

[J]. Surg Clin Noah Am, 2002, 81(2): 411-417.

[5] 唐承薇. 重症急性胰腺炎合并胰腺假性囊肿的内镜治疗

[J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(5): 341-342.

(收稿日期: 2011-11-03 修回日期: 2012-02-16)

• 短篇及病例报道 •

前牙区附加侧切牙 2 例报道

邹林洪¹, 单春城^{1△}, 张琳林¹, 王豫蓉², 明志强²

(1. 重庆医科大学附属永川医院口腔科, 重庆永川 402160; 2. 重庆医科大学附属口腔医院正畸科, 重庆 400015)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2012.22.051

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2012)22-2342-02

附加牙(supplemental teeth)是指形态上似正常牙的多生牙。多生牙发生率占恒牙列人群的 0.15%~3.9%^[1-2]。多生牙最常见于上颌前牙区,多为单生,牙冠多为圆锥形,牙根短小或发育不全,形态与正常牙相似者较少见。作者于近期发现 C、B 区附加侧切牙各 1 例,现报道如下。

1 临床资料

病例 1: 患者,女,11 岁。口内检查见:C 区 2 颗形态非常相似侧切牙;全口曲面断层片示:两个 42 牙根均为单根,形态无异常。诊断:42 附加牙(封 3 图 1)。病例 2: 患者,男,17 岁。口内检查见:B 区 2 颗形态相似侧切牙。全口曲面断层片示:两个 22 牙根均为单根,形态无异常。诊断:22 附加牙(封 3 图 2)。

2 讨论

2.1 多生牙的病因 通常认为多生牙是由牙板过长、恒牙胚分裂或者牙板断裂残余上皮而产生^[3]。孟宪安^[4]认为是基因对远古动物牙齿的回忆,或是对哺乳动物门齿的数量返祖。

2.2 多生牙造成的不良影响 多生牙的发生加大了牙量骨量的不调,导致错殆畸形的发生。上颌前牙区的多生牙最容易影响美观,发生在磨牙区则对咬合功能影响较大。多生牙引起的错殆主要表现为个别牙齿唇颊舌腭向错位、拥挤、扭转、恒牙萌出迟缓或阻生、恒牙根弯曲、吸收、邻牙松动等。多生牙所致错殆还可使局部清洁度差、与邻牙接触关系不良,导致食物嵌塞,继发牙龈炎、牙周炎、龋病。完全骨埋伏多生牙还可能形成含牙囊肿。

2.3 多生牙的检查及诊断 对已萌多生牙,由于其数目及形态异常,故不难判断。埋伏阻生的多生牙位置较浅时,可引起局部组织膨隆;而深度骨埋伏多生牙仅靠望诊、触诊无法明确其具体位置,可根据情况选用不同类型 X 线片进行检查。目前,常用的方法有普通牙片、偏心投照牙片、全景片、螺旋 CT 等。此外,还应检查多生牙区域内恒牙情况,如恒牙的萌出方向、移位或倾斜情况、松动度及有无叩痛等。

2.3.1 X 线片检查 普通牙片用于比较简单的埋伏多生牙的定位、多生牙的数目与相邻牙齿的关系等。根尖定位片可以比较清楚地显示埋伏多生牙与邻牙的唇腭侧关系^[5]。

2.3.2 曲面断层片 可以了解多生牙的数目、在颌骨中的深浅、与邻近组织的关系。但是,多生牙在全景片上常有失真现象,颊向错位的牙将被放大,而唇向错位的牙被缩小^[6-7]。

2.3.3 螺旋 CT 对于较难定位的病例选择螺旋 CT 成像可获得满意效果^[8]。螺旋 CT 三维重建技术,可以建立牙齿立体形态图像,重建后可选择各种观察角度,可以进行三维图像的切割,改变光线的投照角度,使三维图像进行最佳显示^[9]。

2.4 多生牙的治疗处理方法

2.4.1 萌出的多生牙 及时治疗多生牙是预防治疗错殆畸形

的有效措施之一。常采取的方法是拔除多生牙,这样可使相邻未萌的恒牙萌出到正常位置,避免错殆的发生,也可使已错位的牙齿能自行调整,从而减轻牙齿错位的程度。对成人牙殆中的多生牙,无明显错殆,可考虑牙体改形修复。多生牙的形态、大小与相邻恒牙的形态、大小相同时,可将咬合关系不良、不易矫正者或牙根过短者拔除。

2.4.2 埋伏的多生牙 如果多生牙已造成恒牙根吸收或明显松动时,多生牙本身情况比较好,牙根长度足够,则可以拔除正常牙,将多生牙矫治到正常位置后进行修复治疗。如埋伏多生牙位置较浅,距正常恒牙根距离较近,或恒牙根有吸收倾向,或有自觉症状者,应及早拔除。如埋伏多生牙位置较深,无病理性损害,对恒牙无影响,无自觉症状者也可先考虑临床观察暂时保留,但应定期拍 X 线片检查,如发生异常变化应及时处理。对于即将萌出,且对邻近恒牙无明显影响者,则可待其萌出后再拔除。

