

# 中华口腔医学会 团体标准

T/CHSA 001-2022

---

## 唇腭裂序列治疗指南

Guideline for cleft lip and palate team approach management



2022-01-17 发布

2022-02-01 实施

---

中华口腔医学会 发布

## 目 次

前言 .....	II
引言 .....	III
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 唇腭裂的外科前治疗 .....	1
5 唇裂的外科修复 .....	1
6 腭裂的外科修复 .....	1
7 正畸治疗 .....	2
8 牙槽突裂的植骨修复 .....	2
9 唇裂鼻畸形的整复 .....	2
10 唇裂术后继发畸形的二期整复 .....	2
11 腭裂术后腭痿的处置 .....	3
12 腭裂术后腭咽闭合不全的诊断与治疗 .....	3
13 语音治疗 .....	3
14 腭裂分泌性中耳炎的处置 .....	3
15 颌骨畸形的外科矫治 .....	3
16 心理评估和咨询 .....	4
17 围手术期的护理 .....	4
参考文献 .....	5



## 前 言

本文件按照GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中华口腔医学会唇腭裂专业委员会提出。

本文件由中华口腔医学会归口。

本文件起草单位：四川大学华西口腔医院、武汉大学口腔医院、北京大学口腔医院、上海交通大学医学院附属第九人民医院、中国医科院整形外科医院，首都医科大学附属北京口腔医院、西安交通大学附属口腔医院、北京协和医院、广州市妇女儿童医疗中心、青岛市妇女儿童医院。

本文件主要起草人：石冰、傅豫川、尹宁北、朱洪平、马莲、王国民、陈仁吉、李巍然、袁文钧、宋涛、蔡鸣、崔颖秋、龚彩霞、尹恒、周炼、任战平、杨学财、李承浩、黄汉尧。



## 引 言

唇腭裂是口腔颌面部最常见的先天性畸形，严重影响患者口腔颌面部外观和生理功能，但是可以治愈的疾病。产前检查诊断为唇腭裂的患儿，在未能确定伴有其它严重畸形时，宜建议孕妇积极保留胎儿，并提供家长相关唇腭裂科普知识和专业治疗机构信息。唇腭裂治疗建议实行多学科介入的序列治疗模式，随着生长发育，在不同时期提供患者相应的适宜治疗。治疗团队建议包括富有经验的口腔颌面外科，整形外科、正畸科、语音治疗师、麻醉师、护理及儿内科、耳鼻喉科等专业人员，并建议团队与出生缺陷、遗传病、社会救助和慈善机构、心理等专业人员保持紧密联系。根据患者具体情况，集体讨论制定治疗计划。我国是唇腭裂发生与治疗人数最多的国家，各单位在长期的临床实践中，探索和积累了不少具有中国特色和适用于中国国情的治疗模式与方法，但尚无形成此领域的指南供同行参考。2019年中华口腔医学会唇腭裂专委会正式申请立项并获学会批准（立项标准号：CHSA2019-04），现经众多专家调研、讨论，制定唇腭裂序列治疗指南第一版（2020年版）。需说明的是，制定指南的目的在于引导而非限制同行的医疗行为。



# 唇腭裂序列治疗指南

## 1 范围

本指南描述了适宜中国唇腭裂患者人群的序列治疗相关诊疗技术，涵盖唇裂、牙槽突裂及腭裂的初期、二期手术、正畸治疗、语音治疗、护理、心理等方面。

本指南适用于中国开展唇腭裂序列治疗的临床工作。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

#### 唇腭裂 cleft lip and/or palate

唇腭裂是指出生时即存在的唇部和腭部裂开，可以单发也可以伴发，按发生类型可以分为唇裂，腭裂和唇腭裂<sup>[1-2]</sup>。

### 3.2

#### 唇腭裂序列治疗 cleft lip and palate: team approach to treatment

唇腭裂的团队序列治疗是一个多学科组成的医疗团队至少建议包括有口腔颌面外科医师，口腔正畸医师，病理语音师，心理咨询师等组成。通过多学科协作，共同制定治疗计划，以外科整复为主要手段，在最佳的时间点，进行最合适的治疗，以达到良好外形、正常功能和心理健康的目标<sup>[1-2]</sup>。

