมูก เบี้ยว

เมื่อเพดานโหว่เกิดร่วมกับปากแหว่ง nasal septum จะแสดงความผิดปกติเพิ่มเติมจากความพิการที่เห็นได้จากภายนอก ความบกพร่องของกระดูกจะเกิดขึ้นตามแนวของพื้นจมูกตั้งแต่เป็นน้อย ๆ ไปจนถึงเป็น oral nasal fistula

ความผิดปกติของ bilateral cleft lip อาจจะปรากฏให้เห็นเป็น septum ที่ซ้อนกันจนหนา (duplicated septum) ซึ่งสมมุติฐานว่าเป็นความล้มเหลวในการเจริญเติบโตของผนังกันทั้งสองที่ปรากฏให้เห็น การศึกษาต่างยืนยันว่าเกิด septum deviation อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยที่มี bilateral cleft lip เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มี และ septum deviation มีแนวโน้มที่จะเอียงไปทางด้านที่เป็น cleft และ septum ที่อยู่ผิดตำแหน่งนี้จะมีส่วนทำให้ปลายจมูกเอียงไปทางด้านที่ไม่เป็น cleft

การผ่าตัด :

นอกเหนือจากเรื่องความงาม ศัลยแพทย์ต้องมุ่งที่จะแก้ไขช่องโพรงจมูกให้ใช้งานได้ด้วย การศึกษาในผู้ป่วยที่โตแล้วยืนยันว่าจมูกที่ได้รับการแก้ไขแล้วยังคงเล็กกว่า non-cleft nose อย่างมีนัย ดังนั้นจะต้องให้พอเหมาะพอดีระหว่างเป้าหมายในเรื่องความงามกับให้ใช้การได้ดีขึ้น (cosmetic and functional purpose)

การแก้ไขโพรงจมูก :

ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำ septal surgery ยังเป็นที่โต้เถียง ข้อคิดเห็นหนึ่งนั้นคือ early surgery จะรบกวนการเติบโตโดยธรรมชาติของผนังกันจมูก อีกมุมมองหนึ่งเห็นว่า delay surgery อาจจะเป็นสาเหตุที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการเจริญเติบโตของกระดูก maxilla โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเด็กคนนั้นต้องหายใจทางปากมาโดยตลอด เป็นที่ชัดเจนว่า conservative surgery ซึ่งนับรวมถึงการตกแต่งโดยการทำรอยบากที่ส่วนของ septum อาจจะเป็น

วิธีการที่เป็นทางสายกลางและให้การแก้ไขปัญหาได้อย่างดี เมื่อพิจารณาถึงผลดีของการทำ turbinate reduction หรือ turbinate out-fracture เพื่อให้โพรงจมูกกว้างขึ้น หัตถการดังกล่าวควรทำด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากเป็นกายวิภาคที่มีความผิดปกติ เส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยงรวมทั้งความแข็งแรงของโครงสร้างอาจจะน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

การแก้ไขความพิการที่ columellar:

Columellar ใน cleft lip nose deformity จะดูเหมือนกับหูดสั้น วิธีผ่าตัดที่ดีที่สุดมีความเห็นเป็นสองทาง ศัลยแพทย์บางกลุ่มเห็นว่า columellar จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยตรง (primary repair) แต่แพทย์อีกกลุ่มยืนยันว่าการตกแต่งรูปปีกจมูกใหม่มีผลเพียงพอให้ columellar ยาวขึ้นได้

ฝ่ายที่สนับสนุนการตกแต่งปีกจมูกเชื่อว่า ที่ columellar หูดสั้นนั้นเป็นเนื่องมาจากปีกจมูกวางตัวในแนวระนาบ ดังนั้นการจัดตำแหน่งปีกจมูกเสียใหม่ให้ได้รูป anterior-posterior oval คิดว่าจะทำให้ columellar ยาวขึ้น และดูเป็นธรรมชาติ วิธีการดังกล่าวได้แก่