2.4.3 正畸治疗 对于牙列中有缺牙患者,且多生牙冠根发育良好,离缺牙距离较近,可以考虑进行正畸治疗,牵引多生牙至缺牙间隙,然后进行修复治疗改成正常牙的形态。

2.4.4 自体牙移植 对于牙列中本身有缺牙患者,该牙缺失对咬合关系或美观有较大影响,且埋伏牙冠根发育良好,冠根比例合适,距离缺牙间隙较远,不适合做正畸治疗患者,可以将多生牙进行自体移植。

总之,及时诊断治疗多生牙是十分必要的。多生牙的处理原则为阻断已有畸形及并发症,预防新的畸形及损伤。

参考文献:

- [1] 于世凤. 口腔组织病理学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:120.
- [2] Russell KA, Folwarczna MA. Mesiodens——diagnosis and management of a common supernumerary tooth[J]. J Can Dent Assoc, 2003, 69(6): 362-366.
- [3] 石四箴. 儿童口腔病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:48-51.
- [4] 孟宪安. 返祖牙解析[J]. 黑龙江医药, 2007, 20(6): 608-609.
- [5] 汪隼, 樊林峰. 颌骨牙列曲面体层技术和根尖定位片在埋伏阻生牙定位中的应用评价[J]. 上海口腔医学, 2005, 14(2): 134-136.
- [6] 潘晓岗, 钱玉芬, 沈刚, 等. 埋伏阻生牙不同平片诊断方案的探讨[J]. 实用口腔医学杂志, 2004, 20(4): 393-396.
- [7] Jacobs SG. Radiographic localization of unerupted maxillary anterior teeth using the vertical tube shift technique;

the history and application of the method with some case reports[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 1999, 116(4):415-423.

- [8] Bonder L, Bar ZJ, Becker A. Image accuracy of plain film radiography and computerized tomography in assessing morphological abnormality of impacted teeth[J]. Am J

• 短篇及病例报道 •

Orthod Dentofacial Orthop, 2001, 20(6):623-628.

- [9] 钟燕雷, 段银针, 龚雪鹏, 等. 螺旋 CT 在上颌前部埋伏阻生牙定位中的临床应用[J]. 临床口腔医学杂志, 2002, 8(2):122-123.

(收稿日期:2011-10-27 修回日期:2012-02-16)

腹腔镜下肾部分切除术 36 例疗效评价

钱 彪, 王勤章, 丁国富, 李应龙, 倪 钊, 王新敏, 谢顺明, 王江平, 王文晓

(石河子大学医学院第一附属医院泌尿外科, 新疆石河子 832000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.22.052

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2012)22-2343-02

随着影像学技术的进步, 无症状的小肾癌及偶发肾癌的发现明显增加, 同时, 腹腔镜技术的发展与改进, 以及手术医生操作技能的熟练掌握, 开展腹腔镜下肾部分切除术, 对小肾癌的治疗提供了新的方法, 减轻了患者痛苦, 最大限度地保留了肾功能, 提高了患者生活质量, 对部分患者可替代肾癌根治术。自 2004 年 5 月起, 本院开展了腹腔镜下肾部分切除术 36 例, 疗效确切, 效果满意, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组患者 36 例, 其中男 19 例, 女 17 例; 年龄 38~77 岁, 平均 49.8 岁; 左肾 16 例, 右肾 20 例, 腰背部疼痛 8 例, 血尿 2 例, 其余均为体检发现, 无临床症状。

2.1 肿瘤情况 本组均为单侧, 肿瘤位于背侧 33 例。腹侧 3 例, 其中上极 8 例, 中上极 11 例, 中极 7 例。下极 10 例。肿瘤大小 1.8 cm×2.1 cm~3.8 cm×4.5 cm, 直径小于 4 cm 者 29 例, 大于 4 cm 者 7 例, 所有病例术前均酌情行 B 超、静脉肾盂造影、逆行造影、CT 等检查, 术前均诊断为肾肿瘤。术前、术中未发现肿瘤有局部及远处转移。

