

# 泪前隐窝入路口腔-上颌窦瘘修补术

## Repair of oroantral fistula via anterior lacrimal recess approach

孟琳<sup>1</sup> 王鹏举<sup>1</sup> 杨玲<sup>1</sup> 沈莹<sup>1</sup>

[关键词] 泪前隐窝;口腔-上颌窦瘘;鼻窦炎;内镜外科手术

**Key words** anterior lacrimal recess;oroantral fistula;sinusitis;endoscopic surgical procedures

doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2019.09.021

[中图分类号] R765.4 [文献标志码] B

口腔和上颌窦底壁关系密切,牙齿感染常会继发上颌窦炎症,在病牙拔除后容易出现口腔-上颌窦瘘,除部分极小瘘口可自行愈合外,绝大多数瘘口无法自愈,食物残渣可经此瘘道进入上颌窦继发持续性炎症,因此口腔-上颌窦瘘均须修补处理。目前文献报道的修补方法有经口腔腭黏膜瓣或颊黏膜瓣修补、经鼻内镜辅助上颌窦根治术等<sup>[1-4]</sup>,我科近2年采用鼻内镜下泪前隐窝入路修补6例口腔-上颌窦瘘患者,取得满意疗效,报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

2016-03-2018-01我科收治口腔-上颌窦瘘继发上颌窦炎患者6例,其中男5例,女1例;年龄55~68岁;病程2~6个月。均有拔牙病史,临床表现为鼻臭、流脓涕。所有患者均按鼻窦炎常规药物治疗1个月以上,治疗后症状部分缓解,但反复发作,2例患者曾行牙龈转瓣修补瘘口失败。6例患者中左侧4例,右侧2例,其中上颌第一磨牙2例,上颌第二磨牙2例,上颌第三磨牙1例,上颌尖牙1例。瘘口大小0.7cm×1.1cm~1.1×1.4cm,鼻窦冠状位CT均见口腔-上颌窦瘘及同侧上颌窦炎(图1)。

#### 1.2 方法

①修补阔筋膜制备:手术在全身麻醉下进行,于大腿外侧做3cm大小切口,取4cm×3cm大小阔筋膜一块及其下方小块肌肉备用。②从上颌窦内暴露瘘口:采用泪前隐窝进路暴露上颌窦,用探针在上颌窦底壁明确瘘口位置,刮除瘘道内及周边坏死组织及肉芽组织,形成新鲜创面,抗生素盐水反复冲洗上颌窦腔。③上颌窦内瘘孔修补:将阔筋膜对等剪成2块,一块阔筋膜铺于上颌窦底及瘘孔内,将肌肉剪为条状填于瘘孔内,其上方再铺上阔筋膜,形成筋膜-肌肉-筋膜三层修补即“三明治”法

(图2),用翻起的上颌窦正常黏膜覆盖最里层筋膜,外覆明胶海绵,上颌窦腔内均匀填塞碘仿纱条,在下鼻道外侧壁黏膜开窗引出,鼻腔填塞膨胀海绵。④口腔端瘘口修补:对于小的瘘口,分离瘘口内外侧牙龈,以丝线将内外侧牙龈合瓣对位缝合封闭;对于大的瘘口,采用瘘口内侧邻近硬腭黏膜瓣封闭瘘口。⑤术后处理:术后抗感染治疗,48h后撤除鼻腔填塞物,术后10d拆除腿部缝线,术后12d撤除上颌窦内碘仿纱条及拆线。

### 2 结果

所有患者均一期愈合,随访6个月,鼻腔无脓性分泌物,下鼻道开窗口通畅,上颌窦内黏膜光滑,窦内修补创面及牙龈创面愈合良好(图3)。

### 3 讨论

上颌窦与口腔解剖毗邻,上颌窦底壁即为上颌骨牙槽突,上颌后牙根尖距上颌窦底0.8~7.0mm,相应牙根与上颌窦腔通常仅由一层菲薄骨质相隔,有的甚至无骨板,直接埋藏于窦内黏膜之下。由于上述解剖因素的存在,上颌骨囊肿手术、上颌窦根治术及上颌磨牙拔除、根管治疗时操作过深等都可导致口腔-上颌窦瘘发生,特别是在行前磨牙及磨牙根尖切除术时,10.4%会导致上颌窦底壁黏膜穿孔<sup>[1]</sup>。瘘口较小时有可能自行愈合,但直径≥4mm的瘘口很难愈合,会导致反复发作的化脓性上颌窦炎,甚至引发骨髓炎,因此,手术封闭瘘口非常必要<sup>[2]</sup>。然而手术修补瘘口是否成功往往与上颌窦感染相关,文献报道立即修补瘘口成功率高达95%,二期修补瘘口成功率仅为67%<sup>[3]</sup>。因此,口腔-上颌窦瘘的处理需要及早进行,此时只需适当关闭瘘口,并在恢复期避免感染及上气道压力过大;如果延误治疗,则需积极处理与口腔-上颌窦瘘相关的鼻窦病变。文献报道牙源性鼻窦炎是鼻窦炎的一个重要因素,其所占比例为10%~12%<sup>[5]</sup>。牙源性上颌窦炎不一定都存在上颌窦自然口的阻塞,但在上颌窦瘘口修复的同时须提供理想的窦腔引流通道,以促进窦腔内炎症恢复。当瘘口<2mm、患者无急性上颌窦炎时,可待其自然愈合,

<sup>1</sup>湖北文理学院附属医院 襄阳市中心医院耳鼻咽喉头颈外科(湖北襄阳,441021)

