

犬唇部肿物病例分析

朱军

(中国农业大学动物医院外科中心)

1. 病例信息

动物信息及病史：可卡犬，雌性已绝育，12岁。犬饮食良好，体重无明显变化。主诉犬左侧上唇肿物，发现5月余，逐渐增大，肿物表面破溃来院就诊。

体格检查：犬BCS评分3/5，水合及灌注尚可。左侧唇部犬齿至第四前臼齿水平近球形肿物，突出于唇部生长，直径约6cm，质地坚实，肿物中央区域表面破溃(图1)。肿物内侧唇黏膜颜色质地正常，唇部游离性大，牙结石3级(图2)。触诊局部淋巴结未见明显增大。

实验室检查：CBC未见明显异常，血液生化ALP中度升高，未见其他指标异常。

影像学检查：拍摄头部正位、双侧斜位X线片，及肺部双侧位、正位X线片，未见明显局部骨侵袭或肺部转移征象。

细胞学检查：FNA细胞成簇分布，连接紧密边界清晰，细胞小，核质比高，细胞核圆形或卵圆形，未见明显核仁，细胞质蓝染，提示基底细胞瘤。

2. 手术治疗

口腔清洁：放置咽部填塞物，超声洁治牙冠及龈下，去除牙结石及牙菌斑。对颊侧牙周袋加深的左上颌犬齿(204)进行龈下刮治，抛光。

术部准备：肿物及口周剃毛，剃毛范围自肿物周围约5cm至左侧下颌及颈部。冲洗眼部并涂布红霉素眼膏，术部皮肤使用葡萄糖酸洗必泰及聚维酮碘消毒。更换口内填塞物并使用0.2%聚维酮碘溶液冲洗口腔。



图1 犬唇部肿物，唇侧观及吻侧观



图2 上提唇部，示唇黏膜、齿龈及牙齿，牙结石3级

手术：铺设隔离巾，无菌纱布隔离口腔内组织。沿唇部肿物边缘旁开5mm切开皮肤及黏膜全层，结扎黏膜下主要血管及神经，完整摘除肿物。沿肿物切口背侧缘向尾侧切开皮肤，小心分离并尽量保留黏膜下血管及腺管，向下同位置切开颊黏膜层，制作延上唇延伸至口角联合

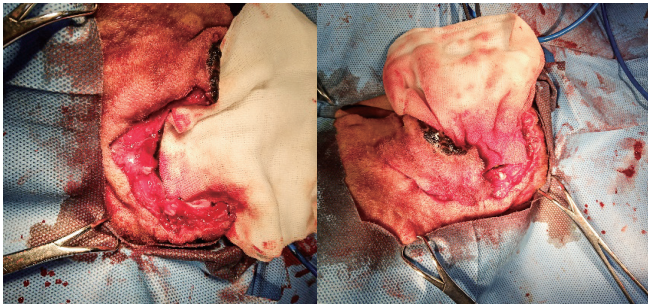


图3 全层切除肿物，延切口背侧向尾腹侧切开皮肤、皮下及颊黏膜全层，制作皮肤黏膜瓣

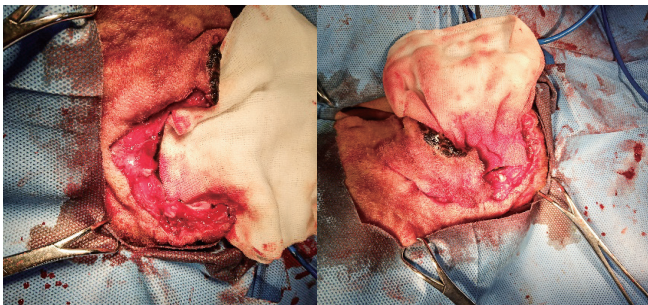


图4 牵拉并检查皮肤黏膜瓣张力，缝合黏膜层



图5 缝合皮肤后的面部外观



图6 术后首日(左)及术后14天(右)

处尾背侧的唇部皮肤黏膜瓣(图3)。向头侧牵拉皮瓣检查张力尚可。3-0 monosyn 结节缝合定位皮瓣头侧与切除唇缘位置，结节缝合黏膜层(图4)，温生理盐水冲洗术部，间断连续缝合黏膜下层，十字缝合皮肤。术后口角及眼睑张力尚可(图5)。