1.3 手术方式 本组 33 例采用后腹腔镜下肾部分切除, 3 例采用腹腔镜下肾部分切除。(1)后腹腔镜肾部分切除手术方法: 全麻下 3 点法穿刺人工气腹扩张制作后腹膜腔隙并建立工作通道, 剔除腹膜外脂肪, 切开肾周筋膜及脂肪囊, 在肾实质表面钝性和锐性分离显露肾脏和肿瘤, 充分显露手术部位肾脏。紧贴腰大肌表面分离至肾门处, 找到并分离肾动脉, 早期采用血管束带穿绕控制肾动脉, 后期采用血管夹控制肾动脉。游离并阻断肾动脉后, 用超声刀距肿瘤边缘 0.5~1.0 cm 处完全切除肿瘤及周边肾实质, 酌情采用 1-0 爱惜康线及 2-0 单桥线全层或分层缝合创缘 2~3 针, 开放肾动脉, 检查创面有无出血, 必要时加缝一针止血。(2)经腹肾部分切除手术方法: 患者全麻后健侧卧位, 于患侧平脐腹直肌外缘(A 点)做一切口, 由此处放置 10 mm Trocar 建立人工气腹, 在腹腔镜引导下依次在患侧腋前线平脐水平(B 点), 腹直肌外缘肋缘下 2~3 cm(C 点)穿入 5 mm、10 mm 套管针, 必要时可在患侧腋中线肋缘下(D 点)置一 5 mm 套管针。常规切开升(降)结肠旁沟处侧腹膜, 切开部分肝(脾)结肠韧带, 将腹腔内容物推向对侧。切开肾周筋膜及脂肪囊, 在肾实质表面钝性和锐性分离显露肾脏和肿瘤, 充分显露手术部位肾脏。于肾下极腰大肌内侧寻及输尿管, 以此为标志向肾蒂方向游离, 显露患肾动脉。其余步骤同后腹腔镜手术。标本放入垃圾袋取出, 常规检查肿瘤包膜是否完整, 切缘有无正常肾组织包绕。将腹压降到 5 mm Hg, 检查创面无出血, 如无异常放置引流管, 缝合切口。

2 结 果

36 例手术均一次成功, 手术时间 65~190 min, 平均 110 min; 术中肾蒂阻断时间最长 1 例为 45 min, 余均小于 30 min, 术后查肾功正常, 术中出血量 30~600 mL, 平均 60 mL。患者术后 1~3 d 拔引流管, 4~6 d 下床活动, 术后 7~9 d 拆线。术后住院时间 8~12 d, 平均 9.6 d。本组无并发症。术后病理检查证实肾透明细胞癌 22 例, 乳头状细胞癌 3 例, 嫌色细胞癌 1 例, 嗜酸细胞瘤 1 例, 错构瘤 9 例, 切缘阳性 1 例。术后随访 1~48 个月, 所有患者情况良好, 肿瘤患者未见肿瘤复发或远处转移。

3 讨 论

肾癌又称肾细胞癌, 其发病率约占成人恶性肿瘤的 3%, 在泌尿系肿瘤中仅次于膀胱癌位于第 2 位。目前, 估计全世界肾癌发病率每年增加 2%, 全世界每年死于肾癌者近 10 万例。由于肾细胞癌恶性程度较高, 对放疗和化疗均不敏感, 免疫治疗也难以取得理想效果, 目前只有手术是较可靠的治疗手段。多年来, 根治性肾切除术(radical nephrectomy, RN)一直是局限性肾癌外科治疗的金标准。随着肾脏影像学诊断技术的进步, 手术技术不断改进, 预防肾脏缺血再灌注损伤基础临床研究的深入, 术后监护、管理条件的改进, 术后长期前瞻性无瘤生存资料的总结, 肾部分切除手术(partial nephrectomy, PN)在肾癌治疗中受到重视, 应用逐渐增多, 为选择性地开展腹腔镜保留肾单位的手术(laparoscopic nephron-sparing surgery, LNSS)治疗小肾癌患者提供了技术准备^[1]。

肾部分切除术对于肿瘤大小的选择尚有一定争议, 大多数学者认为位置表浅、外生型、位于肾周和直径小于或等于 4 cm 的肾肿瘤是 LNSS 手术的选择标准^[2], 是安全可行的。本组 7 例患者肾肿瘤直径大于 4 cm 而小于 7 cm, 成功实施了后腹腔镜下肾部分切除术, 随访 2 年未发现肿瘤复发及转移。Leibovich 等^[3]亦报道, 对直径 4~7 cm 的肾癌行部分切除术, 亦可达到有效的控瘤效果。因此, 作者认为, 对于直径为 4~7 cm 的 T1b 期肾肿瘤, 选择适当的病例也可实施肾部分切除术, 但要术前证实淋巴结未转移, 且单位有先进的腹腔镜设备, 术者有熟练的手术操作技巧, 对于此期的肾癌患者, 其复发危险性还有待进一步研究。

对于腹腔镜下肾部分切除术, 可以采取经腹腔途径, 也可以采取经腹膜后腔途径, 主要考虑的因素: (1)考虑肿瘤大小、位置、侵入肾实质的深度、既往有无腹部手术史和腹膜炎病史。一般靠肾脏腹侧的肿瘤多经腹腔入路, 靠背侧的多经腹膜后途径^[4-5], 对于肿瘤较大的患者, 可采取经腹腔入路方式, 本组 3