## 4 唇腭裂的外科前治疗

如果患儿家庭有条件配合定期复诊，建议开展术前正畸的干预治疗。这样既可减轻患儿的畸形程度，降低手术难度，又可改善患儿的喂养效果。

对存在鼻畸形的不完全性唇裂患儿，出生后1月内均可以通过佩戴鼻畸形矫治器的方式进行矫治直至唇裂修复术；对于完全性唇腭裂患儿，出生后1周至1月龄期间，建议为患儿配戴鼻牙槽突裂畸形塑形器（NAM）；对出生后6周以上且伴有牙槽突前后向落差大或严重扭转者，可指导患儿家属自行采用免缝胶布或弹力带进行纠正，有助于降低手术难度<sup>[3-7]</sup>。

## 5 唇裂的外科修复

唇裂外科手术可以按照唇或唇鼻或唇鼻腭（硬腭）同期整复的理念，进行手术设计。在手术时间方面，患儿3~6月龄，正常发育，同时建议具备以下条件方可施术：不伴有影响手术及麻醉进行的重要脏器的病变，且近2周内无预防接种、无发热、无上呼吸道感染和腹泻。

在手术方式上，建议施术医生在充分认识唇裂畸形特点，结合唇裂个体化畸形特点，选择或设计手术方式。单侧唇裂的修复建议选用：旋转推进法，改良和新旋转推进法等。术中建议以口轮匝肌的重建为恢复口鼻唇形态的重要基础，结合美学和对称性的要求，尽量保存和恢复重建唇鼻部重要解剖结构特征。对于隐性唇裂或微小唇裂可以采用常规切口，也可以选择非常规手术入路，重建口轮匝肌的结构，改善唇鼻畸形<sup>[8-15]</sup>。

## 6 腭裂的外科修复

建议在8~12月龄完成腭裂修复术。可根据具体裂隙情况和患者全身发育条件,适当提前或延后手术时间,但不小于6个月龄。对腭隐裂的患儿建议严密观察,只有当患儿出现腭咽闭合不全的症状或中耳功能障碍与食物反流时才建议进行手术修复。对于综合征性的腭裂患儿可以根据情况,适当延后手术时间,最好不超过出生后18个月。

腭裂修复应在安全封闭裂隙的基础上,选择并发症轻的手术方法,常用的手术方法有改良兰氏法,两瓣法,Furlow法,Sommerlad法,以及二者结合而成的SF腭裂修复法。操作应遵循重建腭帆提肌环的形态结构,延长软腭的长度,尽量避免或减少术后暴露的硬腭裸露骨面,并积极予以修复。原则上不主张通过硬腭黏骨膜瓣牙槽突处断蒂封闭硬腭裂隙或延长软腭的作法,尽可能避免形成或导致以横向为主的腭痿<sup>[18-21]</sup>。

## 7 正畸治疗

腭裂术后建议密切观察患儿牙列、咬合及生长发育情况。如果出现前牙反颌,则建议根据患者反颌的严重程度,即对非骨性反颌,可于3岁半至5岁开始治疗,以解除前牙反颌,防止出现骨性反颌及降低后期的矫治难度。对中、重度的骨性反颌,可延迟至恒牙列初期,评估是否选择用正畸方法矫正反颌。在可能的情况下,牙槽突植骨术前如伴有两侧骨段形成明显落差时,可先安排进行正畸治疗,以旋转骨段、排齐牙弓、竖直倾斜的牙齿,及时调整牙槽突裂间隙,为植骨手术做准备。无骨性问题或仅有轻度骨性问题的唇腭裂患者可以在恒牙期进行全面的正畸治疗,而严重的骨性畸形患者则需成年后进行正畸—正颌联合治疗<sup>[22]</sup>。