3. 转归

犬术后住院监护，支持治疗。术后首日术部无渗出，皮温及颜色正常，轻度软组织肿胀，无术部积液，无明显流涎增多表现。随后几日术部变化不明显，犬体征、食欲恢复平稳，出院。术后2周时复查拆线，皮肤完全消肿，皮肤及口内黏膜愈合良好，吻侧少量渗出结痂(图6)。张口范围及咀嚼无异常。术后一年回访，唇部形态良好，未见肿瘤复发。

4. 讨论

4.1 解剖与生理

唇部软组织认为三层主要结构：外侧的皮肤层，中间的肌肉及纤维弹性组织层，以及最内侧的黏膜层。常见的唇部手术包括先天性发育异常、外伤和肿瘤等。在肿瘤切除手术，保证肿瘤的安全切除范围仍是第一位的。对于恶性或怀疑恶性的肿瘤，需要进行全层切除，以去除足够的肿瘤周边组织。

上唇肿物的切除是一个破坏性过程，在切除上唇侧部组织时可能破坏面静脉分支的鼻外侧静脉、上唇静脉，以及面动脉分支的上唇动脉、鼻外侧动脉(图7)。唇部的包括鼻唇提肌、上唇提肌和口轮匝肌在内的肌肉可能受到破坏。同时，可能会切断三叉神经和面神经的鼻唇侧分支。腮腺导管的开口位于上颌第四前臼齿背侧的颊黏膜处，在大型上唇肿物切除或进行唇部重建时，可能会破坏腮腺导管。

同时，上唇肿物切除后的重建有其特殊性。面部血管呈网状分布，动静脉吻合支丰富，这使得在较大的肿物切除并需要使用皮肤黏膜瓣进行重建时，皮肤黏膜瓣的长宽比并不像其他部位那样严格。虽然如此，保留皮肤黏膜瓣的血供仍然重要，同时应注意减少在制造皮肤

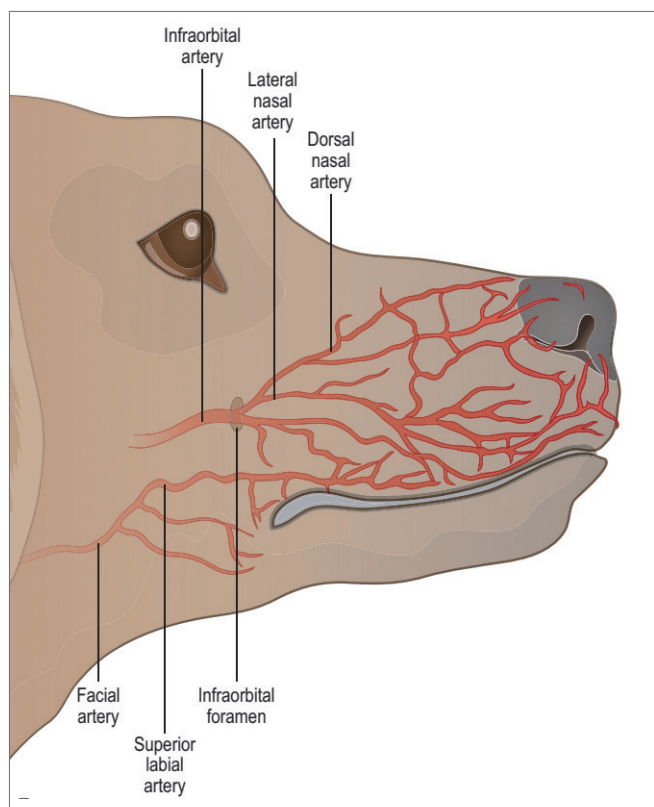


图7 上唇与鼻部动脉示意图

引自 Oral and maxillofacial surgery in dogs and cats.2012

黏膜瓣时对主要血管和神经的破坏。

4.2 手术计划

在术前评估切除范围和制定手术计划时，一个基本原则是：自鼻部至口角联合处的整个唇部长度中，可以切除一半的长度，并且不使用高级重建技术。对于体积较小的肿瘤，可以采用楔形切除；稍大型的肿瘤可以采用近似矩形的切除方法，闭合时可采用Y形缝合(图8)。