通信作者:沈莹,E-mail:68266027@qq.com

但为了防止发展为慢性上颌窦炎或瘘口持续不愈, 不论瘘口大小, 瘘口都应尽量在 24~48 h 修复<sup>[1]</sup>。

因此, 对于口腔-上颌窦瘘在及早修补的同时需积极处理牙源性上颌窦炎。

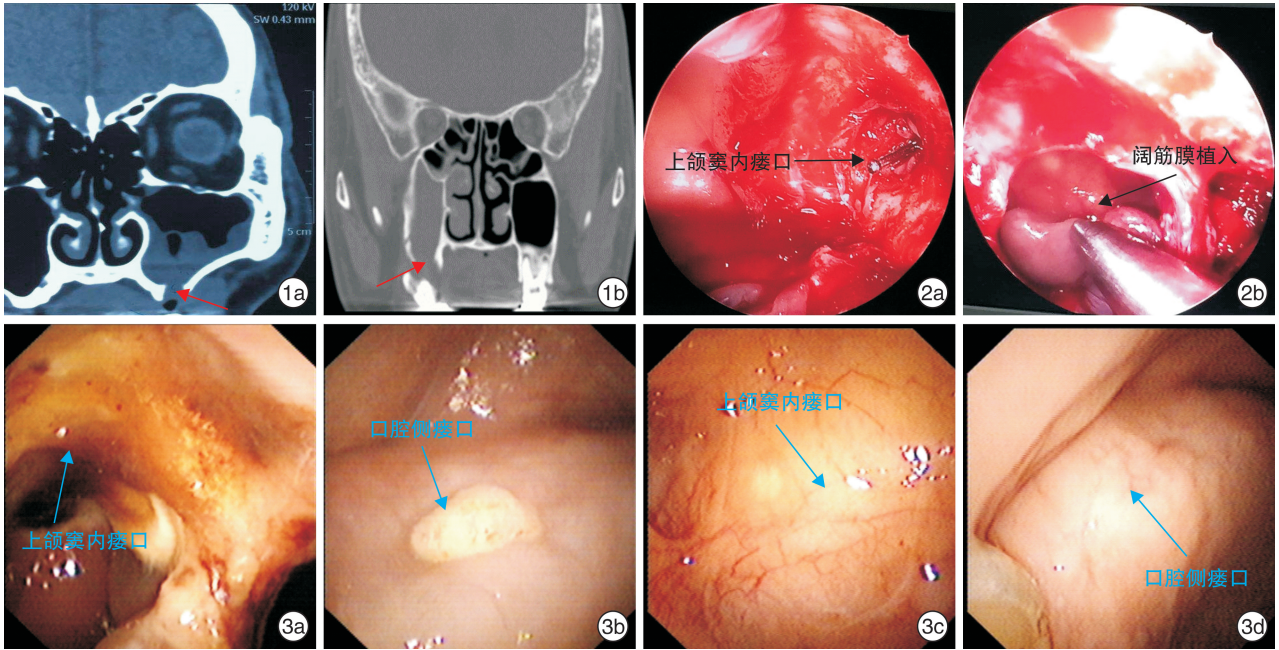


图 1 术前鼻窦冠状位 CT 1a,1b: 均见口腔-上颌窦瘘及同侧上颌窦炎; 图 2 术中上颌窦内瘘孔修补; 图 3 术后半个月(3a,3b)和 6 个月(3c,3 d)所见

口腔科常采取邻近腭黏膜瓣、颊黏膜瓣修补, 对于瘘口较大或伴有严重上颌窦炎的患者, 单纯转瓣修补无法解决上颌窦病变, 同时由于上颌窦感染存在, 转瓣黏膜为单层, 易缺血坏死, 导致失败率高, 本组就有 2 例口腔科修复失败病例。以往这类患者需先在耳鼻咽喉科治疗, 控制窦内炎症, 然后再到口腔科修复, 增加了患者的痛苦和经济负担。经鼻内镜辅助上颌窦根治术, 虽然也采用筋膜-肌肉-筋膜处理瘘道, 但手术径路创伤大, 术后患者反应重、并发症多。本文采用鼻内镜泪前隐窝入路, 视野暴露好, 在彻底清除上颌窦内病变的同时, 用筋膜-肌肉-筋膜“三明治”法堵塞瘘道, 封闭瘘口, 大大提高了修补成功率, 手术更微创, 是一次性解决合并上颌窦病变的口腔-上颌窦瘘的好方法。

参考文献

[1] 胡颖恺, 徐光宙, 杨驰. 牙源性上颌窦炎治疗进展[J]. 中国口腔颌面外科杂志, 2014, 12(6): 558-564.

[2] NEZAFATI S, VAFAI A, GHOJAZADEH M. Comparison of pedicled buccal fat pad flap with buccal flap for closure of oro-antral communication[J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2012, 41: 624-628.

[3] BRAVO CORDERO G, MINZER FERRER S, FERNÁNDEZ L. Odontogenic sinusitis, oro-antral fistula and surgical repair by Bichat's fat pad: Literature review[J]. Acta Otorrinolaringol Esp, 2016, 67: 107-113.

[4] 朱敬, 顾兴华. 鼻内镜技术结合轴型腭瓣治疗口腔-上颌窦瘘[J]. 中国眼耳鼻喉科杂志, 2011, 11(5): 324-325.

[5] WANG K L, NICHOLS B G, POETKER D M, et al. Odontogenic sinusitis: a case series studying diagnosis and management[J]. Int Forum Allergy Rhinol, 2015, 5: 597-601.

(收稿日期: 2018-08-09)