

# 颊脂垫充填上颌骨囊肿术中拔牙创预防口腔上颌窦痿

徐 涛, 卢保全, 廖圣恺

[摘要]目的: 探讨带蒂颊脂垫转移充填上颌骨囊肿在囊肿摘除加上颌窦根治术中拔牙创效果。方法: 对 14例上颌骨囊肿患者在囊肿摘除加上颌窦根治术中拔牙创采用通过上颌窦腔的颊脂垫转移充填。结果: 14例手术均成功, 半年后复诊其表面黏膜质地、色泽和周围黏膜不易区分, 无张口受限和前庭沟变浅等症状出现。结论: 该手术是一种供区隐蔽、方法简单、并发症少的方法。

[关键词] 颌囊肿/外科手术; 上颌骨; 颊脂垫

[中国图书资料分类法分类号] R 782 [文献标识码] A

Buccal fat pad for filling in wounds created by pulling a tooth  
in resection of cysts and preventing oroantral fistula

XU Tao, LU Baoquan, LIAO Shengkai

(Department of Stomatology, The First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, China)

[Abstract] Objective: To investigate the buccal fat pad for filling in wounds created by pulling a tooth in resection of cysts and preventing oroantral fistula. Methods: The buccal fat pad was used for filling in wounds created by pulling a tooth in resection of cysts and preventing oroantral fistula in 14 patients with cyst of maxilla. Results: Surgery succeeded in 14 patients. After half a year, the surface mucous membrane quality of material, the luster and periphery the mucous membrane was not easy to differentiate from the adjacent mucous. The mouth opening was not limited and the shallow vestibulum oris was not found. Conclusion: This surgery is simple with the hidden donor area and less complications.

[Key words] jaw cysts/surgery; maxilla; buccal pad

[收稿日期] 2006-08-15

[作者单位] 蚌埠医学院第一附属医院 口腔科, 安徽 蚌埠 233004

[作者简介] 徐 涛 (1974—), 男, 主治医师

上颌骨囊肿是颌面外科常见肿瘤, 因其生长缓慢, 初期无明显症状, 至患者发现时往往已向上破坏上颌窦底壁进入上颌窦腔, 向下造成牙根吸收、松

EB复合树脂应用要注意以下几点。(1)牙周病的基础治疗: 龈上洁治, 龈下刮治, 以便彻底清除局部致病因素。控制炎症是夹板固定前的第一步, 否则不利于 EB复合树脂夹板的永久固定, 而且该治疗贯穿夹板固定后保持的全过程。(2)调磨: 是牙周炎治疗过程的重要环节, 是防止早接触造成咬合创伤的必备要求。(3)掌握和正确使用好粘接材料: EB树脂是粉液型化学固化复合树脂, 使用时应严格遵守其调合比例及调合时间, 否则将影响粘接效果。(4)酸蚀和隔湿: 是粘接技术的两个重要步骤, 若处理不当则导致粘接失败, 因此应严格遵守其操作程序。酸蚀过程中应减少其对牙龈的损伤, 以免造成牙周炎加重, 或龈液渗出增加, 导致粘结失败。(5)EB复合树脂与牙龈的关系: 树脂不能覆盖在龈乳突和牙龈上, 使龈外展隙以卫生桥的形式保持通畅, 以利于自洁、牙周治疗和清洗。(6)定期复诊, 清洁夹板: 患者应于夹板完成后的 0.5、1、3个月复诊, 以便观察其疗效并作牙周冲洗。当患者对夹板完全适应后, 可延长 3~6个月就诊, 进行牙周基

础治疗。在保持过程中, 应嘱患者坚持牙周功能锻炼, 如叩齿、牙周按摩等, 以促进局部血液循环, 增强局部的抗病能力, 同时强调刷牙的次数和质量以便达到彻底清除菌斑, 改善口腔卫生的目的<sup>[6]</sup>, 如若出现树脂脱落、夹板松动或因磨耗等情况时应随时就诊、及时修复。

## [参 考 文 献]

- [1] 曹采方主编. 牙周病学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 126
- [2] 夏金星, 卓 建. 钢丝结扎—光固化 Dyrac 夹板固定松动牙的临床观察 [J]. 广东牙病防治, 2001, 9(4): 286—287
- [3] Vallittu PK, Sevelius C. Resin-bonded glass fiber reinforced composite fixed partial dentures: A clinical study [J]. J Prosthet Dent, 2000, 84(4): 413—418
- [4] 徐君伍. 口腔修复学 [M]. 第 4 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 240
- [5] 王 军, 施长溪. 复合树脂牙周夹板与其它类型夹板的比较: 光弹应力分析 [J]. 实用口腔医学杂志, 1993, 9(2): 105—107
- [6] Duncan JP, Freilich MA, Lewis CJ. Fiber reinforced composite framework for implant supported overdentures [J]. J Prosthet Dent, 2000, 84(2): 200—204

