

上颌近中向埋伏阻生尖牙造成同侧切牙牙根吸收的临床特征

郝静, 邓润智, 李煌

(南京大学医学院附属口腔医院, 江苏 南京 210008)

【摘要】 目的 探讨上颌近中向埋伏阻生尖牙造成同侧切牙牙根吸收的临床特征。方法 选取2013年8月至2014年12月在南京大学医学院附属口腔医院就诊的上颌尖牙近中向埋伏阻生伴同侧切牙牙根吸收的青少年患者27例,获取锥形束CT数据,应用Mimics17.0软件进行三维成像后,分析上颌尖牙近中向埋伏阻生造成同侧切牙牙根吸收的临床特征。结果 上颌尖牙近中向埋伏伴同侧切牙牙根吸收以女性患者居多,男女比例为1:2。安氏Ⅱ类错颌畸形较多(59.3%),尖牙牙尖多数位于吸收切牙长轴的近中(80.0%),尖牙与切牙牙根90.0%有接触。唇腭侧阻生无明显差异。结论 上颌近中向尖牙阻生致同侧切牙牙根吸收易出现在安氏Ⅱ类患者,女性好发,发生吸收的侧切牙数量多,但中切牙更易发生重度吸收。

【关键词】 上颌尖牙;近中向埋伏阻生;同侧切牙;牙根吸收

【中图分类号】 R783 **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2016)11-1867-03

研究发现,上颌尖牙阻生有时会伴随着邻近切牙的牙根吸收,同侧侧切牙的牙根吸收率在25.37%~27.2%,同侧中切牙的牙根吸收率在5.22%~23.4%^[1-4]。目前,导致尖牙阻生同侧切牙牙根吸收的原因尚不明确,推测可能与性别、牙囊增大以及机械压力等因素有关^[2-3,5]。上颌尖牙阻生以近中向最为常见^[6]。因此,本研究通过应用锥形束CT(CBCT)三维重建分析上颌尖牙近中向阻生导致同侧切牙牙根吸收的临床特征,进而为临床医师研究相关病因提供线索。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为2013年8月至2014

通讯作者:李煌。E-mail:lihuang76@163.com

年12月在南京大学医学院附属口腔医院就诊患者。纳入标准:①恒牙列,口内临床检查见一侧恒尖牙萌出、对侧未萌或双侧恒尖牙均逾期未萌;②阻生尖牙均为近中向;③患者无正畸治疗史,颌面部外伤史及手术史;④无囊肿、肿瘤、多生牙等其他异常;⑤经CBCT检查确认阻生,且同侧切牙牙根出现吸收。符合上述标准的患者共27例,其中男性9例,女性18例,年龄11~24岁,平均17.7岁,其中5例为双侧上颌尖牙阻生。在这5例中有2例为单侧的切牙牙根吸收,因此,共有30颗上颌近中埋伏阻生并引起同侧切牙牙根吸收的尖牙纳入研究。

与止血;(2)翼腭窝良性肿瘤采用此入路切除后创腔可予压迫性填塞或使用颊脂肪垫填塞,无需增加额外植皮打包等;(3)上颌骨解剖学复位后不会影响咬合关系,保留上颌窦的完整性;(4)韦伯氏切口形成的面部瘢痕较轻微;(5)不会对眼球及视神经造成明显损伤。总之,韦伯氏切口联合离断颧弓复合体切除颧下窝肿瘤属于一种改良性手术入路,其具有创口暴露充分(尤其是肿瘤突入眼眶内或侵犯眶底骨板者可直视下操作),最大限度保护眼球及视神经,做到精确切除,妥善止血,术中切取附近颊脂肪垫充填,消灭创口死腔,术后无严重并发症等优点,值得推广应用。但是,颧下窝肿瘤的手术入路并不限于此,应该明确的是无论使用何种手术入路切除颧下窝肿瘤,都应熟悉这一复杂区域的局部解剖,术前要有充分检查、分析评估和准备,术后加强抗感染措施,防止术腔及颅内感染。

参考文献

[1] 张圃, 史庆辉, 雷德林. 翼腭窝、颧下窝肿瘤手术治疗[J]. 实用口腔医学杂志, 2012, 28(3): 306-309.

[2] van Huijzen C. Anatomy of the skull base and the infratemporal fossa [J]. Adv Otorhinolaryngol, 1984, 34: 242-253.
[3] Guo YX, Sun ZP, Liu XJ, et al. Surgical safety distances in the infratemporal fossa: three-dimensional measurement study [J]. Int J Oral Maxillofac Surg, 2014, 44(5): 555-561.
[4] Bryant L, Goodmurphy CW, Han JK. Endoscopic and three-dimensional radiographic imaging of the pterygopalatine and infratemporal fossae: improving surgical landmarks [J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2014, 123(2): 111-116.
[5] von Ludinghausen M, Kageyama I, Miura M, et al. Morphological peculiarities of the deep infratemporal fossa in advanced age [J]. Surg Radiol Anat, 2006, 28(3): 284-292.
[6] Fisch U, Fagan P, Valavanis A. The infratemporal fossa approach for the lateral skull base [J]. Otolaryngol Clin North Am, 1984, 17(3): 513-552.
[7] Woodford R, Chaudhary N, Wolf A, et al. A modified retromaxillary approach to the infratemporal fossa: Three case studies [J]. J Oral Maxillofac Surg, 2014, 73(4): 769-780.
[8] 黄安扬. 颧下窝入路和改良入路的应用进展[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志, 2002, 20(3): 67-70.

(收稿日期:2015-12-20)