

者笔者采用多种术式的联合治疗,术后患者睡眠呼吸暂停加低通气指数(AHI)为4.7,较术前明显减小,疗效满意。笔者认为手术成功的关键在于治疗过程中要注意以下几点:术前持续气道正压呼吸,以改善长期缺氧对器官的损伤;节食治疗,控制体重,戒烟酒;完全分离舌骨下肌群到双侧舌骨大角处;避开牙根,保护颏神经;勿伤及颏舌肌和颏舌骨肌,向前尽量前移颏部“凸”形骨块,至少1.2 cm。

本病例也表明,青春期双侧颏下颌关节强直患者有可能继发OSAS。对于颏下颌关节强直伴发OSAS的外科治疗,卢晓峰等⁶主张关节强直与OSAS同期手术。但对于青春期颏下颌关节强直未伴发OSAS患者,如何改进颏下颌关节成形术的术式,尽力避免将来继发OSAS,是一个亟待解决的问题。

[参考文献]

- 1] 周本忠,姬长友,周定蓉. 口咽部脂肪浸润对阻塞性睡眠呼吸暂停综合征发病的影响J. 临床耳鼻咽喉科杂志, 2003, 17(9): 535-538.
(Zhou BZ, Ji CF, Zhou DR. Clinical study on oropharyngeal fatty infiltration on the pathogenesis of obstructive sleep apnea syndrome J.

- J Clin Otorhinolaryngol (China), 2003, 17(9): 535-538.)
- 2] Berger G, Gibbey P, Hammel I, et al. Histopathology of the uvula and the soft palate in patients with mild, moderate, and severe obstructive sleep apnea J. Laryngoscope, 2002, 112(2): 357-363.
- 3] Lipton AJ, Gozal D. Treatment of obstructive sleep apnea in children: Do we really know how? Sleep Med Rev, 2003, 7(1): 61-80.
- 4] Fernandez-Julian E, Esparcia-Navarro M, Garcia-Callejo FJ. Clinical and functional analysis of long-term results of uvulopalatopharyngoplasty J. Acta Otorrinolaringol Esp, 2002, 53(4): 269-280.
- 5] Vilaseca I, Morello A, Montserrat JM, et al. Usefulness of uvulopalatopharyngoplasty with genioglossus and hyoid advancement in the treatment of obstructive sleep apnea J. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2002, 128(4): 435-440.
- 6] 卢晓峰, 邱蔚六, 唐友盛. 颏下颌关节强直继发OSAS外科治疗的进一步探讨J. 上海口腔医学. 1998, 7(1): 12-16.
(Lu XF, Qiu WL, Tang YS, et al. The advanced studies on surgical treatment about the patients of TMJ ankylosis and OSAS J. Shanghai J Stomatol, 1998, 7(1): 12-16.)

(本文编辑 李 彩)

[文章编号 1000-1182(2005)04-0355-02]

左上中切牙慢性根尖周炎致鼻腔内瘘道1例

杜丽娟, 黄洁英, 桂和明

(佛山市口腔医院 口腔综合科, 广东 佛山 528000)

[中图分类号] R 781.34 [文献标识码] B

上颌前牙瘘管多位于上颌牙根邻近的唇侧或腭侧牙槽黏膜上,发生于鼻腔内的瘘道临床上极为罕见。笔者于2004年9月遇到1例左上中切牙根尖周炎致鼻腔黏膜瘘道的患者,现报道如下。

患者,女,41岁,因左上前牙疼痛伴左鼻腔肿物2月余来佛山市口腔医院口腔综合科就诊。

患者述:30年前摔折左上前牙,当时牙齿不松动,一两周后疼痛消退,未作治疗。10年前左上前牙肿胀疼痛,经根管治疗后疼痛消失,行桩冠修复。2月前感左鼻腔不适,胀感,自查发现左侧鼻腔内长出一突起小肿物,豆粒大小,按压时疼痛,并有少许水样物从肿物流出。口服消炎药后肿物缩小,但不消失,即来就诊。检查:面部对称,无肿胀隆起,左侧鼻腔前庭底部前中1/3交界处有一红色突起肿物,黄豆大小,质软,按压时疼痛,未见异常液体流出。上颌唇侧牙龈及前庭沟无红肿。1. 烤瓷桩冠修复,烤瓷冠已松脱,可见简易桩钉,牙根无松动,无叩痛。2. X线片示金属桩位于根管冠方1/2,根尖

欠填约1 mm与根尖区暗影相连续,暗影约5 mm×10 mm(图1)。治疗:去除根管内金属桩和充填物,扩通根管。从根管内插入牙胶尖,见其从鼻腔肿物中穿出(图2)。冲洗根管时可见冲洗液从鼻腔肿物处流出。根管常规预备、消毒、充填。2周后复诊,左鼻腔肿物已完全消失(图3)。1月后复诊,X线片示1. 根尖区暗影消失(图4)。

