

师考虑为输入总液体量较多,经及时纠正后上述症状明显好转。

2.2.2 临床药师参与慢病管理使随访目标具体化

恶性肿瘤在医学上被纳入慢性病进行管理,具有病程长、病因复杂、治疗费用昂贵、影响生活质量和劳动力等特点。临床药师在慢病临床治疗路径中,通过对定点病区患者进行用药教育、对某种疾病或某种药物建立标准用药教育模式、参与到“以患者为中心”的慢病管理团队开展药学服务,可提高疾病控制率,降低药物不良反应发生和医疗费用,进一步促进医患关系和谐发展^[10]。四川大学华西第二医院妇瘤科搭建了妇科肿瘤慢病健康管理服务平台,既往参与人员以医师、护士为主,主要工作形式为数据收集与整理,建立档案和健康教育。而临床药师加入该团队后,开展全程药学服务,对患者化疗期间所用药物进行用药教育,监护药物相关不良反应,强调随访指标监测重要性,强化患者自我管理能力和,上述药学服务工作进一步提高了患者依从性,对疾病治愈起重要作用。

综上所述,本文以 1 例 GTN 脑转移诊治的患者为例,研究了临床药师在其整个治疗期间与医护人员相互配合,从而构建了慢病管理治疗方案个体化、随访目标具体化的矩阵式工作模式。提示临床药师应从专业角度发挥自身优势,切实与医护人员共同提高患者用药安全性、有效性、依从性和经济性,这为临床药师从事恶性肿瘤慢病管理工作提供了借鉴和参考。

参考文献

[1] 熊璐琪,蔡晶. 临床药师参与 3 例肿瘤患者化疗后骨髓抑制治疗的药学服务实践[J]. 中南药学, 2017,15(10):1488-1491.

[2] 谢幸,李晓. 要重视高危妊娠滋养细胞肿瘤的初始治疗[J]. 实用妇产科杂志,2019,35(6):408-

410.

[3] 马晓琳,王欣彦,李秀琴. PEA 方案与 5-Fu+KSM 方案治疗妊娠滋养细胞肿瘤疗效比较[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2014,30(9):725-728.

[4] 中国抗癌协会妇科肿瘤专业委员会. 妊娠滋养细胞疾病诊断与治疗指南[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2018,34(9):994-1001.

[5] 蒋芳,杨阳,计鸣良,等. 初治妊娠滋养细胞肿瘤患者的治疗效果分析[J]. 中华妇产科杂志, 2018,53(6):364-370.

[6] NGAN H Y,SECKL M J,BERKOWITZ R S, et al. FIGO cancer report 2018: update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease[J]. J Gynaecol Obstet, 2018, 143(2):79-85.

[7] The National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology [EB/OL]. [2019-12-29]. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.

[8] DENG L Y,ZHANG J,WU T X,et al. Combination chemotherapy for primary treatment of high-risk gestational trophoblastic tumour[J/CD]. Cochrane Database Syst Rev,2013,1;CD005196.

[9] 万齐鸿,钱建华. 极高危妊娠滋养细胞肿瘤的治疗策略[J]. 国际妇产科学杂志,2018,45(2): 216-220.

[10] 张志刚,王华. 临床药师在慢性病管理中的作用与探讨[J]. 中国药物与临床,2017,17(6):921-929.

(收稿日期:2020-01-18 修回日期:2020-03-02)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2020.15.041

网络首发 <https://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1097.R.20200312.1817.023.html>(2020-03-13)

下颌双侧阻生第四磨牙 1 例报道*

杨 森,李意俊,蒋 练[△]

(遵义医科大学附属口腔医院口腔颌面外科,贵州遵义 563000)

[关键词] 牙,额外;牙体发育异常;多生牙;病例报告

[中图分类号] R782.11 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8348(2020)15-2600-03

多生牙又名额外牙,是指多于正常牙齿数量的牙齿,属于牙齿发育异常现象^[1]。在乳牙和恒牙中均有

* 基金项目:贵州省遵义市科学技术局资助项目[遵市科合社字(2018)246 号]。 作者简介:杨森(1993—),在读硕士研究生,主要从事口腔颌面创伤及修复重建研究。 [△] 通信作者,E-mail:jianglain1964@163.com。

报道,但在恒牙中多见。它们可能是单个或多个、完全或部分阻生、部分或完全萌出、单侧或双侧发生。多生牙通常与唇腭裂、锁骨颅骨发育不良和 Gardner 综合征等有关^[2]。正常人群中发生多生牙的情况比较少见,其中发生于第三磨牙远端的多生牙也称第四磨牙^[3],在现代人群中非常罕见。笔者总结了本院口腔颌面外科诊治的 1 例下颌双侧阻生第四磨牙患者,现报道如下。