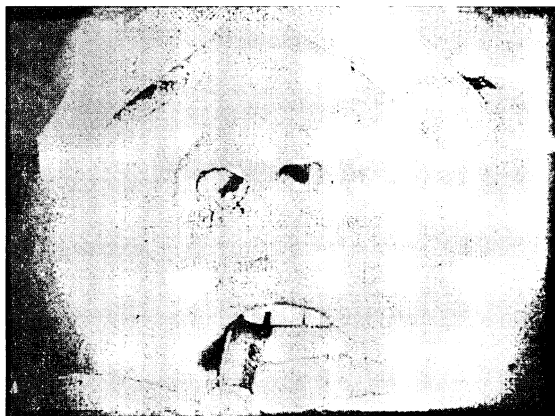
Fig. 3

วิธีการของ Blair ที่ดัดแปลงโดย Ivy เป็นการจัดวางตำแหน่งของปีกจมูกใหม่โดยการหมุน laterally based nostril rim flap เข้ามาตรงกลางและเลื่อนมาข้างหน้าเพื่อให้ columellar ยาวขึ้น

เทคนิคของ Dingman ที่ใช้การหมุน columellar and alar-based flap เข้ามาตรงกลาง



Fig. 4



(6 CLN po cln correction, minor scar revision 6 (1))

ตัวอย่างผู้ป่วย

ผู้ป่วยทำ scar revision และผู้รายงานเลือกใช้วิธีการจัดตำแหน่งปีกจมูกเสียใหม่ให้ได้รูป anterior-posterior oval ทำให้ columellar ยาวขึ้นและดูเป็นธรรมชาติ



Fig. 5

เทคนิคสำหรับการแก้ไขโดยตรงที่ columellar โดยการเพิ่มความยาว วิธีง่าย ๆ เช่นทำ V-Y advancement flap สามารถทำได้หากความกว้างของ columellar และเนื้อบริเวณริมฝีปากบนมีมากพอ



Fig. 6

คล้าย ๆ กับ V-Y flap อาจจะใช้ anterior pedicled rectangular flap แทน



Fig. 7

เทคนิคของ Brauer-Foster ทำ fan shaped flap ตามแนวขอบ medial และ anterior ของ alar rim ดึงเข้ามาหากันตรงกลางทำให้ columellar ยาวขึ้น



Fig. 8

วิธีการของ Cronin ทำ anterior bilobed flap advancement พร้อมกับ posterior columellar flap advancement เทคนิคที่ใช้การเพิ่มความยาวของ columellar อาจจะได้ผลดีมากกว่าสำหรับผู้ป่วย bilateral cleft lip ซึ่งต้องการ symmetrical columellar advancement

การตกแต่งใหม่อย่างถึงราก (radical reconstruction) มีความจำเป็นเมื่อไม่มี columellar อยู่เลย ริมฝีปากบนเป็น donor site ที่ดีที่เลือกสำหรับใช้สร้าง columellar ขึ้นมาใหม่ อย่างไรก็ตามเนื่องจากในผู้ป่วย cleft lip บริเวณริมฝีปากบนมักจะมีแผลเป็นหรือมีเนื้อไม่มากพอ อาจจำเป็นต้องโยกย้ายเอาเนื้อจากริมฝีปากล่างหรือ nasolabial flap มาใช้แทน

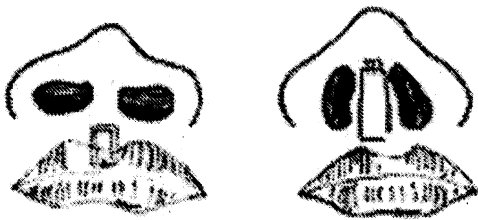


Fig. 9

มีการฝัง full thickness skin graft ไว้ใต้ผิวหนังของ ริมฝีปากบนเพื่อนำมาใช้สร้าง columellar เช่นเทคนิคของ Ferris-Smith



Fig. 10

วิธีของ Serre ที่ใช้ full thickness skin graft ยาว เป็นสองเท่าทบเข้าหากันและฝังไว้ใต้ริมฝีปากบนเตรียมไว้ สำหรับนำมาใช้เพิ่มความยาวของ columellar ในภายหลัง มีการนำกระดูกอ่อนจากใบหูโดยเฉพาะจาก helix

