

2011年口腔助理医师：智齿进入口底间隙二例分析 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/653/2021\\_2022\\_2011\\_E5\\_B9\\_B4\\_E5\\_8F\\_A3\\_c22\\_653469.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/653/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E5_8F_A3_c22_653469.htm) 下颌智齿阻生由于拔除智齿的阻力复杂，多数舌侧骨板较薄弱，拔牙不当可造成舌侧骨板断裂，导致智齿进入口底或翼颌间隙！典型病例 下颌智齿阻生极为常见，发生率可高达50%以上。由于拔除智齿的阻力复杂，多数舌侧骨板较薄弱，拔牙不当可造成舌侧骨板断裂，导致智齿进入口底或翼颌间隙。我科近年来遇到二例此类患者，现报告如下：例一，患者男，25岁。因左下颌智齿反复疼痛于1996年9月19日来诊要求拔除患牙。检查：左侧颊区无肿胀，张口无受限，阻生，第 类、中位、近中，正中位。面远中有龈瓣覆盖，龈及牙周无充血，邻牙探无龋。摄牙片示为单根，远中有骨阻生，根端较圆钝，患者平素体健，无拔牙禁忌。2%利多卡因行左下齿槽神经、颊、舌神经阻滞麻醉，常规消毒，龈瓣作松弛切口，劈开近中片冠。劈冠时舌侧骨板断裂，再挺牙时，牙齿被推入舌侧骨膜下，经骨板断裂处向下取牙失败，致使陷入口底间隙深部，后于颌下切口进入口底间隙取出患牙。例二，患者男，30岁。1998年7月9日因右下后牙痛一周就诊。诉患牙曾有多次肿痛病史，检查：右侧颊区无肿胀，张口无受限，阻生，第 类，低位，垂直，正中位。探无龋，叩痛轻。面被龈瓣覆盖，龈及冠周充血，轻度肿胀，牙片示单根，低位。2%利多卡因行右下齿槽神经、颊、舌神经阻滞麻醉，常规消毒，龈瓣作松弛切口，用牙挺挺松牙齿时，牙冠、牙根逐段碎裂，直至根尖部，再挺，根尖穿过舌侧骨板进入口底间隙。后于舌侧粘膜上作

一辅助口，X线透视监视下，用长血管钳经辅助切口向下取出牙根，见根尖呈倒钩状。讨论智齿的阻生情况较复杂，解剖结构和位置特殊。其根尖部相应舌侧骨板位于下颌舌骨肌附着的最后部份与翼内肌附着的最前部份的交界处。所以舌侧骨板骨折或穿孔易致智齿进入口底间隙。预防方法：摄牙片，必要时可摄全景片，条件不足也可摄下颌骨侧位片。

规范操作，特别断根较深时，情况不清楚，不可盲目操作；尽可能去除阻力，翻瓣去骨解除阻力；当心舌侧骨板情况，一旦发现舌侧骨板断裂应立即手法复位，谨慎拔牙。

处理方法：本文例一采用颌下切口进入口底间隙取出牙齿的方法。例二采用舌侧辅助切口的方式，在X线的透视监视下钳取牙根，与例一相比手术创伤小，难度低，减轻了病人的痛苦和经济负担。且口内切口无疤痕，避免了颌下切口遗留永久性疤痕的缺陷。也有采用舌侧翻瓣的方法，自翼下颌皱襞外侧作纵向切开至牙槽窝，再沿下颌第二磨牙的远中舌侧龈缘向前切开，向下翻开粘骨膜瓣进入口底取出患牙。此方法较第二种方法操作直观、方便，但手术损伤较前者大，且损伤舌神经的可能较大。所以笔者认为应先在第二种方法不能取出时再采用。但应注意：操作中应保护舌神经。智齿进入口底后，不应从穿孔处向下取牙。应尽量保留舌侧骨板，减少损伤，防止出血，避免损伤舌神经。相关推荐：[#0000ff>2011年口腔助理A1型全真模拟试题汇总](#) [#0000ff>2011年口腔助理医师：颌骨骨密度的检查法](#) [#0000ff>2011年口腔助理医师：颌面部坏死性筋膜炎](#) 特别推荐：[#0000ff>2011年口腔助理医师考试时间](#) [#0000ff>考试大纲](#) 欢迎进入 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问

