

于第三磨牙,见图 1。治疗:建议行右侧上颌第三磨牙拔除术,遂在局麻下拔除 18 及多生牙,拔除过程中发现阻力较大,脱位困难。拔除后发现两牙颈部结合,牙冠及牙根均分开,见图 2。



箭头:多生牙与第三磨牙结合。

图 1 全景片



A:咬合面,B:颊面。

图 2 拔出后的多生牙与第三磨牙

2 讨论

多生牙也被称为额外牙,是指超过牙齿正常数目之外的牙齿,多发生在上颌中切牙之间<sup>[1]</sup>,是常见的牙发育异常先天畸形,位置多发生在前牙区,发生率一般为 1%~3%<sup>[2]</sup>,偶有第三磨牙区多生牙的报道<sup>[3]</sup>。有学者报道唇腭裂、锁骨颅骨发育不全、Gardner 综合征发生多生牙概率会更高。Burhan 等<sup>[4]</sup>认为其患病率与人种有关。关于多生牙的病因仍不确定,现在主要有以下几种观点:进化残留、牙源性上皮活性亢进、发育异常或遗传、返祖现象、压力导致、牙板断裂后的残余上皮、恒牙胚发生分裂、全身系统性疾病、环境因素等<sup>[5-6]</sup>。结合牙为两个牙的牙根发育完全以后发生粘连的牙。在这种情况下,牙借助增生的牙骨质将两牙结合在一起。关于结合的原因据认为是由于创伤或牙拥挤,以致牙间骨吸收,使二邻牙靠拢,以后增生的牙骨质将其结合在一起而成。结合牙偶见于上颌第二磨牙和第三磨牙区,这种牙形成时间较晚,而且牙本质是各自分开的。

临床表现:多生牙一般为圆锥形及瘤状形,也有少数与邻

近牙形状相同者也被称为附加牙。因为其外形的特殊性临床诊断并不困难,也有拍摄 X 片时偶然发现。发生在磨牙区的多生牙可能会导致以下不良后果:(1)磨牙区拥挤及邻近磨牙阻生。(2)不明原因的疼痛。(3)引起邻近牙根的吸收。(4)形成含牙囊肿或肿瘤。(5)压迫或挤压邻近神经引起疼痛。(6)导致相邻位置瘻管的产生甚至导致颊侧皮肤瘻管。(7)导致关节强直。(8)导致食物嵌塞、口腔异味。(9)清洁困难导致龋病、根尖周病、牙周病等。

治疗方法:一般来说口腔内没有足够空间容纳多生牙,因此大部分情况都需要将其拔除并治疗并发症。结合牙可能造成菌斑滞留,引起龋病或牙周组织炎症,必要时可考虑切割分离并拔除一非功能牙。本病例因患者有多生牙与上颌第三磨牙结合区反复疼痛的临床症状,故采取了拔除的治疗方案,拔除后患者的疼痛症状治愈。如果多生牙没有引起相应的临床症状可以暂时予以保留,但应当长期追踪观察。如果多生牙能够通过正畸及修复等方法替代缺失或缺损的邻牙也应当保留。

参考文献

[1] Al-Abdallah M, Alhadidi A, Hammad M, et al. Prevalence and distribution of dental anomalies: a comparison between maxillary and mandibular tooth agenesis[J]. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2015, 148(5): 793-798.

[2] 齐小良, 王岩. 下颌 5 颗多生牙 1 例报告[J]. 北京口腔医学, 2008, 16(2): 106.

[3] 王霄, 潘向勇. 下颌双侧第四磨牙 1 例[J]. 华西口腔医学杂志, 2013, 31(5): 536-537.

[4] Burhan AS, Nawaya FR, Arabi Katbi ME, et al. Prevalence of supernumerary teeth in a nonsyndromic Syrian sample[J]. J Egypt Public Health Assoc, 2015, 90(4): 146-149.