1 临床资料

患者,男,24 岁,汉族,患者于 2019 年 9 月 17 日因补牙于外院摄片发现双侧下颌阻生第四磨牙就诊。既往体健,否认系统性疾病史、家族遗传史及药物食物过敏史。



图 1 曲面体层片

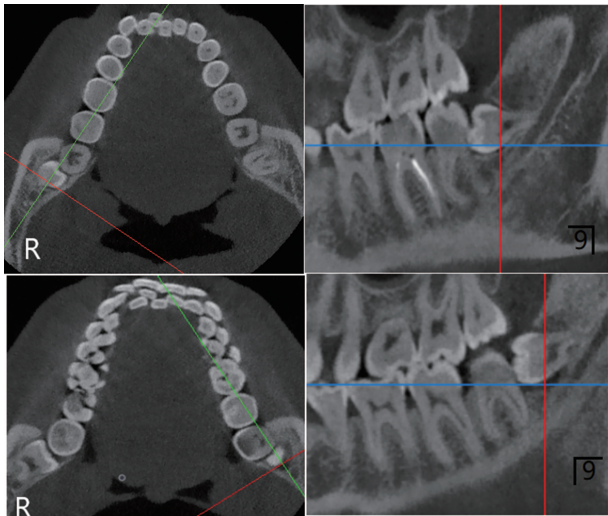
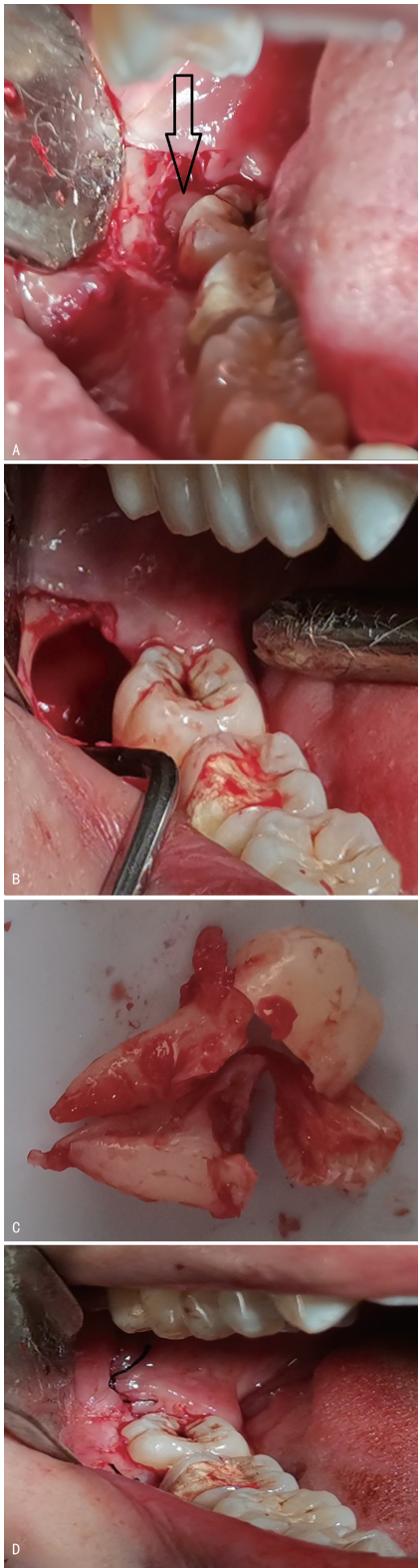


图 2 CBCT

口腔体格检查:颌面部外形基本对称,无肿胀畸形,双侧颞下颌关节未扪及异常,颈部未扪及肿大淋巴结,张口型垂直向下,张口度约 4.0 cm,口内见 18、28、38、48 正位萌出,咬合关系可,探(一),叩(一),牙无松动,龈无红肿,47 合面见充填物,叩(一),牙不松,龈无红肿,双侧腮腺颌下腺导管无红肿,分泌物清亮,黏膜未见溃疡或窦道,舌体活动可,咽及扁桃体无红肿。曲面体层片(图 1):下颌骨双侧第四磨牙。锥形束 CT(CBCT)阅片(图 2):38、48 远中各 1 枚第四磨牙,水平阻生,形态与磨牙相似,体积小于正常磨牙,

根尖位于下牙槽神经管上。诊断:下颌双侧阻生第四磨牙。



A:翻瓣暴露第四磨牙;B:拔除第四磨牙后牙槽窝;C:拔除的第四磨牙;D:缝合创口。

图 3 术中拔除右下颌第四磨牙所见

治疗经过:常规消毒铺巾,2%盐酸利多卡因注射液 3 mL 行右侧下牙槽神经、颊神经及舌神经阻滞麻醉+阿替卡因肾上腺素注射液 0.5 mL 局部浸润麻

醉,作龈沟切口,翻瓣、去骨、分牙,微创拔除右侧下颌第四磨牙(图 3),并植入含浓缩生长因子的纤维蛋白(CGF)及胶原蛋白,丝线缝合创口。术后 1 周复诊拆线,拔牙创愈合可,患者无明显不适,并拔除左侧下颌第四磨牙。