## 8 牙槽突裂的植骨修复

牙槽突植骨一般建议在患者年龄为8~12岁或尖牙牙根形成达1/2或2/3时进行。对伴有严重的前颌骨前突,两侧上颌骨骨段有向中线生长而阻碍前颌骨生理性后退的患者,建议先正畸扩弓,待间隙足够后将过度前突的前颌骨后退,若条件受限,也可同期行前颌骨截骨后推术,同时密切观察其对上颌骨生长发育的影响作用。对牙槽突裂隙较大,特别是伴有硬腭前份骨缺损时,建议先行骨缺损处的软组织修复,至少6个月后再行骨移植修复手术。在植骨手术方法上,建议采用暴露裂隙骨断端彻底、制备严密的植骨袋,植入髂骨骨松质为主要内容。植骨术后,对存在咬合干扰而可能影响植骨愈合的患者,建议佩戴咬合垫1~3个月。

在植骨骨源的选择中,建议采用髂骨松质骨等作为骨源。对二次植骨或双侧牙槽突裂患者分期行骨移植修复术时,可连续将同一侧髂骨作为骨源使用。对青少年患者的牙槽突裂骨移植修复,不建议使用人工骨,但可以使用生物膜等材料,防止植骨床渗漏。在效果评价方面,建议使用锥形束CT从三维角度评价治疗效果。建议术后1~3个月或尖牙完全萌出后开始进行正畸治疗。对18岁以上的患者,可在术后6个月利用种植体修复缺失牙<sup>[23-28]</sup>。

## 9 唇裂鼻畸形的整复

初期唇裂修复术时,可酌情考虑采用保守的解剖分离方法对鼻畸形进行早期矫治。对学龄前患儿鼻畸形的矫正,原则上是畸形越轻,手术矫正越晚进行,反之畸形越重,手术矫正可越早进行,以免影响患儿的身心发育。在方法上选择上尽量保守,小切口和局部分离矫正为宜,不宜采用植骨或外源性材料植入的方法矫正鼻畸形。

对成年前后患者的唇腭裂术后继发鼻畸形的矫正,根据畸形特点可采用开放或保守的方式,包括对鼻局部畸形和整体畸形的整复术。建议于对小于14岁单侧唇裂鼻畸形患者的鼻翼软骨内固定缝合术,而成年患者鼻畸形矫正采用鼻中隔等软骨移植方法的重建术<sup>[29-36]</sup>。

## 10 唇裂术后继发畸形的二期整复

唇腭裂术后继发畸形的整复是一项系统工程,在治疗序列上遵循继发软组织畸形的整复建议在骨组织畸形矫正之后进行的原则。首先建议重视并采用多种设计完成对口轮匝肌位置与形态的重建,其次是表面皮肤形态结构的恢复。同时宜考虑尽可能减少外科手术治疗的次数。

整复的时机建议与患儿的心理发育状况相结合来全面考虑，即对于较重的唇畸形，为了给患儿营造有利于身心发育的环境，主张较早期进行二期整复；而对于较轻的唇畸形，手术时间可延后。但二期整复的时机与方法确定需有患者及家属的参与，当医生的治疗方案与患者和家属意见不一致时，建议充分尊重患者和其家属的意见。在切口设计上，建议尽可能采取在较不易形成术后瘢痕的组织上做切口如鼻底和红唇等<sup>[37-41]</sup>。

## 11 腭裂术后腭痿的处置

需综合评估腭痿部位和大小对患者语音及进食的影响。如果其严重影响语音和患者的生活质量，且修复手术对患儿生长发育不至于造成明显影响时，建议在初次腭裂手术后半年或一年进行腭痿的修复术。反之，对患者语音影响不明显的，则可待患者生长发育后期再行腭痿修复术。

对于腭痿面积较大、周围组织移动修复难以成功的困难病例，建议采用游离皮瓣加血管吻合，通过显微外科的方法予以修复，也可采用阻塞器改善患者鼻漏气和鼻返流，达到改善腭裂语音的目的<sup>[42-43]</sup>。