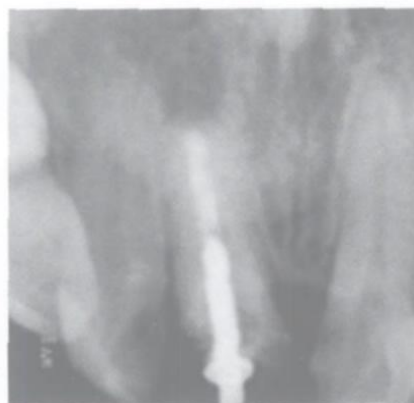


图1 治疗前X线片示 1. 根尖欠填,根尖区有狭长暗影

Fig 1 The X-ray film before treatment showing deficiency of root canal filling and periapical shadow

[收稿日期 2004-12-23; 修回日期 2005-02-17]

[作者简介] 杜丽娟(1964-),女,内蒙古人,副主任医师,学士

[通讯作者] 杜丽娟, Tel: 0757-82339469



图2 治疗前牙胶尖从鼻腔内瘘道穿出

Fig 2 Gutta-percha point appeared from fistula in nasal cavity before treatment



图3 根管治疗后2周鼻腔瘘道消失

Fig 3 Fistula in nasal cavity disappeared after 2 weeks of root canal therapy

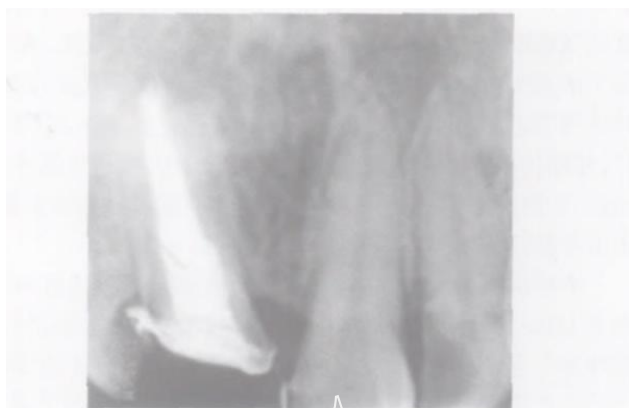


图4 根管治疗后1月X线片示┐根尖暗影消失

Fig 4 Periapical shadow disappeared after one month of root canal therapy

讨论 临床上,慢性根尖周炎合并瘘管、瘘道形成较为常见,上颌前牙瘘管多位于上颌牙根邻近的唇侧或腭侧牙槽黏膜上,而发生于鼻腔内的瘘道临床上极为罕见。上颌前牙慢性根尖周炎致鼻腔内瘘道,笔者认为可能是由于牙根过长,根尖位于鼻底,或牙冠内倾、根尖向唇侧偏斜,导致根尖孔距鼻底黏膜过近,发生炎症后渗出物易从骨质和黏膜最薄处引流并形成瘘道。但本文报道病例的X线片和电子根管长度测量结果均显示,患牙牙根并不过长(根管长度为11 mm),并且牙冠也不内倾(参照同名牙切缘),因此可以排除鼻腔内瘘道由上述原因所致。另一可能原因是患牙根尖周牙槽骨结构(致密度)不均匀,根尖周炎性渗出物在压力作用下沿骨质结构疏松区域扩散,突破黏膜形成瘘道。X线片显示┐根尖周暗影狭长并向根尖上方延伸,推测该区域骨质结构薄弱,炎性渗出物沿这一区域上行后从鼻腔黏膜穿出,并形成瘘道口,本文报道病例根尖周炎瘘道形成于鼻腔内的原因可能与此有关。

(本文编辑 李 彩)

[文章编号 1000-1182(2005)04-0356-02]

上颌第二磨牙腭根及根管变异1例报告

黄定明,谭 红

(四川大学华西口腔医院 牙体牙髓病科,四川 成都 610041)

[中图分类号] R 781.05 [文献标识码] B

上颌第二磨牙一般有近颊、远颊和腭三个牙根,牙根呈三角形排列,两颊根构成三角形的底,腭根构成三角形的顶,而分开的两个腭根很少见。笔者在临床上遇到1例存在近、远中两个独立的腭根及腭根管的上颌第二磨牙,现报道如下。

1 病例报告

患者女,56岁,汉族,因左上颌第二磨牙牙体严重缺损充填修复后持续性疼痛来华西口腔医院牙体牙髓病科就诊。检查:左上颌第一磨牙缺失,第二磨牙牙体严重缺损残存颊侧牙尖,近中邻面银汞合金充填物,腭侧复合树脂充填物,叩痛(++),无松动。X线片示左上颌第二磨牙腭根分为近中和远中两根,根管治疗不彻底,髓室底中央有一低密度影,似髓底

[收稿日期 2004-04-16; 修回日期 2004-12-15]

[作者简介]黄定明(1966-),男,四川人,副教授,博士

[通讯作者]黄定明, Tel: 028-85501439