2 讨 论

多生牙是一种牙齿发育异常现象,可在颌骨任何部位发生,其确切病因尚不清楚。目前,多生牙发生机制包括:牙胚异常分裂和牙板过度活跃理论、自主隐性遗传理论及人类发育过程中出现的“返祖现象”、局部创伤的异常反应、环境因素及系统发育理论等^[4-6],大多数学者认为多生牙的发生是牙板过度活跃引起的。

多生牙的发生存在性别差异,男性比女性更常见^[1],一般单侧单发,而多发罕见^[4]。多生牙形态各异,可呈圆锥形、结节形、补充型(类似正常牙齿形状)或混合型(牙瘤),其中圆锥形及补充型比较多见^[3]。多生牙在一般人群中的患病率为 0.3%~3.8%^[5],其中 92.8%的多生牙发生于上颌前牙区^[3],磨牙区非常少见。

BAMBOSE 等^[2]和 KAYA 等^[7]研究发现第四磨牙发生率为 0.26%~0.32%,且多为上颌骨单发埋伏阻生。下颌骨第四磨牙最为罕见,COSTANTINO 等^[8]研究发现下颌第四磨牙发生率约为 0.02%。HARRIS 等^[9]研究发现第四磨牙在人种上的发生率存在明显差异,其为黑种人最常见的多生牙,发生率是白种人的 9 倍。

复习相关文献报道发现,第四磨牙很少萌出口腔,通常无自觉症状,多在影像学检查中发现。关于第四磨牙处理的观点,多数学者主张拔除,特别是可能存在影响恒牙萌出、引起邻牙牙根吸收、囊性病变更等并发症时应及时拔除^[9-12]。若未妨碍恒牙萌出且无临床症状,可根据患者意愿,暂时保留观察^[4]。

本例患者因其他牙体疾病治疗需要拍摄 X 线,结果意外发现双侧下颌阻生第四磨牙,但患者本身并无自觉症状。根据其主观意愿要求拔除双侧下颌阻生第四磨牙,经过 CBCT 检查,制订了周密拔牙手术计划,分期拔除了双侧下颌阻生第四磨牙,手术顺利,术后愈合良好。因而在复杂多生牙拔除中可借助 CBCT 检查,能有效避免邻牙损伤、神经损伤等严重并发症的发生。

参考文献

[1] LU X, YU F, LIU J, et al. The epidemiology of

supernumerary teeth and the associated molecular mechanism [J]. *Organogenesis*, 2017, 13 (3):71-82.

- [2] BAMBOSE B O, OKADA S, HISATOMI M, et al. Fourth molar: A retrospective study and literature review of a rare clinical entity[J]. *Imaging Sci Dent*, 2019, 49(1):27-34.
- [3] 贺祖武, 易凌, 王杨丽. 22 颗第四磨牙临床分析[J]. *口腔医学*, 2018, 38(2):158-161.
- [4] 李锋, 谢小燕. 右侧下颌第四磨牙 1 例[J]. *国际口腔医学杂志*, 2016, 43(1):36-37.
- [5] CLEMENTINI M, OTTRIA L, PANDOLFI C, et al. Four impacted fourth molars in a young patient: a case report [J]. *Oral Implantol (Rome)*, 2013, 5(4):100-103.
- [6] 于世凤. 口腔组织病理学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社, 2002:96-97.
- [7] KAYA E, GÜNGÖR K, DEMIREL O, et al. Prevalence and characteristics of non-syndromic distomolars: a retrospective study[J]. *Investig Clin Dent*, 2015, 6:282-286.
- [8] COSTANTINO A, FONSECA G M, CANTÍN M. Bilateral mandibular fourth molars: a case report[J]. *Rev Stomatol Chir Maxillofac Chir Orale*, 2015, 116(5):312-314.
- [9] HARRIS E F, CLARK L L. An epidemiological study of hyperdontia in American blacks and whites[J]. *Angle Orthod*, 2008, 78:460-465.
- [10] KENJI H, SHUHEI T, SUMITAKA H, et al. A dentigerous cyst associated with a supernumerary tooth (fourth molar) in the mandibular ramus: a case report [J]. *JOMSMP*, 2019, 31 (2):98-102.
- [11] 陆学伟. 下颌第四磨牙阻生引起三叉神经痛 1 例[J]. *口腔医学研究*, 2006, 22(3):248.
- [12] SANGHERA R K, JONES J. Parotid fistula—an extra-orally draining infected dentigerous cyst associated with a supernumerary fourth molar in ascending ramus[J]. *Dent Update*, 2013, 40(4):343-345.

(收稿日期:2019-10-11 修回日期:2020-03-03)