## 12 腭裂术后腭咽闭合不全的诊断与治疗

在诊断方面，一般以语音师的主观评估为主要诊断依据。对于有严重咽喉代偿构音，且可评价的语音资料不足，可先行不超过10次语音治疗（特别是引导出口腔压力性辅音，如送气塞音、塞擦音或擦音，以获得有效的语音评价资料样本），再行腭咽闭合功能的评价。主观评价包括判断是否存在腭咽闭合不全。当语音师诊断有腭咽闭合不全时，建议结合鼻咽内镜检查、头侧位发音片等客观检查进一步评价患者腭咽闭合的程度和闭合类型。

治疗腭咽闭合不全建议在鼻咽镜等明确腭咽闭合程度后再选择二期腭成形术或咽成形术。其中对鼻咽内镜诊断腭咽闭合率大于70%~80%的患者，可采Furlow或用Sommerlad-Furlow (SF)联合的腭再成形术；腭咽闭合率小于70%~80%的患者采用蒂在上的咽后壁咽成形术如Hogan咽后壁瓣咽成形术。对部分处于临界闭合状态的患者，也可以结合患儿语音状况和患儿家长的意见，先予以尝试性语音治疗，语音治疗无效者，再行腭咽成形术或腭再成形术，以改善腭咽闭合不全。咽成形术后仍有腭咽闭合不完全者，可再次行腭咽孔缩小术。若术后1年以上，鼻阻塞、呼吸不畅症状明显的患者，且经鼻咽内镜检查，腭咽通气孔封闭或狭窄者，可在术后至少一年后行咽后壁瓣断蒂术<sup>[44-50]</sup>。

## 13 语音治疗

语音治疗主要适用于有语音障碍的腭裂患者，而术后腭咽闭合完全的患者能更快达到正常清晰的语音。对腭裂术后4~5岁，且有明显障碍、沟通困难患儿，可以进行系统的语音治疗。学龄期和成年患者，术后2个月即可开始语音治疗。治疗策略与方法根据患者音韵历程的分析结果，制定治疗目标和具体计划。治疗形式针对不同的语音障碍表现和治疗的不同阶段，可分为一对一的个体针对性治疗和2~4人的团体治疗。治疗频率为每天1次或每周1~2次课，每次30~45分钟，10次课为一个治疗周期。每个治疗周期结束后需进行效果评价。鼓励积极探索早期的语音刺激或干预方法<sup>[51-56]</sup>。

## 14 腭裂分泌性中耳炎的处置

建议在腭裂修复术前取得新生儿听力筛查结果，并进行一次针对腭裂患儿的专科检查并作记录。对腭裂手术前的患者进行声导抗测听和咽鼓管压力测定，部分能合作的患者进行纯音测听。对于听阈大于30dB、鼓室图为B型的患者，在腭裂手术的同时，由耳鼻喉科医生或经过训练的颌面外科医生进行中耳鼓膜穿刺探查术。如果中耳有积液，则行鼓膜切开置管术，并在术后1月、3月、6月和1年复诊，评价中耳功能，确定是否取管以及取管时机，但取管时间一般不超过两年<sup>[57]</sup>。

## 15 颌骨畸形的外科矫治

若患者出现明显骨性咬合畸形，单独依靠正畸治疗无法完全矫正或代偿时，需要手术治疗。唇腭裂患者骨性畸形手术矫正时机可以在青春期早期（12岁左右）可在不切开颌骨的情况下，经口外装置行上

颌骨前牵引，通过刺激上颌骨后方骨缝生长恢复面中份突度，也可以在在生长发育基本完成后（16~18岁），按上颌骨发育不良的程度及范围，在合适的水平予以切开，通过正颌外科或牵张成骨的方式前徙上颌骨，必要时同期后退相对过度发育的下颌骨，以恢复协调的颌骨关系。此外，针对患者正颌治疗具体需要，可施行外科辅助快速扩弓、节段性截骨或骨皮质切开等予以辅助。上颌骨前徙会改变腭咽空间关系和鼻唇骨性支撑，因此患者若需要二期手术矫正腭咽闭合不全和鼻唇软组织畸形，建议将手术安排在颌骨畸形矫正之后进行，并在矫正上颌骨畸形的正颌外科术前、术后进行腭咽闭合功能以及语音方面的评估。为避免或减轻对腭咽闭合不全的负面影响，建议尽可能选择节段性截骨或牵张成骨等对腭咽结构影响较小的手术设计。在颌骨畸形对气道、咬合、语音和心理造成严重影响时，也可考虑适当提早手术，但需预估后续生长发育趋势，适度过量矫正，防止复发。同时与患者及家属充分沟通，告知需再次手术治疗的可能<sup>[58]</sup>。