มาใช้สร้าง columellar ขึ้นใหม่ แต่พึงระวังว่า recipient site เป็นบริเวณที่มีเลือดมาเลี้ยงน้อยอาจเป็นอุปสรรคในการติดของเนื้อเยื่อนำมาปลูก

การแก้ไขความพิการที่ Alar :

การผิดปกติของปีกจมูกเป็นข้อบกพร่องสำคัญของ cleft lip และ cleft lip nose เทคนิคการผ่าตัดอาจจำแนก ประเภทออกได้เป็น external และ internal approach

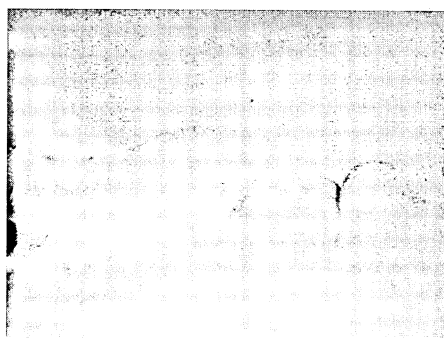


Fig. 11

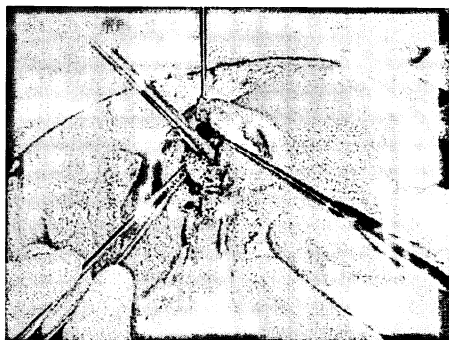
ในกรณีที่มีข้อบกพร่องน้อย รูกุมอาจจะแก้ไขโดยการทำให้ wedged excision เอาผิวหนังที่อยู่หน้า (และเหนือ) ต่อบนของ alar rim ออกและขยับ alar rim เลื่อน (ขึ้น) มา ข้างหน้า โดยการเหลื่อมขอบผิวหนังบาง ๆ ทั้งไว้ที่ rim margin จะช่วยป้องกันการเกิด webbing ที่บริเวณ soft triangle ได้



(3CLN p1)



(3CLN p2)



(3 CLN intraop 3 (3))



(เทคนิคของ Thomas Rees)

Fig. 12



(3 CLN po 3.1(4))



(3 CLN po 3.2)



(เทคนิคของ Tajima)

Fig. 13

ตัวอย่างผู้ป่วย :

ผู้ป่วยรายนี้โดยวิธีปลิ้นเอา alar carilage ออกมา แล้วจัดวางใหม่โดยไม่ต้องมีรอยแผลที่ภายนอก คล้ายเทคนิคของ Thomas Rees

โดยการตัด alar cartilage ออกจากสิ่งยึดติดทางด้านข้างและเลื่อนเข้ามาตรงกลางเพื่อเย็บเข้ากับala ข้างตรงกันข้าม นอกจากนี้ ala ที่แบนราบสามารถแก้ไขได้โดยการเย็บรั้งขึ้นมาผูกกับ upper lateral cartilage หรือ nasal bone คล้ายเทคนิคของ Tajima ที่ลงแผลเป็นรูป U คว่ำใน

ช่องจมูกข้างที่เป็น cleft จะทำให้เกิดโพรงที่ได้ชั้นไขมัน
แล้วเย็บ ala ที่ผิดรูปยัดเข้ากับ upper lateral cartilage ข้าง

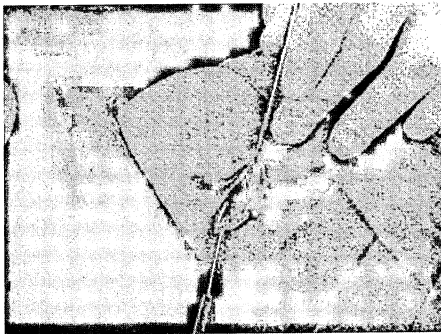
เดียวกันรวมทั้ง upper lateral cartilage และ alar cartilage
ข้างตรงกันข้าม