[5] Tian Y, Ma P, Liu C, et al. Inactivation of Fam20B in the dental epithelium of mice leads to supernumerary incisors [J]. Eur J Oral Sci, 2015, 123(6): 396-402.

[6] Gupta A, Nagar P, Khandeparker RV, et al. Hyperactive dental lamina in a 24-Year-old female - A case report and review of literature[J]. J Clin Diagn Res, 2015, 9(8): 1-4.

(收稿日期:2016-12-18 修回日期:2017-02-22)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.12.052

溃疡性结肠炎合并强直性脊柱炎、甲状腺功能亢进 1 例报道

徐亚坤<sup>1</sup>, 王禹<sup>2</sup>, 朱秀洁<sup>3</sup>, 王丽波<sup>4</sup>, 王桂侠<sup>1△</sup>

(1. 吉林大学第一医院内分泌科, 长春 130012; 2. 吉林大学第一医院肾病科, 长春 130012; 3. 吉林大学第二医院骨科医学中心, 长春 130012; 4. 吉林大学第一医院胃肠内科, 长春 130012)

[中图分类号] R593.2 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2017)12-1727-02

溃疡性结肠炎(UC)、强直性脊柱炎(AS)、甲状腺功能亢进(简称甲亢)是临床上较常见的与自身免疫相关的疾病,但两

种疾病并存者少见,3种疾病并存者临床上更是罕见。本文通过1例UC合并AS、甲亢的临床分析,提高临床工作者对3种疾病并存的认知,以尽早的明确诊断及治疗。

### 1 临床资料

患者,男,23岁,因“间断大便带血伴腰骶部疼痛8个月,加重伴黏液脓血便1个月余”于2015年1月21日入院。8个月前无明显诱因出现大便带血,为鲜红色,1次/天,伴腰骶部疼痛,晨起时较重,活动后缓解,误以为痔疮、劳累所致,未诊治。此后上述症状反复,多于进食肉食后复发。1个月前上述症状加重,大便约4次/天,便后排少量黏液脓血,伴乏力、心悸,于当地医院诊断为“溃疡性结肠炎”,给予美沙拉唑口服,病情无缓解,为进一步诊治入本院。7年前因多食、易饥、眼球突出、颈部肿大当地医院诊断为“甲状腺功能亢进”,给予口服甲巯咪唑治疗。因患者依从性差,病情反复,后行<sup>131</sup>I治疗,症状缓解后未遵医嘱复查甲状腺功能。其父母及哥哥身体健康,否认相关病史。查体:脉搏98次/分,血压120/70 mmHg。甲状腺无肿大,腹软,无压痛、反跳痛,脊柱前屈、侧弯、后仰受限,双侧4字试验阳性,胸廓呼吸活动度差,骶髂关节无压痛,枕墙距阴性,体质量指数21.2 kg/m<sup>2</sup>。辅助检查:血常规:血红蛋白85 g/L,血小板504×10<sup>9</sup>/L。粪便常规:红色黏液便,红细胞散在满视野。甲状腺功能:促甲状腺激素0.071 mU/L,游离甲状腺素29.53 pmol/L,抗甲状腺球蛋白抗体117.85 U/mL,抗甲状腺过氧化物酶抗体46.65 U/mL,促甲状腺素受体抗体8.8 U/L。C反应蛋白39.1 mg/L,红细胞沉降率87 mm/h,人白细胞抗原B27(HLA-B27):157。抗中性粒细胞抗体筛查及确证试验、慢性炎症性肠病组合项、外科综合、类风湿因子、抗核抗体系列、免疫五项均未见明显异常。骶髂关节多排CT:双侧骶髂关节间隙不均匀变窄、局部呈骨性融合,关节面不光滑,呈虫蚀样改变,关节面下见模糊斑片状不均匀高密度,部分腰椎小关节面不光滑。甲状腺彩超:甲状腺回声增粗、血流信号增多。肠镜检查:全结肠散在斑片状糜烂及充血斑,距肛门15 cm以内直肠弥漫性充血水肿,散在片状糜烂,表面被白色分泌物。肠镜活检病理:黏膜慢性炎症、水肿,黏膜下淋巴组织增生。考虑临床诊断为溃疡性结肠炎(慢性复发型中度活动期)、强直性脊柱炎、甲状腺功能亢进,建议英夫利昔单抗治疗,患者因经济原因拒绝,后给予美沙拉唑缓释颗粒口服联合美沙拉唑灌肠剂灌肠治疗,甲巯咪唑、心得安口服治疗甲亢,中医科针灸、按摩理疗缓解腰骶部疼痛,1周后大便中黏液脓血消失,腰骶部疼痛、心悸明显缓解。出院后仍继续上述治疗方案,目前患者病情稳定,仍在随访中。