## 16 心理评估和咨询

心理评估强调尽早介入并贯穿整个序列治疗的全过程。对于产前诊断发现孩子患有唇腭裂的孕妇及其家庭成员，主要评估其心理是否出现应激反应以及确定是否需要针对性的心理咨询。唇腭裂患儿出生之初，需评估患儿父母及其他家庭成员是否出现打击综合征以及母亲（产妇）有无产后抑郁症发生。婴儿期（0~3岁）唇腭裂患儿的心理评估，可以采用婴儿气质量表对患儿进行气质类型测评。在幼儿期（3~7岁）主要在于评估唇腭裂患儿的行为，筛查是否存在情绪或行为问题。儿童及青少年期（7~18岁）患者的心理评估包括情绪、行为、自我意识以及社会心理等各方面内容。成年期（18岁以上）唇腭裂患者的心理发育基本结束，心理评估建议更多关注其情绪状况、行为与人格特征以及社会支持等方面内容。

唇腭裂心理咨询开展的形式主要有个体咨询、团体咨询、家庭心理咨询以及松弛治疗、艺术治疗、沙盘游戏治疗等。咨询的常用途径有电话咨询、网络咨询以及现场咨询。心理咨询的目标在于帮助患者或其家人进行合理的情绪宣泄、认知及行为调整，建立稳定的自我意识，积极接纳自我与外界，增强主观幸福感，提高其生活质量<sup>[59-63]</sup>。

## 17 围手术期的护理

完善术前检查，追溯患者有无上感、腹泻、发热、抽搐、憋气等既往史，评估有无全身疾病（如先心病、疝气、癫痫等），进行体格生长发育评估并筛查有无发育水平低下、颈短、过度肥胖等问题，进行喂养及饮食指导（强调无需改变喂养方式）。手术前8h禁食固体饮食（含牛奶），术前4~6h禁食液体（含母乳），条件具备的单位，倡导快速康复方法，包括将禁饮推迟至术前2h，全麻清醒后提早进饮等。

全麻未清醒前，入麻醉复苏室进行一对一重点监护，全麻完全清醒（Steward评分达4~6分）、生命体征平稳后送回病房观察室。术后当日行心电监护，密切观察患者神志、呼吸、心率、血压、血氧饱和度（须维持在95%以上）等。全麻完全清醒4h后试进食，唇裂术后可不改变喂养方式。腭裂患者术后当天进流质，术后2周内进食半流质或软食，2周后可进食普食；牙槽突植骨术后1周代金氏管进食流质，1周后进软食，1个月后进普食。唇裂术后每日以生理盐水清洗伤口两次，并涂敷保湿产品；腭裂术后注意保持口腔清洁。出院时行鼻模及瘢痕贴的使用指导<sup>[64-66]</sup>。