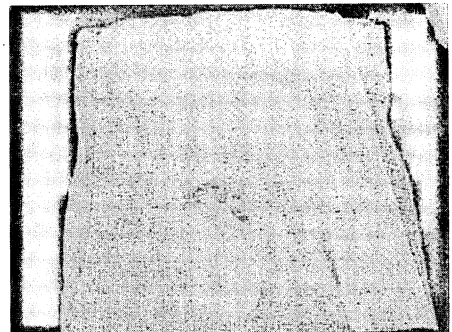
(8 CLN p, 8.11)



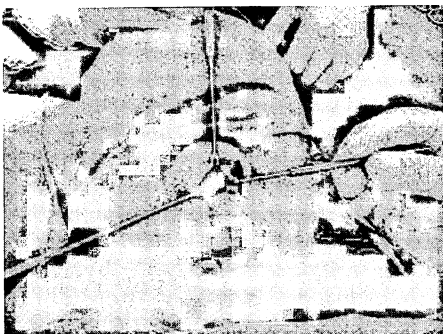
(8 CLN p, 8.2)



(8 CLN intraop, 8 (8.2))



(8 CLN intraop, 8 (8.3))



(8 CLN intraop,8 (8.4))



(8 CLN intraop, 8 (8.6))



Fig. 14

ตัวอย่างผู้ป่วย :

หลังจากที่ได้พิจารณาเทคนิคทั้งการหมุนหรือการ
เลื่อนแล้ว ได้เลือกใช้ onlay graft แทนเพื่อให้ผลออกมาดี
ตัว graft จะช่วยเพิ่มเนื้อเพื่อให้ดูสวยงามขึ้นและเพิ่มความ
แข็งแรงให้กับ alar cartilage ที่ฝ่อลีบไป และขอบที่จะใช้
กระดูกอ่อนจากแอ่งของใบหู (conchal cartilage) มาทำ

onlay graft เพราะจะได้ ala ที่มีความโค้งเป็นธรรมชาติ ใน unilateral cleft lip อาจจะใช้กระดูกอ่อนจาก ala ข้างที่ปกติ โดยการตัดแบ่งเอาเฉพาะส่วน cephalic border ให้เหลือติดเป็นข้อไว้ทางด้าน medial แล้วตลบกลับมาทำ onlay graft ที่ ala ข้างตรงกันข้ามที่เป็น cleft

นอกจาก alar cartilage แล้ว septal cartilage จะเป็นแหล่งของกระดูกอ่อนสำหรับการนำมาทำ onlay graft กระดูกอ่อนที่ได้จาก nasal septum จะแข็งและตรงกว่ากระดูกอ่อนที่ได้จากแองไบรู (concha) ดังนั้นจึงเหมาะที่จะเก็บเอาไว้ทำเสาค้ำ (columellar strut) มากกว่า มีบ่อยครั้งที่จำเป็นต้องทำ septoplasty อยู่แล้ว เพื่อจะแต่งปลายจมูกและเพื่อทำให้หายใจได้โล่งขึ้น ดังนั้นอาจจะเก็บเอา septal cartilage ที่ได้จากการผ่าตัดมาใช้เพื่อตกแต่ง ala ในทันทีหรือฝากเก็บไว้สำหรับใช้สร้าง ala ขึ้นใหม่ในภายหลัง ศัลยแพทย์บางท่านไม่เห็นด้วยกับการทำ septoplasty ด้วยวัตถุประสงค์เพียงเพื่อที่จะตกแต่งรูปจมูกเท่านั้น เพราะการกระทำดังกล่าวอาจจะมียุติยั้งพัฒนาการของบริเวณช่วงกลางของใบหน้าได้ ในรายที่มีความบกพร่องสุดขีดอาจจะต้องสร้าง ala ขึ้นมาใหม่ด้วยการใช้กระดูกอ่อนจากซี่โครงทำเป็นรูปตัวอักษร C