动,同时还经常伴有囊腔内和上颌窦感染。手术中常需行囊肿摘除加上颌窦根治,并且需拔除不能保留的患牙,此时拔牙创的严密缝合是手术成败的关键,缝合不严密很容易形成口腔上颌窦瘘。既往多采用颊侧组织滑行瓣及腭瓣转移等方法,术后常出现局部穿孔或者前庭沟变浅等并发症,给患者的生活质量带来一定的影响。2003~2006年,我们对14例上颌骨囊肿患者,在囊肿摘除加上颌窦根治后采用带蒂颊脂垫转移充填拔牙创,避免了口腔上颌窦瘘的发生,取得良好效果,现作报道。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 14例中,男6例,女8例;年龄28~56岁。根尖囊肿12例,含牙囊肿2例;拔除牙齿均为后牙,拔除1颗牙3例,2颗7例,3颗4例;其中有10例同时伴有囊肿及上颌窦感染。

1.2 手术方法 术前常规摄X线片以观察囊肿与上颌窦的关系及累及牙齿情况,手术在局麻或全麻下进行,沿龈缘做梯形切口,完成上颌骨囊肿摘除加上颌窦根治术,拔除无保留价值的患牙,沿原切口向后作延长切口至颊部,在颊肌后缘咬肌前缘处钝性分离,显露颊脂垫,沿颊脂垫包膜外仔细分离,游离颊脂垫各突起和体部,轻提起颊脂垫,将其延长和改形,形成带蒂的脂肪组织瓣,并将颊脂垫通过上颌窦腔引入并充填拔牙创,用丝线缝合固定于拔牙创周围,严密缝合口内伤口,窦腔内常规填塞碘仿纱条并行下鼻道开窗引流。

## 2 结果

14例转移颊脂垫全部成活,无一例出现口腔上颌窦瘘。术后3~7天可见颊脂垫表面有水肿现象,并有淡黄色纤维组织覆盖,1周后水肿消退,2~3周表面出现上皮化,约8周后其表面完全上皮化,颜色接近于正常口腔黏膜,半年后复诊其表面黏膜质地、色泽和周围黏膜不易区分,无张口受限和前庭沟变浅等临床症状出现。

## 3 讨论

3.1 颊脂垫解剖 颊脂垫位于颊间隙、颞下间隙、翼颌间隙和翼腭间隙内,是由体部及其体部延伸的4个突起(颊突、翼腭突、翼突、颞突)所组成,其表面有完整的包膜,柔软且易于改型。其血管丰富,动脉系统由颌内动脉的分支颊动脉和颞深动脉、颞浅动脉分支面横、颌外动脉的小分支等三重血管供应,静

脉回流系统有面前静脉、上颌静脉和翼静脉丛<sup>[1]</sup>,其抗感染能力强,有良好的组织修复能力<sup>[2]</sup>。Egyedi<sup>[3]</sup>首先报道采用带蒂颊脂垫表面覆盖游离皮片修复口鼻瘘及上颌窦瘘,Tideman等<sup>[1]</sup>提出带蒂颊脂垫移植无须用皮片覆盖便可成活及上皮化,以后,颊脂垫转移修复逐渐为国内外临床医师重视并用于临床。

3.2 本方法优点及缺点 (1)采用颊脂垫转移填塞拔牙创,离供区较临近,只需将原切口稍作延长,手术方法简便,手术时间短,患者痛苦小。(2)带蒂颊脂垫血供丰富,抗感染能力强,并且本手术采用将带蒂颊脂垫通过上颌窦腔引入拔牙创,填塞了拔牙创,避免了拔牙创处于创腔最低点易积液继发感染,而导致口腔上颌窦瘘发生的可能。(3)将口内创口关闭后,其蒂部位于黏膜下,较隐蔽,同时可有效避免颊侧滑行瓣修复后引起前庭沟变浅的并发症。(4)颊脂垫一般认为是可牺牲组织,供区不会造成功能障碍及面部畸形。(5)颊脂垫颊突大小可随年龄及营养状况有较大变异,在较瘦弱老年人萎缩明显,有时仅呈一薄片状,故选择手术方案时要结合患者年龄及营养状况综合考虑,过于瘦弱老年人不宜采用此法。

3.3 注意事项 因颊脂垫缺乏独立动静脉血供,故分离时不能单纯考虑修复需要,还应注意保证其蒂部血供。操作时手法应轻柔,分离时沿其包膜外钝性分离,尽可能不损伤颊脂垫包膜,同时应保证其蒂部血供,不宜过度分离,以免造成颊脂垫缺血坏死。上颌窦根治及囊肿摘除应彻底,伴有感染的创腔需用抗生素溶液及生理盐水反复冲洗,并用碘仿纱条填塞,下鼻道开窗引流,以达到止血防止积液形成继发感染可能。颊脂垫毗邻有腮腺导管、面神经颊支等重要结构,作延长切口及分离时需注意保护,以免损伤。术后保持向健侧侧卧位,以利下鼻道开窗的引流。应予以流质及半流质2周,使用漱口液含漱以保证口腔清洁卫生,并予以抗生素治疗,预防感染发生。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] Tideman H, Bosanquet A, Scott J. Use of the buccal fat pad as a pedicled graft. *J. Oral Maxillofac Surg* 1986; 44(6): 435-440.
- [2] Egyedi P. Utilization of the buccal fat pad for closure of oro-antral and/or oro-nasal communications. *J. Maxillofac Surg* 1977; 5(4): 241-244.
- [3] 廖圣恺,李建成,胡浩,等.无覆盖颊脂垫在口腔局部黏膜缺损即刻修复中的应用[J].蚌埠医学院学报,2005,30(2): 129-130.