## 参 考 文 献

- [1] 石冰. 论唇腭裂的治疗属性[J]. 口腔医学研究, 2011, 27(4):296-299.
- [2] 刘强, 马群. 唇腭裂序列治疗概要[J]. 中国美容整形外科杂志, 2010, 21(7):385-390.
- [3] 3Grayson BH, Santiago P, Brecht L, et al. Preoperative nasoalveolar molding in patients with cleft lip and palate[J]. Cleft Palate Craniofac J, 1999, 36(6):486-498.
- [4] 杨超, 黄宁, 石冰. 完全性唇腭裂婴儿术前正畸治疗的临床研究[J]. 华西口腔医学杂志, 2011, 29(4):396-399.
- [5] 侯玉霞, 任战平, 李锦峰, 等. 唇腭裂患儿的鼻牙槽塑形治疗: 29 例临床分析[J]. 上海口腔医学, 2011, 20(6):641-644.
- [6] 钟渝翔, 李万山, 李远贵, 等. 鼻牙槽嵴塑形矫治器在单侧完全性唇腭裂腭部畸形矫治中的效果评价[J]. 华西口腔医学杂志, 2014, 32(2):145-149.
- [7] Li WS, Liao LS, Dai JB, et al. Effective retropulsion and centralization of the severely malpositioned premaxilla in patients with bilateral cleft lip and palate: a novel modified presurgical nasoalveolar molding device with retraction screw[J]. J CranioMaxilloFac Surg 2014, 42(8):1903-1908.
- [8] 石冰. 单侧唇裂的个体化整复[J]. 国际口腔医学杂志, 2015, 42(5):497-502.
- [9] 尹宁北, 赵敏, 黄金井, 等. 单侧唇裂三叶瓣修复术[J]. 中华整形外科杂志, 2009, 25(2):81-84.
- [10] 尹宁北, 吴佳君, 陈波, 等. 唇鼻部肌肉组态的三维有限元研究及临床验证[J]. 中华口腔医学杂志, 2015, 50(5):278-285.
- [11] 傅豫川, 李金荣. 唇粘连术及其在唇腭裂治疗中的地位[J]. 国际口腔科学杂志, 1991, 18(4):193-195.
- [12] 刘强, 李增健, 郭永峰, 等. 单侧微小唇裂的个体化修复术[J]. 中国美容整形外科杂志, 2008, 19(4):246-249.
- [13] 朱洪平, 周治波, 罗奕, 等. 改良 Mohler 法修复单侧唇裂的远期临床效果[J]. 中华医学美学美容杂志, 2016, 22(6):325-328.
- [14] 张斌, 王超, 刘强, 等. 改良 Onizuka 法修复单侧唇裂[J]. 华西口腔医学杂志, 2011, 29(4):400-403.
- [15] 塔依尔·阿力甫, 王玲, 胡利, 等. 唇裂修复三维多媒体平台的初步建立[J]. 实用口腔医学杂志, 2012, 28(1):55-58.
- [16] 石冰. 腭裂的个体化整复[J]. 国际口腔医学杂志, 2015, 42(6):621-623.
- [17] 徐慧琳, 宋庆高. 腭裂术后语音功能的影响因素[J]. 口腔疾病防治, 2016, 24(2):122-124.
- [18] Li WS, Dai JB, Li YG, et al. Clinical investigation for bilateral cleft lip repair: modified functional bilateral cleft lip cheilorrhaphy[J]. J Oral Maxillofac Surg, 2008, 66(1): 21-28.
- [19] 李万山, 郑谦, 魏世成, 等. 单侧完全性唇腭裂患儿唇裂修复同期硬腭裂隙封闭的临床观察[J]. 华西口腔医学杂志, 2003, 21(1):34-35,47.
- [20] 尹恒, 郭春丽, 石冰, 等. 黏膜下腭裂的腭咽闭合状况及语音表现分析[J]. 《华西口腔医学杂志》, 2017, 35(3):296-300.
- [21] 吴忆来, 陈阳, 蒋莉萍, 等. 72 例腭隐裂修复方式的回顾分析[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2008, 6(2):104-107.
- [22] 黄宁, 杨超. 唇腭裂正畸学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2015:49-93.
- [23] Xiao WL, Zhang DZ, Chen XJ, et al. Osteogenesis effect of guided bone regeneration combined with alveolar cleft grafting: assessment by cone beam computed tomography[J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2016, 45(6):683-687.
- [24] Zhang DZ, Xiao WL, Zhou R, et al. Evaluation of bone height and bone mineral density using cone beam computed tomography after secondary bone graft in alveolar cleft[J]. J Craniofac Surg, 2015, 26(5):1463-1466.
- [25] 任战平, 陈志文, 陶永炜, 等. 基于 CBCT 的牙槽突裂植骨的三维定量研究[J]. 临床口腔医学杂志, 2014, 30(9):534-536.
- [26] 马莲, 王光和. 唇腭裂患者齿槽嵴裂植骨修复术后随访结果分析[J]. 中华口腔医学杂志, 1998, 33(3):164-166.
- [27] 杨超, 石冰. 腭侧入路牙槽突裂植骨术的初步应用与评价[J]. 华西口腔医学杂志, 2013, 31(1):30-33.
- [28] 张岱尊, 周容, 肖文林, 等. 锥形束 CT 对牙槽突裂植骨术后成骨效果的评价[J]. 中华口腔医学杂志, 2014, 49(6):352-356.
- [29] 宋庆高, 石冰. 单侧唇裂鼻畸形的临床研究[J]. 口腔颌面外科杂志, 2001, 11(s1):31-32.