对于更大的肿物，或切除范围超过唇部一半长度时，需要进行唇部重建以恢复正常的口腔功能。面部的其他皮瓣如耳后、颈侧的动脉轴型皮瓣等，很少能够到达唇部，因此大多数的重建技术都依赖于口周及颊部来对上唇进行修补。同其他矫形外科手术一样，重建的基本原则是选择最简单、对组织破坏最少的技术。

就像该病例一样，上唇的唇部全层推进皮瓣是一项常用技术。在矩形切除肿物后，利用缺损处尾侧的上唇

平行于齿列方向向尾侧全层切开，切开的长度可能延伸至颊部，直至能够以合适的张力修补缺损处。在对合唇缘后对黏膜层、皮肤层分别进行缝合。

对更大的肿瘤切除，可以采用颊部旋转皮瓣技术。在矩形切除肿物后，切除创口尾侧与创口宽度相等的唇缘，制造新鲜创，新鲜创可能由上唇延伸至口角联合处。其后，原创口的尾腹侧角旋转至其头背侧角进行定位缝合，新唇缘创口的尾侧与原创口的头腹侧角定位缝合。同样对黏膜层、皮肤层进行分层缝合(图9)。

可以看到无论哪种方式，对合唇缘都是必要的，恢复唇缘必要的正常解剖结构，除了美观因素外，可以防止过度流涎或采食时发生食物泄漏。

4.3 并发症与术后护理

开裂是唇部手术后最常见的并发症。由于手术造成了唇部和口角联合向吻侧移位，这也造成了张口范围的缩小。在动物做张口动作或咀嚼食物时，可能增加创口的张力造成创口开裂。黏膜侧的开裂不常见。伤口局部发生开裂后，会形成黏膜侧疤痕组织和唇侧皮肤回缩，可能引起过度流涎或采食时发生食物泄漏。可以采用限制张力的装置来防止伤口开裂的发生，如暂时佩戴匝口绷带，并进食软食。该病例可卡犬的唇部皮肤黏膜较为松弛，术后张口张力尚可，因此没有应用张力限制装置。

同时，由于口角联合和颊黏膜张力增加并向吻侧移位，可能在术后会造成新的颊部咀嚼性病变，可能表现为口腔出血、颊部的肉芽肿或溃疡。在使用全层皮肤黏膜瓣技术时，可能对眶下区域的皮肤造成张力，继而引起暂时性的眼部无法闭合、下眼睑外翻等。术后应随时观察并润滑眼部。在肿瘤切除和重建时可能涉及到腮腺导管，可以保留导管，也可以结扎该导管，腮腺腺体会随之萎缩。不应为了保存腮腺导管而影响肿瘤的范围性切除。