ความพิการที่สันจมูก (Dorsal deformity) :

การแก้ไขความคดเคี้ยวของ nasal septum อาจจะพอเพียงสำหรับทำให้สันจมูกตรงได้ ผู้สนับสนุนการทำ early septal surgery อ้างถึง

ผลดีคือจมูกรวมทั้งส่วนสันสามารถเติบโตใกล้เคียงกับสภาพปกติได้มากกว่า ในบางโอกาสอาจจะต้องการทำ osteotomy เพื่อแก้ไขการเอียงของสันจมูก มีการใช้กระดูกอ่อนทำ onlay graft เพื่อเพิ่มเนื้อให้กับจมูกข้างที่เป็น cleft ซึ่งมีพัฒนาการมาน้อย จมูกที่โตกว่านี้อาจจะได้จากการใช้กระดูก (เช่น กระโหลกศีรษะ ซี่โครง และสะโพก) มาทำ onlay graft

ความพิการที่เป็น Bilateral cleft lip nasal deformity :

เทคนิคการผ่าตัดที่กล่าวถึงข้างบน จุดความสนใจ

อยู่ที่ความพิการที่เกี่ยวข้องกับ unilateral cleft lip แต่สามารถประยุกต์ใช้กับความพิการที่เป็น bilateral ได้เช่นเดียวกัน ความก้าวหน้าของเทคนิคการผ่าตัดสำหรับรักษาความพิการใน bilateral cleft lip ล้าหลังกว่า

การรักษาสำหรับความพิการที่เป็น unilateral ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าความพิการดังกล่าวพบได้น้อยกว่า ภาพที่สร้างโดยคอมพิวเตอร์แสดงให้เห็นว่า bilateral cleft lip nose อาจจะมีมองได้เป็นรูปภาพสำเนาของ unilateral cleft lip nose ตราบาป (stigmata) ที่ประกอบด้วย ปลายจมูกกว้าง แบนและแยกเป็นลอน (bifid tip) ปีกจมูกกว้างและแบน (wide alar base) และ short columella ทั้งหมดนี้ทำให้จมูกมีลักษณะเหมือนจมูกหนู



(4 CLN p, bilat tip proj 4.2) Fig. 15



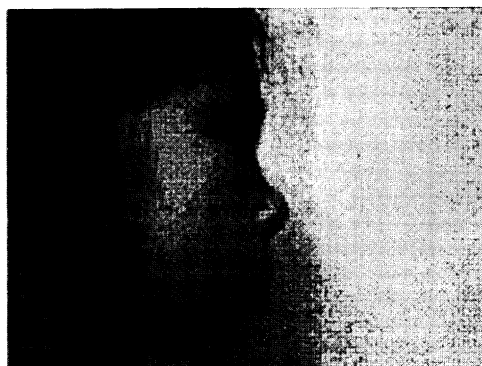
(4 CLN p, bilat tip proj 4.1)



Fig. 16



(4 CLN po, bilat tip proj 4.1)



(4 CLN, bilat tip proj, LT FU (4))

ตัวอย่างผู้ป่วย :

ลักษณะเฉพาะของ bilateral cleft lip nose คือ short columellar ผู้ป่วยรายนี้ใช้เทคนิคของ Millard ที่เรียกว่า columellar lengthening โดยเตรียม forked flap ไว้ตั้งแต่ในช่วงที่ทำ primary cleft lip repair โดยแต่ละข้างจะมาจากแต่ละข้างของ prolabium เก็บรักษาไว้ที่ส่วนฐานของจมูก (nasal sill) จนกระทั่งเมื่อถึงการทำ secondary rhinoplasty จึงยกกลับมาและหมุนไปไว้ที่ columella ได้ผลสำเร็จเป็น columella ที่ยาวขึ้น