- [30] 任战平, 陶永炜, 曹慧琴, 等. 双侧唇裂鼻畸形手术联合鼻模矫正的初步探讨[J]. 中国美容医学杂志, 2014, 23(9):719-722.
- [31] Li L, Liao L, Zhong Y, et al. A modified Mohler technique for patients with unilateral cleft lip based on geometric principles—A primary report[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2015, 43(5):663-670.
- [32] Li L, Liao L, Zhong Y, et al. Variation trends of the postoperative outcomes for unilateral cleft lip patients by modified Mohler and Tennison-Randall cheiloplasties[J]. J Craniomaxillofac Surg, 2016, 44(11):1786-1795.
- [33] 张斌, 陶微, 刘强, 等. 儿童鼻腔前庭三维形态与鼻孔成形保持模的比较研究[J]. 中国美容整形外科杂志, 2012, 23(8):457-459.
- [34] 傅豫川. 唇裂鼻畸形一期整复术[J]. 中国实用口腔科杂志, 2008, 1(11):650-654.
- [35] 任战平, 陶永炜, 曹慧琴, 等. 术前鼻模结合手术矫正单侧不完全性唇裂鼻畸形的临床研究[J]. 实用口腔医学杂志, 2014, 30(6):800-804.
- [36] 石冰. 2种隐形切口在唇裂术后继发畸形整复中的设计与应用[J]. 国际口腔科学杂志, 2016, 43(4):371-376.
- [37] 王龔, 石冰, 郑谦. 合理应用鼻中隔软骨整复单侧唇腭裂继发鼻畸形[J]. 中华整形外科杂志, 2013, 29(1):5-8.
- [38] 李增健, 张斌, 刘强, 等. 鼻软骨支架重组联合鼻中隔软骨移植整复成人单侧唇裂鼻畸形 25 例分析[J]. 中国美容整形外科杂志, 2011, 22(12):734-736.
- [39] 张斌, 刘强, 刘昆, 等. 肋软骨支架与颗粒肋软骨联合移植在单侧唇裂鼻畸形整复中的应用研究[J]. 中国美容整形外科杂志, 2013, 24(12):723-725.
- [40] 陈仁吉, 杨增杰, 孙勇刚. 单侧唇裂继发鼻畸形的手术矫正[J]. 北京口腔医学, 2007, 15(3):155-157.
- [41] 石冰. 中国人唇裂鼻畸形整复的思路与术式设计[J]. 华西口腔医学杂志, 2012, 30(2):111-114.
- [42] 陈仁吉, 王光和, 孙勇刚, 等. 腭裂术后功能性语音不清分类的初步研究[J]. 中华口腔医学杂志, 1995, 30(1):17-20.
- [43] 陈仁吉, 王光和. 生物反馈在腭裂术后语音治疗中的应用[J]. 中华口腔医学杂志, 1995(5):314-316.
- [44] 陈仁吉, 王光和. 腭裂术后语音训练治疗方法的研究[J]. 中华口腔医学杂志, 1996, 31(4):220-223.
- [45] 陈仁吉, 王光和, 孙勇刚, 等. 腭裂术后腭咽闭合协调异常的训练治疗[J]. 现代口腔医学杂志, 1996, 10(1):6-9.
- [46] 陈仁吉, 王光和, 孙勇刚. 腭裂术后功能性语音障碍发音特点研究[J]. 中华口腔医学杂志, 1998, 33(5):285-286.
- [47] 陈仁吉, 马莲, 朱洪平. 腭裂患者声门爆破音临床特点及其矫治[J]. 中华口腔医学杂志, 2002, 37(3):191-193.
- [48] 王国民, 费斐, 蒋莉萍, 等. 异常语音的临床分类和治疗[J]. 华西口腔医学杂志, 2002, 20(2):112-114.
- [49] 蒋莉萍, 王国民, 杨育生, 等. 齿间音在异常语音治疗中的作用[J]. 上海口腔医学, 2010, 19(6):565-567.
- [50] 阿迪力江·赛买提, 王玲, 阿地力·莫明. 维吾尔族腭咽闭合功能不全患者语音清晰度及其辅音/t/声学特征的初步研究[J]. 实用口腔医学杂志, 2015, 31(1):41-43.
- [51] Ma L, Shi B, Li Y, et al. Velopharyngeal function assessment in patients with cleft palate: perceptual speech assessment versus nasopharyngoscopy[J]. J Craniofac Surg, 2013, 24(4):1229-1231.
- [52] 蒋莉萍, 王国民, 杨育生, 等. 腭裂咽成形术后患者语音治疗疗效评价[J]. 上海口腔医学, 2004, 13(5):444-446.
- [53] 张文婧, 陈仁吉. 173例功能性构音障碍患者辅音错误特点分析[J]. 北京口腔医学, 2016, 24(1):29-31.
- [54] 李盛, 江宏兵, 万林忠, 等. 腭咽闭合不全的个体化治疗策略[J]. 国际口腔医学杂志, 2016, 43(6):640-644.
- [55] 55 Zheng W, Smith JD, Shi B, et al. The natural history of audiologic and tympanometric findings in patients with an unrepaired cleft palate[J]. Cleft Palate Craniofac J, 2009, 46(1):24-29.
- [56] 56 朱洪平, 钱靖, 周治波, 唐秀萍, 罗奕\*, 软腭再成形术矫治腭咽闭合不全临床研究. 中华医学美容美容杂志 2019, 24(1). (1):48-52.
- [57] 李万山, 陈吉明, 魏世成. 腭裂手术对中耳功能的影响[J]. 口腔颌面外科杂志, 2002, 12(2):136-137, 152.
- [58] Joseph Losee, Richard Kirschner. Comprehensive Cleft Care, Thieme Publishers, Second Edition: 2015:1353-1393