### 2 讨论

UC是具有遗传易感性的个体在环境、感染等因素参与下,启动肠道免疫及非免疫系统,最终导致免疫反应和炎症过程。其临床表现多样,可与骶髂关节炎、AS等共存,在疾病活动期可以出现多种肠外表现。AS是一种慢性进行性疾病,主要侵犯骶髂关节、脊柱骨突、脊柱旁软组织及外周关节,其发病与环境和基因因素相关,且和HLA-B27关系密切,有明显的家族遗传倾向,发病率男性高于女性。一般认为甲亢是一种器官特异的自身免疫性疾病,但有研究认为该病是一种可以累及多个器官的复杂内分泌疾病,同时还更新了免疫抑制治疗Graves病甲亢的理念<sup>[1-2]</sup>。临床上3种自身免疫性疾病均比较常见,但两种并存者少见。本病例以甲亢为首发3种疾病并存,临床上罕见,当地医院就诊时因未注意甲亢、AS的治疗,导致治疗效果不理想,可见任一疾病的发生、加重均可干扰其他两种疾病,治疗上应3种疾病并重同时治疗。传统治疗的基础上加用或单用生物制剂效果显著,任两种并存疾病应用肿瘤坏死因子-α(TNF-α)拮抗剂治疗均可迅速缓解患者的症状,显著改善患者的生活质量<sup>[3-5]</sup>。TNF-α可能在3种疾病的发生机制中起作用。3种疾病在发病机制上是否有联系及其确切的治疗方案仍待进一步研究。

### 参考文献

- [1] 马中书,邱明才. Graves病甲状腺功能亢进症治疗中的困惑与出路[J]. 中国全科医学, 2008, 11(8): 675-676.
- [2] 邱明才. 应加强对Graves病甲状腺功能亢进症免疫抑制治疗理念的更新[J]. 天津医药, 2008, 36(5): 393-395.
- [3] Tarhan F, Orük G, Niflioulu O, et al. Thyroid involvement in ankylosing spondylitis and relationship of thyroid dysfunction with anti-TNF α treatment[J]. Rheumatol Int, 2013, 33(4): 853-857.
- [4] 高香, 吕玲. 英夫利西单抗治疗溃疡性结肠炎合并强直性脊柱炎1例[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(9): 652-653.
- [5] Matsumura K, Nakase H, Yamamoto S, et al. Modulation of the Th1/Th2 balance by infliximab improves hyperthyroidism associated with a flare-up of ulcerative colitis[J]. Inflamm Bowel Dis, 2009, 15(7): 967-968.

(收稿日期:2016-12-20 修回日期:2017-02-25)

## 2017 年本刊投稿须知

尊敬的广大读者,本刊一律接受网上投稿,不再接受纸质和电子邮箱投稿!请您直接登陆网站 <http://www.cqyxzz.com> 进行注册投稿以及稿件查询。咨询电话:023-61965157。

来稿须将审稿费100元通过邮局或支付宝汇至本刊编辑部,编辑部若未收到审稿费,稿件将不予处理。

感谢您对本刊工作的支持!