虽然唇部手术是接触口腔的污染手术，但感染并不常见，这可能是由于术部丰富的血供造成的。但是，进行术前的口腔清洁以减少总体菌量仍然是必要的。

由于对局部肌肉和神经的破坏，术后可能出现唇部的下垂和流涎，但由于犬不依靠唇部采食，对生活质量

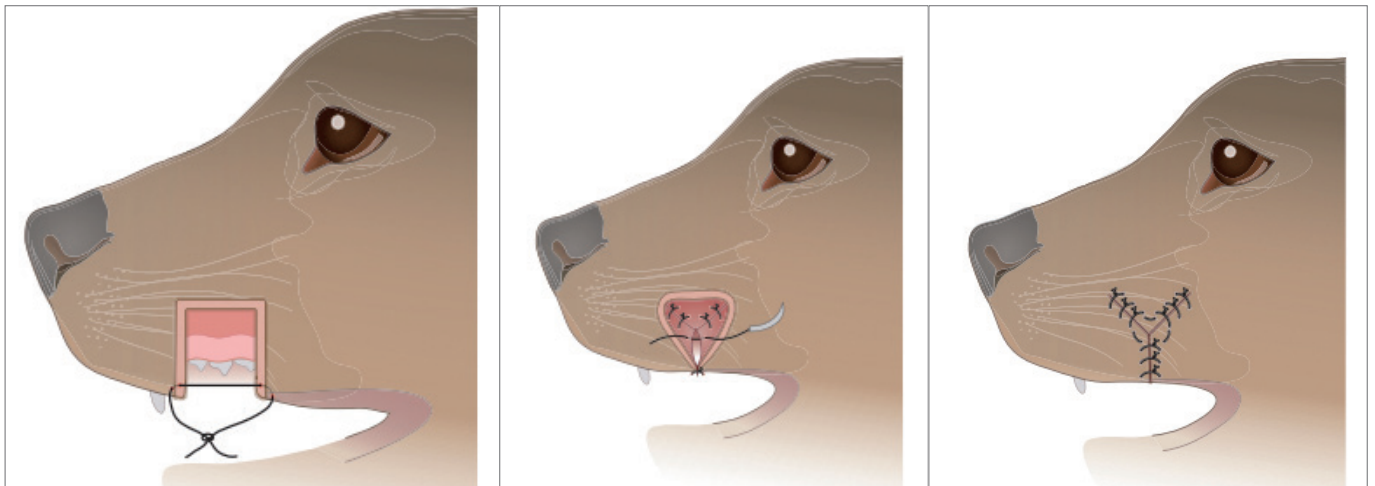


图8 上唇肿物切除后的Y形缝合

引自 Oral and maxillofacial surgery in dogs and cats.2012

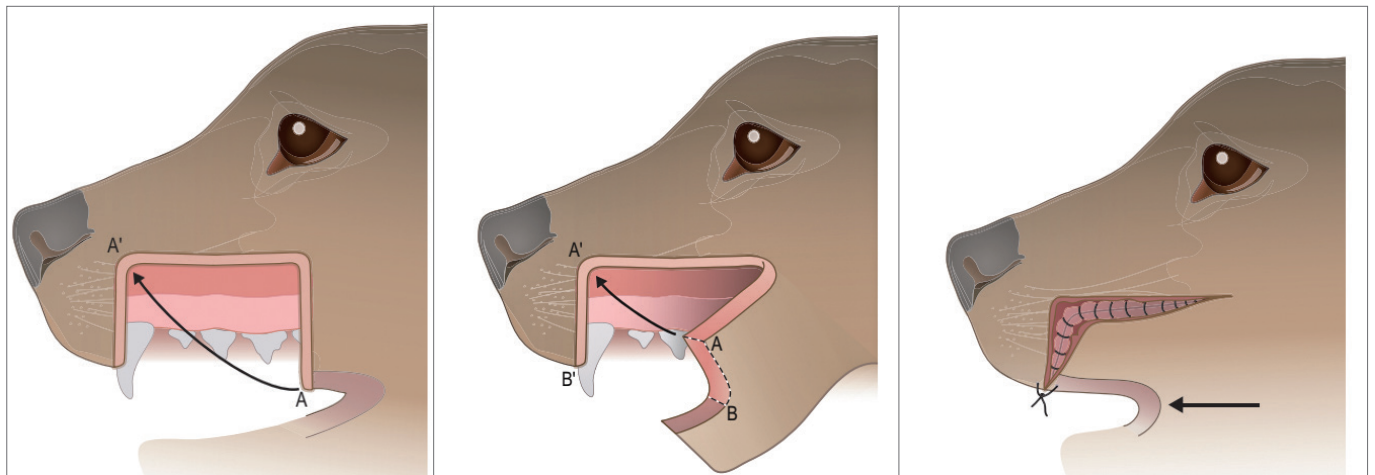


图9 上唇肿物切除后的颊部旋转皮瓣技术

引自 Oral and maxillofacial surgery in dogs and cats.2012

影响并不大。口角联合的张力一般会在术后2-3周自行缓解。

4.4 预后

除张力等因素外，肿瘤因素会更直接影响手术创缘的愈合状态和动物的整体状态。如果肿瘤无法完全切除，或肿瘤的类型和分级具有较高的转移率，往往预后谨慎或不良。

参考文献

[1] Howard E.Evans.Guide to the Dissection of the dog[M],

2012.

[2] Howard E. Evans.Miller's Anatomy of the Dog[M],2013.

[3] Cedric Tutt.Small Animal Dentistry[M],2012.

[4] Frank J M Verstraete.Oral and maxillofacial surgery in dogs and cats[M],2012.

[5] Holmstrom S E.Veterinary dentistry:a team approach[M]. Elsevier/Saunders,2012.

[6] Kendall Taney.Resection of Mast Cell Tumor of the Lip in a Dog [J],2009.