- [59] 龚彩霞, 郑谦, 石冰. 唇腭裂患儿家长心理治疗前后的量表分析及评估[J]. 华西口腔医学杂志, 2011,29(1): 36-38.
- [60] 张艳艳, 龚彩霞, 武红彦, 等. 115 例唇腭裂患者的父母生活质量调查研究[J]. 华西口腔医学杂志, 2015, 33(2):169-173.
- [61] 王杨洋, 信燕华, 马坚, 等. 早期心理干预对唇腭裂患儿父母的影响[J]. 华西口腔医学杂志, 2013, 31(4):372-376.
- [62] 翟莹, 杨雄, 信燕华, 等. 唇腭裂患儿父母生活质量及其影响因素研究[J]. 华西口腔医学杂志, 2013,31(3):279-282.
- [63] 王歆, 陈仁吉, 穆月, 等. 唇腭裂患者心理干预影响的初步研究[J]. 北京口腔医学, 2011, 19(6):336-338.
- [64] 龚彩霞, 石冰. 唇腭裂的分期护理[J]. 国际口腔医学杂志, 2007, 34(5):331-334.
- [65] 陈丽先, 龚彩霞, 吴玉红, 等. 唇腭裂患者体格生长发育的初步研究[J]. 国际口腔医学杂志, 2015, 42(5):518-521.
- [66] 陈丽先, 龚彩霞, 吴玉红, 等. 唇腭裂婴幼儿手术当日输液量管理的研究[J]. 华西口腔医学杂志, 2016, 34(4):387-390.
- 