วิจารณ์

เทคนิคที่ปรากฏในบทความนี้ไม่ใช่เป็นการทบทวนวิธีการผ่าตัดทั้งหมดที่มีอยู่ ไม่มีการผ่าตัดใด ๆ ที่สมบูรณ์แบบ Cleft lip nasal deformity เป็นความผิดปกติที่ซับซ้อน ศัลยแพทย์จะต้องดัดแปลงวิธีการและพัฒนาเทคนิคที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เด็กผู้ซึ่งได้รับประโยชน์จากการผ่าตัดตกแต่งที่ดีจะมีความพึงพอใจและมีความพึงพอใจและอารมณ์จากความพึงการดังกล่าวลดน้อยลง

เอกสารอ้างอิง

1. Black PW, Hartrampf CR Jr, Beegle P. Cleft lip type nasal deformity : definitive repair. Ann Plast Surg 1984 Feb ; 12(2) : 128-38.
2. Chait LA. The "C" costal cartilage graft in

reconstruction of the unilateral cleft lip nose. Br J Plast Surg 1981 Apr ; 34(2) : 169-72.

3. Davis PK. Cleft lip nose tip deformity : a tutorial dissertation. Br J Plast Surg 1983 Apr ; 36(2) : 200-3.
4. de Sa Nobrega ES. Cleft lip nose : a different approach. J Craniofac Surg 2005 Jan ; 16(1) : 95-9.
5. Drake AF, Davis JU, Warren DW. Nasal airway size in cleft and noncleft children. Laryngoscope 1993 Aug ; 103(8) : 915-7.
6. Holt GR. Management of cleft lip nasal deformity. Facial Plast Surg 1986 Spring ; 3(3) : 161-74.
7. Jackson IT, Yavuzer R, Kelly C, Bu-Ali H. The central lip flap and nasal mucosal rotation advancement: important aspects of composite correction of the bilateral cleft lip nose deformity. J Craniofac Surg 2005 Mar ; 16(2) : 255-61.
8. Lee KC, Kwon YS, Park JM, et al. Nasal tip plasty using various techniques in rhinoplasty. Aesthetic Plast Surg 2004 Nov-Dec; 28(6) : 445-55.
9. Liou EJ, Subramanian M, Chen PK. Progressive changes of columella length and nasal growth after nasolabial molding in bilateral cleft patients : a

- 3-year follow-up study. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119(2) : 642-8.
10. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose : a 15-year review and a new treatment plan. *Plast Reconstr Surg* 1990 Nov ; 86(5) : 882-9; discussion 890-3.
11. Millard DR. *Cleft Craft*. Vol 2. Boston, Mass: Little Brown & Co 1977.
12. Mulliken JB. Correction of the bilateral cleft lip nasal deformity : evolution of a surgical concept. *Cleft Palate Craniofac J* 1992 Nov ; 29(6) : 540-5.
13. Numa W, Eberlin K, Hamdan US. Alar base flap and suspending suture : a strategy to restore symmetry to the nasal alar contour in primary cleft-lip rhinoplasty. *Laryngoscope* 2006 ; 116 : 2171-7.
14. Peled IJ, Ramon Y, Ullmann Y. Wrap-around cartilage flap for correction of unilateral cleft lip nose deformity. *Plast Reconstr Surg* 1997 Jun ; 99(7) : 2085-8.
15. Randall P. History of cleft lip nasal repair. *Cleft Palate Craniofac J* 1992 Nov ; 29(6) : 527-30.
16. Sandham A, Murray JA. Nasal septal deformity in unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Craniofac J* 1993 Mar ; 30(2) : 222-6.
17. Tajima S, Maruyama M. Reverse-U incision for secondary repair of cleft lip nose. *Plast Reconstr Surg* 1977 Aug ; 60(2) : 256-61.
18. Tamada I, Nakajima T, Ogata H, Onishi F. Secondary repair of cleft lip nose deformity using subcutaneous pedicle flaps from the unaffected side. *Br J Plast Surg* 2005 Apr ; 58(3) : 312-7.
19. Warren DW, Drake AF, Davis JU. Nasal airway in breathing and speech. *Cleft Palate Craniofac J* 1992 Nov ; 29(6) : 511-9.